

Obsah

Úvod.....	6
1 Paliatívna starostlivosť.....	7
1.1 Staroba, starnutie, umieranie.....	7
1.2 Paliatívna starostlivosť a jej poskytovanie.....	10
1.3 Sociálna práca v paliatívnej starostlivosti.....	12
2 Hospicová starostlivosť.....	16
2.1 Formy hospicovej starostlivosti.....	16
2.2 Sociálny pracovník v hospicovej starostlivosti.....	19
2.2.1 Úlohy sociálneho pracovníka.....	21
2.2.2 Metódy práce.....	23
2.2.3 Komunikácia.....	27
3 Eutanázia.....	31
3.1 Vymedzenie eutanázie.....	31
3.2 Asistovaná samovražda (dystanázia).....	37
3.3 Etické a právne aspekty eutanázie.....	41
4 Záver.....	43
5 Zoznam použitej literatúry.....	44
6 Prílohy.....	46

Úvod

Čoraz častejšie sa začína hovoriť v masmédiách a verejnom živote o eutanázii a jej legalizácii. Týchto diskusií sa mnohokrát zúčastňujú, a svoje názory prezentujú ľudia, ktorí sú nedostatočne vzdelaní v tejto problematike. Bakalárska práca bude pozostávať z teoretickej časti, kde chceme popísať podľa možností čo najpodstatnejšie aspekty týkajúce sa ukončenia ľudského putovania na zemi nazývaného „život“ a jeho prechod cez umieranie do finálneho stavu, teda smrti. Zameriavať sa budeme na terminálne štádium ľudského života, a to z viacerých pohľadov, cez samotné prežívanie jeho konca a jeho mnohých faktorov ako je, napríklad, psychický stav človeka, jeho schopnosť vnímať a prijať danú realitu, ale i samotný svetonázor či sociálne zázemie dotknutej osoby v týchto pre neho ťažkých chvíľach. Hlavným cieľom bude lepšie porozumieť problematike uzákonenia eutanázie a budeme sa venovať aj jej histórii. Motiváciou bolo pre nás poukázať na iné formy starostlivosti o zomierajúceho človeka, ako je eutanázia alebo dystanázia, keďže z nášho pohľadu je eutanázia tým najradikálnejším riešením. Budeme chcieť poukázať na iný, humánny spôsob starostlivosti o terminálne chorého pacienta, aký poskytuje hospicové zariadenie.

Na záver chcem povedať jedno veľké ďakujem PhDr. Anne Kasanovej PhD. za jej pomoc, odborný dohľad, poskytnuté literárne zdroje a tiež ľudský prístup pri vzájomnej komunikácii zameranej na zvládnutie spracovania tak dôležitej témy.

1 Paliatívna starostlivosť

Termín pochádza z latinského slova pallium a znamená plášť, prikrývku. Ak už nemôžeme ranu vyliečiť, tak ju aspoň prikryjeme, aby trpiacemu bolo teplo, netrápili ho bolesti. Paliatívna starostlivosť sa zameriava hlavne na prinášanie úľavy chorým pacientom v terminálnom štádiu ochorenia pomocou zvládnutia symptómov a bolestí. Zámerom nie je liečiť, ale poskytnúť človeku pohodlie, kvalitu a súcit k človeku, ktorého život ešte trvá aj napriek vyčerpaniu príčinnej (kauzálnej) liečby choroby.

1.1 Staroba, starnutie, umieranie

Starobu chápeme v 2 významoch – ako čas, ktorý uplynul od narodenia človeka, alebo ako záverečnú etapu života, ktorá je často vymedzovaná ako doba od skončenia hospodárskej aktivity po smrť, nazývaná tiež tretím vekom. Toto obdobie nie je možné určiť biologickým vekom, nakoľko individuálne rozdiely fyzického a psychického stavu rovnako starých ľudí sú rozdielne. (Marcinková, Hrozenková, Vaňo, 2005, s.11). Členenie staroby podľa vybraných autorov (tamtiež, s.11):

A. Členenie staroby podľa E. Drlíkovej a kol.

- obdobie staroby (od 60/65 roku veku do smrti) sa ďalej delí na:
 - a) starnutie /presenium/ od 60./65. rokov veku do 70 rokov
 - b) staroba /senium / nad 70 rokov veku

B. J. Kuric člení obdobie staroby nasledovne:

- štádium počiatkovej staroby (od 60./66. roku do 78. roku)
- štádium pokročilej staroby (od 78. roku veku do 90. roku)
- štádium vrcholnej staroby (začína 91. rokom života a končí smrťou)

C. Svetová zdravotnícka organizácia člení obdobia života človeka nasledovne:

- 0-14 rokov –detský vek
- 15-29 rokov - mladý vek
- 30-44 rokov - dospelý vek

- 45-59 rokov - stredný vek
- 60-74 rokov - starší vek /presenium/
- 75-89 rokov - starý vek /senium/
- nad 90 rokov – dlhovekosť

Starnutie je prirodzený, neprestajný a neodvratný proces, počas ktorého dochádza k zmenám organizmu v závislosti od pôsobenia mnohých vonkajších i vnútorných faktorov. Medzi najvýznamnejšie patria štrukturálne a funkčné zmeny, ako aj zníženie schopnosti prispôbiť sa. Starnutie je sprevádzané zmenami morfológickými i funkčnými. Každý človek starne inak, skutočný vek nemusí byť totožný s funkčným vekom. Počas starnutia sú na prvý pohľad badateľné vonkajšie zmeny ako napríklad, presun tuku do oblasti brucha a stehien, zakrivenie chrbtice dozadu alebo do strán, pokožka sa stáva suchšou, vráskavou, ochabuje, vlasy sa stávajú tvrdšími, sú šedivé až biele. Postupne dochádza k oslabeniu zraku i sluchu a pod. (Marcinková, Hrozenková, 2005, s.14 – 15).

Potláčanie myšlienky na vlastnú smrť sa darí človeku nielen po celý život, ale viac menej po celý čas vážneho ochorenia. Sme si vedomí, že súčasťou života je smrť, avšak ako realitu ju súčasne popierame. Každý človek má strach zo smrti. Ako uvádza Dobříková – Porubčanová (2005, s.59 - 65) pojmom smrť a zomieranie sa radšej vyhýbame, lebo nás znepokojujú, trápia a zároveň sú pre nás traumatizujúce. O smrti a zomieraní hovoríme až vtedy, keď sa nás to začne týkať. Zomieranie je neoddeliteľnou súčasťou smrti, ktorej skutočnosť nás zaskočí už keď na ňu s obavami a strachom myslíme. Platón povedal, že pokiaľ ide o smrť, nikto nevie, či to nie je to najlepšie, čo môže človeka stretnúť. Ľudia sa jej boja, ako keby si boli istí, že je to veľké zlo. Smrť môže byť chápaná rôzne. To, čomu hovoríme smrť, je tajomstvo neexistencie, konečnosti pozemskej existencie, je rovnaká pre všetko živé, nemá predlohu. Najdôležitejšou pre ľudí je smrť človeka, pretože sa každého z nás priamo týka. Smrť je vec, ktorá je pre človeka všeobecná, vrodená, nepodplatiteľná, v ktorej nachádzame svoju naozajstnú rovnosť, ktorá chýba v podmienkach zomierania. Smrť je stav po ukončení života. Smrť je rešpektovaný ako trvalý, nezvratný koniec všetkých prejavov života, kedy

mozog prestáva plniť svoj význam a stráca sa schopnosť mať vedomie. Existujú aj iné druhy ľudskej smrti, a to psychická smrť, kedy človek rezignuje, upadá do beznádeje, depresií a sociálna smrť, ku ktorej dochádza neodvratným izolovaním z dôležitých sociálnych a interpersonálnych vzťahov. Zomieranie vyvoláva u ľudí väčšie obavy ako samotná smrť, a preto záleží na skúsenostiach, vedomostiach a empatiách sociálnych pracovníkov, ktorí sa o nich starajú. Aby sme mohli dokonalejšie porozumieť zomierajúcim a konať v harmónii s ich rozdielnou individualitou, musíme poznať formy ich správania, aby sme nekorektnou interpretáciou nevyvodili chybné závery. V tejto súvislosti je najčastejšie akceptované členenie fáz vyrovnávania sa so smrťou podľa E. K. Rossovej (In: Dobříková – Porubčanová, 2005, s.64), ktorá rozlišuje päť fáz zomierania:

1. Prvá fáza je fáza negácie, kedy pacient popiera to, že je vážne chorý. V tejto fáze je podstatné nadviazať s pacientom kontakt a získať si jeho dôveru.
2. Druhá fáza sa prejavuje hnevom a vzburou. Pacient cíti zlosť na personál a je pohoršený nespravodlivosťou jeho ochorenia. Personál by sa nemal pohoršovať a brať to osobne. Pacient reaguje hnevom aj na svojich blízkych. Táto fáza sa označuje aj obdobím útoku.
3. V tretej fáze človek vyjednáva s Bohom, prípadne sa snaží nájsť nejakého liečiteľa a je ochotný splniť čokoľvek, len aby sa vyliečil.
4. Vo fáze smútku a depresie dolieha na zomierajúceho príchod smrti. Lúči sa so svojím životom, má strach o osud svojich blízkych, obáva sa samoty, bolesti a podobne. Je to fáza psychického trápenia.
5. Konečná fáza je fáza zmierenia. Pacient je vyrovnaný so svojim ochorením i so smrťou. Tu už stačí taktná tichá ľudská prítomnosť, držať pacienta za ruku, prípadne mu utrieť slzu. V tejto fáze potrebuje pomoc jeho rodina viac ako pacient.

1.2 Paliatívna starostlivosť a jej poskytovanie

Paliatívna starostlivosť je poskytovaná chorým, ktorých život sa neodvratne pomaly končí a očakáva sa smrť, ktorú nemožno oddialiť. Snaží sa zlepšiť kvalitu zostávajúceho života chorým a jeho rodine. Podľa, v súčasnosti, najviac používanej, definície Svetovej zdravotníckej organizácie (<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>) je paliatívna starostlivosť prístup, vďaka ktorému sa zlepšuje kvalita života pacientov a ich rodín čeliacich životu ohrozujúcemu ochoreniu tak, že skorou identifikáciou, diagnostikou a liečbou bolesti a iných problémov - fyzických, psychosociálnych a spirituálnych - predchádza a zmierňuje utrpenie. *Paliatívna starostlivosť pre dospelých* (<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>):

- poskytuje úľavu od bolesti a iných nežiaducich symptómov,
- potvrdzuje život a vníma umieranie ako prirodzený proces,
- neurýchľuje ani neodďaľuje smrť,
- spája psychologické a duchovné aspekty starostlivosti o pacienta,
- ponúka podporu pacientovi tak, aby mohol žiť čo najaktívnejšie až do smrti,
- ponúka podporu rodine, aby sa vyrovnala s pacientovým ochorením a vlastným smútkom,
- využíva tímový prístup k naplneniu požiadaviek pacientov a rodín, ak je potrebné, zahŕňa aj poradenstvo počas fázy smútenia,
- zvyšuje kvalitu života a môže tiež pozitívne ovplyvniť priebeh ochorenia,
- je užitočnosťou v skorom štádiu ochorenia v spojení s inými liečebnými postupmi, ktoré môžu predĺžiť život (chemoterapia a rádioterapia) a zahŕňa výskum v snahe lepšie porozumieť a zvládnuť nepríjemné klinické komplikácie.

Paliatívnu starostlivosť rozoznávajú Finlay a Jones (In: Kasanová, 2009c, s.7) v troch rovinách, a to:

1. *paliatívny prístup* (základná starostlivosť) - súhrn primárnych poznatkov, ktoré môžu používať zdravotnícki pracovníci starajúci sa o pacientov so

život ohrozujúcim či terminálnym ochorením; sestry by mali byť schopné rozpoznať základné fyzické a psychické symptómy, mali by zaistiť ich riešenie, porozumieť prežívaniu zomierajúceho i jeho rodiny, zapojiť sa do rozhovoru o individuálnych potrebách a so špecialistami v paliatívnej starostlivosti diskutovať o potrebách pacientov presahujúcich ich poznatky a právomoci;

2. *špecializovaná intervencia* (špecializovaná starostlivosť) – sa stáva nevyhnutnou v prípadoch zložitej ošetrovateľskej starostlivosti, ide v prvom rade o pomoc odborníkov z iných oblastí zaisťujúcich potrebnú intervenciu (napr. sestra - špecialistka na hojenie rán, sestra v rádioterapii);
3. *špecializovaná paliatívna starostlivosť* - poskytujú ju zdravotníci so kvalifikovaným vzdelaním a praxou v starostlivosti o zomierajúcich a ich rodiny, zapájajú sa do starostlivosti o pacientov s celkovými a ťažkými príznakmi, ale i s náročnou ošetrovateľskou starostlivosťou.

Paliatívnu starostlivosť vykonáva multidisciplinárny tím lekárov, sestier, sociálny pracovník a iní zdravotnícki pracovníci. Paliatívna starostlivosť zahŕňa zdravotnú starostlivosť poskytovanú lekárom (diagnostiku a liečbu), ošetrovateľskú starostlivosť, rehabilitáciu, duševnú starostlivosť, liečebno – pedagogickú starostlivosť – u detí, spirituálnu starostlivosť a sociálne poradenstvo. Na hospitalizáciu a/alebo konzílium na oddelení paliatívnej starostlivosti, alebo v hospici je určený onkologický pacient s neliečiteľným, aktívne progredujúcim nádorovým ochorením, pacient s progredujúcim neurodegeneratívnym ochorením, pacient s progredujúcim demyelinizačným ochorením, pacient s progredujúcou neuromuskulárnou dystrofiou, pacient s chronickou obštrukčnou bronchopulmonálnou chorobou v terminálnom štádiu, pacient s chronickou renálnou insuficienciou v terminálnom štádiu, aj v chronickom intermitentnom dialyzačnom programe, pacient v perzistentnom vegetatívnom stave (po kraniocerebrálnom poranení, kardiopulmonálnej resuscitácii), pacient so závažnými bolesťami neoncologického pôvodu, ktorého

nemožno nastaviť na analgetickú liečbu ambulantne.
(<http://www.hospice.sk/hospice1/index2.php?id=324>).

Ako uvádza vo svojej knihe Dobříková – Porubčanová (2005, s.10) paliatívna starostlivosť sa zvyčajne poskytuje:

- na oddeleniach a nemocniciach paliatívnej starostlivosti,
- na paliatívnych lôžkach v nemocniciach,
- v ordináciách paliatívnej starostlivosti a ordináciách pre liečbu bolesti,
- v stacionári paliatívnej starostlivosti,
- v hospici ako samostatnom zdravotníckom zariadení,
- v hospicovom stacionári,
- v ambulanciách hospicovej starostlivosti,
- v domácom prostredí (tzv. mobilný hospic).

Kedy sa človek stáva pacientom, ktorému je poskytovaná paliatívna liečba? Hatoková a kol. (2009, s.43 - 44) vo svojej knihe uvádzajú, že paliatívnym sa stáva pacient vtedy, ak jeho ochorenie prestáva odpovedať na kuratívnu liečbu, napr. malígny nádor nie je po chemoterapii menší, ostáva rovnaký alebo sa zväčšuje rozsah celej choroby. Vtedy aplikujeme paliatívnu liečbu, v ktorej využívame skoro všetky liečebné metódy ako v kuratívnej liečbe, ale už s iným cieľom - s cieľom zachovania najlepšej možnej kvality života. Avšak na druhej strane treba povedať, že paliatívna liečba, resp. paliatívny prístup, ktorý zahŕňa symptomatickú a podpornú liečbu, sprevádza pacienta počas všetkých fáz jeho ochorenia.

1.3 Sociálna práca v paliatívnej starostlivosti

V každom stredisku, v ktorom sa poskytuje paliatívna a hospicová starostlivosť platí, že človek má právo žiť a zomrieť bez bolesti, a dôstojne. Paliatívna starostlivosť ako starostlivosť o ľudí vo finálnej fáze života je vnímaná ako rozvíjajúca sa časť sociálnej práce. Sociálni pracovníci/sociálne pracovníčky majú v tomto odbore možnosť zúžitkovať svoje profesionálne zručnosti,

prichádzajú do styku s hodnotením, analýzou a intervenciou zo zámerom zlepšenia kvality starostlivosti o zomierajúcich. (Kasanová, 2009c, s.29).

Sociálny pracovník ak chce pracovať v oblasti paliatívnej starostlivosti by podľa Šramatej (In: Kasanová, 2009c, s.30) mal vedieť, že:

- Sociálny pracovník sa správa ako odborník vo viacerých funkciách a rolách.
- Zomieranie má svoje fyzické štádiá.
- Bolesť sa prejavuje fyzicky, psychologicky i spirituálne.
- Národnostné, náboženské a kultúrne diferencie súvisia s otázkami spätými s ochorením (postoj voči smrti).
- Odbor poskytovania paliatívnej starostlivosti zahŕňa aj domácu starostlivosť, starostlivosť v sanatóriách a v hospicioch.
- Je uskutočniteľné využívať komunitné zdroje.
- Priebeh ochorenia a samotná smrť môžu mať dopad na život rodiny.
- Pretrvávajú kultúrne diferencie prístupu k paliatívnej starostlivosti.
- Pre poskytovanie paliatívnej starostlivosti by mali byť vytvorené vládou schválené štandardy poskytovania služieb.
- Je potrebné uspokojovať požiadavky špecifických skupín klientov a ich príbuzných so špeciálnymi potrebami.

V oblasti paliatívnej starostlivosti je poskytovaná rôzna intervencia, a to (tamtiež, s.30):

- individuálne poradenstvo a psychoterapia
- rodinné poradenstvo
- krízové poradenstvo
- poskytovanie informácií a vzdelávanie
- organizácia podporných skupín
- intervencia závislá na zvládaní symptómov
- stanovenie plánu intervencie po prepustení z nemocnice
- rozhodovanie a implikácia rôznych liečebných alternatív
- zastupovanie klientov
- poradenstvo pri využívaní zdrojov.

Sociálny pracovník by mal mať diagnostické, psychologické a sociálne schopnosti. Formy práce sociálneho pracovníka/sociálnej pracovníčky s umierajúcim možno podľa Pírkovej (In: Kasanová, 2009c, s.30 -31) zhrnúť do týchto piatich častí :

1. oboznámenie sa s diagnózou, prvý styk s umierajúcim - sociálny pracovník musí vedieť zdravotný problém umierajúceho i kompletnú anamnézu. Jednou z metód sociálnej práce je individuálny rozhovor, počas ktorého sa sociálny pracovník predstaví svojmu klientovi a zdôvodní mu svoju návštevu, aby klient porozumel rozdielu sociálnej práce a práce zdravotníka. Pri prvom kontakte zahajuje sociálny pracovník tzv. prípadovú štúdiu a vytvára podmienky pre vytvorenie terapeutického vzťahu. Umierajúceho dôvera musí byť taká, aby bol schopný sociálnemu pracovníkovi verbálne vyjadriť duševné trápenie, ktoré mu spôsobuje nevyliciteľná choroba.

2. sociálna diagnóza - sociálny pracovník získava riadeným dialógom s klientom psychosociálnu anamnézu, prostredníctvom ktorej si vytvorí sociálnu diagnózu. Zo začiatku je zameraný na vzťah klienta s jeho nevyliciteľnou chorobou. Skúma, ako choroba zapôsobila na jeho život a ako túto chorobu prijíma. Ďalším krokom k stanoveniu diagnózy je zisťovanie finančnej situácie pred ochorením klienta, zisťovanie širších sociálnych podmienok a vzťahov v rodine, v rámci jeho etnika, sociálnej vrstvy,...

3. návrh riešenia a harmonogram sociálnej pomoci - v tejto časti si sociálny pracovník vytvorí návrh, ktorý môže byť krátkodobý alebo dlhodobý. Krátkodobá pomoc je upriamená na vyriešenie bezodkladných vecí klienta. Dlhodobá pomoc je zameraná na plán týkajúci sa bytia klienta, zaistenie potrebného rozsahu a kvality starostlivosti o klienta.

4. sociálna terapia - je činnosť, ktorá je orientovaná na obnovu, zlepšenie, ozdravenie alebo zmiernenie stavu, v ktorom sa klient nachádza. Jej cieľom je odstránenie porušenej rovnováhy medzi klientom a okolím. Sociálny pracovník rieši alebo zabezpečuje riešenie starostí, ktoré vyvolávajú u klienta úzkosť, napätie i zmätok, na ktorý sa mu klient sťažuje.

5. *kontrola výsledkov* - sociálny pracovník po uzavretí predchádzajúcich častí overuje dve veci, a to do akej miery sa mu podarilo splniť cieľ svojej práce, ktorý si sprvoti ustanovil v záujme klienta, a ako tento cieľ prispel k zlepšeniu kvality života klienta podľa vlastného hodnotenia chorého.

Sociálny pracovník plní funkciu akéhosi sprostredkovateľa informácií a pomoci medzi rodinou, zomierajúcim i personálom. Zabezpečuje klientovi psychologické vedenie, psychiatrický zákrok, sociálne uspokojenie i spirituálnu starostlivosť. Zabezpečuje ergoterapiu, arteterapiu a aj muzikoterapiu, ktoré môžu poslúžiť vo finálnej časti života ako príjemné dni života. Kasanová (2009c, s.32) píše, že sociálny pracovník je schopný pre osamotených klientov zabezpečiť návštevy dobrovoľníkov ako i adekvátnu starostlivosť o domáce zvieratá, ktoré bol klient nedobrovoľne nútený nechať doma. V paliatívnej starostlivosti plnia sociálni pracovníci viacero povinností. Vystupujú nielen ako sociálni pracovníci a poradcovia, ale aj ako nemocniční a vedeckí pracovníci, vzdelávatelia, vodcovia v komunitách či právnici. Zabezpečujú zvyšovanie kvality života klientovi, jeho rodine, ale aj rodinným príslušníkom. Osamelým a opusteným klientom poskytujú sociálnu oporu.

2. Hospicová starostlivosť

Pod pojmom hospic bol v stredoveku označovaný prístrešok, miesto, kde si ľudia mohli oddýchnuť a nabrať nových síl. Hospice boli spravované zväčša rehoľou. V súčasnosti je to miesto poslednej zastávky v živote nevyliciteľne chorých a zomierajúcich. Podnetom pre novodobé hospicové hnutie je Londýn, kde v r. 1967 založila prvý hospic Dr. Cecily Saundersová. Odvtedy sa hospice rozširujú po celom svete. (Svatošová, 2001, s.7).

Čo je hospicová starostlivosť? Ako vo svojej knihe uvádza M. Svatošová (2001, s.24): „Myšlienka hospicu vychádza z úcty k životu a z úcty k človeku ako jedinečnej, neopakovateľnej bytosti. Hospic chorému garantuje, že nebude trpieť neznesiteľnou bolesťou, v každej situácii sa bude rešpektovať jeho ľudská dôstojnosť a v posledných chvíľach života nezostane sám.“

Mnoho ľudí považuje hospic za miesto smútku. Dokonca aj stážisti, ktorí prichádzajú do hospicu s týmto presvedčením, sú prekvapení aká atmosféra pokoja, pohody a radosti v hospici vládne. Pozostali, ktorí sa vrátia do bežného prostredia si až neskôr uvedomia priepastný rozdiel medzi životom vonku a životom žijúcim v hospici.

Slovenská legislatíva podľa § 7 ods. 3 písm. c) zákona č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov definuje hospic ako samostatné zdravotnícke zariadenie určené na poskytovanie paliatívnej starostlivosti so sídlom v samostatnej budove. Optimálny počet postelí v hospici je 20. (<http://www.hospice.sk/hospice1/hospic.html>).

2.1 Formy hospicovej starostlivosti

Ako uvádza vo svojej knihe Kasanová (2009c, s.44), hospicová starostlivosť sa poskytuje viacerými formami a môžeme ju rozdeliť do 4 základných skupín, a to:

- Hospicová starostlivosť v domácom prostredí klienta (mobilný hospic).
- Ambulancie hospicovej starostlivosti.
- Stacionárna hospicová starostlivosť – hospicový stacionár.
- Lôžková hospicová starostlivosť.

Balogová (In: Kasanová, 2009c, s.44) píše, že pri hospicovej starostlivosti v domácom prostredí (mobilný hospic) sa poskytuje starostlivosť, a to v maximálnej kvalite a rozsahu, o chorého a zomierajúceho v jeho vlastnom domácom prostredí, v prípade ak sú splnené podmienky, chorého zdravotný stav je stabilizovaný, symptómy ochorenia sú pod kontrolou, má vytvorené rodinné zázemie a domáca starostlivosť je dostupná. Aj Tomka (In: Kasanová, 2009c, s.44) napísal, že okrem nesporných pozitív, ktoré prináša domáce prostredie, sú aj isté obmedzenia pre rodinných príslušníkov, ktorí sa dlhodobou starostlivosťou o chorého unavia a vyčerpajú. Príbuzní sa musia venovať chorému 24 hodín denne popri plnení si svojich každodenných povinností. Ak rodina potrebuje pomoc a už z akýchkoľvek dôvodov sa nemôže o príbuzného dostatočne starať, môže sa obrátiť na hospicový tím. Podľa Dobříkovej – Porubčanovej (2005) mobilný hospic poskytuje starostlivosť 24 hodín denne, 7 dní v týždni. Starostlivosť poskytuje multidisciplinárny tím, ktorý je obvyčajne zložený z lekárov, zdravotných sestier, rehabilitačného a sociálneho pracovníka, psychológa, duchovného ale aj zo školených dobrovoľníkov. Mnohým rodinám chýbajú skúsenosti z oblasti domácej ošetrovateľskej starostlivosti a práve tu im môže pomôcť profesionálny tím hospicových pracovníkov, ktorí im budú poskytovať psychologickú, sociálnu a spirituálnu podporu. (Dobříková – Porubčanová, 2005, s.17).

Ďalšou formou sú ambulancie hospicovej starostlivosti. Tu prichádza za odborníkmi pacient sám. Pacient túto možnosť využíva ak jeho stav nevyžaduje starostlivosť v domácom prostredí alebo v inom hospicovom zariadení. Pomocou zásahov odborníkov dochádza k zmierňovaniu príznakov sprevádzajúce zomieranie. Ambulantná hospicová starostlivosť je považovaná ako doplnok

domácej starostlivosti o pacienta rodinnými príslušníkmi. (Kasanová, 2009c, s.46).

Stacionárna hospicová starostlivosť sa poskytuje v prostredí stacionára. Časť dňa strávi klient v hospici. Pacient je prijatý ráno a poobede alebo na večer sa vracia domov. Prepravu chorého zariaďuje hospic, prípadne rodinní príslušníci. Scheidová (in Dobříková – Porubčanová, 2005, s.15) píše, že v stacionári sa poskytuje zodpovedajúca komplexná psychologická, sociálna i spirituálna starostlivosť. V stacionári sú zabezpečené oddychové aktivity, ako napríklad spoločenské posedenia pri káve, arteterapia, muzikoterapia a podobne. Cieľom je poskytnúť chorému oddych, zotavenie, rozptýlenie, ale tiež poskytnúť zmenu prostredia, v ktorom sa chorý môže stretnúť s ľuďmi s podobným osudom. Táto forma je vhodná najmä pre chorých z blízkeho okolia stacionára.

Lôžková hospicová starostlivosť je poskytovaná v zdravotníckych zariadeniach – v hospicoch. Starostlivosť poskytujú odborníci 24 hodín denne.

Pre prijatie do hospicu je indikovaný pacient, ktorého choroba ohrozuje na živote, alebo potrebuje paliatívnu starostlivosť a liečbu, a súčasne nie je potrebná hospitalizácia v nemocnici, a nie je možná alebo dostatočná domáca liečba. (<http://hospice.sk/hospice1/zadost.html>).

Do hospicu prichádzajú nevyliciteľné chorí v konečnom (terminálnom) štádiu ochorenia. Najčastejšie sa tu stretávame s onkologickými pacientmi. Prichádzajú slobodne a dobrovoľne, návštevy sú časovo neobmedzené. Ak príbuzný prejaví záujem byť so svojim blízkym vo dne i v noci, hospicové izby sú vybavené prístelkou pre rodinného príslušníka. Režim dňa, ak je to možné, si určuje umierajúci sám. Vstáva, stravuje sa, kedy chce. Chorý sa môže pohybovať po celom areáli hospicu, so súhlasom personálu i mimo neho. Môže robiť čokoľvek čo jeho stav povoľuje. Hospic sa snaží vytvárať prostredie blízke domovu.

2.2 Sociálny pracovník v hospicovej starostlivosti

Neoddeliteľnou súčasťou multidisciplinárneho tímu je pacient a jeho rodina. Vzájomná komunikácia a spolupráca medzi jeho členmi je dôležitá. Treba mať na pamäti, že pacient tu nie je pre nás, ale my pre neho. Sociálni pracovníci sa zameriavajú na riešenie jednotlivých problémov pacientov, ktoré prinášajú terminálne ochorenia a ich liečba. Musia precízne zhodnotiť situáciu zomierajúceho a jeho blízkych z pohľadu psychosociálnych aspektov a prípadný zákrok naplánovať v súlade s ich želaniami a potrebami. Sociálny pracovník by mal byť zameraný na to dobré čo je v každom z nás. Ak jeden z členov rodiny zostane vážne chorý, komunikácia v rodine začne viaznuť a ľudia sa dostávajú do izolácie, pretože sa snažia chrániť jeden druhého pred zlými správami. Tento proces niekedy zastávajú aj zdravotníci, ktorí veľakrát informujú iba rodinu a pacienta nechajú tápať v neistote. Sociálny pracovník, ktorý je školený pre prácu s rodinou či skupinou, môže v značnom rozsahu prispieť k zlepšeniu komunikácie medzi členmi rodiny. Je podstatné si uvedomiť, že sociálny pracovník v hospici nepracuje s nefungujúcou rodinou, ale pracuje s fungujúcou rodinou, ktorá sa snaží zmieriť s nezvyčajnou situáciou. Sociálny pracovník pomáha rodine prijať realitu takú aká v skutočnosti je, stáva sa sprostredkovateľom medzi multidisciplinárnym tímom a rodinou. Hospicová práca si vyžaduje celého človeka, nie je to iba práca, je to poslanie. Dopyt po vzdelaných sociálnych pracovníkoch narastá, a to z dôvodu narastajúcich medicínskych technológií, počtu chronických ochorení, zvyšujúcemu sa podielu dôchodcov a v neposlednom rade aj predlžujúcu sa dĺžku života. (Haburajová In: Kasanová, 2009c, s.51).

Sociálny pracovník musí byť vysporiadaný s vlastnou smrťou a psychicky vyrovnaným človekom.

U záujemcov o prácu v hospici na pozíciu sociálneho pracovníka sa zisťujú dôvody, čo ich vedie k práci s umieraním a smrťou. Jednou z vlastností sociálneho pracovníka by malo byť pozitívne myslenie, zmysel pre humor a empatia, ktorá je základom pri sprevádzaní ťažko chorých a umierajúcich. Dôležitým

predpokladom je aj pevné zdravie a rodinné zázemie. Rodina hospicového pracovníka by mala vopred vedieť čo ju čaká. Pracovný čas v hospicioch je často dlhší ako bežná pracovná smena, a preto narúša zabehnutý režim domácnosti. (Kasanová, 2009c, s.52). Prvý kontakt s príbuznými chorých sa podľa Tomku (In: tamtiež, s.52) deje väčšinou pomocou telefonického rozhovoru, kedy sa rodina informuje o možnosti umiestnenia svojho blízkeho, a o tom, čo vlastne hospic je. Sociálny pracovník ako odborník, je pre pacienta, ako aj pre jeho blízkych, psychickou oporou. Z vystupovania sociálneho pracovníka musí volajúci vycítiť, že je tu pre neho, a že mu na ňom záleží. Podľa Levickej (In: tamtiež, s.45) sa klientom v sociálnej práci stáva ten, kto v dôsledku sociálnej situácie vyžaduje na jej vyriešenie rôznu formu spoločenskej pomoci.

Schopnosť vcítiť sa do situácie chorého, je dnes pomerne ťažké. Pokiaľ si tým človek neprejde sám, zrejme si ani dostatočne neuvedomí, o čo všetko chorý prichádza. Podľa Svatošovej (2001, s.14) to môže byť meno, pozícia, existenčná istota, intimita, ostych, rytmus života, sloboda. A k tomu sa pridáva bolesť, nevoľnosť, strach, chúlостivé vyšetrenia a snád' aj nepriazniví spolupacienti. Chorý má právo odpovedať na novú situáciu i agresivitou, depresiou, nepokojom, chybami správania a pod. Ak nie je okolie schopné prijať túto situáciu, častokrát reaguje negatívne, to jeho agresivitu ďalej zosilňuje, vzniká začarovaný kruh, ktorý nikomu nie je na ošoh. Ak okolie je schopné prijať túto situáciu, stáva sa pre chorého situácia lepšie zvládnuteľná a je pre chorého veľkou oporou.

Exitus blízkej osoby je veľmi náročný moment v živote človeka. Je to súčasť života a ako uviedla vo svojej knihe Kasanová (2009c, s.53), starostlivosť o zomierajúceho spolu s rodinou má zmysel ako pre samotného pacienta, tak i pre pomáhajúcu rodinu. Nie je múdre, aby rodičia svoje deti alebo vnúčatá, ktoré sú prítomné pri najťažších chvíľach v živote blízkeho, dištancovali od procesu zomierania, ktoré je pre nich skutočnou školou života. Sociálny pracovník odbremeňuje rodinu a pozostalých v súvislosti so zariad'ovaním pohrebu a ďalšou administratívou, ktorú je potrebné vykonať po smrti človeka. Uzatvára

dokumentáciu, rozhoduje či je nutné s príbuznými naďalej pracovať po smrti chorého, alebo nie.

2.2.1 Úlohy sociálneho pracovníka

Podľa Marie Svatošovej (In: Dobříková – Porubčanová, 2005, s.199) môžeme hospicovú starostlivosť rozložiť do troch období. Prvé obdobie – prae finem – obsahuje starostlivosť a sprevádzanie chorého a jeho rodinu od chvíle zistenia rozhodujúcej diagnózy, až po nástup terminálneho štádia. Obdobie in finem obsahuje starostlivosť počas zomierania v užšom slova zmysle. Tretie obdobie – post finem – znamená okrem starostlivosti o telo zosnulého, aj sprevádzanie pozostalých zväčša po dobu jedného roka.

Človek prichádza do hospicu podaním vlastnej žiadosti, ktorej súčasťou tvorí slobodný informovaný súhlas. Pacient si musí byť vedomí toho, že bude pokračovať v paliatívnej liečbe.

Podľa Vorlíčka, Adama, Pospíšilovej a kol. (In: Dobříková – Porubčanová, 2005, s.200) niekoľkočlenná komisia, ktorej člen je aj sociálny pracovník, prijíma do hospicu spravidla tých chorých, ktorí spĺňajú tieto 4 podmienky:

- Postupujúce ochorenie ohrozuje život pacienta.
- Pacient vyžaduje paliatívnu liečbu a starostlivosť.
- Nie je nutná urgentná hospitalizácia v nemocnici.
- Súkromná starostlivosť nie je dostatočná, alebo ju nemožno vykonávať.

Ak sa sociálny pracovník dôkladne poinformuje o sociálnej situácii pacienta, môže požiadať o zníženie, či úplné odpustenie platieb za poskytovanie hospicovej starostlivosti. Nedoriešené sociálno – právne veci, môžu spôsobovať u zomierajúcich nepokoj, a práve preto je podľa Vorlíčka, Adama, Pospíšilovej a kol. (in Dobříková – Porubčanová, 2005, s.204) dôležitý prehľad v spleťoch administratívnych záležitostiach, vrátane komunikácií s úradmi, kedy pre pacienta pôsobí ako poradca alebo zástupca, ak už pacient nie je spôsobilý zariadiť si záležitosti sám. Sociálny pracovník v hospici poskytuje odbornú radu v právnych

záležitostiach týkajúcich sa sociálnej oblasti, a samozrejme, konzultácie sú bezplatné . V náročnejších prípadoch by mal byť sociálny pracovník schopný zaobstarať právnika. Musí dbať na všetky práva pacienta a dbať na to, aby sa dodržiaval zákon. Ak si pacient želá, sociálny pracovník by mal zariadiť aj spísanie poslednej vôle.

Sociálny pracovník by mal poznať Občiansky zákonník § 476 - § 480, ktorý upravuje to ako by mal byť závet zostavený. (<http://www.vyvlastnenie.sk/predpisy/obciansky-zakonnik/>). Podľa Nováka (In: Dobříková – Porubčanová, 2005, s.204 - 205) je najideálnejšie, ak je závet napísaný vlastnoručne a s vlastnoručným podpisom. Mnohokrát sa stáva, že zdravotný stav pacienta to nedovoľuje, vtedy nastupuje v inej podobe napísaný závet, ktorý musí byť podpísaný poručeniteľom a dvomi svedkami. Ďalšou formou je spísanie závetu u notára, notárskou zápisnicou, ktorá zostane uschovaná u daného notára. Sociálny pracovník by sa mal vyznať aj v ďalších obsahových stránkach písania závetu.

Práca s rodinou v čase zomierania blízkeho býva mnohokrát náročná. Je podstatné, aby sociálny pracovník vedel o aký typ rodiny ide. Na možné nebezpečenstvo upozorňujú Kapr a Koukola (In: Dobříková – Porubčanová, 2005, s.206) ktorí tvrdia, že nevhodné rodinné postoje k pacientovi môžu vytvoriť atmosféru jeho izolácie. V terapii by mal teda sociálny pracovník využiť širšiu sieť sociálnych pomerov. Každý zásah do komplikovaného systému vytvára nebezpečenstvo nepredvídateľných a nevítaných efektov. Neprimeraná a nevydarená intervencia sociálneho pracovníka môže spôsobiť väčšie napätie v rodine, citlivejšie osoby ju môžu ponímať ako zásah do súkromia alebo ako nátlak k určitému správaniu.

Sociálny pracovník v spolupráci s psychológom uskutočňuje sociálnu terapiu s chorým, s blízkymi, prípadne s pozostalými. Ako uvádza vo svojej knihe Porubčanová – Dobříková (2005, s.209 – 210), že ak je to potrebné vykonáva terénnu prácu v bydlisku pacienta, zúčastňuje sa na oznámení diagnózy alebo

neradostnej prognózy chorému i rodinným príslušníkom. Poriada relaxačné tréningy pre personál ako prevenciu syndrómu vyhorenia, pripravuje školenia pre pracovníkov orientované na psycho - sociálnu pomoc pacientovi a jeho rodine, taktiež sa podieľa na výbere školení a supervízií dobrovoľníkov. Sociálny pracovník zisťuje psychosociálnu anamnézu, stanovuje sociálnu diagnózu, vedie sociálnu dokumentáciu pacientov. V období post finem udržiava korešpondenciu s pozostalými, koordinuje kultúrne vyžitie pacientov a personálu, zúčastňuje sa vstupného pohovoru s dobrovoľníkmi a ich supervízií, zariaďuje potrebné doklady a zmluvy týkajúce sa činnosti dobrovoľníkov. Sociálny pracovník je prítomný počas veľkej vizity, pravidelných pracovných a prevádzkových porád hospicu, diskutuje o stave pacienta s ďalšími členmi multidisciplinárneho tímu, zúčastňuje sa konferencií a seminárov týkajúcich sa paliatívnej starostlivosti. Sociálny pracovník môže informovať verejnosť o filozofii paliatívnej starostlivosti prostredníctvom masmédií.

2.2.2 Metódy práce

V hospici sa pri práci s chorým podľa Levickej a Mrázovej (In: Kasanová, 2009c, s.54) používajú 3 metódy sociálnej práce:

1. One – to – one meetings – metóda, v ktorej má pacient možnosť rozprávať sa so sociálnym pracovníkom o veciach, ktoré by za prítomnosti iných nechcel, alebo nemohol povedať.
2. Groups – vďaka tejto metóde pracuje sociálny pracovník spolu s iným profesionálom hospicového tímu so skupinou pacientov s totožnou alebo rozdielnou diagnózou.
3. Family groups – na skupinovej terapii je prítomný pacient s členmi svojej rodiny, ktorých si sám zvolí.

Podľa Kasanovej (2009c, s.54 – 56) nesie sociálny pracovník zodpovednosť za uspokojovanie všetkých sociálnych potrieb pacienta a jeho rodiny. Úloha sociálnych pracovníkov v hospicovej a paliatívnej starostlivosti má viac úrovní, sú zapojení do zvyšovania kvality života a presadzovania celkovej pohody pre

klientov, ich rodín a aj poskytovateľov starostlivosti. Sociálny pracovník si vedie zdravotnú a sociálnu anamnézu klientov hospicu. V komplexnej zdravotnej anamnéze sú obsiahnuté všetky údaje o zdravotnom stave pacienta od jeho narodenia až do času rozhovoru. Sú tam uvedené zdravotné údaje jeho pokrvných príbuzných, jeho sociálne a pracovné pomery. Kasanová tiež uvádza, že anamnéza má v priebehu určovania správnej diagnózy nezvyčajný a prakticky jedinečný význam. Privádza vo viacerých prípadoch priamo k diagnóze (až v 50%), alebo veľmi zreteľne obmedzí mieru možných ochorení, či navedie k ďalšiemu pátraniu. Pre niektoré medicínske odbory je jedinečnou cestou k určeniu ochorenia - typickým príkladom je psychiatria. Ochorenie vyvoláva u pacienta obavu, depresiu, často i vystupovanie, ktoré nie je preňho typické - subordináciu, agresivitu, egocentrizmus a podobne. V takomto stave je ľudská bytosť veľmi zraniteľná a neprimeraná poznámka alebo neuspokojivá pozornosť lekára môže napáchať vo vzájomnom obojstrannom vzťahu nenapraviteľné škody. Individuálny prístup je požadovaný pri každom pacientovi. Podstatou práce hospicového sociálneho pracovníka je dostatočné oboznámenie sa s prípadom – sociálna anamnéza. Sociálna anamnéza je počiatkový zber informácií, ktoré slúžia pre lepšie oboznámenie sa s potrebami pacienta a jeho rodiny (sociálne, praktické, finančné). V prípade potreby, ponúkne pomoc. Sociálnu diagnózu vypracuje na základe získaných informácií, kedy sa zameria na určenie a vyhľadávanie dôvodov, ktoré viedli, eventuálne prehĺbili daný sociálny problém. Sociálny pracovník si eviduje riešenie prípadu – sociálna terapia, poskytovanie individuálnej sociálnej starostlivosti, pomoci a celú hierarchiu práce. Dokumentácia je dôležitým strediskom obširných informácií o klientovi, o aktivite sociálneho pracovníka, ale aj vzácnym zdrojom štatistických údajov, ktoré je možné zužitkovať vo výskume. Jej význam spočíva vo viacerých okruhoch – pri venovaní pozornosti efektivity práce, poskytovaní pomoci vo forme dávok prípadne služieb, pri využívaní informácií v budúcnosti pri riešení obdobného prípadu alebo pre iného sociálneho pracovníka.

Mnohí ľudia majú strach z toho, čo povedať zomierajúcemu človeku. Pri jeho posteli je však dôležité najmä to, že nezomiera sám. Zomierajúci nám môže klásť otázky typu: „Ako dlho budem ešte žiť?“ či „Prečo Boh dopustí na človeku toľké utrpenie?“ Kasanová (2009c, s.60) uvádza, že nie je nevyhnutné odpovedať na každú otázku, pravda by mala byť podaná čo najjemnejšie, s láskou a nenechať zomierajúceho samého v jeho zúfalstve. Rozhovor o smrti zvládne len taký doprevádzajúci, ktorý je s ňou už sám relatívne vyrovnaný. Nie je ľahké nájsť odpoveď na otázky, za ktorými sa skrýva napríklad bolesť, zúrivosť, hnev. Je lepšie orientovať sa na obsah otázky, ako jej formu. Pri rozhovoroch by sme mali priamo a otvorene pristupovať k zomierajúcemu, mali by sme sa pousilovať k prieniku k jeho pocitom. Ak zachytíme, že umierajúci má problém hovoriť o zomieraní a smrti, ale zároveň vieme, že má potrebu o tom hovoriť, môžeme viesť rozhovor v obrazoch. Medzi základné pravidlá vedenia rozhovoru zaraďujeme:

- Osobný záujem o zomierajúceho.
- Citlivé reagovanie na prejavy umierajúceho.
- Zrozumiteľnosť nášho prejavu.
- Trpezlivé, činné počúvanie.
- Taktnosť v prístupe k umierajúcejmu.
- Empatia.
- Blízkosť a dôvera.
- Hodnovernosť vzťahu – autenticita.
- Pravdivosť a úprimnosť.
- Tolerancia.

Podľa Křivohlavého (In: tamtiež, s.61) má rozhovor 4 rôzne obsahy a formy, a to:

1. Postoj – chápeme ako „naklonenie“ nie len tela, ale i príklon či odklon v našom vzťahu k zomierajúcejmu. Povedzme kladné postoje môžu byť: brať pacienta vážne, pochváliť na ňom nejaké kladné veci, pustiť ho

k slovu, poskytnúť mu priestor k vyjadreniu svojej nespokojnosti, strachu, pochybnosti, hnevu atď.

2. Pochopenie – pacienta je možno počúvať, prežívať každý detail, ale s možnosťou postriechnuť celkový obraz, preto je dôležité nielen počúvať, ale aj dekodovať zmysel toho všetkého. Pacient napríklad môže rozprávať o ťažkostiach, trápení, byť agresívny voči návšteve a pri tom to môže byť iba volanie o pomoc. Rozhovor môže byť plodným len v tom prípade, ak rozlúštíme pacientovo zdieľanie.
3. Otázky – pri rozhovore sa môžeme zomierajúceho pýtať, hovorí sa že osvojiť si umenie „klásť otázky“ je veľkou pomocou. Sú rôzne druhy otázok: uzavreté, sugestívne, otvorené.
4. Odpovede – to, akú odpoveď pacientovi dáme, má vplyv na ďalší rozvoj rozhovoru.

Podstata práce pri sprevádzaní je podľa Sobotu (In: Hatoková a kol., 2009, s.75) postavená na aktívnom počúvaní a na rešpektovaní klientovej intimity. Aktívne počúvanie znamená byť zúčastnený, byť načúvajúci. Nielen počúvať, ale rozumieť, čo tým chce byť povedané. Chápať nesplnené túžby, sny, ale i bežné nevyhnutnosti sprevádzaného. Rešpektovanie intimity sprevádzaného je etickým záväzkom a podmienkou dôvery. Podstatné je uvedomiť si, že v centre sprevádzania stojí človek. On udáva postup, rýchlosť i témy sprevádzania. Úlohou sprevádzajúceho nie je na zomierajúceho vyvíjať nátlak. Sú zomierajúci, využijú svoje právo a odmietnu sprevádzanie. Sú to ľudia, ktorí sa vyrovnávajú s realitou prostredníctvom samoty. Často odídu zo života vo svojej intímnej samote.

Dačok (In: Dobříková – Porubčanová, 2005, s.186) tvrdí, že duchovná formácia slúžiacich v hospici vyplýva z potreby zabezpečiť nevyliciteľne chorému človeku paliatívnu starostlivosť, a to vyžaduje nielen odbornú ošetrovateľskú, opatrovateľskú, psychologickú, lekársku, právnickú, dobrovoľnícku rodinnú terapiu, ale i spirituálne sprevádzanie. Určitou mierou sa na tomto duchovnom sprevádzaní zomierajúceho zúčastňuje každý člen multidisciplinárneho tímu, ktorý pristupuje k pacientovi pod uhlom svojej

profesionality a špecializácie. Svojou duchovnou vyzrelosťou odovzdáva pacientovi celý rad správ, ktoré potom vplývajú na situáciu, v ktorej sa nachádza. Preto je duchovná formácia slúžiacich v hospici veľmi významná. Ide o plánovanú a premyslenú prácu na sebe, ktorá je podporovaná sebareflexným poznávaním za pomoci kolegov, ktorí takisto pracujú v psychicky namáhavom prostredí hospicu.

2.2.3 Komunikácia

Sociálnu komunikáciu môžeme považovať za vzájomnú činnosť, prostredníctvom ktorej si ľudia odovzdávajú a prijímajú informácie. Je to proces výmeny informácií. Dobříková – Porubčanová (2005, s.83) hodnotí zručnosť komunikácie s ťažko chorými za veľmi podstatnú. I v komunikácií ide hlavne o záujem chorého pacienta. Proces smrti vyvoláva očividnú odozvu. Vidíme to v myslení, v motivácií, chorý klient má strach a úzkosť. Pod pojmom úzkosť chápe Křivohlavý a Kaczmarczyk (In: Dobříková – Porubčanová, 2005, s.84) dosť nejasný a difúzny pocit strachu a tiesne. Sú to najčastejšie obavy z vlastnej existencie. Strach rozumieme ako obavu až hrozný pocit, ak sa nachádzame pred nebezpečením. U zomierajúcich je to strach zo smrti. Ako môžeme pomôcť? V prvom rade musíme poskytnúť chorému priestor pre vyventilovanie vnútornej úzkosti a strachu. Pacient by mal nadobudnúť pocit, že ten, ktorému sa zveruje mu rozumie, nadobúda pocit úľavy. Aby tento pocit nadobudol Rabow (In: tamtiež, s.85) upozorňuje na to, aby sme nechali priestor aj tichu. Ticho môže byť počas rozhovoru veľmi prospešné, a nemali by sme sa snažiť nútene ho prerušovať.

Uponáhľanosť personálu, psychické poruchy pacienta i poškodenia zmyslových orgánov ako je zrak, sluch či reč, u pacienta spôsobujú problémy v komunikácií. Vtedy prichádzajú na rad ďalšie formy komunikácie, napríklad písaná forma alebo znaková reč. V paliatívnej starostlivosti sa podľa Dobříkovej – Porubčanovej (2005, s.85) stretávame najmä s nedoslýchavými klientmi, kde komunikácia by mala byť:

- Jasne a zreteľne formulované slová.

- Výrazne artikulovaná.
- Hlasnejšie vyjadrená.
- Sedieť tak, aby chorý videl na pery.
- Rozprávať sa v tichom prostredí.
- Uistiť sa, či mi osoba rozumie.
- Ak je to možné, ukázať na vec, o ktorej hovorím.

Je dôležité spomenúť, že komunikácia s nevyliciteľne chorým je podstatná aj preto, aby pacient nezomrel psychicky a sociálne skôr, ako biologicky. Človek môže sociálne zomrieť tak, že je izolovaný od všetkého ľudského, žije opustený uprostred ľudí, nešťastný, bezmocný a pokorený chorobou. Psychický exitus je absolútnou psychickou rezignáciou, kedy človek prežíva beznádej a zúfalstvo. Rozhodne platí, že psychická smrť uľahčuje príchod fyzickej smrti. Ak nemá človek zomrieť psychicky a sociálne v stave, kedy je jeho choroba smrteľná, musíme mu umožniť psychický i sociálny priestor k životu a ustavične podporovať všetko, čo môže viesť k psychickej adaptácii na stav, pričom dôležitým aspektom je práve komunikácia (Haškovcová, 1985, s.296).

Častokrát je dôležitejšia neverbálna ako verbálna komunikácia, dôležitejšie je to, čo sa vyjadří bez slov – autentickým priateľským či partnerským postojom (Křivohlavý In: Dobříková – Porubčanová, 2005, s.87)

Pri vykonávaní starostlivosti o zomierajúceho je dôležité zachovať intímnu zónu, t.j. 50cm od tela pacienta. Dobříková – Porubčanová (2005, s.88 - 89) tvrdí, že túto zónu častokrát personál narúša bez toho, aby s tým pacient vyjadril súhlas. Je potrebné si uvedomiť, aj pacient, napriek tomu, že sa nachádza v zdravotníckom zariadení, má právo aspoň na základ súkromia, ktoré tvorí jeho posteľ. Z toho plynie, že návšteve chorého by sme si nemali bezmyšlienkovite sadáť na jeho posteľ, pretože práve tým, nabúravame jeho pocit súkromia. Je vhodnejšie si vziať stoličku a prisadnúť si k posteli, ako si sadnúť bez toho, že by si to pacient vyslovene želal. Za mimoriadne vhodné považujeme pri starostlivosti o nevyliciteľne chorého dotyky i očný kontakt. Pokiaľ sa partnerovi

v komunikácií vôbec nepozerať do očí, môže to chápať ako náš nezáujem k jeho osobe. Aby sme sa vyhli pocitu podradenosti pacienta, je dôležité, aby naše oči boli v približne rovnakej výškovej pozícii. Z hľadiska starostlivosti o zomierajúcich môže sa pre nás stať problematickým, výzor pacienta. Tu je potrebné chápať človeka takého aký je. Až potom budeme schopní, venovať mu svoj pohľad či úsmev, ktorý patrí medzi mimické prejavy a je mnohokrát v kontakte s chorým jedným z najúčinnjších liekov.

Pri komunikácií je dôležitá empatia, nielen pri odpovedi ale aj počúvaní, a to z dôvodu, že sú pomocou a podporou pre zomierajúceho. Vymětal (In: Dobříková – Porubčanová, 2005, s.94) odporúča, aby v komunikácií s nevyliciteľne chorými, boli uplatňované najmä empatické formy dialógu, ktoré prinášajú chorému úľavu, ukludnenie a mnohokrát i poznanie príčin pozmeneného psychického stavu.

Komunikácia s nevyliciteľne chorými a zomierajúcimi nie je užitočná iba pacientom, ale je veľmi obohacujúca aj pre sprevádzajúcich, pričom mnohokrát prispieva k ich osobnostnému rastu. Rozhovor so zomierajúcim klientom či jeho rodinou má svoje zvláštnosti (Kasanová, 2009c, s.62):

- Je vhodné, aby si pracovník so svojim klientom zabezpečil vhodné miesto, aby neboli nikým a ničím rušení.
- Aj keď môže rozhovor trvať iba pár minút, treba zaujať polohu na rovnakej úrovni ako je zomierajúci klient, predovšetkým to platí u ležiacich pacientoch, kedy si prisunieme stoličku k posteli, aby nemal pocit podradenosti.
- Pre človeka na konci svojej životnej púte môže vlastné meno pôsobiť povzbudzujúco, hlavne ak je človek v neosobnom nemocničnom prostredí alebo je závislý na iných. Meno môže u niektorých klientoch znieť povýšenecky, preto sa treba vopred dohodnúť na spôsobe oslovenia.

- Je adekvátne viesť dialógy, prínosom sú kratšie nenútené rozhovory, v ktorých má klient značný priestor na uvažovanie.
- Treba rozprávať o skutočnostiach spojených so smrťou otvorene s rozvahou a úctou. Ticho problém nevyrieši.
- Žiada sa určenie hraníc, ozrejmienie si čo môže sociálny pracovník klientovi sľúbiť a ponúknuť, a čo už je mimo jeho síl.

3. Eutanázia

V súčasnej dobe boli všetky témy týkajúce sa života a smrti odtabuizované v zmysle demokracie a rôznorodosti názorov. Zabitie či vražda boli pomenované ako „ublíženie na zdraví s následkom smrti“ a podanie smrteľného lieku „milosrdnou smrťou“, zabitie nenarodeného dieťaťa dostalo taktný názov „prerušenie tehotenstva“. Najvyššou hodnotou každého človeka je ochrana života. Pre spoločnosť je to najvyšší mravný príkaz pre všetkých ľudí bez rozdielu. Deklarácie zamerané na ochranu základných ľudských práv zakotvujú právo na život, nenájde tu ale zmienku o eutanázii – „dobrej smrti“. Názory na eutanáziu sa menili so zreteľom na zmeny morálnych zásad. Eutanázia je stará ako samotná ľudská kultúra. Čoraz aktuálnejšou sa stáva otázka na jej legalizáciu a množstvo otázok najmä etického charakteru vyvoláva jej uzákonenie. (Kasanová, 2009a, s.96).

Etický kódex zdravotníckeho pracovníka v SR hovorí: „Zdravotnícky pracovník u nevyliciteľne chorých a zomierajúcich zmiernuje bolesť, rešpektuje ľudskú dôstojnosť, prania pacienta v súlade s právnymi predpismi a zmiernuje utrpenie. Eutanázia a asistované suicidium sú neprístupné.“ (tamtiež, s.96)

3.1 Vymedzenie eutanázie

Pojem eutanázia je odvodený z dvoch gréckych slov: eu- dobrá a athanos – smrť. Týmito slovami sa pôvodne označovala všeobecná pomoc zomierajúcemu človeku, ktorá bola zameraná na zmiernenie telesných a duševných bolestí. Táto pomoc sa vykonávala podávaním tlmiacich a utišujúcich prostriedkov, akým je napríklad morfium. Lekárska veda nebola v minulosti natoľko vyspelá, a preto ľudia umierali pomerne rýchlo aj keď v bolestiach, ale neboli vystavení takému dlhodobému utrpeniu ako v dnešnej dobe. Vďaka množstvu vojen, krutých zákonov a smrteľných epidémií bola smrť súčasťou každodennej reality. Dnes je situácia odlišná. (tamtiež s. 96).

Munzarová (2005, s.17) vo svojej knihe uvádza, že dnes mnohí ľudia zomierajú v pokročilej starobe, možno práve vďaka rozvoju súčasnej medicíny, s

veľkými ťažkosťami a slabosťami a nejdennokrát sú odkázaní na pomoc iných. Tisíce ľudí sú pri vážnych poraneniach tela a mozgu, udržiavaní pri živote, alebo lepšie povedané, na hranici medzi životom a smrťou v bezvedomí aj niekoľko mesiacov. I práve preto sa začalo uvažovať o práve človeka rozhodnúť sa, kedy jeho život nebude zachraňovaný za každú cenu.

Vymedzenie na nepriamu a priamu eutanáziu podľa Kasanovej (2009a, s.97):

1. Nepriame vymedzenie - pod pojmom eutanázia rozumieme skrátenie ťažkého zápasu so smrťou. Nie je jednoduché určiť čo patrí pod tento termín kvôli rôznym podmienkam, okolnostiam, postupom a následkom vedomého skrátenia života. V zaužívanej terminológii, ktorá obsahuje množstvo eufemizmov sa prejavuje nejednotnosť, rovnako ako pri používaní medicínskych názvov. Je nesmierne dôležité správne pochopiť čo to je eutanázia a ako sa odlišuje od ortotanázie. Ortotanázia je stav, v ktorom lekár odstúpi od liečby nevyliciteľne chorého pacienta nákladnými a ťažko dostupnými prostriedkami a tým spôsobí jeho smrť.
2. Priame vymedzenie - Mnohí autori si pri vymedzení pojmu eutanázia pomáhali existenciou určitých druhov prípadov, a to kvôli zložitosti jej určenia.

Eutanáziu (tamtiež, s.98) delíme na:

- aktívnu, kde môžeme zaradiť usmrtenie na požiadanie, úmyselné usmrtenie chorého na jeho vlastnú žiadosť, dobre uvážené zakončenie života chorého s úmyslom zabrániť ďalšiemu utrpeniu, kedy aktívna eutanázia môže byť:

1. priama – predstavuje konanie, ktorého cieľom je pomocou, napr. aplikáciou smrteľnej dávky liekov alebo infúziou, skrátiť život trpiaceho s priamym zámerom usmrtiť ho.
2. nepriama – predstavuje neúmyselné skrátenie života lekárom, ktoré je zapríčinené podaním nadmernej dávky liekov na tíšenie bolestí a zmiernenie utrpenia. Sú to lieky, o ktorých je známe, že môžu viesť

k skráteniu a ohrozeniu života ako sú, napr. morfium, heroín, rôzne analgetiká a podobne.

- pasívnu, ktorej obsah sa zhoduje s ortotanáziou - je to zastavenie samoúčelného a umelého predlžovania zomierania umelou výživou, hydratáciou, podávaním liekov zmiernujúcich utrpenie a inými modernými lekárskymi technikami.

Pre oba druhy eutanázie sú spoločné tieto znaky: činnosť lekára, úkony smerujúce k smrti pacienta, konanie motivované snahou zbaviť pacienta utrpenia, ak nie sú pochyby o nevyliciteľnosti pacienta. (Kasanová, 2009a, s.98).

Už v dávnej minulosti sa stretávame s usmrcovaním nepohodlných ľudí z rôznych dôvodov - či už z nedostatku potravy, či kvôli rýchlemu úniku pred nepriateľom, čo mohli chorí alebo starí ľudia skomplikovať, robili tak teda kvôli samotnému prežitiu. Vývojom sa z myšlienky na ukončenie života stala alternatíva. Tento pojem bol známy už v antike. (tamtiež, s.99).

Munzarová (2005, s.26) píše, že aj Platón (427-347 pred n.l.), ktorý na samovraždu ako takú nazeral negatívne, pripúšťal v stave agónie dobrovoľné ukončenie života. V diele Faidon, napríklad zvažuje skorší odchod zo sveta, ak nie je iné východisko a smrť je neodvratná. V spise Politea by schvaľoval eutanáziu nevyliciteľne chorým a nespôsobilým, pretože človek s ťažkou chronickou chorobou nie je užitočný ako pre seba, tak i pre štát. Kasanová (2009a, s.99 - 100) o Spart'anoch uvádza, že usmrcovali postihnutých novorodencov. Prvú zmienku zaoberajúcu sa eutanáziou môžeme nájsť v gréckej antickej kultúre, ktorá sa okolo r. 300 pr. Kr. zachovala v divadelnej hre Mravec od gréckeho komédiografa Pasidipa. V Ríme Seneca vzdával vďaku prírode za to, že nám dala tisíce možností, ako odísť zo sveta. Rímsky spisovateľ, filozof a štátnik Cicero (106 pr. Kr.- 43 po Kr.) pod pojmom eutanázia chápe čestnú, slávnu a dôstojnú smrť. Keď rímsky cisár Octavianus Augustus (63 pr. Kr. -14 po Kr.) počul, že ktosi zomrel prirodzenou smrťou, vyprosoval od bohov takúto ľahkú smrť - eutanáziu - pre seba i pre svoju rodinu. Myšlienku úniku zo života zastával

filozofický smer stoicizmu. Jeho predstavitelia odporúčali samovraždu ako únik z nezmyselného života, ak je človek zmrzačený alebo trpí nevyliciteľnou chorobou. Avšak to bola samovražda, nie eutanázia v jej dnešnom ponímaní. Do Európy prichádza s kresťanstvom i piate božie prikázanie, ktoré hovorí „nezabiješ“. Kresťanstvo odsudzuje samovraždu i akýkoľvek zásah proti životu - daru božiemu. Boli ukončené všetky diskusie o eutanázii. Pojem eutanázia bol v novodobom ponímaní pripisovaný Francisovi Baconovi. Opísal ním smrť ako priateľský a príjemný spánok a súčasne tvrdil, že povinnosťou lekárov nie je iba liečiť, ale aj tíšiť bolesti a utrpenie, a nielen u pacientov, u ktorých je možné vyzdravenie, ale aj u tých, ktorí zomierajú. Napoleon (1769-1821) navrhol svojmu lekárovi usmrcovať ťažko ranených a zomierajúcich vojakov, aby ich trápenie bolo ukončené a neskončili v rukách nepriateľov. Lekár to zamietol slovami: „Mojou povinnosťou je liečiť a nie zabíjať“. V 19. storočí sa pod pojmom eutanázia označovalo uľahčenie zomierania, aktívna eutanázia sa dôsledne odmietala. Jej začiatok možno badať v roku 1895, keď v Nemecku vyšla Jorstova kniha *Právo zomrieť*, v ktorej presadzoval názor, že hodnota ľudského života sa môže stať nielen nulovou, ale až mínusovou. F. Nietzsche (1844-1900) chválil právo na smrť, avšak napriek tomu, že zomieral dlho a v bolestiach nemal odvahu o ňu požiadať. Svojou filozofiou inšpiroval Hitlera, ktorý tvrdil, že silných treba podporovať, slabých zanedbávať, až likvidovať. V 20. storočí sa pod vplyvom sociálneho darwinizmu a eugeniky sa začalo hovoriť o eutanázii v dnešnom zmysle slova. V roku 1920 bola vydaná publikácia, s názvom *Poskytnutie súhlasu k zničeniu života, ktorý život nie je hodný* od nemeckého právnikára Karia Bindinga a lekára Alfréda Hocha, v ktorej sa označenie ľudí trpiacich mentálnu retardáciou, psychickými poruchami a poškodením mozgu používali slovo „Ballastexistenz“, v preklade ako ľudský odpad. Nie je žiadnym tajomstvom, že uvedená kniha sa stala teoretickým, vedeckým a etickým zdôvodnením vyhladzovacích akcií určitých skupín obyvateľstva počas národného socializmu Nemecku. Munzarová (2005, s. 31) uvádza, že do konca augusta 1941, keď Hitler na základe mnohých protestov, predovšetkým z radov cirkevných predstaviteľov, vydal príkaz na zastavenie programu eutanázie mentálne postihnutých dospelých z

dôvodu čistej a zdravej rasy, bolo takto usmrtených 70 273 ľudí. Kasanová (2009a, s.101) píše, že v roku 1933 bola z Hitlerovho podnetu ustanovená Komisia pre eutanáziu tvorená 25 lekármi, ktorí mali určovať udeľovanie milosrdnej smrti mentálne postihnutým a starým osobám. Fenyk (In: tamtiež, s.101) tvrdí, že v auguste 1941 bola eutanázia úradne zakázaná, ale neoficiálne sa v nej pokračovalo s použitím medikamentov. Podľa odhadov bolo v Nemecku touto formou usmrtených až 275 000 ľudí. Podľa Kasanovej (2009a, s.101) aj právo na život malo svojich stúpcov. V r. 1935 vydal F. Walter, katolícky kňaz, knihu Eutanázia a posvätnosť života. Ostala však nepovšimnutá.. V roku 1939 sa na požiadanie rodičov, a po Hitlerovom osobnom súhlase, uskutočnilo prvé „zabitie z milosti“ dočat'a trpiaceho slepotou a ťažkými deformáciami končatín. O rok neskôr sa začala eutanázia dospelých, ktorej cieľom bolo získať voľné nemocničné lôžka pre obeť vojny. Tesne po skončení druhej svetovej vojny žiadala predsedkyňa komisie OSN pre ľudské práva E. Roosveltova, aby právo na eutanáziu bolo zahrnuté do Charty spojených národov. Jej snaha však nebola dostatočne podporená. Neskôr, v roku 1954 sa za eutanáziu vyslovil J. Fletcher, avšak pokusy o jej legalizáciu boli striktne odmietané a určitú dobu sa o nej prakticky nehovorilo. Zlomovým obdobím je podľa Munzarovej (2005, s.32) rok 1969, kedy holandský lekár Jan Hendrik van Berg uverejnil malú knižku „Lekárska moc a lekárska etika“ v ktorej navrhol, aby lekári boli ochotní svojich trpiacich pacientov a zomierajúcich aj zabiť, pokiaľ žijú v kóme, ktorá postúpila do štádia striedania bdenia a spánku bez obnovenia vedomia. V roku 1982 bola ustanovená Vládna komisia pre dobrovoľnú eutanáziu s cieľom morálneho akceptovania eutanázie v spoločnosti a jej neskorším legalizovaním, ktorá sa spolu s Ústrednou komisiou Kráľovskej holandskej lekárskej asociácie spolupodieľala na stanovení podmienok, za ktorých je uskutočniteľné vykonať eutanáziu. Medzi najdôležitejšie z nich patrí (tamtiež, s.33):

- Pacient musí byť svojprávny a jeho žiadosť úplne dobrovoľná a zámerná.
- Pacientova žiadosť musí byť dobre premyslená, zjavná a opakovaná.
- Pacient musí trpieť neznesiteľnými bolesťami a eutanázia musí byť posledná alternatíva.

- Eutanáziu môže vykonať iba lekár.
- Lekár musí všetko prerokovať s iným nezávislým lekárom, ktorý má už skúsenosti z tejto oblasti.

Počas pôsobenia legalizovanej eutanázie sa na základe žiadosti holandskej vlády ukázalo, že až 38% zo všetkých úmrtí ovplyvnili lekári. Bolo dokázané, že v značnom množstve prípadov sa jednalo o úmysel ukončiť život človeka a nie iba tlmieť bolesti a iné príznaky. (tamtiež, s. 33). Haškovcová (In: Kasanová, 2009a, s.103) vo svojej knihe uvádza, že eutanázia sa znova dostala do popredia v USA v roku 1975, kedy rodičia 21-ročného dievčaťa v kóme, žiadali súd o jej odpojenie od prístrojov. Známy americký patológ Jack Kervokian od roku 1989 vykonal pomocou prístroja vyše 40 „asistovaných samovrážd“, ku ktorým sa verejne hlásil. Bol postavený pred súd. Mediálnu podporu zaistili J. Kevorkianovi štyri súdne procesy vedené v USA, na ktorých konci stál vždy ako víťaz. Zásadný zlom nastal počas piateho súdneho sporu vedeného proti J. Kevorkianovi, kedy sa mu nepodarilo presvedčiť porotu o tom, že svojmu pacientovi poskytol asistovanú samovraždu. Súd ho uznal vinným a odsúdili ho za „vraždu druhého stupňa“. V roku 1994 referendum rozhodlo v prospech eutanázie v štáte Oregon, v neprospech v štátoch Washington a California. V roku 1996 Federálny odvolací súd zrušil zákony zakazujúce eutanáziu na území štátov New York a Washington ako neústavné, čím vlastne legalizoval právo na smrť. Avšak Najvyšším súdom USA boli v lete roku 1997 všetky tieto rozhodnutia jednohlasne zamietnuté.

Vo Veľkej Británii Snemovňa lordov v roku 1994 po doposiaľ najprecíznejších štúdiách všetkých hľadísk eutanázie a po oboznámení sa so skúsenosťami z Holandska jednohlasne rozhodla, že sa súčasné zákony meniť nebudú. Napriek tomu boli viacerí páchatelia oslobodení. Belgicko v roku 2001, jasne zákonom definovalo, že ukončenie života za určitých podmienok nie je trestný čin. (Munzarová In: Kasanová, 2009a, s.103).

Eutanázia bola v roku 1996 legalizovaná v austrálskom Severnom teritórii, ale už o rok neskôr bola zamietnutá senátom. V roku 1997 bola povolená v Kolumbii. Nad legalizáciou eutanázie uvažujú Filipíny a Južná Afrika, v súčasnosti je obnovená diskusia na túto tému hlavne v Česku, ale i v iných

krajinách sveta. Ako uvádza Kasanová (2009a, s.104): „Je to zápas dvoch nezlučiteľných filozofií a náhľadov na ľudský život.“

Najväčší nátlak na zakázanie eutanázie vyvíja Vatikán, ktorý je zástancom života. Život bol pre nás dar od boha a človek o narodení ani o smrti nerozhoduje. Človek má právo slobodne sa rozhodnúť a vždy bude dôstojným človekom, ktorý má právo žiť.

3.2 Asistovaná samovražda (dystanázia)

Asistovaná samovražda tak ako eutanázia, patrí k najdiskutovanejším a najcitlivejším otázkam posledných rokov. Ukončenie života človeka násilným spôsobom za pomoci inej osoby predstavuje okrem filozofického hľadiska skutočne zložitý problém aj z hľadiska právneho. Právo na život je ukotvené vo všetkých dokumentoch upravujúcich ľudské práva. Asistovaná samovražda je stav, kedy sám pacient v terminálnom štádiu ochorenia použije poskytnuté lieky alebo jedy lekárom a lekár mu neposkytne pomoc alebo mu v tom nezabráni.

Kasanová (2009a, s.104) vo svojej knihe píše že, pri asistovanej samovražde ide o pomoc pri ukončení života, ktorú môže poskytnúť okrem lekára aj ktorýkoľvek človek. Pri určitých prípadoch nemožno vylúčiť, že asistovaná samovražda bude rovno aj eutanáziou. Osoba, ktorá sa chce usmrtiť, nie je za svoje konanie trestne zodpovedná. Baláž (In:Kasanová, 2009a, s.105) tvrdí, že objektom trestného činu sú osoby, ktoré vykonávajú takúto činnosť. Zvýšená ochrana pred takýmito osobami sa poskytuje predovšetkým mladistvým osobám, ktoré sú často nevyrovnané, labilné a ľahko ovplyvniteľné. Osoba sa stáva trestne zodpovednou, a môže byť odsúdená už vtedy, ak jej vplyvom došlo aspoň k pokusu o samovraždu. Podnetom ku samovražde je akákoľvek činnosť, ktorá spôsobí vyvolanie rozhodnutia v inej osobe vziať si život. Takýmto podnetom môže byť nahováranie na samovraždu, schvaľovanie samovraždy, zlé zaobchádzanie s osobou alebo psychický nátlak s cieľom podnietiť ju k samovražde. Ako pomoc k samovražde je považované, napríklad, zaobstaranie prostriedkov na usmrtenie osoby, alebo odstránenie prekážky na vykonanie

samovraždy. K posúdeniu stupňa nebezpečnosti konania účastníka na samovražde je dôležité poznať úmysel konania. Ak je čin spáchaný na osobe mladšej ako 18 rokov, na tehotnej žene, na osobe postihnutej duševnou chorobou, alebo na osobe, ktorá je nedostatočne duševne vyvinutá, dochádza k prísnejšiemu potrestaniu páchatel'a.

Asistovaná samovražda je podľa platných predpisov trestný čin, a to z dôvodu, že mnohí ťažko chorí konajú v afekte a v depresii, a preto akýkoľvek podnet môže dopomôcť k rozhodnutiu potencionálneho samovraha ukončiť si život. Podľa Kasanovej (2009a, s.105 - 106) trestný zákon nerozlišuje, či osoba, ktorej život je chránený, je zdravá alebo je nevyliciteľne chorá. Okrem priameho navádzania na spáchanie samovraždy je možné trestný čin účasti na samovražde spáchať aj nepriamo, a to osobou, ktorá nie je trestne zodpovedná, pretože nedovršila vek štrnásť rokov, osoba, ktorá je nepričetná a podobne. Trestného činu účasti na samovražde sa môže dopustiť aj zdravotnícky pracovník, ktorého postavenie je v porovnaní s iným páchatel'om omnoho problematickejšie vo vzťahu k osobám v terminálnom štádiu nevyliciteľného ochorenia. Podľa § 80 ods. 1 písm. d) zákona č. 578/2004 Z. z o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov je zdravotnícky pracovník povinný vykonávať svoje povolanie v súlade s etickým kódexom. (<http://www.zbierka.sk/zz/predpisy/default.aspx?PredpisID=18226&FileName=04-z578&Rocnik=2004>). Ďalej Kasanová (tamtiež, s.106) uvádza, že etický kódex nepripúšťa eutanáziu, ani asistované suicídium. Zdravotnícky pracovník môže terminálne chorého pacienta informovať o možnostiach na zmiernenie jeho utrpenia, ktoré medicína poskytuje a môže spomenúť, napríklad, možnosť asistovanej samovraždy, ktorú možno legálne realizovať napríklad vo Švajčiarsku. Ak by zdravotný pracovník uvedenú možnosť spomenul s cieľom vyvolať v terminálne chorom rozhodnutie spáchať samovraždu, dopustil by sa už trestného činu. Podľa Kerecmana (In:tamtiež, s.106) rozdiely medzi eutanáziou a asistovanou samovraždou v jej všeobecnej podobe sú nasledovné:

1. Eutanázia nie je asistovanou samovraždou, hoci má k nej pomerne blízko. Pri asistovanej samovražde požíje zomierajúci, napr. jed sám, bez pomoci osoby, ktorá mu jed poskytla. Pri eutanázii dochádza k smrti konaním druhej osoby.
2. Pojem eutanázie sa spája hlavne s terminálnym štádiom nevyliciteľnej choroby, ktorá vyvoláva neznesiteľné bolesti, zatiaľ čo účasť na samovražde si tento predpoklad nevyžaduje. Z tohto pohľadu sa obsah pojmu účasti na samovražde rozširuje.
3. Rozdielny je i subjekt, ktorý smrť požaduje. V prípade eutanázie ide o pacienta, kým v prípade účasti na samovražde o kohokoľvek.
4. Rozdielny je i páchatel' takéhoto konania. Pri eutanázii je to zvyčajne lekár, zatiaľ čo pri účasti na samovražde to môže byť ktokoľvek.
5. Ďalším zásadným rozdielom oboch pojmov je i to, že účasťou na samovražde môže byť aj také konanie, ktoré spočíva v navedení samovraha k samovražde, kým rozhodnutie podstúpiť eutanáziu je slobodné, vážne a dobrovoľné.

Samovražda, alebo iba jej pokus, nie je trestným činom. Trestným činom nie je, ak bola vykonaná dobrovoľne a bez cudzieho nátlaku.

Vďaka zažitým právnym dogmám, je ťažké rozhodnúť, či eutanázia má byť trestným právom zakázaná, nekriminalizovaná alebo legalizovaná. Kasanová (2009a, s.107) vo svojej knihe uvádza, že schválenie eutanázie na Slovensku v priebehu najbližších rokov zrejme nie je reálne. Táto téma je veľmi náročná a vyžaduje si celospoločenskú diskusiu. Množstvo a rozdielnosť názorov na eutanáziu sa bude v budúcnosti stále viac narastať. Názory ľudí na eutanáziu sa budú rozchádzať, či už to bude spôsobené náboženským presvedčením, alebo rodinou, výchovou a podobne. Príčinou bude ich strach zo zneužitia či slobodného rozhodnutia.

Pohľad na eutanáziu je rôzny, napríklad Belgicko, ktoré má legalizovanú eutanáziu, sa počet zaregistrovaných prípadov počas uplynulých 12 mesiacov zvýšil o 15 %. Informovali o tom belgické médiá, podľa ktorých úradne o

eutanáziu požiadalo minulý rok 495 Belgičanov. Avšak podľa odhadov je týchto prípadov oveľa viac. Počet žiadostí každoročne narastá. Najčastejšie o eutanáziu žiadajú osoby stredného veku a často sú to pacienti s rakovinou. Z necelých 500 žiadateľov bolo 412 Flámov a len 83 Valónov. Predseda výboru pre eutanáziu Wima Distelmansa sa domnieva, že valónski lekári tak robia skôr neoficiálne. Vo Flámsku bolo nahlásených viac prípadov, pretože lekári majú lepšie podmienky, sú viac informovaní o zákone a používaných technikách. Výbor pre eutanáziu má cieľ, robiť medzi lekármi väčšiu osvetu s cieľom dosiahnuť pokles prípadov eutanázie vykonanej domácom prostredím. (<http://www.zzz.sk/?clanok=4072>).

V USA je uplatňovaná smernica, ktorá zakazuje predlžovanie života v niektorých situáciách, tzv. „*Living will*“ . Človek si určí sám, s ktorými zásahmi a operáciami súhlasí, a ktoré odmieta pre prípad, že nebude schopný o svojom stave rozhodovať. Taktiež si môže určiť svojho zástupcu, ktorý dohliadne na dodržiavanie prania chorého a v prípade nedodržania môže byť lekár, alebo iní zdravotníci postavení pred súd. Eutanázia je sporná téma, pretože hrozí riziko jej zneužitia. Zástancovia dôstojnosť chápú tak, že človek netrpí, ale rozlúči sa so svojimi blízkymi a zomrie. Odporcovia chápú dôstojnosť tak, že zabezpečí všetky potreby umierajúceho a odstránenie nepríjemných symptómov, ktoré umieranie sprevádza. V Nemecku sa hamburský politik Roger Kusch odhodlal bojovať za právo ťažko chorého zvoliť si smrť. Svoje zmýšľanie zhmotnil do prístroja, ktorý by mohli poskytovať akési požičovne. Podľa vykonaného prieskumu by skoro tri štvrtiny opýtaných Nemcov prijali možnosť legálnej eutanázie. Do diskusie sa zapojili aj kresťanskí demokrati, ktorí tento nápad odsudzovali. Zastávali názor, že aktívna samovražda je tragickým omylom, keďže existuje aj iná možnosť. Prístroj bol označený za symbol totálneho úpadku. (Kasanová, 2009a, s.108).

Pápež Benedikt XVI. dôrazne v roku 2008 potvrdil negatívne stanovisko katolíckej cirkvi k eutanázii. Akúkoľvek formu priamej eutanázie označil za eticky odsúdeniahodnú. Urobil tak vo vystúpení v priebehu úvodného dňa dvojdňového schôdzi Pápežskej akadémie za život, ktorého témou je sprevádzanie smrteľne chorých a práve túto činnosť označil ako jednu z najnaliehavejších výziev našej doby. Benedikt XVI. navrhoval zavedenie dovolenky pre ľudí, ktorí

sa chcú postarať o smrteľne chorých. Tak ako je tomu pri narodení dieťaťa, tak by mali byť poskytnuté podmienky aj blízkym príbuzným na smrť chorých ľudí. (tamtiež, s.108).

3.3 Etické a právne aspekty eutanázie

Ako je uvedené v Medzinárodnom pakte o občianskych a politických právach: „Každá ľudská bytosť má právo na život. Toto právo je chránené zákonom. Nikto nebude svojvoľne zbavený života.“ (www.voltaire.netkosice.sk/docs/pakt.doc).

Je dôležité spomenúť prečo nie je možné uzákoniť zabíjanie smrteľne chorých. Munzarová (2005, s.51 – 55) uvádza 10 dôvodov, a to:

1. Právo na eutanáziu nie je právom, ktoré by vychádzalo z právnej vedy a nie je žiadnou ústavou chránené. Toto právo by narúšalo právo na život a nedotknuteľnosť človeka.
2. Aj keby došlo k prehláseniu práva za legálne alebo ak by sa ústava zmenila i vtedy by zostalo nemravným. Mravnosť nezáleží od zákonodarstva ani na výsledkoch referenda. Zabíjanie chorých je po mravnej stránke neudržateľné a pokiaľ by sa aj zákonom schválilo, nebolo by to pre nikoho dobré.
3. Zabíjanie nie je nutné, pretože je chorému poskytovaná duševná, sociálna a spirituálna podpora. Najdôležitejšou súčasťou v terminálnom štádiu je duchovná starostlivosť, ktorá napomáha vysporiadať sa s vlastnou konečnosťou.
4. Eutanázia nie je nezávislým výberom. Chorí v terminálnom štádiu sa cítia byť príťažou pre zdravých ľudí, sú veľmi zraniteľní a ľahko prijímajú myšlienky iných.
5. Lekárom by uzákonenie eutanázie dalo veľkú moc. Právne zabezpečenie, že by lekár túto možnosť nezneužil, je nemožné. Pacienti sa zväčša rozhodujú pod vplyvom psychických depresíí, ich liečba často vedie k zmene myslenia, pokiaľ ide o ukončenie života.

6. Eutanázia nie je „smrťou milosrdnou“ ani „smrťou súcitnou“. Milosrdnou alebo súcitnou môže byť pre lekára, alebo príbuzných. Správnou cestou, ktorou by sa mali vybrať je pomôcť chorému ku skutočne dôstojnej ľudskej smrti a nie k zabitiu.
7. Pozorným sledovaním diania v Holandsku môžeme vidieť, že čísla tu ukončovaných životoch ľudí, ktorí o to nežiadali, sú v priamom protiklade proti určeným podmienkam, kedy pri ich dodržaní je eutanázia tolerovaná.
8. Eutanázia nie je smrť dôstojná. Choroba a utrpenie nezbavujú človeka dôstojnosti. Nemôžu o ňu prísť iba tým, že sú slabí, znetvorení alebo tým, že trpia. V chorom môžeme nájsť oveľa viac dôstojnosti, než v tých, ktorí len rozprávajú o dôstojnosti. Ak aj vo svojej dôstojnosti poľavili, je to spôsobené vplyvom ľudí, ktorí ich obklopujú.
9. Eutanázia nie je súkromná záležitosť. Zabíjanie má dopad na každého z nás, na celú spoločnosť. Ochrana života bola doposiaľ najvýznamnejšou hodnotou našej kultúry a našej civilizácie. Legalizácia eutanázie znehodnocuje cenu života dlhodobo chorým, senilným, ľuďom narodeným s ťažkým handicapom.
10. Eutanázia je v rozpore s Hippokratovou prísahou, ktorú skladajú lekári. Zabíjanie chorých by viedlo k zániku lekárovej integrity a samozrejme i k podkopávaniu dôvery v lekára a vôbec, v lekárstvo.

Ústava Slovenskej republiky upravuje problematiku eutanázie v druhom oddieli a odseku čl.15: „Nikto nesmie byť pozbavený života“. (<http://cpp.fmed.uniba.sk/Doc/ustava.pdf>). Eutanázia je v Slovenskej republike trestná, a je považovaná za vraždu.

4 Záver

Každý človek je neopakovateľná bytosť, ktorej nemôže byť nikým a ničím obmedzená možnosť dôstojne žiť. Ale zároveň aj možnosť dôstojne zomrieť. Čoraz častejšie sa začína hovoriť v masmédiách a verejnom živote o eutanázii a jej legalizácii. Týchto diskusií sa mnohokrát zúčastňujú, a svoje názory prezentujú ľudia, ktorí sú nedostatočne vzdelaní v tejto problematike. Namiesto toho, aby sme smrteľne chorého človeka dôstojne sprevádzali v jeho posledných chvíľach života, je podľa niektorých z nás, najlepším riešením práve eutanázia. V našej práci sme sa venovali problémom spojených s eutanáziou a so zomieraním. Zomierajúci v terminálnom štádiu svojho ochorenia prežíva strach zo smrti, ktorí je pre ľudí prirodzený. Snažili sme sa opísať čo ho trápi, desí a ako mu pomôcť vyrovnať sa s touto nezvratiteľnou skutočnosťou. Popísali sme významnú funkciu sociálneho pracovníka, ktorí sa venuje nielen samotnému zomierajúcemu človeku, ale aj jeho rodine, ktorej je sociálnym pracovníkom poskytnutá pomoc v tejto náročnej etape života. Malo by byť pre nás prioritným zabezpečiť kvalitu života od narodenia až do jeho úplného konca.

5 Zoznam použitých zdrojov

DOBRÍKOVÁ-PORUBČANOVÁ, P. et. al. : *Nevyliečiteľne chorí v súčasnosti. Význam paliatívnej starostlivosti*. Trnava: Spolok sv. Vojtecha, 2005. ISBN 80-7162-581-7

HAŠKOVCOVÁ, H.: *Spoutaný život*. Praha: Pyramida, 1985. ISBN nemá

HATOKOVÁ, M. et. al. : *Sprevádzanie chorých a zomierajúcich. Dobrovoľníctvo v nemocniciach a paliatívnych zariadeniach*. Bratislava: Don Bosco, 2009. ISBN 978-80-8074-095-5

KASANOVÁ, A.: *Až za hranice života I.diel. Súvislosti medzi životom a smrťou*. Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre, Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva, 2009. ISBN 978-80-8094-525-1

KASANOVÁ, A.: *Až za hranice života III.diel. Starostlivosť o zomierajúcich*. Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre, Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva, 2009. ISBN 978-80-8094-527-5

MARCINKOVÁ D.; HROZENSKÁ M.; VAŇO I. : *Vybrané kapitoly z gerontológie*. Nitra: Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva UKF, 2005. ISBN 80-8050-878-X

MUNZAROVÁ, M.: *Eutanazie nebo paliatívni péče?*, Praha: Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-1025-0

SVATOŠOVÁ, M.: *Hospic*. Bratislava: Lúč, 2001. ISBN 80-7114-335-9

Internetové odkazy:

<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>, 8.3.2010.

<http://www.hospice.sk/hospice1/index2.php?id=324>, 13. 3. 2010.

<http://www.zbierka.sk/zz/predpisy/default.aspx?PredpisID=18226&FileName=04-z578&Rocnik=2004>, 17. marca 2010.

<http://www.hospice.sk/hospice1/hospic.html>, 27.02.2010.

<http://hospice.sk/hospice1/zadost.html>, 27.02.2010.

www.voltaire.netkosice.sk/docs/pakt.doc, 21. marca 2010.

<http://cpp.fmed.uniba.sk/Doc/ustava.pdf>, 23.03.2010.

<http://www.vyvlastnenie.sk/predpisy/obciansky-zakonnik/>, 18. marca 2010.

<http://www.zzz.sk/?clanok=4072>, 17. marca 2010.

<http://www.hospice.sk/nitra/fotogaleria.php>, 29. marca 2010

http://www.hospice.sk/nitra/prijatie_pacienta.php, 29. marca 2010


6 Prílohy

Príloha A.....Žiadosť o prijatie pacienta

Príloha B.....Vyjadrenie lekára – indikácia k prijatiu do Hospicu u Bernadetky
v Nitre

Príloha C.....Fotografie Hospicu – Domu pokoja a zmieru u Bernadetky v Nitre

Príloha A

Žiadosť o prijatie pacienta do Hospicu – Domu pokoja a zmiery u Bernadetty		
Meno a priezvisko pacienta:		
Rodné číslo:	Zdravotná poisťovňa:	
Dátum narodenia:	Rodinný stav:	
Adresa terajšieho pobytu (<i>nemocnica, či iné zariadenie</i>) + telefón:		
Meno a priezvisko:	Vzťah:	
Adresa:		
Osoba, ktorá prevezme starostlivosť o pacienta po event. prepustení (<i>ak nie je zhodná s najbližšou osobou</i>)		
Meno a priezvisko:	Vzťah:	
Telefón vo dne:	Telefón večer a v noci:	
Máte záujem o ubytovanie príbuzného pri chorom v hospici? <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie		
Meno a adresa praktického lekára		
	Telefón	E-mail:
Vyhlasenie žiadateľa		
<p>Vyhlasujem, že všetky údaje v tejto žiadosti som uviedol(a) podľa skutočnosti. Som si vedomý(á) toho, že nepravdivé údaje by mali za následok prípadné požadovanie náhrady vzniknutej škody.</p> <p style="text-align: center;">Vyhlasujem, že budem dodržiavať vnútorné predpisy platné v hospici.</p> <p>Dňa: _____ Vlastnoručný podpis žiadateľa (<i>zákonného zástupcu alebo rodinného príslušníka</i>)</p>		
Nevyhnutné prílohy k žiadosti:	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Vyjadrenie lekára k prijatiu do hospicu (<i>zašle do hospicu lekár</i>) ➤ Poučenie a informovaný súhlas (<i>2. strana žiadosti</i>) 	
Kontaktné údaje		
Adresa:	Chrenovská ul. 22 B, 949 01 Nitra	Telefón: 037/653 1041, 42, 43, 0911/254 682
E-mail:	hospicnitra@gmail.com	Web: www.hospice.sk/nitra

Hospic prijíma pacientov bez ohľadu na náboženské vyznanie, národnosť a sociálne postavenie.

Poučenie a informovaný súhlas	
Meno a priezvisko pacienta:	Rodné číslo:
<p>V hospici sa poskytuje zdravotná starostlivosť osobám s nevyliciteľnou, a zároveň pokročilou a aktívne progredujúcou chorobou. Cieľom a účelom zdravotnej starostlivosti je zlepšenie kvality života, zmiernenie utrpenia osoby a stabilizácia jej zdravotného stavu, nie násilné predlžovanie života, ani jeho predčasné ukončenie eutanáziou.</p> <p>Bol som poučený o účele, povahe, následkoch a rizikách poskytnutia, resp. odmietnutia zdravotnej starostlivosti.</p> <p>Svojim podpisom potvrdzujem, že súhlasím s poskytovanou zdravotnou starostlivosťou a liečebnými postupmi vedúcimi k zmiereniu bolesti a iných nepríjemných prejavov choroby. Taktiež potvrdzujem, že budem dodržiavať liečebný režim doporučený ošetrojúcim lekárom.</p> <p>Súhlasím, aby s informáciami o mojom zdravotnom stave boli oboznámení:</p>	
Dátum:	Podpis:

(Zdroj: http://www.hospice.sk/nitra/prijatie_pacienta.php)

Príloha B

	<p>Vyjadrenie lekára - indikácia</p> <p>k prijatiu</p> <p>do Hospicu - Domu pokoja a zmieru u Bernadetty v Nitre</p>	
<p>Meno a priezvisko pacienta:</p>		
<p>Rodné číslo:</p>	<p>Zdravotná poisťovňa:</p>	
<p>Adresa trvalého bydliska:</p>		
<p>Diagnóza</p>		
<p><i>(uvedte priority podľa závažnosti príznakov, prípadne priložte prepúšťaciu správu)</i> Kód 10. MKCH</p>		
<p>a) hlavná:</p>		
<p>b) ostatné choroby alebo chorobné stavy:</p>		
<p>Známe alergie:</p>		
<p>Aktuálna terapia:</p>		
<p>Ako je pacient informovaný o svojej diagnóze, prípadne prognóze?</p>		
<p>Duševný stav pacienta:</p>		
<p>Diéta:</p>		
<p>Mobilnosť pacienta: <i>(vyznačte krížikom)</i> <input type="checkbox"/> schopný samostatnej chôdze <input type="checkbox"/> s oporou <input type="checkbox"/> na vozíku <input type="checkbox"/> ležiaci</p>		
<p>Inkontinencia: <input type="checkbox"/> moča <input type="checkbox"/> stolice</p>		
<p>Prítomnosť dekubitov: <i>(uvedte rozsah)</i></p>		
<p>Umiestnenie v hospici <input type="checkbox"/> doporučujem Nedoporučujem</p>		
<p>Iné údaje:</p>		
<p>Kód lekára:</p>	<p>Telefón:</p>	<p>E-mail:</p>
<p>V dňa</p>		<p>Podpis a pečiatka ošetrojúceho lekára</p>

Lekár zašle vyjadrenie

adresa:	fax: 037/653 1013	e-mail: hospicnitra@gmail.com
Hospic - Dom pokoja a zmieru u Bernadetky Chrenovská ul. 22 B 949 01 Nitra	Bližšie informácie je možné získať:	
	telefón - 037/653 1041 42 43 - 0911/254 682	web: www.hospice.sk/nitra
Vyjadrenie lekára hospicu o indikácii umiestnenia pacienta do Hospicu – Domu pokoja a zmieru u Bernadetky V Nitre dňa _____ <p style="text-align: right;">Podpis a pečiatka lekára hospicu</p>		

(Zdroj: http://www.hospice.sk/nitra/prijatie_pacienta.php)

Príloha C



(Zdroj: <http://www.hospice.sk/nitra/fotogaleria.php>)

