

**UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
PEDAGOGICKÁ FAKULTA**

Katedra antropologie a zdravotní vědy

Diplomová práce

Bc. Sabina Ščeponcová

Učitelství odborných předmětů pro zdravotnické školy

Dítě s infaustní prognózou – hledání cesty
Aspekty historické, právní, spirituální, etické, psychologické a školní
kurikula.

Autorské prohlášení.

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedenou literaturu a zdroje.

V Olomouci dne:

.....

Bc. Sabina Ščepončová

prof. MUDr. Pavel Kalvach, CSc.

„Jedinci, kteří končili svůj život před 100 lety nebo 50 lety, měli svou životní dráhu vyměřenou bez velkých medicínských manipulací. Pokud dnešní lidstvo dosáhlo chytrosti, s níž prodlužuje život daleko za jeho nedávné limity, děkujeme osudu, že jsme se toho dožili. Nechtějme však křečovitě trvat na tom, že toto prodlužování musí být za všech podmínek okolností dotaženo do krajnosti. V diferenciaci mezi užitekem a nedůstojným protahováním vypreparovaného zbytku života, bolavého, nedůstojného a někdy jen fiktivního, dbejme názoru postiženého (pokud mu to jeho vysoké vědomí dovoluje). V případech vědomí zbytkového nebo nepřítomného spoléhejme na moudrost lékaře, pěstovaného společenským klimatem k zodpovědnosti a pokoře. Je na nás, jak toto klima budeme zajišťovat a prosazovat.“ (Ptáček, Bartůněk a kol., 2012, s. 83)

Děkuji panu MUDr. Zdeňku Novotnému za odborné vedení diplomové práce, cenné rady a vstřícný přístup. Také děkuji rodičům za celkovou podporu nejen ve vzdělání.

OBSAH

ÚVOD.....	6
1. CÍLE PRÁCE	9
2. TEORETICKÉ POZNATKY	10
2.1 Odborná terminologie a fakta	10
2.2 Historický pohled.....	14
2.2.1 Smrt v čase.....	16
2.2.2 Nacistický exkurz	17
2.3. Ekonomický pohled	20
2.3.1 Ekonomická hodnota lidského života	20
2.3.2 Kolik stojí dítě s těžkým onemocněním	21
2.4. Právní úprava	23
2.4.1 Od Hippokrata k dnešnímu lékařskému slibu.....	23
2.4.2 Právo na život	24
2.4.3 Eutanazie v České republice	26
2.4.4 Umělé přerušování těhotenství	27
2.5. Spiritualismus	29
2.5.1 Křesťanství a Bible	30
2.5.2 Karma a buddhistická teorie	33
2.5.3 Posvátná vtělení	34
2.5.4 Osud.....	34
2.5.5 Narození jako volba duše.....	35
2.6. Etické a filozofické hledisko.....	37
2.6.1 Smysl života.....	37
2.6.2 Etické rozpory v praxi a bibliografie	43
2.7. Psychologické hledisko.....	49
2.7.1 Rodina a dítě s infaustní prognózou	49

2.7.2 Nevhodná výchova	54
2.8. Středoškolská příprava zdravotníků.....	55
2.8.1 Národní kurikula	56
2.8.2 Profil a uplatnění absolventa oboru Zdravotnický asistent.....	58
2.8.3 Školní vzdělávací program	59
2.8.4 Příprava na hodinu	62
3. METODIKA PRÁCE	63
3.1 Cíl výzkumu.....	63
3.2 Metodologie	63
3.2.1 Zvolená metodika	64
3.2.2 Zkoumaný vzorek	66
3.2.3 Organizace výzkumu	67
3.2.4 Průběh výzkumu	68
3.3 Analýza dat	69
4. VÝSLEDKY A DISKUZE	71
3.4.1 Výsledky v grafovém vyjádření.....	72
3.4.2 Ostatní aspekty vyskytující se v pracích.....	84
3.4.3 Vybrané odpovědi žáků	90
5. ZÁVĚR	98
6. SOUHRN	100
7. SUMMARY	101
8. REFERENČNÍ SEZNAM	102
9. SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK	108
10. SEZNAM TABULEK.....	109
11. SEZNAM GRAFŮ	110
12. SEZNAM PŘÍLOH.....	111
PŘÍLOHY	112

ÚVOD

„Smrt je v dnešní době tabu.“ Toto populární spojení se objevuje ve většině odborných článků a publikací. Myslíme si, že nejde o tabuizování smrti jako takové, ale spíše našich reakcí na ni. Téměř denně se setkáváme se zprávami, že někdo zemřel, umírá, byl zabit, nebo se stal obětí živelné katastrofy. Reklamy UNICEF nás například informují, že za každou minutu zemře jedno dítě ve spojitosti s AIDS. Díky médiím se smrt ozývá odevšud. Přemírou prezentované násilné smrti a zbídačených dětí z rozvojových zemí nám taková smrt „zevšedněla“. Uvědomujeme si ji, ale nijak zvlášť se nás netýká. Největší úskalí spatřujeme ne v její tabuizaci, ale právě v jejím odlidštění.

Veřejnost, ale i někteří zdravotníci obtížně reagují, když je umírajícím jejich blízký člověk a obzvlášť dítě. Nevědí, jak reagovat, co říci, kdy mlčet a čeho se vyvarovat. Neexistuje žádná správná formulka, kterou by se dal odstranit žal rodičů a odůvodnit pocíťovaná nespravedlnost nad smrtí dítěte. Jsou však způsoby (např. ve spirituální rovině), které pomohou rodičům i okolí tuto skutečnost lépe přijmout.

Diplomová práce svou tematikou navazuje na bakalářskou práci „Náhled na problematiku komplexní péče a etiky u dětí s infaustní prognózou“ (Ščepečová, Novotný, 2010). Ta se setkala s poměrně kladným přijetím,¹ a nejen proto jsme se s MUDr. Novotným rozhodli dále se věnovat této tematicce. Bakalářská práce reflektovala a mapovala situaci dětí v České republice. Diplomová práce se proto snaží nahlédnout na téma z širšího kulturně antropologického hlediska.

Diplomová práce se mimo historického, právního a ekonomického hlediska orientuje právě na duchovní a etickou sféru umírání. Spirituální pojetí člověka se v minulých desetiletích vytrácelo pod tlakem technického rozmachu. Biomedicínský model se neosvědčil a nyní se držíme holistického konceptu. Z praxe víme, že slabou stránkou komplexního přístupu je uspokojování duchovních potřeb nemocných, rodinných příslušníků a v neposlední řadě i zdravotnického personálu. U chronicky nemocných dětí s infaustní prognózou (ale i pro jejich rodiče) je však tato stránka po zajištění tělesného komfortu tou nejdůležitější.

¹ Oceněna Cenou nadace Tomáše Bati za nejlepší práci fakulty v r. 2010. Otištění jejich částí v časopise Sestra.

² Doslovné citace jsme získali přepisem ze soukromého zvukového záznamu pořízeného na symposiu. Při

Někdy je to právě okolí, které v rodičích živí pocity, že smrt je jen a pouze zlo, nespravedlnost. V žádném případě touto prací nechceme smrt glorifikovat, pouze se snažíme předložit i jiné kulturní alternativy a hledání „vysvětlení“ v jiných než medicínských sférách.

Aktuálnost tematiky, kterou se práce zabývá (eutanazie, umírání apod.), dokládá zájem a potřeba zdravotníků zabývat se touto oblastí na odborných vzdělávacích akcích. Často diskutované eutanazii je i z těchto důvodů vymezena značná část diplomové práce. V nedávné době proběhly například tyto akce:

28. listopadu 2012: 2. Mezinárodní symposium České lékařské komory v Praze – „Euthanasie pro a proti“ (Akce jsme se zúčastnili a z aktuálních příspěvků čerpáme i v této práci.²⁾)

28. února 2013: Česká lékařská společnost pořádala pracovní večer Spolku lékařů v Ostravě nesoucí téměř totožný název „Eutanazie – pro a proti“.

Následující akcí je např. „Etika a právo v intenzivní péči“ pořádaná NCO NZO³ v Brně plánovaná v termínu 4.– 6. 12. 2013.

Další vzdělávací akce jsou uveřejněny na zdravotnických internetových portálech.

Kapitola „Etika“ umožňuje čtenáři vlastní zamyšlení nejen nad smyslem života dětí s infaustní prognózou, ale i z obecného hlediska. Rovněž předkládáme několik reálných kazuistik, eticky sporných případů, které čtenáře vybízejí k zamyšlení.

Psychologické hledisko řeší možné přístupy rodiny k umírajícímu dítěti a jednotlivé typy nevhodných výchov dle Matějčka.

Teoretická část vychází z poznatků předních českých i zahraničních odborníků (H. Haškovcová, E. K. Rossová, Z. Matějček apod.), kteří se věnují nejen umírajícím dětem. Stěžejní knihou, která byla použita jak při zpracování teorie, tak se stala inspirací k charakteru praktické části, je publikace MUDr. Lumíra Kantora „Otázky“. Rovněž čerpáme z výše zmiňovaného symposia, jehož jsme se zúčastnili.

Posledním úsekem teoretické části je podkapitola „Středoškolská příprava zdravotníků“. Zde vycházíme ze současných požadavků společnosti promítnutých do profilu žáků studujících obor *Zdravotnický asistent*. Analyzujeme kurikulární dokumenty jak z širšího hlediska trendu vzdělávání, tak se zřetelem na úzkou spojitost s thanatologií.

² Doslovné citace jsme získali přepisem ze soukromého zvukového záznamu pořízeného na symposiu. Při použití informací z tohoto symposia uvádíme v textu zkratku EPP (Eutanazie pro a proti).

³ Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů.

Rozbor je významný, protože žáci tohoto oboru jsou účastníky výzkumné části diplomové práce. V přílohách se pak nachází pedagogická příprava na hodinu vycházející z kurikulárních požadavků, s důrazem na afektivní složku cílů.

Praktická část diplomové práce poskytuje náhled na postřehy žáků oboru *Zdravotnický asistent* ke smyslu života dětí s infaustní prognózou. Zajímali jsme se, jaké stanovisko k této oblasti zaujímají právě budoucí zdravotníci, kteří jsou charakterem studia připravováni do praxe.

V názorech žáků jsme vyhledali opakující se výroky a interpretovali je v grafech. Subjektivními komentáři jsme pak hledali možný výklad. Všechny kompletní odpovědi jsou uveřejněny ve sborníku, který je samostatnou přílohou diplomové práce.

1. CÍLE PRÁCE

Pro povahu práce byla zvolena tato nestandardní strukturace cílů práce. Zahrnout tři zcela odlišné kategorie hlavních cílů, kterými se práce zabývá, pouze do jednoho hlavního cíle by působilo zmatečně.

Hlavní cíl 1.

- Zmapovat historické a spirituální východisko dětské thanatologie.

Dílčí úkoly:

- Prezentovat možná zdůvodnění smrti ze spirituálních (kulturně-antropologických) hledisek.
- Publikovat část diplomové práce v odborném časopise pro zdravotníky.
- Vyvrátit záměnu pojmu „eutanazie“ v jeho prvotním pojetí „dobrá, milosrdná smrt“ s nacistickým programem „Eutanazie“ na vyvražďování dětí.
- Nabídnout rozmanité definice smyslu života s důrazem na děti s infaustní prognózou.

Hlavní cíl 2.

- Provést obsahovou analýzu učební látky oboru *Zdravotnický asistent* z thanatologického hlediska.

Dílčí úkoly:

- Stanovit, v kterých předmětech je na střední zdravotnické škole vyučována thanatologie a učivo s ní úzce spojené.
- Vytvořit vlastní přípravu na hodinu, která apeluje na afektivní složku žáků.

Hlavní cíl 3.

- Zmapovat pohled středoškolských žáků na smysl života dítěte s infaustní prognózou.

Dílčí úkoly:

- Předložit kvalitativní zprávu o získaných výrocích žáků.
- Zjistit, zda a jakým způsobem žáci ve svých pracích projevují empatii.

2. TEORETICKÉ POZNATKY

Kategorie v teoretické části korelují se skutečnostmi, jež vzešly z odpovědí žáků, kteří se zúčastnili výzkumné části diplomové práce. Rovněž předkládáme aktuální poznatky z odborného symposia vztahující se k problematice. Nacistický exkurz je zařazen právě na základě diskuze v odborných kruzích (viz níže). Presentujeme komparaci vybraných spirituálních teorií a historický základ.

2.1 Odborná terminologie a fakta

Laická veřejnost se mnohdy vyjadřuje ke specifickým oblastem jednotlivých vědních odvětví a nezřídka mylně. S „odborným“ výkladem přesně definovaných termínů se u laiků setkáváme jak na poli technickém, tak humanitním. Nesprávná terminologie často přispívá k nedorozuměním, šíření omylů, mýtů a nepravd.

Na podzim roku 2012 jsme se zúčastnili lékařského symposia na téma „Eutanazie pro a proti“. Z něho vyplynulo, že ani někteří zdravotníci profesionálové neměli v některých pojmech jasno. Je pravda, že je často velice obtížné nalézt hranici mezi nelegální pasivní eutanazií a oprávněným ukončením život prodlužujících úkonů.

Odborníci rovněž zaměňovali prvotní význam slova eutanazie s fašistickými praktikami programu „T4“ pro dospělé a program dětské „Eutanazie“. Takovýmto způsobem pak prvotní platné a „neškodné“ definice ztrácejí svůj význam a označení se stane pejorativním (stejně jako tomu bylo u výrazů: debil, imbecil, kretén apod.).

Myslíme si, že bude zanedlouho termín „eutanazie“ považován za synonymum pro vraždu. Ostatně i náš trestní zákoník jej takto definuje při posuzování trestu. Zdravotníci na již zmiňovaném symposiu (EPP) rovněž spojovali eutanazii s vražděním nemocných. Z tohoto důvodu zařazujeme podkapitulu 2.2.2 – Nacistický exkurz. V ní objasňujeme, proč je naprosto nepřijatelné, aby tyto zavrženíhodné praktiky byly označeny za eutanazii. Abychom se mohli zabývat danou problematikou, je nezbytné přesně definovat jednotlivé pojmy, s nimiž se v diplomové práci budeme setkávat.

Infaustní

Praktický slovník medicíny definuje termín „infaustní“ jako: „*Nepříznivý, nešťastný, mající špatné vyhlídky na vyléčení.*“ (Vokurka, Hugo, 2004, s. 200)

Spojením „infaustní prognóza“ chápeme zdravotní stav jako takový, který vede ke smrti a jeho zvrát (vyléčení) se považuje za nereálný.

Dítě s infaustní prognózou

Jedná se o takové dítě, kterému je diagnostikována choroba nebo zdravotní stav, který vede ke smrti. Etiologie (příčina) takového stavu může být rozmanitá a smrt se očekává v dětském věku. Může jít o vrozenou vývojovou vadu (VVV), onemocnění získané nebo poúrazový stav. V diplomové práci se budeme zabývat širokým spektrem dětí od prenatálního období až do osmnácti let.

Přestože se zde věnujeme i starším dětem (reálné kazuistiky), adolescentům, název práce obsahuje označení „dětí s infaustní prognózou“, protože se držíme platných právních norem definující dospělost. Věk mezi osmnácti a devatenácti lety je rovněž mezníkem pediatrické péče, která se věnuje dětem. Důraz klademe na ty děti, které bez každodenní naší nebo přístrojové pomoci nejsou schopny samostatného života. Kvalita jejich života je obecně brána jako špatná.

Eutanazie

Mach a Vokurka (2004) definují eutanazii jako usmrcení pacienta s nevléčitelnou nemocí pro zkrácení jeho utrpení. Illustrated Medical Dictionary (ilustrovaný lékařský slovník vydaný britskou lékařskou asociací) definuje eutanazii jako: „*využití medicínských znalostí k bezbolestnému ukončení života za účelem zmírnění utrpení*“ (Peters, 2007, s. 211). Některé definice v sobě zahrnují dovětek o tom, že eutanazie musí být podmíněná vlastní žádostí nemocného. Z toho vyplývá, že jedinci neschopní vyjádřit svá přání (nemožnost komunikovat, nízký věk nemocného, mentální omezení, nesvéprávnost atd.) se ve své podstatě vylučují z možnosti provedení eutanazie.

Další rozčlenění však paradoxně opět umožňuje přistoupit k eutanazii. Máme na mysli tzv. „dobrovolnou“ a „nedobrovolnou“ eutanazii. Dobrovolná eutanazie je počínání založené na přání nemocného, který je k tomu kompetentní. Nedobrovolná eutanazie je pak taková, kdy o činu rozhodne rodina, lékař či nesvéprávný nemocný. Právě

nedobrovolná eutanazie spolu s eutanazií aktivní je předmětem častých diskuzí, právních a především etických otázek.

Největší úskalí spatřujeme v záměně aktivní a pasivní eutanazie. Aktivní eutanazie je aktivní jednání, které svou podstatou přímo zapříčiní smrt jedince. Jako příklad můžeme uvést podání smrtící dávky barbiturátů, často definované jako „smrtící injekce.“ Pasivní eutanazie je nejednání nebo odstoupení od jednání, které má za následek smrt jedince. Přestože se jedná svým způsobem o dva zcela odlišné činy, český právní systém je hodnotí stejným kritériem a aktivní i pasivní eutanazie je dle trestního zákona České republiky trestným činem.

Dystanazie

Současná společnost je schopná soudit se s kýmkoliv a pro cokoliv. Není divu, že jsme si zvykli na jistou opatrnost; ve zdravotnictví to platí dvojnásob. Taková atmosféra ve zdravotnictví má často za následek dystanazii. Lékaři vědí, že svému nemocnému již nemohou pomoci, prokazatelně se blíží jeho smrt, avšak z obav před možnou žalobou rodiny, neinformovaných spolupracovníků, přihlížejících atd. přistupují k použití dostupných metod, které jsou schopny „donekonečna“ prodlužovat život trpícího nemocného.

Dystanazie je tedy stav, kdy zadržujeme smrt a upřednostňujeme kvantitu nad kvalitou. Jde o vyspělou techniku a metodami udržovaný stav, kdy není možné odstranit utrpení, ale zemřít je nemožné. Právě díky lepším se možnostem moderní medicíny a také strachu před případným právním postihem paradoxně přibývá případů dystanazie. To potvrzuje expertka v oboru H. Haškovcová, když podotýká, že *„od konce šedesátých let tohoto století je evidován vysoký nárůst chronických nemocných, tedy těch, kteří byli zachráněni, ale nebyli zcela vyléčeni.“* (Kantor, 2010, s. 44)

Podobný výrok pronesla i docentka Drábková: *„V padesátých letech, když se podíváme, lidé většinou umřeli a málokdo přežil, ale musel přežít dobře, na to nic jiného nebylo. V 70. letech jsme začali resuscitovat a byli jsme borci, jenomže dneska část nám jich zemře, část pustíme zpátky do světa a mezitím zůstanou ti, kterým psychiatři říkají meziploty. Takže dneska máme nejen akutní stavy, ale máme chronické typy a máme a měli bychom mít i další součásti péče.“* (Drábková, EPP, 2012) Velice tenká hranice mezi pasivní eutanazií a přijatelným eticky schvalovaným ustoupením od léčby, které má za následek urychlení smrti, často vede ke strachu se zaměněním těchto dvou odlišně chápaných činů. Také musíme připustit, že pomyslná hranice někdy vůbec neexistuje.

Statistická data

Tyto údaje jsou převzaty z oficiálních internetových stránek Českého statistického úřadu. Udávají počty zemřelých dětí v absolutních hodnotách v daném roce rozdělených podle vnitřních a vnějších příčin. Podrobné statistické údaje jsou umístěny v příloze P. I. Vývoj úmrtnosti mladších věkových skupin podle příčin úmrtí.

Tabulka 1. Zemřelí z vnitřní příčiny úmrtí podle věku

Věk	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
0	771	705	523	504	444	389	356	344	358	346	339	324	333	339
1-4	146	118	107	98	76	64	56	70	70	62	59	49	52	54
5-9	78	80	79	77	64	66	55	40	45	42	39	33	43	31
10-14	84	95	68	63	71	64	66	58	50	56	54	68	37	36

Tabulka 2. Zemřelí na vnější příčiny úmrtí podle věku

Věk	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
0	76	35	24	27	28	24	17	16	17	19	27	23	19	21
1-4	90	58	56	61	32	33	43	21	30	27	17	20	24	29
5-9	80	81	55	46	44	51	46	36	37	25	23	24	21	14
10-14	28	56	54	67	59	57	62	47	41	46	34	39	30	37

(Český statistický úřad)

2.2 Historický pohled

Kniha „*Dějiny medicíny v datech a faktech*“ uvádí informace týkající se významných událostí v chronologickém sledu. Pod heslem „pediatrie“ nalézáme následující události, které mapují zájem odborné Evropské společnosti o dětského pacienta:

- **1473** – B. Mettlinger píše *Regiment der jungen Kinder* – Spis dětského lékařství.
- **1583** – G. Mercuriale publikuje v Benátkách spis *De puerorum morbis – O dětských chorobách*.
- **1764** – N. Rosen von Rosenstein ve Stockholmu vydává *Příručku k poznání a léčení dětských nemocí*. Spis se věnuje přirozené a umělé výživě dětí, hlístům, prevenci syfilitidy, popisuje neštovice, záškrť, černý kašel a další.
- **1802** – V Paříži byla založena dětská nemocnice – *Hospital des enfants malades*. Hrála důležitou roli v rozvoji pediatrie v Evropě.
- **1841** – J. Quadrat zahájil na pražské fakultě první pediatrické přednášky.
- **1851** – A. Bednář vydává čtyřdílnou práci *Nemoci dětí a kojenců zpracované z klinického a patologického-anatomického hlediska*.
- **1852** – Založení velké dětské nemocnice v Londýně.
- **1856** – E. Bouchut provedl první tracheotomii a intubaci na dítěti, jež onemocnělo záškrtem.
- **1881** – É. Tarnier zkonstruoval první inkubátor pro nedonošené děti.
- **1906** – M. von Pflaudner a A. Schlossman vydali pětidílnou příručku dětského lékařství – *Handbuch der Kinderheilkunde*. Mimo jiné poukázala na dědičnost v souvislosti s vrozenými chorobami.
- **1928** – J. Brdík vydal *Stručnou terapii dětských nemocí pro lékaře a mediky*.
- **1960** – V Praze vyšla učebnice *Dětské lékařství*, určená pro vysokoškolské studenty, kterou upravili J. Švejcar, J. Houšťek a K. Kubát (Niklíček, Štein, 1985).

Obecně známým faktem je, že děti narozené s vadou ve starověku, byly v antické Spartě shazovány ze skály a v Římě vhažovány do řeky. Na základních školách je jako důvod pro takové jednání uváděna zátěž dané populace: novorozenci s vadami nebudou později schopni obstát v bitvách a jsou ekonomicky nákladní. Nemůžeme však s jistotou tvrdit, že tak nečinili ze soucitu a aby odstranili utrpení dětí, kterým nedokázali jinak pomoci. Nové bádání odhaluje, že již v této době existovaly jakési etické komise tvořené sousedy rodiny s postiženým dítětem. Otec takto postiženého dítěte se radil s ostatními sousedy o jeho osudu. Pokud se shodli na tom, že pro dítě i pro rodinu bude lepší, když nebude existovat, otec své dítě vlastnoručně zabil. Antropologické bádání však dokazuje, že nešlo o striktní pravidlo zbavování se nemocných, ale že i v této době lidé pečovali o jedince s postižením a vážnými chorobami. Toto období, odborně označované jako stádium „represe“, vykreslující společnost pouze jako krutou a odstraňující děti (ale i dospělé) s postižením, je spíše zjednodušenou a obecně tradovanou fikcí.

Začátkem 19. století nechtěné, nemanželské děti a děti s postižením mohly matky beztrpěčně ponechat u dveří nalezinců. Úmrtnost v těchto ústavech byla 78 % a matky tudíž mohly předpokládat, jaký osud jejich dítě čeká. Organizovaná péče o tyto děti dominovala až v polovině 19. století. Ze soukromé sféry se přesunula do veřejnoprávní v roce 1862 zákonem č. 18 z 15. března, kdy byla péče o postižené v kompetenci obcí.

Koncem 19. století antropologický odborník F. Galton založil nový vědní obor „eugenika“ (eu – dobrý, genos – narozený). Principem této vědy bylo zdokonalení lidského genomu a vymýcení rození se slabomyslných a jinak postižených jedinců. Vycházel z Darwinovy teorie přírodního výběru a podmínek rozmnožování. Dobročinnost Galton chápal v přímém rozporu s eugenikou. Základní metodou eugeniky byla sterilizace slabomyslných. (Vojtko, 2005)

2.2.1 Smrt v čase

V knize Ivana Illicha „*Limity medicíny*” (2012) jsou podrobně popsány jednotlivé fáze chápání smrti. Zde je stručný výtah z časově-chronologických konceptů.

Obraz smrti se jako téměř každý fenomén mění spolu s dobou. Zhruba tisíc let se v křesťanských kostelích a na hřbitovech tančilo, šlo o tzv. „obřadní tanec mrtvých“. Církev proti této pohanské tradici bojovala zákazy od 4. století našeho letopočtu. Tanec na náhrobcích znamenal vyjádření radosti ze života. Teprve na konci 14. století se od této tradice ustoupilo. Primitivní společnost brala smrt jako zlý důsledek působení zevního faktoru (pověry, podíval se na mě „zlým okem” apod.).

Na konci 15. století se smrt zobrazuje v nové podobě nezávislé postavy, zprvu jako vyslanec Boha. Ani lékař a ani kněz nebyl v 15. a 16. století účasten u procesu umírání. Lékaři buď pomáhali zvládat nemoc, nebo dopomáhali k rychlé a lehké smrti; měli za úkol rozpoznat tzv. „facies hippocratica” (typické znaky nasvědčující blízkosti se smrti). Úzkostně se dbalo na to, aby byly všechny úkony v souladu s přírodou. Diskutování, zda by se lékaři měli angažovat v otázkách prodlužování života, proběhlo na univerzitách v Palermu, Fezu i Paříži. Mnoho arabských a židovských lékařů bylo jednoznačně proti a takové praktiky označili jako rouhání. Vše se mělo podrobit přirozenému řádu. Z Paracelsových spisů se dovídáme, že smrt byla brána jako přirozený jev a nebylo tedy nutné z ní obviňovat „zlé” mocnosti.

Francis Bacon (1561–1626) byl první, kdo prodloužení života zařadil ke kompetencím lékaře. Zhruba za 150 let od této myšlenky se objevili „klienti”, kteří za tuto lékařskou službu mohli a byli ochotni platit. Lidé začali oddalovat smrt a vytvořila se nová koncepce „bohatého muže”, který odmítal zemřít v klidu v penzi, ale chtěl zemřít vyčerpáním při plné práci. Chtěl se těšit aktivitám i v pokročilém věku. Není pochyb o tom, že nové technologie umožnily lidem v 18. století žít mnohem déle, než tomu bylo ve středověku. Mládež byla posílána do škol a starší mohli zůstat déle v práci, dokázali oddálit „sociální smrt” a vytvořit „delší dětství”. V předchozích obdobích byla smrt znázorňována s přesýpacími hodinami, nyní buržoasie hodiny vytěsnila a pověřila doktory, aby rozhodli o tom, kdy smrt může přijít. Tímto trendem se smrt stala výsledkem určité nemoci diagnostikované lékařem. Kdysi vyvážená síla přírody, která sebou nesla smrt jako cosi přirozeného, se nyní proměnila v „hostitele specifických příčin klinického skonu.” (Illich, 2012) Na konci 19. století byl typickým vyobrazením smrti lékař stojící mezi svým nemocným a personifikovanou smrtí. Nešlo už o pomoc nemocnému na konci

života, ale o čistý boj se smrtí, kdy nemocný zaujal vedlejší roli.

Autor Ivan Illich současnou smrt a umírání chápe takto: „*Osobou nejlépe chráněnou před vlastní přípravou ke svému umírání je dnes nemocný člověk v kritickém stavu. Společnost působící skrze medicínský systém rozhodne, kdy a po jakých nedůstojných a mutilujících⁴ zákrocích smí zemřít. Medicinalizace společnosti dovedla epochu přirozené smrti do úplného konce. Člověk naší civilizace zcela ztratil právo dohlížet na akt vlastní smrti. Zdraví nebo autonomní moc zvládat byla zaprodána až do posledního dechu. Technická smrt zvítězila nad umíráním. Mechanická smrt porazila všechny ostatní smrti.*” (s. 133)

Illich rovněž obviňuje naše sociální organizace z „exorcismu” všech forem smrti: „*Naše významné instituce neustále vytvářejí gigantický obranný projekt věčné války vedené ve jménu „humanity” proti všem agentům a silám smrti. Je to totální válka. Nejen medicína, ale také prosperita, mezinárodní uvolnění a vývojové programy jsou zahrnuty do tohoto zápasu. Ideologičtí byrokrati všech barev se vydali na křížovou výpravu. Revoluce, represe, ale také občanské a mezinárodní války jsou ospravedlnitelné, pokud směřují k porážce diktátorů nebo kapitalistů, které je možné obvinít ze svévolné produkce a tolerance nemocí a smrti.*” (s. 131)

2.2.2 Nacistický exkurz

Koncepci eugeniky v masivním měřítku zneužil nacistický režim. Ve vidině utvoření dokonalé, čisté rasy proběhl holocaust, program „T4” a „Eutanazie”. Program na vyvražďování dětí s mentálním a jiným postižením, jež byly vyhodnoceny jako „nehodné života”, nesl krycí název „Eutanazie”. Právě tento zavádějící název vyvolává zmatek ve významu chápání eutanazie u laiků i odborníků. V této naprosto mylné interpretaci spatřujeme jednu z kauzalit pejorativního nahlížení na eutanazii.

V knize „*Nacističtí lékaři – Medicínské zabíjení a psychologie genocidy*“ se můžeme dočíst detailní informace o hrůzách, které byly páčány za vidinou dokonalé společnosti. Adolf Jost prosazoval myšlenku, že rozhodování o smrti jednotlivce v terminální fázi jeho života náleží do rukou státu, aby se zachovalo zdraví a život společnosti. Jako jedince „nehodné života” označili duševně choré, slabomyslné a retardované děti. Zničení těchto životů bylo považováno za „ryze léčebné” a „ozdravné” dílo. Skupiny nemocných označili za „neužitečnou lidskou zátěž s nesmírným ekonomickým dopadem“. Toto se promítalo i do učebnic matematiky, kdy modelové

⁴ zmrzačujících

příklady studentům předkládaly, kolik manželských půjček by stát mohl poskytnout místo peněz vydaných na péči o invalidy a duševně choré. Startem k realizaci programu na hromadné vyvražďování dětí se stal známý případ novorozence jménem Knauer. Jednalo se o dítě narozené slepé, pouze s jednou končetinou, zjevně s postižením idiocie. Hitler pověřil svého osobního lékaře Brandta, aby se na tento případ jel podívat na kliniku v Lipsku. Na Hitlerův příkaz lékař ujistil ošetřující lékaře o tom, že ukončení života dítěte je v pořádku a nebudou nijak trestně odpovědní. O eutanazii dítěte se rozhodlo na oficiální žádost rodiny. Bylo odsouhlaseno, aby se v podobných případech postupovalo stejně a vražedný program začal.

Prvními oběťmi se stali novorozenci a postupně se přecházelo do stále vyšších věkových skupin. Registr „Říšská komise pro vědeckou registraci vážných dědičných a vrozených chorob“ evidoval narozené děti s vadami a rovněž zpětně vyhledával tyto děti do tří let. Porodní asistentky a lékaři měli povinnost vyplňovat rozsáhlý dotazník o dětech s postižením, čímž se vzbuzoval dojem, že jde čistě o medicínské statistiky. Později bylo dosvědčeno, že dotazník sloužil pouze k zamlžení pravého účelu. Tři experti pak vydávali potvrzení pro ukončení života dětí na předtištěný formulář. Do kolonky uvedli „+“, které dovolovalo usmrtit dítě; „-“ bylo proti zabití nebo vepsali „dočasně odložit“.

Experti navzájem znali svá rozhodnutí a pro ukončení života bylo zapotřebí souhlasů všech tří, což také bylo nejčastějším verdiktem. Formuláře, které byly označeny „-“, a tudíž rozhodly o zachování života, byly po čase opět předloženy k přezkoumání s novými informacemi, které téměř vždy vedly k rozhodnutí ukončit život dítěte. Ústavy, kde se provádělo zabíjení dětí, se rozšířily po celém Německu, Rakousku i Polsku; vytvořená síť umožňovala větší dostupnost, zvýšení počtů vražd a snížení ekonomických nákladů na transport nemocných do vzdálenějších míst.

Dokumenty evidující tyto činy sdělovaly, že se dětem dostávala nejodbornější péče, byly „léčeny a nikoliv zabíjeny“. To mělo utvořit kladný pohled na situaci rodiči, společností nebo starších dětí, které byly s to pochopit. Psychologicky pozitivní dopad měly dokumenty i na lékaře, kteří usmrcovali. Odpovídaly ideám o převrácení pojmu léčba a zabíjení. Rodičům byly předkládány informace o nezvratnosti a utrpení jejich dětí a to, že by měli být vděční, že jim moderní medicína tímto způsobem dokáže pomoci. Jedním dechem přitom dodávali, že pokud by se rodiče dál chtěli starat o své dítě, budou zbaveni poručnictví. Angažovanost velkého počtu úředníků a všech zdravotníků odjímalu aktérům vražd přímou odpovědnost za činy. Postupem času se rozšiřovaly diagnózy

i věkové hranice, které spadaly do programu „Eutanazie“, a oběťmi se stávali i mladiství delikventi, přednostně židovského původu.

Některé metody zabíjení dětí byly obzvláště kruté, citujeme z Pfanmüllerových poznámek: „*Tyhle kreatury pro mne jako národního socialistu samozřejmě představují pouze břímě na zdravém těle našeho Volku.*⁵ *My je nezabíjíme jedem, injekcemi atp. (...) Ne, naše metoda je, jak zde vidíte, jednodušší a daleko přirozenější.*” (Lifton, 2008, s. 85) Měl tím na mysli postupné odpirání potravy a smrt vyhladověním. Pfanmüller se taktéž netajil tím, že mezi zavražděnými dětmi byli i zcela zdraví potomci Židů.

I po roce 1941, kdy Hitler oficiálně tento projekt ukončil, zabíjení dětí pokračovalo a pravděpodobně ještě ve větší míře, bez přesných pravidel. Argumenty zdravotníků účastněných na projektu „Eutanazie“ byly ty, že měli strach postavit se proti režimu; rovněž ze svých chráněných pozic nechtěli být přemístěni na válečné bojiště. Oficiálně v programu „Eutanazie“ zemřelo pět až deset tisíc dětí, reálný počet však bude pravděpodobně vyšší (Lifton, 2008).

Profesorka Munzarová na symposiu „Eutanazie pro a proti“ svůj projev zahájila oznámením, že „*v květnu letošního roku přijali členové německé lékařské komory deklaraci, jejíž součástí je omluva za zločiny jejich kolegů z doby národního socialismu, včetně vybíjení duševně a tělesně postižených v rámci programu „Eutanazie“.* Přiznali, že *ohavné hrůzy nebyly jen dílem jednotlivých lékařů, ale i představitelů zdravotnických komunit, a rovněž přiznali, že lékaři nebyli nuceni podílet se na zločinech, naopak často byli jejich nadšenými podporovateli anebo dokonce iniciátory.*“ (Munzarová, EPP, 2012)

Nyní můžeme čistě teoreticky vzít v potaz, zda vehementní zachraňování dětí v terminálních stavech nejsou z části i vzdorem historie znalých lékařů (ale i společnosti) proti těmto praktikám.

Americký časopis „*The American Journal of Bioethics*“ informuje v článku „*Controversial End-of-Life Issues in the Neonatal Intensive Care Unit*“⁶ o kontroverzním lékaři Dominicu Wilkinsonovi, který je znám rozporuplnými argumenty při léčbě novorozenců. Byl přesvědčen, že je třeba omezit léčbu, pokud nevýhody kvality života převyšují nad jeho výhodami. Následně byl obviněn z eugeniky a eutanazie (Issacs, 2011).

⁵ Volk – německy „národ, lid“.

⁶ Americký bioetický časopis, Kontroverzní problémy v intenzivní péči o novorozence na konci jejich života.

2.3. Ekonomický pohled

Peníze hýbou světem, toho jsme si všichni vědomi. Bohužel, nic nelze oddělit od financí a téměř vše je na nich závislé. Z médií denně slyšíme o zadlužení, finanční zátěži, nízkých nebo naopak enormně vysokých platech apod. Prakticky vše se točí kolem peněz.

V praktické části diplomové práce, kdy se studenti měli vyjádřit k tématu dětí s infaustní prognózou, 38 % z nich, tzn. 19 ze 49 respondentů, se mimo jiné zmínilo o finanční zátěži. Nejen proto je nevyhnutelné předložit fakta, která se vztahují k lidskému životu a smrti v přímé souvislosti s ekonomikou.

2.3.1 Ekonomická hodnota lidského života

Přepočítávat lidský život na peníze je přinejmenším neetické a zároveň i neproveditelné. Ekonomové se pokusili vyčíslit hodnotu lidského života z pohledu průměrného výkonu a přínosu jedince pro společnost. Zdravotní pojišťovny v podobě výše vyplacené pojistky v případě smrti také mohou být jistým ukazatelem, jakou „hodnotu“ má lidský život.

Společnost Infopharm v roce 2008 spočítala, že úmrtí člověka před dovršením osmnácti let přináší našemu hospodářství ztrátu dvanácti miliónů korun. Tímto přepočtem chtěli poukázat na to, že se vyplatí plošně očkování dětí proti pneumokokovým infekcím.

Farmakoekonom Tomáš Doležal zase spočítal, že únosná hranice finančního zatížení státu na roční léčbu nemocného je jeden milion korun. Udává, že do tohoto finančního limitu (jeden milion korun/rok) je léčba ještě efektivní. Rovněž poukazuje na to, že je neetické provádět takové propočty. Zároveň ale dodává, že pokud budeme poskytovat astronomické částky na prodloužení života beznadějně nemocného, nebudou pak finanční prostředky na léčbu jiných pacientů, kteří ji v danou chvíli potřebují víc a to je zase neetické vůči nim. (Šťastný, Veselá, 2008)

Politika jednoho dítěte a preference dítěte mužského pohlaví v Číně je taktéž obecně známou informací. Takové zákony často vedou k násilnému ukončení fyziologických těhotenství nebo dokonce k vraždám novorozeňat. Příčinu opět nalézáme v ekonomickém dopadu na přelidněnou zemi. Podobné tendence měli už ve starověkém Řecku, kdy Aristoteles připouštěl „vyhnání plodu“ z těla matky dokud ještě „neobživne a nezačne vnímat“ (mužský plod ve čtyřicátém, ženský v devadesátém dnu po oplodnění). Vedla je k tomu opět hrozba přelidnění a filosofové v tom viděli depopulační politiku státu. (Zimek, 1995)

V Indii rovněž po svém řeší problematiku novorozенých holčiček. Preferují chlapce zejména proto, že jsou ve starším věku schopni zajistit své rodiče. Od rodiny dívky se naopak dle tradic očekává honosné věno. Indie plánuje zákaz určování pohlaví v prenatalním období, jelikož stejně jako v Číně toto vede k ukončení fyziologických těhotenství na základě ženského pohlaví dítěte. Objevily se i zprávy o tom, že rodiče platí lékařům za změnu pohlaví dětí, kdy se holčičkám vymodeluje penis a nitrožilně aplikují mužské pohlavní hormony. (Hájek, 2011)

Cestopisné dokumenty z Afrických zemí ukazují, že ekonomické aspekty se netýkají pouze „civilizovaných“ zemí. Není výjimkou, když se africké ženě narodí dvojčata a to „slabší“ dítě zanechá opuštěné v křoví, napospas svému osudu. Jednoduše by oba nemohla uživit, proto dá šanci alespoň jednomu z nich.

2.3.2 Kolik stojí dítě s těžkým onemocněním

Mladá Fronta Dnes před časem (2008) otiskla, v jaké rovině se pohybují výdaje na fyziologického a těžce nemocného novorozence. Denní náklady na zdravé novorozeně v nemocnici činí 750 Kč. U předčasně narozeného je to 12 tisíc, u těžce nemocného dítěte až 26 tisíc za den života v nemocnici. MUDr. Zoban dodává, že částky jsou samozřejmě orientační a individuální, někdy se finální částka za pobyt těžce nemocného dítěte vyšplhá i na 1,7 milionu korun. (Frydecká, 2008)

I my jsme se pokoušeli zjistit, jaká je reálná částka za poskytování zdravotní péče těžce nemocnému dítěti. Oslovili jsme čtyři největší pojišťovny v České republice, avšak ani jedna organizace nám na otázku neodpověděla.

To, že těžce nemocné dítě na specifickou péči potřebuje nemalou finanční pomoc, se dennodenně dozvídáme z médií. V nejsledovanějším televizním večerním zpravodajství se pravidelně setkáváme s rodinami, které tímto způsobem prezentují svou životní tragédii. Svým příběhem vzbuzují u ostatních diváků soucit a lítost a doufají v nějaký druh pomoci – většinou finanční. O několik dní později v televizním vysílání vidíme „šťastné“ rodiče, kteří díky financím a darům zvládají svou situaci lépe. Tyto motivující příběhy inspirují mnohé další rodiny. Finanční nákladnost je nepopiratelná, proto není divu, že se mnozí řídí heslem: Účel světi prostředky. Situace rodin je mnohdy opravdu svízelná právě kvůli nedostatku peněz. Bohužel v poslední době se ve společnosti setkáváme s opačným postojem. Internetové diskuze také dokazují, že lidé jsou již přehlceni srdceryvnými příběhy. Bohužel místo soucitu probouzejí negativní

postoje k politickému systému, kdy mu dávají za vinu neschopnost dostatečně se postarat o tyto děti.

O finanční nákladnosti také informují nadace, charitativní koncerty, pouliční sbírky, benefiční akce. Myslíme si, že tyto formy pomoci dětem s vážnou nemocí hrají velkou roli a jsou obrovským přínosem. Velkým úskalím jsou pak podvodné akce, kdy organizátorům nejde o pomoc trpícím, ale o vlastní obohacení.

2.4. Právní úprava

V české legislativě nacházíme velké množství bodů, které lze vztáhnout k tématu smrti. Právní úprava definuje, jak lze pohřbívat, co je to smrt, za jakých okolností se provádí pitva, transplantace, darování orgánu a tkání a mimo jiné taktéž problematiku eutanazie. V rozsáhlém systému legislativních norem je velice těžké se vyznat. Samotné vyložení práva, právní kličky a orientace v systému je velmi obtížné, a proto bychom neradi hluboce zabředávali do všech zákoutí, která by byla zbytečně matoucí.

2.4.1 Od Hippokrata k dnešnímu lékařskému slibu

Hippokratova přísaha je obecně považována za historický pramen, v němž lze nalézt základ lékařské etiky. Dle aktuálních potřeb společnosti postupem času docházelo k její modernizaci a úpravě.

Český překlad celého původního znění je běžně dostupný jak v odborné literatuře, tak na internetu – proto vybíráme pouze pasáž o vyloučení eutanazie a potratů:

„Nepodám nikomu smrtící prostředek, ani kdyby mne o to kdokoli požádal, a nikomu také nebudu radit (jak zemřít). Žádné ženě nedám prostředek k vyhnání plodu.“ (Ptáček, Bartůněk a kol, 2012, s. 223)

Ženevský lékařský slib formulovaný Světovou zdravotnickou organizací (WHO) v roce 1948 se k eutanazii jako takové již konkrétně nevyjadřuje. Nově klade důraz na multikulturu a odstranění předsudků jakožto bariér v provozování lékařského povolání. K thanatologii se nepřímo vztahuje tato část:

„Budu s největší pozorností ochraňovat lidský život, a to od okamžiku jeho vzniku. Ani nátlak a vyhrožování mne nedonutí k tomu, abych své lékařské znalosti obrátil proti některému člověku.“ (WHO, 1948)

Do roku 1989 lékaři mimo jiné (mlčenlivost, vědecké postupy, jednání dle svého nejlepšího svědomí) slibovali prospěšnost a závazky svému lidu – Československé socialistické republice. V současnosti je slib téměř totožný, ale vypustily se „socialistické“ přívlastky a došlo ke změně od lidu k lidstvu, čímž se dostáváme za hranice našeho státu. O konkrétním přístupu k trpícím, nemocným v terminálním stádiu a nenarozených zde nenalezneme jedinou zmínku. To se zcela přesunulo do právní sféry. Jedna věta však stojí za pozornost: *„Dále: že budete podle svých možností a svého nejlepšího svědomí řídit život zdravých i nemocných vždy jen k jejich prospěchu, že zachováte svůj život a své lékařské umění čisté a bez jakéhokoli provinění a že budete mít na zřeteli jen dobro člověka...“* Celé znění je dostupné na adrese:

<http://www.euromedicine.eu/cze/clanky/detail/64/>.

Nad touto větou bychom mohli polemizovat a ptát se na rozmezí, v němž může lékař jednat podle svého nejlepšího svědomí. Co když si lékař vyloží pomoc a řízení života (zdravého) nemocného oproštěním od nesnesitelného fyzického či duševního utrpení jako provedení (aktivní) eutanazie? Je otázkou: Proviní se, když jedná v nejlepším úmyslu v souladu s latinským „*primum non nocere – především neškodit*”? Kdy můžeme předpokládat, že „násilné” prodlužování umírání nějakou formou vede k poškozování nemocného. Tyto morální, etické a mnohdy až nadlidské úvahy jsou do značné míry ohraničené právě právními mantinely.

Zde na právním poli se jasně vymezují definice stanovující protiprávní jednání. Stanovily se tresty a postihy, které zdánlivě řeší otázky etiky, morálky a vlastního svědomí. Lékařské sliby proto plní funkci čistě historickou a kulturní.

2.4.2 Právo na život

Zimek v publikaci „*Právo na život,*” podotýká, že hodnocení a posuzování lidského práva na život musí probíhat v kontextu historického vývoje. Na tuto skutečnost působily státní zájmy, populační teorie, politické a mravní názory, náboženství a jiné. Názory se velmi liší i z hlediska jednotlivých odborníků z řad lékařů, teologů, právníků.

V Listině základních práv a svobod je v čl. č. 6 uvedeno, že:

- (1)** Každý má právo na život. Lidský život je hoděn ochrany již před narozením.
- (2)** Nikdo nesmí být zbaven života.
- (3)** Trest smrti se nepřipouští.
- (4)** Porušením práv podle tohoto článku není, jestliže byl někdo zbaven života v souvislosti s jednáním, které podle zákona není trestné.⁷

Tato práva nás mají za úkol chránit, avšak někdy jsou to právě tyto věty, které způsobují značnou bolest, utrpení, strádání a bezmoc – jak ze strany nemocného, tak lékaře, který se svým způsobem snaží pomoci.

První bod šestého článku *Listiny* zaručuje právo na život a jeho ochranu již před narozením. To však nemůžeme interpretovat jako zákonné ustanovení, že každý plod se musí narodit. Do limitované hranice gestačního týdne o tom rozhoduje matka a lékař. Právo však matce, potažmo plodu, zaručuje nárok na úpravu pracovních podmínek

⁷ Například nutná obrana, krajní nouze, oprávněné použití zbraně.

(pracovní doba, změna pracovní náplně, zákaz práce s břemeny apod.) a nárok na preventivní prohlídky v období těhotenství apod.

Konflikty v otázce ochrany lidského života před narozením spočívají ve dvou hlavních rovinách:

1. Prvním problémem je uznání hranice, kdy se oplozené vajíčko stává plodem a uzná se za subjekt práv v plném rozsahu. S rozvojem genetiky a z hlediska oboru lze za „plod“ označit i tzv. humánní genetický fond (darované sperma, embryo mimo tělo matky).
2. Druhý rozpor vyvstává mezi právem plodu na život a autonomním právem ženy rozhodnout o svém mateřství. V současné legislativě se upřednostňuje (do limitovaného dvanáctého týdne od početí) právo na svobodné rozhodnutí matky o interrupci a to z různých důvodů. (Zimek, 1995, s. 14)

Existuje mnoho právních úprav, standardů, obecných úmluv, mezinárodních paktů, jejich předmětem jsou lidská práva. V Úmluvě o ochraně lidských práv a biomedicíně (ČR ji přijala r. 1998 ve Štrasburku) se v kapitole první, ve čl. 2 *Nadřazenost lidské bytosti*, uvádí, že zájmy a blaho lidské bytosti budou nadřazeny zájmům společnosti nebo vědy. (Mach, 2003)

Tento výrok bychom si mohli vyložit v zájmu trpící osoby jako „omluvenku“ k provedení eutanazie. Teoreticky vzato je důstojný odchod a neprodužování utrpení v zájmu nemocného a společností vytvořené zákony, které nás primárně mají chránit, by podle tohoto měly ustoupit.

Ochrana lidských práv a důstojnosti smrtelně nemocných a umírajících upozorňuje na to, že pokrok medicíny umožňuje léčit dosud neléčitelné nebo smrtelné choroby. Dochází k pokroku a prodlužování života, ke kvantitativnímu odsouvání smrti na úrok kvality života. V roce 1976 bylo předloženo, že největším přáním většiny umírajících je zemřít pokojně a důstojně za přítomnosti blízkých. V Doporučení 776 (1996) bylo dodáno, že prodlužování života by nemělo být jediným cílem lékařské činnosti, ale má to být i snaha o ukončení utrpení. Doporučení vyzdvihuje paliativní medicínu jako důležitou oblast ukotvenou ve veřejném vědomí. V posledních odstavcích se vyjadřuje k tomu, že přání zemřít vyjádřené smrtelně nemocným nebo umírajícím neospravedlňuje smrt z ruky jiné osoby. Tedy přání zemřít, vyjádřené umírajícím, nelegalizuje činnosti úmyslně způsobující smrt. (Vymětal, 2003. Text převzat ze skripta: Kořenek J. 2001. *Lékařská etika*. Olomouc: UPOL)

2.4.3 Eutanazie v České republice

Právní řád definuje eutanazii jako vraždu. Avšak sankce u provedené eutanazie jsou nižší. Tím společnost dává najevo, že vnímá podstatný rozdíl mezi těmito dvěma trestnými činy. Jako eutanazii nemůžeme brát jednání lékaře, které vede k tomu, aby v maximální míře zmírnil utrpení nemocného za předpokladu, že je jeho smrt neodvratná. V takových případech dochází k podávání vysokého množství léků zmírňujících bolest. Všeobecně se ví, že obvyklým vedlejším účinkem takových medikamentů bývá útlum dýchacího centra a mohou tak být příčinou smrti. Nicméně je zvyšování dávek tisících léků medicínsky indikovaný postup ve shodě s etikou i právem. Lékař, usnadňující konec života nemocnému, který jedná v souladu s medicínskými i etickými normami, jedná *lege artis*. (Stolínová, Mach, 2010)

Pasivní eutanazii si můžeme vyložit jako přerušení (lékařské) péče, která má za cíl smrt trpícího. Někdy můžeme hovořit i o respektování práva na přirozenou smrt. Avšak český trestní zákoník kvalifikuje trestný čin jako úmyslné usmrcení nejen aktivní činností, ale také neposkytnutím péče, k němuž došlo s úmyslem usmrtit člověka. To může naplnit skutkovou podstatu trestného činu vraždy. V takovém pojetí se pasivní od aktivní eutanazie nijak zásadně neliší. Jestliže máme v úmyslu způsobit smrt a cíle je (jakýmkoliv prostředkem) dosaženo, jde o vraždu. Nemůžeme ani vyloučit obvinění z trestného činu – napomáhání k vraždě, přičemž je stanoven přísnější trest v souvislosti činu spáchaného na dítěti, těhotné ženě nebo osobě s duševní poruchou. Právní zásada, která je velice důležitá vzhledem k posuzování značně citlivých údajů, je „*že k trestně relevantnímu opomenutí se požaduje, aby pachatel byl povinen jednat podle svých osobních poměrů a okolností.*“ (Stolínová, Mach, 2010, s. 313)

V odborných právnických publikacích nalezneme toto:

„Euthanasii lze vymezit jako usmrcení z útrpnosti, aby byly zkráceny útrapy umírajícího, popřípadě i na žádost trpícího.

Euthanasie se vyskytuje v různých formách. Rozlišuje se tzv. euthanasie aktivní (usmrcení konáním, například zavedením smrtící infuze, podáním toxické látky) a euthanasie pasivní (nepokračování v dosavadní léčbě – například ukončení umělé výživy, transfuze či hemodialýzy u umírajícího nemocného). Rozlišení mezi aktivní a pasivní euthanasii je ovšem často velmi obtížné.

Aktivní i pasivní euthanasie může být provedena na žádost dotčené osoby (tzv. euthanasie voluntární), anebo bez žádosti dotčené osoby, jestliže osoba je ve stavu, kdy

tuto žádost nemůže sdělit (např. je v bezvědomí po dopravní nehodě nebo jde o osobu nezpůsobilou mentálně nebo nedospělou osobu).

Pod pojmem euthanasie nespádají případy, kdy lékař v souladu s uznávanými medicínskými a etickými zásadami usnadňuje nemocnému konec života, například účinně tlumí bolest.“ (Jelínek, 2010 s. 481–482)

§ 58 trestního zákoníku – mimořádné snížení trestu odnětí svobody

(1) Má-li soud vzhledem k okolnostem případu nebo vzhledem k poměrům pachatele za to, že použití trestné sazby odnětí svobody trestním zákonem stanovené bylo pro pachatele nepřiměřeně přísné a že lze dosáhnout nápravy pachatele i trestem kratšího trvání, může snížit trest odnětí svobody pod dolní hranici trestní sazby tímto zákonem stanovené.

Ustanovení uvádí základní, obecný důvod pro mimořádné snížení trestu odnětí svobody, v rámci kterého se zohledňují konkrétní okolnosti případu, poměry pachatele a možnosti jeho nápravy. Při aplikaci tohoto ustanovení musí soud zdůvodnit, proč by použití plné (nesnížené) sazby trestu odnětí svobody v tom kterém případě bylo nepřiměřeně přísné.

To upravuje § 39 odst. 1 trestního zákoníku:

(1) Při stanovení druhu trestu a jeho výměry soud přihlédne k povaze a závažnosti spáchaného trestného činu, k osobním, rodinným, majetkovým a jiným poměrům pachatele a k jeho dosavadnímu způsobu života a k možnosti jeho nápravy. (...) Přihlédne také k účinkům a důsledkům, které lze očekávat od trestu pro budoucí život pachatele.

2.4.4 Umělé přerušování těhotenství

Těhotná žena má právo ukončit těhotenství bez udání důvodu do dvanáctého týdne gravidity. Zákon umožňuje ukončit těhotenství rovněž na základě zdravotní indikace – pokud je ohroženo zdraví nebo život ze strany těhotné ženy nebo plodu. Při ohrožení ženy nebo v případech, kdy se dá předpokládat úmrtí fetu během těhotenství nebo těsně po narození (vícečetné VVV), lze těhotenství přerušit v jakémkoliv týdnu a okamžitě. (Stolínová, Mach, 2010, s. 313)

Zákon č. 66/1986 Sb., o umělém přerušení těhotenství

§ 4

Ženě se uměle přeruší těhotenství, jestliže o to písemně požádá, nepřesahuje-li těhotenství dvanáct týdnů a nebrání-li tomu její zdravotní důvody.

§ 5

Ženě lze uměle přerušit těhotenství ze zdravotních důvodů s jejím souhlasem nebo z jejího podnětu, jestliže je ohrožen její život nebo zdraví nebo zdravý vývoj plodu nebo jestliže jde o geneticky vadný vývoj plodu.

2.5. Spiritualismus

Uvažovali jsme, jak co nejpřesněji pojmenovat tuto kapitolu. Po vyhledání všech možných variant v Ottově všeobecné encyklopedii jsme se rozhodli pro název „spiritualismus“ ve významu „zaměřenost k duchovním stránkám světa“. Chtěli bychom zdůraznit, že termín „náboženství“ se v tomto textu vyskytuje v jeho ryzím smyslu (viz definice), ne jako mylně interpretovaný význam pro konkrétní církev apod.

Náboženství

Jedná se o souhrnné označení jevů, které souvisejí se vztahem člověka k tomu, co jej přesahuje. Zahrnuje lidské představy o nadpřirozeném světě, zkušenosti či praktické projevy náboženské víry. Vyskytuje se ve všech kulturách od počátku dějin lidstva. Náboženství si vytváří své tradice (mýty, legendy, svaté spisy), instituce (svatyně, církve), představitele funkcí (šaman, kněz apod.), někdy i soustavnou nauku – teologii. (Ottova všeobecná encyklopedie, 2003, s. 752)

Náboženství prolíná celou naši společnost od počátku lidstva. V různé míře se dotýká každého z nás. Výchova, prostředí, zkušenosti, zájmy aj. určují, do jaké míry náboženství ovlivňuje náš život. Člověk je od dětství zvědavá bytost, málokdy se spokojí pouze s obecným tvrzením „Tráva je zelená.“ Každé dítě se zeptá: „A proč je tráva zelená?“ Celý život nás provází příslovce „Proč“. Všechno kolem nás si potřebujeme odůvodnit, zjistit kauzalitu, vysvětlit, popřípadě najít princip a souvislosti.

Pokud logické vysvětlení nenalezneme v exaktních vědách, často se obracíme ke spiritualismu. Životní tragédie a těžké situace mnohé nevěřící racionalisty, materialisty a skeptiky často přivedou k víře, v níž hledají vysvětlení a útěchu. Naopak i hluboce věřící se v době „těžkých zkoušek“ mohou od svého Boha odvrátit, cítí křivdu a nespravedlnost.

Psycholožka E. K. Rossová ve fázích umírání uvádí fázi zvanou „Smlouvání“. Mnoho umírajících se právě v tomto momentu obrací k religiozitě. Popisu, jaký vztah k religiozitě mají umírající děti, dospělí, doprovázející a následně pozůstalí, jsme věnovali místo v bakalářské práci.

Nyní se pokusíme nalézt odpovědi, resp. možné varianty, kterými si vysvětlujeme smrt, utrpení a nespravedlivost, kterou vnímáme při střetu s případem umírajícího dítěte z různých spiritualistických variant. Na celém světě existuje nespočet náboženství, pozornost však věnujeme pouze nejznámějším směrům. Poněvadž se pohybujeme na

abstraktním, neuchopitelném, neempirickém poli, výklad jednotlivých výroků a teorií je velmi subjektivní. Proto je nutné mít na paměti, že následující text není obecně platné dogma. Pro utvoření vlastního pohledu je nutné důkladně prostudovat opravdu široké spektrum dostupné literatury, což přesahuje možnost diplomové práce.

2.5.1 Křesťanství a Bible

Biblická výpověď, která se po staletí traduje, říká, že to, jak žijeme na Zemi, bude mít dopad na život po smrti. Představu o „nebi a peklu“ v naší kultuře máme velmi barvitou. Je v podstatě jedno, jestli si představujeme „peklo“ jako místo, kde do nás budou čerti bodat vidlemi nebo jako místo psychického utrpení. Je všeobecně známou teorií, že se peklo součástí Bible stalo až mnohem později jako nástroj pro zastrašení věřících, jejich moralizaci a usměrnění k potřebám společnosti a církve.

Pokud toto opomeneme a vezmeme metaforickou existenci nebe a pekla jako faktickou doktrínu a náš nástup na tato místa je automaticky generován našimi „dobrymi a zlými“ skutky, zbožností, nabízí se nespočet dalších možných otázek. Kam „půjde“ těžce nemocné dítě, které nemělo šanci samostatně dýchat, natož konat „dobré“ a „zlé“? Vyslouží si automatický postup do nebe tím, že mu byla odepřena šance jakkoliv konat a tvořit? A co když zemřelo ještě dříve, než ho rodiče stačili pokřtít?

Stejnou otázku jsem položila na úvodním setkání „Alfa kurzů“⁸ pořádaném ve společenských prostorách kolejí 17. listopadu v Olomouci v únoru 2013. Tyto kurzy nabízí vhled do křesťanské víry. Po skončení inspirujícího videa jsme měli možnost zeptat se na cokoli, co nám není jasné. Proto jsem využila této chvíle a zeptala se hlavní organizátorky, jak tedy víra objasňuje mou otázku (viz výše). Mladá žena mi odpověděla, že to je přece jasné, v Bibli se píše, že „nebeské království patří dětem“. Proto všechny děti půjdou do nebe. Na to jsem odvětila, že jsem v nedávné době četla o tzv. „*limbo infantium*“ (viz níže) a vyjasnila tento pohled na věc. Pořadatelka, ani nikdo jiný z organizátorů tento pojem neznal.

Limbo infantium

V knize „*Historie smrti*“ autor M. Kerrigan popisuje, jak byla chápána smrt novorozenců v těchto souvislostech a popisuje současné stanovisko církve. „*Pokud měl král Herodes nařídít vyvraždění neviňátek, striktní výklad Bible by znamenal, že Kristův*

⁸ Sezení, kde se diskutují klíčová témata se spojitostí s křesťanstvím. <http://www.kurzylfa.cz/content/view/alfa>

Bůh musel poslat mrtvé děti do zatracení. (...) A pak tu byli ještě ti, kteří tvořili mnohem početnější skupinu ve středověku, než v dnešní pokročilé industrializované společnosti a kteří umírali jako děti ještě předtím, než mohli být pokřtěni. Jak mohli být odsouzeni k peklu jednoduše proto, že jejich život předčasně vyprchal? (...) Odtud vychází myšlenka Limbu jako království, ve kterém mohli žít ti, kteří neměli nikdy příležitost přijmout boží milost, prožít svou věčnost. Jelikož nebyli nikdy pokřtěni, nemohli poznat blaženost života s bohem – ale pak by ve své nevědomosti nepromeškali onu blaženost. Místo toho by až do konečného vykoupení setrvali ve stavu, který dnes církev nazývala „přirozené štěstí“ Posledního dne. (...) Badatelé namítali, že vlastně existovala dvě Limba. První bylo limbo patrum pro ty, kteří zemřeli předtím, než Kristus vykoupil lidstvo. Ačkoliv je tato myšlenka zmiňována v učení apoštolů, z moderních náboženských tradic se vytratila: osud nepokřtěných dětí se v naší době zdá mnohem důležitější. Byly posílány do druhého limba – limbo infantium, které bylo určeno těm, kteří v dětství zemřeli nepokřtěni. Tento limbus se stal velice kontroverzním. V posledních dekádech se katolíci tázali, proč by zde měla existovat diskriminace nevinných dětí, jakkoliv nepatrná, které neměly to štěstí a umřely předčasně. V roce 1984 kardinál Josef Ratzinger, pozdější papež Benedikt XVI., vyjádřil stanovisko, že limbus nikdy nebyl definitivní částí katolické doktríny. Nebylo to nic jiného než „teologická hypotéza“. V roce 2006 církevní komise doporučila zrušení celého konceptu ve prospěch doktríny, ve které měli ti, kteří zemřeli nepokřtěni v raném dětství, přijít automaticky do nebe. V dubnu 2007 bylo doporučení přijato a Vatikán zrušil limbus.” (Kerrigan, 2008, s.78–79)

Narození v bohem určené podobě

Dalším výrokem je, že Bůh chce, aby byl život přijat v jakékoliv podobě. I toto můžeme přijmout jako dostatečný argument bez potřeby se tím dále zabývat. Bůh k tomu měl své důvody, on ví, proč to tak je a my nemáme právo nad tím diskutovat. I pod tímto vlivem víry se rodí mnoho dětí neschopných života bez podpory lidí a techniky. Matky se tak rozhodly dát svému dítěti šanci narodit se v jakémkoliv stavu, jsou připraveny starat se o něj a milovat ho.

Profesor MUDr. Pavel Kalvach vypráví o svém zážitku z mezinárodního kurzu o deformacích báze lební, kde americký odborník přednášel o vzácných defektech. Jeho přednáška byla dokreslena reálnými fotografiemi dětí s malformacemi ve věku tří až šesti let. Po přednášce mu profesor Kalvach položil otázku: „*Jak je možné, že jsi shromáždil*

v USA tak pokročilá stádia neošetřených deformací, zohyzďujících dospívající děti?” Ten mu odpověděl: „Mnoho našich rodin, zejména španělského původu, trvá na přijímání osudu od Boha tak rigorózně, že odmítnou ulehčit život svým dětem i sobě korekční operací. Tvrdí, že Bůh nás svým přídělem utrpení odkázal nést tento osud skromně a bez reptání.” Takovýto přístup k lidskému neštěstí je ovšem fatalismem, který by nás ve svém krajním hledisku mohl přivést až k absolutní netečnosti. (Kantor, 2010, s. 53) Je otázkou, jestli je k tomuto rozhodnutí vede zvnitřněná víra a přesvědčení nebo tlak okolní věřící společnosti, která od matky a rodin toto chování očekává.

Mučednický osud

Znakem křesťanství je i mučednický osud, smrt – po vzoru Ježíše Krista. Ortodoxně věřící rodiče mají za to, že narození těžce postiženého dítěte je jistý druh zkoušky. Jsou vybráni a jejich „mučednický” úděl v této podobě přijímají jako jistou výzvu, možná i privilegium a možnost obstát. Každý je povinen nést si svůj kříž.

Světový bestseller Neale Donalda Walsche *„Hovory s Bohem, pro mladé”*⁹ se vyjadřuje k mnoha otázkám, které si lidé často pokládají. Jednou z nich je i otázka „Utrpení a smrti”, kde autor píše: „Bylo vám řečeno, že utrpení je dobré. Někteří vaši učitelé vám dokonce říkají, že Bůh chce, abyste trpěli, neboť utrpení vám pomáhá platit za „vaše hříchy” nebo že trpíte za „ubohé duše v očistci”. Což znamená, že já (autorem myšlený Bůh, pozn.) osvobodím vaše předky, pokud za ně budete trpět vy. To je velice smutné učení, neboť maluje obraz šíleného, zákeřného a nenasytného Boha, jenž vyžaduje vaše utrpení jako úplatek za „předčasné osvobození” vašich blízkých. Takový Bůh říká: „Můžete ukončit jejich utrpení tím, že začnete trpět vy – ale v každém případě někdo trpět musí. Tyto názory způsobují nesmírné utrpení – naprosto bezdůvodně. Já si nepřeji, aby lidé trpěli. A jediný důvod, proč jim nebráním, aby dělali, co dělají, je v tom, že jsem jim dal svobodnou vůli, aby si mohli zvolit takový život, jaký chtějí. Kdybych vám vzal svobodu rozhodování a přikázal vám, „co ode dneška budete dělat”, lidský život by ztratil smysl.” (Walsch, 2003, s. 141)

Otázkou je, zda se dokážeme ztotožnit s myšlenkou, že děti, které se narodily pro to, aby zemřely, skutečně touto formou projevíly svou svobodnou vůli. Nebo jde jen o profilaci našich tužeb a přání, aby tomu tak bylo.

⁹ Přeloženo do dvaceti sedmi jazyků, půl druhého roku byla kniha na seznamu bestsellerů v USA.

Interrupce

Katolická církev striktně zakazuje interrupce. Zimek ve své publikaci „*Právo na život*“ upozorňuje, že toto rozhodnutí nebylo vždy tak razantní. Tomáš Akvinský (13. stol. n. l.) zastával názor o „opožděné animaci“, což znamenalo, že duše do těla plodu vstupuje až za několik měsíců po početí. Pak tedy usmrcení zatím neoduševnělého těla není zabitím a hříchem. Papež Pius IX. roku 1869 prohlásil, že duše do těla vstupuje již při samotném početí, a tím byla teorie Akvinského zcela zavržena.

V současné době platí dokument k ochraně lidského života „*Donum Vitae*“ z roku 1987, který byl přijat vatikánskou kongregací na pokyn papeže Jana Pavla II. Ten nekompromisně zastával absolutní ochranu lidského plodu, kdy interrupci nazval genocidou. Dokument rovněž zakazoval i metody umělého oplodnění. (Zimek, 1995, s. 19)

2.5.2 Karma a buddhistická teorie

Karma má vliv na osudy lidí, jak životě v přítomném, tak i v těch budoucích. Smyslem je dosažení vysvobození – nirvány. Jde o vymanění z bludného kruhu strastiplných existencí sansárového bytí – představa o koloběhu života a znovuzrození. (Tibetská kniha mrtvých, 2001, s. 186)

Pokud bereme znovuzrození v podobě utrpení zjednodušeně jako následek špatných činů v předešlých životech, mohli bychom jej takto bez výhrad přijmout. Člověk odčiní předešlé „zlé“ skutky touto formou a po smrti může přejít do mírnější formy utrpení. Čím se ale provinily matky, otcové, příbuzní a všichni, kterých se narození těžce nemocného dítěte bezprostředně týká? Provinili se i oni nějakou měrou v minulých životech a „vyšší moc – karmické zákony“ je svedly do blízkosti umírajícího dítěte?

Kdybychom přijali tuto teorii, pak by pro nás život plný bolesti „nevinného“ človíčka nabral na smysluplnosti. Jakým právem potom medicínsky prodlužujeme jeho strastiplný pobyt v takovéto podobě? Nebo je i toto prodlužování v plánu karmických zákonů?

Karmou regulovaný systém je dle přesvědčení dokonale nastaven a my bychom do něj neměli zasahovat moderní technologií – pokud se tedy i s tím nepočítá. Pak by dítě „odpykalo“ provinění v podstatně kratším časovém intervalu. Velmi nadneseně řečeno – vlastně si za to může samo, tak proč mu pomáhat, proč jej litovat? Naopak bychom mohli pocítit útechu nad tím, že se životem vymaní z utrpení a neměli bychom mu násilně bránit

v přechodu do další formy (bránit smrti). Je otázkou, zda tato teorie není do jisté míry projevem alibismu nebo nepěstuje jistou apatii, negativní postoj k dítěti, které si svou vrozenou vadu „přineslo“ vlastním jednáním z minulého života.

Ivan Březina (reportér) hovoří o „nádherném etickém paradoxu“: „*Almužna věnovaná malomocnému žebrákovi mu paradoxně uškodí, protože pak bude muset utrpět za hřích svých minulých životů prožívat o to déle.*” (Kantor, 2010, s. 28)

Názor režiséra Igora Chauna: „*Ona dávka lásky, ona porce péče, kterou na Vašem oddělení novorozeněti poskytnete, může být právě oním KARMICKÝM VYKOUPENÍM, skrze které se člověk do nového lepšího života zrodí... Netvrdím, že tomu tak je. Ale měli bychom brát v úvahu, že to tak být může.*“ (Kantor, 2010, s. 15)

Dne 27. února 2013 jsem se zúčastnila veřejné besedy Jakuba Kadlece na téma „Smrt a umírání z pohledu buddhismu“ konané v Muzeu umění v Olomouci. Přednášející hovořil o tematice velmi nevtíravým a přijatelným způsobem i pro laickou veřejnost, která s buddhismem nemá zkušenosti. Z celé přednášky lze vyvodit, že jsme ovlivněni karmou, neustále se znovu rodíme a to do okolností, jež určuje naše minulé žití. Avšak máme svobodnou vůli, kterou můžeme náš současný život ovlivňovat, směřovat. Bohužel v diskuzi se z časových důvodů nedostalo na můj dotaz ohledně umírajících dětí.

2.5.3 Posvátná vtělení

Některá východní náboženství oslavují narození dětí s těžkým postižením jako pozemské vtělení bohů nebo naopak d'ábla. Jeden z nejznámějších případů je narození indické holčičky v r. 2005, kterou pojmenovali Lakshmi (podle stejnojmenné bohyně hojnosti a úrody). Dívka se narodila s parazitickým dvojčetem v těle. V naší kultuře vzbuzuje lítost, v jejich obdiv a posvátnost. V Indii jsou známy i další příběhy ojedinělých případů. Rodiny se snaží pomocí medializace získat peníze pro odbornou lékařskou pomoc.

2.5.4 Osud

„*Nadpřirozená předurčenost a nevyhnutelnost událostí a skutků v lidském životě.*“ (Ottova všeobecná encyklopedie ve dvou svazcích, 2003, s. 752).

Osudem lidé často omlouvají své nedostatky, nechut' něco změnit či překonat. I při vyrovnávání se s těžkou životní situací, kdy lidé hledají důvody a nemohou nebo je nechtějí nalézt, se přiklání k variantě, že za vším stojí osud. Je prakticky nemožné s ním bojovat, a proto se z nich s představou o marnosti stanou pasivní příjemci vzniklých

strastí. Narození dítěte s infaustní prognózou je jeho osudem a my s tím nemůžeme nic dělat. A naším osudem je starat se o takové dítě.

2.5.5 Narození jako volba duše

Již zmíněné bestselery D. N. Walsche „*Hovory s Bohem*” a mnohé další publikace věnující se lidské duši, vysvětlují narození lidského života s postižením, infaustní prognózou jako svobodné rozhodnutí jedince. My sami si volíme, kde, kdy, komu a jak se narodíme. Neexistuje špatná a ani dobrá forma narození. Z širokého spektra možností formy narození jsme my lidé v kontextu s kulturou a vědeckými poznatky sami klasifikovali, co je a co není „normální”. Pokud se dítě narodí s VVV, byli jsme to my, kteří tento stav ohodnotili jako „špatný, méněcenný, politováníhodný“. Nic ve světě ani složitém vesmíru nepodléhá náhodám a každá naše zkušenost má svůj důvod. Podle této filosofie si umírající dítě samo vybralo tuto životní cestu a rovněž své rodiče.

Útěchou je pak to, že máme moc rozhodnout se, jaký přístup k situaci zaujmeme. „*Protože lidé „prožívají to, čemu věří” – tak funguje moc.*“ (Walsch, 2003, s. 30)

Všeobecně se domníváme, že současná společnost je primárně zaměřena především na věci spotřební, konzumní a vědecké. V přijetí „nelogické víry bez důkazů” vidíme určitou slabost, máme strach připustit si takové myšlenky a hovořit o nich je nemyslitelné či trapné.

Na symposiu EPP hovořila doktorka Kalvínská o spirituálních potřebách nemocných, rodinných příslušníků i personálu. V nemocnici Motol od roku 2008 vede tým nemocničních duchovních a angažuje se za integraci těchto služeb do ošetrovatelské péče. V roce 2007 v nemocnici vytvořili tzv. „prostor ticha“, kde nejsou trvale umístěny specifické náboženské symboly upřednostňující konkrétní víru. Multikulturní povaha zařízení poskytuje útočiště všem, kteří potřebují podporu, útěchu, místo, kde se mohou vyplakat apod. Konají se zde různé obřady, včetně svateb apod. Nemocniční duchovní docházejí na vytipovaná oddělení, kde je zájem o tyto služby vyšší. Avšak podpora je samozřejmě poskytována všem, kteří o ni projeví zájem. Kalvínská v grafech uváděla, že za 4,5 roku provedli 20 230 konzultací, což dokazuje, že lidé o službu mají velký zájem. Dále upozorňovala na to, že v tíživých situacích je přirozeností člověka hledání smyslu života (čím v diplomové práci plynule přestupujeme do další kapitoly).

Citují: „*Vycházíme z toho, že každý člověk zvláště v kritických situacích života má duchovní potřebu hledat smysl toho, čím prochází. Co prožívá, ale také co koná a co může konat. Hledáním smyslu v životě je vyjádřením duchovní motivace člověka, která je*

podle doktora Frankla jeho základní potřebou. Nazýval ji vůlí ke smyslu a vážná nemoc nebo konfrontace s umíráním mohou vést k frustraci této potřeby, a proto mnozí nemocní potřebují pomoc při nacházení smyslu pro svůj život i v těchto mezních situacích. Doktor Frankl byl rakouským neurologem a psychiatrem, zároveň psychoterapeutem a filosofem, žil téměř celé minulé století a jako první z lékařů upozorňoval na to, že pokud léčíme člověka, je potřeba vlastně léčit i jeho duchovní dimenzi. Zastával názor, že člověk prožívá smysluplnost činů, zážitků, postojů, když jimi uskutečňuje své životní hodnoty, které ačkoliv se u lidí vzájemně překrývají, přece jen rozlišil na hodnoty tvůrčí, pokud ještě můžeme vykonat něco hodnotného, zážitkové, pokud můžeme prožít něco hodnotného a pokud již ani jedno a ani druhé nelze, pak můžeme změnit postoj, zaujmout hodnotný postoj k daným skutečnostem, s čímž se setkáváme a pracujeme především u umírajících. U vážně nemocných lidí se často setkáváme s takzvanými existencionálními otázkami, jsou to otázky ohledně smyslu jejich utrpení, bolesti, eventuálně umírání. Tito lidé si začínají klást otázky, které je dřív nenapadaly a vzbuzují v nich strach: Co se mnou bude? Budou mě mít ještě rádi, když zůstanu postižený? A podobně. Bohužel se setkáváme s tím, že příbuzní i zdravotníci často odvádějí pozornost od těchto otázek, neboť si s nimi nevědí rady. A neuvědomují si, že si vlastně ti vážně nemocní potřebují ujasnit vztahy k sobě, ke svému okolí.“ (Kalvínská, EPP, 2012)

2.6. Etické a filozofické hledisko

Podkapitola zešíroka pojednává nejen o smyslu života obecně, ale především i z hlediska dětí s infaustní prognózou. Předkládá tři reálné kazuistiky ze života těchto dětí a jejich rodin.

2.6.1 Smysl života

V praktické části se žáků střední školy ptáme na otázku smyslu života dětí, které nejsou schopny bez naší nebo přístrojové pomoci samostatně žít a jejich život je časově limitován. Zda oslovení žáci vidí u takových dětí smysl života, a jaký podle nich je, je podrobněji rozebráno v kapitole „Výsledky a diskuze“. Vzhledem k tomu, že praktická část diplomové práce je orientovaná právě ke smyslu života, rozhodli jsme se této oblasti věnovat větší pozornost i zde v teoretickém východisku.

Každý člověk vidí život a jeho smysl v něčem jiném a odlišným způsobem. Záleží na nepřeborném množství aspektů, jako jsou hodnotová orientace, materiální nebo duchovní zaměření jedince, věk, místo bydliště, blízké okolí, profese, rodina a rodičovství, zdravotní stav, ekonomické zázemí, víra a mnoho dalších. Materialisticky zaměřený člověk uvidí smysl života v ekonomickém zajištění sebe, ev. své rodiny. Prahne po úspěchu v práci a uznání okolí. Biolog vidí smysl života v tom, že jsme schopni zplodit potomky a další generaci nesoucí naši genetickou informaci nebo ve schopnosti interakce a reakce lidského organismu s okolím. Rodič zase chápe smysl života ve výchově svých dětí, fungující rodině. Takto bychom mohli pokračovat dále.

Na sociální síti Facebook jsme oslovili „facebookové přátele“, aby napsali, v čem vidí smysl života. Zde jsou uvedeny odpovědi.

Barbora, 26 let, Mgr., redaktorka

Smysl života je něco, pro co stojí za to člověku žít. Mění se s každou životní etapou, kterou prochází. Každé období přináší svoje negativa a pozitiva, úskalí i radostné chvíle a od toho se odvíjí vnímání toho, co je pro člověka v dané chvíli prioritní a důležité. Někdy jsou to banality – dostudovat, najít práci, partnera; jindy je člověk postaven před větší výzvy, ze všedních stávají závažné záležitosti – uzdravit se, nebo najít síly na zvládnutí opravdových obtíží. Osobní smysl života, takový, který vnímám já sama pro sebe, je vlastně asi až banálně jednoduchý a naivní. Přesto v něj věřím. Snažím se žít tak, abych neublížovala lidem, a aby všechno, co dělám, mělo význam pro moje blízké a pro mě. A stojí to za to. :-)

Pavčina, 27 let, Mgr., stredoškolský pedagog

Smysl mého života je založen na hodnotovém žebříčku, který jsem si stanovila, na vztazích mezi rodinou, přáteli a seberealizací sebe sama. Určitě nejsem člověk, který by stál na jednom místě. Neustále potřebuji rozvoj především po duševní stránce. To mi určitě umožňuje studium a hlavně sociální kontakt s lidmi. Snažím se si vzít ze svých životních zkušeností, ať už jsou dobré či nikoliv, jen to dobré.

Ingrid, 20 let, studentka ČVUT

Ano, žiju v domnění, že lidský úspěch a štěstí spočívá v neohlížení se na druhé a pouze v plnění a ukájení svých snů a tužeb, bez ohledu na to, co špatného si o mne ostatní lidé, kteří mě neznají dost dobře, myslí. Chyba ovšem nastává, když na naše sobecké a bezohledné jednání vůči jiným, či rázná změna v chování z důvodu „životního“ úspěchu, začnou mít výtky a negativní připomínky i naši velmi dobří přátelé...

Gabriela, 20 let, studentka

Můj smysl života se párkrát změnil. Změny přicházely vždycky s věkem. Ve 12 to byla oblíbenost, v 15 ten nejhezčí kluk atd. V poslední době to ale nabralo do obrátek. Poté, co sestra porodila dceru Elišku, se ve mně něco hnulo. Vždy jsem moc chtěla rodinu (to vychází i z mé svatby v 19ti letech), no a teď čekáme prcka. Zrovna dnes jsme byli na dalším ultrazvuku, vidět jak si cucá paleček, vyvolá velké emoce snad u všech. A i když mi neplánované těhotenství nedovolilo dostudovat a udělalo „čáru přes rozpočet“, tak rozhodně mé dítě a můj manžel jsou mým smyslem života. :-)

Slavní myslitelé:

Frankl

V knize „*Smysl života podle Viktora Emanuela Frankla*“ autor Peter Tavel několikrát zmiňuje Franklův názor, že život je smysluplný právě i tím, že trpíme. Důraz přitom klade na to, že není až tak podstatné, že trpíme, ale jak trpíme. (s. 144) Jak člověk dokáže s důstojnou tváří a pokorou přijímat své utrpení, tím dává smysluplnost svému bytí. V. E. Frankl prohlásil, že „*smysl nemůže být daný, ale musí být hledaný.*“ Dále chápe hledání smyslu a také jeho nacházení ve trojích formách. Tyto formy jsou „vykonávání něčeho (tvoření)“, dále „prožití něčeho (láska)“ a konečně nalézání smyslu v „beznadějných situacích a v utrpení“. (s. 35)

V knize se nijak konkrétně nevyjadřuje ke vztahu k dětem. Můžeme pak pouze vyvodit, že u dětí, které trpí infaustní prognózou, jednoznačně převažuje právě tato třetí forma. Frankl dále říká, že nelze vyvozovat závěry o smysluplnosti lidského života vzhledem k jeho délce (s. 64).

Dále s jistotou tvrdí: „že všechno, tedy i každá nemoc, má nějaký smysl.“ (s. 144) Své stanovisko zaujal i k eutanazii: „Nikomu nepří náleží právo vyřknout rozsudek nad lidskou hodnotou druhého, nikdo nesmí nazvat druhého zbytečným, neužitečným či neproduktivním individuem. Užitečnost pro společnost nemůže být jediným měřítkem pro hodnocení lidské bytosti.“ (s. 159)

Neal Donald Walsch

„Život má jen takový smysl, jaký mu dáte. Kdo jiný by o tom měl rozhodovat? A řekneš-li, že by o tom měl rozhodovat Bůh, proč by to dělal a udržoval v tajnosti? Myslíš, že život má nějaký cíl? Život nemá smysl. V tom je celý jeho smysl.“ (Walsch, 2003, s. 160)

Osho

„Lidé uvažují o tom, proč se život jeví, jako když nemá smysl. Smysl a priori není. V životě neexistuje žádný smysl, člověk ho musí stvořit. Není to věc, je to význam, který objevíte díky svému vědomí.“ (Osho, 2007, s. 219)

Většina lidí nemá žádný smysl života. Dříve byl smysl života předurčen vírou, dnes se tento pohled změnil a lidé se s názory náboženství neztotožňují. Často se proto u lidí objevuje úzkost, která souvisí s tím, že si uvědomí, že život a existence nemají smysl. Tím, že si přiznáme, že nevíme, jaký je smysl života, zároveň odstartujeme něco nového. Je to jako odrazový můstek. Martin Heidegger uvádí, že abychom našli a pochopili smysl života, musíme se postavit na vlastní nohy a spolehnout se jen na sebe. Nenechat se zmanipulovat názory druhých. (Osho, 2007)

S. Freud

Freud měl za to, že otázka smyslu života je projevem nemoci a pokud si ji někdo klade, je třeba jej léčit. (Sklenka, 1998, s. 9–10)

„Otázky“

MUDr. Kantor ve své knize „*Otázky*“¹⁰ položil dotaz, zda má smysl život s těžkým psychomotorickým postižením či slepotou, v souvislosti se zachraňováním velmi rizikové skupiny novorozenců. Zde jsou úryvky odpovědí významných českých osob, které se přímo vztahují k dětem s infaustní prognózou.

Zdeněk Matějček, psycholog:

„Prostě jsem došel, dospěl či snad dozrál k závěru, že tuto otázku si prostě nezodpovím – a že tedy s ohledem na svou vlastní psychohygienu se jí nebudu zabývat. Možno-li tak říci, sám sobě jsem si to víceméně „zakázal“. Dělej, člověče – a moc se neptej! Nemusíš všechno vědět! Pomáhej, můžeš-li – ale přijmi i to, že se ti to mnohdy při nejlepší vůli nepovede. Smutek patří k životu – a ty nejsi výjimečnou bytostí – tak se taky trochu trap.“ (s. 10)

Marek Eben, herec:

„Nerozumím tomu smyslu a myslím, že je to příliš velké mysterium, než abych ho vůbec mohl pochopit. Nic to ovšem nemění na tom, že hluboce věřím, že to smysl má.“ (s. 11)

Igor Chaun, režisér:

„Zrození a krátký život byt' jen na okamžiky počítaný pro onoho tvora cenu má. Není vyloučeno, že právě kvůli těm několika minutám či hodinám poskytnuté péče přišel na svět. Že jeho zrození do pošramocené tělo je projevem kosmického záměru – protože důsledku vlastních minulých činů?“ (s. 15)

Václav Malý, kněz:

„Jak dlouho tu člověk vlastně má být, aby naplnil své poslání? A co tím posláním vlastně je, co nového má zde na zemi vykonat či vypovědět – aby „byl člověkem“, aby jeho život měl smysl? (...) Narodí se člověk s defektem. Existuje hranice, kdy už by defekt přesahoval nějakou míru? Jaká by ta míra měla být? Či je tu snad něco, co by do Boží dílny už nepatřilo?“ (s. 16)

¹⁰ V r. 1999 MUDr. L. Kantor položil otázky týkající se smyslu života těžce postižených a umírajících dětí několika českým osobnostem. Odpovědi vydal ve sborníku „*Otázky*“, který byl pro velký zájem znovu vydán o jedenáct let později podruhé (2010).

Stanislav Komárek, biolog:

„Jaký to má smysl, nevím, vím jen, že v rámci běžného světaběhu je to jev převelice častý, asi tak jako diskrepance mezi obrovským počtem semínek a malým počtem dorostlých stromů (člověk i jiná živá bytost má osud „šťastný“ pouze tehdy, když maximálním způsobem uskuteční potenciality do ní vložené – jinak z říše stínů jen tak povystoupí).“ (s. 22)

Ludvík Vaculík, spisovatel:

„Takto jednoduše, bez problematizování a velikého psychologizování mívám názor, že žít má jen ten, kdo přirozeně může, svou silou. Jinak se lidstvo postupně oslabuje, degeneruje. Ale hned z toho vyrůstá další otázka: je ten, kdo by nenapravitelně od narození postiženého jedince raději byl nechal přirozeně umřít, sám úplně zdravý?“ (s. 22)

Tat'ána Fišerová, herečka:

„Nechme taky něco Pánu Bohu. On ví, jaký to má smysl. To my lidé mnoho věcí nevíme a mnoha věcem nerozumíme, ale místo pokory a trpělivého naslouchání vnucujeme životu svá krátkodobá řešení, která někdy mívají nevratný charakter. (...) Jeden z mnoha smyslů to má možná proto, abychom si vážili života v každé formě, protože je tak vzácný. Abychom ho chránili, piplali a milovali. Abychom pochopili, jaký je to zázrak, že můžeme být.“ (s. 32)

Rudolf Smahel, kněz, vysokoškolský učitel:

„Zrození a smrt dítěte během několika minut jsou záležitostí, které člověka přesahují, neboť mají transcendentální hloubku. Člověk otevřený a citlivý k hodnotám lidství tuto hloubku spíše zakouší, než aby ji přímo definoval. (...) Vícekrát jsem měl možnost být účasten hlubokých chvil, kdy manželé vzpomínali na své zemřelé dítě, které žilo jen krátkou dobu. Téměř vždy byla tato vzpomínka jakýmsi duchovním pomníčkem spojeným s novým vzepětím jejich lásky i něhy. Fenomén života i fenomén smrti otvírá v člověku nové dimenze prožitku a vede jej k nové kvalitě, která dokáže brát život i smrt jako dar.“ (s. 36)

Josef Císařovský, filmový dokumentarista:

„Život není samozřejmost a nelze si ho nárokovat. Je nám spíš dán jako šance, kterou lze zhodnotit nebo promarnit. A tak možná ty kruté životní osudy na smrt nemocných dětí potkáváme právě proto, aby nás trápily právě tyhle otázky, které si kladete Vy, milý pane primáři. Protože tím připomínáte nesmírně důležitý zadní plán odvrácené strany života. Jedině na tomto pozadí si totiž lze uvědomovat skutečné hodnoty, které naše moderní společnost tak lehkomyšlně přehlíží.“ (s. 38)

Hana Vránová, matka dvou dětí a babička dvou vnoučat:

„Dokud lékař bude hodnocen jen podle statistik o úmrtnosti pacientů – at' starých nebo mladých, dokud lékaři, ale i všichni lidé nepřijmou smrt jako nedílnou součást svého života, dokud lékaři budou hodnoceni jen podle úrovně technického vybavení, ale nebude brán v úvahu také lidský rozměr člověka, do té doby úvahy co, jak a koho zachraňovat zůstanou pouze v teoretické rovině a rovině legislativní.“ (s. 41)

Jiří X. Doležel, publicista:

„Odpověď' je jednoduchá: Nevím. Doufám ale, že bych našel sílu rozhodnout pro jeho smrt (pokud by se autor nacházel v roli rodiče dítěte s takovým postižením, pozn.). Protože právo na život není právem na utrpení, ale právem na radost a štěstí.“ (s. 42)

Scarlett Vasiluková-Rešlová, vědecký pracovník a terapeut:

„I zrození a smrt novorozence má i ve svém utrpení nezastupitelnou hodnotu pro duchovní zrání všech (příbuzných i zdravotníků), kterých se takový životní příběh týká.“ (s. 43)

Helena Haškovcová, profesorka lékařské etiky, členka PEN klubu¹¹

„Nastal nepochybně čas návratu k bytostně lidské otázce po smyslu konečného lidského života. Nadešla doba úvah o formativním významu bolesti, o osobním a osobnostním zrání člověka a o systémech hodnotových orientací. Lidově řečeno: každému je zapotřebí „trocha“ filozofie nebo nepokleslé teologie. A všem nám jen prospěje, když budeme uvažovat o obsahu pojmu mládí ve vztahu ke stáří, o zdraví ve vztahu k nemoci, o kráse ve vztahu k ošklivosti, úspěchu ve vztahu k neúspěchu a o slasti

¹¹ PEN klub - mezinárodní organizace, která seskupuje lidi, kteří se snaží prosadit svobodu vyjadřování, svobodu slova a svobodný život člověka. www.pen.cz

ve vztahu ke strasti. A přidáváme kvalifikované nejen úvahy o utrpení, soucitu a oběti (v péči o druhé), ale také o mechanismu moci a o vině a trestu. Předpokládám, že dojde k pokoře, jejíž obsah se týká uctivé kázně ke všemu živému a k zákonům přírody.“ (s. 44)

Michal Wiewegh, spisovatel:

„Mám sice jakýsi zcela laický názor (myslím si, že život takového dítěte má smysl jen tehdy, když mu přináší alespoň minimální radost či uspokojení, pokud toto uspokojení chybí, nebo pokud dokonce převládá utrpení, potom podle mě takový život smysl ztrácí), ale protože mi – naštěstí – chybí jakákoli osobní zkušenost, obávám se, že snad ani nemám právo nějaké takové ryze teoretické soudy „od stolu“ vyslovovat.“ (s. 54)

Tomáš Škrdlant, publicista:

„Posuzování smyslu života druhých nám nepřísluší. Ani v případě vlastních dětí ne. Budu-li od svého osobního žebříčku hodnot odvozovat, zda život mého bližního má či nemá smysl, povyšuji se tím nad něho. Stavím se do role soudce. A také sám mohu být souzen. Nemůžeme-li soudit každý každého a nechci-li, aby soudili je někteří, zbývá jediné, nesoudit.“ (s. 60)

2.6.2 Etické rozpory v praxi a bibliografie

Vedle odborných lékařských kazuistik existuje i mnoho knih psaných dle skutečných životních příběhů, kde se rodiče (nebo zainteresovaní lidé) vypořádávají se smrtí svého dítěte. V televizi kromě komerčních zpracování můžeme vidět české i zahraniční realistické dokumenty. To, že se tyto příběhy mají možnost dostat k běžnému divákovi, který se problematikou dětské thanatologie nijak nezabývá, je přínosné.

Zvláštním přínosem jsou pak pro samotné rodiče a blízké umírajících nebo zemřelých dětí. Dokumenty, filmy, knihy a podobně mohou pomoci rodinám lépe zvládnout těžkou životní situaci a poskytnout útěchu, že se s tímto osudem nepotýkají sami a mohou pomoci nalézt cestu, která pomohla jiným.

Bibliografie

Bibliografie je uznávanou psychoterapeutickou metodou. Existuje pět základních faktorů, které předpokládají léčivý účinek knihy. Jsou to: „ticho a vědomí, že vstupujete sami do sebe“, „opětovné uchopení vlastních hodnot“, „příklad druhých lidí“, „vědomý

myšlenkový odstup od problému“ a „spoluprožívání nevyjádřitelného“. (Tavel, 2007, s.92–93) Čtenáři, kterým četba pomáhala, rozdělili knihy do čtyř kategorií: „náboženské texty a Bible“, „knihy o hledání smyslu života“, „knihy, které nahlížejí na krizi z pohledu víry nebo náboženské tradice“ a „knihy o posilování fyzické kondice“. (Grumanová, 2008, s. 195–196)

Knihy zabývající se smrtí dětí z pohledu odborníků nebo rodičů:

- *O dětech a smrti*, E. K. Rossová, v USA vydána r. 1983
- *Světlo na konci tunelu*, E. K. Rossová, 2012
- *Naia se smí narodit*, Mitchell Zuckoff, 2004
- *Zachránit Jeffreyho*, Richard Galli, 2002
- *Nejsem vrah*, Frédéric Chaussoy, 2005

Internetové portály:

- www.dlouhacesta.cz
- www.cestadomu.cz
- www.umirani.cz
- www.nezavirejteoci.cz
- www.klicek.org

Film a dokument:

- *Je to i můj život* (Nick Cassavetes, 2009, USA)
- *Nejtěžší volba* (Dagmar Smržová, 2010, ČR)
- *Oskar a dáma v růžovém* (Eric-Emmanuel Schmitt, Kanada, 2009)
- *Extrémní nezralost* (<http://www.ceskatelevize.cz/porady/1095946610-diagnoza/vyhledavani/dite/165-extremni-nezralost/>)
- *Rizikové těhotenství* (<http://www.ceskatelevize.cz/porady/1095946610-diagnoza/vyhledavani/dite/49-rizikove-tehotenstvi/>)
- *Náhlá smrt* (<http://www.ceskatelevize.cz/porady/1095946610-diagnoza/anestezie-a-resuscitace/98-nahla-smrt/>)
- *Vrozená srdeční vada* (<http://www.ceskatelevize.cz/porady/1095946610-diagnoza/detska-medicina/6-vrozena-srdecni-vada/>)
- *Akutní lymfoblastická leukemie* (<http://www.ceskatelevize.cz/porady/1095946610-diagnoza/detska-medicina/218-akutni-lymfoblasticka-leukemie/>)

- *Cystická fibróza* (<http://www.ceskatelevize.cz/porady/1095946610-diagnoza/lekarska-genetika/38-cysticka-fibroza/>)
- *Cystická fibróza II.* (<http://www.ceskatelevize.cz/porady/1095946610-diagnoza/detska-medicina/198-cysticka-fibroza-ii/>)
- *Svalová dystrofie* (<http://www.ceskatelevize.cz/porady/1095946610-diagnoza/lekarska-genetika/193-svalova-dystrofie/>)
- *Neumírání* (<http://www.ceskatelevize.cz/porady/1102412465-rodinne-krizovatky/306295350030009-o-neumirani/>)

Reálné kazuistiky

1. Jeffrey Galli

Zachránit Jeffreyho, kniha Richarda Galliho, vypráví o jeho vlastní zkušenosti se synem ohroženým smrtí. V roce 1998 byla celá rodina na návštěvě u přátel, když sedmnáctiletý Jeffrey skočil do bazénu a poranil si míchu v krční oblasti. Následkem toho ochrnul nejtěžším možným způsobem a jeho život závisel pouze na činnosti dýchacího přístroje. Rodiče chlapce tehdy v nemocnici zvažovali, zda nebude lepší, když život chlapce ukončí během spánku. Richard Galli je svou profesí právník a i v této situaci se ztotožnil s touto rolí a snažil se postupovat v nejlepším zájmu svého syna. Kniha detailně popisuje všechny emoce, události a zvraty, které se odehrály v časných hodinách po zranění a následujících dnech.

Otec si nedovedl představit, jak jeho syn „přežije“ a zvládne žít ve stavu, který je nezvratný. Jeho život teprve začínal a už byl odsouzen prožít jej ve „vězení“. Hledal analogii ve známém případě Christofera Reevea (představitel Supermana), který po pádu z koně „uvázl“ ve stejném stavu jako jeho syn. Zde však viděl rozdíl v tom, že tento herec již něco zažil, má manželku, založil vlastní rodinu a může se ohlížet ke vzpomínkám. Kdežto jeho dítě nikdy nezažilo mileneckou lásku a samostatný život. Lze si všimnout, že otec sám by si nejspíše přál eutanazii, kdyby se ocitl v podobné situaci a toto přání profiloval do stavu svého syna.

Přátelé rodiny zorganizovali dobrovolnou sbírku, na konto se nasbírala nemalá finanční částka. Tím vznikl další závazek. Rodiče se dostali do vnitřního konfliktu, jelikož oni byli jediní, kteří vůbec nad otázkou eutanazie přemýšleli. Cítili na sobě tlak okolí a hlavně času. Měli za to, že pokud takové rozhodnutí mají učinit, musí jej učinit co nejrychleji, dokud jejich syn nenabyl úplného vědomí a nedojde k plné stabilizaci.

Dalším faktorem byl věk jejich syna. V době nehody mu bylo sedmnáct a půl let, rodiče měli pouze půl roku na to, aby mohli o osudu rozhodnout. Jeffrey se během prvních dní několikrát probudil a jeho stav byl pro něj vždy nový. Po zjištění, co se stalo, vždy propadl panice.

Dalším z důvodů, proč rodiče uvažovali, zda by v tomto případě nebyla pasivní eutanazie přece jen lepší, byla starost o to, co se synem bude, až se o něj nebudou moci starat. Lékařská věda dokáže své pacienty s takovou diagnózou udržet naživu velice dlouho a Jeffreymu je teprve sedmnáct. Po neustálém přemítání, zvažování všech možných variant a způsobů řešení se rodiče nakonec rozhodli, že Jeffrey má právo na to, aby žil a oni nemohou rozhodnout o tom, jestli je jeho život hodnotný, nebo ne.

Jeff Galli se po propuštění z nemocnice zaměřil na poslech hudby, četbu, naučil se žít jinak a v současné době jezdí po světě, přednáší o své nemoci, životě a hodnotách.

Rodiče s odstupem času připouští, že největším ohrožením pro jejich syna nebyla nehoda, ale oni sami. (Galli, 2002)

2. Vincent Humbert

Frédéric Chaussoy, autor knihy *Nejsem vrah*, je francouzský lékař, který popisuje příběh ochrnutého mladíka ze své osobní zkušenosti. Vincent Humbert byl osmnáctiletý mladík, který po autonehodě v roce 2000 zůstal ochrnutý a slepý. Jediný způsob komunikace byl prostřednictvím pohybu pravého palce. Jeho matka Marie jej navštěvovala téměř denně a věděla, že jeho jediným přáním je zemřít. Lékaři odmítali pomoci splnit jeho přání. Až jednoho dne se rozhodla sama ukončit trápení svého syna. Do gastrointestinální¹² sondy aplikovala barbituráty (pravděpodobně je sehnala v Nizozemí).

Na její čin lékaři přišli bezprostředně poté, a proto byli schopni Vincenta opět vrátit k životu. To byl zároveň moment, kdy se Vincentovým lékařem stal Frédéric Chaussoy. Matka ho prosila, aby Vincenta nechali zemřít, avšak lékař argumentoval, že o tomto případu nic neví a je jeho povinností udělat vše, aby zachránil život svého pacienta.

Po tom, co byl stav Vincenta bezpečně stabilizován, začal se F. Chaussoy podrobně zabývat celým případem a nechal si donést veškerou dokumentaci k jeho

¹² Umělý vstup do trávicí trubice, kterým je podávána strava nemocnému, který není schopen přijímat potravu obvyklým způsobem.

zdravotnímu stavu. Když se vrátil domů, zjistil, že se událost medializovala a do příběhu vstupuje lékařova manželka, která se ho táže, proč jej nenechali odejít. Argumentoval stejným důvodem – nevěděl nic o stavu pacienta, a proto neměl na vybranou. Chaussoy byl primářem anesteziologicko-resuscitačního oddělení a všechna medializovaná tíha padala na jeho osobu.

Manželka na něm brzy poznala, že si již není zcela jistý, jestli byla záchrana Vincenta správným řešením a prosila jej, aby na sebe nebral žádné zodpovědné rozhodnutí. Apelovala na něj, že nemůže ohrozit jejich rodinu něčím, co je ve Francii trestným činem – eutanazií. Lékař jí oponoval, že je teď svým rozhodnutím víceméně za Vincenta odpovědný on. Pochopil, že čin matky nebyl myšlen jako vražda syna, ale jako milosrdenství nejvyšší úrovně. Chaussoy nyní cítil rozkol mezi svou morální povinností k Vincentovi a zároveň ke své rodině.

Nakonec mu svědomí nedovolilo nechat věci tak, jak jsou, a i pod drobnohledem celé francouzské společnosti na lékařské schůzce nemocnice velmi obezřetně rozhodli, že provedou pasivní eutanazii. Lékař však věděl, že to nebude bez následků a nemůže pověřit nikoho jiného než sebe, aby provedl eutanazii. Poté, co Vincenta odpojili od přístrojů, začal lapat po dechu, proto mu podali tlumící léky a Vincent konečně mohl v klidu a bez bolesti zemřít.

Když se společnost dověděla, že Vincent zemřel, byl Chaussoy za pár dní předvolán na policii a obviněn z vraždy. Celý příběh končí tak, že lékař nebyl potrestán a Marie se stala rodinnou přítelkyní. O této události byl později natočen film „*Právo na smrt*“, pod jiným názvem také jako „*Láska jedné matky*“. (režie Marc Angelo, 2007)

3. Případ Miller

Případ Miller se stal v roce 1990, svou podstatou je ale stále aktuální. Doktorka B. Zlatohlávková ve svém článku v Neonatologických listech (2008) zrekonstruovala příběh z dostupných zahraničních zdrojů a soudních spisů.

Paní Miller byla přijata do nemocnice kvůli hrozícímu předčasnému porodu ve 22. týdnu gravidity. Odhadovaná váha plodu byla 629 g. Diagnostikovaná infekce byla týmem lékařů vyhodnocena jako život ohrožující stav při pokračování těhotenství. Neonatolog a porodník informovali rodiče, že plod má velmi malou šanci na to, aby se narodil živý. A pokud se živý narodí, bude pravděpodobně přítomna celá řada komplikací, jako jsou např. mozkové krvácení, slepota, plicní komplikace, mentální retardace apod. Otec ve své výpovědi uvádí, že mu bylo sděleno, že se na oddělení ještě

nikdy nesetkali s tak nezralým novorozencem, který by byl schopen života. Vše, co by pro dítě mohli udělat, aby jej udrželi naživu, je založeno pouze na spekulacích.

Lékaři požádali rodiče, aby sdělili, zda chtějí, aby jejich dítě bylo po narození léčeno. Vzhledem k okolnostem se rodiče rozhodli, že nechtějí, aby se jejich dítě trápilo a resuscitaci odmítli. Rozhodli se osud svého dítěte nechat pouze na přírodě. Porodník informoval multidisciplinární tým, že na základě vyjádření rodičů není třeba, aby byl neonatolog přítomen. Otec z nemocnice odešel, aby zařídil pohřeb.

Mezitím proběhla porada za účasti lékařů, sester, administrativních pracovníků a etické komise. Když se otec vrátil, bylo mu sděleno, že podle federálních a státních zákonů (později vyšlo najevo, že neexistovaly) se musí resuscitovat každé živě narozené dítě vážící více než 500 g. Proto během porodu musí být přítomen neonatolog, který rozhodne o resuscitaci dle aktuálního stavu dítěte. Nicméně otec stále odmítal podepsat souhlas s resuscitací. Na dotaz, co může udělat pro to, aby dítě nebylo oživováno, mu odpověděli, že by musel odvézt manželku z nemocnice. Stav rodičky se však zhoršil a bylo nutno medikamentózně vyvolat porod.

Narodila se holčička o váze 615 g. Po narození se vyskytovala cyanóza, hypotonie, bradykardie, nicméně gaspovala,¹³ spontánně plakala a grimasovala. Ihned byla zahájena resuscitace, intubace a přístrojová podpora životních funkcí. Podle neonatologa byla holčička vyhodnocena jako dítě, které má „rozumnou šanci žít“ a nemuselo by nutně mít pozdější problémy. Po několika dnech došlo k těžkému krvácení do mozku. Během dalších osmi měsíců bylo dítě několikrát reintubováno a oživováno. Rodiče stále trvali na neresuscitování, ale pouze na poskytování péče, která zajišťovala komfort dítěti, léčbu bolesti. V sedmi letech byl stav holčičky takový, že byla slepá, nechodila, neseseděla, nemluvila, byla inkontinentní, trpěla mentální retardací, křečemi.

Rodiče zažalovali nemocnici pro ublížení na zdraví a nedbalost. Soud rozhodl, že nemocnice provedla resuscitaci bez souhlasu rodičů a že toto jednání „přímo způsobilo předmětnou událost.“ Millerovi tak vysoudili 60,4 milionu dolarů. Odvolací soud v roce 2000 potom rozhodnutí zrušil a rodiče nedostali nic. Zdůvodnění znělo, že rodiče mohou svému dítěti odepřít léčbu pouze v případě, že jeho stav je označen jako „terminální“. To znamená stav, který není léčitelný, vznikl poraněním nebo chorobou a dle lékařské prognózy vede ke smrti během šesti měsíců. Soud nenašel žádný aspekt, který by dovolil rodičům odepřít léčbu dítěti, které není v takto definovaném terminálním stavu.

¹³ Cyanóza – modré zbarvení kůže (nedostatek kyslíku), hypotonie – snížený svalový tonus, bradykardie – snížená frekvence srdečních stahů, gaspovat – lapat po dechu.

Dále uvedl, že nemůže posoudit relativní prospěch poškozeného života a žádného života. Soud se rovněž usnesl, že nemocnice neměla povinnost upustit od resuscitace bez souhlasu rodičů.

Millerovi se odvolali k nevyššímu soudu v roce 2003, ten však potvrdil rozsudek s jiným odůvodněním: že je státu dovoleno zakročit, když rodiče nejednají v nejlepším zájmu dítěte. Dle výpovědi neonatologa mohlo být dítě správně ohodnoceno až po narození a v těchto akutních situacích je proto vždy lépe léčit než neléčit. Lékaři byli nuceni jednat „ve zlomku vteřiny“ a nebyl čas pro získání soudního rozhodnutí, které by znehodnotilo nesouhlas rodičů. Rozhodnutí obou soudů mezi odbornou veřejností vyvolalo vášnivou diskuzi a ukázalo, jak obtížné je přenést komplikované lékařské a etické problémy do právní formulace. (Zlatohlávková, 2008)

2.7. Psychologické hledisko

Rodinné vztahy a přijetí dítěte v rodině spolu s příklady nevhodné výchovy jsme zařadili do psychologického hlediska.

2.7.1 Rodina a dítě s infaustní prognózou

Je velmi významné, jaký přístup a postoj zaujme k dítěti s infaustní prognózou nejbližší rodina, ale i okolí. Přístup může ovlivnit téměř cokoliv. Podstatné jsou například následující aspekty:

1. Narození dítěte s infaustní prognózou nebo stav získaný během života dítěte

To, že je důležité, jestli se dítě nemocné narodí, nebo tento stav nastane nečekaně během dětství, zmiňovali i žáci ve svých esejích (viz praktická část). Pokud nemoc dítěte vpadne do rodiny nečekaně, bez varování, objeví se čtyři fáze prožitků a reakcí na ně:

- a) Otřes, šok, omráčení z informace.
- b) Reakce zoufalství, beznaděje.
- c) Obranné mechanismy, popírání skutečnosti, hledání viníků.
- d) Postupné přijetí reality. (Matějček, 2001, s. 67)

Reakce jsou analogií na známé fáze umírání dle E. K. Rossové. Rodině se převrátí celý svět naruby. Jeden z rodičů zpravidla opouští zaměstnání, přijímá novou roli, a začne

s péčí o dítě na plný úvazek. Dojde k transformaci dosavadních plánů, životních hodnot apod.

Pokud se rodiče dozví, že jejich očekávané dítě trpí závažnou VVV, mohou se svobodně rozhodnout, zda ukončí těhotenství nebo matka dítě donosí. V dotazníkovém šetření, které jsme provedli v roce 2010, jsme se ptali 146 „laiků“ a 60 odborníků (pečující o děti se závažnými VVV), zda by ukončili těhotenství, kdyby jim lékař oznámil, že se jejich potomek narodí s těžkým postižením. Ve skupině „laiků“ by se pro ukončení těhotenství rozhodlo 59,59 %, skupina odborníků by tuto možnost volila v zastoupení 70 %. Možnost „dítě bych donosila takové, jaké je“ zvolilo 21,92% „laiků“ a 6,66 % odborníků. Zbylí respondenti vybrali možnost „nevím“ a „nechci odpovédět“. (Ščeпоnčová, Novotný, 2010, s. 71)¹⁴

Rodiče se rovněž mohou připravit na příchod dítěte s vážným onemocněním, po porodu nejsou vystaveni tak velkému šoku a mají prostor pro přípravu svého okolí.

2. Čas a okolnosti umírání dítěte

Jinak budou situaci prožívat rodiče, kteří měli dostatek času na to, aby mohli přicházející smrt akceptovat, a jinak ti, jimž smrt jejich dítěte vpadla do života náhle, nečekaně. Při chronickém onemocnění je dán rodičům prostor pro rozloučení, projevy lásky a také dostanou možnost pro své dítě „udělat cokoli“, vyčerpát všechny možnosti pomoci. Avšak vidí své dítě, jak podstupuje zatěžující léčbu, vypořádává se s utrpením apod.

Rodiče, kterým dítě zemře relativně náhle a bez varování, nemají možnost svým jednáním jakkoliv ovlivnit situaci. Cítí bezmocnost a zoufalství. Mnohdy přijdou o možnost rozloučit se tak, jak by chtěli a potřebovali. Naopak je s odstupem času může utěšit vědomí, že jejich dítě nijak dlouho netrpělo.

3. Časový interval, po který se partneři snaží o zplození potomka – tzv. „vymodlené dítě“

Doba, po kterou se pár snaží o početí potomka, je rovněž velmi důležitým hlediskem, které ovlivňuje rozhodnutí zejména v okamžiku, kdy jim lékař oznámí, že jejich dítě není zcela v pořádku.

¹⁴ Pro podrobnější výsledky viz avizovaná bakalářská práce.

To, že časový interval snahy o početí má vliv na rozhodování o interrupci nebo ponechání si dítěte s vážnou chorobou, ilustruje skutečný příběh paní Marty. Své těhotenství z různých důvodů odkládala. Když ve svých třiceti pěti letech potkala muže, se kterým si chtěli založit rodinu, otěhotnět se jí nedařilo. Po dvou letech snažení se jim to povedlo, avšak lékařské testy ukázaly, že jejich potomek trpí Downovým syndromem. Celý život žila v rovnici „dítě + handicap = potrat“, nyní ve svých třiceti devíti letech toto přehodnotila a rozhodla se, že raději přijme takové dítě než žádné. A to i z důvodu, že není jisté, zda by ještě kdy otěhotněla. (Snížek, 2010)

4. Zdraví sourozenci

Postoje sourozenců k dítěti s vážnou diagnózou se různí. Sourozenec/sourozenci reagují na chování rodičů k nemocnému dítěti, jak s ním jednájí doma, na veřejnosti, jak o něm hovoří. Dle obecných zkušeností můžeme tvrdit, že zdravé děti jsou mnohem dříve „dospělejší“, nabývají tzv. sociální kompetence. Pro rodiče je mnohdy těžké věnovat stejnou pozornost všem dětem stejně, často spíše nemožné. Trvalé opomíjení zdravého dítěte může vést k pocitům méněcennosti, ostrčenosti a pocitu, že jej „nikdo nemá rád“.

Sestry často převezmou roli matky a naučí se odpovědnosti, to však může vyvolat velkou psychickou zátěž. Čas věnovaný péči o nemocného sourozence je časem na úkor her, studia a volného času. Mnohdy zdravé děti prožívají vnitřní konflikt, kdy se rozhodují, zda půjdou „svou cestou“, nebo budou pomáhat při péči o sourozence. Při druhé variantě pak bývají doprovázeni pocitem viny a špatným svědomím.

Rodiče často kladou na zdravé děti zvýšené nároky, kdy si chtějí kompenzovat neuskutečněné touhy a očekávání od nemocného dítěte. To vede k permanentnímu stresu s negativním dopadem na přetěžované dítě. Zdraví sourozenci mohou mít k nemocnému bratru či sestře velmi negativní postoj – kvůli němu se mu rodiče nevěnují, nedostává nové hračky, kvůli nákladné péči se rodina nemůže dovolit mnoho věcí. Často mají omezenější vztahy s kamarády, „nemohou“ si domů pozvat spolužáky ze strachu či studu apod. Dospívající zdravé děti mnohdy opouštějí nukleární rodinu velmi brzy, často právě ve chvíli, kdy rodina očekává konečně „více pomoci“. Rodiče takto nechybují záměrně, ale spíše pod tíhou velmi náročné situace. Profesionální pomoc (psychologové, sociální pracovníci apod.) by se neměla vztahovat primárně jen k nemocnému dítěti, ale zejména také k často opomíjeným sourozencům. Samozřejmě existuje kromě negativních reakcí i pozitivní „dopad“ nemocného dítěte na sourozence. U zdravých dětí se rozvine empatie,

akceptování nových životních situací, vyvinutí nových životních alternativ, sociální citění, vytvoření vlastních názorů, sebevědomí, nalezení nového smyslu života, jeho kvalit a hodnotových orientací. (Šelner, 2012, s. 145–147)

Elisabeth K. Rossová ve své knize „*O dětech a smrti*“ rovněž uvádí příklady reakcí zdravých sourozenců. Hovoří o osobních zkušenostech, které zpozorovala u rodin s terminálně nemocným dítětem. Nemocným dítětem se dostávalo enormního hýčkání, byli bráni jako „hrdinové“, rodiny psaly známým osobnostem, aby dítěti poslali dopis či se s ním setkali. Zdravé dítě pak vůči nemocnému sourozenci zaujalo negativní postoj, který se s každou „výhodou“ umocňoval. Přirozenou reakcí zdravých dětí pak byla ukňouranost, vynucování pozornosti a psychosomatické obtíže. Stěžují si, že jsou také nemocní (astma apod.), ale že jejich nemoc asi není „dost dobrá“, aby o ně byl projevován také takový zájem.

Někteří zdraví sourozenci mnohdy přáli smrt nemocnému bratru nebo sestře, jen aby se vše vrátilo „do normálu“, tj. k takovému způsobu života, na který byli zvyklí, než nemoc propukla. Když potom nemocný sourozenec opravdu zemřel, často pozůstali sourozenci věří, že jsou za to odpovědni, mají pocity viny, strach apod.

Jako jeden z nejdojemnějších okamžiků E. K. Rossová uvádí příběh malé holčičky předškolního věku, která vyrůstá spolu s umírajícím bratrem. Rodiče ji zapojovali do všech aktivit a péče o něj. Z důvodu mozkového nádoru chlapec přišel o zrak, při návštěvě holčička poučila E. K. Rossovou, že je bratříček musí slyšet, než vejdou do pokoje, protože by se jinak mohl polekat. Holčička vyrůstala v domě plném lásky a s vědomím, že je také milována. (Rossová, 2003, s. 80)

Česká matka dítěte s postižením o vztahu svých dvou dětí hovoří takto: „*Samozřejmě jsou i dny, kdy se Adam s Terezkou nemohou dohodnout a hádají se, ale to je snad mezi sourozenci normální. Snažila jsem se sice, aby Adam nebyl kvůli Terezce odstrkován nebo měl menší péči, ale přece jen Terezka potřebovala naši zvýšenou pozornost. Myslím si, že Adam vzal život takový jaký je, jak to vidí u nás rodičů.*“ (Sobotková, Dittrichová, 2003, s. 83)

Je nesmírně důležité, aby rodiče zvolili vyvážený postoj k oběma dětem. Situace, kdy se rodiče snaží jakkoliv vynahradiť nemocnému dítěti vše, čeho není schopno, nebo co mu nikdy nebude umožněno, není vhodná. Tímto způsobem „trestají“ obě děti, které ze všeho nejvíce potřebují milující domov. Nechtěně v sourozencích pěstují nevraživost a berou jim možnost strávit spolu šťastné, i když časem limitované dětství.

Poté, co nemocné dítě opravdu zemře, je dobré, aby se zdravé děti také účastnily rodinných rituálů a pohřbů – budou-li si to přát. Po úmrtí se opět soustředuje pozornost na zemřelé dítě, rodiče a dospělé příbuzné. Sourozenec je znovu vyčleněn, i když i on prožívá smutek, smíšené pocity a strach, protože s ním nikdo nemluví. Příbuzní by dítěti měli citlivým způsobem vysvětlit, co se s bratrem nebo sestrou stalo. Není vhodné užívat výrazů „odešel“, „usnul“ apod. (Rossová, 2003)

5. Rizikové chování matky v těhotenství, geneticky podmíněné choroby

Do této kategorie spadají geneticky podmíněné nemoci na chromozomální úrovni (Downův syndrom), z psychologického hlediska zde můžeme zařadit i vady vzniklé během těhotenství (fetální alkoholový syndrom, AIDS, drogový abúzus aj.). Taková etiologie staví rodiče do pozice, kdy cítí zodpovědnost za chorobu svého dítěte. Pocit viny a ostatní okolnosti udávají směr životu dítěte. Dojde k znehodnocení rodičovské identity, selhání. Úporným bojem o zdraví dítěte chtějí ulehčit vlastnímu svědomí a navrácení rodičovské identity. Ožehavou otázkou doprovázející rodiče je, zda si pořídit ještě jedno dítě a za jakých podmínek. Zde nastupují genetičtí odborníci a co nejspolehlivější dostupná diagnostika.

Pokud je nemoc dítěte v přímé spojitosti s nezodpovědným chováním matky v graviditě, nastává obviňování a obhajoba z důvodu nepříznivých životních situací, nepřízeň osudu a celospolečenských poměrů. (Matějček, 2001, s. 65–66)

6. Vzdělání, věk rodičů, ekonomické zabezpečení rodiny, sociální status, životní zkušenosti, filozofické zaměření a víra, životní hodnoty

Tato a další hlediska mají vliv na to, jakým způsobem bude přijato a vychováváno dítě s těžkým postižením či infaustní chorobou. Vždy záleží na dané situaci a okolnostech, které se v konkrétních případech vyskytují.

2.7.2 Nevhodná výchova

Profesor Z. Matějček předložil pět druhů nevhodných postojů při výchově dítěte s postižením, onemocněním:

1. **Příliš úzkostná výchova.** Dítě přehnaně chrání před vším, co by mu mohlo potenciálně ublížit. Omezují ho v nových zkušenostech i v sociálních kontaktech. Dítě je pak buď agresivní, vzpurné, nebo apatické a podřízené.
2. **Výchova rozmazlující.** Rodiče velkolepě oceňují každý přirozený projev a vývojový pokrok dítěte. Mají potřebu vynahradit dítěti svou „láskou“ vše, co mu bylo okolnostmi odepřeno. Dítěti se zcela odevzdají, podřizují se mu a posluhují.
3. **Perfekcionistická výchova s přepjatou snahou po dokonalosti.** Rodiče se snaží, aby mělo dítě enormní úspěch bez ohledu na jeho reálné možnosti. Dítě přetěžují.
4. **Protekční výchova. Dítěti ve všem pomáhají.** Úkony, které by mohlo zvládnout samo, přejímají rodiče do svých kompetencí. Pro dítě vyžadují úlevy a výhody.
5. **Výchova zavrhuující.** S takovým typem se setkáváme v různých skrytých formách. Dochází k ní nejčastěji tam, kde dítě svou nemocí vzbuzuje neustálou představu neštěstí. (Matějček, 2001, s. 28–29)

2.8. Středoškolská příprava zdravotníků

Výchově a vzdělávání v současné době náleží přední příčky v žebříčku hodnot naší společnosti. Kučerová ve své diplomové práci z roku 2012 zjišťovala hodnotový žebříček u studentů střední a vysoké školy. Dokládá, že sami studenti středních a vysokých škol vzdělání průměrně řadí na 7. místo z celkového počtu 31 hodnocených položek.

Při jakékoliv edukaci, nejčastěji v rámci školské soustavy, se snažíme plnit tři cíle: kognitivní, psychomotorické a afektivní. Požadovanou formu (společensky uznávanou a žádanou) lidských názorů a postojů můžeme do jisté míry usměrnit účelně naservírovanými informacemi. Upustilo se od režimových přesvědčení a vytváření „poslušných ovcí“, podporuje se kritické myšlení a svobodná názorová pestrost v souladu s platnými zákony. Avšak je nutné, aby zejména mladým lidem byly vštípeny morální hodnoty v kontextu s naší kulturou. Pedagog má jedinečnou moc vést své žáky k rozpoznání „dobra od zla“, k jednání v souladu s vlastním svědomím a podporovat jejich autentické vytváření názorů pomocí kritického myšlení. Afektivní složka není podmíněná striktními standardy, není možné ji jednoduše a spolehlivě ověřit jako kognitivní a psychomotorickou složku. Učitel může pouze doufat a přát si, aby jeho snaha o modelaci „dobrého“ kvalitního jedince byla co nejúspěšnější.

Jaký záměr v široké etické, morální a konečně v samotné úzké spojitosti s umíráním dospělých a dětí má naše společnost můžeme vyvodit z národních kurikulárních dokumentů, kterým je *Bílá kniha* a *Rámcový vzdělávací program (RVP)*. Středoškolská příprava odborníků pro běžnou nemocniční praxi probíhá ve studijním oboru pod názvem *Zdravotnický asistent 53-41-M/01*.

Nahlédneme i do jedné konkrétní organizace na ukázkou školního vzdělávacího programu (ŠVP) a tematického plánu. Na státní strategii a RVP je třeba pohlížet jako na objektivní, zatímco na ŠVP a tematický plán jako na individuální a subjektivní verzi.

2.8.1 Národní kurikula

V *Bílé knize* – koncepci národního programu rozvoje vzdělávání v České republice, se klade důraz na celospolečenské potřeby, kdy se vzdělávací soustava podmiňuje sociální, kulturní, politické, hospodářské a environmentální oblasti. Dlouhodobá strategie se zaměřuje na výchozí představu o člověku jako osobě fungující ve vztahu ke společnosti a přírodnímu řádu.

Bílá kniha předkládá, že vzdělávání se nevztahuje jen k rozvíjení kognitivních schopností, ale i k osvojování (pro naše téma stěžejních) sociálních, morálních, duchovních, estetických hodnot a pěstování žádoucích vztahů mezi jedinci. Zdůrazňuje toleranci k druhým lidem, zejména jakkoliv znevýhodněným (tělesně, mentálně, ale např. i jinou kulturou). Vybízí k emočnímu a volnému rozvoji.

V hlavní rovině cílů je uvedeno „*zprostředkování historicky vzniklé kultury společnosti*“ zajišťující kontinuitu minulosti, přítomnosti a budoucnosti ve vědě, technice, umění a mimo jiné i ve spirituálních a morálních hodnotách. V další rovině, která se do jisté míry vztahuje k našemu tématu je cílem podpořit demokracii, respekt k právům a svobodě ostatních, důstojnosti. (MŠMT, 2001)

Rámcový vzdělávací program oboru *Zdravotnický asistent* určuje závazné požadavky na vzdělanostní a osobnostní vývoj žáků. Konkrétně zmíněnou tematiku *smrti a umírání* nenalezneme v žádné z částí RVP. Toto opět ukazuje na odsouvání tak závažného tématu, které se týká každého z nás. Uvedeme si však příklady, které více či méně souvisí s naším tématem. V šesté kapitole RVP – *Kurikulární rámce pro jednotlivé oblasti vzdělávání*, nacházíme tyto souvislosti:

Tabulka 3. Učební látka zakomponovaná v RVP

Vzdělávací oblast	Téma	Učivo	Výsledky vzdělávání	Komentář
Společenskovědní vzdělávání.	Člověk jako občan	Ústava ČR	Neuvedeno	Žák se seznámí se stěžejními ustanoveními ČR: Právo na život apod.
Společenskovědní vzdělávání.	Člověk a právo	Trestní právo	Neuvedeno	Žák chápe trestní zodpovědnost za své protiprávní chování. (Eutanazie apod.)
Společenskovědní vzdělávání.	Člověk a svět (praktická filozofie)	Etika a její předmět, morálka, mravní hodnoty a normy,	Debatuje o praktických filosofických a etických otázkách (ze života kolem	Žák formuje své mravní a morální hodnoty.

		mravní rozhodování a odpovědnost	sebe, z kauz známých z médií, apod.)	
Společenskovědní vzdělávání.	Člověk a svět (praktická filozofie)	Životní postoje a hodnotová orientace, angažování se pro obecné dobro a zlo	Vysvětlí, proč jsou lidé za své názory, postoje a jednání odpovědní jiným lidem.	Chápe rozdíl mezi autonomií člověka v kontextu se společností. Podporuje pomoc druhým, altruismus, odstraňuje lhostejnost.
Ošetrovatelství a ošetrovatelská péče.	Oš. péče v klinických oborech.	Oš. péče ve vztahu zejména k internímu lékařství, chirurgii, pediatrii aj.	Rozlišuje a respektuje zvláštnosti poskytování ošetrovatelské péče dětem.	Žák se orientuje ve specifikách péče o děti.
Sociální vztahy a dovednosti.	Komunikace	Komunikace	<p>Komunikuje s pacienty vhodným způsobem s ohledem na jejich věk, zdravotní stav.</p> <p>Dodržuje zásady zdravotnické etiky.</p> <p>Respektuje zásady komunikace se smyslově i tělesně handicapovanými.</p> <p>Je si vědom důležitosti naslouchání a umění naslouchat.</p> <p>Identifikuje významy neverbálních signálů a dokáže kontrolovat svůj neverbální projev.</p>	Zde se žák učí, jakým způsobem jednat s nemocným (umírajícím), připravuje se na typizované projevy umírajících vycházejících z hierarchie E. K. Ross. Pochopí důležitost správné komunikace a vyvaruje se případných chyb, které by na takto citlivém poli mohl napáchat. Prohloubí se empatie, soucit a takt při jednání s umírajícím a jeho rodinou.

(MŠMT, 2008)

Z uvedené tabulky vyplývá, že nepřímo je problematika smrti a umírání koncipována do oblasti sociálních vztahů. Společenskovědní oblast udává spíše obecné předpoklady z oblasti respektování práva, autonomie a demokracie. Ošetrovatelství a ošetrovatelská péče se zaměřují na obecnou pediatrickou sféru.

2.8.2 Profil a uplatnění absolventa oboru Zdravotnický asistent

Školní vzdělávací program náhodně vybrané střední školy říká, že: „*Po ukončení studia a úspěšném vykonání maturitní zkoušky je absolvent/absolventka připraven k výkonu práce středního zdravotnického pracovníka, který pod odborným dohledem všeobecné sestry nebo porodní asistentky poskytuje ošetrovatelskou péči dětem (s výjimkou novorozenců) i dospělým. Ve spolupráci s lékařem se podílí na preventivní léčbě, rehabilitační, neodkladné, diagnostické a dispenzární péči v rozsahu své odborné způsobilosti stanovené zákonem č. 96/2004 Sb. Absolvent se uplatní v různých zdravotnických zařízeních lůžkového i ambulantního charakteru, např. v nemocnici, na poliklinikách a v lékařských nebo ošetrovatelských centrech, v ordinacích praktických nebo odborných lékařů a v domácí ošetrovatelské péči, jako zdravotnický pracovník v zařízeních sociální péče a služeb (např. v léčebnách dlouhodobě nemocných, v ústavech sociální péče, ve stacionářích pro osoby se zdravotním postižením, v zařízeních pro seniory aj.).*” (Vyšší odborná škola zdravotnická a Střední zdravotnická škola, 5. května 51, 140 00 Praha 4)

Z uvedeného textu vyplývá, že *Zdravotnický asistent* je pod dohledem nebo přímým vedením kompetentní pečovat o děti, terminálně nemocné a umírající ve všech typech organizací – nemocnice, sociální ústavy, respitní péče, hospice, home-care.

2.8.3 Školní vzdělávací program

Konkrétní transformaci RVP na ŠVP jsme vybrali ze stejné střední zdravotnické školy, kde byl následně proveden výzkum praktické části diplomové práce. Z tohoto důvodu záměrně neuvádíme použitý zdroj. V tabulce ukážeme, ve kterých předmětech škola dala prostor tematice smrti, umírání a péči o nemocné děti:

Tabulka 4. Učební látka zakomponovaná v ŠVP

Předmět	Ročník	Učivo	Výstupy	Komentář
Občanská nauka	2.	<ul style="list-style-type: none"> Lidská práva Listina základních práv a svobod, trestní právo 	<ul style="list-style-type: none"> Charakterizuje jednotlivé hlavy Listiny základních práv a svobod. Uvádí příklady trestné činnosti a postihů. 	Žáci se orientují v základních lidských právech (právo na život). Vědí, že za své protiprávní činy nesou trestní zodpovědnost.
Občanská nauka	4.	<p>Etika:</p> <ul style="list-style-type: none"> Mravní hodnoty a normy Morálka Autogenní a heterogenní svobodná vůle Základní mravní povinnosti člověka Život jako základní hodnota 	<ul style="list-style-type: none"> Diskutuje o filozofických otázkách. Debatuje o etických problémech. Vysvětluje význam etiky v životě člověka. Vysvětluje morální odpovědnost člověka vůči sobě i jiným. 	Žáci si formují morální hodnoty. Nejsou lhostejní k celospolečenským otázkám - eutanazie apod.
Klinická propedeutika	2.	<ul style="list-style-type: none"> Jisté a nejisté známky smrti Fáze umírání Klinická smrt, biologická smrt 	<ul style="list-style-type: none"> Objasňuje jisté a nejisté známky smrti. Popisuje posmrtné změny a vysvětluje jejich podstatu. Vymezuje rozdíl mezi klinickou a biologickou smrtí. 	Žáci se naučí teoretickým poznatkům týkajících se smrti a umírání.
Ošetřovatelství	3.	<ul style="list-style-type: none"> Ošetřovatelská péče o nemocného v terminálním stádiu nemoci, péče o zemřelé 	<ul style="list-style-type: none"> Popisuje postup při péči o mrtvé tělo. Vysvětluje etická hlediska ošetřovatelské problematiky u 	Žáci jsou schopni poskytnout odbornou ošetřovatelskou péči u umírajících.

			umírajících a zemřelých.	
Ošetřování nemocných	3.	<ul style="list-style-type: none"> Asistence a ošetřovatelské intervence při příjmu, propuštění a úmrtí klienta Péče o mrtvé tělo 	<ul style="list-style-type: none"> Spolupracuje při příjmu, propuštění, překlada a úmrtí. Ošetřuje umírající a pečuje o mrtvé tělo. 	Setkají se s fenoménem smrti v její pravé podstatě v nemocničním zařízení.
Ošetřování nemocných	3.	<ul style="list-style-type: none"> Ošetřovatelská péče o nemocné děti 	<ul style="list-style-type: none"> Rozlišuje zvláštnosti poskytování ošetřovatelské péče dětem. 	Žáci pochopí, že nemoc (umírání a infaustní prognózy) se netýkají jen dospělé a stárnoucí populace.
Psychologie a komunikace	2.	<ul style="list-style-type: none"> Psychologický přístup k nemocnému s handicapem Psychologická problematika umírání a smrti 	<ul style="list-style-type: none"> Navrhuje vhodný přístup k nemocnému s tělesným a smyslovým handicapem. Objasňuje vhodné přístupy k umírajícím a jejich rodinným příslušníkům. Respektuje zásady zdravotnické etiky. Hodnotí příklady chování z hlediska zdravotnické etiky. Navrhuje, jak předcházet pochybením v profesionálním chování. 	Stěžejní úsek v ŠVP. V tomto celku se žáci věnují problematice smrti a umírání. Dochází ke konfrontaci se smrtí. Uvědomí si úlohu správné komunikace a přístupu k umírajícímu a jeho rodině. Tvoří si představu o tom, jak by se mělo umírat v kontextu s kulturou.
Psychologie a komunikace	4.	<ul style="list-style-type: none"> Zvláštnosti psychologického přístupu k nemocnému dětského věku 	<ul style="list-style-type: none"> V přístupu k nemocným respektuje vývojové zvláštnosti jedince. 	Žáci si uvědomí, že je třeba odlišný přístup v komunikaci nejen vzhledem k nemoci ale i věku nemocného.

Z uvedené tabulky vyplývá, že problematika umírání, smrti a přístupu k nemocnému dítěti je na škole přímo vyučováno ve čtyřech předmětech: *Klinická propedeutika*, *Ošetřovatelství*, *Ošetřování nemocných* a *Psychologie a komunikace*. Poznatky o právních základech a hodnotách se učí v předmětu *Občanská nauka*.

2.8.4 Příprava na hodinu

Jelikož se na střední zdravotnické škole připravují žáci pro svůj profesní život ve zdravotnických zařízeních, budou se, až na některé výjimky – pracovník na sálech, sterilizaci apod., téměř denně setkávat s nemocnými lidmi, kteří kromě správných pracovních postupů budou vyžadovat velmi citlivé zacházení.

Pro své onemocnění trpí řadou změn, zejména v psychických procesech zahrnujících prožívání, paměť, myšlení aj. Jejich nynější omezení, tělesné hendikepy a informovanost často vedou ke změně nálad a stavů.

Zdravotnický asistent proto musí rozeznat tyto projevy a uvědomit si, že netečnost, smutek i agrese nejsou směřovány vůči jeho osobě, ale bohužel se většinou stává prvním terčem pro nemocného člověka nebo jeho blízké. Proto jsou vedle osobnostních předpokladů (empatie, ohleduplnost...) budoucího zdravotnického asistenta nutné i vědomostní pilíře psychologie.

Problematika smrti a umírání se bezpodmínečně týká každého z nás. Je dobré, když se žáci konfrontují s tímto fenoménem a uvědomí si, že vše je limitované. Vzhledem k tomu, že umírající člověk potřebuje velmi citlivou péči, která se z terapeutické roviny přesouvá spíše do lidštější ošetrovatelské sféry, zdravotničtí asistenti musí být připraveni na jejich specifické reakce. Podrobnou přípravu na hodinu naleznete v příloze P. II. Příprava na hodinu. Zaměřuje se především na rozvoj afektivních složek žáků.

3. METODIKA PRÁCE

Jako inspirace k formě zpracování praktické části diplomové práce nám posloužila knížka MUDr. Lumíra Kantora, Ph.D, jednoho z předních českých neonatologů. V knize *Otázky* položil společensky významným lidem, autoritám a známým osobnostem dvě otázky. Týkaly se významu života novorozenců s těžkým postižením. Zaznamenané odpovědi jsou nesmírně zajímavé a doporučujeme knihu těm, kteří se tematikou chtějí zabývat intenzivněji. Odkaz na publikaci je uveden v seznamu použité literatury.

3.1 Cíl výzkumu

Cíl výzkumu koresponduje s jedním z hlavních cílů diplomové práce:

Hlavní cíl:

- Zmapovat pohled středoškolských žáků na smysl života dítěte s infaustní prognózou.

Dílčí úkoly:

- Předložit podrobnou zprávu o zjištěných opakujících se výrocích žáků.
- Zjistit, zda a jakým způsobem žáci ve svých pracích projevují empatii.

3.2 Metodologie

Zvolit vhodnou metodologii praktické části diplomové práce je mnohdy obtížné. Většina studentů volí dotazníkovou metodu pro její „jednoduché“, efektivní zpracování a přehledné prezentování konkrétními čísly. Mnoho odborníků, kteří se věnují metodologii a píše příručky primárně pro studenty, poukazují na nadměrné užívání dotazníkových metod (Chráška, 2007). Preference kvantitativních výzkumů jednoznačně vítězí nad kvalitativními. Loučková (2010) vyzdvihuje vzájemnou harmonii kvalitativního a kvantitativního přístupu při zpracování a vyhodnocení sociálně vědních výzkumů. Kromě dvou hlavních strategií (kvalitativní a kvantitativní), jejichž kombinaci považuje za integrovaný přístup, do něj rovněž řadí i takové zkoumání, které je založeno na interakci a systematické dynamice. Pak tedy téměř každá alternativní metoda, která je důkladně promyšlená a dodržuje určité principy (opakovatelnost apod.) je vhodná.

3.2.1 Zvolená metodika

Jelikož se pohybujeme v sociální (humanitní) problematice, zvolili jsme méně užívanou metodu, která nám poskytne kvalitativní výsledky. Pro volbu jiné než dotazníkové metody jsme se rozhodli i na základě vlastních zkušeností získaných během zpracovávání bakalářské práce, na kterou tato práce tematicky navazuje. Stále častěji se setkáváme s nechtí vyplňovat jakékoliv dotazníky, zejména pak ty, které slouží pro závěrečné práce studentů. Někteří respondenti nevidí smysl práce, nechápou důvod zařazení některých otázek a je velmi obtížné získat jiné respondenty než z okruhu známých, rodinných příslušníků apod.

Vzhledem k tomu, že není možné „dohlížet“ na proces vyplňování dotazníků, je jeho validita snadno zpochybnitelná. Respondenti nemají stejné výchozí podmínky, mohou být ovlivněni dalšími osobami, počasím, debatou s ostatními respondenty během vyplňování apod.

Thanatologie, a zvláště u dětí, je u většiny lidí chápána jako velmi pesimistické téma. Vyplnění dotazníku bylo kvůli nutnosti přesného vymezení jednotlivých pojmů (eutanázie, ošetrovatelská a intenzivní péče...) velmi složité a časově náročné. Použití jej u studentů (zejména prvního ročníku) by zřejmě nemělo efekt. Proto jsme se rozhodli zvolit metodu sběru dat formou zpracování eseje.

Když jsme se pokoušeli zařadit tento způsob vedle běžně uváděných a používaných metod, narazili jsme na nemalý zádrhel. Jelikož jsme vytvořili formulář s předtištěným zadáním a informacemi o postupu při vypracování eseje, teoreticky se jedná o dotazníkovou metodu s jednou otevřenou otázkou.

Kvalitativní výzkumy nejčastěji probíhají metodou pozorování, analýzou dokumentů nebo přímou komunikační interakcí mezi respondenty a výzkumníkem. Námí zvolená metoda je tedy obtížně zařaditelná, ale i s ohledem na spontánní diskuzi, která vznikla po dopsání, chápeme tento výzkum jako kvalitativní. Pro koncept výzkumu, kdy se jedná o vytvoření holistického obrazu, snahu zachytit ucelený názor respondentů na danou věc, se rovněž přikláníme právě k označení „kvalitativní výzkum“. V tomto konkrétním případě dochází de facto k analýze textů se snahou o porozumění a interpretaci odhalených fenoménů.

Filosofickým východiskem takto orientovaného výzkumu je fenomenologie, antropologie a hermeneutika. Tomu odpovídá i interpretace výsledků formou deskriptivního rozboru. Pozitivum vidíme i v jistém uvolnění striktních mantinelů, které

jsou většinou doménou kvantitativních výzkumů. Aplikované postupy lze v průběhu výzkumu mírně upravovat a modifikovat vzhledem k nově vyvstalým podnětům. Vzhledem k charakteru výzkumu rovněž nebylo možné stanovit hypotézy. Metodologie nám dovoluje subjektivní interpretaci autorů.

Kvantitativní přístup zde využíváme rovněž při interpretaci výsledků, kdy jsme pomocí grafů názorně vyjádřili vybrané aspekty. Zpracování dat proběhlo pomocí aplikace Microsoft Office Excel. Praktičnost výzkumu vidíme v upuštění od složitých odborných statistických postupů a teorií.

Po dlouhé úvaze, kdy jsme váhali, která metoda a způsob sběru dat bude v našem případě nejvhodnější, jsme se rozhodli vyzkoušet následující postup. Na standardní kancelářský papír velikosti A4 jsme předtiskli následující text:

Téma:

Jaký má, podle Vás, smysl život dítěte s těžkým psychomotorickým (tělesné i duševní) postižením? Tedy dítěte, které bez naší každodenní pomoci není schopno života a dle prognózy je jeho život časově limitován (měsíce, roky).

Úkol:

Napište krátkou esej, ve které vyjádříte svůj **vlastní** postoj, názor, přesvědčení. Jedná se čistě o Vaše osobní stanovisko. **NEPODEPISUJTE!**

Děkuji za Vaší ochotu a co nejupřímnější odpověď.

Bc. Sabina Ščepončová

Metoda se svým charakterem a následným zpracováním (analýzou, indukci, abstrakcí, podobností a komparací) řadí k obecně teoretickým metodám. Ty nevycházejí primárně z empirických zkušeností, ale jsou přijímány jako univerzální teoretické postupy vědecké práce. (Široký, 2011, s. 31) Chtěli jsme, aby žáci před sebou měli kompletní zadání a mohli se k němu kdykoliv v průběhu psaní vrátit. Zdůrazněna je autonomie vlastních myšlenek a anonymita.

V zadání jsme uvedli zpracování formou slohového útvaru esej. Od začátku jsme věděli, že slohový útvar nebude dodržen v jeho pravém významu. Ze zkušenosti vyučujících ji podle jejich náležitostí nejsou schopni napsat ani někteří studenti vysokých škol. Zvolili jsme tento slohový útvar kvůli prekonceptu, o kterém předpokládáme, že jej

žáci na středních školách mají (vychází z rámcových vzdělávacích programů pro základní a střední školy). Žáci prvního i druhého ročníku vědí, že jde o úvahové zpracování.

Použití slov „postoj, názor, přesvědčení, stanovisko“ bylo zvoleno pro zachycení co nejširšího spektra myšlenek; opět jsme zde nepředpokládali, že žáci znají přesný význam těchto termínů. Přesná znalost a formulace odpovědí však pro rozsah práce a zpracování nebyla nutná.

Po přepsání esejí do elektronické podoby jsme vyhledali opakující se jevy. Zaměřili jsme se na aspekty, které žáci nejčastěji opakují, a hledali souvislosti, které by na jejich odpovědi mohly mít vliv (víra apod.). Vybrali jsme i ojedinělé, méně často se opakující, originální odpovědi, které se nám svou povahou jevily jako významné. Pro ilustraci v diplomové práci uvádíme pouze tři kompletní odpovědi respondentů z prvního ročníku a tři odpovědi respondentů ze čtvrtého ročníku. Uvedené eseje jsme zvolili náhodným výběrem – losováním, bez vrácení. Výzkumu se zúčastnili pouze tři chlapci, jeden z prvního a dva ze čtvrtého ročníku. Vzhledem ke snadné identifikaci odpovědí byly tyto převedeny do ženského rodu. Ze stejného důvodu byla rovněž změněna i uvedená jména v odpovědích. Na významu odpovědi se však nic nezměnilo. Transformace byla provedena čistě z důvodu ochrany respondentů. Kompletní odpovědi na položenou otázku jsou uvedeny ve sborníku, který je samostatnou součástí diplomové práce.

3.2.2 Zkoumaný vzorek

Respondenti jsou žáci střední zdravotnické školy, čtyřletého oboru *Zdravotnický asistent*. Byli zvoleni žáci prvního a čtvrtého ročníku kvůli největšímu věkovému rozdílu obou skupin. Nabízí se tedy možnost věkové komparace. Za zástupce obou ročníků byla zvolena vždy jen jedna třída a to dle rozvrhových možností a ochotě vyučujícího pedagoga. Charakteristika absolventů daného oboru je uvedena v kapitole 2.8.2 Profil a uplatnění absolventa oboru Zdravotnický asistent (viz výše).

V prvním ročníku se výzkumu zúčastnilo 25 přítomných žáků ve věkovém rozmezí 15–16 let. Ve čtvrtém ročníku pak 24 žáků věkového rozmezí 18–19 let.

Důvod výběru respondentů z řad žáků střední zdravotnické školy spočíval v tom, že tito žáci jsou směřováni do zdravotnické praxe. Stanou se z nich odborníci v problematice a bude se od nich očekávat profesionální přístup. Přestože paradoxně v profilu absolventa tohoto oboru je výjimka při péči o novorozence. Budoucí odborníci

se mohou a budou setkávat s umírajícími dětmi i s dětmi s vážným postižením, s infaustní prognózou.

Společnost, která středoškolské zdravotníky přijímá jako velmi erudované odborníky, bere v potaz jejich názorovou orientaci vzhledem k jejich profesi a praxi.

Považujeme tedy za přínosné zeptat se právě těchto žáků na jejich mínění. Vzhledem k tomu, že se dobrovolně rozhodli pro studium zdravotnického oboru, s jistotou můžeme předpokládat, že se žáci během studia setkají i s tematikou smrti a umírání (což vychází z rámcového vzdělávacího programu). Není proto nutno řešit etickou stránku položení otázky a vyžádat si souhlas rodičů nezletilých žáků. Souhlas s provedením výzkumné činnosti samozřejmě podepsalo vedení školy, jak to vyžaduje vědecká etika. Žáci rovněž podepsali souhlas se zapojením do výzkumu se zárukou anonymity a možnosti kdykoliv během psaní eseje požádat o vyřazení z výzkumu.

9.2.3 Organizace výzkumu

Získávání odpovědí studentů probíhalo ve dnech 12.–13. listopadu 2012. Výzkum se prováděl u jedné třídy prvního a jedné třídy čtvrtého ročníku oboru Zdravotnický asistent.

Po sdělení instrukcí a před rozdáním papírů s předtištěným zadáním žáci podepsali souhlas s účastí na výzkumné činnosti v rámci diplomové práce a souhlasili s použitím a zpracováním jejich eseje (tvorby) dle platného zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů. U žáků prvního ročníku bylo provedeno kódování jejich prací, kdy se shodný číselný kód objevuje u jména ve formuláři a na samotném listu se zadáním.

Formulář s podpisy a klíčem k odpovědím byl zalepen do obálky a zapečetěn podpisy žáků. Tento postup měl vzbudit důvěru a serióznost. Žáci pochopili tento princip anonymity, přestože zprvu nechápali, jak je možné ji zaručit, když existuje klíč k jejich identifikaci. Kódování žáku prvního ročníku bylo provedeno proto, aby byla možnost výzkum zopakovat ke konci studia respondentů. Budou dostupné konkrétní odpovědi a bude možné provést komparaci. Bude jednoduše možné identifikovat vliv studia na případné změny názorů u respondentů ve vztahu k této problematice. Žáci čtvrtého ročníku kódování nebyli.

Před zahájením psaní eseje byli žáci informováni o tom, že kdykoliv v průběhu mohou do své práce napsat, že si nepřejí účastnit se výzkumu (bez ohledu na to, že již podepsali souhlas). Jejich esej bude v tom případě vyřazena a skartována. Nikdo této možnosti nevyužil.

3.2.4 Průběh výzkumu

Čtvrtý ročník: V pondělí 12. listopadu proběhl výzkum u jedné části studentů třídy čtvrtého ročníku ve třetí vyučovací hodině (9:45–10:30). Jelikož byla třída rozdělena do dvou skupin z důvodu organizace výuky, u druhé části studentů výzkum proběhl v následující 4. vyučovací hodině (10:40–11:25). Nálada v první skupině byla velmi dobrá, studenti projevíli radost z „odpadlé“ hodiny a vyhnuli se tak případnému zkoušení. Vyučující nebyl přítomen. Studenti byli ústně seznámeni s účelem psaní eseje. Společně jsme si přečetli zadání. Byli dotázáni, zda rozumí všem pojmům v zadání, a úkolu, který se po nich žádá. Nebyl zde nikdo, kdo by nerozuměl nebo se později při psaní doptával na detaily.

Žáci byli důrazně upozorněni na to, aby pracovali samostatně. Žáci byli rovněž poučeni, aby psali své vlastní názory, které považují za správné, a ne ty, které se podle nich společensky vyžadují a očekávají. Vzhledem k tomu, že jsme nechtěli předem ovlivňovat studenty, aby se vyjadřovali k určitým aspektům (víra, finance, zákony, apod., které korelují s teoretickou částí práce), ničím jsme na ně v průběhu neupozornili. Jelikož jsou respondenty žáci střední školy, nějaká vodítka jsme jim přesto chtěli dát, zejména s ohledem na studenty prvního ročníku. Proto při zadání dostali slovní instrukce, že se mohou vyjádřit k čemukoliv, co je k položené otázce napadá, např. k problematice eutanazie, či rodiny těchto dětí a jejich osobní zkušenosti.

Zdůrazněno bylo i to, že zde neexistují žádné „správné“ nebo „špatné“ odpovědi, ale že jde čistě o jejich vlastní názor, postoj, přesvědčení. Po rozdání zadání několik žáků začalo psát okamžitě, jiní se do práce dali během několika minut. Ve třídě byl po celou dobu klid, výjimku tvořilo několik krátkých okamžiků, kdy si žáci mezi sebou začali šeptat (což ovšem nevyžadovalo zásah).

Zhruba po dvaceti minutách měli někteří žáci dopsáno a začali odevzdávat své práce. Jelikož jsme nechtěli, aby ve třídě vznikl nežádoucí hluk, dostali žáci za úkol na volné místo na papíře napsat nějaký citát, básničku anebo nakreslit obrázek k tématu.

Za dalších deset minut bylo patrné, že již všichni žáci dopsali. Požádala jsem je, aby mi do horního rohu napsali jejich věk a víru, ke které se hlásí (ev. „nechci uvést“), popřípadě jinou filosofii. Záměrně jsem tento požadavek zadala, až když byli s prací hotoví, abych neovlivnila pocit anonymity. Do konce vyučovací jednotky zbylo asi 6 minut, které jsme věnovali debatě. Studenty zejména zajímal rozdíl mezi aktivní, pasivní

eutanazii a můj studijní život. Nálada ve třídě zůstala dobrá i po řešení takto náročného a „pesimistického“ tématu.

Následující hodinu byl u druhé skupiny přítomen vyučující. Edukace a poučení žáků proběhlo stejným způsobem jako u předchozí skupiny. Ve chvíli, kdy první žáci začali nosit své eseje, byli všichni vyzváni k uvedení věku a víry. Po odevzdání si sedli na svá místa a již nebyl prostor pro kreslení obrázků, psaní citátů apod. Nicméně díky přítomnosti pedagoga nevznikla žádná nekázeň. Žáci byli rychlejší než předešlá skupina a po ukončení psaní již neproběhla žádná debata a vyučující zbylých 15 minut věnoval výuce.

První ročník: Žáci prvního ročníku se výzkumu zúčastnili následující den 13. 11. 2012, čtvrtou vyučovací hodinu v době 10:40–11:25. Vše probíhalo naprosto stejně jako v předešlých dvou skupinách čtvrtého ročníku. Jediným rozdílem bylo to, že někteří žáci neznali význam slov „psychomotorický“ a „prognóza“. Oba termíny jim byly objasněny a celé zadání ještě jednou důkladně vysvětleno. Rovněž byli poučeni, že neexistují „správné“ ani „špatné“ odpovědi, ale jde pouze o jejich vlastní postoj k tématu. Během psaní byl relativní klid, nikdo nebyl neukázněný. Žáci se během zpracování ptali na přesné odborné názvy, např. nasogastrická sonda atd. Po dopsání opět nastala sedmiminutová debata vztahující se k tématu. Pouze jeden žák měl představu o tom, co je to eutanazie. Proto jim byl vysvětlen rozdíl mezi aktivní a pasivní eutanazií. Po objasnění rozdílu mezi dvěma jevy by se přiklonili k aktivní formě (20 žáků), aby se dítěti co nejvíce zkrátila doba samotného umírání.

Je pozoruhodné, že všichni oslovení respondenti se nejen zúčastnili výzkumu, ale jejich odpovědi dokládají, že zde nebyl nikdo, kdo by psaní nebral vážně. Přestože se jednalo o anonymní práci, přístup žáků byl seriózní a odpovědný.

3.3 Analýza dat

Získané odpovědi byly přepsány do elektronické formy. Některé myšlenky a věty byly značně zmatené, proto bylo nutné provést syntaktickou a gramatickou úpravu tak, aby se nezměnila prvotní myšlenka. Některé expresivní výrazy zůstaly pro autentičnost zachovány.

Všechny odpovědi byly pečlivě analyzovány a opakující se kategorie, k nimž se žáci vyjadřovali, byly zapsány a spravovány v programu Microsoft Excel. Tímto kategorizováním se utvořily následující skupiny: víra, finance, zátěž pro rodinu, lítost,

smysl života, eutanazie, posměch, právo na život, vcítění se do role nemocného, vcítění se do role matky, snaha pomoci dítěti a otázka interrupce. Následně jsme zjišťovali závislosti mezi zjištěnými daty. Zdali víra ovlivňuje volbu interrupce, zda jsou rozdíly mezi znalostí „práva na život“ mezi studenty prvního a čtvrtého ročníku apod. Zjištěné výsledky jsme zpracovali do grafů a interpretovali s podrobnými komentáři.

Pro kvalitativní charakter diplomové práce jsme z praktického hlediska spojili kapitolu „interpretace výsledků“ a „diskuze“ do jedné. V ní se dále zamýšlíme nad ojedinělými a originálními odpověďmi. Rovněž zde komentujeme tři vylosované kompletní práce z prvního a tři ze čtvrtého ročníku, které reálně ilustrují pohled žáků.

4. VÝSLEDKY A DISKUZE

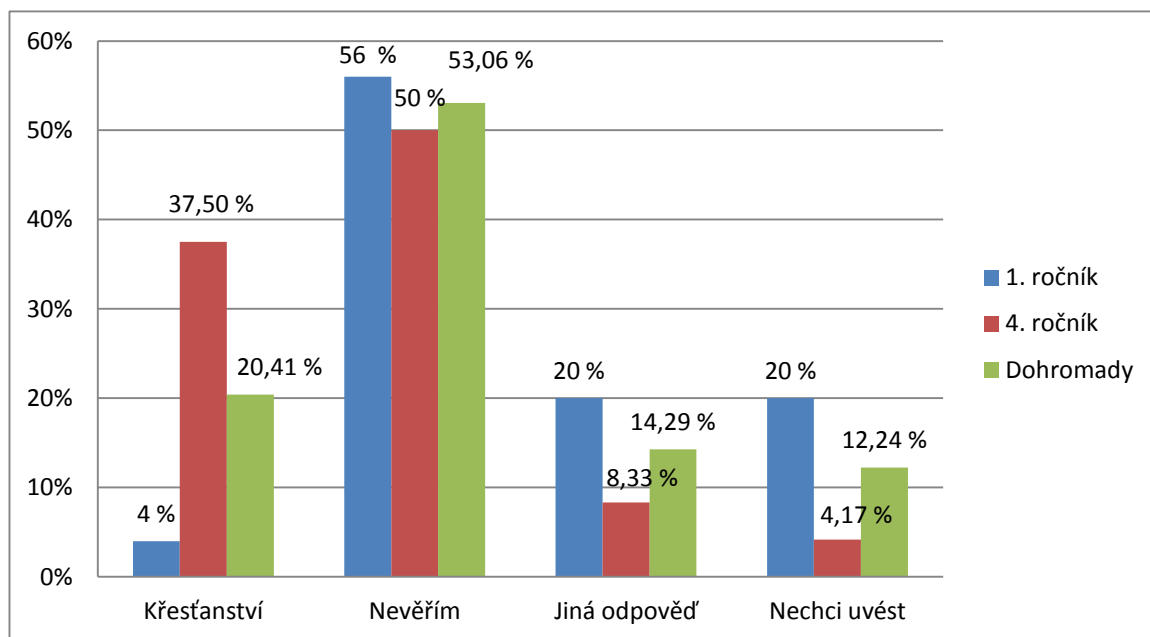
V následujících grafech jsme použili označení „1. ročník“ pro žáky prvního ročníku a „4. ročník“ pro žáky čtvrtého ročníku. Označení „dohromady“ pak pojmenovává obě tyto skupiny.

Je nutné brát v potaz charakter výzkumné metody. Jelikož se nejedná o dotazníkové šetření a cílené zjišťování pohledu na věc v jednotlivých kategoriích, nelze z výsledků vyvozovat žádná obecná stanoviska. Grafy slouží pouze pro čtenářovu lepší grafickou představu. Požadovali jsme „pouze“ subjektivní autentické odpovědi žáků k problematice. Bylo pouze na respondentech, k jakým hlediskům budou svůj psaný projev směřovat.

Například teoreticky můžeme počítat s tím, že všichni žáci jsou si vědomi finančního zatížení zdravotnické péče. Pouze některé však napadlo se o tomto zmínit ve své práci. Avšak nedokazuje to, že by si zbylí jedinci neuvědomovali, že péče není finančně nákladná. Možná si na tuto skutečnost jen nevzpomněli, nebo nechtěli vypadat nehumánně apod. Tento příklad můžeme promítnout do všech kategorií. Jediná kategorie, k níž jsme cíleně požadovali vyjádření, byla víra a věk respondentů.

3.4.1 Výsledky v grafovém vyjádření

Víra



Graf 1. Víra

Ke konci práce byli žáci vyzváni k uvedení víry, k níž se hlásí. Bylo jim sděleno, že nemusí uvádět pouze oficiálně uznané církve, ale jakoukoliv filosofii, kterou vyznávají. Rovněž byli poučeni, že se k této otázce nemusí vyjadřovat vůbec a napsat „nechci uvést“.

Největší zastoupení v počtu 26 respondentů (53,06 %) měla odpověď, kterou jsme označili jako „nevěřím“ (zahrnovala v sobě odpovědi: „ateista“ a „nejsem věřící“). Z prvního ročníku se za „nevěřící“ označilo 14 respondentů (56 %) a ve čtvrtém 12 respondentů (50 %).

Ke křesťanství se přihlásilo celkem 10 respondentů (20,41 %), 1 účastník (4 %) výzkumu z prvního ročníku a 9 účastníků (37,5 %) ze čtvrtého ročníku. Kategorie „křesťanství“ zahrnovala odpovědi: „věřím“, „věřím v Boha“, „Slezská evangelická církev augsburského vyznání“ a „katolík“.

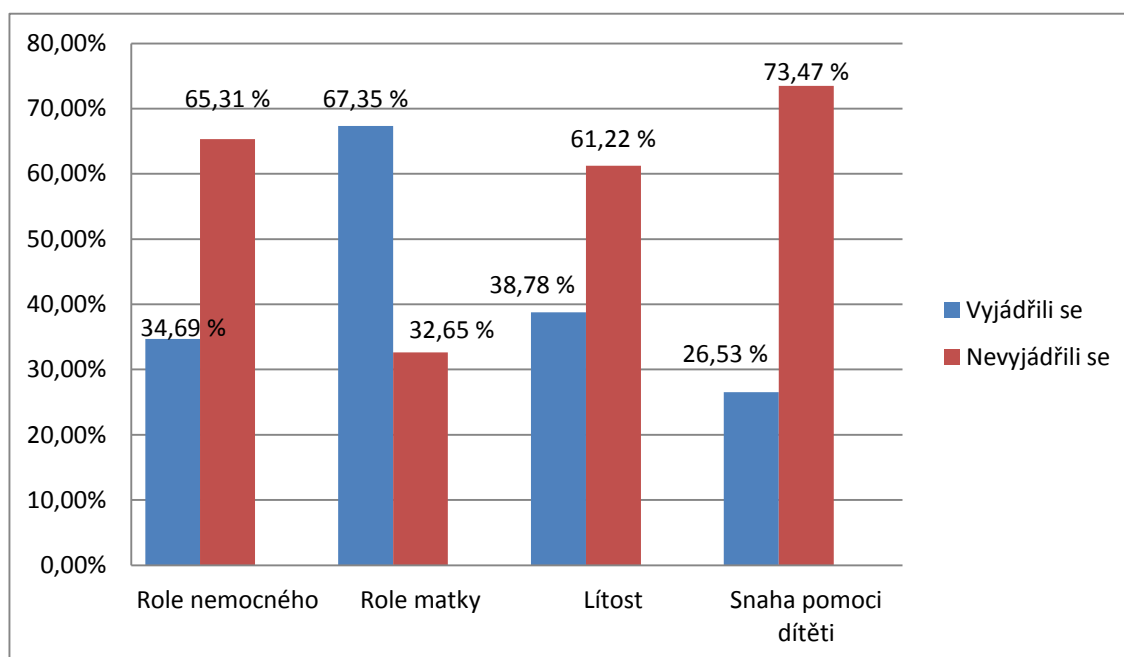
Jako „jiná odpověď“ byly označeny netradiční odpovědi, které se vyskytovaly ojediněle: „karma, v Boha napůl“, „logická cesta a zázraky“, „věřím jen někdy“, „napůl buddhista, věřím sama v sebe“, „svědek Jehovův“, „věřím v osud, v Boha napůl“, „racionalista“, „věřím, ale ne v žádného konkrétního Boha, prostě jen v to, že existuje nějaká vyšší síla“. Těchto 7 respondentů (14,29 %) bylo v zastoupení 5 odpovídajících (20 %) z prvního ročníku a 2 odpovídající (8,33 %) ze čtvrtého ročníku.

Možnosti „nechci uvést“ využilo celkem 6 žáků (12,24 %) – 5 žáků (20 %) z prvního a jeden žák (4, 17 %) ze čtvrtého ročníku.

Z našeho pohledu bylo nekonvenční uvedení odpovědi „*Karma, v Boha napůl*“ a podobné „*napůl buddhista, věřím sama v sebe*“. V ani jedné z odpovědí se však tato filosofie nijak nepromítla. Naopak celková velmi stručná odpověď „napůl buddhisty“ byla poněkud v rozporu s celým buddhistickým pojetím. Citujeme celou odpověď: „*Podle mě nemá smysl, aby dítě nadále žilo. Má zkažený život, žádný přínos pro společnost a stojí stát velké peníze. Já osobně, kdybych měla dítě, tak bych požádala o eutanazii, aby se dítě netrápilo a nemuselo snášet posměšky, nadávky a jiné vulgarismy. Tím ale myslím ty fakt těžké případy, takové ty „lehčí“ bych nechala žít, protože ti by mohli něco dokázat a někam se i dostat.*”

Zde si žák prvního ročníku (15 let) jistým způsobem „hraje na Boha“ a celý jeho projev působí velmi rozpačitým dojmem. Označením se za „napůl buddhistu“ je v tomto případě jednoznačně módní záležitostí.

Empatie

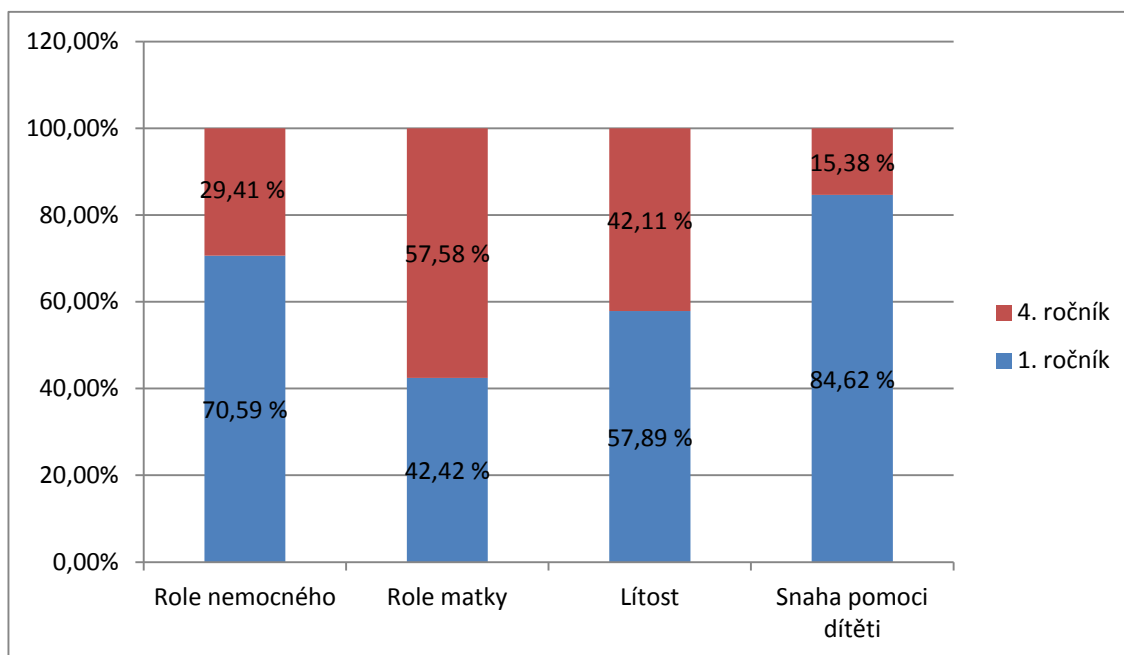


Graf 2. Empatie

Do role nemocného se vcítilo 17 žáků (34,69 %) z obou skupin 1. a 4. ročníku. Z pohledu matky se nad tematikou zamyslelo celkem 33 žáků (67,35 %). Lítost vyjádřilo 19 respondentů (38,78 %) a celkem 13 žáků (26,53 %) by se nějakým způsobem chtělo angažovat v pomoci těmto dětem.

Obor *Zdravotnický asistent* je svým profilem řazen mezi humanitní disciplíny. Od žáků a absolventů se očekává nejen odborný profesionální přístup, ale hlavně zvnitřněná empatie, schopnost porozumění – jednoduše „lidskost“. Proto se dalo předpokládat, že žáci ve svých pracích projeví empatii a soucit. Přestože se nejednalo o dotazníkovou metodu, která by se cíleně ptala na toto hledisko, žáci se ve velkém zastoupení vyjadřují k pohledu na věc z role matky, nemocného dítěte nebo vyjadřují lítost a snahu pomoci dítěti. Všechny tyto stránky dokládají vysoké humanitní zaměření žáků.

Respondenti se dokonce často v několika sledovaných kategoriích „potkávali“. Pouze 2 respondenti z prvního ročníků a 4 respondenti ze čtvrtého ročníku se ve své práci nevyjádřili ani k jedné z těchto oblastí. Nelze však vyvozovat, že by nebyli empatičtí. Výsledky pouze ukazují, kolik respondentů ve svém projevu se vyjádřilo k empatii.

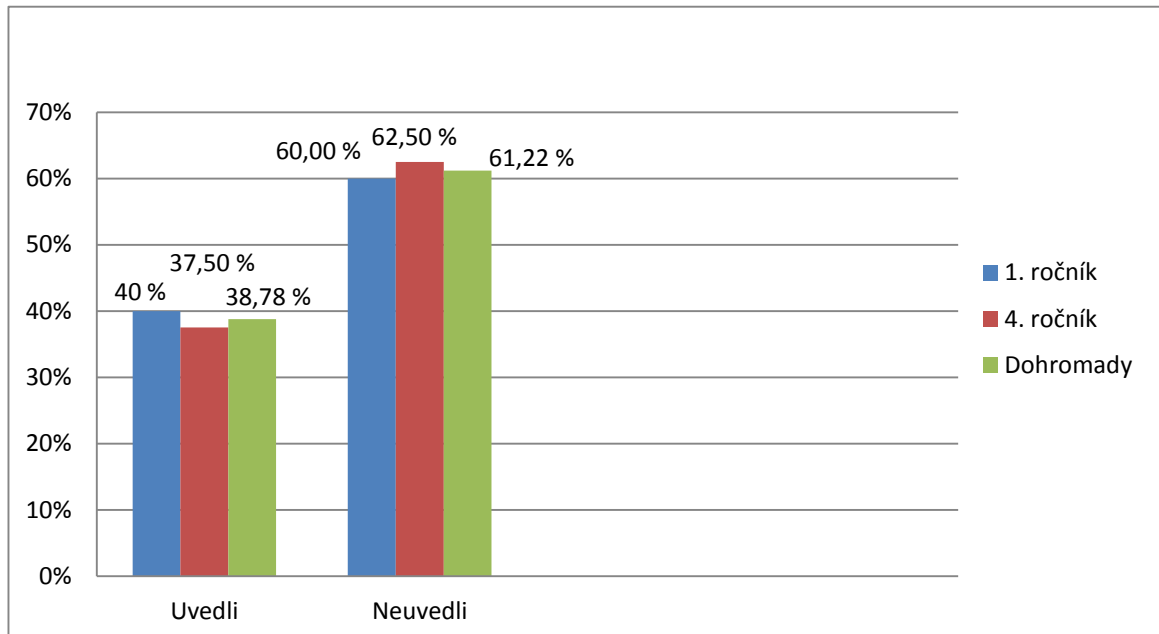


Graf 3. Empatie: rozdělení dle ročníků

Tento graf navazuje na předchozí a podrobněji uvádí, v jakém poměru se k empatii vyjadřují žáci prvního a čtvrtého ročníku. Na první pohled lze z diagramu zpozorovat větší míru empatie u žáků prvního ročníku. Ve třech sledovaných kategoriích procentuálně vedou nad žáky čtvrtého ročníku. Pouze v kategorii „role matky“ se větší empatie projevila u žáků čtvrtého ročníku. To je možná způsobeno tím, že žákyně ve čtvrtém ročníku obecně již více uvažují nad mateřstvím, než žákyně prvního ročníku.

Nejmarkantnější rozdíl je v kategorii „snaha pomoci dítěti“, kdy z celkového počtu 13 žáků (100 %), kteří toto zmínili, jich bylo 11 (84,62 %) z prvního a 2 (15,38 %) ze čtvrtého ročníku. Druhou kategorií, kde byl rozdíl výrazný, byla „role nemocného“; z celkového počtu respondentů 17 (100 %) bylo 12 respondentů (70,59 %) z prvního a 5 (29,41 %) ze čtvrtého ročníku. Lítost byla z celkového zastoupení 19 zmiňujících žáků (100 %) rozložena mezi 11 respondentů (57,89 %) z prvního a 8 (42,11 %) ze čtvrtého ročníku. Poslední a také jediná kategorie, kde převládali žáci čtvrtého ročníku nad těmi z prvního ročníku, byla „role matky“. Z celkového počtu 33 žáků (100 %) jich bylo 14 (42,42 %) z prvního a 19 (57,58 %) ze čtvrtého ročníku. Svým počtem 33 zmiňujících žáků tato kategorie dosáhla nejvyššího zastoupení ze všech čtyř sledovaných.

Finance



Graf 4. Finance

To, že jde o velmi důležitý aspekt, který hraje zásadní roli při péči o dítě s infaustní prognózou či dítě s vážným postižením, si uvědomují i žáci střední zdravotnické školy. Potvrzují to ve svých esejích.

Z řad žáků prvního ročníku se k financím vyjádřilo celkem 10 respondentů (40 %), ze čtvrtého ročníku se pak vyjádřilo 9 žáků (37,5 %). Dohromady se tedy o financích zmínilo 19 žáků (38,79 %). Zbýlý počet žáků se ve svých esejích k oblasti financí nijak nevyjádřil. Z prvního ročníku to bylo 15 žáků (60 %), ze čtvrtého ročníku rovněž 15 žáků (62,5 %) a dohromady z obou ročníků pak 30 žáků (61,22 %).

O tom, jakou „cenu má život dítěte“ (vyjádřenou v penězích), jsme se vyjádřili v kapitole 2.3 Ekonomický pohled. Rovněž jsme předložili, v jakém cenovém rozpětí se pohybují výdaje na fyziologického a extrémně nezralého novorozence.

I na odborném symposiu EPP se mnohokrát zmiňovala ekonomická nákladnost zdravotní péče v širokém pojetí, nebo přímo vztahující se k eutanazii. Pro příklad uvedeme úryvek z příspěvku profesora Pafka: „Potom jsou tady problémy, o kterých se málo mluvilo, a vypadají jaksi nehumánní, a to jsou ekonomické problémy. Já jsem ve své praxi zažil lidi, kterým, kdyby ministerstvo povolilo u metabolických nemocí substituovat to, co jim scházelo, a pamatuju ty případy, tak by tady dodnes byli. Ale náklady byly tak vysoké, že na můj dopis z ministerstva odpověděli, že to financovat nemůžou a ti lidé zemřeli. To byla jasná pasivní eutanazie, protože prostředky existovaly, znali jsme je, ale

z ekonomických důvodů pro nás byly nedosažitelné.“ (Pafko, EPP, 2012)

I profesor Klener se ve své řeči vyjádřil: *„Já jsem zaznamenal na internetu, bohužel jsem si to nevytiskl a zapomněl jsem i jméno, kde nějaká pisatelka apelovala na Evropskou komisi, že nepotřebujeme aby jste nám dávali finanční prostředky na léky, potřebujeme, aby jste podpořili legalizaci eutanazie. Samozřejmě, když jaksi pacienty s Alzheimerovou chorobou donutíme k dobrovolnému souhlasu s eutanazií, ušetříme si spoustu peněz, když nebudeme potřebovat na léky a různá zařízení. Proti uzákonění eutanazie se staví i mezinárodní lékařské asociace. A stanovisko ČLK (Česká lékařská komora) jsme tady už také slyšeli.*“ (Klener, EPP, 2012)

Vybrané odpovědi žáků:

Žák, 15 let, nevěřící. *„Život dítěte v takovém stavu ani život není, měla by se založit nějaká nadace a dítěti by se mělo co nejvíce pomoci až do posledních sil. Peníze v tomhle případě nejsou nic, ale mohlo by to pomoci alespoň rodině a příbuzným.”*

Žák, 16 let, nevěřící. *„Neumím si nikdy v životě představit, že by to mohlo potkat mě. Kolik peněz do všech přístrojů, léků a dalších pomůcek musí investovat, navíc když ještě rodina není moc bohatá a jejich měsíční příjem sotva pokryje zaplacení nájmu, stravy, oblečení. A co potom, když vám ani stát nepřispěje?”*

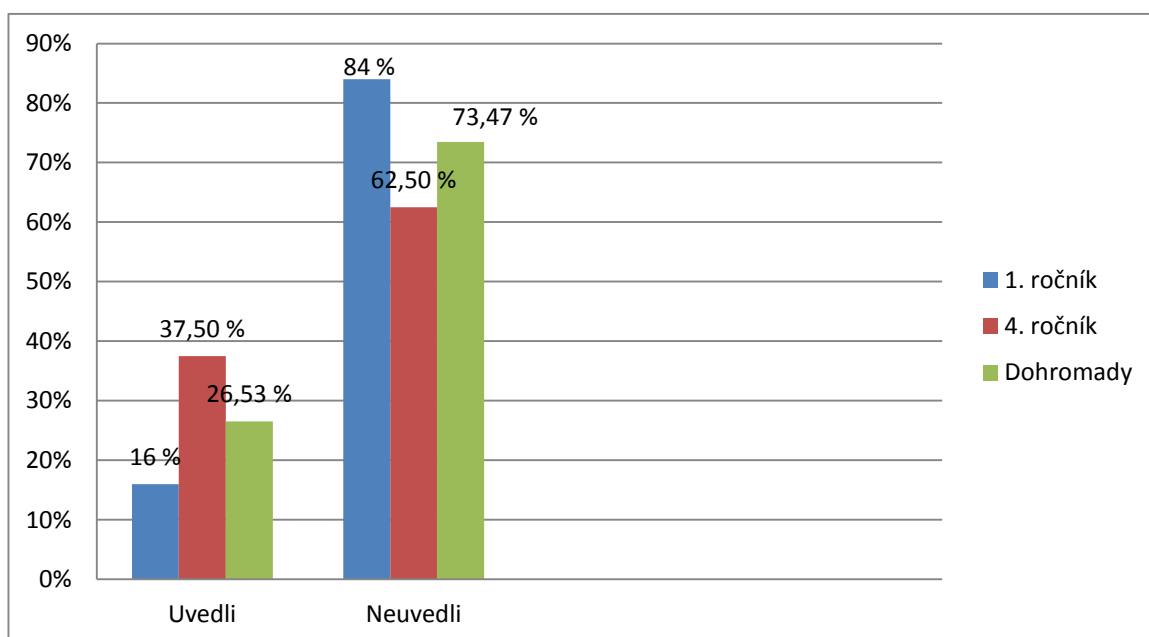
Žák, 15 let, nejsem věřící. *„Spousta rodin žádá o peníze prostřednictvím televize, novin, prosí o příspěvky, aby jejich dcera, syn, mohli jít na operaci, popřípadě o nový vozíček, či terapii. Mnohdy se pak najde člověk, který pošle peníze a rodina je mu navždy zavázána.”*

Žák, 18 let, nevěřící. *„Myslím si, že k tomu, abych to zvládla, bych musela mít podporu od manžela a rodiny. V dnešní době bych samozřejmě musela být i dobře finančně zajištěná, abych mu mohla vše dopřát.”*

Žák, 18 let, nevěřící. *„Taková péče je určitě i finančně náročná.”*

Žák, 19 let, ateista. *„Je ale smutné, že když má někdo takto nemocné dítě, pak ho dá do ústavu. Mnohdy to dělají neradi, ale musí. Nemohou si jako rodina dovolit přijít o měsíční příjem nebo platit nějakou domácí ošetřovatelku. Stát by měl tyto rodiny více podporovat a snažit se jim pomáhat.”*

Právo na život



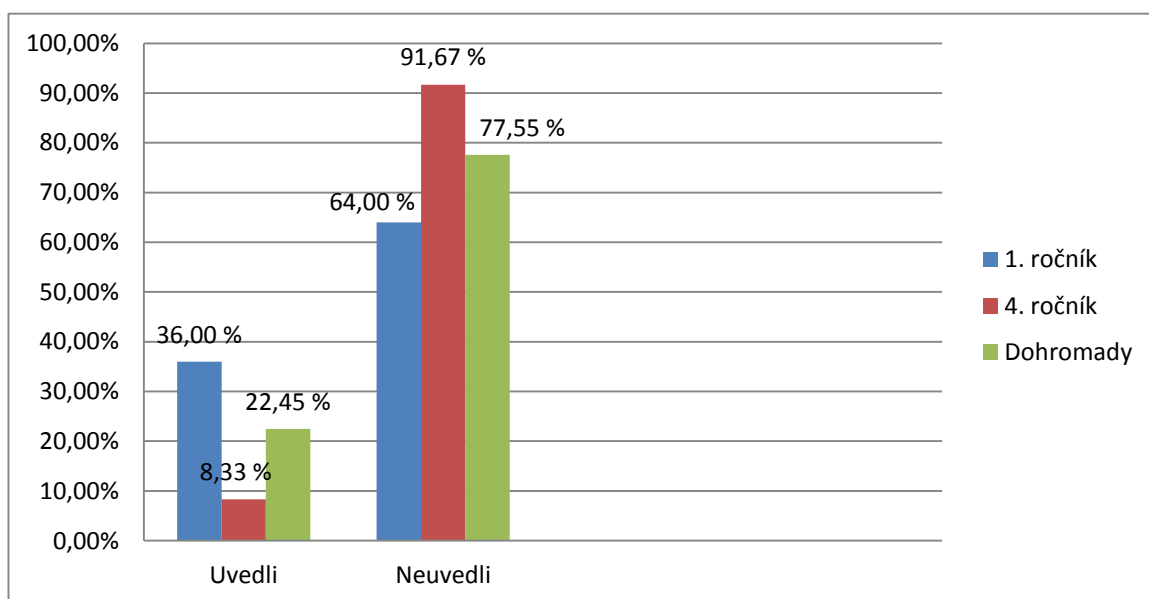
Graf 5. Právo na život

K takzvanému právu na život se vyjádřili pouze 4 žáci (16 %) z prvního ročníku. Žáků ze čtvrtého ročníku, kteří zmínili právo na život, pak bylo 9 (37,5 %). Dohromady to činí 13 žáků (26,53 %). Žáků, kteří se o tomto nezmínili, bylo z prvního ročníku 21 (84 %) a ze čtvrtého ročníku 15 (62,5 %), což dohromady činilo 36 žáků (73,47 %).

Celkem 4 respondenti (1 z prvního a 3 ze čtvrtého ročníku), kteří uvedli právo na život, zároveň napsali, že jsou věřícími. Avšak ani jeden ve své práci nevztahoval toto právo do přímé spojitosti s Bohem.

V demokratické společnosti, kdy se téměř každý odvolává na svá práva, která se mu v naší republice zaručují, je překvapující, že toto právo žáci zmiňují v tak malém procentu. Lze si však všimnout, že rozdíl mezi „prváky“ a „čtvrťáky“, kteří zmínili právo na život – činí 21,5 % ve prospěch „čtvrťáků“. Tato skutečnost odpovídá tomu, že učivo, které pojednává o lidských svobodách, je probíráno v Občanské nauce ve druhém ročníku (viz kapitola 2.8.3 Školní vzdělávací program, Tabulka 4. Učební látka zakomponovaná v ŠVP).

Posměch



Graf 6. Posměch

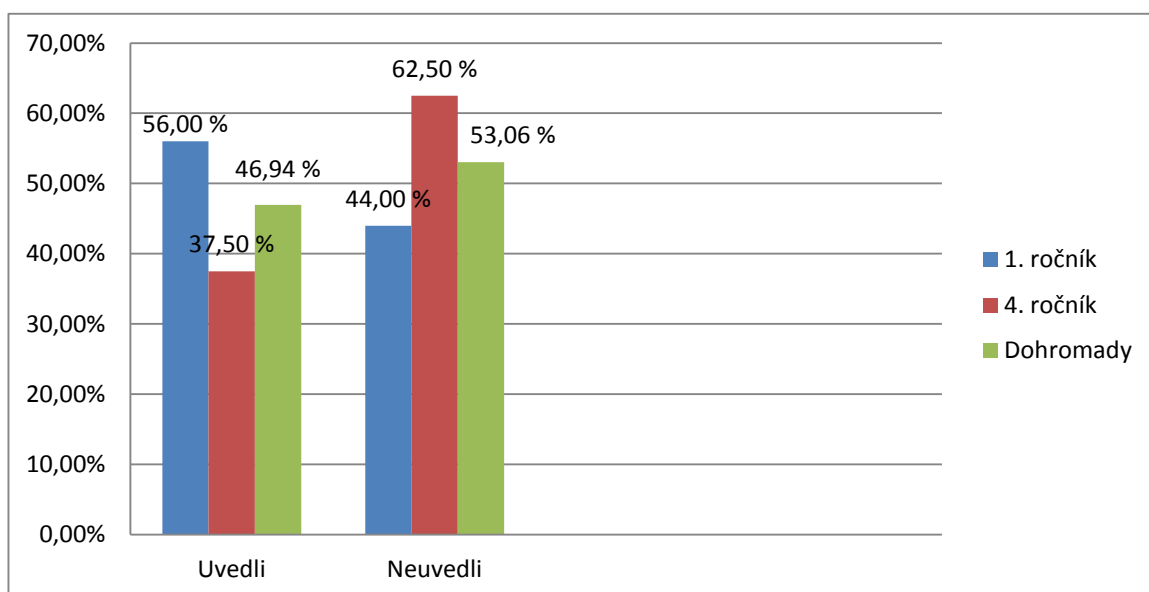
To, že vůbec vyvstala tato samostatná kategorie, pro nás bylo překvapivé. Z řad „prváků“ se k posměchu vyjádřilo 9 žáků (36 %), z řad „čtvrtáků“ pak 2 (8,33 %), dohromady to tedy činilo 11 žáků (22,45 %). Posměch neuvedlo 16 žáků (64 %) z prvního ročníku a 22 (91,67 %) ze čtvrtého ročníku, což dohromady činilo 38 žáků (77,55 %).

Všichni respondenti, kteří se k této kategorii vyjádřili, pak toto chování jednoznačně odsuzovali. Pouze jedna žákyně z prvního ročníku připustila, že se v mladším věku rovněž posmívala: „Ale zase – on to neví, že je jiný než my ostatní. Neví, že se na něj lidi dívají jinak a říkají: „Podívej se na toho chudáčka.“ Nebo: „Bacha, podívej se na toho postižence.“ Takové lidi bych zabíjela za to, že se smějí postiženým lidem. Neříkám, že když jsem byla malá, tak jsem se jim nesmála, ale čím jsem starší, tím víc pochopení pro ně mám. A je mi jich opravdu moc líto.“

Fyzická či psychická jinakost přirozeně vzbuzuje mnoho reakcí a emocí, nejčastěji jde o zvědavost (např. při bizarním vzhledu) nebo lítost, soucit, znechucení apod. Z výsledků je patrné, že v očích dospívajících může být jedním z projevů i posměch.

Domníváme se, že původ nalezneme spíše v projevech šikany na základní škole (ev. i mateřské škole), kdy je poměrně známým jevem posměch méně úspěšným, neoblíbeným nebo nějak fyzicky znevýhodněným dítětem. Středoškoláci pravděpodobně zaměňují tyto děti se znevýhodněním s dětmi s vážným postižením, onemocněním, které je ohrožuje na životě.

Zátěž pro rodinu



Graf 7. Zátěž pro rodinu

Z řad prvního ročníku 14 žáků (56 %) zmínilo, že dítě s infaustní prognózou nebo těžkým psychomotorickým postižením představuje zátěž pro rodinu. Žáků čtvrtého ročníku bylo 9 (37,50 %). Dohromady to činí 23 žáků (46,94 %). Zbytek žáků se k tomuto nijak nevyjádřilo, z prvního ročníku to bylo 11 žáků (44 %), ze čtvrtého 15 žáků (62,50 %) a dohromady 26 žáků (53,06 %).

Je nepochybné, že rodiny s umírajícími dětmi s vážným postižením nebo nemocí, jsou vystaveni větší psychické i fyzické zátěži než rodiny se zdravými dětmi. Graf dokládá, že žáci sledují i toto hledisko.

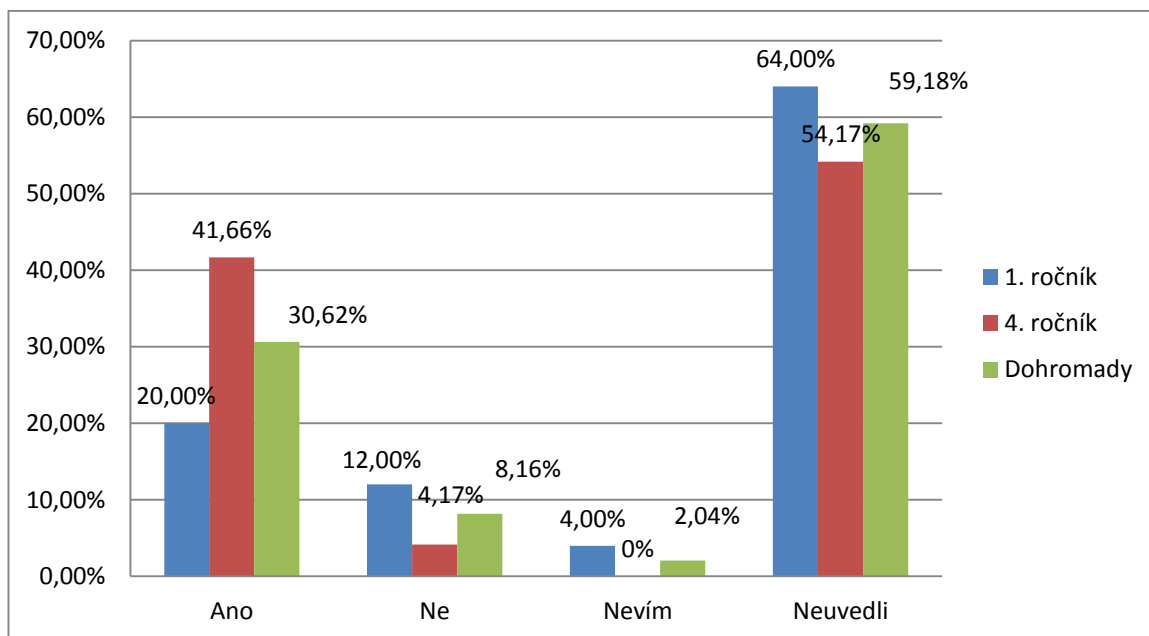
Některé z odpovědí:

Žák, 15 let, věřím jenom někdy: „Když je to dítě takhle malé, tak nejspíš nemoc moc nevnímá, ale když bude trochu starší, tak to začne cítit trošičku jinak a já bych asi měla strach a nechtěla bych umřít, i kdybych věděla, jaká zátěž to je pro mou rodinu.“

Žák, 15 let, víra neuvedena: „Obdivuji ty rodiče, kteří si to dítě nechají a starají se o něj. Musí to být obrovská zátěž.“

Žák, 19 let, nechci uvést: „Z mého pohledu je to fyzicky i psychicky náročné pro rodiče a známé.“

Smysl života



Graf 8. Smysl života

Na smysl života jsme se cíleně ptali v zadání: „*Jaký má, podle Vás, smysl život dítěte s těžkým psychomotorickým (tělesné i duševní) postižením? Tedy dítěte, které bez naší každodenní pomoci není schopno života a dle prognózy je jeho život časově limitován (měsíce, roky).*“ Ne všichni se však k tomuto vyjádřili.

Odpověď „ano“ – život dítěte má smysl – uvedlo 5 žáků (20 %) prvního ročníku a 10 žáků (41,66 %) ze čtvrtého ročníku, dohromady tedy 15 žáků (30,62 %). Smysl života takového dítěte nenalézají 3 žáci (12 %) z prvního a 1 žák (4,17 %) ze čtvrtého ročníku, dohromady tedy 4 žáci (8,16 %) – v grafu znázorněni u odpovědi „Ne“. V odpovědi „nevím“ je zahrnut pouze 1 žák (4 %), který odpověděl: „*Jelikož nejsem tělesně nebo duševně postižená, nevím, jestli má pro to dítě život smysl, nebo ne.*“

Zbytek žáků se ke smyslu života dětí nijak nevyjádřilo. To činilo žáků 16 (64 %) z prvního ročníku, 13 (54,17 %) ze čtvrtého ročníku. Dohromady 29 žáků (59,18 %) z obou sledovaných ročníků.

Smyslu života je věnován podstatný úsek teoretické části diplomové práce, kde jsou uvedeny výroky z řad odborníků, filosofů, autorit ale i „obyčejných“ lidí. Zde pro ilustraci uvádíme několik odpovědí žáků:

Žák, 15 let, ateista: *„Každý život má smysl, ať za postižení dětí může rodina, okolí, nebo se tak prostě narodilo, má právo stejně jako každý z nás žít život, který mu byl dán.“*

Žák, 15 let, víru nechci uvést: *„Smysl života takového dítěte je stejný jako dítěte »normálního«.*“

Žák, 16 let, napůl buddhismus, věřím sama v sebe: *„Podle mě nemá smysl, aby dítě nadále žilo.“*

Žák, 15 let, nevěřící: *„Podle mého názoru má smysl žít, nemoc se může zčásti vyléčit.“*

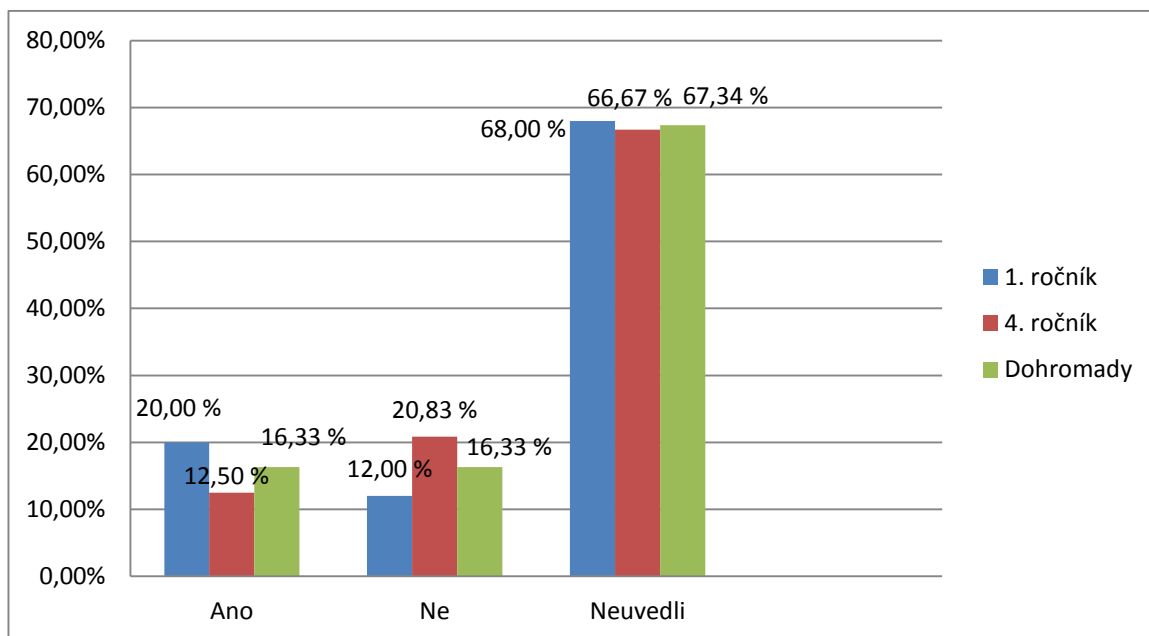
Žák, 18 let, nevěřící: *„Život takového dítěte určitě smysl má, i když je to určitě těžké, jak pro to dítě, tak i pro jeho rodiče.“*

Žák, 19 let, nevěřící: *„Život takového dítěte už, podle mě, smysl nemá. Já osobně bych nechtěla takhle žít, to asi nikdo.“*

Žák, 18 let, věřící – Slezská evangelická církev augsburského vyznání: *„Podle mě má každý život smysl a každý život je dar od Boha.“*

Žák, 18 let, katolík: *„Když dítě uvidí a uvěří, že ve vás má oporu, rozhodně jeho smysl života bude kladný.“*

Interrupce



Graf 9. Interrupce

Kladné stanovisko a interrupci jako jednu z možností zvažuje celkem 8 žáků (16,33 %). Z prvního ročníku je to 5 žáků (20 %) a ze čtvrtého 3 žáci (12,50 %). Proti možnosti interrupce se vyjádřili 3 žáci (12 %) z prvního a 5 žáků (20,82 %) ze čtvrtého ročníku. Dohromady tedy rovněž 8 žáků (16,33 %). Tuto možnost nijak nezmnino 33 žáků (67,34 %), to činí 17 žáků (68 %) z prvního a 16 žáků (66,67 %) ze čtvrtého ročníku.

Z celkového počtu respondentů (49 žáků) se jich 16 vyjádřilo k interrupci. Z tohoto počtu se jich 7 hlásí k víře. Od respondentů, kteří uvedli příslušnost k víře, by se mohlo očekávat negativní stanovisko k problematice interrupcí. Přesto dva respondenti by tento zákrok podstoupili. Jedná se o respondenta, který uvedl „věřím v Boha“ a „věřím v Boha a osud“. Je paradoxní, že druhý respondent, který se odkazuje na osud, je prakticky v rozporu s tvrzením v kontextu s vědomým zásahem a potažmo ovlivněním osudu. Zbýlých 5 dotázaných, kteří se k tomuto okruhu vyjádřili tak, že by umělé ukončení těhotenství nikdy nepodstoupili, se svými slovy hlásili k těmto vírám: „Svědék Jehovův“, „věřím v Boha, v osud napůl“, „Slezská evangelická církev augsburského vyznání“, „katolík“, „věřící“.

3.4.2 Ostatní aspekty vyskytující se v pracích

1. Eutanazie

K eutanazii se celkem vyjádřili čtyři žáci. Dva respondenti z prvního ročníku se ve své práci vyslovili kladně. První, který nechtěl uvést svou víru, napsal: „*Kdyby si rodina přála eutanazii, měli by jim vyhovět. Kdyby se to stalo mně, asi bych si přála eutanazii.*” Druhý respondent (napůl buddhista, věří sama v sebe) uvedl: „*Já osobně, kdybych měla takové dítě, tak bych požádala o eutanazii, aby se dítě netrápilo a nemuselo snášet posměšky, nadávky a jiné vulgarismy.*”

Rovněž dva respondenti ze čtvrtého ročníku zmínili eutanazii. První, „nevěřící”, by eutanazii odmítl: „*I když dítě vnímá určité vjemy, tak nechápe život jako takový. I přesto bych ale nesouhlasila například s eutanazií.*” Druhý respondent, ateista, se vyjádřil následovně: „*Ale pokud je nemoc doprovázena bolestmi či jinými příznaky a dítě jen leží, je na kyslíku a bez přístrojů by nepřežilo, je podle mého názoru eutanazie na místě.*”

Čekali jsme, že eutanazie bude v pracích zmiňována daleko častěji. Diskuze s žáky, která proběhla po skončení psaní prací, však také potvrdila, že žáci nemají zcela jasnou představu, co eutanazie je. Pouze jeden žák (čtvrtého ročníku) měl relativně přesné znalosti. Z toho můžeme vyvozovat, že by se této problematice měli více věnovat v odborných předmětech. I když žáci neuměli definovat, co přesně eutanazie je, naopak si byli dobře vědomi toho, že je v naší zemi trestná. Vyšlo najevo, že se s pojmem již setkali a došlo k znovupoznání. Zřejmě si jen nebyli jisti přesnou definicí a styděli se říct svou domněnku.

Jak tedy vypadá situace v České republice? Vzhledem k tomu, že u nás nebyl dosud soudně řešen žádný případ eutanazie (medializovaný případ pana Zelenky byl řešen jako „sériové vraždy”, ne eutanazie), chybí judikatura, o níž bychom se mohli opřít.

Záleželo by čistě na soudci, jak by případ řešil. Pravděpodobně s přihlédnutím na výše uvedené zákony (kap. 2.4.3 Eutanazie v České Republice) by došlo k zmírnění trestu, možná „jen” k odebrání lékařské licence a vyloučení z lékařské komory. To jsou však pouze spekulace.

Je otázkou, jestli v našem zdravotnictví dochází k provádění pasivní eutanazie, která se dá vyložit i jako vědomé podání vyšší dávky tisících léků vedoucích ke smrti. Tento postup je však dle dodržení zásad etiky a posouzení lékařem lege artis, ale vždy se budeme pohybovat na velmi tenkém ledě. Jedno je jisté – jakákoliv forma eutanazie je v České republice trestným činem.

Na lékařském symposiu „Eutanazie – pro a proti” (2012) v diskuzi mnozí lékaři „přiznali”, že určitá forma (pasivní) eutanazie se v českých nemocnicích běžně provádí. Nejmenovaná jihočeská lékařka pak pronesla výrok o pokrytectví české společnosti (zejména odborné), kdy odmítají legalizovat „běžně” prováděný čin: „*Tady v příspěvku proběhlo, že jak ve Spojených státech, tak ve Spojeném království celá řada lékařů, jestli si vybavuju statistiku, asi 18 % připustilo, že někdy v životě provedli eutanazii čili respektive zkrátil utrpení svému pacientu. Já se domnívám, že to stejné se děje i u nás v České republice a ti, kdož toto provádí, kolegové, zdravotníci, kteří to provádějí, to dělají ve vědomí, že nesou kůži na trh a to, že my budeme popírat to, že se to děje, tak nezabráníme ničemu. A domnívám se, že nelegalizovat eutanazii je pouze otázkou našeho vlastního pokrytectví. Ať už teologického, osobního, medicínského.*“ (anonym, EPP, 2012)

Díky plytké hranici mezi pasivní eutanazií a ukončením léčby to můžeme akceptovat. V žádném případě si však výrok nemůžeme vyložit jako potvrzení toho, že je provádění eutanazie v lékařské praxi běžný výkon.

Další odborníci v diskuzi poukázali na to, že eutanazie je vlastně privilegovaným činem pro jejich rodiny a blízké. Kdo ve svém okolí nemá známého lékaře, prakticky nemá „nárok” a možnost rozhodnout se pro tuto volbu. V autobiografických knihách o eutanazii se autoři taktéž velmi opatrně „přiznávají” k jistým druhům eutanazie (nebo k tomu, že by ji provedli) u svých blízkých. Viz např. Frédéric Chaussoy – *Nejsem vrah*, 2005 nebo M. Scott Peck – *Odmítnutí duše*, 2001.

Myslíme si, že právně nastavený systém, je vhodný. Standardem je, že lékaři dělají, co je v jejich silách, aby zachraňovali životy. Matky jim svěřují své děti v naději, že je vyléčí, prodlouží jim život, nebo alespoň zmírní utrpení. Lékaři nejen pod zákazem eutanazie hledají všemožné cesty, jak dítěti dát šanci. Kdyby byla situace v České republice nastavena tak, že by eutanazie byla povolena (byť prvotně zamýšlená jako soucitná pomoc), stavěla by rodiče do nepříjemné situace. Rodiče by pak po lékařích požadovali jistý „nadstandard” při „boji” o zachování života jejich dítěte. Pro normu by se zřejmě vymyslela kritéria, která by nás usměrňovala při rozhodování.

V Nizozemsku pro tyto účely vytvořili tzv. *Groningenský protokol*. Stanovuje pro lékaře postup, jakým způsobem a kterým novorozencům provést eutanazii, jak proces dokumentovat, jak komunikovat s rodiči apod. Tento kontroverzní formulář je diskutován na mnoha odborných internetových portálech. Jedním z nich je Medscape.com, kde se

mimo jiné v článku „*Ending the Life of a Newborn: The Groningen Protocol*“¹⁵ Hilde Lindemann a Marian Verkerk vyjadřují k právní kritice. Protokol byl vytvořen na University Medical Center v Groningenu a od samého začátku je kritizován např. ze zaměření na děti trpící „spina bifida“.¹⁶ S klinickou přesností nerozhoduje mezi těmi, jejichž prognóza smrti je jistá, a těmi, kteří by mohli žít. Rodiče protokol využívají jako možnost vyhnout se nechtěné péči o dítě, když neúmyslně otěhotní. Lékaři rozhodují, co je a co už není přijatelná kvalita žití a určují morálku svých vlastních činů. (Lindemann, Verkerk, 2008)

Mnoho rodičů, ale i všech nemocných by ztratilo důvěru ve zdravotnická zařízení. Pokud bychom přijali tuto „jednodušší“ cestu, jak vyřešit bolestné, neřešitelné situace, vlastně bychom po dosažení určitých kritérií byli „nuceni“ přistoupit k eutanazii. Tento postup by byl od nás očekáván a zavazoval nás jednat určitým způsobem. Proto si myslíme, že je mnohem vhodnější ponechat klasifikaci eutanazie jako trestného činu.

Mnohem více by se však měla vyhranit hranice mezi pasivní eutanazií a přijatelným způsobem ukončení léčby a pomoci od utrpení, a tím zamezit dystanazii.

Dalším faktem proti legalizaci eutanazie je její zneužitelnost – jak to prokazují případy ze zemí, v nichž legalizována je.

Na odborném symposiu „Eutanazie – pro a proti“ se vyjádřil MUDr. Milan Kubek (prezident ČLK) následovně: *„Já se opravdu, vážení kolegové a kolegyně, necítím oprávněný k tomu, abych posuzoval veřejně eutanazii pro i proti, já mohu pouze konstatovat pouze svůj osobní názor a ten je poměrně jednoznačně proti. Protože všude, kde se něco podobného, podobný princip aplikoval, vždycky nakonec byl zneužit. Cesta do pekla je dlážděná dobrými úmysly.“* (Kubek, EPP, 2012)

Na to pak v diskuzi reagoval profesor MUDr. Pavel Pafko, Csc. slovy: *„Pokud jde o zneužití (...) K tomu mám jedinou myšlenku. Všechno na světě, to si prosím pamatujte, co lidský druh vymyslel, bylo zneužito. Od kuchyňského nože až po atomovou energii. Tento argument já nemohu přijmout, protože to bychom museli jíst rukama.“* (Pafko, EPP, 2012)

Dalším důvodem, proč se lidé staví proti eutanazii, je nevratnost tohoto zákroku. A v neposlední řadě i to, že by se zdravotníkům zdeformovalo svědomí. Právě svědomí mnohdy lékařům a dalším zdravotníkům určuje směr, který se pro pacienta jeví jako nejlepší. Při legalizaci eutanazie by tyto přirozené instinkty mohly snadno otupět. Doktor

¹⁵ Ukončení života novorozence: Groningenský protokol.

¹⁶ Rozštěp páteře.

Vácha taktéž upozorňuje, že utrpení se nezbavíme tím, že odstraníme samotného trpícího. (Vácha, EPP, 2012)

Doplňujeme, že podstatným argumentem pro, který na symposiu (EPP) zazněl, byla autonomie nemocného v rozhodování nad svým vlastním životem. Tím, že odpíráme nemocnému tuto alternativu, se povyšujeme do role toho, kdo má větší rozhodovací sílu v jeho vlastním životě. Nepřipouštíme fakt, že může existovat i něco, čemu nemocný dává větší váhu než je jeho život. Právo na život nezaručuje právo na utrpení.

2. „Strach”

Žák, 16 let, věřím na karmu, v Boha jen napůl, spíše si vše vysvětluji logickou cestou, a také věřím na zázraky: *„Už jen to, že do konce svého života je odkázáno na něčí pomoc, mě straší.”*

Žák, 18, nevěřící: *„Věřím, že pro rodiče takového dítěte to rozhodně není jednoduché jak po fyzické, tak i po psychické stránce, ale na druhou stranu je to jejich dítě a může jim dělat radost. Je to věc názoru. Někdo to přijme a snaží se pro dítě udělat cokoliv, ale někdo to neunes a raději se ho vzdá, protože má strach.”*

Žák, 15 let, věřím jenom někdy: *„Když je to dítě takhle malé, tak nejspíš nemoc moc nevnímá, ale když bude trochu starší, tak to začne cítit trošičku jinak a já bych asi měla strach a nechtěla bych umřít, i kdybych věděla, jaká zátěž to je pro mou rodinu. Dítě se musí určitě bát a říkat: Proč zrovna já? Pro toto dítě je možná lehčí zavřít oči a už se neprobudit, než žít celý život ve strachu, bolesti a smutku.”*

Komentář

Strach je víceméně prvotní přirozenou reakcí na neznámé nebo nově vzniklé situace. Okolnosti, o kterých nemáme žádné informace, nebo je máme zkreslené, v nás vyvolávají úzkostné reakce a strach.

V poslední odpovědi patnáctileté žákyně lze zpozorovat strach ze smrti, takzvaná thanatofobie. V pořadu *Tykadlo*, který dne 15. února 2013 vysílala Česká televize, žáci víceletého Gymnázia Joachima Barranda v Berouně diskutovali téma: *Smrt – jak se s ní vyrovnat*. Moderátorka Michaela Maurerová se žáků ptala, jestli vůbec někdy přemýšlí o smrti. První slečna, která se ujala slova, na otázku odpověděla, že má se smrtí již osobní zkušenosti (zemřel jí otec a pradědeček). Vzhledem k této skutečnosti začala číst tematickou literaturu, která jí pomohla (koresponduje s bibliografií, která je popsána

v kapitole 2.6.2 Etické rozpory v praxi a bibliografie). Nyní uvádí, že je se smrtí smířená. Druhá dívka navázala, že nikdo neví, co je smrt. Ten, který zemře, nám to již nepoví; v tom spatřuje hlavní příčinu strachu ze smrti. Na to odpověděl jejich spolužák, který upozorňoval, že není důvod, proč se smrti bát – je to přirozený koloběh života. Následně se odkazoval na náboženské teze, které nabízejí pokračování života i po smrti. Slečna, která debatu začala, na svého spolužáka zareagovala tím, že pro ni byla útěcha věřit, že se rodíme pořád dokola a existují stejné duše. Diskuze se zúčastnil i prof. MUDr. Jan Pirk, DrSc.

Celé video je dostupné v archivu České televize na internetové adrese: <http://www.ceskatelevize.cz/porady/10091190217-tykadlo/21254311404/video/>.

3. „Strach z potrestání”

Žák, 16 let, nevěřící: *„Všichni by si měli vážit toho, že jsou zdraví. Jednou taky takhle můžou skončit a taky by to pro ně nemuselo být nic příjemného.“*

Žák, 16 let, nevěřící: *„Dnes je svět natolik krutý, že se lidi (někteří) smějí postiženým dětem, ale co kdyby je právě v tu chvíli srazilo auto, které by jim ublížilo ještě víc než těm, kterým se smějí? Vždy, když člověk někomu ublížil, tak se mu to stoprocentně vrátí i s úroky.“*

Žák, 15 let, nevěřící: *„Já si myslím, že bychom jim tu lásku měli dát, je to přece člověk, musíme brát v úvahu například: Co kdyby se to stalo mně? Taky bych potřebovala lásku a hlavně vidět, že nikomu nepřekážím.“*

Komentář

V těchto reakcích žáků nacházíme strach, že pokud uděláme něco, co je v rozporu s morálkou nebo nedostatečným ceněním si vlastního zdraví, jsme vystaveni možnosti trestu právě ve formě získání postižení a nemoci. Lidé by neměli být nápomocní strádajícím pouze z obav, aby neskončili na jejich místě.

Je pravda, že princip „Nečiň nikomu nic, co bys nechtěl, aby činil tobě, a chovej se k druhému tak, jak bys chtěl, aby se on choval k tobě.” opravdu funguje. Učí ho rodiče, učitelé, psychologové, významní myslitelé (Sokrates, Mohamed) a dokonce i v Bibli se píše o tzv. „zlatém pravidlu”. Je však poněkud magickým myšlením, jestliže bychom

očekávali, že pokud se budeme posmívat dítěti s postižením, sami budeme zasáhnuti stejným „trestem“.

4. „Zabití“

Žák, 15 let, víra neuvedena: *„Dítě neví, že se na něj lidi dívají jinak a říkají: „Podívej se na toho chudáčka.“ Nebo: „Bacha, podívej se na toho postižence.“ Takové lidi bych zabíjela za to, že se smějí postiženým lidem.“*

Žák, 16 let, věřím v osud, v Boha napůl: *„Úplným hyenismem jsou rodiče, kteří nemocné dítě týrají nebo se o něj nestarají – takové lidi bych nechala zabít.“*

Komentář

Citově zabarvené výroky mladých žáků střední školy nelze brát zcela vážně v pravém slova smyslu. Nesignalizují, že by z mladých dospívajících vyrůstali násilníci nebo dokonce vrazi. Expresivní vyjádření dokládá spíše absolutní nesouhlas a odsouzení lidí, kteří těmto dětem nějakým způsobem ubližují. I když jde o poněkud razantní, negativní výroky, žáci to paradoxně v tomto kontextu mysleli dobře.

Zajímavý je fakt, že žáci ve smrti vidí formu trestu. To potvrzuje, že smrt neberou jako přirozenou součást koloběhu života. Je pravda, že k zneužití významu smrti přispěly i zákony, kdy v některých zemích od pradávna dodnes smrt funguje jako forma trestu.

3.4.3 Vybrané odpovědi žáků

Žák, 15 let, nevěřící

„Myslím si, že dítě s těžkým psychomotorickým postižením, ať už se tak narodí nebo k tomu během jeho života dojde, nežije svůj vlastní život. Je vystaveno tlakům okolí, je odsuzováno apod. Tyto děti mají velice těžký život. Myslím, že ony samy si to ani neuvědomují, že se tak liší od ostatních. Když se zjistí ještě před narozením, že dítě nebude zcela v pořádku, myslím, že většina matek volí mezi tím, jestli si dítě ponechá nebo ne. Přitom nemá důvod brát cizí život nebo ho ponechat jiné rodině. Nebude mít tolik příležitostí jako ostatní děti. Myslím si, že je horší, když je dítě v pořádku a pak se stane nehoda, která mu změní život. Má celý život zničený, už nebude moct dělat věci, které do té doby dělalo. Člověk se změní jak fyzicky, tak psychicky. Změní se jeho rodina, jeho okolí, prostě všechno. Dítě, které bez každodenní pomoci nedokáže existovat, jako by nebylo. Když vidím takové děti, je mi jich líto, nejraději bych jim nějak pomohla, ale asi není jak, nikoho s tímto postižením v okolí neznám, ale kdyby ano, snažila bych se jakkoliv přispět, aby se cítilo lépe. Tyto děti ale na ulicích nebo v nemocnicích vidáme často, jsou nepřehlédnutelné.“

Komentář

Dívka se zamyslela nad tím, že dítě, které se narodí s takto závažným psychomotorickým postižením je vlastně celkově odkázáno „tlakům“ okolí. Lidé, kteří o něj pečují, mu prakticky určují co, kdy, kde s ním bude děláno. Takové dítě pak vlastně nijak nerozhoduje o svém životě – „*nežije svůj vlastní život*“. Jejich život hodnotí jako „velice těžký“ a tím, že děti samy si to vlastně ani neuvědomují. To však samozřejmě nelze posoudit, ale bývá to jedním z častých argumentů vůbec.

Dále upozorňuje na to, že matky mají možnost podstoupit interrupci, když dopředu znají stav dítěte před narozením. Zároveň ale udává, že matka jaksí nemá důvod brát cizí život. Spatřuje významný rozdíl v tom, jestli se dítě již s vážným onemocněním narodí nebo jej získá až během života. Změnu zdravotního stavu během života chápe jako mnohem horší variantu. Život pak ohodnotí jako „zničený“.

Ve své eseji projevuje lítost, snahu pomoci, ale zároveň nezná žádný způsob, jakým by takovým dětem mohla pomoci. Přitom způsobů je celá řada. Případy těchto dětí zná pouze z televize.

Žák, 15 let, víru nechci uvést

„Každý z nás má právo žít – i ten, kdo je postižený. Jestli má dotyčné dítě někoho, kdo se o něj postará, což je jasné, že většinou má, tak si myslím, že je to fajn i v případě, že tím oba dva dotyční trpí. Ale třeba kdyby si rodina, osoba přála eutanazii, měli by jim vyhovět. Je rozdíl mezi dítětem, které se narodí s postižením, nebo se mu stane nějaký úraz, který ho pak postihne. Ale jak říkám, každý z nás má právo žít a také se rozhodnout o svém životě, tedy spíš o tom, jestli chceme trpět, nebo odejít. Kdyby se to stalo mně, asi bych přemýšlela o eutanazii. Ano, teď mluvím tak, pak bych třeba mluvila jinak, ale mně by spíš vadilo vidět, jak mé dítě trpí celý život postižením. Ale v případě, že by mi doktoři řekli, že mému dítěti zbývá rok života, splnila bych mu jakékoliv přání, bez omezení. Je to velmi diskutabilní a těžké téma, o kterém se musí hodně přemýšlet. Běhá mi hodně názorů v hlavě – jak kladné, tak záporné. Smysl života takového dítěte je stejný jako dítěte »normálního«.“

Komentář

Patnáctiletá žákyně poukazuje na to, že každý, i člověk s postižením, má právo na život. Ve druhé větě předpokládá, že má dítě ve většině případů někoho, kdo se o něj bude starat a pro dítě je to dobře, i za cenu toho, že oba trpí.

Dvakrát zmiňuje pojem eutanazie s tím, že by měla být provedena, pokud by si to rodina nebo dotyčný přál. Sama se snaží vcítit do dítěte (osoby), které by bylo v takové situaci a připouští, že by sama o eutanazii uvažovala. Zároveň si uvědomuje, že stanovisko je z pohledu zdravé dívky; pokud by se skutečně ocitla v této situaci, možná by bylo její rozhodnutí jiné. Tento argument je velmi často diskutován v souvislosti s problematikou „do not resuscitate“¹⁷ a eutanazie. Profesor Klener na odborném symposiu EPP uvedl autentický příklad z praxe, který rovněž dokládá tuto teorii: „Zažil jsem případ lékařky, která prohlašovala, že kdyby měla nádorové onemocnění, tak si do týdne zařídí všechno potřebné a pak ví, co si má vzít, aby svůj život ukončila. Shodou okolností skutečně nádor dostala a úzkostlivě lpěla na životě. Měl jsem to štěstí, že se mi vždycky podařilo jí najít žílu a dával jsem jí transfuze, zkontroloval jsem dobře číslo na konzervě. Měla ohromnou úzkost ohledně života a absolutně o eutanazii či předčasném skončení života neuvažovala.“ (Klener, EPP, 2012)

¹⁷ Dříve vyslovené přání člověka neresuscitovat. Etický rozpor mezi autonomií člověka a paternalistického přístupu lékaře.

Žákyně argumentuje tím, že každý má právo rozhodovat o svém životě, vidí pouze černou a bílou – trpět nebo „odejít“ (smrt). V odborných kruzích je téma autonomie člověka velmi diskutováno. Někteří ji spatřují jako nejvyšší hodnotu, která povýšila nad samotnou hodnotu života.

Větou „*Ale v případě toho, že by mi doktoři řekli, že mému dítěti zbývá rok života, splnila bych mu jakékoliv přání, bez omezení.*“ dívka potvrzuje jeden z chybných výchovných stylů, který popisujeme v kapitole 2.7.2 Nevhodná výchova – výchova rozmazlující.

V závěru podotýká, že je téma velmi závažné a je třeba nad ním hodně přemýšlet. Smysl života pak hodnotí jako stejný u „normálního“ dítěte.

Žák, 16 let, svědek Jehovův

„Já sama si to neumím představit, ale musí to být hrozné – žít takový život, kdy nevíme, co se s námi stane za sekundu nebo minutu našeho života. Takové dítě je šťastné za to, když se o něho někdo stará. Nedávno jsem viděla příběh jedné holčičky, co ze dne na den přestala vnímat, chodit, nemohla nic dělat. Už tři roky neví, co má za nemoc – musí to být hrozné. Když jsem viděla, jak jí pomáhá chemoterapie a jak se usmívá, rozbředla jsem se, protože holčička neuměla dávat najevo city, byla ochrnutá. Takovým dětem by se mělo nebo se musí pomáhat, protože sami nic nesvedou. Smysl dítěte s tak těžkým tělesným postižením ve své podstatě je, protože vnímá lásku druhých a ví, že ho nikdy nikdo neopustí. Mnohdy mohou mít lepší a šťastnější život, ne po stránce tělesné, ale co se týká rodiny, musí ucelit vztahy a to je důležité. Kdyby se to stalo mně, že bych měla postižené dítě, určitě bych se o něj starala a milovala ho. Nikdy bych neudělala takovou věc, že bych ho dala do babyboxu nebo šla na potrat. Bylo by to moje dítě a ono by vnímalo to, že chci pro něj udělat vše, co můžu, a že ho miluji. Mnoho lidí se dívá na své nepatrné problémy, přitom po celém světě je tolik postižených lidí a dětí, kteří se usmívají více než ti, kteří se stěžují. Jsem vděčná, že jsem zdravá a nemusím řešit takové problémy. Chtěla bych takovým dětem pomáhat, protože vím, že jsou rády za každé pohlázení, úsměv (projevení lásky). Děti, které takto žijí, mají rády život, váží si ho a chtějí ho využít co nejlépe, pokud jsou alespoň na vozíčku. Děti, které jsou ležící a „nevládné“, jsou vděčné za pomoc rodičů a za to, že je budou milovat celým svým srdcem. Četla mnoho příběhů o takových dětech, bylo mi jich velmi líto. Když pak říkali, že jim nějaké pojišťovny nechtějí proplácet chemoterapie nebo nový vozík, velmi mě to

rozčílilo, protože vím, že takovým dětem chemoterapie pomůže. Proto by se měly pojišťovny nad sebou zamyslet a změnit přístup k „nevládným“ dětem, lidem. Proto bych byla ráda, kdyby každý měl takové děti rád, měl s nimi soucit a pomáhal jim, protože oni to potřebují. Víím, že v blízké době se všechno změní a brzy budou lidé šťastní, tak jak se to píše v Bibli.“

Komentář

V úvodu se žákyně zamýšlí, jaké by to bylo, kdyby ona sama byla v této situaci. Hodnotí ji jako „hroznou“ z důvodu nejistoty, kdy nevíme, co se s námi stane za sekundu nebo minutu našeho života. To ovšem neví ani osoby s neporušeným zdravím. V kontextu se zadaným tématem však chápeme, jak to dívka myslela.

Dále píše o příběhu, který viděla v televizi. Holčička, která ze dne na den přestala vnímat a doktoři již tři roky nevědí, jakou nemocí přesně trpí. Opět se snaží vcítit do její situace a posuzuje ji jako „hroznou“. Nemocné holčičce byly podány léky, které jí ulevily a žákyně přiznává, že jí celý příběh dojal k slzám. Zde můžeme usuzovat, že je dívka velmi citově založená, otázkou je, zda je její empatie ještě „zdravá“, nebo je adeptkou pro syndrom vyhoření.

Smysl života dítěte vidí v tom, že je schopno vnímat lásku. Lásku tak hodnotí jako nejvyšší atribut. Podotýká, že nemocné děti v milující rodině mohou mít lepší a šťastnější život než jiné. Ne po stránce tělesné, ale vztahové. Tímto tvrzením je v rozporu s první větou své práce a můžeme tak pozorovat, že po hlubším zamyšlení nad tématem z prvotního „hrozného“ hodnocení kvality života postupně nalézá i jeho pozitivní stránky.

Pokud by se stala matkou takového dítěte, přijala by ho a o interrupci ani jiné variantě by neuvažovala. To je ve shodě s jejím náboženským přesvědčením, i když se na něj neodkazuje. Je přesvědčená, že dítě by vnímalo její lásku a její obětavost.

Srovnává „nepatrné“ strasti lidí po celém světě s problémy lidí s vážným postižením, kteří se smějí daleko více a nestěžují si. Podotýkáme, že lidé řeší své problémy, které se jim jeví jako katastrofální a mnohdy i katastrofální jsou v kontextu s jejich životní situací. Je pravda, že v naší společnosti řešíme spíše otázky luxusu, kdežto v zemích třetího světa řeší otázky přežití. Ve vztahu ke smrti a umírání se pak všechny naše „závažné problémy“ jeví naprosto nepodstatnými. Takto to ale nelze nikdy posuzovat. Lidé řeší takové problémy, které jsou vlastní jeho podmínkám; individuálně na jedince může stejně ničivě působit rozpad manželství, ztráta zaměstnání jako na jiné lidi třeba nemoc, ztráta blízkého člověka apod.

Dívka si uvědomila, že je vděčná za své zdraví a nemusí řešit takovou situaci. Také proto by se chtěla angažovat a pomoci dětem, které takové štěstí nepotkalo. Opět zmiňuje, že láska je to nejlepší, co dítěti můžeme nabídnout. Vnímá také finanční nákladnost péče a cítí rozhořčení nad tím, že pojišťovny nechtějí proplácet pomůcky a léčbu.

V závěru si přeje, aby takové děti měl každý rád, soucítil s nimi – toto je velmi milá myšlenka, avšak spíše utopistická. Dívka je přesvědčená, že se v brzké době vše změní a lidé budou šťastní, jak se to píše v Bibli. Je fascinující, jak v tomto případě víra ovlivní celý pohled na věc. Pozitivní nálada a optimismus se prolínal celou esejí.

Žák, 18 let, nevěřící

„Právo na život má každé dítě. Můj postoj k tomu je ovlivněn tím, že v rodině mám dítě, u kterého se neví, co vše bude zvládat a jak se bude vyvíjet. Ale všichni se z něho radujeme. Mělo být bráno po porodu jako potrat, ale teď vidím – byla by to blbost ho zabít. Lékaři nám při porodu sdělili, že nepřežije, že bude v nejlepším případě postižené. Ale na druhou stranu po roce a čtvrt vidím, že chtělo bojovat, bojuje stále a hlavně bojuje s úsměvem. Nad takovými dětmi, ať už se to o nich ví, nebo v průběhu života se nějaké postižení projeví, by rodiče ani okolí neměli zanevřít. Spíše ho podporovat a nedávat na vědomí, že se liší od ostatních. Jednou je to naše dítě a musíme se o něho postarat i v domnění, že na světě nebude dlouho. Hodně slyším, proč by měly postižené děti žít, že se jen trápí a rodiče kvůli nim mají jen hodně starostí. Ale ruku na srdce: Kolik „debilů“ existuje, žijí a jsou zdraví. Nábožensky zaměřená vůbec nejsem, ale mít takové dítě, tak Bohu děkuji stejně jako za to zdravé.“

Komentář

Žákyně rovněž upozorňuje na to, že každý má právo na život. Sama má v rodině vážně nemocné dítě, kterému lékaři nedávali příliš šancí. S odstupem času pak hodnotí, že je dobře, že se dítě narodilo a z celého projevu je patrné, že toto dítě má štěstí a je milováno.

Razantním způsobem přebírá odpovědnost za to, že kdyby se jí samotné takové dítě narodilo, přijala by ho, protože „musí“ – bylo by to její dítě. Paradoxně poukazuje na to, že není věřící, ale zároveň by i za dítě s vážným postižením děkovala Bohu.

V závěru práce velmi uvolněným a explicitním způsobem dodává, proč by zrovna takové dítě nemělo právo tady být, když tady existuje i tolik zdravých „debilů“.

Žák, 18 let, racionalista

„V Ústavě ČR je uvedena věta – „Každý má právo na život.“ Domnívám se, že každá lidská bytost by měla mít právo žít svůj život co možná nejplnohodnotněji a nejlépe, jak jen je to možné. I lidé s tělesným nebo duševním postižením jsou přece lidé, v těle jim bije stejné srdce jako nám ostatním. Neměli bychom se zabývat otázkou, jaký má smysl a zda vůbec má smysl jejich život, který je časově limitován, a to už vůbec ne u dětí. Otázka, kterou bychom se měli zabývat, se týká spíše způsobu, jak jim tento život zplnohodnotnit, naplnit radostí a nadějí. Často se setkávám s dětmi z dětských domovů a nejednou se mi stalo, že jsem přišla do kontaktu s tělesně nebo duševně postiženým dítětem. To nejlepší, co můžeme udělat, a tím myslím s tímto dítětem, je věnovat se mu. Mnoho věcí nám ukázalo, jak mohou být tyto děti šťastné, protože mohou žít život, v němž se nikdo kvůli jejich postižení nebojí „připustit“ si je blíže k tělu. Nehleďme na to, zda má život těchto dětí smysl. Každý život má smysl. Kdykoliv v životě může nastat situace, kdy se nám život obrátí vzhůru nohama tomuto „postižení“ budeme vystaveni přímo my. Právě v tomto případě bychom se my sami zaobírali otázkou smyslu našich životů. Věřím v to, že pokud by byl také někdo hodný, kdo by se snažil náš nový život naplnit nějakým smyslem a nadějí, chtěli bychom žít dál s poutem naděje. Vždyť každý má právo na život.“

Komentář

Dívka celkem třikrát zmínila právo na život, dokonce správně uvedla i jeho právní zakotvení. Naprosto výstižně podotkla, že našim úkolem není hodnotit smysluplnost života těchto dětí, jako spíše tím, jak jim život zplnohodnotnit. Nejlepší způsob, jak toto činit, je pak naše péče a zájem.

Stejně jako MUDr. Kalvínská (ve svém projevu EPP), odkazujícího se na teorii Frankla, i tato mladá dívka podotýká, že pokud bychom se sami ocitli v tíživé situaci, pak i my bychom se zaobírali smyslem vlastních životů.

Žák, 18 let, věřím, ale v žádného konkrétního boha, prostě jen v to, že existuje nějaká vyšší síla

„Jsem toho názoru, že život každé lidské bytosti svůj smysl má. Důležité ale je, co si člověk pod tímto pojmem představuje. Má být snad smysl života zplodit potomky nebo dělat radost ostatním? Ve svém blízkém rodinném okolí jsem se nesetkala s dítětem s psychomotorickým postižením, ale ve vzdáleném okolí tyto děti vídám často. Ať již v televizi nebo v nemocnici. Víím na 100 %, že každý jednotlivý rodič takového dítěte si je jistý tím, že život jeho potomka má smysl, proto si ho také po narození nenechali vzít. Cítím v srdci hluboký smutek kvůli takto postiženým dětem a chtěla bych pro ně lepší život. Víím, že jejich život smysl má, jejich rodiče je milují, pokud se jich nevzdají a pečují o ně s láskou a láska, kterou děti cítí, je to nejdůležitější na světě. Tento cit od druhé osoby vnímá každý. Slepec, dítě s postižením nebo květina, kterou dennodenně zaléváme. Myslím si, že lidé se narodili proto, aby lásku dávali a přijímali. Proč bychom ji jinak cítili už i u matky v břiše? Dalším důvodem, proč jeho život smysl má, se sice tolik netýká jeho osobně, ale já tento důvod vnímám nejsilněji. Takové dítě nám totiž ukazuje, že si máme svého zdraví vážit! Kolikrát jsem měla špatnou náladu, kvůli maličkostem, že jsem si nemohla koupit tričko, které jsem chtěla. Potom jsem uviděla dítě na vozičku. Všechny špatný pocit ze mě spadl a já se rázem sama za sebe styděla, jak jsem mohla být tak povrchní. Protože ty děti určitě takové věci neřeší. Je mi z toho smutno. Myslím si, že každý z nás se musí smířit s tím, co mu bylo při narození dáno – černoch chce být běloch, tlustá dívka chce být hubená, ale to vše je pouze fyzično. Nejdůležitější je ale naše psychika, jak věci vnímáme, jak pozitivně nebo negativně myslíme. Pokud má dítě „pouze“ motorické postižení, může mít v hlavě mozek genia a my to nevíme. Proto nesudme lidi z vnějšku. Jak se říká: „Nehledej krásu, ta srdce nemá – hledej lásku, krása přijde sama.“

Komentář

Žákyně již v první větě uvádí, že život jakékoliv lidské bytosti je smysluplný. Velmi výstižně argumentuje tím, že smysl života je dán tím, co za smysl života považujeme. Smysl dítěte s život ohrožujícím postižením vidí hned ve dvou sférách.

První v tom, že život dítěte má smysl pro něj samotné, protože je schopno přijímat a dávat lásku – stejně jako každá živá věc (odkazuje se i na rostliny). Ostatně laskavýma očima je psána celá esej.

Druhá rovina, proč má smysl život takového dítěte, spočívá v tom, že nám ukazuje hodnotu našeho vlastního zdraví. Sama uvádí příklad ze svého života, kdy si uvědomila, že v životě jsou i důležitější věci než nové tričko. Tady je třeba podotknout, že je přínosné, že si tak mladá dívka uvědomuje, že jsou na světě závažné věci a dojde k závěru, že sama si vlastně nemá proč stěžovat. Avšak není možné, aby ona sama snad měla cítit provinění z toho, že k ní byl život „spravedlivější“ a k někomu méně.

Nejednou jsme se setkali s tím, že když spatřujeme nějakou křivdu, nepřízeň „osudu“ nebo podobně, je pro nás asi nejpohodlnější reakcí „cítit provinění“ nad naší vlastní povrchností, úspěchem apod. Je to komfortnější vypořádání se situací než reálná pomoc znevýhodněnému jedinci. Dívka to ve svém projevu však myslí dobře, přeje si pro tyto děti lepší život, projevuje lítost. Zároveň podotýká, že nezáleží tolik na fyzické kráse a fyzických možnostech obecně. Důležitost vidí v psychice a krásu v lásce.

5. ZÁVĚR

V diplomové práci bylo dosaženo všech tří hlavních cílů a jejich dílčích úkolů. Zmapovali jsme historické, spirituální hledisko dětské thanatologie a předložili možné teorie z těchto úhlů pohledu. Objasnili rozdíl mezi eutanazií (dobrá, milosrdná smrt) a nacistickým programem „Eutanazie“. Nabídli jsme široké spektrum stanovisek k otázce smyslu života v kontextu k dětem s infaustní prognózou. Duchovní pohled byl přijat k publikaci v odborném časopise *Sestra*.

Po provedení obsahové analýzy RVP a ŠVP oboru *Zdravotnický asistent* jsme vytvořili přehledné tabulky prezentující rozsah učební látky vztahující se k problematice thanatologie. Přílohou jsme připojili návrh vlastní vyučovací hodiny thanatologie s apelem na afektivní (citovou) složku osobnosti žáků.

Praktická část naskýtá vhled do osobního hlediska žáků střední zdravotnické školy. V kapitole *Výsledky a diskuze* podrobně rozebíráme možná vysvětlení vyskytujících se jevů v esejích žáků. Pomocí grafů znázorňujeme nejčastěji se opakující výroky. Stanoveným dílčím úkolem bylo vyhledat projevy empatie v písemném projevu žáků. To jsme našli v kategoriích: role nemocného, role matky, lítost a snaha pomoci dítěti. Zároveň v této kapitole srovnáváme s aktuálními stanovisky odborníků zúčastněných na symposiu EPP. Rovněž porovnáváme odpovědi respondentů s jejich vrstevníky (pořad *Tykadlo*) v otázce týkající se smrti.

Sborník plných odpovědí žáků, který je samostatnou součástí diplomové práce, slouží jako kompletní dokumentace realizovaného výzkumu a po jeho přečtení si čtenář může utvořit vlastní názor. Uskutečněné kódování žáků prvního ročníku umožňuje provést opakování výzkumu a srovnat tak stanoviska k problematice u jednotlivých žáků s odstupem času. To může ukázat možný posun, změnu nebo utvrzení myšlenek po nabytých zkušenostech a studiu. Výsledky poskytují pohled středoškoláků na eticky velmi citlivou tematiku, která je v současné době diskutována nejen na poli medicínském.

Zvolená výzkumná metoda, kterou můžeme porovnat s „klasickou“ dotazníkovou metodou použitou při psaní bakalářské práce, byla dle našeho mínění výhodnější. Celý výzkum byl pod naší kontrolou, tudíž můžeme vyloučit běžná úskalí dotazníkové metody (např. jeden respondent vyplní více dotazníků, diskutování nad odpověďmi a následné ovlivňování, nesprávné pochopení otázky, nechť respondentů vyplňovat dotazníky atd.).

Zprvu se nám zvolená metoda jevila i jako časově méně zatěžující, než jak tomu bývá při distribuci a kvantitativním zpracování výsledků u dotazníků. Avšak řada

skutečností (doslovný přepis, gramatická a syntaktická úprava, zpracování v programu Microsoft Excel) naši domněnku zcela vyvrátilo. Subjektivní interpretace předkládá možná, ne však dogmatická vysvětlení různých myšlenek žáků.

Při psaní diplomové práce jsem se nejednou setkala s velmi rozpačitými reakcemi: „*Proč sis vybrala zrovna tohle téma?*“, „*To já bych psát nemohla*“ apod. Byly doprovázeny velmi smutným výrazem ve tváři. Myslím si, že už kvůli těmto reakcím by se podobným tématům měli lidé věnovat. Je jasné, že téma není radostné; předsudky, kdy umírající dítě automaticky chápeme jako tragédii, která nemůže přinášet absolutně nic pozitivního, jsou chybné. Několikrát zmiňovaný D. N. Walsch je přesvědčen, že život je takový, jaký věříme, že je. (Walsch, 2003) Je proto důležité v životě takových dětí nalézat nejen negativní stránky, ale i ty pozitivní.

Velice mile mě překvapili moji známí, se kterými jsem občas o tematice soukromně hovořila. Někteří mi sami od sebe posílali odkazy na zajímavé články, sdíleli své zkušenosti apod. Rovněž oslovení odborníci, se kterými jsem hovořila (mnohdy jen prostřednictvím e-mailu), byli velice vstřícní a ochotni sdělit své poznatky, ev. korigovat odborné části. Například zástupkyně buddhistického centra z Olomouce mi velice laskavě nabídla konzultaci i zapůjčení diplomové práce – rovněž na thanatologické téma.

V podstatě jediné úskalí, které stojí za zmínku, byla naprostá ignorace našeho e-mailu zasláného čtyřem největším pojišťovnám v naší republice, který se dotazoval na finanční zatížení přístrojové péče u dětí, jež by bez této techniky nebyly schopny žít.

6. SOUHRN

Diplomová práce se snaží nalézt možná východiska nahlízející na dítě s infaustní prognózou. Teoretická část seznamuje s odbornou terminologií a vývojem úmrtnosti dětí. Představuje historické pojetí smrti a vyvrací záměnu eutanazie (milosrdná smrt) s nacistickým vyvražďováním v programu „Eutanazie“. Demonstruje ekonomickou „hodnotu“ lidského života a finančního zatížení přístrojové péče u novorozenců. Předkládá právní úpravu v České republice z hlediska eutanazie, interrupce a práva na život. Prezentuje možná spirituální východiska. Etická stránka se zešíroka zabývá smyslem života a je dokreslena reálnými případy z praxe. Psychologické hledisko představuje situaci v rodině, kde je jedním z členů dítě s infaustní prognózou a uvádí příklady nevhodné výchovy. Posledním prezentovanou oblastí je středoškolská příprava zdravotníků oboru *Zdravotnický asistent*, kde je provedena obsahovaná analýza RVP a ŠVP z oblasti thanatologie. Představuje profil a uplatnění absolventů tohoto studijního oboru. Tím blíže charakterizuje respondenty zúčastněné ve výzkumné části diplomové práce, která zjišťuje pohled žáků tohoto oboru na smysl života dětí s infaustní prognózou.

Klíčová slova: Infaustní, smrt, umírání, thanatologie, etika, eutanazie, smysl života, spiritualismus, psychomotorické postižení.

7. SUMMARY

This thesis tries to find possible solutions viewing the child with life limiting prognosis. The theoretical part introduces the technical terminology and the development of child mortality. Represents the historical concept of death and confusion refutes euthanasia (merciful death) in the Nazi extermination program "Euthanasia". Demonstrates the economic "value" of human life and the financial burden of care instrument in newborns. Submit legislation in the Czech Republic in terms of euthanasia, abortion and the right to life. Presents perhaps spiritual foundations. The ethics is broadly concerned with the meaning of life and is illustrated with real examples from practice. The psychological aspect is the situation in the family, where one of the members of a child with a life limiting prognosis and provides examples of inappropriate care. The last area is presented secondary school training Medical assistant field where analysis is performed including the general educational and school educational program in the field of thanatology. Presents a profile, and graduates of this field of study. This qualifies the respondents involved in the research part of the thesis, which investigates view field Medical Assistant students on the meaning of life for children with life limiting prognosis.

Keywords: Life limiting (infaust prognosis), death, dying, thanatology, ethics, euthanasia, meaning of life, spiritualism, psychomotor impairment.

8. REFERENČNÍ SEZNAM

Literatura:

1. BSTAN-'DZIN-RGYA-MTSHO, F., M. RELF a A. COULDRICK. 2010. *Jeho svátost Dalajláma, Moje duchovní pouť životem*. Editor Josef Kuře. Překlad: Sofia Stril-Rever. Praha: Argo. 269 s. ISBN 978-802-5702-901.
2. BURDA, F. 2011. *Obraz člověka ve filosofickém světě Karola Wojtyly*. Ústí nad Orlicí, 335 s. ISBN 978-807-4051-234.
3. DROBNÁ, H. 2005. Etika v neonatologii: *Groningerský protokol – eutanázie těžko chorých novorozenců*. *Kontakt: Scientific Acta Faculty of Social and Health Studies*: vědecký časopis Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity. s 3–4. ISSN 1212-4117.
4. *Euthanasia – the „good death“ controversy in humans and animals*. Editor: Josef Kuře. Překlad Kateřina Klapuchová. Rijeka: InTech, 2011. 248 s. ISBN 978-953-3072-609.
5. FILKA, J. 2002. *Metodika tvorby diplomové práce*. Brno: KNIHAŘ. 224 s. ISBN 80- 86292-05-3.
6. FRÖMEL, K. 2002. *Kompendium psaní a publikování v kinantropologii*. Olomouc: UP. 126 s. ISBN 80-244-0514-8.
7. GALLI, R. 2002. *Zachránit Jeffreyho*. Praha: Portál, 166 s. ISBN 80-717-8668-3.
8. GREENHALGH, T. 2003 *Humanitní vědy dnes a zítra: pre začiatovníkov*. Praha: Grada, 208 s. Res humanae. ISBN 80-247-0310-6.
9. GRUMANOVÁ, J.,C. 2008. *První dny s vážnou diagnózou: praktický rádce v mezní životní situaci : [co dělat, když vám lékař sdělí krutou pravdu]*. Praha: Ikar, 287 s. ISBN 978-802-4911-649.
10. HOLOUŠOVÁ, D. a M. KROBOTOVÁ. 2002. *Diplomové a závěrečné práce*. Olomouc: UP. 117 s. ISBN 80-244-0458-3.
11. CHAUSSOY, F. 2005. *Nejsem vrah: strhující příběh lékaře postaveného před osudovou volbu eunatazie*. Frýdek-Místek: Alpress, 143 s. ISBN 80-736-2154-1.
12. CHRÁSKA, M. 2007. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. Praha: Grada Publishing, 265 s. ISBN 978-80-247-1369-4.

13. ILLICH, I. 2012. *Limity medicíny: Nemesis medicíny – zaprodané zdraví*. Překlad Radkin Honzák. Brno: Emitos, 177 s. ISBN 978-808-7171-264.
14. JELÍNEK, J. 2010. *Trestní právo hmotné: obecná část, zvláštní část*. 2. vyd. Praha: Leges. 904 s. Student (Leges). ISBN 978-80-87212-49-3.
15. JELÍNEK, J. 2011. *Trestní zákoník a trestní řád: s poznámkami a judikaturou: zákon o soudnictví ve věcech mládeže, zákon o výkonu vazby, zákon o výkonu trestu odnětí svobody, advokátní tarif*. 2. aktualiz. vyd. podle stavu k 1. 12. 2011. Praha: Leges. 1280 s. Glosátor. ISBN 978-808-7212-998.
16. KANTOR, L. 2010. *Otázky*. 2. vyd., Olomouc, 67 s. ISBN 978-80-904495-1 0.
17. KERRIGAN, M. 2008. *Historie smrti: pohřební zvyky a smuteční obřady od starověku do současnosti*. Praha: Deus. 187 s. ISBN 978-808-7087-558.
18. KOMÁRIK, E. 2012. *Metódy vedeckého poznávania človeka: pre začiatočníkov*. 1. vyd. Bratislava: Vydavateľstvo UK. 210 s. ISBN 80-223-1717-9.
19. KRÁMSKÝ, D. 2007. *Humanitní vědy dnes a zítra: pre začiatočníkov*. 1. vyd. Liberec: Katedra filosofie Technické univerzity v Liberci. 365 s. ISBN 978-808-6807-065.
20. KÜBLER-ROSS, E. 2003. *O dětech a smrti*. Překlad Jiří Královec. Praha: Ermat, 311 s. ISBN 80-903-0861-9.
21. KÜBLER-ROSS, E. 2012. *Světlo na konci tunelu: úvahy o životě a umírání*. Brno: Jota. 248 s. ISBN 978-807-4621-451.
22. Listina základních práv a svobod, ústavní zákon č. 2/1993 Sb. ve znění ústavního zákona č. 162/1998 Sb.
23. LOUČKOVÁ, I. 2010. *Integrovaný přístup v sociálně vědním výzkumu*. Praha: Sociologické nakladatelství, 311 s. Studijní texty (Sociologické nakladatelství). ISBN 978-808-6429-793.
24. MACH, J. 2003. *Zdravotnictví a právo: komentované předpisy*. Praha: ORAC. 351 s. ISBN 80-861-9950-9.
25. MATĚJČEK, Z. 2001. *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*. 3. přepracované vyd. Jinočany: Nakl. H. 147 s. ISBN 80-860-2292-7.
26. MATĚJČEK, Z. 2005. *Výbor z díla*. Praha: Karolinum. 445 s. ISBN 978-802-4610-566.
27. MATĚJČEK, Z. 2011. *Praxe dětského psychologického poradenství*. Vyd. 2., aktualiz. a upr., V Portálu 1. Praha: Portál. 342 s. ISBN 978-802-6200-000.

28. MEŠKO, D. aj. 2006. *Akademická příručka*. České upravené vyd. Martin: Osveta. 481 s. ISBN 80-8063-219-7.
29. MOODY, R. 2004. *Život po životě: úvahy, otázky, odpovědi*. Překlad Boris Jaroš, Irena Jarošová. Praha: Eminent. 108 s. ISBN 80-728-1195-9.
30. *Národní program rozvoje vzdělávání v České republice: Bílá kniha*. 2001. Praha: Ústav pro informace ve vzdělávání. 98 s. ISBN 80-211-0372-8.
31. NIKLÍČEK, L. a K. ŠTEIN. 1985. *Dějiny medicíny v datech a faktech*. Praha: Avicenum. 374 s. ISBN 08-042-85.
32. *Nový akademický slovník cizích slov A-Ž*. Praha: Academia, 2007. 879 s. ISBN 978-80-200-1351-4.
33. OCHRANA, F. 2009. *Metodologie vědy: úvod do problému*. Praha: Karolinum. 156 s. ISBN 978-80-246-1609-4.
34. OSHO, 2007. *Kniha poznání, objevte vlastní cestu k vnitřní svobodě*. Praha: Pragma. 270 s. ISBN: 978-80-7349-082-9.
35. *Ottova všeobecná encyklopedie ve dvou svazcích*. Praha: Ottovo nakladatelství – Cesty, 2003. 752 s. ISBN 80-7181-959-X.
36. PARKES, C. M., M. RELF a A. COULDRICK. 2007. *Poradenství pro smrtelně nemocné a pozůstalé*. Překlad Pavel Pšeja. Brno: Společnost pro odbornou literaturu. 180 s. Paliativní péče. ISBN 978-808-7029-237.
37. PETERS, M. 2007. *The British Medical Association illustrated medical dictionary*. London: Dorling Kindersley, 608 p. ISBN 978-140-5319-973.
38. *Postižený člověk v dějinách II: texty k dějinám speciálně pedagogické teorie a praxe: vybrané příspěvky z konferencí Postižený člověk v proměnách času I a II*. Editor Tibor Vojtko. Hradec Králové: Gaudeamus, 2007. 106 s. Edice speciální pedagogiky (Gaudeamus). ISBN 978-80-7041-081-3.
39. *Postižený člověk v dějinách: vybrané přednášky k dějinám speciálně pedagogické teorie a praxe*. Editor Tibor Vojtko, Hradec Králové: Gaudeamus, 2005. 48 s. Edice speciální pedagogiky (Gaudeamus). ISBN 80-7041-017-5.
40. PTÁČEK, R. a P. BARTŮNĚK. 2012. *Eutanazie - pro a proti*. Praha: Grada. 256 s. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-802-4746-593.
41. PUGNEROVÁ, M. a J. KONEČNÝ. 2012. *Patopsychologie se zaměřením na psychologii handicapu*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, CD-ROM. ISBN 978-80-244-3062-1.

42. PUNCH, K. 2008. *Úspěšný návrh výzkumu*. Praha: Portál. 230 s. ISBN 978-80-7367-468-7.
43. *Rámcový vzdělávací program pro obor vzdělání 53-41-M/01 Zdravotnický asistent včetně nastavbového studia*. 2008. Národní ústav odborného vzdělávání, Praha. Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy. Bez ISBN.
44. SKLENKA, I. 1998. *Psychoterapie objevuje ducha*. Listy, roč. 11, č. 2, s. 9–10. In TAVEL, P. *Smysl života podle Viktora Emanuela Frankla*. Praha/Kroměříž: Triton, 2007. s. 13.
45. SOBOTKOVÁ, D. a J. DITTRICHOVÁ. 2003. *Narodilo se s problémy a co bude dál?* Praha: Grada. 107 s. ISBN 80-247-0398-X.
46. STOLÍNOVÁ, J. a J. MACH. 2010. *Právní odpovědnost v medicíně*. 2., dop. a přepracované vyd. Praha: Galén. 313 p. ISBN 978-807-2626-861.
47. ŠČEPOŇCOVÁ, S. *Náhled na problematiku komplexní péče a etiky u dětí s infaustní prognózou*. Zlín, 2010. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií. Vedoucí práce: Zdeněk Novotný.
48. ŠELNER, I. 2012. *Fenomén člověk s postižením*. Olomouc: Caritas – Vyšší odborná škola sociální Olomouc. 217 s. ISBN 978-80-87623-06-0.
49. *Tibetská kniha mrtvých: bardo thödol : vysvobození v bardu skrze naslouchání*. 4. vyd., ve Vyšehradu 2. Překlad Josef Kolmaš. Praha: Vyšehrad, 2001, 186 s., viii s. obr. příl. ISBN 80-702-1473-2.
50. VYMĚTAL, J. 2003. *Lékařská psychologie*. 3. aktualiz. vyd., Praha: Portál. 397 s. ISBN 80-717-8740-X.
51. Zákon č. 66/1986 Sb., o umělém přerušení těhotenství.
52. ZLATOHLÁVKOVÁ, B. 2008. *Právo a etika na hranicích životaschopnosti plodu a novorozence*. Neonatologické listy, roč. 14, č. 1, s. 3–8. ISSN 1211-1600.
53. ZUCKOFF, M. 2004. *Naia se smí narodit*. Překlad Kateřina Bodnárová. Praha: Portál, 322 s. ISBN 80-717-8827-9.

Internetové zdroje:

54. CARNEVALE, F. *Ethical care of the critically ill child: a conception of a 'thick' bioethics*. [online]. [cit. 2013-03-12]. DOI: 10.1191/0969733005ne786oa. Dostupné z: <http://nej.sagepub.com/cgi/doi/10.1191/0969733005ne786oa>
55. FRDECKÁ, L. *Péče o novorozence v nemocnici stojí i 26 tisíc denně*. [online]. 2008 [cit. 2013-02-05]. Dostupné z: http://zpravy.idnes.cz/pece-o-novorozence-v-nemocnici-stoji-i-26-tisic-denne-fxh-domaci.aspx?c=A080626_094329_domaci_pje
56. HÁJEK, A. *Indové postrádají miliony holčiček, zmizely na interrupčních klinikách*. In: www.zpravy.idnes.cz [online]. 2011 [cit. 2013-01-29]. Dostupné z: http://zpravy.idnes.cz/indove-postradaji-miliony-holcicek-zmizely-na-interrupcnich-klinikach-1np/zahranicni.aspx?c=A110523_165629_zahranicni_aha
57. ISAACS, D. a S. A. SAYEED. Controversial End-of-Life Issues in the Neonatal Intensive Care Unit: Beyond the Standard of Best Interests. *The American Journal of Bioethics* [online]. 2011-02-14, roč. 11, č. 2, s. 44-45 [cit. 2013-03-12]. ISSN 1526-5161. DOI: 10.1080/15265161.2010.540069. Dostupné z: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/15265161.2010.540069>
58. KUČEROVÁ, L. *Hodnoty současné mladé populace*. Brno, 2012. Dostupné z: http://is.muni.cz/th/251972/pedf_m/. Diplomová práce. Masarykova univerzita. Vedoucí práce Hana Horká.
59. LINDEMANN H. a M. VERKERK. 2008. Ending the Life of a Newborn: The Groningen Protocol. *Hastings Center Report* [online]. [cit. 2013-02-06]. Dostupné z: <http://www.medscape.com/viewarticle/569471>
60. Porodím nemocné dítě. Potrat nechci. In: SNÍŽEK, Michal. [Http://www.prozeny.cz](http://www.prozeny.cz) [online]. 2010 [cit. 2013-02-03]. Dostupné z: <http://www.prozeny.cz/magazin/deti-a-rodina/tehotenstvi-a-porod/15902-porodim-nemocne-dite-potrat-nehci>
61. Profil absolventa, Vyšší odborná škola zdravotnická a Střední zdravotnická škola, 5. května 51, 140 00 Praha 4. In: [online]. [cit. 2013-03-09]. Dostupné z: <http://www.zdravotnickaskola5kvetna.cz/informace-o-oborech.html>
62. ŠŤASTNÝ, O a L. VESELÁ. 2008. *Jaká je ekonomická hodnota života? Dvanáct milionů*. [online]. [cit. 2013-01-29]. Dostupné z: <http://zpravy.idnes.cz/jaka-je>

ekonomicka-hodnota-zivota-dvanact-milionu-fvk-
/domaci.aspx?c=A080915_224716_domaci_dp

63. TRUOG, R. D. a S. A. SAYEED. Neonatal Decision-Making: Beyond the Standard of Best Interests. [online]. [cit. 2013-03-12]. DOI: 10.1080/15265161.2011.556979. Dostupné z: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/15265161.2011.556979>
64. WHO, 1948. Ženevský slib. Dostupné z: <http://www.euromedicine.eu/cze/clanky/detail/64/>.

Ostatní:

65. *Euthanasie – pro a proti*. 2. Mezinárodní symposium České lékařské komory v Praze, 28. 11. 2012. Zkratka v textu „EPP“.
66. Rešerše: *Umírající dítě - etické hledisko, eutanásie III-6739, 2005-2012*, ČJ, AJ, Moravskoslezská vědecká knihovna v Ostravě.
67. Rešerše: *Problematika předčasně narozených novorozenců III-6649, 1997–2012* ČJ, Moravskoslezská vědecká knihovna v Ostravě.
68. Rešerše: *Problematika důstojného umírání nemocných III-6658, 2000–2012* ČJ, Moravskoslezská vědecká knihovna v Ostravě.
69. Tykadlo, *Smrt – jak se s ní vyrovnat?* TV, ČT2, 15. února 2012. Dostupné také z: <http://www.ceskatelevize.cz/porady/10091190217-tykadlo/21254311404/video/>.
70. *Kurz Alfa*, úvodní setkání, Olomouc, únor 2013.
71. *Smrt a umírání z pohledu buddhismu*, Jakub Kadlec, 27. 2. 2013, Olomouc.

9. SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

AIDS – Acquired Immune Deficiency Syndrome – syndrom získaného selhání imunity.

ČLK – Česka lékařská komora.

EPP – Eutanazie – pro a proti. 2. mezinárodní lékařské symposium v Praze, 2012.

MŠMT ČR – Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy České republiky.

NCO NZO – Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů.

P. – Příloha.

RVP – Rámcový vzdělávací program.

ŠVP – Školní vzdělávací program.

UNICEF – The United Nations Children's Fund – Dětský fond Organizace spojených národů.

VVV – Vrozená vývojová vada.

WHO – Světová zdravotnická organizace.

10. SEZNAM TABULEK

Tabulka 1. Zemřelí z vnitřní příčiny úmrtí podle věku	13
Tabulka 2. Zemřelí na vnější příčiny úmrtí podle věku.....	13
Tabulka 3. Učební látka zakomponovaná v RVP	56
Tabulka 4. Učební látka zakomponovaná v ŠVP	59

11. SEZNAM GRAFŮ

Graf 1. Víra	72
Graf 2. Empatie.....	74
Graf 3. Empatie: rozdělení dle ročníků	75
Graf 4. Finance.....	76
Graf 5. Právo na život.....	78
Graf 6. Posměch	79
Graf 7. Zátěž pro rodinu	80
Graf 8. Smysl života.....	81
Graf 9. Interrupce.....	83

12. SEZNAM PŘÍLOH

P. I. Vývoj úmrtnosti mladších věkových skupin, podle příčin úmrtí

P. II. Příprava na hodinu

P. III. Tabulky četnosti

P. IV. Groningerský protokol pro eutanazii novorozenců

P. V. SBORNÍK: Odpovědi žáků střední zdravotnické školy. Samostatná příloha.

PŘÍLOHY

P. I. Vývoj úmrtnosti mladších věkových skupin, podle příčin úmrtí

Text je převzat z oficiálních stránek Českého statistického úřadu.

Podrobnější informace k dispozici na: <http://www.czso.cz/csu/2008edicniplan.nsf/p/4011-08>.

Zemřelí podle příčin úmrtí

V následujícím textu této kapitoly jsou zemřelí nejprve rozděleni podle příčiny úmrtí na zemřelé vnitřní a vnější příčinou (viz metodické poznámky). Za celé sledované období 14 roků připadá na vnitřní příčiny přibližně čtyři pětiny úmrtí, na vnější jedna pětina. I když hodnoty podílu v jednotlivých letech kolísají oběma směry, přesto je patrný určitý pokles zastoupení vnějších příčin. Např. za první polovinu sledovaného časového úseku činil jejich podíl 21,3 %, za druhou 18,2 %, úmrtí na vnější příčiny tedy ubývá rychlejším tempem než na příčiny vnitřní.

Zemřelí podle vnitřních a vnějších příčin úmrtí

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Počet														
Vnitřní	1 079	998	777	742	655	583	533	512	533	506	491	474	465	460
Vnější	335	230	189	201	163	165	168	120	125	117	101	106	94	101
Podíl (v%)														
Vnitřní	76,3	81,3	80,4	78,7	80,1	77,9	76,0	81,0	81,0	81,2	82,9	81,7	83,2	82,0
Vnější	23,7	18,7	19,6	21,3	19,9	22,1	24,0	19,0	19,0	18,8	17,1	18,3	16,8	18,0

Muži mají oproti ženám mezi zemřelými větší podíl úmrtí na vnější příčiny; v úhrnu za celé období je to o 3,0 procentní body, ale tato převaha není každoroční.

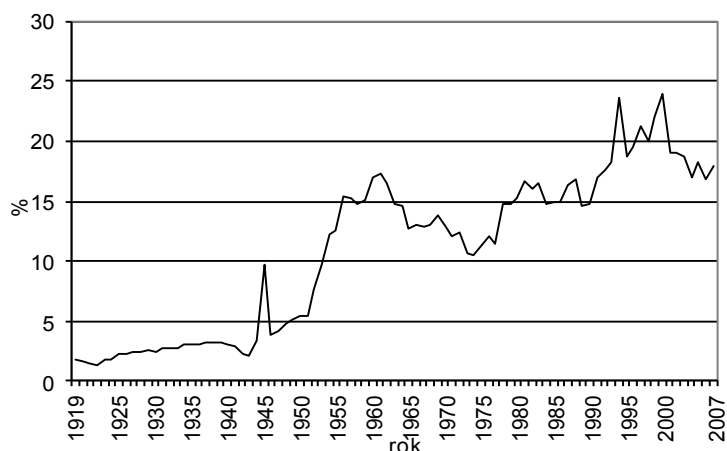
Také v závislosti na věku se mění zastoupení dvou základních skupin příčin úmrtí. V nejmladší skupině je podíl vnějších příčin ještě nevelký (v souhrnu za sledované roky 5,8 %), ale již od další jednoleté skupiny se výrazně zvyšuje. V rozmezí 3 až 13 let věku je podíl poměrně stabilní (většinou 40-45 %), u 14letých se zvyšuje až na nadpoloviční zastoupení.

Zemřelí podle vnitřních a vnějších příčin a věku – úhrn za roky 1994–2007

	podíl v %														
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Vnitřní	94,2	73,2	69,1	59,4	56,4	61,6	55,7	54,8	59,1	53,9	58,2	57,4	57,0	56,1	48,2
Vnější	5,8	26,8	30,9	40,6	43,6	38,4	44,3	45,2	40,9	46,1	41,8	42,6	43,0	43,9	51,8

Podíl zemřelých na vnější příčiny na celkovém počtu zemřelých

Rovněž v dlouhodobém srovnání bylo zemřelých na příčiny vnitřní vždy více než na příčiny vnější, v počátečních letech velmi výrazně. V dvacátých a třicátých letech minulého století byl podíl vnějších příčin na celkovém počtu zemřelých jen 1,3 až 3,3 % s mírně vzestupným trendem. Po válce byl nárůst podílu již výraznější a to až k prvnímu lokálnímu maximu v roce 1961 (17,3 %). Pak následuje čtrnáctileté období poklesu a opět vzestup až k dosavadnímu maximu v roce 2000 (24,0%).



Vnitřní příčiny úmrtí

S výjimkou roku 2002 znamenal každý rok ve sledovaném časovém úseku pokles počtu zemřelých ve srovnání s rokem předchozím. Údaj roku 2007 představuje méně než polovinu (43 %) hodnoty výchozího roku zkoumané časové řady. I když u žen byl pokles větší než u mužů (o 5 procentních bodů), přesto tvrzení o podstatném snížení počtu zemřelých platí pro obě pohlaví.

Zemřelí z vnitřní příčiny úmrtí podle pohlaví

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Celkem	1 079	998	777	742	655	583	533	512	533	506	491	474	465	460
Muži	620	564	420	404	369	311	297	302	306	288	281	277	289	278
Ženy	459	434	357	338	286	272	236	210	227	218	210	197	176	182

Počty zemřelých na vnitřní příčiny představují již jen velmi malý díl hodnot z prvních let existence Československa. Na počátku 20. let minulého století bylo ročně zemřelých přes 50 tis., takže současné počty z toho představují méně než 1 %. Ale i údaje z počátku 50.let (přes 10 tis.), z poloviny 70. let (okolo 4 tis.) a z poloviny 90. let (1 tis.) současnost výrazně převyšují.

Také při sledování vývoje zemřelých podle věku můžeme za zde sledované roky hovořit o bezvýhradném poklesu ve všech věkových skupinách a to nejen v dále uvedených úhrnech, ale i v jednoletých skupinách.

Hlavní podíl na celkovém počtu zemřelých má věková skupina do 1 roku, na kterou v součtu za celé období připadá 69,1 % případů. Skupinami s dalšími největšími podíly, ale hodnotami již mnohonásobně nižšími, jsou jednoletí a dvouletí s 5,2 % resp. 3,1 %. Všechny ostatní jednoleté skupiny mají podíly velmi podobné a jsou v nevelkém

rozmezí okolo 2 %. V rozdělení zemřelých do věkových skupin jsou mezi pohlavími rozdíly jen velmi malé.

Zemřelí z vnitřní příčiny úmrtí podle věku

Věk	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
0	771	705	523	504	444	389	356	344	368	346	339	324	333	339
1 - 4	146	118	107	98	76	64	56	70	70	62	59	49	52	54
5 - 9	78	80	79	77	64	66	55	40	45	42	39	33	43	31
10 - 14	84	95	68	63	71	64	66	58	50	56	54	68	37	36

Více jak 80 % zemřelých na vnitřní příčiny tvoří čtyři kapitoly příčin, přičemž cca polovina z toho připadá na kapitolu příčin označenou „Některé stavy vzniklé v perinatálním období“. Pak následuje kapitola „Vrozené vady, deformace a chromosomální abnormality“, kapitola „Novotvary“ a kapitola „Nemoci nervové soustavy“. Ve složení zemřelých podle základních kapitol jsou mezi chlapci a děvčaty jen nevýznamné rozdíly.

Zemřelí podle kapitol vnitřních příčin úmrtí - úhrn za roky 1994-2007

Příčina	Kódy	Zemřelí	Podíl (v %)	
			z celkového počtu zemřelých	ze zemřelých vnitřní příčinou
Vnitřní příčiny celkem	A00 - R99	8 808	79,9	100,0
Některé stavy vzniklé v perinatálním období	P00 - P96	3 449	31,3	39,2
Vrozené vady, deformace a chromosomální abnormality	Q00 - Q99	1 966	17,8	22,3
Novotvary	C00 - D48	938	8,5	10,6
Nemoci nervové soustavy	G00 - G99	881	8,0	10,0
Nemoci dýchací soustavy	J00 - J99	489	4,4	5,6
Příznaky, znaky a abnormální klinické a laboratorní nálezy nezařazené jinde	R00 - R99	285	2,6	3,2
Nemoci oběhové soustavy	I00 - I99	273	2,5	3,1
Nemoci endokrinní, výživy a přeměny látek	E00 - E90	145	1,3	1,6
Některé infekční a parazitární nemoci	A00 - B99	144	1,3	1,6
Nemoci trávicí soustavy	K00 - K93	126	1,1	1,4
Nemoci krve, krevetvorných orgánů a některé poruchy týkající se mechanismu imunity	D50 - D89	62	0,6	0,7
Nemoci močové a pohlavní soustavy	N00 - N99	35	0,3	0,4
Nemoci ucha a bradavkového výběžku	H60 - H95	7	0,1	0,1
Nemoci svalové a kosterní soustavy a pojivové tkáně	M00 - M99	6	0,1	0,1
Poruchy duševní a poruchy chování	F00 - F99	2	0,0	0,0

V tabulce uvedená struktura úmrtí podle kapitol v úhrnu za všechny věkové skupiny však zakrývá podstatný rozdíl, který je mezi skupinou nejmladší a staršími. Jednoznačně největší položka v počtu zemřelých, kterou jsou zemřelí na některé stavy vzniklé v perinatálním období, se týká jen zemřelých do 1 roku.

S měnícím se věkem se mění i podíly a pořadí hlavních skupin příčin úmrtí. V nejmladším věku vedou ve více jak polovině případů k úmrtí stavy vzniklé v perinatálním období, čtvrtina případů připadá na vrozené vady. Ve skupině 1-4letých mají hlavní podíl se zhruba stejnou hodnotou novotvary, nemoci nervové soustavy a vrozené vady. Další dvě pětileté skupiny mají již strukturu podobnou; více jak třetina úmrtí připadá na novotvary a cca čtvrtina na nemoci nervové soustavy.

Zemřelí podle kapitol vnitřních příčin úmrtí a věkových skupin – úhrn za roky 1994–2007

	0	1 - 4	5 - 9	10 - 14
Počet				
Některé stavy vzniklé v perinatálním období	3 449	x	x	x
Vrozené vady, deformace a chromosomální abnormality	1 566	238	90	72
Novotvary	69	263	292	314
Nemoci nervové soustavy	201	263	185	232
Nemoci dýchací soustavy	233	110	68	78
Nemoci oběhové soustavy	93	50	55	75
Ostatní	474	157	82	99
Podíl (v %)				
Některé stavy vzniklé v perinatálním období	56,7	x	x	x
Vrozené vady, deformace a chromosomální abnormality	25,7	22,0	11,7	8,3
Novotvary	1,1	24,3	37,8	36,1
Nemoci nervové soustavy	3,3	24,3	24,0	26,7
Nemoci dýchací soustavy	3,8	10,2	8,8	9,0
Nemoci oběhové soustavy	1,5	4,6	7,1	8,6
Ostatní	7,8	14,5	10,6	11,4

Některé stavy vzniklé v perinatálním období (P00–P96)

Tato skupina příčin úmrtí je jednoznačně nejfrekventovanější a týká se výhradně dětí ve věku do 1 roku a to zejména brzy po narození (úmrtí v prvních třech dnech věku tvoří 37 % této skupiny a do 1 měsíce 85 %). Ve sledované časové řadě má počet zemřelých sestupný trend (např. údaj roku 2007 tvoří jen 46 % počtu výchozího roku), ovšem v samostatně hodnoceném období od roku 2000 pokles již tak jednoznačný není. Při promítnutí vlivu od uvedeného roku zvyšujícího se počtu narozených je však již i v tomto období pokles úmrtnosti zřejmý, i když ne každoroční.

Zemřelí na některé stavy vzniklé v perinatálním období

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Celkem	400	400	308	302	237	205	220	183	217	193	207	188	204	185
Na 1 tis. osob	3,5	4,0	3,3	3,4	2,6	2,3	2,4	2,0	2,4	2,1	2,2	1,9	2,0	1,7

Existující data neumožňují podrobnější analýzu příčin úmrtí a to z toho důvodu, že v průběhu platnosti současné klasifikace došlo k podstatným změnám v zařazování úmrtí do podrobně specifikovaných příčin. Za roky 1994-1998 tvořila téměř 60 % úmrtí v této skupině jediná příčina „Poruchy v souvislosti se zkrácením trvání těhotenství a nízkou porodní hmotností, nezařazené jinde“ – kód P07. V dalších letech byl tento kód již ale využit jen v malé míře (maximum je 16 případů), v některých letech není vůbec. V období od roku 1999 mají obdobný podíl (necelých 60 %) čtyři příčiny „Pomalý růst a podvýživa plodu“ – kód P05, „Respirační tíseň novorozence“ – kód P22, „Nitrolební neúrazové krvácení plodu a novorozence“ – kód P52 a „Porodní asfyxie“ – kód P21. Ovšem i u těchto kódů, zejména u prvního z nich, jsou patrné značné výkyvy (v roce 1998 – 6 případů, v letech 2001, 2003 a 2004 přes 50 případů, v roce 2007 – 1 případ), což svědčí o změnách v metodice stanovování příčiny úmrtí.

Zejména u této nejpočetněji zastoupené skupiny příčin úmrtí se zřetelně projevují metodická upřesnění, která se postupně v průběhu platnosti současné revize aplikovala. V poslední době se jedná např. o pracovní materiál (tzv. Validation tool) vycházející z doporučení Eurostatu a názorů odborníků, stanovující přípustnost, nepřípustnost nebo

nepravděpodobnost v dokladu uvedené příčiny úmrtí. V souladu s uvedeným materiálem je pak v případě potřeby při kódování příčiny volen další postup.

Vrozené vady, deformace a chromosomální abnormality (Q00 - Q99)

Druhou skupinou příčin úmrtí, která také početně další skupiny výrazně převyšuje, jsou úmrtí na vrozené vady, deformace a chromosomální abnormality (dále jen vrozené vady). I tato skupina, i když není vázaná jen na nejmladší věkovou skupinu (do 1 roku), má nejvíce úmrtí v tomto věku. Z celkového počtu zemřelých za sledované období (1 966) připadá na věkovou skupinu 0letých 80 % (1 566 případů). Ve vyšším věku je již případů podstatně méně (např. u 1letých 127 případů, u 2letých 54 případů atd.).

Výrazné bylo snížení počtu úmrtí v první polovině sledovaného období (z 300 na 99 případů), pak již počty kolísají oběma směry, to je zvyšování i pokles.

Zemřelí na vrozené vady

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Celkem	300	235	172	156	165	138	99	126	104	114	71	100	86	100
Na 100 tis.osob	15,2	12,2	9,2	8,6	9,3	8,0	5,9	7,7	6,5	7,3	4,6	6,6	5,8	6,8

Ve sledovaném období 14 roků bylo v této kapitole příčin vyznačeno celkem 60 různých kódů příčin úmrtí. Na rozdíl od předchozí skupiny neměla žádná z příčin v jednotlivých letech zásadní zvrát ve výskytu, ani není obzvláště velké zastoupení případů blíže nespecifikované vrozené vady.

Zemřelí podle vybraných příčin úmrtí na vrozené vady – úhrn za roky 1994–2007

Příčina	Kód	Zemřelí	Podíl (v %)	
			z celkového počtu zemřelých	ze zemřelých této kapitoly příčin
Vrozené vady srdeční přepážky	Q21	221	2,0	11,2
Vrozený hydrocefalus	Q03	163	1,5	8,3
Vrozené vady aortální a mitrální chlopně	Q23	162	1,5	8,2
Jiné vrozené vady, nezařazené jinde	Q89	147	1,3	7,5
Vrozené vady srdečních komor a spojení	Q20	122	1,1	6,2
Jiné vrozené vady mozku	Q04	114	1,0	5,8
Vrozené vady velkých arterií	Q25	114	1,0	5,8
Jiné vrozené vady srdce	Q24	106	1,0	5,4
Syndromy Edwardsův a Patauův	Q91	91	0,8	4,6
Downův syndrom	Q90	77	0,7	3,9
Vrozené vady plic	Q33	68	0,6	3,5
Jiné určené vrozené malformační syndromy postihující více systémů	Q87	46	0,4	2,3
Vrozené vady svalové a kosterní soustavy, nezařazené jinde	Q79	43	0,4	2,2
Vrozené vady pulmonální a trojicpé chlopně	Q22	42	0,4	2,1

Novotvary (C00–D48)

Skupina úmrtí na novotvary má základní charakteristiku vývoje obdobnou jako skupiny přešlé, to znamená ve sledovaném časovém úseku zřetelný pokles. V relativních hodnotách pokračuje úbytek i ve druhé polovině období, i když již není tak výrazný a poslední dva roky jsou nad úroveň roku 2005. Na rozdíl od předchozích příčin však nejsou úmrtí koncentrovány do určitého věku; v četnosti úmrtí a věku zemřelých není patrná závislost.

Zemřelí na novotvary

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Celkem	114	103	88	82	76	76	76	54	53	51	45	35	44	41
Na 100 tis.osob	5,8	5,4	4,7	4,5	4,3	4,4	4,5	3,3	3,3	3,2	2,9	2,3	3,0	2,8

Z jednotlivých příčin jsou téměř třetinou zastoupena úmrtí na zhoubný novotvar mozku, dále následují úmrtí na leukémie.

Zemřelí podle vybraných příčin úmrtí na novotvary – úhrn za roky 1994–2007

Příčina	Kódy	Zemřelí	Podíl (v %)	
			z celkového počtu zemřelých	ze zemřelých této kapitoly příčin
Zhoubný novotvar mozku	C71	300	2,7	32,0
Lymfoidní leukémie	C91	136	1,2	14,5
Myeloidní leukémie	C92	66	0,6	7,0
Zhoubný novotvar periferních nervů a autonomní nervové soustavy	C47	46	0,4	4,9
Zhoubný novotvar jiné pojivové a měkké tkáně	C49	36	0,3	3,8
Zhoubný novotvar kostí a kloubní chrupavky končetin	C40	33	0,3	3,5
Zhoubný novotvar retroperitonea a peritonea	C48	33	0,3	3,5

Nemoci nervové soustavy (G00–G99)

Třebaže absolutní i relativní počty zemřelých na nemoci nervové soustavy byly v posledních dvou letech vyšší než v roce 2005, přesto časová řada celého období má trend jednoznačně sestupný. Např. údaj roku 2007 tvoří jen 36 % hodnoty výchozího roku. Zároveň se jedná o další skupinu příčin, u nichž jsou úmrtí soustředěna hlavně do prvních roků života – ve věku 0 roků je to 21 %, ve věku 1 rok 12 % a ve věku 2 roků 7 %. V dalších věkových skupinách je podíl zemřelých nižší a rozložení je již vcelku rovnoměrné.

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Celkem	72	76	94	74	65	62	52	54	64	62	64	63	46	33
Na 100 tis.osob	3,6	4,0	5,0	4,1	3,7	3,6	3,1	3,3	4,0	3,9	4,2	4,2	3,1	2,2

Zemřelí na nemoci nervové soustavy

Nejčastěji se vyskytující příčinou úmrtí v této skupině je dětská mozková obrna,

Příčina	Kód	Zemřelí	Podíl (v %)	
			z celkového počtu zemřelých	ze zemřelých této kapitoly příčin
Dětská mozková obrna	G80	246	2,2	27,9
Jiné poruchy mozku	G93	198	1,8	22,5
Hydrocefalus	G91	107	1,0	12,1
Epilepsie - padoucnice	G40	87	0,8	9,9
Mišní svalová atrofie a příbuzné syndromy	G12	58	0,5	6,6
Bakteriální zánět mozkových a míšních plen, bakteriální meningitida, nezařaditelný(-á) jinam	G00	50	0,5	5,7
Zánět mozku, míchy a mozku i míchy - encefalitis myelitis a encefalomyelitis	G04	44	0,4	5,0

připadá na ní více jak čtvrtina všech úmrtí.

Zemřelí podle vybraných příčin úmrtí na nemoci nervové soustavy, úhrn za roky 1994–2007 Nemoci dýchací soustavy (J00–J99)

Vzhledem k tomu, že počty úmrtí v jednotlivých letech jsou v této skupině již nevelké, vyskytuje se zde v jednotlivých letech i výraznější kolísání hodnot. Přesto je možno, např. na základě srovnání údajů první a druhé poloviny sledovaného období, konstatovat, že se úmrtnost i na tuto skupinu příčin výrazně snížila. Koncentrace úmrtí do prvního roku života je velká – věková skupina 0letých tvoří téměř polovinu úmrtí. Zvýšená je ještě úmrtnost v druhém a třetím roce života, pak již souvislost s věkem patrná není.

Zemřelí na nemoci dýchací soustavy

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Celkem	43	60	33	48	37	38	30	39	32	33	21	27	24	24
Na 100 tis.osob	2,2	3,1	1,8	2,6	2,1	2,2	1,8	2,4	2,0	2,1	1,4	1,8	1,6	1,6

Více jak polovina úmrtí připadá na pneumonii (zánět plic), zbytek tvoří ostatních 27 vyskytnuvších se příčin.

Zemřelí podle vybraných příčin úmrtí na nemoci dýchací soustavy – úhrn za roky 1994–2007

Příčina	Kód	Zemřelí	Podíl (v %)	
			z celkového počtu zemřelých	ze zemřelých této kapitoly příčin
Pneumonie	J18	255	2,3	52,1
Bakteriální zánět plic, nezařazený jinde	J15	34	0,3	7,0
Virový zánět plic - pneumonie - nezařazený jinde	J12	30	0,3	6,1

Ostatní vnitřní příčiny

Ani u žádné z dalších kapitol příčin není ve sledovaném období patrný vzestupný trend úmrtí. Všechny skupiny mají největší počet zemřelých v nejmladší věkové skupině, pak následuje, ale již s výrazně menšími počty, skupina jednoletých. S rostoucím věkem dochází ke snižování úmrtnosti, pouze u zemřelých na nemoci oběhové soustavy je od věku 12 let patrný určitý vzestup.

Zemřelí podle vybraných příčin úmrtí ze zemřelých na ostatní vnitřní příčiny – úhrn za roky 1994–2007

Příčina	Kód	Zemřelí	Podíl (v %) z celkového počtu zemřelých
Syndrom náhlé smrti dítěte (kojence)	R95	227	2,1
Kardiomyopatie	I42	73	0,7
Meningokokové infekce	A39	72	0,7
Selhání srdce	I50	65	0,6

Vnější příčiny úmrtí

Úmrtnost na vnější příčiny se během sledovaného období podstatně snížila. Počet zemřelých v roce 2007 představuje jen 30 % hodnoty výchozího roku, i když je třeba konstatovat, že rok 1994 byl ve sledované časové řadě v tomto hodnocení výjimečný. Další rok bylo úmrtí již podstatně méně (o 105), ovšem i proti roku 1995 došlo do konce období ke znatelnému poklesu (o 56 %). Vzestup proti předchozímu roku byl sice častější než u vnitřních příčin, ovšem vzhledem k tomu, že se jedná o menší počty úmrtí jsou výkyvy jednotlivých let pravděpodobnější. Zmíněný výrazný pokles počtu úmrtí se týkal obou pohlaví.

Zemřelí na vnější příčiny úmrtí podle pohlaví

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Celkem	335	230	189	201	163	165	168	120	125	117	101	106	94	101
Muži	199	144	118	129	103	108	110	67	75	74	57	56	60	61
Ženy	136	86	71	72	60	57	58	53	50	43	44	50	34	40

Zemřelí na vnější příčiny úmrtí podle věku

Věk	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
0	76	35	24	27	28	24	17	16	17	19	27	23	19	21
1 - 4	90	58	56	61	32	33	43	21	30	27	17	20	24	29
5 - 9	80	81	55	46	44	51	46	36	37	25	23	24	21	14
10 - 14	89	56	54	67	59	57	62	47	41	46	34	39	30	37

Počty zemřelých na vnější příčiny byly v období před 80 až 90 lety oproti současnosti až devítinásobné. Maximum bylo v roce 1927 a to 930 zemřelých. Nad hranicí 900 zemřelých byla skutečnost v období první republiky celkem čtyřikrát. K uvedenému počtu se počet přiblížil opět v roce 1956. Pak však již nastal ve vývoji zásadní obrat k podstatnému snižování počtů, i když v druhé polovině 70.let byl dočasně přerušen. Nižší než 500 byl počet zemřelých poprvé (s výjimkou válečných let) v roce 1971, nižší než 300 v roce 1989 a pod 200 se dostal v roce 1996. V roce 2006 byl počet úmrtí na vnější příčinu dokonce již menší než 100.

Skupinou jednoznačně dominující mezi vnějšími příčinami úmrtí v dětské složce populace jsou dopravní nehody. Velký je i počet zemřelých zadušením a utonutím. V souhrnu za sledované období zemřelo po více jak stovce dětí také po napadení, následkem pádu a sebevraždou.

	Kódy	Zemřelí podle skupin vnějších příčin (V01-Y09, Y78, Y83)	Úmrtí nezjištěného úmyslu (Y10 - Y34)	Celkem	Podíl (v %)	
					z celkového počtu zemřelých	ze zemřelých vnější příčinou
Vnější příčiny celkem	V01 - Y89	2 071	144	2 215	20,1	100,0
dopravní nehody	V01 - V99	787	2	789	7,2	35,6
zadušení	W75 - W84	348	18	366	3,3	16,5
utonutí	W65 - W74	309	13	322	2,9	14,5
napadení (útok)	X85 - Y09	114	x	114	1,0	5,1
pády	W00 - W19	102	8	110	1,0	5,0
sebevraždy	X60 - X84	102	x	102	0,9	4,6
otravy	X40 - X49	71	3	74	0,7	3,3
neživotné síly	W20 - W49	53	-	53	0,5	2,4
oheň	X00 - X09	48	3	51	0,5	2,3
elektrický proud	W85 - W99	38	-	38	0,3	1,7
ostatní	x	20	5	25	0,2	1,1
vystavení neurčeným faktorům event. neurčený případ, nezjištěného úmyslu	X59	79	92	171	1,6	7,7

Zemřelí podle podkapitol a skupin vnějších příčin úmrtí – úhrn za roky 1994–2007

Poznámka: V dalším textu jsou jednotlivé skupiny příčin uváděny bez úmrtí nezjištěného úmyslu.

Dopravní nehody (V01–V99)

Počet zemřelých při dopravních nehodách se ve sledovaném časovém intervalu podstatně snížil – v roce 1994 jich bylo 112, v roce 2007 (a stejně tak i v roce 2004) 29. Došlo tedy k poklesu na čtvrtinu výchozího počtu.

Zemřelí při dopravních nehodách

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Celkem	112	79	66	75	52	57	67	48	46	44	29	46	37	29

Mezi oběťmi mají převahu muži (57 %). Rozdělení dle věku má dva vrcholy – první v 7-9 letech, druhý, ještě větší, ve 14 letech.

Zemřelí při dopravních nehodách podle věku – úhrn za roky 1994–2007

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Počet	27	33	39	43	44	40	54	66	65	69	54	49	65	54	85
Podíl (v %)	3,4	4,2	5,0	5,5	5,6	5,1	6,9	8,4	8,3	8,8	6,9	6,2	8,3	6,9	10,8

Problémem pro podrobnější analýzu zemřelých podle druhu dopravní nehody je velký počet případů uvedený v blíže nespecifikovaných položkách „nehoda motorového nebo nemotorového vozidla, typ vozidla neurčen“ (kód V89) a „neurčená dopravní nehoda“ (kód V99). V souhrnu za sledované roky 1994-2007 činí podíl těchto dvou kódů více jak třetinu celkového počtu zemřelých. I když se v posledních letech četnost těchto blíže neurčených nehod snížila, přesto svou velkou relativní vahou znehodnocuje využitelnost údajů s příčinou dostatečně specifikovanou.

Zemřelí při dopravních nehodách podle dopravního prostředku – úhrn za roky 1994–2007

	Počet	Podíl (v %)
Celkem	787	100,0
chodec	280	35,6
cyklista	57	7,2
na motocyklu	11	1,4
v osobním automobilu	137	17,4
jiné a neurčené dopravní nehody	302	38,4

Zadušení (W75–W84)

Úmrtí v této skupině jsou ve velké míře (v 80 % z úhrnu za hodnocené roky) koncentrovány do příčiny „vdechnutí žaludečního obsahu“ (kód W78). Z dalších úmrtí se jednalo nejčastěji o náhodná zadušení, oběšení či uškrcení event. vdechnutí potravy nebo jiných předmětů. Více jak dvě třetiny případů úmrtí připadá na děti ve věku do 1 roku.

Úhrnný počet za celé období je ovlivněn hlavně počátečními roky a to zejména rokem 1994. Údaj roku 1994 (54 zemřelých) je vysoký při srovnání s roky následujícími (počty úmrtí byly v letech 1995–1998 v rozmezí 14–22 případů), ovšem při srovnání s analogickými kódy v letech 1992 a 1993 je však počet úmrtí roku 1994 úměrný. Proč po roce 1994 došlo k výraznému poklesu těchto úmrtí, zda se jednalo např. o změnu praxe v kódování, se ani na Ústavu zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS) již zjistit nepodařilo. I po roce 1994 je však intenzita úmrtnosti v nejmladší jednoleté skupině proti dalším věkovým skupinám výrazně zvýšená. V relativním vyjádření k počtu osob je za celé období u dětí do 1 roku úmrtnost větší než u všech dalších věkových skupin (a to nejen dětského věku).

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Počet	236	28	14	9	7	6	11	6	4	4	3	2	4	7	7
Podíl (v %)	67,8	8,0	4,0	2,6	2,0	1,7	3,2	1,7	1,1	1,1	0,9	0,6	1,1	2,0	2,0

Zemřelí zadušením podle věku – úhrn za roky 1994–2007

Úmrtí zadušením dětí do 1 roku jsou ve větší míře soustředěny do věku 5 měsíců věku (dvě třetiny případů) a také v tomto věku se jedná hlavně o vdechnutí žaludečního obsahu. Maximum úmrtí však nebylo v prvním měsíci života, ale v třetím.

Zemřelí zadušením ve věku 0 roků podle věku v měsících – úhrn za roky 1994–2007

	Věk (v měsících)											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Počet	20	33	43	27	37	22	26	16	17	20	15	15
Podíl (v %)	6,9	11,3	14,8	9,3	12,7	7,6	8,9	5,5	5,8	6,9	5,2	5,2

Utonutí (W65–W74)

Také v této skupině příčin byl v období od roku 1994 zaznamenán podstatný pokles úmrtnosti. Zatímco nejvyšší počet zemřelých byl v prvním roce (42 případů), od roku 2001 to bylo vždy již pod 20 případů s minimem v letech 2005 a 2006 s 11 utonulými.

I když jednoznačná závislost úmrtnosti na věku patrná není, je zřejmý zvýšený počet zemřelých ve věkovém intervalu 2-6letých (téměř polovina úhrnu).

Zemřelí utonutím podle věku – úhrn za roky 1994–2007

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Počet	8	22	27	31	28	29	33	19	23	16	15	9	19	12	18
Podíl (v %)	2,6	7,1	8,7	10,0	9,1	9,4	10,7	6,1	7,4	5,2	4,9	2,9	6,1	3,9	5,8

Napadení (útok) (X85–Y09)

Počty zemřelých po napadení (útku) v jednotlivých letech značně kolísají, přesto i v tomto případě platí, že hodnoty z počátku hodnoceného období jsou podstatně větší než z posledních let. Např. v roce 1994 bylo zemřelých dětí po napadení 23, v roce 2005 a 2006 jen po jednom. V roce 2007 byl však počet dětských obětí násilí opět výrazně vyšší (9), což je nejvíce od roku 2001. Nejčastějším způsobem usmrcení dítěte je zadušení (uškrtení) – přes třetinu všech případů.

Nejvíce dětí zemřelých po napadení bylo brzy po narození. V prvním roce života takto zemřelo za sledované období 37 dětí (třetina všech), z nich 22 v prvním měsíci a z nich 20 v prvním dni života. Dále počtem obětí napadení následuje druhá nejmladší skupina – děti jednoleté.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Počet	37	15	7	6	2	6	2	6	2	3	5	4	3	10	6
Podíl (v %)	32,5	13,2	6,1	5,3	1,8	5,3	1,8	5,3	1,8	2,6	4,4	3,5	2,6	8,8	5,3

Zemřelí napadením podle věku – úhrn za roky 1994–2007

Internetové stránky Policejního prezidia ČR o počtu vražd neumožňují porovnání s výše uvedenými údaji ČSÚ. V tabulce „Statistický výkaz č. 1 – kriminalita za období“ jsou zde uvedeny vraždy bez ohledu na bydliště oběti (tedy i za cizince). Věk oběti je uveden jen nepřímo formulací „vražda novorozence“ a zároveň jsou případy zredukovány jen na ty, ve kterých je pachatelem matka. V následující tabulce je tedy jen část případů úmrtí dětí po napadení zaznamenaných statistikou zemřelých ČSÚ, ostatní jsou zahrnuty v přehledu Policejního prezidia ČR v jiných položkách.

Vraždy novorozence matkou dle Policejního prezidia ČR

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Počet	6	1	1	3	-	-	2	-

Ostatní příčiny

Úmrtí po pádech (W00–W19) rovněž ubývá – na první polovinu sledovaného období jich připadá 70 % z celkového počtu 102 zemřelých, na druhou 30 %. V největší míře k těmto úmrtím dochází u jednoletých dětí – čtvrtina všech případů.

Také v počtu sebevražd (X60–X84) byl v prvních sedmi letech sledovaného časového úseku větší podíl (61 % z celkového počtu 102 případů) než ve druhém stejně dlouhém časovém úseku. S rostoucím věkem sebevražd přibývá – nejmladší věk, ve kterém bylo úmrtí označeno za sebevraždu, byl 8 roků (1 případ), u 14letých bylo sebevražd 45. Ve třech čtvrtinách případů se jednalo o sebevraždy chlapců.

Vzhledem k malým ročním počtům zemřelých na otravy (X40–X49), celkem za 14 roků 71 případů, není možné již spolehlivě hodnotit vývoj v čase. Ani vztah mezi věkem a počtem úmrtí patrný není. Ve třech čtvrtinách případů jde o otravu

„jinými“ parami či plyny (ne organickými uhlovodíky), tedy většinou zřejmě kyslíčnickem uhelnatým.

Z celkového počtu zemřelých po kontaktu s neživotnou mechanickou silou (W20 – W49) – 53 osob, bylo jednoznačně nejvíce úmrtí (27) po udeření hoseným nebo padajícím předmětem, dále bylo 11 úmrtí po výstřelu nebo výbuchu.

Na celkovém počtu 48 zemřelých následkem ohně event. požáru (X00–X09) mají velký podíl první tři roky sledovaného období s 23 zemřelými. Např. za 3 roky na konci období (2005–2007) bylo zemřelých již jen 6. Více jak polovina zemřelých je ve věku 2–4 roků.

Tak jako u předchozích skupin příčin je v druhé polovině sledovaného období zemřelých po zásahu elektrickým proudem (W85–W99) – 8 osob, zřetelně méně než v polovině první (30). Zvýšený je počet zemřelých od 12 roků věku, 12–14letí tvoří více jak polovinu celku.

Nespecifikované příčiny

Nezanedbatelnou část úmrtí na vnější příčinu tvoří případy, při nichž nebyla příčina specifikována nebo nebyl zjištěn úmysl, tedy zda se jednalo o nehodu nebo sebevraždu. Takových úmrtí bylo celkem 223, v tom 79 s nespecifikovanou příčinou úmrtí, 52 s příčinou stanovenou ale bez zjištění úmyslu a 92 s nezjištěnou příčinou i úmyslem. Celkem tyto případy tvoří 10 % z celkového počtu úmrtí vnější příčinou. V absolutním ani relativním vyjádření není v čase zřetelný ani vzestupný ani sestupný trend, pouze v relativním vyjádření se vymyká ostatním rokům poslední rok časové řady – v roce 2007 bylo výše uvedených nespecifikovaných příčin úmrtí přes 17 %, což je nejvíce ve sledovaném období.

Není patrná vazba uvedeného podílu na věk. Hodnoty nezávisle na věku kolísají; minimum je ve věku 5 roků (5,1%), maximum u 10letých (13,4 %).

P. II. Příprava na hodinu

Obor: Zdravotnický asistent

Ročník: 3.

Předmět: Psychologie a komunikace

Tematický celek: Psychologická problematika umírání a smrti

Počet týdenních vyučovacích hodin v ročníku: 2

Počet vyučovacích hodin věnovaných tematickému celku: 4

Rozsah: 2 vyučovací hodiny (90 min.)

I. Téma

Teoretický úvod do thanatologie.

II. Cíle

Cíl hodiny:

- Seznámit studenty s problematikou umírání, základními pojmy vztahujícími se k tématu.
- Přimět studenty k zamyšlení nad etickými aspekty.

Cíle pro žáky:

A. Kognitivní

- Objasní pojmy: Thanatologie, smrt, umírání, euthanasie, dystanazie, paliativní péče, bazální stimulace.
- Popíší jednotlivé fáze umírání dle E. K. Rossové.
- Uvedou alternativní možnosti péče (bazální stimulace, canisterapie, aromaterapie, muzikoterapie,...) o umírajícího.
- Svými slovy interpretují význam hospice.

B. Afektivní

- Zamyslí se nad koloběhem života, nad nevyhnutelností smrti.
- Uvědomí si pocit dobře odžitého života, nutnost smíření se smrtí.
- Utvoří si náhled o umírání ve spojitosti s kulturními zvyky.
- Hodnotí příklady chování z hlediska zdravotnické etiky.
- Srovnají současný model umírání v nemocničním zařízení s dřívějším modelem umírání v domácím prostředí.

C. Psychomotorické

- Demonstrují techniku „Hmm terapie“ a „Terapii tichem“.
- Vyplní křížovku.
- Složí pexeso.

III. Prostředky

III.I. Obsah

III.I.I.. Organizační úvod hodiny

Privítání se s žáky, zápis do třídní knihy, zajistit vhodné podmínky pro výuku – vyvětrání, dobré osvětlení, kontrola prostředí (suchá podlaha aj.).

III.I.II. Seznámení studentů s učivem a motivace

Rozdělení žáků do pěti skupin a tvorba pojmové mapy.

„Dobrý den, vítám Vás při dnešní hodině. Dnešním tématem je na první pohled trochu depresivní problematika smrti a umírání. Protože smrt a umírání je nedílnou součástí života každého z nás a u Vás – budoucích zdravotníků to platí dvojnásob, je třeba vysvětlit si teoretické základy a nevyhýbat se tématu, jak to mnozí lidé dělají. Jelikož jste velmi kreativní třída, začneme tvorbou pojmových map. Následně si vysvětlíme teorii umírání, abyste věděli, proč se daný pacient chová, tak jak se chová, a věděli jakým „nejvhodnějším“ způsobem se zachovat a nenadělat ještě více škod, jak se někdy u zdravotníků stává. Protože kromě teorie k tomuto tématu patří hlavně etika, přečteme si dva články z nemocničního prostředí, o kterých budeme společně diskutovat. Abychom si trochu odlehčili situaci, zahrajeme si pár Vašich oblíbených her o hvězdičky.¹⁸ Máte nějaké dotazy? Nyní se rozdělte do pěti skupin a vytvořte pojmovou mapu. Zadání pro všechny skupiny bude stejné: Smrt a umírání. Napište všechno, co si s tímto spojíte, na zpracování máte 15 min.“

Prezentace pojmových map:

„Tak myslím, že už by všichni měli mít hotovo a začneme s prezentací vašich výtvorů.“

Každá skupinka prezentuje před tabulí svou pojmovou mapu, po prezentaci zbylé skupinky ohodnotí výsledek a co je zaujalo nejvíce.

III.I.III. Výklad učiva

Tučně zvýrazněný text označuje část výkladu, který je studentům v bodech nadiktován do sešitu.

„Thanatologie

Je odborný název pro **vědu zabývající se umíráním a smrtí**. „Thanatologie prochází napříč medicínou, ošetřovatelstvím, sociální prací, filosofií, teologií, psychologií aj. Je nejen „vědou“, ale neméně také součástí kultury (a kulturnosti) vůbec.

Smrt

„Smrt, úmrtí, skon, latinsky exitus, je (z biologického a lékařského hlediska) zastavení **životních funkcí** v **organismu** spojené s nevratnými změnami, které obnovení životních funkcí znemožňují. Smrt je tedy stav organismu po ukončení života, úplná a trvalá ztráta

¹⁸ V průběhu celého školního roku studenti soutěží v plnění úkolů, her - křížovka, doplňování, pexeso... 3 nejrychlejší dostanou *, pokud jich nasbírají pět, dostanou jedničku.

vědomí. Smrt nelze zaměňovat s umíráním, neboť umírání je jedna z fází života organismu. Smrt nastává u každého živého organismu v jiném věku a ve většině případů ji nelze dopředu přesně určit.“

Pokud se nejedná o náhlou smrt, většinou ji předchází různě dlouhá doba umírání. Z mnoha důvodů se samotná smrt uskutečňuje v neosobním nemocničním prostředí a v samotě. Proč si myslíte, že tomu tak je? (Prostor k odpovědím žáků a doplnění, pokud některý z níže uvedených neřekli). K hlavním důvodům, proč je tento fenomén dnes téměř standardní situací, patří nechuť nebo neschopnost rodinných příslušníků starat se o umírajícího. Dalším důvodem je „ušetření“ vlastních citů pohledem na smrt příbuzného a konfrontace s vlastní smrtelností. V neposlední řadě je to přání umírajícího, který nechce „obtěžovat“ své blízké a přidělovat jim starosti, případně rodinu nemá vůbec. Ovšem je zde důvod i mnohem prozaičtější – dneska se v nemocnici prostě umírá.

Umírání

Biologický pohled na situaci se zabývá tělesnými funkcemi, proto můžeme umírání vymezit jako časový úsek, na jehož začátku začaly ustávat životní funkce. Umírání lze považovat za ukončené, až když odumřela poslední buňka, tzv. absolutní smrt. Další pohled, který se naskytá je pohled sociální. V podstatě se jedná o to, že třeba i fyzicky zcela zdravý člověk se straní svého okolí, projevuje nezáměr o stálé i nové podněty. Můžeme říct, že ztratil smysl života a mnohdy se dobrovolně zcela izoluje od okolního světa. Někdy k izolaci dochází nedobrovolně kvůli smyslovým hendikepům, stáří, imobilitě. Nyní se opět vrátíme k biologickému pohledu na věc. „Gsellova definice říká: „Umírající je nemocný nebo raněný, u něhož lékař dojde na základě klinických známek k přesvědčení, že nemoc není zvrátná nebo že poškození úrazem probíhá nepříznivě a smrt nastane v krátké době.“ Tato definice ponechává umírajícímu pro vnímání jeho stavu jistý prostor. Ne každý zemřelý prožil vlastní fázi umírání, resp. je schopen si ji uvědomit. Smrt může nastat náhle (při střelném poranění, infarktu myokardu apod.), v klinicko-psychologickém smyslu zde o umírání nešlo.

Fáze umírání dle Elizabet Kübler-Rossové

Elizabet Kübler-Rossová, původem ze Švýcarska, byla jednou z nejuznávanějších amerických lékařek. V podstatě se celý svůj život zabývala problematikou umírání. Sestavila pět fází umírání, které se v životě umírajícího v menší či větší intenzitě objevují, prolínají a opakují.

Podle modelů psychických změn prochází umírající – i když pořadí nemusí být vždy stejné – následujícími fázemi:

1. Fáze: Odmítání přijmout pravdu, šok, popření: „JÁ NE!“

Často je prožívána v šoku, zvláště bylo-li kruté poznání blízkosti smrti ponecháno náhodě. Jestliže by byl nemocný ponechán samotný, hrozí nebezpečí sebevraždy. Probíhají biologické pochody charakteristické pro frustraci. V tomto psychickém postoji může umírající vydržet až do konce.

2. Fáze: Hněv: „PROČ JÁ?“

Pacient se začíná vyrovnávat se svým osudem, ale navenek je útočný a nevděčný, agrese se zaměřuje i proti přátelům a příbuzným, spolupacientům, je se vším nespokojený. Personál musí být poučen, aby tento stav chápal a neizoloval pacienta ještě víc. Umírající sám neví, proč tak jedná a velmi se trápí.

3. Fáze: Smlouvání: „TŘEBA PŘECE JENOM JÁ NE!“

Nemocní tápou mezi iluzí a jistotou. Vyptávají se na nové léčebné metody, dělají sliby, jaké oběti přinesou, bude-li jejich život i nadále zachován. Uzavírají smlouvy s bohem, i když dosud nebyli věřící. „Když mě uzdravíš, postavím v naší obci nový kostel.“

4. Fáze: Deprese, zoufalství: „CO TO PRO MĚ ZNAMENÁ?“

Deprese je vyvolána tím, že nemocný lituje všeho, co opustí, rodinu i povolání a že se musí rozloučit se všemi blízkými. Spíše než depresí lze tento stav nazývat smutkem. Tato nálada vyvolává žádost o eutanazii, aby se zkrátila doba čekání.

5. Fáze: Smíření: „ANO, MUSÍ-LI TO TAK BÝT, JSEM TOHO SCHOPEN.“

Mnozí této fáze nedosáhnou. Jsou toho schopni lidé, kteří se dovedou smířit se svým osudem, kteří žili přirozeně dobrým životem, a svědomí jim nic nevyčítá.

Eutanazie

„Slovo eutanazie je řeckého původu. Eu znamená dobrý, thanatos smrt. Původním obsahem pojmu byla **dobrá smrt**, která se prakticky pojila s představou a přáním lehké – dobré smrti. Většina lidí by si přála zamřít rychle, tiše, bez bolesti, nejlépe ve spánku a samozřejmě až v samém závěru dlouhého spokojeného života. Prakticky se tedy jedná o **ukončení pacientova života na jeho žádost**. Existují její různé formy, přičemž nejdiskutovanější je **aktivní eutanazie, při které je do těla nemocného vpravena látka, která zapříčiní jeho smrt**. **Pasivní eutanazie znamená přerušování léčby nebo odpojení od přístrojů, které nahrazují životní funkce**.

Je nesporným paradoxem, že lehký skon je dnes méně častý než v minulosti, neboť dobře míněné terapeutické intervence mají nezřídka za následek **dystanazii**. **Stav, kdy návrat do života je nereálný a kdy zemřít je „nemožné“**, je těžce prožíván nejen umírajícími, ale i všemi zúčastněnými. Často právě nelehké umírání spojené s bolestí vyvolává úvahy o milosrdné smrti.

Emočně stabilní, vyzrálý člověk je smířený se smrtí jako takovou. Chápe její podstatu i smysl koloběhu života, je si vědom vlastní smrtelnosti a často s ní dochází ke konfrontaci. Každému z nás již zemřel někdo blízký – člen rodiny, přítel, soused, známý... Někdo se se smrtí setkává opravdu téměř každý den, zejména zdravotníci, policisté, hasiči. Každý člověk má svůj vlastní způsob, jak se s tímto faktem vyrovnává. Z vlastních zkušeností, které jsem získala během studia, praxe v nemocnici, ale i v běžném životě, bych mohla říct, že setkání se smrtí a reakce na ni se značně liší a zároveň mají společné znaky. Vliv na reakce má zejména to, v jakém stavu a za jakých okolností zemřelý umíral. Smrt a odchod blízkého člověka nebo pacienta dokážeme lépe přijmout, pokud víme, že je dlouhodobě nemocný a jeho zdravotní stav je špatný s trvalou progresí. Smrt chápeme jako vysvobození a dalo by se říct, že jsme s ní smíření. Máme prostor pro rozloučení, popřípadě usmíření, odpuštění. Pokud je smrt náhlá, neočekávaná, doprovázejí ji výčitky, nepochopení, otázky a někdy i špatné svědomí. Pro pozůstalé je až traumatizující, pokud se se zemřelým nestihli rozloučit a o to víc, když jejich poslední vzpomínky na setkání nebyly šťastné.

Vy jako budoucí zdravotníci do tohoto tématu vidíte více než ostatní. Někteří jste se na praxi už setkali s umírajícím nebo s člověkem, který zemřel přímo při Vaší praxi. Umírající jsou často v terminálním stádiu nemoci, která zapříčinila, že jsou nesoběstační, dezorientovaní, agresivní. Nikdy nezapomínejte na to, že nemoc si nevybírá a tito lidé

jsou něčí rodiče, příbuzní, kamarádi, byli například pracovně velmi úspěšní lidé - právníci, politici, učitelé, policisté, ale třeba i zdravotní sestry. Proto nikdy nezapomínejte na lidskou důstojnost, buďte trpěliví, empatičtí a neberte si pacientovu zlobu osobně. Vzhledem k úctě k člověku, životu i smrti si po smrti každý člověk bez rozdílu zaslouží pietní chování.“

„Ke konci si ještě zopakujeme, co už dávno znáte z ošetrovatelství a minulých hodin psychologie.“ Zásada soustavnosti a propojení s jinými předměty.

Následuje náhodné vyvolávání žáků:

- „Co je to hospic?“
- „Charakterizuj znaky bazální stimulace.“
- „Jaký typ zdravotní péče je typický pro umírající?“
- „Jak označujeme terapeutický efekt přítomnosti psa? Aromatických látek?“
- „Dva žáci předvedou následující scénku. Jeden z vás je pacient, druhý sestra. Předved'te „Hmm terapii“.“
- „Kterou druhou podobnou terapii znáš?“

Přestávka 10 min.

III.IV. Skupinová práce

Články a diskuze.

Přečtení článků studentům:

„Umírání v praxi

V prvním ročníku na univerzitě nám vyučující vyprávěla příběh na toto téma. Před dvaceti léty právě zmíněná magistra měla na dětském oddělení hospitalizovaného syna, který se jí svěřil: „*Maminko, dnes ráno mi umřel kamarád, ležel vedle na posteli. Přišla sestřička a začala s Honzíčkem cloumat, tahat ho za ručičku a svlékat. Říkal jsem jí, ať to nedělá, že to Honzíčka bolí. Ale ona s ním třepala dál.*“ Už tento krátký příběh poukazuje na to, jak je důležité a nezbytné chovat se důstojně nejen vzhledem k zemřelému ale i spolupacientům. “

Otázka k žákům: „Co by jste mohli o této sestře říct?“ (syndrom vyhoření)

Druhý příběh: dívka v terminálním stádiu, reálný náhled do její situace.

„Etický pohled na dítě s infaustní prognózou. Markéta se narodila jako zdravé dítě. Její psychomotorický vývoj probíhal zcela normálně. Ve 4 letech však prodělala virovou hepatitidu, která byla spouštěčem později diagnostikované degenerativní poruchy mozku – vrozené metabolické poruchy. Na základě prodělané hepatitidy byla dívka odeslána do lázní. V lázních si zdravotníci všimli varovných signálů – poruchy jemné i hrubé motoriky, dyslálie, pádů. Následné CT vyšetření potvrdilo mozkovou atrofii a hydrocefalus. Stav byl pomalu progredující a lázeňská léčba se opakovala. K základní diagnóze přibyla epilepsie a kvadruparéza. V deseti letech byla Markéta umístěná do domova pro osoby se zdravotním postižením. V té době byla plně kontinentní, běžné aktivity prováděla pouze s mírnou dopomocí. Maminka si Markétu občas brala i do domácího ošetření. Ve zdravotnickém zařízení se vzdělávala, rehabilitovala a prováděla logopedická cvičení.

Komunikovala prostřednictvím gest, grimas a skřeků. V 18 letech byla Markéta hospitalizovaná na JIP pro bronchopneumonii, krvácení z žaludečních vředů a celkově špatný stav. Na JIP došlo k tak výraznému zhoršení stavu, že byla nutná resuscitace. Resuscitace (na přání matky) trvala asi 40 minut a byla úspěšná. Z důvodu krvácení do žaludku a nemožnosti přijímat stravu perorálně byl zaveden také PEG (perkutánní endoskopická gastrostomie). Po návratu zpět do domova pro osoby se zdravotním postižením pracovníci pozorovali výrazný úbytek hmotnosti a podstatně větší spasticitu končetin. Byla prováděna základní ošetrovatelská péče, bazální stimulace a RHB.

Současný stav

Dívka je zcela imobilní, s těžkými spastickými kontrakturami. Komunikace probíhá pouze grimasou a skřeky, lze rozpoznat úsměv, bolest a hněv. Tělesný vývoj zůstal na úrovni desetiletého dítěte. Váha 27 kg, výška 145 cm. Mentální stav diagnostikován jako idiocie – hluboká mentální retardace.

Časový harmonogram všedního dne

Je přizpůsoben individuálním potřebám pacientky, strava podávána do PEG (6krát denně Nutrison), hygiena prováděna každé ráno a podle potřeby. Cvičení je zahrnuto do dopoledního programu. Odpoledne klidový režim, relaxace, jednou týdně perličkové koupele (většinou o víkendu). Při příznivém počasí vycházky do okolí v kočárku odpovídajícím potřebám pacientky. Čas tráví také ve speciálním polohovacím křesle ve společenské místnosti s ostatními pacienty.

Sociální situace

- Vyrůstala jako jedináček.
- Rodina se rozpadla, když Markétě bylo 5 měsíců. Nový manžel matky si ji osvojil, po několika letech však i on rodinu opustil.
- Vyrůstala s matkou do svých 10 let, poté byla umístěna do domova pro osoby se zdravotním postižením.
- Zpočátku matka udržovala s dcerou kontakt, brala si ji na víkendy domů.
- Postupně frekvence návštěv klesala, matka hledala různé důvody a výmluvy, kterými se omlouvala i sama před sebou.
- Důvody, proč svou dceru nenavštěvovala, byly různé – operace, špatný zdravotní stav, nedostatek financí, nedostatek času kvůli zaměstnání. Občas zavolala a snad i jevila známky ebriety (opilosti). Když bylo dívce 18 let, proběhlo soudní řízení, byla zbavena způsobilosti k právním úkonům. Matka odmítla opatrovnictví a opatrovníkem se stal městský úřad. Matka se hájila neznalostí zákonů a špatnou orientací v celém systému. Po dohodě s opatrovníkem měla stále hlavní slovo v rozhodování o zdravotním stavu dcery.
- Přestože matka udržovala kontakt velmi sporadicky, znala zdravotní stav své dcery a prognózu onemocnění, trvala na záchraně jejího života za každou cenu – resuscitace.¹⁹

¹⁹ Veškeré texty pro tuto výuku jsou převzaty z bakalářské práce: Náhled na problematiku komplexní péče a etiky u dětí s infaustní prognózou, Ščepoňcová S. a Z. Novotný, 2010. Odkaz viz referenční seznam.

„Teď se rozdělíme do dvou skupin. Vpravo budou ti, kteří jsou spíše pro eutanazii, vlevo budou ti, kteří jsou spíše proti. Aby naše diskuze mohla probíhat na určité úrovni, tak si stanovíme jasná pravidla: Nikdo se nebude překřikovat, mluvit bude jen ten, kdo má slovo a neskáče si do řeči. Jelikož se jedná o citlivé téma, vyjadřujeme se slušně. Nevnučujeme a nekritizujeme nikoho za jeho jiný názor. Kdokoliv – stejně jako v životě – má právo změnit svůj názor a přecházet z jedné skupiny do druhé. Nemusíme se držet konkrétního případu Markéty, může mluvit o svých zkušenostech z nemocnice, okolí a proč jste nebo nejste pro eutanazii. Začne skupinka vlevo: (Oslovím žáka, o kterém vím, že se jako první nestydí.) Martine, proč jsi proti eutanazii?“

Diskuze

„Názory na eutanazii jsou různé a žádný postoj není jednoznačně ten správný a platný, myslím, že se tady, stejně jako v podobných etických otázkách neshodneme, ale je důležité o tom mluvit. Vraťte se na svá místa a budete mít možnost získat oblíbené hvězdičky.“

III.I.V. Samostatná práce

Pexeso, křížovka (příloha P. II.)

Nejrychlejší žáci získají hvězdičky.

„Nezapomeňte si ponechat křížovku, některé pojmy se mohou objevit v písemné práci.“

III.I.VI. Shrnutí, zhodnocení a zopakování

Vyvolávání vybraných žáků k zopakování, co si zapamatovali, co se dozvěděli nového, zda si utvořili, změnili nebo upevnili svůj názor a postoj.

- „Vyjmenujte fáze umírání?“
- „Jak se nazývá věda, která se zabývá umíráním a smrtí?“
- „Uveďte důvody, proč v současné době lidé umírají v ústavní péči?“
- „Definujte rozdíl mezi aktivní a pasivní eutanazií?“
- „Co Vás na dnešní hodině zaujalo nejvíce?“
- „Je něco, čemu jste nerozuměli a chtěli by jste se tomu věnovat víc?“
- „Ovlivnila dnešní hodina někoho k přehodnocení nebo upevnění názoru, který měl – ať už k umírání celkově, eutanazii atd.?“

III.I.VII. Rozloučení, zadání domácí úlohy

„Doufám, že si z dnešní hodiny zapamatujete co nejvíce a nestanou se z Vás vyhořelí zdravotníci, jak jsme si uvedli. Musím Vás pochválit za dnešní hodinu, byli jste moc šikovní a těším se na příště, kdy se budeme věnovat psychologickému přístupu k umírajícím a rodinným příslušníkům, alternativním metodám atd.“

„Za domácí úkol doneste seznam filmů, knih a citátů, ve kterých je jedním z hlavních témat smrt a umírání.“

III.II. Výukové metody

Monologické:

Vysvětlování – Co je to thanatologie, umírání, smrt, eutanazie, dystanazie, fáze umírání dle E.K.R., současný model umírání.

Vyprávění – čtení dvou příběhu z praxe.

Dialogické:

Diskuze – Dvě skupiny diskutují, proč jsou pro a proti eutanazii.

Metoda aktivního učení:

Brainstorming – tvorba pojmové mapy.

Hry – pexeso, křížovka.

III.III. Didaktické pomůcky a technika

Pojmová mapa:

Velké archy papíru.

Barevné fixy.

Výklad:

Podpurný text, článek.

Hry:

Vytištěné pexeso a křížovka.

IV. Zvláštní didaktická hlediska

IV.I. Předběžné znalosti žáků

Předpokládám, že každý z žáků se již osobně setkal s fenoménem smrti. Někdo z blízkých, známých popř. domácí zvíře zemřelo v jeho blízkém okolí. Vnímají smrt ze sociálního hlediska – pohřeb, smutek, kulturní zvyky – kár, dědické řízení, ztráta milovaného člověka. Toto je dobrý základ pro osvojení vhodného přístupu k umírajícím, který je vysvětlován v etickém postoji zdravotníka.

Mám za to, že většina žáků nezná teoretický základ problematiky a smrt s umíráním pojí do užší souvislosti nebo přímo ztotožňují. Proto je nezbytné dokonale vysvětlit rozdíly mezi jednotlivými pojmy: smrt, umírání, aktivní a pasivní eutanazie.

Domnívám se, že většina žáků nezná fáze umírání dle E. K. R. a ani se s nimi nikdy předtím nesetkala. Proto je třeba upevnit tuto teoretickou část a klást důraz na zapamatování – hra pexeso.

Míním, že žáci ve velké většině již budou mít jistý názor na eutanazii – vlivem mediálního tlaku, a odmítají možnost variability popularizovaných tvrzení. Proto je vhodné diskuzi otevřít prostor k přijetí nového názoru a skutečností nebo upevnění svých postojů.

IV.II. Klíčové kompetence tematického bloku

- Hodnotí příklady chování z hlediska zdravotnické etiky.
- Dokáže z teoretického hlediska pochopit chování umírajících.
- Objasňuje vhodné přístupy v přístupu k umírajícím a jejich rodině.
- Respektuje zásady zdravotnické etiky.

IV.III. Co bude nejobtížnější, jak zde budete postupovat

Zachovat příjemnou a důstojnou atmosféru hodiny. Neubírat na vážnosti tématu, ale zároveň odlehčit situaci. Po zřejmě emotivní diskuzi navázat hrou, ve které se vyskytuje pouze citově nezabarvená teorie – pexeso, křížovka.

IV.IV. Jak aktivizovat, jak motivovat žáky

Ze zkušeností lze předpokládat, že se při tomto tématu žáci sami aktivně zapojují. Téma je pro ně atraktivní a nevyžaduje tak velkou snahu pedagoga zapojit je do hodiny. Motivace probíhá čtením článků z reálných situací. Hra k získání hvězdiček.

IV.V. Diferencovaný/individuální přístup k žákům

Při diskuzi je třeba záměrně a důrazně vysvětlit oběma skupinám žáků, že neexistuje správný – „dobrý“ nebo „špatný“ názor na problematiku eutanazie.

IV.VI. Učební úlohy k procvičení/upevnění učiva (včetně DÚ)

K procvičení slouží hry: pexeso a křížovka, domácí úkol: „Za domácí úkol doneste seznam filmů, knih a citátů, ve kterých je jedním z hlavních témat smrt a umírání.“

IV.VII. Jiná /hygienická/ hlediska

Před výukou zajistit vhodné podmínky – vyvětrání, zkontrolovat prostor – voda na podlaze (nebezpečí pádu při přesouvání po třídě).

V. Výchovné možnosti učiva

V tomto tematickém bloku si žáci osvojují kognitivní znalosti - přesný význam pojmů, definice. Daleko významnější je však fakt, že si během výuky upevňují a tvoří vlastní názory pod vlivem nových informací. Žáci si uvědomí, že umírání v ústavních zařízeních by pro naši společnost nemělo být standardem. Jsou schopni předat dalším lidem tento názor a vhodně argumentovat, proč by bylo vhodné ve většině případů vrátit proces umírání do rodinného prostředí. Samotné diskutování nad tématem přispívá k odtabuizování a přijímání umírání jako jeden ze základních a přirozených jevů. V neposlední řadě je pro budoucí zdravotníky nesmírně důležité zvládnout situace spojené se smrtí - jednání s umírajícím, s rodinou a proto musí znát jejich základní doprovázející psychické procesy.

VI. Organizace vyučovací jednotky

Časové hledisko: 2 spojené vyučovací hodiny – 90 min.

Místo: Odborná učebna

Organizační forma:

- Frontální výuka při výkladu.
- Skupinová práce při tvorbě map a při diskuzi.
- Samostatná činnost při pexesu a křížovce.

VII. Časový projekt vyučovací jednotky

Délka jednotlivých fází výuky:

- Organizační úvod hodiny: 2 min
- Seznámení s učivem a motivace: 23 min
- Výklad učiva: 25 min

Desetiminutová přestávka

- Skupinová práce: čtení článků: 8 min, diskuze 20 min
- Samostatná práce: 5 min
- Shrnutí, zhodnocení a zopakování: 5 min
- Rozloučení, zadání DÚ: 2 min

Dohromady: 90 min

VIII. Zjišťování výsledků žáků

Po absolvování tematického celku: Psychologická problematika umírání a smrti, žáci dostanou písemný test. Na jeho vypracování mají 20 min.

Jméno a příjmení:

Třída:

Datum:

1. Která věda se zabývá smrtí a umíráním? 1b
2. Jaké dva základní typy eutanazie znáte a stručně vysvětlíte rozdíl: 4b
3. Uveďte 4 důvody, proč je proces umírání přesouván do ústavních zařízení: 4b
4. Definujte pojem biologická a sociální smrt. 2b
5. Určete fáze umírání a seřaďte dle schématu, který jsme se učili: 5b
6. Kdo je autorem těchto fází: 1b
7. Které sociálně zdravotnické zařízení je určeno výhradně pro umírající? 1b
8. Co znamená „absolutní smrt“? 1b
9. Definujte stav, kdy návrat do života je nereálný a kdy zemřít je nemožné. 1b

Celkem: 20b

20–19b = 1

18–17b = 2

16–15b = 3

14–13b = 4

12–0b = 5

Pexeso

Smrt
Jedná se o zastavení <u>životních funkcí</u> v <u>organismu</u> spojené s nevratnými změnami, které obnovení životních funkcí znemožňují.
Umírání
Proces probíhající u nemocného nebo raněného, u něhož lékař dojde na základě klinických známek k přesvědčení, že nemoc není zvrátaná nebo že poškození úrazem probíhá nepříznivě a smrt nastane v krátké době.
1. FÁZE: ODMÍTÁNÍ PŘIJMOUT PRAVDU, ŠOK, POPŘENÍ: „JÁ NE!“
Často je prožívána v šoku, zvláště bylo-li kruté poznání blízkosti smrti ponecháno náhodě. Jestliže by byl nemocný ponechán samotný, hrozí nebezpečí sebevraždy. Probíhají biologické pochody charakteristické pro frustraci. V tomto psychickém postoji může umírající vydržet až do konce.
2. FÁZE: HNĚV: „PROČ JÁ?“
Pacient se začíná vyrovnávat se svým osudem, ale navenek je útočný a nevděčný, agrese se zaměřuje i proti přátelům a příbuzným, spolupacientům, je se vším nespokojený. Personál musí být poučen, aby tento stav chápal a neizoloval pacienta ještě víc. Umírající sám neví, proč tak jedná a velmi se trápí.
3. FÁZE: SMLOUVÁNÍ: „TŘEBA PŘECE JENOM JÁ NE!“
Nemocní tápou mezi iluzí a jistotou. Vyptávají se na nové léčebné metody, dělají sliby, jaké oběti přinesou, bude-li jejich život i nadále zachován. Uzavírají smlouvy s bohem, i když dosud nebyli věřící. „Když mě uzdravíš, postavím v naší obci nový kostel.“
4. fáze: Deprese, zoufalství: „CO TO PRO MĚ ZNAMENÁ?“
Deprese je vyvolána tím, že nemocný lituje všeho, co opustí, rodinu i povolání a že se musí rozloučit se všemi blízkými. Spíše než depresi lze tento stav nazývat smutkem. Tato nálada vyvolává žádost o eutanazii, aby se zkrátila doba čekání.
5. FÁZE: SMÍŘENÍ: „ANO, MUSÍ-LI TO TAK BÝT, JSEM TOHO SCHOPEN.“
Mnozí této fáze nedosáhnou. Jsou toho schopni lidé, kteří se dovedou smířit se svým osudem, kteří žili přirozeně dobrým životem, a svědomí jim nic nevyčítá.
Euthanasie

Původním obsahem pojmu byla dobrá smrt, která byla totožná představou a přáním lehké smrti. Většina lidí by si přála zamřít rychle, tiše, bez bolesti, nejlépe ve spánku a samozřejmě až v samém závěru dlouhého spokojeného života. V současné době je pojem rezervován pro milosrdnou smrt, smrt ze soucitu, smrt z útrpnosti.

Dystanzie:

Následek dobře míněné terapeutické intervence. Stav, kdy návrat do života je nereálný a kdy zemřít je „nemožné“, je těžce prožíván nejen umírajícími, ale i všemi zúčastněnými. Často právě nelehké umírání spojené s bolestí iniciuje úvahy o milosrdné smrti.

Paliativní péče

Moderní celosvětově rychle se rozvíjejícím typ péče, který nabízí umírajícím a jejich blízkým účinnou pomoc tam, kde prostředky běžných léčebných postupů, ale také síly a schopnosti nejbližšího okolí velmi často selhávají. zabývá se utrpením, potřebami a kvalitou života a důstojností lidí na konci života (WHO 2003).

Bazální stimulace

Je komunikační, interakční a vývoj podporující koncept, který se orientuje na všechny oblasti lidských potřeb. Takováto ošetrovatelská péče se přizpůsobuje věku a stavu klienta.

P. III. Tabulky četnosti

1. Víra						
	Absolutní četnost			Relativní četnost v %		
	1.	4.	D	1.	4.	D
Křesťanství	1	9	10	4	37,5	20,41
Nevěřím	14	12	26	56	50	53,06
Jiná odpověď	5	2	7	20	8,33	14,29
Nechci uvést	5	1	6	20	4,17	12,24
Celkem	25	24	49	100	100	100

2. Empatie						
	Absolutní četnost			Relativní četnost v %		
	Vyjádřili	Nevyjádřili	Dohromady	Vyjádřili	Nevyjádřili	D
Role nemocného	17	32	49	34,69	65,31	100
Role matky	33	16	49	67,35	32,65	100
Lítost	19	30	49	38,78	61,22	100
Snaha pomoci dítěti	13	36	49	26,53	73,47	100

3. Empatie: rozdělení dle ročníků						
	Absolutní četnost			Relativní četnost v %		
	1.	4.	D	1.	4.	D
Role nemocného	12	5	17	70,59	29,41	100
Role matky	14	19	33	42,42	57,58	100
Lítost	11	8	19	57,89	42,11	100

Snaha pomoci dítěti	11	2	13	84,62	15,38	100
---------------------	----	---	----	-------	-------	-----

4. Finance						
	Absolutní četnost			Relativní četnost v %		
	1.	4.	D	1.	4.	D
Zmínili	10	9	19	40	37,5	38,78
Nezmínili	15	15	30	60	62,5	61,22
Celkem	25	24	49	100	100	100

5. Právo na život						
	Absolutní četnost			Relativní četnost v %		
	1.	4.	D	1.	4.	D
Zmínili	4	9	13	16	37,5	26,53
Nezmínili	21	15	36	84	62,5	73,47
Celkem	25	24	49	100	100	100

6. Posměch						
	Absolutní četnost			Relativní četnost v %		
	1.	4.	D	1.	4.	D
Zmínili	9	2	11	36	8,33	22,45
Nezmínili	16	22	38	64	91,67	77,55
Celkem	25	24	49	100	100	100

7. Zátěž pro rodinu

	Absolutní četnost			Relativní četnost v %		
	1.	4.	D	1.	4.	D
Zmínili	14	9	23	56,00	37,50	46,94
Nezmínili	11	15	26	44,00	62,50	53,06
Celkem	25	24	49	100	100	100

8. Smysl života

	Absolutní četnost			Relativní četnost v %		
	1.	4.	D	1.	4.	D
Ano	5	10	15	20,00	41,66	30,62
Ne	3	1	4	12,00	4,17	8,16
Nevím	1	0	1	4,00	0	2,04
Neuvedli	16	13	29	64,00	54,17	59,18
Celkem	25	24	49	100	100	100

9. Interrupce

	Absolutní četnost			Relativní četnost v %		
	1.	4.	D	1.	4.	D
Ano	5	3	8	20	12,50	16,33
Ne	3	5	8	12	20,83	16,33
Neuvedli	17	16	33	68	66,67	67,34
Celkem	25	24	49	100	100	100

P. IV. Groningerský protokol pro eutanazii novorozenců (překlad ze slovenské verze, H. Drobná, 2005)

Groningerský protokol
Požadavky, které musí být splněné:
<ul style="list-style-type: none">• Diagnóza a prognóza musí být jistá.• Beznadějnost a nesnesitelné utrpení musí být přítomné.• Diagnóza, prognóza a nesnesitelné utrpení musí být potvrzené alespoň jedním nezávislým lékařem.• Oba dva rodiče musí dát informovaný souhlas.• Zákrok musí být vykonán podle akceptovaných lékařských standardů.
Informace potřebné pro podporu a objasnění rozhodnutí o eutanazii:
Diagnóza a prognóza
<ul style="list-style-type: none">• Popište všechny relevantní lékařské údaje a výsledky diagnostických vyšetření použitých při stanovení diagnózy.• Vyjmenujte všechny účastníky rozhodovacího procesu, všechny vyslovené názory a konečný konsensus.• Popište, jak byla určena prognóza z hlediska dlouhodobého zdraví.• Popište, jak byl určen stupeň utrpení a očekávaná délka života.• Popište dostupnost alternativní léčby, alternativní způsoby, zmírnění utrpení.• Popište léčbu a její výsledky před rozhodnutím o eutanazii.
Rozhodnutí o eutanazii
<ul style="list-style-type: none">• Popište, kdo zahájil diskusi o možné eutanazii a v jakém momentě.• Vypište okolnosti / úvahy, které podnítily rozhodnutí.• Vyjmenujte všechny účastníky rozhodovacího procesu, všechny vyslovené názory a konečný konsens.• Popište způsob, jakým byli informováni rodiče a jejich názory.
Konzultace
<ul style="list-style-type: none">• Popište lékaře, který poskytl druhý názor (jméno a kvalifikace).• Vypište výsledky vyšetření a doporučení, které provedl konzultující lékař nebo lékaři.
Realizace
<ul style="list-style-type: none">• Popište skutečný proces eutanazie (čas, místo, účastníci, podané medikace)• Vysvětlíte důvody zvolené metody eutanazie.
Kroky vykonané po smrti
<ul style="list-style-type: none">• Popište nález pitvy.• Popište, jak byla eutanazie nahlášena prokuratuře.• Popište, jaká je podpora rodičů a poradenství.• Popište plánované sledování případu, které zahrnuje posudek případu, posmrtné vyšetření a genetické konzultace.

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Bc. Sabina Ščepončová
Katedra:	Antropologie a zdravotní vědy.
Vedoucí práce:	MUDr. Zdeněk Novotný
Rok obhajoby:	2013

Název práce:	Dítě s infaustní prognózou – hledání cesty. Aspekty historické, právní, spirituální, etické, psychologické a školní kurikula.
Název v angličtině:	A child with a life limiting prognosis - finding ways. Aspects of historical, legal, spiritual, ethical, psychological and school curriculum.
Anotace práce:	Diplomová práce prezentuje možná východiska nahlížení na dítě s infaustní prognózou. Teoretická část seznamuje s odbornou terminologií a vývojem úmrtnosti dětí. Představuje historické pojetí smrti a vyvrací záměnu eutanazie s nacistickým programem „Eutanazie“. Pojednává o ekonomickém, právním, spirituálním, etickém a psychologickém hledisku ve vztahu k dané problematice. Posledním prezentovanou oblastí je středoškolská příprava zdravotníků oboru <i>Zdravotnický asistent</i> , kde je provedena obsahovaná analýza RVP a ŠVP z oblasti thanatologie. Představuje profil a uplatnění absolventů tohoto studijního oboru. Tím blíže charakterizuje respondenty zúčastněné ve výzkumné části diplomové práce, která zjišťuje pohled žáků tohoto oboru na smysl života dětí s infaustní prognózou.
Klíčová slova:	Infaustní, smrt, umírání, thanatologie, etika, eutanazie, smysl života, spiritualismus, psychomotorické postižení.
Anotace v angličtině:	This thesis presents possible solutions viewing the child with a life limiting prognosis. The theoretical part introduces the technical terminology and the development of child mortality. Represents the historical concept of death and confusion refutes the Nazi euthanasia program "Euthanasia". It discusses the economic, legal, spiritual, ethical and psychological aspects in relation to the issue. The last area is presented secondary school training medical

	assistant medical field where analysis is performed including FEP and SEP in the field of thanatology. Presents a profile, and graduates of this field of study. This qualifies the respondents involved in the research part of the thesis, which investigates this field of view of students on the meaning of life for children with life limiting prognosis.
Klíčová slova v angličtině:	Life limiting (infaust prognosis), death, dying, thanatology, ethics, euthanasia, meaning of life, spiritualism, psychomotor impairment.
Přílohy vázané v práci:	P. I. Vývoj úmrtnosti mladších věkových skupin, podle příčin úmrtí. P. II. Příprava na hodinu. P. III. Tabulky četnosti. P. IV. Groningerský protokol pro eutanazii novorozenců.
Rozsah práce:	111 stran.
Jazyk práce:	Český.