

Postoje pracovníků pomáhajících profesí k eutanazii

Ivana Vašutová

Bakalářská práce
2010



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav pedagogických věd
akademický rok: 2009/2010

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Ivana VAŠUTOVÁ**
Studijní program: **B 7507 Specializace v pedagogice**
Studijní obor: **Sociální pedagogika**

Téma práce: **Postoje pracovníků pomáhajících profesí k eutanazii**

Zásady pro vypracování:

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.
Vymezení pojmů a teoretických východisek z oblasti doprovázení umírajících, smrti a eutanazie.
Příprava metodiky výzkumné části.
Realizace kvantitativního výzkumu metodou dotazníku.
Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.
Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.

Rozsah práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

HANS, R. Důstojnost lidského života. Praha: Vyšehrad, 1999. ISBN 80-7021-302-7.

CHRÁSKA, M. Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. ISBN 978-80-247-1369-4.

PECK, Scott M. Odmítnutí duše: Duchovní a lidské perspektivy eutanazie a umírání. Praha: Pragma, 2001. ISBN 80-7205-757.

POLLARD, B. Eutanazie ano či ne? Praha: Dita, 1996. ISBN 80-85926-07-5.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Soňa Vávrová, Ph.D.**
Ústav pedagogických věd

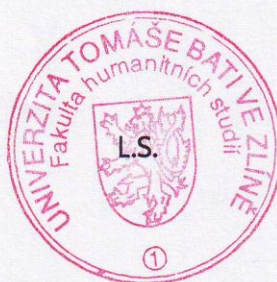
Datum zadání bakalářské práce: **18. ledna 2010**

Termín odevzdání bakalářské práce: **7. května 2010**

Ve Zlíně dne 18. ledna 2010



prof. PhDr. Vlastimil Švec, CSc.
děkan



Mgr. Soňa Vávrová, Ph.D.
vedoucí katedry

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 25. 3. 2010

.....
Ivana Viktorová

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 nahlížení 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, užije-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 vzdělávacímu 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 užít 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 přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

ABSTRAKT

Práce se zabývá postoji pracovníků pomáhajících profesí v hospici a nemocnici ve Valašském Meziříčí k legalizaci eutanazie v České republice. Práce je rozdělena do dvou částí. V teoretické části je popsán vývoj eutanazie ve světě a v ČR, myšlenka hospicové a paliativní péče, dále se teoretická část zabývá lékařskou etikou, smrtí a umíráním. V praktické části jsou na základě uplatnění kvantitativní výzkumné strategie zjišťovány postoje pracovníků pomáhajících profesí k otázkám z přiloženého dotazníku. Cílem bylo zjistit, jaké postoje zaujímají pracovníci pomáhajících profesí k legalizaci eutanazie v ČR.

Klíčová slova: eutanazie, hospic, paliativní péče, pomáhající profese, smrt.

ABSTRACT

Labour describes helping staffs profession of Hospice and Hospital of Valašské Meziříčí and euthanasia legalization in Czech Republic. Labour is classified into two parts. In first, theoretical part is described euthanasia evolution in Czech Republic and all of World, idea of hospice and palliative care, medical morality, death and dying. In second, practical part the attitude of helping profession of staffs is detected on the base of quantitative and research strategy and with help of attached questionnaire. Aim of this labour was finding attitude of helping staffs profession about question of euthanasia legalization in Czech Republic.

Keywords: euthanasia, hospice, palliative care, helping profession, death.

Velmi ráda bych poděkovala paní Mgr. Soni Vávrové, Ph.D., za odborné a cenné rady, podnětné připomínky při vypracování bakalářské práce.

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

Motto:

„Lidská bytost je součástí celku, jemuž říkáme „vesmír“; součástí omezenou v čase a prostoru. Člověk prožívá sám sebe, své myšlenky a pocity, jako cosi, co je odděleno od všeho ostatního – je to však druh optického klamu, jímž jej šálí jeho vědomí. Tento klam funguje svým způsobem jako vězení, jež nás uzavírá do světa, vymezeného jen naším vlastním rozhodováním a láskyplným vztahem k několika nejbližším lidem. Naším úkolem musí být osvobodit se z tohoto vězení – tím, že rozšíříme záběr svého soucitu, aby pojal všechny živé tvory a veškerou přírodu v celé její kráse.“

Albert Einstein

OBSAH

ÚVOD	10
I TEORETICKÁ ČÁST	12
1 EUTANAZIE	13
1.1 ROZDĚLENÍ EUTANAZIE	14
1.2 NEJČASTĚJŠÍ ARGUMENTY PODPORUJÍCÍ LEGALIZACI EUTANAZIE	14
1.3 NEJČASTĚJŠÍ ARGUMENTY ODMÍTAJÍCÍ LEGALIZACI EUTANAZIE	15
2 VÝVOJ LEGISLATIVY SMĚŘUJÍCÍ K UZÁKONĚNÍ EUTANAZIE VE SVĚTĚ A V ČR	17
2.1 EUTANAZIE V NIZOZEMÍ	17
2.1.1 Právní aspekty eutanazie v Nizozemí a její historický vývoj.....	17
2.1.1.1 Legislativní úprava eutanazie v Nizozemí.....	18
2.1.1.2 Postoj holandských organizací vůči eutanazii.....	19
2.2 VÝVOJ UZÁKONĚNÍ EUTANAZIE V DALŠÍCH VYBRANÝCH ZEMÍCH.....	20
2.3 SITUACE V ČESKÉ REPUBLICĚ.....	21
3 SMRT A UMÍRÁNÍ	22
3.1 PRÁVO NA SMRT	24
3.2 LÉKAŘSKÁ ETIKA A EUTANAZIE	24
4 HOSPICOVÁ PÉČE JAKO ALTERNATIVA K EUTANAZII	27
4.1 FILOZOFIE HOSPICOVÉ PÉČE.....	28
4.2 PALIATIVNÍ PÉČE	28
4.3 HOSPICOVÉ Hnutí	29
4.3.1 České hospicové hnutí.....	30
4.4 FYZICKÁ A EMOCIONÁLNÍ BOLEST	30
4.4.1 Fyzická bolest.....	31
4.4.2 Emocionální bolest.....	32
4.4.3 Čeho se lidé bojí?	33
5 POMÁHAJÍCÍ PROFESE	35
II PRAKTICKÁ ČÁST	36
6 METODOLOGIE VÝZKUMU	37

6.1	VÝZKUMNÝ PROBLÉM	37
6.2	DRUH VÝZKUMU	37
6.3	VÝZKUMNÉ OTÁZKY	37
6.4	METODY A TECHNIKY VÝZKUMU	38
6.5	VÝBĚR VZORKU	38
6.6	MÍSTA REALIZACE VÝZKUMU	38
6.7	PŘEDVÝZKUM	40
7	VÝSLEDKY VÝZKUMU A INTERPRETACE DAT	41
7.1	VYHODNOCENÍ DOTAZNÍKU A INTERPRETACE DAT	41
7.2	SHRnutí VÝSLEDKŮ VÝZKUMU	65
	ZÁVĚR	67
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	69
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	72
	SEZNAM OBRÁZKŮ	73
	SEZNAM GRAFŮ	74
	SEZNAM TABULEK	75
	SEZNAM PŘÍLOH	76

ÚVOD

V rámci praxe jsem se seznámila s lidmi, kteří byli upoutáni na lůžko, bez cizí pomoci by se neobešli. Nemluvili, jen vnímali svět okolo sebe. To mě přivedlo k myšlence eutanazie, která je vnímána jako milosrdná, dobrá smrt. Smrt čeká každého z nás, ať už dříve nebo později.

Ještě před sto lety lidé umírali na běžné nemoci nebo banální úrazy. V současné době, s rozvojem medicíny a se stále se zdokonalující technikou, můžeme člověku usnadnit umírání a prodloužit mu život. Ale někdy za jakou cenu? Teď stojíme před otázkou, zda můžeme ukončit život, když naše společnost toleruje ukončit začínající život (potrat).

Medicína se postupem doby měnila a lékaři jsou nyní velmi specializovaní a nezřídka vítězí nad nemocemi i tehdy, kdy to v minulosti nebylo možné. Zachraňují pacienty za každou cenu a do poslední chvíle, což může mít někdy za následek zadrženu smrt. Situace dnešních umírajících není radostná, neboť v prostředí takovéto medicíny „nemohou zemřít“ a prožívají různé formy diskomfortu. Nešťastní příbuzní i bezmocní a už nevítežící lékaři si uvědomují, že navrátit zdraví je nemožné a zemřít je složité. V takových situacích se nejčastěji volá po eutanazii, jako milosrdné smrti či smrti ze soucitu. Do hry také vstupují obavy z nesnesitelných bolestí, proto by pro ně byla nejlepším způsobem rychlá a bezbolestná smrt.

Už pravěká společnost, žijící v krajně drsných podmínkách, se z domnělé praktické nutnosti zbavovala některých jedinců. Praxe starověkého Řecka, konkrétně Sparty, kdy házeli nemocné novorozence ze skály, byla obdobná. V Římě děkoval Seneca přírodě, že nám dala tisícero cest, jak ze světa odejít. Naopak antická lékařská kultura spolupodílení na ukončení útrap nemocného odmítala, díky Hippokratově přísaze. Nejvíce však křesťanství ovlivnilo evropské myšlení, které bezvýhradně odsuzuje zásah proti životu druhého i vlastního.

Historie eutanazie ve smyslu smrti ze soucitu je poměrně krátká. Problematika eutanazie se začala řešit v roce 1895, kdy v Německu vyšla Jorstova kniha „Právo zemřít,“ která se nedočkala žádného většího ohlasu. V roce 1920 vyšla kniha s názvem „Poskytnutí souhlasu ke zničení života, který žití není hoden“ od německého právníka Karla Bindinga a psychiatra Alfreda Hocha, která se stala velmi populární. Byl to spis, který posloužil ideologům fašistického Německa k teoretickým zdůvodněním cílených vyhlazovacích akcí určitých

skupin obyvatelstva. Domnívali se, že existují lidské životy, „které v takové míře pozbyly vlastnosti právního statku, že jejich pokračování ztratilo natrvalo všechnu hodnotu jak pro nositele těchto životů, tak pro společnost.“ Binding za takové považoval nevyлéčitelně nemocné a nenapravitelně slabomyslné, Hoche duchovně mrtvé. Po druhé světové válce bylo téma eutanazie tabuizováno. Přetrvával šok z nacistických zločinů, ale s odezníváním tohoto šoku se ukazuje stále silnější tendence k pozitivnímu hodnocení pomoci při umírání nebo smrti na žádost.

Cílem bakalářské práce je zjistit názory pracovníků pomáhajících profesí v hospici Citadela a v nemocnici ve Valašském Meziříčí na legalizaci eutanazie v České republice. Teoretická část se věnuje charakteristice eutanazie, objasňuje vývoj eutanazie v zahraničí a u nás, zaměřuje se na lékařskou etiku a bolest pacientů. Zaměřuje pozornost na fáze procesu umírání a definování smrti.

V praktické části jsem se pokusila zachytit názory pracovníků pomáhajících profesí na danou problematiku pomocí dotazníkového šetření. Odpovědi na tyto otázky jsou zde zpracovány v podobě grafů a tabulek. Podařilo se mi získat názory 61 respondentů. Bohužel to není velký vzorek, možná pro to, že se na toto téma, zvláště zdravotníkům, nelehce odpovídá. Ale myslím si, že i tak se mi podařilo na danou problematiku získat určitý náhled.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 EUTANAZIE

Výraz eutanazie pramení ze staré řečtiny a je složen ze dvou výrazů – eu = dobrá a thanatos = smrt. Pro staré Řeky to znamenalo ukončení vlastního nebo cizího života z důvodu zachování cti a důstojnosti. Už přívrženci stoické školy (300 let před naším letopočtem) navrhovali sebevraždu, pokud člověk trpěl duševní bolestí. Slovo eutanazie poprvé použil Francis Bacon v roce 1620, který ho ale nevztahoval ke smrti, nýbrž k utišení bolesti pacienta lékařem. Kladný postoj k eutanazii zastával i nizozemský právník a spisovatel Hugo Grotius, jenž v roce 1631 napsal: „Zmrzačení novorozenci, kteří nemají tělo, jež může vlastnit racionální duši, nejsou lidské bytosti. V naší zemi je zvykem nechat je hned zemřít“ (Kabela, 2001, s. 143).

Modernější a přesnější definici nabízí světová lékařská asociace (WMA), což je organizace, která se stará o etiku lékařského povolání: „Eutanazie je vědomé a úmyslné provedení činu s jasným záměrem ukončit život jiného člověka za následujících podmínek: subjektem je kompetentní informovaná osoba s nevléčitelnou chorobou, která dobrovolně požádala, aby její život byl ukončen; jednající ví o stavu této osoby a o jejím přání zemřít a páchá tento skutek s prvořadým úmyslem ukončit život této osoby; a skutek je proveden se soucitem a bez osobního zisku“ (Munzarová, 2008, s. 19). Jedná se o úmyslné ukončení života člověka někým jiným než člověkem samotným (= lékařem) na jeho vlastní žádost. Klíčovými prvky jsou úmysl zabít, zabití a vlastní žádost pacienta. Úmyslem zabít se rozumí veškeré činy, které vždy byly a snad i budou hodnoceny podle úmyslu jednajícího. Zabití člověka je závažná záležitost. Pokud lékař zabije svého pacienta, je to ještě závažnější. Jedná se o jednání, které pošlapává veškerou mravnost lékařství. Mezi principy moderní lékařské etiky patří respekt k autonomii nemocného. Hlavními důvody žádostí pacientů o eutanazii jsou pocity opuštěnosti, osamělosti, ztráty důstojnosti, strach z umírání apod. (Munzarová, 2008).

Ve 20. století se diskutovalo o uzákonění eutanazie ve Velké Británii, kdy k přijetí zákona nedošlo. V Itálii zase chtěli založit kliniky pro eutanazii. Nejvíce se ale věnovali eutanazii v Německu, kdy za vlády Hitlera nacisté zneužili eutanazii pro rasistické, politické a ekonomické cíle, což způsobilo, že ještě dlouho po 2. světové válce mnoho lidí z jiných států pocíťovalo odpor k uzákonění eutanazie (Kabela, 2001).

1.1 Rozdělení eutanazie

Eutanazii můžeme dělit podle různých kritérií, a to:

1. **Aktivní eutanazie** – aktivní jednání, které má urychlit smrt druhého člověka. Pacient k ní dá platný souhlas. Ten může dát jen dospělý člověk, který není pod tlakem a není duševně nemocný. Lékař podnikne kroky, jež život pacienta ukončí.

Pasivní eutanazie – zřeknutí se určitého chování, které může mít za následek urychlení smrti druhého člověka. Nečiní se žádná opatření, které by život pacienta prodlužovala. Jsou to například lidé, kteří jsou napojeni na přístroje, které jim nahrazují jejich životní funkce.

2. **Přímá eutanazie** – hlavním cílem je urychlení smrti druhého člověka, nehledá se žádná jiná alternativa.

Nepřímá eutanazie – smrt je vedlejším důsledkem jednání. Hlavním cílem je zbavit nemocného bolesti nebo jiného utrpení. Například podáním vyšších dávek morfia.

3. **Dobrovolná eutanazie** – má se uskutečňovat na základě samotné žádosti pacienta.

Nedobrovolná eutanazie – uskutečňuje se na žádost rodiny pacienta a z rozhodnutí lékaře, který je pevně přesvědčen, že pacientův život nemá smysl (Špinková, Špinková, 2006).

Pojmy, které souvisejí s dělením eutanazie:

1. **Pasivní dobrovolná eutanazie** – jde o přerušení léčebných zákroků udržujících pacienta při životě, které si sám nepřeje. Jedná se o zákroky, jež ho neúměrně zatěžují, je ohrožena jeho důstojnost a také mu přivozují strádání.

Nepřímá dobrovolná eutanazie – pacientovi jsou podávány léky, které svými vedlejšími účinky zkracují jeho život (Špinková, Špinková, 2006).

1.2 Nejčastější argumenty podporující legalizaci eutanazie

Zastánci eutanazie tvrdí, že jedinec má právo rozhodovat o naložení svého života tak, jak sám chce. Má tedy člověk právo spáchat sebevraždu? Jako společnost chceme zabraňovat

sebevraždě, neboť se za ní může skrývat psychická nemoc, která se do jisté míry léčit dá. Nejčastějšími důvody jsou:

1. **Přesvědčení o autonomii každého člověka** – tato argumentace říká, že člověk je autonomní bytost a má právo zacházet se svým životem tak, jak uzná za vhodné. Ve zjednodušené podobě má člověk právo dělat to, co se mu líbí. Je důležité ptát se, jaké jsou rámce, ve kterých člověk může svobodně nakládat se svým životem. Mezi takové rámce patří například to, že člověk nemůže se svým životem zacházet tak, aby omezoval druhé. Autonomní modely existují ve dvou formách:
 - a) **Model zákazníka, spotřebitele (consumer model)** – lékař pacientovi poskytne všechna fakta o možných alternativách, ten je zváží s ohledem na vlastní hodnoty. Pacient zde výhradně sám rozhodne o svém osudu.
 - b) **Smluvní nebo dohádovací model (contractual or negotiated model)** - lékař a pacient spolu debatují o svých vzájemných hodnotách ve vztahu ke zdraví a také k morálnímu systému. Lékař i pacient jsou autonomní bytosti a souhlasí s tím, že spolu budou dále společně jednat a že vstupují do vzájemného smluvního poměru, bez účasti třetí strany.
2. **Pomoc trpícímu člověku** – tento argument se odvolává na soucit s druhým člověkem a na právo člověka na pomoc. S blížící se smrtí přichází strach ze samoty, bolesti, ztráty důstojnosti a také přichází úzkost, která vyplývá z pocitu prchavosti a nesmyslnosti lidského života (Špinková, Špinka, 2006).
3. **Bolest** – „v lékařské praxi není nikdy nutné někoho usmrtit, abychom ho zbavili fyzické bolesti“ (Pollard, 1996, s. 57). Bohužel ale v České republice není dostatečná paliativní léčba, která takto uspokojuje pacienty.
4. **Snížení nákladů** – pokud by byl pacient v terminálním stádiu nemoci a požádal by o eutanazii, došlo by k úspoře nákladů na zdravotní péči (léky, operace); (jsem-seo.cz/2010/eutanazie-ano-ci-ne).

1.3 Nejčastější argumenty odmítající legalizaci eutanazie

Eutanazie se netýká pouze pacienta, ale ovlivňuje také jeho okolí (lékaře a příbuzné). Umírající člověk se jen těžko může autonomně rozhodnout o svém životě. Otázka nestojí

v dichotomii dlouhé a bolestivé umírání versus milosrdná smrt. Řešením je paliativní medicína a hospicová péče.

1. **Možnost zneužití** – v dnešní době se dá zneužít takřka všechno, i kdyby byly vymyšleny postupy a pravidla, riziko by bylo stále.
2. **Kulturně - sociální tíha** – díky pokroku v medicíně se podařilo prodloužit pacientům život. Mohou být napojeni na přístroje a při úlevě od bolestí jim pomáhají léky. Lékaři se snaží zachraňovat lidský život do poslední chvíle i proto, že mohou mít strach z nařčení o zanedbání péče.
3. **Paliativní léčba** – to je léčba, která se snaží mírnit bolest.
4. **Náboženské hledisko** – z tohoto hlediska je jakékoliv usmrcení nemožná, protože člověk vzešel z Boha a o jeho osudu může rozhodovat jen Bůh. Nikdo nemá právo vzít si život (jsemseo.cz/2010/eutanazie-ano-ci-ne).

2 VÝVOJ LEGISLATIVY SMĚŘUJÍCÍ K UZÁKONĚNÍ EUTANAZIE VE SVĚTĚ A V ČR

Existují státy, kde je eutanazie legalizovaná, jako Nizozemí, Belgie, Švýcarsko, Lucembursko nebo Oregon. První zemí na světě, kde byla legalizována eutanazie, nebylo Nizozemí, nýbrž Austrálie. Netrvalo to ale dlouho, protože federální parlament tento zákon o legalizaci eutanazie zrušil.

2.1 Eutanazie v Nizozemí

Poradní komise nizozemské vlády pro otázky zdravotnictví vymezila eutanazii jako činnost, která je záměrná a díky níž se zkrátí život nevyléčitelně nemocných pacientů, nebo se jejich život úmyslně neprodluhuje, a to k jejich užitku.

Ministerstvo zdravotnictví a ministerstvo spravedlnosti v Nizozemí používají následující definici: „Pod pojmem eutanazie se rozumí každý způsob, kterým lékař ukončí život pacienta, aby již nemusel snášet bezvýchodné a nesnesitelné utrpení. Eutanazie se může vykonat jen na důrazné přání pacienta. Pod obratem „ukončení života na žádost pacienta“ se rozumí také pomoc lékaře při sebevraždě“ (Kabela, 2001, s. 144).

2.1.1 Právní aspekty eutanazie v Nizozemí a její historický vývoj

Od roku 1973 existují právně srozumitelně stanovené podmínky, kdy se lékař rozhodne splnit přání pacienta a eutanazii provést. Nizozemský parlament se od roku 1978 zabývá otázkou eutanazie a pomoci při ukončení života z následujících důvodů:

1. Jedná se o společenskou a etickou otázku, ne o lékařskou. Lékař nesmí být ten, kdo určuje normy a vytváří směrnice pro jednání.
2. Z hlediska státu není správné, aby se rozhodnutí o trestu v případě eutanazie nechalo jen na soudci.
3. Nechá-li se rozhodnutí o následcích vykonání eutanazie jen na soudci bez existence zákona o eutanazii, podporuje se tak pouze právní nerovnost.
4. Veřejná správa má zodpovědnost za ochranu lidského života i v jeho terminální fázi. Stát tedy musí počítat s žádostí pacientů důstojně zemřít a zkrátit nesnesitelné utrpení.

V roce 1984 poslankyně Wessel – Tuinstraová podala v parlamentu návrh zákona o eutanazii. Po dlouhých diskuzích o tomto návrhu přednesla vláda roku 1986 vlastní návrh, v němž byl článek o zproštění viny, o které by lékař, jež eutanazii provádí, mohl požádat. Ale ani jeden z těchto dvou návrhů parlamentem neprošel. V roce 1989 vláda určila komisi, která zkoumala, jaká je lékařská praxe s eutanazií. Tyto údaje vedly k tomu, že 1. listopadu 1990 byla určena povinnost eutanazii registrovat. Od roku 1991 je tato registrace závazná. Stoupající počet hlášených eutanazií přiměl parlament se tímto problémem zabývat a chtěli, aby se eutanazie právně hlásila. V roce 1993 byl tedy doplněn zákon o registraci eutanazie, která tímto získala právní základ (Kabela, 2001).

2.1.1.1 Legislativní úprava eutanazie v Nizozemí

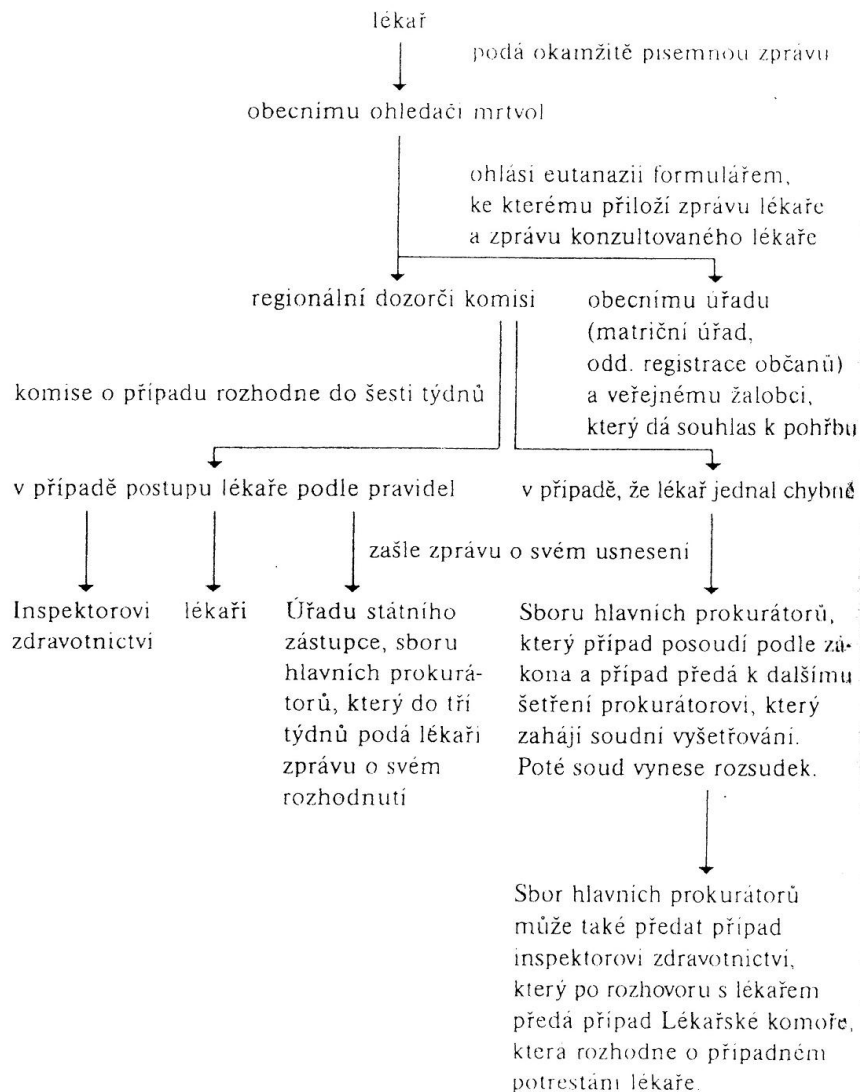
V roce 1993 byl v Nizozemí přijat zákon o eutanazii, který legalizoval praxi. Dle tohoto zákona, lékař, který splnil předepsané podmínky, není stíhán. Tyto podmínky byly:

1. Pacientovo přání o ukončení života musí být dobře promyšleno.
2. Podle lékaře jde o nesnesitelné utrpení, které nemá vyhlídky na zlepšení.
3. Lékař, který vykoná eutanazii, se musí napřed poradit s jiným lékařem.

Kontrolní komise, která se skládá z lékaře, právníka a etika, zjišťuje, zda lékař tyto podmínky splňuje (Kabela, 2001).

V roce 1998 byla zákonná procedura, předepsaná pro nahlášení eutanazie lékařem a pro posouzení, jestliže jednal podle pravidel, pozměněna. Ministerstvo zdravotnictví a ministerstvo spravedlnosti uvádí přehledné schéma této procedury:

Ve společné brožurce ministerstev zdravotnictví a spravedlnosti (1998) je uvedeno přehledně schéma této procedury



Obr. 1: Schéma procedury eutanazie v Nizozemí (Kabela, 2001)

Nizozemí se stalo první evropskou zemí, které legalizovalo zákon o eutanazii (asistované sebevraždě). Stalo se tak 1. dubna 2002. Lékaři, kteří poruší zákon o asistované sebevraždě (zneužijí jej), mohou být odsouzeni až na 12 let odnětí svobody (epavo.cz/top/clanky/eutanazie-ve-svete-33479.html).

2.1.2 Postoj holandských organizací vůči eutanazii

V roce 1973 byla založena Nizozemská společnost pro dobrovolnou eutanazii, jejímž cílem je akceptování eutanazie ve společnosti a s tím spojená legalizace dobrovolné eutanazie.

Tato organizace zastává názor, že umírání je výhradně osobní věcí člověka a jeho rodiny. Člověk má právo sám rozhodnout, jakým způsobem ukončí svůj život. Tato organizace vydala dokument osobního prohlášení, jímž může dát zájemce o eutanazii najevo, že chce bezbolestně zemřít, pokud se dostane do situace, která nedává šanci na změnu k lepšímu. Proti Nizozemské společnosti pro dobrovolnou eutanazii se staví Nizozemský svaz lékařů, který je radikálně proti eutanazii a snaží se přesvědčit veřejnost o nutnosti zákazu eutanazie. Nizozemská lékařská komora byla potěšena tím, že se Nizozemí podařilo, jako první zemi na světě, registrovat a regulovat eutanazii. Bohužel vyslovila zklamání nad tím, že eutanazie zůstává v principu trestná, i když lékař nebude stíhán, pokud se při výkonu eutanazie držel stanovené procedury (Kabela, 2001).

2.2 Vývoj uzákonění eutanazie v dalších vybraných zemích

Zkušenosti z Holandska, Belgie, Oregonu a Švýcarska bývají různě vykládány. Evidentní ale je, že zde sílí snaha o uzákonění některých podob eutanazie bez výslovného souhlasu pacienta a k eutanazii dětí. V Oregonu je nejčastější příčinou žádosti o eutanazii ztráta smyslu života, obava z osamělosti, ze ztráty samostatnosti a kontroly nad tělesnými funkcemi, případně únava životem. V dalších zemích je možné pozorovat narůstající toleranci vůči eutanazii. Ve Velké Británii a v Radě Evropy proběhly neúspěšné pokusy o legalizaci eutanazie (Špinková, Špinka, 2006).

V roce 2004 byla tzv. pasivní eutanazie legalizovaná také ve Francii, díky atmosféře většinového souhlasu francouzské veřejnosti, s možností ukončit život nemocného jedince dobrovolně na své přání. Podobně jako ve Francii, legalizovali pasivní eutanazii také v Dánsku. V Německu se vedou jen minimální diskuze o eutanazii, z důvodu minulosti (epravo.cz/top/clanky/eutanazie-ve-svete-33479.html).

Lucembursko se stalo třetí evropskou zemí (po Holandsku a Belgií), která uzákonila eutanazii a asistovanou sebevraždu. Definitivnímu přijetí zákona předcházely více než roční spory mezi panovníkem, premiérem a zákonodárci, ale norma vstoupila v platnost a ukončení života nevléčitelně nemocných je v zemi legální (denik.cz/ze_sveta/eutanazie_lucembursko20090318.html).

2.3 Situace v České republice

Historicky první sepsaný návrh zákona o důstojné smrti vychází z Belgického vzoru. Lze tam nalézt například toto:

- Plná způsobilost k právnímu úkonu
- Beznadějný zdravotní stav a trvalé utrpení
- Minimálně 4 týdny po podání žádosti
- Ne na základě stáří nebo bezmocnosti

Dva lékaři na sobě nezávislí by potvrdili, že skutečně jde o umírání. Podle návrhu by měl pacient možnost vzít si smrtící lék. Lékaři však byli rozděleni na půl. Jedna polovina tvrdila, že riziko zneužití je příliš velké, zastánci zase, že zákon přinese do nemocnic pořádek. Podle průzkumu by v roce 2008 vítali eutanazii 2/3 Čechů. (tn.nova.cz/bin/search_adv_media_desc.php?media_id=366485).

Návrh zákona v září roku 2008 Senátem neprošel. Předloha by podle kritiků legalizovala vědomé zabíjení a neřeší hrozbu zneužívání. (ct24.cz/domaci/29072/eutanazie-uzakonena-nebude).

Česká lékařská komora dne 20.2.2010 schválila přelomový dokument (viz příloha), podle kterého může zdravotnický personál ukončit intenzivní péči o nevléčitelně nemocného člověka. Někteří lidé považují tento dokument za pokus legalizovat eutanazii. ČLK eutanazii odmítá, ale jde podle ní o mírnění příznaků, které má přinést úlevu pacientovi. Toto opatření má omezit nedůstojné prodlužování umírání. Odpovědnost bude na vedoucím lékaři daného pracoviště. Podle ředitele ČLK Milana Kubka prozatím chybí na paliativní péči a budování hospiců v Česku peníze a politici by se měli na tento problém zaměřit (ct24.cz/domaci/82706-kubek-na-paliativni-peci-v-cesku-chybi-penize).

3 SMRT A UMÍRÁNÍ

Lidé, jako jediní ze všech bytostí, vědí, že zemřít musí. Jako jediní oplakávají své mrtvé, pohřbívají své mrtvé a vzpomínají na své mrtvé. Smrtelnost je do jisté míry pokládána za znak lidského stavu, je pro nás přítomna v nepřítomnosti, jistá v nejistotnosti, blízká ve vzdálenosti. Existují různé postoje ke smrti a k umírajícím (paliativní péče a hospicové hnutí na straně jedné a eutanazie na straně druhé). Veškeré definice smrti jsou zaměřeny na potvrzení ztráty všech funkcí celého mozku. Smrt je v biologickém smyslu proces, ne okamžik (Munzarová, 2002).

Umírání člověka je proces a smrt je stav, který je prokazatelný. Diagnózu smrti určujeme na základě toho, co chápeme jako smrt. Dříve se smrt zjišťovala na základě zástavy srdce a oběhu, dnes na základě mozkové smrti (mozkové kůry i mozkového kmene). Integrovaná funkce mozku je pro celý organismus jiným orgánem nenahraditelná. Pokud se zničí mozek, umírá člověk ve své identitě. To znamená, že mozek je schopen integrovat veškeré změny na všech úrovních organismu do celku lidské bytosti, která přitom zůstává sama sebou (Virt, 2000).

V dnešní době se umírajícím pomáhá tím, že se lékaři snaží zmírnit jejich bolesti, a pokud je to možné, udržují jejich tělo v co nejuspokojivějším stavu. Takto se umírajícím oznamuje, že jsou i nadále hodni pozornosti. Pokud má umírající pocit, že nemá pro ty, kdo jej obklopují, žádný význam, pak je opravdu osamělý. Rodiny bývají na rozpacích, mají-li najít slova, která by mohla umírajícímu pomoci. Není snadné ukázat umírajícím lidem, že neztratili svůj význam pro druhé (Elias, 1998).

5 stádií umírání (Kübler-Rossová, 1993):

- 1. Stádium popírání a izolace** – většina pacientů, kteří jsou terminálně nemocní, zprvu odmítá skutečnost, že mohou zemřít. Týká se to především těch pacientů, kteří byli informováni předčasně nebo stroze a necitlivě někým, kdo pacienta neznal nebo chtěl mít tuto nepříjemnou zprávu rychle vyřízenou a nebral ohledy na pacienty, kteří nemusí být připraveni nebo schopni tuto situaci přijmout. Stádium popírání tlumí účinky šokující zprávy. Odmítání je pouze dočasnou taktikou, brzy je vystřídáno částečným přijetím skutečnosti.
- 2. Druhé stádium – zlost** – po prvním stádiu odmítání se dostaví pocity zlosti a vzteku. Pacienti si pokládají otázky typu: „Proč se to muselo stát zrovna mě?“ Ve stádiu

popírání jsou lidé v okolí schopni respektovat pacienta bez problémů, ale v tomto stádiu už je to obtížné, protože pacientův vztek se obrací na všechny okolo. Pacient v tomto stádiu vyžaduje pozornost, neboť to může být naposledy, kdy může být vyslyšen. Pokud ho lidé v okolí respektují a chápou, pak se pacient trochu ztiší a nevyžaduje tolik pozornosti, protože pozná, že si ho někdo váží.

3. **Třetí stádium – smlouvání** – nastupuje potřeba docílit dohody, která by nepříjemnou událost mohla oddálit. Většinou lidé uzavírají tyto smlouvy s Bohem a drží je v tajnosti.
4. **Čtvrté stádium – deprese** – když terminálně nemocný pacient už nemůže svou nemoc popírat, nelze se tomu jen vysmívat, a pocit zlosti nahradí pocit velké ztráty. S léčením přibývají finanční náklady, s dlouhodobou pracovní neschopností může souviset ztráta zaměstnání, což přispívá ke zdroji depresí.
5. **Páté stádium – akceptace** – pokud má pacient dostatek času (nejde tedy o náhlou smrt) a pomohl-li mu někdo překonat předchozí stádia, dospěje do stavu, kdy není ani deprimován, ani necítí zlost na svůj osud. Na svůj nadcházející konec bude v tichosti čekat. Toto stádium by se nemělo považovat za „šťastné stádium,“ ale je to smíření, kdy je boj dobojován. Je to velmi těžké období pro rodinu, která obvykle více jak pacient potřebuje pomoc a podporu. Existují pacienti, kteří bojují až do samého konce, takže není možné, aby se dostali do tohoto stádia.

Smrt můžeme rozdělit:

1. **Fyzická smrt** – je úplná, trvalá a nevratná ztráta vědomí. Smrt je osobní zkušeností člověka a patří k životu.
2. **Psychická smrt** – je úplnou psychickou rezignací, kdy člověk prožívá beznaděj a zoufalství. Nepochybně usnadňuje vstup smrti fyzické.
3. **Sociální smrt** – člověk žije, ale je vyvázan z důležitých sociálních a interpersonálních vztahů (hospice.cz/hospice1/seznamy.php?sez=2).

Až do poloviny 20. století lidé umírali většinou doma v kruhu blízkých. Umírání bylo ještě všední záležitostí. Když se někdo chystal na smrt, přicházeli příbuzní, přátelé a sousedé, aby se s ním mohli rozloučit. Tito lidé byli přítomni okamžiku smrti. Změna začala s budováním nových nemocnic a dnes již umírání není vnímáno jako přirozený proces,

protože není veřejnosti na očích. Odehrává se v nemocnicích nebo pečovatelských domech. Smrt jako součást života je nyní odsunuta stranou. Technická úroveň moderního lékařství prodlužuje nejen život, ale i proces umírání, které se tím může stát nedůstojným (Jakoby, 2005).

Co se týká náhlé smrti u dětí (vražda, tragické úmrtí), potom by rodiče měli mít tu možnost, pokud to potřebují, najít nějaké bezpečné místo, kde by se mohli s ostatními podělit a své pocity, kde mohou třeba i nahlas křičet a nikdo je za to neodsoudí. Lidé se takto mohou podělit i o naděje. Vedoucí osoby těchto setkání se snaží, aby v duši pozůstalých vypěstovali naději a pokoj místo žalu a bolesti, které po nehodě cítí. Lidé, kteří v době takovéto krize nemají žádnou podporu, ani svých přátel, se ocitají v nejtěžší situaci. Náhlá úmrtí často působí stav viny a výčitek. Stává se to dokonce i u případů, kdy náhle zemře dlouhodobě nemocný pacient (Kübler-Rossová, 2003).

3.1 Právo na smrt

Právo na smrt zaznívá jen v západních liberálních společnostech. Je to pochopitelné, protože práva jedince jsou právě zde preferována a také právě zde jsou velmi rozvinuté možnosti medicíny v oddalování smrti. Toto právo vyjadřuje jen určitou vzrůstající deziluzi a vystřízlivění z představ, k čemu všemu současná lékařská věda dospěje v případě prodlužování života. Na druhou stranu je jasné, že mnohdy prodlužování života na mnohem delší dobu než by bylo rozumné a žádoucí, směřuje k tomu, že smrt se přestává projevat tak nemístnou a často je na ni dokonce nahlíženo jako na požehnání (Munzarová, 2002).

Je ale obrovský etický rozdíl mezi podřízením se smrti, když nastal její čas a když jsme už vůči ní bezradní, a zabitím, a také mezi necháním zemřít a způsobením smrti.

3.2 Lékařská etika a eutanazie

Lékařská etika zjišťuje v otázce eutanazie oprávněnost usmrtit pacienta za jistých okolností.

„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 v bezprostřední vazbě na svobodu

volby. Svobodná volba nám umožňuje dobrovolně spojit svůj život s okolním světem“ (Kořenek, 2004, s. 40).

Základní mrav, to, co se u nás dělá a nedělá, tvoří spolu s jazykem a náboženstvím vlastní charakteristiky určitého společenství. Tyto bytostně kulturní rysy zajišťují nezbytnou soudržnost společenství, umožňují běžnou komunikaci a spolupráci uvnitř, a zároveň tvoří hranice, odlišující dané společenství od jeho sousedů. Jedinečnost lidské osoby spočívá v člověku, který si uvědomil svůj vlastní život. Může se svobodně rozhodovat, má představu vlastních skutků a vlastní volby, má individuální svobodu. Objev sebe sama přináší možnost vlastní svobody, ale také vyvstává skutečnost trvalého břemene odpovědnosti. Závratné propasti osobní zodpovědnosti se lze bránit tím, že se naleznou pravidla, jak jednat dobře. Pokud platí pro celou společnost nějaká pravidla správného a nesprávného a najde-li se v ní člověk, který se jimi neřídí, lze mu je přičíst soudním řízením na základě svědeckých výpovědí či důkazů. Má-li být etika pomocí nebo návodem k rozhodování, musí hledat obecná pravidla. Důležitým prvkem mravního rozhodování je otázka, jak budu daný čin hodnotit za čas já sám – a jak ho budou vidět druzí (třeba i po mé smrti). Člověk, který se zavazuje a přijímá odpovědnost, nemůže předem vědět, jak to dopadne, ale ani co všechno to bude od něj vyžadovat. Zavázal se, že udělá „všechno, co je v jeho silách“. Ale i když to udělá, není vůbec jisté, zda dosáhne slíbeného výsledku (Sokol, Pinc, 2003).

Etika je souborem zásad lidského chování a ke správnému rozhodnutí člověk potřebuje znát určití fakta a osvojit si určité etické zásady (Kořenek, 2004).

Zdroje lékařské etiky (Kořenek, 2004):

1. **Hippokratova přísaha** – ovlivňuje lékařské sliby až do současnosti. Je formulována lékaři a určena jen pro lékaře. Do jisté míry jde o subjektivní hodnocení „blaha“ pro nemocného (viz příloha).
2. **Judaismus** – tato židovská lékařská etika je zakořeněná v bohaté tradici židovského Zákona a jejími mluvčími jsou rabíni. Tato etika má řadu jasně formulovaných principů, jejichž cílem je bezpodmínečné zachování života. Židé jsou největšími zastánci práva na život.
3. **Katolicismus** – katolická etika říká, že lidská bytost pochází od Boha, a proto má odpovědnost chránit své tělo a vyhledat lékařskou pomoc v případě poruch. Člověk

se nemůže vzdát života. Existuje zde určité omezení, že život lze obětovat za účelem vyšších mravních hodnot (válka).

4. **Protestantismus** – shoduje se s judaismem a katolicismem v tom, že základy mravnosti jsou postaveny i na poznání teologickém. Z důrazňují osobnostní znalost Bible.
5. **Principy angloamerické oblasti** – v tzv. Belmontské zprávě byly v roce 1978 nastíněny principy konání dobra, neomezení se jen na dobro pacienta, ale zaštipený principem respektu k osobám a principem spravedlnosti.
6. **Ostatní současné směry** – tyto moderní směry staví na faktech a výpočtech. Nejrozšířenější směry, které akceptují pouze fyzickou dimenzi člověka, jsou sociobiologismus a non-kognitivismus.

Předmětem lékařské etiky jsou morálně – etické problémy lékařské praxe (Kořenek, 2004):

1. **Postoj lékaře k pacientovi** – zde patří etický kodex nebo informovaný souhlas a základní principy lékařské etiky.
2. **Osobnost lékaře a problematika interpersonálních vztahů ve zdravotnictví.**
3. **Dilematické situace v teoretické i klinické medicíně** – např. problematika klonování.
4. **Problematika lidské reprodukce.**
5. **Problematika umírajících, paliativní medicíny a eutanazie.**

Lékařská etika je velice důležitá v medicíně, neboť každé lékařské rozhodnutí představuje rozhodování o zdraví a životě jiného člověka. Cílem lékařské etiky je rovnocennost odbornosti a lidskosti v lékařství.

4 HOSPICOVÁ PÉČE JAKO ALTERNATIVA K EUTANAZII

Hospice je specializované zařízení, poskytující paliativní péči pro terminálně nemocné pacienty. Zaměřuje se na úlevu od bolesti, kterou nemoc přináší. Neslibuje uzdravení, nechává pacientovi naději a také neslibuje vyléčení, ale slibuje léčitelnost. Než se pacient dostane do hospice, musí být o svém stavu informován a měly by také být vyčerpány všechny možnosti léčby. Hospice bere pacienta jako jedinečnou bytost a vychází z jeho potřeb: biologických, psychologických, sociálních a duchovních. Přijímání jsou všichni (hospice.cz/hospice1/hospic.html).

Běžně ve světě se hospicová péče rozlišuje do 3 forem (Svatošová, 1999):

1. **Domácí hospicová péče** – pro pacienta je ideální, ale nemusí být vždy dostačující. Pacientovi může chybět rodinné zázemí, nebo se časem vyčerpá. Dalším omezením může být, když v místě, kde nemocný bydlí, není žádná taková instituce poskytující domácí hospicovou péči. Potom i jeho mírné zhoršení stavu znamená návrat do nemocnice.
2. **Stacionární hospicová péče (denní pobyty)** – pacient je do tohoto zařízení přijat ráno, a odpoledne nebo k večeru se vrací domů. Pacientovi je zajišťována doprava buď rodinou, nebo hospicem. Záleží na domluvě. Tato forma je vhodná pro pacienty, kteří jsou z blízkého okolí. Pro některé pacienty může být tato forma nejvhodnějším řešením, např. kvůli kontrole bolesti, kterou se doma nepodařilo zvládnout, nebo rodina s pacientem není schopna mluvit o jeho problémech, tak pacient si rád chodí promluvit do hospice. Nejčastějším důvodem je odpočinek rodiny od nemocného, ale i nemocný si potřebuje odpočinout od své rodiny, což může mít preventivní účinek na zabránění vyčerpání rodiny i konfliktům.
3. **Lůžková hospicová péče** – pokud nemocný nemůže denně dojíždět z důvodu vzdálenosti nebo jeho zdravotnímu stavu, potom přichází v úvahu tato forma hospicové péče. Pokud si pacient přijde lehnout na hospicové lůžko, nemusí na něm zemřít. Jsou i tací pacienti, kteří využívají hospic velmi účelně. Přicházejí na krátkodobé a opakované pobyty tehdy, když sami cítí, že doma už se to nezvládá, pobyt v nemocnici není nutný a je to pro ně dobré. Návštěvy v hospicích jsou neomezené a jsou vítány. Pobyt v nemocnici se od hospice výrazně liší. V hospici si režim dne

určuje sám pacient – nikdo ho ráno nebudí, spí podle své potřeby, myje se, kdy chce, jí, kdy chce a vždy je tam pro něj někdo, kdo si s ním kdykoli pohovoří.

4.1 Filozofie hospicové péče

Velmi záleží na kvalitě života nevyлéčitelně nemocného pacienta, aby strávil své poslední dny naplněné. Hospic se snaží doprovázet nemocného a jeho příbuzné, kteří jsou velmi důležití. Jeho úkolem je pomáhat a sloužit a vyžaduje to profesionální a hlavně lidský přístup všech pracovníků i dobrovolníků, bez kterých by se hospic neobešel. V hospici nemůže pracovat každý, ale jen ten, kdo má bezpodmínečně rád lidi a musí být vyrovnán se svou vlastní konečností (Svatošová, 1999).

Doprovázení umírajících ubere kus sil, ale přidá kus moudrosti a zralosti. Jak uvádí Dr. Kübler-Rossová (in Svatošová, 1999, s. 124), „právě od našich umírajících pacientů se učíme poznávat pravé hodnoty života. Kdybychom byli schopni dosáhnout stadia přijetí již v mládí, prožili bychom mnohem smysluplnější život, dokázali bychom se radovat z maličkostí a jistě bychom měli i jiný žebříček hodnot.“

Myšlenky hospice by bylo možno použít i do podmínek nemocnic, ale prakticky by to nebylo vůbec jednoduché. V nemocnici je nutno stanovit diagnózu a udělat vše pro to, aby byla nemoc zdolána. Středem zájmu se stává nemoc, nikoli pacient (Svatošová, 1999).

Hospice a nemocnice se vzájemně doplňují, proto je potřeba obojí. Nemocnice provádí operace, různá vyšetření, léčení a v tomto případě nemůže být nahrazena hospicem. A nelze to ani naopak, kdy je pacient nevyлéčitelně nemocný a nepotřebuje už žádné léčení ani operace, vystačí mu hospic.

4.2 Paliativní péče

V knize od Sabatowského (in Student, Mühlum, Student, 2006, s. 38) zní definice WHO (Světové zdravotnické organizace) takto: „Paliativní medicína je aktivní, celostní péče o pacienty s progresivním, pokročilým onemocněním s malou nadějí na uzdravení, kdy onemocnění nereaguje na kurativní léčbu a nejvyšší prioritou je utlumení bolesti a dalších obtíží, psychologických, sociálních a spirituálních problémů.“

Paliativní péče byla vždy jednou ze stěžejních součástí lékařské a sociální péče, protože medicína vždy ve větší nebo menší míře refleктоvala, že její možnosti vyléčit nemocné

nebo alespoň prodloužit jejich život jsou omezené. Zároveň si ale byla vědoma, že její možnosti ani zdaleka nekončí tam, kde končí její schopnost uzdravit. Chápala, že zcela zásadní součástí lékařské péče je též mírnit bolest a jiné formy utrpení a umožnit nemocnému v tomto utrpení útěchu (Špinková, Špinka, 2006).

Při paliativní medicíně jde především o dostatečnou a výraznou kontrolu bolesti a příznaků. Velmi důležité je neopouštět pacienta s jeho otázkami a úzkostmi, ale otevřeně a pravdivě s ním komunikovat o všem, co má na srdci. Cílem komunikace je pomoci pacientovi, aby přijal neodvratitelné utrpení a smrt jako součást života. Paliativní medicína doprovází nemocného při procesu umírání. Tímto doprovázením se umírání neprodlužuje, ale ani neurychluje. Pokud pacient přijme vlastní umírání, při kterém paliativní medicína zmírňuje utrpení, pak je to v rozporu s násilnou pomocí k ukončení života. Paliativní péče znamená jednoznačné odmítnutí eutanazie (Virt, 2000).

Podle definice Rady Evropy „je paliativní péče aktivní, na kvalitu života orientovaná péče poskytovaná nemocným, kteří trpí nevyлéčitelnou chorobou v pokročilém nebo terminálním stádiu. Jejím cílem není primárně vyléčit pacienta nebo prodloužení jeho života, ale prevence a zmírnění bolesti a dalších tělesných i duševních strádání, zachování pacientovy důstojnosti a podpora jeho blízkých“ (Špinková, Špinka, 2006, s. 32).

Paliativní péče je orientovaná na celého člověka a na celý jeho život, jenž má svůj smysl od začátku do konce, tedy také v nemoci i slabosti. Snaží se, aby člověk mohl žít důstojně a plně až do konce. K tomu napomáhá kvalitní léčba bolesti a jiných symptomů, které provázejí umírání, dále zájem pacientova přání a životní hodnoty, dobrá komunikace a spolupráce s rodinou pacienta. Paliativní péče vidí člověka v jeho jedinečnosti i v jeho vztazích a snaží se tedy poskytovat pomoc rodině i po smrti pacienta (Špinková, Špinka, 2006).

Důstojně zemřít se stalo heslem pro ty, kteří nechtějí zbytečně prodlužovat život v případě, že jejich orgány nejsou funkční a člověk nemá kontrolu nad svým životem. Lékaři jsou povinni užít veškeré dostupné a přiměřené prostředky, aby odstranili pacientovu bolest a utrpení. Cílem takovéto léčby je život vysvobodit, nikoli ukončit (Munzarová, 2002).

4.3 Hospicové hnutí

Cílem hospice je pomáhat nemocným lidem i jejich rodinám, ulehčit jim umírání nebo pomoci jim při vyrovnání se s odchodem blízkého člověka, aby dokázali přijmout smrt. Jedná

se o péči, do které jsou zahrnuty všechny orientace člověka – fyzická, psychická, spirituální a sociální. Hospice vznikly ve středověku jako útulky nebo přístřešky, kde poutníci přenovali, těhotné ženy porodily a nemocní v poklidu zemřeli. Dr. Cicela Saunders založila Hospic sv. Kryštofa v roce 1967 v Londýně, díky němuž vzniklo moderní hnutí pro obnovu hospiců, které mělo poskytnout pouze klidné umírání pro nemocné. Pacienti zde mohli řešit konflikty nebo nesrovnalosti se svými blízkými, smířovat se se svým osudem, zbavovat se strachu ze smrti. Viděli zde také, že k nim personál není lhostejný a záleží mu na nich, a také cítili, že jsou svými blízkými milováni. Hospicové hnutí se brzy rozšířilo do ostatních zemí (u nás je první hospic Anežky České v Červeném Kostelci od roku 1996). Je zajímavé, že v Holandsku, kde se nevyskytuje hospicová péče, se ročně zabijí tisíce pacientů na žádosti o eutanazii, ale v Anglii, kde hospicová péče zavedena je, se eutanazie prakticky nevyskytuje (Munzarová, 2002).

Největší hodnota hospicového hnutí spočívá v péči o umírající a také v tom, že znovu otevřelo možnost příznivého přijetí nemoci a smrti.

4.3.1 České hospicové hnutí

Hospice neposkytují jen lůžkovou péči, ale některé se snaží poskytovat i péči domácí, kdy za pacienty dochází nebo jim půjčí přístroje, aby byl jejich pobyt doma ulehčen. Rozvíjí se také mobilní hospice, které se snaží zajistit nemocnému maximální pohodlí a pomoc u něj doma. Kamenným hospicům se u nás daří o něco lépe než domácí hospicové péči, neboť dokonce až 50% nákladů je hrazeno ze zdravotního pojištění. Domácí péče musí tuto podporu získávat pouze z grantů. Obě formy musí ale získat další finanční prostředky, například ze sponzorských darů nebo z měst. Problémem hospicové péče je malá dostupnost. Výše uvedené formy jsou schopny zajistit kvalitní péči a podporu umírajícím a rodinám, bohužel jich ale není dost, aby poskytly služby všem, kdo to potřebuje. Zásadní myšlenkou je, aby se paliativní péče zařadila do všeobecné lékařské a ošetrovatelské péče, aby se nemusely stavět nové hospice, jejichž existence závisí ve značné míře na dotacích (Student, Mühlum, Student, 2006).

4.4 Fyzická a emocionální bolest

Lidé vyhledávají eutanazii, aby se vyhnuli tělesnému utrpení, o kterém si myslí, že bude součástí při jejich umírání. Vzhledem k tomu, že existují hospice, není důvod, aby někdo

umíral s úpornými bolestmi. Hlavním problémem není fyzická bolest, ale bolest emocionální, která se v dnešní době léčí hlavně medikamenty.

4.4.1 Fyzická bolest

Lidé se nejvíce bojí úporné fyzické bolesti, když při umírání budou muset snášet prodloužení života přístroji nebo jinou formou užívání medicínských prostředků. Pokud pocítíme akutní krátkodobou fyzickou bolest (např. zlomený kotník), tak nám náš organismus dává signál, že je něco v nepořádku. Když se bolest pojmenuje a začne se s léčbou, není důvod, aby signál dále přetrvával. Fyzická bolest se dá rozdělit:

- Mírná bolest
- Středně silná bolest
- Prudká bolest
- Nesnesitelná bolest

S mírnou bolestí se dá žít nebo je možnost ji utišit běžnými a dostupnými přípravky (např. paralenem). Se středně silnou bolestí se dá žít několik hodin či dní, ale vyčerpává to tělo i mysl, proto by měla být mírněna slabými opiáty (např. kodeinem). S prudkou nebo nesnesitelnou bolestí se žít nedá a lze ji tišit pouze morfinem. Bolest může být také akutní a chronická. Při akutní krátkodobé bolesti by se neměly užít tišící přípravky, dokud se nezjistí příčina a dokud se nezahájí odpovídající léčba. Mohlo by to totiž způsobit „zamaskování“ obtíže (např. by pacientovi mohlo prasknout slepé střevo). Diagnóza prudkých a nesnesitelných bolestí by se měla dokončit co nejdříve, aby bylo možno použít co nejdříve tlumící přípravky, a to v dostatečném množství a tak často, jak to situace vyžaduje. Jestliže zdravotnický personál dopustí, aby se pacientovy bolesti zbytečně prodlužovaly, je vinen z mučení. Ovšem všechny silnější opiáty vytvářejí závislost, ale moderní farmakologii se dosud nepodařilo vymyslet silnější tlumící přípravek, který by tuto závislost nevytvářel (např. u morfinu je třeba dodávat stále vyšší dávky, aby bylo dosaženo stejného výsledku). Výzkumníci přišli na to, že pacienti, kteří jsou sami připojeni na „morfinovou pumpu,“ užívají méně morfinu, než kdyby jim byl dáván sestřičkami podle harmonogramu. Příčinou je to, že pacienti vědí, kdy je chytne prudká a nesnesitelná bolest, vezmou si dávku morfinu o něco dříve, kdy bolest ještě vůbec necítí. Kdyby si morfin vzali teprve, když bolest propukla, tak by museli čekat dalších zhruba 20 minut, než by bolest ustala (Peck, 2001).

Každý z nás trpěl bolestí zubů, nebo se píchl jehlou, což bylo nepříjemné, ale nutné. Bolesti nemají jen výstražnou funkci, ale také představují motiv k tomu, aby se škodě věnovala pozornost a dělalo se vše pro její nápravu. Bolesti musí existovat v zájmu zachování tělesného zdraví. Pokud je bolest příliš silná, může člověka až ochromit, a tím znemožnit jeho obrannou reakci. Někdy ústrojí pro vnímání bolesti zapracuje v neprospěch člověka, protože je to dáno omezeností organického života (Rotter, 1999).

I nepříliš výrazná bolest může vést k utrpení, pokud má trpící podezření, že její příčinou je závažné onemocnění. Naopak i velká tělesná bolest nemusí být vnímána jako nesnesitelná, jestli existuje naděje, že brzy skončí a je-li její důvod jasný. Zjištění všech důvodů utrpení je diagnostickým procesem, který stojí za námahu (pocit viny a výčitek, neodpuštění, starost o rodinu, osamění, strach, že jsou zátěží pro ostatní apod.) a který může podstatnou měrou ulevit od bolesti, která se zdála být nesnesitelnou. Je tedy bezpodmínečně nutné vnímat celého člověka, ne pouze jeho chorobu (Munzarová, 2008).

Základní pravidlo zní – každý vnímá bolest jinak, a proto je nutné nemocnému věřit a respektovat pacientovo rozhodnutí i v případě, že se vědomě a svobodně rozhodne bolest až do určité míry snášet. Nemocný má právo odmítnout léky proti bolesti, protože k tomu má svůj důvod, který obvykle nesděljuje (Svatošová, 1999).

4.4.2 Emocionální bolest

Jak fyzická bolest, tak i emocionální bolest je signálem, že něco není v pořádku. Pokud jsme naštvaní, je to proto, že nás někdo naštvál, nebo že se v našem životě vyskytuje něco, co v nás tento pocit vyvolává. Tyto signály by se měly řešit, neboť mohou mít neblahé důsledky. Duševní onemocnění může být jak bezbolestné tak bolestné. Pokud nás postihne deprese či smutek, nevyhledáme lékaře, což bychom učinili, kdyby nás zasáhla fyzická bolest, ale obvykle přebolí nebo my sami můžeme udělat něco, čímž jejich odchod usnadníme (např. popovídáním si). Psychiatra vyhledáme, až když je emocionální bolest chronická. Diagnóza se stanovuje anamnézou, většinou to trvá měsíce i roky. Léčba fyzické bolesti je mnohem předvídatelnější než léčba emocionální bolesti, která může být aplikována na pacientovi jako metoda pokus – omyl. Lékaři někdy musí zápasit s pacientovou vůlí, protože velké množství duševně nemocných lidí, kteří necítí bolesti, přicházejí k psychiatrovi jen proto, že jsou doprovázeni svými příbuznými (Peck, 2001).

Pokud se nemocnému dostává správné a všestranné péče, tak téměř nikdy o urychlení smrti nepožádá. Výjimku představují duševní choroby, a to právě musí posoudit psychiatr. Pokud nemocný vysloví přání skoncovat co nejrychleji se životem, potom se nezvládla péče. Takové přání pacienta je důkazem, že nejsou uspokojeny všechny jeho potřeby. Proto by měla být snaha odhalit pravou příčinu (Svatošová, 1999).

4.4.3 Čeho se lidé bojí?

- Bojí se bezmocnosti konečnosti lidského života
- Bojí se nesnesitelné bolesti
- Bojí se ztráty důstojnosti a kvality života
- Bojí se, že budou přítěží svým blízkým a budou opuštěni
- Bojí se svého strachu

Přání umírajících lidí se vztahují ke čtyřem životním rozměrům, které nabízí právě hospic a jsou to: sociální, tělesný, psychický a spirituální rozměr. Jejich nejdůležitějším přáním je to, aby byli obklopeni svými příbuznými, aby neumírali osamoceni. Druhým nejdůležitějším přáním je to, aby mohli zemřít bez tělesných obtíží. Další přání patří k psychickému rozměru, kdy umírající si potřebuje vyjasnit a vyřešit konflikty, aby mohl spokojeně odejít. Do spirituálního rozměru patří pacientovy otázky na smysl života, umírání a také co bude následovat potom (Student, Mühlum, Student, 2006).

Pro většinu lidí je nejhorším utrpením ztráta důstojnosti. Umírající člověk se nemusí umět sám obléct, najíst, vyprázdnit střeva či močový měchýř. Je závislý na každodenní péči, která mu může být poskytována blízkými osobami i cizími lidmi. Během umírání si může člověk uvědomit, že se stává břemenem pro ostatní. Ve společnosti panuje přesvědčení, že ztráta obvyklých schopností zbavuje člověka důstojnosti. Naše společnost přisuzuje důstojnost mládí, vitalitě a sebeovládání. Na tělesné známky nemoci nebo na pokročilé stáří by se mělo pohlížet jako na přirozený a nevyhnutelný vývoj člověka (Byock, 2005).

Co je to vlastně důstojnost (a důstojnost v umírání)? Zastánci eutanazie tvrdí, že člověk v procesu umírání může přicházet o svou důstojnost. Důstojnost však znamená hodnotu, která náleží lidské bytosti a která vyžaduje úctu. Člověk má důstojnost proto, že je člověkem. Nemůže o ni přijít tím, že sám nemůže ovlivnit všechno, co se s ním přihodí. Pokud

k nějaké změně v pocitech nemocného v tomto ohledu dochází, pak je to díky lidem, kteří jej obklopují a kteří nereagují správně ve své roli. Jestliže jej litují, opouštějí nebo špatně ukřívají nechť k němu. Umírání a smrt našich blízkých nikoho nemine. Proto je dobré, být na ni připraveni s vědomím, že naše přítomnost u jejich lůžka bude velmi důležitá, neboť potřebují hlavně náš soucit a naši lásku (Munzarová, 2008).

Pod vlivem křesťanství se rozvinul humanismus, který přikládá lidskému životu velmi vysokou hodnotu a říká, že člověk je jako jediná lidská bytost schopna o sobě přemýšlet, být svým pánem a má právo o sobě rozhodovat. Tyto schopnosti tvoří jeho důstojnost. Dále v této křesťanské humanistické tradici lze hodnotu života zdůvodnit tím, když se člověk cítí milován. Láska dává poznat vlastní hodnotu. Nejhlubším zdůvodněním hodnoty lidského života spočívá pro křesťana ve víře v Boha. Ve vztahu člověka k Bohu (Rotter, 1999).

5 POMÁHAJÍCÍ PROFESE

Definice pomáhajících profesí zní takto: „Pomáhající profese jsou profese vznikající v souvislosti se slábnoucí úlohou rodiny a jiných tradičních systémů sociální podpory. Cílem pomáhajících profesí je institucionalizované poskytování této podpory. V širokém pojetí k nim patří medicína, psychologie, pedagogika, sociální práce. Centrem zájmu pomáhajících profesí by měl být klient jako osoba se všemi svými rolemi. O tom, kdo se stane klientem pomáhajících profesí, rozhoduje stát, profesní asociace a státní i nestátní agentury poskytující služby. Profesionálové vykonávající pomáhající profesi jsou závislí na klientech, protože klienti ospravedlňují existenci jejich profese. Pomáhající profese kladou na pracovníky specifické nároky. Počítá se mezi ně fyzická i psychická zdatnost, inteligence, přitažlivost pro klienty, důvěryhodnost, komunikační dovednosti, empatie. Emocionální zátěž pomáhajících pracovníků je vysoká zejména při práci s klienty, jejichž odezva je minimální či nesrozumitelná (lidé s autismem, s mentálním postižením, s duševní nemocí) nebo je jejich chování z hlediska obecné morálky nepřijatelné“ (Matoušek, 2003, s. 149).

Výkon pomáhajících profesí může být spojen s řadou obtíží a zklamání. Služba druhým vyžaduje od těch, kteří ji mají v plánu poskytovat, určité osobnostní dispozice, vzdělání a mnohdy také ochotu přinášet oběti. Ne každý, kdo chce pracovat v pomáhajících profesích, má předpoklady k tomu, aby tuto profesi dobře vykonával. Všechna tato povolání totiž nelze s úspěchem vykonávat, aniž by přitom nebyly dodržovány určité etické zásady. Dalším důležitým předpokladem k jejich výkonu je přirozeně také již výše zmíněná ochota ke službě druhým. Z dějin lidstva je např. známo, že povolání kněze, lékaře a soudce byla většinou považována prakticky ve všech kulturách za posvátná, a jejich výkon byl také vázán na složení slibu. Z toho vyplývá, že takovéto povolání vyžadují ještě něco víc než jen znalosti, zkušenosti a dovednosti. Předpokládají totiž ryzost charakteru, mravní čistotu a vědomí odpovědnosti vůči vyššímu mravnímu řádu. Poměrně náročné požadavky na pomáhající profese mohou představovat pro některé pracovníky nepřiměřenou zátěž, jež může vést až k naprostému vyčerpání, vyhoření, vyprahlosti či vyhaslosti (Jankovský, 2003).

Pojmy, jako dovednosti naslouchat a vyjádřit porozumění, jsou omílány většinou profesionálů v pomáhajících profesích (Hájek, 2006).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

6 METODOLOGIE VÝZKUMU

V rámci této kapitoly se zaměřím na seznámení se s praktickou částí mé bakalářské práce. V jednotlivých podkapitolách se pokusím blíže popsat výzkumný problém, druh výzkumu, metody výzkumu, výzkumný vzorek a místa realizace výzkumu.

6.1 Výzkumný problém

Výzkumným problémem bylo zjistit názory pracovníků pomáhajících profesí na legalizaci eutanazie v nemocnici Valašské Meziříčí a v hospici Citadela ve Valašském Meziříčí. Vzhledem k tomu, že se jedná o popisný výzkumný problém, neuvádím zde hypotézy.

6.2 Druh výzkumu

K řešení výzkumného problému v praktické části bakalářské práce jsem se rozhodla pro kvantitativní výzkum. Pro získání informací, postojů a názorů jsem zvolila techniku anonymního dotazníkového šetření. Tuto techniku jsem zvolila také proto, že si myslím, že se na dané téma nelehce odpovídá, zvláště u zdravotníků.

6.3 Výzkumné otázky

Hlavní výzkumná otázka zní: Jaké zaujímají pracovníci pomáhajících profesí postoje k eutanazii?

Dílní výzkumné otázky:

- Jaké postoje zastávají pracovníci pomáhajících profesí k úrovni péče o umírající v České republice?
- Jaké postoje zaujímají pracovníci pomáhajících profesí k možnosti vykonání eutanazie u svého příbuzného (partnera)?
- Jaké názory mají pracovníci pomáhajících profesí na pravomoc o rozhodnutí eutanazie?
- Zaujímají věřící lidé jiný postoj k eutanazii než ateisté?

6.4 Metody a techniky výzkumu

K průzkumu jsem zvolila formu dotazníku, který je podle Chrásky (2007) soustava předem připravených a pečlivě formulovaných otázek, které jsou promyšleně seřazeny a na které dotazovaná osoba odpovídá písemně. Forma požadované odpovědi může být otevřená (nestrukturovaná), uzavřená (strukturovaná) a polouzavřená.

Mnou vytvořený dotazník (příloha PI) je tvořen 20 otázkami, týkajícími se všeobecně eutanazie. Při jeho tvorbě jsem použila otevřené, uzavřené i polouzavřené otázky, aby se respondenti mohli jakkoliv vyjádřit.

6.5 Výběr vzorku

Výběr výzkumného vzorku tvoří záměrný výběr pracovníků pomáhajících profesí v nemocnici Valašské Meziříčí na interním oddělení, jednotce intenzivní péče a oddělení následné péče, dále pak v hospici Citadela ve Valašském Meziříčí. Dotazník byl rozdán 100 respondentům, 50 v nemocnici a 50 v hospici. Návratnost z nemocnice činila 48%, tedy 24 respondentů a návratnost z hospice činila 74%, tedy 37 respondentů.

6.6 Místa realizace výzkumu

Svůj výzkum jsem realizovala v hospici Citadela ve Valašském Meziříčí a v nemocnici Valašské Meziříčí.

Hospic Citadela poskytuje nepřetržitou péči všem lidem. Podmínky pro přijetí jsou dvě: údaj potvrzený praktickým lékařem, že člověk je v terminálním stadiu onemocnění a informovaný souhlas pacienta s hospitalizací. Hospicová péče je určena lidem, kteří nechtějí zbytek svého života strávit v nemocnicích a pro svůj závažný stav nemohou zůstat ani doma. Je jim poskytována péče zdravotní, péče na zvládnutí fyzických i psychických bolestí a také péče duchovní. Pomoc a podpora je také poskytována rodinným příslušníkům, kteří mohou v hospici trvale zůstat se svými blízkými. Pokoje hospice jsou vybaveny sprchovým koutem, toaletou a skříněmi na ošacení, aby bylo zajištěno soukromí pro pobyt pacienta i s možným doprovodem jeho rodiny. Také zdravotnická péče je na velmi dobré úrovni.



Obr. 2: Interiér hospice

Hospic Citadela je otevřen od roku 2003 a jeho název je odvozen z knihy od Antoina de Saint Exuperyho a odkazuje k uvažování o hlubokém smyslu života.



Obr. 3: Specializovaná hospicová paliativní péče poskytovaná v budově hospice



Obr. 4: Sociálně zdravotní ošetrovatelská péče poskytovaná v Domově pro osoby se zdravotním postižením

Úkoly hospice a paliativní péče jsou psychosociální péče nebo terapie zmírňující bolesti, dále musí pořádat besedy s pacienty a příbuznými. Hospicová práce je celoživotním procesem, proto by si zaměstnanci i brigádníci měli doplňovat vzdělání a předávat si informace či získané znalosti navzájem. Poslední úkol hospice je získávání poznatků, tedy výzkum.

Cílem **nemocnice ve Valašském Meziříčí** je poskytovat kvalitní lékařskou péči, která se zakládá na přístupu k pacientovi a odborném důkladném vzdělání. V minulých letech prošla nemocnice rekonstrukcí, kdy se tím zlepšilo prostředí, a pacienti mají větší komfort. Nemocnice se dnes řadí k moderním pracovištím, které snesou srovnání na celorepublikové úrovni.

6.7 Předvýzkum

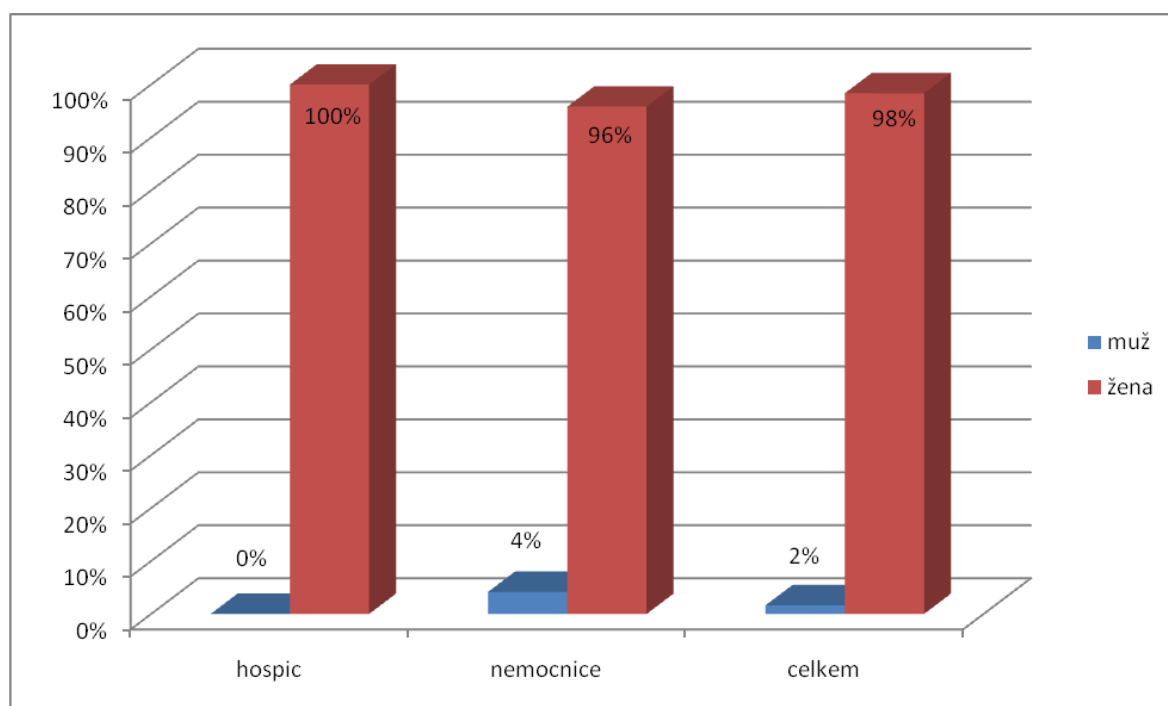
Pilotní ověření dotazníku proběhlo záměrně v nemocnici ve Valašském Meziříčí. V něm jsem se zaměřila na zjištění názorů pracovníků pomáhajících profesí na legalizaci eutanazie. Byl realizován počátkem měsíce ledna 2010. Rozdala jsem 5 dotazníků zdravotním sestřám, abych zjistila, zda jsou otázky vhodné a dobře srozumitelné. Po konzultaci s nimi, jsem změnila mnou vybraný způsob označování položek v dotazníku, z kroužkování na křížkování. Také jsem udělala kompromis u otevřených otázek, ze tří jsem použila dvě.

7 VÝSLEDKY VÝZKUMU A INTERPRETACE DAT

Průzkumu se zúčastnilo 61 respondentů, z toho 24 respondentů z nemocnice ve Valašském Meziříčí (JIP, Interna, ONP) a 37 respondentů z Hospice Citadela ve Valašském Meziříčí. Výzkum jsem zpracovala do grafů a tabulek, odpovědi z nemocnice a hospice jsou uvedeny zvlášť a také jako celek. Tento způsob vyhodnocení se mi zdá přehlednější, protože vidíme, jaký názor v jednotlivých organizacích zastávají.

7.1 Vyhodnocení dotazníku a interpretace dat

Graf 1: Rozdělení respondentů podle pohlaví.



Zdroj: vlastní výzkum, 2010

Tabulka 1: Rozdělení respondentů podle pohlaví

odpovědi respondentů	hospic		nemocnice	
	absolutní četnost	relativní četnost [%]	absolutní četnost	relativní četnost [%]
žena	37	100	23	96
muž	0	0	1	4
celkem	37	100	24	100

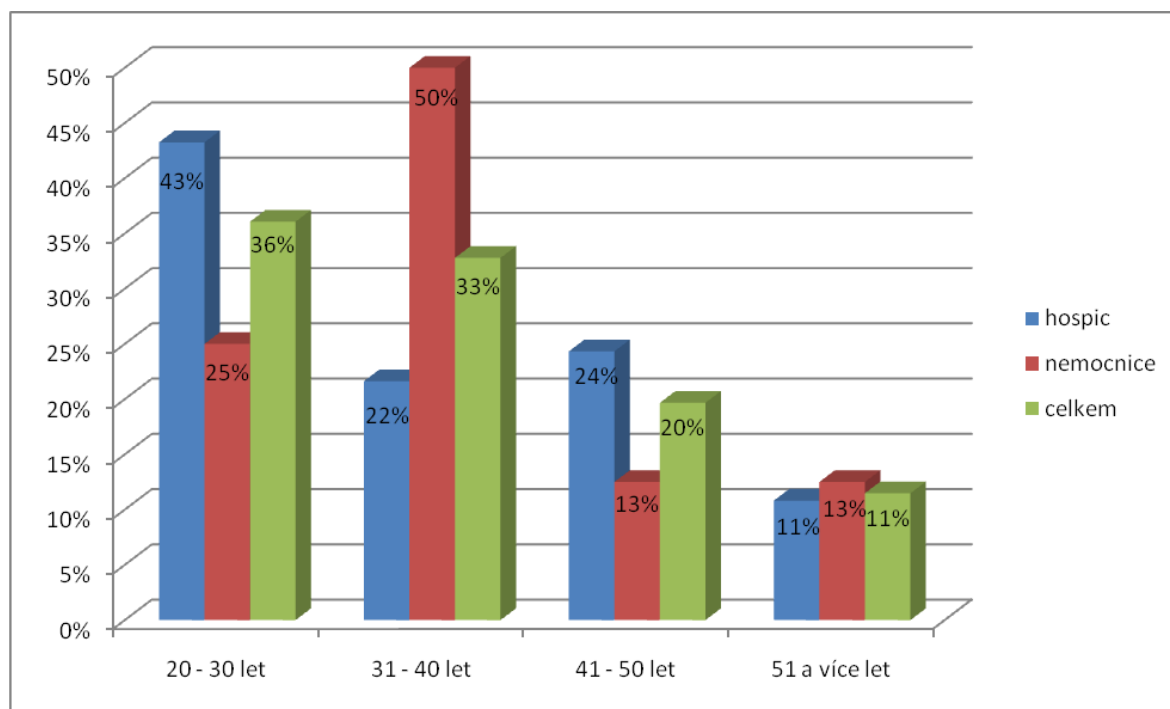
Zdroj: vlastní výzkum, 2010

V první otázce jsem se ptala na pohlaví respondentů. Je na zamyšlení, proč ve zdravotnictví pracuje více žen než mužů. Z jedenašedesáti respondentů ve zdravotnictví (nemocnice a hospic ve Valašském Meziříčí) vyplnil dotazník pouze jeden muž. Myslím si, že muži mohou mít všeobecně pro zdravotnictví kladný význam v následujících případech:

- Mají větší fyzickou zdatnost při manipulaci s pacienty, než ženy.
- Bývají technicky zdatnější (např. manipulace se zaseknutou postelí).
- Muži mohou vnášet pozitivní atmosféru do pracovního prostředí (personál složený výhradně ženami nemusí vyhovovat každému).

Je také možné, že nižší koncentrace mužů ve zdravotnictví (na pozici zdravotního bratra nebo ošetřovatele) je z důvodu nižšího platového ohodnocení.

Graf 2: Věkové rozvrstvení respondentů.



Zdroj: vlastní výzkum, 2010

Tabulka 2: Věkové rozvrstvení respondentů

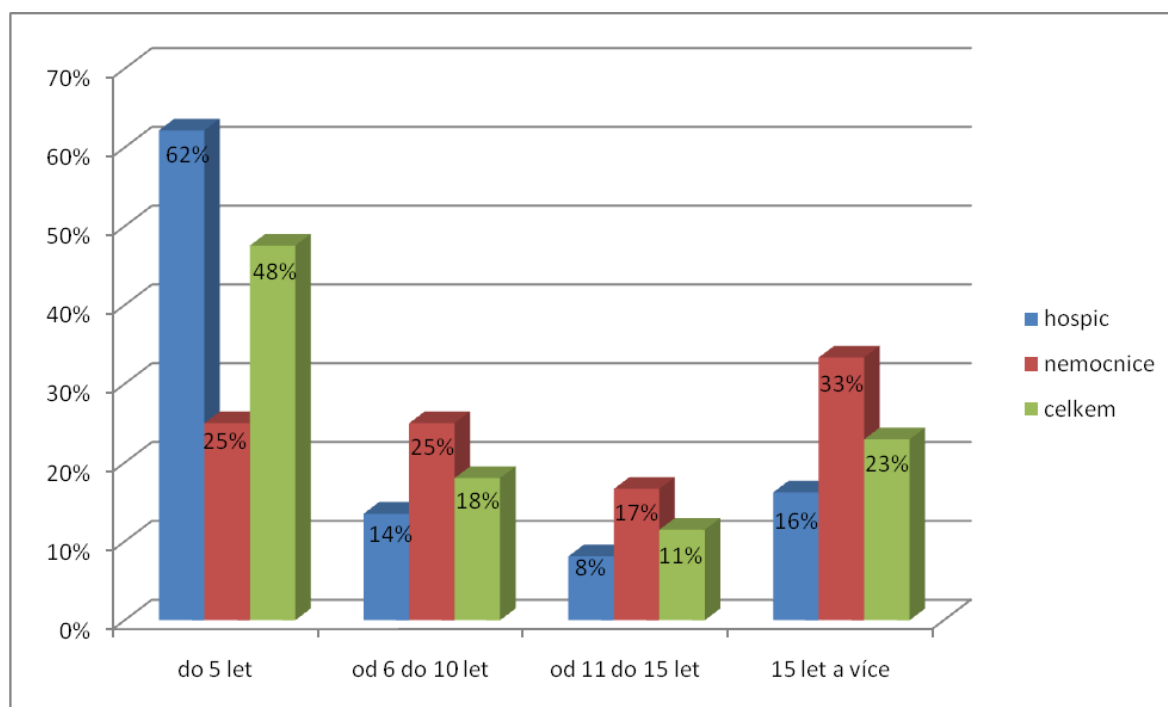
odpovědi respondentů	hospic		nemocnice	
	absolutní četnost	relativní četnost [%]	absolutní četnost	relativní četnost [%]
20 - 30 let	16	43	6	25
31 - 40 let	8	22	12	50
41 - 50 let	9	24	3	13
51 a více let	4	11	3	13
celkem	37	100	24	100

Zdroj: vlastní výzkum, 2010

V druhé otázce byl dotaz kladen na věkové rozložení dotázaných. Lze říci, že dvě třetiny (69% dotázaných) dotázaných jsou ve věku mezi 20 – 40 lety, 40 a více let jsou pouze v jedné třetině (21% dotázaných).

V Hospici je nejvíce zaměstnaných ve věku mezi 20 – 30 lety (43% dotázaných) a v nemocnici je jich nejvíce ve věku mezi 30 – 40 lety (50% dotázaných), poté jsou na tom stejně ve věku do 30 let a nad 41 let.

Myslím si, že je dobré, že v těchto organizacích pracují poměrně mladí lidé. V tomto věku by ještě nemuseli trpět syndromem vyhoření a mohou tak vnášet kreativní přístup do své práce. Věkový poměr starších a mladších zaměstnanců se mi zdá vyhovující, protože starší zaměstnanci mají zkušenosti, které mohou předávat dále.

Graf 3: Délka praxe respondentů v oblasti zdravotnictví

Zdroj: vlastní výzkum, 2010

Tabulka 3: Délka praxe respondentů v oblasti zdravotnictví

odpovědi respondentů	hospic		nemocnice	
	absolutní četnost	relativní četnost [%]	absolutní četnost	relativní četnost [%]
do 5 let	23	62	6	25
15 let a více	6	16	8	33
od 6 do 10 let	5	14	6	25
od 11 do 15 let	3	8	4	17
celkem	37	100	24	100

Zdroj: vlastní výzkum, 2010

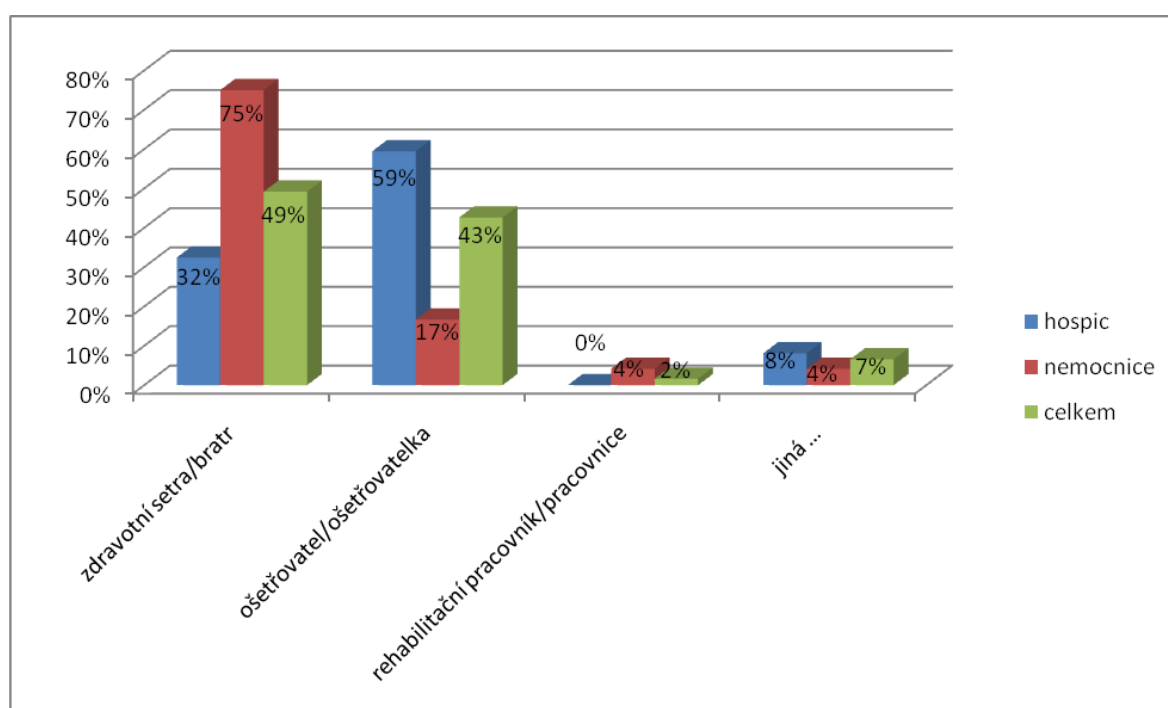
V třetí otázce bylo cílem zjistit, jak dlouho jsou dotazovaní zaměstnání ve zdravotnických zařízeních. V nemocnici je nejvíce zaměstnaných více jak 15 let, poté shodně následují do 5 let a mezi 6 – 15 lety. Celkově (v nemocnici a v hospici) je u 48% respondentů délka pracovního poměru do 5 let, čtvrtina více než 15 let a zbylí mezi 6 – 15 lety.

Po vyhodnocení dotazníku vyšlo najevo, že v nemocnici jsou lidé zaměstnání dlouhodobě (poměr věku respondentů k délce jejich praxe). Naopak v hospici je nejvíce zaměstnaných

s praxí do pěti let, do kterých spadají jak mladí lidé do třiceti let, tak i starší zaměstnanci mezi jedenačtyřiceti až padesáti lety.

Výzkum ukázal, dle mého názoru, vhodné rozložení praxe zaměstnanců, kdy dvě třetiny vzorku mají praxi do 10 let a jedna čtvrtina zaměstnanců má praxi více jak patnáctiletou. Jak už jsem se zmiňovala u předchozí otázky, vzorek s delší praxí může předávat své zkušenosti vzorku s kratší praxí.

Graf 4: Vykonávaná funkce respondentů v organizaci



Zdroj: vlastní výzkum, 2010

Tabulka 4: Vykonávaná funkce respondentů v organizaci

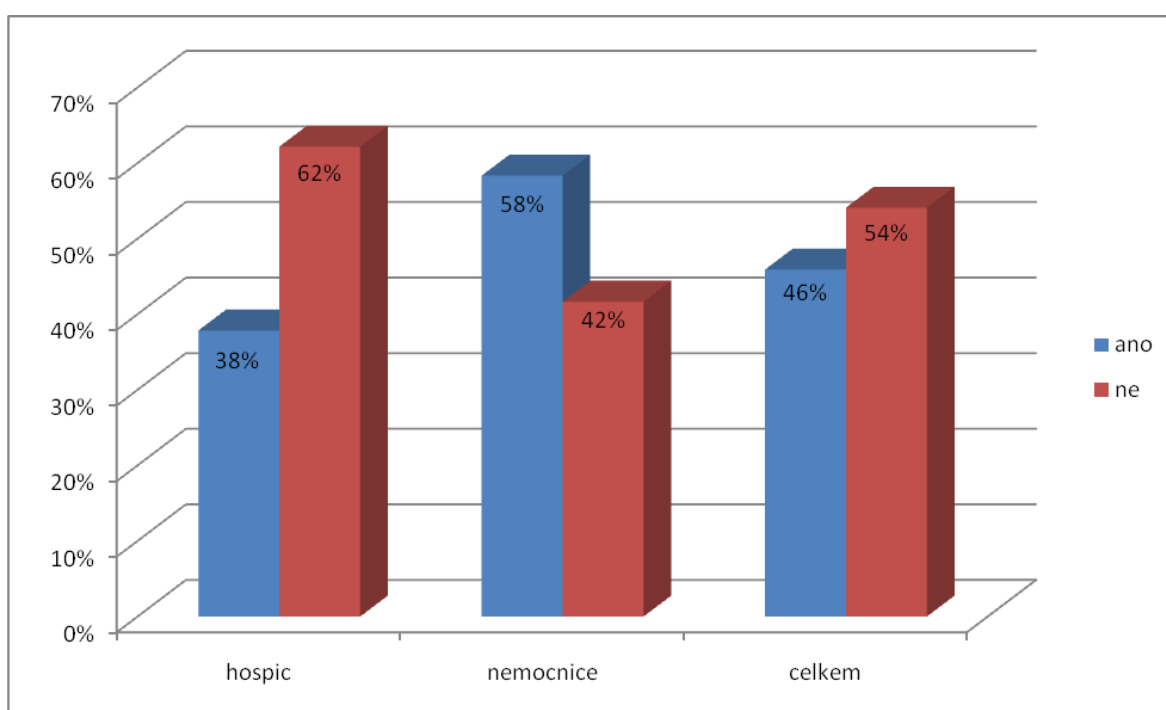
odpovědi respondentů	hospic		nemocnice	
	absolutní četnost	relativní četnost [%]	absolutní četnost	relativní četnost [%]
zdravotní sestra/bratr	12	32	18	75
ošetřovatel/ošetřovatelka	22	59	4	17
jiná ...	3	8	1	4
rehabilitační pracovník/pracovnice	0	0	1	4
celkem	37	100	24	100

Zdroj: vlastní výzkum, 2010

Čtvrtá otázka byla kladena na zařazení respondenta v pracovní profesi. V nemocnici je ze tří čtvrtin dotázaných ve funkci zdravotní sestry, pětina v ošetrovatelské funkci a ostatní jako rehabilitační pracovníci nebo v jiné funkci (bližší údaj o funkci nebyl uveden).

Naopak v Hospici jsou dvě třetiny dotázaných ve funkci ošetřovatele, dále jsou tam zdravotní sestry a do jiných funkcí byly uvedeny dvě sociální pracovníce a jedna staniční sestra.

Graf 5: Náboženské zařazení (ateista ano nebo ne)



Zdroj: vlastní výzkum, 2010

Tabulka 5: Náboženské zařazení (ateista ano nebo ne)

odpovědi respondentů	hospic		nemocnice	
	absolutní četnost	relativní četnost [%]	absolutní četnost	relativní četnost [%]
ne	23	62	10	42
ano	14	38	14	58
celkem	37	100	24	100

Zdroj: vlastní výzkum, 2010

Poslední otázkou o zařazení dotazovaných je, zda jsou věřící nebo ateisté. V nemocnici je 58% nevěřících, v hospici tomu bylo přesně naopak. Celkově jde vidět, že mezi dotazovanými bylo 54% věřících proti 46% ateistů. To může mít dle mého názoru vliv na celkový pohled na eutanazii.

Respondenti nejčastěji uváděli, že jsou křesťané (katolíci, v menší míře evangelíci). Dále se tam objevilo budhistické náboženství a východní náboženství, osobní víra a jeden respondent uvedl, že je agnostik. Z celkových 33 věřících respondentů nevedlo 14 respondentů, jakou víru vyznávají.

Tabulka 6: Náзор respondentů na eutanazii (v hospici).

odpovědi respondentů	absolutní četnost	relativní četnost [%]
ukončení života	13	35
pomoc	7	19
vysvobození	4	11
důstojný odchod ze života	4	11
vražda, smrt	3	8
žádná odpověď na otázku	3	8
nebezpečný nesmysl	1	3
dobrovolný odchod ze života	1	3
člověk na to nemá právo	1	3
celkem	37	100

Zdroj: vlastní výzkum, 2010

Tabulka 7: Náзор respondentů na eutanazii (v nemocnici).

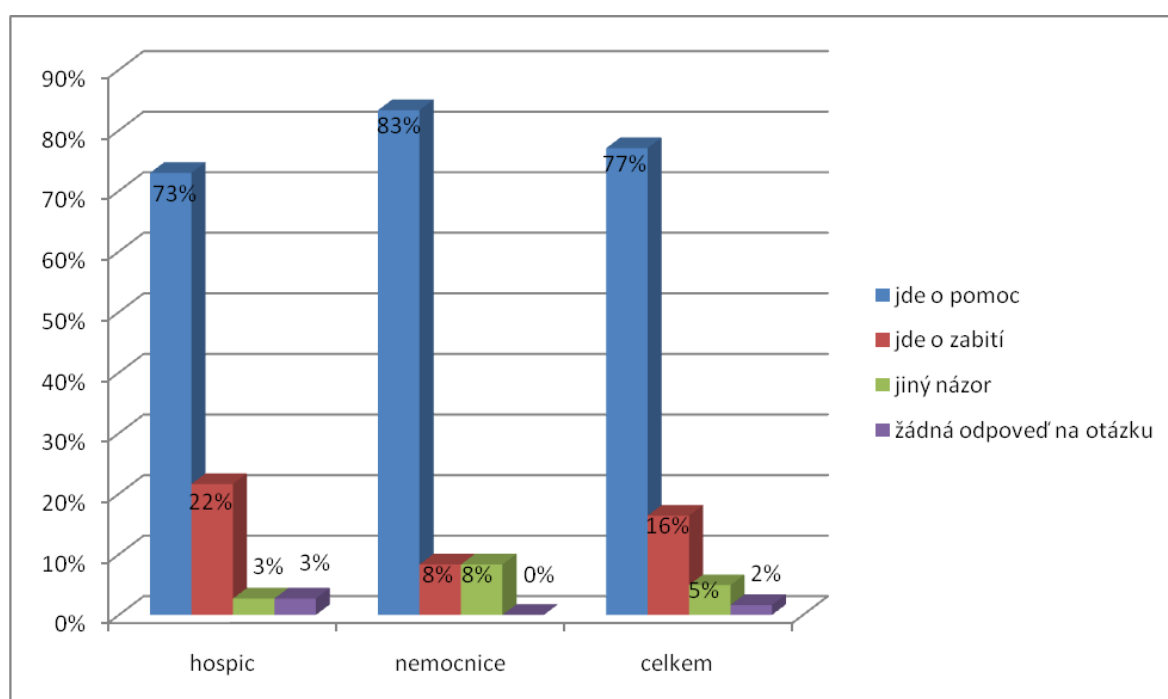
odpovědi respondentů	absolutní četnost	relativní četnost [%]
důstojný odchod ze života	8	33
pomoc	7	29
ukončení života	4	17
žádná odpověď na otázku	2	8
vysvobození	1	4
dobrovolný odchod ze života	1	4
asistovaná sebevražda	1	4
celkem	24	100

Zdroj: vlastní výzkum, 2010

Na otázku, co si respondenti myslí, že je eutanazie, se v obou institucích objevovali obdobné odpovědi. Nejčastější názor byl ten, že jde o důstojný odchod ze života, o pomoc nebo vysvobození (nejspíše od bolesti nebo dalšího nepříznivého vývoje nemoci).

U jedné desetiny dotázaných se objevilo, že jde o vraždu (nebo asistovanou sebevraždu) a shodně také žádná odpověď na otázku. Pouze nepatrné procento odpovědělo, že je to vlastně nesmysl nebo že na to člověk nemá právo.

Graf 6: Názor respondentů na účel eutanazie



Zdroj: vlastní výzkum, 2010

Tabulka 8: Názor respondentů na účel eutanazie

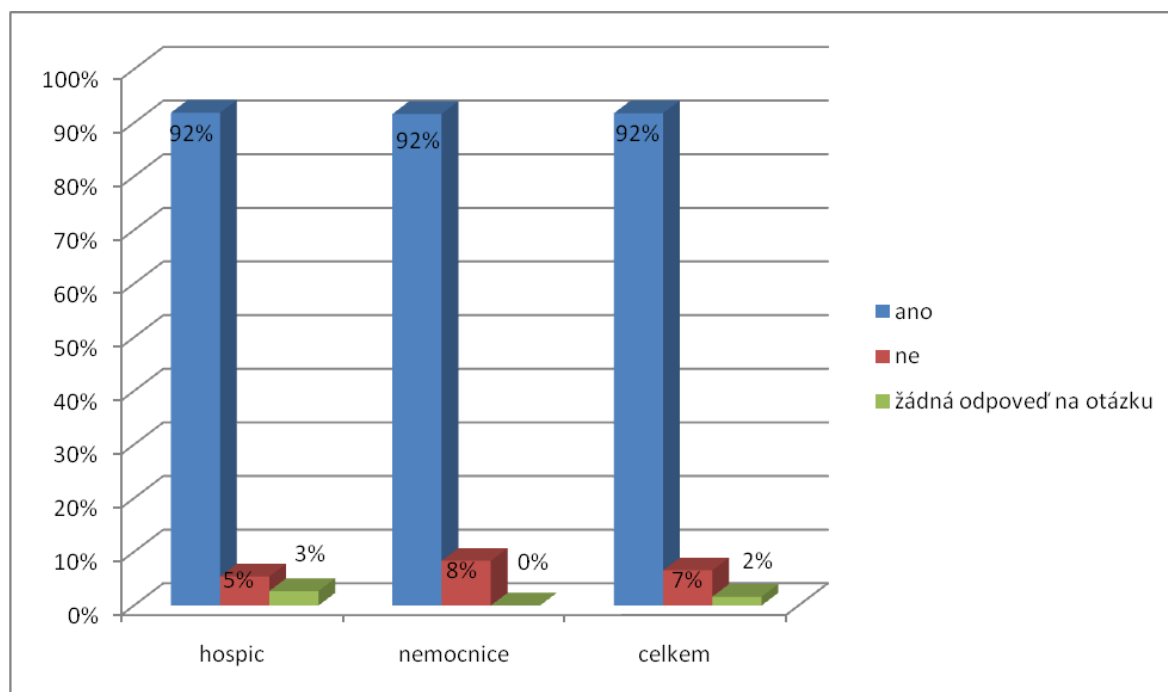
odpovědi respondentů	hospic		nemocnice	
	absolutní četnost	relativní četnost [%]	absolutní četnost	relativní četnost [%]
jde o pomoc	27	73	20	83
jde o zabití	8	22	2	8
jiný názor	1	3	2	8
žádná odpověď na otázku	1	3	0	0
celkem	37	100	24	100

Zdroj: vlastní výzkum, 2010

U většiny dotázaných převyšuje názor, že účelem eutanazie je pomoc, namísto zabití. V nemocnici tomu bylo více než čtyři pětiny (83% dotázaných), v hospici přesně tři čtvrtiny dotázaných (75%).

Ostatní zastávají názor, že jde o zabití. Z celkového počtu zastává 5% jiný názor, kde uvedli, že to může být zkrácení utrpení a odlehčení utrpení od nesnesitelných bolestí. Byl zde uveden také názor, že to může být i „urychlovač“ dědictví. Jedna respondentka na tuto otázku neodpověděla.

Graf 7: Názor respondentů na zneužití eutanazie



Zdroj: vlastní výzkum, 2010

Tabulka 9: Názor respondentů na zneužití eutanazie

odpovědi respondentů	hospic		nemocnice	
	absolutní četnost	relativní četnost [%]	absolutní četnost	relativní četnost [%]
ano	34	92	22	92
ne	2	5	2	8
žádná odpověď na otázku	1	3	0	0
celkem	37	100	24	100

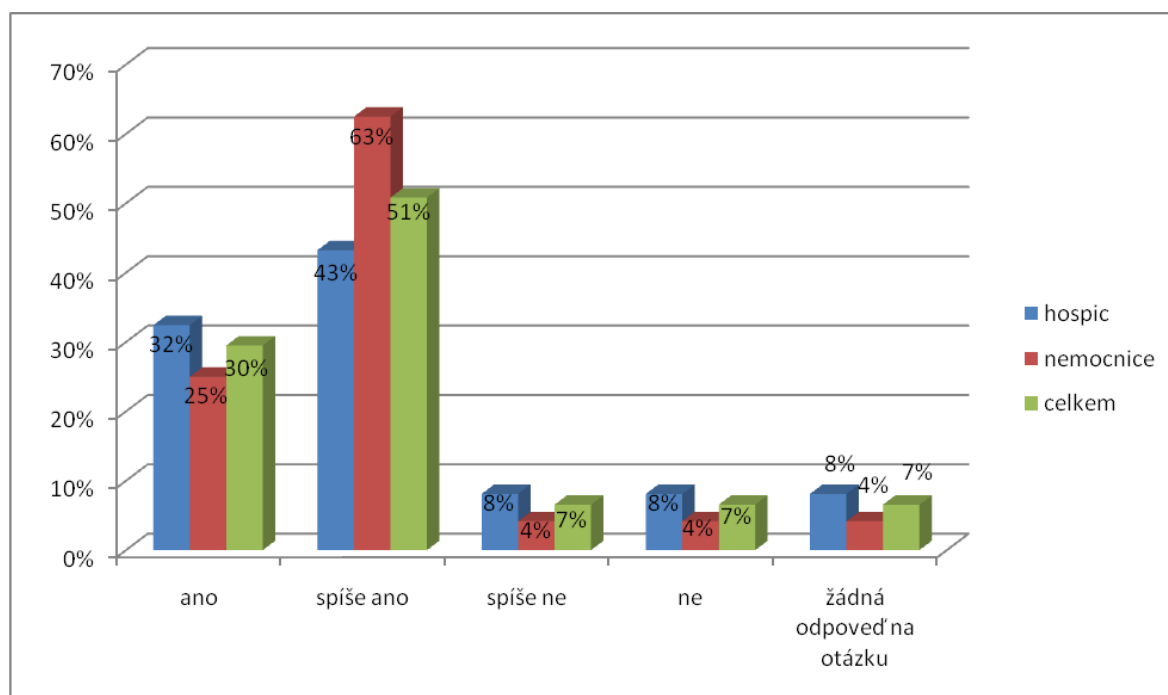
Zdroj: vlastní výzkum, 2010

Názor na možné zneužití eutanazie se v obou zařízeních dokonale zrcadlil. Pouze necelá desetina respondentů (7% dotázaných) si myslí, že by se eutanazie nedala zneužít. Žádnou odpověď na otázku zvolilo 2% dotázaných. Většina se tedy obává, že ano. U této otázky bychom se mohli hlouběji zamyslet, zda je naše společnost připravena přijmout eutanazii, když se obává jejího zneužití.

V nemocnici zdůvodnilo svou odpověď pouze 11 respondentů. Mezi nejčastější odpovědi patřilo zneužití z pozice rodiny a finančních důvodů. Dále respondenti uváděli, že by musel být dobře nastavený systém a stanoveny pravidla. Mezi ostatní skeptické názory patří ty, že zneužit se dá prakticky všechno. Respondent, který si myslí, že by se eutanazie nedala zneužít, zdůvodnil svou odpověď tím, že v dobře nastaveném systému by k tomu dojít nemělo.

V hospici tuto odpověď zdůvodnilo 17 respondentů. Tak jako v nemocnici viděli respondenti z hospice největší zneužití v majetkových sporech rodiny. Mezi negativní postoje uvedli také možné zvýšení dávek medikamentů, kdy může dojít k chybám ze strany lékaře (obdoba trestu smrti, kdy rozhodnutí nelze vrátit zpět) a také se obávají, že se dá zneužít v dnešní době všechno.

Graf 8: Dotaz směřovaný na humánnost eutanazie v zemích, kde se provádí



Zdroj: vlastní výzkum, 2010

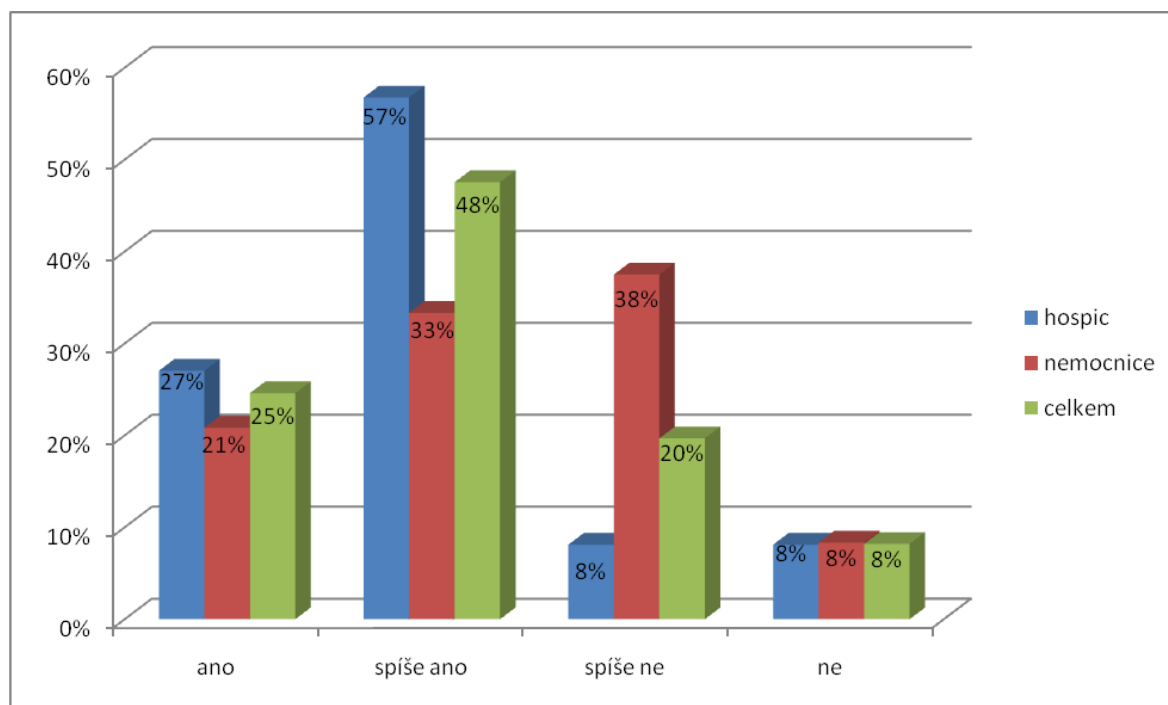
Tabulka 10: Dotaz směřovaný na humánnost eutanazie v zemích, kde se provádí

odpovědi respondentů	hospic		nemocnice	
	absolutní četnost	relativní četnost [%]	absolutní četnost	relativní četnost [%]
spíše ano	16	43	15	63
ano	12	32	6	25
spíše ne	3	8	1	4
ne	3	8	1	4
žádná odpověď na otázku	3	8	1	4
celkem	37	100	24	100

Zdroj: vlastní výzkum, 2010

Na devátou otázku v řadě, zda je provádění eutanazie humánní (v zemích, kde je povolena) se celkově dotazovaní shodli, že ano nebo spíše ano (součtem 81% dotázaných).

Dá se říci, že více než čtyři pětiny má za to, že se v zahraničí eutanazie provádí "lidsky".

Graf 9: Názory respondentů, zda pacient změní názor na uskutečnění eutanazie, pokud má možnost efektivně (účinně) tlumit bolest medikamenty

Zdroj: vlastní výzkum, 2010

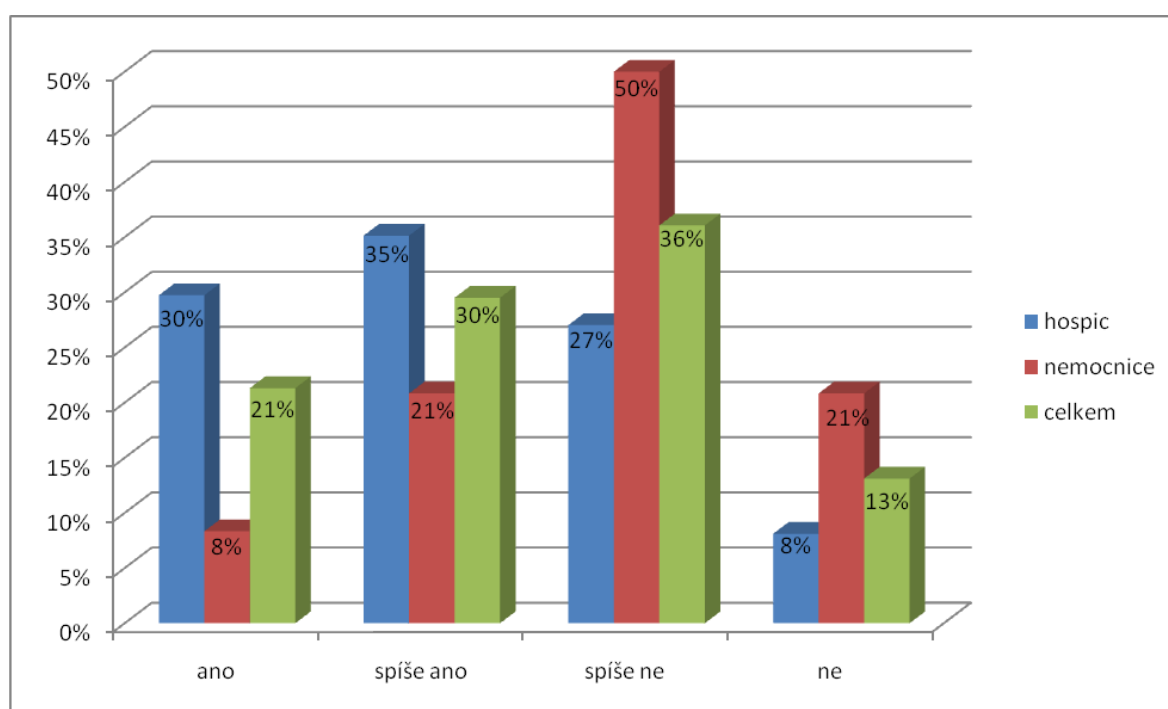
Tabulka 11: Názor respondentů, zda pacient změní názor na uskutečnění eutanazie, pokud má možnost efektivně (účinně) tlumit bolest medikamenty

odpovědi respondentů	hospic		nemocnice	
	absolutní četnost	relativní četnost [%]	absolutní četnost	relativní četnost [%]
spíše ano	21	57	8	33
ano	10	27	5	21
spíše ne	3	8	9	38
ne	3	8	2	8
celkem	37	100	24	100

Zdroj: vlastní výzkum, 2010

V hospici i v nemocnici zastávají velmi podobné názory, že se pacient spíše přikloní k medikamentům, které utlumí jeho bolest, než aby zvolil ukončení života. Lidé se všeobecně bojí fyzické bolesti, proto v těchto případech raději volí smrt, než aby se dále trápili. Pokud jim ale nabídneme alternativní možnost pomocí účinných medikamentů tlumících jejich bolest, pak někteří mohou přehodnotit svůj postoj.

Graf 10: Zhodnocení dotázaných na úroveň léčebné péče o umírající v České republice



Zdroj: vlastní výzkum, 2010

Tabulka 12: Zhodnocení dotázaných na úroveň léčebné péče o umírající v České republice

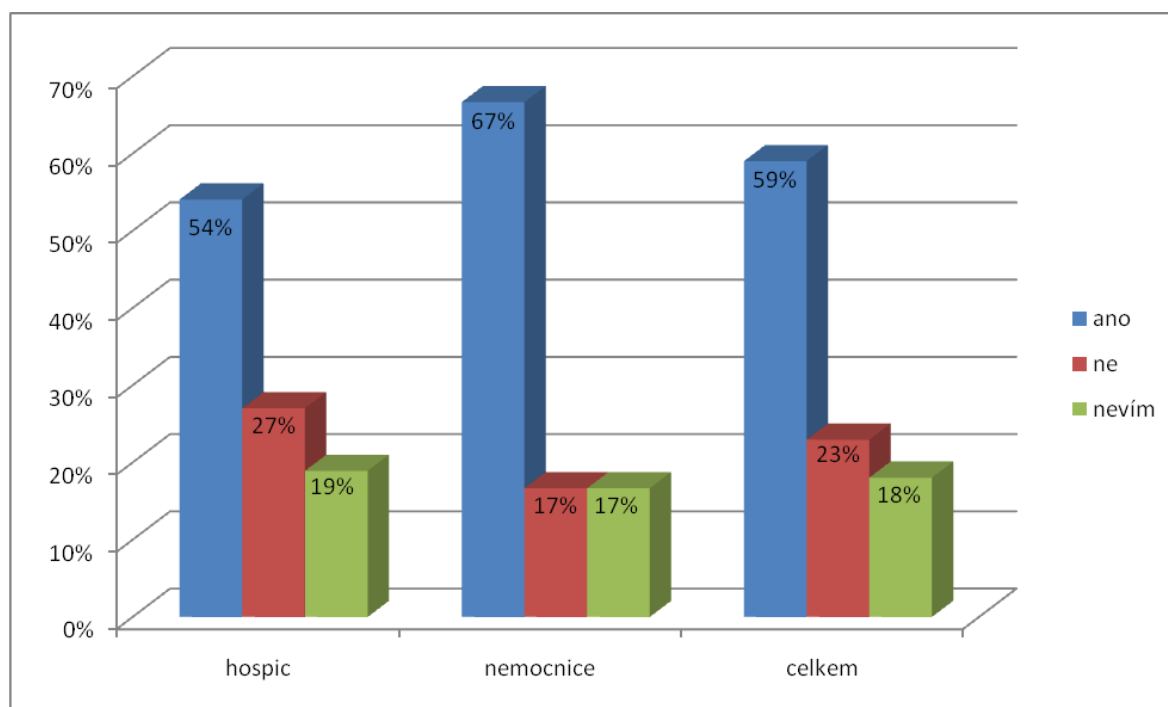
odpovědi respondentů	hospic		nemocnice	
	absolutní četnost	relativní četnost [%]	absolutní četnost	relativní četnost [%]
spíše ne	10	27	12	50
spíše ano	13	35	5	21
ano	11	30	2	8
ne	3	8	5	21
celkem	37	100	24	100

Zdroj: vlastní výzkum, 2010

Na tuto otázku odpovídají respondenti v hospici a nemocnici rozdílně. Je možné, že v hospici reagují na otázku péče kladněji (dvě třetiny), protože hospicová péče je tomu předurčena a hospic ve Valašském Meziříčí je nové zařízení s dostatečným zázemím.

Naopak v nemocnici odpovědělo tři čtvrtiny tak, že péče je nedostatečná. Myslím si, že je to tím, že je zde typické nemocniční zařízení, neuzpůsobené pro umírající lidi.

Zde je možno i vidět, že hospic je ideální pro lidi, kteří jsou terminálně nemocní. Jako pozitivum vidím přístup hospice v tom, že svým klientům dopřává plnohodnotné dožití.

Graf 11: Názor respondentů na legalizaci eutanazie v České republice

Zdroj: vlastní výzkum, 2010

Tabulka 13: Názor respondentů na legalizaci eutanazie v České republice

odpovědi respondentů	hospic		nemocnice	
	absolutní četnost	relativní četnost [%]	absolutní četnost	relativní četnost [%]
ano	20	54	16	67
ne	10	27	4	17
nevím	7	19	4	17
celkem	37	100	24	100

Zdroj: vlastní výzkum, 2010

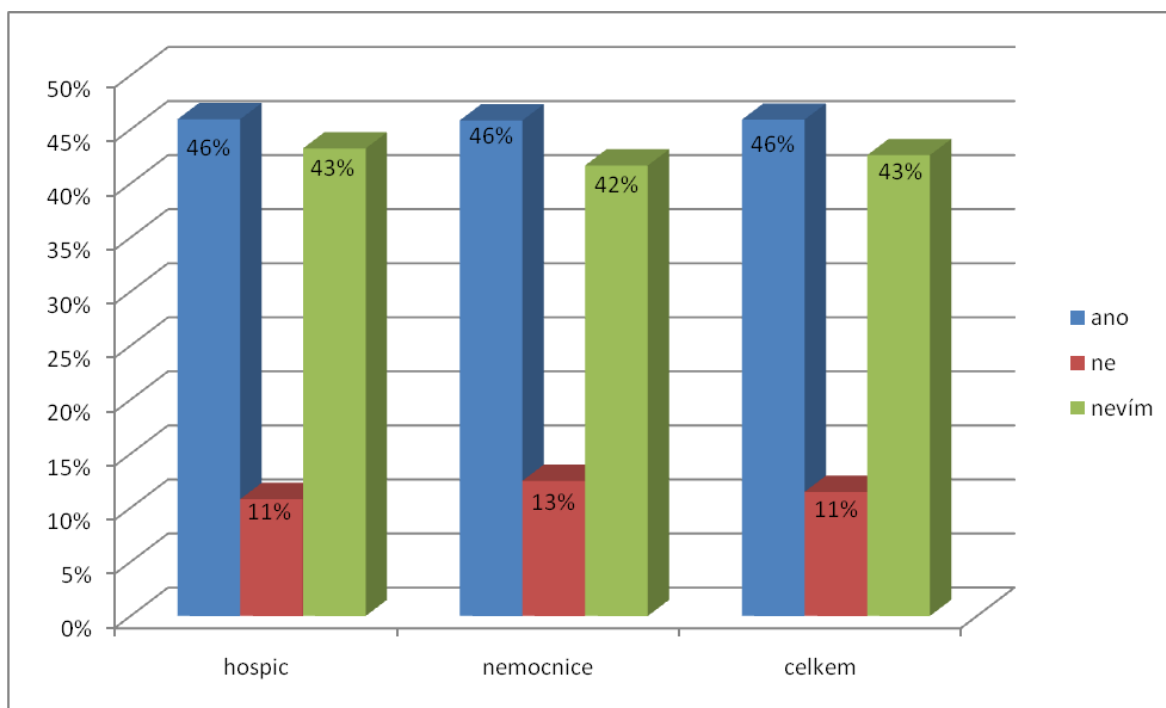
Postoj k legalizaci eutanazie je v obou zařízeních velmi podobný. Celkově 59% je pro (v nemocnici dokonce dvě třetiny), proti je necelá pětina (23%) dotázaných. Nerozhodnutých nebo doposud nezamýšlených nad touto otázkou je také kolem jedné pětiny (18%).

Je zajímavé, že věřící respondenti jsou ve velmi podobném počtu proti i pro legalizaci eutanazie, ikdyž jim to ve většině případů víra zakazuje. V nemocnici a hospici byly odpovědi věřících následující:

- V nemocnici bylo 5 dotázaných pro legalizaci eutanazie.
- V nemocnici byli 4 proti, jeden dotázaný neví.
- V hospici odpovědělo shodně 9 ano (pro legalizaci) a 9 ne.
- 5 dotázaných v hospici zvolilo odpověď – neví.

Naopak u ateistů převládá kladný názor na legalizaci eutanazie (v nemocnici všichni ateisté zvolili možnost ano – 11 z dotázaných a 3 neví, v hospici byly pro legalizaci 11 respondentů a po jednom odpovědělo ne a neví).

Graf 12: Rozhodnutí dotázaných o povolení eutanazie u svých příbuzných (partnera)



Zdroj: vlastní výzkum, 2010

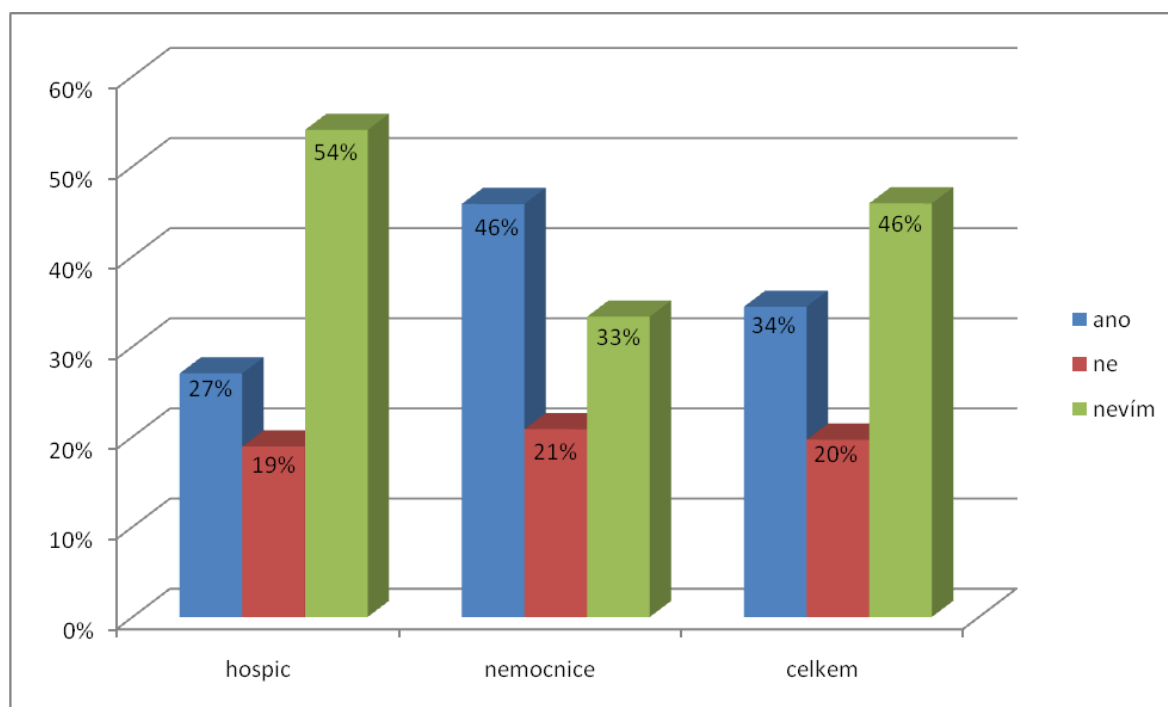
Tabulka 14: Rozhodnutí dotázaných o povolení eutanazie u svých příbuzných (partnera)

odpovědi respondentů	hospic		nemocnice	
	absolutní četnost	relativní četnost [%]	absolutní četnost	relativní četnost [%]
ano	17	46	11	46
nevím	16	43	10	42
ne	4	11	3	13
celkem	37	100	24	100

Zdroj: vlastní výzkum, 2010

Pokud by se měli dotazovaní rozhodnout, zda by souhlasili s eutanazií u svých příbuzných, pak je 46% pro. Naopak 43% dotázaných na tuto otázku neumí odpovědět (nejspíše by se rozhodovali podle aktuální životní situace, až by nastala). Pouze desetina dotázaných je proti vykonání eutanazie u svých příbuzných.

Tato otázka slouží i jako kontrolní otázka k otázce č. 12. Touto otázkou se potvrdilo, že lidé věřící, kteří jsou proti legalizaci eutanazie by nepovolili eutanazii ani u svého příbuzného nebo nejsou zcela rozhodnutí. A ti respondenti, kteří jsou ateisté a jsou pro legalizaci eutanazie by také souhlasili s eutanazí u svého partnera nebo příbuzného.

Graf 13: Názor respondentů na provádění eutanazie v České republice

Zdroj: vlastní výzkum, 2010

Tabulka 15: Názor respondentů na provádění eutanazie v České republice

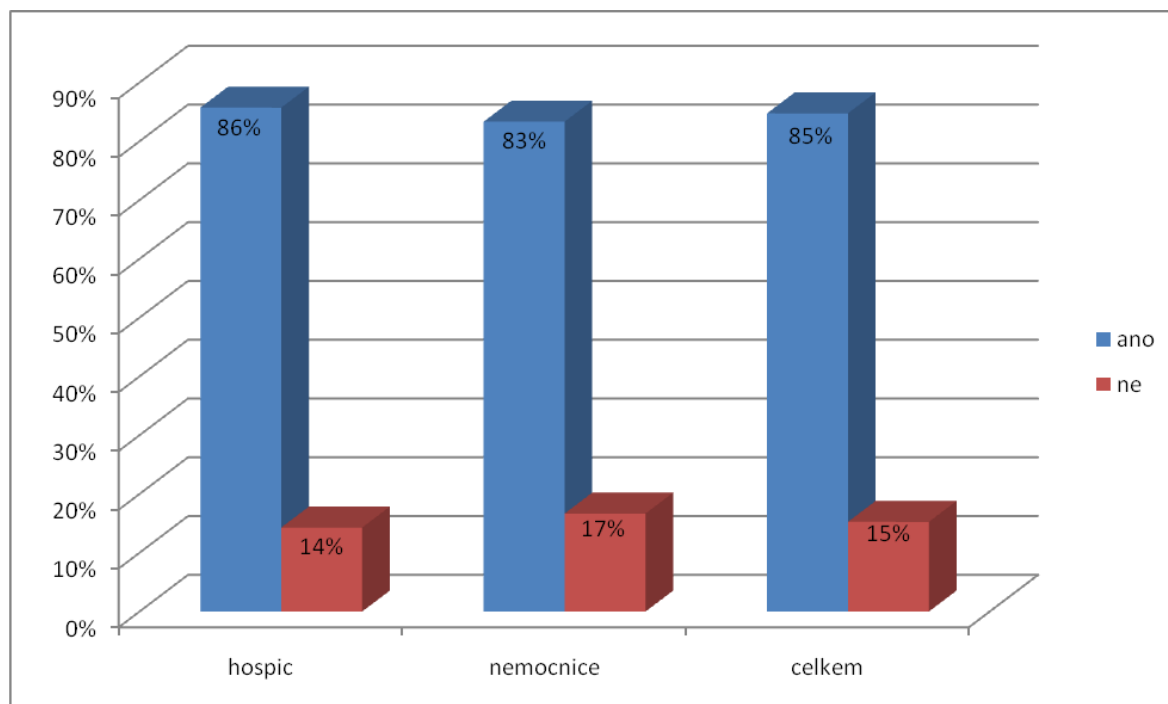
odpovědi respondentů	hospic		nemocnice	
	absolutní četnost	relativní četnost [%]	absolutní četnost	relativní četnost [%]
nevím	20	54	8	33
ano	10	27	11	46
ne	7	19	5	21
celkem	37	100	24	100

Zdroj: vlastní výzkum, 2010

U této otázky 46% z celku neví, zda se u nás eutanazie nezákoně provádí. Jedna třetina je ale rozhodnuta, že se tomu tak děje, ikdyž je to protiprávní jednání.

Pouze jedna pětina se domnívá, že se eutanazie neprovádí, což je poměrně malá část.

Je zajímavé, že v nemocnici se 46% respondentů domnívá, že se u nás eutanazie nelegálně provádí, zatímco v hospici si to myslí jen 27%.

Graf 14: Názor respondentů na právo pacienta ukončit svůj život

Zdroj: vlastní výzkum, 2010

Tabulka 16: Názor respondentů na právo pacienta ukončit svůj život

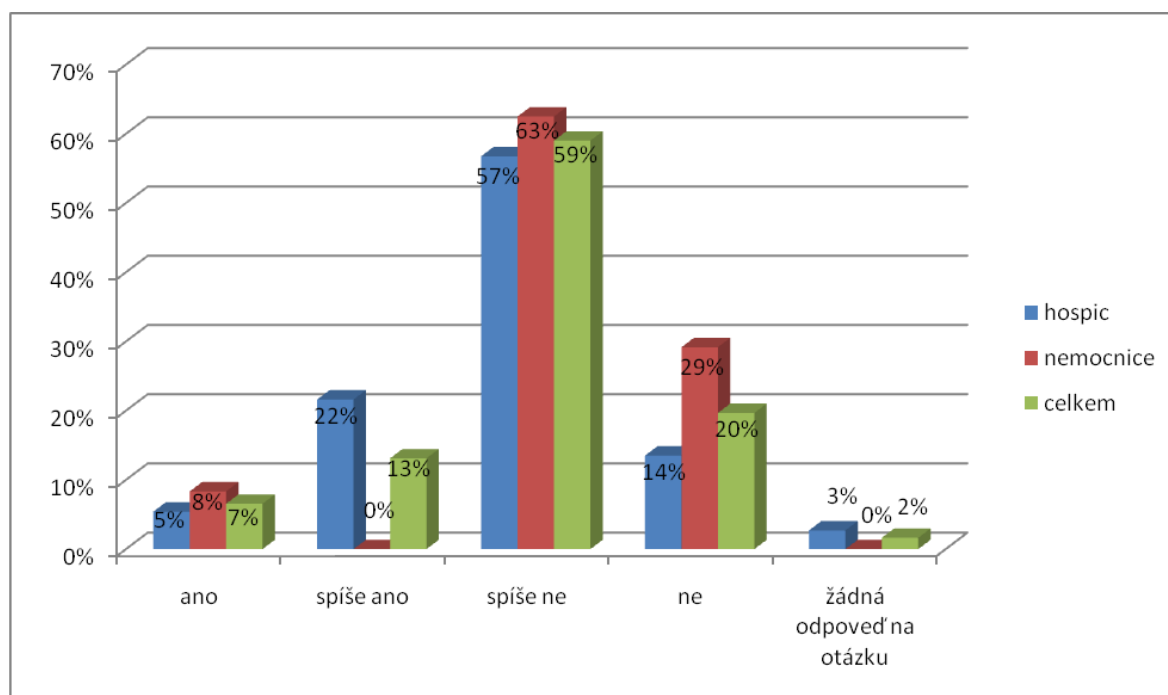
odpovědi respondentů	hospic		nemocnice	
	absolutní četnost	relativní četnost [%]	absolutní četnost	relativní četnost [%]
ano	30	81	20	83
ne	5	14	4	17
žádná odpověď na otázku	2	5	0	0
celkem	37	100	24	100

Zdroj: vlastní výzkum, 2010

Většina respondentů je rozhodnuta, že o svém životě by měl rozhodovat člověk sám. Pouze 15% je proti tomuto rozhodnutí, nejspíše by v této otázce měl rozhodnout někdo jiný, nežli on sám.

Domnívám se, že lidé silně věřící, kteří jsou proti eutanazii, zastávají stanovisko, že člověk nemá právo nakládat se svým životem jak se mu zlíbí (toto právo má pouze vyšší moc – Bůh, „Bůh nás stvořil, Bůh si nás vezme zpátky“).

Graf 15: Názor respondentů na dostatečnou pozornost k emocionálnímu strádání pacientů v našem zdravotním systému



Zdroj: vlastní výzkum, 2010

Tabulka 17: Názor respondentů na dostatečnou pozornost k emocionálnímu strádání pacientů v našem zdravotním systému

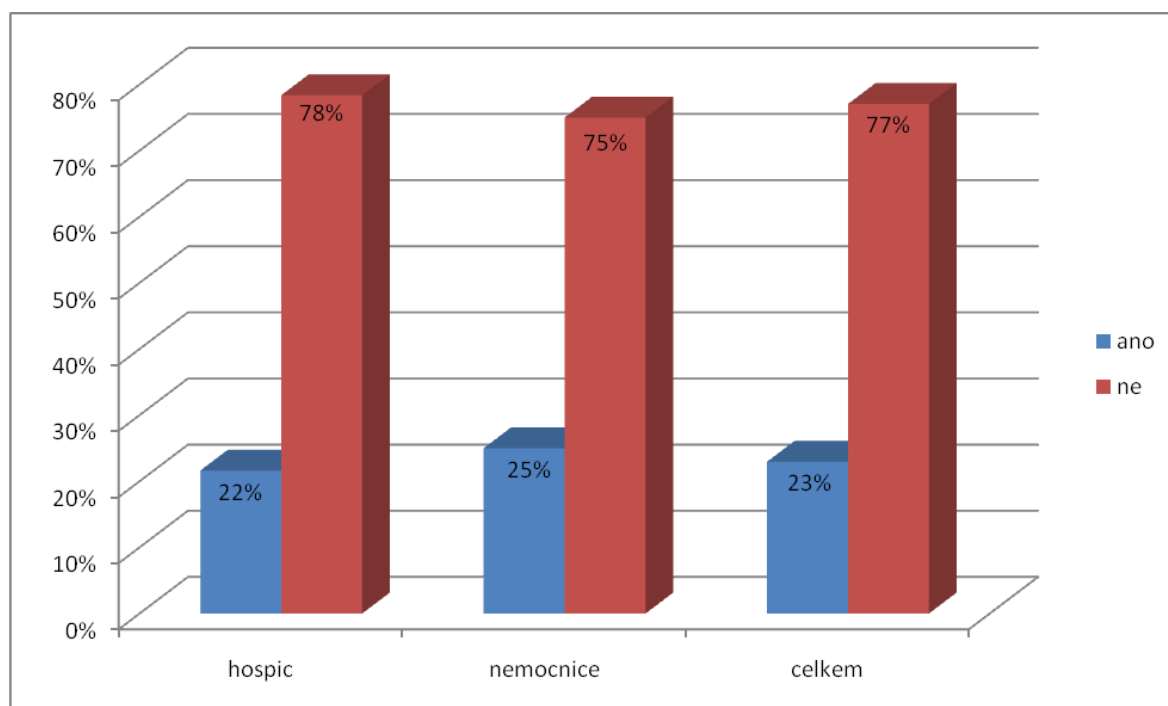
odpovědi respondentů	hospic		nemocnice	
	absolutní četnost	relativní četnost [%]	absolutní četnost	relativní četnost [%]
spíše ne	21	57	15	63
ne	5	14	7	29
spíše ano	8	22	0	0
ano	2	5	2	8
žádná odpověď na otázku	1	3	0	0
celkem	37	100	24	100

Zdroj: vlastní výzkum, 2010

Téměř čtyři pětiny (79% dotázaných) zastává negativní postoj k tomuto problému, což je velmi vysoké číslo. Respondenti si tedy myslí, že emocionální bolesti pacientů se nevěnuje tolik pozornosti jako bolesti fyzické.

Myslím si, že by se o tuto problematiku měla společnost více zajímat, protože psychická pohoda je důležitou součástí našich životů. Doufám, že v budoucnosti bude existovat více hospiců, které napomáhají této problematice.

Graf 16: Přímý dotaz na respondenty, zda je někdy rodina pacienta požádala o ukončení léčby.



Zdroj: vlastní výzkum, 2010

Tabulka 18: Přímý dotaz na respondenty, zda je někdy rodina pacienta požádala o ukončení léčby

odpovědi respondentů	hospic		nemocnice	
	absolutní četnost	relativní četnost [%]	absolutní četnost	relativní četnost [%]
ne	29	78	18	75
ano	8	22	6	25
celkem	37	100	24	100

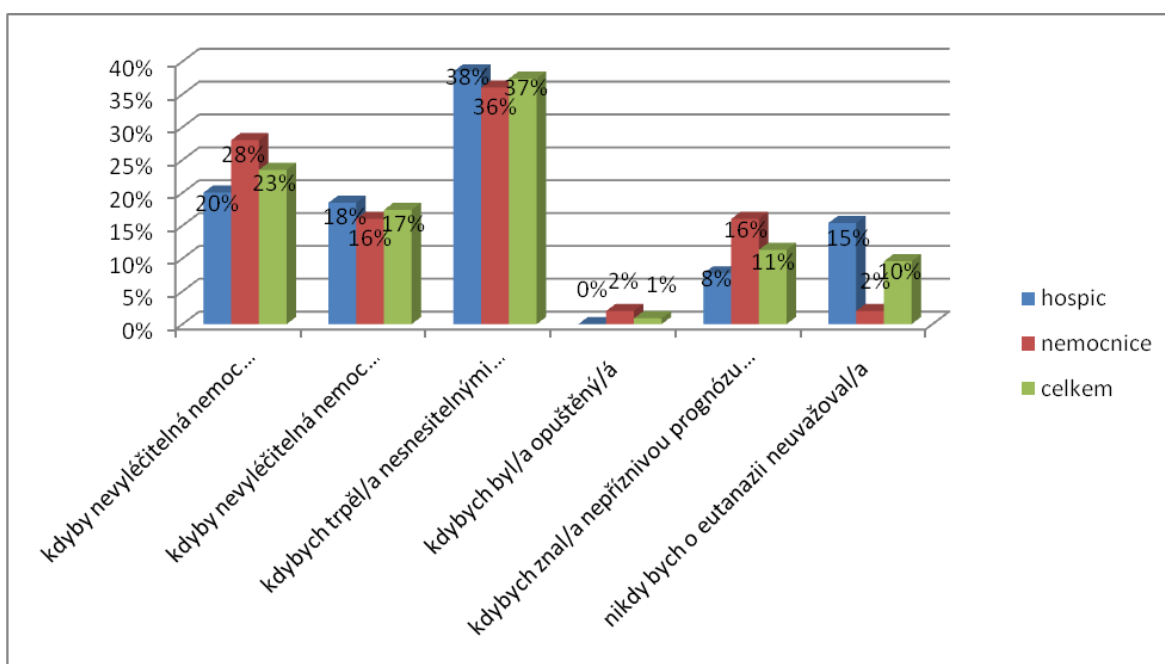
Zdroj: vlastní výzkum, 2010

Na otázku, zda už někdo někdy požádal o „eutanzii“ svého příbuzného, odpověděla jedna čtvrtina kladně (25% v nemocnici a 22% v hospici), ostatní záporně. Jde vidět, že se tyto

otázky objevují i v naší společnosti, že třeba rodina nechce, aby jejich příbuzný dále trpěl a dokáží se proto zeptat ošetřujícího personálu.

Nejspíš právě proto, že se s touto otázkou zdravotnický personál setkává (u mého vzorku je to každý čtvrtý), schválila Česká lékařská komora čtyřstránkový dokument, týkající se doporučení lékařům, kdy přestat se zbytečnou léčbou, která jen prodlužuje umírání nevléčitelně nemocného.

Graf 17: Životní situace dotázaných, při kterých by uvažovali o provedení eutanazie.



Zdroj: vlastní výzkum, 2010

Tabulka 19: Životní situace dotázaných, při kterých by uvažovali o provedení eutanazie

odpovědi respondentů	hospic		nemocnice	
	absolutní četnost	relativní četnost [%]	absolutní četnost	relativní četnost [%]
kdybych trpěl/a nesnesitelnými bolestmi	25	38	18	36
kdyby nevyléčitelná nemoc ovlivňovala moji lidskou důstojnost	13	20	14	28
kdyby nevyléčitelná nemoc ovlivňovala moji kvalitu života	12	18	8	16
kdybych znal/a nepříznivou prognózu dalšího vývoje nevyléčitelné nemoci	5	8	8	16
nikdy bych o eutanazii neuvažoval/a	10	15	1	2
kdybych byl/a opuštěný/á	0	0	1	2
celkem	65	100	50	100

Zdroj: vlastní výzkum, 2010

Více než třetina dotázaných (37%) by u sebe uvažovala o eutanazii, kdyby trpěli nesnesitelnou bolestí. Všeobecně se lidé nejvíce bojí vlastní fyzické bolesti. Dále následuje téměř shodně odpověď, kdyby nemoc ovlivňovala jejich důstojnost (23% dotázaných) nebo by měli nekvalitní život (17% dotázaných). Jedna desetina by nikdy o eutanazii neuvažovala, o jedno procento více by uvažovali o ukončení života, kdyby neměli kladný vývoj nevyléčitelné nemoci. Pouhé procento dotázaných by chtěli svůj život ukončit, kdyby se cítili osamělí. Je zajímavé, že tuto odpověď zakroužkoval pouze jediný člověk, a to muž.

Opět se ukázalo, že lidé, u kterých se toto neztotožňuje s jejich vírou, by nikdy o eutanazii neuvažovali. U těchto lidí se ale také objevily odpovědi, že by s eutanazii souhlasili, kdyby trpěli nesnesitelnými bolestmi.

Tabulka 20: Názor respondentů, co je podle nich důstojná smrt (v nemocnici).

odpovědi respondentů	absolutní četnost	relativní četnost [%]
v kruhu nejbližších bez bolesti	6	25
ve spánku, bez bolesti	5	21
v kruhu nejbližších (přátel, rodiny)	4	17
bez bolesti	3	13
žádná odpověď na otázku	2	8
ve spánku	1	4
přirozeně bez bolesti	1	4
když je postaráno o lidské potřeby	1	4
eutanazii	1	4
celkem	24	100

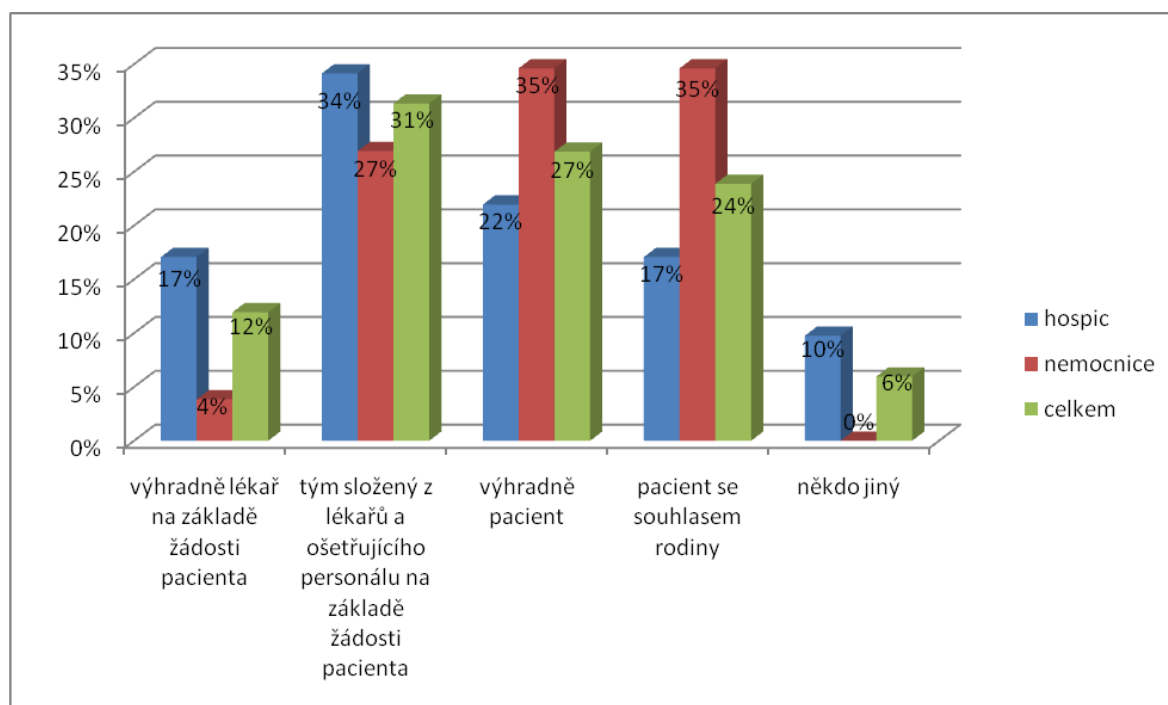
Zdroj: vlastní výzkum, 2010

Tabulka 21: Názor respondentů, co je podle nich důstojná smrt (v hospici).

odpovědi respondentů	absolutní četnost	relativní četnost [%]
bez bolesti	11	30
v kruhu nejbližších (přátel, rodiny)	8	22
ve spánku	5	14
žádná odpověď na otázku	5	14
v kruhu nejbližších bez bolesti	3	8
ve spánku, bez bolesti	2	5
když je postaráno o lidské potřeby	2	5
přirozeně bez bolesti	1	3
celkem	37	100

Zdroj: vlastní výzkum, 2010

Všeobecně respondenti odpovídali (z obou institucí dohromady), že za důstojnou smrt považují umírání v kruhu nejbližších, ve spánku a bez bolesti. 7 respondentů na tuto otázku neodpovědělo vůbec a jeden do konce napsal, že důstojná smrt je pro něj eutanazie (i když na otevřenou otázku číslo 6 odpovědělo 14 respondentů, že eutanazie je podle nich důstojný odchod ze života).

Graf 18: Názor respondentů, kdo by měl o eutanazii rozhodnout.

Zdroj: vlastní výzkum, 2010

Tabulka 22: Názor respondentů, kdo by měl o eutanazii rozhodnout

odpovědi respondentů	hospic		nemocnice	
	absolutní četnost	relativní četnost [%]	absolutní četnost	relativní četnost [%]
tým složený z lékařů a ošetřujícího personálu na základě žádosti pacienta	14	34	7	27
výhradně pacient	9	22	9	35
pacient se souhlasem rodiny	7	17	9	35
výhradně lékař na základě žádosti pacienta	7	17	1	4
někdo jiný	4	10	0	0
celkem	41	100	26	100

Zdroj: vlastní výzkum, 2010

V poslední otázce je pěkně vidět, že by o pacientově eutanazii mělo rozhodovat více lidí. Velmi blízkými procenty má rozhodnout vždy pacient, a to za podpory týmu lékařů (31% dotázaných) nebo své rodiny (24% dotázaných). Čtvrtina dotázaných (přesněji 27%) se domnívá, že by měl o ukončení života rozhodovat sám pacient. Desetina respondentů by

rozhodnutí nechala na sobě a lékaři. Pouze 6% by rozhodnutí nenechalo na nikom (opět se to objevilo u lidí, kteří se rozhodují na základě svého náboženství).

7.2 Shrnutí výsledků výzkumu

V následujícím shrnutí výsledků výzkumu bych chtěla především vyhodnotit odpovědi na výzkumné otázky, které jsou kladeny v kapitole 6.3. Otázky budou zodpovězeny z hodnot, vyplývajících z dotazníkového šetření.

1. Jaké postoje zastávají pracovníci pomáhajících profesí k úrovni péče o umírající v České republice?

Lze říci, že ve větší míře mnou oslovení zdravotníci nejsou spokojeni s úrovní péče (odpovídali na otázku možnostmi ne anebo spíše ne). Z vyhodnocení odpovědí dále vyšlo najevo, že v nemocnici respondenti z většiny zastávají negativní názor na kvalitu péče (může to být také dáno vlastním nemocničním vybavením – strohé pokoje, více pacientů na zdravotnický personál). Oproti tomu respondenti v hospici odpovídali kladněji na úroveň samotné péče (dvě třetiny označilo odpověď ano nebo spíše ano). Je to dáno i tím, že hospic je vytvořený pro dlouhodobě nemocné a pacienty v posledním stádiu života. K úrovni péče zajisté patří, zda pacienti emocionálně strádají nebo ne. Opět se ukázalo, že i v téhle otázce převažují negativní názory nad kladnými, v poměru tří čtvrtin negativních názorů k pouhé jedné čtvrtině kladných hodnocení. Jak jsem již u daných otázek uváděla, je zapotřebí provést správné kroky pro zlepšení péče o umírající, nejen z materiálního hlediska, ale i emocionálního a psychického (vytvořit pozitivní atmosféru u pacientů).

2. Jaké názory mají pracovníci pomáhajících profesí na pravomoc o rozhodnutí eutanazie?

Dotázaní pracovníci se z nejdříve z většiny shodli (85%), že pacient má právo rozhodovat o svém životě, s čímž souvisí i rozhodnutí o eutanazii u své osoby. Pravomoc k rozhodnutí k vykonání eutanazie by se dále měla projednávat vždy mezi samotným pacientem a dále pak ve vztahu s blízkými příbuznými anebo lékaři. Mohu tedy říci, že respondenti by rozhodovali vždy v úzkém kruhu rodinném ve spolu-

práci s jedním nebo týmem lékařů. Pouze nepatrný vzorek respondentů by rozhodnutí nechal na někom jiném (např. vyšší moci), než bylo uvedeno.

3. Jaké postoje zauímají pracovníci pomáhajících profesí k možnosti vykonání eutanazie u svého příbuzného (partnera)?

U svého příbuzného či partnera mezi respondenty převládal názor, že by ji povolili. Naproti tomu obdobná skupina dotázaných neví, zda by povolila eutanazii u svého blízkého. Buď nad touto otázkou nikdy nepřemýšleli anebo by se rozhodovali až podle aktuální situace. Pouze desetina v dotazníku uvedla, že by byla proti. Domnívám se ale, že pokud by tato životní situace opravdu nastala, pak by se počty pro vykonání eutanazie lišily. Přece jenom případná ztráta svého příbuzného je velmi citlivý zásah v životě.

4. Zaujmají věřící lidé jiný postoj k eutanazii než ateisté?

Zde jsem si ověřila, že ateisté a věřící zastávají rozdílné postoje (v některých otázkách nepatrně, v některých tomu bylo s větším odstupem). Např. u výše uvedené otázky – zda jsou zdravotníci pro legalizaci eutanazie – se ateisté rozhodovali obdobně, kdy byla většina pro, na druhé straně u věřících se postoj k legalizaci eutanazie dělil téměř půl na půl. Z tohoto je patrné, že případná víra má vliv na vnímání eutanazie.

ZÁVĚR

Lidský život doprovází také utrpení. V dřívějších dobách se člověk setkával zvláště s fyzickými bolestmi, mnohem častěji než dnes. Lékařské zaopatření bylo z velké části nedostatečné. Nemocný obvykle umíral doma, protože nemocnic bylo nedostatek. Lidé kolem něj tedy museli pozorovat jeho utrpení a také jím byli zasaženi. I tam, kde existovala lékařská péče, nebylo možné bolesti v dnešním smyslu odstranit.

Dnes se o smrti velmi málo hovoří, jako by téma bylo určitým tabu, zakrývá se. Přitom je ale prakticky jedinou jistotou života, která se bude každého z nás týkat. Myslím si, že naše neschopnost vyrovnat se se smrtí klidně má mnoho důvodů. Z nejdůležitějších důvodů vidím fakt, že proces umírání je dnes jiný než dříve, je mnohem osamělejší, odlidštěnější. Všechno, co vypadá staře a nepěkně, je z veřejnosti odsunuto do nemocnic a pečovatelských domů. Podnikáme různé kroky, abychom zbrzdili proces vlastního stárnutí (podstupujeme operace, které nás dělají mladší, chodíme do posilovny apod.). Je to strach z blížící se smrti, které se však nikdo vyhnout nemůže. Proto bychom se jí měli začít více zabývat.

Z provedeného výzkumu vyplynulo, že většina respondentů (celkově 59%) by bylo pro legalizaci eutanazie, i když 92% si myslí, že by se dala lehce zneužít. 77% respondentů se domnívá, že účel eutanazie je pomoc člověku. Ale o jakou pomoc jde? Důstojný odchod ze života není pomocí eutanazie, ale jak uváděli respondenti nejčastěji, v blízkém kruhu rodinném. Také někteří uvedli, pokud je postaráno o pacientovy všechny čtyři potřeby (sociální, fyzickou, psychickou a spirituální, které právě zajišťuje hospic. Myslím si, že legalizace eutanazie je zbytečná, pokud budou existovat hospice a paliativní medicína. Zatím je jich, podle ředitele ČLK pana Kubka, v ČR málo a není dostatek financí. Také si myslím, že naše společnost není tak vyspělá, abychom uzákonili eutanazii. Existují vraždy pro peníze, mnoho korupce, někdy i zjistíme, že nás léčí opilý lékař. Nebo, jak uváděli respondenti, že rodina klidně „pomůže“ na onen svět svým rodičům či prarodičům, aby se rychleji poprali o dědictví. Úkolem je zlepšit péči o nemocného a umírajícího. Otázkou je, jak zkvalitnit péči o umírajícího, nikoli volání po eutanazii. Myslím si, že paliativní medicína je přijatelným řešením pro umírající, jen se domnívám, že veřejnost s ní není dostatečně seznámena.

Myslím si, že dokument, schválený ČLK, který radí lékařům, kdy ukončit intenzivní léčbu u smrtelně nemocného člověka, byl dobrý nápad. Prodlužovat život nemocnému člověku,

který se evidentně nachází ve finálním stádiu, díky možnosti vyspělé medicíny připojení na respirátor nebo infuzi, nemá smysl, protože jak už jsem se zmínila výše, smrt čeká každého z nás, ať už dříve nebo později.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] BYOCK, I. *Dobré umírání: Možnosti pokojného konce života*. Praha: Vyšehrad, 2005. ISBN 80-7021-797-9.
- [2] ELIAS, N. *O osamělosti umírajících v našich dnech*. Praha: Franz Kafka, 1998. ISBN 80-85844-39-7.
- [3] HÁJEK, K. *Práce s emocemi pro pomáhající profese: Tělesně zakotvené prožívání*. Praha: Portál, s.r.o., 2006. ISBN 80-7367-107-7-
- [4] CHRÁSKA, M. *Metody pedagogického výzkumu: Základy kvantitativního výzkumu*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. ISBN 978-80-247-1369-4.
- [5] JAKOBY, J. *Tajemství umírání: Co dnes víme o procesu umírání*. Liberec: Dialog, 2005. ISBN 80-86271-42-8.
- [6] JANKOVSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profese*. Praha: Triton, 2003. ISBN 80-7254-329-6.
- [7] KABELA, M. *Holandská současnost: Politické strany a státní správa, zahraniční politika, hospodářství a doprava, politika vůči drogám a veřejné agresí, eutanazie*. Brno: Barrister & Principal, 2001. ISBN 80-85947-63-3.
- [8] KOŘENEK, J. *Lékařská etika*. 2. vyd. Praha: Triton s.r.o., 2004. ISBN 80-7254-538-8.
- [9] KÜBLER - ROSSOVÁ, E. *O dětech a smrti*. Praha: Ermat, 2003. ISBN 80-903086-1-9.
- [10] KÜBLER – ROSSOVÁ, E. *O smrti a umírání*. Turnov: Arica, 1993. ISBN 80-900134-6-5.
- [11] MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-549-0.
- [12] MUNZAROVÁ, M. *Proč ne eutanazii aneb být, či nebýt?* 2. vyd. Kostelní vydří: Karmelitánské, 2008. ISBN 978-80-7195-304-3.
- [13] MUNZAROVÁ, M. *Vybrané kapitoly z lékařské etiky I: Smrt a umírání*. 2. vyd. Brno – Kraví Hora: Masarykova univerzita v Brně, 2002. ISBN 80-210-3017-8.

- [14] PECK, S. M. *Odmítnutí duše: Duchovní a lidské perspektivy eutanazie a umírání*. Praha: Pragma, 1997. ISBN 80-7205-757-X.
- [15] POLLARD, B. *Eutanazie ano či ne?* Praha: Dita, 1996. ISBN 80-85926-07-5.
- [16] ROTTER, H. *Důstojnost lidského života: Základní otázky lékařské etiky*. Praha: Vyšehrad, 1999. ISBN 80-7021-302-7.
- [17] SOKOL, J., PINC, Z. *Antropologie a etika*. Praha: Triton, 2003. ISBN 80-7254-372-5.
- [18] STUDENT, J. CH., MÜHLUM, A., STUDENT, U. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*. Praha: H&H, 2006. ISBN 80-7319-059-1.
- [19] SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*. 4. vyd. Praha: Ecce Homo, 1999. ISBN 978-80-902049-2-9.
- [20] ŠPINKOVÁ, M., ŠPINKA, Š. *Euthanasie: Víme, o čem mluvíme?* Praha: Hospicové občanské sdružení Cesta Domů, 2006. ISBN 80-239-8592-2.
- [21] VIRT, G. *Žít až do konce: Etika umírání, smrti a eutanazie*. Praha: Vyšehrad, 2000. ISBN 80-7021-330-2.

Internetové zdroje:

- [22] BERKA, V; SUM, T. Eutanazie ve světě. *Epravo.cz* [online]. 20.5.2005, [cit. 2010-03-24]. Dostupný z WWW: <epravo.cz/top/clanky/eutanazie-ve-svete-33479.html>. ISSN 1213-189X.
- [23] ČT24 [online]. 3.3.2010 [cit. 2010-03-24]. Kubek: Na paliativní péči v Česku chybí peníze. Dostupné z WWW: <ct24.cz/domaci/82706-kubek-na-paliativni-peci-v-cesku-chybi-penize/>.
- [24] DENIK.cz [online]. 18.3.2009, [cit. 2010-04-03]. Dostupný z WWW: <denik.cz/ze_sveta/eutanazie_lucembursko20090318.html>.
- [25] HOSPICE.cz [online]. 2001, [cit. 2010-03-10]. Dostupný z WWW: <hospice.cz/hospice1/hospic.html>.

- [26] HOSPICE.cz [online]. 2002, [cit. 2010-04-11]. Dostupný z WWW: <hospice.cz/hospice1/seznamy.php?sez=2>.
- [27] HŘÍDEL, Jan. *ČT24* [online]. 18.9.2008 [cit. 2010-03-24]. Eutanazie uzákoněna nebude. Dostupné z WWW: <ct24.cz/domaci/29072/eutanazie-uzakonena-nebude>.
- [28] JSEMSEO.cz [online]. 2010, [cit. 2010-03-24]. Dostupný z WWW: <jsemseo.cz/2010/eutanazie-ano-ci-ne>.
- [29] TN.cz *Video* [online]. 22.7.2008, [cit. 2010-03-27]. Dostupný z WWW: <tn.nova.cz/bin/search_adv_media_desc.php?media_id=366485>.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

Apod. A podobně

ČLK Česká lékařská komora

ČR Česká republika

Např. Například

WHA World health association – Světová zdravotnická asociace

WHO World health organization – Světová zdravotnická organizace

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obr. 1: Schéma procedury eutanazie v Nizozemí (Kabela, 2001).....	19
Obr. 2: Interiér hospice	39
Obr. 3: Specializovaná hospicová paliativní péče poskytovaná v budově hospice	39
Obr. 4: Sociálně zdravotní ošetrovatelská péče poskytovaná v Domově pro osoby se zdravotním postižením	40

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1: Rozdělení respondentů podle pohlaví.	41
Graf 2: Věkové rozvrstvení respondentů.	42
Graf 3: Délka praxe respondentů v oblasti zdravotnictví	44
Graf 4: Vykonávaná funkce respondentů v organizaci	45
Graf 5: Náboženské zařazení (ateista ano nebo ne)	46
Graf 6: Názor respondentů na účel eutanazie	48
Graf 7: Názor respondentů na zneužití eutanazie	49
Graf 8: Dotaz směřovaný na humánnost eutanazie v zemích, kde se provádí	50
Graf 9: Názory respondentů, zda pacient změní názor na uskutečnění eutanazie, pokud má možnost efektivně (účinně) tlumit bolest medikamenty.....	51
Graf 10: Zhodnocení dotázaných na úroveň léčebné péče o umírající v České republice	52
Graf 11: Názor respondentů na legalizaci eutanazie v České republice	54
Graf 12: Rozhodnutí dotázaných o povolení eutanazie u svých příbuzných (partnera)	55
Graf 13: Názor respondentů na provádění eutanazie v České republice	57
Graf 14: Názor respondentů na právo pacienta ukončit svůj život	58
Graf 15: Názor respondentů na dostatečnou pozornost k emocionálnímu strádání pacientů v našem zdravotním systému	59
Graf 16: Přímý dotaz na respondenty, zda je někdy rodina pacienta požádala o ukončení léčby.....	60
Graf 17: Životní situace dotázaných, při kterých by uvažovali o provedení eutanazie.	61
Graf 18: Názor respondentů, kdo by měl o eutanazii rozhodnout.	64

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Rozdělení respondentů podle pohlaví	41
Tabulka 2: Věkové rozvrstvení respondentů	43
Tabulka 3: Délka praxe respondentů v oblasti zdravotnictví	44
Tabulka 4: Vykonávaná funkce respondentů v organizaci	45
Tabulka 5: Náboženské zařazení (ateista ano nebo ne)	46
Tabulka 6: Názor respondentů na eutanazii (v hospici)	47
Tabulka 7: Názor respondentů na eutanazii (v nemocnici)	47
Tabulka 8: Názor respondentů na účel eutanazie	48
Tabulka 9: Názor respondentů na zneužití eutanazie	49
Tabulka 10: Dotaz směřovaný na humánnost eutanazie v zemích, kde se provádí	51
Tabulka 11: Názor respondentů, zda pacient změnil názor na uskutečnění eutanazie, pokud má možnost efektivně (účinně) tlumit bolest medikamenty	52
Tabulka 12: Zhodnocení dotázaných na úroveň léčebné péče o umírající v České republice	53
Tabulka 13: Názor respondentů na legalizaci eutanazie v České republice	54
Tabulka 14: Rozhodnutí dotázaných o povolení eutanazie u svých příbuzných (partnera)	56
Tabulka 15: Názor respondentů na provádění eutanazie v České republice	57
Tabulka 16: Názor respondentů na právo pacienta ukončit svůj život	58
Tabulka 17: Názor respondentů na dostatečnou pozornost k emocionálnímu strádání pacientů v našem zdravotním systému	59
Tabulka 18: Přímý dotaz na respondenty, zda je někdy rodina pacienta požádala o ukončení léčby	60
Tabulka 19: Životní situace dotázaných, při kterých by uvažovali o provedení eutanazie	62
Tabulka 20: Názor respondentů, co je podle nich důstojná smrt (v nemocnici)	63
Tabulka 21: Názor respondentů, co je podle nich důstojná smrt (v hospici)	63
Tabulka 22: Názor respondentů, kdo by měl o eutanazii rozhodnout	64

SEZNAM PŘÍLOH

P I: Dotazník

P II: Hippokratova přísaha

P III: Doporučení představenstva ČLK

PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK

Vážená paní, vážený pane,

obracím se na Vás s prosbou o vyplnění následujícího dotazníku, který se týká eutanazie a postojů pracovníků pomáhajících profesí k eutanazii. Dotazník je anonymní a slouží jako podklad pro zpracovávanou bakalářskou práci.

Na otázky v tomto dotazníku odpovídejte tak, že zakřížkujete písmeno zvolené možnosti. Pokud se rozhodnete svou odpověď změnit, začerněte původně zvolené číslo a zakřížkujte jiné. V několika otázkách budete požádáni, abyste svou odpověď napsali na vyznačený řádek.

Předem Vám děkuji za spolupráci na tomto výzkumu.

Ivana Vašutová, studentka sociální pedagogiky na FHS UTB ve Zlíně.

1) **Jste:**

- | | |
|---|------|
| A | Muž |
| B | Žena |

2) **Věková kategorie:**

- | | |
|---|---------------|
| A | 20 – 30 let |
| B | 31 – 40 let |
| C | 41 – 50 let |
| D | 51 a více let |

3) **Jak dlouho pracujete v pomáhající profesi (v oblasti zdravotnictví)?**

- | | |
|---|-----------------|
| A | Do 5 let |
| B | Od 6 do 10 let |
| C | Od 11 do 15 let |
| D | 15 let a více |

4) **Vaše vykonávána funkce je?**

- | | |
|---|------------------------------------|
| A | Zdravotní sestra/bratr |
| B | Ošetřovatelka/ošetřovatel |
| C | Rehabilitační pracovnice/pracovník |
| D | Jiná, uveďte jaká: |

5) **Jste ateista?**

- | | |
|---|---|
| A | Ano |
| B | Ne |
| C | Pokud ne, jaké náboženství vyznáváte: |

6) **Co je podle vašeho názoru eutanazie?**

.....

.....

.....

7) **Jaký si myslíte, že je účel eutanazie?**

- | | |
|---|-------------------|
| A | Jde o pomoc |
| B | Jde o zabití |
| C | Jiný názor: |

8) **Myslíte si, že by se dala eutanazie zneužít? (Zdůvodněte).**

A Ano

.....

B Ne

.....

9) **Je podle Vás provádění eutanazie v zemích, kde je legalizovaná, humánní?**

A Ano

B Spíše ano

C Spíše ne

D Ne

10) **Je možné, podle Vašeho názoru, nabídkou efektivního (účinného) tlumení bolesti medikamenty ovlivnit rozhodnutí pacienta o uskutečnění eutanazie?**

A Ano

B Spíše ano

C Spíše ne

D Ne

11) **Je podle Vás úroveň léčebné péče o umírající v České republice kvalitní?**

A Ano

B Spíše ano

C Spíše ne

D Ne

12) **Přikláníli byste se k legalizaci eutanazie v České republice?**

A	Ano
B	Ne
C	Nevím

13) **Kdybyste se měli rozhodnout, souhlasili byste v mezní životní situaci s eutanazií u svého partnera (příbuzného)?**

A	Ano
B	Ne
C	Nevím

14) **Myslíte si, že se u nás v ČR eutanazie provádí? (Např. zvýšením dávky morfia ...)**

A	Ano
B	Ne
C	Nevím

15) **Myslíte si, že pacient má právo rozhodnout o svém životě a zvolit jeho ukončení?**

A	Ano
B	Ne

16) **Je podle Vašeho názoru věnována v našem zdravotním systému dostatečná pozornost emociálnímu strádání pacientů?**

- | | |
|---|-----------|
| A | Ano |
| B | Spíše ano |
| C | Spíše ne |
| D | Ne |

17) **Stalo se Vám, že Vás rodina pacienta požádala, abyste přestali s léčbou?**

- | | |
|---|-----|
| A | Ano |
| B | Ne |

18) **V jaké životní situaci byste uvažovali o provedení eutanazie (můžete zaškrtnout i více možností)?**

- | | |
|---|--|
| A | Kdyby nevléčitelná nemoc ovlivňovala moji lidskou důstojnost |
| B | Kdyby nevléčitelná nemoc ovlivňovala moji kvalitu života |
| C | Kdybych trpěl/a nesnesitelnými bolestmi |
| D | Kdybych byl/a opuštěný/a |
| E | Kdybych znal/a nepříznivou prognózu dalšího vývoje nevléčitelné nemoci |
| F | Nikdy bych o eutanazii neuvažoval/a |

19) **Co považujete za důstojnou smrt?**

.....

.....

.....

20) **Kdo by podle Vás měl o eutanazii rozhodnout?**

A	Výhradně lékař na základě žádosti pacienta
B	Tým složený z lékařů a ošetřujícího personálu na základě žádosti pacienta
C	Výhradně pacient
D	Pacient se souhlasem rodiny
E	Někdo jiný, uveďte kdo:

PŘÍLOHA P II: Hippokratova přísaha

10.1 Hippokratova přísaha

„Přisahám při Apollonovi, bohu lékařství, při Aeskulapovi, Hygiei a Panacei i při všech bozích a bohyních a dovolávám se jejich svědectví, že podle svých sil a svědomí budu tuto přísahu a tyto závazky řádně zachovávat. Svého učitele v tomto umění budu ctít stejně jako své rodiče a vděčně mu poskytnu všechno nutné, ukáže-li se toho potřeba, také jeho potomky budu pokládat za bratry a budou-li se chtít naučit tomuto umění, vzdělám je v něm bez nároku na odměnu a jakékoliv závazky. Rovněž umožním jak svým synům a dětem svého učitele, tak žákům, kteří se slavnostně zavázali lékařskou přísahou, aby se podíleli na výuce a přednáškách i celé vědě, jinému však nikomu. Způsob svého života zasvětim podle svých sil a svědomí prospěchu nemocným a budu je chránit před každou úhonou a bezprávím. Ani prosbami se nedám pohnout k podání smrtícího léku, ani sám k tomu nedám nikdy podnět. Stejně tak neposkytnu žádné ženě prostředek k vyhnání plodu, zachovám vždy svůj život i své umění čisté a prosté každé viny. Neprovedu řez u žádného nemocného, který trpí kameny, ale odevzdám ho mužům v tomto oboru zkušeným. Ať přijdu do kteréhokoliv domu, vejdu tam jen ve snaze pomoci nemocným vyhýbaje se všemu podezření z bezpráví nebo jakéhokoliv ublížení. Stejně tak budu vzdálen touhy po smyslových požitcích se ženami a muži, jak se svobodnými, tak s otroky. Uvidím-li nebo uslyším-li při své lékařské praxi nebo v soukromém životě lidí něco, co by mělo být utajeno, pomlčím o tom a zachovám to jako tajemství.

Budu-li tuto přísahu zachovávat a řádně plnit, nechť je mi dopřáno žít navždy šťastně, požívat úcty u všech lidí a těšit se z plodů svého umění. Jestliže ji však poruším a poskvřím, staniž se mi pravý opak.“

PŘÍLOHA P III: Doporučení představenstva ČLK

DOPORUČENÍ PŘEDSTAVENSTVA ČLK č. 1/2010

k postupu při rozhodování o změně léčby intenzivní na léčbu paliativní u pacientů v terminálním stavu, kteří nejsou schopni vyjádřit svou vůli

čl. 1

Doporučení představenstva ČLK formuluje principy a rámcová doporučení pro poskytování paliativní péče u dospělých pacientů neschopných o sobě rozhodovat v konečné fázi jejich léčebně neovlivnitelného onemocnění. Mezi nejčastější klinické případy patří pacienti s multiorgánovým selháním, při němž i přes maximální možnou podporu či náhradu orgánových funkcí dochází k trvalému zhoršování zdravotního stavu a kde vyvolávající příčina či její důsledky (následný patofyziologický děj) nejsou léčebně ovlivnitelné, nebo pacienti v hlubokém bezvědomí bez odůvodněného předpokladu obnovení integrity mozkových funkcí z důvodu přítomnosti známek ireverzibilního poškození centrálního nervového systému.

čl. 2

Cíle doporučeného postupu při rozhodování o změně léčby intenzivní na léčbu paliativní u pacientů terminálně nemocných

- a) Definovat nejčastěji používané pojmy ve vztahu k této problematice.
- b) Formulovat základní východiska a principy pro rozhodování o zahájení paliativní péče u nemocných v terminálním stavu dále neléčitelného onemocnění nebo s ireverzibilní poruchou integrity orgánových funkcí, při níž zdravotní stav nebo použité způsoby léčby znemožňují vyjádření vlastní svobodné vůle.
- c) Zdůraznit etické aspekty poskytování intenzivní péče, zejména respektování předchozího názoru pacienta (pokud je dostupný), uchování lidské důstojnosti a zajištění maximálně možného komfortu nemocných.
- d) Omezit poskytování marné a neúčelné léčby v situacích, v nichž se lze na základě odborného medicínského posouzení odůvodněně domnívat, že přínos zahájení nebo pokračování v dané léčebné metodě s ohledem na zdravotní stav nemocného nepřevažuje nad rizikem komplikací, bolesti, dyskomfortu a strádání pro pacienta a nedává možnost příznivého ovlivnění zdravotního stavu nebo záchrany jeho života.
- e) Přispět ke zvýšení kvality rozhodování v uvedených situacích a zlepšit komunikaci jak uvnitř zdravotnických týmů, tak mezi zdravotníky a rodinami či blízkými pacientů.
- f) Formulovat pro odbornou a laickou veřejnost stanovisko
 - odborně podložené a náležitě zdokumentované nezahájení nebo nepokračování marné a neúčelné léčby je v souladu s etickými principy medicíny a platnými právními předpisy,
 - nezahájení nebo nepokračování marné a neúčelné léčby nesmí být zaměňováno za eutanázii.
- g) Usnadnit a podpořit vznik „místních“ doporučení zabývajících se uvedenou problematikou na jednotlivých pracovištích intenzivní péče.

čl. 3

Terminologie

- a) Pacient v terminálním stádiu onemocnění – pacient v konečném stádiu onemocnění, které není slučitelné se životem a není dále léčebně ovlivnitelné
- b) Pacient neschopný o sobě rozhodovat – nemocný s poruchou vědomí, který je vzhledem ke svému aktuálnímu zdravotnímu stavu neschopný posouzení situace a rozhodování o své osobě, není schopen vyjádřit informovaný souhlas.
- c) Paliativní léčba – léčba, jejímž cílem je zabránění bolesti, strádání či dyskomfortu nevyлéčitelně nemocného nebo umírajícího pacienta.
- d) Marná a neúčelná léčba – léčba, která nevede k záchraně života, uchování zdraví či udržení kvality života. Marná a neúčelná léčba není v zájmu pacienta, nemůže mu pomoci a zatěžuje jej zbytečným strádáním či rizikem komplikací.
- e) Nezahajování léčby – léčebný postup, který nemůže zastavit postup choroby, navrátit zdraví nebo odvrátit smrt pacienta, není indikován a není proto zahajován. Takový postup by byl léčbou marnou či neúčelnou. Nepřijetí pacienta v konečné fázi jeho onemocnění na pracoviště intenzivní medicíny, kdy již nelze zastavit postup choroby, navrátit zdraví či odvrátit smrt, patří mezi opatření nezahajování léčby.
- f) Nepokračování léčby – při nemožnosti zastavit postup choroby, navrátit zdraví nebo odvrátit smrt, není ve stávající marné a neúčelné léčbě pokračováno a tato léčba je ukončena (např. vysazení farmakologické podpory oběhu, ukončení hemodialýzy, ukončení ventilační podpory).
- g) Eutanázie – usmrcení člověka ze soucitu jinou osobou než pacientem samým, a to na jeho vlastní žádost. Právní systém České republiky pojem eutanázie nezná. Uvedené jednání by bylo hodnoceno jako trestný čin a je nepřípustné. Nepřípustná a trestná je také pomoc k sebevraždě.

čl. 4

Základní východiska pro postup při rozhodování o změně léčby intenzivní na léčbu paliativní u pacientů terminálně nemocných

- a) Život člověka je konečný.
- b) Každý pacient má právo na náležitou, odbornou úroveň zdravotní péče.
- c) Všeobecně přijatým cílem intenzivní péče je vždy zachování života a zdraví pacienta, odstranění vyvolávající příčiny zhoršení zdravotního stavu a poskytování postupů orgánové podpory či náhrady u nemocných se zvratným (nebo předpokládaným zvratným) orgánovým selháním, tj. „udržovat život, ale nikoliv prodlužovat umírání“. V případě, kdy nelze tyto cíle naplnit, je nutné poskytnout pacientovi péči, která vyloučí bolest, dyskomfort a strádání, umožní zachování lidské důstojnosti a uspokojování fyzických, psychických, sociálních a duchovních potřeb.
- d) Jakékoliv rozhodování v průběhu poskytované zdravotní péče musí být v souladu s existujícími právními předpisy a musí být založeno na odborném a kvalifikovaném posouzení zdravotního stavu pacienta, musí bezvýhradně respektovat základní etické principy medicíny, především lidský život jako nejvyšší hodnotu a právo na sebeurčení nemocných a uchování jejich lidské důstojnosti.
- e) Jakýkoliv diagnostický nebo léčebný postup musí být pečlivě a odpovědně posuzován poměrem reálného klinického přínosu a míry možného rizika komplikací, bolesti, dyskomfortu a strádání, které zvolený postup pacientovi v aktuální klinické situaci přináší. Použití postupu, kde rizika a komplikace s ním spojené, nejsou vyváženy jeho přínosem pro pacienta, je v rozporu s etickými principy medicíny. Vždy je nutné brát zřetel na

předchozí názor pacienta, pokud je dostupný a je nepochybné, že jde o dříve vyslovené přání příslušného pacienta (viz. článek 9 Úmluvy o lidských právech a biomedicině).

- f) Jakýkoliv léčebný postup, při němž není odůvodněný předpoklad jeho příznivého účinku na zdravotní stav pacienta nebo pro záchranu života a kde rizika komplikací, bolesti, dyskomfortu a strádání převažují nad reálným klinickým přínosem zvoleného postupu, je nutno považovat za léčbu, která není „ku prospěchu a v nejlepším zájmu pacienta“ a lze ji označit jako tzv. marnou a neúčelnou léčbu. Dosažení dočasné korekce hodnoty některé z fyziologických funkcí či jejich dílčích parametrů bez ovlivnění celkového průběhu onemocnění a možnosti záchrany života, nemůže být při zvažování poměru přínosu a rizika považováno za příznivý účinek zvoleného léčebného postupu. Léčba, která se jeví jako marná a neúčelná, nemá být indikována a prováděna.
- g) Nezahájení nebo nepokračování marné a neúčelné léčby neznamená omezení pacienta na jeho právech, ale naopak je sledován zájem pacienta tak, aby nedošlo k porušení základních medicínských a etických principů včetně nechtěného nedůstojného prodloužení umírání. Smrt, která je výsledkem přirozeného průběhu onemocnění, nemůže být považována za nepříznivý výsledek zdravotní péče.
- h) Nezahájení nebo nepokračování marné a neúčelné léčby u pacientů v terminálním stádiu neléčitelného onemocnění a/nebo s ireverzibilní poruchou integrity orgánových funkcí, kteří nereagují na použité léčebné postupy, je v souladu s etickými principy medicíny a existujícími právními předpisy České republiky.
- i) Z hlediska medicínského, právního a etického není rozdíl mezi nezahájením nebo nepokračováním daného léčebného postupu.
- j) Nezahájení nebo nepokračování marné a neúčelné léčby jsou při správném odborném posouzení postupy, které nelze zaměňovat za eutanázii či ublížení na zdraví.

čl. 5

Základní principy pro postup při rozhodování o změně léčby intenzivní na léčbu paliativní u pacientů terminálně nemocných

- a) Přijetí pacienta na pracoviště intenzivní péče by mělo být podloženo předpokládaným přínosem poskytované péče, která mu má být na daném oddělení poskytnuta.
- b) Stanovení rozsahu poskytované léčby musí být založeno na odborném a kvalifikovaném posouzení zdravotního stavu pacienta.
- c) Zahájení nebo pokračování jakéhokoliv léčebného postupu, který není odborně odůvodněný, kde neexistuje racionální předpoklad jeho příznivého účinku na celkový průběh onemocnění a kde rizika komplikací, strádání, útrap a bolesti převažují nad reálným klinickým přínosem zvoleného postupu, je v rozporu s etickými principy medicíny a Chartou práv umírajících. Neexistuje povinnost zahajovat marnou a neúčelnou léčbu nebo v ní pokračovat, pokud je probíhající léčba odůvodněně za takovou označena.
- d) Zabezpečení fyzických, psychických, sociálních a duchovních potřeb pacienta, odstranění pocitů bolesti, strádání a utrpení s respektováním lidské důstojnosti jsou základní priority paliativní péče.

Čl. 6

Doporučení pro klinickou praxi

- a) Podnět k zahájení paliativní péče může dát kdokoliv z ošetřujícího zdravotnického týmu.
- b) Kdykoliv je to možné, pacientovo přání musí být zahrnuto do rozhodování o zahájení paliativní péče.

- c) Rodina či blízcí pacienta by měli být náležitě informováni, pokud pacient neurčil jinak, nejlépe ve formě strukturovaného rozhovoru. Delegování odpovědnosti na rodinu či blízké za přijaté rozhodnutí o zahájení paliativní péče není přípustné.
- d) Do rozhodování o zahájení paliativní péče by měli být zahrnuti všichni členové (lékaři i nelékařský zdravotnický personál) ošetřujícího zdravotnického týmu (tzv. „shared-approach to end-of-life decision making“ model).
- e) Za závěrečné rozhodnutí o zahájení nebo nezahájení paliativní péče nese odpovědnost vedoucí lékař příslušného pracoviště nebo jím určený lékař. V době ústavní pohotovostní služby nese odpovědnost za rozhodnutí o zahájení nebo nezahájení paliativní péče lékař, který je odpovědný za konkrétní úsek v rámci výkonu ústavní pohotovostní služby a za lékařskou péči o příslušného pacienta.
- f) Zahájení paliativní péče a rozhodnutí o nezahájení či nepokračování marné a neúčelné léčby musí být vždy uvedeno ve zdravotnické dokumentaci. Zápis do zdravotnické dokumentace před zahájením paliativní péče, by měl obsahovat odborné posouzení zdravotního stavu a medicínské zdůvodnění rozhodnutí o zahájení paliativní péče.
- g) Cíle intenzivní péče, přínos a rizika plánovaných i probíhajících jednotlivých diagnostických a léčebných postupů by měly být v pravidelných intervalech přehodnocovány a zvažovány (minimálně jednou za 24 hodin). Jakékoliv již přijaté rozhodnutí, může být v odůvodněných případech změněno
- h) Prioritou paliativní péče je odstranění bolesti, dyskomfortu a strádání.
- i) Přítomnost rodiny či blízkých pacienta by měla být vždy umožněna, pokud ji pacient neodmítl.

čl. 7

Účinnost

Toto doporučení bylo projednáno a schváleno představenstvem ČLK dne 20.2.2010 a nabývá účinnosti dne 4.3.2010.