

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Smrt a eutanazie očima všeobecné sestry

Oldřich Hošek

Bakalářská práce

2013

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2012/2013

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Oldřich Hošek**
Osobní číslo: **Z10012**
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Název tématu: **Smrt a eutanazie očima všeobecné sestry**
Zadávající katedra: **Katedra ošetrovatelství**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

1. Sběr informací a studium literatury.
2. Stanovení cílů práce.
3. Stanovení výzkumných otázek.
4. Konzultace vybrané metodiky výzkumu s vedoucím práce.
5. Realizace výzkumu.
6. Analýza a interpretace získaných výsledků.
7. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah grafických prací: dle doporučení vedoucího

Rozsah pracovní zprávy: 35 stran

Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická

Seznam odborné literatury:

1. HAŠKOVCOVÁ, H. Thanatologie: nauka o umírání a smrti. 2. vyd. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-471-3.
2. KELNEROVÁ, J.; Tanatologie v ošetrovatelství. 1. vyd. Brno: Littera, 2007. ISBN 978-80-85763-36-2.
3. MARKOVÁ, M. Sestra a pacient v paliativní péči. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-3171-1.
4. ŠPINKOVÁ, M.; ŠPINKA, Š. Eutanásie: víme o čem mluvíme? 1. vyd. Praha: Cesta domů, 2006. ISBN 80-239-8592-2.
5. VORLÍČEK, J.; ADAM, Z.; POSPÍŠILOVÁ, Y. a kol. Paliativní medicína. 2. vyd. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0279-7.

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Kateřina Čermáková, DiS.
Katedra ošetrovatelství

Datum zadání bakalářské práce: 1. října 2012
Termín odevzdání bakalářské práce: 9. května 2013


prof. MUDr. Arnošt Pellant, DrSc.
děkan

L.S.


Mgr. Martina Jedlinská
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 6. března 2013

Prohlašuji:

Předkládanou práci jsem vypracoval samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využil, jsem uvedl do seznamu použité literatury.

Byl jsem seznámen s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne považovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a podle okolností až do jejich skutečné výše.

Souhlasím s prezenčním přístupem své práce v Univerzitní knihovně.

V Pardubicích dne 9. 5. 2013

.....

Oldřich Hošek

Poděkování:

Děkuji PhDr. Kateřině Čermákové, DiS. za odborné vedení práce, její cenné rady, ochotu, vstřícnost, profesionální přístup a zejména za konzultace vedené v přátelském duchu.

Dále děkuji vrchním sestrám, které svolily, aby na jejich oddělení mohlo probíhat dotazníkové šetření, a také děkuji všeobecným sestrám za jejich čas, který daly do vyplňování mého dotazníku.

Poslední poděkování patří mé rodině a mým nejbližším, kteří mne po dobu studia podporovali a povzbuzovali.

Anotace

Bakalářská práce na téma *Smrt a eutanazie očima všeobecné sestry* je prací teoreticko-výzkumnou. Pojednává o problematice umírání, smrti, paliativní péči a eutanazii. Skládá se ze dvou částí - z části teoretické a z části výzkumné. V teoretické části je popisována tanatologie, problematika umírání a smrti, paliativní péče a hospicová péče, eutanazie a její rozdělení. Výzkumná část popisuje výzkum metodou dotazníkového šetření u všeobecných sester ze dvou nemocnic (z nemocnice krajského a fakultního typu). Výsledky výzkumného šetření jsou zpracovány do tabulek a grafů, včetně poznámek.

Klíčová slova

umírání, smrt, paliativní péče, hospicová péče, eutanazie

Annotation

The bachelor thesis on theme *Death and euthanasia through the eyes of general nurse* is the work theoretical-research. The bachelor thesis deals with dying, death, palliative care and euthanasia. This thesis is divided in two parts, theoretical par and practical part. In the theoretical part is described thanatology, the issue of dying and dead, palliative care and hospice care, euthanasia and its separation. The research part describes research by the questionnaires in nurses from two types of hospitals (the regional type and the faculty type of hospital). The results are processed in tables and graphs, including notes.

Key words

dying, dead, palliative care, hospice care, euthanasia

OBSAH

ÚVOD	11
CÍLE PRÁCE	13
I. TEORETICKÁ ČÁST	14
1 Umírání a smrt	15
1.1 Tanatologie	15
1.2 Umírání	15
1.3 Fáze umírání	16
1.4 Smrt	17
1.5 Druhy smrti	18
1.6 Fáze smrti fyzické	19
2 Paliativní péče	20
2.1 Filosofie paliativní péče	21
2.2 Poskytovatelé paliativní péče	22
2.3 Situace paliativní péče v ČR	22
2.4 Rozdělení paliativní péče	22
3 Hospicová péče	24
3.1 Hospic	24
3.2 Historie hospiců v ČR	25
3.3 Domácí hospicová péče	25
3.4 Stacionáře	26
3.5 Oddělení paliativní péče	26
4 Eutanazie	27
4.1 Historie eutanazie	27
4.2 Dystanazie	29

4.3 Aktivní a pasivní eutanazie	30
4.4 Přímá a nepřímá eutanazie.....	30
4.5 Dobrovolná a nedobrovolná eutanazie	31
4.6 Asistovaná eutanazie	31
4.7 Důvody vedoucí k eutanazii	31
4.8 WHO, WMA, Česká lékařská komora a eutanazie	32
5 Situace eutanazie u nás a ve světě	33
5.1 Situace eutanazie v České republice.....	33
5.2 Eutanazie ve světě	33
II. VÝZKUMNÁ ČÁST	35
6 Stanovení výzkumného vzorku.....	36
7 Metodika a organizace výzkumu.....	36
8 Výzkumné otázky.....	38
9 Analýza výzkumu.....	39
10 Diskuze	65
ZÁVĚR	72
Soupis bibliografických citací.....	74
SEZNAM OBRÁZKŮ	79
SEZNAM TABULEK.....	80
III. PŘÍLOHY	81
SEZNAM PŘÍLOH	82
Příloha A - Dotazník.....	83
Příloha B - Fáze prožívání těžké nemoci dle E. Kübler-Rossově	89
Příloha C - Péče o mrtvé tělo	91
Příloha D - Doporučení představenstva ČLK.....	92
Příloha E - 10 důvodů, proč NE eutanazii.....	97

Příloha F - Rooming-in při umírání.....	99
Příloha G - Charta umírajících (USA).....	101

ÚVOD

Žijeme v době, ve které obdivujeme kult mládí, zdraví, krásy, síly, nezávislosti a úspěchu. Umírání, smrt a všechny aspekty spojené s koncem života jsou v mysli každého z nás zapuzovány a téma konečnosti na tomto světě se stává tabuizované. Málo si uvědomujeme, a možná ani nechceme, že umírání a smrt se týká nás všech. Narození, tak šťastná a radostná událost, dává každému z nás jedinou jistotu – že i jednou nastane den, kdy opustíme tento svět. Smrt je tedy jedinou jistotou, kterou člověk narozením získává. Průběhu těhotenství, porodu a výchově dítěte je věnováno tolik pozornosti. Zapomínáme na opačnou situaci, která nastane v protikladu s narozením – na umírání a smrt.

I přes velkou technickou vyspělost, přes znalosti a možnosti v medicíně, které nám někdy vyrazí dech, je smrt stále něco, co ovlivnit nemůžeme. Co ale ovlivnit umíme, je proces umírání. Takřka můžeme ovlivnit jeho nástup, průběh a zakončení. V mysli společnosti je zakořeněno, že umírání je často spojeno se ztrátou soběstačnosti, důstojnosti, pocity osamělosti a prožíváním bolesti.

Umírání nemusí znamenat pouze to, co je výše napsáno. V medicíně a ošetrovatelství je mnoho způsobů a možností, jak ovlivnit umírání. Existuje metoda, která proces umírání zkracuje – eutanazie. Umíme poskytnout péči, kdy pacienta v době umírání doprovázíme a garantujeme mu zachování jeho důstojnosti. Pozornost věnujeme bolesti a symptomům spojeným s onemocněním, které se snažíme maximálně tlumit. V tomto případě mluvíme o paliativní a hospicové péči. I když paliativní péče je nejstarší formou péče, můžeme konstatovat, že v mnoha státech (a před nedávnem i u nás) je stále v zárodku. Musíme mít na paměti, že naše populace stárne, a měli bychom se těmito otázkami zabývat.

Dle ÚZIS (2012) zemřelo v roce 2011 celkem 106 848 obyvatel České republiky. Mezi nejčastější příčinu smrti u mužů patřilo onemocnění oběhové soustavy (45 %), druhé místo zaujímaly novotvary (27 %) a na třetím místě byly vnější příčiny nemoci a úmrtnosti, např. otravy a poranění (8 %). U žen bylo na prvním místě v příčinách smrti onemocnění oběhové soustavy (49 %), na druhém místě novotvary (27 %), třetí místo zaujímaly nemoci dýchací soustavy (5 %).

V Pardubickém kraji byla situace obdobná. Zemřelo celkem 5 365 obyvatel. U mužů bylo nejčastější příčinou smrti onemocnění oběhové soustavy (23 %), na druhém místě dominovaly novotvary (13 %) a třetí místo zaujímaly vnější příčiny nemoci a úmrtnosti. U žen byla

situace podobná s výjimkou třetího místa. Na tomto místě byly v příčině smrti u žen nemoci dýchací soustavy. (ÚZIS, 2012)

Bakalářská práce na téma *Smrt a eutanazie očima všeobecné sestry* je rozdělena na dvě části - teoretickou a výzkumnou část. V teoretické části je popsána problematika umírání, smrti, paliativní péče a eutanazie. Cílem bakalářské práce je zjistit pohled všeobecných sester na výše zmíněnou problematiku.

„Nikdo neví, co je smrt, a přece se jí všichni bojí, jako by uznávali, že je největším zlem, třeba je pro člověka největším dobrem.“

Platón

CÍLE PRÁCE

1. Uvést do problematiky v oblasti umírání, paliativní péče a smrti.
2. Uvést do problematiky v oblasti eutanazie.
3. Zjistit znalosti všeobecných sester v oblasti paliativní péče.
4. Zjistit, jaký postoj zaujímají všeobecné sestry k legalizaci eutanazie.
5. Zmapovat, z jakých důvodů by všeobecné sestry akceptovaly nebo neakceptovaly provedení eutanazie.
6. Vytvořit výukovou prezentaci určenou všeobecným sestrám na základě výsledků z dotazníkového šetření.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 Umírání a smrt

1.1 Tanatologie

Pojem je složen z řeckých slov *thánatos* (smrt) a *logos* (věda, nauka). Je to tedy věda zabývající se umíráním a smrtí (Kelnerová, 2007). Pro pojem tanatologie existuje mnoho definic. Níže uvádíme často citované.

Tanatologie představuje mezioborovou disciplínu, která se zabývá procesy umírání a smrtí. Z hlediska lékařského, psychologického, filosofického a teologického i právního jsou pojednávány otázky jako klinická smrt, pomoc při umírání, stanovení smrti, definice smrti, zážitky při umírání, víra v posmrtný život aj. (Kelnerová, 2007)

Tanatologie je často definována jako interdisciplinární vědní obor o smrti a o všech fenoménech, které jsou s ní spojeny. Název je odvozen od jména řeckého boha smrtelného spánku a smrti (Haškovcová, 2007).

Tanatologie (thanatology) je věda o psychologických a lékařských aspektech umírání a smrti (Hartl, 2010).

Obor tanatologie zasahuje do mnoha jiných klasických věd, jakými jsou filosofie, teologie, medicína, psychologie a sociologie (Sígl, 2006).

V USA, kde vlastně obor vznikl, podnítil veliký zájem o tanatologii i fenomén rostoucího pocitu viny za smrt jiných (Hirošima, Nagasaki). Na počátku 60. let formulovala Elizabeth Kübler-Rossová základy moderní tanatologie (Kelnerová, 2007).

Poměrně zajímavý pohled na smrt, především na posmrtný život, přináší R. A. Moody. Zaobírá se problematikou pokračování života po smrti. Do oboru tanatologie přispěl svým empirickým výzkumem (Ulrichová, 2009).

1.2 Umírání

Umírání spolu se smrtí je velké téma týkající se každého z nás. Stejně jako narození, patří neodmyslitelně k životu umírání a smrt (Vorlíček, Adam a Pospíšilová, 2004). Umírání se vyznačuje postupným ireverzibilním selháváním životně důležitých funkcí, což vede ke smrti. Pokrok vědy a techniky s sebou přináší i novou skutečnost, že umírání v současnosti trvá zpravidla déle, což přináší větší nejistotu, strach, úzkost nejen u umírajících, ale i jejich

blízkých a také u ošetřujícího personálu. Nikdo z žijících totiž nemá vlastní zkušenost s umíráním (Kelnerová, 2007).

Moderní způsob péče o umírající přinesl tedy výhody, tj. odbornou péči a dobré materiální zabezpečení pro důstojné dožití. Často však chybí upřímná lidská účast a psychická podpora (Kelnerová, 2007).

1.3 Fáze umírání

Umírání představuje proces, který v klinické praxi znamená kratší či delší časové období, které je zakončeno terminálním stavem. Proces umírání je odborníky rozdělen na tři časově nestejná, avšak výrazná období. Mluvíme o období *pre finem*, *in finem* a *post finem* (Krupka, 2011).

Pre finem

Fáze *pre finem* nastává okamžikem, kdy se konkrétní člověk dozví diagnózu, která je neslučitelná se životem. Umírání jakožto proces začíná sdělením vážné diagnózy s infaustní prognózou. Tento stav může trvat dny, měsíce i léta. Je potřebné, aby nemocnému byla nabídnuta vedle lékařské péče i pomoc psychologická. V případě prožívání zoufalství a úzkosti, se usnadňuje vstup smrti (Krupka, 2011).

V této fázi je vynaložena snaha o dosažení remise. Nemocný by měl být seznámen s úskalími nemoci (Haškovcová, 2007).

V období *pre finem* dochází k uvědomování si závažného stavu, ale také k vytěšňování nepříjemného. Nastávají úzkostné stavy a manifestuje se strach ze smrti. Důvodem je zřejmě situace, kdy vážně nemocný chce ještě uskutečnit pro něj důležité cíle (Yalom, 2006).

Poměrně často většina těžce nemocných je smířena s výhledem na smrt a touží po otevřeném a pravdivém dialogu (Langmeier, Krejčířová, 2006). Velmi citlivě reagují na osamělost a izolaci. Ve fázi *pre finem* je potřebná účast rodiny (Krupka, 2011). Musíme pečovat a doprovázet nemocného, včetně jeho rodiny od okamžiku zjištění závažné diagnózy až do nástupu terminální fáze (Svatošová, 2011).

Do období *pre finem* neodmyslitelně patří fáze vyrovnávání se s těžkou diagnózou, které přehledně popsala americká lékařka Elizabeth Kübler-Rossová (Kelnerová, 2007). Tyto fáze uvádíme v Příloze B na straně 89. Podobně, jako E. Kübler-Rossová, se zabýval vyrovnáváním se s těžkou diagnózou i profesor psychologie Křivohlavý. Přemýšlí, co se děje

v duši nemocného člověka. Průběh prožívání těžce nemocných lidí rozdělil na pět fází. Definoval fázi výkřiku, popírání, intruze, vyrovnání a smíření (Raudenská, Javůrková, 2011).

Profesorka Haškovcová (2007) přidává tzv. nulitní (nultou) fázi. Jedná se o období, kdy si člověk začíná uvědomovat, že není vše v pořádku na základě různých příznaků. V této fázi se člověk rozhoduje, zda má navštívit lékaře nebo má ještě vyčkat. V případě, že se rozhodne vyčkat, může dojít k zanedbání včasné diagnostiky a následné terapie.

In finem

Fáze in finem je shodná s lékařským pojetím terminálního stavu (Krupka, 2011). Fází in finem rozumíme umírání ve vlastním slova smyslu. Umírajícím v této fázi postupně ubývá sil fyzických i psychických. Z tohoto důvodu se umírající postupně soustředí více na své prožívání, klesá zájem o jiné lidi a o interpersonální vztahy s přáteli a známými. Přejí si, aby s nimi byla jejich nejužší rodina, avšak někdy chtějí být zcela sami. Pro umírající slova ztrácejí hodnotu a proto v této fázi je nanejvýš nutný tělesný kontakt - držení za ruku je zde na místě (Haškovcová, 2007).

Rodina by měla být informována o projevech blížící se smrti. Mezi tyto projevy se řadí klesající krevní tlak, slábnoucí pulz, studené ruce a nohy, pootevřená nebo otevřená ústa, postupně se špičatící rysy ve tváři (Haškovcová, 2007). U umírajícího se objevuje nepravidelné dýchání, tzv. Cheyne-Stokesovo dýchání (Youngová, 2010). Jedná se o zvětšování a zmenšování rozsahu dýchání od velmi hlubokého do mělkého dýchání, které vyústí v apnoickou pauzu (Mišková, 2006). Také popisujeme chrčivé dýchání, které je způsobeno kumulací sekretu v dýchacích cestách (Kabelka, Sláma, 2009).

Post finem

Pro tuto fázi je charakteristická péče o mrtvé tělo a zahrnuje též péči o pozůstalé (Vorlíček, Adam a Pospíšilová, 2004). Je potřebné věnovat pozornost žalu a zármutku, který prožívá rodina zemřelého (Haškovcová, 2007).

Péči o mrtvé tělo popisujeme v Příloze C na straně 91.

1.4 Smrt

Smrt (mors) znamená individuální zánik organismu, tedy také člověka (Haškovcová, 2007). Smrt každého jedince je jedinečná a neopakovatelná ve svém vlastním subjektivním prožitku (Kelnerová, 2007). Smrt je podmíněna životem a život je podmíněn smrtí. V minulosti umírali lidé tzv. přirozenou smrtí, ke které docházelo ve vyšším věku, někdy se nazývala jako sešlost

věkem (Haškovcová, 2007). V roce 1968 Světová zdravotnická organizace definovala smrt mozku jako závazné kritérium smrti (Kelnerová, 2007).

K detabuizaci smrti dochází v 60. letech 20. století. Od této doby se problematice smrti a umírání věnuje větší pozornost. Stoupá počet knih zaměřených na tuto problematiku, jak ve světě, tak i u nás (Kelnerová, 2007). I přesto se v dnešní době dá konstatovat, že problematika umírání a smrti je tabuizována. Lidem chybí zkušenosti s umíráním, mají obavy stran péče o umírajícího a nevědí, co je čeká a kdo jim pomůže (Valjentová, 2012). A drtivá většina kultur a společností vnímá smrt jako negativní okamžik, kdy lidská existence nenávratně končí (Jobánková, 2003).

Profesorka Haškovcová (2007) kromě klasického dělení rozlišuje i smrt náhlou, rychlou a pomalou. Smrt náhlá na svůj příchod neupozorňuje, nástup smrti rychlé je málo patrný. Náhlá smrt je často spojena s tragickým koncem (těžký úraz, nehoda v autě).

Mezi nejisté známky smrti řadíme zástavu dechu, srdeční činnosti a zornice nereagující na osvětlení. Mezi jisté známky smrti patří posmrtné skvrny, vosková bledost, posmrtná ztuhlost a smrtelný zápach (Nejedlá, Svobodová a Šafránková, 2004).

1.5 Druhy smrti

Smrt fyzická

V lékařské terminologii znamená fyzická smrt ireverzibilní změny mozku, při které dochází k selhání důležitých center řídících krevní oběh a dýchání. Postupně vymizí všechny známky života (Hartl, Hugo et al., 2009). Smrti fyzické by neměla předcházet smrt psychická a sociální (Haškovcová, 2007).

Smrt psychická

Psychická smrt představuje absolutní rezignaci, kdy jedinec intenzivně prožívá beznaděj se zoufalstvím (Kelnerová, 2007).

Smrt sociální

Sociální smrt znamená stav, kdy člověk přestává být aktivním činitelem v životě ostatních lidí (Payne, Seymour a Ingleton, 2007). Představuje sociální izolaci, přerušení kontaktů se společnostmi, s rodinou a s přáteli (Hartl, 2010).

Existují i jiné definice popisující sociální smrt z pohledu zachování funkčnosti mozku. Někdy je označována sociální smrt jako situace, kdy došlo k částečnému odumření mozkové tkáně,

především vyšších součástí, zatímco centra řídící dýchání a krevní oběh jsou zachovány (Vokurka, Hugo, 2009). Nejcitlivějšími centry na nedostatek kyslíku jsou bazální ganglia, méně mozeček a nejméně velký mozek (Ulrichová, 2009). Situaci, kdy postižený sám dýchá a má zachovaný oběh, nazýváme vigilním kómatem (Vokurka, Hugo, 2009). Tento stav označujeme také jako apalický syndrom (Novotná, Uhrová, a Jirásková, 2007). Z této teorie vyplývá, že člověk sice žije, ale není schopen navázat mezilidské vztahy.

1.6 Fáze smrti fyzické

První, neboli předsmrtnou fází, nazýváme agónii. Stav, kdy je umírající často v bezvědomí. V tomto období jsou zachovány vitální funkce a dochází k selhávání jednotlivých orgánů (např. játra, ledviny). Následující fází nazýváme jako smrt klinickou. Klinická smrt je období, kdy dochází k zástavě dechu a srdeční činnosti, avšak mozková činnost je zachována. Poslední fází je biologická smrt (synonymem je smrt mozku). V této fází dochází k ireverzibilnímu zániku buněk v celém těle. Na EEG není žádná aktivita mozku (Nejedlá, Svobodová a Šafránková, 2004).

2 Paliativní péče

Definice paliativní péče existuje celá řada, avšak žádná z nich není ustálená jako základní. Nejčastěji se v těchto definicích zdůrazňuje kvalita života jedince, řešení obtížných příznaků a specifikace skupin nemocných, kteří jsou příjemci této péče. Níže uvádíme tři nejčastěji citované definice.

Paliativní péče představuje aktivní a na kvalitu života orientovanou péči poskytovanou pacientovi, který trpí nevyléčitelnou chorobou v pokročilém nebo terminálním stádiu. Cílem paliativní péče je mírnění bolesti a dalšího tělesného a duševního strádání, zachování pacientovy důstojnosti a poskytnutí podpory jeho blízkým (Sláma, Kabelka a Vorlíček, 2011).

Paliativní medicína je celková léčba a péče o nemocné, jejichž nemoc nereaguje na kurativní léčbu. Nejpodstatnější je léčba bolesti a dalších symptomů, stejně jako řešení psychologických, sociálních a duchovních problémů nemocných. Hlavním cílem paliativní medicíny je dosažení co nejlepší kvality života nemocného a jeho rodiny (Vorlíček, Adam a Pospíšilová, 2004).

Paliativní medicína znamená profesionální, holistickou a interdisciplinární péči a má být poskytnuta všem umírajícím pacientům bez ohledu na jejich diagnózu či typ zdravotnického zařízení. Jde o typ kontinuální péče od všeobecného přístupu až po specializovanou disciplínu (O'Connor, Aranda, 2005).

Nejen z výše zmíněných definic vyplývá, že paliativní péče se neposkytuje pouze nemocným "těsně před smrtí". Tato péče může být poskytována již u klientů, jejichž nemoc nereaguje na kurativní léčbu nebo pacientům s nevyléčitelným či pokročilým onemocněním. Cílem paliativní péče v těchto situacích je řešit nepříjemné symptomy již v průběhu onemocnění (Kelnerová, 2007). WHO uvádí, že *„paliativní péče by měla být nabídnuta od sdělení diagnózy, v době progresu nemoci, až do konce života. Může být současně poskytnuta s léčbou kurativní“* (Hall, 2011).

Výše zmíněná péče se nevztahuje k žádnému konkrétnímu onemocnění a je ji možné uplatnit u všech věkových skupin nemocných na základě prognózy a jejich potřeb (Marková, 2010).

O paliativní péči se často hovoří jako o nové specializaci. Přitom se jedná o nejstarší typ ošetrovatelské péče vůbec. Zřejmě z důvodu, že celá historie medicíny je ve znamení tlumení bolesti a symptomů u závažných onemocnění. Paliativní péče vychází především z individuálních potřeb a přání nevyléčitelně nemocného, zachovává důstojnost jedince a klade důraz na kvalitu jeho života. Je založena na interdisciplinární kooperaci, kde se snoubí

aspekty lékařské, ošetrovatelské, psychologické, sociální a spirituální (Vorlíček, Adam a Pospíšilová, 2004). Interdisciplinární tým by měl být složen z lékařů různých specializací, všeobecných sester, nutriční terapeutky, sociálního pracovníka, fyzioterapeuta, psychologa a duchovního pracovníka (Kalvach, 2010). Mezi neodmyslitelnou část péče patří členové rodiny, přátelé a dobrovolníci. V každém případě paliativní péče neznamena omezení, zmenšení nebo zjednodušení léčby, přestane-li být prognóza na uzdravení příznivá (Vorlíček, Adam a Pospíšilová, 2004).

Nezastupitelnou roli má i paliativní ošetrovatelství. Tento výraz byl oficiálně představen v roce 1989 specializovanou sesterskou organizací - the Palliative Nursing Group. Role paliativního ošetrovatelství spočívají v *„hodnocení potřeb v každé oblasti, plánování, realizování a zhodnocení naplánovaných intervencí“* (Lugton, McIntyre, 2005).

2.1 Filosofie paliativní péče

Slovo paliativní je odvozeno z latinského *pallium* (rouška, plášť). Tento název, i když třeba jenom z části, by měl vystihnout úkol paliativní péče, a to „zakrýt“ rouškou nepříjemné symptomy spojené s nevyléčitelným onemocněním (Rada Evropy, 2004).

Paliativní péče má za cíl dosažení a udržení nejlepší kvality života pacientů, která je možná. Jako doplněk své nejnovější definice stanovila Světová zdravotnická organizace hlavní zásady, podle nichž paliativní péče poskytuje úlevu od bolesti, podporuje život, avšak pohlíží na umírání jako na přirozený děj (neusiluje ani o urychlení, ani o oddálení smrti), obsahuje psychologické a duchovní aspekty péče o pacienta. Paliativní péče také nabízí systém podpory, který pacientům pomáhá žít co nejaktivnější život do smrti a který pomáhá rodinám zvládat období pacientovy nemoci a období zármutku. Dále využívá týmové práce pro uspokojování potřeb pacientů a jejich rodin, včetně poradenství v období zármutku (Rada Evropy, 2004).

Doslovné znění Doporučení Rady Evropy č. 1418/1999 „O ochraně lidských práv a důstojnosti nevyléčitelně nemocných a umírajících“, tzv. „Chartu práv umírajících“ uvádíme v Příloze D na straně 92.

2.2 Poskytovatelé paliativní péče

Paliativní péče může být poskytována v zařízeních, jako je domov, pečovatelský dům, domov pro seniory, nemocnice, denní stacionář, oddělení paliativní péče, domácí hospic (mobilní paliativní péče) a lůžkový hospic (Marková, 2010).

2.3 Situace paliativní péče v ČR

Potřebný prostor paliativní medicína v České republice dostala až po roce 1989. Od tohoto roku uplynulo již přes 20 let a stále máme co dohánět. V roce 1994 dochází k uznání „Paliativní medicíny a léčby bolesti“ jako samostatného oboru (Vorlíček, Adam a Pospíšilová, 2004). První učebnici o paliativní medicíně vydalo nakladatelství Grada v roce 1998 (Haškovcová, 2007). První ambulance paliativní medicíny byla otevřena ve Fakultní nemocnici v Brně v roce 2001 (Vorlíček, Sláma, 2005). V roce 2004 se otevírá nástavbový obor „Paliativní medicína a léčba bolesti“, ve kterém se mohou specializovat lékaři v oblasti paliativní medicíny a algeziologie. V roce 2010 dochází k rozdělení na dva samostatné nástavbové obory, na Paliativní medicínu a na Algeziologii (Sláma, Kabelka a Špinková, 2013).

2.4 Rozdělení paliativní péče

Paliativní péči dělíme na dvě základní odvětví, obecnou a specializovanou paliativní péči.

Obecná paliativní péče

O obecném paliativní péči mluvíme v případě dobré klinické péče o pacienta v pokročilé fázi onemocnění, kde se orientujeme především na kvalitu života, komunikaci s nemocným a jeho rodinou, na terapii symptomů a poskytujeme psychosociální podporu (Sláma, Kabelka a Vorlíček, 2011). Obecnou paliativní péči by mělo být schopno poskytnout kterékoliv zdravotnické zařízení v rámci své specializace (Rada Evropy, 2004).

Specializovaná paliativní péče

Specializovanou paliativní péči poskytují taková zdravotnická zařízení, která se věnují paliativní péči jako primární činnosti (Rada Evropy, 2004). Tuto péči poskytuje tým zdravotníků, kteří jsou v oblasti této péče vyškoleni a mají dostatek zkušeností (Sláma, Kabelka a Vorlíček, 2011). Specializovaná paliativní péče by měla být poskytnuta pacientovi kdekoli, a to doma, v nemocnici, v pečovatelském domě či v ambulantní sféře (Rada Evropy, 2004). Výše zmíněnou specializovanou péči poskytuje domácí paliativní péče

(tzv. domácí nebo mobilní hospic), lůžkový hospic a oddělení paliativní péče (Sláma, Kabelka a Vorlíček, 2011).

V České republice je situace ale stále neuspokojivá ve smyslu nabídky. Na odděleních, která se specializují na paliativní péči, tráví své poslední dny pouhé 3 % umírajících (Sláma, Kabelka a Vorlíček, 2011).

3 Hospicová péče

Jedná se o zvláštní typ zdravotní péče, která se zaměřuje zejména na kvalitu konce života umírajícího (Krupka, 2011). Hlavní myšlenkou hospicové péče je úcta k člověku a k jeho životu (Svatošová, 2011).

Hospicovou péči můžeme rozdělit do více forem, a to na lůžkovou hospicovou péči (hospic), domácí hospicovou péči, stacionáře a oddělení paliativní medicíny (Svatošová, 2011).

V žádném případě neznamena hospicová péče prodlužování života nemocného nebo jeho uzdravování, ale jde o zkvalitnění života umírajícího (Haškovcová, 2007). „*Hospicová péče pečuje o nemocného v rámci holistické filosofie*“ (Matzo, Sherman, 2010).

3.1 Hospic

Hospic z anglického výrazu *hospice* znamená útulek nebo útočiště (Krupka, 2011). Termín byl původně používán pro tzv. domy odpočinku. Byly určené především pro unavené poutníky, kteří v nich strávili několik dní. V těchto domech se jim dostalo spánku, jídla, pití a ošetřovali se jim bolavé nohy. Tyto domy odpočinku posléze zanikly a obnovily se v 18. století, kdy byla otevřena nemocnice pro umírající s názvem Hospic. V roce 1905 příslušnice irských sester přivítaly první nemocné v St. Joseph's Hospice v Hackney v Londýně (Haškovcová, 2007).

Dnešní podoba hospicového hnutí vznikla ve Velké Británii. Jeho propagátorkou byla Cecillia Saundersová. V současné době existuje na světě cca přes 2000 těchto zařízení (Krupka, 2011). K velkému nárůstu vzniku hospiců dochází po 2. světové válce (Haškovcová, 2007).

Do hospice jsou přijímáni nemocní, kteří jsou ohroženi na životě v důsledku nemoci, a kterým musí být poskytnuta intenzivní paliativní péče (Krupka, 2011).

Faktem je, že v hospici nepodáváme léčbu ve vlastním slova smyslu, ale doprovázíme umírajícího a jeho nejbližší, a poskytujeme laskavou péči (Kelnerová, 2007).

Hospic nemocnému člověku garantuje, že nebude trpět nesnesitelnou bolestí, za každé situace bude respektována jeho lidská důstojnost a v posledních chvílích života nezůstane osamocen (Svatošová, 2011).

V hospici je obvykle 25 lůžek. Interiér je zařízen tak, aby připomínal spíše domov než nemocnici. Denní režim se výrazně liší od nemocničního a je zcela uzpůsoben

jednotlivým umírajícím. Návštěvy jsou povoleny 7 dní v týdnu, 365 dní v roce. Trvalá přítomnost jednoho z příbuzných je možná. Pokud rodina chce, může se podílet na péči o umírajícího. Nesmíme zapomínat na to, že pouhá přítomnost rodiny je velká psychická podpora pro umírajícího (Haškovcová, 2007).

Bylo by chybou chápat hospic jako instituci, ve které pečujeme o umírajícího pouze v období „in finem“ (Svatošová, 2011).

V České republice se nachází dohromady 16 hospiců. V roce 2011 nastalo 3,5 % všech úmrtí v lůžkových hospicích (Sláma, Kabelka a Špinková, 2013). Podle Svatošové (2010) se těžce nemocní do hospice dostávají pozdě, takřka těsně před smrtí.

3.2 Historie hospiců v České republice

Historie hospiců v České republice je poměrně krátká. První oddělení paliativní medicíny u nás bylo otevřeno v roce 1992 na Moravě v rámci nemocnice TRN v Babicích nad Svitavou u Brna (Haškovcová, 2007).

V České republice můžeme plným právem považovat za zakladatelku hospicového hnutí MUDr. Marii Svatošovou (Munzarová, 2005). V roce 1993 založila občanské sdružení pro podporu domácí péče a hospicového hnutí (Haškovcová, 2007). V roce 1995 byl na našem území slavnostně otevřen první hospic (Hospic Sv. Anežky České v Červeném Kostelci), který byl postaven její zásluhou. Kromě tohoto přispěla k vybudování i dalších hospiců v České republice (Munzarová, 2005).

V roce 1998 bylo založeno Sdružení poskytovatelů hospicové péče v ČR. V současné době je hlavní organizací pro paliativní a hospicovou péči Asociace poskytovatelů hospicového hnutí, která byla založena v roce 2005 (Haškovcová, 2007).

3.3 Domácí hospicová péče

Ideálním stavem je, když může umírající zemřít v rodinném prostředí a za kontinuální přítomnosti svých rodinných příslušníků. Pro domácí hospicovou péči používáme synonyma jako domácí hospic nebo mobilní hospic (Haškovcová, 2007). I když domácí hospicová péče je bezesporu pro pacienta ideálním řešením, nemusí být vždy dostačující (Svatošová, 2011). V České republice je např. pražský Domácí hospic - Cesta domů, v Brně sv. Alžběty. Stav domácích hospiců je neuspokojivý ve smyslu nabídky (Munzarová, 2005).

Pro domácí hospicovou péči by v úvahu měl přicházet každý nemocný, který projeví své přání opustit nemocnici nebo hospic a přitom je spolehnutí na jeho rodinu (Parkes, Relfová a Couldricková, 2007). Docentka Holmerová (2009) uvádí, že ve velké většině se rodina o umírajícího postarat chce.

V případě, že rodina zvolí formu domácí péče, nesmíme ji nechat bez pomoci. Rodinám je nutné poskytnout psychickou podporu i praktickou pomoc. Žádoucí je rozdělení úkonů, které bude vykonávat rodina za asistence zdravotníků, a které si zdravotníci zajistí sami (Haškovcová, 2007).

3.4 Stacionáře

Stacionáře nazýváme také jako denní hospicové stacionáře (Rada Evropy, 2004). Přijetí pacienta probíhá ráno nebo dopoledne, večer se navrácí domů. Dopravu zařizuje sama rodina nebo hospic (Svatošová, 2011). Pacienti mohou stacionář navštěvovat dle potřeby, tzn. buď jeden den, nebo i více dnů v týdnu. Hlavním účelem denních stacionářů je poskytnutí volného času hlavnímu pečovateli o těžce nemocného (Sláma, Špinka, 2004).

Tato forma specializované péče je rozvinutá zejména ve Velké Británii (Kalvach, 2004).

3.5 Oddělení paliativní péče

Na oddělení paliativní péče se pečuje o nemocné, kteří jsou indikováni ke komplexní paliativní péči a přitom potřebují ostatní služby nutné k diagnostice a terapii ve smyslu nemocnice (Sláma, Kabelka a Vorlíček, 2011). Oddělení paliativní péče není primárně zaměřené na doprovázení v umírání. Tento úkol náleží spíše hospicům (Šipr, Mičo a Krumpolec, 2005). V současné době jsou v České republice dvě oddělení paliativní medicíny (Sláma, Kabelka a Špinková, 2013).

4 Eutanazie

Pojem eutanazie je tradičně vysvětlován jako „dobrá smrt“ (z řeckého *eu* - dobrý a *thanatos* - smrt). Synonymem pro dobrou smrt je lehká, popřípadě krásná smrt. Mělo by se jednat o smrt, která přichází po dlouhodobém spokojeném životě, rychle, bezprostředně, nebo ve spánku (Haškovcová, 2007). Ve významu „dobré smrti“ chápali eutanazii někteří antičtí myslitelé (Vácha, Königová a Mauer, 2012). Pojmové vymezení eutanazie je všeobecně různorodé.

Eutanazie znamená medicínský akt nebo opomenutí, které zkracuje život pacienta. Tento krok ve smyslu zkrácení života je akceptován nebo předem zamýšlen dotyčným lékařem (Payne, Seymour a Ingleton, 2007). Munzarová (2005) eutanazii vysvětluje jako zabití člověka někým jiným než člověkem samotným.

Eutanazie je pro dnešní společnost poměrně kontroverzním tématem, jelikož v dřívějších dobách byla eutanazie vysvětlována jinak, než je tomu v dnešním čase a diskuze o eutanazii učinili z tohoto slova poměrně složitý termín. Od 90. let minulého století chápeme eutanazii jako „sebevraždu prostřednictvím zástupce“ (Payne, Seymour a Ingleton, 2007).

Mezi nejčastější argument pro podání eutanazie patří zbavit nemocného jeho utrpení. Tento argument pramení z upřímného soucitu, dávání prostoru pro lidská práva, především práva osobní autonomie a práva zemřít. Zastánci, kteří propagují eutanazii, chtějí poskytnout poslední pomoc v okamžiku, kdy selžou jiné možnosti (Starošítková, 2008).

Argumenty proti eutanazii od profesorky Munzarové (2008) přikládáme do Přílohy E na straně 97.

Zajímavou otázku stran eutanazie pokládá profesorka Haškovcová (2007), zda má právo jedinec (pacient) žádat druhého (lékaře) o to, aby ho usmrtil a tím na svá bedra vzal nelehký pocit, že ukončil něčí život.

4.1 Historie eutanazie

Je nutné poznamenat, že původní význam eutanazie znamenal dobrou, klidnou smrt. Takovou smrt, která přichází ve spánku (Haškovcová, 2007).

Eutanazie v období antiky

Za dobrou smrt v antice byla považována tzv. „hrdinská smrt“. Tedy smrt, která přicházela padnutím na bitevním poli na vrcholu mladistvých let, která byla spojena s okázalými činy, např. při obraně vlasti, svých přátel (Špinková, Špinka, 2006).

Antický myslitel Sokrates (470 - 399 př. Kr.) eutanazii schvaloval v případě nesnesitelného utrpení (Kopecká, 2012). Další antický filosof Platón (427 - 347 př. Kr.) s eutanazií v jistém směru souhlasil. Jednalo se o agonizující stavy, kdy těžce chronicky nemocný byl neúčinný jak pro sebe, tak pro stát. Proti tomuto názoru byl žák Platonův, Aristoteles (384 -322 př. Kr.), který odsuzoval eutanazii v jakémkoliv případě (Munzarová, 2005).

Z období antiky pochází i věta v Hippokratově přísaze, která zní: „*Nepodám nikomu smrtící látku, i kdyby jí ode mne žádal, a ani nikomu tuto možnost nenavrhnou.*“ Výrok se přisuzuje Pythagorejcům (Munzarová, 2005, str. 61).

Eutanazie ve středověku a novověku

V období středověku se pojem eutanazie skoro vůbec nevyskytuje. Toto období je pod vlivem náboženství a smrt je chápána jako zlomový okamžik nebo šance k přechodu do věčnosti (Špinková, Špinka, 2006). Křesťanství, ale i židovské náboženství, je ostře proti umělému ukončování života (Munzarová, 2005).

V novověku se začínají objevovat názory, že utrpení člověka nemá smysl a mělo by být eliminováno. Tento názor podněcuje osvícenství a zdůraznění autonomie člověka (Špinková, Špinka, 2006).

Eutanazie v období národního socialismu v Německu

V roce 1920 se objevuje spis, který napsal právník Karl Binding a lékař Alfred Hoche, pojmenovaný jako „Poskytnutí souhlasu ke zničení života, který žití není hoden“. O tento spis se pak opírala ideologie fašistického Německa a zdůvodňovala si tím vyhlazování některých skupin obyvatel (Haškovcová, 2007). Dalším zlomovým důvodem je tzv. rasová hygiena. Němečtí badatelé se opírají o Darwinovo učení a bojí se ve společnosti degradace lidské rasy. Prvním politikem, který byl oceňován za rasovou hygienu, byl nacistický vůdce Adolf Hitler (Munzarová, 2005). Tyto argumenty měly sloužit k rozhodnutí, které životy nejsou hodny k žití (Haškovcová, 2007). Původně se likvidace týkala pouze vážně a chronicky nemocných. Okruh lidí se postupně rozšiřoval o společensky nepohodlné, ideologicky a rasově nežádoucí a nakonec všechny „ne-Němce“ (Alexander, 2003).

Hitler zahájil „dětský program eutanazie“. Prvním případem bylo slepé dítě, jemuž chyběla noha a část ruky a dle slov osobního Hitlerova lékaře dítě „vypadalo jako idiot“. V roce 1939 je zhotoven oběžník vydaný říšským ministerstvem vnitra, který nařizoval evidování novorozenců, u kterých bylo podezření na idiocii a mongolismus, mikrocephalii, hydrocephalus, deformity všech druhů a obrny. Vybrané děti byly převáženy na speciální kliniky, kde se jím aplikovala smrtící látka, nebo zemřely následkem hladu. Ke konci 2. světové války bylo usmrceno přibližně 5 000 dětí (Munzarová, 2005).

Program eutanazie dospělých měl jinou podobu. Důvody, které vedly k těmto krokům, byly zbavování životů lidí, kteří nebyli hodni k žití, uvolňování lůžek v nemocnici a ulehčení zdravotnickému personálu v počínající válce. Dalším důvodem bylo vytvoření ekonomické rovnováhy s jasným výpočtem lidí, kteří mají být zabiti (Munzarová, 2005). Tato akce měla pojmenování, nazývala se program T4. Ten jasně určoval, kteří lidé mají být zabiti. Jednalo se o duševně nemocné, homosexuály (zdraví, ale jinak sexuálně orientovaní lidé) a Židy. Celkový počet usmrcených se odhaduje na 70 000 (Haškovcová, 2007). V roce 1941 Hitler vydává rozkaz k zastavení těchto eutanazií na popud církve, která ostře kritizovala situaci (Munzarová, 2005).

4.2 Dystanazie

Dystanazie jsou postupy sloužící k udržování nevléčitelně nemocného člověka v terminální fázi nemoci při životě pomocí léčebné, obvykle přístrojové podpory či náhrady vitálních funkcí (Vorlíček, Adam a Pospíšilová, 2004).

Celou situaci s dystanizací podněcuje doba, ve které žijeme. Doba, kdy medicína je skutečně mocná, technicky vyspělá, všeobecně je přijímána strategie úspěchu, doslova a do písmene bojujeme o život každého člověka (Haškovcová, 2007). V tomto případě se v dnešní době prodlužuje život „za každou cenu“ a smrt je v lékařství považována za „nepatřičnou prohru“ (Vorlíček, Adam a Pospíšilová, 2004).

Profesorka Haškovcová (2007) uvádí, že problém dystanazie tkví v hyperaktivitě zdravotníků. Ti se neustále snaží zachránit život, který končí a nemocnému je bráněno zemřít. Z tohoto důvodu nazýváme dystanazii jako smrt zadržovanou. A nastává nám zásadní dilema, kdy uměle zasahujeme do procesu umírání (Jakoby, 2006).

4.3 Aktivní a pasivní eutanazie

Dřívější terminologie rozlišovala mezi aktivní a pasivní eutanazií.

Haškovcová (2007) udává, že hlavní rozdíl mezi aktivní a pasivní eutanazií je v jednání člověka, v tomto případě nejčastěji lékaře, který buď aktivně koná anebo svého jednání zanechává. Aktivní eutanazií rozumíme akt, který vykoná lékař u nevyléčitelně nemocného, trpícího nesnesitelnými bolestmi na jeho vlastní uvážlivou žádost. Dříve se nazývala jako „strategie přeplněné stříkačky“ (Trzos, Notari, 2013).

Pasivní eutanazií rozumíme nejednání (nebo také neprovedení nějakého jednání), které si dává za cíl, nebo může mít za cíl, urychlení úmrtí druhého jedince (Špinková, Špinka, 2006). „*Nevyléčitelně nemocnému se umožní zemřít přirozeně, a to nepodáním život udržující léčby*“ (Samples, 2012). Pasivní eutanazie se nazývala jako „strategie odkloněné stříkačky“ (Trzos, Notari, 2013). Profesorka Munzarová (2005) uvádí, že pojem pasivní eutanazie by měl být zcela zrušen, jelikož se za touto formou eutanazie mohou skrývat rozdílné situace. První situace je výše zmíněná (nepodání léčby s cílem zabít). Druhou představuje odstoupení od terapie nebo dalších terapeutických zákroků, pokud ztratily na významu a vedly by nakonec pouze k dystanazii. Nadále profesorka Munzarová (2008) konstatuje, že tato terminologie, která nerozlišuje odlišné úmysly a činy, způsobuje matení a zastrašuje po mravní stránce.

Diferenciace mezi aktivní a pasivní eutanazií se stává někdy obtížnou, a to z toho důvodu, že i nejednání pramení z našeho rozhodnutí, za které neseme plnou zodpovědnost (Špinková, Špinka, 2006).

4.4 Přímá a nepřímá eutanazie

Přímou eutanazií rozumíme účinek léčby, který si bere za cíl smrt pacienta (Payne, Seymour a Ingleton, 2007). Nepřímá eutanazie představuje smrt nebo její uspíšení pouze vedlejšími, primárně nezamýšleným možným důsledkem jednání, jehož základním cílem je například zbavit nemocného bolesti nebo jiného utrpení. Klasickým příkladem nepřímé eutanazie je podání vysokých dávek bolest tlumících prostředků, které mohou, ale také nemusí vést ke zkrácení života (Špinková, Špinka, 2006).

4.5 Dobrovolná a nedobrovolná eutanazie

Hlavním rozdílem je, že se nejedná o dobrovolnost nebo nedobrovolnost na straně toho, kdo eutanazii vykonává, ale toho, o jehož zkrácení života se jedná (Špinková, Špinka, 2006). „Dobrovolná eutanazie je forma aktivní eutanazie, která je provedena na žádost pacienta“ (McDougall, Gorman a Roberts, 2008). Nedobrovolná eutanazie se děje nejčastěji u více či méně nekompetentních pacientů na žádost rodiny a z rozhodnutí lékaře, který je přesvědčen, že život pacienta není hodný toho, aby žil (Špinková, Špinka, 2006).

4.6 Asistovaná eutanazie

Asistovaná eutanazie, která se také nazývá autoeutanazie, je stav, kdy trpící zemře vlastní rukou, ale jiná osoba mu v jeho jednání dopomohla (Špinková, Špinka, 2006). Za asistovanou smrt považujeme situace, kdy asistující osoba poskytuje informace o smrtící dávce léku, předepíše daný lék nebo ho přímo obstará (Vácha, Königová a Mauer, 2012).

4.7 Důvody vedoucí k eutanazii

Základními argumenty zastánců eutanazie je přesvědčení o autonomii každého jedince a předpoklad, že volání člověka, který trpí, musí být vyslyšeno a bráno vážně. Mezi nejčastější důvody, které vedou k volbě eutanazie, řadíme strach z křehkosti a bezmocnosti, strach z bolesti, strach ze ztráty důstojnosti, strach ze závislosti na druhých, strach, že se staneme přítěží, strach ze svého strachu. Další průzkumy ukazují, že bolest není hlavním motivem, který vede k volbě eutanazie, ale je to strach ze ztráty schopnosti vykonávat aktivity, které život činily příjemným, obava ze závislosti a nesoběstačnosti a zejména ze ztráty své vlastní důstojnosti (Špinková, Špinka, 2006). K těmto důvodům se přiklání Marková (2010), která uvádí, že touha po smrti nastává při ztrátě smyslu života, při ztrátě perspektivy a pocitu, že jsem někomu na obtíž. Oproti tomu profesorka Haškovcová (2007) udává, že fyzická a psychická bolest bývá dominantní podmínkou pro případnou eutanazii.

Profesorka Munzarová (2006) se v dokumentu „Hledání dobré smrti“ vyjadřuje k důvodům, které vedou pacienty v Holandsku k žádosti o eutanazii. Vyjmenovává, že mezi tyto důvody patří pocit ztráty smyslu života, pocit ztráty důstojnosti, pocit, že jsme obtíží ostatním apod. Upozorňuje, že hlavním motivem není utrpení tělesné.

Přání zemřít může pacient vyjádřit v případě, pokud se dostaví únava z akutní léčby, pokud se nerozpoznají nebo nedostatečně léčí tělesné příznaky, pokud jsou přítomny přidružené psychosociální problémy a z toho vyplývající duševní krize anebo klinická deprese (Krupka, 2011).

Profesorka Munzarová (2005) konstatuje, že žádost o eutanazii je výsledkem našeho ošetřování, které neprovádíme u nemocného ve své celistvosti. Kdyby tak péče probíhala, nemocný by o eutanazii nežádal.

4.8 WHO, WMA, Česká lékařská komora a eutanazie

Světová zdravotnická organizace v roce 1987 prohlásila, že eutanazie, jakožto promyšlené ukončení života, byť na vlastní žádost nemocného nebo na žádost jeho nejbližších příbuzných, je neetická. V roce 1992 se vyjadřuje také k asistované sebevraždě za pomoci lékaře. Tu hodnotí za neetickou, stejně jako eutanazii. A oba kroky, jak eutanazii, tak asistovanou sebevraždu považuje za konfliktní se základními etickými principy lékařské praxe (Munzarová, 2005).

K eutanazii se vyjadřuje i Světová lékařská asociace, která *„povzbuzuje všechny národní lékařské asociace a lékaře, aby se nepodíleli na eutanazii, i když jím to právní systém daného státu povoluje nebo jí dekriminalizuje za určitých podmínek“* (WMA, 2002).

Česká lékařská komora zaujímá, stejně jako Světová zdravotnická organizace, negativní postoj stran eutanazie a asistované sebevraždy. Obě situace považuje za projev selhání (Munzarová, 2005). V etickém kodexu ČLK je zakotveno, že *„lékař u nevléčitelně nemocných a umírajících účinně tiší bolest, šetří lidskou důstojnost a mírní utrpení. Vůči neodvratitelné a bezprostřední smrti však nemá být cílem lékařovo jednání prodlužovat život za každou cenu. Eutanazie a asistované suicidium nejsou přípustné“* (Heřmanová, 2012, str. 77).

5 Situace eutanazie u nás a ve světě

5.1 Situace eutanazie v České republice

V České republice eutanazie legální není, jedná se o protiprávní čin (Haškovcová, 2007). Trestní zákon stanovuje, že za úmyslné zabití je dle §219 trest odnětí svobody po dobu 10 až 15 let (Ulrichová, 2009). Eutanazii zavrhuje i etický kodex ČLK (Haškovcová, 2007). Práva nevyšší právní síly, a to ústavní normy, považují eutanazii za protiústavní. V Listině základních práv a svobod (jako součást ústavního pořádku České republiky) se píše, že „*nikdo nesmí být usmrcen*“ (Jandourek, 2012).

Již v roce 1926 byla snaha o snížení trestu v případě provedení eutanazie. V roce 1937 byla tendence, aby eutanazie byla hodnocena pouze jako přečin. V roce 1996 navrhuje tehdejší ministr spravedlnosti zákon, který by v případě usmrcení u nevyléčitelně nemocného eutanazii nepovažoval za trestný čin. Tento zákon, možná pod vlivem zkreslených informací ze strany médií, neprošel. Další pokus o beztrestnost eutanazie byl v roce 2005, ten však nebyl schválen horní komorou (Haškovcová, 2007).

Mimo jiné v České republice předpisy potlačují i právo na sebeurčení, které je třeba možné ve Švýcarsku (Skřivanová, 2012).

5.2 Eutanazie ve světě

Jak v České republice, tak i ve světě je mnoho států, kde eutanazie legální není. V Evropě můžeme nalézt tři státy, kde je eutanazie legální, a to Holandsko, Belgie a od roku 2008 Lucembursko (Ptáček, Bartůněk et al., 2012). I přes tuto skutečnost je ukončení života druhým člověkem na jeho žádost považováno stále za trestný čin. Výjimku tvoří pouze ukončení života druhého jedince lékařem za určitých podmínek (Špinková, Špinka, 2006).

Asistovaná sebevražda je od roku 1997 legalizována v Oregonu (USA) a tolerována ve Švýcarsku, kde zákon neumožňuje její postih - tu poskytují organizace Exit a Dignitas (Skřivanová, 2012). Velká debata o legalizaci eutanazie se vede ve Velké Británii a v Radě Evropy (Špinková, Špinka, 2006). V roce 2008 se asistovaná sebevražda legalizovala ve Washingtonu a v roce 2009 v Montaně. V USA existují tedy tři státy, kde je možná asistovaná sebevražda (Ptáček, Bartůněk et al., 2012).

Holandský systém

V roce 1984 stanovila Holandská královská lékařská asociace podmínky, za kterých se může podat případná přímá eutanazie. Aby mohla být eutanazie podána, musí se jednat

o nevléčitelně nemocného, který je duševně způsobilý a dospělý člověk s bezprostředně nepříznivou diagnózou, který trpí nesnesitelnými a na farmaka nereagujícími bolestmi, kde není naděje na úlevu, a který opakovaně žádá o milosrdnou smrt (Haškovcová, 2007). Další podmínkou pro podání aktivní eutanazie je, že se lékař ujistil, zda se jedná o uváženou žádost a prokonzultoval celou situaci minimálně s jedním nezávislým lékařem (Špinková, Špinka, 2006). I když pacient má právo na eutanazii, lékař mu nemusí vyhovět a v tomto případě musí pacient hledat jiného lékaře. Normy upravuje společně ministerstvo spravedlnosti a zdravotnictví. I přes tuto skutečnost je zachována trestní zodpovědnost lékařů, od které lze upustit za striktního dodržení právních požadavků. Kontrola je zajištěna regionální komisí pro kontrolu případů ukončení života na žádost nebo pomoc při sebevraždě. V případě pochybností komise kontaktuje provinčního koronera (Skřivanová, 2012).

Asistovaná sebevražda v Oregonu

Zákon dovolující asistovanou sebevraždu v Oregonu vstoupil v platnost v roce 1998 (Vácha, Königová a Mauer, 2012). Nazývá se „*Death with Dignity Act*“, což lze přeložit jako zákon o ukončení života s důstojností (Skřivanová, 2012). Pravidla dovolující asistovanou sebevraždu jsou velmi přísná a k roku 2011 jich bylo takto provedeno 525 (Vácha, Königová a Mauer, 2012). V roce 2011 k asistované sebevraždě došlo v 71 případech z původně 114 žádostí. Průměrný věk zemřelých byl 70 let, 82 % mělo onkologické onemocnění a více jak 50 % mělo alespoň bakalářské vzdělání. Průměrná doba umírání po požití přípravku byla od 15 minut do 90 minut, avšak někteří pacienti umřeli až po 38 hodinách (Skřivanová, 2012).

Podmínky, které musejí být splněny pro asistovanou sebevraždu, jsou, aby těžce nemocný byl plnoletý, byl občanem státu Oregon a svéprávný (tzn., aby s ním byla možná komunikace), jedná se o diagnózu s infaustní prognózou a očekávaná doba života není delší než 6 měsíců, o asistovanou sebevraždu musí žádat alespoň dvakrát se čtrnáctidenním rozdílem. Žádost musí být sepsána také písemně za přítomnosti dvou svědků (Vácha, Königová a Mauer, 2012). Svědkem se nikdy nesmí stát ošetřující lékař (Skřivanová, 2012). Nepříznivá prognóza a délka očekávaného života musí být potvrzena od asistujícího lékaře a konzultanta a taktéž od nich musí být souhlas, že se jedná o kompetentního pacienta. Mezi další podmínky řadíme, aby asistující lékař seznámil žadatele o alternativách, a může požadovat, aby byla informována nejužší rodina pacienta (Vácha, Königová a Mauer, 2012).

II. VÝZKUMNÁ ČÁST

6 Stanovení výzkumného vzorku

Respondenty výzkumného šetření byly všeobecné sestry pracující v nemocnici krajského a fakultního typu.

O spolupráci jsme požádali vrchní sestry z krajské a fakultní nemocnice. Ve fakultní nemocnici výzkum probíhal na interní a onkologické klinice. V nemocnici krajského typu dotazníkové šetření probíhalo na oddělení onkologickém, interním, neurologickém a na oddělení domácí péče. Vrchním sestrám byly předány dotazníky, včetně předání informací nutných k vyplnění našeho dotazníku, aby všichni respondenti měli stejné podmínky. Jelikož jsme mj. zjišťovali znalosti všeobecných sester, byly vrchní sestry přítomny při vyplňování dotazníku. Na oddělení domácí péče a na interním oddělení v krajské nemocnici byl přítomen sám autor výzkumu.

Předpokládaný počet respondentů byl maximálně 131.

7 Metodika a organizace výzkumu

Pro výzkumné šetření z možných výzkumných metod jsme zvolili anonymní nestandardizovaný dotazník vlastní tvorby. Dotazník je nejfrekventovanější užívaná metoda pro sběr dat, především u vyššího počtu respondentů, což je bezesporu jeho velké pozitivum. Jedná se o kvantitativní výzkumnou metodu, která je charakteristická souborem otázek, jež jsou předem připraveny na zvoleném formuláři a na které chce autor znát odpovědi od zvolených respondentů. Otázky mohou zjišťovat od respondentů jevy vnitřní (názory) a jevy vnější (postoje, motivy a citové stavy) (Chráska, 2007). Mezi nevýhody dotazníkového šetření patří riziko nízké návratnosti.

Náš dotazník, který jsme využili pro výzkumné šetření, byl anonymní a dobrovolný. Obsahoval 19 otázek.

Otázky č. 1, 2, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 15, 16 a 17 jsou uzavřené otázky. Otázky č. 11, 18 a 19 jsou polozavřené otázky. V těchto otázkách měli respondenti buď vybrat možnost z nabídnutých, nebo mohli uvést svou odpověď (možnost *jiné*). Otázky č. 3, 5 a 14 jsou otázkami otevřenými. V těchto otázkách měli respondenti prostor napsat svou odpověď na otázku bez nabídnutých možností. Otázky č. 2, 4, 6, 8 a 17 jsou mimo jiné i otázkami

filtračními (rozdělovaly respondenty dle odpovědi). V otázkách č. 16, 18 a 19 měli respondenti možnost na výběr z více možností.

Před zahájením vlastního výzkumného šetření jsme provedli pilotáž. Pilotní dotazník vyplnilo 5 všeobecných sester z nemocnice, kde autor dotazníku vykonával praxi. Posléze jsme udělali menší úpravy v dotazníku. Pilotáž probíhala v červenci 2012. Oslovili jsme vrchní a staniční sestru, zda můžeme pilotní výzkum provést na jejich oddělení. Vrchní a staniční sestra nám daly souhlas k provedení pilotáže.

Výzkumné šetření probíhalo od listopadu 2012 do února 2013. Před zahájením dotazníkového šetření byly osloveny vrchní sestry, které nám poskytly souhlas s výzkumem. Souhlasy vrchních sester byly nezbytné pro povolení výzkumu v daných nemocnicích.

V nemocnici krajského typu bylo rozdáno celkem 71 dotazníků. Navrátilo se nám zpět 60 dotazníků (84,5 %), použitelných pro zpracování bylo 57 dotazníků z původně 71 rozdaných (80,3 %).

V nemocnici fakultního typu bylo rozdáno celkem 60 dotazníků. Navrátilo se nám zpět 60 dotazníků (100 %), použitelných pro zpracování bylo 55 dotazníků z původně 60 rozdaných (91,6 %). Na interní a onkologické klinice jsme se setkali s velkou ochotou vrchních sester nám pomoci - přisuzujeme to jako důvod 100% návratnosti rozdaných dotazníků.

Z nemocnice krajského typu jsme vyřadili 3 dotazníky. Z nemocnice fakultního typu jsme vyřadili 5 dotazníků. Důvodem byla neúplnost vyplnění těchto dotazníků. Celkem bylo k vyhodnocení použito 112 dotazníků.

Odpovědi od všeobecných sester jsou zpracovány v programu Microsoft Excel a výsledky jsou prezentovány v grafech a tabulkách.

8 Výzkumné otázky

Výzkumná otázka č. 1

Setkaly se všeobecné sestry poprvé s pojmem paliativní péče během studia nebo až v rámci celoživotního vzdělávání a praxe?

Výzkumná otázka č. 2

Dokáží všeobecné sestry z fakultní nemocnice charakterizovat paliativní péči lépe než všeobecné sestry z krajské nemocnice?

Výzkumná otázka č. 3

Hodnotí léčbu bolesti na svých odděleních všeobecné sestry z fakultní nemocnice lépe než všeobecné sestry z krajské nemocnice?

Výzkumná otázka č. 4

Budou všeobecné sestry souhlasit či nesouhlasit s legalizací eutanazie v České republice?

Výzkumná otázka č. 5

Budou udávat všeobecné sestry jako hlavní důvod, který přivádí pacienta k myšlence na eutanazii, bolest?

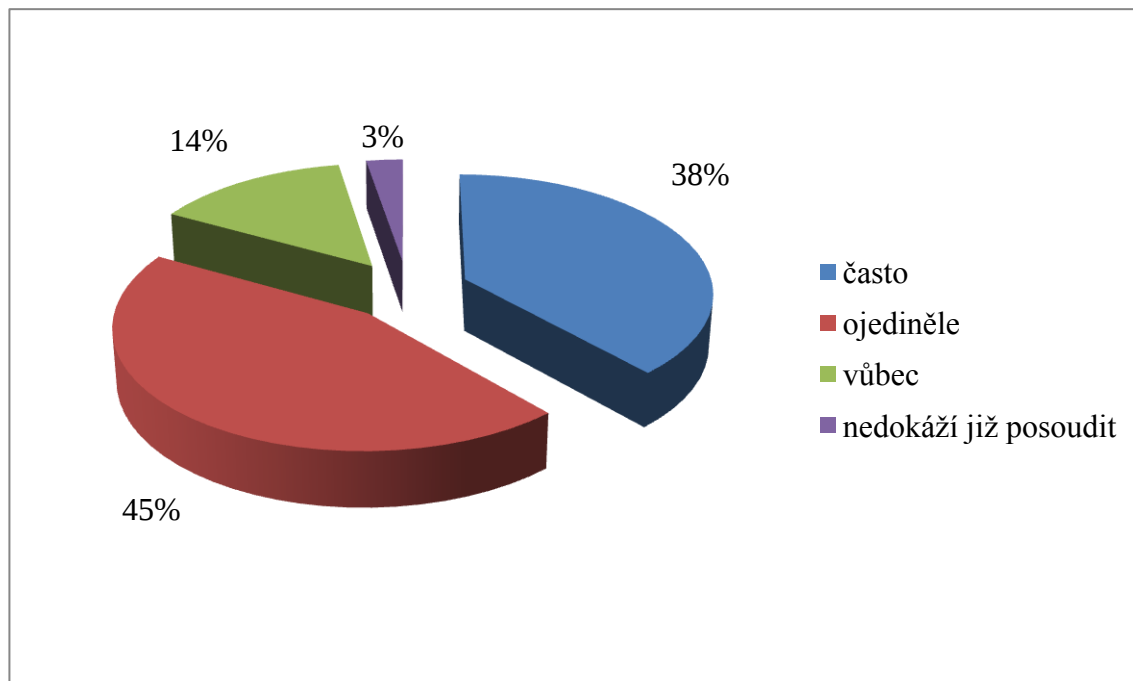
Výzkumná otázka č. 6

Jaký bude nejčastější důvod, který by byl pro všeobecné sestry přijatelný nebo nepřijatelný, k provedení eutanazie?

9 Analýza výzkumu

Otázka č. 1

Setkal/a jste se během studia s umírajícími pacienty?

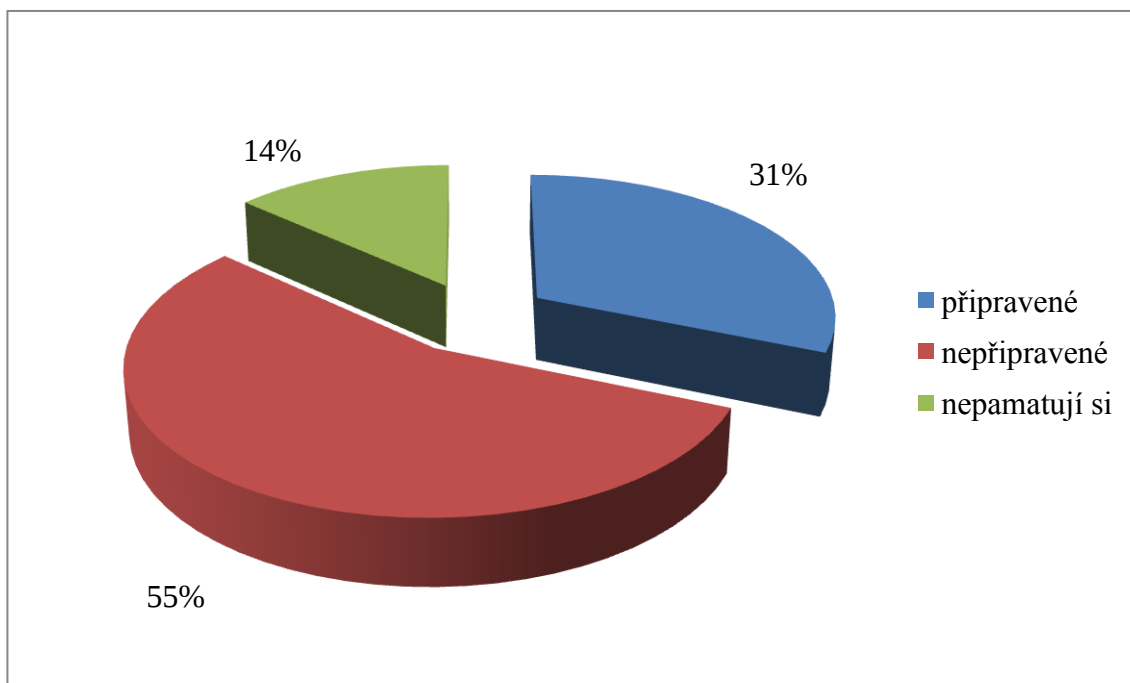


Obr. 1 Četnost setkání s terminálně nemocnými během studia

38 % respondentů vybralo možnost, že kontakt s umírajícím byl častý. 45 % vybralo, že kontakt s umírajícím byl ojedinělý. 14 % respondentů uvedlo, že se během studia nesetkali s umírajícím pacientem, a 3 % respondentů uvedlo, že si nepamatují.

Otázka č. 2

Cítil/a jste se dostatečně připraven/a během Vašeho studia na kontakt s umírajícím nebo zemřelým?



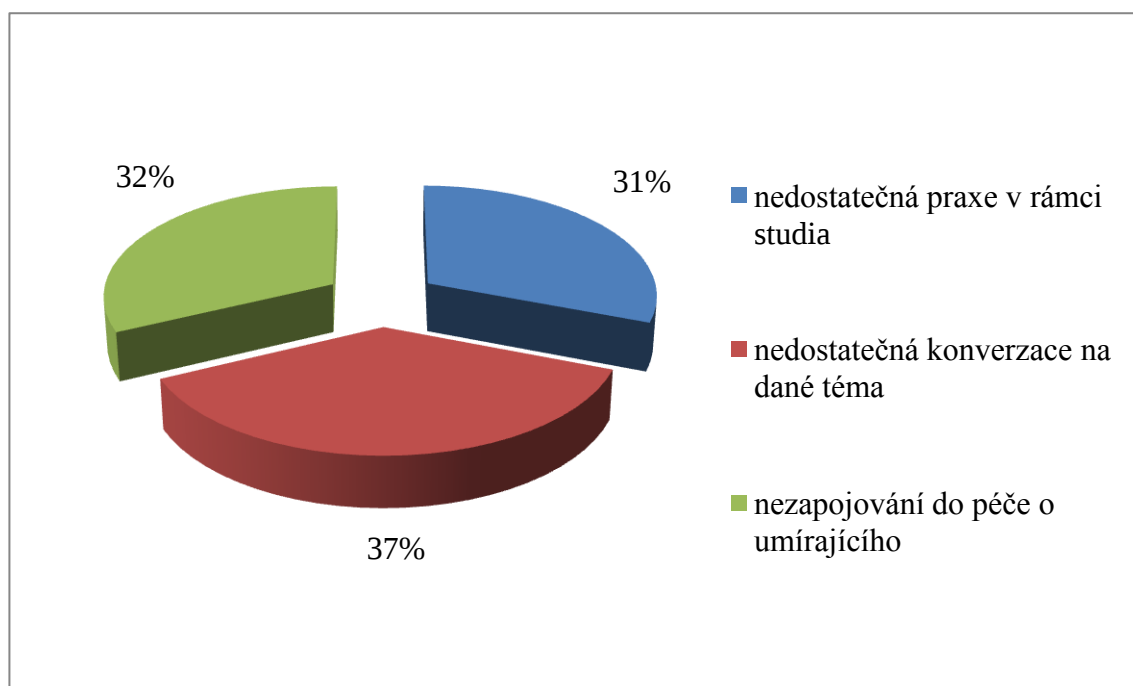
Obr. 2 Připravenost všeobecných sester během studia na kontakt s umírajícími v praxi

55 % respondentů hodnotí připravenost na kontakt s umírajícím jako nedostačující, 31 % respondentů se cítilo dostatečně připravených a 14 % ji nedokázalo posoudit.

Otázka č. 3

Pokud jste na otázku č. 2 odpověděl/a negativně (vybral/a jste ne), zodpovězte, prosím, následující otázku.

Uved'te, prosím, co Vám během Vašeho studia v této problematice scházelo (např. nedostatečná praxe v rámci studia, nedostatečná konverzace na téma umírání a potřeby umírajících, nebyl/a jsem zapojován/a do péče o umírajícího, apod.)

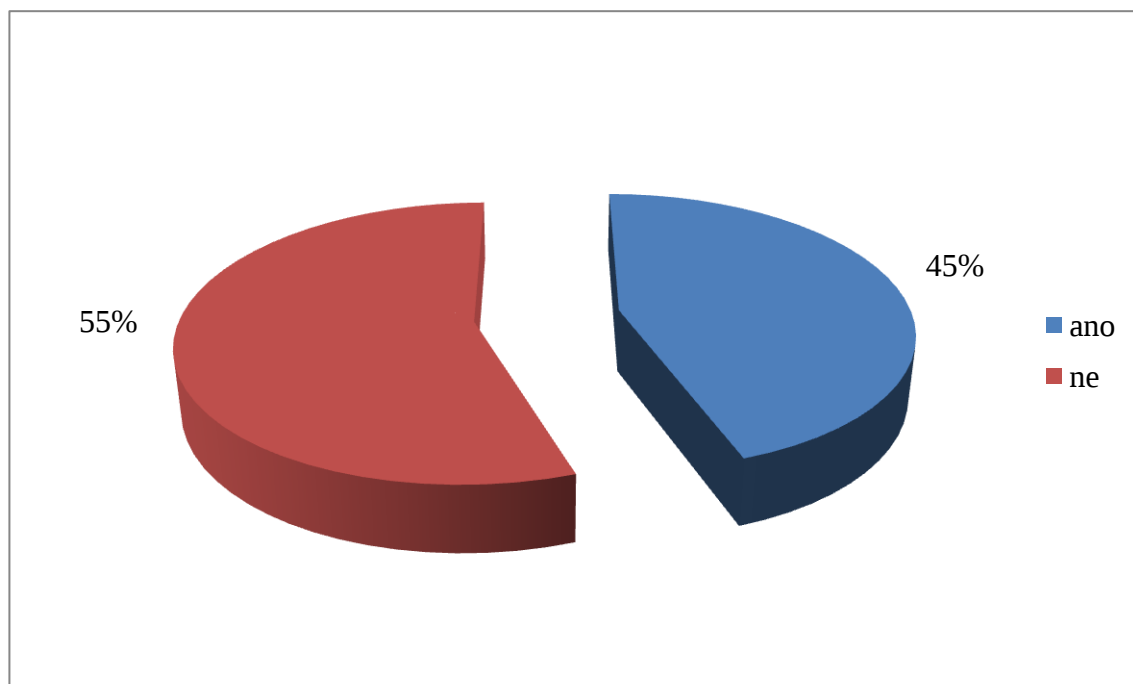


Obr. 3 Co chybělo v přípravě na umírajícího dle všeobecných sester

Na otázku č. 3 odpovídali respondenti, kteří v otázce č. 2 vybrali možnost, že se necítili dostatečně připraveni v rámci svého studia na kontakt s umírajícím. Měli napsat, co jim nejvíce scházelo. 37 % respondentů zvolilo možnost, že nejvíce postrádalo konverzaci na dané téma. Nadále hodnotí respondenti jako nedostatečné, že nebyli zapojováni do péče o umírajícího - v 32 %, a téměř podobně hodnotí nedostatečnou praxi v rámci svého studia - v 31 %.

Otázka č. 4

Uvítal/a byste semináře, kongresy apod. v oblasti umírání a potřeb umírajícího, kde byste načerpal/a nové informace?



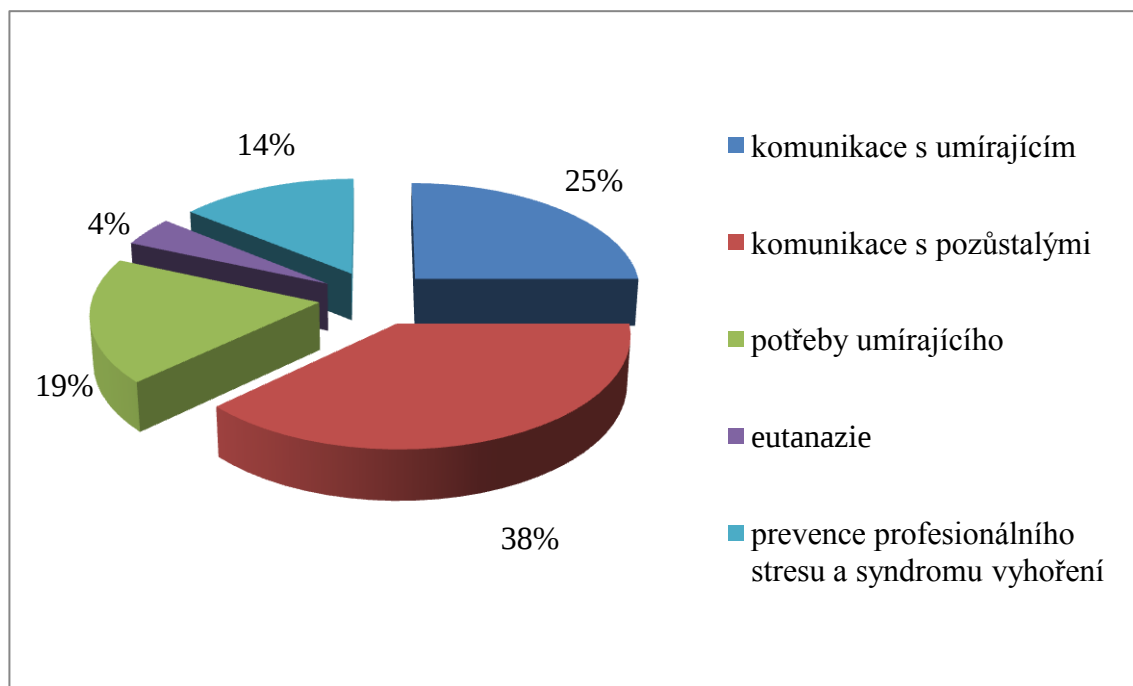
Obr. 4 Poptávka po doplnění informací ze strany zdravotníků v oblasti umírání

55 % respondentů odpovědělo, že nechtějí nové informace, 45 % respondentů by uvítalo nové informace v oblasti umírání.

Otázka č. 5

Pokud jste na otázku č. 4 odpověděl/a pozitivně (vybral/a jste ano), zodpovězte, prosím následující otázku:

O jaká témata byste měl/a zájem?

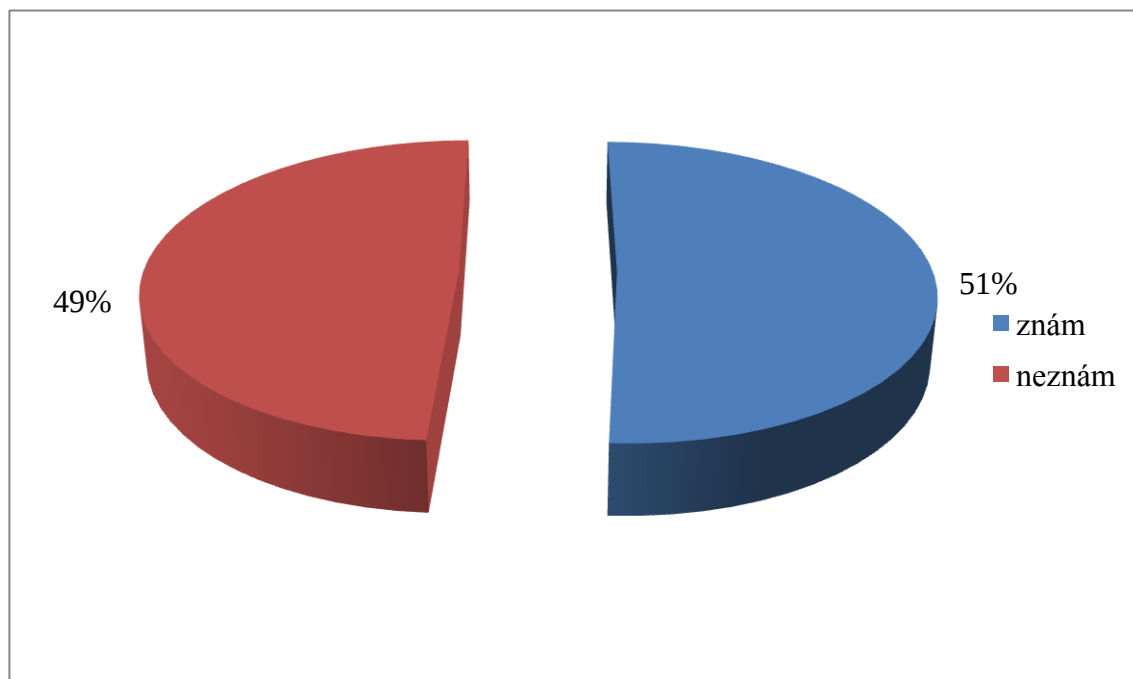


Obr. 5 Výběr tématu dle zájmu

Velký zájem projevili respondenti v oblasti komunikace s pozůstalými - 38 %, dále by uvítali možnost vzdělávat se v komunikaci s umírajícím pacientem - v 19 %. Další oblast témat, kterou by respondenti vyhledávali, se týká potřeb umírajícího - v 19 % a prevence profesionálního stresu a syndromu vyhoření - ve 14 %. V této otázce projevili respondenti zájem i o téma eutanazie - 4 %.

Otázka č. 6

Znáte fáze vyrovnávání se s těžkou diagnózou dle E. Kübler-Rossové?



Obr. 6 Znalost fází dle E. Kübler-Rossové

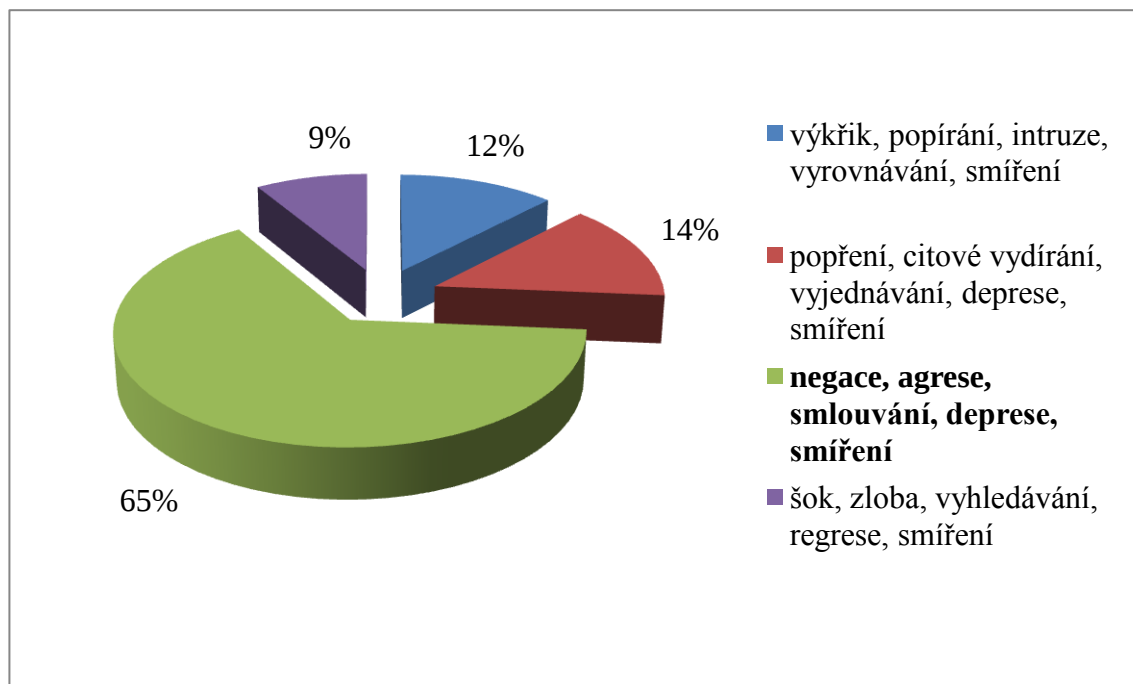
51 % respondentů odpovědělo, že zmiňované fáze znají, 49 % respondentů uvedlo, že fáze neznají.

Otázka č. 7

Pokud jste na otázku č. 6 odpověděl/a kladně (vybral/a jste ano), zodpovězte, prosím, následující otázku:

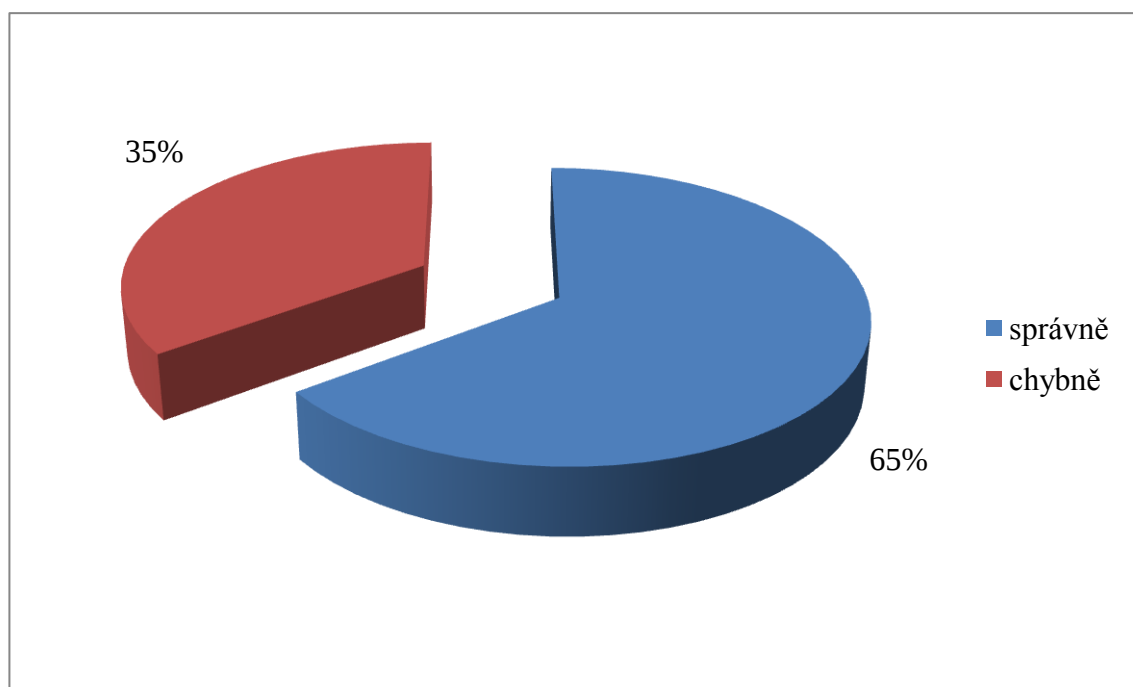
Vyberte správnou možnost:

E. Kübler-Rossová definovala fáze vyrovnávání se s těžkou diagnózou následovně:



Obr. 7 Vybírání přesně definovaných fází dle E. Kübler-Rossově

65 % respondentů vybralo nabídnutou variantu negace - agrese - smlouvání - deprese - smíření (tato odpověď byla správná). 14 % respondentů zvolilo možnost popření - citové vydírání - vyjednávání - deprese - smíření. 12 % respondentů se domnívá, že E. Kübler-Rossová definovala fáze jako výkřik - popírání - intruze - vyrovnávání - smíření. 9 % respondentů vybralo poslední variantu.



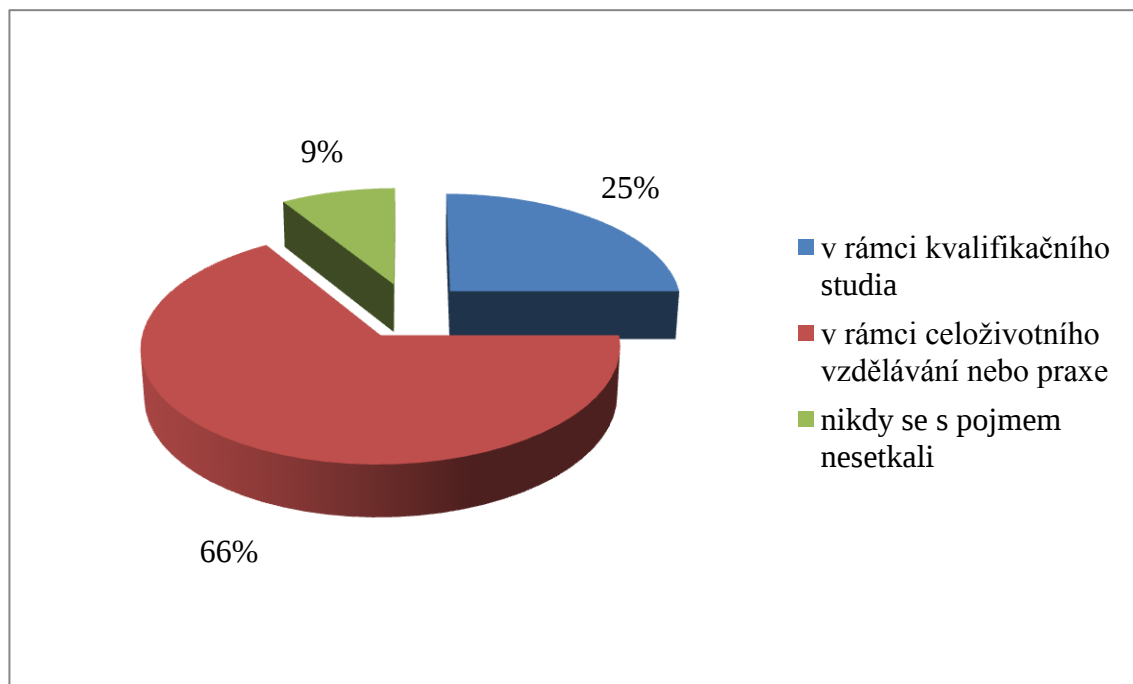
Obr. 8 Správnost výběru

Graf znázorňuje správnost výběru fází dle E. Kübler-Rossově. 65 % respondentů správně vybralo fáze dle E. Kübler-Rossově, 35 % vybralo chybně.

Otázka č. 8

Setkal/a jste se někdy s pojmem paliativní péče?

Pokud ano, uveďte, kde jste byl/a poprvé o tomto pojmu informován/a.



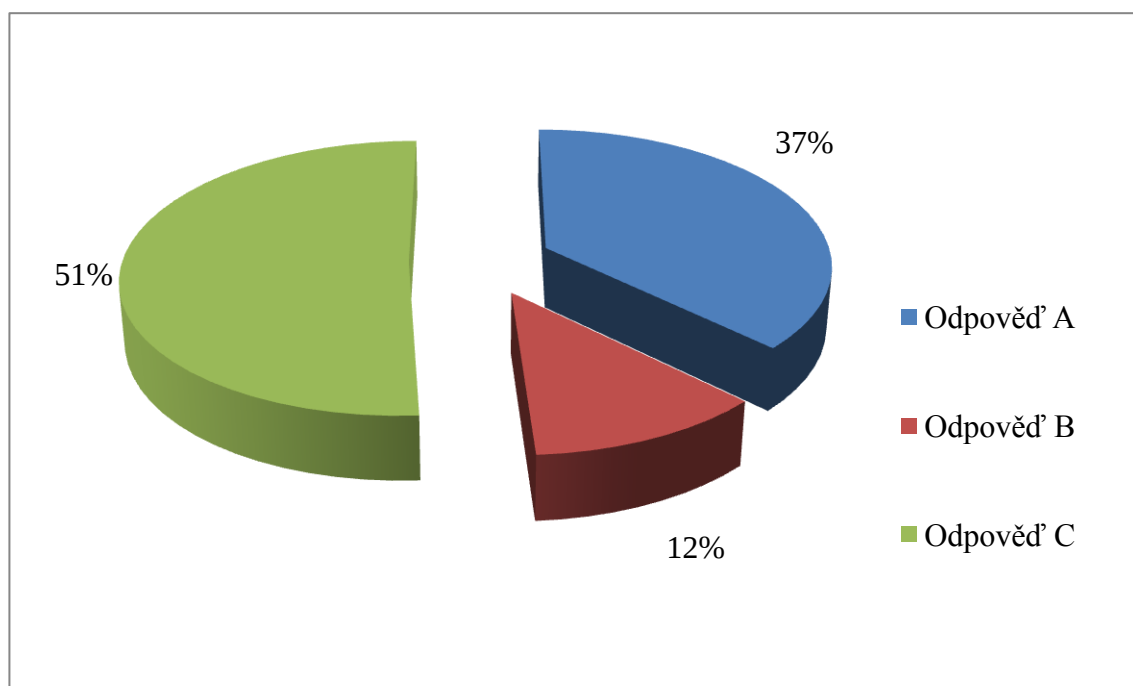
Obr. 9 Informovanost o paliativní péči

V 9 % respondenti uvedli, že se s tímto pojmem ještě nesetkali. Ve 25 % respondenti uvedli, že se s pojmem již setkali, a poprvé byli informováni v rámci svého studia (příprava na povolání všeobecné sestry). Nejvíce respondenti uváděli, že se s tímto pojmem setkali až v rámci své praxe nebo v rámci celoživotního vzdělávání, a to v 66 %.

Otázka č. 9

Pokud jste na otázku č. 8 odpověděl/a kladně (vybral/a jste možnost ano), zodpovězte, prosím, následující otázku:

Které z následujících tvrzení nejvíce charakterizuje paliativní péči? Vyberte.



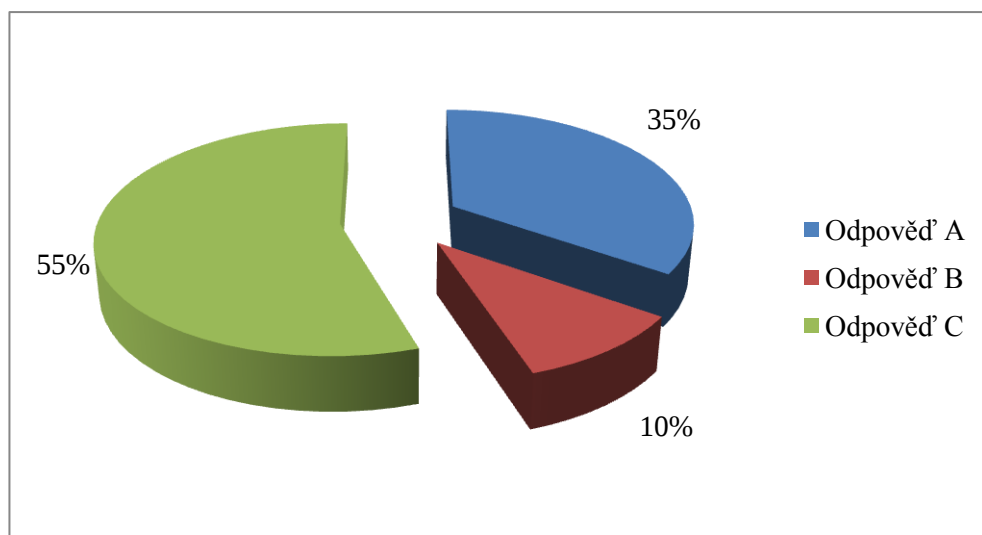
Obr. 10 Odpovědi všeobecných sester na charakteristiku paliativní péče

Odpověď A - Paliativní péče představuje péči o nevléčitelně nemocného, o onkologického pacienta.

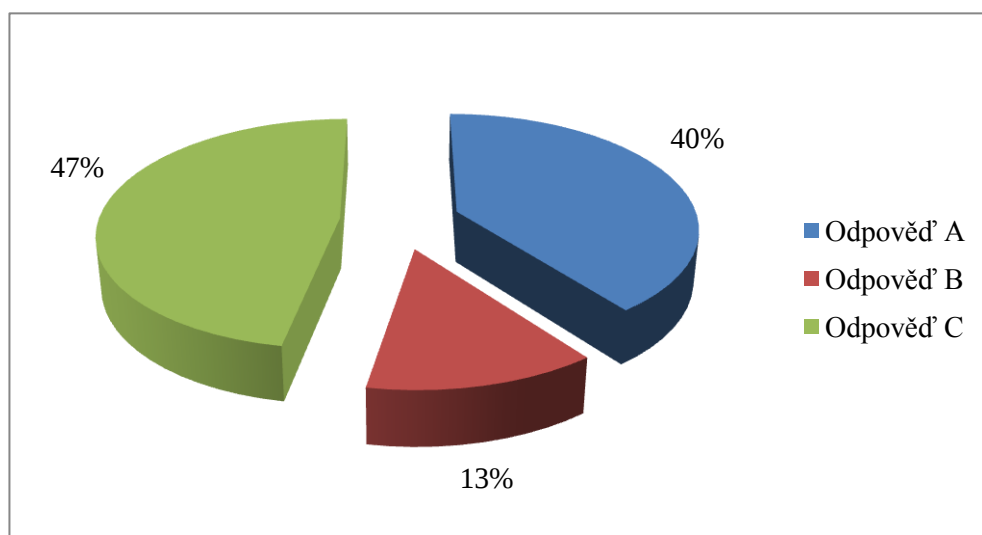
Odpověď B - Paliativní péče je systém péče, kdy se nezahajují žádné léčebné kroky a je orientace na aplikaci opiátů ve vyšších dávkách z důvodu mírnění bolesti.

Odpověď C - Paliativní péče je komplexní, aktivní a na kvalitu života orientovaná péče poskytovaná pacientovi, který trpí nevléčitelnou chorobou v pokročilém nebo terminálním stádiu.

Respondenti měli na výběr ze tří nabídnutých možností. Jak graf ukazuje, 51 % respondentů správně vybralo tvrzení, které nejpřesněji charakterizuje paliativní péči (odpověď C). Druhým nejpočetnějším výběrem byla odpověď A - 37 %. 12 % respondentů vybralo odpověď B.



Obr. 11 Odpovědi všeobecných sester z krajské nemocnice



Obr. 12 Odpovědi všeobecných sester z fakultní nemocnice

Výše uvedené grafy porovnávají odpovědi respondentů z krajské nemocnice a fakultní nemocnice na otázku č. 9. Z těchto grafů vyplývá, že charakterizovat paliativní péči dle nabídnutých možností dokázali lépe respondenti z krajské nemocnice - v 55 % správné tvrzení. Respondenti z fakultní nemocnice správné tvrzení vybrali v 47 %.

Otázka č. 10

Domníváte se, že jste schopen/schopna uspokojit potřeby umírajícího člověka (v rámci Holistického přístupu) a tím mu poskytnout důstojný odchod z tohoto světa?

Tab. č. 1 Schopnost uspokojení biologických potřeb umírajícího

Schopnost uspokojení biologických potřeb umírajícího		
	Absolutní četnost	Relativní četnost
vůbec	0	0 %
s většími nedostatky	13	12 %
dobře	36	32 %
velmi dobře	48	43 %
výborně	15	13 %
Celkový počet (Σ)	112	100 %

Žádný z oslovených respondentů neuvedl, že nedokáže uspokojit biologické potřeby umírajícího pacienta. 43 % respondentů uvedlo, že dokáže velmi dobře uspokojit potřeby umírajícího pacienta. 32 % uvedlo, že dokáže dobře uspokojit biologické potřeby. 13 % respondentů se hodnotí v uspokojování biologických potřeb umírajícího pacienta výborně a 12 % respondentů vybralo možnost, že v uspokojování těchto potřeb má velké nedostatky.

Tab. č. 2 Schopnost uspokojení psychologických potřeb umírajícího

Schopnost uspokojení psychologických potřeb umírajícího		
	Absolutní četnost	Relativní četnost
vůbec	4	4 %
s většími nedostatky	20	18 %
dobře	45	40 %
velmi dobře	32	29 %
výborně	11	10 %
Celkový počet (Σ)	112	100 %

Nejpočetněji, a to ve 40 %, uvedli respondenti, že tyto potřeby dovedou uspokojit průměrně. 29 % respondentů uvedlo, že psychologické potřeby dokáže velmi dobře uspokojit, 18 % uvedlo, že s uspokojováním těchto potřeb mají problémy, 10 % respondentů se ohodnotilo, že dokáže uspokojit tyto potřeby výborně a 4 % nedovede psychologické potřeby uspokojit vůbec.

Tab. č. 3 Schopnost uspokojení sociálních potřeb umírajícího

Schopnost uspokojení sociálních potřeb umírajícího		
	Absolutní četnost	Relativní četnost
vůbec	6	5 %
s většími nedostatky	34	30 %
dobře	38	34 %
velmi dobře	26	23 %
výborně	8	7 %
Celkový počet (Σ)	112	100 %

Nejvíce respondenti vybrali, že dokáží uspokojit sociální potřeby umírajícího pacienta průměrně, a to v 34 %. 30 % respondentů se ohodnotilo, že s většími nedostatky uspokojují sociální potřeby, 23 % dokáže velmi dobře uspokojit tyto potřeby, 7 % se ohodnotilo, že dovede výborně uspokojit sociální potřeby. 5 % respondentů vybralo možnost, že uspokojit tyto potřeby nedovede.

Tab. č. 4 Schopnost uspokojení spirituálních potřeb umírajícího

Schopnost uspokojení spirituálních potřeb umírajícího		
	Absolutní četnost	Relativní četnost
vůbec	20	18 %
s většími nedostatky	45	40 %
dobře	33	29 %
velmi dobře	11	10 %
výborně	3	3 %
Celkový počet (Σ)	112	100 %

Ve 40 % se respondenti hodnotí tak, že dokáží uspokojit spirituální potřeby u umírajícího pacienta s velkými nedostatky. 29 % respondentů hodnotí uspokojení spirituálních potřeb jako průměrné. Třetí nejčtenější odpovědí bylo, že respondenti nedovedou uspokojit spirituální potřeby u umírajícího vůbec, a to v 18 %. 10 % hodnotí uspokojení těchto potřeb velmi dobře a 3 % výborně.

Otázka č. 11

Uveďte, jaké místo byste preferoval/a, pro své poslední dny života?

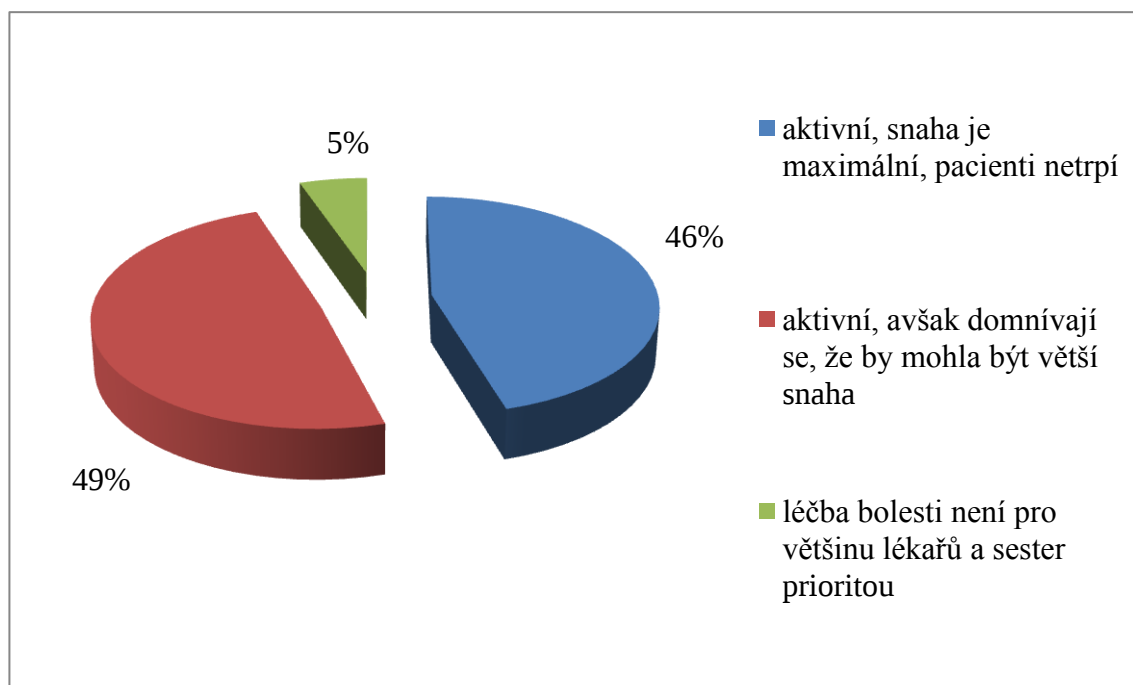
Tab. č. 5 Místo posledních dnů dle všeobecných sester

Místo posledních dnů		
	Absolutní četnost	Relativní četnost
domácí prostředí	56	50 %
nemocnice	3	3 %
LDN	1	1 %
hospic	27	24 %
domov důchodců	2	2 %
jiné místo	1	1 %
nikdy jsem nad tím nepřemýšlel/a	22	20 %
Celkem (Σ)	112	100 %

Nejvíce by si respondenti přáli být v domácím prostředí - tuto možnost vybralo 50 % dotazovaných respondentů. 24 % respondentů vybralo možnost, že by tyto dny chtěli strávit v hospici. 20 % respondentů uvádí, že se touto otázkou nezabývali. 3 % preferovali nemocnici, 2 % domov důchodců, 1 % LDN a 1 % jiné místo. Jako jiné místo bylo uvedeno „v horách“.

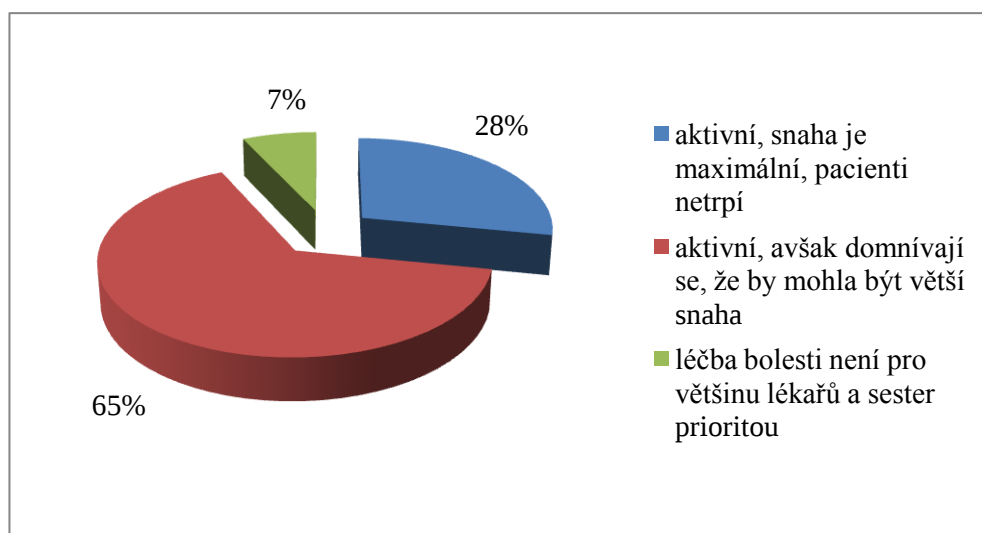
Otázka č. 12

Vyberte možnost, která nejlépe charakterizuje, jaký mají lékaři a sestry na Vašem oddělení postoj k léčbě bolesti.

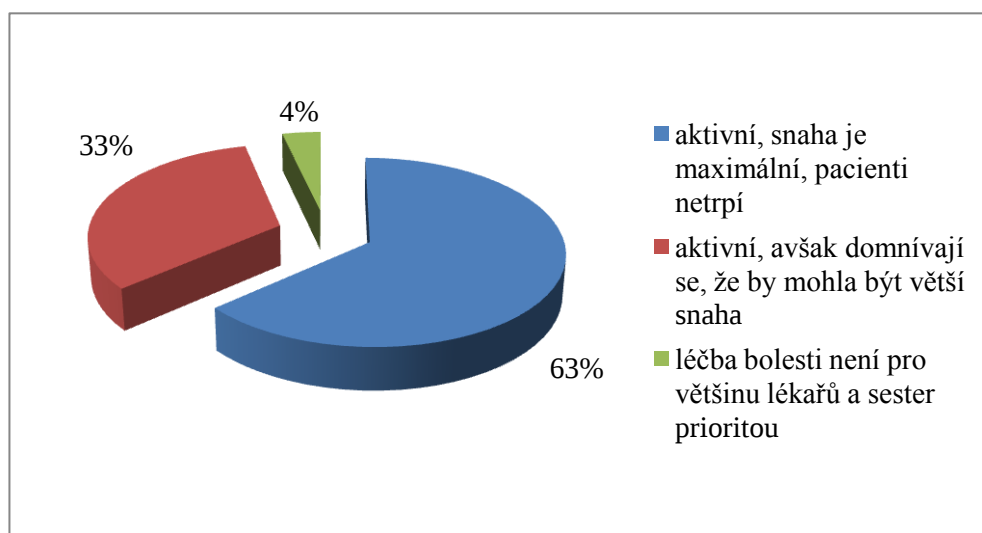


Obr. 13 Postoj lékařů a sester k léčbě bolesti

49 % dotazovaných respondentů uvádí, že přístup ze strany lékařů a sester k léčbě bolesti je velmi dobrý, avšak mohl by být lepší. 46 % respondentů zhodnotilo léčbu bolesti tak, že na jejich odděleních pacienti bolesti netrpí, tzn., že bolest je léčená na stupeň, aby byla minimální nebo snesitelná. 5 % respondentů uvedlo, že léčba bolesti není pro většinu lékařů a sester na oddělení prioritou.



Obr. 14 Postoj lékařů a sester z krajské nemocnice k léčbě bolesti

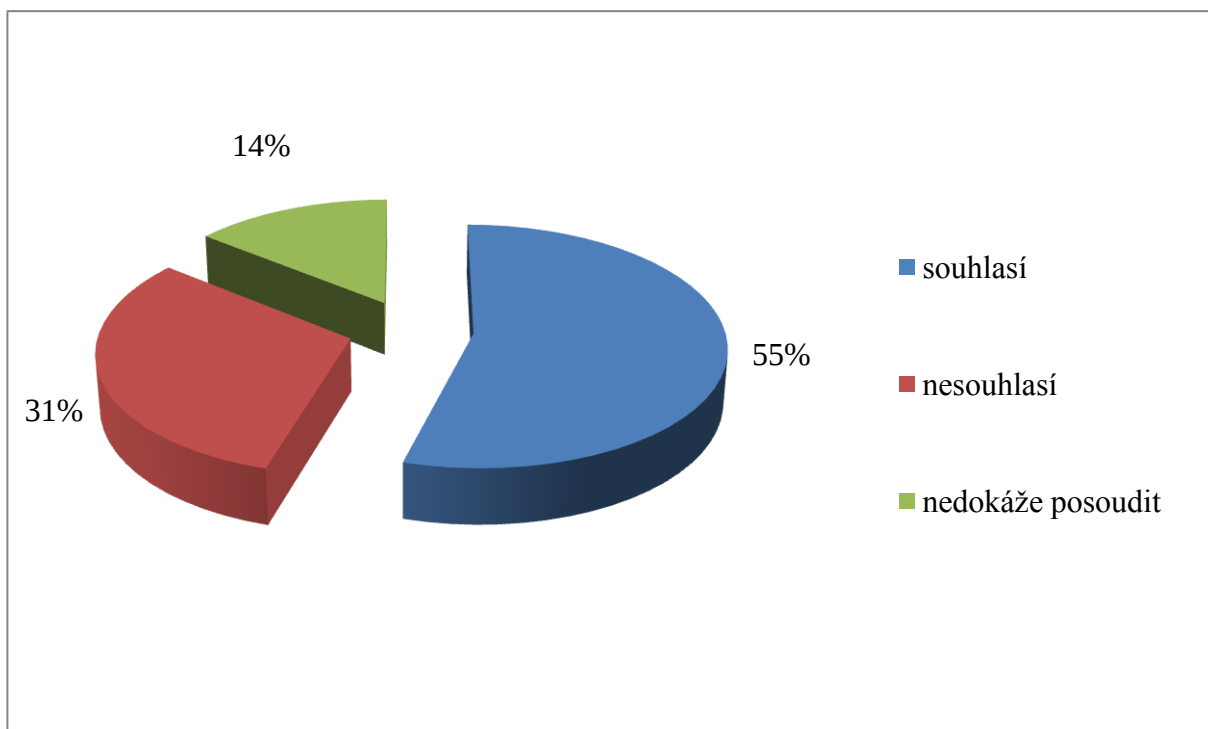


Obr. 15 Postoj lékařů a sester z fakultní nemocnice k léčbě bolesti

Výše uvedené grafy znázorňují hodnocení léčby bolesti respondentů z krajské a fakultní nemocnice. Z grafů vyplývá, že léčbu bolesti na svých odděleních hodnotí lépe respondenti z fakultní nemocnice, kteří udávají, že lékaři a sestry zaujímají aktivní postoj k léčbě bolesti - 63 %. Respondenti z krajské nemocnice to uvádí pouze v 28 % odpovědí.

Otázka č. 13

Jste pro legalizaci eutanazie v České republice?

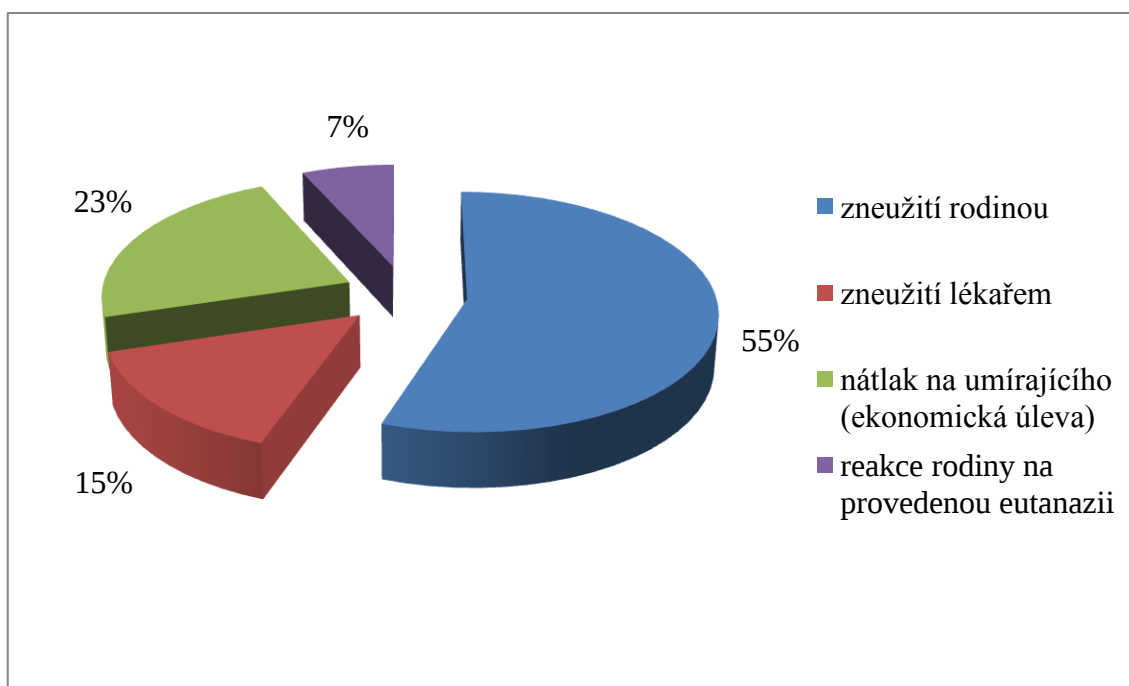


Obr. 16 Postoj k legalizaci eutanazie

55 % respondentů by souhlasilo s legalizací eutanazie v České republice. 31 % dotazovaných respondentů uvedlo, že by v žádném případě nebyli pro legalizaci eutanazie a 14 % respondentů není schopno situaci posoudit.

Otázka č. 14

V případě, že by v ČR došlo k legalizaci eutanazie, uveďte, z čeho byste měl/a obavy?

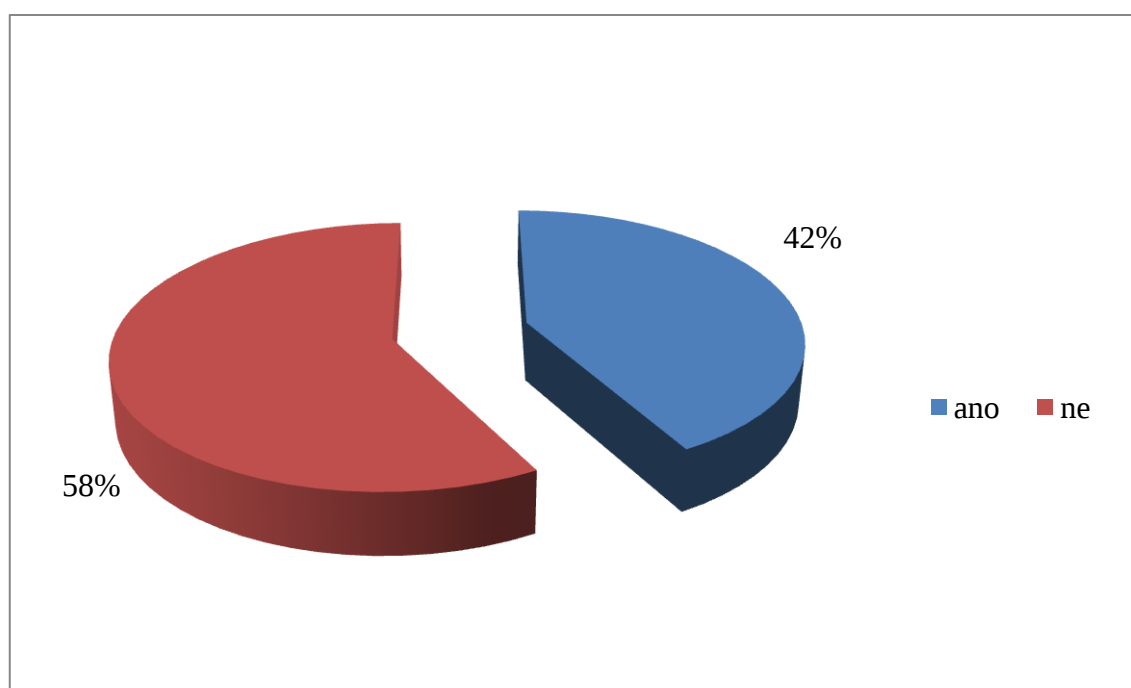


Obr. 17 Obavy ze zneužití eutanazie

Respondenti nejvíce odpovídali, že by se obávali zneužití ze strany rodiny (majetkové poměry - dědictví) - v 55 %. Ve 23 % by měli obavy z tlaku, který by se vyvíjel na umírajícího a v 15 % zneužití lékařem (eutanazie je levnější než paliativní péče a je pohodlnější - dle odpovědí respondentů). Dalším důvodem byly obavy z reakce rodiny - uvedlo 7 % respondentů.

Otázka č. 15

Setkal/a jste se někdy s přímou žádostí Vašeho pacienta o eutanazii?

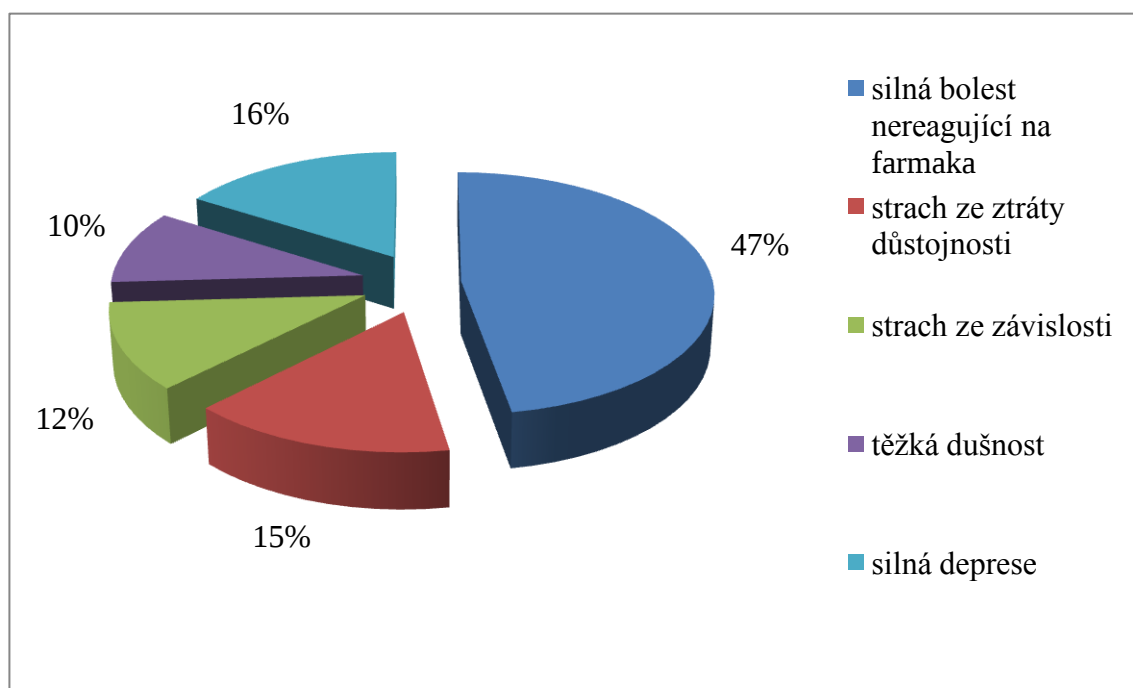


Obr. 18 Setkání se s přímou žádostí s eutanazií

58 % respondentů uvedlo, že se nikdy nesetkalo s touto žádostí, a 42 % uvedlo, že se s žádostí o eutanazii již setkalo.

Otázka č. 16

Vyberte situace, které přivádí (by mohly přivést) Vaše pacienty k myšlence na eutanazii.

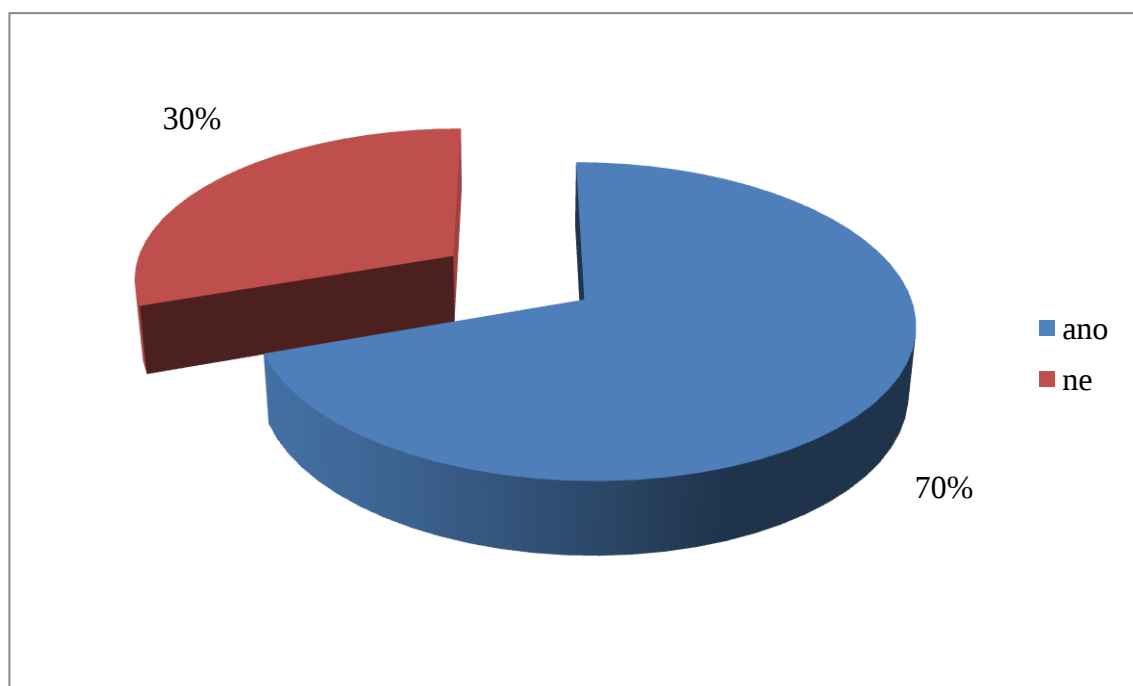


Obr. 19 Situace vedoucí na myšlenku eutanazie

Respondenti z nabídnutých možností vybrali jako situaci, která by pacienta vedla na tuto myšlenku, silnou bolest nereagující na farmaka - 47 %. V 16 % uváděli silnou depresi, o procento méně (15 %) strach ze ztráty důstojnost. 12 % respondentů si myslí, že by pacienta vedly myšlenky na eutanazii ze strachu ze závislosti a 10 % uvedlo těžkou dušnost.

Otázka č. 17

V případě legalizace eutanazie, měl/a byste zábrany ji provést u pacienta?



Obr. 20 Zábrany vůči provedení eutanazie

Velká většina dotazovaných - 70 % - uvedla, že by měli s provedením eutanazie problémy. 30 % respondentů by eutanazii provedlo bez problému.

Otázka č. 18

Pokud jste na otázku č. 17 odpověděl/a kladně (vybral/a jste možnost ano), zodpovězte, prosím, následující otázku:

Z jakých důvodů byste nepodal/a eutanazii? Uveďte, prosím:

Tab. č. 6 Důvody proti provedení eutanazie

Důvody proti provedení eutanazie		
	Absolutní četnost	Relativní četnost
Velká míra zodpovědnosti (lékař ani sestra nemá právo rozhodovat o konci života)	58	35 %
Pocit vraha (eutanazie není morální čin)	35	21 %
Dotazovaný by sám nechtěl, aby někdo o jeho konci takto rozhodoval	31	19 %
Právo na eutanazii není právem, které vychází z právní vědy	0	0 %
Nelze vzít v potaz výběr umírajícího na volbu eutanazie	15	9 %
Eutanazie nepředstavuje důstojný odchod z tohoto světa	6	4 %
Eutanazie není v souladu s Hippokratovou přísahou	3	2 %
Eutanazie je v rozporu s Desaterem	18	11 %
Jiné	0	0 %
Celkem (Σ)	166	100 %

Respondenti vybrali jako hlavní důvod, který mluví proti provedení eutanazie, velkou míru zodpovědnosti - 35 % dotazovaných. 21 % respondentů uvedlo, že by se cítili jako vrazi, 19 % by samo nechtělo, aby někdo tímto způsobem rozhodl o jejich konci. 11 % dotazovaných vybralo možnost, že eutanazie je v rozporu s Desaterem. 9 % respondentů si myslí, že není možné vzít v potaz výběr umírajícího na volbu eutanazie, jelikož tento

pacient přijímá jakékoliv nápady jiných a eutanazii bere jako vysvobození. Pro 4 % představuje eutanazie nedůstojný odchod z tohoto světa a pro 2 % nesoulad s Hippokratovou přísahou. Žádný z respondentů nevybral možnost, že právo na eutanazii nepochází z právní vědy.

Otázka č. 19

Pokud jste na otázku č. 17 odpověděl/a záporně (vybral/a jste možnost ne), zodpovězte, prosím, následující otázku:

Z jakých důvodů byste podal/a eutanazii. Uved'te, prosím:

Tab. č. 7 Důvody pro provedení eutanazie

Důvody pro provedení eutanazie		
	Absolutní četnost	Relativní četnost
Nesmyslné trpění pacienta (zbavení jeho utrpení)	13	28 %
Pacient má „právo zemřít“ (právo na „milosrdnou smrt“)	10	22 %
V případě uvážené žádosti (pacient bere v potaz, že se jedná o poslední opatření)	8	17 %
V případě, že byly vzaty všechny úvahy a hledány všechny alternativy, z nichž eutanazie jediná zbyla	15	33 %
Jiné	0	0 %
Celkem (Σ)	46	100 %

33 % dotazovaných vybralo, že by s eutanazií souhlasilo v případě, že po hledání všech jiných alternativ zbyla jediná - eutanazie, a nebylo nalezeno jiné východisko. 28 % respondentů by provedlo eutanazii u pacienta, jelikož si nepřejí, aby pacient nesmyslně trpěl. 22 % respondentů se domnívá, že pacient má „právo zemřít“, neboli má právo na „milosrdnou smrt“. V 17 % by respondenti souhlasili s eutanazií, když si tuto možnost vybere sám pacient a bere v potaz, že se jedná o jeho poslední opatření. Žádný z dotazovaných respondentů neuvedl jiný důvod.

10 Diskuze

1. Setkaly se všeobecné sestry poprvé s pojmem paliativní péče spíše během studia nebo až v rámci celoživotního vzdělávání a praxe?

Na tuto výzkumnou otázku jsme se snažili najít odpověď z otázky č. 8, která zjišťovala, zda respondenti znají paliativní péči a kde byli poprvé o tomto pojmu informováni.

Z našeho výzkumného šetření vyplynulo, že čtvrtina respondentů (25 %) se poprvé setkala s pojmem paliativní péče v rámci kvalifikačního studia, necelé dvě třetiny respondentů (66 %) se s tímto pojmem setkali až v rámci celoživotního vzdělávání a necelá desetina respondentů (9 %) se s tímto pojmem nesetkala vůbec.

Ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví České republiky (2004) je uvedeno, že cílem ošetrovatelství je „*zmírnit utrpení nemocného člověka*“ a „*zajistit klidné umírání a důstojnou smrt*“. V tomto Věstníku je i nadále uvedeno, že „*ošetrovatelská péče je poskytována v rámci integrované péče i paliativní péče*.“

Z celkového počtu 112 dotazovaných respondentů uvedlo pouhých 28, že se s tímto pojmem setkala v rámci svého kvalifikačního studia. Z tohoto výsledku se dá usuzovat, že vzdělávání všeobecných sester v oblasti paliativní péče, je nedostatečné. Věstník (2004) dále uvádí, že všeobecná sestra má být schopna poskytnout takovou péči, která zmírní utrpení, poskytne klidné umírání a důstojnou smrt (viz cíle ošetrovatelství). Otázkou je, jak tuto péči může poskytnout všeobecná sestra, které se v rámci kvalifikačního vzdělávání nedostalo dostatek informací v dané oblasti.

Náš výzkum porovnáváme s bakalářskou prací od Urbanové (2011), která prováděla průzkum na podobné téma. V otázce, kde všeobecné sestry získaly informace o paliativní péči, uvádí, že v 39 % v rámci seminářů (celoživotní vzdělávání), 28 % respondentů bylo informováno ve škole, 19 % respondentů se dozvědělo o paliativní péči v literatuře, 8 % přes internet, 4 % všeobecných sester uvedlo z letáků a 2 % všeobecných sester uvedlo, že se o paliativní péči dozvěděly z jiného zdroje - v rámci praxe. Tento průzkum potvrzuje i naše zjištění, že **s pojmem paliativní péče se všeobecné sestry z našeho výzkumného vzorku setkaly spíše v rámci celoživotního vzdělávání nebo praxe.**

V tomto výsledku zohledňujeme i situaci, že paliativní péče dostává potřebný prostor až po roce 1989 (Plevová, 2011). Jelikož náš výzkumný vzorek tvořily i všeobecné sestry, které absolvovaly kvalifikační studium před tímto rokem, nemohly se s paliativní péčí během studia setkat.

V současnosti je situace jiná. Rada Evropy doporučuje, aby byla do učebních osnov pregraduálního studia lékařů, všeobecných sester a jiných odborníků zahrnuta paliativní péče a tím pádem všichni odborní pracovníci ve zdravotnictví seznámeni se zásadami paliativní péče, a aby byli schopni je využít v praxi (Radbruch, 2010).

2. Dokáží všeobecné sestry z fakultní nemocnice lépe charakterizovat paliativní péči než všeobecné sestry z krajské nemocnice?

Ve výzkumné otázce č. 2 jsme se zaměřili na to, zda dokáží všeobecné sestry z fakultní nemocnice charakterizovat lépe paliativní péči než všeobecné sestry z krajské nemocnice. Tato výzkumná otázka byla hodnocena podle otázky z dotazníku č. 9.

Z celkového počtu všeobecných sester z krajské nemocnice dokázalo správně charakterizovat paliativní péči 27 respondentů (55 %). 22 všeobecných sester (45 %) necharakterizovalo paliativní péči správně.

Z celkového počtu všeobecných sester z fakultní nemocnice charakterizovalo správně paliativní péči 25 respondentů (47 %). 28 všeobecných sester (53 %) nevybralo správnou charakteristiku paliativní péče.

Do tohoto hodnocení zahrnujeme i odpovědi z otázky č. 8. V této otázce 3 všeobecné sestry z krajské nemocnice a 7 všeobecných sester z fakultní nemocnice odpovědělo, že se s pojmem paliativní péče nikdy nesetkaly. Jelikož pojem neznaly, nemohly ani charakterizovat paliativní péči.

Z výzkumného šetření vyplývá, že **dovedou lépe paliativní péči charakterizovat všeobecné sestry z krajské nemocnice než všeobecné sestry z fakultní nemocnice.**

Druhá nejčtenější odpověď (37 %) v dotazníkovém šetření byla, že paliativní péče představuje péči o nevyléčitelně nemocného, a to o onkologicky nemocného pacienta. Avšak onkologicky nemocní nemusejí být jedinými příjemci této péče, i když nejčastěji z paliativní péče profitují právě tito nemocní. Z paliativní péče mohou profitovat i nemocní s konečným stádiem kardiální insuficience, s onemocněním plic (např. chronická obstrukční plicní nemoc), s cirhózou jater, s onemocněním ledvin, s demencí, s roztroušenou sklerózou, s imobilizačním syndromem po cévních mozkových příhodách, polymorbidní geriatričtí pacienti a nemocní v konečném stádiu AIDS (Sláma, Kabelka a Vorlíček, 2011).

Ve 12 % všeobecné sestry vybraly, že paliativní péče představuje orientaci na bolest, která se řeší vyššími dávkami opiátů. Je pravdou, že paliativní péče se orientuje především k poskytnutí úlevy od bolesti (Rada Evropy, 2004). Mimo jiné zahrnuje a řeší i jiné aspekty stran fyzické stránky, psychických problémů, sociálních potíží a duchovního strádání (Vorlíček, Adam a Pospíšilová, 2004). Paliativní péče tedy představuje ucelený koncept, který pomáhá pacientovi, ale nezapomíná ani na jeho rodinu (Haškovcová, 2007).

3. Hodnotí lépe léčbu bolesti na svých odděleních všeobecné sestry z fakultní nemocnice než všeobecné sestry z krajské nemocnice?

Zajímalo nás, jak hodnotí léčbu bolesti všeobecné sestry z fakultní nemocnice a všeobecné sestry z krajské nemocnice, a zda bude mezi tímto hodnocením rozdíl. Výzkumná otázka č. 3 byla hodnocena dle otázky z dotazníku č. 12, kde měly všeobecné sestry zhodnotit léčbu bolesti na svých odděleních.

Všeobecné sestry z krajské nemocnice nejčastěji hodnotily přístup lékařů a sester k léčbě bolesti jako aktivní, ale domnívají se, že by mohla být větší snaha - uvedlo 37 všeobecných sester (65 %). 16 všeobecných sester (28 %) vybralo možnost, že přístup je aktivní, snaha o léčbu bolesti je maximální a pacienti bolestí netrpí. 4 všeobecné sestry (7 %) uvedly, že léčba bolesti na jejich oddělení není pro většinu lékařů a sester prioritou.

Všeobecné sestry z fakultní nemocnice nejčastěji vybíraly možnost, že přístup lékařů a sester k léčbě bolesti je aktivní, snaha maximální a pacienti na jejich oddělení netrpí - tuto možnost vybralo 35 respondentů (63 %). 18 všeobecných sester (33 %) vybralo, že přístup lékařů a sester k léčbě bolesti je aktivní, ale domnívají se, že by mohla být vyšší snaha. Pouhé 2 všeobecné sestry (4 %) uvedly, že léčba bolesti na jejich oddělení není prioritou.

Celkové hodnocení dopadlo poměrně uspokojivě. 46 % respondentů hodnotí přístup lékařů a sester jako aktivní, kdy snaha je maximální a pacienti netrpí fyzickou bolestí. 49 % všeobecných sester hodnotí přístup jako aktivní, ale domnívají se, že by mohla být větší snaha. Pouhých 5 % všeobecných sester uvedlo, že léčba bolesti na jejich oddělení není prioritou.

Z našeho průzkumu vyplývá, že **léčbu bolesti hodnotí lépe všeobecné sestry z fakultní nemocnice než všeobecné sestry z krajské nemocnice.**

Společnost STEM/MARK prováděla pro Cestu domů (2011) výzkum, kde se zjišťovalo hodnocení přístupu k tlumení bolesti ze strany zdravotníků. Z výzkumu vyšlo, že 58 % zdravotníků hodnotí tlumení bolesti pozitivně, 33 % hodnotí přístup negativně.

4. Budou všeobecné sestry spíše pro nebo proti legalizaci eutanazie v České republice?

Ve výzkumné otázce č. 4 zjišťujeme, jaký postoj mají respondenti k legalizaci eutanazie. Výzkumná otázka byla hodnocena dle otázky v dotazníku č. 13. S legalizací eutanazie souhlasilo 61 respondentů (54 %), proti legalizaci bylo 35 respondentů (31 %) a 16 respondentů (14 %) nedokázalo posoudit, zda jsou pro nebo proti legalizaci. Z dotazníkového šetření vyplynulo, že **všeobecné sestry souhlasí s legalizací eutanazie v České republice.**

Stejný výzkum prováděla Urbanová (2011) ve své bakalářské práci. Z jejího dotazníkového šetření vyplynulo, že 47 % sester bylo pro a 48 % bylo proti legalizaci eutanazie v České republice a tím pádem dle jejího zjištění všeobecné sestry byly proti legalizaci, i když mezi skupinami nebyl markantní rozdíl.

Další výzkum prováděla Štéblová (2011) ve své bakalářské práci, která zjišťovala, stejně jako my, jaký postoj zaujímají sestry k legalizaci eutanazie. Z jejího dotazníkového šetření je patrné, že s legalizací eutanazie by sestry souhlasily. Uvádí, že 56 % by bylo pro legalizaci, 34 % proti legalizaci a 10 % nemělo názor na tuto problematiku. Tyto výsledky se shodují i s naším výsledkem.

Stran eutanazie a její legalizace existuje více otázek než odpovědí. Názory se liší nejen v odborné, ale také laické společnosti. V případě této diskuze se pohybujeme na velmi „tenkém ledě“, jelikož se bavíme o lidské existenci. Otázkou zůstává, jak by situace vypadala, kdyby eutanazie nebo asistovaná sebevražda byla legalizovaná i v České republice. Zda bychom dokázali provádět „usmrcování“ za přesně a jasně definovaných podmínek, nebo by se celá situace zneužívala a nastal by tzv. „kluzký svah“, o kterém se zmiňuje například profesorka Munzarová (2005).

5. Budou udávat všeobecné sestry jako hlavní důvod, který přivádí pacienta k myšlence na eutanazii, bolest?

Zajímá nás názor všeobecných sester, co uvedou za hlavní důvod, který by přivedl jejich pacienta k myšlence na eutanazii, a zda tímto hlavním důvodem bude fyzická bolest. Výzkumnou otázku hodnotíme podle otázky v dotazníku č. 16. V této otázce měly možnost vybrat více situací. 53 respondentů (47 %) uvedlo jako hlavní důvod silnou bolest, která nereaguje na farmaka. Dále 18 respondentů (16 %) vybralo silnou depresi, 17 respondentů (15 %) uvedlo, že důvodem může být strach ze ztráty důstojnosti, 13 respondentů (12 %) za hlavní důvod považuje strach ze závislosti. **Konečným výsledkem je, že všeobecné sestry považují za hlavní důvod, který přivádí pacienta na myšlenku eutanazie, bolest.**

Podobný výzkum prováděla Chovancová (2011) ve své bakalářské práci, která zjišťovala také nejčastější důvody, které by vedly pacienta k žádosti o eutanazii. Z jejího dotazníkového šetření vyšlo, že sestry považují za nejčastější důvod žádosti o eutanazii nesnesitelnou bolest. Na druhém místě v četnosti se umístila deprese. Strach ze ztráty důstojnosti nebo strach ze závislosti se umístil na spodních místech (6. a 9. místo dle četnosti).

Dle Špinkové a Špinky (2006) není hlavním motivem fyzická bolest, ale strach ze ztráty schopnosti vykonávat aktivity, které činily život příjemným, strach ze závislosti a nesoběstačnosti. Marková (2010) uvádí, že touha po smrti nastává v okamžiku, kdy ztrácíme smysl života, perspektivu a nabýváme pocitu, že jsme někomu na obtíž. Náš výsledek výzkumu se shoduje s výrokem Haškovcové (2007), která udává, že hlavním důvodem k eutanazii je fyzická bolest (fyzické utrpení).

Deprese, kterou všeobecné sestry z našeho výzkumného vzorku vybraly jako 2. nejčastější důvod, není například v Oregonu brána jako relevantní důvod k žádosti o asistovanou sebevraždu. Ba dokonce je přísný zákaz, který nařizuje, aby nebyla provedena asistovaná sebevražda při jakýchkoliv psychiatrických a psychologických problémech a při depresi (Skřivanová, 2012).

Jako 3. nejčastější důvod, který vede pacient na myšlenku k eutanazii, všeobecné sestry vybraly strach ze ztráty důstojnosti. Tento strach je zcela pochopitelný. Avšak ptám se, zda usmrcení jedince ve stavu utrpení a ponížení je něčím důstojným?

Jak zmiňuje profesorka Munzarová (2005), žádost o eutanazii je výsledkem našeho ošetřování, které neprovádíme u nemocného ve své celistvosti. Kdyby tak péče probíhala,

nemocný by o eutanazii nežádal. Stejný názor má i doktorka Svatošová (2012), která ve své knize píše, že pokud nemocnému poskytujeme všestrannou péči, tak o eutanazii nežádá. Žádost je pouze důkazem, že nejsou uspokojeny všechny potřeby nemocného. Doktorka Svatošová považuje tuto žádost jako vyjádření smutku a zoufalství.

6. Jaký je nejčastější důvod, který by byl pro všeobecné sestry přijatelný nebo nepřijatelný k provedení eutanazie?

Výzkumná otázka byla hodnocena dle otázek z dotazníku č. 18 a č. 19. V těchto otázkách měli respondenti vybrat, z jakých důvodů by provedli nebo neprovedli eutanazii.

V situaci, kdy byly hledány všechny alternativy, z nichž jako jediná eutanazie zbyla, by jí podalo 33 % respondentů. 28 % respondentů by podalo eutanazii z důvodu, že si nepřejí, aby lidé nesmyslně trpěli a tím mohli zbavit pacienta jeho utrpení. 22 % respondentů se domnívá, že pacient má „právo zemřít“, neboli má právo na „milosrdnou smrt“ a právo rozhodnout o svém konci. 17 % respondentů by akceptovalo rozhodnutí pacienta, který bere v úvahu to, že se jedná o jeho poslední opatření.

35 % respondentů by nepodalo eutanazii z důvodu, že tento krok představuje velkou míru zodpovědnosti a lékař ani sestra nemá právo rozhodovat o konci života. 21 % respondentů by eutanazii neprovedlo, jelikož by měli pocit vraha - eutanazii nepovažují za morální čin. 19 % respondentů by samo nechtělo, aby někdo tímto způsobem rozhodl o jejich konci na tomto světě. 11 % respondentů uvádí, že eutanazie je v rozporu s Desaterem přikázání. 9 % respondentů se domnívá, že nelze vzít v potaz výběr umírajícího pacienta na volbu eutanazie, jelikož pacient v pokročilé fázi přijímá jakékoliv nápady jiných a eutanazii vidí jako vysvobození. 4 % respondentů považuje eutanazii za krok, který by znamenal pouze nedůstojný odchod z tohoto světa. 2 % respondentů vybralo možnost, že eutanazie není v souladu s Hippokratovou přísahou.

Z výsledků vyplývá, že **všeobecné sestry by akceptovaly eutanazii, pokud by nastala situace, kdy byly hledány všechny alternativy, z nichž eutanazie zbyla jako jediné možné řešení. A nejčastějším důvodem, který by byl pro všeobecnou sestru neakceptovatelný pro podání eutanazie, je velká míra zodpovědnosti, jelikož lékař ani sestra nemají právo rozhodovat o konci života.**

Podobné dotazníkové šetření prováděla Chovancová (2011) ve své bakalářské práci, která zjišťovala, z jakých důvodů by měla být legalizována eutanazie z pohledu sester. Sestry, jako nejčastější důvod vybraly, že pacient má právo rozhodnout se, kdy ukončí svůj život - 13,8 %.

ZÁVĚR

Bakalářská práce na téma *Smrt a eutanazie očima všeobecné sestry* je rozdělena na dvě části - na část teoretickou a výzkumnou.

V teoretické části jsme si stanovili dva cíle. V této části pojednáváme o umírání a smrti, paliativní péči, hospicové péči a eutanazii. Stran eutanazie je věnována velká pozornost, kde jsou definovány pojmy týkající se eutanazie, dystanazie, důvody vedoucí k eutanazii a dále je zde nastíněna situace ve světě, kde je eutanazie nebo asistovaná sebevražda legalizována.

Ve výzkumné části jsme si stanovili tři cíle. Pomocí dotazníkového šetření jsme se snažili zjistit názory, postoje a znalosti respondentů v oblasti umírání, paliativní péče a eutanazie. Cílovou skupinou byly všeobecné sestry. Dotazníkové šetření probíhalo v nemocnici krajského a fakultního typu. V tomto šetření respondenti hodnotí přípravu v rámci kvalifikačního studia a své znalosti v péči o umírajícího jako nedostatečné. Respondenti uváděli, že by přivítali nové informace o potřebách umírajícího, komunikaci s umírajícím a s pozůstalými, o paliativní péči a o prevenci profesionálního stresu a syndromu vyhoření.

Dalším cílem bylo zmapovat, jaký názor mají respondenti na legalizaci eutanazie. Z šetření je patrné, že by většina s legalizací souhlasila. A domnívají se, že hlavní důvod, který by vedl, nebo by mohl vést pacient k myšlence na eutanazii, je bolest (fyzické utrpení). Právě s bolestí nejčastěji operují zastánci eutanazie. Nezanedbatelný počet získal i strach ze ztráty důstojnosti, strach ze závislosti a deprese.

Umírání a smrt se týkají nás všech. Každý, kdo se narodil, musí i zemřít. O umírání a smrti se v dnešní společnosti téměř skoro nemluví. Přitom se tyto témata dotýkají těch nejzákladnějších etických, sociálních a společenských otázek lidské existence. Společnost všech vyspělých zemí se musí zabývat otázkami konce lidského života. Dá se konstatovat, že péče o umírající je jakýmsi indikátorem společenské vyspělosti dané země. V těchto otázkách nám vyplývá situace, zda spíše volit cestu paliativní a hospicové péče nebo eutanazie. Je pochopitelné, když od útlého věku jsme vedeni k samostatnosti, nezávislosti a úspěchu, že pro jedince 21. století není představitelné, že jednou skončí v plenkových kalhotkách. Ze zkušeností z jiných států si můžeme povšimnout, že s legalizací eutanazie nebo asistované sebevraždy souhlasí spíše bohatší vrstvy obyvatelstva.

Domnívám se, že bychom se měli více zajímat o to, jak zajistit „důstojné umírání“ těžce nemocným lidem. Při studiu literatury jsem se setkal se zdroji, kde byla velmi zdařile

a přehledně zpracována výše zmíněná problematika v rámci paliativní péče. Měli bychom si vzít příklad ze země, kterou považujeme za “kolébku“ hospicového hnutí - z Anglie, kde tato péče je opravdu na vysoké úrovni.

Lze konstatovat, že s pokrokem medicíny si každá společnost bude muset stanovit jistá etická a medicínská kritéria pro ukončení kurativní léčby, jež udržuje při životě nemocné pacienty v terminálním stádiu. A bude si muset určit i kritéria, kdy ukončit tuto kurativní léčbu, která již nemůže nemocnému nic nabídnout a poskytnout mu kvalitní paliativní péči.

Na základě výsledků, které vyplynuly z dotazníkového šetření, jsme vypracovali informační materiál (výukovou prezentaci), který doplňuje nebo přináší nové informace všeobecným sestrám.

Do budoucna, v rámci dalšího studia, by bylo bezesporu zajímavé doplnit výzkum i o pohled lékařů na danou problematiku.

Motto:

*„Doprovázení umírajících ubere kus síly,
zato ale přidá kus moudrosti a zralosti.“*

MUDr. Marie Svatošová

Soupis bibliografických citací

1. ALEXANDER, Leo. *Diktatura a lékařská věda*. Praha: Občanský institut, 2003. ISBN 80-862-2836-2.
2. HALL, Sue. *Palliative care for older people: better practices*. Copenhagen: World Health Organization, 2011. ISBN 978-928-9002-240.
3. HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. *Velký psychologický slovník*. 4. vyd. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-686-5.
4. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. 2. vyd. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-471-3.
5. HEŘMANOVÁ, Jana. *Etika v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2012. ISBN 978-802-4734-699.
6. HOLMEROVÁ, Iva. Proč ne/uzákonit eutanazii? *Psychologie Dnes*. 2009, roč. 15., č. 3., str. 31. ISSN 1212-9607.
7. CHOVANCOVÁ, Hana. *Eutanazie - má své místo v českém zdravotnictví? Názory a postoje zdravotních sester*. Olomouc, 2011. Bakalářská práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta zdravotnických věd. Vedoucí práce Mgr. Šárka Ježorská, Ph.D.
8. CHRÁSKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-1369-4.
9. JAKOBY, Bernard. *Kontakty se zemřelými: jak se vyrovnat se ztrátou blízkých*. 1. vyd. Liberec: Dialog, 2006. ISBN 80-867-6149-5.
10. JANDOUREK, Jan. *Slovník sociologických pojmů: 610 hesel*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2012. ISBN 978-802-4736-792.
11. JOBÁNKOVÁ, Marta. *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. 3. nezměň. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2003. ISBN 80-701-3390-2.
12. KABELKA, Ladislav a Ondřej SLÁMA. O možnostech lékařů a sester u pokročile nemocných geriatrických pacientů. *Lékařské listy*. 2009, roč. 19, č. 18, str. 8. ISSN 0044-1996.
13. KALVACH, Zdeněk. *Manuál paliativní péče o umírající pacienty: pomoc při rozhodování v paliativní nejistotě*. 1. vyd. Praha: Cesta domů, 2010. ISBN 978-80-904516-3.

14. KALVACH, Zdeněk. *Umírání a paliativní péče v ČR: (situace, reflexe, vyhlídky) : projekt Podpora rozvoje paliativní péče v České republice v programu Public Health Nadace Open Society Fund Praha*. Praha: Cesta domů, 2004. ISBN 80-239-2832-5.
15. KELNEROVÁ, Jarmila. *Tanatologie v ošetrovatelství*. 1. vyd. Brno: Littera, 2007. ISBN 978-80-85763-36-2.
16. KOPECKÁ, Ester. Eutanazie v kontextu lidských práv. *Sestra*. 2012, roč. 22, č. 10. str. 18. ISSN 1210-0404.
17. KRUPKA, Martin. *Psychologické aspekty paliativní péče*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2011. ISBN 978-80-244-2931-1.
18. LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ. *Vývojová psychologie*. 2. aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1284-9.
19. LUGTON, Jean a Rosemary MCINTYRE. *Palliative care: the nursing role*. 2. vyd. Edinburgh: Churchill Livingstone, 2005. ISBN 04-430-7458-5.
20. MARKOVÁ, Monika. *Sestra a pacient v paliativní péči*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-3171-1.
21. MATZO, Marianne a Deborah Witt SHERMAN. *Palliative care nursing: quality care to the end of life*. 3. vyd. New York: Springer Pub. Co., 2010. ISBN 08-261-5792-0.
22. MCDOUGALL, Jennifer Fecio, Martha GORMAN a Carolyn S ROBERTS. *Euthanasia: a reference handbook*. 2. vyd. Santa Barbara, California: 2008. ISBN 15-988-4121-1.
23. MIŠKOVÁ, Zdeňka. *Kapitoly z ošetrovateľskej péče I*. Aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1442-6.
24. MUNZAROVÁ, Marta. *Co mluví i dnes proti eutanazii?* Zdravotnické právo v praxi, č. 1/2006, str. 4 -6. ISSN 1214-2883.
25. MUNZAROVÁ, Marta. *Eutanazie, nebo paliativní péče?* 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-1025-0.
26. MUNZAROVÁ, Marta. *Proč ne eutanazii, aneb, Být či nebýt?* 2. vyd. Kostelní vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2008. ISBN 978-80-7195-258-9.
27. NOVOTNÁ, Jaromíra, Jana UHROVÁ a Jaroslava JIRÁSKOVÁ. *Klinická propedeutika pro střední zdravotnické školy: obor zdravotnický asistent*. 1. vyd. Praha: Fortuna, 2006. ISBN 80-716-8940-8.
28. NEJEDLÁ, Marie, Hana SVOBODOVÁ a Alena ŠAFRÁNKOVÁ. *Ošetrovatelství III: pro 3. ročník středních zdravotnických škol a vyšší zdravotnické školy*. 1. vyd. Praha: Informatorium, 2004. ISBN 80-7333-030-X.

29. O'CONNOR, Margaret. *Paliativní péče pro sestry všech oborů*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-1295-4.
30. *O organizaci paliativní péče: Doporučení Rec(2003)24 Výboru ministrů Rady Evropy členským státům: přijaté Výborem ministrů 12. listopadu 2003 na 860. zasedání zástupců ministrů*. Praha: Cesta domů, 2004. ISBN 80-239-4332-4.
31. PAYNE, Sheila, Jane SEYMOUR a Christine INGLETON. *Paliativní péče: principy a praxe*. 1. vyd. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007. ISBN 978-80-87029-25-1.
32. PARKES, Colin Murray, Marilyn RELFOVÁ a Ann COULDRICKOVÁ. *Poradenství pro smrtelně nemocné a pozůstalé*. 1. vyd. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007. ISBN 978-80-87029-23-7.
33. PLEVOVÁ, Ilona. *Ošetrovatelství II. 1.* 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-3558-0.
34. PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK. *Eutanazie - pro a proti*. 1. vyd. Praha: Grada, Publishing, 2012. ISBN 978-80-247-4659-3.
35. RADBRUCH, Lukas et al. *Standardy a normy hospicové a paliativní péče v Evropě: doporučení Evropské asociace pro paliativní péči*. Praha: Cesta domů, 2010. ISBN 978-80-904516-1-2.
36. RAUDENSKÁ, Jaroslava a Alena JAVŮRKOVÁ. *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*. 1. vyd. Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-2223-8.
37. SAMPLES, Kenneth Richard. *7 truths that changed the world discovering Christianity's most dangerous ideas*. Grand Rapids, MI: Baker Books, 2012. ISBN 978-144-1238-504.
38. SÍGL, Miroslav. *Co víme o smrti*. 1. vyd. Praha: EPOCH, 2006. ISBN 80-87027-11-6.
39. SKŘIVANOVÁ-BOŠKOVÁ, Vladimíra. *Eutanázie, nebo „komfort“ pro pacienty?: zkušenosti Nizozemí, Oregonu, Švýcarska a dalších*. 1. vyd. Praha: V. Bošková, 2012. ISBN 978-80-260-2989-2.
40. SLÁMA, Ondřej, Ladislav KABELKA a Martina ŠPINKOVÁ. Česká společnost paliativní medicíny [online]. 2013 [cit. 2013-03-01]. *Paliativní péče v ČR v roce 2013*. Dostupné z WWW: < <http://www.paliativnimedicina.cz/aktualita/paliativni-pece-v-cr-v-roce-2013>>.
41. SLÁMA, Ondřej, Ladislav KABELKA a Jiří VORLÍČEK. *Paliativní medicína pro praxi*. 2. nezměněn. vyd. Praha: Galén, 2011. ISBN 978-80-7262849-0.

42. SLÁMA, Ondřej a Štěpán ŠPINKA. *Koncept paliativní péče v ČR: pracovní materiál k odborné a veřejné diskusi*. Praha: Cesta domů, 2004. ISBN 80-239-4330-8.
43. STAROŠTÍKOVÁ, Alena. Eutanazie - ano, či ne? *Sestra*. 2008, roč. 18, č. 12., str. 54 - 55. ISSN 1210-0404.
44. SVATOŠOVÁ, Marie [online]. 2010 [cit. 2013-03-11]. *Lidé se dostávají do hospice později, než by měli*. Dostupné také z WWW: <<http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/lekarka-lide-se-dostavaji-do-hospicu-pozdeji-nez-by-meli-449732?category=z-domova>>.
45. SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospice a umění doprovázet*. 7. dopl. vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2011. ISBN 978-80-7195-580-1.
46. SVATOŠOVÁ, Marie. *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?* 1. vyd. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4107-9.
47. ŠIPR, Květoslav, Milan MIČO a Eduard KRUMPOLEC. *Aktuální bioetické texty: Deklarace o eutanazii*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2005. ISBN 80-244-1278-0.
48. ŠKRDŁANT, Tomáš. *Hledání dobré smrti* [film]. TV, ČT1, 2006. Dostupné z WWW: <<http://www.ceskatelevize.cz/porady/10099253860-hledani-dobre-smrti/30629535025/>>.
49. ŠPINKOVÁ, Martina a Štěpán ŠPINKA. *Euthanasie: víme o čem mluvíme?* 1. vyd. Praha: Cesta domů, 2006. ISBN 80-239-8592-2.
50. ŠTÉBLOVÁ, Jana. *Eutanazie, nebo paliativní medicína*. Olomouc, 2011. Bakalářská práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Pedagogická fakulta. Vedoucí práce PaedDr. Bronislava Štěpánková, Ph.D.
51. TRZOS, Timea a Kateřina NOTARI. Eutanazie - ano, či ne? *Sestra*. 2013, roč. 23, č. 02. str. 18. ISSN 1210-0404.
52. ULRICOVÁ, Monika. *Různé tváře smrti : vybrané kapitoly z thanatologie*. 1. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 2009. ISBN 978-80-7041-743-0.
53. Umírání [online]. 2011 [cit. 2013-03-10]. *Umírání a péče o nevyléčitelně nemocné: Soubor kvantitativních výzkumů pro hospicové občanské sdružení Cesta domů*. Dostupné také z WWW: <<http://www.umirani.cz/res/data/017/001909.pdf>>.
54. URBANOVÁ, Jana. *Paliativní péče - informovanost a postoje všeobecných sester*. Pardubice, 2011. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Eva Hlaváčková, Ph.D.

55. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. *Zdravotnická ročenka České republiky 2011*. ÚZIS ČR, 2012. ISBN 978-80-7472-024-6.
56. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. *Zdravotnická ročenka Pardubického kraje 2011*. ÚZIS ČR, 2012. ISBN 978-80-7472-017-8.
57. VÁCHA, Marek, Radana KÖNIGOVÁ a Miloš MAUER. *Základy moderní lékařské etiky*. 1. vyd. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-7367-780-0.
58. VALJENTOVÁ, Jana. Česká společnost paliativní medicíny [online]. 2012. [cit. 2013-03-03]. *Mobilní paliativní péče*. Dostupné z WWW: <<http://www.paliativnimedicina.cz/paliativni-medicina/mobilni-paliativni-pece>>.
59. Věstník MZČR 9/2004. [online]. 2010. [2013-03-03]. Dostupný z WWW: <http://www.fnusa.cz/files/kliniky/oop/Koncepce_osetrovatelstvi.pdf>.
60. VOKURKA, Martin a Jan HUGO. *Velký lékařský slovník*. 9. vyd. Praha: MAXDORF, 2009. ISBN 978-80-7345-202-5.
61. VORLÍČEK, Jiří, Zdeněk ADAM a Yvona POSPÍŠILOVÁ. *Paliativní medicína*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247-0279-7.
62. World Medical Association [online]. 2002. [cit. 2012-02-23]. *WMA Resolution on Euthanasia*. Dostupné z WWW: <<http://www.wma.net/en/30publications/10policies/e13b/>>
63. YALOM, Irvin. *Existenciální psychoterapie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-147-6.
64. YOUNGOVÁ, Adriana. Terminální stavy a paliativní péče. *Lékařské listy*. 2010, roč. 20, č. 18. str. 18. ISSN 0044-1996.

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obr. 1 Četnost setkání s terminálně nemocnými během studia	39
Obr. 2 Připravenost všeobecných sester během studia na kontakt s umírajícími v praxi	40
Obr. 3 Co chybělo v přípravě na umírajícího dle všeobecných sester	41
Obr. 4 Poptávka po doplnění informací ze strany zdravotníků v oblasti umírání	42
Obr. 5 Výběr tématu dle zájmu	43
Obr. 6 Znalost fází dle E. Kübler-Rossově	44
Obr. 7 Vybírání přesně definovaných fází dle E. Kübler-Rossově	45
Obr. 8 Správnost výběru	46
Obr. 9 Informovanost o paliativní péči	47
Obr. 10 Odpovědi všeobecných sester na charakteristiku paliativní péče	48
Obr. 11 Odpovědi všeobecných sester z krajské nemocnice	49
Obr. 12 Odpovědi všeobecných sester z fakultní nemocnice	49
Obr. 13 Postoj lékařů a sester k léčbě bolesti	55
Obr. 14 Postoj lékařů a sester z krajské nemocnice k léčbě bolesti	56
Obr. 15 Postoj lékařů a sester z fakultní nemocnice k léčbě bolesti	56
Obr. 16 Postoj k legalizaci eutanazie	57
Obr. 17 Obavy ze zneužití eutanazie	58
Obr. 18 Setkání se s přímou žádostí s eutanazií	59
Obr. 19 Situace vedoucí na myšlenku eutanazie	60
Obr. 20 Zábrany vůči provedení eutanazie	61

SEZNAM TABULEK

Tab. č. 1 Schopnost uspokojení biologických potřeb umírajícího	50
Tab. č. 2 Schopnost uspokojení psychologických potřeb umírajícího	51
Tab. č. 3 Schopnost uspokojení sociálních potřeb umírajícího.....	52
Tab. č. 4 Schopnost uspokojení spirituálních potřeb umírajícího	53
Tab. č. 5 Místo posledních dnů dle všeobecných sester	54
Tab. č. 6 Důvody proti provedení eutanazie	62
Tab. č. 7 Důvody pro provedení eutanazie	64

III. PŘÍLOHY

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A: Dotazník.....	83
Příloha B: Fáze prožívání těžké nemoci dle E. Kübler-Rossově.....	89
Příloha C: Péče o mrtvé tělo.....	91
Příloha D: Doporučení představenstva ČLK.....	92
Příloha E: 10 důvodů, proč NE eutanazii.....	97
Příloha F: Rooming-in při umírání.....	99
Příloha G: Charta umírajících (USA).....	101
Příloha H: Výuková prezentace - přiložena na CD	

Příloha A - Dotazník

Dotazník

Vážení respondenti,
jmenuji se Oldřich Hošek a jsem studentem 3. ročníku studijního oboru Všeobecná sestra na Fakultě zdravotnických studií Univerzity Pardubice.

Dotazník, který právě držíte v ruce, bude součástí mé bakalářské práce na téma „*Smrt a eutanazie očima všeobecné sestry*“. A tímto Vás žádám o jeho vyplnění. Mé výzkumné šetření zjišťuje základní znalost v oblasti umírání, smrti a eutanazie a opírá se zejména o Vaše dosavadní životní zkušenosti s výše zmíněnou problematikou.

Dotazník je zcela anonymní a slouží pouze k účelům mé bakalářské práce.

Předem všem respondentům děkuji za spolupráci.

Pohlaví

- ☐ žena
- ☐ muž

Nejvyšší dosažené vzdělání

- ☐ střední odborné
- ☐ střední odborné + PSS
- ☐ vyšší odborné
- ☐ vysokoškolské

Délka praxe na pozici všeobecné sestry?

- ☐ 0 - 5 let
- ☐ 6 - 10 let
- ☐ 11 - 15 let
- ☐ 16 let a více

1.) Setkala/a jste se někdy během studia s umírajícími pacienty?

- ☐ ano, často
- ☐ ano, ojediněle
- ☐ ne
- ☐ nepamatuji si

2.) Cítil/a jste se dostatečně připraven/a během Vašeho studia na kontakt s umírajícím nebo zemřelým?

- ☐ ano
- ☐ ne
- ☐ nepamatuji si

3.) Pokud jste na otázku č. 2 odpověděl/a negativně (vybral/a jste ne), zodpovězte prosím, následující otázku.

Uved'te, prosím, co Vám scházelo během Vašeho studia v této problematice (např. nedostatečná praxe v rámci studia; nedostatečná konverzace na téma umírání, potřeby umírajících; nebyl/a jsem zapojován/a do péče o umírajícího, apod.)

.....
.....

4.) Uvítal/a byste semináře, kongresy apod. v oblasti umírání a potřeb umírajícího, kde byste načerpal/a nové informace?

- ☐ ano
- ☐ ne

5.) Pokud jste na otázku č. 4 odpověděl/a pozitivně (vybral/a jste ano), zodpovězte, prosím následující otázku:

O jaká témata byste měl/a zájem?

.....
.....

6.) Znáte fáze vyrovnávání se s těžkou diagnózou dle E. Kübler-Rossové?

- ☐ ano
- ☐ ne

7.) Pokud jste na otázku č. 6 odpověděl/a kladně (vybral/a jste ano), zodpovězte, prosím následující otázku:

Vyberte správnou možnost:

E. Kübler-Rossová definovala fáze následovně:

- ☐ výkřik, popírání, intruze, vyrovnávání, smíření
- ☐ popření, citové vydírání, vyjednávání, deprese, smíření
- ☐ negace, agrese, smlouvání, deprese, smíření
- ☐ šok, zloba, vyhledávání, regrese, smíření

8.) Setkal/a jste se někdy s pojmem paliativní péče?

Pokud ano, vyberte možnost, kde jste byl/a poprvé seznámen/a s tímto pojmem.

- ☐ ano, v rámci studia (na SZŠ, VOŠ, VŠ)
- ☐ ano, v rámci své praxe nebo samovzdělávání
- ☐ ne

9.) Pokud jste na otázku č. 8 odpověděl/a kladně (vybral/a jste možnost ano), zodpovězte, prosím, následující otázku:

Které z následujících tvrzení nejlépe charakterizuje paliativní péči? Vyberte.

- ☐ paliativní péče představuje péči o nevyléčitelného pacienta, o onkologického pacienta
- ☐ paliativní péče je systém péče, kdy se nezhajují žádné léčebné kroky a je orientace na aplikaci opiátů ve vyšších dávkách z důvodu mírnění bolesti
- ☐ paliativní péče je komplexní, aktivní a na kvalitu života orientovaná péče poskytovaná pacientovi, který trpí nevyléčitelnou chorobou v pokročilém nebo terminálním stádiu

10.) Domníváte se, že jste schopna uspokojit potřeby umírajícího člověka (v rámci Holistického přístupu) a tím mu poskytnout důstojný odchod z tohoto světa?

Číslice 1 vyjadřuje, že nedokážete uspokojit potřeby v dané oblasti.

Číslice 5 vyjadřuje, že dokážete uspokojit potřeby v dané oblasti.

biologické potřeby 1 2 3 4 5

<i>psychologické potřeby</i>	1	2	3	4	5
<i>sociální potřeby</i>	1	2	3	4	5
<i>spirituální potřeby</i>	1	2	3	4	5

11.) Uved'te, jaké místo byste preferoval/a, pro své poslední dny života?

- ☐ domácí prostředí
- ☐ nemocnice
- ☐ LDN
- ☐ hospic
- ☐ domov důchodců
- ☐ jiné místo (uved'te)

.....

...

- ☐ nikdy jsem nad tím nepřemýšlel/a

12.) Vyberte možnost, která nejvíce charakterizuje, jaký mají lékaři a sestry na Vašem oddělení postoj k léčbě bolesti.

- ☐ aktivní, snaží se maximálně, pacienti u nás netrpí
- ☐ aktivní, avšak domnívám se, že by mohla být větší snaha
- ☐ léčba bolesti není pro většinu našich lékařů a sester prioritou

13.) Jste pro legalizaci eutanazie v České republice?

- ☐ ano
- ☐ v žádném případě
- ☐ nejsem schopen/schopna posoudit

14.) V případě, že by v ČR došlo k legalizaci eutanazie, uved'te, z čeho byste měl/a obavy?

.....

.....

.....

15.) Setkal/a jste se někdy s přímou žádostí Vašeho pacienta o eutanazii?

- ☐ ano, již jsem se setkal/a s touto žádostí
- ☐ ne, nikdy

16.) Vyberte situace, které přivádí (by mohly přivést) Vaše pacienty k myšlence na eutanazii.

- ☐ silná bolest nereagující na farmaka
- ☐ strach ze ztráty důstojnosti
- ☐ strach ze závislosti
- ☐ těžká dušnost
- ☐ silná deprese

17.) V případě legalizace eutanazie, měl/a byste problém ji provést u pacienta?

- ☐ ano
- ☐ ne

18.) Pokud jste na otázku č. 17 odpověděl/a kladně (vybral/a jste možnost ano), zodpovězte, prosím, následující otázku:

Z jakých důvodů byste nepodal/a eutanazii? Uved'te, prosím:

Možno vybrat více odpovědí.

- a) velká míra zodpovědnosti (lékař ani sestra nemá právo rozhodovat o konci života)
- b) cítil/a bych se jako vrah (nejedná se o morální čin)
- c) sám/sama bych nechtěl/a, aby někdo tímto způsobem rozhodl o mém konci na tomto světě
- d) právo na eutanazii není právem, které vychází z právní vědy
- e) nelze vzít v potaz výběr umírajícího pacienta na volbu eutanazie - pacient v pokročilé fázi přijímá jakékoliv nápady jiných (eutanazii bere jako vysvobození, nemyslí racionálně)
- f) nejedná se o důstojný odchod z tohoto světa
- g) eutanazie není v souladu s Hippokratovou přísahou
- h) eutanazie je v rozporu s Desaterem přikázání (5. přikázání: *Nezabiješ.*)
- i) jiné (uved'te)

.....

19.) Pokud jste na otázku č. 17 odpověděl/a záporně (vybral/a jste možnost ne), zodpovězte, prosím, následující otázku:

Z jakých důvodů byste podal/a eutanazii. Uveďte, prosím:

Možno vybrat více odpovědí.

- a) nepřeji si, aby lidé nesmyslně trpěli (zbavit pacienta jeho utrpení)
- b) pacient má „právo zemřít“ (neboli má právo na „milosrdnou smrt“), zachování autonomie pacienta
- c) v případě uvážené žádosti pacienta nevidím problém (bere v potaz, že se jedná o poslední opatření)
- d) pokud byly vzaty všechny úvahy a hledány všechny alternativy, z nichž eutanazie jediná zbyla
- e) jiné (uveďte)

.....

Příloha B - Fáze prožívání těžké nemoci dle E. Kübler-Rossově

E. Kübler-Rossová přehledně formulovala fáze vyrovnávání se s těžkou diagnózou. Fáze popsala na základě poznatků, které získávala trávením času s umírajícími nemocnými a jejich rodinami. Těmito fázemi neprochází pouze nemocný, ale i jeho rodina. Fáze se mohou překrývat.

1. Negace (šok, popírání a izolace)

Pacient může odmítat ordinace lékaře, další spolupráci a péči. Může reagovat: „Ne, já ne, pro mě to neplatí. Jedná se o omyl. Zaměnili jste výsledky.“ V této fázi je nutné navázat kontakt a získat důvěru nemocného. Avšak nesmíme násilně zasahovat do průběhu, pouze v případě, že se pacient chová destruktivně (např. odmítá léčbu).

2. Agrese (hněv, vzpoura)

Nemocný má zlost na všechny ostatní zdravé lidi, na zdravotníky. Hledá viníka, a vyčítá nespravedlnost. Jeho reakce může být: „Proč zrovna já? Nic mi nebylo.“ Nemocný se může hrubě vyjadřovat. Dovolíme nemocnému odreagovat se. Žádoucí je, abychom si uvědomili, že nemocný se nezlobí na nás osobně. Musíme plánovat ošetrovatelskou péči s pacientem. Nechat volný průběh hněvu, zlosti a pokračovat v diskuzi a dotazech.

3. Smlouvání (vyjednávání, kompromisy)

V této fázi hledá nemocný zázračné léky, léčitelé. Je ochoten zkusit všechny „zaručené“ rady a pověry. Činí velké sliby a je ochoten zaplatit i velkou sumu. Na straně zdravotníků je, aby si uvědomili, že nemocný potřebuje čas, aby se smířil se situací. Měli bychom mluvit o lidech a věcech pro něj důležitých. Stanovují se malé, ale realistické cíle.

4. Deprese (smutek)

U pacientů se začíná objevovat strach a smutek z hrozící ztráty. Zejména u mužů se projevuje strach o zajištění rodiny. Nemocný je unavený, špatně spí, pláče, je apatický, má nezájem o lidi, trpí nechutenstvím. Namísto je naslouchat, tiše sedět v jeho blízkosti, pokusit se urovnat vztahy (využít pomoc psychologa). Akceptujeme pláč, zachováváme důstojnost pacienta.

5. Smíření (akceptace, souhlas)

Probíhá vyrovnávání se. Nastává čas loučení a uvědomění si faktu, že boj skončil. Umírající je často v klidu, neprojevuje emoce. V této fázi bychom měli projevit upřímnou lidskou

přítomnost beze slov. Držet umírajícího za ruku, pohladit ho. Zajistit kontakt s rodinou, na kterou ale nezapomínáme - častokrát potřebuje i ona pomoc.

(Svatošová, 2011; Kelnerová, 2007; Krupka, 2011)

Příloha C - Péče o mrtvé tělo

Všeobecná sestra neprodleně informuje lékaře při zjištění úmrtí pacienta a zaznamená přesný čas úmrtí do zdravotnické dokumentace.

Úmrtí vždy konstatuje lékař, a to na podkladě platných odborných kritérií.

Mrtvé tělo může být odvezeno z oddělení za 2 hodiny od konstatování smrti. V tuto dobu by mělo být tělo uloženo ve vhodném prostředí (dle standardu zdravotnického oddělení), jelikož mrtvé tělo by nemělo zůstat na pokoji společně s ostatními nemocnými.

Úkolem všeobecné sestry při poskytování poslední péče je:

- zajistit intimitu zemřelého,
- svléci tělo a uložit jej do vodorovné polohy,
- sejmout z těla všechny šperky a jiné předměty (prsteny, řetízky, hodinky, apod.),
- zkrátit všechny invazivní vstupy (cévky, kanyly, drény), aby bylo možné je dostatečně vytáhnout, ale nemohly vypadnout,
- převázat rány,
- vyjmout z dutiny ústní snímatelnou zubní protézu,
- zajistit identifikaci zemřelého (identifikace zemřelého se provádí dle standardu zdravotnického zařízení - standardem je pravé zápěstí a kotník PDK),
- zabalit tělo do prostěradla anebo do jednorázového obalu k účelu určenému,
- po 2 hodinách zajistit, aby bylo tělo z oddělení odvezeno,
- zapsat záznam o úmrtí do „Hlášení sester“,
- sepsat pozůstalosti.

O smrti rodinu vždy informuje lékař (osobně, telefonicky nebo telegrafem).

(Nejedlá, Svobodová a Šafránková, 2004)

Příloha D - Doporučení představenstva ČLK

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

1. Posláním Rady Evropy je chránit důstojnost všech lidí a práva, která z ní lze odvodit.
2. Pokrok medicíny umožňuje v současné době léčit mnohé dosud neléčitelné nebo smrtelné choroby, zlepšení lékařských metod a rozvoj resuscitačních technik dovolují prodlužování života lidského jedince a odsouvání okamžiku jeho smrti. V důsledku toho se však často nebere ohled na kvalitu života umírajícího člověka a na osamělost a utrpení jak pacienta, tak jeho blízkých a těch, kdo o něj pečují.
3. V roce 1976 v rezoluci č. 613 deklarovalo Parlamentní shromáždění, „že umírající nemocný si nejvíce ze všeho přeje je zemřít v klidu a důstojně, pokud možno v komfortu a za podpory jeho rodiny a přátel.“ V Doporučení číslo 779 z roku 1976 k tomu dodalo, že „prodloužení života by nemělo být jediným cílem medicínské praxe, která se musí současně zabývat i úlevou od utrpení.“
4. Konvence o ochraně lidských práv a lidské důstojnosti s ohledem na aplikaci biologie a medicíny od té doby vyjádřila důležité zásady a připravila cestu, aniž se explicitně věnovala specifickým potřebám smrtelně nemocných nebo umírajících lidí.
5. Povinnost respektovat a chránit důstojnost všech smrtelně nemocných a umírajících osob je odvozena z nedotknutelnosti lidské důstojnosti ve všech obdobích života. Respekt a ochrana nacházejí svůj výraz v poskytnutí přiměřeného prostředí, umožňujícího člověku důstojné umírání.
6. Jak v minulosti i v současnosti ukázaly mnohé zkušenosti s utrpením, je třeba tato opatření uskutečňovat zvláště v zájmu nejzranitelnějších členů společnosti. Tak jako lidská bytost začíná svůj život ve slabosti a závislosti, stejně tak potřebuje ochranu a podporu, když umírá.

7. Základní práva odvozená z důstojnosti smrtelně nemocných nebo umírajících osob jsou dnes ohrožena mnoha faktory:

- nedostatečnou dostupností paliativní péče a dobré léčby bolesti,
- častým zanedbáváním léčby fyzického utrpení a nebráním zřetele na psychologické, sociální a spirituální potřeby,
- umělým prodlužováním procesu umírání buď nepřiměřeným používáním medicínských postupů nebo pokračováním v léčbě bez souhlasu nemocného,
- nedostatečným kontinuálním vzděláváním a malou psychologickou podporou ošetřujícího personálu činného v paliativní péči,
- nedostatečnou péčí a podporou příbuzných a přátel terminálně nemocných či umírajících osob, kteří by jinak mohli přispět ke zmírnění lidského utrpení v jeho různých dimenzích,
- obavami nemocného ze ztráty autonomie, že bude závislým na rodině i institucích a stane se pro ně zátěží,
- chybějícím nebo nevhodným sociálním i institucionálním prostředím, které by mu umožňovalo pokojné rozloučení s příbuznými a přáteli,
- nedostatečnou alokací prostředků a zdrojů pro péči a podporu smrtelně nemocných nebo umírajících,
- sociální diskriminací, která je vlastní umírání a smrti.

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

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

9. Shromáždění proto doporučuje, aby Výbor ministrů vyzval členské státy Rady Evropy, aby ve všech ohledech respektovaly a chránily důstojnost smrtelně nemocných nebo umírajících lidí, a to tím:
- a) že uznají a budou hájit nárok smrtelně nemocných nebo umírajících lidí na komplexní paliativní péči a že přijmou příslušná opatření:
- aby zajistily, že paliativní péče bude uznána za zákonný nárok individua ve všech členských státech
 - aby byl všem smrtelně nemocným nebo umírajícím osobám dopřán rovný přístup k přiměřené paliativní péči
 - aby byli příbuzní a přátelé povzbuzováni, aby doprovázeli smrtelně nemocné a umírající a aby jejich snaha byla profesionálně podporována. Pokud se ukáže, že rodinná nebo soukromá péče nestačí nebo je přetěžována, musejí být k dispozici alternativní nebo doplňkové formy lékařské péče
 - aby ustavily ambulantní týmy a síť pro poskytování paliativní péče, které by zajišťovaly domácí péči vždy, pokud je možné pečovat o smrtelně nemocné nebo umírající ambulantně
 - aby zajistily spolupráci všech osob podílejících se na péči o smrtelně nemocného nebo umírajícího pacienta
 - aby vyvinuly a vyhlásily kvalitativní normy pro péči o smrtelně nemocné nebo umírající
 - aby zajistily, že smrtelně nemocné a umírající osoby, pokud si nebudou přát jinak, dostanou přiměřenou paliativní péči a tišení bolestí, i kdyby tyto léčba mohla mít u příslušného jedince jako nežádoucí (vedlejší) účinek léčby za následek zkrácení života jedince
 - aby zajistily, že ošetřující personál bude vyškolen a veden tak, aby mohl každému smrtelně nemocnému nebo umírajícímu člověku poskytnout v koordinované týmové spolupráci lékařskou, ošetrovatelskou a psychologickou péči v souladu s nejvyššími možnými standardy
 - aby založily další a rozšířily stávající výzkumná, výuková a doškolovací centra pro obor paliativní medicíny a péče, stejně jako pro interdisciplinární tanatologii
 - aby zajistily alespoň ve větších nemocnicích vybudování specializovaných oddělení paliativní péče a tanatologických klinik, které by mohly nabídnout paliativní medicínu a péči jako integrální součást každé lékařské činnosti
 - aby zajistily, že bude paliativní medicína a péče ukotvena ve veřejném vědomí jako důležitý cíl medicíny
- b) tím, že budou chránit právo smrtelně nemocných a umírajících osob na sebeurčení a že pro to přijmou nutná opatření:

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

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

(Špinková, Špinka, 2007)

Příloha E - 10 důvodů, proč NE eutanazii

1. Právo na eutanazii není právem, které by vycházelo z právní vědy. Takové právo by pošlapávalo skutečné právo na život a hrubým způsobem by narušovalo integritu jak nemocného, tak lékaře.
2. I kdyby právo na eutanazii bylo prohlášeno za legální a kdyby se ústava změnila, vždy by zůstalo nemorálním. Mravnost nestojí na zákonodárství ani na výsledcích referenda.
3. Každý důležitý lékařský problém zahrnuje i složku mravní. Nejedná se jen o jakýsi výběr, dle volby dotyčného. Je povinností lékařské profese, aby zaručila dokonalý odborný přístup k nemocným a k umírajícím – a eutanazie se stane zbytečnou. Na druhé straně by měl mít nemocný plné právo, mravní i legální, přemíru léčby, která vede jen k protahovanému umírání, odmítnout.
4. Eutanazie není autonomním výběrem. Nemocní jsou v pokročilé fázi onemocnění velmi zranitelní a snadno přijímají jakékoliv nápady jiných – o nápadech lékařů ani nemluvě. Cítí se již být odcizeni vůči zdravým, vinní tím, že jsou zátěží pro ostatní, zahanbeni pro své těžkosti a slabosti, plní nejrozličnějších strachů a velmi citliví vůči různým návrhům. Stačí pozorně sledovat holandské televizní programy, jež dělají eutanazii reklamu. Stačí pozorovat, jak „svobodné a autonomní“ rozhodnutí nemocného je. Každý vidí, jak je takové rozhodnutí prováděno: nejprve hovory s lékařem, pak se ženou, s příbuznými, s ošetřovatelkou, s jinými nemocnými, s právníky atd.; a pacient, o jehož bytí a nebytí se jedná, se ke slovu ani nedostane. Pečlivá kontrola nad tímto děním pak vede ke ztrátě kontroly vůbec. Zde lze připomenout i nové zákony, výše zmíněné. Při jejich studiu z nich přímo číší záměr ochránit lékaře před trestem, popřípadě dokázat, že se nejednalo o trestný čin. Zájem o dobro nemocného se díky této snaze ocitá zcela v pozadí.
5. Uzákonění možnosti usmrcovat nemocné by dalo lékařům nesmírnou moc. Není to totiž nemocný, který určuje, že léčba je beznadějná, že utrpení je nesnesitelné a že je již „připraven“ k eutanazii. Právní zajištění proti jakýmkoliv zneužitím v tomto směru je zcela nereálné. Lékař, stejně tak jako kdokoliv jiný, nemůže uniknout svým předsudkům, svým hodnotám, svým představám o životě a smrti, svým představám o tom, kolik utrpení by on sám unesl. Veškerá zkušenost pak učí, že pacienti se rozhodují většinou pod vlivem

psychických depresí nebo jiných rozlad; jejich léčba naopak často vede ke změně smýšlení, pokud jde o ukončení života.

6. Eutanazie není „smrtí milosrdnou“ ani „smrtí soucitnou“, není provedena vlivem soucitu. Nezapomeňme, že soucit musí být „soutrpěním“ – (latinsky *patior cum* – trpím s: anglicky *compassion*). Nesmí být jen lítostí.
7. Kluzký svah není pohádkou. Byl jednoznačný jak v akci eutanazie za nacismu, tak i v dnešních akcích moderních. Zabíjení lidí nekompetentních při neustálém vyhlašování respektu k autonomii nemocného je toho důkazem
8. Eutanazie není smrtí důstojnou. Domníváme se snad, že žádat o zabití v důsledku naprosté beznaděje a být zabit svým lékařem je důstojným postupem? Navíc, když víme, že pacient mohl být lépe a účinně ošetřován dobrou paliativní péčí, takže by o zabití ani nežádal?
9. Eutanazie není soukromou záležitostí. Všichni máme vztahy a různá provázání s jinými. Zabíjení má dopad na nás na všechny, je rozvratné pro celou společnost, pro její vnímání nedotknutelnosti a ceny života. Co vypoví násilná smrt rodině, přátelům, všem známým, všem, kteří trpí? Co jim řekne k jejich vlastnímu vyrovnávání se s chorobou a se smrtí?
I když se zdá, že někteří s takovým řešením souhlasí, jistě jsou otřeseni všichni. Mnozí s ním naopak nesouhlasí a strádají právě díky tomuto řešení. Svoboda (v našem případě značně pochybná a výše zpochybněná svoboda) jednoho člověka stojí v protikladu k ochraně celé společnosti, jejíž hodnoty rozleptává. Ochrana života byla dosud jednou z nejdůležitějších hodnot naší kultury a naší civilizace. Legalizace eutanazie znehodnocuje cenu životů dlouhodobě nemocných, lidí senilních, lidí narozených s těžkým handicapem.
10. Eutanazie je v přímém protikladu s náplní lékařství. Již od doby Hippokratovy přísahy bylo vždy lékařství spojováno i se závazkem mravním, s důrazem na to, aby život a umění byly v souladu. Zabíjení nemocných by vedlo k rozkladu lékařovy integrity a samozřejmě i k podkopání důvěry v lékaře a v lékařství vůbec. (Citát z Hippokratovy přísahy: „*Nepodám nikomu smrtící látku, i kdyby ji ode mne žádal, a ani nikomu tuto možnost nenavrhu.*“)

(Munzarová, 2008, str. 58 - 61)

Příloha F - Rooming-in při umírání

Práva pacientů, rodinných příslušníků a pečujících

1. Právo na shrnující a srozumitelné objasnění, na všezahrnující úpravu všech práv pacienta. Informace o právech pacienta by měly být obsaženy v jediné publikaci. Tato „příručka“ by měla obsahovat veškerá práva pacienta, která jsou v současnosti roztržštěná a nepřehledně obsažena v mnoha zákonech. Mezi práva pacientů patří např. právo na svobodné rozhodování, právo na důstojné zacházení a právo na uznání a respektování projevů vůle (tj. svobodné zamezení opatřením prodlužujícím život „za každou cenu“), právo na bezbolestné umírání, právo na informace a podporu při zajišťování a uplatňování práv pacienta.
2. Pacienti mají právo na svobodnou volbu místa umírání (doma, v hospici, v nemocnici). K zajištění tohoto práva musí být vybudována integrovaná zdravotnická a sociální zařízení na celostátní úrovni a měly by být rozšířeny již existující veřejné a soukromé služby.
3. Pacient má právo na přiměřenou péči v nemocnici, pečovatelském ústavu, v hospici nebo doma.
4. Staří lidé, trpící, umírající a jejich blízcí mají právo na lidskou solidaritu. Předpokladem toho je způsobilost k morálně a eticky odpovědnému a důstojnému zacházení s těmito osobami. Tento požadavek je kladen na každého člověka, který pracuje se staršími, umírajícími či trpícími osobami.
5. Právo na rooming-in přísluší také rodinným příslušníkům umírajících, což znamená, že v zařízeních k tomu určených musí být pro rodinné příslušníky vytvořena možnost zůstat „v kritické době“ umírání se svým blízkým až do konce. Předpokladem toho je kvalitní standardizace paliativních stanic, hospiců a zařízení pečujících o umírající a nevyлéčitelně nemocné a přestavba hierarchické struktury v těchto zařízeních tak, aby byla podporována interdisciplinární týmová práce a mezioborová komunikace.
6. V zájmu pacientů se musí pracovníci ve zdravotnických a sociálních profesích učit zacházet s těžce nemocnými a umírajícími, a to nejen během svého vzdělávání, ale také po dobu svého dalšího profesního růstu.
7. K problémům souvisejícím s umíráním a se smrtí by měla média přistupovat zodpovědným způsobem.

8. „Pomoc při umírání“ nesmí být zaměřena s „pomocí ke smrti“. Eutanazie se odmítá v každé formě. Musí být však usnadněno včasné použití látek k utišení bolesti.
9. Rituály jsou cennou pomocí při zvládání těžké situace umírání. To platí stejně tak pro dobu před smrtí jako pro dobu truchlení. Každý pacient a jeho rodinní příslušníci mají právo na rituály podle vlastní víry a vyznání. Význam tohoto ustanovení roste se stále stoupající migrací a nutností soužití různých kultur.
10. Integrita osobnosti musí být zachována i po smrti. Pitva by neměla být prováděna jako samozřejmost při každém úmrtí, ale jen tehdy, je-li to nutné a odůvodněné.

(Kelnerová, 2007)

Příloha G - Charta umírajících (USA)

- Mám právo na to, aby se se mnou až do smrti zacházelo jako s lidskou bytostí.
- Mám právo na naději, a nezáleží na tom, že se mění moje životní perspektiva.
- Mám právo vyjádřit své pocity a emoce týkající se blízké smrti.
- Mám právo podílet se na rozhodnutí týkajících se péče o mě.
- Mám právo na stálou zdravotnickou péči, přestože se cíl „uzdravení“ mé nemoci mění na „zachování pohodlí a kvality života“.
- Mám právo nezemřít opuštěn.
- Mám právo být ušetřen bolesti.
- Mám právo na poctivé odpovědi na své otázky.
- Mám právo nebýt klamán.
- Mám právo na pomoc rodiny a na pomoc pro rodinu v souvislosti s přijetím mé nemoci.
- Mám právo zemřít v klidu a důstojně.
- Mám právo uchovat si svou individualitu a mám právo na laskavé pochopení svých rozhodnutí a názorů.
- Mám právo být ošetřován pozornými, citlivými a zkušenými lidmi, kteří se pokusí porozumět mým potřebám a kteří budou prožívat zadostiučinění z toho, že mi budou pomáhat v tváři v tvář smrti.

(Plevová, 2011, str. 125)