

Eutanazie ano či ne?

Očima zdravotníků a laické veřejnosti

Alena Starošíková, DiS

Bakalářská práce
2009



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav pedagogických věd

akademický rok: 2008/2009

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: Alena STAROŠTÍKOVÁ

Studijní program: B 7507 Specializace v pedagogice

Studijní obor: Sociální pedagogika

Téma práce: Eutanázie ano či ne (očima zdravotníků a laické veřejnosti)

Zásady pro vypracování:

Zpracování teoretické části- charakteristika základních pojmů

Fenomén eutanázie - společenský problém

Eutanázie a její praxe v zahraničí a v ČR

Zpracování praktické části - metodologie výzkumu

Zpracování výsledků

Doporučení pro praxi

Rozsah práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

HAŠKOVCOVÁ, H. Spoutaný život. Praha: 3.LF UK, 1991.

HAŠKOVCOVÁ, H. Thanologie náuka o umírání a smrti. Praha: Galén, 2000. 140s.

MUNZAROVÁ, M. Eutanazie nebo paliativní péče? Praha: Grada, 2005. 108 s. ISBN 80-247-1025-0

KEOWN, J. Euthanasia Examined: Ethical, Clinical and Legal Perspectives, 1997. 340 s. ISBN 0-521-58613-5

KÜBLER-ROSSOVÁ, E. Odpovědi na otázky o smrti a umírání. Praha: Tvorba, 1995. 288 s.

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Štefan Chudý, Ph.D.

Ústav pedagogických věd

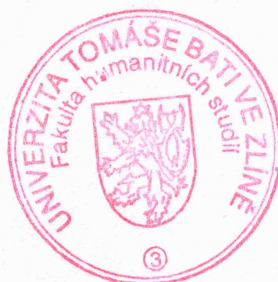
Datum zadání bakalářské práce:

18. února 2009

Termín odevzdání bakalářské práce:

15. května 2009

Ve Zlíně dne 18. února 2009



L.S.

prof. PhDr. Vlastimil Švec, CSc.
děkan

Mgr. Soňa Vávrová, Ph.D.
vedoucí katedry

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ/DIPLOMOVÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním diplomové/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 diplomová/bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k prezenčnímu nahlédnutí;
- na moji diplomovou/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 – diplomovou/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 diplomové/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 diplomové/bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Ve Zlíně

.....

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 vzdělávacího zařízení (školní dílo).

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

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

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

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo 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 jím 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

Ve své bakalářské práci s názvem Eutanazie očima laické veřejnosti a zdravotnických pracovníků jsem se zaměřila na názor zdravotníků a laické veřejnosti na legalizaci eutanazie v ČR. Celá práce je rozdělena do dvou částí. V první, teoretické části, je popsána historie a problematika eutanazie. Druhá část se zabývá výzkumem a analýzou zjištěných výsledků. Díky této bakalářské práci jsem získala nové poznatky a cenné zkušenosti, které mohu využít v mém povolání, neboť jako zdravotní sestra se denně setkávám s umíráním a se smrtí.

Klíčová slova:

Eutanazie, aktivní a pasivní eutanazie, legalizace eutanazie, etika, smrt, bolest, ošetrovatelská péče, paliativní medicína.

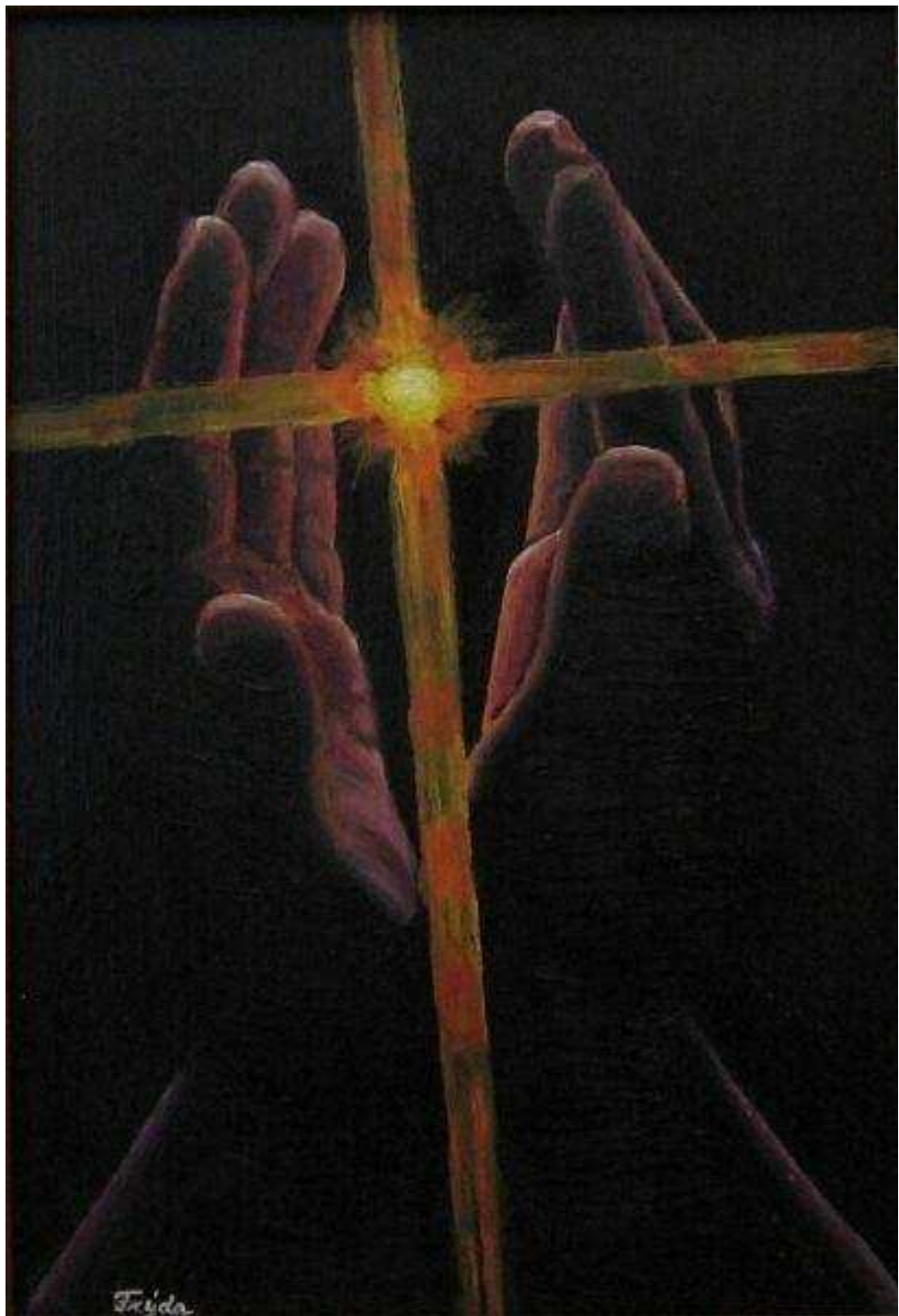
ABSTRACT

In my school-leaving study named „Euthanasia as seen by laic public and medical personnel“ I have focused on the opinion of medical staff and laic public about euthanasia legalisation in the Czech republic. The study is divided into two parts: the first, theoretical one, describes the history and problems of euthanasia, and the second part deals with the research and analysis of the collected data.

Thanks to this school-leaving study I have increased my knowledge and gained valuable experience that I can utilise in my profession, because as a nurse I meet dying people and death every day.

Keywords: euthanasia, active and passive euthanasia, legalization of euthanasia, ethic, death, pain, nursing care, palliative medicine.

Touto cestou děkuji Mgr. Š. Chudému, Ph.D. za poskytování odborných a cenných rad a námětů, za ochotu spolupracovat a za obětavé vedení mé bakalářské práce.



Olejomalba, Jiří Frýda "Véra aneb zachycení světla".

OBSAH

ÚVOD.....	11
I TEORETICKÁ ČÁST	13
1 EUTANAZIE – VYMEZENÍ TERMÍNŮ	14
2 HISTORIE EUTANAZIE	16
3 ZKUŠENOSTI ZE ZAHRANIČÍ	18
3.1 HOLANDSKO.....	18
3.2 ŠVÝCARSKO	18
3.3 BELGIE	19
4 VÝVOJ NÁZORU NA EUTANÁZII V ČR.....	20
5 EUTANAZIE V SOUČASNOSTI – AKTUÁLNÍ ČI NEAKTUÁLNÍ PROBLÉM?.....	21
6 MOTIVACE K EUTANAZII.....	23
6.1. PSYCHICKÉ PROŽÍVÁNÍ TĚŽKÉ NEVYLÉČITELNÉ NEMOCI.....	23
6.1.1.1 Fáze umírání dle Kübler-Rossově.....	24
6.2 STRACH ZE ZTRÁTY DŮSTOJNOSTI	26
6.3 STRACH Z BOLESTI	26
6.3.1 Kladný vliv lékaře a sestry na tlumení bolesti.....	28
6.3.2 Zásady jednání lékaře a sestry s nemocným, kterého něco bolí	29
7 DEMOTIVACE K EUTANAZII	30
7.1 PRAVDA NA NEMOCNIČNÍM LŮŽKU	30
7.2 POSKYTNUTÍ FYZICKÉ, PSYCHICKÉ, SOCIÁLNÍ A SPIRITUÁLNÍ PÉČE	31
7.3 NEMOCNÝ POTŘEBUJE PROSTOR K ŽIVOTU	34
7.4 RITUALIZACE SMRTI	35
7.5 HOSPIC JAKO NADĚJE.....	37
8 PALIATIVNÍ PÉČE	40
9 ARGUMENTY PRO A PROTI EUTANÁZII.....	43
9.1 ARGUMENTY PROTI POVOLENÍ EUTANAZIE	43
9.2 ARGUMENTY PRO POVOLENÍ EUTANAZIE	44
9.3 KDYŽ EUTANAZIE, TAK KDO BY JÍ MĚL PROVÁDĚT	45
10 OSOBNÍ ZKUŠENOST	47
II PRAKTICKÁ ČÁST	51
11 MOŽNOSTI VÝZKUMU V DANÉ OBLASTI.....	52

11.1	PŘEDVÝZKUM.....	52
11.2	MOTIVACE A OČEKÁVÁNÍ.....	52
11.3	PŘEDMĚT VÝZKUMU.....	53
11.4	CÍLE VÝZKUMU A VÝZKUMNÉ OTÁZKY.....	54
11.5	VÝZKUMNÝ SOUBOR.....	54
11.6	METODA SBĚRU DAT - DOTAZNÍK.....	55
12	PREZENTACE A ANALÝZA VÝZKUMNÉHO MATERIÁLU.....	57
12.1	METODIKA DOTAZNÍKU PRO ZDRAVOTNÍKY.....	57
12.2	METODIKA DOTAZNÍKU PRO LAICKOU VEŘEJNOST.....	60
13	VÝSLEDKY PRŮZKUMU.....	61
13.1	VYHODNOCENÍ DOTAZNÍKU PRO LÉKAŘE.....	61
13.2	VYHODNOCENÍ DOTAZNÍKU PRO SESTRY.....	68
13.3	VYHODNOCENÍ DOTAZNÍKU PRO LAICKOU VEŘEJNOST.....	74
14	ANALÝZA VÝSLEDKŮ PRŮZKUMU.....	78
15	DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	92
	ZÁVĚR.....	93
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	95
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	97
	SEZNAM PŘÍLOH.....	98

ÚVOD

„Smrt není porážka, jako ani život není vítězství“

Reinhard Abeln, Anton Kner

O tématu smrti a umírání se v naší společnosti mnoho nemluvílo, nepsalo. Tato problematika zažila expanzi po revoluci v 90. letech 20. století, následně upadla do pozadí a opět se stává aktuální pro řadu laické i odborné veřejnosti. Dochází ke změnám v legislativě zdravotnictví, mění se socioekonomický status obyvatel, a tím také mimo jiné hodnot jedinců, společnosti. Komplex dynamických změn vyvolává mimo jiné změny v postoji jak k druhému člověku, tak k sobě samému. V souvislosti s otázkou eutanazie tyto dvě roviny – „osobnostní“ a rovina těch „ostatních“ dává podnět k důkladnému zamyšlení a možná také k jistotě, že k řešení uvedené problematiky přistupují jak odborníci, tak i laici s rozvahou.

V dnešní době jsme svědky zakládání hnutí na mnohých místech světa s názvem „Hnutí za právo zemřít s důstojností“. Diskuze, která se týká „milosrdné smrti“, proniká i do naší země. Důvody, proč právě v dnešní době jsou otázky ukončování života otevírány, jsou evidentní. Vědecké pokroky, velký rozvoj technických vymožeností to jsou z mála faktorů, které posouvají medicínu vpřed. Dnes jako nikdy dříve, je možné zachraňovat a prodlužovat životy, které byly v dřívějších letech odsouzeny k zániku.

Smrt je pro nás jedna z nejzákladnějších lidských témat. Každá kultura, každý z nás, filozof, lékař, teolog, pojem smrt vnímá jinak a jiným způsobem hledá její smysl. Ale vždy byla a bude pro nás těžká a bolestná. Proto je podle nás důležité smrt netabuizovat, neodsouvat ji, ale přijmout ji jako součást našeho života, mluvit o ní a nezapomínat na lidi, kteří umírají buď v domácím prostředí, v nemocnicích anebo v hospicových zařízeních.

Cílem práce je popsat aspoň z části problematiku možností (ne)legalizace eutanazie, a zjistit názory zdravotníků a laické veřejnosti na legalizaci eutanazie v ČR. Celá práce se skládá ze dvou částí: teoretické a praktické. V teoretické části, která má 10 kapitol, vymezujeme termíny eutanazie, zmiňujeme se o historii, která nám může poskytnout dostatečné ponaučení při rozhodování zda legalizovat eutanazii, nebo ne. V dalších

kapitolách ve stručnosti informujeme o názorech a praxi s eutanazií v zahraničí a také v naší republice. Rozebíráme důvody, jestli a proč je problematika v dnešní době aktuální, jaké negativní důsledky má dnešní moderní medicína na kvalitu života umírajícího člověka, jestli se právě moderní medicínou neoddalujeme člověku v jeho chápání, prožívání těžké nemoci, uspokojování tělesných, psychických a spirituálních potřeb. Zamýšlíme se nad motivací k eutanazii. Abychom porozuměli tomu, oč vlastně trpící člověk prosí a po čem volá, musíme se ptát, jaké povahy je utrpení, které má být případnou eutanazií odstraněno. Dostupné údaje ukazují, že hlavním motivem, který dnes vede k žádostem o eutanazii je strach z bolesti, obava z nesamostatnosti, ze ztráty důstojnosti a z toho, že budeme druhým lidem na obtíž.

V druhé teoretické části se pokusíme nastínit, jak pečovat o nemocné, aby k žádosti o eutanazii nedocházelo. Důraz se klade na důležitost dobře vedené fyzické, psychické, sociální a spirituální péče. Zaměřujeme se na seznámení se s možnostmi, jak zmírnit a předcházet utrpení a to v novém oboru, jakým je paliativní péče, poskytovaná v hospicích. V závěru teoretické části uvádím svoje zamyšlení se nad svoji dlouholetou praxi ve zdravotnictví, srovnávám ošetrovatelskou péči před třiceti lety a dnes.

Praktická část se bude skládat z kvantitativního výzkumu s využitím metod: analýza dostupných materiálů, dotazníku včetně vyhodnocení. Cílem bude porovnat názory zdravotních sester a lékařů na danou problematiku a u laické veřejnosti porovnat názory s ohledem na věkovou hranici.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 EUTANAZIE – VYMEZENÍ TERMÍNŮ

Eutanazie se dnes rozumí především lékařské jednání, které vede k navození či uspíšení smrti druhého člověka. U takto často zúženého významu slova eutanazie je třeba stále odlišovat jeho různé významy. Pro orientaci uvádíme vymezení tří pojmových dvojic (Špinková, Špinka, 2006).

- Aktivní eutanazie - je aktivní jednání, které má uspíšit či navodit smrt druhého člověka.
- Pasivní eutanazie - tou se naopak rozumí nejednání, které má, či alespoň může mít za následek uspíšení úmrtí druhého člověka

Najít rozlišení mezi aktivní a pasivní eutanazií může být v některých případech velmi obtížné. Nejednání vychází totiž také z našeho rozhodnutí, za které musíme nést odpovědnost. I když rozlišení není snadné, všichni tušíme zásadní rozdíl mezi tím, když je závěru života ponechán „přirozený“ průběh, a když aktivně usmrtíme druhého člověka.

Další pojmová dvojice:

- Přímá eutanazie - je to jednání jehož hlavním cílem je uspíšení či navození smrti druhého člověka.
- Nepřímá eutanazie - smrt nebo její uspíšení je pouze vedlejším, nezamýšleným možným důsledkem jednání, jehož základním cílem je například zbavit nemocného bolesti či jiného utrpení.

Klasickým příkladem této nepřímé eutanazie je podávání vysokých dávek léků, které tiší bolest v terminálních fázích onemocnění, a které mohou, ale nemusí vést ke zkrácení života.

- Dobrovolná eutanazie - nebo-li vyžádaná, se děje na podkladě žádosti pacienta.
- Nedobrovolná eutanazie – navrhovaná pro ty, kteří o ni požádat nemohou, a děje se na žádost rodiny a z rozhodnutí lékaře, který je přesvědčen, že život pacienta není hoden toho, aby byl žit.

Rozlišení je zdánlivě jednoduché, ale v současné diskusi se stále zřetelněji ukazuje, že právě zde vznikají etická dilemata. Často se dnes hovoří o sebevraždě za lékařské asistence. Lékař poskytne prostředky k vlastnímu usmrcení pro člověka, který o to požádá a

který je pro sebe použije. I když lékař sám usmrcení neprovádí, je otázkou, jak postoj lékaře vysvětlíme. Zda chtěl vyhovět pacientovi a pomoci v řešení jeho bolesti a psychosociálního strádání nebo je jeho záměrem, aby poskytnutými prostředky došlo ke smrti. Na sebevraždu za lékařské asistence se lze proto dívat také jako na eutanazii.

Jaký je teda etický rozdíl mezi tak odsuzovaným úmyslným ukončením života na straně jedné a urychlením smrti, které je díky vysokým dávkám léků možno předvídat, na straně druhé? Souhlasíme s názorem, že je velký etický rozdíl mezi podáním léků s úmyslem zabít člověka a mezi nevyhnutným podáním potřebných léků, které tlumí bolesti anebo jiné symptomy. Přikláníme se k názoru, že jako společnost, v které žijeme musíme znovu převzít zodpovědnost za péči o naše umírající členy. Nemůžeme zajistit, aby umírání bylo jednoduché, ale můžeme zajistit, že lidé nezůstanou opuštěni, že o jejich základní potřeby bude vždy postarane a že jejich utrpení a bolest budou léčeny.

2 HISTORIE EUTANAZIE

Pojem eutanazie pochází z řeckého slova „*euthanasia*“, které znamená dobrou smrt. V současné době se slovo eutanazie používá v daleko užším slova významu, než tomu bylo v pravěké společnosti či v antice a středověku. „Pravěká společnost, žijící v krajně drsných podmínkách, byla prakticky nucena zbavovat se jedinců, kteří jí byli na obtíž, jak dokládají archeologické nálezy. Tento zvyk přežívá ještě v historické době (svrhávání s Tarpejské skály), zmiňuje se o něm i prastarý římský zákon „zákon XII tabulí“ a setkáváme se s ním jako unitárním požadavkem v Platonově díle „O ideálním státu: Obec mají tvořit jednotlivci duševně a tělesně zdraví, pokud pak jde o ty, kteří nejsou zdraví, ti se nechají zemřít (Štěpán, 1989, s.88).“

V antice byla považována za eutanazii rychlá smrt bez většího utrpení. Smrt, které nepředcházely útrapy stáří. Za dobrou smrt v antice byla považována také hrdinská smrt na bitevním poli, především smrt z rukou nepřítele při obraně vlasti, záchraně přátel a blízkých. Dobrou smrtí je chápána především smrt přijatá s vnitřní vyrovnaností a důstojností. Antická kultura podobně jako jiné orientální kultury, neodsuzovala sebevraždu ani usmrcení z útrpnosti. Dobrá smrt v tomto období nesouvisí s působením lékařů, se zásahem či „pomocí“ druhého člověka. Zda bude smrt dobrá nebo ne, závisí především na člověku samém a na tom jak se ve svém celém životě připravil na rozhodující okamžik. To neznamena, že by v antice nebyly diskutovány otázky související s asistencí lékaře při smrti nebo umírání. Antická lékařská etika od počátku odmítala spolupůsobení lékaře k ukončení utrpení umírajícího, jak bylo vyjádřeno i v textu tzv. Hippokratovy přísahy: „Lékař nechť se zabývá plným odstraňováním bolesti nemocných a zmírňováním síly bolesti. Nechť však se neodvažuje na ty, kteří jsou nemocí již udoláni (Štěpán, 1989, s. 89).“

„V evropském vývoji přineslo zlom křesťanství, bezvýhradně odsuzující sebevraždu i jakoukoli účast na usmrcení druhého, jakožto svévolný zásah proti životu – daru božímu. (Tyto názory ovlivňují v některých zemích dosud v nemalé míře postoj k eutanazii) (Štěpán, 1989, s. 89).“

Na počátku novověku se poprvé objevuje pojem eutanazie v dnešním slova smyslu. „Ve své utopii Thomas Moore požaduje, aby nevyлéčitelně nemocní byli opatrováni jako ostatní, při krutých bolestech však má být člověk veden k tomu, aby ukončil svůj život nebo o to požádal jiného (Štěpán, 1989, s.89).“

První použití tohoto výrazu v novodobém smyslu se připisuje Francisi Baconovi. Francis Bacon se snaží ukázat, že je zapotřebí využít všech moderních prostředků, které medicína má k tišení bolestí a dalších symptomů. Evropský novovek charakterizuje přesvědčení, že utrpení nemá žádný smysl a že má být odstraněno. Oproti současnému pojetí eutanazie se v ní ještě na prvním místě nejedná o urychlení smrti, ale o zmírnění utrpení, které umírání sebou přináší. Co má s dnešním pojetím společného je však to, že se již u Bacona prosazuje přesvědčení, že dobrá smrt je především ta, která je zbavena utrpení. V utopistickém díle Nová Atlantis Francis Bacon „postuluje pro lékaře právo vysvobodit nevléčitelného pacienta z utrpení (Štěpán, 1989, s.89)“.

Moderní historie eutanazie začíná vydáním knihy „Právo zemřít“ od autora Jorsta vydané v Německu r. 1895. V roce 1920 se však, rovněž v Německu, objevil spis, který se stal velmi populárním, a který posloužil ideologům fašistického Německa k teoretickým zdůvodnění cílených vyhlazovacích akcí určitých skupin obyvatelstva. Napsal jej pod názvem „Poskytnutí souhlasu k zničení života, který žití není hoden“ právník Karl Binding a lékař Alfred Hoche (Haškovcová, 1999). V nacistickém projektu nové společnosti hrál program eutanazie klíčovou roli. Na začátku. V tomto projektu šlo o jakousi sociální reformu, která umožňovala řešit problém beznadějně nemocných, myšlenka eutanazie neměla rasový podtext. Původně se jako oprávnění eutanazie uváděl soucit, nedostatečná kvalita života a omezení nákladů na léčbu. Na konci třicátých let dal Hitler formální souhlas s širším využitím eutanazie. V roce 1939 se eutanazie tak zneužívala, že se po Hitlerově souhlasu s jejím širším využitím změnila v nástroj genocidy. Nacistický program eutanazie nám může právě dnes poskytnout přesvědčivé argumenty proti moderním hnutím pro eutanazii. Dnes, stejně tak jako tehdy, se jedná o stejné otázky. Zabití ani dnes není dobrou smrtí. Při rozhodování zda legalizovat eutanazii, ale i za účelem chránit naši budoucnost by jsme se měli vrátit do minulosti. Je třeba se z minulosti poučit.

3 ZKUŠENOSTI ZE ZAHRANIČÍ

3.1 Holandsko

Můžeme říct, že formálně začala eutanazie v Holandsku v roce 1973. V tomto roce byla obviněna jedna holandská lékařka za to, že zabila svou nemocnou, starou matku, přející si zemřít. Odsouzena však byla jen podmíněně na jeden týden s ročním odkladem. Ve své svědecké výpovědi zaznělo v její prospěch, že učinila pouze to, co už dělají běžně třebaže neoficiálně mnozí lékaři. Soud pak vyhlásil několik podmínek, které podle jeho názoru mohou oprávnit aktivní eutanazii (Bobůrková, MF Dnes, 21.července 2007).

„V roce 1982 byla ustanovena Vládní komise pro eutanazii, která se spolu s Ústřední komisí Královské holandské lékařské asociace podílela na určování podmínek a okolností, za nichž je možno eutanazii provádět (Munzarová, 2005, s.32).“

Nejdůležitější z nich byla následující:

- Pacient musí být kompetentní a jeho žádost zcela dobrovolná a úmyslná.
- Pacientova žádost musí být dobře uvážena, jasná a opakovaná.
- Pacient musí nesnesitelně trpět (ne nutně fyzicky) a eutanazie musí být poslední možností. Jiné možnosti ulehčit situaci nemocného již byly vyzkoušeny a shledány neúčinnými.
- Eutanazii může provádět jedině lékař.
- Lékař musí vše zkontrolovat s jiným nezávislým lékařem, který již má zkušenost v této oblasti (Munzarová, 2005, s.32).

I v Holandsku jsou kolem eutanazie vzrušené debaty, protože tam už podle jedné medicínské studie bylo usmrceno „milosrdným“ lékařem asi tisíc lidí bez jejich žádosti, i když se to obtížně dokazuje.

3.2 Švýcarsko

Trestní zákon toleruje asistovanou sebevraždu, pokud ji někdo nedělá ze zjištných, egoistických důvodů. Poslední krok musí udělat sám pacient, který dostane sklenici s jedem. Ten mu může předepsat kterýkoli lékař a jed je k dostání na recept v lékárnách.

Těmito službami proslula zejména firma Dignita z Fochu, která je nabízí jako jediná cizincům. U ní stojí asistovaná sebevražda v přepočtu šedesát tisíc korun. Ročně firma takto zprostředkuje smrt více než stovce lidí. Kromě ní se zabývají asistovanou sebevraždou i další organizace jako Exit, Humanita a Ex International. Politici připravují větší regulaci tohoto „trhu“. Švýcarská klinika, která nabízí zvláštní službu – pomáhá lidem zemřít - potvrdila, že na poslední cestu pomohla již dvěma lidem z Česka. Přesné údaje, kolik nemocných a zoufalých Čechů se sem vydalo vypít smrtící koktejl, se však české úřady nedozví (Bobůrková, MF Dnes, 21.července 2007).

3.3 Belgie

Eutanazie byla legalizovaná v roce 2002 a upravuje jí samostatný zákon. Nejde o asistovanou sebevraždu, poslední „lék“ podá pacientovi sám lékař. Pacient musí být při vědomí a svou žádost musí vyjádřit dobrovolně, opakovaně a písemně. Musí to být nevléčitelně nemocný, jehož utrpení nelze zmírnit. Zvláštností Belgie je, že eutanazie je tu poskytována i nezletilým, kteří jsou při této příležitosti zploletněni. Musí jim být však být minimálně patnáct let (Bobůrková, MF Dnes, 21.července 2007).

4 VÝVOJ NÁZORU NA EUTANÁZII V ČR

Určité snahy legalizovat eutanazii byly i u nás. Návrh československého zákona z roku 1926 obsahoval možnost snížit trest při eutanazii pod dolní hranici sazby za vraždu. Také v návrhu novelizace československého trestního práva z roku 1937 bylo ustanovení, že eutanazie by měla být trestána pouze jako přečin. Ani jeden návrh však nebyl schválen. V roce 1996 přinesly deníky v naší republice zprávy o návrhu tehdejšího ministra spravedlnosti. Ministr spravedlnosti Jiří Novák podal postupně tři návrhy na to, jak by se problém eutanazie měl řešit. Doporučoval tehdejší holandský model. Po zveřejnění těchto zpráv se rozšířila diskuse o legalizaci eutanazie a to diskuse mezi lékaři, politiky, právníky, v církvi. Návrhy nebyly přijaty, situace se postupně uklidnila, ale problém eutanazie stále zůstává (Haškovcová, 2000).

S postupem času, hlavně v souvislosti s celou řadou medializovaných případů osob, které trpěly vážnou a nevléčitelnou nemocí a žádaly ukončení svého utrpení samy, nebo tak činili jejich blízcí příbuzní (za všechny jmenujme případ Američanky Terii Schiavo z roku 2005), začala být problematika eutanazie aktuální i u nás. Výsledkem chaotických, ale přece je stále častějších úvah o možnosti milosrdného usmrcení na žádost těžce nemocného a utrpením sužovaného člověka, se stala novelizace trestního zákona. Jak informovaly přední české deníky a další média 1.12.2005, Poslanecká sněmovna parlamentu České republiky schválila novelu trestního zákona, podle které je sice eutanazie nadále trestným činem, ale s výrazně sníženou trestní sazbou, která obsahuje i nulovou variantu, tedy beztrestnost (Haškovcová, 2007, s.133)“. Zákon však nebyl schválen v senátu.

V roce 2008 senátorka Václava Domšová předložila návrh zákona o eutanazii. Senátoři však tento návrh odmítli. Senátoři na návrhu kritizovali hlavně to, že sice legalizuje smrt pacientů „pod lékařským dozorem“ ale nijak neřeší hrozbu zneužití. Podle bývalé ministryně pro lidská práva Džamily Stehlíkové, návrh odporuje Ústavě i mezinárodním smlouvám, protože není v souladu se základním právem na život (Bobůrková, MF Dnes, 21.července 2008).

„V České republice je eutanazie, stejně tak jako asistovaná sebevražda, zakázána, a pokud by byla provedena, bude kvalifikována jako trestný čin (Haškovcová, 2000, s.110).“

5 EUTANAZIE V SOUČASNOSTI – AKTUÁLNÍ ČI NEAKTUÁLNÍ PROBLÉM?

Otázky života a smrti pro současného člověka vůbec nejsou bezvýznamné, tak jako nebyly bezvýznamné pro všechny generace před námi.

Žijeme v době, kdy věda je úzce spjata s celým naším životem, jsme svědky rozmachu vědeckotechnického pokroku do všech oblastí společenského života. Pokrok medicíny umožňuje v současné době léčit mnohé dosud neléčitelné nebo smrtelné choroby. Zlepšení invazních i neinvazních lékařských metod, rozvoj transplantologie, resuscitačních technik dovoluje prodlužování života a odsouvání okamžiku jeho smrti. Ale v důsledku všech těchto vymožeností se nebere často ohled na kvalitu života umírajícího člověka a na osamělost a utrpení jak pacienta, tak jeho blízkých. Je nám všem známo, že mnoho lidí stále ještě umírá o samotě. Medicína 20. století je tzv. odosobněná, dehumanizovaná. Často se setkáváme s termínem „odlidštěná nemoc“, „odlidštěné“ umírání. Pro umírání a smrt se nabízí nově schůdné a „technické“ řešení. Je medicínské, odborné, aseptické. Je krátké, účinné, definitivní. Tato možnost, právo či milosrdenství však vyvolává diskuse, klidné – i ty ostré a emocionální. Mnoho lidí se obává nedůstojné smrti díky moderní technické medicíně.

Technicky vyspělá medicína má svoje úspěchy, ale má také negativní stránky a to ztrátu lidské dimenze pomoci. Dlouho byla výuka lékařů a sester zaměřena především na technologicky pojatou medicínu. Byli převážně orientovaní na jediný cíl – uzdravení nemocného. Volalo se proto po změně a také po reorganizaci středoškolských i univerzitních vzdělávacích systémů. Do výuky se opět zavádí dříve zanedbávané humanitní disciplíny jako filosofie, lékařská etika, komunikace. V posledních letech se obsah studia medicíny mění a mění se i poslání, funkce a role lékaře. Klinická medicína se dále technizuje, ale současně se také psychologizuje a sociologizuje. Tento směr má obrovskou zelenou, pokud ji uchopí odborník se snahou umět pacienta „provést úskalím nemoci“ tak, aby pacient měl pocit opory, pomoci zdravotnického týmu. Prezentace pojmu odpovědnost sám za sebe se někdy extrémně vyhrocuje a vede k tomu, že zdravotníci automaticky předpokládají přijetí nemoci a změn v života pacientem a tudíž není problém, není co řešit, není o čem diskutovat.

Vliv sdělovacích prostředků nezůstává pozadu s chrlením nových informací. Jedná-li se však o tak složitou a emotivní věc, jakou je eutanazie, musíme konstatovat, že tyto informace jsou povrchní, a nemůžou vystihnout celou šíři celého problému. Názory vycházející z neznalosti mohou být pak uvedeny se stejnou důvěryhodností jako všechny ostatní. Výsledkem bývá často nový zmatek.

6 MOTIVACE K EUTANAZII

Abychom porozuměli tomu, oč vlastně trpící člověk prosí a po čem volá, musíme se ptát, jaké povahy je utrpení, které má být případnou eutanazií odstraněno. Z praxe víme, že hlavním motivem, který dnes vede k žádostem o eutanazii je strach z bolesti, obava z nesamostatnosti, ze ztráty důstojnosti a z toho, že budeme druhým lidem na obtíž. To čeho se bojíme, je především utrpení, které je spojeno s umíráním samým, s osamělostí a bezmocností.

6.1. Psychické prožívání těžké nevléčitelné nemoci

Vnitřní svět se každému člověku zobrazuje jinak, je jedinečný a nemá ve světě dvojníka. A úplný přístup nemá k němu nikdo, kromě dotyčného člověka samotného. Je potřebné brát druhého vážně a zajímat se o jeho pocity a prožívání. Psychický stav člověka, který je postavený před nejtěžší životní situaci svého života, závisí od mnohých determinantů jako jsou věk, momentální kondice a zdravotní stav, duševní vyspělost, typ osobnosti, zkušenosti, rodinné zázemí, sociální postavení anebo hloubka víry. Svůj vliv má i správný přístup rodiny, zdravotnických a jiných pracovníků. Prožívání emocí umírajícího člověka jsou neoddelitelnou součástí jeho psychiky.

„Nemoc je v úrovni psychického prožitku zažívána jako druh krize. Nemoc zpravidla přichází nevhod, s výjimkou případů, kdy člověk „utíká“ do nemoci, přichází jakoby předčasně, nikdy se nehodí. I běžná, banální nemoc, z jejíhož průběhu je jasné, že je pouze kratším nebo delším zastavením v jinak zdravotně neproblematicky odvíjejícím se životě, představuje určité vykojení z normálního rytmu života (Haškovcová, 1991, s.29).“

Existují i další faktory, které stěžují jeho psychický stav jako nepředvídatelnost změny zdravotní situace, nejasnost v diagnóze, postoje lékaře, nejasnosti v pohledu na příčiny vzniku nemoci, na jejich další průběh a následky a nezkušenost pacienta v situaci která je pro něho nová.

Onemocnět můžeme kdykoliv a kdekoliv. A tak teprve tehdy, když nemoc potkala nás, naše blízké, se ptáme: jaké to je být pacientem?, jak se máme chovat?, na co máme právo? Jsou nemoci, které jsou časově omezené, jako třeba zlomenina nohy, žlučnickový záchvat a je v nich naděje vrátit se do stavu plného zdraví. I při těchto časově omezených onemocněních prožíváme svou nemoc psychicky - jsme plni lítosti a třeba i zlosti a toužíme

po odborném, ale také vlídném ošetření a vstřícném zacházení. Jak je to ale potom, když naše onemocnění je chronické nebo nevyléčitelné?

Člověk, který trpí, se chová jinak a i jeho potřeby jsou jiné jako u zdravého člověka, mění se názory, je citlivější na podněty, které k němu přicházejí z jeho okolí i zaznívají v samotném jeho nitru. Tehdy je moudré se postavit tváří v tvář tomu co člověk prožívá, proč to prožívá, co to způsobilo, a jak má s tím dál žít. Utrpení je tak provázeno dynamickou silou, která mění hodnoty a cíle dosavadního života.

Můžeme vůbec v situaci takovéto nemoci hovořit o kvalitě života? Lze zajistit kvalitu života i v nouzi, kterou je vážná, chronická nebo nevyléčitelná nemoc? Nemocní v terminálním stavu trpí často depresi a úzkostnými stavy. A právě deprese ze ztráty smyslu života, z nevyřešených otázek důležitých pro život, může vést k žádosti o eutanazii.

Aby se umírající pacient dokázal vyrovnat se svou nemocí a s faktem nadcházející smrti, musí v myšlenkách urazit dlouhou cestu, a může při tom procházet mnoha stádii, tedy reakcemi na náhlou změnu, kterou nemoc do jeho života přinesla.

6.1.1.1 Fáze umírání dle Kübler-Rossové

Důležitý krok poznání psychického prožívání nevyléčitelné nemoci učinila Elizabeth Kübler-Rossová (Rozhovory s umírajícími, 1969), která zobecnila prožitky nemocných a formulovala křivku prožívání příchodu a rozvoje nemoci v psychické úrovni. Na základě rozhovorů s více než čtyřmi sty nevyléčitelně nemocnými, které sledovala po dobu až pěti let před smrtí.

1. NEGACE

Příchod nemoci autorka charakterizuje jako šok. Jde o odmítnutí vzít na vědomí fakt smrtelnosti. Pacient se dozví, že diagnóza je perspektivně neslučitelná se životem. V této fázi odmítá myslet na svou smrt, nechce si ji připustit, není na tuto situaci připravený. Je důležité navázat kontakt, získat důvěru. Výroky lidí, kteří se náhle ocitly v roli nemocných vedou často k popření faktu nemoci a ke stažení se do izolace.

2.AGRESE:

Pacient dostává zlost a popadne ho závist. Zlobí se na všechno a na všechny. Okolí by mělo tento hněv pochopit a dovolit odreagování, nepohoršovat se. Toto období prožívání nemoci je značně náročným obdobím jak pro okolí nemocného, tak v případě hospitalizace, také pro ošetřující personál. Je důležité uvedené reakce zvládnout a nebrat je osobně.

3.SMLOUVÁNÍ

V této fázi si pacient uvědomuje nebo alespoň tuší dlouhodobost nebo trvalost své nemoci a začíná zvažovat své individuální cíle s ohledem na tuto nemoc. Přáním nemocného je vždy prodloužení života a tak smlouvá o čas.

4.DEPRESE

Depresivní stavy vyplývající z prožitků loučení se ze životem. Probíhá zápas se smrtí a bolestná příprava na definitivní rozloučení. Depresi ovlivňují a prohlubují obavy o osud členů rodiny, strach z osamocení, úzkost z utrpení, vědomí nenaplněného života a strach ze smrti. V této fázi je nutné umožnit pacientovi, aby mohl hovořit o svém zármutku, strachu. Je nutné mu trpělivě naslouchat a pomoci mu vyrovnat se s osudem.

5.SMÍŘENÍ

Závěrečnou fází je akceptace, tedy přijetí pravdy, přijetí role vážně nemocného. Je to období klidu. Ztrácí se zájem o informace. Pacient používá gesta místo slov. Je velmi důležité, aby u něho byli jeho blízký, aby si nemyslel, že odchází z pozemského bytí opuštěný. Fází smíření – přijetí, je nutné rozlišit od rezignace. Kübler-Rossová je přesvědčena, že po přijetí pravdy nastává buď nastolení důstojného klidu, ale mnohem častěji nemocný rezignuje či upadá do zoufalství.

Nevyléčitelně nemocný má strach, má obavy, z problematické budoucnosti, trpí opakovanými depresemi. Má na to plné právo. Někdy je potřebné, aby byl přivolán psycholog, uzná-li ošetřující lékař, že úzkost a deprese nemocného dosahují neúnosných poloh. Psycholog v pravém slova smyslu neléčí, ale především poslouchá a chápe. To je pro nemocného velkým přínosem. Vždyť i zdravému člověku je někdy těžko a potřebuje „svou vrbu“ – přítele, kamaráda.

„Léčit duši“ je v rámci komplexního pojetí péče o nemocného stejně tak důležité jako věnovat se jeho nemocnému tělu (Haškovcová, 1991, s.194).“

6.2 Strach ze ztráty důstojnosti

Co je lidská důstojnost? Pokud o ní uvažujeme, vycházíme z toho, že jsme samostatnými, jedinečnými bytostmi. Je naprosto přirozené, že jimi chceme zůstat až do konce svého života. Lidská důstojnost je nejenom představou a ideou o statusu člověka, jeho postojích v daných organizacích, ale je to nejdůležitější právo člověka, které úzce souvisí s právem člověka na jeho život. „Nejdůležitějším prvkem důstojného umírání a důstojné smrti je osobní blízkost druhého člověka. Nikdo se nerodí sám a nikdo by neměl umírat sám. Přítomnost druhých lidí činí z procesu zrodu a skonu sociální akt (Haškovcová, 2000, s.129)“.

Důstojnost lze snadno ztratit tím, že jsme upoutáni na lůžko, že nás sužuje bolest, že vypadáme nevhledně, že nejsme schopni kontrolovat své fyziologické funkce. Nemocní říkají, že svoji důstojnost vidí v očích těch, kteří se o ně starají: pokud se zděšeně odvracejí, je to přesně to, čeho se bojí – bojí se, že přestali být (pro ně) člověkem. Péče o dlouhodobé a těžce nemocného člověka je vyčerpávající a často se nedostává sil. Právě tady se může rodit volání potom, aby přišel konec, aby obě strany byly vysvobozeny. Nemocní mají strach, že jsou přítěží pro své blízké, pro své okolí.

6.3 Strach z bolesti

„Bolest je to, co říká pacient, a existuje, když to pacient tvrdí“.

McCaffery, 1983

Bolest je známá každému, kazí radost ze života a dosáhne-li určité intenzity, může sama lidský život zničit. Existence nesnesitelné bolesti, ať již fyzické, psychické, sociální či spirituální, bývá dominantní podmínkou pro případnou eutanazii. Bolest fyzickou lze rozpoznat a definovat snadněji než ostatní složky. Co je obtížné, je její kvantitativní hodnocení. „Bolest sociální je utrpením spojeným s předtuchou ztráty nebo i se skutečným odloučením od rodiny a přátel, nebo se ztrátou sociální role. Ztráta je středem těchto potíží. Bolest emoční (duševní) je pocitový komplex, který zahrnuje duševní otřes, otupělost, hněv, smutek, smlouvání, úzkosti, deprese (Munzarová, 2005, s.13).“ „Bolest spirituální

(duchovní) je v kontextu našeho tématu velmi významná. Definovat jí je však nejobtížnější. Lze snad souhlasit s tím, že je to utrpení, spojené s odcizením od svého nehlubšího já, které je často prožívané jako strach z neznáma a jako pocit ztráty smyslu (Munzarová, 2005, s.14).“

„Bolest je nepříjemný smyslový a citový zážitek, který se vztahuje k aktuální nebo potencionální poruše tkáně. V roce 1973 byla založena Mezinárodní společnost pro studium bolesti a v roce 1987 byla ustanovena sekce pro studium a terapii bolesti při České lékařské společnosti (Mikšová, 1998, s.43).“

„Bolest je komplexní fenomén, který má jak kognitivní (fyzickou), tak emocionální složku. Bolest je velmi nepříjemný subjektivní pocit, který prožívá člověk. Může nabýt velmi silné intenzity a tím ovlivnit myšlení člověka a celý jeho život (Mikšová, 1998, s.42).“

Většina odborníků se domnívá, že drtivé množství nesnesitelných bolestí lze terapeuticky zvládnout. Bolest je obvykle důležitým příznakem nefyziologických, patologických procesů probíhajících v organismu. Je užitečná, protože postiženého člověka přinutí vyhledat odbornou pomoc při zdravotních potížích. Není možné objektivně změřit, jak velkou bolest člověk pociťuje. Práh a vnímání bolesti je vysoce individuální, a proto je třeba každému nemocnému věřit jeho bolesti a následně s nimi bojovat. Kdyby bylo skutečně „bojováno“ s nesnesitelnými bolestmi, patrně by výrazně prořídly řady zastánců eutanazie.

Chování nemocného s chronickou bolestí vzbuzuje často dojem, že trpí tím, že mu nikdo nevěří. Lékaři nemají pacienty s chronickou bolestí v oblibě. Obvykle si s nimi nevědí moc rady. Nemocní jsou odesíláni na různá oddělení. Často dostávají nálepkou hypochondr nebo simulant.

Z pohledu sestry i lékaře může být tedy bolest jak symptomem vedoucím k objasnění vyvolávající příčiny, tak klinickým syndromem, často s nesnadným a nejednou i marným hledáním příčiny i účinné pomoci. Z hlediska ošetrovatelského je bolest ošetrovatelskou diagnózou, která vyjadřuje problém nemocného. Podle Mikšové (1998) jsou faktory vnímání bolestí tyto:

- věk - starší lidé mají obvykle vyšší práh bolesti (tzn. snášejí bolest lépe),
- nemoc - chronicky nemocní mají nižší práh bolesti,
- pohlaví - muži mají obvykle vyšší práh bolesti než ženy,

- denní rytmus - ráno je vyšší práh bolesti než večer,
- zátěž - je-li člověk zatížen vyšším fyzickým výkonem, zvýší se práh bolesti
- etnografické vlivy - některé národy mají vyšší práh bolesti,
- emocionální stav - strach a úzkost snižují práh bolesti,
- placebo - zvyšuje práh bolesti,
- relaxace - zvyšuje práh bolesti,
- sociální posilování - vnějším ovlivněním, např. sdělením typu (vy jste statečný, vy to zvládnete,...) se může zvýšit tolerance k bolesti.

6.3.1 Kladný vliv lékaře a sestry na tlumení bolesti

„Lékař může vyléčit někdy, ulevit často, potěšit vždycky“.

D.Hutchinson, 19.století, US

- *compliance* – znamená harmonický vztah mezi lékařem a nemocným, souznění, vzájemné porozumění
- *informovanost* - nemocného v protipólu k negativnímu vlivu neinformovanosti a z ní plynoucí nejistotě,
- *empatie* – je schopnost vžít se do pocitů nemocného, pochopit jeho problémy. Je zrcadlením psychického stavu nemocného,
- *haptický kontakt* – (podání ruky, pohlazení, uchopení ruky při sledování tepu nemocnému sdělujeme, že jsme nablízku, že o jeho bolesti víme),
- *sugestivní působení* – jako přesvědčování nemocného, že o jeho bolesti víme, dále posilování sebevědomí („určitě to zvládnete“),
- *ochota vyslechnout*- nemocného ze strany lékaře i sestry. Nemocný se potřebuje svěřit, s někým si popovídat o svých problémech, starostech, stresech,
- *posilování vlastní aktivity* – nemocného znamená povzbuzování nemocného (pochvala a evalvační chování) ze strany zdravotníků,
- *akceptace* – je přijetí nemocného jako sobě rovného (úctyhodného člověka). Nemocný je partnerem, aktivně se podílí na uzdravovacím procesu.

6.3.2 Zásady jednání lékaře a sestry s nemocným, kterého něco bolí

- nechodte kolem nemocného nevšímavě,
- nebuďte hluší k jeho projevům bolesti,
- sledujte neverbální projevy nemocného,
- nespíchejte, když nemocný sděluje, že ho něco bolí,
- nebagatelizujte slovní stížnosti nemocného,
- nikdy nemocnému neříkejte „to vás nemůže bolet“,
- nikdy neříkejte „to nic není“, když nemocný má bolesti,
- nikdy neoznačujte nemocného slovy „simulant, hysterka, hypochondr“,
- nemocného informujte před každým bolestivým zákrokem, že to asi bude bolet, kde a jak to bude bolet a jak dlouho,
- dovolte nemocnému, aby při bolestivém zákroku zvednutím ruky (pokud nemůže mluvit), naznačil lékaři, jak moc ho to bolí. Když bolest přesáhne meze únosnosti, slibte nemocnému, že bolestivý zákrok přerušíte,
- v jednání s nemocným nabízejte důvěru a důvěryhodnost,
- buďte v úzkém kontaktu s nemocným, aby nemocný věděl, že pomoc je nablízku (v první řadě by měl vědět, kdo je jeho ošetřujícím lékařem),
- pacienta akceptujte,
- posilujte vlastní aktivitu a iniciativu v boji s bolestí (Trachtová, 1999, s.140).“

7 DEMOTIVACE K EUTANAZII

„Nejnebezpečnější je ta lež, ve které jsou obsažena zrnka pravdy“.

Staré francouzské přísloví

7.1 Pravda na nemocničním lůžku

Sdělit, či nesdělit pravdu nemocnému o povaze jeho vážné či nevléčitelné nemoci?. Otázka zda sdělit, či nesdělit diagnózu, je vytržena z klinického i životního kontextu. Může být řešena u „kulatého stolu“, může se stát platnou formou tříbení názorů. V klinické praxi však tato otázka zpravidla nestojí. Vzhledem k tomu, co víme o psychické odezvě na příchod a rozvoj nevléčitelné nemoci, musíme připustit, že „totální“ oklamání pacienta je nereálné (Haškovcová, 1991).

Často se stává, že člověk vážnost situace jenom tuší z chování lékaře anebo svých blízkých. Poskytnutí těchto informací je v kompetenci lékaře. Ten podle situace volí mezi pravdou, jestli pacient pravdu vědět chce anebo milosrdnou lži. Pacient by se měl svobodně rozhodnout, zda chce vědět pravdu. Je třeba ji oznamovat opatrně a po kouskách vzhledem k tomu, kolik podle odhadu lékaře pacient snese. A to i pak, jestli se zdá být pacient připravený na to nejhorší.

Praxe milosrdné lži byla lehčeji proveditelná v minulosti, pacienti svému lékaři věřili takřka na „slovo“. Dnes, kdy je často rozhodující aktivní účast pacienta na léčbě, vyšší úroveň vzdělání pacientů, vysoký respekt k autonomii, právu na sebeurčení a k lidské individuální svobodě, je jasné, že milosrdná lež musí ustoupit pravdivému sdělování. Souhlasíme s názorem, že nemocný potřebuje dostatečný čas, aby se vyrovnal se všemi změnami a přizpůsobil se nové životní situaci. Prakticky je nemožné udržet pacienta v celkové nevědomosti. Takový pacient pochopí pravdu příliš pozdě a na její akceptaci mu zbývá příliš málo času. Tady pak vzniká velká propast a málo prostoru pro psychoterapeutickou eventuálně pastorační práci.

Právo na informaci o svém zdravotním stavu je zakotveno v Etickém kodexu práv pacientů. Tento kodex není sice dán právně, ale z etického hlediska by se jím měli lékaři řídit. Práva pacientů mají poměrně krátkou existenci, začínali vznikat v jednotlivých státech v sedmdesátých letech.

„V České republice byla definitivní verze Práv pacientů formulována a vyhlášena Centrální etickou komisí ministerstva zdravotnictví 25.února 1992 (Haškovcová,1996, s.25).“ Lékař je tedy podle zákona povinen poskytnout informace, ale je zdůrazněn požadavek „rozvážné šetrnosti“.

Rozhodující je „zájem pacienta“. Je-li v zájmu nemocného sdělit pravdu, pak sdělena být musí. Je-li v zájmu nemocného „sladká nevědomost“, pak je vhodnější některé informace zeslabit nebo umlčet. Není ale zrovna jednoduché tento „zájem pacienta“ rozpoznat.

„Sdělit pravdu je někdy nutné, často vhodné, ale problém tkví v tom, „komu ji říct“, „jak jí říct“, „kdy ji říct“. Doplnující otázkou je pak „kdo má pravdu sdělit“ a „kde ji má sdělit (Haškovcová, 1991, s.57).“

Sdělení pravdy ohledně závažné diagnózy v zásadě neřeší nic, nenásleduje-li smysluplná pomoc. Sdělení pravdy má význam tehdy, když je součástí trvalé komunikace lékaře a sestry s pacientem. Sdělení pravdy může (i když se dá o tom polemizovat) chybět, ale psychoterapeutická a ošetrovatelská péče chybět nesmějí.

Jakmile lékař sdělí pacientovi pravdu, i když mu jí sdělí sebe lépe, neznamená to, že svůj úkol splnil. Nejdůležitějším požadavkem v této chvíli je: *nenechat nemocného s pravdou samotného*.

„Myslet si, že přijmout pravdu o své vážné nemoci a situaci z toho vyplývající je jednoduché, by bylo iluzorní a naivní. Kostky jsou vrženy a jak budou poskládány a co z nich lze ještě vystavět je úkol, který leží před každým nemocným. Je nesmírně významné, jestliže alespoň jediný člověk může při nemocném stát. Zdálo by se, že je to přání nejen logické, ale dokonce splnitelné. Nabízí se odpověď, že přece samozřejmě při nemocném bude stát někdo z rodiny, stejně tak jako ošetřující lékař, popřípadě obě tyto strany (Haškovcová, 1991, s.167).

7.2 Poskytnutí fyzické, psychické, sociální a spirituální péče

„ *Kdybychom zkoumali, kolik toho protrpí jiní, nežalovali bychom na svoje utrpení*“.

Amiel

Z praxe je nám známo, že pokud je dobře vedena fyzická, psychická, sociální a spirituální péče, život s nemocí může být smyslně naplněn. Pacienti trpící vážnou,

nevléčitelnou nemocí potřebují právě tak léky jako i hřejivé slova. Nedostatečná psychologická péče se stala součástí moderní odlidštěné medicíny. Lékaři i ošetřující personál jakoby se soustředili pouze na terapii těla a zapomínali na terapii duše. Většina pacientů očekává mnohem víc než recept na medikament. Pro dobrého lékaře či sestru, je důležité nejen diagnostikovat a léčit somatickou chorobu, ale také rozpoznat pacientovu psychickou nouzi. Být s pacientem v kontaktu, v permanentním dialogu, by mělo být také součástí léčby.

Krásně vystihl David Anderson, magister farmacie z USA, pravděpodobně tvůrce prvního kodexu Práv pacientů z roku 1971, pocity a potřeby pacientů. V preambuli textu se praví: „Já pacient, chci být léčen jako jedinec. Nejsem číslo, nejsem kus papíru, nejsem zboží na prodej, nejsem někdo, s kým se smlouvá. Nejsem stroj na získávání náročných informací, ani ten, kdo se řadí do soukolí naprogramovaných dat. Jsem opravdu žijící jedinec, obdařen pocity, obavami, tužbami, ale i zábrany, neznám vás dobře (tj.lékaře) a odmítám vaše úsilí proniknout do mého těla, do mé duševní rovnováhy a do mého soukromí, když jsem nemocen. Chci s vámi spolupracovat, ale jen do té míry, pokud já a mně podobní pacienti mohou očekávat z vašeho počínání opravdu prospěch (Haškovcová, 1996, s.18).“

Tento text je stále aktuální. Anderson zdůraznil právo nemocného na respekt, autonomii, sebeurčení a individuální přístup. Reagoval vlastně na „medicínu mlčení“, na stav, kdy pro pacienta bylo vykonáno hodně, ale bylo s ním zacházeno více jako s předmětem než se subjektem.

V další části textu autor zdůrazňuje: „Mluv se mnou!... Bud se mnou, stůj při mně“..., Nenechávej mně samotného a pouze se sáčkem pestrobarevných léků (Haškovcová, 1996, s.18).

Pacient má právo na autonomii, na respekt, na sebeurčení a má právo na individuální přístup. O tom, jak léčit somatické onemocnění a tlumit fyzickou bolest, rozhoduje lékař. Ale na psychologické pomoci se kromě lékaře, psychologa, dalších zdravotníků a teologa, mohou podílet i laičtí dobrovolníci, přátelé nemocného a hlavně jeho rodina, kterou nemocný potřebuje nejvíc.

Nikdo by neměl umírat sám. Příbuzní a přátelé by měli mít možnost být se svým umírajícím do posledních chvil. Blízcí příbuzní jsou zpravidla včas informováni o povaze

nemoci svého příbuzného. A ti pochopitelně reagují taky na získané informace. Dá se říct, že i oni prožívají stádium šoku, agrese, deprese, tápání. Většinou své prožívání před nemocným skrývají. Ptají se pořád dokola, jestli je to pravda, jestli nedošlo k diagnostickému omylu, snaží se najít další odborníky, kteří by danou diagnózu vyvrátili. Pokud opakované vyšetření tuto diagnózu potvrdí, začíná příbuzný věřit a přijímá dané fakta. K těm se hlásí o slovo nejen pocit lítosti a žalu, ale především pocit viny. Zejména rodiče dětí přemýšlejí, zda něco nezanedbali, neopomenuli...

Nevyléčitelně nemocný potřebuje uvolnit vysoké vnitřní napětí. A to se mu podaří, pokud bude mít možnost s někým o své nemoci hovořit. Rozhovor o tom, co má na srdci, o svých starostech, představách, obavách působí opravdu léčivě a otevřený žal se snáší mnohem lehčeji. Lékaři a pacientovi blízcí jsou ti, kteří by měli pomoci s odpovědi na jeho otázky. Měli by pacientovi pomoci hledat smysl jeho života, brát na vědomí, že vážná a nevléčitelná nemoc vždycky rozbíjí dosavadní životní styl člověka a dochází ke změně hodnotové hierarchie nemocného.

Je obecně známo, že sdělená bolest je poloviční bolest, a proto většina nemocných vítá laickou ale i odbornou psychologickou pomoc a někteří i pastorační péči. Vzhledem k potřebám umírajících, případně jejich rodin, je třeba zdůraznit potřebu duchovní péče, která může mít různou formu.

Volba vhodného přístupu záleží na okolnostech a na faktu, zda dotyčný je, nebo není věřící. Zdravotníci by měli vždy vyhovět žádosti nemocného a přivolat příslušného duchovního. Vliv víry je důležitý v souvislosti s vnitřním prožíváním a vyrovnáním se z blížící se smrtí. Jsme přesvědčeni, že duchovní svět člověka a náboženské přesvědčení má na smrt a věci s ní spojené nesmírně důležitý vliv. V časech, kdy si člověk uvědomí, že proti smrti je úplně bezmocný, obrací svou tvář s vírou v něco nadpozemské, v Boha. Náboženství má obrovský vliv na smíření se s myšlenkou smrtelnosti a na kvalitu života umírajícího člověka. Všechna náboženství nějakým způsobem řeší otázku smrti. Většina z nich se vyrovnává s tímto problémem v prospěch existence posmrtného života. Svou příslušností k určitému náboženskému systému si člověk osvojuje i příslušný typ řešení problému smrti.

V mnohých nemocnicích, a pak pravidelně v hospicích, jsou dnes zřízeny modlitebny nebo kaple, které může navštěvovat kterýkoli pacient. Není náhodou, že

Světová zdravotnická organizace vyzývá k pokrytí nejen biologických, psychických a sociálních, ale také duchovních potřeb slabých, hendikepovaných a nemocných lidí. Potřeba duchovní pomoci dominuje u umírajících a jejich rodin. Mnozí lidé se považují za nevěřící, ale při osobním rozhovoru s duchovním vyjde najevo, že vlastně v „něco“ věří, jen nejsou schopni nebo ochotni přihlásit se k určité církvi. Každý pastor, (kněz, farář, kazatel), by měl být dobrý psycholog a měl by se postarat nejen o své „ovečky“, ale nabídnout pomoc i nevěřícím.

Ve vyspělých západních zemích bývá v každé větší nemocnici, nebo sociální instituci k dispozici tzv. spirituál, tedy člověk, který je schopen základní pastorační práce a který přijde ke každému, kdo o ní projeví zájem. V našich podmínkách se praxe duchovní péče pomalu a jistě rozvíjí. „Pro úplnost je třeba dodat, že katolický kněz Tomáš Halík, napsal praktický návod, jak přistupovat k nemocným, a opakovaně organizoval pod záštitou Křesťanské akademie celou řadu odborných přednášek, laických diskusí a setkání na téma pastorační péče nemocných a umírajících (Haškovcová, 2000, s.140).“

7.3 Nemocný potřebuje prostor k životu

Najít své místo v rodině a ve společnosti je smyslem lidského života. Najít smysl nemocí spoutaného života předpokládá vyslyšet naléhavé volání nemocných pro prostor k životu. Nedopusťme, aby nemocní byli nuceni nám říkat následující slova: „Nezacházejte s námi jako s malomocnými, jednejte s námi normálně..., nevyhánějte nás ze života dřív, než doopravdy odejdeme..., ponechte mi možnost něco dělat (Haškovcová, 1991, s.19)“.

Nevyléčitelně nemocný ví, že se neuzdraví a je pochopitelné že odmítá umřít „za živa“ a tvrdě hájí prostor pro vlastní realizaci. Přebírá menší role a realizuje se ve stále se zužujícím kruhu přátel, příbuzných a nejbližších členů rodiny. Většina nevléčitelně nemocných odmítá nečinnost, odmítá soucit a chce být plnohodnotně přijímána. Potřebují a oceňují prostor, v němž mohou pro jiné, a tím i pro sebe, něco udělat, potřebují mít cíle. Naučme se proto přijímat práci nevléčitelně nemocného člověka, doceňujme ji a současně respektujme redukované možnosti člověka.

7.4 Ritualizace smrti

Tomu, abychom se nebáli smrti, abychom byli schopni ji přijmout takovou jaká je a nežádali o smrt předčasnou, nám pomůže, když téma smrti nebudeme odsouvat, ale budeme brát smrt jako součást reality, součást socializace, budeme o ní hovořit a ritualizovat ji.

Potlačovat myšlenku na vlastní smrt se daří člověku nejen po celý život, ale více či méně taky po celou dobu vážné nebo nevyléčitelné nemoci. Vědomě smrt uznáváme, ale podvědomě jí jako realitu současně popíráme. Změňme tuto skutečnost, neskrývejme smrt. Neměli bychom v ní vidět jenom hrůzu, absurdnost, nepříjemné utrpení, nesnesitelné pokoření,...

V procesu umírání můžeme vzpomenout i modely umírání, kdy rozlišujeme umírání ritualizované a umírání institucionalizované. V minulosti byli lidé v blízkém a častém kontaktu se smrtí, protože se umíralo nejčastěji doma. Smrt byla rituálem a umírání vypadalo podstatně jinak jak dnes. V dnešní době se umírá převážně v nemocnici, nebo v hospici. Umírání a smrt se odehrávají mimo naší pozornost. Uklidňujeme se tím, že umírajícím je v náručí profesionálů lépe. Podléháme iluzi, že o umírajícího by se měl starat kolektiv k tomu speciálně vyškolených odborníků. Všichni známe tendence přeložit „neperspektivního“ nemocného z běžného oddělení do léčen pro dlouhodobé nemocné. Nejen profesionálové, ale i ostatní lidé smrt vytěšňují. Potlačovat myšlenku na vlastní smrt se daří člověku nejen po celý život, ale více či méně i po celou dobu vážné nebo nevyléčitelné nemoci. Je to zastírací metoda, ale ta se však příliš nevyplácí. Výsledkem je nepřipravenost na umírání a smrt. Z našeho života se vytrácí ritualizované umírání. Rituál (z *latinského rituále*) znamená řád obřadu neboli obřadnictví. Každý rituál určitým způsobem určuje chování lidí. Určitý rituál vykonáváme například při zrození, křtu, vstupu do manželství a výjimkou by nemělo být umírání a smrt.

Zastavme se ale ještě na chvíli v minulosti, kdy celé generace byly srozuměny se smrtí a jednotlivci se v průběhu svého krátkého života učili umírat. Pozorovali smrt v okolí, nebo pomáhali těm, jejichž těžká hodinka právě udeřila. Umírání doma mělo stejný scénář: Příbuzní, včetně synů, dcer, vnuků, sekundovali u lůžka umírajícího příbuzného, pomáhali mu podle svých sil a nejlepšího svědomí ulehčit poslední hodinku a současně se učili, že historie se jednou bude opakovat a až přijde čas, převezmou štafetu pomoci vlastní

potomci. Z generace na generace přecházela nejen zkušenost jak pečovat, ale také, co je umírání a smrt zblízka. Takový „proškolený“ jedinec uměl bez ohledu na své vzdělání, to, co bychom dnes nazvali adekvátním přístupem k umírajícímu. Nemusel si klást speciální otázky pravdy na nemocničním lůžku, ani se zabývat zvláštnostmi psychické podpory umírajícího. To proto, že si byl v tomto vzorci chování jistý. Smrti se také samozřejmě bál, ale jeho strach snižovala jistota, že nebude opuštěn a že se mu jednou dostane péče v takové formě a kvalitě, jakou poskytoval on sám.

Postupně docházelo ke změnám a péče o nemocné a umírající byla přesunuta do nemocnice a nabyla odborného charakteru. V tomto modelu chybí hlavně lidský kontakt, umírání ztratilo charakter sociálního aktu. Moderní člověk už nemá žádnou osobní zkušenost s pomocí umírajícím. V dnešní době se lze těžko vrátit k tradičnímu modelu umírání, ale nemůžeme umírajícího a tím i smrt izolovat. Musíme jí zlidštit. Není pochyb o tom, že se většina nemocných cítí nejlépe doma, mezi svými. Rodiny se, až na výjimky, chtějí o těžce nemocného člena starat, ale často nevědí jak. Kolo dějin nelze vrátit zpět, a proto není ani možné, ani vhodné poslat umírajícího domů a ponechat bezradné rodiny v nejistotě, zda zvládnou náročnou péči. Rodinám je nezbytné třeba poskytnout psychickou podporu i faktickou pomoc. Některé ošetřovatelské úkony se členové rodiny naučí pod vedením zkušených sester, některé však musí zajistit zdravotníci. Není žádoucí, aby úroveň domácí péče o těžce nemocné a umírající klesala.

A jak by tedy mohl vypadat přístup k umírajícímu? Umírající by mohl zůstat doma, ale pak by musela být bezpodmínečně zajištěna i zde kvalitní odborná péče, nebo naopak by mohla být přijata rodina, nebo alespoň jeden člen rodiny do nemocnice a tím by se obohatila chladná profesionální péče o hřejivé vztahy. Překážkou u těchto řešení by byly asi ekonomické a organizační nároky. A tak příkladem již realizovaným budiž hnutí hospice. Aktuální forma ritualizace procesu umírání musí respektovat požadavky na bio-psycho-sociální i spirituální pohodu. Společným jmenovatelem všech činností nechť je důstojnost až do konce.

7.5 Hospic jako naděje

„Vteřina je drahocenná a nikdo neví, kolik jich ještě má“

Pacient

Lidský doprovod na sklonku života je zvláštním uměním. Sdílí ho pacient, lékař i celý terapeutický tým, pacientovi příbuzní, přátelé a celé jeho okolí. Moderním vysoce aktuálním a spolehlivým modelem, jak se tomuto umění naučit, je hospicové hnutí. Překlad z anglického slova hospice – útočiště, útulek, domov. Už ve středověku se toto slovo používalo pro domy, které sloužily náhodným poutníkům k odpočinku, kde se mohli najíst, odpočinout si, vyspat se, nechat se ošetřit, povykládat si s jinými lidmi o svém trápení, zážitcích a tak bylo postarané o jejich tělo i ducha.

Této myšlenky se chopila v polovině našeho století anglická lékařka Cecilia Saundersová. Původně pracovala jako zdravotní sestra a sociální pracovnice. Později, ve věku 38 let, získala lékařské vzdělání. Cecilia Saundersová nabyla přesvědčení, že umírajícího je možné uchránit utrpení. Vytvořila koncepci prvního hospice, jenž byl v roce 1967 navzdory velikému odporu otevřen v Londýně s názvem St.Christophers Hospice, v jehož čele stanula Cicely Saundersová (Haškovcová, 2007).

Zbývá doplnit, že legendární propagátorka hospicového hnutí, která bývá přirovnána k Florence Nightingalové, zakladatelce moderního ošetrovatelství, zemřela dne 14.července 2005 ve svých 87 letech. Poslední dny svého života strávila v hospici, který sama zakládala. Její neutuchající úsilí bylo korunováno úspěchem: myšlenka hospiců je nosná a rozšiřuje se (Haškovcová, 2007, s.47).

„Principy paliativní péče nacházely stále více příznivců a poptávka po hospicové péči neustále stoupá. Odhaduje se, že dnes funguje v Anglii asi 150 hospiců, ve světě pak více než 2000 (Haškovcová, 2007, s.40).

Hospic je specializované zařízení, které poskytuje paliativní péči pro pacienty v terminálním stádiu své nemoci. Péči která je zaměřena na úlevu bolesti, kterou postupující nemoc přináší, na rozdíl od standardní lékařské – kurativní péče zaměřené na léčbu nemoci. Myšlenka hospice vychází z úcty k člověku a z jeho potřeb: biologických, psychologických, sociálních a duchovních. V hospicích je akceptovaný duchovní rozměr péče, který v nemocnicích chybí. Proto jsou standardně jako součást profesionálních týmů

v hospicích nejvíc přítomní sociální pracovník, psycholog a teolog. Hospic ctí autonomii nemocného, jeho individuální právo rozhodnout se.

Historie hospiců v České republice je krátká. V roce 1993 lékařka Marie Svatošová založila občanské sdružení pro podporu domácí péče a hospicového hnutí s názvem Ecce homo. „Nezaměnitelná podobnost trpících pacientů s trpícím Ježíšem, nad kterým vyřkl Pilát Pontský právě ono slavné, Ejhle člověk! je zřejmá. Umírající je často v tak ubohém stavu, že v něm ostatní zcela neprávem přestávají vidět člověka. Ecce homo chce prosazovat práva pacientů a úctu k lidskému životu od jeho početí až do přirozené smrti a chce podporovat rozvoj hospicového hnutí a domácí péče v celé České republice (Haškovcová, 2007, s.47).“

Prvním úspěšným počinem Ecce homo bylo vybudování a otevření Hospice Anežky České v Červeném Kostelci, k němuž došlo ve spolupráci s Diecézní charitou v Hradci Králové. Postupně byly otevřeny a dány do provozu i další hospice v České republice. (viz. příloha č.XXIX). Všechny informace ohledně hospiců jsou dostupné na www.hospice.cz. V červnu 1998 bylo založeno Sdružení poskytovatelů hospicové péče v České republice.

Hospicová péče má tři základní formy a je organizována :

- v lůžkovém zařízení – v hospici
- ve stacionáři, který je součástí hospice,
- v domácím prostředí umírajícího, kde pečující rodině pomáhají kvalifikovaní pracovníci (Haškovcová, 2007).

Indikace pro přijetí se zakládá na následujících kritériích:

- „postupující choroba ohrožuje pacienta na životě,
- nemocný toho času nepotřebuje nemocnici (která už nemá co nabídnout),
- nemocný potřebuje paliativní léčbu a péči,
- nestačí nebo není možná domácí léčba (Haškovcová, 2000, s.62).“

Hospic poskytuje péči a služby, které vyhovují především onkologicky nemocným a nemocným v rozvinutém stádiu AIDS. Hospicové hnutí se opírá o několik zásad. Jsou nimi všechny snahy a iniciativy, jejichž cílem je podporovat kvalitu života až do konce. Středem těchto snah je umírající člověk se svými blízkými. Profesionální pracovníci hospicového

hnutí respektují tělesné, duševní, sociální a duchovní potřeby. Interdisciplinární tým podporuje nejen postižené rodiny, ale jeho členové se podporují také navzájem. Doprovázející mají obtížný úkol, aby našli rovnováhu mezi empatií a věcností, aby nebyli sami vtaženi do deprese. Jinak by nebyli schopni umírajícímu pomáhat a sami by byli časem ohroženi syndromem vyhoření. Kdo vidí smysl své práce a je pro ní odborně připraven, vydrží mnohem větší časovou i jinou zátěž.

Cílem všech zařízení hnutí hospice není prodlužování života „za každou cenu“, nýbrž kvalita života. Umírajícímu je poskytována kvalitní paliativní léčba, je respektována jeho lidská důstojnost a je garantováno, že v posledních chvílích nebude osamocen. Klademe si otázku, zda je lepší nemocnice nebo hospic. Došli jsme k závěru, že oboje jsou potřebné, protože se vzájemně doplňují v prospěch nemocného. Hospic nemůže nahradit nemocnici a nemocnice nemůže plně nahradit hospic, protože v určité fázi nemoci se pacient bez nemocnice neobejde. Při dobré vůli se může ale mnoho myšlenek z hospice uplatnit i v nemocnicích. Všichni se musíme snažit o to, aby myšlenka hospice pronikla i do nemocnic, protože nikdo z nás nemůže vědět, kde on sám bude umírat.

Je důležité připomenout a vyvrátit názor na hospic jako „dům smrti“. Zkušenosti nás přesvědčily, že lidé potřebují, aby neumírali sami. Klidná, starostlivá přítomnost jiného člověka může v mnoha případech utišit mučivou úzkost umírajícího. Umírání nemusí být bolestivé, a tělesné utrpení je možné vždy zmírnit.

8 PALIATIVNÍ PÉČE

Nenech mne prosit o ochranu před nebezpečím, nýbrž dej mi sílu se s ním utkat, nenech mě žadonit o zbavení bolesti, nýbrž dej mi srdce, které nad ní zvítězí, nenech mě hledat na bojišti života spojence, nýbrž dej, ať se mohu spolehnout na vlastní síly. Nenech mě ve starosti a bázni, nýbrž dej, abych měl trpělivost při hledání svobody, pomoz mi, abych nebyl zbabělcem, který baží jen po úspěchu, dej mi pocítit stisk své ruky, když selžu.

Thákur

I dnes přes veškerý pokrok, zůstává závěr lidského života tajemstvím. Je před námi trpící a zesláblý či umírající člověk a my bychom se měli ptát, jak mu pomoci. Je nutno hledat cestu, která by vedla k tomu, aby člověk mohl důstojně žít až do poslední chvíle a aby se přitom nezapomínalo ani na jeho blízké. V centru každé zdravotní, paliativní anebo hospicové péče je nemocný anebo umírající člověk a její hlavním cílem je zmírnit anebo předcházet utrpení. Ve vztahu k aktivní eutanazii stojí paliativní péče principiálně v přímé opozici, protože akt zabítí, nehledě na důvody milosrdenství, nepovažuje za léčebnou metodu.

Tento obor bývá často veřejností chápán jako nová disciplína, ve skutečnosti je však asi nejstarším lékařským oborem, protože do pokroku medicíny bylo jen málo možností účinné léčby. Paliativní péče vznikla a mohutně se rozvinula v druhé polovině dvacátého století. Její rozvoj ovlivnilo několik faktorů. Jedním z nich je změna příčin úmrtí a prodloužení života způsobené úspěchy v medicíně. Platíme však za to nemalou daň: déle také umíráme.

Na základě zprávy Světové zdravotnické organizace lze paliativní medicínu popsat takto: „Paliativní medicína (Palliative Care) znamená aktivní a komplexní lékařskou a ošetrovatelskou péči a doprovázení pacientů od chvíle, kdy jejich choroba již nereaguje na terapeutické zásahy. Pak převládá význam léčby bolesti a zvládnání dalších doprovodných symptomů a zmírňování psychických, sociálních a duchovních problémů. Hlavním cílem paliativní medicíny a paliativní péče je tedy realizace co možná nejlepší kvality života pro pacienta i jeho blízké. Chce pacienta podporovat, aby mu umožnila pokud možno autonomní život až do smrti, a stát po boku jeho blízkým, aby se mohli lépe vyrovnat s nemocí a smutkem (Gunter Virt, 2000, s.40).“

„Světová zdravotnická organizace podporuje paliativní medicínu a konstatuje, že paliativní péče:

- podporuje život a považuje umírání za normální proces,
- ani neurychluje, ani neoddaluje smrt,
- poskytuje úlevu od bolesti a jiných svízelných symptomů,
- začleňuje do péče o pacienta psychické a duchovní aspekty,
- vytváří podpůrný systém, který pomáhá rodině vyrovnat se s pacientovou nemocí a zármutkem po jeho smrti (Haškovcová, 2000, s.35).“

Paliativní nebo-li útěšná medicína představuje nadějný systém pomoci umírajícím a jejich rodinám. Tato péče bojuje proti rezignaci a svým aktivním přístupem k nemocnému se snaží vyburcovat pacienta k boji s nemocí, docílit remise a udržení ve víře v další možné zlepšení. „Principy paliativní medicíny zahrnují základní cíle:

- symptomatickou léčbu
- zmírňující péči
- efektivní terapii somatické a psychické bolesti
- emotivní podporu
- spirituální pomoc
- sociálním zázemím
- aktivní nebo aktivizační individuální program pro umírající
- doprovodnou odbornou pomoc rodině umírajícího (Haškovcová, 2000, s.39).“

Zvláštní pozornost věnuje paliativní medicína psychickému a mentálnímu stavu pacienta. Úzkost, deprese a stavy zmatenosti jsou nejčastějšími problémy jak pro umírajícího, tak pro ty, kdo ho doprovází. Na těchto několika příkladech je možné vidět spojení různých aspektů paliativní péče a to jak aspektů medicíny, ošetřovatelství tak i sociální práce, duchovní péče, fyzioterapie a ergoterapie. V lůžkovém zařízení se proto pracuje interdisciplinárně, a i mimo nemocnici se spolupracuje s praktickými lékaři, sociálními pracovníky, duchovními. Paliativní péče je tedy zaměřena na celého člověka a na celý jeho život, který má svůj smysl od začátku až do konce, tedy i v nemoci a slabosti.

Chrání důstojnost člověka a snaží se, aby mohl svůj život žít plně až do konce. napospas svému osudu.

Paliativní péče se nabízí jako rozumná alternativa všech forem eutanazie a dystanazie. Tato péče může za příznivých okolností významně pomoci pacientům prožít závěr svého života s co možná nejmenšími bolestmi, a to tělesnými i duševními. Pacient tak má možnost bilancovat prožitý život s uvědoměním si, že se smrt stává jeho neodlučitelnou součástí. Pomoci týmu odborníků a dobrovolníků se dostává podpory nejenom pacientovi, ale i jeho rodině a blízkým, kteří mohou využít posledních příležitostí k tomu, aby projevili své city, vyznání, či se s pacientem usmířili a pobyli v jeho blízkosti. Paliativní péče se nepokouší za každou cenu život prodloužit ani neurychluje příchod smrti, ale snaží se život pacienta udržet na co nejvyšší úrovni kvality a po jeho smrti se snaží pomoci i rodině a blízkým, aby se vyrovnali se zármutkem. Utrpení a zvláště utrpení druhých, je nepochybně něčím, s čím musíme bojovat.

9 ARGUMENTY PRO A PROTI EUTANÁZII

9.1 Argumenty proti povolení eutanazie

Eutanazie, ať již jsme její příznivci, nebo odpůrci, se týká závěru života člověka. Hlasů pro, ale především proti eutanazii lze najít několik. Je důležité si uvědomit, ať už je eutanazie zdůvodňována jakkoliv, vždy rozhodujeme o lidském životě. Jde o záměrné usmrcení nevinného člověka.. To je hlavní důvod, proč eutanazii neschválit.

Argumentů proti legalizaci eutanazie je celá řada. Zastánci těchto argumentů poukazují na možnost zneužití – a to jak ze strany medicíny, tak ze strany „dobrých příbuzných“, na porušení náboženských tradic, které se opírají o nedotknutelnost a posvátnost života. Argumentem proti legalizaci eutanazie, je také porušení základního lidského práva – a to práva na život a také poukázáním na to, že eutanazie je neetická. Při uznání práva na eutanazii může dojít k narušení důvěry veřejnosti k lékařům, pacient si totiž nemůže být jist, zda v kritické chvíli nebude rozhodnuto o konci jeho života (Haškovcová, 2007).

I když je člověk nevléčitelně nemocný a i když je jeho nemoc kvalifikována jako smrtelná, vždy může dojít k překvapivému zvratu. „Kdo z lékařů, dalších zdravotníků i laiků jen jedenkrát zažil, že nemocný „utekl hrobníkovi z lopaty“, bude v posuzování případné eutanazie nutně velmi opatrný. Pro eutanazii se jednoznačně vyjadřují lidé, kteří jsou zdraví a kteří ještě nebyli konfrontováni s nemocí a bolestí některého člena rodiny (Haškovcová, 2000, s.115). Většinou své stanovisko mění, když se dny života začnou krátit jim nebo někomu blízkému. Existují samozřejmě i lidé, kteří se stali svědky velmi bolestného umírání svých blízkých a tato zkušenost formuje jejich stanovisko k eutanazii, která se jim zdá být nejlepším možným řešením. Žádost umírajícího o milosrdnou smrt má většinou dvě stránky a je protichůdná. Na jedné straně si těžce zkoušený člověk přeje vysvobození, na druhé straně se těší ze života, i když je provázen řadou obtíží. Každý lékař především chrání život svého pacienta. Pro celou řadu lékařů je už pouhá myšlenka na eutanazii prohřeškem proti etice a základnímu určení jeho profese. Spolupůsobení lékaře k ukončení útrap umírajícího odmítá i Hippokratova přísaha. (viz. příloha č.XXVII). Světová lékařská asociace formulovala své stanovisko v roce 2004 takto: „eutanazie je v konfliktu se základními etickými principy lékařské praxe „a vyzývá lékaře, aby odmítli

účast při eutanazii a to i tehdy, pokud by ji národní zákon povolil anebo za určitých podmínek dekriminlizoval (Haškovcová, 2007, s.159).“

At' chceme nebo ne, jde o nakloněnou rovinu, kdy nejdůležitější roli hraje lidský faktor. Kde vzít bezmeznou víru, jistotu v jeho spravedlnost na základě negativních historických zkušeností? Usmrtit člověka, abychom mu ulevili, by bylo sotva pádným argumentem, a to ke všemu v době, kdy téměř v každém případě jsou k dispozici jiné prostředky, které úlevy dosáhnou.

9.2 Argumenty pro povolení eutanazie

Argumentů pro legalizaci eutanazie a asistované sebevraždy jen také celá řada a vycházejí ze dvou přesvědčení: „Každý člověk má právo volit pro sebe takový způsob života, (a tedy i smrti), který si sám určí. Do tohoto rozhodování, pokud jim neomezuje druhé, mu nemůže nikdo jiný, at' už jednotlivec, či stát (například v podobě svých zákonů) zasahovat. Druhým je pak přesvědčení, že volání člověka, který trpí bolestí a žádá druhého člověka, aby mu pomohl ukončit jeho život, musíme brát vážně (Hospicové občanské sdružení Cesta domů, 2006, s.21).“

Zastánci eutanazie poukazují na to, že člověk jako autonomní bytost má právo nakládat se svým životem tak, jak uzná za vhodné. Autonomii se rozumí prosté právo nebýt omezován jakýmkoli nároky či zákony. Jednoduše řečeno je to právo dělat to, co se člověku líbí. Může člověk nakládat svým životem tak, aby omezoval druhé? Je vůbec možné na základě autonomie chtít po druhém člověku, aby ukončil můj život? Je možné takto zjednodušenou autonomii zkombinovat s právem na to, aby mi druzí lidé umožnili má přání uskutečnit? V případě eutanazie se tohle právo stává zavazující pro druhé, a přesunutí značné tíhy za uskutečnění vlastního rozhodnutí na druhé. Za přesvědčením o nezbytnosti eutanazie stojí snaha moderního člověka spojit paradoxně dvojí: na jedné straně vzít svůj život plně do svých rukou, na druhé straně odpovědnost za toto převzetí přenést na jiné.

K hlavním argumentům, kterými se ospravedlňuje eutanazie, patří snaha zbavit člověka utrpení, apeluje se na soucit s druhým člověkem, osvobozením jedince od nepřijatelně bídné kvality života. Hlavní problém skrývající se za ochotou legalizovat eutanazii tkví pravděpodobně v tom, že si nevíme rady s naší konečností, že nedovedeme

přáním, prosbám a potřebám trpících naslouchat a že jim nedovedeme pomoci tak, abychom jejich utrpení odstranili, zmírnili. Sami se utrpení a smrti bojíme.

I když některé názory zastánců eutanazie zní logicky, měl by se každý člověk, protože na to má právo, či je dokonce vázán svědomím, postavit proti uzákonění eutanazie. Uzákonění eutanazie by mohlo přinést nebezpečné morální, právní a sociální důsledky.

9.3 Když eutanazie, tak kdo by jí měl provádět

Když se hovoří o eutanazii, téměř vždy se předpokládá, že by jí měl provádět lékař. Aby se tato volba ospravedlnila, začalo se tvrdit, že k lékařově práci patří ulevit umírajícím od jejich utrpení tím, že jim ulehčí odchod ze života. Lékař je však vzděláván k tomu, aby předcházel nemocem, aby je léčil, aby poskytoval pacientům co nejlepší péči a ne, aby je usmrcoval. Měl by být tedy někdo k tomuto úkolu speciálně vzdělán? Může po někom společnost chtít, aby se živil touto činností? Lékaři lidem poskytují léčebnou péči, a ne zhoubné jedy. Pokud si někdo myslí, že respektování autonomie ospravedlňuje eutanazii, tak proč jí nemůže provádět kdokoli? V době, kdy se mnoho lidí domnívá, že lékaři mají příliš velkou moc, medicínská eutanazie by jim vložila do rukou moc, která by daleko převýšila všechnu moc, kterou kdy předtím měli. „Lékaři si nemohou osvojovat jiné role, aniž by překročili hranice své kvalifikace, a jakékoli jiné činnosti, které vykonávají, závisejí na jejich vlastní soukromé způsobilosti. Nejsou školeni na zabíjení. Pokud si chtějí činit nároky na jiné role, musí být zdůvodněny a společností přijaty. Dát lékařům pravomoc k usmrcování pacientů by mělo skutečně závažné důsledky (Pollard, 1996, s.134).“

Když se někoho zeptáte, zda by v případě nevyléčitelné nemoci, nezvládnutého utrpení, zvolil eutanazii, odpoví vám kladně velký počet dotazovaných. Když se však zeptáte, zda by si přál, nebo byl schopen vykonat eutanazii někomu blízkému, počet kladných odpovědí se podstatně zmenší. A když si smrt přeje pacient i jeho příbuzní, proč žádají právě lékaře, aby smrt poskytl? Ze strany pacienta je asi hlavním důvodem strach, že by pokus o sebevraždu mohl přežít. Příbuzní zase nechtějí převzít zodpovědnost za tento čin a brání jim i svědomí. Není ale nezodpovědné i to, že chtějí tuto zodpovědnost přesunout na někoho jiného? Na závěr nám dovolte citát z výzvy amerických lékařů a etiků z roku 1988:

„Vyzýváme kolegy lékaře, aby prohlásili, že nebudeme záměrně zabíjet. Musíme také říct svým kolegům lékařům, že nebudeme tolerovat usmrcování pacientů a že podnikneme disciplinární kroky proti lékařům, kteří zabíjejí. A musíme říci široké veřejnosti, že pokud bude naléhat, aby se tolerovala nebo legalizovala aktivní eutanazie, bude si muset k zabíjení nalézt někoho jiného než lékaře (Pollard, 1996, s.147).“

10 OSOBNÍ ZKUŠENOST

Existuje řada povolání jejichž hlavní náplní je pomáhat lidem: lékaři, zdravotní sestry, pedagogové, sociální pracovníci, pečovatelky, psychologové a další. Na rozdíl od jiných povolání hraje v těchto profesích velmi podstatnou roli další prvek – lidský vztah mezi pomáhajícím profesionálem a jeho klientem.

V běžném životě považujeme za správné přiskočit k druhému člověku na pomoc, jakmile to potřebuje, bez ptaní, bez říkání, díky správné výchově. Profesionální pomáhání není podle mého názoru běžná a obyčejná věc. Všechny výše vyjmenované profese, tedy pomáhající profese, vidí v pomáhání svůj smysl a k jeho naplnění hledají způsoby, jak podpořit zdraví nebo pohodu druhého člověka. Motivace lidí, kteří chtějí pracovat v pomáhající profesi bývá velmi podobná – pomáhat druhým lidem. Vstupují do profese s nadšením a ideály a teprve postupně zjišťují, jak s velkým výkonovým a emočním nasazením musí počítat.

Jen málokteré povolání prodělalo v relativně krátkém období takové změny, jako profese všeobecné zdravotní sestry. Zdravotnictví jako pomáhající profese klade vysoké požadavky na výkon a zodpovědnost, přináší zdravotníkům zátěže v podobě chronických stresů, tlaku na neustále vzdělávání, očekává vysokou nasazenost lékařů a sester. Poměr mezi investicí do práce a ziskem z ní se snadno stane nerovným. Pomáhající více vydává než dostává, emoční nebo osobní zisk z práce nemusí být tak velký, jak byl očekáván. Ve spojení velkých nároků s nízkým oceněním pak snadno dochází k jevu, pro který se u nás vžil pojem syndrom vyhoření. Ukazuje se, že se objevuje jako problém v již zmiňovaných pomáhajících profesích, kde postupně dochází nejen ke zhoršení zdravotního stavu pracovníků, ale také ke zhoršení poskytované péče.

Pro zdravotní sestry – jako pomáhající profesi je často těžké splnit odborné nároky a přitom být pro pacienty zdrojem pozitivní energie, povzbuzovat je naslouchat jim.

Pracuji jako zdravotní sestra již 32 let. Do této profese jsem vstupovala s nadšením, a s ideály, ale také s obavami, jestli budu schopna splnit vysoké požadavky a unést tíhu velké odpovědnosti. Dnešní mé kolegyně si neumí ani představit za jakých podmínek jsme poskytovali ošetrovatelskou péči. Vybavení oddělení bylo skromné. Pokoje pro nemocné velké, pro deset i více nemocných. Sociální zařízení bylo nedostatečné: počet WC, společných pro všechny nemocné, naprosto neodpovídal počtu nemocných, na oddělení

bývala zpravidla jedna vana. Nouze byla taky o materiál a pomůcky. Co bylo možné, to se spravovalo, pralo, dezinfikovalo a několikrát používalo. Sami jsme zhotovovaly materiál, tampóny, čtverce, mulové drény, atd. Gumové rukavice se po použití dezinfikovaly, praly, sušily, suché prohlédly, zasypaly se zásypem a potom sterilizovaly. Injekční stříkačky byly skleněné, kovové jehly se myly, proplachovaly a vyvařovaly. Materiál a pomůcky byly z dnešního pohledu neuvěřitelně jednoduché. Neskutečná úleva přišla s novými materiály na jedno použití, hlavně stříkačky, kanyly, infúzní a transfúzní sety, rukavice a podobně. Z dezinfekčních prostředků se používal lyzol, později chloramin. Na oddělení panovala přísná kázeň. Tvrdě byl taky dodržován požadavek upraveného vzhledu: povinnost nosit naškrobený čepec, zákaz šperků, líčení, nalakovaných nehtů. Můžete si říct, že podmínky byly kruté. Ale my jsme to tak nevnímaly, mezi námi vládla přátelská atmosféra, vzájemně jsme si pomáhaly. A můžu říct, alespoň já jsem to tak cítila, že jsme byly hrdé na svou profesi.

Naše práce měla více ráz ošetrovatelské péče. Co nejvíce času se věnovalo zajištění potřeb nemocných a co nejméně času administrativním pracím. Bylo chloubou každé sestry, když byli nemocní čisti, nasyceni a když dostali včas a přesně to, co jim bylo naordinováno. Ošetrovatelská péče byla v době mých začátků náročnější, než je dnes. Nebylo tolik technických vymožeností, ale kontakt s pacienty byl daleko srdečnější a lidštější, než je dnes. Dnes mi připadá péče odosobněná, není čas si s pacientem promluvit. Znaly jsme osudy „svých pacientů“: Kdo na ně doma čeká, jaké problémy řeší doma, třeba v manželství, s dětmi, s vnuky, jak prožívají svou nemoc. Prostě jsme s nimi více sdílely jejich osudy, než je tomu v současnosti. Nemusely jsme, a mnozí z pacientů to ani nečekali, dávat rady do života (mnohdy pacienti byly o omnoho let starší než my) stačilo jenom naslouchat.

Svou profesi jsem začínala na aseptickém chirurgickém lůžkovém oddělení. Podle skladby pacientů, to bylo těžké oddělení. Na tomto oddělení byli hospitalizovaní pacienti s dekubity, pacienti po amputacích dolních končetin i s onkologickým onemocněním - s rakovinou tlustého střeva, a podobně. Sloužily jsme po jedné na noční službě, což si dnes neumím ani představit, a kladu si často otázku „jak jsme to mohly zvládnout?“

Pacientům nebyly sdělovány diagnózy, byli udržováni v nevědomosti, ale většina z nich časem sama přicházela ke kruté pravdě. Dá se říct, že za tak dlouhou dobu praxe jsem se ze smrti setkala často. Setkání s nevléčitelně nemocným a umírajícím kromě pocitu

profesionálního neúspěchu navozuje otázku osobní bezmoci. To nevyvolává dobré pocity u nikoho, tím spíše pak u lidí, kteří díky vlastní profesi vědí o tomto okruhu to nejhorší.

V této době nebylo tolik medicínských vymožeností a umíralo se na diagnózy, které lze dnes úspěšně vyléčit. Jednak nebyly dostupné moderní vyšetřovací metody, tak jak dnes, tudíž se na nemoci přicházelo pozdě, taky léčba bolesti nebyla na takové úrovni jaká je dnes. Dalo by se říct, že pacienti trpěli nejenom fyzicky, ale také psychicky a sociálně. Návštěvy mohly do nemocnice jenom třikrát týdně – ve středu, v sobotu, v neděli a to jenom odpoledne na dvě hodiny. Výjimky byly velmi sporadické. Pacienti umírali bez přítomnosti svých blízkých. A takovéto umírání s dnešního pohledu muselo být těžké. Tenkrát jako mladá, nezkušená, jsem to tak nevnímala. Protože tento trend byl zaveden v každé nemocnici. Dnes vím, že jednou z nejzákladnějších a nejdůležitějších potřeb člověka je láska a umírající by měl mít ji možnost projevit i když leží na lůžku a má mít možnost, aby mu ji projevili ti, kteří jsou mu nejbližší a ti od kterých po lásce, pomoci a společnosti touží.

Vzpomínám si na mladou pacientku s rakovinou tlustého střeva, měla třicet sedm let, vdaná, dvě děti. Pacientka byla katolička a byla hluboce věřící. Byla skromná, tiše se vyrovnávala se svou nemocí. Jednou, bylo jaro, všude kvetly stromy vyslovila pacientka přání ještě jednou se projít pod kvetoucími stromy. (Doma měli velký třešňový sad). Vzhledem k tomu, že už nemohla chodit, jsme s kolegyní vyvezli pacientku i s postelí ven do areálu nemocnice a vozili jsme jí mezi kvetoucími stromy. Její oči si pamatuji dodnes, bylo v nich vidět uspokojení, smíření. Na druhý den ráno zemřela. Od této pacientky jsem nikdy neslyšela slova zlosti, napadání, nařikání si na osud a už vůbec ne slova o žádosti umřít..

Vyslovení žádosti o „vysvobození“ docházelo většinou u pacientů trpících velkými bolestmi. Přiznávám, že vždy, když jsem viděla jak trpí a slyšela jsem jejich sténání, které se ozývalo v noci po celé chodbě i přes velké dávky morfia, v duchu jsem s eutanazií souhlasila. Dnes vím, že to byl soucit s člověkem. Byla jsem mladá a o problematice eutanazie jsem toho moc nevěděla. Tato problematika není tak jednoduchá, jak se na první pohled zdá a proto opatrnosti nikdy nezbyvá a riziko zneužití je značné. Možná někdy v budoucnosti, až společnost bude morálně připravena se vypořádat s tímto problémem, tak snad....

Dobrá péče o nemocné je naším posláním, naší prací a vlastně i povinností. Nikdy ale nesmíme zapomenout, ať už jsme v jakékoliv době, že náš klient – pacient je především člověk a musíme se snažit být ochránkyni jeho zájmů. Musíme si uvědomit, že nepracujeme pouze pro nemocného, ale velmi často pracujeme především s ním. Potřeby umírajících lidí daleko přesahují oblast medicíny. Potřebují místo, kde můžou umřít, potřebují pomoc s osobní hygienou, potřebují výživu, a když se smrt blíží, malé doušky tekutin k navlhčení úst. Potřebují společnost a potřebují nás všechny, aby cítili, že jejich existence má pokračování.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

11 MOŽNOSTI VÝZKUMU V DANÉ OBLASTI

K dané problematice je obtížné hledat specifický výzkum na téma eutanazie. Tématicky podobné výzkumné šetření se týkají zejména legislativních úprav anebo představ bezbolestné smrti (Veřejné mínění o interrupci a eutanazii Sociologického ústavu AVČR, <http://www.cvvm.cas.cz/upl/zpravy/100798sov80610pdf>, <http://blog.aktualne.centurm.cz/blog/iva-holmerova-php?itemid=4100>¹).

Dalším typem výzkumů jsou názory a postoje seniorů k problematice eutanazie (dostupné na stránkách Ústavu lékařské etiky LF MU Brno: <http://www.paliativnimediceina.cz/prilohy/151.pdf> anebo na stránkách <http://tisk.cirkev.cz/prednasky/proc-ne-eutanazii.html>)².

11.1 Předvýzkum

Předvýzkum probíhal v KNTB a.s. ve Zlíně a u laické veřejnosti. V něm jsem se zaměřila na zjištění názoru zdravotníků a laické veřejnosti na legalizaci eutanazie v ČR. Probíhal v měsíci duben 2008 v rámci vypracování projektu diplomové práce. U zdravotníků jsem rozdala 10 dotazníků lékařům a 10 dotazníků zdravotním sestřám. U laické veřejnosti jsem rozdala 10 dotazníků respondentů věkové kategorie 18-40 let a 10 dotazníků respondentům věkové kategorie nad 40 let. (dotazníky jsou uvedeny v příloze č. I, II). Položky v dotazníku nebylo nutné měnit, změny se týkaly jenom drobných stylistických úprav.

11.2 Motivace a očekávání

Problematika eutanazie mě velice zaujala, a proto jsem si ji vybrala pro svou bakalářskou práci. Vedlo mě k tomu několik důvodů: pracuji ve zdravotnictví již 32 let

¹ <http://www.cvvm.cs.cz/upl/zpravy/100798sov80610pdf>
<http://blog.aktualne.centurm.cz/blog/iva-holmerova-php?itemid=4100>

² <http://www.paliativnimediceina.cz/prilohy/151.pdf>
<http://tisk.cirkev.cz/prednasky/proc-ne-eutanazii.html>

jako zdravotní sestra a ve své praxi jsem se často setkala se smrtí. Dalším důvodem bylo to, že problematika eutanazie se znovu začala objevovat v médiích a v práci jsme často diskutovaly na toto téma. Byly to diskuse často ostré a každý hájil a obhajoval svou „pravdu“. Napadlo mě zjistit názory na toto téma u většiny zdravotníků v nemocnici, kde pracuji. Dalším důvodem, proč jsem se začala zajímat o tuto problematiku, byl osobní. Před třemi lety onemocněl vážnou, nevléčitelnou nemocí můj starší bratr. Při stanovení diagnózy mě děsila myšlenka na to, co ho čeká, protože jako zdravotník jsem věděla dopředu dřív než on, jak vše bude těžké. V průběhu jeho nemoci a léčby mě samozřejmě napadala otázka legalizace eutanazie. Už to nebylo anonymní zamýšlení se, ale týkalo se to osoby mě velice blízké. I přes všechna úskalí, kterými jsme prošly, se přikláním k názorům odpůrců legalizace. Od této bakalářské práce očekáváme, že získáme názory zdravotníků a laické veřejnosti na legalizaci eutanazii v ČR, zda zdravotníci i laická veřejnost zná případné důvody nebo-li motivaci k vedoucí k žádosti o eutanazii.

11.3 Předmět výzkumu

K průzkumu jsem zvolila dotazník, který byl rozdán v KNTB a.s., Zlín na chirurgickém oddělení, na ARO, jednotce intenzivní péče a interním oddělení. V dotazníku jsem se zaměřila na zjištění názoru zdravotníků na legalizaci eutanazie v ČR. Zda by využili možnosti legalizace eutanazie vzhledem ke své osobě a jestli by byli schopni zasednout do komise, která o tom rozhoduje a zvednout svůj hlas pro ukončení života, eventuálně ho provést. Chtěla jsem dotazníkem zjistit, zda zdravotníci ví, co umírající prožívá, jaké má potřeby, jestli si zdravotníci myslí, že péče o umírající je maximální. Dotazník byl rozdán 100 respondentům, lékařům a sestřím, návratnost činila 95%, t.j. 95 respondentů. Cílovou skupinou byli zdravotní sestry a lékaři. Dotazník byl anonymní, je uveden v plném originálním znění v přílohách č. I, II .

K průzkumu jsem použila také dotazník pro laickou veřejnost, v počtu 54 s návratností 100%. Dotazník jsem osobně zadala ve svém okolí a známým. V dotazníku jsem se zaměřila na zjištění názoru laické veřejnosti na legalizaci eutanazie, a také jestli by využili eutanazii vzhledem ke své osobě.

11.4 Cíle výzkumu a výzkumné otázky

Základním cílem výzkumu (popisný výzkumný problém) bylo zjištění názorů na danou problematiku u zdravotníků. Porovnat názory na tuto problematiku mezi lékaři a zdravotními sestrami. Dalším cílem bylo zjištění názorů na danou problematiku u laické veřejnosti a porovnat názory s ohledem k věkové kategorii.

Má hlavní výzkumní otázka zní: Eutanazie ano či ne?

Díličí cíle výzkumu:

- Získat informace zdravotníků a laické veřejnosti, jaké důvody vedou k žádosti o eutanazii
- získat informace u zdravotníků, zda by využili eutanazii ke své osobě
- získat informace od zdravotníků, zda znají potřeby umírajícího člověka

11.5 Výzkumný soubor

Ve výzkumu se jedná o popisný výzkumný problém, ve kterém se zjišťuje a popisuje situace a hledá se odpověď na otázku „jak to je“? Já jsem hledala odpověď na otázku informovanosti zdravotníků a laické veřejnosti na problematiku eutanazie.

Výzkumné vzorky: K průzkumu jsem zvolila dotazník, který byl rozdán v KNTB a.s., Zlín na chirurgickém oddělení, na ARO, jednotce intenzivní péče, interním oddělení.

Druh výběru u zdravotníků – záměrný výběr, vzorek tvoří zdravotníci – lékaři a zdravotní sestry.

Druh výběru u laické veřejnosti – záměrný výběr na základě dostupnosti a ochoty podílet se na výzkumu. Vzorek tvoří laická veřejnost rozdělena věkovou hranicí od 18 let do 40 let a věkovou hranicí nad 40 let. Rozdělení laické veřejnosti na dvě věkové kategorie jsme volili záměrně. Domníváme se, že mladá generace, nemá ve většině případu osobní zkušenosti z těžkou nemocí, že je aktuálně netíží mezigenerační problematika ve vztahu k nemoci a tím i k eutanazii. Pokud se zřejmě umírání, smrt, nevyлéčitelná diagnóza nedotýká bezprostředně blízkých, přemýšlí mladší respondenti méně empaticky.

Časový plán a harmonogram výzkumu

Před samotným výzkumem jsem se seznámila s danou problematikou čtením odborné literatury, osobními rozhovory s kolegy zdravotníky.

Hlavním cílem výzkumu bylo zaměřit se na:

- zjištění názoru zdravotníků a laické veřejnosti na legalizaci eutanazie v ČR
- zjistit názory zdravotníků a laické veřejnosti na to, proč pacienti žádají eutanazii
- získat informace na zlepšení péče o nemocné tak, aby nežádali o eutanazii

Harmonogram a plán výzkumu:

- získat informace a materiály na empirický výzkum – dotazníkové šetření
- vybrat vhodnou formu sběru informací prostřednictvím položek v dotazníku
- samotný výběr výzkumného vzorku jsem začala v dubnu 2008
- sběr dat a to administrací dotazníků květen-listopad 2008

11.6 Metoda sběru dat - dotazník

Dotazník je jedním z nejběžnějších nástrojů pro sběr dat pro různé typy průzkumu. Patří mezi explorační metody. Papica, (1982) ho charakterizuje jako řadu písemně formulovaných výroků, kde odpovědi záleží na volbě dvou nebo více připojených možnostech a sčítají se podle předem stanoveného klíče.

V nestandardizovaném dotazníku jsem použila u zdravotníků 9 otázek, z toho :

- 1 volnou otázku
- 2 uzavřené otázky dichotomické
- 5 otázek polouzavřených otázek
- 1 otázku alternativní (polytomickou výuřtovou)
- 1 otázku polynomickou stupnicovou

V dotazníku pro laickou veřejnost jsem použila 4 otázky:

- 1 otázku volnou
- 1 uzavřenou otázku dichotomickou (ano ne)

1 otázku alternativní (polytomickou vyúčtová)

1 otázku polouzavřenou

12 PREZENTACE A ANALÝZA VÝZKUMNÉHO MATERIÁLU

12.1 Metodika dotazníku pro zdravotníky

Podrobné znění dotazníku je uvedeno v příloze č. I.

Otázka č. 1: Co se Vám vybaví, když se řekne eutanazie?

Tuto volnou otázku jsme zvolili i přesto, že jsme si byli vědomi obtížnosti ve zpracování. Ale zajímalo nás, co všechno se vybaví v mysli, když slyšíme toto slovo. U někoho to slovo vyvolává vysvobození z utrpení, pro někoho je to spáchaná vražda a otázkou zůstává z jakého důvodu to chápou takto. Je to pro víru, přesvědčení nebo zkušenosti?

Otázka č. 2: Souhlasíte s legalizací eutanazie v ČR?

Jednoduchá otázka, ale těžká odpověď. Předpokládáme, že všichni zdravotníci jsou informováni, co je eutanazie, co může její zneužití způsobit. Jako odpověď si může respondent vybrat ze 3 možností.

- ano – souhlasím s legalizací eutanazie,
- ano – souhlasím s legalizací eutanazie, ale za určitých podmínek,
- ne – nesouhlasím a proč

Někteří lidé s legalizací souhlasí a jiní zase ne. Každého jedince vedou k jeho rozhodnutí různé důvody. Myslím si, že nikdy nenastane situace, kdy by se lidé sjednotili a všichni buď souhlasili nebo nesouhlasili s eutanazií.

Otázka č. 3: V případě, že by jste měl(a) možnost rozhodovat o eutanazii ve vztahu k sobě, využil(a) byste této možnosti?

Tuto otázku jsme zvolili záměrně v souvislosti s otázkou č. 2. Pokud souhlasí s legalizací eutanazie, uvažuje o tom, že by tu tuto možnost využil i vzhledem ke své osobě? Není naše uvažování o této možnosti jiné v plném zdraví a jiné v době nevyléčitelné nemoci a umírání? Dokážeme si představit, jaké to bude, až to nastane? Nebudeme lpět na životě, ať

je jakýkoliv, dokážeme žít v bolestech a tak trochu mimo dění rodiny a společnosti? Budeme mít v sobě odvahu říct, chci umřít? Myslíme si, že se lidé obávají umírání. Snad měli, nebo mají někoho, kdo je velmi nemocný, umírá a trpí. To je jistě vede k úvahám o ukončení utrpení. Mnozí si říkají: „Než trpět, mít bolesti a být někomu na obtíž, to ať raději zemřu rychle a bez trápení“. A právě strach z „nesnadného“ umírání je přivádí k takovému rozhodnutí.

Otázka č. 4: Umíte si představit, že jste součástí komise, která potvrdila možnost a je přítomna realizaci rozhodnutí pacienta o ukončení života?

Když je kladná odpověď pro legalizaci eutanazie, měl by si člověk uvědomit, že někdo musí o tom rozhodnout. Zkusme se ale vžít do situace toho, kdo o tom rozhoduje. Byli byste schopni a měli byste odvahu zasednout do takovéto komise a rozhodovat o tom, zda ukončit život nebo ne? Kdo rozhodne, zda takovýto život, který podle nás už není kvalitní, má cenu žít nebo ne? Co když dotyčný nemocný žádá o eutanazii jenom proto, že rezignoval, ale možná rozhovor s psychologem, s příbuznými a zájem okolí o jeho osobu by dokázal zvrátit tuto prosbu? Chcete být tím „bohem“?

Otázka č. 5: Myslíte si, že pacienti žádají o eutanazii?

Mnoho zdravotníků, s kterými jsem mluvila, si myslí, že pacienti nežadají často o eutanazii. Myslím si, že nemají pravdu, pacienti na to myslí a často v konečné fázi utrpení vyslovují tuto žádost. Ale umíme jim naslouchat? Nevážne komunikace mezi umírajícími a zdravotníky? Umíme s nimi komunikovat? Nemáme ze smrti strach a tím se o tom radši s nikým nebavíme a tiše čekáme, až ta smrt přijde? Nemocní, když jsou hospitalizováni, se ocitají ve zcela neznámém prostředí a jsou vděční za každou minutu, kterou s nimi sestry nebo lékaři hovoří. Mnozí mají strach se sester či lékařů zeptat na věci, které je trápí, protože vidí jejich pracovní vytížení. Přece i slovo léčí a když dáme najevo i zájem o nemocného, bude se nejen rychleji adaptovat, ale i lépe cítit.

Otázka č. 5.1: V případě, že ano, z jakého důvodu?

Nabídli jsme v tomto bodě několik možností, o kterých si myslíme, že jsou častými důvody pro rezignaci a nechut' bojovat dál o život. Nejsou to ale důvody a problémy, které lze z naší strany zmírnit anebo úplně vyloučit?

Otázka č. 6: Jste názoru, že umírající člověk má z hlediska ošetřujícího personálu maximální péči?

V návaznosti na otázku č. 5.1. se chceme dovědět, jaký je názor zdravotníků, zda péče o umírající je dobrá. Chtěli bychom péči, která je poskytována na našich odděleních, pro sebe nebo pro své blízké? Myslí si dotazovaní, že je to maximum, co můžeme nabídnout pacientům, nebo ne. A proč ne? Kde jsou nedostatky?

Otázka č. 7: Působí Vám potíže komunikovat s umírajícími pacienty?

Známe své pacienty? Co je trápí, co vědí o své nemoci, koho by chtěli vidět, co by chtěli ještě udělat? Dáváme jim tyto otázky? Myslím si osobně, že komunikace není na takové úrovni, jak by si umírající přál. Nejsme ve školách na to připravováni. Jsem zvědavá, jaký názor budou mít moji kolegové.

Otázka č. 8: Jaké jsou dle vašeho názoru 3 nejdůležitější potřeby umírajícího.

Z komunikace, pokud existuje mezi zdravotníky a umírajícími, by mělo vyplynout, co nejvíce je trápí. Mnozí mohou namítat, že je to individuální a nejde to shrnout do třech nejdůležitějších potřeb. Souhlasíme, že je to individuální, ale myslíme si, že jsou potřeby, které se opakují často - aspoň z mé praxe to takhle cítím.

Otázka č. 9: Jste názoru, že pacient má znát pravdu o své diagnóze?

Má pacient vědět o tom, jaký je jeho zdravotní stav? Nebo je to individuální a podle toho, jak pacienta známe, jestli pravdu o svém zdravotním stavu unese či ne, dávat mu kapky pravdy pomalu, nebo jej obelhávat?

12.2 Metodika dotazníku pro laickou veřejnost

Podrobné znění dotazníku je uvedeno v příloze č. II.

Otázka č. 1: Co se Vám vybaví, když se řekne eutanazie?

Chceme touto otázkou zjistit, jestli je laická veřejnost obeznámena s pojmem eutanazie a co si pod tím představuje.

Otázka č. 2: Souhlasíte s legalizací eutanazie v ČR?

Zajímá nás, jaký názor na tuto otázku má laická veřejnost, zda souhlas s legalizací souvisí s věkem respondenta. Myslíme si, že mladší věkové kategorie se smrt, nevyléčitelné onemocnění nedotýká v takové míře, jak u starší věkové kategorie a proto i odpovědi budou u mladších lidí k eutanazii odmítavé.

Otázka č. 3: Myslíte si, že pacienti žádají o eutanazii?

I v dotazníku pro laickou veřejnost nás zajímá tato otázka. Zda se setkali třeba ve svém blízkém okolí s touto žádostí. Navíc lze předpokládat, že do smýšlení pacientů vkládají svá vlastní přání, názory, stanoviska.

Otázka č. 3.1.: V případě, že ano, z jakého důvodu?

I zde jsme nabídli několik možností, o kterých si myslíme, že jsou častými důvody pro rezignaci a nechut' bojovat dál o život.

Otázka č. 4.: Jste názoru, že pacient má znát pravdu o své diagnóze?

Má pacient znát pravdu nebo ne? Jak to cítí veřejnost?

13 VÝSLEDKY PRŮZKUMU

Průzkumu se zúčastnilo 95 respondentů zdravotníků, z toho 20 sester z chirurgického oddělení, 20 sester z ARO a JIP a 10 sester z interního oddělení, 20 lékařů z chirurgického oddělení, 15 lékařů z ARO a JIP a 10 lékařů z interního oddělení. Setkávala jsem se ze vstřícným přístupem. Z laické veřejnosti se zúčastnilo 54 respondentů.

13.1 Vyhodnocení dotazníku pro lékaře

Otázka č. 1: *Co se vám vybaví, když se řekne eutanazie?*

jednotlivé odpovědi	lékař	
	absolutní četnost	relativní četnost %
Usmrcení pacienta na jeho žádost	9	20
Milosrdná smrt	9	20
Předčasné ukončení smrtí	6	13
Vysvobození	4	9
Asistované sprovození ze světa	3	7
Nic	3	7
Umírající člověk, smutek, problém	2	4
Vražda	2	4
Snaha zlepšit odchod	1	2
Svobodné rozhodnutí ukončit život	2	4
Velká zodpovědnost	1	2
Důstojný odchod ze života	1	2
Smrt	1	2
Nacizmus	1	2
Celkem	45	100

Z jednotlivých odpovědí lze usoudit postoj dotazovaných k eutanazii:

- **odmítavý postoj:** - ukončení utrpení, života na vlastní žádost, - předčasné ukončení smrtí, - asistované sprovedení ze světa, - vražda, - smrt, - nacismus
- **výzva:** - milosrdná smrt, - vysvobození, - snaha zlepšit odchod, - svobodné rozhodnutí ukončit život, - velká zodpovědnost, - důstojný odchod ze života
- **nic, problém**

jednotlivé odpovědi	lékař	
	absolutní četnost	relativní četnost %
Odmítavý postoj	22	49
Výzva	18	40
Nic, problém	5	11
Celkem	45	100

Otázka č. 2: *Souhlasíte s legalizací eutanazie v ČR?*

jednotlivé odpovědi	lékař	
	absolutní četnost	relativní četnost %
Ano	13	29
Ano-za určitých podmínek	10	22
Ne	22	49
Celkem	45	100

V odpovědi „ano-za určitých podmínek“ patřilo nejčastěji:

- u nevléčitelného onemocnění
- nutný souhlas pacienta
- přísná legislativa

Ve zdůvodnění se nejčastěji vyskytovalo:

- jsem věřící
- možnost zneužití

Otázka č. 3: V případě, že by jste měl(a) možnost rozhodovat o eutanazii ve vztahu k sobě, využil(a) byste této možnosti?

jednotlivé odpovědi	lékař	
	absolutní četnost	relativní četnost %
Ano	11	24
Ne	13	29
Nevím	21	47
Celkem	45	100

V odpovědi „ne“ se nejčastěji opakovalo:

- jsem věřící
- počkal bych na konec
- spíše bych spáchal sebevraždu
- nikdo nemá právo rozhodovat o životě

Otázka č. 4: *Umíte si představit, že jste součástí komise, která potvrdila možnost a je přítomna realizace rozhodnutí pacienta o ukončení života?*

jednotlivé odpovědi	lékař	
	absolutní četnost	relativní četnost %
Ano	16	36
Ne	19	42
Nevím	10	22
Celkem	45	100

V odpovědi „ne“ se opakovalo nejčastěji:

- nesouhlasím s eutanazií
- bojím se zneužití
- nesnesl bych tu tíhu zodpovědnosti
- jsem věřící
- bojím se, že by mně v komisi přehlasovali

Otázka č. 5: *Myslíte se, že žádají pacienti o eutanazii?*

jednotlivé odpovědi	lékař	
	absolutní četnost	relativní četnost %
Ano	37	82
Ne	8	18
Celkem	45	100

Otázka č. 5.1: *V případě, že ano, z jakého důvodu?*

Výsledky budou více jak 100%, poněvadž respondenti měli možnost volit více odpovědí.

jednotlivé odpovědi	lékař	
	absolutní četnost	relativní četnost %
Nevyléčitelné onemocnění	38	84
Dlouhodobá bolest	35	78
Z nedostatku zájmu příbuzných	10	22
Z nedostatku zájmu oš. personálu	6	13
Zklamání ze života	5	11
Jiné	2	4
Celkem	45	213

Otázka č. 6: *Jste názoru, že umírající člověk má z hlediska ošetřujícího personálu maximální péči?*

jednotlivé odpovědi	lékař	
	absolutní četnost	relativní četnost %
Ano	22	49
Ne	23	51
Celkem	45	100

V případě „ne“ se nejčastěji opakovalo:

- nedostatek personálu
- nedostatek času
- nedostatek empatie
- nevyhovující prostředí

Otázka č. 7: *Působí Vám potíže komunikovat s umírajícími pacienty?*

jednotlivé odpovědi	lékař	
	absolutní četnost	relativní četnost %
Ano	11	24
Ne	34	76
Někdy	0	0
Celkem	45	100

Otázka č. 8: *Jaké jsou dle vašeho názoru 3 nejdůležitější potřeby umírajícího člověka?*

Výsledky budou více jak 100%, poněvadž respondenti měli možnost volit více odpovědí.

jednotlivé odpovědi	lékař	
	absolutní četnost	relativní četnost %
Utišení bolesti	33	73
Přítomnost blízkých	23	51
Dobrá, laskavá péče	21	47
Smíření	10	22
Důstojnost	4	9
Vhodné prostředí	4	9
Je to individuální	7	16
Nevím	4	9
Celkem	45	236

Otázka č. 9: *Jste názoru, že pacient má znát pravdu o své diagnóze?*

jednotlivé odpovědi	lékař	
	absolutní četnost	relativní četnost %
Ano	40	89
Ne	1	2
Individuální přístup	4	9
Celkem	45	100

13.2 Vyhodnocení dotazníku pro sestry

Otázka č. 1: *Co se vám vybaví, když se řekne eutanazie?*

Jednotlivé odpovědi	sestra	
	absolutní četnost	relativní četnost %
Ukončení utrpení, života na vlastní žádost	18	36
Milosrdná smrt	12	24
Vysvobození	4	8
Dobrovolný odchod ze života za asistence	4	8
Nemoc, bolest, utrpení	3	6
Vražda	2	4
Důstojná smrt	1	2
Nepřirozené ukončení života	1	2
Nic	1	2
Plánovaná smrt	1	2
Problém	1	2
Smrt	1	2
Téma, o kterém se diskutuje	1	2
Celkem	50	100

Z jednotlivých odpovědí lze usoudit na postoj dotazovaných k eutanazii:

- **odmítavý postoj:** - ukončení utrpení, života na vlastní žádost, - dobrovolný odchod ze života za asistence, - vražda, - nepřirozené ukončení života, - plánovaná smrt, - smrt
- **výzva:** - milosrdná smrt, - vysvobození, - nemoc, bolest, utrpení, - důstojná smrt, - téma, o kterém se diskutuje
- **nic, problém**

jednotlivé odpovědi	sestra	
	absolutní četnost	relativní četnost %
Odmítavý postoj	27	54
Výzva	21	42
Nic, problém	2	4
Celkem	50	100

Otázka č. 2: *Souhlasíte s legalizací eutanazie v ČR?*

jednotlivé odpovědi	sestra	
	absolutní četnost	relativní četnost %
Ano	8	16
Ano-za určitých podmínek	27	54
Ne	15	30
Celkem	50	100

V odpovědi „*ano, ale s určitou podmínkou*“ se nejčastěji opakovalo:

- u nevléčitelného onemocnění
- jedině se souhlasem pacienta
- za přísných pravidel a legislativy

V odpovědi „*ne*“ se opakovaly odpovědi:

- zdravý člověk soudí jinak, než nemocný
- jsem věřící
- nemáme právo rozhodovat o životě druhých lidí, ani o svém

Otázka č. 3: *V případě, že by jste měl(a) možnost rozhodovat o eutanazii ve vztahu k sobě, využil (a) by jste této možnosti?*

jednotlivé odpovědi	sestra	
	absolutní četnost	relativní četnost %
Ano	25	50
Ne	3	6
Nevím	22	44
Celkem	50	100

V odpovědi „ne“ se opakovalo:

- bojím se zneužití
- nesouhlasím s eutanazií
- jsem věřící

Otázka č. 4: *Umíte si představit, že jste součástí komise, která potvrdila možnost a je přítomna realizace rozhodnutí pacienta o ukončení života?*

jednotlivé odpovědi	sestra	
	absolutní četnost	relativní četnost %
Ano	14	28
Ne	16	32
Nevím	20	40
Celkem	50	100

V odpovědi „ne“ se opakovalo:

- bojím se zneužití
- nesouhlasím s eutanazií
- neunesla bych tu tíhu zodpovědnosti

Otázka č. 5: *Myslíte si, že žádají pacienti o eutanazii?*

jednotlivé odpovědi	sestra	
	absolutní četnost	relativní četnost %
Ano	45	90
Ne	5	10
Celkem	50	100

Otázka č. 5.1: *V případě, že ano, z jakého důvodu?*

Výsledky budou více jak 100%, poněvadž respondenti měli možnost volit více odpovědí.

jednotlivé odpovědi	sestra	
	absolutní četnost	relativní četnost %
Nevyléčitelné onemocnění	41	82
Dlouhodobá bolest	40	80
Z nedostatku zájmu příbuzných	13	26
Z nedostatku zájmu oš. personálu	8	16
Zklamání ze života	16	32
Jiné	1	2
Celkem	50	238

Otázka č. 6: *Jste názoru, že umírající má z hlediska ošetřujícího personálu maximální péči?*

jednotlivé odpovědi	sestra	
	absolutní četnost	relativní četnost %
Ano	27	54
Ne	23	46
Celkem	50	100

V odpovědi „ne“ se opakovalo:

- nedostatek personálu
- nedostatek času
- nedostatek empatie
- nevyhovující prostředí
- nedostatek vědomostí o chování s umírajícími pacienty

Otázka č. 7: *Působí vám potíže komunikovat s umírajícími pacienty?*

jednotlivé odpovědi	sestra	
	absolutní četnost	relativní četnost %
Ano	11	22
Ne	37	74
Někdy	2	4
Celkem	50	100

Otázka č. 8: *Jaké jsou dle Vašeho názoru 3 nejdůležitější potřeby umírajícího člověka?*

Výsledky budou více jak 100%, poněvadž respondenti měli možnost volit více odpovědí.

Smíření	8	16
Důstojnost	5	10
Vhodné prostředí	15	30
Je to individuální	3	6
Nevím	0	0
Celkem	50	250

Otázka č. 9: *Jste názoru, že pacient má znát pravdu o své diagnóze?*

jednotlivé odpovědi	sestra	
	absolutní četnost	relativní četnost %
Ano	34	68
Ne	1	2
Individuální přístup	15	30
Celkem	50	100

13.3 Vyhodnocení dotazníku pro laickou veřejnost

Otázka č. 1: *Co se Vám vybaví, když se řekne eutanazie?*

jednotlivé odpovědi	18-40		41 a více	
	absolutní četnost	relativní četnost %	absolutní četnost	relativní četnost %
Ukončení života, trápení na žádost pacienta	12	48	15	52
Vysvobození, milosrdná smrt	3	12	6	21
Násilná smrt	0	0	3	10
Usmrcení	0	0	3	10
Lehká a rychlá smrt	1	4	1	3
Možnost volby v bevyčhodné situaci	2	8	0	0
Nic	2	8	0	0
Právo na smrt	2	8	0	0
Člověk na lůžku s velkými bolestmi	1	4	0	0
Problém	0	0	1	3
Sebevražda s odbornou asistencí	1	4	0	0
Zbavení bolesti a bezmoci	1	4	0	0
Celkem	25	100	29	100

Z jednotlivých odpovědí lze usoudit na postoj dotazovaných k eutanazii:

- **odmítavý postoj:** - ukončení života, trápení na vlastní žádost pacienta, - násilná smrt, - usmrcení, - sebevražda s odbornou asistencí
- **výzva:**- milosrdná smrt, - vysvobození, - lehká a rychlá smrt, - možnost volby v bevyčhodné situaci, - právo na smrt, - člověk na lůžku s velkými bolestmi, - zbavení bolesti a bezmoci
- **nic, problém**

jednotlivé odpovědi	18-40		41 a více	
	absolutní četnost	relativní četnost %	absolutní četnost	relativní četnost %
Odmítavý postoj	13	52	21	72
Výzva	10	40	7	24
Nic, problém	2	8	1	3
Celkem	25	100	29	100

Otázka č. 2: *Souhlasíte s legalizací eutanazie v ČR?*

jednotlivé odpovědi	18-40		41 a více		celkem	
	absolutní četnost	relativní četnost %	absolutní četnost	relativní četnost %	absolutní četnost	relativní četnost %
Ano	13	52	9	31	9	31
Ano-za určitých podmínek	9	36	13	45	13	45
Ne	3	12	7	24	7	24
Celkem	25	100	29	100	29	100

V odpovědi „*ano, ale s určitou podmínkou*“ se opakovalo:

- nutný souhlas pacienta
- vyloučit možnost zneužití
- když má pacient velké bolesti
- u nevléčitelně nemocných

Otázka č. 3: *Myslíte si, že žádají pacienti o eutanazii?*

jednotlivé odpovědi	18-40		40 a více	
	absolutní četnost	relativní četnost %	absolutní četnost	relativní četnost %
Ano	25	100	27	93
Ne	0	0	2	7
Celkem	25	100	29	100

Otázka č. 3.1: *V případě, že ano, z jakého důvodu?*

Výsledky budou více jak 100%, poněvadž respondenti měli možnost volit více odpovědí.

jednotlivé odpovědi	18-40		41 a více	
	absolutní četnost	relativní četnost %	absolutní četnost	relativní četnost %
Nevyléčitelné onemocnění	16	64	22	76
Dlouhodobá bolest	13	52	21	72
Z nedostatku zájmu příbuzných	2	8	1	3
Zklamání ze života	1	4	2	7
Z nedostatku zájmu oš. personálu	0	0	2	7
Celkem	32	128	48	166

Otázka č. 4: *Jste názoru, pacient má znát pravdu o své diagnóze?*

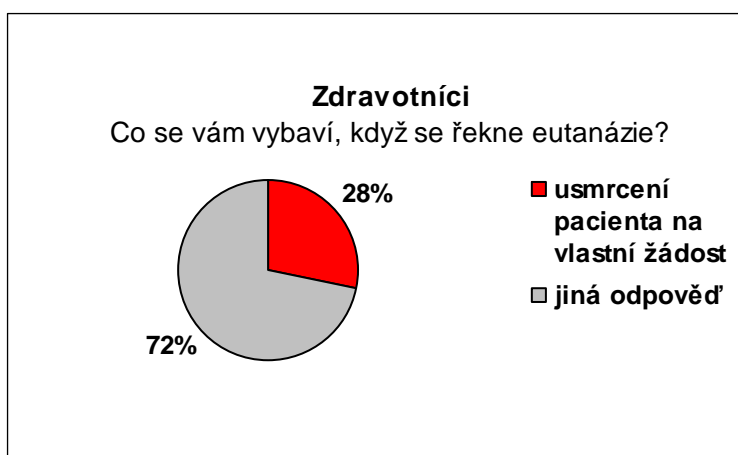
jednotlivé odpovědi	18-40		41 a více	
	absolutní četnost	relativní četnost %	absolutní četnost	relativní četnost %
Ano	20	80	26	90
Ne	3	12	0	0
Individuální přístup	2	8	3	10
Celkem	25	100	29	100

14 ANALÝZA VÝSLEDKŮ PRŮZKUMU

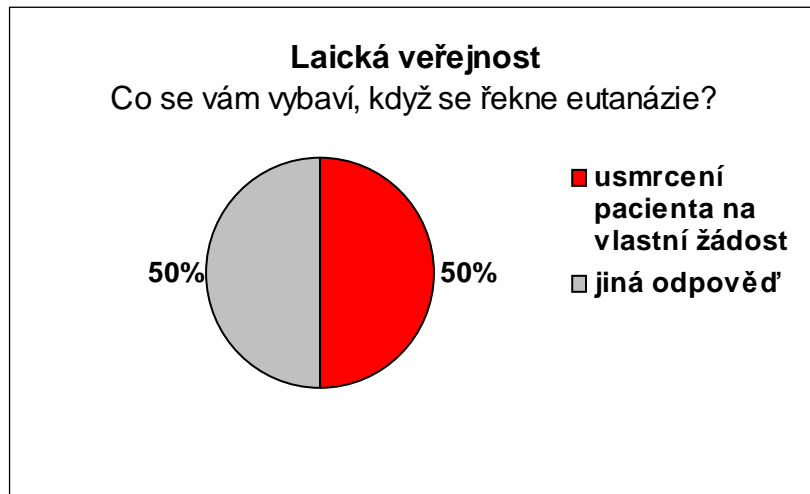
Otázka č. 1: Co se vám vybaví, když se řekne eutanazie

V poslední době se poměrně často medializuje problém eutanazie. Pojem eutanazie má mnoho významů a můžeme konstatovat, že je to souhrnné označení pro celou řadu značně odlišných situací. Zajímal mě názor zdravotníků, ale i laické veřejnosti na to, co si pod tímto slovem představují.

Na prvním místě se v odpovědích u lékařů a sester vyskytovala odpověď „*usmrcení pacienta na jeho žádost*“, a to ve 20% u lékařů a ve 36% u sester. U 4% lékařů a sester toto slovo představuje vraždu, nacizmus. Takhle odpověděli zdravotníci, kteří uvedli v dotazníku, že jsou věřící 4%. Ve svém dotazníku jsem neuviedla možnost výběru - jsem věřící. Chtěla jsem, aby se respondenti vyjádřili svobodně. Další odpovědi jsou podobné jako ty, které dosáhly nejvíce procent. Jsou to odpovědi, které bychom mohli shrnout do pojmu milosrdná smrt, důstojný odchod ze života. Tři lékaři se k této otázce nevyjádřili vůbec. Neumím si představit, co je k tomu vedlo.



U laické veřejnosti je tomu podobně: 52% respondentů do 40 let odpovědělo „ukončení života, trápení na žádost pacienta“ a 52% respondentů nad 40 let odpovědělo na tuto otázku stejně. Pod pojmem eutanazie se u respondentů nad 40let vybavilo taky „usmrcení, násilná smrt“ ve 22%. Další odpovědi by se daly shrnout jako „milosrdná smrt, rychlá a lehká smrt“.



Je zajímavé, že u respondentů do 40 let na rozdíl od respondentů nad 40 let si pod pojmem eutanazie nepředstavují násilnou smrt, vraždu. Eutanazii mladší respondenti chápou spíše jako vysvobození z trápení a nedůstojné smrti.

Nachází se v období produktivní dospělosti, a možná je aktuálně netíží mezigenerační problematika ve vztahu k nemoci a tím i k eutanazii. Pokud se zřejmě umírání, smrt, nevyléčitelní diagnóza nedotýká bezprostředně blízkých, přemýšlí mladší respondenti méně empaticky.

Naskýtá se ještě jedna otázka k zamyšlení: 29% všech respondentů, tj. lékařů i sester vidí eutanazii jako usmrcení na vlastní žádost, přitom z průzkumu u lékařů a sester vyplývá (otázka č.5), že pacienti žádají o eutanazii - v průměru u obou skupin - v 87%. U veřejnosti činí průměr (otázka č.3) z obou věkových kategorií 96,5%. Zřejmě vzniká posun ve vnímání této problematiky.

viz přílohy č. 3- 6, tabulky č. 1- 4, grafy č. 1- 2

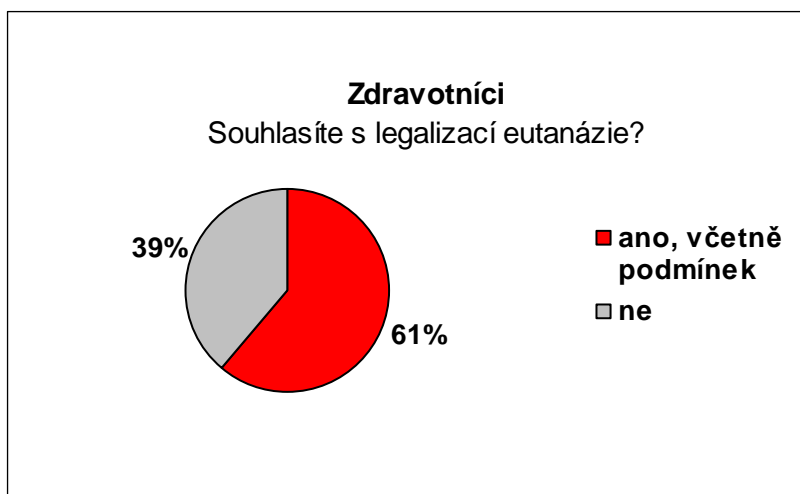
viz přílohy č. 16 - 17, tabulky č. 14 - 15, graf č. 11

Otázka č. 2: Souhlasíte s legalizací eutanazie v ČR?

- 29% lékařů odpovědělo *ano* na otázku, souhlasím s legalizací eutanazie
- 22% lékařů souhlasilo s legalizací eutanazie, ale *za určitých podmínek*
- 16% sester odpovědělo *ano* na otázku, souhlasím s legalizací eutanazie
- 54% sester souhlasilo s legalizací, ale *za určitých podmínek*

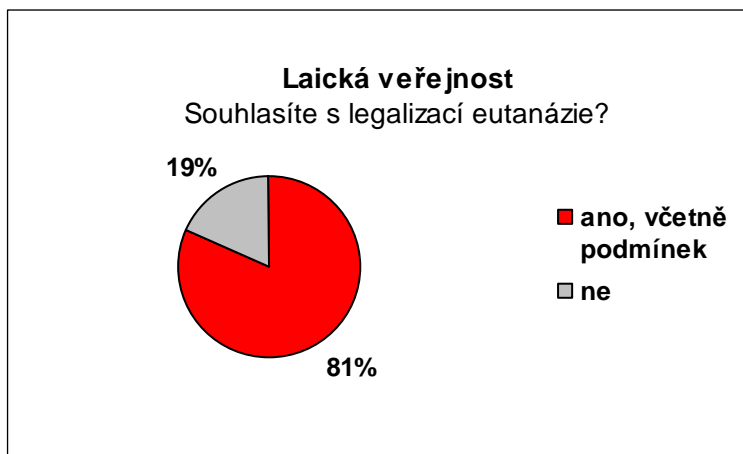
Jako určité podmínky byly uvedeny:

- přísná legislativa
- nutný souhlas pacienta
- u nevléčitelného onemocnění



Laická veřejnost odpověděla na tuto otázku takto:

- respondenti do 40 let: 52% *ano, souhlasím s legalizací eutanazie*, 36% *ano, za určitých podmínek*, 12% nesouhlasilo s legalizací eutanazii
- respondenti nad 40 let: 31% *ano, souhlasím s legalizací eutanazie*, 45% *ano, za určitých podmínek*, 24% nesouhlasilo s legalizací eutanazie



Myslím si, že sestry jsou pro legalizaci eutanazie proto, že stráví s pacientem daleko více času, znají jeho potřeby, prožívání bolesti, problémy, touhy a přání. Také pacienti více mluví se sestrami, před lékaři mají ostych. Lékaři svůj nesouhlas s legalizací vyjadřují hrozbou zneužití, a taky ze zodpovědnosti, kterou by za to eventuálně nesli.

Všichni víme, že smrt patří k životu stejně jako narození, ale málo kdo si fakt konce života plně uvědomuje. A proč mají lidé strach ze smrti? Je to pro nás něco neznámého. Nikdo neví, co bude po tom, až zemřeme a projdeme branou smrti.

I když je člověk nevléčitelně nemocný, a i když je jeho nemoc klasifikována jako smrtelná, vždy může dojít k překvapivému zvratu. Kdo z lékařů, dalších zdravotníků i laiků jen jedenkrát zažil, že nemocný „utekl hrobníkovi z lopaty“, bude v posuzování případné eutanazie velmi opatrný.

Každý má právo na názor a na jeho svobodné vyjádření. Každý by si měl být ale současně vědom dosahu svých slov. Eutanazie, ať již jsme její příznivci, nebo odpůrci, se týká závěru života člověka a je nutné zdůraznit, že v tak složitých systémech jako je lidská psychika, může být vždy nakloněnou rovinou.

viz příloha č. 7, tabulka č. 5, graf č. 3

viz příloha č. 18, tabulka č. 16, graf č. 12

viz příloha č. 22, tabulka č. 20, graf č. 16

Otázka č. 3: *V případě, že by jste měl(a) možnost rozhodovat o eutanazii ve vztahu k sobě, využil(a) byste této možnosti ?*

Protože, jestli souhlasím s eutanazií, uvažuji nad tím, jestli bych jí využila i pro sebe?

- 24% lékařů a 50% sester by využilo tuto možnost ve vztahu k sobě
- 47% lékařů a 44% sester odpovědělo, že neví, jestli by tuto možnost využili
- 29% lékařů a 6% sester by tuto možnost nevyužilo

Vztah této otázky k otázce č. 2 a 3 – odpovědi *ano* – chceme rozhodovat v jakési anonymitě, tvář v tvář u lůžka už bychom zřejmě tuto situaci tak lehce neunesli.

Není naše uvažování o této možnosti jiné v plném zdraví a jiné v době nevléčitelné nemoci a umírání? Dokážeme si představit, jaké to bude, až to nastane? Nebudeme lpět na životě, ať je jakýkoliv, dokážeme žít v bolestech a tak trochu mimo dění rodiny a společnosti? Budeme mít v sobě odvahu říct, chci umřít?

Myslím si, že se lidé obávají umírání. Mnozí si říkají, „než trpět, mít bolesti a být někomu na obtíž, to ať raději zemřu rychle a bez trápení“. A právě strach z „nesnadného“ umírání je přivádí k takovému rozhodnutí.

Proč tak velké procento uvažuje o této možnosti. Myslím si, že se lidé obávají umírání. Snad měli, nebo mají někoho, kdo je velmi nemocný, umírá a trpí.

Bohužel i já v době psaní této absolventské práce mám osobní zkušenost. U mého bratra byl diagnostikován nádor na plicích. V prvních chvílích to byl šok, potom jsem začala myslet na to, co ho všechno čeká. Zkusila jsem se vžít do jeho situace a přemýšlela jsem o eutanazii. Ano či ne? Co bych dělala v jeho situaci já? Ze začátku jsem byla jednoznačně „pro“, ale po absolvování chemoterapie, kdy se jeho stav hodně zlepšil, jsem si řekla „co když se stane „zázrak“? S odstupem času, kdy jednou je nahoře, jednou dole, můžu říci jenom „*nevím, nevím, nevím...*“

viz příloha č. 8, tabulka č. 6, graf č. 4

Otázka č. 4: *Umíte si představit, že jste součástí komise, která potvrdila možnost a je přítomna realizace rozhodnutí pacienta*

- 36% lékařů a 28% sester uvedlo v odpovědi *ano*
- 42% lékařů a 32% sester uvedlo, v odpovědi *ne*
- 22% lékařů a 40% sester uvedlo, že *neví*

V poslední době se hovoří o právu každého člověka na život. Právo na smrt bývá interpretováno tak, že člověk má právo se rozhodnout o čase, místě i způsobu svého skonu a že výkon tohoto práva přenáší na jiného člověka, jmenovitě na lékaře, který je tak manipulován do role, jež je přinejmenším kontroverzní. Lékař může ovlivnit způsob umírání, umírající může rozhodovat (pokud je toho schopen) o tom, kde se tak stane.

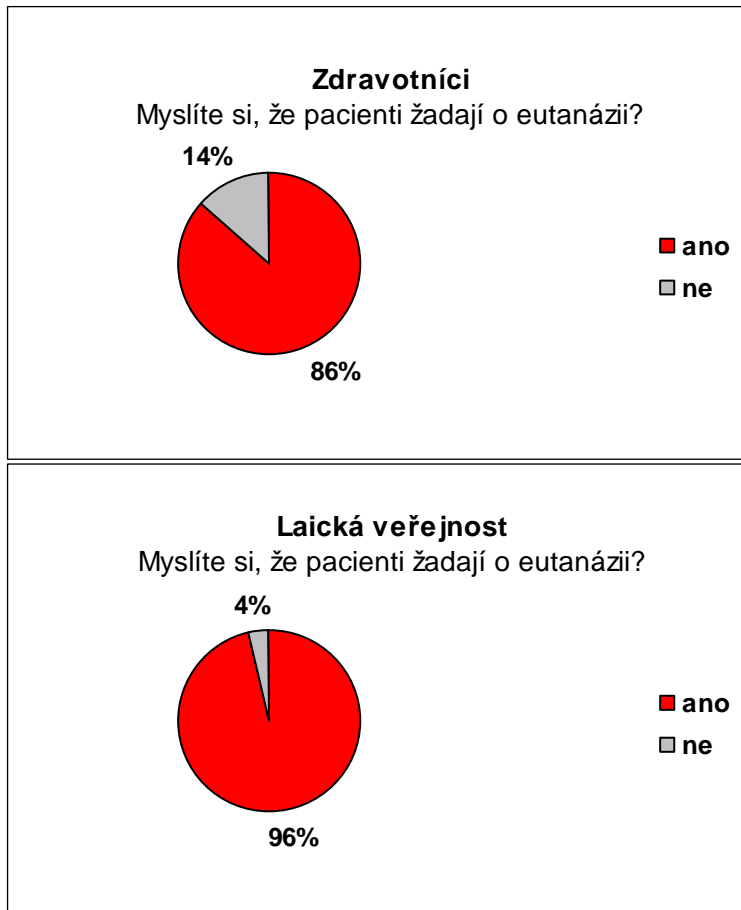
Překvapilo mne dost velké procento zdravotníků, kteří by byli schopni rozhodovat o ukončení života. Přemýšleli o této otázce už někdy předtím? Co tíha a zodpovědnost, kterou mnoho respondentů uvedlo jako důvod k tomu, že by v takovéto komisi nemohli zasednout. Myslím si, že žádost o eutanazii, pokud je vyřčena, je výkřik směrem k nám, že jsme neudělali něco dobře. Umíme tlumit bolesti pacienta? Mluvíme s ním o všem, co jej trápí? Máme o něho zájem? Proč rezignuje?

Důstojnost smrti bychom snad mohli spatřovat v důsledném a obětavém ošetřování člověka, který naši profesionální i laickou péči potřebuje. Nejdůležitějším prvkem důstojného umírání a důstojné smrti je osobní blízkost druhého člověka. Za zamyšlení stojí otázka, co vede zdravotnické pracovníky k odvaze říci ve 32% *ano*. Je to opravdu dáno tak velkou mírou sociálního cítění? A je právě toto správné, když víme, z jakých důvodů pacienti o eutanazii žádají a všechny tyto příčiny lze na základě alokace zdrojů a poznatků moderní medicíny eliminovat.

viz příloha č. 9, tabulka č. 7, graf č. 5

Otázka č. 5: Myslíte si, že pacienti žádají o eutanazii?

- 82% lékařů a 90% sester uvedlo *ano*
- 18% lékařů a 10% sester uvedlo *ne*
- 100% respondentů do 40 let uvedlo *ano*
- 93% respondentů nad 40 let uvedlo *ano*
- 7% respondentů nad 40 let uvedlo *ne*



Podle mého názoru, není dobrou vizitkou zdravotníků, ale přiznejme zejména také člověka k sobě samotnému, k účtě k životu, že pacienti žádají o eutanazii. Mohla by se rozvinout nekonečná diskuze o smysluplnosti života, zdočnosti, salutogenezi, hodnotách vůbec. Každý zdravotník přistupuje k umírajícím podle toho, jak on sám rozumí fenoménu

umírání a smrti. Snad každý člověk chce porozumět sobě, svému životu i druhým lidem. Proto vznikají úvahy ona téma „být s ním“, tedy být v myšlenkách a s myšlenkami druhého člověka, proto jsou připomínány formy empatického porozumění, proto je kladen důraz na kvalitu mezilidských vztahů a proto slyšíme výzvy k zájmu o jiné lidi.

Mít rád a porozumět je poklad, který je třeba pěstovat a opatrovat jako drahocenný šperk. Kdo ten šperk má v životě, má naději, že ho i na sklonku jeho životních cest bude provázet účastné porozumění, které profesionální péči dodá dimenzi laskavého doprovodu. Nemít rád a nemít porozumění znamená být mrtev zaživa.

viz příloha č. 10, tabulka č. 8, graf č. 6

viz příloha č. 19, tabulka č. 17, graf č. 13

viz příloha č. 23, tabulka č. 21, graf č. 17

Otázka č. 5.1: *V případě, že ano, z jakého důvodu?*

Na prvním místě zde jasně vyplynulo, že žádost o eutanazii je z důvodu *nevyléčitelného onemocnění* u lékařů v 84% a u sester v 82%, u respondentů do 40 let v 64%, u respondentů nad 40 let v 76%, dále zde bylo uvedeno *nesnesitelné bolesti*, u lékařů v 78% a u sester v 80% , u respondentů do 40 let v 52%, nad 40 let v 72%, *z nedostatku zájmu příbuzných* u lékařů v 22% , u sester v 26%, u respondentů do 40 let v 8%, nad 40 let v 3%, *z nedostatku zájmu ošetřujícího personálu* v 13% u lékařů, u sester je to v 16%, u respondentů do 40 let v 0%, nad 40 let v 7%, *ze zklamání ze života* v 11% lékařů a v 32% sester, v 4% respondentů do 40 let a v 7% respondentů nad 40 let.

Kolik nevyléčitelně nemocných prošlo rukama psychologů, kteří by pomohli vyrovnat se s touto životní událostí a naučit se žít kvalitní život i nadále? Z praxe víme, že mizivé procento. Jsou všechny důvody k žádosti o eutanazii nutné k rezignaci pacienta? Můžeme proto něco udělat? Samozřejmě nemůžeme ovlivnit, aby byl dostatečný zájem příbuzných o pacienta, ale můžeme dosáhnout, aby zájem ošetřujícího personálu byl maximální, aby bolest, kterou nevyléčitelně nemocný trpí, byla v únosné míře.

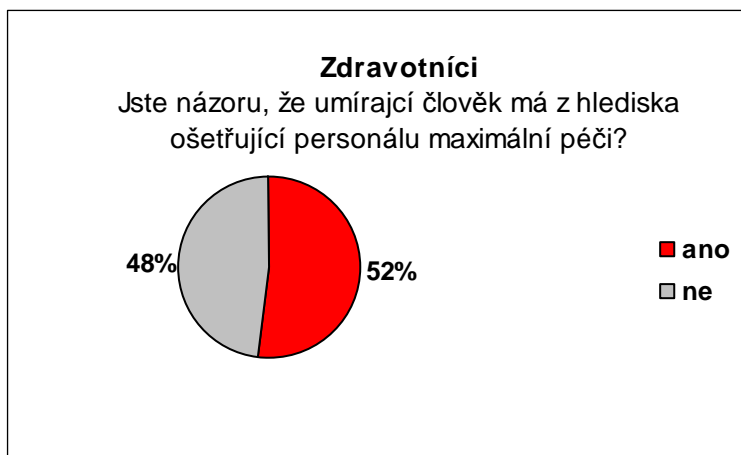
Kolik toho bylo řečeno v období vzdělávání zdravotnických pracovníků o léčbě bolesti, optimální komunikaci, empatii, sociálním cítění, racionalizaci aktuálních situací. Přichází zkušenosti a my se ptáme: „Čím to je, že nedokážeme pracovat pro pacienta?“ Na druhé straně stojí za úvahu, že snad ano, dokážeme, ale je nutné aby každý člověk v období zdraví alespoň několikrát polemizoval s myšlenkou ohraničenosti svého života, tím i postoje k jednotlivým etapám i scénářům života.

viz příloha č. 11, tabulka č. 9

viz příloha č. 20, tabulka č. 18, graf č. 14

Otázka č. 6: *Jste názoru, že umírající člověk má z hlediska ošetřujícího personálu maximální péči?*

- 49% lékařů a 54% sester odpověděli *ano*
- 51% lékařů a 46% sester odpověděli *ne*



V případě *ne* se opakovalo nejčastěji *nedostatek personálu, nedostatek času, nedostatek empatie a nevyhovující prostředí.*

V rozporu s otázkou č. 6 48% zdravotníků je přesvědčeno, že péče není adekvátní, přitom z následující otázky, 75% uvádí, že nemá problém komunikovat s umírajícími. Kde je tedy problém, zdá se, že „pouze“ ve vztahu k práci, člověku samotnému.

Vždyť jak uvádí psychologie, největší hodnotou je vztah člověka k člověku. Zde se naskytá problematika k hlubšímu průzkumu.

Domnívám se, že neděláme maximum v péči o těžce nemocné a umírající, necháváme je po dobu umírání samotné, nevěnujeme se jim, nehovoříme s nimi, nedáváme jim najevo svoji účast ani svou přítomnost, mnohdy děláme, že neexistují. Zásluhou techniky „oddalujeme“ smrt, setkáváme se s dysthanazii u nemocných, kde je již „kvalita života“ sporná.

Proč se jim více nevěnujeme? Proč s nimi více nekomunikujeme? I když otázka č. 7 vypovídá, že nám komunikace nečiní problém. Není propast právě v linii, že sice slyšíme smysly, ale nenasloucháme srdcem i rozumem? Ptáme se na jejich přání? Jsme vůbec schopni empatie? Proč nemáme dostatek institucí pro tyto nemocné? Zabývají se následujícími problémy?

- obsazenosti ošetřovatelského personálu
- nedostatkem času ošetřovatelského personálu
- vyhovujícími prostory
- provádí se audity na tyto problematiky?

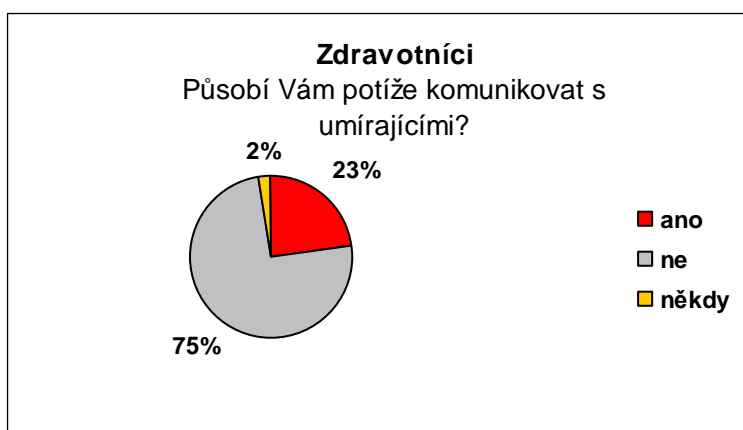
Je také nutné klást větší důraz na úlohu rodiny, připravenost zdravotníků v „umění“ doprovázet a na pomoc rodinám v péči o těžce nemocné.

viz příloha č. 12, tabulka č. 10, graf č. 7

Otázka č. 7: Působí Vám potíže komunikovat s umírajícími pacienty?

U této otázky mě překvapily odpovědi zdravotníků:

- 24% lékařů a 22% sester odpovědělo *ano*
- 76% lékařů a 74% sester odpovědělo *ne*
- 4% sester odpovědělo *někdy*



Sestry i lékaři vidí komunikaci s umírajícími za bezproblémovou. Ze své praxe vím, že komunikace není na takové úrovni, jak by si umírající přál. Můj názor se neopírá jen o nějakou domněnku, ale o vlastní zkušenosti, mohla bych uvést řadu lékařů, kteří komunikaci s pacientem omezují na minimum, jen na dobu povinné vizity. Jen málo kdy se lékař klienta ptá na jiné než zdravotní otázky. Určitou omluvou lékařům může být jejich velké pracovní vytížení a nedostatek času, ale i přesto by se nemocným měli více věnovat. Nemocní, když jsou hospitalizováni, se tak ocitají ve zcela neznámém prostředí a jsou vděční za každou minutu, kterou s nimi sestry nebo lékaři hovoří. Mnozí mají strach zeptat se sester či lékařů na věci, které je trápí, protože vidí jejich vytížení. A přiznejme, že velmi na pacienty působí nevhodně používaný efekt primarity, a to, že pacient slyší jako první naše neustálé – mám moc práce, místo možnosti vnímání – teď jsem tu pro vás. Přece i slovo léčí a když dáme najevo i zájem o nemocného, bude se nejen rychleji adaptovat, ale i lépe cítit. Zdravotníci nesmí být jen odborníci a profesionálové, ale především lidé schopní empatie a optimální racionalizace problému.

viz příloha č. 13, tabulka č. 11, graf č. 8.

Otázka č. 8: Jaké jsou dle vašeho názoru 3 nejdůležitější potřeby umírajícího?

- 73% lékařů a 60% sester odpovědělo, že je to *tišení bolesti*
- 51% lékařů a 72% sester odpovědělo, že je to *přítomnost blízkých*
- 47% lékařů a 28% sester odpovědělo, že je to *dobrá, laskavá péče*
- 22% lékařů a 16% sester odpovědělo, že je to *smíření*
- 9% lékařů a 5% sester odpovědělo, že je to *důstojnost vhodné prostředí*
- 9% lékařů a 30% sester odpovědělo, že je to *vhodné prostředí*
- 16% lékařů a 6% sester odpovědělo, že je to *individuální*
- 9% lékařů z chirurgie odpovědělo, že neví, jaké potřeby má umírající

Všichni víme, co je zapotřebí. Pracujeme jako tým. Zdá se, že by pacient neměl pocítit nedostatek zájmu a péče, a přece jsme u otázky č. 6 přesvědčeni u téměř poloviny respondentů, že umírající pacienti nemají odpovídající péči.

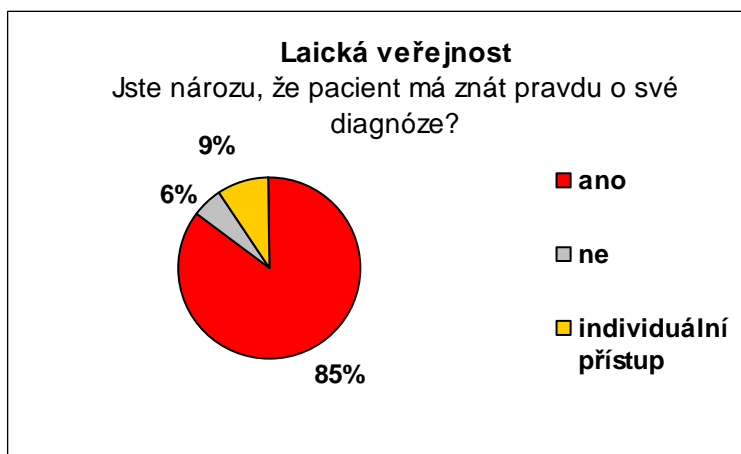
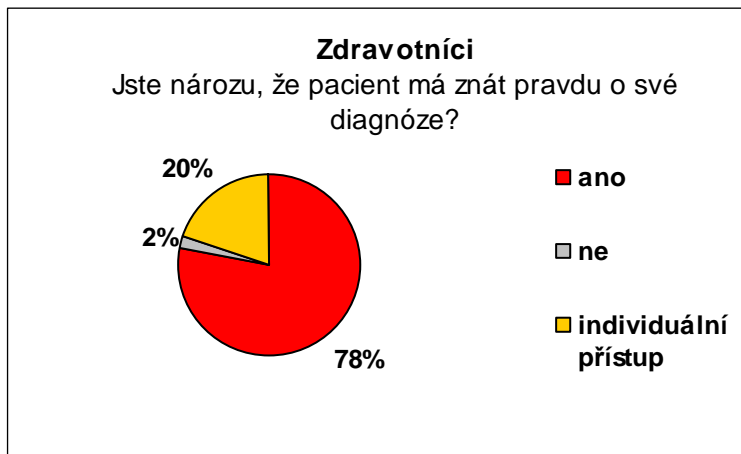
Člověk může zemřít sociálně tím, že je odtržen od všeho lidského, že jej nelze vrátit do kontextu společnosti, že žije sám uprostřed lidí, nešťastný, bezradný a pokořený nemocí. Nemá-li postižený člověk zemřít psychicky a sociálně za situace, kdy jeho nemoc je smrtelná, pak to znamená poskytnout mu psychický i sociální prostor k životu, a soustavně podporovat všechno, co může vést k psychické adaptaci na situaci. Co lze udělat pro ty, kteří jsou na cestě k životnímu konci a jimž medicína nemůže pomoci k záchraně? Tuto otázku slýcháme stále naléhavěji a častěji, a to jak v kruzích odborných, tak laických. Za situace, kdy došlo k tabuizaci fenoménu smrti a k institucionalizaci umírání, je každá rada drahá.

Z psychologického hlediska je k zamyšlení, že pouze 19% uvádí jako potřebu smíření. Filozofický, psychologický náhled by napovídal, že pokud člověk dojde ke smíření, odchází ze života snadněji. Stejně vypovídá i ošetrovatelský personál hospicové péče.

viz příloha č. 14, tabulka č. 12, graf č. 9

Otázka č. 9: Jste názoru, že pacient má znát pravdu o své diagnóze?

- 89% lékařů a 68% sester uvedlo, že *ano*
- 2% lékařů a 2% sester uvedlo, že *ne*
- 9% lékařů a 30% sester uvedlo, že je nutný *individuální přístup*
- 80% respondentů do 40 let a 90% respondentů nad 40 let uvedlo, že *ano*
- 12% respondentů do 40 let a 0% respondentů nad 40 let uvedlo, že *ne*
- 8% respondentů do 40 let a 10% respondentů nad 40 let uvedlo, že je nutný *individuální přístup*



Víme, že je vrcholem netaktnosti ponechat nemocného v informační izolaci vedoucí k úzkosti a strachu, ale právě tak je třeba odsoudit bezohlednou informaci o stavu.

Souhlasíme s 30% sester a 18% respondentů z laické veřejnosti, že je nutný individuální přístup. Lékař má pacienta nejdříve poznat, pohovořit o něm s příbuznými, kteří nejlépe posoudí, kdy sdělit pravdu, přizvat psychologa, najít vhodné prostředí, kde nebudou rušeny personálem, telefonem atd. Vytvářet vhodné interakce v neosobním sociálním prostředí není snadné. Lidé často svým chováním narušují pozitivní interakce. Je nutné zachovat principy efektu primarity v komunikačním kanále. A pacient musí úměrně znát pravdu o své diagnóze. Jak má uplatnit jednu ze zásad salutogeneze, a to „zvládnutí a kontrolu dění, jehož je součástí, tedy osobní kompetence a vliv“, když nezná pravdu?

viz příloha č. 15, tabulka č. 13, graf č. 10

viz příloha č. 21, tabulka č. 19, graf č. 15

viz příloha č. 24, tabulka č. 22, graf č. 18

15 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Vzhledem na všechna zjištění je potřebné uvést doporučení. Ze zkušeností víme, že umírajícím chybí kontakt, potřeba komunikace. Proto by bylo vhodné, aby v každé nemocnici byli kliničtí psychologové, kteří by se zabývali potřebami umírajících. To je ovšem velkým problémem, proto je nutné:

- zaměřit se na přípravu budoucích zdravotních sester a lékařů v rámci předmětů komunikace, psychologie, sociologie a etiky a nacvičováním praktických modelových situací, které by usnadnily komunikaci s umírajícími. Jenom vzácně zabírá tato výuka víc než pár hodin v rámci nějakého jiného kurzu
- nikdo by neměl umírat sám. Příbuzní a přátelé by měli mít možnost být do poslední chvíle se svým umírajícím. Pro příbuzné je přítomnost u jeho lůžka nejen možností vlastního osobního zranění, ale i realitou, v níž se eliminuje pozdější pocit viny
- především je nutné mírnit bolesti umírajících a to nikoliv pouze fyzické, ale i psychické, zajistit materiální a psychický komfort a nedopustit izolaci nemocného. Nemocnému je třeba pomáhat žít jeho složitý život
- v posledních letech vznikají po světě nemocnice pro nemocné „ke smrti jdoucí“, ale u nás je jich pořád málo. Navrhovala bych větší síť hospiců, i když vím že jejich provoz je značně drahý
- uveřejňování většího množství publikací – knih, článků, přednášek, diskusí pro odborníky i laickou veřejnost, na téma umírání a smrt
- medializování všech problémů, které sebou přináší umírání a smrt, mapovat problémy umírajících a navrhnout tak vhodné způsoby řešení a alternativní přístupy.
- vytvořit větší a kvalitnější prostor pro přípravu práce s umírajícími klienty během studia na zdravotnické povolání
- poskytnout studentům větší prostor pro praxi v hospicových zařízeních
- změnit v povědomí lékařů a zdravotních sester hluboko zakořeněné přesvědčení (mýty) zachování života za každou cenu, již během studia těchto oborů

ZÁVĚR

Problematika eutanazie mě velice zaujala, a proto jsem si ji vybrala pro svou bakalářskou práci. Netušila jsem však, jak obtížné bude proniknout do hloubky tohoto problému. K vytvoření určitého názoru mi pomohla nejen četba odborné literatury, ale i rozhovory s různými lidmi. Zpočátku jsem měla obavy, jaký postoj k této problematice a zpracování dotazníku zaujmou zdravotníci a laická veřejnost. Všichni dotazovaní se mnou ochotně spolupracovali a aktivně se zaujímalí o tuto otázku. Tímto bych chtěla poděkovat všem, kteří byli ochotni vyplnit dotazník.

Cílem mé práce bylo zjistit, názory zdravotníků a laické veřejnosti na legalizaci eutanazie v ČR.

Z provedeného výzkumu vyplynulo, že většina respondentů je pro legalizaci eutanazie v ČR ale za určitých podmínek.

Legalizace eutanazie je nejen zbytečná, ale i nebezpečná. Výzvou naší civilizace je změnit péči o trpícího a umírajícího. Zastánci legalizace počítají se světem ideálních nemocnic, lékařů, sester a rodin. My však nežijeme v ideálním světě. V naší společnosti jsou příznaky jasné diskriminace, skrytého rasismu a necitelnosti vůči zranitelným.

Každý návrh změny zákonů, k ukončení lidského života za určitých podmínek, by představoval odklon od tradičních morálních a právních principů. Špatný zákon o eutanazii by byl tragédií, která by se prakticky nedala odvrátit. Důvod, že žádným způsobem nelze vyřešit problémy těch, kdo o ní žádají, není dostatečný. Utrpení, které je vyvolané zdravotními problémy si žádá, aby se veškeré lékařské i ošetrovatelské úsilí zaměřilo k tomu, jak nemocnému ulevit. Neexistují zaručené řešení na lidský problém a také nikdy existovat nebudou. Umírající lidé, nejzranitelnější skupina, potřebují jednotně vysokou úroveň péče a potřebují také veškerou ochranu, kterou jim mohou poskytovat zákony, aby se zaručilo, že jejich opravdová práva se budou vždy respektovat.

Eutanazie je problém více než složitý a určitě není náhodné, že až na výjimky nebyla legalizována. Její povolení by znamenalo odklon od tradičních, morálních a právních principů.

Řešme otázku, jak zkvalitnit péči o umírající, a ne jak co nejbezbolestněji zbavit umírající života. Paliativní péče je dostatečným řešením pro umírající a jde jen o to, seznámit s ní co nejširší okolí. A také v tomto smyslu reformovat lékařské vzdělání.

Nejdále, kam by mohlo sahat právo na sebeurčení, na soukromí, na osobní autonomii, by bylo odmítnutí léčby. Eutanazie však všechna tato práva přesahuje a je v přímém rozporu s právem na život. Hrozby zneužití eutanazie je neodstranitelná a hranice, kdy už by mohla být provedena a kdy ještě ne, je neurčitelná.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- BAHOUNEK, J., NOVÁK, P. J., *Lékařská deontologie*. Brno: Rozrazil, 1990.
- BOBŮRKOVÁ, E. *Více smrti nebo více lásky?*. Magazín Mladé fronty, 21.7.2007.
- BYOCK, I. *Dobré umírání*. Praha: Vyšehrad s.r.o.. 2005. ISBN 80-7021-797-9
- FREIOVÁ, M. *Euthanasie mezi námi*. Praha: Občanský institut, 1996.
- HAŠKOVCOVÁ, H. *Spoutaný život*. Praha: 3. Lékařská fakulta Univerzity Karlovy, 1991.
- HAŠKOVCOVÁ, H. *Práva pacientů, komentované vydání. podle Andersona, R. D., The Patient's Bill of Right, American Society of Hospital Pharmacist, USA, Florida, 1971.*
- HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie, nauka o umírání a smrti*. Praha: Galén.2000, 2007. ISBN 978-80-7262-471-3
- HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*. Praha: Galén a Nakladatelství University Karlovy Karolinum. 1997. ISBN 80-7262-0347
- HAŠKOVCOVÁ, H. *Rub života – líc smrti*. Praha: Orbis. 1975.
- JOBÁNKOVÁ, M. *Psychosociální faktory v onkologii*. Praha: OLF. 1977.
- KEOWN, J. *Euthanasia Examined: Ethical, Clinical and Legal Perspectives*. 1997. ISBN 0-521-58613-5
- KŮBLER-ROSS, E. *Hovory s umírajícími*. Signum Unitatis. 1992. ISBN- 80-85439-04-2
- KŮBLER-ROSS, E. *Odpovědi na otázky o smrti a umírání*. Praha: Tvorba. 1995. ISBN 0-02-089140-4
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Sledování kvality psychického stavu pacienta*. Časopis lékařů českých 125. 1986, 24
- MELLANOVÁ, A. *Problematika profesionálního chování sester*. Zdravotní prac. 9, 1981
- MUNZAROVÁ, M. *Eutanazie nebo paliativní péče?*.Praha: Grada Publishing, a.s. 2005. ISBN 80-247-1025-0
- POLLARD, B. *Eutanazie - ano či ne?*. Praha: Dita. 1996. ISBN 80-85926-07-5
- ŠPINKOVÁ, M., ŠPINKA, Š. *Euthanasie Víme, o čem mluvíme?*. Praha: Hospicové občanské sdružení Cesta domů. 2006.
- ŠTĚPÁN, J. *Právo a moderní lékařství*. Praha: Panorama. 1989. ISBN 80-7038-068-3
- THEOVÁ, A. *Paliativní péče a komunikace*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2002. ISBN 978-80-87029-24-4

TRACHTOVÁ, E. A KOLEKTIV. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. 1999.

VIRT, G. *Žít až do konce*. Praha: Vyšehrad s.r.o.. 2000. ISBN 80-7021-330-2

VIEWEGH, J. *Psychologická hlediska péče o dlouhodobě nemocné a umírající.*, Brno: ÚDVSZP. 1981.

VOJTĚCHOVSKÝ, E. *Psychopatologie a psychoterapeutické možnosti v procesu umírání*. Luhačovice: Psychoterapeutická konference. 1974.

VYMĚTAL, J. *Psychoterapie*. Praha: Český spis. 1996.

INTERNETOVÉ ODKAZY:

<http://blog.aktualne.centurm.cz/blog/iva-holmerova-php?itemid=4100>

<http://tisk.cirkev.cz/prednasky/proc-ne-eutanazii.html>

<http://www.cvvm.cs.cz/upl/zpravy/100798sov80610pdf>

<http://www.paliativnimedicina.cz/prilohy/151.pdf>

<http://www.hospice.cz>

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

ARO	Anesteziologicko-resuscitační oddělení
AV	Akademie věd
ČR	Česká Republika
JIP	Jednotka intenzivní péče
KNTB	Krajská nemocnice T. Bati
LFM	Lékařská fakulta Masarykova Univerzita
U	

SEZNAM PŘÍLOH

P I: DOTAZNÍK PRO ZDRAVOTNÍKY

P II: DOTAZNÍK PRO LAICKOU VEŘEJNOST

P III: TABULKA Č. 1

P IV: TABULKA Č. 2, GRAF Č. 1

P V: TABULKA Č. 3

P VI: TABULKA Č. 4, GRAF Č. 2

P VII: TABULKA Č. 5, GRAF Č. 3

P VIII: TABULKA Č. 6, GRAF Č. 4

P IX: TABULKA Č. 7, GRAF Č. 5

P X: TABULKA Č. 8, GRAF Č. 6

P XI: TABULKA Č. 9

P XII: TABULKA Č. 10, GRAF Č. 7

P XIII: TABULKA Č. 11, GRAF Č. 8

P XIV: TABULKA Č. 12, GRAF Č. 9

P XV: TABULKA Č. 13, GRAF Č. 10

P XVI: TABULKA Č. 14

P XVII: TABULKA Č. 15, GRAF Č. 11

P XVIII: TABULKA Č. 16, GRAF Č. 12

P XIX: TABULKA Č. 17, GRAF Č. 13

P XX: TABULKA Č. 18, GRAF Č. 14

P XXI: TABULKA Č. 19, GRAF Č. 15

P XXII: TABULKA Č. 20, GRAF Č. 16

P XXIII: TABULKA Č. 21., GRAF Č. 17

P XXIV: TABULKA Č. 22, GRAF Č. 18

P XXV: KODEX PRÁV PACIENTŮ VYHLÁŠENÝ V ČESKÉ REPUBLICE

P XXVI: CHARTA UMÍRAJÍCÍCH

P XXVII: PŘÍSAHA HIPOKRATOVA

P XXVIII: HOSPIC ANEŽKY ČESKÉ V ČERVENÉM KOSTELCI

P XXIX: INFORMOVANÝ SOUHLAS K ŽÁDOSTI O PŘIJETÍ DO HOSPICE

ANEŽKY ČESKÉ

P XXX: SEZNAM HOSPICŮ V ČR

PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK PRO ZDRAVOTNÍKY



Vážené kolegyně, kolego,

Do rukou se Vám dostal dotazník, který je jednou z částí mé bakalářské práce na fakultě humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně. Tématem práce je téma: Eutanazie ano či ne, očima zdravotníků a laické veřejnosti.

Dotazník je samozřejmě anonymní a bude využit pouze k účelům mé práce. Odpovědi, prosím, dle instrukce doplňte nebo označte volbu křížkem v příslušné kolonce. Předem děkuji za vyplnění.

Za spolupráci děkuje Starošítková A.

studentka dálkového studia

FHS UTB Zlín

Pracuji na :

- ARO, JIP CHIR INT

Vzdělání:

- lékař zdravotní sestra

1. Co se Vám vybaví, když se řekne eutanázie?

2. Souhlasíte s legalizací eutanázie v ČR?

- ano
- ano – ale za určitých podmínek – prosím, doplňte jakých.....

ne – proč- prosím, doplňte

3. V případě, že byste měl(a) možnost rozhodovat o eutanázii ve vztahu k sobě, využil(a) byste této možnosti?

ano

ne – proč, prosím, doplňte

nevím

4. Umíte si představit, že jste součástí komise, která potvrdila možnost a je přítomna realizace rozhodnutí pacienta o ukončení života?

ano

ne - proč, prosím, doplňte.....

nevím

5. Myslíte si, že žádají pacienti o eutanázii?

ano

ne

5.1. V případě, že ano, z jakého důvodu?

dlouhodobá bolest

nevyléčitelné onemocnění

z nedostatku zájmu ze strany ošetřujícího personálu

z nedostatku zájmu rodinných příslušníků

zklamání ze života v období stáří

jiné, prosím, doplňte.....

6. Jste názoru, že umírající člověk má z hlediska ošetřujícího personálu maximální

péči ?

ano

ne – proč- prosím, doplňte.....

- v čem – prosím, doplňte

7. Působí Vám potíže komunikovat s umírajícími pacienty?

ano

ne

8. Jaké jsou dle Vašeho názoru 3 nejdůležitější potřeby umírajícího člověka ?

a)

b)

c)

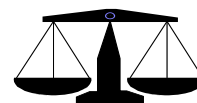
9. Jste názoru, že pacient má znát pravdu o své diagnóze?

ano

ne - proč- prosím, doplňte

10. Pokud nebylo v dotazníku něco, na co chcete odpovědět, doplňte, prosím, vlastními slovy

PŘÍLOHA P II: DOTAZNÍK PRO LAICKOU VEŘEJNOST



Vážená slečno, paní, pane,

Do rukou se Vám dostal dotazník, který je jednou z částí mé bakalářské práce na fakultě humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně. Tématem práce je téma: Eutanazie ano či ne, očima zdravotníků a laické veřejnosti.

Dotazník je samozřejmě anonymní a bude využit pouze k účelům mé práce. Odpovědi, prosím, dle instrukce doplňte nebo označte volbu křížkem v příslušné kolonce. Předem děkuji za vyplnění.

Za spolupráci děkuje Staroščíková A.

studentka dálkového studia

FHS UTB Zlín

Věk :

18 – 40 let

40 – a více let

1. Co se Vám vybaví, když se řekne eutanázie?

2. Souhlasíte s legalizací eutanázie v ČR?

ano

ano – ale za určitých podmínek – prosím, doplňte jakých.....

ne – proč- prosím, doplňte

3. Myslíte si, že žádají pacienti o eutanázii?

ano

ne

3.1. V případě, že ano, z jakého důvodu?

dlouhodobá bolest

nevléčitelné onemocnění

z nedostatku zájmu ze strany ošetřujícího personálu

z nedostatku zájmu rodinných příslušníků

zklamání ze života v období stáří

jiné, prosím, doplňte.....

4. Jste názoru, že pacient má znát pravdu o své diagnóze?

ano

ne- proč- prosím, doplňte.....

5. Pokud chcete odpovědět na něco, co nebylo v dotazníku, doplňte, prosím volnou výpověď




PŘÍLOHA P III: TABULKA Č. 1

Otázka č. 1 : **Co se vám vybaví, když se řekne eutanazie?**

Lékaři

tabulka č. 1

jednotlivé odpovědi	lékař	
	absolutní	relativní
Usmrcení pacienta na jeho žádost	9	20
Milosrdná smrt	9	20
Předčasné ukončení smrtí	6	13
Vysvobození	4	9
Asistované sprovedení ze světa	3	7
Nic	3	7
Umírající člověk, smutek, problém	2	4
Vražda	2	4
Snaha zlepšit odchod	1	2
Svobodné rozhodnutí ukončit život	2	4
Velká zodpovědnost	1	2
Důstojný odchod ze života	1	2
Smrt	1	2
Nacizmus	1	2
Celkem	45	100

	Odmítavý postoj
	Výzva
	Nic, problém

PŘÍLOHA P IV: TABULKA Č. 2, GRAF Č. 1

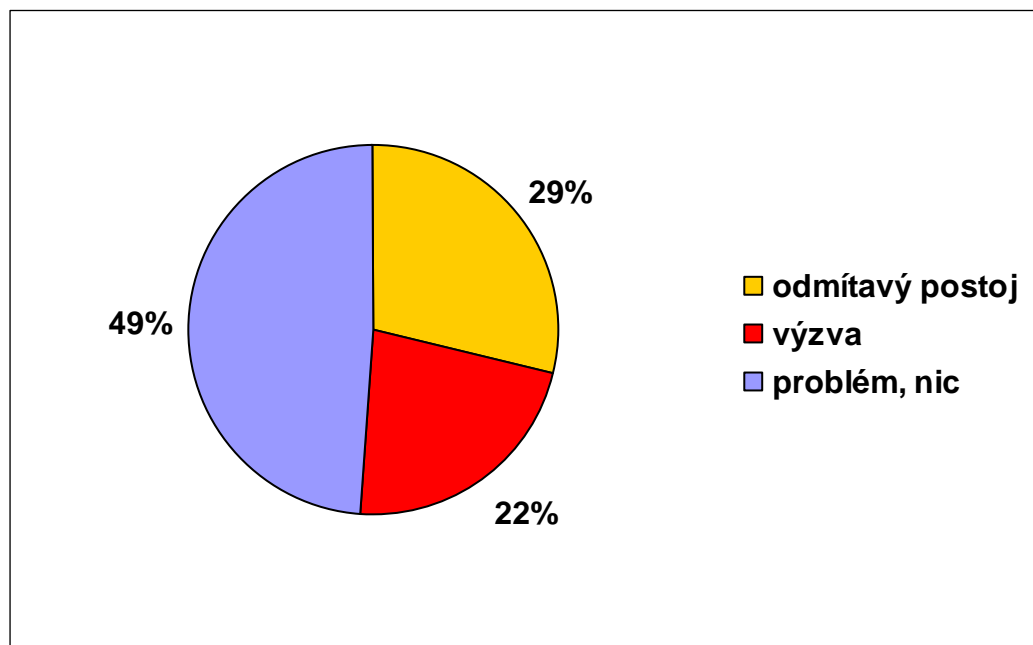
Otázka č. 1 : **Co se vám vybaví, když se řekne eutanazie?**

Lékaři

tabulka č. 2

jednotlivé odpovědi	lékař	
	absolutní	relativní
Odmítavý postoj	22	49
Výzva	18	40
Nic, problém	5	11
Celkem	45	100

graf č. 1






PŘÍLOHA P V: TABULKA Č. 3

Otázka č. 1 : **Co se vám vybaví, když se řekne eutanazie?**

Zdravotní sestry

tabulka č. 3

jednotlivé odpovědi	sestra	
	absolutní	relativní
Ukončení utrpení, života na vlastní žádost	18	36
Milosrdná smrt	12	24
Vysvobození	4	8
Dobrovolný odchod ze života za asistence	4	8
Nemoc, bolest, utrpení	3	6
Vražda	2	4
Důstojná smrt	1	2
Nepřirozené ukončení života	1	2
Nic	1	2
Plánovaná smrt	1	2
Problém	1	2
Smrt	1	2
Téma, o kterém se diskutuje	1	2
Celkem	50	100

	Odmítavý postoj
	Výzva
	Nic, problém

PŘÍLOHA P VI: TABULKA Č. 4, GRAF Č. 2

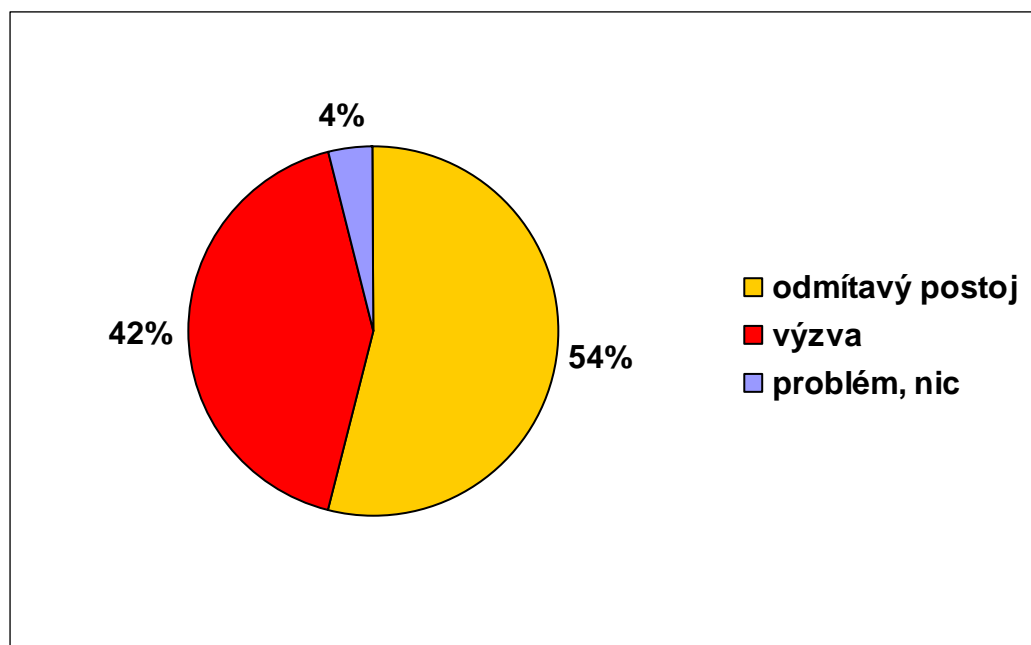
Otázka č. 1 : **Co se vám vybaví, když se řekne eutanazie?**

Zdravotní sestry

tabulka č. 4

jednotlivé odpovědi	sestra	
	absolutní	relativní
Odmítavý postoj	27	54
Výzva	21	42
Nic, problém	2	4
Celkem	50	100

graf č. 2



PŘÍLOHA P VII: TABULKA Č. 5, GRAF Č. 3

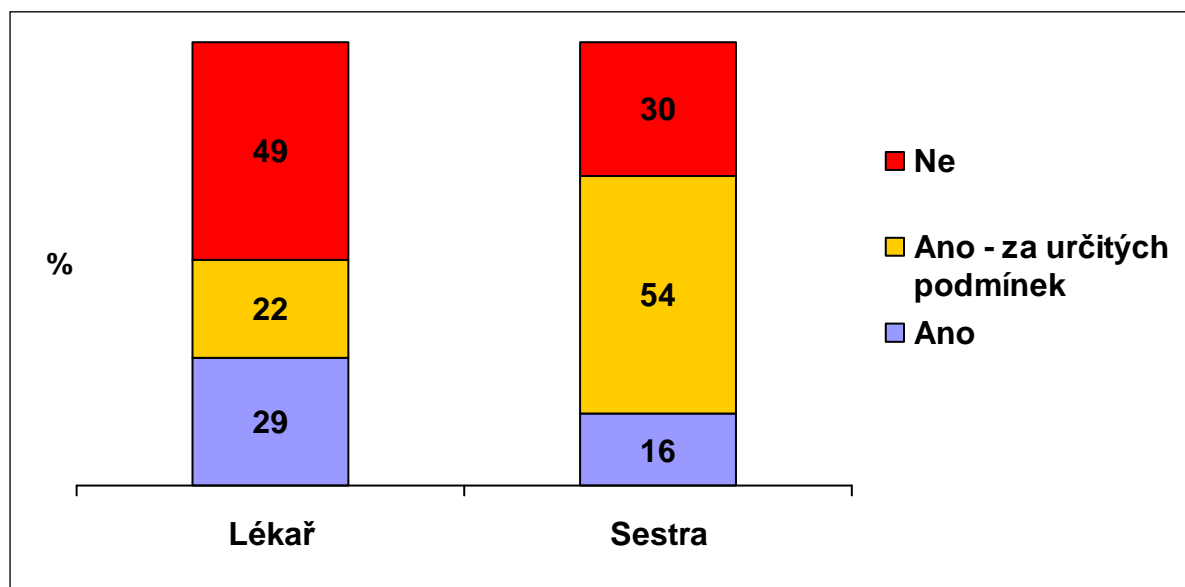
Otázka č. 2 : **Souhlasíte s legalizací eutanázie v ČR?**

Zdravotníci

tabulka č. 5

jednotlivé odpovědi	lékař		sestra	
	absolutní	relativní	absolutní	relativní
Ano	13	29	8	16
Ano-za určitých podmínek	10	22	27	54
Ne	22	49	15	30
Celkem	45	100	50	100

graf č. 3



PŘÍLOHA P VIII: TABULKA Č. 6, GRAF Č. 4

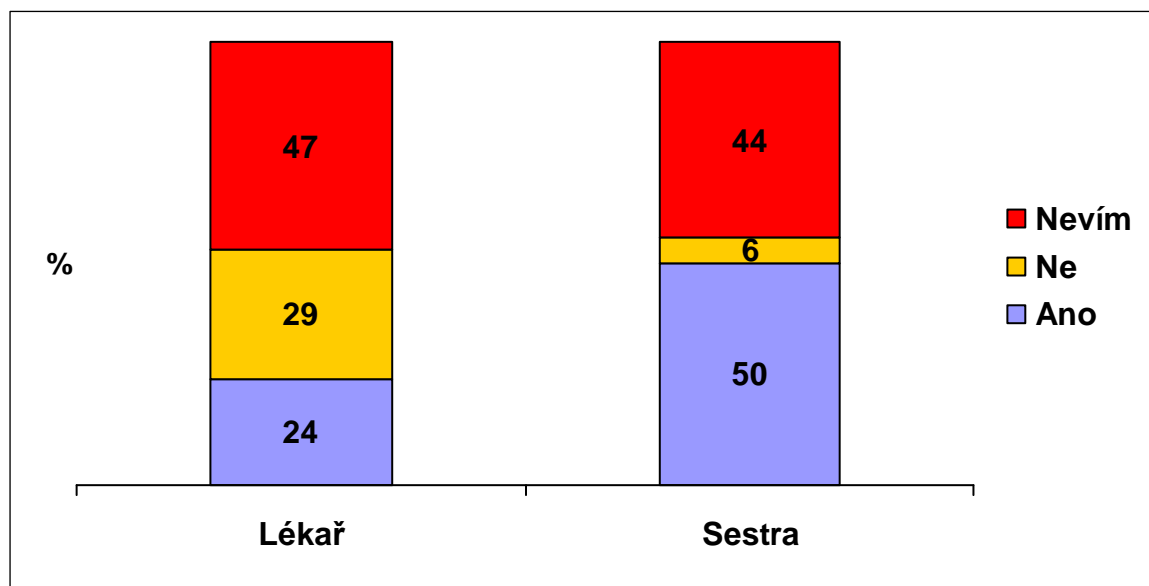
Otázka č. 3 : **V případě, že by jste měl(a) možnost rozhodovat o eutanazii ve vztahu k sobě, využil(a) by jste této možnosti?**

Zdravotníci

tabulka č. 6

jednotlivé odpovědi	lékař		sestra	
	absolutní	relativní	absolutní	relativní
Ano	11	24	25	50
Ne	13	29	3	6
Nevím	21	47	22	44
Celkem	45	100	50	100

graf č. 4



PŘÍLOHA P IX: TABULKA Č. 7, GRAF Č. 5

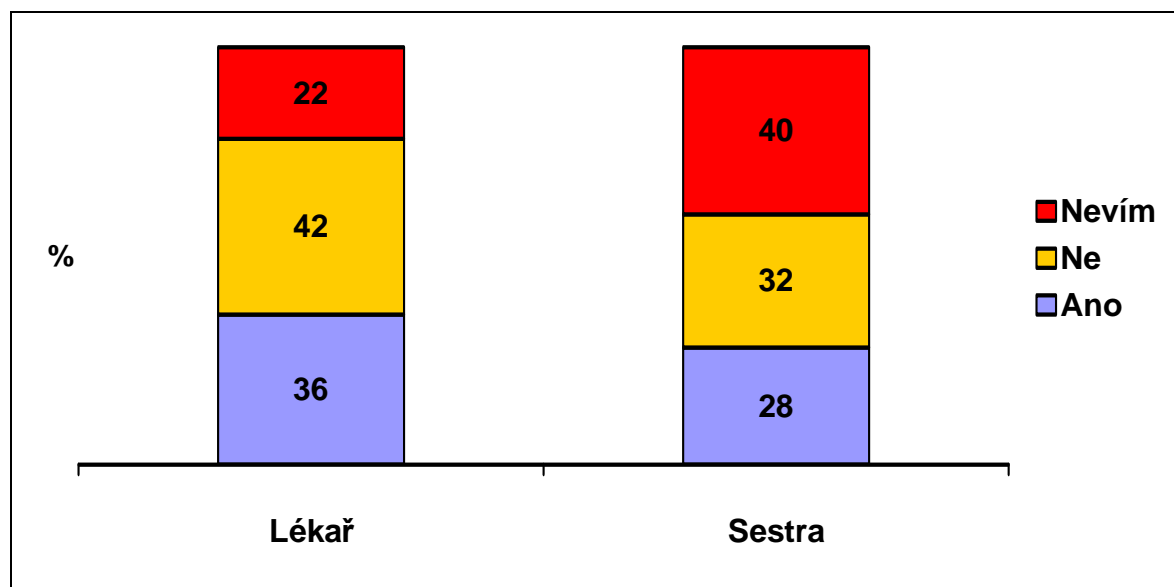
Otázka č. 4 : **Umíte si představit, že jste součástí komise, která potvrdila možnost a je přítomna realizace rozhodnutí pacienta o ukončení života?**

Zdravotníci

tabulka č. 7

jednotlivé odpovědi	lékař		sestra	
	absolutní	relativní	absolutní	relativní
Ano	16	36	14	28
Ne	19	42	16	32
Nevím	10	22	20	40
Celkem	45	100	50	100

graf č. 5



PŘÍLOHA P X: TABULKA Č. 8, GRAF Č. 6

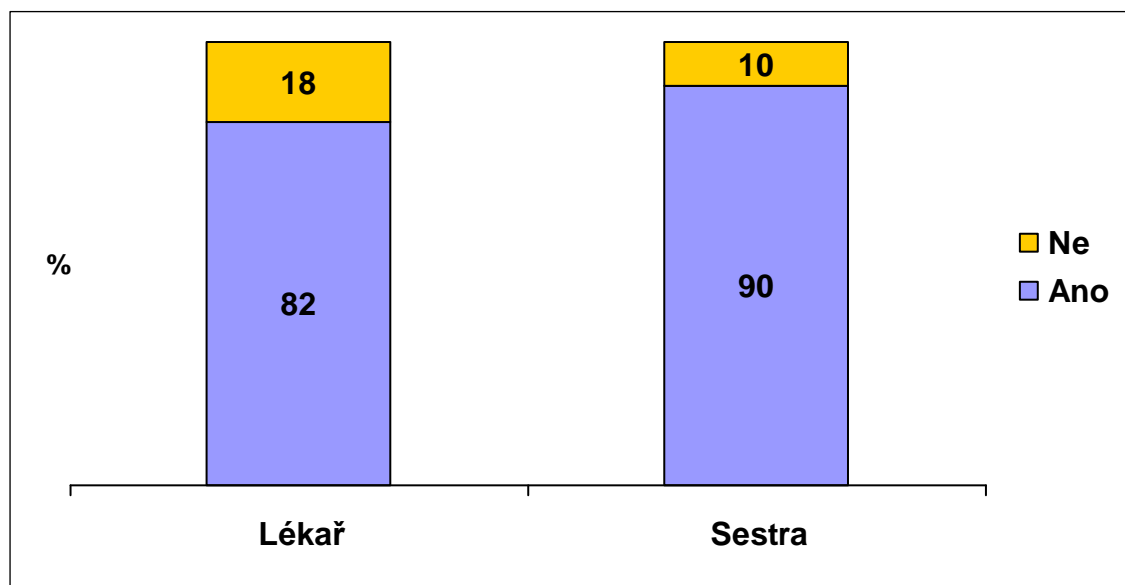
Otázka č. 5 : **Myslíte si, že žádají pacienti o eutanazii?**

Zdravotníci

tabulka č. 8

jednotlivé odpovědi	lékař		sestra	
	absolutní	relativní	absolutní	relativní
Ano	37	82	45	90
Ne	8	18	5	10
Celkem	45	100	50	100

graf č. 6



PŘÍLOHA P XI: TABULKA Č. 9

Otázka č. 5.1 : **V případě, že ano, z jakého důvodu?**

Zdravotníci

tabulka č. 9

jednotlivé odpovědi	Lékař		sestra	
	absolutní	relativní	absolutní	relativní
Nevyléčitelné onemocnění	38	84	41	82
Dlouhodobá bolest	35	78	40	80
Z nedostatku zájmu příbuzných	10	22	13	26
Z nedostatku zájmu oš. personálu	6	13	8	16
Zklamání ze života	5	11	16	32
Jiné	2	4	1	2

PŘÍLOHA P XII: TABULKA Č. 10, GRAF Č. 7

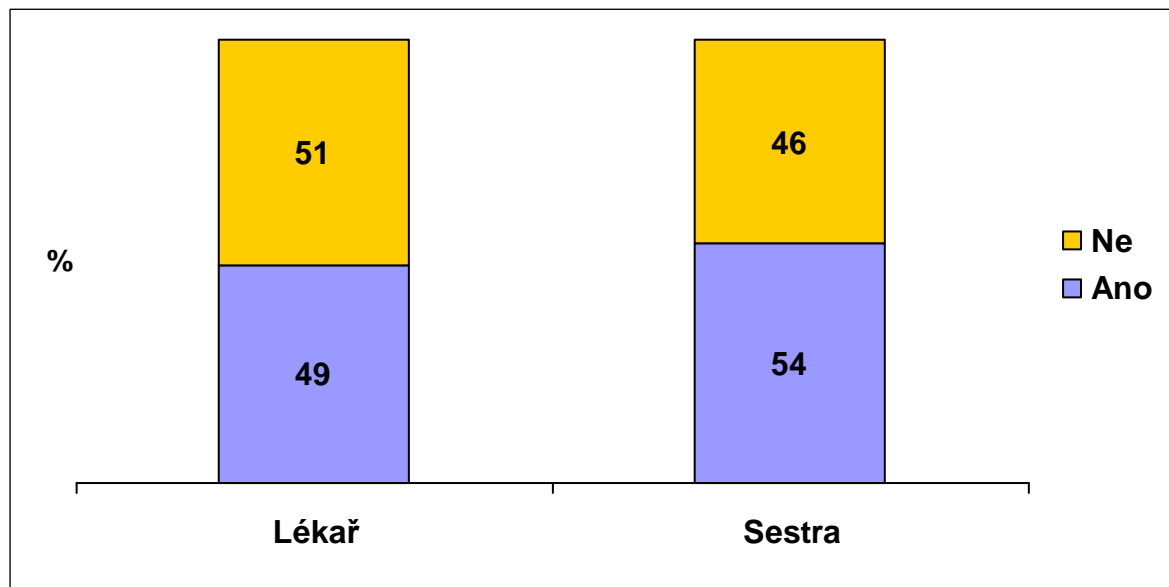
Otázka č. 6 : **Jste názoru, že umírající má z hlediska ošetřujícího personálu maximální péči?**

Zdravotníci

tabulka č. 10

jednotlivé odpovědi	lékař		sestra	
	absolutní	relativní	absolutní	relativní
Ano	22	49	27	54
Ne	23	51	23	46
Celkem	45	100	50	100

graf č. 7



PŘÍLOHA P XIII: TABULKA Č. 11, GRAF Č. 8

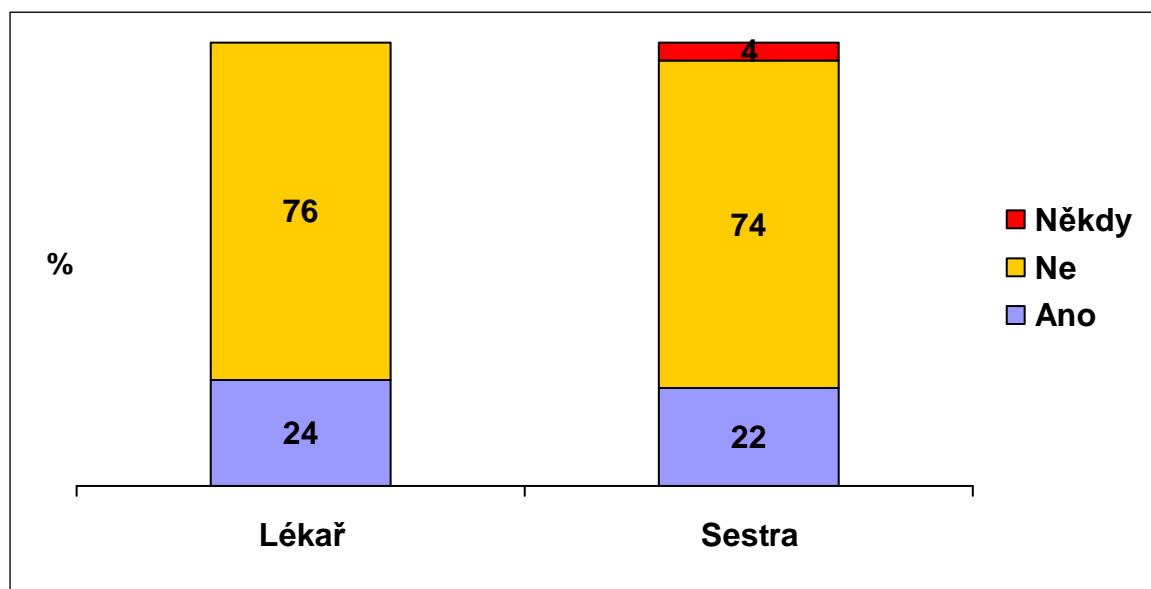
Otázka č. 7 : **Působí vám potíže komunikovat s umírajícími pacienty?**

Zdravotníci

tabulka č. 11

jednotlivé odpovědi	lékař		sestra	
	absolutní	relativní	absolutní	relativní
Ano	11	24	11	22
Ne	34	76	37	74
Někdy	0	0	2	4
Celkem	45	100	50	100

graf č. 8



PŘÍLOHA P XIV: TABULKA Č. 12, GRAF Č. 9

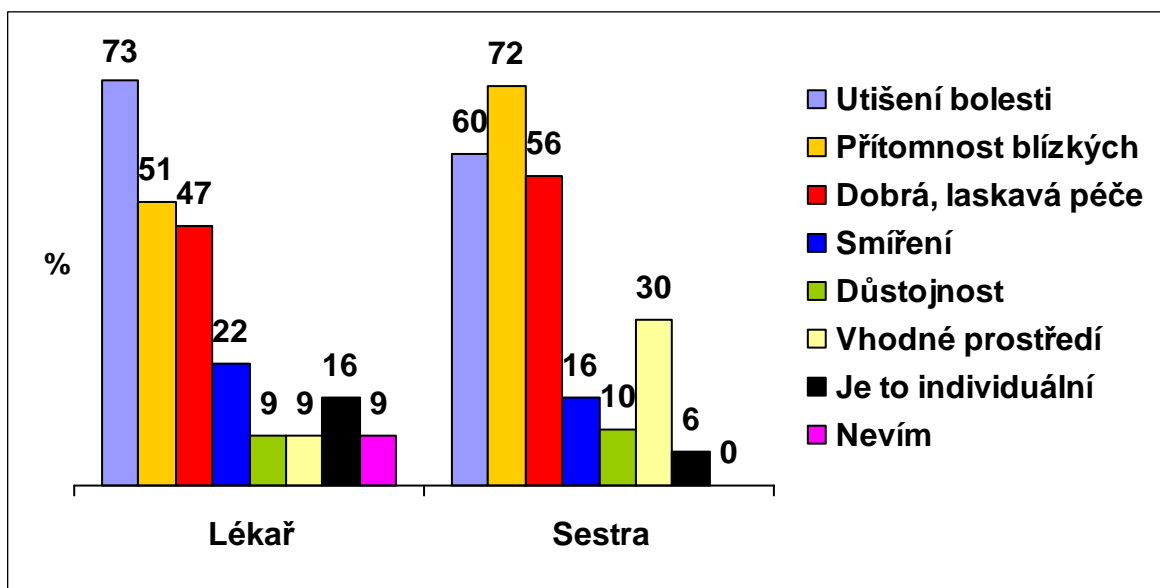
Otázka č. 8 : **Jaké jsou dle Vašeho názoru 3 nejdůležitější potřeby umírajícího člověka?**

Zdravotníci

tabulka č. 12

jednotlivé odpovědi	lékař		sestra	
	absolutní	relativní	absolutní	relativní
Utišení bolesti	33	73	30	60
Přítomnost blízkých	23	51	36	72
Dobrá, laskavá péče	21	47	28	56
Smíření	10	22	8	16
Důstojnost	4	9	5	10
Vhodné prostředí	4	9	15	30
Je to individuální	7	16	3	6
Nevím	4	9	0	0

graf č. 9



PŘÍLOHA P XV: TABULKA Č. 13, GRAF Č. 10

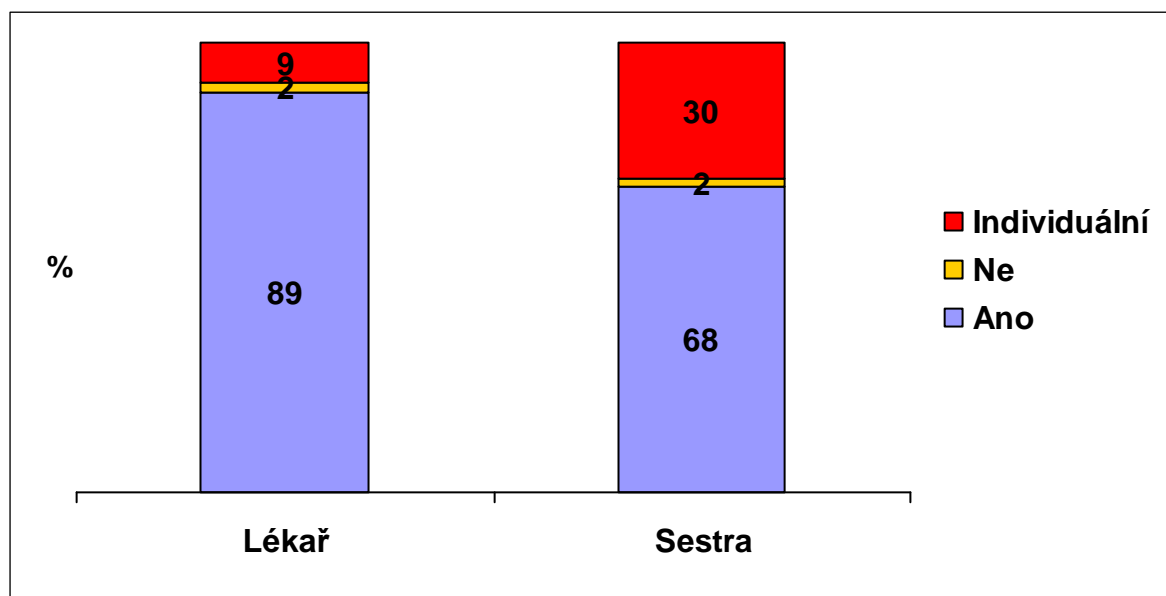
Otázka č. 9 : **Jste názoru, že pacient má znát pravdu o své diagnóze?**

Zdravotníci

tabulka č. 13

jednotlivé odpovědi	lékař		sestra	
	absolutní	relativní	absolutní	relativní
Ano	40	89	34	68
Ne	1	2	1	2
Individuální přístup	4	9	15	30
Celkem	45	100	50	100

graf č. 10






PŘÍLOHA P XVI: TABULKA Č. 14

Otázka č. 1 : **Co se vám vybaví, když se řekne eutanazie?**

Laická veřejnost

tabulka č. 14

jednotlivé odpovědi	18-40		41 a více	
	absolutní	relativní	absolutní	relativní
Ukončení života, trápení na žádost pacienta	12	48	15	52
Vysvobození, milosrdná smrt	3	12	6	21
Násilná smrt	0	0	3	10
Usmrcení	0	0	3	10
Lehká a rychlá smrt	1	4	1	3
Možnost volby v bezvýchodné situaci	2	8	0	0
Nic	2	8	0	0
Právo na smrt	2	8	0	0
Člověk na lůžku s velkými bolestmi	1	4	0	0
Problém	0	0	1	3
Sebevražda s odbornou asistencí	1	4	0	0
Zbavení bolesti a bezmoci	1	4	0	0
Celkem	25	100	29	100

	Odmítavý postoj
	Výzva
	Nic, problém

PŘÍLOHA P XVII: TABULKA Č. 15, GRAF Č. 11

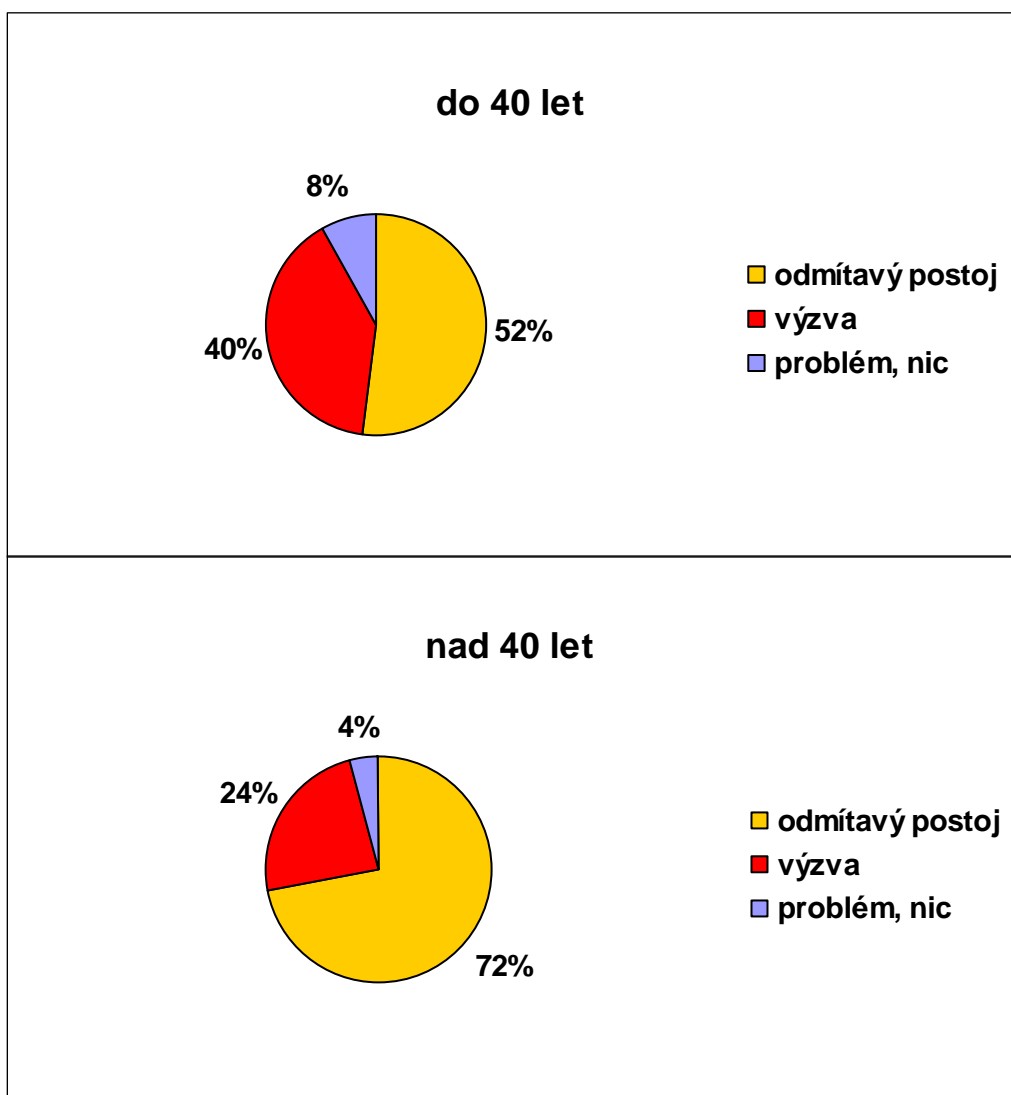
Otázka č. 1 : **Co se vám vybaví, když se řekne eutanazie?**

Laická veřejnost

tabulka č. 15

jednotlivé odpovědi	18-40		41 a více	
	absolutní	relativní	absolutní	relativní
Odmítavý postoj	13	52	21	72
Výzva	10	40	7	24
Nic, problém	2	8	1	4
Celkem	25	100	29	100

graf č. 11



PŘÍLOHA P XVIII: TABULKA Č. 16, GRAF Č. 12

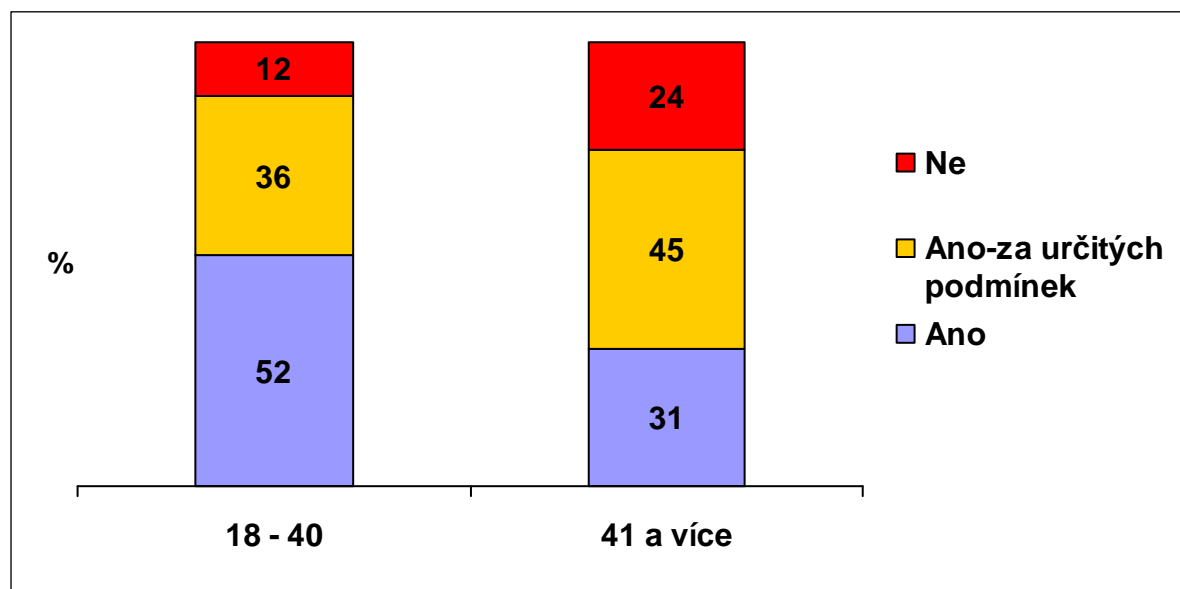
Otázka č. 2 : **Souhlasíte s legalizací eutanazie v ČR?**

Laická veřejnost

tabulka č. 16

jednotlivé odpovědi	18-40		41 a více	
	absolutní	relativní	absolutní	relativní
Ano	13	52	9	31
Ano-za určitých podmínek	9	36	13	45
Ne	3	12	7	24
Celkem	25	100	29	100

graf č. 12



PŘÍLOHA P XIX: TABULKA Č. 17, GRAF Č. 13

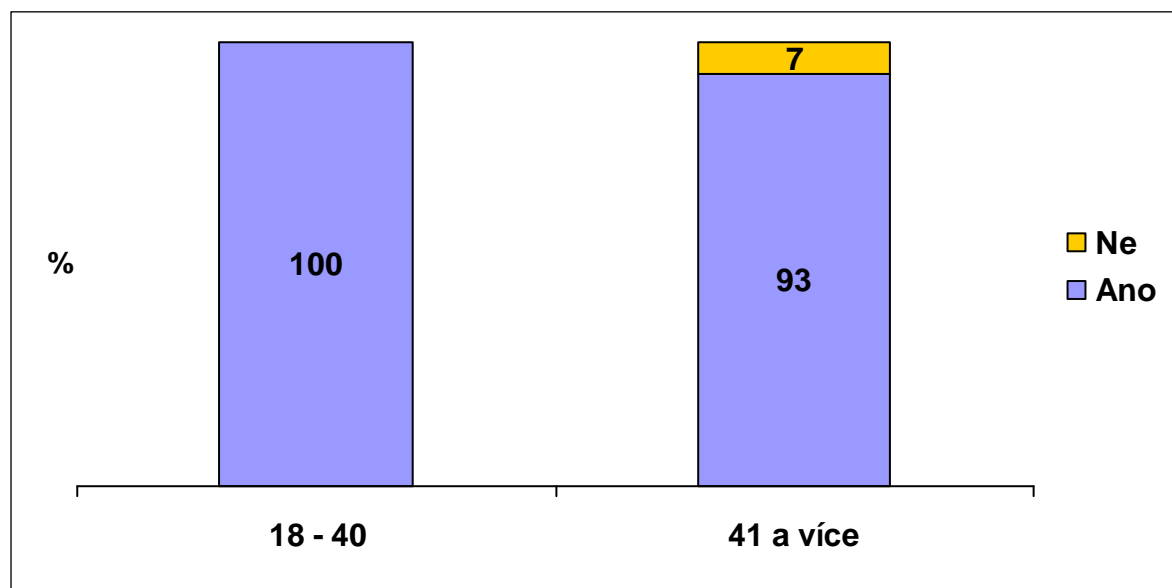
Otázka č. 3 : **Myslíte si, že žádají pacienti o eutanazii?**

Laická veřejnost

tabulka č. 17

jednotlivé odpovědi	18-40		40 a více	
	absolutní	relativní	absolutní	relativní
Ano	25	100	27	93
Ne	0	0	2	7
Celkem	25	100	29	100

graf č. 13



PŘÍLOHA P XX: TABULKA Č. 18, GRAF Č. 14

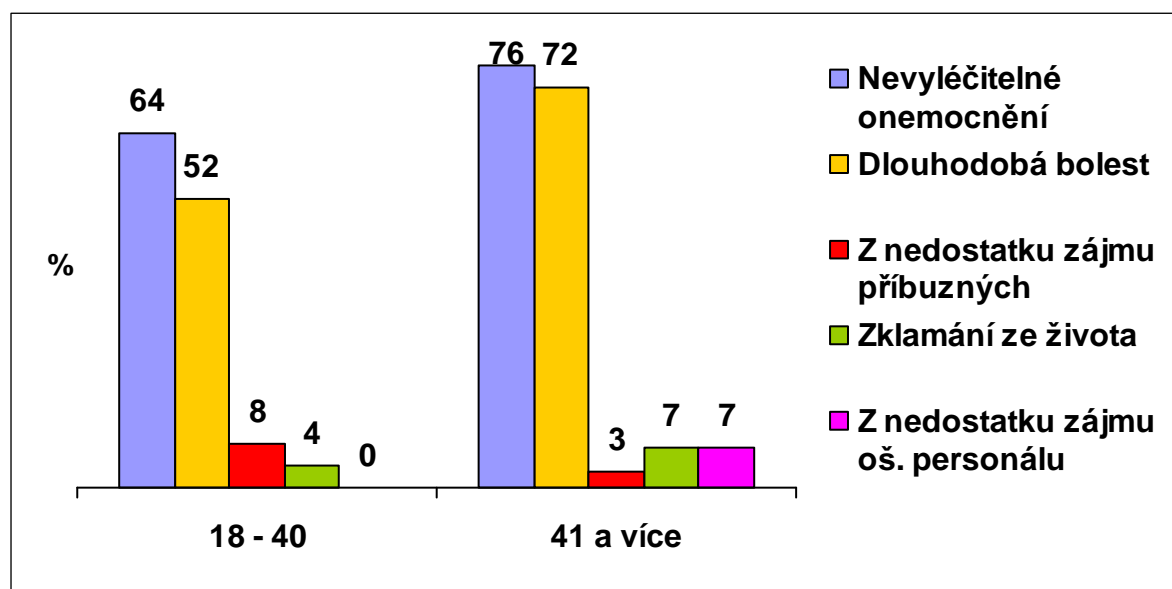
Otázka č. 3.1 : **V případě, že ano, z jakého důvodu?**

Laická veřejnost

tabulka č. 18

jednotlivé odpovědi	18-40		41 a více	
	absolutní	relativní	absolutní	relativní
Nevyléčitelné onemocnění	16	64	22	76
Dlouhodobá bolest	13	52	21	72
Z nedostatku zájmu příbuzných	2	8	1	3
Zklamání ze života	1	4	2	7
Z nedostatku zájmu oš. personálu	0	0	2	7

graf č. 14



PŘÍLOHA P XXI: TABULKA Č. 19, GRAF Č. 15

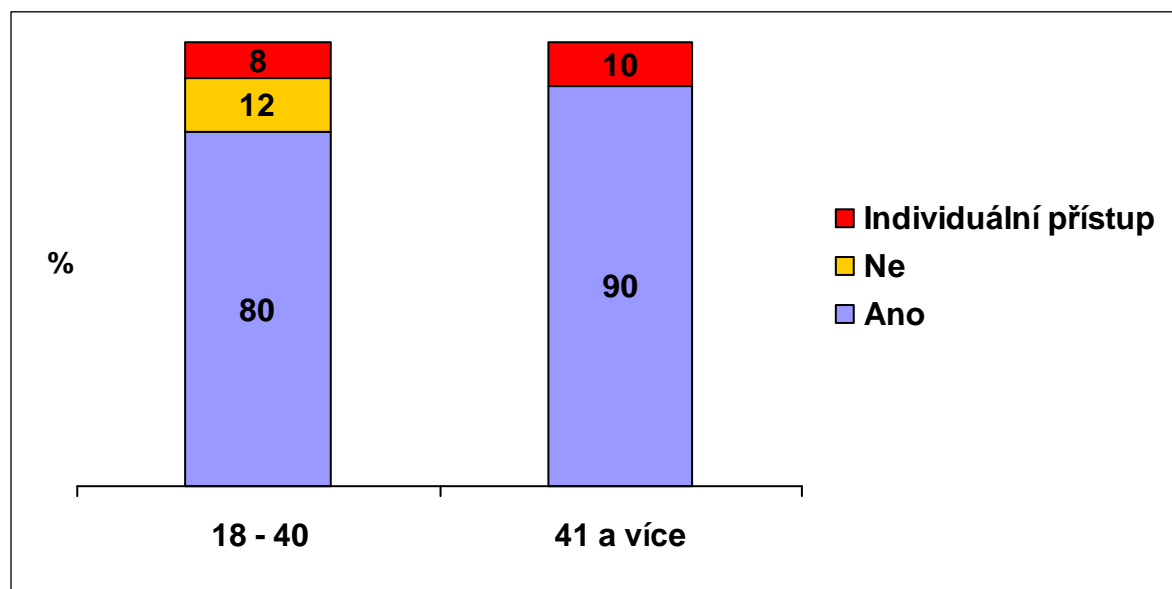
Otázka č. 4 : **Jste názoru, pacient má znát pravdu o své diagnóze?**

Laická veřejnost

tabulka č. 19

jednotlivé odpovědi	18-40		41 a více	
	absolutní	relativní	absolutní	relativní
Ano	20	80	26	90
Ne	3	12	0	0
Individuální přístup	2	8	3	10
Celkem	25	100	29	100

graf č. 15



PŘÍLOHA P XXII: TABULKA Č. 20, GRAF Č. 16

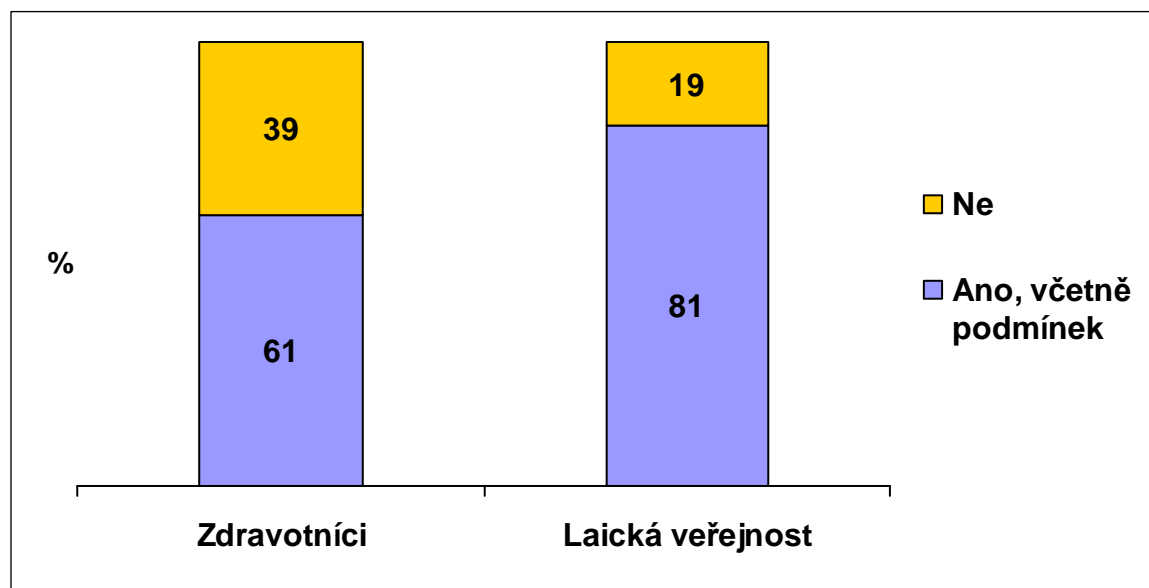
Otázka č. 2 : **Souhlasíte s legalizací eutanazie v ČR?**

Zdravotníci a laická veřejnost

tabulka č. 20

jednotlivé odpovědi	zdravotníci		laická veřejnost	
	absolutní	relativní	absolutní	relativní
Ano, včetně podmínek	58	61	44	81
Ne	37	39	10	19
Celkem	95	100	54	100

graf č. 16



PŘÍLOHA P XXIII: TABULKA Č. 21., GRAF Č. 17

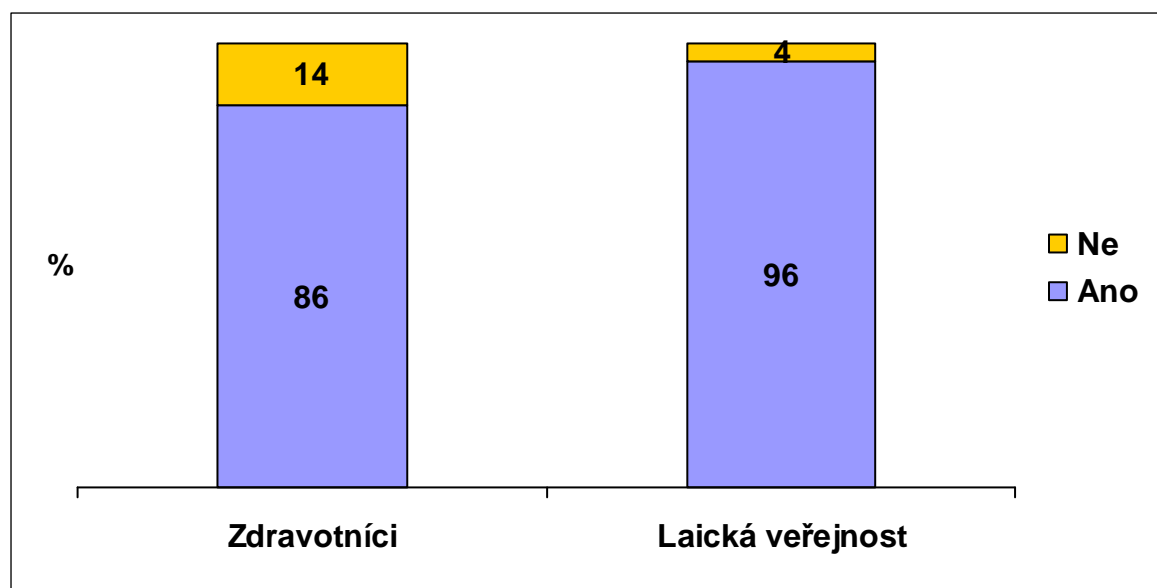
Otázka č. 5 : **Myslíte si, že žádají pacienti o eutanazii?**

Zdravotníci a laická veřejnost

tabulka č. 21

jednotlivé odpovědi	zdravotníci		laická veřejnost	
	absolutní	relativní	absolutní	relativní
Ano	82	86	52	96
Ne	13	14	2	4
Celkem	95	100	54	100

graf č. 17



PŘÍLOHA P XXIV: TABULKA Č. 22, GRAF Č. 18

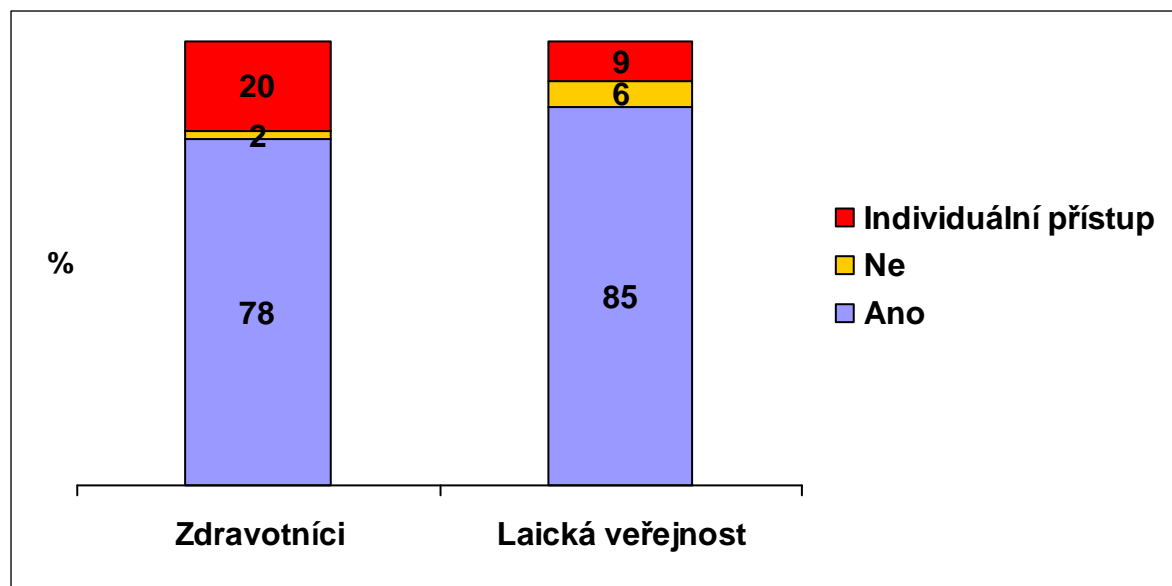
Otázka č. 9 : **Jste názoru, že pacient má znát pravdu o své diagnóze?**

Zdravotníci a laická veřejnost

tabulka č. 22

jednotlivé odpovědi	zdravotníci		laická veřejnost	
	absolutní	relativní	absolutní	relativní
Ano	74	78	46	85
Ne	2	2	3	6
Individuální přístup	19	20	5	9
Celkem	95	100	54	100

graf č. 18



PŘÍLOHA P XXV: KODEX PRÁV PACIENTŮ VYHLÁŠENÝ V ČESKÉ REPUBLICE

Kodex práv pacientů byl u nás zveřejněn v roce 1992 a vytváří morální normu, která respektuje pacienta jako rovnoprávného partnera v uskutečňování zdravotní péče. Pacienti se svými právy teprve postupně seznamují a začínají je uplatňovat v praxi.

1. Pacient má právo na **ohleduplnou odbornou zdravotnickou péči** prováděnou s porozuměním kvalifikovanými pracovníky.
2. Pacient má právo **znát jméno lékaře a dalších zdravotnických pracovníků**, kteří ho ošetřují. Má právo žádat soukromí a služby přiměřené možnostem ústavu, jakož i možnost denně se stýkat se členy své rodiny či s přáteli. Omezení takového způsobu (tzv.kontinuálních) návštěv může být provedeno pouze ze závažných důvodů.
3. Pacient má právo získat od svého lékaře údaje potřebné k tomu, aby mohl před zahájením každého dalšího nového diagnostického a terapeutického postupu zasvěceně rozhodnout, zda s ním souhlasí. Vyjma případů akutního ohrožení má být **náležitě informován** o případných rizicích, která jsou s uvedeným postupem spojena. Pokud existuje více alternativních postupů nebo pokud pacient vyžaduje informace o dalších léčebných alternativách, má na seznámení s nimi právo. Má rovněž právo znát jména osob, která se na nich účastní.
4. Pacient má v rozsahu, který povoluje zákon, právo **odmítnout léčbu** a má být současně informován o zdravotních důsledcích svého rozhodnutí.
5. V průběhu ambulantního i nemocničního vyšetření, ošetření a léčby má nemocný právo na to, aby byly v souvislosti s programem léčby brány maximální ohledy na jeho **soukromí a stud**. Rozbory jeho případu, konzultace, vyšetření a léčba jsou věcí důvěrnou a musí být prováděny diskrétně. Přítomnost osob, které nejsou na léčbě přímo zúčastněny, musí odsouhlasit nemocný, a to i ve fakultních zařízeních, pokud si tyto osoby nemocný sám nevybral.

6. Pacient má právo očekávat, že veškeré zprávy a záznamy týkající se jeho léčby jsou považovány za důvěrné. **Ochrana informací** o nemocném musí být zajištěna i v případech počítačového zpracování.
7. Pacient má právo očekávat, že nemocnice musí podle svých možností vyhovět jeho žádostem o poskytované péče v míře odpovídající povaze onemocnění. Je-li to nutné, může být pacient předán jinému ústavu, případně tam převezen poté, když mu bylo poskytnuto **úplné zdůvodnění** a informace o nezbytnosti tohoto **překladu** a ostatních alternativách, které přitom existují.
8. Pacient má právo očekávat, že jeho léčba bude vedena s přiměřenou kontinuitou. Má právo vědět předem, kteří lékaři, v jakých ordinačních hodinách a na jakém místě jsou mu **po propuštění** k dispozici. Má právo očekávat, že nemocnice určí postup, jimž bude **jeho lékař informován** o tom, jaká bude jeho další péče.
9. Pacient má právo na podrobné a jemu srozumitelné vysvětlení v případě, že se lékař rozhodl k nestandardnímu postupu či experimentu. **Písemný vědomý souhlas** nemocného je podmínkou k zahájení neterapeutického i terapeutického **výzkumu**. Pacient může kdykoliv, a to bez uvedení důvodu, z experimentu odstoupit, i když byl poučen o případných zdravotních důsledcích takového rozhodnutí.
10. Nemocný v závěru života má právo na citlivou péči všech zdravotníků, kteří musí respektovat jeho přání, pokud tato nejsou v rozporu s platnými zákony.
11. Pacient má právo a povinnost znát a řídit se **platným řádem zdravotnické instituce**, v níž se léčí (tzv. nemocniční řád). Pacient má právo kontrolovat svůj účet, a vyžadovat odůvodnění jeho položek bez ohledu na to, kým je účet placen.

Etický kodex Práva pacientů navrhla, po připomínkovém řízení definitivně formulovala a schválila Centrální etická komise Ministerstva zdravotnictví České republiky.

PŘÍLOHA P XXVI: CHARTA UMÍRAJÍCÍCH

- Mám právo na to, aby se mnou až do smrti zacházelo jako s lidskou bytostí
- Mám právo na naději, a nezáleží na tom, že se mění moje životní perspektiva
- Mám právo vyjádřit své pocity a emoce týkající se blízké smrti
- Mám právo se podílet na rozhodnutích týkajících se péče o mě
- Mám právo na stálou zdravotnickou péči, přestože se cíl uzdravení mé nemoci mění na „zachování pohodlí a kvality života“
- Mám právo nezemřít opuštěn
- Mám právo být ušetřen bolesti
- Mám právo na poctivé odpovědi na své otázky
- Mám právo nebýt klamán
- Mám právo na pomoc rodiny a pomoc pro rodinu v souvislosti s přijetím mé smrti
- Mám právo zemřít v klidu a důstojně
- Mám právo uchovat si svou individualitu a mám právo na laskavé pochopení svých rozhodnutí a názorů
- Mám právo být ošetřován pozornými, citlivými a zkušenými lidmi, kteří se pokusí porozumět mým potřebám a kteří budou prožívat zadostiučinění z toho, že mi budou pomáhat tváří tvář smrti

PŘÍLOHA P XXVII: PŘÍSAHA HIPOKRATOVA

Přisáhám 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 to 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 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 smyslových požitcích se ženami a muži, jak se svobodnými tak s otroky. Uvidím-li nebo uslyším-li při své lékařské praxi 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, necht' je mi dopřáno žít navždy šťastně, požívat úcty u všech lidí a těšit se z plodů svého umění. Jestliže ji však poruším a poskvrním, staniž se mi pravý opak.

**PŘÍLOHA P XXVIII: HOSPIC ANEŽKY ČESKÉ V ČERVENÉM
KOSTELCI**



První hospic v ČR.

PŘÍLOHA P XXIX: INFORMOVANÝ SOUHLAS K ŽÁDOSTI O PŘIJETÍ DO HOSPICE ANEŽKY ČESKÉ



OBLASTNÍ CHARITA ČERVENÝ KOSTELEČ

5. května 1170, 549 41 Červený Kostelec, IČ: 48623814
středisko Hospic Anežky České, www.hospic.cz, tel. 491467030

Slovo lékaře

Vážená paní, vážený pane,

člověk jako svobodný jedinec má nezadatelné právo na rozhodování o sobě i v otázkách tak citlivých, jako je vlastní zdraví. Aby se mohl správně rozhodovat, musí být dostatečně informován. Proto se na Vás obracíme s následující informací.

Čím více toho o nemocném víme, tím více pro něho můžeme udělat. Proto prosíme Vás a Vašeho ošetřujícího lékaře o vyplnění údajů v Žádosti o přijetí. Její součástí je i tento písemný svobodný a informovaný souhlas pacienta. "Svobodný" znamená, že si sám nemocný hospitalizaci v hospici přeje, "informovaný" znamená, že nemocný ví, co hospic je. Nechápejte to, prosím, jako pouhou formalitu.

Myšlenka hospice vychází z úcty k životu a z úcty k člověku jako jedinečné, neopakovatelné bytosti. Lékařská věda může hodně, ale není všemocná. Máte-li to štěstí, že mezi Vámi a lékařem je upřímný a poctivý vztah, možná Vám řekl, že další radikální léčba by byla pro Vás jen zdrojem nových nepříjemných vedlejších účinků, ale život prodloužit nemůže. Zde je pak na místě léčba, kterou Vám může nabídnout hospic. Jejím cílem není prodloužování, nýbrž kvalita života. Nejsme pánem nad životem a smrtí, nemůžeme nikomu život prodloužit a proto to neslibujeme. Nebudeme ho ale také zkracovat žádnou euthanasií. Hospic se snaží pacientovi zajistit, že:

- 1) nebude trpět nesnesitelnou bolestí,
- 2) bude vždy respektována jeho lidská důstojnost,
- 3) ani v posledních chvílích nezůstane osamocen.

Lékař v hospici vědomě upouští od všech léčebných zákroků a postupů, které nemohou zlepšit kvalitu života a naopak ordinuje všechno to, co kvalitu života zlepšit může. Toto kritérium je v hospici rozhodující. Váš souhlas s hospitalizací v hospici můžete kdykoliv odvolat. Rádi Vám předem zodpovíme další otázky. Základní informace a ceník úhrad najdete v tiskopise Informace před přijetím – získat jej můžete na výše uvedené adrese či u Vašeho lékaře nebo na www.hospic.cz.

Za Hospic Anežky České,

MUDr. Jan Král, vedoucí lékař v hospici

Zde odstříhnete. Horní část si ponechá pacient, dolní přiloží lékař k žádosti o přijetí.



Svobodný informovaný souhlas pacienta příloha k žádosti o přijetí do Hospice Anežky České v Červeném Kostelci

Jméno a příjmení pacienta: RČ:

Potvrzuji svým podpisem, že jsem se rozhodl/a pro hospicovou péči svobodně, po zralém uvážení a řádném poučení. Jsem si vědom/a toho, že cílem péče není umělé prodloužování života, ale jeho kvalita a že zde nebudou aplikovány léčebné zákroky a postupy, které nemohou zlepšit kvalitu života. Informace o hospici jsem získal/a (zakroužkujte, event. doplňte na druhé straně formuláře):

- z poučení na tomto listě
- ústně od svého lékaře
- přečtením letáčku Informace před přijetím
- jiným způsobem – upřesněte jak

Souhlasím, aby s informacemi o mém zdravotním stavu byl seznámen (jméno a příjmení, kontakt):

Datum a místo: Podpis pacienta:

PŘÍLOHA P XXX: SEZNAM HOSPICŮ V ČR

Název	Kategorie
Benešov, Mobilní hospicová služba Hospice Dobrého Pastýře	Domácí hospicová péče
Brno, Hospic sv. Alžběty	Lůžkové hospice
Charita Kyjov, Domácí hospic David	Domácí hospicová péče
Charitní hospicová péče Pokojný přístav	Domácí hospicová péče
Chrudim, Smíření	Hospice ve výstavbě
Čerčany, Hospic Dobrého Pastýře	Lůžkové hospice
Červený Kostelec, Hospic Anežky České	Lůžkové hospice
Domácí hospic Uherské Hradiště	Domácí hospicová péče
Hospic DUO - Vraňany	Hospice ve výstavbě
Hospic Johanka	Hospice ve výstavbě
Jablonec nad Nisou, Ambulance paliativní péče	Další hospicová péče
Litoměřice, Hospic sv. Štěpána	Lůžkové hospice
Malejovice, Dětský hospic	Lůžkové hospice
Most, Hospic v Mostě	Domácí hospicová péče
Most, Hospic v Mostě	Lůžkové hospice
Nové Město na Moravě, Hospicové hnutí Vysočina	Další hospicová péče
Občanské sdružení Hospic pro Liberec	Hospice ve výstavbě
Olomouc, Hospic na Svatém Kopečku	Lůžkové hospice
Ostrava, Dobrovolnické hospicové hnutí	Další hospicová péče
Ostrava, Hospic sv. Lukáše	Lůžkové hospice
Ostrava, Mobilní hospic Ondrášek	Domácí hospicová péče

Plzeň, Hospic sv. Lazara	Lůžkové hospice
Prachatice, Hospic sv. Jana Nepomuka Neumanna	Lůžkové hospice
Praha, Domácí hospic Cesta domů	Domácí hospicová péče
Praha, Hospic Štrasburk	Lůžkové hospice
Rajhrad, Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa	Lůžkové hospice
Valašské Meziříčí, Citadela	Lůžkové hospice
Velká Chmelištná, Společenství Androméda	Hospice ve výstavbě
Zlín, Hospic Hvězda	Lůžkové hospice
Žďár nad Sázavou, Oblastní charita - domácí hospicová péče	Domácí hospicová péče