

Univerzita Palackého v Olomouci

Filosofická fakulta

Katedra psychologie

**Postoje ke smrti a k eutanázii u lékařů a studentů
zdravotnického personálu**

Bakalářská diplomová práce



Autor: Veronika Stryalová

Vedoucí práce: Mgr. Martin Kupka Ph.D.

Olomouc

2014



*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

Prohlášení

Místopředsedlní prohlášení, že jsem bakalářskou diplomovou prací na téma: „Postoje ke smrti a k eutanázii u lékařů a sestřičného zdravotnického personálu“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Pardubicích 26.2. 2014

Podpis:



*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

Pod kování

Ráda bych pod kovala vedoucímu práce Mgr. Martinu Kupkovi PhD. za supervizi a pomoc p i tvorb práce. Dále v-em vyu ujícím, kte í m celé t i roky provázeli studiem, rodin a p átel m, kte í mi v íli a stáli p i mn .

.....	1
1. Zdravotní pé e a její pracovníci	4
1.1 Historie	4
1.1.1 Historie léka ství	4
1.1.2 Vývoj pozice léka e	5
1.1.3 Historie o-et ovatelství	6
1.1.4 Vývoj pozice st edního zdravotnického personálu	7
1.2 Akutní zdravotní pé e	8
1.3 Dlouhodobá zdravotní pé e	9
2. Eutanázie	10
2.1 Definice eutanázie	10
2.1.1 Definice dle WHO	11
2.1.2 Jiné definice	11
2.2 Etické aspekty eutanázie	11
2.3 Typy eutanázie	13
2.4 Legislativa	13
2.4.1 Sou asná legislativa v R	14
2.4.2 Eutanázie v Holandsku	14
2.4.3 Eutanázie v USA	15
3. Smrt	15
3.1 Definice smrti	15
3.2 Pojetí smrti	16
3.2.1 Smrt z pohledu medicíny	16
3.2.1.1 Fáze smrti ze somatického pohledu	17
3.2.2 Smrt z pohledu psychologie	17
3.2.2.1 Model Kübler-Rossové	18

	18
	20
5. Výzkumný problém	22
5.1 Výzkumné otázky	22
5.2 Metodologický rámec	22
5.2.1 Rozhovory	23
5.2.2 Pozorování	23
5.3 Analýza dat	23
5.4 Výzkumný soubor	23
6. Rozhovory s lékařskými pracovníky	24
6.1 Lékař . 1 o akutní péči, sektor ARO	25
6.2 Lékař . 2 o akutní péči, interní sektor	26
6.3 Lékař . 3 o dlouhodobá péči, sektor LDN	27
7. Rozhovory se středním zdravotnickým personálem	28
7.1 Sestra . 1 o akutní péči, sektor ARO	28
7.2 Sestra . 2 o akutní péči, interní sektor	30
7.3 Sestra . 3 o dlouhodobá péči, sektor LDN	32
8. Interpretace výsledků	33
8.1 Vliv praxe na postoje ke smrti a k eutanázii	33
8.2 Rozdíly v postojích ke smrti a k eutanázii mezi lékaři a středním zdravotnickým personálem	33
8.3 Závěr pozorování	34
9. Diskuze	35
10. Shrnutí	37
11. Závěr	39
12. Použitá literatura	41
Abstrakt diplomové práce	43



*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

**Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features**

.....45

.....46

Téma této bakalářské práce jsme si zvolili na základě osobních zkušeností a autoriným v souhlasnosti vykonávaným zaměstnáním. Autorka pracuje již několik let na oddělení léčebny dlouhodobě nemocných při nemocnici v Chrudimi na pozici zdravotnického asistenta. Téma smrti je tu běžné a všichni pracovníci nejen tohoto oddělení jsou s ním denně konfrontováni a nuceni pracovat.

Na základě vlastních zkušeností víme, že i přestože se se smrtí setkáváme prakticky denně, umíme o ní hovořit pouze s nadsázkou mezi sebou, ale pokud půjde například s pacientem nebo jeho blízkými, konverzace za ně vážnou. Postupně si autorka začíná uvědomovat značné rozdíly mezi názory. Ani ne tak mezi státním zdravotnickým personálem, který přeci jen s pacientem tráví podstatně více času, stejně jako s jeho blízkými, ale mezi pozicemi obecně. Jen stěží se sestra vyhne diskusím na téma umírání ze strany pacientů i rodinných příslušníků, ale také tématu eutanázie především z úst pacientů. Názor je víceméně jednotný. Jinak je tomu ale u lékařských pracovníků, kteří vidí pacienta často jen jako polofku pro pojišťovnu. S pacientem jsou v přímém kontaktu zhruba přibližně deset minut denně a s příbuznými ještě méně. S výrazným problémem, se kterým se na svém pracovišti setkala, je fakt, že místní lékaři neumí jasně sdělit diagnózu a pokud je tato diagnóza natolik závažná, že jedinou prognózou je úmrtí pacienta, neumí s ní dále pracovat.

V této práci nás zajímaly dvě věci. Tou první je, zda se postoje ke smrti a názory na eutanázii nějak měnily v rámci času a profítné praxe. Druhá věc, kterou bychom chtěli prokázat je, zda se nějak mění o vlivu pozice (strávený čas s pacientem a rodinou) opírá o skutečnost. Jednoduše bychom chtěli potvrdit či vyvrátit tvrzení, že státní zdravotnický personál, díky více strávenému času (více než 10 hodin při 12-ti hodinové směně) s pacienty a jejich blízkými, se spíše přiklání k zlepšení kvality paliativní péče a také k legalizaci eutanázie v České Republice.

Praktická část práce představuje šest semistrukturovaných rozhovorů. Tyto s lékařskými pracovníky a také se státními zdravotnickými pracovníky. U každého rozhovoru

namnézu aktéra, kde uvádíme pohlaví, v k a stru nou
idíme délku praxe, zde je brána pouze praxe ve
zdravotnictví, nikoliv pouhé studium. Dal-í dva body každého rozhovoru jsou jifi
zam ené na subjektivní vnímání smrti a názor na eutanázii a zkoumání vývoje t chto
názor v závislosti na dané praxi v oboru.



*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

I. Teoretická část

Woody Allen

1. Zdravotní pé e a její pracovníci

První kapitola této bakalářské práce se zabývá především historií. Stručně bychom Vás chtěli seznámit s vývojem jak medicíny a pozice lékaře, tak s vývojem pozice středního zdravotnického pracovníka. Ve druhé části této kapitoly, která bude stručnější, bychom rádi představili pojmy akutní zdravotní péče a dlouhodobá zdravotní péče, což jsou neméně důležitá spojení.

1.1 Historie

V následujících několika podkapitolách bychom chtěli stručně, ale jasně postihnout vývoj obou oborů a s tím i spojených pracovních pozic od jejich počátku až po současný (legislativní) stav.

1.1.1 Historie lékařství

Za otce lékařství je pokládán Hippokratés z Kósu (460-377 př. n. l.), který se proslavil rozvojem teorie tělesných šťáv. Tvrdil, že k zachování zdraví je nutné udržení rovnováhy mezi těmito tekutinami. Jeho díla se zabývala vlivem přírody na léčení, fyzické pozorování a prognózu onemocnění. Dalším velmi známým lékařem byl Aristotelés (384-322 př. n. l.), učitel Alexandra Makedonského. Proslul položením základů embryologie. Lékařství ve starém světě bylo založeno především na pozorování a popisu nemoci i symptomů. V období po Kristu stojí za zmínku především Galén (131-201), který prezentoval mnoho spisů o anatomii a Hippokratovu nauce o tělesných šťávách. Rhazes (865-932) zase jako první popsal klinický obraz neštovic a spalničky. Jako posledního z významných lékařů dávné doby zmíním Ibn Sínu neboli Avicenna (980-1037). Ten jako první vytvořil ucelenou encyklopedii medicíny s názvem Kánon lékařství (využití vzorku moči, měření teploty, předpisy, prevence).

Lékařství se rozvíjí v podstatě od pradávna. Jakmile začal člověk žít ve skupinách, věnoval si, že délka života lidí se značně liší a příčinou smrti některého z nich nebývá vždy zabití divokým zvířetem. Již v pravěku si člověk uvědomoval různé účinky bylin. Největší pokroky v lékařství se objevují ve starověkém světě a zejména v Egyptě, Řecku a

p edev-ím díky filosofii, pozorování, rozvoji fyziky. Fyzika, chemie, biologie, medicína, fyzika mumifikace a balzamování, také první vyobrazení chirurgických zákroků. Čína proslula p edev-ím technikou akupunktury, akupresury, meditace. Indové zase jako první praktikovali náv-ť vy nemocných v jejich domácím prostředí(Davies,2013).

Prvním úkolem léka ství bylo popsat a za ít nemoci rozli-ovat. Pokud se poda ilo nemoc pojmenovat a tím ji i pomocí symptomů diferencovat od ostatních, mohlo se za ít s pokusy ji lé it. Zpo átku se v ilo na uzdravení skrze víru v Boha(bohy). Nábofenství ovlivnilo vývoj medicíny snad ve v-ech sm rech. Dalo by se íci, že její zna n zbrzdilo. Postupn se p e-lo na vyuffití bylinek. Velkým mezníkem byl p íchod zkvalit ování hygienických podmínek v lazaretech, nemocnicích i na bitevních liniích. S rozvojem lék jde ruku v ruce i rozvoj prevence onemocnění. Nejpozd ji dostala -anci se výrazn rozvinout i chirurgie (etika, nutnost vy e-ít otázku bolestivosti zákroků o anestezie). Jako dopln ní lé by klasické se v r zných zemích uffivalo i alternativních metod, jakými jsou aromaterapie, akupunktura, homeopatie, bylinká ství, hydroterapie, hypnóza, masáže, meditace, osteopatie a dal-í. Celé toto téma je obsáhlé a je o n m napsáno mnoho knih, ale pro tuto práci nám posta í tento stručný p ehled historie tohoto oboru. Nyní se zam íme íst na povolání léka e.

1.1.2 Vývoj pozice léka e

Léka jako svébytné a váfené povolání vzniklo afl velmi pozd . Tato pozice pro-la dlouhou cestou, která za ala prudkým vzestupem na vrchol, poté jejím degradováním na dno a op t pomalé a postupné stoupaní (s men-ími výkyvy) afl k dne-ní pozici, která je n kde na p li cesty mezi vrcholem a pr m rem. Nejvíce záznam a tím i nejlepší mofnost popisu pozice léka e v Evrop pochází ze starov kého ecka a íma. Jak jsem jifl zmínila vý-e, za alo to u filosofů a fyziků, kte í dokázali velice vnímav pozorovat sv t kolem sebe a hluboce o n m p emý-let. Vliv t chto postav bohufel utla il vliv církve. S rozvojem nábofenství a vznikem r zných církví (v Evrop rozmach k es anství), se stává nemoc, i jakákoliv odchylka od normálu stanoveného církví, chybou a takový chybný jedinec je bu vyhnán, pronásledován nebo popraven. Pozd ji v-ak p íchází osv ta a sní se za íná systematicky pe ovat o nemocné. Tatoinnost v-ak zatím náleží kn ífím a jepti-kám.

ím techniky se za íná vliv církve oslabovat a pé e o
it. Nyní se op t stává povolání léka e prestifní a
uznávané. V dob ítalské, anglické a francouzské renesance bývalo zvykem, fle kařká
zámofn j-í rodina m la osobního rodinného léka e a bylo to známkou ur íté sociální
úrovn . V tomto období byl velmi významnou postavou za Itálii Leonardo da Vinci
(1452-1519), jeřl vytvo il p es 750 kreseb lidského t la a jeho orgán . Bohuřel v dob
vzniku t chto d l bylo v platnosti mnoho zákaz a omezení, proto se tyto kresby
do kaly docen ní spole ností afl skoro o dv st let pozd ji. Za Francií bychom
uvedli Ambroise Parého (1510-1590), ten se proslavil hlavn v období francouzských
boj a to úsp -nou lé bou vále ných zran ní. Byl také první, kdo pro vále né veterány
vytvo il náhradní kon etiny nebo o í a zuby. Za Anglii to byl William Harvey (1578-
1657). Tento léka jako první popsal srde ní tep a mechanismus celého ob hu krve
v díle O pohybu srdce (Devies, 2013).

Jak jsme vý-e uvedli, povolání léka e je uznávané a má op t svou prestifl a váhu.
Bohuřel i po této fázi vzestupu p ichází op t pád (pozn. Je my-len významný
historický mezník). P ichází druhá sv tová válka a s ní postava slavného doktora
Mengele. Tuto historickou etapu není nutné blíře specifikovat. Od té doby se léka ské
emeslo vyvíjí pomaleji a p edev-ím díky technice. V dne-ní dob je bohuřel v-ak
velké mnořství jedinc , kte í svého postavení zneuffijí a u-kodí klient m, jeřl k n mu
p í-li s d v rou. Je patrné, fle povolání léka e jifl do budoucna nikdy nezíská takovou
prestifl jako v období renesance.

1.1.3 Historie o-et ovatelství

O-et ovatelství jako takové má také dlouhou historii. Její historie za íná v-ak afl del-í
dobu po léka ství. D íve totifl staré, nemocné nebo jinak odli-né spoluob any ze
spole nosti prost vylou ili a ponechali svému osudu. Jako první se vyvinulo jakési
rodinné o-et ovatelství, cofl zahrnovalo pé i o rodinné leny. Pozd ji spole n
s-í ícím se nábořenstvím za ala pot eba pe ovat o nemocné, staré i chudé lidi
pronikat více do pov domí spole nosti (Jaro-ová, 1999).

Nyní se postupn za íná pé e o nemocné a zchudlé obyvatele p esouvat do klá-terních
-pítál . Zde bylo postaráno o nemocné, zchudlé m - any, pro kupce a pocestné, i pro
bohaté m - any, jeřl si zde p edplatili dořivotní pobyt a pé i (Sta ková, 2003). Díky
t mto institucím vzniká charita, která se ve st edu roz-í ila velmi rychle, av-ak aby

obor vzniklá i podporovaná za řízení, musel být také praktikovat. Jako první jsou v historických záznamech zmínky o diakonkách, což byly první pečovatelky. Za svou práci nebraly plat, ale měly zajištěnou péči, pokud onemocněly nebo jednoduše zestárly (Stávková, 2003)

Stejně jako u lékařství má největší vliv na vývoj tohoto oboru válka. A ne jedna. Jako první výrazný pokrok proběhl za Napoleonských tažení a Krymské války. Zde se výrazně projevil potřeba organizace a zefektivnění péče o raněné. Jako první přišlo na řadu řešení raněných, potom otázka hygieny a vlivy až po administrativu (Plevová a kol., 2011). Lépe si jednotlivé pokroky v ošetřovatelství ukážeme v další kapitole díky jednotlivých osobnostem tohoto oboru.

1.1.4 Vývoj pozice středního zdravotnického personálu

Pokrok v ošetřovatelství jsou nejlépe vidět na územích, v kterých významných osobností. Zasloufili se o to, aby ošetřovatelství bylo samostatný a svébytný obor, který má svou odbornou úroveň a společenskou prestiž.

Kdo nejvíce změnil chod středního ošetřovatelství, byla bezesporu Florence Nightingelová, neboli dáma s lampou. Tuto přezdívku si získala díky Krymské válce, kde chodila v noci kontrolovat stav raněných s lampou v ruce. Proslavila se především svými revolučními nápady, které si dokázala prosadit i přes výhrady a zákazy okolí. Vymyslela výtah pro jídlo z kuchyně na oddělení, signalizaci za řízení z pokojů, zavedla teplou vodu a jako první oddělila pacienty podle chorob do různých pavilonů. Byla velice aktivní i v době po válce. Pracovala jako konzultantka pro zdravotní péči o raněné, založila školu pro ošetřovatelky v Londýně, spisovatelka nebo se zabývala projekty domácí péče a mnoho dalšího (Plevová a kol., 2011).

Další, kdo pomohl vyzdvihnout ošetřovatelství, byl Henri Jean Dunant. Jako kupec se dostal do bitvy u Solferina. Jako reakci na hrůzy, které zde viděl, napsal knihu *Vzpomínky na Solferino*. Upozoroval tak na důležitý fakt, že vojáci a jejich vojevůdci zanechávali raněné na bojišti bez pomoci, ponechali je jejich osudu. Na tento popud se Henri J. Dunant zasloužil o založení červeného kříže (Stávková, 2001b). Kdo však jako první zapojil ženy, jako ošetřovatelky ve válce, byl Prof. MUDr. Nikolaj Ivanovi Pirogov, jenž na počátku Krymské války přivedl na bojiště 30 milosrdných sester. Za českou republiku bychom uvedli Anežku Přemyslovnu, která celý svůj život zasvětila a dala se věnovat péči o chudé a nemocné. Zasloufili se o

právních práv tímto lidem. Byla to první žena, která
ová a kol.,2011).

Další vývoj pozice sestry je docela známý, především díky nedávné legislativní reformě ve zdravotnictví. Dlouhé období stažilo k výkonu povolání zdravotní sestry střední škola s maturitou, k pozici ošetřovatelky střední škola se závěrečnou zkouškou a na post sanitáře zdravotnický kurz. Po této reformě je potřeba k výkonu pozice zdravotní sestry registrace, která je udělena pouze těm pracovníkům, kteří již jsou všeobecnou sestrou podle starých podmínek, ale musí se pomocí kreditového systému registrovat. Hlavní změnou však je, že nyní již ze střední školy s maturitou vychází zdravotní tí asistenti, kteří, aby se mohli registrovat, musí vystudovat vysokou školu v oboru ošetřovatelství (minimálně titul Bc.) a poté se také registrovat. Postupně zdravotní tí asistenti mají nahradit pozici ošetřovatelky. Cílem této reformy má být zvyšování kvalifikace zdravotnického personálu a tím i zkvalitnění zdravotní péče. O typech péče, na kterou to má dopad a které se týká i ná výzkum se zmíníme v následujících částech.

1.2 Akutní zdravotní péče

Abychom si vysvětlili všechny pojmy z oblasti zdravotní péče, kde hledáme odpovědi na naše výzkumné otázky, pokládáme za důležité představit si i rozdíl mezi akutní zdravotní péčí a dlouhodobou zdravotní péčí. Akutní zdravotní péče má v Chrudimské nemocnici jasně stanovená kritéria. Pod akutní péči spadají všechny oddělení nemocnice kromě oddělení léčebny dlouhodobě nemocných. Což znamená, že sem spadá chirurgie, interní oddělení, dětské oddělení, neurologie, gynekologie a porodnice a ARO (anesteziologicko-resuscitační oddělení (Chrudimská nemocnice nemá další oddělení pro akutní zdravotní péči, ale v Pardubické krajské nemocnici existuje ještě oddělení urologie, ušní, nosní a krční, oční oddělení, plicní oddělení a geriatrické oddělení). Hlavním rozdílem mezi akutní péčí a dlouhodobou péčí je v povolené délce pobytu a ve financování jednotlivých lůžek. Na oddělení akutní péče je limit pobytu (individuální podle specifik jednotlivých nemocnic) přibližně 2 až 4 týdny při stabilizovaném stavu pacienta. Tato doba se mění v závislosti na léčbě se nárocích na péči o pacienta. Pokud je zdravotní stav nejistý a neustále se mění, může pacient zůstat na akutním lůžku i déle než je stanovený limit. Pokud stav pacienta umožní jeho propuštění, pak je pacient v nejlepší možné podobě propuštěn do domácí ošetření. Je-li nutné dále léčit, ale není potřeba intenzivní léčba, je pacient přeložen na

pé e. V p ípad senior , pacient s r zným druhem
ých jedinc je e je-t o domovech pro seniory,
speciálních za ízeních pro pacienty s demencí nebo pro osoby s mentálním postífením.

Dal-ím rozdílem, který jsem naho e zmi ovala je zp sob financování jednotlivých
l flek. Akutní l flko je placeno poji- ovnami formou poloflek. Jednodu-e za kařdého
pacienta dostanou ur ítou sumu pen z od poji- ovny, tudířl ím více se na akutním
l flku st ídají pacienti, tím více dané l flko vyd lává. Proto je nutná krat-í pobytová
lh ta.

1.3 Dlouhodobá zdravotní pé e

Dlouhodobá zdravotní pé e není opakem akutní, jak by se mohlo na první pohled zdát.
Jedná se o pokračovací zdravotní pé i nebo také n kdy zvanou následnou pé i. Zde
platí del-í pobytová lh ta. Pacient zde leřl í ařl t i m síce, poté musí být bu propu-t n
dom , nebo p echází do pé e jiné instituce, které jsme zmínili v minulé podkapitole.
V instituci, kde jsme provád ěli výzkum, mají jako dlouhodobou zdravotní pé i
vedenou lé ebnu dlouhodob nemocných (LDN). Ta je rozd lena na 4 sektory ó tím
prvním je LDN ó B, kde jsou t řce nemocní pacienti, ale bez nutnosti akutní pé e
(terminální stadia rakoviny, demence a dal-í). Jako druhá navazuje LDN ó A, kde
probíhá individuální rehabilitace b hem dopoledne a jsou zde umíst ění pacienti, kte í
bu byli p elofeni z LDN ó B nebo ekají na volné místo na LDN ó R i do jiné
instituce. Nyní jsme nazna ěli dal-í sektor LDN ó R, R je zkratka pro rehabilitaci.
Jedná se o odd lení, kde probíhá intenzivní rehabilitace od rána (individuální), p es
dopoledne (skupinová) a do pozdního odpoledne (individuální). Poslední ástí je LDN
ó N + DIOP, cořl znamená Následná pé e a Dlouhodobá Intenzivní O-et ovatelská
Pé e. Zde jsou hospitalizováni pacienti, kte í nemusí být p ipojeni k um lé plicní
ventilaci, ani nemusí být nep etřřl it monitorováni, p esto v-ak je jejich stav vářřný, ale
stabilizovaný (dlouhodob stagnující). Podmínkou umíst ění pacienta na toto odd lení
je nutnost zavedení tracheostomie (um lý vývod na dýchání v oblasti hrtanu).

Financování se zde od akutní pé e li-í zásadn . Zatímco na akutních l flkách je
odd lení placeno za po et jednotlivých pacient ňa l flku, je LDN a celkov
dlouhodobá zdravotní pé e hrazena formou pau-álu. To znamená, ře ím děle a ím
více l flek je nep etřřl it obsazených, tím v t-í finan ní obnos uhradí poji- ovna
nemocnici. Jedním slovem u dlouhodobých l flek záleřřl na jejich tzv. obřřřnosti.

na první ze dvou hlavních témat této práce a tím je eutanázie. Vysvětlíme, co tento pojem znamená. Bohužel i dnes je definice tohoto pojmu značně nejednotná a každá legislativa si jej vykládá po svém. V následujících odstavcích uvedeme několik možných definic a výklad pojmu eutanázie. Tato problematika je velice složitá a stále rozděluje společnost na dva tábory. Největší není vymyslet jak, ale zda na to máme vůbec právo. Zda je vůbec možné o eutanázii někoho pořídit, rozhodnout se pro ni, následky takového činu nejen pro pacienta, ale také pro rodinu a zdravotnický personál. Je tedy především nutné vyřešit otázku etiky.

Slovo eutanázie vzniklo spojením dvou slov: eu – dobrý a thanatos – smrt. Co se týče historie eutanázie, tak první zmínka se objevila již ve starověké řecké kultuře, kdy se užíval odvar z boležlavu. Ten byl podáván umírajícím, nemocným nebo starým lidem, kteří již neměli naději, vzhledem ke svému stavu, na další dýšací život. Staří Římané tuto myšlenku sdíleli, avšak Cicero a Seneca ji rozšířili. Tvrdili, že by se eutanázie měla týkat i postižených dětí. S příchodem Hippokratovy přísahy se ale pohled na eutanázii změnil a usmrcování na žádost již není vnímáno jako správné řešení. S příchodem křesťanství se tato myšlenka stává již nepřijatelným stavem. A kolik je popsáno příběhů o asistované sebevraždě i v Bibli, toto náboženství jej zapovídá.

Výrazná změna ve vnímání eutanázie přišla až s anglickou renesancí a T. Moorem, který se ve svém díle „Utopie“ zastává jak sebevraždy, tak eutanázie. Bohužel ovlivnění diskuse o eutanázii vedlo ke zneužití této techniky. V Německu formulovali psychiatři myšlenku, že je povinností lékaře mírnit pacientovu bolest, tišit ji a pokud je to nutné, tak omámit i jeho smysly a to vše ve jménu zachování přirozené a dýšací smrti nemocného. Tato myšlenka pravděpodobně započala zneužití eutanázie německou armádou ve druhé světové válce (ve jménu rasové hygieny). První, kdo se z této chřestné války vzpamatoval, bylo Nizozemsko, které eutanázii zlegalizovalo v roce 1994. O Nizozemsku se ještě zmíníme níže v odstavci v novém legislativním jiných zemích.

2.1 Definice eutanázie

Explorovat pojem eutanázie je opravdu těžké. Uf jen pro to, že je tolik variant provedení a tím se mění i náš pohled na celý tento pojem. V případě, kdy jsou pacienti v terminálním stadiu nemoci poskytnuty pomůcky k sebevraždě, se jedná o asistovanou sebevraždou. Naopak v případě, kdy pacient v těžkém stavu požádá o

elikož sám již není schopen tento akt provést, jedná se o rozhodnutí, kterým je rozhodující výsledek a tudíž nemá potěbu rozlišovat cestu k danému cíli. Pro jiného je naopak hlavním cílem právě způsob, který je navrhován a přímo realizován. Nyní si uvedeme několik možných výkladů, tedy definic, pojmu eutanázie.

2.1.1 Definice dle WHO

WHO je zkratka označující světovou zdravotnickou organizaci (World Health Organization). Tato organizace vytvořila obsáhlý komplex definic všech pojmů z oblasti zdravotnictví (medicína, ošetřovatelství, psychologie, psychiatrie). Pro Evropský kontinent jsou právě definice WHO stálejší a směřovatelné. Doslovný výklad eutanázie pochází z řečtiny, jak jsme již zmínily výše. Dle WHO eutanázie znamená usmrcení na žádost.

Eutanázie se dělí na dva základní typy. Tím prvním je aktivní eutanázie. Jedná se o podání smrtící látky pacientovi na jeho žádost. Druhým typem je pasivní eutanázie, která spočívá v kompletním zastavení léčby pacienta, jenž ho udržuje při životě (Vokurka, Hugo, 2004).

2.1.2 Jiné definice

Světová zdravotnická organizace ale není jediným systémem, který se pokusil o definování pojmu eutanázie. Podle lékařského slovníku znamená pojem eutanázie usmrcení pacienta s nevyléčitelnou nemocí pro zkrácení jeho utrpení. Lékařský slovník ji stejně jako WHO dělí na aktivní a pasivní.

2.2 Etické aspekty eutanázie

Toto téma je i v dnešní době pokládáno za kontroverzní, přičemž není třeba pár let nýbrž již několik desítek let. S rychlým rozvojem lékařství, ošetřovatelství a celkové zdravotnické techniky a výzkumu došlo také k očekávané reakci mikroorganismů. Stejně jako se neustále vyvíjí lidstvo, aby dokázalo přežít a bránit se stále novým, ale i těm starým chorobám, tak stejnou strategií zaujímají i mikroorganismy. Vyvíjí se a snaží se přežít. Čiž znamená, že i když člověk po letech bádání konečně nalezne lék na určitou nemoc, tak bakterie a viry na to reagují obranou a vyvinou se v jiný druh, který je silnější, agresivnější a odolnější.

Lidé jsou neustále vystavováni novým zkouškám v podobě zmutovaných nemocí. Bohužel i dnes existuje množství nemocí, které stále ještě neumí moderní věda vyléčit

olestivé smrti. Ruku v ruce s tím se objevuje otázka, e trp t, kdyfl jifl není nad je na vylé ení? Má v bec lov k právo postavit se p írod a rozhodnout se ukon it sv j flivot, a pokud toho není schopen o tuto sluffbu pofládat n koho jiného (Robinson,Garratt,1996)? Co je zajímavé, fle spole nost se pozastavuje nad tím, zda má jedinec právo si vzít flivot nebo pofládat druhého, aby tento akt provedl a p itom se jifl tolikrát proti p írod postavil. lov ku nevadí vyvrafdit jiný zví ecí druh pouze pro zábavu i finance, ale pokud si chce jedinec sám ukon it flivot, protofle mu p ípadá jeho existence nesnesitelná, je ihned spole ností na knut, fle na to nemá právo. Je fakt, fle dnes je jifl mnoho p ívrflenc zavedení ur ítého druhu eutanázie do své zem , ale ti bohufel o zákonech nerozhodují. Zde se objevuje dal-í kontrast. Spole nost mluví o tom, fle o flivot má rozhodovat p íroda stejn jako o smrti. Pro tedy máme v zákon zakotvené, fle eutanázie je protizákonná, kdyfl tím pádem si právo rozhodovat o flivot a smrti bere parlament.

Na dal-í otázku nás p ivedla kniha Davea Robinsona a ChriseGarratta Seznamte seí etika. Auto i zde nastavují situaci, kdy je eutanázie povolena. Vyvstala zde otázka, fle pokud je pacient opravdu nemocný, trpí silnými bolestmi a rozhodne, se proto pro eutanázii a není schopen sám eutanázii provést. Kdo je nyní povinen tento krok provést? Pokud je povolena eutanázie pouze rukou léka e, nastávají hned dva dal-í problémy. Má léka moflnost odmítnout provedení eutanázie nebo ne a druhá v c, jaké sv tlo to odrazí na medicínu jako na obor? Pokud má léka v p ísaze flivoty zachra ovat a p edev-ím podporovat, není to proti smyslu a my-lence léka ství? Ale jak je to v p ípad , kdy je pacient dlouhodob v kómatu a je pr kazné, fle mozek jifl nepracuje a pacient je tedy drfen p i flivot pouze za pomoci p ístroj ? V takovém p ípad kdo rozhodne o ukon ení lé by a takzvaném odpojení od p ístroj ? Léka , soud, rodina (Robinson,Garratt,1996)? Je známo bohufel mnoho p ípad , kdy rodina zneuffila právo rozhodnout o odpojení od p ístroj jen, aby se dostala k d dictví. P enést toto rozhodnutí na léka e také není zrovna bez potíflí. Léka takové b emeno nemusí unést psychicky, je tu také riziko soudních spor s rodinou a mnoho dal-ích.

Dal-í p ekvapující argument, který uvedli auto i této knihy, zn l, fle pokud se povolí plo-n eutanázie, zbrzdí to výzkum bolesti a nevylé itelných nemocí, jelikofl pro lov ka bude snaz-í flivot ukon it nefl trp t bolestí a zkou-et ji p ekonat v zájmu v dy. To je podle nás nesmyslný argument. Nelze p eci íci, fle kafdý komu zjistí rakovinu a

...hodne ihned ukonit flivot, bez toho anifl by zkusil

Jako východisko by se mohl zdát vysoce individuální přístup, na kterém se shoduje v tina zastánců eutanázie. Každá situace, každý člověk je individuum. Má různé potřeby, různé proflívání, různé znou genetickou výbavu. Je tedy nutné pohlíftet na každý případ nemocných zvláště, a tak je i posuzovat. Nyní bychom tedy uvedli právní pohled v Řecko a proti tomu právní ukotvení eutanázie v Holandsku i v USA.

2.3 Typy eutanázie

Abychom opravdu nic nevynechali, tak je třeba před tím neft uvedeme právní stránku problematiky eutanázie, je potřeba si vysvětlit její podoby. Uft jsme výše naznačili, fl se dělí na dva základní typy – aktivní a pasivní. Některé zdroje však zahrnují ještě třetí typ eutanázie – asistovaná sebevraftda. Tou bychom si zaflali. Asistovaná sebevraftda je i v našem státě trestná. Jedná se o cílené jednání osoby, které spoívá v napomáhání při sebevraftd jiní osoby nebo navedení druhé osoby k tomuto jednání (Médar, 2008).

Aktivní eutanázie je naproti tomu případ, kdy jedinec úmyslně a cíleně zasáhne do integrity fyzické osoby, aby tím uspíil jeho smrt. Motivem je soucit s trpícím pacientem (tzv. teorie nepřlnné stíka ky). V České republice také zakázaná forma eutanázie (Médar, 2008).

Posledním typem, který zde uvedeme je pasivní eutanázie. Jedná se o cílené zeknutí se doporučené léky smrtelně nemocného i trpícího pacienta. V tomto případě se jedná o aktivní pasivitu lékaře (tzv. teorie sklopené stíka ky). Pasivní eutanázie má několik forem. Buď pacient nesouhlasí s léčbou, nebo odvolá jifl daný souhlas s léčbou. Další možností je odmítnout léčbu, pokud je u pacienta zjištěno další závažné onemocnění (Médar, 2008). Nyní bychom se zamíili na onu legislativu.

2.4 Legislativa

Právní stránka problematiky eutanázie je velmi sloflitá. Avšak každá země má jifl ve svém zákoníku uvedené pokyny, zákazy a sankce stran eutanázie a jejích forem. Velmi přesně vystihnul problematiku pro i proti legalizaci René Milfait. Ve své knize *Lidská práva* píe, fl charta práv umírajících dovede argumentací spojit a vyuftit lidskou důstojnost, právo na sebeurčení a právo na flivot. Správně také podotýká, fl tento argument je vhodný jak pro odpůrce, tak pro podporovatele legalizace eutanázie

kde platí V–obecná deklarace lidských práv. V ní je chránit jedinc v život a poskytnout mu mimo jiné

podmínky pro d stojný život (Jank ,M. a kol., 2010).Pro obecný p ehled jsme vybrali celkem t i zem , kde p iblížíme právní ukotvení eutanázie. Jsou jimi eská republika, Nizozemí a USA.

2.4.1 Sou asná legislativa v R

Kafdá z vý-e uvedených forem má v eském zákon sv j odstavec. Velká ást obyvatel na–í zem si myslí, že zde není povolena fládná forma eutanázie. Je v–ak pravdou, že pasivní eutanázie povolena je. V rámci alespo áste něho vyhov ní lidskému právu na sebeur ení a autonomii si smí pacient rozhodnout, zda bude v lé b pokračovat i nikoliv. Tím v–ak eutanázie u nás kon í.

Oba zbývající typy eutanázie, což je aktivní a asistovaná, jsou jifl zákonem zakázány a jejich provedení tudífl i trestn stíháno. Ob tyto formy jsou zákonem brány jako napomáhání k sebevražd i p ímo úmyslné zabití. Asistovaná sebevrařda je v zákon ukotvená § 230 zákona . 140/1961 Sb., trestního zákoníku (Médar, 2008).Zde je tento in brán jako napomáhání i navád ní k sebevrařd a zákonem pokládán za trestný in, kde hrozí i n kolikaleté odn tí svobody.

V p ípad aktivní sebevrařdy, kdy dojde k podání smrtící látky s úmyslem ukon it život pacienta, hrozí pachateli trest odn tí svobody afl v rozsahu 12 afl 20 let (trestný in vrařdy spáchaný s rozmyslem a po p edchozím uváfení) bezpodmíne n (Ma,A.,Suk,M., 2012).

V p ípad aktivní sebevrařdy je to obdobné. Tento in je v–ak v p ípad prokázání viny trestán jako úmyslné zabití a téfl hrozí n kolikaleté v zení (v tomto p ípad v–ak s vy–í trestní sazbou). Právn je uvedena v § 219 zákona . 140/1961 Sb., trestního zákoníku (Médar, 2008).

2.4.2 Eutanázie v Holandsku

Holandsko je známé jako první evropský stát, který legalizoval eutanázii jako takovou. I zde v–ak dlouho p evládaly obavy ze zneufití, jak u inili i nacisté za druhé sv tové války. První, kdo se v Holandsku začal zabývat problematikou eutanázie byl Jan Hendrik van den Berg, který sv j otev ený názor prezentoval v knize *Léka ská moc a léka ská etika*. Tvrdí zde, že léka i by m li být soudní k hranicím

cín a také si uv domit, fle není v-emocná, a proto by a nevytlé itelné pacienty (Jani-ová,T., 2010).

2.4.3 Eutanázie v USA

S eutanázií v USA je to o n co složit j-í, zde nelze íci je legalizována nebo není. Jelikož se USA skládá z mnoha stát a každý má svou legislativu. Jako první stát, který se touto otázkou oficiálně zabýval, byla Kalifornie. Již v roce 1976 přijala zákon o pomoci při umírání. Postupně se přidávají i další státy s úpravou zákona jako tzv. zákony o přirozené smrti. I když eutanázii jako takovou žádný stát nepovolil, jsou soudy v případech provedené eutanázie při vynášení rozsudku mírní (Stolínová,J.,Mach,J., 2010). Jedná se o to, fle USA má jednotnou Ústavu Spojených Stát a z ní musí všechny jednotlivé státy vycházet při tvorbě vlastních zákonů. V ústavě je právo mimo jiné ukotveno i právo na život, což v konečném důsledku odporuje právu na smrt (Ústava Spojených Států, 1995).

3. Smrt

ty i písmenka a tak hluboký obsah, tak široké spektrum významu, takové množství výkladů. Smrt je dnes naprosto běžné slovo. Skloňuje se na všechny možné způsobů a dá se aplikovat snad na každou situaci. Jistě jste sami nesčetněkrát použili slovní spojení: „Vyděšil jsi mě k smrti!“, „Tímhle vtipem jsi to zabil.“, „Já tě zabiju ty uličníku!“ a další fráze. Slovo k smrti hovoří každý den, v konverzaci je jí pravidelně konfrontován. Přesto jakmile opravdu na smrt přijde, tak mlčíme. Klopíme zrak. Tváříme se, fle se nás daná věc netýká nebo děláme, fle nevíme, o čem je řeč. Dnes si již slovo k uv domuje definitivnost tohoto pojmu. Avšak i v moderním světě nás stále dříve, což přijde pak. Až jednoho dne přijde smrt, co s námi bude? Existuje posmrtný život? A co když smrt přijde moc brzy? Samozřejmě existuje hrstka těch, kteří si konečnost smrti uv domují, a ve většině případů předčasně smrti těchto jedinců jde o sebevraždu. Pro účely této práce se zaměříme ale pouze na smrt přirozenou. Na smrt, která přijde tehdy, když má přijít. Je tedy očekávána. Máme tím na mysli smrt v kem nebo smrt při onemocnění neslučitelného se životem (agresivní maligní karcinom, leukemie, agresivní maligní tumor a další).

3.1 Definice smrti

Jak bychom vysvětlili smrt? Zajisté se shodneme, fle je to nějaký stav. Stav, který nelze vrátit, je tedy nezvratný. Ale jak bychom mohli definovat další parametry pro

uhá také ne, ani naopak rychlá. N kd o íká, fle mu
jiný lov k zase vidí sv tlo. N kd o se se smrtí snaží
prát, jiný ji vítá. Jedním z moflných d vod pro je tak moc t flké p íjmout jedince za
mrtvého jsou i na-e rituály. D íve se o t lo neboftíka postarali doma, kde z stával afl
t i dny. Rodina si jej umyla, oblékla a upravila na jeho poslední cestu. Tak bylo moflno
truchlit a zároveň se vyrovnávat se smrtí zároveň . Dnes jifl ve-kerou tuto práci
p ebírají r zné instituce nebo specializované firmy. Zde se t lo umyje a oblékne,
nakonec je-t upraví tak, aby neboftík p sobil jako spící. Tzv. naposledy krásný
(Raj anová, 2012). My zde uvedeme dv moflná hlediska. Jsou to základní pohledy na
tuto oblast flivota ó medicínský a psychologický pohled.

3.2 Pojetí smrti

Nyní bychom se seznámili s dv ma moflnými pohledy na smrt. Jedním je medicínský
pohled na smrt a druhým psychologický. Je jisté, fle kaflký z nás vnímá smrt z jiného
úhlu pohledu. Je to dáno p edev-ím na-í vírou, kulturou a prost edím, ve kterém jsme
vyrostli a zku-enostmi, jefl nás b hem flivota ovlivnily. Je zajímavé, fle i lidé, kte í
pracují na jednom odd lení a pe ují o stejného lov ka, mají tak odli-ný p ístup
k problematice smrti a umírání. Nechceme tímto výkladem nijak uráflet, je p irozené,
fle léka e-í ve fázích umírání a smrti hlavn medikamentózní stránku. Zabývá se
otázkou, kterým lékem lze zmírnit bolest nebo naopak, jakým jej lze zachránit. Oproti
tomu sestra pe uje p edev-ím o psychickou stránku tohoto procesu. Zaji- uje, aby si
pacient v této t flké situaci zachoval co nejvíce d stojnosti (hygiena, krmení, empatie,
respektování studu), aby nebyl sám, aby se m l koho zeptat a komu íci, co ho trápí a
eho se bojí. Nejde ani jednu sloflku odd lit od druhé, kdyfl ob strany tohoto procesu
fungují, dávají dohromady ideální prost edí a vytvá ejí vhodné podmínky pro klidný a
d stojný odchod z na-eho sv ta.

3.2.1 Smrt z pohledu medicíny

Léka ský pohled na smrt se zabývá íst fyziologickou stránkou smrti. Popisuje její
pr b h na úrovni somatických zm n zp sobených procesem smrti. Obecn je smrt
podle Velkého léka ského slovníku definována jako stav, kdy u lov ka dochází
k nezvratným zm nám mozku, p i nichfl nastane selhání funkce a zánik center ídících
krevní ob h a dýchání. Dojde k zániku ve-kerých známek flivota a jeho funkcí
(Vokurka, Hugo a kol., 2004).

z pohledu

základní fáze. Jsou nezaměnitelné, liší se pouze délkou jednotlivých oddílů. Průběh je velice individuální a u každého jedince trvá každá fáze různou dobu.

- a) Agonie neboli předsmrtný zápas. Jde o stav, kdy jsou zachovány základní životní funkce, ale již dochází k poruše funkcí některých orgánů (Rožková, 2007). Lékařský slovník označuje tuto fázi jako smrt sociální, kdy dochází k zášle nemu odumření mozku. Dýchání a krevní oběh jsou zachovány, ale komunikace a rozumové funkce jsou zničeny (Vokurka, Hugo a kol., 2004).
- b) Klinická smrt je charakterizována zástavou životních funkcí, jako jsou dech a krevní oběh (Vokurka, Hugo a kol., 2004). Tento stav je reverzibilní při včasném zahájení resuscitace.
- c) Biologická smrt se jedná o ireverzibilní stav, kdy zanikají buňky v těle (zašlivací trakt, dýchací soustava, atd.) nevěak v mozku (Rožková, 2007).
- d) Smrt mozku je stav ireverzibilní, dochází k zániku mozkových buněk a tím nevratnému poškození mozku. Na záznamu EEG je prokazatelná probíhající atrofie mozkových tepen, což je dlešit sledovat pro dárcovství orgánů (Vokurka, Hugo a kol., 2004).

Zde jsme poušili kombinaci lékařského slovníku a výkladových materiálů Mgr. Ivy Rožkové. Je jisté, že se v různých publikacích mohou názvy jednotlivých fází lišit avšak symptomatologicky se shodují.

3.2.2 Smrt z pohledu psychologie

Doktor Kevorkian, který se v životě svého života vnuje boji proti strachu z eutanázie, odpovídá, že největší problém v otázce legalizace eutanázie bude mezi lékaři. Tvrdil, že se lékařský stav proti eutanázii postaví a to i z etických důvodů. Kevorkian se domnívá, že je to dáno výchovou a konformitou lékařské společnosti, která se pokouší přizpůsobit v životnímu názoru jejich komunitě, ve stejném míním a platnými zákony (Browinsová, Oehmke, 1996). Je fakt, že lékaři na smrt pohlíejí jako na somatický proces, který je prostě daný a jako takový jej i musíme brát. Nelze smrt urychlovat natoužji zapíinit. Bohužel názory pacientů jsou často jiné. Je přirozené, že pokud se člověk s takto tíživou situací nesetkal a nebyl již nějak ovlivněn, tak nebude cítit potřebu se o dané téma zajímat. Což ale vede k bezvýhradnému prosazování

digmatu, fle eutanázie je zlo, které jde proti p írod .
offívá jedinec po stránce du-evní?

3.2.2.1 Model Kübler-Rossové

V angli tin je tento model známý zkratkou DABDA, podle prvních písmenek jednotlivých fází v anglickém jazyce. Je to nejslavnější teorie o prožívání smrti z pohledu du-evního.

- Popírání (angl. Denial, jedná se o dočasnou obranu jedince. Neschopnost se smířit s danou situací.
- HN (angl. Anger, nyní nastává fáze, kdy člověk dojde k uvědomění, že stav je definitivní a nic na něm nezmění.
- Smlouvání (angl. Bargaining, snaha oddálit svou smrt, víra v nějaký zázračný lék, víra v Boha.
- Deprese (angl. Depression, ztráta naděje, zájmu o cokoli. Vě pacientovi připadá zbytečné, nic nemá cenu.
- Smíření (angl. Acceptance, nastává vyrovnání se s tíživou situací, připravenost na smrt, urovnávání si životních záležitostí.

Podle těchto fází platily na prožívání blížící se smrti, později autorka rozšířila platnost i na jakoukoliv jinou tragickou událost v životě člověka (Kübler-Ross, 2008).

3.3 Paliativní péče

Poslední pojem, který si zde vysvětlíme je paliativní péče. Abychom ho mohli pochopit v širším rozsahu, musíme si vysvětlit také, co znamená terminální stadium nemoci a status DNR. Jak ve výzkumné části uvidíte, pracujeme s těmito pojmy i v dotazníku a respondenti je běžně v praxi užívají. Za neme terminálním stavem. Toto slovní spojení běžně označuje stav, kdy dochází k postupnému selhávání základních životních funkcí, které vedou nevyhnutelně ke smrti (Vokurka, Hugo a kol., 2004). S tímto souslovím se můžeme běžně setkat například na onkologických odděleních (nebo obecně u onkologických pacientů), odděleních dlouhodobé péče, kde jsou umístěni lidé s demencí, dlouhodobým selháváním ledvin i jater i na odděleních ARO (anesteziologicko-resuscitační oddělení).

odný s pasivní eutanázií, avšak liší se v tom, že tento na základ jejich fládosti, ale stanovuje jej léka na základ závaflnosti stavu jedince, kdy jakákoliv léčba je naprosto zbytečná a pacientovi pouze pít fluje. Pokud má pacient takovou diagnózu, která není sluhitelná s možností vyléení, tak má lékař právo stanovit status DNR. V p ípad , že pacient má ozna ení DNR, nesmí být v p ípad zástavy srdce a dechu resuscitován, jelikofl pokud by došlo k obnovení základních flivotných funkcí, vedlo by to pouze ke zhor-ení stavu a nevyhnutelné brzké zástav znovu. Tento status ud luje pouze lékař s atestací v oboru akutní pé e po konzultaci s dal-ím atestovaným lékařem.

Nyní se jífl dostáváme k samotné paliativní pé i. Ta je založená na t chto dvou pojmech. Pokud je jedinec ve stavu, kdy jífl není nad je na vyléení a v o ekávání je brzká smrt nastupuje paliativní pé e. Jedná se o komplexní poskytovanou pé i t m pacient m, kte í trpí nevléitelnou nemocí. Cílem paliativní pé e je zmírnit bolest, psychické a fyzické strádání, snaha o dosaflení co nejvyší kvality zbývajícího flivota, zachování d stojnosti jedince a poskytovat podporu nemocným a jejich rodinám (Mlýnková, 2010).

U pacienta v terminálním stadiu pe ujeme p edev-ím o potífl s bolestí, dýcháním, nechutenstvím, zácpou/pr jmem, nevolností, dehydratací, ale také o psychické stránky osobnosti, protofl je velmi ásté, že se u pacienta vyskytuje úzkost afl deprese. ím blífl je lov k smrti, tím jsou p íznaky intenzivn j-í. B flné je i delirium afl bezv domí. Je tedy z ejmé, že pracujeme p edev-ím se symptomy, protofl s p í inou jífl nelze nic d lat. Paliativní pé i provádíme pomocí farmakoterapie (analgetika, antiemetika, laxancia/antiobstipancia), kyslíkové terapie, infuzní terapie a psychoterapie, která zahrnuje p edev-ím empatii a komunikaci na stran personálu, podporu ze strany rodiny a p ípadn pomoc psychologa. Z na-eho pohledu jsou nejrizikov j-í psychické proflitky nemocného. Pacient, pokud stav vnímá p i plném v domí, proflívá pocity studu, beznad j, úzkost, pocity, že je okolí na obtífl, strach z blíflící se smrti, z nesob sta nosti. V kone né fázi, kdy se m že objevit zmatenost a delirium si v t-inou sv j stav jedinec jífl neuv domuje, ale p esto vnímá a proflívá (Marková, 2010).

mnoho výzkum na téma eutanázie nebo smrti. V t-ina výzkum navíc vznikla v zahrani í. Co se tý e eské republiky, existuje n kolik bakalá ských prací, jeřl se touto problematikou zabývají jako nap íklad bakalá ská práce Terezy Jani-ové, která vytvo ily pod zá-ítou filosofické fakulty v Pardubicích práci na téma Eutanázie v historii a v sou asnosti. Výzkumná ást je v-ak neobohacující, jde spí-e o kazuistickou práci. Kvalitn je zde v-ak zdokumentována historie a celkový vývoj eutanázie (Jani-ová, 2010). Dal-í práce se zabývají sice íst eutanázií, ale u laické ve ejnosti. Lep-í uřl to je ale v zahrani ních zdrojích. V Belgii vznikla ucelená studie o eutanázii a paliativní pé i mezi tam j-ími sestrami. V tomto výzkumu do-řl k záv ru, řle mezi sestrami a léka i p evařluje názor, řle eutanázie by m la p ijít na adu ařl jako krajní e-ení, tedy ařl po vy erpání v-ech mořlných postup a metod (Broeckert,2010). Dal-ím sou asným zahrani ním výzkumem je výzkum provedený v Indii. Zde se zkoumal postoj sester k eutanázii poté, co byla v roce 2011 zlegalizována v dané zemi (Poreddi,2013). Poslední z významných výzkum na téma eutanázie byl proveden v Íránu. Byl to výzkum mezi studenty. Prokázalo se, řle v této zemi má víra ohromný vliv na negativní pohled na eutanázii (Aghababaei,2014).

A tímto bychom zakon ily teoretickou ást práce.



*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

II. Praktická část

5.1 Vyzkumné otázky

Cílem praktické části je zmapovat názory lékařů a ostatního zdravotnického personálu v otázkách smrti a eutanázie. Zvolili jsme si dvě tvrzení, která chceme potvrdit. Tím prvním tvrzením je fakt, že existuje ke smrti (plus představa respondentů o ní jednotlivě) a k eutanázii se u každého z respondentů změnila s narůstající délkou praxe vykonávané ve zdravotnickém zařízení, kde jsou běžně konfrontováni se smrtí a utrpením pacientů na sklonku života.

Druhým tvrzením je, že se liší názory i mezi skupinou lékařů a mezi skupinou sester. Tvrdíme, že sestry vzhledem k více strávenému času s pacientem, s jeho rodinou a celkově s jeho trápením bude spíše nakloněna zavedení eutanázie v ČR a smrt budou brát jako vysvobození pro pacienta i pro jeho rodinu. Kdežto lékařiská vrstva podle nás pohlídlí na nemocného jako na biologickou podstatu. Smrt pro ně tedy bude znamenat pouze somatickou změnu stavu. A co se týká otázky eutanázie, tak tvrdíme, že lékaři i nebudou zastánci legalizace eutanázie v České republice. Důvodem podle nás bude nadále přetrvávající ztotožnění se (do jisté míry) s Hippokratovou přísahou. Lékaři stále pohlídlí na své povolání jako na poslání chránit život nikoliv smrt. A koliv se dnes již prakticky v žádné zemi neskládá Hippokratova přísaha, lékaři i se na ni často odvolávají.

5.2 Metodologický rámec

Metoda, kterou jsme zvolili pro tuto práci, jsou polostrukturované rozhovory s lékaři a ostatním zdravotnickým personálem. Rozhovor obsahuje 16 otázek a každá má volnou formu odpovědi. U některých bylo potřeba pouze číslo, u jiných bylo potřeba, aby svou odpověď respondent více rozvedl. Časový rámec pro rozhovor nebyl stanoven, ale ani v jednom případě nepřesáhl 20 minut.

–e zmín né rozhovory. asový limit dán nebyl, ale celkový as nebyl vy–í neř 20 minut. Otázky mapovaly nejprve obecné osobní údaje a délku praxe, dal–í série otázek se zabývala otázkou smrti vzhledem k pracovní pozici respondent . Poslední sada otázek se v nuje problematice eutanázie. Mezi otázkami je vložena i jedna kontrolní, abychom eliminovali p ípadné zkreslení p edchozí zku–eností se smrtí v soukromém flivot je–t p ed nástupem do zam stnání. Otázky jsou zam eny p edev–ím na subjektivní vnímání obou pojm , nikoliv na znalosti o nich.

5.2.2 Pozorování

Záznam z pozorování jsme sem za adili pouze jako dopl kovou metodu. Podává popis chování b hem odpovídání na otázky s r znou mírou citlivosti. Jednalo se o zám rné pozorování v–ech aktér výzkumu. Jelikoř rozhovory probíhali na pracovi–tích jednotlivých dotázaných za plného provozu, tak bylo o n co slořit j–í postihnout pohledem nonverbální komunikaci dotazovaných. Ale nechceme se pou–t t do v t–řho tématu, které navíc s na–í prací p řli–nesouvisí.

5.3 Analýza dat

K analýze získaných dat jsme si zvolili metodu obsahové analýzy. Jedná se o metodu, kdy pozorujeme shodu obsahu odpov dí mezi jednotlivými aktéry. Naopak se také sledují rozdíly i odli–nosti mezi odpov mi v i ostatním dotazovaným.

5.4 Výzkumný soubor

Zkoumanou skupinou je zdravotnický personál Chrudimské nemocnice. P esn ji jde o t i léka e a t i v–eobecné sestry. Abychom co nejvíce vyvářfili i vliv pohlaví, tak ve skupin léka jsou dva muřfi a jedna řena a u v–eobecných sester je to naopak, zde jsou dv řeny a jeden muřf. V–ech –est aktér pracuje v sou asné dob jako zdravotník. Každý pár (léka /ka+ v–eobecná sestra) pracuje na jiném odd lení. První pár je z interního odd lení a jedná se o primá e interny a jednu ze stani ních sester. Druhý pár je z odd lení dlouhodob nemocných ó o–et ující léka a adová sestra. Poslední pár je z odd lení ARO ó o–et ující léka a stani ní sestra.

výzkumu museli splňovat je délka praxe v oboru delší, ale poté pracoval v jiném odvětví a do zdravotnictví se vrátil až později, tak podmínky nesplňuje. Důležitě bylo, aby praxe trvala více než deset let bez přerušení, abychom eliminovali vliv změny názoru mimo pracovní pozici ve zdravotnictví.

Jak jsme již výše zmínili, bylo pro nás důležité i vyvážit vliv pohlaví, proto jsme do souboru vybrali tři ženy a tři muže. Mezi lékaři je jedna žena, jelikož mezi lékaři v Chrudimské nemocnici pracují muži a mezi sestrami je jeden zástupce mužského pohlaví. Poslední podmínka, kterou jsme stanovili, bylo rozložení respondentů podle typů oddělení. Cílem bylo postihnout bezprostřední, akutní i dlouhodobou péči, proto oddělení ARO, interní oddělení a oddělení LDN.

Výběr vzorku probíhal záměrným výběrem aktérů. Byly stanoveny podmínky a poté podle nich voleni a oslovováni jednotliví dotazovaní. Účast ve výzkumu byla anonymní a zcela dobrovolná, o čemž byli respondenti poučeni dopředu.

Po stránce etické bylo nutné brát v úvahu možný zásah do soukromí aktérů. Výzkum se zabývá subjektivním vnímáním eutanázie a smrti, což jsou pro ně které osoby velmi citlivá témata. Proto byla respondentům zajištěna anonymita a záznamy z rozhovorů byly s výjimkou a souhlasem označeny pouze dohodnutou značkou. Rozhovory na páhání aktérů nebyly nahrávány, ale pouze písemně zaznamenány. Každému z respondentů byl předán kontakt na realizátorku rozhovorů a na fakultu, pod kterou studentka práci vypracovává. Na žádost několika respondentů byla vytvořena ústní dohoda o předložení schválené bakalářské práce. Rozhovory byly vedeny v soukromém a pro aktéry přirozeném prostředí. Nikdo další nebyl rozhovorem přítomen.

6. Rozhovory s lékaři a sestrami

Nyní bychom si již představili jednotlivé aktéry a rozhovory s nimi. U každého aktéra začneme od lékaře a později i z řad sester si nejprve uvedeme faktografické údaje, jakými jsou pohlaví, věk, délka praxe a současná oddělení, kde pracují. Poté přijdou na řadu otázky zaměřené na pojem smrt a v poslední sérii otázek se zabýváme eutanázií.

aktor ARO

ld lenímanesteziologicko ó resuscita ním. Za toto odd lení jsme zvolili léka ku, jelikofl dámy mají p ednost. Aktérka je sekundární léka ka (L.1) na odd lení ARO. Je jí 46 let a tuto práci vykonává jifl 18 let. Po celou dobu praxe je na stejné stanici. Jako domovskou stanici má ARO, ale chodí na p ísluffby na sály, anestezie, l flka, ale tam jen výjime n , protofle tam chodí mladí medicí, aby se u íli napichovat r zné kanyly.

Kontrolní otázku léka ka negovala. Nebylo tedy t eba ptát se na otázku . 7.Frekvenci prezentuje slovy: „*Na t chto l flkách tam by to bylo kaflodenn , ale já ufl tam moc nejsem, takfle tak jedenkrát za m síc.*” Vliv pracovní pozice se u této respondentky prý projevil výrazn . L.1: „*B fhá sou ást, b fhý zakon ení flivotaí Jinak to lov k vnímá v rodin a jinak u cizího lov ka, kdy se vás to tolik nedotkne.*”

Subjektivní pocity u slova eutanázie popisuje aktérka íst z léka ského hlediska: „*ízené ukon ení flivota nevylé íteln nemocného pacienta.*” Stran legalizace eutanázie v R ale promítá ono paradigma léka ské komunity. L.1: „*To je ono, to je práv hrozn t flký. Je mi jasné, fle to je zneuffitelný, to si uv domuju.*” A p i p edstav jaký typ eutanázie povolit pokud to bude nevyhnutelné, fle k legalizaci dojde, reaguje aktérka jasn : „*Ta pasivní je pro m p íjateln j-í.*” Léka ka jasn uvedla vliv léka ské p ísahy. L.1: „*Ne, skládala jsem Hipokrattovu p ísahu a bylo by to v rozporu s jejím smý-lením.*” Vliv praxe ur ít aktérka vnímá výrazn , p edev-ím kv li svému p sobení na ARU ó DIP. L.1: „*Víc jsem o ní za ala p emý-let, protofle co tu mám DIP, tak tu vidím spoustu ne e-ítelných p ípad . Jsou zde pacienti upoutáni na l flko a laik nem fle v d t, jak dlouhé utrpení ti jedinci proflívají To si nikdo neumí p edstavit, co dokáfle nastat. Ani medik si to neumí p edstavit. Kvadruplegici co nemohou nic a uv domují si toí Sály jsou optimistické, ale na l flkách to je ubíjející protofle se ví, fle lov k um e, d láte pro n j maximum a stejn víte, fle to je k ni emu, ale právn to musí být, proto mám rad ji tu optimistickou ást medicíny.*”

U léka ky je otázka vzd lávání trochu jiná jelikofl v celkem nedávné dob pro-la specializa ním kurzem, který byl zam en práv na paliativní pé í: „*P iznám se, fle ne. No já jsem si je-t p ed dv ma lety ud lala atestaci na paliativní pé í a lé bu bolesti, tam bylo dost p edná-ek. Je mi jasný, fle ta otázka bude nar stat p í rostoucí velikosti grant , ale fle bych se o to n jak více zajímala, to ne.*”

vykytuje shoda u všech aktérů. L.1: „*Já si myslím, že*
diny.“

6.2 Lékař . 2 ó akutní péče, interní sektor

Lékař z interního oddělení je muž. Vedoucí lékař interního oddělení (L.2). Tento muž, který je 40 starý, pracuje již 14 let jako lékař. Poslední dva roky zastává pozici vedoucího lékaře na interním oddělení. Před tím pracoval šest let na interním standardu a šest let na interní jednotce intenzivní péče. Ve svém životě má ale také několikiletou zkušenost s praxí v Tibetu.

První a také jediný, kdo na kontrolní otázku odpoví ANO. Odpověď na to, jak její tato zkušenost ovlivnila, zní: „*V podstatě to byl jeden z podnětů, které mě vedly ke studiu na medicínu.*“ Frekvence i složení typů úmrtí se na interním oddělení ale liší. Jakořto vedoucí lékař funguje L.2 i na jednotce intenzivní péče o písklůbách. L.3: „*Tak 3x týdně. Sestavou to je 1/3 neplánovaná úmrtí a 2/3 terminální nebo DNR.*“ Pojem smrt je i u tohoto lékaře vnímána spíše z pohledu somatického, i když varianty připouští více. L.2: „*To je dost filosofická otázka. No, ono je možností víc, ale vzhledem k mojí pracovní pozici. Pirozené vyústění probíhajících nemocí v pokročilém nebo těžkém stádiu.*“

Eutanázii vnímá L.2 diplomatickým způsobem: „*Smrt jedince na jejím místě pro mě má též ústřední zdravotník.*“ V otázce legalizace se jeho názor ale od ostatních lékařů liší. L.2: „*Já bych byl pro, protože si myslím, že má každý právo o sobě rozhodovat až do konce. Chápu rozdíl u gynekologů ohledně potratů. Problém může být i u lékaře o volbě. Také tu hraje roli rodina.*“ I u tohoto aktéra se ale opět projevuje názor člověka vychovaného v duchu lékařské přísahy. L.2: „*Pasivní ano, te je otázka odpojení od přístrojů. Tam, kde je klinická smrt mozku, tak určitě. Jak tak na tím člověk přemýšlí, tak aktivní bych sem nezaváděl.*“ Pokud jde o otázku provedení eutanázie je názor L.2 rozporuplný a vážný. L.2: „*To je otázka. Ve velmi specifických případech ale ano. Moje kritéria by však byla přesnější než tam, kde již eutanázie zavedená je.*“ Tento aktér byl také jediným, jehož názor na eutanázii a smrt se výrazně změnil: „*Ne, tenhle názor se utvářel už na medicíně a co jsem nastoupil do práce, tak se ten mi nijak výrazně změnil.*“

Ve vzdělání hodlá tento aktér dále pokračovat. Tato témata jej zajímají a přijde mu užitečné je znát a orientovat se v nich. L.2: „*Ano, určitě. Přiznám se, že vím, že*

povolení Kde to ale je, to nevím. N jakou literaturu
p i hovoru s lidmi a zodpovídáním jejich dotaz . Je

dobré se v tom orientovat.õ

U poslední odpov di nedo- lo k odchýlení od vize ostatních aktér . L.2: „ Co je to
d stojn ? Tak podle m by lidé m li umírat doma. V kruhu rodiny. Nesmí trp t
hladem, flžní a bolestí. asto je pot eba zajistit intervenci ohledn stresu a strachu
z neznámého. To je asi takové základní krédo, kterého bychom se m li drfet.õ

6.3 Léka . 3 ó dlouhodobá pé e, sektor LDN

Jako poslední léka (L.3) je zástupce dlouhodobé pé e. Pofládali jsme o rozhovor
o-et ujícího léka e odd lení LDN ó DIOP (Lé ebna Dlouhodob Nemocných ó
Dlouhodobá Intenzivní O-et ovatelská Pé e). Léka za odd lení LDN je mufl. V dob
provád ní výzkumu mu bylo 63 let. V sou asné dob pracuje na pozici o-et ující léka
na odd lení dlouhodobé pé e podsektor DIOP (vysv tleno vý-e). Na této pozici
pracuje p i d chodu a jeho p edchozí pozice byl post primá e (z dvodu anonymity
nebudeme uvád t, kde pozici primá e vykonával). Jako léka v aktivním procesu
pracuje jifl 37 let. Nastoupil do zdravotnictví ihned po studiu a zde jifl z stal.

Na kontrolní otázku, zda m l p ed nástupem do zam stnání p ímou osobní zku-enost
se smrtí reaguje odpov dí „NEõ. Tím pádem otázka 7.,zda jej tato zku-enost n jakým
zp sobem ovlivnila, z stává nevypln na.

Frekvence úmrtí na daném odd lení, kde léka v sou asné dob zastává pozici léka e a
dále mapuje typ úmrtí, která jsou zde nejb fln j-í, vypadá takto: „No to je dost r zné,
ale pr m rn tak 2x týdn . Zrovna te jdu psát dal-í úmrtí.õ Co se tý e typ úmrtí,
reaguje odpov dí o ekávanou k typu odd lení. L.3: „Tady jsou p edev-ím pacienti se
stanoveným DNR a samoz ejm lidé s terminálním stadiem nemoci. Najdou se tu i
akutní exity, ale to jen výjime n .õ Poslední otázkou ke smrti byl dotaz stran
subjektivního chápání pojmu smrt. Av-ak vzhledem k odd lení, kde v sou asné dob
pracuje jako léka . L.3: „No podle m je to normální vyúst ní flivota. Asi tak bych to
ekl nejlépe.õ

Poslední blok otázek se týká eutanázie. Bylo jich celkem 6. Za ínáme op t otázkou na
subjektivní vnímání pojmu, tentokrát ale pojmu eutanázie. L.3: „Je to n co s ím já

ení života. V otázce legalizace eutanázie v české
Ur it jsem proti. Je tu velké nebezpečí zneužití a nelze
tomu zabránit administrativními opatřeními. Následně byl dotazovaný lékař
možnost volby. Měl si představit, že je v ČR eutanázie legalizována. Otázka byla
směřována, vzhledem k předchozímu negativnímu postoji, na nucenou volbu mezi
dvěma formami eutanázie, která z nich je pro L.3 akceptovatelná. L.3: „No kdyby ušel
tak tu pasivní formou. V závislosti na předložené otázce se měl nyní aktér vyjádřit
k možnosti provedení eutanázie. L.3: „Asi bych byl schopen, ale neprováděl bych to,
protože bych nechtěl, aby se přímo mým zákrokem následovala smrt. Nic jiného je
léčit a nevléčit a nic jiného podat léky, které zabijí cíleně. Smyslem medicíny je
léčit, ne ničit. Otázkou 14. jsme se snažili zjistit, zda aktér změnil svůj názor na
eutanázii v závislosti na praktické praxi. L.3: „Ur it se změnil. Nyní mám názor takový,
že eutanázie je snadno zneužitelná a neměla by se tudíž pauzálně zavést. Dále
vyjádřil argument, který si vytvořil právě díky své praxi a zkušenostem. L.3:
„Vezmte si starouky, kteří si uvědomují svůj stav a mají dojem, že jsou rodině jen na
obtíž a tak si zvolí tuto variantu, jen aby ubrali rodině starosti a práci s nimi.“

V další otázce nás zajímalo, zda se L.3 hodlá nebo jak dále vzdělávat v oblasti eutanázie a
zda je seznámen s legislativou jinde. L.3: „Já ušel se vzdělávat nehodlám, vím, kde
eutanázie povolena je a kde není a to mi stačí. Z toho vím, že jsem bych to zavádět
nechtěl. Poslední otázka byla opět subjektivní. Aktér měl zapojit fantazii a představit
si, že by mohl bez jakýchkoliv omezení zajistit lidem důstojné umírání. L.3: „Ur it
bych jim dopřál kruh rodiny, klidnou bolest, klidné nepřijemné pocity spojené
s chorobou. Aby prostě člověk nic nebolelo a mohl v klidu dokončit tuhle pouť. Mým
cílem by bylo hlavně ulevit.“

7. Rozhovory se státním zdravotnickým personálem

7.1 Sestra Ivošková, akutní péče, sektor ARO

U sestry bychom začali stejným oddělením a shodou náhod je právě první rozhovor
veden s mužem na pozici sestry na oddělení ARO. Tento lékař je 42 let starý.
V současné době pracuje na pozici staniční sestry na oddělení ARO DIP (Dlouhodobá
Intenzivní Péče). Tuto funkci zastává již pátým rokem, ale jeho celková praxe
přesahuje 25 let ve zdravotnictví. 20 let totiž pracoval jako zdravotní sestra na oddělení
ARO a později ARO DIP. Jako zdravotník pracuje již od maturity na státní

í otázku odpovídl: „NE. Otázka . 7. Je tedy bez
odpoví S.1 neli od ostatních: „1 ó 2x týdn . DNR
p evafluje, jsme na to nachystáni zkrátka. U subjektivního vnímání smrti se aktérova
odpoví podobá reakcím lékařských aktér . S.1: „fivotní nevyhnutelnost, p irozený
b h v cí. U

Nyní se v-ak jifl vrací k podobným vyjádřením jako ostatní st ední zdravotní tí
pracovníci a to v otázce vnímání eutanázie: „ Zkrácení utrpení, osvobození od
utrpení. U V otázce legalizace má aktér jasno. S.1: „Ano, jednozna n ano. Jednak ze
spole enských d vod , utrpení toho lov ka individuáln , zát fl rodiny bez nad je na
vy e-ení stavu. Ekonomický d vod, je to ekonomická zát fl pro spole nost. U

V dal-ím bodu se jifl aktér rozhovo il o n co více a podal obsáhlý pohled na jednotlivé
typy eutanázie: „Ob varianty, je to individuální. Aktivní varianta by p íslu-ela pouze
lidem, kte í si to p ání dokáflí vyslovit sami za sebe. Podmínka je, aby ten souhlas
vyslovil p ímo ten lov k, nebo u dít te rodi , aby to prost nerozhodovala n jaká
tetka a podobn . Tam ten úmysl musí být jasný. Otázkou úvah je pasivní eutanázie.
Tam je problém, fle te nejsou nastaveny mantinely standard . U pacienta nemá lé ba
cenu, trpí, má pr jmy a selháváí Léka dá souhlas a stanoví DNR. P ístup léka je
r zný a jsou pot eba n jaká doporu ení. Potom je ta pasivní eutanázie zbyte ný
pojmem, kdyfl existuje DNR. Rozdíl je v tom, fle u DNR nemusí dát souhlas pacient.
Prost musí tam být ten souhlas í stav pacienta jasný. U V návaznosti na p edchozí
odpoví pokračuje sestra ve stejném duchu i u asistence u eutanázie. S.1: „Za t ch
podmínek, které budou jasn dány zákonem, zcela ur it . Ono by to aktivní uzákon ní
eutanázie ukon ilo ty neoficiální non lege artis, to je u každého léka e jiné, to nelé ení
stavu pacient u DNR ó n kdo to nestanovuje a dál lé í, jiný zase stanoví. Terminální
pé e je daná, ale v d sledku právních spor nap íklad s rodinou nastane problém
stran zanedbání pé e apod. Je doporu ení odborný komory, cofl je lékařská záležitost
s tam se to snaflí projít sloflit k formulaci novely a zákon , nutná je spolupráce
politik a odborník , aby se e-ila tato situace hned nebo zp tn , ale to v-echno
dneska trvá dlouho. U

Stejn jako u interního léka e se názor S.1 výrazn nezm nil od té doby, co nastoupil
do zdravotnictví. S.1: „To t flko íct, to ufl si nevzpomínám. lov k to bral, jak to
p íchází. Spí-je fakt, fle u starých lidí to lov k bral jinak nefl u mladých, ale to je

e fle bych byl n kdy a priority proti, fle chce zem ít, to
ý záležitost. Názor se mi p íli–nezm nil. Takhle je to

u m .õ

I v polofce o vzd lávání koresponduje názor s v t-inou. Stran vzd lávání i po
rozhledové stránce problému. S.1: „Spí– jen tak jako v-ichni. P e tu si lánek
v novinách nebo te jsem etl, fle ud lali eutanázii pro d ti. Zajímám se o to, ale fle
bych to studoval to ne. Hodn m ovlivnila kniha, nebo spí-e utvrdila v p esv d eních,
o doktoru Kevorkianovi, mluvil mi z du-e. Jak ti lidé tam trpí a prosí o smrt a on má
svázané ruce, byl to pr kopník. V jádru to musel být hrozn hodný lov k, fle takhle
riskoval pro druhý.õ Ani v poslední otázce se odpov dí aktér neli-í od zbývajících
dotazovaných. D leflitý je i pro n j kruh rodiny: „Aby u toho byla rodina, aby ten
lov k m l pé i fyzickou, mohl si s n kým promluvit, aby byl i psychicky vyrovnaný,
eventuáln duchovní pot ebu, možnost se vyzpovídat, pokud je v ící. Ideál by byl
n jaký hospic nebo domácí pé e, aby netrp l bolestmi, jak to íct.. U sebe mít blízké,
domácí prost edí, nebudu mít bolest, m flu se dívat na televizi ani fl bych p emý-let, fle
bolestí vysko ím z k fle, abych nem l hlad a flže , byl v istot a mohl si ten okamflík
ur it sám. Rozhodovat sám o sob , no. Pak ufl samoz ejm nejideáln j-í je zvolit si
intravenózní podání látky k eutanázii, aby to bylo rychlé. Nejspí–by to m l provád t
anesteziolog, který tomuhle rozumí, t m lék m. Není velký rozdíl, jestli je n kdo doma
a má náplasti a jen se zvy-ují dávky a nic to ne e-í a stav se hor-í. Není podle m
rozdíl mu dát tu látku naráz ne fl mu to m síc zvy-ovat a stejn dojít ke smrti. Jde o to,
aby lov k mohl rozhodovat sám za sebe, proto by nem lo nikoho p ekvapit, kdy fl si to
ten lov k dv minuty p ed tím rozmyslí. Je to jeho právo.õ

7.2 Sestra . 2 ó akutní pé e, interní sektor

Na interním odd lení jsme si vybrali stani ní sestru (S.2) jedné z ástí interního
odd lení (má celkem 5 ástí ó INT A,B a C, metabolická jednotka a kardiologická
jednotka intenzivní pé e). Sestra z odd lení interny je flena. V sou asné dob jí je 43
let. Jí fl 7 let vykonává pozici stani ní sestry, ale je-t p ed tím pracovala 5 let na
interní ambulanci a 11 let jako adová sestra. Dohromady tedy pracuje ve zdravotnictví
23 let. Na pozici sestry nastoupila ve svých 20 letech a po celou dobu praxe ve

ím odv tví nemocnice. Na kontrolní otázku p ímé
stupem do zam stnání odpov d la negativn , tudífl

otázka .7 z stala nevypln na.

Co se tý e frekvence a typu úmrtí, tak i zde není úmrtí neobvyklé. S.2: „*To je r zné, n kdy 2x ó 3x týdn , ale pr m rn tak 3x za m síc. Vesm s to jsou lidé se statusem DNR nebo terminální stádia.*” Jasnou a stru nou p edstavu má aktérka o pojmu smrt vzhledem k jejímu zam stnání. S.2: „*Vysvobození, ur it .*”

Na otázku subjektivního vnímání a chápání pojmu eutanázie odpov d la aktérka S.2 slovy: „*Já ji uznávám. Je to zp sob, který zabrání zbyte nému prodlufování utrpení pacient i jejich rodin. I u svého lena rodiny bych byla pro.*” V otázce legalizace eutanázie v eské republice vyjád ila tato sestra ut íd ný a p ímý názor. S.2: „*Já si myslím, flé legalizaci ano. Je to i nákladné udrflovat takového lov ka, pokud nejsou vyhlídky na uzdravení. Oni asto sami cht jí a my je tu drflíme.*”

U otázky 12. dochází u respondentky k ambivalentním pocit m. Je pro legalizaci, av-ak co se tý e typu eutanázie, její p edstava jífl není tak jasná. S.2: „*Pro m p edstava, flé bych n komu píchla smrtelnou látku a sledovala, jak umíráí To by mi asi d lalo problém. Ale sníflovat postupn dávky jídla a ur itých lék , tlumit bolet, aby si lov k mohl odejít, to ano.*” Stran asistence p i eutanázii se S.2 spí-e jen domnívá, jak by se k tomuto úkolu postavila. S.2: „*To je t flké, ale myslím si, flé jo.*”

Aktérka potvrdila vliv praxe na její názor na eutanázii a smrt celkov . S.2: „*Ur it , za t ch 20 let na intern , kdy tu b fln lidé umírají, tak vím, flé d íve se lidé takhle zbyte n neudrflovali ó nevy-et ovali. Ani tato respondentka v-ak necítí pot ebu se dále vzd lávat. P i jejím dopl ujícím studiu m la p edm t zabývající se smrtí a eutanázií. S.2: „N co jsem etla o Nizozemí, ale jinak ne. P i specializaci jsme m li téma smrti a eutanázie a vím, flé i n kdo m l na tohle téma práci, ale já se vzd lávat nechci.*”

Cestu ze za arovaného kruhu umírání v nemocnici vidí S.2 v hospicích a domácí pé i. S.2: „*Já si myslím, flé smysl má hospic, protoflé my v nemocnici nem fléme d stojnou smrt zajistit, nedokáfléme nastavit vhodné podmínky. V hospici je dobrá pé e. Pokud by se n co takového stalo m , tak chci mít doty ného doma, ale chápu, flé na to kaflký nemá. Ale tady v nemocnici to d stojn nejde.*”

ě e, sektor LDN

vybrali v-eobecnou sestru (S.3) z odd lení LDN.

Rozd lení dlouhodobé pé e v nemocnici, kde probíhal výzkum, jsme si jífl popsali. Tato sestra je jífl 40 v-eobecnou sestrou. Je jí 46 let a je tedy jasné, že sestru d lá celý řívot. B hem své praxe vyst ídala n kolik r zných odd lení jako například d tské odd lení nebo urologie.

Kontrolní otázka 6. Byla vypln na zamítnutím. Otázka íslo 7. Je tedy nezodpov žená. Podle S.3 je složitě reflektovat frekvenci úmrtí na odd lení, ale její osobní pr m rná frekvence je kolem 3 úmrtí m sí n . S.3: „*No tak to je t řké, ale m j pr m r je tak 3x za m síc. Jsou to prakticky v-echo pacienti se statusem DNR nebo terminální stadia.*” V otázce 9. se objevuje shoda s interní sestrou. Reakce obou byla stejná, jasná a vyslovená bez del-ího rozmyslu. S.3: „*Vysvobození.*”

V této otázce panuje shoda v názorech sester. S.3: „*Eutanázie je ukon ení utrpení lov ka. Je to rozhodnutí, na které má kařdý jedinec právo.*” U polofky legalizace m la aktérka zcela jasno. Argumentuje zde i pocity a pozicí rodiny, která zde hraje velkou roli. S.3: „*Ur ít ano, jak jsem ekle ó na tohle rozhodnutí má lov k právo. N jaké zneuffívání To je jen výmluva. Trápí se i rodina, která to siln vnímá.*” Vzhledem k takto jasnému názoru na povolení eutanázie byla odpov u následující otázky o ekávaná. S.3: „*Ob varianty, to je p ípad od p ípadu. V podstat ta varianta, která je pro daného pacienta a rodinu mén stresující.*” A v nekompromisních odpov dích pokra uje tato sestra i nadále p í dotazu, zda by asistovala eutanázii. S.3: „*Byla, já to беру jako vysvobození pro lov ka i jeho rodinu. Ur ít bych byla schopná asistovat.*”

Vliv praxe se promítnul i do názor a postoj S.3. Sestra uvádí i problematiku bývalého reflimu a s tím spojené tabuizování tématu smrti a eutanázie v bec. S.3: „*Já kdyfl jsem za ala pracovat, je-t za d ív j-ího reflimu, tak se o ni em takovém nemluvalo. Postupn se ale za alo mluvit, že je to opravdu pot ebaí Tady by se m la provád t, ale furt se nic ned je, jen se mluví .*”

Vzhledem ke svému v ku se sestra 3 jífl dále vzd lávat nehodlá, ale celkový p ehled má a pokud narazí na n jaký lánec í po ad v televizi, tak se ráda podívá. S.3: „*Mám p ehled, jak je to v jiných zemích. Kdyfl n co b ří v televizi, tak se podívám nebo si p e tu lánecí Ale cílen se ufl vzd lávat nehodlám. V tomhle v ku ufl to nemá snad ani cenu.*”

aní shodují a ani tato sestra není výjimkou. Pořadavky

S.3: „Z ídit místnost, kde si umírající m fle v klidu zem ít, rozlou it se s rodinou. Nejlep-í by bylo, aby lidé umírali doma se svými blízkými, ale to není možný, kdyfl lov k musí po ád do práce. Kolikrát jsou ty rodiny ale tak na nic, fle by to ne-lo ani tak.õ

8. Interpretace výsledk

Nyní bychom si uvedli záv ry k výzkumné ásti. Tuto kapitolu jsme rozd lili na dva bloky. Každý blok je odpov na jednu z výzkumných otázek. Jako první se budeme zabývat otázkou, zda se postoje aktér zm nili v závislosti s jejich praxí. Jako druhou bychom si zodpov d li otázku, zda rozdíl najdeme i v názorech mezi jednotlivými skupinami aktér , tedy mezi sestrami a léka i.

8.1 Vliv praxe na postoje ke smrti a k eutanázii

Zhodnocením získaných rozhovor se zam ením na otázky 2., 3., 4.,5. A 14. jsme zjistili, fle u p ti ze -esti aktér do-lo k výraznému vývoji jejich názoru a celkových postoj ke smrti a eutanázii. Pouze u dvou aktér nedo-lo k fládné výrazn j-í zm n . Tito akté i tvrdí, fle se názor na smrt a eutanázii formuje a zárove definitivn upev uje jifl b hem studií na medicín , potaflmo na zdravotnické -kole. Jedna z aktérek také zmínila vliv bývalého reflimu, kdy tato témata byla tabuizována. Dá se tedy íci, fle první na-e výzkumná otázka byla potvrzena.

8.2 Rozdíly v postojích ke smrti a k eutanázii mezi léka i a st edním zdravotnickým personálem

U této výzkumné otázky se lehce pozastavíme. I zde jsou znatelné výrazné rozdíly ve vnímání jednotlivých pojmv . Vezm me si otázky . 6., 7., 8.,9. a 16. Pomineme-li fakt, fle otázky 6. a 7. nám slouffily jako kontrolní polofky pro obsáhnutí vedlej-í vliv . P i emfl pozitivn na tuto otázku odpov d l pouze jeden respondent, který zárove potvrdil, fle jej tato skute nost ovlivnila a to velice významn , ekl, fle díky tomuto záflitku -el na medicínu.

Léka i pojmají smrt jako somatický stav, který definují léka ským pohledem. Smrt je pro n zm na somatického stavu. Byl stav flivý nemocný a nyní je stav mrtvý nemocný. Oproti tomu sestry vyuffivaly k vyjád ení subjektivního vnímání tohoto pojmu p ídavná jména a ve v-ech t ech p ípadech se na odpov di shodli. Tvrdí, fle

–leno vysvobození pro pacienta, pro rodinu. Výjimku
t vrátíme.

Pokud se podíváme na otázky z bloku eutanázie (10., 11., 12., 13., 14. a 15.). V–echny t i dotazované sestry se shodují na ANO pro legalizaci eutanázie v české republice. Pro pasivní formu eutanázie jsou v–echny t i dotazované sestry. V otázce aktivní eutanázie se jejich názory jifl mírn rozcházejí. Dv sestry jsou pro, av–ak kladou d raz na individualitu každého p ípadu. Poslední sestra p istupuje k aktivní eutanázii opatrn a rad ji by jí neprovád la. Asistovat p i eutanázii by ale byly schopny v–echny. U léka je to v–ak jinak. Dva z léka jsou jednozna n proti legalizaci a to z d vod etických. Obávají se zneufitelnosti a v p ípad , fle by eutanázie legalizována byla, tak by akceptovali pouze pasivní nikoliv aktivní. V krajním p ípad by ale aktivní eutanázii byli schopni provést. T etí z léka je pro zavedení eutanázie do české republiky, ale pouze v pasivní form . Pokud by v–ak byla povolena i aktivní, tak by nem l problém ji provést, av–ak, jak zd raz uje, za velmi p ísných podmínek.

Jak jsme vý–e zmínili, vrátíme se je–t k otázce . 16. U této otázky se v–ichni dotazovaní shodují. Pokud by m li moflnost zajistit pacientovi d stojné umírání, tak by se jejich moc soust edila hlavn na odstran ní bolesti, hladu a flízna a také na moflnost umírat v kruhu rodiny, v domácím prost edí.

Odpov dí tedy na tuto výzkumnou otázku je ó ANO. Odpov di mezi skupinou léka a skupinou sester se li–í. Léka i vnímají smrt p edev–ím ze somatické stránky a eutanázii by rad ji nezavád li. Oproti tomu sestry vnímají smrt jako psycho - somatický proflitek každého jedince a tudífl by souhlasily se zavedením eutanázie v české republice.

8.3 Záv r pozorování

Záv rem pozorování je jen stru ný popis. V–ichni akté i se chovali velmi podobným stylem. Zpo átku rozhovoru mluvili nahlas a nevyhýbali se o nímu kontaktu. S postupující obtíflností kladených dotaz se intenzita hlasu snifluje a o ní kontakt prakticky vymizel. Velmi ásté (u 4 ze 6 aktér) bylo poklepávání si rukou o podloflku. Co se tý e pozice vsed , tak afl na jednoho aktéra v–ichni sed li v uzav ené

staffené k t lu, mírný p edklon. Jediný aktér zaujal hu voln p es druhou a ruce voln rozlofené na b i-e.

Záda prohnutá do mírného záklonu p es op rku fidle. Bylo zjevné, fle 5 ze 6 aktér je postupn celé téma p inejmen-ím znepokojující. A anifl by si to uv domovali, tak intenzitou hlasu jasn dávali najevo, za kterým názorem si stojí a který rad ji vy knou ti-eji, aby jej jakoby mohli vzít p ípadn zp t.

9. Diskuze

Vytvo ení této práce bylo velmi náro né. A to hned z n kolika d vod . Na toto téma není p íli- mnoho výzkum v jiných zemích a s literaturou na toto téma je to v echách také -patné. Existuje pár ucelených a p ehledných publikací na téma smrt ó thanatologie nebo paliativní pé e. U eutanázie je to jifl problém. V t-í ást informací jsme erpali z knih v novaných jiným témat m, a které mají kapitolu o eutanázii vlofenou pouze jako zajímavost. Nejhor-í to bylo se získáním legislativní úpravy v na-em stát . Ohledn eutanázie v Holandsku a USA to také nebylo snadné. V ústav spojených stát není slovo eutanázie zakotvené, ale obsahov ji pouze zamítá opakováním práva na flivot.

Kdyfl si celou práci projdeme znovu, jist zjistíme, fle jsou podmínky, které bychom v dal-ím výzkumu zp ísnili. První v c, která m fle ohrožit relevantnost výzkumu je výzkumný soubor. Ná- výzkumný soubor pochází z Chrudimské nemocnice. Je moflné namítnout, fle vzorek nepostihuje odbornou ve ejnost ani velikostí vzorku, ani plo-ným pokrytím léka ské a sesterské populace. Do budoucna by bylo vhodné roz-í it výzkumný vzorek minimáln na 50 aktér z ad léka a ten samý po et s ad sester. Také by m l být výzkum provád n nap í celou republikou v r zných nemocnicích i zdravotnických za ízeních. Poté by se jifl dal výsledek vztáhnout na celou odbornou zdravotnickou populaci.

Pokud porovnáme ná- výzkum s dal-ími výzkumy na toto téma, tak dojdeme k dal-ímu problému. Kvalitní výzkum na téma smrt a eutanázie mezi léka i byl v Evrop proveden pouze v Belgii. Co se tý e výzkumu mezi st edním zdravotnickým personálem, vznikla studie v Belgii a v Indii. Výsledky výzkumu v Belgii jsme si popsali jifl v kapitole 4. Sou asné výzkumy. Co se tý e výzkumu v Indii, tak zde byl popsán velmi ambivalentní postoj sester na eutanázii. V roce 2011 byla v Indii povolena pasivní eutanázie. Tento výzkum byl proveden dva roky po legalizaci

výsledky byly p ekvapivé. Sestry v Indii v p eváfné
a legalizací eutanázie v jejich zemi (Poreddi, 2013).

Kdyfl tedy porovnáme výsledky na-eho výzkumu, tak nenacházíme fládnou shodu v postojích sester oproti jiným zemím (v tomto p ípad Belgie a Indie). Pokud bychom srovnávali postoje mezi léka i, tak e-tí léka i se s Belgickými v názoru shodují. Výzkum mezi léka i na téma eutanázie byl proveden je-t v N mecku. Tento výzkum v-ak nelze s na-ím porovnávat, jelikofl v N mecku se dotazovali léka na eutanázii ve spojitosti s krutostmi druhé sv tové války. V em se ale shodují? N me tí léka i tvrdí, fle to bylo jednozna né zneuflít pojmu eutanázie. e-tí léka i tvrdí, fle se eutanázie dá velice snadno zneuflít i dnes (Roelcke, 1998).

D leflitým ukazatelem byla i metoda pozorování, kdy se nám jasn potvrdil p etrvávající duch tabu. O smrti bylo pro v-echny aktéry t flké mluvit, p estofle jsou s ní konfrontováni denn . Problém s komunikací nastává jifl v b flné praxi. Sestry se obecn neumí bavit s pacienty i rodinnými p íslu-níky o proflívání smrti, neumí adekvátní a pohotov reagovat na dotazy. Velké vyp tí (napnutí -íjových sval , sklopený zrak, t kání pohledem, zam stnávání rukou) vznikalo p i ml ení. Pokud jsme p i rozhovoru dali prostor k zamy-lení, tak afl na jednoho aktéra za ali v-ichni dotazovaní svým zp sobem panika it. Jejich zrak se neustále stá el k únikovým prostor m.

e-ením by mohlo být propou-t ní, co nejv t-ího po tu umírajících do domácího prost edí, které také doporu ují v-ichni akté i. Spole nost by se m la nau it zase chápat smrt jako p irozenou sou ást flivota, bez nífl bychom flivot nemohli proflít. Dnes je velice roz-í ená osv ta v oblasti rakoviny, domácího násilí, HIV a potafimo AIDS. Ale to jsou v-echno aspekty, jefl v nejhor-ím p ípad vedou práv ke smrti a asto i k otázce eutanázie p i upoutání na l flko. Myslíme, fle p ání v-ech aktér , aby pacient umíral doma v kruhu rodinném je oprávn né a m lo by se do budoucna aktivn e-it. Moflná, fle kdyfl bude se smrtí více konfrontována i laická ve ejnost, za ne se kone n nahlas e-it otázka legalizace eutanázie v eské republice.

Dle na-eho názoru je moflné výsledky výzkumu této bakalá ské práce vyuflít jako motivaci k zamy-lení, co v-e je-t m flme pro jedince, kte í se vypo ádávají s tak nelehkým úkolem jakým je bezesporu umírání, ud lat. Myslíme si, fle v na-í republice není akutní pot eba zavést eutanázii. Na to je-t ná- stát není p ipraven. Neumíme

... pé i, i obecn komunikaci s pacientem. Velkým
... jifl ekonomická zát fl brfd ní umírajících um lým
udrřováním p i flivot , tak finance na kvalitní pé i, jeřl stále chybí. Je pot eba více
hospic , lep-í vybavení za ízení pe ujících o umírající klienty. Je obrovská pot eba
-kolit personál v otázkách smrti, umírání a truchlení. Každé takové za ízení by m lo
poskytovat psychologické služby zaji-t né odborníkem jak pro pacienty, tak pro
personál. Myslíme, ře v první ad by eská republika m la za ít chápat, co je to smrt.
Od toho se odrazit. Jak se ukázalo v otázce . 16 je pot eba zajistit, aby umírajícího
netrýznila bolest, aby nehladov l, aby neflíznil, aby mohl dýchat a dal-í. Jednodu-e,
aby jeho odchod ze flivota nebyl utrpením.

10. Shrnutí

Cílem této práce bylo zmapovat oblast lidských názor , které se p i b flné mezilidské
konverzaci p íli- nevyskytuje. Pustili jsme se do velice intimního tématu. D íve bylo
naprosto b flné, ře si lidé umírali doma a rodina tomuto faktu byla konfrontována jako
první. Nerozli-ovalo se zda je to dít i dosp lý truchlící. Bývalo zvykem, ře se t lo
nebořtíka ponechalo je-t pár dní na lořli a afl poté se nohama nap ed vyná-el z doma.
Mezitím si jej rodina kompletn p ípravila na poh eb. Dnes je jifl tato funkce
p enechána institucím, kde stále více p íbývá opu-t ných nemocných, kte í v takto
t flkých chvílích z stávají na boj s nemocí nebo p ímo se smrtí sami. Léka i p ebírají
ve-kerou zodpov dnost za stav pacienta, cofl zahrnuje pé i o psychické a fyzické
pot eby, ale také mnohdy zbyte né a nekone né udrřování jedince p i flivot . Léka
bohufel v dne-ní dob nemá p íli- na vybranou vzhledem k sou asné legislativ a
hlavn mentalit obyvatel R, kte í jsou ve sv t slavní tím, ře se soudí o kařldou
kuli ku hrá-ku. D íve tomu tak ale nebylo, jak s nemocnými tak s léka i a dal-ím
zdravotnickým personálem se jednalo jinak. Povinnosti i kompetence byly zcela
odli-né. A práv této problematice se v nuje první ást této bakalá ské práce.

Problematika eutanázie je ve sv t jifl docela roz-í eným tématem k diskusi. Každý
stát má v dne-ní dob svou specifickou legislativu, která je ovlivn na p edev-ím
kulturním d dictvím a s tím i mentalitou jednotlivých stát . Jak jsme si v kapitole 4.
zmínili studii vzniklou v Indii mezi sestrami. Zde p evládá spí-e negativní postoj, jak
je tedy mořlné, ře je zde eutanázie legalizována? Ub hly teprve dva roky od zavedení

ují první mrá ky nad tímto zákonem. Zajímavé ale je, s hojn vyufflíván jako trest, ale pokud si jedinec o smrt (v jiné form) dokonce fládá, tak je to nep ípustné. Naopak jiný sociokulturní problém mají spojené státy, jeff jsou závislé na Ústav USA, podle kterých se základu zákon musí státy shodovat. Zde je také zajímavý kontrast ó ve v t-in stát USA je povoleno p i nedovoleném vjezdu na pozemek, hájit jej st elnou zbraní. Nárok na st elnou zbra je ukotven i v ústav . Je velmi ásté, fle dojde k nesmyslným p est elkám, kdy n kdo b fln zneufflije zbra a zast elí jí souseda nebo známého. Na druhou stranu usmrtit n koho, protofle trpí a jeho zdravotní stav je velmi váfflný, je trestné. Ale nutno podotknout, fle v p ípad provedení eutanázie jsou v n kterých státech stanoveny výjimky pro léka e, které dávají moffnost ud lit mírný trest. I v eské republice existoval návrh zákona, který definuje specifický trestný in ó usmrcení z útrpnosti z roku 1926. Ten ale bohufel neve-el v platnost (Ba-tecká, 2003). Problém v-ak, který nejvíce brání v legalizaci i realizaci eutanázie, je etika. Etické aspekty provád ní eutanázie byly, jsou a budou silnými nástroji jak pro p ívrffence (právo na sebeur ení, právo na autonomii), tak pro odp rce (je to akt proti p írod , eutanázie vrhá -patný stín a jde proti my-lence medicíny). Jedno je bezesporu ó eutanázie je dvojse ný me . Na v-echny tyto charakteristiky v etn legislativy jsme se zam íli ve druhé kapitole této práce.

Co se tý e posledního nejv t-ffho bloku z teoretické ásti, je jím smrt. Jednoduchá posloupnost pojm ó z nemocí vznikla pot eba medicíny a o-et ovatelství, ty pak bylo nutno n jakým zp sobem uspo ádat. S p íbývajícími chorobami a bohufel o n co pomaleji se rozvíjející se léka skou technikou se objevuje poptávka po eutanázii a následkem eutanázie je smrt. Tento pojem má v-ak dva moffné úhly pohledu a ty jsme si podrobn ji rozebrali ve t etí kapitole bakalá ské práce.

Výzkumná ást tedy vychází z popsané teorie a klí ových slov. Ve-keré uffité zkratky jsou vysv tleny v textu. Pomocí -esti polostrukturovaných rozhovor jsme se snaffili vytvo it alespo áste ný pohled na eutanázii a smrt z pohledu jedinc , kte í v takovém prost edí pracují. Jelikoff i autorka v tomto prost edí jiff n kolik let pracuje, vnímá výsledky jako soubor informací potvrzujících nutnou pot ebu e-it otázku umírání v nemocnicích. Pro stát je ekonomicky náro né takovým lidem zajistit by jen standartní pé í, na kterou mají z ve ejného poji-t ní nárok, ale to bohufel nesta í. Lidé v tak váfflných stavech, které popisovali akté i rozhovor , pot ebují mnohem specifí t j-í pé í a vysoce individuální p ístup, který není moffný zajistit p í stávajících

...né části shodovali v-ichni akté i, tak je pot eba ve
...ni a s rodinou, který v-ak není mofné zajistit, kdyfl je
v sou asné dob smrt absolutn institucionalizována. Lidé se dnes bojí o smrti mluvit,
natofl se na ni dívat. Je to n co neznámého a pokařd, i kdyfl je o ekávaná, p ekvapí.

Výsledky této práce ukazují, fle eská republika, podle souboru vybraného z odborné
ve ejnosti v oboru zdravotnictví, není je-t ani zdaleka p ipravena na legalizaci
eutanázie. Stran léka ské ásti souboru je problém hlavn etický a morální. Velkým
rizikem je zneuffití eutanázie a to nejen pacienty nebo zdravotnickým personálem, ale
také rodinou pacienta. Podle aktér není mofné se t mto rizik m vyhnout jakýmikoliv
administrativními opat eními. V em spo ívá význam práce? Snařfili jsme se poukázat
na nutnost dal-ích a rozsáhlej-ích výzkum v této oblasti. Je pot eba za ít toto téma
aktuáln e-ít. Bylo by do budoucna vhodné provést rozsáhlý výzkum nap í celou
republikou a zmapovat vnímání eutanázie a umírání více do hloubky jak mezi
odbornou ve ejností, tak mezi laickou ve ejností. Po sepsání této práce se objevuje i
obrovská pot eba celkové osv ty mezi populací eské republiky v tématech smrt a
eutanázie.

11. Záv r

Výsledky pouřitých metod nám ukázaly, fle p ímá konfrontace se smrtí ovliv uje
subjektivní postoj k ní. Nap í v-emi odd leními je vid t, fle nezáleřfí ani tak na typu
choroby, jako na vlastním prořívání jejích symptom . Mezi sestrami je vid t, fle
popisují smrt pomocí synonym, kdeřto léka i ji popisují pomocí definic (somatický
stav organismu).

Ve v ci eutanázie nám vy-el zásadní rozdíl v postoji ohledn legalizace. Léka i
s ohledem na léka ský slib preferují neuzákon ní, ale v p ípad nutnosti by volili
pasivní formu. Naproti tomu sestry jsou zajedno v uzákon ní a zavedení obou forem,
av-ak se zd razn ním individuálního p ístupu ke kařdému p ípadu. Oproti výzkumu
v Belgii, který zahrnoval jak postoje sester, tak léka , nepanuje v eské republice
mezi t mito dv ma pozicemi taková shoda názor jako je tomu práv mezi belgickými
léka i a st edním zdravotnickým personálem (Broeckert, 2010). Zhodnocením
pozorování bychom uvedli, fle i kdyfl rozhovory byly vedeny v soukromí, tak byla na
aktérech znatelná nervozita a rozpaky p i hovoru. N kte í akté i se také ale dokázali



PDF Complete
Your complimentary use period has ended.
Thank you for using PDF Complete.

[Click Here to upgrade to Unlimited Pages and Expanded Features](#)

v R. V em se podobali v-ichni dotazování stran
tématu a fádosti o rozhovor o této problematice.

Nejv t-ím p ínosem práce je zmapování subjektivního vnímání t chto dvou témat mezi odbornou zdravotnickou populací. Nedostatkem ale je, fle by bylo pot eba roz-ít vzorek nap í celou republikou a také i do jiných za ízení pe ujících o umírající pacienty. Celkov je pot eba zapojit i neobornou ve ejnost do pé e o umírající a navrátit tak zase smrt do b fného vnímání flivota, jehofl sou ástí bezpochyby je.

1. Hatami, J. (2014). [online] Personality Factors and Attitudes Toward Euthanasia in Iran: Implications for End-of-life Research and Practice. In EBSCO. [cit. 2014-01-02]. Dostupné z WWW: <<http://web.a.ebscohost.com/ehost>>
2. Ba-tecká, B. a kol. (2003). *Klinická psychologie v praxi*. Praha: Portál.
3. Broeckaert, B., Gielen, J., VanIersel, T. (2010). [online]. Euthanasia and Palliative care in Belgium: The Attitudes of Flemish Palliative Care Nurses and Physicians Euthanasia. In EBSCO. [cit. 2010-07-14]. Dostupné z WWW: <<http://web.a.ebscohost.com/ehost>>
4. Brovinsová, M., Oehmke, T. (1996). *Vraždy nebo milosrdenství? Dr. Smrt*. Praha: Brána.
5. Davies, G. (2013). *Kompletní historie medicíny*. Brno: C Press.
6. Janí-ová, T. (2010). *Eutanázie v historii a současnosti*. Pardubice: Tiskárny Univerzity Pardubice.
7. Jank, M. a kol. (2010). *Základy práva pro posluchače neprávnických fakult*. Praha: C.H.Beck.
8. Jaro-ová, D. (1999). *Vybrané kapitoly z teorie ošetřovatelství*. Ostrava: Repronis.
9. Kübler-Ross, E. (2008). *On death and Dying*. United Kingdom: Taylor and Francis Ltd.
10. Kutnohorská, J. (2010). *Historie ošetřovatelství*. Praha: Grada Publishing.
11. Marková, M. (2010). *Sestra v paliativní péči*. Praha: Grada Publishing.
12. Milfait, R. (2013). *Lidská práva osob s postižením, nevyhlášených a umírajících*. Vimperk: Akcent.
13. Mlýnková, J. (2010). *Péče ošetřovatelství II. díl*. Praha: Grada Publishing.
14. Plevová, I. a kol. (2011). *Ošetřovatelství I*. Praha: Grada Publishing.
15. Poreddi, V., Nagarajaiah, Konduru, R., BadaMath, S. (2013). [online]. Euthanasia: the perceptions of nurses in India. In EBSCO. [cit. 2013-04-19]. Dostupné z WWW: <<http://web.a.ebscohost.com/ehost>>.
16. Rajánová, M. (2012). *Smrtí to nekončí*. *Psychologie Dnes*. [cit. 2011-11-01, s.25].
17. Robinson, D., Garrett, Ch. (1996). *Seznamte se s Etikou*. Praha: Portál.
18. Roková, I. (2007). *Výkladový materiál z ošetřovatelství*. Pardubice: Střední zdravotnická škola.

- tzoll,M.(1998).[online].Erbpsychologische Forschungim
e Dokumente und Aspekte zu Carl Schneider, Julius
Deussenund Ernst Rüdin. In EBSCO. [cit. 1998-01-01]. Dostupné z WWW:
<<http://web.a.ebscohost.com/ehost>>.
- 20.Sta ková,M.(2001). Galerie hisotrických osobností. Brno: IDV PZ.
- 21.Sta ková,M.(2003). Z historie charitativní a ádové o-et ovatelské pé e.Sestra. [cit.
2003-06-01, s. 3 ó 18.].
- 22.Stolínová,J., Mach,J.(2010). Právní odpov dnost v medicín .Praha: Galén.
23. Tma,A., Suk,M.(2012). Základy práva pro st ední a vy—íodborné koly.Praha: C.H.
Beck.
24. Médar,L.(2008). Základy zdravotnického práva.Praha: Lexis Nexis CZ s.r.o.
- 25.Vokurka,M, Hugo,J.(2004). Velký léka ský slovník.Praha: JesseniusMaxdorf.

... i a k eutanázii u léka a st edního zdravotnického personálu.

Autor práce: Veronika Stryalová

Vedoucí práce: Mgr. Martin Kupka PhD.

Po et stran a znak :69 stran, 113 078znak

Po et p íloh: 8

Po et titul poufité literatury: 25

Abstrakt: Tato bakalá ská práce se zabývá problematikou eutanázie a postoj ke smrti v závislosti na délce praxe ve zdravotnictví. V teoretické ásti práce se zabýváme t emi klí ovými body. Tím prvním je obecné definování pojmu léka a st ední zdravotnický personál, jelikož je výzkumná ást zam ená ist na odbornou ást populace. Druhým bodem je explorace pojmu eutanázie a s ní spojená legislativa v eské republice, Holandsku a USA (pro lep-í pochopení). Jako poslední se v nuje tématu smrti, zmíníme zde lékařský i psychologický výklad pojmu smrt a r zné pohledy na její pr b h (pohled umírajícího, pohled druhé strany ó zdravotník, rodina).

Empirická ást obsahuje záznam 6 semistrukturovaných rozhovor s odborníky v oboru akutní a dlouhodobé zdravotní pé e. Do svého výzkumu jsem si vybrala 3 léka e (akutní pé e ó ARO, interna, dlouhodobá pé e ó lé ebna dlouhodob nemocných) a 3 sestry (op t akutní a dlouhodobá pé e). Rozhovory jsem na záv r doplnila poznámkami o mém pozorování jednotlivých aktér .

Klí ová slova: akutní pé e, dlouhodobá pé e, léka , st ední zdravotnický personál, eutanázie, smrt, paliativní pé e.

Topic: Attitudes toward death, attitudes toward death and euthanasia with doctors and paramedical staff

Author: Veronika Stryalová

Supervisor: Mgr. Martin Kupka PhD.

Number of pages and characters: 69 pages and 113 078 characters

Number of appendices: 8

Number of references: 25

Annotation: This thesis deals with the issue of euthanasia and attitudes to death, depending on the length of practice in health care. In the theoretical part, we deal with three key points. The first is the general definition of the concepts of physician and nursing staff, as part of the research is focused purely on the technical part of the population. The second point is the exploration of the concept of euthanasia and the related legislation in the Czech Republic, the Netherlands and the USA (for better understanding). The last deals with the subject of death, I must mention the medical and psychological interpretation of the concept of death and different views on the course (view dying, view the other side-paramedic, family).

The empirical part contains a record of six semi-structured interviews with experts in the field of acute and long-term health care. In my research, I chose five doctors (acute care - ARO, internal, long-term care - hospice) and 3 nurses (again, both acute and long-term care). Interviews I have added notes at the end of my observation of individual actors.

Keywords: acute care, long term care, physician, nursing staff, euthanasia, death, palliative care.



*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

Seznam p íloh:

P íloha 1. - Zadání bakalá ské práce

P íloha 2. - Zadání rozhovoru

P íloha 3. - P epis rozhovoru L.1

P íloha 4. - P epis rozhovoru L.2

P íloha 5. - P epis rozhovoru L.3

P íloha 6. - P epis rozhovoru S.1

P íloha 7. - P epis rozhovoru S.2

P íloha 8. - P epis rozhovoru S.3

Údaje o BAKALÁŘSKÉ PRÁCI studenta

Os. číslo:	F11177	Datum zadání:	25.04.2018
Příjmení a jméno:	STRYALOVÁ Veronika	Přijevení datum odevzdání:	31.03.2018
Oblast:	Psychologie (PSYB)	Datum odevzdání:	žádné neodvolání
Základní téma:	Postoje k otázaní a ke smrti u lékařů a středního zdravotnického personálu		
Stará práce:	Resuscitovaná práce		

Údaje o kvalifikační práci

1. Základní téma:

Postoje k otázaní a ke smrti u lékařů a středního zdravotnického personálu

2. Název díla studenta:

Postoje ke smrti a k otázaní u lékařů a středního zdravotnického personálu

3. Název v angličtině:

Attitudes toward Death and euthanasia with doctors and paramedical staff

4. Školitý název:

5. Počet stran:

6. Anotace (krátký popis práce):

Tato bakalářská práce se zabývá problematikou otázaní a postoji ke smrti v závislosti na délce praxe ve zdravotnictví. V teoretické části práce se zabývá více třemi klíčovými body. Tím prvním je obecná definování pojmů lékař a střední zdravotnický personál, jelikož je významní část zaměstnání lidí na odbornou část populace. Druhým bodem je explorační pojem otázaní a s ní spojená legislativa v České republice, Holandsku a USA (pro lepší pochopení). Jako poslední se věnujeme tomuto smrti, mrtvosti u lékařů a psychologický výklad pojmu smrt a různé pohledy na její přechod (pohled umírajícího, pohled druhé strany zdravotník, rodina).

7. Klíčová slova (oděšluje šablona):

smrti péče, dlouhodobá péče, lékař, střední zdravotnický personál, otázaní, smrt, paliativní péče

8. Anotace v angličtině (krátký popis práce):

This thesis deals with the issue of euthanasia and attitudes to death, depending on the length of practice in health care. In the theoretical part, we deal with three key points. The first is the general definition of the concepts of physician and nursing staff, as part of the research is focused purely on the technical part of the population. The second point is the explanation of the concept of euthanasia and the related legislation in the Czech Republic, the Netherlands and the USA (for better understanding). The last deals with the subject of death, I must mention the medical and psychological interpretation of the concept of death and different views on the course (view dying, view the other side - paramedic, family).

9. Anglická klíčová slova (oděšluje šablona):

Keywords: acute care, long term care, physician, nursing staff, euthanasia, death, palliative care

10. Přílohy volně vložené:

CD ROM

11. Přílohy vložené v práci:

nacházela

12. Rozsah práce:

73 a. (105 000 znaků)

13. Jazyk práce:

CZ

14. Záman přebíhá obhajoby:

15. Zásady pro vypracování:

Práce bude sestávat z teoretické části, kde definuji pojmy otázaní, smrt, tzv. smrti, lékařský pracovník, střední zdravotnický personál. Definice budou teoretické části bude problematika otázaní. Její typy, formy a legislativa. Další se bude zabývat postoji jednotlivých pracovníků ke smrti (jejich jednotlivými částmi, vlastním pohledem na smrt).

Výzkumná část bude proveden kvantitativní metodu polustrukturovaného rozhovoru s jednotlivými pracovníky. Každý bodem statisticky a následně kvantifikovat a zjednotit. To vše s přímým souhlasem respondentů.

Celkový počet respondentů by měl být minimálně 10 osob.

16. Seminal doplnění literatury:

Kubler-Rossová,E.(2012) Smrt na konci života: duševní a životní úroveň žijícího. Praha: Galén.
Halkarovská,H.(2007) Terminologie smrti u smrti. Praha: Galén.

Údaje o BAKALÁŘSKÉ PRÁCI studenta

Oš. číslo:	F11277	Datum zadání:	25.04.2013
Příjmení a jméno:	STRYALCOVÁ, Veronika	Plánovaný datum odevzdání:	31.03.2014
Ověřovací kód:	Psychologie (PSTB)	Datum odevzdání:	dosud neodovzdáno
Zadání témat:	Pozice k existenci a ke smrti a lékařů a středního zdravotnického personálu		
Stav práce:	Rozpracovaná práce		

Mareš, J. (2012). *Psychosomatický rozvoj člověka*. Praha: Grada.
Hrych, B. (2008). *Smrt a nezsmrtelnost. Sociální reprezentace smrti*. Praha: Triton.
Mazanecová, M. (2007). *Existenciální, nebo politická práce?* Praha: Grada.

17. Oponent práce:

18. Vedoucí práce: Kopta Martin, Mgr. Ph.D.

Elektronická forma kvalifikační práce

Zatím není přiložen žádný soubor s elektronickou formou práce...

Posudky kvalifikační práce

Posudek(y) oponenta: Není k dispozici...

Hodnotící vedoucího: Není k dispozici...

Soubor s přiloženým obsahem: Žádný není vložen

Potvrzují správnost vložených údajů :

Datum: 25.3.14

Podpis: [Podpis]

Postoje ke smrti a k eutanázii u lékařů a st edního zdravotnického personálu

1. Va-e pohlaví?
2. Vá-V k?
3. Va-e sou asné pracovní za azení?
4. Jak dlouho tuto pozici vykonáváte?
5. Na jakém odd lení nyní pracujete?
6. M l/a jste p ímou osobní zku-enost s úmrtím (autonehoda, rodina, sv dek nehody apod.) p ed nástupem do zdravotnictví?
7. Pokud Ano: Jak Vás tato zku-enost ovlivnila?
8. Jak často se na své pracovní pozici zdravotnického pracovníka setkáváte s úmrtími pacientů? O jaký typ úmrtí se jedná (DNR, terminální stadia nemocí, náhlá úmrtí)?
9. Jak vzhledem k Va-í pracovní pozici vnímáte pojem SMRT?
10. Jak chápete pojem EUTANÁZIE?
11. Jaký je Váš-postoj k otázce legalizace eutanázie v ČR? Pro ?
12. Pokud by v ČR byla eutanázie legalizována, která z jejích forem je pro Vás akceptovatelná? Aktivní, kdy lékař i pacient uffi je smrtící látku k vyvolání smrti i odpojení od p ístroj na fládost rodiny; pasivní, kdy je zastavena ve-kerá lé ba a tím vyvolána smrt. Nebo ob varianty.
13. Byl/a byste schopen/na asistovat p i eutanázii (sestry) nebo ji p ímo provést (léka i)? Pro ?
14. Ovlivnila v pr b hu let Va-e pracovní pozice Váš-názor na eutanázii?
15. Zajímáte se o témata smrti i eutanázie i v jiných zemích? Hodláte se v t chto oblastech dále vzd ívat?
16. Pokud byste m l/a možnost zajistit, aby pacient mohl d stojn zem ít, jak byste toho docílil/a?

1. Va-e pohlaví?,*fiena.õ*
2. V-V k?,*46 let.õ*
3. Va-e sou asné pracovní za azení?,*Sekundární léka ka.õ*
4. Jak dlouho tuto pozici vykonavete?,*18 let, po celou dobu na stejne pozici.õ*
5. Na jakém oddělení nynı pracujete?,*ARO, anestezie, sály, l fka ty jsou spí-pro absolventy, aby se nau ilizavad t centralnı fılnı katetry a tak podobne.õ*
6. Má l/a jste pımou osobní zkušenost s umrtım (autonehoda, rodina, svědek nehody apod.) p ed nástupem do zdravotnictví?,*NE.õ*
7. Pokud Ano: Jak Vás tato zkušenost ovlivnila? -----

8. Jakasto se na své pracovní pozici zdravotnického pracovníka setkavete s umrtımı pacientı? O jaký typ umrtı se jedná (DNR, terminální stadia nemocí, náhlá umrtı)?,*Na těch lfkach tam by to bylo kakdodenne, ale já ufl tam moc nejsem,takfe tak 1x za měsíc.õ*

9. Jak vzhledem k Va-í pracovní pozici vnímáte pojem SMRT?,*B fna sou ast, b fna zakon ení fıvotaı jinak tolov k vnímá v rodině a jinak už cizıholov ka, kdy se vás to tolik nedotkne.õ*

10. Jakchapete pojem EUTANÁZIE?,*ızene ukončení fıvota nevyhle itelne nemocného pacienta.õ*

11. Jaký je Va- postoj k otázce legalizace eutanázie v R? Proč?,*To je ono, to je právě hrozn t fíky. Je mi jasne, fe to je zneufıtelny, to si uv domuju.õ*

12. Pokud by v R byla eutanázie legalizována, která z jejích forem je pro Vás akceptovatelná? Aktivní, kdy lekaı pacient uflije smrtící látku k vyvolání smrtiı i odpojení od pıstrojı na fıadost rodiny; pasivní, kdy je zastavena ve-kerá le ba a tím vyvolána smrt. Nebo obě varianty.,*Ta pasivní je pro me pıijatelna jí.õ*

istovat p i eutanázii (sestry) nebo ji p ímo provést
m Hippokratovu p ísahu a bylo by to v rozporu s jejím

smý-lením.õ

14. Ovlivnila v pr b hu let Va-e pracovní pozice Vá-názor na eutanázii?.,*Víc jsem o ní za ala p emý-let, protofke co tu máme DIP (pozn. dlouhodobá intenzivní pé e), tak tu vidím spoustu ne e-itelných p ípad , jsou zde pacienti upoutáni na l fko a laik nem fle v d t, jak dlouhé utrpení ti jedinci prožívají. To si nikdo neumí p edstavit, co dokáfle nastat. Ani medik si to neumí p edstavit, kvadruplegici co nemohou nic a uv domují si toí Sály jsou optimistické, ale na l fkách to je ubíjející protofke se ví,fle lov k um e, d láte pro n j maximum a stejn víte,fle to je k ni emu, ale právn to musí být, proto mám rad ji tu optimistickou ást medicíny.õ*

15. Zajímáte se o témata smrti i eutanázie i v jiných zemích? Hodláte se v t chto oblastech dále vzd lávat?.,*P iznám se, fle ne. No já jsem si je-t p ed dv ma lety ud lala atestaci na paliativní pé i a lé bu bolesti, tam bylo dost p edná-ek, je mi jasný,fle ta otázka bude nar stat p i rostoucí velikost grant , ale fle bych se o to n jak více zajímala to ne.õ*

16. Pokud byste m l/a moflnost zajistit, aby pacient mohl d stojn zem ít, jak byste toho docílil/a?.,*Já si myslím,fle stra-n d lefítá je p ítomnost rodiny.õ*

2. Vá–v k? „40 let.õ
3. Va-e sou asné pracovní za azení? „Vedoucí léka interního odd lení.õ
4. Jak dlouho tuto pozici vykonáváte? „14 let celkem, 2 roky jakou vedoucí léka , p edtím 6 let na interní jipce a je-t 6 let na interním standardu.õ
5. Na jakém odd lení nyní pracujete? „Te jsem na intern .õ
6. M l/a jste p ímou osobní zku-enost s úmrtím (autonehoda, rodina, sv dek nehody apod.) p ed nástupem do zdravotnictví? „ANO.õ
7. Pokud Ano: Jak Vás tato zku-enost ovlivnila? „V podstat to byl jeden z podn t , které m vedly ke studiu na medicín .õ
8. Jak asto se na své pracovní pozici zdravotnického pracovníka setkáváte s úmrtími pacient ? O jaký typ úmrtí se jedná (DNR, terminální stadia nemocí, náhlá úmrtí)? „Tak 3x týdn . Sestavou to je 1/3 neplánovaná úmrtí a 2/3 terminální nebo DNR.õ
9. Jak vzhledem k Va-í pracovní pozici vnímáte pojem SMRT? „To je dost filosofická otázka. Noí Ono je mofností víc, ale vzhledem k mojí pracovní pozicií P irozené vyúst ní probíhajících nemocí v pokro ilém nebo t fském stádiu.õ
10. Jak chápete pojem EUTANÁZIE? „Smrt jedince na jejímfl pr b hu má téfl ú ast zdravotník.õ
11. Jaký je Vá–postoj k otázce legalizace eutanázie v R? Pro ? „Já bych byl pro, protofle si myslím, fle má kaflký právo o sob rozhodovat afl do konceí Chápu rozdíl u gynekolog ohledn potrat . Problém m fle být i v léka ov volb í Také tu hraje roli rodinaí õ
12. Pokud by v R byla eutanázie legalizována, která z jejích forem je pro Vás akceptovatelná? Aktivní, kdy léka i pacient uflije smrtící látku k vyvolání smrti i odpojení od p ístroj na fládost rodiny; pasivní, kdy je zastavena ve-kerá lé ba a tím vyvolána smrt. Nebo ob varianty. „Pasivní ano, te je otázka odpojení od p ístroj . Tam, kde je klinická smrt mozku, tak ur it í Jak tak na tím lov k p emý-í, taka aktivní bych sem nezavád l.õ
13. Byl/a byste schopen/na asistovat p i eutanázii (sestry) nebo ji p ímo provést (léka i)? Pro ? „To je otázka. Ve velmi specifických p ípadech ale asi ano. Moje kritéria by v-ak byla p ísn j-í neft tam, kde jífl eutanázie zavedená je.õ

pracovní pozice Vá–názor na eutanázii? „*Ne, tenhle výrazn nezm nil.õ* a co jsem nastoupil do práce, tak se ten m j nijak

15. . Zajímáte se o témata smrti i eutanázie i v jiných zemích? Hodláte se v t chto oblastech dále vzd lávat? „*Ano, ur it . P iznám se, fle vím, fle v n kterých zemích je eutanázie povolenáí Kde to ale je, to nevím. N jakou literaturu ufl na tenou mámí Je dobré p i hovoru s lidmi a zodpovídáním jejich dotaz . Je dobré se v tom orientovat.õ*

16. Pokud byste m l/a mořnost zajistit, aby pacient mohl d stojn zem ít, jak byste toho docílil/a? „*Co je to d stojn ? Tak podle m by lidé m li umírat doma. V kruhu rodiny. Nesmí trp t hladem, flízní a bolestí. asto je pot eba zajistit intervenci ohledn stresu a strachu z neznámého. To je asi takové základní krédo, kterého bychom se m li drřet.õ*

2. *Vá–V k?, 63 let. ð*
3. *Va–e sou asné pracovní za azení?, Léka p i d chodu. ð*
4. *Jak dlouho tuto pozici vykonáváte?, 37 let, hned po studiu. ð*
5. *Na jakém odd lení nyní pracujete? ,LDN ó DIOP. ð*
6. *M l/a jste p ímou osobní zku–enost s úmrtím (autonehoda, rodina, sv dek nehody apod.) p ed nástupem do zdravotnictví?, NE. ð*
7. *Pokud Ano: Jak Vás tato zku–enost ovlivnila? ----*

8. *Jak ásto se na své pracovní pozici zdravotnického pracovníka setkáváte s úmrtími pacient ? O jaký typ úmrtí se jedná (DNR, terminální stadia nemoci, náhlá úmrtí)?, No to je dost r zné, ale pr m rn tak 2x týdn . Zrovna te jdu psát dal-í úmrtí. Tady jsou p edev-ím pacienti se stanoveným DNR a samoz ejm lidé s terminálním stadiem nemoci. Najdou se tu i akutní exity, ale to jen výjime n . ð*
9. *Jak vzhledem k Va-í pracovní pozici vnímáte pojem SMRT?, No podle m je to normální vyúst ní flivota. Asi tak bych to ekl nejlépe. ð*
10. *Jak chápete pojem EUTANÁZIE?, Je to n co s ím já nesouhlasím. Je to um lé ukon ení flivota. ð*
11. *Jaký je Vá–postoj k otázce legalizace eutanázie v R? Pro ?, Ur it jsem proti. Je tu velké nebezpe í zneužití a nelze tomu zabránit administrativními opat eními. ð*
12. *Pokud by v R byla eutanázie legalizována, která z jejích forem je pro Vás akceptovatelná? Aktivní, kdy léka í pacient uflije smrtící látku k vyvolání smrti í odpojení od p ístroj na fládost rodiny; pasivní, kdy je zastavena ve–kerá lé ba a tím vyvolána smrt. Nebo ob varianty. ,No kdyfl ufl, tak tu pasivní formu. ð*
13. *Byl/a byste schopen/na asistovat p i eutanázii (sestry) nebo ji p ímo provést (léka í)? Pro ?, Asi bych byl schopen, ale neprovád l bych to, protofle bych necht l, aby s p ímo mým zákrokem následovala smrt. N co jiného je lé it a nevylé it a n co jiného podat léky, které zabijí cílen . Smyslem medicíny je lé it, ne ni it. ð*
14. *Ovlivnila v pr b hu let Va–e pracovní pozice Vá– názor na eutanázii? , Ur it se zm nil. Nyní mám názor takový, fle eutanázie je snadno zneužitelná a nem la by se*

i starou-ky, kte í si uv domují sv j stav a mají dojem,
si zvolí tuto variantu, jen aby ubrali rodin starosti a

práci s nimi.õ

15. Zajímáte se o témata smrti i eutanázie i v jiných zemích? Hodláte se v t chto oblastech dále vzd lávat?.,*Já ufl se vzd lávat nehodlám, vím, kde eutanázie povolena je a kde není a to mi sta í. Z toho vím, fl sem bych to zavád t necht l.õ*

16. Pokud byste m l/a mofnost zajistit, aby pacient mohl d stojn zem ít, jak byste toho docílil/a?.,*Ur it bych jim dop ál kruh rodiny, fládnou bolest, fládné nep íjemné pocity spojené s chorobou. Aby prost lov ka nic nebolelo a mohl v klidu dokon it tuhle pou . Mým cílem by bylo hlavn ulevit.õ*

1. Va-e pohlaví?, *„Mužlo*
2. Vá-V k?, *„42 let.õ*
3. Va-e sou asné pracovní za azení?, *„Stani ní sestra na ARO DIP.õ*
4. Jak dlouho tuto pozici vykonáváte?, *„5 let stani ní, 20 let jako sestra.õ*
5. Na jakém odd lení nyní pracujete?, *„ ARO DIP.õ*
6. M l/a jste p ímou osobní zku-enost s úmrtím (autonehoda, rodina, sv dek nehody apod.) p ed nástupem do zdravotnictví?, *„NE.õ*
7. Pokud Ano: Jak Vás tato zku-enost ovlivnila? -----

8. Jak ásto se na své pracovní pozici zdravotnického pracovníka setkáváte s úmrtími pacient ? O jaký typ úmrtí se jedná (DNR, terminální stadia nemocí, náhlá úmrtí)?, *„1-2 x týdn , DNR p evafluje, jsme na to nachystaní zkrátka.õ*

9. Jak vzhledem k Va-í pracovní pozici vnímáte pojem SMRT?, *„fiivotní nevyhnutelnost, p írozený b h v cí.õ*

10. Jak chápete pojem EUTANÁZIE?, *„ Zkrácení utrpení, osvobození od utrpení.õ*

11. Jaký je Vá- postoj k otázce legalizace eutanázie v R? Pro ?, *„Ano, jednozna n ano, jednak spole enské d vody, utrpení toho lov ka individuáln , zát fl rodiny bez nad je na vy e-ení stavu, ekonomický d vod, je to ekonomická zát flpro spole nost.õ*

12. Pokud by v R byla eutanázie legalizována, která z jejích forem je pro Vás akceptovatelná? Aktivní, kdy léka í pacient uflije smrtící látku k vyvolání smrti í odpojení od p ístroj na fládost rodiny; pasivní, kdy je zastavena ve-kerá lé ba a tím vyvolána smrt. Nebo ob varianty?, *„Ob varianty, je to individuální. Aktivní varianta by p íslu-ela pouze lidem, kte í si to p ání dokáflí vyslovit sami za sebe. Podmínka je, aby ten souhlas vyslovil p ímo ten lov k, nebo u dít te rodi , aby to nerozhodovala n jaká p íbuzná nebo léka sám za sebe. Tam ten úmysl musí být jasný. Otázkou úvah je pasivní eutanázieí Tam je problém, fle te nejsou nastaveny mantinely standard í U pacienta nemá lé ba cenu, trpí má pr jmy, selhává...Léka to odsouhlasí a stanoví status DNR. P ístup léka je r zný a jsou pot eba n jaká doporu ení. Pak ta pasivní*

... existuje DNR. Rozdíl je v tom, že u DNR nemusí dát
... být ten souhlas i stav pacienta jasný.õ

13. Byl/a byste schopen/na asistovat p i eutanázii (sestry) nebo ji p ímo provést (léka i)? Pro ?, *Za t ch podmínek, které budou jasn dány zákonem zcela ur it . Ono by to aktivní uzákon ní eutanázie ukon ilo ty neoficiální non lege artis, to je u každého léka e jiné, to nelé ení stavu pacient u DNR ó n kdo to nestanovuje, a dál lé í jiný zase stanoví. Terminální pé e je daná, ale v d sledku právního problému nap íklad s rodinou nastane problém stran zanedbání lé by apod. Je doporu ení odborný komory, což je léka ská záležitost a tam se to snaží projít složit k formulaci novely a zákon , nutná je spolupráce politik a odborník , aby se e-ila tato situace hned a nebo zp tn , ale to v-echo dneska trvá dlouho.õ*

14. Ovlivnila v pr b hu let Va-e pracovní pozice Vá- názor na eutanázii?., *To t fko íct, to ufl si nevzpomínám. lov k to bral, jak to p íchází. Spí-je fakt, že u starých lidí to bral lov k jinak neř u mladých, ale to je p írozený, to je tak se v-ímí ale že bych byl n kdy a priori proti, že chce zem ít to neí je to v c postoje neř odborný záležitosti. Názor se mi p íli- nezm nilí takhle je to u m .õ*

15. Zajímáte se o témata smrti i eutanázie i v jiných zemích? *Hodláte se v t chto oblastech dále vzd lávat?., Spí- jen tak jako v-ichni p e tu si lánek v novinách nebo te jsem etl, že ud lali i eutanázii pro d ti. Zajímám se o to, ale že bych to studoval to ne. Hodn m ovlivnila kniha, nebo spí-e utvrdila v p esv d eních, o doktoru Kevorkianovi, mluvil mi z du-e. Jak ti lidé tam trpí a prosí o smrt a on má svázané ruce, byl to pr kopník. V jádru to musel být hrozn hodný lov k, že takhle riskoval pro druhý.õ*

16. Pokud byste m l/a možnost zajistit, aby pacient mohl d stojn zem ít, jak byste toho docílil/a?., *Aby u toho byla rodina, aby ten lov k m l pé i fyzickou, mohl si s n kým promluvit, aby byl i psychicky vyrovnaný, eventuáln duchovní pot ebu, možnost se vyzpovídat pokud je v ící. Ideál by byl n jaký hospic nebo domácí pé e. Aby netrp l bolestmi, jak to íct .. U sebe mít blízké, domácí prost edí, nebudu mít bolest, m fl u se dívat na televizi aniř bych p emý-řel, že bolestí vysko ím z k že, abych nem l hlad a flíze , byl v istot a mohl si ten okamřik ur it sám. Rozhodovat sám o*

nejideálnější je zvolit si intravenózní podání látky
Nejspíše by to měl provádět anesteziolog, který tomuhle
rozumí, tím lékem. Není velký rozdíl jestli je někdo doma a má náplasti a jen se
zvýšuje dávka a nic to neeří a stav se horší. Není podle mě rozdíl mu dát tu látku
naráz nebo mu to měščí zvyšovat a stejně dojít ke smrti. Jde o to, aby lékař mohl
rozhodovat sám za sebe, proto by neměl nikoho překvapit, když si to ten lékař k dv
minutě před tím rozmyslí. Je to jeho právo.

1. Va-e pohlaví? „*žena.o*
2. Vá-V k? „*43 let.õ*
3. Va-e sou asné pracovní za azení? „*Stani ní sestra.õ*
4. Jak dlouho tuto pozici vykonáváte? „*Sestra 23 let a stani ní 7 let a 5 let na ambulanci. Hnedka od -koly.õ*
5. Na jakém odd lení nyní pracujete? „*Interna.õ*
6. M l/a jste p ímou osobní zku-enost s úmrtím (autonehoda, rodina, sv dek nehody apod.) p ed nástupem do zdravotnictví? „*NE.õ*
7. Pokud Ano: Jak Vás tato zku-enost ovlivnila? -----

8. Jak ásto se na své pracovní pozici zdravotnického pracovníka setkáváte s úmrtími pacient ? O jaký typ úmrtí se jedná (DNR, terminální stadia nemocí, náhlá úmrtí)? „*To je r zné, n kdy 2x ó 3x týdn , ale pr m rn tak 3x za m síc. Vesm s to jsou lidé se statusem DNR nebo terminální stádia.õ*

9. Jak vzhledem k Va-í pracovní pozici vnímáte pojem SMRT? „*Vysvobození, ur it .õ*

10. Jak chápete pojem EUTANÁZIE? „*Já ji uznávám. Je to zp sob, který zabrání zbyte nému prodlufování utrpení pacient i jejich rodin. I u svého lena rodiny bych byla pro.õ*

11. Jaký je Vá- postoj k otázce legalizace eutanázie v R? Pro ? „*Já si myslím, fle legalizaci ano. Je to i nákladné udrřovat takového lov ka, pokud nejsou vyhlídky na uzdravení. Oni ásto sami cht jí a my je tu drříme.õ*

12. Pokud by v R byla eutanázie legalizována, která z jejích forem je pro Vás akceptovatelná? Aktivní, kdy léka i pacient uflije smrtící látku k vyvolání smrti i odpojení od p ístroj na fládost rodiny; pasivní, kdy je zastavena ve-kerá lé ba a tím vyvolána smrt. Nebo ob varianty? „*Pro m p edstava, fle bych n komu píchla smrtelnou látku a sledovala, jak umíráí To by mi asi d lalo problém. Ale sniřovat postupn dávky jídla a ur itých lék , tlumit bolet, aby si lov k mohl odejít, to ano.õ*

istovat p i eutanázii (sestry) nebo ji p ímo provést
nyslím si, fle jo.õ

14. Ovlivnila v pr b hu let Va-e pracovní pozice Vá- názor na eutanázii?., *Ur it , za
t ch 20 let na intern , kdy tu b fn lidé umírají, tak vím, fle d íve se lidé takhle
zbyte n neudrflovali ó nevy-et ovali.õ*

15. Zajímáte se o témata smrti i eutanázie i v jiných zemích? Hodláte se v t chto
oblastech dále vzd lávat?., *N co jsem etla o Nizozemí, ale jinak ne. P i specializaci
jsme m li téma smrti a eutanázie a vím, fle i n kdo m l na tohle téma práci, ale já se
vzd lávat nechci.õ*

16. Pokud byste m l/a mofnost zajistit, aby pacient mohl d stojn zem ít, jak byste
toho docílil/a?., *Já si myslím, fle smysl má hospic, protofle my v nemocnici nem fleme
d stojnou smrt zajistit, nedokáfleme nastavit vhodné podmínky. V hospici je dobrá
pé e. Pokud by se n co takového stalo m , tak chci mít doty něho doma, ale chápu, fle
na to kařdý nemá. Ale tady v nemocnici to d stojn nejde.õ*

1. Va-e pohlaví?,*„fiena.õ*
2. Vá-V k? *„56.õ*
3. Va-e sou asné pracovní za azení?, *V-eobecná sestra.õ*
4. Jak dlouho tuto pozici vykonáváte?,*40 let. Od -koly.õ*
5. Na jakém odd lení nyní pracujete?,*LDN. Ale mám za sebou i d tské odd lení a urologii.õ*
6. M l/a jste p ímou osobní zku-enost s úmrtím (autonehoda, rodina, sv dek nehody apod.) p ed nástupem do zdravotnictví?,*NE.õ*
7. Pokud Ano: Jak Vás tato zku-enost ovlivnila? -----

8. Jak ásto se na své pracovní pozici zdravotnického pracovníka setkáváte s úmrtími pacient ? O jaký typ úmrtí se jedná (DNR, terminální stadia nemocí, náhlá úmrtí)?,*No tak to je t flké, ale m j pr m r je tak 3x za m síc. Jsou to prakticky v-echno pacienti se statusem DNR nebo terminální stadia.õ*

9. Jak vzhledem k Va-í pracovní pozici vnímáte pojem SMRT?,*Vysvobození.õ*

10. Jak chápete pojem EUTANÁZIE?,*Eutanázie je ukon ení utrpení lov ka. Je to rozhodnutí, na které má kařdý jedinec právo.õ*

11. Jaký je Vá-postoj k otázce legalizace eutanázie v R? Pro ?,*Ur it ano, jak jsem ekla ó na tohle rozhodnutí má lov k právo. N jaké zneufřváníú To je jen výmluva. Trápí se i rodina, která to siln vnímá.õ*

12. Pokud by v R byla eutanázie legalizována, která z jejích forem je pro Vás akceptovatelná? Aktivní, kdy léka i pacient uřije smrtící látku k vyvolání smrti i odpojení od p ístroj na řádost rodiny; pasivní, kdy je zastavena ve-kerá lé ba a tím vyvolána smrt. Nebo ob varianty.,*Ob varianty, to je p ípad od p ípadu. V podstat ta varianta, která je pro daného pacienta a rodinu mén stresující.õ*

istovat p i eutanázii (sestry) nebo ji p ímo provést
u jako vysvobození pro lov ka i jeho rodinu. Ur it

bych byla schopná asistovat.õ

14. Ovlivnila v pr b hu let Va-e pracovní pozice Vá- názor na eutanázii?., *Já kdyfl
jsem za ala pracovat, je-t za d ív j-ého refimú, tak se o ni em takovém nemluvílo.
Postupn se ale za alo mluvit, fl je to opravdu pot ebaí Tady by se m la provád t,
ale furt se nic ned je, jen se mluví õ*

15. Zajímáte se o témata smrti i eutanázie i v jiných zemích? Hodláte se v t chto
oblastech dále vzd lávat?., *Mám p ehled, jak je to v jiných zemích. Kdyfl n co b flí
v televizi, tak se podívám nebo si p e tu lánekí Ale cílen se ufl vzd lávat nehodlám.
V tomhle v ku ufl to nemá snad ani cenu.õ*

16. Pokud byste m l/a možnost zajistit, aby pacient mohl d stojn zem ít, jak byste
toho docílil/a?., *Z ídit místnost, kde si umírající m fl v klidu zem ít, rozlou it se
s rodinou. Nejlep-í by bylo, aby lidé umírali doma se svými blízkými, ale to není
možný, kdyfl lov k musí po ád do práce. Kolikrát jsou ty rodiny ale tak na nic, fl by
to ne-lo ani tak.õ*