

**UNIVERZITA TOMÁŠE BATI VE ZLÍNĚ**  
**FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ**  
**Institut mezioborových studií Brno**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**Brno 2012**

**Marie Micháliková**

**UNIVERZITA TOMÁŠE BATI VE ZLÍNĚ**  
**FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ**  
**Institut mezioborových studií**

**Eutanazie nebo paliativní péče**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**Vedoucí práce:**  
**PhDr. Mgr. Zdeněk Šigut, Ph.D., MPH**

**Vypracovala:**  
**Marie Micháliková**

**Brno 2012**

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Eutanazie nebo paliativní péče zpracovala samostatně a použila jsem literaturu uvedenou v seznamu použitých pramenů a literatury, který je součástí této bakalářské práce. Elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné.

V Brně dne 14. 4. 2012

.....

Podpis

## **Poděkování**

Děkuji panu PhDr. Mgr. Zdeňku Šigutovi, Ph.D., MPH za velmi užitečnou metodickou pomoc, kterou mi poskytl při zpracování mé bakalářské práce.

Marie Micháliková

# Obsah

<b>Obsah</b>	<b>1</b>
<b>Úvod</b>	<b>2</b>
<b>1 Vymezení základních pojmů</b>	<b>4</b>
1.1 Pojem eutanazie .....	4
1.2 Právo na smrt.....	6
1.3 Pojem paliativní péče .....	9
1.4 Principy a zásady paliativní péče .....	12
<b>2 Lidská společnost a otázky spojené s umíráním a smrtí</b>	<b>16</b>
2.1 Smysl umírání.....	16
2.2 Etické problémy umírání a smrti.....	19
2.3 Kvalita života terminálně nemocných a umírajících .....	23
2.4 Eutanazie ve světě a v ČR.....	26
2.5 Paliativní péče ve vztahu k eutanazii .....	31
2.6 Možnosti sociální pedagogiky při výchově celostního pohledu na člověka .....	34
<b>3 Způsoby poskytování paliativní péče</b>	<b>38</b>
3.1 Hospicová péče .....	38
3.2 Paliativní péče v nemocnicích.....	40
3.3 Paliativní péče v zařízeních sociálních služeb .....	42
3.4 Paliativní péče v ČR.....	43
3.5 Paliativní péče v regionu Boskovicka .....	46
<b>4 Výzkumné řešení</b>	<b>48</b>
4.1 Výzkumný cíl, metoda získávání dat .....	48
4.2 Charakteristika zkoumaného vzorku .....	50
4.3 Prezentace výsledků .....	51
<b>Závěr</b>	<b>63</b>
<b>Resumé</b>	<b>66</b>
<b>Anotace</b>	<b>67</b>
<b>Seznam použité literatury</b>	<b>68</b>

## Úvod

*„Cesta života je cestou ke smrti a my se jí jen obtížně učíme přijmout. Myslíme si, že v ní ztrácíme všechno, čím jsme žili a co jsme milovali, máme pocit, že smrt ničí naše štěstí. Jenomže pouze ona dává našemu počínání smysl, bez ní bychom bloudili... Bez jejího přijetí, nelze život prožít šťastně.“ (Paul, 2011, s. 7)*

Během svého osobního, a někteří i ve svém profesním životě, se setkáváme s umírajícími lidmi. Smrt může mít mnoho různých podob – může být zapříčiněna akutním onemocněním, nečekanou dopravní nehodou, válečnými událostmi, může být následkem chronické nemoci nebo dlouhodobého úpadku fyzické kondice v pozdním věku. I když zemřít musíme všichni, většina z nás si způsob své smrti nevybírám. Co umírající lidé prožívají, jak umírání probíhá, jakými fázemi umírající lidé procházejí, jak pracovat s jejich psychickou i fyzickou bolestí, jak co nejlépe pomoci jim i jejich rodinám? Má člověk stížený nevy léčitelnou nemocí, která mu způsobuje hrozné utrpení, právo skončit svůj život? Má lékař právo pomoci takovému pacientovi na jeho přání při sebevraždě? Můžeme rozhodovat o životě a smrti? To jsou otázky, které si jistě položilo a pokládá mnoho z nás.

Člověk, jehož by se nedotkla bolest a nemoc, neexistuje. Umět se ale vžít do situace nemocného není snadné. Současným trendem v naší kultuře je mládí, zdraví, úspěch, výkon, užitečnost a plnohodnotný život. Při setkání s vážnou nemocí, nebo se smrtí se cítíme zaskočení, nepřipraveni vyrovnat se se situací, která nastala. Nevíme co máme dělat a říkat, a tak se možná spíš stáhneme do pozadí a přenecháme vše profesionálům. Bezděčně se tak odvracíme od svých blízkých, kteří nás potřebují a sami sebe okrádáme o vzácné příležitosti a také nezastupitelnou lidskou zkušenost s umíráním. Co je pro současnou generaci tabu, to bylo pro generace našich předků naprosto normální součástí života. Většina lidí umírala doma, jen výjimečně v nemocnici. Dnes je tomu právě naopak. Většina lidí si přeje zemřít v klidu a bez bolesti, ideálem je »krásná« smrt ve spánku. Realita je zpravidla komplikovanější a proto není divu, že se opakovaně a s různou naléhavostí diskutuje možnost eutanazie.

Z pozice svého pracovního zařazení jako sociálního pracovníka nepojistných sociálních dávek – příspěvku na péči - se při své práci téměř denně setkávám s nemocnými lidmi, kteří jsou odkázáni na pomoc a podporu svých nejbližších. V rámci řízení o příspěvku na péči mám možnost nahlížet do rodinného prostředí nemocných i pečujících, řeším pomoc při zajištění péče nejen rodinnými příslušníky, ale i registrovanými poskytovateli sociálních služeb a setkávám se i s lidmi v terminálním stádiu života. Možná proto mě výše uvedené otázky vedou k přemýšlení nad jejich situací a možnostmi pomoci častěji, než je obvyklé a proto jsem si vybrala pro svoji bakalářskou práci téma Eutanazie nebo paliativní péče.

Bakalářská práce má dvě části. V teoretické se věnuji vymezení základních pojmů, úvahám na téma lidská společnost a otázky spojené s umíráním a smrtí a přehledu způsobů poskytování paliativní péče

Cílem praktické části mé bakalářské práce bylo zjištění názorů veřejnosti na eutanazii a poskytování paliativní péče v regionu Boskovicka. Zda dotázaní s eutanazií souhlasí, jestli vědí o možnosti paliativní péče a znají zařízení zabývající se touto problematikou, na koho by se v případě potřeby obrátili a kde by chtěli prožít poslední chvíle svého života. Snahou bylo přiblížit problematiku umírání a uvědomění si této skutečnosti mezi veřejností a současně zjištění, zda se do povědomí lidí dostala možnost využití domácí hospicové péče, která je od roku 2010 v našem regionu poskytována.

Problematice důstojného umírání a smrti nebyla v dřívějších dobách věnována patřičná pozornost. Pokrok lékařské vědy umožňuje prodlužování lidského života, přibývá starší populace a přibývá obyvatel s chronickými, neinfekčními a onkologickými nemocemi. Je velmi důležité stále zvyšovat kvalitu života u této skupiny obyvatel, neboť každý z nás se do této situace může velmi rychle dostat.

# 1 Vymezení základních pojmů

## 1.1 Pojem eutanazie

Slovo eutanazie je složeno z řeckých slov *eu* – normální, dobrý a *thanatos* – smrt. Obsahem pojmu by tedy měla být dobrá smrt. Je to ovšem pojem tak široký, že každý si může pod ním představovat něco jiného. Je dobrou smrtí chápáno úmrtí ve spánku, bez bolesti a utrpení? Nebo je dobrou smrtí chápáno úmrtí ve vyrovnaném stavu mysli, v klidu a za sebekontroly?

Výklad pojmu eutanazie se v průběhu času měnil nejen v závislosti na chápání pojmu zdraví a pojmu důstojnosti lidské bytosti, ale také v závislosti na rozvoji technických vymožeností a vědeckého pokroku. V řecko-římských dobách bylo praktikováno usmrcování defektních novorozeňat a eutanazie byla schvalována v případě těžkého utrpení nevyléčitelně nemocných a nezpůsobilých, aby nebyli pro obec břemenem. Ve středověku byla eutanazie, zejména vlivem křesťanství, odmítána a pokládána za projev zbabělosti a z křesťanského hlediska byla považována za překročení Božího přikázání „nezabiješ“. V novověku se stále více dostává do popředí etické hledisko, zejména díky tomu, že medicína vlivem technického pokroku dokáže prodlužovat lidské životy. Současně však v nacistickém Německu dochází rukou lékařů k hrůznému zneužívání a nucenému usmrcování tisíců dětí v plynových komorách v rámci „dětského programu eutanazie“ a rovněž desetitisíců dospělých převážně z ústavů pro duševně nemocné, z věznic a jiných podobných institucí. Záminkou byl prohlašovaný boj proti genetickým chorobám a ekonomické náročnosti jejich léčby.

V šedesátých létech minulého století se eutanazie dostává do širšího povědomí lékařů, právníků, etiků i ostatní veřejnosti ve smyslu pacientem dobrovolně vyžádaná smrt. V současnosti je chápána jako šetrné usmrcení nemocného, který trpí neúnosnými bolestmi následkem neléčitelné nemoci, na jeho vlastní žádost (Kořenek, 2004).



V literatuře se setkáváme s tříděním eutanazie na aktivní a pasivní, kdy pojem aktivní eutanazie vyjadřuje aktivní zásah lékaře vedoucí ke smrti (strategie přeplněné stříkačky) a pasivní eutanazie znamená ustoupení od léčby – nepodání léku nebo nepokračování v léčebných postupech (strategie odkloněné stříkačky). V závislosti na tom, zda nemocný chtěl, nechtěl nebo byl usmrčen i proti své vůli se dále rozlišuje aktivní eutanazie vyžádaná (chtěná), aktivní eutanazie nedobrovolná (nevyžádaná, nechtěná), pasivní eutanazie nevyžádaná (nechtěná). Podle Munzarové (2005) je pro jasné vymezení pojmu eutanazie vytyčen úmysl zabít, zabití a žádost člověka. Pojem pasivní eutanazie může obsahovat dva diametrálně odlišné postupy – ustoupení od léčby s úmyslem zabít, což je totéž jako aktivní přístup, nebo ustoupení od dalších léčebných postupů v případě, jsou-li již zcela zbytečné a pro nemocného zatěžující a přinášející další utrpení v jeho umírání. Navíc plným právem nemocného je takovou léčbu odmítnout. V zahraničí pod názvem DNR (do not resuscitate) v českém ekvivalentu NR (neresuscitovat). Proto by pojem pasivní eutanazie měl být zcela vymýcen. (Munzarová, 2005)

Rovněž Kořenek (2004) považuje dělení eutanazie na aktivní a pasivní za nelogické, protože skutečnou eutanazií a usmrcením je eutanazie provedená na žádost nemocného. Ale upuštěním od neperspektivní léčby v situacích, kdy u nemocného je smrt neodvratná, nejde o žádné pasivní usmrcení, ale o neprodłużování umírání a vlastně dovolení zemřít.

Světová lékařská asociace (World Medical Association – WMA), která se stará o etiku lékařského povolání, definovala obsah pojmu eutanazie jako: *„vědomé a úmyslné provedení činu s jasným záměrem ukončit život jiného člověka za následujících podmínek: subjektem je kompetentní informovaná osoba s nevyлéčitelnou chorobou, která dobrovolně požádala, aby její život byl ukončen; jednající ví o stavu této osoby a o jejím přání zemřít a páchá tento skutek s proořadým úmyslem ukončit život této osoby; a skutek je proveden se soucitem a bez osobního zisku.“* (Munzarová, 2008, s. 19).

Domnívám se, že tato formulace je jasná a srozumitelná jak pro lékaře, tak právníky i širokou veřejnost.

V souvislosti s eutanazií se můžeme dále setkat s pojmy (Haškovcová, 2000):

**Asistovaná sebevražda** - představuje zvláštní formu eutanazie, kdy samotný akt ukončení života vykonává sám nevléčitelně nemocný za asistence lékaře (pomoc lékaře spočívá v metodické radě, případně doporučení konkrétního prostředku).

**Prenatální eutanazie** – označuje interrupce ze sociálních důvodů. Diskutabilní pojem, neboť nechtěné dítě není nemocné.

**Sociální eutanazie** – označuje poskytnutí redukované péče s ohledem na omezené ekonomické, geografické a vzdělanostní zdroje.

## 1.2 Právo na smrt

O smrti se hovoří málo, téma je určitým tabu, nezapadá do slovníku moderní civilizace. Přitom je prakticky jedinou jistotou života, která se týká každého z nás. Smrt znamená individuální zánik jedince, zánik života. Chápeme ji z hlediska osobního, medicínského, právního, občanského a filozofického významu.

Právo na smrt bývá nejčastěji interpretováno jako právo člověka rozhodnout o čase, místě i způsobu svého úmrtí. Existují různé výklady tohoto pojmu, domnívám se však, že nejdříve by bylo vhodné objasnit pojem smrti.

Klasicky je smrt definována nezvratnou zástavou srdeční činnosti a dýchání, s následným nezvratným zánikem všech mozkových funkcí. Důsledkem je nezvratné ukončení základních životních funkcí metabolických a homeostatických.

Vzhledem k rozvoji resuscitační léčby, která dnes dokáže uměle udržovat mimo mozkové funkce ostatní zbývající, tj. dýchání, krevní oběh a homeostázu vnitřního prostředí, vznikl problém, jak s ohledem na tyto skutečnosti nově definovat smrt člověka. Podle moderní thanatologie dnes rozeznáváme **klinickou smrt** (tzv. náhlou oběhovou zástavu), kterou lze eventuelně zvrátit resuscitačními postupy; **smrt mozku** – nezvratné vyhasnutí činnosti mozkových buněk, na podkladě zástavy cirkulace krve mozkiem; **biologickou**

**smrt** – nezvratný zánik buněk, ukončený po 20 hodinách po zástavě krevního oběhu.

Většina členských zemí Světové zdravotnické organizace, včetně ČR, přijala její doporučení z roku 1968 považovat za mrtvého i člověka s nezvratným, prokázaným vyhasnutím mozkových funkcí (smrt mozku), u něhož další funkce organismu mohou být uměle udržovány, nebo mohou dokonce fungovat autonomně. Mozková smrt se tak stala ekvivalentem klasické definice smrti. (Goldmann, Cichá, 2004)

V posledních dvou desetiletích se rozvinula diskuse o přesnějším vymezení termínu mozková smrt (tzn. ireverzibilní ztráta všech funkcí mozku, včetně mozkového kmene). Tato diskuse dosud neskončila a její výsledky jsou důležité pro etické rozhodování v případech eutanazie nebo použití orgánů mrtvého člověka pro transplanataci. Ve zjednodušeném popisu má mozek dvě části: cerebrální hemisféry (vyšší mozková centra) a mozkový kmen (nižší mozková centra). Termín mozková smrt se může vztahovat tedy na dva stavy trvalého bezvědomí – na destrukci celého mozku, nebo destrukci pouze vyšších center (tzv. vegetativní stav). Zatímco pro smrt celého mozku byla stanovena postačující klinická kritéria, nepodařilo se najít srovnatelná kritéria pro diagnózu vegetativního stavu.

Objevují se názory, především mezi filozofy, ale i právníky a samotnými lékaři, zda by nemohl být prohlášen za mrtvého ten, kdo je v bezvědomí díky ireverzibilní ztrátě vyšších mozkových funkcí při fungování kmenu mozkového. Argumentují tím, že permanentní vegetativní stav zbavuje člověka statutu lidské osoby. Na vymezení pojmu osoby člověka mají důležitý vliv filozofická a náboženská přesvědčení a jejich úkolem je pokusit se vymezit koncepčně fenomén smrti z těchto hledisek, aby společně s medicínskými hledisky mohla být stanovena výsledná kritéria stanovení smrti. Jde zejména o to, „*aby určení takovýchto kritérií nebylo jen manévrem, jak zvýšit dostupnost orgánů pro transplantaci*“. (Ondok, 2005).

Ke stejnému problému uvádí Munzarová (1997), že ve většině západního světa panuje shoda v tom, že osoba je mrtvá tehdy, je-li postižena ireverzibilní ztrátou všech schopností integrovat a koordinovat fyzické a mentální funkce

těla jako jednotky, tzn. jako správné kritérium smrti člověka je brána smrt celého mozku. Definice smrti celého mozku je (nebo měla by být) zakotvena i v zákonech zemí tam, kde se provádějí transplantace. Rovněž i ona vidí problém ve sjednocení koncepcí smrti tak, jak je definují různé disciplíny jako filosofie, právo, teologie, biologie a medicína. Upozorňuje na potřebu ctít v pluralistické společnosti rozdíly smýšlení a různé návody i zákonná nařízení doplnit doložkou o respektu k vlastnímu svědomí. Domnívá se, že demokratická společnost, která má chránit jednotlivce, by vůbec neměla vycházet vstříc názorům různých filosofů snažících se změnit definici smrti člověka.

V souvislosti s výše uvedeným je snad zřejmé, že i proto se začalo uvažovat o právu, které by zaručovalo, že člověk nebude udržován při životě za každou cenu. Ovšem definice pojmu práva na smrt je velice obtížná. Podle Haškovcové (2000, s. 130) se „odborníci shodují v názoru, že právo na smrt by mělo být chápáno jako **právo na přirozenou smrt**“, kdy lékař může ovlivnit způsob umírání, umírající může rozhodovat (pokud je toho schopen) o tom, kde se tak stane, ale neměl by mít právo rozhodovat o čase, ve kterém se tak stane. Právo na smrt bývá nejčastěji interpretováno jako právo na důstojnou smrt a současný proces institucionalizovaného umírání musí doznat kvalitativních změn. Proto vznikla celá řada společností pro důstojné umírání, které se mohou stát členy Světové federace společností usilujících o právo na smrt (ve smyslu důstojné, přirozené smrti). Programová prohlášení těchto společností se o eutanazii nezmiňují, nebo ji vysloveně odmítají.

Tomuto tématu se rozsáhle věnuje i Munzarová (2005, s. 17) a uvádí, že již v osmdesátých letech minulého století se v západních zemích hojně rozšířily tzv. „*advance directives*“, „*living will*“ apod., tzn. určování předem svých záměrů, pořízení (jako např. již výše uvedené DNR), které byly uvedeny do praxe a byly uznány i v právu zákonném. Lidé tak mohou předem vyjádřit, zda si v určitých situacích, zejména v období konce života, přejí nebo nepřejí aplikaci určitého léčebného postupu a mohou pověřit i jinou blízkou osobu, která by v případě jejich budoucí nemohoucnosti, tlumočila jejich přání. Cílem těchto „pořízení“ bylo zejména zajistit autonomii nemocného a odstranit úzkost z možné budoucí aplikace nežádoucích intervencí. Zároveň seznámit nemocného s různými možnostmi léčby, podporovat diskuse týkající se konce života, ze kterých

by pro rodinu vyplynula znalost hodnot a přání nemocného a pro lékaře, v případě rozhodování, možnost opřít se o přání pacienta. Z etického hlediska takové uvažování napomáhá přijetí života se všemi jeho fázemi a stránkami.

Podle Munzarové tedy původně právo na smrt znamenalo zaručení možnosti odmítnout život udržující léčbu, která je zbytečná anebo nadměrně zatěžující. Dnes ovšem zahrnuje ještě něco navíc – odmítnutí nebo vysazení léčby s cílem zemřít. Původní forma souvisí s výběrem jak žít při umírání, druhá s volbou smrti. A v tom je velký mravní rozdíl – mezi podřízením se smrti a úmyslným zabitím, ať již „aktivně“ nebo „pasivně“.

Další používané pojmy:

**Náhlá smrt** – nenásilná smrt, která nastane neočekávaně u zdánlivě zdravých osob nebo u nemocných, jejichž stav je stacionární nebo se zlepšuje.

**Přírozená smrt** – smrt z chorobných příčin, nezávislá na právnicky významných zevních faktorech.

**Nepřírozená smrt** – smrt, která je v příčinné souvislosti k předcházejícím zevním vlivům.

**Sociální smrt** – vegetativní stav.

**Terminální stav** – období selhávání životních funkcí, je synonymem pojmu umírání, chápeme ho však jako poslední stadium procesu umírání (Goldmann, Cichá, 2004).

### 1.3 Pojem paliativní péče

Termín paliativní péče pochází z latinského pallium, což znamená maska, pokrytí, zakrytí pláštěm, a to je vlastně podstatou paliativní péče, neboť jejím cílem je „maskovat účinky neléčitelné choroby a zakrýt pláštěm ty trpící, pokud jim nemohlo být pomoci léčbou kurativní“. (Munzarová, 2005, s. 62).

Sepulveda et al. definují paliativní péči následovně:

*„Paliativní péče je přístup, který prostřednictvím prevence a zmírňování utrpení, díky včasné identifikaci a bezchybné diagnostice bolesti a jiných fyzických, psychosociálních a duchovních problémů a jejich zvládnutí zvyšuje kvalitu života*

*pacientů a jejich rodin, čelících problémům spojeným s život ohrožující nemocí.*" (Payenová, Seymourová, Ingeltonová, 2007, s. 8).

Definice paliativní péče podle Světové zdravotnické organizace:

*„Paliativní péče je aktivní a na kvalitu života orientovaná péče o nevyлéčitelně nemocné a jejich blízké. Jejím základem je holistický přístup k nevyлéčitelně nemocným pacientům, který zohledňuje tělesnou, psychologickou, sociální a spirituální dimenzi člověka. Primárním cílem není vyléčení pacienta či prodloužení jeho života, ale prevence a účinné mírnění bolesti a dalších tělesných i duševních strádání, zachování pacientovy důstojnosti a podpora jeho blízkých.“* (WHO, 2002)

Bližší charakteristiku této definice popisuje Munzarová (2008, s. 41-42):

*„Zajišťuje úlevu od bolesti a jiných symptomů.*

*Přisvědčuje životu a dívá se na umírání jako na normální proces.*

*Nemá v úmyslu ani urychlit ani odsunout smrt.*

*Integruje do péče o pacienta i psychologické a spirituální aspekty.*

*Nabízí takové uspořádání podpory, které pomůže nemocným, aby žili tak aktivně, jak je to jen možné, až do smrti.*

*Nabízí takové uspořádání podpory, které pomůže rodině vyrovnávat se s chorobou pacienta a se svým vlastním zármutkem.*

*Používá týmový přístup v řešení potřeb nemocných a jejich rodin, včetně poradenství v případě truchlení, je-li to indikováno.*

*Snaží se o zlepšení kvality života a může také pozitivně ovlivnit průběh choroby.*

*Je aplikovatelná již v časných fázích choroby v propojení se škálou jiných léčebných postupů, které mají za cíl prodlužovat život, jako je chemoterapie a radioterapie, a zahrnuje taková zkoumání, která jsou potřebná k lepšímu pochopení a zvládnutí nebezpečných klinických komplikací.“*

Paliativní péče je součástí zdravotně-sociální péče. Vychází z filosofie, že každý nemocný má své zvláštní a jedinečné potřeby, stejně tak jako jeho rodina. Nemocný člověk zůstává člověkem v době jakékoliv nemoci, zaslouží si úctu, péči a podporu v jakékoliv její fázi. Paliativní péče byla dříve spojována převážně s terminální fází choroby, v současné době je zřejmé, že může být u některých onemocnění v určitém rozsahu poskytována i řadu let a v průběhu většiny nevyлéčitelných onemocnění dochází k prolínání některých kurativních a paliativních postupů. Základním cílem všech zákroků je dosažení co nejlepší

kvality života nemocného a jeho rodiny, což vyžaduje interdisciplinární spolupráci, zajištěnou patřičným týmem.

Brian Pollard (1994, s. 31-32) uvádí specifické potřeby pacientů, na které se soustřeďuje paliativní péče:

- *přiměřená a detailní pozornost, která zmírní, anebo pokud to lze, odstraní jejich fyzické a emocionální potíže;*
- *vřelá lidská opora;*
- *přiměřená otevřenost při poskytování nutných informací a rozhodování, čemu pacienti dávají přednost;*
- *pečovatelé, kteří se snaží jednat podle těchto přání;*
- *pozornost širokému spektru osobních přání, včetně duchovních, pokud je jich někomu třeba;*
- *zahrnutí rodiny, mezi ty, kteří potřebují péči;*
- *zajištění všech těchto věcí, pokud je to možné, na místě, kde chce pacient být.*

*„Emocionální úzkost vyžaduje lidské pochopení a oporu. Pacienti pochopí, že lékař nemůže dělat zázraky, ani že nemůže otočit zpět hodinové ručičky, chtějí však vědět, že jim někdo rozumí, že lékař je schopný a že nebudou opuštěni. Odvaha je nakažlivá.“* (Pollard, 1996, s. 37).

Svatošová (2008) vymezuje čtyři okruhy potřeb těžce nemocného: biologické, psychologické, sociální a spirituální, jejichž priorita se v průběhu nemoci mění.

#### **Potřeby biologické**

Zahrnují vše, co potřebuje nemocné tělo. O většinu biologických potřeb, včetně tláčení bolestí, bývá odborně postaráno v nemocnici.

#### **Potřeby psychologické**

Sem patří potřeba respektování lidské důstojnosti naprosto nezávisle na stavu tělesné schránky. Člověka je vždy nutno chápat a respektovat jako jedinečnou bytost se svým vlastním a neopakovatelným posláním. Nemocný potřebuje pocit bezpečí, potřebuje se svým okolím komunikovat. Je velice důležité nemocnému nelhat a říkat mu jen tolik, kolik chce slyšet, a jen tehdy, kdy to chce slyšet. Velký význam v této situaci má také neverbální komunikace.

### **Potřeby sociální**

Člověk je tvor společenský, nežije izolovaně, izolovaně ani nestůně a neumírá. O návštěvy většinou stojí a potřebuje je. Měl by mít ale právo si návštěvy sám usměřňovat a okolí by ho v tom mělo plně respektovat.

### **Potřeby spirituální**

Právě v průběhu vážné nemoci se lidé zbývají otázkami smyslu života, smyslu vlastního života. V této situaci člověk potřebuje vědět, že mu bylo odpuštěno a má potřebu i sám odpouštět. Potřebuje vědět, že jeho život měl a až do poslední chvíle má smysl.

Za zakladatelku moderní paliativní péče je považována Cicely Saunders, která vybudovala a v roce 1967 otevřela St. Christopher's Hospice v Londýně. V roce 2007 bylo ve více než 100 zemích po celém světě evidováno více než 9500 zařízení paliativní péče, z toho cca 3500 v Evropě.

## **1. 4 Principy a zásady paliativní péče**

Payenová, Seymourová, Ingeltonová (2007, s. 63-64) ve své knize Principy a praxe paliativní péče uvádějí, že jeden z nejjasnějších popisů paliativní péče poskytují Lugtonová a Kindlenová:

*„Veškeré nemoci ohrožující život – ať už rakovina či neurologické, srdeční nebo respirační choroby – mají důsledky pro fyzické, sociální, psychologické a duchovní zdraví jak jednotlivce, tak jeho rodiny. Rolí paliativní péče je proto posoudit potřeby v každé z těchto oblastí a naplánovat, provést a vyhodnotit vhodné zásahy. Jejím záměrem je zlepšit kvalitu života a umožnit důstojnou smrt.“*

V návaznosti na výsledky rozsáhlých studií a výzkumů rolí a cílů paliativní péče, prováděných v USA, Austrálii, Velké Británii a ve Švédsku byly charakterizovány následující klíčové koncepty v souvislosti s paliativní péčí:

- znalost pacienta,
- týmová práce,
- důstojnost,
- uklidnění,
- empatie,
- podpora a podpůrná péče,
- naděje,



utrpení,  
kvalita života.

Nezbytným základem poskytování kvalitní paliativní péče je **poznávání pacienta** a jeho rodiny. Toho lze dosáhnout trávením určitého času u pacienta doma, navázáním přátelských vztahů, dobrou úrovní komunikace, zajištěním kontinuity péče a věnováním pozornosti i jiným než čistě tělesným potřebám. Poznávání pacienta je nezbytnou podmínkou pro „*poskytování ošetrovatelské péče poučenějším a humánnějším způsobem*“ (Payenová, Seymourová, Ingeltonová, 2007, s. 73). Je důležité naslouchat, odpovídat a vyprávět pacientovi jako jedinečné osobnosti a pokoušet se porozumět potřebám a pocitům druhého.

O většinu pacientů s pokročilou chorobou pečuje primární zdravotnický **tým**, který se skládá z praktických lékařů, ošetrovatelů docházejících do domácností a s nimi spolupracujících odborníků na zdravotní a sociální péči. Současně mohou pacienti využívat služeb odborných poskytovatelů paliativní péče, od jednotlivých odborníků až po všestranný multidisciplinární tým.

Přehled typů poskytovatelů placené či neplacené paliativní péče (Payenová, Seymourová, Ingeltonová, 2007, s. 13):

<i>Lidé pečující o pacienta:</i>	<i>rodiny; přátelé; sousedé</i>
<i>Ošetrovatelská péče:</i>	<i>ošetrovatelé; specializovaní ošetrovatelé</i>
<i>Lékařská péče:</i>	<i>praktičtí lékaři; odborníci na paliativní medicínu; specialisté v jiných oborech lékařství</i>
<i>Sociální péče:</i>	<i>sociální pracovníci</i>
<i>Duchovní péče:</i>	<i>kněží, pastorační asistenti</i>
<i>Terapeuti:</i>	<i>pracovní terapeuti, fyzioterapeuti, odborníci na řečovou a jazykovou terapii, arteterapeuti, dramaterapeuti, muzikoterapeuti</i>
<i>Psychologická péče:</i>	<i>poradci, kliničtí a zdravotničtí psychologové; psychoterapeuti, spolupracující psychiatři</i>
<i>Specializovaný personál:</i>	<i>odborníci na výživu, dietologové; farmaceuti</i>
<i>Podpůrný personál:</i>	<i>pomocníci ošetrovatelů; administrativní a domácí personál; lidé pečující o domácnost, zahradu..., řidiči a jiní pracovníci</i>
<i>Dobrovolní pracovníci</i>	

**Ochrana důstojnosti umírajících** je pro přístup v paliativní péči zásadní. „Umírající a vážně nemocní lidé si snad zaslouží, aby se s nimi jednalo s důstojností a takovým způsobem, který by usiloval o zachování důstojnosti, kterou mají, nebo jim pomohl obnovit pocit důstojnosti, který už ztratili“ citují autorky de Raeveovou na str. 68. Současně uvádějí prvky důstojnosti identifikované ošetřovateli a pacienty podle studie Walse a Kowankové z roku 2002, ze kterých je patrné, že pocit ohrožení důstojnosti pramení z přezíravých postojů k pacientům a jejich tělu.

**Prvky důstojnosti podle ošetřovatelů: Prvky důstojnosti podle pacientů:**

<i>Soukromí těla</i>	<i>Nevystavenost pohledům</i>
<i>Soukromý prostor</i>	<i>Taktní zacházení</i>
<i>Pozornost emocím</i>	<i>Pozornost</i>
<i>Ponechání dostatečného času</i>	<i>Mít čas/nebýt honěný</i>
<i>Pacient jako osoba</i>	<i>Být vnímán jako osoba</i>
<i>Tělo jako předmět zájmu a péče</i>	<i>Tělo jako předmět zájmu a péče</i>
<i>Prokazovat respekt</i>	<i>Být respektován</i>
<i>Nechat pacienta rozhodovat</i>	<i>Mít čas se rozhodovat</i>

**Uklidnění** má v paliativní péči velký význam, jeho interpretace se ale různí. V začátcích dvacátého století znamenalo především strategie, které přispívají k fyzickému a citovému uklidnění (např. volba polohy pacientů, udržování čistoty) a tím napomáhají větší úspěšnosti medicínské terapie. S rozvojem pokroku ve farmakologii bylo toto spojení dále posíleno medicínskými technikami úlevy od bolesti a utrpení (aplikace morfinu). V návaznosti na širší kulturní změny v šedesátých až devadesátých letech se mění i strategie uklidnění, spočívající v důrazu na roli komunikace a psychologické péče. Paliativní péče v současnosti klade důraz na jednotný význam fyzického, emočního a duchovního uklidnění a je synonymem pro širší kulturní pochopení přechodu, který je spojen s postupem umírání, od péče zaměřené na léčbu k péči zaměřené na uklidnění a útěchu pacienta a jeho rodiny.

Nezbytnou podmínkou paliativní péče je **empatie**. Empatie znamená „vidět svět, jak ho vidí jiní, zdržet se soudů, být schopen porozumět pocitům druhého a umět toto porozumění sdělit (Payenová, Seymourová, Ingeltonová, 2007, s. 76).

Je jedním ze způsobů, jak vnímat emoce jiných a zásadní dovednost pro ošetrovatelskou praxi a všechny pomocné vztahy. Empatii mohou ošetrovatelé vyjádřit prostřednictvím poskytované péče a obejít se při tom bez jakékoli potřeby slov. Navazování empatického vztahu se lze částečně naučit ze zkušenosti, ale je to také dovednost, kterou lze získat vzděláním

**Podpora a podpůrná péče** obsahuje aspekty, které se vztahují jak ke vztahu ošetrovatel – pacient, tak k týmové organizaci a interakci. Měla by být dostupná pro pacienty a jejich rodiny ve všech stadiích onemocnění a pomáhat pacientům maximalizovat prospěch z léčby a s účinky choroby žít co nejlépe.

Paliativní péče má podporu mnoha významných celosvětových, evropských i národních institucí. Světová zdravotnická organizace (WHO) považuje rozvoj kvalitní paliativní péče za jednu ze svých priorit již od začátku 90.let 20. století. Parlamentní shromáždění Rady Evropy v roce 1999 kodifikovalo právo pacienta na komplexní paliativní péči v dokumentu Ochrana lidských práv a důstojnosti nevyléčitelně nemocných a umírajících (Dokument Rady Evropy č. 8421), známý též pod názvem Charta práv umírajících a v roce 2003 bylo schváleno doporučení Výboru ministrů Rady Evropy členskými státy „O organizaci paliativní péče“.

## 2 Lidská společnost a otázky spojené s umíráním a smrtí

### 2.1 Smysl umírání

C. Saunders napsala, že umírání „je hledáním toho, co jste, co je svět kolem Vás a jaké je Vaše místo v něm.“ (Munzarová, 1997, s. 60)

Smrt je pro většinu lidí neznámá, temná a obávaná. Obavy ze smrti provázejí lidstvo od kolébky, lidé čelili smrtelnosti různým způsobem, především kulturou a náboženstvím.

O smrti a smyslu umírání lze hovořit v různých kontextech a významech. V literatuře se můžeme setkat s pokusy o hledání smyslu a významu smrti z hlediska různých aspektů lidské existence, ať již biologických antropologických, sociologických nebo filosofických.

Smrt z hlediska biologického je přirozenou nutností, zákonem, který platí pro všechno živé. Má zásadní význam z hlediska biologické evoluce, neboť odumírání individuí umožňuje vývoj a adaptační šíření jednotlivého druhu. Teprve v posloupnosti generací se může uplatnit selekční princip směřující k zachování druhu i jednotlivých populací. Z tohoto pohledu je smrt funkcí sloužící k vývoji a vzniku dalších životních forem. Je vlastně podmínkou evoluce samé (Ondok, 2005).

Postoj k smrti v lidských dějinách prošel určitým vývojem. V této souvislosti Munzarová (1997) odkazuje na francouzského historika Philippe Ariese, podle kterého postoj ke smrti v dějinách lidstva závisel na tom, jak si člověk uvědomoval sám sebe, svoji individualitu a personalitu, svůj vztah ke společnosti, ke světu a k Bohu.

V nejstarším období, které trvalo až do středověku, byla smrt zcela běžnou záležitostí. Umírali mladí lidé, děti a matky při porodu, časté byly hromadné

smrti v důsledku nejrůznějších katastrof a epidemií. Smrt nepředstavovala nějakou vzdálenou možnost, ale stala se dominantním faktem života. Každý s tímto faktem počítal, připravoval se na něj, bral jej jako okamžik rozloučení se svými blízkými a odevzdání své duše Bohu. Smrt byla událostí obecnou, členové rodiny byli umírání přítomni, péče o umírajícího a všechny pohřební záležitosti byly úkolem rodiny.

V období od 12. do 15. století si člověk začal uvědomovat svoji individualitu vzhledem ke společnosti, vlastní smrt chápal jako něco odlišného od smrti jiných lidí, jako poslední a osobní drama jednotlivce. Důležitou součástí literatury této doby se stala literatura nazývaná „Ars moriendi“, která podávala návody, jak se chovat při umírání a ve smrti, a to při umírání vlastním i při smrti jiného člověka. V radách pro ty, kteří umírajícího doprovázeli, bylo zdůrazňováno nepodporovat naději směřující k uzdravení těla. Mnohem důležitější byla příprava ducha, směřující k očekávání posmrtného blaha. Smrt byla chápána jako přechod k lepšímu světu a k věčnému, dokonalému životu.

Od 16. století, s postupným zesvětšňováním kultury a s přibýváním nejrůznějších názorů, se měnil i pohled na smrt. V 19. století dominoval nový aspekt smrti skrze vztahy k jiným lidem. Smrt přinášela bolest ze ztráty blízkého člověka, z fyzického odloučení milujících a milovaných. Názory na posmrtný život jako představa věčného spánku nebo nekonečného pobytu v nebi či pekle byly vystřídány představou shledání těch, které smrt rozdělila.

Současnost lze charakterizovat jako období popírání smrti. Za nejvíce uznávané hodnoty se považuje zdraví, úspěch, kariéra, peníze, dlouhý, snadný a bezstarostný život. Uvědomění si vlastní smrtelnosti a omezenosti by tyto představy mohlo narušovat. Přispívá k tomu i pokročilá úroveň léčení, jejímž důsledkem je snaha o co největší oddálení okamžiku smrti, která bývá mnohými lékaři považována za projev selhání jejich umění. Skutečnost, že většina lidí umírá v léčebných zařízeních, mimo vlastní rodinu, činí smrt něčím vzdáleným.

Taktéž Ondok (2005, s. 154-155) uvádí, že osobní zkušenost s umíráním blízkých členů rodiny je řídká a vyslovuje názor, že „někdy může jít o záměrné

*vyhýbání se situaci, v níž se stáváme svědky umírání člověka, neboť v nás vyvolává trýznivé myšlenky na budoucí vlastní smrt.“* V této souvislosti odkazuje na zakladatele psychoanalýzy Sigmunda. Freuda, který dokonce tvrdí, že současný člověk ve svém podvědomí popírá možnost vlastní smrti. *„Její fakticita byla zatlačena na okraj společenského vědomí, stala se zakázanou smrtí, na níž současný člověk nechce myslit, ani se s ní osobně setkávat.“* Podle Ondoka, způsob umírání, kdy většina lidí umírá v nemocnici, mezi odborníky a ošetřujícím personálem, který se nemůže, a často ani nesmí, u umírajícího emocionálně angažovat, kdy po smrti se o mrtvolu postará profesionální organizace a příbuzní s ní často ani nepřijedou do styku, je považován za příznak dehumanizace naší současné kultury. *„Dnešní člověk se snaží vyhnout osobnímu setkání s faktem smrti i tím, že nemusí být jejím svědkem, když stojí u lůžka umírajícího.“* (2005, s. 154)

Smrt považujeme za trest, za prokletí. Bojíme se těla mrtvého člověka. Jestliže se setkáváme se smrtí na televizních obrazovkách, čteme o ní v novinách, bereme to zpravidla jako fakt, který nás nechává celkem chladným. Možná někoho politujeme, někdy nás nepatrně zamrazí, ale s vypnutím televizoru nebo odložením novin, všechno přejde. Jiné je to, když se nás smrt dotkne a odvolá člověka, kterého milujeme. Podléháme panice, lkáme nad jeho smrtí, protože v jeho konci cítíme vlastní smrtelnost a děsí nás konečnost života.

Pokud se však smrti dotkneme osobně, paradoxně zjistíme, že strach z ní zmizí. Lidé, kteří prošli klinickou smrtí, vyprávějí zážitky o světle a všeobjímající lásce a klidu. Ve smrti opouštíme fyzické tělo, které je nedokonalé, plné bolestí a nemocí. Mnoho náboženství hovoří o narození jako o nastoupení cesty ke smrti. Je důležité si uvědomit, že smrt je vlastně mentální stav. Mnoho lidí, kteří zdánlivě překypují zdravím se už rozhodlo zemřít a podvědomě na tom pracují, umírají psychicky dříve než fyzicky. Jsou v naprosté izolaci, opuštění, nikdo z blízkých je nepotřebuje, ztratili smysl dalšího života. Stejně tak mnoho beznadějných případů se uzdravilo, když tito lidé měli silnou vůli splnit ještě nějaké závazky, ve kterých byli nezastupitelní (např. uspořádat záležitosti týkající se těžce zdravotně postiženého dítěte). Jakoby ulpívání na pozemských starostech byl podvědomý únik před smrtí. Ona však stejně přijde. K tomu, abychom se přestali bát smrti, musíme mnoho

pochopit a mnoho se učit. Pakliže najdeme sílu, abychom vnější problémy vyřešili, smrt nás již tolik neděsí (Říhová, 2009).

*„Smrt člověka souvisí i s jeho dimenzí spirituální. Hrůza ze smrti je řádu duchovního a vítězství nad smrtí je vítězstvím duchovním“* píše Munzarová (1997, s. 63) a uvádí: *„Dominik Pecka (nositel řádu T. G. Masaryka – 1996) se domnívá, že duchovní význam smrti se projevuje jako trojí rozcestí:*

*Rozcestí svobody a nutnosti: Smrt je přírodní nutností, proti smrti je člověk bezmocný, nemůže ji odvrátit, ačkoliv se vzpírá. Smrt je však hrůzná proto, že duch je otřesen představou, že jeho úděl bude tentýž jako úděl těla – rozklad a nicota. ...Duch nevěří v takovou absurditu, vzpírá se jí a drama smrti je v tom, že duch nemá co činit s nutností.*

*Rozcestí naděje a zoufalství: Smrt je buď vstupem do naprosté nicoty anebo pokračováním života. Víra v nesmrtelnost však nemusí být vždy útěchou. V každém případě zatěžuje člověka odpovědností s možností odplaty za provinění. Avšak ani ti, kteří nevěří v život po smrti, nenalézají v této představě vždy útěchu. A jelikož není důkazů pro první ani pro druhé, všichni jsou zatíženi určitou nejistotou a pochybnostmi. Vše se vyjeví až v okamžiku smrti.*

*Rozcestí společenství a samoty: Smrt je odluka od světa přátel a každý zemře sám. Samota se člověku přičí a i platonská nauka o nesmrtelnosti je možná jen proto, že předpokládá existenci idejí: duše (a to její rozumová část) oddělená od těla vstupuje do řádu idejí. Obava před věčnou samotou může být synonymem představou pekla. A proto v oblasti náboženské je idea nesmrtelnosti nutně spojena s ideou osobního Boha.“*

## 2. 2 Etické problémy umírání a smrti

*„Všechna etická rozhodnutí, včetně těch, která se týkají péče o zdraví, musí uspokojovat vrozené i kulturní potřeby každé lidské osoby jakožto člena lidského společenství.“* (Ondok, 2005, s. 61).

Zhruba od druhé poloviny minulého století se v medicínské praxi stala aktuální otázka zda sdělovat nebo nesdělovat plnou pravdu nemocným s život ohrožujícím onemocněním, jehož prognóza je z hlediska přežití nepříznivá. Od dříve používané taktiky tzv. milosrdné lži, kdy se nemocnému nesdělovala

pravda vůbec, nebo podstatně zkreslená, aby nepůsobila na nemocného destruktivně a nepřitížila mu (což mělo opodstatněné důvody vzhledem k tehdejší léčebným možnostem), došlo s pokrokem v léčebných možnostech k odklonu a stále častěji se sděluje závažně nemocným pravdivá informace o diagnóze, o léčení a také o prognóze.

Dalším důvodem pro sdělování pravdy, kromě léčebného pokroku, je i obecná zkušenost, že nemocný se většinou pravdy dovtípí, nebo se ji nějakým způsobem dozví, obvykle ve zkreslené, nespolehlivé a zavádějící formě. Pravda by měla být sdělena dobře informovaným ošetřujícím lékařem vhodným způsobem, ve vhodnou dobu, na vhodném místě a to pacientovi, který o takovou informaci stojí a je schopen ji unést.

Informace by měla být přísně individualizovaná podle povahy a duševního rozpoložení nemocného, formulovaná tak, aby jí s ohledem na vzdělání, chápání a věk dobře porozuměl (Goldmann, Cichá, 2004).

Uvedené problematice se obsáhle věnuje Kořenek (2004). Sdělováním pravdy se motivuje nemocný ještě více k aktivní spolupráci. Pokud je pacient srozumitelně a dostatečně informován, může lépe odolávat náporu potíží a lépe spolupracovat se zdravotnickými pracovníky.

*Být informován je právem nemocného. „Příslušníci vyspělých demokratických společností mají plnou odpovědnost za svůj život a právem si přejí, aby měli dostatek informací i v době své nemoci, aby jim v nepříznivé životní situaci nebylo odíráno právo spolupracovat se zdravotníky a rozhodovat o sobě a svém životním údělu... Nemocný člověk by se měl stát partnerem lékaře, protože má mít právo spolurozhodovat o realizaci diagnostických a léčebných postupů, které mu navrhuje lékař.“ (Kořenek, 2004, s. 76).*

Informace však mohou znamenat nejen pokrok, ale mohou se stát i problémem. Zejména u složitých a komplikovaných onemocnění je skutečně problematické poskytnout nemocnému vyčerpávající informace ve smyslu co všechno se může v průběhu nemoci vyvíjet jinak a jaké mohou nastat komplikace. Množství nejrůznějších údajů může nemocného dezorientovat.



Proto musí lékař informovat nemocného odpovídajícím způsobem a zohlednit jeho zdravotní stav, psychiku, vzdělání a konkrétní podmínky, ve kterých žije.

V případě velmi vážných akutních onemocnění nebo příhod, které ohrožují zdraví se provádí intenzivní medicína, jejíž současná úroveň v podpoře základních životních funkcí umožňuje udržovat po týdny naživu pacienty s beznadějnou prognózou. Zde nastupuje otázka posouzení účinnosti, účelnosti, kvality a výkonnosti intenzivní péče ve vztahu k často diskutované otázce posouzení kvality života pacienta v případě přežití. Toto rozhodování bere v úvahu zahájení, pokračování, rozšíření nebo omezení diagnostických a léčebných postupů stejně jako nezahájení nebo odnětí léčby, která dosud zajišťovala životní funkce postiženého organismu. Rozhodování se děje na základě klinického zhodnocení a lékařského posouzení a nemělo by se zapomínat na hodnoty pacienta, jeho rodiny a společnosti.

V situaci nemocného nelze přehlížet nedůstojný průběh umírání se sociální izolací a tělesným a duševním trápením. Nemělo by se ani přehlédnout riziko přežívání s kvalitou života, kterou nemocný považuje za nepřijatelnou. Měla by být brána v úvahu životní vůle pacienta, je-li schopen ji vyjádřit, anebo konzultace s osobou, kterou nemocný pověřil, aby vyjadřovala jeho přání a preference.

Je to velice citlivá problematika, která má různé roviny i v celospolečenském pohledu. Jinak může situaci vnímat nemocný a jeho rodina, jinak lékaři a ošetřující personál vázaní danými standardy a restriktivní ekonomikou zdravotnictví.

V určité fázi vývoje zdravotního stavu, kdy pravděpodobnost přežití se ukazuje jako neobyčejně nízká, nebo se dá očekávat, že kvalita života bude na obtíž nemocného i jeho rodiny, je vhodnější zajistit kvalitní terminální péči, protože zbytečná léčebná aktivita by znemožňovala nemocným důstojně zemřít (Kořenek, 2004).

Podle Munzarové (2005, s. 95) „důkladná klinická rozhodování závisí na uznání následujícího:

1. *Důstojnost náleží každé lidské bytosti, ať jakkoliv oslabené v důsledku choroby nebo zranění, nebo v důsledku mentálního nebo fyzického postižení.*
2. *Vlastním cílem lékařství je prevence, léčba, zmírňování nebo zastavení rozvoje choroby; stabilizace uspokojivého stavu; nebo úleva od vyčerpávajících symptomů nemoci.*
3. *Nutnost zhodnotit dobro a zátěž léčebných možností: léčba může být nepodána nebo vysazena, je-li zhodnocena jako marná (zbytečná) nebo nadmíru zatěžující ve srovnání s předpokládaným dobrem. V některých případech zátěž léčby může zahrnovat i mimořádné požadavky na rodinu, ošetřovatele nebo zdroje na zdravotní péči.*
4. *Posvátnost lidského života: i ten, kdo již není schopen mít vědomý vztah k ostatním anebo již není schopen pokračovat v běžných aktivitách lidského života, má být zabezpečen veškerou dostupnou, patřičnou a účinnou léčbou.*
5. *Respekt k autonomii nemocného: nemocný sám je zdrojem práva zdravotníků být léčen. Kompetentní nemocní by měli být oprávněni k činění svobodných a informovaných rozhodnutí o léčebných možnostech, včetně odmítnutí takové léčby, kterou oni sami hodnotí jako nadmíru zatěžující (za předpokladu, že nemocný není těžce depresivní). Pokud jsou nemocní neschopni učinit svá vlastní rozhodnutí, pak vedoucí lékař („senior doktor“) je zodpovědný za rozhodnutí v nejlepším lékařském zájmu nemocného. Přitom musí zvažovat, co by mohlo být známo o přáních nemocného stran léčení za takových okolností.“*

Kořenek (2004, s. 116) uvádí, že „existují dvě možnosti přístupu k blížícímu se úmrtí:

- a) *Pacient zůstává do poslední chvíle v péči akutní medicíny a jsou využity všechny dostupné prostředky k prodloužení života.*
- b) *Druhým přístupem je příprava na důstojný odchod ze světa v kontaktu s blízkými – ukončit rozdělané práce, předat co je možné – revidovat dosavadní vztahy, rozloučit se (doma, hospic).“*

## 2.3 Kvalita života terminálně nemocných a umírajících

Pojem kvalita života je často užíván při rozhodování o život udržující léčbě. Tento termín by podle Munzarové (2005) nikdy neměl být používán k měření ceny nebo hodnoty osoby jako takové ve srovnání s jinými lidskými životy, jako kdyby některé lidské životy byly cennější než jiné lidské životy.

Stejně tak Haškovcová (2000) konstatuje tendence některých lidí hodnotit kvalitu života jiných lidí, například nemocných nebo handicapovaných, jako méně kvalitní nebo nekvalitní a upozorňuje na historickou zkušenost o nebezpečnosti takového hodnocení, které způsobilo utrpení a smrt tisícům lidí a umožnilo masové provádění eutanazie.

V roce 1920 vyšel v Německu spis s názvem *Poskytnutí souhlasu ke zničení života, který žití není hoden* (jehož autory byli právník Karel Binding a lékař Alfred Hoch), který se stal velmi populárním a který následně posloužil fašistickým ideologům k teoretickému zdůvodnění cílených vyhlazovacích akcí určitých skupin obyvatelstva. Poskytoval „vědecké“ a „nezvratné“ argumenty, že lze bezpečně určit, který život není hoden žití, a tím takového člověka i odstranit.

Prvními oběťmi takto stanovené teorie kvality života se stali nevléčitelně duševně nemocní, následovali homosexuálové (byli pokládáni za nevléčitelně duševně nemocné) a Židé (hodnoceni jako neplnohodnotní lidé). V Hitlerově programu dětské eutanazie zemřelo nedobrovolnou smrtí nejméně 5000 dětí postižených mongolismem, mikrocefalií, hydrocefalií, deformitami a obrnou.

Teprve po válce vyšlo najevo v plné šíři, že tento fašistický systém eutanatických akcí zavinil smrt tisíců nevinných lidí a že eutanazie nebyla milosrdenstvím, ale vraždou.

Dnes už víme, že kvalitu života zhodnotí nejlépe každý sám, že prožitek kvality života je relativně autonomní a že svůj život může hodnotit jako kvalitní i ten, který je těžce nebo nevléčitelně nemocný.

Nemocný člověk na sklonku svého života prochází těžkou životní zkouškou. Pocítuje úzkost, vlastní bezmocnost, ohroženost, uvědomuje si omezenost svého bytí zde na zemi, většinou je již psychicky i fyzicky vyčerpaný, má strach. Strach z nejrůznějších dalších nebo opakovaných vyšetřovacích postupů, z vedlejších účinků léčby, z nesnesitelných bolestí, často má strach i z umírání a ze smrti vůbec.

Reakce lidí na těžké životní situace velice přehledně jako „fáze“, na základě svých mnohaletých zkušeností s těžce nemocnými a umírajícími popsala dr. Elizabeth Kübler Rossová.

Tabulka č. 1 **Fáze podle Kübler Rossové**

<i>FÁZE PODLE KÜBLER-ROSSOVÉ</i>		
<i>FÁZE</i>	<i>PROJEVY</i>	<i>CO S TÍM</i>
<i>NEGACE, ŠOK, POPÍRÁNÍ</i>	<i>„Ne, já ne, pro mne to neplatí.“ „To není možné.“ „To je určitě omyl.“ „Zaměnili výsledky.“</i>	<i>Navázat kontakt, získat důvěru.</i>
<i>AGRESE, HNĚV, VZPOURA</i>	<i>„Proč zrovna já?“ „Či je to vina?“ „Vždyť mi nic nebylo.“ Zlost na zdravé lidi, na zdravotníky, vyčítá nespravedlnost.</i>	<i>Dovolit odreagování, nepohoršovat se.</i>
<i>SMLOUVÁNÍ, VYJEDNÁVÁNÍ</i>	<i>Hledání zázračných léků, léčitelů a diet, pověr. Ochoten zaplatit cokoli. Činí velké sliby.</i>	<i>Maximální trpělivost, ale pozor na podvodníky.</i>
<i>DEPRESE, SMUTEK</i>	<i>Smutek z utrpené ztráty, z hrozící ztráty. Strach z účtování, strach o zajištění rodiny.</i>	<i>Trpělivě naslouchat, pomoci urovnat vztahy, pomoci hledat řešení (zajištění rodiny apod.).</i>
<i>AKCEPTACE, SMÍŘENÍ, SOUHLAS</i>	<i>Vyrovnání, pokora, skončil boj, je čas loučení. „Dokonáno jest.“ „Do Tvých rukou...“</i>	<i>Mlčenlivá lidská přítomnost, držet ze ruku, utřít slzu. Pozor – rodina možná potřebuje pomoci víc než pacient!</i>

Je proto nutné takového člověka vnímat komplexně se všemi jeho dimenzemi a zajistit mu péči nejen medicínskou, ale i psychologickou, sociální ekonomickou, etickou, duchovní (Sláma, Drbal, Plátová, 2008,).

V první řadě je třeba respektovat individualitu každého jednotlivce s jeho specifickými pocity, prožitky a potřebami, které bychom měli respektovat, vnímat a naplňovat. Na druhou stranu lze zobecnit to hlavní, co lidé prožívají na konci života a na co bychom měli adekvátně reagovat, podle Slámy et al. (2008).

Naprosto nezpochybnitelným se jeví zajištění odborné lékařské a ošetrovatelské péče. Člověk při své nemoci má celou řadu potíží, symptomů, od bolesti, nevolnosti, zvracení, slabosti, vyčerpání, dušnosti, až po deprese apod., které ho obtěžují a na které je třeba profesionálně reagovat a v maximální možné míře jim předcházet, případně je utlumit s cílem zajistit co nejpříjemnější kvalitu zbytku života. Zejména u trvale ležících je nutné adekvátním ošetřováním předejít vzniku dekubitů, které mohou významným způsobem snížit kvalitu života nemocného.

Respekt a tolerance jsou dalšími důležitými atributy. V závěru života je nemocný mnohem více citlivější a mnohdy je mu nepřijemné, že je odkázán na pomoc druhých. Je zranitelnější a snadno ovlivnitelný, ale i za této situace očekává, že bude respektován jako jedinec, který má právo na své názory, postoje a svobodná rozhodnutí. Nikdo jiný nemá právo dotyčného hodnotit, vychovávat, dávat mu najevo jakékoliv pohrdání nebo své dominantní postavení nad ním.

V období přibližující se smrti člověk bytostně touží po někom skutečně blízkém, kdo mu pomůže překonat samotu, zajistí kontakt s okolím, poradí, ale nebude rozkazovat a nařizovat, kdo mu bude dodávat odvalu a naději, s kým bude moci v důvěře sdílet své vnitřní pocity v tak obtížném úseku života. Potřebuje vnímat opravdovou lásku a opravdový vztah k druhému. Zvlášť v dnešní době, kdy se lidé daleko méně setkávají a používání nejmodernější komunikační technologie vede spíše k tomu, že se oddalují, on potřebuje především člověka se srdcem.

Důvěra je další základní hodnotou této životní etapy, kdy daleko více než jindy pocítuje člověk strach a většinou je silně oslabena jeho sebedůvěra. Nemocný má spoustu nejistot a podezření, zda mu zdravotníci či blízcí říkají skutečnou pravdu o jeho zdravotním stavu, o další pravděpodobné prognóze, perspektivě jeho života. S důvěrou proto souvisí pravdivost, opravdovost a otevřená komunikace. Ztráta důvěry často vede k úplné izolaci pacienta. Samota a opuštěnost je snad největší bolestí, kterou nemocný vnímá. Proto je důležité jej v této fázi nenechávat samotného, i když už třeba nemůže mluvit, nebo dokonce ztrácí vědomí. I v této fázi má význam ze strany blízkých říci nemocnému vše, co považují za důležité.

Člověk na konci života touží po smíření a odpuštění a cítí potřebu i sám odpustit. Proto je dobré zprostředkovat nemocnému kontakt s těmi, s kterými se potřebuje setkat s cílem urovnat vzájemné vztahy, odčinit pocit křivdy a ublížení, odpustit si, smířit se.

## 2. 4 Eutanazie ve světě a v ČR

Podle Pollarda (1996, s. 15) se eutanazie „prezentuje jako problém lidských práv, jedná se však o velmi složitý komplex problémů, který zahrnuje jak mnoho nesnadných a kontroverzních aspektů náboženských, morálních, lékařských a ošetrovatelských, tak tři složky práva, tj. právo zvykové či obyčejové, právo statutární (kodifikované) a patrně i mezinárodní právo, dále pak společenský život a kulturní rozdílnost.“

Moderní historie eutanazie bývá spojována s vydáním již v předchozí kapitole zmíněného spisu Poskytnutí souhlasu k zničení života, který žití není hoden v roce 1920 v **Německu**, jehož počáteční myšlenka nebyla rasově motivována, ale viděla se v ní blahodárná sociální reforma, která umožňovala vypořádat se s beznadějně nemocnými. Původně se jako oprávnění eutanazie uváděl soucit, nedostatečná kvalita života a omezení nákladů – stejné důvody, jakými se argumentuje dnes – postupně se indikace dále rozšiřovala a do roku 1939, kdy Hitler vydal formální souhlas s širším využitím eutanazie, se už tak zneužívala, že přechod k tomu, aby se stala nástrojem genocidy, byl snadný.

**Spojené státy americké** – první Národní společnost pro legalizaci eutanazie byla založena roku 1938, zpočátku se orientovala, podobně jako v Německu, na nevyžádané usmrcování. To se setkalo s tak velkým nesouhlasem, že už od dalšího roku svůj cíl omezila na vyžádanou eutanazii. Společnost a její cíle se setkávaly se značnou opozicí, takže v roce 1967 se její členové zaměřili na prosazení tzv. životní vůle („living will“ nebo také „advance directives“), tj. písemného prohlášení osoby, ve kterém stanoví, za jakých okolností má být ukončeno umělé udržování jejího života. Tyto životní vůle ve Spojených státech jsou dnes legální ve většině států federace (Pollard, 1996).

Počátkem června loňského roku proběhla v českých denících krátká zpráva oznamující úmrtí známého propagátora eutanazie, amerického patologa arménského původu Jacka Kevorkiana, přezdívaného Doktor Smrt. Tento lékař od roku 1986 věnoval své úsilí „*dlouhodobému cíli experimentování s ukončením života*“ (Brovins, Oehmke, 1996, s. 24), za což mu byla odebrána i licence k výkonu lékařského povolání. Svoji činnost vnímal jako poslání a inicioval tak četné odborné i laické diskuse. Nabízel nevléčitelně nemocným pomoc při ukončení života formou asistované sebevraždy pomocí zvláštního přístroje, který sám sestrojil a nazval jej Mercitron. Pomocí tohoto přístroje si nemocný sám vpravil do těla intravenózní smrtící roztok.

I když je ve Spojených státech amerických asistovaná sebevražda povolena nebo tolerována, přesto se několikrát dostal do rozporu se zákonem, byl opakovaně zatčen a následně opakovaně osvobozen. V roce 1999 byl odsouzen za vraždu na základě videozáznamu závěru života člověka, kterému sám pomohl ke smrti. Tento záznam Kevorkian sám předal soudu s cílem vyprovokovat širokou diskusi o eutanazii a docílení její legalizace (Haškovcová, 2000).

**Velká Británie** – Společnost pro vyžádanou eutanazii byla založena v roce 1930. Přestože oficiálním cílem této společnosti je legalizace vyžádané eutanazie, opakovaně se v jejích písemných projevech poukazuje na to, že je žádoucí i nevyžádané usmrcování. Žádný ze tří návrhů zákonů na legalizaci eutanazie, které byly od roku 1936 v Anglii předloženy, neprošel (Pollard, 1996).

**Austrálie** – většina australských států má Společnost pro vyžádanou eutanazii, jejichž oficiálním programem je legalizace vyžádané eutanazie, nevyžádané usmrcování ve svých veřejných vyhlášeních nepodporují. Intelektuálním ústředím hnutí pro eutanazii v zemi se stalo Centrum lidské biotiky na Monashské univerzitě v Melbourne. Eutanazii se zabývalo několik výborů zaměřených na reformu zákonů, dvě parlamentní šetřící komise zvažovaly tento zákon a praktické kroky provázející smrt a umírání, ale nedoporučily ji. (Pollard, 1996). Podle Munzarové (2005) byl v Severním teritoriu Austrálie v roce 1995 schválen zákon, prohlašující eutanazii za čin za určitých podmínek zcela patřičný a v roce 1997 byl tento zákon zrušen australským federálním parlamentem. Goldmann, Cichá (2004, s. 81) dokonce uvádí „...avšak již v roce 1997 byl zákon po trpkých zkušenostech zrušen“.

**Holandsko** – podle Pollarda (1996, s. 148-152) éra veřejné eutanazie v Holandsku formálně začala v roce 1973, kdy vládní komise sice vydala zprávu, že aktivní eutanazie zatím nebyla povolena a že má být i nadále zakázána, ale na druhé straně soud, při procesu s lékařkou, která zabila svou matku, přející si zemřít, vyhlásil několik podmínek, které mohou oprávnit aktivní usmrcení pacienta.

V roce 1982 rozhodla Státní komise pro eutanazii, že nemá být nadále trestán lékař, který ukončí život pacienta na jeho výslovné a vážné přání, pokud byly dodrženy stanovené podmínky. Tyto podmínky byly úředně zveřejněny jak vládou, tak Královskou holandskou lékařskou asociací a stanovily, aby žádost dané osoby byla dobrovolná, uvážená a trvalá, že utrpení bude nepřijatelné a že bude konzultován další lékař.

Postupem doby, od roku 1984, vytvářely soudy stále liberálnější podmínky pro lékaře při provádění eutanazie, aniž bylo požadováno, aby šlo o smrtelnou chorobu. V roce 1986 přijal Haagský apelační soud rozhodnutí, že pacientovy potíže nemusí být ani fyzické, ani psychiatrické, ale mohou být psychologickou reakcí na nemoc.

Oficiální podporu si získala také nevyžádaná eutanazie, když Státní komise pro eutanazii v roce 1987 doporučila, aby nebyla považována za zločin, pokud se uskuteční v rámci „pečlivé lékařské praxe, ať už to znamená cokoli“ (Pollard, 1996, s. 152).



Přitom je nutné uvést, že „článek 293 Holandského trestního práva stanoví, že připravit druhou osobu o život, i na výslovnou a vážnou žádost dotyčné osoby, je vážný zločin proti lidskému životu, trestaný až dvanácti lety vězení“ (Pollard, 1996, s. 149).

Z uvedeného tedy vyplývá, že ani v Holandsku eutanazie není legalizována, ale jde o zákonnou možnost upustit od stíhání lékaře, pokud při jejím provedení postupoval podle zákonem stanovených podmínek. Praxe je taková, že každý lékař, který v Holandsku provedl aktivní eutanazii, má oznamovací povinnost. Poté následuje vyšetřování celého případu a je zahájeno trestní stíhání, v rámci kterého se zjišťuje, zda byly splněny všechny podmínky umožňující aktivní eutanazii. V kladném případě je možné trestní stíhání zastavit a uplatnit princip beztrestnosti. Jedná se o zdlouhavý, náročný a pro lékaře nepříjemný postup a je evidentní, že někteří lékaři provedení eutanazie neohlašují.

Postoje k eutanazii v Holandsku se různí. Zatímco pro některé je výkvětem autonomie, pro jiné představuje nadvládu lékařů, kteří získali bezprecedentní moc nad životy pacientů a otvírá se tak možnost jejího zneužití v případě, byla-li provedena bez nahlášení a patřičného prošetření. Zcela otevřeně se hovoří o tzv. „kluzkém svahu“, což je běžně používaný termín v lékařsko-etickém jazyku, který vyjadřuje, že každý vstup na takový svah vede k dalšímu a dalšímu uklouzávání (Haškovcová, 2000).

K zákonem tolerované eutanazii dochází od roku 2001 i v **Belgii**. Definice eutanazie je stejná jako v Holandsku, je zde ale jasně vytyčeno, že za určitých podmínek se nejedná o kriminální čin. Zákon zahrnuje i možnost rozhodování se předem („advance directives“) o úmyslném ukončení života a určuje personální obsazení při tomto dění včetně svědků. V průběhu čtyř pracovních dnů po provedení eutanazie musí lékař vyplnit patřičný formulář a odeslat jej Federální kontrolní a hodnotící komisi. Pokud komise dojde k přesvědčení (dvoutřetinovou většinou hlasů), že určité zákonem vyžadované náležitosti nebyly respektovány, případ je odeslán veřejnému žalobci (Munzarová, 2005).

**Švýcarsko** je proslulé zejména tím, že na klinice Dignitas v Curychu mohou asistovanou sebevraždu podstoupit i zahraniční pacienti ze zemí, kde eutanazie není povolena. Tato klinika vznikla v roce 1998 a umožňuje klientům,

po vyřízení předepsaných formalit a zaplacení poplatku, v podstatě spáchat sebevraždu smrtícím roztokem, který jim klinika poskytne.

V **České republice** není eutanazie legalizována a na sjezdu České lékařské komory v prosinci 1995 byla označena za eticky nepřípustnou. Etický kodex České lékařské komory doslova uvádí: *„Lékař u nevyлéčitelně nemocných a umírajících účinně tiší bolest, šetří lidskou důstojnost a mírní utrpení. Vůči neodvratitelné a bezprostředně očekávané smrti však nemá být cílem lékařova jednání prodlužovat život za každou cenu. Eutanazie a asistované suicidium nejsou přípustné.“* (Munzarová, 2005, s. 58).

V důsledku znovuoživení diskuse o eutanazii v souvislosti s liberalizací zákona v Holandsku byla v dubnu 2001 svolána pracovní komise České lékařské komory a přijala jednoznačné stanovisko o nepřípustnosti asistované sebevraždy a eutanazie.

*„S úctou k životu a při poznání smrti jako neodvratného ukončení života, respektujeme etický kodex ČLK, podle kterého lékař nemá prodlužovat utrpení nemocného s nevyлéčitelnou chorobou, avšak eutanazie i asistovaná sebevražda jsou projevem selhání. Dnes lze zajistit takovou péči v léčení bolesti a ostatních fyzických symptomů, psychického, sociálního a duchovního utrpení tak, aby k žádosti o usmrcení nemuselo docházet. Naše společnost objektivně disponuje dostatečnými finančními prostředky, znalostmi, dovednostmi, léky i přístrojovým vybavením, aby nemocným, u kterých kurativní léčba vyčerpala všechny dostupné možnosti, byla poskytnuta odpovídající léčba paliativní. Tento přístup je nemocnému schopen zajistit nejlepší možnou kvalitu zbytku života včetně doprovázení k důstojné smrti bez bolesti, fyzického, psychického, sociálního a duchovního utrpení. Pro rozhodnutí o poskytování nejvyšší etické služby nevyлéčitelně nemocnému a umírajícímu musí být lékařům nápomocná celá společnost, právo, ekonomická i zákonodárná systémová opatření.*

*Civilizovaný stát musí chránit život a nelegalizovat jeho likvidaci.“* (Munzarová, 2005, s. 58-59).

Obecně lze konstatovat, že eutanazie není legalizována nikde ve světě.

## 2. 5 Paliativní péče ve vztahu k eutanazii

Domnívám se, že je na místě v úvodu této kapitoly připomenout první a třetí článek Charty základních lidských práv, která je předmětem Všeobecné deklarace lidských práv OSN podepsané v r. 1948 většinou zemí:

1.článek: Všechny lidské bytosti se rodí jako svobodné a sobě rovné se zřetelem na jejich důstojnost a práva. Jsou obdařeny rozumem a vědomím a měly by jednat vůči sobě v duchu bratrství.

3. článek: Každý má právo na život, svobodu a bezpečnost osoby.

V duchu těchto zásad by mělo být přistupováno k lidským bytostem s vědomím odpovědnosti vůči důstojnosti lidské bytosti a daru lidského života i v terminálním stadiu jejich života.

Podle Pollarda (1996) hlavními argumenty, kterými jsou zdůvodňovány požadavky na legalizaci eutanazie jsou snaha milosrdně zbavit člověka utrpení, dodržování lidských práv, zejména práva na respektování osobní autonomie, osvobození jedince od nepřijatelné kvality života a regulace nákladů na zdravotní péči.

Tyto požadavky ale odsunují stranou skutečné právo na život a předpokládají, že za určitých okolností je lze ztratit. V podstatě anulují záměry Deklarace lidských práv a to, co bylo deklarováno jako zločin proti lidskosti nebo vražda, chtějí změnit na záležitost soucitu a dokonce spravedlnosti.

Právo zemřít je v lékařské etice *„právo dovolit zemřít a vztahuje se k právu člověka na patřičnou péči když umírá... Neexistuje žádné právo být usmrcen druhou osobou ani právo na požádání zabít.* (Pollard, 1996, s. 89).

Respektování autonomie znamená nejen právo volby, ale také odpovědnost volit v určitých mezích, nemůže být tedy autonomní žádat o usmrcení, pokud neexistuje právo být na žádost usmrcen.

Proti mylnému domnění, že pro těžce nemocného nebo umírajícího člověka existují jen dvě možnosti, buď umírat v nesnesitelných bolestech a trápení, nebo

být milosrdným způsobem zabit, existují možnosti péče takové úrovně, jakou by každá společnost měla chtít poskytnout svým trpícím, tj. paliativní péče.

Munzarová (2005) uvádí, že v diskusích o legalizaci eutanazie panuje nejen mezi laiky, ale i mezi profesionály mnoho nejasností a matení a je proto třeba velmi jasně vymezit jednotlivé pojmy - jak pojem eutanazie, tak pojem paliativní péče - a zveřejnit jejich odlišnosti. Opírá se o vyjádření Roy, D. J., Rapin, Ch. H. a Rady ředitelů Evropské asociace pro paliativní péči z roku 1994.

Pojem „zemřít s důstojností“ může mít diametrálně odlišný obsah, závisející na úhlu pohledu. Je-li aplikován na péči o nemocné v terminálním stádiu, může pro jedny znamenat vysazení neúčinné a zbytečné život prodlužující léčby při patřičném zvládnání bolesti, pro druhé eutanazii a asistované suicidium. *„Je nesmírně důležité rozlišovat mezi eutanazií, úlevou bolesti a jiných symptomů a nenasazením nebo přerušením život prodlužující léčby, která je zbytečná. Nikdy nelze směřovat tyto tři typy klinických posuzování a aktivit.“* (Munzarová, 2005, s. 73.)

Termín eutanazie by měl být výhradně užíván pro soucitem motivované, úmyslné, rychlé a bezbolestné ukončení života někoho, kdo je nevléčitelně nemocný progredující chorobou. Terminálně nemocná a trpící *„osoba není ponechána zemřít, nýbrž její život je ukončen“* (Munzarová, 2005, s. 73.). Je-li tak učiněno na žádost umírající osoby, jedná se o eutanazii vyžádanou, chtěnou, v jiných případech nevyžádanou, nechtěnou.

Profesní i mravní povinností lékařů je používat veškeré patřičné, v dané situaci adekvátní a dostupné prostředky, které nemocného zbaví bolesti a ostatních příznaků vedoucích k jeho utrpení. Cílem této léčby je osvobodit nemocného od bolesti a trápení, které v jeho vědomí neponechává vůbec žádný psychický prostor pro osobně významné záležitosti, které by chtěl řešit předtím než zemře. *„Cílem takovéto léčby je život osvobodit a ne ukončit“.* (Munzarová, 2005, s. 74).

V průběhu choroby přijde čas, kdy již není možné zvrátit proces umírání. Agresivním používáním komplikovaných technologií by se nanejvýš mohlo dosáhnout prodloužení procesu umírání. A právě v těchto situacích je správně

používán termín nenasazení nebo vysazení postupů, které nestabilizují život člověka a které pouze prodlužují jeho umírání. *“A je to pouze v těchto případech, kdy je možno hovořit o ponechání člověka zemřít”.* (Munzarová, 2005, s. 74).

*Prodlužování života za každou cenu, obzvláště za cenu nesnesitelného utrpení, není tou správnou cestou. A pouze za těchto okolností je možno uvažovat o etickém konceptu „nechání zemřít“, dle něhož je třeba vykonat všechno možné a ospravedlnitelné při pomoci k umírání bez bolesti a v míru. Zde nastupuje paliativní medicína a paliativní péče a je správné respektovat informované odmítnutí léčby pacientem.* (Munzarová, 2005, s. 74).

K dané problematice doporučuje Kořenek (2004) jako účelné rozlišit právní a mravní normu, neboť jednání nemusí být vždy a v každé situaci eticky dobré a nečinnost nemusí být vždycky špatná. V medicíně se považuje obecně za správné přerušit zavedenou léčbu, jestliže se ukáže, že je nevhodná a neúčinná a lékař není povinen předepisovat nemocnému léky, které mu nepomohou. Někdy je ale těžké rozlišit, kdy ještě jde o záchranu života a kdy už jen o prodlužované umírání.

Rovněž je třeba brát v úvahu právo nemocného odmítnout určitý druh léčby, operaci, případně léčení vůbec, a lékař nesmí postupovat proti jeho vůli, nepodaří-li se mu ho vhodným způsobem přesvědčit.

Lékař by si měl uvědomit, že touha po smrti u nemocného může signalizovat skutečnost, kdy trpící nemocný je zbaven veškeré naděje, opuštěn svými blízkými, vzdálen lidské společnosti a potřebuje naléhavě pomoci. A právě zabít z milosti, by znamenalo jeho definitivní odmítnutí. Jestliže se mu však dostane opravdové a lidské zdravotní péče a pozornosti příbuzných a dojde-li ke ztišení jeho bolesti, obnoví se jeho zájem i o těžký život. Moderní farmakoterapie bolesti by měla ulevit i od neztišitelných bolestí a neměla by být důvodem žádosti nemocného o eutanazii.

Další problematickou otázkou ve vztahu k požadované eutanazii je možnost přesvědčit se o tom, do jaké míry je nemocný schopen se svobodně rozhodnout, ať už pro psychický stav, nebo vzhledem k nátlaku ze strany

rodinných příslušníků. Motivy mohou být různé, od altruistických až po ekonomické.

*„Určité názory připouštějící možnost eutanazie jsou svědectvím o selhání společnosti, která nechce trpícím lidem pomáhat ve zvládnutí jejich potíží. A přitom utrpení je příležitostí pro člověka, aby se soucitem doprovázel své nemocné, aby jim ukazoval, že je s nimi, aby jim poskytl svůj čas. Nemoc může být příležitostí na rozhovor, na odpuštění“ ... (Kořenek, 2004, s. 122).*

*„Lékaři nejenže mohou, ale především musí dovolit zemřít, ale rozhodně nesmí úmyslně zabít. Přinášet smrt je neslučitelné jak se službou uzdravování, tak se službou dovolit zemřít. Nelze ulevovat lidskému trápení tím, že se bude ničit život. Povinností lékaře je doprovázet umírajícího nemocného a tím mu zmenšovat jeho potíže.“ (Kořenek, 2004, s. 123)*

## **2. 6 Možnosti sociální pedagogiky při výchově celostního pohledu na člověka**

Do úvodu této kapitoly si dovoluji ocitovat slova Dominika Pecky, dlouholetého gymnaziálního profesora, teologa, vězně komunistických žalářů, oceněného v roce 1996 in memoriam řádem T. G. Masaryka, jak je zveřejnila Munzarová (2008, s. 65): *„...Máme-li vychovávat člověka, musíme nejprve vědět, co člověk je. ... bytost složitá a paradoxní, jednotná i podvojná, duchovní i hmotná, přírodní i nadpřírodní, rozumová i instinktivní, svobodná i spoutaná, individuální i sociální, smrtelná i nesmrtelná, bytost se sebou nespokojená, sobě odpírající, sebe převyšující, v šerosvitu nejistoty pozemského údělu i nejistoty spásy putující...“*

Člověk jako jedinečná bytost, jehož osobnost se utváří, projevuje a mění v čase a konkrétních podmínkách, musí v tomto procesu řešit a zvládat spoustu náročných situací a problémů. Ty s sebou přináší nejen jeho biologický vývoj, ale také okolnosti života ve společnosti, jejímž je členem.

A právě sociálně výchovná pomoc se podle Machalové (2010) nevyhnutelně a postupně stává účinným prostředkem pomoci dětem, mládeži,

dospělým, seniorům a osobám ve vysokém věku v jejich procesu sociální i psychologické adaptace na osobní i společenskou realitu, kterou žijí. Realitu poznamenanou vysokým tempem dění i širokospektrálními změnami ve společenském i osobním životě v současnosti.

Vzhledem k tomu, že člověk, jako jedinec je součástí celého makrosystému, dotýká se jej tedy bezprostředně dobré nebo špatné fungování jiných systémů, například politiky, ekonomiky, sociální sféry, kultury, organizace církví, hodnotové orientace, medializace života, internetové virtuality a podobně.

Vycházíme-li ze širšího pojetí sociální pedagogiky, zaměřuje se na *...„každodennost života jedince, na zohlednění životních situací bez ohledu na věk, akcentuje ochranu jedince před rizikovými vlivy a iniciuje takové změny v sociálním prostředí, které se snaží uvádět do souladu individuální potřeby a zájmy jedince s možnostmi společnosti“* (Kraus, 2008, s. 48) pak, podle mého názoru, umírání a smrt má sociálněpedagogický kontext, neboť neodmyslitelně patří k životu.

Mám za to, že téma umírání a smrti se nevztahuje pouze k úzkému okruhu zúčastněných v této finální životní etapě, ale je tématem celospolečenským, o kterém bychom měli uvažovat jak v rovině obecně lidské, tak i profesionální. Je obecně známo, že společnost v naší zemi se tématům spjatým se smrtí a umíráním vyhýbá. To vede k vytlačování péče o umírající na okraj zájmu společnosti. A proto by i zájmem sociální pedagogiky mělo být úsilí i o **zvýšení povědomí o umírání a možnostech péče u široké veřejnosti.**

Jestliže si člověk bude trvale vědom konečnosti svého života, uvádí Haškovcová (2000), bude pak odpovědněji zacházet s časem, který mu je pro pobyt na tomto světě dán a nepochybně bude též vnímavější k problémům občanů, kteří už na prahu smrti stojí. Ti totiž potřebují nejen pochopení svých nejbližších, ale i konkrétní pomoc vzdálenějších lidí. Právě zdraví a ekonomicky činní lidé svými rozhodnutími i praktickými činy totiž vytvářejí, nebo také nevytvářejí, podmínky pro důstojný závěr života svých spoluobčanů. Současná tabuizace všeho, co souvisí se smrtí, ovšem brání **osvojit si alespoň základní znalosti potřeb těžce nemocných a umírajících.**

Ti, pro něž je toto téma aktuální, i jejich rodinní příslušníci, pátrají po přiměřených formách pomoci, ale také i po informacích, jak analogickou situaci prožívali a jak se s ní vyrovnali jiní lidé. Stejně tak příbuzným a přátelům často chybí konkrétní návody a doporučení, jak zvládat nesnadnou situaci, protože až do chvíle, než se setkali smrtí tváří v tvář, žili v domněnku, že se jim poslední chvíle člověka netýkají, anebo že je na ně ještě dost času.

Z hlediska profesionálního se setkávají se smrtí nejvíce lékaři a zdravotníci. *„Jejich pohled na smrt je ovlivněn paradigmatem doby a strategií vítězné medicíny, která chápe smrt člověka jako prohru, v které není prostor pro smíření. Institucionalizovaná péče o nemocné favorizuje úspěch a v péči o nevyлéčitelně nemocné a umírající redukuje svou pozornost na selhávající somatický orgán či jeho funkci.“* (Haškovcová, 2000, s. 15-16)

Proto by se měly hledat a obecně být známy přiměřené a dostupné formy péče, které ve stávajících podmínkách života i zdravotnických struktur **umožní důstojné umírání a důstojnou smrt.**

Na člověka by se mělo nahlížet jako na nedělitelný celek biologických, psychických, duchovních a sociálních kvalit. Podle Munzarové (2008) ale žijeme v době, kdy se hodnocení člověka mění, a mnohem častěji se ptáme, čím je tento člověk než kdo je tento člověk. *„Avšak právě tento způsob myšlení se stává velkým ohrožením lidskosti člověka. Život člověka trpícího a umírajícího může být považován za bezesmyslný a neúčinný. Je zcela zamlžován rozdíl mezi hodnotou člověka ve smyslu důstojnosti a jeho hodnotou ve smyslu užitečnosti. Riziko pro lidi nemohoucí je evidentní.“* (Munzarová, 2008, s. 64).

*„Nikdy bychom neměli uvažovat o nemocných v jakýchkoli abstraktních pojmech (umírající, mentálně postižení, handicapovaní). To vede k rozkladu vnímavosti a k přechodu do jakéhosi odpudivého vakua bez citlivosti, bez lásky, bez soucitu a bez vztahu.“* (Munzarová, 2008, s. 65).

Rovněž Kořenek (2004) uvádí, že při výchově musíme zdůrazňovat, že život je dar a tento dar musíme chránit v ochranné lásce, aby docházelo k integrálnímu rozvoji lidské bytosti. Naopak v oblasti terminální péče je povinností, kde je to aspoň trochu možné, utrpení odstraňovat, nebo aspoň zmírňovat a napomáhat tak nemocným **udržovat pocit jejich osobní**



**důstojnosti.** .... „Lidský život se může našim nemocným někdy jevit jako velmi těžký. Proto musíme pohledem na důstojnost lidského života vidět strádající lidskou bytost, která je stále otevřená touze po lidské blízkosti a pochopení. Velikost hodnoty života, velikost důstojnosti lidské osobnosti a naše profesní etická odpovědnost nás jednoznačně vybízí k nutnosti **respektovat lidský život v jeho celosti**. Nesmí docházet k omezení našeho pohledu, kdybychom respektovali pouze některé fáze lidského života nebo odstraňovali méně kvalitní jedince. Musíme si zachovat a prohlubovat spravedlivý respekt k lidskému životu ze všech stránek, který jednoznačně přiznává každému, ve vší nemohoucnosti a křehkosti jeho celou a ničím nenarušenou důstojnost.“ (Kořenek, 2004, s. 124-125).

Tato problematika velice úzce souvisí s přístupem a chováním okolí k nevléčitelně nemocným a umírajícím, zejména ve fázi nemoci, kdy už člověk přestane být aktivním činitelem v životě jiných lidí a nachází se ve stavu tzv. sociální smrti, který je někdy uváděn také jako vegetativní stav.

Payneová et al. (2007, s. 372) odkazují na Sweetingovou a Gilhoolovou, podle kterých ...„s rostoucí institucionalizací skupin, kterých se společnost bála nebo je neuměla jak využít, se však dnes začíná tento stav chápat jako stav opuštěnosti a vyloučenosti“ a podle těchto autorek existují tři skupiny pacientů, na něž lze tento koncept vztáhnout. „Jde o lidi velmi staré, o lidi v posledních stadiích nějaké vleklé smrtelné nemoci a o lidi, u nichž byla zásadním způsobem postižena osobnost (např. v důsledku demence nebo kómatu). Každý takový člověk vstoupil do fáze své nemoci nebo do fáze života, která nenapravitelně poškozuje jeho schopnost normální interakce s ostatními.“

Okolí svým chováním má tendenci uvedené jedince segregovat, uchyluje se k neosobnímu přístupu, pacientům se upírá jakákoliv sociální hodnota, jsou „uskładňováni“ za zdi institucí a dochází prakticky k jejich sociálnímu vyloučení. Tyto bariéry však mohou vytvářet i lidé označení za sociálně mrtvé, když sami začínají ustupovat ze života. Důvodem takového chování jsou jednak obavy ze smrti, snaha vyhnout se připomínkám vlastní smrtelnosti a jednak skutečnost, že celkově jako společnost nevíme, jak na smrt reagovat. Teprve až začneme **chápat smrt jako normální součást života**, bude možné něco na popsané situaci změnit.

## 3 Způsoby poskytování paliativní péče

V úvodu této kapitoly předesílám, že jejím cílem je podat pouze rámcový informativní přehled, jako doplnění k předcházejícím kapitolám.

### 3.1 Hospicová péče

Hospicová péče je užším termínem v rámci paliativní péče, je určena nemocným lidem v terminálním stadiu a má svůj historický vývoj. Již v dobách Římské říše a ve středověku existovaly při cestách přístřešky nebo útulky, určené nejen k odpočinku poutníků, ale také nemocným, kteří se v nich buď uzdravili, nebo našli místo pro klidnou smrt. Kolébkou moderní hospicové péče, určené již jen výhradně pro klidné umírání nemocných, je Velká Británie (St. Christopher Hospice, r.1967), odkud se hnutí velmi rychle rozšířilo i do jiných zemí celého světa.

Původně byly služby hospicové a paliativní péče zaměřeny výhradně na pokrývání potřeb lidí umírajících na rakovinu, toto zaměření nadále přetrvává a přidávají se další diagnózy jako HIV/AIDS, neuromotorická onemocnění, choroby srdce a mrtvice. Dětské hospice se zaměřují na mnohem širší spektrum chorob, protože děti obvykle umírají na degenerativní choroby.

*„Pacienti jsou obvykle přijímáni na hospitalizační jednotky z jednoho ze tří důvodů: dostat symptomy pod kontrolu, dát umírajícím lidem a jejich neformálním pečujícím čas na oddech (několik dnů úlevy se zajištěnou kvalitou péče) nebo poskytnout terminální péči umírajícím v terminálním stadiu nemoci.“*(Payenová et al., 2007, s. 440).

Podle Svatošové (2008, s. 115) hospic nemocnému poskytuje nejen pomoc fyzickou, zahrnující především kvalitní ošetrovatelskou péči, ale pomáhá také pochopit smysl utrpení nemocnému i jeho rodině. Nemocnému garantuje, že:

- *nebude trpět nesnesitelnou bolestí,*
- *v každé situaci bude respektována jeho lidská důstojnost,*
- *v posledních chvílích života nezůstane osamocen.*

Hospice ve světě mají podle místních podmínek různé formy, ale jejich myšlenka je stejná. Jaká forma hospicové péče se v té které zemi rozvine, záleží na místních zákonech a na způsobu financování zdravotní péče.

Obecně rozeznáváme tři formy hospicové péče:

- Domácí hospicová péče.
- Stacionární hospicová péče.
- Lůžková hospicová péče.

### **Domácí hospicová péče**

Tato péče je určena nevyлéčitelně nemocným a umírajícím lidem, kteří závěr svého života chtějí prožít doma a o které jejich blízcí mohou a chtějí pečovat. Je pro naprostou většinu nemocných optimální a nejvíce akceptovatelná, vzhledem k tomu, že většina nemocných si přeje zůstat v rodinném prostředí a zemřít doma. Je vhodná tehdy, když doporučenou léčbu směřující k odstranění bolestí a dalších obtíží nemocného lze aplikovat doma. Taktéž je vhodná například v situaci, kdy nemocný potřebuje spíše sestru či ošetrovatelku, než lékaře specialistu. Rodinným příslušníkům tak pomáhá v péči specializovaný tým, poskytující jak odbornou zdravotnickou a ošetrovatelskou péči, tak i psychologickou, sociální a duchovní pomoc.

### **Stacionární hospicová péče**

Její podstatou jsou tzv. denní pobyty, kdy pacient tráví se stacionáři jen část dne, většinou od rána do odpoledních hodin, dopravu zajišťuje buď rodina, nebo hospic. Důvody takto poskytované péče mohou být:

**Diagnostické** – např. kontrola bolesti, kterou se v domácí péči nedaří zvládnout.

**Léčebné** – např. aplikace chemoterapie nebo optimalizace léčebných dávek.

**Psychoterapeutické** – využívají zejména osamělí pacienti, nebo ti, kteří mají problém o svých potížích komunikovat s rodinou (nebo také rodina nechce, nebo není schopna).

**Odlehčovací** – poskytuje doprovázejícím členům rodiny nezbytný čas na odpočinek a řešení osobních záležitostí.

### Lůžková hospicová péče

Důvody poskytování lůžkové hospicové péče mohou být identické s výše uvedenými důvody u péče stacionární a tato forma péče je využívána zejména klienty, jejichž každodenní dojíždění do hospice není možné vzhledem k jejich zdravotnímu stavu nebo vzdálenosti hospice od jejich bydliště. O přijetí na hospicové lůžko rozhoduje zásadně hospicový lékař. Hospice s hospitalizačním zaopatřením jsou navrhovány a vybavovány s ohledem na umírající. Snahou je zajistit prostředí, připomínající více domov než nemocnici, kde se mohou neomezeně scházet nemocní, jejich návštěvy i vypomáhající dobrovolníci. Ve vybavení se dbá na to, aby pečovatelé i umírající měli snadný přístup k lůžkům i příslušenství, což je zajištěno prostřednictvím nejrůznějších kompenzačních pomůcek, jako např. polohovacích lůžek, zvedáků, pojízdných koupacích van a zejména bezbariérových úprav veškerých prostorů.

Tabulka č. 2 **Přehled hospicové péče z hlediska časového:**

<i>OBDOBÍ (prae finem)</i>	<i>Péče a doprovázení nemocného a jeho blízkých od okamžiku zjištění závažné diagnózy až po nástup terminálního stavu (viz fáze podle Kübler-Rossové)</i>
<i>OBDOBÍ (in finem)</i>	<i>Péče a doprovázení nemocného a jeho blízkých během terminálního stavu, tj. umírání v užším slova smyslu</i>
<i>OBDOBÍ (post finem)</i>	<i>Kromě péče o tělo zemřelého doprovázení pozůstalých podle potřeby i dlouhodobě, zpravidla po dobu 1 roku</i>
<i>CHYBOU by bylo hospic chápat pouze jako péči v období „in finem“!</i>	

Zdroj: Svatošová, 2008, s. 122

### 3. 2 Paliativní péče v nemocnicích

I když většina umírajících touží prožít poslední chvíle svého života doma, během této doby mohou být hospitalizováni v nemocnici, případně ji navštěvovat jako ambulantní nebo denní pacienti různých specialistů, onkologů, radioterapeutického týmu, a pod.

Filosofie nemocniční péče je však trochu jiná než péče hospicové. V nemocnici jde především o akutní péči - co nejpřesnější stanovení diagnózy, v ideálním případě i příčiny nemoci a nasazení takové léčby, která vede k jejímu zdolání. Čím více jsou pracoviště specializovanější, tím dražší je technické i personální vybavení a jejich provoz nákladnější. Středem zájmu se podle Svatošové (2008) stává nemoc, zatímco pacient jako člověk většinou ustupuje do anonymity. Umírající pacient je pojmán jako předmět, zůstává v osamění a chybí mu důstojnost umírání. Umírání je zmechanizovaný proces.

Proto, i přes různé argumentace o neslučitelnosti akutní a paliativní péče, začaly být v osmdesátých létech minulého století ve Velké Británii zřizovány nemocniční týmy paliativní péče, někdy nazývané jako podpůrné týmy nebo týmy pro kontrolu symptomů. Tyto týmy mohou zahrnovat všechny nebo některé z následujících členů personálu: lékaře (onkology, odborníka na paliativní péči nebo všeobecné lékaře), sociální pracovníky, ošetřovatele a duchovní. Provádějí kontrolu symptomů, poskytují úlevu od bolesti a emoční podporu a pomoc umírajícím, mimo to dělají odborné posudky a poskytují informace, podporu a rady kolegům lékařům, ošetřovatelům a jejich spolupracovníkům v nemocnici.

Primárním cílem v nemocničních zařízeních ale stále zůstává léčba a k tomuto cíli směřuje i práce týmů zdravotní péče. *„Smrt pacienta se zde stále pokládá za lékařské selhání, a proto přítomnost skupiny lidí, kteří usilují o dobrou smrt pacientů, může být pro ostatní iritující.“* ( Payenová et al., 2007, s. 442)

Studie prováděné ve Velké Británii ukázaly, že nemocniční týmy paliativní péče mohou významně přispívat k míře celkové osobní pohody pacientů, včetně kontroly bolesti a symptomů, a zlepšit vztahy s rodinou a jinými odbornými poskytovateli. Současně však upozornily na komunikační problémy ohledně kompetencí i na problematické vztahy nemocnice s komunitními týmy paliativní péče a týmy primární péče. Předpokládá se, že nemocniční lékařský personál může cítit odpor k pronikání těchto odborníků nebo může podceňovat jejich dovednosti.

### 3.3 Paliativní péče v zařízeních sociálních služeb

Velký počet lidí v západních společnostech žije a umírá v ošetrovatelských a pečovatelských domovech. Podle Payneové et al (2007) např. v USA dochází v těchto domovech k 20 % všech úmrtí, ve Velké Británii 19 %. Podle výsledků výzkumných studií v USA, Austrálii a Velké Británii je mnoho umírajících klientů v posledních dnech jejich života přemístěno do nemocnic, z důvodu neschopnosti domova řešit potřeby umírajících klientů a omezených možností personálu poskytovat přiměřenou péči. Praktičtí lékaři do ošetrovatelských a pečujících domovů jen neochotně zavádějí řízenou infuzní terapii a jiné postupy. Péče o umírající klienty vyvolává u pečovatelů stres a vysoké kvality péče o umírající lze dosáhnout jen stěží.

Ve Velké Británii existují ošetrovatelské domovy s lůžky určenými pro terminální péči. Tato lůžka jsou financována místními zdravotními úřady. V Nizozemsku jsou v domovech pro starší lidi a v ošetrovatelských domech zřizovány oddělené jednotky pěti až deseti jednolůžkových pokojů, na něž jsou z jiných zařízení přemísťováni umírající lidé s komplexními problémy. Na klienty v těchto jednotkách dohlíží multidisciplinární tým paliativní péče, sestávající z ošetrovatelů, pečujících, lékařů ošetrovatelského domu, sociálních pracovníků, psychologů, fyzioterapeutů, pracovních terapeutů, pastoračních pracovníků a dobrovolníků.

Vnitřními faktory, které ovlivňují péči o umírající klienty jsou kvalita personálu – jeho dovednosti a ochota o umírající klienty pečovat. Dalším faktorem je úroveň organizace – dostupnost dodatečného personálu, který by vypomohl v situaci, kdy se klient stane vysoce závislým. Personální obsazení domovů v noci je minimální a pečující sloužící v noci jsou pod obrovským tlakem. Aby mohli poskytovat adekvátní péči umírajícím klientům, musí de facto zanedbávat ostatní. Péči o umírající ovlivňuje i umístění a struktura domova, rovněž prostorové uspořádání domova a rozmístění pokojů.

### 3.4 Paliativní péče v ČR

Podkladem k této kapitole mi byl materiál „Strategie rozvoje paliativní péče v České republice na období 2011 – 2015“, který byl zpracován jako podnět Rady vlády pro lidská práva pro schůzi vlády v dubnu 2011, č.j. 03468/11-OLP.

V České republice, vlivem odlišné politické a ekonomické situace, byl vývoj specializované paliativní péče o několik desetiletí opožděn. První pokus o zřízení lůžkového oddělení paliativní péče v rámci Nemocnice v Babicích nad Svitavou, byl učiněn v roce 1992, první samostatný lůžkový hospic byl otevřen v Červeném Kostelci v roce 1995. V současné době poskytuje tuto péči v České republice 14 lůžkových hospiců s celkovou kapacitou 370 lůžek. Kromě toho zde působí několik týmů domácí paliativní péče a dvě specializované ambulance onkologické paliativní péče (Masarykův onkologický ústav Brno a Fakultní nemocnice Hradec Králové).

Podle sociologických průzkumů a statistických dat existuje v české společnosti výrazný rozdíl mezi preferencemi obyvatel a současným stavem. I když 85 % obyvatel České republiky, kteří na tuto otázku mají názor, si nepřeje umírat ve zdravotnickém či sociálním zařízení, skutečnost je taková, že 75 % všech úmrtí v těchto zařízeních nastává. V péči lůžkových a domácích hospiců zemřelo v naší republice v roce 2009 kolem 3000 pacientů, z 85 % onkologicky nemocných (což činí 3 % ze všech úmrtí a 9 % všech úmrtí na onkologické onemocnění).

Kvalitní paliativní péče v České republice existuje, je však dostupná omezenému počtu občanů, převážně s onkologickým onemocněním. S narůstáním geriatrické populace roste i potřeba geriatrické paliativní péče a paliativní péče u onemocnění neonkologického charakteru typu demence, srdečního selhání, chronické obstrukční plicní nemoci a další.

#### Situace v jednotlivých oblastech paliativní péče

##### **Primární a komunitní péče:**

Od roku 2007 probíhala intenzivní jednání zástupců mobilních hospiců s Ministerstvem zdravotnictví ČR a Všeobecnou zdravotní pojišťovnou o návrh

lékařských a sesterských kódů pro paliativní péči v přirozeném prostředí nemocného – tzv. **mobilní specializovaná paliativní péče**. Výstupem byl pilotní projekt, který se nepodařilo realizovat. Za stávajících podmínek, kdy chybí legislativní ukotvení a možnost jejího financování ze zdravotního pojištění, je rozvoj této služby fakticky nemožný. Právo člověka na volbu místa, kde stráví závěr života, není u nás naplňováno.

#### **Léčebny dlouhodobě nemocných (LDN):**

V těchto léčebnách nastává téměř 10 % všech úmrtí v České republice, pro oblast geriatrické paliativní péče jsou zásadním poskytovatelem. Snaha řady zařízení péči celkově kultivovat naráží na nedostatečné ekonomické podmínky. Jednání o postgraduálním vzdělávání a koncepci tzv. hospicových jednotek zatím nedospěla k jednoznačným závěrům.

#### **Pobytová zařízení sociální péče:**

Zdravotní péče v domovech pro seniory, domovech pro osoby se zdravotním postižením a domovech se zvláštním režimem je analogií primární péče. Tato oblast není zajištěna v důsledku chybění mobilní specializované péče.

#### **Legislativa týkající se paliativní péče:**

Novelizací zákona č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění v roce 2006 se legislativně zakotvila charakteristika a způsob úhrady lůžkové péče ve speciálních zařízeních hospicového typu. S platností od 1. 1. 2007 bylo definováno minimální personální zajištění a způsob kalkulace úhrady za ošetrovací den na lůžkách hospicového typu.

V roce 2008 proběhla další novelizace zákona o veřejném zdravotním pojištění, umožňující v rámci zvláštní ambulantní péče hrazení paliativní péče poskytované pojištěncům v terminálním stavu v jejich vlastním sociálním prostředí. Tato péče je poskytována jako domácí zdravotní péče na základě doporučení (jednorázové indikace) registrujícího praktického lékaře.

Bohužel tato nová zákonná úprava neumožňuje hrazení specializované paliativní péče, kterou by poskytoval multiprofesní tým v domácím prostředí pacienta. Pacienti s komplikovanými symptomy, v případě zhoršení



zdravotního stavu, tak musejí být odesíláni na akutní nemocniční lůžka, kde pak život končí, aniž by si to tak přáli. Termín specializovaná paliativní péče náš zákon zatím nezná.

### **Vzdělávání v paliativní péči:**

V rámci pregraduálního vzdělávání na lékařských fakultách je téma paliativní péče zastoupeno útržkovitě v rámci ostatních předmětů. Zatím pouze na Lékařské fakultě Masarykovy univerzity v Brně je vyučován povinně jednosemestrální seminář Paliativní medicína. V roce 2004 vznikl samostatný specializační lékařský obor „Paliativní medicína a léčba bolesti“. V roce 2008 byla založena Česká společnost paliativní medicíny v rámci České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně, jejímž cílem je vzdělávání v paliativní péči, stanovení standardů kvality a koncepční rozvoj oboru.

### **Financování paliativní péče:**

Vychází se z údajů Evropské asociace pro paliativní péči, že: *„...specializované paliativní týmy vedou k vyšší spokojenosti pacientů a ve srovnání s konvenční péčí identifikují a řeší více problémů a potřeb pacienta a jeho rodiny...bylo prokázáno, že interdisciplinární přístup vede ke snížení celkových nákladů na péči, protože se zkracuje průměrná doba, kterou pacienti musejí strávit v akutní nemocniční péči“*

Při zkušenosti za cca 10 let provozování zařízení lůžkové a mobilní paliativní péče jsou náklady na péči v těchto zařízeních stále značně nižší než provozování akutních lůžek. Lůžková paliativní péče o pacienta stojí v průměru 2000 Kč/den, mobilní péče 1500 Kč/den. Ve srovnání s náklady na pacienta a den na akutním lůžku (někdy i s využitím JIPu a dalších nákladných léčebných metod) se nepochybně dojde k tomu, že paliativní péče bude v úhrnu výrazně méně nákladnější při zachování nejvyšší kvality péče.

Rozvoj paliativní péče by měl být koncipován podle čtyř základních pilířů:

1. *„Prostřednictvím změn stávající legislativy upravit paliativní péči a péči o umírající a její dostupnost v České republice, včetně nového zákonného vymezení základních druhů paliativní péče, které by se měly na území České republiky koordinovaně rozvíjet;*

2. *Podporovat rozvoj středoškolského, vyššího odborného a vysokoškolského pregraduálního a postgraduálního vzdělávání v oblasti paliativní péče;*
3. *Podporovat rozvoj vědy v oblasti závažných nemocí, jakož i systematického výzkumu při nalézání možností paliativní léčby a péče;*
4. *Zvýšit informovanost veřejnosti o umírání a způsobech důstojného odchodu ze života. Přiblížit veřejnosti cíle a funkci paliativní péče.“*

(Strategie rozvoje paliativní péče v ČR na období 2011 – 2015, s. 15-16).

### 3.5 Paliativní péče v regionu Boskovicka

Je poměrně mladou záležitostí a je poskytována v rámci Oblastní charity Blansko s celookresní působností. Vznikla v lednu 2010 jako Domácí hospicová péče, která byla zajišťována prostřednictvím odlehčovací služby a domácí ošetrovatelské péče klientům v jejich přirozeném prostředí. V současné době je poskytována jako samostatná služba, jejímž cílem je podpořit a doprovázet umírajícího člověka a jeho rodinu, aby společně a důstojně mohli projít touto životní etapou v domácím prostředí, pokusit se zmírnit nežádoucí projevy nemoci a dopřát pečujícím osobám nezbytný odpočinek.

Klientům mimo jiné nabízí ve spolupráci s lékaři zajištění zdravotnických výkonů – injekce, infúze, převazy, zajištění komplexní péče o vlastní osobu – pomoc při toaletě, podávání stravy, polohování a zapůjčení zdravotnických pomůcek – lůžko, vozík, speciální pomůcky, jako např. odsávačky, oxygenerátory apod.

Součástí služby je poradenství v péči o nemocného, pomoc při obstarávání osobních záležitostí, psychologická pomoc a duchovní podpora. Na péči se podílí multidisciplinární tým ve složení lékař, zdravotní sestra, pečovatelka, sociální pracovnice, psycholog a duchovní. Jádrem týmu jsou čtyři zdravotní sestry, které současně pracují na ošetrovatelské službě.

Požadavky na zjištění služby předává většinou přímo Masarykův onkologický ústav v Brně, nebo o službu požádají sami klienti. První kontakt s klientem obstarává zdravotní sestra, která v jeho domácím prostředí zmapuje okruhy potřeb a následně, při setkání týmu na pracovišti v Blansku, společně

projednají další postup v péči. Služba je k dispozici na telefonu 24 hodin denně, po zavolání vyjíždí ke klientovi domů.

V roce 2010 využilo služeb domácí hospicové péče celkem 17 klientů, v roce 2011 činil počet klientů 22 a v letošním roce je to zatím 6 klientů. V převážné míře se jedná o onkologická onemocnění, současně je patrný nárůst geriatricky křehkých klientů. Z hlediska pohlaví převládají ženy, nejmladší klientka je narozena v roce 1976. Doba poskytované péče se pohybuje v rozmezí od jednoho týdne do cca šesti měsíců. Četnost návštěv v rodině klienta se uskutečňuje v rozmezí dvakrát týdně (v začátcích) až čtyřikrát denně.

Jako největší překážku v práci hodnotí vedoucí této služby legislativně nevyřešené financování specializované paliativní péče v domácím prostředí a přístup některých praktických lékařů k dané problematice.

## 4 Výzkumné řešení

### 4.1 Výzkumný cíl, metoda získávání dat

#### Cíl výzkumu

Cílem mého výzkumu bylo ověření teoretických poznatků, získaných při zpracování bakalářské práce, v praxi, se zaměřením na zjištění názorů na eutanazii a poskytování paliativní péče v regionu Boskovicka. Zda dotázaní s eutanazií souhlasí, jestli vědí o možnosti paliativní péče a znají zařízení zabývající se touto problematikou, na koho by se v případě potřeby obrátili a kde by chtěli prožít poslední chvíle svého života.

Mou snahou bylo jednak zjistit zdali vůbec, případně jakým způsobem, se do povědomí veřejnosti dostala možnost využití domácí hospicové péče, která je od roku 2010 v regionu poskytována. Dále zejména prostřednictvím rozhovoru s dotázanými na téma umírání a smrti zajistit jim přiblížení a uvědomění si této skutečnosti jako běžné součásti našeho života.

Formulací **výzkumných otázek** jsem se snažila zjistit názory na výše uvedenou problematiku, neboť se domnívám, že:

- Legalizaci eutanazie by schválila minimálně polovina respondentů.
- Většina respondentů nemá povědomí o existenci služby domácí hospicové péče v regionu.
- S vyšším věkem roste preference přání zemřít v domácím prostředí.

#### Výzkumná metoda

Pro svoji práci jsem zvolila kvalitativní výzkum, částečně doplněný kazuistikou. Pro kvalitativní výzkum je typické, že nepracuje s daty numerické povahy. Kvalitativní výzkum pracuje s údaji ve slovní podobě, kdy se jedná o výstižný a podrobný popis daného jevu. Výhodou kvalitativního výzkumu je osobní vklad a přínos jednotlivých respondentů. Kvalitativní výzkum se snaží

o porozumění danému jevu, porozumění člověku, pochopení jeho hledisek. Cílem není zevšeobecňování údajů, ale hluboké proniknutí do konkrétního případu a objevení nových souvislostí, které pak mohou mít význam jak pro malou sociální skupinu, tak mohou nabývat celospolečenského významu. Síla kvalitativních dat podle Hendla (2008) spočívá v tom, že jsou přirozeně uspořádaná a popisují každodenní život.

Jako metodu sběru dat jsem s ohledem na zvolené téma použila polostrukturovaný rozhovor s otevřenými otázkami, pomocí něhož se dalo očekávat získání hlubších názorů a postojů k dané problematice.

Podstatou rozhovoru je kladení otázek, získávání odpovědí a naslouchání vyprávění. Je to metoda, která umožňuje zjistit fakta a hlouběji proniknout do motivů a postojů respondentů. Je však nutné mít na zřeteli, že existují určitá omezení vyplývající ze skutečnosti, že bývá někdy rozdíl mezi tím, co si respondent myslí, a tím, co sděluje. Pro úspěšný průběh rozhovoru je proto velmi důležité navození přátelského vztahu, důvěry a vytvoření otevřené atmosféry. Proto v rozhovoru začínáme otázkami, které se týkají zkušeností a stávajících skutečností, vyhýbáme se problémovým oblastem a snažíme se zapůsobit na respondenta, aby se rozpovídal. Potom navazujeme otázkami týkajícími se názorů, postojů a pocitů.

S ohledem na výzkumné téma jsem k přípravě i průběhu rozhovoru přistupovala s vědomím nutnosti dodržení etických zásad a citlivého přístupu k respondentům. *„Při kvalitativním rozhovoru je mnoho příležitostí, kdy se účastník musí vyjádřit k emočně citlivé záležitosti. V rozhovoru jde málokdy o zcela banální věci. Obvykle se směřuje k citlivým otázkám jako rozvod, smrt, nebo násilí, potíže v práci. Proto příslušné otázky nesmíme klást bez přechodu a přípravy“* (Hendl, 2008, s. 154).

Všechny rozhovory byly s respondenty předem dohodnuty i s předpokládanou dobou trvání, aby byl zajištěn dostatek času pro jejich realizaci. V úvodu rozhovoru, v neformální atmosféře, jsem každého respondenta seznámila s důvodem výzkumu, požádala jej o souhlas s poskytnutím informací a možnost nahrávat rozhovor na diktafon. Všichni oslovení, s výjimkou jednoho, s použitím diktafonu souhlasili. Pro zachování

anonymity jsem se s respondenty dohodla, že při prezentaci výsledků výzkumu změním jejich jména.

Domnívám se, že tato skutečnost, kdy jsem si zvolila základní postup kladení otázek a současně nechala prostor využívat doplňující otázky podle konkrétní situace, se při prováděném výzkumu osvědčila. Většina respondentů se, přes počáteční odstup, v průběhu rozhovoru velice otevřela a zejména u klientek rezidenčního zařízení bylo patrné určité polichocení tím, že jim někdo věnuje svůj čas, povídá si s nimi a zajímá ho jejich názor. Jedna respondentka, která mi poskytla podrobné kazuistické údaje a otevřeně se svěřovala se svými pocity a názory, se vyjádřila v tom smyslu, že uvedený rozhovor byl pro ni určitou formou terapie.

## 4.2 Charakteristika zkoumaného vzorku

Výzkum probíhal v regionu Boskovicka. Výběr objektů jsem volila tak, aby zahrnoval osoby, které již mají určité zkušenosti s tématem smrti a umírání, dále osoby – klienty registrovaného poskytovatele sociálních služeb i osoby soběstačné. Vybírala jsem tak, aby byli zastoupeni příslušníci všech generací (mladá, střední, senioři).

Analytická jednotka byla složena celkem ze šesti respondentů – dvou klientů domácí hospicové péče, u kterých byl rozhovor doplněn kazuistikou, dále dvou respondentů – klientů domova pro seniory v Boskovicích a dvou respondentů náhodně vybraných z řad občanů.

Klienti domácí hospicové péče mi rozhovor poskytli po předchozí dohodě s vedoucí této služby, která také rozhovor s jedním klientem dojednala a na jeho přání byla u rozhovoru, který proběhl v domácím prostředí klienta, přítomna. Druhý rozhovor jsem s klientkou, která mi byla doporučena psychologem domácí hospicové péče, prováděla na pracovišti hospicové služby.

Rozhovor s klientkami Domova pro seniory v Boskovicích byl realizován v průběhu odborné praxe, kterou jsem tam v prosinci 2011 vykonávala. Ve spolupráci se sociální pracovníci byly vybrány dvě respondentky, které

ochotně s účastí na výzkumu souhlasily. Při navázání vztahu se projevil dobrý vliv každodenního kontaktu s respondentkami během praxe a také skutečnost, že s uvedeným zařízením spolupracuji z titulu výkonu své pracovní činnosti již od roku 2006.

Největší problém se vyskytl u respondentů náhodně vybíraných. V rámci správního řízení o přiznání příspěvku na péči, které bylo vedeno na kontaktním pracovišti Úřadu práce v Boskovicích, jsem při sociálním šetření v domácím prostředí žadatelů požádala o spolupráci jejich rodinné příslušníky, většinou osoby poskytující žadatelům péči. Z osloveného počtu sedmi respondentů jich pět s poskytnutím rozhovoru nesouhlasilo. Na druhou stranu ale ti, kteří s rozhovorem souhlasili, byli velice vstřícní a otevření.

Respondenty mého výzkumu se stali: Jaroslav (78), Ilona (37), Cecílie (91), Marie (84), Eva (29) a Tomáš (21). Údaj v závorce označuje věk respondentů.

### 4.3 Prezentace výsledků

Výsledky byly získány analýzou jednotlivých individuálních rozhovorů. Získaná data jsem roztřídila podle určitých témat, která z rozhovorů vyplynula a v následující pasáži se zaměřím na interpretaci výsledků výzkumného šetření. Pro doplnění popisované skutečnosti uvádím kazuistiku dvou klientů domácí hospicové péče Oblastní charity v Blansku a také citace z rozhovorů s respondenty.

#### Obecně známý pojem eutanazie

Všichni dotazovaní uvedli, že tento pojem slyšeli, nejčastěji v televizi nebo v rozhlase.

#### Eutanazie jako úleva

Pro čtyři respondenty znamená eutanazie vysvobození, pomoc nebo úlevu, jeden respondent ji charakterizuje jako uspání, umělou smrt, konec. „*Eutanazie – je to uspání, umělá smrt, prostě hotovo, konec, nic víc.*“

Převážná většina z nich spojuje eutanazii s utrpením a bolestí, s velmi špatným zdravotním stavem, který je neléčitelný a který způsobuje, že péče,

kteřou si stav této osoby vyžaduje, je velice obtížná a proto v ní vidí možnost úlevy. *„Zbavit nemocného utrpení to je úleva smrtí nebo injekcí, popřípadě jiným způsobem, který je v jiných státech legální.“*

Pouze jedna respondentka chápe eutanazii jako zabití. *„Eutanazie – to je úmyslné ukončení života na žádost pacienta, je to vlastně forma zabití člověka.“*

### **Eutanazie - ano, ale...**

S uzákoněním eutanazie by souhlasilo pět respondentů ze šesti dotázaných, ale zároveň čtyři z nich vyslovili obavy z možného zneužití legalizace eutanazie a nutnost nějakým způsobem zajistit ochranu, aby ke zneužití nedocházelo. *„Pro eutanazii bych byla, když je někdo nemocný, má strašné bolesti a není mu pomoci v krátké době, tak proč se ten člověk má trápit. Já vím, že oni se snaží pomoci, ale do toho člověka nikdo nevidí, kdyby nebyla naděje na uzdravení...“*

Jediná paní Eva uvedla že s uzákoněním eutanazie nesouhlasí a myslí si, že by to bylo lehce zneužitelné, ať už ze strany rodinných příslušníků nebo z finančních důvodů.

Možnost zneužití eutanazie ze strany rodinných příslušníků vyslovili i dva respondenti, kteří by s jejím uzákoněním souhlasili. *„Jsem pro eutanazii, ale nesměli by do toho mluvit rodinní příslušníci. Jen názor doktora, poctivého doktora. Mám příklad tady odtud, je zde nemocná paní, moc se plete a ten syn s ní jedná hrozným způsobem.“* (pozn. autora – jedná se o klientku domova pro seniory).

### **Paliativní péče - velká neznámá**

Na základě odpovědí respondentů lze konstatovat, že z uvedeného výzkumného vzorku termín paliativní péče znala a dokázala charakterizovat pouze paní Ilona (37). Uvedla, že termín kdysi slyšela, měla povědomí o tom co znamená, ale nikdy se o to nezajímala. Až v souvislosti s onemocněním její sestry jim byly v nemocnici v Brně poskytnuty bližší informace a rodina začala v roce 2011 paliativní péči využívat.

Ostatní dotázaní odpověděli, že termín paliativní péče neznají a většinou se ptali, co to znamená. Jako zajímavou hodnotím skutečnost, že negativní odpověď poskytl i přímý uživatel paliativní péče.



### **Paliativní péče a hospic**

Po vysvětlení obsahu pojmu paliativní péče většina respondentů reagovala, že slyšela, nebo zná termín hospic. Paní Cecílie (91) např. charakterizuje hospic jako: *„Nemohoucí tam leží a starají se o ně, jsou nábožensky založení, starají se víc jak v nemocnici.“* Paní Marie (87) uvedla, že viděla v televizi, *„že se tam o ty lidi starají“* a Tomáš (21) sdělil, že je to nemocnice, ale rozsah služeb neví.

Pojem domácí hospicová péče byl známý pouze dvěma přímým uživatelům. Pro ostatní respondenty byl pojmem neznámým, stejně tak jako povědomí o tom, zda někdo takovou službu v regionu poskytuje. Po následné informaci o podstatě domácí hospicové péče se paní Věra (91) vyjádřila, že dle jejího názoru taková služba smysl má, ale vyslovila obavy, zda budou lidi, kteří by to dělali a zda na to budou finanční prostředky.

### **Smrt a umírání**

Všichni respondenti mého výzkumu uvedli, že jim nečiní problém hovořit o smrti a umírání, ať již to bylo v obecné rovině u dotázaných, kterých se momentálně tato otázka nedotýká, nebo i v konkrétních situacích u obou respondentů, klientů domácí hospicové péče.

Přesto je možné z jednotlivých odpovědí usuzovat, že mluvit o smrti není pro všechny až tak běžné: *„Je to nezvyklé mluvit o smrti a umírání takto obecně. Zatím to bylo vždycky ve spojení s konkrétním člověkem a mluvilo se spíš o něm, ne s ním.“* A hovořit o smrti obecně je snazší, než s konkrétním člověkem, jehož se situace přímo dotýká - pan Jaroslav (78) se vyjádřil: *„O smrti a umírání není pro mě těžké mluvit, jen si kromě vás se mnou o tom nikdo nepovídá.“* Podobného názoru je i paní Ilona: *„O umírání by se určitě mluvit mělo, ale nyní se nemluví, všichni čekají na zázrak a pak jsou zděšení, když si člověk dovolí zemřít, i já jsem vlastně k té sestře cítila vztek, že zemřela.“*

### **Při umírání nebýt na obtíž**

V úvahách respondentů na téma možnost vybrat si, kde zemřít, je možné pozorovat dva hlavní aspekty – přání být v prostředí, které je mi blízké, nebo s někým, kdo je mi blízký, ale zároveň nebýt blízkým na obtíž.

*„Možná asi v nemocnici, i když by tam ta péče možná nebyla taková jako doma... nechtěla bych tím někoho zatěžovat.“*

*„Netrvala bych být doma. Když vidím, že každý má svou práci a tolik starostí, tak proč jim přidávat ještě další. Ani to, aby byli u mě bych nevy nucovala, kdyby přišli, byla bych ráda.“*

*„Zemřít bych chtěla v prostředí, kde bych se cítila dobře a neměla pocit, že jsem někomu na obtíž a měla u sebe někoho, kdo by mi pomohl to zvládnout ne proto, že musí, ale proto, že mu na mě záleží.“*

### **Zjištění k výzkumným otázkám**

Na základě provedeného výzkumu jsem došla k následujícímu zjištění:

- Legalizaci eutanazie by schválila minimálně polovina respondentů. Jen jeden z respondentů se vyslovil zásadně proti eutanazii, ostatní by s jejím uzákoněním souhlasili. Většina z nich se však obává možného zneužití a vidí nutnost nějakým způsobem zajistit ochranu, aby ke zneužití nedocházelo.

*Domněnka se potvrdila.*

- Většina respondentů nemá povědomí o existenci služby domácí hospicové péče v regionu.

Pominu-li dva klienty domácí hospicové péče, kteří byli záměrně do výzkumného vzorku zařazeni z důvodu přímé zkušenosti s tématem smrti a umírání, došla jsem k alarmujícímu zjištění, že ani jeden ze zbývajících respondentů domácí hospicovou péčí vůbec nezná a neví, v čem spočívá.

*Domněnka se potvrdila.*

- S vyšším věkem roste preference přání zemřít v domácím prostředí. Analýzou jednotlivých rozhovorů jsem došla ke zjištění, že při úvahách na uvedené téma věk pro preferenci volby domácího prostředí nehraje roli. Zemřít v prostředí, které je blízké, nebo s někým, kdo je blízký, by kromě jednoho uvítali všichni respondenti, ale zároveň nechtějí být blízkým na obtíž a přidělovat jim starosti. Výjimku tvořila jedna z nejstarších respondentek, která je sama a žije v rezidenčním zařízení sociálních služeb.

*Domněnka se nepotvrdila.*

## Kazuistika

### Jaroslav, 78 let

Do domácí hospicové péče byl přijat v polovině prosince 2011 na žádost praktické lékařky. Má pokročilé onkologické onemocnění, které bylo poprvé diagnostikováno přesně před dvaceti léty. Prvotní byl karcinom prsu, po řadě operací, chemoterapií a radioterapií se onemocnění postupně rozšířilo do kostí a mozku. Od prosince se zdravotní stav průlomově zhoršil, nádor prorostl kyčelní i pánevní kostí a znemožňuje mu jakoukoliv chůzi. Trpí bolestmi, které se pomocí analgetických náplastí drží v rovině „snesitelnosti“. Jaroslav se obslouží v oblasti hygieny i příjmu potravy, je nutné zajistit vše na lůžku.

Bydlí v bytě 2 + 1 společně s manželkou. Veškerou péči však zajišťuje dcera. Manželka je sama nemocná, pohybuje se s pomocí 2 francouzských holí, navíc trpí psychiatrickou nemocí.

Jaroslav o svém onemocnění ví, v komunikaci je běžně označuje jako „rakovina“. Vyjádřil se, že je „smířený s koncem“, jen myslí na to, jak budou raněni jeho nejbližší, to je mu líto. Byl celý život praktikující křesťan, nyní na sklonku života říká, že na Boha zatrpkl. Nabídku na obstarání kněze odmítá, odbíhá od tématu, vyjádřil se, že důvodů je více, nejen jeho onemocnění.

Když jsme přišly, otevřela nám Jaroslavova manželka, ale šla si lehnout s uvedením, že jí není dobře a po celou dobu našeho rozhovoru byla v jiné místnosti.

Názory z rozhovoru:

*„...O smrti a umírání není pro mě těžké mluvit, jen si kromě vás se mnou o tom nikdo nepovídá. Manželka je psychiatricky nemocná a těžko to nese. Nechci ji zatěžovat. Ani dceru, ona se tak vzorně stará, to jsem nečekal, že se k tomu tak postaví. To jsem fakt potěšen. Asi taky jak to kdo nese, já jsem se smrtí smířený... Kde bych chtěl umřít? No doma, to je jasný, co to půjde chci být doma... Jestli se mají příbuzní zapojovat do péče o umírajícího? Nesmí se to nutit, musí sami chtít. Já jsem si ani nemyslel, že se dcera postará, měl jsem strach. Manželka to přece všechno nezvládne, ale chtějte po dětech, aby se staraly! Celý život jim říkáte, co by měly a neměly a teď jim řekněte něco takového. Je to hanba, ne hanba to není, je to spíš obava, trapas, nebo jak se mám*

*vyjádřit...Viděl jsem v nemocnici takové věci... To nevím, jestli by to šlo doma, asi ne. Já mám štěstí, já nic nepotřebuji...*

*„Hlavně žádné bolesti, klid, žádné otravování s vyšetřeníma, s kapačkama, injekcema, nucení do jídla – vždyť je to stejně jedno, umřít musí každý a každý musí umřít, jakože na něco. Hlavně je v tom člověk vždycky sám, ať rodina nebo někdo cizí dělá první poslední, nakonec mi nepomůže nikdo. To musím jedinež já sám.“*

*„...Dovolit, nechat zemřít? – nevím, spíš to asi má souvislost nechat zemřít jako zbídačeného psa, bez povšimnutí, bez přítomnosti lidí.“*

*„...Lékaři jsou různí, já mám tuto zkušenost: než mi to řekli, co mi je, furt si spolu špitali. Už jsem toho měl dost. Stejně jsem to věděl. Řekl jsem jim, ať klidně mluví nahlas, že je to rakovina. U nás v rodině umřeli na rakovinu všichni mužští. Otec, brácha, druhý brácha a asi i děda. Ale zase na druhou stranu já mám neteř doktorkou a tak jsem se vším chodil k ní. Díky ní jsem tady i dvacet let po první operaci. Takže jsou různí.“*

Během rozhovoru si pan Jaroslav musel z důvodu bolestí několikrát na posteli poposednout, ale byl velice klidný a usmíval se. Při loučení se vyjádřil, že to bylo příjemné odpoledne a těší se, až zase přijdeme.

### **Ilona, 37 let**

Informace poskytnuté paní Ilonou:

Začalo to před 2,5 lety, kdy byla její sestře Gábině diagnostikována rakovina prsu. Sestra měla již více než rok problémy, věděla, že má bulku v prsu, ale neřešila to, měla problémy ve vztahu s manželem, byl jí nevěrný. Nikomu z rodiny, ani nejlepší kamarádce, se nesvěřila, pouze kolegyni v práci a až na její popud šla na mamografii, kde hned, bez vyšetření poznali, že je to vážné, protože nádor byl vidět pouhým okem. Sestra se trápila, byla zlá i na okolí, ale nikdo nevěděl proč.

Nastoupila léčbu na Masarykově onkologickém ústavu v Brně (dále MOÚ), absolvovala chemoterapii, doprovodnou léčbu, do Brna ji vozila sestra Ilona, ona i rodiče ji podporovali a snažili se pomáhat, ale Gábina rodinu vždy jen suše informovala, že je vše v pořádku. Při zahájení léčby dala souhlas s poskytnutím informací pouze manželovi a tak ani sestra, ani rodiče neznali pravý stav věci. Pacientka léčbu zpočátku odmítala, podle mínění rodičů a sestry si asi myslela, že tím manžela přitáhne zpátky k sobě. Dokonce

i primářka v Brně s ní již hodně důrazně projednávala nutnost podrobit se léčbě. Její manžel nadále udržoval poměr s milenkou, ale ona jej stále omlouvala a stačilo jedno pěkné slovíčko a vše mu odpustila. Dokonce to zašlo tak daleko, že když se vrátila z chemoterapie, manžel byl s milenkou, Gábinu urážel, že smrdí, není matkou, milenkou, manželkou... Otec jej prosil, aby se k ní choval adekvátním způsobem, ale nic nepomohlo, ba naopak, jen se jim vysmíval.

Po nějaké době se milenka s jejím manželem rozešla, ten se vrátil domů, Gábina celá rozkvetla a léčba začala zabírat. Dostala novou chuť do života a chovala se zase jako v dřívějších dobách. Chemoterapii snášela vcelku dobře, byla dobře stanovená. O výsledcích absolvovaných vyšetření nikoho neinformovala. O skutečném stavu věci se rodina dozvěděla až prostřednictvím jejich praktické lékařky, která je blízkým rodinným příslušníkem (sestřenicí respondentky). Rodina byla zděšená a nevěřila tomu, protože prognóza, kterou jim lékařka nastínila, byla velice nepříznivá (neobejde se bez cizí pomoci) a nebyli schopni ji přijmout. Říkali si, že praktická lékařka přece nemůže mít takové zkušenosti.

Sestra absolvovala biologickou léčbu, po 1,5 roce se vrátila do práce a manžel ke své milence. Po čase se zase vrátil domů a Gábina Ilonu úplně „odstříhla“ a přestala se s ní stýkat. Ilona to těžce nesla, měla kvůli tomu i problémy se svými rodiči, protože se odmítla před sestrou ve vztahu ke švagrovi přetvařovat. Přesto své sestře zaplatila paruku, půjčila jí peníze na cestu do Francie („všem dovezla dárky, ale mně ani mýdlo“), vozila ji na vyšetření apod., ale vztahy mezi nimi nebyly stále dobré. Ilona to doslova nazvala, že se ve vztahu k sestře cítila jako „kreditní karta“. Proto vyhledala služby psychologa, který jí vysvětlil, že nemoc může člověka tak změnit.

U sestry, která stále měla indikovanou biologickou léčbu a byla zařazena v nějakém programu v rámci MOÚ, se začaly objevovat bolesti za krkem, které se nedaly běžnou léčbou zvládnout, byla proto odeslána do MOÚ a tam ji ihned hospitalizovali. Stav se prudce horšil, začalo dvojité vidění, bylo jí aplikováno morfium. Gábina chodila na propustky domů, o své nemoci s rodinou nemluvila, pouze vizuálně viděli, že to není dobré. Jednou, během návštěvy, když byla za Gábinou v nemocnici společně s její devatenáctiletou

dcerou, za nimi přišla nějaká zdravotní sestra, podle mínění respondentky asi z hospice nebo z Charity a přímo se zeptala zda si ji vezmou domů, nebo mají zařídit hospic. Pro dceru to byl šok, Gábina se zlobila na manžela, že dětem nic neřekl.

Rodiče se rozhodli, že ji vezmou k sobě domů a budou se o ni starat. Na doporučení obvodní lékařky se obrátili na službu domácí hospicové péče. S Gábinou to bylo těžké, měla bolesti, byla zlá, vyčítala jim, co je to za život, odmítala jídlo, rodina se střídala v krmení, od nikoho si nechtěla Gábina vzít, ani od dcery, pouze od Ilony. Bolesti se stupňovaly, náplasti už nezabíraly, proto byly Gábině aplikovány injekce, ale bolesti byly nesnesitelné, ztratila zrak, křičela bolestí, vydávala nelidské zvuky tak, že rodina jí zakrývala ústa, dokonce to zašlo tak daleko, že rodina prosila lékařku o zvýšení dávky morfia a ukončení jejího trápení.

*„...Bylo to tak hrozné, když nemůžete pomoci, člověk se smíří s tím, že třeba umře, nebo alespoň si to v tu chvíli myslí, ale nemůže se smířit s tím, že jí to tak bolí a nemůže jí pomoci (pláč). Dokonce jsem přemýšlela, že se tam v noci vrátím, vezmu polštář a udusím ji...což jsem si nikdy nemyslela, že to udělám a zpětně si říkám, jak jsem tak vlastně mohla přemýšlet.“* Lékařka jejich žádost odmítla, zvýšila v rámci možností dávky morfia a náplasti, injekce aplikovala po 12 hodinách, což Gábinu utlumilo a při vědomí byla vždycky cca 1 hodinu před tím, než lékařka přišla píchnout další dávku.

Mezi tím se občas zdálo, že fungovala normálně a v rodině svítila naděje, že by se to mohlo ještě změnit. Lékařka je ale informovala, že stav je nevratný a Gábina má metastázy do mozku (následně, po její smrti se dozvěděli, že měla od rakoviny úplně zničené obratle). Stav se zhoršoval, Gábina chtěla zemřít, prosila je, ať ji zabijí, nejedla a nepila, byl to hrozný psychický nápor na rodinu, péče byla velmi náročná – muselo se hlídat úplně všechno, hlava jí padala stále na jednu stranu, měla proleženiny na hlavě, ucho do krve, bolelo ji dokonce i to, když ji pohladili. Děti od ní utíkaly, bály se s ní být. Švagr pak dokonce začal opět fungovat, což jí moc pomohlo, od něj se napila, nechala se namasírovat, mívala s ním světlé chvílky, pak se zase vracela do minulosti, myslela si, že je v práci a vyplňovala formuláře a řešila případy.

Sestřičky z charity se vzorně staraly, moc jim pomohly, nejen s péčí o Gábinu, ale i ve vztahu k pečujícím, vlídný přístup apod. Pečovaly v období září až říjen 2011, Gábina zemřela 2. 11. 2011, bylo jí 41 let.

Ilona využívá psychologických služeb hospicové péče dodnes.

Názory z rozhovoru:

*„Eutanazie, to je vysvobození... byla bych pro uzákonění, i když by se to muselo nějak ohlídat, asi individuálně ... zemřít s důstojností, to nejde... i když sestra brala léky na bolesti, na zvracení, vyzkoušeli všechny možné kombinace, když dávky morfia byly vysoké, tak už byla tak omámená, že už asi nic necítila, anebo cítila, ale nemohla to dát najevo, já jsem z toho byla šíleně vyděšená, protože jsem si vůbec nedokázala představit, že to tak může být, to začnete přemýšlet a bát se i o sebe... o umírání by se určitě mluvit mělo, ale nyní se nemluví, všichni čekají na zázrak a pak jsou zděšení, když si člověk dovolí zemřít... i já jsem vlastně k té sestře cítila vztek, že zemřela...když se o někom mluví, že má rakovinu, že umírá, každý řekne jé, to je hrozný, ale nikdo si vůbec nedovede představit, co to doopravdy je, pokud to nepozná... kde bych chtěla zemřít – možná s tím co vím, bych si vzala někde prášky a vyřešila bych to sama...nechtěla bych, aby se o mě starali rodiče, aby mě tak viděl manžel a dcera...možná asi v nemocnici, i když by tam ta péče možná nebyla taková jako doma... nechtěla bych tím někoho zatěžovat... pečovat doma, ano, ale asi vždycky je tam potřeba i pomoc zvenčí, oni už ví co a jak a umí to, mají na to grify jak natočit...děda, kterého jsem milovala dostal rakovinu slinivky, během půl roku byla ze 120 kilového chlapa troska, oběsil se... paliativní péče – pojem jsem slyšela, ale nikdy jsem se o to nezajímala, nedovedla jsem si konkrétně představit, co to znamená, až v souvislosti se sestrou“*

### **Rozhovory s ostatními respondenty**

Zde uvádím některé zajímavé názory respondentů, které jsem získala při rozhovorech.

**Cecílie, 91 let**, klientka Domova pro seniory

„Já se smrti vůbec nebojím, kdyby mi někdo řekl, že zítra zemřu, tak nic. Smrt a život je jedno, člověk se narodí a pak umře. Maminka i tatínek mi umřeli na rakovinu, maminka v 66 letech, tatínek v 78, tatínek se strašně trápil, měl velké bolesti, denně mu dávali morfium, měla jsem ho celou dobu doma, až pak

dostal zápal plic, odvezli ho do nemocnice a tam zemřel. Nikdy jsme se o smrti nebavili.“

„Nedovedu si představit, jak se cítí člověk, který leží, nemůže chodit, ale má dobrý rozum. Jak je na obtíž, to musí být hrozný, to by na mě strašně působilo, kdyby mě musel někdo obsluhovat.“

„Když jsem byla naposledy v nemocnici, tak jsem nebyla vůbec spokojená. Myslím si, že se na nás úplně jinak dívají že jsme odsud, přehlíží nás, doktorka se vůbec nezeptala co nás bolí, nepopovídala si s námi. Nechtěla bych se do té nemocnice dostat.“

„Věříte, že by mi bylo jedno, kde umřu? Netrvala bych být doma. Když vidím, že každý má svou práci a tolik starostí, tak proč jim přidávat ještě další. Ani to, aby byli u mě, bych nevynucovala, kdyby přišli, byla bych ráda.“

„Domácí hospicová péče – smysl to má, ale jestli budou lidi, kdo by to dělal a jestli na to budou peníze.“

**Marie, 87 let**, klientka Domova pro seniory

„Narodila jsem se v roce 1924, za války, v lednu 1944 jsem byla totálně nasazená do Berlína, v říjnu 1944 mě uvolnili domů, abych se mohla postarat o maminku, která umírala, maminka zemřela v nemocnici v únoru 1945, já jsem se musela postarat ještě o mladšího bratra.“

„Manžel mi umřel na raka, zjistili mu to v nemocnici, až když měl metastázy. V nemocnici nechtěl být, chtěl jít domů. Řekli mi, že bude maximálně 3 měsíce, já jsem jej opatrovala, později i oslepl, umřel po 6 měsících doma na posteli. Netrpěl, až ke konci měl velké bolesti, já jsem mu dávala moc lásky a to mu pomáhalo, že tam s ním někdo byl. Byl profesorem matematiky a fyziky, myslelo mu to až do konce. Bylo to před 30 lety, tehdy se nesmělo říkat, že má rakovinu, řekli to jenom mně a já jsem mu to celou dobu nesměla dát najevo. Manžel se na to nikdy neptal a doma jsme o tom nemluvili, měli jsme plno jiných zájmů.“

„Myslím si, že lidé by měli vědět co jim je, já sama mám o svých nemocech přehled a vím přesně jaké prášky na co беру.“

„O smrti nepřemýšlím, já žiju. Já nikoho nemám, umřu v nemocnici, pokud nedostanu infarkt tady.“

„Eutanazie? Lidé, kteří jsou na tom tak špatně, že je to k nevyлечení, trpí, jsou napojeni na přístroje, nemyslí jim to, myslím, že je dobře, že se ten život ukončí.“



Můj bratr, který je sám, nikoho nemá, je moc nemocný, říká: až budu vědět, že mi to končí, udělám samoeutanazii.

### **Eva, 29 let**

„Eutanazie – to je úmyslné ukončení života na žádost pacienta, je to vlastně forma zabití člověka. Já s tím nesouhlasím, myslím si, že by to bylo lehce zneužitelné, ať už ze strany rodinných příslušníků nebo z finančních důvodů. Pořád slyšíme z každé strany, jak vysoké jsou náklady na léčení a jak se musí šetřit.“

„Zbavit nemocného utrpení by se mohlo buď aplikacemi léků, které tlumí bolest, nebo někdy se může jednat i o utrpení psychické, že třeba člověka něco tíží, tak dát mu možnost pomoci i v této rovině – třeba nechat ho vypovídat se, nebo poskytnout odbornou psychologickou pomoc.“

„Zemřít s důstojností podle mě znamená zemřít bez utrpení, v adekvátní péči, srovnaný sám se sebou i s okolím.“

„Je to nezvyklé mluvit o smrti a umírání takto obecně. Zatím to bylo vždycky ve spojení s konkrétním člověkem a mluvilo se spíš o něm, ne s ním. Nevím, je to asi hodně individuální, jestli ten samotný člověk o tom mluvit chce. Rozhodně bych sama na toto téma mluvit nezačala. Faktem je, že bych asi ani nevěděla jak reagovat, kdyby mě to potkalo.“

„Zemřít bych chtěla v prostředí, kde bych se cítila dobře a neměla pocit, že jsem někomu na obtíž a měla u sebe někoho, kdo by mi pomohl to zvládnout ne proto, že musí, ale proto, že mu na mě záleží.“

„Nevím, jestli je možné se o umírajícího dobře postarat až do konce doma, možná s nějakou odbornou pomocí a bude to asi taky hodně individuální. Taky nevím, jak by byl zajištěn ten, kdo se stará a jestli by ho uvolnili z práce. Dnes má každý strach o práci a zaměstnavatele rodinné problémy zaměstnanců nezajímají. Mé mamince jste snížili příspěvek na péči ze 4000,- Kč na 800,- Kč, přitom péči potřebuje stále stejnou. Je to těžké.“

### **Tomáš, 21 let**

„Eutanazie je druh úlevy té osoby, která je nemocná nebo postižená. Asi bych proti eutanazii nebyl, pro ty, kteří jsou dlouhodobě nemocní nebo mají nějakou těžkou nemoc, je to asi vykoupení. Asi by to měl povolovat nějaký státní orgán. Kdyby nemohl ten člověk sám, tak by se za něj měli vyjádřit rodinní příslušníci,

i když je to asi otázka vztahu v té rodině, po čem kdo pase, jestli po úlevě té osoby nebo po majetku.“

„Zbavit nemocného utrpení to je úleva smrtí nebo injekcí, popřípadě jiným způsobem, který je v jiných státech legální.“

„Zemřít s důstojností, to bych viděl jak to dříve dělali legionáři – popraviti se cítí, podle jejich představy. Dnes asi umřít ve spánku, ať o tom nevím.“

„Péče v nemocnicích záleží podle toho, v jakém sektoru je poskytována. Dnes v nemocnicích moc zájmu nemají, myslím si, že kde si člověk zaplatí, tam ta péče je lepší, aspoň v těch soukromých by mohla být.“

„Možnost postarat se doma je velký otazník, protože spousta lidí si to asi myslí, ale ono to tak jednoduchý s tou pomocí nebude. I když člověk je v tom domácím prostředí a snáší to tam líp. Dřív to asi taky fungovalo tady tímto způsobem a neřešila se ta eutanazie práškama nebo injekcema. Příbuzní by měli mít zájem, ale musí každý sám za sebe, tak jak to cítí. Dnes je to asi daný dobou – něco za něco.“

„O smrti se dnes mluví hlavně ve spojení s důchody, když jsou tak posunuté, každý důchod spojuje zrovna se smrtí. Na smrt se připravit nedá, ale dobré je toho blízkého se zeptat co by chtěl, jestli zpopelnit, nebo pohřbít a tuto vůli dodržet. A taky by si lidi měli mezi sebou dát najevo, že jsou si blízcí.“

„Kde bych chtěl zemřít jsem nepřemýšlel, asi lepší doma, ale nemůžeme předvídat jak zemřeme. To neřeším, na to jsem mladý, odsouvám to.“

## Závěr

Současná společnost vede lidi k orientaci výhradně na život, požitky a rozptýlení a tak nejsme připraveni na skutečnost, že v životě každého člověka přijde jednou okamžik, kdy se musí s tímto světem rozloučit. Společnost nás neučí přijímat smrt a strach nám většinou brání přijmout smrt jako součást naší existence. Málokdo si uvědomuje, že právě přijetí smrti nás vede ke snaze o prožití naplněného života a naplněných vztahů se svými blízkými.

Již několik let přicházím do kontaktu s nemocnými lidmi, kteří jsou odkázáni na pomoc a podporu svých nejbližších. Skutečnost, že nemocnice a ústavy sociální péče jsou neustále přeplněny, že požadavky na umístění do zařízení sociální péče a sociálních služeb několikanásobně převyšují kapacity těchto zařízení, a dle mého názoru omezené možnosti pomoci při domácí péči, mě často vedou k zamyšlení, zda víme, co lidé v těchto situacích prožívají. Zda víme, jak pracovat s jejich psychickou i fyzickou bolestí, jak co nejlépe pomoci jim i jejich rodinám. Proto moje volba z nabídky témat vypsaných pro bakalářské práce byla jednoduchá - Eutanazie nebo paliativní péče.

Vzhledem k tomu, že nepracuji přímo v oboru zdravotnictví, který s daným tématem snad nejvíce souvisí, bylo pro mne jeho zpracování formou bakalářské práce možností jednak získat teoretické poznatky z oblasti, která mě zajímá a také pohledem laické veřejnosti zjistit, zda se do povědomí lidí dostala možnost využití domácí hospicové péče, která je od roku 2010 v našem regionu poskytována. Mým cílem bylo zjistit názory na eutanazii a poskytování paliativní péče v regionu Boskovicka - zda dotázaní s eutanazií souhlasí, jestli vědí o možnosti paliativní péče a znají zařízení zabývající se touto problematikou, a kde by chtěli prožít poslední chvíle svého života.

Bakalářská práce se skládá ze čtyř samostatných kapitol, ve kterých se postupně zabývám vymezením základních pojmů, jako je eutanazie, právo na smrt, paliativní péče, principy a zásady paliativní péče. Následují úvahy na téma lidská společnost a otázky spojené s umíráním a smrtí, jako je smysl

umírání, etické problémy umírání a smrti, kvalita života terminálně nemocných a možnosti sociální pedagogiky při výchově celostního pohledu na člověka. Další kapitola je věnována způsobům poskytování paliativní péče a nechybí ani charakteristika domácí hospicové služby poskytované v našem regionu.

Poslední část obsahuje výzkumné řešení stanoveného cíle. Zvolila jsem kvalitativní výzkum doplněný kazuistikou. Jako metodu sběru dat jsem s ohledem na zvolené téma použila polostrukturovaný rozhovor s otevřenými otázkami, pomocí něhož se dalo očekávat získání hlubších názorů k dané problematice. Pro rozhovor jsem vymezila 9 základních výzkumných otázek zaměřených na tři oblasti – eutanazie, paliativní péče a umírání a smrt. Ke každé oblasti jsem měla připraveny další podřízené otázky k případnému rozvíjení odpovědí svých respondentů.

S ohledem na skutečnost, že jsem zvolila kvalitativně orientovaný výzkum, nelze získané závěry zobecnit v širší rovině. Výzkumnou prací jsem však získala podstatné údaje, které potvrdily počáteční domněnky týkající se pohledu na eutanazii a paliativní péči. Zjistila jsem, že pro respondenty mého výzkumu je eutanazie za určitých podmínek přijatelná, což může být důsledkem současného pohledu na život. Lidé nechtějí trpět, chtějí vše vyřešit bez bolesti, nechtějí být někomu na obtíž a přidělovat starosti svým blízkým.

Informovanost respondentů v oblasti paliativní péče také potvrdila moji domněnku, že sice existuje veřejné povědomí o určitých možnostech, ale obecně je nedostatečná. Může to být způsobeno mimo jiné i tím, že kvalitní paliativní péče je přístupná pouze omezenému počtu občanů, zejména onkologicky nemocných a o těchto tématech nejsme zvyklí běžně komunikovat. Zde by mohl být prostor pro působení sociální pedagogiky ve zvýšení povědomí o umírání a možnostech péče u široké veřejnosti a také výchova občanů k samostatnému a zodpovědnému rozhodování o způsobu péče a léčby, který je jim poskytován.

Vliv věku na preferenci volby možnosti zemřít v domácím prostředí ve vybraném výzkumném vzorku moji domněnku nepotvrdil. Přání zemřít v prostředí, které je blízké, nebo s někým, kdo je blízký, není závislé na věku, ale spíše je limitováno obavou nebýt blízkým na obtíž a nepřidělovat jim starosti. Může to být i důsledkem stávající právní úpravy, která často

---

neumožňuje rodičům pečovat o umírající dospělé děti, dětem o rodiče nebo prarodiče a přátelům o přátele. Limitujícím faktorem je jednak podmínka sdílení společné domácnosti a časové omezení pro poskytnutí nároku na placenou dobu ošetřování, dále nejistota přístupu zaměstnavatele k dané situaci a v neposlední řadě i dočasné snížení příjmů. I když se často jedná o relativně krátkou dobu, je nutné mít na mysli, že je to doba velice důležitá z hlediska vztahového i morálního a doprovodit blízkého člověka na jeho poslední cestě, je dle mého názoru nejhumánnější službou, kterou může člověk člověku poskytnout.

## Resumé

Tématem bakalářské práce je „Eutanazie nebo paliativní péče“. Je rozdělena do čtyř kapitol, z nichž první tři obsahují teoretické poznatky k danému tématu a čtvrtá kapitola je věnována empirické části.

Úvodní kapitoly vymezují základní pojmy eutanazie, právo na smrt, paliativní péče a její principy a zásady. Druhá kapitola se zabývá úvahami na téma lidská společnost a otázky spojené s umíráním a smrtí, jako je smysl umírání, etické problémy umírání a smrti, obsahuje krátký pohled na eutanazii ve světě a v ČR, zabývá se paliativní péčí ve vztahu k eutanazii a možnostmi sociální pedagogiky při výchově celostního pohledu na člověka. Další kapitola je věnována způsobům poskytování paliativní péče.

Obsahem poslední kapitoly je empirická část a jsou v ní postupně stanoveny výzkumné cíle, metoda získávání dat, charakteristika zkoumaného vzorku a prezentace dosažených výsledků. Cílem bylo zjistit názory na eutanazii a poskytování paliativní péče v regionu Boskovicka. Jako hlavní výzkumná metoda byl použit polosotrukturovaný rozhovor. Prezentace zjištěných výsledků je doplněna kazuistickými údaji dvou respondentů.

## Anotace

Bakalářská práce se zabývá tématem eutanazie a paliativní péče

Věnuje se vymezení základních pojmů, úvahám na téma lidská společnost a otázky spojené s umíráním a smrtí a způsobům poskytování paliativní péče.

Ve výzkumné části zjišťuje názory laické veřejnosti na eutanazii a poskytování paliativní péče s cílem zjistit, zda dotázaní s eutanazií souhlasí, jestli vědí o možnosti paliativní péče a znají zařízení zabývající se touto problematikou.

## Klíčová slova

Eutanazie, paliativní péče, smysl umírání, právo na smrt, etické problémy umírání a smrti, kvalita života, hospic.

## Annotation

The thesis deals with euthanasia and palliative care.

It engages the definition of basic concepts, reflections on human society, issues related to dying and death and ways of providing palliative care.

In the research part it surveys the general public views on euthanasia and palliative care to determine whether respondents agree with euthanasia if they know of the possibility of palliative care and know the facilities dealing with this issue.

## Keywords

Euthanasia, palliative care, meaning of dying, the right to death, ethical issues of dying and death, quality of life, hospice.

## Seznam použité literatury a dalších zdrojů

1. BROVINS, J. M., OEHMKE, T. *Vražda, nebo milosrdenství? Dr. Smrt.* (Přel. Smrž V.) 1. vyd. Olomouc: Brána, 1996, ISBN 80-85946-45-9.
2. GOLDMANN, R., CICHÁ, M. *Etika zdravotní a sociální práce.* 1.vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2004, s. 81, ISBN 80-244-0907-0).
3. HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie Nauka o umírání a smrti.* 1. vyd. Praha: Galén, 2000, ISBN 80-7262-034-7.
4. HENDL, J. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace.* 2.vyd. Praha: Portál, 2008, ISBN 978-80-7367-485-4.
5. KOŘENEK, J. *Lékařská etika.* 2.vyd. Praha: TRITON, 2004, ISBN 80-7254-538-8.
6. KRAUS, B. *Základy sociální pedagogiky.* 1. vyd. Praha: Portál, 2008, ISBN 978-80-7367-383-3.
7. MACHALOVÁ, M. *Biodromálna psychológia pre pomáhajúce profesie.* 1. vyd. Brno: IMS, 2010, ISBN 978-80-81782-10-9.
8. MUNZAROVÁ, M. *Eutanazie, nebo paliativní péče?* 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2005, ISBN 80-247-1025-0.
9. MUNZAROVÁ, M. a kol. *Proč NE eutanazii aneb Být, či nebýt?*, 2. vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2008, ISBN 978-80-7195-304-3.
10. MUNZAROVÁ, M. *Vybrané kapitoly z lékařské etiky I,* 1.vyd. Brno: Masarykova univerzita, 1997, ISBN 80-210-1610-8.
11. ONDOK, J. P. *Bioetika, biotechnologie a biomedicína.* 1. vyd. Praha: TRITON, 2005, ISBN 80-7254-486-1.
12. PAUL, J. *O štěstí v umírání.* 1.vyd. Brno: Barrister & Principal, 2011, ISBN 978-80-87474-32-7.



13. PAYNEOVÁ, S., SEYMOUROVÁ, J., INGLETONOVÁ, CH. *Principy a praxe paliativní péče*. (Přel. Lukáš, I.) 1.vyd. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007, ISBN 978-80-87029-25-1.
14. POLLARD, B. *Eutanazie – ano či ne?* (přel. Masnerová, E.) 1. vyd. Praha: Dita, 1996, ISBN 80-85926-07-5.
15. ŘÍHOVÁ, M. *Učme se životu*. 1.vyd. Praha: Vtípilová, 2009, ISBN 978-80-7250-454-7.
16. SLÁMA, O., DRBAL, J., PLÁTOVÁ, L. *Umrít doma*. Brno: Moravskoslezský kruh, 2008, ISBN 978-80-254-2788-0.
17. SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*, 6. vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2008, ISBN 978-80-7195-307-4.

#### **Jiný zdroj**

*Strategie rozvoje paliativní péče v České republice na období 2011 – 2015*, podnět Rady vlády pro lidská práva pro schůzi vlády, 2011, č. j. 03468/11-OLP.

#### **Internetový zdroj**

<http://www.osn.cz/dokumenty-osn/soubory/vseobecna-deklarace-lidskych-prav>