

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

2. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Ústav ošetrovatelství

Petra Konečná

Mínění sester o eutanazii

Bakalářská práce

Praha 2016

Autor práce: Petra Konečná

Vedoucí práce: Mgr. Jana Křivková

Oponent práce: PhDr. Daniel Jirkovský, Ph.D., MBA

Datum obhajoby: 2016

Bibliografický záznam

KONEČNÁ, Petra. Mínění sester o eutanazii. Praha: Univerzita Karlova, 2. Lékařská fakulta, Ústav ošetrovatelství, 2014, 82 s., přílohy. Vedoucí bakalářské práce Jana Křivková.

Abstrakt

Bakalářská práce „Mínění sester o eutanazii“ se zabývá přístupem sester k umírání, jejich povědomím o existenci paliativní péče a postojem k eutanazii. Práce je rozdělena do dvou úseků, teoretického a empirického.

Teoretická část přináší pojednání o umírání, eutanazii a paliativní péči jakožto navzájem úzce propojených oblastí.

Empirická část popisuje metodiku a výsledky kvantitativního dotazníkového šetření mezi dvěma úzce specifikovanými skupinami sester – sestrami pracujícími v hospicích a sestrami z akutních a dlouhodobě intenzivních lůžek.

V závěru práce jsou shrnuty výsledky šetření, z nějž vyplynuly rozdíly v přístupu k eutanazii a jejího právního zabezpečení mezi sestrami z intenzivních a hospicových lůžek, nikoliv tak ve znalosti pojmu paliativní péče.

Abstract

The bachelor thesis „Attitude of nurses to euthanasia“ focuses on an understanding of dying, euthanasia and palliative care and their attitude to euthanasia. The work is divided into two parts – a theoretical one and an empirical one.

The theoretical part describes the methodology and results of quantitative research by the use of questionnaire comparing two specified groups of nurses – hospice care nurses and intensive care nurses.

There are summarised findings from the investigation in the conclusion which shows the differences between intensive care nurses and hospice care nurses in attitude to euthanasia and its legislative security, but not in the knowledge of palliative care.

Klíčová slova

asistovaná sebevražda, eutanazie, hospic, paliativní péče, smrt, umírání

Keywords

assisted suicide, euthanasia, hospice, palliative care, death, dying

Zadávací protokol

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

2. lékařská fakulta

Ústav ošetřovatelství

Akademický rok: 2014/2015

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Jméno a příjmení: **Petra Konečná**

Studijní program: **Ošetřovatelství**

Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Děkan fakulty Vám podle zákona č. 111/1998 Sb. určuje tuto bakalářskou práci:

Název práce: **Mínění sester o eutanazii**

Zásady pro vypracování:

Bakalářská práce musí splňovat požadavky uvedené v Opatření děkana 2. LF UK č. 12/2010. Zpracováním bakalářské práce student/ka prokáže, že se umí samostatně orientovat ve studovaném oboru a že v průběhu studia získal/a a zároveň je i schopen/a v praxi uplatňovat teoretické poznatky a praktické postupy (metody). Bakalářská práce musí být původním a samostatně zpracovaným odborným textem. Při zpracování bakalářské práce se student/ka může opírat o výsledky a zkušenosti získané jinými autory, avšak vždy musí tyto výsledky a zkušenosti konfrontovat s vlastními názory, úvahami, hodnoceními a závěry. Rozsah bakalářské práce vyplývá z povahy zpracovávaného tématu, přičemž její minimální rozsah činí 40 stran normovaného textu. Referenční seznam musí obsahovat nejméně 25 položek časopiseckých, literárních či elektronických zdrojů informací. Do referenčního seznamu se nezapočítávají pouhá abstrakta. Zpracováním bakalářské práce musí student prokázat schopnost pracovat s aktuální odbornou literaturou vztahující se k řešené problematice, včetně práce s cizojazyčnou literaturou a s dalšími prameny. Citace typu "ústní sdělení" a "nepublikovaná data" (s výjimkou vnitřních předpisů a standardů) nelze v bakalářské práci použít.

Seznam odborné literatury:

SKŘIVANOVÁ-BOŠKOVÁ, V. Eutanázie, nebo "komfort" pro pacienty?: zkušenosti Nizozemí, Oregonu, Švýcarska a dalších. 1. vyd. Praha: V. Bošková, 2012, 51 s. ISBN 978-80-260-2989-2.
KUPKA, M. Psychosociální aspekty paliativní péče. Vyd. 1. Praha: Grada, 2014. 216 s. ISBN 978-802-4746-500.
MARKOVÁ, M. Sestra a pacient v paliativní péči. 1. vyd. Překlad Eva Masnerová. Praha: Grada, 2010. 128 s. ISBN 978-802-4731-711.
PTÁČEK, R., BARTŮNĚK, P. Eutanázie - pro a proti. 1. vyd. Praha: Grada, 2012. 256 s. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-802-4746-593.
SVATOŠOVÁ, M. Víme si rady s duchovními potřebami nemocných? 1. vyd. Praha: Grada, 2012. 109 s. ISBN 978-802-4741-079.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Křivková Jana**

Oponenti: **PhDr. Jirkovský Daniel, Ph.D., MBA**

Konzultanti:

Datum zadání bakalářské práce: 30.9.2015

Termín odevzdání bakalářské práce: dle harmonogramu příslušného akademického roku


.....
Vedoucí katedry

V Praze dne 30.9.2015


.....
Děkan

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci zpracovala samostatně pod vedením Mgr. Jany Křivkové, uvedla všechny použité literární a odborné zdroje a dodržovala zásady vědecké etiky. Dále prohlašuji, že stejná práce nebyla použita k získání jiného nebo stejného akademického titulu.

V Praze 15. 4. 2016

Petra Konečná

Poděkování

Mé velké poděkování patří Mgr. Janě Křivkové za neúnavnou, vytrvalou a nadstandardní pomoc a vedení při tvorbě této práce a také všem sestřičkám, které věnovaly svůj čas dotazníku a položily tak základ celé práci.

OBSAH

SEZNAM ZKRATEK	8
1 ÚVOD	9
1.1 CÍLE PRÁCE A PRACOVNÍ HYPOTÉZY	10
2 TEORETICKÁ ČÁST	12
2.1 UMÍRÁNÍ	12
2.1.1 Pojetí umírání	12
2.1.2 Umírání v kontextu doby	12
2.1.3 Potřeby umírajících	13
2.1.4 Postoje ke smrti a umírání dle Elisabeth Kübler - Rossové	15
2.1.5 Dříve vyslovené přání	16
2.2 EUTANAZIE	18
2.2.1 Pojem eutanazie	18
2.2.2 Eutanazie v historickém kontextu	19
2.2.3 Druhy eutanazie	20
2.2.4 Právní úprava ve státech umožňujících eutanazii	22
2.2.5 Úskalí eutanazie	26
2.3 PALIATIVNÍ PÉČE	28
2.3.1 Vymezení paliativní péče	28
2.3.2 Hospicové hnutí, hospicová péče	30
2.3.3 Dokumenty vztahující se k právům umírajících	32
2.4 SITUACE UMÍRAJÍCÍCH V ČESKÉ REPUBLICE	35
3 EMPIRICKÁ ČÁST	37
3.1 CÍLE A PRACOVNÍ HYPOTÉZY	37
3.2 METODIKA ŠETŘENÍ	37
3.3 ORGANIZACE ŠETŘENÍ	38
3.4 ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT	39
3.5 CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO VZORKU	39
3.6 VÝSLEDKY VLASTNÍHO DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ	40
3.7 STATISTICKÉ ZPRAVOVÁNÍ HYPOTÉZ	63
3.8 DISKUSE	68
3.8.1 Zhodnocení vlastních výsledků práce	68
3.8.2 Porovnání výsledků s dříve realizovanými studii	75
4 ZÁVĚR	81
REFERENČNÍ SEZNAM	83
SEZNAM PŘÍLOH	88
SEZNAM TABULEK	89
SEZNAM OBRÁZKŮ	90
PŘÍLOHY	91

SEZNAM ZKRATEK

AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome - Syndrom získaného imunodeficitu
ARIP	Anestezie, Resuscitace, Intenzivní péče
ARO	Anesteziologicko – resuscitační oddělení
č.	Číslo
ČR	Česká republika
FN	Fakultní nemocnice
HA	Alternativní hypotéza
H0	Nulová hypotéza
CHOPN	Chronická obstrukční plicní nemoc
JIP	Jednotka intenzivní péče
n	Absolutní četnost
NIP	Následná intenzivní péče
OCHRIP	Oddělení chronické resuscitační a intenzivní péče
Rel.	Relativní
Sv.	Svatý
Tab.	Tabulka
WHO	World Health Organization – Světová zdravotnická organizace

1 ÚVOD

Eutanázie byla, je a bude ve společnosti tématem velmi diskutovaným. Lidstvo je na světě již několik tisíc let, ale uspokojivou odpověď pro ni nenašlo, přinejmenším ne takovou, aby se na ní shodli všichni. Postoje k ní se liší v různých kulturách, civilizacích, v rámci lidských společenství. Ani průřezem naší společností bychom nenašli shodu. Pramení to z komplikované uchopitelnosti této oblasti, která je úzce provázána s chápáním života, smyslu existence lidstva, smyslu existence každého jednoho z nás jakožto bytosti. Tak jak se lidé v průběhu dějin snaží nalézt svůj smysl, tak jak se jednotlivý člověk snaží během svého života dobrat jeho smyslu, dobírá se tím zároveň i k odpovědi na tuto otázku. A stejně jako nejsme jednotní v odpovědích na smysl života, tak ani nemůžeme být jednotní v odpovědi na otázku eutanázie.

Skutečností je, že v našich nemocnicích stále ještě umírají lidé bez patřičného doprovodu a zaopatření. Tato skutečnost vytváří volné místo myšlenky eutanázie, protože kde se činí chyba, kde je něčeho nedostatek, otvírají se automaticky dveře radikálním řešením. V tomto případě nedostatečně fungující paliativní péče zve na scénu eutanazii. Umíme člověka zabezpečit po fyzické stránce, tlumit bolesti, ale na rovině emotivní, sociální a spirituální máme ještě co zlepšovat. Ne vždy a všude jsme připraveni přijmout konečnou fázi života s patřičnou vahou a smyslem tomu odpovídajícímu.

Pokud ne většinová společnost, pak alespoň zdravotníci by měli být o krok kupředu v nahlížení na smrt a její naprosté přirozenosti v životě člověka. Dobrý zdravotník by měl být smířený se svou vlastní smrtelností, což se projeví v jeho péči o člověka na konci života (Svatošová, 2008). Jsem si vědoma toho, že nejde o proces snadný a zvládnutelný v krátkém životním údobí během přípravy na zdravotnické povolání. Člověk musí v životě dozrát. Nicméně mezi nemocničním personálem by měl být vždy dostatek sester schopných člověka na konci života doprovázet, znalých paliativní medicíny a principů takové péče.

V teoretické části mé práce bych se ráda zaměřila na pojem eutanázie, její historii, členění a praktikování ve vybraných zemích. Zmíním se i o tom, co je s eutanazií bezesporu spojeno, to jest umírání, potřeby umírajícího člověka, paliativní péči a předem vyslovená přání. Bez alespoň částečného vhledu do těchto oblastí, nemůže být eutanázie uchopena a pochopena.

V empirické části se pokusím nahlédnout do názorů sester na eutanazii, paliativní péči v souvztáhnosti s jejím praktikováním v nemocnici, umírání a smrt prostřednictvím dotazníkového šetření. Dotazníky koncipuji tak, abych mohla porovnat odpovědi sester z intenzivních lůžek (ARO, JIP, OCHRIP) se sestrami z hospicových lůžek, jejich názory a přístup k umírání a eutanazii.

Toto téma jsem si vybrala pro jeho důležitost a aktuálnost. Společnost stárne, přibývá stále více starých lidí, kteří budou potřebovat odbornou péči. Model nemocničního umírání je již přežitý, je třeba, aby si společnost začala pozvolna zvykat, že umírající lidé se neodkládají do nemocnic za účelem proběhnutí samotného aktu smrti (Bužgová, 2015). Je potřeba o smrti mluvit. Nikoliv v morbidním slova smyslu, ale jako o přirozenosti lidského bytí zde na zemi. Ne každý ovšem má možnost umírat doma, vždy budou lidé umírat i v nemocnicích. Je třeba, aby zdravotníci uměli doprovázet umírající a stali se nositeli umění doprovázet tak, aby i v nemocnicích mohlo být umírání pěkné a svou vahou odpovídat právě prožitému životu jedince.

1.1 Cíle práce a pracovní hypotézy

Záměrem bakalářské práce je zjistit postoj sester k umírání, případně eutanazii, povědomí o existenci paliativní péče, míru jejího praktikování na vybraných pracovištích a ochotu o smrti s pacientem mluvit. Zajímat se budu výhradně o dvě specifické skupiny sester. Jednu skupinu budou tvořit sestry z intenzivních lůžek, druhou skupinu sestry z hospicových lůžek. Hlavním záměrem dotazníkového šetření bude zjistit stav připravenosti doprovázet umírajícího pacienta v nemocničním prostředí, které je v porovnání s hospicovým systémem značně znevýhodněno.

Cíle práce:

1. Vypracovat stručný teoretický nástin do dané problematiky s důrazem na propojenost tématu eutanazie, paliativní péče a umírání
2. Sestavit dotazník oslovující obě skupiny sester schopný zmapovat názory sester
3. Shromáždit data získaná z dotazníků a vyhodnotit je
4. Porovnat výsledky mnou provedeného šetření s výsledky obdobných šetření publikovaných dříve

Pracovní hypotézy:

Hypotéza č. 1: Předpokládám, že ve výsledcích dotazníkového šetření bude statisticky významný rozdíl v postoji k legalizaci eutanazie mezi sestrami z akutních lůžek a sestrami z hospicových lůžek v tom smyslu, že sestry z hospicových lůžek budou proti legalizaci eutanazie.

Hypotéza č. 2: Předpokládám, že ve výsledcích dotazníkového šetření bude statisticky významný rozdíl v postoji ke smrti v odpovědích sester z akutních lůžek a sester z hospicových lůžek.

Hypotéza č. 3: Předpokládám, že bude statisticky významný rozdíl v ochotě mluvit s pacientem o smrti mezi sestrami z akutních lůžek a sestrami z hospicových lůžek.

Hypotéza č. 4: Předpokládám, že budou statisticky významné rozdíly v odpovědích sester k otázce legalizace eutanazie vzhledem k jejich dosaženému vzdělání.

2 TEORETICKÁ ČÁST

2.1 Umírání

2.1.1 *Pojetí umírání*

Nad představou umírání převládá povětšinou pocit strachu. Nevíme, co nás čeká, nevíme, co je po smrti. Vše, co máme, spadá do oblasti víry a naděje. Často se báváme toho, co nás čeká po smrti, obáváme se samotného procesu přechodu, tedy samotného umírání, nikoliv smrti. Bojíme se bolesti a utrpení, které může předcházet. Bojíme se ztráty kontroly nad naším tělem, myslí, životem. Bojíme se nesoběstačnosti a bezmocnosti. Bojíme se neznáma, možné odplaty, přízraků, nicoty.

Umírání je závěrečnou fází života, kterou člověk potřebuje projít, aby jeho život zde byl završen (Svatošová, 2008). Někdy jde o období dlouhé, někdy kratší, někdy sotva postřehnutelné. Každý jej vnímá jiným způsobem. Pro někoho je to rozvolňování pojmů k hrubohmotnému světu, aby duše člověka mohla přejít dál, do jiné reality. Pro jiného je to konec všeho, smrt těla, skutečně věčný spánek. Pro dalšího je to přechod k Bohu nebo do očištění, podle povahy života.

Každopádně je to období velice důležité. Ke konci života se začne mnoho lidí opravdu zaobírat smyslem právě prožitého života, myšlenkami, které celý život odsouvali na později. Je to období velice plodné z hlediska vnitřního zrání, vytříbení hodnot, postojů a názorů. (Svatošová, 2008)

2.1.2 *Umírání v kontextu doby*

Umírání v minulosti probíhalo odlišně od dnešního. Jednak lidé umírali z jiných příčin. Neexistovalo očkování, umíralo se zejména na infekční choroby, antibiotika ještě nebyla objevena. Lidé umírali na záněty, neoperovalo se, nedagnostikovalo apod. Umíralo se mnohem dříve, dnešní průměrnou délku života nebylo možné dosáhnout. Umíralo se ale i jiným způsobem, tedy za jiných okolností, v jiném prostředí a atmosféře. O umírajícího se starala rodina. V ideálním případě člověk umíral mezi svými nejbližšími, ve svém důvěrně známém prostředí. Rodinní příslušníci věděli, jak se o umírajícího postarat, jelikož to měli odpozorováno od svých rodičů, kteří se tak starali

zase o své rodiče. Člověk věděl, jak bude jednou přibližně vypadat jeho umírání a měl jistotu, že i o něj se rodina postará. (Haškovcová, 2007)

Důležité byly rituály, které člověku, v tomto případě pozůstalým, pomohly se vyrovnat s odchodem blízkého člena rodiny. Rituálem byla péče o zemřelého, rozloučení se v kruhu rodiny, pohřeb. To vše uzavíralo jednu kapitolu života a přemostovalo zas do dalšího úseku.

Ne vše ovšem bylo ideální. Nevýhodou byla mnohdy nedostupná lékařská pomoc. Lidé, kteří neměli rodinu, umírali osamoceni bez obstarání. Těm pomohl František Josef I., který zavedl domovské právo, které zavazovalo obec postarat se o sirotky, nemocné, nemohoucí a umírající.

Od 50. let minulého století se začal ve společnosti uplatňovat moderní model umírání, tedy umírání v nemocnicích. Péče o umírající nabyla odborného charakteru. Již bylo dostupné odborné ošetření a tišení bolesti. Bohužel lidská stránka doprovázení se vytratila. Lidé umírali za plentami, aby měli alespoň nějaké soukromí a zároveň neděsili ostatní pacienty. (Haškovcová, 2007)

2.1.3 Potřeby umírajících

Umírající člověk má své specifické potřeby, které se objevují při nutnosti čelit své smrtelnosti a které ostatní pacienti mohou, ale také nemusí řešit. Nemocný potřebuje zůstat sám sebou. Nepotřebuje se na konci svého života proměnit v pouhý předmět ošetřování či dočasného obyvatele nemocničního pokoje. (Marková, 2010)

Má za sebou malé dějiny svého života – vše, co prožil, co dokázal, jakým člověkem byl, co měl rád, co ho zajímalo. Skutečnost, že nyní leží v nemocničním lůžku, z něj nečiní jiného člověka. Nemocniční personál často sklouzává k unifikaci pacientů. Nemocní pro ně vstupují do rolí pacientů a očekává se, že tuto roli budou také vzorně plnit.

Vedle potřeby zůstat sám sebou potřebuje nemocný rozhodovat sám o sobě. Ať již v otázce léčby symptomů onemocnění, léčby bolesti, farmakologie, tak i v rozhodování o rytmu dne. Tedy zda chce setrvávat v pokoji nebo vykonávat nějakou činnost. Patří sem i výběr jídla, čas vstávání, způsob trávení volného času, okolnosti provázející smrt. (Marková, 2010)

Ač se to může zdát sebestatečnější, umírající disponuje potřebou smát se a plakat. Potřebuje možnost dávat najevo své citové pochody. Pláč může zmírnit bolest. Bylo by

kontraproduktivní chtít po pacientovi, aby v sobě city tlumil. Při pláči může dojít k nečekanému vyplavení obav, duševních zranění, strachů, které je možno začít hojit. (Marková, 2010)

Stejně tak i pláč personálu by neměl být tabu. Samozřejmě se musí rozlišovat kdy a v jaké situaci. Není pravda, že by personál měl být natolik profesionální, aby se zdržel jakýchkoliv projevů citů a nenechával na sobě nic znát. Pokud již není co říci k některému trápení pacienta (a mnohdy jsou skutečně problémy zvnějšku neřešitelné), pomůže projevení citu a spoluúčast s pacientem. Toto projevení spoluúčasti je pacientem vnímáno jako úleva. (Svatošová, 2008)

Člověk na konci života potřebuje mít pravdivé informace (Marková, 2010). To mu ostatně zaručuje i Charta práv pacientů. Aby se nemocný mohl připravit na svou smrt, je potřeba, je-li to možné, poskytnout mu čas se na ni připravit. Je přirozené, že se člověk na konci svého života potřebuje vypořádat se svou minulostí, zrekapitulovat život, rozuzlit věci, které jej tíží, omluvit se za křivdy, odpustit ostatním i sám sobě, rozloučit se, dát případně instrukce ohledně své smrti, sepsat poslední vůli, stihnout ještě setkání s lidmi, které potřebuje vidět, vykonat něco, co mu zůstalo jako rest v životě. (Marková, 2010)

Další důležitou potřebou je potřeba jistoty a bezpečí. V Maslowově pyramidě se nachází hned na druhém stupni po fyziologických potřebách. Člověk potřebuje vědět, že o něj bude dobře postaráno, nezůstane sám v posledních chvílích života, nebude trpět, bude při něm vždy někdo ze zdravotníků či blízkých, kteří jej budou doprovázet až do konce. Na této zásadě je postavena hospicová péče. (Marková, 2010)

Naprosto zásadní potřeba umírajících je najít smysl svého života, smysl nemoci, která mě vede ke smrti, smysl toho, co se mi v životě událo, smysl bolesti, utrpení, smysl všeho, co se kolem mne děje. Je to již potřeba spirituální. (Marková, 2010) Od odpovědi, které se nemocný dobral, se odvíjí schopnost přijmout svou nemoc, svou smrt a dojít k přijetí.

Nikoho zřejmě nepřekvapí, že nejvyšší duchovní potřebou člověka je milovat a být milován. Setkáváme se s ní v pohádkách, zdá se být otřepanou frází, ovšem tkví v ní podstata našeho bytí. Může se jednat o lásku ve všech jejích podobách – k druhému člověku, k ostatním bytostem či univerzální vyšší lásku. Dopisy sebevrahů jsou důkazem lidského zoufalství, kdy člověk nemající pro koho žít nebo necítící se milován, sahá na svůj život. (Svatošová, 2012)

2.1.4 *Postoje ke smrti a umírání dle Elisabeth Kübler - Rossové*

Model E. K. Rossové v podstatě odpovídá na otázku, jak se člověk chová ve stavu ohrožení - ve stavu rozrušení, kdy cítí nebezpečí a hledá cestu, jak opět dosáhnout rovnováhy. Jaký způsob k dosažení kýžené harmonie si zvolí, závisí na typu osobnosti a temperamentu, věku, životních zkušenostech, momentální kondici a zdravotním stavu, rodinném či jiném zázemí, hloubce a opravdovosti víry.

Obecně rozeznáváme dva druhy obrany – aktivnější a pasivnější. V aktivní obraně nalézáme reakci smlouvání a agrese. V pasivní popírání, negaci a rezignaci. Osvědčil-li se nám ten který model v minulosti, uznáme jej za efektivní a používáme jej i nadále. (Svatošová, 2008)

První stádium je nazýváno stádiem popírání a izolace. Příznačná reakce pro toto stádium je „Ne, to se mě netýká, to je omyl.“ Je to stádium typické pro začátek choroby. Může se stát, že se k němu člověk uchýlí i mnohem později. Někteří v něm setrvávají po celou dobu nemoci. Je to způsob vyrovnávání se se situací a zároveň ochrana sama sebe.

V druhém stadiu nastupuje zlost. V této fázi se pacient přesouvá od prvotního šoku s negací k připuštění si, že se ho to skutečně týká, nestal se omyl, jde skutečně o něj. K této skutečnosti musí zaujmout postoj. Pro své okolí je takový pacient velmi problematický. Svůj hněv si vybíjí na komkoliv. Všechno, co děláme, vnímá pacient jako špatné, nedostačující. Je nutné si uvědomit, že zloba, kterou si na nás vylévá, není určena vlastně nám.

Následuje třetí stádium - smlouvání. Jde o stádium kratší než předešlá. Lidé sepisují pakt s Bohem, o kterém okolí ani nemusí vědět. Pakt může mít podobu dohody – dožiju-li se svatby syna, narození vnoučete, promoce dcery apod., nebudu již nic požadovat. Je zajímavé, jak Rossová píše, že i když jsou tyto pakty uzavírány na jedno přání a lidé se zavazují, že už nic dalšího nebudou požadovat, nikdy tento slib nedodrží a žádají další a další požadavky v podobě nových a nových časových mezníků. (Kübler-Rossová, 2015)

Ve čtvrtém stadiu - depresi již není možné nemoc popírat. Lidé jsou zdrceni svým změněným zjevem, ztrátou identity, nemožností se postarat o své blízké.

Jde o depresi přípravnou, která předchází smíření se s nemocí a se smrtí. Je otočena směrem do budoucna, připravuje se na nepříjemné události, které nastanou. Pacienti v této přípravné depresi nemají potřebu častých návštěv, rušení a zásahů zvenčí.

Musíme ji odlišit od deprese reakční, která řeší problém, který nemoc přinesla a kterou řešit lze.

Posledním stádiem je akceptace. K tomuto stádiu se snažíme u pacienta dospět vždy. Někomu se to povede dříve, někomu později, někomu se to podařit nemusí. Pacient v této fázi často upadá do spánku, je unavený a zesláblý. Nemá zájem o novinky z vnějšího světa, nepotřebuje dlouhé rozhovory a návštěvy, stačí mu tichá přítomnost druhé osoby. Hodně péče je zaměřeno nyní i na rodinu, která potřebuje podporu.

Rossová uvádí, že k stadiu akceptace dospějí většinou dvě skupiny pacientů. Jednu skupinu tvoří lidé, kteří jsou spokojeni s právě prožitým životem. Druhou skupinu pacientů tvoří lidé, kteří se vyplakali, vykřičeli, otevřeně projeví navenek vše, co prožívají. (Kübler-Rossová, 2015)

Skutečností je, že fázemi může nemocný procházet střídavě, nemusí následovat v přesném pořadí, některou fází může zcela vynechat nebo se opět vrátit na počátek. Fáze se dokonce mohou prolínat současně spolu, trvají po různě dlouhou dobu. A opomenout nelze ani skutečnost, že stejně jako si těmito fázemi prochází nemocný, prochází si jimi i rodinní příslušníci. (Svatošová, 2008)

2.1.5 Dříve vyslovené přání

Dříve vyslovené přání je v ČR legislativně upraveno paragrafem 36 zákona č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). Pacient dopředu vyslovuje souhlas/nesouhlas s poskytováním zdravotní péče pro případ, že by se v budoucnu dostal do situace, kdy nebude schopen vyjádřit svůj souhlas/nesouhlas, tedy svou vůli. Pacient musí být předem písemně poučen svým praktickým či ošetřujícím lékařem. Samotné přání musí mít písemnou formu, pacientův podpis musí být úředně ověřen notářem. Rozhodne-li se pacient projevit přání až po příchodu do nemocnice nebo v průběhu hospitalizace, je i takto možno přání zlegalizovat, a to tím způsobem, že se záznam o přání pacienta provede do zdravotnické dokumentace. Následně se pod přání podepíše pacient, zdravotnický pracovník a svědek. (Předpis č. 372/2011 Sb., ze dne 6. listopadu 2011, Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování)

Zákon pamatuje i na situace, kdy toto přání nemusí být respektováno. Jde o situace, kdy od sepsání vysloveného přání uplynula dlouhá lhůta, během níž lékařská věda pokročila v možnostech léčby a předpokládá se, že by pacient za stávající situace

souhlasil s léčbou. Důvod pro nerespektování pacientova předem vysloveného přání musí být zaznamenán do zdravotnické dokumentace.

Přání nemůže být zároveň respektováno, navádělo-li by k provedení eutanazie, nebo pokud by ohrožovalo další osoby. Další situací z výjimky je stav, kdy před získáním informace o předem sepsaném přání zdravotnickým poskytovatelem, již započala taková péče a úkony u pacienta, jejichž přerušением by u pacienta nastala smrt.

Předem vyslovené přání nemohou sepisovat pacienti s omezenou svéprávností a nezletilí. Jednou sepsané přání je možno změnit. (Matějek, 2012)

Také v Úmluvě o biomedicíně je v článku 9 vysloven respekt k dříve vyslovenému přání ohledně lékařského zákroku, nemůže-li se pacient v dané době k zákroku vyjádřit. (Munzarová, 2005)

Na nedořešenost sepisování dříve vysloveného přání poukazuje Bošková. V žádné jiné zemi není povinnost podpisu lékaře a notáře. Předem sepsané přání je pouze zaregistrováno u komory notářů. Napadnutelné je podle ní i sepisování přání během pobytu v nemocnici. Pacient jej podepisuje s lékařem, na kterém je de facto závislý a svědkem bývá často jiný zdravotník, což otvírá možnost pro machinace. (Skřivanová-Bošková, 2012)

Sepsané přání není časově omezeno. Jeho platnost trvá. Zde ovšem vyvstává problém s otázkou validity. V úvahu se musí brát určitý duševní vývoj jedince, zkušenosti, přehodnocování, které časem může nastat, ba je přirozené. Kdo zaručí, že přání, které pacient projevil před 2-5 lety je u něj teď, kdy se již nedokáže vyjádřit, stále platné a aktuální?

Validitu svobodné vůle člověka také zpochybňuje Rotter. Poukazuje na vliv léků, bolesti, duševní tísní, rodinné vztahy a mnoho dalších faktorů, které ovlivňují pacientovo rozhodování. (Rotter, 1999)

2.2 Eutanazie

2.2.1 Pojem eutanazie

Pojem eutanazie ve svém významu obnáší hlubší myšlenkový záběr, jehož si mnohdy nejsme vědomi. Zvykli jsme si používat toto slovo ve smyslu usmrcení z útrpnosti. Jen málokdo si je vědom původního významu slova eutanazie, které je ve skutečnosti ušlechtilé. Dnes jej daleko více vnímáme pejorativně.

Původem slova eutanazie je řecké eu = dobrý a thanatos = smrt (Haškovcová, 2007). Tedy dobrá smrt. Na dobré smrti není nic špatného.

Představa dobré smrti ovšem může být pro každého jiná. Tato představa byla ovlivněna myšlenkovým směrem a rázem té které doby. Pro současnou společnost znamená dobrá smrt rychlou, bezbolestnou smrt, nejlépe ve spánku, smrt, kterou vlastně ani nepostřehneme a tudíž ji neprožíváme.

Takové nazírání neplatilo vždy. Přinejmenším ne u smrti veřejně známé. Smrt lidé vnímali jakožto vyvrcholení plodného života. Bylo důležité, co předcházelo smrti. V tomto pojetí je smrt odvislá od života právě prožitého, od života, z nějž máme určitý pocit. Od života, který jsme snad prožili rádi, podařilo se nám naplnit jej smyslem. Důležité je, jaký postoj zaujímáme k životu, o co jsme se snažili, co jsme chtěli dokázat, co se nám povedlo či nepovedlo. Jak upozorňuje Špinka a Špinková, existuje souvztažnost mezi dobrou smrtí a dobrým životem. (Špinka, Špinková, 2006)

V době středověku byla za dobrou smrt považována smrt na bitevním poli na vrcholu sil. Stejně tak tomu bylo u smrti z rukou nepřátel při ochraně vlasti. Jedná se zde o úzkou souvztažnost mezi náplní života, směrem, kterým se ubíráme, myšlenkou co a proč činíme a okamžikem smrti.

Křesťanství považovalo smrt mučednickou za smrt dobrou. Je otázkou, zda zrovna tento druh smrti byl tím, kterým tehdy toužili lidé umírat.

V době klasické dobrá smrt odrážela schopnost přijmout svůj úděl. Je to smrt, která svědčí o připravenosti na ni, o vnitřním uzrání a moudrosti. (Špinka, Špinková, 2006)

2.2.2 *Eutanazie v historickém kontextu*

Pokud dnes mluvíme o eutanazii, spojujeme ji automaticky s lékařskou vědou a jejími vykonavateli, s lékaři. Nikoho již nenapadne, že by se eutanazie měla provádět někým jiným.

Eutanazii jak ji známe dnes, praktikovali již přírodní národy, které zabíjely své přestárlé a nemocné. Tento akt pojímaly jako ochranu před utrpením, zároveň se jednalo i o ulehčení pro celou společnost.

Ani antika nebo středověk ještě nespojovaly eutanazii s lékařstvím. V antice byly zabíjeny postižené děti. Nebyl to lékařský zákrok a ani se o usmrcování nehovořilo jakožto o eutanazii. Vůle individuálního člověka měla hlavní slovo v rozhodování o dobrovolné smrti. Člověk měl dokonce i povinnost v případě, že se stal zátěží, dobrovolně ukončit svůj život. Platón například hodnotí ve své Ústavě eutanazii kladně. Seneca byl zastánce vyčlenění nenapravitelně postižených jedinců ze společnosti. Hippokrates eutanazii z rukou lékaře, jak ji vnímáme dnes, odmítal. V jeho přísaze zakazuje podat smrtící látku pacientovi. (Kutnohorská, 2007)

Doba křesťanství s sebou přinesla pohled na sebevraždu jakožto na smrtelný hřích. Pozemský život je ve výkladu církve jen přípravou na život po smrti a smrt je tak jakousi vstupní branou do života posmrtného. S tímto vědomím by pak bylo necitlivé a neúctyhodné vstupovat a ovlivňovat proces umírání. V tento moment se v pojetí křesťanské víry odehrává jistý proces, který je tak zásadní, že do něj druhé osoby nemají právo vstupovat. (Špinka, Špinková, 2006)

Na přelomu 15. a 16. století přichází Thomas More a jeho Utopie, v níž uvádí, že pokud se na ostrově Utopie vyskytne nevléčitelná nemoc u člověka, mají takovému člověku kněží a úředníci domlouvat, aby spáchal sebevraždu nebo mu má někdo pomoci. Pokud by takový člověk sebevraždu odmítl, není zatracován, je o něj postaráno až do smrti. (Rotter, 1999)

Samotný termín eutanazie se objevuje v 16. století ve Francii u Francise Bacona v knize 4., kapitole 2. O důstojnosti a pokroku věd, kde uvádí, že lékaři by měli ulehčit beznadějně nemocnému smrt. Rozlišuje zde eutanazii „vnější“, jakožto pomoc s usmrcením těla od eutanazie „vnitřní“, kterou pojímá čistě jakožto vnitřní přípravu duše člověka na smrt. (Rotter, 1999)

Na sklonku 19. století, roku 1895 vydává Adolf Lost Právo na smrt. Již pouhý stav nevléčitelnosti zde opravňuje k usmrcení. U duševně nemocných má právo na jejich usmrcení stát. Některé lidské životy pozbývají na hodnotě.

Dalším produktem lidské mysli, který se přiklání k možnosti usmrcování, byla kniha právníka Karla Bindinga a psychiatra Alfreda Hocha s vše vypovídajícím názvem Svoboda k hubení života nehodného žití, jeho rozsah a forma. Autoři zde vyjadřují názor, že existují životy, které ztratily svůj právní status, a jsou tak tudíž bezcenné jak pro jejich nositele, tak pro společnost. U nevléčitelně nemocných by podle výše zmíněných pánů měla být umožněna smrt na přání, u nenapravitelně slabomyslných má jednohlasně rozhodnout grémium, nejlépe na žádost příbuzných. Není veskrze divu, že toto dílo připravilo výhodnou cestu Adolfu Hitlerovi. Ten také vydal 1. září 1939 usnesení, jímž umožnil usmrcovat nevléčitelně nemocné. Následně byli usmrcováni lidé z domovů důchodců, ústavů apod. (Haškovcová, 2007)

Po hrůzách 2. světové války neměl dlouho nikdo odvahu nastolovat myšlenku eutanazie jakožto společenské téma hodné diskuse. Jak se válka postupně vytrácela z myslí lidí, objevovalo se pozvolna opět téma eutanazie a po mnoha diskusích a debatách byla nakonec i v některých zemích v jistých podobách upravena zákonem. Dnes je eutanazie legální v Nizozemí, Belgii, Lucembursku, Švýcarsku a některých státech USA. (Rotter, 1999)

2.2.3 Druhy eutanazie

Eutanazie může být pojímána úzce, v tom smyslu, jak ji většina z nás rozumí a jak ji také nejčastěji používáme. Může být pojímána také širěji, z čehož pak pramení nedorozumění mezi diskutujícími.

Ve významu, v kterém je nejčastěji užívána, se jedná o eutanazii aktivní, tedy eutanazii prováděnou lékařem se souhlasem pacienta s cílem zkrátit pacientovi život. Cíl je předem jasný. Aktivní eutanazie je cílené a zamýšlené usmrcení člověka na žádost pacienta nebo z útrpnosti. (Prošková, 2009)

Setkat se můžeme i s eutanázií pasivní. V pravém slova smyslu vlastně o eutanazii nejde. Pasivní eutanázií se rozumí neposkytnutí život prodlužující léčby, neresuscitování, vysazení cytostatik, ATB, neprovádění invazivních zákroků, které by byly pro pacienta zbytečně zátěžové, nepodávání výživy a tekutin v samotném závěru života. (Prošková, 2009) Někdy se zde hovoří o tzv. fenoménu odkloněné stříkačky. Zde se úzce dotýkáme

i tzv. dystanázie, tedy zadržené smrti, kdy člověka nenecháme přirozeně zemřít a smrt neustále oddalujeme. (Haškovcová, 2007)

V souvislosti s upuštěním od léčby se Vácha zamýšlí nad rozdílem povinné péče = care a nepovinné léčby = cure. Upozorňuje na rozdílnost mezi upuštěním od zbytečné léčby u pacienta, u kterého by se jednalo o pouhé prodlužování utrpení a mezi ukončením zavodňování a umělé výživy organismu. Je etické nechat pacienta zemřít, nechat volný průběh umírání, neprodlužovat smrt medicínskými technologiemi, které pacientovi nepomohou. Do upuštění od léčby nespadá odepření výživy a hydratace pacienta. Výjimku samozřejmě činí poslední předsmrtná fáze pacienta, kdy již organismus nezatěžujeme. (Vácha, 2012)

Zvláštní formou eutanázie, která je v některých zemích praktikována a ve svém názvu nenese slovo eutanazie je asistovaná sebevražda. V případě asistované sebevraždy samotný akt provede sice pacient sám, ovšem s nesporným přispěním druhé osoby, bez níž by sebevraždu nebyl schopen vykonat. Lékař zde poskytuje návod nebo konkrétní prostředek, jež pacientovi umožní usmrtit se. Hranice mezi aktivní eutanázií a asistovanou sebevraždou je, jak i někdy samotní pracovníci společností poskytující tyto služby připouštějí, velmi úzká. Někdy je klient natolik zesláblý, že je nutno mu kelímek s pentobarbitalem přidržet či pomoci vypít. (Peterková, 2012)

Pro úplnost zbývá zmínit ještě eutanazii nevyžádanou, leč s předpokladem hypotetického požadavku na ni a eutanazii nedobrovolnou bez předpokladu požadavku na ni. Je těžké, většinou přímo nemožné, zjistit, zda by pacient za momentálně daných okolností zamýšlel provést eutanazii nebo ne. Pouze tento předpoklad souhlasu odlišuje aktivní eutanazii nevyžádanou od aktivní eutanazie nedobrovolné. Je to o to problematičtější, vezmeme-li v úvahu osobnostní posun člověka v nemoci, zrání, přehodnocování a vývoj vnímání a nahlížení na věc. U pacientů, kteří projevili na počátku své choroby žádost o eutanazii a posléze se dostali do stavu, kdy nemohou vyjádřit svou vůli, se může stát, že svůj pohled na věc přehodnotili, leč momentálně již nejsou schopni dát jakkoliv vědět o změně svého nahlížení (Haškovcová, 2007). Je rovněž známo, že pro eutanazii jsou často zdraví lidé, kteří neměli možnost ještě čelit nemoci nebo bolesti někoho blízkého a kteří později, když onemocní sami či někdo jim blízký, své stanovisko přehodnocují. (Haškovcová, 2007)

2.2.4 Právní úprava ve státech umožňujících eutanazii

V Evropě dnes existuje několik států, které určitým způsobem právně vymezily poskytování eutanazie. Nizozemí bylo první zemí, která uzákonila aktivní eutanazii. Zákon o posuzování eutanazie a asistované sebevraždy nabyl v této zemi účinnosti 1. dubna 2002. Předcházelo tomu několik rozhodných událostí, které k uzákonění nakonec vedly. Vše začalo tím, když v roce 1969 pan Jan Hendrich van der Berg v knize Lékařská moc a lékařská etika vyslovil požadavek, aby lékaři přijali odpovědnost za trpící a umírající, jež jsou produktem lékařské vědy, která lidský život neustále prodlužuje na úkor kvality. Usmrcování by měli být pacienti ve vegetativním stavu, trpící a umírající. (Vácha, 2012)

V roce 1971 následovala kauza doktorky Postmové, která usmrtila svou invalidní matku na její vlastní žádost a šla se následně udat policii. Soud vzal v potaz utrpení matky, její výslovný souhlas a skutečnost, že se ocitala v poslední fázi života. Lékařku odsoudil k sedmi dnům vězení s podmínkou na jeden rok.

Dalším v pořadí byl případ doktora Schoonheima v roce 1982. Ten provedl eutanazii 95ti leté ženy se zlomeninou krčku, která si byla vědoma svých budoucích vyhlídek a požádala o usmrcení. I doktor Schoonheim se šel udat policii. Na rozdíl od doktorky Postmové byl zproštěn obvinění. Stal se tak prvním lékařem zproštěným obvinění za provedení eutanazie.

Ještě téhož roku byla vypracována Rotterdamská kritéria, při jejichž dodržení byla lékařům garantována beztrestnost při provádění eutanazie.

Později v roce 1984 Holandská královská lékařská asociace vydala podmínky, velmi podobné až totožné s Rotterdamskými kritérii. Za předpokladu jejich splnění není lékař trestán za eutanazii.

V následujících letech probíhalo mnoho diskusí. Byla ustanovena i speciální komise tří právníků a tří lékařů, která měla zmapovat skutečný počet provedených eutanázií.

Řešily se případy eutanazie provedené z důvodu unavenosti životem či těžkých depresí, ale vždy byl lékař provádějící eutanazii shledán nevinným. Od 1. dubna 2002 se stává eutanazie v Nizozemí legální, zákonem upravená. (Vácha, 2012)

Kritéria pro posuzování udělení eutanazie jsou následující: žádost pacienta, pacientovo nesnesitelné utrpení, informovanost pacienta, přítomnost přijatelných alternativ, konzultace s dalším lékařem a použitá metoda ukončení života. Lékař musí

konzultovat pacientovu žádost s dalším nezávislým lékařem. Žádající pacient nemusí být v terminální fázi onemocnění. Velmi důležitým bodem je fakt, že pacient nemusí trpět fyzicky. K umožnění eutanazie postačuje jeho psychické utrpení. Nizozemský zákon umožňuje eutanazii i u pacienta staršího 16ti let po předchozí konzultaci s rodiči. Je-li pacient ve věkovém v rozmezí 12 – 16 let, vyžaduje se souhlas rodičů, nestačí pouhá konzultace. Po provedení eutanazie je lékař povinen svůj úkon oznámit místně příslušnému patologovi. Důkazní břemeno leží na státním zástupci. Nutno podotknout, že lékař není povinen eutanazii provést. (Skřivanová-Bošková, 2012)

V souvislosti s holandským modelem eutanazie se často uvádí termín kluzkého svahu, tzv. slippery slope. Jak již bylo zmíněno, lékař, který zde eutanazii provede, má následně po činu ohlašovací povinnost. Jeho beztrestnost se prošetřuje a někdy jde o zdoluhavý a pro účinkující nepříjemný proces. Není tedy překvapující, že část z provedených eutanázií není vůbec nahlášena. (Benatar, 2011) Vyskytly se i důkazy, kdy některé z provedených eutanázií nebyly vyžádané, ani dobrovolné. Otevřela se tak velká možnost zneužití eutanazie, na kterou bylo původně poukazováno. (Haškovcová, 2007)

Nechvalně proslulým se stal tzv. doktor smrt, Jack Kevorkian, který pro své pacienty používal přístroje Mercitronu, s jehož pomocí byli schopni vykonat asistovanou sebevraždu. Plánovanou smrt nazval obitatrií, jakožto lékařský obor, který se stará o pokojný odchod nemocného ze života. Byl osobou vpravdě rozporuplnou. Neuznával Hippokratovu přísahu jakožto překonanou, orgány z usmrcených pacientů navrhoval použít pro transplantační účely (Haškovcová, 2007). V 90. letech stanul před soudem a byl na základě jím samotným poskytnutých důkazů (natočil asistovanou sebevraždu svého pacienta) odsouzen a poslán do vězení. Po propuštění z vězení kvůli špatnému zdravotnímu stavu již asistovanou smrt neprováděl, ale nadále obhajoval její smysluplnost. (Šlajchrtová, 2011)

Druhou zemí s právně upravenou eutanázií je od roku 2002 Belgie. Prání eutanazie je možné předem sepsat pro případ, že by se pacient do budoucna ocitl ve stavu bezvědomí. Stejně jako v Nizozemí i v Belgii není lékař povinen provést eutanazii. Aktivní eutanazii umožňuje belgický zákon na rozdíl od Nizozemí pouze pro plnoleté a osoby způsobilé k právním úkonům. Požadavek na eutanazii musí být opakovaný. Mezi písemnou žádostí a samotným provedením eutanazie musí uplynout alespoň jeden měsíc. Lékař opět konzultuje žádost s dalším nezávislým lékařem a všemi členy týmu. Pokud již pacient není schopen žádost podepsat sám, může určit místo sebe zástupce. Musí se jednat

o osobu zletilou. Tato osoba nesmí mít jakýkoliv materiální prospěch ze smrti pacienta. (Prošková, 2009)

Počátkem roku 2009 byla eutanazie povolena i v Lucembursku. Stejně jako v Nizozemí a Belgii má i v Lucembursku lékař povinnost konzultovat žádost s jedním nezávislým lékařem. Okolnosti uzákonění eutanazie provázely změny ústavy. Jelikož velkovévoda Lucemburska nesouhlasil s uzákoněním eutanazie, rozhodl se lucemburský parlament změnit svou ústavu. Do té doby velkovévoda zákony schvaloval, od změny ústavy je začal pouze vyhlašovat. (Kupka, 2014)

Vyhlášenou zemí pro sebevražednou turistiku je Švýcarsko. Důvodem je možnost asistované sebevraždy i pro příslušníky cizích zemí.

Ve Švýcarsku rozlišují právně pomoc k sebevraždě ze sobeckých pohnutek od pomoci z útrpnosti. Trestní postih se vztahuje na toho, kdo přiměje druhého ze sobeckých důvodů k sebevraždě nebo mu v sebevraždě bude nápomocen. Trestní sazba je dána 5ti letým odnětím svobody. Pokud dojde k pokusu o sebevraždu, dostane viník peněžitý trest (Peterková, 2012). Nelze-li tedy prokázat osobní prospěch, nelze ani soudit. Tím byl ve Švýcarsku umožněn vznik organizací, které se zabývají poskytováním asistované sebevraždy. Mezi nimi je nejznámější Dignitas, Exit nebo EX-International. Dignitas nabízí své služby i cizincům. Žadatel se musí nejprve stát členem společnosti. Tyto organizace kromě asistované sebevraždy poskytují i poradenství se sepsáním předem vysloveného přání.

Pracovníci EX-International dojíždějí do bydliště pacienta někdy i několik let před provedením asistované sebevraždy za účelem poznání pacienta a jeho přípravy. Žádost musí být podložena lékařskými zprávami, zpravidla se žádá několikrát v průběhu několika let. Dále je třeba identifikačních údajů, průkaz člena EX-International, rodný list, prohlášení pacienta o dobrovolnosti sebevraždy a jejím důkladném zvážení a v neposlední řadě i souhlasné vyjádření příbuzných.

Před zákrokem pacient musí navštívit lékaře, který potvrdí záznamy v chorobopisu a uzná pacienta za právně způsobilého. Tento lékař ordinuje podání dvojité dávky 15g pentobarbitalu sodného, který si pacient následně vyzvedne v lékárně.

Samotná eutanazie je provedena v pronajatém bytě organizace EX-Internationale, který slouží výhradně k těmto účelům. Kromě rodiny pacienta jsou přítomni ještě dva pracovníci organizace, jeden jako svědek, druhý jako doprovázející. Před vykonáním asistované sebevraždy je pacient ještě jednou dotázán, zda na svém stanovisku trvá. Je ujištěn, že své stanovisko může kdykoliv do samotného požití smrtícího roztoku změnit.

Pacientovi je vysvětlen mechanismus účinku. Používá se již zmíněný pentobarbital sodný, po jehož požití pacient usne, posléze se spánek prohloubí do bezvědomí a dojde k zástavě dechu. Jelikož je přípravek extrémně hořký, musí se půl hodiny předem vypít antiemetikum. Žaludek by jinak automaticky hořký přípravek vyzvrátil.

Po smrti pacienta, musí být tato, jakožto nepřírozená smrt, nahlášena na policii. Proveďte se tzv. aposteriorní kontrola soudním lékařem, policií a všemi zúčastněnými. (Peterková, 2012)

Společnost Dignitas je často kritizována za umožnění asistované sebevraždy u lidí s duševními problémy, mladších lidí, zdravějších a ve větší míře cizincům. (Skřivanová-Bošková, 2012)

Organizace Exit za poskytnutí asistované sebevraždy pobírá poplatek. Horní hranice částky, kterou může požadovat, činí v přepočtu na české koruny 8600,-. Pacient, který o asistovanou sebevraždu žádá, musí být starší 25ti let. U nesnesitelně trpících je možno učinit výjimku. (Kupka, 2014)

Zajímavé je, že i přes povolenou asistovanou sebevraždu je podle statistik ve Švýcarsku obecně vyšší tendence k sebevraždám. Paradoxně péče o pacienty a standardy paliativní péče jsou na velmi dobré úrovni, nicméně určitá část společnosti má zájem o eutanazii - zpravidla lépe situovaná vrstva společnosti. Poptávka po eutanazii zde tedy poukazuje na skutečnost, že v této zemi nejde o volání o pomoc v nouzi kvůli nedostatečné či zanedbané péči, ale o potřebu jisté části společnosti mít kontrolu nad vlastním životem. (Skřivanová- Bošková, 2012)

V rámci USA je asistovaná sebevražda legální ve státě Washington, Oregon a Montaně. V Oregonu byl Zákon o důstojné smrti přijat v roce 1998. K jeho uzákonění vedlo referendum, velmi těsné ve prospěch povolení asistované sebevraždy. Žádosti může být vyhověno pouze pro rezidenta Oregonu, nikoliv pro cizince, právně způsobilého, staršího 18ti let. Musí jít o pacienta nevyлéčitelně nemocného, kterému nezbývá podle diagnózy více než 6 měsíců života. Pacient o ni musí požádat písemně na speciálním formuláři. Žádost musí být podepsána za účasti dvou svědků. Žádat se musí i ústně, a to dvakrát, přičemž mezi oběma žádostmi musí být interval minimálně 14 dnů. Lékař má povinnost pacienta řádně informovat o hospicové péči či jiných alternativách péče. Při vyhovění žádosti je lékař povinen do 7 dnů oznámit předpis smrtících léků. (Kupka, 2014)

Washington umožňuje asistovanou sebevraždu od roku 2008, Montana od roku 2009. (Skřivanová - Bošková, 2012)

2.2.5 Úskalí eutanazie

Debata o eutanazii je v pravdě debatou etickou (Payne, Seymour, Ingleton, 2007). My, jakožto společnost, uznáváme určité etické hodnoty, na kterých se shodneme, které v historii lidstva vykrytalizovaly a na jejichž základech naše společnost funguje. Problém s eutanazií vyvstává tehdy, pokud ji nevnímáme v souladu s našimi etickými hodnotami. Nebo spíše poukazuje na odlišné názory na hodnoty uvnitř naší společnosti. Jednou z hodnot, které uznáváme, je hodnota lidského života. Lidský život je prapůvodně nedotknutelný a nikdo nemá právo činit rozhodnutí o jeho vyšší/nížší hodnotě. Tento pohled na hodnotu lidského života je ostatně vlastní i křesťanství, na jehož základech se naše civilizace utvářela. Helena Haškovcová ovšem upozorňuje na měnící se paradigma uvažování. Hodnota lidského života v úvahách o právoplatnosti eutanazie se dostává až za hodnotu vlastní svobody, tedy na druhé místo. (Haškovcová, 2007)

Všechny etické principy jako je princip hodnoty lidského života, právo na život, právo na sebeurčení, stojí nad právem, ústavou, státem, jsou mnohem hlubší. (Prošková, 2009)

Zmínit musíme i lékařskou etiku. Lékař zde od prapočátku stál jakožto ochránce lidského života. Setkáváme se s tím v již zmiňované Hippokratově přísaze a známého výroku o nepodání smrtící látky. (Haškovcová, 2002)

Lékař má postupovat v léčbě v souladu s principem nonmaleficence, tedy neškodit pacientovi, principu beneficence, tj. pomoci pacientovi a principu úcty k autonomii pacienta, tedy respektování jeho lidské důstojnosti. Lidé vnímají lékaře jakožto toho, kdo jim přichází pomoci, ne jako toho, kdo může přinášet smrt. Osobnost lékaře by byla rozpolcena, stala by se schizofrenní. Otázkou zůstává, jak budeme vnímat lékaře, o kterém víme, že je schopen podat smrtící látku, který přichází k lůžku pacienta s vědomím, že ukončí život. (Beauchamp, 1979)

Velkým nebezpečím je vidina úspory vynaložených financí na dlouhodobou péči o umírající. Je známo, že velkou částku peněz je třeba uvolnit právě na poslední roky života. Mohlo by se lehce stát, že tak, jak peníze hýbou mnoha věcmi v oblasti veřejného života, vzroste tendence zbavovat se neperspektivních pacientů. Nezabrání tomu žádná opatření. Vždy tu bude riziko zneužití. Kdo a jak zajistí, aby se na pozice o rozhodování, dostali jen ti poctiví bez postranních úmyslů? Zabití člověka by se tak mohlo stát společenskou normou, na kterou si společnost zvykne a přestane se nad tím pozastavovat. (Prošková, 2009)

Zastánci eutanazie často uvádějí jako jeden z argumentů pro zavedení eutanazie právo na svobodu jednotlivce, na svou autonomii a právo rozhodovat si o svém životě i smrti. Tento názor myšlenkově vychází z přesvědčení, že člověk je pánem svého života a může si s ním tudíž dělat, co chce. Zde opět narážíme na filosofickou otázku, kdo je vlastně čeho pánem. Doposud zde převažoval křesťanský názor, který tvrdí, že člověk není pánem svého života, a tudíž si ho nemůže ani vzít. Na sebevraždu se z křesťanského pohledu nahlíží jako na hřích. Eutanazie je v podstatě prodlouženou rukou sebevraždy. Pokud někdo chce páchat sebevraždu, nechce již déle žít, pak ať nese následky svého činu sám. Nemůže požadovat a přenášet váhu viny na někoho dalšího. (Haškovcová, 2007)

Zastánci eutanazie také odmítají utrpení. I zde se dotýkáme filosofické otázky principu utrpení, jeho důvodu a funkci. Lékařská věda dnes z velké části dokáže tlumit i zcela odstranit utrpení fyzické. Existují specializovaná pracoviště - centra bolesti, která se zaměřují na odstranění chronické bolesti pacientů. Pokud člověk nesnesitelně trpí, je vždy ještě varianta uvést jej do analgosedace. Existují ovšem i takoví jedinci, kteří vnímají utrpení jakožto způsob nesení svého kříže, jako svou oběť. Zde se ale již ocitáme na čistě religiózní rovině pojetí.

Dokážeme si představit utrpení člověka, který je odkázán na péči druhých. Sám se nenají, nenapije, nevyprázdňuje, neposadí. K tomu, abychom si nechali posloužit je třeba velké pokory (Svatošová, 2012). Nutí nás to odložit pýchu a přijmout danou situaci se vším, co přináší. V tomto pojetí jde o velký kus odvedené vnitřní práce ze strany pacienta. Odměnou je mu pak nazírání a vnímání reality jiným způsobem, který by mu bez tohoto druhu utrpení možná nebyl umožněn. Hrůza a zoufalství, jaké člověk na počátku této cesty pocítuje, je naprosto pochopitelná. Je důležité si uvědomit, že je to pouze počátek. Byla by škoda vzdávat se ještě před tím, než zkusí cestu zvládnout. Je třeba, aby na počátku tohoto období a vůbec v celém jeho průběhu byli kolem pacienta lidé, kteří ho mohou doprovodit, dodat mu odvahy a pomoci mu. Pokud bude v okolí prostředí umožňující eutanazii a nechápající hlubší rovinu našich životů, pak je nasnadě, že pacient v přirozeném strachu a obavách svůj život v eutanazii skončí a neodžije, co si odžít mohl. (Svatošová, 2008)

Povolením eutanazie by se vytvářel velmi významný tlak na pacienty, ať už ze strany příbuzných, tak i společnosti (Haškovcová, 2007). Už jen samo vědomí, že je člověk starý, nemohoucí, rodina s ním má jen starosti, přidělová práci, mladí by již potřebovali větší byt a je tu možnost eutanazie, oni ji beztak od něj asi v takové situaci očekávají, přece jim to nebude komplikovat, o eutanazii zažádá! Něco podobného se

může odehrávat v mysli starého nemohoucího člověka. Vystává zde otázka, jak by tomuto právní úprava čelila?

2.3 Paliativní péče

2.3.1 Vymezení paliativní péče

Paliativní medicína je někdy mylně vnímána jako nový medicínský obor. Přitom zde byla vždy, pouze se jí takto oficiálně neříkalo. Před tím, než medicína jakožto věda učinila obrovský pokrok, nezbývalo lidem nic jiného, než nemocné doprovázet bez možnosti jejich vyléčení. To jest v samotném jádru paliativní péče. (Virt, 2000)

Tato péče se snaží poskytnout úlevu od bolesti a jiných symptomů onemocnění. Umírání pojímá jako přirozenou věc v životě člověka. Nebojuje proti ní, ani ji neurychluje. Důraz klade i na psychickou a duchovní rovinu péče. Snaží se podporovat člověka v tom, aby žil aktivně až do smrti. Nezapomíná na rodinu a pozůstalé. Staví na týmové práci. (Payne, Seymour, Ingleton, 2007) V souladu s holistickým pojetím péče se o pacienta stará na všech jeho úrovních.

Dlouhou dobu byl termín paliativní léčba spojován s onkologickou problematikou a měl tak nádech marnosti a prohry. Jeho současný význam je širší a tedy jiný. Nejedná se tak o jeden ze zvoleného způsobu léčby onkologického pacienta dle rozsahu a závažnosti nálezů, ale o komplexní péči všech chronicky nemocných či umírajících pacientů. Nejde o strategii léčby, ale o způsob přístupu v péči o nemocného.

Koncept paliativní péče vychází ze zásad hospicového hnutí. Od počátku šlo o snahu využít postupy a přístupy hospicové péče v podmínkách zdravotnických zařízení. 1. oddělení paliativní péče založil doktor Balfour v Kanadě v Montrealu. Nechtěl jej záměrně označit hospic, aby předešel negativním konotacím. (Vorlíček, Jiří a Sláma, Ondřej, 2005)

V roce 1990 uvedla WHO paliativní péči jakožto celkovou péči o nemocného, kterého již není možné vyléčit. Stále se ještě jedná o spojitost s onkologickými pacienty. Zkušenosti s onkologickými pacienty se ale zúročily pro péči o pacienty s progresivními chronickými nemocemi. Změna nastala v tom smyslu, že se rozšířilo jednak spektrum pacientů (nejen onkologičtí), ale i délka péče o ně, jelikož se nejedná jen o terminálně nemocné. V roce 2002 již WHO uvádí jakožto pacienty vhodné pro paliativní léčbu

pacienty s onemocněním ohrožujícím život. Původně péče paliativní začínala tam, kde končila péče kurativní. Nyní může paliativní péče nastoupit již za součinnosti léčby kurativní. (Vorlíček, Jiří a Sláma, Ondřej, 2005)

Tato péče může trvat léta, např. u onkologicky nemocných, ale může se jednat i o období mnohem kratší. Je důležité, aby se prováděla správným způsobem a lidmi, kteří v její smysluplnost věří, jinak o paliativní péči v pravém slova smyslu nemůže být řeč.

Pokud si kurativní medicína může dovolit soustředit se na léčbu onemocnění v rámci příčin onemocnění, v paliativní medicíně je potřeba soustředit se na nepříjemné symptomy choroby a ve stejné míře i na duši člověka. Tato stránka se tu objevuje mnohem palčivěji a znatelněji. Staráme se o nepříjemné projevy onemocnění, psychiku, rozpoložení a nazírání pacienta na život. Pro pacienty je tato stránka péče ke konci života zcela zásadní.

Paliativní péče je dle definice WHO z roku 2002 přístup, který se snaží o neustálé zlepšování kvality pacientů, kteří čelí jakékoliv život ohrožující chorobě. Stejně tak je to pomoc rodinným příslušníkům a blízkým nemocného. Snaží se o prevenci utrpení a bolesti a jiných problémů spjatých s onemocněním. Jedná se o péči fyzickou, psychosociální a spirituální. (Davies, Elisabeth a Higginson, Irene, 2004)

S paliativní péčí se setkáváme ve dvou podobách – obecnou a specializovanou. Obecnou paliativní péči by měla být schopna poskytovat všechna zdravotnická zařízení. Všude by měli být schopni řešit pacientovu bolest, otevřeně a citlivě komunikovat s pacientem i rodinou, patří sem i kvalita ošetrovatelské péče, psychologická a duchovní péče, dostupnost specializovaných pracovníků.

Specializovaná paliativní péče je poskytována specializovanými odborníky na paliativní péči. Patří sem lékaři, sestry, psychologové, duchovní, fyzioterapeuti a další odborníci paliativní péče. (Bužgová, 2015)

Paliativní péče je odvětví, které v naší zemi zatím není v dostatečné míře praktikováno. Výborně se ho zhostilo hospicové hnutí, které doprovází člověka v jeho konečné, terminální fázi onemocnění. Nicméně je nutné praktikovat paliativní péči všude, kde se nacházejí nevléčitelní lidé. Tedy v nemocnicích, centrech následné léčby, paliativních jednotkách, domovech pro seniory a jiných zařízeních sociální a zdravotní péče. (Bužgová, 2015)

Je otázkou, nakolik je možné vyžadovat aplikaci a běžné uplatňování paliativní péče v nemocničních odděleních. Brání tomu mnohdy provoz oddělení, který sám o sobě

nevytváří klidné, rodinné prostředí s dostatkem intimity. Hlavním myšlenkovým proudem a směřováním nemocniční péče je záchrana lidských životů a léčba onemocnění.

Na druhé straně paliativní přístup je možné vytvářet samostatně u každého jedince. Najde-li se sestra, která si udělá čas a přijde si sednout k umírajícímu či nevyléčitelnému pacientovi a věnuje pacientovi chvíli, která je pro něj důležitá, už to se považuje za paliativní péči. Je to chvíle věnovaná jen onomu jedinému člověku. Taková péče se nedá zapsat do dekurzu a přitom jde o podstatnou věc.

I když jsou vytvořené standardy a principy paliativní péče, vždy je vše závislé na lidském faktoru. Na běžném nemocničním oddělení je možné fungovat a provádět ošetrovatelské úkony bez nadstandardního potenciálu lidskosti, který má zdravotník možnost do úkonu vnášet. Nevnese-li je tam, nic se nestane. Krev bude správně odebrána, rána ukázkově převázána, lék správně připraven. V paliativní péči jde ještě o víc. Není možné někoho učit empatii, lidskosti, lásce, snaze pomoci ulehčit, mít pochopení.

Spektrum pacientů vyžadujících paliativní péči je pestré. Jedná se zejména o následující progredující chronická onemocnění:

- onkologická onemocnění
- neurodegenerativní onemocnění typu roztroušené sklerózy, Parkinsonovy nemoci, demence
- konečná stadia chronických orgánových onemocnění: chronické srdeční, renální, jaterní selhání
- CHOPN
- AIDS
- polymorbidní geriatrickí pacienti
- pacienti v persistujícím vegetativním stavu
- některé vrozené pediatrické syndromy a onemocnění (např. cystická fibróza)
- kriticky nemocní pacienti s nevratným multiorgánovým selháváním v prostředí intenzivní péče. (Sláma, Špinka, 2004, s. 23)

2.3.2 Hospicové hnutí, hospicová péče

Kořeny hospicové péče sahají do středověku, kdy byly zřizovány útulky při kláštorech. Už tehdy se snažili v útulcích starat o tělo, duši i sociální zázemí potřebného člověka. Pojmenování hospic pochází z roku 1847, kdy byl v Paříži otevřen první dům

pro nevléčitelně nemocné pojmenován právě hospic. Otevřelo jej společenství žen, které sdružila Jeanne Garnierová. Následně byla založena kongregace sester lásky v Dublinu roku 1878. Sestry se staraly o doprovázení umírajících. Založily hospic sv. Josefa v Londýně. Pracovala zde Cecilia Sandersonová – nejprve jakožto sestra, po vystudování medicíny jako lékařka. Zkoumala zde užití perorálního morfia při chronické nádorové bolesti. Názory na komunikaci a naslouchání nemocným byla ovlivněna psychologem Carlem Rogersem. Sandersonová založila tzv. koncept totální bolesti (total pain), v němž došla k závěru, že bolest tělesná ovlivňuje psychickou složku pacienta, stejně jako sociální a duchovní – vše je navzájem propojeno. V roce 1967 zakládá Sandersonová na předměstí Londýna hospic sv. Kryštofa, kde fungoval multidisciplinární tým na léčbu bolesti. (Vorlíček, Jiří a Sláma, Ondřej, 2005)

V České republice pomohla uvést do života myšlenku hospicového hnutí Marie Svatošová, která u nás založila v roce 1993 občanské sdružení pro podporu domácí péče a hospicového hnutí Ecce homo. Vůbec prvním hospicem byl v ČR hospic Anežky České v Červeném Kostelci. Otevřen byl v prosinci 1995, první pacienti v něm našli domov v lednu 1996. V roce 2005 byla založena Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče, v jejímž představenstvu dnes Marie Svatošová působí. (Haškovcová, 2007)

Hospicová péče je v jádru paliativní péči o pacienta v terminálním stadiu choroby. Poskytuje se zde péče, kterou není možné zajistit v nemocnici ani doma. Jde o kompromis mezi obojím. V nemocnici není možné, aby měl pacient svůj vlastní pokoj (pokud nejde o nadstandardní lůžko), není zde dostatek personálu na to, aby si sestra s pacientem mohla povídat, věnovat se mu nejen po fyzické stránce, ale skutečně poznat veškeré potřeby nemocného. Kdo ze sester nebo lékařů může v nemocnici upřímně říct, že ví, koho má před sebou, kdo je můj pacient, co jej trápí, čeho se mu nedostává, kam v životě směřuje. V domácích podmínkách ovšem není možné v některých případech plnit paliativní medicínu pro ošetrovatelskou náročnost a medicínskou specifitu ošetřování. Hospic je pak skloubením obojího. (Svatošová, 2008)

Důležitá je filosofie hospice a důvod, proč sem lidé přicházejí dožít své životy. Hospic stojí na třech zásadách, které se zavazuje dodržovat. Prvním z nich je slib, že člověk zde nebude trpět nesnesitelnou bolestí. Strach z bolesti je jedním z důvodů, proč lidé žádají o eutanazii. Druhou garancí je jistota, že v každé situaci bude respektována lidská důstojnost. Na člověka bude nahlíženo jako na lidskou bytost, nikoliv jako na diagnózu. Třetím pilířem je ujištění, že v posledních chvílích života člověk nezůstane osamocen. Jedná se o prostou přítomnost doprovázejícího. (Svatošová, 2008)

Hospicová péče je běžně praktikována v několika formách podle potřeby a vhodnosti pro toho kterého pacienta. Setkáváme se tak se třemi formami péče. První z nich je lůžková hospicová péče. V lůžkových hospicích může být pobyt i krátkodobý či opakovaný. Pacient se může, pokud to jeho zdravotní stav a domácí podmínky dovolí, vracet domů. Hospice mají otevřené dveře pro rodinné příslušníky či přátele 24 hodin denně. Blízký, který by rád doprovázel nemocného až do konce, může využít možnosti přistýlky na pokoji nemocného. Každý pacient má svůj vlastní pokoj. Vstávat ráno může dle svých zvyklostí nebo momentálních potřeb, neexistuje pevný stanovený harmonogram. Nemocný si do hospice může vzít své vlastní věci, které mu připomínají domov, které má rád a na které je zvyklý. Je maximální snaha, aby pacient dožil svůj život co nejpřirozeněji, dělal to, co má rád, skutečně žil až do konce bez ohledu na nevlídnou prognózu. Hospic má snahu imitovat rodinné prostředí.

Druhou formou je hospicový stacionář. Do hospicového stacionáře dojíždějí pacienti s trochou nadsázky jako do školky. Rodina sem nemocného doveze ráno a opět si jej odpoledne nebo vpoledvečer vyzvedne. Důvodů pro návštěvu stacionáře může být několik. Může se jednat o diagnostický důvod, kdy se doma nedaří tišit v dostatečné míře bolest a je tak třeba kontrolovat bolest v stacionáři. Někdy pacient dochází do stacionáře na paliativní léčbu, pak hovoříme o důvodu léčebném. Stane se také, že si nemocný potřebuje od rodiny odpočinout, taktéž i rodina od péče o pacienta. Pak je to důvod azylový. Pro osamělé nemocné nebo nemocné s rodinnými příslušníky, kteří si nechtějí ještě připustit smrt, může působit stacionář terapeuticky.

Třetí a poslední formou je domácí hospicová péče. Domácí hospicová péče je určena umírajícím, o které se rodina může postarat a není třeba nemocničního či jiného lůžkového zařízení. Docházející sestra z hospicové péče pomáhá s péčí o nemocného, ale i samotným rodinným příslušníkům. (Svatošová, 2008)

2.3.3 Dokumenty vztahující se k právům umírajících

Na prvním místě dokumentů vztahujících se k umírajícím stojí Doporučení Rady Evropy č.1418/1999 O ochraně lidských práv a důstojnosti nevyléčitelně nemocných a umírajících, jež je Chartou práv umírajících. Poukazuje se zde na technický pokrok medicíny, která prodlužuje život člověka mnohdy na úkor jeho kvality. Prodlužování života nesmí být jediným cílem péče. Zmíněna je nedotknutelnost lidského života v jakékoliv životní etapě. Připomíná, že umírající člověk je stejně zranitelný a křehký

jako novorozené dítě. Vznáší požadavek, aby umírající neumíral osamocen a s nesnesitelnými symptomy jako je dušení či bolest. Podstatné je nepřipustit, aby byl u umírajícího vyvolán dojem, že je sociální zátěží. Členské státy Rady Evropy jsou vyzývány, aby zajistili dostupnost paliativní péče všem umírajícím. V duchu paliativní péče je i zapojování rodinných příslušníků do péče o umírajícího. Dále je zmiňována potřeba školit zdravotnický personál, vytvářet výzkumná a doškolovací centra paliativní medicíny. Při větších nemocnicích je třeba vytvářet specializovaná paliativní oddělení. Podstatné je zavedení systému ambulantní a domácí péče o umírající.

Charta uvádí, že mezi práva umírajících patří i právo být informován nebo nebýt informován, pakli-že si to umírající nepřeje. Zmíněna je možnost konzultace svého stavu s jiným, než ošetřujícím lékařem. Důležitá je i zmínka o garanci, že umírající nebude léčen ani ošetřován proti své vůli. Eutanazie se dotýká zmíněný požadavek záruky, že nevyлéčitelně nemocní nebudou úmyslně usmrcováni. Přání nevyлéčitelně nemocného zemřít neumožňuje jiné osobě toto přání vyplnit. (Doporučení Rady Evropy č. 1418/1999 O ochraně lidských práv a důstojnosti nevyлéčitelně nemocných a umírajících)

V Listině základních práv a svobod v hlavě druhé, oddílu prvním, článku 6 je člověku garantováno právo na život, nikdo nesmí být zbaven života. V článku 10 je definováno právo na zachování lidské důstojnosti, osobní cti, pověsti a dobrého jména. (Usnesení předsednictva České národní rady ze dne 16. prosince 1992: Listina základních práv a svobod)

Stejně tak Evropská úmluva o ochraně lidských práv v hlavě I, článku 2 garantuje právo každého na život. Nikdo nesmí být úmyslně zabit (Evropská úmluva o ochraně lidských práv, 2010).

Problematické je mnohdy rozhodnutí, v jakém momentu přejít z léčby intenzivní na léčbu paliativní. Česká lékařská komora ve svém doporučení představenstva č.1/2010 uvádí nutnost uvědomit si, že smrt je přirozenou součástí života. Nesmí na ni být nahlíženo jakožto na výsledek špatné péče, ale jako přirozený průběh onemocnění. Pokud by léčba pacientovi přinášela utrpení, zátěž, riziko komplikací, stav pacienta nebo jeho onemocnění by stejně neovlivnila, je neetické takovouto léčbu zahajovat nebo v ní pokračovat. Šlo by pouze o marnou, neúčelnou léčbu. Nejedná se o eutanazii či zanedbání léčby.

Každý z ošetrovatelského týmu může vznést návrh na zahájení paliativní péče. Odpovědnost za konečné rozhodnutí nese příslušný lékař. Nepřípustné je přenášet odpovědnost za rozhodnutí přechodu z intenzivní na paliativní péči na rodinu. Také přání

pacienta, je-li toho schopen, je nutno brát v potaz. (Doporučení představenstva ČLK č. 1/2010)

V českém právním řádu není eutanazie upravena. Pokud by někdo takový čin provedl nebo by napomáhal k sebevraždě, bude za svůj čin trestně odpovědný. Usmrcení z útrpnosti na žádost i bez žádosti pacienta je podle českého práva hodnoceno jako vražda. Tento čin může být rovněž vyhodnocen jakožto zabití pro omluvitelné hnutí mysli pachatele. Při vyměřování výše trestu je možno přihlídnout k soucitu jakožto polehčující okolnosti. (Šámal, 2014)

2.4 Situace umírajících v České republice

Podle výzkumu STEM/MARK z roku 2004 si lidé v naší zemi přejí umírat doma. V realitě jich ale nakonec 58 % zemře v nemocnici, 9 % v léčebném ústavu a 6 % v sociálních zařízeních. (Bužgová, 2015)

Rádi bychom umírali doma, ale neděje se tak. Zádrhel spočívá v nevytvoření dostatečných podmínek pro péči o umírající doma, ať už osvětou společnosti tak, aby se lidé nebáli pečovat o své příbuzné, finanční podpory této péče a existence dostatečné sítě paliativních mobilních jednotek, tedy paliativních specialistů, kteří by umírajícím v domácích podmínkách pomáhali.

Lidé už nevědí, jak o umírajícího pečovat. Přenechávají tuto starost zdravotníkům. Zcela zbytečně se tak do nemocnice na poslední chvíli převážejí umírající lidé doslova na zemřetí.

Existuje domněnka, že zdravotníci péči o umírajícího zvládnou lépe, jsou to přece profesionálové. Není tomu ale tak. Zdravotníci nejsou dostatečně erudováni. Neví, jak poskytovat kvalitní paliativní péči. Pokud se v nemocnici paliativní péče poskytuje, pak pouze okrajově, rozhodně ne v celé její šíři. Navíc často panuje názor, že paliativní medicína je vhodná jen pro onkologické pacienty. Na pacienty v terminálním stadiu chronické nemoci, geriatrické pacienty, neurologické a jiné se zapomíná. (Bužgová, 2015)

V roce 2014 proběhlo 67. valné shromáždění WHO. Jako každý rok i tento se zde stanovovaly cíle pro další směřování v nadcházejícím období. Členské země přijaly rozhodnutí o včlenění paliativní péče do zdravotnického systému. Vůle tedy je, ovšem uvedení tohoto předsevzetí do života u nás naráží na několik brzdících mechanismů. Na prvním místě stojí nedostatečné znalosti samotných zdravotníků a někdy i samotná vůle k činu. (Bužgová, 2015) I v dokumentu Strategie rozvoje paliativní péče v ČR se poukazuje na problém ve vzdělávání a výchovy lékařů pro paliativní péči. Na lékařských fakultách se paliativní medicína vyučuje spíše okrajově v rámci ostatních oborů. Nicméně v roce 2004 byl založen specializační lékařský obor Paliativní medicína a léčba bolesti. U sester je vzdělávání o paliativní péči včleněno do oboru onkologie. (Strategie rozvoje paliativní péče v České republice na období 2011 – 2015)

Problémem je i samotné rozpoznání pacienta, který paliativní péči potřebuje a případně, zda už ji potřebuje, tedy není-li ještě příliš brzy nebo naopak pozdě. Někdy se

pacientovi kvalitní paliativní péči nedostane na základě rozhodnutí rodinných příslušníků nebo zdravotníků o její nepotřebnosti. (Bužgová, 2015)

Častým problémem jsou nedostatečné podmínky v podobě zdrojů – nedostatek zaměstnanců, paliativních specialistů, pomůcek. Přidává se dále nedostatečná individualizace péče, nedostatek soukromí, zaměření se na samotnou nemoc, nikoliv tak už na jejího nositele. (Bužgová, 2015)

Limitující skutečností zůstává i fakt, že náš zákon zatím nezná termín specializovaná paliativní péče. Lékaři paliativní péče nemohou docházet podle potřeby za nemocným do domácího prostředí, jelikož jejich návštěva musí být indikována praktickým lékařem. Praktický lékař není ovšem k dispozici 24 hodin denně po celý týden. Naopak umírající potřebuje kontinuální péči 24 hodin denně celý týden. Nastává tak situace, že není nikdo, kdo by paliativní péči indikoval.

Kvalitní paliativní péče je u nás poskytována, není ale přístupna všem, kteří by ji potřebovali. Jejimi poskytovateli jsou především hospice. V České republice je 15 lůžkových hospiců, které ovšem nemohou pokrýt potřebu všech umírajících. V jiných zařízeních není dostupná ekonomicky, organizačně ani legislativně. (Strategie rozvoje paliativní péče v České republice na období 2011 – 2015)

Konečným faktem tedy zůstává, že i když si člověk přeje zemřít doma, nakonec mu nezbyde nic jiného, než zemřít v nemocnici, v zařízeních následné péče či jiném zdravotním či sociálním zařízení.

3 EMPIRICKÁ ČÁST

V empirické části práce na úvod připomenu cíle týkající se této části a hypotézy, které jsem stanovila. Popíšu metodiku a organizaci dotazníkového šetření a charakterizuji dotazovaný vzorek. Následně se budu zabývat analýzou získaných dat. Pro přehlednost budu výsledky prezentovat pomocí tabelárních přehledů, výsečových diagramů a histogramů četností. V závěru empirické části zhodnotím výsledky šetření a porovnáám je s již dříve publikovanými výsledky výzkumných šetření.

3.1 Cíle a pracovní hypotézy

Pro účely empirické části jsem stanovila následující cíle:

1. Zjistit postoj sester k myšlence eutanazie
2. Zjistit povědomí sester o pojmu paliativní péče
3. Zjistit přístup sester k smrti a umírání

Pracovní hypotézy:

Hypotéza č. 1: Předpokládám, že ve výsledcích dotazníkového šetření bude statisticky významný rozdíl v postoji k legalizaci eutanazie mezi sestrami z intenzivních lůžek a sestrami z hospicových lůžek

Hypotéza č. 2: Předpokládám, že ve výsledcích dotazníkového šetření bude statisticky významný rozdíl v postoji ke smrti v odpovědích sester z intenzivních lůžek a sester z hospicových lůžek

Hypotéza č. 3: Předpokládám, že bude statisticky významný rozdíl v ochotě mluvit s pacientem o smrti mezi sestrami z akutních lůžek a sestrami z hospicových lůžek

Hypotéza č. 4: Předpokládám, že budou statisticky významné rozdíly v odpovědích sester k otázce legalizace eutanazie vzhledem k jejich dosaženému vzdělání

3.2 Metodika šetření

K získání informací pro účely zpracování daného výzkumného šetření jsem zvolila kvantitativní metodu dotazování prostřednictvím techniky dotazníku. Použila

jsem polostrukturovaný dotazník vlastní tvorby, který je tvořen 24 otázkami. Otázky jsou obsahově členěny do 3 tematických úseků. První úsek – otázka č. 1– 8 je zaměřen na problematiku eutanazie. Druhý úsek – otázka č. 9 – 13 je cílen na téma paliativní péče. Třetí úsek – otázka č. 14 – 19 se dotýká smrti a umírání. 20. otázka uzavírá úvahově dotazník obracející se na respondenty s dotazem na smysl života. Otázky vyskytující se v dotazníku jsou povětšinou uzavřené – umožňují volit mezi dvěma či vícero danými odpověďmi (otázka č. 1, 3, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 17, 18), dále polouzavřené – umožňující i odpověď vlastními slovy, kterou často respondenti nevyužili (otázka č. 2, 4, 15, 16, 19, 20). Nachází se zde i jedna otázka filtrovaná, určena jen pro výběrové respondenty (otázka č. 8). 4 otázky jsou polynomické, tedy je možno na ně odpovědět vícero možnostmi nabízených odpovědí (otázka č. 2, 4, 8, 20). Na konci dotazníku jsou zařazeny 4 otázky sloužící k identifikaci respondentů, jsou to: typ oddělení, věk, délka praxe a dosažené vzdělání.

3.3 Organizace šetření

Dotazníky jsem rozdělila mezi dvě skupiny respondentů. První skupinu tvořily sestry z intenzivních lůžek, kam jsem zahrнула sestry pracující na oddělení ARO, JIP a OCHRIP (nověji NIP). Druhou skupinu tvořily sestry z lůžkových hospicových zařízení. Obě skupiny vytvořily početně rovnocenné celky.

Dotazníkové šetření probíhalo ve Fakultní nemocnici Motol na oddělení ARO, nefrologické JIP, metabolické JIP a OCHRIP, dále na Rehabilitační klinice Malvazinky na oddělení NIP. Hospicový oddíl zastupovaly následné lůžkové hospice: Hospic sv. Štěpána v Litoměřicích, Hospic sv. Alžběty v Brně, Hospic sv. Lazara v Plzni, Hospic Citadela ve Valašském Meziříčí, Hospicová péče sv. Kleofáše v Třeboni (zde se nejednalo o lůžkový hospic, nýbrž o domácí hospicovou službu), Hospic Anežky České v Červeném Kostelci, Hospic Chrudim a Hospic Frýdek-Místek.

Samotné výzkumné šetření probíhalo v časovém rozmezí od července 2015 do října 2015. Ve Fakultní nemocnici Motol jsem dotazníky distribuovala po předchozím schválení náměstkyně pro ošetrovatelskou péči prostřednictvím staničních sester jednotlivých úseků, od kterých jsem si i vyplněné dotazníky osobně vybírala. Stejně tak probíhal i sběr informací v Rehabilitační klinice Malvazinky – viz Příloha č. 2. Šetření v jednotlivých hospicích jsem vzhledem k jejich velkému místnímu rozptýlení po celé

České republice zajišťovala po předchozím osobním telefonickém obeznámení s mým záměrem provést dotazníkové šetření a předběžném schválení vrchní sestrou daného hospicového zařízení poštou.

Celkem jsem rozdala 160 dotazníků (100 %), přičemž řádně vyplněných se vrátilo 139, procentuální návratnost tedy činí 87 %. Do hospiců jsem odeslala 75 dotazníků, navrátilo se zpět 69 dotazníků, návratnost činí 92 %. Na intenzivní lůžka jsem rozdala 85 dotazníků, návratnost činila 70 dotazníků, tedy 82,35 %.

3.4 Zpracování získaných dat

Získaná data byla zpracována pomocí programu Statistica 12, následné úpravy pak v programech Microsoft Excell 2016 a Microsoft Word 2016. Pro vizuální přehlednost jsou výstupy prezentovány v tabelárních přehledech a grafických výstupech, konkrétně byly použity histogramy četnosti a výsečové diagramy.

3.5 Charakteristika zkoumaného vzorku

Dotazníkovým šetřením byly osloveny všeobecné sestry z akutních intenzivních lůžek FN Motol, konkrétně nefrologické a metabolické JIP a sestry pracující na ARO a sestry z chronických intenzivních lůžek FN Motol a Rehabilitační kliniky Malvazinky. Tato skupina tvořila celkem 70 respondentů (50,36 %). Konkrétně jednotlivé podskupiny sester intenzivní péče činily početně 38 sester z akutních intenzivních lůžek (27,34 %) a 32 sester z dlouhodobě intenzivních lůžek (23,02 %).

Druhou skupinou oslovených sester byly sestry z lůžkových hospiců lokalizovaných po celé České republice -viz výše. Tato skupina tvořila 69 respondentů (49,64 %). Pro účely porovnání názorů sester z intenzivních lůžek se sestrami z hospiců se podařilo vytvořit početně rovnocenné skupiny. Celkem bylo dotazováno 139 respondentů (100 %).

Účastníci šetření byli dále členěni podle věku, dosaženého vzdělání a délky praxe.

Tuto skupinu respondentů jsem volila záměrně vzhledem k charakteru oddělení, na kterém pracují. Jedná se o specifickou skupinu sester, která je v častém kontaktu s umírajícími a přitom každá pracuje v jiném systému péče a chodu oddělení. Důležité pro mne bylo, aby tento charakteristický soubor byl schopen odpovědět na otázky, které

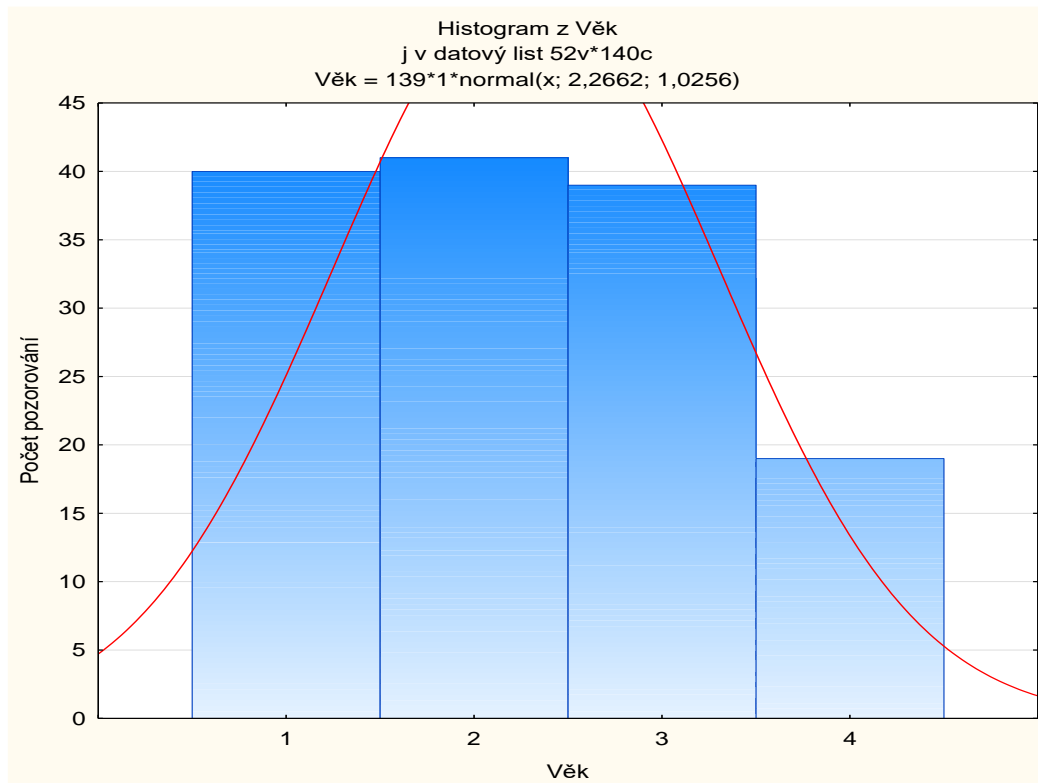
se jich bezprostředně týkají. Hospicové sestry se specializují na doprovázení umírajících, neočekává se zde zvrát pacientova zdravotního stavu. Sestry na OCHRIP jsou v kontaktu s pacienty, kteří se nacházejí v beznadějném stavu a přece ještě neumírají. V tomto stavu se mohou ocitát po mnoho let, přičemž je zde velký tlak na ošetřující personál vyrovnat se se smysluplností takového stavu. V porovnání s hospicovými sestrami, doprovázejí pacienty po mnohem delší dobu. Sestry z ARO, JIP musí zpracovávat rychlé životní zvraty svých pacientů v krátkém časovém úseku, na tomto pracovišti dochází buď k uzdravení či smrti. Z výše zmíněných důvodů jsem tedy volila toto spektrum respondentů, které jsem roztrídila do tří skupin podle charakteru oddělení. ARO a JIP jsem spojila do jednoho celku vzhledem k podobnému systému práce a typu pacientů, druhou skupinu tvořily sestry z OCHRIP a třetí sestry pracující v hospicích.

3.6 Výsledky vlastního dotazníkového šetření

Otázka č. 21: **Jaký je Váš věk?**

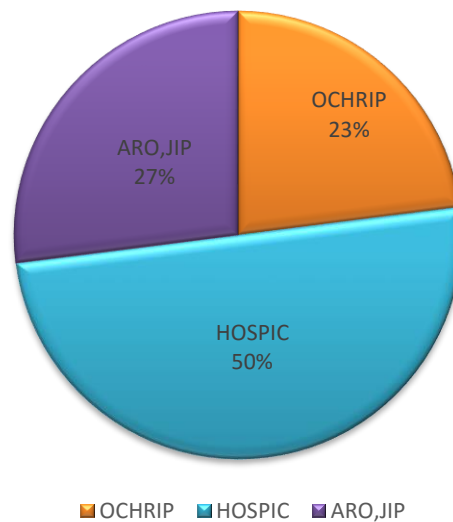
Kategorie	Věk	
	Četnost=n	Rel. četnost=%
19 – 29 let	40	28,77698
30 – 39 let	41	29,49640
40 – 49 let	39	28,05755
50 let a více	19	13,66906

Tab. 1: Věkové rozložení

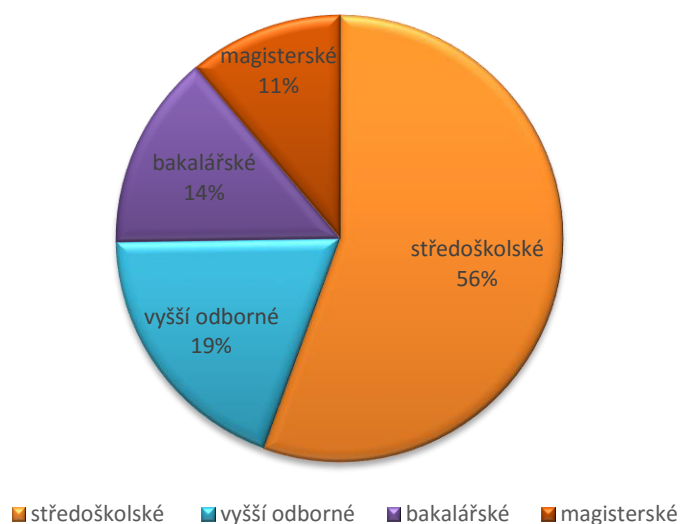


Obrázek č. 1: Histogram věkového rozložení

Věk respondentů je rozčleněn do čtyř kategorií. První kategorii tvoří sestry ve věkovém rozmezí 19 – 29 let, v druhé kategorii jsou věkové skupiny sester mezi 30- 39 lety, ve třetí mezi 40 – 49 let a ve čtvrté sestry od 50 let výše. Z grafu je patrné poměrně velmi vyrovnané věkové rozložení v prvních třech věkových kategoriích – tedy 28,78 % ($n = 40$) v první věkové kategorii, 29,50 % ($n = 41$) u druhé věkové kategorie a 28,06 % ($n = 39$) u třetí věkové kategorie. Sestry 50 let a výše činí 13,67 % ($n = 19$). Rozložení respondentů je až na poslední skupinu velmi homogenní.

Otázka č. 22: Na jakém typu oddělení pracujete?*Obrázek č. 2: Typ oddělení*

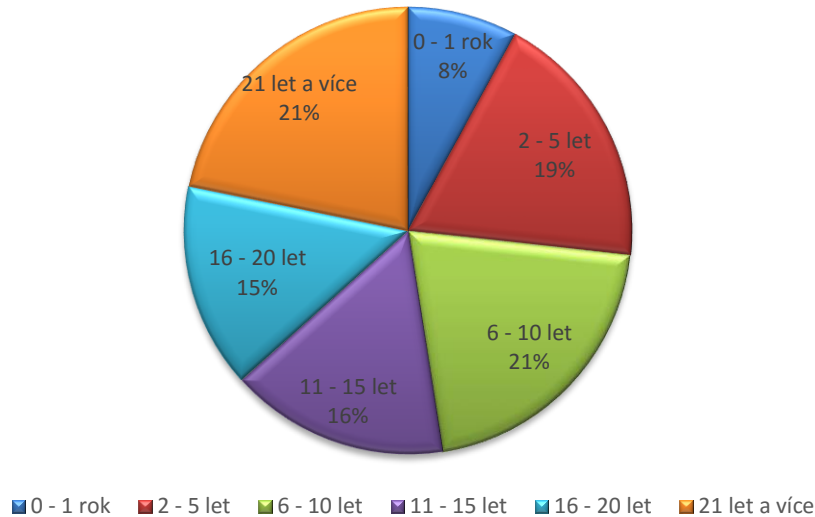
Pro přehlednost vzhledem k účelu průzkumu jsou respondenti rozděleni do tří skupin. První skupinu tvoří sestry z hospiciů, tvořících 49,64 % respondentů (n = 69). Druhou skupinu tvoří sestry z akutních intenzivních lůžek tvořící 27,34 % respondentů (n = 38). Třetí skupinu tvoří sestry z dlouhodobě intenzivních lůžek tvořící 23,02 % tj. (n = 32)

Otázka č. 23: Jaké máte vzdělání?*Obrázek č. 3: Dosažené vzdělání*

Z grafu vyplývá, že nejčastěji se vyskytujícím vzděláním je středoškolské – 55 %, dále následuje s odstupem vyšší odborné vzdělání – 19 %, pak bakalářské vzdělání v 14

% a nakonec magisterské v 11 %. V dotazníku byla uvedena ještě pátá varianta, jiné: jaké: umožňující doplnit specializaci ARIP apod., tato varianta nebyla využita ani v jednom dotazníku, proto jsem ji v grafu nepoužila.

Otázka č. 24: Kolik let praxe máte?



Obrázek č. 4: Délka praxe sester

Z grafu je patrné, že největší procentuální zastoupení 21,58 % ($n = 30$) mají sestry s 21 lety praxe a více, následují sestry s 6 – 10 lety praxe ve 20,86 % ($n = 29$), dále sestry se 2 – 5 lety praxe s 18,70 % ($n = 26$), poté sestry s 11- 15 lety praxe v 15,83 % ($n = 22$), hned za nimi sestry s 16 – 20 lety praxe v 15,11 % ($n = 21$) a nakonec sestry s praxí do 1 roku v 7,91 % ($n = 11$).

Otázka č. 1: **Souhlasil/a byste s legalizací eutanazie?**

Absolutní/ relativní četnost	1. Souhlasil byste s legalizací eutanazie?	Typ oddělení HOSPIC	Typ oddělení ARO, JIP	Typ oddělení OCHRIP	Celkem
n	rozhodně ano	4	10	21	35
sloupec četnost		5,80%	26,32%	65,63%	
celková četnost		2,88%	7,19%	15,11%	25,18%
n	spíše ano	19	19	9	47
sloupec četnost		27,54%	50,00%	28,13%	
celková četnost		13,67%	13,67%	6,47%	33,81%
n	spíše ne	10	2	0	12
sloupec četnost		14,49%	5,26%	0,00%	
celková četnost		7,19%	1,44%	0,00%	8,63%
n	rozhodně ne	30	6	0	36
sloupec četnost		43,48%	15,79%	0,00%	
celková četnost		21,58%	4,32%	0,00%	25,90%
n	nevím	6	1	2	9
sloupec četnost		8,70%	2,63%	6,25%	
celková četnost		4,32%	0,72%	1,44%	6,47%
n	celkem	69	38	32	139
%		49,64%	27,34%	23,02%	

Tab. 2: *Postoj k legalizaci eutanazie*

Z tabulky je patrné, že mezi nejčastěji volenou odpověď patřila odpověď „spíše ano“, volilo ji celkem 33,81 % všech sester (n = 47). Velmi těsně vedle sebe dopadly odpovědi „rozhodně ne“ s 25,90 % (n = 36) a „rozhodně ano“ s 25,18 % (n = 35). Velký podíl na jednoznačném odmítnutí eutanazie měly hospicové sestry – 43,48 % z nich eutanázii odmítlo (n = 30). Jednoznačné přitakání eutanazii volilo 65,63 % sester z OCHRIP. Variantu „spíše ne“ volilo 8,63 % všech sester (n = 12), v nejčastějším zastoupení hospicové sestry – 14,49 % z nich (n = 10). Odpověď „nevím“ volilo 6,47 % všech sester (n = 9).

Otázka č. 2: Jaký by měl být důvod k poskytnutí eutanazie?

Absolutní/relativní četnost	2. Jaký by měl být důvod k poskytnutí eutanazie?	Typ oddělení HOSPIC	Typ oddělení ARO, JIP	Typ oddělení OCHRIP	Celkem
n	neztížitelná bolest	18	13	12	43
sloupcová četnost		15,38%	14,60%	14,63%	
celková četnost					14,93%
n	zkrácení procesu umírání	19	20	15	54
sloupcová četnost		16,23%	22,47%	18,29%	
celková četnost					18,75%
n	nesmyslné prodlužování života na přístrojích	38	30	29	97
sloupcová četnost		32,47%	33,70%	35,36%	
celková četnost					33,68%
n	ztráta smysluplnosti života, životní únava	6	4	4	14
sloupcová četnost		5,12%	4,49%	4,87%	
celková četnost					4,86%
n	zachování lidské důstojnosti	11	17	21	49
sloupcová četnost		9,40%	19,10%	25,60%	
celková četnost					17,01%
n	žádný důvod pro eutanazii neshledávám	25	4	0	29
sloupcová četnost		21,36%	4,49%	0%	
celková četnost					10,06%
n	jiné, jaké	0	1	1	2
sloupcová četnost		0%	1,12%	1,21%	
celková četnost					0,69%

Tab. 3: Důvody k poskytnutí eutanazie

Variant důvodů k poskytnutí eutanazie mohly sestry uvádět více, jedná se o otázku s možností vícečetných odpovědí. Sestry v počtu 139 celkem zvolily 288 odpovědí, což vychází na jednu sestru v průměru 2 odpovědi. Nejčastěji se vyskytovala odpověď „nesmyslné prodlužování života na přístrojích“ v 33,68 % (n = 97), jednalo se o nejčastěji volenou variantu i v rámci každého oddělení. Druhou nejčastější odpovědí bylo „zkrácení procesu umírání“ v 18,75 % (n = 54). Následovala velmi těsně odpověď „zachování lidské důstojnosti“ v 17,01 % (n = 49), „neztížitelná bolest“ v 14,93 % (n = 43). V 10,06 % (n = 29) volily sestry odpověď „žádný důvod pro eutanazii neshledávám“, kde odpovídaly zejména hospicové sestry v 21,36 % (n = 25). Méně často byla odpověď „ztráta smysluplnosti života, životní únava“ v 4,86 % (n = 4). 0,69 % (n = 2) sestry využily variantu odpovědi „jiné, jaké“, kde v jednom případě uvedly jakožto důvod onkologické onemocnění, v druhém případě „důvod pacienta“.

Otázka č. 3: Ovlivnila Vaše práce a zkušenosti Váš postoj k eutanazii?

Absolutní/ relativní četnost	3. Ovlivnila Vaše práce a zkušenosti Váš postoj k eutanazii?	Typ oddělení HOSPIC	Typ oddělení ARO, JIP	Typ oddělení OCHRIP	Celkem
n	rozhodně ano	32	19	27	78
sloupec četnost		46,38%	50,00%	84,38%	
celková četnost		23,02%	13,67%	19,42%	56,12%
n	spíše ano	22	13	4	39
sloupec četnost		31,88%	34,21%	12,50%	
celková četnost		15,83%	9,35%	2,88%	28,06%
n	spíše ne	10	3	1	14
sloupec četnost		14,49%	7,89%	3,13%	
celková četnost		7,19%	2,16%	0,72%	10,07%
n	rozhodně ne	5	3	0	8
sloupec četnost		7,25%	7,89%	0,00%	
celková četnost		3,60%	2,16%	0,00%	5,76%
n	celkem	69	38	32	139
%		49,64%	27,34%	23,02%	

Tab. 4: Vliv práce a zkušenosti na postoj k eutanazii

Sestry volily nejčastěji odpověď „rozhodně ano“ v 56,12 % (n = 78). Méně často „spíše ano“ 28,06 % (n = 39). Následovalo „spíše ne“ v 10,07 % (n = 14). Nejméně byla volena odpověď „rozhodně ne“ v 5,76 % (n = 8). Je patrné, že sestry vliv své práce a zkušeností považují za zcela zásadní, ať již ve smyslu přitakání či odmítnutí eutanazie. Nejvíce patrné to bylo u sester z OCHRIP, kde odpovědělo 84,38 % z nich, že je práce a zkušenosti jednoznačně ovlivnily.

Otázka č. 4: Jaká vnímáte společenská rizika zneužití eutanazie?

Absolutní/relativní četnost	4. Jaká vnímáte společenská rizika zneužití eutanazie?	Typ oddělení HOSPIC	Typ oddělení ARO, JIP	Typ oddělení OCHRIP	Celkem
n	tlak příbuzných na nemocného, vidina dědictví	43	26	26	95
sloupcová četnost		26,06%	42,65%	41,93%	
celková četnost					32,98%
n	vzdání se předčasně života ze strany nemocného	37	11	11	59
sloupcová četnost		22,42%	18,03%	17,74%	
celková četnost					20,48%
n	pocit moci nad životem a smrtí ze strany zdravotníků	27	8	9	44
sloupcová četnost		16,36%	13,11%	14,51%	
celková četnost					15,27%
n	řešení finanční náročnosti péče o nemocného	24	9	9	42
sloupcová četnost		14,54%	14,75%	14,51%	
celková četnost					14,58%
n	demoralizace společnosti	32	5	5	42
sloupcová četnost		19,39%	8,19%	8,06%	
celková četnost					14,58%
n	žádná rizika nevnímám	0	2	2	4
sloupcová četnost		0%	3,27%	3,22	
celková četnost					1,38%
n	jiná, jaká	2	0	0	2
sloupcová četnost		1,21%	0%	0%	
celková četnost					0,69%

Tab. 5: Rizika zneužití eutanazie

Zde se opět jednalo o otázku s možností vícečetných odpovědí. Bylo zvoleno celkem 288 odpovědí na 139 sester, na každou sestru v průměru vycházela jedna varianta. Nejvíce vnímají sestry zneužitelnost legalizace eutanazie v podobě tlaku ze strany příbuzných v 32,98 % (n = 95), byla to nejčastější odpověď u všech typů oddělení. Následovala odpověď „vzdání se předčasně života“ v 20,48 % (n = 59). „Pocit moci nad životem a smrtí ze strany zdravotníků“ volilo 15,27 % (n = 44). Stejně časté byly odpovědi „řešení finanční náročnosti péče“ a „demoralizace společnosti“ v 14,58 % (n = 9), ve větší míře je uváděly zejména hospicové sestry. Žádná rizika nevnímaly pouze 4 sestry (1,38 %). Dvě sestry (0,69 %) uvedly jiná rizika, která ale blíže nespecifikovaly.

Otázka č. 5: Lze dle Vašeho názoru legislativně zamezit zneužití eutanazie?

Absolutní/ relativní četnost	5. Lze dle Vašeho názoru legislativně zamezit zneužití eutanazie?	Typ oddělení HOSPIC	Typ oddělení ARO, JIP	Typ oddělení OCHRIP	Celkem
n	rozhodně ano	14	7	9	30
sloupec četnost		20,29%	18,42%	28,13%	
celková četnost		10,07%	5,04%	6,47%	21,58%
n	spíše ano	11	13	14	38
sloupec četnost		15,94%	34,21%	43,75%	
celková četnost		7,91%	9,35%	10,07%	27,34%
n	spíše ne	26	13	6	45
sloupec četnost		37,68%	34,21%	18,75%	
celková četnost		18,71%	9,35%	4,32%	32,37%
n	rozhodně ne	12	2	1	15
sloupec četnost		17,39%	5,26%	3,13%	
celková četnost		8,63%	1,44%	0,72%	10,79%
n	nevím	6	3	2	11
sloupec četnost		8,70%	7,89%	6,25%	
celková četnost		4,32%	2,16%	1,44%	7,91%
n	celkem	69	38	32	139
%		49,64%	27,34%	23,02%	

Tab. 6: Možnost legislativního zamezení zneužití eutanazie

Na tuto otázku sestry odpovídaly v 21,58 % „rozhodně ano“ (n = 30) a v 27,34 % „spíše ano“ (n = 38). Odpověď „spíše ne“ volily v 32,37 % (n = 45) a „rozhodně ne“ v 10,79 % (n = 15). Odpovědi klonící se ke kladné odpovědi a odpovědi klonící se k negativním odpovědím jsou četností velmi blízké, nicméně převaha kladných odpovědí je patrná. Odpověď nevím volilo 7,91 % (n = 11). Mezi sestrami z OCHRIP odpovídalo 43,75 % ve prospěch možnosti legislativního zamezení zneužití.

Otázka č. 6: **Byl/a byste ochotna asistovat lékaři u eutanazie za předpokladu její legálnosti?**

Absolutní/ relativní četnost	6. Byla byste ochotna asistovat lékaři u eutanazie za předpokladu její legálnosti?	Typ oddělení HOSPIC	Typ oddělení ARO,JIP	Typ oddělení OCHRIP	celkem
n	rozhodně ano	1	10	15	26
sloupec četnost		1,45%	26,32%	46,88%	
celková četnost		0,72%	7,19%	10,79%	18,71%
n	spíše ano	15	16	13	44
sloupec četnost		21,74%	42,11%	40,63%	
celková četnost		10,79%	11,51%	9,35%	31,65%
n	spíše ne	12	3	1	16
sloupec četnost		17,39%	7,89%	3,13%	
celková četnost		8,63%	2,16%	0,72%	11,51%
n	rozhodně ne	32	6	1	39
sloupec četnost		46,38%	15,79%	3,13%	
celková četnost		23,02%	4,32%	0,72%	28,06%
n	nevím	9	3	2	14
sloupec četnost		13,0%4	7,89%	6,25%	
celková četnost		6,47%	2,16%	1,44%	10,07%
n	celkem	69	38	32	139
%		49,64%	27,34%	23,02%	

Tab. 7: Ochota k asistenci u eutanazie

Odpovědi na tuto otázku korespondovaly s odpověďmi na první otázku zjišťující postoj k eutanazii. Odpověď „rozhodně ano“ volila 18,71 % (n = 26), velký podíl zde měly sestry z OCHRIP - 46,88 % v rámci tohoto oddělení (n = 15) a sestry z ARO a JIP v 26,32 % (n = 10), hospicová sestra volila tuto variantu jen 1 (1,45 % v rámci hospicových sester). Variantu „spíše ano“ volilo 31,64 % (n = 44), byla to odpověď nejčastější. Zastoupení jednotlivých typů oddělení je zde velmi rovnoměrné – 10,79 % hospice (n = 15), 11,51 % ARO, JIP (n = 16) a 9,35 % OCHRIP (n = 13). Odpověď spíše ne volila 11,51 % (n = 16), převažovaly zde sestry hospicové - 17,39 % ze všech hospicových sester (n = 12). Druhá nejčastější varianta odpovědi byla „rozhodně ne“ v 28,06 % (n = 39), s převahou hospicových sester – 46,38 % v rámci hospicových sester (n = 32). Variantu „nevím“ zvolilo 10,07 % (n = 14).

Otázka č. 7: **Setkala jste se během své praxe s žádostí o eutanazii?**

Absolutní/relativní četnost	7. Setkala jste se během své praxe s žádostí o eutanazii?	Typ oddělení HOSPIC	Typ oddělení ARO, JIP	Typ oddělení OCHRIP	Celkem
n	ano	54	19	23	96
sloupec četnost		78,26%	50,00%	71,88%	
celková četnost		38,85%	13,67%	16,55%	69,06%
n	ne	15	19	9	43
sloupec četnost		21,74%	50,00%	28,13%	
celková četnost		10,79%	13,67%	6,47%	30,94%
n	celkem	69	38	32	139
%		49,64%	27,34%	23,02%	

Tab. 8: *Setkání se s žádostí o eutanazii*

Z tabulky je patrné, že 69,06 % (n = 96) sester se během své praxe setkala s žádostí o eutanazii a 30,94 % (n = 43) nikoliv. Setkávají se s ní zejména hospicové sestry, kde výskyt činil 78,26 % ze všech hospicových sester (n = 54) a sestry z OCHRIP – 71,88 % ze všech OCHRIP sester (n = 23). Na odděleních ARO a JIP vyšly odpovědi přesně na polovinu stejné.

Otázka č. 8: O jaký případ se jednalo?

Absolutní/relativní četnost	O jaký případ se jednalo?	Typ oddělení HOSPIC	Typ oddělení ARO, JIP	Typ oddělení OCHRIP	Celkem
n	pacient měl strach z budoucí ztráty kontroly nad sebou samým	11	2	0	13
sloupcová četnost		8,39%	5,12%	0%	
celková četnost					6,25%
n	pacient trpěl nesnesitelnými bolestmi	21	6	6	33
sloupcová četnost		16,03%	15,38%	15,78%	
celková četnost					15,86%
n	pacient vnímal svůj život jako nedůstojný	15	4	9	28
sloupcová četnost		11,45%	10,25%	23,68%	
celková četnost					13,46%
n	pacient věděl, že umírá, žádal o zkrácení umírání	38	12	14	64
sloupcová četnost		29%	30,76%	36,84%	
celková četnost					30,76%
n	pacient již neměl pro co žít, ztratil smysl života	19	4	2	25
sloupcová četnost		14,50%	10,25%	5,26%	
celková četnost					12,01%
n	pacient nechtěl být na obtíž okolí, nechtěl přidělovat starosti rodině	24	8	4	36
sloupcová četnost		18,32%	20,51%	10,52%	
celková četnost					17,30%
n	jiné, jaké	3	3	3	9
sloupcová četnost		2,29%	7,69%	7,89%	
celková četnost					4,32%

Tab. 9: Důvod žádosti o eutanazii

Tato otázka byla výběrová, odpovídaly na ni pouze ty sestry, které předtím kladně odpověděly na otázku č. 7. Celkem na otázku číslo 8 odpovídalo 96 sester (69,06 %), z nichž činilo 19 sester (19,79 %) z oddělení ARO, JIP, 54 sester (56,25 %) hospicových a 23 sester (23,95 %) z oddělení OCHRIP. Těchto 96 sester zvolilo celkem 208 odpovědí. Sestry zde odpovídaly na otázku, o jaký případ žádosti o eutanazii se jednalo. Nejčastěji byla uváděna varianta odpovědi „pacient věděl, že umírá, žádal o zkrácení umírání“ v 30,76 % (n = 64). V 17,30 % (n = 36) byla volena odpověď „pacient nechtěl být na obtíž okolí“. V 15,86 % (n = 33) se sestry setkaly s žádostí z důvodu nesnesitelné bolesti, v 13,46 % (n = 28) se jednalo u pacienta o vnímání svého stavu jakožto nedůstojného. Zanedbatelná není ani varianta odpovědi, kdy pacient již neměl pro co žít a ztratil smysl života v 12,01 % (n = 25). V 6,25 % (n = 13) měl pacient strach z budoucí ztráty kontroly

nad sebou samým. 9 sester (4,32 %) uvádělo i jinou variantu. V 8 případech se jednalo o žádost ze strany rodiny nebo pečujících, například u pacienta s apalickým syndromem. Jedna sestra uváděla „vztahové problémy“.

Otázka č. 9: Slyšela jste o pojmu paliativní péče a její principy?

Absolutní/relativní četnost	9. Slyšela jste o pojmu paliativní péče a její principy?	Typ oddělení HOSPIC	Typ oddělení ARO, JIP	Typ oddělení OCHRIP	Celkem
n	ano	69	36	31	136
sloupec četnost		100,00%	94,74%	96,88%	
celková četnost		49,64%	25,90%	22,30%	97,84%
n	ne	0	2	1	3
sloupec četnost		0,00%	5,26%	3,13%	
celková četnost		0,00%	1,44%	0,72%	2,16%
n	celkem	69	38	32	139
%		49,64%	27,34%	23,02%	

Tab. 10: Povědomí o paliativní péči

Jak z výsledků tabulky vyplývá, téměř všechny oslovené sestry o pojmu paliativní péče slyšely. Sestry z hospicových zařízení o paliativní péči slyšely všechny - 100 %, sestry z ARO, JIP v 94,74 % a sestry z OCHRIP v 96,88 %. Celkem tedy kladně odpovědělo 97,84 % všech sester, negativně 2,16 %.

Otázka č. 10: **Domníváte se, že je zdravotnický personál v nemocnicích dostatečně proškolen a obeznámen s existencí a principy paliativní péče (multioborová spolupráce, opora pro příbuzné a přátele, respekt k přáním pacienta a rodiny, aspekty fyzické, psychické, sociální, duchovní a kulturní)?**

Absolutní/relativní četnost	10. Domníváte se, že je zdravotnický personál v nemocnicích dostatečně obeznámen s principy paliativní péče?	Typ oddělení HOSPIC	Typ oddělení ARO, JIP	Typ oddělení OCHRIP	celkem
n	rozhodně ano	2	1	6	9
sloupec četnost		2,90%	2,63%	18,75%	
celková četnost		1,44%	0,72%	4,32%	6,47%
n	spíše ano	7	13	20	40
sloupec četnost		10,14%	34,21%	62,50%	
celková četnost		5,04%	9,35%	14,39%	28,78%
n	spíše ne	43	11	4	58
sloupec četnost		62,32%	28,95%	12,50%	
celková četnost		30,94%	7,91%	2,88%	41,73%
n	rozhodně ne	13	11	1	25
sloupec četnost		18,84%	28,95%	3,13%	
celková četnost		9,35%	7,91%	0,72%	17,99%
n	nevím	4	2	1	7
sloupec četnost		5,80%	5,26%	3,13%	
celková četnost		2,88%	1,44%	0,72%	5,04%
n	celkem	69	38	32	139
%		49,64%	27,34%	23,02%	

Tab. 11: Míra obeznámení zdravotnického personálu o paliativní péči

Z tabulky je patrné, že nejčastěji volily sestry variantu odpovědi „spíše ne“ v 41,73 % (n = 58), z čehož velkou část tvořily sestry hospicové – 62,32 % ze všech hospicových sester (n = 43). Druhou nejčastější odpovědí byla odpověď „spíše ano“ ve 28,78 % (n = 40), byla to zároveň odpověď, kterou nejčastěji volily sestry z oddělení OCHRIP – 62,50 % ze všech OCHRIP sester (n = 20). Následovala odpověď „rozhodně ne“ v 17,99 % (n = 25). Nejméně časté byly varianty „rozhodně ano“ v 6,47 % (n = 9) a odpověď „nevím“ v 5,04 % (n = 7).

Otázka č. 11: Je podle Vás možné v nemocnici provádět paliativní péči na všech jejích úrovních (bio, psycho, sociální a spirituální)?

Absolutní/relativní četnost	11. Je podle Vás možné provádět v nemocnicích paliativní péči na všech jejích úrovních?	Typ oddělení HOSPIC	Typ oddělení ARO, JIP	Typ oddělení OCHRIP	Celkem
n	rozhodně ano	7	3	7	17
sloupec četnost		10,14%	7,89%	21,88%	
celková četnost		5,04%	2,16%	5,04%	12,23%
n	spíše ano	14	18	15	47
sloupec četnost		20,29%	47,37%	46,88%	
celková četnost		10,07%	12,95%	10,79%	33,81%
n	spíše ne	35	14	9	58
sloupec četnost		50,72%	36,84%	28,13%	
celková četnost		25,18%	10,07%	6,47%	41,73%
n	rozhodně ne	8	2	0	10
sloupec četnost		11,59%	5,26%	0,00%	
celková četnost		5,76%	1,44%	0,00%	7,19%
n	nevím	5	1	1	7
sloupec četnost		7,25%	2,63%	3,13%	
celková četnost		3,60%	0,72%	0,72%	5,04%
n	celkem	69	38	32	139
%		49,64%	27,34%	23,02%	

Tab. 12: Reálnost fungování paliativní péče na všech úrovních v nemocnici

Mezi nejčastěji volenou odpověď patřila odpověď „spíše ne“ v 41,73 % (n = 58), volilo ji 50,72 % ze všech hospicových sester (n = 35), 36,84 % ze všech sester z oddělení ARO, JIP (n = 14) a 28,13 % ze všech sester z oddělení OCHRIP (n = 9). Druhou nejčastější odpovědí byla odpověď „spíše ano“ v 33,81 % (n = 47), byla to nejčastěji volená odpověď u sester z ARO a JIP - 47,37 % ze všech sester ARO, JIP (n = 18) a také sester z oddělení OCHRIP – 46,88 % ze všech sester OCHRIP (n = 15). „Rozhodně ano“ volila 12,23 % (n = 17), „rozhodně ne“ 7,19 % (n = 10) a nejméně sester zvolilo variantu nevím v 5,04 % (n = 7).

Otázka č. 12: Je na Vašem pracovišti prováděna paliativní péče?

Absolutní/relativní četnost	12. Je na Vašem pracovišti prováděna paliativní péče?	Typ oddělení HOSPIC	Typ oddělení ARO, JIP	Typ oddělení OCHRIP	Celkem
n	ano	69	24	28	121
sloupec četnost		100,00%	63,16%	87,50%	
celková četnost		49,64%	17,27%	20,14%	87,05%
n	ne	0	11	4	15
sloupec četnost		0,00%	28,95%	12,50%	
celková četnost		0,00%	7,91%	2,88%	10,79%
n	nevím	0	3	0	3
sloupec četnost		0,00%	7,89%	0,00%	
celková četnost		0,00%	2,16%	0,00%	2,16%
n	celkem	69	38	32	139
%		49,64%	27,34%	23,02%	

Tab. 13: Paliativní péče na daném oddělení

Na tuto otázku v 87,05 % (n = 121) sestry odpovídaly kladně. Negativně odpovědělo 10,79 % (n = 15), variantu „nevím“ využila 2,16 % (n = 3). 100% jistotu měly hospicové sestry. Sestry z OCHRIP si byly jisté v 87,50 %. Sestry z ARO, JIP v 63,16 %.

Otázka č. 13: Setkal/a jste se během své praxe s pacientem, který měl sepsaná dříve vyslovená přání?

Absolutní/relativní četnost	13. Setkala jste se během své praxe s pacientem, který měl sepsaná dříve vyslovená přání?	Typ oddělení HOSPIC	Typ oddělení ARO, JIP	Typ oddělení OCHRIP	Celkem
n	ano	35	4	6	45
sloupec četnost		50,72%	10,53%	18,75%	
celková četnost		25,18%	2,88%	4,32%	32,37%
n	ne	34	34	26	94
sloupec četnost		49,28%	89,47%	81,25%	
celková četnost		24,46%	24,46%	18,71%	67,63%
n	celkem	69	38	32	139
%		49,64%	27,34%	23,02%	

Tab. 14: Dříve vyslovená přání

Z tabulky je patrné, že s dříve vysloveným přáním přicházejí do styku v téměř přesné polovině případů sestry hospicové – v 50,72 % (n = 35), méně pak často sestry z oddělení ARO a JIP - 10,53 % (n = 4) a sestry z OCHRIP - 18,75 % v rámci OCHRIP sester (n = 6). Celkově se 67,63 % (n = 94) s vysloveným přáním nesešlo.

Otázka č. 14: **Bojíte se smrti?**

Absolutní/relativní četnost	14. Bojíte se smrti?	Typ oddělení HOSPIC	Typ oddělení ARO, JIP	Typ oddělení OCHRIP	Celkem
n	ano	20	17	12	49
sloupec četnost		28,99%	44,74%	37,50%	
celková četnost		14,39%	12,23%	8,63%	35,25%
n	ne	31	13	7	51
sloupec četnost		44,93%	34,21%	21,88%	
celková četnost		22,30%	9,35%	5,04%	36,69%
n	nevím, nepřemýšlím o ní	18	8	13	39
sloupec četnost		26,09%	21,05%	40,63%	
celková četnost		12,95%	5,76%	9,35%	28,06%
n	celkem	69	38	32	139
%		49,64%	27,34%	23,02%	

Tab. 15: Strach ze smrti

Rozdíl mezi celkovým výsledkem odpovědí „ano“ a „ne“ není až tak markantní. Odpověď „ano“ volilo 35,25 % (n = 49), odpověď „ne“ 36,69 % (n = 51). V rámci jednotlivých oddělení převládala u hospicových sester odpověď „ne“ – 44,93 % (n = 31). U oddělení ARO, JIP v nepříliš velkém předstihu převládala odpověď „ano“ – 44,74 %. Variantu „nevím, nepřemýšlím o ní“ využilo celkem 28,06 % všech sester (n = 39), tedy poměrně velký počet. V rámci jednotlivých oddělení je to 26,09 % (n = 18) z hospicových sester, 21,05 % (n = 8) ze sester z ARO a JIP oddělení a 40,63 % (n = 13) z oddělení OCHRIP – zde se jednalo o nejčastější variantu odpovědi.

Otázka č. 15: **Jak chápete smrt?**

Absolutní/relativní četnost	15. Jak chápete smrt?	Typ oddělení HOSPIC	Typ oddělení ARO, JIP	Typ oddělení OCHRIP	Celkem
n	jako přirozenou součást života	60	27	24	111
Sloupec četnost		86,96%	71,05%	75,00%	
celková četnost		43,17%	19,42%	17,27%	79,86%
n	jako něco negativního	1	6	3	10
sloupec četnost		1,45%	15,79%	9,38%	
celková četnost		0,72%	4,32%	2,16%	7,19%
n	jako začátek něčeho nového, přechod do nového bytí	5	4	0	9
sloupec četnost		7,25%	10,53%	0,00%	
celková četnost		3,60%	2,88%	0,00%	6,47%
n	nevím, neuvažuji o smrti	3	1	5	9
sloupec četnost		4,35%	2,63%	15,63%	
celková četnost		2,16%	0,72%	3,60%	6,47%
n	celkem	69	38	32	139
%		49,64%	27,34%	23,02%	

Tab. 16: *Pojetí smrti*

V odpovědích na tuto otázku panovala veskrze shoda. Celkem odpovědělo, že smrt chápe jako přirozenou součást života 79,86 % všech sester (n = 111). Jako něco negativního smrt vnímá 7,19 % (n = 10), 6,47 % (n = 9) pojímá smrt jako začátek něčeho nového a stejné procento 6,47 % (n = 9) o smrti neuvažuje.

Otázka č. 16: **Kde byste si přál/a zemřít?**

Absolutní/relativní četnost	16. Kde byste si přála zemřít?	Typ oddělení HOSPIC	Typ oddělení ARO, JIP	Typ oddělení OCHRIP	Celkem
n	doma	48	25	23	96
sloupec četnost		69,57%	65,79%	71,88%	
celková četnost		34,53%	17,99%	16,55%	69,06%
n	v nemocnici	0	2	1	3
sloupec četnost		0,00%	5,26%	3,13%	
celková četnost		0,00%	1,44%	0,72%	2,16%
n	v hospici	14	0	1	15
sloupec četnost		20,29%	0,00%	3,13%	
celková četnost		10,07%	0,00%	0,72%	10,79%
n	v léčebně pro dlouhodobě nemocné	0	4	1	5
sloupec četnost		0,00%	10,53%	3,13%	
celková četnost		0,00%	2,88%	0,72%	3,60%
n	v domově pro seniory	7	7	6	20
sloupec četnost		10,14%	18,42%	18,75%	
celková četnost		5,04%	5,04%	4,32%	14,39%
n	celkem	69	38	32	139
%		49,64%	27,34%	23,02%	

Tab. 17: Místo úmrtí

Nejraději by volily sestry úmrtí doma – v 69,06 % $n = 96$). Druhou nejčastější variantou byla odpověď „v domově pro seniory“ v 14,39 % ($n = 20$). Následovala smrt v hospici v 10,79 % ($n = 15$), kterou volily až na jednu sestru z oddělení OCHRIP pouze hospicové sestry. V léčebně pro dlouhodobě nemocné by smrt volilo 3,60 % ($n = 5$) - tuto variantu ne zvolila žádná hospicová sestra. Jen 2,16 % ($n = 3$) by volila úmrtí v nemocnici, mezi nimi opět žádná hospicová sestra.

Otázka č. 17: Cítíte se zkušený/a v přístupu k umírajícím?

Absolutní/relativní četnost	17. Cítíte se zkušená v přístupu k umírajícím?	Typ oddělení HOSPIC	Typ oddělení ARO, JIP	Typ oddělení OCHRIP	Celkem
n	rozhodně ano	14	8	9	31
sloupec četnost		20,29%	21,05%	28,13%	
celková četnost		10,07%	5,76%	6,47%	22,30%
n	spíše ano	48	13	18	79
sloupec četnost		69,57%	34,21%	56,25%	
celková četnost		34,53%	9,35%	12,95%	56,83%
n	spíše ne	5	12	3	20
sloupec četnost		7,25%	31,58%	9,38%	
celková četnost		3,60%	8,63%	2,16%	14,39%
n	rozhodně ne	0	1	0	1
sloupec četnost		0,00%	2,63%	0,00%	
celková četnost		0,00%	0,72%	0,00%	0,72%
n	nevím	2	4	2	8
sloupec četnost		2,90%	10,53%	6,25%	
celková četnost		1,44%	2,88%	1,44%	5,76%
n	celkem	69	38	32	139
%		49,64%	27,34%	23,02%	

Tab. 18: Vnímání vlastního přístupu k umírajícím

Z tabulky je patrné, že největší počet sester volilo variantu „spíše ano“ v 56,83 % (n = 79). Jednalo se o nejčastěji volenou odpověď u všech tří typů oddělení – 69,57 % z hospicových sester, 34,21 % z ARO, JIP a 56,25 % z OCHRIP. Sestry z ARO, JIP volily spolu s variantou „spíše ano“ ještě v těsné blízkosti variantu „spíše ne“ – 31,58 % z nich. V četnosti odpovědí následovala odpověď „rozhodně ano“ v 22,30 % (n = 31). Odpověď „spíše ne“ volilo 14,39 % (n = 20). „Rozhodně ne“ odpověděla pouze jedna sestra z oddělení ARO, JIP. Variantu „nevím“ zvolilo 5,76 % (n = 8).

Otázka č. 18: **Chtějí s Vámi pacienti mluvit o smrti?**

Absolutní/relativní četnost	18. Chtějí s Vámi pacienti mluvit o smrti?	Typ oddělení HOSPIC	Typ oddělení ARO, JIP	Typ oddělení OCHRIP	Celkem
n	velmi často	8	0	0	8
sloupec četnost		11,59%	0,00%	0,00%	
celková četnost		5,76%%	0,00%	0,00%	5,76%
n	často	25	1	0	26
sloupec četnost		36,23%	2,63%	0,00%	
celková četnost		17,99%	0,72%	0,00%	18,71%
n	občas	27	14	12	53
sloupec četnost		39,13%	36,84%	37,50%	
celková četnost		19,42%	10,07%	8,63%	38,13%
n	zřídka	7	18	18	43
sloupec četnost		10,14%	47,37%	56,25%	
celková četnost		5,04%	12,95%	12,95%	30,94%
n	nikdy	2	5	2	9
sloupec četnost		2,90%	13,16%	6,25%	
celková četnost		1,44%	3,60%	1,44%	6,47%
n	celkem	69	38	32	139
%		49,64%	27,34%	23,02%	

Tab. 19: *Potřeba pacientů mluvit o smrti*

U této otázky byla nejčastější variantou odpověď „občas“ v 38,13 % (n = 53), byla to nejčastěji volená odpověď hospicových sester - 39,13 % (n = 27). Hospicovými sestrami byla uváděna i varianta „často“, tuto odpověď uvedlo 36,23 % z nich. Odpověď „zřídka“ volily sestry v 30,94 % (n = 43), jednalo se o nejčastěji volenou odpověď u sester z oddělení ARO, JIP - 47,37 % z nich (n = 18) a sester z oddělení OCHRIP ve stejném procentu. Odpověď „často“ se objevovala v 18,71 % (n = 26), jednalo se ale až na jednu jedinou odpověď z oddělení ARO, JIP pouze a jen o hospicové sestry. Odpověď „nikdy“ byla volena v 6,47 % (n = 9) a odpověď „velmi často“ 5,76 % (n = 8).

Otázka č. 19: **A chcete s nimi o smrti mluvit vy?**

Absolutní/relativní četnost	19. A chcete s nimi o smrti mluvit Vy?	Typ oddělení HOSPIC	Typ oddělení ARO, JIP	Typ oddělení OCHRIP	Celkem
n	ano, je to součástí mé každodenní práce	42	6	2	50
sloupec četnost		60,87%	15,79%	6,25%	
celková četnost		30,22%	4,32%	1,44%	35,97%
n	mluvím s nimi, ale není mi to příjemné, často hledám vhodná slova	17	14	19	50
sloupec četnost		24,64%	36,84%	59,38%	
celková četnost		12,23%	10,07%	13,67%	35,97%
n	nerada mluvím o smrti, snažím se rozhovor předelegovat na někoho kompetentnějšího	8	10	7	25
sloupec četnost		11,59%	26,32%	21,88%	
celková četnost		5,76%	7,19%	5,04%	17,99%
n	ne, záměrně se rozhovoru o smrti vyhýbám	1	5	4	10
sloupec četnost		1,45%	13,16%	12,50%	
celková četnost		0,72%	3,60%	2,88%	7,19%
n	jiné, jaké:	1	3	0	4
sloupec četnost		1,45%	7,89%	0,00%	
celková četnost		0,72%	2,16%	0,00%	2,88%
n	celkem	69	38	32	139
%		49,64%	27,34%	23,02%	

Tab. 20: *Ochota mluvit s pacientem o smrti*

Varianta odpovědi „ano, je to součástí mé každodenní práce“ byla sestrami volena v 35,97 % (n = 50), přičemž velký podíl na procentu této odpovědi měly hospicové sestry, odpovědělo tak 60,87 % hospicových sester (n = 42). Stejně častá varianta se vyskytovala u odpovědi „mluvím s nimi, ale není mi to příjemné, často hledám vhodná slova“, která taktéž činila 35,97 % (n = 50). Volily ji velmi často sestry z oddělení OCHRIP - 59,38 % z nich (n = 19) a sestry z ARO, JIP - 36,84 % z nich (n = 14). V 17,99 % (n = 25) sestry odpovídaly, že „nerady o smrti mluvím, snažím se rozhovor delegovat na někoho kompetentnějšího“. Záměrně se hovoru vyhýbá 7,19 % (n = 10). Mezi otevřenou variantou odpovědi, kde měly sestry možnost napsat jiné stanovisko, se vyskytovalo: „jen na základě komunikace od klienta“, „ještě jsem se s tím nesetkala“, „jen pokud chce pacient“.

Otázka č. 20: Jaký je podle Vás smysl lidského života?

Absolutní/relativní četnost	Jaký je podle Vás smysl lidského života?	Typ oddělení HOSPIC	Typ oddělení ARO, JIP	Typ oddělení OCHRIP	Celkem
n	žádný, lidský život smysl nemá	1	0	0	1
sloupcová četnost		0,74%	0%	0%	
celková četnost					0,34%
n	poznání a prožití všeho, co život nabízí	4	28	26	58
sloupcová četnost		2,98%	31,81%	37,68%	
celková četnost					19,93%
n	dosáhnout materiálního zabezpečení a sociálního uznání, být úspěšným člověkem	7	9	8	24
sloupcová četnost		5,22%	10,22%	11,59%	
celková četnost					8,24%
n	vytvoření něčeho, co zde po mně po smrti zůstane, pro společnost, pro lidstvo	29	15	15	59
sloupcová četnost		21,64%	17,04%	21,73%	
celková četnost					20,27%
n	předání života dalším generacím	44	23	18	85
sloupcová četnost		32,83%	26,13%	26,08%	
celková četnost					29,20%
n	život je výukovou látkou, možností poučit se z chyb a cestou k pochopení Absolutna/Stvoření/Jednoty/Boha	18	2	0	20
sloupcová četnost		13,43%	2,27%	0%	
celková četnost					6,87%
n	cestou k Bohu, snahou o žití dle Božích zákonů	21	5	0	26
sloupcová četnost		15,67%	5,68%	0%	
celková četnost					8,93%
n	smysl lidského života je pro člověka nepoznatelný	6	5	2	13
sloupcová četnost		4,47%	5,68%	2,89%	
celková četnost					4,46%
n	jiné, jaké	4	1	0	5
sloupcová četnost		2,98%	1,13%	0%	
celková četnost					1,71%

Tab. 21: Smysl lidského života

Tato otázka byla otázkou s možností vícečetných odpovědí. Celkem bylo zvoleno 291 odpovědí na 139 sester. Jednoznačně nejčastější odpovědí byla varianta „předání života dalším generacím“ v 29,20 % (n = 85). Velmi často volené byly i odpovědi „vytvoření něčeho, co tu po mně zůstane“ v 20,27 % (n = 59) a „poznání a prožití všeho,

co život nabízí“ v 19,93 % (n = 58). Zejména hospicové sestry volily odpověď „cestou k Bohu, žítí dle Božích zákonů“ a „život je výukovou látkou“, v prvním případě celkem 8,93 % (n = 26), v druhém 6,87 % (n = 20). 4,46 % (n = 13) sester volilo variantu „smysl lidského života je pro člověka nepoznatelný. Jena hospicová sestra volila variantu „žádný, lidský život smysl nemá“. 5 sester využilo volnou odpověď u této otázky a uvádělo „lásku“, „mít rád“, „lidské vztahy“, „stálé hledání hlubšího a širšího smyslu“ nebo smysl nspecifikovalo.

3.7 Statistické zpravování hypotéz

Na počátku šetření byly stanoveny 4 hypotézy, které byly následně při zpracovávání výsledků pomocí testu nezávislosti ověřeny. Bylo tak možno dojít k závěru, zda je lze přijmout či nikoliv.

Hypotéza č. 1: Předpokládám, že ve výsledcích dotazníkového šetření bude statisticky významný rozdíl v postoji k legalizaci eutanazie mezi sestrami z intenzivních lůžek a sestrami z hospicových lůžek.

1. Souhlasil byste s legalizací eutanazie?	Pozorované četnosti		
	Typ oddělení HOSPIC	Intenzivní lůžka	Řádkové součty
rozhodně ano	4	31	35
sloupcová četnost	5,80%	44,29%	
řádková	11,43%	88,57%	
celková	2,88%	22,30%	25,18%
spíše ano	19	28	47
sloupcová četnost	27,54%	40,00%	
řádková	40,43%	59,57%	
celková	13,67%	20,14%	33,81%
spíše ne	10	2	12
sloupcová četnost	14,49%	2,86%	
řádková	83,33%	16,67%	
celková	7,19%	1,44%	8,63%
rozhodně ne	30	6	36
sloupcová četnost	43,48%	8,57%	
řádková	83,33%	16,67%	
celková	21,58%	4,32%	25,90%
nevím	6	3	9
sloupcová četnost	8,70%	4,29%	
řádková	66,67%	33,33%	
celková	4,32%	2,16%	6,47%
celkem	69	70	139
	49,64%	50,36%	100,00%

Tab. 22: Hypotéza 1: typ oddělení × postoj k eutanazii

H₀ Neexistuje statisticky významný rozdíl mezi sestrami z intenzivních lůžek a sestrami z hospicových lůžek v jejich postoji k eutanazii.

H_A Existuje statisticky významný rozdíl v postojích sester k eutanazii mezi sestrami z intenzivních lůžek a sestrami z hospicových lůžek.

Statistika	Souhlasila byste s legalizací eutanazie? x Typ oddělení		
	Chí-kvadrát	stupeň volnosti	p
Pearsonův chí-kv.	44,88	4	p = ,00000

Tab. 23: Pearsonův chí-kvadrát vztahující se k Hypotéze 1

P = 0,0000 < než 0,05

Lze přijmout alternativní hypotézu, tedy na 5% hladině významnosti existuje statisticky významný rozdíl v postojích sester k eutanazii mezi sestrami z intenzivních lůžek a sestrami z hospicových lůžek v tom smyslu, že se sestry z hospicových lůžek ve větší míře staví proti legalizaci eutanazie.

Hypotéza č. 2: Předpokládám, že ve výsledcích dotazníkového šetření bude statisticky významný rozdíl v postoji ke smrti v odpovědích sester z intenzivních lůžek a sester z hospicových lůžek.

14. Bojíte se smrti?	Pozorované četnosti		
	Typ oddělení HOSPIC	Intenzivní lůžka	Řádkové součty
ano	20	29	49
sloupcová četnost	28,99%	41,43%	
řádková	40,82%	59,18%	
celková	14,39%	20,86%	35,25%
ne	31	20	51
sloupcová četnost	44,93%	28,57%	
řádková	60,78%	39,22%	
celková	22,30%	14,39%	36,69%
Nevím, nepřemýšlím o ní	18	21	39
sloupcová četnost	26,09%	30,00%	
řádka	46,15%	53,85%	
celková	12,95%	15,11%	28,06%
celkem	69	70	139
	49,64%	50,36%	100,00%

Tab. 24: Hypotéza 2: typ oddělení × postoj k smrti

H₀ Neexistuje statisticky významný rozdíl v postojích sester ke smrti mezi sestrami z intenzivních lůžek a sestrami z hospicových lůžek.

H_A Existuje statisticky významný rozdíl v postojích sester ke smrti mezi sestrami z intenzivních lůžek a sestrami z hospicových lůžek.

Statistika	Bojíte se smrti? x Typ oddělení		
	Chí-kvadrát	stupeň volnosti	p
Pearsonův chí-kv.	4,2494	2	p = 0,1195

Tab. 25: Pearsonův chí-kvadrát vztahující se k Hypotéze 2

P = 0,1195 > než 0,05

H_A nelze přijmout, tedy na 5% hladině významnosti neexistuje statisticky významný rozdíl v postojích sester ke smrti mezi sestrami z intenzivních lůžek a sestrami z hospicových lůžek.

Hypotéza č. 3: Předpokládám, že existuje statisticky významný rozdíl v ochotě mluvit s pacientem o smrti mezi sestrami z intenzivních lůžek a sestrami z hospicových lůžek.

19. A chcete s nimi o smrti mluvit Vy?	Pozorované četnosti		
	Typ oddělení HOSPIC	intenzivní lůžka	Řádkové součty
Ano, je to součástí mé práce	42	8	50
sloupcová četnost	60,87%	11,43%	
řádková	84,00%	16,00%	
celková	30,22%	5,76%	35,97%
Mluvím s nimi, ale není mi to příjemné	17	33	50
sloupcová četnost	24,64%	47,14%	
řádková	34,00%	66,00%	
celková	12,23%	23,74%	35,97%
Nerada mluvím o smrti, přeodelegovávám rozhovor na někoho kompetentnějšího	8	17	25
sloupcová četnost	11,59%	24,29%	
řádková	32,00%	68,00%	
celková	5,76%	12,23%	17,99%
Ne, záměrně se hovor o smrti vyhýbám	1	9	10
sloupcová četnost	1,45%	12,86%	
řádková	10,00%	90,00%	
celková	0,72%	6,47%	7,19%
jiné	1	3	4
sloupcová četnost	1,45%	4,29%	
řádková	25,00%	75,00%	
celková	0,72%	2,16%	2,88%
celkem	69	70	139
	49,64%	50,36%	100,00%

Tab. 26: Hypotéza 3: typ oddělení × ochota mluvit s pacienty o smrti

HA Existuje statisticky významný rozdíl v odpovědích sester o ochotě mluvit s pacientem o smrti mezi sestrami z intenzivních lůžek a sestrami z hospicových lůžek.

H0 Neexistuje statisticky významný rozdíl v odpovědích sester o ochotě mluvit s pacientem o smrti mezi sestrami z intenzivních lůžek a sestrami z hospicových lůžek.

Statistika	A chcete s nimi o smrti mluvit Vy? x Typ oddělení		
	Chí-kvadrát	stupeň volnosti	p
Pearsonův chí-kv.	38,875	4	p = ,00000

Tab. 27: Pearsonův chí-kvadrát vztahující se k Hypotéze 3

P = 0,000 < než 0,05

HA lze přijmout, tedy na 5% hladině významnosti existuje statisticky významný rozdíl v odpovědích sester o ochotě mluvit s pacientem o smrti mezi sestrami z intenzivních lůžek a sestrami z hospicových lůžek v tom smyslu, že sestry z hospicových lůžek jeví větší ochotu mluvit s pacientem o smrti.

Hypotéza č. 4: Předpokládám, že existuje statisticky významný rozdíl v odpovědích sester v otázce legalizace eutanazie vzhledem k jejich dosaženému vzdělání.

Vzdělání	Souhlasil/a byste se legalizací eutanazie?					Řádkové součty
	rozhodně ano	spíše ano	spíše ne	rozhodně ne	nevím	
středoškolské	22	20	8	19	8	77
sloupcová četnost	62,86%	42,55%	66,67%	52,78%	88,89%	
řádko	28,57%	25,97%	10,39%	24,68%	10,39%	
celková	15,83%	14,39%	5,76%	13,67%	5,76%	55,40%
vyšší odborné	6	16	0	4	1	27
sloupcová	17,14%	34,04%	0,00%	11,11%	11,11%	
řádko	22,22%	59,26%	0,00%	14,81%	3,70%	
celková	4,32%	11,51%	0,00%	2,88%	0,72%	19,42%
bakalářské	5	8	2	5	0	20
sloupcová	14,29%	17,02%	16,67%	13,89%	0,00%	
řádko	25,00%	40,00%	10,00%	25,00%	0,00%	
celková	3,60%	5,76%	1,44%	3,60%	0,00%	14,39%
magisterské	2	3	2	8	0	15
sloupcová	5,71%	6,38%	16,67%	22,22%	0,00%	
řádko	13,33%	20,00%	13,33%	53,33%	0,00%	
celková	1,44%	2,16%	1,44%	5,76%	0,00%	10,79%
celkem	35	47	12	36	9	139
	25,18%	33,81%	8,63%	25,90%	6,47%	100,00%

Tab. 28: Hypotéza 4: dosažený stupeň vzdělání × postoj k eutanazii

HA Existuje statisticky významný rozdíl mezi postojem sester k legalizaci eutanazie a jejich dosaženým vzděláním.

H0 Neexistuje statisticky významný rozdíl mezi postojem sester k legalizaci eutanazie a jejich dosaženým vzděláním.

Statistika	Vzdělání x Souhlasil byste s legalizací eutanazie?		
	Chí-kvadrát	sv	p
Pearsonův chí-kv.	22,05731	df = 12	p = ,03688

Tab. 29: Pearsonův chí-kvadrát vztahující se k Hypotéze 4

P = 0,03688 < než 0,05

HA lze přijmout, tedy na 5% hladině významnosti existuje statisticky významný rozdíl v postojích sester k legalizaci eutanazie a jejich dosaženým vzděláním.

3.8 Diskuse

Tato kapitola je věnována zhodnocení výsledků vlastní práce a následnému porovnáním s výsledky dříve uskutečněných studií.

3.8.1 *Zhodnocení vlastních výsledků práce*

V otázce eutanazie zastávaly sestry názor v převaze pro legalizaci eutanazie. V kladných odpovědích, ať již vyhraněně „ano“ či v mírnější variantě „spíše ano“ činil jejich součet 58,99 % (n = 82). Ve variantě „rozhodně ne“ či „spíše ne“ byl výsledek 34,53 % (n = 48). Proti zastávaly názor zejména hospicové sestry (14,49 % pro „spíše ne“ a 43,48 % pro „rozhodně ne“), což vzhledem k filosofii hospicového hnutí není nikterak překvapivé. V hospicovém pojetí, žádá-li pacient o eutanazii (Svatošová, 2008), je to impulz pro zpytování svědomí, kde byla učiněna chyba, kde se pacientovi nedostalo náležité péče v uspokojení potřeby na jakékoliv úrovni, a tuto příčinu je nutno odhalit. Za povšimnutí stojí i nezanedbatelné procento odpovědí „spíše ano“ a „rozhodně ano“ u hospicových sester (celkem po sečtení obou kladných variant 33,34 % v rámci hospicových sester). Je znatelné, že ani v řadách hospicových sester nepanuje jednotný názor. Odpovědi sester se lišily mezi jednotlivými hospicovými zařízeními, nikoliv v rámci jednoho hospice. Myslím si, že jednoznačně hraje roli atmosféra, vedení, personální uskupení, ale i krajové zvláštnosti ve smyslu naturelu lidí jednotlivých hospiců. Znatelné to bylo zejména v porovnání severomoravských a tradičně katolických jihomoravských hospiců.

Pochopitelné byly i názory sester z OCHRIP, které na rozdíl od hospicových sester (které se specializují na poslední úsek života, tedy samotné umírání) pečují dlouhodobě o pacienty s apalickým syndromem či jinak dlouhodobě upoutané pacienty na lůžku mnohdy po mnoho let (Kapounová, 2007). Domnívám se, že deziluze a neschopnost nalézt odpověď na otázku, jaký smysl má takový život, vede tyto sestry k jednoznačnému příklonu pro možnost eutanazie (93,76 % v rámci OCHRIP). Ani v jednom případě sestry z OCHRIP nevolily odpověď „rozhodně ne“ či „spíše ne“ - viz tab. 2. Podobně jsou na tom i sestry z akutních lůžek ARO, JIP, které se klonily pro možnost eutanazie (po sečtení obou variant kladných odpovědí 76,32 %).

V otázce případného důvodu k poskytnutí eutanazie byly sestry jednotné v názoru na nesmyslné prodlužování lidského života na přístrojích, kterou volily nejčastěji všechny

tři skupiny sester. V souladu s odmítavým postojem k eutanazii, volily hospicové sestry variantu žádného důvodu k eutanazii. U hospicových sester a sester z ARO, JIP se objevovala i odpověď zkrácení procesu umírání, jemuž jsou obě skupiny sester často přítomny. Zachování lidské důstojnosti nezůstalo rovněž bez povšimnutí, volily ji zejména sestry z ARO, JIP a OCHRIP, které se pravděpodobně s danou problematikou na svých odděleních setkávají ve větší míře než sestry hospicové - viz tab. 3.

U třetí otázky se jednoznačně projevil odlišný přístup a filosofie jednotlivých oddělení. Na otázku, zda praxe ovlivnila přístup sester k eutanazii, odpověděly shodně sestry z OCHRIP i sestry hospicové „rozhodně ano“ či „spíše ano“ (96,88 % v rámci OCHRIP a 78,26 % v rámci hospicových sester) a přitom postoj obou skupin sester k eutanazii je naprosto odlišný. Tedy hospicové sestry po zkušenostech z práce s umírajícími pacienty eutanazii odmítají, kdežto sestry z oddělení OCHRIP praxe dovedla k názoru na kladné hodnocení eutanazie. Je to již zmíněným přístupem hospicového hnutí k umírání a doprovázení umírajících, které k sobě přitahuje i odpovídající personál podobného smýšlení a zaměření. Velkou mírou se zde projevuje i fakt, který byl již zmíněn, kdy sestry pracující na oddělení dlouhodobě intenzivních lůžek pečují mnohdy po léta o pacienty, kde naděje na uzdravení je mizivá či není žádná. Je pochopitelné, že nenašla-li si sestra hlubší smysl takového bytí na lůžku upoutaného pacienta, vnímá možnost eutanazie jakožto vysvobozující. Je to také jeden z argumentů zastánců eutanazie z důvodu nedůstojnosti takového stavu (Ptáček, Bartůněk, 2012). Stejně i sestry z ARO, JIP uvádí v 84,21 % ovlivnění názoru na eutanazii prací – viz tab. 4.

Celkově sestry vnímají možnost zneužití eutanazie, zejména ze strany příbuzných, tuto variantu uváděly všechny tři skupiny sester nejčastěji. Vzdání se předčasně života sestry vidí také jako jedno z velkých rizik. Ve větší míře vnímají zejména hospicové sestry úskalí v demoralizaci společnosti – viz tab. 5. V otázce reálnosti legislativního zabezpečení před zneužitím legalizace se jednotlivé skupiny sester liší. Je to ostatně v souladu s postojem jednotlivých oddělení k eutanazii. Zatímco sestry z dlouhodobě intenzivních lůžek jsou toho názoru, že legislativně zabezpečit zneužití eutanazie lze (71,88 % sester v rámci OCHRIP), hospicové sestry věří v legislativní zabezpečení v 36,23 %. Sestry z akutních intenzivních lůžek se slabě přikláněly k možnosti legislativního zabezpečení v 52,63 % - viz tab. 6.

V souladu s výsledky předcházejících otázek, nebyly ani v otázce po případné asistenci lékaři při provádění eutanazie, odpovědi překvapivé. Celkově se sestry kloní

k ochotě asistovat lékařům u eutanazie. Kladné odpovědi se vyskytovaly u sester z dlouhodobě intenzivních lůžek (87,51 % v rámci OCHRIP), převaha kladných odpovědí byla i u sester z ARO, JIP (68,42 % v rámci ARO, JIP). Hospicové sestry se tradičně stavěly proti asistenci, ale jistá část odpověděla, že by ochotna byla (23,19 % v rámci hospicových sester). Je to zřejmě ta skupina sester, která se také kloní k legalizaci eutanazie - viz tab. 7.

S žádostí o eutanazii se setkala 69,06 % sester. Výsledky odpovídaly zaměření typu oddělení. Často se s žádostí setkávají hospicové sestry (78,26 % v rámci hospicových sester), které pečují o umírající pacienty, kde tato žádost nepřekvapuje. Do hospiců přichází umírající často ještě nepřipraveni na smrt a teprve zde dochází k postupnému smířování a dozrávání člověka. V tom ostatně spočívá práce hospicových sester a smysl paliativní péče. Jedná se o proces, jež popsala Kübler-Rossová, kterým si pacient musí projít, aby došel usmíření (Kübler-Ross, 2015). Sestry z akutních intenzivních lůžek se s žádostí setkávají přesně v polovině případů. Sestry z dlouhodobě intenzivních lůžek se s žádostí setkávají často (71,88 % v rámci OCHRIP), ovšem většinou ze strany příbuzných – viz tab. 8.

Důvody žádosti o eutanazii jsou rozličné. Typicky u dlouhodobě nemocných pacientů, se kterými se setkávají sestry z OCHRIP, jde o žádosti, jak již bylo zmíněno, ze strany rodinných příslušníků. Příbuzní vnímají bezvýchodnost a zejména dlouhodobost bezmoci svého blízkého a z toho důvodu o eutanazii žádají. Často se žádost týká apalických pacientů. Nejčastějším důvodem je pacientovo vědomí, že umírá, a tedy žádá o zkrácení umírání. Tento důvod shodně uváděly jako nejčastější všechny tři skupiny sester. Hospicové sestry a sestry z akutních intenzivních lůžek zaznamenaly taktéž žádost kvůli pacientovým starostem, aby nebyl okolí na obtíž a nepřidělal starosti. Tento důvod je obzvláště nebezpečný a z hlediska provedení eutanazie alarmující, jelikož tu pacient žádá o eutanazii ne kvůli sobě, ale kvůli ostatním. Ztrátu smyslu života uváděly hospicové sestry, i toto je smutná žádost, se kterou se dá při dobré péči pracovat. Za povšimnutí stojí důvod nesnesitelné bolesti, zmiňovaný v poměrně vysokém procentu hospicovými sestrami (30,43 %). Je otázkou, zda se jednalo o žádosti pacientů při přijetí do hospicového zařízení před správným započítáním léčby bolesti či se jednalo o bolesti špatně léčené či léčitelné - viz tab. 9.

Otázku, zda sestry slyšely o pojmu paliativní péče a její principy, hodnotím jako otázku nezdařilou, špatně položenou. Chtěla jsem se vyvarovat otázek zjišťujících znalosti sester, které by v respondentech vyvolaly pocit zkoušení. Vyhodnocení skutečné

výpovědní hodnoty odpovědí na tuto otázku je ošemetné, jelikož sestry mohly slyšet o pojmu paliativní péče a pravděpodobně o něm také slyšely, ovšem jeho pravý smysl nemusejí znát. 97,84 % tedy odpovědělo kladně, dvě sestry z ARO, JIP odpověděly negativně a stejně tak jedna sestra z oddělení OCHRIP – viz tab10.

Následující otázka mířící na dostatečné či nedostatečné proškolení zdravotnického personálu v nemocnicích o principech paliativní péče ukázala, že sestry celkově vnímají obeznámenost s paliativní péčí jako spíše nedostatečnou. Je tedy patrné, že sice o pojmu paliativní péče slyšely, jak vypovídají výsledky předchozího dotazu, nicméně přiznávají nedostatečné znalosti. Po sečtení variant „spíše ano“ a „rozhodně ano“ je to 35,25 % pro dostatečné obeznámení. Sečteme-li varianty „spíše ne“ a „rozhodně ne“, je to 59,72 % pro nedostatečné proškolení. Ve větší míře odpovídaly na dotaz negativně hospicové sestry (81,16 % z nich) a sestry z akutních intenzivních lůžek (57,89 % v rámci ARO, JIP). Naopak sestry z oddělení OCHRIP vnímají obeznámenost nemocničního zdravotnického personálu o paliativní péči kladně (81,25 % v rámci OCHRIP) – viz tab. 11. Domnívám se, že sestry z OCHRIP pojímají paliativní péči v užším smyslu, což vychází z charakteru jejich pracoviště, a je to proto pochopitelné. Mnoho jejich pacientů se nachází v kómatu a práce s těmito pacienty je v mnoha ohledech odlišná, než práce s pacienty v hospicích. Naproti tomu mnoho hospicových pacientů může komunikovat, takové pacienty lze na smrt vědomě připravovat a působit na všech rovinách lidského bytí, např. s duchovním, psychologem či jinak. Hospicové sestry jsou si tohoto vědomy, pracují v systému péče na všech rovinách, neboť jim to spektrum pacientů umožňuje. Sestry z ARO, JIP dle mého úsudku vypovídaly více v neprospěch dostatečné obeznámenosti (57,9 % pro nedostatečnost), jelikož jsou si vědomy krátkodobého pobytu pacientů na těchto odděleních a menších možnostech paliativní péči provádět na všech rovinách.

S problematikou dostatečné/nedostatečné obeznámenosti s paliativní péčí úzce souvisela otázka, zda je vůbec možné provádět v nemocnicích paliativní péči na všech jejích úrovních. Jako reálně proveditelnou v nemocnici ji uváděly sestry z OCHRIP (68,76 % v rámci OCHRIP). Spíše nejednoznačně, ale stále s převahou kladných odpovědí je tato možnost reálná pro sestry z ARO, JIP (55,26 % v rámci ARO, JIP). Více negativně se stavěly k této možnosti sestry hospicové (62,32 % v rámci hospicových sester) - viz tab. 12. Jsem toho názoru, že hospicové sestry volily tuto variantu z toho důvodu, že k nim přicházejí často pacienti z nemocnic nepřipravení, neusmíření, volí tak na základě zkušeností.

Otázka číslo 12 pátrající po tom, zda se na daných odděleních provádí paliativní péče, opět lehce naráží na limity otázky sledující povědomí sester o principech paliativní péče. Odpověď je odvislá od toho, co si která sestra představuje pod skutečnou, principiální a opravdovou paliativní péčí. Lehce se tak mohlo stát, že odpovědi na tuto otázku jsou zkreslené. Názory byly veskrze kladné. 87,05% zastává názor, že paliativní péče je na jejich oddělení prováděna. Uvedly to všechny hospicové sestry, které se na paliativní péči specializují. Sestry z OCHRIP byly také téměř jednotné v kladném názoru (87,5 % v rámci OCHRIP). Sestry z akutních intenzivních lůžek se klonily spíše k variantě ano (63,16 % z nich), proti bylo 28,95 %, zbytek si nebyl jistý – viz tab. 13.

Sepsaná dříve vyslovená přání nejsou u nás v nemocnicích příliš často vidět. Svědčí o tom i výsledky otázky č. 13, zda se s dříve vysloveným přáním sestry během své praxe setkaly. Jak sestry z akutních intenzivních lůžek, tak sestry z dlouhodobě intenzivních lůžek se s předem vysloveným přáním setkávají v malé míře (10,53 % ze sester ARO, JIP a 18,75 % ze sester OCHRIP). Naproti tomu sestry z hospicových lůžek potvrzují jejich četnost v téměř přesné polovině případů – viz tab. 14. Odráží se v tom zřejmě i skutečnost, kdy pacienti přicházející do hospicového zařízení mají za sebou již určitý proces vyrovnávání se s chronickou či letální chorobou a jsou často připraveni na další progresy své choroby. Pacienti na intenzivních lůžkách mnohdy tuto zkušenost a možnost vnitřní přípravy nemají. Jak Matějek uvádí, nabízí se zde i možnost vlivu tradičního paternalistického vztahu lékaře a pacienta, kdy byl po dlouhou dobu pacient zvyklý poslouchat doporučení a pokyny lékaře (Matějek, 2011). Lidé často nejsou zvyklí prosazovat svou vůli.

Otázka číslo 14 nepřímo zjišťovala míru smíření se svou vlastní smrtelností. Celkové výsledky svědčí o velké nevyhraněnosti, rozdíly mezi jednotlivými variantami odpovědí jsou zanedbatelné. Celkem odpovědělo 35,25 % sester (n = 49), že se smrtí bojí, 36,39 % (n = 51) sester se smrtí nebojí. Ani výsledky v rámci jednotlivých typů oddělení nejsou veliké. Znatelná je i častá volba odpovědi „nevím, nepřemýšlím o smrti“, kterou využilo celkem 28,06 % sester (n = 39) – viz tab. 15. Téma smrti je tak oblastí velmi intimní a zdá se, že sestry k ní přistupují s obezřetností a rozvahou.

Ve spojitosti s předcházející otázkou volily sestry na otázku, jak chápou smrt, nejčastěji odpověď „jako přirozenou součást života“ (79,86 %), a to na všech typech oddělení. Jen malá část volila jednu z dalších variant – „jako něco negativního“, „jako začátek něčeho nového“ či o smrti neuvažují. - viz tab. 16.

Vzhledem k charakteru svého povolání, doprovázení umírajících a čelení lidské bezmoci, jsem se zajímala, kde by samy sestry chtěly jednou zemřít, nepřímo tak i nakolik vnímají umírání na jejich pracovišti jako pěkné či přijatelné. Veskrze panovala na všech typech oddělení shoda v tom, že by sestry rády zemřely doma (celkem 69,06 %). Odpovídá to i výsledkům statistického průzkumu agentury STEM/MARK – viz kapitola Porovnání výsledků s dříve realizovanými studii. Až s velkým odstupem se vyskytovaly varianty odpovědí jako např. u hospicových sester v hospici (20,29 % z hospicových sester), což svědčí o spokojenosti s umíráním na daném pracovišti. Jmenován byl i domov pro seniory. Čtyři sestry ze sekce ARO, JIP uvedly jako místo pro zemření léčebnu pro dlouhodobě nemocné. – viz tab. 17.

V otázce přístupu k umírajícím se vesměs sestry cítí zkušené. Z celkového počtu 139 respondentů jich 110 odpovědělo kladně – buď „rozhodně ano“ nebo „spíše ano“, tedy 79,13 %. Jisté si byly sestry z OCHRIP (84,38 % v rámci OCHRIP) a sestry hospicové (89,86 %). Sestry z akutních intenzivních lůžek odpovídaly slabě nad polovinu kladně, nebyly již tak jednotné (55,26 % v rámci ARO, JIP) – viz tab. 18. Diskrepance, která se objevuje u sester z OCHRIP v tom smyslu, že se cítí zkušené v přístupu k umírajícím, ale přitom s pacienty neradi mluví o smrti a často hledají vhodná slova, může tkvít v již zmíněné profesionalitě v oblasti zaopatření fyzické složky paliativní péče a uvyknutí smrti, avšak opomíjení dalších oblastí paliativní péče či prosté nevědomosti o komplexnosti paliativní péče. Marková zmiňuje jako jednu z důležitých schopností zdravotníků umění navázat kontakt a poskytnou pacientovi emoční podporu (Marková, 2010).

Otázka č. 18 zjišťovala potřebu pacientů mluvit o smrti nebo intenzitu, s níž se na sestry s tímto tématem obracejí. Ve větší míře se na sestry s tímto tématem obracejí pacienti hospicoví. Je to očekávatelné vzhledem k charakteru a zaměření hospice. Otevřenost pro tyto rozhovory by v tomto zařízení měla být samozřejmá. Oddělení akutní a dlouhodobé intenzivní péče se ocitají v jiné pozici. Na oddělení ARO pacienti většinou nesetrvávají po tak dlouhou dobu, aby byl čas a prostor nastolit toto téma, nebo jsou zde v takovém zdravotním stavu, který jim rozhovor neumožňuje (Kapounová, 2007). Na oddělení OCHRIP jsou pacienti často neschopni komunikace nebo jen komunikace velmi omezené, která neumožňuje komunikačně náročné rozhovory o smrti. Pokud se zde toto téma objeví, jde především o aktivitu ze strany rodiny, která se s onemocněním člena rodiny musí vyrovnávat a prochází si stejnými fázemi jako pacienti. Jak zmiňuje Bužgová, i jim je třeba naslouchat a doprovázet v duchu paliativní péče (Bužgová, 2015).

Míru ochoty a připravenosti mluvit o smrti, zjišťovala otázka č. 19. Sestry zde odpovídaly na otázku, zda chtějí s pacientem mluvit o smrti. Z celkového počtu 139 sester jich 50 uvedlo (35,97 %), že je to součástí jejich každodenní práce – zejména hospicové sestry (57,97 % z hospicových sester). 35,97 % (n = 50) uvedlo, že s pacienty mluví, ale není jim to příjemné a často hledají vhodná slova. Byla to nejčastěji volená odpověď sester z akutních i dlouhodobě intenzivních lůžek, ale vyskytla se i v 17 případech u sester hospicových (24,64 %). 17,99 % sester se snaží téma delegovat na někoho kompetentnějšího a pomoci tak pacientovi. 7,18 % sester se záměrně rozhovoru o smrti vyhýbá. – viz tab. 20. Promítá se zde nedostatečná průprava a fungování paliativní péče v nemocnici. Pro sestry může být problémem situační ne/vhodnost, uchopení a vedení rozhovoru, strach před zranitelností pacienta. Ve výsledcích odpovědí o pojetí smrti sestry svorně vnímaly smrt jakožto přirozenou součást života. Jsou zvyklé, že pacienti umírají. Něco jiného je ale starat se o tělo člověka a něco jiného o duši člověka. Přistoupit k pacientovi a otevřeně s ním mluvit o jeho obavách, strachu a nejistotě je úplně něco jiného. Odpovídají tomu také odpovědi na otázku, zda se sestry bojí smrti. Poměrně velké procento sester (28,06 %) vypovídalo o nevyhraněnosti, kdy o smrti nepřemýšlí, neví – viz tab. 15. Jistě se zde uplatňuje i faktor vlastního zpravování tématu smrti a postoje k ní. Svatošová k tomu upozorňuje, že pomoci umírajícím může v tomto smyslu jen ten, kdo je vyrovnán se svou vlastní smrtelností (Svatošová, 2008). Ve volné variantě odpovědi sestry uváděly podmínku, že s pacientem o smrti mluví, pouze pokud si to přeje. To je ostatně předpokladem rozhovoru o smrti s pacientem vždy.

Poslední 20. otázka (vyjma identifikačních dotazů) byla zamyslením se nad smyslem lidského života. Sestry si jí měly uzavřít pomyslný myšlenkový kruh otázek od eutanazie přes paliativní péči, umírání až po smysl všeho. Byla to otázka s možností výběru více odpovědí, což sestry hojně využívaly. Nejčastěji volily variantu „předání života dalším generacím“, u hospicových sester byla nejfrekventovanější odpovědí, u sester u OCHRIP a ARO se vyskytovala na druhém místě. Hojně byla volena odpověď „vytvoření něčeho, co po mně zůstane“, opět u všech typů oddělení. U sester z intenzivních lůžek, akutních i dlouhodobě intenzivních, se na prvním místě vyskytla odpověď „prožít a poznat vše, co život nabízí“. Může se zde promítat zkušenost s rychle ukončeným životem na oddělení ARO či dlouhodobě a nevratně upoutaného pacienta na lůžko na oddělení OCHRIP, kdy sestry docházejí k závěru, že život se má užít, dokud je příležitost. U hospicových sester nepřekvapila odpověď, že život je cestou k Bohu nebo výukovou látkou k poznání. V kontextu častému čelení smrti, vědomí pomíjivosti všeho

hmotného mne naopak překvapila odpověď u sester jak z akutních a dlouhodobě intenzivních lůžek, tak hospicových sester, že cílem života je materiální zabezpečení, sociální uznání a být úspěšným člověkem. Celkem tuto variantu volilo 8,24 % sester – viz tab. 21.

3.8.2 Porovnání výsledků s dříve realizovanými studii

K tématu eutanazie bylo napsáno velké množství prací. Vybrala jsem jen několik z nich, v nichž byly kladeny otázky shodné s mým výzkumným šetřením, tak abych mohla porovnat dosažené závěry.

„Postoj laické veřejnosti a zdravotníků k problematice eutanazie“

V roce 2012 vypracovala Iveta Martínková na Fakultě zdravotnických studií v Plzni bakalářskou práci na téma Postoj laické veřejnosti a zdravotníků k problematice eutanazie. Do šetření zahrnula jak odbornou, tak laickou veřejnost. Celkem rozdala 130 dotazníků, z nichž 67 činili zdravotníci. V mém porovnání jsem si všímala jen výsledků této skupiny zdravotníků.

Stejně jako v mnou provedeném dotazníkovém šetření bylo zjišťováno povědomí zdravotníků o paliativní péči. 90 % zdravotníků v plzeňské studii potvrdilo znalost pojmu a smysl této péče, 10 % odpovědělo, že o paliativní péči již slyšeli, ovšem neví přesně, o co se jedná. Úspěšnost znalostí pojmu paliativní péče v mém dotazníkovém šetření byla nepatrně vyšší – 97,84 % odpovědělo kladně. Jak jsem se již zmínila, otázka nebyla příliš vhodně položena, a tudíž skutečné znalosti nemusejí odpovídat výsledku.

Další totožnou otázkou byl dotaz, zda by respondenti souhlasili s uzákoněním eutanazie v České republice. V plzeňské studii souhlasilo s uzákoněním eutanazie 45 %, nesouhlasilo 19 %, nevím odpovědělo 36 %. V mém dotazníkovém šetření souhlasilo po sečtení odpovědí „rozhodně ano“ a „spíše ano“ 58,99 %, po sečtení odpovědí „rozhodně ne“ a „spíše ne“ 34,53 %, nevím odpovědělo 6,47 %. V obou studiích vyšly názory pro legalizaci eutanazie. V plzeňském případě se více respondentů rozhodlo pro variantu nevím. Záleží velmi na spektru dotazovaných. Martínková uvádí, že dotazníky byly distribuovány na akutní i standardní lůžka, není známo, o jaká oddělení se jednalo. V mém případě se jedná o sestry v častém přímém kontaktu s umírajícími, kdy sestry jejich zkušenosti s umírajícími mohly vést k zastávání jasného stanoviska buď pro či proti, byli tedy více vyhranění.

Blízká, avšak ne totožná, byla otázka tázající se plzeňských respondentů, jaké jsou podle nich nejčastější důvody k žádosti o eutanazii. V mé studii jsem se ptala na přímou zkušenost s pacienty žádajícími o eutanazii a jejich důvody o tuto žádost. Jednalo se o otázku výběrovou, jen pro ty respondenty, kteří se s žádostí setkali. V plzeňské studii mohli tedy zdravotníci odpovídat na základě svých představ, nikoliv zkušeností, jelikož s žádostí o eutanazii zkušenost nemuseli mít vůbec. V bakalářské práci Martínkové uváděli zdravotníci v 91 % strach z tělesných bolestí, 42 % obavy ze ztráty soběstačnosti, 31 % obavy z duševního utrpení, 24 % strach z opuštěnosti. Neobjevil se tu kupříkladu vůbec důvod, který v mé studii stál na čelním místě, a to pacientovo vědomí, že umírá a žádost o zkrácení procesu umírání. To je ovšem v rozporu s paliativní péčí, která si je vědoma toho, že mnoho věcí člověk vnitřně odžije až na samém konci života. Francouzská psycholožka Marie de Hennezel k tomu uvádí poznatek, že když už není funkční tělo, otvírá se obrovský prostor pro ducha a z toho odvozený vnitřní život citový, intimní, duchovní (Hennezel, 1997). Nutno podotknout, že respondenti v Plzni neměli tuto možnost uvedenou jako jednu z variant na výběr. Hned na druhém místě se objevovala obava z bytí na obtíž, přidělování starostí, což je totožné s Martínkovou uváděných obav ze ztráty soběstačnosti. V obou dotazníkových šetřeních se objevil strach z tělesných bolestí.

Totožný dotaz byl vznesen na možnost právního zajištění eutanazie proti zneužití. 22 % dotazovaných ve studii Martínkové uvedlo, že zneužití lze právně zajistit, 52 % by právní úpravě nevěřilo, 25 % to nedokázalo posoudit. Ve srovnání mého výzkumného šetření pro přehlednost sečtených odpovědí „spíše ano“ a „rozhodně ano“, činila procenta 48,92 %. Sloučením odpovědí „rozhodně ne“ a „spíše ne“ 43,16 %. Variantu nevím uvedlo 7,91 %. Respondenti v mnou provedeném výzkumném šetření se tedy více klonili k možnosti zabezpečení legislativou, nikoliv ale v přesvědčivé většině. Rozdílnost výsledků může být zapříčiněna širší škálou možnosti odpovědí v mém dotazníku, kdy měli respondenti na výběr i možnosti „spíše ano“ a „spíše ne“, takto mohlo dojít k přelivu respondentů mezi tyto dvě varianty navíc. (Martínková, 2012)

„Postoj všeobecných sester k eutanazii na odděleních ARO a JIP u dospělých pacientů“

Hana Křížková ve své diplomové práci na téma Postoj všeobecných sester k eutanazii na odděleních ARO a JIP u dospělých pacientů vypracované na Pedagogické fakultě univerzity Palackého v Olomouci v roce 2014 oslovila ve své studii respondenty

totožné s mými respondenty ve smyslu typu oddělení (vyjma hospicových sester). Šlo o velkou studii, v níž bylo dotazováno 240 respondentů.

Na dotaz ohledně souhlasu s legalizací eutanazie odpovědělo 55,1 % respondentů kladně, 20,8 % odpovědělo záporně a 24,1 % volilo variantu nevím. V mém případě šlo o 58,99 % pro legalizaci eutanazie, 34,53 % proti legalizaci a 6,47 % pro variantu nevím. Velmi podobné výsledky jsou tedy ve variantě pro legalizaci eutanazie.

Studie mapovala také vnímání hrozeb z legalizace eutanazie, což odpovídalo mé otázce na možnost legislativního zabezpečení eutanazie před zneužitím. Respondenti v olomoucké studii uvedli v 60,6 % obavy, v 15,3 % byli bez obav a v 24,1 % volili odpověď nevím. V mé studii se jednalo o 48,92 % pro variantu možnosti legislativního zabezpečení před zneužitím eutanazie, 43,16 % proti možnosti zabezpečení a 7,91 % nevědělo. (Křížková, 2014)

„Postoj k eutanazii u pracovníků v zařízeních paliativní péče“

V této studii byly mapovány názory pracovníků hospiců a oddělení paliativní péče. Zároveň v něm autorka zpracovávala stejnou problematiku jako v mé studii. Autorkou je Lenka Poštová z Evangelické teologické fakulty univerzity Karlovy v Praze. Práci zpracovala v roce 2015. Osloveni byli respondenti z hospiců a paliativních oddělení v počtu 51.

Dotaz na souhlas s eutanázií autorka formulovala nepřímou otázkou, zda si respondenti myslí, že by lidé trpící nevléčitelnou nemocí měli dostat šanci bezbolestně zemřít. Kladně odpovědělo 78 % respondentů, záporně 8 %, odpověď nevím volilo 14 %. Na poměry hospiců a jejich filozofii je to vysoké procento, nejsem si jista, zda nedošlo k misinterpretaci při vyplňování, v tom smyslu, že každý člověk má právo být bez bolesti a zemřít bez bolesti, aniž by byla použita eutanazie. Výsledky mého dotazníkového šetření ukázaly souhlasný postoj s legalizací eutanazie v 58,99 %, nesouhlas v 34,53 %, variantu nevím v 6,47 %. Roli v rozdílných výsledcích mohla hrát právě zmíněná odlišně formulovaná otázka.

Dotaz na souhlas/nesouhlas s legalizací eutanazie v České republice položila Poštová opět později, tentokrát přímým dotazem. Je zajímavé, že v tomto případě odpovědělo 43 % respondentů, že by s legalizací eutanazie souhlasilo, nesouhlasilo by celkem 45 %, variantu nevím volilo 12 %. Důvodem takového rozdílu je zřejmě, jak i samotná autorka studie upozorňuje fakt, kdy slovo eutanazie v respondentech vyvolává

averzi a obezřetnost, a proto v první otázce volila záměrně nepřímou otázku. I v tomto případě docházíme obě k rozdílným výsledkům šetření.

Další tematicky podobnou otázkou byl dotaz, jak respondenti hodnotí kvalitu paliativní péče v České republice. Jako velmi kvalitní ji hodnotilo 12 % respondentů, „ano, ale mohlo by se zlepšit pár věcí“ odpovědělo 37 % respondentů, variantu „nevím“ volilo 12 % respondentů a „není dostatečně kvalitní“ hodnotilo 39 % respondentů. V mém dotazníkovém šetření jsem se neptala přímo na kvalitu paliativní péče v České republice, ale zda si respondenti myslí, že je zdravotnický personál v nemocnicích dostatečně proškolen o principech paliativní péče, což z mého pohledu vypovídá o kvalitě paliativní péče poskytované v nemocnicích. Jako dostatečně proškolené vnímají sestry zdravotníky v nemocnicích v 35,25 %, nedostatečně proškolené v 59,72 %, variantu nevím uvedlo 5,04 %. V mém případě vyšly výsledky více vyhrcoené v neprospěch proškolení zdravotníků. Nutno ale podotknout, že se nejednalo o naprosto identické otázky, rovněž škály odpovědí byly naprosto rozdílné.

Stejně jako v jiných studiích zaměřených na eutanazii, mapoval se i zde názor na možnost zneužití eutanazie v případě její legalizace. Zneužití by se obávalo 67 %, neobávalo by se 27 %, odpověď nevím volilo 6 % respondentů. V porovnání v mé studii by po sečtení odpovědí „spíše ano“ a rozhodně ano“, věřilo v legislativní zabezpečení před zneužitím 48,92 %, v možnost zneužití věří po sečtení „spíše ano“ a „rozhodně ano“ 43,16 %, variantu nevím zvolilo 7,91 %. Názory sester v mé práci nejsou vyhraněné, tak jako v práci Poštové, kde jsou respondenti o poznání skeptičtější. Důvodem může být rozdílné spektrum respondentů. V studii Poštové se jedná výhradně o paliativní pracovníky, kteří mohou situaci vnímat odlišně.

Poslední totožnou otázkou s mým průzkumem byl dotaz na souhlas/nesouhlas s legalizací eutanazie v České republice. Se zavedením eutanazie by souhlasilo 43 %, nesouhlasilo by 45 %, variantu nevím volilo 12 %. (Poštová, 2015)

„French hospital nurses' opinion about euthanasia and physician – assisted suicide: a national phone survey“

V roce 2008 proběhl ve Francii telefonický průzkum zaměřený na všeobecné sestry s cílem zjistit jejich postoj k eutanazii a asistované sebevraždě. Výsledky ukázaly, že 48 % sester by podpořilo zlegalizování eutanazie a 29 % by podpořilo zlegalizování asistované sebevraždy. Z průzkumu bylo patrné, že pro legalizaci eutanazie byly většinou

mladší sestry, nebyly ale pro legalizaci asistované sebevraždy. Proti legalizaci eutanazie i asistované sebevraždy byly sestry ženského pohlaví, sestry věřící, ty, které prošly managementem bolesti a školením paliativní péče a ty, které se cítily kompetentní v doprovázení umírajících. Sestry pracující v noci a ty, které pojímaly eutanazii šířeji – zahrnovaly do ní podávání vysoce dávkovaného morfinu, byly pro legalizaci eutanazie. Na nemocničních odděleních s větším počtem kolektivu, byly sestry pro legalizaci obojího. Na odděleních, kde byly sestry zvyklé doprovázet umírající nebo na odděleních, kam docházel psycholog či spirituální pracovník, byly sestry proti legalizaci eutanazie i asistované sebevraždy. Sestry z pohotovosti nebo intenzivních lůžek podpořily legalizaci obojího.

Ve studii byl dále přednesen názor poukazující na domněnku, že v anglosaských zemích, kde je vnímána pacientova autonomie jako důležitá a kde je tendence kontroly vlastní života až do konce, prosazují asistovanou sebevraždu. Naopak v zemích s tradičně silnou autoritou lékařů, jako například v Japonsku či středomořských státech, se veřejnost kloní spíše k eutanazii. (Bendiane, 2009)

„Nurses ' attitudes to euthanasia“

Výsledky této studie vyšly obdobně jako předchozí zmíněná studie. Dotazovány byly opět sestry. Sestry, které se starají o umírající v paliativní péči, méně podporovaly myšlenku eutanazie, stejně jako v mém výzkumném šetření. Autoři studie poukazují na to, že je to očekávatelné stanovisko u pracovníků, kteří jsou zaměstnaní v organizaci, která zastává negativní postoj vůči eutanazii. Z průzkumu vyšlo najevo, že 78,9 % sester z intenzivní péče by se účastnilo eutanazie, taktéž 56,2 % sester pro přestárlé pacienty a 33 % paliativních sester. V mém dotazníkovém šetření jsem se sester ptala, zda by byly ochotny asistovat lékaři za předpokladu legálnosti eutanazie. S asistencí souhlasilo celkem 50,36 %, nesouhlasilo 39,57 %, variantu nevím volilo 10,07 %. Konkrétně pro asistenci bylo 23,19 % sester z hospiců, 68,43 % z ARO, JIP a 87,51 % z OCHRIP.

Autoři studie poukazují na příklad rolí sester během nacistických hrůz v průběhu 2. světové války, které zabily 10.000 lidí. V roce 1965, kdy s nimi probíhal soud, již čas značně ovlivnil jejich nahlížení na spáchané činy. Některé trpěly výčitkami, ale mnoho z nich si své počínání ospravedlňovalo před sebou jakožto pomoc trpícím (Holt, 2008).

V mém prováděném výzkumném šetření se sestry z akutních i dlouhodobě intenzivních lůžek klonily k asistenci lékaře u provedení eutanazie (ARO, JIP 68,43 %, OCHRIP 87,51 %).

OCHRIP 87,51 %). Proti byly převážně hospicové sestry (63,77 % hospicových sester proti).

„Umírání a péče o nevléčitelně nemocné“

V srpnu 2013 proběhlo dotazníkové šetření iniciované hospicovým občanským sdružením Cesta domů ve spolupráci s agenturou STEM/MARK. Projekt byl zaměřen na oblast umírání, doprovázení umírajících, paliativní péči a sdělování špatné zprávy. Dotazován byl jednak reprezentativní vzorek populace v počtu 1147 lidí a jednak zdravotníci v podobě lékařů a sester v počtu 883 respondentů. Z výsledků jsem vybrala jen ty, které se bezprostředně dotýkají mého šetření.

Z průzkumu vyšlo najevo, že o přípravách na smrt a umírání lidé často nehovoří rádi, smrt jim připadá ještě daleko. O sepsání předem vysloveného přání uvažovalo jen 24 % respondentů. V mém dotazníkovém šetření se s předem vysloveným přáním u pacienta setkala jen 32,37 % sester. Sestry pracující v hospicích častěji – 50,72 %. Na oddělení OCHRIP v 18,75 % případů, na oddělení ARO, JIP v 10,53 % případů.

Pro zdravotníky je nepříjemné mluvit s pacienty o smrti. Uvedla to ½ z nich. Na dotaz, zda je jim nepříjemné mluvit s pacientem o smrti, odpovědělo 10 % určitě ano, v 47 % spíše ano, 28 % spíše ne, 14 % určitě ne a 1 % neví.

Lidé by z provedené studie nejraději umírali doma, uvedlo to 78 % (zároveň ale nechtějí obtěžovat své okolí a být na někom závislí). Na druhém místě je uváděna nemocnice v 11 %, v 9 % hospic, taktéž v 9 % sociální zařízení, 2 % léčebny pro dlouhodobě nemocné a 9 % jinde. V mém dotazníkovém šetření byla jednoznačná shoda ve volbě umírání doma – 69,06 % sester. V hospici by volilo smrt 10,79 %, 14,39 % v domově pro seniory, 3,60 % v léčebně pro dlouhodobě nemocné a 2,16 % v nemocnici.

Na dotaz ohledně znalosti pojmu paliativní péče ve studii 99 % zdravotníků uvedlo, že pojem znají. Studie ovšem poukazuje na fakt, že přestože jde o pojem známý, v praxi je paliativní péče aplikována nedostatečně a omezeně. (STEM/MARK, 2013)

I v mém dotazníkovém šetření odpovědělo 97,84 % sester, že o pojmu paliativní péče slyšely, nicméně její obeznámenost mezi zdravotníky považují za nedostatečnou. Jedná se opět o fenomén principu „slyšeli jsme, ale nevíme vlastně, oč se jedná“.

4 ZÁVĚR

Výše předložená práce na téma Mínění sester o eutanazii není výhradně prací zabývající se eutanázií. Při jejím zpracování bylo nutné zmínit také paliativní péči jakožto protiklad eutanazie a umírání, ze kterého vše vyvěrá. Tato témata jsou pojednána v teoretické části.

Praktickou část tvoří šetření mezi úzce specifikovanými respondenty. Jsou jimi sestry, které jsou s umírajícími pacienty v každodenním nebo velmi častém styku, tedy sestry z akutních a dlouhodobě intenzivních lůžek a sestry hospicové. Osloveny byly sestry z lůžkových hospiců po celé naší republice. Intenzivní lůžka reprezentovaly sestry z FN Motol, konkrétně z oddělení ARO, JIP metabolické, nefrologické a OCHRIP. Průzkumu se též účastnily sestry z Rehabilitační kliniky Malvazinky z oddělení OCHRIP. Celkem odpovídalo 139 respondentů.

Pro získání potřebných informací bylo zvoleno kvantitativní výzkumné šetření pomocí metody dotazování prostřednictvím techniky dotazníku vlastní tvorby. Dotazník mapoval názory sester ve třech hlavních oblastech – v oblasti eutanazie, paliativní péče a umírání.

Cílem šetření bylo zjistit postoj sester k myšlence eutanazie, všeobecné povědomí sester o paliativní péči a jejich přístup ke smrti a umírání.

Výsledky šetření ukázaly, že existuje rozdílný přístup k legalizaci eutanazie mezi sestrami z hospicových a intenzivních lůžek. Hospicové sestry se ve větší míře staví proti legalizaci eutanazie, i když i mezi nimi nacházíme názorově opačnou skupinu, která se spíše kloní k legalizaci eutanazie. Na postoji k legalizaci eutanazie se podílí i faktor dosaženého stupně vzdělání. Se zvyšujícím se dosaženým stupněm vzdělání, klesá míra ztotožnění se s případnou legalizací eutanazie. Stejně tak ochota k případné asistenci u eutanazie odpovídá postoji k eutanazii samotné.

Výsledky vnímání vlastní smrtelnosti nebyly nijak dramatické. Hospicové sestry v mírné převaze přistupovaly ke smrti beze strachu, sestry z intenzivních lůžek vyjadřovaly častěji obavy. Překvapivý byl ale poměrně velký počet sester v obou skupinách, které o smrti nepřemýšlí.

Dotazníkové šetření ukázalo téměř 100% povědomí sester o paliativní péči v tom smyslu, že sestry o paliativní péči a jejích principech slyšely. Prokázal tedy zmíněné povědomí, nikoliv skutečnou obeznámenost a znalosti o ní.

Výsledky práce odhalily velký lidský potenciál v oblasti doprovázení a paliativní péče. Povědomí sester v nemocnicích o paliativní péči existuje, je ovšem patrné, že v nemocničním systému není ještě pevně zakotveno a zcela běžně praktikováno. Poukazuje na to ostatně samotná existence tohoto šetření, kdy je stále ještě třeba se ptát na povědomí sester o paliativní péči a míru jejího fungování v nemocnicích. Výpovědi sester v rámci jednoho daného oddělení se v otázce, zda je na tomto pracovišti prováděna paliativní péče, lišily. Je to dokladem nejednotné představy o skutečném principu a fungování paliativní péče, kterou je třeba sjednotit.

Nemá smysl zevšeobecňovat, které sestry jsou více připravené doprovázet umírající a které by volily eutanazii. Není to toliko v sestrách, jako v systému péče a zařízení, v kterém pracují. Je pochopitelné, že hospicové zařízení bude poskytovat paliativní péči na velmi vysoké úrovni a odbornosti. Ale se stejně odbornou a profesionální péčí se můžeme setkat i v nemocnici – v zařízení, které není primárně zřízeno pro umírání, ale pro uzdravování.

Řešením zlepšení situace umírajících je změna myšlení, nebát se umírajících pacientů a vytvořit jim automaticky komfort v umírání za pomoci týmu, který musí být v nemocnici dostupný. Tak, jako funguje hlášení mimořádných událostí, podiatrického pacienta, pacienta s dekubitem, či pacienta s nízkým nutričním skórem, mělo by v nemocnici fungovat detekování pacientů potřebných paliativní péče v jakékoli fázi jejich onemocnění. Je třeba změnit náhled na možnost doprovázení umírajících a samotná ochota se tímto tématem zabývat. Průprava o smrti, umírání a paliativní péči by měla být samozřejmostí v systému vzdělávání sester i lékařů. Stávající personál v nemocnicích by měl být seznamován s principy paliativní péče formou seminářů. Každý zdravotník by měl vědět o důležitosti multioborové spolupráce u umírajících.

Ne všichni máme tu možnost umírat doma nebo v přítomnosti svých blízkých. Pokud má konec našeho života proběhnout v nemocnici, je velká šance, že i zde proběhne pěkně a v usmíření, budeme-li se o umírající pacienty již nyní starat tak, jak bychom chtěli, aby bylo jednou postaráno o nás.

REFERENČNÍ SEZNAM

BEAUCHAMP, T. L., CHILDRESS, J. F. *Principles of Biomedical Ethics*. New York Oxford: Oxford university press, 1979, 314 s. ISBN 0-19-502487-7.

BENATAR, D. A legal right to die: responding to slippery slope and abuse arguments. *Current Oncology* [online]. 2011, 18(5), 206-207 [cit. 2016-03-29]. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3185895/>

BENDIANE, M.K. French hospital nurses' opinion about euthanasia and physician-assisted suicide: a national phone survey. *Journal of Medical Ethics* [online]. 2009, 35, 238-244 [cit. 2016-03-28]. DOI: 10.1136/jme.2008.025296. Dostupné z: <http://jme.bmj.com/content/35/4.author-index>

BUŽGOVÁ, Radka. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života*. 1. vyd. Praha: Grada, 2015, 168 s. ISBN 978-80-247-5402-4.

CIPRYÁNOVÁ, Marcela. Eutanazie - problém etický, právní i filozofický: Dodatek - Směrnice pro pomoc umírajícím. *Pelikán: Akademický bulletin 2. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze* [online]. 2000, 8 [cit. 2016-03-29]. Dostupné z: <http://pelikan.lf2.cuni.cz/archiv8/unor00/unor00.htm>

Doporučení představenstva ČLK č. 1/2010, ze dne 20. února 2010, k postupu při rozhodování o změně léčby intenzivní na léčbu paliativní u pacientů v terminálním stavu, kteří nejsou schopni vyjádřit svou vůli. *Česká lékařská společnost* [online]. [cit. 2016-03-29]. Dostupné z: <http://www.lkcr.cz/doporučení-představenstev-clk-227.html>

Doporučení Rady Evropy č. 1418/1999, ze dne 25. června 1999, o ochraně lidských práv a důstojnosti nevyléčitelně nemocných a umírajících (charta práv umírajících). *Institut Klinické a Experimentální Medicíny* [online]. [cit. 2016-03-29]. Dostupné z: <http://www.ikem.cz/www?docid=1002386>

Evropská úmluva o ochraně lidských práv [online]. Štrasburg: Evropský soud pro lidská práva, 2010, 50 s. [cit. 2016-03-01]. Dostupné z: http://www.echr.coe.int/Documents/Convention_CES.pdf

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Lékařská etika*. 3. rozš. vyd. Praha: Galén, 2002, 272 s. ISBN 80-7262-132-7.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. 2. přepr. vyd. Praha: Galén, 2007, 244 s. ISBN 978-80-7262-471-3.

HENNEZEL, Marie de. *Smrt zblízka: umírající nás učí žít*. 1. vyd. Praha: ETC Publishing, 1997, 134 s. ISBN 80-86006-15-8.

HOLT, Janet. Nurses' attitudes to euthanasia: the influence of empirical studies and methodological concerns on nursing practice. *Nursing philosophy* [online]. Blackwell Publishing Ltd, 2008, 2008(9), 257-272 [cit. 2016-03-28]. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18798897>

KAPOUNOVÁ, Gabriela. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007, 350 s. ISBN 978-80-247-1830-9.

KŘÍŽKOVÁ, Hana. *Postoj všeobecných sester k eutanazii na oddělení ARO a JIP u dospělých pacientů* [online]. Olomouc, 2014 [cit. 2016-03-27]. Dostupné z: http://library.upol.cz/ar1-upol/cs/detail-upol_us_cat.17-0167515-Postoj-vseobecnych-sester-k-Eutanazii-na-oddeleni-ARO-a-JIP-u-dospelych-pacientu/?disprec=1&iset=4. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci. Vedoucí práce Jiří Charamza.

KUPKA, Martin. *Psychosociální aspekty paliativní péče*. 1. vyd. Praha: Grada, 2014, 216 s. ISBN 978-80-247-4650-0.

KUTNOHORSKÁ, J. *Etika v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007, 164 s. ISBN 978-80-247-2069-2.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *O smrti a umírání: co by se lidé měli naučit od umírajících*. 2. přepr. vyd. Praha: Portál, 2015, 316 s. ISBN 978-80-262-0911-9.

MARKOVÁ, Monika. *Sestra a pacient v paliativní péči*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 128 s. ISBN 978-80-247-3171-1.

MARTÍNKOVÁ, Iveta. *Postoj laické veřejnosti a zdravotníků k problematice eutanazie* [online]. Plzeň, 2012 [cit. 2016-03-27]. Dostupné z: <https://otik.uk.zcu.cz/handle/11025/3851>. Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni. Vedoucí práce Vladimíra Fremrová.

MATĚJEK, Jaromír. *Dříve projevená přání pacientů: výhody a rizika*. 1. vyd. Praha: Galén, 2012, 189 s. ISBN 978-80-7262-850-6.

MUNZAROVÁ, Marta. *Eutanazie, nebo paliativní péče?*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005, 108. s. ISBN 80-247-1025-0.

PAYNE, Sheila, Jane SEYMOUR a Christine INGLETON. *Paliativní péče: principy a praxe*. 1. vyd. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007, 807 s. ISBN 978-80-87029-25-1.

PETERKOVÁ, Helena. Švýcarská teorie a praxe pomoci při sebevraždě. *Zdravotnické fórum*. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2012, (1), s. 2-4. ISSN 1804-9664.

POŠTOVÁ, Lenka. *Postoj k eutanazii u pracovníků v zařízeních paliativní péče* [online]. Praha, 2015 [cit. 2016-03-28]. Dostupné z: http://is.jabok.cz/th/6504/jabok_b/BC_bakalarka_konecna_verze.pdf. Bakalářská práce. Evangelická teologická fakulta Univerzity Karlovy. Vedoucí práce Hana Janečková.

PROŠKOVÁ, Eva. Etické a právní aspekty eutanazie. *Kontakt*. 2009, 1(11), 257-265. ISSN 1212-4117.[cit. 2016-03-01]. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsfj.u.zsfj.cz/kontakt/administrace/clankyfile/20120330103102626584.pdf>

PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK. *Eutanazie - pro a proti*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012, 20 s. ISBN 978-80-247-4659-3.

ROTTER, Hans. *Důstojnost lidského života: [základní otázky lidské etiky]*. 1. vyd. Praha: Vyšehrad, 1999, 107 s. ISBN 80-7021-302-7.

Předpis č. 372/2011 Sb.: Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). *Zákony pro lidi.cz* [online]. Aion CS, 2011 [cit. 2016-03-29]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>

SKŘIVANOVÁ-BOŠKOVÁ, Vladimíra. *Eutanázie, nebo komfort pro pacienty?: zkušenosti Nizozemí, Oregonu, Švýcarska a dalších*. 1. vyd. Praha: V. Bošková, 2012, 51 s. ISBN 978-80-260-2989-2.

SLÁMA, Ondřej a Štěpán ŠPINKA. *Koncepce paliativní péče v ČR: pracovní materiál k odborné a veřejné diskusi*. Praha: Cesta domů, 2004, 43 s. ISBN 80-239-4330-8.

STEM/MARK, Umírání a péče o nevléčitelně nemocné II, soubor kvantitativních výzkumů pro hospicové občanské sdružení Cesta domů. [online]. 2013 [cit. 2016-03-28]. Dostupné z: <http://www.umirani.cz/data#ke-stazeni>

Strategie rozvoje paliativní péče v České republice na období 2011 - 2015. *Česká společnost paliativní medicíny* [online]. [cit. 2016-03-29]. Dostupné z: <http://www.paliativnimedicina.cz/legislativa/narodni-strategie-palmed-cr/strategie-rozvoje-paliativni-pece-v-ceske-republice-na-obdob>

SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospice a umění doprovázet*. Kostelním Vydrří: Karmelitánské nakladatelství, 2008, 151 s. ISBN 978-80-7195-307-4.

SVATOŠOVÁ, Marie. *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012, 109 s. ISBN 978-80-247-4107-9.

ŠÁMAL, Pavel. *Trestní právo hmotné*. 7. přeprac. vyd. Praha: Wolters Kluwer, 2014, 1040 s. ISBN 978-80-7478-616-7.

ŠLAJCHRTOVÁ, Leona. Zemřel propagátor eutanázie Kevorkian, který pomohl se smrtí stovek lidí. *IDnes.cz* [online]. Praha: Vydavatelství Mafra, 2011 [cit. 2016-03-01].

Dostupné z: http://zpravy.idnes.cz/zemrel-propagator-eutanazie-kevorkian-ktery-pomohl-se-smrti-stovce-lidi-1q8-/zahranicni.aspx?c=A110603_151654_zahranicni_btw

ŠPINKOVÁ, Martina a Štěpán ŠPINKA. *Euthanasie: víme, o čem mluvíme?* Praha: Cesta domů, 2006, 42 s. ISBN 80-239-8592-2.

VÁCHA, Marek Orko, Radana KÖNIGOVÁ a Miloš MAUER. *Základy moderní lékařské etiky*. 1. vyd. Praha: Portál, 2012, 302 s. ISBN 978-80-7367-780-0.

Usnesení předsednictva České národní rady, ze dne 16. prosince 1992, o vyhlášení Listiny základních práv a svobod. *Poslanecká sněmovna parlamentu České republiky* [online]. [cit. 2016-03-29]. Dostupné z: <http://www.psp.cz/docs/laws/listina.html>

VIRT, Günter. *Žít až do konce: etika umírání, smrti a eutanazie*. 1. vyd. Praha: Vyšehrad, 2000, 95 s. ISBN 80-7021-330-2.

VORLÍČEK, Jiří a Ondřej SLÁMA. Paliativní medicína - historie a současnost. *Sanquis* [online]. 2005, (41) [cit. 2016-03-01]. Dostupné z: <http://www.sanquis.cz/index1.php?linkID=art345>

WORLD HEALTH ORGANIZATION, Europe. *Palliative care*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2004, 32 s. ISBN 9289010916.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: Dotazník

Příloha č. 2: Žádost o schválení dotazníkového šetření

Příloha č. 3: Charta práv umírajících

Příloha č. 4: Doporučení představenstva ČLK č. 1/2010

Příloha č. 5: Šablona Dříve vyslovené přání

Příloha č. 6: Motivační leták pro sestry

SEZNAM TABULEK

- Tabulka 1: Věkové rozložení
- Tabulka 2: Postoj k legalizaci eutanazie
- Tabulka 3: Důvody k poskytnutí eutanazie
- Tabulka 4: Vliv práce a zkušenosti na postoj sester k eutanazii
- Tabulka 5: Rizika zneužití eutanazie
- Tabulka 6: Možnost legislativního zamezení zneužití eutanazie
- Tabulka 7: Ochota k asistenci u eutanazie
- Tabulka 8: Setkání se s žádostí o eutanazii
- Tabulka 9: Důvody žádosti o eutanazii
- Tabulka 10: Povědomí o paliativní péči
- Tabulka 11: Míra obeznámení zdravotnického personálu o paliativní péči
- Tabulka 12: Reálnost fungování paliativní péče na všech úrovních v nemocnici
- Tabulka 13: Paliativní péče na daném oddělení
- Tabulka 14: Dříve vyslovená přání
- Tabulka 15: Strach ze smrti
- Tabulka 16: Pojetí smrti
- Tabulka 17: Místo úmrtí
- Tabulka 18: Vnímání vlastního přístupu k umírajícím
- Tabulka 19: Potřeba pacientů mluvit o smrti
- Tabulka 20: Ochota mluvit s pacientem o smrti
- Tabulka 21: Smysl lidského života
- Tabulka 22: Hypotéza 1: typ oddělení/postoj k eutanazii
- Tabulka 23: Pearsonův chí-kvadrát vztahující se k Hypotéze 1
- Tabulka 24: Hypotéza 2: typ oddělení/ postoj ke smrti
- Tabulka 25: Pearsonův chí-kvadrát vztahující se k Hypotéze 2
- Tabulka 26: Hypotéza 3: typ oddělení/ochota mluvit s pacienty o smrti
- Tabulka 27: Pearsonův chí-kvadrát vztahující se k Hypotéze 3
- Tabulka 28: Hypotéza 4: dosažený stupeň vzdělání/postoj k eutanazii
- Tabulka 29: Pearsonův chí-kvadrát vztahující se k Hypotéze 4

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1: Histogram věkového rozložení

Obrázek 2: Typ oddělení

Obrázek 3: Dosažené vzdělání

Obrázek 4: Délka praxe sester

PŘÍLOHY

Příloha č. 1: Dotazník

Dotazník – Mínění sester o eutanazii

Vážená kolegyně, vážený kolego,

jsem studentkou 2. lékařské fakulty UK oboru ošetřovatelství. Ráda bych Vás požádala o vyplnění následujícího dotazníku pro bakalářskou práci na téma „Mínění sester o eutanazii“. Dotazník je zcela anonymní, Vámi uvedené údaje budou využity výhradně pro šetření bakalářské práce. Zaškrtněte prosím nejvhodnější odpověď, případně doplňte podle vlastního uvážení. Dotazník Vám nezabere déle než 10 min.

Děkuji Vám za Váš čas a pomoc. Petra Konečná

1. Souhlasil/la byste s legalizací eutanazie?

- rozhodně ano
- spíše ano
- spíše ne
- rozhodně ne
- nevím

2. Jaký by měl být důvod k poskytnutí eutanazie? (možno zaškrtnout více odpovědí)

- neztižitelná bolest
- zkrácení procesu umírání
- nesmyslné prodlužování života na přístrojích
- ztráta smysluplnosti života pociťována člověkem, životní únava
- zachování lidské důstojnosti
- žádný důvod pro eutanazii neshledávám
- jiné – jaké:

3. Ovlivnila Vaše práce a zkušenosti Váš postoj k eutanazii?

- rozhodně ano
- spíše ano
- spíše ne

- rozhodně ne
- nevím

4. Jaká vnímáte společenská rizika zneužití eutanazie? (možno zaškrtnout více odpovědí)

- tlak příbuzných na nemocného, vidina dědictví
- vzdání se předčasně života ze strany nemocného
- pocit moci nad životem a smrtí ze strany zdravotníků
- řešení finanční náročnosti péče o nemocného
- demoralizace společnosti
- žádná rizika nevnímám
- jiná – jaká:

5. Lze dle Vašeho názoru legislativně zamezit zneužití eutanazie?

- rozhodně ano
- spíše ano
- spíše ne
- rozhodně ne
- nevím

6. Byl/a byste ochotna asistovat lékaři u eutanazie za předpokladu její legálnosti?

- rozhodně ano
- spíše ano
- spíše ne
- rozhodně ne
- nevím

7. Setkal/a jste se během své praxe s žádostí o eutanazii?

- ano
- ne

Pokud jste odpověděl/a Ne, přejděte na otázku č. 9 a další.

8. O jaký případ se jednalo? (možno zaškrtnout více odpovědí)

- pacient měl strach z budoucí ztráty kontroly nad sebou samým
- pacient trpěl nesnesitelnými bolestmi

- pacient vnímal svůj život jako nedůstojný
- pacient věděl, že umírá, žádal o zkrácení umírání
- pacient již neměl pro co žít, ztratil smysl života
- pacient nechtěl být na obtíž okolí, nechtěl přidělovat starosti rodině
- jiné – jaké:

9. Slyšel/a jste o pojmu paliativní péče a její principy?

- ano
- ne

10. Domníváte se, že je zdravotnický personál v nemocnicích dostatečně proškolen a obeznámen s existencí a principy paliativní péče (multikulturní spolupráce, opora pro příbuzné a přátele, respekt k přáním pacienta a rodiny, aspekty fyzické, psychické, sociální, duchovní a kulturní)?

- rozhodně ano
- spíše ano
- spíše ne
- rozhodně ne
- nevím

11. Je podle Vás možné v nemocnici provádět paliativní péči na všech jejích úrovních (bio, psycho, sociální a spirituální)?

- rozhodně ano
- spíše ano
- spíše ne
- rozhodně ne
- nevím

12. Je na Vašem pracovišti prováděna paliativní péče?

- ano
- ne
- nevím

13. Setkal/a jste se během své praxe s pacientem, který měl sepsaná dříve vyslovená přání?

- ano
- ne

14. Bojíte se smrti?

- ano
- ne
- nevím, nepřemýšlím o ní

15. Jak chápete smrt?

- jako přirozenou součást života
- jako něco negativního
- jako začátek něčeho nového, přechod do jiného bytí
- neuvažuji o smrti
- jiné (prosím vypište) :

16. Kde byste si přál/a zemřít?

- doma
- v nemocnici
- v hospici
- v léčebně pro dlouhodobě nemocné
- v domově pro seniory
- jiné (prosím vypište) :

17. Cítíte se zkušený/á v přístupu k umírajícím?

- rozhodně ano
- spíše ano
- spíše ne
- rozhodně ne
- nevím

18. Chtějí s Vámi pacienti mluvit o smrti?

- velmi často

- často
- občas
- zřídka
- nikdy

19. A chcete s nimi o smrti mluvit vy?

- ano, mluvit s pacienty o smrti je součástí mé každodenní práce
- mluvím s nimi, ale není mi to příjemné, často hledám vhodná slova
- nerad/a s nimi mluvím o smrti, snažím se rozhovor vždy předelegovat na někoho kompetentnějšího
- ne, záměrně se rozhovoru o smrti vyhýbám
- jiné (prosím vypište) :

20. Jaký je podle Vás smysl lidského života? (možno zaškrtnout více odpovědí)

- žádný, lidský život smysl nemá
- poznání a prožití všeho, co život nabízí
- dosáhnutí materiálního zabezpečení a sociálního uznání, být úspěšným člověkem
- vytvoření něčeho, co zde po mně po smrti zůstane, pro společnost, pro lidstvo
- předání života dalším generacím
- život je výukovou látkou, možností poučit se z chyb a cestou k pochopení Absolutna/Stvoření/Jednoty/Boha
- cestou k Bohu, snahou o žití dle Božích zákonů
- smysl lidského života je pro člověka nepoznatelný
- jiné – jaké:

21. Věk:

- 19 – 29
- 30 – 39
- 40 – 49
- 50 let a více

22. Typ oddělení:

- hospicové zařízení
- akutní intenzivní lůžka (ARO, JIP)

- dlouhodobě intenzivní lůžka (OCHRIP)

23. Vzdělání:

- středoškolské
- vyšší odborné
- bakalářské
- magisterské
- jiné – jaké:

24. Délka praxe:

- 0 – 1 rok
- 2 – 5 let
- 6 – 10 let
- 11 – 15 let
- 16 – 20 let
- 21 a více

Děkuji.

Příloha č. 2: Žádost o umožnění dotazníkového šetření

Universita Karlova Praha

2. lékařská fakulta

V Úvalu 84, 150 06 Praha 5 – Motol

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

Dobrý den,

jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetřovatelství, oboru Všeobecná sestra na 2. lékařské fakultě University Karlovy.

Ráda bych Vás požádala o umožnění dotazníkového šetření na Vašem pracovišti za účelem získání podkladů k zpracování praktické části bakalářské práce na téma „Mínění sester o eutanazii“.

Dotazníky jsou určeny pro nelékařský zdravotnický personál.

Děkuji předem.

V Praze dne.....*12. 8. 2014*.....

.....*Konečná*.....

Petra Konečná

n. z

05	MEDITERRA s.r.o.
522	Rehabilitační klinika Malvazinky
002	U MUDr. Gajdůškové
	Prim. MUDr. Gajdůšková
	SIP
	tel.: 251 116 767

Universita Karlova Praha

2. lékařská fakulta

V Úvalu 84, 150 06 Praha 5 – Motol

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

Dobrý den,

jsm studentkou 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, oboru Všeobecná sestra na 2. lékařské fakultě University Karlovy.

Ráda bych Vás požádala o umožnění dotazníkového šetření na Vašem pracovišti za účelem získání podkladů k zpracování praktické části bakalářské práce na téma „Mínění sester o eutanazii“.

Dotazníky jsou určeny pro nelékařský zdravotnický personál.

Děkuji předem.

V Praze dne.....

19. 4. 2015

.....

Petra Konečná

Průběh: Alena Šimová

Mgr. Monika Sikorová
vchůzí sestra

Hosníc Frýdek-Místek, p.o.
I. J. Pesný 6640, 738 01 Frýdek-Místek
IČ: 72046548

Universita Karlova Praha
2. lékařská fakulta
V Úvalu 84, 150 06 Praha 5 – Motol

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

Dobrý den,

jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, oboru Všeobecná sestra na 2. lékařské fakultě University Karlovy.

Ráda bych Vás požádala o umožnění dotazníkového šetření na Vašem pracovišti za účelem získání podkladů k zpracování praktické části bakalářské práce na téma „Mínění sester o eutanazii“.

Dotazníky jsou určeny pro nelékařský zdravotnický personál.

Děkuji předem.

V Praze dne 30.7.2015

Konečná

Petra Konečná

SOUHLASIM.

Bc. Petra Jeníčková
vrchní sestra

Jen.



Universita Karlova Praha
 2. lékařská fakulta
 V Úvalu 84, 150 06 Praha 5 – Motol

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

Dobrý den,

jsm studentkou 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, oboru Všeobecná sestra na 2. lékařské fakultě University Karlovy.

Ráda bych Vás požádala o umožnění dotazníkového šetření na Vašem pracovišti za účelem získání podkladů k zpracování praktické části bakalářské práce na téma „Mínění sester o eutanazii“.

Dotazníky jsou určeny pro nelékařský zdravotnický personál.

Děkuji předem.

V Praze dne *30.7.2015*.....

Konečná.....

Petra Konečná

Žadosti vyhovují, umožňuji dotazníkové šetření.

Urbani sestra

Nováková Petra



V Červeném Kostelci 3.9.2015

Universita Karlova Praha

2. lékařská fakulta

V Úvalu 84, 150 06 Praha 5 – Motol

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

Dobrý den,

jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, oboru Všeobecná sestra na 2. lékařské fakultě University Karlovy.

Ráda bych Vás požádala o umožnění dotazníkového šetření na Vašem pracovišti za účelem získání podkladů k zpracování praktické části bakalářské práce na téma „Mínění sester o eutanazii“.

Dotazníky jsou určeny pro nelékařský zdravotnický personál.

Děkuji předem.

V Praze dne.....*30.7.2015*.....

.....*Konečná*.....

Petra Konečná

HOSPICOVÁ PÉČE SV. KLEOFÁSE TŘEBOŇ, o.p.s.
provozovna: Chelčického 2, 379 01 Třeboň
sídl.: Na Nábřeží 552
378 16 Lomnice nad Lužnicí
IČO: 227 07 328
www.klefafas.cz

Universita Karlova Praha

2. lékařská fakulta

V Úvalu 84, 150 06 Praha 5 – Motol

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

Dobrý den,

jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, oboru Všeobecná sestra na 2. lékařské fakultě University Karlovy.

Ráda bych Vás požádala o umožnění dotazníkového šetření na Vašem pracovišti za účelem získání podkladů k zpracování praktické části bakalářské práce na téma „Mínění sester o eutanazii“.

Dotazníky jsou určeny pro nelékařský zdravotnický personál.

Děkuji předem.

V Praze dne *30.7.2015*

Konečná

Petra Konečná

SOAHLASÍM

Bc. Matochová Naděžda

Matochová



Universita Karlova Praha

2. lékařská fakulta

V Úvalu 84, 150 06 Praha 5 – Motol

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

Dobrý den,

jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, oboru Všeobecná sestra na 2. lékařské fakultě University Karlovy.

Ráda bych Vás požádala o umožnění dotazníkového šetření na Vašem pracovišti za účelem získání podkladů k zpracování praktické části bakalářské práce na téma „Mínění sester o eutanazii“.

Dotazníky jsou určeny pro nelékařský zdravotnický personál.

Děkuji předem.

V Praze dne 30.7.2015

Konečná

Petra Konečná

Souhlasím

Ivana Kalousová

Ivana Kalousová
hlavní sestra



Universita Karlova Praha

2. lékařská fakulta

V Úvalu 84, 150 06 Praha 5 – Motol

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

Dobrý den,

jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, oboru Všeobecná sestra na 2. lékařské fakultě University Karlovy.

Ráda bych Vás požádala o umožnění dotazníkového šetření na Vašem pracovišti za účelem získání podkladů k zpracování praktické části bakalářské práce na téma „Mínění sester o eutanazii“.

Dotazníky jsou určeny pro nelékařský zdravotnický personál.

Děkuji předem.

V Praze dne 30. 7. 2015

Petra Konečná

Petra Konečná

Souhlasem

Hospic sv. Aizběty o.p.s.

Kaččova 36, 639 00 Brno

266 04 582

Petra Konečná 5/8 2015

Universita Karlova Praha
2. lékařská fakulta
V Úvalu 84, 150 06 Praha 5 – Motol

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

Dobrý den,

jsm studentkou 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, oboru Všeobecná sestra na 2. lékařské fakultě University Karlovy.

Ráda bych Vás požádala o umožnění dotazníkového šetření na Vašem pracovišti za účelem získání podkladů k zpracování praktické části bakalářské práce na téma „Mínění sester o eutanazii“.

Dotazníky jsou určeny pro nelékařský zdravotnický personál.

Děkuji předem.

V Praze dne 30. 7. 2015

Monika

Petra Konečná

Souhlasím
3. 8. 2015

Mgr. Monika Marková, ředitelka
Hospic sv. Štěpána,
občanské sdružení
Rybářské nám. 662/4
412 01 Litoměřice -3.

Universita Karlova Praha
2. lékařská fakulta
V Úvalu 84, 150 06 Praha 5 – Motol

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

Dobrý den,

jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetřovatelství, oboru Všeobecná sestra na 2. lékařské fakultě University Karlovy.

Ráda bych Vás požádala o umožnění dotazníkového šetření na Vašem pracovišti za účelem získání podkladů k zpracování praktické části bakalářské práce na téma „Mínění sester o eutanazii“.

Dotazníky jsou určeny pro nelékařský zdravotnický personál na oddělení Jedinoty intenzivní péče, Anesteziologicko - resuscitačního oddělení a Oddělení chronické resuscitační a intenzivní péče.

Děkuji předem.

V Praze dne 5. 8. 2018.....

Konečná.....

Petra Konečná

SOUHLASÍM

Mgr. Jana Nováková, MBA
řádkyně pro oš. péči FN Motol

Příloha č. 3: Charta práv umírajících

Doporučení Rady Evropy č. 1418/1999 „O ochraně lidských práv a důstojnosti nevléčitelně nemocných a umírajících.“

(„Charta práv umírajících“)

1. Posláním Rady Evropy je chránit důstojnost všech lidí a práva, která z ní lze odvodit.
2. Pokrok medicíny umožňuje v současné době léčit mnohé dosud neléčitelné nebo smrtelné choroby, zlepšení lékařských metod a rozvoj resuscitačních technik dovolují prodlužování života lidského jedince a odsouvání okamžiku jeho smrti. V důsledku toho se však často nebere ohled na kvalitu života umírajícího člověka a na osamělost a utrpení jak pacienta, tak jeho blízkých a těch, kdo o něj pečují.
3. V roce 1976 v rezoluci č. 613 deklarovalo Parlamentní shromáždění, „že umírající nemocný si nejvíce ze všeho přeje zemřít v klidu a důstojně, pokud možno v komfortu a za podpory jeho rodiny a přátel.“ V Doporučení číslo 779 z roku 1976 k tomu dodalo, že „prodloužení života by nemělo být jediným cílem lékařské praxe, která se musí současně zabývat i úlevou od utrpení.“
4. Konvence o ochraně lidských práv a lidské důstojnosti s ohledem na aplikaci biologie a medicíny od té doby vyjádřila důležité zásady a připravila cestu, aniž se explicitně věnovala specifickým potřebám nevléčitelně nemocných nebo umírajících lidí.
5. Povinnost respektovat a chránit důstojnost všech nevléčitelně nemocných a umírajících osob je odvozena z nedotknutelnosti lidské důstojnosti ve všech obdobích života. Respekt a ochrana nacházejí svůj výraz v poskytnutí přiměřeného prostředí, umožňujícího člověku důstojné umírání.
6. Jak v minulosti i v současnosti ukázaly mnohé zkušenosti s utrpením, je třeba tato opatření uskutečňovat zvláště v zájmu nejzranitelnějších členů společnosti. Tak jako lidská bytost začíná svůj život ve slabosti a závislosti, stejně tak potřebuje ochranu a podporu, když umírá.
7. Základní práva odvozená z důstojnosti nevléčitelně nemocných nebo umírajících osob jsou dnes ohrožena mnoha faktory:
 - Nedostatečnou dostupností paliativní péče a dobré léčby bolesti
 - Častým zanedbáváním léčby fyzického utrpení a nebráním zřetele na psychologické, sociální a spirituální potřeby
 - Umělým prodlužováním procesu umírání buď nepřiměřeným používáním lékařských postupů nebo pokračováním v léčbě bez souhlasu nemocného
 - Nedostatečným kontinuálním vzděláváním a malou psychologickou podporou ošetřujícího personálu činného v paliativní péči
 - Nedostatečnou péčí a podporou příbuzných a přátel terminálně nemocných či umírajících osob, kteří by jinak mohli přispět ke zmírnění lidského utrpení v jeho různých dimenzích

- Obavami nemocného ze ztráty autonomie, že bude závislým na rodině i institucích a stane se pro ně zátěží
- Chybějícím nebo nevhodným sociálním i institucionálním prostředím, které by mu umožňovalo pokojné rozloučení s příbuznými a přáteli
- Nedostatečnou alokací prostředků a zdrojů pro péči a podporu nevléčitelně nemocných nebo umírajících
- Sociální diskriminací, která je vlastní umírání a smrti

8. Shromáždění vyzývá členské státy, aby ve svých zákonech stanovily nezbytnou legislativní i sociální ochranu, aby se zabránilo těmto nebezpečím a obavám, se kterými mohou terminálně nemocní nebo umírající lidé být v právním řádu konfrontováni, a to zejména:

- Umírání s nesnesitelnými symptomy (například bolesti, dušení, atd.)
- Prodlužováním umírání terminálně nemocného nebo umírajícího člověka proti jeho vůli
- Umírání o samotě a v zanedbání
- Umírání se strachem, že jsem sociální zátěží
- Omezováním život udržující léčby (life-sustaining) z ekonomických důvodů
- Nedostatečným zajištěním financí a zdrojů pro adekvátní podpůrnou péči terminálně nemocných nebo umírajících

9. Shromáždění proto doporučuje, aby Výbor ministrů vyzval členské státy Rady Evropy, aby ve všech ohledech respektovaly a chránily důstojnost nevléčitelně nemocných nebo umírajících lidí, a to tím:

a) že uznají a budou hájit nárok nevléčitelně nemocných nebo umírajících lidí na komplexní paliativní péči a že přijmou příslušná opatření:

- aby zajistily, že paliativní péče bude uznána za zákonný nárok individua ve všech členských státech
- aby byl všem nevléčitelně nemocným nebo umírajícím osobám dopřán rovný přístup k přiměřené paliativní péči
- aby byli příbuzní a přátelé povzbuzováni, aby doprovázeli nevléčitelně nemocné a umírající a aby jejich snaha byla profesionálně podporována. Pokud se ukáže, že rodinná nebo soukromá péče nestačí nebo je přetěžována, musejí být k dispozici alternativní nebo doplňkové formy lékařské péče
- aby ustavily ambulantní týmy a síť pro poskytování paliativní péče, které by zajišťovaly domácí péči vždy, pokud je možné pečovat o nevléčitelně nemocné nebo umírající ambulantně
- aby zajistily spolupráci všech osob podílejících se na péči o nevléčitelně nemocného nebo umírajícího pacienta
- aby vyvinuly a vyhlásily kvalitativní normy pro péči o nevléčitelně nemocné nebo umírající
- aby zajistily, že nevléčitelně nemocné a umírající osoby, pokud si nebudou přát jinak, dostanou přiměřenou paliativní péči a tišení bolesti, i kdyby tyto léčba mohla mít u příslušného jedince jako nežádoucí (vedlejší) účinek léčby za následek zkrácení života jedince

- aby zajistily, že ošetřující personál bude vyškolen a veden tak, aby mohl každému nevléčitelně nemocnému nebo umírajícímu člověku poskytnout v koordinované týmové spolupráci lékařskou, ošetrovatelskou a psychologickou péči v souladu s nejvyššími možnými standardy
- aby založily další a rozšířily stávající výzkumná, výuková a doškolovací centra pro obor paliativní medicíny a péče, stejně jako pro interdisciplinární thanatologii
- aby zajistily alespoň ve větších nemocnicích vybudování specializovaných oddělení paliativní péče a thanatologických klinik, které by mohly nabídnout paliativní medicínu a péči jako integrální součást každé lékařské činnosti
- aby zajistily, že bude paliativní medicína a péče ukotvena ve veřejném vědomí jako důležitý cíl medicíny

b) tím, že budou chránit právo nevléčitelně nemocných a umírajících osob na sebeurčení a že pro to přijmou nutná opatření:

- aby se prosadilo právo nevléčitelně nemocné nebo umírající osoby na pravdivou, úplnou, ale citlivě podanou informaci o jejím zdravotním stavu a aby přitom bylo respektováno přání jedince, který nechce být informován
- aby měla každá nevléčitelně nemocná nebo umírající osoba možnost konzultovat ještě jiné lékaře než svého pravidelného ošetřujícího
- aby bylo zajištěno, že žádná nevléčitelně nemocná nebo umírající osoba nebude ošetřována a léčena proti své vůli, že při svém rozhodování nebude ovlivňována nikým jiným a že na ni nebude nikým činěn nátlak. Musejí být zvažena taková opatření, aby takové rozhodnutí nebylo učiněno pod ekonomickým tlakem
- aby bylo zajištěno, že bude respektováno odmítnutí určitého léčebného postupu, vyjádřené v písemném projevu vůle (*living will*), v „pořízení“ nevléčitelně nemocné nebo umírající osoby, která již nebude aktuálně schopná se vyjádřit. Dále musí být zajištěno, aby byla stanovena kritéria platnosti takových prohlášení, pokud jde o rozsah předem vyjádřených pokynů (*advance directives*), ale i pokud jde o jmenování zmocněnců a rozsah jejich pravomocí. Rovněž musí být zajištěno, že rozhodnutí, učiněná zmocněncem v zastoupení nemocného neschopného se vyjádřit, a která se opírají o předchozí vyjádření vůle nebo o předpokládanou vůli nemocného, budou uznána jen tehdy, když v nastalé akutní situaci nemocný sám svou vůli nijak neprojeví nebo když ji není možno poznat. V takovém případě musí být jasná souvislost s tím, co příslušná osoba říkala v době krátce před okamžikem rozhodování, nebo přesněji, krátce než začala umírat, a to v odpovídající situaci, bez cizího ovlivnění a nátlaku, a ještě při zachovaných duševních schopnostech. Konečně má být zajištěno, aby nebyla respektována zástupná rozhodnutí, jež se opírají jen o všeobecné hodnotové soudy platné v příslušné společnosti a aby ve sporných případech bylo vždy rozhodnuto ve prospěch života a jeho prodloužení
- aby bylo zajištěno, že výslovná přání nevléčitelně nemocné nebo umírající osoby týkající se určitých léčebných postupů budou

respektována bez ohledu na zásadní terapeutickou odpovědnost lékaře, pokud nejsou v rozporu s lidskou důstojností

- aby bylo zajištěno, že v případě, kdy není k dispozici předchozí vyjádření vůle pacienta či pacientky, nebude porušeno jeho právo na život. Musí být vytvořen katalog léčebných úkonů, které musejí být poskytnuty za všech okolností a jež nesmí být zanedbány

c) že zachovají předpis, zakazující úmyslné usmrcení nevléčitelně nemocných nebo umírajících osob a že zároveň:

- uznají, že právo na život, zejména ve vztahu k nevléčitelně nemocným a umírajícím osobám, je členskými státy garantováno v souladu s článkem 2 Evropské úmluvy o lidských právech, který říká, že „nikdo nemá být úmyslně zbaven života“
- uznají, že přání zemřít, vyjádřené nevléčitelně nemocnou nebo umírající osobou, nezakládá v žádném případě právní nárok na smrt z ruky jiné osoby
- uznají, že přání zemřít, vyjádřené nevléčitelně nemocnou nebo umírající osobou, samo o sobě nezakládá legální ospravedlnění činností, úmyslně způsobujících smrt

Text tohoto Doporučení byl přijat Parlamentním shromážděním 25. června roku 1999 na jeho 24. zasedání převážnou většinou hlasů, kdy 6 hlasů bylo proti.

Příloha č. 4: Doporučení představenstva ČLK č. 1/2010

DOPORUČENÍ PŘEDSTAVENSTVA ČLK č. 1/2010

k postupu při rozhodování o změně léčby intenzivní na léčbu paliativní u pacientů v terminálním stavu, kteří nejsou schopni vyjádřit svou vůli

čl. 1

Doporučení představenstva ČLK formuluje principy a rámcová doporučení pro poskytování paliativní péče u dospělých pacientů neschopných o sobě rozhodovat v konečné fázi jejich léčebně neovlivnitelného onemocnění. Mezi nejčastější klinické případy patří pacienti s multiorgánovým selháním, při němž i přes maximální možnou podporu či náhradu orgánových funkcí dochází k trvalému zhoršování zdravotního stavu a kde vyvolávající příčina či její důsledky (následný patofyziologický děj) nejsou léčebně ovlivnitelné, nebo pacienti v hlubokém bezvědomí bez odůvodněného předpokladu obnovení integrity mozkových funkcí z důvodu přítomnosti známek ireverzibilního poškození centrálního nervového systému.

čl. 2

Cíle doporučeného postupu při rozhodování o změně léčby intenzivní na léčbu paliativní u pacientů terminálně nemocných

- a) Definovat nejčastěji používané pojmy ve vztahu k této problematice.
- b) Formulovat základní východiska a principy pro rozhodování o zahájení paliativní péče u nemocných v terminálním stavu dále neléčitelného onemocnění nebo s ireverzibilní poruchou integrity orgánových funkcí, při níž zdravotní stav nebo použité způsoby léčby znemožňují vyjádření vlastní svobodné vůle.
- c) Zdůraznit etické aspekty poskytování intenzivní péče, zejména respektování předchozího názoru pacienta (pokud je dostupný), uchování lidské důstojnosti a zajištění maximálně možného komfortu nemocných.
- d) Omezit poskytování marné a neúčelné léčby v situacích, v nichž se lze na základě odborného medicínského posouzení odůvodněně domnívat, že přínos zahájení nebo pokračování v dané léčebné metodě s ohledem na zdravotní stav nemocného nepřevažuje nad rizikem komplikací, bolesti, dyskomfortu a strádání pro pacienta a nedává možnost příznivého ovlivnění zdravotního stavu nebo záchrany jeho života.
- e) Přispět ke zvýšení kvality rozhodování v uvedených situacích a zlepšit komunikaci jak uvnitř zdravotnických týmů, tak mezi zdravotníky a rodinami či blízkými pacientů.
- f) Formulovat pro odbornou a laickou veřejnost stanovisko
 - odborně podložené a náležitě zdokumentované nezahájení nebo nepokračování marné a neúčelné léčby je v souladu s etickými principy medicíny a platnými právními předpisy,
 - nezahájení nebo nepokračování marné a neúčelné léčby nesmí být zaměňováno za eutanázii.
- g) Usnadnit a podpořit vznik „místních“ doporučení zabývajících se uvedenou problematikou na jednotlivých pracovištích intenzivní péče.

čl. 3

Terminologie

- a) Pacient v terminálním stádiu onemocnění – pacient v konečném stádiu onemocnění, které není slučitelné se životem a není dále léčebně ovlivnitelné
- b) Pacient neschopný o sobě rozhodovat – nemocný s poruchou vědomí, který je vzhledem ke svému aktuálnímu zdravotnímu stavu neschopný posouzení situace a rozhodování o své osobě, není schopen vyjádřit informovaný souhlas.
- c) Paliativní léčba – léčba, jejímž cílem je zabránění bolesti, strádání či dyskomfortu nevléčitelně nemocného nebo umírajícího pacienta.
- d) Marná a neúčelná léčba – léčba, která nevede k záchraně života, uchování zdraví či udržení kvality života. Marná a neúčelná léčba není v zájmu pacienta, nemůže mu pomoci a zatěžuje jej zbytečným strádáním či rizikem komplikací.
- e) Nezahajování léčby – léčebný postup, který nemůže zastavit postup choroby, navrátit zdraví nebo odvrátit smrt pacienta, není indikován a není proto zahajován. Takový postup by byl léčbou marnou či neúčelnou. Nepřijetí pacienta v konečné fázi jeho onemocnění na pracoviště intenzivní medicíny, kdy již nelze zastavit postup choroby, navrátit zdraví či odvrátit smrt, patří mezi opatření nezahajování léčby.
- f) Nepokračování léčby – při nemožnosti zastavit postup choroby, navrátit zdraví nebo odvrátit smrt, není ve stávající marné a neúčelné léčbě pokračováno a tato léčba je ukončena (např. vysazení farmakologické podpory oběhu, ukončení hemodialýzy, ukončení ventilační podpory).
- g) Eutanázie – usmrcení člověka ze soucitu jinou osobou než pacientem samým, a to na jeho vlastní žádost. Právní systém České republiky pojem eutanázie nezná. Uvedené jednání by bylo hodnoceno jako trestný čin a je nepřipustné. Nepřipustná a trestná je také pomoc k sebevraždě.

čl. 4

Základní východiska pro postup při rozhodování o změně léčby intenzivní na léčbu paliativní u pacientů terminálně nemocných

- a) Život člověka je konečný.
- b) Každý pacient má právo na náležitou, odbornou úroveň zdravotní péče.
- c) Všeobecně přijatým cílem intenzivní péče je vždy zachování života a zdraví pacienta, odstranění vyvolávající příčiny zhoršení zdravotního stavu a poskytování postupů orgánové podpory či náhrady u nemocných se zvratným (nebo předpokládaným zvratným) orgánovým selháním, tj. „udržovat život, ale nikoliv prodlužovat umírání“. V případě, kdy nelze tyto cíle naplnit, je nutné poskytnout pacientovi péči, která vyloučí bolest, dyskomfort a strádání, umožní zachování lidské důstojnosti a uspokojování fyzických, psychických, sociálních a duchovních potřeb.
- d) Jakékoliv rozhodování v průběhu poskytované zdravotní péče musí být v souladu s existujícími právními předpisy a musí být založeno na odborném a kvalifikovaném posouzení zdravotního stavu pacienta, musí bezvýhradně respektovat základní etické principy medicíny, především lidský život jako nejvyšší hodnotu a právo na sebeurčení nemocných a uchování jejich lidské důstojnosti.
- e) Jakýkoliv diagnostický nebo léčebný postup musí být pečlivě a odpovědně posuzován poměrem reálného klinického přínosu a míry možného rizika komplikací, bolesti, dyskomfortu a strádání, které zvolený postup pacientovi v aktuální klinické situaci přináší. Použití postupu, kde rizika a komplikace s ním spojené, nejsou vyváženy jeho přínosem pro pacienta, je v rozporu s etickými principy medicíny. Vždy je nutné brát zřetel na

předchozí názor pacienta, pokud je dostupný a je nepochybné, že jde o dříve vyslovené přání příslušného pacienta (viz. článek 9 Úmluvy o lidských právech a biomedicíně).

f) Jakýkoliv léčebný postup, při němž není odůvodněný předpoklad jeho příznivého účinku na zdravotní stav pacienta nebo pro záchranu života a kde rizika komplikací, bolesti, dyskomfortu a strádání převažují nad reálným klinickým přínosem zvoleného postupu, je nutno považovat za léčbu, která není „ku prospěchu a v nejlepším zájmu pacienta“ a lze ji označit jako tzv. marnou a neúčelnou léčbu. Dosažení dočasné korekce hodnoty některé z fyziologických funkcí či jejich dílčích parametrů bez ovlivnění celkového průběhu onemocnění a možnosti záchrany života, nemůže být při zvažování poměru přínosu a rizika považováno za příznivý účinek zvoleného léčebného postupu. Léčba, která se jeví jako marná a neúčelná, nemá být indikována a prováděna.

g) Nezahájení nebo nepokračování marné a neúčelné léčby neznamena omezení pacienta na jeho právech, ale naopak je sledován zájem pacienta tak, aby nedošlo k porušení základních medicínských a etických principů včetně nechtěného nedůstojného prodlužování umírání. Smrt, která je výsledkem přirozeného průběhu onemocnění, nemůže být považována za nepříznivý výsledek zdravotní péče.

h) Nezahájení nebo nepokračování marné a neúčelné léčby u pacientů v terminálním stádiu neléčitelného onemocnění a/nebo s ireverzibilní poruchou integrity orgánových funkcí, kteří nereagují na použité léčebné postupy, je v souladu s etickými principy medicíny a existujícími právními předpisy České republiky.

i) Z hlediska medicínského, právního a etického není rozdíl mezi nezahájením nebo nepokračováním daného léčebného postupu.

j) Nezahájení nebo nepokračování marné a neúčelné léčby jsou při správném odborném posouzení postupy, které nelze zaměňovat za eutanazii či ublížení na zdraví.

čl. 5

Základní principy pro postup při rozhodování o změně léčby intenzivní na léčbu paliativní u pacientů terminálně nemocných

a) Přijetí pacienta na pracoviště intenzivní péče by mělo být podloženo předpokládaným přínosem poskytované péče, která mu má být na daném oddělení poskytnuta.

b) Stanovení rozsahu poskytované léčby musí být založeno na odborném a kvalifikovaném posouzení zdravotního stavu pacienta.

c) Zahájení nebo pokračování jakéhokoliv léčebného postupu, který není odborně odůvodněný, kde neexistuje racionální předpoklad jeho příznivého účinku na celkový průběh onemocnění a kde rizika komplikací, strádání, útrap a bolesti převažují nad reálným klinickým přínosem zvoleného postupu, je v rozporu s etickými principy medicíny a Chartou práv umírajících. Neexistuje povinnost zahajovat marnou a neúčelnou léčbu nebo v ní pokračovat, pokud je probíhající léčba odůvodněně za takovou označena.

d) Zabezpečení fyzických, psychických, sociálních a duchovních potřeb pacienta, odstranění pocitů bolesti, strádání a utrpení s respektováním lidské důstojnosti jsou základní priority paliativní péče.

Čl. 6

Doporučení pro klinickou praxi

a) Podnět k zahájení paliativní péče může dát kdokoliv z ošetřujícího zdravotnického týmu.

b) Kdykoliv je to možné, pacientovo přání musí být zahrnuto do rozhodování o zahájení paliativní péče.

- c) Rodina či blízcí pacienta by měli být náležitě informováni, pokud pacient neurčil jinak, nejlépe ve formě strukturovaného rozhovoru. Delegování odpovědnosti na rodinu či blízké za přijaté rozhodnutí o zahájení paliativní péče není přípustné.
- d) Do rozhodování o zahájení paliativní péče by měli být zahrnuti všichni členové (lékaři i nelékařský zdravotnický personál) ošetřujícího zdravotnického týmu (tzv. „shared-approach to end-of-life decision making“ model).
- e) Za závěrečné rozhodnutí o zahájení nebo nezahájení paliativní péče nese odpovědnost vedoucí lékař příslušného pracoviště nebo jím určený lékař. V době ústavní pohotovostní služby nese odpovědnost za rozhodnutí o zahájení nebo nezahájení paliativní péče lékař, který je odpovědný za konkrétní úsek v rámci výkonu ústavní pohotovostní služby a za lékařskou péči o příslušného pacienta.
- f) Zahájení paliativní péče a rozhodnutí o nezahájení či nepokračování marné a neúčelné léčby musí být vždy uvedeno ve zdravotnické dokumentaci. Zápis do zdravotnické dokumentace před zahájením paliativní péče, by měl obsahovat odborné posouzení zdravotního stavu a medicínské zdůvodnění rozhodnutí o zahájení paliativní péče.
- g) Cíle intenzivní péče, přínos a rizika plánovaných i probíhajících jednotlivých diagnostických a léčebných postupů by měly být v pravidelných intervalech přehodnocovány a zvažovány (minimálně jednou za 24 hodin). Jakékoliv již přijaté rozhodnutí, může být v odůvodněných případech změněno
- h) Prioritou paliativní péče je odstranění bolesti, dyskomfortu a strádání.
- i) Přítomnost rodiny či blízkých pacienta by měla být vždy umožněna, pokud ji pacient neodmítl.

čl. 7

Účinnost

Toto doporučení bylo projednáno a schváleno představenstvem ČLK dne 20.2.2010 a nabývá účinnosti dne 4.3.2010.

Příloha č. 5: Šablona Dříve vyslovené přání

Zdroj: MZ ČR

„Návrh formy „dříve vyslovené přání“ podle § 36 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, (zákon o zdravotních službách)“

Já (jméno, příjmení, rodné číslo nebo jiný identifikační údaj, adresa) vyslovuji pro případ, že bych se dostal(a) do takového zdravotního stavu, ve kterém nebudu schopen (schopna) vyslovit souhlas nebo nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb a způsobem jejich poskytnutí, následující **dříve vyslovené přání** :

1. Žádám,

a) aby v rámci poskytování zdravotních služeb mé osobě, pokud u mne nastane tento zdravotní stavnebyly zahajovány následující zdravotní výkony

b) pokud se dostanu do stádia.....své nemoci.....nebyly zahajovány tyto zdravotní výkony.....*)

*) Podle účelu a obsahu „dříve vysloveného přání“ se vyplní písmeno a) nebo b).

2. Poučení lékaře o důsledcích rozhodnutí o nezahájení zdravotních výkonů podle bodu 1.

.....*)

*) Poučení lékaře lze rozvést na samostatném listu, který se k „dříve vyslovenému přání“ přiloží. Z přiloženého poučení musí být zřejmé, kterému pacientovi bylo podáno a ke kterým skutečnostem,

které jsou předmětem dříve vysloveného přání se vztahuje, dále datum, kdy bylo provedeno a který

lékař jej provedl.

3. Toto dříve vyslovené přání platí od... (datum podpisu) do...

4. Jsem si vědom(a) toho, že „dříve vyslovené přání“ není třeba při poskytování zdravotních služeb mé osobě respektovat, pokud od doby jeho vyslovení došlo v poskytování zdravotních služeb, k nimž se toto přání vztahuje, k takovému vývoji, že lze důvodně předpokládat, že bych nyní již vyslovil(a) souhlas s jejich poskytnutím.

5. Jsem si vědom(a), že lékař nesmí respektovat mé přání pokud:

a) nabádá k takovým postupům, jejichž výsledkem je aktivní způsobení smrti (nelze požadovat takový postup při poskytování zdravotních služeb, který by vedl aktivnímu ukončení života zdravotnickým pracovníkem)

b) by jeho splnění mohlo ohrozit jiné osoby (předmětem dříve vysloveného přání nemůže být např. zákaz léčení infekčního onemocnění)

c) byly v době, kdy poskytovatel neměl k dispozici mé dříve vyslovené přání, započaty takové zdravotní výkony, jejichž přerušení by vedlo k aktivnímu způsobení smrti.

d) jsem v době jeho vyhotovení nebyl(a) zletilý (zletilá).

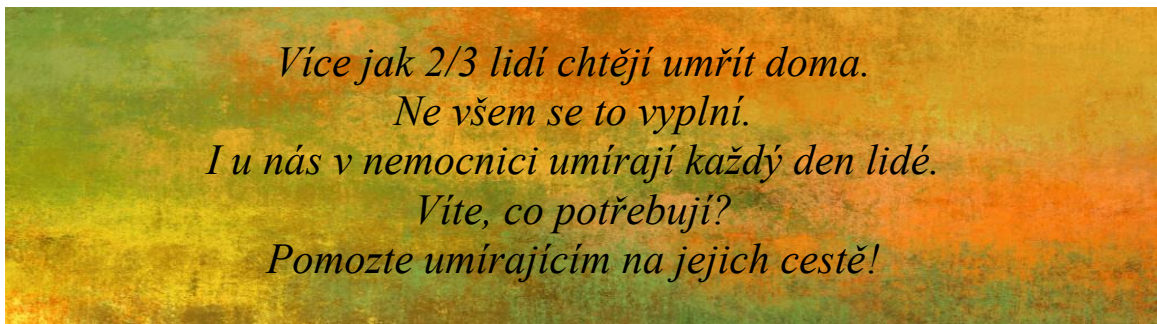
datum.....

.....
podpis lékaře, který provedl poučení

.....
identifikační údaje poskytovatele zdravotních služeb

datum.....

.....
**podpis osoby, která vyslovila „dříve vyslovené přání“
(včetně úředního ověření)**

Příloha č. 6: Motivační leták pro sestry**Co je paliativní péče:**

- paliativní péče je přístupem k péči o člověka, nikoliv léčbou
- nebojuje za každou cenu proti nemoci, ale přitakává životu
- snaží se pomoci pacientovi být člověkem až do smrti
- doprovází umírající
- vedle péče o fyzickou stránku člověka pečuje i o jeho duši na rovině psychické a spirituální
- stará se o rodinu pacienta

Jaké jsou principy paliativní péče?

- důstojné umírání bez bolesti a nepříjemných symptomů
- respekt k přáním pacienta
- respekt k lidské důstojnosti
- neoponechat pacienta osamocenému
- empatie a přirozená lidskost v péči
- pomoc pacientovi s dokončením úkolů a urovnáním mezilidských vztahů

Kdo je Váš pacient?

- pacient s progresivní chronickou chorobou či pacient umírající, od dětského věku až po stáří
- onkologicky nemocný
- pacient trpící neurodegenerativním onemocněním typu roztroušené sklerózy, Parkinsonovy nemoci, demence
- pacient v konečném stadiu chronického orgánového onemocnění: chronické srdeční, renální, jaterní selhání
- pacient s CHOPN
- pacient s AIDS
- polymorbidní geriatrický pacient
- pacient v persistujícím vegetativním stavu
- pacient s vrozeným pediatrickým syndromem a onemocněním (např. cystická fibróza)
- kriticky nemocný pacient s nevratným multiorgánovým selháváním v prostředí intenzivní péče

Nezapomínejte, že na doprovázení nejste sami! Jde o týmovou práci. Spolupracujte s: lékařem, psychologem, duchovním, fyzioterapeutem, ergoterapeutem. Existuje-li ve Vaší nemocnici specializovaný paliativní tým, kontaktujte jej!

Pro více informací vyhledejte:

www.cestadomu.cz

www.umirani.cz

www.pain.com

www.palliativedrugs.com

www.paliativnimedcina.cz