

Eutanazie nebo paliativní péče

Bc. Eva Polakovičová

Diplomová práce
2013



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií


INSTITUT
MEZIOBOROVÝCH STUDIÍ BRNO

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Institut mezioborových studií Brno
akademický rok: 2011/2012

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Eva POLAKOVIČOVÁ**
Osobní číslo: **H118526**
Studijní program: **N 7507 Specializace v pedagogice**
Studijní obor: **Sociální pedagogika**

Téma práce: **Eutanazie nebo paliativní péče**

Zásady pro vypracování:

Zadané a zvolené téma bude zpracováno podle pokynů obsažených v materiálu IMS "Metodika psaní odborného textu a výzkum v sociálních vědách" (IMS 2009). Případně podle dalších materiálů, z nichž některé jsou obsaženy v literatuře připojené k tomuto studijnímu textu. Zejména bude dbáno na dodržování zásad publikační etiky a pravidel společenskovedního výzkumu. Průběžné výsledky práce budou pravidelně konzultovány s vedoucím diplomové práce.

S vědomím těchto zásad a pravidel a po konzultaci s vedoucím práce bude práce zaměřena na:

- vysvětlení základních pojmů souvisejících s eutanazií a paliativní péčí;
- analýzu historie a současnosti obou jevů;
- etické, teologické a právní aspekty obou jevů.

Součástí práce bude průzkum zaměřený na zjištění povědomí, názorů a zkušeností dospělé populace ohledně paliativní péče a eutanazie.



Rozsah diplomové práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

Brovinsová, M., Oehmke, T. ... ja nebo milosrdenství. Praha: Brána, 1996

Günter, V. Žít až do konce: etika umírání, smrti a eutanazie. Praha: Vyšehrad, 2000

Haškovcová, H. Lékařská etika I. Praha: Galén, 1994

Munzarová, M. Eutanazie nebo paliativní péče?. Praha: Grada, 2005

Pollard, B. Eutanazie ano či ne?. Praha: Dita, 1996

Rotter, H. Důstojnost lidského života. Praha: Vyšehrad, 1999

Vozár, J. Eutanázia: právne aspekty. Pezinok: Formát, 1995

Další literatura bude obsažena v Projektu diplomové práce a průběžně doplňována během práce na tomto textu.

Vedoucí diplomové práce:

PhDr. Mgr. Zdeněk Šigut, Ph.D.

Skupina managementu a ekonomiky

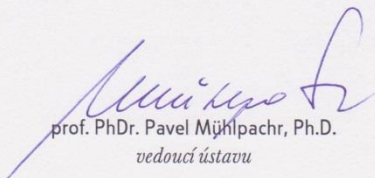
Datum zadání diplomové práce:

30. listopadu 2011

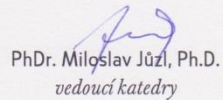
Termín odevzdání diplomové práce:

31. března 2013

V Brně dne 30. listopadu 2011


prof. PhDr. Pavel Měhlpachr, Ph.D.
vedoucí ústavu




PhDr. Milošlav Jůzl, Ph.D.
vedoucí katedry

PROHLÁŠENÍ AUTORA DIPLOMOVÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním diplomové práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že diplomová práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji diplomovou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – diplomovou práci – nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování diplomové práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky diplomové práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze diplomové práce jsou totožné;
- na diplomové práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

EVA POLAKOVICHOVA

Jméno, příjmení studenta

V Brně 8.3.2013

Podpis

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlédnutí veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užíje-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu, k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst. 3). Odpirá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jim dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlíží k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Diplomová práce „Eutanazie nebo paliativní péče“ sestává ze čtyř kapitol. První tři kapitoly jsou teoretické a čtvrtá kapitola je praktická. V teoretické části práce se pojednává o problematice stáří, umírání, smrti, eutanazie a paliativní péče. Všechny klíčové pojmy jsou definovány a vymezeny, jsou charakterizovány formy a historie eutanazie i paliativní péče, analyzovány etické i právní souvislosti eutanazie, je popsáno její praktikování ve vybraných státech, je vymezena bolest, její léčba a možnosti sociální pomoci umírajícím.

Cílem praktické části diplomové práce je zjistit povědomí dospělé populace o umírání, smrti, aspektech eutanazie a paliativní péče. Výzkum byl proveden technikou dotazníkového šetření. Výsledky jsou znázorněny pomocí tabulek a grafů.

Klíčová slova: stárnutí, stáří, umírání, smrt, eutanazie, paliativní péče, hospice, bolest, etika, sociální péče

ABSTRACT

The diploma thesis „Euthanasia or Palliative Care” consists of four chapters. The first three chapters are theoretical and the fourth chapter is practical. In the theoretical part of the thesis deals with problems of aging process, old age, dying, death, euthanasia and palliative care. All key terms are defined and specified, there are characterised forms and history of euthanasia and palliative care, analysed ethical and legal contexts of euthanasia, described its practising in chosen states, it is defined the pain, its therapy and possibilities of the social care to the dying persons.

The practical part of the thesis is focused on finding out the knowledge of the adult population about dying, death, aspects of euthanasia and palliative care. The research was made by the questionnaire inquiry technique and its results are represented in tables and graphs.

Keywords: aging process, old age, dying, death, euthanasia, palliative care, hospice, pain, ethics, social care

Poděkování

Děkuji panu PhDr. et Mgr. Zdeňku Šigutovi, PhD., MPH, vedoucímu práce, za velmi užitečnou metodickou pomoc, odborné poznatky a cenné rady, které mi poskytl při zpracování diplomové práce. Dále mu děkuji za ochotný přístup při vedení mé diplomové práce.

V neposlední řadě chci poděkovat své rodině a přátelům za pomoc a morální podporu, kterou mi poskytli při zpracování diplomové práce a které si velice vážím.

Bc. Eva Polakovičová

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma „Eutanazie nebo paliativní péče“ zpracovala samostatně a použila jsem literaturu uvedenou v seznamu použitých pramenů a literatury, který je součástí této diplomové práce.

Prohlašuji, že odevzdaná verze diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

V Brně dne 8. 3. 2013

.....

Bc. Eva Polakovičová

OBSAH

ÚVOD	8
I TEORETICKÁ ČÁST	10
1 ZÁVĚR LIDSKÉHO ŽIVOTA	11
1.1 STÁRNUTÍ.....	11
1.2 STÁŘÍ.....	19
1.3 UMÍRÁNÍ.....	24
1.4 SMRT.....	30
1.5 DÍLČÍ ZÁVĚR.....	33
2 EUTANAZIE	34
2.1 FORMY A HISTORIE EUTANAZIE.....	34
2.2 ETICKÉ ASPEKTY EUTANAZIE.....	38
2.3 EUTANAZIE A PRÁVO.....	43
2.4 EUTANAZIE VE VYBRANÝCH STÁTECH.....	46
2.5 DÍLČÍ ZÁVĚR.....	50
3. PALIATIVNÍ PÉČE	51
3.1 VYMEZENÍ A HISTORIE PALIATIVNÍ PÉČE.....	51
3.2 FORMY PALIATIVNÍ PÉČE.....	56
3.3 BOLEST, JEJÍ LÉČBA A ZVLÁDÁN.....	60
3.4 SOCIÁLNÍ TEMATIKA V PALIATIVNÍ PÉČI.....	66
3.5 DÍLČÍ ZÁVĚR.....	70
II PRAKTICKÁ ČÁST	72
4. DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ	73
4.1 CÍLE A PŘEDPOKLADY VÝZKUMU.....	73
4.2 METODIKA VÝZKUMU.....	74
4.3 HYPOTÉZY VÝZKUMU.....	74
4.4 VÝSLEDKY VÝZKUMU A OVĚŘENÍ HYPOTÉZ.....	75
4.5 DISKUZE.....	95
4.6 DÍLČÍ ZÁVĚR.....	97
ZÁVĚR	99
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	101
SEZNAM TABULEK	105
SEZNAM PŘÍLOH	107

ÚVOD

Zcela přirozeně a samozřejmě všichni, podle názorů některých odborníků, již od samotného narození začínáme stárnout. Tomuto procesu se nemůže nikdo z nás vyhnout. Postupem času se ti šťastnější doberou životní etapy, kterou nazýváme stáří. Tak přirozeně jako stárneme, čeká na každého z nás na konci naší životní etapy smrt.

A právě na to, jakou podobu smrt samotná i proces umírání neboli náš odchod z tohoto světa mohou mít, se při psaní této práce zaměříme. Eutanazie a paliativní péče představují jakési pomyslné protipóly přístupu k umírání a ke smrti. Eutanazie zdůrazňuje především autonomii a svobodu každého jedince při rozhodování o nakládání se svým vlastním životem. Bere v úvahu především subjektivní zhodnocení kvality života a následnou možnost rozhodnout se o jeho předčasném ukončení. Principy paliativní péče staví naopak na tom, že životní podmínky a kvalita života se vždy dají dostupnými prostředky a péčí posunout na takovou úroveň, která je pro člověka přijatelná, a proto není nezbytné život předčasně ukončovat. Každý z přístupů má ve společnosti své příznivce a také odpůrce. Každý z nás se k umírání a ke smrti může stavět jinak. Stejně jako můžeme v důsledku vlastní zkušenosti své postoje k těmto otázkám v průběhu života změnit. Náš postoj může ovlivnit to, zda jsme mužem či ženou, jaké máme vzdělání či jakou víru vyznáváme a jestli vůbec. Vzhledem ke stále narůstající ztrátě duchovních hodnot a stále častější proklamaci eutanazie se dá předpokládat, že jejich zastánců bude ve společnosti přibývat.

Otázkami eutanazie a paliativní péče se proto, že mohou být součástí života každého z nás, nezabývají jen odborníci z řad lékařů, psychologů, duchovních, sociálních pracovníků, ale celá široká veřejnost. Je proto potřeba, aby oba termíny byly zcela jasně definovány a jednoznačně vymezeny tak, aby nedocházelo k jejich záměrnému či nezáměrnému zkreslování. Především otázka eutanazie a jejího případného zneužití musí být ve společnosti řešena a musí být poukazováno na její případná rizika a působeno proti nim preventivně.

Cílem diplomové práce je shrnout současné stěžejní poznatky z oblastí stáří, umírání a především eutanazie a paliativní péče z hlediska psychologie, pedagogiky, sociální práce a dále pak zjistit povědomí a názory veřejnosti na problematiku eutanazie a paliativní péče.

Abychom dosáhli naplnění cíle práce, rozdělili jsme ji na dvě části. První teoretická část sestává ze tří kapitol. V první kapitole se pokusíme o vymezení a objasnění pojmů souvisejících se závěrečným obdobím lidského života a nejdůležitějších změn a událostí,

jež je provázejí. Ve druhé kapitole se seznámíme s obsahem pojmu eutanazie, s její historií, formami, etickými aspekty v ní obsaženými, jejími souvislostmi s oblastí legislativy a její praxí v některých státech. Ve třetí kapitole se pak zaměříme na paliativní péči. Vymezíme si její obsah, historii, uvedeme její hlavní formy, dále se budeme věnovat souvisejícím otázkám bolesti a možností její léčby a sociálními souvislostmi v situaci nevléčitelně nemocných.

V praktické části práce analyzujeme, na základě dotazníkového šetření mezi dospělou populací, povědomí veřejnosti o oblasti umírání, eutanazie i paliativní péče s cílem zjistit její postoje, názory, znalosti a zkušenosti.

Hlavní metodou teoretické části práce je analýza dostupné literatury k danému tématu na základě jejího studia a dále pak logické metody jako dedukce, indukce, analýza, syntéza. Metodu praktické části diplomové práce bude představovat dotazníkové šetření. Dotazníky budou adresovány dospělé populaci tak, aby v ní pokud možno byly reprezentativně zastoupeny kategorie pohlaví, věku či vzdělání.

Vzhledem k obsáhlosti a šíři tématu diplomové práce v ní jistě nenajdeme všechny aspekty s tématem související. Zaměřili jsme se především na sféru pedagogickou, sociální, právní a psychologickou. V práci se neobjevují například souvislosti z oblastí teologie či čistě medicínské, neboť to není v souladu s cílem naší práce.

Souvislost této práce s předmětem sociální pedagogiky vidíme především v prevenci nedostatečně uspokojivé kvality života seniorů a nevléčitelně nemocných pacientů, v lepší zapojitelnosti blízkých osob v péči o ně, ve zkvalitnění vzdělávání v oblasti paliativní péče jak u zdravotnického personálu, tak u lékařů. Je třeba si uvědomit, že tam kde končí naše možnosti v léčbě, nesmí skončit naše péče, pomoc a podpora.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 ZÁVĚR LIDSKÉHO ŽIVOTA

Člověk od svého narození prochází určitými vývojovými obdobími majícími své specifické úkoly, funkce, a které provázejí určité změny a zvláštnosti. Každá z etap lidského života je jedinečná a každá přispívá k utváření a dotváření osobnosti jedince. Dalo by se říci, že všechny předcházející údobí, kterými jsou etapy dětství a dospělosti, se podílejí na tom, jak bude vypadat poslední údobí našeho života, a sice stáří. Jak k němu budeme přistupovat, jak jej budeme prožívat a především to, jak se budeme stavět ke zhodnocení dosavadního průběhu našeho života, s nímž souvisí vytvoření našeho postoje k umírání a ke smrti. Budeme se jí obávat? Budeme ji očekávat smířením? Budeme ji s netrpělivostí vyhlížet? Budeme na ni připraveni? Člověk většinou umírá tak, jak žil.

1.1 Stárnutí

V úvodu této podkapitoly je jistě na místě vymezit pojem stárnutí. Jak tomu mnohdy bývá, každý z odborníků definuje stárnutí v něčem odlišně, ale ve své podstatě se shodují. Uveďme si proto několik definic stárnutí, jak se s nimi můžeme setkat v odborné literatuře. Stárnutí můžeme obecně vymezit jako „*specifický, nevratný a neopakovatelný biologický proces univerzální pro celou přírodu*“ (Topinková, Neuwirth In Ondrušová, 2011, s. 13). Z hlediska vztahu procesu stárnutí k jedinci a společnosti „*je stárnutí jevem všeobecným (stárne celá populace) i individuálním (stárne konkrétní jedinec)*“ (Zavázalová In Ondrušová, 2011, s. 13). Jednak obecně a jednak ve spojitosti s nejmarkantnějšími projevy procesu stárnutí jej můžeme vymezit jako „*zákonitý, druhově specifický celoživotní proces, jehož involuční projevy se stávají zřejmější ve čtvrtém decenniu, eventuálně na přelomu čtvrtého a pátého decennia,*“ (Mühlpachr, 2004, s. 22). Z ontologického hlediska se mezi jednotlivými vývojovými obdobími jedince vyskytují určitá přechodová období, kdy se jednotlivé strukturální i funkční vlastnosti udržují v relativní stabilitě a připravují se na následující stabilizované vývojové stádium. A stárnutí můžeme z tohoto pohledu považovat za „*přechodové stádium mezi obdobím dospělosti a stáří, za jakési biologické předpolí období stáří,*“ (Pacovský, 1990, s. 29). Dále například profesor Křivohlavý stárnutí hodnotí dle teleologických aspektů, tedy podle toho, co je cílem a účelem procesu stárnutí. „*Životním úkolem třetího úseku životní cesty člověka je kulturně i osobnostně zrát a dozrát v plně rozvinutou ucelenou a úctyhodnou harmonickou osobnost, která se stále ještě snaží podílet na kulturním dědictví a předávat jej dále.*“ (Křivohlavý, 2011, s. 16).

Proces stárnutí má své specifické znaky a vlastnosti. Mezi ně patří to, že se jedná o proces asynchronní postihující nerovnoměrně různé struktury a funkce organismu, částečně v souvislosti s jejich zatěžováním, stimulováním či poškozením chorobnými procesy. Dalším znakem stárnutí je jeho individuálnost. Každý stárneme se značnou interindividuální variabilitou, tedy stárneme každý jinak rychle, svým tempem v závislosti nejen na genetické výbavě, ale také například na životních podmínkách, interakci s prostředím, životním stylu, zdravotním stavu. Je zajímavé, že stárnutí může být ovlivněno také zásahy v tzv. kritických vývojových obdobích, kdy je organismus mimořádně vnímavý a také ovlivnitelný (Mühlpachr, 2004).

Jak již bylo uvedeno, je stárnutí procesem involučních změn, které se projevují v celistvosti lidské bytosti. Člověk stárne po své stránce biologické, psychologické i sociální. Jednotlivé projevy stárnutí jsou samozřejmě u každého jedince různé a navíc se často různí stárnutí v jednotlivých oblastech. Člověk může být z hlediska biologického věku již velmi starý, ale po stránce psychologické či sociální může působit jako mladík.

Hovoříme-li o **biologickém stárnutí**, hraje zde velkou roli tzv. biologický věk. Biologický věk poukazuje na objektivní stav fyzického vývoje či degenerace. Obecně se pojem biologický věk používá k vyjádření celkového stavu lidského organismu. Pro specifičtější určení biologického věku lze použít např. anatomický věk vyjadřující stav kosterní soustavy či tělesné stavby, nebo karpální věk vypovídající o stavu zápěstních kůstek či fyziologický věk vyjadřující například rychlost metabolismu organismu.

Samo stáří není chorobou, ale v jeho průběhu dochází k sumaci nepříznivých vlivů, a proto se zvyšuje četnost nemocných lidí. Markantním znakem nemocnosti ve stáří je polymorbidita, tedy jev, kdy člověk trpí vícerymi především chronickými onemocněními současně. Zdraví má ve stáří zcela jiné dimenze, než v mladém věku. Za zdravého lze pokládat člověka, který netrpí zjevně žádnou nemocí, necítí se nemocný a je soběstačný. Velmi důležité je ve stáří to, jak se jedinec se svým zdravotním stavem vyrovnává. Důležité je přizpůsobit se vlastním možnostem a především subjektivně akceptovat vzniklá omezení (Vágnerová, 2007).

V průběhu stáří se celkově zhoršuje tělesný stav jedince. Stárne tělo, což se projevuje například tím, že tělesné tkáně jako kůže a svaly ztrácejí svoji elasticitu, na buněčné úrovni dochází ke zhoršení funkce mitochondrií, vylučovací soustava zpomaluje činnost a snižuje se vylučování toxinů a jiných odpadních produktů

z organismu, trávicí soustava již tak efektivně nevstřebává živiny. Současně ubývá svalové hmoty, dýchací soustava nezajišťuje takový přívod kyslíku jako dříve. Co se týká oběhové soustavy, dochází jednak ke ztrátě srdeční síly a k zužování a ztrátě pružnosti periferních cév, čímž se zhoršuje rozvádění krve po těle. Především negativní změny v dýchací na oběhové soustavě mají neblahý vliv na příjem kyslíku do mozku a tím i příjem energie nezbytné pro správné fungování mozku a psychiky. Kardiovaskulární choroby mají fatální vliv na korové funkce mozku, což se nejvíce projevuje při tzv. mozkových mrtvicích (iktech) vedoucích k odumření částí mozkové tkáně. Snižená funkce vylučovací soustavy a hromadění toxických látek v těle pak neblaze působí na výkonnost nervové soustavy. Vedle výše uvedených patologických tělesných změn patří ke stárnutí také zhoršení funkce smyslů. Stárnutím podmíněné zhoršené smyslové vnímání ochuzuje mozek o možnost plného prožívání okolního světa. I když jsou negativní projevy spojené se smyslovým vnímáním nejvíce zřetelné právě ve stáří, smysly začínají upadat již v mladé dospělosti. Ve zrakové oblasti působí seniorům zmenšující se pružnost oční čočky problémy s akomodací čili zaostřením na různé vzdálenosti, které u nich následně vede k presbyopii (stařecké dalekozrakosti, vetchozrakosti). Velmi častou vadou bývá také ztráta zrakové ostrosti a schopnosti zaostřit na detail. Obecně se odhaduje, že až 75% seniorů potřebuje brýle a ani s jejich pomocí často nevidí dobře. Přibývající věk má vliv také na vnímání světla. Starší lidé mají zvýšený vizuální práh a vidí proto pouze intenzivnější světlo. Podobně se také snižuje schopnost přizpůsobit se zhoršujícím se světelným podmínkám a adaptace na vidění za šera. Zmenšuje se také zorné pole, starší lidé nedokáží vytočit oční bulvy nahoru a musejí proto zvedat celou hlavu. Tyto poruchy ale nemusejí starší lidi ochromovat. Mnohem více závažné jsou totální ztráta zraku nebo jiná vážná zraková porucha způsobená především šedým zákalem, zeleným zákalem a degenerací žluté skvrny na sítnici.

Také sluch v průběhu času slábne. Uvádí se, že například ve věkové skupině 70-80 let má vážné problémy se sluchem až 32% osob. Mezi nejčastější změny na vnějším uchu patří rozšíření ušního boltce a zanášení zvukovodu mazem ve větší míře. Toto však nepředstavuje závažnější či neřešitelný problém. Závažnější jsou změny ve středním uchu. Zde dochází ke zvápenatění kůstek středního ucha, které poté hůře přenáší zvuky především vyšší frekvence. Ve vnitřním uchu ubývá buněk a sluchový nerv vycházející z vnitřního ucha do mozku se stále více ztenčuje. Nejčastějším typem oslabení sluchu u starších lidí je presbykauze projevující se zhoršením vnímání zvuků o vysokých

frekvencích často umocněná jevem tak zvaného posilování hluku, kdy vysoké tóny jsou vnímány hlasitěji, zdeformovaně až bolestivě. Nejlepší prevencí je s takto postiženým člověkem šeptat. Zhoršuje se také schopnost určovat výšku zvuku a lokalizovat zdroj zvuku. Až desetina starších lidí navíc trpí tinitem, jevem známým jako zvonění v uších, který potlačuje vnímání ostatních zvukových signálů. Sluchové vady, mnohem více než ty zrakové, odřezávají jedince od jiných lidí a zvyšují riziko sociální izolace (Stuart-Hamilton, 1999).

Co se týká **psychických změn**, k nimž v průběhu stárnutí dochází, je třeba především zmínit, že stárnoucí člověk nemění kvalitativně strukturu své osobnosti. Na kvalitu psychiky nemá kalendářní věk značný vliv. Osobnostní rysy během stárnutí ale upadají nebo naopak získávají na své intenzitě, mění se kvantitativně. Říká se, že starý člověk karikuje svoji povahu. Například člověk citlivý se stává náchylnějším k depresím, člověk podezřívavý pak má tendenci k paranoie. V procesu stárnutí pak také dochází ke změně psychických kvalit regresivního charakteru. Zpomaluje se psychomotorické tempo především v zátěžových a složitých situacích, je ochuzena fantazie, vynalézavost, nápaditost, snižuje se rozhodnost, zvyšuje se emocionální labilita. Ne všechny psychické funkce se však mění, například jazykové schopnosti nebo intelekt mohou zůstat zcela zachovány. Ale v oblasti psychických funkcí se vše nemění jen k horšímu. Naopak se mohou zvyšovat soudnost, rozvaha, trpělivost a pochopení motivů jednání (Pacovský, 1990).

Psychologie stárnutí se, jak již bylo uvedeno, věnuje především zkoumání a popisu selhávání jednotlivých psychických funkcí a tedy tím, jak se psychické aktivity mění k horšímu, jak ochabují. Dalším předmětem zájmu psychologie stárnutí je například sociální determinace stárnutí, studie o plasticitě mozku, o moudrosti či o stanovování kritérií psychologického věku (Křivohlavý, 2011).

Jako první si v oblasti psychických změn souvisejících se stárnutím objasníme situaci v proměně některých **kognitivních funkcí**. Ve stáří dochází k nerovnoměrné proměně dílčích schopností i celkové struktury poznávacích procesů. Změny vyvolané stárnutím se projevují především ve funkcích sloužících k zaznamenání, ukládání a využívání informací. Pokles kognitivních kompetencí může mít značný vliv na kvalitu života, zejména pokud by znamenal ztrátu soběstačnosti a závislost na cizí osobě.

Velkou změnu v kognitivní oblasti představuje celkové zpomalení poznávacích procesů a prodloužení reakčních časů. Starší lidé nemusejí být méně schopní, ale zpomalení poznávacích procesů vede například k tomu, že nestačí zpracovat všechny potřebné informace, a proto následně vycházejí ze špatných premis. Ke zpomalení kognitivních procesů dochází nezávisle na situaci, ale je přímo úměrné její obtížnosti a složitosti. Seniorům trvá déle zpracování informací, ale také následná volba adekvátní reakce, proto pro ně samotné rozhodování představuje zátěž. Příčinou celkového zpomalení jsou změny ve fungování mozku. Zpomalení senzoričného zpracování podnětů, pomalejší přenos informací z jednoho centra mozku do jiného spojený s narušením a ubýváním synapsí či rychlost zpracování informací v centrální nervové soustavě (Vágnerová, 2007).

Percepce (vnímání), získávání smyslových podnětů bývá narušeno zhoršením a narušením zrakových a sluchových funkcí. Percepční problémy pak mohou narušovat i ostatní poznávací procesy, jako například pozornost, které na přesném a rychlém získávání informací závisejí. Obtížnost vnímání a přetížení pozornosti způsobuje únavu a s ní spojené emoční rozladění. Mnozí starší lidé, kteří hůře vidí nebo slyší, se raději stahují do ústraní, aby se vyhnuli nepříjemnostem, rezignují na některé činnosti, podnětově strádají a jejich kompetence se zhoršují kvůli nedostatečné stimulaci (Vágnerová, 2007).

V průběhu stárnutí se začínají objevovat také poruchy paměťových funkcí a s nimi spojené potíže s učením. Poruchy paměti úzce souvisejí s obtížnější koncentrací pozornosti a větší unavitelností starších lidí. Zhoršuje se jak zpracování a uložení nových informací, tak i vybavení již dříve zapamatovaného. Zhoršení paměti nezávisí jen na biologických změnách. Je to proces individuálně specifický závisející na zkušenostech, aktuálním zdravotním stavu, postoji k duševním činnostem, genetických předpokladech, ale také na vlastních pesimistických očekáváních a vyvozování radikálních závěrů o vlastní paměti. Úroveň paměti závisí také na vzdělání, rozumových schopnostech či míře užívání paměti. Lidé s vyšším vzděláním, širšími zájmy a častější intelektuální činností si paměť uchovávají na přijatelné úrovni podstatně déle.

Krátkodobá paměť slouží k tomu, aby potřebná informace byla podržena ve vědomí po dobu nutnou k jejímu zpracování. Pak je informace buď uložena do registru dlouhodobé paměti, nebo je ztracena. Krátkodobá paměť má složku primární a pracovní, které jsou navzájem propojené. Primární paměť umožňuje uchování informace a její bezprostřední reprodukci. Tato oblast klesá ve stáří jen mírně a velké procento seniorů si udrží její

dřívější kapacitu. Pracovní paměť informaci nejen uchová, ale umožňuje i její další zpracování. Výzkumy prokazují, že v průběhu stárnutí podstatně ubývá právě pracovní paměť, což je způsobeno omezením funkční kapacity mozku, který není schopen pojmout potřebné množství informací. Senioři také těžko podrží v paměti informaci, když zároveň zpracovávají jiné, které na ni navazují nebo z ní vyplývají. Další problém představuje nedostatečná schopnost seniorů eliminovat nepodstatné rušivé informace. Jejich pracovní paměť je tudíž zahlcena nepotřebnými informacemi znemožňujícími nalezení správné odpovědi. Také při převádění informace z krátkodobé paměti do registru dlouhodobé paměti dochází, z důvodu chybějící kognitivní kapacity, k jejímu zkrácení či ztrátě.

Stárnutí nepříznivě ovlivňuje také dlouhodobou paměť, neboť již nejsou k dispozici tak dokonalé metody k uložení a vybavení informací, a proto je paměť u seniorů méně přesná. Ti si mnohdy dokážou uchovat informaci v paměti třeba po celý život, ale velké problémy mají s jejím vybavením. Někdy se jeví, že si senioři lépe vybavují starší události, než ty nově uložené, což je dáno rozdílným způsobem jejich zpracování. Bývají opakovaně vybavovány a tím samozřejmě posilovány. Na rozdíl od vybavení, které vyžaduje hodně aktivity, nebývá znovupoznání, jež nenáročné na zpracování vstupní informace a má oporu v kontextu ve stáří, tolik narušeno. Jednotlivé složky komplexní dlouhodobé paměti se nemění stejně rychle. Rychleji upadá paměť explicitní, sloužící k vědomě vyhledávaným informacím, než paměť implicitní (Vágnerová, 2007).

Postupná proměna intelektových funkcí ve stáří je také značně individuální, variabilní a závislá na velkém počtu biologických i sociálních faktorů působících v interakci. Patří mezi ně genetické dispozice, sociální a osobnostní aspekty, chorobné procesy, zdravotní stav i degradace psychiky. Jak jsme již uvedli, je úpadek rozumových schopností značně variabilní. Viditelně degeneruje oblast fluidní inteligence označované za mechaniku inteligence. Důvodem jsou nedostatky v pozornosti, paměti i celkové zpomalení poznávacích procesů. Naopak krystalická inteligence se ve stáří, pokud se nejedná o jedince s demencí, nijak výrazně nemění. Senioři si dokáží uchovat znalosti, způsoby uvažování, již použitá řešení problémů, známé strategie, jen je nedokáží aplikovat tak pružně pohotově jako dřív (Stuart-Hamilton, 1999).

Změny se ale netýkají jen oblasti poznávacích funkcí. S přibývajícím věkem se mění také **emocionální stránka** člověka. Jak uvádí Vágnerová, na vývoj emocionálního prožívání mají vliv jak somatické, tak psychické i sociální faktory, které se navzájem ovlivňují. „*Jestliže starého člověka netrápí choroby, má uspokojivé vztahy s blízkými lidmi,*

nemá neřešitelné finanční problémy, pak může být jeho bazální emocionální pohoda vysoká nebo i vyšší než ve střední dospělosti“ (Vágnerová, 2007, s. 334). V rámci stárnutí dochází ke dvěma významným a zdánlivě protikladným změnám. Jednak dochází ke zklidnění, zmírnění a zpomalení emocionálního prožívání, na druhé straně pak k větší dráždivosti, citlivosti na různé podněty, zvýšení citové lability a snížení odolnosti k zátěžovým situacím a tím k jejich horšímu zvládnání.

Stejně tak se může v rámci obvyklých sociálních změn jevit stáří jako období emocionální pohody, protože člověk například odchází ze zaměstnání a zbaví se tak velké dávky povinností a stresu. Na druhé straně se ale zhoršuje zdravotní stav, zvyšuje se nejistota, obavy z budoucnosti, riziko ztrát a následná deprivace. Ztracené hodnoty se v seniorském věku obtížně nahrazují a snižují kvalitu života. To vede k negativnímu emočnímu vyladění depresivního charakteru. Pozitivní stránkou stárnutí je, že člověk lépe rozumí svým emocím, lépe diferencuje pocity, je si vědom toho, že i nepříjemné emoce jsou časově omezené, což zlepšuje jejich akceptaci a zvládnání. Proměny emocionálního prožívání v průběhu stárnutí jsou velmi interindividuální v kvalitě, frekvenci i intenzitě. Obecně se dá ale říct, že po 60. roce života klesají pozitivní a narůstají negativní emoce. Negativní emoce se prohlubují ve své intenzitě, nikoli však v délce jejich trvání. Zvyšuje se úzkostnost, depresivita a emoční ovlivnitelnost. S přibývajícím věkem se také u mnohých seniorů snižuje schopnost regulovat své emoce, jsou labilnější, nezvládají své rozlady, což vede k negativní odezvě ještě posilující jejich problém. Emoční regulace se neprojevuje jen ovládním pocitů a nálad ale také prevencí navození jejich negativních variant. Osvědčenou strategií, kterou můžeme u seniorů pozorovat, je například snížení aspirační úrovně a očekávání sloužící k vyhnutí se frustraci nebo vyhýbání se konfliktům (Vágnerová, 2007).

Nejen vědce od nepaměti zajímala otázka, proč člověk stárne. Když si lidé uvědomili, že všechno živé podléhá zákonitě procesu stárnutí, snažili se přijít na to, proč tomu tak je a také se pokoušeli všemožně tento proces zvrátit. Jejich snahy se ubíraly buď směrem k prodloužení života, nebo k prodloužení věku, kdy je člověk aktivní a ke zmírnění příznaků stáří. Není známo, které faktory jsou zodpovědné za rozvoj stárnutí, existuje pouze celá řada teorií a hypotéz. Jednou z takových teorií je teorie rychlosti života, již zformuloval Raymond Pearl. Tato teorie vychází z toho, že délka života organismu je dána tím, jak rychle vydává svoji energii. To podporují zjištění, že délka života přezimujících živočichů je ovlivněna dobou, kterou stráví ve stavu zimního spánku, kdy je

jejich metabolismus zpomalen. Jinou teorií je teorie lipofuscinová, v jejímž rámci navrhl Bernard Strehler čtyři kritéria-univerzálnost, vnitřnost, škodlivost a progresivnost, na základě kterých můžeme posoudit, zda sledované jevy jsou primární příčinou stárnutí. Tato kritéria splňuje lipofuscin, pigment stáří, jehož přítomnost byla zjištěna u všech druhů živočichů i rostlin. S přibývajícím věkem se kumuluje v různých tkáních a poškozuje jejich buňky. Lipofuscin je znám více než 250 let, ale mechanismus jeho vzniku a jeho analýza dosud nebyly zjištěny. Další teorie je teorie účinku reaktivních sloučenin kyslíku vypracovaná Denhamem Harmanem. Kyslík se v organismu využívá k oxidaci různých substrátů, přičemž se redukuje na vodu za působení čtyř elektronů. Tyto elektrony mohou uniknout z reakčního řetězce a podílet se na vzniku reaktivních kyslíkových sloučenin. S rostoucí námahou stoupá spotřeba kyslíku a tím se zvyšuje riziko tvorby těchto nebezpečných sloučenin poškozujících buňky. Ani umělé podávání antioxidantů nevedlo k cíli, neboť se následkem toho snížila hladina endogenních antioxidantů (Mühlpachr, 2004).

Také Pacovský se zabývá otázkou příčin stárnutí. Podle něj ale nejrůznější teorie a hypotézy nemohou odpovědět na to, proč stárneme. Jednak je to z důvodu metodologického. Stále se objevuje velké množství nových poznatků z nejrůznějších oblastí, ale tyto poznatky jsou většinou izolované a nelze je integrovat do systému a zjistit, které fenomény jsou příčinou a které důsledkem stárnutí. Navíc je stárnutí multifaktorovým dějem vzájemných interakcí genetických vlivů a vlivů vnějšího prostředí. Jednotlivé teorie jsou tak pouze schematické a neúplné. Pacovský uvádí například teorii metabolických omylů. Ty se ve stáří kumulují a buňka je posléze není schopna rozeznat, dále je metabolizuje, což vyústí v buněčnou smrt. Jiná teorie, teorie stárnutí makromolekul, se zabývá především molekulami kolagenu, které s přibývajícím věkem mění svou chemickou strukturu a funkci. Jinou teorií je teorie ekologická neboli teorie vnějších vlivů poukazující na mnohé negativní vlivy prostředí modifikující proces stárnutí. Patří sem různé chemické látky, složení stravy, psychosociální faktory a různé druhy záření. Zajímavou teorií je imunologická teorie, z jejíhož pohledu někteří odborníci vidí stáří jako prolongovaný a generalizovaný autoimunitní stav. Při dělení buněk nastávají chyby a s věkem klesá schopnost rozpoznávat a odstraňovat tyto omyly. Hromadí se tedy imunologicky vadný materiál vedoucí k nástupu autoimunitního fenoménu (Pacovský, 1990).

Kalvach pak průběh procesu stárnutí hodnotí podle následujících kategorií:

- úspěšné stárnutí, kdy je zdravotní i funkční stav seniora lepší než je průměr v populaci a umožňuje mu soběstačnost a celkovou aktivitu až do devátého decennia,
- normální stárnutí, kdy zdravotní i funkční stav seniora, jeho sociální role, míra zdravotních obtíží odpovídá vrstevníkům a normě ve společnosti,
- patologické stárnutí, při němž je zdravotní i funkční stav horší než je norma ve společnosti, choroby nastupují ve větší míře i rychlosti a senior je závislý na ostatních (Kalvach In Ondrušová, 2011).

1.2 Stáří

Co je to vlastně stáří? Kdy je člověk starý? Na tyto otázky neexistuje jediná univerzální odpověď. Naopak je možná celá řada odpovědí a tudíž vymezení stáří či stařeckého věku. Podle světové zdravotnické organizace *„je stařecký věk čili senence obdobím života, kdy se poškození fyzických či psychických sil stává manifestní při srovnání s předešlými životními obdobími“* (Haškovcová, 2010, s. 20). V současné době se pro druhou polovinu lidského života užívá toto členění: 45-59 let (střední či zralý věk), 60-74 let (rané stáří, vyšší věk), 75-89 let (stařecký věk, senium či vlastní stáří), 90 a více let (dlouhověkost), přičemž teprve od 75. roku života můžeme hovořit o skutečném stáří (Haškovcová, 2010). Dle Mühlpachra *„je stáří obecným označením pozdních fází ontogeneze, je důsledkem a projevem geneticky podmíněných involučních procesů modifikovaných dalšími faktory a je spojeno s řadou významných sociálních změn“* (Mühlpachr, 2004, s. 18). Velmi podobně vymezuje stáří i Pacovský, přičemž se také zmiňuje o nejednoznačnosti a složitosti vymezení samotného pojmu stáří. *„Jedná se o poslední etapu ontogenetického vývoje, které všechna předcházející období vtiskla svou pečeť a zanechala tu stopy. Zároveň má stáří biologická specifika, která jej odlišují od jiných vývojových etap“* (Pacovský, 1990, s. 29). Stáří můžeme definovat také jako *„poslední vývojovou etapu označovanou jako etapa postvývojová, protože již byly realizovány všechny latentní možnosti rozvoje. Přináší nadhled, moudrost, pocit naplnění, ale také úbytek energie, proměnu osobnosti a kumulaci nevyhnutelných ztrát ve všech oblastech“* (Vágnerová, 2007, s. 299).

Na stáří můžeme pohlížet z hlediska biologického, sociálního či kalendářního. Biologické stáří je hypotetickým označením konkrétní míry involučních změn obvykle

propojených se změnami způsobenými chorobami, které se vyskytují s vysokou frekvencí právě ve vyšším věku. Pokusy o stanovení biologického stáří jakožto přesnějšího ukazatele než stáří kalendářní se nezdařily, a proto se stanovení biologického stáří neuznává. Stále tak chybí objektivizace skutečnosti, že lidé stejného kalendářního věku mají nestejnou míru involučních změn. Sociální stáří je obdobím vymezeným kombinací několika sociálních změn či splněním určitého kritéria, a to především penzionováním. Sociální stáří je dáno změnou sociálních rolí, životního způsobu a ekonomického zajištění. Je tedy chápáno jako sociální událost. Tradičně se pak život člověka dle sociálního pohledu člení na věk předproduktivní, produktivní a poproduktivní. Někdy bývá přidáván také věk čtvrtý nazývaný fází závislosti. Kalendářní stáří je vymezeno dosažením určitého arbitrárního věku, od něhož se obvykle nápadně projevují involuční změny. Uplatňuje se zde také demografické hledisko, kdy čím je ve společnosti více seniorů, tím se věková hranice stáří posouvá výše. Je ale problematické stanovit věk, od kterého je člověk starý. Na základě konvence WHO bývá za tuto hranici stanoven věk 60 let, ve vyspělých státech se posouvá na hranici 65 let (Mühlpachr, 2004).

Hovořili jsme o odchodu do důchodu, jakožto o důležité události v životě člověka, která jej ze sociálního hlediska posouvá na hranici stáří. Mezi jiné sociální změny odehrávající se ve stáří patří například ovdovění či ztráta životního partnera nebo změna životního stylu.

V souvislosti s odchodem do důchodu bylo zjištěno, že lidé, u kterých se důchodový věk blíží, jsou přehnaně sebekritičtí a začínají mít obavy. Ve většině případů však po odchodu do důchodu hodnotí tuto skutečnost pozitivně, přestože se najdou jedinci trpící psychickými obtížemi, protože si připadají neužiteční. Většinou je tomu u lidí, kteří se cítí být do penze „dotlačeni“. Mnohem více si penze užívají lidé, kteří pracovali duševně, než ti, kteří pracovali fyzicky, protože mají více sil, zdraví a finanční zajištění (Stuart-Hamilton, 1999).

Haškovcová se na penzionování dívá spíše z negativního hlediska. Pro mnohé znamená odchod do penze jakousi penzijní smrt, penzijní kolaps, obrovskou ztrátu životního programu a sociální role pracujících. Pád je tím strmější, čím specializovanější post jedinec zastával. Neměl totiž čas rozvíjet jiné aktivity, záliby nebo navazující činnosti. V penzi jsou si všichni rovni nezávisle na tom, jak vypadal jejich život předtím, neboť rolí v penzi je „nemít rolí“. Již není na člověka pohlíženo jako na lékaře, stavebního inženýra nebo učitele. Důchodci jsou považováni pracující populací za bezcenné či za přítěž žijící

na úkor pracujících. Je proto třeba na jedné straně změnit pohled a postoj zbytku společnosti vůči penzistům, uvědomit si, že nežijí z peněz jiných, ale že si ze svého platu odkládali část, která je jim nyní vyplácena. Na druhé straně sami senioři v penzi si musejí najít jiný smysl a cíl, jinou aktivitu, kterou může být například další sebevzdělávání, sebezdokonalování, péče o vnoučata. (Haškovcová, 2010).

Vágnerová uvádí několik fází přípravy a adaptace na důchod. První přípravná fáze je velmi důležitá, protože lidé, kteří se na důchod připravovali alespoň dva roky dopředu, zvládli přechod mnohem lépe a cítili se celkově spokojenější. Většinou si představujeme, jak náš důchod bude vypadat, a to na základě vzoru našich rodičů nebo známých či mediálně prezentovaných alternativ. Druhá fáze je bezprostřední reakce na změnu po odchodu od důchodu, která odráží celoživotní postoj k profesní roli a její subjektivní hodnotu. Na základě toho může být emoční reakce realistická až euforická nebo naopak plná obav a pocitu vykořenění. Třetí fází je deziluze a postupné přizpůsobování se změně, kdy se po odeznění prvotních emocí může dostavit pocit prázdnoty způsobený absencí pravidelné činnosti či sociálních kontaktů. I přesto, že si senior může užívat volnosti a zájmových aktivit, nemusí se dostavit pocit spokojenosti. Je třeba hledat nový životní stereotyp zvládnutelný a uspokojující, který zároveň slouží jako prevence tzv. syndromu čtyř stěn, kdy senior sedí doma a není motivován k žádné aktivitě. Čtvrtou fází je adaptace na nový životní styl a stabilizace nového stereotypu, tedy zafixování nového životního programu (Vágnerová, 2007).

Ovdovění má vzhledem k různé střední délce života mnohem větší dopad na ženy než na muže. To, jak se senior dokáže vyrovnat se ztrátou životního partnera, závisí v mnohém na tom, do jaké míry byla ztráta očekávána. Předcházela-li úmrtí dlouhá nemoc, je vyrovnání se méně stresující. Dle některých studií se muži se ztrátou partnerky vyrovnávají lépe než ženy, což může být dáno tradičním genderovým stereotypem, kdy role vdané ženy se odvíjí od přítomnosti manžela více než role ženatého muže. Ovdovělý muž bývá navíc často lépe finančně zajištěný a má větší šanci najít si novou partnerku. Jiné studie ale mají opačné výsledky, což může být ovlivněno tím, že ženy se o sebe dokáží postarat lépe a že je vdovství především zkušeností žen (Stuart-Hamilton, 1999).

S přibývajícím věkem je odchod partnera snášen hůř, i když se jedná o událost více pravděpodobnou. Důsledkem takové události je ztráta výrazného smyslu života a složky identity, zhroucení struktury navyklého denního režimu a mnoha rituálů, zborcení perspektivy společné budoucnosti či plánů a zhoršení ekonomické situace. Zvládnutí

zátěže spojené s vyrovnáním se s ovdověním je náročný proces vyžadující změnu ve všech oblastech. Nejobtížnější jsou první měsíce, než odezní šok a člověk se přizpůsobí nové situaci. Průměrná doba potřebná ke zvládnutí zátěže, vytvoření nové identity a nového životního programu je dva roky. Ženy a muži se dle generových rolí vyrovnávají se zátěží různě. Ženy jsou schopné dát průchod emocím a hledat oporu u svých příbuzných a přátel. Mohou si svůj smutek odžít a vyrovnat se s ním. Muži naopak nedávají většinou své emoce najevo. Očekává se od nich, že nebudou truchlit, ale jednat. Nehledají podporu ani u blízkých lidí ani u institucí. Jejich smutek se tak může sublimovat a mít podobu somatických potíží či hněvu (Vágnerová, 2007).

Se stářím je spojen vyšší výskyt nejružnějších onemocnění, z nichž jsou mnohá typická právě pro seniorský věk. Lékařský obor zabývající se péčí o a léčbou starých nemocných lidí se nazývá geriatric. Mezi typické patologické syndromy ve stáří patří poruchy spánku, deprese, závratě, pády, hypotenze, syndrom porušené termoregulace, poruchy smyslů, dentice, výživy, mikce, defekace, imobilizační syndrom či dekubity.

Jedním z největších problémů v současnosti je však syndrom demence. Úměrně stárnutí populace se zvyšuje počet jedinců stížených demencí. Demence je choroba, při níž dochází k významnému poklesu paměti, intelektu a jiných kognitivních (poznávacích) funkcí od jejich původní úrovně k druhotnému úpadku všech ostatních psychických funkcí. Demence se tedy může vyskytnout kdykoli od vytvoření základů poznávacích funkcí mezi 2. a 4. rokem života, ale s přibývajícím věkem riziko jejího vzniku stoupá. Demence lze z topografického, neuropsychiatrického a patofyziologického hlediska členit na tři skupiny. První skupinou jsou demence atroficko-degenerativní, kam patří Alzheimerova demence, Pickova demence, Huntingtonova chorea, demence při Parkinsonově chorobě a jiné. Druhou skupinou jsou ischemicko-vaskulární demence způsobené nedostatečným prokrvením a okysličováním mozkové tkáně v důsledku především cévních poruch. Sem řadíme například multiinfarktovou demenci či Biswangerovu chorobu. Třetím typem demencí jsou sekundární neboli symptomatické demence způsobené řadou úrazů, nemocí či intoxikací. Řadíme sem demence poúrazové, metabolicky podmíněné, infekčního původu, při nedostatku vitaminů. Demence se projevuje nejprve jako poruchy kognitivních funkcí, především paměti, následně emocí, objevují se iluze, halucinace, bludy, poruchy osobnosti vedoucí až k těžké degradaci osobnosti. S tím souvisí postupné ubývání až zánik schopnosti postarat se o sebe sama. Dle stádií rozlišujeme mírnou, středně těžkou a těžkou

demenci, podle toho, do jaké míry je narušena především paměť a soběstačný život jedince (Mühlpachr, 2004).

Dalším rizikem v seniorské populaci je z hlediska sociální patologie násilí páchané na seniorech. To může být pácháno ve veřejném prostoru, v domácím prostředí nebo v institucionální péči. Závažné formy násilí se objevují v rodinách. Týrání je definováno jako *„zlé nakládání se svěřenou osobou, které se vyznačuje větší mírou bezcitnosti, hrubosti a určitou trvalostí, které působí na oběť pro svou krutost, bolestivost a bezohlednost destruktivně a vyvolává pocity hlubokého příkoří“* (Haškovcová, 2010, s. 308). Násilí na seniorech je věnována jen okrajová pozornost, a to především proto, že je velmi obtížné toto jednání odhalit nebo dokázat. Pachateli jsou totiž většinou partneři, děti nebo dospělá vnoučata, kteří používají velmi rafinovaných forem. Postižený senior je však nechce udat a násilí intenzivně popírá, neboť ví, že je a bude na péči oněch osob závislý. Z tohoto důvodu jsou i lékaři a úředníci často bezmocní a raději „věří“ smyšlenkám o nešťastném pádu ze schodů než aby velmi problematicky a zdlouhavě, často proti vůli postiženého seniora, zasahovali.

Také v institucionální péči dochází k násilí na seniorech. Ten je pečujícím personálem považován za neperspektivního, obtěžujícího a stěžujícího si. Stává se pak terčem ponižování, nadávek a urážek. Je mu znemožňováno rozhodovat o věcech, kterým rozumí, je nadměrně medikován, aby spal a neobtěžoval. Je zanedbáván, což vede ke vzniku dekubitů, nedostatečnému pitnému režimu nebo dokonce podvýživě. Bývá mu odepírána léčba, protože se už nevyplácí, bývá narušováno jeho soukromí. Často jsou senioři v institucích také omezováni v pohybu, nesmí třeba opouštět svůj pokoj pro neomluvitelnou pohodlnost personálu (Haškovcová, 2010).

Obecně mezi nejčastější formy týrání seniorů patří tělesné týrání (způsobování bolesti, zraňování, odpírání potřeb, vystavování chladu, odpírání léků, neposkytnutí pomoci), citové a psychické týrání (urážky, hrozby, zastrašování, ponižování, omezování autonomie, snižování sebeúcty, likvidace předmětů s emočním významem), sexuální zneužívání, finanční a majetkové zneužívání (vynucování si změn v závěti, nevýhodné převody majetku, vymáhání nepřiměřených plateb, neoprávněné nakládání s majetkem, omezování vlastnických práv), zanedbání péče (poranění z pádů, proleženiny, podvýživa, hnisavé rány, znečištěný oděv), systémové týrání (utrpení způsobené normami, potupy, institucemi a často i systémem na pomoc a ochranu postižených jako např. upírání práva být slyšen

a rozhodovat o vlastních záležitostech), nežádoucí formy péče (nadměrná nebo naopak nedostatečná lékařská péče, odkládání seniorů do nemocnic).

Mezi faktory zvyšující riziko týrání u seniorů patří:

- špatný funkční stav, ztráta soběstačnosti,
- špatný zdravotní stav,
- porucha kognitivních nebo komunikačních funkcí,
- sociální izolace,
- soužití s agresorem a závislost na něm (Mühlpachr, 2004).

Na závěr bychom rádi uvedli význam koncepcí vzdělávání v postproduktivním věku, jakožto formy prevence úpadku a pasivity u seniorů po odchodu do penze. Vzdělávání v seniorském věku totiž plní především již zmíněnou funkci preventivní, dále pak anticipační umožňující se pozitivně připravit na životní změny, rehabilitační spojenou s obnovou i udržováním fyzických a duševních sil a funkci posilovací přispívající k rozvoji zájmů, potřeb i schopností seniorů. Mezi formy vzdělávání v postproduktivním věku patří lidové univerzity, které u nás nejsou běžné. Starší člověk zde absolvuje vzdělávací program společně s mladými posluchači, což přispívá mimo jiné k porozumění mezi generacemi a k oboustrannému profitu. Další formou vzdělávání seniorů jsou univerzity třetího věku. Ty umožňují plnohodnotné vysokoškolské studium nejrůznějších oborů na univerzitách dle jejich možností a zájmu seniorů. V našich podmínkách mají dlouho tradici také kluby aktivního stáří a akademie třetího věku. Zde mohou uspokojovat senioři své vzdělávací potřeby tam, kde v regionu chybí vysoké školy. Umožňují vzdělání pod záštitou různých organizací a vyznačují se přístupným výkladem a přizpůsobením obsahu individuálním i místním zájmům (Haškovcová, 2010).

1.3 Umírání

V medicíně je umírání synonymem terminálního stavu definovaného jako „*postupné a nevratné selhávání životně důležitých orgánů s následkem smrti individua. Bývá časově ohraničen dobou několika hodin, dnů nebo týdnů*“ (Vorlíček, 1998, s. 369).

Pojem umírání může být ale interpretován i v širším pojetí. Je totiž třeba realizovat kvalitní péči, která vedle dominující péče lékařské musí zahrnovat i péči duševní, duchovní a sociální. Takto se pak umírání vymezuje jako „*delší časový úsek počínající okamžikem,*

kdy vejde ve známost, že nemoc, která vstoupila do života jedince, je neslučitelná se životem a ačkoli má před sebou ještě dlouhý úsek života, bude jeho kvalita vždy výrazně ovlivněna průběhem nemoci“ (Vorlíček, 1998, s. 369).

Každému, kdo se narodí, je do vínku dána smrt. Každý živý tvor je podřízen biologickým zákonům, z nichž se nelze vymanit, jež nelze popřít a nad kterými nelze zvítězit. Člověk musí přijmout fakt své konečnosti a vyvodit z něj patřičné závěry pro život.

K přijetí faktu, že lidský život je konečný a že všichni jednou zemřeme, byl v různých obdobích dějin lidstva přijímán různý postoj. V dávných dobách byla smrt chápána jako významný mezník oddělující krátký, těžký a bezvýznamný život pozemský od věčného rajskeho života. Lidé se v minulosti dožívali ve srovnání s dneškem mnohem nižšího věku, což bylo dáno především vysokou mírou kojenecké a dětské úmrtnosti, neléčenými infekcemi, špatnou výživou či zraněními. Proto bylo větší samozřejmostí zemřít než žít. Lidé byli se smrtí srozuměni, učili se umírat, pozorovali smrt, když pozorovali druhé nebo jim v jejich těžké hodině pomáhali. Umíralo se nejen doma, ale také na ulici, a často i ve špíně či o hladu a bez pomoci. Umírání nebylo dlouhé, protože nebylo protahováno léčebnými zásahy. Strach ze smrti, jak si jej představujeme dnes, měl v minulosti jinou podobu. Útěchou byla všeobecně sdílená víra v posmrtný život, kde lidé již nebudou sužováni útrapami, bolestí či nemocemi. I vyrovnávání se se ztrátou blízkých bylo podmíněno intencemi náboženského determinismu „co Bůh dal, Bůh vzal“. Proto také lidé do svých blízkých tolik citově neinvestovali. Tradiční křesťanské kulturní prostředí, v němž žijeme, ovlivňuje pojetí nemoci a smrti i dnes. Propracované církevní rituály jsou tak záchranou i pro ty, kterým víra nic neříká. I v našem vysoce sekularizovaném světě se v emocionálně vypjatých situacích, ke kterým nemoc, umírání, smrt či rozloučení s nebožtíkem patří, nabízí zklidnění poskytnuté řádem církevních obřadů. Nemoc, umírání a smrt jsou v bibli pojímány jako narušení řádu související s lidskou odcizeností stvořiteli, ale lidmi bývají často interpretovány jako boží trest. Nemoc pojímaná jako porucha, pak vyžaduje opravu a v průběhu dějin se tato oprava-terapie přesunula od rehabilitace duchovní k vnější technické léčbě. To je na škodu právě v situacích, kdy vnější léčba je neúčinná.

Zdraví je Světovou zdravotnickou organizací definováno jako stav biologické, psychologické a sociální pohody, přičemž v poslední době bývá doplňován o aspekt spirituální a ekologický. O člověka je tedy nutné pečovat jako o celek. Někdy je

pro celkovou pohodu užíván výraz blaho. V posledních dvou stech letech se střední délka života výrazně prodloužila, čímž nabyt na významu pozemský život a život po smrti ztratil svoji perspektivu (Haškovcová, 2000).

Také Philippe Ariés se zabýval problematikou změny postoje člověka k umírání a smrti. Ariés označuje pojetí smrti ve starověku jako „smrt zkrocenou“, kdy smrt nebyla událostí týkající se pouze jednotlivce. Obřady a rituály posilovaly solidaritu jedince se společenstvím, dodávaly sílu proti přírodním mocnostem a důvěru v existenci i po smrti. Smrt byla jednoduše důvěrná a blízká, tedy zkrocená. Od 5. století př. n. l. je doložen pojem „dobrá smrt“ - „eu thanatos“, kterou je možno chápat jako lehké a klidné umírání, stejně jako čestnou smrt na bitevním poli. Ve středověku dochází podle Ariése k individualizaci smrti, a to nejdříve mezi elitami. Toto období popisuje jako „vlastní smrt“ charakteristickou láskou k životu, bojem proti ohrožujícím silám, proti zlu, nadějí na život po smrti a novými obřady u lože a hrobu zesnulého. Asi od 16. století dochází ke zdívočení zkrocené smrti, neboli k „trvalé blízkosti smrti“, kdy se lidé neopírali o zkušenosti předků, nýbrž se snažili získávat experimenty vlastní zkušenosti. Pokrok přírodních věd pak dával naději na technické zkrocení smrti. Od 18. století byla smrt nejen individualizována ale také „privatizována a estetizována“. Není již dávána do souvislosti se zlem, ale onen svět je brán jako možnost nového znovusjednocení.

Ve 20. století se objevují protichůdné tendence. Smrt se stává ošklivou, nečistou spojenou se zkušeností studu. Do popředí se dostává medicína považující smrt za porážku. V tomto období je „smrt zakázaná“ a musí se o ní mlčet. V současné době je pohled na smrt mnohem diferencovanější a můžeme hovořit o „smrti diskutované“ s hlavním cílem humanizace smrti (Virt, 2000).

Z metodologického a praktického hlediska rozdělují odborníci proces umírání na tři nestejně dlouhá, ale výrazná období: pre finem, in finem a post finem.

Období pre finem počíná tehdy, dojde-li v odbornou nebo pacientovu povědomost, že nemoc člověka je vážná a neslučitelná se životem, kdy smrt je v relativně dlouhém čase nevyhnutelná. V tomto období je tedy především nutné usilovat o zmírnění obtíží nemocného, ale také jej vést úskalími nemoci s ohledem na blížící se nevyhnutelný konec. Nemocný musí vědět, že kromě lékařské pomoci se mu dostane též lidské a psychické pomoci. Je nezbytné zabránit tomu, aby reálné smrti předcházela tzv. smrt psychická či sociální. Psychologická intervence může zabránit rezignaci, pocitům

beznaděje a zoufalství, které usnadňují vstup fyzické smrti, a znemožnit tak smrt sociální. Sociálním umíráním rozumíme stav, kdy jedinec sice žije, ale je vyvázán z důležitých sociálních a interpersonálních vztahů, je odtržen od všeho lidského a nelze jej vrátit do kontextu společnosti. K nemocným ve stádiu *pre finem* je třeba se chovat tak, abychom respektovali zákonitě probíhající fáze psychické odezvy na příchod a vývoj vážné nemoci, tak jak je popsala například E. Kübler-Rossová. Je také důležité, aby si nemocný zachoval aktivity a individuální cíle pokud možno ve stejné míře jako před diagnózou. Tam, kde stav pacienta nedovoluje obvyklý způsob života, je jeho redukci nutno konzultovat s odborníkem, který poskytne pomoc. Může jím být psycholog, lékař či sociální pracovník. Nezastupitelnou úlohu hrají i různé svépomocné spolky pacientů. V situaci *pre finem* dochází nejen k uvědomování si závažnosti stavu, ale také k vytěšňování nepříjemného a úzkostně prožívaného ohrožení života. Popření a vytěšnění umírání, popřípadě hrozící smrti bývá tím intenzivnější, čím se blíží faktický konec života. Také prožívání strachu z umírání a ze smrti bývá ve fázi *pre finem* mnohem intenzivnější než ve fázi *in finem*. Odborníci se shodují, že vážně nemocný pacient by měl mít alespoň jednoho člověka, se kterým si bude moci otevřeně pohovořit a který bude respektovat nárok na jeho otevřenou komunikaci týkající se jeho situace a hledání řešení v obtížné, nepřehledné a nespravedlivé situaci (Haškovcová, 2002).

V celém relativně dlouhém období *pre finem* je eticky problematickou otázkou míra informování pacienta neboli problematika tzv. pravdy na nemocničním lůžku a s ní související celospolečenská dohoda o tom, kdy, kde, komu a jak co říci. Otázka, zda říci či neříci pacientovi pravdu o jeho závažném stavu je někdy horlivě diskutována, jindy odsouvána do pozadí, protože není definitivně zodpověditelná. Možnost, pro kterou se lékař rozhodne, vychází z jeho pochopení pro věc, víry a zkušeností. Před vyjevením nepříjemné pravdy musí mít lékař na zřeteli konkrétní případ pacienta a zvážit, zda mu více prospěje pravda či nepravda, neboť neočekávaně vyřčená pravda může zcela změnit přístup pacienta i jeho chování a vztah k jeho blízcí se smrti. Odhalená pravda může pacienta uklidnit, povzbudit anebo jej dokonce osvobodit. Není-li umírajícímu ponechán čas na přípravu na smrt, umírá ve značném psychickém šoku. Nedá-li mu lékař najevo, že ví o jeho krutém osudu, popřípadě kolik dní mu ještě zbývá, objevuje se u pacienta vedle strachu z umírání a smrti nový strach. Strach, že bude umírat sám, krutým způsobem, bez pomoci. Ze zkušeností navíc vyplývá, že i přes nevyřčení pravdy o blízcí se smrti, to pacient dříve či později pozná. Ať už ze změny chování lékařů či příbuzných, či z jiné

podoby komunikace nebo hradby mlčení. Vyřčení pravdy u mnohých pacientů vede ke zmobilizování posledních sil a splnění životních tužeb a přání. Také americká psychiatrička E. Kübler-Rossová se přiklání k vyřčení pravdy a k tomu, aby s ní pacient nezůstal sám (Haškovcová, 1975).

Fáze *in finem* bývá ztotožňována s tzv. terminálním obdobím nemoci a z hlediska praktického i z hlediska etiky se zde otvírají především problematika eutanazie (o níž bude pojednáno v další kapitole) a ritualizace smrti v podmínkách hospitalizace. Palčivým problémem se ritualizace smrti stává proto, že valná většina z nás, tak jak jsme se v nemocnici narodili, v ní s velkou pravděpodobností i zemřeme. Starý domácí model umírání byl nahrazen právě modelem institucionálním spojeným s neritualizovanou formou umírání. Člověka tak čeká umírání v cizím prostředí mezi cizími lidmi a v osamění. Nikdo by ale neměl umírat sám, je třeba péči o umírající opět humanizovat a personalizovat, tak aby mělo umírání opět charakter sociálního aktu. Tohoto cíle je možné dosáhnout právě ritualizací závěru lidského života, čili stanovením pravidel, kdo a co bude dělat. Je dobré využívat zkušeností tradičního modelu péče o umírající spojeného s novými formami, jakými jsou například hospice nebo jednotky paliativní péče. Hovoříme-li o ritualizaci, je třeba si definovat pojem rituál. Ten znamená obřadnictví nebo řád obřadu, který kodifikuje chování lidí v určité situaci a především snižuje vysokou emotivitu a nejistotu zúčastněných a ustaluje jejich vhodné chování (Vorlíček, 1998).

Historicky vzato pečovala o umírajícího rodina a umírání mělo po staletí stejný vytříbený scénář, v němž každý věděl, jaká je jeho role. Většina pečujících o umírajícího přejímala svoji roli se samozřejmostí, stejně jako nemocný rámcově věděl, co se v jeho těžké hodině bude dít, neboť sám nejednou ve svém životě sehrál roli doprovázejícího. Tak z generace na generaci přecházela zkušenost, jak pečovat a také prožitek, co je to umírání a smrt „z blízka“. Jak již bylo zmíněno, přesunulo se umírání do nemocnic a nabylo především odborného charakteru, v němž chybí lidský kontakt. Ošetřující přinesou jídlo, léky, zajistí čistotu, ale nepohladí a příbuzní jsou daleko, a tak není zaručeno, že ve chvíli smrti nebude nemocný sám. To samo o sobě ještě umocňuje přežívající požadavek izolace. Zvyk izolovat umírající započal ve 30. letech 20. století, kdy byl tento postup považován za vysoce humánní. V mnohých nemocnicích byla praxe tak zvané bílé pleny opuštěna, ale umírání je třeba nejen obnažit, nýbrž především zlidštit. Je potřeba najít nový rituál, který by respektoval požadavky tradičního domácího modelu umírání stejně jako moderní lékařské formy pomoci a péče (Haškovcová, 2002).

Situace post finem zahrnuje péči o mrtvé tělo a péči o pozůstalé, především patří-li do některé rizikové skupiny. Samostatným problémem je pak komercializace smrti a současný způsob pohřebních úkonů. Úmrtí konstatuje lékař podle platných úředních kritérií. Bezprostředně po smrti je třeba zajistit intimitu nemocného použitím zástěny nebo jeho převezněním do k tomu určené místnosti. Zde se objevuje otázka vhodného místa pro umístění mrtvého na povinnou dobu dvou hodin s ohledem na důstojnost mrtvého i případných spolupacientů, jimž může pobyt s mrtvým způsobit psychickou nerovnovážnost. Péči o mrtvého má na starosti sestra. Ta musí zemřelému zavřít oči, podvázat bradu, svlečené tělo uložit do vodorovné polohy a umýt je. Dále musí vyjmout protézu a ozdobné předměty, čistě převázat případné rány, zkrátit případné kanyly a drény a zajistit náležitě identifikaci zemřelého i s datem a hodinou úmrtí. Nakonec je tělo zabaleno do prostěradla.

Neméně významným problémem je sdělování úmrtí příbuzným. Zasílání telegramů má celou řadu úskalí. Na jedné straně je zde zákonná povinnost neodkladně informovat pozůstalé, na druhé straně zde vzniká celá řada společenských a sociálních problémů majících dopad na informované osoby. I když bývá úmrtí avizováno, například zhoršujícím se stavem nemocného, působí stručný a neosobní text telegramu rozladění či šok. Mnohem vhodnější osobní rozhovor s lékařem se realizuje zpravidla až při návštěvě nemocnice, kam jde dotyčný vyřídit poslední náležitosti. V některých nemocnicích je zavedena chvályhodná praxe. Mrtvý je převezen do zvláštního pietně vyzdobeného pokoje, kde se s ním mohou příbuzní důstojně rozloučit. Pozůstalí po lékaři chtějí ujištění toho, co se stalo, protože mnohdy nemohou uvěřit, ale také ujištění, že smrt byla klidná a bezbolestná. Potřebují ujištění, že lékaři dělali, co mohli. Někteří zdravotníci jsou přesvědčeni, že obsahem posledního rozhovoru s pozůstalými je kondolence, což je sice možné, ale mnohdy nevhodné. Pozůstalí totiž potřebují určitý čas, aby přijali ztrátu, která je postihla, a mohou se nacházet ve stavu otupění, jenž není příznivý pro přijetí soustrasti (Haškovcová, 2000).

1.4 Smrt

Vědomí smrti vyrušuje člověka z jeho samozřejmosti života. Člověk jako jediný tvor si je vědom své konečnosti, smrt pro něj má smysl a spoluutváří jeho život. Člověk ví, že zemře a tento fakt jej může děsit. V jeho představách především ukončuje fyzický život

jedince, je jakousi pomyslnou tečkou a žijeme s vědomím toho, že je nám stále nablízku, neboť nevíme dne ani hodiny.

Na smrt můžeme pohlížet z mnoha hledisek a také její definice není a nebyla jednoznačná. Lze vůbec smrt definovat? Definice znamená všestranné vymezení určité skutečnosti, ale poznání toho, co je smrt, se vymyká našim poznávacím schopnostem. Smrt jako takovou nemůžeme určit pozitivně, ale jen nepřímo ze zjištění nepřítomnosti života. Kdy je vlastně člověk mrtvý? Odpovědět na tuto otázku bylo v dřívějších dobách mnohem snadnější než dnes. Smrt přicházela, když přestalo bít srdce, zastavil se krevní oběh a člověk přestal dýchat. Moderní medicína ale umožnila alespoň dočasně překlenout zástavu srdeční činnosti a krevního oběhu. Proto se objevují nové definice a kritéria smrti. Harvardská lékařská komise např. v roce 1968 doporučila, aby za rozhodující kritérium smrti člověka bylo považováno „*nezvratné ukončení činnosti celého mozku, k čemuž musejí být prokázány tyto diagnostické známky: neexistence jakékoli elektroencefalograficky prokazatelné známky mozkové činnosti a mozkových proudů a definitivní vyhasnutí jakékoli tělesné aktivity závislé na mozkové činnosti, jako je spontánní dýchání či reflexy*“ (Virt, 2000, s. 57). Takto zjištěná mozková smrt je považována za smrt člověka. Později se začali se ozývat kritici smrti jako smrti mozku. Podle nich je mozková smrt pouze určitým bodem v procesu umírání, ale v tomto stádiu ještě není mrtev celý člověk. Ke smrti člověka dochází až po selhání celého systému organismu, jakožto nositele života. Jiní také argumentují tím, že definicí smrti člověka jako smrti mozku dochází k určitému dualismu oddělujícímu mozek od těla. Ale mozek není jenom jedním z orgánů. Zajišťuje integraci celého organismu jako tělesně duševního celku, a tudíž zničením mozku umírá celý člověk ve své identitě (Virt, 2000).

Stejně tak vymezuje ve své práci kritéria smrti i Munzarová. Přiklání se k názoru, že osoba je mrtvá tehdy, je-li postižena ireverzibilní ztrátou všech schopností integrovat a koordinovat fyzické a mentální funkce těla jako jednoty. To znamená, že „*smrt celého mozku je brána jako kritérium smrti člověka*“ (Munzarová, 2002, s. 16). Rovněž definitivní zástava kardiopulmonálních funkcí vedoucí k ireverzibilní zástavě funkcí mozku je správným kritériem smrti.

Haškovcová popisuje smrt jako „*zánik organismu jako celku, trvalé, nezvratné poškození všeho dění a přirozený důsledek života*“ (Haškovcová, 1975, s. 31). Zároveň se vyjadřuje v tom smyslu, že smrt není možné definovat, protože to by znamenalo definovat život a zbývá tedy pouze cesta dívání se na smrt (Haškovcová, 1975).

V minulosti umírali lidé častěji tak zvanou přirozenou smrtí označovanou také jako sešlost věkem. Nyní je zpravidla smrt konečným důsledkem nějakého patologického procesu čili nemoci. Rychlost smrti či skonu je různá, a proto se rozlišuje mezi smrtí náhlou, rychlou a pomalou. Rozdíl tkví v tom, zda a popřípadě jak smrt svůj příchod avizuje. Náhlá smrt svůj příchod neavizuje vůbec, rychlá smrt pouze nezřetelně nebo v omezeném rozsahu. Náhlá smrt bývá velmi často asociována se smrtí tragickou, například při autonehodě, rychlá smrt reflektuje nemoc, která je příčinou náhlého skonu, například při infarktu myokardu. Obě smrti se vzájemně překrývají a shodují se v tom, že zaskočí zcela nepřipravené příbuzné. Pomalá smrt se v relativně dlouhém čase ohlašuje nejrůznějšími obtížemi. Umírající i příbuzní mají proto čas se připravit na ztrátu. Rozlišit smrt můžeme i podle toho, v jakém věku přichází. Je-li to smrt předčasná, přiměřená či smrt v pozhnaném věku. Zajímavé je, že zatímco v současné době by většina lidí dala přednost smrti rychlé a bezbolestné, vládl ve středověku zcela opačný názor. Smrt náhlá a nepředvídaná byla považována za nejhorší a člověka měl před ní ochraňovat Bůh. V té době rozlišovali smrt tělesnou, duchovní, asketickou a mystickou, z nichž každá měla svůj spirituální význam. Zvláštní skupinu smrti pak tvoří ta, kterou si člověk přivodí sám, ať už neúmyslně-sebezabitím, či úmyslně-sebevraždou. I postoj k sebevražednému jednání se v historii měnil. Zatímco ve starověku byl postoj ambivalentní až kladný, s příchodem křesťanství byla sebevražda tabuizována a zakázána a v moderní společnosti, kde chybí duchovní hodnoty, se tento způsob smrti opět rozšířil (Haškovcová, 2000).

Zajímavé je stručně nahlédnout do historie úvah o smrti. Řecký filozof Epikuros zaujímá postoj, že jakékoli snažení o pochopení smrti je marné a také zbytečné, protože, „*bud' jsme tady my a není tu smrt, anebo je tady smrt a nejsme tu my*“ (Epikuros In Haškovcová, 1975, s. 20). I nejvýznamnější čínský filozof Konfucius se k úvahám o smrti staví odmítavě s tím, že nevíme nic o životě a tudíž nemůžeme vědět nic ani o smrti. Podobných názorů nacházíme v průřezu filozofickým myšlením spoustu. Například takové, že filozofie není hodna ani hodiny takového (myšleno o smrti) studia, či že se jedná o neukázněné sebetrýznění. Na druhé straně lze nalézt i hlasy pro řešení otázek smrti, neboť to filozofické otázky jsou a je nutné se jimi zabývat. Vystupovala zde potřeba se s konečností lidského bytí vyrovnat ve smyslu, zvykněme si na smrt, myslíme na smrt a ona nás přestane děsit. Zastáncem takového názoru byl i Seneca. Podobně o smrti uvažoval i Marcus Aurelius, jenž ji navíc považoval za nástroj odpovědnosti a eliminace lhostejnosti k životu (Haškovcová, 1975).

Z psychologického hlediska je vyrovnání se se smrtí přijetím něčeho, čemu se nelze vyhnout. Obecně má náš postoj ke smrti tři základní složky. Je to emocionální část postoje, která bývá často spojena se strachem, úzkostí nebo naopak se zcela jinou emocí jako je rezignace či touha u těžce nemocných lidí. Hodnocení smrti jako něčeho žádoucího je málo obvyklé a objevuje se jen při nadměrném utrpení nebo nepříznivé životní perspektivě. Druhou složkou postoje ke smrti je kognitivní složka, jež zahrnuje naše vědomosti a zkušenosti se smrtí. Ty bývají většinou jen minimální a ani o takové zkušenosti mezi lidmi není zájem. Jedná se o jakousi obranu, která se vytrácí až ve stáří. Poslední složkou je konativní představující naše chování vůči smrti či umírání, kdy se člověk chová většinou tak, aby se této realitě vyhnul, ať už fakticky či pouze symbolicky.

Jak jsme uvedli, převažuje v populaci především emocionální hodnocení smrti, v němž dominuje emoce strachu. Strach ze smrti přitom závisí na mnoha různých faktorech. Jedním z nich je věk, u nějž lze prohlásit, že s jeho přibýváním klesá strach ze mrti. Dalším faktorem je gender, u něhož platí, že ženy se bojí smrti méně než muži a zároveň se s vidinou svojí vlastní smrti dokáží lépe vyrovnat. Strach ovlivňují také osobnostní vlastnosti a dispozice a vyrovnanost s vlastním životem, čili jakési dosažení integrity a naplněnosti. V neposlední řadě je třeba uvést také faktor, který můžeme nazvat stabilita hodnot a ztotožnění se s určitým životním názorem. Sem můžeme zařadit například náboženskou orientaci či víru, která obecně velmi přispívá k vyrovnání se se smrtí stejně jako s jinými zátěžemi (Vágnerová, 2007).

V poslední části této podkapitoly bychom rádi zmínili pojem důstojná smrt. Koncept důstojné smrti není nový ani jednoznačný a jen velmi zřídka je jeho obsah specifikován. Důstojnost smrti bychom mohli spatřovat v důsledném a obětavém ošetřování člověka, který naši profesionální ale i laickou péči potřebuje. Fyziologická tvář smrti není lidem známa, a proto ji mnohdy pokládají za nepatřičnou a ošklivou. Je proto třeba se oprostít od estetických kritérií, které zabraňují přijímat přirozené projevy fyziologického strádání, kachexie a nemohoucnosti. Nejdůležitějším prvkem důstojné smrti je přítomnost druhého člověka, protože nikdo by neměl umřít sám. Ve spojitosti s důstojnou smrtí se často hovoří o právu jedince na smrt. To bývá interpretováno jako právo člověka rozhodnout se o místě, čase i způsobu svého skonu, přičemž výkon tohoto práva bývá přenášen na jinou osobu, většinou lékaře, který je tím zmanipulován do kontroverzní role. Lékař může ovlivnit způsob úmrtí, umírající místo, kde se tak stane, nikoli však čas. Právo na smrt by proto mělo být chápáno jako právo na přirozenou smrt. Současný stav institucionálního umírání

musí doznat kvalitativních změn, o jejichž realizaci usiluje řada společností pro důstojné umírání. Jejich hlavním cílem je ochrana práv pacientů související s právy pacienta na seburčení, uspořádání svých věcí včetně závěti, informace o svém stavu, tlumení bolesti, neprodlužování života za každou cenu či lidskou podporu a účast (Haškovcová, 2000).

1.5 Dílčí závěr

V první kapitole diplomové práce jsme pojednali o problematice stárnutí, stáří, umírání a smrti. Pokusili jsme se vymezit pojem stárnutí a odhalit významné bio-psycho-sociální změny související s přibývajícím věkem v individuálním i sociálním životě jedince a nastínili jsme možné teorie vysvětlující příčiny stárnutí lidského organismu. V podkapitole věnované stáří jsme opět vymezili pojem stáří a klasifikovali jednotlivá hlediska stáří. Dále jsme se věnovali nejdůležitějším sociálním událostem v životě seniorů, zdůraznili jsme aktuální problémy demencí a násilí na seniorech a v neposlední řadě jsme se zmínili o důležitém nástroji prevence celkového úpadku ve starším věku spočívajícím ve vzdělávání se v postproduktivním věku. V podkapitole s názvem umírání bylo naším úkolem definovat tento proces, stručně nastínit jeho historii a problematické otázky v jednotlivých fázích umírání. Poslední podkapitola pojednává o problematice smrti, jejích kritériích, druzích, filozofických úvahách, psychologických aspektech a také o fenoménu důstojné smrti.

2 EUTANAZIE

V současnosti mnohem více než kdy dříve je problematika eutanazie diskutována nejen odbornou ale i laickou veřejností. Hlavní příčinou je především vývoj lékařské vědy, která dokáže léčit dříve smrtelné nemoci, dokáže prodlužovat život, který by byl v minulosti odsouzen k zániku. Lékařská věda a technika má ale stále vyšší nároky a ambice. Smrt pacienta lékaři považují za selhání v jakékoli situaci, i tehdy, kdy je již nevyhnutelná a pro pacienta se zdá být spíše vysvobozením. Snaha udržet pacienta naživu za jakoukoli cenu bez ohledu na kvalitu jeho života, kdy mu léčba přináší více utrpení, problémů než prospěchu, pak logicky vede k diskuzím o oprávněnosti či nezbytnosti eutanazie a povzbuzuje různé nebezpečné populistické tendence. Je proto třeba jasně vymezit po všech stránkách, včetně etické a právní, pojem eutanazie, jaké konání v souvislosti s ní je dovoleno a akceptováno, jaké zakázáno a je zcela nepřijatelné. Zcela evidentně je nutná živá a plodná diskuze napříč různými obory i celou společností, která povede k určitému konsenzu odrážejícímu většinový společenský názor.

2.1 Formy a historie eutanazie

Vymezení pojmu a forem eutanazie

V definici eutanazie je v současné době třeba se sjednotit a předcházet tak matení tohoto pojmu, k němuž běžně dochází. Pojem eutanazie v sobě totiž zahrnuje celou řadu různých situací. Tradičním obsahem pojmu eutanazie je dobrá smrt z řeckého *eu*-dobrý a *thanatos*-smrt znamenající lehkou, rychlou, bezbolestnou smrt po naplněném životě. Později došlo k interpretačnímu posunu a eutanazií se povětšinou rozumí smrt z milosti. Dnes většina autorů vymezuje eutanazii podle holandského modelu: „*Jedná se o úmyslné ukončení života člověka někým jiným než člověkem samotným (lékařem) na jeho vlastní žádost*“ (Munzarová, 2005, s. 122). Pokud ale sám pacient ukončí svůj život pomocí rady lékaře, jakéhosi návodu k vysvobození, jedná se o tzv. asistované suicidium (asistovanou sebevraždu). Je zde tedy jasně vyjádřený úmysl zabít člověka a žádost člověka, která by měla vyjadřovat jeho autonomii (Munzarová, 2005).

Jednou z forem eutanazie je pasivní eutanazie charakterizovaná nekonáním lékaře a nazývána někdy také strategií odkloněné stříkačky. Jedná se o cílené zřeknutí se indikované léčby smrtelně nemocným a trpícím pacientem. Může zde jít například o nesouhlas s léčbou, odvolaný souhlas v průběhu léčení, diagnóza dalšího onemocnění

v průběhu léčby, k jehož léčení není dán souhlas. Smrt pacienta je tak vždy uspišena nezahájením či přerušením nutné léčby.

Aktivní eutanazie je vlastně eutanazií v pravém slova smyslu a je vymezena definicí uvedenou výše. Charakteristická je volným jednáním jiné osoby než pacienta vedoucí k ukončení života pacienta na jeho vlastní žádost. Smrt, na rozdíl od pasivní eutanazie, je zde uspišena aktivním zákrokem třetí osoby. Vzhledem k důrazu na aktivní roli lékaře bývá tato forma nazývána také strategií přeplněné stříkačky.

S principem tzv. dvojího efektu je spojena eutanazie nepřímá. Ta se týká situací, kdy smrt pacienta je uspišena v důsledku vedlejšího účinku použité léčby ve formě zvyšování dávek prostředků tišících bolest. Stupňování dávek je nevyhnutelné, neboť bolest tišící účinek medikamentů časem klesá. Rozdíl mezi aktivní a pasivní eutanazií je především v úmyslu. Na základě úmyslu je pak možné odlišit právě dobrou lékařskou péči zabíjející bolest od aktivní eutanazie úmyslně zabíjející nemocného (Císařová, 2004).

Varianta aktivní eutanazie je nevyžádaná eutanazie. Při ní pacient není schopen předepsaným způsobem požádat o urychlený nástup smrti, ale dá se předpokládat, že kdyby mohl, s eutanazií by souhlasil. Přestože jde o eutanazii nevyžádanou, je vlastně chtěná a dobrovolná.

Zcela netolerovatelnou kategorií eutanazie je nedobrovolná eutanazie, jež je nejen nevyžádaná, ale především nechtěná. Problémem je, že odlišit na základě pacientovi vůle nevyžádanou (nevyslovenou) eutanazie od té nechtěné není prakticky možné.

V České republice nebývá pojem sociální eutanazie často používán. Ale je na místě si objasnit i jej. Úzce souvisí s ekonomickou problematikou alokací zdrojů. Mravné by bylo, kdyby každý občan měl kdykoli péči odpovídající současným poznatkům vědy a špičkové medicíny. Té se však lidem prakticky může dostat jen redukovane s ohledem na ekonomické, geografické a vzdělanostní zdroje (Haškovcová, 2000).

Historie eutanazie

Slovo eutanazie vychází z řeckého pojmu *euthanasia*, který znamenal dobrou, případně krásnou smrt. Názor na to, co vlastně dobrá smrt je, ale již v antice nebyl jednotný. Představa o dobré smrti však vždy souvisela s tím, co bylo pokládáno za dobrý život (*eu-zein*). Často bývala v antickém období za dobrou smrt považována smrt

rychlá, bez většího utrpení, bez útrap stáří či v okamžiku naplnění života. Nebo byla smrt chápána jako jakési vyvrcholení života, v němž se může osvědčit kvalita člověka i jeho života. V souvislosti s tím byla takovou smrtí např. hrdinná smrt na bitevním poli v rozkvětu mladických sil, či smrt při obraně své vlasti, záchraně přátel a později v křesťanském období smrt mučednická. Od klasických antických dob přestává být znakem dobré smrti hrdinství, ale váha se přiklání spíše ke schopnosti přijmout a nést svůj úděl. K tomuto pojetí se váže především přijetí smrti s vnitřní vyrovnaností a důstojností, jehož vzorem byla v té době smrt Sokratova (Špinková, 2006).

Podobně vysvětluje pojetí eutanazie v době klasické antiky i Munzarová. „*Pro klasické národy to, co bychom my dnes nazvali eutanazií, nutně neznamenalo skutek nebo metodu usmrcení nebo urychlení smrti. Důraz byl kladen především na způsob umírání a na to, jak se člověk postaví k otázce dobrovolné smrti... A je možné lidský život zkrátit, aby došlo k dobré smrti za vyrovnaného stavu mysli, v klidu a za sebekontroly*“ (Munzarová, 2005, s. 25).

Jednotliví antičtí filozofové pak pohlíželi na tento problém různě. Pythagorejci s eutanazií nesouhlasili a apelovali především na respekt k lidskému životu. Vycházeli také ze své náboženské představy, že lidský život je spojen s bolestí a těžkou smrtí jako trestem za předchozí hříchy. Podle nich má lidská duše dobu trvání určenou božstvy a je tedy hrubým přestupkem proti božskému řádu úmyslně zkrátit dobu života.

Sokratův názor na smrt souvisel s jeho vlastním předjímáním smrti, když byl sám odsouzen na smrt. Považoval strach ze smrti za něco nemoudrého, neboť smrt je podle něj bezesný spánek, ze kterého se buď nevzbudíme, a tedy se nemáme čeho bát, nebo budeme přeneseni do společnosti těch, kteří nás předešli, a to v nás má budit spíše radost. Sám zastával také názor, že v bolestiplné nemoci a utrpení nemá smysl lpět na životě a byl proti lékařskému protahování přirozeného procesu umírání.

Platón se k sebevraždě stavěl obecně negativně. Výjimkou podle něj byla situace agonizující a ničující choroby, u níž zkrácení života schvaloval. Taktéž ve svém díle schvaloval dobrovolnou eutanazii nevléčitelně nemocných a nezpůsobilých. V duchu utilitarismu byli tito jedinci dle něj neúčinní jak sobě tak i státu.

Naopak Aristoteles zcela jasně vystupoval proti jakémukoli zkracování života i v případech nejrůznějších těžkostí. Tento negativní přístup nestavěl na náboženství, ale na názoru, že občan musí zůstat co nejdéle produktivní a člověk by se měl smrti chrabře

postavit. Právě postavení se bolestné a vyčerpávající chorobě je hlavním znakem mravní síly člověka a ten se pak stává vzorem pro ostatní.

Podle stoiků byla eutanazie přijatelná za splnění alespoň dvou podmínek, za něž považovali odpovídající motivaci a zvážení celé situace také v souvislosti s odpovědností vůči ostatním. Chtěli jistotu, že eutanazie nebude jen impulzivním únikem od povinností života (Munzarová, 2005).

Ve středověku se pojem eutanazie v našem pojetí neužívá. Problematika dobré smrti byla totiž z pozice křesťanství i některých jiných náboženství té doby nazírána zcela specificky. Smrt byla křesťanským středověkem chápána jako velká šance a příležitost přiblížit se vrcholnému okamžiku dějin stvoření, v němž Bůh skrze Ježíše Krista sestupuje do lidské podoby a bere na sebe utrpení potupného a bolestivého umírání. Pozemský život byl chápán především jako příprava na život posmrtný. Středověká kultura zdůrazňovala význam smrti jako přechodu do věčnosti. To neznamená, že nerozuměla utrpení a bolesti. Pomoc byla ale zahalena pokorou vyplývající s vědomí omezenosti našich možností a toho, že jsme účastni něčeho nás přesahujícího (Špinková, 2006).

Teprve na počátku novověku se objevuje pojem eutanazie v dnešním slova smyslu za velkého přispění dvou myslitelů- Francise Bacona a Thomase Moora. Thomas Moor se ve svém díle věnující se utopické vizi společnosti „Utopia“ zaměřil také na péči o nemocné. V jeho rámci se vyjadřuje, že nevléčitelně nemocní pacienti s bolestí jsou přemlouváni k tomu, aby se rozhodli pro smrt vlastní rukou či rukou jiného. Taková smrt je považována za čestnou. Pokud se tak ale nestane, mají být až do konce života obětavě ošetřováni. Francis Bacon ve své knize „O důstojnosti a pokroku věd“ používá poprvé termín eutanazie jako terminus technicus. Zabývá se otázkou, do jaké míry může nově se formulující lékařská věda pomoci v takových situacích jako je umírání. Za tak zvanou vnější eutanazii považuje takovéto jednání: „*U beznadějně nemocných by lékaři měli užít svého umění a pílě k tomu, aby se umírajícím odcházelo ze života lehčeji a snadněji.*“ (Bacon In Rotter, 1999, s. 95). Tato vnější eutanazie pak nijak nezhodnocuje vnitřní eutanazii, kterou chápe jako celoživotní přípravu samotného jedince na smrt. Baconovo pojetí eutanazie se od současného liší především tím, že prioritou není urychlení smrti, ale o zmírnění utrpení, které s sebou nese.

Následující osvícenská etapa zdůrazňující autonomii člověka měla velký vliv na pojetí eutanazie, ale také sociální darwinismus v úvahách o rasové hygieně ve druhé polovině

19. století pak stál u zrodu děsivých podob eutanazie v nacistickém Německu (Špinková, 2006).

V knize Adolfa Jorsta „Právo na smrt“ z roku 1895 je eutanazie pojímána morálně a vychází ze soucitu. Nevyléčitelně nemocnému přísluší právo na sebevraždu či smrt na žádost, u duševně nemocného pak toto právo náleží státu. Hodnota lidského života může být podle Jorsta nejen nulová, ale i negativní a smrt pak vystupuje jako štěstí či spasitel. S mnohem většími účinky se ale setkalo dílo právníka Karla Bindinga a psychiatra Alfreda Hocha „Svoboda k hubení života nehodného žití. Jeho rozsah a forma“. Tito se domnívali, že existují lidské životy, které pozbyly v takové míře vlastnosti právního statku, že jejich pokračování ztratilo hodnotu, jak pro jejich nositele, tak pro společnost. Za takové byli považováni nevyléčitelně nemocní a nenapravitelně slabomyslní. Bindingovo a Hochovo dílo tak připravilo cestu ideologii a praxi národního socialismu v otázce eutanazie (Rotter, 1999).

Prvními lidmi v nacistickém Německu, kteří se stali obětí neodpovědného „objektivního“ kritéria kvality života se tedy stali nevyléčitelně duševně nemocní, následovalo svévolné zabíjení homosexuálů, jež byli v té době taktéž považováni za duševně nemocné a ušetření nezůstali ani Židé považováni za neplnohodnotné obyvatele. Teprve po válce vyšlo najevo, co vlastně eutanatické akce, zejména program T 44, znamenaly a bylo konstatováno, že fašistický systém zavinil smrt tisíců nevinných lidí, kteří o smrt neprosili, a tudíž že nešlo o milosrdenství ale o vraždu. Téma eutanazie se stalo na dlouhou dobu tabu (Haškovcová, 2000).

S odezníváním šoku ze zneužití eutanazie v nacistickém Německu se postupně ve společnosti čím dál častěji hovoří o pozitivním hodnocení pomoci při umírání na žádost a existuje velká ochota toto počínání pozitivně hodnotit a ospravedlňovat, což dokazuje například také fakt, že v roce 1993 se v Nizozemsku stala eutanazie v určitých situacích beztrestnou (Rotter, 1999).

2.2 Etické aspekty eutanazie

Etika je vysvětlována také jako teorie morálky. Je to vědecká disciplína zabývající se zkoumáním morálně relevantního chování a jeho norem. Hodnotí lidské chování z hlediska dobra a zla v situacích, kdy má člověk možnost usměrnit své jednání prostřednictvím svobodné vůle. Určit, které chování je dobré a které špatné, je ale mnohdy obtížné a zcela

jednoznačně to ani není možné. Naše hodnocení bývá ovlivněno zkušenostmi, subjektivními názory, postoji, konkrétní situací a je proto subjektivně podmíněno. Eutanazie jako jedna z možností ukončení lidského života svojí složitou problematikou vzbuzuje spoustu etických či mravních dilemat, v nichž je vždy rozhodující volba kritéria.

Proto mnozí zastánci eutanazie používají argumenty pro a odpůrci eutanazie naopak proti. *„Argumenty zastánců eutanazie pak vycházejí především z přesvědčení o autonomii každého člověka a z přesvědčení, že volání člověka trpícího a žádajícího o ukončení života, musí být bráno vážně“* (Špinková, 2006, s. 21).

Argumentaci na základě autonomie vycházející z toho, že člověk je autonomní bytostí a má právo nakládat se svým životem dle vlastního uznání, nelze jednoduše odbýt. Na druhé straně nesmíme opomíjet ani fakt, že autonomie bývá zastánci eutanazie často užívána ve zjednodušené až karikované podobě vykreslující ji jako právo člověka, dělat si bez omezení, co se mu zlíbí. Zde se naskytá otázka, co vlastně autonomie je. Dle Kanta totiž autonomie nemůže být založena na individuálních přáních, ale naopak na tom, co je pro všechny rozumné bytosti společné, co by se mohlo stát obecným pravidlem a zákonem a sebevražda nebo zabití jiného člověka se nemůže stát obecně platným pravidlem či zákonem.

Argument volání o pomoc apeluje především na soucit s druhým člověkem a právo na pomoc, ale i tento argument bývá užíván ve zjednodušené utilitární podobě. Volání pacienta o pomoc pramení ze strachu a nejistoty. Takové volání nemůžeme odmítat, ale naší odpovědí musí být skutečná pomoc. Eutanazie se ale jeví jen jako zkratkovitá odpověď, která nemůže být pomocí v pravém slova smyslu. Musíme se nejprve ptát, zda jsme vyčerpali všechny naše možnosti, zda dostatečně nasloucháme, zda víme, v čem je naše pomoc potřebná. Poté dát jasně najevo, že umírající nebude sám, že jej máme rádi a má zde své místo, pomoci mu nést zklamání a vyřešit to, co jej tíží. Bývají používány i jiné argumenty, z nichž jedním je ekonomická nákladnost péče o nevléčitelně nemocné, a že takto využití prostředky by se pak daly použít pro potřeby jiných pacientů (Špinková, 2006).

Naopak argumentem proti eutanazii je možnost ztráty důvěry, kterou by lékaři u pacientů i veřejnosti utrpěli. Pacienti by se mohli oprávněně obávat, že jejich život by mohl být v kritickém okamžiku ukončen i bez jejich souhlasu z důvodu tlaku rodiny, obchodu s orgány či již zmíněné nákladnosti léčby (Císařová, 2004).

Samotné jádro problému eutanazie má etický význam, neboť při ní jde o usmrcení nevinného člověka, osoby, která není pro nikoho hrozbou. Pro některé zastánce eutanazie je ale právě tato otázka usmrcení nemocných primárně důležitá. A místo toho se raději zaměřují na její účelnost, legálnost, komu má být určena, kdo ji má vykonávat, a podobně. I v naší morálně pluralistické společnosti bychom si ale každý měli vytvářet morální kritéria podle odůvodněných vodítek a ne se tomu vyhýbat otázkami typu: „Kdo může vědět, co je správné?“ V otázce eutanazie bychom neměli opomíjet jeden podstatný prvek, a sice, co je vlastně v sázce (Pollard, 1996).

Jedním z kontroverzních fenoménů eutanazie je tzv. **výslovné přání pacienta**, které lze podle mnohých autorů zpochybnit. V západních liberálních zemích bylo zavedeno do praxe jako tak zvané **určování svých záměrů předem** („living will“, „advance directives“, „DNR“-Do Not Resuscitate-neresusčitovat, tedy nezačínat kardiopulmonální resuscitaci v případě zástavy životních funkcí) a bylo zároveň uznáno i v zákonném právu. Tento fenomén v praxi znamená, že lidé jsou vyzýváni, aby se dopředu vyjádřili, zda si v určitých situacích, především v závěru života, přejí či nepřejí použití určitého medicínského postupu. Možné také je, aby pověřili jistou blízkou osobu tím, aby ta v případě, že toho nebudou sami schopni, tlumočila jejich přání. Taková osoba má pak vždy jednat v jejich nejlepším zájmu. Ve formulářích určených k vyjádření svých záměrů se vyskytují fráze typu: „Budu-li v terminálním stavu, nepřeji si, aby mi byla aplikována následující léčba...“, „Budu-li v kómatu bez naděje na zlepšení stavu, nechci...“, nebo naopak „Chci být udržen naživu tak dlouho, jak to bude možné s využitím všech dostupných forem léčení.“, a podobně. Hlavním smyslem těchto posledních pořízení je především zajištění autonomie pacienta a odstranění úzkosti plynoucí z možného použití určitých nechtěných zásahů, seznámení pacienta s nejrůznějšími možnostmi léčby, podpora diskuze týkající se konce života, znalost hodnot a přání nemocného a pomoc lékařům při rozhodování v těžkých chvílích. Etickou problematiku zde představuje případná možná změna smýšlení pacienta či neposkytnutí resuscitace i tehdy, byla-li by naděje na záchranu v důsledku různě interpretovaných kritérií dobré smrti či omezených možností společnosti (Munzarová, 2005).

Ve smýšlení pacienta se může vyskytnout autonomní rozpor. Otázka totiž zní jasně. „*Může moje dnešní já pravdivě určit, jaký bude můj nejlepší zájem pro mé já za dvacet let, pro mé třeba senilní já*“ (Munzarová, 2005, s. 22). Jinak totiž lidé uvažují, co by chtěli,

„kdyby se něco stalo“ a jinak, „když se to stane“. Důkazem toho jsou známé případy, kdy zastánci eutanazie zmírňovali nebo zcela změnili svůj názor a bojovali o každý příští den. Navíc, je-li přání vysloveno v situaci těžké nemoci, nesnesitelných bolestí či nulové naděje na vyléčení, lze je chápat jako odraz zoufalství, které může být odstraněno či přinejmenším zmírněno adekvátní péčí a prostředky (Haškovcová, 2002).

Další problematickou oblast představuje fakt, že eutanazie nikdy není a ani nemůže být otázkou jednoho člověka. Akt eutanazie vyžaduje přinejmenším dvě osoby. Jednu, která eutanazii vyžaduje a jednu, která ji naplňuje. Navíc se eutanazie svým způsobem dotýká celé široké veřejnosti, která si na ni vytváří určitý názor či k ní projevuje jistý postoj. Uvážíme-li fakt, že člověk má právo na sebeurčení, právo přijmout nebo odmítnout svůj život, má pak také právo vyjádřit se ke kvalitě závěru svého života. Otázkou ale je, má-li člověk zároveň právo požadovat na jiném člověku-lékaři, aby jeho případné přání uskutečnil. Ještě problematičtější je situace tehdy, když stanovisko pacienta není známo anebo se dá pouze předpokládat. Mnoho lidí z řad odborníků a laiků považuje milosrdné ukončení života plného strastí a utrpení za humánní čin, ale jen málo z nich je ochotno toto milosrdenství vykonávat. Hlavní příčinou jejich zdrženlivosti je fakt, že eutanazie je druhem zabití člověka a nikdo nechce být označován jako vrah (Haškovcová, 2002).

Pollard se k tomuto problému vyjadřuje v tom smyslu, že kdyby se lékaři stali zplnomocněnými vykonavateli eutanazie, mělo by to vliv na jejich praxi a velmi by to podlomilo jejich charakter (Pollard, 1996).

V této kapitole věnované etické problematice eutanazie bychom rádi zmínili také otázku tzv. dvojího efektu. Princip tohoto efektu spočívá v tom, že následkem zvyšujících se dávek opioidů užívaných u pacientů k tlumení nezvladatelné bolesti, může být smrt pacienta. Někteří, jako například zastánci tzv. holandského modelu eutanazie, se proto ptají, jaký je vlastně rozdíl mezi tímto smrt urychlujícím jednáním a úmyslným ukončováním života. Přitom je zcela jasné, že rozdíl tkví v úmyslu, tedy předvídání a účelu jednání. Například Sněmovna Lordů Velké Británie se k této věci vyjadřuje takto: „*Jsme přesvědčeni, že v malém počtu případů, kdy bolest nemůže být patřičně zvládnuta, je na základě odborného zhodnocení zdravotníky možné aplikovat zvyšující se dávky léků. Je třeba ulevit těmto nemocným, i tehdy, dojde-li ke zkrácení života*“ (Munzarová, 2002, s. 55). Podstatné tedy je, že jakékoli jednání je mravně hodnoceno právě podle úmyslu. V určitých případech mohou z jednoho jednání vzejít jak pozitivní, tak negativní efekt.

Negativní efekt však není primárním záměrem jednající osoby, ale pouze vyplynul jako sekundární, nezamýšlený a nechtěný důsledek jednání (Munzarová, 2005).

Je však třeba jasně vymezit podmínky, za nichž je možné tolerovat aktivity mající negativní efekt:

1. *„Použitý postup podání léku je dobrou činností,*
2. *záměrem lékaře je tlumení bolesti a ne zkracování života,*
3. *dobrý efekt (tlumení bolesti) není způsoben špatným efektem (zkrácením života)*
4. *existuje závažný důvod (velká bolest člověka blížícího se smrti), který ospravedlňuje i možné tolerování špatného efektu (nevelkého zkrácení končícího života pacienta),*
5. *pokud by byla jiná možnost, jak tlumit bolest bez rizika, pak by bylo nutné dát přednost této možnosti „* (Di Pietro In Munzarová, 2005, s. 85).

V souvislosti s eutanazií se také často hovoří o problému tzv. **kluzkého svahu**. Tento termín obecně označuje takové jednání, kdy *„sami sobě dovolíme dělat něco, co bychom dělat neměli a ihned se vyskytnou otázky, zda bychom si nemohli dovolit udělat i něco dalšího“* (Munzarová, 2005, s. 38). Když člověk či celá společnost nastoupí určitou kluzkou cestu, gravitace je pak sama stahuje dále. U problematiky eutanazie pak analogicky může dojít k tomu, že když dovolíme lékařům, aby na základě žádostí některých pacientů ukončovali jejich životy, může být tato možnost rozšiřována dále také na osoby těžce nemocné, ale ještě neumírající, osoby s mentálním postižením, osoby senilní či na těžce postižené novorozence. Pokud bychom tedy vyšli z argumentů autonomie a pomoci trpícím jedincům uvedených v úvodu podkapitoly, proč bychom měli pomáhat zbavit se utrpení jen umírajícím nemocným? V souvislosti s tím se vynořují znepokojující otázky typu *„Proč nedopřát tuto pomoc i těm, které tyto strasti teprve čekají?“* nebo *„A jak k tomu přijdou ti, jež se nedokáží kvůli fyzickým či mentálním bariérám vyjádřit o přání ukončit svůj život?“*. Mezi eutanazií chtěnou, vyžádanou a eutanazií nechtěnou může pak být tenká hranice (Munzarová, 2005).

2.3 Eutanazie a právo

Otázka eutanazie se dotýká především některých základních lidských práv, jako jsou právo na život, právo na sebeurčení, na ochranu soukromí a na lidskou důstojnost. Tato práva jsou zakotvena v ústavách a kodexech lidských práv. V České republice jsou tato

práva upravena v zákoně 2/1993 Sb., Listině základních práv a svobod (například článek 6 zakotvuje právo na život, článek 10 právo na lidskou důstojnost). Klíčové právo na život je dále upraveno také ve Všeobecné deklaraci lidských práv z roku 1948 a v Úmluvě o lidských právech a svobodách Rady Evropy, která je pro Českou republiku závazná a má přednost před úpravou vnitrostátního právního řádu (Matochová, 2009).

Pro názornost argumentace jednotlivých článků Úmluvy o lidských právech a svobodách (dále jen Úmluvy), v souvislosti s ochranou konkrétních práv, se jeví jako nejvhodnější případ *Pretty versus Spojené království* z judikatury Evropského soudu pro lidská práva (dále jen ESLP). Paní Diane Pretty onemocněla ve 43 letech degenerativním onemocněním neuronů vedoucím k ochabování svalů ovládaných vůlí. Žádná tehdy dostupná léčba nebyla schopná postup nemoci zastavit. U této nemoci dochází ke smrti v důsledku oslabení dýchacích svalů a pneumonie. V době projednávání případu byla stěžovatelka již v pokročilém stádiu nemoci, ochrnutá od krku dolů, vyživována pouze hadičkou. Pociťovala strach a úzkost z utrpení a nedůstojného průběhu nemoci, a proto si přála být tohoto ušetřena a mít kontrolu nad tím, kdy a jak zemře. Sama již sebevraždu spáchat nemohla a účast jejího manžela na její sebevraždě je podle anglického práva trestným činem. Chtěla proto záruku, že její manžel nebude za tento čin stíhán. Po několika odmítnutích využila poslední možnosti a obrátila se na ESLP, s tím, že odmítnutí imunity pro jejího manžela za účast na její sebevraždě porušuje její práva přiznaná v článcích 2, 3, 8, 9 a 14 Úmluvy. ESLP zhodnotil znění jednotlivých článků takto:

Článek 2 stanoví, že *„právo každého na život je chráněno zákonem. Nikdo nesmí být úmyslně zbaven života, kromě výkonu soudem uloženého trestu“* (Úmluva o ochraně lidských práv a svobod). Zde ESLP argumentoval tak, že právo na život nemůže být interpretováno negativně, jako právo na smrt. Článek 3 uvádí, že *„nikdo nesmí být mučen nebo podrobován nelidskému či ponižujícímu zacházení anebo trestu“* (in *ibid.*). Dle ESLP nevzniká z toho to článku žádnému státu povinnost poskytnout možnost pro jakoukoli formu asistované sebevraždy. V reakci na článek 8, stanovující, že *„každý má právo na respektování soukromého a rodinného života, obydlí a korespondence“* (in *ibid.*), ESLP nepovažuje všeobecný zákaz asistované sebevraždy za nepřiměřený. Dle článku 9 má *„každý právo na svobodu myšlení, svědomí a náboženského vyznání“* (in *ibid.*), ale dle ESLP se stížnost stěžovatelky nevztahuje k žádné uvedené svobodě. Článek 14 sice uvádí, že *„užívání práv a svobod přiznaných touto úmluvou musí být zajištěno bez diskriminace založené na jakémkoli důvodu“* (in *ibid.*), ale ESLP nepovažuje za diskriminaci, jestliže

tělesně postižená osoba nemůže požadovat pomoc při sebevraždě. Význam rozhodnutí ESLP v tomto případě spočívá především v ucelené a logické argumentaci soudu a v etické hodnotové orientaci ve prospěch práva jedince na život (Matochová, 2009).

Jelikož pojem eutanazie v sobě zahrnuje několik forem jednání, je na místě, abychom uvedli trestněprávní kvalifikaci jednotlivých forem eutanazie:

U pasivní eutanazie spočívající v přerušení či nezahájení životně důležité léčby vychází právo z principu informovaného souhlasu dotčené osoby. Tento princip je zakotven v článku 5 Úmluvy o lidských právech a biomedicině. *“Jakýkoli zákrok v oblasti péče o zdraví je možno provést pouze za podmínky, že k němu dotčená osoba poskytla svobodný a informovaný souhlas“* (Úmluva o lidských právech a biomedicině). Úmluva je v tomto ustanovení dostatečně jasná, vyplývají z ní práva jednotlivcům a je schopná bezprostřední aplikace. Úmluva se užije podle jejího článku 10 přednostně před všemi ostatními právními předpisy nižší právní síly. V právním řádu České republiky se v zákoně č. 20/1966 Sb. O péči o zdraví lidu v § 23 stanoví, že *„Vyšetření a léčebné úkony se provádějí se souhlasem nemocného...Odmítá-li nemocný potřebnou péči, vyžádá si ošetřující lékař o tom písemné prohlášení (revers)“* (Zákon o péči o zdraví lidu). Při výkladu těchto právních principů docházíme k názoru, že pacient má právo odmítnout léčbu či jakýkoli lékařský zákrok. Pro posouzení odpovědnosti lékaře při neprovedení výkonu má zásadní význam právě prohlášení pacienta-revers svědčící o tom, že pacient využil svého práva a zákrok odmítl. Nepřihlíží se přitom k tomu, zda se jedná o zákrok život zachraňující či nikoli. Z toho plyne, že odmítne-li pacient zahájení život zachraňující léčby, či rozhodne-li se o jejím ukončení, nesmí být zákrok ze strany lékaře proveden. Je zde zřetelně patrné vysoké postavení hodnot individualismu v naší společnosti. Pasivní eutanazie je tedy v souladu s právem (Císařová, 2004).

K uvedeným právním principům je nutno přihlédnout i v situaci posuzování lékaře za neprovedený zákrok podle § 150 trestního zákoníku O neposkytnutí pomoci či podle ustanovení o trestných činech proti životu a zdraví. Trestní zákoník rozlišuje při posuzování neposkytnutí pomoci mezi tím, dopustila-li se jí fyzická osoba či lékař. Pokud by došlo v důsledku neposkytnutí pomoci ke zhoršení stavu či smrti, byl by lékař trestně odpovědný. Povinnost zdravotnického pracovníka konat totiž vyplývá z § 55 odst. 2 písm. c) Zákona o péči o zdraví lidu, kde je stanoveno, že zdravotnický pracovník musí *„poskytovat neprodleně první pomoc každému, jestliže by bez této pomoci byl ohrožen jeho*

život nebo vážně ohroženo zdraví a není-li pomoc včas dosažitelná obvyklým způsobem, a zajistit mu podle potřeby další odbornou péči“ (Zákon o péči o zdraví lidu). Na druhé straně, je-li k provedení zákroku potřeba informovaného souhlasu a ten je lékaři odepřen, nemůže být lékař činěn odpovědným (Císařová, 2004).

U asistovaného suicida je situace právně odlišná. Je-li trpící pacient těžce nevléčitelně nemocný a je schopen ukončit svůj život sám, jedná se o sebevraždu, která není ani protiprávní ani trestná. Naopak je ale podle § 144 trestního zákoníku trestné jednání toho, kdo jiného k sebevraždě pohne nebo mu k sebevraždě pomáhá. Tím je myšlena jak fyzická pomoc spočívající především v opatrování prostředků nebo naopak odstraňování překážek, tak pomoc psychická zahrnující utvrzování v rozhodnutí. V souvislosti s asistovaným suicidiem se objevila zařízení, která pacient sám nezkonstruoval, ale je schopen je sám uvést do chodu. Ve Spojených státech amerických byl nejznámějším zařízením tohoto typu Mercitron navržený a zkonstruovaný propagátorem eutanazie Dr. Jackem Kevorkianem. On sám o něm říkal, že *„nabízí lidem, kteří se rozhodli odejít ze života dobro plánované smrti. Mercitron jakoby ukradl bohům smrt-smrt na stisknutí knoflíku, rychlou a bezbolestnou“* (Brovins, 1993, s. 25). I na taková zařízení se u nás § 230 trestního zákoníku vztahuje. Je zajímavé, že zatímco v některých jiných státech je přístup k asistenci při suicidii stejná, například v Německu je tomu naopak. Tam na základě principu akcesority nemůže být trestné napomáhání k činu, jenž sám není trestný (Císařová, 2004).

Aktivní přímá eutanazie znamenající zásah do tělesné integrity urychlující smrt, je v rozporu s právem včetně ustanovení zákona o ochraně života a zdraví a v úvahu zde přichází zejména trestný čin vraždy dle § 140 trestního zákoníku, kde se stanoví, že každé úmyslné usmrcení jiné osoby je vraždou. Protiprávnosti aktivní eutanazie nezabývá ani souhlas usmrcené osoby. Bylo by možné argumentovat o vyloučení protiprávnosti na základě otázky krajní nouze dle § 28 trestního zákoníku, jenž porovnává nebezpečí hrozící zájmu chráněnému právním předpisem a opatření směřujícímu k jeho odvrácení. V případě eutanazie tedy škody na osobnosti pacienta způsobené jeho utrpením nebo zkrácení života za účelem zmírnění utrpení. Nikdo ale není dostatečně povolán k posuzování kvality lidského života a navíc hodnota je vždy hodnotou pro konkrétního člověka, což vylučuje dostatečné objektivní hledisko. Aktivní eutanazie v našem právním řádu tedy nenachází aspekty, jež by vylučovaly její protiprávnost. Navíc nespadá dle

trestního zákoníku ani mezi privilegované skutkové podstaty. V jiných státech, jako například v Německu je tomu jinak a pohnutka usmrcení na žádost je trestána nižší sazbou.

V případě nepřímé eutanazie, kdy je smrt uspíšena vedlejšími účinky opiátů sloužících primárně k tlášení nesnesitelné bolesti, se nejedná o trestný čin, neboť lékař v tomto případě pouze provádí léčbu *lege artis* (Císařová, 2004).

2.4 Eutanazie ve vybraných státech

Eutanazie je ve velké většině dnešních států zakázána, je nelegální a její výkon je proti právním řádům jednotlivých zemí. Přesto existuje několik zemí, v nichž je nebo byl za určitých podmínek výkon eutanazie beztrestný či dokonce legální. Se vzrůstající benevolencí ve společnosti se ale stále častěji objevují iniciativy snažící se legalizaci eutanazie prosadit. Nyní se pokusíme osvětlit praxi v několika vybraných státech, jež eutanazii v jisté formě zakotvily do svých právních řádů.

Holandsko

Právě Holandsko vzbuzuje největší diskuzi, neboť aktivity související s prováděním eutanazie či účasti na asistované sebevraždě jsou dle trestního zákoníku nelegální, ale na druhé straně jsou vytyčeny zásady, jejichž dodržování zajišťuje beztrestnost. Již v roce 1982 byla ustanovena Vládní komise pro eutanazii a Ústřední komise královské holandské lékařské asociace, které se podílely na určování podmínek, za nichž je možné eutanazii provádět. Obě komise pak vykonávaly dohled nad děním souvisejícím s prováděním eutanazie. Lékaři byli vyzýváni, aby uváděli eutanazii jako příčinu smrti a předcházeli tak napětí mezi legislativou a praxí. Komise současně zaručovaly, že lékaři nebudou trestně stíháni, budou-li dodržovat stanovená kritéria (Munzarová, 2002).

Kritéria stanovila holandská lékařská komora tak, že *„je možné provést eutanazii pouze za určitých podmínek, a to u nevléčitelně nemocného pacienta, s bezespornou zlou prognózou, který trpí nesnesitelnými a neztišitelnými bolestmi, na jeho opakovanou žádost, rukou lékaře, který dal celou situaci posoudit nejméně ještě jedním nezávislým konziliářem“* (Haškovcová, 2002, s. 228).

Již v roce 1990 byla stanovena Vládní komise pro eutanazii (Rommelinkova komise), aby vedla šetření. Ze statistik poté vyplynula nepříznivá fakta. Za sledovaný rok došlo

podle úzké definice eutanazie k aktivnímu usmrcení na žádost pacienta ve 2300 případech, což představovalo 1,8% všech úmrtí. Pokud však připojíme k těmto číslům i usmrcení pacientů bez žádosti a úmyslné zkrácení života pacientů při vědomí i v bezvědomí, čísla se prudce změní a vypadají následovně: 2300 případů eutanazie na žádost, 400 asistovaných sebevražd, 1000 záměrných ukončení života bez žádosti, 8750 pacientů, u nichž byla přerušena či ukončena léčba udržující je naživu za účelem zkrácení jejich života, 8100 případů předávkování morfinem za účelem zkrácení pacientova života, 5800 ukončení nebo přerušování života na výslovnou žádost za účelem zkrácení života. To celkem činilo 23350 případů, kterými lékaři zvýšili počet případů eutanazie z cca. 2% na 20% všech případů úmrtí sledovaného roku. Bylo také zjištěno, že směrnice k provádění eutanazie byly lékaři přehlíženy buď prováděním nevyžádané eutanazie, nebo falzifikováním úmrtních listů, aby příčina smrti byla přirozená (Pollard, 1996).

Komise uvedla ve své souborné studii, že lékařská rozhodnutí týkající se ukončení života představují vysoké procento všech smrtí a jsou tedy běžnou praxí a zaslouží si více pozornosti v celospolečenské diskuzi. Reakcí na tyto informace byl v roce 1993 návrh zákona o uzákonění eutanazie a asistovaného suicidia, který vstoupil v platnost v roce 1994 (Munzarová, 2002).

Byly stanoveny nejen podmínky pro výkon eutanazie, ale také postup povinného hlášení eutanazie lékařem, na němž se shodla rada Královské lékařské asociace v roce 1990. Tento návrh byl v roce 1992 zahrnut do zákona o pohřebnictví a získal tak legální statut:

- Lékař provádějící eutanazii či asistované suicidium nepodá hlášení o přirozené smrti, ale informuje místního lékařského revizora prostřednictvím rozsáhlého vyplněného dotazníku.
- Místní revizor podá hlášení okresnímu právnímu zástupci.
- Ten rozhodne, zda případ předá k trestnímu stíhání či nikoli.

V roce 2001 byl zákon novelizován, ale jeho podstata se příliš nezměnila. Změn doznal postup při hlášení eutanazie, kdy speciální komise hlasuje o tom, zda lékař nemohl pacientovi pomoci jinak či možnost provádění eutanazie na nezletilých (Munzarová, 2005).

Belgie

O několik měsíců později než v Holandsku byla eutanazie legalizována i v sousední Belgii. Proti stáli především křesťanští demokraté. Ti přitom poukazovali na zneužitelnost tohoto zákona, který dle nich neobsahoval žádné korespondující pojistky zabraňující zneužití. Na rozdíl od Nizozemí, belgická právní úprava stanoví jiný postup pro pacienty usilující o skončení svého života formou eutanazie. Tu mohou podstoupit v Belgii jen lidé nevléčitelně nemocní, kteří jsou vystaveni stálému nesnesitelnému a nepotlačitelnému psychickému nebo fyzickému utrpení. Žadatelé o smrt z rukou lékaře musí být plnoletí a přičetní. Musí být také informováni o svém zdravotním stavu a nadějích na vyléčení. Každý z těch, kteří si přejí podstoupit v Belgii eutanazii, musí dvakrát o eutanazii předem požádat a být si přitom hluboce vědom důsledků této žádosti. V případě, že osoba, která tuto žádost činí, nebude v konečném stádiu nemoci, musí být dále vypracováno lékařské stanovisko o jejím zdravotním stavu a prognóze. Navíc každá provedená eutanazie musí být oznámena zřízené speciální komisi, která následně přezkoumá, zda lékař, který eutanazii provedl, postupoval v souladu s belgickým právem. Uvedená komise se skládá ze čtyř lékařů, čtyř profesorů medicíny, čtyř právníků a čtyř osob, které jsou v kontaktu s nevléčitelně nemocným.

Každý lékař, který v Belgii provede eutanazii, musí vyplnit speciální formulář a odeslat jej na speciální komisi. Ve formuláři lékař popisuje diagnózu a utrpení pacienta, jakým způsobem se ujistil, že žádá o eutanazii dobrovolně, vědomě a bez vlivu vnějších okolností a nesmí chybět ani popis samotného průběhu eutanazie.

V Belgii se první rok po platnosti zákona o eutanazii rozhodlo pro eutanazii asi jen 170 lidí a postupem času toto číslo vysoce nenarůstá. Podle jednoho z členů dohlížející komise nevyvolala eutanazie v Belgii žádné hromadné a automatické usmrcování, jak se mnozí odpůrci domnívali (Berka, Sum, 2005).

Spojené státy americké

Ve všech státech Spojených států amerických je eutanazie jako taková trestným činem vraždy, přestože mnohé zdroje tvrdí opak a dochází tak k dezinformování. Stejně tak není zákonem povolena ani asistovaná sebevražda, s výjimkou státu Oregon. V Oregonu byla asistence při sebevraždě uzákoněna v roce 1994 na základě zákona o důstojné smrti

přijátého referendem. Také stát Oregon má vytyčenou skupinu podmínek umožňujících výkon asistovaného suicidia a zbavujících přitom pacienta i lékaře trestní odpovědnosti. Mezi tyto podmínky patří následující: musí jít o jedince právně způsobilého, občana Oregonu, musí být dospělý, tedy starší 18 let, musí být nevyлéčitelně smrtelně nemocný a podle lékařské diagnózy mu nesmí zbývat více než 6 měsíců života. Pokud jsou splněny výše uvedené podmínky, musí následovat zákonný proces. Žádost musí pacient podat písemně na speciálním formuláři za přítomnosti dvou svědků, přičemž v rozmezí 15 dní musí následovat ještě ústní žádost směřovaná lékaři. Dále je pacient lékařem informován o všech dostupných alternativách včetně kontroly bolesti či možnosti hospicového centra. Každé předepsání smrtící dávky léků je lékař povinen oznámit zvláštnímu úřadu (Vozáb, 2010).

V roce 2005 byl zákon o důstojné smrti napaden generálním prokurátorem žalobou k Nejvyššímu soudu Spojených států amerických. Ten i přes podporu žaloby tehdejší prezidentem G. W. Bushem rozhodl ve prospěch státu Oregon, a tak je zákon součástí jeho právního řádu.

Nejen ve státě Oregon se projeví tendence uzákonit asistovanou sebevraždu. Například ve státě Washington byl ale návrh zákona legalizujícího pomoc při sebevraždě v roce 1991 zamítnut v poměru 54%: 46% hlasů, v Michiganu byl návrh zákona v roce 1998 odmítnut poměrem 71%: 29% hlasů (Pejchalová-Grünwaldová, 2005).

Austrálie

Austrálie byla vlastně první zemí, v níž byla eutanazie legalizována. Stalo se tak roku 1996 v její části Severní teritorium. Eutanazie byla umožněna jen těm pacientům, kteří disponovali osvědčením od dvou nezávislých lékařů, jež potvrdili, že pacient je nevyлéčitelně nemocný a přeje si zemřít. Další podmínkou pak bylo vyjádření psychologa o jeho způsobilosti k takovému rozhodnutí. Jen devět měsíců po přijetí zákona legalizujícího eutanazii však federální parlament kontroverzní zákon v roce 1997 zrušil. Do té doby podstoupily eutanazii pouhé čtyři osoby (Berka, Sum, 2005).

2.5 Dílčí závěr

V této kapitole jsme se pokusili objasnit z určitých hledisek problematiku fenoménu eutanazie.

První část je věnována jednotlivým formám a také dějinám eutanazie. Je totiž nezbytné jasně vymezit a definovat, co eutanazie je a co naopak pod tento pojem nepatří. Mnohem lépe se pak vedou diskuze a nedochází k matení a vzájemnému dezinformování. Také nastínit vývoj eutanazie, jejích filozofických východisek a především varovných momentů v průběhu dvacátého století považujeme za důležité.

V druhé části jsme se zaměřili na etické problémy související s eutanazií. Jelikož se eutanazie dotýká jednání, které je velice kontroverzní, je potřeba, abychom si k ní našli postoj, ať už kladný nebo naopak záporný, a tím její obsah z etického hlediska zhodnotili. Nesmíme zapomínat, že ať už se budeme setkávat s jakýmkoli argumenty, eutanazie je vždy usmrcením druhého, nevinného člověka, což se jeví jako argument nejsilnější.

Třetí část kapitoly je věnována právním otázkám eutanazie. Přestože právo nebývá vždy v souladu s morálkou či etikou, můžeme říci, že nejen v naší republice, ale i ve velké většině jiných zemí, se jednotlivé právní řády stavějí k výkonu eutanazie negativně a sankcionují jej trestněprávními postihy.

Závěrem jsme se zmínili o několika státech, jež naopak určitou podobu eutanazie legalizovaly a o tom, jakou má tamější praxe podobu. Lze očekávat, že současný stav a rozpoložení ve společnosti bude přispívat k narůstajícím tlakům zaměřeným na uzákonění a tím umožnění výkonu eutanazie.

3 PALIATIVNÍ PÉČE

Nemoc a smrt jsou nedílnou a neodlučitelnou součástí lidské existence a záleží vždy konkrétně na každé společnosti, jak dokáže reagovat a odpovídat na individuální potřeby nemocného umírajícího, ale i jeho blízkých. To do značné míry závisí na tom, jakou podobu paliativní péče či medicína v dané společnosti má. Je proto vítaným faktem, že v posledních několika desítkách let došlo k velikému rozvoji v oblasti paliativní péče.

Paliativní péče je moderní a rychle se rozvíjející typ péče zaměřený na účinnou pomoc nevléčitelně nemocným a jejich rodinám. Strategie paliativních postupů v péči o nevléčitelně nemocné a umírající je potřeba uplatňovat v co nejširší oblasti všude, kde se tyto nemocní nacházejí, ne jen například v hospicích, se kterými je pojem paliativní péče nejčastěji spojován. Je totiž nasnadě, že právě nedostatky v prováděné paliativní péči nahrávají debatám o eutanazii. Nejpalčivějším problémem v této oblasti je nejspíše nedostatečné tišení bolestí, které v nás vyvolává úzkost a strach. Z diskuzí pak vyplývá, že podle většiny lidí neexistuje pro umírající žádná jiná možnost, než umírání v nesnesitelných bolestech nebo milosrdná smrt v podobě eutanazie. Často se zapomíná právě na třetí možnost, která je pro nevléčitelně nemocné a umírající k dispozici, a sice na účinnou paliativní péči. Doufejme tedy, že pro tuto oblast péče bude k dispozici dostatek prostředků a schopných lidí s potřebnými kvalitami tak, aby se mohla i nadále rychle rozvíjet a poskytovat pomoc a útěchu.

3.1 Vymezení a historie paliativní péče

Vymezení paliativní péče

Paliativní medicína se mnohdy ve svém mylném pojetí zužuje pouze na oblast tišení fyzické bolesti, ale správné pojetí paliativní medicíny je mnohem komplexnější a má být chápána jako tišící a pomáhající disciplína. Vyznačuje se tím, že více než ostatní lékařské obory vyžaduje nejen odbornou ale také lidskou kompetenci. V posledních fázích pacientova života se totiž objevují takové symptomy, jako jsou bolest, pocit životní krize, strach či obavy, které představují neléčitelné utrpení. Paliativní medicína proto usiluje o zmírnění všeho, co způsobuje utrpení a jejím hlavním cílem není prodlužovat život za každou cenu. Je potřeba si uvědomovat, že k cílům medicíny nepatří jen náprava orgánů nebo systémů. Stejně důležité je také zmírňovat utrpení a doprovázet umírající.

Německá společnost pro paliativní medicínu vymezuje paliativní medicínu jako „*péči o pacienty s již nevléčitelnou, pokročilou nebo velmi rozvinutou chorobou, jež skýtá naději jen na velmi krátké dožití, kdy je doprovázení nemocných zaměřeno na kvalitu jejich života*“ (Virt, 2000, s. 36).

Samotný termín *paliativní* má svůj původ v latinském slově *pallium* znamenající plášť, masku, zakrytí, a proto už z etymologického hlediska lze odvodit pravou podstatu paliativní péče. Jejím smyslem je zamaskovat účinky nevléčitelných nemocí a zakrýt pláštěm ty trpící, jimž nemohlo být pomoci kurativní léčbou. Zahrnuje v sobě jak aplikaci paliativních intervencí ovlivňujících samotnou chorobu, kterými mohou být např. chemoterapie či radioterapie, tak i intervence tlumící účinky způsobené léčbou. Nejzákladnějším cílem je docílit co nejvyšší kvality života účinnou rehabilitací (Munzarová, 2005).

Světová zdravotnická organizace definovala roku 1990 paliativní péči jako „*aktivní celkovou péči o nemocné, jejichž choroba neodpovídá na kurativní léčbu. Prvořadým úkolem je kontrola bolesti nebo jiných symptomů a psychických, sociálních a spirituálních problémů s cílem dosáhnout nejlepší možné kvality života pro nemocné a jejich rodiny*“ (www.cestadomu.cz).

V roce 2002 upravila Světová zdravotnická organizace definici paliativní péče a oproti původní se více zaměřila na prevenci utrpení než na kvalitu života. „*Paliativní péče je přístup zlepšující kvalitu života nemocných a jejich rodin a který čelí problémům spojených s život ohrožujícími chorobami pomocí prevence a úlevy utrpení jejich včasným zjištěním, dokonalým zhodnocením a léčbou bolesti a ostatních problémů fyzických, psychosociálních a spirituálních*“ (Munzarová, 2005, s. 62).

Světová zdravotnická organizace zároveň o paliativní péči konstatuje, že ani neurychluje ani neoddaluje smrt, začleňuje do péče o pacienta také psychické a duchovní aspekty, vytváří podpůrný systém pomáhající žít pacientům co možná neaktivněji až do smrti a považuje umírání za přirozený proces (Haškovcová, 2000).

Mezi základní principy paliativní péče patří, že usiluje o prodloužení a udržení života, který je pro pacienta přijatelný, chrání a respektuje důstojnost nevléčitelně nemocných, vychází z potřeb a přání pacientů a jejich hodnotových priorit, snaží se vytvářet podmínky důstojného, vlídného prostředí ve společnosti blízkých pro poslední období života pacienta,

chápe umírání jako individuálně prožívanou část života, poskytuje účinnou a všestrannou oporu také pro příbuzné a přátele umírajícího i po jeho smrti.

Protože, jak již bylo uvedeno, je hlavním cílem paliativní medicíny udržet dobrou kvalitu života ve všech aspektech, musí být paliativní medicína svým charakterem interdisciplinární, to znamená, že využívá znalostí lékařů z různých specializovaných oborů, jakými jsou chirurgie, geriatric, onkologie, kardiologie či neurologie. To v rámci paliativní medicíny předpokládá úzkou spolupráci lékařů i ošetřovatelů, ale také zdravotníků a sociálních pracovníků, psychologů či duchovních a zapojení přátel a rodiny nemocného a také dobrovolníků (Sláma, 2007).

Paliativní péče se původně zaměřovala především na onkologicky nemocné pacienty a jejich blízké v prostředí hospicových zařízení. V posledním období však narůstá zájem paliativní péče také o neonkologické pacienty trpící chorobou vedoucí ke smrti, protože zkušenosti získané při péči o onkologické pacienty se velmi dobře uplatňují při péči o další skupiny pacientů. Dochází tak k rozšíření paliativní péče hned v několika sférách. Za prvé dochází k rozšíření okruhu diagnóz, pro které má paliativní péče význam, například na ischemickou chorobu srdeční, neurodegenerativní choroby, obstrukční plicní onemocnění či demence. Za druhé se rozšiřuje časový úsek choroby, v němž je možné využít postupů paliativní péče. Zatímco dříve byla paliativní péče považována za relevantní především u terminálně nemocných pacientů s prognózou několika dnů či týdnů života, nyní je paliativní péče charakteristická pro pacienty s život ohrožujícím onemocněním bez ohledu na prognózu, neboť je vždy nutné co nejdříve identifikovat a odstranit utrpení ve všech jeho dimenzích (Kalvach, 2004).

Historie paliativní péče

Paliativní péče byla poskytována od nepaměti. Historické prameny se o paliativní péči zmiňují ve starověké Mezopotámii i Řecku a již z té doby pochází zaměření lékařství, říkájící, že úkolem lékařů je občas léčit, častěji mírnit bolesti a neustále doprovázet. Přeskočme nyní v historii až do 19. století. Toto období je spojeno s rozsáhlým budováním nemocnic, v nichž se ale pro nevléčitelně nemocné dělalo jen málo. Smrt byla považována za selhání, a proto byla tendence ji z medicínské praxe vyčlenit. Jako reakce tuto skutečnost se začaly objevovat filantropické a charitativní snahy vytvářet instituce snažící se poskytnout lidem blížícím se smrti útočiště a péči. V čele těchto snah stály

povětšinou ženy. Příkladem může být spolek žen založený roku 1848 ve francouzském Lyonu mladou vdovou Jeanne Garnierovou. Tento spolek zřídil roku 1843 dům pro umírající charakteristický postojem uctivosti a míru tváří v tvář smrti. Jeanne Garnierová zemřela roku 1853, ale na základě jejího odkazu byly v následujících letech v Paříži i New Yorku vybudovány další zařízení pečující o umírající (Payne, 2007).

Ve 20. století se objevily dvě další obdivuhodné ženy, které disponovaly zvláštními schopnostmi. Jednou z nich byla do té doby nepříliš známá psychiatrička švýcarského původu Elisabeth Kübler-Rossová, která si ve své nové vlasti ve Spojených státech amerických našla cestu ke smrtelně nemocným lidem a navazovala s nimi kontakt. V roce 1969 vydala knihu s názvem „Hovory s umírajícími“ a tím do velké míry přispěla k odtabuizování tématu smrti. Druhou výjimečnou ženou byla anglická zdravotní sestra Cicely Saundersová, kterou pojilo silné pouto s onkologicky nemocným pacientem, a na základě toho se snažila najít způsob, jak zajistit takovýmto lidem důstojný a chráněný způsob umírání. Vystudovala sociální práci a medicínu a roku 1967 otevřela v Londýně Hospic svatého Kryštofa, jehož posláním bylo vrátit nemocným i jejich blízkým místo v tomto světě. Obě tyto ženy vrátily do medicíny zpět principy založené na schopnosti zůstat blízko nemocnému, přestože to může vzbuzovat strach, schopnosti odvážně pozorovat i to, co mnohé odpuzuje a umění mírnit obtíže, především bolesti. V terminologii došlo v rámci vývoje hospicového hnutí k mnoha proměnám. Nejprve se hovořilo a i samotná C. Saundersová užívala pojmu „terminální péče“, později byl tento postoj ke smrtelně nemocným a jejich rodinám označován pojmem „hospicová péče“ a dnes se po celém světě užívá termínu „paliativní péče“ (Student, 2006).

Samotný pojem hospic byl ve starověku a středověku používán pro tzv. domy odpočinku, kde si unavení poutníci na cestě do Palestiny mohli odpočinout, ošetřit rány, občerstvit se a nabrat síly na další cestu. Hospic vedl člověk, jenž se musel vyznat nejen v pohostinství ale také v ranhojičství. Později tradice hospiců vymizela a myšlenka na jejich obnovu se objevila až v 18. století, kdy bylo v Dublinu otevřeno zvláštní zařízení pro umírající pod názvem „hospic“. Větší rozvoj takovýchto iniciativ přišel ale až ve 20. století. V Londýně byl charitou Irských sester na jeho počátku otevřen Hospic svatého Josefa. Ale k mnohem výraznějšímu nárůstu počtu hospiců došlo až po druhé světové válce především v souvislosti s trendem tak zvané vítězné medicíny odmítající smrt jako svoji prohru. Nejznámější protagonistkou hospicového hnutí se stala výše zmíněná Angličanka

C. Saundersová. Dnes je poptávka po hospicové péči stále větší a na světě funguje více než dva tisíce takovýchto zařízení (Haškovcová, 2000).

V naší republice se zájem o paliativní medicínu rozvinul až po roce 1989. Do té doby byly léčebny dlouhodobě nemocných, coby suplující zařízení, nevyhovující co do kvality ošetrovatelské péče i multidisciplinárnosti služeb. V devadesátých letech 20. století se mnoho našich lékařů i sester obohatilo o mnoho teoretických i praktických poznatků, které získali při pobytech v zahraničí. Konečně byly také u nás zahájeny stavby několika hospiců. V roce 1995 byl slavnostně otevřen první Hospic Anežky České v Červeném Kostelci vybudovaný na základě iniciativ sdružení pro podporu domácí péče a hospicového hnutí Ecce homo doktorky Marie Svatošové. V roce 1998 byl zprovozněn Hospic Štrasburk v Praze a Hospic svatého Lazara v Plzni, Hospic svaté Alžběty v Brně pod Masarykovým onkologickým ústavem. V dalších letech pak vznikly další hospice v Rajhradě, Litoměřicích a dalších městech. V roce 1993 vzniklo také sdružení poskytovatelů hospicové péče s hlavním cílem zaměřeným na spolupráci těch, kteří se snaží zlepšit podmínky umírajících. První samostatné oddělení paliativní medicíny bylo u nás založeno v roce 1992 v nemocnici v Babicích nad Svitavou. K dalšímu rozvoji paliativní péče jistě přispívá i postgraduální kurz paliativní medicíny na Institutu pro další vzdělávání zdravotnických pracovníků. Běžné je dnes i přednášení paliativní medicíny na lékařských fakultách. To vše snad přispěje k zlepšení podmínek a stavu umírajících pacientů (Vorlíček, 1998).

Krátce se ještě zmíníme o historii paliativní péče v jiných zemích. Ve Spojených státech amerických, kam se myšlenka hospice dostala z Anglie, se mnohem větší důraz kladl na dobrovolníky a ambulantní paliativní péči. První hospic zde byl otevřen roku 1974 v New Havenu. Především z důvodu finančních obtíží museli v začátcích značnou část úkolů vykonávat právě dobrovolníci a následkem nedostatku financí došlo také ke zdržení při zakládání stacionárních zařízení. První hospice byly zřizovány především ze sponzorských darů a teprve na konci 70. let minulého století se do financování zapojilo i nemocenské pojištění. V současné době funguje v USA okolo dvou a půl tisíce hospiců s kvalitní péčí a vzdělanými sociálními pracovníky.

Do Francie přinesli myšlenku hospice studenti medicíny v 70. letech 20. století, ale teprve za několik let se rozproudila širší debata o přístupu k umírajícím ve francouzských nemocnicích. Od té doby se objevují nová nařízení a zákony sledující zlepšení situace umírajících i jejich blízkých. Například zákon zaručující právo

na kvalifikované ošetřování bolesti, na jehož základě s ním musí být každý pacient seznámen. Nárůst spotřeby morfia pak jednoznačně vypovídá o efektivitě takového opatření. Je zde také uzákoněn přístup k paliativní péči a za zmínku stojí i poměrně vysoké finanční částky investované do hospicových služeb (Student, 2006).

Přestože měl rozvoj paliativní péče v různých zemích odlišný směr i rychlost, lze v něm rozlišit několik hlavních fází. V první fázi svého zrodu paliativní péče vyrůstala „zezdola“ na základě obětavosti jedinců a místních iniciativ a tyto projevy odborně i lidsky zvládnuté péče o umírající se posléze staly hnacím motorem pro další odbornou i laickou veřejnost. Druhou etapu představovaly příklady kvalitní paliativní péče, které se pak slévaly v národní i nadnárodní hnutí, do nichž se zapojovaly nejrozličnější vrstvy společnosti, a tak se postupně témata smrti, utrpení, domácí péče, truchlení, práva umírajících, a další stala diskutovanými a zbavenými jejich tabu. Nyní v zemích, kde je paliativní péče rozvinutá, probíhá jakási třetí fáze vývoje, kdy panuje snaha začlenit paliativní péči do systému zdravotnictví a sociální péče a rozšířit tak její dostupnost. Klíčovou otázkou zde představuje to, jak propojit specializovanou a o uzdravení a prodloužení života usilující léčbu s paliativní péčí zaměřenou na pacientovu kvalitu života, rodinu a sociokulturní zázemí (Sláma, 2004).

3.2 Formy paliativní péče

Paliativní péče se účelně dělí podle toho, jak komplexní péče je nutná k zachování dobré kvality života, na obecnou a specializovanou paliativní péči.

Obecnou paliativní péči by měli umět poskytnout všichni zdravotní pracovníci bez ohledu na jejich odbornost. Obecná paliativní péče představuje dobrou klinickou praxi v situaci pokročilého onemocnění poskytovaná zdravotníky v rámci jejich specifických odborností. Základem je vždy rozpoznání a ovlivnění toho, co má vliv na kvalitu pacientova života, čímž rozumíme nejčastěji léčbu symptomů, respektování autonomie pacienta, citlivost, empatii, komunikaci s pacientem i jeho rodinou, zajištění odborné péče specialistů, zajištění domácí péče, a podobně.

Specializovaná paliativní péče je aktivní odborná interdisciplinární péče poskytovaná týmem odborníků speciálně vzdělaných v oblasti paliativní péče, jehož hlavní náplní práce je poskytování paliativní péče. Tento tým sestává z lékaře, sestry, sociálního pracovníka,

případně také psychologa, pastoračního pracovníka, fyzioterapeuta, koordinátora dobrovolníků a i dalších odborníků (Sláma, 2004).

Mezi organizační formy specializované paliativní péče patří zařízení domácí paliativní péče (tzv. domácí hospice), poskytující péči v domácím prostředí pacientů formou návštěv lékaře, sestry, ošetřovatelů a dobrovolníků. Tím je zajištěna trvalá dostupnost péče a podpory, a to také pro rodinu pacienta, která se obvykle na péči podílí. Na základě toho je nasnadě, že kvalitní domácí paliativní péče vyžaduje permanentní dostupnost, interdisciplinárně orientovaný tým, dostupnost pomůcek a systematickou podporu rodiny.

V České republice je absence domácí paliativní péče jedním z velkých problémů současné péče o umírající. Pomoc rodinám, které se rozhodly pečovat o své umírající v domácím prostředí, často poskytují mobilní hospice. V rámci domácí paliativní péče je přitom možné mnohem více přizpůsobit veškerou péči o pacienta jeho prioritám a potřebám, stejně dobře jako například v nemocnici tlumit bolest a ostatní somatické symptomy, integrovat do péče o pacienta také psychosociální a duchovní aspekty a využít nenahraditelného významu rodiny a jejího přirozeného prostředí.

Z výsledků různých průzkumů jasně plyne, že mnoho vážně nemocných lidí by chtělo strávit své poslední chvíle v prostředí domova. Toto prostředí je pro ně známé, emocionálně bohaté, naplněné intimitou a blízkými lidmi. K tomu, aby se domácí paliativní péče více rozšířila, je třeba určitých systémových změn v rámci zdravotnictví, sociální péče a legislativy. Největšími překážkami rozvoje domácí paliativní péče jsou ale nevyrovnaný vztah ke smrti a umírajícím v naší společnosti, vysoká zaměstnanost žen, obtížně zvládnuté symptomy, ale také proměna života rodiny, kdy mnoho členů rodin žije na opačných koncích republiky (Matochová, 2009).

Rozdíly v péči o umírajícího v domácím prostředí na rozdíl od zdravotnických zařízení spočívají především v dostupnosti profesionální zdravotní péče a míře podílu laiků na péči. Domácí prostředí předpokládá výrazné zapojení pacientových blízkých při péči. Podílejí se především na péči ošetřovatelské, kterou reprezentuje aplikování léků, mytí, krmení, převazy či pomoc při běžných denních činnostech. Při tom ale sami prožívají nemalý stres plynoucí z představy ztráty blízké osoby, ale také z nejistoty, zda zvládnou všechnu potřebnou péči v domácím prostředí. Náročné je také skloubení péče o terminálně nemocného s běžnými pracovními, rodinnými i společenskými povinnostmi, které musejí

zastávat a ze kterých se nemohou vyvázat. V tomto případě velkou pomoc představují nejrůznější agentury ošetrovatelské péče a pečovatelských služeb (Sláma, 2007).

Aby mohla být paliativní péče poskytována v domácím prostředí, musejí být splněny určité předpoklady. Především si musí sám pacient přát péči v domácím prostředí. Důležité také je, aby v rodině byly vyhovující vztahy a také bytové či finanční poměry, aby mohla převzít část péče o nemocného. Protože hlavní úlohu v poskytování péče o pacienta v domácím prostředí má jeho praktický lékař, je nutné, aby byl dostatečně ochotný a schopný. Musí kvalitně léčit symptomy, předepisovat léky a materiál, řešit akutní situace a indikovat domácí péči. Je také potřeba, aby se všichni, kdo se na péči o pacienta podílí, lékař, pacient, rodina, pečovatelská služba, dívali na situaci společným pohledem spočívajícím v tom, že pacient je nevléčitelně nemocný a hlavním cílem péče je udržet dobrou kvalitu života pacienta prostředky zvládnutelnými v domácím prostředí. Dalším předpokladem domácí paliativní péče je vytvoření plánu pravidelné péče a plánu řešení akutních situací a také postupu po pacientově smrti. V neposlední řadě je také nezbytné, aby lékař pečující o terminálně nemocného měl v lékárnice takové léky, se kterými lze zvládnout většinu klinických stavů a situací provázející závěr života (Sláma, 2007).

Další variantou organizace specializované paliativní péče je hospic. Jedná se o samostatně stojící lůžkové zařízení poskytující specializovanou paliativní péči zejména pacientům v preterminálním a terminálním období nevléčitelné choroby (nejčastější doba pobytu jsou tři až čtyři týdny). Důležitým aspektem je, že hospice kladou důraz na přání a potřeby nemocného a vytváření podmínek, v nichž může pacient zůstat v intenzivních vztazích se svými blízkými až do konce života. Toho lze dosáhnout vytvořením domácí atmosféry, volným režimem návštěv, zachováním soukromí a také dobrou dopravní dostupností hospice (Sláma, 2004).

Takto charakterizovaný lůžkový hospic ale není jedinou formou hospicové péče. Dalšími možnostmi jsou také domácí hospicová péče či denní stacionář. Domácí hospicová péče je ideální v situacích, kdy nemocný může zemřít v rodinném prostředí a péči rodinných příslušníků. Je proto ale potřeba, aby rodina chtěla, mohla a také uměla svého blízkého dochovat. Mnohdy představuje problém právě to, že se rodina, přestože chce a umí, nemůže o svého blízkého umírajícího postarat. Důvodem bývají nedostatečné materiální podmínky, bytové podmínky nebo nemoc jiného člena rodiny. Co se týká problematiky „umět“ se o umírajícího postarat, je samozřejmě možné toto rodinu naučit.

Jen velmi málo příbuzných se dokáže o umírajícího postarat samostatně. Většinou je potřeba dlouhodobé spolupráce zdravotníků a jiných odborníků. Ti poskytují péči a pomoc nejen umírajícímu, ale také právě pečující rodině.

Hospicové stacionáře bývají oblíbené především v zahraničí. Umožňují návrat pacienta do domácí péče. Stacionární péče umožňuje umírajícímu oddálit hospitalizaci a navrátit se do domácí péče. Péče ve stacionářích bývá omezena na několik hodin denně, kdy ráno bývá pacient obvykle přijat a v odpoledních hodinách opět propuštěn. Hospicové stacionáře představují také jistý způsob setkávání pro ty, jež jejich choroba vytrhla ze sociálních vztahů a pomáhají jim nalézt lidi v podobné situaci. Plní také rehabilitační úlohu v tom, že posilují u nemocných sebevědomí a vytvářejí pocit plnohodnotnosti pro společnost, vrací lidem kontrolu nad jejich situací, například vytvářením denního režimu, umožňují objevovat vlastní schopnosti či poskytují pacientům plnohodnotně naplněný čas. V českých hospicích bývá stacionární péče redukována především z důvodů malého zájmu o tuto formu péče, ale např. ve Velké Británii počet denních hospiců značně přesahuje počet těch lůžkových (Student, 2006).

Hospic obvykle sestává z malé lůžkové části s počtem asi 25 lůžek a ze stacionáře. Pravidlem také bývá, že se v hospici nachází také vzdělávací centrum a poradna. Prostředí hospice připomíná spíše dům než nemocnici a také režim v hospici se od nemocničního režimu velmi liší, neboť se zcela přizpůsobuje potřebám každého z umírajících. To se projevuje tak, že pacienti se stravují, vstávají i chodí spát či provádějí osobní hygienu, kdy sami chtějí a běžně bývají oblečeni v civilních šatech. Návštěvy jsou možné sedm dní v týdnu a tři sta šedesát pět dní v roce bez omezení a možná je dokonce i trvalá přítomnost jednoho příbuzného. Je možné, ale není to podmínkou, aby se rodinní příslušníci podíleli i na péči o umírajícího, ale už jejich samotná přítomnost je obrovskou psychickou podporou. Samotná péče bývá vysoce individualizovaná a každý z pacientů mívá svoji sestru či ošetřovatelku. V hospicích nalezneme ve větším množství i kvalitě než v běžných zdravotnických zařízeních různé pomůcky jako polohovatelná lůžka, vonné spreje, pojízdné vany či mobilní dávkovače léků. Co se týká vybavení pokojů v hospici, běžně zde nalezneme telefon pro snadnou komunikaci v rámci hospice i mimo něj i televizor (Haškovcová, 2000).

Do hospice je obvykle přijímán nemocný, který splňuje určitá kritéria. Mezi ně patří to, že pacient trpí postupující nemocí, která jej ohrožuje na životě, potřebuje paliativní

symptomatickou péči a léčbu, nepotřebuje akutní nemocniční ošetření a není pro něj dostačující či možná péče domácí.

Do hospice se nemocný dostane na základě vlastní žádosti, která je obvykle po předchozí domluvě zaslána do hospice poštou. Vzhledem k stavu pacienta je nutné jednat rychle bez zbytečné byrokracie. Podmínkou součástí žádosti o umístění v hospici je také tak zvaný svobodný informovaný souhlas, v němž dává pacient na srozuměnou, že v hospici bude pokračovat paliativní léčba, nikoli léčba, která se u něj jeví jako neúčelná a zatěžující. Hospic je ve své snaze zaměřen především na udržení kvality života (Vorlíček, 1998).

Další organizační formu paliativní péče reprezentuje oddělení paliativní péče v rámci zdravotnických zařízení - nemocnic či léčeben. Pacienti na oddělení paliativní péče potřebují nejen komplexní paliativní péči, ale také ostatní služby nemocnice pro nutnou diagnostiku a léčbu. Oddělení paliativní péče usiluje o vytvoření hospicového ideálu v rámci zdravotnického zařízení a slouží jako základna pro konziliární tým paliativní péče. Plní též výzkumnou a edukační funkci. Konziliární týmy paliativní péče v rámci zdravotnických zařízení, které sestávají z lékaře, sestry a sociálního pracovníka, zajišťují interdisciplinární znalosti v oblasti paliativní péče a přispívají k edukaci personálu na ostatních odděleních zdravotnických zařízení.

Závěrem, ale ne v poslední řadě, zmíníme ještě formu specializovaných ambulancí paliativní péče zajišťujících péči pacientům v domácím nebo náhradním sociálním prostředí. Úzce spolupracují jak s praktickými lékaři, tak i se specializovanými zařízeními paliativní péče. Působí tedy jak při hospicích, tak při odděleních paliativní péče, anebo mohou být součástí domácí paliativní péče (Sláma, 2004).

3.3 Bolest, její léčba a zvládání

Ač se to zdá z dnešního pohledu nemyslitelné, byla logicky bolest, až do vynalezení analgetik a anestetik, považována za běžnou a také očekávanou součást života. Byla vysvětlována především z hlediska víry, kde nemělo hledisko medicíny žádnou roli. Teprve v devatenáctém století se na základě objevů chemie, farmakologie, anatomie i fyziologie vyvinula analgetika a také způsob jejich užívání. To zapříčinilo větší zájem o předmět bolesti a jejího výzkumu a vysvětlení. Ještě v první polovině dvacátého století se počítalo jen se sensorickou a fyziologickou dimenzí bolesti jakožto odpovědí na poškození

tkání. K porozumění sociokulturním či psychologickým faktorům, které se samozřejmě do bolesti také promítají, stejně jako rozlišení mezi chronickou a akutní bolestí, došlo až později v šedesátých letech minulého století (Payne, 2007).

Bolest je symptom, který se velmi často vyskytuje u pacientů v terminální fázi nemoci. Udává se, že bývá součástí závěru života až u 90% onkologických pacientů a 80% pacientů s AIDS. Přitom právě strach z nedostatečného tlumení bolesti představuje největší obavu u umírajících. Nebojí se ani tak samotné nemoci, jako právě silné bolesti. Nedostatečné tlumení bolesti představuje obrovský etický problém současné doby. Neléčená bolest totiž způsobuje zbytečné utrpení, jemuž jsou nevléčitelně nemocní pacienti vystavováni a má tak škodlivý dopad na fyzickou, duševní, sociální i duchovní stránku kvality života. Způsobuje ztrátu radosti ze života, naděje, motivace k životu i spolupráci při léčbě. Naštěstí může být bolest díky dobré léčbě a efektivním metodám úspěšně léčena u více než 90% pacientů, kteří tak mohou závěr svého života prožít bez bolesti.

Na otázku, co je to bolest, lze v současné době dle Mezinárodní asociace pro tlumení bolesti odpovědět, že se jedná o „*nepříjemný smyslový a emocionální pocit spojený s aktuálním nebo potenciálním poškozením tkáně nebo jako poškození tkáně popisovaný*“ (O'Connor, 2005, s. 89). Tato definice chápe problematiku bolesti jako subjektivně podmíněného emocionálního i fyziologického fenoménu. To, že bolest je silně subjektivní zkušeností, podporuje i McCaffery uvádějící, že „*bolest je to, co pacient označí za bolest a vyskytuje se vždy, kdy to pacient říká*“ (McCaffery In O'Connor, 2005, s. 89).

Když se zabýváme otázkou bolesti, je nutné vždy brát do úvahy, že člověk je existencí několika rozměrů, a to fyzického, psychického, sociálního a spirituálního. Z toho vyplývá, že bolest se projevuje v těchto několika dimenzích. Při léčbě bolesti se většinou nezapomíná na její fyzický rozměr. Léčbu fyzické bolesti není možné redukovat jen na podávání léků. Bolest může zmírnit také uložení pacienta do správné polohy nebo čistotné zacházení s jeho tělem. Odstraněním fyzické bolesti pomáháme umírajícímu člověku i jeho blízkým najít cestu k dalším rozměrům života a vytváříme předpoklad pro překonávání jiných dimenzí bolesti. Psychický či emoční rozměr bolesti u umírajícího se projevuje v úvahách, že sami mají se svými blízkými jen omezený čas na vyřešení případných konfliktů a vyřízení posledních záležitostí. Je proto nutné hovořit o bolestných věcech, jako například o nemocech, nespravedlnostech, přehlížení. Pouze tehdy, podaří-li

se bolestný proces protrpět, objevíme, jak moc jsme měli a máme umírajícího člověka rádi. Bolest se ale nemusí objevit jen tehdy, když není v pořádku naše tělesná schránka. Bolestivé mohou být i naše sociální vztahy. Ve fázi umírání jsou to nejčastěji situace, kdy se lékaři i ostatní personál od umírajícího odtahují, nebo když rodina nedokáže vést s umírajícím žádný rozhovor a tím, že se domnívá, že ho tak šetří. Umírání tak probíhá v izolovaném prostředí plném utrpení. Spirituální bolesti se objevují nejčastěji při otázkách týkajících se smyslu existence, smyslu života i umírání. Takto kladené otázky často vystavují tazatele hrozbě bolestných odpovědí, zpochybňování své osoby i zažitých představ (Student, 2006).

Zcela přirozeně se i v problematice bolesti objevují určité teorie, které se snaží vysvětlit, jak lidské tělo vnímá bolest, proč se liší vnímání bolesti od vnímání jiných vjemů, nebo proč různí lidé za stejných a objektivních podmínek vnímají bolest různě. V dnešní době patří mezi nejznámější teorie bolesti teorie vrátková, teorie sumační a teorie neuromatrixová (Payne, 2007).

Mnoha trpícím umírajícím pacientům bývá ale dostatečná léčba bolesti upírána. Příčin nedostatečného mírnění bolestí je několik. Patří mezi ně například nedostatečné vzdělání lékařů, restriktivní zákony omezující distribuci morfia, předsudky, překážky na straně pacienta či nedostatek vědeckých publikací.

Zdravotnickým pracovníkům často chybí znalosti nutné k adekvátnímu zhodnocení bolesti. Mívají také mnohdy zbytečné obavy ze zvýšené tolerance, vzniku psychické či fyzické závislosti na opioidech. Většinou je ale výskyt psychické závislosti na opioidech mezi pacienty na konci života velmi nízký. Lékaři často argumentují principem dvojího efektu, který v sobě zahrnuje potenciálně škodlivý efekt vyvolaný činem s dobrým úmyslem. V tomto případě mohou některé léky jako morfin či jiné silné opioidy nést riziko vážných nežádoucích účinků mohoucích dokonce způsobit smrt. I přesto ale není možné považovat jejich podávání v dostatečných dávkách za nesprávné, neboť jejich pozitivní efekt spočívající v dostatečném tlumení bolesti převažuje nad potencionálními negativními účinky.

Někdy může příčina nedostatečné léčby bolesti spočívat i v samotných pacientech. Není výjimkou, že z jejich strany dochází k zatajování bolestí, protože jsou přesvědčeni, že je nevyhnutelnou a neléčitelnou součástí jejich stavu nebo se bojí, že se jejich stav zhorší.

Obávají se také, že pokud by o své bolesti promluvili, byli by považováni za problémové pacienty. Často se obávají i vedlejších účinků léků a vzniku závislosti (O'Connor, 2005).

Pro určení správné léčby bolesti je velmi nutné zjistit její intenzitu, přičemž rozhodujícím ukazatelem o intenzitě bolesti jsou vždy údaje od pacienta. Přitom ale kvantifikace bolesti na základě tvrzení pacienta může být složitá. Především v situacích, kdy je verbální komunikace s pacientem ztížená nebo nemožná. Zpětné hodnocení intenzity bolesti může být zkresleno i zapomnětlivostí, a proto je vhodné, aby si pacienti intenzitu své bolesti v průběhu dne zaznamenávali.

K určování intenzity bolesti se využívá jednoduchých (unidimenzionálních) a vícerozměrných (multidimenzionálních) nástrojů. K jednoduchým nástrojům měření intenzity bolesti patří verbální škála bolesti, v rámci které hodnotí pacient své bolesti v kategoriích, například žádná, mírná, středně silná, silná, nesnesitelná, což předpokládá stejnou interpretaci bolesti u pacienta i zdravotníka. Dalším unidimenzionálním nástrojem je vizuální analogová škála, kde pacient na úsečce znázorňující postup bolesti od žádné až po nejhorší představitelnou bolest vyznačí momentální intenzitu bolesti. Jinou škálou je škála numerická, kdy pacient ohodnotí intenzitu své bolesti v rámci rozmezí 0-10 nebo 0-100.

Multidimenzionální nástroje měření bolesti jsou tak zvané dotazníky bolesti. Dnes se pro měření nádorových bolestí užívá často dotazníku **Brief Pain Inventory (BPI)** nebo **McGillova dotazníku** bolesti. Je třeba vždy individuálně zvážit, zda vyplnění dotazníku představuje pro pacienta zátěž nebo dokáže vysvětlit, jak bolest ovlivňuje jeho aktivity a jaký efekt léčba má (Sláma, 2007).

Modality využívané při léčbě bolesti lze obecně rozdělit na kauzální a symptomatické. Principem kauzální léčby je odstranění nebo zmenšení nádoru nebo snížení jeho biologické aktivity, tedy odstranění příčiny bolesti. Z hlediska vlivu na bolest mají největší význam metody chirurgické a radioterapeutické.

Symptomatická léčba ovlivňuje vznik, vedení a vnímání bolestivé stimulace na různých úrovních nervového systému.

Farmakoterapie

K tomu, jak farmakologicky léčit bolest, existuje řada doporučení. Za klasický je považován návod ve formě analgetického žebříčku Světové zdravotnické organizace. Ten

představuje návod, jaké analgetikum nebo adjuvantní lék zvolit v závislosti na intenzitě a charakteru bolesti. V prvním stupni pomyslného žebříčku, jestliže popisuje pacient bolest jako mírnou, volí lékař obvykle neopioidní analgetikum. Druhý stupeň nastává, když bolest nepolevuje nebo se dokonce zvyšuje. Pak by se měl podat slabší opioid. Třetí stupeň představuje podání silného opioidu, a to tehdy, jestliže bolest stále přetrvává nebo se zvyšuje. Přitom platí, že na každém stupni je možné kombinovat léčbu bolesti i s adjuvantními léky a neopioidy (O'Connor, 2005).

Léčba analgetiky má určité principy. Především se volba příslušného analgetika řídí intenzitou bolesti udávanou pacientem. U trvalé bolesti je nutné podávat analgetika v pravidelných intervalech, ne jen podle potřeby. Analgetika je nutné podávat co nejméně invazivním způsobem a přednostně se užívá perorální či transdermální formy. Je nutné průběžně hodnotit bolest tlumící účinek stejně jako nežádoucí účinky analgetik, profylaxe a hodnocení psychosociálních souvislostí vnímání bolesti. Při nedostatečném tlumivém účinku je nutno zvážit jiné invazivní postupy, jako například neurochirurgické postupy (Sláma, 2007).

V rámci farmakoterapie bolesti se užívá různých druhů analgetik i koanalgetik. První velkou skupinu tvoří tzv. **neopioidní analgetika**. Sem řadíme taková farmaka jako paracetamol, metamizol, ibuprofen, diclofenac, nimesulid či meloxicam. Mezi jejich společné vlastnosti patří, že jsou indikována především u nocicepční somatické (bolest různých tkání vyvolaná drážděním nervových zakončení) a viscerální (bolest související s patologickým procesem v hrudních a břišních orgánech) bolesti. Mají stanovenou maximální denní dávku, jejíž překročení stejně nevede k posílení analgetického účinku a mohou být podávána jak samostatně, tak v kombinaci s opioidy.

Další skupinu představují **opioidní analgetika**, která jsou rozdělena na slabé a silné opioidy. Pro slabé opioidy, jako jsou codein, dihydrocodein či tramadol, je typické, že od určité dávky i přes další zvyšování, jejich analgetický účinek nenarůstá. Výhodná je jejich kombinace s neopioidními analgetiky, nikoli kombinace různých slabých i silných opioidů navzájem. Silné opioidy, jako např. buprenorphin, léčí silnou akutní i chronickou bolest. Jejich činek je přímo úměrný dávce a formálně u nich neexistuje maximální denní dávka, ale jejich užívání je omezeno nežádoucími účinky.

Adjuvantní analgetika nejsou primárně indikována pro bolestivé stavy, ale přesto mohou mít významný bolest tlumivý efekt. Význam mají především při léčbě neuropatické

bolesti, a to dokonce v monoterapii. Řadíme sem kortikoidy, alfa₂ agonisty, antidepresiva, antikonvulziva, antiarytmika, bisfosfonáty, psychostimulancia či benzodiazepiny (Sláma, 2007).

Invazivní postupy

Invazivní techniky jsou v léčbě bolesti užívány tehdy, když je léčba farmaky nedostatečná. Tehdy ji mohou invazivní postupy doplnit nebo zcela nahradit. Mezi nejčastěji užívané invazivní postupy v současné době patří různé typy nervových blokády prováděných anesteziology, intraspinální aplikace opioidů do epidurálního či subarachnoidálního storu a výjimečně i přímo do mozkových komor, blokády pomocí místních anestetik, neurolytické blokády a neurochirurgické (rekonstrukční, modelační a ablační) metody (Vorlíček, 1998).

Radioterapie

Radioterapie je nejčastěji indikována u kostních metastáz. Indikace vychází nejen ze zobrazovacích metod, ale také ze závažnosti pacientových symptomů. Cílem je především mírnit akutní nežádoucí účinky radioterapie, protože vzhledem k prognóze je riziko dlouhodobých vedlejších účinků mizivé. Mezi nežádoucí účinky patří hlavně únava, nechutenství či změny v psychice pacienta. Snahou je dávat přednost krátkým a jednoduchým ozařovacím technikám s pro pacienta pohodlnou polohou (Sláma, 2007).

Nefarmakologické intervence

Přestože je farmakologická léčba nejčastější možností zvládnání bolesti, není metodou jedinou a navíc nefarmakologické postupy a psychosociální opora zvyšují účinek farmakologických intervencí.

Kognitivně-behaviorální terapie, jejímž cílem je změna myšlení a chování lidí a tím zvýšení schopnosti zvládnání zátěže. V případě bolesti tedy dovednosti nutné k vypořádání se s bolestí, zmírnění utrpení a zlepšení celkové kvality života.

Relaxační techniky slouží jako terapeutické nástroje, neboť bolest je často spojena s napětím, stresem a úzkostí. Relaxační techniky zahrnují postupné uvolňování kosterních

svalových skupin. Navíc relaxace odvádí pozornost pacienta od bolesti, protože jej nutí soustředit se na instrukce a protože ovlivňuje sebekontrolu, má pozitivní vliv na zvládnutí bolesti.

Biofeedback (biologická zpětná vazba) využívá nástroje zesilující informace přicházející z těla, jako jsou teplota kůže, napětí svalstva, a transformují je do viditelné podoby záznamu osciloskopu, tónu či cvaknutí. Tak lze změřit a ukázat pacientovi jeho reakce spojené se stresem, napětím, které normálně vůlí ovládnuty nejsou. Za paradigma zde slouží operantní podmiňování, přičemž upevňujícím faktorem je znalost výsledku (Payne, 2007).

3.4 Sociální tematika v paliativní péči

Cílem sociální práce a sociálních pracovníků je především poskytovat komplexní pomoc člověku i sociálním skupinám ve svízelné situaci, v situaci, která je odsunuje na okraj. Jejich posláním je hájit zájmy klienta proti všem poškozujícím tendencím z okolí i proti vlastnímu sebepoškozujícímu chování. Nikoli však trvalou paternalistickou péčí vyvolávající pacientovu pasivitu, ale tak že ho motivují k aktivitě, zodpovědnosti a vlastním rozhodnutím.

Komplexnost péče v paliativní medicíně vyžaduje spolupráci odborného týmu, do něž patří i sociální pracovník. Co se týká postavení sociálního pracovníka v týmu i v celém zdravotnictví, je běžné, že v praxi nejsou mantinely pro náplň práce konkrétních odborníků přesně vytyčeny, a tak mohou být určité činnosti vykonávány vícerymi odborníky. Stejně tak přispívají k neuspokojivému stavu sociálních pracovníků i sami lékaři. Využívají totiž sociální pracovníky spíše jako administrativní či pomocný zdravotní personál, tudíž sociálním pracovníkům nezbyvá na vlastní činnost čas. To vytváří zdání, že sociální práce ve zdravotnictví není nepostradatelná. Lékaři se nedostávají často do kontaktu se sociálními pracovníky, a ti nemají tendenci se prosazovat a prezentovat svoji práci, což opět vnáší pochybnosti o efektivitě práce sociálního pracovníka. Nepřítomnost sociálního pracovníka ale naopak způsobuje sociální dyskomfort a stres pacienta z nevyřízených záležitostí, bezradnost, bezprizornost nebo jeho pozdní přesun do jiného zařízení, což ve svém důsledku vždy narušuje léčbu (Vorlíček, 1998).

Samotná role sociálního pracovníka v paliativní péči je výjimečná v tom, že se v rámci multidisciplinárního týmu zaměřuje na konkrétní situaci konkrétní osoby. Nabízí praktickou i emocionální pomoc osobám terminálně nemocným i osobám, jež

o ně pečují. Především se orientuje ve službách vhodných pro terminálně nemocné i jejich rodiny, které poskytuje státní i soukromý sektor. Musí být s to poskytnout svoji pomoc i v náročných situacích, kdy se dostávají potřeby nemocného a pečujících osob do konfliktu a musí být schopný pracovat s lidmi, kteří utrpěli ztrátu. Sociální pracovník by měl být platným členem týmu, spolupracovat při řešení psychosociálních problémů, spolupracovat s dobrovolníky a dohlížet na jejich činnost, účastnit se vzdělávacích akcí i výzkumu. Úkoly, s nimiž se sociální pracovník nejčastěji setkává, spočívají především v hodnocení sociálních, emocionálních i finančních potřeb pacienta, posouzení schopnosti pacienta i rodiny zvládnout situaci a případně dokázat taktně nabídnout vhodnou pomoc, vytvoření optimálních podmínek pro nemocného, pochopení etnických a náboženských vlivů, všímání si zranitelných lidí (dětí, adolescentů) a schopnosti předvídat u nich například problémy s učením, pomoci rodině překonávat komunikační bariéry a překonávat konflikty, pomoci při jednání s úřady při žádostech o dávky či být spojkou mezi rodinou a učiteli, zaměstnavateli. (Matoušek, 2005).

Práce sociálního pracovníka ve zdravotnictví by měla mít určité postupy a sestávat z několika fází či etap. První etapou je seznámení se s chorobopisem a první kontakt s pacientem. Sociální pracovník by měl znát zdravotní problémy pacienta, názory lékaře i sester a jeho anamnézu. Vždy by ale měl k pacientovi přistupovat nezátížen předsudky a udělat si názor na pacienta sám. Nejčastěji užívanou metodou sociální práce je individuální rozhovor začínající vzájemným představením a zdůvodněním návštěvy. Prvním setkáním začíná sociální pracovník tak zvanou případovou studii. První kontakt by měl být kratší, aby měl pacient prostor pro seznámení se s novým členem týmu.

Druhou etapou je sociální diagnóza. Nenápadně řízeným dotazováním se sociální pracovník snaží zjistit vztah pacienta k nemoci, jak pacient splňuje roli nemocného, jak hodnotí svoji budoucnost. Dále se zajímá o to, jaká je jeho finanční a bytová situace, jaké podmínky a vztahy panují v rodině, jak s ním rodina komunikuje. V celém průběhu dotazování je nutné udržovat v pacientovi důvěru a povzbuzovat jej k odpovědím. Některá zjištění je dobré konzultovat i s rodinnými příslušníky. Veškeré zjištěné informace jsou následně shrnuty a vyhodnoceny.

Třetí etapou je návrh řešení a plán sociální pomoci sestavený z činností, které sociální pracovník bude činit sám i z těch, při kterých bude spolupracovat s jinými odborníky.

Čtvrtou etapu reprezentuje sociální terapie, která není omezena jen na psychoterapii (rodinnou či narativní terapii). I vyřízení důležitých úředních záležitostí představující pro pacienty bez šance na dokončení jednání vlastními silami může pozitivně ovlivnit jejich pocity. Stejně tak podnět podaný k příslušným místům k vyřízení dosud nevyřešených finančních či soudních záležitostí zbavuje pacienty stresu. Další pomoc představuje i podání dostatečných informací o pacientově chorobě, kterých se mu dosud nedostalo.

Pátá etapa znamená pro sociálního pracovníka ověření výsledků a zhodnocení, do jaké míry se mu podařilo naplnit plán svých činností a jak tento plán přispěl ke zlepšení kvality života pacienta (Vorlíček, 1998).

Nevyléčitelné onemocnění způsobuje nemocnému a jeho rodině mimo jiné i sociální strádání na základě změny v zaměstnání, příjmu, menší sociální zapojenosti až izolovanosti, fungování a životní styl rodiny i sociální role jejích členů. Proto jsou pro nemocné i jejich rodiny k dispozici určité formy pomoci. Patří sem služby zdravotně sociální péče, finanční podpora a také praktické informace ohledně pohřbu, pohřebního, dědického řízení či vdovského a sirotčího důchodu (Sláma, 2007).

Mezi služby zdravotně sociální péče patří domácí zdravotní a ošetrovatelská péče (tzv. home care). Ta je poskytována profesionálními zdravotníky a spočívá v aplikování injekcí, převazech, odběrech či pohybové léčbě. O péči může požádat nemocný, rodina či nemocnice. *“Domácí péčí je zdravotní péče poskytovaná pacientům na základě doporučení registrujícího praktického v jejich vlastním sociálním prostředí. Domácí péče je zaměřena zejména na zmírňování utrpení nevléčitelně nemocného člověka a zajištění klidného umírání a smrti. Cílem domácí péče je zajistit maximální rozsah, dostupnost, kvalitu a efektivitu zdravotní péče a pomoci pacientům, kterým je tato péče poskytována, a to v jejich vlastním sociálním prostředí“* (Věstník 12/2004 ministerstva zdravotnictví). Domácí péče je financována jak zdravotními pojišťovkami, tak nemocným či jeho rodinou. *„Zdroje financování domácí péče: Fond veřejného zdravotního pojištění a dle vyhlášky ministerstva zdravotnictví České republiky č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, v platném znění. Přímou platbou pacienta (u pacientů, kteří nejsou pojištěni, nebo za výkony nehrazené ze zdravotního pojištění...)“* (in ibid.).

Další službou zdravotně sociální péče pečovatelská služba. Jde o terénní službu poskytovanou osobám se sníženou soběstačností v přirozeném sociálním prostředí nebo v zařízení sociálních služeb. V rámci této služby je běžně poskytována pomoc při osobní hygieně, pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu a dalších úkonech.

Nevyléčitelně nemocným je poskytována také osobní asistence. Je taktéž terénní službou poskytovanou osobám se sníženou soběstačností. Poskytuje se osobám v jejich přirozeném prostředí bez časového omezení. Základní činnosti, které služba poskytuje, jsou v podstatě shodné s činnostmi v rámci pečovatelské služby, jen navíc obsahuje vzdělávací a aktivizační činnosti a pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

Odlehčovací služby (respirační péče) jsou terénní, ambulantní nebo pobytové služby poskytované osobám se sníženou soběstačností, o něž je jinak pečováno v jejich přirozeném prostředí s cílem umožnit pečující osobě nezbytný odpočinek (Sláma, 2007).

Finanční pomoc pro terminálně nemocné pacienty představuje především příspěvek na péči. Tato sociální dávka je vymezena v zákoně 108/2006 Sb. O sociálních službách, který od roku 2007 výrazně změnil systém financování sociálních služeb. Nyní závisí jen na samotném příjemci sociální dávky příspěvek na péči, jakým způsobem ji využije. Může si za něj objednat konkrétní druh sociální služby (například pobyt v určitém zařízení nebo pečovatelskou službu) nebo jej může využít tak, aby se o něj mohl po celý den starat některý z rodinných příslušníků či jiných blízkých lidí. Obrovskou výhodou tohoto systému je, že umožňuje setrávat umírajícím v jejich přirozeném prostředí, finanční částka motivuje rodinu k většímu zapojení do péče o nemocného a také pro stát je vždy méně nákladná péče v rodinném prostředí než péče ústavní. Příspěvek na péči je sociální dávka poskytovaná osobám závislým na péči jiné fyzické osoby za účelem zajištění potřebné pomoci. Náklady na příspěvek se hradí ze státního rozpočtu, o příspěvku rozhoduje příslušný úřad práce. Žadatel se musí podrobit sociálnímu šetření a vyšetření zdravotního stavu. Pokud vznikne na příspěvek nárok, musí být využit pouze k zajištění zmíněné pomoci (Sláma, 2007).

Výše příspěvku je různá podle stupňů závislosti. I. stupeň je závislost lehká, II. stupeň závislost středně těžká, III. stupeň těžká a IV. stupeň úplná závislost.

Pro názornost činí nyní výše příspěvku na péči u osob mladších než 18 let v I. stupni 3000,- Kč, ve II. stupni 6000,- Kč, ve III. stupni 9000,- Kč a ve IV. stupni 12000,- Kč. U osob od věku 18 let je pak výše příspěvku v I. stupni 800,- Kč, ve II. stupni 4000,- Kč, ve III. stupni 8000,- Kč a ve IV. stupni 12000,- Kč (<http://socialnireforma.mpsv.cz/cs/23>).

3.5 Dílčí závěr

Třetí kapitola diplomové práce je věnována otázkám souvisejícím s paliativní péčí. Pro mnoho nevléčitelně nemocných pacientů je fakt, že se principy paliativní péče dostávají ve velkém měřítku do běžné zdravotnické praxe, velkým přínosem. Paliativní péče není zaměřena na rozdíl od kurativní medicíny na léčbu symptomů, ale jejím posláním je především mírnit utrpení a doprovázet ty, pro které již možnosti současné kurativní medicíny nejsou dostatečné. Paliativní péče se vyvíjela od dávných dob starověku, přes středověk až do doby současné, kdy se znovuobnovila především tradice hospiců představujících nyní důležitou v mnoha ohledech lepší alternativu běžných nemocnic či LDN. U nás vděčíme za vznik a rozvoj hospicového hnutí MUDr. Svatošové, která také u nás zprovoznila první hospic Anežky České v Červeném Kostelci. Nyní se paliativní péče nachází v takové fázi vývoje, kdy dochází k jejímu začleňování do běžných systémů moderní zdravotní péče. Doufejme, že se tak bude dít i nadále.

Paliativní péče existuje v podobě obecné a specializované. Specializovaná paliativní péče je organizována buď v domácí podobě, hospicové podobě nebo jako oddělení běžných zdravotnických zařízení. Přestože se jistě všichni pracovníci v paliativní medicíně snaží dělat svoji práci maximálně dobře, je pro umírající pacienty jistě lepší alternativou, pokud je to možné, zůstat v posledních chvílích svého života se svými blízkými v důvěrně známém prostředí domova.

Symptodem, který vzbuzuje u terminálně nemocných asi největší obavy, je bolest. Toto slovo vzbuzuje v pacientech strach a úzkost, které mnohdy bohužel nejsou zbytečné. Je třeba, aby se příslušní odborníci neustále vzdělávali v oblasti tlumení bolesti, tak aby maximum pacientů mohlo prožít své poslední okamžiky v co největším komfortu. Existuje totiž celá řada metod, jak ať už pomocí opiátů, chirurgických postupů či nefarmakologických technik, bolest účinně tlumit. V rámci paliativní péče se o pacienta stará tým složený také ze sociálního pracovníka. Ten se musí snažit v rámci tohoto týmu co

nejvíce emancipovat a vymezit svoje pole působnosti. Jeho cílem je pomáhat pacientům překonávat jejich svízelnou situaci. K tomu účelu slouží také některé nástroje sociální politiky včetně finančních prostředků nebo sociálně zdravotní péče, které nemocný může využívat.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ

Praktickou část diplomové práce tvoří dotazníkové šetření provedené v rámci široké veřejnosti s cílem zjistit povědomí, názory, postoje a zkušenosti společnosti s problematikou eutanazie, paliativní péče, umírání a smrti. Následuje analýza zjištěných údajů, které z výzkumu vyplívají a jejich interpretace.

4.1 Cíle a předpoklady výzkumu

Cílem praktické části naší diplomové práce bylo zjistit povědomí veřejnosti o otázkách spojených s umíráním a smrtí obecně a také o související problematice eutanazie a paliativní péče. Snažili jsme se zjistit, kolik lidí zná uvedené pojmy eutanazie a paliativní péče, co si pod nimi představují, jestli se s nimi již osobně setkali, jak se stavějí k problematice umírání, apod. Ke zjištění odpovědí na tyto a další otázky našeho výzkumu byl použit vzorek náhodně vybraných respondentů z řad široké veřejnosti různého věku, stupně vzdělání či náboženského vyznání.

Pro účely výzkumu jsme si respondenty rozdělili do několika skupin podle pohlaví: muži/ženy; věku: 18-39/40-59/60+; vyznání: věřící/nevěřící; vzdělání: ZŠ/SŠ/VŠ; bydliště: město/venkov. Tyto informace budou sloužit jako tzv. nezávisle proměnné. Naopak informace, které budeme zjišťovat o názorech, zkušenostech, povědomí a postojích respondentů k problematice umírání, smrti, eutanazie a paliativní péče, budou představovat tzv. závisle proměnné. Na základě nezávisle a závisle proměnných pak budeme formulovat hypotézy, které budou vyjadřovat vzájemný vztah mezi nimi a zároveň budou vyjadřovat naše předpoklady, které budou v průběhu výzkumu buď potvrzeny-verifikovány, nebo vyvráceny-falzifikovány.

Samotný sběr dat proběhl tak, že jsem se každému respondentovi představila, krátce vysvětlila, k čemu daný dotazník bude sloužit a požádala o pomoc s jeho vyplněním. Vysvětlila jsem, jak dotazník vyplnit a že je možné, pokud se objeví nějaké nejasnosti, doplnit z mé strany informace. Respondenti byli vždy ujištěni o dobrovolnosti poskytnutí jejich odpovědí, o účelu použití jejich údajů a o anonymitě dotazníkového šetření. Vyplnění dotazníku trvalo v průměru asi 10 minut. Závěrem jsem samozřejmě každému poděkovala za ochotu a čas, který mi věnovali.

Důležitým prvkem celého výzkumu bylo provedení tzv. pilotního výzkumu neboli předvýzkumu, který slouží především k zmírnění rizika nedostatečného pochopení

položených otázek. A to tím, že jsme předložili dotazník k vyplnění deseti respondentům před samotným výzkumem a na základě jejich reakce a doporučení změnili formulaci nebo zcela odstranili zavádějící, nesrozumitelné, nevhodné či nejednoznačné otázky.

4.2 Metodika výzkumu

Pro realizaci výzkumu byla použita metoda dotazníku jakožto systému předem navržených otázek, které jsou promyšleně a pečlivě uspořádány. V našem případě se vzhledem ke značné citlivosti tématu jeví tato metoda jako nejvíce vhodná. Navíc je značnou výhodou kvantitativní dotazníkové metody zjištění velkého počtu informací od velkého množství respondentů v relativně krátkém časovém úseku.

Dotazník sestává z 27 položek, které jsou uspořádány tak, že prvních pět položek zjišťuje tzv. tvrdá data týkající se pohlaví, věku, vzdělání, bydliště a vyznání respondentů. Další řada devíti položek směřuje ke zjištění informací o povědomí, zkušenostech a postojích respondentů s fenoménem eutanazie. Následujících devět položek se zaměřuje na získání dat o povědomí, názorech a zkušenostech respondentů s paliativní péčí a jejich zkušenostech s nevléčitelně nemocnou osobou. Poslední čtyři položky jsou pak zacíleny na zjištění postojů a vztahů respondentů k palčivým otázkám umírání a smrti.

Položky, z nichž je dotazník složen, jsou několikerého typu. Jednak jsou to položky uzavřené, v nichž mají respondenti na výběr mezi označením předtištěné volby odpovědi (např. volby mezi variantami Ano, Ne, Nevím). Uzavřených položek je v dotazníku většina, celkem 23 položky. Dále se v dotazníku vyskytují 2 položky polootevřené, u nichž je možnost výběru odpovědi z předem daných variant s možností doplnění či zdůvodnění odpovědi dle názorů respondenta. Dalším typem položek vyskytujícím se v dotazníku jsou 2 položky otevřené, v nichž mohou respondenti svobodně zvolit formulaci odpovědi dle svých znalostí a zkušeností.

4.3 Hypotézy výzkumu

Výsledky, které vyplynou z analýzy odpovědí na otázky v distribuovaných dotaznících, by následně měli buď potvrdit (verifikovat) nebo vyvrátit (falzifikovat) následující mnou zformulované hypotézy.

H₁: Věková skupina 18-34 bude souhlasit s legalizací eutanazie častěji než ostatní věkové skupiny respondentů.

H₂: Vysokoškolsky vzdělaní respondenti se budou obávat zneužití eutanazie častěji než respondenti ze skupiny s nižším vzděláním.

H₃: Věřící respondenti by žádali o eutanazii méně často než respondenti nevěřící.

H₄: Respondenti žijící na vesnici budou zastávat názor, že nevléčitelně nemocnému více vyhovuje prostředí rodinné častěji, než respondenti žijící ve městě.

H₅: Respondenti z věkové skupiny 60+ se budou zamýšlet nad koncem svého života, častěji než respondenti z mladších věkových skupin.

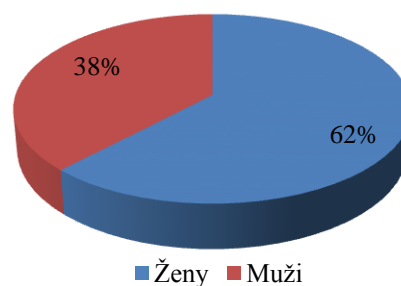
4.4 Výsledky výzkumu a ověření hypotéz

1. Pohlaví respondentů

Tab. 1 Pohlaví respondentů

Ženy	72	62%
Muži	44	38%
Celkem	116	100%

Graf 1 Pohlaví respondentů



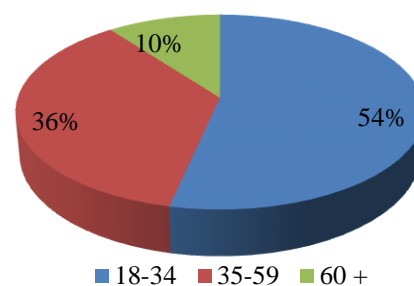
Zdroj: vlastní

2. Věk respondentů

Tab. 2 Věkové skupiny respondentů

18-34 let	62	54%
35-59 let	42	36%
60 a více let	12	10%
Celkem	116	100%

Graf 2 Věkové skupiny respondentů



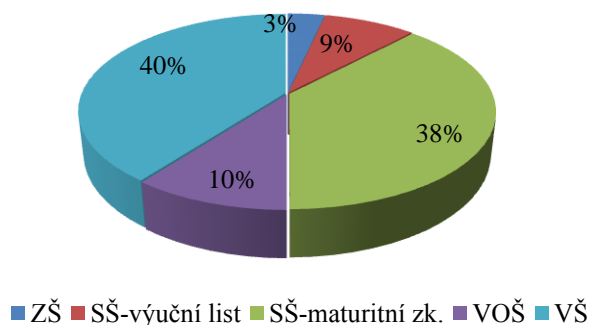
Zdroj: vlastní

3. Vzdělání respondentů

Tabulka 3 Vzdělání respondentů

ZŠ	4	3%
SŠ-maturitní zkouška	10	9%
SŠ-výuční list	44	38%
VOŠ	12	10%
VŠ	46	40%
Celkem	116	100%

Graf 3 Vzdělání respondentů



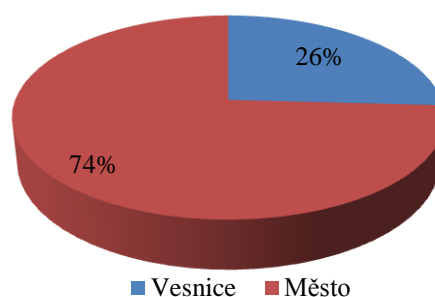
Zdroj: vlastní

4. Bydliště respondentů

Tab. 4 Bydliště respondentů

Vesnice	30	26%
Město	86	74%
Celkem	116	100%

Graf 4 Bydliště respondentů



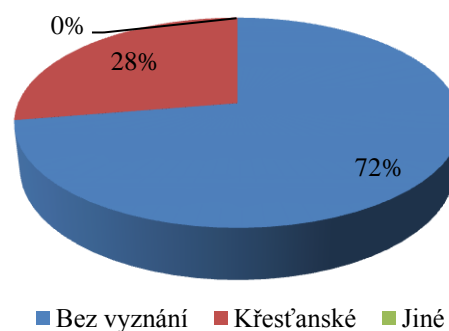
Zdroj: vlastní

5. Náboženské vyznání respondentů

Tab. 5 Náboženství respondentů

Bez vyznání	84	72%
Křesťanské	32	28%
Jiné	0	0%
Celkem	116	100%

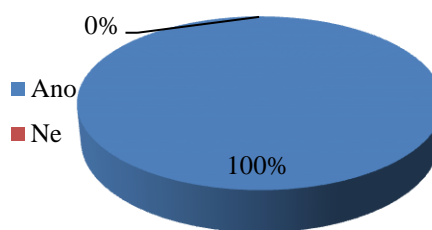
Graf 5 Náboženství respondentů



Zdroj: vlastní

6. Víte, co je to eutanazie?*Tab. 6 Znalost pojmu eutanazie*

Ano	116	100%
Ne	0	0%
Celkem	116	100%

Graf 6 Znalost pojmu eutanazie

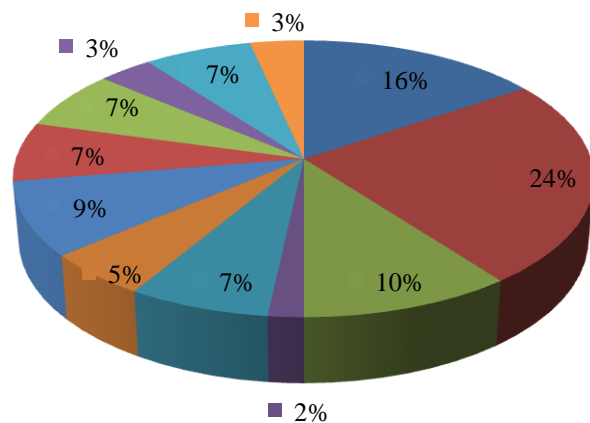
Zdroj: vlastní

7. Co si představujete pod pojmem eutanazie?*Tab. 7 Co je eutanazie*

dobrovolná smrt nevléčitelně nemocného provedená lékařem	18	16 %
dobrovolná smrt na žádost/se svolením pacienta	28	24 %
ukončení něčího života kvůli těžké nemoci	12	10 %
zabití lékařem	2	2 %
usmrcení na požádání při bolesti	8	7 %
dobrovolná smrt s pomocí jiné osoby	6	5 %
podání smrtící injekce na žádost pacienta	10	9 %
ukončení života nemocného ze soucitu	8	7 %
asistovaná smrt/sebevražda	8	7 %
dobrovolný odchod ze života	4	3 %
vysvobození od bolesti u těžké nemoci	8	7 %
důstojná smrt	4	3 %
Celkem	116	100%

Graf 7 Co je eutanazie

- dobrovolná smrt nevléčitelně nemocného provedená lékařem
- dobrovolná smrt na žádost/se svolením pacienta
- ukončení něčího života kvůli těžké nemoci
- zabití lékařem
- usmrcení na požádání při bolesti
- dobrovolná smrt s pomocí jiné osoby
- podání smrtící injekce na žádost pacienta
- ukončení života nemocného ze soucitu
- asistovaná smrt/sebevražda
- dobrovolný odchod ze života



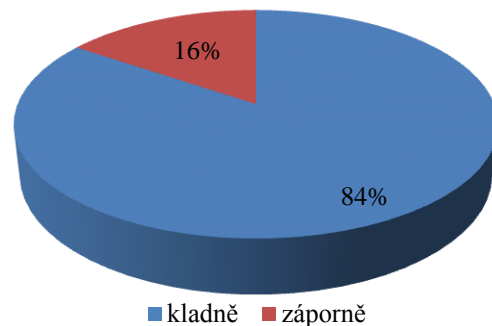
Zdroj: vlastní

8. Jak vnímáte pojem eutanazie a proč?

Tab. 8 Vnímání pojmu eutanazie

Kladně	98	84%
Záporně	18	16%
Celkem	116	100%

Graf 8 Vnímání pojmu eutanazie



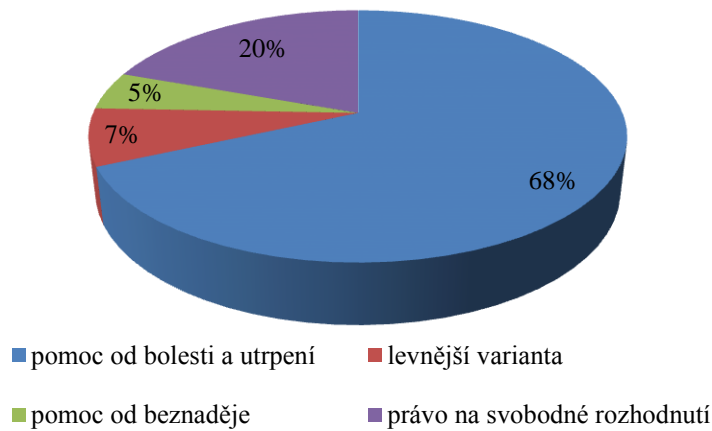
Zdroj: vlastní

Zdůvodnění kladného pojetí eutanazie

Tab. 9 Zdůvodnění kladného vnímání eutanazie

Pomáhá od bolesti a utrpení	56	68%
Je levnější než „umělé“ udržování při životě	6	7%
Pomáhá od beznaděje	4	5%
Respektuje svobodnou vůli a právo na rozhodnutí člověka	16	20%
Celkem	72	100%

Graf 9 Zdůvodnění kladného vnímání eutanazie



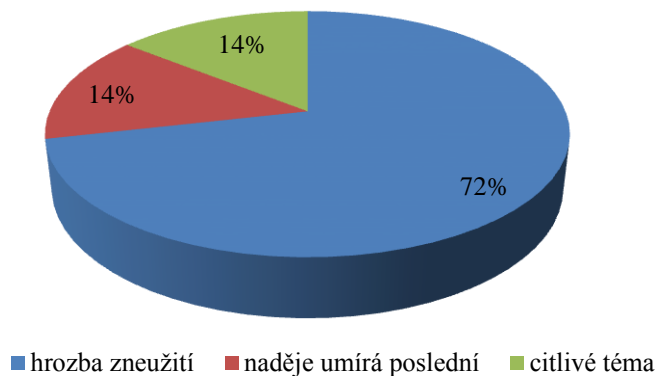
Zdroj: vlastní

Zdůvodnění záporného pojetí eutanazie

Tab. 10 Zdůvodnění záporného vnímání eutanazie

Hrozba zneužití	10	72%
Naděje vždy umírá poslední	2	14%
Příliš citlivé téma	2	14%
Celkem	14	100%

Graf 10 Zdůvodnění záporného vnímání eutanazie



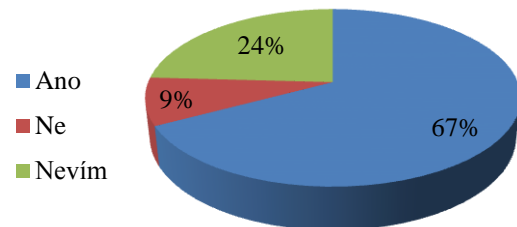
Zdroj: vlastní

9. Souhlasili byste se zákonem povolujícím eutanazii?

Tab. 11 Souhlas s legalizací eutanazie

Ano	78	67%
Ne	10	9%
Nevím	28	24%
Celkem	116	100%

Graf 11 Souhlas s legalizací eutanazie



Zdroj: vlastní

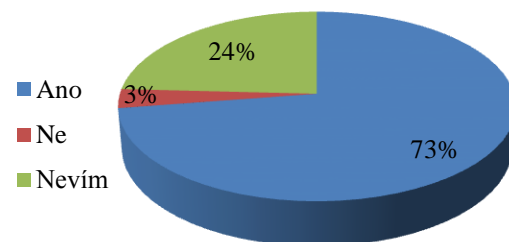
Odpovědi dle věku respondentů

18-34 let

Tab. 12 Porovnání odpovědí u věkové skupiny 18-34 let

Ano	46	73%
Ne	2	3%
Nevím	14	24%
Celkem	62	100%

Graf 12 Porovnání odpovědí u věkové skupiny 18-34 let



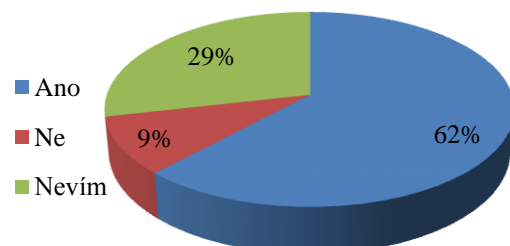
Zdroj: vlastní

35-59 let

Tab. 13 Porovnání odpovědí u věkové skupiny 35-59 let

Ano	26	62%
Ne	4	9%
Nevím	12	29%
Celkem	42	100%

Graf 13 Porovnání odpovědí u věkové skupiny 35-59 let



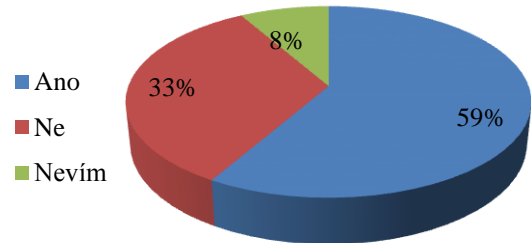
Zdroj: vlastní

60 a více let

Tab. 14 Porovnání odpovědí u věkové skupiny 60+ let

Ano	7	59%
Ne	4	33%
Nevím	1	8%
Celkem	12	100%

Graf 14 Porovnání odpovědí u věkové skupiny 60+ let



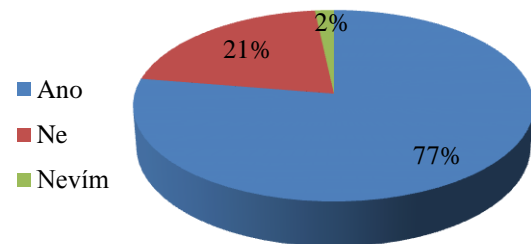
Zdroj: vlastní

10. Obáváte se zneužití eutanazie?

Tab. 15 Obava ze zneužití eutanazie

Ano	90	77%
Ne	24	21%
Nevím	2	2%
Celkem	116	100%

Graf 15 Obava ze zneužití eutanazie



Zdroj: vlastní

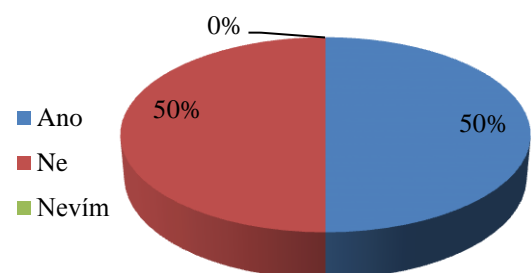
Odpovědi dle vzdělání respondentů

Základní škola

Tab. 16 Porovnání odpovědí u skupiny vzdělání ZŠ

Ano	2	50%
Ne	2	50%
Nevím	0	0%
Celkem	4	100%

Graf 16 Porovnání odpovědí u skupiny vzdělání ZŠ



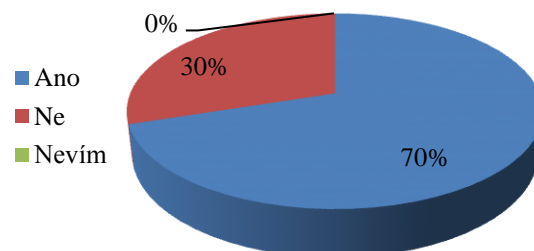
Zdroj: vlastní

Střední škola-výuční list

Tab. 17 Porovnání odpovědí u skupiny vzdělání SŠ-vyučen/a

Ano	7	70%
Ne	3	30%
Nevím	0	0%
Celkem	10	100%

Graf 17 Porovnání odpovědí u skupiny vzdělání SŠ-vyučen/a



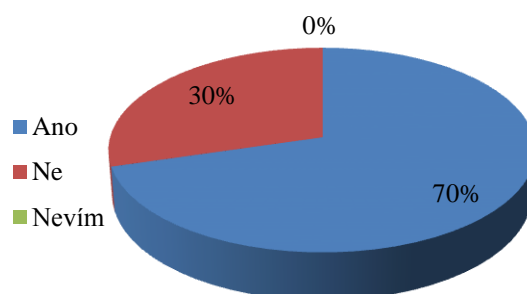
Zdroj: vlastní

Střední škola-maturitní zkouška

Tab. 18 Porovnání odpovědí u skupiny vzdělání SŠ-maturita

Ano	31	70%
Ne	13	30%
Nevím	0	0%
Celkem	44	100%

Graf 18 Porovnání odpovědí u skupiny vzdělání SŠ-maturita



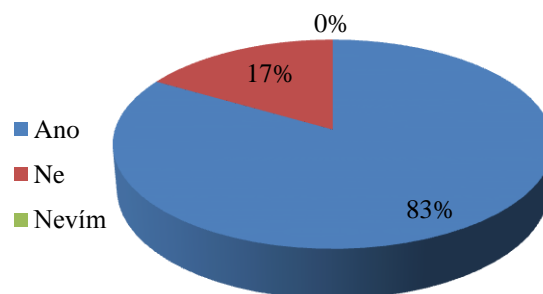
Zdroj: vlastní

Vyšší odborná škola

Tab. 19 Porovnání odpovědí u skupiny vzdělání VOŠ

Ano	10	83%
Ne	2	17%
Nevím	0	0%
Celkem	12	100%

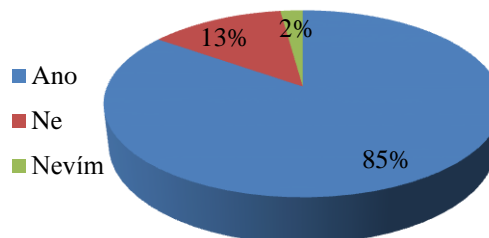
Graf 19 Porovnání odpovědí u skupiny vzdělání VOŠ



Zdroj: vlastní

Vysoká škola*Tab. 20 Porovnání odpovědí
U skupiny vzdělání VŠ*

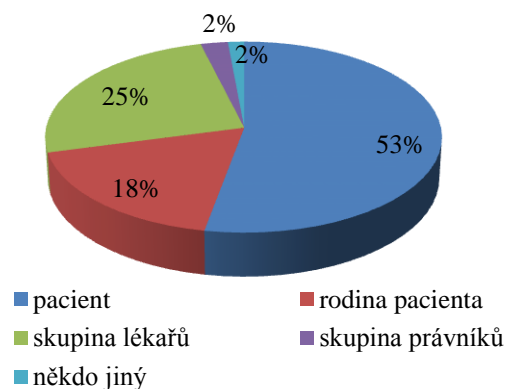
Ano	39	85%
Ne	6	13%
Nevím	1	2%
Celkem	46	100%

*Graf 20 Porovnání odpovědí
u skupiny vzdělání VŠ*

Zdroj: vlastní

11. Kdo by měl případně o eutanazii rozhodovat?*Tab. 21 Kdo má rozhodovat o eutanazii*

Pacient	109	53%
Rodina pacienta	37	18%
Skupina lékařů	52	25%
Skupina právníků	5	2%
Někdo jiný	3	2%
Celkem	206	100%

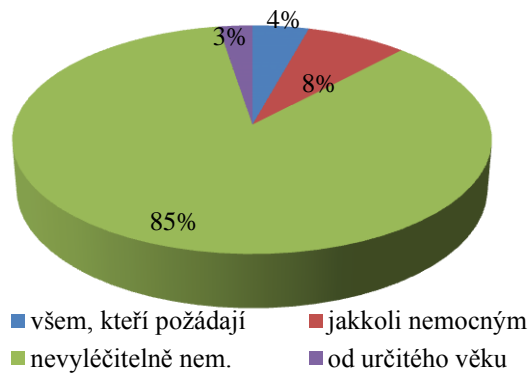
Graf 21 Kdo má rozhodovat o eutanazii

Zdroj: vlastní

12. Komu by měla být eutanazie umožněna?*Tab. 22 Komu má být eutanazie umožněna*

Všem, kteří o ni požádají	5	4%
Pouze jakkoli nemocným	9	8%
Pouze nevléčitelně nemocným	99	85%
Starým lidem od určitého věku	3	3%
Celkem	116	100%

Graf 22 Komu má být eutanazie umožněna



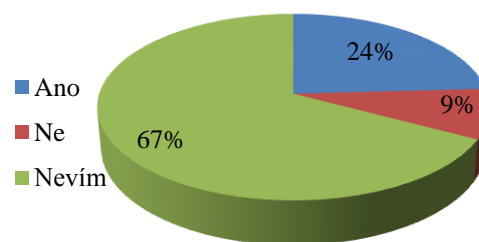
Zdroj: vlastní

13. Žádali byste o eutanazii, kdybyste byli nevyléčitelně nemocní?

Tab. 23 Žádost o eutanazii

Ano	28	24%
Ne	10	9%
Nevím	78	67%
Celkem	116	100%

Graf 23 Žádost o eutanazii



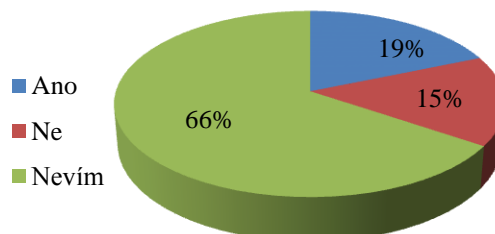
Zdroj: vlastní

Odpovědi u skupiny věřících respondentů

Tab. 24 Porovnání odpovědí u skupiny věřících respondentů

Ano	6	19%
Ne	5	15%
Nevím	21	66%
Celkem	32	100%

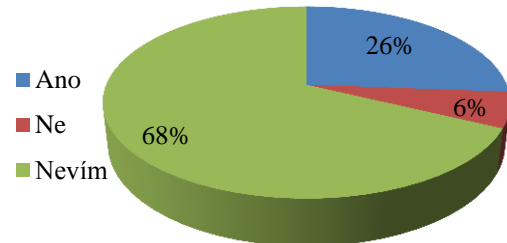
Graf 24 Porovnání odpovědí u skupiny věřících respondentů



Zdroj: vlastní

Odpovědi u skupiny nevěřících respondentů*Tab. 25 Porovnání odpovědí u skupiny nevěřících respondentů*

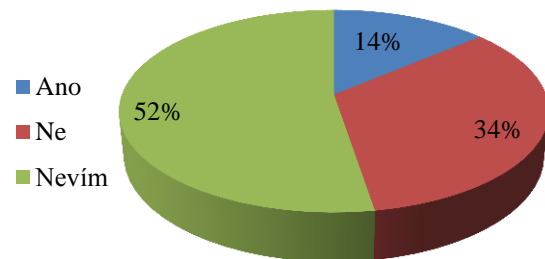
Ano	22	26%
Ne	5	6%
Nevím	57	68%
Celkem	84	100%

Graf 25 Porovnání odpovědí u skupiny nevěřících respondentů

Zdroj: vlastní

14. Dokázali byste rozhodnout o provedení eutanazie u blízkého člověka?*Tab. 26 Schopnost rozhodnout o eutanazii u blízkého*

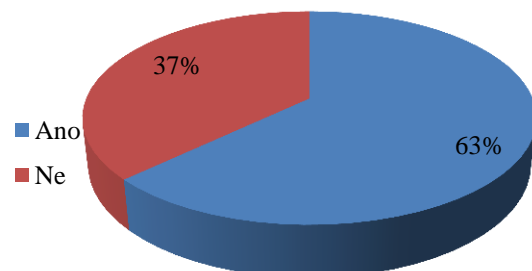
Ano	16	14%
Ne	39	34%
Nevím	61	62%
Celkem	116	100%

Graf 26 Schopnost rozhodnout o eutanazii u blízkého

Zdroj: vlastní

15. Víte, co znamená pojem „paliativní péče (léčba)“?*Tab. 27 Znalost pojmu paliativní péče*

Ano	73	63%
Ne	43	37%
Celkem	116	100%

Graf 27 Znalost pojmu paliativní péče

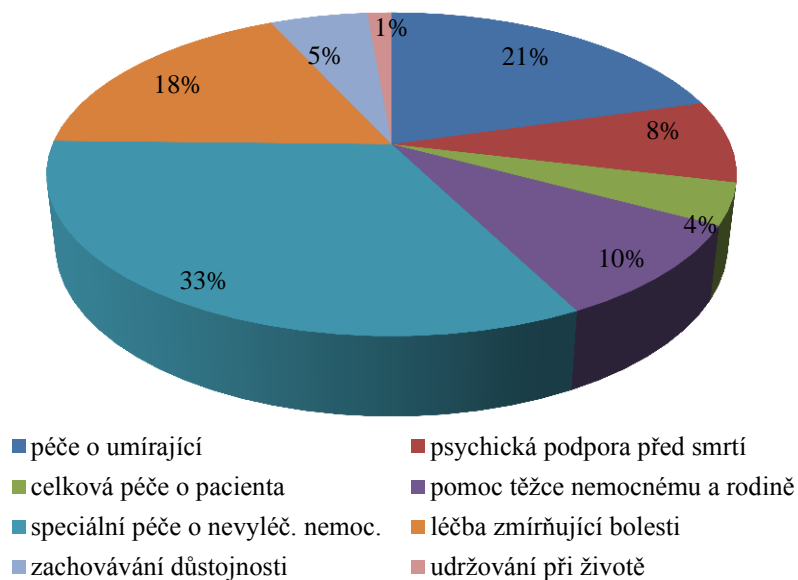
Zdroj: vlastní

16. Co si pod pojmem paliativní péče představujete?

Tab. 28 Co je paliativní péče

Péče o umírající	15	21%
Psychická pomoc před smrtí	6	8%
Celková péče o pacienta	3	4%
Pomoc těžce nemocnému a rodině	7	10%
Speciální péče o nevléčitelně nemocné	24	33%
Léčba zmírňující bolesti	13	18%
Zachovávání důstojnosti	4	5%
Udržování při životě	1	1%
Celkem	73	100%

Graf 28 Co je paliativní péče



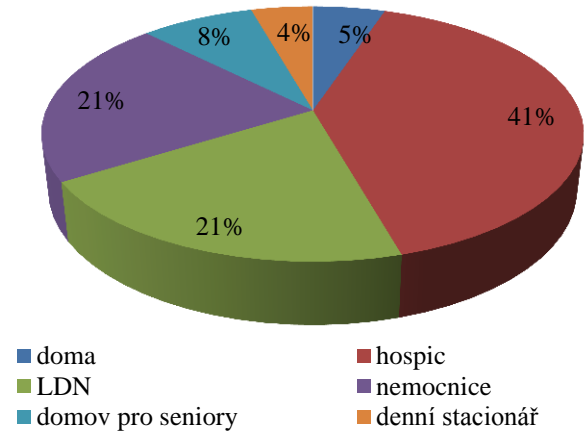
Zdroj: vlastní

17. V jakých zařízeních/kde se paliativní péče poskytuje?

Tab. 29 Kde se poskytuje paliativní péče

Doma	7	5%
Hospic	55	41%
LDN	28	21%
Nemocnice	29	21%
Domov pro seniory	11	7%
Denní stacionář	6	5%
Celkem	136	100%

Graf 29 Kde se poskytuje paliativní péče



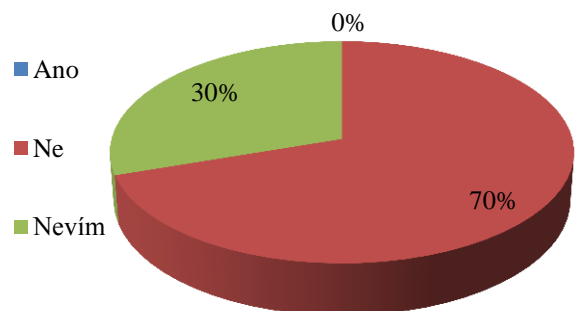
Zdroj: vlastní

18. Je paliativní péče určena jen seniorům?

Tab. 30 Je paliativní péče jen pro seniory?

Ano	0	0%
Ne	81	70%
Nevím	35	30%
Celkem	116	100%

Graf 30 Je paliativní péče jen pro seniory?



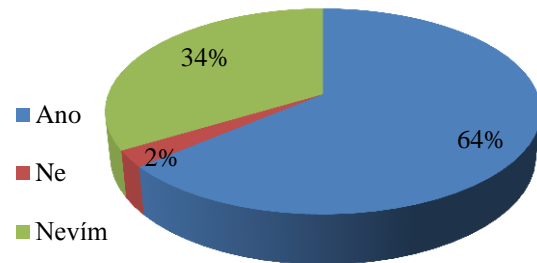
Zdroj: vlastní

19. Je paliativní péče určena i členům rodiny umírajícího?

Tab. 31 Je paliativní péče i pro příbuzné?

Ano	74	64%
Ne	3	2%
Nevím	39	34%
Celkem	116	100%

Graf 31 Je paliativní péče i pro příbuzné?



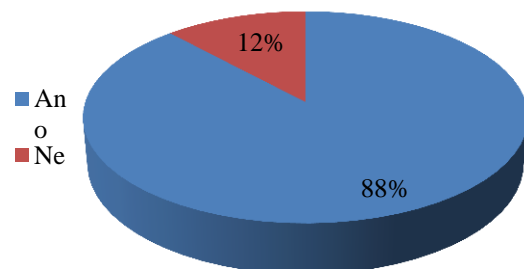
Zdroj: vlastní

20. Víte, co je to hospic?

Tab. 32 Znalost pojmu hospic

Ano	111	88%
Ne	15	12%
Celkem	116	100%

Graf 32 Znalost pojmu hospic



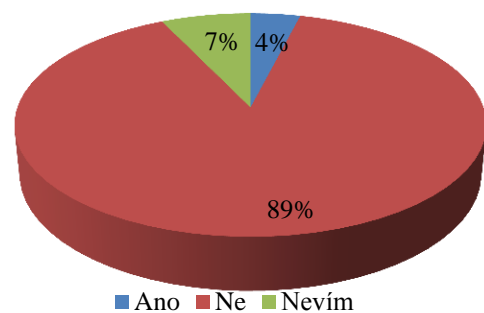
Zdroj: vlastní

21. Myslíte si, že je hospicová péče vymezena jen věřícím?

Tab. 33 Jsou hospice jen pro věřící?

Ano	5	4%
Ne	102	89%
Nevím	9	7%
Celkem	116	100%

Graf 33 Jsou hospice jen pro věřící?



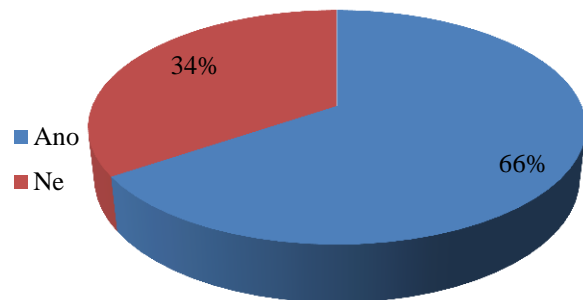
Zdroj: vlastní

22. Setkali jste se ve svém okolí s nevléčitelně nemocným člověkem?

Tab. 34 Setkání s nevléčitelně nemocným

Ano	76	66%
Ne	40	34%
Celkem	116	100%

Graf 34 Setkání s nevléčitelně nemocným



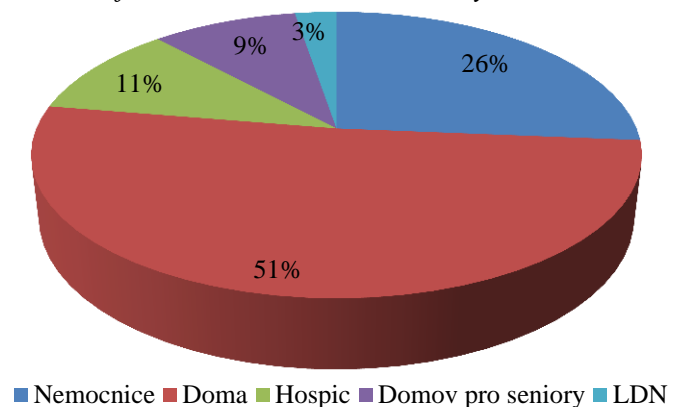
Zdroj: vlastní

23. V jakém prostředí jste se s ním případně setkali?

Tab. 35 Místo setkání s nemocným

Nemocnice	20	26%
Doma	39	51%
Hospic	8	11%
Domov pro seniory	7	9%
LDN	2	3%
Celkem	76	100%

Graf 35 Místo setkání s nemocným



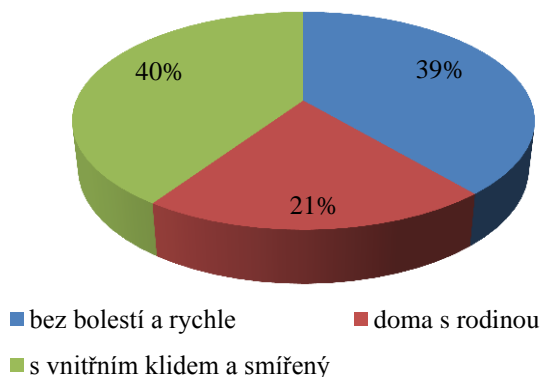
Zdroj: vlastní

24. Co pro Vás znamená důstojné umírání a smrt?

Tab. 36 Co je důstojné umírání?

Bez bolestí a rychle	45	39%
Doma s rodinou	24	21%
S vnitřním klidem a smířený	47	40%
Celkem	116	100%

Graf 36 Co je důstojné umírání?



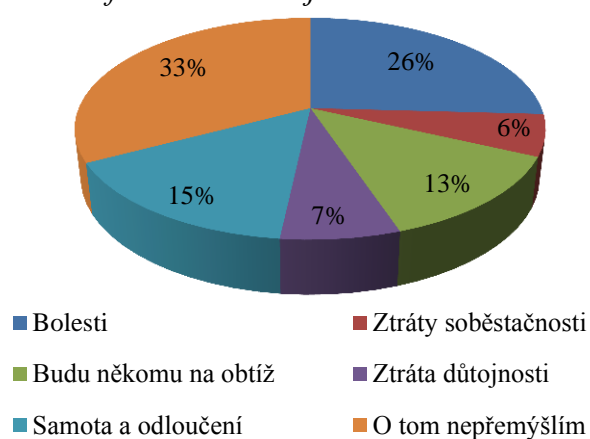
Zdroj: vlastní

25. Čeho se na umírání Vy nejvíce bojíte?

Tab. 37 Čeho se bojíte na umírání?

Bolesti	30	26%
Ztráty soběstačnosti	7	6%
Budu někomu na obtíž	15	13%
Ztráta důstojnosti	8	7%
Samoty a odloučení	18	15%
O tom nepřemýšlím	38	33%
Celkem	116	100%

Graf 37 Čeho se bojíte na umírání?



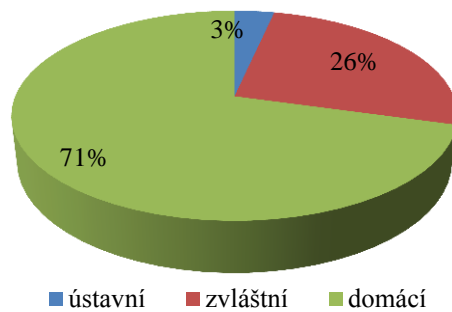
Zdroj: vlastní

26. Jaké prostředí je podle Vás pro umírajícího nejvíce vyhovující?

Tab. 38 Vyhovující prostředí pro umírajícího

Ústavní (nemocnice, LDN, apod.)	4	3%
Zvláštní (např. hospice)	30	26%
Domáci	82	71%
Celkem	116	100%

Graf 38 Vyhovující prostředí pro umírajícího



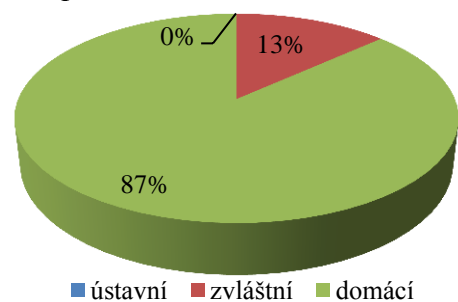
Zdroj: vlastní

Odpovědi dle bydliště respondentů

Tab. 39 Porovnání odpovědí u respondentů z vesnice

Ústavní (nemocnice, apod.)	0	0%
Zvláštní (např. hospice)	4	13%
Domácí	26	87%
Celkem	30	100%

Graf 39 Porovnání odpovědí u respondentů z vesnice



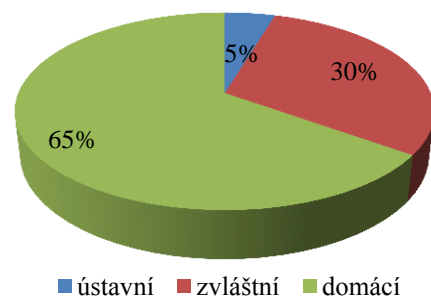
Zdroj: vlastní

Město

Tab. 40 Porovnání odpovědí u respondentů z města

Ústavní (nemocnice, apod.)	4	5%
Zvláštní (např. hospice)	26	30%
Domácí	56	65%
Celkem	86	100%

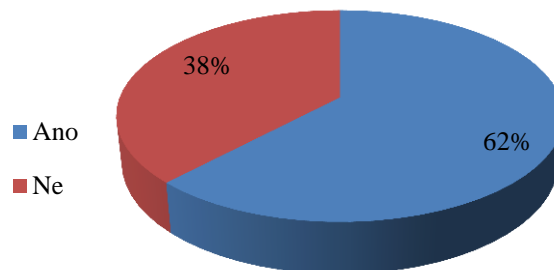
Graf 40 Porovnání odpovědí u respondentů z města



Zdroj: vlastní

27. Zamýšleli jste se někdy nad koncem svého života?*Tab. 41 Zamýšlení nad koncem svého života*

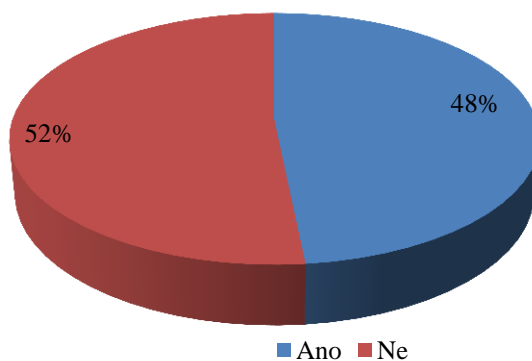
Ano	72	62%
Ne	44	38%
Celkem	116	100%

Graf 41 Zamýšlení nad koncem svého života

Zdroj: vlastní

Odpovědi dle věku respondentů**18-34 let***Tab. 42 Porovnání odpovědí u respondentů z věkové skupiny 18-34 let*

Ano	30	48%
Ne	32	52%
Celkem	62	100%

Graf 42 Porovnání odpovědí u respondentů z věkové skup. 18-34 let

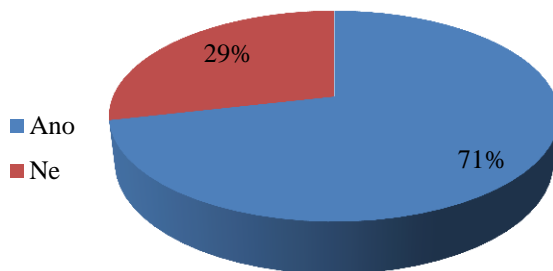
Zdroj: vlastní

35-59 let

Tab. 43 Porovnání odpovědí u respondentů z věkové skupiny 35-59 let

Ano	30	71%
Ne	12	29%
Celkem	42	100%

Graf 43 Porovnání odpovědí u respondentů z věkové skupiny 35-59 let



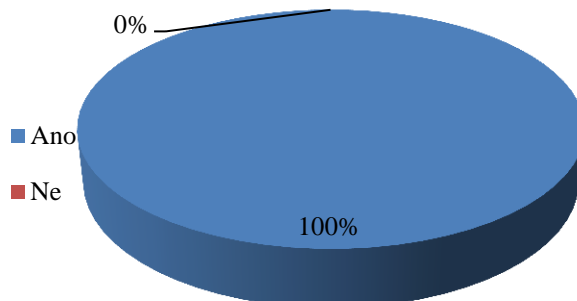
Zdroj: vlastní

60 a více let

Tab. 44 Porovnání odpovědí u respondentů z věkové skupiny 60+ let

Ano	12	100%
Ne	0	0%
Celkem	12	100%

Graf 44 Porovnání odpovědí u respondentů z věkové skupiny 60+ let



Zdroj: vlastní

Ověření platnosti hypotéz

H₁: Věková skupina 18-34 bude souhlasit s legalizací eutanazie častěji než ostatní věkové skupiny respondentů.

Tato hypotéza se na základě odpovědí respondentů na položku dotazníku číslo 9 potvrdila. S legalizací eutanazie by souhlasilo plných 73% respondentů z věkové skupiny 18-34 let, což je v porovnání s ostatními věkovými skupinami nejvíce. S uzákoněním eutanazie by souhlasilo 62% respondentů z věkové skupiny 35-59 let a jen 59% respondentů z věkové skupiny 60 a více let. **Hypotéza číslo 1 byla verifikována.**

H₂: Vysokoškolsky vzdělaní respondenti se budou obávat zneužití eutanazie častěji než respondenti ze skupiny s nižším vzděláním.

Tato hypotéza se podle odpovědí respondentů na položku číslo 10 potvrdila. Vysokoškolsky vzdělaní respondenti uváděli obavu z možného zneužití eutanazie v 85%, což bylo v porovnání s ostatními skupinami dle vzdělání respondentů nejčastěji. Respondenti se základním vzděláním se zneužití eutanazie obávali v 50%, vyučení respondenti v 70%, respondenti s maturitní zkouškou také v 70% a respondenti z VOŠ v 83%. **Hypotéza číslo 2 byla verifikována.**

H₃: Věřící respondenti by žádali o eutanazii méně často než respondenti nevěřící.

Tato hypotéza se na základě odpovědí respondentů na položku číslo 13 potvrdila. Věřící respondenti by dle odpovědí žádali ve svém případě o eutanazii jen v 19%, což je méně než u nevěřících respondentů, jichž by o eutanazii žádalo 26%. **Hypotéza číslo 3 byla verifikována.**

H₄: Respondenti žijící na vesnici budou zastávat názor, že nevléčitelně nemocnému více vyhovuje prostředí rodinné častěji, než respondenti žijící ve městě.

Tato hypotéza byla dle odpovědí respondentů na položku číslo 26 potvrzena. Respondenti žijící na vesnici zastávali názor, že nevléčitelně nemocnému vyhovuje nejvíce domácí prostředí, v 87% odpovědí. To bylo více než u respondentů žijících ve městě, jichž tuto variantu označilo jen 65%. **Hypotéza číslo 4 byla verifikována.**

H₅: Respondenti z věkové skupiny 60+ se budou zamýšlet nad koncem svého života, častěji než respondenti z mladších věkových skupin.

Tato hypotéza byla na základě odpovědí respondentů na položku číslo 27 v dotazníku potvrzena. Respondenti z věkové skupiny 60+ let se zamýšleli nad koncem svého života v plných 100% odpovědí. Kdežto respondentů z věkové skupiny 35-59 let se nad koncem svého života zamýšlelo 71% a z věkové skupiny 18-34 let pouhých 48%. **Hypotéza číslo pět byla verifikována.**

4.5 Diskuze

Našeho výzkumu se zúčastnilo a dotazník vyplnilo celkem 116 respondentů, z nichž bylo 72 žen (62%) a 44 mužů (38%). Respondenti byli rozděleni dle věku na skupiny. Ve skupině 18-34 let bylo celkem 62 respondentů (54%), ve skupině 35-59 let bylo 42 respondentů (36%) a v nejstarší věkové skupině 60 a více let bylo 12 respondentů (10%). Z respondentů dosáhli 4 základního vzdělání (3%), vyučeno bylo 10 respondentů (9%), maturitní zkoušku složilo 44 respondentů (38%), vyššího odborného vzdělání dosáhlo 12 respondentů (10%) a vysokoškolsky vzdělaných respondentů bylo v rámci našeho výzkumu 46 (40%). 86 respondentů žilo ve městě (74%) a 30 respondentů žilo na vesnici (24%). Svou víru uvedlo celkem 32 respondentů (28%) a bez vyznání se označilo 84 respondentů (72%).

Z odpovědí u položky 6 vyplynulo, že všichni respondenti (100%) vědí, co je eutanazie. To se dalo vzhledem k veliké zprofanovanosti a zájem a kontroverze budícímu obsahu tohoto termínu očekávat. Položka 7 odhalila, že pod pojmem eutanazie si respondenti většinou představovali dobrovolnou smrt pacienta s jeho souhlasem či na jeho žádost nebo usmrcení nevléčitelně nemocného provedenou lékařem na jeho žádost. Obecně měly největší procentuální zastoupení odpovědi, které prezentovaly eutanazii jako dobrovolný akt usmrcení provedený jinou osobou u těžce či nevléčitelně nemocné osoby. Negativní obsah pojmu eutanazie se objevil pouze u 2% respondentů, kteří ji prezentovali jako zabití lékařem. Dle odpovědí na položku 8 vnímá eutanazii pozitivně plných 84% respondentů, naopak negativně jen 16% respondentů. Položka 8 pak zdůvodňuje pozitivní pojetí eutanazie většinou jako pomoc od bolestí a utrpení pacienta (68%) a hned vzápětí jako právo pacienta na svobodné rozhodnutí o jeho životě (20%). Negativní pojetí eutanazie pramení především z obav z jejího zneužití (72%). Položka 9 odhalila, že s legalizací eutanazie by souhlasilo 67% respondentů, 24% by neumělo na otázku

odpovědět a 9% respondentů je proti legalizaci eutanazie. Položka 10 ukázala, že plných 77% respondentů má obavy ze zneužití eutanazie, což může být dáno do souvislosti se zdůvodněním negativního pojetí eutanazie u položky 8. Naopak strach ze zneužití eutanazie nemá 21% respondentů. Respondenti, dle odpovědí na položku 11, zastávají nejčastěji názor, že by měl rozhodovat o provedení eutanazie pacient (53%), skupina lékařů (25%) a rodina pacienta (18%). Respondenti jsou toho názoru (dle položky 12), že eutanazie by měla být umožněna jen nevléčitelně nemocným pacientům (85%), další nejčastější odpovědí bylo umožnit eutanazii i jakkoli nemocným osobám, ale tuto variantu volilo jen 8% respondentů. O eutanazii by pro sebe dle položky 13 žádalo 24% respondentů, nežádalo 9% respondentů a 67% respondentů nedokázalo na otázku odpovědět. Rozhodnout o eutanazii u blízkého člověka by pak ale dokázalo dle odpovědí na položku 14 jen 14% respondentů, 34% by rozhodnout pro eutanazii pro blízkého dokázalo a 52% neumělo na otázku odpovědět.

Položka 15 ukázala, že 63% respondentů ví, co to paliativní péče je a 37% respondentů to neví. Zjištění, že takové procento veřejnosti zná pojem paliativní péče je jistě potěšující a bylo by dobře, kdyby trend osvěty v této oblasti pokračoval a stále více veřejnosti by se o jeho záslužnosti dovědělo. Pod pojmem paliativní péče si (dle položky 16) respondenti nejčastěji představují speciální péči o nevléčitelně nemocné (33%), dále pak péči o umírající osoby (21%) a léčbu zmírňující bolesti (18%). Položka 17 odhalila, že se respondenti nejčastěji domnívají, že paliativní péče je poskytována v hospicích (41%), v nemocnicích (21%) a LDN-léčebnách dlouhodobě nemocných (21%). Menší zastoupení pak měly odpovědi v domovech pro seniory (8%), doma (5%) a v denních stacionářích (4%). 70% respondentů se dle odpovědí na položku 18 správně domnívá, že paliativní péče není určena jen seniorům a 30% respondentů na otázku neznalo odpověď. Stejně tak správně u položky 19 odpovědělo 64% respondentů, že paliativní péče je určena také pro členy rodiny nemocného, pouhá 2% respondentů se domnívala, že jim určena není a 34% respondentů neumělo odpovědět. Velmi potěšující je zjištění, že dle položky 20, ví celých 88% respondentů, co je to hospic a dle položky 21, celých 89% respondentů vědělo, že hospicová péče není určena jen pro věřící. Položka 22 odhalila, že s nevléčitelně nemocným člověkem se setkalo 66% respondentů a dle položky 23 se s takovou osobou respondenti setkali nejčastěji doma (51%), v nemocnici (26%) a v hospici (11%).

Důstojné umírání a smrt si dle položky 24 představuje 40% respondentů jako zemřít s vnitřním klidem a smířený, 39% jako zemřít bez bolesti a rychle a 21% jako zemřít doma

s rodinou. Na umírání se dle položky 25 respondenti, kteří se nad tím zamýšleli, nejvíce obávají bolesti (26%), samoty a odloučení od blízkých (15%) a toho, že budou někomu na obtíž (13%). Nad útrapami spojenými se svým umíráním se dle položky 26 dosud nezamýšlelo 33% respondentů. Za nejvíce vyhovující prostředí pro umírajícího považuje 71% respondentů domácí prostředí, 26% respondentů zvláštní prostředí, jako je například hospic a 3% respondentů ústavní zařízení, jako např. nemocnice. Co se týká toho, zda respondenti uvažovali nad koncem svého života, byly odpovědi u položky 27 poměrně vyrovnané, 62% respondentů uvedlo, že ano a jen 38% respondentů se takovými úvahami nezabývalo.

4.6 Dílčí závěr

Praktickou část naší diplomové práce představoval výzkum v rámci široké veřejnosti, jehož cílem bylo zjistit povědomí dospělé populace o otázkách spojených se závěrem lidského života obecně, eutanazie a paliativní péče. Výsledky výzkumu přinesly informace, které bylo možné předpokládat, stejně jako informace překvapující či alarmující a vedoucí k zamyšlení.

Jak se dalo očekávat, ví dospělá populace hodně o otázkách spojených s eutanazií. Ukázalo se také, že ve společnosti panuje poměrně velký konsenzus ohledně souhlasu s její legalizací, což je nejspíše důsledek často pozitivní prezentace eutanazie nejen v médiích. Velký podíl respondentů se ale zároveň eutanazie obává a nemá jasno v tom, zda by vůbec byli schopni pro sebe či své blízké takový závěr života zvolit. Je tedy nasnadě, aby v rámci široké veřejnosti pokračovaly racionální debaty na toto ožehavé téma, které, jako většina ostatních natolik složitých jevů, není pouze černobílé.

O poznání méně se toho mezi dospělou populací ví o problematice paliativní péče či přímo hospicové péče. Pokud ale lidé tyto pojmy znají, velmi často je správně interpretují a vědí, co se pod nimi ukrývá. Mnozí se ve svém životě s umírajícím blízkým setkáme. Jak vyplývá z výzkumu, je to nejčastěji v domácím či nemocničním prostředí. Jistě by tedy byl přivítán rostoucí počet zařízení hospicového typu.

V otázkách, zda se lidé zamýšleli nad svou smrtí či v otázkách, jak a kde by si lidé přáli zemřít, se odpovědi různily. Pro jednu převažující část populace znamená přijatelnou smrt taková, která je bez fyzické bolesti a pro druhou velkou část populace pak ta, která je bez vnitřního neklidu a napětí. Většina lidí by si přála zemřít doma, což jak víme, se

bohužel v naší soudobé společnosti nestává často, a pokud tak doma v osamění. Což se dostává do smutné souvislosti s tím, že se druhá nejpočetnější skupina ve společnosti obává na umírání nejvíce toho, že bude sama a odloučená od blízkých.

Snad se dočkáme toho, že se podmínky pro umírající stanou přijatelnějšími, lidsnějšími a že budeme moci dožít svůj život tak, jak bychom chtěli.

ZÁVĚR

Tato diplomová práce na téma „Eutanazie nebo paliativní péče“ se zabývá závěrem lidského života, otázkami stáří, smrti, aspekty eutanazie a paliativní péče. Toto téma jsem si vybrala i přes jeho ne zrovna pozitivní obsah proto, že se ať už si to připouštíme nebo ne, týká úplně každého z nás. Každý jeden z nás směřuje ke svému nevyhnutelnému konci, ke smrti, které bude předcházet u každého různě dlouhé a různě prožité období stáří a změn v mnoha oblastech nazývaných stárnutí. Naše společnost se ke stáří a také k seniorům staví spíše negativně. Zatímco v dřívějších dobách bylo stáří více ceněno, je dnes považováno spíše za socioekonomickou přítěž pro společnost. Staří lidé nezřídka ztrácejí hodně ze své dosavadní úrovně, a tak kromě regrese v oblasti fyzického zdraví či psychických funkcí zažívají samozřejmě také ztrátu v oblasti příjmů a nejen z toho pramenící sociální vyloučení. Je proto dobře, že se za poslední dobu otevřely seniorům nové možnosti, jak trávit a smysluplně prožít svůj čas ve stáří, jako je např. studium.

Stejně jako se nesmyslně negativně stavíme ke stáří, negativně se stavíme i k otázkám umírání a smrti. Zavíráme před nimi oči a děláme, jako by se nás neměly nikdy týkat. Přitom uvědomění si a přijetí své konečnosti nám výrazně pomůže se na poslední životní úkol připravit. Umírajících se často zbavujeme, a tak místo aby skončili svůj život v domácím prostředí mezi svými nejbližšími, umírají často velmi nedůstojně a osamoceni v ústavních zařízeních. Snad společnost v budoucnu přehodnotí svůj postoj k umírajícím a změní se také možnosti, které rodina při péči o umírajícího bude mít.

Eutanazie je společností, dle mého názoru na základě tendenčních přístupů, přijímána nezdravě pozitivně. Je zcela zřejmé, že problematika legalizace eutanazie může být tlačena kupředu současnou demografickou situací, kdy máme velký a stále rostoucí počet starých lidí v neproduktivním věku, u nichž se logicky zvyšuje riziko nejrůznějších chorob. Tito staří a nemocní lidé jsou pak ve zdravotnictví samozřejmě velkou ekonomickou zátěží a snadno se společnost může nechat strhnout ke zkratkovitému přijetí eutanazie jako řešení tohoto ekonomického problému. Je třeba, aby si společnost na základě odborné diskuze uvědomila, že eutanazie nemusí být jen nevyhnutelnou pomocí lidem trpícím bolestmi či jiným strádáním. Že může být stejně tak dobře zneužita ve prospěch příbuzných pacienta i celé společnosti, a že toto riziko nemůže být žádnými opatřeními a prostředky zredukováno na nulu.

Naopak by se měla společnost více dovědět o tom, jak záslužná je paliativní péče. Kolika lidem denně pomáhá zvládat nejen fyzickou, ale také emocionální či spirituální bolest, která doprovází poslední období lidského života a předchází smrti. Kolik lidí se v ní i dobrovolně angažuje a věnuje laskavou péčí a starostlivostí umírajícím lidem. Je třeba zvyšovat počet hospicových zařízení, kde se umírajícím dostává náležitá péče a především tlumení bolesti a kde mohou důstojně, jako alternativa k eutanazii, dožít svůj život. Společnost musí být seznámena s tím, že existují i jiné přijatelné cesty, jak pomoci umírajícím lidem, než je eutanazie.

Sociální pedagogika jakožto pomáhající disciplína se s problematikou stáří, stárnutí i péče o nevléčitelně nemocné jistě často setkává. Sociální pedagogika má za cíl optimalizovat životní podmínky jedince i společnosti a umírající jedinci, jakožto znevýhodněná část naší populace, si zaslouží veškerou péči a udržení přijatelné kvality života.

Cílem této diplomové práce bylo jednak shrnout a předložit důležité poznatky z oblasti závěru lidského života-umírání, smrti, otázky eutanazie i paliativní péče a jednak zjistit, jaké povědomí má dospělá populace o umírání, jaké jsou její zkušenosti, vědomosti, postoje a názory na eutanazii i paliativní péči. Věřím, že cíl diplomové práce byl naplněn a že se i přesto, že vzhledem ke svému rozsahu práce nepostihuje jistě všechna témata spojená s eutanazií a paliativní péčí, stane zdrojem informací a přiblíží čtenářům oblast eutanazie a paliativní péče. Zejména pak, že přinese zamyšlení se nad tím, jaký postoj k péči o naše umírající budeme do budoucna zastávat.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Zákony a předpisy

1. *Zákon č. 260/2011 Sb., kterým se mění zákon č. 20/1966 Sb. O péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů.* In Sbíрка zákonů České republiky, částka 92. Dostupný na <<http://www.pravnik.cz/uplna-zneni/uz-68.html>>. [cit. 24. 10. 2012]
2. *Zákon č. 40/2009 Sb. Trestní zákoník.* In Sbíрка zákonů České republiky. 2009, částka 11. Dostupný na <<http://www.uplnezneni.cz/zakon/40-2009-sb-trestni-zakonik/>>. [cit. 30. 10. 2012]
3. *Úmluva o lidských právech a biomedicině.* In Sbíрка mezinárodních smluv České republiky. 2001, částka 44. Dostupná na <<http://conventions.coe.int/Treaty/EN/Treaties/PDF/Czech/164-Czech.pdf>>. [cit. 24. 10. 2012]
4. *Úmluva o ochraně lidských práv a svobod.* Dostupná na <<http://www.novatrixprint.cz/umluva-o-ochrane-lidskych-prav-a-svobod.html>>. [cit. 25. 10. 2012]

Monografie

5. Baldwin, M. A., Woodhouse, J. *Key concepts in palliative care.* London: Sage, 2011, 245 s. ISBN 9781848608726
6. Browins, J., Oehmke, T. *Vražda nebo milosrdenství* 1. vyd. Praha: Brána, 1996, 184 s. ISBN 80-85946-45-9
7. Císařová, D., Sovová, O. *Trestní právo a zdravotnictví* 2. rozš. a upr. vyd. Praha: Orac, 2004, 183 s. ISBN 80-86199-75-4
8. Haškovcová, H. *Fenomén stáří.* 2. vyd. Praha: Havlíček Brain Team, 2010, 365 s. ISBN 9788087109199
9. Haškovcová, H. *Lékařská etika.* 3. vyd. Praha: Galén, 2002, 272 s. ISBN 8072621327
10. Haškovcová, H. *Rub života - líc smrti.* 1. vyd. Praha: Orbis, 1975, 174 s.
11. Haškovcová, H. *Thanatologie. Nauka o umírání a smrti.* 1. vyd. Praha: Galén, 2000, 191 s. ISBN 80-7262-034-7

12. Jankovský, J. *Etika pro pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Triton, 2003, 223 s. ISBN 8072543296
13. Kalvach, Z. *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, 103 s. ISBN 8023928325
14. Křivohlavý, J. *Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie: možnosti, které čekají*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 141 s. ISBN 9788024736044
15. Matochová, S. *Etika a právo v kontextu lékařské etiky*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2009, 206 s. ISBN 978-80-210-4757-0
16. Matoušek, O. et al. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005, 351 s. ISBN 807367002X
17. Munzarová, M. *Eutanazie nebo paliativní péče*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005, 108 s. ISBN 8024710250
18. Munzarová, M. *Proč ne eutanazii aneb Být či nebýt?* 2. vyd. Nové vydání: Karmelitánské nakladatelství, 2008, 87 s. ISBN 9788071953043
19. Munzarová, M. *Úvod do studia lékařské etiky a bioetiky*. 2. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2002, 43 s. ISBN 8021030186
20. Munzarová, M. *Vybrané kapitoly z lékařské etiky I.- Smrt a umírání*. 2. opr. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2002, 75 s. ISBN 8021030178
21. Munzarová, M. *Vybrané kapitoly z lékařské etiky II*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2000, 67 s. ISBN 80-210-2416-X
22. Munzarová, M. *Zdravotnická etika od A do Z*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005, 153 s. ISBN 80-247-1024-2
23. Mühlpachr, P. *Gerontopedagogika*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2004, 203 s. ISBN 8021033452
24. O'Connor, M. et al. *Paliativní péče pro sestry všech oborů*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005, 324 s. ISBN 8024712954
25. Ondrušová, J. *Stáří a smysl života*. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova, 2011, 168 s. ISBN 9788024619972
26. Pacovský, V. *O stárnutí a stáří*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1990, 135 s. ISBN 8020100768

27. Payne, S. et al. *Paliativní péče: principy a praxe*. 1. vyd. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007, 807 s. ISBN 9788087029251
28. Peck, M. S. *Odmítnutí duše*. 1. vyd. Praha: Pragma, 2001, 240 s. ISBN 80-7205-757-X
29. Pollard, B. J. *Eutanazie-ano či ne?* 1. vyd. Praha: Dita, 1996, 210 s. ISBN 8085926075
30. Rotter, H. *Důstojnost lidského života*. 1. vyd. Praha: Vyšehrad, 1999, 107 s. ISBN 80-7021-302-7
31. Sláma, O., Špinka, Š. *Koncepce paliativní péče v ČR: pracovní materiál k odborné a veřejné diskuzi*. Praha: Cesta domů, 2004, 43 s. ISBN 80-23943-308
32. Sláma, O. et al. *Paliativní medicína pro praxi*. 1. Vyd. Praha: Galén, 2007. 362 s. ISBN 978-80-7262-505-5
33. Stuart-Hamilton, I. *Psychologie stárnutí*. 1. vyd. Praha: Portál, 1999, 319 s. ISBN 8071782742
34. Student, J.-Ch. *Sociální práce v hospici*. 1. vyd. Jinočany: H&H, 2006, 161 s. ISBN 8073190591
35. Sýkorová, D. *Autonomie ve stáří*. 1. Vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 2007, 284 s. ISBN 978-80-86429-62-5
36. Špinková, M., Špinka, Š. *Eutanazie- Víme o čem mluvíme?* 1. Vyd. Praha: Cesta domů, 2006, 42 s. ISBN 80-239-8592-2
37. Theová, A.-M. *Paliativní péče a komunikace*. 1. Vyd. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007, 241 s. ISBN 9788087029244
38. Thomasma, D., Kushnerová, T. *Od narození do smrti. Etické problémy v lékařství*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2000, 392 s. ISBN 80-204-0883-5
39. Vágnerová, M. *Vývojová psychologie II., Dospělost a stáří*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2007, 461 s. ISBN 9788024613185
40. Vidovičová, L. *Stárnutí, věk a diskriminace-nové souvislosti*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2008, 233 s. ISBN 9788021046276
41. Virt, G. *Žít až do konce: etika umírání, smrti a eutanazie*. 1. vyd. Praha: Vyšehrad, 2000. 95 s. ISBN 80-7021-330-2.
42. Vorlíček, J. et al. *Paliativní medicína*. 1. vyd. Praha: Grada, 1998, 480 s. ISBN 8071694371

43. Vozár, J. *Eutanázia: právne aspekty*. 1. vyd. Pezinok: Fomát, 1995, 171 s. ISBN 80-967469-2-8

Internetové zdroje

44. Článek Ministerstva práce a sociálních věcí České republiky *Příspěvek na péči od 1/1/2012*. Dostupné na <<http://socialnireforma.mpsv.cz/cs/23>>. [cit. 12. 11. 2012]
45. Berka, V., Sum, T. *Eutanazie ve světě*. Dostupné na <<http://www.epravo.cz/top/clanky/eutanazie-ve-svete-33479.html>>. [cit. 24. 10. 2012]
46. Pejchalová-Grünwaldová, V. *Euthanasie a pomoc při sebevraždě. Informační podklad Parlamentu České republiky č. 5. 224*. Dostupné na <<http://www.milanhamersky.cz/download/eutanaziePI.pdf>>. [cit. 29. 10. 2012]
47. Vozáb, M. *Eutanazie jako trestněprávní problém moderní společnosti*. Brno, 2010. 58 s. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Fakulta právnická, Katedra trestního práva. Dostupná na <http://is.muni.cz/th/189067/pravf_m/Eutanazie_jako_trestnepravni_problem_moderni_spolecnosti.pdf>. [cit. 30.10. 2012]
48. *Věstník č. 12/2004 Ministerstva zdravotnictví České republiky*. Dostupný na <http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik_3651_1778_11.html>. [cit. 11. 11. 2012]
49. www.cestadomu.cz
50. www.osobniasistence.cz
51. www.umirani.cz

SEZNAM TABULEK

Tab. 1. Pohlaví respondentů.....	75
Tab. 2 Věkové skupiny respondentů.....	75
Tab. 3 Vzdělání respondentů.....	76
Tab. 4 Bydliště respondentů.....	76
Tab. 5 Náboženství respondentů.....	76
Tab. 6 Znalost pojmu eutanazie.....	77
Tab. 7 Co je eutanazie.....	77
Tab. 8 Vnímání pojmu eutanazie.....	78
Tab. 9 Zdůvodnění kladného vnímání eutanazie.....	78
Tab. 10 Zdůvodnění záporného vnímání eutanazie.....	79
Tab. 11 Souhlas s legalizací eutanazie.....	80
Tab. 12 Porovnání odpovědí u věkové skupiny respondentů 18-34 let.....	80
Tab. 13 Porovnání odpovědí u věkové skupiny respondentů 35-59 let.....	80
Tab. 14 Porovnání odpovědí u věkové skupiny respondentů 60 a více let.....	81
Tab. 15 Obava ze zneužití eutanazie.....	81
Tab. 16 Porovnání odpovědí u skupiny respondentů-vzdělání ZŠ.....	81
Tab. 17 Porovnání odpovědí u skupiny respondentů-vzdělání SŠ-vyučen/a.....	82
Tab. 18 Porovnání odpovědí u skupiny respondentů-vzdělání SŠ-maturita.....	82
Tab. 19 Porovnání odpovědí u skupiny respondentů-vzdělání VOŠ.....	82
Tab. 20 Porovnání odpovědí u skupiny respondentů-vzdělání VŠ.....	83
Tab. 21 Kdo má rozhodovat o eutanazii.....	83
Tab. 22 Komu má být eutanazie umožněna.....	83
Tab. 23 Žádost o vlastní eutanazii.....	84
Tab. 24 Porovnání odpovědí u skupiny věřících respondentů.....	84
Tab. 25 Porovnání odpovědí u skupiny nevěřících respondentů.....	85

Tab. 26 Schopnost rozhodnout o eutanazii u blízkého.....	85
Tab. 27 Znalost pojmu paliativní péče.....	85
Tab. 28 Co je paliativní péče.....	86
Tab. 29 Kde se paliativní péče poskytuje.....	87
Tab. 30 Je paliativní péče jen pro seniory.....	87
Tab. 31 Je paliativní péče i pro příbuzné.....	88
Tab. 32 Znalost pojmu hospic.....	88
Tab. 33 Jsou hospice jen pro věřící.....	88
Tab. 34 Setkání s nevléčitelně nemocným.....	89
Tab. 35 Místo setkání s nemocným.....	89
Tab. 36 Co je důstojné umírání.....	89
Tab. 37 Čeho se bojíte na umírání.....	90
Tab. 38 Vyhovující prostředí pro umírajícího.....	90
Tab. 39 Porovnání odpovědí u respondentů z vesnice.....	91
Tab. 40 Porovnání odpovědí u respondentů z města.....	91
Tab. 41 Zamýšlení nad koncem svého života.....	92
Tab. 42 Porovnání odpovědí u respondentů z věkové skupiny 18-34 let.....	92
Tab. 43 Porovnání odpovědí u respondentů z věkové skupiny 35-59 let.....	93
Tab. 44 Porovnání odpovědí u respondentů z věkové skupiny 60 a více let.....	93

SEZNAM PŘÍLOH

- P I Úplné znění dotazníku použitého při výzkumu
- P II Seznam lůžkových hospiců v České republice
- P III Fáze vyrovnávání se s nemocí podle E. Kübler-Rossově

PŘÍLOHA P I: ÚPLNÉ ZNĚNÍ DOTAZNÍKU POUŽITÉHO PŘI VÝZKUMU.

Dobrý den,

jmenuji se Eva Polakovičová, studuji v magisterském programu UTB ve Zlíně obor Sociální pedagogika a ráda bych vás poprosila o trochu Vašeho času. Obracím se na Vás s prosbou o vyplnění krátkého anonymního dotazníku za účelem zpracování praktické části své diplomové práce na téma „Eutanazie nebo paliativní péče“. Jak jsem již uvedla, dotazník je zcela anonymní.

Děkuji Vám předem za čas, který mi věnujete.

S pozdravem,

Eva Polakovičová

Pokyny pro vyplnění dotazníku:

-pište, prosím, pokud je to možné, HŮLKOVÝM písmem

-pokud jsou k dispozici možnosti (ANO, NE, NEVÍM, apod.), odpovídající možnost zvýrazněte: zaškrtněte, podtrhněte nebo zakroužkujte

-pokud je možnost se rozepsat, je k tomu připraveno místo v podobě tečkovaných řádků

-pokud si nejste jistí odpovědí nebo se vám nelíbí formulace otázky, přikloňte se k jedné, Vám nejbližší variantě odpovědi

1. Jakého jste pohlaví?

A) mužského

B) ženského

2. Jaký je Váš věk?

A) 18-34 let

B) 35-59 let

C) 60 a více let

3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

A) ZŠ

- B) SŠ-vyučen/a
- C) SŠ-maturita
- D) VOŠ
- E) VŠ

4. Kde bydlíte?

- A) na vesnici (do 5 tisíc obyv.)
- B) ve městě (nad 5 tis. obyv.)

5. Jste věřící?

- A) Ne
- B) Ano, křesťanského vyznání
- C) Ano, jiného vyznání

6. Víte, co je to eutanazie?

- A) Ano
- B) Ne

7. Krátce vysvětlete, co si pod pojmem eutanazie představujete.

.....
.....

8. Jak vnímáte pojem „eutanazie“ a proč?

- A) Kladně,
protože.....
.....
- B) Záporně,
protože.....
.....

9. Souhlasili byste se zákonem povolujícím eutanazii?

- A) Ano
- B) Ne

C) Nevím

10. Obáváte se zneužití eutanazie?

A) Ano

B) Ne

11. Kdo by měl případně o eutanazii rozhodovat?

A) pacient

B) rodina

C) skupina lékařů

D) skupina právníků

E) někdo jiný

12. Komu by měla být podle Vás eutanazie umožněna?

A) všem, kteří o ni požádají bez ohledu na důvod

B) pouze lidem s jakýmkoli onemocněním

C) pouze lidem nevléčitelně nemocným

D) starým lidem od určité věkové hranice

13. Kdybyste sami byli nevléčitelně nemocní, žádali byste o eutanazii?

A) Ano

B) Ne

C) Nevím

14. Myslíte si, že byste dokázali sami rozhodnout o provedení eutanazie u blízkého?

A) Ano

B) Ne

C) Nevím

15. Víte, co znamená pojem paliativní péče (léčba)?

A) Ano

B) Ne

16. Stručně popište, co si pod pojmem paliativní péče (léčba) představujete?

.....
.....

17. Napište, v jakých zařízeních, o kterých víte, se paliativní péče poskytuje?

.....
.....

18. Je paliativní péče určena jen seniorům?

- A) Ano
- B) Ne
- C) Nevím

19. Je podle Vás paliativní péče určena i členům rodiny umírajícího?

- A) Ne, je určena jen umírajícím
- B) Ano, poskytuje pomoc i blízkým umírajícího
- C) Nevím

20. Víte, co je to hospic?

- A) Ano
- B) Ne

21. Je podle Vás hospicová péče vymezena jen věřícím?

- A) Ano
- B) Ne

22. Setkali jste se ve svém okolí s nevléčitelně nemocným člověkem?

- A) Ano
- B) Ne

23. V jakém prostředí jste se s ním případně setkali?

- A) v nemocnici

- B) doma
- C) v hospici
- D) v domově pro seniory
- E) v léčebně dlouhodobě nemocných

24. Co je podle Vás důstojné umírání a smrt?

- A) zemřít bez bolestí a rychle
- B) zemřít doma s rodinou
- C) zemřít s vnitřním klidem a smířený

25. Čeho se Vy na umírání nejvíc bojíte?

- A) bolesti
- B) ztráty soběstačnosti
- C) toho, že budu někomu na obtíž
- D) ztráty důstojnosti
- E) samoty a odloučení od blízkých
- F) o tom nepřemýšlím

26. Jaké prostředí je podle Vás pro umírajícího nejvíce vyhovující?

- A) ústavní (nemocnice, LDN, apod.)
- B) zvláštní zařízení- např. hospice
- C) domácí prostředí

27. Zamýšleli jste se někdy nad smrtí či koncem svého života?

- A) Ano
- B) Ne

Ještě jednou Vám děkuji za čas a ochotu při vyplňování dotazníku. Snad to bylo i k Vašemu prospěchu a obohacení o nová témata k zamyšlení.

Zdroj: vlastní zpracování

PŘÍLOHA P II: SEZNAM LŮŽKOVÝCH HOSPICŮ V ČESKÉ REPUBLICĚ.

Hospic sv. Štěpána v Litoměřicích

Rybářské náměstí 662/4

412 01 Litoměřice

tel./fax: 416 733 185-7

mail: info@hospiclitomerice.cz

web: <http://www.hospiclitomerice.cz>

Hospic Dobrého Pastýře v Čerčanech

Sokolská 584

257 22 Čerčany

tel.: 317 777 381

fax: 317 700 903

mail: hospic@centrum-cercany.cz

web: <http://www.centrum-cercany.cz>

Hospic Anežky České v Červeném Kostelci

5. května 1170

549 41 Červený Kostelec

tel.: 491 467 030

fax: 491 462 154

mail: sekretariat@hospic.cz

web: <http://www.hospic.cz>

Hospic sv. Lazara v Plzni

Sladkovského 66

326 00 Plzeň

tel.: 377 431 381-4

fax: 377 431 385

mail: hospic@hsl.cz

web: <http://www.hsl.cz>

Hospic v Mostě

Svážná 1528

434 00 Most

tel.: 476 000 168

mail: hospic@mostmail.cz

web: <http://www.hospic-most.cz>

Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa, Rajhrad

Jiráskova 47

664 61 Rajhrad u Brna

tel.: 547 232 223

fax: 547 232 247

mail: info@dlbsh.cz

web: <http://www.dlbsh.cz>

Hospic Citadela Valašské Meziříčí

Žerotínova 1421

757 01 Valašské Meziříčí

tel.: 571 629 084, 602 776 460

fax: 571 629 085

mail: hospic.citadela@diakoniecce.cz,

web: <http://www.citadela.cz>

Hospic sv. Alžběty v Brně

Kamenná 36

639 00 Brno

tel.: 543 214 761, 777 883 639

fax: 543 211 060

mail: socialni@hospicbrno.cz,

web: <http://www.hospicbrno.cz>

Hospic sv. Jana N. Neumanna - Prachatice

Neumannova 144

Prachatice

tel.: 388 311 726

mail: info@hospicpt.cz

web: <http://www.hospicpt.cz>

Hospic sv. Lukáše - Ostrava - Výškovice

Charvátská 8,

Ostrava - Výškovice

tel.: 599 508 505, 599 508 503

mobil: 732 178 501

mail: lukashospic.ostrava@caritas.cz

web: <http://ostrava.caritas.cz>

Zdroj: <http://www.osobniasistence.cz/?tema=3&article=6>

PŘÍLOHA P III: FÁZE VYROVNÁVÁNÍ SE S NEMOCÍ PODLE E. KÜBLER-ROSSOVÉ.

1. fáze - NEGACE

V tomto období přijímá nemocný informace výběrově. Tedy to, co nezapadá do jeho představ a co se neslučuje s jeho nadějemi, to „neslyší“ (nepřijímá). Často sám sebe přesvědčuje, že jde o omyl, který se nějak vysvětlí. Nepamatuje si nic z toho, co mu vysvětloval lékař. Tvrdí, že s ním o jeho nemoci nikdo nemluvil. Nemocného je třeba vyslechnout, vše klidně a nejspíše opakovaně vysvětlovat, trpělivě odpovídat na jeho otázky. Postupně se člověk stahuje do ústraní. Přeje si být sám, aby se mohl sám se svým osudem vyrovnat.

2. fáze - AGRESE

Nemocný je plný negativních emocí, které velmi těžko ovládá. Je plný zmatku a protestu, nechápe, proč zrovna on musel takhle onemocnět, vynořují se pocity viny, snaží se přijít na to, co ve svém životě udělal špatně, za co nyní musí pykat. Zmítá se v pocitech křivdy, zlobí se na celé své okolí. Nic mu není vhod. Přitom si v koutku duše uvědomuje, že ti lidé, na kterých si vylévá zlost, za jeho onemocnění nemohou. Cítí se zahanbeně, ale nemůže si pomoci. Není řešením odpovídat na agresivní výpady nemocného všechápajícím úsměvem ani výčitkami. To by měli vědět zejména příbuzní. Ti jsou často zatíženi pocitem viny, že se chtěli k umírajícímu pěkně chovat, ale reagují na jeho agresi svými negativními emocemi. Rodina by měla vědět, že se jedná o fázi umírání, která je přechodná, zákonitá, není to žádný naschvál nemocného a že je přirozené, když na nespokojenost a rozmrzelost nemocného reaguje svými emocemi. Pokud nemocný má zájem, umožníme mu mluvit o jeho emocích. O vzteku, strachu, úzkostech a pocitech nespravedlnosti, o bezmoci, zoufalství, rezignaci, o smutku nad zmrzačeným tělem. Hněvivé výroky na adresu zdravých chápeme v kontextu jeho touhy žít a jeho zklamání, že nastala situace, která tolik změnila jeho život. Nesmíme to brát osobně.

3. fáze - SMLOUVÁNÍ

V této fázi nemocný již ví, že situace je jasně dána chorobou. Uvažuje o smyslu života, přemýšlí, jak naplnit čas, který ještě zbývá, zamýšlí se nad tím, co by ještě rád zažil. Smlouvá o čas. Častým přáním je dožít se promoce dítěte, svatby, vnuka.

Ten, kdo provází ve fázi smlouvání, má významný úkol pomáhat nemocnému vytvářet krátkodobé cíle a každý sebemenší splněný cíl ocenit. Cíl by měl být obsahový, nikoli časový. Ptá-li se nemocný, jestli se může dožít nějaké události za tři, čtyři roky, nikdy neříkáme „to sotva“. Mluvíme o tom, proč je to pro něj důležité a také o tom, že je to možné, ale že nikdo nemáme „záruční list“ na další den.

4. fáze - DEPRESE

Zdravotní stav nemocného se zhoršuje, stále zřetelněji je konfrontován se skutečností, že směřuje ke smrti a že není vyhnutí. Je unavený zmařenou nadějí, vyčerpaný nepohodou těla a často psychicky zesláblý. Přichází hluboký smutek nad ztrátou zdraví, nových možností a další budoucnosti. Ve fázi deprese mají své místo antidepresiva, ale nejlépe pomáhá přítomnost člověka, který je s nemocným, naslouchá mu a provází jej těžkým obdobím na konci života. Pro umírajícího je důležité, aby měl s kým hovořit o strachu ze smrti a o všem, co mu jde hlavou. Dostane-li se mu podpory a pochopení, fáze deprese nemusí být dlouhá.

5. fáze - SMÍŘENÍ

Poslední fází je smíření, přijetí pravdy. Nemocný akceptuje svůj zdravotní stav a situaci, v níž se nalézá. Snaží se o co nejlepší způsob života v rámci daných podmínek. Do stavu vnitřního míru, klidu a vyrovnanosti se zdaleka nemusí dostat každý. U nemocného může dojít k rezignaci, beznadějí. Zde je důležité podporovat naději u doprovázeného, projevovat mu účast a být mu na blízku.

Přestože jsou fáze seřazeny tak, jak obvykle přicházejí, nemusí vždy nutně zachovávat tento sled. Naopak, často se stává, že se některé fáze vracejí, různě se prolínají a střídají, třeba i tři v jednom dni. Některé mohou zase úplně chybět.

Zdroj: <http://www.umirani.cz/faze-vyrovnvani-se-s-nemoci.html>