

**UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA**

**BAKALÁŘSKÉ KOMBINOVANÉ STUDIUM**

2012–2015

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**Gabriela Nápravníková**

**Rozvoj paliativní a hospicové péče z hlediska pomáhajících  
profesí**

Praha 2015

Vedoucí bakalářské práce:

PhDr. Olga Nytrová

**JAN AMOS KOMENSKY UNIVERSITY PRAGUE**

**BACHELOR COMBINED (PART TIME) STUDIES**

**2012-2015**

**BACHELOR THESIS**

**Gabriela Nápravníková**

**The development of palliative and hospice care in terms of  
helping professions**

Prague 2015

The Bachelor Thesis Work Supervisor:

PhDr. Olga Nytrová

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použitých zdrojů.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne 22. srpna

Gabriela Nápravníková

## **Poděkování**

Chtěla bych poděkovat všem pedagogům Univerzity Jana Amose Komenského, pod jejichž odborným vedením jsem poslední 3 roky studovala a především PhDr. Olze Nytrové za trpělivost, cenné rady a připomínky, které byly vodítkem k mé práci.

Děkuji též mé rodině a přátelům za podporu.

## **Anotace**

Bakalářská práce se zabývá tématem rozvoje paliativní a hospicové péče z hlediska pomáhajících profesí, jejími druhy a možnými přístupy.

Teoretická část se věnuje bližšímu pohledu na paliativní péči, etické problémy umírání a smrti, zkoumá historii hospicové péče, problematiky smířování se smrtí a také eutanazie.

Práce rozebírá nejen samotné hospice a současnou paliativní péči, zkoumá ale i možnosti péče o smrtelně nemocné, včetně způsobu hledání jak je možné se se smrtí vyrovnat. Cílem práce je zpracování komplexních poznatků z oblasti hospiců a paliativní péče i z hlediska pomáhajících profesí, jako je lékař, psycholog, kaplan, dobrovolník, herní specialista a v neposlední řadě speciální pedagog.

Speciální pedagog napomáhá, aby se zabránilo ke vzniku mezer ve vědomostech a dovednostech dětí tím, že se hospitalizované dítě dál vzdělává v několika vybraných předmětech. Psychologický přístup speciálního pedagoga usnadňuje dítěti adaptaci na neznámé prostředí, pomáhá mu překonat nepříjemnosti spojené s odloučením od rodiny, zbavuje ho strachu z nemoci, umožňuje mu lépe zvládat nepříjemné výkony a vyrovnat se s často zdlouhavým léčením.

V praktické části byla použita kvantitativní technika formou dotazníku, na který odpovědělo 80 respondentů. Cílem průzkumu bylo zmapovat povědomí středoškolských studentů o hospicích, paliativní péči a dobrovolném ukončení života. V praktické části byla též uvedena kazuistika s pozitivním vlivem rodiny na dítě s nevléčitelnou nemocí.

## **Klíčové pojmy**

Etika, eutanazie, dobrovolník, hospic, lidská důstojnost, paliativní péče, smíření, speciální pedagog, svědomí, umírání, víra

## **Annotation**

Bachelor thesis deals with the development of palliative and hospice care in terms of helping professions, its types and possible approaches.

The theoretical part is dedicated to closer look at palliative care, ethical issues of dying and death, researches the history of hospice care, reconciliation with death and euthanasia too.

The work not only analyzes the hospice itself and current palliative care, but also analyzes the possibilities of caring for the terminally ill, including the search process how is possible to cope with death. The aim of this thesis is processing of complex knowledge in the field of hospice and palliative care in terms of helping professions, like a doctor, psychologist, chaplain, volunteer, game specialist and special educator.

Special educator helps to prevent the formation of gaps in the knowledge and skills of children by educating hospitalized child away in a few selected subjects. Psychological approach special educator facilitates the child to adapt to the unfamiliar environment, helps them overcome the inconvenience associated with the separation from family, deprives them of the fear of the disease, allowing them to better manage performance and unpleasant to deal with the often lengthy treatment.

In the practical part was used a quantitative technique in the form of a questionnaire that was answered by 80 respondents. The aim of the survey was to map the awareness of high school students about hospice, palliative care and the voluntary termination of life. In the practical part was used case study positive influence of family on child with incurable disease too.

## **Key concepts**

Ethics, euthanasia, volunteer, hospice, human dignity, palliative care, reconciliation, special educator, conscience, dying, faith

# OBSAH

<b>ÚVOD</b> .....	<b>10</b>
<b>TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>12</b>
<b>1 SMRT – JAKO FINÁLNÍ ČÁST ŽIVOTA</b> .....	<b>12</b>
1.1 Přístup ke smrti v průběhu věků.....	12
1.2 Smrt a hledání smyslu života, jako jeho neodmyslitelná součást .....	13
<b>2 SVĚDOMÍ</b> .....	<b>15</b>
2.1 Základní pojem.....	15
2.2 Historický pohled .....	16
2.3 Svědomí a mravní argumenty .....	16
<b>3 DŮSTOJNOST LIDSKÉHO ŽIVOTA</b> .....	<b>18</b>
3.1 Základní úvaha .....	18
3.2 Meze hodnoty lidského života .....	18
3.3 Lidská důstojnost v lékařství.....	19
<b>4 PALIATIVNÍ PÉČE</b> .....	<b>21</b>
4.1 Obecná paliativní péče .....	22
4.2 Specializovaná paliativní péče .....	22
4.3 Moderní paliativní péče.....	23
4.4 Paliativní medicína.....	23
4.5 Principy paliativní medicíny .....	24
4.6 Vztah paliativní medicíny a hospiců .....	24
4.7 Dětská paliativní péče .....	25
4.8 Pečující tým a jeho souvislost s paliativní péčí.....	26
4.9 Specifikace členů pečujícího týmu – speciální pedagog.....	28
4.10 Specifikace dalších členů pečujícího týmu – pomáhající profese.....	29
<b>5 HOSPIC – MÍSTO KDE SE ŽIJE DO KONCE</b> .....	<b>34</b>
5.1 Hospic jako dům .....	34

5.2 Hospicový denní stacionář .....	35
5.3 Dětský hospic .....	36
5.4 Mobilní hospic .....	37
5.5 Personální obsazení hospiců .....	39
5.6 Pomáhající profese .....	40
5.7 Požadavky na výkon profese pomáhajícího pracovníka .....	41
5.8 Hospicové hnutí v České republice .....	42
5.9 Domácí hospic Jordán .....	43
<b>6 EUTANAZIE.....</b>	<b>46</b>
6.1 Vymezení pojmu eutanazie .....	46
6.2 Eutanazie z pohledu náboženství .....	47
6.3 Deontologické a utilitaristické argumenty .....	47
6.4 Eutanazie – současná terminologie .....	49
6.5 Pohled současné společnosti na eutanazii .....	50
<b>PRAKTICKÁ ČÁST.....</b>	<b>53</b>
<b>KVANTITATIVNÍ TECHNIKA PRŮZKUMU .....</b>	<b>53</b>
<b>7 METODIKA VÝZKUMU .....</b>	<b>54</b>
7.1 Zaměření na cíle .....	54
7.2 Zkoumaný soubor.....	54
7.3 Stanovení hypotéz průzkumu .....	54
7.4 Popis výzkumného nástroje.....	55
<b>8 REALIZACE VÝZKUMU .....</b>	<b>56</b>
8.1 Postup sběru dat .....	56
8.2 Zpracování dat.....	56
8.3 Tabulky a grafy .....	57
<b>9 VERIFIKACE HYPOTÉZ.....</b>	<b>68</b>
9.1 Závěry výzkumnéhošetření.....	70



<b>10 KAZUISTIKA .....</b>	<b>71</b>
<b>ZÁVĚR.....</b>	<b>74</b>
<b>SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ .....</b>	<b>77</b>
<b>SEZNAM ZKRATEK.....</b>	<b>80</b>
<b>SEZNAM OBRÁZKŮ, GRAFŮ A TABULEK.....</b>	<b>81</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>82</b>

## ÚVOD

*„Nikdo neví, co je smrt, a přece se jí všichni bojí, jako by uznávali, že je největším zlem; třeba je pro člověka největším dobrem.“*

*Platón*

Toto téma týkající se umírání, smrti a péče o lidi na konci jejich životní pouti si autorka bakalářské práce nevybrala náhodou. Před dvěma lety slyšela slovo hospic poprvé a týkalo se to přímo člena její rodiny. Již tenkrát jí došlo, jak blízko jsme každý den smrti, jak bytostně k nám smrt patří a jak málo a neradi o ní mluvíme a uvažujeme. V ten čas nastala chvíle, kdy její stále soběstačná a celou rodinu pospolu držící babička, došla na konec své cesty. Pro rodinu bylo nelehké rozhodnutí, zda umístit babičku do hospice s kvalitní speciální paliativní péčí. Autorka práce si uvědomila důležitost tohoto těžkého období v životě umírajícího, ale také všech ostatních, co se smutkem zůstávají. Pochopila, že pokud rodina prožije odchod nejbližšího společně a všichni prožijí poslední chvíle plnohodnotně, vyrovnávají se s tak velkou ztrátou a odchodem nejbližšího na druhý břeh přijatelněji. Neznamená to však odchod bezbolestný, ale porozumění a smíření se s osudem. Je pochopitelné, že některé věci v životě nemůžeme změnit ani ovlivnit. A dnes může autorka práce potvrdit, že přes veškerou bolest nad ztrátou své milované babičky, ona i její nejbližší rodina udělali pro ni vše, co bylo v jejich silách, aby jí v posledních dnech života bylo na světě alespoň trochu hezky a vesele. Smrt blízkého opravdu moc bolí, ale k životu nevyhnutelně patří.

V každém okamžiku se někdo na zemi narodí, každý okamžik znamená pro někoho smrt. Umírání finální část života, také znamená uvědomovat si, že je třeba přemýšlet o smyslu života.

Etické hodnoty současného života jsou poznamenány hektickou dobou dnešního života. Toto si uvědomíme až ve chvíli, kdy se nás osobně dotkne setkání s nevléčitelnou nemocí. Jen těžko se s touto situací budeme smířovat a nikdy asi nebudeme úplně připraveni ji přijmout. Velkou pomocí právě v této životní fázi jsou hospicové domy a centra pomoci, která vznikají ve stále větší míře. Pomáhají těm z nás, kteří nemají odvahu či možnost se plně o svého bližního postarat.

V těchto zařízeních velmi úzkostně dbají na lidskou důstojnost a etická pravidla. Jde opravdu o domy, které jsou kdykoliv přístupné všem lidem.

Centra pomoci a hospicové domy slouží rodinám, které se starají o svého blízkého v posledních chvílích jeho života.

V těchto se centrech se o rodiny starají lékaři, zdravotní sestry, sociální pracovníci, ale i duchovní a dobrovolníci. V dětských hospicích nemůžeme opomenout důležitou práci speciálních pedagogů, kteří se starají o duševní zdraví hlavně dětí. Právě děti potřebují tuto péči, protože nejsou schopni pochopit smysl života s těžkou nemocí.

V určité lidské etapě, nás však naši blízcí opouštějí – umírají. I když se tak děje od počátku věku, jsme my na tuto část lidského života připraveni?

Smrt našich blízkých nás vždy zasáhne a vyvolá mnoho otázek. A právě až v těchto chvílích začne člověk hledat pomoc. Ptá se po smyslu života a smrti. Hledá především duchovní oporu.

Umírání je důležité, ale je to břemeno a úkol pro doprovázející blízké osoby. Klade to na ně veliké nároky, na jejich lidskou zralost, na schopnost smířovat se s nezbytným, odpouštět a mít alespoň jistý nadhled a odstup.

V určité fázi zármutku jsou lidé i dnes ochotni se vrátit k duchovnímu pojetí smrti, které nás provází od počátku věků. Jde o celistvější vnímání života a smrti a o uvážlivý přístup k nim.

Cílem bakalářské práce je zkoumat povědomí středoškolských studentů o hospicích, o paliativní péči a o svobodné volbě ukončení lidského života, zjistit jejich zkušenosti, názory a postoje k této problematice.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1 SMRT – JAKO FINÁLNÍ ČÁST ŽIVOTA

*„ Zrání je lidská cesta životem a smrt je poslední stupeň ve vývoji lidské bytosti. “*

*Elizabeth Kübler-Ross*

### 1.1 Přístup ke smrti v průběhu věků

Každému, kdo se narodí, je předurčena také smrt. Smrt je podmínkou života a nelze nad ní zvítězit. Jediné co může člověk udělat je, že ji bude respektovat. Fakt, že život není nekonečný, si lidé uvědomovali vždycky. V historii je však vidět zřetelný rozdíl v přijímání smrti jako součásti života. V dávných dobách byla smrt chápána jako mezerník mezi těžkým pozemským životem a rajským životem věčným. Často se dočteme, že se lidé dožívali relativně nízkého věku. Ať už kvůli kojenecké úmrtnosti, neléčitelné infekci zranění či špatné výživě, které snižovaly šanci dožít se dospělosti. Celé generace byly srozuměny se smrtí a jednotlivci se v průběhu svého života učily umírat, když pozorovali smrt v okolí, nebo pomáhali těm, kteří umírali. Smrt byla součástí života. Lidé umírali často o hladu, ve špině a bez jakékoliv pomoci nejen doma, ale i na ulici. Každé umírání znamená loučení. Loučení se vším, co měl člověk rád a se všemi, co měl rád. Tehdy a možná i dnes byla a je útěchou myšlenka v posmrtný život. Lidé často používali výraz „Co Bůh dal, to Bůh vzal.“. Nemoc a smrt jsou v Bibli popsány jako porušení řádu související s lidskou odcizeností k Bohu nebo jako „trest Boží.“ Odpověď na otázky jak, kde a kdy se zde vzala nemoc, bolest, zlo a smrt bohužel v Bibli nenajdeme.

Ve většině kultur panovala víra, že člověk má hodinu smrti dopředu přesně stanovenou.

Smrt a posmrtný život bývá důležitou (často i klíčovou) součástí různých mytologií.

Příklad č. 1 – chápání dobré smrti v antice

V antice byla dobrou smrtí například hrdinská smrt v heroickém vzmachu a slávě bitevního pole na vrcholu mladistvých sil. Později je to však především smrt z rukou

nepřátel při obraně vlasti, záchraně přátel a blízkých; a ještě později, především v křesťanství, smrt mučednická.

Dobrá smrt však nemusí být provázena okázalým hrdinstvím. Především od klasických dob se znakem dobré smrti stává schopnost přijmout a nést svůj úděl. Dobrá je především smrt přijatá s vnitřní vyrovnaností a důstojností. Tedy smrt svědčící o tom, že umírající si během života osvojil sílu skutečné vnitřní moudrosti, kterou ani utrpení a bolest umírání nezlomí. Za příkladnou byla v tomto ohledu považována především Platónem líčena Sokratova smrt, která se stala vzorem pro pozdější, zejména stoické pojetí dobré, tedy především vyrovnané smrti.

Příklad č. 2 - chápání smrti ve středověku

Ve středověku se pohled člověka na smrt odlišoval od názorů v jiných dobách tím, že smrt pro něj nebyla koncem života, nýbrž pokračováním, dalším životním krokem. Navíc to byl v této době pro člověka v jeho životě krok nejdůležitější, krok na cestu z pozemského světa do světa nadpozemského. Prakticky všichni lidé žijící ve středověku měli víru v nesmrtelnost duše, která bude žít další život v jiném světě.

Velmi často v historii však byla smrt chápána jako vyvrcholení života, jako příležitost, v níž se může osvědčit kvalita člověka a jeho celého života. (Byock, 2005)

## **1.2 Smrt a hledání smyslu života, jako jeho neodmyslitelná součást**

Smrt – slovo mnoha tváří. Smrt tabuizovaná, krásná, bolestná i hrůzná. Smrt může být i vysvobozením pro člověka, který trpí vážnou a nevléčitelnou nemocí, jež bývá spojena s velkými bolestmi. Smrt může být i trestem, trestem za spáchaný čin. Trest smrti často označujeme jako trest nejvyšší.

Smrt je stále okolo nás. Patří k životu stejným dílem jako narození, puberta, dospělost a stáří.

*„Smrt na nás při cestě životem vrhá dlouhý stín, ale lidé v naší kultuře to ve své většině odmítají vzít na vědomí. Kráčíme vpřed, hledíme vstříc světlé budoucnosti, soustředíme se na zdraví a plnohodnotný život. Cvičíme, jíme vlákninu, víme přesně kolik a jakého tuku sníme. Kontrolujeme se, jestli někde nenahmatáme na svém těle podezřelé boule. O smrti žertujeme, abychom jí oslabili, používáme smích, abychom se vymanili ze*

*strachu. Když se ale potom smrt přiblíží, jsme zaskočeni a máme pocit, že nejsme připraveni vyrovnat se situací, již stojíme tvář v tvář. Nevíme, co máme dělat a říkat, a tak se možná spíš stáhneme do pozadí a přenecháme vše profesionálům. V reflexivním uhýbání před připomínkou smrti se bezděčně odvracíme od svých blízkých, kteří nás potřebují, a sami sebe okrádáme o vzácné příležitosti. Na společenské úrovni za to draze platíme a kulturně se ochuzujeme, neboť opomíjíme nezastupitelnou lidskou zkušenost s umíráním.“ (Byock, 2005, s. 13)*

Přemýšlíme-li o životě a smrti, zákonitě nás napadne otázka: Proč tu vlastně jsem? K čemu to všechno je? Má to nějaký smysl? Proč jsem se narodila zrovna JÁ? Odpověď na tyto otázky může zásadním způsobem ovlivnit náš život, ovlivní náš směr i konání.

Smrt je individuální zánik organismu. V současnosti je smrt zpravidla konečným stadiem nějakého patologického procesu. Někdy bývá označována také jako „lékařská smrt“. Tento pojem udává smrt v důsledku nemoci, ke které dochází v nemocnici. Rychlost smrti je různá. Rozlišujeme smrt náhlou, rychlou a pomalou. Pojem náhlá smrt je nejčastěji spojována s tragickou smrtí, jako je úraz či autonehoda. Pojem rychlá smrt označuje nemoc, která je příčinou brzkého skonu, to je například infarkt myokardu. Asi úplně nejhorší, je smrt pomalá. Dochází k ní v relativně dlouhém čase a ohlašuje se nejrůznějšími obtížemi. Umírající strádá a musí se smířit se smrtí, stejně tak jako jeho příbuzní. Smrt můžeme také rozdělit podle toho, v jakém věku přichází. Rozlišujeme tak smrt předčasnou a přiměřenou. Přiměřená je častěji označována jako „požehnaný věk“.

## 2 SVĚDOMÍ

*„Není bezpečné ani čestné jednat v rozporu s vlastním svědomím.“*

*Martin Luther*

### 2.1 Základní pojem

Svědomí je vnitřní instance, „mlčenlivé volání“, které vede soudy člověka o tom, co sám způsobil nebo co se chystá způsobit. Navazuje na lidskou schopnost sebereflexe, tj. schopnost uvažovat o sobě samém, podívat se na sebe jinými očima než je pohled vlastního zájmu a prosazování. Proto se svědomí chápe jako podstatný příznak a atribut lidské osoby a vyžaduje si respektování ze strany druhých i společnosti (svoboda svědomí). Naopak tam, kde má člověk ujistit druhé o upřímnosti svých úmyslů, slibuje „na svou čest a svědomí“. (WIKIPEDIE, online, cit. 2015-06-08)

*„Popírat existenci svědomí by bylo stejné jako popírat existenci vzduchu. Tak jako vzduch, ani svědomí nevidíme, ale každý z nás s ním má své zkušenosti. Jeho hlas v nitru člověka je totiž tak zřejmý, že mnohý by si přál, aby se raději neozýval. Jinému naopak svědomí dává sílu k obdivuhodným mravním činům – třeba i v rozporu s míněním většiny“.* (Příkaský, 2000, s. 41)

Nový zákon vyjadřuje svědomí jako bolest trpěnou někým, kdo je proti svým mravním zásadám a v pozitivním významu pak označuje „dobré svědomí“ před Bohem. Svědomí je vodítkem i tam, kde se neuplatňují konkrétní mravní principy. Každý má svědomí, které reaguje, někdy i nevědomě, na požadavky božského zákona. Svědomí je tak výsledkem představ, a nikoli rozumu. I když můžeme dodatečně rozumem odůvodnit mravní rozhodnutí, které nám vnuklo svědomí, samotné vnuknutí přichází od Boha. (Thompson, 2004)

Svědomí naznačuje vnitřní poznání toho, co je dobré. Bez tohoto dobra by svědomí nevedlo k žádnému konkrétnímu jednání. Bez svobody nedává svědomí také smysl. Lidé by měli být vnitřně přesvědčeni a dělat to, co jim jejich svědomí napovídá, tedy to, co je reálné.

## 2.2 Historický pohled

Chápání svědomí se v průběhu dějin různě vyvíjelo. O svědomí mluví už Sokrates, když popisuje božský hlas neviditelný v nitru člověka, vynášející soud o tom, co se nesmí dělat. Na svého učitele navazuje Platon, který navíc učí, že lidský živo musí být řízený rozumem.

První promyšlené pojetí svědomí se objevuje ve stoické filosofii. Podle Senecy je svědomí posvátný duch jako strážce nad našimi špatnými i dobrými skutky. Tomáš Akvinský rozlišuje svědomí na dvě části – svědomí, které poznává nejjobecnější zásady správného jednání a svědomí jako aplikaci mravních zásad na konkrétní případ.

Významnou postavou evropské etiky je Immanuel Kant, který vyjadřuje zkušenost se svědomím výrokem: *„Jestli mě něco naplňuje obdivem a úctou, tak hvězdné nebe nade mnou a mravní zákon ve mně.“* (Příkaský, 2000, s. 42)

Dle Kanta má každý člověk své svědomí a je pozorován nějakým vnitřním soudcem, jenž mu hrozí a vnucuje mu úctu.

Charles Darwin se domnívá, že svědomí se pozvolna vyvíjelo a vytváří jej čtyři prvky (sociální instinkty, schopnost srovnávání, veřejné mínění lidí, zvyk). Popírá vrozenost svědomí a snaží se dokázat jeho pozvolný vznik na základě života ve společnosti.

Setkáváme se také i s úplným popíráním svědomí. Tato domněnka vyplývá z jednání některých významných osob, jako byl např. Hitler a Stalin, kteří se dopouštěli tak velkého zla, že se zdá nemožné, aby vůbec nějaké svědomí měli. (Příkaský, 2000)

## 2.3 Svědomí a mravní argumenty

Mravní argument je racionálním zhodnocením toho, zda něco je či není správné, tedy svědomí či vnitřní poznání správného a nesprávného je nejen slučitelné s mravní argumentací, ale také vytváří její základy. Díky svědomí má smysl se zabývat otázkami mravnosti.

- Svědomí lze popsat z pohledu náboženství jako „Boží hlas“ v duši.
- Téměř univerzální zkušenost svědomí je výsledkem sociálního či psychologického působení.



- O svědomí pojednává celá řada myslitelů studujících etiku, především ti, kteří ve své práci vycházejí z emocí či přirozeného mravního citu.
- Mravní podvědomí, získávané prostřednictvím svědomí, považujeme za zdroj hodnot a mravní intuice.
- Paliativní péče je jednou z největších zkoušek svědomí, nejen rodiny, ale i všech zúčastněných. Jednat za každé situace, dle svého nejlepšího svědomí, vědomí a společenské etiky je jednou z nejtěžších životních zkoušek, mnozí neobstojí.
- Celá společnost nás ovlivňuje, přebíráme od ní určité etické hodnoty. Jsou však správné? (Thompson, 2004)

## 3 DŮSTOJNOST LIDSKÉHO ŽIVOTA

*„Narození a umírání, život a smrt, úspěch a neúspěch, chudoba a bohatství, důstojnost a nedůstojnost, chvála a haná, hlad a žízeň, horko a zima se střídají v běhu událostí, jako to odpovídá cestám osudu. Nestojí proto za to, nechat si tím vším rušit vnitřní souzvuk.“*

Čuang-c'

### 3.1 Základní úvaha

*„Na způsobu, jakým se člověk staví k životu, nemoci, utrpení a smrti, se ukazuje lépe, než kdekoli jinde, jak rozumí sám sobě a jak to má s jeho vírou. Převratné změny na poli medicíny svědčí o proměně samotného obrazu, který si člověk o sobě vytváří. Ačkoli jsou pokroky v lékařství vítané, protože přinášejí účinnější pomoc trpícím, přetrvává obava, že na rozdíl od technického pokroku v diagnóze a terapii se často nevěnuje odpovídající pozornost oblasti psychologie a komplexního přístupu k lidské osobnosti, a že tato oblast dokonce často musí ustoupit do pozadí před technickými aspekty.“ (Rotter, 1999, s. 11)*

Pokroky medicíny i techniky stále naléhavěji kladou otázku, jakou cenu pro nás člověk má. Věříme-li v křesťanského Boha, musíme věřit také tomu, že člověk je jeho obrazem. Toto důstojenství je třeba v dnešní době obhajovat. Každý, kdo myslí odpovědně, by si měl být vědom toho, jak zásadní jsou tyto otázky pro lidský život dnes i v budoucnosti. Ohlížíme se zpět na katastrofy a nelidskosti, které jsme v minulosti zažili a dozvěděli se o nich. Měli bychom vykonávat všechno, co vykonat lze, co je v našich silách, aby budoucnost byla lidštější.

### 3.2 Meze hodnoty lidského života

Nejvyšší důstojnost lidského života se zřetelně objevuje tam, kde je popisován vztah člověka k Bohu. Ve skutečnosti, že člověk má prostřednictvím milosti na Božím životě, spočívá jeho nejhlubší hodnota. Ani z tohoto hlediska víry nesmí být hodnota

člověka absolutizována. Meze hodnoty lidského života se především ukazují v tom, že člověk je smrtelný, že jeho život jednou skončí. Není také žádoucí snažit se prodloužit člověku lidský život za všech okolností.

Častější je ale jev, že těžce nemocná osoba z nějakých důvodů již nemá vůli k životu, a proto umírá, zatímco někdo jiný, stejně těžce nemocný, ale se silnou vůlí k životu, přežije. Za tím stojí myšlenka, že člověk má také nárok na přirozenou a lidskou důstojnou smrt a nesmí být považován za stroj, jenž je vždy možné opravit bez ohledu na zátěž, kterou to pacientovi přináší. Je-li opravdová naděje na uzdravení, je oprávněné působit na pacienta přiměřeným vlivem. Přesto je nutné brát plný ohled na lidská práva a důstojnost lidského života. Zvláště u dětí je třeba myslet také na rodinné příslušníky, kterým se možná dává velká naděje, která později může přinést velké zklamání. Celkově tedy musí existovat přiměřený poměr mezi vyhlídkami na uzdravení a nutným zatížením pacienta. (Rotter, 1999)

### **3.3 Lidská důstojnost v lékařství**

Lidé přistupují k řešení toho, co je dobro a zlo, co je správné a nesprávné, velmi různým způsobem. Jistě tomu tak bývalo od pradávna, i když v menší míře než dnes. Dnes se ale, na rozdíl od předchozích období, mnozí domnívají, že není třeba hledat nějaká ideální řešení etických dilemat a rozpoznávání toho, co je dobré. *„Stejně přeci žádná společná pravda neexistuje a každý má právo na svou pravdu, stejně tak jako na svou vlastní morálku.“* (Munzarová, 2002, s. 23)

Většina lékařů si nepochybně uvědomuje, že pro následovníky Hippokrata je určitá společná důstojnost nutná. V dnešním uspěchaném světě je předmětem diskuse, o jakou lidskou důstojnost je vlastně nutné usilovat.

Otázkou je, zda důstojnost lékařství je skutečně něčím, co k medicíně zcela patří. Mnozí se s tímto ztotožňují, někteří však obhajují i názor, že důstojnost medicíny může být měněna podle toho, na čem se společnost v určitém okamžiku svého vývoje domluví a určí, co je mravné a důstojné pro konání lékaře.

Půjdeme-li po stopách pojmu lidské důstojnosti, zjistíme, že každému člověku je nutno uznat důstojnost osoby od početí až do přirozené smrti. Tento základní princip, který vyjadřuje velké ano k lidskému životu, musí být ve středu etického uvažování v medicínském výzkumu. V této oblasti musíme zvýraznit univerzální princip lidské

důstojnosti, abychom se vyvarovali toho, že bude někdo někde rozhodovat o přidělování lidské důstojnosti za nás. Stanovisko církve uznává důstojnost každému od početí a vykládá svůj základní princip tak, že potvrzuje a chrání lidský život. Lidská důstojnost a ochrana života jsou si zde blízko, z lidské důstojnosti vychází ochrana lidského života. Člověk musí být od svého početí respektován jako osoba a takto se s ním musí jednat a v důsledku toho se mu musí od tohoto okamžiku uznat práva osoby na život.

Úkolem lékařů je při respektování práva na sebeurčení udržovat život pacientů, chránit zdraví a obnovovat jej, mírnit utrpení a být oporou umírajícím až do jejich smrti. V každém případě bez ohledu na další cíle léčby se musí lékař postarat o základní péči, k níž patří lidsky důstojné umístění pacienta, náklonnost, péče o tělo, mírnění bolesti, dušnosti, nevolnosti, utišení hladu a žízně.

Závazek udržovat život ale neplatí za všech okolností. Zřejmý proces umírání se nemá uměle protahovat terapiemi, které udržují život. Jestliže to odpovídá vůli pacienta, lze umožnit pacientovi zemřít nekonáním, omezením nebo ukončením započaté léčby, a to včetně umělé výživy či přísunu tekutin. U umírajících je zmíněn závazek lékaře pomáhat tak, aby mohl takový člověk umírat lidsky důstojně. Taková pomoc spočívá v paliativní péči, a tím i v opoře a zajištění základní (bazální) péče. Musí se utišit hlad a žízeň jako subjektivní pocity pacienta, nicméně k bazální péči nemusí náležet vždy umělá výživa, když by pro umírajícího pacienta představovala těžkou zátěž. Zákroky, které jen oddalují smrt, mají zůstat nevykonány nebo ukončeny. V popředí má být mírnění utrpení. Informování takového pacienta a jeho příbuzných má probíhat pravdivě s ohledem na jeho situaci a strachy. (Milfait, 2013)

## 4 PALIATIVNÍ PÉČE

*„Příležitost konat dobro se naskytne každému, kdo má vůli a chce je konat.“*

*S.Smiles*

Paliativní péče je komplexní, aktivní a na kvalitu života orientovaná péče poskytovaná pacientovi, který trpí nevléčitelnou nemocí v pokročilém nebo terminálním stádiu.

Cílem paliativní péče je zmírnit bolest a další tělesná a duševní strádání, zachovat pacientovu důstojnost a poskytnout podporu jeho blízkým.

Potřeby pacientů v pokročilých stádiích nevléčitelných nemocí a z nich plynoucí potřeba paliativní péče závisí na:

- základním onemocnění
- stupni jeho pokročilosti (pokročilá, ale relativně kompenzovaná stádia, preterminální a terminální stadia onemocnění)
- přítomnosti více závažných onemocnění současně
- pacientově věku a sociální situaci (míra sociální podpory ze strany rodiny a přátel, finanční situace apod.)
- psychickém stavu (kognitivní a emoční stav, míra informovanosti, duchovní orientace atd.).

Podle komplexnosti péče nutné k udržení dobré kvality života je účelné dělit paliativní péči na obecnou a specializovanou.

Světová zdravotnická organizace (WHO) konstatuje:

Paliativní medicína je celková léčba a péče o nemocné, jejichž nemoc nereaguje na kurativní léčbu. Nejdůležitější je léčba bolesti a dalších symptomů, stejně jako řešení psychologických, sociálních a duchovních problémů nemocných. Cílem paliativní medicíny je dosažení co nejlepší kvality života nemocných a jejich rodin, podporuje život a považuje umírání za normální proces ani neurychluje, ani neoddaluje smrt, poskytuje úlevu od bolesti a jiných svízelných symptomů, začleňuje do péče o pacienta psychické a duchovní aspekty, vytváří podpůrný systém, který pomáhá rodině vyrovnat se s pacientovou nemocí a zármutkem po jeho smrti.

## 4.1 Obecná paliativní péče

Obecnou paliativní péčí rozumíme dobrou klinickou praxi v situaci pokročilého onemocnění, která je poskytována zdravotníky v rámci jejich jednotlivých odborností. Jejím základem je sledování, rozpoznání a ovlivňování toho, co je významné pro kvalitu pacientova života (např. léčba nejčastějších symptomů, respekt k pacientově autonomii, citlivost a empatická komunikace s pacientem a jeho rodinou, manažerská zdatnost při organizačním zajištění péče a při využití služeb ostatních specialistů, zajištění domácí ošetrovatelské péče atd.). Obecnou paliativní péčí by měli umět poskytnout všichni zdravotníci s ohledem na specifika své odbornosti.

## 4.2 Specializovaná paliativní péče

Specializovaná paliativní péče je aktivní interdisciplinární péče poskytovaná pacientům a jejich rodinám týmem odborníků, kteří jsou v otázkách paliativní péče speciálně vzděláni a disponují potřebnými zkušenostmi. Poskytování paliativní péče je hlavní pracovní náplní tohoto týmu.

Základní formy specializované paliativní péče:

- zařízení domácí paliativní péče, tj. domácí (případně „mobilní“) hospic
- hospic jako samostatně stojící lůžkové zařízení poskytující specializovanou paliativní péči
- oddělení paliativní péče v rámci jiných lůžkových zdravotnických zařízení (tj. především v rámci nemocnic a léčeben)
- konziliární tým paliativní péče v rámci zdravotnického zařízení (nemocnice nebo léčebny)
- specializovaná ambulance paliativní péče
- denní stacionář paliativní péče („denní hospicový stacionář“)
- zvláštní zařízení specializované paliativní péče (např. specializované poradny a tísňové linky, zařízení určená pro určité diagnostické skupiny atd.)

### 4.3 Moderní paliativní péče

- se neodvrací od nevléčitelně nemocných, ale chrání jejich důstojnost a klade hlavní důraz na kvalitu života
- dokáže úspěšně zvládat bolest a další průvodní jevy závěrečných stadií smrtelných onemocnění
- je založena na interdisciplinární spolupráci a na celostním pohledu na nemocného člověka, a proto zahrnuje v sobě lékařské, psychologické, sociální, existenciální a spirituální aspekty
- vychází důsledně z individuálních přání a potřeb pacientů, respektuje jejich hodnotové priority a chrání právo pacienta na sebeurčení
- zdůrazňuje význam rodiny a nejbližších přátel nemocných, nevytrhává nemocné z jejich přirozených sociálních vazeb, ale umožňuje jim, aby poslední období života prožili v důstojném a vlídném prostředí a ve společnosti svých blízkých
- nabízí všestrannou účinnou oporu příbuzným a přátelům umírajících a pomáhá jim zvládat jejich zármutek i po smrti blízkého člověka
- vychází ze zkušenosti, že existuje zásadní rozdíl mezi špatnou a kvalitní péčí o umírající a že umírání nemusí být provázeno strachem, nesnesitelnou bolestí a nesmyslným utrpením

(Haškovcová, 2007)

### 4.4 Paliativní medicína

Paliativní medicína se zabývá léčbou nevléčitelně nemocných různých diagnóz se snahou o dosažení nejlepší možné kvality jejich života. Snaží se respektovat individualitu lidské osobnosti a její jedinečnost ve všech 4 základních rozměrech holistického - celostního pohledu (biologický, psychologický, sociální, spirituální). Tento typ léčby lze poskytovat v různých prostředích s ohledem na potřeby nemocného a jeho celkový stav.

Cílem je, aby vznikaly funkční specializace, navazující na základní medicínské obory, které umožní specializované vzdělávání pro paliativní péči těm odborníkům, jež jsou v přímém kontaktu s onkologickými i neonkologickými pokročile nemocnými.

Paliativní, neboli útěšná a zmírňující medicína je nejstarší lékařskou a ošetrovatelskou disciplínou.

#### **4.5 Principy paliativní medicíny**

Principy paliativní medicíny se odvíjejí od potřeb umírajících a zahrnují tyto základní cíle:

- symptomatickou léčbu
- zmírňující péči
- efektivní terapii somatické a psychické bolesti
- emotivní podporu
- spirituální pomoc
- sociální zázemí
- aktivní nebo aktivizační individuální program pro umírající
- doprovodnou odbornou pomoc rodině umírajícího

(Vorlíček, Adam, 1998)

#### **4.6 Vztah paliativní medicíny a hospiců**

Paliativní starostlivost je možno poskytovat v hospicích, v domácnostech anebo nemocnicích. V systému paliativní péče je důležitá i úloha rodiny nemocného. Hospice jsou tedy jen jednou z několika možných forem, kde se poskytuje paliativní péče a léčba bolesti. V USA se často používá termín „hospice“ taky i pro paliativní péči. Protože nároky na zdravotní péči jsou závislé od druhu nemoci, existují již speciální programy paliativní starostlivosti pro rakovinu nebo AIDS.

Paliativní léčba má komplexní, multidisciplinární přístup k nemocnému.

Vyžaduje multidisciplinární tým, tj. řadu odborníků různých profesí, kteří se vzájemně setkávají a diskutují jak nejúčinněji individuálně řešit problémy nemocného.

Významným mezníkem v moderní paliativní medicíně bylo v 70. letech ve Velké Británii ustanovení pěti zásad rozvoje oboru:

- Založení oddělení hospicové (paliativní) medicíny, která provádějí komplexní multidisciplinární péči, včetně vysoce odborné péče.



- Multidisciplinární domácí paliativní péče, včetně vyškolení lékařů a sester v tomto oboru, kteří pracují jako součást multidisciplinárního paliativního týmu.
- Hospicové paliativní oddělení v nemocnicích, které zavádějí multidisciplinární paliativní péči zpět do nemocničních provozů.
- Konzultační služby v oblasti paliativní medicíny ve všeobecných nemocnicích.
- Výuka všech lékařů, sester a dalších zdravotnických pracovníků v základech multidisciplinární paliativní péče.

## 4.7 Dětská paliativní péče

Dětská paliativní péče je aktivní kompletní péčí o somatickou, psychickou a spirituální dimenzi nemocného dítěte zahrnující také poskytování podpory rodině.

- Tato péče začíná v okamžiku stanovení diagnózy nemoci a pokračuje bez ohledu na to, zda je dítě léčeno se zaměřením na diagnostikované onemocnění.
- Zdravotníci musí zhodnotit a minimalizovat fyzické, psychická a sociální strádání dítěte.
- Efektivní paliativní péče vyžaduje široký multiprofesní přístup, který zahrnuje i rodinu a využívá komunitní zdroje, tato péče může být úspěšně zajištěna i s limitovanými prostředky.
- Péče může být poskytována v pečovatelských ústavech, ve zdravotnických zařízeních i v domácím prostředí.

Život zkracující onemocnění jsou definována jako stavy, kdy je předčasné úmrtí obvyklé (např. Duchennova svalová dystrofie).

Život ohrožující onemocnění jsou taková, u nichž je vysoká pravděpodobnost předčasného úmrtí v důsledku těžké nemoci, kde však může zároveň existovat i šance na dlouhodobé přežití do dospělosti (např. děti, u kterých probíhá onkologická léčba nebo které jsou přijaty do intenzivní péče po vážném úrazu).

Identifikace potřeb služeb paliativní péče - během posledních let proběhlo několik národních průzkumů k identifikaci potřeb dětské paliativní péče. Tyto průzkumy poskytly důležité informace týkající se úmrtnosti a místa úmrtí a také identifikovaly

konkrétní potřeby dětí a rodin, pečovatelů a poskytovatelů ošetrovatelské péče. Výsledky provedených průzkumů byly překvapivě shodné, a proto nejsou nutné další průzkumy k identifikaci potřeb nemocných dětí a jejich rodin.

- Děti často preferují pobyt doma a rodiny obvykle chtějí mít děti v době průběhu onemocnění a umírání v domácím prostředí.
- Podmínky, které by rodinám tuto variantu umožnily, jsou nedostačující.
- Nezbytné odlehčující pobytové služby jsou stále nedostačující.
- Dostupnost služeb obvykle závisí na místě bydliště a na druhu onemocnění. U dětí s onkologickým onemocněním jsou služby zpravidla lépe dostupné než u dětí s jiným život zkracujícím či život ohrožujícím onemocněním.
- Komunikace mezi profesionály, kteří poskytují péči dětem s život zkracujícím či ohrožujícím onemocněním, je nedostatečná, je nutné se zaměřit na její zlepšení.
- Odborná příprava a vzdělávání jsou pro všechny profesionály i dobrovolníky pracující v této oblasti naprosto nezbytné.
- Míra úmrtnosti v různých zemích je odlišná. Příklad: Četnost úmrtí při život zkracujícím a terminálním onemocnění je ve Velké Británii 1,2 mezi 10 000 dětmi ve věkovém rozmezí 0-19 let a v Irsku 3,6 mezi 10 000 dětmi ve věkovém rozmezí 0-18 let. Žádná země dosud nemá národní databázi všech dětí s život zkracujícím či ohrožujícím onemocněním. Četnost výskytu život zkracujících či ohrožujících onemocnění mohla být v dřívějších průzkumech podhodnocena.

Významnou práci v paliativní péči odvádí speciální pedagog (učitelé nemocničních škol), který je plnohodnotným členem multidisciplinárního nemocničního týmu, který pečuje o nemocné dítě.

#### **4.8 Pečující tým a jeho souvislost s paliativní péčí**

Jeden člověk nedokáže uspokojit všechny potřeby nemocného a vytvořit kolem něj atmosféru lásky, klidu a pokoje, i když by měl sebevětší kvalifikaci. V paliativním týmu kromě zdravotníků pracují také duchovní, psychoterapeut, nezbytné je zapojení rodiny a přátel. Plnoprávným členem týmu je samozřejmě i pacient, který je jeho středem

a cílem zájmu. Nejdůležitější je, aby všichni sledovali dobro pacienta a táhli tak za jeden provaz. Vše, co vede ke zlepšení života nemocného, je žádoucí.

Každý v týmu je stejně důležitý a při konfrontaci se smrtí se rozdíly mezi profesemi stírají. Jednotlivé kompetence však zůstávají zachovány.

Při péči o umírající je třeba, abychom k nim přistupovali s otevřenou myslí a pozorně jim naslouchali. Jen tak můžeme chápat jejich poselství, které se nám snaží sdělit prostřednictvím symbolů a náznaků. Právě schopnost naslouchat je to, co umírající od svých blízkých potřebují nejvíce. Pokud pochopíme, co nám chce umírající sdělit, zbavíme ho tím strachu, úzkosti a obav a umožníme mu klidný odchod. Když budou profesionální zdravotníci citlivější vůči potřebám a sdělením umírajících, budou tak schopni lépe rozpoznat jejich potřeby, poskytnout jim lepší péči a tím sami dosáhnout většího uspokojení z práce.

Role sociálního pracovníka v paliativní péči se nedá redukovat pouze na administrativní práci a sociálně-právní kompetence. Pracuje jak se samotným pacientem, tak s celou jeho rodinou. Velmi důležitou roli zde hraje práce s časem, kterého je mnohdy velmi málo.

Sociální pracovník může poradit rodině jak se správně rozhodovat, které věci je důležité řešit hned a které naopak snesou odklad. Je článkem, který propojuje služby a péči, kterou pak poskytuje komunita. Zajišťuje umírajícím spirituální péči. Může rodině a blízkým odlehčit tím, že se postará o zařízení pohřbu a dalších náležitostí s tím spojených. Je tedy důležité, aby k jeho profesní výbavě patřila vřelost, soucit, empatie, trpělivost a zejména umění naslouchat.

Péči o umírající lze z hlediska časové posloupnosti rozdělit na 3 období:

- Pre finem – péče a doprovázení nemocného a jeho blízkých od doby, kdy zjistí závažnou diagnózu až po nástup terminálního stavu.
- In finem – péče a doprovázení nemocného a jeho blízkých v terminálním stádiu jeho nemoci, tj. umírání v užším slova smyslu.
- Post finem – kromě péče o tělo zemřelého dochází v této fázi k doprovázení pozůstalých podle potřeby i dlouhodobě (zpravidla až po dobu jednoho roku).

Velkou chybou mnoha lidí je, že chápou hospic pouze v období „in finem“.  
(Haškovcová, 2007)

## 4.9 Specifikace členů pečujícího týmu – speciální pedagog

Rodina, do které se narodilo dítě s postižením, se ocitá v situaci, která je nečekaná a náročná pro celý rodinný systém. Očekávaná radost a plánovaná perspektiva je většinou velmi brzy zkalena obavami o život a zdraví dítěte, zátěží vyplývající z mnohem náročnější péče, pocity bezmoci a také bezradnosti z pomalu pokračujícího vývoje dítěte. Pokud rodiče nezískají včas odbornou i lidskou podporu a pomoc s orientací v dané situaci, jsou vystaveni stresu, který může rodinu i dlouhodobě poznamenat. Odbornou pomoc v této situaci usnadní právě speciální pedagog.

Bylo prokázáno, že cílenou stimulací lze v raném věku výrazně ovlivnit schopnost dítěte s postižením naučit se maximálně využívat oslabené funkce a vytvářet kompenzační mechanismy za ztracené schopnosti.

Dítě s postižením je dítětem se speciálními potřebami – k podpoře jeho vývoje je nutno vynaložit mnohem více motivačního úsilí, nápaditosti i trpělivosti než u dítěte zdravého. Současně však dítě s postižením ve zvýšené míře potřebuje bezpečné zázemí svého domova a své rodiny.

Raná péče jim poskytne podporu při vyrovnávání se s postižením dítěte, jakož i ohledně péče o dítě a stimulace jeho vývoje. Speciální pedagog rané péče je profesionál, který při práci čerpá z širokého spektra teoretických znalostí i z praktických zkušeností, nashromážděných za dobu existence rané péče.

Se speciálním pedagogem se nejvíce setkáváme ve speciálních a praktických školách, ve speciálních mateřských školách a v nemocničních školách

Speciální školy při nemocnicích plní čtyři úkoly:

- zabráňují vzniku mezer ve vědomostech a dovednostech dětí tím, že se hospitalizované dítě dál vzdělává v několika vybraných předmětech
- zajišťují dítěti plynulý a bezproblémový návrat do původní kmenové školy
- zaměstnávají dítě s ohledem na jeho zdravotní stav a tím odvádějí jeho pozornost od nemoci a obtíží spojených s léčením, vyučování má také psychoterapeutické účinky
- pomáhají dítěti mimo samotnou výuku, psychologický přístup speciálního pedagoga usnadňuje dítěti adaptaci na neznámé prostředí, pomáhá mu překonat nepříjemnosti spojené s odloučením od rodiny, zbavuje ho strachu z nemoci,

umožňuje mu lépe zvládat nepříjemné výkony a vyrovnat se s často zdlouhavým léčením

Speciální pedagog je plnohodnotným členem multidisciplinárního nemocničního týmu, který pečuje o nemocné dítě. Speciální pedagog ve své činnosti integruje dvojí poslání – pedagogické a psychoterapeutické. Obojí nabývá na účinnosti hlavně tím, že pedagog pracuje s nemocným dítětem individuálně. Podstatné je, že se pedagog nezajímá jen o nemocný orgán či dítě ve specifické roli pacienta, ale o nemocného mladého člověka. Styk nemocného dítěte s pedagogem nebo vychovatelem je významný, neboť pedagog patří k několika málo lidem, kteří za dítětem přicházejí ze zdravého světa, zprostředkovávají mu s ním kontakt. Nejsou s nimi spojeny nepříjemné zážitky, neordinuje ani neprovádí léčebné procedury. Svou přítomností vyvolává pocit bezpečí a usnadňuje dítěti v některých případech i návrat do prostředí zdravých lidí. Učitelka posiluje všechny podněty, které mají vliv na léčbu dítěte. Účast pedagoga v léčebném procesu je pro děti ukazatelem přechodnosti jejich nemoci. Pedagog posiluje naději na uzdravení i u vážně nemocných dětských pacientů, protože u dětí podporuje myšlenku - jestliže se učím, tak to se mnou nemůže být tak zlé.

Pedagogové a vychovatelé těchto zařízení tedy fungují jako důležitý zdroj sociální opory hospitalizovaných dětí. Je dokázáno, že právě oni jsou pro dětské pacienty přirozenou sociální oporou při zvládání náročných a dlouho trvajících zátěžových situací.

V řadě případů nemůže být výuka nemocných dětí zahájena hned, neboť to nedovoluje zdravotní stav dětských pacientů. Pedagogové a vychovatelé však mohou navázat s nemocnými dětmi lidský kontakt, mohou odpoutávat jejich pozornost od somatických obtíží, tlumit jejich pocity opuštěnosti, úzkosti, strachu, obnovovat jejich psychickou rovnováhu, dodávat jim naději a posilovat jejich odhodlání bojovat s nemocí, koordinovat styk se „zdravým světem“.

#### **4.10 Specifikace dalších členů pečujícího týmu – pomáhající profese**

Jako u všech potřeb i zde platí, že ne každý a ne vždy se otevřenosti a pravdy dožaduje. V jednotkách paliativní péče platí: netutlat, nekamuflovat a pracovat jako tým s otevřeným hledím. Pacient chce znát, kdo se o něj stará, s kým má tu čest.

Rozsah pečujícího týmu je variabilní. Minimální variantu představuje:

- LÉKAŘ – se specializací paliativní medicína a dalšími odbornostmi
- ZDRAVOTNÍ SESTRA
- SOCIÁLNÍ PRACOVNÍK
- PSYCHOLOG
- SPECIÁLNÍ PEDAGOG
- DUCHOVNÍ
- DOBROVOLNÍK
- HERNÍ SPECIALISTA

Dalšími členy mohou být např. fyzioterapeut, nutriční specialista, psychiatr atd.

## **LÉKAŘ**

Lékař stojí v čele týmu. Lékař rozhoduje o přijetí pacienta. Lékař neléčí kurativní léčbou a vědomě upouští od všech léčebných zákroků, které nemohou zlepšit kvalitu života nemocného. Lékař je ze zákona povinen poučit nemocného a jeho rodinu vhodným způsobem o povaze onemocnění a léčbě.

Vyšetřovací a léčebné výkony se pak provádějí za souhlasu nemocného. V Listině základních práv a svobod (ústavní zákon č.23/1991 Sb.) stanoví, že každý může činit, co zákonem není zakázáno a nemusí činit nic, co mu zákon neukládá. Pacient tak může odmítnout zdravotní péči, musí být však dospělý a způsobilý k právním úkonům. Péči za něj však nemohou odmítat jeho rodinní příslušníci či jeho blízcí.(Zákony pro lidi, online, cit. 2015-07-13)

Velkým problémem se zdá být sdělování pravdy pacientovi. Pokud se lékař uchyluje ke lži, riskuje ztrátu důvěry pacienta. I milosrdná lež má krátké nohy.

## **ZDRAVOTNÍ SESTRA**

Paliativní tým se neobejde bez zkušených erudovaných sester. V paliativní medicíně je nutné, aby sestry rozuměly nejen fyzickým, ale i duševním potřebám svých pacientů. Dobrou ošetrovatelskou péči může odvádět sestra, která pochopí, že u pacientů v paliativní péči jsou především problémy psychosociální a duchovní.

## **SOCIÁLNÍ PRACOVNÍK**

Sociální pracovník ve spolupráci s interdisciplinárním týmem posuzuje a identifikuje sociální potřeby pacientů a jejich rodin. Ze získaných poznatků pak vypracovává plán péče.

Sociální pracovník musí také zdokumentovat komplexní sociální problematiku, která zahrnuje následující oblasti: rodinné vztahy pacienta, komunikační zvyklosti, finanční a životní podmínky, možnosti dopravy atd.

Sociální pracovník pomáhá při schůzkách pacienta a rodiny s interdisciplinárním týmem.

## **PSYCHOLOG**

Do interdisciplinárního paliativního týmu patří bezesporu psycholog, který řeší psychologické problémy pacienta a jeho blízkých. Mezi tyto problémy patří např. stres a obavy z budoucnosti. Mnoho pacientů potřebuje pomoc se vyrovnat s těžkou situací. Psychologické problémy jsou řešeny jak farmakologickými, ale i nefarmakologickými a doplňkovými terapiemi. Psychologická péče pomáhá zmírnit smutek, žal a pocit ztráty.

## **DUCHOVNÍ**

Pro těžce nemocné a umírající včetně jejich rodin je velice důležitá duchovní péče. Duchovní péče můžeme chápat jako individuální péči o člověka, který se ocitl v nestandardní životní situaci, ve které potřebuje pomoc. Potřeba duchovní pomoci je vlastní nejenom věřícím, ale i nevěřícím.

Po duchovní i po fyzické stránce potřebuje člověk být přijat. Cítit se akceptován, milován, navzdory zchátralému, často napohled odpudivému, tělesnému stavu. Přijetí od druhých usnadňuje sebepřijetí.

Duchovní péče hlásá a brání jedinečnou hodnotu a důstojnost lidského života. Zastává se těch, kdo se ve zdravotnickém systému cítí bezmocní. Je zaměřena na duchovní složku nemocného. Jako duchovní problémy pacienta či jeho rodiny jsou označeny pocity zoufalství, utrpení a viny, či potřeba odpuštění.

Každý člověk má duchovní potřeby, ale nemusí mít nutně vztah k žádnému náboženství. Touží po uzavření svého života, po klidném spočinutí a bezpečí.

Cílem duchovní služby je zmírnit utrpení spojené s nemocí a smrtí. Připomíná také uzdravující, pomáhající a usmiřující sílu náboženské víry. Respektuje ale duchovní potřeby lidí různých náboženství.

Duchovní služba je nezbytná součást hospicové paliativní péče, kterou vykonávají kaplani a také laici, kteří byli profesionálně připraveni v oblasti poskytování tohoto druhu péče. Poskytují pomoc trpícím, ale i těm, kdo se o ně starají v existenciálních, spirituálních a náboženských potřebách.

Spirituální potřeba nemocných bývá často frustrována v anonymním prostředí nemocnic, kdy je pacient objektem diagnostických a terapeutických metod. Cítí se ponížen, kdykoli se setká s nezájmem zdravotníků o svou osobu. Způsob, úroveň a intenzita duchovní služby se řídí okamžitým zdravotním stavem nemocného.

V hospicové péči nabízíme duchovní službu pacientovým blízkým po celou dobu jeho nemoci. Věnujeme se jim i po úmrtí nemocného. Jistota, že nemocní nebudou v okamžiku smrti sami, je pro ně zcela zásadní, protože smrt je chvíle absolutní samoty. Spirituální péče představuje v paliativní medicíně trvalou výzvu.

Paliativní léčba a péče dostala svůj název z latinského slova pallium, což znamená plášť, přikrývka, přehoz. Ovinout pláštěm toho, kdo trpí, neznamená popírat utrpení, ale stát mu po boku a snést i sprchu negativních emocí. V tomto ohledu právě pomáhá duchovní. (Svatošová, 1999)

## **DOBROVOLNÍK**

Dobrovolníci představují nedílnou součást multidisciplinárního paliativního týmu. Zapojení dobrovolníků je nezbytné nejen z důvodů ekonomických, ale především obohacuje paliativní péči o ducha vzájemnosti, bez něhož ztrácí tento druh péče jeden ze svých nejdůležitějších rozměrů. Výběr dobrovolníků, specializovaný výcvik, řízení, supervize a zařazování do chodu mobilní paliativní péče je veden koordinátorem dobrovolníků.

Dobrovolníci jsou lidé, kteří se rozhodli ve svém volném čase a podle svých možností pomáhat v paliativní oblasti.

Osobní kvalifikace dobrovolníka:

- vhodná motivace k dobrovolné práci
- vyrovnanost s nemocí, umíráním a smrtí
- schopnost empatie
- dobré komunikační schopnosti
- tolerance k věkovým, kulturním, náboženským a osobnostním diferencím



- schopnost vymezení a respektování hranic odpovědnosti za jednotlivé oblasti
- schopnost týmové práce
- psychická stabilita a pružnost v krizových situacích
- schopnost prohlubovat své znalosti a vzdělávat se

## **HERNÍ SPECIALISTA**

V Evropě se herní specialista v dnešním pojetí začal poprvé objevovat v britských nemocnicích kolem roku 1970. Důvodem pro jeho zavedení byla snaha přizpůsobit prostředí nemocnice potřebám dětského pacienta a zajímavé je, že první herní specialisté (tenkrát herní pracovníci) nebyli připravováni, zaváděni a placeni resortem zdravotnictví, ale neziskovou organizací Save the Children Fund.

V osobě herního pracovníka měl dětský pacient a jeho blízcí najít někoho, kdo je schopný pohlížet na nemocnici a všechno to, co se v ní odehrává, "dětskýma" očima, někoho, kdo bude vždycky víc "normálním člověkem" než technicky zaměřeným "zdravotnickým profesionálem“.

Snahou herní práce je ulehčit dítěti pobyt v nemocnici – ovšem nikoli tím, že bude realitu barvit na růžovo, trápení viděné dětskýma očima bagatelizovat a dítě manipulovat a odvádět jeho pozornost. Herní specialista musí umět dítěti naslouchat a – v tom nejlepším slova smyslu profesionálně – vyhodnocovat, co je pro dítě nejlepší. Například příprava dětí na chystané zákroky – v řadě našich nemocnic poslední dobou velmi populární – se v českém prostředí, ne vždy děje s citem a porozuměním pro dětskou psychiku a vnímání. (Hájek, 2007)

Závěrem této kapitoly lze říci, že paliativní péči nelze vztahovat jenom k ústavům určitého typu, protože paliativní péče, by měla být v první řadě filozofií a nezměrným kusem lidství.

*„ Vidím Boha v každé lidské bytosti. Když omývám rány, starám se o Pána. Není to skvělá zkušenost? “*

*Matka Tereza*

## 5 HOSPIC – MÍSTO KDE SE ŽIJE DO KONCE

*"...spěchejme milovat lidi, protože rychle odcházejí! ...až budeme na konci, nebudeme trpět tím, co jsme špatného udělali, pokud jsme toho litovali, ale tím, že jsme mohli milovat, ale nemilovali jsme, že jsme mohli pomoci, ale nepomohli, že jsme mohli zavolat, ale nezavolali, že jsme se mohli usmát, ale neusmáli, že jsme mohli podržet ruku, ale nepodrželi..."*

*Jan Twardowski*

Pojem hospic pochází z latinského *hospitium* (útulek). Již za časů starého Říma a ve středověku existovaly přístřešky či útulky při cestách, kde si mohli poutníci odpočinout, těhotné ženy porodit a choří buď se uzdravit a pokračovat v cestě, nebo v klidu zemřít. Vyskytují se dokonce názory, že první hospic byl vlastně popsán již v biblickém podobenství o milosrdném Samaritánovi.

Hospic je zdravotnicko-sociální zařízení, které slouží k péči o nevléčitelně a těžce nemocné osoby, tedy k tzv. paliativní péči. Současná zdravotnická zařízení hospicového typu dostala své jméno podle instituce hospiců – míst pro odpočinek poutníků, která vznikla ve 4. století.

Hlavním účelem hospiců je maximálně zlepšit kvalitu života v jeho závěrečné fázi a umožnit důstojné umírání. Děje se tak především snižováním nebo odstraňováním bolesti a jiných nepříjemných fyzických projevů nemoci. Hospic umožňuje vyřešit nebo alespoň zmírnit různé psychologické a duchovní problémy spojené s umíráním. Umožňuje intenzivní a nerušený kontakt s partnerem nebo rodinou.

### 5.1 Hospic jako dům

Na konci života si každý přeje žít důstojně, bez bolesti a se svými nejbližšími, pokud možno doma. Pokud to doma z nějakého důvodu nejde, nabízí se možnost domova s hospicovou péčí, kam za vámi přijde domácí hospic podobně jako domů.

Hospicové zařízení se z pravidla skládá z poměrně malé lůžkové části – obvykle do 25 lůžek – a ze stacionáře, jehož činnost bývá rozsáhlá a je kombinována s agenturní domácí péčí. V hospicích se pravidelně nachází vzdělávací centrum s poradnou.

V hospici Anežky České je tomu také tak. Vzhledem k tomu, že uvedený hospic byl na českém území první, a protože slouží jako model pro vznik dalších hospiců, popíšeme pro ilustraci právě jej. V Hospici Anežky České je celkem 14 jednolůžkových pokojů, 2 dvoulůžkové a 2 čtyřlůžkové. Kapacita lůžkové části je tedy 26 lůžek. Jednolůžkové pokoje mají přistýlku pro jednoho člena rodiny, který může být přítomen po celou dobu hospitalizace umírajícího, nebo pouze v dny, které si vybere.

Objekty hospicových domů jsou bezbariérové s odpočívadly a někdy i zimními zahradami.

V halách jsou umístěny např. čajovny/cukrárny, kde si mohou pacienti i doprovázející posedět a odehrávají se zde různé kulturní akce. Pacienti mohou být za příznivého počasí vyvezeni i s lůžkem na venkovní terasu. Rodinným příslušníkům a blízkým nemocného jsou zde umožněny prakticky neomezené návštěvy, případně společný pobyt v jednolůžkových pokojích s přistýlkou. Základem činnosti je pochopení jedinečnosti každého člověka a úcta k jeho osobnosti.

Každý pacient má svou ošetřovatelku či osobní sestru, což je známka plně individualizovaného přístupu v hospicových domech. V těchto domech je dáván důraz na ošetřovatelskou paliativní péči, a tak je hospic vždy vybaven nejrůznějšími zdravotnickými pomůckami a zařízeními, které v jiných zdravotnických zařízeních k dispozici vůbec nejsou.

V péči o nevléčitelně nemocné se v hospicových domech snaží naplnit celou šíři potřeb pro jejich důstojný a plnohodnotný život. Personál usiluje o naplnění dnů nemocného životem, zároveň však respektuje smrt jako nedílnou a přirozenou součást života. (Hospic Anežky České, online, cit. 2015-01-01)

Veškerý personál hospicových domů, ať už jde o zdravotníky či dobrovolníky usiluje:

- o zmírnění fyzické i duševní bolesti
- o respektování lidské důstojnosti

Vedle dvou základních forem hospicové péče, kterými jsou domácí a lůžková hospicová péče, se uplatňuje i forma tzv. denního stacionáře.

## **5.2 Hospicový denní stacionář**

Co si představit pod pojmem hospicový denní stacionář:

V denním stacionáři je hospicová péče poskytována jen během dne (od rána do večera), přes noc zůstává pacient doma. Denní stacionáře se zpravidla zřizují při lůžkových hospicích.

Je to jakási ambulantní forma péče, kam je pacient ráno přivezen a večer se vrací domů. Je vhodná pro ty pacienty, kteří nepotřebují trvalou péči na lůžku v hospici a z nějakých důvodů nemohou využívat domácí hospicovou péči (ve většině případů z důvodu, že rodina se nemůže zavázat k tomu, že bude po dobu 24 hodin s pacientem někdo doma přítomen, což je podmínka všech poskytovatelů domácí hospicové péče u nás pro její poskytování).

Denní stacionář plní i úlohu odlehčovací služby pro rodinu.

V denním stacionáři je většinou přítomno více pacientů současně. Plní tak i významnou sociální úlohu.

Denní stacionář se zřizuje při lůžkových hospicích. U nás je dosud málo obvyklou formou hospicové péče.

### **5.3 Dětský hospic**

První dětský hospic na světě, Helen House Children's Hospice v Oxfordu, vznikl v roce 1982. Jen v Británii začalo od té doby fungovat 14 dalších zařízení tohoto typu. Na rozdíl od hospice pro dospělé, v nichž většina dospělých tráví poslední dny svého života, soustředí se dětské hospice spíše na tzv. respitní (odlehčovací) péči. Znamená to, že nemocné děti a jejich rodiny přijíždějí na krátkodobé, zpravidla několikadenní až několikátýdenní pobyty, často opakovaně, během nichž se mají možnost zastavit a načerpat novou sílu, rodiče si zde mohou odpočinout od každodenního náročného ošetřování. Jsou v prostředí, kde starosti s ošetrovatelskou péčí, s tlumením případných bolestí, přípravou jídla převezmou jiní lidé, a kde je najednou možné žít a přemýšlet daleko volněji, bez tlaku neodkladných povinností a svazujícího očekávání.

Dětský hospic se od hospice pro dospělé pacienty v několika významných rysech liší. Slouží dětem, u nichž byla diagnostikována život ohrožující choroba, a jejich rodinám - těžištěm jeho práce však není terminální péče, ale péče respitní. Doba mezi stanovením diagnózy a případnou smrtí dítěte bývá různě dlouhá. U některých onemocnění (např. cystická fibróza) může jít o řadu let, i několik desetiletí - a děti

a jejich blízcí přijíždějí spíše na zotavovací pobyty. Hospic se jim snaží nabídnout praktickou pomoc a bezpečné a povzbuzující zázemí.

Dětský hospic je samozřejmě schopen a připraven postarat se i o nemocné dítě v terminálním stádiu, ale tento druh péče není ve srovnání s objemem poskytované respitní péče dominantní.

Posláním dětského hospice - a v tom se neliší od hospice pro dospělé - je celkové zlepšování kvality života, včetně péče o duši a o ducha.

Dětské hospice jsou kulturně podmíněným fenoménem - mají své místo v civilizaci západního typu, kde v průběhu posledních dvou set let došlo k dramatickému rozpadu širší rodiny jakožto podpůrné sociální struktury. Právě tuto strukturu do určité míry supluje. (Haškovcová, 2007)

## 5.4 Mobilní hospic

Mobilní hospic nabízí stejné služby celého multidisciplinárního týmu stejně jako u stacionárních hospiců, právě v případech, kdy si rodina přeje pečovat o vážně nemocného člena rodiny doma ve svém přirozeném prostředí.

### Mobilní hospic Ondrášek

Nikdo z nás jako rodič, by se nechtěl dostat do situace, kdy Vám lékař oznámí, že Vašemu dítěti není pomoci, že umírá.

Sylva Vartová si toto prožila, její syn Ondřej byl zdravý šestnáctiletý kluk, student sportovního gymnázia, který rád lyžoval. Na stehně měl znaménko. „U šestnáctiletého kluka si máma takové věci všimne těžko. Už jsem ho nekoupala, on se nesvěřil“ vypráví Sylva Vartová.

Znaménko nebylo velké, neměnilo se. Pak si je v hodině tělocviku při šplhu strhnul a začal krváčet. Hned se jelo k lékaři. Musel na operaci. Ukázalo se, že má nejagresivnější typ melanomu.

*„Vůbec jsem si nepřipouštěla, že by to mohlo dopadnout špatně. Jezdili jsme do Brna, doma v Ostravě dětská onkologie neexistovala. Operace nepomohla. Nepomáhala nic. Já jsem však pořád žila v jakémsi milosrdném oparu. Vůbec mi nedocházelo, co se děje. Stále jsem plánovala, co budeme podnikat dál, a byla jsem přesvědčena, že se Ondráškov stav zlepší. Za pomoci příbuzných z Německa jsme zajistili, že dostával*

*speciální injekce s látkou z vlastních buněk, o nichž se tehdy mluvilo jako o pokroku v léčbě rakoviny. Myslím, že jsem občas musela lékařům připadat jako blázen.“*

Pak jí lékaři v Brně předali propouštěcí zprávu. Stálo v ní, že léčba je zastavena. *„Pořád jsem nechápala, že to znamená konec. Ani když mě doktorka objala a vysvětlila mi, že prognóza je tři až šest týdnů.“*

Zkuste si to představit. Přivezete domů dítě, které má za pár týdnů zemřít. Trpí bolestmi, potřebuje převazovat, špatně dýchá. Chcete být s ním, chcete mu pomoci. Ale jak? *„Ani na chvíli mě nenapadlo, že by měl zemřít v nemocnici,“* ujišťuje Sylva Vartová.

V televizi tehdy běžela soutěž *Nejslabší, máte padáka*. A Ondřej prohlásil: *„Mami, mám padáka.“*

Už ani nechtěl, aby za ním chodili kamarádi. Přesto mu četla příběhy lidí, kteří překonali rakovinu. Volala známé lékařce a ptala se jí, co má dělat, když Ondrovi začne být hodně špatně. Ta slíbila, že sežene dýchací přístroj a přijde se na něj podívat. Přivedla i zdravotní sestru. *„Tehdy jsem si uvědomila, jak člověku v takové situaci pomůže, když má vedle sebe někoho, kdo má čas posedět a povídat si. Kdo vysvětlí, co bude dál a jak si poradit s bolestmi.“*

Ondřej zemřel doma u rodiny.

Sylva Vartová se rozhodla, že bude pomáhat lidem, kteří se dostali do podobné situace. *„Ukažte mi rodiče, kteří chtějí nechat zemřít dítě v nemocnici. Mnohdy bohužel nemají jinou možnost.“*

V roce 2006 založila v Ostravě mobilní hospic Ondrášek, který tvoří tři lékaři, pět sester a sociální pracovnice. Spolupracují s ním psychologové i duchovní. Za rok má v péči kolem sedmdesáti lidí nejrůznějšího věku. Ti nic neplatí. Sylva Vartová, její přátelé a spolupracovníci totiž dokázali vše pokrýt z darů sponzorů, přispívá už i ostravský magistrát a krajský úřad.

Sestry jsou na příjmu 24 hodin, na zavolání přijedou. Uleví nemocným od bolesti, povídají si s příbuznými, vysvětlí jim, jak poznají, kdy se přiblíží skutečný konec. Pomohou při zavolání duchovního, pohřební služby či notáře. *„Sejmou prostě z rodiny břímě. Každý potřebuje něco jiného. Někdy pomůže, když vedle vás jen někdo sedí a drží vás za ruku,“* líčí Sylva Vartová. Jejím sestřám se teď v Ostravě říká andělé.

Shánět peníze na projekty týkající se starých lidí a umírání je těžké. Sportovci a modelky se většinou zaměřují na pomoc dětem: vypadá to optimisticky, když se s nimi fotografují. Zato projekty na pomoc onkologicky nemocným a seniorům působí

beznadějně. Lidé mají pocit, že je zbytečné se jimi zabývat, protože stejně neskončí dobře.

Přesto se stalo něco neobvyklého, Sylvě Vartové se podařilo vzbudit zájem i u mladých lidí. Na jeho podporu probíhá řada akcí, od charitativních koncertů přes módní přehlídku až po sbírku, kterou pořádaly kluby a restaurace v ostravské Stodolní ulici. Mimochodem, pomáhá je organizovat i její starší dcera Adéla (27). (Mobilní hospic Ondrášek, online, cit. 2015-01-07)

## **5.5 Personální obsazení hospiců**

V popředí hospice je lékař, další obsazení personálu je podobné jako v nemocnicích. Navíc zde najdeme sociálního pracovníka, psychologa, kněze, někdy s péčí o nemocné mohou pomáhat řádové sestry.

V hospicích najdeme také modlitebny, kde je každému, kdo má zájem nabízena pastorece, není to ovšem pro nikoho povinné.

Nejdůležitějším požadavkem pro práci v hospici je mít rád lidi. Práce v hospici znamená úplné vyrovnání a smíření se nejenom se svou vlastní smrtelností, ale i se smrtelností klientů. V hospici nemůže v žádném případě pracovat osoba s vlastnostmi záchranáře, která se není schopná smířit s tím, že pacient, o kterého pečuje, se již nedá uzdravit a její pracovní náplň ani nespočívá v jeho uzdravení, ale v pomáhání překonat mu těžké okamžiky, než přijde na konec své životní cesty. Člověk pracující v hospici je pod větším psychickým tlakem a proto může dojít k situaci úplného vyčerpání, proto je nezbytné, aby tito lidé uměli dobýt energii a načerpat sílu.

V žádném hospici nechybí dobrovolníci. Svou práci dělají ve volném čase pro radost a pocit, že můžou pomoci jiným lidem. Dobrovolník dává tolik, kolik může a chce. Samozřejmostí je, že to musí být spolehliví lidé. Pro práci dobrovolníka je nutná jistá dávka altruistického chování. V některých zemích je práce dobrovolníků v hospicích považována za velmi záslužnou a prestižní činnost. Každý si může vybrat práci, na kterou se cítí. Ať je to administrativa, pomoc v kuchyni, roznášení jídel, či nápojů nemocným, pomoc na zahradě, či přímo práce s umírajícími. Povídají si s nimi, čtou jim, hrají si s nimi společenské hry, zpívají, nebo s nimi jen v tichosti sdílejí společnost. Můžou poskytovat kadeřnické služby, manikúru, pedikúru apod. Dobrovolníci nemají za úkol nahrazovat zdravotní sestry a ošetřovatelky, mají je doplňovat. (Svatošová, 2003)

*„Dobrovolníkem může být fyzická osoba starší 15 let, jde-li o výkon dobrovolnické služby na území České republiky, starší 18 let, jde-li o výkon dobrovolnické služby v zahraničí, která se na základě svých vlastností, znalostí a dovedností svobodně rozhodne poskytovat dobrovolnickou službu.“* (Dobrovolník, online, cit. 2015-01-20)

Zastavme se také u činnosti sociálního pracovníka v hospici. Je prvním člověkem z týmu, který se setkává s nemocným a jeho rodinou. Sociální pracovník může rodině pomáhat v rozhodování o tom, co je důležité a nutné řešit ihned a co naopak počká. Sociální práce se nedá vymezit pouze na administraci a sociálně-právní kompetence. K profesní výbavě sociálních pracovníků patří především vřelost, soucit, empatie, trpělivost a umění naslouchat. Mezi jeho povinnosti patří jednání se zájemci o hospicovou pomoc, komunikace s rodinou, návštěva rodiny a klienta doma u mobilních hospiců, jako je např. ostravský mobilní hospic Ondrášek. Pomáhá pacientům s vyřizováním dávek a toho, co sami venku nestihli a co z hospice zařídí nemohou. Přípravuje různé dohody a smlouvy, po smrti pacienta předává rodině informace, co si kde mohou zařídí, předává soudu dědické řízení. Je to prostředník mezi nemocným a venkovním prostředím, mezi pacienty a hospicem. (Kopřivová, 2010)

## **5.6 Pomáhající profese**

*„Souhrnný název pro profese, které se zaměřují na pomoc druhým, pomáhají řešit problémy, nesnáze a zdravotní potíže druhých lidí. Používají k tomu techniky a metody jednotlivých profesí. Patří sem lékaři, zejména psychiatři, dále psychologové, sociální pracovníci, speciální pedagogové, fyzioterapeuti, rehabilitační pracovníci.“* (Hartl, 2004, s. 188)

Mezi společné znaky těchto profesí patří mimořádná psychická zátěž, odpovědnost a riziko pro vlastní duševní zdraví. Na pracovníky pomáhajících profesí jsou kladeny specifické nároky. Pro výkon takovéto profese je nutná určitá fyzická a psychická zdatnost, inteligence, přitažlivost pro klienty, důvěryhodnost, komunikační dovednosti a empatie. Je jasné, že v pomáhajících profesích je hlavním nástrojem pracovníkova osobnost. Vytváří se zde vztahový rámec mezi klientem a pomáhajícím pracovníkem. Lidský vztah, či spíše osobní vztah totiž u jiných profesí nehraje tak důležitou roli. Klient potřebuje důvěřovat, cítit se bezpečně a být přijímaný. (Kopřiva, 2006)



Pro pomáhající pracovníky je dále charakteristická práce s lidmi a individuální posouzení jejich životní situace, aby mohla být následně poskytnuta pomoc všem potřebným. Jde mnohem více o službu a poslání než rutinní práci.

Oblast zájmu zmíněných profesí je nesmírně široká, a není proto snadné uvést jejich jednoznačnou definici. Je spíše nutné se omezit na výčet jednotlivých profesí a znaků s rizikem, že bude některý z nich opomenut. Zobecníme-li rysy jednotlivých pomáhajících profesí, můžeme nadále za pomáhající profesie považovat ty, jejichž cílem je pomoci druhým lidem zvládnout náročnou životní situaci za pomoci specifického vztahu mezi pomáhajícím pracovníkem a klientem. (Jankovský, 2003)

## **5.7 Požadavky na výkon profese pomáhajícího pracovníka v hospicovém zařízení**

Na výkon profese pomáhajícího pracovníka v hospicovém zařízení jsou kladeny vysoké požadavky a může být velmi nesnadné, někdy dokonce nemožné, těmto požadavkům dostat.

Všeobecně jsou pro odborníky pracující v paliativní péči v komunikaci s pacienty zásadní následující oblasti schopností:

- Diagnostické a posuzovací schopnosti.
- Kvalifikovaná reakce na pacientovy potřeby a pocity, jako jsou potřeba reflektující zpětné vazby, napomáhání vyjadřování emocí, potřeba rozprávět se, schopnost přijetí silných emocí, jako je zlost nebo sklíčenost.
- Umění vyhovět jejich potřebě být informován a mít odpovědi na jejich otázky. (Svatošová, 2003)

Výkon profese pomáhajícího pracovníka v hospici vyžaduje, jak osobní dispozice, tak důkladnou přípravu ve formě kvalitního vzdělání. Každodenní setkání s umírajícími a se smrtí totiž vyžaduje schopnost vypořádat se s existenciálními otázkami. Jednou z podmínek, aby se pomáhající pracovníci mohli dobře starat o umírající pacienty v paliativní péči je, že musí sami porozumět smyslu paliativní péče a být si vědomi konečnosti lidského života. Dostáváme se tak do jakéhosi kruhu: abychom se naučili pečovat o terminálně nemocné, zvládli tuto psychicky náročnou situaci, potřebujeme se s

touto problematikou vyrovnat. Abychom se vyrovnali se smrtí, není možné utíkat před touto skutečností. Jedno přímo ovlivňuje druhé. Každý zdravotník přistupuje k umírajícím podle toho, jak on sám rozumí fenoménu umírání a smrti. Je proto nutné projít pečlivou přípravou na zaměstnání. Existují však domněnky, že ani ta nejlepší možná příprava nevyloučí psychickou zátěž, která je logickým důsledkem práce s umírajícími. Vyrovnávání se smrtelností lidské bytosti je samozřejmě nelehký a bolestný proces. Jedním z nepsaných pravidel je, že pomáhající pracovník by měl být milý a za každých okolností by se měl umět ovládnout.

## **5.8 Hospicové hnutí v České republice**

Kolébkou hospicového hnutí je Velká Británie, kde paní Cecily Saunders již v 60. letech minulého století založila první moderní hospic. Od té doby se hospicové hnutí ve světě šíří velmi rychle. V České republice byl první hospic otevřen v roce 1995 v Červeném Kostelci. Velkou zásluhu na jeho založení měla MUDr. Marie Svatošová, zakladatelka hospicového hnutí v ČR, která toto hnutí neúnavně rozvíjí a podporuje dodnes.

Prvním úspěšným hmatatelným krokem sdružení bylo vybudování a otevření hospice Anežky České v Červeném Kostelci v roce 1995. Další hospice vznikly v Praze – Bohnicích a Hospic sv. Lazara v Plzni, a to v roce 1998. Následovaly hospice Hospic Štrasburk v Praze Bohnicích, Hospic sv. Lazara v Plzni, Hospic sv. Alžběty v Brně, Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa v Rajhradě u Brna, Hospic sv. Štěpána v Litoměřicích, Hospic na sv. Kopečku v Olomouci, Hospic Hvězda ve Zlíně, Hospic Citadela ve Valašském Meziříčí, Hospic v Mostě, Hospic sv. Jana N. Neumanna v Prachaticích, Hospic sv. Lukáše v Ostravě, Hospic Dobrého Pastýře v Čerčanech a v září 2009 nově otevřený Hospic v Chrudimi, který je prvním lůžkovým hospicem v Pardubickém kraji. Dnes v České republice funguje celkem čtrnáct lůžkových hospiců, které však stále nemohou pokrýt skutečnou potřebu hospicové péče u nás.

Domácí hospicovou péči nabízí 14 mobilních hospiců a dva mobilní hospice jsou určeny dětským pacientům. Dá se říci, že v každém kraji České republiky je dostupná nějaká paliativní péče, což samozřejmě neznamená, že počet hospicových lůžek je dostatečný, stále mnoho pacientů tráví poslední dny svého života na drahých lůžkách akutní péče v nemocnicích, v nichž chybí specializovaná oddělení paliativní péče, do

hospiců se mnoho pacientů z kapacitních důvodů nedostane. Co se týče legislativy věnující se hospicové péči u nás, dlouho neměly hospice svou legislativu. Až 1. ledna 2007, kdy vešel v platnost Zákon o sociálních službách, č. 108/2006 Sb., jsou hospice zařazena mezi zdravotnická zařízení ústavní péče. Péče v zařízeních hospicového typu je tedy již hrazena systémově, ovšem peníze na rozvoj a provoz hospiců je třeba shánět vlastní cestou (z dotací Ministerstva práce a sociálních věcí, Magistrátů či městských úřadů, příspěvků klientů hospice či sponzorskými dary fyzických a právnických osob). (Zákony pro lidi, online, cit. 2015-07-13)

## **5.9 Domácí hospic Jordán**

Autorka bakalářské práce zvolila podrobnější představení jednoho z domácích (mobilních) hospiců, který také vlastně přispěl k mé chuti podívat se blížeji na toto téma. Jedná se o případovou studii jednoho ze zařízení paliativní péče v naší zemi. Bakalantku zajímalo, jakým způsobem je takový hospic provozován, jací jsou jeho klienti i jeho odborný personál a spolupracovníci, s jakými radostmi i strastmi se potýká.

Domácí hospic Jordán o.p.s. je nezisková organizace, která nabízí paliativní péči v okrese Tábor. Poskytuje služby nevléčitelně nemocným lidem a jejich rodinám, které se rozhodnou pečovat o své umírající blízké doma. Nabízí pohotovostní návštěvu lékařů a zdravotních sester, a to 24 hodin 7 dní v týdnu. Poskytuje léčbu bolesti a mírnění dalších projevů, které nemoc přináší. Podporu nemocných a jejich blízkých zajišťuje sociální pracovníce a psychoterapeutka, nabízí možnost duchovní služby. V případě potřeby zapůjčí kompenzační pomůcky usnadňující péči v domácím prostředí. Do paliativní péče může být přijat nemocný člověk, který se svobodně rozhodne prožít závěr svého života v domácím prostředí. Tento nemocný trpí nevléčitelnou nemocí v pokročilém stádiu a byla ukončena léčba vedoucí k uzdravení. Podmínkou poskytnutí služeb je možnost jednoho blízkého převzít zodpovědnost za celodenní péči o nemocného. Hospicová péče je poskytovaná do vzdálenosti 25 km od Tábora, nemocný si službu musí hradit denní částkou 250 Kč.

Terénní odlehčovací služby jsou jednou ze služeb Domácího hospice Jordán, jehož posláním je umožnit nemocnému a jeho pečujícím co nejvyšší možnou kvalitu života v jeho domácím prostředí. Posláním terénních odlehčovacích služeb je poskytnout potřebnou podporu a pomoc lidem se sníženou soběstačností a sebeobsluhou, o které je

pečováno v jejich domácím prostředí a to tím, že na určitý čas převezmou péči o jejich životní potřeby kvalifikovaní pracovníci odlehčovací služby a rodinným pečujícím tak umožní čas na potřebný odpočinek a prostor pro volný čas a vyřízení potřebných záležitostí.

- pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu (pomoc a podpora při podávání jídla a pití, pomoc při oblékání a svlékání včetně speciálních pomůcek, pomoc při přesunu na lůžko či vozík, pomoc při prostorové orientaci, samostatném pohybu ve vnitřním i venkovním prostoru)
- pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu
- poskytnutí stravy, nebo pomoc při zajištění stravy
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím (doprovod na vycházku, k lékaři)
- sociálně terapeutické činnosti (vedoucí k rozvoji, nebo k udržení sociálních schopností a dovedností)
- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí (pomoc při komunikaci vedoucí k uplatňování práv a oprávněných zájmů, pomoc při vyřizování běžných záležitostí)
- aktivizační činnosti (návěky a upevňování motorických, psychických a sociálních schopností a dovedností, podpora při zajištění chodu domácnosti)
- poskytování základního sociálního poradenství
- součástí odlehčovacích služeb není zdravotnická péče

Poradna Domácího hospice Jordán poskytuje veřejnosti podporu, pomoc a doprovázení v době vážného, dlouhodobého, onkologického onemocnění a v době po úmrtí někoho blízkého formou odborného sociálního poradenství. Posláním poradny Domácího hospice Jordán je poskytovat občanům informace, podporu a doprovázení v době vážného, dlouhodobého, onkologického onemocnění a v nelehké době po úmrtí někoho blízkého formou odborného sociálního poradenství.

- Pomoci formou poradenství lidem, jež se ocitají v krizové situaci z důvodu ztráty zdraví a s tím spojenými negativními vlivy a z důvodu blízkosti smrti, či náročné situace po úmrtí blízkého člověka.
- Podporovat rodiny v péči o své blízké, tak, aby byla zachována jejich přirozená vztahová síť.

- Pomoc při zprostředkování psychologické, psychiatrické, duchovní péče a poskytnutí kontaktu na právní pomoc.
- Usilujeme o to, aby lidé ocitající se v blízkosti smrti nezůstali osamoceni.
- Zprostředkovat důležité a potřebné kontakty a informace, související s kvalitní péčí v domácím prostředí.
- Pozůstalým v období zármutku pomoci vlastním způsobem prožít smutek v bezpečném prostoru, poskytnout podporu a pomoc zorientovat se v nové životní situaci, přijmout ztrátu, nalézt nové role v životě, naučit se žít bez svého blízkého (Domácí hospic Jordán, online, cit. 2015-01-10)

## 6 EUTANAZIE

*„Nikdo neví, co je smrt, a přece se jí všichni bojí, jako by uznávali, že je největším zlem, třeba je pro člověka největším dobrem.“*

*Platón*

*„Značná část veřejnosti i mnozí lékaři, jsou stále poněkud neteční a nejeví zájem o ostré polemické výměny názorů na problém eutanazie či usmrcení z milosti třebaže masové sdělovací prostředky se jim tak často a se zaujetím věnují. Hlavní důvody této apatie spočívají v tom, že filosofické a morální argumenty začínají být na tolik složité, že matou a tím i ztrácejí obyčejného občana, který se snadno nechá přesvědčit, že protagonisté na obou stranách jsou stejně soucitní, a zároveň že se ochotně přijímá princip, že lékaři mají hledat, jak se vyhnout bolestivým a zbytečným postupům k prodloužení života za každou cenu. Takto, z praktických důvodů, může být eutanazie chápána jako pouhé efektivní vyřešení vážných bolestí, anebo zastavení neúčinných život podporujících postupů, které pouze zvyšují muka umírání. Tento názor nejspíš nebude nijak reagovat na legislativní změny, které doporučují zastánci eutanazie a podle kterých by se usmrcení z milosti stalo přijatelným.“ (Pollard, 1996, s. 85)*

### 6.1 Vymezení pojmu eutanazie

Jak nám ukazuje současná společenská, ale i odborná diskuse je problematika eutanazie nesmírně složitá jednak proto, že označuje celou řadu různých situací. Často se opouští věcná rovina problematiky a na síle získává emotivní argumentace ve prospěch eutanazie. Ujasněme si nyní obsah jednotlivých pojmů s eutanazií úzce souvisejících.

Smysl slova eutanazie je dán její složeninou dvou slov (z řec. *eu* – dobrý a *thanatos* – smrt) „dobrá smrt“ nebo také „něžná smrt“. V antice byl tento pojem zprvu používán ve smyslu „pomoc k dobré smrti“. V pozdější době se tím rozumělo úmyslné zkrácení procesu umírání. Nemocnému se nedostane pomoci v jeho umírání, ale jeho umírání je zkráceno usmrcením.

Existuje názor, který byl zveřejněn v mnoha publikacích, že určité osoby, například pacienti s nevléčitelným onemocněním nebo těžce postižené děti vedou méněcenný nebo bezcenný život. Pro takové lidi je smrt vlastně darem.

Dnešní pochopení eutanazie stojí na tzv. „čtyřech pilířích“. Na novověkém názoru, že utrpení je nesmyslné a že by mu mělo být zabráněno. Na sílící roli medicíny v lidském životě. Na osvícenství, kde se považovalo za důležité sebeurčení a autonomie člověka. A na představách o pozitivních výsledcích optimalizace celého lidstva. (Pollard, 1996)

## **6.2 Eutanazie z pohledu náboženství**

Křesťanská etika se řídí tím, že lidský život pochází od Boha a že člověk je pouze správcem, nikoliv vlastníkem, takže o něj z tohoto důvodu musí řádně pečovat. Katolíci mají i své vlastní spisy hovořící o konci života a vyjadřujících se negativně k eutanazii. Není přece možné nechat nějakého člověka zabít jiného člověka, to není v rámci jejich etiky. Život je boží dar, který máme možnost beze zbytku využít, smrt k němu však patří. „Musíme být tudíž schopni, bez jakéhokoliv urychlení hodiny smrti, přijmout ji s plným vědomím naší odpovědnosti a s plnou důstojností, jelikož smrt ukončuje tento pozemský život, avšak zároveň tím otevírá cestu do života smrtelného.

Islámské náboženství eutanazii odmítá, jako ulehčení od bolesti a útrap. Nezamítá ji však úplně, v tomto náboženství existují případy, kdy může být použita. Nevyužívá se u nich jako milosrdná smrt, ale jako potrestání, při opuštění jejich víry, cizoložství nebo za vraždu jiné osoby. I všechny ostatní náboženství eutanazii odmítají. Není možné považovat jakékoliv ať už brutální, či milosrdné zabití člověka za vhodné. Života si má člověk vážit a ne ho zahazovat.

## **6.3 Deontologické a utilitaristické argumenty**

Deontologická etika chce vyjádřit povinnost, vychází z úcty k povinnosti, takové jednání je pak správné. Tato etika hledá správné mravní jednání, zajímá se o morální principy, nebere v úvahu konsekvence ze způsobeného jednání, klade důraz na základy metafyziky mravnosti. Deontologická etika má své kořeny ve filosofii I. Kanta a

J. Rawlese. Utilitaristická etika mravně hodnotí své jednání podle cíle svého jednání, především pak to, zda přináší lidem štěstí a je jim k užtku. Tato etika se vyskytuje již ve filozofii J. Benthama a J. S. Milla. Správnost nebo nesprávnost jednání je posuzována podle důsledku jednání, motivy v této etice nemají valného významu.

V rozhodování mezi aktivní pomocí ke smrti či nikoli vzniká velké etické dilema. Vytváří se tak stav napětí, který zasahuje toho, kdo rozhoduje. Zátěž rozhodnutí může provázet jeho další život. Sama odpovědná osoba, která pečuje o umírající, je povinna vymezit své jednání podle deontologické nebo utilitaristické argumentace. V praxi se však stává, že toto přísné vymezení nemusí být tak rigidní, protože stav pacienta vyžaduje medikamentaci, která postupně vede ke smrti.

Hledání etických norem pro jednání s nevléčitelnými pacienty a umírajícími požaduje od odpovědných pracovníků znalosti na úrovni vědeckých studií i poznatky vyplývající z klinické praxe. Na jedné straně existuje teoreticko-etická argumentace a na straně druhé existují klinicko-pragmatické argumenty. Proto požadavek na reflexi stávajícího jednání a důsledků z jednání je stále aktuální.

- Deontologický argument proti aktivní pomoci ke smrti

Tato pomoc je zaměřena proti posvátnosti života („Sanctity od Life“), brání prožívání smyslu utrpení, jak je nabízeno náboženskými a antropologickými hledisky, naráží na lékařskou etiku v tradičním evropském pojetí. Aktivní pomoc ke smrti je výrazem eugenického stanovení cíle. Utrpení jedince vyvolává u nejbližších soucit a péči. Urychlení smrti trpícího člověka zbavuje této velké hodnoty okolí. Je tak nastartováno vidění života jen z hlediska úspěchu.

- Deontologický argument pro aktivní pomoc ke smrti

Argument o posvátnosti života je převážně nábožensky podložen a je přijatelný jen s velkými obtížemi dnešní generací, kvalita života je vnímána spíše jako kvantita života, prodlužování života člověka ve velkém utrpení je nesmyslné. Povinností lékaře je odstraňovat bolest; existuje právo na svobodnou volbu vlastní smrti, je vyjádřena autonomie sebeurčení.

- Utilitaristický argument proti aktivní pomoci ke smrti

Existuje nebezpečí zneužití a velký nárůst žádostí trpících lidí o tuto pomoc (slippery slope), existuje zneužití cizích zájmů pod pojmem dobrovolného rozhodnutí ke smrti. Z pojmu „svoboda ke smrti“ se může stát „nesvoboda k životu“, existuje nebezpečí posílení vlivu lékaře a zeslabení vlivu samotného pacienta. Pozitivní euthanasií bývá



poškozen vztah lékař – pacient a je zřejmá ztráta důvěry v medicínu; existuje všeobecné ohrožení podmínek společného sdílení života a ztráta připravenosti i odvahy nést utrpení; začíná se vytrácet péče o nemocné a staré lidi; jsou nastoleny nové změny ve společnosti v přijímání starých, nemocných, slabých a postižených lidí; zeslabuje se význam vývoje paliativní medicíny a lékařského pokroku.

- Utilitaristický argument pro aktivní pomoc ke smrti

Jedná se o osvobození od utrpení; je posílena autonomie pacienta; Nemocní v terminálním stavu vyžadují enormní finanční výdaje (zdravotní pojišťovny, nemocnice).

Je nutno zvážit i klinicko-pragmatické argumenty, které, jak se jeví, jsou spíše zaměřeny proti aktivní euthanasii. Studie z Holandska v letech 1990-1995 prokazují zneužití legalizované praxe, týkající se aktivní pomoci ke smrti, také bezmocnost státu kontrolovat a regulovat tuto praxi. Statistiky dosvědčují, že přibližně ročně existuje jeden tisíc pacientů, kteří byli usmrceni bez vyjádření svého požadavku. Jedná se tedy o zneužití kritérií, stanovených zákonem, protože nebyly, kromě jiného, zváženy tyto požadavky:

- a) dobrovolný požadavek pacienta zemřít
- b) neúnosné utrpení
- c) není naděje na zlepšení situace

(Nuladn, 1996)

## 6.4 Eutanazie – současná terminologie

Aby nedocházelo k nedorozuměním a chybným výkladům, měl by být pojem eutanazie chápán jen ve smyslu aktivní eutanazie. Ve všech ostatních případech by se mělo mluvit o pomoci při umírání nebo doprovázení při umírání.

V současné době jsou s eutanazií spojovány následující pojmy:

- Asistovaná sebevražda představuje zvláštní formu eutanazie. Jde o situaci, kdy si pacient přeje zemřít, protože je nevléčitelně nemocný, trpí nesnesitelnými bolestmi a jeho onemocnění má špatnou prognózu. Žádá proto lékaře o pomoc nebo konkrétní prostředek pro realizaci odchodu ze života. Akt ukončení života však nevykonává lékař, nýbrž za jeho asistence tak činí sám pacient.

- Diskutabilní pojem prenatální eutanazie má označovat interrupce ze sociálních důvodů. Mnozí odborníci jej odmítají s poukazem na to, že nechtěné dítě není nevléčitelně nemocné, netrpí žádnými nesnesitelnými bolestmi, o špatné prognóze se nedá hovořit a o milosrdnou smrt nás ani žádat nemůže. O jeho bytí nebo nebytí v takové situaci rozhoduje někdo silnější než dítě, tedy jeho matka, která mu tak upírá základní právo na život.
- Pojem sociální eutanazie je u nás používán jen minimálně. Vychází ze skutečnosti, že není prakticky možné poskytnout všem lidem, kdykoliv a kdekoliv na světě stejně kvalitní péči odpovídající současným poznatkům vědy a medicíny. Jednotlivému pacientovi lze poskytnout pouze redukovanou péči s ohledem na to, jak omezené jsou ekonomické, geografické a vzdělanostní zdroje lokality, v níž se právě nachází. V tomto směru je nejvíce zdůrazňována ekonomická problematika alokace zdrojů, méně už je zmiňována geografická dostupnost a pouze výjimečně se připouští, že některé diagnostické a léčebné postupy zatím prostě neumíme provádět.

## **6.5 Pohled současné společnosti na eutanazii**

Současná medicína přináší možnost dlouhodobě udržovat životní funkce člověka i v terminální fázi nemoci. V důsledku toho vzniká potřeba rozhodovat o tom, zda se má vzhledem k povaze onemocnění použít mimořádných prostředků k prodloužení života a kdy se mají tato opatření ukončit. Život nemá být udržován za každou cenu. Rozhodování o tom, jestli v daném případě mohou ještě medicínská opatření stav pacienta zlepšit, je záležitostí svědomí, odpovědnosti lékaře a celého terapeutického týmu.

Avšak aktivní pomoc ke smrti nemá opodstatnění, není eticky dostatečně odůvodněna. Je lépe těm státům, které se nevydaly na cestu právních experimentů.

Obrázek 1: Státy, ve kterých je eutanazie legální



■ Povolena aktivní eutanazie ■ Povoleny asistované sebevraždy ■ Pasivní eutanazie legální ■ Všechny formy eutanazie zakázány. ■ Nejasná právní situace. Kupříkladu v ČR posuzováno jako vražda

Zdroj: wikipedia.cz, online, cit. 2014-12-24

- **Belgie** (od 2002) - V roce 2011 se v Belgii pro eutanazii rozhodlo 1133 pacientů, kteří většinou trpěli pokročilou formou rakoviny. V roce 2012 číslo narostlo o 25% na 1 432 pacientů. V roce 2012 tvořila eutanazie 2% veškerá úmrtí. V roce 2014 se Belgie stala první zemí na světě, kde byla legalizována dětská eutanazie bez ohledu na věk.
- **Lucembursko** (od 2009)
- **Nizozemí** (od 2002) - dětská eutanazie (od 2012) Věková hranice pro ni je dvanáct let, do šestnácti je však nutný souhlas rodičů.

Důstojnost člověka nelze vnímat jen z jeho biologické danosti, naturalistické náhledy na člověka se v dějinách filosofie nikdy neprosadily. Tisíc pacientů ne-legálně usmrcených v Holandsku bez jejich aktivního souhlasu vyprovokovalo mezinárodní diskuzi v lékařských, náboženských, etických a filosofických vědách a posílení teze, že aktivní usmrcování lidí, i když jsou nevléčitelně nemocní, není cílem medicíny. I již zavedená praxe, jako např. v Holandsku, ale i v jiných zemích, např. Belgie (aktivní euthanasii umožňuje zákon na základě hlasování v parlamentu ze dne 16.5.2002. 86 hlasů

bylo pro zvedení této praxe, 51 hlasů bylo proti, zákon přešel v platnost dne 23. 9. 2002) prokazuje obcházení zákona a téměř nemožné prokázání viny těch, kdo stáli za aktivní eutanazií u nevyлéčitelně nemocného, a jejich odsouzení. (viz. příloha B – článek 1).

Eutanazii pro nezletilé již dříve povolilo Nizozemsko. Věková hranice pro ni je dvanáct let, do šestnácti je však nutný souhlas rodičů. Podobně jako v belgickém případě je podmínkou nesnesitelné utrpení bez naděje na zlepšení. (viz. příloha C – článek 2)

Právníci vtažení do těchto případů poukazují na to, že lítost nad nemocným a soucit s ním jsou alibistickými projevy blízkého okolí, kterým maskují své asociální postoje. Za svobodou ke smrti se skrývá nesvoboda k životu.

Lze již očekávat, že v dalším stadiu rozvinuté evropské společnosti bude nabízena pilulka smrti pro lidi „životem unavené“ a společnost bude očekávat zákonnou legalizaci této praxe.

Již naznačený vztah lékaře a pacienta nelze podceňovat, který se mění a měnit bude. Lékař se stává osobou, která uvádí svého pacienta ke smrti aktivním způsobem: jak se bude cítit takový pacient, když se k němu přiblíží lékař s injekční stříkačkou?

Lidé v evropských zemích dnes chápou upírání svobodné volby rozhodnutí o ukončení svého života jako diskriminační. Důkazem toho je jedna z událostí, což toto potvrzuje, která se udála v Paříži dne 22. listopadu 2013. Vzdělaní manželé si na protest proti zákazu aktivní eutanazie vzali život. (viz. příloha D – článek 3).

V dnešní společnosti, kdy jsme svědky zneužívání práva, právních norem a zákonů, což potvrzuje, že každý zákon se dá obejít či zneužít v osobní prospěch. Chápeme postoj odmítnutí jakýchkoli snah o legalizaci zabíjení nemocných, tak aby byl v souladu jak s moudrostí, tak s mravností. Je třeba jasně odlišit úmysl zabít a zabití od takzvaného nechání zemřít. Nemělo by být možné lehkého zneužití práva na eutanazii, aby se stejně jako život nebrala smrt na lehkou váhu.

Ukazuje se, že pro eutanazii jsou zejména mladí lidé a lidé, kteří nemají s umírajícími žádnou zkušenost, případně mají zkušenost negativní, kdy jim doma umíral třeba prarodič v bolestech a oni ho nemohli té bolesti zbavit. Řešením této situace je však moderní paliativní a hospicová péče.

V praktické části této bakalářské práce podrobněji rozebereme průzkum, týkající se názorů mladých studentů na jednotlivé důstojné formy poslední fáze života jako je právě paliativní a hospicová péče a ukončení života.

## **PRAKTICKÁ ČÁST**

### **KVANTITATIVNÍ TECHNIKA PRŮZKUMU**

Praktickou částí této bakalářské práce je zkoumat povědomí středoškolských studentů o hospicích, o paliativní péči a o svobodné volbě ukončení lidského života, zjistit jejich zkušenosti, názory a postoje k této problematice, který byl proveden kvantitativní technikou – dotazníkem, kdy respondenti vyplňovali tištěný formulář.

Dle doktora Huka, kvantitativní průzkumy používají deduktivní postup a standardizované metody. Mají však omezenou validitu, protože redukuje informaci poskytovanou každým jedincem. Snahou kvantitativních výzkumů je vyzpovídat, co nejvíce respondentů, ale protože nelze uskutečnit dotazování celé sledované populace, přistupuje se k redukci na určitý vzorek. (Huk, 2013)

Průzkum tedy představuje shromažďování a analýzu informací, na jejichž základě proběhne kvalifikované rozhodování.

## 7 METODIKA VÝZKUMU

Praktická část bakalářské práce je zaměřena na průzkum, jehož podstata spočívá zejména v:

- charakteristice průzkumného problému
- stanovení cíle průzkumného problému
- stanovení hypotéz průzkumu
- charakteristice metodiky a metody průzkumu, včetně charakteristiky průzkumného souboru
- zpracování a analýze dat průzkumu
- vyhodnocení výsledků průzkumu
- vyhodnocení stanovených hypotéz průzkumu
- formulaci závěrů

### 7.1 Zaměření na cíle

Cílem výzkumné části bakalářské práce je průzkum povědomí středoškolských studentů o hospicích, o paliativní péči a o svobodné volbě ukončení lidského života, zjištění jejich zkušeností, názorů a postojů k této problematice.

### 7.2 Zkoumaný soubor

Celkový počet respondentů je 80. Jedná se o studenty 3. - 4. ročníků dvou středních mělnických škol, ve věku 17-19 let. Z celkového počtu dotázaných je 36 dívek a 44 chlapců.

### 7.3 Stanovení hypotéz průzkumu

Na základě definování hlavního cíle průzkumu, kterým je zjištění povědomí středoškolských studentů o hospicích, o paliativní péči a o svobodné volbě ukončení

lidského života, zjištění jejich zkušeností, názorů a postojů k této problematice byly stanoveny níže uvedené hypotézy:

- **Hypotéza H1:** Domněnka - v dnešní době je kvalitní hospicová péče pro naši společnost důležitá.
- **Hypotéza H2:** Předpoklad - zachovávání lidské důstojnosti při hospicové a paliativní péči je nezbytné.
- **Hypotéza H3:** Předpoklad - eutanazie je v dnešní demokratické společnosti nezbytná součást života.

## **7.4 Popis výzkumného nástroje**

Pro zpracování daného tématu byla použita výzkumná metoda dotazníku.

Před samotným výzkumem byl proveden menší předvýzkum, aby bylo zjištěno, zda jsou otázky vhodně položené a jasné a zda, by respondenti navrhli nějaké další otázky. Díky tomuto předvýzkumu byly do dotazníku zařazeny další dvě otázky, které respondenti navrhli a které byly zajímavé.

Dotazník je sestaven tak, že respondenti byli na jeho začátku seznámeni s cílem této práce, pro jaké potřeby poslouží jejich odpovědi a poděkování za jejich čas a ochotu při vyplňování. Dotazník se skládá z jedenácti otázek, které byly vytvořeny jen pro účely tohoto výzkumu.

## **8 REALIZACE VÝZKUMU**

### **8.1 Postup sběru dat**

Respondenti byli studenti 3. - 4. ročníků středních škol v městě Mělník. Ředitelé i profesori těchto škol vyšli vstříc průzkumu a pomohli tento průzkum realizovat. Samotný průzkum proběhl během března 2014.

### **8.2 Zpracování dat**

Vyplněné dotazníky byly rozdělené podle pohlaví a odpovědi studentů vyhodnoceny. Z celkového počtu 80 rozdaných dotazníků byla jejich návratnost 100 %.



### 8.3 Tabulky a grafy

#### Otázka č. 1 – Jste muž nebo žena?

Cílem otázky č. 1 bylo zjištění, zda dotazník vyplňuje dívka či chlapec, kteří se zúčastnili výzkumného šetření.

Z celkového počtu 80 respondentů (100%) byl dotazník v 36 případech (45%) vyplněn ženou a v 44 případech (55%) vyplněn mužem.

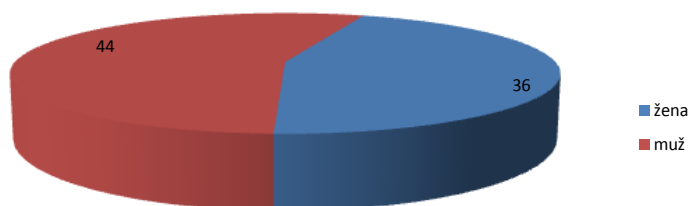
Těmto údajům odpovídá tabulka 1 a graf 1.

Tabulka 1: Dotazník vyplňoval

Jste?	Počet respondentů	Počet respondentů (%)
žena	36	45
muž	44	55

Zdroj: autor práce, 2014 (vlastní šetření)

Graf 1: Dotazník vyplňoval



Zdroj: autor práce, 2014 (vlastní šetření)

## HYPOTÉZA H1

### Otázka č. 2 – Znáš někoho ve svém okolí, kdo využil hospicovou péči?

Cílem otázky č. 2 bylo zjištění, zda respondenti znají někoho ve svém okolí, kdo využil hospicovou péči. Odpovědi dívek a chlapců bylo několik a lišily se.

Zatímco u dívek se většina s tímto případem setkala, u chlapců to byla necelá polovina. Z toho nejčastější odpovědi byly, že znají souseda/sousedku nebo někoho blízkého z rodiny, kdo se setkal s touto péčí.

Z celkového počtu 80 respondentů (100%) byl dotazník v 50 případech (62,5%) respondenti odpověděli kladně a v 30 případech (37,5%) záporně, tudíž se s takovým případem nesetkali.

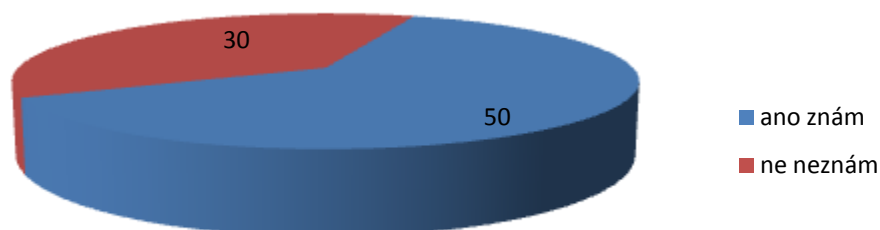
Těmto údajům odpovídá tabulka 2 a graf 2.

Tabulka 2: Znáš někoho ve svém okolí, kdo využil hospicovou péči?

Znáš někoho takového?	Počet respondentů	Počet respondentů (%)
ano znám	50	62,5
ne neznám	30	37,5

Zdroj: autor práce, 2014 (vlastní šetření)

Graf 2: Znáš někoho ve svém okolí, kdo využil hospicovou péči?



Zdroj: autor práce, 2014 (vlastní šetření)

### Otázka č. 3 – Pokud ano, péči využil dospělí či dítě?

Úkolem otázky č. 3 bylo zjištění, zda hospicovou péči využívají tuto péči rodiny pro dospělého jedince nebo i pro děti. Odpovědi obou pohlaví jsou téměř shodné. Nejčastější péči znají pouze pro nemocné seniory.

Z celkového počtu 50 respondentů (100%), kteří někoho takového znají, jich bylo 48 dospělých – seniorů (96%) a 2 dítě (4%).

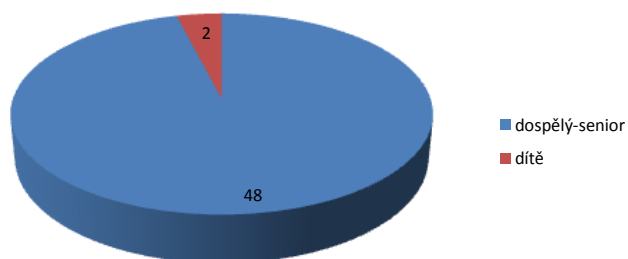
Těmto údajům odpovídá tabulka 3 a graf 3.

Tabulka 3: Péči využil dospělý či dítě?

Péči využil dospělý či dítě?	Počet respondentů	Počet respondentů (%)
dospělý-senior	48	96
dítě	2	4

Zdroj: autor práce, 2014 (vlastní šetření)

Graf 3: Péči využil dospělý či dítě?



Zdroj: autor práce, 2014 (vlastní šetření)

#### Otázka č. 4 – Myslíš si, že je o tyto osoby v hospici dobře postaráno?

Cílem otázky č. 4 bylo, zda si studenti myslí, že je o lidi v hospici dobře postaráno.

Odpovědi byly v polovičním poměru, chlapci odpověděli kladně, na rozdíl od toho dívky se domnívají, že péče není na dobré úrovni.

Z celkového počtu 80 respondentů (100%) jich odpovědělo kladně 40 respondentů (50%) a záporně 40 respondentů (50%).

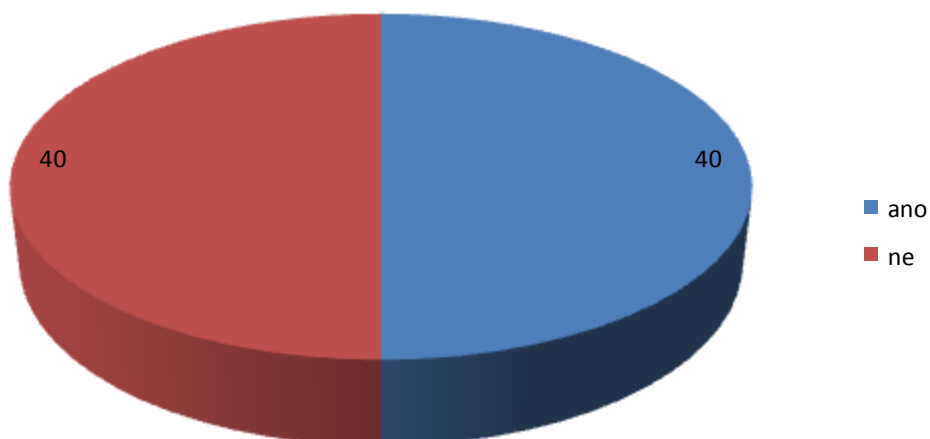
Těmto údajům odpovídá tabulka 4 a graf 4.

Tabulka 4: Myslíš si, že je o tyto osoby v hospici dobře postaráno?

Dobrá péče v hospici	Počet respondentů	Počet respondentů (%)
ano	40	50
ne	40	50

Zdroj: autor práce, 2014 (vlastní šetření)

Graf 4: Péče v hospici



Zdroj: autor práce, 2014 (vlastní šetření)

### Otázka č. 5 – Využili byste tuto péči pro své blízké?

Cílem otázky č. 5 bylo, zda by studenti využili tuto péči pro své blízké. Odpověď byla 100% shodná, bez rozdílu pohlaví, že by tuto péči využili.

Z celkového počtu 80 respondentů (100%) jich 80 (100%) odpovědělo kladně.

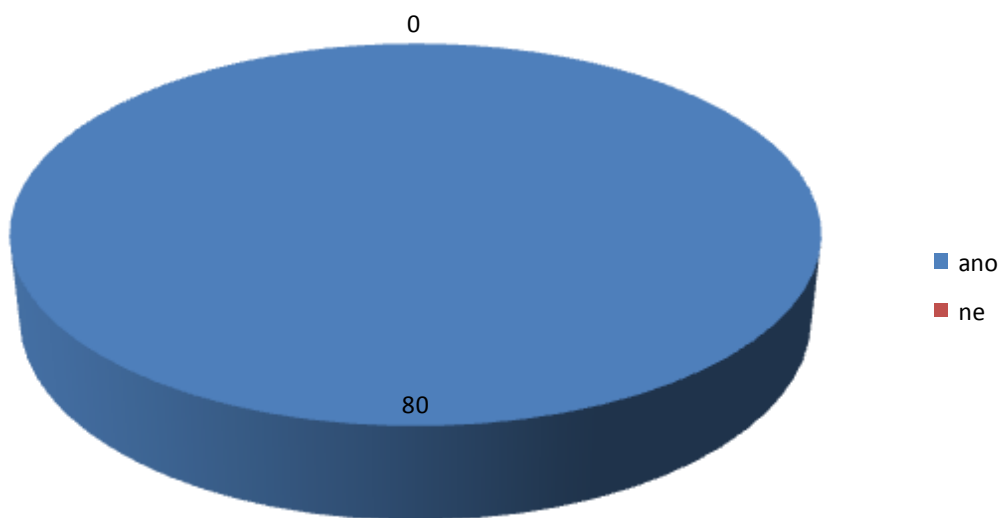
Těmto údajům odpovídá tabulka 5 a graf 5.

Tabulka 5: Využití hospicové péče

Využití hospicové péče	Počet respondentů	Počet respondentů (%)
ano	80	100
ne	0	0

Zdroj: autor práce, 2014 (vlastní šetření)

Graf 5: Využití hospicové péče



Zdroj: autor práce, 2014 (vlastní šetření)

## HYPOTÉZA H2

### Otázka č. 6 – Víš, co znamená pojem lidská důstojnost?

Cílem otázky č. 6 bylo, jestli v tomto věku již znají význam tohoto pojmu.

V této otázce mne překvapil výsledek odpovědí chlapců, ze 44 chlapců si bylo odpovědí jisti 42. Naopak dívky v tomto pojmu tápaly. Z 36 dívek znalo význam tohoto pojmu pouze 20 dívek.

Z celkového počtu 80 respondentů (100%) jich 62 (77,5%) odpovědělo kladně a 18 (22,5%) záporně.

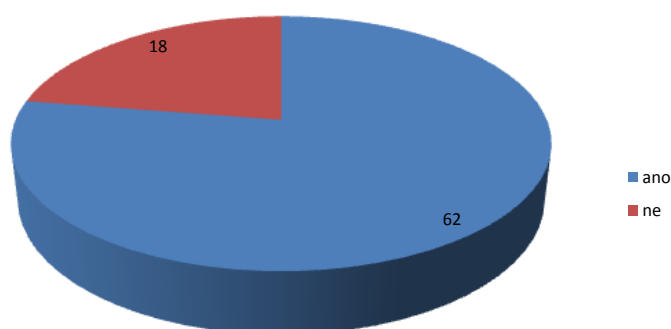
Těmto údajům odpovídá tabulka 6 a graf 6.

Tabulka 6: Lidská důstojnost

Lidská důstojnost	Počet respondentů	Počet respondentů (%)
ano	62	77,5
ne	18	22,5

Zdroj: autor práce, 2014 (vlastní šetření)

Graf 6: Lidská důstojnost



Zdroj: autor práce, 2014 (vlastní šetření)

### Otázka č. 7 – Myslíš si, že je při hospicové péči zachována lidská důstojnost?

Cílem otázky č. 7 bylo zjištění, zda je při hospicové péči zachována lidská důstojnost.

Z celkového počtu 80 respondentů (100%) odpovědělo kladně 42 (52,5%) a záporně 38 (47,5%).

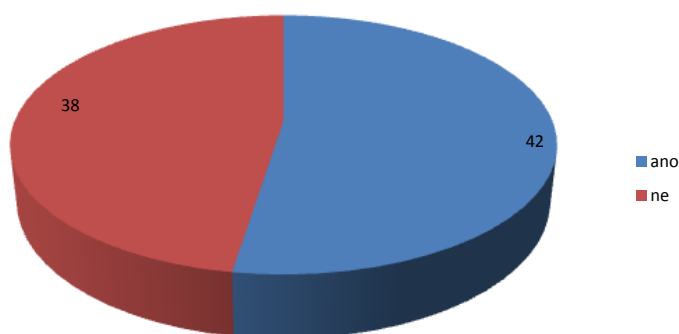
Těmto údajům odpovídá tabulka 7 a graf 7.

Tabulka 7: Zachování lidské důstojnosti

Zachování lidské důstojnosti	Počet respondentů	Počet respondentů (%)
ano	42	52,5
ne	38	47,5

Zdroj: autor práce, 2014 (vlastní šetření)

Graf 7: Zachování lidské důstojnosti



Zdroj: autor práce, 2014 (vlastní šetření)

### Otázka č. 8 – Byl jsi někdy svědkem špatného zacházení se seniory či postiženými jedinci?

Cílem otázky č. 8 bylo zjištění osobních zkušeností respondentů, zda umí zacházet se seniory a osobami se zdravotním postižením.

Z celkového počtu 80 respondentů 54 (67,5%) odpovědělo kladně a záporně, že se nikdy setkali se špatným zacházením 26 (32,5%).

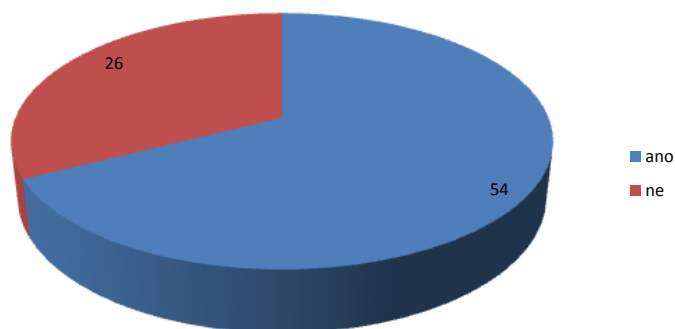
Těmto údajům odpovídá tabulka 8 a graf 8.

Tabulka 8: Osobní zkušenosti se špatným zacházením

Špatné zacházení	Počet respondentů	Počet respondentů (%)
ano	54	67,5
ne	26	32,5

Zdroj: autor práce, 2014 (vlastní šetření)

Graf 8: Osobní zkušenosti se špatným zacházením



Zdroj: autor práce, 2014 (vlastní šetření)



### **HYPOTÉZA H3**

#### **Otázka č. 9 – Víš co je eutanazie?**

Cílem otázky č. 9 bylo zjištění, zda studenti vědí co je to eutanazie.

V této otázce díky medializaci tohoto pojmu si v odpovědi byli jisti téměř všichni studenti.

Z celkového počtu 80 respondentů 74 (92,5%) odpovědělo kladně a 6 (7,5%) respondenti odpověděli záporně.

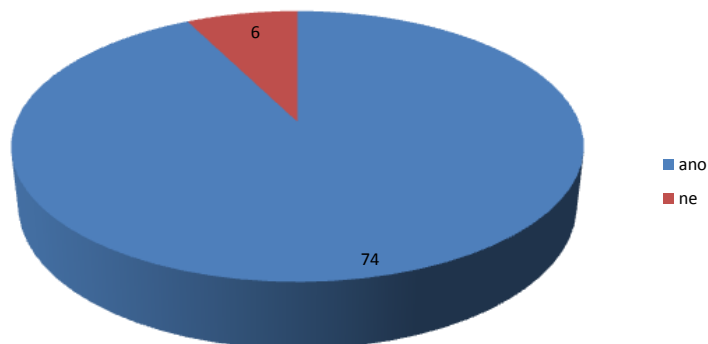
Těmto údajům odpovídá tabulka 9 a graf 9.

Tabulka 9: Eutanazie

Eutanazie	Počet respondentů	Počet respondentů (%)
ano	74	92,5
ne	6	7,5

Zdroj: autor práce, 2014 (vlastní šetření)

Graf 9: Eutanazie



Zdroj: autor práce, 2014 (vlastní šetření)

**Otázka č. 10 – Myslíš si, že eutanazie může být pro některé lidi východiskem a řešením?**

V této otázce jsem se respondentů dotázala, zda je podle nich eutanazie východisko a řešení pro nevléčitelně nemocné osoby.

Celkem 14 chlapců a 4 dívky odpověděli záporně. Pro ostatní je eutanazie východiskem a řešením za určitých okolností.

Z celkového počtu 80 respondentů 62 (77,5%) odpovědělo kladně a 18 (22,5%) respondentů odpovědělo záporně.

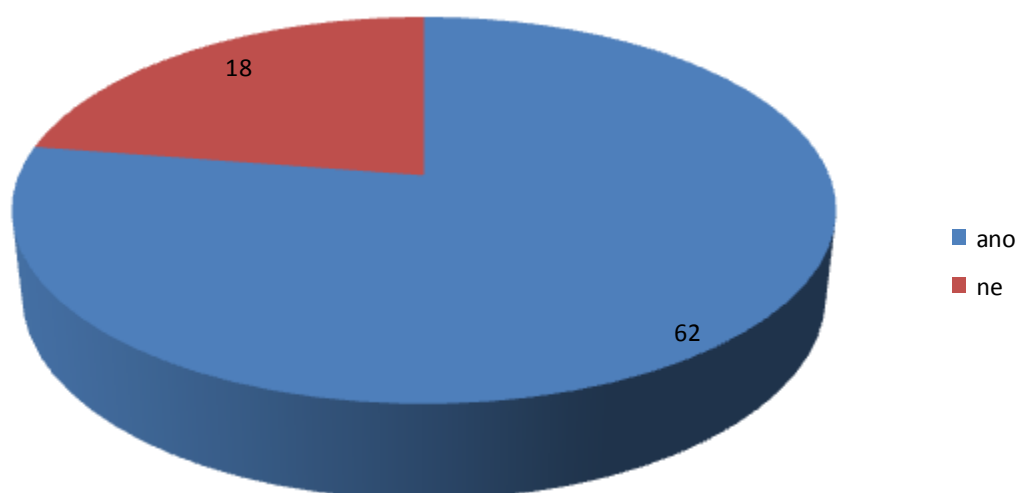
Těmto údajům odpovídá tabulka 10 a graf 10.

Tabulka 10: Eutanazie jako východisko a řešení

Eutanazie jako východisko	Počet respondentů	Počet respondentů (%)
ano	62	77,5
ne	18	22,5

Zdroj: autor práce, 2014 (vlastní šetření)

Graf 10: Eutanazie jako východisko a řešení



Zdroj: autor práce, 2014 (vlastní šetření)

**Otázka č. 11 – Pokud by byl někdo z Vaší rodiny v trvalé hospicové péči a trpěl bolestmi, při nevyléčitelné nemoci, souhlasil bys v jeho případě s eutanazií?**

V této otázce jsem se respondentů dotázala, zda by souhlasili s eutanázií, pokud by se to týkalo přímo jejich rodiny. Zjištění bylo zajímavé, protože odpovědi respondentů nekorespondovali s odpověďmi z předchozí otázky. Je zřejmé, že pokud se ptáme v obecné rovině, jsou studenti více nakloněni nestandardnímu resp. v naší společnosti nelegálnímu způsobu řešení problému, než když se toto téma dotýká přímo jejich rodiny.

Z celkového počtu 80 respondentů 38 (47,5%) odpovědělo kladně a 42 (52,5%) respondentů odpovědělo záporně.

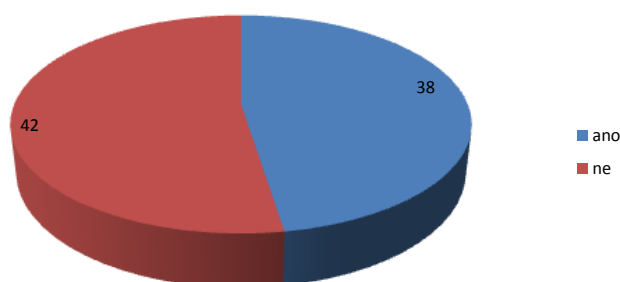
Těmto údajům odpovídá tabulka 11 a graf 11.

Tabulka 11: Eutanazie blízkých

Eutanazie blízkých	Počet respondentů	Počet respondentů (%)
ano	38	47,5
ne	42	52,5

Zdroj: autor práce, 2014 (vlastní šetření)

Graf 11: Eutanazie blízkých



Zdroj: autor práce, 2014 (vlastní šetření)

## 9 VERIFIKACE HYPOTÉZ

Na základě vyhodnocení výsledků plynoucích s respondenty vyplněných dotazníků jsou níže vyhodnoceny předem stanovené hypotézy průzkumu.

### **HYPOTÉZA H1: Domněnka - v dnešní době je kvalitní hospicová péče pro naši společnost důležitá.**

K hypotéze H1 se vztahovaly otázky:

- Otázka č. 2, jejímž cílem bylo zjistit, zda studenti znají někoho ve svém okolí, kdo využil hospicovou péči.

Z celkového počtu 80 respondentů (100%) byl dotazník v 50 případech (62,5%) respondenti odpověděli kladně a v 30 případech (37,5%) záporně, tudíž se s takovým případem nesetkali.

- Otázka č. 3 zjišťovala, pokud respondenti odpověděli kladně, zda hospicovou péči využívají rodiny pro dospělého jedince nebo i pro děti.

Z celkového počtu 50 respondentů (100%), kteří někoho takového znají, jich bylo 48 dospělých – seniorů (96%) a 2 dítě (4%).

- Cílem otázky č. 4 bylo, zda si studenti myslí, že je o lidi v hospici dobře postaráno.

Z celkového počtu 80 respondentů (100%) jich odpovědělo kladně 40 respondentů (50%) a záporně 40 respondentů (50%).

- Otázka č. 5 se dotazovala, zda by studenti využili hospicovou péči. Odpověď byla 100% shodná, bez rozdílu pohlaví, že by tuto péči využili.

Z celkového počtu 80 respondentů (100%) jich 80 (100%) odpovědělo kladně.

Z výše uvedených údajů vyplývá, že hypotéza H1 se potvrdila a v dnešní době je kvalitní hospicová péče pro naši společnost důležitá.

## **HYPOTÉZA H2: Předpoklad - zachování lidské důstojnosti při hospicové a paliativní péči je nezbytné.**

K hypotéze H2 se vztahovaly otázky:

- Otázka č. 6 zjišťovala, co znamená pojem lidská důstojnost. Výsledek je překvapující.  
Z celkového počtu 80 respondentů (100%) jich 62 (77,5%) odpovědělo kladně a 18 (22,5%) záporně.
- Otázka č. 7 měla zjistit, zda naše společnost umí zacházet se seniory a osobami se zdravotním postižením.  
Z celkového počtu 80 respondentů 54 (67,5%) odpovědělo kladně a záporně, že se nikdy nesetkali se špatným zacházením 26 (32,5%).
- Otázka č. 8 zjišťovala, zda byl respondent někdy svědkem špatného zacházení se seniory či postiženými jedinci.  
Z celkového počtu 80 respondentů (100%) odpovědělo kladně 42 (52,5%) a záporně 38 (47,5%).

Z výše uvedených údajů vyplývá, že hypotéza H2 se potvrdila a zachování lidské důstojnosti při hospicové a paliativní péči je nezbytné.

## **HYPOTÉZA H3: Předpoklad - eutanazie je v dnešní demokratické společnosti nezbytná součást života.**

K hypotéze H3 se vztahovaly otázky:

- Otázka č. 9, jejímž cílem bylo zjištění, zda studenti vědí, co je to eutanazie.  
Z celkového počtu 80 respondentů 74 (92,5%) odpovědělo kladně a 6 (7,5%) respondenti odpověděli záporně.
- Otázka č. 10 zjišťovala, zdali si studenti myslí, že eutanazie může být pro některé lidi východiskem a řešením.  
Z celkového počtu 80 respondentů 62 (77,5%) odpovědělo kladně a 18 (22,5%) respondentů odpovědělo záporně.
- Otázka č. 11 se dotazovala respondentů, zda by souhlasili s eutanazií, pokud by se to týkalo přímo jejich rodiny.

Z celkového počtu 80 respondentů 38 (47,5%) odpovědělo kladně a 42 (52,5%) respondentů odpovědělo záporně.

Z výše uvedených údajů vyplývá, že hypotéza H3 se, i když s těsným dotazníkovým výsledkem, potvrdila, a že eutanazie je v dnešní demokratické společnosti nezbytná součást života.

## **9.1 Závěry výzkumného šetření**

Cílem průzkumu bylo zjištění povědomí středoškolských studentů o hospicích, paliativní péči a svobodná volba ukončení lidského života, jejich zkušeností, názorů a postojů k této problematice.

Z realizovaného dotazníkového šetření lze stručnou formulací shrnout níže uvedené závěry výzkumu:

- Studenti vědí co je hospicová péče
- uvědomují si, že v péči o jedince, kteří potřebují hospicovou péči, je důležité zachovávat lidskou důstojnost
- postižení a těžce nebo nevléčitelně nemocní jedinci a jejich rodiny by měli mít možnost volby eutanazie

Na základě výše uvedených závěrů, je jasné, že v dnešní době je v naší společnosti hospicová péče důležitá. Pojem lidská důstojnost není pojmem, který by se znevažoval a její dodržování je důležité. Eutanazii dnešní studenti neznevažují, dokážou se nad ní zamyslet a berou jí jako výjimečnou volbu z bezvýchodné situace.

## 10 KAZUISTIKA

### Osobní údaje:

Jméno:	Štěpánka
Pohlaví:	dívka
Věk:	27
Diagnóza:	aneurysma (výduť na mozkové tepně)

### Osobní anamnéza:

Dvaceti sedmiletá Štěpánka žije s rodiči v malé obci na farmě nedaleko Mělníka. Narodila se předčasně, v 36. týdnu těhotenství bez komplikací (váha 2700g, 48 cm). Porodník stanovil adaptaci v pásmu normy, raný psychomotorický a fyziologický vývoj též v normě. Štěpánka neprodělala žádná vážnější onemocnění ani neutrpěla žádné úrazy.

Už v dětství hezky malovala, zajímala se o malířské umění a jeho historii. Kvůli svému onemocnění, které je diagnostikováno jako aneurysma (výduť na mozkové tepně), je dlouhodobě upoutána na lůžko a na pomoc druhé osoby. Vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nemůže používat k malování končetiny, a tak našla oblibu v malbě ústy.

Má kladný vztah k přírodě a zvířatům, chová tři psy, kočku a na rodinné farmě i koně. Klientka nekouří, nepije alkohol a stravuje se zdravě.

Štěpánka je sympatická veselá milá a komunikativní mladá dívka, má dobrý všeobecný přehled, má mnoho přátel, kteří ji navštěvují a zapojují ji do běžného života.

### Rodinná anamnéza:

Štěpánka vyrůstá v harmonickém rodinném prostředí, kde panuje velká soudružnost, důvěra a snaha porozumění. Rodiče na ni kladou přiměřené nároky.

Klientka má dvě starší sestry. V rodině jsou vztahy mezi sourozenci dobré, všichni mezi sebou komunikují a navzájem si pomáhají.

V současné době žije klientka bez partnera, pouze se svou primární rodinou a prarodiči.

### **Školní anamnéza:**

Klientka navštěvovala běžnou mateřskou školu. Během povinné školní docházky se začaly u ní projevovat zdravotní komplikace, které jí učení komplikovaly. I přes všechny překážky a nástrahy dokázala běžnou základní školu dokončit.

Klientka po ukončení základní školy nastoupila na gymnázium v Mělníce, které vystudovala s vyznamenáním. Vzhledem k horšícímu se zdravotnímu stavu již nenastoupila na vysokou školu ekonomickou, na kterou byla úspěšně přijata.

V kolektivu byla vždy oblíbená a obětavá, ani s pedagogickým sborem problémy neměla a pomáhala slabším spolužákům.

Vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nikdy nenastoupila do žádného zaměstnání.

### **Sociální anamnéza:**

Klientka pobírá invalidní důchod dle zákona a příspěvek na péči 4. stupně. V současné době využívá pouze služeb mobilního hospice a vybraných zdravotnických zařízení.

### **Průběh spolupráce:**

Se Štěpánkou a její rodinou se bakalantka předem domluvila na několika setkáních zhruba jedenkrát za měsíc. Od prvního okamžiku, kdy došlo k setkání s rodinou Štěpánky, bakalantka cítila v jejich domácnosti pohodu a klid. Setkání probíhala metodou rozhovoru. Při jedné z návštěv autorce bakalářské práce klientka ukázala své obrázky zachycující její všední dny a nálady jejího života, které namalovala ústy. Následovala společná dohoda rodiny a bakalantky s pořádáním a přípravou vernisáže.



### **Závěr a doporučení z hlediska speciálního pedagoga:**

Cílem speciální pedagogiky v praxi je vychovávat, vzdělávat a vyučovat jedince se speciálními vzdělávacími potřebami, pomoci jedinci se vnitřně vyrovnat se svým postižením a zajistit, aby se přes všechna individuální omezení dokázali začlenit do pracovního procesu a do společnosti.

Výchovu a vzdělávání jedinců postižením chápeme jako celoživotní proces. Základy výchovy spočívají především v rodinném prostředí a na něj navazují speciální zařízení, ve kterých je jedinec vzděláván, a jsou respektována jeho specifika.

Bakalantka si velmi cení pouta a otevřenosti, které mezi ní a její klientkou během jejich setkání vzniklo. Dovoluje si říci, že se se Štěpánkou a její rodinou navzájem obohatili. Díky jejich setkání začala autorka bakalářské práce na spoustu věcí nahlížet z mnoha úhlů, které před tím neviděla, nebo spíš vidět nechtěla. Je moc ráda, že tuto dívku potkala, měla možnost blíže ji poznat a účastnit se příprav samotné vernisáže i výstavy obrazů, kterých se její klientka bohužel již nedožila. Bakalantku těší, že tato výstava proběhla a zaujala nejen ji, ale i mnoho dalších lidí.

Na této kazuistice autorka bakalářské práce poukázala, jak těžké je být rodičem umírajícího dítěte.

## ZÁVĚR

*„Nenech mne prosit o ochranu před nebezpečím, nýbrž dej mi sílu se s ním utkat, nenech mne žadonit o zbavení bolesti, nýbrž dej mi srdce, které nad ní zvítězí, nenech mne hledat na bojištích života spojence, nýbrž dej, ať se mohu spolehnout na vlastní síly.*

*Nenech mne ve starosti a bázni, nýbrž dej, abych měl trpělivost při hledání své svobody, pomoz mi, abych nebyl zbabělcem, který baží jen po úspěchu; dej mi pocítit stisk tvé ruky, když selžu.“*

*Thákur*

Již v dávných dobách bylo všem lidem zřejmé, že beze smrti by nebylo života. Každý jedinec se s ní musí vyrovnat a je věcí každého z nás, aby to učinil pokud možno důstojně. Je zřejmé, že způsob, jakým se se smrtí vyrovnáme, závisí na našem okolí, vnějších vlivech a zejména na naší výchově. Důležitá je otázka morálních hodnot a osobních postojů.

Bakalářská práce měla za úkol zjistit povědomí dnešních studentů středních škol o paliativní a hospicové péči a právo na ukončení vlastního života.

Teoretická část byla zaměřena na morální etiku, svědomí a problematiku související s paliativní a hospicovou péčí včetně zachování lidské důstojnosti s tímto spojené.

Paliativní péči mohou vykonávat pouze lidé, kteří mají pokoru k životu i smrti, kteří se vyrovnali s vlastní smrtelností a cizí smrtí, kteří jsou lidsky vyzrálí. Jsou důležité i morální hodnoty, postoje a hlavně prostá křesťanská láska.

Každý z nás by měl vědět, že jejich blízcí nemusí prožívat poslední dny na odcizených lůžkách léčeben dlouhodobě nemocných, v domovech důchodců a nemocničních odděleních. Každý by měl vědět, kde hledat potřebnou pomoc a podporu a pokusit se najít jiné řešení než ta, která se nám v současné době nabízejí tak jaksi samozřejmě. Zároveň s tím vyvstávají obtíže s tím spojené, v současné „rychlé“ moderní společnosti na „pomalé“ umírání není čas. Mimo času ale lidem a celým rodinám chybí hlavně odvaha. Odvaha čelit tváří v tvář vlastní smrtelnosti. Paliativní a hospicová péče je tu od toho, aby nás touto nelehkou cestou provedly za pomoci pomáhajících profesí – lékaři, zdravotní sestry, psychologové, psychiatři, duchovní, fyzioterapeuti, dobrovolníci a v neposlední řadě speciální pedagogové. Speciální pedagogové a vychovatelé pomáhají s péčí o naše nejmenší. Speciální pedagog je plnohodnotným členem multidisciplinárního

nemocničního týmu, který pečuje o nemocné dítě. Jejich práce je nenahraditelná i v oblasti psychiky dětí, kdy speciální pedagog je mnohdy jediné pojitko se světem zdravých a svou prací odvádí pozornost dítěte od nemoci. Speciální pedagog se nezajímá jen o nemocný orgán či dítě ve specifické roli pacienta, ale o dítě jako plnohodnotného člena společnosti, i když mnohdy jejich diagnóza jim nedává příliš nadějí na budoucnost.

*„Všichni víme, že umírání je náročná životní situace, nejen pro umírajícího, ale i pro jeho rodinu a ošetřující personál. Na konci života lze upadnout do beznaděje – nebo prožít zbývající čas, co nejplněji. V poslední fázi lidské existence je možné například „uzdravit“ rodinné vztahy i vztahy s přáteli a mnoho jiného. Je to věc individuálního rozhodnutí každé lidské bytosti a jejího přístupu k vlastnímu odchodu na „druhý břeh“.* (Nytrová, Pikálková, 2011, s. 245)

V praktické části bylo možné na základě analýzy dat z dotazníkového šetření potvrdit nebo vyvrátit předpokládané hypotézy o povědomí středoškolských studentů o hospicích, paliativní péči a dobrovolného ukončení života. Bylo tak učiněno v kapitole výsledky výzkumu.

Tato bakalářská práce se pokouší svým obsahem přispět k diskuzi o užitečnosti šíření myšlenek hospicového hnutí a k obhajobě práva na důstojný odchod člověka ze života za každých podmínek.

V obsahu předchozích kapitol šlo především o podporu myšlenky, že umírání a strach nemusí jít ruku v ruce, že odcházení ze života nemusí provázet nezvladatelné utrpení a krutá vnitřní i vnější bolest. Konec života a způsob, jakým by lidé obecně chtěli umírat, zpravidla nepatří mezi témata, kterými se – na úrovni společnosti, ale především sami v sobě – mají lidé odvahu (či potřebu) zabývat. Paliativní péče a všechny profese, které se této specifické péče účastní, nejen že na odvaze uchopit smrt v souladu s individuálními potřebami umírajícího stojí, ale díky celostnímu pohledu na člověka jsou tím pravým klíčem k tomu, jak poslední chvíle života co nejvíce propojit s pocitem spokojenosti.

V praktické části je též uvedena kazuistika pojednávající o výchovném stylu rodiny, která pečuje o dívku s nevléčitelným onemocněním. Na této kazuistice je vidět, jak náročné je být rodičem umírajícího dítěte. Uvědomila jsem si, že tento problém postihuje celou rodinu a každodenní péče je vyčerpávající.

Bakalářská práce nastínila a vysvětlila za pomoci odborné literatury, jak lidské společenství nahlíží na konečnou fázi života, kdy každá lidská bytost vnitřně bojuje se svými strachy a svým svědomím a je důležité, aby v konečné fázi života, každý našel vnitřní klid a došel k smíření.

Nakonec nás vše přivede k základním křesťanským hodnotám, kdy je třeba pěstovat víru, naději a lásku, ale nemá chybět ani statečnost, rozum a pokora.

# SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

## Seznam použitých českých zdrojů

- BAJER, P. *Role sociálního pracovníka v procesu doprovázení je nezastupitelná. Sociální práce: časopis pro teorii, praxi a vzdělávání v sociální práci.* 2010, 10 (2), 16. ISSN 1213- 6204.
- BYOCK, I. *Dobré umírání: možnosti pokojného konce života.* Vyšehrad, Praha, 2005. ISBN 80-7021-797-9.
- HÁJEK, K. *Práce s emocemi pro pomáhající profese: tělesně zakotvené prožívání.* Vyd. 2. Praha: Portál, 2007, ISBN 9788073673468.
- HARTL, P. *Stručný psychologický slovník.* Praha: Portál, 2004. ISBN: 80-7178-803-1.
- HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník.* Praha, 2000. ISBN 80-7178-303-X.
- HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti.* Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-471-3.
- HUK, J. *Výzkum veřejného mínění a mediální publikum.* Vyd. 2., rozš. a přeprac. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2013, ISBN 978-80-7452-031-0.
- JANKOVSKÝ J. *Etika pro pomáhající profese.* Praha: Triton, 2003. ISBN 80-7254-329-6.
- KOPŘIVA K. *Lidský vztah jako součást profese.* Praha: Kosmas, 2006. ISBN 978-80-262-0528-9.
- KOPŘIVOVÁ, J. Sociální pracovník v hospici. *Sociální práce: časopis pro teorii, praxi a vzdělávání v sociální práci.* 2010, 10 (2), 4 – 10. ISSN 1213- 6204.
- MILFAIT, R. *Lidská práva osob s postižením, nevyлéčitelně nemocných a umírajících.* Vyd. Středokluky: Zdeněk Susa, 2013, ISBN 978-80-86057-88-9
- MUNZAROVÁ, M. *Úvod do studia lékařské etiky a bioetiky.* Brno: Masarykova Univerzita, ISBN 80-210-3018-6.
- NULAND, Sherwin B. *Jak lidé umírají: úvahy o závěrečné kapitole života.* Vyd. 1. Praha: Knižní klub, 1996, 80-7176-264-4.

- NYTROVÁ O., PIKÁLKOVÁ M. *Dialog mezi hodnotami*, Praha: UJAK, 2011. ISBN 978-80-7452-014-3.
- POLLARD, B. *Eutanazie – ano či ne?* Praha: Dita, 1996. ISBN 80-85926-07-5.
- PŘÍKASKÝ, J. V. *Učebnice základů etiky*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2000, ISBN 80-7192-505-5.
- ROTTER, H. *Důstojnost lidského života. Základní otázky lékařské etiky*. Praha: Vyšehrad, 1999. ISBN 80-7021-302-7.
- SVATOŠOVÁ a kol. *Hospic slovem a obrazem*. Praha: Grada, 1998. ISBN 80-902049-1-0.
- SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*. Praha: Ecce homo, 2003, ISBN 80-902049-4-5.
- THOMPSON, M. *Přehled etiky*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2004, ISBN 80-7178-806-6.
- VORLÍČEK, J., ADAM, Z. *Paliativní medicína*. Praha: Grada, 1998. ISBN 80-7169-437-1.

### **Seznam použitých internetových zdrojů**

- DOBROVOLNÍK. *Zákon č. 198/2002 ze dne 24. dubna 2002 o dobrovolnické službě* [online]. [cit. 2015-01-20]. Dostupné z: <http://www.dobrovolnik.cz/mporadna/zakon-o-dobrovolnicke-sluzbe/>
- DOMÁCÍ HOSPIC JORDÁN. [online]. [cit. 2015-01-10]. Dostupné z: <http://www.hospicjordan.cz/>
- HOSPIC ANEŽKY ČESKÉ. [online]. [cit. 2015-01-01]. Dostupné z: <http://www.hospic.cz/>
- MOBILNÍ HOSPIC ONDRÁŠEK. [online]. [cit. 2015-01-07]. Dostupné z: <http://www.mhondrasek.cz/>
- NOVINKY. *V Belgii ukončili život hluchým slepoucím dvojčatům*. [online]. [cit. 2014-11-11]. Dostupné z: <http://www.novinky.cz/zahranicni/evropa/290182-v-belgii-ukoncili-zivot-hluchym-slepoucim-dvojcatum.html>

NOVINKY. *Manželé se zabili v pařížském hotelu na protest proti zákazu.* [online]. [cit. 2014-11-12]. Dostupné z: <http://www.novinky.cz/zahranicni/evropa/320314-manzele-se-zabili-v-parizskem-hotelu-na-protest-proti-zakazu-eutanazie.html>

NOVINKY. *Mami, nechci žít. První země říká ano dětské eutanázii.* [online]. [cit. 2014-11-14]. Dostupné z: [http://zpravy.aktualne.cz/zahranici/belgie-pred-zlomovym-verdiktem-povoli-eutanazii-detem/r~a595f2e8582e11e3ac910025900fea04/#utm\\_source=centrumHP&utm\\_medium=dynamicleadbox&utm\\_campaign=B&utm\\_term=position-18](http://zpravy.aktualne.cz/zahranici/belgie-pred-zlomovym-verdiktem-povoli-eutanazii-detem/r~a595f2e8582e11e3ac910025900fea04/#utm_source=centrumHP&utm_medium=dynamicleadbox&utm_campaign=B&utm_term=position-18)

WIKIPEDIE. *Eutanazie.* [online]. [cit. 2015-06-08]. Dostupné z: <https://cs.wikipedia.org/>

WIKIPEDIE. *Eutanazie.* [online]. [cit. 2014-12-24]. Dostupné z: <https://cs.wikipedia.org/>

WIKIPEDIE. *Svědění.* [online]. [cit. 2015-06-08]. Dostupné z: <https://cs.wikipedia.org/>

ZÁKONY PRO LIDI. *Zákon č. 23/1991 Ústavní zákon, kterým se uvozuje Listina základních práv a svobod jako ústavní zákon Federálního shromáždění České a Slovenské Federativní Republiky* [online]. [cit. 2015-01-20]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/1991-23>

ZÁKONY PRO LIDI. *Zákon č. 108/2006 Zákon o sociálních službách ze dne 14.03.2006* [online]. [cit. 2015-07-13]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>

## **SEZNAM ZKRATEK**

WHO – World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)



# SEZNAM OBRÁZKŮ, GRAFŮ A TABULEK

## Seznam obrázků

Obrázek 1: Státy, ve kterých je eutanazie legální.....	49
--	----

## Seznam grafů

Graf 1: Dotazník vyplňoval.....	56
Graf 2: Znáš někoho ve svém okolí, kdo využil hospicovou péči?.....	57
Graf 3: Péči využil dospělí či dítě? .....	58
Graf 4: Péče v hospici .....	59
Graf 5: Využití hospicové péče .....	60
Graf 6: Lidská důstojnost .....	61
Graf 7: Zachování lidské důstojnosti .....	62
Graf 8: Osobní zkušenosti se špatným zacházením .....	63
Graf 9: Eutanazie.....	64
Graf 10: Eutanazie jako východisko a řešení .....	65
Graf 11: Eutanazie blízkých .....	66

## Seznam tabulek

Tabulka 1: Dotazník vyplňoval .....	56
Tabulka 2: Znáš někoho ve svém okolí, kdo využil hospicovou péči?.....	57
Tabulka 3: Péči využil dospělí či dítě? .....	58
Tabulka 4: Myslíš si, že je o tyto osoby v hospici dobře postaráno?.....	59
Tabulka 5: Využití hospicové péče .....	60
Tabulka 6: Lidská důstojnost .....	61
Tabulka 7: Zachování lidské důstojnosti .....	62
Tabulka 8: Osobní zkušenosti se špatným zacházením .....	63
Tabulka 9: Eutanazie .....	64
Tabulka 10: Eutanazie jako východisko a řešení .....	65
Tabulka 11: Eutanazie blízkých .....	66

## SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A – Dotazník .....	I
Příloha B - Článek 1: V Belgii ukončili život hluchým slepnoucím dvojčatům .....	IV
Příloha C - Článek 2: Manželé se zabili v pařížském hotelu na protest proti zákazu eutanazie.....	V
Příloha D - Článek 3: Mami, nechci žít. První země říká ano dětské eutanazii.....	VII

# **PŘÍLOHA A – DOTAZNÍK**

## **Anonymní dotazník**

Vážení studenti,

obracím se na Vás s prosbou o vyplnění následujícího dotazníku. Tento dotazník se zaměřuje na problematiku dobrovolného ukončení života v rámci hospicové péče, jako podklad k závěrečné bakalářské práci. Je anonymní a veškeré odpovědi budou využity pouze pro účely osobního výzkumného projektu. Vaše odpovědi jsou pro mě důležité a cenné a velmi pomohou při zpracování práce. Předem děkuji za odpovědi a čas strávený vyplňováním tohoto dotazníku.

### **Pokyny k vyplnění:**

- dotazník si pečlivě přečtěte
- vhodnou variantu zakřížkujte
- vyplněný dotazník odevzdejte kontaktní osobě

Za Váš čas a spolupráci předem moc děkuji.

Gabriela Nápravníková

studentka 2. ročníku bakalářského studia oboru

Speciální pedagogika – vychovatelství

na Univerzitě Jana Amose Komenského v Praze

**1. Jste muž nebo žena?**

- muž
- žena

**2. Znáš někoho ve svém okolí, kdo má v rodině někoho, kdo potřebuje nebo potřeboval péči v hospici?**

- ano
- ne

**3. Pokud ano, péči využil dospělí či dítě?**

- dospělí-senior
- dítě

**4. Myslíš si, že je o tyto osoby v hospici dobře postaráno?**

- ano
- ne

**5. Využili byste tuto péči pro své blízké?**

- ano
- ne

**6. Víš, co znamená pojem lidská důstojnost?**

- ano
- ne

**7. Myslíš si, že je při hospicové péči zachována lidská důstojnost?**

- ano
- ne

**8. Byl jsi někdy svědkem špatného zacházení se seniory či postiženými jedinci??**

- ano
- ne

**9. Víš co je eutanazie?**

ano

ne

**10. Myslíš si, že eutanazie může být pro některé lidi východiskem a řešením  
respektive souhlasíš s ní?**

ano

ne

**11. Pokud by byl někdo z Vaší rodiny v trvalé hospicové péči a trpěl bolestmi, při  
nevléčitelné nemoci, souhlasil bys v jeho případě s eutanazií?**

ano

ne

## **PŘÍLOHA B - Článek č. 1**

### **V BELGII UKONČILI ŽIVOT HLUCHÝM SLEPNOUCÍM DVOJČATŮM**

Kladně vyřídili v Belgii žádost hluchých jednovaječných dvojčat o eutanazii. Pětačtyřicetiletí bratři z Antverp o ni požádali, když zjistili, že oslepnou a už se ani neuvidí. To byla pro ně tak strašná představa, že dali přednost odchodu ze světa. Zemřeli v bruselské nemocnici 14. prosince 2012, napsaly list Daily Telegraph a agentura AFP s odkazem na vlámská média.

Východiskem z utrpení nevyléčitelných pacientů může být odpojení od přístrojů.

#### **pondělí 14. ledna 2013, 15:15 - Brusel**

Lékař David Dufour, který o případu informoval televizi RTL, uvedl, že oba bratři učinili rozhodnutí o dobrovolném odchodu ze života při plném vědomí: „Byli velmi šťastní. Byla vidět úleva, že končí jejich utrpení.“

Oba byli nevyléčitelně nemocní a měli velké bolesti. Před pár lety jim začal též slábnout zrak. Jakou trpěli chorobou, uvedeno nebylo. Zveřejněna nebyla ani jejich jména.

"Dali si kávu, zamávali a byli pryč"

„Dali si šálek kávy v hale a vedli bohatou konverzací,“ řekl Dufour a dodal: „Jejich rozloučení s rodiči a bratrem bylo velmi poklidné a pěkné. Nakonec lehce zamávali rukama a byli pryč.“ Eutanazii v Belgii schválili v roce 2002, stala se tak druhou zemí po Nizozemsku, kde je tento způsob odchodu ze života legální. Uplatňuje se v případech, kdy je jasné, že přání zemřít je nezpochybnitelné a že pacient trpí nesnesitelnými bolestmi. Vždy ale závisí na úsudku lékaře.

Dva dny po smrti obou bratrů vládnoucí socialisté schválili dodatek k zákonu o eutanazii.

Nyní se vychází vstříc i pacientům s Alzheimerovou nemocí a smí se uplatnit i u dětí.

Podle posledních údajů z roku 2011 byla v zemi uplatněna eutanazie u 1133 lidí. Většina z nich měla rakovinu.

Zdroj: <http://www.novinky.cz/zahranicni/evropa/290182-v-belgii-ukoncili-zivot-hluchym-slepnoucim-dvojcatum.html>

## **PŘÍLOHA C - Článek č. 2**

### **MANŽELÉ SE ZABILI V PAŘÍŽSKÉM HOTELU NA PROTEST PROTI ZÁKAZU EUTANAZIE**

Šestaosmdesátiletý francouzský manželský pár Georgette a Bernard Cazesovi spáchal v noci na pátek sebevraždu v luxusním pařížském hotelu Lutetia. V pokoji manželé nechali dopis na rozloučenou, v němž požadují právo zemřít důstojně, uvedl v pondělí list The Local. Bernard Cazes byl známým filozofem a sociologem, věnoval se hlavně 20. století, napsal knihu Historie budoucnosti.

#### **úterý 26. listopadu 2013, 8:27 - Paříž**

V dopise, jehož částí přetiskl list Le Figaro, manželé uvádějí, že je kruté, když je daňovým poplatníkům upírána svoboda zemřít, kdy si přejí.

„Jakým právem mohou být lidé tlačeni do kruté situace, když si přejí ukončit život v klidu? Není moje svoboda omezena jen svobodou ostatních? Jakým právem v tom mohou lidem bránit, když platí daně, nic státu nedluží a po celý život pracovali a pak vykonávali práce jako dobrovolníci?“ stojí v dopise.

Zejména Georgette, profesorka literatury a latiny, byla zákazem eutanazie pobouřena. Dopis byl zřetelně ovlivněn francouzskými existencialisty, podle nichž má člověk jen jedinou svobodu, a to zkrátit si život. Není jasné, zda jej psala ona, nebo její manžel, který se věnoval filozofii, zahraniční politice a futurologii, zejména reflexi 20. století a nástupu 21. století.

#### **Nechtěli být břemenem**

Jeden z jejich synů uvedl, že rodiče plánovali svou smrt po léta, protože nechtěli představovat finanční zátěž pro rodinu nebo zemi. „Víc než smrti se báli, že budou od sebe odděleni nebo závislí,“ prohlásil.

Také chtěli, aby jejich životy skončily současně, než aby čelili smrti sami. Spolu žili více než šedesát let. Hotel Lutetia si vybrali, protože v něm trávili líbánky. Objednali si na pokoj snídani, aby se jejich těla rychle našla, načež si vzali léky, které ukončily jejich životy. Místnost byla uklizená.

Není známo, zda dvojice trpěla nějakou nemocí.

#### **Zákaz eutanazie chce jen menšina Francouzů**

Eutanazie je v současné době ve Francii protizákonná, přestože si podle průzkumů většina Francouzů myslí, že by měla být umožněna lidem se smrtelnými nebo

neléčitelnými nemocemi. V roce 2005 zákon umožnil lékařům předepisovat léky proti bolesti v dávkách, u nichž věděli, že zkrátí život.

Prezident Francois Hollande loni nechal udělat půlroční studii problému a žádal vládu, aby akceptovala vůli lidu. Slíbil, že zákon bude předložen ještě před koncem roku 2013. Velký odpor se ale zvedl v konzervativních kruzích mezi lidmi, kteří odmítali také manželství homosexuálů.

Zdroj: <http://www.novinky.cz/zahranicni/evropa/320314-manzele-se-zabili-v-parizskem-hotelu-na-protest-proti-zakazu-eutanazie.html>



## **PŘÍLOHA D - Článek č. 3**

### **MAMI, NECHCI ŽÍT. PRVNÍ ZEMĚ ŘÍKÁ ANO DĚTSKÉ EUTANÁZII**

28. 11. 2013 18:25 aktualizováno 13. 12. 2013 12:46

Pokud návrh projde i dolní komorou, stane se Belgie první zemí, která eutanazii neomezí věkem.

**Brusel** - Belgie má nakročeno k tomu, aby znovu posunula definici liberální společnosti. Horní komora parlamentu rozhodla, že právo na dobrovolné ukončení života náleží i malým dětem.

Jedenáct let poté, co Belgičané umožnili eutanazii nevléčitelně nemocným dospělým, totiž Senát schválil změnu zákona, která takové právo přiznává i lidem mladším osmnácti let.

Výsledek pátečního hlasování byl jednoznačný. Pro bylo 50 senátorů, proti 17.

Nyní norma míří do dolní komory parlamentu, přičemž její stoupenci doufají, že projde ještě před květnovými volbami.

#### **Rodiče musí souhlasit**

Páteční "ano" znamená, že by se nevléčitelně nemocné děti v posledních stadiích choroby mohly samy rozhodnout, že už dál nechtějí žít. Jejich přání však budou muset posvětit rodiče a psycholog, který posoudí, že je malý pacient schopen fatální rozhodnutí dostatečně zvážit.

"Je to důležitý krok, nejen pro děti, ale také pro lékaře, kteří se dostávají do takových situací," řekl deníku The Guardian jeden z předkladatelů zákona Jean-Jacques De Gucht ze strany Otevřených vlámských liberálů a demokratů.

#### **Deprese stačit nebudou**

Na rozdíl od dospělých ale děti nebudou moci žádat o dobrovolné ukončení života z psychických důvodů (například dlouhodobých těžkých depresí), upozornil CNN Kenneth Chamberae z Bruselské svobodné univerzity.

Pokud zákon projde i dolní komorou parlamentu, stane se Belgie první zemí na světě, která zruší věkovou hranici pro právo na eutanazii.

Dobrovolný odchod ze života už mohou zvolit nezletilí v Nizozemsku. Tam však zákony pamatují pouze na děti starší dvanácti let. Od roku 2002, kdy je něco takového možné, tuto možnost využilo pět pacientů.

Také v Belgii by s největší pravděpodobností bylo podobných případů minimum. Chambarae z Bruselské svobodné univerzity ale vysvětluje, že jde především o to, aby děti nebyly diskriminovány.

Zdroj:

[http://zpravy.aktualne.cz/zahranici/belgie-pred-zlomovym-verdiktem-povoli-eutanazii-detem/r~a595f2e8582e11e3ac910025900fea04/#utm\\_source=centrumHP&utm\\_medium=dynamicleadbox&utm\\_campaign=B&utm\\_term=position-18](http://zpravy.aktualne.cz/zahranici/belgie-pred-zlomovym-verdiktem-povoli-eutanazii-detem/r~a595f2e8582e11e3ac910025900fea04/#utm_source=centrumHP&utm_medium=dynamicleadbox&utm_campaign=B&utm_term=position-18)

## **BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE**

**Jméno autora:** Gabriela Nápravníková

**Obor:** Speciální pedagogika

**Forma studia:** Kombinovaná

**Název práce:** Rozvoj paliativní a hospicové péče z hlediska pomáhajících profesí

**Rok:** 2015

**Počet stran textu bez příloh:** 67

**Celkový počet stran příloh:** 8

**Počet titulů českých použitých zdrojů:** 21

**Počet titulů zahraničních použitých zdrojů:** 0

**Počet internetových zdrojů:** 12

**Počet ostatních zdrojů:** 0

**Vedoucí práce:** PhDr. Olga Nytrová