

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Ústav pedagogiky a sociálních studií

Jana Štéblová, DiS.

EUTANAZIE, NEBO PALIATIVNÍ MEDICÍNA ?

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Vedoucí bakalářské práce:

PaedDr. Bronislava Štěpánková, Ph.D.

OLOMOUC 2011

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma ***Eutanazie, nebo paliativní medicína ?*** psala samostatně a použila jen těch informačních zdrojů, které uvádím v seznamu použité literatury, který je součástí bakalářské práce.

V Olomouci, dne 5. 3. 2011

.....

Poděkování

Děkuji PaedDr. Bronislavě Štěpánkové, Ph.D. za cenné rady, podněty a připomínky při zpracování mé bakalářské práce.

V Olomouci, dne 5. 3. 2011

.....

OBSAH	str.
ÚVOD	7
I TEORETICKÁ ČÁST	8
1 CHARAKTERISTIKA PROBLEMATIKY EUTANAZIE	9
1.1 POJEM EUTANAZIE	9
1.1.1 AKTIVNÍ A PASIVNÍ EUTANAZIE	10
1.1.2 DALŠÍ FORMY EUTANAZIE	11
1.1.3 ASISTOVANÁ SEBEVRAŽDA	12
1.1.4 DALŠÍ SOUVISEJÍCÍ POJMY	12
1.2.1 OBDOBÍ STAROVĚKU	13
1.2.2 OBDOBÍ STŘEDOVĚKU	14
1.2.3 OBDOBÍ NOVOVĚKU	14
1.3 EUTANAZIE A NĚMECKO V OBDOBÍ NÁRODNÍHO SOCIALISMU	15
1.4 EUTANAZIE A KŘESŤANSTVÍ	17
1.5 EUTANAZIE VE SVĚTĚ	18
1.5.1 EUTANAZIE V BELGII	18
1.5.2 EUTANAZIE V HOLANDSKU	18
1.5.3 EUTANAZIE A KLUZKÝ SVAH	20
1.5.4 EUTANAZIE VE ŠVÝCARSKU	21

1. 6 EUTANAZIE V ČESKÉ REPUBLICCE	23
1. 7 SOUČASNÉ DISKUZE O EUTANAZII	24
2 CHARAKTERISTIKA PROBLEMATIKY PALIATIVNÍ MEDICÍNY	26
2.1 PALIATIVNÍ MEDICÍNA.....	26
2. 1. 1 HISTORIE PALIATIVNÍ PÉČE.....	26
2. 1. 2 DEFINICE PALIATIVNÍ PÉČE.....	27
2. 1. 3 SOUČASNÁ SITUACE V PALIATIVNÍ MEDICÍNĚ	27
2. 2 HOSPICOVÁ PÉČE.....	29
2. 2. 1 HISTORIE HOSPICOVÉ PÉČE.....	29
2. 2. 2 DEFINICE HOSPICOVÉ PÉČE.....	29
2. 2. 3 HOSPICOVÉ Hnutí VE SVĚTĚ	30
2. 2. 4 HOSPICOVÉ Hnutí V ČESKÉ REPUBLICCE	30
3 EUTANAZIE VERSUS PALIATIVNÍ PÉČE	32
II PRAKTICKÁ ČÁST.....	34
4 CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY	35
4. 1 CÍL PRÁCE.....	35
4. 2 VÝZKUMNÝ PROBLÉM	35
4. 3 VĚCNÉ HYPOTÉZY	35
5 METODIKA.....	36

6 VÝSLEDKY ŠETŘENÍ A JEJICH ANALÝZA.....	37
7. DISKUZE	50
ZÁVĚR.....	51
SEZNAM LITERATURY	53
SEZNAM ZKRATEK	
SEZNAM PŘÍLOH	
ANOTACE	

ÚVOD

Pro svou bakalářskou práci jsem si vybrala téma *Eutanazie, nebo paliativní medicína?* Oba tyto pojmy souvisí s umíráním a smrtí, která je doprovázena bolestí a strádáním. Šestnáct let pracuji jako zdravotní sestra, během své praxe jsem prošla standardním interním oddělením, specializovaným resuscitačním oddělením a také ambulancním zařízením, kam pacienti pravidelně a dlouhodobě dojíždí na hemodialýzu. Na všech těchto pracovištích jsem se setkala s bolestí, utrpením, ale také nadějí a vírou v uzdravení. Po celou dobu své praxe si uvědomuji narůstající tendenci výskytu onkologických onemocnění. Také pokrok v medicínských technologiích a léčebných postupech doznal v posledních letech významného rozvoje. Všechny tyto výše zmiňované aspekty, doprovázející dnešní moderní svět, mě nutí zamýšlet se i nad tak „nepopulárními“ záležitostmi, jako je smrt v bolestech, smrt v osamocení, smrt na nemocničním lůžku bez přítomnosti nejbližších. Zamýšlet se nad umíráním na nevléčitelné a rychle progredující onemocnění, které přináší nejen bolest, ale také strach, zmatek a nejistotu

O eutanazii se diskutuje velmi často a téměř všude. Ovšem tato problematika je tak obsáhlá a tak závažná, že by se o ní, dle mého názoru, mělo zasvěceně diskutovat jen na vědeckých a odborných „půdách“.

Paliativní medicína je obor, který již má své významné místo v dnešní moderní medicíně, ale jeho role by měla, dle mého názoru, být ještě více zviditelňována. Součástí paliativní medicíny jsou hospicová hnutí, jejichž vznik a budování má pro paliativní péči o nemocného nezastupitelný význam.

Často se stávám svědkem diskuzí a debat nad tématy eutanazie a paliativní medicíny. Tato problematika vyvolává protichůdné názory.

Ve své bakalářské práci se věnuji teoretickému objasnění základních pojmů, které s touto problematikou souvisí. V praktické části bakalářské práce jsem stanovila hypotézy, které slouží k zjištění postojů zdravotních sester a studentek vyšší zdravotnické školy k eutanazii a paliativní medicíně. K ověření hypotéz byl sestaven dotazník, který v rámci bakalářské práce slouží k předvýzkumu.

I TEORETICKÁ ČÁST

1 CHARAKTERISTIKA PROBLEMATIKY EUTANAZIE

Tato část práce je zaměřena na objasnění pojmu eutanazie, na stručný pohled do historie, dále na otázku eutanazie a náboženství. Pozornost je věnována problematice eutanazie v souvislosti s obdobím národního socialismu v Německu. Následně je rozebrána problematika legalizace eutanazie v některých zemích a situace v České republice.

1.1 POJEM EUTANAZIE

Eutanazie je pojem složený ze dvou částí: *eu* – dobrý, a *thanatos* – smrt. Tento výraz pochází z řečtiny a znamená tedy dobrou smrt. „*Ekvivalentem dobré smrti je lehká, popřípadě krásná, smrt, tedy taková, která přichází po dlouhém spokojeném životě, rychle, bezbolestně, nebo ve spánku*“ (Haškovcová, 2007, s. 120).

V průběhu let došlo ke změnám v interpretaci tohoto výrazu a eutanazií se nejčastěji rozumí „smrt z milosti“, nebo „smrt z milosrdenství“ (Haškovcová, 2007). Existuje několik definicí eutanazie. MUDr. Aleš Hejlek přednesl v říjnu roku 2005 na 16. celostátní konferenci Sdružení křesťanských zdravotníků v Brně příspěvek na téma „Eutanazie“, kde uvádí, že „...*eutanazie v užším slova smyslu je usmrcení nevléčitelně nemocné a trpící osoby na její žádost. V širším pojetí pak sem řadíme i odnětí léčby*“ (2007, s. 71). Další definice je z doporučení představenstva České lékařské komory a zní: „*Eutanazie – usmrcení člověka ze soucitu jinou osobou než pacientem samým, a to na jeho vlastní žádost*“ (ČLK, 2010, čl. 3). Profesorka Marta Munzarová uvádí ve své publikaci „Zdravotnická etika od A do Z“ definici eutanazie dle holandského modelu, s níž se podle ní shoduje většina současných autorů: „*Jedná se o úmyslné ukončení života člověka někým jiným než člověkem samotným (= lékařem) na jeho vlastní žádost*“ (2005, s. 122).

V literatuře, věnující se této problematice, se můžeme setkat s dalšími pojmy, které souvisí s eutanazií. Důležitým pojmem je asistovaná sebevražda, dále rozdělení eutanazie na aktivní a pasivní, popřípadě další rozlišení eutanazie na přímou a nepřímou, dobrovolnou a nedobrovolnou, chtěnou a nechtěnou. V neposlední řadě je třeba zmínit další pojmy, jako sociální eutanazie a prenatalní eutanazie.

1. 1. 1 AKTIVNÍ A PASIVNÍ EUTANAZIE

Aktivní eutanazie je aktivní jednání, „...*které má uspišit či navodit smrt člověka...*“ (Špinková, Špinka, 2006, s. 11). Profesorka Haškovcová ve své publikaci „Thanatologie, nauka o umírání a smrti“ charakterizuje aktivní eutanazii jako akt lékaře, který provede u nevléčitelně nemocného a bolestmi trpícího pacienta na jeho vlastní „svobodnou“ žádost. Tato forma eutanazie bývá nazývána „strategií přeplněné stříkačky“. Aktivní eutanazii dále dělí na eutanazii nevyžádanou, což znamená, že pacient není schopen o eutanazii požádat předem, můžeme však předpokládat, že kdyby mohl, s eutanazií by souhlasil. V tomto případě jde o eutanazii nevyžádanou, ale v zásadě chtěnou. Další variantou je eutanazie nevyžádaná a nechtěná. V obou uvedených případech nelze přesvědčivě doložit, zda si pacient eutanazii přál, popřípadě nepřál, proto hovoříme o eutanazii nedobrovolné (Haškovcová, 2007). Pro aktivní eutanazii je charakteristické úmyslné jednání, úmysl zabít (Munzarová, 2005).

Pasivní eutanazie je pojem, který znamená nejednání, nebo zřeknutí se určitého jednání, které má, nebo může mít za následek uspišení úmrtí druhého člověka (Špinková, Špinka, 2006). Pasivní eutanazie v podstatě znamená totéž, co přerušení léčby, nebo odeření léčebných postupů, které by nemocného neúměrně zatěžovaly. (Haškovcová, 2007). Pasivní eutanazie bývá také nazývána „strategií odkloněné stříkačky“.

V posledních letech se většina autorů, kteří se věnují problematice eutanazie, vymezují proti dělení eutanazie na aktivní a pasivní. Autoři publikace „Euthanasie: víme o čem mluvíme?“ Martina Špinková a Štěpán Špinka vysvětlují jednotlivé pojmy, týkající se eutanazie, avšak dále připouští, že rozlišení mezi aktivní a pasivní eutanazií může být v konkrétních případech obtížné, protože platí, že nejednání vychází také z našeho rozhodnutí, za které musíme nést stejnou zodpovědnost, jako za rozhodnutí jednat (2006). Také profesorka Marta Munzarová se ve své publikaci „Eutanazie, nebo paliativní péče?“ zmiňuje o tom, že eutanazie byla dělena na aktivní a pasivní v dřívější době. Dále upozorňuje na to, že pod pojmem pasivní eutanazie se mohou skrývat dva zcela odlišné postupy. První postup znamená nezasáhnout s úmyslem zabít, což je z mravního hlediska totéž jako aktivní přístup.

Druhý postup znamená nepodání léčby nebo ustoupení od dalších postupů v případě, jsou-li zatěžující a zcela zbytečné a znamenají-li pro nemocného jen další utrpení. Přičemž na odmítnutí takových postupů má nemocný plné právo (2005). Profesorka Munzarová dále popisuje pojmy aktivní eutanazie a asistované sebevraždy v kontextu úmyslného jednání, úmyslu zabít. Naléhá, aby byl k těmto pojmům přiřazen i úmysl zabít i v tom případě, že nezasáhnu (2005). Profesorka Haškovcová v knize „Lékařská etika“ vidí podstatu rozlišování pojmů aktivní a pasivní eutanazie především ve strachu před podezřením ze zabití či vraždy (1994). Doslova uvádí, že „...odkloněná stříkačka a respektace přirozeného vstupu smrti opravdu neasociuje zabití...“ (Haškovcová, 1994, s. 198). Zároveň však uvádí, že hranice mezi aktivní a pasivní eutanazií nejsou příliš zřetelné a jakákoliv forma eutanazie je neetická (Haškovcová, 1994).

1. 1. 2 DALŠÍ FORMY EUTANAZIE

Přímá eutanazie je jednání, jehož hlavním cílem je uspíšení či navození smrti člověka (Špinková, Špinka, 2006).

Nepřímá eutanazie je jednání, při němž je smrt či její uspíšení pouze vedlejším důsledkem léčby, která měla například zbavit nemocného bolesti, nebo jiného utrpení. Klasickým příkladem nepřímé eutanazie je podávání vysokých dávek léků, které tiší bolest v terminálních fázích onemocnění, což může, ale nemusí vést ke zkrácení života (Špinková, Špinka, 2006).

Prenatální eutanazie je velmi diskutovaný problém, označující také interrupce ze sociálních důvodů. Tento termín je mnoha odborníky odmítán s ohledem na skutečnost, že se nejedná o trpícího člověka s nesnesitelnými bolestmi, který nás o milosrdnou smrt nežádá, ani nemůže. Matka zástupně rozhoduje o jeho bytí či nebytí. Jiní odborníci, právě pro spojení pojmů eutanazie a interrupce, které není příliš šťastné, ale plné emočního zabarvení, využívají tohoto spojení, aby donutili veřejnost diskutovat a zamýšlet se nad problematikou ochrany nenarozeného dítěte (Haškovcová, 2007).

Sociální eutanazie je pojem, který není používán často. Teoreticky je žádoucí a etické, aby se lidem kdykoli a kdekoli dostalo takové lékařské péče, která odpovídá nejnovějším medicínským poznatkům. Realita je ovšem taková, že vzhledem

k ekonomickým, geografickým a vzdělanostním zdrojům se lidem dostává péče redukována. Ekonomická problematika je častým předmětem diskuzí, nesmíme však zapomínat na geografickou dostupnost péče a vzdělanostní základnu medicínské péče (Haškovcová, 2007).

Dystanazie je stav nelehkého umírání, kdy návrat do života je nereálný a zemřít je nemožné (Vorlíček a kol., 1998). Tento stav bývá také nazýván „zadržovaná smrt“. „*Pojem dystanazie je někdy používán také pro život s přístrojem (přístrojový život), což je potřebné uvést proto, že „odpojení od přístrojů“, které má za následek skon pacienta, je označováno jako orthotanasie*“ (Haškovcová, 2007, s. 121).

1. 1. 3 ASISTOVANÁ SEBEVRAŽDA

Asistovaná sebevražda je zvláštní formou eutanazie. Pacient si přeje zemřít a lékař mu poskytne radu, či konkrétní prostředek, kterým může uskutečnit odchod ze života. Někdy se hovoří o „návodu k vysvobození“. Samotný akt ukončení života vykoná pacient sám, za asistence lékaře (Haškovcová, 2007). Existují podmínky asistované sebevraždy, z nichž nejpodstatnější je ta, že „...sebevraždu smí spáchat pouze pacient vlastní rukou...“ (Kutnohorská, 2007, s. 88).

1. 1. 4 DALŠÍ SOUVISEJÍCÍ POJMY

DNR (do not resuscitate) – tento výraz pochází z angličtiny a znamená „neresuscitovat“. V češtině se také používá termín NR (Haškovcová, 2007).

Living will – další termín, který pochází z angličtiny a znamená „...*direktivy zakazující prodlužování života v určitých situacích...*“ (Kutnohorská, 2007, s. 87).

1. 2 EUTANAZIE A HISTORIE

Smrt a umírání provázelo lidstvo od nepaměti. Nejen samotný skon člověka, ale také stav před smrtí, umírání, a okolnosti, které smrt doprovází, se stávaly předmětem zamyšlení mnoha učenců a filozofů ve všech obdobích lidských dějin.

1. 2. 1 OBDOBÍ STAROVĚKU

Významné a často zmiňované jsou názory filozofů v období Starověku. Toto období přinášelo učence, na které navazujeme i v dnešní době. Ve Starověku kladli důraz především na postoj člověka ke způsobu umírání. „*Bylo důležité, aby člověk umíral „dobrou smrtí“, ve vyrovnaném stavu mysli, v klidu a za sebekontroly. A bylo snad možné i lidský život zkrátit proto, aby došlo ke smrti s uvedenými vlastnostmi*“ (Munzarová, 2005, s. 25). Antičtí filozofové se na problematiku eutanazie, tak jak ji vnímáme dnes, dívali různě a nebyla spojována s negativním označením, nebo vraždou.

Pythagorejci nesouhlasili s eutanazií z důvodů náboženských. Těžká smrt byla podle nich potrestáním za předchozí hříchy (Munzarová, 2005).

Sokrates vyjadřoval souhlasný názor s ukončováním života v případě bolesti a utrpení (Munzarová, 2005).

Platon se k eutanazii nestavěl odmítavě, například v případech těžkých chorob ji schvaloval. Chronicky a nevléčitelně nemocný člověk byl, dle Platona, neužitečný nejen pro sebe, ale i pro stát. Hodnotu jedince podřizoval potřebám státu (Munzarová, 2002).

Aristoteles se stavěl k Platonovu názoru na eutanazii negativně. Podle něj se má život zachovat co nejdéle, také pro dobro státu. Ukončení života z důvodů těžkosti, nebo utrpení přisuzoval jen zbabělci (Munzarová, 2005).

Stoikové v podstatě připouštěli možnost ukončení života v případě, že nesnesitelná bolest, nebo nevléčitelná choroba narušují individuální potřeby člověka (Munzarová, 2005).

Z lékařského hlediska má v dnešní době v otázce eutanazie nesporný význam *Hippokratova přísaha*, kde je uvedeno: „*Nepodám nikomu smrtící látku, i kdyby ji ode mne žádal, a ani nikomu tuto možnost nenavrhnou*“ (Munzarová, 2005, s. 27).

1. 2. 2 OBDOBÍ STŘEDOVĚKU

Ve středověku znamená pozemský život přípravu na život posmrtný. Smrt je branou a posledním okamžikem, kdy může člověk svůj život pochopit a završit. Utrpení, které může smrt doprovázet, umožňuje člověku přiblížení k Bohu. Smrt člověka ve středověku měla význam v přechodu do věčnosti. Lidé si uvědomovali utrpení a měli soucit s umírajícími. Zasahovali však s velkou pokorou vyplývající z toho, že člověk má jen velmi omezené možnosti. Velký vliv na vnímání a prožívání smrti v tomto období mělo křesťanství (Špinková, Špinka, 2006).

1. 2. 3 OBDOBÍ NOVOVĚKU

Důležitý a pro novověké pojetí eutanazie příznačný, je přínos *Thomase Moora* a *Francise Bacona*. Thomas Moor rozvíjí myšlenku eutanazie v rámci své utopické vize společnosti. Francií Bacon řeší otázku, do jaké míry a jakým způsobem může nově se formulující lékařská věda pomoci v umírání. Bacon se snaží ukázat, že je třeba využít všech prostředků, které medicína má k tišení bolesti a zmírnění symptomů nemoci (Špinková, Špinka, 2006).

1.3 EUTANAZIE A NĚMECKO V OBDOBÍ NÁRODNÍHO SOCIALISMU

Eutanazie v tomto období pozbývá významu „dobré smrti“. Robert N. Proctor se ve své knize *Rasová hygiena* zamýšlí nad tím, že jedna věc je zaručit právo zemřít bez utrpení a druhá věc je požadovat, aby byly zabíjeny osoby, nebo skupiny osob, jako nehodny žití. V prvním případě je cíl poskytnout pohodlí v posledních okamžicích života. V druhém případě jde o to, zbavit společnost finanční zátěže, kterou přináší právě péče o lidské životy, které nejsou považovány za přínosné. Nacistům se podařilo tyto dva významy spojit a zastřít rozdíl mezi něčím, co zmírňuje utrpení a prostředkem k ušetření financí ve zdravotnictví (Proctor, 2009).

Toto směřování pojmů však poprvé nevyužili jen nacisté. Například v roce 1920 vydali profesor lékařství Alfred Hoche a profesor práva Rudolf Binding knihu *Povolení k likvidaci životů nehodných žití*, kde obhajují zabíjení duševně nemocných osob. Tyto myšlenky přichází s koncem 1. světové války, kdy lidé hladověli a trpěli bídou. Cílem a podstatou těchto idejí bylo zbavit společnost ekonomických těžkostí (Proctor, 2009).

Propaganda byla v tomto směru velmi intenzivní. V literatuře a filmu se objevovaly snímky, kde nevléčitelně nemocní trpěli a ukončení života bylo aktem milosrdenství. Příkladem je film *Ich klage an!* (Žaluji!), který se stal významným pro program eutanazie (Proctor, 2009).

Významným způsobem se do souvislosti s eutanazií a nacistickým hnutím zapluli němečtí lékaři. V roce 1929 vznikla Liga národně socialistických lékařů, která měla za cíl koordinaci nacistické zdravotnické politiky a „očištění německé lékařské obce od vlivu židovského bolševismu“. Liga se setkala s velkým ohlasem a už na začátku roku 1933 do ní vstoupilo 2786 lékařů (Proctor, 2009).

Provádění eutanazie u dětí a dospělých mělo trochu odlišné podmínky a strukturu. Pravděpodobně počátkem roku 1939 požádal otec dítěte, které bylo slepé, chyběla mu noha a část ruky a které dle svědectví Hitlerova lékaře Karla Brandta „vypadalo jako idiot“ Hitlera, aby jej dítěte zbavil. Na základě tohoto případu Hitler započal „dětský program eutanazie“. Hitler pověřil Filipa Bouhlera, což byl vysoký nacistický funkcionář, a Karla Brandta, aby v ostatních podobných případech postupovali stejně. Životy těchto dětí byly považovány za nehodné života.

Byl vydán oběžník, který nařizoval, aby byli evidováni všichni novorozenci, u kterých se vyskytuje idiocie a mongolismus, mikrocephalie, hydrocefalus, deformity všech druhů a obrny. Děti, které byly podle těchto kritérií vybrány, byly odváženy do zařízení, kde umíraly hladem, následkem podvýživy, nebo po podání smrtící injekce. Takto podle odhadů zemřelo do konce války 5000 dětí (Munzarová, 2005). Zabíjení dětí bylo součástí širšího programu.

V červenci roku 1939 dal Hitler svolení začít provádět program eutanazie dospělých (Proctor, 2009). Účelem bylo nejen zbavit se životů nehodných k žití, ale také uvolnit lůžka v nemocnicích a ulehčit zdravotnickému personálu. Program, také nazývaný T4, měl za následek 70 273 úmrtí, především mentálně postižených osob. Toto zabíjení, které probíhalo hlavně pomocí plynu, se oficiálně ukončilo v roce 1941 na popud protestů, především z řad církve. Po skončení však probíhala ještě „skrytá“ eutanazie pomocí vyhladovění, nebo léků. Celkově tak zahynulo přibližně dalších 70 000 obětí (Munzarová, 2005).

1. 4 EUTANAZIE A KŘESŤANSTVÍ

V naší společnosti převládala a dosud přetrvává židovsko-křesťanská tradice, která se k násilnému ukončení života staví negativně (Munzarová, 2005). Jana Kutnohorská k tomu uvádí: „*V židovském Zákoně je lékař povinen přijít a zachraňovat postiženého bližního a provést jakýkoliv zásah, který považuje za důležitý na záchranu života pacienta, a to i tehdy, když jej pacient odmítá a dává přednost smrti. Důraz je více kladen na zodpovědnost lékaře léčit a sloužit, než na právo pacienta být léčen*“ (Kutnohorská, 2007, s. 30).

Křesťanství bezvýhradně odsuzuje „...sebevraždu i jakoukoli účast na usmrcení druhého, jakožto svévolný zásah proti životu – daru božímu...“ (Štěpán, 1989, s. 89). Jak uvádí profesorka Marta Munzarová „...v rámci zásad křesťanské etiky je na prvních místech uváděn „princip správcovství“, který uznává, že lidský život pochází od Boha a že člověk je pouze jeho správcem, nikoliv vlastníkem, takže o něj z tohoto důvodu musí řádně pečovat...“ (Munzarová, 2005, s. 28).

I další náboženství, jako například islám, nebo hinduismus mají k provádění eutanazie negativní postoj (Munzarová, 2005).

Tělesné utrpení je součástí lidského bytí, zasahuje duševní stav člověka a může vést k touze po odstranění za každou cenu (Šipr a kol., 2005) . „*Podle křesťanského učení však má bolest, zvláště v posledních okamžicích života zvláštní místo v Božím plánu spásy. Je totiž podílem na Kristově utrpení a sjednocením se s jeho vykupitelskou obětí, kterou on přinesl v poslušnosti k Otcově vůli*“ (Šipr a kol., 2005, s. 44).

1. 5 EUTANAZIE VE SVĚTĚ

Problematika eutanazie je předmětem diskuzí na celém světě. Ve většině zemí světa je legalizace eutanazie zakázána. Existuje však několik zemí, kde je do určité míry a za určitých podmínek eutanazie povolena, nebo alespoň tolerována. V současné době je možné ukončit svůj život na vlastní žádost v Holandsku a v Belgii. Asistovanou sebevraždu je možné uskutečnit ve Švýcarsku a ve státě Oregon v USA.

1. 5. 1 EUTANAZIE V BELGII

V Belgii dochází v roce 2001 k uzákonění tolerované eutanazie. Definice eutanazie zní „úmyslné ukončení života jinou osobou než osobou samotnou na žádost této osoby“, stejně jako v Nizozemí. Jsou zde přesně definovány kritéria a zákonná opatření, za jakých má tento akt probíhat (Munzarová, 2005).

1. 5. 2 EUTANAZIE V HOLANDESKU

V Holandsku začínají intenzivnější debaty o eutanazii v 60. a 70. letech 20. století, kdy se lidé domáhali větších občanských práv, ochrany soukromí a práva sebeurčení (možnost bezvýhradně rozhodovat o sobě samém). Od té doby se tam všeobecně respektuje právo člověka určit si konec svého života, přičemž toto právo je soudem respektováno jako společenská norma (Kutnohorská, 2007).

Jak uvádí profesorka Marta Munzarová, v roce 1973 došlo k prvnímu procesu, který se týkal aktivní eutanazie, kterou provedl lékař. Souzena byla lékařka, která své matce, upoutané na vozíček aplikovala s úmyslem zabít vysokou dávkou morfinu. Matka do několika minut zemřela. Lékařka byla odsouzena k podmíněnému jednotýdennímu trestu. Od té doby se v Holandsku eutanazie prováděla, a pokud vůbec některý případ skončil u soudu, pak byl posuzován blahovolně (Munzarová, 2002).

V roce 1982 vznikla Vládní komise pro eutanazii, která spolu s Ústřední komisí Královské holandské lékařské asociace určovala podmínky a okolnosti, za kterých mohla být eutanazie prováděna. Lékaři byli nabádáni k určité otevřenosti, která měla zamezit napětí mezi legislativou a praxí. Měli uvádět eutanazii jako příčinu smrti,

což doposud nedělali a proto zcela chybí evidence takto ukončených životů. Komise také zaručovaly beztrestnost pro lékaře v případě, že budou dodržovat určitá kritéria.

„Nejdůležitější z nich (tzv. kritéria rotterdamská, nazvaná podle rozhodnutí jednoho soudu v Rotterdamu) byla následující:

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

V 80. a 90. letech proběhlo několik studií, které se staly podkladem k připravované diskuzi o legalizování eutanazie a asistovaného suicida. Zákon vstoupil v platnost v roce 1994. Stále však přetrvávaly rozpory v trestnosti těchto aktivit. Na jedné straně zůstávaly trestné, na straně druhé byly vytýčeny zásady, při jejichž dodržení byla prakticky zaručena beztrestnost. V roce 1990 se shodla rada Královské lékařské asociace i na postupech povinného hlášení:

„1. Lékař provádějící eutanazii a asistované suicidium nepodá hlášení o přirozené smrti, nýbrž informuje místního lékařského revizora pomocí vyplněného rozsáhlé dotazníku.

2. Místní revizor podá hlášení okresnímu právnímu zástupci.

3. Tento pak rozhodne, zda případ předá k soudnímu trestnímu stíhání či nikoliv“ (Munzarová, 2005, s. 35).

Vzhledem k nejasnostem v používání pojmu eutanazie byl tento jasně vymezen:

„Jedná se o úmyslné ukončení života osoby na její explicitní žádost někým jiným než osobou samotnou (lékařem)“ (Munzarová, 2005, s. 35).

Je důležité „... si uvědomit tři důležité body, k nimž se budeme vracet.

- 1. Eutanazie je čin (skutek, udělení něčeho, obvykle podání „léku“) a nezahrnuje tedy ustoupení od aktivity (např. ukončení léčby).*
- 2. Eutanazie je záležitostí chtěnou ze strany nemocného a nelze tedy pod tento pojem*

zahrnovat takové aktivity, jako je ukončování života novorozenců nebo pacientů v kómatu.

3. Eutanazie je záměrné ukončení života, ukončení je v úmyslu jednajícího (pojem se tedy nevztahuje na nezamýšlené ukončení života, například při tlumení bolesti opiáty, kdy se z mravního hlediska může uplatnit princip dvojího efektu...)“ (Munzarová, 2005, s. 35).

V dalších letech se zákon upravoval a v roce 2001 byl v Holandsku schválen návrh zákona s názvem „Prověření ukončení života na žádost pacienta a pomoc při sebezabití“ (Haškovcová, 2007, s. 128).

V nové úpravě zákona je ustanovení o tom, že o ukončení svého života mohou požádat i nezletilí. U dvanácti až šestnáctiletých je nutný výslovný souhlas zákonného zástupce, u šestnácti až sedmnáctiletých je nutné spolurozhodnutí rodičů. Na konci roku 2004 byla veřejnost seznámena s tzv. *Groningenským protokolem*, který má za cíl umožnit eutanazii i u novorozenců. Tento protokol obsahuje podmínky, za kterých je možné eutanazii provést (Haškovcová, 2007).

1. 5. 3 EUTANAZIE A KLUZKÝ SVAH

Eutanazie souvisí se smrtí a umíráním. Všichni jsme smrtelní, proto se nás dotýkají závěry, které v tomto směru učiní společnost, ve které žijeme. Existují reálná nebezpečí zneužití eutanazie. Jedním z příkladů může být tzv. kluzký svah v Holandsku a případ Američana Jacka Kevorkiana (Haškovcová, 2007).

Zákon z roku 2001, který měl v Holandsku znemožnit zneužití eutanazie díky svému složitému systému, který kombinuje trestnost a beztrestnost, zároveň rozšířil možnost žádat o ukončení života i pro nezletilé. Zároveň v Holandsku vzrůstá počet nechtěných a nedobrovolných forem eutanazie. To vše vedlo ke vzniku „kluzkého svahu“ (*slippery slope*), na kterém se ocitla celá společnost. Ozývají se hlasy, které současnou situaci odsuzují, dokonce volají po jejím zákazu. Stále více se diskutuje o problematice důstojnosti smrti a práva na volbu způsobu, jak odejít ze života (Haškovcová, 2007).

Kluzký svah v případě eutanazie znamená, že „...*pokud dovolíme lékařům ukončovat životy umírajících na jejich vlastní žádost, rozhodně to u toho neskončí a postupně bude tato možnost rozšiřována...*“ (Munzarová, 2005, s. 39). Autorka dále uvádí, že

může dojít k ukončení životů lidí s těžkými a nevléčitelnými nemocemi, kteří však ještě neumírají a mohou ještě dlouho žít. Dále může dojít k ukončení života těžce postižených novorozenců, lidí mentálně postižených, nebo senilních (Munzarová, 2005).

Případ Jacka Kevorkiana svého času rozbouřil hladinu veřejného mínění. Tento americký lékař se léta zabýval tzv. „plánovanou smrtí“. Praktikoval eutanazii pomocí přístroje *Mercitron*. Kevorkian zaručoval spolehlivost přístroje, samotný akt usmrcení provedl umírající člověk sám. V podstatě prováděl asistovanou sebevraždu. Praktikoval ji vždy tam, kde je asistovaná sebevražda povolena. Několikrát byl v rozporu se zákonem, v roce 1999 byl dokonce souzen za vraždu poté, co předal soudu videozáznam o „bezbolestném konci života“ umírajícího člověka (Haškovcová, 2007). „*Kevorkian totiž několikrát umožnil zemřít i lidem, kteří zemřít nemuseli, resp. jejichž nemoc byla sice vážná a dlouhodobá, ale postiženého bezprostředně neohrožovala na životě*“ (Haškovcová, 2007, s. 144).

1. 5. 4 EUTANAZIE VE ŠVÝCARSKU

Návrhy k uzákonění eutanazie byly podány v roce 1975 a v roce 1979 a oba byly zamítnuty. Ve Švýcarsku existují dvě organizace: *Exit* a *Dignitas*, které poskytují asistovanou sebevraždu s odkazem na zákon z roku 1942. Tuto praxi využívají nejen Švýcaři, ale také cizinci. Praxe probíhá za daných pravidel, která stanoví organizace. Člověk, který projeví o službu zájem, kontaktuje lékaře z výše zmiňovaných organizací, poté podepíše žádost o asistovanou sebevraždu a jemu poskytnuta smrtící látka, kterou pak vypije v prostorách daného zařízení. Tyto služby jsou drahé, i přesto počet žádajících rok od roku stoupá. Vznikají obavy z *eutanatické turistiky*. Tyto služby začaly nabízet i některé nemocnice, kde už nejsou zcela dodržované podmínky. Uvedené vyvolalo diskusi mezi veřejností, hlavně na téma kritérií pro asistovanou sebevraždu a úlohu státu. Kritéria pro asistovanou sebevraždu by měla být splněna. Tato kritéria jsou: terminální stadium života, vyčerpání všech léčebných možností, beznaděj v souvislosti s nadějí na zlepšení stavu, nesnesitelné bolesti, trvalé a uvážlivé žádosti o asistovanou sebevraždu. Úloha státu by měla spočívat v kontrole dodržování pravidel angažovaných společností (Haškovcová, 2007).

1. 5. 5 EUTANAZIE VE STÁTĚ OREGON – USA

V Oregonu byly snahy o uzákonění asistované sebevraždy již od roku 1991, kvůli námitkám ze strany soudů však byl akt legalizace oddalován. V roce 1997 byla jednání obnovena, došlo k hlasování občanů, z nichž bylo pro legalizaci asistované sebevraždy 60% obyvatel a tak 27. října 1997 byla tato aktivita schválena (Munzarová, 2005).

1. 6 EUTANAZIE V ČESKÉ REPUBLICE

„V České republice je eutanazie, stejně tak jako asistovaná sebevražda, zakázána, a pokud by byla provedena, bude kvalifikována jako trestný čin“ (Haškovcová, 2007, s. 132). Etický kodex České lékařské komory v článku 7 uvádí: *„Lékař u nevléčitelně nemocných a umírajících účinně tiší bolest, šetří lidskou důstojnost a mírní utrpení. Vůči neodvratitelné a bezprostředně očekávané smrti však nemá být cílem lékařova jednání prodlužovat život za každou cenu. Eutanazie a asistované suicidium nejsou přípustné“* (Munzarová, 2000, s. 22).

V České republice se o problematice eutanazie jednalo již v minulosti, konkrétně návrh zákona v roce 1926 dával *„...možnost použít při eutanazii mimořádně zmírnění trestu a dokonce upustit od potrestání. Podle pozdějšího návrhu z roku 1937 mělo být usmrcení na žádost z útrpnosti stíháno pouze jako přečin. Tyto návrhy se nestaly platným právem...“* (Štěpán, 1989, s. 91). Diskuze o eutanazii se vedly i v dalších letech, ale jak uvádí JUDr. Štěpán, *„...zákon samozřejmě nepřipouští a nemůže připustit svévolné ukončení života z jakýchkoli pohnutek...“* (Štěpán, 1989, s. 99).

Debaty k tomuto tématu se vyskytly i v posledních letech. Například v roce 2005 schválila Poslanecká sněmovna parlamentu České republiky novelu trestního zákona, která se týkala trestnosti eutanazie (Haškovcová, 2007).

Dne 4. 3. 2010 nabylo účinnosti Doporučení představenstva ČLK č. 1/2010, které v článku číslo tři definuje eutanazii jako *„...usmrcení člověka ze soucitu jinou osobou než pacientem samým, a to na jeho vlastní žádost. Právní systém České republiky pojem eutanazie nezná. Uvedené jednání by bylo hodnoceno jako trestný čin a je nepřípustné. Nepřípustná a trestná je také pomoc k sebevraždě“* (ČLK, čl. 3).

1. 7 SOUČASNÉ DISKUZE O EUTANAZII

„Je pravda, že požadavek, který lékaři dodržují jako zákon, zní: prodlužuj a udrž život za každou cenu. To má i svůj rub, neboť pak tíž lékaři, kteří bojují o každou minutu přežití jednotlivce, jsou nuceni se dívat na dílo, které mají plně v rukou – kdy se z jedince stává mučedník, jemuž se smrt stává vykoupením“ (Haškovcová, 1975, s. 77).

Argumentace pro a proti eutanazii jsou vedeny velmi často. K této problematice se vyjadřuje mnoho autorů. Významná česká lékařka, profesorka Marta Munzarová se zabývá otázkami medicínské etiky, problematiky eutanazie a paliativní péče. Munzarová se k otázce legalizace eutanazie staví jednoznačně odmítavě. *„Civilizované řešení spočívá v urychlení splnění programů paliativní medicíny a paliativní péče a ne v rezignaci vůči tlakům pro eutanazii“* (Munzarová, 2002, s. 53). Munzarová dále upozorňuje, že legalizace eutanazie by byla nebezpečná a poukazuje na možnosti jejího zneužití v odkazu na nacistický program s ideou eutanazie (Munzarová, 2002).

Existují další termíny, které se objevují v souvislosti s eutanazií. Například *nenasazení, nebo přerušení život prodlužující léčby* - použití pouze v těch případech, kdy není možné obnovit zdraví, funkce a vědomí. Agresivní používání nových léčebných technologií znamená prodlužování procesu umírání. Pouze v těchto případech můžeme hovořit o *„...ponechání člověka zemřít...“* (Munzarová, 2002, s. 51). *Zvládnutí bolestí a jiných symptomů* - cílem takové léčby je *„...osvobodit nemocného od bolesti a intenzivního jiného trápení, které dominuje v jeho vědomí a které neponechává vůbec žádný psychický prostor pro osobně významné záležitosti, nad nimiž by se chtěl zamýšlet a jež by chtěl vyjádřit předtím, než zemře...“* (Munzarová, 2002, s. 50). Ve Spojených státech amerických, respektive ve 46 amerických státech je uplatňována direktiva „living will“. Je to prohlášení, které občan uskuteční pro případ, že by se nemohl vyjádřit k vlastní léčbě. Toto prohlášení obsahuje zákaz prodlužování života za určitých okolností. Podstatou je, že člověk se vyjádří k zákrokům, které odmítá a to pro případ, že se octne v situaci, kdy nebude moci komunikovat s lékařem. Člověk si může určit zástupce, většinou z řad příbuzných či přátel, který bude kontrolovat, zda je jeho přání plněno. V případě, že

předem písemně vyjádřená přání nejsou respektovaná, může dojít i k soudnímu sporu (Kutnohorská, 2007).

Současné diskuze o eutanazii se zabývají mnoha hledisky. Z hlediska právního je nutné připomenout, že „...zaměňovat výrazy *uzákonění a beztrestnost je zavádějící a nebezpečné. Rozdíl mezi uzákoněním a beztrestností eutanazie je propastný. Kdyby byla totiž aktivní eutanazie skutečně uzákoněna, pak by její neprovedení (samozřejmě za splnění daných podmínek) bylo trestné...*“ (Haškovcová, 2007, s. 127).

Z předchozího textu vyplývá, jak absurdní se jeví fakt, že veřejnost často vede diskuze o „uzákonění eutanazie“.

Další pohled na eutanazii je z hlediska etických principů a hodnot. Do širšího povědomí se eutanazie z hlediska dobrovolného a vyžádaného činu dostává v 60. letech 20. století. Jde o reakci na vývoj moderních léčebných technologií, které vedly ke změnám etických paradigmat. Další diskuze jsou věnovány otázkám prosazování lidských práv na kvalitu života (Kutnohorská, 2007).

Lékařské hledisko na tuto problematiku vychází z etických principů a ze samotné Hippokratovy přísahy. Lze ovšem mluvit o několika argumentech, které spočívají především ve snaze o milosrdenství, kdy „...ukončení života je vnímáno jako morálnější akt než prodlužování utrpení (boj „zla proti zlu“). Argumentuje se přitom kvalitou života...“ (Rucki, 2007).

2 CHARAKTERISTIKA PROBLEMATIKY PALIATIVNÍ MEDICÍNY

Tato část práce je zaměřena na objasnění pojmu paliativní medicína, na její historii a současnost. Dále je zde objasněn termín hospic a hospicové hnutí.

2.1 PALIATIVNÍ MEDICÍNA

Paliativní medicína je součástí medicíny a znamená pomoc a soucitné zacházení v posledních etapách života, které člověku mohou přinášet bolest a strádání.

2.1.1 HISTORIE PALIATIVNÍ PÉČE

Paliativní péče provází lidstvo po staletí. Jde o nejstarší formu medicíny. Mírnění lidského utrpení a doprovázení k „dobré smrti“ bylo hlavním posláním nejen lékařů, sester a ošetřovatelek. Především se tato péče odehrávala v kruhu rodinném, za přítomnosti nejbližších, rodiny a duchovních (Marková, 2010).

V devatenáctém století vlivem rozvoje průmyslu a stěhování velkého množství lidí do měst přibývalo lidí, kteří umírali v chorobincích bez rodiny. Ve dvacátém století nahradili chorobince moderní nemocnice, kde byl kladen důraz na boj s chorobou (Haškovcová, 2007 in Marková, 2010).

Ještě před druhou světovou válkou můžeme hovořit o tom, že běžné a normální bylo dopečovat o svého blízkého doma v rodinném kruhu za pomoci například rodinného lékaře (Marková, 2010).

Mínulé století znamenalo odstranění umírání z rodinného života. „*Umírání se stalo lékařskou záležitostí, patologií, něčím, co se mělo léčit za každou cenu až do úplného vyčerpání organismu. Tato patologizace oddělila umírání od přirozeného lidského životaběhu*“ (Marková, 2010, s. 14).

Rozvoj medicíny a obrovský pokrok v zvládnutí závažných onemocnění znamenal pro zdravotníky pocit, že medicína může vše. Obvyklé bylo, že denní režim v nemocnicích neumožňoval rodinným příslušníkům být se svými blízkými v okamžiku smrti. Reakcí na rozvoj medicíny byl etický problém dystanzie, tzv. zadržené smrti, kdy přístroje a medikamentózní léčba nedovolila člověku zemřít v klidu. Důsledkem toho pak vznikaly „společnosti“ za prosazení eutanazie, také v té

době dochází k celosvětovému rozvoji hospicové péče (Marková, 2010). „Na začátku 21. století žijeme totiž v průměru výrazně déle a v mnohém ohledu pohodlněji, než tomu bylo před sto lety. Platíme však za to nemalou daň: déle (a často vůbec ne lehčeji) také umíráme“ (Špinková, Špinka, 2006, s. 32).

2. 1. 2 DEFINICE PALIATIVNÍ PÉČE

Existuje několik definicí paliativní péče. Světová zdravotnická organizace ji definuje: „*Paliativní medicína je celková léčba a péče o nemocné, jejichž nemoc nereaguje na kurativní léčbu. Nejdůležitější je léčba bolesti a dalších symptomů, stejně jako řešení psychologických, sociálních a duchovních problémů nemocného. Cílem je dosažení co nejlepší kvality života nemocných a jejich rodin*“ (Rucki, 2007). Další definici zmiňuje ve své publikaci „*Sestra a pacient v paliativní péči*“ Monika Marková: „*Paliativní medicína se zabývá léčbou a péčí o nemocné s aktivním, progredujícím, pokročilým onemocněním. Délka života je u těchto nemocných omezená a cílem léčby a péče je kvalita jejich života*“ (American Academy of Hospice and Palliative Medicine in Marková, 2010, s. 19).

2. 1. 3 SOUČASNÁ SITUACE V PALIATIVNÍ MEDICÍNĚ

Existují dva druhy paliativní péče:

1. *Obecná paliativní péče* - mělo by ji poskytnout každé zdravotnické zařízení. Zahrnuje vyhodnocení stavu pacienta, zvážení smysluplnosti aktivní léčby, léčbu bolesti a dalších symptomů, doporučení k dalším odborníkům.

2. *Specializovaná paliativní péče* - je poskytována v zařízeních, které se věnují paliativní péči jako hlavní činnosti. Mezi tyto zařízení patří oddělení paliativní péče, domácí hospice - mobilní paliativní péče, lůžkové hospice, konziliární týmy paliativní péče, denní stacionáře, zvláštní zařízení paliativní péče, například poradny a půjčovny pomůcek (Marková, 2010).

Místa poskytování paliativní péče:

1. *Paliativní péče doma* je pro nemocného z hlediska psychosociálního nejvhodnější možností. Měly by být ovšem splněny tři podmínky. Rodina by měla být schopna převzít celodenní péči o nemocného. Nemocný musí s tímto způsobem péče

souhlasit. A musí být k dispozici tým odborníků, schopný řešit kdykoliv ve dne, nebo v noci případné komplikace, které mohou nastat v pacientově zdravotním stavu. Problematické je v naší republice to, že se nedaří zajistit celodenní péči a může se stát, že se člověk při náhle vzniklých komplikacích dostane do nemocnice a neumře doma. Významným posunem v této oblasti je vznik Domácích hospiců, které jsou ve světě nejrozšířenější formou poskytování specializované paliativní péče. Jedná se multidisciplinární tým, který zajišťuje veškerou péči rodinám, které se rozhodly pečovat o svého příbuzného doma. Tyto týmy jsou schopny za dodržení vysokého ošetrovatelského standardu řešit všechny situace spojené s koncem života, zároveň je normou pomoc pozůstalým v době truchlení. Mezi další druhy domácí paliativní péče patří spolupráce mezi praktickým lékařem, ambulancí paliativní péče a agenturou domácí péče, kteří spolu mohou vytvořit tým, který je schopen v závěru života poskytnout pomoc (Marková, 2010).

2. *Paliativní péče v nemocnici* spočívá v mnoha faktorech, které mají vliv na její kvalitu. Je to nejen dostatečný počet kvalifikovaného personálu, ale také schopnost rozpoznat, kdy je třeba ukončit kurativní léčbu a zahájit paliativní postupy. Dále si tato péče vyžaduje kvalitní vzdělávání v této oblasti pro lékaře a sestry. Také fungující multidisciplinární tým, kvalitní komunikaci v tomto týmu, otevřenost pro další účastníky týmu, což jsou rodinní příslušníci a dobrovolníci (Marková, 2010). Specifika paliativní péče spočívá v zaměření na celého člověka a jeho celý život. Chrání důstojnost člověka pomocí kvalitní léčby bolesti a dalších symptomů, které umírání provází. Podstatný je zájem pacienta, komunikace a spolupráce s rodinou (Špinková, Špinka, 2006).

Cíle paliativní péče:

„Cílem paliativní péče není uzdravení, ale úleva od všech bolestí a potíží-tj. naplnění nejen fyzických, ale i psychických, sociálních a spirituálních potřeb nemocného“ (Rucki, 2007). Mezi další cíle paliativní medicíny patří individuální lékařská péče, vedoucí ke zlepšení kvality života pacientů, kteří jsou v celkově špatném stavu. Dále léčba bolesti, která zahrnuje také paliativní chirurgii, paliativní chemoterapii a radioterapie. A v neposlední řadě psychologická podpora a spolupráce s rodinou (Šipr a kol., 2005). Obecně jsou cílem paliativní péče optimismus nemocného, jeho schopnost integrace a zajištění fungující péče doma (Šipr a kol., 2005).

2. 2 HOSPICOVÁ PÉČE

„Myšlenka hospice vychází z úcty k životu a z úcty k člověku jako jedinečné, neopakovatelné bytosti. Hospic nemocnému garantuje, že

- 1) nebude trpět nesnesitelnou bolestí,*
- 2) v každé situaci bude respektována jeho lidská důstojnost*
- 3) v posledních života nezůstane osamocen“ (Svatošová, 1995, s. 123).*

2. 2. 1 HISTORIE HOSPICOVÉ PÉČE

V historii znamenaly hospice útulky, nebo přístřešky u cest, kam se mohli uchýlit k odpočinku poutníci, těhotné ženy k porodu, nemocní k pozdravení nebo ke klidnému úmrtí (Munzarová, 2005).

2. 2. 2 DEFINICE HOSPICOVÉ PÉČE

„Hospic není dům a už vůbec to není „dům smrti“, jak někdy zlí jazykové tvrdí. Myšlenka hospice vychází z úcty k člověku jako jedinečné a neopakovatelné bytosti a z potřeb pacienta: biologických, psychických, sociálních a spirituálních“ (Vorlíček a kol., 1998). Marie Svatošová, která je zakladatelkou hospicové péče v České republice, k této problematice uvádí krásnou myšlenku: „ Jde o to naplnit dny životem, nikoliv život naplnit dny“ (Svatošová, 1995, s. 123). Tato propagátorka hospicového hnutí dále říká, že důraz by měl být kladen především na kvalitu života nemocného až do jeho konce. A také jde o doprovázení nejen nemocného, ale i jeho blízkých, kteří zde hrají velmi významnou a nezastupitelnou roli a trpí spolu s nemocným (Svatošová, 1995).

Profesorka Marta Munzarová uvádí, že v současné době dochází k hnutím s bojem za důstojnou a dobrou smrt, k hnutím hospicovým, jejichž cílem je v duchu paliativní péče pomoci nemocným a jejich rodinám usnadnit umírání, přijmout smrt a vyrovnat se se ztrátou blízkého člověka (Munzarová, 2005).

2. 2. 3 HOSPICOVÉ HNUTÍ VE SVĚTĚ

Prvním zařízením moderního hospicového typu ve světě byl Hospic sv. Kryštofa v Anglii. Poskytoval péči lidem s nádorovým onemocněním, posléze lidem v terminálním stadiu nemoci. Založila jej v roce 1967 mimořádná osobnost Dr. Cicely Saundersová, která je považována za zakladatelku paliativní péče. Sama pracovala jako zdravotní sestra, sociální pracovníce a nakonec jako lékařka. Zavedla pojem „totální bolest“, což zahrnuje bolest nejen v oblasti fyzické, ale především utrpení v oblasti psychické, spirituální a sociální. Dr. Saundersová byla věřící, hluboce lidská osobnost, která zvládala vést hospic, výzkum, organizování i nadace. Sama zemřela v roce 2005 na rakovinu ve svém hospici. Myšlenka hospicového hnutí se rozšířila do celého světa (Rucki, 2007).

Hospic sv. Kryštofa v Londýně v současné době poskytuje péči 2000 pacientům a jejich rodinám ročně, stal se výchozím bodem, jakousi mateřskou základnou pro hospicové hnutí. Dle odhadů, které uvádí Helena Haškovcová (2007) ve své publikaci „Thanatologie, nauka o umírání a smrti“, je v Anglii kolem 220 hospiců a ve světě kolem 2000 hospiců. Pokud připočítáme další formy paliativní a hospicové péče, lze hovořit o tom, že hospicová péče je poskytována na 8000 místech „moderního“ světa. Hospice byly zřízeny v 95 zemích (Haškovcová, 2007).

2. 2. 4 HOSPICOVÉ HNUTÍ V ČESKÉ REPUBLICE

Zakladatelkou a propagátorkou hospicového hnutí u nás je MUDr. Marie Svatošová. V roce 1993 bylo za jejího přispění založeno občanské sdružení „Ecce homo“ a již předtím se jako praktická lékařka věnovala a pomáhala rodinám, které o své blízké umírající chtěli pečovat doma. První hospic v České republice vznikl v roce 1995 a byl to Hospic sv. Anežky České v Červeném Kostelci (Rucki, 2007). Marie Svatošová je prezidentkou „Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče“, která paliativní a hospicovou péči zastřešuje. Existuje také „Národní centrum domácí péče České republiky“, které se specializuje na poradenský servis.

Dělení hospicové péče, jak je uvádí Marie Svatošová:

Domácí hospicová péče - pro pacienta ideální. Podmínkou je fungující rodinné zázemí, nejen po stránce lidské, ale také po stránce materiální a prostorové. Dalším důležitým faktorem je dostupnost odborné pomoci například ve formě agentur domácí péče, popřípadě dalších forem hospicové péče.

Stacionární hospicová péče - zajišťuje pro uživatele denní pobyt. Pacient přijíždí ráno a odjíždí zpravidla odpoledne, nebo i večer. Tento způsob péče může být v určité fázi onemocnění nejvhodnějším řešením. Důvodem je:

1. diagnostický důvod (nejčastěji kontrola bolesti),
2. léčebný důvod (aplikace léků, chemoterapeutika, analgetika),
3. azylový důvod (preventivní opatření proti vyčerpání rodiny, prevence konfliktů).

Lůžková hospicová péče - pro pacienty, u kterých se stav nedá zvládnout dvěma předchozími způsoby, pobyt zde vůbec neznamená, že by zde člověk „musel“ zemřít, někteří pacienti sem přichází opakovaně, ke krátkodobým, svobodným, dobrovolným pobytům. Příbuzní zde mají nepřetržitou možnost návštěv, záleží pouze na pacientovi, jak se rozhodne. Přítomnost příbuzných má v tomto způsobu péče nezastupitelný význam, mohou se účastnit ošetřování, pokud chtějí. Režim v hospici si pacient řídí sám, důraz je kladen na kvalitu života. Vybavení hospice je přizpůsobeno tomu, aby se pacient cítil jako doma - domácí oblečení, ne budíček brzy ráno, společné prostory, kde pacienti mohou trávit čas s rodinou. Podmínkou je bezbariérovost a dostatek pomůcek pro každodenní život. O umístění pacienta rozhoduje hospicový lékař. V případě plné kapacity se přednost dává těm pacientům, u kterých se předpokládá, že nemoc povede v nejbližší době ke smrti (Svatošová, 1995).

Hospicová péče z hlediska časového:

prae finem – trvá měsíce, i roky, většinou probíhá formou hospicové domácí péče ,

in finem – relativně krátký úsek terminální péče,

post finem – péče o pozůstalé, individuální. (Vorlíček a kol., 1998).

3 EUTANAZIE VERSUS PALIATIVNÍ PÉČE

Profesorka Marta Munzarová, která se této problematice intenzivně věnuje, například důrazně varuje před směřováním a zaměřováním pojmů, které se týkají eutanazie, nenasazení léčby, nebo přerušeni život prodlužující léčby, popřípadě úlevy od bolesti. (Munzarová, 2005).

Pojem eutanazie by měl znamenat „...*soucitem motivované, úmyslné, rychlé a bezbolestné ukončení života někoho, kdo je postižen nevléčitelnou a progredující chorobou...*“ (Munzarová, 2005, s. 73). Lékaři mají povinnost používat veškeré adekvátní a dostupné prostředky, které nemocného zbaví bolesti a dalších symptomů, které mu způsobují utrpení. Cílem takového jednání je osvobodit nemocného od bolesti a trápení, „...*cílem takovéto léčby je život osvobodit a ne ukončit...*“ (Munzarová, 2005, s. 74). Pokud nastane v průběhu onemocnění stav, kdy není možné znovuoobnovení zdraví, vědomí a není možné zvrátit proces umírání, jde o situaci, „...*kdy správně používáme termín nenasazení nebo vysazení postupů, které nestabilizují život člověka a které pouze prodlužují jeho umírání. A je to pouze v těchto případech, kdy je možno hovořit o ponechání člověka zemřít...*“ (Munzarová, 2005, s. 74).

V současné moderní společnosti, která považuje za nejdůležitější hodnoty jako například mládí, úspěch, hmotné statky, sílu a krásu, může panovat názor, že akt milosrdného usmrcení je vlastně „humánní“ prostředek k řešení dané situace. Argumentem je milosrdenství pro trpícího (Haškovcová, 2007). Příčina takových názorů postojů spočívá v neinformovanosti především laické veřejnosti o „...*paliativních formách péče, které jsou jedinou reálnou a mravní variantou aktivní eutanazie...*“ (Haškovcová, 2007, s. 157).

Často bývají v literatuře, věnující se této problematice, zmiňovány argumentace pro a proti eutanazii. Několik argumentů v rámci diskuze uvádí MUDr. Aleš Hejlek ve svém příspěvku na téma „Eutanazie“ na 16. celostátní konferenci SKZ v říjnu 2005 v Brně: *Argumentace pro eutanazii* zahrnuje autonomii a nezávislost jedince, dále snahu o milosrdenství u pacientů, jimž nemoc způsobuje nesnesitelné utrpení. Neodlišuje eutanazii z morálního hlediska od přerušeni, či odnětí léčby, odmítá nebezpečí „šikmé plochy“ s odůvodněním, že je příliš vzdálené

a spekulativní. *Argumentace proti eutanazii* říkají, že ve jménu autonomie není povoleno vše, že aktivní usmrcení není z etického hlediska totéž co upuštění od léčby, že nebezpečí „kluzkého svahu“ existuje (Rucki, 2007).

Jiří Vorlíček (1998) uvádí tři důvody, pro které je paliativní medicína aktuálním problémem:

- 1) Proces umírání – rozprostírá se do delšího časového úseku, protože současná medicína nabízí možnosti, které mohou znamenat udržování života „za každou cenu“ a také smrt je považována za prohru. Výsledkem tohoto konání může být dystanazie, neboli zadržaná smrt.
- 2) Soucitný doprovod umírajících – ideální stav, který se v dnešní době, kdy je umírání medicinalizované, velmi těžko naplňuje.
- 3) Oživené úvahy o eutanazii – jejich příčina spočívá ve strachu z dystanazie (Vorlíček a kol., 1998).

II PRAKTICKÁ ČÁST

4 CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY

4.1 CÍL PRÁCE

Cílem mé bakalářské práce je zjistit, jaký přístup k eutanazii a paliativní medicíně mají zdravotní sestry, pracující u lůžka nemocného a jaký postoj k této problematice zaujímají studentky vyšší zdravotnické školy, které se nachází těsně před svým absolutoriem a tudíž za sebou mají nejen intenzivní výuku, ale také několikátýdenní praxe na rozličných pracovištích. Dalším cílem je porovnat postoje těchto dvou skupin respondentů.

4.2 VÝZKUMNÝ PROBLÉM

Jaký je postoj zdravotních sester a studentek vyšší zdravotnické školy k problematice eutanazie a paliativní medicíny?

4.3 VĚCNÉ HYPOTÉZY

Pro zjištění cílů jsem stanovila hypotézy:

H1: Zdravotní sestry s celkovou délkou praxe méně než 15 let upřednostňují eutanazii před paliativní medicínou.

H2: Zdravotní sestry s celkovou délkou praxe nad 15 let upřednostňují paliativní medicínu před eutanazií.

H3: Studentky vyšší zdravotnické školy upřednostňují eutanazii před paliativní medicínou.

H4: Respondentky, které přiznávají víru v Boha, upřednostňují paliativní medicínu před eutanazií.

H5: Zdravotní sestry, které pracují na odděleních chirurgie, gynekologie a ORL upřednostňují eutanazii před paliativní medicínou oproti zdravotním sestřám, které pracují na onkologii, neurologii a interně.

5 METODIKA

Sběr dat byl uskutečněn metodou dotazníku, který obsahuje 13 otázek.

- 1) Otázky analytické – respondenti uvádí věk, pohlaví, nejvyšší dosažené vzdělání, délku praxe ve zdravotnictví, typ pracoviště, popřípadě studium a víru.
- 2) Otázky dichotomické – možnost výběru ze dvou alternativ.
- 3) Otázky polytomické – možnost výběru z více alternativ.

Ověřování platnosti hypotéz:

Platnost věcných hypotéz ověříme tak, že k nim formulujeme hypotézy statistické: nulovou a alternativní.

Nulová hypotéza je předpoklad, že mezi sledovanými jevy není vztah, nebo souvislost.

Alternativní hypotéza je naopak předpoklad, že mezi sledovanými jevy vztah, nebo souvislost je.

„O přijetí nebo odmítnutí uvedených hypotéz rozhodneme na základě testování nulové hypotézy. K tomuto účelu se zpravidla vypočítává tzv. testové kritérium, což je určitá číselná charakteristika odvozená ze zjištěných dat. U testu dobré shody chí-kvadrát je testovým kritériem hodnota

$$\chi = \sum \frac{P - O^2}{O} \dots \text{ (Chráška, 2007).}$$

Předvýzkumné šetření:

Dotazník byl použit pro šetření, které proběhlo v únoru 2011. Dotazník byl rozdán padesáti respondentkám, z nichž 30 dotazníků vyplnily zdravotní sestry ve Fakultní nemocnici Olomouc a 20 dotazníků vyplnily studentky Vyšší zdravotnické školy Emanuela Pöttinga v Olomouci.

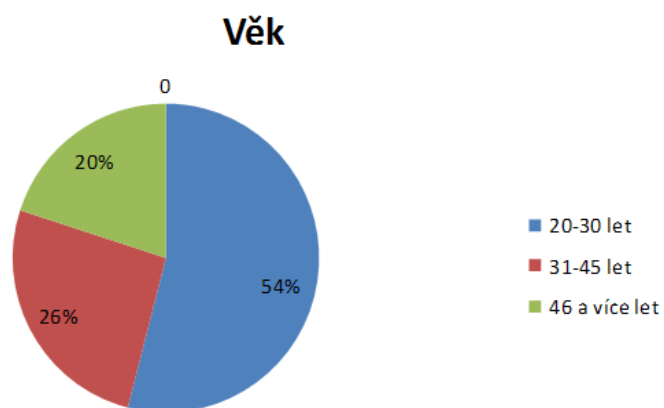
6 VÝSLEDKY ŠETŘENÍ A JEJICH ANALÝZA

Otázka č. 1. Věk.

Tabulka č. 1.

20-30 let	27	54%
31-45 let	13	26%
46 a více let	10	20%
	50	100%

Graf č. 1.



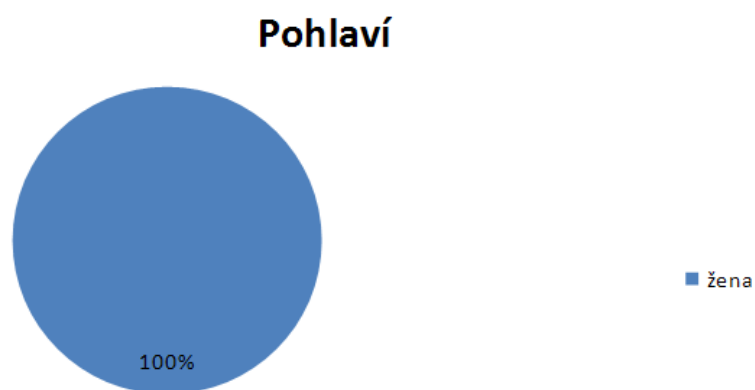
Položka je určena k přehlednému znázornění věkových skupin respondentek. Vyšší počet respondentek ve věkové kategorii 20-30 let je ovlivněn počtem zúčastněných studentek VOŠ.

Otázka č. 2. Pohlaví:

Tabulka č. 2.

žena	50	100%
muž	0	0
celkem	50	100%

Graf č. 2.



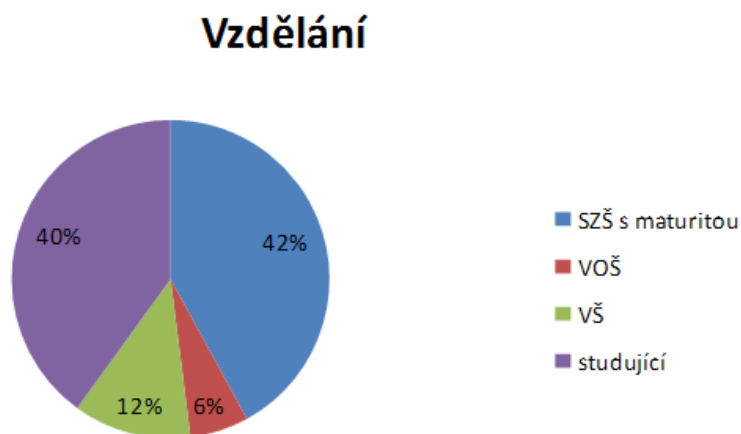
Položka patří mezi identifikační otázky.

Otázka č. 3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání ?

Tabulka č. 3.

SZŠ s maturitou	21	42%
VOŠ	3	6%
VŠ	6	12%
studující	20	40%
celkem	50	100%

Graf č. 3.



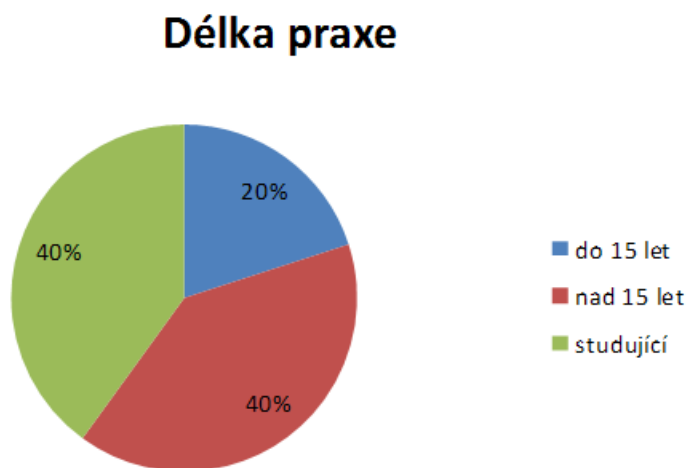
Položka je určena k přehlednému znázornění dosaženého vzdělání u dotazovaných zdravotních sester. Studentky, které se šetření zúčastnily, byly všechny studentkami 3. ročníku vyšší zdravotnické školy, tudíž měly absolvované středoškolské vzdělání s maturitou a téměř absolvované studium vyšší odborné. Ze zdravotních sester převažuje středoškolské vzdělání s maturitou (42% respondentek). Milým poznatkem je zjištění, že mezi dotazovanými zdravotními sestrami je 12% respondentek, které mají ukončené vysokoškolské vzdělání. Zdravotních sester, které absolvovaly vyšší zdravotnickou školu je 6%.

Otázka č. 4. Jaká je délka Vaší praxe ?

Tabulka č. 4.

do 15 let	10	20%
nad 15 let	20	40%
studující	20	40%
celkem	50	100%

Graf č. 4.



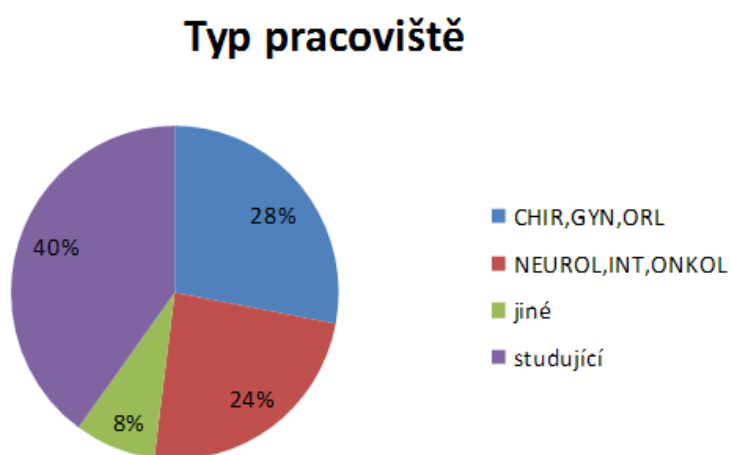
Položka nám umožňuje získat přehled o délce praxe u zdravotních sester. Z celkového počtu respondentek je 10 sester s praxí do 15 let (20%), 20 sester s praxí nad 15 let (40%), 20 respondentek (40%) studují vyšší zdravotnickou školu.

Otázka č. 5. Na jakém typu pracoviště pracujete?

Tabulka č. 5

chirurgické, gynekologické, ORL	14	28%
neurologické, interní, onkologické	12	24%
jiné, uveďte jaké	4	8%
studující	20	40%
celkem	50	100%

Graf č. 5.



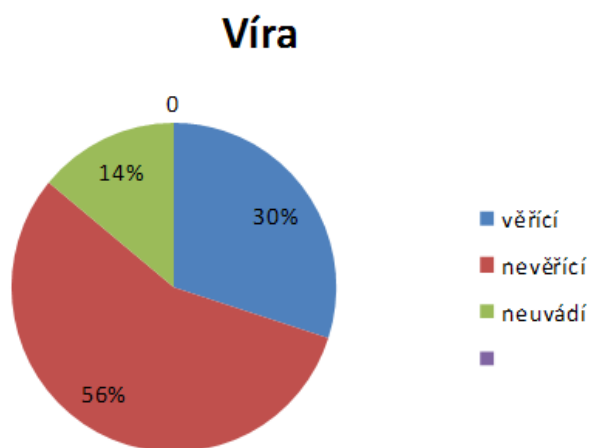
Z celkového počtu je 20 respondentek (40%) studentkami vyšší zdravotnické školy, 14 sester (28%) je z chirurgických, gynekologických a ORL oddělení, 12 sester (24%) je z neurologických, interních a onkologických oddělení, 4 sestry (8%) uvedly jiné oddělení.

Otázka č. 6. Jste věřící ?

Tabulka č. 6.

věřící	15	30%
nevěřící	28	56%
neuvádím	7	14%
celkem	50	100%

Graf č. 6.



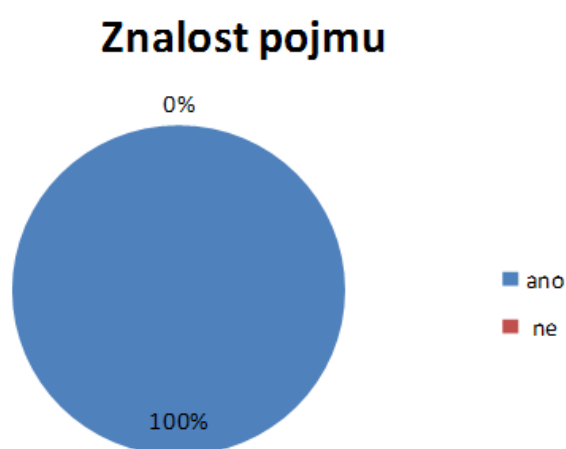
Z celkového počtu je 15 respondentek (30%) věřících, 28 respondentek (56%) nevěřících, 7 respondentek (14%) odmítlo uvést svou víru.

Otázka č. 7. Víte, co znamená pojem eutanazie ?

Tabulka č. 7.

ano	50	100%
ne	0	0
celkem	50	100%

Graf č. 7.



Z celkového počtu odpovědělo 50 respondentek (100%), že ví, co znamená pojem eutanazie. Tato otázka byla položena jednoznačně s předpokladem, že zdravotní sestry jsou s touto problematikou obeznámeny (míra znalostí informací a vzdělanost v této problematice nebyla předmětem zkoumání). Studentky vyšší zdravotnické školy jsou s touto problematikou seznamovány v rámci výuky.

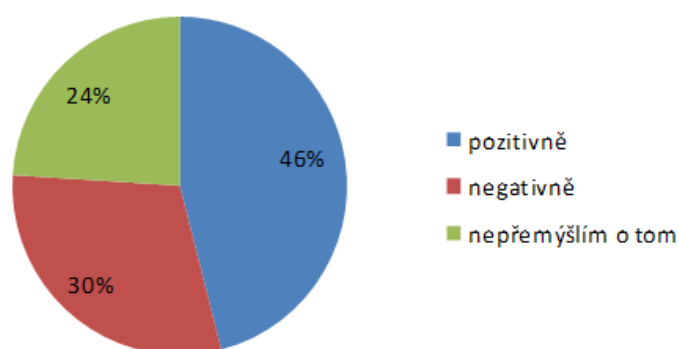
Otázka č. 8. Jak vnímáte pojem eutanazie ?

Tabulka č. 8.

pozitivně	23	46%
negativně	15	30%
nepřemýšlím o tom	12	24%
celkem	50	100%

Graf č. 8.

Vnímání pojmu eutanazie



Tato položka nám znázorňuje, jakým způsobem respondentky o eutanazii přemýšlí a jak ji vnímají. Z celkového počtu 23 respondentek (46%) vnímá eutanazii pozitivně, 15 respondentek (30%) vnímá eutanazii negativním způsobem a 12 respondentek (24%) o tomto tématu nepřemýšlí.

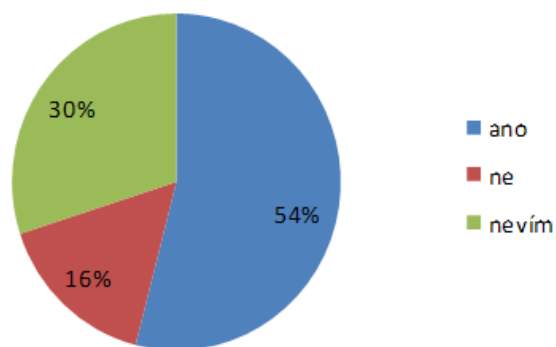
Otázka č. 9. Volili byste v případě umírajícího a trpícího člověka eutanazii?

Tabulka č. 9.

ano	27	54%
ne	8	16%
nevím	15	30%
celkem	50	100%

Graf č. 9.

Volba eutanazie



Tato položka má objasnit, zda by respondentky v případě umírajícího a trpícího člověka zvolily eutanazii. Z celkového počtu by eutanazii volilo 27 respondentek (54%), 8 respondentek (16%) by eutanazii nevolilo, 15 respondentek (30%) neví, zda by volilo, či nevolilo eutanazii.

Otázka č. 10. Souhlasili byste s legalizací eutanazie v České republice ?

Tabulka č. 10.

ano	28	56%
ne	17	34%
nemám na to názor	5	10%
celkem	50	100%

Graf č. 10.

Souhlas s legalizací eutanazie



Tato položka má objasnit, zda by dotazované respondentky souhlasily s legalizací eutanazie v České republice. Z celkového počtu by s legalizací eutanazie souhlasilo 28 respondentek (56%), nesouhlasilo 17 respondentek (34%), 5 respondentek (10%) na tuto problematiku nemá názor.

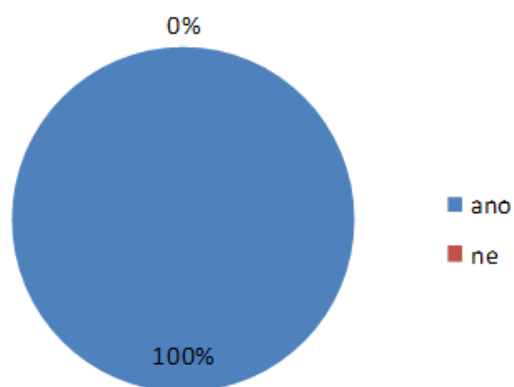
Otázka č. 11. Víte, co znamená pojem paliativní péče ?

Tabulka č. 11.

ano	50	100%
ne	0	0%
celkem	50	100%

Graf č. 11.

Znalost pojmu paliativní péče



Z celkového počtu odpovědělo všech 50 respondentek (100%), že ví, co znamená pojem paliativní péče.

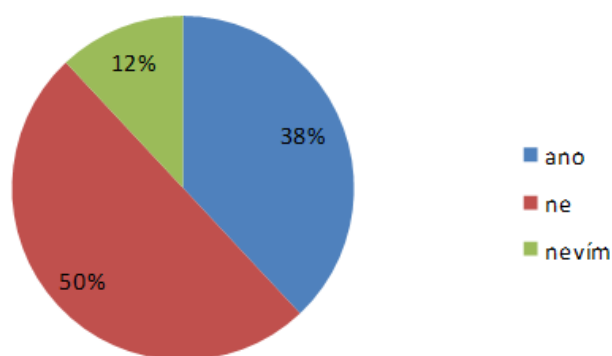
Otázka č. 12. Myslíte si, že dostupnost paliativní péče je u nás dostatečná?

Tabulka č. 12.

ano	19	38%
ne	25	50%
nevím	6	12%
celkem	50	100%

Graf č. 13.

Názor na dostatečnost paliativní péče



Z celkového počtu si 19 respondentek (38%) myslí, že dostupnost paliativní péče je u nás dostatečná, 25 respondentek (50%) si myslí, že dostupnost paliativní péče u nás není dostatečná a 6 respondentek (12%) neví, jestli je paliativní péče u nás dostatečná, či nikoliv.

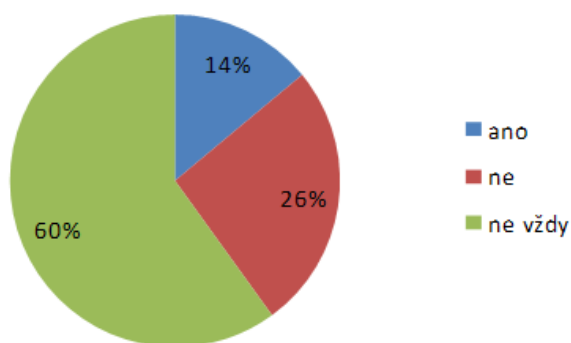
Otázka č. 13. Myslíte si, že nevléčitelně nemocní v nemocnicích umírají důstojně?

Tabulka č. 13.

ano	7	14%
ne	13	26%
ne vždy	30	60%
celkem	50	100%

Graf č. 13.

Názor na důstojné umírání v nemocnicích



Z celkového počtu si 7 respondentek (14%) myslí, že nevléčitelně nemocní v nemocnicích umírají důstojně, 13 respondentek (26%) s tímto tvrzením nesouhlasí a 30 respondentek (60%) zastává názor, že ne vždy umírají nemocní v nemocnicích důstojně.

7. DISKUZE

Dotazníky vyplnilo dvacet studentek vyšší zdravotnické školy a třicet sester, které pracují ve Fakultní nemocnici Olomouc.

Předvýzkumu se účastnilo: 27 respondentek (54 %) ve věku 20-30 let, 13 respondentek (26 %) ve věkové kategorii 31-45 let, ve věkové kategorii 46 let a více se zúčastnilo 10 respondentek (20 %).

Položka, týkající se pohlaví, odhalila 100% ženské zastoupení v tomto šetření. Středoškolského vzdělání s maturitou dosáhlo 21 sester (42 %), vysokoškolského vzdělání dosáhlo 6 sester (12 %), absolvování vyšší zdravotnické školy udaly 3 sestry (6 %). Studujících bylo 20 respondentek (40 %).

Položka, která se týkala typu pracoviště odhalila, že na chirurgickém, gynekologickém a ORL oddělení pracovalo 14 sester (28%), které se zúčastnily šetření. Na neurologickém, interním a onkologickém oddělení pracovalo 12 sester (24%) a 4 sestry (8%) uvedly jiné pracoviště, a to hemodialyzační středisko. Položka, týkající se víry, odhalila, že větší počet respondentek je nevěřící. Jde o 28 respondentek (56%).

U položky, týkající se znalosti pojmu eutanazie, se shodlo 100% respondentek na kladné odpovědi a pozitivně vnímá eutanazii 23 respondentek (46%) .

Položka, která se týká volby eutanazie v případě umírajícího a trpícího člověka odhalila, že 27 respondentek (54%) by s touto volbou souhlasilo.

Otázka, která se týká legalizace eutanazie v ČR, odhalila, že 28 respondentek (56%) by s legalizací souhlasilo.

V otázce znalosti pojmu paliativní péče se shodlo všech 100% respondentek, že ví, co tento pojem znamená.

Položka, která se týká názoru respondentek na dostupnost paliativní péče odhalila, že 25 respondentek (50%) si myslí, že dostupnost paliativní péče je u nás nedostatečná.

Položka, týkající se důstojnosti umírání v nemocnicích odhalila, že 30 respondentek (60%) zastává názor, že nevléčitelně nemocní neumírají v nemocnicích vždy důstojnou smrtí.

ZÁVĚR

V závěru své bakalářské práce bych se chtěla zaměřit na doporučení plynoucí z výsledků praktické části mé práce.

Dotazník byl vytvořen k ověření věcných hypotéz. V rámci bakalářské práce byl dotazník použitý pro předvýzkum. Zúčastnilo se ho 30 zdravotních sester a 20 studentek vyšší zdravotnické školy.

Z výsledků, které byly tímto šetřením zjištěny, vyplývá, že všechny respondentky ví, co znamená pojem eutanazie. Zdravotní sestry jsou s touto problematikou obeznámeny nejen v důsledku své praxe, ale také v souvislosti s odborným celoživotním vzděláváním. Studentky vyšší zdravotnické školy nemají dlouhodobé zkušenosti z praxe, ale bývají s touto problematikou seznamovány v rámci své výuky.

Z předvýzkumu dále vyplynulo, že mezi respondentkami převažuje pozitivní vnímání eutanazie a v případě umírajícího a trpícího člověka by eutanazii volilo 54 % respondentek. Toto zjištění může mít souvislost se současným moderním postojem lidí nejen k životu, ale také k nemoci a umírání. Bolest, strádání a utrpení podle nich vede ke ztrátě důstojnosti člověka. Současně zvyšující se trend onkologických onemocnění může vztah k problematice umírání a bolesti značně ovlivnit. Z další položky, týkající se eutanazie, vyplynulo, že 56 % respondentek by souhlasilo s legalizací eutanazie v České republice. Tento výsledek mohou ovlivňovat neustálé diskuze na toto téma, které se vedou nejen mezi odborníky, ale také mezi laiky. Velký nárůst vlivu na diskuze k této problematice přičítám médiím, především internetu. Ne všechny informace ovšem mohou být relevantní. Některé současné názory v těchto diskuzích bývají ovlivněny voláním po důstojnosti a autonomii člověka. Ale „... cílem lékařova snažení má být nemocnému jeho autonomii navracet a nikoliv jej v tomto stavu, kdy lze o jeho autonomii pochybovat, zabíjet...“ (Munzarová, 2005, s. 41).

Z položky, týkající se znalosti pojmu paliativní péče, vyplynulo, že všech 50 respondentek ví, co tento pojem znamená. Tento výsledek byl předpokládán vzhledem k tomu, že se jedná o aktuální téma, kterému bývá v posledních letech věnováno více prostoru. Dostupnost paliativní péče u nás ohodnotilo 50 %

respondentek jako nedostatečnou. Zároveň umírání nevyléčitelně nemocných v nemocnicích posuzuje 60 % respondentek jako ne vždy důstojné. Paliativní medicína v České republice se jako současný obor rozvinula po roce 1989, postupně začala vznikat první hospicová zařízení. V současnosti je u nás 6 lůžkových hospiců, 9 mobilních hospicových zařízení a 10 zařízení, která poskytují lůžkové i mobilní hospicové služby zároveň. Paliativní medicína se v současnosti přednáší na lékařských fakultách, zdravotničtí pracovníci jsou v tomto oboru vzdělávání na odborných vzdělávacích seminářích, vznikla „Sekce paliativní medicíny Společnosti pro výzkum a léčbu bolesti ČLS JEP“ (Vorlíček a kol., 1998).

Postoj respondentek k dostupnosti paliativní péče může mít původ v jejich každodenních zkušenostech s nemocnými, kteří mnohdy tráví poslední dny života bez svých blízkých, v nemocničním prostředí, opuštění. Provoz v nemocnicích většinou neumožňuje, aby člověk trávil poslední chvíle na tomto světě důstojně, často se stává, že nemocní umírají na pokoji mezi ostatními pacienty, bez přítomnosti svých nejbližších.

Závěrem lze říct, že problematika eutanazie a paliativní medicíny je velmi obsáhlá. V současném pojetí života je v naší společnosti kladen velký důraz na výkon. Dlouhodobé strádání není žádoucí a s odvoláváním se na důstojnost a autonomii přináší společnost impulzy k diskuzím o přípustnosti eutanazie. Na druhou stranu paliativní medicína jako možnost řešení této problematiky je veřejností mnohdy opomíjena, i když její přínos je nesporný. Problematika důstojného umírání, umírání bez bolesti a utrpení doprovází každodenní život všech zdravotnických pracovníků i dalších pomáhajících profesí. Informace a celoživotní kontinuální vzdělávání v této problematice je významným pomocným aspektem, který je podstatný nejen pro zdravotnické pracovníky, ale v konečném důsledku se pozitivně projeví hlavně u nemocných a trpících. Nedílnou součástí vzdělávání zdravotnických pracovníků jsou vyšší odborné školy, popřípadě vysokoškolská studia. V praxi to znamená, že zdravotní sestry, které tato studia absolvují, jsou vzdělané v oblasti etického přístupu k nemocným.

SEZNAM LITERATURY

- HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*. 1.vyd. Praha: Galén, 1994. 232 s.
ISBN 80-85824-03-5
- HAŠKOVCOVÁ, H. *Rub života – líc smrti*. 1.vyd. Praha: Orbis, 1975, 176 s.
505-21-825
- HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie. Nauka o umírání a smrti*. 2.vyd. Praha: Galén, 2007, 244 s. ISBN 978-80-7262-471-3
- CHRÁSKA, M. *Metody pedagogického výzkumu. Základy kvantitativního výzkumu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007, 260 s. ISBN 978-80-247-1369-4
- KUTNOHORSKÁ, J. *Etika v ošetrovatelství*. 1.vyd. Praha: Grada, 2007, 164 s.
ISBN 978-80-247-2069-2
- MARKOVÁ, M. *Sestra a pacient v paliativní péči*. 1.vyd. Praha: Grada, 2010, 128 s.
ISBN 978-80-247-3171-1
- MUNZAROVÁ, M. *Vybrané kapitoly z lékařské etiky I. Smrt a umírání*. 2.vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2002, 75 s. ISBN 80-210-3017-8
- MUNZAROVÁ, M. *Vybrané kapitoly z lékařské etiky II. Aktuální etická problematika některých lékařských oborů*. 1.vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2000, 67 s. ISBN 80-210-2416-X
- MUNZAROVÁ, M. *Vybrané Kapitoly z lékařské etiky III. Kodexy lékařské etiky a jiná etická doporučení*. 1.vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2000, 56 s.
ISBN 80-210-2417-8
- MUNZAROVÁ, M. *Eutanazie, nebo paliativní péče ?* 1.vyd. Praha: Grada, 2005, 108 s. ISBN 80-24-1025
- MUNZAROVÁ, M. *Zdravotnická etika od A do Z*. 1.vyd. Praha: Grada, 2005, 156 s.
ISBN 80-247-1024-2
- PROCTOR, R. *Rasová hygiena:lékařství v době nacismu*. 1.vyd. Praha: Academia, 2009,425 s. ISBN 978-80-200-1763-5
- RUCKI, Š. *Mezi biblí a medicinou: Sborník přednášek a stručná historie Sdružení křesťanských zdravotníků v ČR/pořadatel Štěpán Rucki. Albrechtice:Křesťanský život*. 2007, ISBN 978-80-7112-121-3

SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*. Praha: Ecce homo, 1995, 144 s. ISBN 80-902049-0-2

ŠIPR, K KRUMPOLC, E., MIČO, M., *Aktuální bioetické texty. Deklarace o eutanazii*. 1.vyd. Olomouc: Cyrilometodějská teologická fakulta UP, 2005, 47 s. ISBN 80-244-1278-0

ŠTĚPÁN, J. *Právo a moderní lékařství*. 1.vyd. Praha: Panorama, 1989, 348 s. ISBN 505-21-82611-089-89

ŠPINKOVÁ, M., ŠPINKA, Š. *Euthanasie: víme, o čem mluvíme?* 1. vyd. Praha: Cesta domů, 2006, 42 s. ISBN 80-239-8592-2

VORLÍČEK, J., ADAM, Z. aj. *Paliativní medicína*. 1.vyd. Praha: Grada, 1998, 480 s. ISBN 80-7169-437-1

INTERNETOVÉ ZDROJE

www.lkcr.cz [online]. Praha : 2010 [cit. 2011-03-05]. Doporučení představenstva ČLK č. 1/2010.Dostupné z WWW: <<http://www.lkcr.cz/document/3.php?param=news-file>>.

SEZNAM ZKRATEK

ČLK Česká lékařská komora

DNR Do not resuscitate

kol. kolektiv

ORL Otorhinolaryngologie

SKZ Sdružení křesťanských zdravotníků

tzv. takzvaný, takzvaně

VOŠ Vyšší zdravotnická škola

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1. Dotazník

Příloha č. 2. Hippokratova přísaha

Příloha č. 3. Doporučení představenstva ČLK č. 1/2010

Příloha č. 4. Etický kodex Lékařské komory České republiky

Příloha č. 5. Dokument rady Evropy k péči o smrtelně nemocné

Příloha č. 1. Dotazník

Vážené kolegyně, kolegové. Vážené studentky a studenti.

jmenuji se Jana Štébllová a studuji obor Pedagogika-sociální práce na Pedagogické fakultě Univerzity Palackého v Olomouci. Dovoluji si Vás požádat o vyplnění přiloženého anonymního dotazníku. Vaše odpovědi budou zpracovány v mé bakalářské práci na téma: „**Eutanazie, nebo paliativní medicína?**“

Vámi zvolené odpovědi zatrhněte.

Děkuji za spolupráci

1)Věk:

- a. 20-30 let
- b. 31-45 let
- c. 46 a více let

2)Pohlaví:

- a. žena
- b. muž

3)Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání :

- a. SZŠ s maturitou
- b. VOŠ
- c. VŠ
- d. studující

4)Jaká je délka Vaší praxe ve zdravotnictví :

- a. do 15 let
- b. nad 15 let
- c. studující

5)Jste věřící?

- a. ano
- b. ne
- c. neuvádím

6) Na jakém typu pracoviště pracujete?

- a. chirurgické, gynekologické, ORL
- b. neurologické, interní, onkologické
- c. jiné, uveďte jaké
- d. studující

7) Víte, co znamená pojem eutanazie?

- a. ano
- b. ne

8) Jak vnímáte pojem eutanazie?

- a. pozitivně
- b. negativně
- c. nepřemýšlím o tom

9) Volili byste v případě umírajícího a trpícího člověka eutanazii?

- a. ano
- b. ne
- c. nevím

10) Souhlasili byste s legalizací eutanazie v České republice?

- a. ano
- b. ne
- c. nemám na to názor

11) Víte, co znamená pojem paliativní péče?

- a. ano
- b. ne

12) Myslíte si, že je dostupnost paliativní péče u nás dostatečná?

- a. ano
- b. ne
- c. nevím

13) Myslíte si, že nevléčitelně nemocní v nemocnicích umírají důstojně?

- a. ano
- b. ne

Příloha č. 2. Hippokratova přísaha

Přisahám při Apollonovi, bohu lékařství, při Aeskulapovi, Hygiei a Panacei i při všech bozích a bohyních a dovolávám se jejich svědectví, že podle svých sil a svědomí budu tuto přísahu a tyto závazky řádně zachovávat. Svého učitele v tomto umění budu ctít stejně jako své rodiče a vděčně mu poskytnu všechno nutné, ukáže-li se 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 zasvěťím 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, nechť je mi dopřáno žít navždy šťastně, požívat úcty u všech lidí a těšit se z plodů svého umění. Jestliže ji však poruším a poskvřím, staniž se mi pravý opak.

Příloha č. 3. Doporučení představenstva ČLK č.1/2010

DOPORUČENÍ PŘEDSTAVENSTVA ČLK č. 1/2010

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

čl. 1

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

čl. 2

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

a) Definovat nejčastěji používané pojmy ve vztahu k této problematice.

b) Formulovat základní východiska a principy pro rozhodování o zahájení paliativní péče u nemocných v terminálním stavu dále neléčitelného onemocnění nebo s ireverzibilní poruchou integrity orgánových funkcí, při níž zdravotní stav nebo použité způsoby léčby znemožňují vyjádření vlastní svobodné vůle.

c) Zdůraznit etické aspekty poskytování intenzivní péče, zejména respektování předchozího názoru pacienta (pokud je dostupný), uchování lidské důstojnosti a zajištění maximálně možného komfortu nemocných.

d) Omezit poskytování marné a neúčelné léčby v situacích, v nichž se lze na základě odborného medicínského posouzení odůvodněně domnívat, že přínos zahájení nebo pokračování v dané léčebné metodě s ohledem na zdravotní stav nemocného nepřevažuje nad rizikem komplikací, bolesti, dyskomfortu a strádání pro pacienta a nedává možnost příznivého ovlivnění zdravotního stavu nebo záchrany jeho života.

e) Přispět ke zvýšení kvality rozhodování v uvedených situacích a zlepšit komunikaci jak uvnitř zdravotnických týmů, tak mezi zdravotníky a rodinami či blízkými pacientů.

f) Formulovat pro odbornou a laickou veřejnost stanovisko

odborně podložené a náležitě zdokumentované nezahájení nebo nepokračování marné a neúčelné léčby je v souladu s etickými principy medicíny a platnými právními předpisy,

nezahájení nebo nepokračování marné a neúčelné léčby nesmí být zaměňováno za eutanázii.

g) Usnadnit a podpořit vznik „místních“ doporučení zabývajících se uvedenou problematikou na jednotlivých pracovištích intenzivní péče.

čl. 3

Terminologie

a) Pacient v terminálním stádiu onemocnění – pacient v konečném stádiu onemocnění, které není slučitelné se životem a není dále léčebně ovlivnitelné

b) Pacient neschopný o sobě rozhodovat – nemocný s poruchou vědomí, který je vzhledem ke svému aktuálnímu zdravotnímu stavu neschopný posouzení situace a rozhodování o své osobě, není schopen vyjádřit informovaný souhlas.

c) Paliativní léčba – léčba, jejímž cílem je zabránění bolesti, strádání či dyskomfortu nevyléčitelně nemocného nebo umírajícího pacienta.

d) Marná a neúčelná léčba – léčba, která nevede k záchraně života, uchování zdraví či udržení kvality života. Marná a neúčelná léčba není v zájmu pacienta, nemůže mu pomoci a zatěžuje jej zbytečným strádáním či rizikem komplikací.

e) Nezahajování léčby – léčebný postup, který nemůže zastavit postup choroby, navrátit zdraví nebo odvrátit smrt pacienta, není indikován a není proto zahajován. Takový postup by byl léčbou marnou či neúčelnou. Nepřijetí pacienta v konečné fázi jeho onemocnění na pracoviště intenzivní medicíny, kdy již nelze zastavit postup choroby, navrátit zdraví či odvrátit smrt, patří mezi opatření nezahajování léčby.

f) Nepokračování léčby – při nemožnosti zastavit postup choroby, navrátit zdraví nebo odvrátit smrt, není ve stávající marné a neúčelné léčbě pokračováno a tato léčba je ukončena (např. vysazení farmakologické podpory oběhu, ukončení hemodialýzy, ukončení ventilační podpory).

g) Eutanázie – usmrcení člověka ze soucitu jinou osobou než pacientem samým, a to na jeho vlastní žádost. Právní systém České republiky pojem eutanázie nezná. Uvedené jednání by bylo hodnoceno jako trestný čin a je nepřijatelné. Nepřijatelná a trestná je také pomoc k sebevraždě.

čl. 4

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

a) Život člověka je konečný.

b) Každý pacient má právo na náležitou, odbornou úroveň zdravotní péče.

c) Všeobecně přijatým cílem intenzivní péče je vždy zachování života a zdraví pacienta, odstranění vyvolávající příčiny zhoršení zdravotního stavu a poskytování postupů orgánové podpory či náhrady u nemocných se zvratným (nebo předpokládaným zvratným) orgánovým selháním, tj. „udržovat život, ale nikoliv prodlužovat umírání“. V případě, kdy nelze tyto cíle naplnit, je nutné poskytnout pacientovi péči, která vyloučí bolest, dyskomfort a strádání, umožní zachování lidské důstojnosti a uspokojování fyzických, psychických, sociálních a duchovních potřeb.

d) Jakékoliv rozhodování v průběhu poskytované zdravotní péče musí být v souladu s existujícími právními předpisy a musí být založeno na odborném a kvalifikovaném posouzení zdravotního stavu pacienta, musí bezvýhradně respektovat základní etické principy medicíny, především lidský život jako nejvyšší hodnotu a právo na sebeurčení nemocných a uchování jejich lidské důstojnosti.

e) Jakýkoliv diagnostický nebo léčebný postup musí být pečlivě a odpovědně posuzován poměrem reálného klinického přínosu a míry možného rizika komplikací, bolesti, dyskomfortu a strádání, které zvolený postup pacientovi v aktuální klinické situaci přináší. Použití postupu, kde rizika a komplikace s ním spojené, nejsou vyváženy jeho přínosem pro pacienta, je v rozporu s etickými principy medicíny. Vždy je nutné brát zřetel na předchozí názor pacienta, pokud je dostupný a je nepochybné, že jde o dříve vyslovené přání příslušného pacienta (viz. článek 9 Úmluvy o lidských právech a biomedicíně).

f) Jakýkoliv léčebný postup, při němž není odůvodněný předpoklad jeho příznivého účinku na zdravotní stav pacienta nebo pro záchranu života a kde rizika

komplikací, bolesti, dyskomfortu a strádání převažují nad reálným klinickým přínosem zvoleného postupu, je nutno považovat za léčbu, která není „ku prospěchu a v nejlepším zájmu pacienta“ a lze ji označit jako tzv. marnou a neúčelnou léčbu. Dosažení dočasné korekce hodnoty některé z fyziologických funkcí či jejich dílčích parametrů bez ovlivnění celkového průběhu onemocnění a možnosti záchrany života, nemůže být při zvažování poměru přínosu a rizika považováno za příznivý účinek zvoleného léčebného postupu. Léčba, která se jeví jako marná a neúčelná, nemá být indikována a prováděna.

g) Nezahájení nebo nepokračování marné a neúčelné léčby neznamená omezení pacienta na jeho právech, ale naopak je sledován zájem pacienta tak, aby nedošlo k porušení základních medicínských a etických principů včetně nechtěného nedůstojného prodlužování umírání. Smrt, která je výsledkem přirozeného průběhu onemocnění, nemůže být považována za nepříznivý výsledek zdravotní péče.

h) Nezahájení nebo nepokračování marné a neúčelné léčby u pacientů v terminálním stádiu neléčitelného onemocnění a/nebo s ireverzibilní poruchou integrity orgánových funkcí, kteří nereagují na použité léčebné postupy, je v souladu s etickými principy medicíny a existujícími právními předpisy České republiky.

i) Z hlediska medicínského, právního a etického není rozdíl mezi nezahájením nebo nepokračováním daného léčebného postupu.

j) Nezahájení nebo nepokračování marné a neúčelné léčby jsou při správném odborném posouzení postupy, které nelze zaměňovat za eutanázii či ublížení na zdraví.

čl. 5

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

a) Přijetí pacienta na pracoviště intenzivní péče by mělo být podloženo předpokládaným přínosem poskytované péče, která mu má být na daném oddělení poskytnuta.

b) Stanovení rozsahu poskytované léčby musí být založeno na odborném a kvalifikovaném posouzení zdravotního stavu pacienta.

c) Zahájení nebo pokračování jakéhokoliv léčebného postupu, který není odborně odůvodněný, kde neexistuje racionální předpoklad jeho příznivého účinku na celkový průběh onemocnění a kde rizika komplikací, strádání, útrap a bolesti převažují nad reálným klinickým přínosem zvoleného postupu, je v rozporu s etickými principy medicíny a Chartou práv umírajících. Neexistuje povinnost zahajovat marnou a neúčelnou léčbu nebo v ní pokračovat, pokud je probíhající léčba odůvodněně za takovou označena.

d) Zabezpečení fyzických, psychických, sociálních a duchovních potřeb pacienta, odstranění pocitů bolesti, strádání a utrpení s respektováním lidské důstojnosti jsou základní priority paliativní péče.

Čl. 6

Doporučení pro klinickou praxi

a) Podnět k zahájení paliativní péče může dát kdokoliv z ošetřujícího zdravotnického týmu.

b) Kdykoliv je to možné, pacientovo přání musí být zahrnuto do rozhodování o zahájení paliativní péče.

c) Rodina či blízcí pacienta by měli být náležitě informováni, pokud pacient neurčil jinak, nejlépe ve formě strukturovaného rozhovoru. Delegování odpovědnosti na rodinu či blízké za přijaté rozhodnutí o zahájení paliativní péče není přípustné.

d) Do rozhodování o zahájení paliativní péče by měli být zahrnuti všichni členové (lékaři i nelékařský zdravotnický personál) ošetřujícího zdravotnického týmu (tzv. „shared-approach to end-of-life decision making“ model).

e) Za závěrečné rozhodnutí o zahájení nebo nezahájení paliativní péče nese odpovědnost vedoucí lékař příslušného pracoviště nebo jím určený lékař. V době ústavní pohotovostní služby nese odpovědnost za rozhodnutí o zahájení nebo nezahájení paliativní péče lékař, který je odpovědný za konkrétní úsek v rámci výkonu ústavní pohotovostní služby a za lékařskou péči o příslušného pacienta.

f) Zahájení paliativní péče a rozhodnutí o nezahájení či nepokračování marné a neúčelné léčby musí být vždy uvedeno ve zdravotnické dokumentaci. Zápis do zdravotnické dokumentace před zahájením paliativní péče, by měl obsahovat odborné posouzení zdravotního stavu a medicínské zdůvodnění rozhodnutí o zahájení paliativní péče.

g) Cíle intenzivní péče, přínos a rizika plánovaných i probíhajících jednotlivých diagnostických a léčebných postupů by měly být v pravidelných intervalech přehodnocovány a zvažovány (minimálně jednou za 24 hodin). Jakékoliv již přijaté rozhodnutí, může být v odůvodněných případech změněno

h) Prioritou paliativní péče je odstranění bolesti, dyskomfortu a strádání.

i) Přítomnost rodiny či blízkých pacienta by měla být vždy umožněna, pokud ji pacient neodmítl.

čl. 7

Účinnost

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

Příloha č. 4. Etický kodex Lékařské komory České republiky

STAVOVSKÝ PŘEDPIS č. 10 ČESKÉ LÉKAŘSKÉ KOMORY

ETICKÝ KODEX ČESKÉ LÉKAŘSKÉ KOMORY

§ 1

Obecné zásady

(1) Stavovskou povinností lékaře je péče o zdraví jednotlivce i celé společnosti v souladu se zásadami lidskosti, v duchu úcty ke každému lidskému životu od jeho počátku až do jeho konce a se všemi ohledy na důstojnost lidského jedince.

(2) Úkolem lékaře je chránit zdraví a život, mírnit utrpení, a to bez ohledu na národnost, rasu, barvu pleti, náboženské vyznání, politickou příslušnost, sociální postavení, sexuální orientaci, věk, rozumovou úroveň a pověst pacienta či osobní pocity lékaře.

(3) Lékař má znát zákony a závazné předpisy platné pro výkon povolání a tyto dodržovat. S vědomím osobního rizika se nemusí cítit být jimi vázán, pokud svým obsahem nebo ve svých důsledcích narušují lékařskou etiku či ohrožují základní lidská práva.

(4) Lékař je povinen být za všech okolností ve svých profesionálních rozhodnutích nezávislý a odpovědný.

(5) Lékař uznává právo každého člověka na svobodnou volbu lékaře.

§ 2

Lékař a výkon povolání

(1) Lékař v rámci své odborné způsobilosti a kompetence svobodně volí a provádí ty preventivní, diagnostické a léčebné úkony, které odpovídají současnému stavu lékařské vědy a které pro nemocného považuje za nejvýhodnější. Přitom je povinen respektovat v co největší možné míře vůli nemocného (nebo jeho zákonného zástupce).

(2) Každý lékař je povinen v případech ohrožení života a bezprostředního vážného ohrožení zdraví neodkladně poskytnout lékařskou pomoc.

(3) Lékař musí plnit své povinnosti v situacích veřejného ohrožení a při katastrofách přírodní nebo jiné povahy.

(4) Lékař má právo odmítnout péči o nemocného z odborných důvodů nebo je-li pracovně přetížen nebo je-li přesvědčen, že se nevytvořil potřebný vztah důvěry mezi ním a pacientem. Je však povinen doporučit a v případě souhlasu zajistit vhodný postup v pokračování léčby.

(5) Lékař nemůže být donucen k takovému lékařskému výkonu nebo spoluúčasti na něm, který odporuje jeho svědomí.

(6) Lékař nesmí předepisovat léky, na něž vzniká závislost, nebo které vykazují účinky dopingového typu k jiným než léčebným účelům.

(7) Lékař u nevléčitelně nemocných a umírajících účinně tiší bolest, šetří lidskou důstojnost a mírní utrpení. Vůči neodvratitelné a bezprostředně očekávané smrti však nemá být cílem lékařova jednání prodlužovat život za každou cenu. Eutanazie a asistované suicidium nejsou přípustné.

(8) U transplantací se lékař řídí příslušnými předpisy. Odběru tkání a orgánů nesmí být zneužito ke komerčním účelům.

(9) Lékař je v zájmu pacienta povinen důsledně zachovávat lékařské tajemství, s výjimkou případů, kdy je této povinnosti souhlasem pacienta zbaven nebo když je to stanoveno zákonem.

(10) Lékař, který vykonává své povolání, je povinen odborně se vzdělávat.

(11) Lékař je povinen při výkonu povolání vést a uchovávat řádnou dokumentaci písemnou nebo jinou formou. Ve všech případech je nutná přiměřená ochrana znemožňující změnu, zničení nebo zneužití.

(12) Lékař nesmí své povolání vykonávat formou potulné praxe.

(13) Lékař nesmí sám nebo po dohodě s jinými ordinovat neúčelné léčebné, diagnostické a jiné úkony ze zjištěných motivů. V rámci své pravomoci nesmí poskytovat odborně neodpovídající vyjádření, z nichž by plynuly občanům neoprávněné výhody.

(14) Pokud lékař doporučuje ve své léčebné praxi léky, léčebné prostředky a zdravotní pomůcky, nesmí se řídit komerčními hledisky, ale výhradně svým svědomím a prospěchem pacienta.

(15) Lékař se podle svého uvážení účastní na prezentaci a diskusi medicínských témat na veřejnosti, v tisku, v televizi, rozhlasu, musí se však vzdát individuálně cílených lékařských rad a doporučení ve svůj soukromý prospěch.

(16) Lékař se musí zdržet všech nedůstojných aktivit, které přímo nebo nepřímo znamenají propagaci nebo reklamu jeho osoby a lékařské praxe a ve svých

důsledcích jsou agitační činnosti, cílenou na rozšíření klientely. Nesmí rovněž tyto aktivity iniciovat prostřednictvím druhých osob.

(17) Nový způsob léčení je možné použít u nemocného až po dostatečných biologických zkouškách, za podmínek dodržení Helsinské konvence a Norimberského kodexu, pod přísným dohledem a pouze tehdy, pokud pacienta nepoškozuje.

(18) Lékař si má být vědom své občanské úlohy i vlivu na okolí.

§ 3

Lékař a nemocný

(1) Lékař plní vůči každému nemocnému své profesionální povinnosti. Vždy včas a důsledně zajistí náležitá léčebná opatření, která zdravotní stav nemocného vyžaduje.

(2) Lékař se k nemocnému chová korektně, s pochopením a trpělivostí a nesníží se k hrubému nebo nemravnému jednání. Bere ohled na práva nemocného.

(3) Lékař se má vzdát paternalitních pozic v postojích vůči nemocnému a respektovat ho jako rovnocenného partnera se všemi občanskými právy i povinnostmi, včetně zodpovědnosti za své zdraví.

(4) Lékař je povinen pro nemocného srozumitelným způsobem odpovědně informovat jeho nebo jeho zákonného zástupce o charakteru onemocnění, zamýšlených diagnostických a léčebných postupech včetně rizik, o uvažované prognóze a o dalších důležitých okolnostech, které během léčení mohou nastat.

(5) Lékař nesmí zneužít ve vztahu k nemocnému jeho důvěru a závislost jakýmkoliv způsobem.

§ 4

Vztahy mezi lékaři

(1) Základem vztahů mezi lékaři je vzájemně čestné, slušné a společensky korektní chování spolu s kritickou náročností, respektováním kompetence a přiznáním práva na odlišný názor.

(2) Lékař v zájmu své stavovské cti i s ohledem na pověst lékařské profese nesmí podceňovat a znevažovat profesionální dovednosti, znalosti i poskytované služby jiných lékařů, natož používat ponižujících výrazů o jejich osobách, komentovat nevhodným způsobem činnost ostatních lékařů v přítomnosti nemocných a nelékařů.

(3) Lékař kolegiálně spolupracuje s těmi lékaři, kteří současně nebo následně vyšetřují či léčí stejného pacienta. Předává-li z důvodných příčin nemocného jinému lékaři, musí mu odevzdat zjištěné nálezy a informovat ho o dosavadním průběhu léčby.

(4) Lékař je povinen požádat dalšího nebo další lékaře o konzilium vždy, když si to vyžádají okolnosti a nemocný souhlasí. Je právem lékaře navrhnout osobu konzultanta. Závěry konziliárního vyšetření mají být dokumentovány zásadně písemnou formou a je povinností o nich informovat nemocného, se zvláštním důrazem tehdy, pokud se názory lékařů liší, a je právem lékaře vzdát se dalšího léčení, pokud se nemocný přikloní k jinému názoru konzultanta.

(5) Lékař musí svou praxi vykonávat zásadně osobně. Zastupován může být jen dočasně, a to lékařem vedeným v seznamu České lékařské komory a splňujícím potřebné odborné předpoklady.

§ 5

Lékař a nelékař

(1) Lékař spolupracuje se zdravotními pracovníky vyškolenými v různých specializovaných činnostech. Pověří-li je diagnostickými nebo léčebnými úkoly a dalšími procedurami, musí se přesvědčit, zda jsou odborně, zkušenostmi i zodpovědností způsobilí tyto úkony vykonávat.

(2) Lékaři není dovoleno vyšetřovat nebo léčit s osobou, která není lékařem a nepatří k zdravotnímu personálu. Tyto osoby nesmějí být přítomny ani jako diváci při lékařských výkonech. Výjimkou z uvedených zásad jsou osoby, které se u lékaře vzdělávají, nebo pracují v lékařských oborech a dalších osob, s jejichž přítomností pacient souhlasí, pokud není lékařsky zdůvodněných námitek.

Závěrečná ustanovení

§ 6

Účinnost

(1) Tento Stavovský předpis č. 10 - Etický kodex České lékařské komory nabývá účinnosti dne 1. 1. 1996.

(2) Tento Stavovský předpis č. 10 – Etický kodex České lékařské komory byl novelizován rozhodnutím představenstva ČLK dne 22. 6. 2007 a nabývá účinnosti dne 22. 7. 2007

Příloha č. 5. Dokument Rady Evropy k péči o smrtelně nemocné

Doporučení Parlamentního shromáždění Rady Evropy 1418(1999)

Ochrana lidských práv a důstojnosti smrtelně nemocných a umírajících

(Charta práv umírajících)

/Schválené Parlamentním shromáždění 25. 6. 1999/

1. Posláním Rady Evropy je chránit důstojnost všech lidí a práva, jež z ní lze odvodit.
2. Pokrok medicíny umožňuje v současné době léčit mnohé dosud neléčitelné nebo smrtelné choroby; zlepšení lékařských metod a rozvoj resuscitačních technik dovolují prodlužování života lidského jedince a odsouvání okamžiku jeho smrti. V důsledku toho se však často nebere ohled na kvalitu života umírajícího člověka a na osamělost a utrpení jak pacienta, tak jeho blízkých a těch, kteří o něj pečují.
3. V roce 1976 deklarovalo Parlamentní Shromáždění v rezoluci č. 613 své přesvědčení, "že největším přáním většiny umírajících pacientů je zemřít pokojně a s důstojností, pokud možno za doprovodu příbuzných a přátel, s jejich útěchou a podporou." Ve svém Doporučení 776(1976) k tomu Shromáždění dodalo, že "prodloužení života by nemělo být jediným cílem lékařské činnosti, její snahou také musí být utrpení ukončit."
4. Úmluva o ochraně lidských práv a lidské důstojnosti s ohledem na aplikaci biologie a medicíny od té doby vyjádřila důležité zásady a připravila cestu, aniž se explicitně věnovala specifickým potřebám smrtelně nemocných nebo umírajících lidí.
5. Povinnost respektovat a chránit důstojnost všech smrtelně nemocných a umírajících osob je odvozena z nedotknutelnosti lidské důstojnosti ve všech obdobích života. Respekt a ochrana nacházejí svůj výraz v poskytnutí přiměřeného

prostředí, umožňujícího člověku důstojné umírání.

6. Jak ukázaly mnohé současné i minulé zkušenosti s utrpením, je třeba tato opatření uskutečňovat zvláště v zájmu nejzranitelnějších členů společnosti. Právě tak, jako je člověk slabý a závislý na začátku svého života, potřebuje ochranu a podporu i při umírání.

7. Základní práva odvozená z důstojnosti smrtelně nemocných nebo umírajících osob jsou dnes ohrožena mnoha faktory:

I. malou dostupností paliativní péče a kontroly bolesti;

II. častým zanedbáváním péče o tělesné utrpení a nedostatečným ohledem na psychologické, sociální a duchovní potřeby;

III. umělým prodlužováním procesu umírání, buď nepřiměřeným používáním léčebných prostředků, nebo pokračováním v léčbě bez pacientova či pacientčina souhlasu;

IV. nedostatečným dalším vzděláváním a malou psychologickou podporou ošetřujícího personálu činného v paliativní péči;

V. nedostatečnou péčí a podporou věnovanou rodinným příslušníkům a přátelům smrtelně nemocné nebo umírající osoby, jež by mohly přispět ke zmírnění lidského utrpení v jeho různých dimenzích;

VI. obavami nemocného ze ztráty autonomie, z úplné závislosti na příbuzných a institucích a z toho, že by mohl být na obtíž;

VII. chybějícím nebo nevhodným sociálním a institucionálním prostředím, umožňujícím pokojné rozloučení s příbuznými a přáteli;

VIII. nedostatečnou alokací prostředků a zdrojů pro péči o smrtelně nemocné a umírající a pro jejich podporu;

IX. sociální diskriminací, jaká je vlastní slabosti, umírání a smrti.

8. Shromáždění vyzývá členské státy, aby ve svých zákonech stanovily nezbytnou legislativní a sociální ochranu, aby se zabránilo těmto nezbezpečím a obavám, se kterými mohou terminálně nemocní nebo umírající lidé být v právním řádu konfrontováni, a to zejména

I. umírání s nesnesitelnými symptomy (např. bolesti, dušení atd.);

II. prodlužování umírání terminálně nemocného nebo umírajícího člověka proti jeho vůli.,

III. umírání o samotě a v zanedbání;

IV. umírání se strachem, že jsem sociální zátěží;

V. omezování život udržující léčby z ekonomických důvodů;

VI. nedostatečné zajištění financí a zdrojů pro adekvátní podpůrnou péči terminálně nemocných nebo umírajících.

9. Shromáždění proto doporučuje, aby Výbor ministrů vyzval členské státy Rady Evropy, aby ve všech ohledech respektovaly a chránily důstojnost smrtelně nemocných nebo umírajících lidí, a to tím:

a. že uznají a budou hájit nárok smrtelně nemocných nebo umírajících lidí na komplexní paliativní péči a že přijmou příslušná opatření:

I. aby zajistily, že bude paliativní péče uznána za zákonný nárok individua;

II. aby byl všem smrtelně nemocným nebo umírajícím osobám dopřán rovný přístup k přiměřené paliativní péči;

III. aby byli příbuzní a přátelé povzbuzováni, aby doprovázeli smrtelně nemocné a umírající a aby jejich snaha byla profesionálně podporována. Pokud se ukáže, že rodinná nebo soukromá péče nestačí nebo je přetěžována, musí být k dispozici alternativní nebo doplňkové formy lékařské péče;

IV. aby ustavily ambulantní týmy a síť pro poskytování paliativní péče, které by zajišťovaly domácí péči vždy, pokud je možné pečovat o smrtelně nemocné nebo umírající ambulantně;

V. aby zajistily spolupráci všech osob podílejících se na péči o smrtelně nemocného nebo umírajícího pacienta;

VI. aby vyvinuly a vyhlásily kvalitativní normy pro péči o smrtelně nemocné nebo umírající;

VII. aby zajistily, že smrtelně nemocné a umírající osoby, pokud si nebudou přát jinak, dostanou přiměřenou paliativní péči a tišení bolesti, i kdyby tato léčba měla u příslušného jedince přispívat ke zkrácení života;

VIII. aby zajistily, že ošetřující personál bude vyškolen a veden tak, aby mohl každému smrtelně nemocnému nebo umírajícímu člověku poskytnout v koordinované týmové spolupráci lékařskou, ošetrovatelskou a psychologickou péči v souladu s nejvyššími možnými standardy;

IX. aby založily další a rozšířily stávající výzkumná, výuková a doškolovací centra pro obor paliativní medicíny a péče, stejně jako pro interdisciplinární tanatologii;
X. aby zajistily alespoň ve větších nemocnicích vybudování specializovaných oddělení paliativní péče a tanatologických klinik, které by mohly nabídnout paliativní medicínu a péči jako integrální součást každé lékařské činnosti;
XI. aby zajistily, že bude paliativní medicína a péče ukotvena ve veřejném vědomí jako důležitý cíl medicíny;

b. tím, že budou chránit právo smrtelně nemocných a umírajících osob na sebeurčení a že pro to přijmou nutná opatření:

I. aby se prosadilo právo smrtelně nemocné nebo umírající osoby na upřímnou, srozumitelnou, ale citlivě podanou informaci o jejím zdravotním stavu, a aby při tom bylo respektováno přání jedince, který nechce být informován;

II. aby měla každá smrtelně nemocná nebo umírající osoba možnost konzultovat ještě jiné lékaře než svého pravidelného ošetřujícího;

III. aby bylo zajištěno, že žádná smrtelně nemocná nebo umírající osoba nebude ošetřována a léčena proti své vůli, že při svém rozhodování nebude ovlivňována nikým jiným a že na ni nebude nikým činěn nátlak. Musí být zvážena taková opatření, aby takové rozhodnutí nebylo učiněno pod ekonomickým tlakem;

IV. aby bylo zajištěno, že bude respektováno odmítnutí určitého lékařského postupu, vyjádřené v písemném projevu vůle, v "pořízení" (living will) smrtelně nemocné nebo umírající osoby, která již nebude aktuálně schopná se vyjádřit. Dále musí být zajištěno, aby byla stanovena kritéria platnosti takových prohlášení, pokud jde o rozsah předem vyjádřených pokynů, ale i pokud jde o jmenování zmocněnců a rozsah jejich pravomocí. Rovněž musí být zajištěno, že rozhodnutí, učiněná zmocněncem v zastoupení nemocného neschopného se vyjádřit, a která se opírají o předchozí vyjádření vůle nebo o předpokládanou vůli nemocného, budou uznána jen tehdy, když v nastalé akutní situaci nemocný sám svou vůli nijak neprojeví nebo když ji není možno poznat. V takovém případě musí být jasná souvislost s tím, co příslušná osoba říkala v době krátce před okamžikem rozhodování, nebo přesněji, krátce předtím než začala umírat, a to v odpovídající situaci, bez cizího ovlivnění a nátlaku, a ještě při zachovaných duševních schopnostech. Konečně má být zajištěno, aby nebyla respektována zástupná rozhodnutí, jež se opírají jen o všeobecné

hodnotové soudy platné v příslušné společnosti, a aby ve sporných případech bylo vždy rozhodnuto ve prospěch života a jeho prodloužení;

V. aby bylo zajištěno, že výslovná přání smrtelně nemocné nebo umírající osoby týkající se určitých léčebných postupů budou respektována bez ohledu na zásadní terapeutickou odpovědnost lékaře, pokud nejsou v rozporu s lidskou důstojností;

VI. aby bylo zajištěno, že v případě, kdy není k dispozici předchozí vyjádření vůle pacienta či pacientky, nebude porušeno jeho právo na život. Musí být vytvořen katalog léčebných úkonů, které musí být poskytnuty za všech okolností a jež nesmí být zanedbány;

c. že zachovají předpis, zakazující úmyslné usmrcení smrtelně nemocných nebo umírajících osob a že zároveň,

I. uznají, že právo na život, zejména ve vztahu k smrtelně nemocným a umírajícím osobám, je členskými státy garantováno v souladu s článkem 2 Evropské úmluvy o lidských právech, který říká, že "nikdo nemá být úmyslně zbaven života";

II. uznají, že přání zemřít, vyjádřené smrtelně nemocnou nebo umírající osobou, nezakládá v žádném případě právní nárok na smrt z ruky jiné osoby;

III. uznají, že přání zemřít, vyjádřené smrtelně nemocnou nebo umírající osobou, samo o sobě nezakládá legální ospravedlnění činností, úmyslně způsobujících smrt.

Rozprava Parlamentního shromáždění Rady Evropy z 25. června 1999.

ANOTACE

Jméno a příjmení:	JANA ŠTÉBLOVÁ, DiS.
Katedra:	Ústav pedagogiky a sociálních studií
Vedoucí práce:	PaedDr. Bronislava Štěpánková, Ph.D.
Rok obhajoby:	2011

Název práce:	EUTANAZIE, NEBO PALIATIVNÍ MEDICÍNA ?
Název v angličtině:	EUTHANASIA, OR PALLIATIVE MEDICINE ?
Anotace práce:	V mé bakalářské práci se zabývám problematikou eutanazie a paliativní medicíny. V teoretické části je rozebrána problematika eutanazie a paliativní medicíny. V praktické části jsem stanovila hypotézy vedoucí k porovnání názorů na tuto problematiku u zdravotních sester a studentek zdravotnické školy. K vyhodnocení těchto hypotéz jsem sestavila dotazník, který byl použit pro předvýzkum. Bakalářská práce má 54 stran a 5 příloh.
Klíčová slova:	Eutanazie, legalizace eutanazie, paliativní medicína, hospice, hospicové hnutí, etika, smrt, umírání, bolest.
Anotace v angličtině:	In my bachelor thesis I deal with the issue of euthanasia and palliative medicine. The theoretical part discusses the issues of euthanasia and palliative medicine. The practical part of the leading hypotheses I set out to compare the views on this issue for nurses and nursing school students. To evaluate these hypotheses, I compiled a questionnaire that was used for partial study. The work has 54 pages and 5 appendices.

Klíčová slova v angličtině:	Euthanasia, legalization of euthanasia, paliative medicine, hospice, hospice movement, ethik, death, dying, pain.
Přílohy vázané v práci:	Příloha č. 1. Dotazník Příloha č. 2. Hippokratova přísaha Příloha č. 3. Doporučení představenstva ČLK č.1/2010 Příloha č. 4. Etický kodex Lékařské komory České republiky Příloha č. 5. Dokument Rady Evropy k péči o smrtelně nemocné.
Rozsah práce:	54
Jazyk práce:	Český jazyk