

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2012

Iveta Martínková

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetřovatelství B 5341

Iveta Martínková

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

**POSTOJ LAICKÉ VEŘEJNOSTI A ZDRAVOTNÍKŮ
K PROBLEMATICE EUTANAZIE**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Bc. Vladimíra Fremrová

PLZEŇ 2012

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci zpracovala samostatně a použila jen prameny uvedené v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 17. 3. 2012

.....

vlastnoruční podpis

Poděkování:

Děkuji velmi paní Bc. Vladimíře Fremrové za cenné rady a vedení bakalářské práce. Poděkování patří také všem respondentům, kteří vyplnili dotazník a všem blízkým a známým, kteří mě v bakalářské práci podpořili a byli mi oporou.

OBSAH

ÚVOD	14
TEORETICKÁ ČÁST	16
1 EUTANAZIE	16
1.1 Definice termínu.....	16
1.2 Historický vývoj eutanazie.....	16
1.2.1 Starověk, počátky civilizace.....	16
1.2.2 Antika	17
1.2.3 Středověk.....	17
1.2.4 Novověk	18
1.3 Eutanazie z pohledu náboženství	19
1.3.1 Judaismus	19
1.3.2 Katolicismus.....	19
1.3.3 Protestantismus.....	20
1.3.4 Principy angloamerické oblasti	20
1.3.5 Ostatní současné směry	20
1.4 Formy eutanazie	21
1.4.1 Asistovaná sebevražda	21
1.4.2 Aktivní eutanazie.....	21
1.4.3 Pasivní eutanazie	21
1.4.4 Nepřímá eutanazie.....	22
1.5 Termíny vztahující se k eutanazii	22
1.5.1 Holistická péče	22
1.5.2 Fyzická bolest.....	23
1.5.3 Emocionální bolest.....	24
1.5.4 Sociální bolest	26
1.5.5 Duchovní bolest.....	26
1.5.6 Kvalita života	27
1.5.7 Důstojnost člověka	29
1.5.8 Autonomie pacienta.....	29
1.5.9 Vlastní žádost, Living will	30
1.5.10 DNR – do not resuscitate.....	31

1.5.11	Ukončení nebo nenasazení neúčinné léčby	31
1.6	Eutanazie v současnosti.....	33
1.6.1	Příčiny vedoucí k myšlenkám o eutanazii.....	33
1.6.2	Nejčastější důvody zastánců eutanazie.....	34
1.6.3	Nejčastější důvody odpůrců eutanazie	35
1.6.4	Lékařská etika.....	36
1.7	Legalizace eutanazie ve světě	36
1.7.1	Holandsko.....	36
1.7.2	Belgie.....	38
1.7.3	Lucembursko	38
1.7.4	Švýcarsko	38
1.7.5	Austrálie	38
1.7.6	USA	38
1.8	Eutanazie v České republice	39
1.8.1	Česká legislativa.....	39
1.8.2	Česká lékařská komora a eutanazie.....	39
1.8.3	Doporučení české lékařské komory (ČLK) z roku 2010.....	39
2	PALIATIVNÍ PÉČE.....	41
2.1	Obsah pojmu	41
2.2	Principy paliativní medicíny a péče	42
3	HOSPICOVÁ PÉČE	43
3.1	Historie hospiců	43
3.2	Smysl hospicové péče	43
4	VÝZNAM ÚLOHY SESTRY PŘI DOPROVÁZENÍ UMÍRAJÍCÍCH	45
4.1	Péče o umírajícího	45
4.2	Terminální stav.....	46
4.3	Práva umírajících	46
4.4	Hlavní úkoly sestry	46
4.5	Uspokojování základních potřeb umírajících.....	47
	PRAKTICKÁ ČÁST.....	49
1	FORMULACE PROBLÉMU.....	49

1.1	Hlavní problém.....	49
1.2	Hlavní hypotézy	49
2	CÍL A ÚKOL PRŮZKUMU	49
3	VZOREK RESPONDENTŮ	50
4	METODA VÝZKUMU.....	50
5	ZPRACOVÁNÍ ÚDAJŮ	50
6	GRAFICKÉ VYHODNOCENÍ.....	51
	DISKUZE.....	65
	ZÁVĚR	71
	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	
	SEZNAM GRAFŮ	
	SEZNAM PŘÍLOH	

MOTTO:

„Začátkům snaž se čelit. Je pozdě po léku se shánět, jestli-že odkladem dlouhým mohlo již zesílit zlo.“

Ovidius

Anotace

Příjmení a jméno: Martínková Iveta

Katedra: Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Postoj laické veřejnosti a zdravotníků k problematice eutanazie

Vedoucí práce: Bc. Vladimíra Fremrová

Počet stran: číslované 59, nečíslované 32

Počet příloh: 5

Počet titulů použité literatury: 27

Klíčová slova: eutanazie – laická veřejnost - zdravotníci – paliativní péče – holistické pojetí péče

Souhrn: Má výzkumná bakalářská práce se dělí na dvě části – teoretickou a praktickou. V teoretické části bakalářské práce jsem vysvětlila samotný pojem eutanazie, historický vývoj včetně různých náboženských pohledů na tuto problematiku. Dále jsem popsala jednotlivé formy eutanazie a všechny důležité termíny vztahující se k tomuto tématu. Objasnila jsem nejčastější důvody zastánců i odpůrců eutanazie, zmapovala situaci ve světě i v České republice. V závěru teoretické části se věnuji paliativní a hospicové péči a významu zdravotní sestry při doprovázení nevléčitelně nemocných a umírajících. V praktické části práce sleduji pomocí dotazníku vlastní konstrukce názory laické veřejnosti a zdravotníků k problematice eutanazie. Pro šetření byla použita kvantitativní metoda výzkumu. Dotazník jsem zpracovala formou grafů, následně vyhodnotila a porovnávala.

Annotation

Surname and name: Martínková Iveta

Department: Department of Nursing and Midwifery

Title of thesis: The position of the general public and health professionals on the issue of euthanasia

Consultant: Bc. Vladimíra Fremrová

Number of pages: 59, unnumbered pages 32

Number of appendices: 5

Number of literature items used: 27

Key words: euthanasia - general public - health professionals - palliative care - holistic approach to care

Summary: My research bachelor work is divided into two parts - theoretical and practical. In the theoretical part of this work I explained the concept of euthanasia, including the historical development of various religious views on this issue. I also described the various forms of euthanasia and all the important terms related to this topic. I explained the reasons leading proponents and opponents of euthanasia, I mapped the world situation and in the Czech Republic. In conclusion, the theoretical part is devoted to palliative care and hospice care and the importance of nurse accompanying the terminally ill and dying. In the practical part of the work is monitored by means of a questionnaire of my own design views the general public and health professionals on the issue of euthanasia. The quantitative research method was used to investigate. The questionnaire was elaborated in the form of graphs, then evaluated and compared.

ÚVOD

Lidský život je tou nejcennější hodnotou, kterou vlastníme a s tím souvisí i určitá úcta k němu a odpovědnost za jeho ochranu. Stejně jako zrození a smrt jsou jeho přirozenou součástí, tak i bolest a nemoc doprovází lidstvo již od samého počátku jeho existence. Nikdo nedostává život se zárukou zdraví a věčnosti. Každý ví, že může onemocnět a je si vědom jistoty své konečnosti, která platí pro vše živé.

Postoj člověka ke smrti se měnil podle historického období, ve kterém se právě nacházel. V dávných dobách byla smrt chápána především jako přechod do lepšího světa, byla vstupem od těžkého pozemského života do věčnosti. Lidé se dožívali relativně nízkého věku a stejně jako žití a zdraví, byly přirozenou součástí bytí i nemoci a umírání. Ještě v 19. století a na počátku století 20. se lidé rodili a umírali doma.

Dnes můžeme říci, že život začíná i končí v nemocnici a umírání i smrt se stávají spíše tématy, o kterých lidé neradi slyší. Mocná medicína začala nad smrtí vítězit. Smrt začala být pojímána jako porážka nebo selhání a člověk jako by se ji vědomě vyhýbal. Smrt se tak od nás odvrátila, umírání odlidštilo a my žijeme s jakousi klamnou představou, že se nás netýká a je velmi vzdálená. Strach ze smrti navíc ještě často zvyšují často obavy z bolesti a utrpení.

Za poslední léta se velmi zlepšila úroveň lékařské péče, což dokazuje i stále zvyšování průměrného věku obyvatel. Lékaři jsou dnes schopni vyléčit nebo alespoň zpomalit choroby, které ještě nedávno nebyly slučitelné se životem. Také zdravotní moderní technika zaznamenala obrovský pokrok a její pomocí jsou při životě udržováni lidé, kteří by jinak neměli šanci přežít. Avšak každé pro má často i své proti. Nebývalé úspěchy v oblasti medicíny s sebou přinesly i situace dlouhého přežívání pacientů na hranici mezi životem a smrtí. Tyto situace nutí k zamyšlení, kde se přesně nachází hranice, která by určila, ve kterých situacích se jedná ještě o záchranu života a kdy jen o prodloužené umírání. Hranice, kdy by se měl lékař rozhodnout pro ukončení léčby a zastavit marné a zatěžující léčení.

Z důvodu výrazného technického rozvoje má dnešní medicína účinnější prostředky k oddálení smrti než v minulosti, ale na druhou stranu člověk často umírá sám na nemocničním lůžku bez přítomnosti těch, kteří mu byli za života blízcí.

V souvislosti s mým zaměstnáním na léčebně dlouhodobě nemocných a následné péči jsem často nevyhnutelně konfrontována s otázkami, které se týkají nejen umírání a smrti, ale také smyslu a konečnosti lidského života, smyslu utrpení v nemoci

či hodnoty života při jeho výrazně snížené kvalitě života ať už z důvodu nevléčitelné těžké nemoci nebo následku vážného úrazu.

Při úvahách o smrti a umírání se nelze vyhnout problematice eutanazie, proto jsem jako téma mé bakalářské práce zvolila právě eutanazii, která ve svém původním významu byla synonymem „dobré smrti“. V dnešní době si pod tímto pojmem můžeme představit ukončení života člověka, který je nevléčitelně nemocný a smrt si přeje. Prostudovala jsem materiály, které se týkají této problematiky, ve kterých jsem se i často sekávala s výsledky různých anket, kde se lidé vyjadřovali k otázkám eutanazie. Vyplývalo z nich častěji pro eutanazii. Za všechny uvedu alespoň tři z nich. Například podle průzkumu Centra pro výzkum z roku 2010 by 61 procent Čechů souhlasilo s tím, aby právní řád umožňoval ukončení života nevléčitelně nemocného člověka.(1) Na stoupající počet hlasů, které žádají „dobrou smrt“, upozorňuje i Petr Příhoda, vedoucí Ústavu lékařské etiky při 2. lékařské fakultě.(1) Také australský lékař Pollard upozorňuje na souhlasné stanovisko až 70% u většiny dosavadních průzkumů.(2)

I když si toto připouštím nerada, myslím, že v budoucnu můžeme očekávat, že tlak na uzákonění, tedy usmrcení na žádost, bude sílit. Současná konzumní společnost, kterou stále více ovlivňuje ekonomické myšlení a s tím spojený tlak na úspory, by mohla být jedním z vážných důvodů. Chtěla bych se zamyslet nad tím, proč stále více lidí je myšlenka „dobré smrti“ nakloněno“ a zdali si ti, kteří by souhlasili s její legalizací, uvědomují rizika, která by toto závažné rozhodnutí přineslo. Mým cílem je zjistit a porovnat názory dvou skupin - laické veřejnosti a zdravotníků. Ve své práci se budu zajímat i o informovanost obou těchto skupin, na základě které utváří své postoje k tomuto složitému a závažnému tématu. Chtěla bych hlouběji proniknout do této problematiky a zároveň se zamyslet, zda se v žádostech o eutanazii neodráží spíše prosby o soucit a blízkost okolí. Zda bychom ve volání po ukončení života neměli spíše hledat volání o pomoc, než využití práva svobodného rozhodování o sobě. Mým cílem je posoudit, zda jsou respondenti seznámeni s možnostmi paliativní léčby a na rozdíl od jiných dotazníků, které většinou dotazovaným nabízí pouze volbu nechat trpět nebo „pomoci zemřít“, jsem proti „eutanazii“ postavila tzv. holistické (celostní) pojetí péče s ošetřováním všech složek člověka, tedy kvalitní péči o umírající s mírněním všech symptomů, nejen tělesných, ale i psychických, sociálních a duchovních.

TEORETICKÁ ČÁST

1 EUTANAZIE

1.1 Definice termínu

Termín „eutanazie“ je řeckého původu (eu= dobrá, thanos= smrt) a podle své etymologie znamená „dobrou smrt“. Tento pojem je doložen již od 5. stol. před Kristem a již v této minulosti se užívala „eutanazie“ jako synonymum pro mírumilovnou, šťastnou a přirozenou smrt bez utrpení. Naplňovala tak představy lidí o klidném a lehkém umírání. V historii smysl tohoto slova byl pozitivní, neboť zahrnoval všestrannou pomoc umírajícímu člověku, při níž bylo mírnění bolesti a duševní úzkosti nejdůležitějším úkolem. Původní obsah tohoto slova tedy pravdivě odpovídal významu souvisejících činností, což je zásadní rozdíl od současného pojetí. Od starověkého Řecka do dnešní doby nastal ohledně tohoto výrazu značný významový posun.

Na rozdíl od dřívějšího chápání, je v současnosti eutanazie definována jako šetrné usmrcení nemocného, který trpí neúnosnými bolestmi následkem neléčitelné nemoci, na vlastní žádost. Eutanazie je nyní vnímána jako právo na smrt za okolností, které neumožňují nemocnému důstojný život. Pod pojmem eutanazie v dnešní době si tedy můžeme představit ukončení života člověka, který je nevléčitelně nemocný, má velké bolesti a smrt si přeje.(3)

„Eutanazie“ je záměrné ukončení života na požádání pacienta druhou osobou.(2)

Převážná část autorů současnosti se ztotožňuje s holandskou definicí: Eutanazie je ukončení života člověka někým jiným než člověkem samotným (= lékařem) na jeho vlastní žádost.(4)

1.2 Historický vývoj eutanazie

1.2.1 Starověk, počátky civilizace

Již Bible se zmiňuje o přání zemřít. Tuto podobnost nám připomíná druhá kniha Samuelova v příběhu, ve kterém přichází amálekovský bezdomovec za králem Davidem a svěří mu, že v pohoří Giboa vyslyšel naléhání Saula o pomoc zemřít, poté co se mu nezdařil odchod ze světa vlastní rukou. Saul zde prosí bezdomovce: „ Postav se ke mně

a usmrť mě, neboť mně svírá smrtelná křeč, ale ještě je ve mně život“. Ten jeho naléhání vyhoví. David však za tento čin ztrestá Amáleka také smrtí.

1.2.2 Antika

V antické kultuře nebyla zavržována sebevražda stejně jako usmrcení trpících. Stejně činy nebyly odsuzovány ani ostatními orientálními národy. V Řecku byla eutanazie vykonávána pomocí číše bolehlavu. Filozofové starého Řecka schvalovali právo na dobrovolný odchod ze života, pokud již člověk pro stáří či nemoc nemohl vést důstojný život.

„Smrt z milosti“ byla schvalována již Sokratem. V Platonových myšlenkách nacházíme jisté přání, aby obec byla tvořena pouze tělesně a duševně zdravými jedinci. Dokonce Aristoteles se vyjadřoval odmítavě k prodlužování těžkého života, avšak současně nesouhlasil s ukončením života, pokud by tímto činem se tehdy chtěl člověk vyhnout chudobě či tak řešil nějaký svůj zármutek. Toto pak odsuzoval a považoval za zbabělost a nepřijatelnou neschopnost člověka čelit protivenstvím života. Hédonik Hegesias nespatořoval život jako místo, kde by člověk mohl dosáhnout blaženosti a tudíž považoval za zbytečné, aby na něm člověk lpěl. Vše v životě považoval pouze za výsledek již předem určeného osudu bez jakéhokoliv přičinění člověka. Říman Seneca ctí nikoliv pouhé žití, ale především dobré žití. Ve svých úvahách o smrti dokonce upřednostňuje volbu dobrovolného odchodu před smrtí v bolestech a utrpení, Společně s Ciceronem přijímají i usmrcování zruďných dětí. Mezi zástupce odpůrců tzv. „dobré smrti“ patřil i Plinius.

Základem antické etiky byla Hippokratova přísaha. Její hlavní myšlenka zněla: „Lékař nechť se zabývá plným odstraňováním bolestí nemocného a zmírňováním síly bolesti. Nechť se však neodvažuje na ty, kteří jsou nemocí již udořáni“. Otázka eutanazie nebyla ještě probírána.

1.2.3 Středověk

Názory ve středověku byly velmi ovlivněny křesťanstvím, pro které život znamená absolutní hodnotu, je darem od Boha a lidský jedinec je pouhým správcem tohoto daru, tudíž bylo zcela nepřípustné, aby samotný člověk mohl rozhodovat o svém životě ve smyslu bytí či nebytí.

Mezi kritiky eutanazie bychom mohli zařadit v tomto čase i Tomáše Akvinského. Přestože zastával názor, že průběh umírání by měl být přirozený, aby

nebyla narušena spravedlnost Boží a přírodní řád, připouštěl i možnost rozporu mezi lidskou a boží vůlí ve jménu dobra. K eutanazii se otevřeně vyjadřuje T More. Ten nabádá nevléčitelně nemocné, pro které se stal život břemenem a mučivou útrapou, aby neváhali zemřít buď hladovkou, nebo tím, že požádají o usmrcení jiné. F. Bacon v Nové Atlantidě poprvé ve svých úvahách použil slovo „eutanasie“ chápané v dnešním současném smyslu, když mezi povinnosti lékaře řadí především obnovování zdraví, mírnění bolestí i utrpení a to nejen tehdy pokud tyto skutky vedou k uzdravení, ale i tehdy, vedou-li k čestnému a lehkému odchodu.

1.2.4 Novověk

O eutanazii jako součásti léčby se v první polovině 19. století zabýval německý psychiatr J. C. Reil. Přirovnává umírajícího člověka a k posvátné věci a poukazuje na povinnost pečujících učinit vše pro jeho dobro a v případě umírání zajistit přirozenou a pokojnou smrt. Jako povinnost lékaře dodává mírnění bolesti těla i duše.

Z osobností žijících v naší době, patřil mezi zastánce eutanazie M. Gándhí, indický vůdce mající vysoký morální kredit. Z jeho názorů vyplývá, že bychom se neměli smířovat s velkým utrpením a bolestmi, protože i osudovost má své hranice. A. Schweitzer zásadu „nezabiješ“ hodnotil jako nesvobodnou.

Chceme-li popisovat historii eutanazie, je důležité popsat její kapitolu v dějinách nacistického Německa, kterou rozepsal v této zemi lékař, když usmrtil prvního nemocného pacienta. V souvislosti s eutanazií není možné nezmínout na holocaust, který je jasným důkazem, že nacisté se v průběhu druhé světové války stali příkladem zneužití eutanazie. Začátky bychom našli již v roce 1939, kdy nacisté utajeně uspávali mentálně postižené, kteří byli hospitalizováni v různých ústavech. Následovalo vyhlazení schizofreniků, pak začali být nežádoucí lidé senilní. Poté přišlo na řadu vyhlazování Cikánů a Židů, rasově nežádoucích lidí, kteří byli považováni za méněcennou přítěž pro společnost. Nevedl v začátcích Němce, kteří původně uskutečňovali vyhlazování vlastních skupin mentálně postižených, schizofreniků a senilních k těmto činům pocit, že tyto oběti vedou natolik ubohý život, že jejich usmrcení je vlastně činem z milosrdenství? Nutno podotknout, že tento plán nesl název: „program eutanazie“. Uvědomujeme si dostatečně poučení, které vychází z této historické zkušenosti i dnes? Zneužití eutanazie zde vyústilo v hrůzné činy ohromných rozměrů a vedlo následně k tomu, že eutanazie byla na delší čas vyřazena ze seriózních diskuzí.(5)

Po roce 1960 se téma eutanazie opět dostává do popředí zájmu nejen lékařů, právníků, etiků, ale i širší veřejnosti ve smyslu pacientem dobrovolně vyžádané smrti a to hlavně jako odpověď na stálé zdokonalování lékařských postupů, se kterými souvisely i snahy o změny etických zásad s kladením stále většího důrazu na kvalitu života, která je vnímána jako důležitá životní hodnota.(3)

1.3 Eutanazie z pohledu náboženství

1.3.1 Judaismus

U židů je povinnost zachránit život a zdraví na prvním místě. V tradici židovského zákona má lékařská etika pevné kořeny a není určena jen lékařům ale i ostatní veřejnosti. Složitě problémy řeší nejen lékaři, ale i lidé vzdělaní v zákoně. Židovská lékařská etika má pevně stanovené a formulované principy. Zachraňovat život se zde snaží vždy a za každou cenu. Jen u případů, u kterých je smrt očekávána do tří dnů a jedná se o stav nastupující smrti, se již život zachránit nesnaží. Avšak urychlení smrti je i zde považováno za vraždu. Židovský národ patří mezi největší zastánce práva na život. Tento pohled je shodný jak u lékařů, tak u nemocných. V judaismu je termín „právo na smrt“ zcela nepřijatelný, odvrhuje odvolávání na „dobro“ nemocného i na kvalitu jeho života.

1.3.2 Katolicismus

Katolická etika vztahující se k eutanazii obsahuje:

a) Správcem života, jenž pochází od Boha, je člověk, který však není jeho vlastníkem. Člověk si musí svůj život chránit a má za něj odpovědnost.

b) Katolicismus považuje život za nedotknutelný a posvátný, proto jednoznačně odsuzuje jak eutanazii, tak i suicidia a potraty. Všechny tyto aktivity jsou považovány za porušení Božího zákona a je problémem i ve vztazích sociálních.

c) Léčebný postup řeší případy chirurgických zákroků, kdy musí být odňata část těla nebo orgánů, pokud je to pro člověka přínosné. Toto je například případ transplantace orgánů od živého dárce (např. ledvina).

d) Někdy ve snaze s dobrým úmyslem může dojít k negativnímu účinku. Je třeba zvážit účinek, který převažuje.

e) Ze zodpovědnosti vzniká správný prvek volby

f) Každé individuální dobro je základem obecného dobra. Pomoci a povzbudit je potřebné každému, kdo se nachází v nouzi.

1.3.3 Protestantismus

Pokládá za velmi důležité, aby každý člověk byl seznámen s obsahem Bible. Na teologických znalostech jsou postaveny v tomto náboženství i základy mravnosti.

1.3.4 Principy angloamerické oblasti

Nejdůležitější principy lékařské etiky obsahuje tzv. Belmontská zpráva z roku 1979: a) Princip neškození nedovoluje ubližovat, poškozovat či usmrtit jiné.

b) Princip konání dobra, který přikazuje podporovat dobro a předcházet poškození. Klade důraz na tělesnou i duševní pohodu nemocného.

c) Princip autonomie představuje respekt k nezávislosti nemocného. Každý člověk má možnost samostatného nezávislého jednání bez vlivů zvenku. Každý může nejlépe posoudit své zájmy, záměry, přání, ideály i hodnoty. Toto vše podporuje individualismus.

d) Princip spravedlnosti, který značí spravedlivost při rozdělování prostředků.

1.3.5 Ostatní současné směry

Tyto směry staví na tom, co je možno poznat našimi smysly a vše co nelze fakticky a racionálně zhodnotit odvrhují. Preferují fakta a logickou argumentaci.

a) Sociobiologismus mravní hodnoty a principy považuje za přirozený výběr v dané době a v dané společnosti. Život jedince se musí přirozeně přizpůsobovat okolí i vnějšímu světu.

b) Non-kognitivismus nehodnotí etiku z hlediska pravdy. Podle non-kognitivismu konečná morální volba je rozhodnutím jedince nebo aktem vůle jedince, která je závislá na momentálním popudu. Do popředí staví non-kognitivismus koncepci sebeurčení.(3)

1.4 Formy eutanazie

1.4.1 Asistovaná sebevražda

Úmyslné počínání osoby, které spočívá v napomáhání při sebevraždě jiné osoby nebo v podání rady druhé osobě k tomuto jednání. Lékař připraví prostředky k vlastnímu usmrcení člověka, který o to požádá a následně je použije.

1.4.2 Aktivní eutanazie

Jde o volní jednání druhé osoby než pacienta, které vede k ukončení života trpícího pacienta na jeho vlastní přání. Smrt pacienta je výsledkem podávání smrtících medikamentů. Záměrem a přímým účinkem léčby je smrt pacienta. Lze ještě dělit na aktivní eutanazii na chtěnou (vyžádanou), kdy život pacienta je zkrácen v souladu s jeho vůlí a nedobrovolnou, kdy život pacienta je zkrácen v protikladu s jeho vůlí. (nevyžádanou).

1.4.3 Pasivní eutanazie

Jde o přerušení léčby nebo odepření dalších léčebných postupů, které by nemocného neúměrně zatěžovaly. Z lékařského pohledu jde o nekonání. Odmítnutí může být i ze strany smrtelně nemocného, trpícího pacienta. Může mít tyto formy: nesouhlas s léčbou, odvolaný souhlas v průběhu léčby, během léčby se souhlasem je zjištěno další onemocnění a k jeho léčbě souhlas dán nebyl. Smrt pacienta je urychlena nezahájením nutné léčby nebo jejím přerušením. Jde o výsledek upuštění od léčby nebo neposkytnutí léčby udržující život na žádost pacienta nebo bez pacientovy žádosti. Dnes se od tohoto označení upouští a dokonce se označuje za chybné jeho použití v souvislosti s ukončením léčby u smrtelně nemocných, u kterých už léčba prospívá jen málo, nebo vůbec a znamenala by pouze prodloužení života při zbytečném zatížení pacienta v neodvratném konci jeho života. V těchto případech se pak nejedná o eutanazii, neboť nebylo zjištěno nic, co by způsobilo smrt. Jde vlastně o případy ukončení zbytečné léčby.

Například Munzarová odmítá do pojmu eutanazie zahrnovat její tzv. pasivní formu, když vymezuje jasný rozdíl mezi podřízením se smrti, pokud přijde její čas a jsme všichni vůči ní bezmocní a na straně druhé úmyslným zabitím, mezi necháním zemřít a způsobením smrti úmyslným zabitím. Dokonce navrhuje i vymýcení pojmu

pasivní eutanazie, když upozorňuje na skutečnost, že se pod tímto pojmem mohou skrývat dva od sebe výrazně odlišné postupy: na jedné straně nezasáhnutí s úmyslem zabít, což je po mravní stránce shodné s aktivní eutanazií, a na straně druhé nepodání nebo ustoupení od dalších postupů tehdy, jsou-li zbytečně zatěžující a přinášejí-li nemocnému jen další utrpení během jeho umírání.(6)

1.4.4 Nepřímá eutanazie

Smrt pacienta je předvídaným, ale nezáměrným vedlejším účinkem při zmírňování bolestí a jiných symptomů.

Jedná se o urychlení smrti pacienta, jako vedlejšího nežádoucího účinku léčby předepsané lékařem ve smyslu postupně zvyšovaných dávek prostředků k tlumení bolesti, přičemž jsou vyšší dávky nevyhnutelné pro zachování účinnosti, která se u některých medikamentů časem snižuje.

Pokud lékař nebo ošetřovatel úmyslně a vědomě podává vyšší dávky léků, aby zkrátil pacientův život, a nekontroluje jejich přiměřenost, tak se podílí na určité formě aktivního ukončení života (na eutanazii). Tomuto lze předcházet náležitou kontrolou bolesti a ostatních symptomů.(5)

1.5 Termíny vztahující se k eutanazii

1.5.1 Holistická péče

„Čtyřúhelník holistické (celostní) péče zahrnuje tělesný, psychický, sociální a duchovní aspekt.“ Tyto čtyři kategorie je nutno plnit i při poskytování péče o umírající pacienty. Jejím charakteristickým znakem je spolupráce. Holistická péče nemůže být poskytována pouze jedincem, protože nikdo nemá k tomuto všechny potřebné dovednosti. Holistickou péči poskytuje tým, podílejí se na ní všichni, kteří ovládají své znalosti a dovednosti včetně porozumění v péči o nemocného.(7)

V péči o nemocného je nutná vnímavost člověka v jeho celosti a ve všech vzájemně provázaných dimenzích. U každého pacienta je třeba myslet nejen na tělesnou, ale celkovou bolest, která se skládá z více vzájemně provázaných a neoddelitelných položek, které je nutné vnímat vždy, především v konečné fázi života a v umírání: bolesti fyzické, sociální, emoční a spirituální.(6)

Ke komplexnímu pochopení utrpení je třeba brát v úvahu všechny složky, které náleží každému lidskému životu. Člověk – pacient představuje jednotu tělesných, duševních, sociálních a duchovních aspektů.

- tělesné aspekty utrpení se dají rozdělit na problém bolesti, celkové tělesné slabosti, dušnosti, nechutenství, nevolnosti atd.
- psychické strádání lze vnímat jako úzkost, strach, depresi, někdy zmatenost a zastření mysli
- sociální „utrpení“ může mít podobu nedostatku finančních prostředků, ale také izolace, ztráty sociálních rolí, konfliktních vztahů v rodině nebo mezi přáteli
- duchovní utrpení mívá podobu ztráty smyslu života, ztráty naděje, pocitu neodpuštělné viny, strachu ze smrti, strachu z toho „co bude potom“.(8)

1.5.2 Fyzická bolest

Každý člověk se ve svém životě setkal s bolestí a nemocí, všichni vlastníme tuto zkušenost. Již Hippokrates, největší lékař starověku nacházel hlavní úkol medicíny v odstraňování utrpení nemocných a mírnění jejich chorob. Avšak od dob Hippokrata se lékařství velmi rozvinulo ve všech směrech. Diagnostické postupy a léčebné metody dosahují nebývalé úrovně. Dnes již nemusíme mít strach z nesnesitelných bolestí, a pokud někdo trpí, měl by se obrátit na centra bolesti, která dnes také zaznamenávají velký rozvoj.(6)

„Intenzita bolesti je nejvýznamnějším parametrem při rozhodování o vhodném léčebném postupu. Zlatým standardem hodnocení intenzity bolesti musí být údaje pacienta.“(9, str. 42)

Diskuse o eutanazii téměř vždy zahrnuje strach z fyzické bolesti. „Neschopnost adekvátně zmírnit tyto středně silné, prudké či nesnesitelné bolesti pomocí tisících přípravků je příznakem profesionálního selhání.“(10, str. 37)

Lidé často volají po uzákonění eutanazie, aby se vyvarovali fyzickému utrpení, o němž jsou přesvědčeni, že je neodmyslitelnou součástí umírání. Eutanazie nemůže být odpovědí na fyzickou bolest, ale může jí být i správná informovanost pacienta, že náležitá úleva od fyzické bolesti je jenom uznaným právem. Je povinností jak lékařů, tak i sester nenechat pacienta trpět a náležitě mírnění prudké nesnesitelné bolesti je dnes považováno za základ kvalitní ošetrovatelské péče. Za poslední roky se velmi zlepšila situace ohledně mírnění bolestí ve většině zdravotnických zařízení, Pro zkvalitnění

sledování a mírnění bolesti mají zdravotníci k dispozici již různé druhy škál pro přesnější hodnocení.(10)

„Bolest je vždy to, co pacient označí za bolest a vyskytuje se vždy, když to pacient říká“, uvedl v roce 1968 M.C. Caffery.(7)

Chránit křehké pacienty před situací, která by na ně vyvíjela tlak pro žádost o eutanazii. Jedním z výrazných důvodů může být neléčení symptomů. Přitom například bolest je dnes možné úspěšně tlumit a podle Světové zdravotnické organizace (WHO 1999) lze například nádorovou bolest kontrolovat až u 90 %.(11)

Bolest patří mezi symptomy, kterých se nejen nemocní, ale i jejich rodiny nejvíce na konci života obávají. Přesné a odpovídající posouzení bolesti je klíčem k jejímu úspěšnému tlumení. Předmětem diskuzí v souvislosti s eutanazií jsou často rizika z vedlejších účinků některých léků, které se podávají za účelem zmírnění bolesti na konci života a mohou způsobit i smrt. I přesto je jejich podávání správné, protože má pozitivní efekt a dostatečné tlumení bolesti převažuje nad možnými nežádoucími účinky.(7)

Ačkoli byla vždy bolest nejvíce obávanou příčinou utrpení, současné možnosti medicíny umožňují regulovat její intenzitu na snesitelnou i za cenu přivolání odborníka. Nezmírnitelná bolest bývá taková bolest, kterou lékař nezmírnil, anebo nevěděl jak ji zmírnit či nepřizval odborníka.(2)

Fyzickou bolest lze rozpoznat a alespoň do určité míry popsat lépe než ostatní složky související s nemocným člověkem. Její rozsah je však někdy obtížné přesně stanovit i navzdory rozšiřujícím se možnostem dnešní medicíny.(6)

1.5.3 Emocionální bolest

Problematika emocionální bolesti je obtížnější než problematika bolesti fyzické. Shodně jako bolest fyzická je i emocionální bolest upozorněním, že není něco v pořádku. Pokud je člověk smutný, obvykle prožil něco, co tento pocit vyvolalo. Když pocítujeme depresi, obvykle existuje i deprimující příčina. Našemu rozzlobení obvykle předchází konflikt s někým či s něčím. Podobně jako u bolesti fyzické, pokud tyto náznaky pomineme, důsledky mohou být fatální. Na rozdíl od fyzické bolesti, při přijímání bolestivých emocionálních signálů – smutku, deprese, úzkosti, zlosti, strachu, stesku – většinou nemáme dány jasná pravidla, jak bychom měli v těchto případech postupovat a co přesně učinit pro jejich zmírnění. Člověk spíše vyhledá lékaře v případě prudkých fyzických bolestí, ale při bolesti emocionální, byť může mít stejně silnou

intenzitu, pomoc vůbec nevyhledá. Přitom právě chroničnost těchto potíží by měla být určujícím faktorem pro vyhledání odborníků. Většinou je třeba vyhledat psychiatra. Postup při určování diagnózy není tak jasný jako při určování diagnózy při bolesti fyzické. Nepomohou ani krevní testy ani rentgenové snímky. Psychiatrické diagnózy se určují na základě anamnézy, pozorování a intuice. Důležité zde není jen přesné určení onemocnění, ale i zjištění, zda se jedná o poruchu biologickou nebo čistě psychickou. Léčba může být farmakologická nebo psychoterapeutická či kombinovaná. Pochopení emocionální bolesti je pro diskusi o eutanazii klíčové, aby nedocházelo k podceňování jejich příznaků, ke kterému zde dochází častěji než u bolesti fyzické. Pochopit, vyhledat, určit správně diagnózu a léčit – to je prevence úvah pacientů o ukončení svého života.

„Skutečná eutanazie je sebevražedný čin, u kterého je, či není asistováno, a kde převládá motiv vyhnutí se emocionálnímu utrpení obsaženému ve fyzickém umírání na v onom okamžiku existující smrtelnou chorobu v jejích relativně finálních stadiích.“

Pokud zdravotník působí na pacienta ve smyslu proč nevolit eutanazii, neměl by se omezovat pouze na poskytování informací čistě technických a medicínských, ale také podat relevantní informace psychoduchovního charakteru. Protože každý pacient je individualita, neexistuje žádný standart k těmto postupům. Je však jisté, že by se měla zajistit dostatečná průprava personálu, který přichází do styku s těžce pacientem. Vzdělání v oblasti klinické psychologie je malé a z oblasti teologie téměř žádné. Jisté by ke zlepšení situace přispělo k zařazení těchto oborů v průběhu studia zdravotníků, které by se pak v praxi doplňovaly o odborné kurzy a semináře.(10)

Stále více je upozorňováno, že je stejně důležité zmírňovat tělesné symptomy, jako si všímat i psychických potíží a posuzovat a léčit úzkosti a deprese. Jedině tak docílíme toho, aby pacienti mohli dobře využít čas, který jim zbývá a těšit se z něj. Úzkosti lze předcházet i ji lze mírnit a to zabezpečením co možná nejvčasnějším informováním, dobrou komunikační úrovní mezi zdravotníky a personálem. Zabývat se obavami nejen pacienta, ale i jeho rodiny, co nejvíce snížit pocit izolovanosti (denní stacionáře, zapojení rodiny). Deprese u pacienta nacházíme v podobě rozrušení, stažení se. Je nutné, aby depresivní příznaky byly stejně důležité v posuzování jako bolest nebo nevolnost. Je téměř jisté, že u pacientů na konci života bude přítomen výrazný smutek a je nutné jej odlišit od deprese.(11)

Bolest emoční představuje škálu pocitů skládající se z otřesu, otupělosti, hněvu, smutku, smlouvání, úzkosti a deprese. V průběhu svého onemocnění prochází pacient

typickými emociálními stadii smrti a umírání, popíráním, zlostí, smlouváním, depresí a smířením. Zahrnuje jakousi posloupnost fází zármutku, který provází nevyléčitelné onemocnění. Jednotlivé fáze by měl zdravotník dobře znát, aby mohl nemocnému být oporou.(4)

1.5.4 Sociální bolest

Někdy biologické nebo klinické smrti předchází období nemoci, kdy člověk postrádá kontakt se světem živých a dochází k tzv. "sociální smrti". V důsledku své nemoci pacient postupně opouští své sociální sítě a své prostředí. Může být také vyloučen a opomíjen okolím nebo si ji může v některých případech navodit i sám nemocný.(11)

Podle Munzarové je ctí lékaře dostatečně tlumit bolest fyzickou, ale zároveň poukazuje na skutečnost, když ulevíme pacientovi v jeho ostatních trápeních, pak i fyzická bolest se stává snesitelnější. V dnešní době se bolesti emoční i sociální věnuje jistě větší pozornost než v minulosti, ale v nemocnicích přítomnost psychologů je nedostatečná.(4)

1.5.5 Duchovní bolest

Péče o duchovní stránku člověka je nedílnou součástí holistického (celostního) přístupu k pacientům. Pro mnoho nevyléčitelně nemocných může znamenat absence péče o duchovní oblast utrpení. Víra a duchovno je pro věřící zdrojem síly, útěchy a naděje. Zdravotník na tento zdroj v nemoci musí myslet a přiměřeně jej u pacienta podporovat. Každý svým způsobem si v nemoci klade základní lidské otázky. Jaký je smysl mého života? Na čem opravdu záleží? Proč mám v životě konat dobro? Co s vlastními chybami? Jistě přichází i otázky zda bude něco po smrti a je-li Bůh. Mnoho nemocných hledá cestu k odpuštění a ke smíření. Světová náboženství a duchovní proudy můžeme vlastně zařazovat do systematických pokusů o řešení základních lidských otázek.

Spirituální (duchovní) péče bývá rozdělena na obecnou službu – spočívá v naslouchání a pomoci orientovat se v náhle vzniklé těžké životní situaci. Napomáhá s hledáním smyslu života v nemoci, vyrovnání se s pocitem viny, křivdy. Speciální spirituální službu vykonává již speciálně vzdělaná osoba pověřená církví. Ta vykonává úkony např. přijetí svátosti, svátost nemocných, svátost smíření.

Duchovní služba v nemocnicích může být podanou pomocnou rukou nejen pacientovi, ale i zdravotníkovi a rozvinout nový pohled na význam lidského života ve zdraví i v nemoci. Pomocí pacientovi může každý-zdravotník, psycholog, duchovní, dobrovolník. Základní pravidla obsahují stejné zásady jakékoliv komunikace mezi lidmi- neodejít, naslouchat, nechat pocítit zájem o druhého. Spirituální služba snižuje úzkost, deprese, snižuje pocit osamělosti. I v době terminální fáze může člověk zažít pocit osobního růstu jako výsledek života s nevyhléditelným onemocněním. Může najít chvíli pro odpuštění a smíření.(9)

Jedině člověk je obdařen úrovní myšlení, se kterou si může klást otázky po smyslu a cíli života a hledat na ně odpověď, schopností uvědomovat si konečnost svého pozemského bytí a uvažovat o tom, co ho přesahuje. Zkušenosti z hospiců potvrzují, že toto není jen výsada věřících. I zdravý člověk vyhledává duchovní pomoc, v nemoci pak často může objevovat nové hodnoty a přehodnocuje jejich hierarchii.(12)

Konfrontace se smrtí v blízkém čase může být velmi znepokojivým prožitkem. Všichni lidé jsou duchovními bytostmi a každý je jedinečnou osobností. Spiritualita je životní směr, který je tvořen kulturou, historií, zvyky, rituály a přesvědčením. Spiritualita může přinést porozumění utrpení, přípravu na smrt a odchod ze světa.(11)

Umírající mají narušený každodenní život, je ohroženo jejich pojetí sebe samých, avšak v této fázi se může vyvinout pohled na svět s hlubokým vnitřním poznáním a získat nové definice ke vztahu k jiným osobám. Může se vyvinout zcela odlišný pohled na svět, než jaký měl doposud. Zde je velmi důležitá schopnost naslouchání. „Cílem duchovní péče není zodpovězení odpovědí na poslední otázky nemocného, ani to, že ho obrátíme na víru, ale naslouchání. Otázky náboženství a spirituality by měli být přirozenou součástí ošetrovatelské péče.“(7, str. 67)

Spirituální bolest je následkem nedostatku, který pochází z dimenze duchovní. I v našem státě se tato problematika postupně dostává do podvědomí bez ohledu na to, zda je pacient věřící či nikoli, neboť každý vlastní svoji duchovní dimenzi. Touto oblastí se již zabývá i stále častěji i odborná literatura a také už na úrovni ministerstva zdravotnictví se rozvíjí debaty o nutnosti tzv. pastorační asistenci v nemocničních zařízeních.(6)

1.5.6 Kvalita života

S důstojností bývá často spojována i kvalita života. Podle odborníků Světové zdravotnické organizace (WHO) je kvalita života vázána na to: „jak jedinec vnímá své

postavení ve světě v kontextu kultury a hodnotových systémů ve kterých žije, a to ve vztahu ke svým osobním cílům, očekáváním, zájmům a životnímu stylu“. V odborném písemnictví zdomácněl pojem pohoda, případně osobní pohoda (well being). V návaznosti na definici zdraví, kterou vydala také Světová zdravotnická organizace, se do osobní pohody zahrnuje jak duševní, tak i tělesná i sociální dimenze.(13, str. 161)

Již jsou navrženy i různé způsoby, které by měl hodnotit kvalitu života pomocí subjektivních názorů pacienta, a to pomocí dotazníků (Index Quality of Life = IQL). Hodnotí se ukazatele z šesti oblastí: sebezpřijetí, pozitivní vztahy, autonomie, zvládnutí životního prostředí, smysl života, osobní rozvoj. Zůstává však otázka jak hodnotit kvalitu života u pacientů, kteří nejsou schopni na otázky odpovídat.(13)

Je nebezpečné hodnotit kvalitu druhých. Usuzování o kvalitě života ostatních lidí je ještě o to více nebezpečnější souvisí-li s rozhodováním o žití či smrti. „Nikdy bychom neměli vynášet soudy o kvalitě života druhého člověka.“(10, str. 26)

Vynášíme-li rozhodnutí o kvalitě života člověka, jsou to pouhé dohady s následným nebezpečím tzv. tenkého ledu. Je třeba myslet na to, že poslední fáze života nevyčísitelně nemocných, se odehrává vždy ve dvou rovinách, psychické a fyzické.

Názorů zúčastněných (lékařů, rodinných příslušníků a ostatních pečujících) na „kvalitu života“ se mohou lišit a snahy o objektivní zhodnocení nejsou jednoznačné a s pochybnostmi. Důležitým dokumentem při léčbě o nemocného je informovaný souhlas, jehož požadavek by měl být zárukou, že žádný léčebný postup nemůže být realizován bez předcházejícího svobodného rozhodnutí pacienta. Pokud není pacient kompetentní (např. je-li v komatu), zastupuje ho rodinný příslušník nebo legitimní opatrovník, který by však měl konat v nejlepším zájmu pacienta. Takto zastoupený souhlas by však měl být v souladu s potenciálním přáním pacienta. Poslední instancí v těchto případech bývá svědomí.(14)

Výraz „kvalita života“ může mít pro každého odlišný význam, proto je nepřijatelné kvalitou života odůvodňovat zbavení života. Je třeba neustále zlepšovat péči o umírající s cílem odstranit utrpení a ne toho kdo trpí.(2)

Termín „kvalita života“ by nikdy neměl sloužit k posuzování hodnoty života. Nikdo by nikdy neměl konstatovat, že „kvalita života“ jiného člověka je tak nízká, že jeho život není hoden žití. Domněnka o „kvalitě života“ by nikdy neměla být posuzujícím faktorem, pokud jde o nasazení či vysazení léčby.(4)

Sláma vytvořil model ve formě tabulky, který určuje „kvalitu života“ v situaci pokročilého nevyлéčitelného onemocnění. Skládá se ze základních otázek, které si nemocný pokládá v oblasti tělesné, psychické, sociální a duchovní. (viz příloha č. 4)

1.5.7 Důstojnost člověka

Zamýšlíme-li se nad „dobrou smrtí“, často se setkáváme s výrazem „důstojnost“. Podle průzkumu z roku 2002 (podle Valse a Kowanka) pacienti identifikovali svoji důstojnost těmito hlavními body: nebýt vystaven pohledům, taktní zacházení, pozornost, mít dostatek času (nebýt honěný), být vnímán jako osoba, tělo jako předmět zájmu péče, být respektován, mít čas pro rozhodnutí.(11)

Zamýšlíme-li se nad tímto termínem v souvislosti s umíráním, můžeme si pod ním představit jistou pohodu, pohodlí, klid bez nežádoucího chaosu včetně čistoty a pořádku. Dalším podstatnějším významem tohoto slova, který patří každému člověku, ať již umírá nebo ne, je úcta a hodnota. Důstojnost je hodnota, na jejímž základě jsou postaveny zákony, které v současnosti chrání veškerý lidský život. I u umírajících projevujeme jejich důstojnost, když skutky dokazujeme, že si jich ceníme. Ať už tím, že mírníme jejich utrpení nebo respektujeme jejich přání, když je neopouštíme v jejich trápení. Usmrcení, byť už z údajné milosti, bude vždy opakem dokazované úcty k lidskému životu. Přirozená důstojnost je vnitřně daná a je znakem jeho hodnoty.(2)

Důležitou skutečností v otázkách týkajících se eutanazie je důstojné umírání. Je jisté, že život každého jedince má právo na ochranu, zvláště pak je-li oslaben nemocí. Takový člověk důvěřuje lékaři a neměl by se tedy obávat, že v případech bezvědomí někdo jiný rozhodne o ukončení jeho života. „Mějme úctu k sobě, mějme úctu k blízkému, mějme úctu k životu“.(15, str. 167)

„Důstojnost náleží každé lidské bytosti, ať je jakkoliv oslabená v důsledku choroby nebo zranění, nebo v důsledku mentálního nebo fyzického postižení.(6, str. 95)

1.5.8 Autonomie pacienta

Autonomie pacienta znamená jeho nezávislost, samostatnost, sebeurčení a možnost svobodné volby. Významnou součástí respektování autonomie pacienta je zájem lékaře o jeho existenci a současně i snaha o srozumitelné vysvětlení všech termínů, které se pacientovy nemoci týkají. Nemocný by neměl pouze pasivně přijímat informace o svém zdravotním stavu, ale měl by vyslovit i svůj názor na diagnostické i léčebné postupy. Zásadní význam má dnes autonomie, která předpokládá tzv.

informovaný souhlas se způsobem léčby a ohled na jeho oprávněná přání. Spoluúčast pacienta v rozhodování je jistě přínosná, ale i tato autonomie má svá omezení, protože stále právní odpovědnost za pacienta nese ošetřující lékař.(3)

Virt ohledně autonomie pacienta v souvislosti s eutanazií uvádí, že pokud by byla autonomie chápána jako splnění každého přání pacienta, byla by rozhodujícím kritériem lékařova jednání a muselo by být usmrcení provedeno vždy na požádání a nejen v případech neléčitelné a těžko snesitelné choroby. Je tedy nepřipustné, když se ve prospěch eutanazie argumentuje autonomií pacienta“.

Konvence Rady Evropy o ochraně lidských práv a důstojnosti člověka s ohledem na aplikaci biologie a medicíny, tzv. Bioetické konvence, uzavřená v r. 1996 a podepsaná mnoha státy stanoví s právní závazností pro jednotlivé národy, že zásah do sféry jednotlivce nesmí být proveden bez informovanosti osoby, která jej podstupuje a bez jejího souhlasu (článek 5). U pacienta, který v době zásahu není schopen svá přání vyslovit, je nutno přihlížet k přáním, která v souvislosti s provedením zákroku vyslovil dříve (článek 9).(16)

Munzarová poukazuje na smutnou ironii, že ačkoliv za autonomii vděčíme Kantovi, podle něhož by měla vyjadřovat jednání v souladu se svým vlastním já („Sám sobě zákonem“), dnes ji vyzvedávají zejména zastánci eutanazie, kteří pomocí autonomie ospravedlňují právo zemřít.(6)

Autonomií pacienta rozumíme svobodné rozhodování. Respektování autonomie člověka se řadí mezi významná lidská práva. Eticky jde o přijetí rovnocennosti životů. Podle práva může každý člověk odmítnout jakoukoliv léčbu, dokonce i tu, která může prodlužovat jeho život. Opačně žádný lékař nesmí provádět léčbu bez získaného souhlasu. Pokud je osoba nezpůsobilá o sobě rozhodovat, přebírá toto právo její zástupce. Existuje však řada studií, která dokazuje jasné rozpory mezi tím, co by si pacienti sami přáli a tím, co rozhodl jejich zástupce, upozorňuje Pollard.(2)

1.5.9 Vlastní žádost, Living will

V některých zemích (např. v USA, ve 36 státech) je používáno k vyjádření svobodné životní vůle, tzv. living will. Jedná se o písemné vyjádření pro případ, kdyby se nacházel pacient ve stavu, ve kterém již nebude schopen posoudit svou situaci o chtěných a nechtěných léčebných aplikacích. Jde vlastně o určování svých záměrů předem.(13)

Munzarová však zpochybňuje tento postup, když se zamýšlí zdali: „Může moje dnešní já pravdivě určit, jaký bude můj nejlepší zájem pro mé já za několik let, pro mé senilní já?“ (6, str. 22)

1.5.10 DNR – do not resuscitate

V ČR se používá NR (neresuscitovat). Rozhodnutí o tom, že nebude u pacienta zahájena kardiopulmonální resuscitace (dále jen KPR) obsahuje otázky jak právní, tak samozřejmě i etické. V dnešní době, která stále více klade důraz na autonomii pacienta, panuje názor, že KPR by měla být zahájena vždy, pokud neexistuje formálně zdokumentované vyjádření dotyčného, že si toto výslovně nepřeje. Je též platné vyjádření soudem jmenovaného zástupce pacienta. V ČR se pohlíží na KPR jako na léčebný postup, který má své pozitivní i negativní stránky. Terminální stádium je považováno za kontraindikaci KPR. (13,9)

1.5.11 Ukončení nebo nenasazení neužitečné léčby

Sláma uvádí, že odstoupení od neúčinné léčby je nenasazení nebo odstoupení od léčebných postupů, které již pacientovi nejsou prospěšné a bez naděje na výrazné zlepšení mohou spíše fyzicky i psychicky zatěžovat. Odstoupení od léčby je z právního i morálního hlediska přípustné, protože k němu dochází přirozeným způsobem. Smrt není připravena aktivně, není však ani oddalována. Odstoupení od léčby respektuje přirozený průběh onemocnění, kde je smrt nezvratná. Sláma zásadně odmítá názory některých komentátorů, kteří za eutanazii považují ukončení marné léčby, případné urychlení smrti v souvislosti s podáváním opiátů k tlumení nesnesitelných bolestí, dále odmítnutí léčby pacientem a odstoupení od resuscitace v terminálním stadiu nemoci. (9)

Rozhodnout, zda užít nebo již neužít určitá opatření k prodloužení života jistě náleží do tématu zamýšlejícím se nad problematikou eutanazie. Dr. Peck uvádí: „Dalo by se říci, že si můžeme odnést ponaučení, že odpojení umělých vnějších přístrojů nebo ukončení radikálních opatření je v okamžiku, kdy neexistují sebemenší pochybnosti, že pacientův stav je finální, nejen oprávněné, ale v podstatě slušné a správné. Je bezpředmětné pokoušet se prodlužovat život člověka, který zažívá muka nezvratitelného předsmrtného zápasu, a vše hovoří pro minimalizování takového utrpení.“ (10, str. 22)

Není přesně určeno, kdy ještě v léčebných metodách pokračovat a kdy je možno je ukončit. Často chybí jasná pravidla, která by opodstatňovala učinit jednoznačná

konečná rozhodnutí. Určujícími se pak stávají důležité faktory: nejen podstata onemocnění a jeho prognóza, ale i pocity příbuzných či vyslovená přání pacienta (je-li toho schopen). Není k dispozici žádné jasně stanovené kritérium, které by nahradilo úsudek a odpovědnost lékaře v tomto rozhodování. I kdyby jistý vzorec ke svolení ukončení radikálních postupů v léčbě existoval, zcela jistě by postrádal lidskost.

Dříve byla diskuse na toto téma spíše tabuizovaná. V dnešní době se však stále více rozvíjí diskuze o hledání odpovědí na otázky souvisejících s přerušением radikálních lékařských zákroků nebo jejich ukončením. Opatření, která by prodlužovala život člověka v závěrečné fázi jeho jasně smrtelného onemocnění, jsou často odborníky v medicíně považována za zbytečná a nelidská. Je však třeba, aby ukončení nebo nepokračování v těchto postupech mělo vždy medicínské důvody. Mezi ně však nikdy nemohou patřit pouhé domněnky o kvalitě pacientova života. Rozhodnutí o ukončení tzv. radikálních postupů nemůže být nikdy učiněno pouze na základě pochybných soudů. Toto téma nemá jasnou odpověď na otázku, kdy ještě ano a kdy jasně nepokračovat v radikální léčbě. Neexistuje jasně psané pravidlo k vyřešení rozporů, na jehož základě by bylo rozhodnuto. Vždy je důležité posuzovat každý případ individuálně. K tomuto by nepochybně přispěla i rozsáhlejší příprava zdravotníků, jak lékařů, tak i sester. Jde pouze o to, aby pacientovi, který trpí nevléčitelnou chorobou a nachází se v její závěrečné fázi, zbytečně moderní lékařská technika neoddalovala jeho smrt a bylo mu dovoleno zemřít přirozeně.(10)

U tohoto tématu nelze dospět k absolutní jednoznačnosti, protože se dotýká mravních dilemat. V každém případě zodpovědné posuzování marnosti léčby nad umírajícím člověkem nelze v žádném případě srovnávat se schvalujícím postojem k eutanazii.(4)

Nejsložitější v této oblasti jsou podle Munzarové otázky, zda je možné případné vysazení nebo nenasazení léčby vztahoval také na tekutiny a výživu. Toto téma vyvolává značně kontroverzní debaty mezi odpůrci a zastánci. Munzarová zastává názor, že výživa a tekutiny by byly z lékařského pohledu zbytečné, když by jejich podávání nepřinášelo úlevu ani nezabraňovalo blížící se smrti, zároveň dodává, že tekutiny a výživa by měla být podávána trvale i nemocným v bezvědomí za předpokladu udržení života, neboť podávání tekutin a výživy (i „umělým způsobem“) vyjadřuje solidaritu a podporující péči a jejich odstranění by mohlo mít velmi negativní vliv na truchlící rodinu a blízké.(6)

Také Ondok se zamýšlí nad nutností vyživování pacientů (intravenózně nebo nosogastrickou sondou), kteří jsou v komatu, nebo umírají a ztrácejí kontrolu nad svými tělesnými funkcemi, trpí bolestmi různého typu a nekomunikují. Upozorňuje na časté diskuze s protichůdnými názory, avšak bez jednoznačných závěrů. Ani církevní autority dodnes nerozhodly, zda umělá výživa a hydratace jsou u těchto pacientů etickou povinností. Zatímco někteří připouští v některých případech tuto možnost nepřímé eutanazie, jiní argumentují tím, že i komatózní jedinec je osobou a musí být respektován i v tomto stavu.(14)

Odborníci se většinou shodují, že podávání tekutin a výživy sondou nebo infúzí jsou léčebné výkony, které jako i ostatní mají své indikace i kontraindikace. Obecně závazné předpisy v této oblasti nedávají ani nemohou dávat konkrétní návody. Jednoznačné doporučení odborných společností ale zatím chybějí. Sláma v této souvislosti poukazuje na lékařské důkazy, že sondová a parenterální výživa v konečných stádiích nemoci nemá většinou vliv na délku přežití a naopak může někdy být spojena s určitými riziky. I parenterální hydratace v konečných fázích nemoci může mít pozitivní i negativní účinky. Je důležité ke každému pacientovi přistupovat individuálně a zvažovat přínosy i rizika.(9)

1.6 Eutanazie v současnosti

1.6.1 Příčiny vedoucí k myšlenkám o eutanazii

Eutanazie je složitým etickým problémem dnešní doby, v polemikách je třeba však přesné odlišení jednotlivých souvisejících pojmů – eutanazie, asistované sebevraždy a odstoupení od neúčinné léčby.

Sláma uvádí hlavní příčiny, které vedou v současnosti k myšlenkám o eutanazii a diskutím o ní:

- Heroická medicína
- Diskuze nad dystanazií (zadrženu smrtí)
- Nechuť či nemožnost starat se o starší členy rodiny
- Relativizace pravdy a hodnot etiky
- Technologická medicína
- Konzumní společnost a stále větší náklady na léčbu nevyléčitelně nemocných

- O eutanazii se hovoří pouze ve vyspělých zemích.(8)

1.6.2 Nejčastější důvody zastánců eutanazie

Silným argumentem hlasů, které požadují legalizaci eutanazie je milosrdné snažení pod tlakem soucitu zbavit člověka těžkého utrpení. Dle jejich názoru by eutanazie nabídla svobodnou volbu výběru mezi těžkým utrpením a smrtí. Vývoj medicíny a pokrok v možnostech léčby dnes dovoluje prodlužovat životy i u dříve neléčitelných onemocnění.

Život je však často prodlužován i za cenu přítomnosti nepříznivých vedlejších účinků. Mimořádná závažnost některých případů je jistě nepochybná a zdravý člověk se jen těžko dokáže vcítit do konkrétní situace.

Častým ukazatelem a měřítkem zastánců eutanazie bývá posouzení kvality a důstojnosti u nevléčitelně nemocného. Eutanazie pak bývá uváděna jako cesta k osvobození nemocného od nekvalitního žití a od snížené důstojnosti, což má souvislost se ztrátou jisté lidské hrdosti.

Dalším často uváděným důvodem pro eutanazii bývá nutnost respektování lidských práv s poukázáním na respektování osobní autonomie. Avšak etický princip autonomie klade důraz nejen na rovnost všech lidských jedinců, ale i na důležitost odpovědnosti svobodného rozhodování, které by mělo být vždy v souladu s plným lidským bytím. Lidská autonomie je podle zastánců eutanazie obsažena i v kontrole nad vlastním životem. Tím, že člověk žádá o pomoc zemřít i nadále koná kontrolu nad svým životem, v tomto případě však prosbou o důstojné ukončení. Dalšími argumenty jsou ekonomického rázu související se stálým zvyšováním nákladů. Finanční náklady na zdravotní péči pro těžce nemocného a nevléčitelně člověka jsou s určitostí vyšší než náklady na „dobrou smrt“. Některé názory otevřeně poukazují na skutečnost, že případnou legalizací by se pouze uzákonilo to, co se v nemocniční praxi už stejně děje.(5)

Podle Slámy jsou to zejména tyto důvody:

1. autonomie a nezávislost pacienta
2. snaha o milosrdenství a poskytnutí určitého komfortu u pacientů
3. eutanazie se z morálního hlediska neliší od přerušení nebo odnětí léčby
4. nevyřčeno často naplno – ekonomické(8)

1.6.3 Nejčastější důvody odpůrců eutanazie

Hlavním protiargumentem odpůrců povolení aktivní eutanazie je velké riziko narušení vztahu důvěry mezi pacienty a veřejností k lékařům. S legalizací eutanazie by vznikly opodstatněné obavy z možnosti zneužití. Zde by pak hrozilo riziko nebezpečí, že v určitých případech by se mohlo stát, že za pacienta může rozhodnout o ukončení života někdo jiný, aniž by s tím sám pacient souhlasil. Nelze zcela vyloučit např. tlak rodiny na nemocného pacienta s plnou řadou motivů. Důvodem ke zneužití by mohl být i výhodný obchod s orgány. Nelze vynechat ani zmínku o značném rozsahu korupce ve společnosti. Také náboženská tradice má jistý vliv na odmítnutí eutanazie, což se netýká pouze jen křesťanství. Klade důraz na posvátnost a nedotknutelnost lidského života, bez ohledu na souhlas samotného pacienta. Vyjadřuje myšlenku, že důstojnost a hodnota lidského života rozhodně nemůže snížit ani jeho zhoršená kvalita.

Odpůrci eutanazie však nabízejí její náhradní řešení v podobě paliativní péče a hospicových institucí, kde je nemocným v konečné fázi jejich onemocnění poskytována kvalitní symptomatická léčba za současné psychologické podpory pacienta i jeho rodiny. Opakem pojmu eutanazie je filozofický pojem eubiosie (dobrý život), který formuloval italský onkolog F. Pannutin, jako život oproštěný od bolesti se zachováním lidské důstojnosti až po přirozenou smrt. Mnoho lidí si představuje důstojnost jako umožnění umírání v domácím prostředí a ne v nemocnici.(5)

Cílem volání po eutanazii by mohla být skrytá snaha snížit stále se zvyšující náklady na ošetřování nevléčitelně nemocných. Však ty osoby, které eutanazii chtějí prosadit, většinou nejsou ani v roli těžce nemocných ani umírajících.(4)

Případná legalizace eutanazie by měla dlouhodobé důsledky pro lékařskou etiku. Tisíciletý étos vytvořil lékařům a pečujícím o nemocné značnou vážnost a důvěru u veřejnosti. Je zde velké riziko, že v případě umožnění napomáhání smrti je více než jisté, že by došlo k narušení vztahu mezi lékařem a pacientem.(16)

Vozár je toho názoru, že vůle žít může zůstat u většiny lidí stejně silná, jako u ostatních, i přes zjevné příznaky invalidity, které mohou okolí uvádět v omyl. Dále upozorňuje na nebezpečí tzv. „šikmé plochy“, když připouští, že by povolení vyžádané eutanazie zároveň přinášelo možné riziko, které by mohlo vést i k nevyžádané eutanazii, to znamená k usmrcování pacientů i bez jejich souhlasu.(15)

Sláma shrnul své argumenty proti eutanazii do hlavních bodů:

1. Hippokratova přísaha
2. Ani ve jménu autonomie nemůže být vše dovoleno

3. Podle studií a průzkumů je prokázáno, že zdaleka ne všichni lékaři léčí bolest správně a adekvátně. Ne vždy berou v úvahu, že bolest má více dimenzí.

3. Usmrtit aktivně nebo upustit od léčby je zásadní etický rozdíl, liší se záměry a úmysly.

4. Už dnes jsou důkazy (průzkumy včetně Holandska), ohledně zneužívání a ztráty důvěry v medicínu, resp. lékaře při legalizaci eutanazie.(8)

1.6.4 Lékařská etika

Podle Hippokratovy přísahy (přesné znění viz příloha č. 2) je nepřípustné, aby byl podán smrtící prostředek, i kdyby o toto podání kdokoliv žádal, stejně jako nelze nikomu radit zemřít. Tímto slibem zahajuje každý lékař své profesní působení a přísahou stvrzuje ctít a plnit nejen tyto, ale všechny zásady dané v Hippokratově přísaze po celou dobu své praxe.

Historický kodexem, který je i dnes považován za základní kámen lékařské etiky je Hippokratova přísaha a s ní dvě nejdůležitější pravidla: prodlužovat život a mírnit utrpení. I když její vznik se datuje 400 let před letopočtem, je v laických i odborných kruzích stále akceptována a považována za platné pravidlo. Obsah Hippokratovy přísahy je dodnes připomínán při slavnostních promociích lékařů -absolventů a tak každý lékař své profesní působení zahajuje slibem, v němž stvrzuje plnění zásad, které přísaha obsahuje, po celou dobu své praxe.(18,3)

Dnes se často citují a odůvodňují čtyři základní principy lékařské etiky - respekt k autonomii, dobročinnost, neškození, spravedlivost a je nutné je v plném znění akceptovat. Lékař je plně zodpovědný za své konání a žádný zákon nemůže dovolit považovat lékaře za automat, který vyhoví každému přání pacienta.(6)

Hovoříme-li o eutanazii, je téměř samozřejmé, že za její vykonavatele bereme automaticky lékaře. Dát lékařům nebo sestřím pravomoci ukončovat životy pacientů by zcela jistě mělo závažné důsledky a naprosto by došlo k narušení vztahu důvěry mezi pacientem a lékařem či sestrou.(2)

1.7 Legalizace eutanazie ve světě

1.7.1 Holandsko

Historie legalizace holandské eutanazie začíná v roce 1969 uveřejněním nepříliš obsáhlé knihy s názvem „Lékařská moc a lékařská etika“, kde autor Jan Henrik van den

Berg – holandský lékař, navrhuje možnost zabití pacientů ve vegetativním stavu. V roce 1971 probíhá soudní proces lékařky, která zabila svou matku podáním vysoké dávky morfia, když byla upoutána na invalidní vozík a naléhavě prosila o ukončení života. Dcera byla odsouzena pouze k podmíněčnému trestu.

V roce 1982 byla ustanovena Vládní komise pro eutanazii, která se spolu s komisí Královské holandské asociace podílela na stanovení podmínek, za kterých je možné eutanazii provádět. Tuto tematiku poprvé vydala Ústřední lékařská komise v roce 1984. Obě tyto komise pak zajišťovaly kontrolu nad dodržováním určených kritérií.

Nejdůležitější body:

- 1) Pacient musí být kompetentní a jeho žádost zcela dobrovolná a úmyslná.
- 2) Pacientova žádost musí být dobře uvážená, jasná a opakovaná.
- 3) Pacient musí nesnesitelně trpět (ne nutně fyzicky) a eutanazie musí být poslední možností. Jiné možnosti ulehčit situaci nemocného již byly vyzkoušeny a shledány neúčinnými.
- 4) Eutanazii může provádět pouze lékař.
- 5) Lékař musí vše konzultovat s jiným nezávislým lékařem, který již má zkušenost z této oblasti.

V r. 1990 určila rada Královské lékařské asociace i přesný postup povinného hlášení:

- 1) Lékař provádějící eutanazii a asistovanou sebevraždu nepodá hlášení o přirozené smrti, nýbrž informuje místního lékařského revizora pomocí vyplněného rozsáhlého dotazníku.
- 2) Místní revizor podá hlášení okresnímu právnímu zástupci.
- 3) Tento pak rozhodne, zda případ předá k soudnímu trestnímu stíhání či nikoliv.

V r. 1991 provedla vládní komise vedená profesorem Remmelinkem studii ohledně provádění eutanazie a zjistila, že dobrovolná eutanazie jasně projevuje stoupající tendence a asi u tisíce případů během jednoho roku došlo k nedobrovolné (nevyžádané) eutanazii. Toto sdělení vzbudilo kontroverzní reakce. Tento stav je označován jako tzv. „kluzký svah“, což znamená, že může docházet k ukončování života lidí bez dodržení všech stanovených podmínek.

Z důvodů mnoha nejasností a nepřesností při používání termínu eutanazie byl v Nizozemí přesně tento pojem vymezen. Jedná se o úmyslné ukončení života osoby na její explicitní žádost někým jiným než osobou samotnou (lékařem).

1.7.2 Belgie

V Belgii byla eutanazie legalizována v roce 2001. Vycházela ze zkušeností z Holandska, stejně zní i její definice. Lékaři musí postupovat podle jasných pravidel a mají jednoznačně stanoveno, za jakých podmínek se nejedná o trestný čin. V zákoně je zahrnuta i možnost rozhodování předem („advance directives“).

1.7.3 Lucembursko

Eutanazie a asistovaná sebevražda je zde uzákoněna od roku 2009 a beztrestnost je lékaři zaručena při dodržení stanovených kritérií.

1.7.4 Švýcarsko

Eutanazie v této zemi povolena není, ale asistovanou sebevraždu zde poskytují společnosti, které se hájí právem na smrt. Jde o společnost Exit (od roku 1985) a Dignitas – i pro cizince (od roku 1998). Tyto společnosti poskytnou smrtící prostředek, který si žadatel sám aplikuje.

1.7.5 Austrálie

Eutanazie byla legalizována v roce 1995 v Severním teritoriu. Byl schválen zákon, který eutanazii za splnění určitých podmínek prohlásil za čin patřičný. V roce 1997 byl však tento zákon australským federálním parlamentem zrušen.

1.7.6 USA

V Oregonu je od roku 1997 legalizovaná asistovaná sebevražda za přísně stanovených podmínek.(6)

1.8 Eutanazie v České republice

1.8.1 Česká legislativa

V České republice je eutanazie, stejně jako asistovaná sebevražda, zakázána a pokud by byla provedena, bude kvalifikována jako trestný čin.

Etický kodex České lékařské komory považuje „dobrou smrt“ za nepřipustnou, avšak bere v úvahu důstojnou smrt - článek 9 (viz příloha č. 3).

1.8.2 Česká lékařská komora a eutanazie

Česká lékařská komora (dále jen ČLK) je orgán zastupující odbornost a etiku lékařského povolání a respektující právo. Svůj postoj k eutanazii vyjadřuje takto: „S úctou k životu a při poznání smrti jako neodvratného ukončení života, respektujeme etický kodex ČLK, podle kterého lékař nemá právo prodlužovat utrpení s nevléčitelnou chorobou, avšak eutanazie a asistovaná sebevražda jsou nepřipustné. Eutanazie a asistovaná sebevražda jsou projevem selhání.“ V textu je dále poukazováno na dostatečnou úroveň našeho moderního zdravotnictví, jak v oblasti znalostí, dovedností, farmakoterapie, i v oblasti přístrojové techniky, z čehož vyplývá, že nemocný nemusí trpět a v případě vyčerpání všech možností kurativní léčby, musí být poskytnuta odpovídající paliativní péče (viz příloha č. 5).

1.8.3 Doporučení české lékařské komory (ČLK) z roku 2010

Dne 20. 2.2010 bylo projednáno a schváleno představenstvem České lékařské komory (dále jen ČLK) doporučení k postupu při rozhodování o změně léčby intenzivní na paliativní u pacientů v terminálním stavu, kteří nejsou schopni vyjádřit svou vůli. Jsou zde formulované principy a rámcová doporučení pro poskytování paliativní péče v konečné fázi nevléčitelného a neovlivnitelného onemocnění. Mezi nejčastější klinické případy patří pacienti s multiorgánovým selháním, u nichž dochází k trvalému zhoršování stavu a kde vyvolávací příčina či její důsledky nejsou léčebně ovlivnitelné, nebo pacienti v hlubokém bezvědomí bez odůvodněného předpokladu obnovení integrity mozkových funkcí z důvodu přítomnosti známek ireverzibilního poškození centrálního nervového systému.(20)

Prezident ČLK Milan Kubek v této souvislosti uvádí: „Vždy pomáhat, nikdy neškodit – tento základní imperativ lékařské etiky platí a bude platit a jeho bezvýhradné

dodržování je nezbytnou podmínkou, aby pacient mohl věřit svému lékaři. Náš dokument posiluje práva pacientů. Dává jim totiž jistotu, že budou léčeni intenzivně, dokud to bude mít smysl, a naopak že se jim dostane paliativní léčby, která zmírní jejich utrpení, v případě, že již nebude naděje na vyléčení jejich choroby či prodloužení jejich života. Naše doporučení nemá vůbec nic společného s ekonomikou zdravotnictví. Jde o otázku lékařské etiky a o návod, jak nejlépe mají lékaři naplnit své poslání, tedy vždy pomáhat pacientům a nikdy jim neškodit. Naším cílem není šetřit peníze, ale chránit pacienty před utrpením. V žádném případě nejde o pokus v ČR legalizovat eutanazii. Eutanazie, tedy usmrcení jiné osoby ze soucitu, není v ČR legální, a lékařská komora s ní nesouhlasí.“(21)

Naopak s tímto doporučením nesouhlasí předsedkyně Občanského sdružení na ochranu pacientů Vladimíra Bošková, která tento dokument kritizuje slovy: „Představenstvo ČLK ještě předtím než dokument vydalo se mělo poradit právníky nezávislými na doktorské kapse. Svým doporučením se totiž komora dostala mimo právní rámec ČR, mám na mysli například ústavní Listinu základních práv a svobod, dostala se přitom i mimo rámec mezinárodních úmluv, zejména bioetické konvence, článek 9. V civilizovaných zemích mají lidé právo zemřít na přístrojích. Nebo se také mohou po deseti letech probrat z kómatu.“(22)

Šestého až sedmého září 2011 prosadil ministr zdravotnictví Leoš Heger ve Sněmovně svou zdravotnickou reformu, která by významně měla posunout snahy o zakotvení práv a povinností všech tak, aby byl pacient vnímán jako rovnocenný partner. Součástí těchto zákonů je i takzvané vyslovené přání pacienta (v zahraničí používaný termín living will). Již i v ČR budou moci lidé předem sepsat, jakou péči chtějí, pokud by se dostali do stavu, kdy o tom nebudou schopni sami rozhodnout. Platnost tohoto opatření byla určena na 5 let. Pozor, nejde o eutanazii, před ní má tento zákon pojistku, že přání pacienta nelze vyhovět, pokud by směřovalo k aktivnímu ukončení života.(23)

2 PALIATIVNÍ PÉČE

2.1 Obsah pojmu

Termín pochází z latinského pallium (zakrytí, plášť) a již zde můžeme nalézt pravou podstatu této péče.

Dle nejnovější definice Světové zdravotnické organizace (WHO) je: „Paliativní péče takový přístup, který zlepšuje kvalitu života nemocných a jejich rodin a který čelí problémům spojeným s život ohrožujícími chorobami pomocí prevence a úlevy utrpení; a to jeho časným zajištěním, dokonalým zhodnocením a léčbou bolesti a ostatních problémů fyzických, psychosociálních a spirituálních“. Jako dodatek k definici zdůrazňuje základní principy paliativní péče (převzato z dokumentu Rady Evropy, 2003):

- Zajišťuje úlevu od bolesti a od jiných symptomů.
- Přisvědčuje životu a dívá se na umírání jako na normální proces.
- Nemá v úmyslu ani urychlit ani odsunovat smrt.
- Integruje do péče o pacienta i psychologické a spirituální prvky.
- Nabízí takové uspořádání podpory, které pomůže nemocným, aby žili tak aktivně, jak je to jen možné, až do smrti.
- Nabízí takové uspořádání podpory, které pomůže rodině vyrovnávat se s chorobou pacienta a se svým vlastním zármutkem.
- Používá takový přístup v řešení potřeb nemocných a jejich rodin, včetně poradenství v truchlení, je-li to indikováno.
- Snaží se o zlepšení kvality života a může také pozitivně ovlivnit průběh choroby.

Je aplikovatelná již v časných fázích choroby v propojení se škálou jiných léčebných postupů, které mají za cíl prodlužovat život, jako je chemoterapie, a radioterapie a zahrnuje taková zkoumání, která jsou potřebná k pochopení a zvládnutí nebezpečných klinických komplikací.(6)

2.2 Principy paliativní medicíny a péče

Principy paliativní péče se vždy opírají o snahy, jakým způsobem je možné co nejvíce zkvalitnit péči o umírajícího pacienta, stále hlouběji zkoumají, jakým způsobem je možné být nemocnému na blízku. Jak nejúčinněji ulevit od bolesti, jak nejlépe být oporou po stránce emocionální. Pollard uvádí, že lékaři se zkušenostmi v paliativní péči se jen velmi zřídka setkávají s prosbami pacientů o ukončení života. Prezentuje i časté názory odborníků v paliativní péči, že není nutné měnit zákony, když v dnešní době žádné právní normy neznemožňují poskytovat nemocnému plnou úlevu od utrpení.(2)

Paliativní medicína bývá definována jako komplexní léčba a péče o pacienta, který trpí pokročilým, nevléčitelným, progredujícím onemocněním. Prognóza přežití je krátká a cílem veškeré léčby a péče by mělo být udržení co nejlepší kvality života. Koncept paliativní péče nepřichází s nějakými neslýchanými převratnými novinkami, ale spíše znovu objevuje a připomíná v moderní medicíně téměř zapomenutý pohled na člověka jako na smrtelného, utrpení vystaveného tvora, který je až do konce svého života obdařen zvláštní důstojností. Cílem paliativní péče je zmírňovat bolest a další tělesná a duševní strádání za udržení co možná nejvyšší kvality života.(8)

Paliativní medicína by měla přinášet dobrou kvalitu života těm nemocným, jejichž život ani moderní medicína nedokáže zachránit. Je zajišťována týmem zdravotníků s různou odborností a se znalostmi interdisciplinární péče. Jde o péči o chronicky nemocné a nemocné v terminální fázi života. Součástí péče není pouze včasné rozpoznání a řešení fyzických, psychických, sociálních a duchovních symptomů, ale také péče o blízké a rodiny těžce nemocných. Výlučné postavení zdravotní sestry u terminálně nemocného je nepochybné. Paliativní sestry mají jedinečnou možnost identifikovat problémy pacientů, které se nachází v konečné fázi života a zprostředkovávat jejich řešení a tím zásadní měrou pomáhat pacientovi vyrovnat se s touto těžkou situací. Ošetrovatelská péče spočívá v rovnoprávném vztahu mezi pacientem a zdravotníkem. Profesionální vztah musí být založen na zájmu o pacienta a další nezbytnou podmínkou je kvalitní komunikace.(7).

3 HOSPICOVÁ PÉČE

3.1 Historie hospiců

Anglicky slovo hospic znamená útulek nebo útočiště.

Hospice existovaly už za Římské říše a ve středověku. Jednalo se o útulky, ve kterých především hledali odpočinek poutníci na svých cestách spolu s těhotnými ženami, které zde nalézaly útočiště pro své porody a také pro nemocné, kdo sem přicházeli v klidu zemřít. Péče v hospici se již ve svých začátcích vyznačovala úlevnou léčbou a péčí o všechna utrpení spojenými s těžkou chorobou.

První hospic Sv. Kryštofa otevřela v Londýně v roce 1967 dr. Cicely Saundersová, která je zakladatelkou hospicového hnutí. V dalším roce pak vznikl další ve Spojených státech.

Historie hospiců v České republice není dlouhá. První český Hospic Anežky České u nás vybuďovala se svými spolupracovníky Marie Svatošová, která bývá často právem označována za první dámu hospicové péče u nás nebo také českou Saundersovou. Zásluhami této Marie Svatošové jsou stále otevírány další hospice pro nemocné. Dalo by se říci, že hospicový přístup zaujímá první místo v současných debatách o ceně, dostupnosti, kvalitě i o autonomii pacienta. Munzarová apeluje na ty, kteří rozhodují o ekonomických záležitostech ve zdravotnictví, aby se zaměřili na rozvoj hospicové paliativní medicíny.(6)

3.2 Smysl hospicové péče

Hospice představují typické poskytovatele paliativní péče. Hlavním pilířem péče v hospici je lidský přístup, který nabízí vedle péče tělesné i psychologickou, duchovní a citovou pomoc.(10)

Hospice jsou typickými místy, kde se vykonává paliativní péče. Do hospice jsou přijímáni nemocní, když jsou zhoršující se chorobou ohrožováni na životě, kteří potřebují paliativní léčbu a péči a současná hospitalizace v nemocnici není nutná a domácí péče již není možná. V zahraničí bývá často uváděn i časový limit, tedy skon do 6 měsíců po přijetí do hospice.

V dnešní době se slovo hospic používá zejména pro označení budov, kde se uskutečňuje paliativní péče. Při zakládání prvních hospiců bylo využito důležitých poznatků Elizabeth Kübler Rossové, jejíž studie velmi pomohly při doprovázení nemocných. Velice významnou a přínosnou je péče a v této souvislosti také zdůrazňuje nutnost podpory pre- i postgraduálního vzdělávání lékařů a sester v oblasti popis jednotlivých fází, kterými nemocný prochází, když ví, že trpí nevyléčitelnou chorobou. Od odmítání pravdy, hněvu ke smlouvání, přes depresi až ke smíření. Její rady na základě poznatků z praxe ukázal, jak se k nemocným v určitých stádiích nevyléčitelné nemoci chovat.(24)

V současnosti dochází k velkému rozšíření hospicových hnutí, která bojují za skutečně dobrou a důstojnou smrt, jejichž cílem je pomoc nemocným a jejich rodinám. Jsou zde využívány zejména principy paliativní péče, která se snaží vnímat a uspokojovat veškeré lidské složky: fyzickou, psychickou, sociální a duchovní. Cílem je všemožně ulehčit umírání u chorob, které již nelze vyléčit.(9)

4 VÝZNAM ÚLOHY SESTRY PŘI DOPROVÁZENÍ UMÍRAJÍCÍCH

Mezi hlavní poslání zdravotní sestry dnešního moderního ošetrovatelství vedle podpory zdraví, zachování zdraví a obnovy zdraví, neoddělitelně patří také doprovázení umírajících. Péče o umírající, kromě uspokojování základních potřeb, zahrnuje v praxi také útěchu a laskavou péči lidem každého věku v průběhu umírání.

V nemocnicích dnes umírá 70 % lidí a právě zdravotní sestra se velmi často stává osobou, která tráví s umírajícím nejvíce jeho posledního času. Je nezpochybnitelné, že jsou to mnohdy jen ony, kdo drží ruku těch, kteří odchází z tohoto světa. I když vztah mezi umírajícím a sestrou musí zůstat na profesionální úrovni – není možné, aby se s každým umírajícím loučila jako se svým blízkým, její postoj musí zůstat vstřícný, spojený s ohleduplností a pochopením. Je nesporné, že zdravotní sestra je jedinečným prostředníkem mezi nemocným a jeho rodinou, mezi nemocným a ostatními členy zdravotnického týmu. Péče o umírající je vysoce náročná a vyžaduje humánní přístup. I když je péče o umírající velice stresující a může ubírat síly, na druhé straně dává životní moudrost a přidává osobní zralosti. Každá sestra, která se při svém zaměstnání setkává se smrtí, by se na tuto skutečnost měla připravit – hovořit o smrti, číst knihy, které se zabývají touto tematikou, zúčastnit se přínosných přednášek. Mít kvalitní znalosti a být na tyto situace připravena, je významnou pomocí nejen samotným zdravotním sestřám, ale i umírajícím a jejich blízkým.

4.1 Péče o umírajícího

Péče o umírajícího, jak už bylo výše uvedeno, je ošetrovatelsky velmi náročná a vyžaduje vstřícný lidský přístup. Nemocný potřebuje blízkost druhé osoby, pocit zájmu o něho samotného. Přítomnost sestry je pro něj nadějí, že není sám, že se může svěřit o svých starostech, že se může spolehnout, že mu bude poskytnuta adekvátní pomoc při bolestech a trápeních, které sebou může nevyhléditelná nemoc přinášet. Důležitou součástí doprovázení umírajících, je osobní účast sestry, její pohlázení. Posezení u lůžka

je lidské pochopení nemocného. Na druhé straně je však i profesionální odborná péče o fyzický stav nemocného a plnění léčebných a ošetrovatelských činností.

4.2 Terminální stav

Je konečná fáze života – hranice mezi životem a smrtí, kdy dochází k nezvratnému selhávání vitálních funkcí a tkání. Je důležité zvládnout toto období tak, aby nemocný netrpěl, neměl bolesti a dokázal se vyrovnat a smířit se smrtí, aby umíral v klidu. Terminální fázi předchází stadium umírání, které může být různě dlouhé, proto je důležité poskytnutí psychické podpory včas.

4.3 Práva umírajících

Umírající má právo:

- kdykoliv přijímat návštěvy
- hovořit o svém kritickém stavu, strachu, obavách
- rozloučit se s rodinou
- na duchovní služby
- nebýt v umírání osamocen

4.4 Hlavní úkoly sestry

I péče o umírajícího, pokud má být kvalitní, by měla být v zásadních principech ve shodě s platnou koncepcí ošetrovatelství. I u umírajících by měla sestra realizovat ošetrovatelskou péči metodou ošetrovatelského procesu. Kvalitní péče by měla splňovat základní rysy moderního ošetrovatelství, které spočívají v systematickém vyhledávání, plánovitém uspokojování a hodnocení potřeb nemocného člověka.

Ošetrovatelskou péči odvozovat od potřeb pacienta, respektovat jeho práva (ev. je hájit), spolupracovat s celým týmem zdravotníků zainteresovaných v péči o jejího nemocného. V ošetrovatelské péči by si měla zdravotní sestra provádět na základě nejnovějších poznatků, stanovit reálné cíle a při všech prováděných činnostech dodržovat etický kodex.

Pod kvalitní ošetrovatelskou péčí je možno si představit takovou péči, která je účinná vzhledem ke zdravotnímu stavu pacienta, měla by být pozitivně přijímána samotným pacientem i jeho rodinou.

4.5 Uspokojování základních potřeb umírajících

Pomocí holistického přístupu by měla zdravotní sestra uspokojovat biologické, psychické, sociální, kulturní a duchovní potřeby, tedy všechny lidské složky, které jsou základní podmínkou ve vztahu k životu.

Při uspokojování biologických potřeb sestra:

- zaměřuje se na odstraňování a mírnění bolesti
- sleduje a hodnotí fyziologické funkce (zaznamenává do dokumentace)
- pečuje o tělo – pravidelnou hygienou napomáhá spokojenosti pacienta a prevenci proleženin
- pečuje o příjem tekutin a potravy – zvláště u umírajících je nutno přistupovat velmi citlivě (např. po domluvě s lékařem umožnit konzumaci oblíbeného nápoje)
- pečuje o pravidelné vyprazdňování- mít na mysli, že poruchy v této oblasti ovlivňují nejen tělesné, ale i psychické pocity
- pečuje o komfort a pohodlí – spočívá v zajištění úpravy a čistoty prostředí a soukromí při úkonech (za použití zástěn a závěsů)
- pečuje o průchodnost horních cest dýchacích (odsávání dle potřeby)
- pečuje o chronické rány a ošetřování celistvosti kůže
- prevence imobilizačního syndromu – napomáhat v pohybovém režimu, spolupráce s fyzioterapeutem, realizovat vždy s ohledem na aktuální možnosti nemocné, péče o vyhovující polohu

Při uspokojování psychických potřeb sestra:

- citlivě komunikuje
- pomáhá pacientovi změnit pocit tísně, strachu, úzkosti, deprese
- pomáhá mu pochopit, co se s ním děje
- pomáhá mu najít způsob, jak náročné situaci čelit
- napomáhá udržovat jeho identitu a sebeúctu
- přijmout nevyhnutelné

- identifikuje a vhodnou formou minimalizuje obavy pacienta- má na mysli, že mnohé obavy mohou být příčinou nedostatečné informovanosti ohledně diagnostických postupů, léčby a ošetřování
- zabraňuje nebo alespoň minimalizuje ztrátu sebeúcty (může být přítomná zejména u těžkých onemocnění, které narušují vzhled těla)
- akceptuje nemocného takového jaký je

Při uspokojování sociálních potřeb sestry:

- efektivně komunikuje
- zmírňuje sociální izolaci
- zajišťuje vhodné podmínky pro přijímání návštěv – v terminálním stádiu neomezeně
- je prostředníkem mezi pacientem a jeho rodinou

Při uspokojování kulturních potřeb sestry:

- i přesto, že je pacient v terminální fázi svého onemocnění, měla by sestra dbát o estetiku prostředí a podpořit i sebemenší zájem o cokoli, co se týká okolního dění (poslech rozhlasu, sledování televize, zajištění tisku, knih)

Při uspokojování duchovních (spirituálních) potřeb sestry:

- respektuje náboženskou svobodu
- umožňuje pacientovi zúčastňovat se náboženských úkonů
- naslouchá pacientovi při potřebě hovořit o smyslu svého života, při otázkách týkajících se smyslu utrpení.(25,13)

PRAKTICKÁ ČÁST

1 FORMULACE PROBLÉMU

Má bakalářská práce se zabývá výzkumnou otázkou „Postoj laické veřejnosti a zdravotníků k problematice eutanazie“.

1.1 Hlavní problém

Základní otázkou mé bakalářské práce je zjištění, zhodnocení a porovnání získaných názorů obou skupin – laiků a zdravotníků k otázkám eutanazie.

1.2 Hlavní hypotézy

- 1) Laická veřejnost má nedostatečné informace o problematice eutanazie a možnostech programů péče o těžce a nevléčitelně nemocné.
- 2) Laická veřejnost se bude vyjadřovat většinou pro uzákonění eutanazie.
- 3) Převážná část zdravotníků se bude obávat rizika zneužití eutanazie při případném uzákonění.
- 4) Zdravotníci budou preferovat přirozené dožití při zajištění komplexní bio-psycho-sociální a duchovní péče o nevléčitelně nemocné.
- 5) Respondenti, kteří schvalují uzákonění eutanazie, nepovažují život těžce a nevléčitelně nemocných při snížené kvalitě za dostatečně hodnotný.

2 CÍL A ÚKOL PRŮZKUMU

Hlavním cílem této bakalářské práce je získání postojů laické veřejnosti a zdravotníků, které se budou vázat na 5 hypotéz, jež jsem si určila. Hypotéza č. 1 a 2 se zaměřuje výhradně na skupinu laiků, další hypotézy č. 3 a 4 jsou určeny pro skupinu zdravotníků. Poslední hypotéza č. 5 hodnotí názor obou skupin dohromady. Celkový úkol bude spočívat ve zmapování problematiky eutanazie z pohledu laické veřejnosti a

zdravotníků v předem připraveném dotazníku (viz příloha č. 1) a následném vyhodnocení pomocí zpracovaných grafů.

3 VZOREK RESPONDENTŮ

Pro svoji bakalářskou práci jsem si určila dvě skupiny – laickou veřejnost a zdravotníky.

Mezi cílové skupiny laiků i zdravotníků jsem rozdala dotazník tak, aby byly zastoupeny všechny věkové kategorie a stupně vzdělání. Navíc u zdravotníků jsem dotazníky rozdělila jak na akutní, tak i neakutní oddělení.

Celkem jsem rozdala 140 předem připravených dotazníků, do každé zkoumané skupiny 75. Jejich návratnost byla 130. Z řad zdravotníků jsem získala zpět 67 vyplněných dotazníků. Od laiků bylo vráceno 63, avšak po vyřazení tří nesprávně vyplněných bylo v této skupině finálně zpracováno 60 dotazníků.

4 METODA VÝZKUMU

Na základě zvoleného tématu mé bakalářské práce a formulace hlavního problému jsem vytvořila pět hypotéz, na které navazuje dotazník. Ke sběru určených dat byl použit anonymní dotazník vlastní konstrukce. V dotazníkové formě šetření jsem spatřovala výhodu, jak získat poměrně velké množství i rozdílných informací s následným rychlým kvantitativním vyhodnocením. Samotný dotazník se skládá z celkového počtu 25 otázek, z nichž první tři jsou informativní a slouží k bližší identifikaci respondentů. Zbývajících 22 otázek se váže k daným hypotézám. Z celkového počtu je 17 otázek uzavřených a 8 otevřených.

Ještě před rozdělením kompletního počtu dotazníků jsem provedla pilotní studii, abych si ověřila, zda jsou mnou položené otázky pro respondenty srozumitelné a pochopitelné. Pilotní studie spočívala v rozdělení 10 kusů (pro každou skupinu 5).

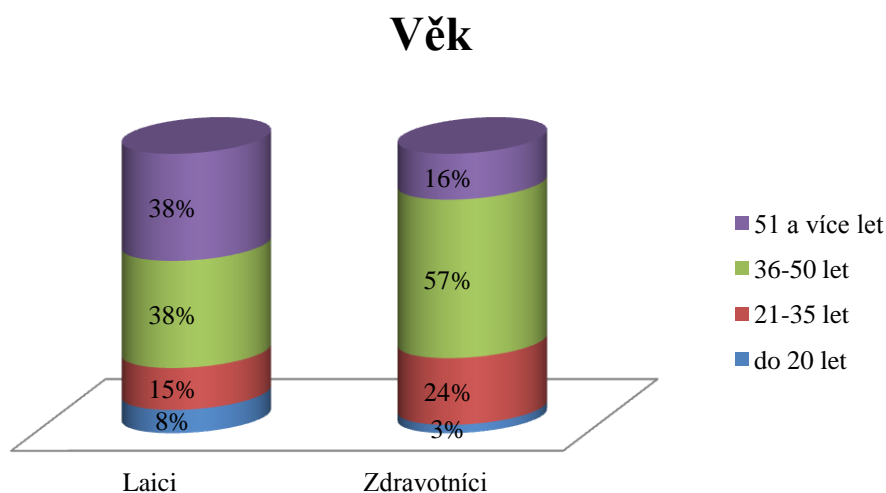
5 ZPRACOVÁNÍ ÚDAJŮ

Ke každé z 25 otázek byl vypracován graf. Vyhodnocení odpovědí je uvedeno v procentuelních hodnotách jak v grafu, tak i slovně v komentáři pod obrazovým

znázorněním. Zde jsou v závorce uvedeny i absolutní počty. K vyhodnocení většiny otázek byl použit graf 100% sloupcový skládaný, který dobře znázorňuje poměrné zastoupení jednotlivých variant odpovědí v procentuálním vyjádření a porovnání výsledků obou skupin. K vyhodnocení otázek, u kterých respondenti vybírali i více možností odpovědi jsem použila graf sloupcový skládaný, zobrazující výsledky u každé z variant opět v procentech z celkového počtu zpracovaných dotazníků jednotlivých skupin. K vyhodnocení otázky č. 22, v níž respondenti „známkovali“ varianty dle důležitosti, byl použit graf sloupcový s hodnotami obdrženého hodnocení jednotlivých variant získanými aritmetickým průměrem.

6 GRAFICKÉ VYHODNOCENÍ

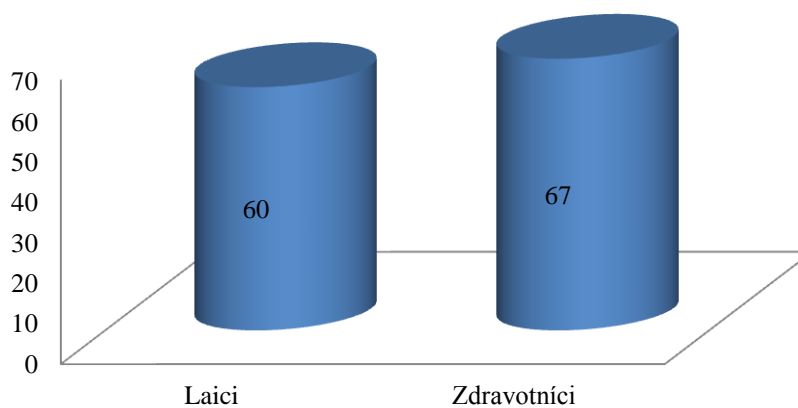
Graf č. 1



Uvedený graf ukazuje věkové rozložení respondentů obou zkoumaných skupin. U laiků jsou rovnoměrně zastoupeny skupiny 36-50 let a 51 a více (shodně 23 dotazovaných, tedy 38,5 %). 9 dotazovaných (15 %) bylo ve věku 21-35 let a 5 (8 %) bylo mladších 21 let. U zdravotníků je zřejmá převaha respondentů věkové kategorie 36-50 let (38, tedy 57 %). Skupina 21-35 let je zastoupena 16 dotazovanými (24 %), osob starších 50 let bylo 11 (16 %) a mladí zdravotníci ve věku do 20 let se výzkumu zúčastnili 2 (tedy 3 %).

Graf č. 2

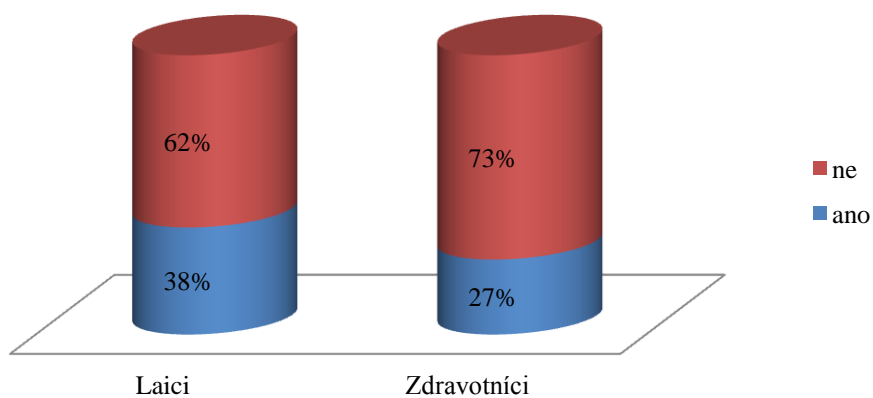
Cílová skupina respondentů



Pro výzkumné šetření jsem zpracovala 60 dotazníků laiků a 67 dotazníků zdravotníků.

Graf č. 3

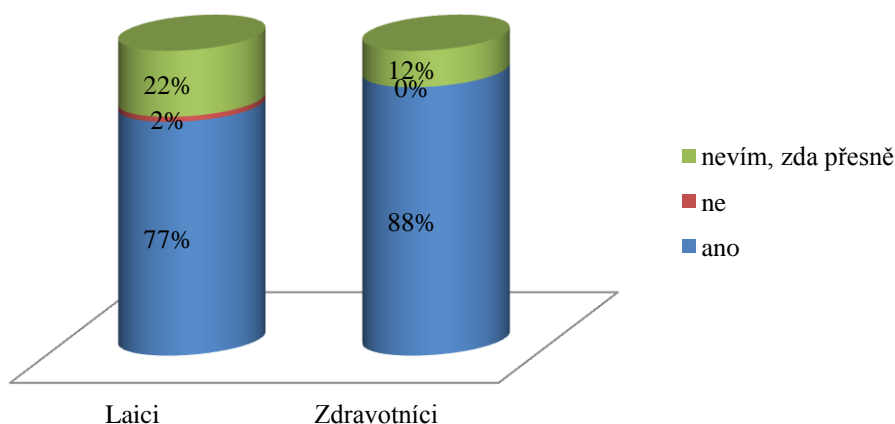
Jste věřící?



Z grafu č. 3 je patrné, že větší skupinu dotazovaných laiků tvoří nevěřící - 37, tedy 62 % proti 23 věřícím (38 %). U zdravotníků je převaha nevěřících ještě výraznější - (49, tedy 73 % proti 18 věřícím – 27 %).

Graf č. 4

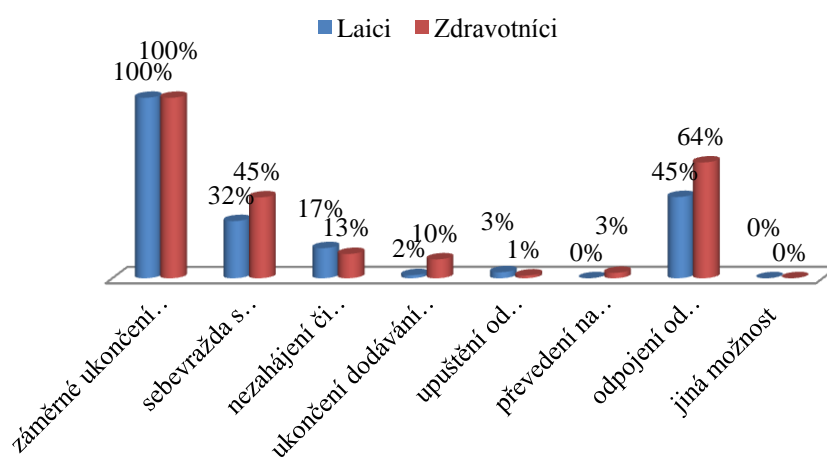
Znalost definice pojmu



Graf č. 4 potvrzuje, že 46, tedy 77 % dotázaných laiků je přesvědčeno, že zná definici pojmu eutanazie. 8 dotázaných (22 %) si znalostí není jisto a 1 (1 %) definici nezná. Také u zdravotníků převažují ti, kteří si jsou jisti znalostí definice eutanazie – 59 (88 %). Zbýlých 8 zdravotníků (12 %) si přesnou definicí není jisto.

Graf č. 5

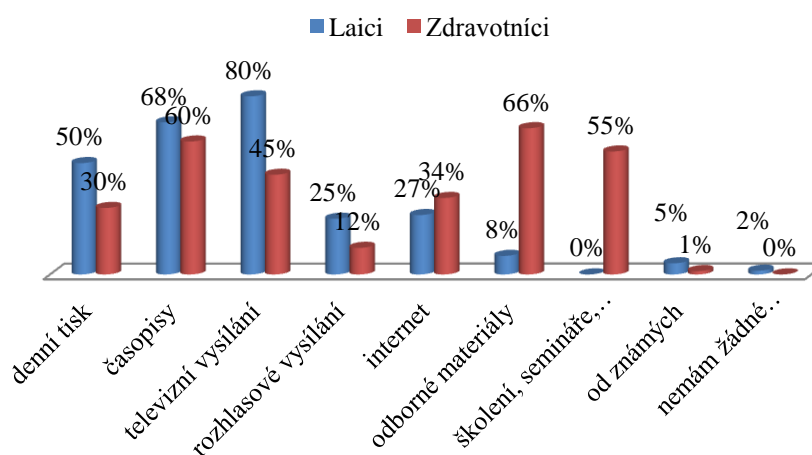
Co je eutanazie?



Z výsledků grafu č. 5 vyplývá, že u obou skupin 100 % dotázaných (60 laiků, 67 zdravotníků) zahrnulo do pojmu eutanazie záměrné ukončení života na vlastní žádost. Dále pak 45 % (27) laiků a 64 % (43) zdravotníků uvedlo, že u odpojení od přístrojů v beznadějných případech se také jedná o eutanazii, třetí nejčastější možností byla sebevražda s asistencí lékaře (32 %, tedy 19 laiků a 45 %, tedy 30 zdravotníků).

Graf č. 6

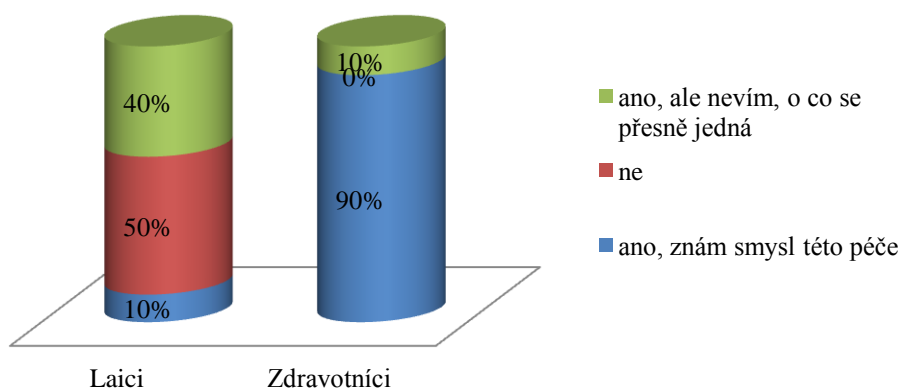
Zdroje informací o eutanazii



Z grafu č. 6 lze vyčíst, že nejvíce informací laici čerpají z televizního vysílání (48 dotázaných, tedy 80 %). Druhým nejčastějším zdrojem jsou s 68 % (41) časopisy a třetím denní tisk (30, tedy 50 %). Pro zdravotníky jsou nejdůležitějším zdrojem odborné materiály s 66 % (44), následují časopisy s 60 % (40) a školení a semináře s 55 % (37).

Graf č. 7

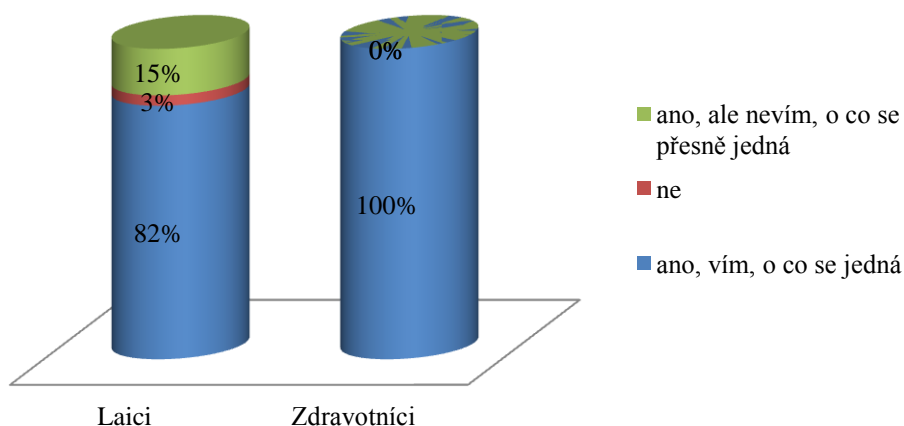
Povědomí o paliativní péči



Z grafu č. 7 vyplývá, že pouhých 10 % - 6 dotázaných laiků zná význam pojmu paliativní péče. Dalších 50 % (30) uvádí neznalost pojmu. Zbýlých 40 % (24) potvrzuje, že přestože se s pojmem setkali, nemají jasnou představu o jeho obsahu. U zdravotníků evidentně převažuje znalost pojmu i smyslu této péče - 90 % (60) dotázaných zdravotníků, zbývajících 10% (7) v této skupině potvrdilo povědomí o tomto pojmu, avšak bez znalosti jeho přesného významu.

Graf č. 8

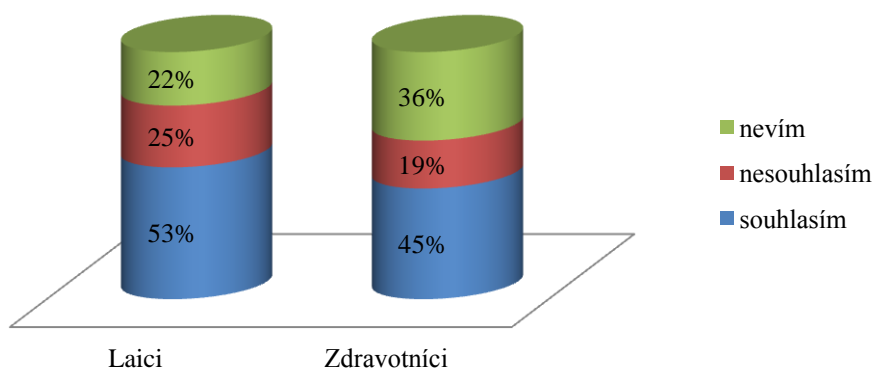
Povědomí o hospicové péči



Z grafu č. 8 lze vyčíst, že povědomí o hospicové bylo zjištěno u 82 % (49) laiků, 15 % (9) nezná přesnou definici pojmu a zbývající 3 % (2) označilo termín hospicová péče za jim neznámý. Ve skupině zdravotníků potvrdilo 100% (67) povědomí o hospicové péči.

Graf č. 9

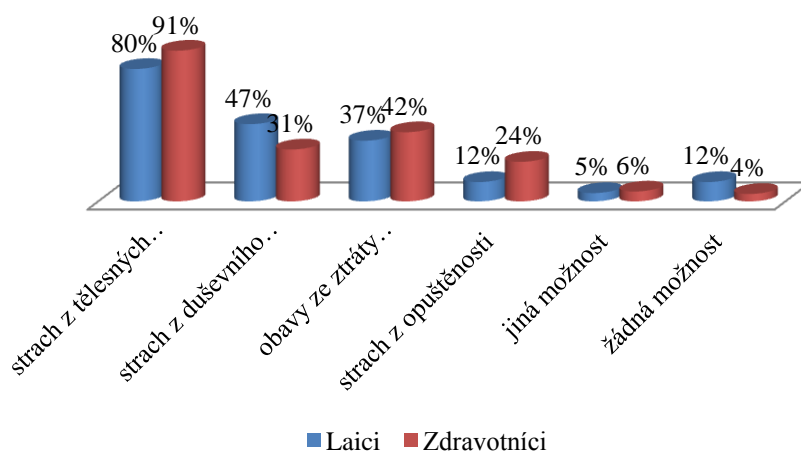
Souhlas s uzákoněním eutanazie v ČR



Graf č. 9 zobrazuje skutečnost, že souhlas s eutanazií potvrdilo 53 % (32) laiků. 25 % (15) jich s uzákoněním nesouhlasí a 22 % (13) zvolilo odpověď nevím. U zdravotníků s uzákoněním eutanazie souhlasí 45 % (30) dotazovaných, 36 % (24) neví a 19 % (13) je proti.

Graf č. 10

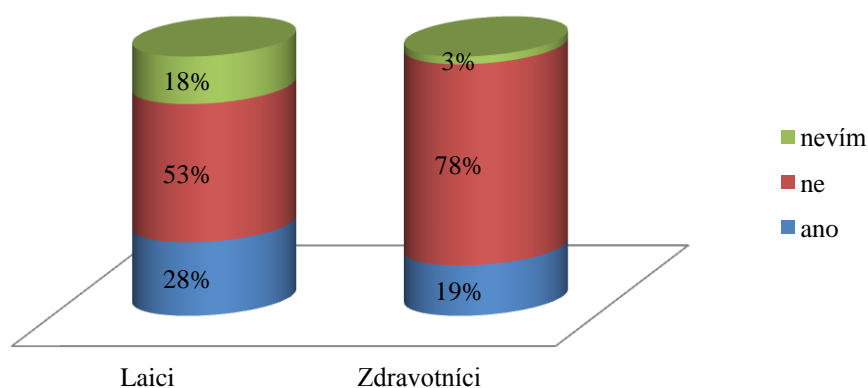
Důvody pro eutanazii



Graf č. 10 porovnávající názory laiků a zdravotníků ohledně důvodů, které vedou k žádostem o eutanazii má tyto výsledky: 80 % (48) laiků a 91 % (61) zdravotníků označilo nejčastějším důvodem strach z tělesných bolestí, 47% (28) laiků má strach z duševního utrpení a 37% (22) ze ztráty soběstačnosti. Zdravotníci jako druhou nejčastější uvedli obavy ze ztráty soběstačnosti - 42 % (28) a jako třetí strach z duševního utrpení - 31% (21)

Graf č. 11

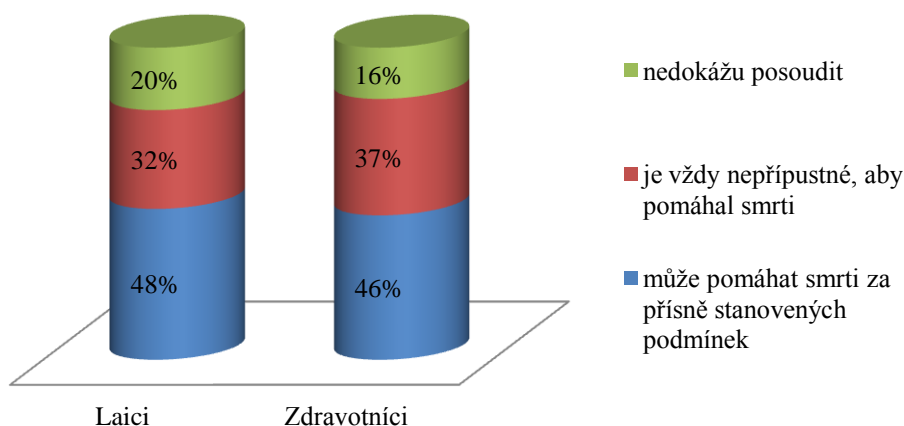
Eutanazie - jediná možnost pomoci



Pomocí grafu č. 11 bylo zjištěno, že 54 % (32) laiků nepovažuje eutanazii za jedinou možnost pomoci nevléčitelně nemocnému člověku. 28 % (17) odpovědělo ano, 18 % (11) zvolilo odpověď nevím. 78 % (52) zdravotníků odpovědělo záporně, 19 % (13) ano a 3 % (2) neví.

Graf č. 12

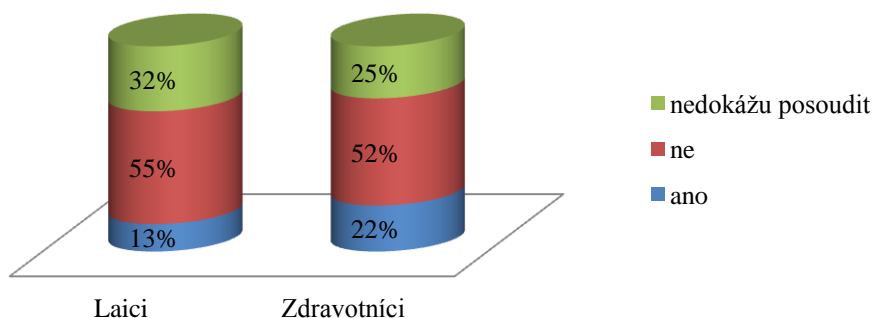
Lékařský slib a eutanazie



Podle grafu č. 12 48 % (29) laiků uvedlo souhlasnou odpověď, dle 32 % (19) je jakákoliv pomoc lékaře při eutanazii nepřijatelná a 20 % (12) tuto nedokáže posoudit. U zdravotníků je tento poměr obdobný. Podle 46 % (31) může lékař pomáhat smrti, 37 % (25) je proti a 17 % (11) označilo odpověď „nedokážu posoudit“.

Graf č. 13

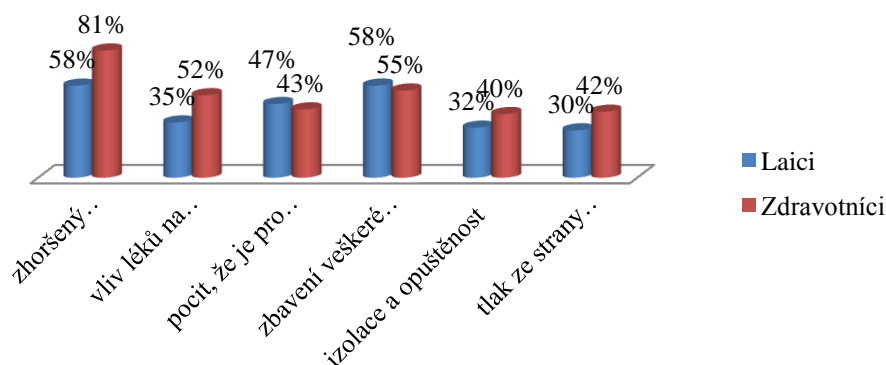
Právní zajištění eutanazie proti zneužití



55 % (33) laiků nevěří právnímu zajištění proti zneužití v případě uzákonění eutanazie. 32 % (19) tuto otázku nedokáže posoudit a pouze 13 % (8) právnímu zajištění věří. Právní ochraně nevěří 52 % (35) zdravotníků, 25 % (17) nedokázalo tuto skutečnost posoudit, zbylých 23 % (15) je naopak toho názoru, že provádění eutanazie by bylo možné dostatečně právně zajistit.

Graf č. 14

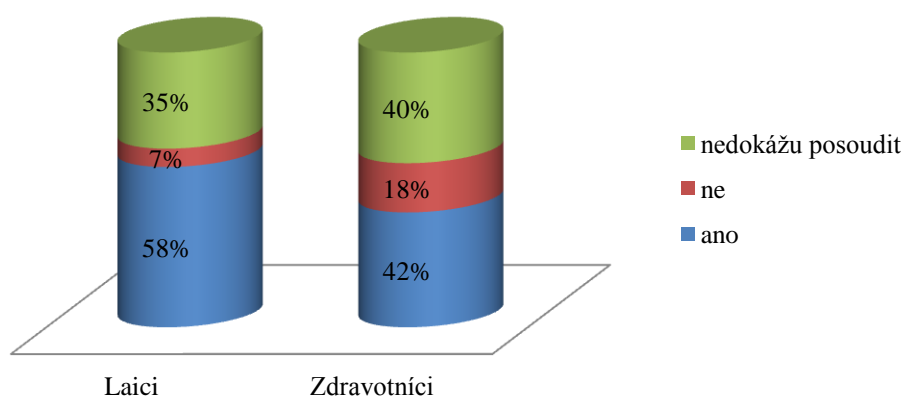
Možnosti, které by mohly ovlivnit svobodné rozhodnutí



Všechny uvedené možnosti byly zastoupeny v poměrně vyrovnané míře. Nejčastěji uváděnou možností u laiků bylo zbavení veškeré naděje a ve stejné míře i zhoršený psychický stav - 58 % (35), 47% (28) laiků si myslí, že žádost by mohl ovlivnit pocit, že je nemocný pro ostatní zátěž. U zdravotníků vidíme, že odpověď zhoršený psychický stav zvolilo 81% (54) respondentů, 55% (37) označilo variantu zbavení veškeré naděje, 52% (35) vliv léků na psychiku.

Graf č. 15

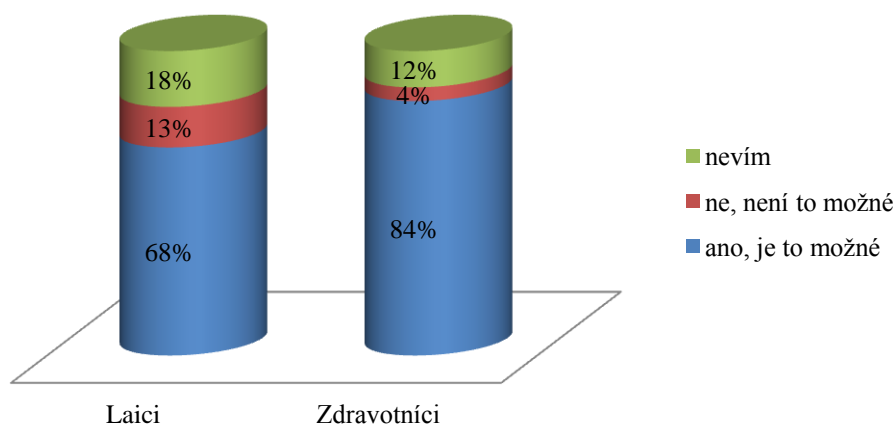
Vyžádaná x nevyžádaná eutanazie



Dle grafu č. 15 58 % (35) laiků a 42 % (28) zdravotníků má obavy, že vyžádaná eutanazie by mohla přerůst v nevyžádanou, 35 % (21) laiků a 40 % (27) zdravotníků toto nedokáže posoudit a 7 % (4) laiků a 18 % (12) zdravotníků se tohoto rizika neobává.

Graf č. 16

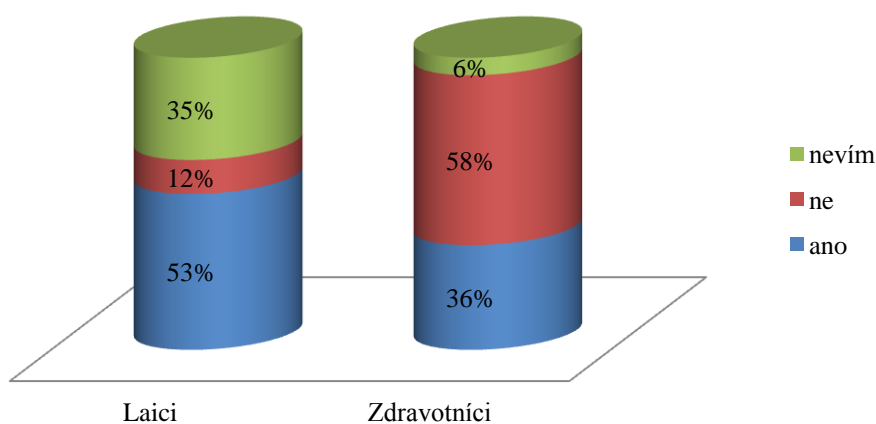
Diagnostický omyl



Na základě údajů z grafu č. 15 můžeme konstatovat, že diagnostický omyl připouští 68 % (41) laiků, dalších 18 % (11) není v této otázce rozhodnuto a 14 % (8) tento omyl považuje za nemožný. 84 % (56) zdravotníků připouští možnost diagnostického omylu. 12 % (8) není rozhodnuto a pouhá 4 % (3) se omylu neobávají.

Graf č. 17

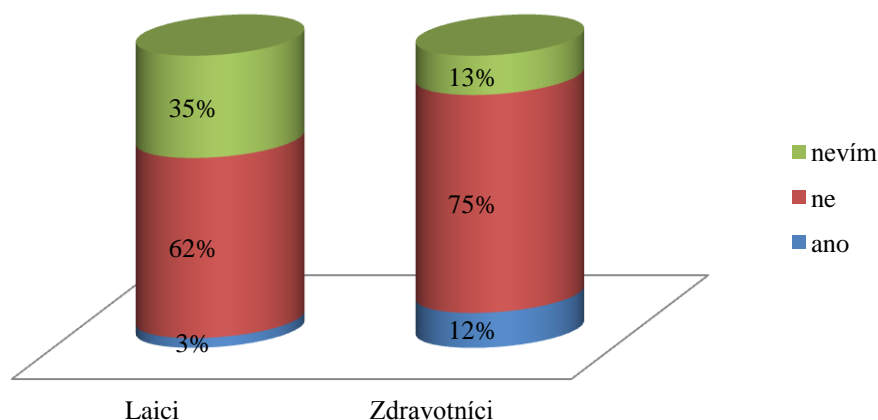
Mírnění fyzické bolesti



Více než polovina laiků (53 % - 32) je přesvědčena, že fyzická bolest je v současné době dostatečně mírněna. 35 % (21) neví a 12 % (7) udává opak. U zdravotníků si 58 % (39) myslí, že fyzická bolest není dostatečně mírněna. 36 % (24) se domnívá, že ano a u zbývajících 6 % (4) zněla odpověď nevím.

Graf č. 18

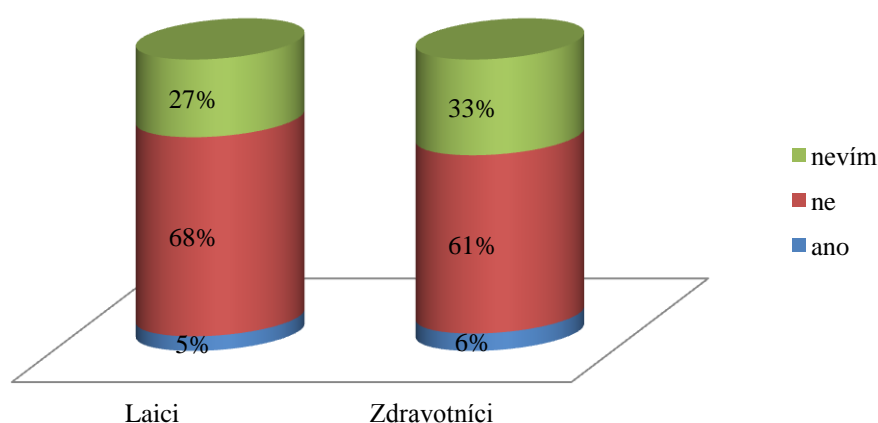
Mírnění emocionální bolesti



Graf č. 18 sděluje, že 62 % (37) laiků je toho názoru, že tento druh bolesti není dostatečně mírněn, 35 % (21) neví, jen 3 % (2) věří tomu, emocionální bolest je dostatečně mírněna. 75 % (50) zdravotníků si myslí, že emocionální bolest není v současnosti dostatečně mírněna. 13 % (9) není rozhodnuto a 12 % (8) je přesvědčeno o dostatečném mírnění tohoto druhu bolesti.

Graf č. 19

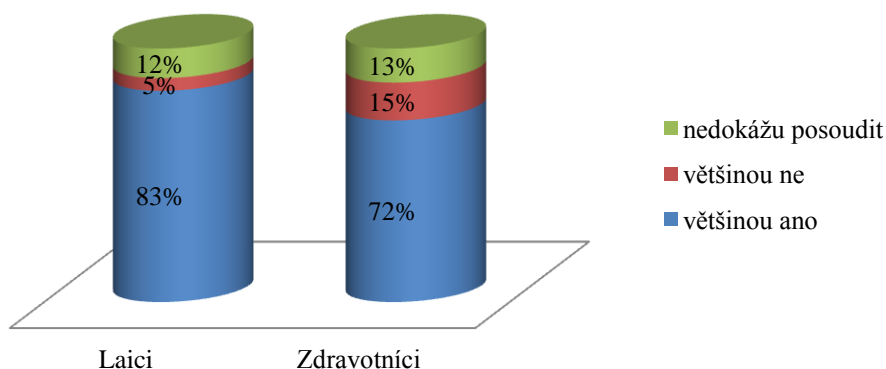
Uspokojování duchovních potřeb



Podle výsledků grafu č. 19 jsou laici přesvědčeni z 68 % (41), že duchovní potřeby nejsou uspokojovány dostatečně. 27 % (16) neví a 5 % (3) má opačný názor. Svůj názor o nedostatečném uspokojování duchovních potřeb potvrzuje 85 % zdravotníků (41), 33 % (22) neví a 6 % (4) má opačný názor.

Graf č. 20

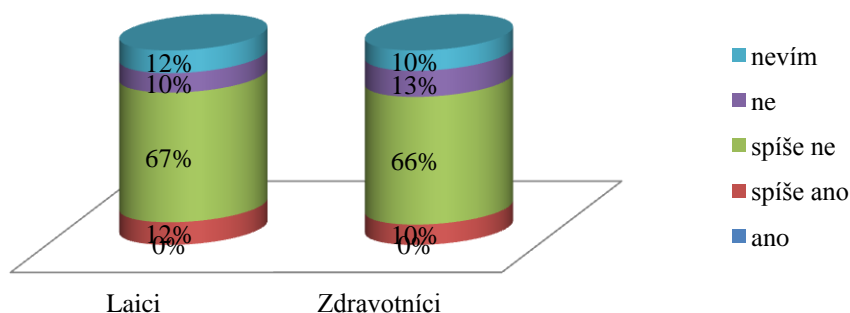
Možnost neomezeného kontaktu s příbuznými



Graf č. 20 potvrzuje většinový souhlas s možností neomezeného kontaktu příbuzných a blízkých s umírajícím - 85 % (50) laiků a 72 % (48) zdravotníků. 12 % (7) laiků tuto otázku nedokáže posoudit a jen 5 % (3) zvolilo odpověď většinou ne. 15 % (10) dotazovaných zdravotníků zvolilo odpověď většinou ne a 13 % (9) toto nedokáže posoudit.

Graf č. 21

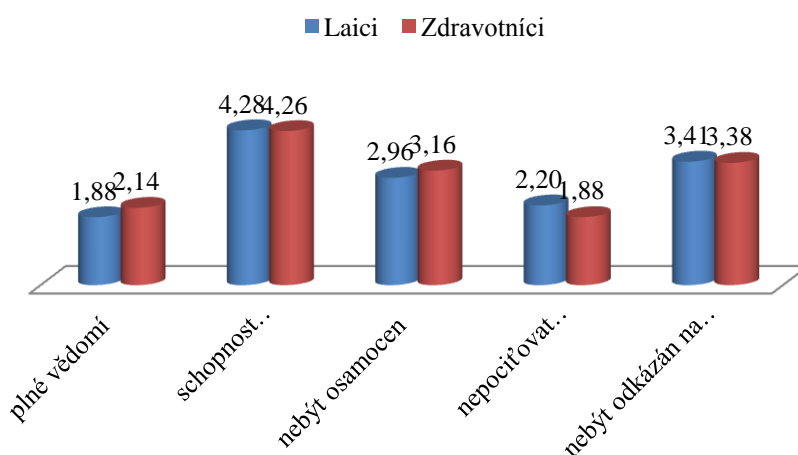
Žádost o eutanazii při uspokojení bio-psycho-sociálně duchovních potřeb



67 % (40) dotázaných laiků a 66 % (44) zdravotníků si myslí, že při uspokojení bio-psycho-sociálně duchovních potřeb spíše nebude nemocný žádat o eutanazii. Podobný názor má i dalších 10 % (6) a 13 % (9) zdravotníků, kteří na stejnou otázku odpověděli – ne.

Graf č. 22

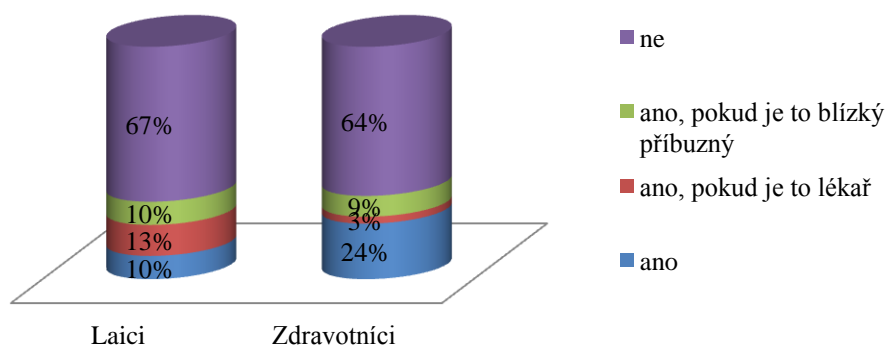
Co určuje kvalitu života?



Pro laiky je v otázce kvality života nejpodstatnější plné vědomí (průměrná známka 1,88), poté nepociťovat nesnesitelnou bolest (2,20), dále pak nebyt osamocen (2,96). Zdravotníci jako nejdůležitější při hodnocení kvality života uvedli možnost nepociťovat nesnesitelnou bolest (1,88), pak plné vědomí (2,14) a další nebyt osamocen (3,16).

Graf č. 23

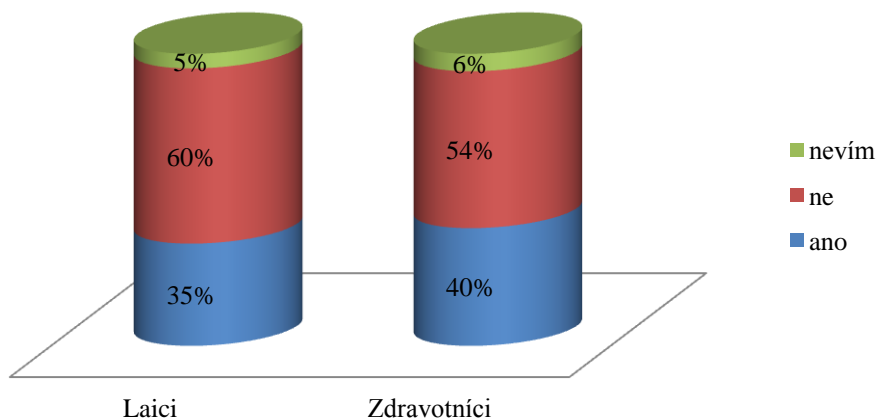
Posuzování kvality života



67 % (40) laiků a 64 % (43) zdravotníků si myslí, že člověk nemůže posuzovat kvalitu života druhého jedince. 13 % (8) laiků by posouzení ponechalo na lékaři, 10 % (6) na blízkých příbuzných a zbylých 10 % (6) tuto možnost ponechává člověku bez dalšího vymezení. 24 % (16) zdravotníků dává právo posouzení kvality života člověku obecně, 9 % (6) toto posouzení nechává na příbuzných a pouhá 3 % (2) zdravotníků by posouzením pověřila lékaře.

Graf č. 24

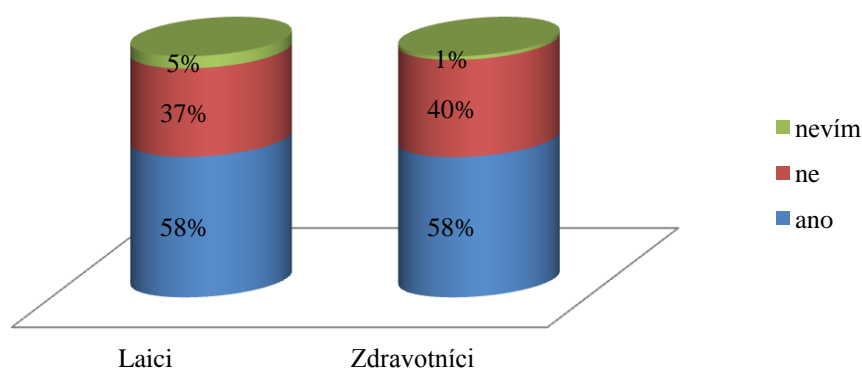
Vliv kvality života na jeho hodnotu



Z výsledků grafu č. 24 vyplývá, že sníženou kvalitu života nespojuje s jeho sníženou hodnotou 60 % (36) laiků a 54 % (36) zdravotníků. Dalších 35 % (21) laiků a 40 % (27) zdravotníků označilo opak a zbylých 5 % (3) laiků a 6 % (4) zdravotníků neví.

Graf č. 25

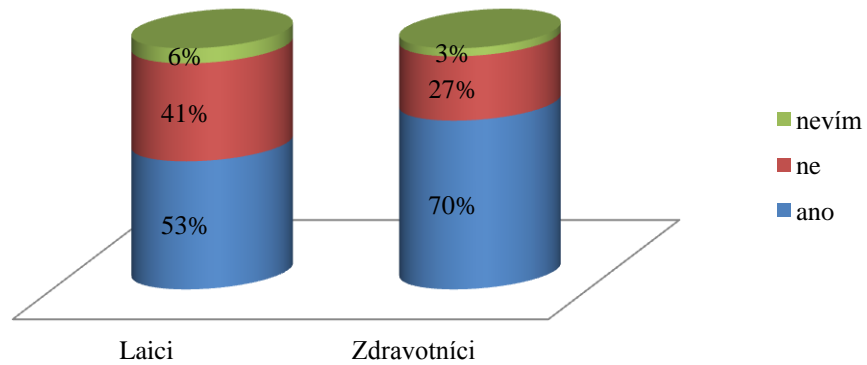
Snížení lidské důstojnosti při nemoci



58 % (35) laiků a stejné procento (58 %, tj. 39) zdravotníků udává souhlas s názorem, že nemoc a utrpení snižují lidskou důstojnost. 37 % (22) laiků a 40 % (27) zdravotníků si toto nemyslí a 5 % (3) laiků a 2 % (1) zdravotníků označilo odpověď neví.

Graf č. 26

Vliv kvality života na jeho hodnotu - osoby schvalující eutanazii



Z 32 laiků schvalujících eutanazii si 53 % (17) myslí, že se sníženou kvalitou života klesá i jeho hodnota. 41 % (13) je přesvědčeno o opaku a 6 % (2) neví. U 30 zdravotníků schvalujících eutanazii je o přímé souvislosti mezi kvalitou života a hodnotou přesvědčeno 70 % (21) respondentů, 27 % (8) tento názor nesdílí a 3 % (1) neví.

DISKUZE

Číselné označení grafů se shoduje s číslováním otázek v dotazníku.

Grafy č. 1, 2 a 3 se nevztahují k žádné z hypotéz. Tyto grafy slouží k bližší informaci o věkovém rozložení respondentů, jejich celkovém počtu a zastoupení věřících a nevěřících.

Hypotéza č. 1 - Laická veřejnost má nedostatečné informace o problematice eutanazie a možnostech programů péče o těžce a nevléčitelně nemocné.

K hypotéze č. 1 se vztahují otázky 4, 5, 6, 7, 8. Obsahem této hypotézy byl můj předpoklad, že laická veřejnost bude mít nedostatečné informace o problematice eutanazie a možnostech programů péče o těžce a nevléčitelně nemocné. U otázky č. 4, která měla za úkol zjistit, jak respondenti sami hodnotí svoji znalost definice pojmu eutanazie, se jednoznačně potvrdilo, že většina laiků (77 %) i převážná část zdravotníků (88 %) je přesvědčena, že definici termínu eutanazie znají. Pravdivost tvrzení obou skupin jsem se snažila ověřit v následující otázce č. 5, u které respondenti rozhodovali, jaké uvedené možnosti by zahrnuli do pojmu eutanazie. Bylo možno volit i více možností. Všichni dotázaní obou skupin zde, ve 100 % označili správnou možnost - záměrné ukončení života na vlastní žádost, ale již jen 45 % zdravotníků a ještě méně laiků (32 %) označilo variantu - sebevražda s asistencí lékaře, která je jednou z forem přímé eutanazie. 64 % zdravotníků a 45 % laiků spatřuje eutanazii i v odpojení od přístrojů v beznadějných případech, což je velmi složitá etická otázka i pro odborníky. 13 % zdravotníků a 17 % laiků označilo i tzv. pasivní formu eutanazie – nezahájení či nepokračování v léčbě. V současnosti se většina odborníků staví proti tomu, aby byla tato tzv. pasivní forma do pojmu eutanazie zahrnována, neboť zde není úmysl usmrtit ani není podmínkou přání nemocného. Za povšimnutí stojí i fakt, že 10 % zdravotníků do pojmu eutanazie zahrnuje i ukončení dodávání tekutin a výživy, zatímco tuto variantu volila jen 2 % laiků. Zatímco je většinou výživa a hydratace považována za zcela patřičnou složku lidské péče a dopuštění, aby nemocný zemřel hladem nebo žízní, se považuje za neetické, při odstraňování např. od ventilátoru je určitá možnost, že nemocný začne dýchat sám.

Vyhodnocení hypotézy č. 1: Musím konstatovat, že se má hypotéza, která se týkala nedostatečné informovanosti laiků proti zdravotníkům, nepotvrdila zcela v té části, kde očekávám neznalost pojmu a souvisejících forem, neboť výsledky obou skupin byly dosti vyrovnané. Potvrdil se však můj předpoklad o neznalosti možností

programů péče o těžce a nevléčitelně nemocné u laické veřejnosti, kde výsledky byly až překvapivě vysoké a alarmující oproti zdravotníkům. Zatímco 90 % zdravotníků potvrdilo znalost pojmu paliativní péče i jejího smyslu, polovina laiků tento pojem vůbec neznala a dalších 40 % laiků sice o paliativní péči slyšelo, ale skutečný smysl jim je neznámý. Běžné mediální prostředky o paliativní péči neinformují dostatečně a odborné materiály včetně školení vyhledávají pouze zdravotníci. Otázka č. 8, která zjišťovala znalost hospicové péče, potvrdila 100% znalost u zdravotníků a i většina laiků tento druh péče znala. Tuto skutečnost příkládám velkému rozvoji hospicového hnutí zejména za poslední léta, o které se v našem státě nejvíce zasloužila lékařka Marie Svatošová.

Hypotéza č. 2 - Laická veřejnost se bude vyjadřovat většinou pro uzákonění eutanazie.

K hypotéze č. 2 se vztahují otázky 9,10,11,12. V této hypotéze jsem předpokládala, že se laická veřejnost se bude vyjadřovat většinou pro uzákonění eutanazie.

Vyhodnocení hypotézy č. 2: Z příslušných souvisejících grafů lze vyčíst, že se má hypotéza potvrdila. Souhlas s uzákoněním eutanazie potvrdilo 53 % dotázaných laiků, dalších 25 % nesouhlasilo a 22 % označilo odpověď nevím. U laiků jsem ve svém předpokladu o většinovém souhlasu vycházela právě z mého přesvědčení, že laická veřejnost bude převážně pro uzákonění eutanazie, vzhledem k nedostatečným informacím a neznalosti paliativních programů. U zdravotníků jsem byla přesvědčená, že souhlas s uzákoněním nebude většinový, právě pro dostatečnou informovanost, včetně možných forem paliativní péče. Příslušný graf ukázal, že počet zdravotníků, kteří s eutanazií souhlasí, je většinový (45 %), ale dalších 36 % zdravotníků označilo odpověď nevím, zbylých 19 % s eutanazií nesouhlasilo. I když jsem očekávala, že celkový počet zdravotníků, kteří souhlasí s uzákoněním eutanazie, bude mnohem menší, ukázalo se, že s uzákoněním eutanazie by souhlasil menší počet, než byl zjištěn u laiků. Mohu tak konstatovat jistou příčinnou souvislost mezi neznalostí paliativní péče a souhlasem s eutanazií, která se potvrdila u laické veřejnosti.

V dalším grafu č. 10, kde zjišťuji nejčastější důvody k žádosti o eutanazii, je možno vyčíst, že se nejvíce jak laici, tak i zdravotníci, obávají tělesných bolestí. Výsledky obou grafů byly téměř vyrovnané. Dalším nejčastěji udávaným důvodem byl strach z duševního utrpení a obavy ze ztráty soběstačnosti.

Porovnání hypotézy č. 2 s ostatními výzkumnými pracemi:

Výsledky svého šetření k této hypotéze jsem porovnávala s bakalářskými pracemi, které na podobné téma v roce 2007 vypracovala Mgr. Zuzana Janečková a v roce 2011 Šárka Ježorská. Z práce Mgr. Janečkové vyplývá, že respondenti ze všech zkoumaných skupin (hospitalizovaní, nehospitalizovaní a skupiny zdravotníků) ve většině vyjadřovali souhlas s eutanazií. Největší strach zde byl udáván z bolesti. (26) Také výstupy z bakalářské práce Š. Ježorské, která zjišťovala postoje zdravotních sester k eutanazii, potvrdily, že s eutanazií by souhlasilo 64 %, 24,4 % by nesouhlasila a 11 % si nebylo s odpovědí jisto. I zde byly obavy z bolesti nejčastěji udávaným důvodem. (27)

Pomocí grafu č. 11 jsem zjišťovala, zda eutanazie je jedinou možností, jak pomoci těžce trpícímu člověku. Zde jsem se snažila, aby se respondenti více zamysleli nad možnostmi dnešní moderní medicíny a ošetrovatelských postupů. Zjištění, že 54 % laiků si myslí, že eutanazie není jedinou možností, jak pomoci těžce trpícímu člověku mne přesvědčila o tom, že nejen zdravotníci (v 78 %), ale i laici si uvědomují, že současné zdravotnictví disponuje vícero možnostmi jak pomoci umírajícím.

Graf č. 12 mně poskytl informace, jakou důležitost v dnešní době přikládají laici a zdravotníci Hippokratově přísaze, lékařskému slibu v kontextu s eutanazií. Výsledné zobrazení je u obou skupin velmi podobné. 48 % laiků a 46 % zdravotníků si myslí, že lékař může pomáhat smrti za přísně stanovených podmínek, i když při promoci sliboval, že bude život za všech okolností chránit.

Hypotéza č. 3 - Převážná část zdravotníků se bude obávat rizika zneužití eutanazie při případném uzákonění.

U této hypotézy předpokládám, že si zdravotníci vzhledem k větším zkušenostem s nemocnými a většímu rozsahu vědomostí v oblasti těžce a nevléčitelně nemocných, si budou více uvědomovat možnost rizika zneužití eutanazie. K hypotéze č. 3 se vztahují otázky 13, 14, 15, 16.

Vyhodnocení hypotézy č. 3: Otázka č. 13 potvrdila moji hypotézu, že převážná část dotázaných zdravotníků se bude obávat zneužití eutanazie při jejím případným uzákonění, což potvrdilo 52 %, kteří uvedli, že nevěří právnímu zajištění v případě uzákonění. V porovnání s laiky mě však překvapilo, že jde o menší počet než laiků, kteří jsou stejného názoru. Otázka č. 14 moji hypotézu také potvrdila a to zejména skutečnost, že téměř 81 % zdravotníků uvedlo možnost ovlivnění svobodného rozhodnutí zhoršeným psychickým stavem. Na základě výsledků příslušného grafu jsem zjistila, že se mi podařilo přimět dotazované respondenty zamyslet se nad faktory, které mohou těžce nemocného vážně ovlivňovat při svobodném rozhodování. V četné míře

byly označeny všechny uvedené možnosti, nejvíce pak možnost zhoršeného psychického stavu. Nebyl vrácen ani jeden dotazník, který by neměl označenou ani jednu možnost ovlivnění pacienta. Je překvapivé zjištění, že možné ovlivnění nezpochybnil ani jeden dotazovaný, přestože u předchozí otázky určitá procenta laiků i zdravotníků věřila v reálné právní zajištění. Já osobně si nedovedu představit znění zákona, které by ochránilo těžce nemocného od vlivu příbuzných se zjištěnými zájmy, či právního předpisu, který by zohlednil momentální zhoršený psychický stav pacienta. U otázky č. 15 se však má hypotéza nepotvrdila, protože rizika postupného rozšíření nevyžádané, tedy nedobrovolné eutanazie se obává 42 % zdravotníků – tedy nikoliv nadpoloviční většina. Otázka č. 16 moji hypotézu potvrdila, když diagnostického omylu by se obával překvapivě vysoký počet zdravotníků - 84 %, a 68 % laiků.

Hypotéza č. 4 - Zdravotníci budou preferovat přirozené dožití při zajištění bio-psycho-sociální a duchovní péče o nevléčitelně nemocné.

K hypotéze č. 4 se vztahují otázky 17, 18, 19, 20, 21. U této hypotézy jsem předpokládala, že zdravotníci si budou v převážné míře uvědomovat, že pokud by měl těžce nemocný zajištěnou péči o všechny lidské složky – bio-psycho-sociální a duchovní, nebude žádat o eutanazii.

Vyhodnocení hypotézy č. 4: K ověření této hypotézy jsem sestavila otázky tak, abych nejdříve zmapovala názory respondentů z obou zkoumaných skupin na úroveň uspokojování bio-psycho-sociálních a duchovních potřeb v podmínkách současného zdravotnictví. Odpovědi u většiny otázek byly velmi vyrovnané a nezaznamenala jsem žádné výrazné rozdílnosti, jen s výjimkou mírnění fyzické bolesti, kde laici v 53% udávali své přesvědčení o dostatečném mírnění tohoto druhu bolesti, na rozdíl od zdravotníků, kterých si toto myslí jen 38 % z celkového počtu dotázaných. V otázce mírnění emocionální a duchovní bolesti se obě skupiny shodly, že jsou většinou mírněny nedostatečně. Pozitivně hodnotily ve většině obě skupiny možnosti neomezeného kontaktu v nemocničních zařízeních. Klíčová pro mě byla otázka č. 21, která měla přimět obě skupiny k zamyšlení, zda by při řádném uspokojení bio-psycho-sociálních a duchovních složek těžce nemocný žádal eutanazii. Odpovědi u obou skupin byly u obou skupin obdobné a svědčily o jednoznačně převažujícím názoru, že za takových podmínek by nemocný o eutanazii spíše nežádal, či jednoznačně nežádal. Tyto výsledky mě ještě více utvrdily v mém názoru, že pokud by byla v našem zdravotnictví větší integrace paliativní péče, ubylo by jistě mnoho myšlenek na eutanazii. Hypotéza č. 4 se mi potvrdila.

Hypotéza č. 5 Respondenti, kteří schvalují uzákonění eutanazie, nepovažují život těžce a nevléčitelně nemocných při snížené kvalitě za dostatečně hodnotný.

K hypotéze č. 5 se vztahují otázky 22, 23, 24, 25. U této hypotézy předpokládám souvislost mezi názory respondentů, které jsou souhlasné s eutanazií a názorem, který považuje život těžce a nevléčitelně nemocných při snížené kvalitě za nehodnotný. **Vyhodnocení hypotézy č. 5:** K přesnému vyhodnocení této hypotézy jsem zvolila propojení otázky č. 9, u které zjišťuji souhlas či nesouhlas s uzákoněním eutanazie s otázkou č. 24, která mapuje názor, zda snížená kvalita života ovlivňuje jeho hodnotu. Vybrala jsem respondenty, kteří zastávali souhlasný názor k uzákonění eutanazie, a opětovně vyhodnotila otázku č. 24, abych potvrdila či vyvrátila souvislost mezi schvalujícím postojem k uzákonění eutanazie a jeho vlivem na hodnotu života. Na základě výsledků grafů č. 49 a 50 byla potvrzena hypotéza č. 5: z laiků, kteří schvalují eutanazii, si 53 % myslí, že se sníženou kvalitou života klesá i jeho hodnota. 41 % je přesvědčeno o opaku a 6 % neví. U zdravotníků se přímá souvislost mezi schvalujícím postojem k eutanazii a klesající hodnotou života při snížené kvalitě potvrdila u 70 %, 27 % toto nesdílí a 3 % neví.

Kompletní vyhodnocení praktické části:

Na základě pěti vytvořených hypotéz jsem zmapovala nejen souhlas či nesouhlas s uzákoněním eutanazie, názory na možnost zneužití, ale zabývala jsem se i celkovou informovaností, včetně znalosti dalších možností v doprovázení nevléčitelně nemocných a umírajících. Zjišťovala jsem také, jak respondenti nahlízejí na kvalitu života u nevléčitelně nemocného a do jaké míry snížená kvalita života ovlivňuje jeho hodnotu i dopad nemoci na lidskou důstojnost. Hlavním záměrem mého dotazníku bylo ověřit, jak nahlízejí dotazovaní na dva postupy, které jsou po mravní stránce diametrálně odlišné. Na začátek dotazníku jsem umístila eutanazii a na závěr paliativní péči. Je zajímavé zjištění, že i když můj dotazník potvrdil, stejně jako i jiná dosavadní šetření, většinový souhlas respondentů s uzákoněním eutanazie, v závěru dotazníku, když nabízím možnost opravdové lidské péče při uspokojování všech lidských složek, převážná většina označila názor, že takto ošetřovaný nemocný by eutanazii nevolil. Toto zjištění mi potvrdilo můj názor, že kvalitní znalosti o paliativní péči by napomohly minimalizovat úvahy o eutanazii. Myslím si, že stále častější diskuze a hlubší úvahy o eutanazii by měly postupně vést k zavedení povinného vzdělávání lékařů a sester v tomto oboru. Rozvoji kvalitní paliativní péče by jistě napomohlo i zavádění přednášek

do programu studia medicíny a zdravotnických škol, dále pak i možnosti další specializace na paliativní medicínu.

Svou potřebu pomoci umírajícím i těm, kteří je doprovázejí, jsem realizovala vytvořením návrhu standardu, kde jsem ucelila zásady a pravidla při jejich doprovázení. Standard by měl ulehčit situaci a být užitečný všem, kteří těžce nemocné a umírající doprovázejí (viz příloha č. 3).

ZÁVĚR

Jak jsem již zmínila v úvodu mé bakalářské práce, žijeme v době, kdy se lékařská věda stále rychle vyvíjí a dosahuje obdivuhodných výsledků, kdy i ošetrovatelská péče se nachází na poměrně vysoké úrovni a i přesto z většiny dosavadních průzkumů vyplývá, že převážná část dotazovaných by souhlasila s uzákoněním eutanazie. V době, kdy nemůžeme pochybovat o širokých možnostech farmakologie, se dotazovaní nejčastěji obávají fyzické bolesti. Tyto pro mě znepokojivé skutečnosti mne přiměly ke snaze hlouběji do problematiky eutanazie proniknout, objasnit důvody, které vedou společnost k těmto postojům a zjistit, zdali si uvědomují jejich závažnost a související rizika. Tento můj zájem byl ještě více podpořen tím, že se při svém povolání mnohdy setkávám s těžce a nevléčitelně nemocnými. Myslím, že cíle, které jsem si stanovila v úvodu mé bakalářské práce, byly splněny.

Osobně zastávám názor, že nevléčitelně nemocní a umírající lidé jsou tou nejzranitelnější skupinou a naše civilizovaná společnost by měla práva slabších hájit. Opravdový soucit by neměl být hledán ve snahách uskutečňovat eutanazii, ale ve snahách, jak co nejlépe zkvalitnit péči o umírající a usnadnit všemi dostupnými prostředky proces umírání s mírněním všech symptomů, které nemoc provází, poskytnout laskavé dožití. Tuto naději spatřuji v paliativní péči, ve vynakládání větších prostředků pro širší rozvoj a její větší integraci do nemocniční péče. Jsem toho názoru, že pokud není u člověka zanedbávána fyzická, psychická, sociální a duchovní péče, vždy má smysl pro něco nebo pro někoho žít.

S uzákoněním eutanazie jednoznačně nesouhlasím, i z toho důvodu, že jakákoliv navržená změna, která by měla za cíl ukončovat lidské životy, by výrazně zpronevěřila poslání zdravotníků. Dalším hlavním důvodem proč jsem proti, je ta skutečnost, že do dnešní doby nebyl zpracován žádný návrh, který by zabránil možnému zneužití. I když se dá očekávat, že snahy o uzákonění eutanazie budou i u nás postupně sílit, myslím si, že dnešní atmosféra v našem státě, je pro vážné řešení tohoto tématu neúnosná. Současná ekonomická a morální korupce, i neustálý nárůst nákladů na zdravotní péči při snižování životní úrovně společnosti, i řízení péče neosobními pojišťovnami, jejichž cílem je hlavně vydělávat, jsou dostatečnými důvody, proč nevěřit v zajištění podmínek proti hrozbě zneužití. V neposlední řadě věřím v hodnotu každého života, v každé situaci, i v těžkém životě, spoutaným nemocí. Však v momentě, kdy se

kurativní medicína ocitne na konci svých možností a smrt je neodvratná, souhlasím s tím, aby nemocnému byl umožněn co možná nejkvalitnější život až do jeho smrti, bez zbytečně zatěžující léčby, při mírnění všech symptomů, které působí nemocnému utrpení. Lidská účast a blízkost však je naděje, která v těchto situacích nesmí nikdy selhat.

Eutanazie je velmi kontroverzní téma dnešní doby, kterému bychom se neměli vyhýbat. Myslím, že i přes závažnost a aktuálnost není v současnosti této problematice věnováno dostatek času v diskusích, které by veřejnost lépe zasvěcovala do této problematiky a napomáhala ji orientovat ve složitých souvislostech. A nemyslím si, že by měli diskutovat pouze zdravotníci, právníci, etici, sociologové a duchovní, ale všichni, neboť umírání a smrt se týká každého z nás.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. BOBŮRKOVÁ, Eva. Eutanazie deset let poté. *Mladá fronta dnes*. Praha: MAFRA, a.s, 2011, **XXII**(77), C3.
2. POLLARD, Brian. *Eutanazie - ano či ne?*. Vydání první. Praha : Dita, 1996. 210 s. ISBN 80-85926-07-5.
3. KOŘENEK, Josef. *Lékařská etika*. Vydání 1. Praha: Triton, 2002. Eutanazie, s. 276. ISBN 80-7254-235-4. [část knihy]
4. MUNZAROVÁ, Marta, et al. *Proč NE eutanazii aneb Být, či nebýt?*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství pro Ecce homo, 2008. 87 s. ISBN 978-80-7195-258-9.
5. CÍSAŘOVÁ, Dagmar; SOVOVÁ, Olga a kol. *Trestní právo a zdravotnictví : druhé, upravené a doplněné vydání. 2.* [Praha] : Nakladatelství Orac, 2004. 183 s. ISBN 80-86199-75-4.
6. MUNZAROVÁ, Marta. *Eutanazie, nebo paliativní péče?*. Vydání první. Praha: Grada Publishing, 2005. 108 s. ISBN 80-247-1025-0.
7. O'CONNOR, Margaret; ARANDA, Sanchia. *Paliativní péče : pro sestry všech oborů*. 1. české. Praha : Grada Publishing, 2005. 324 s. ISBN 80-247-1295-4.
8. SLÁMA, Ondřej. Utrpení terminálně nemocných a paliativní medicína: 16. celostátní konference Sdružení křesťanských zdravotníků v ČR. Brno 1. 10. 2005.
9. SLÁMA, Ondřej, KABELKA Ladislav, VORLÍČEK Jiří, et al. *Paliativní medicína: pro praxi*. První vydání. Praha: Galén, 2007. 362 s. ISBN 978-80-7262-505-5.
10. PECK, M. Scott. *Odmítnutí duše: Duchovní a lidské perspektivy eutanazie a umírání*. Praha: PRAGMA, 2001. 239 s. ISBN 80-7205-757-X.
11. PAYNEOVÁ, Sheila; SEYMOUROVÁ, Jane; INGLETONOVÁ, Christine. *Paliativní péče: Principy a praxe*. 1. vydání. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007. 807 s. ISBN 978-80-87029-25-1.
12. SVATOŠOVÁ, Marie. Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?. *Zdravotnické noviny*. 2011, roč. 60, č. 51 - 52, s. 7.
13. HAŠKOVCOVÁ, Helena . *Thanatologie : Nauka o smrti a umírání*. Druhé, přepracované vydání. Praha : Galén, 2007. 244 s. ISBN 978-80-7262-471-3.

14. ONDOK, Josef Petr. *Bioetika*. Svitavy: Trinitas, 1999. 134 s. ISBN 80-86036-24-3.
15. VOZÁR, Jozef. *Eutanázia : právne aspekty*. Prvé vydanie. Pezinok : Formát, 1995. 171 s. ISBN 80-967469-2-8.
16. VIRT, Günter. *Žít až do konce: etika umírání, smrti a eutanazie*. Praha: Vyšehrad, 2000. 95 s. ISBN 80-7021-330-2.
17. MUNZAROVÁ, Marta. *Vybrané kapitoly z lékařské etiky : Aktuální etická problematika některých lékařských oborů*. 1.vydání. Brno : Masarykova univerzita v Brně, 2000. 66 s. ISBN 80-210-2416-X.
18. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Lékařská etika*. Třetí, rozšířené vydání. Praha: Galén, 2002. 272 s. ISBN 80-7262-132-7.
19. NOVOTNÝ, O. a kol. *Trestní právo hmotné Novotný O. a kol., „Trestní právo hmotné“, sv. II, zvláštní část, Codex,*)
20. č. 1/2010. *Doporučení představenstva ČLK č. 1/2010 k postupu při rozhodování o změně léčby intenzivní na léčbu paliativní*. Česká lékařská komora, 2010. Dostupné z: www.centrum-cercany.cz/down/doporučení_představenstva_člk_č_1_2010.pdf
21. KUBEK, Milan. *Vždy pomáhat, nikdy neškodit. TEMPUS MEDICORUM: časopis České lékařské komory*. 2010, roč. 19(3), 1.
22. BOŠKOVÁ, Vladimíra. *Doporučení podle lékařských kapes. Mladá fronta dnes*. Praha: MAFRA, a.s, 2010, roč. XXI, č. 52, s. A12. ISSN 1210-1168.
23. STRNADOVÁ, Tereza. *Přehledně: změny, jež čekají u lékaře: Vyslovené přání pacienta. Mladá fronta dnes*. Praha: MAFRA, a.s, 2011, XXII(211), A9.
24. KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *Hovory s umírajícími*. 1. vydání. Nové Město nad Metují: Signum unitatis, 1992. ISBN 80-85439-04-2.
25. FARKAŠOVÁ, Dana. *Ošetřovatelství - teorie*. 1. české vyd. Martin: Osveta, 2006, 211 s. ISBN 80-806-3227-8.
26. JANEČKOVÁ, Zuzana. *Eutanazie*. Plzeň, 2007. Bakalářská práce. Vysoká škola v Plzni, o.p.s.
27. JEŽORSKÁ, Šárka. *Eutanazie - má své místo v českém zdravotnictví?: názory a postoje zdravotních sester* [online]. Olomouc, 2011 [cit. 10.3.2012]. Dostupné z: http://theses.cz/id/b58978/CHOVANCOVA_Hana_Eutanazie_v_R.pdf. Bakalářská práce. Univerzita Palackého, Fakulta zdravotnických věd.

SEZNAM GRAFŮ

1. Věk
2. Cílová skupina respondentů
3. Jste věřící?
4. Definice pojmu
5. Co je eutanazie
6. Zdroje informací o eutanazii
7. Povědomí o paliativní péči
8. Povědomí o hospicové péči
9. Souhlas s uzákoněním eutanazie v ČR
10. Důvody pro eutanazii
11. Eutanazie – jediná možnost pomoci
12. Lékařský slib a eutanazie
13. Právní zajištění eutanazie proti zneužití
14. Možnosti, které by mohly ovlivnit svobodné rozhodnutí
15. Vyžádaná x nevyžádaná eutanazie
16. Diagnostický omyl
17. Mírnění fyzické bolesti
18. Mírnění emocionální bolesti
19. Uspokojování duchovních potřeb
20. Možnost neomezeného kontaktu s příbuznými
21. Žádost o eutanazii při uspokojování bio-psycho-sociálně duchovních potřeb
22. Co určuje kvalitu života?
23. Posuzování kvality života
24. Vliv kvality života na jeho hodnotu
25. Snížení lidské důstojnosti při nemoci
26. Vliv kvality života na jeho hodnotu – osoby schvalující eutanazii

SEZNAM PŘÍLOH

1. Dotazník
2. Hippokratova přísaha (zdroj <http://www.zsf.jcu.cz/hipokratova-prisaha>)
3. Návrh standardu pro doprovázení umírajících
4. Kvalita života podle O. Slámy
5. Etický kodex České lékařské komory (zdroj <http://bioetika.ktf.cuni.cz/articles.php?lng=cz&pg=6>)

Příloha č. 1

Vážení respondenti,

obracím se na Vás s prosbou o vyplnění dotazníku, který bude sloužit jako součást podkladů pro mou bakalářskou práci s názvem „Postoj laické veřejnosti a zdravotníků k problematice eutanazie“. Cílem tohoto šetření bude porovnání a zhodnocení získaných názorů obou skupin na toto aktuální, složité a přitom hluboce lidské téma.

Dotazník je anonymní a bude sloužit pouze k výše uvedenému účelu.

Děkuji za Váš čas a vstřícnost při spolupráci.

Iveta Martínková

Západočeská univerzita v Plzni

Fakulta zdravotnických studií

Studijní obor: Všeobecná sestra

Nebude-li uvedeno jinak, zaškrtněte pouze jednu Vámi zvolenou odpověď.

1. Věk
 - do 20 let
 - 21 – 35 let
 - 36 – 50 let
 - 51 a více let
2. Jste zdravotník nebo laik?
 - Zdravotník
 - laik
3. Jste věřící?
 - ano
 - ne
4. Dokázal(a) byste definovat pojem „eutanazie“?
 - ano
 - ne
 - nevím, zda přesně

5. Ve kterých z následujících možností se podle Vás jedná o eutanazii? (i více možností)
- záměrné ukončení života na vlastní žádost pacienta
 - sebevražda s asistencí lékaře
 - nezahájení či nepokračování v marné léčbě
 - ukončení dodávání tekutin a výživy
 - upuštění od radikálních lékařských výkonů (neperspektivní operace)
 - převedení na paliativní nebo hospicovou péči
 - odpojení od přístrojů v beznadějných případech
 - jiná možnost
6. Odkud jste získal(a) (nejčastěji získáváte) informace o eutanazii? (i více možností)
- denní tisk
 - časopisy
 - televizní vysílání
 - rozhlasové vysílání
 - internet
 - odborné materiály (časopisy, knihy)
 - školení, semináře, kongresy, studium
 - od známých
 - nemám žádné informace
7. Slyšel(a) jste někdy o paliativní péči?
- ano, znám smysl této péče
 - ano, ale nevím, o co se přesně jedná
 - ne
8. Slyšel(a) jste někdy o institucích zvaných hospice?
- ano, vím, o co se jedná
 - ano, ale nevím, o co se přesně jedná
 - ne
9. Souhlasíte s uzákoněním „eutanazie“ v České republice?
- souhlasím
 - nesouhlasím
 - nevím
10. Jaké jsou podle Vás nejčastější důvody k žádosti o eutanazii? (můžete vybrat i více možností):
- strach z nesnesitelných tělesných bolestí
 - strach z duševního utrpení
 - obavy ze ztráty soběstačnosti
 - strach z opuštěnosti a izolace
 - jiná možnost
 - žádná možnost není důvodem k eutanazii

11. Myslíte si, že eutanazie je jediná možnost, jak pomoci těžce trpícímu člověku v konečné fázi nevléčitelného onemocnění?
- ano
 - ne
 - nevím
12. Lékař, který při promoci sliboval, že bude život za všech okolností chránit
- může pomáhat smrti za přísně stanovených podmínek
 - je vždy nepřipustné, aby pomáhal smrti
 - nedokážu posoudit
13. Myslíte si, že je reálné právní zajištění proti jakémukoliv zneužití v případě uzákonění eutanazie?
- ano
 - ne
 - nedokážu posoudit
14. Zaškrtněte možnosti (i více), které by podle Vás mohly ovlivnit svobodné rozhodnutí nemocného při žádosti o eutanazii.
- zhoršený psychický stav
 - vliv léků na psychiku
 - pocit, že je pro ostatní zátěží
 - zbavení veškeré naděje
 - izolace a opuštěnost
 - tlak ze strany příbuzných či blízkých
15. Mohlo by případné uzákonění vyžádané eutanazie postupně přerůst v běžné provádění eutanazie nevyžádané (nedobrovolné)?
- ano
 - ne
 - nedokážu posoudit
16. Připustíte, že by mohlo dojít k diagnostickému omylu, na jehož základě by se nemocný mohl rozhodnout pro eutanazii?
- ano, je to možné
 - ne, není to možné
 - nevím
17. Je v současné době v nemocnicích dostatečně mírněna fyzická (tělesná) bolest?
- ano
 - ne
 - nevím
18. Je podle Vás mírněna v nemocnicích dostatečně emocionální (duševní) bolest?
- ano
 - ne
 - nevím

19. Jsou podle Vašeho názoru v nemocnicích dostatečně uspokojovány duchovní potřeby u věřících?
- ano
 - ne
 - nevím
20. Je podle Vás v současné době v nemocnicích u umírajících umožněn neomezený kontakt s příbuznými a blízkými?
- většinou ano
 - většinou ne
 - nedokážu posoudit
21. Pokud by nevléčitelně nemocný dostal opravdovou lidskou péči včetně tišení bolestí (tělesných i duševních) a pozornost blízkých, bude podle Vás žádat o eutanazii?
- ano
 - spíše ano
 - spíše ne
 - ne
 - nevím
22. Co podle Vás určuje tzv. „kvalitu života“ nevléčitelně nemocného člověka? Označte stupněm 1 – 5 podle důležitosti (1 – nejvyšší, 5 – nejnižší).
- plné vědomí
 - schopnost realizovat své zájmy
 - nebýt osamocen
 - nepociťovat nesnesitelnou bolest
 - nebýt odkázán na pomoc druhých
23. Může podle Vás člověk posuzovat kvalitu života druhého jedince? (i více možností)
- ano
 - ne
 - ano, pokud je to lékař
 - ano, pokud je to blízký příbuzný
24. Myslíte si, že se sníženou „kvalitou života“ klesá i jeho hodnota?
- ano
 - ne
 - nevím
25. Myslíte si, že nemoc a utrpení snižují lidskou důstojnost?
- ano
 - ne
 - nevím

Hippokratova přísaha

„Přisahám při lékaři Apollonovi a Asklepiovi a Hygieii a Panaceii a při všech bozích a bohyních, jež беру za svědky, že budu plnit podle svých schopností a podle svého úsudku tuto přísahu a smlouvu: Budu považovat toho, který mě naučil tomuto umění, za rovnocenného svým rodičům a budu žít svůj život v partnerství s ním; bude-li mít potřebu peněz, rozdělím se s ním o svůj díl; budu se dívat na jeho potomky tak jako na své bratry v mužské linii a budu je učit tomuto umění - budou-li si přát být tomuto učení, a to bez odměny a bez smluvní listiny; podělím se o předpisy, ústní instrukce a o všechny ostatní vědomosti se svými syny a se syny toho, který mě učil, a s žáky, kteří podepsali závazek a složili přísahu dle lékařského zákona, ale s nikým jiným. Budu aplikovat dietetická opatření pro dobro nemocných podle svých schopností a podle svého úsudku; budu je chránit před poškozením a před křivdou. Nepodám nikomu smrtící látku, i kdyby ji ode mne žádal, a ani nikomu tuto možnost nenavrhnou. Podobně nepodám ženě abortivní prostředek. V čistotě a v posvátnosti budu střežit svůj život a své umění. Nepoužiji nože, dokonce ani ne u lidí trpících kameny, ale ustoupím ve prospěch těch, kteří se zabývají touto prací. Navštívím-li kterýkoliv dům, přijdu pro blaho nemocného a budu prost jakékoliv záměrné nepravosti, veškeré zlomyslnosti a obzvláště sexuálních vztahů ať se ženami, nebo s muži, ať se svobodnými, nebo s otroky. Cokoliv uvidím nebo uslyším v průběhu léčení nebo dokonce mimo léčení v pohledu na život lidí, to, co se v žádném případě nesmí šířit mimo dům, vše si nechám pro sebe; vždyť bych se musel stydět o tom mluvit. Jestliže splním tuto přísahu a neporuším ji, mohu mít zaručeno, že se budu radovat ze života a z umění a že budu ctěn a proslulý mezi všemi lidmi na všechny časy, které přijdou; jestliže ji však poruším a budu přísahat falešně, ať je opak toho všeho mým údělem.“

STANDARD OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

Téma: Péče o umírajícího

Cíl:

Zajistit všemi dostupnými prostředky moderní medicíny a ošetřovatelství podmínky pro klidné a důstojné lidské umírání při respektování individuality umírajícího.

Definice:

Terminální fázi – umíráním, označujeme poslední dny a hodiny života, kdy dochází k nezvratnému selhávání lidského organismu (oběhová soustava, dýchání, metabolismus). Umírání není pouze patofyziologický proces, ale jde i o konečnou fázi jedinečného lidského života, která má svou psychologickou, sociální a duchovní dimenzi. Stanovení diagnózy umírání vytváří nový klinický kontext.

Skutečnost, že onemocnění vstoupilo do terminální fáze, je třeba přiměřeným způsobem sdělit rodině – informuje lékař!

Příznaky:

- postupné zhoršování stavu
- narůstající slabost a únava, pacient nevstává z lůžka, prodlužují se periody denního spánku, stává se stále více závislým na okolí
- ztráta zájmu o okolí, vzdalování se od vnějšího světa, dezorientace, halucinace
- odmítání jídla a pití, nauzea, neschopnost polykání
- nepravidelné dýchání (apnoické pauzy, Cheyneovo-Stokesovo dýchání)
- chrčivé dýchání
- oligurie až anurie
- změny na kůži (facies Hippokratika – zašpičatění nosu, periferní cyanóza na končetinách, mramorovaná kůže)

Cíle léčby a péče o umírajícího pacienta:

- zmírnění tělesných obtíží
- zmírnění psychických obtíží a psychologická podpora pacienta
- duchovní (spirituální) podpora pacienta
- psychologická podpora rodiny a blízkých
- pravidelná kontrola a hodnocení základních symptomů, působících utrpení pacienta (bolest, dušnost, nauzea, úzkost)
- léky k mírnění tělesné a psychické bolesti, dušnosti ev. nauzey podávat dle ordinací lékaře s pravidelným hodnocením účinků (každou hodinu), dle kterých lékař adekvátně upravuje další léčbu. Hodnotíme stav vědomí, bolest dle používané stupnice dušnost – nevolnost - úzkost)
- umírající pacient není často schopen přijímat per os – po domluvě s lékařem podáváme výživu a tekutiny nosogastričnou sondou nebo intravenózně
- terminální fáze nevléčitelného onemocnění je kontraindikací zahájení KPR

Zásady – umírající má právo:

- kdykoli přijímat návštěvy svých příbuzných
- hovořit o svém kritickém stavu, strachu, obavách
- na duchovní služby
- nebýt v umírání osamocen

Ošetrovatelský postup:

Úkoly sestry:

- plňte pečlivě ordinace lékaře
- při závažných změnách a potřebách informujte lékaře
- poskytněte umírajícímu psychický a sociální prostor k životu, přiměřeně zredukovaný omezeními, která jsou dané jeho nemocí
- podporujte vše, co může vest k psychické adaptaci na situaci
- zajistěte fyzické pohodlí umírajícího, ticho, přiměřenou teplotu místnosti
- buďte co nejčastěji u lůžka umírajícího, minimalizujte pocit opuštěnosti
- snažte se do poslední chvíle udržovat verbální kontakt s umírajícím
- respektujte přání pacienta – pokud jsou reálná a nejsou v rozporu s etickými a právními normami

- umožněte trávit příbuzným (pokud projeví zájem) s pacientem poslední chvíle, jedněte s nimi citlivě
- umožněte návštěvu duchovního (pokud si to pacient nebo rodina přeje)
- provádějte pečlivě všechny ošetrovatelské činnosti vyplývající ze stavu umírajícího
- kontrolujte pravidelně všechny symptomy onemocnění, informujte lékaře, podávejte naordinované lékové prostředky
- pečlivě pozorujte pacientovu polohu, pohyby, výraz tváře, zvuků atd.
- dbejte na přiměřené podávání výživy, zejména tekutin
- pečujte o pravidelné vyprazdňování
- dbejte na komplexní hygienickou péči včetně čistoty lůžka
- respektujte intimitu při ošetrovatelských úkonech
- sledujte fyziologické funkce, vše řádně zaznamenávejte do dokumentace
- mějte na mysli, že i zdánlivé bezvědomí nevylučuje, že pacient vnímá

Komplikace:

- nezvládnutí situace ze strany personálu
- netaktní jednání s příbuznými

Zvláštní upozornění:

- dodržujte etické normy
- zachovávejte důstojnost pacienta
- situace řešte vždy s klidem a rozvahou

Zásady mírnění psychického utrpení a duchovní (spirituální) podpory:

- nejlepším nástrojem je citlivá komunikace
- nezbytná je autentická a lidská blízkost rodiny a zdravotníků (tzv. doprovázení)
- užitečná může být i přítomnost psychologa
- má-li pacient nebo rodina zájem, je nutné zprostředkovat duchovní (spirituální) pomoc, tj. návštěvu duchovního nebo účast na svátostech

Součástí mírnění psychického utrpení a duchovní podpory je i položení těchto otázek:

- je příčinou nějaký tělesný problém? (bolest, dušnost, močová retence,...)
- je úzkost a neklid obrazem mozkové dysfunkce? (demence, delíria)
- je úzkost a neklid projevem strachu z umírání a smrti? (strach z očekávání bolesti a utrpení, z neznáma, z odloučení od blízkých, obavy z osudu pozůstalých)
- je úzkost a neklid projevem nevyřešených problémů ve vztazích s rodinou?

Zásady správné komunikace:

- vytvořte vztah důvěry
- buďte empatická, aktivně naslouchejte
- buďte otevřená
- projevte osobní zájem o nemocného
- citlivě reagujte
- nehodnoťte chování nemocného, chápejte jeho tíživou situaci

Celková atmosféra péče a způsob komunikace by měly vycházet z toho, co pacient považuje v dané chvíli za důležité a co si přeje řešit. Umírání a smrt je vždy smutná a někdy i tragická událost, ale vždy by měla být důstojná a doprovázena lidským přístupem.

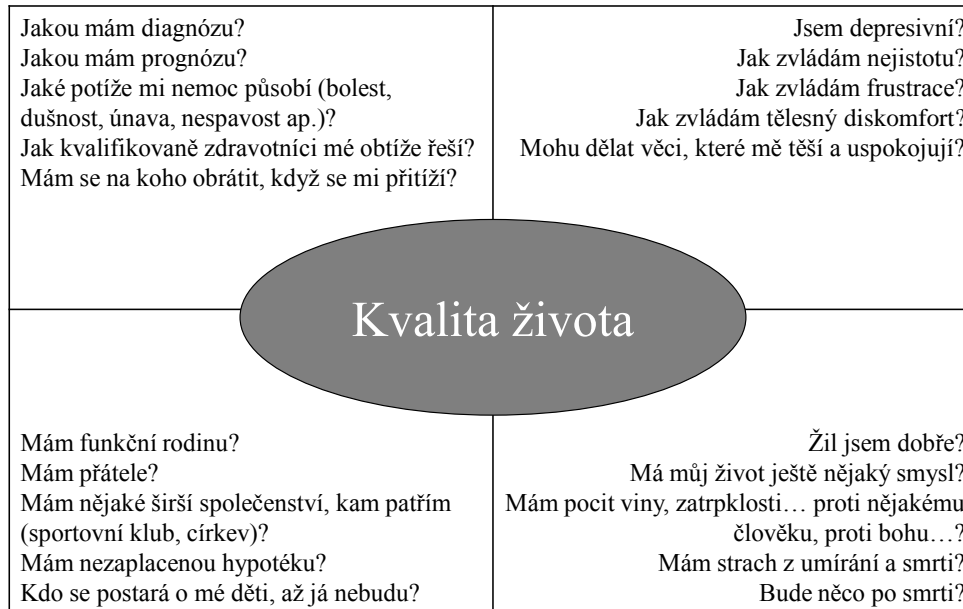
Dokumentace:

- lékařská a sesterská dokumentace

Související dokumenty:

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

Příloha č. 4



Obr. 1. Co určuje kvalitu života v situaci pokročilého nevyлéčitelného onemocnění

Zdroj Sláma

ETICKÝ KODEX

ČESKÉ LEKÁŘSKÉ KOMORY

Část první

§ 1

Obecné zásady

- (1) Stavovskou povinností lékaře je péče o zdraví jednotlivce i celé společnosti v souladu se zásadami lidskosti, v duchu úcty ke každému lidskému životu od jeho počátku až do jeho konce a se všemi ohledy na důstojnost lidského jedince.
- (2) Úkolem lékaře je chránit zdraví a život, mírnit utrpení a to bez ohledu na národnost, rasu, barvu pleti, náboženské vyznání, politickou příslušnost, sociální postavení, sexuální orientaci, věk, rozumovou úroveň a pověst pacienta či osobní pocity lékaře.
- (3) Lékař má znát zákony a závazné předpisy platné pro výkon povolání a ty dodržovat. S vědomím osobního rizika se nemusí cítit být jimi vázán, pokud svým obsahem nebo ve svých důsledcích narušují lékařskou etiku či ohrožují základní lidská práva.
- (4) Lékař je povinen být za všech okolností ve svých profesionálních rozhodnutích nezávislý a odpovědný.
- (5) Lékař uznává právo každého člověka na svobodnou volbu lékaře.

Část druhá

§ 2

Lékař a výkon povolání

- (1) Lékař v rámci své odborné způsobilosti a kompetence svobodně volí a provádí ty preventivní, diagnostické a léčebné úkony, které odpovídají současnému stavu lékařské vědy a které pro nemocného považuje za nejvýhodnější. Přitom je povinen respektovat v co největší možné míře vůli nemocného (nebo jeho zákonného zástupce).
- (2) Každý lékař je povinen v případech ohrožení života a bezprostředního vážného ohrožení zdraví neodkladně poskytnout lékařskou pomoc.
- (3) Lékař musí plnit své povinnosti v situacích veřejného ohrožení a při katastrofách přírodní nebo jiné povahy.
- (4) Lékař má právo odmítnout péči o nemocného z odborných důvodů nebo je-li pracovně přetížen, nebo je-li přesvědčen, že se nevytvořil potřebný vztah důvěry mezi

ním a pacientem. Je však povinen doporučit a v případě souhlasu zajistit vhodný postup v pokračování léčby.

(5) Lékař nemůže být donucen k takovému lékařskému výkonu nebo spoluúčasti na něm, který odporuje jeho svědomí.

(6) Lékař nesmí předepisovat léky, na něž vzniká závislost, nebo které vykazují účinky dopingového typu k jiným než léčebným účelům.

(7) Lékař u nevléčitelně nemocných a umírajících účinně tiší bolest, šetří lidskou důstojnost a mírní utrpení. Vůči neodvratitelné a bezprostředně očekávané smrti však nemá být cílem lékařova jednání prodlužovat život za každou cenu. Eutanazie a asistované suicidium nejsou přípustné.

(8) U transplantací se lékař řídí příslušnými předpisy. Odběru tkání a orgánů nesmí být zneužito ke komerčním účelům.

(9) Lékař je v zájmu pacienta povinen důsledně zachovávat lékařské tajemství, s výjimkou případů, kdy je této povinnosti souhlasem pacienta zbaven nebo když je to stanoveno zákonem.

(10) Lékař, který vykonává své povolání, je povinen odborně se vzdělávat.

(11) Lékař je povinen při výkonu povolání vést a uchovávat řádnou dokumentaci písemnou nebo jinou formou. Ve všech případech je nutná přiměřená ochrana znemožňující změnu, zničení nebo zneužití.

(12) Lékař nesmí své povolání vykonávat formou potulné praxe.

(13) Lékař nesmí sám nebo po dohodě s jinými ordinovat neúčelné léčebné, diagnostické a jiné úkony ze zjištěných motivů. V rámci své pravomoci nesmí poskytovat odborně neodpovídající vyjádření, z nichž by plynuly občanům neoprávněné výhody.

(14) Pokud lékař doporučuje ve své léčebné praxi léky, léčebné prostředky a zdravotní pomůcky, nesmí se řídit komerčními hledisky, ale výhradně svým svědomím a prospěchem pacienta.

(15) Lékař se podle svého uvážení účastní na prezentaci a diskusi medicínských témat na veřejnosti, v tisku, v televizi, rozhlasu, musí se však vzdát individuálně cílených lékařských rad a doporučení ve svůj soukromý prospěch.

(16) Lékař se musí zdržet všech nedůstojných aktivit, které přímo nebo nepřímo znamenají propagaci nebo reklamu jeho osoby a lékařské praxe a ve svých důsledcích jsou agitační činností, cílenou na rozšíření klientely. Nesmí rovněž tyto aktivity iniciovat prostřednictvím druhých osob.

(17) Nový způsob léčení je možné použít u nemocného až po dostatečných biologických zkouškách, za podmínek dodržení Helsinské konvence a Norimberského kodexu, pod přísným dohledem a pouze tehdy, pokud pacienta nepoškozuje.

(18) Lékař si má být vědom své občanské úlohy i vlivu na okolí.

§ 3

Lékař a nemocný

(1) Lékař plní vůči každému nemocnému své profesionální povinnosti. Vždy včas a důsledně zajistí náležitá léčebná opatření, která zdravotní stav nemocného vyžaduje.

(2) Lékař se k nemocnému chová korektně, s pochopením a trpělivostí a nesníží se k hrubému nebo nemravnému jednání. Bere ohled na práva nemocného.

(3) Lékař se má vzdát paternalitních pozic v postojích vůči nemocnému a respektovat ho jako rovnocenného partnera se všemi občanskými právy i povinnostmi, včetně zodpovědnosti za své zdraví.

(4) Lékař je povinen pro nemocného srozumitelným způsobem odpovědně informovat jeho nebo jeho zákonného zástupce o charakteru onemocnění, zamýšlených diagnostických a léčebných postupech včetně rizik, o uvažované prognóze a o dalších důležitých okolnostech, které během léčení mohou nastat.

(5) Zadržení informací o nepříznivé diagnóze nebo prognóze je možné individuálně v zájmu nemocného dle úvahy a svědomí lékaře. V těchto případech by měl lékař, pokud nemocný neurčil jinak, informovat rodinné příslušníky pacienta nebo osoby jemu blízké.

(6) Lékař nesmí zneužít ve vztahu k nemocnému jeho důvěru a závislost jakýmkoliv způsobem.

§ 4

Vztahy mezi lékaři

(1) Základem vztahů mezi lékaři je vzájemně čestné, slušné a společensky korektní chování spolu s kritickou náročností, respektováním kompetence a přiznáním práva na odlišný názor.

(2) Lékař v zájmu své stavovské cti i s ohledem na pověst lékařské profese nesmí podceňovat a znevažovat profesionální dovednosti, znalosti i poskytované služby jiných lékařů, natož používat ponižujících výrazů o jejich osobách, komentovat nevhodným způsobem činnost ostatních lékařů v přítomnosti nemocných a nelékařů.

(3) Lékař kolegiálně spolupracuje s těmi lékaři, kteří současně nebo následně vyšetřují či léčí stejného pacienta. Předává-li z důvodných příčin nemocného jinému lékaři, musí mu odevzdat zjištěné nálezy a informovat ho o dosavadním průběhu léčby.

(4) Lékař je povinen požádat dalšího nebo další lékaře o konzilium vždy, když si to vyžádají okolnosti a nemocný souhlasí. Je právem lékaře navrhnout osobu konzultanta. Závěry konziliárního vyšetření mají být dokumentovány zásadně písemnou formou a je povinností o nich informovat nemocného, se zvláštním důrazem tehdy, pokud se názory lékařů liší, a je právem lékaře vzdát se dalšího léčení, pokud se nemocný přikloní k jinému názoru konzultanta.

(5) Lékař musí svou praxi vykonávat zásadně osobně. Zastupován může být jen dočasně, a to lékařem vedeným v seznamu České lékařské komory a splňujícím potřebné odborné předpoklady.

§ 5

Lékař a nelékař

(1) Lékař spolupracuje se zdravotními pracovníky vyškolenými v různých specializovaných činnostech.

Pověří-li je diagnostickými nebo léčebnými úkoly a dalšími procedurami, musí se přesvědčit, zda jsou odborně, zkušenostmi i zodpovědností způsobilí tyto úkony vykonávat.

(2) Lékaři není dovoleno vyšetřovat nebo léčit s osobou, která není lékařem a nepatří k zdravotnímu personálu. Tyto osoby nesmějí být přítomny ani jako diváci při lékařských výkonech. Výjimkou z uvedených zásad jsou osoby, které se u lékaře vzdělávají nebo pracují v lékařských oborech, a další osoby, s jejichž přítomností pacient souhlasí, pokud není lékařsky zdůvodněných námitek.

Část třetí

Závěrečná ustanovení

§ 6

Účinnost

Tento stavovský předpis č. 10 - Etický kodex České lékařské komory nabývá účinnosti dne 1. 1. 1996.