

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
Katolická teologická fakulta

Alena ŠNÝDLOVÁ

UMÍRÁNÍ, SMRT, EUTANAZIE

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Libor Ovečka, Th.D.

PRAHA 2006

Poděkování

Srdečně děkuji PhDr. Liboru Ovečkovi, Th.D., za pomoc při výběru tématu bakalářské práce, všechny poskytnuté rady a připomínky, metodické vedení a trpělivost, i bezproblémovou komunikaci při tvorbě práce.

Zvláštní poděkování patří i vedení a zdravotníkům hospicového domu v Mostě, kteří mi umožnili seznámit se s obsahem jejich práce a jejich pacienty a získat praktické poznatky doplňující teoretickou část práce. Stejně tak patří poděkování pracovníkům dalších zdravotnických zařízení na území města Mostu a jedné z pražských léčeben dlouhodobě nemocných. V neposlední řadě děkuji své kolegyni Zdence Danzigové, která se uvedenou problematikou profesně zabývá.

Alena Šnýdlová

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a v seznamu literatury uvedla veškeré informační zdroje, které jsem použila.

V Mostě dne

Alena Šnýdlová

OBSAH

| | |
|---|-----------|
| 1. ÚVOD | 6 |
| 2. UMÍRÁNÍ..... | 8 |
| 2.1 Domácí a institucionální model umírání..... | 8 |
| 2.2 Péče o umírající v různých fázích nemoci podle Kübler-Rossově | 11 |
| 2.3 Umírání dětí | 12 |
| 2.3.1 Porodní sál..... | 12 |
| 2.3.2 Závažné onemocnění dítěte v průběhu života..... | 13 |
| 2.3.3 Dětský hospic..... | 14 |
| 2.3.4 Charta práv dětí v nemocnici | 15 |
| 2.4 Péče o pomáhající profese či doprovázející osoby..... | 16 |
| 2.4.1 Syndrom vyhoření..... | 16 |
| 2.4.2 Pomáhající profese a náboženství..... | 17 |
| 2.4.3 Pomáhající profese a jejich příprava..... | 19 |
| 2.5 Hospicové hnutí a jeho přínosy..... | 21 |
| 2.5.1 Formy hospicové péče..... | 22 |
| 2.5.2 Pozitiva hospice..... | 23 |
| 2.5.3 Pastorační péče (nejen v hospicu)..... | 23 |
| 2.6 Práva pacientů..... | 24 |
| 3. SMRT..... | 28 |
| 3.1 Biblické pojetí smrti..... | 28 |
| 3.2 Ateistický pohled na smrt..... | 29 |
| 3.3 Důstojná smrt jako právo člověka..... | 30 |
| 3.4 Péče o zemřelé..... | 35 |
| 4. EUTANÁZIE..... | 36 |
| 4.1 Historie eutanázie a vývoj názorů..... | 36 |
| 4.2 Základní terminologie..... | 37 |
| 4.3 Katolické stanovisko a jeho zdůvodnění..... | 38 |
| 4.4 Problém eutanázie a jeho neřešitelnost..... | 39 |
| 4.5 Hrozba zneužití eutanázie..... | 40 |
| 4.6 Eutanázie v legislativě ČR..... | 41 |
| 5. VÝSLEDKY VLASTNÍHO ŠETŘENÍ..... | 42 |
| 5.1 Metody sběru údajů..... | 42 |
| 5.2 Zdravotnická zařízení | 42 |

| | | |
|-----------|--|-----------|
| 5.3 | Pohled pacientů zdravotnických zařízení..... | 44 |
| 5.4 | Pohled pracovníků zdravotnických zařízení..... | 46 |
| 5.5 | Souhrn..... | 50 |
| 6. | ZÁVĚR | 53 |
| | | |
| | SEZNAM LITERATURY..... | 54 |
| | SEZNAM PŘÍLOH..... | 56 |
| | SEZNAM GRAFŮ..... | 63 |
| | SEZNAM ZKRATEK..... | 63 |
| | SEZNAM TABULEK..... | 63 |

ANOTACE

ŠNÝDLOVÁ Alena

Umírání, smrt, eutanázie.

Naše doba přinesla do lidského života změny v podobě prodloužení věku a stále vítěznější medicíny. Zapomněla ale, nebo se alespoň snaží zapomenout, že přirozenou součástí lidského života je i umírání a smrt. Z důvodu celospolečenské tabuizace tohoto tématu, na ni lidé nejsou zpravidla připraveni. Je proto těžké umírat a stejně těžké umírajícího v jeho posledních týdnech a dnech doprovázet. Práce proto stručně popisuje proces umírání a jeho okolnosti, a chce čtenáře přesvědčit o tom, že právě člověk člověku může být v těžkých chvílích hlavní oporou, proto je třeba být připraven. Zabývá se také rozdílným pohledem na smrt očima křesťana a ateisty, který v rámci provázejících profesí znamená, do jisté míry, i rozdíl v přístupu k umírajícímu.

KLÍČOVÁ SLOVA

Smrt, umírání, eutanázie, pomáhající profese, víra.

ABSTRACT OF THESIS

ŠNÝDLOVÁ Alena

Dying, death, euthenasia.

Our age has brought advances in medicine resulting in extended human life expectancy. This process, however, has forgotten that a natural part of human existence is dying and death. Such a taboo in society means that people are not usually prepared for it. It is therefore hard to die and difficult to live with the certainty of death in its last weeks and days. The process of dying and its circumstances is briefly described to convince readers that one human can help another in difficult life situations and it is better to be prepared for this. This thesis also deals with the differing views of christians and atheists. These views often distinguish the approach to death of the attendant professionals.

KEYWORDS

Death, dying, euthenasia, care professions, faith.

1. ÚVOD

Motivací pro výběr uvedeného tématu bylo osobní hledání odpovědí na otázky, které si člověk zpravidla pokládá jen omezeně a navíc spíše ve svém nitru. Jsou však s lidským životem neodmyslitelně spojeny. Myšlenky na smrt a její okolnosti si v průběhu dnešního uspěchaného života připouští většina lidí teprve ve chvíli, kdy je osobně reálně zasáhne její blízkost.

Bolestná, i když relativně krátká, doba umírání a smrti mého otce, byla na obou stranách plná nových zkušeností a zjištění jak na poli duchovním, tak v reálné situaci. Byla ale také dobou jakéhosi permanentního šoku zúčastněných – stavu, kdy sled velmi neblahých událostí byl rychlejší, než schopnost je vnitřně zpracovat a přijmout.

I když emocionálně se zřejmě není možné na smrt milované osoby dostatečně připravit nikdy, teprve po otcově smrti jsem si uvědomovala, jak nepřipravený je člověk (snad mimo lékaře a zdravotníky) na takovou situaci celkově. Jde nejen o nedostatek znalostí z oblasti péče o nemocného v posledních týdnech života, ale i o nedostatek znalostí o možnostech, které v tomto smyslu přináší naše doba umírajícímu a jeho blízkým. Přitom je nutné poznamenat, že vypjatý psychický stav do jisté míry brání člověku v konkrétní situaci vnímat některé skutečnosti konce života, a to i v případě, že jde o vjemy pozitivní. Až s odstupem času je schopen se postupně vyrovnat s vlastními pocity a snad nezkresleně zhodnotit prožité situace.

Život a smrt jsou ale pouze dvě strany jedné mince. Smrt v časně době není něčím nepřírodním, mimořádným a zvrátitelným. Dříve či později potká každého z nás a řada z nás se s ní také denně setkává. I když takoví lidé nemají jednoduchý úděl, pracují s nemocnými a umírajícími právě pro lásku k nim jako k lidem. Své poznatky, zážitky i vědomosti za mnoho let existence lidstva dokázali popsat a vyjádřit v knihách popisujících utrpení, bolest i moudrost. Z mnohokrát popsaného procesu života a smrti vyplývá, že ho lidé prožívají v nezákladnějších rysech podobně. Znamená to, že známe-li zákonitosti procesu umírání a smrti, měli bychom se k nim umět postavit tak, abychom odcházejícímu co nejvíc usnadnili jeho těžkou chvíli. Nám samotným by na oplátku mělo být útěchou, že jsme pro něj udělali, co bylo v lidských silách.

Současná česká společnost ale zařadila smrt a umírání mezi témata, o nichž se raději nemluví. Místo aby široká veřejná diskuse přinášela další náměty na zlepšení podmínek umírajících, promítnuté i do legislativních ustanovení a rozvoje systémů péče, pere se společnost s nevyjasněností pojmů v oblasti zdravotnictví, s nedostatečně připravenými lékaři a zdravotnickým personálem realizujícím paliativní péči, s naprostou neznalostí

možností a potřeb umírajícího ze strany laiků, s nedostatkem finančních prostředků a dalšími negativními jevy.

Cílem předkládané práce je proto:

- popisnou formou seznámit každého z jejích čtenářů v základních rysech s okolnostmi současného procesu umírání a smrti, včetně vybraných konkrétních údajů;
- přesvědčit ho o tom, že právě lidský faktor je tím zásadním tvůrcem a ovlivňovatelem podmínek uvedeného procesu;
- zmínit víru jako činitel, který v rámci pomáhajících profesí, znamená možný rozdíl v přístupu k pacientovi.

Teoretickou základnu práce tvoří výběr kapitol z odborné literatury věnované problematice umírání, smrti a eutanázie, jehož cílem je orientovat čtenáře v tématu. Informace jsou doplněny údaji z provedených analýz a výzkumů, které byly na území ČR prováděny v rámci projektu „Podpora rozvoje paliativní péče v ČR“ a následně byly zpracovány do publikace a zveřejněny prostřednictvím internetu.

Následnou část práce tvoří souhrn informací a názorů pracovníků zdravotnických zařízení rozdílného typu (nemocnice, LDN, NNP, hospice) a jejich pacientů, doplněné vlastním komentářem. Protože problematika práce je velice složitá a rozsáhlá, omezuje se praktická část na zjištění pouze vybraných specifických údajů ve vazbě na vytčené cíle. Získání potřebných dat probíhalo:

- a) prostřednictvím zpracovaných dotazníků
- b) pohovory s pracovníky zdravotnického zařízení
- c) pohovory s pacienty zdravotnického zařízení
- d) prostřednictvím osobních zkušeností.

2. UMÍRÁNÍ

2.1 Domácí a institucionální model umírání

Stejně jako každý živý tvor je i člověk podřízen biologickým zákonitostem, ze kterých se není možné vymanit. Faktum vlastní konečnosti si lidé sice uvědomovali vždycky, v průběhu existence lidstva se ale objevily rozdíly týkající se akceptace smrti. Dávní předkové v souvislosti s dobovými životními podmínkami a úrovní poznání chápali smrt jako předěl mezi krátkým a těžkým pozemským životem a rajským životem věčným. Relativní útěchou byla všeobecně sdílená víra v posmrtný život, prostý všech bolestí a útrap. Lidé umírali krátce, bez oddalovacích lékařských zásahů.

Vzhledem k tomu, že smrt nebyla tabuizována, mnoho osob pečujících o umírající vědělo, jak se k nim mají chovat. Vyplývalo v podstatě ze životních zkušeností, co se od nich očekává. Základní scénář umírání i smrti byl všeobecně znám. Patřili k němu zejména rodinní příslušníci umírajícího, včetně dětí, a poskytovatelé duchovní péče – kněží. I když už od dob středověku se postupně ujímali péče o nemocné a umírající obce, šlechta i církve, měl své nezastupitelné místo, a to po dlouhá staletí, způsob odchodu, který dnešní odborná literatura nazývá domácím modelem umírání.

V jeho rámci byl předpokládán určitý zažitý sled úkonů. Začátkem mělo být svolání členů rodiny a v jejich přítomnosti vyslovení posledního přání umírajícího. Následující důstojné rozloučení ukončovalo jakési vypořádání se s reálným světem a otevíralo prostor pro knězem udělovanou svátost pomazání nemocných a podání posledního svatého přijímání. Následovalo klidné očekávání konce v kruhu nejbližších. V zájmu objektivitě nutno však poznamenat, že takovýto průběh odchodu byl spíše vzácností. Mnoho umírajících rodinu nemělo, pro mnohé byla nedosažitelně vzdálena, chudí nebyli schopni zaplatit ani minimální poplatky za zaopatření umírajícího, lékařská věda neměla ještě dostatek prostředků k případnému tišení bolestí, lékařů bylo málo a byli těžko dosažitelní.

Spravedlivé je na druhé straně zdůraznit, že o méně bylo prostředků, o to více bylo vlídných slov a pozornosti členů rodiny. Umírající nebyl opuštěn, rodina ovládala laické ošetrovatelské úkony a prováděla je, sousedé projevovali svou solidaritu. Smrt byla sociálním aktem.¹

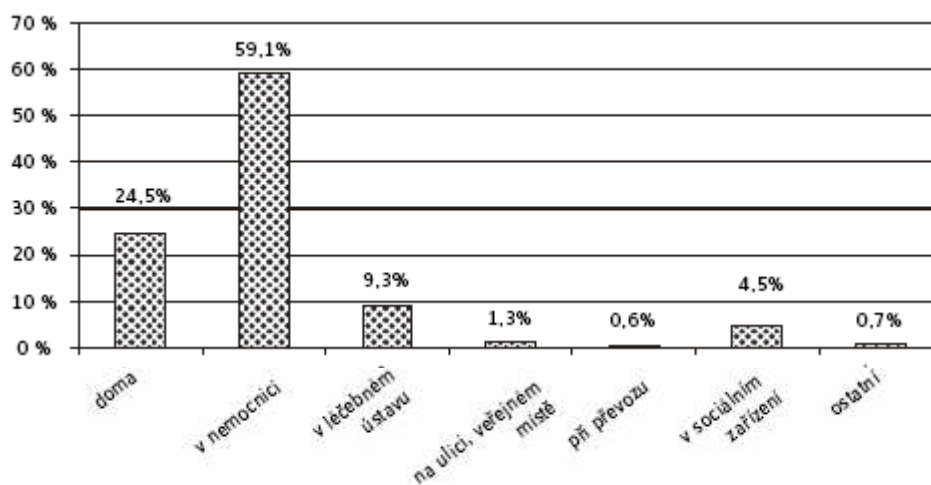
Institucionální model umírání se vyvíjel postupně. Poskytovatelem základních materiálních potřeb v podobě lůžka, jídla, pití a hygienického zázemí byly již ve středověku chorobince, později špitály a nemocnice. Ošetrovatelské služby poskytovali

¹ Srov. Helena HAŠKOVCOVÁ, *Thanatologie-Nauka o umírání a smrti*, Praha: Galén, 2000, s. 23-29

nejčastěji příslušnice a příslušníci řeholních řádů, jejich práce měla laický charakter. Skutečně odbornými znalostmi a dovednostmi podloženou, se tato práce stávala až koncem 19. století, kdy byly na území Rakouska-Uherska založeny první zdravotnické školy.

Zdravotnická zařízení počátku minulého století nevěnovala umírajícím, jako zvláštní skupině nemocných, speciální pozornost. Lůžko s umírajícím bylo umístěno mezi ostatními nemocnými, posléze byla pro jeho oddělení používána tzv. bílá zástěna. V mylné představě o potřebě systémového klidu a pořádku, a zejména nepřekonatelné profesionalitě personálu, byli z péče o umírajícího vyřazeni jeho nejbližší. V pozdějších letech separace na speciálním pokoji nemocničního zařízení, známém jako pokoj pro umírající přinesla to, co je i modernímu člověku současnosti velice dobře známo – umírání a smrt v osamocení. Na tomto faktu, bohužel, téměř nic nemění ani posun doby, ani technické možnosti zdravotnictví. Chladná profesionální péče je zřejmou stinnou stránkou institucionálního modelu umírání.² Přesto je možno konstatovat, že právě v jeho rámci umírá v současnosti převážná většina lidí nejen u nás, ale v dalších zemích, což dokládají následující grafy:³

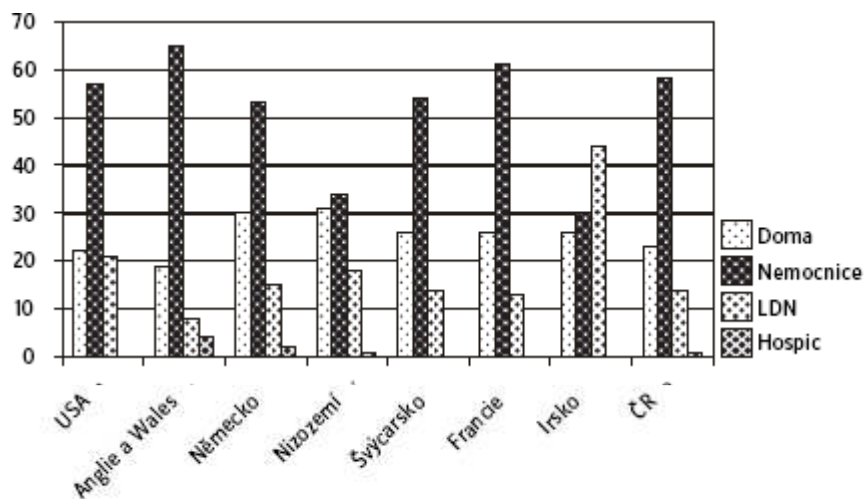
Graf č. 1: Údaje o místech úmrtí jsou z roku 2001 (poměr zastoupení jednotlivých míst se v několika posledních letech téměř nemění) — zdroj ÚZIS



² Srov. tamtéž, s. 26-31

³ Zpracováno podle: Kol. autorů, *Umírání a paliativní péče v ČR (situace, reflexe, vyhlídky)*, Praha: Cesta domů, 2004, s. 20

Graf č. 2: Porovnání zastoupení jednotlivých míst úmrtí v ČR a některých jiných zemích



Zdroje: USA: Weizen SMS et al. (11); Anglie a Wales: Office of National Statistics 2000; Švýcarsko: extrapolations from Federal Statistics 1985; Francie: INSERM 1999. Nizozemí: Central Buro of Statistics in the Netherlands, 2000, www.cbs.nl (personal communication Ribbe M.); ČR: ÚZIS 2001.

Co můžeme dělat? Tuto otázku si klade i profesorka lékařské etiky na Fakultě humanitních studií UK v Praze dr. Helena Haškovcová, která na ni také odpovídá: „*Dá se to říci docela jednoduše: vzít z domácího i institucionalizovaného modelu to dobré, zamíchat a přidat trochu obětavé lidské účasti. To poslední ovšem předpokládá, že znovu a s pokorou přijmeme konečnost lidského života jako nezvratnou danost*“.⁴

V návaznosti na stále vítěznější tažení lékařské vědy se ale naprosto změnil postoj současného člověka k smrti. Na jedné straně technika a lékařské metody, které dnešní doba přináší, vedou zdravotnický personál do „vítězného boje“ s nemocí a to bez ohledu na nezadržitelnost života. Rodina umírajícího na straně druhé pak předpokládá, že zápas s nemocí bude co nejdelší, ač může přinášet více bolesti, než prospěchu. Jinými slovy, tak jako byli naši předkové schopni smrt akceptovat, tak se v dnešním světě stává smrt výzvou k hledání prostředků k jejímu naprosto nelogickému zadržování. Smrt sama je pociťována jako něco zvláštního, neobvyklého. Současná společnost usiluje o to, aby se jakákoli připomínka smrti potlačovala.⁵

Z křesťanského pohledu ale vyplývá velký důraz na chápání smrti jako dovršení lidského života. Lidé by si měli uvědomovat, že život bez smrti by neměl svůj význam.

⁴ <http://www.tydenika2.cz/?mode=art&id=10767>, staženo 22.3.2006

⁵ Srov. Helena HAŠKOVCOVÁ, *Thanatologie-Nauka o umírání a smrti*, Praha: Galén 2000, s.22-23

2.2 Péče o umírající v různých fázích nemoci podle E.Kübler-Rossově

Pomineme-li v následujících řádcích osoby umírající náhle, např. v důsledku srdeční či mozkové příhody, autohavárie nebo vraždy, lze podle lékařů popsat několik fází posledního úseku života. Každá z nich má své charakteristické rysy, každá z nich předpokládá specifickou péči. Na základě mnohaletých zkušeností s těžce nemocnými pacienty, je v roce 1969 formulovala americká lékařka švýcarského původu Dr. Elisabeth Kübler-Rossová.⁶ I když byly tyto fáze pojmenovány a definovány i jinými lékařskými kapacitami (např. Horowitzův model pěti fází odchodu⁷, doplnění o nulitní fázi - autorkou je dr. Helena Haškovcová⁸), je právě ona považována za autorku, již se podařilo velmi přehledně charakterizovat jednotlivé fáze. Vymezení se týká psychické odezvy pacienta na vážné onemocnění. Je třeba přitom brát v úvahu, že reakce jednotlivých lidí na tuto krizovou životní situaci závisí na řadě vnějších okolností, na dosavadních zkušenostech a osobnosti jednotlivce. Je tedy nutno nevnímat nemocného izolovaně, ale v jeho sociálních vztazích. Dále je nutno vědět, že fáze, i když jsou seřazeny za sebou tak, jak zpravidla přicházejí, nemusí vždy zachovávat tento sled. Některé z nich se opakovaně vracejí a střídají, mohou se vzájemně i prolínat. Nejsou stejně dlouhé a může se stát, že některá zcela chybí.

Zmíněnými fázemi neprochází jenom pacient, ale i jeho nejbližší, případně další zapojené osoby. Ty v některých případech mohou vyžadovat více pozornosti i faktické pomoci, než sám nemocný⁹. Je tedy velmi vhodné se s nimi seznámit. Stručně jsou uvedeny v následující tabulce:

⁶ Srov. Jiří JANKOVSKÝ, *Etika pro pomáhající profese*, Praha: Triton, 2003, s. 131

⁷ Srov. Jaro KŘIVOHLAVÝ; Stanislav KACZMARCZYK, *Poslední úsek cesty*, Praha: Návrat domů, 1995, s. 40-43

⁸ Srov. Jan JANKOVSKÝ, *Etika pro pomáhající profese*, Praha: Triton, 2003, s. 132

⁹ Srov. tamtéž, s. 134

Tabulka č. 1: Fáze podle Kübler-Rossové¹⁰

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

2.3 Umírání dětí

2.3.1 Porodní sál

Smrt a vážná onemocnění vedoucí ke smrti se nevyhýbají ani dětem. Už porodní sál se může stát místem, kde se očekávaná radost změní v tragedii. Smrt plodu v průběhu porodu je v současné době a při možnostech monitorování celého procesu považována za selhání lidského faktoru a dochází k ní zřídka.

Mnohem častější je narození dítěte živého a nezralého, nebo dítěte s vrozenou vývojovou vadou, či jinak poškozeného. Jeho další život pak závisí na úrovni intenzivní péče lékaře a technickém vybavení neonatologického oddělení. Pokud je to možné, je do péče o patologického novorozence zapojena po zotavení i matka. Předchází však šetrné seznámení se situací a to nejen u ní, ale také u rodinných příslušníků.

V případě mrtvě narozeného dítěte je postupováno tak, že rodička (pokud si to výslovně nepřeje) není seznamována s údaji o odumřelém plodu, aby nebyl prohlubován pocit ztráty.

¹⁰ Zpracováno podle: Marie SVATOŠOVÁ, *Hospice a umění doprovázet*, Praha: Ecce homo, 2003, s.29

V obou případech prožívají rodiče těžkou deziluzi, neboť přirozeně očekávali narození zdravého a krásného dítěte, naplnění jejich vztahu, splnění očekávání a snů. Velmi bolestným úsekem života teď rodiče procházejí v obdobných fázích, jako nevléčitelně nemocní.

2.3.2 Závažné onemocnění dítěte v průběhu života

Ať už se dítě narodí se závažným postižením nebo těžce onemocní v průběhu dětství, jedná se o mimořádně složitý a citlivý problém. Závažnost celého problému spočívá především v tom, že se jedná o dítě, a jeho onemocněním silně trpí i jeho rodiče. Právě oni jsou kromě dítěte objektem, který potřebuje pomoci.¹¹

Přijetí nemoci s reálnou hrozbou smrti je výrazně limitováno věkem dítěte. Malé dítě většinu svých nesnází připisuje rodičům, protože právě oni jsou v jeho očích tím, kdo vše ovlivňuje. Tento negativní postoj pojmenovaný jako „hostilita“, je celkem častým, a zhoršuje již tak složitou a nešťastnou situaci. Na druhé straně existují děti přesvědčené o tom, že sami jsou příčinou neštěstí svých plačících nebo slzy skrývajících rodičů. Snaží se tedy rodiče potěšit ujištěním, že po jejich smrti se jim uleví. Podobná vyjádření jsou jak pro rodinné příslušníky, tak zdravotnický personál velmi stresující. Nicméně jsou spojeny s přirozeným sklonem dítěte k otevřenému hovoru o jeho touhách, případně strachu, a je nutno se na ně připravit.¹²

Projevem dětí, které musely být hospitalizovány, se nejprve stává touha po domově, později se vytrácí a dítě přijímá prostředí nemocnice jako svůj nový domov. Charakteristické je ale uzavírání se do vnitřního světa, mlčení, smutek, pasivita až apatie.¹³

Podle odborníků si konečnost vlastního života uvědomují děti od 9 let věku. Vyrovnávání se dítěte s předpokládaným koncem je jiné, než u dospělého. Velkou roli přitom hrají osobnostní dispozice dítěte, jeho temperament, emoce, kognitivní funkce, inteligence. Důležitou okolností ovlivňující postoj dítěte k nemoci je, zda se s ní dítě již narodilo, či zda onemocnělo až v průběhu života. Velmi významnou úlohu hraje také kvalita vztahu rodiny k dítěti.¹⁴

Specifickou skupinou dětských pacientů jsou pubescenti a adolescenti. Období dospívání je v naší kultuře obecně označováno jako složitě. O to složitější je tedy v případě postiženého nebo smrtelně nemocného. Dospívající vyřazený z běžného

¹¹ Srov. Jiří JANKOVSKÝ, *Etika pro pomáhající profese*, Praha: Triton, 2003, s. 137

¹² Srov. Helena HAŠKOVCOVÁ, *Thanatologie-Nauka o umírání a smrti*, Praha: Galén, 2000, s. 59

¹³ Srov. tamtéž, s.59

¹⁴ Srov. Jiří JANKOVSKÝ, *Etika pro pomáhající profese*, Praha: Triton, 2003, s. 138-139

života vrstevníků dlouhou nemocí, častým pobytem v nemocnici nebo fyzickými překážkami, neřeší jen hrozbu smrti. Jeho klíčovou starostí je, jak ho přijímají druzí. Často bývá jeho formou jednání hyperkompenzace – nespokojenost s nadprůměrnými studijními či sportovními výsledky. Zpravidla tyto jedince doprovází lítost a vztek, že je nečeká obvyklý čas života, že nemají šanci prožít to, co všichni ostatní. Vzhledem ke zvýšené vnímavosti k transcendentním hodnotám může v tomto období dojít k překvapivým reakcím. Je možné se setkat s nepřiměřenou zralostí a vyrovnaností jedince, stejně jako s naprostým zoufalstvím nad ztrátou života, který teprve začínal.¹⁵

2.3.3 Dětský hospic

Z výše uvedeného vyplývá potřeba velmi specifické péče jak o pacienta, tak o jeho rodiče, případně další doprovázející osoby.

Už v roce 1992 se účastníci I. konference o hospicích, konané v českých Zlenicích, dověděli o existenci dětského hospice, který byl založen v Anglii a nese jméno Helen Hous. Jedná se o zařízení pro děti s onkologickým onemocněním a geneticky postižené děti, které umožňuje společný pobyt dětí a rodičů, a poskytuje prostřednictvím profesionálních ošetřovatelů péči celé rodině. Věnuje se tedy nejen pacientovi, ale také doprovázejícím rodinným příslušníkům, potažmo péči o pozůstalé. Z informací o aktivitách Helen Housu vychází v České republice Nadační fond Klíček, jehož cílem se, kromě jiného, stalo vybudování dětského hospice. Prvním objektem tohoto zařízení je zrekonstruovaná budova bývalé školy ve vesničce Malejovice u Uhlířských Janovic, okres Kutná Hora, cca 65 km jihovýchodně od Prahy. Dům bude sloužit rodinným příslušníkům dítěte jako ubytovací prostor, dále ke smysluplnému trávení volného času a odpočinku. Je zde vymezen prostor i pro vzdělávací aktivity. Kapacita domu je proměnlivá – je možné uhostit 5 rodin (z toho 2 s nepohyblivými dětmi), nebo cca 30 osob. V současnosti je dům ve fázi zkušebního zaváděcího provozu. Další část dětského hospice – ošetřovatelská jednotka, by měla poskytnout zázemí pro náročnější ošetřovatelskou paliativní péči. Vyrostě jako novostavba v bezprostřední blízkosti školy a bude s ní propojena spojovací chodbou. Náklady stavby se budou podle odhadu pohybovat kolem 40 milionů korun. Samotná stavba bude zahájena v letošním roce.¹⁶

¹⁵ Srov. Helena HAŠKOVCOVÁ, *Thanatologie-Nauka o umírání a smrti*, Praha: Galén 2000, s. 59-60

¹⁶ Srov. <http://www.klicek.org/hospic/zdrav.html>, staženo 22.3.2006

2.3.4 Charta práv dětí v nemocnici

Představitelé Nadačního fondu Klíček, Markéta a Jiří Královcovi, se ale nezabývali pouze tvorbou hmotných podmínek pro dětské pacienty. Jejich zásluhou byla formulována Charta práv dětí v nemocnici, kterou už v roce 1992 podpořila Centrální etická komise při Ministerstvu zdravotnictví ČR, v tomto znění:¹⁷

1. Děti mají být do nemocnice přijímány jen tehdy, pokud péče, kterou vyžadují, nemůže být stejně dobře poskytnuta v domácím ošetřování nebo při ambulantním docházení.
2. Děti v nemocnici mají mít právo na neustálý kontakt se svými rodiči a sourozenci. Tam, kde je to možné, mělo by se rodičům dostat pomoci a povzbuzení k tomu, aby s dítětem v nemocnici zůstali. Aby se na péči o své dítě mohli podílet, měli by rodiče být plně informováni o chodu oddělení a povzbuzováni k aktivní účasti na něm.
3. Děti a/nebo jejich rodiče mají právo na informace v takové podobě, jaká odpovídá jejich věku a chápání. Musejí mít zároveň možnost otevřeně hovořit o svých potřebách s personálem.
4. Děti a/nebo jejich rodiče mají právo poučeně se podílet na veškerém rozhodování ohledně zdravotní péče, která je jim poskytována. Každé dítě musí být chráněno před všemi zákroky, které pro jeho léčbu nejsou nezbytné, a před zbytečnými úkony podniknutými pro zmírnění jeho fyzického nebo emocionálního rozrušení.
5. S dětmi se musí zacházet s taktem a pochopením a neustále musí být respektováno jejich soukromí.
6. Dětem se musí dostávat péče náležitě školeného personálu, který si je plně vědom fyzických i emocionálních potřeb dětí každé věkové skupiny.
7. Děti mají mít možnost nosit své vlastní oblečení a mít s sebou v nemocnici své věci.
8. O děti má být pečováno společně s jinými dětmi téže věkové skupiny.
9. Děti mají být v prostředí, které je zařízeno a vybaveno tak, aby odpovídalo jejich vývojovým potřebám a požadavkům, a aby zároveň vyhovovalo uznaným bezpečnostním pravidlům a zásadám péče o děti.
10. Děti mají mít plnou příležitost ke hře, odpočinku a vzdělání, přizpůsobenou jejich věku a zdravotnímu stavu.

Kromě charty se představitelé nadace také nově zabývali rolí, kterou hrají dospělé doprovázející osoby jak z řad rodičů, tak profesionálních ošetřovatelů a dalšího

¹⁷ Zpracováno podle: Helena HAŠKOVCOVÁ, *Lékařská etika*, Praha: Galén, 1994, s. 127-128

zdravotnického personálu. Velmi zdůrazněn byl v této souvislosti opravdový vztah jako základ služby zdravotníka pacientovi.¹⁸

2.4 Péče o pomáhající profese či doprovázející osoby

Práce s těžce nemocnými a umírajícími je nejen fyzicky, ale také psychicky velmi náročná. Je proto nutné, aby člověk pečující o těžce nemocného nebo umírajícího, byl sám psychicky vyrovnaný a měl i osobnostní dispozice. Kvalitní výkon u pomoc poskytujících profesí podávají lidé, kteří rádi pomáhají druhým, nemyslí na sebe, jsou vždy ochotni přinášet oběti. Vstřícnost, účast, obětavost však nestačí. V takovýchto povoláních je předpokládána i znalost, zkušenost a dovednost. Některé příslušné profese mají požadavky na pracovníky stanoveny v rámci tzv. etického kodexu (zdravotní sestry a ošetřovatelky, vysokoškoláci nelékaři ...). Náročné požadavky na pomáhající profese ale mohou představovat pro některé pracovníky nepřiměřenou zátěž. Spojení psychické, emocionální a fyzické náročnosti, může vést k naprostému vyčerpání, resp. vyhoření (vyhaslosti, vyprahlosti), které je nazýváno syndromem vyhoření.¹⁹

2.4.1 Syndrom vyhoření

Byl původně popsán v americké psychiatrii a definován jako důsledek specifického profesionálního rizika psychiatrů, kteří musí neustále pozorovat, přijímat a pracovat s různými pocity svých pacientů. Později bylo opakovaně doloženo, že syndrom vyhoření je obecným fenoménem a vzniká tam, kde je profesionál vystaven velké emotivní psychické zátěži – zdravotníci, učitelé, kněží a další profese pracující s lidmi. Syndrom vyhoření představuje celý soubor příznaků, jako je ztráta elánu, radosti ze života, energie a nadšení z vlastní práce. Vede postupně k celkové stagnaci až rezignaci, člověk je frustrován, reaguje podrážděně, nedůvěřivostí, depresivitou, apatií, cynismem.

Syndrom vzniká pravidelně a většinou se rozvíjí za 2 – 5 let od nástupu do zaměstnání. Přestože existují velké individuální rozdíly v psychických dispozicích, lze konstatovat, že hrozí každému a téměř u všech se v různé míře projeví.

Projevy vyhoření:

- Tělesné vyčerpání – chronická únava a celková slabost vedoucí k onemocněním, úrazům a selháním, doprovázená bolestmi hlavy, poruchami spánku nebo stravovacími problémy.

¹⁸ Srov. <http://www.klicek.org/hospital/role.html>, staženo 22.3.2006

¹⁹ Srov. Jirí JANKOVSKÝ, *Etika pro pomáhající profese*, Praha: Triton, 2003, s. 158

- Emocionální vyčerpání – pocit bezmoci a beznaděje, který přechází do podrážděnosti a agresivity vůči sobě samému i ostatním lidem, labilita, může vést až k sebevraždě.
- Duševní (mentální) vyčerpání – negativní postoj k sobě a okolí, zejména ale k práci, ztráta lidskosti v interakci s okolním světem, uzavřenost, představy s děsivým obsahem.²⁰

Existují způsoby, jak syndrom vyhoření eliminovat (odchod ze zaměstnání, změna pracoviště, změna pracovní pozice ...), daleko lepší cestou je ale prevence vyhoření. Znamená to dodržování základních pravidel duševní hygieny. Zdůrazněna je zejména potřeba dostatečného a pravidelného odpočinku, udržování kontaktu s lidmi mimo obor, pěstování dlouhodobých přátelství. Další prevencí může být sport, umění, koníčky, cestování apod. V odborné literatuře se tomuto procesu říká pozitivní přeladění.

Nebezpečí představuje opačné, tedy negativní přeladění. V jeho rámci se můžeme setkat se zneužíváním alkoholu, nikotinu, kofeinu, některých léků, případně měkkých i tvrdých drog.²¹

V obecné rovině mají vyšší předpoklady ke zvládnutí syndromu osoby s uspořádaným systémem hodnot, osoby mající smysluplně uspořádaný život (např. v podobě fungujícího manželství). Velkou roli hraje i osobní disciplinovanost a pokora. Je třeba ale také znát hranice vlastních možností a nedovolit, aby požadavky byly kladeny stále na tutéž osobu jako jedinou odpovědnou, ale aby byly rovnoměrně rozděleny nebo přesouvány na ostatní.²²

2.4.2 Pomáhající profese a náboženství

Naprosto specifickým fenoménem, který ale výrazně ovlivňuje přístup k nemocným a umírajícím a do značné míry preventivně působí proti syndromu vyhoření, je náboženství a víra. Víra umožňuje člověku pevné zakotvení ve smyslu. Křesťanství jej navíc orientuje ke službě druhým, a to z lásky ke Kristu²³ („ ...*cokoliv jste učinili jednomu z těchto mých nejmenších bratří, mně jste učinili*“, Mt 25, 40).

Náboženství poskytuje mnoha lidem ono tolik potřebné spirituální zakotvení, naději a jistotu při hledání smyslu života. Představuje tudíž i v současné době významný

²⁰ Srov. tamtéž, s. 159

²¹ Srov. tamtéž, s. 163

²² Srov. Jiří JANKOVSKÝ, *Etika pro pomáhající profese*, Praha: Triton, 2003, s. 164

²³ Srov. tamtéž, s. 165

rozměr člověka postmoderní společnosti. Pro lidi v mezních životních situacích, případně osoby angažované v pomáhajících profesích, může znamenat významnou oporu. Záleží na zralosti každého člověka, na jeho osobní integritě, do jaké míry dokáže čerpat z bohatství a darů, které mu náboženství může poskytnout.

Náboženství nelze snadno definovat, neboť je to hluboký, velmi obsáhlý, osobní i společenský, vnitřní i vnější vztah člověka k tomu, co jej přesahuje, tedy Bohu. V tomto smyslu definuje náboženství O. I. Štampach (1992, s.10): „*Náboženství je reálný, životní, osobní vztah člověka k transcendentní skutečnosti*“. Z něho se postupně vytváří hodnotová orientace člověka ve světě, resp. rozlišení dobra a zla.

Víra je z hlediska teologického darem (Boha člověku), je ale také souhlasem rozumu na základě nějakého svědectví, je zdrojem poznání a jistoty člověka. Vyžaduje však aktivitu celé osobnosti člověka, tedy zapojení intelektu, citu i vůle. Z hlediska pomáhajících profesí je důležitý dvojitý rozměr víry, jemuž odpovídá i tvar kříže (symbolu víry) – vertikála vyjadřuje vztah člověka k Bohu, tedy zbožnost, horizontála je vyjádřením vztahu člověka k člověku, což je láska (tzv. bliženecká).²⁴ Podle prof. Křivohlavého je víra činitelem, který má cosi společného s psychologii. Pokud budeme uvažovat o psychologii jako o vědě, která se zabývá jednáním lidí, je jednání vedené vírou zvláštní zkoumanou oblastí. Přináší řadu zajímavých zjištění, která se týkají jak pomáhajících profesí, tak křesťanů obecně. V návaznosti na překonávání těžkých životních situací bylo například zjištěno, že:

- Když porovnáme strategie lidí věřících a nevěřících, které používají v těžkých situacích, docházíme k závěru, že křesťané používají výrazně častěji aktivních nežli pasivních strategií zvládnání těžkostí.
- Některé styly náboženského zvládnání těžkostí mají vysokou hodnotu osobní iniciativy a kompetence.
- Způsoby řešení těžkých životních situací a angažovanosti věřících lidí ukázaly, že křesťané vycházejí spíše z vlastních představ a zdrojů, nežli z toho, co na ně působí zvnějšku.
- Některé navenek pasivní strategie zvládnání těžkostí (např. meditace, modlitba) se ukazují být paradoxně velice aktivní.
- Křesťané nehodnotí stresové situace jako méně nebezpečné nebo méně zraňující – v porovnání s tím, jak je hodnotí nekřesťané, ale jejich pohled je realistický, tj. situaci si nezlehčují a nezkrslují.

²⁴ Srov. Jirí JANKOVSKÝ, *Etika pro pomáhající profese*, Praha: Triton, 2003, s. 166-169

- Čím větší je stres, tím větší je u křesťanů kladen důraz na sílu, kterou berou z víry.²⁵

Na základě další studie, která byla zaměřena na vlivy, které působí v mezilidském kontaktu mezi pacientem a zdravotní sestrou či pečovatelkou, bylo zjištěno, že zdravotní sestry či pečovatelky, které využívali náboženskou víru ke zvládnání problémů, měly nejen nižší úroveň deprese, ale také lepší vztah k opatrovaným pacientům a pacientkám.²⁶

2.4.3 Pomáhající profese a jejich příprava

Úroveň poskytování paliativní péče (zabývá se utrpením, potřebami a kvalitou života a důstojností lidí na konci života) je podstatně ovlivněna přípravou těch, kteří se na ní podílejí, tedy především lékařů, ale i ostatního zdravotnického personálu. Z provedených průzkumů o přípravě těchto profesí na všech úrovních škol v rámci ČR bylo zjištěno:

a) Střední zdravotnické školy

Ačkoli ve výuce na středních zdravotnických školách není věnována zvláštní pozornost paliativní péči, v některých předmětech lze najít kapitoly související s léčbou bolesti, zvládnání běžných symptomů (v rámci předmětu ošetrovatelství), komunikací s nemocným (ne však s terminálně nemocným), prací v multidisciplinárním týmu, etickými a medicínskými aspekty rozhodování v léčbě a péči o vlastní emoce. Za výrazný nedostatek je považováno to, že mezi tématy nefiguruje podpora rodiny v průběhu nemoci i po úmrtí blízkého (zármutek a truchlení). Je patrné, že tzv. bereavement care (péče o truchlící), která je běžná např. ve Spojených státech amerických, je v naší zemi téměř neznámým pojmem. Zahraniční zkušenosti i výsledky výzkumu potvrzují, že jde o velmi podstatnou součást dobré paliativní péče.

b) Vyšší zdravotnické školy

Pouze na jedné z dotazovaných vyšších zdravotnických škol je vyučována paliativní medicína jako samostatný předmět (VZŠ Bílá Vločka České Budějovice). Na ostatních školách jsou paliativní témata zahrnuta do předmětů: psychologie, sociální a zdravotnická psychologie, etika v ošetrovatelství, filozofie v ošetrovatelství, ošetrovatelství v klinických oborech, vnitřní lékařství, gynekologie a porodnictví a

²⁵ Srov. http://www.volny.cz/j.krivohlavy/clanky/c_krest_a_zdr.html, staženo 22.3.2006

²⁶ http://www.volny.cz/j.krivohlavy/clanky/c_vira_a_zdravi.html

chirurgie. Léčba bolesti se samostatně nevyučuje na žádné ze škol, obvykle je zahrnuta do předmětů: ošetrovatelské postupy, psychologie, sociální a zdravotnická psychologie, ošetrovatelství, ošetrovatelství v klinických oborech, speciální ošetrovatelství, ošetrovatelské postupy, vnitřní lékařství, psychoterapie, gynekologie a porodnictví, chirurgie, neurologie, komunikace, odborná praxe. Jako zajímavá se jeví možnost volit si na některých z uvedených škol paliativní problematiku jako téma absolventské práce. Ačkoli se ankety zúčastnilo 10 z 22 oslovených škol (tedy necelá polovina), lze vzhledem k podobnosti odpovědí usuzovat na situaci v celé ČR a výsledky považovat za reprezentativní.

c) Lékařské fakulty

Výuku paliativní medicíny na vysokých školách byla sledována u oborů všeobecné lékařství a ošetrovatelství. Při pohledu na kurikula a zastoupení paliativních témat ve vyučovaných kurzech lze říct, že ošetrovatelé/ky jsou připravováni daleko důkladněji na péči v terminální fázi vývoje nemoci. Důraz je u budoucích ošetrovatelů kladen jak na zvládnutí praktických ošetrovatelských dovedností (zvládnutí základních symptomů včetně bolesti), tak i umění komunikovat s pacientem a jeho blízkými, odhalit jeho potřeby a umět je naplnit.

Paliativní medicína je přednášena jako samostatný předmět pouze na Lékařské fakultě Masarykovy univerzity v Brně, kde jde o volitelný seminář, a na Lékařské fakultě Palackého univerzity, kde je vyučována v teoreticko-praktickém a čistě praktickém bloku (obor dlouhodobá ošetrovatelská péče u dospělých). V rámci hlavních oborových předmětů (onkologie, geriatric, interna, chirurgie a neurologie) se paliativní témata vyskytují pouze velmi zřídka. Nelze tedy přijmout tvrzení, že výuka paliativní medicíny jako samostatného předmětu by byla nadbytečná. Ve výuce uvedených oborů je dostatečně zastoupena pouze léčba bolesti.²⁷

Z uvedeného vyplývá, že z provedených analýz studijních programů v ČR nelze posoudit, zda je vzdělávání a odborná příprava zdravotnického personálu v oblasti paliativní péče dostatečná. Z jiných kapitol stejné publikace ale vyplývá, že tomu tak není (pro rozsáhlost nejsou v této práci uvedena konkrétní tvrzení).

²⁷ Kol. autorů, *Paliativní péče v ČR (situace, reflexe, vyhlídky)*, Praha: Cesta domů, 2004, s. 68-69

2.5 Hospicové hnutí a jeho přínosy

Termín hospic pochází z angličtiny a znamená útulek nebo útočiště. Už ve středověku byl tento pojem používán k označení tzv. domů odpočinku. V podstatě šlo o zařízení, které poskytovalo například poutníkům do Palestiny krátkodobé ubytování, včetně jídla a pití, a také možnost ošetřit bolavé nohy z cesty. V čele hospice pak zpravidla stála osoba schopná řídit hostinec i poskytnout službu ranhojiče. V moderní terminologii nabízel hospic na elementární úrovni bio-psycho-sociální a spirituální komfort.

Hospice později přirozeně zanikly a myšlenka na ně znovu ožila teprve v polovině 18. století, kdy byla v Dublinu založena nemocnice pro umírající, a byla nazvána Hospic. Na přechodnou dobu šlo však o ojedinělou iniciativu. Rozvoj specializovaných zařízení pro umírající nastal až ve 20. století, dramatický nárůst počtu hospiců pak byl zaznamenán až po druhé světové válce.

Protagonistkou hospicového hnutí se stala angličanka Cecilia Saundersová. Původně pracovala jako zdravotní sestra a sociální pracovnice, později získala lékařské vzdělání a následně celý svůj život prakticky věnovala práci s umírajícími pacienty. Jedním z nich byl i David Tasma, který z vděčnosti za doprovod v posledních chvílích života, daroval finanční položku na stavbu další obdobné nemocnice. V roce 1969 byl tedy v Londýně otevřen první hospic moderního typu, v jehož čele stála zmíněná Dr. Saundersová. Od této chvíle nacházely principy paliativní péče uplatňované v hospicích stále více příznivců a poptávka po hospicové péči stále stoupala. Podle odhadu funguje dnes v Anglii cca 150 hospiců, ve světě pak cca 2000.

Historie hospicového hnutí v České republice je spjata se jménem Mudr. Marie Svatošové. Na jejím začátku stojí v roce 1993 založení občanského sdružení s názvem *Ecce homo* (Ejhle člověk). Pod vedením Dr. Svatošové a ve spolupráci s Diecézní charitou v Hradci Králové byl prostřednictvím tohoto sdružení, ve velmi krátké době 13 měsíců, vybudován a otevřen Hospic Anežky České v Červeném Kostelci. Od počátku roku 1996 zde byli přijímáni první pacienti. Postupně pak začaly vznikat na různých místech v ČR další hospice (např. Praha, Plzeň, Brno, Rajhrad u Brna ...).²⁸

V současné době je v ČR celkem otevřeno 12 hospicových domů, z toho 1 je věnován dětem a ještě se buduje jeho zdravotní část, 4 další se projektují. Celková

²⁸ Srov. Helena HAŠKOVCOVÁ, *Thanatologie-Nauka o umírání a smrti*, Praha: Galén, 2000, s. 39-41

kapacita dosáhla počtu 280 lůžek, nedosahuje tedy předpokládaných cca 500 lůžek (5 lůžek/100 tis. obyvatel), jak by ČR potřebovala.²⁹

Myšlenka hospice vychází z úcty k životu a z úcty k člověku jako jedinečné a neopakovatelné bytosti. V této vazbě hospic nemocnému garantuje, že³⁰

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

Obyvateli hospice mohou být lidé v různých etapách odchodu. Nejde proto o zařízení, která se starají pouze o nemocné ve finální fázi života (i když právě těm je hospic určen zejména), ale i o další staré a nemocné osoby. Důležitým posláním hospice je naplňovat jejich dny určitým smyslem, kvalita života je v těchto zařízeních prvořadým cílem.

Současně s nemocným a umírajícím trpí také řada jeho blízkých. Rodina doprovázející nemocného spolu se zdravotním personálem, má nesmírně významnou a do jisté míry nezastupitelnou roli. V případě potřeby je jí ze strany hospice, po smrti nemocného, věnována i dlouhodobá pomoc.³¹

2.5.1 Formy hospicové péče

Podle potřeb pacienta a okolností souvisejících s jeho sociálním prostředím je možné využít následující formy hospicové péče:³²

- Domácí hospicovou péčí – v případě, kdy existuje fungující rodinné zázemí. V takovém případě může být ideální formou péče, neboť je pacient v prostředí, které důvěrně zná. Limitujícím faktorem je ovšem dosažitelnost odborné péče a také značné zatížení rodiny, jež může vést až k vyčerpání.
- Stacionární hospicovou péčí – spočívá v denních pobytech nemocného v tzv. stacionáři. Pacient je sem přijat ráno a odpoledne (nebo navečer) se vrací zpět domů. Dopravu zajišťuje rodina, popřípadě hospic. Tento typ péče je limitován vzdáleností bydliště nemocného od stacionáře. Důvodů k pobytu ve stacionáři může být několik, např. diagnostický, psychoterapeutický, léčebný i respitní (odlehčit rodině).
- Lůžkovou hospicovou péčí. Ta je uzpůsobena pro krátkodobé a zpravidla i opakované pobyty nemocných. Pacienti jsou k pobytům přijímáni v situacích,

²⁹ Srov. <http://www.hospice.cz>, staženo 22.3.2006

³⁰ Jiří JANKOVSKÝ, *Etika pro pomáhající profese*, Praha: Triton, 2003, s. 146

³¹ Srov. Marie SVATOŠOVÁ, *Hospice a umění doprovázet*, Praha: Ecce homo, 2003, s. 27

³² Srov. Jiří JANKOVSKÝ, *Etika pro pomáhající profese*, Praha: Triton, 2003, s. 146 - 147

kdy to jejich zdravotní stav vyžaduje. Pokud je hospic naplněn, je zapotřebí dát přednost těm pacientům, u nichž lze předpokládat, že jejich nemoc povede v brzké době ke smrti.

2.5.2 Pozitiva hospice

Velkou pozornost je třeba věnovat tvorbě pozitivního prostředí pro pacienta. I když se ve standardních zdravotnických zařízeních v posledních letech mnohé změnilo k lepšímu, je hospicový dům tím, kdo může pacientovi v tomto smyslu nabídnout více. V čem ?

- a) lůžková část hospice je celkem malá (obvykle do 25 lůžek) – více klidu
- b) v pokoji může být ubytován i člen rodiny – pacient není sám
- c) interiér má charakter domova, ne nemocnice – příjemné prostředí
- d) pacient vstává a uléhá podle vlastních potřeb – pocit svobody
- e) jsou používány civilní šaty - uvolněnost
- f) žádná činnost nepodléhá striktním povelům – možnost vlastní aktivity
- g) vybavení pokoje zahrnuje i telefon pro komunikaci s blízkými
- h) zdravotní pomůcky mají nejmodernější parametry a jsou v dostatečném počtu
- i) okolí domu zpravidla umožňuje pohyb na zdravém vzduchu a v příjemném prostředí.³³

Nejen materiální podmínky ovlivňují život pacienta. V souvislosti s již zmíněnou vírou a náboženstvím je třeba poznamenat, že v daleko větší míře, než je tomu v klasických nemocnicích, je věnována pozornost spirituálním potřebám pacienta.

2.5.3 Pastorační péče (nejen v hospici)

*„Pastorační péči o nemocné a trpící v širším slova smyslu rozumíme takové jednání s člověkem, ve kterém ho respektujeme v jeho jedinečnosti, přistupujeme k němu z pozice věřících křesťanů, doprovázíme ho v jeho nemoci, utrpení či umírání a pomáháme mu k lidsky důstojnému zvládnutí jeho životní situace, včetně smrti, a to na jemu dostupné úrovni víry“.*³⁴

Pastorační péče v hospicových domech a jiných zdravotnických zařízeních není směřována pouze na osoby věřící, resp. praktikující křesťany. Není také výhradní doménou církevních osob. Duchovní péči může s velkým úspěchem poskytovat také v této oblasti erudovaný a osobnostně disponovaný laik, případně odborník

³³ Srov. Helena HAŠKOVCOVÁ, *Thanatologie-Nauka o umírání a smrti*, Praha: Galén, 2003, s.42-43

³⁴ Aleš OPATRŇÝ, *Malá příručka pastorační péče o nemocné*, 3.dopl.verze, Praha:Pastorační středisko při arcibiskupství pražském, 2003, s.8

z příbuzného oboru (psychologie apod.). Ve všech situacích ale nelze nahradit duchovního, a to zejména katolického. Nezastupitelnou roli hraje samozřejmě v případě udělování svátostí (tedy také svátosti pomazání nemocných, kterou může udělit pouze duchovní s kněžským či biskupským svěcením). Pro tradičně vychované a vzdělané katolické křesťany je to naprosto fundamentální záležitost a je ji tedy nutno plně respektovat a ctít.

Na druhé straně se v péči o umírající stále více uplatňuje i tzv. „neliturgická spiritualita“, kterou je míněna duchovní péče a služba lásky ze strany laiků.

Duchovní péči potřebuje v zásadě každý člověk, věřící i nevěřící. Tento fakt vyplývá ze skutečnosti, že člověk je vnímán jako tělesně-duševně-duchovní totalita. Jinými slovy to znamená, že náboženská dimenze je člověku vlastní a záleží pouze na tom, jakým způsobem bude tento rozměr lidského žití naplňován.

V rámci poskytování pastýřské péče nejde ale jen o udílení svátostí, ale o citlivé doprovázení nemocných a umírajících v tomto složitém úseku jejich životní cesty. Snad nejvýznamnějším nástrojem této péče jsou duchovní rozhovory. Jejich středem je samozřejmě pacient, jejich cílem je vzájemné sdílení, hledání smyslu života i v pacientově utrpení, navrácení radosti prostřednictvím vlídného slova.

Podle J. Křivohlavého (1994) lze duchovní rozhovor rozdělit na dvě části. Je to jednak sblížení a dále ponoření se do hlubin. Zejména druhá část se týká především věřících nemocných a obsahuje jednak vyznání vin, u katolických křesťanů spojené se svátostí smíření („Komu odpustíte hříchy, tomu jsou odpuštěny, komu je neodpustíte, tomu odpuštěny nejsou“ Jan 20,23). Vyznání vin a jejich odpuštění přináší věřícímu člověku zjevnou úlevu. Dále zahrnuje modlitbu, která mívá u vážně nemocných velmi specifický charakter. Může v ní být obsaženo mnohé – strach, úzkost, otázky, výčitky, ale také naděje a smíření.³⁵

2.6 Práva pacientů

Minuly doby, kdy byl pacient pouze pasivním objektem odborné péče. Moderní doba přinesla mimo systémové transformace zdravotnictví i řadu velmi výrazných změn dotýkajících se právě pacienta. Tou nejzákladnější byla změna vztahu mezi lékařem a pacientem, kdy se řada situací může řešit pouze za předpokladu vzájemné dohody mezi těmito stranami. Cílem spolupráce mezi pacientem a lékařem je společný boj proti nemoci. Je třeba přitom respektovat vzájemně odlišné znalosti, názory, práva a

³⁵ Srov. Jirí JANKOVSKÝ, *Etika pro pomáhající profese*, Praha: Triton, 2003, s.150-152

povinnosti obou stran. Nemocnému má být situace ulehčována, zpříjemňována, lékaři ale nemá být komplikována.

To všechno jsou důvody vedoucí k jasnému a jednoznačnému stanovení pravidel vzájemného setkávání, a nezbytné spolupráce mezi lékaři a nemocnými. Tato pravidla mají za úkol vyrovnávat asymetrii vztahu mezi oběma stranami (lékař z povahy svého postavení bude vždy lehce dominantní), přičemž definují oblasti odpovědnosti, spoluodpovědnosti a povinnosti jak pacienta, tak lékaře. Dokumentem, který výše popsané zahrnuje, je etický kodex Práv pacientů.

Pravděpodobně první kodex Práv pacientů vznikl v roce 1971 a formuloval jej lékárník David Anderson z Virginie. Od tohoto data vznikla celá řada kodexů dotýkajících se práv pacientů a v návaznosti na nové potřeby doby se stále jejich počet rozrůstá.

V České republice je historie práv pacientů velice krátká. Podkladem pro zpracování kodexu u nás, byla Vzorová práva nemocných, která v roce 1985 zveřejnil Americký svaz občanských svobod. S respektováním některých českých specifik byla definitivní verze českých Práv pacientů vyhlášena v roce 1992. Autory návrhu byli Dr. Helena Haškovcová a Dr. Jaroslav Šetka. Schvalovacím orgánem byla Centrální etická komise Ministerstva zdravotnictví ČR. V této části bakalářské práce uvádím jejich přehled, komentovány budou následně.³⁶

1. Pacient má právo na ohleduplnou odbornou zdravotnickou péči prováděnou s porozuměním kvalifikovanými pracovníky.
2. Pacient má právo znát jméno lékaře a dalších zdravotnických pracovníků, kteří ho ošetřují. Má právo žádat soukromí a služby přiměřené možnostem ústavu, jakož i možnost denně se stýkat se členy své rodiny či s přáteli. Omezení takového způsobu (tzv. kontinuálních) návštěv může být provedeno pouze ze závažných důvodů.
3. Pacient má právo získat od svého lékaře údaje potřebné k tomu, aby mohl před zahájením každého dalšího nového diagnostického a terapeutického postupu zasvěceně rozhodnout, zda s ním souhlasí. Vyjma případu akutního ohrožení má být náležitě informován o případných rizicích, která jsou s uvedeným postupem spojena. Pokud existuje více alternativních postupů nebo pokud pacient vyžaduje informace o léčebných alternativách, má na seznámení s nimi právo. Má rovněž právo znát jména osob, která se na nich účastní.

³⁶ Helena HAŠKOVCOVÁ, *Práva pacientů*, Havířov-Město: Nakl. Aleny Krtilové, 1996, s. 25 - 28

4. Pacient má v rozsahu, který povoluje zákon, právo odmítnout léčbu a má být současně informován o zdravotních důsledcích svého rozhodnutí.
5. V průběhu ambulantního i nemocničního vyšetření, ošetření a léčby má nemocný právo na to, aby byly v souvislosti s programem léčby brány maximální ohledy na jeho soukromí a stud. Rozbory jeho případu, konzultace a léčba jsou věci důvěrnou a mají být prováděny diskrétně. Přítomnost osob, které nejsou na léčbě přímo zúčastněny, musí odsouhlasit nemocný, a to i ve fakultních zařízeních, pokud si tyto osoby nemocný sám nevybral.
6. Pacient má právo očekávat, že veškeré zprávy a záznamy týkající se jeho léčby, jsou považovány za důvěrné. Ochrana informací o nemocném musí být zajištěna i v případech počítačového zpracování.
7. Pacient má právo očekávat, že nemocnice musí podle svých možností přiměřeným způsobem vyhovět pacientovým žádostem o poskytování péče v míře odpovídající povaze onemocnění. Je-li to nutné, může být pacient předán jinému léčebnému ústavu, případně tam převezen poté, když mu bylo poskytnuto úplné zdůvodnění a informace o nezbytnosti tohoto předání a ostatních alternativách, které přitom existují. Instrukce, která má nemocného převzít do své péče, musí překlad nejprve schválit.
8. Pacient má právo očekávat, že jeho léčba bude vedena s přiměřenou kontinuitou. Má právo vědět předem, jací lékaři, v jakých ordinačních hodinách a na jakém místě jsou mu k dispozici. Po propuštění má právo očekávat, že nemocnice určí postup, jímž bude jeho lékař pokračovat v informacích o tom, jaká bude jeho další péče.
9. Pacient má právo na podrobné a jemu srozumitelné vysvětlení v případě, že se lékař rozhodl k nestandardnímu postupu či experimentu. Písemný vědomý souhlas nemocného je podmínkou pro zahájení neterapeutického i terapeutického výzkumu. Pacient může kdykoliv, a to bez uvedení důvodu, z experimentu odstoupit, když byl poučen o případných zdravotních důsledcích takového rozhodnutí.
10. Nemocný v závěru života má právo na citlivou péči všech zdravotníků, kteří musí respektovat jeho přání, pokud tato nejsou v rozporu s platnými zákony.
11. Pacient má právo a povinnost znát a řídit se platným řádem zdravotnické instituce, kde se léčí (tzv. nemocniční řád). Pacient má právo kontrolovat svůj účet a vyžadovat odůvodnění jeho položek bez ohledu na to, kým je účet placen.

K uvedenému seznamu je třeba poznamenat, že se dotýká výhradně práv dospělých pacientů. Práva dětí příkladně upravuje jiný dokument, kterým je Charta hospitalizovaných dětí z roku 1993. Vydání dalších dokumentů postihujících některé specifické skupiny pacientů (např. duševně nemocných) je věcí budoucnosti.

Samotný kodex je postaven jako právně nezávazný. Z jeho principů ale vycházejí další dokumenty, které původně morální závazek staví do pozice pracovního předpisu, pokynu, prostě praktické povinnosti. I když tedy nemá účinnost zákona a nedefinuje sankce na této úrovni, nelze ho považovat za nezávazný.³⁷

³⁷ Srov. Helena HAŠKOVCOVÁ, *Práva pacientů*, Praha: Nakl. A.Krtilové, 1996, s. 3-28

3. SMRT

3.1 Biblické pojetí smrti

Bible obsahuje dvě pojetí života a smrti. První pojetí života a smrti se týká fyzického života. Život v tomto smyslu znamená stav, kdy si naše fyzické já zachovává svoje fyziologické funkce, smrt pak jejich skončení. Druhé pojetí se týká živých lidí, kteří nepřijali Ježíše, zůstávají velmi vzdáleni Boží lásky, přebývají v oblasti satanovy vlády, nebo se prostřednictvím hříchu vzdálili z náruče Boží lásky. Fyzické tělo tedy žije, je ale podle původních Božích hodnot mrtvé. Na druhé straně člověk zůstává naživu v pravém slova smyslu i po ukončení svého fyzického života, pokud jeho duch přebývá v Nebeském království, což je oblast duchovního světa, kde Bůh vládne láskou. Dokonce i poté, co se jejich tělo navrátí do země, jejich duch se bude radovat ze života.³⁸

Ve Starém zákoně je smrt patriarchů Abrahama, Izáka a Jákoba líčena s tím, že:

- a) jejich umírání je klasifikováno jako zesnutí, tedy jako usínání
- b) o všech je napsáno, že byli připojeni ke svému lidu, tedy odešli do společenství jim důvěrně známého, do společenství Božího lidu – k němu patřili za dob pozemského života, k němu se připojili ve chvíli tělesné smrti.

I předsmrtné žehnání potomkům, které se stalo tradicí, při níž umírající předává Boží zaslíbení další generaci, obsahuje nejen jeho veřejné vyznání, že patří k Božimu lidu, ale také, že se plně spoléhá na Boží zaslíbení. Jinými slovy, že má jasný pohled na vlastní budoucnost.

Nový zákon jednomyslně dosvědčuje, že Boží Syn Ježíš Kristus je ten jediný, kdo má moc vysvobodit člověka z hříchu a darovat mu duchovní život ve společenství s Bohem, přičemž ani tělesná smrt nemá sílu tento duchovní život zničit. I tady má tedy člověk žijící s Kristem jasný cíl teprve před sebou.

V umírání a smrti mají všichni věřící, na rozdíl od nevěřících, 3 veliké hodnoty:

1. stálé společenství se svým Pánem
2. jasnou vizi, že tělesná smrt je přechodem do nebeského domova
3. Písmo svaté, jako zdroj Božích zaslíbení a útěchy v každém soužení, i v hodinách umírání.³⁹

³⁸ Srov. http://www.muweb.cz/www/frsms-zapad/princip/15_Vzkriseni.html, staženo 22.3.2006

³⁹ Srov. J. KRÍVOHLAVÝ; S. KACZMARCZYK, *Poslední úsek cesty*, Praha: Návrat domů, 1995, s. 83-88

Snad každý člověk se v průběhu života zabýval otázkou, zda existuje něco po smrti. Protože je smrt veliké tajemství, umožňuje obě interpretační varianty – ano i ne. Každý člověk má právo věřit, že existuje život po životě, stejně jako má každý právo takovou víru odmítnout. Věčnost jako fenomén existuje a křesťané vědí, že má formu věčné blaženosti nebo věčného trápení. Rozhodující slovo, která forma nabude vrchu má ovšem Bůh. S přihlédnutím k tomu, že i víra má svou hloubku, kvalitu a sílu, by měl laskavý doprovod u lůžka umírajícího respektovat individuální názor a někdy i velmi svéráznou osobní víru. Člověk, který žil celý svůj život podle křesťanských zásad, má právo podle nich i zemřít. Bylo by ale pošetilé vnucovat víru tomu nemocnému, který ji není ochoten nebo schopen přijmout.⁴⁰

3.2 Ateistický pohled na smrt

Traduje se, že věřící lidé umírají snadněji, protože jim víra poskytuje naději a umožňuje myšlenky na další, i když jiný život. Jsou však i věřící, kterým přináší pochybnosti o dobrotě Boha, který připustil jejich utrpení a brzkou smrt a postavil je před ztrátu všeho, co jim život přinesl a k čemu přilnuli. Přesto existují lidé, kteří i při absenci víry odejdou ze života v klidu a pokoji. Důvodem je plnost jejich života – to co má člověk za sebou. Pokud se jim podařilo smysluplně žít život, odcházejí smířeni se stavem věcí. Jinými slovy, víra sama o sobě není zárukou klidné smrti.⁴¹

Smrt jako biologický fenomén znamená ukončení veškeré vitální aktivity, kterou se živý organismus vyvíjí, udržuje a reprodukuje. Pokrok lékařství umožnil vymezení pojmu klinické smrti jako stavu vyvolaného zástavou dechu a krevního oběhu. Definitivní smrt se v běžné praxi konstatuje tehdy, jestliže se v průběhu resuscitace neobnoví spontánní činnost srdce. V celém světě bylo dosaženo souhlasu, že rozhodujícím kritériem smrti člověka je celková mozková smrt. Buňky lidského mozku jsou velice citlivé na nedostatek kyslíku a již za deset sekund po zástavě krevního oběhu se projeví ztráta funkce neuronů bezvědomím.⁴² Zatímco byla stanovena postačující klinická kritéria pro smrt celého mozku, nepodařilo se najít srovnatelná kritéria pro diagnózu vegetativního stavu (destrukce vyšších center), kdy pacient není v úzkém slova smyslu v komatickém stavu, ale nemůže reagovat na své okolí, protože nemá vědomí sama sebe. Proto jsou stále otevřené diskuse nad stanovením dalších kritérií. Současná definice smrti je stanovena na základě těchto faktorů:

⁴⁰ Srov. Helena HAŠKOVCOVÁ, *Thanatologie-Nauka o umírání a smrti*, Praha: Galén, 2000, s. 77-80

⁴¹ Srov., tamtéž s. 74

⁴² Srov. Adolf SLABÝ, *Pastorální medicína a zdravotní etika*, Praha: Karolinum, 1991, s. 169-170

- 1/ tělo neprojevuje žádné příznaky specifického chování
- 2/ ani v budoucnu nebude moci fungovat lidským způsobem
- 3/ nemá ani minimální kapacitu lidských funkcí, protože ztratilo základní struktury nutné pro tyto funkce.⁴³

Poznámka: kapitola se s odvoláním na rozsah bakalářské práce nezabývá smrtí nepřirozenou, jako je sebevražda nebo interupce, které jsou z pohledu katolického křesťana nepřijatelné.

3.3 Důstojná smrt jako právo člověka

Pojem důstojná smrt je používán velmi často, zřídka je však jeho obsah specifikován. I když tedy obsah pojmu není ustálený, přece lze pozorovat shodu v tom, že současný proces institucionálního umírání musí doznat kvalitativních změn, o jejichž realizaci usiluje celá řada společností pro důstojné umírání. Existují na úrovni států a mohou se stát i členem Světové federace společností usilujících o právo na smrt (rozuměj důstojnou, přirozenou). Pravděpodobně největší taková společnost existuje od roku 1980 v Německu. Jejím cílem je zlepšení podmínek pro umírající ve zdravotnictví, zaopatření pacienta ve všech směrech, včetně právní ochrany. Základní strategii formulovala Německá společnost pro důstojné umírání v následujícím programovém prohlášení:

1. Právo pacienta na sebeurčení musí být zaručeno i v nemocnici, vůli pacienta je třeba právě ve fázi umírání plně respektovat.
2. Je třeba respektovat též právo pacienta na uspořádání svých věcí, včetně závěti.
3. Každý pacient musí být včas a dobře informován o svém zdravotním stavu.
4. S bolestí pacientů by se mělo ve fázi umírání bojovat velkoryse.
5. V nemoci, která je beznadějná a vede pouze k problematickému životu (úroveň vegetativních funkcí), nemusí být život prodlužován vyspělou technikou za každou cenu.
6. Nemocnice a sociální zařízení jsou vytvářeny pro lidi a právě existence vyspělé lékařsko – technické péče navozuje nutnost lidské podpory a účasti.⁴⁴

⁴³ Srov. Josef Petr ONDOK, *Bioetika, biotechnologie a biomedicína*, Praha: Triton, 2005, s. 156-158

⁴⁴ Srov. Helena HAŠKOVCOVÁ, *Thanatologie-Nauka o umírání a smrti*, Praha: Galén, 2000, s.129-132

Autoři publikace „Paliativní péče v ČR (situace, reflexe, vyhlídky)“ se pokusili na základě skupinových diskusí na dané téma zpracovat koncept „dobré smrti“ a „důstojného umírání“, který obsahuje klinicky relevantní kategorie, podle kterých lze alespoň částečně důstojnou smrt hodnotit. Jde o souhrn léčebných a ošetrovatelských cílů. Materiál ale také poukazuje na skutečnost, že kvalita života při umírání je pouze částečně výsledkem zdravotní péče. Velice také záleží na osobnostních charakteristikách umírajícího a jeho schopnosti a možnosti zakoušet závěr svého života jako smysluplný. Rolí zdravotníků je tento proces usnadnit.

Kategorie dobré a důstojné smrti, které vyplynuly z rozhovorů v rámci výzkumu, byly:

- účinné mírnění tělesného strádání — umírat bez bolesti, dušnosti a předchozího utrpení je vůbec nejčastějším přáním;
- možnost (volba), dosažitelnost přítomnosti blízkých osob — druhé nejčastější přání, znamená nebýt osamocen nebo mezi cizími lidmi (LDN, DD), často přání zemřít doma, mít pocit bezpečí, možnost přivolat si blízké, když bude potřeba, ale i možnost být sám, obrátit se směrem dovnitř, k sobě;
- uspokojení duševních a duchovních potřeb — dosažení stavu vyrovnanosti, naplnění a smíření se sebou, životem a smrtí, příbuznými, Bohem, touha smysluplně uzavřít a vědomě dokončit život, bez deprese a úzkosti — dostupnost pomoci v oblasti duševní (psycholog) i duchovní (kněz, ...);
- důstojnost situace — při vědomí (pocit zvládnání situace), pocit respektování ze strany personálu — individuální osobní přístup — a rodiny, dobrá oboustranná komunikace, respekt k soukromí a intimitě, bez přístrojů (hadiček), v čistotě, tichu, obava z nedůstojnosti a pravděpodobně i z utrpení se transformuje do podoby umřít rychle (ve spánku).

Současně s těmito kritérii byly ale pojmenovány základní překážky naplnění představy o důstojném umírání v podmínkách českého zdravotnictví a to takto:

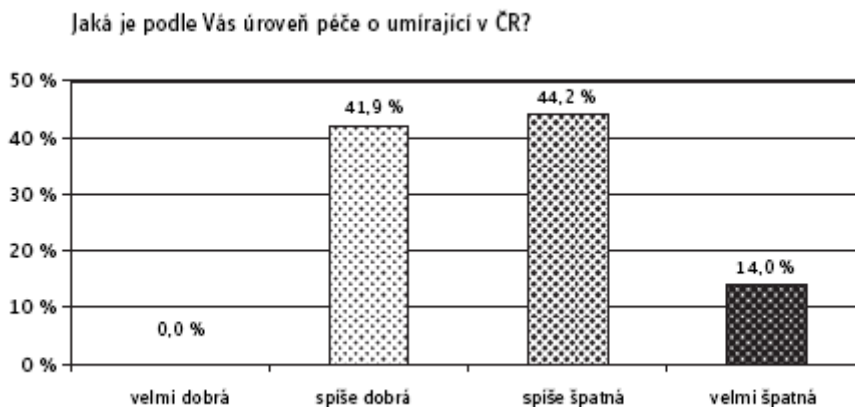
- nedostatečné vzdělání ošetrujícího personálu — lékařům i sestřám chybí potřebné znalosti a praktické dovednosti. O nedostatecích ve vzdělávání svědčí výpovědi zástupců různých profesních skupin. Medici: Hovořit s pacienty o umírání a smrti nás nikdo neučil a na stážích jsme neviděli, že by to někdo dělal. PL: Sám si nejsem jist, zda bych péči o umírajícího po lékařské stránce dobře zvládl. Sestra z DD: Když začne mít pacient bolesti a dusit se, tak nevíme, co máme dělat. Obvodní lékař to často taky neví. Onkolog: Onkologové docela dobře umějí léčit bolest, ale nevědí, co dělat s depresí, úzkostí a zmateností.

Internista: Pečovat o umírající je pro lékaře frustrující. Cítí, že nemá co nabídnout. Sestra z LDN: Lékařům není jasné, jak intenzivně má být pacient léčen, jestli má být zachraňován, chybí praxe v zařízeních, kde se dobře pečuje o umírající, chybí výcvik v komunikaci;

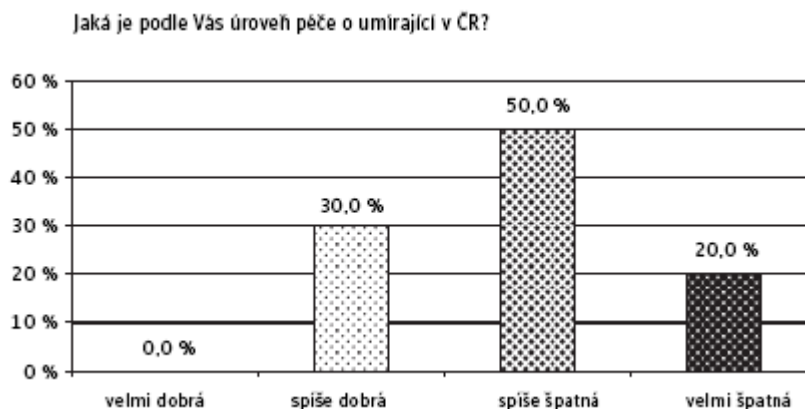
- kvalita personálu — osobnostně a profesně nezralý, nevyrovnaný se smrtí, chybí motivace;
- nedostatky v komunikaci s nemocným a jeho rodinou — především velmi malý podíl pacientů a jejich blízkých na faktickém rozhodování a způsobu léčby. Příbuzní nejsou poučeni o principech paliativní péče a mohou mít sklon obviňovat lékaře ze zanedbávání péče a pasivní eutanázie;
- nedostatečné financování péče o umírající — nedostatečně ohodnocená péče, nedostatečné personální obsazení (často nedostatek sester a ošetřovatelek pro individualizovanou péči, chybí pastorační pracovník a psycholog) a materiální vybavení, časová přetíženost lékařů a sester — umírající pacienti jsou ošetřovatelsky nároční, faktická nedostupnost léků tisících bolest (drahé lékař odmítá předepsat, protože má limit na předepisování léků), velké problémy v některých domovech důchodců, kde praktický lékař nechce předepsat infúze, v kapacitně přeplněných zařízeních nelze zajistit soukromí pacienta;
- nefunguje efektivní systém domácí péče — půjčování pomůcek bez prodlev, vzdělávání a výchova pečovatelů (cítí se nekompetentní, nezvládají péči doma), podpora dobrovolníků, poučení obvodních lékařů (cítí se nekompetentní v péči o umírající), dostupná lékařská pohotovostní služba, úhrada domácí péče ze strany pojišťovny motivuje pouze k „měřitelným“ výkonům — často nezvyšují kvalitu života;
- nesprávné rozdělení kompetencí v péči o terminálně nemocné (nedořešené umístění pacientů) - nemožnost individualizovat péči v LDN — široké spektrum pacientů, hospicová péče málo dostupná (kapacita, vzdálenost, nákladnost, čekací doba);
- chybějící systémová a legislativní podpora péče — náležitá úhrada skutečných nákladů péče umírajícího, podpora domácího ošetřování umírajícího formou hrazené dovolené (obdoba mateřské dovolené).

Pro dokreslení uvádím několik grafů, které definují odpověď na otázku „Jaká je podle vás úroveň péče o umírající v ČR?“ (odpovědi poskytovali respondenti rozdělení do několika skupin):⁴⁵

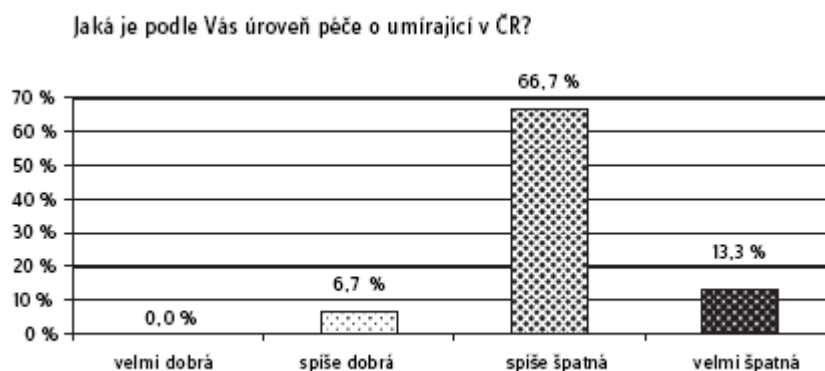
Graf č. 3: Praktičtí lékaři (43 respondentů, 14 mužů, 29 žen)



Graf č. 4: Účastníci semináře „Komunikace s onkologicky nemocnými“ (10 respondentů, 1 muž, 9 žen)



Graf č. 5: Smíšená odborná skupina (15 respondentů, 4 muži, 11 žen) – 7 zdravotních sester, 5 lékařů, 1 fyzioterapeutka, 1 pracovnice vzdělávacího zařízení, 1 koordinátorka dobrovolníků



⁴⁵ Srov. Kol. autorů, *Umírání a paliativní péče v ČR (situace, reflexe, vyhlídky)*, Praha: Cesta domů, 2004, s. 40-46

Poněkud chmurný popis stávajícího stavu byl podkladem pro vytýčení oblastí, které potřebují změny nejnaléhavěji:

- Vzdělávání zdravotníků a dalších pečujících profesí, systematické zařazení tematiky paliativní péče do povinného pregraduálního a postgraduálního kurikula, a rovněž do studijních plánů zdravotních škol (obsah vzdělávání by měl mj. obsahovat: znalosti o léčbě symptomů pokročilého onemocnění, praktický nácvik komunikace, nácvik týmové práce).
- Působení na odbornou veřejnost, především prostřednictvím lékařských společností (zejména onkologické, geriatrické, neurologické, vnitřního lékařství, kardiologické, všeobecného lékařství), aby rozpracovala problematiku péče o terminální stadia jednotlivých chorob a o umírající do úrovně doporučených postupů v rozsahu svých diagnóz a zařadila ji do předatestačních příprav ve svých oborech. Velkou roli by zde mohla sehrát Subkatedra paliativní medicíny IPVZ Praha.
- Podpora inovativních místních projektů. Testování různých forem péče o umírající v různých prostředích (modely na zlepšení péče v DD a LDN, konziliární týmy v akutních nemocnicích a především různé formy domácí paliativní péče a specializované lůžkové paliativní péče včetně paliativních jednotek ve stávajících lůžkových zařízeních).
- Sledování a vyhodnocování péče o terminálně nemocné a umírající, využití procesních indikátorů (zda dané pracoviště má vypracovaný a využívá specifický režim péče o terminálně nemocné). Sledování vlivu výše zmíněných inovativních projektů na kvalitu péče, analýza ekonomické náročnosti. Konstrukce vhodných nástrojů k měření kvality péče o terminálně nemocné a umírající.
- Rozvoj domácí paliativní péče se na základě výsledků naší analýzy jeví jako pravděpodobně nejnaléhavější včetně zapojení praktických lékařů.
- Využití osvědčených postupů ze zahraničí a navázání užší mezinárodní odborné spolupráce v oblasti péče o terminálně nemocné a umírající.
- Soustavná popularizace tématu péče o umírající, podpora veřejné diskuse na toto téma a medializace možností moderní paliativní péče. Rozvoj dobrovolnické práce v této oblasti.⁴⁶

Tyto a další oblasti se staly součástí nového návrhu Koncepce paliativní péče v ČR.

⁴⁶ Kol. autorů, *Umírání a paliativní péče v ČR (situace, reflexe, vyhlídky)*, Praha: Cesta domů, 2004, s. 99

1.4. Péče o zemřelé

Úmrtí vždy konstatuje lékař a to podle platných odborných kritérií. Pokud dotyčný skonal v domácím prostředí, je třeba tedy zavolat lékaře, který provede ohledání a konstatuje smrt. Po jeho výroku mohou příbuzní ošetřit tělo a udělat další kroky, které předcházejí převozu těla na místo jeho přechodného spočinutí před vlastním pohřbem.

Pokud dotyčný zemře ve zdravotnickém zařízení, je tělo předmětem péče zpravidla ze strany zdravotní sestry. Jejím prvořadým úkolem je zajistit intimitu zemřelého buď prostřednictvím zástěny nebo převozem do jiné místnosti k tomu určené. Před převozem by ale mělo zůstat 2 hodiny v klidu na místě. Povinností sestry je kromě uložení těla do vodorovné polohy např. zavřít zemřelému oči, podvázat bradu, odejmout všechny odnímatelné předměty, označit tělo daty zemřelého na zápěstí a kotníku, a omyté tělo připravit k dalším krokům. Součástí jejích povinností je i vyřízení administrativních záležitostí a zajištění služby, která provádí převoz těla. Oznámení úmrtí příbuzným (pokud se tak nestane prostřednictvím telegramu) je na lékaři, poslední rozhovor s pozůstalými na všech členech zdravotnického týmu, pokud má pozůstalý otázky nebo potřebuje podporu. Není vhodné už v tuto chvíli vyjadřovat soustrast – pozůstalý je v situaci tzv. ohlušení – potřebuje určitý čas k akceptaci situace.

V každém případě by mělo být pozůstalým umožněno se se zemřelým rozloučit. V některých zařízeních jsou zřízena místa k tomu uzpůsobená.

V době od smrti až do pohřbu by měli pracovníci, kteří přijdou do styku s ostatky zemřelého zachovat patřičnou pietu. Bohužel, celá řada pozůstalých je zaskočena věcností a neúčastnou strohostí v zacházení se zemřelým.⁴⁷

⁴⁷ Srov. Helena HAŠKOVCOVÁ, *Thanatologie-Nauka o umírání a smrti*, Praha: Galén, 2000, s.80-84

4. EUTANÁZIE

4.1 Historie eutanázie a vývoj názorů

Pokud se tato práce zabývá tématem umírání a smrti, nelze se vyhnout alespoň základní zmínce o eutanázii. Její existence sahá hluboko do minulosti, a přece se dodnes nepodařilo sjednotit názor odborné i laické společnosti na otázku, zda má v lidské společnosti místo.

Názory na eutanázii v řecko-římské kultuře odpovídaly jejímu chápání pojmu zdraví a pojmu důstojnosti lidské bytosti. Sokrates, Platon a představitelé stoické školy (Zenon) až k Senekovi schvalovali eutanázii v případě těžkého utrpení. Bylo praktikováno i usmrcování defektních dětí, které ve své době představovali břemeno pro obec. Vyskytovaly se však i jiné názory. Aristoteles např. odmítal eutanázii motivovanou nesnesitelným utrpením, ale připouštěl usmrcování defektních novorozeňat. V Hippokratově přísaze, která nadlouho ovlivnila historii medicíny, se lékař zavazuje, že „nebude podávat usmrcující drogy, když o ně bude požádán“.

Středověk radikálně odmítá eutanázii. Svatý Augustin, stejně jako Aristoteles, ji pokládají za projev zbabělosti a navíc za překročení příkazu dekalogu: „nezabiješ“! Obdobné názory má i největší teolog středověku Tomáš Akvinský, který navíc připojuje další důvody: dominium Boha nad lidským životem, příklad Krista. Protestantismus zaujal liberálnější postoj při posuzování etické kvality v případě sebevraždy s tím, že uvažoval o stavu mysli sebevraha a milosrdenství Boha, avšak v podstatě se tyto názory nelišily od názorů katolické ortodoxie.

V novověku se začíná stále více uplatňovat sekulární hledisko přirozené etiky, které se neopírá o náboženství. Montaigne připouští eutanázii v situaci nesnesitelné bolesti. Podobně i D. Hume, autor spisu O sebevraždě. Dvacáté století díky technickému pokroku usiluje v medicíně o prodloužení lidského života (resuscitační metody, mechanické respirátory, umělé udržování krevního oběhu, nová účinná sedativa apod.). Na druhé straně dochází v období německého nacismu k hrůznému zneužití nucené eutanázie. Základní otázkou se stává ospravedlnitelnost eutanázie. Dialog na toto téma trvá dodnes a obsahuje mnoho odlišných názorů zejména proto, že se nepodařilo odstranit nebezpečí eventuálního zneužití eutanázie.⁴⁸

⁴⁸ Srov. Josef Petr ONDOK, *Bioetika, biotechnologie a biomedicína*, Praha: Triton, 2005, s. 166-168

4.2 Základní terminologie

Pojem eutanázie zahrnuje celou řadu různých situací. Původní obsah pojmu pocházející z řeckého eu – dobrý, a thanatos – smrt, označoval dobrou smrt (lehkou, rychlou, bezbolestnou, ve spánku).

Později došlo k interpretačnímu posunu a termínem eutanázie se nejčastěji označovala smrt z milosti (z milosrdenství, z útrpnosti).

Aktivní eutanázií je označována situace, kdy zasahuje lékař u nevléčitelně nemocného, trpícího nesnesitelnými bolestmi, na jeho vlastní uvážlivou a svobodnou žádost. Jiným termínem se tato situace označuje jako „strategie přeplněné stříkačky“.

Eutanázie nevyžádaná je takovou variantou aktivní eutanázie, kdy pacient není schopen požádat o ni odpovídajícím způsobem. Předpokládá se ovšem, že pokud by toho schopen byl, učinil by tak.

Eutanázie nedobrovolná je nejen nevyžádaná, ale dokonce nechtěná. V některých případech ověřit pacientovu vůli a odlišit tak nevyžádanou eutanázii od nechtěné, je nemožné.

Eutanázie pasivní má bezprostřední vazbu na odnětí či přerušení léčby, označuje se proto i pojmem strategie odkloněné stříkačky. Zatím nejsou definována všeobecně přijatelná kritéria, kdy je možno ji použít, prakticky k ní dochází ve chvíli, kdy byly vyčerpány všechny dosažitelné formy pomoci. V případě pacientů připojených na celou řadu přístrojů jsou dokonce stanovena i pravidla pro odpojení a také jsou využívána.

Ve spojení s tímto pojmem je třeba se zmínit ještě o situaci, kdy další léčba je pro pacienta velmi zatěžující a bezperspektivní. Je-li pacient při vědomí, záleží na něm, zda odmítne další léčebné zákroky. V tomto případě nejde o pasivní eutanázii, ale o svobodné přijetí smrti. Není-li pacient při vědomí, rozhoduje o postupu lékař.

Zvláštní formou eutanázie je asistovaná sebevražda. Jedná se o situaci, kdy pacient zemře vlastní rukou, ovšem za asistence lékaře, který mu poskytne „návod k vysvobození“.

Prenatální eutanázií je nazývána interrupce, nejde ale o přesné terminologické vymezení skutečnosti, protože zde chybí jinak přítomné nesnesitelné bolesti, nedá se hovořit o milosrdné smrti, dítě nás o eutanázii nežádá, ani požádat nemůže.

Sociální eutanázie je situace, kdy se pacientovi dostane jen redukované péče, a to s ohledem na omezené ekonomické, geografické a vzdělanostní zdroje. Ne každému je možné v potřebnou chvíli poskytnout špičkovou lékařskou péči.⁴⁹

⁴⁹ Srov. Helena HAŠKOVCOVÁ, *Thanatologie-Nauka o umírání a smrti*, Praha: Galén 2000, s. 104-106

4.3 Katolické stanovisko a jeho zdůvodnění

Jan Pavel II. v encyklice *Evangelium Vitae* vydané v březnu 1995 reagoval na stále se rozšiřující druhy nebezpečí, které ohrožují lidský život a jeho důstojnost. Píše:

„Všechno, co je přímo proti životu, jako vraždy všeho druhu, genocidy, potraty, eutanázie i dobrovolná sebevražda; cokoli porušuje nedotknutelnost lidské osoby, jako mrzačení, tělesné nebo duševní mučení, pokusy o psychické násilí; co uráží lidskou důstojnost, jako nelidské životní podmínky, svévolné věznění, deportace, otroctví, prostituce, obchod se ženami a mladistvými; a také hanebné podmínky práce, když je s dělníky zacházeno jako s pouhými výrobními prostředky, a ne jako se svobodnými a odpovědnými osobami: všechny tyto věci a jim podobné jsou opravdu ostudné, vnášejí nákazu do lidské civilizace a poskvřňují více ty, kteří je dělají, než ty, kteří trpí bezpráví, a velice zneuctívají Stvořitele.“

V článku 2., který je označen názvem *Neporovnatelná hodnota lidské osobnosti*, se dále píše: *„Naprosto každý člověk je totiž schopen, i přes všechny nesnáze a pochybnosti, má-li srdce otevřené pro pravdu a dobro, ve světle vlastního rozumu a s tajemnou pomocí milosti dojít k poznání pravdy a rozeznat dobro, které je vepsáno jako přirozený zákon v jeho srdci (srov. Řím 2,14-15), že totiž život člověka je posvátný a dobrý od samotného jeho počátku až do naprostého konce a každá lidská bytost má právo, aby toto své základní dobro chápala jako něco, co musí být s nejvyšším úsilím ochraňováno. Na uznání tohoto práva lidí je založena společnost i politické soužití.“*

Jan Pavel II. dále v encyklice popisuje dnešní situaci jako boj mezi kulturou života a smrti. Dnešní člověk chce za každou cenu uniknout utrpení, které je dnes stále více vnímáno jako nesnesitelná prohra, a smrt jako vysvobození existence, která ztratila smysl. *„Ve skutečnosti – píše Jan Pavel II. – to, co se na první pohled může jevit jako logické a humánní, se při hlubším pohledu ukazuje jako absurdní a nelidské. Současná mentalita zaměřená na výkon pohlízí na nenapravitelně postižený život jako na něco, co ztratilo veškerou cenu.“* Eutanázii označuje Svatý otec za těžké provinění proti Božímu zákonu, za svévolné a morálně nepřijatelné zabití člověka. O to zvrácenější je podpora eutanázie ze strany příbuzných, kteří by měli o nemocného pečovat i v nejbolestnějším terminálním stádiu. Ještě vážnějším problémem je volba eutanázie v případě, že o ni dotyčná osoba nijak nepožádala a nedala k ní souhlas, v té situaci je již srovnatelná s vraždou. *„Když je slabší život vydán do rukou silnějšího, společnost ztrácí smysl pro spravedlnost.“⁵⁰*

⁵⁰ Zpracováno podle: <http://www.kebrle.cz/katdocs/EvangeliumVitae>, s. 6, staženo 22.3.2006

Katolické hledisko vychází z pojetí života jako daru, který nám byl dán Bohem; on jediný je tedy tím, kdo nám ho zase může vzít. Člověk sám nemá vlastní právo o něm rozhodovat. Z výše uvedeného vyplývá, že přímá eutanázie není pro katolíka akceptovatelná.

Katolická morálka ovšem připouští v určitých případech eutanázii nepřímou, která znamená, že není použito všech prostředků k dalšímu prodlužování života umírajícího pacienta. Není tedy použito mimořádných nadstandardních (technicky nebo ekonomicky náročných) prostředků k prodloužení života. V takovéto situaci ale nejde o eutanázii jako ukončení života, ale spíše o pasivní postoj „nechat umřít“.⁵¹

Toto stanovisko je zahrnuto i do „Prohlášení církví a náboženských společností v ČR k problematice eutanázie a doprovázení nemocných“, které bylo formulováno účastníky tématické konference konané 9.12.2005 v Praze. Píše se v něm:

„Plně soucítíme s člověkem, který trpí, a vnímáme utrpení jako obtížnou situaci nejen pro umírajícího, ale i pro jeho okolí. Současně však nesouhlasíme se snahou tuto situaci, která s sebou často nese pocity zoufalství, bezmoci a prázdna, odstranit usmrcením nemocného člověka pomocí smrtícího prostředku. To ovšem neznámá, že jsme pro udržování každého života za každou cenu. Uvědomujeme si konečnost lidského života i meze léčby.“⁵²

4.4 Problém eutanázie a jeho neřešitelnost

Při úvahách o eutanázii si mnoho lidí z řad odborníků i laiků klade celou řadu otázek, na které v podstatě neexistuje odpověď. Vždy existují nějaké pochybnosti, které zabraňují přijmout z hlediska lidského i morálního tak závažné rozhodnutí, jakým je ano či ne k eutanázii. Příkladem může být:

- Jaká je pacientova schopnost správně zhodnotit žádost o eutanázii ? Není ovlivněna vzděláním a informacemi stejně tak, jako strachem a bolestí ?
- Co pacient v bezvědomí ? Co když se probere z bezvědomí a rozhodne se jinak ?
- Které utrpení je zkráceno ? Utrpení pacienta, nebo lékaře, který trpí pocitem bezmocnosti ?
- Chtěli bychom odejít, až přijde náš čas. Ale kdo má právo nastavovat ručičky hodin ?
- Měl by lékař ukončit trápení a vzít si na svědomí, že jednal proti zájmu nemocného ?

⁵¹ Srov. Josef Petr ONDOK, *Bioetika, biotechnologie a biomedicína*, Praha: Triton, 2005, s.171

⁵² Srov. <http://tisk.cirkev.cz/art/clanek.asp?id=7903>, staženo 22.3.2006

- Jak se zachovat v případě, že by se pacient mohl uzdravit někde jinde, ale z finančních důvodů to není uskutečnitelné ?

Tyto a další otázky spojené s nelehkou problematikou eutanázie ale neznamenají, že neexistují žádná řešení, žádná východiska nebo etická pravidla. Mění se ale s dobou, náboženstvím, kulturou a dalšími hranicemi.⁵³

4.5 Hrozba zneužití eutanázie

Otázka právní legitimacy zabíjení jiných lidí z medicínských důvodů se začala diskutovat již před první světovou válkou. Už v té době měla své přívržence i odpůrce. V nacistickém Německu byla zahájena akce eutanázie v roce 1940, která si vyžádala více než 75 000 obětí jak mezi dětmi, tak dospělými. Po protestech duchovních byla sice jako oficiální akce ukončena v roce 1941, ale „skrytá eutanázie“ probíhala při plném vědomí zodpovědných institucí dál a vyžádala si život dalších 70 000 lidí.

Bezprostředně po druhé světové válce diskuse o eutanázii pokračovala. První zemí, která postavila eutanázii do pozice legitimacy bylo Holandsko. Nešlo o její uzákonění, ale o beztrestnost takového činu v případě, že soud lékaře ospravedlní. Až do roku 1990 se jen spekulovalo o tom, jak vypadá praxe eutanázie v této zemi. Teprve v roce 1991 byly zveřejněny výsledky studie, která si kladla za cíl zjistit, zda se eutanázie skutečně provádí. Výsledky byly překvapivé i pro Holanďany samotné. Ukázalo se, že 54% holandských lékařů provedlo eutanázii a že každoročně je usmrceno celkem 2 300 osob, což činí 1,8 % všech úmrtí v daném roce. Naprosto otřesně vyhlíželo zjištění, že v tomto počtu zabitých pacientů je i tisícovka těch, co byli zabití, aniž by někdy o eutanázii žádali. Mnozí lékaři dále přiznali, že falzifikovali úmrtní list, aby to vypadalo, že pacient zemřel přirozenou smrtí.⁵⁴

Belgie byla další zemí, která postavila eutanázii na legitimní půdu. Nejsou mi známa současná relevantní data o důsledcích tohoto kroku.

Opatrnosti tedy nikdy nezbývá a riziko zneužití je velmi vysoké. Dalším příkladem může být případ Kevorkian alias Dr. Smrt. Tento americký lékař se řadu let programově zabýval plánovanou smrtí. Formou asistované sebevraždy zemřelo pod jeho dohledem 38 lidí (údaj k roku 1990).⁵⁵

K opakovaným pokusům o legalizaci eutanázie docházelo i v dalších zemích, zejména ve Velké Británii a Spojených státech amerických, nebyly však akceptovány.

⁵³ Srov. Elisabeth KÜBLER-ROSS, *Odpovědi na otázky o smrti a umírání*, Praha: Tvorba, 1995, s.185-188

⁵⁴ Srov. <http://pandora.idnes.cz/part/2002/11/36523> , staženo 22.3.2006

⁵⁵ Srov. Helena HAŠKOVCOVÁ, *Thanatologie-Nauka o umírání a smrti*, Praha: Galén 2000, s.119-122

4.6 Eutanázie v legislativě ČR

V České republice je eutanázie, stejně jako asistovaná sebevražda, zakázána. Pokud by byla provedena, bude kvalifikována jako trestný čin. Rovněž etický kodex České lékařské komory se vyjadřuje v podobném duchu. Návrh nového zákona o zdravotní péči v ČR nepřináší žádnou podstatnější změnu, navíc neprošel v roce 2005 potřebným schvalovacím procesem.

Co však rozčeřilo hladinu veřejného mínění v ČR, byl nový návrh trestního zákoníku schváleného v letošním roce sněmovnou, ve kterém se o eutanázii mluví jako o zvláštním trestném činu (tedy už ne jako vraždě) a bez stanovení spodní hranice trestu, je maximální hranice odnětí svobody limitována 6 lety. I když tvůrci zákoníku poukazují na to, že jde pouze o upřesnění trestného činu a ne legalizaci eutanázie, jejich oponenti argumentují slovy: „pomůže někomu zbavit se nemocného příbuzného a dostane za to jen pár let...“.

Návrh zákoníku se nelíbí ani lékařům – poukazují na to, že každé změkčení zákona v tomto smyslu znamená obrovské riziko zneužití. Dalším názorem je, že: „sněmovna otevírá Pandořinu skříňku a hraje si s rizikem, jehož konce nemůže dohlédnout“.⁵⁶

Obavy z obdobných aktivit, které mohou přinést jakési otevření dveří negativním jevům a další ohrožení lidského života, vyjadřuje Jan Pavel II. ve své encyklice *Evangelium Vitae* slovy: „*Vytváří a upevňuje se nová kulturní situace, ve které zločiny proti lidskému životu dostávají dosud nevídanou, a je-li to vůbec možné, ještě mnohem horší podobu. Z toho vyplývají nové závažné problémy: neboť i veřejné mínění omlouvá z velké části zločiny proti životu s odůvodněním, že jednotlivec má právo na svobodu. Z toho důvodu nejen že je zaručena beztrestnost těchto zločinů, ale dokonce jsou schvalovány veřejnými autoritami, takže ti, kdo se jich dopouštějí, jednají zcela svobodně, někdy i za pomoci bezplatné zdravotnické péče*“.⁵⁷

⁵⁶ Srov. http://www.mojenoviny.cz/z_domova/eutanazie051203.html

⁵⁷ Zpracováno podle: <http://www.kebrle.cz/katdocs/EvangeliumVitae>, s. 6, staženo 22.3.2006

5. VÝSLEDKY VLASTNÍCH ŠETŘENÍ

Předcházející kapitoly práce se v jednoduché a stručné formě pokusily seznámit čtenáře s některými pojmy a okolnostmi spojenými s problematikou umírání a smrti. Nutno podotknout, že tato tematika je velice široká a složitá, proto nebylo možné podat, vzhledem k rozsahu této práce, podrobnější a hlubší vysvětlení zahrnutých údajů. Šlo o pokus přiblížit neznalému laikovi téma, které je popsáno v mnoha knihách, nicméně veřejně se o něm hovoří zřídka, a pomoci mu tak v základní orientaci.

Cílem další části práce je: alespoň v minimálním rozsahu zdokumentovat (na základě vybraných údajů), jak je hodnocena současná praxe na tomto poli v rozdílných typech zdravotnických zařízení; obecně poukázat na význam lidského faktoru v závěrečných fázích života z pohledu doprovázeného (pacienta) i doprovázejícího (zdravotnického personálu), a v neposlední řadě se zmínit o víře, jako činiteli pomáhajícím překonávat negativní dopady zmíněného procesu a činiteli, který do jisté míry ovlivňuje přístup k pacientovi. Soubory otázek nebyly v žádném případě vyčerpávající, lze ale konstatovat, že mají určitou vypovídací hodnotu. Chápejte je jako pokus laika postihnout to, co je pro něj důležité z hlediska obecné znalosti, nebo co ho může zajímat.

5.1 Metody sběru údajů

V souvislosti se zpracováním informačních kapitol práce byly vytvořeny 3 typy dotazníků, které zahrnovaly údaje o:

- 1) typu zdravotnického zařízení a realizaci vybraných obecných aktivit v zájmu pacienta,
- 2) osobní motivaci k výkonu zdravotnického povolání ze strany personálu a konkrétních podmínkách procesu umírání v jejich zařízení,
- 3) názorech pacientů na péči o ně a vlastních představách o konci života.

V návaznosti na vyplňování těchto textových materiálů docházelo průběžně dále k rozhovorům se zaměstnanci uvedených zdravotnických zařízení a řadou pacientů. Informace, které z nich vyplývaly, jsou součástí následujících zjištění. Zahrnuti jsou i osobní názory autorky práce získané z vlastních zkušeností.

5.2 Zdravotnická zařízení

Šetření probíhalo ve čtyřech typech zdravotnických zařízení a to: v klasické nemocnici, původně zařízení s okresní působností; v nemocnici následné péče, v léčebně dlouhodobě nemocných a v nedávno otevřeném hospicovém domě. Bylo

zaměřeno na zjištění několika vybraných údajů, kterými se zabývala v samostatných kapitolách předcházející část bakalářské práce. Dotazy se týkaly:

- typu zařízení
- kvalifikovanosti pracovních sil a údaje o věřících
- důvodu zaměstnávání nekvalifikovaných pracovníků
- označení nejdůležitějších prvků v práci s nemocným
- seznamování pacientů s jejich právy
- vyčleňování prostoru pro umírající pacienty
- poskytování pastorační péče
- organizace návštěv
- dostatečného zajištění tišících prostředků
- spolupráce s pohřebními ústavy.

Ze zpracovaných dotazníků a rozhovorů vplynulo:

- V uvedených zařízeních, s výjimkou nemocnice, jsou pro vykonávanou funkci plně kvalifikované pracovní síly. Celkový poměr nekvalifikovaných pracovníků na celkový počet členů nemocničního týmu se blíží 20%. Jde o pomocný zdravotnický personál. Protože ale otázka byla vztažena pouze na kvalifikaci pracovníků obsazených pracovních míst, je nutno pro objektivitu informace doplnit, že se nemocnice dlouhodobě potýká s nedostatkem lékařů s konkrétní atestací (např. kožní, patologie) i zdravotních sester. Celkem zajímavé bylo zjištění, že hospicový dům má v řadách zaměstnanců cca 5% věřících, nemocnice cca 30%, LDN cca 50% a NNP žádné.
- Za nejdůležitější prvky v práci s nevléčitelně nemocnými byly označeny ze strany nemocnice a NNP lékaři a sestry, přičemž NNP označila dále i dostatek tišících prostředků, stejně jako to hodnotila LDN a hospic (fakt jistě vychází z charakteristiky jejich poslání a skladby pacientů).
- Všechny subjekty seznamují své pacienty s jejich právy.
- K seznámení s nimi užívají různé formy; nejčastěji se jedná o informaci ze strany lékaře nebo sestry, jinak je volena forma vývěsek, letáků, v NNP a hospici je prostředníkem smlouva o pobytu.
- NNP zatím nemá vytvořen samostatný prostor pro umírajícího pacienta, používá bílé zástěny; v případě volné kapacity v LDN je vyčleněn pokoj, nebo je použita bílá zástěna; hospic má pouze jednolůžkové pokoje, kde také jeho obyvatel umírá.

- Pastorační péče je pravidelně zajišťována v hospicovém domě a LDN, v nemocnici a NNP je vždy vyhověno požadavku pacienta. (Otázkou v této souvislosti zůstává, zda pacienti těchto zařízení mají dostatek odvahy podobnou službu požadovat.)
- Všechny subjekty uvádějí možnost rodinných i dalších návštěv mimo návštěvní hodiny, to znamená po celý den bez omezení, hospic umožňuje rodinám pobyt s nemocným i v nočních hodinách, nemocnice pouze v případě volného pohostinského lůžka.
- Všichni deklarují dostatek tišících prostředků pro umírající pacienty, nicméně v případě NNP se vyskytla i informace lékařky, že používají zejména náhrady opioidů, tedy léky se sníženou schopností tlumit bolesti.
- S představiteli pohřebních ústavů nejsou uzavírány písemné dokumenty o spolupráci. Volba je na rodinných příslušnících zemřelého. Tři zkoumané subjekty se nacházejí na území jednoho města, doplňujícími otázkami bylo zjištěno, že služby poskytuje několik pohřebních ústavů, všechny ale mají stejného majitele. K úrovni poskytovaných služeb ze strany těchto ústavů je již několik let řada připomínek, bohužel monopolní postavení dobře skryté za několik různých jmen, nedává pozůstalým mnoho možností řešení. Souvisejí totiž s dalším navyšováním nákladů již tak ekonomicky náročných služeb tohoto typu.

5.3 Pohled pacientů zdravotnických zařízení

Celkový počet respondentů šetření byl 25 osob. U 19 z nich byly kromě písemného zpracování dotazníků prováděny alespoň krátké pohovory, v jejichž průběhu byly vyjádřeny další názory, které nebyly součástí zpracovaných formulářů. Obsahem dotazů bylo:

- označení nejdůležitějších prvků v práci s nemocným
- zkušenosti s pobytem v nemocnici a hospicu a jejich srovnání
- seznámení s právy pacienta a jeho forma
- názor na dodržování práv pacienta z jeho pohledu
- názor na dostatečnost zdravotníky poskytovaných informací
- výhrady k poskytované péči a návrhy na zlepšení
- volba prostředí pro vlastní odchod ze života
- údaj o věřících a nevěřících
- názor na eutanázii

- myšlenky na smrt

Souhrn odpovědí je v následujících kapitolkách zpracován i s poznámkami z rozhovorů:

- Naprosto jednoznačně byly za nejdůležitější prvek péče ve zdravotnickém zařízení označeni lékaři a sestry, tedy zdravotnický personál; stalo se tak v 21 případech, 1 pacient označil všechny vyjmenované prvky, 1 pouze technické vybavení pracoviště, 2 kumulovali zdravotnický personál s dostatkem léků a dalších prostředků k léčbě. V jednom případě došlo ze strany pacienta k doplnění prvku „duchovní péče“.
- Vzhledem k nemohoucnosti pacientů hospicového domu, byly pouze 4 respondenti schopni porovnat úroveň hospicové péče ve srovnání s nemocnicí. Jeden hodnotil hospic jako zařízení, ve kterém byl více spokojen, 2 z nich ale překvapivě dávali přednost nemocnici – jako důvod uváděli společnost dalších pacientů na pokoji a tím větší možnost komunikace. Poslední odpovídající zhodnotil nemocnici a hospic jako neporovnatelné subjekty.
- Na otázku, zda byl pacient seznámen se svými právy, odpovědělo 18 osob kladně, 4 záporně, 2 neodpověděly.
- Nejčastější formou seznámení s právy pacienta je komunikace se členy zdravotnického týmu, ta byla uváděna v 11 případech; ve 3 případech se pacient seznámil s právy prostřednictvím vývěsky nebo nástěnky, ve 4 případech byly tyto informace součástí prezentačního letáku, 3 pacienti uváděli jako zdroj informací smlouvu o pobytu, 4 odpovědi nebyly získány.
- Zajímavé byly odpovědi pacientů, týkající se názorů na dodržování práv pacienta. V 16 případech byla sice odpověď kladná, objevily se ale poznámky v rozhovorech, které odkrývaly jinou skutečnost nebo pochybnost, 3 odpovědi byly jasně záporné a 1 odpověď vyjadřovala názor, že je právo pacienta dodržováno ve vazbě na individuálního pacienta, jedna odpověď byla „nevím“, 4 respondenti se nevyjádřili. Obsah připomínek:
 - 3 respondenti neznají zdravotnický personál, nebyl jim představen,
 - 4 respondenti nejsou spokojeni s úrovní informovanosti o nemoci a léčebných postupech a popírají tedy možnost vlastního spolurozhodování,
 - 2 respondenti uvádějí, že s nimi není zacházeno s patřičnými ohledy,
 - 3 respondenti kritizují neposkytnutí žádané léčby,

6 je jich nespokojeno s nedostatkem soukromí („mám ho velice málo“, „uklizečka ráno v 5.00 hod. neznamená soukromí“, „velký pokoj je velice rušný“).

- Hodnocení času, který věnuje zdravotnický tým vysvětlování stavu pacienta a léčebných postupů, považuje 6 respondentů za zcela nevyhovující. Jeden pacient hovoří o individuálním vnímání pacientů (je rozdíl v čase věnovaném známému a cizímu pacientovi), 17 pacientů tento bod hodnotí kladně s poznámkou, že vše je závislé na vytíženosti jednotlivých členů pracovního týmu i jejich osobních přístupech.
- Výhrady, které respondenti definovali, se týkaly: potřeby zlepšit komunikaci mezi ošetřujícími a pacienty, v případě nemocnice nedostatečného technického vybavení, nedostatku některých léků ve chvíli potřeby, nutnosti provádět nácvik potřebných dovedností (přesun na inv. vozík), nedostatečného vysvětlení problémů.
- Pro vlastní odchod ze života by 14 respondentů volilo domácí prostředí, 11 raději zdravotnické zařízení. Většina zastánců zdravotnického zařízení zdůvodnila odpověď strachem z nedostatečné pomoci rodiny v případě, že by docházelo k velkým bolestem, 4 z nich uvedly prvek lidské důstojnosti – nechtěli, aby je ve stavu trpitele viděli příslušníci rodiny, tím méně děti.
- Na otázky odpovídalo 15 věřících pacientů, 10 nevěřících.
- S tím souvisel i názor na existenci pokračování života po fyzické smrti. Jedna z věřících pacientek uvedla jako odpověď slovo „částečně“.
- Poslední chvíle života by převážná část odpovídajících chtěla strávit se svou rodinou – 17 odpovědí, 3 osoby uvedly přání být se svými přáteli, 5 osob ale uvedlo odpověď „sám“ (jeden z nich doplnil, že nemá jinou možnost, než spojit konec života s personálem nemocnice).
- V případě, že by eutanázie byla legalizována by ji každopádně schvalovaly 2 osoby, 15 by bylo každopádně proti (počet odpovídá i počtu odpovídajících věřících, ale jako jeden z důvodů bylo uvedeno lpění rodiny na pacientovi a jeho odhodlání vydržet cokoli právě pro rodinu), 8 by ji akceptovalo jen v případě vlastní osoby a vlastního rozhodnutí.
- O smrti přemýšlí 16 respondentů (ale jen občas a nehovoří o ní), 8 takové myšlenky ještě nenapadly a jeden neodpověděl.
- Smrti se bojí podle odpovědi 6 pacientů, 12 ne, 6 neví, zda se jí má bát (tady jsou promítnuty i pochybnosti 3 věřících).

5.4. Pohled zdravotnických pracovníků

Vyplněním dotazníků se zabývalo 37 pracovníků zdravotnických zařízení. Téměř o polovinu více se ale účastnilo rozhovorů, ve kterých byly formulovány názory zdravotníků z jejich úhlu pohledu. Obsahem otázek bylo:

- co vedlo zdravotníka k výběru jeho povolání
- syndrom vyhoření a jeho eliminace
- dopad syndromu vyhoření na kvalitu práce
- údaj o víře a jejím dopadu na výkon povolání zdravotníka
- označení nejdůležitějších prvků v péči o pacienty
- názor na nemocniční a hospicovou péči
- hodnocení procesu umírání ve zdravotnickém zařízení
- pastorační péče
- práva pacientů
- názor na užití eutanázie
- názor na činnost pohřebních ústavů
- volba prostředí pro vlastní odchod ze života

Údaje uvedené v dotaznících byly opět doplněny postřehy z rozhovorů a přinesly následující zjištění:

- Jako důvod volby povolání uvedly respondenti ve 2 případech rodinnou tradici, v 18 případech zájem o obor, v 8 případech vztah k lidem, v jednom potřebu pomáhat nemohoucím, a v 7 případech šlo dle údaje o náhodu.
- Rozhodnutí stát se zdravotníkem učinilo 26 respondentů samostatně, 11 jich bylo motivováno někým nebo něčím.
- Syndrom vyhoření prožitý vlastní osobou uvedlo 8 zdravotníků, v dalších případech se zatím nevyskytl. Z rozhovorů plynulo, že u některých osob je hůře rozpoznatelný – osoby, které mají sklony k introvertnímu chování. Na některých osobách je ale celkem evidentní už jen z výrazu tváře a chování vůči ostatním.
- Prostředky, které pomohly postiženým překonat syndrom vyhoření: rodina, změna pracoviště, přerušení práce na delší období, změna způsobu komunikace s okolím soukromým i profesionálním, víra, zpětná vazba lidí na změny v přístupu k nim, modlitba, samota a přemýšlení, vnitřní touha dále pomáhat potřebným.
- Drtivá většina zdravotníků konstatovala, že je syndrom příčinou negativní změny v rámci péče o pacienta – 29 osob. Dalších 8 ale uvedlo, že každodenní rutina je

zejména u děle sloužících zdravotníků možností, jak projevy syndromu zakrýt, případně alespoň částečně.

- Poměr věřících a nevěřících osob odpovídajících na anketu byl 13 : 24.
- Na otázku směřovanou věřícím zdravotníkům, zda jim jejich víra pomáhá při výkonu povolání, ale bylo jen 10 jasně kladných odpovědí. V poznámkách k odpovědi se objevily kromě výrazů „rozhodně“ i „ne“, nebylo ale uvedeno jasnější vysvětlení.
- Názory na rozdíl v přístupu k pacientovi ze strany věřícího a nevěřícího zdravotníka obsahovaly jasně souhlasné odpovědi v 18 případech. Tento počet znamenal souhlas tedy i ze strany pracovníků, kteří nejsou věřícími. V doplňujících rozhovorech s těmito osobami bylo jako důvod uvedeno jejich vnímání věřícího kolegy, jako člověka, který zcela jinak hodnotí výkon svého povolání – jeho cílem není získání finančního ohodnocení výsledku práce, ale jeho přístup k nemocnému, jako objektu hodného lásky a soucitu. Jako další motiv bylo uvedeno vnímání práce jako služby – i Ježíš lidem sloužil. V dalších odpovědích pak jsou uvedeny další aspekty – věřící dává víc, protože dává sama sebe, má zájem stále se zdokonalovat a pracuje na sobě průběžně, vše získané se snaží předat dál. Věřící zdravotník byl v těchto hovorech hodnocen s úctou i vzhledem k tomu, že dle vyjádření, „je v něm o mnoho více pokory a obětavosti, než v lidech nevěřících“. Nicméně poznámkou bylo i to, že „záleží na charakteru“. Záporně odpovědělo 19 zdravotníků (u některých ale vznikl dojem, že motivem jejich odpovědi mohla být i obava ze ztráty profesionální prestiže).
- V otázkách na nejdůležitější prvky v procesu doprovázení nemocného a umírajícího bylo uvedeno celkem 34 kladných odpovědí u zdravotnického personálu. Z toho 9 odpovědí bylo kumulováno s vyjádřením o důležitosti tisících prostředků, 3 pracovníci uvedly v rámci jiného prvku také rodinu, duchovní péči, čas a hodně lásky.
- Rozdíly v nemocniční a hospicové péči potvrdilo 30 respondentů a v rámci zdůvodnění tohoto hodnocení byl uveden např.: rozdíl v náplni práce a obsahovém zaměření, jiný rytmus života v těchto zařízeních, zcela odlišné prostředí, odlišné organizování denního režimu, jiná motivace personálu; další rozdílné prvky: lepší vybavení hospice, rozdílné potřeby pacientů, neohraničenost návštěv v hospici, pojmání pacienta s větší empatií a důstojností, pečlivý výběr personálu do hospice, lidštější přístup k pacientovi i rodině, péče o psychiku pacienta. V každém případě vyšel hospic jako úspěšnější subjekt z tohoto hodnocení. Bylo

ale poznamenáno, že je vzhledem k postavení těchto subjektů velice obtížné je srovnávat (jsou-li vůbec srovnatelné). V těchto poznámkách se projevil obecný názor zdravotníků, že hospic je do budoucna daleko lepší řešení pro osoby nevyлéčitelně nemocné nebo umírající, než jaké-koli jiné zařízení. Bylo ale také řečeno, že vzhledem k nákladnosti pobytu není, a zřejmě v dohledné době také nebude možné, aby takovéto zařízení bylo dostupné všem potřebným, nehledě ke skutečnosti, že hospiců je na našem území stále málo.

- Jako klidnou a důstojnou, hodnotí smrt ve zdravotnickém zařízení 9 odpovědí, jedna ale s poznámkou, že „to jde, když se chce“, jedna s dodatkem „většinou“. Dvacet dalších odpovědí je záporných, 9 osob neumí situaci zhodnotit.
- O pastorační péči je informováno 32 odpovídajících, 5 má jen velmi matnou představu, co je jejím obsahem.
- Zda je vytvářen prostor pro pastorační službu v zařízení – kladně zodpovědělo 21 osob, záporně 4 osoby (nebyla ale provedena záměrná identifikace pracoviště), 8 uvedlo, že pouze výjimečně a na požádání, 1 odpověď uváděla, že by mohla být lepší, 3 osoby neodpověděly.
- Za nezbytnou ji považuje 21 zdravotníků, 14 nedovede tuto věc posoudit, 2 osoby neodpověděly.
- Seznamování pacientů s jejich právy je sice prováděno všemi šetřenými zařízeními, za pozornost ale stojí fakt, že 22 osob sice nepochybuje o jejich dodržování, 4 osoby jsou ale přesvědčeny o jejich porušování a 11 osob nemá představu, zda jsou na jejich pracovišti dodržována či nikoli. Když jsem hledala důvody takovýchto odpovědí, vyšlo najevo, že jde o částečnou neznalost všech práv pacientů, se kterou je spojen stále přetrvávající paternalismus. Mnozí ze zdravotníků jsou přesvědčeni, že právě oni musí mít vše pod kontrolou.
- V případě legalizace eutanázie by bylo její aplikaci ochotno připustit 12 zdravotníků, 13 ne, 2 neví a 10 by bylo ochotno rozhodnout pouze v případě vlastní osoby a vlastního rozhodnutí. Tady se jasně promítá rozvolněnost společnosti v náhledech na řešení etických otázek spojených s lidským životem, kterou tolik kritizuje Jan Pavel II..
- Při hodnocení zkušeností s činností pohřebních ústavů z etického hlediska bylo 16 osob spokojeno, 3 z nich ale upozornili na nutnost výběru; 13 respondentů uvedlo, že s nimi nemají zkušenosti; 7 osob považovalo jejich působení jako postrádající etiku.

- Pro vlastní odchod ze života by 25 odpovídajících volilo domácí model, 9 raději zdravotnické zařízení, 2 osoba neví, 1 osoba odpověděla otázkou „a není to jedno?“.

5.5 Souhrn

Jak bylo již výše uvedeno, jsou soubory otázek, resp. odpovědí postaveny z pohledu laika a nedělají si nárok na nějaké vyčerpávající postižení tématu. Stejné konstatování se týká zahrnutých „podtémat“, tedy kapitol, v jejichž rámci se snaží první část práce o tématu informovat. Následující souhrn tudíž obsahuje pouze vybrané kapitoly, na které přinesly dotazníky v rámci provedeného šetření odpověď.

Z osloveného vzorku pacientů a zdravotnického personálu by domácí model umírání volila drtivá většina dotázaných. U laických pacientů vychází zřejmě takové stanovisko z tradiční představy o tom, že umírat doma je daleko lehčí, a z neznalosti obtíží, které tento model může přinést nejen umírajícímu samotnému, ale i jeho rodinným příslušníkům. U zdravotníků, kteří si musejí být vědomi, že každý z modelů má svá pro a proti, byla do odpovědí zahrnuta také možnost umírat doma s tím, že budou realizovány návštěvy lékaře nebo sestry, která může zasáhnout v případě velkého utrpení aplikací tisících prostředků. Lze také předpokládat, že zdravotník může svoji rodinu v předčase připravit na fáze procesu, a dostatečně ji poučit o tom co je nutno v danou chvíli dělat. Smrt v instituci ale měla také své zastánce, zejména s ohledem na bezprostřední pomoc v bolestech.

S tímto výběrem korespondují i přání převážné většiny tázaných, strávit poslední chvíle svého života v blízkosti rodinných příslušníků. Jen malé procento dotázaných považuje za vhodnější variantu samotu. Samotou je ale v pojetí některých osob i institucionální model umírání, jinak řečeno: nemají nikoho, takže jako doprovod jim pro poslední chvíle „zbývají“ zdravotníci.

I když se vyskytují výjimky (hospic), je hodnocení umírání a smrti v rámci institucionálního modelu ze strany zdravotníků negativní. Ve vazbě na personální, prostorové a (jak vyplynulo z rozhovorů) někde i technické podmínky zařízení, není vždy možné zajistit tolik zdůrazňovaný klid a důstojnost finální fáze. Nejde přitom pouze o umírající samotné, ale také jejich případné spolupacienty. Důvodem je i skutečnost, že pouze hospic je zařízením, které je zejména určeno umírajícím pacientům, zaměření ostatních je jiné, a tudíž v nich nejsou cíleně vytvořeny optimální podmínky.

Z hlediska komplexních potřeb pacienta je třeba se zmínit zejména o potřebě zlepšit péči o jeho duchovní blaho. Pastorační péče je zřejmě jednou z oblastí, která není pracovníky zdravotnických zařízení považována za jednu z priorit, i když nelze říci, že by ji chtěli podceňovat. Není opomíjena, nicméně nestala se automatickou součástí péče. Opět je tu ale již zmiňovaná výjimka – hospic.

Takovýto typ zařízení se tedy alespoň pro budoucnost jeví jako správná cesta. I když pacientů hospicového domu nebylo možno oslovit více (vzhledem k jejich zdravotnímu stavu), je evidentní jejich spokojenost a klid, se kterým se se svou situací vyrovnávají, samozřejmě za pomoci zdravotníků, a velmi dobře zvládnuté snahy o vytvoření příjemného prostředí. Podle vyjádření jeho zaměstnanců je spokojenost i na straně rodinných příslušníků jejich pacientů. Tím základním faktorem spokojenosti je, že mohou být 24 hodin denně spolu.

Spokojenost či nespokojenost pacienta s poskytovanými službami ovlivňuje jistě i dodržování práv pacienta. Převážná většina pacientů uvedla, že s nimi byli seznámeni a také, že z jejich pohledu jsou dodržována. Nelze ale brát na lehkou váhu vyjádření, která hovoří o jejich porušování, případně o pochybnostech, a to tím spíše, že o bezvýhradném dodržování práv pacientů nejsou zcela přesvědčeni ani sami zdravotníci. Je možné, že např. spolurozhodování o léčebných postupech není zcela v možnostech pacienta, protože nerozumí vysvětlení lékaře. Nicméně, např. znát svého ošetřujícího lékaře nebo další personál, je podle mého názoru zcela nezbytné, už z pohledu komunikace.

Jak vyplývalo nejen z dotazníků, ale také z rozhovorů s pacienty, je naprosto základním momentem v péči o pacienta lidský faktor, jeho klady, či nedostatky, které ve svém důsledku vlastně rozhodují o tom, zda celý proces konce lidského života bude pozitivní či negativní. Nezáleží přitom až tak na tom, zda se odehrává doma, či ve zdravotnickém zařízení. Protože ale drtivá většina našich současníků umírá právě mimo domov, je více středem pozornosti této práce personál zdravotnických zařízení.

Lze předpokládat, že lidé, kteří se rozhodnou pro práci s nemocnými a umírajícími, mají ty správné důvody ke svému výběru. Potvrdila to i převážná většina uvedených odpovědí, nicméně není zcela bez zajímavosti, že u někoho hrála roli náhoda. Nelze z toho sice odvodit nějaký negativní vliv, nelze ho ale ani vyloučit.

I přes zpravidla silné a pozitivní odhodlání zdravotníků pomáhat nemocným a umírajícím, dochází zákonitě v průběhu výkonu povolání k jevu, který je nazván syndromem vyhoření. Je, myslím, velice nebezpečný, jak pro pacienta, tak pro zdravotníka. Jednou z možností, jak se na něj připravit, je podrobné seznámení s jeho

projevy a už známými obrannými prostředky. Je sice faktem, že každý postižený ho bude prožívat po svém, má ale také možnost výběru metod, jak se mu bránit, které mu osobně vyhovují.

Je možné, že ochranu nebo pomoc (i pomoc při výkonu povolání), skýtá v tomto smyslu věřícím zdravotníkům jejich víra. Toto tvrzení nelze ale zobecnit. Někteří ze zdravotníků sice jako obranný prostředek uvedly modlitbu a meditaci, větší část odpovídajících ale uvedla buď rodinu, nebo mimopracovní aktivity různého druhu, případně i další vzdělávání.

Víra ale není na zdravotnických pracovištích neznámým a opomíjeným pojmem. Je totiž evidentně brána na vědomí, a to v tom nejlepší slova smyslu, jako činitel, který ovlivňuje přístup k pacientovi. Opět nelze toto tvrzení zobecnit (roli hrají i jiné faktory, zejména charakterové), nicméně je uváděna jako motivace k pojmání zdravotnického povolání coby poslání, jehož podtextem je láska k bližnímu a služba v jeho prospěch. Další velice ceněné vlastnosti (pokora, obětavost) pak zřejmě vyplývají z křesťanského pojetí života, jako příležitosti ke stálému zdokonalování.

Je-li život darem od Boha a on rozhoduje o čase, který nám byl vyměřen, je zřejmé, že je mimo kompetence člověka do jeho vůle zasahovat. Přesto je již řadu let součástí mezinárodních dialogů legislativeců, odborníků ve zdravotnictví i veřejnosti téma eutanázie. Vypěstlost medicíny dává předpoklady k bezbolestnému prožití posledních fází života za pomoci tisíců prostředků. Dostatek jejich druhů dnes není zpochybňován, dokonce není zpochybňován ani jejich množstevní dostatek na zdravotnických zařízeních. Je tedy možné, projít koncem života přirozenou cestou. Přesto mají někteří lidé pocit, že jen oni mohou rozhodovat o tom, kdy z tohoto světa odejdou, stejně jako jakým způsobem. Potvrzují to i odpovědi respondentů šetření. Bohužel mezi ně patří i pracovníci zdravotnických zařízení, což je více než varující.

Každý z nás by si měl, čas od času, připustit myšlenky na smrt. Ne proto, aby ztrácel radost ze života s vědomím, co ho čeká na jeho konci, ale proto, aby dokázal i tento rub lidského života přijmout jako jeho součást a v případě potřeby pomohl svým blízkým zvládnout ji s patřičnou důstojností.

6. ZÁVĚR

Cílem bakalářské práce bylo: popisnou formou seznámit každého z jejích čtenářů v základních rysech s okolnostmi současného procesu umírání a smrti, včetně vybraných konkrétních údajů; přesvědčit ho o tom, že právě lidský faktor je tím zásadním tvůrcem a ovlivňovatelem podmínek uvedeného procesu, zmínit víru jako činitel, který v rámci pomáhajících profesí, znamená možný rozdíl v přístupu k pacientovi.

Teoretickou základnu práce tvoří výběr kapitol z odborné literatury věnované problematice umírání, smrti a eutanázie, jehož cílem je orientovat čtenáře v tématu. Informace jsou doplněny údaji z provedených analýz a výzkumů, které byly na území ČR prováděny v rámci projektu „Podpora rozvoje paliativní péče v ČR“, následně byly zpracovány do publikace a zveřejněny prostřednictvím internetu. Další podklad tvořily informace o legislativních úpravách problematiky eutanázie u nás i jinde, čerpané zejména z internetových stránek.

Následnou část práce tvoří souhrn informací a názorů pracovníků zdravotnických zařízení rozdílného typu (nemocnice, LDN, NNP, hospice) a jejich pacientů, doplněné vlastním komentářem. Získání potřebných dat probíhalo:

- e) prostřednictvím zpracovaných dotazníků
- f) pohovory s pracovníky zdravotnického zařízení
- g) pohovory s pacienty zdravotnického zařízení
- h) prostřednictvím osobních zkušeností.

Výstupy provedeného šetření jsou součástí závěrečného souhrnu. Ten by spolu s popisnými kapitolami uvedenými v první části práce, měl odpovídat i na její cíle.

Domnívám se, že teoretické poznatky opravdu přinesou čtenáři alespoň základní představu o zpracované tématice, i když je třeba poznamenat, že problematika umírání a smrti je velice rozsáhlá a složitá. Tím pádem nemohla být zpracována komplexně. Nicméně zvědavému čtenáři poskytne i základní vodítko k hledání dalších informací. Praktické poznatky jsou vhodné zejména k zamyšlení nad tím, že je nutné podmínky umírajících, zejména s ohledem na lidskost a lásku k člověku, stále zlepšovat.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY**knihy**

BLUMENTHAL-BARBY, Kay. *Kapitoly z thanatologie*, 1.vyd. Praha: Avicenum, 1987.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Rub života – líc smrti*, 1.vyd. Praha: Orbis Pyramida, 1975.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Lékařská etika*, 1. vyd. Praha: Galén, 1994.
ISBN 80-85824-03-5

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Práva pacientů*, Praha: nakl.A.Krtilové, 1996.
ISBN 80-902163-0-7

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie – Nauka o umírání a smrti*, Praha: Galén, 2000. ISBN 80-7262-034-7

JANKOVSKÝ, Jiří. *Etika pro pomáhající profese*, Praha: Triton, 2003.
ISBN 80-7254-329-6

Kol. autorů. KALVACH, Z.; MAREŠ, J.; PRUDKÝ, L.; PTÁČEK, O.; SLÁMA, O.; ŠPINKOVÁ, M.; ŠPINKA, Š.; *Umírání a paliativní péče v ČR (situace, reflexe a vyhlídky)*, Praha: Cesta domů, 2004. ISBN 80-239-2832-5

KŘIVOHLAVÝ, J.; KACZMARCZYK, S.; *Poslední úsek cesty*, 1.vyd. Praha: Návrat domů, 1995. ISBN 80-85495-43-0

KÜBLER-ROSSOVÁ, Elisabeth. *Hovory s umírajícími*, 14.vyd. Signum Unitatis, 1992.
ISBN 80-85439-04-2

KÜBLER-ROSSOVÁ, Elisabeth. *Odpovědi na otázky o smrti a umírání*, Praha: Tvorba, 1995.

ONDOK, Josef Petr. *Bioetika, biotechnologie a biomedicína*, Praha: Triton, 2005.
ISBN 80-7254-486-1

OPATRŇY, Aleř. *Malá příručka pastorační péče o nemocné*, 3.dopl.verze, Praha:Pastorační středisko při arcibiskupství pražském, 2003, s.8

SLABÝ, Adolf. *Pastorální medicína a zdravotní etika*, Praha: Karolinum, 1991.
ISBN 80-7066-411-8

SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospice a umění doprovázet*, 5. vyd. Praha: Ecce homo, 2003.
ISBN 80-902049-4-5

Internetové zdroje

<http://www.tydenika2.cz/?mode=art&id=10767>

<http://www.klicek.org/hospic/zdrav.html>

<http://www.klicek.org/hospital/role.html>

http://www.volny.cz/j.krivohlavy/clanky/c_krest_a_zdr.html

http://www.volny.cz/j.krivohlavy/clanky/c_vira_a_zdravi.html

<http://www.hospice.cz>

http://www.mujweb.cz/www/frsms-zapad/princip/15_Vzkriseni.html

<http://www.kebrle.cz/katdocs/EvangeliumVitae>

<http://tisk.cirkev.cz/art/clanek.asp?id=7903>

<http://pandora.idnes.cz/part/2002/11/36523>

http://www.mojenoviny.cz/z_domova/eutanazie051203.html

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha I.

1 – Dotazník pro zdravotnická zařízení 57

Příloha II.

2 – Dotazník pro zaměstnance zdravotnického zařízení..... 59

Příloha III.

3 – Dotazník pro pacienty a klienty zdravotnického zařízení..... 61

Příloha I.

1 – Dotazník pro zdravotnická zařízení
(zaškrtnutím nebo slovním či číselným doplněním uveďte odpověď)

Typ zdravotnického zařízení:

- nemocnice
- hospic
- léčebna dlouhodobě nemocných
- nemocnice následné péče
- jiné

Celkový počet členů pracovního zdravotnického kolektivu:

- z toho kvalifikovaných pro výkon stávající funkce
- z toho nekvalifikovaných pro výkon stávající funkce
- z toho věřících /uveďte i odhadem/

Jaké jsou důvody zaměstnávání nekvalifikovaných sil v rámci zdravotního personálu: uveďte

Kterému z níže uvedených prvků přikládáte v práci s nevléčitelně nemocnými, případně umírajícími, nejvyšší důležitost:

- lékaři a sestry
- technické vybavení pracoviště
- dostatek prostředků k tišení bolesti
- jiný prvek – uveďte

Jsou u vás pacienti seznamováni se svými právy:

- ano
- ne

Jakou formou jsou pacienti ve vašem zařízení seznamováni se svými právy: uveďte

Je u vás vyčleněn zvláštní prostor pro umírající:

- ano
- ne

Jak je toto oddělení zajištěno:

- zvláštním pokojem
- bílou zástěnou
- jinak – jak: uveďte

Je u vás pro věřící pacienty zajištěna pastorační péče:

- ano
- ne
- pacienti nejsou po této stránce sledováni, ale na požádání zajistíme

Umožňujete rodině umírajícího návštěvy mimo návštěvní hodiny:

- ano
- ne
- výjimečně na požádání

Máte vždy potřebné množství tisících prostředků pro umírající pacienty s bolestmi:

- ano
- omezují nás při jejich pořízení finanční zdroje

Kolik pohřebních ústavů a na základě čeho (dohoda psaná, nepsaná, smlouva o službách apod.) zajišťuje ve spolupráci s vaším zařízením péči o zemřelé: uveďte

Příloha II.

2 – Dotazník pro zaměstnance zdravotnického zařízení
(zaškrtnutím nebo slovním či číselným doplněním uveďte odpověď)

Co Vás vedlo k výběru povolání lékaře nebo zdravotníka:

- rodinná tradice
- zájem o obor
- vztah k lidem
- potřeba pomáhat nemohoucím
- byla to jen náhoda

Rozhodl Jste se pro povolání sám, nebo Jste byl někým motivován:

- sám
- byl jsem motivován

Zažil Jste syndrom vyhoření:

- ano
- dosud ne

Co Vám pomohlo překonat syndrom vyhoření: uveďte

Ovlivňuje podle Vašeho názoru výše uvedený stav péči o pacienta:

- ano
- ne

Jste věřící:

- ano
- ne

Pokud ano, pomáhá Vám víra ve výkonu povolání:

- ano
- ne

Je podle Vašeho názoru rozdíl v přístupu k pacientovi ze strany věřícího personálu a personálu nevěřícího (pokud o něm víte):

- ano
- ne

Co považujete v procesu doprovázení nevléčitelně nemocného a umírajícího za nejdůležitější:

- lékaře a sestry – lidský prvek
- technické vybavení pracoviště
- dostatek tišících prostředků
- jiný prvek - uveďte

Považujete za správné tvrzení, že je rozdíl mezi nemocniční péčí a hospicovou péčí o pacienta z hlediska uspokojování jeho potřeb:

- ano
- ne

Uveďte alespoň některé důvody k předcházející odpovědi:

Je podle Vašeho názoru smrt ve zdravotnických zařízeních důstojná a klidná:

- ano
- ne
- neumím zhodnotit

Víte,co je to pastorační péče:

- ano
- ne

Je ve vašem zařízení vytvářen prostor pro pastorační péči u věřících pacientů:

- ano
- ne
- pouze výjimečně, na požádání

Připadá vám tato péče nezbytná:

- ano
- ne
- nedovedu posoudit

Jsou u vás podle vašeho názoru dodržována všechna práva pacientů:

- ano
- ne
- nevím

V případě legalizace eutanázie byste souhlasil s jejím uplatňováním

- ano
- ne
- jen u vlastní osoby a z vlastního rozhodnutí

Hodnotíte činnost pohřebních ústavů spolupracujících s vaším pracovištěm za etické:

- ano
- ne
- nemám s nimi zkušenosti

Pro vlastní odchod ze života byste zvolil:

- raději domácí prostředí
- raději zdravotnické zařízení (kvůli odborné pomoci a vybavení)

Příloha III.

3 – Dotazník pro pacienty a klienty zdravotnického zařízení
(zaškrtnutím nebo slovním či číselným doplněním uveďte odpověď)

Co považujete v procesu léčby či péče za nejdůležitější prvek:

- lékaře a sestry – lidský prvek
- technické vybavení zdravotnického zařízení
- dostatek léků a dalších prostředků k léčbě
- jiné prvky: uveďte

Máte zkušenosti s pobytem v nemocnici:

- ano
- ne

Máte zkušenosti s pobytem v hospici:

- ano
- ne

Pokud byste měl hodnotit spokojenost s péčí o pacienta v těchto zařízeních, vyhodnotíte lépe:

- nemocnici
- hospic

Byl jste při pobytu ve zdravotnickém zařízení seznámen s právy pacientů:

- ano
- ne

Pokud ano, jakou formou:

- informoval mě lékař či sestra, jiný pracovník
- přečetl jsem si je na vývěsní tabuli
- informaci obsahoval prezentační leták zdr. zařízení

Jste přesvědčen, že jsou všechny práva pacienta vždy dodržena:

- ano
- ne

Pokud ne, uveďte z vaší zkušenosti, v čem byla porušena:

- neznám svého ošetřujícího lékaře a další personál
- nejsem dostatečně informován o nemoci a léčebných postupech, abych mohl spolurozhodovat
- není se mnou zacházeno s patřičnými ohledy
- nemám žádné soukromí
- nebyla poskytnuta péče, kterou jsem vyžadoval

Věnují vám zdravotníci dostatek času k vysvětlení vašeho stavu a léčebných kroků:

- ano
- ne, potřeboval bych více komunikace

Máte k poskytované péči nějaké další výhrady:

- ano – uveďte jaké:
- ne

Jak si představujete případné zlepšení péče: uveďte

Pro vlastní odchod ze života byste volil:

- raději domácí prostředí
- raději zdravotnické zařízení (kvůli odborné pomoci a vybavení)

Jste věřící:

- ano
- ne

Věříte v pokračování života v jiné formě po fyzické smrti:

- ano
- ne

S kým byste chtěl prožívat poslední chvíle života:

- s rodinou
- s přáteli
- sám

V případě legalizace eutanázie byste byl jejím zastáncem:

- každopádně ano
- každopádně ne
- v případě vlastní osoby a vlastního rozhodnutí ano

Přemýšlíte někdy o smrti:

- ano
- ne

Bojíte se jí:

- ano
- ne
- nevím

SEZNAM GRAFŮ

| | |
|--|----|
| Graf č. 1: Údaje o místech úmrtí jsou z roku 2001..... | 9 |
| Graf č. 2: Porovnání zastoupení jednotlivých míst úmrtí v ČR a některých jiných zemích..... | 10 |
| Graf č. 3: Praktičtí lékaři | 33 |
| Graf č. 4: Účastníci semináře „Komunikace s onkologicky nemocnými“ | 33 |
| Graf č. 5: Smíšená odborná skupina..... | 33 |

SEZNAM ZKRATEK

| | |
|--------|--|
| LDN - | Léčebna dlouhodobě nemocných |
| NNP - | Nemocnice následné péče |
| PL - | Praktický lékař |
| DD - | Domov důchodců |
| IPVZ - | Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví |

SEZNAM TABULEK

| | |
|--|----|
| Tabulka č. 1: Fáze podle Kübler-Rossově..... | 12 |
|--|----|

ŠNÝDLOVÁ Alena

Umírání, smrt, eutanázie.

Bakalářská práce v rozsahu 63 stran, vedoucí: PhDr. Libor Ovečka, Th.D.

Údaj o počtu znaků: 119 654.