

TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI

FAKULTA PEDAGOGICKÁ

**Katedra pedagogiky a psychologie
oddělení sociálních studií**

JAK LIDÉ UMÍRAJÍ

Autor: Petra WIESEROVÁ

Adresa: Pod Strání 46, 463 03 Stráž nad Nisou

Vedoucí práce: PhDr. Milan Štěpanovič

UNIVERZITNÍ KNIHOVNA
TECHNICKÉ UNIVERZITY V LIBERCI



3146070620

Počet: stran 36 tabulek 18 grafů 9 příloh 3

V Liberci 13. prosince 2003

Katedra: Pedagogiky a psychologie, oddělení sociálních studií

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(pro bakalářský studijní program)

pro (kandidát): Petra WIESEROVÁ
adresa: Pod Strání 46, 463 03 Stráž nad Nisou
obor (kombinace): Sociální pracovník
Název BP: JAK LIDÉ UMÍRAJÍ
Název BP v angličtině: How the people die
Vedoucí práce: PhDr. M. Štěpanovič
Konzultant: prim. MUDr. O. Feldman
Termín odevzdání: 15.12. 2003

Pozn. Podmínky pro zadání práce jsou k nahlédnutí na katedrách. Katedry rovněž formulují podrobnosti zadání. Zásady pro zpracování DP jsou k dispozici ve dvou verzích (stručné, resp. metodické pokyny) na katedrách a na Děkanátě Fakulty pedagogické TU v Liberci.

V Liberci dne : 11.01. 2002




děkan

vedoucí katedry

Převzal (kandidát): WIESEROVÁ Petra

Datum: 15. 4. 2002

Podpis: 

Cíl: V naší práci se zaměříme na problematiku eutanázie. Cílem práce bude zjišťování názorů zdravotníků i laické veřejnosti na eutanázii, včetně zamyšlení se nad hospicovou péčí.


Hypotézy:

1. Domníváme se, že 100% respondentů z řad zdravotníků a 95% respondentů z řad laické veřejnosti ví, co znamená pojem eutanázie.
2. Současně předpokládáme, že z 65% zdravotníci a z 85% veřejnost souhlasí s možností dobrovolného ukončení života za nesnesitelné trýzně a bolesti v terminálním stádiu choroby.
3. Domníváme se, že 100% zdravotníků a 80% laiků je dostatečně informováno o tom, co znamená zařízení hospicové péče.

Metody: Dotazník.

Literatura:

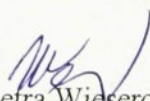
- Topinková E., Neuwirth J.: Geriatrie pro praktického lékaře. Grada Avicenum, Praha, 1995.
- Nuland S.: Jak lidé umírají. Knižní klub, k. s., Praha, 1996.
- Šrubařová M.: Věčné téma eutanázie. Sestra 3, 1999, str. 25.
- Langmeier J., Langmeier M., Krejčířová D.: Vývojová psychologie s úvodem do vývojové neurofyziologie. Nakladatelství H & H, Praha, 1998.
- Betty J. Eadieová: V náručí světla. Knižní klub, k. s., Praha, 1994.


Vedoucí práce: PhDr. M. Štěpanovič

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem uvedenou bakalářskou práci vypracovala samostatně a že jsem uvedla veškerou použitou literaturu.

V Liberci dne 13. prosince 2003


Petra Wideserová

Poděkování:

Ráda bych poděkovala všem, bez nichž bych pravděpodobně svoji práci nedokončila. Můj dík patří především mé rodině za láskyplnou podporu a pomoc, kterou mi věnovali. Poděkování patří též vedoucímu mé práce PhDr. Milanu Štěpanovičovi, za vynikající přístup a rady k mé práci.

Prohlášení k využívání výsledků BP:

Jsem si vědoma těchto skutečností:

- a) bakalářská práce je majetkem školy
- b) s bakalářskou prací nelze bez svolení školy disponovat
- c) bakalářská práce může být zapůjčena či objednána (kopie) za účelem jejího obsahu

Beru na vědomí, že po pěti letech si mohu bakalářskou práci vyžádat v Univerzitní knihovně TU v Liberci, kde bude uložena.

Petra Wieserová

Pod Strání 46

463 03 Stráž nad Nisou

Podpis:



OBSAH

Úvod.....	1
-----------	---

I. Teoretická část

1. O eutanázii všeobecně

1.1. Eutanázie a základní pojmy.....	2
1.2. K historii eutanázie.....	3

2. Názory na eutanázii a její praxe v zahraničí

2.1. Německo.....	4
2.2. Nizozemí.....	5
2.3. Belgie.....	7
2.4. USA.....	7
2.5. Velká Británie – země s prvním hospicem.....	8
2.6. Ostatní státy.....	9

3. Situace v České republice

3.1. Vývoj názoru na eutanázii v České republice.....	9
3.2. Eutanázie a právo v ČR.....	10
3.3. Připravuje se změna.....	11

4. Proč pacienti žádají o eutanázii

4.1. Psychické prožívání těžké nevléčitelné choroby.....	12
4.2. Co je příčinou žádosti o eutanázii.....	14

5. Jak pečovat o nemocné, aby nežádali o eutanázii

5.1. Sdělování pravdy.....	16
5.2. Poskytnutí fyzické, psychické, sociální a spirituální péče.....	17
5.3. Hospic.....	19

II. Praktická část

6. Uvedení do problematiky

6.1. Zaměření a cíl průzkumu.....	21
6.2. Stanovené hypotézy.....	21
6.3. Použité metody.....	22
6.4. Charakteristika zkoumaných vzorků.....	22

7. Výzkumná část..... 23

III. Závěrečná část

8. Shrnutí

8.1. Vyhodnocení hypotéz.....	34
8.2. Závěr.....	35

Použitá literatura

Přílohy

Úvod

Snad každý člověk se během svého života pozastaví nad otázkami souvisejícími s umíráním a se smrtí. Pracuji již několik let na anesteziologicko-resuscitačním oddělení a setkala jsem se mnohokrát s velmi smutnými i tragickými závěry života. Pokud bych tvrdila, že myšlenka na „milosrdnou smrt“ mne v těchto souvislostech nikdy nenapadla, nebyla by to pravda. A snad právě z těchto důvodů jsem se rozhodla zaměřit se na problematiku eutanázie v této závěrečné práci.

V teoretické části se zaměříme na vysvětlení pojmu eutanázie, na historii, i na zmapování současných názorů na eutanázii v různých částech světa, včetně naší republiky. Hlavním přínosem naší práce by však mělo být pozastavení se nad tím, co vlastně k žádosti o eutanázii člověka vede a především to, jak se tyto příčiny dají odstranit.

V praktické části zpracováváme výsledky vlastního průzkumu, který měl za cíl potvrdit či vyvrátit nastolené hypotézy.

I. Teoretická část

1. O eutanázii všeobecně

1.1. Eutanázie a základní pojmy

Problém eutanázie je starý jako lidstvo samo. O tématu ukončení života z útrpnosti se stále diskutuje a názory na pomoc při ukončení života nikdy nebyly a nejsou shodné.

Termín eutanázie vymyslel a používal anglický filozof Francis Bacon (1561-1626). Z řeckého překladu znamená (*eu* – dobře, *thanatos* – smrt) dobrou smrt. Dříve eutanázie znamenala všestrannou pomoc umírajícímu člověku, zaměřenou na mírnění tělesných bolestí a duševních úzkostí. Moderní medicína zahrnuje pod tento pojem takové jednání, jehož cílem je způsobit nebo urychlit smrt těžce nemocného člověka, ukončit jeho utrpení, a to na základě jeho žádosti, nebo předpokladu, že by si toto přál.

Velkým nedorozuměním v diskuzích týkajících se eutanázie je představa, že se eutanázie dělí na aktivní a pasivní. Aktivní eutanázií rozumíme úmyslné ukončení života lékařem, a to aktivním způsobem. Ovšem pod pojem eutanázie bývá zahrnuto i vysazení nebo nenasazení zbytečné léčby, což je právě označováno jako eutanázie pasivní. Je třeba postupovat proti tomuto směšování. Upuštění od zbytečné léčby není totéž jako aktivní záhuba pacienta. Pojem eutanázie tedy budeme používat výhradně pro úmyslné ukončení života.

Ponechat umírajícího pacienta zemřít je zcela jiná situace, než pacienta usmrtit. Je třeba zohlednit i názor pacienta. Právo odmítnout v mezích zákona léčbu patří mezi základní práva pacientů. Mnohá rozhodnutí o další terapii je ale potřeba učinit v situacích, kdy pacient není schopen komunikovat a dát najevo svůj souhlas či nesouhlas. V mnoha zemích je tento problém řešen předběžným stanoviskem pacienta ke druhu poskytované péče v přesně definovaných situacích.

Pokud se ale ve společnosti diskutuje o legitimitě eutanázie, mnoho lidí považuje za eutanázii to, co jí není ani podle definice, ani podle morální příbuznosti, a to upuštění od léčby, která jen zbytečně prodlužuje utrpení pacienta. (Lajkep, 2002)

1.2. K historii eutanázie

Pravěká společnost, žijící v krajně drsných podmínkách, byla prakticky nucena zbavovat se jedinců, kteří jí byli na obtíž. Praxe starověkého Řecka byla obdobná. „Obec mají tvořit jednotlivci duševně a tělesně zdraví“, uvedl ve svém díle „O ideálním státu“ Platon s tím, že ostatní se nechávají zemřít.

Antická kultura převážně neodsuzovala sebevraždu ani usmrcení z útrpnosti. Číše bolehlavu byla v Řecku uznávaným prostředkem. Starořeční stoici chápali eutanázii jako právo na dobrovolný odchod ze života, pokud nemoc, staroba nebo jiné okolnosti nedovolují důstojný život. Mnozí významní učenci se stavěli za možnost dobrovolného odchodu ze života, patřil k nim například Platón, či Seneca.

V Hippokratově přísaze, která vznikla v prostředí pythagorejských filozofů, je však eutanázie výslovně zakázána („Ani prosbami se nedám pohnout k podání smrtícího léku, ani já sám na to nikdy nedám podnět...“). Tato přísaha se nakonec stala nejvlivnějším kodexem pro následující generace lékařů - ať již to byli lékaři vzeší z kultury křesťanství, nebo islámu (Janík, 1993). Rovněž podle Koránu je Bůh tvůrcem života, tedy nikdo nemá právo spáchat sebevraždu nebo v sebevraždě jinému napomáhat.

Medicína vzešlá z prostředí judaisticko-křesťanské kultury se s problematikou eutanázie vyrovnala poměrně brzy odkazem na význam starozákonních textů. Život je darem od Boha a jen Bůh rozhoduje o tom, kdy a jakým způsobem člověk zemře. Kromě toho, nikdo nemá právo usmrtit druhého člověka, což se týká i zabíjení těžce postižených dětí. V židovské kultuře byla naopak věnována všestranná péče umírajícím.

Náboženství jihovýchodní Asie (buddhismus, hinduismus) se rovněž k eutanázii staví odmítavě. Například jednou z pěti buddhistických zásad je: „Zraňování a zabíjení dýchající bytosti se chci zdržovat“. Buddhisté i hinduisté jsou přesvědčeni, že utrpení je nutnou součástí života a že každý člověk musí odčinit své nedostatky právě cestou strasti. Kdo by se tedy chtěl zbavit utrpení předčasnou smrtí, stejně si nepomůže - utrpení na něj čeká v nějaké podobě v dalším životě. Kromě toho, zabití pacienta není bez vlivu na karmu lékaře.

Problém eutanázie - v úzkém spojení s názorem na sebevraždu - později procházel dosti složitým vývojem a vyjádřila se k němu celá řada myslitelů. T. More (1478-1535) se ve své proslavené „Utopii“ staví k eutanázii kladně. M. de Montaigne (1533-1592) se domnívá, že

„Bůh nám dává svolení vzít si svůj život, pokud se nám život jeví horší než smrt“, a D. Hume (1711-1776) ve svém spise „O sebevraždě“ napadá veškerou „faleš náboženství“, jež člověku ukládá prodlužovat svůj život za snesitelnou mez. Naproti tomu I. Kant (1724-1804) považoval sebevraždu za nemorální akt.

Ať už byly názory filozofů a učenců jakékoli, na samotnou lékařskou praxi neměly valný vliv. Lékaři dál léčili pacienty podle zásad hippokratovské tradice, a diskuse filozofů byly považovány za ryze akademickou záležitost.

Vážné diskuse ohledně problematiky eutanázie se začaly mezi lékaři vést až koncem 19. století. Zdrojem úvah o legitimitě eutanázie byl paradoxně pokrok medicíny samotné. Zároveň s rozvojem medicínských technologií (umělý krevní oběh, moderní metody resuscitace, mechanické dýchání apod.) začala být kladena otázka, do jaké míry jsou lékaři oprávněni využívat všech dostupných prostředků k zachování lidského života.

2. Názory na eutanázii a její praxe v zahraničí

2.1. Německo

Otázka právní legitimacy zabíjení jiných lidí z medicínských důvodů se začala diskutovat ještě před první světovou válkou. Již v roce 1895 vyšla v Německu kniha s názvem „Právo zemřít“ (autor A. Jost). V roce 1920 významný profesor práv K. Brinding spolu s profesorem psychiatrie A. Hoche napsali knihu „Poskytnutí souhlasu ke zničení života, který není žití hoden“. Měli tím na mysli především ty, kdo představují „závažné společenské břemeno“, mentálně retardované a děti s těžkými vrozenými vývojovými vadami. Této knihy se „chytíl“ i lékař Gerhard Wagner a v roce 1935 se obrátil na Adolfa Hitlera s požadavkem, aby duševně nemocní a defektní pacienti psychiatrických ústavů včetně dětí byli usmrcováni. Vůdce souhlasil a idea dostala vznešený název „*Program eutanázie*“.

Zpočátku vydávali nacisté eutanázii za blahodárnou sociální reformu pro beznadějně nemocné a mentálně postižené. Na konci třicátých a začátkem čtyřicátých let se eutanázie začala praktikovat i u některých menších defektů a dokonce i u homosexuálů a dále u

senilních jedinců, včetně válečných veteránů. Roku 1939 se eutanázie již tak zneužívala, že se po Hitlerově souhlasu s jejím širším využitím změnila v nástroj genocidy.

K „milosrdné smrti“ používali němečtí lékaři injekce s jedem, či dokonce experimentovali i s usmrcováním nemocných hlady. Odhaduje se, že pomocí eutanázie bylo za války zavražděno až 120 000 lidí. Tato čísla dnes patří historii, avšak ukazují, že provádění eutanázie má moc a sílu podvracet charakter zodpovědných lékařů i dohlížejších institucí. To, co zpočátku znamenalo možnost odstranění nechtěných, nevyléčitelně nemocných, velmi rychle přerostlo v něco mnohem zhoubnějšího. (Grodin, Annas, 1997).

V roce 1980 byla v Německu založena společnost pro důstojné umírání – Deutsche Gesellschaft für humanes Sterben (DGHS). V programovém prohlášení této společnosti kromě jiného stojí: „Právo pacienta na sebeurčení musí být zaručeno i v nemocnici. Vůli pacienta je třeba právě ve fázi umírání plně respektovat.“ Ukázalo se však, že vedoucímu lékaři této společnosti a jeho společníkům šlo zřejmě jen o výnosný obchod. Kapsle s kyanidem určené pro sebevraždy, které stály 42 feniků, prodávala společnost za 3 000 marek... (Haškovcová, 1997).

Většina Němců dnes nemá k eutanázii jednoznačný postoj, ale drtivá většina považuje eutanázii za zločin. Diskuze se koncentrují jen na odborné kruhy a církve. Ani pro média není v této zemi eutanázie lukrativním tématem, což souvisí nejen s komplikovaností eutanázie jako takové, ale i s nacistickou minulostí.

2.2. Nizozemí

V Nizozemí byla přijata nová legislativa v dubnu 2002 po třicetileté diskuzi. Za toto období se předmětem široké veřejné diskuse stal i určitý počet soudních rozhodnutí.

Debata odstartovala v roce 1973, kdy lékařka ukončila život své matky, která byla vážně nemocná. Matka výslovně o eutanázii požádala za závažných okolností, kdy její utrpení nebylo zvládnutelné a velmi silně pociťovala ztrátu své důstojnosti. Její dcera čin zveřejnila a soud rozhodl, že byl spáchán trestný čin. Avšak rovněž konstatoval, že lékařka nebyla povinná zachovat život za každou cenu, neboť pacientka trpěla těžkými bolestmi a neexistovala naděje na jejich zvládnutí. Lékařka byla odsouzena k podmíněčnému odnětí svobody na velmi krátkou dobu jednoho týdne.

Politici, právníci, lékaři i odborníci na etiku předkládali během let argumenty, zda dovolit lékařům vyhovět žádosti pacienta o ukončení jeho života a samozřejmě za jakých podmínek a okolností, tzn. bez trestního postihu. Úředně byly podmínky, které se musí dodržovat při provedení eutanázie, zveřejněny jak vládou, tak Královskou holandskou lékařskou asociací v roce 1984 a znovu v roce 1987. Provádění eutanázie bylo vymezeno detailními pravidly:

- Musí být zajištěno, že žádost o ukončení utrpení je dobrovolná a velmi dobře zvážena.
- Musí být jisté, že utrpení je nesnesitelné a že neexistuje žádná vyhlídka na zlepšení zdravotního stavu pacienta.
- Pacient musí být informován o svém zdravotním stavu a prognóze.
- Lékař i pacient musí společně dospět k závěru, že neexistuje žádná jiná alternativa, včetně paliativní péče.
- Musí být konzultován minimálně jeden další nezávislý lékař, který musí po vyšetření pacienta potvrdit, že lékař pečující o pacienta splnil všechna výše uvedená kritéria. (Pollard, 1996)

Dá se říci, že proces aktivní eutanázie byl v Holandsku ritualizován. Od roku 1984 vytváří soudy stále liberálnější půdu, aby nemuseli být lékaři stíháni pro provedení eutanázie.

Důležitý průzkum ohledně eutanázie byl v Holandsku proveden na žádost vlády v roce 1990. Identická studie pak byla zpracována po uplynutí pěti let. Obě studie vznikly na základě dotazování se lékařů, jimž byla garantována anonymita. Ačkoli byly výsledky obou studií velmi znepokojivé a většina zemí byla přinejmenším zaskočena, snažili se Holanďané zjištěné skutečnosti vylepšit dodatečnými komentáři. Problém nevyžádaných usmrcení pacienta - což je problém aktivit jdoucích daleko za hranice jimi samotnými stanovených zásad - se rozhodli vyřešit jednoduše tím, že i tento způsob usmrcení prohlásí za legitimní. (Kamenická, 1997)

Z průzkumu vyplývá, že v roce 1990 došlo ke 2 300 případům eutanázie, což činí asi 1,8% všech úmrtí. Kromě toho však komise zaznamenala 400 sebevražd s asistencí, 1 000 záměrných ukončení života bez žádosti, 8 750 úmrtí po úmyslném přerušení léčby, která pacienty udržovala naživu. Dále bylo zjištěno 8 100 případů předávkování morfinem a 5 800 případů ukončení léčby na žádost pacienta. Celkem šlo tedy o 23 350 případů, což představuje v Holandsku 20% úmrtí. (Kamenická, 1997)

2.3. Belgie

Po dvou a půl letech práce dvě třetiny zákonodárců hlasovali pro belgický zákon, který nedávno vstoupil v platnost. Je založen na principu svobody: respektuje pacienta i lékaře. Pokud by pacient o eutanázii nepožádal, nemohla by nastat. A pokud o ni pacient zažádá, lékař může přijmout nebo odmítnout, bez uvedení důvodů. Na základě zákona o eutanázii je lékař vyjmut z trestního stíhání, pokud splní vymezené postupy:

- Pacient musí být plnoletý, schopný rozhodování, při vědomí a musí tělesně nebo duševně trpět v takovém stupni, který je neléčitelný.
- Pacient musí být informován o svém zdravotním stavu a možnostech paliativní péče.
- Musí být konzultován i druhý lékař i lékařsko-společenský tým.

Po realizaci eutanázie probíhá kontrola. Lékař musí vyplnit dokumentaci – její důvěrná část je přezkoumána jen příslušným výborem. Tento výbor pak rozhoduje, zda případ odešle trestním orgánům na základě hlasování. (Výtah z jednání Evropského zdravotního výboru, 2003)

Právní nuance mezi belgickou a holandskou legislativou obyčejnému smrtelníkovi pravděpodobně unikají. V Nizozemí zřejmě musí být před aplikací letální injekce více prokázáno, že utrpení pacienta nelze zvládnout jinými metodami, zatímco v Belgii se inklinuje k tomu, aby si člověk mohl „svobodně vybrat“ letální dávku léčiv místo paliativní medicíny. (Výtah z jednání Evropského zdravotního výboru, 2003)

2.4. USA

V době před druhou světovou válkou byla eutanázie právně povolena ve dvou státech USA – v Ohio a Iowě. Ve státě Ohio měli nevléčitelně nemocní v krutých bolestech možnost vyžádat si k eutanázii povolení zvláštní komise. Zákon státu Iowa připouštěl dokonce selektivní usmrcování těžce fyzicky i mentálně postižených jedinců.

V roce 1938 se zakládá první Národní společnost pro legalizaci eutanázie, stále se ale setkává se značnou opozicí. V roce 1967 začínají členové společnosti prosazovat tzv. „životní

vůli“ (living will). Ve své „životní vůli“ se lidé mají vyjádřit, za jakých okolností si nepřejí prodlužovat léčbu. Dnes můžeme říct, že tato aktivita se zdařila, jelikož „životní vůle“ je legální ve většině států federace.

Jediným státem v USA, kde byl schválen v referendu Zákon o důstojné smrti, je Oregon. Tento zákon stanovuje, že pacient trpící smrtelnou chorobou, který je občanem státu Oregon a který si přeje zemřít, musí svého lékaře požádat o předepsání prostředků k navození smrti jak ústně, tak písemně. Žádost musí mít dva svědky, z nichž jeden nesmí být na výsledku rozhodnutí nijak finančně zainteresován (což znamená, že nesmí být pacientovým příbuzným, nesmí mít nárok zdědit nic z jeho majetku a nesmí být v žádném vztahu k instituci, kde se pacient léčí). To má zajistit skutečnou dobrovolnost žádosti. Aktivní eutanázie je v Oregonu výslovně zakázána. (Kamenická, 1997)

Snad nejznámější obhájce eutanázie žije právě v USA, jde o pětasedmdesátiletého Jacka Kevorkiana, známého pod přezdívkou „Doktor smrt“. Velkou pozornost vyvolal záznam eutanázie na americké televizní stanici CBS v listopadu 1998. Kevorkian sám natočil videozáznam, na němž je vidět dvaapadesátiletého Thomase Yoka na vozíčku, který trpěl nervovou chorobou v konečném stádiu. Kevorkian mu podal tři injekce: první jej uspala, druhá navodila zklidnění svalů a třetí obsahovala chlorid draselný, který navodil smrt. Tím, že Kevorkian poskytl záznam TV stanici, chtěl vyprovokovat soudní proces, jenž by právě vyřešil problém eutanázie. „Chci být žalován za eutanázii. Dokážu, že to není zločin bez ohledu na to, co se o tom píše“, uvedl Kevorkian. (Vomlelová, 1999)

Do této doby poskytoval Kevorkian sebevraždu za asistence, tentokrát to bylo poprvé, co sám vpravil pacientovi smrtící injekci. Za tento čin byl v listopadu 1998 obviněn z vraždy druhého stupně a v dubnu 1999 odsouzen na nejméně deset let. Většina Američanů je však na straně Kevorkiana, což vyplynulo z průzkumu deníku Washington Post a časopisu Time. (Pošusta, 1999)

2.5. Velká Británie – země s prvním hospicem

V roce 1930 byla v Anglii založena Společnost pro vyžádanou eutanázii, později změnila své jméno na Exit. Jejím současným oficiálním cílem je legalizace vyžádané eutanázie.

Návrhů na uzákonění beztrestnosti eutanázie bylo předloženo mnoho, ale pokaždé byly velmi tvrdě odmítnuty.

Ve Velké Británii nebyla eutanázie nikdy legalizována. Naopak, byla to právě Velká Británie, která se jako první snažila nalézt jiná řešení, jak umírajícím v jejich těžkých chvílích

psychicky i fyzicky pomoci, aniž by se usilovalo o uspíšení nebo oddálení smrti. Proto zde v šedesátých letech vzniká první hospic. Cílem tohoto zařízení je zabránit tomu, aby se lidé dostávali do situací, kdy ze zoufalství prosí o pomoc ke smrti. Svou činností tak přispívá k důstojnějšímu konci života (viz. kapitola 5.3.).

2.6. Ostatní státy

Eutanázie je bezpochyby jeden z nejobtížnějších problémů celé společnosti a až na výjimky ji žádný legislativní systém nepovoluje. Pokud k ní však přesto dojde, je její původce posuzován mírně a často je i omilostněn. Děje se tak např. ve Francii, Švédsku, Dánsku, Švýcarsku atd. Soudy se přitom řídí principem, že je nutné posuzovat případ od případu.

Mimo euroamerický kulturní okruh se kromě Japonska o eutanázii diskutovalo hlavně v přelidněné Číně. Zbytek světa tato otázka pravděpodobně nezatežuje, jelikož v chudých zemích není problém jak zemřít, ale jak přežít.

Svět naštěstí neustrnul pouze v hledání odpovědi na otázku, zda eutanázii ano či ne, ale rozvinul obor paliativní medicína. Paliativní medicína a s tím související paliativní péče pomáhá těm nemocným, u kterých již nelze odstranit příčinu, ale lze u nich zmírňovat obtíže.

3. Situace v České republice

3.1. Vývoj názoru na eutanázii v České republice

V Československu, v období první republiky, byly v roce 1926 a 1937 podány návrhy týkající se eutanázie. Od roku 1927 bylo možné za eutanázii snížit trest pod dolní hranici sazby nebo zastavit trestní stíhání. Citace návrhu z roku 1937: „Kdo usmrtil někoho na jeho žádost, aby urychlil jeho neodvratnou smrt a osvobodil ho od krutých bolestí, proti kterým není trvalé pomoci, by se měl stíhat za přečin a ne za trestný čin.“ Tento návrh se však nakonec ve znění zákona neobjevil. (Drgonec, 1989)

Za éry socialismu je československé písemnictví, co se týče eutanázie, poměrně skromné. Z toho o bylo napsáno vyplývá, že tišení krutých bolestí a neprodužování agonie v terminálním stadiu nemoci, i kdyby to vedlo ke zkrácení života, není v rozporu s medicínskou etikou, ani právem. (Štěpán, 1989)

V květnu 1996 zveřejnily snad všechny deníky v České republice zprávu, že tehdejší ministr spravedlnosti Jiří Novák (ODS) se chce zabývat otázkou eutanázie a to v její prospěch. Byly podány návrhy, jak by se problém eutanázie měl řešit.

Samozřejmě, že po zveřejnění těchto zpráv se rozvířila diskuse o eutanázii. K této otázce se vyjadřovali lékaři, politici, právníci, církev... Mnozí kritizovali Nováka za to, že tuto diskuzi chce vyvolat před volbami a obvinili ho z populismu. Česká lékařská komora se zásadně postavila proti tomuto návrhu. Na všechny výtky se Novákův resort hájil tím, že chtěl pouze vyvolat diskuzi. „Nechceme hned zlegalizovat eutanázii, záleželo by na parlamentu, zda by speciální zákon chtěl“, uvedl tehdejší Novákův mluvčí. (MF Dnes, 1996)

Situace se postupně uklidnila, ale problém eutanázie stále zůstává. V listopadu 1998 byl na stanici Radiožurnál proveden průzkum mezi 4 000 dotazovaných. Z výsledku vyplynulo, že většina lidí u nás je pro eutanázii. Pro se totiž vyjádřilo přes 3 000 dotazovaných a proti asi 900 respondentů. (Svatošová, 2000)

3.2. Eutanázie a právo v ČR (Štěpán, 2001)

Je nutné si uvědomit, že dle našeho právního řádu je eutanázie kvalifikována jako trestný čin vraždy podle § 219 trestního zákona a dále za trestně odpovědné jednání lze kvalifikovat i účast na sebevraždě podle § 230 trestního zákona, kde skutková podstata předpokládá jednání, které je způsobilé vyvolat v jiné osobě rozhodnutí sáhnout si na život. Stejně trestně odpovědná je i přímá fyzická pomoc k sebevraždě.

V neposlední řadě je nezbytné zdůraznit, že součástí ústavního pořádku České republiky je i Listina základních práv a svobod, kde je uvedeno, že: „nikdo nesmí být zbaven života“, což vylučuje aplikaci eutanázie.

Z právního hlediska je eutanázie naprosto protiprávní jednání, které by i v případě pevně stanovených podmínek se sebou neslo riziko zneužití. Jednak rozhodnutí nemocného

nemůže být nikdy svobodné, jelikož je činěno pod vědomím nemoci, bolesti. Z hlediska lékařského je akt eutanázie porušením Hippokratovy přísahy, neboť jde o podání smrtící látky. Možnost zneužití z hlediska příbuzných, tzn. udělením souhlasu k eutanázii, nelze nikdy vyloučit právě z důvodů, že s okamžikem smrti lze spojovat i materiální výhody, např. dědictví.

3.3. Přípravuje se změna (Zeman, 2003)

Ministerstvo spravedlnosti připravuje návrh na rekodifikaci trestního řádu. Rekodifikace počítá se zpřísněním trestů za nejzávažnější zločiny, ovšem trest za eutanázii by měl být až o polovinu mírnější, než jaký hrozí dosud. Místo deseti až patnácti lety vězení, by za eutanázii hrozilo maximálně osm let. Z hlediska trestu by se pak ocitla zhruba na úrovni těžkého ublížení na zdraví, jak ho upravuje dnes platný zákon.

„Pokud vše dobře půjde, mohl by tento návrh ještě do konce roku projednat parlament“, řekla mluvčí ministerstva spravedlnosti Iva Chaloupková. Zákon by pak mohl začít platit v roce 2005.

4. Proč pacienti žádají o eutanázii?

1. Psychické prožívání těžké nevléčitelné nemoci

K tomu, abychom lépe poznali, proč se nám někdy zdá, že těžce nemocný je relativně klidný a smířený s nemocí a při dalším setkání s ním je tomu naopak, nám pomůže blíže se seznámit s psychikou nemocného.

Krok k detailnějšímu poznání psychického prožívání příchodu a rozvoje vážné nebo nevléčitelné nemoci učinila Elizabeth Kübler-Rossová. V roce 1969 totiž vydala knihu „Rozhovory s umírajícími“, ve které zobecnila prožitky nemocných na základě rozhovorů s více než čtyřmi sty nevléčitelně nemocnými, které sledovala po dobu až pěti let před smrtí. (Kübler-Ross, 1992)

V průběhu dalších let řada odborníků opakovaně „kübler-rossovskou“ křivku psychického prožívání nemoci ověřovala a došla k závěru, že tato křivka opravdu platí. (Sestra,1/2002)

Stádia umírání podle E. Kübler-Rossové:

1. *Negace, šok, popírání* - běžným výrok nemocného, který náhle nebo pozvolna onemocněl těžkou chorobou, zní: „Ne, já ne, pro mne to neplatí. To není možné.“, „Proč právě já a proč právě teď?“. Všechny tyto výroky vedou k jedinému, a to k *popření* faktu nemoci a následně ke *stažení se do izolace*. Nejčastěji slyšíme tyto reakce: „Určitě se to nějak vysvětlí“, „Zcela jistě se jedná o omyl“, „Nechte mne být, nic mi není“. Tento fenomén má také za následek i to, že lidé často nepřijdou včas k lékaři (popírají příznaky nemoci, nechtějí si je připustit).
2. Následuje období *hněvu, vzpoury, agrese* - jde o období velmi náročné zejména pro okolí nemocného, popřípadě i pro ošetřující personál. Musíme si ale uvědomit, že časté výpady vůči zdravým jsou pouze zastřenou formou vnitřně prožívané životní krize. A tak výtky typu: „Zase ten čaj není dobrý“, „Nikdo se neusměje“, „Přinesli mi pozdě můj lék“, si nesmíme brát osobně. Snažme se akceptovat emoce nemocného, věnujme mu pozornost a čas a brzy se pacient uklidní.

3. **Smlouvání a vyjednávání** - v této fázi si pacient uvědomuje nebo alespoň tuší dlouhodobost či trvalost své nemoci a začíná zvažovat své individuální cíle s ohledem na tuto nemoc. Hlavním přáním nemocného je skoro vždy prodloužení života, a tak smlouvá o čas: „Třeba se ještě dožiji léta“, „Kéž bych se ještě dočkal vnoučat“. Typické je v tomto období zkoušení jakýchkoli alternativních metod léčby (léčitelé, diety atd.).
4. Následuje fáze označovaná jako **deprese, smutek** - těžce nemocný prožívá strach a depresi plynoucí z utrpené ztráty (př. změna zevnějšku) i ze ztráty hrozící (vyrovnání se s myšlenkami definitivního odchodu ze světa). V této fázi je velmi důležité trpělivě naslouchat, pomáhat urovnat vztahy. Psychologickou pomoc snad není nutné připomínat.
5. Závěrečnou fází je **akceptace, tedy přijetí pravdy** (realismus) - přijetí role vážně nemocného. V této fázi je možná konstruktivní spolupráce na léčbě.

Kübler-Rossová je přesvědčena, že po přijetí pravdy nastává buď nastolení *důstojného klidu*, ale mnohem častěji se nemocný vrací zpátky a *rezignuje* či upadá do *zoufalství*. Samozřejmě, že uchránit nemocného od rezignace a zoufalství je profesionální i lidskou povinností a proto je především důležité, aby nemocný nezůstával s pravdou sám. Pozor - rodina možná potřebuje pomoc víc, než pacient. (Sestra, 1/2002)

„Kübler-rossovská“ křivka probíhá lineárně jen výjimečně, říká Helena Haškovcová, naše přední odbornice v otázkách smrti a umírání. Mnohem častěji se fáze zloby, hněvu a především depresí a smlouvání opakují a prolínají. Některé mohou být zesíleny, jiné zeslabeny, za určitých okolností může některé období chybět. Proto Haškovcová celé období, počínaje zlobou a hněvem a konče přijetím pravdy o své situaci, nazývá *tápáním*. V závěru tápání je již postižený člověk psychicky připraven na úplné pravdivé sdělení ze strany lékaře a milosrdná lež v této situaci je již nefunkční a je spíše škodlivá. (Haškovcová, 1985)

Důležitou roli sehrává fenomén **naděje**. Naděje je téměř vždy přítomna v každé fázi, kterou člověk prochází. Naděje dokonce musí být přítomna v průběhu celé nemoci, protože beznaděj znamená vzdát se a to je již krůček k tomu, aby pacient poprosil o smrt. Samozřejmě, že pokud pacient přirozenou cestou dospěje k blízkosti smrti, tak známky naděje patrně vymizí. V tomto případě to však znamená, že umírající je již připraven zemřít, smrti se nebojí a skutečně ve velmi krátké době umírá. (Haškovcová, 1985)

Měli bychom si dobře prostudovat všechny fáze psychologické křivky, kterými nemocný prochází. Budeme pak nejlépe vědět, jak se k nemocnému v jednotlivých fázích chovat a jak mu pomoci. Bude-li nemocný vidět, že je o něj pečováno s láskou, ochotou, i s náležitou profesionalitou, pravděpodobně nikdy o eutanázii nepožádá.

4.2. Co je příčinou žádosti o eutanázii

V této celé kapitole se omezme na pacienty, kteří jsou schopni o eutanázii požádat. Nebudeme sem tedy zahrnovat nemocné, kteří nejsou schopni za sebe zodpovídat (patří sem novorozenci, malé děti, pacienti v komatu, mentálně postižení atd.).

Především je důležité uvědomit si, že dlouhodobá nebo nevyлéčitelná nemoc obvykle rozbíjí dosavadní způsob života člověka a s tím souvisí i změna uvažování a změna základní hierarchie hodnot nemocného. Někteří nemocní nejsou schopni adaptace na složitou životní situaci a tím, že žádají o eutanázii, vlastně odmítají život s nemocí.

O pomoc při usmrcení prosí většinou ti pacienti, kteří jsou zanedbáváni, odloučeni či opuštěni a není jim v jejich krizi poskytnuta přiměřená lékařská, citová či duchovní pomoc. Takoví pacienti si připadají sami a mají pocit, že je nikdo nepotřebuje, že nikomu nezáleží na tom, zda jsou ještě naživu a trpí pocitem, že už vlastně nejsou vůbec k ničemu. Tito pacienti se zpravidla dostanou do stádia rezignace a skutečně již nechtějí dál žít, protože jejich život pro ně nemá žádný účel ani smysl. (Kübler-Ross, 1992)

V podmínkách moderní medicíny není problém se do takové situace dostat. Umírání a smrt, a to hlavně starých lidí, jsou v současné době neúměrně institucionalizovány. Lidé umírají v nemocnicích, ústavech. Doprovod při konci života dělají člověku, místo jejich nejbližších, cizí profesionálové. Profesionality je zapotřebí, ale nesmí vytlačit potřebnou empatii.

Důvodem k tomu, že člověk zoufale vykřikne, aby byl usmrcen, může být i nesnesitelná fyzická bolest. Současná medicína má dostatek prostředků, jak zmírnit utrpení nevyлéčitelně nemocných, a pokud dnes pacienti skutečně fyzicky trpí, pak trpí pro neschopnost nebo pochybení ze strany svých ošetřujících lékařů. (Pytlík, 2003)

Důsledkem takového pochybení ale není „jen“ to, že pacient zbytečně a krutě trpí. Důsledkem je i to, že to vidí a prožívá celé jeho okolí. Rodina, sousedé, přátelé, spolupracovníci atd. A ti všichni z toho samozřejmě vyvodí záměr, že to asi jinak nejde. A na základě podobných zkušeností by pak hlasovali pro eutanázii.

Světová zdravotnická organizace jasně definovala tzv. *třístupňovou léčbu bolesti*. Pokud by byla skutečně důsledně dodržována ve všech zdravotnických zařízeních, která se o nemocné a trpící starají, byl by všeobecný strach z bolesti bezpředmětný. Mnoho lékařů není vzděláno v paliativní (úlevné) medicíně, nedokáže efektivně ztlumit bolest a nevyužívá všech prostředků, které jsou k danému cíli k dispozici. (Rybová, 2002)

Přání zemřít může být spojeno také se strachem ze ztráty kontroly nad sebou samým. Nemocní mají strach ze ztráty samostatnosti, z toho, že už nebudou schopni se o sebe postarat, že ztratí svou lidskou důstojnost. Chtějí být stále vládci nad vlastním osudem, chtějí kontrolovat svůj život až do poslední chvíle a odejít včas, dříve než „začnou být na obtíž“ sobě a svému okolí.

Nemocní v terminálním stavu trpí často depresemi a úzkostnými stavy. A právě deprese ze ztráty smyslu života může vést k žádosti o eutanázii.

Již bylo řečeno, jak důležitou roli hraje pro nemocného naděje. Naděje totiž pomáhá překonávat týdny i měsíce utrpení. Pacient musí mít naději, když ne na úplné uzdravení, tak alespoň na zlepšení zdravotního stavu. Nedopust'me, aby důvodem k žádosti o usmrcení bylo přání neprodlužovat beznaděj. Asi si dovedeme představit, co to udělá s psychikou pacienta, pokud mu diagnóza bude sdělena s tím, že: „Už pro vás nemůžeme nic udělat, protože jste přišel pozdě“. (Kübler-Ross, 1994). A nebo, jak uvádí Kübler-Ross ve své knize „Hovory s umírajícími“, když lékař pacientovi řekne, že: „Na jeho místě by si vzal život“.

Na druhou stranu však není dobré dávat pacientům příliš mnoho nesplnitelných nadějí a přeceňovat jejich zdravotní stav.

Lidé, kteří žádají eutanázii ve skutečnosti volají S.O.S.. Naléhavě potřebují být ujištěni, že jsou pro někoho důležití. Že na nich někomu záleží, že je má někdo rád. Někdy na to stačí několikaminutové, ale opravdu empatické naslouchání, pár upřímných slov, stisk ruky, pohlazení nebo pevné objetí. Většinou je to však časově náročnější, ale vždy to stojí za to. Vždyť tu jde o lidský život. (Svatošová, 2003)

5. Jak pečovat o nemocné, aby nežádali o eutanázii

5.1. Sdělování pravdy

Právo na informaci o svém zdravotním stavu je součástí Etického kodexu práv pacientů. Tento kodex sice není dán právně, ale z etického hlediska by se jím lékaři měli řídit. Samozřejmě, že užitečný je tento kodex i pro nemocné, kteří se z něj mohou dozvědět, jaká jsou jejich práva. Práva pacientů mají poměrně krátkou existenci, začínají vznikat v jednotlivých státech v sedmdesátých letech. V České republice byla definitivní verze formulována a vyhlášena Centrální etickou komisí ministerstva zdravotnictví 25. února 1992.

Sdělit plnou pravdu nemocnému, nejedná-li se o vážné či nevyléčitelné onemocnění, zpravidla lékaři potíže nedělá. Pokud je situace opačná, je to se sdělením pravdy komplikovanější. V České republice je lékař podle zákona povinen poskytnout informace, ale je zdůrazněn požadavek „rozvážné šetrnosti“. Rozhodující je zájem pacienta. Je-li v zájmu nemocného sdělit pravdu, a ta skutečně může osvobodit z úzkostně prožívaných nejistot, pak sdělena být musí. Je-li v zájmu nemocného „sladká nevědomost“, pak je nejvhodnější některé informace zeslabit nebo zamlčet. Není ale zrovna jednoduché tento „zájem pacienta“ rozpoznat. V každém případě je však nezbytné s nemocným hovořit a taktně a s porozuměním ho provázet úskalími vážné nemoci.

Pravdivé informace se také nesdělují tehdy, pokud si je nemocný výslovně a opakovaně nepřeje vědět. Dále, pokud somaticky nemocný navíc trpí závažným psychickým onemocněním. Sdělit pravdu není také možné, je-li pacient v kritickém stavu a má porušené nebo zcela zastřené vědomí.

Pravda musí být sdělena šetrně a srozumitelně s ohledem na psychický stav nemocného. Měly by tedy být brány v úvahu fáze psychického prožívání příchodu a rozvoje vážné nemoci, jak je popsala již zmiňovaná E. Kübler-Rossová. Důležité je také rozhodnutí **kdy** a **jak** pravdu sdělit. Je tedy nezbytné pěstovat kulturu řeči i přiměřeného projevu, a to jak v úrovni informativní, tak emoční. (Haškovcová, 1997)

Sdělit pravdu nemusí nutně znamenat nazvat chorobu pravým jménem. Některé názvy nemocí jsou tak negativně emočně nabitý, že by je nemocný nemusel být schopen přijmout. Ale i když nebude pacientovi sdělen nomenklaturní název choroby, mělo by být řečeno, že jde o nemoc závažnou, dlouhodobou, popřípadě nevyléčitelnou. Jakmile lékař sdělí pacientovi

pravdu neznamena to, že svůj úkol splnil. Právě v této chvíli pacient potřebuje s někým mluvit, s někým být.

Sdělení pravdy je nikoliv koncem, nýbrž začátkem vzájemného vztahu mezi lékařem a pacientem. Po uvážlivé odpovědně a profesionálně vedené rozpravě s lékařem, si může pacient volit cíle života, které se ještě dají reálně zvládnout. Jde o to, naučit se žít se svou chorobou a kvalitně naplnit čas, který ještě zbývá. A jedinou podmínkou, která by měla být splněna, nemá-li se náplní života s nemocí stát jen strach, zoufalství a nicota, je hovořit o nemoci, hovořit o skutečném stavu věcí.

5.2. Poskytnutí fyzické, psychické, sociální a spirituální péče

Odborníci se shodují v názoru, že dobře vedená fyzická, psychická, sociální a spirituální péče může zajistit prožitek určité spokojenosti se životem, a to i v podmínkách zdravotně mimořádně komplikovaných. Platí zásada, že nikdo by neměl zemřít dřív psychicky než fyzicky a že vždy existuje někdo nebo něco, pro co stojí za to žít i nemocí spoutaný život.

Tělesné symptomy

Ze všech aspektů při umírání je dnes bezpochyby tím nejstudovanějším bolest. Existují dotazníkové nástroje k měření jejího charakteru a intenzity. Medicína má k dispozici účinné léky i anesteziologické a neurochirurgické postupy. S využitím obecně akceptovaných léčebných doporučení (např. „analgetický žebříček“ WHO) lze uspokojivé kontroly bolesti dosáhnout u více než 95% nemocných. Přesto podle zahraničních dat trpí 20-70% umírajících pacientů nedostatečně léčenou bolestí. U nás nejsou takováto data k dispozici. (Vorlíček, Sláma, 2001)

Vedle bolesti jsou nejčastějšími symptomy terminální fáze únava, zmatenost, poruchy spánku, dušnost a anorexie. Některé z těchto symptomů jsme schopni léčebně dobře ovlivnit (např. nauzea a zvracení). U ostatních symptomů jsou možnosti léčebného ovlivnění podstatně menší (např. únava, anorexie). Léčba těchto symptomů je oblastí, vyžadující další výzkum.

Psychické symptomy a syndromy

Obecně lze říci, že znalosti o psychických symptomech jsou chudší, než je tomu v případě bolesti a jiných tělesných symptomů. Psychické symptomy a syndromy bývají často nedostatečně diagnostikovány a léčeny. (Vorlíček, Sláma, 2001)

Nedostatečná psychologická péče se stala součástí moderní odlišené medicíny. Lékaři i ošetřující personál se soustřeďují na terapii těla a zapomínají na terapii duše. „Jako nahý v trní se cítí nemocný při sérii léčebných procedur a nemůže přiznat, že má obavy, strach a pláč na krajíčku.“ (Haškovcová, 1985)

Většina pacientů potřebuje mnohem více než recept na medikament a také to očekává. Rozpoznání pacientovy psychické nouze a pomoc při jejím odstranění jsou pro dobrého lékaře stejně důležité, jako diagnostika a terapie somatické choroby.

Sociální vztahy a sociální podpora

Kromě lékaře se na psychologické pomoci samozřejmě podílejí i psychologové, ostatní zdravotníci, ale i laičtí dobrovolníci, přátelé nemocného a **hlavně jeho rodina**, kterou nemocný potřebuje nejvíce.

Pro nemocného je důležité uvolnit vysoké vnitřní napětí a to se mu podaří, jestliže bude mít možnost s někým hovořit o své nemoci. Nemocný chce volně mluvit o všem co má na srdci, o svých starostech, představách, obavách... Rozhovor o těchto věcech působí léčivě, jelikož otevřený žal se snáší mnohem lépe.

Oblast duchovní a existenciální

Hovoříme-li o existenciální a duchovní dimenzi, máme na mysli ty oblasti lidského prožívání, ve kterých jsou kladeny otázky po smyslu života, otázky viny a odpuštění a rovněž otázky základních hodnot. Způsob, jakým je tato oblast prožívána může být náboženský. Avšak i lidé, kteří nejsou věřící v náboženském slova smyslu a nehlásí se k žádnému organizovanému náboženství, mají většinou určitý systém představ a hodnot, který dává jejich životu účel a smysl. Obecně se předpokládá, že v kontextu terminálního onemocnění nabývají u pacientů duchovní a existenciální otázky na četnosti a naléhavosti.

Postoj většiny zdravotníků k této oblasti je však u nás přinejmenším rozpačitý. Oblasti duchovních a existenciálních potřeb je věnována minimální pozornost během přípravy na lékařských fakultách. Lékaři se pak i při dobré vůli cítí nepřipraveni o této oblasti s pacienty hovořit. Důsledkem tohoto stavu je chybění základních dat o tom, jak významná duchovní dimenze pro pacienty skutečně je. To platí neméně i v oblasti péče o umírající. Nevíme, jaká

část pacientů prožívá terminální fázi ve znamení prohloubení zájmu o duchovní oblast a příklonem k náboženství, ani jaká část pacientů se naopak v důsledku nemoci náboženství a duchovnímu tázání odcizuje. Máme minimum informací o tom, jak velkou posilu a útěchu víra terminálním pacientům přináší. (Vorlíček, Sláma, 2001)

5.3. Hospic

Po roce 1990 dochází v našem ošetřovatelství k zásadním změnám v oblasti paliativní medicíny. Vznikají u nás zařízení hospicové péče, tzv. HOSPICE.

Snahou hospicové péče je zajistit nemocnému, který prochází různými krizovými situacemi svého zdravotního stavu, vhodné podmínky vytvářející ovzduší empatie, úcty a porozumění. Cílem paliativní medicíny je zajistit nevyлéčitelně nemocným co nejlepší kvalitu života i v jeho konečné fázi, ve smyslu tělesném i psychickém.

Přijetím pacienta do hospice pokračuje ošetřovatelská péče v plném rozsahu. Práce sester v tomto procesu je nezastupitelná. Je vedena citlivým individuálním přístupem k nemocnému. Veškeré činnosti jsou prováděny v čase, který si sám nemocný určí, tzn. čas jídla, spánku, odpočinku, aktivity apod. Je respektováno jeho rozhodnutí, přání, jeho tělesný i psychický stav. Pacient si určuje denní režim sám a zdravotnický personál se podřizuje.

V hospicích se osvědčil tzv. systém primárních sester, kdy má sestra na starosti určitý a stálý okruh pacientů. Zná tak veškeré potřeby svého nemocného i potřeby jeho rodiny. Aby se zabránilo u nemocného prohlubování pocitu smutku a osamocení, snaží se zdravotnický personál získat rodinu nebo blízké příbuzné k aktivní spolupráci při ošetřování. Jednolůžkové pokoje s vlastním sociálním zařízením a koupelnou, s přistýlkou pro rodinného příslušníka navozují atmosféru domácího prostředí s dostatkem intimity a klidu.

Nepostradatelnou součástí hospicové péče je práce dobrovolníků, kteří se rozhodli pomáhat v hospici ve svém volném čase, bez nároku na odměnu. Jejich pomoci se využívá zejména při různých činnostech zpřijemňujících volný čas nemocným, např. vycházkou do okolí, četbou, při výzdobě oddělení atd. Neocenitelnou pomoc poskytují v prevenci sociální izolace a udržování společenské úrovně nemocných pořádáním různých kulturních akcí.

Mimořádný důraz se klade na dodržování lidských práv, tzn. i právo pacienta na informaci o jeho zdravotním stavu. Odpovědnost za rozhodnutí ve věcech pravdy má výhradně lékař. Sestra doplňuje pouze informace sdělené lékařem. Sdělení pravdy nikdy nesmí způsobit nemocnému silnou emotivní zátěž. Důležité je respektovat jeho duševní stav, pochopit co ho trápí, o čem přemýšlí, čeho se bojí a vcítit se do jeho utrpení.

Fázemi vyrovnávání se s těžkou nemocí prochází také rodina nemocného. Mnohdy se s onemocněním vyrovnává hůře než sám pacient, a tak nedílnou součástí hospicové péče je i péče o rodinu. Stejně jako nemocnému, tak i rodině jsou zdravotníci schopni poskytnout veškerou pomoc - psychickou, duchovní i sociální. Největší službou v tomto směru, kterou mohou zdravotníci nemocnému či jeho rodině poskytnout v hospicovém zařízení, je umění naslouchat, projevit zájem, pochopení a spoluúčast a citlivě s rodinou i nemocným komunikovat. Pro někoho může být oporou sestra nebo rodinné zázemí, jinému slouží jako opora rozhovor s psychologem, psychiatrem či knězem, kdy nemocný může pod odborným vedením čerpat další sílu pro překonání těžkého období.

Odborných psychoterapeutických služeb mohou využívat nejen nemocní a rodinní příslušníci, ale též pracovníci hospice, kteří jsou denně vystavováni těžkým stresovým situacím, tj. stálou přítomností u lůžka nemocného v době nejtěžší, v době umírání. Právě v těchto zařízeních je velmi důležité najít způsob, jak předcházet syndromu vyhoření, který je tak častý u zdravotnického personálu.

Péče v hospici zaručuje, že nikdo zde neumírá sám. Není-li u lůžka přítomna rodina, ujímá se této role personál. Pozornost je třeba věnovat i problematice post finem (péče o zemřelé tělo). Ritualizace snižuje napětí, umožňuje přiměřené chování a účinnou pomoc. Rodina má vždy možnost se se zemřelým nerušeně rozloučit.

Kritériem pro přijetí nemocného do hospice není věk, náboženské vyznání, národnost či bydliště. Jediným kritériem je zdravotní indikace. Velmi důležitá je spolupráce s ostatními zdravotnickými zařízeními, sociálními službami a v neposlední řadě i službami duchovními.

Základní myšlenka hospicové péče vychází z úcty k životu a k člověku jako jedinečné, neopakovatelné bytosti. Hospic nemocnému zaručuje, že nebude trpět nesnesitelnou bolestí, v každé situaci bude respektována jeho lidská důstojnost a v posledních chvílích života nezůstane osamocen, ale bude obklopen těmi, kteří jej mají rádi a se kterými jej pojí především pouta lásky, přátelství a sounáležitosti. (Sestra, 2001)

Na druhé straně nemůže být systém hospice považován za ideální řešení situace pro všechny umírající. Nejde, aby nemocnice léčily a beznadějně pacienty pak posílaly na poslední chvíle jinam. V nemocnicích, sociálních zařízeních i v rámci domácí péče se umírá a i tam by se mělo prosazovat co nejvíce z myšlenek hospicového hnutí. (Svatošová, 2001)

Hospic není ani tolik o smrti, jako o životě. O co nejplnějším a nejbohatším životě až do konce. O umění v pravou chvíli nechat odejít. Rozpoznat tu správnou chvíli a nenutit pacienta křečovitě k životu, to od lékaře vyžaduje vysokou odbornost, ale i odvahu a velkou pokoru. (Svatošová, 2001)

II. Praktická část

6. Uvedení do problematiky

6.1. Zaměření a cíl průzkumu

Cílem naší práce bylo zjišťování názorů na eutanázii a okrajově i na hospicovou péči. Sběr dat byl proveden v druhé polovině roku 2003 a zpracovával problematiku eutanázie u respondentů z řad zdravotníků a laické veřejnosti. Zajímalo nás, do jaké míry se názory obou skupin shodují a v jakých oblastech se názory na dané téma budou rozcházet.

Stanovený cíl průzkumu jsme formulovali v hypotézách. Verifikováním jsme měli potvrdit či vyvrátit jejich platnost.

6.2. Stanovené hypotézy

V naší práci jsme stanovili tři hypotézy. První dvě se zabývaly problematikou eutanázie, třetí hypotéza se zabývala hospicovou péčí.

1. Domníváme se, že 100% respondentů z řad zdravotníků a 95% respondentů z řad laické veřejnosti ví, co znamená pojem eutanázie.
2. Současně předpokládáme, že z 65% zdravotníci a z 85% veřejnost souhlasí s možností dobrovolného ukončení života za nesnesitelné trýzně a bolesti, v terminálním stádiu choroby.
3. Domníváme se, že 100% zdravotníků a 80% laiků je dostatečně informováno o tom, co znamená zařízení hospicové péče.

6.3. Použité metody

Ke sběru dat jsme použili **nestandardizovaný dotazník** (viz příloha). Otázky jsme kladli otevřené, aby měli respondenti možnost strukturovat vyjádření na základě své vlastní volby.

Dotazník byl zcela anonymní. Tato forma umožnila respondentům vyjadřovat se volně, což by např. metoda řízeného rozhovoru zcela jistě nesplnila.

Získaná data od respondentů jsme zpracovali do grafů v programu Microsoft Excel.

6.3. Charakteristika zkoumaných vzorků

K prověření daných hypotéz jsme provedli **zkoumání dvou skupin respondentů**. První skupinu tvořilo 33 zdravotních sester (dále jen zdravotníci) ve věku od dvaadvaceti do jednapadesáti let. Druhou skupinu tvořilo 33 respondentů z řad laické veřejnosti ve věku od jednadvaceti do pětadesáti let.

Všech 66 respondentů mělo dokončené středoškolské vzdělání. Ze skupiny zdravotnických pracovníků byli 3 vysokoškoláci, což činí 9,9% a ze skupiny laické veřejnosti bylo 7 vysokoškoláků, což je 23,1%.

Pozn. Naším původním záměrem bylo vytvoření tří skupin respondentů, a to veřejnosti, středního zdravotnického personálu (tzn. zdravotních sester) a lékařů. Zajímala nás míra rozdílnosti či shodnosti vědomostí, názorů a zkušeností s eutanázií a hospicovou péčí. Domnívali jsme se, že zvláště názory veřejnosti a středního zdravotnického personálu by se mohly významně rozcházet s názory lékařů. Bohužel, ze strany lékařů jsme se neseťkali s dostatečným pochopením pro náš průzkum, a tak nemáme možnost srovnání s touto skupinou. Nevíme, jestli toto bylo zapříčiněno nedostatkem času, či snad ožehavostí tématu. V každém případě, z oslovených lékařů bylo ochotno náš dotazník vyplnit pouze nepatrné procento, které by na vytvoření skupiny nestačilo a pouze by zkreslovalo názory zdravotních sester.

7. Výzkumná část

1. Kolik je Vám let?

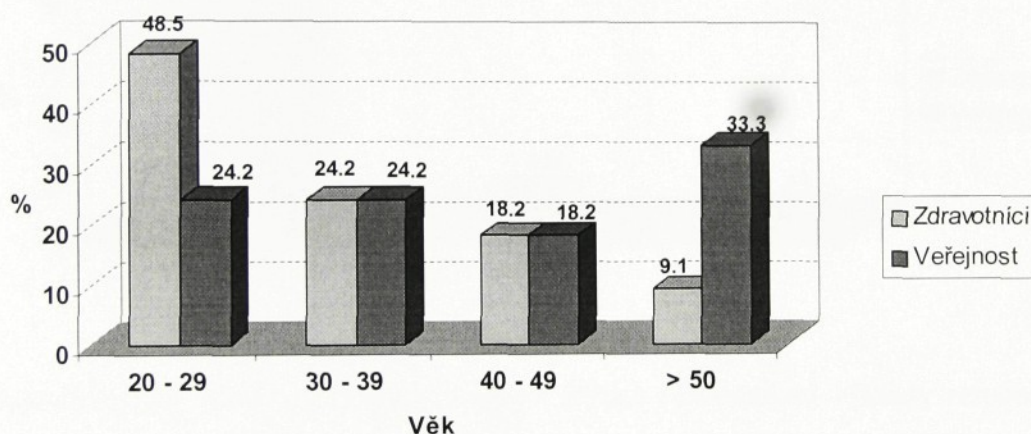
Tabulka 1a: zdravotníci

Věk	Četnost	
	Absolutní	Relativní (%)
20 – 29	16	48,5
30 – 39	8	24,2
40 – 49	6	18,2
> 50	3	9,1
n	33	100

Tabulka 1b: veřejnost

Věk	Četnost	
	Absolutní	Relativní (%)
20 – 29	8	24,2
30 – 39	8	24,2
40 – 49	6	18,2
> 50	11	33,3
n	33	100

Graf č. 1



Ve skupině zdravotníků bylo nejvíce zastoupeno věkové rozmezí 20-29 let, a to ve 48,5%. Zastoupení nejmladší věkové hranice u zdravotních sester v takové míře je pochopitelné, jelikož výzkum jsme v nemocnici zaměřili na oddělení ARO a JIP, kde právě toto věkové rozmezí je nejčastější, a to z důvodů fyzické, psychické i časové náročnosti těchto oddělení.

U veřejnosti to bylo 50 a více let, a to ve 33,3%. Šlo o zcela náhodný výběr pohlaví, věku a vzdělání.

2. Vysvětlete pojem eutanázie?

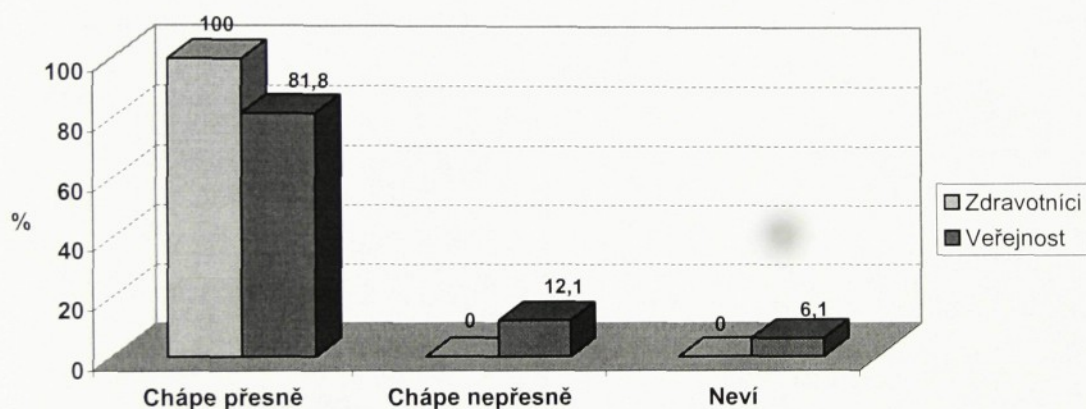
Tabulka 2a: zdravotníci

Odpověď	Četnost	
	Absolutní	Relativní (%)
Chápe přesně	33	100
Chápe nepřesně	0	0
Neví	0	0
n	33	100

Tabulka 2b: veřejnost

Odpověď	Četnost	
	Absolutní	Relativní (%)
Chápe přesně	27	81,8
Chápe	4	12,1
Neví	2	6,1
n	33	100

Graf č. 2



Hodnocení této otázky jsme měli poněkud ztížené různorodými výklady respondentů. Přesto jsme tuto otázku kladli záměrně tak, aby respondenti byli nuceni vyjádřit své vlastní představy o tom, co vlastně eutanázie znamená.

Zdravotníci ve 100% objasnili pojem eutanázie. Pouze v jednom případě se respondent dále rozepsal o dělení eutanázie na aktivní a pasivní, což jsme v úvodní kapitole vysvětlili jako dělení nesprávné.

U veřejnosti můžeme konstatovat, že pojem eutanázie chápe 81,8%. Ve 12,1% bylo vysvětlení nedostačující, zkreslené a ve dvou případech (6,1%) mylné, kdy respondenti za eutanázi označili **legální** ukončení života.

Z odpovědí na tuto otázku je patrná skutečnost, že respondenti vědí co eutanázie znamená a ve velké míře dokáží pojem eutanázie objasnit.

3. Jak se stavíte k problematice eutanázie?

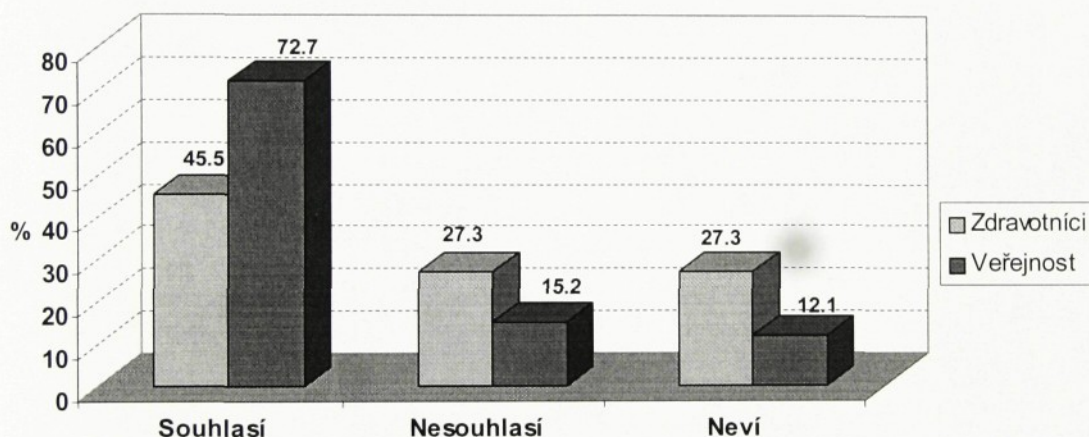
Tabulka 3a: zdravotníci

Odpověď	Četnost	
	Absolutní	Relativní (%)
Souhlasí	15	45,5
Nesouhlasí	9	27,3
Neví	9	27,3
n	33	100

Tabulka 3b: veřejnost

Odpověď	Četnost	
	Absolutní	Relativní (%)
Souhlasí	24	72,7
Nesouhlasí	5	15,2
Neví	4	12,1
n	33	100

Graf č. 3



15 zdravotníků vyjádřilo souhlas s eutanázií, což činí 45,5% ze skupiny. Současně tři z těchto patnácti respondentů zmiňovali možnost zneužití a souhlasili by s eutanázií pouze za předpokladu dokonalého právního ošetření. Dále 27,3% zdravotníků nesouhlasilo s eutanázií a stejné procento nemělo vyhraněný názor.

U veřejnosti jasně převládal souhlas s eutanázií, a to v 72,7%, polovina z těchto respondentů však vyjadřovala obavu ze zneužití. V 15,2% veřejnost s eutanázií nesouhlasila a ve 12,1% neměla vyhraněný názor.

Jak je z grafu patrné, je procentuálně nesouhlas a odpověď nevím u veřejnosti velmi blízká, u zdravotníků dokonce shodná. Necelá polovina zdravotníků by s eutanázií souhlasila u veřejnosti se pro eutanázií vyslovilo tři čtvrtiny dotazovaných!

4. Požádal Vás někdo o euthanasii?

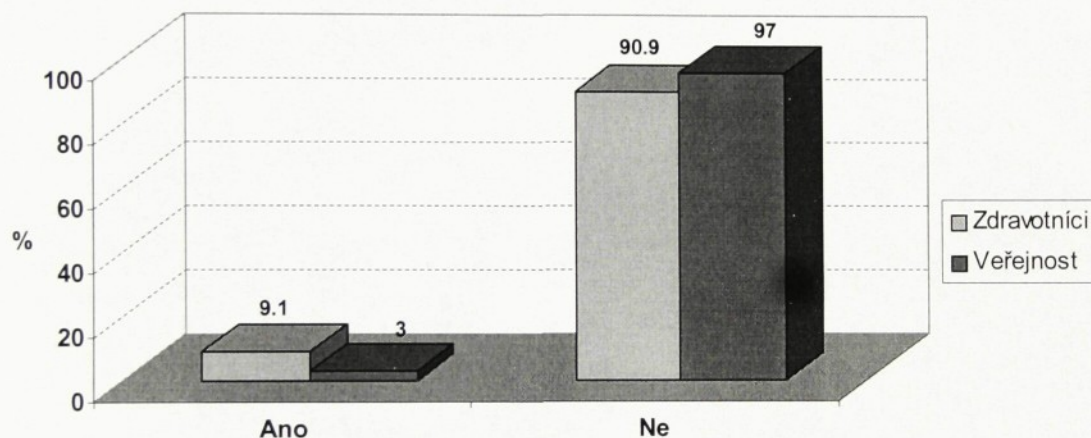
Tabulka 4a: zdravotníci

Odpověď	Četnost	
	Absolutní	Relativní (%)
Ano	3	9,1
Ne	30	90,9
n	33	100

Tabulka 4b: veřejnost

Odpověď	Četnost	
	Absolutní	Relativní (%)
Ano	1	3
Ne	32	97
n	33	100

Graf č. 4



V této otázce nás především zajímal fakt, jestli se již někdo dostal do situace, že by byl o eutanázii požádán. Do takovéto situace se samozřejmě nemusí dostat pouze zdravotník v rámci svého povolání, ale i obyčejný člověk, kterému např. umírá blízká osoba.

S takovouto žádostí se nesetkalo 90,9% zdravotníků a 97% laiků, zkušenosti mělo pouze 9,1% zdravotníků a 3% laiků. Nikdo z dotazovaných se dále ke své odpovědi nerozepisoval.

5. Lze předejít prosbě o euthanasii?

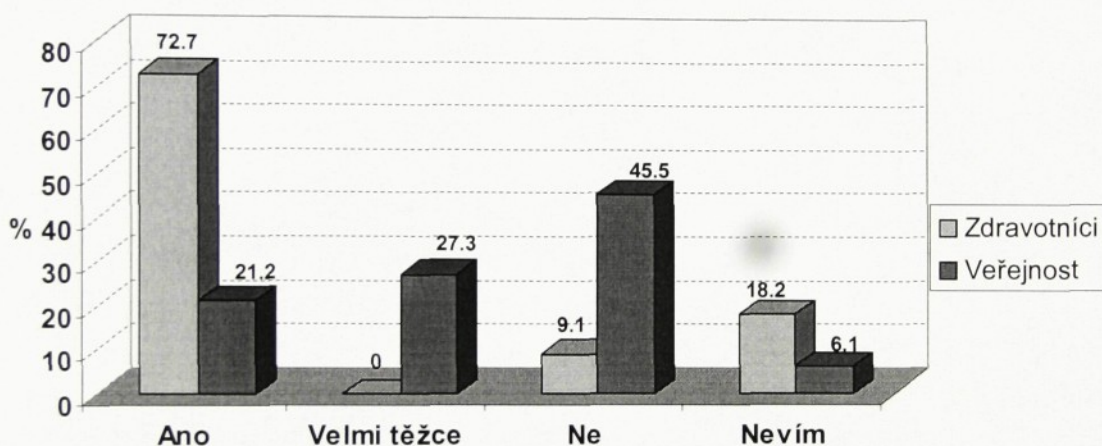
Tabulka 5a: zdravotníci

Odpověď	Četnost	
	Absolutní	Relativní (%)
Ano	24	72,7
Velmi těžce	0	0
Ne	3	9,1
Nevím	6	18,2
n	33	100

Tabulka 5b: veřejnost

Odpověď	Četnost	
	Absolutní	Relativní (%)
Ano	7	21,2
Velmi těžce	9	27,3
Ne	15	45,5
Nevím	2	6,1
n	33	100

Graf č. 5



V kapitole č.4. Proč pacienti žádají o eutanázii? jsme se snažili objasnit důvody, které mohou člověka „dohnat“ k prosbě o eutanázii a v kapitole č.5. Jak pečovat o nemocné, aby nežádali o eutanázii? jsme se zase snažili přijít na to, jak prosbě o eutanázii předejít. Zajímá nás tedy názor veřejnosti a zdravotníků na to, jestli opravdu je možné prosbě o eutanázii předejít.

72,7% zdravotníků se domnívá, že je možné tomuto předejít a z veřejnosti si toto myslí 21,2%. 27,3% veřejnosti je sice ochotno připustit, že předejít prosbě o eutanázii jde, ale jen velmi těžce a pouze v některých případech. Zdravotníci tento názor nezastávají.

Pro možnost, že nelze předejít prosbě o eutanázii se vyslovilo 9,1% zdravotníků a celých 45,5% respondentů z řad veřejnosti, kde padl i jeden názor, že eutanázii by se rozhodně předcházet nemělo, jelikož: „Kdo zvolí tuto možnost, musí být velice silná osobnost, která zvážila svou tíživou situaci“. Vyhraněný názor na tuto otázku nemělo 18,2% zdravotníků a 6,1% laiků.

Pokud se zamyslíme nad grafem, jde o úplně opačné názory obou skupin respondentů.

6. Byl byste ochoten provést eutanázii?

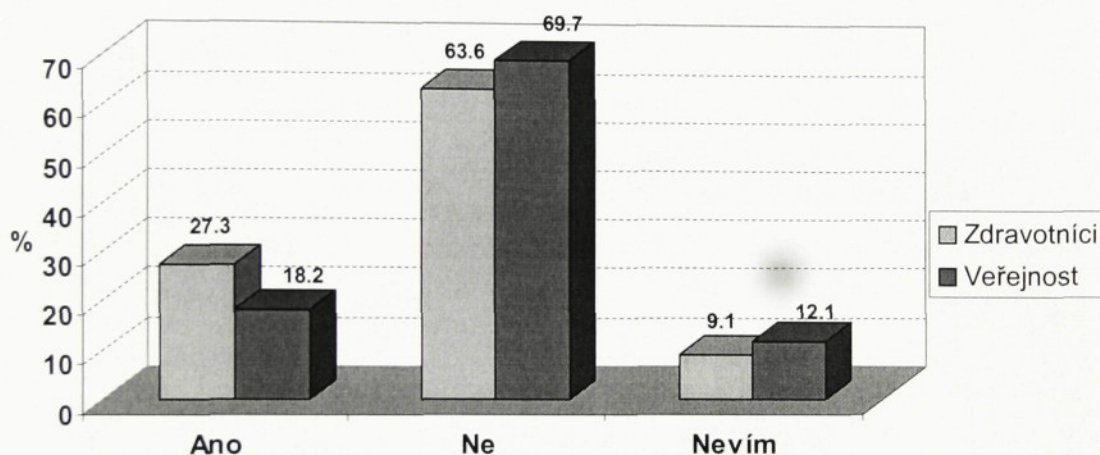
Tabulka 6a: zdravotníci

Odpověď	Četnost	
	Absolutní	Relativní (%)
Ano	9	27,3
Ne	21	63,6
Nevím	3	9,1
n	33	100

Tabulka 6b: veřejnost

Odpověď	Četnost	
	Absolutní	Relativní (%)
Ano	6	18,2
Ne	23	69,7
Nevím	4	12,1
n	33	100

Graf č. 6



U této otázky se záporně vyjádřilo 63,6% zdravotníků a 69,7% laiků, bez vyhraněného názoru bylo 9,1% zdravotníků a 12,1% laiků a 27,3% zdravotníků a 18,2% laiků připustilo, že by eutanázii byli ochotni vykonat. U laiků byla ve většině případů tato ochota podmiňována tím, že by se muselo jednat o blízkého příbuzného a jedna zdravotní sestra dokonce uvedla, že eutanázii vykonává v rámci své práce (podotýkáme, že tato sestra uvedla, že vykonává eutanázii pasivně).

Co se týká záporných odpovědí, velmi často zněly: „Ne, nejsem lékař.“ Zamysleme se tedy čistě teoreticky nad otázkou, **kdo by měl eutanázii provádět?**

Hovoří-li se o eutanázii, téměř vždy se předpokládá, že by ji měl vykonávat lékař. Důvody jsou takové, že pravděpodobně právě lékař je ten, který může navodit smrt co „nejprofesionálněji a nejpřijatelněji“. To přeci ale není dostatečný důvod, aby poskytoval pacientovi usmrcení. Vždyť lékař je vzdělán k tomu, aby nemocem předcházel, aby je léčil a aby poskytoval pacientům co nejlepší péči. Jak lékař, tak zdravotní sestra byli vzděláni k tomu, aby pacientův život chránili. Měl by tedy být někdo k tomuto úkolu speciálně vzdělán? Může však společnost po někom chtít, aby se živil touto činností? A nehrozila by pak u těchto „vykonavatelů eutanázie“ ještě větší míra zneužití?

Je zajímavé srovnání grafu č.3 a č.4, kde zejména veřejnost v 73% souhlasí s eutanázií, ale ochotu vykonat ji má pouze 18%. Ale co ti ostatní zastánci eutanázie? Mají snad pocit, že přesunutím zodpovědnosti na lékaře je problém vyřešen? A hlavně, co samotní lékaři? Škoda, že jejich názor nemůžeme do průzkumu zařadit (viz. kapitola 6.3.).

7. Jsou lékaři dostatečně informováni o léčbě bolesti?

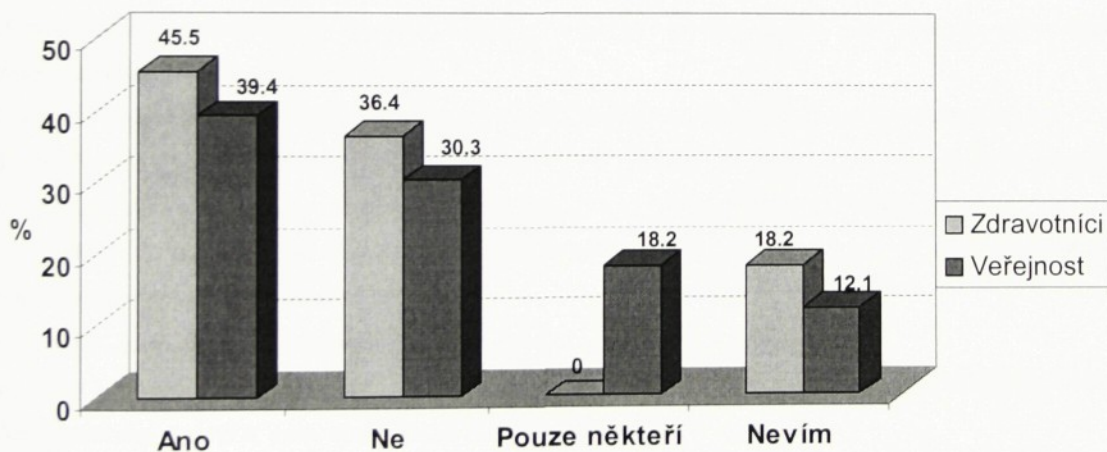
Tabulka 7a: zdravotníci

Odpověď	Četnost	
	Absolutní	Relativní (%)
Ano	15	45,5
Ne	12	36,4
Pouze někteří	0	0
Nevím	6	18,2
n	33	100

Tabulka 7b: veřejnost

Odpověď	Četnost	
	Absolutní	Relativní (%)
Ano	13	39,4
Ne	10	30,3
Pouze někteří	6	18,2
Nevím	4	12,1
n	33	100

Graf č. 7



Na první pohled by se mohlo zdát, že tato otázka právě nezapadá do kontextu našeho dotazníku, ale opak je pravdou. V teoretické části jsme velmi často zmiňovali souvislosti se strachem z bolesti, či prožíváním krutých bolestí v terminálních stádiích nemocí s eutanázií. Dále jsme také zmiňovali fakt, že pokud dnes pacient trpí bolestmi v souvislosti s vážným onemocněním, či dokonce v bolestech umírá, jde vždy o selhání lidského faktoru (nejčastěji lékaře) a ne moderní medicíny. Proto nás názor na úroveň léčby bolesti zajímal. Zdravotníci se s tímto faktorem setkávají dnes a denně v rámci svého povolání, veřejnost může posuzovat tuto otázku na základě svých vlastních zkušeností, či ze zkušeností svých blízkých.

Možnost, že jsou lékaři dostatečně informováni o léčbě bolesti zvolilo 15 zdravotníků, což je 45,5%. Z těchto patnácti zdravotníků ovšem devět uvedlo, že svých vědomostí lékaři dostatečně nevyužívají. To, že nejsou dostatečně informováni uvedlo 36,4% a odpověď nevím zvolilo 18,2% zdravotníků.

U veřejnosti odpovědělo 13 respondentů kladně, což je 39,4%, ovšem deset z nich toto uvádělo jako **předpoklad**, že jsou lékaři dostatečně informováni. 18,2% uvedlo, že pouze někteří lékaři jsou dostatečně informováni a 12,1% respondentů nevědělo. 30,3% laiků uvedlo, že lékaři nejsou dostatečně informováni léčbě bolesti.

Opět poukazujeme na to, že je škoda, že nemáme možnost srovnání s názory samotných lékařů.

Kasuistika – pacient K.A., 62 let

Od července 2001 si pacient stěžoval na bolesti v dolní části zad s propagací do pravého třísla a pravé poloviny břicha. Vyšetřen urologem s nálezem zvětšené prostaty. Provedeno RTG vyšetření páteře s nálezem mírných odchylek korespondujících s věkem pacienta. Pro bolesti dostal Ibuprofen. Pro trvající obtíže odeslán na ortopedii a rehabilitaci.

Říjen 2001 – pro přetrvávající obtíže a bolesti stále vyzařující do břicha provedena gastroscopie s negativním nálezem.

Listopad 2001 – sonografické vyšetření břicha se závěrem: mírné zvětšení jater, slinivka břišní hůře přehledná, lze však vyloučit nádorové bujení.

Leden 2002 – pro přetrvávající úporné bolesti v zádech s vyzařováním do břicha vyšetřen neurologicky

6.1.2002 – pro přetrvávající kruté bolesti a úbytek na váze 22 kg za 3-5 měsíců provedeno interní vyšetření včetně kontrolní sonografie břicha, s nálezem v oblasti slinivky břišní (objednáno CT vyšetření).

11.1.2002 – CT se závěrem: metastázy v játrech, chronická pankreatitida, tumor hlavy slinivky břišní s prorůstáním do žaludku a duodenální kličky.

17.1.2002 – kontrolní gastroscopie se závěrem: tumorosní infiltrace do žaludku.

4.2.2002 – interní vyšetření se závěrem: doporučují cílenou jaterní biopsii k ověření diagnózy (výsledek: vícečetné metastázy v játrech, malé množství tekutiny v játrech).

6.2.2002 – velmi zchváceného pacienta přivezla do Hospice Anežky České v Červeném Kostelci zoufalá a vyčerpaná rodina vlastním osobním automobilem (na 7.2. měl pacient objednanou sanitku a domluvený příjem). Při přijetí pacient velmi neklidný, křičí bolestí, masivně zvrací, kachexie, dehydratace. Aplikovány léky na zklidnění, na bolesti a na potlačení zvracení, vše samozřejmě do žíly. Zavedena infuze na úpravu objemu. Bolest a zvracení se podařilo zvládnout, nemocný se zklidnil, stav se však velmi rychle horší a téhož dne pacient v přítomnosti zklidněné rodiny umírá.

Rodina byla velmi vděčná, že nemocný byl alespoň v několika posledních hodinách zbaven krutých bolestí, že toho byli svědky a že s ním mohli být až do poslední chvíle. Poté manželka doplňuje anamnézu. Uvádí, že pacient prakticky celých sedm měsíců proti bolestem kromě Brufenu, kterého užíval až deset tablet denně, nic nedostával. Teprve v posledním týdnu měl MST tablety třikrát denně (pozn. jde o Morfium v tabletové podobě),

v té době však již denně opakovaně zvracel. Ač tato žena nemá žádné zdravotnické vzdělání, vyvodila z toho logický závěr, že perorální léčba bolesti nemohla být za těchto okolností účinná. Obviňovala praktickou lékařku, že manžela, několik měsíců trpícího krutými bolestmi, „nikam neodeslala“.

Jelikož bylo zjevné, že emoce zde sehrály svou roli, ošetřující lékařka z hospice si dodatečně ověřila poskytnuté údaje v dokumentaci nařčené praktické lékařky. Z výše uvedeného vyplývá, že nemocný vyšetřován byl, ovšem léčba bolesti byla zcela nedostatečná a v závěru, kdy nemocný zvracel, vysloveně chybná.

(pozn. odbornou lékařskou terminologii jsme upravili pro potřeby běžného textu)

8. Co je to hospic?

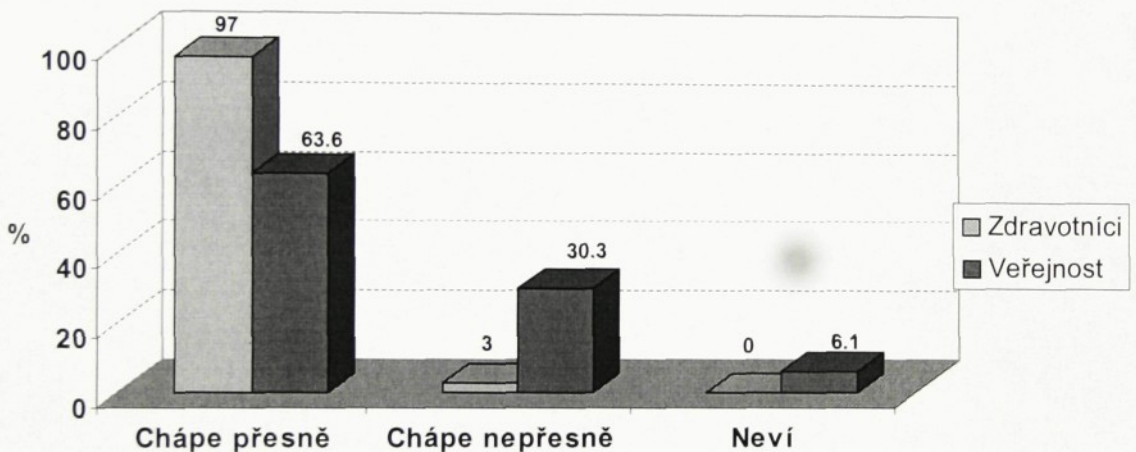
Tabulka 8a: zdravotníci

Odpověď	Četnost	
	Absolutní	Relativní (%)
Chápe přesně	32	97
Chápe nepřesně	1	3
Neví	0	0
n	33	100

Tabulka 8b: veřejnost

Odpověď	Četnost	
	Absolutní	Relativní (%)
Chápe přesně	21	63,6
Chápe nepřesně	10	30,3
Neví	2	6,1
n	33	100

Graf č. 8



U zdravotníků bylo objasnění pojmu hospic v 97% správné, pouze v jednom případě jsme usoudili, že vysvětlení nebylo zcela přesné. Respondent uvedl, že se jedná o zařízení pro pacienty s nevléčitelnou chorobou, o umírající pacienty. Toto vysvětlení bylo správné, ovšem dodatek že se jedná o udržování při životě nás přiměl k tomu, že jsme odpověď zařadily do kolonky chápe nepřesně. Nejde totiž o udržování pacientů při životě, ale o zkvalitnění posledních chvil v životě umírajících.

U respondentů z řad veřejnosti pojem hospic chápalo 63,6% dotazovaných, nevědělo 6,1% dotazovaných a chápalo nepřesně 30,3% dotazovaných osob. Do kolonky chápe nepřesně jsme zařazovali převážně odpovědi typu: zařízení pro staré lidi a zařízení pro osoby dlouhodobě nemocné. Toto vysvětlení se nám jevilo jako nedostačující, jelikož domovy pro seniory a léčebny dlouhodobě nemocných by tomuto vysvětlení také odpovídaly.

9. Předcházíme dystanázii (zadržované smrti) či eutanázii v hospici?

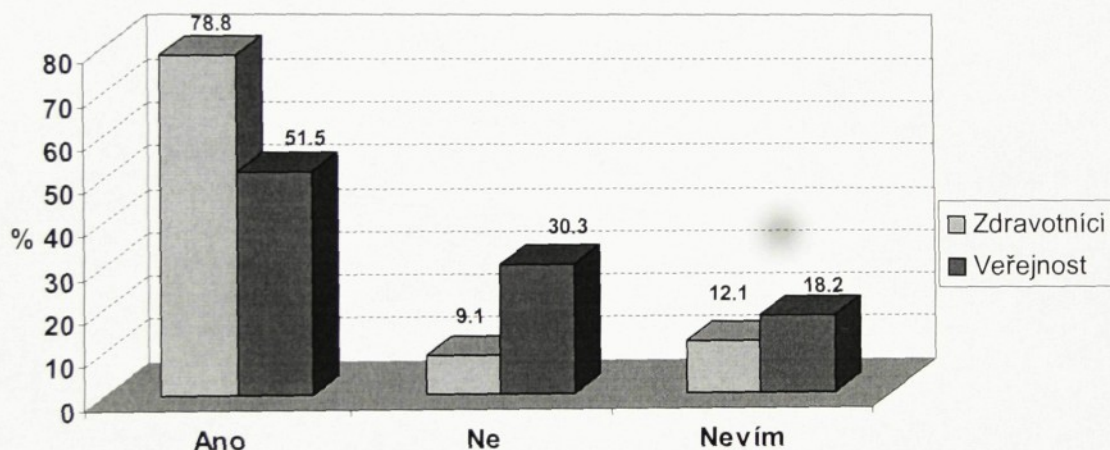
Tabulka 9a: zdravotníci

Odpověď	Četnost	
	Absolutní	Relativní (%)
Ano	26	78,8
Ne	3	9,1
Nevím	4	12,1
n	33	100

Tabulka 9b: veřejnost

Odpověď	Četnost	
	Absolutní	Relativní (%)
Ano	17	51,5
Ne	10	30,3
Nevím	6	18,2
n	33	100

Graf č. 9



U zdravotníků nám k této otázce nebylo prakticky nic vytýkáno. Také názory byly poněkud jednoznačné. Pro odpověď ano se vyslovilo 78,8%, ne 9,1% a nevím 12,1% zdravotníků.

Veřejnost nám vytýkala složitou formulaci otázky a pravděpodobně ne všichni pochopili podstatu otázky samotné. Přesto 51,5% laiků se vyslovilo pro možnost, že hospic těmto jevům dokáže zabránit, 18,2% nevědělo co si o tomto má myslet a 30,3% respondentů si nemyslelo, že by umístěním pacienta v hospici mohli předejít prosbě o eutanázii.

I přes výtky k této otázce je podle nás velmi zajímavé porovnání výsledků z grafu č.5. Zde se respondentů ptáme, zda-li si myslí, že lze prosbě o eutanázii předejít. 45,5% respondentů z řad veřejnosti se domnívá že nikoliv, a přesto se v 51,5% vyjádří, že hospic tomuto jevu předchází. Je evidentní jak si tyto dva výsledky odporují, ovšem můžeme se pouze domnívat, co respondenty k těmto názorům vedlo.

III. Závěrečná část

8. Shrnutí

8.1. Vyhodnocení hypotéz

Hypotézy, které jsme si v naší práci stanovili se zabývaly eutanázií a hospicovou péčí. Chtěli jsme zjistit úroveň znalostí u respondentů a také jejich stanovisko k problematice eutanázie:

- 1. Domníváme se, že 100% respondentů z řad zdravotníků a 95% respondentů z řad laické veřejnosti ví, co znamená pojem eutanázie.** *Výsledky jsou zaznamenány v grafu č. 2.*

U zdravotníků se nám tato hypotéza potvrdila. Ve 100% objasnili pojem eutanázie.

U veřejnosti jsme předpokládali větší informovanost, a to v 95%. Uspokojivě odpovědělo téměř 82%, 12% mělo zkreslené představy (i když nemůžeme říci, že by nevěděli o co se jedná, pouze jejich vysvětlení nebylo dostačující) a jen 6% nevědělo, co eutanázie znamená. Můžeme tedy konstatovat, že i u veřejnosti se nám tato hypotéza potvrdila.

- 2. Současně předpokládáme, že z 65% zdravotníci a z 85% veřejnost souhlasí s možností dobrovolného ukončení života za nesnesitelné trýzně a bolesti, v terminálním stádiu choroby.** *Výsledky jsou zaznamenány v grafu č. 3.*

U zdravotníků se nám hypotéza nepotvrdila. Oproti předpokládaným 65% souhlasí s eutanázií 46% dotazovaných. Záporně se vyjádřilo 27% a stejný počet dotazovaných zdravotníků neměl vyhraněný názor.

U veřejnosti můžeme říci, že hypotéza se nám potvrdila. Odhadovali jsme sice souhlasné vyjádření u 85%, avšak na základě průzkumu to bylo „jen“ 73%. Rozdíl je ovšem minimální. Proti eutanázii se vyjádřilo 15% a vyhraněný názor nemělo 12% dotazovaných respondentů z řad veřejnosti.

3. Domníváme se, že 100% zdravotníků a 80% laiků je dostatečně informováno o tom, co znamená zařízení hospicové péče. *Výsledky jsou zaznamenány v grafu č. 8.*

Hypotéza u zdravotníků se nám potvrdila. Co je hospic chápe 97% dotazovaných a 3% mělo zkreslený dojem.

U veřejnosti se nám hypotéza nepotvrdila, jelikož oproti předpokládaným 80%, dostatečně chápalo pojem hospice 64%. 6% nevědělo co hospic znamená a zbývajících 30% dostatečně nevystihlo princip hospice.

8.2. Závěr

Eutanázie 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.

Zkusme se zamyslet nad tím, co by asi způsobilo řetězové povolování eutanázie. Naše generace by si snad zachovala patřičnou úctu k životu, ale co ti, kteří by se již rodili do společnosti, kde by bylo ukončování životů normální praxí? Navíc toto záměrné ukončování života, i když poznamenaného těžkou chorobou, nebude asi nikdy domyšleno do důsledků. Musíme si totiž přiznat, že naše společnost není ideální a bezúhonná a vždy se začalo zneužívat toho, co na počátku sloužilo lidem k dobru. A že se začala zneužívat eutanázie tam, kde povolena byla, je pravdivým faktem. Připomeňme výsledky výzkumů prováděných v Holandsku.

Eutanázie je nesporně určitým řešením v terminálních obdobích některých nemocí. Naráží však na nebezpečí možného zneužití. K tomu je ještě třeba přičíst sociálně etickou složku, uvážíme-li důsledky toho, že by společnost dávala lékařům a jiným zdravotníkům možnost, aby nejen léčili, ale také usmrcovali. To by mělo nedozírné následky pro instituce, v nichž se lidé léčí, tzn. nemocnice, ústavy pro staré lidi atd. Povolení eutanázie ve smyslu usmrcování na vlastní žádost by se mohla nakonec ukázat jako levnější, i když nelidské řešení v případě, že by se na péči o nemocné a umírající nedostávalo peněz. Protrhla by se hráz sociálních agresí mladých proti starým, silnějších proti slabým atd.

Řešme otázku, jak zkvalitnit péči o umírající a ne, jak co nejšetněji zbavit umírající života. Paliativní medicína je jedním z řešení, jak tuto péči zkvalitnit. Na druhé straně si musíme přiznat, že paliativní medicína je schopna vyřešit pouze určitou část problémů lidí chronicky nemocných a nesoběstačných. A už vůbec není schopna vyřešit hlavní problém lidí opuštěných. Nevíme, jak velké procento takových nešťastníků je mezi žadateli o eutanázii v Holandsku, ale zanedbatelné jistě není. Chceme-li do budoucna něčemu podobnému u nás zabránit, je nejvyšší čas začít s účinnou prevencí. Jak? Třeba podle metodického návodu, který jsem nedávno zahlédla na jedné nástěnce. Na dolním okraji velké barevné fotografie, znázorňující tvář krásné, kouzelně vrásčité, usměvavé stařenky, byla jen tři slova: „Láskou proti eutanázii“. Jak prosté. Jestliže se na starého osamělého člověka neusmějí vlastní děti, proč by se na něho nemohl usmát doktor? Když ho nepohládí vlastní vnoučata, proč by ho nemohla pohladit sestřička? Na těle i na duši. Je sice pravda, že v seznamu výkonů takový kód není, ale ono se nám to dříve nebo později jako bumerang určitě vrátí.

Použitá literatura:

1. Eadieová, J.B.: V náruči světla. Knižní klub, k. s., Praha 1994.
2. Haškovcová, H.: Lékařská etika. Galén a Nakladatelství UK - Karolinum, Praha 1997.
3. Haškovcová, H.: Práva pacientů. Nakladatelství Aleny Krtilové, Havířov 1996.
4. Haškovcová, H.: Spoutaný život. Panorama, Praha 1985.
5. Kübler-Ross, E.: Hovory s umírajícími. Signum Unitatis 1992.
6. Kübler-Ross, E.: Odpovědi na otázky o smrti a umírání. Tvorba, Praha.
7. Nuland, S.: Jak lidé umírají. Knižní klub, k. s., Praha 1996.
8. Payne, J.: Klinická etika. Triton a Skalpel, Praha 1992.
9. Pollard, B.: Eutanázie – ano či ne? Dita, Praha 1996.
10. Štěpán, R.: Právo a moderní lékařství. Panorama, Praha 1989.

Novinová a časopisecká tvorba:

1. Drgonec, J.: Otázky eutanázie. P a S, 13/1989.
2. Grodin, M. A.; Annas G. J.: Odkazy Norimberka. Lékařská etika a základní lidská práva, JAMA 03/1997.
3. Janík, B.: O etice usmrcení ze soucitu. Moravskoslezský, 12.10. 1993.
4. Kamenická, R.: Poslední práva člověka. Současný spor o eutanázii. Proglas, 08/1997.
5. Komínková, H.: Právo na důstojné umírání. Sestra, 1/2002, str.20.
6. Pošusta, P.: Doktor Smrt se ocitl za mřížemi, pře o eutanázii však trvá. MF Dnes, 15.05. 1999.
7. Svatošová, M.: Práce s příbuznými a pozůstalými. Sestra, 1/2002, str. 22.
8. Vomlelová, K.: Doktor Smrt má co chtěl. MF Dnes, 30.11. 1998.

Internet:

1. Lajkep, T.: Eutanázie – poznámky o teorii a praxi. Hnutí pro život ČR, <http://prolife.cz>. *Zdravotnické noviny*, 15.11. 2002. Staženo 08.11.2003.
2. Pytlík, R.: Eutanázie - smrt bez pověr a iluzí. Hnutí pro život ČR. <http://www.eutanazie.prolife.cz/zpravy>, *Lidové noviny*, 03.10. 2003. Staženo 08.11.2003.
3. Rybová, Z.: Eutanázie – nejčastější otázky a odpovědi. Hnutí pro život ČR, <http://prolife.cz>. Staženo 08.11.2003.
4. Svatošová, M.: Eutanázii se neubráníme slovy, jsou nutné činy. Hnutí pro život ČR, <http://prolife.cz>. Staženo 08.11.2003.
5. Svatošová, M.: Hospic jako alternativa dystanázie i eutanázie. Tisková konference 25.01. 2001, <http://hospice.cz/dokumenty/alter.html>. Staženo 09.11.2003.
6. Štěpán, R.: Eutanázie a právo. Marketing pro zdraví. Staženo 09.11.2003.
7. Vorlíček, J.; Sláma, O.: Paliativní medicína a dobrá smrt. Hnutí pro život ČR, <http://prolife.cz>. Staženo 08.11. 2003.
8. Výtah z jednání Evropského zdravotního výboru: Eutanázie a asistovaná sebevražda. Staženo 09.11.2003.

Přílohová část

Prosím o vyplnění následujícího dotazníku, který je zaměřen na problematiku eutanázie. Výsledky budou zpracovány a zveřejněny pouze v mé závěrečné bakalářské práci. Děkuji.

1. Kolik je Vám let a jaké je Vaše povolání?
2. Vysvětlete pojem eutanázie?
3. Jak se stavíte k problematice eutanázie?
4. Požádal Vás někdo o eutanázii?
5. Myslíte si, že lze předejít prosbě o eutanázii?
6. Byl(a) by jste ochoten(a) provést eutanázii?
7. Jsou lékaři dostatečně informováni o možnostech léčby bolesti?
8. Co je to hospic?
9. Myslíte si, že umístěním pacienta v hospici předcházíme dystanazii (zadržované smrti) či eutanázii?

Prosím o vyplnění následujícího dotazníku, který je zaměřen na problematiku eutanázie. Výsledky budou zpracovány a zveřejněny pouze v mé závěrečné bakalářské práci. Děkuji.

1. Kolik je Vám let? 51
2. Vysvětlete pojem eutanázie? *hustorol pacienta o smrti v 'nikou k' l'aci*
3. Jak se stavíte k problematice eutanázie? *negativně*
4. Požádal Vás někdo o eutanázii? *ne*
5. Myslíte si, že lze předejít prosbě o eutanázii? *ne, nelze, ^{duo} kvůli, kvůli ne složitosti.*
6. Byl(a) by jste ochoten(a) provést eutanázii? *ne*
7. Jsou lékaři dostatečně informováni o možnostech léčby bolesti? *nelze říci*
8. Co je to hospic? *sdia-opuštěná zařízení, určená pro léčbu pacientů se závažnými onemocněními, pacientům v posledních stádiích nemoci, nemoci*
9. Myslíte si, že umístěním pacienta v hospici předcházíme dystanazii (zadržované smrti) či eutanázii? *nelze říci*
10. Jsou lékaři, zastánci moderní medicíny a snahy o prodlužování života na úkor přirozeného procesu umírání, u pacientů v terminálním stádiu nemoci?
hokuril ne

Prosím o vyplnění následujícího dotazníku, který je zaměřen na problematiku eutanázie. Výsledky budou zpracovány a zveřejněny pouze v mé závěrečné bakalářské práci. Děkuji.

1. Kolik je Vám let a jaké je Vaše povolání?

38 let, zdravotní sestra

2. Vysvětlete pojem eutanázie?

je to smrt „z milosti“ u nelegitímě těžkých pacientů, prováděna v sdružením

3. Jak se stavíte k problematice eutanázie?

přemýšlím o ní a v určitých případech bych ani souhlasila.

4. Požádal Vás někdo o eutanázii?

ne

5. Myslíte si, že lze předejít prosbě o eutanázii?

ano

6. Byl(a) by jste ochoten(a) provést eutanázii?

ne

7. Jsou lékaři dostatečně informováni o možnostech léčby bolesti?

myslím si, že ano

8. Co je to hospic?

zdravím, specializované pracoviště poskytující péči terminálně nemocným, zaměřené na úlevu bolesti

9. Myslíte si, že umístěním pacienta v hospici předcházíme dystanazii (zadržované smrti) či eutanázii?

ne

10. Jsou lékaři zastánci moderní medicíny a snahy o prodlužování života na úkor přirozeného procesu umírání u pacientů v terminálním stádiu nemoci?

jak klíč