

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE  
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ**

**ÚSTAV SOCIÁLNÍHO LÉKAŘSTVÍ  
ODDĚLENÍ OŠETŘOVATELSTVÍ**

**ETICKÉ PROBLÉMY V PRÁCI SESTRY  
S CHRONICKÝM PACIENTEM**

Bakalářská práce

Autor práce: **Lucie Hofmanová**

Vedoucí práce: **Mgr. Michaela Votroubková**

2015

**CHARLES UNIVERSITY IN PRAGUE**  
**FACULTY OF MEDICINE IN HRADEC KRÁLOVÉ**  
INSTITUTE OF SOCIAL MEDICINE  
DEPARTMENT OF NURSING

**ETHICAL ISSUES IN THE WORK OF NURSES**  
**WITH CHRONIC PATIENT**

Bachelor's thesis

Author: **Lucie Hofmanová**

Supervisor: **Mgr. Michaela Votroubková**

2015

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že předloženou bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně. Při zpracování jsem použila pouze informační zdroje, které jsou uvedeny v seznamu literatury.

V Hradci Králové.....

.....

## **Poděkování**

Ráda bych touto cestou poděkovala vedoucí své bakalářské práce Mgr. Michaele Votroubkové. Za odborné vedení, za pomoc a rady při zpracování této práce.

*Zemřít - spát - nic víc a vědět, že tím spánkem skončí to srdce bolení.*

William Shakespeare (Hamlet, králevic dánský)

# OBSAH

ÚVOD .....	8
1. POJMY .....	9
2. HISTORIE .....	12
2.1 EUTANÁZIE A STAROVĚK .....	12
2.2 EUTANÁZIE A KŘESŤANSTVÍ .....	12
2.3 EUTANÁZIE A RENESANCE .....	13
2.4 20. STOLETÍ .....	13
2.5 EUTANÁZIE ZA DRUHÉ SVĚTOVÉ VÁLKY .....	14
2.6 HISTORIE DŘÍVE VYSLOVENÉHO PŘÁNÍ .....	15
3. EUTANÁZIE V CIZÍCH ZEMÍCH .....	16
3.1 HOLANDSKO .....	16
3.2 ŠVÝCARSKO .....	17
3.3 SPOJENÉ STÁTY AMERICKÉ .....	18
3.4 JACK KEVORKIAN DOKTOR „SMRT“ .....	19
3.5 EUTANÁZIE A ČESKÁ REPUBLIKA .....	20
4. DĚLENÍ EUTANÁZIE .....	22
5. DNR (Do not resuscitation) .....	23
6. DŘÍVE VYSLOVENÉ PŘÁNÍ .....	24
7. ETICKÁ PROBLEMATIKA .....	27
7.1 ARGUMENTY VE PROSPĚCH EUTANÁZIE .....	27
7.2 ARGUMENTY PROTI EUTANÁZII .....	28
7.3 STRACH ZE ZNEUŽITÍ .....	30
8. Empirická část .....	31
8.1 Charakteristika respondentů .....	31
8.2 Metodika výzkumu .....	31
8.3 Výzkum .....	32
9. Hypotézy .....	33
10. DISKUSE .....	73
ZÁVĚR .....	79
ANOTACE .....	81
POUŽITÁ LITERATURA .....	82
SEZNAM TABULEK .....	85

SEZNAM GRAFŮ.....	87
SEZNAM PŘÍLOH.....	89
PŘÍLOHY .....	90

# ÚVOD

Inspirací pro výběr tématu mé bakalářské práce je má praxe na oddělení následné intenzivní péče, kde pracuji již více než pět let. Každý den se na těchto a jemu podobných odděleních setkává zdravotnický personál s chronicky nemocnými pacienty a jejich rodinami. Toto zaměstnání je velice náročné jak fyzicky, tak hlavně psychicky, a to nejen díky tomu, že na těchto odděleních mohou být pacienti hospitalizováni mnoho měsíců nebo i let. Sestry a pomocný personál se každý den setkává s utrpením těchto pacientů. Většina těchto pacientů umírá dlouho bez možnosti vyléčení.

V mé bakalářské práci mě zajímaly názory nelékařského zdravotnického personálu na téma umělého prodlužování života pacientů, dříve vyslovené přání a na kontroverzní téma eutanázie. Dále jsem se zabývala i otázkou role pacienta v nemocničních zařízeních.

Vypracování této práce je pro mě zcela novou zkušeností. Zaměřila jsem se hlavně na názory nelékařského zdravotnického personálu. K tomuto záměru jsem vytvořila strukturovaný dotazník, který jsem následně rozeslala do čtyř nemocničních zařízení.

Práci jsem rozdělila do dvou částí. Nejprve se jedná o část teoretickou. Poté jsem se zaměřila na část výzkumnou. V teoretické části jsem zpracovala problematiku eutanázie, dříve vysloveného přání. Ve výzkumné části se zabývám dotazníkovým šetřením a zpracováním odpovědí respondentů vyplněných dotazníků do tabulek a grafického znázornění.



# 1. POJMY

**EUTANÁZIE** pochází ze dvou řeckých slov **eu** (dobrý) a **thanatos** (smrt). Znamená tedy dobrou smrt. Termín eutanázie může mít i více významů. Například *J. Vozár* vysvětluje tento pojem jako „vědomé ukončení života smrtelně nemocného člověka, plně způsobilého k právním úkonům, na jeho žádost.“ Může být chápána jako milosrdná, dobrá, krásná, lehká smrt, také se může užívat v souvislosti s usmrcením z útrpnosti či soucitu, zpravidla na žádost trpící osoby. (PTÁČEK, BARTŮNĚK, 2012)

**DYSTANÁZIE** neboli zadržovaná smrt je vedlejším efektem moderní medicíny. Lékaři a další profesionálové, ale i laici jsou pak svědky dlouhodobého utrpení a bolesti nemocného. (HAŠKOVCOVÁ, 2007)

**ORTHOTHANASIE** je odpojení od přístrojů, které má za následek skon pacienta.

**ASISTOVANÁ SEBEVRAŽDA** je zvláštní formou eutanázie. Pacient si přeje zemřít, protože je nevléčitelně nemocný, trpí nesnesitelnými bolestmi a jeho prognóza je neblahá. Pacient žádá lékaře o pomoc, resp. o metodickou radu, popřípadě konkrétní prostředek, jak realizovat odchod ze života. Pacient vykoná akt ukončení života sám za asistence lékaře. (HAŠKOVCOVÁ, 2007)

**SOCIÁLNÍ EUTANÁZIE** je pojem, kdy by bylo mravné, spravedlivé a žádoucí, aby každý občan obdržel kdykoli a kdekoli takovou péči, která odpovídá současným poznatkům vědy a špičkové medicíny. Prakticky se však může lidem dostat jen omezené péče, a to s ohledem na ekonomické, geografické a vzdělanostní zdroje. (HAŠKOVCOVÁ, 2007)

**MARNÁ LÉČBA (FUTILE TREATMENT)** znamená léčbu bezúčelnou. Nevede k záchraně života, k uchování či udržení zdraví ani k zlepšení kvality života. Není v zájmu pacienta a zatěžuje ho zbytečným strádáním či rizikem komplikací (doporučení ČLK 1/2010). Tento pojem je příbuzný francouzskému termínu „acharnement thérapeutique“

(terapeutická zuřivost), který se používá převážně pro kurativní nebo život prodlužující léčbu. (Rada Evropy 24/2003)

**DNR** (do not resuscitate) je v zahraniční odborné terminologii nebo v českém písemnictví NR (neresuscitovat).

**LIVING WILL** (vůle žít, resp. nežít) jedná se o písemné vyjádření vůle nemocného. Píše se pro případ, kdyby pacient již nebyl schopen posoudit situaci ani verbalizovat přání, pro závažnost svého stavu. (HAŠKOVCOVÁ, 2002)

**UMÍRÁNÍ** je proces, který má různou délku, podobu, je zcela individuální a jedinečný. Umírání zůstává osobní zkušeností a nemůže se ho zúčastnit nikdo jiný.

„Umírání je především proces. Vývoj smrti je podmínován životem a život je umocňován smrtí.“ (HAŠKOVCOVÁ, 2002)

„Pojem umírání je v lékařské terminologii skutečně synonymem terminálního stavu. Definice terminálního stavu uvádí, že dochází k postupnému a nevratnému selhávání důležitých, vitálních funkcí tkání a orgánů, jehož důsledkem je zánik individua, tj. smrt (mors). Terminální stav můžeme chápat jako vlastní umírání. Pojem umírání však, ale v žádném případě nemůžeme redukovat pouze na terminální stav.“ (HAŠKOVCOVÁ, 2002)

„**Smrt** je nyní definována jako smrt mozku.“ (HAŠKOVCOVÁ, 2002)

„**PALIATIVNÍ MEDICÍNA** je celková léčba a péče o nemocné, jejichž nemoc nereaguje na kurativní léčbu. Nejdůležitější je léčba bolesti a dalších symptomů, stejně jako řešení psychologických, sociálních a duchovních problémů nemocných. Cílem paliativní medicíny je dosažení co nejlepší kvality života nemocných a jejich rodin.“ (Světová zdravotnická organizace WHO)

„Paliativní medicína respektuje umírání jako normální proces, který neurychluje, ani neprodlužuje.“ (KORENEK, 2002)

„**BOLEST** je komplexní fenomén, který má jak kognitivní, tak emocionální složku. Jde o velmi nepříjemný subjektivní pocit, který prožívá člověk individuálně.“ (MIKŠOVÁ *a kol.*, 2006)

## 2. HISTORIE

### 2.1 EUTANÁZIE A STAROVĚK

*Platón* a *Sokrates* považovali utrpení v důsledku bolestivé nemoci za dostatečný a legitimní důvod k ukončení života sebevraždou. Naopak *Aristoteles*, *Pythagoras* a *Epikúros* sebevraždu odsuzovali. I přes rozpory v názorech byla v několika městských státech antického Řecka uchovávaná zásoba jedu pro každého, kdo si přál zemřít. Stoicismus, pozdní větev filozofie antického Řecka a poté Říma, akceptoval volby sebevraždy, pokud nebyl život z jakéhokoli závažného důvodu pro člověka přijatelný. Bylo přijatelné ukončit terminální bolestivou nemoc sebevraždou. Pod vlivem stoiků byla myšlenka zemřít dobře, nejvyšším dobrem a součástí vznešeného života. Římský stoický myslitel *Epiktétos* řekl: „Dobrá smrt propůjčuje vznešenost celému životu.“ (srv. PTÁČEK, BARTŮNĚK, 2012)

### 2.2 EUTANÁZIE A KŘESŤANSTVÍ

Křesťanství vychází z biblického příběhu Ježíše jako člověka a současně Božího syna, který zemřel a po smrti byl znovu vzkříšen a získal život věčný. Křesťané chápali život jako dar od Boha, neboť Bůh stvořil člověka k obrazu svému. I postižený člověk má stejnou důstojnost jako člověk dokonale zdravý. Bůh je dárcem života a pouze on může rozhodnout, kdy si svůj dar vezme zpět. Z křesťanského postoje vychází pravidlo zakazující zabití „**Nezabiješ!**“ *Svatý Augustin* hlásal, že sebevražda je proti pátému přikázání nezabiješ a že život a utrpení byly člověku určeny Bohem. Okamžik smrti je v Božích rukou a přisvojovat si jej je hříšný akt pýchy a odmítnutí Boží moci nad lidským životem. Osoby, které spáchaly sebevraždu, byly pohřbívány za městskými hradbami, kde měl kříž odvrátit ďábla hledajícího zločinnou lidskou duši. Osoby, které sebevraždu dokonaly, nemohly být pohřbeny na hřbitově. (srv. PTÁČEK, BARTŮNĚK, 2012)

## 2.3 EUTANÁZIE A RENESANCE

Mírnější názory se objevily v renesanci po 14. století. V té době mor vyhubil třetinu populace. Smrt a utrpení se dotkly každého a zmírnily přísné názory na sebevraždu. Myšlenka eutanázie byla nadále rozvíjena mysliteli a lékaři. *Sir Thomas More*, slavný světec a mučedník katolické církve a protivník anglického krále Jindřicha VIII., publikoval v roce 1516 ve své *Utopii* potřebu dobrovolné eutanázie pro terminálně nemocné pacienty. (srv. THOMASMA, KUSHNER, 2000)

V roce 1742 byla ve Skotsku publikována esej *Of Suicide* (O sebevraždě) filozofa *Davidu Huma* ve sborníku *Essays, Moral, Politoval and Literáty*. V roce 1794 lékař *Paradys* doporučoval ve své stati *Oratio de Euthanasia* (Projev o euthanasii) snadnou smrt pro nevléčitelného a trpícího pacienta. (srv. THOMASMA, KUSHNER, 2000)

Značný zájem o eutanázii pokračoval v devatenáctém století v Evropě i v USA. *Karel Marx* ve své Lékařské eutanázii kritizoval lékaře, kteří léčí nemoci namísto pacientů. *Schopenhauer* řekl „*jakmile hrůzy života převáží hrůzu ze smrti, člověk svůj život ukončí*“.

## 2.4 20. STOLETÍ

Koncem 19. a začátkem 20. století hovořili lékaři o možnosti eutanázie již otevřeně. V roce 1931 publikoval zdravotní rada v Leicesteru v Anglii *Dr. Miliard*, svůj *Voluntary Euthanasia Legalization Bill* (Návrh legalizace dobrovolné eutanázie).

V němž určil podmínky legalizace eutanázie:

1. Žádost o povolení eutanázie může napsat umírající, jenž uvede, že byl informován dvěma lékaři o skutečnosti, že trpí smrtelnou a nevléčitelnou nemocí a že proces smrti by byl pravděpodobně zdlouhavý a bolestivý.
2. Žádost musí být úředně ověřena obecním úřadem a doložena dvěma lékařskými zprávami.
3. Žádost a zprávy musí pacient a příbuzní znovu zhodnotit rozhovorem s „referentem pro eutanázii“.
4. Žádost, zprávy, svědectví referenta a jakéhokoliv dalšího jiného pacientova zástupce poté zhodnotí soud. Ten potom vydá povolení k provedení eutanázie u žadatele a povolí lékaři, aby ji provedl.

5. Povolení bude platit po určitou dobu, během níž pacient určí, zda a kde si je přeje využít.

Tento návrh byl probírán pět let, ale v roce 1936 byl Sněmovnou lordů zamítnut. (PTÁČEK, BARTŮNĚK, 2012)

V roce 1935 byla jako první na světě založena Britská společnost pro dobrovolnou eutanázii. Následně v roce 1938 zahájila činnost Americká společnost pro eutanázii. V roce 1939 podala tato společnost návrh zákona týkající se legalizace eutanázie ve státě New York, který nebyl schválen. Před druhou světovou válkou řešily soudy ve Spojených státech a Velké Británii několik případů asistované sebevraždy a zabití z milosti. Všichni podezřelí byli soudy uznáni vinnými, rozsudky byly ve většině případů mírné. (srv. PTÁČEK, BARTŮNĚK, 2012)

## **2.5 EUTANÁZIE ZA DRUHÉ SVĚTOVÉ VÁLKY**

Eutanázii za druhé světové války Hitler legalizoval. Lékař mohl pomoci pacientovi od utrpení, pokud trpěl terminální nemocí. Toto úlevné opatření se však smísilo s jiným otřesným opatřením. Již dříve, v roce 1920, publikovali dva lékaři, K. Binding a A. Hoche, knihu, která přispěla k záměru vyhlazování „bezcného života“. Byly v ní rozebírány případy, jakým nejlepším způsobem zabít „život, který nemá cenu života“, „život zbytečný“ nebo „bezcný“. Byly to životy fyzicky nebo mentálně postižených, senilních, retardovaných a duševně nemocných, neschopných pracovat po pěti letech strávených v ústavu. Nacističtí lékaři razili snahu o takzvanou „sociální hygienu“, jejímž krokem byla sterilizace lidí s dědičnými nemocemi. Na Hitlerův příkaz a po protestech církví se s tím oficiálně přestalo v roce 1941. I přes to bylo do té doby sterilizováno asi 90 000 pacientů.

Za války se v důsledku nacistické nacionalistické a rasistické ideologie odehrál nejstrašnější zločin tohoto století, holocaust, při němž bylo zlikvidováno 6 milionů židů a 3 miliony cikánů, komunistů a odbojářů. Toto však samozřejmě eutanázie nebyla. Byla to jasná vražda. Proto nacistická zkušenost nijak nesouvisí se současnou diskuzí. A přesto by se měl mít každý na pozoru před mocí státu a nedobrovolným zabíjením. (srv. THOMASMA, KUSHNER, 2000)

V roce 1956 papež Pius XII. zopakoval názor římskokatolické církve (eutanázie je přímý útok na lidský život) na mezinárodním kongresu lékařů. V roce 1957 však hovořil

k jiné mezinárodní skupině lékařů a akceptoval možnost případného zkrácení života užitím léků, jako je morfium, k odstranění nesnesitelné bolesti, protože zde není spojení mezi jejich účinkem a záměrem. V centru diskuze se proto ocitla možnost pasivní eutanázie. V roce 1957 publikoval profesor práva Glandville Williams knihu *The Sanctity of Life and the Criminal Law* (Svátost života a trestní právo), v které uvádí: „Nejvýznamnější ze všech přikázání je milovat a to jistě znamená, že eutanázii lze dovolit, pokud je provedena pravdivě a čestně, aby byl ušetřen pacient a nikoli jen z pohodlnosti života.“ Právo autonomní osoby a laskavost nebo dobrý skutek pečujících jsou hlavními argumenty hnutí ve prospěch eutanázie. Od roku 1960 významně ovlivňují diskuze dva objevy. Zaprvé došlo k nevídanému rozvoji lékařské vědy. Došlo k ochraně života proti téměř všem nemocem. Smrt a umírání jsou popírány čím dál tím víc. Druhým vlivem je postoj pacientů k této technologii. Prodlužování života sebou nese též prodlužování utrpení. Ostatně smrti nakonec nemůže uniknout nikdo. (srv. THOMASMA, KUSHNER, 2000)

## 2.6 HISTORIE DŘÍVE VYSLOVENÉHO PŘÁNÍ

První zmínka o úvaze vztahující se k problematice „*dříve vysloveného přání*“ je z roku 1914, kdy soudce Benjamin Cardozo prohlásil: „Každá dospělá lidská bytost, jasně myslí, má právo určit, co se bude dít s jejím vlastním tělem“. Termín „*living will*“ byl poprvé použit v roce 1969, kdy Luis Kutner představil dokument, který navrhoval, aby byla ukončena lékařská péče u pacienta ve vegetativním stavu, u kterého je prokázáno, že jeho fyzické a mentální schopnosti již nebudou obnoveny. Toto rozhodnutí stojí na počátku tvorby zákonodárné oblasti USA, která se touto problematikou zabývá. Do České republiky uvádí institut „*dříve vysloveného přání pacientů*“ „*Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny*“. Její devátý článek s názvem *dříve vyslovené přání*: „*Bude brán zřetel na dříve vyslovené přání pacienta ohledně lékařského zákroku, pokud pacient v době zákroku není ve stavu, kdy může vyjádřit své přání*“ uvozuje problematiku v právní oblasti. Z ní pak vyvstává problematika etická. (PTÁČEK, BARTŮNĚK, 2012)

## 3. EUTANÁZIE V CIZÍCH ZEMÍCH

### 3.1 HOLANDSKO

Nizozemí reprezentuje vysoce liberální přístup k eutanázii. Mnoho legislativců a dalších zastánců eutanázie se na Nizozemí odvolává. I přes mytizování není aktivní eutanázie legalizována. Stále tu platí zákon, podle něhož je eutanázie trestným činem se sazbou odnětí svobody až 12 let. I přes toto riziko je eutanázie prováděna a někteří jsou přesvědčeni, že vysoká trestní sazba zamezuje zneužívání.

V roce 1969 napsal lékař Jan Henrik van den Berg publikaci Lékařská moc a lékařská etika a v ní navrhl, že by lékaři měli být ochotni zabít své těžce nemocné pacienty, zvláště ty, co jsou ve vegetativním stavu. V roce 1973 rozvířil hladinu veřejného mínění případ lékařky, která usmrtila svou imobilní a inkontinentní matku, která jí o to prý prosila. Soudní proces s lékařkou je možné brát za klíčový, máme-li na mysli holandskou toleranci k eutanázii. Lékařka byla odsouzena jen symbolicky k jednomu týdnu odnětí svobody. V souvislosti s tímto případem byla poprvé formulována jistá pravidla, tzv. rotterdamská pravidla, podle kterých je možné připustit zabití nemocného a trpícího člověka. (srv. THOMASMA, KUSHNER, 2000)

Během několika dalších let se praxe usmrcení na žádost rozšířila a bylo třeba nějakým způsobem reagovat. V roce 1993 došlo k novelizaci zákona o pohřebnictví, který povýšil určitá kritéria pro provedení eutanázie na zákonnou normu, ale hlavně zakotvil beztrestnost pro lékaře, který ji provedl. (srv. HAŠKOVCOVÁ, 2007)

Zaměňovat výrazy uzákonění a beztrestnost je však zavádějící a špatné. Rozdíl mezi těmito pojmy je propastný. Pokud by byla aktivní eutanázie uzákoněna, pak by bylo její neprovedení za daných podmínek trestné. V daném případě by byl ve svém právu ukrácen lékař, který by nemohl odmítnout provedení eutanázie. Princip odepření z důvodu svědomí musí být zachován. Zákonná forma beztrestnosti eutanázie chrání část lékařů, kteří shledají společně se svými pacienty milosrdné usmrcení jako nejlepší z možných řešení. (srv. HAŠKOVCOVÁ, 2007)

V dalších letech stoupal počet osob, které byly usmrceny na žádost. Zastánci eutanázie toto považují za úspěch s odvoláním na právo každého člověka určit si dobu a způsob svého odchodu ze života. Další zákon Holandský model opět výrazně liberalizoval.



Stalo se tak v roce 2001, kdy byl schválen návrh zákona pod názvem Prověření ukončení života na žádost pacienta a pomoc při sebe zabití. Inicioval ho ministr spravedlnosti A. H. Korthals a ministr zdravotnictví E. Borst. Bylo však zdůrazněno, že se nejedná o legalizaci eutanázie a napomáhání k dobrovolné smrti, neboť obě formy zůstávají trestné. Určitě se jedná o rozšíření možnosti požádat o vlastní smrt. Úprava zákona obsahuje i ustanovení o tom, že i nezletilý může požádat o ukončení svého nemocí zkoušeného života. Je však nutný souhlas rodičů nebo zákonného zástupce. Koncem roku 2004 byla veřejnost seznámena s Groningenským protokolem, který navrhli nizozemští lékaři s cílem umožnit eutanázii i u novorozenců. Protokol obsahuje pět podmínek. (srv. HAŠKOVCOVÁ, 2007)

### 3.2 ŠVÝCARSKO

Návrh zákonů umožňující eutanázii byl podán již v roce 1975 a opakovaně 1979, ale oba byly zamítnuty. Ve Švýcarsku již řadu let působí organizace Exit (Exit Deutschschweiz a Exit Romandie) a od roku 1998 Dignitas (Důstojnost), které poskytují asistovanou sebevraždu těm, kteří o ni požádají, a to s poukázáním na starý zákon z roku 1942. Podle švýcarské ústavy totiž není pomoc při sebevraždě trestným činem, pokud za ní nestojí egoistické zájmy. (srv. HAŠKOVCOVÁ, 2007)

Praxe je ustálena takto: umírající projeví zájem o ukončení života a kontaktuje důvěrného lékaře z organizace Exit nebo Dignitas. Po rozhovoru s lékařem podepíše žádost o asistovanou sebevraždu a na základě receptu mu je poskytnuta smrtící látka. Vlastní asistovaná sebevražda je provedena v prostorách organizace. Tam podle pravidel uvedených organizací ukončí svůj život. Tuto praxi vyhledávají nejen občané Švýcarska, ale i cizinci. V uplynulých letech počet pacientů žádajících o asistovanou sebevraždu vzrostl, proto vznikly obavy z nekontrolovatelného vývoje a dokonce z tzv. eutanatické turistiky. Proto se některé švýcarské nemocnice rozhodly, že povolí přísně kontrolovanou formu asistované sebevraždy. Tato situace vzbudila pozornost veřejnosti a dále se diskutuje zejména o problémových okruzích, a to o problematice kritérii pro milosrdnou smrt a úlohu státu. Shodli se však na několika kritériích, která musejí být splněna, a to pacient musí být v terminálním stádiu nemoci, byly vyčerpány všechny léčebné metody a není naděje na zlepšení stavu, trpí nesnesitelnými bolestmi a trvale žádá o asistovanou sebevraždu. Zastánci eutanázie propagují názor, že i duševně nemocný člověk má právo

rozhodnout o ukončení svého života. A žádají i o možnost povolení sebevraždy i z jiných důvodů než je vážná a nevléčitelná nemoc. Druhým diskutovaným okruhem je odpovědnost státu. Zatím se zdá, že převažuje názor, že rozhodovat o svém odchodu ze života musí pouze pacient sám. Stát má pouze dohlížet, že angažované společnosti dodržují veškerá pravidla. Někteří se domnívají, že je situace velmi vážná a je nutné vyslat celostátní referendum ohledně problematiky asistované sebevraždy. (srv. HAŠKOVCOVÁ, 2007)

### 3.3 SPOJENÉ STÁTY AMERICKÉ

Ve Spojených státech amerických se po druhé světové válce diskutovalo o problematice eutanázie a trestu za její provedení. Vznikl názor, aby právo na milosrdnou smrt bylo zakotveno do Charty Spojených národů. Tento návrh byl zavrhnut. Zlom nastal v roce 1954, kdy Joseph Fletscher vydal kontroverzní knihu *Morálka a medicína*. Neskrýval, že je velkým zastáncem eutanázie, což vzhledem k jeho vzdělání a zaměstnání (kněz) bylo překvapující. Rozruch kolem knihy však netrval dlouho a téma eutanázie bylo nadále tabuizováno. (srv. HAŠKOVCOVÁ, 2007)

Průlomem byly knihy Elisabeth Kübler-Rossová, zejména její první kniha *O smrti a umírání* z roku 1969. Smrt a případná eutanázie přestaly být tabuizovány. Jeden z nejznámějších případů dějin eutanázie v USA je případ Karen Ann Quinlanové z roku 1975, kdy rodiče mnoho měsíců bojovali o možnost odpojit dceru od přístrojů. Vrchní soud nakonec vydal kladné rozhodnutí. Jedna ze zdravotních sester v katolické nemocnici však nesouhlasila s prosbou rodičů a nevyčkala ani na rozhodnutí soudu. Sama začala pacientku odvykat od ventilátoru. Pacientka začala spontánně dýchat a zůstala na živu ještě dalších deset let. Její případ vzbuzoval zájem veřejnosti, neboť žila pouze v permanentním vegetativním stavu. Kauza přispěla k názoru, že právo rozhodovat o svém životě, a tedy i o smrti, může pouze člověk sám. V každém případě byl zaveden instrument living will, který byl upraven jako zákonná norma ve 36 státech USA. V roce 1980 byla založena Hemlock Society, což je organizace, která poskytuje všem zájemcům o bezbolestnou sebevraždu metodické rady. Na druhé straně je řada odpůrců, kteří založili hnutí Právo na život. I řada lékařů nesouhlasí nebo alespoň pochybuje o případné praxi milosrdné smrti. Jmenujme jednu významnou osobnost americké lékařské etiky Leona R. Kasse, který svůj názor, že

lékaři nesmějí zabíjet, povýšil na základní pravidlo. Opakovaně popsal důvody pro své stanovisko v publikaci s názvem Ani za peníze, ani z lásky: proč nesmějí lékaři zabíjet. I nadále je trend k postupnému uznání, že o závěru života si má každý člověk rozhodnout sám. Asistovaná sebevražda je v některých státech USA tolerována nebo povolena, např. ve státě Ohio. Aktivní eutanázie není uzákoněna v žádném státě USA. (srv. HAŠKOVCOVÁ, 2007)

### **3.4 JACK KEVORKIAN DOKTOR „SMRT“**

Pokud hovoříme o eutanázii nebo jejích formách ve Spojených státech amerických, nemůžeme opomenout jednu z nejkontroverznějších osobností této země. Touto osobností je zastánce aktivní eutanázie Jack Kevorkian, přezdíváný Dr. Smrt (Dr. Death). Tento americký lékař se mnoho let zabýval takzvanou plánovanou smrtí. I v České republice je znám jako lékař, který uznává, ale také praktikuje eutanázii za pomoci přístroje nazývaného Mercitron. V odborném slova smyslu však Kevorkian prováděl asistovanou sebevraždu. On ručil za postup a spolehlivost výkonu a umírající člověk ukončil svůj život z vlastní vůle a svojí aktivitou. Pokud umírající provedl akt sebevraždy sám, nejednalo se o aktivní eutanázii, ale o asistovanou sebevraždu. (srv. HAŠKOVCOVÁ, 2007)

Kevorkian praktikoval asistovanou sebevraždu jen ve státech Spojených států amerických, kde je povolena. I přesto se opakovaně dostal do rozporů se zákonem, byl opakovaně zatčen a následně vždy propuštěn. V roce 1999 byl však odsouzen do vězení po té, co předal soudu záznam o závěru života člověka, kterému pomohl k bezbolestné smrti. Tímto aktem chtěl vyprovokovat širokou diskuzi o eutanázii a docílit její legalizaci. Soud kvalifikoval čin jako vraždu. Kevorkian umožnil zemřít i lidem, kteří zemřít nemuseli. Jejich nemoc byla vážná a dlouhodobá, ale neohrožovala člověka bezprostředně na životě.

Dlouhou dobu bylo možno sledovat život Kevorkiana pouze z novinových článků a časopisů. V roce 1996 však vyšla i v českém překladu kniha amerických právníků Joan M. Brovinsové a Thomase Oehmkeho Vražda nebo milosrdenství?, která s podtitulkem Dr. Smrt předkládá validní informace. V kontextu je však zřejmé, že jsou autoři obdivovatelé Kevorkiana. (srv. HAŠKOVCOVÁ, 2007)

Kevorkian se původně specializoval na patologii. Pracoval na různých odděleních patologie. Svými kolegy byl ostře kritizován, ale nikdy nebyl ze svého zaměstnání

propuštěn. Znepřátelil si mnoho kolegů - lékařů, proto nakonec musel pracovat pouze jako pomocný technik. V pozdější době odešel do důchodu a provozoval svou zvláštní praxi. Kevorkian se myšlenkou plánované smrti zabýval od mládí. Návod, jak zbavit umírajícího člověka utrpení, nazval medicidou. V roce 1991 vyšla jeho kniha *Recept: Medicida*, s podtitulkem *O dobru plánované smrti*. Svoji teorii o správnosti sebevraždy opřel o názory filosofa Thomase Mora, který ve svém díle *Utopie* vyhlásil právo trpícího lidstva těžit z dobrodiní sebevraždy provedené jak svými silami, tak i s pomocí jiných, a to již před 400 lety. Thomas More byl katolík a v roce 1935 byl prohlášen za svatého. V intencích těchto úvah lze jistě označovat Kevorkiana moderním Prométheem nebo Titánem, jak píše američtí autoři knihy o Kevorkianovi. Analogie na řeckou mytologii zdůrazňuje, že právě Kevorkian je ten, který ukradl bohům smrt, jakož i ten, kdo myslí dopředu. (srv. HAŠKOVCOVÁ, 2007)

Kdykoli byl Kevorkian kritizován nebo obžalován, hájil se mimo jiné i tím, že moderní společnost musí přijmout možnost plánované smrti. Nadále odmítal tvrzení, že se jako lékař prohřešuje proti Hippokratově přísaze. Uváděl, že Hippokratova přísaha zahrnuje protichůdné povinnosti. Například zmírnit bolest a utrpení, stejně jako prodlužovat a chránit život. S Kevorkianem je možno souhlasit v tom, že mnohé pasáže Hippokratovy přísahy jsou prakticky překonané. Proto existují etické kodexy i etické komise. Lze přijmout argumenty, že dovoluje protichůdné interpretace jednotlivých ustanovení.

Kevorkian byl nepochybně novátorem uplatňujícím hlava nehlava své přesvědčení o formě důstojné smrti, ale i člověk, kterého celý život fascinovala smrt. V dnešní době je však jeho přínos převážně v četných odborných a laických diskusích. (srv. HAŠKOVCOVÁ, 2007)

### **3.5 EUTANÁZIE A ČESKÁ REPUBLIKA**

V České republice je eutanázie, stejně tak asistovaná sebevražda zakázaná. Pokud by byla provedena, bude kvalifikována jako trestný čin (zákon o zdravotních službách 372/2011 Sb. v platném znění). Etický kodex České lékařské komory se řídí taktéž podle zákona. I u nás byla již v minulosti snaha o legalizaci eutanázie nebo zmírnění trestu, pokud by byla eutanázie provedena. Návrh československého zákona z roku 1926

obsahoval možnost snížit trest při eutanázii pod dolní sazbu za vraždu, případně upustit od potrestání zcela. Taktéž návrh novelizace československého trestního práva z roku 1937 obsahoval ustanovení, že eutanázie by měla být trestána jako přečin. Ani jeden návrh nebyl schválen. V roce 1996 navrhl tehdejší ministr spravedlnosti zákonné zavedení podmínek, za nichž by byla eutanázie, kterou provede lékař, beztrestná. Řada novinářů zaměnila beztrestnost za různé jiné formy právního zakotvení milosrdného ukončení života. Šokovaná laická veřejnost i odborná veřejnost čelily vlně emocí, která nepřispěla ani k řešení naléhavé problematiky důstojného umírání ani k vytříbení názorů o podmínkách pro ukončení nebo ne zahájení resuscitace, která je marná. (srv. HAŠKOVCOVÁ, 2002)

## 4. DĚLENÍ EUTANÁZIE

Dříve se eutanázie dělila pouze na **aktivní eutanázii** (akt, který vykoná lékař u pacienta nevyлéčitelně nemocného, trpícího nesnesitelnými bolestmi na jeho vlastní uvážlivou a svobodnou žádost) a **pasivní eutanázii** (přerušeni léčby nebo odepření dalších léčebných postupů). Zatím nejsou definována pravidla, kdy se tak může stát. K pasivní eutanázii může docházet v případech, kdy byly vyčerpány všechny dosažitelné formy pomoci. Dnes se již eutanázie nedělí na aktivní a pasivní, jedná se pouze o eutanázii. S eutanázií úzce souvisí program DNR- do not resuscitate, který je na české půdě znám jako NR-neresuscitovat. Objevují se názory z řad odborníků, že právě DNR či NR je mnohem šetrnější označení než eutanázie.

Vzhledem k problémům s jednoznačným určením eutanázie je celá řada zpřesňujících výrazů.

Dále je možno eutanázii dělit na **nevyžádanou aktivní eutanázii**. Je variantou aktivní eutanázie, kdy je záměrně podán lék či jiná intervence vedoucí k usmrcení pacienta při jeho plné kompetenci, avšak bez jeho explicitně vyjádřené žádosti nebo plně informovaného souhlasu. To znamená, že pacient nebyl dotázán. Další formou eutanázie může být **nedobrovolná aktivní eutanázie**, což je záměrné podání léku či jiné intervence vedoucí k usmrcení pacienta při jeho nekompetentnosti a duševní nezpůsobilosti o to požádat, je-li pacient například v kómatu. (srv. EMANUEL, 1995)

Jistou formou eutanázie je i **nepřímá eutanázie**, dnes se již tento termín nepoužívá. Dnes se užívá termín důstojné umírání, s kterým úzce souvisí pojem terminální analgosedace, což je podání narkotik nebo jiných medikamentů k zmírnění bolesti, u níž je znám ojedinělý důsledek v podobě útlumu dýchacího centra vedoucího až ke smrti pacienta. (srv. EMANUEL, 1995)

Možnou formou eutanázie může být i **sebevražda za asistence lékaře**, což je poskytnutí léků či jiné intervence lékařem s vědomím, že jich nemocný hodlá užít ke spáchání sebevraždy. (srv. EMANUEL, 1995)

## **5. DNR (Do not resuscitation)**

Označuje situaci, kdy při zástavě dechu a krevního oběhu není indikováno zahájení resuscitace. DNR indikují lékaři po zhodnocení zdravotního stavu pacienta. DNR je spojeno s mnoha etickými problémy, kdy na jedné straně stojí limity lidského těla a medicíny a na straně druhé právo člověka na život a na jeho záchranu, zároveň povinnost lékaře poskytnout adekvátní léčbu odpovídající moderním poznatkům medicíny. Sám pacient má za pomoci institutu dříve vysloveného přání možnost rozhodnout o sobě samém v době, kdy mu jeho zdravotní stav neumožní o sobě rozhodovat. (srv. CÍSAŘOVÁ, 2010)

## 6. „DŘÍVE VYSLOVENÉ PŘÁNÍ“

Motivací pro zákonodárce byla úprava práv pacientů a završení odkladu o tzv. paternalistickém zdravotnictví, kdy je pacient vnímán jen jako pasivní příjemce péče státu, nikoli jako osoba samostatně rozhodující o své léčbě.

Moderní medicína dává svobodné vůli pacienta přednost před zachováním jeho zdraví. Lékařský zákrok, který není proveden se svobodným a informovaným souhlasem pacienta je až na výjimky brán jako protiprávní. K informovanému souhlasu neodmyslitelně patří předchozí poučení lékařem o navrhovaném léčebném postupu, včetně jeho alternativ a případných rizik. Bez předchozího poučení pacienta je informovaný souhlas neplatným právním úkonem. Souhlas pacienta může být dán písemnou nebo ústní formou. Poučení pacienta se může provádět pomocí předem připravených formulářů. Za lepší formu je však považován rozhovor lékaře s pacientem. (srv. LOJDOVÁ, MALÝ, 2013)

Pokud pacient dříve nebyl schopen dát souhlas s hospitalizací, případně s léčebným výkonem, tak za něho rozhodovalo zdravotnické zařízení v čele s lékařem. Rodina a osoby blízké neměli nárok na podrobné informace o zdravotním stavu pacienta, pokud je nestačil pacient při přijetí zmocnit. Někteří lékaři přihlíželi k přání rodiny, tento postup však neměl oporu v zákoně.

Již Úmluva o lidských právech a biomedicíně umožňuje pacientům zanechat písemnou instrukci lékařům. Z úmluvy však nevyplývá silná právní závaznost, tato možnost nebyla často využívána.

Nově dříve vyslovené přání upravuje zákon č. 372/2011 o zdravotních službách, kde se říká, že pacient může souhlas nebo nesouhlas vyslovit předem pro případ, kdyby se dostal do takového zdravotního stavu, ve kterém nebude schopen vyslovit souhlas nebo nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb a způsobem jejich poskytnutí. Dále se říká, že poskytovatel zdravotních služeb bude na toto přání brát zřetel, má-li ho k dispozici. Bude respektováno jen takové dříve vyslovené přání, které bylo učiněno na základě písemného poučení pacienta o důsledcích jeho rozhodnutí, a to lékařem v oboru všeobecného praktického lékařství, u něhož je pacient registrován nebo jiným ošetřujícím lékařem v oboru zdravotní péče, s níž dříve vyslovené přání souvisí. (srv. zákon 372/2011 o zdravotních službách)



Dříve vyslovené přání musí mít písemnou formu a musí být opatřeno úředně ověřeným podpisem pacienta. Platnost dříve vysloveného přání byla 5 let. Tato platnost byla dne 27.11.2012 ústavním soudem zrušena. (srv. LOJDOVÁ, MALÝ, 2013)

Dříve vyslovené přání není třeba respektovat, pokud od doby jeho vyslovení došlo v poskytování zdravotních služeb, k nimž se toto přání vztahuje, k takovému vývoji, že lze důvodně předpokládat, že by pacient vyslovil souhlas s jejich poskytnutím. Rozhodnutí o nerespektování dříve vysloveného přání pacienta a důvody, které k němu vedly, se zaznamenají do zdravotnické dokumentace pacienta. Dále nelze dříve vyslovené přání respektovat, pokud nabádá k takovým postupům, jejichž výsledkem je aktivní způsobení smrti a pokud by jeho splnění mohlo ohrozit jiné osoby. Dříve vyslovené přání nelze respektovat, pokud byly v době, kdy poskytovatel neměl k dispozici dříve vyslovené přání, započaty takové zdravotní výkony, jejichž přerušení by vedlo k aktivnímu způsobení smrti pacienta. Dříve vyslovené přání nelze uplatnit, pokud se jedná o nezletilého pacienta nebo pacienta zbaveného způsobilosti k právním úkonům. (srv. LOJDOVÁ, MALÝ, 2013)

Dříve vyslovené přání bývá někdy nepřesně nazýváno zdravotnickou závětí. Dříve vyslovené přání však nemusí a ani nemůže obsahovat všechny předpokládané zdravotnické situace, ve kterých by se pacient mohl ocitnout. Jedná se však o instrukce pro lékaře, kterými pacient předem odmítá nějaký výkon nebo volí mezi možnostmi léčby.

Prostřednictvím dříve vysloveného přání je možno odmítnout jakoukoli léčbu, i život zachraňující. Je také možno volit mezi několika léčebnými postupy, které v určité situaci přicházejí v úvahu. Nelze jimi však přimět lékaře, aby svou aktivní účastí usmrtil pacienta nebo nařídil léčebné postupy, které jsou s výkonem lékařského povolání neslučitelné. (srv. LOJDOVÁ, MALÝ, 2013)

Zákon č. 372/2011 zná také pojem **zástupný souhlas**, platný v případě neexistujícího dříve vysloveného přání a ocitne-li se pacient ve stavu, kdy o sobě nemůže rozhodnout. Lékař se může před poskytnutím péče obrátit s žádostí o souhlas na osoby, kterým pacient dovolil za něho v takovém případě rozhodnout a zmocnil je nahlížet do zdravotnické dokumentace. Pokud nejsou takové osoby určeny, rozhoduje o léčbě v tomto pořadí manžel, rodič nebo jiná známá blízká osoba pacienta. Pokud takové osoby nejsou nebo nejsou dosažitelné, řídí se péče dle nejlepšího vědomí a svědomí lékaře. (srv. zákon 372/2011 o zdravotních službách)

Při použití dříve vysloveného přání představuje problém jeho dostupnost, je tedy vhodné svěřit jeho kopii osobě, která bude o hospitalizaci informována. Je dobré, aby bylo dříve vyslovené přání jasné, stručné a prosté odborných právnických termínů. Je třeba vzít v úvahu nezáviděníhodnou situaci, do které staví lékaře dříve vyslovené přání pacienta. Pokud pacient odmítá léčbu a lékař se rozhodne jeho přání nerespektovat, podstupuje riziko, že jeho léčebný zákrok bude brán jako protiprávní, přestože by byl proveden řádně a třeba i pacientovi zachránil život. Pokud by se však lékař dříve vysloveným přáním řídil a léčbu neposkytl a písemnost se dodatečně ukázala jako neplatná, může lékař čelit vážnějšímu postihu za zanedbanou péči. Nelze tedy předpokládat, že by se lékař řídil listinou, o které by měl sebemenší pochybnosti, proto je nutné při sepisování dříve vysloveného přání případně spolupracovat jak s právníkem, tak i s lékařem. (srv. LOJDOVÁ, MALÝ, 2013)

# 7. ETICKÁ PROBLEMATIKA

## 7.1 ARGUMENTY VE PROSPĚCH EUTANÁZIE

Argumenty ve prospěch eutanázie jsou již od roku 1870 pozoruhodně konstantní a stabilní. Spočívají na čtyřech hlavních tvrzeních.

Obhájci eutanázie tvrdí, že ji opravňuje autonomie a nezávislost jedince. Je zřejmé, že neexistuje žádná všeplatná hodnota lidského života pro každého jedince. Dobré a hodnotné jsou všechny životy. Každý jedinec má vlastní představu o tom, co je hodnotné a cenné a z toho vyplývá i rozdílnost toho, jak prožívá svůj život. Společnost respektuje autonomii každého jedince a zaručuje mu na tuto individualitu nezadatelné právo. Ochrana autonomie by tedy neměla zahrnovat jen volbu vzdělání, zaměstnání, životního partnera nebo zálib, ale i volbu času a způsobu odchodu z tohoto světa. Společnost by měla uznat, že přijatelný způsob smrti je stejně důležitou součástí života jako cokoliv jiného. Musíme respektovat odmítnutí lékařského zásahu a ukončení vlastního života, pokud se dostanou lékařské zásahy do rozporu s naší představou o přijatelnosti života. Příznivci eutanázie tvrdí, že pokud budeme respektovat autonomii jedince, pak musíme umožnit i ukončení života prostřednictvím eutanázie. V roce 1913 Eugene Debs řekl: “Lidský život je posvátný, ovšem jen tehdy, přináší-li člověku a lidem kolem něj uspokojení a štěstí, proto by mělo být právem každého individua překročit řeku Styx na člunu, který si sám zvolí, pokud další agonie nemůže být ospravedlněna jakoukoli nadějí na zdraví a štěstí v budoucnu.“ (srv. EMANUEL, 1995)

Druhým tvrzením je i to, že ji opravňuje milosrdenství a snaha o poskytnutí určitého komfortu. Za jistých okolností může člověku prodlužování života přinést více bolesti a utrpení než smrt. Vzhledem k tomu, že jsou představy každého jedince o hodnotě a snesitelnosti života odlišné, pak nemůže existovat všeplatný standard určující hranici, za níž už je život natolik nesnesitelný, že by to ospravedlňovalo jeho ukončení. Příznivci eutanázie dále tvrdí, že pokud v případě bolesti a utrpení přiznáváme právo odmítnout léčbu prodlužující život, pak bychom měli přiznat i právo na ukončení života prostřednictvím eutanázie. K lepšímu pocitu a komfortu jedince by mohla přispět i jen teoretická možnost, i kdyby této možnosti nakonec nevyužil. (srv. EMANUEL, 1995)

Třetím argumentem zastánců eutanázie je fakt, že se eutanázie z morálního hlediska nijak neliší od přerušení léčby udržující jedince při životě. Výsledek je v obou případech stejný. Z hlediska pacienta je jak žádost o přerušení léčby, tak i žádost o eutanázii, souhlasem se smrtí. A stejný je i záměr lékaře, a to ukončit pacientův život. Rozdíl je hlavně v tom, že při aktivní eutanázii aplikuje lékař pacientovi aktivně látku, která ukončí jeho život, kdežto v druhém případě přestane aplikovat léčbu, která udržuje pacienta při životě. Konečný výsledek, pacientův souhlas, tak i lékařův záměr zůstávají v etickém smyslu totožné. Podle tohoto názoru není etický rozdíl mezi aktivní a pasivní eutanázií a mezi záměrným aktem a zanedbáním péče. Podle tohoto názoru, je-li ospravedlnitelné přerušení život udržující léčby, musí být ospravedlnitelná i eutanázie. (srv. EMANUEL, 1995)

Posledním argumentem je, že eventuální negativní praktické následky tohoto postupu jsou příliš vzdálené a spekulativní, než aby je bylo třeba brát v úvahu. Tak například, že povolení eutanázie by narušilo vztah důvěry mezi lékařem a pacientem. Názor zastánců eutanázie je opačný. Zastánci eutanázie tvrdí, že povolení eutanázie by vztah mezi lékařem a pacientem posílilo, protože dává právo lékaři udělat pro umírajícího pacienta vše potřebné. Dále pak neplatí, že by uzákonění eutanázie jakkoli narušilo základní morální povinnosti medicíny. Z tohoto hlediska není eutanázie posuzována jako samostatný a nezávislý lékařský zásah, nýbrž jako další možnost, kterou může lékař použít v péči o nemocné v terminálním stádiu. (srv. EMANUEL, 1995)

## **7.2 ARGUMENTY PROTI EUTANÁZII**

Zřejmě nejvýznamnějším argumentem proti eutanázii je argument etický. Také kodexy lékařské etiky skoro ve všech zemích světa zastávají názor, že euthanasie je pro lékaře neetická.

Etika není podoborem medicíny, ale podoborem filosofie, což pro mnohé scientistně uvažující pracovníky představuje určitý problém, protože jejich doménou jsou výroky empirické. Zatímco ty v medicíně berou ohled především na vědecky získané racionální poznatky, etický výrok vychází z požadavků "dobra". A nemusí zde stát pouze "dobro" proti "zlu", ale jsou možnosti "lepšího" proti "horšímu", a dokonce "dobrého" proti

"dobrému" podle toho, jak jednotlivé strany "dobro" chápou. Může však jít také o spor "zlého" a "zlého", resp. "ještě horšího". (srv. KOŘENEK, 2002)

Jak dále uvádí dr. Honzák, pokusili se James Childress a Tom Beauchamp ve čtyřech principech podchytit základ současného etického pohledu. První dva zůstávají v principech hippokratovských, tj. pomáhat a neškodit. Avšak další dva mění dosavadní paternalistický model, kdy nemocný byl většinou pasivním příjemcem péče a příkazů lékaře (ten byl odpovědný za jeho blaho) a přichází nový požadavek autonomie pacientů a požadavek spravedlnosti. Pacient se tedy tímto stává rovnoprávným partnerem lékaře a má mít právo na spravedlivé přidělení takové péče jako každý jiný občan. (srv. KOŘENEK, 2002)

Všeobecná zkušenost nás učí, že dovolíme-li sami sobě dělat něco, co bychom dělat nechtěli nebo neměli, ihned se vyskytnou otázky, zda bychom si nemohli dovolit udělat i něco dalšího. V případě euthanasie to znamená, že pokud dovolíme lékařům ukončovat životy umírajících na jejich vlastní žádost, rozhodně to u toho neskončí. Budeme vtahováni stále dále a postupně bude tato možnost rozšiřována. Dojde k ukončování životů lidí s těžkou chorobou, ale dosud neumírajících, životů lidí s chorobami nevléčitelnými, kteří by však mohli být ještě dlouho živi, životů těžce postižených novorozenců, lidí senilních nebo lidí s různým mentálním handicapem. (srv. ŠUSTEK, 2008)

"Není přece možné na jedné straně tahat lidi hrobníkovy z lopaty a na straně druhé je na tu lopatu zase nakládat". Při bolestných a těžkých umíráních nabízí prof. Munzarová, stejně jako dr. Honzák řešení v podobě dobré paliativní péče s rozvojem hospicového hnutí. (srv. ŠUSTEK, 2008)

Světová lékařská asociace v otázce lékařské etiky vypracovala dvě deklarace, jednu o euthanasii a jednu o sebevraždě za lékařské asistence. Definice první z nich: "Euthanasie je neetická. To však nebrání tomu, aby lékař respektoval přání pacienta a dovolil mu, aby si v konečné fázi nemoci ponechal volný průběh přirozenému procesu smrti." V druhé deklaraci stojí: "Sebevražda za lékařské asistence je stejně jako euthanasie neetická a musí být lékařským stavem zavržena. Nicméně právo odmítnout lékařskou péči je základním právem pacienta a lékař si nepočíná neeticky, i když respekt k takovému přání končí smrtí pacienta." (srv. ŠUSTEK, 2008)

Palčivým argumentem proti je také možné obrovské riziko narušení důvěry pacientů a veřejnosti k lékařům. Při legalizaci euthanasie totiž pacient neví, zda v kritické situaci nebude rozhodnuto o konci jeho života. Lidé v těchto situacích by mohli umírat s

obavou, že u nich dojde k "usmrcení z útrpnosti". Dalším rizikem by mohlo být nebezpečí zneužití. Mohl by být vyvíjen tlak na lékaře, a to rodinou nemocného pacienta s ohledem na jeho majetek či obava před značnými náklady dlouhotrvající choroby a jiné.

Náboženská tradice má také určitý vliv na odmítnutí euthanasie. Opírá se většinou o nedotknutelnost a posvátnost života.

Další argumenty proti legalizaci euthanasie jsou například: obtížnost zaručit dané osobě, že bude moci svobodně vyslovit nebo odmítnout souhlas, dále třeba bezúhonnost a dobrá vůle jiné osoby při posuzování stavu nemocného.

Napadnout lze i tzv. "living will", kde se pacient vyjadřuje, za jakého stavu a podmínek už nechce být dále léčen nebo resuscitován. Člověk totiž jinak soudí o situaci, která může nastat, a jinak, pokud už nastala. (srv. ŠUSTEK, 2008)

### **7.3 STRACH ZE ZNEUŽITÍ**

Jedním z nejsilnějších argumentů proti legalizaci eutanázie je hrozba jejího možného zneužití. Rozhodnutí o tom, zda je léčba již beznadějná, spadá do pravomocí lékaře. Odpůrci eutanázie tvrdí, že lékař by tímto získal obrovskou moc. Zneužití bylo zaznamenáno již v první polovině minulého století v nacistickém Německu. Tehdy panovaly odlišné společenské poměry a tolerance k odlišnostem byla podstatně nižší. Ostatně, jak tvrdí profesor Pafko, zneužít se dá všeho, co vymyslí člověk, počínaje kuchyňským nožem, konče atomovou energií. V případě důsledného zakotvení v právním řádě by ke zneužití docházet nemělo.

Snaha některých zastánců eutanázie vrcholí natolik, že se snaží v Parlamentu České republiky odhlasovat zákon schvalující eutanázii. Avšak většina poslanců je radikálně proti. Názory lékařů se různí, ovšem shodují se v tom, že o eutanázii je potřeba diskutovat. Eutanázii je třeba chápat jako mnohavrstevný problém. Názor veřejnosti je k legalizaci eutanázie vstřícný, téměř 60% obyvatelstva s eutanazií souhlasí, důležité je zmínit, že souhlas vyslovují především mladí a zdraví lidé.

## **8. Empirická část**

### **8.1 Charakteristika respondentů**

Pro výzkum jsem použila nelékařské zdravotnické pracovníky (NZP) v celkovém počtu 160. Všichni NZP pracují v nemocničním zařízení na Jednotce intenzivní péče (JIP), Následné intenzivní péči (NIP), Dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péči (DIOP) a na oddělení Následné péče (NP).

Na oddělení JIP jsou většinou hospitalizováni pacienti krátkodobě. Na ostatních odděleních jsou pacienti hospitalizováni delší dobu, kterou nelze předem určit. Z toho vyplývá možnost citové vazby a zainteresovanosti jak vůči pacientovi, tak i jeho příbuzným.

### **8.2 Metodika výzkumu**

Pro svou metodu výzkumu jsem použila kvantitativní metodu výzkumu. Sestavila jsem nestandardizovaný dotazník skládající se z 28 otázek.

Prvních pět otázek je anamnestických, kde se ptám na pohlaví respondentů, dosažené vzdělání respondentů, praxi, oddělení, na kterém respondenti pracují v době vyplnění dotazníků a jaký světový názor zastávají.

Otázka 26 a 27 je zaměřena na ovlivnitelnost respondentů osobní zkušeností a vírou při odpovídání na položené otázky.

20 otázek je na téma mé bakalářské práce. Poslední otázka 28 je na případné sdělení respondentů. Otázky jsou kladeny uzavřenou formou, čtyři otázky jsou otevřené, pro případné doplnění informací.

### 8.3 Výzkum

Výzkum probíhal od listopadu 2014 do ledna 2015 formou anonymního dotazníkového šetření. 106 dotazníků jsem odeslala poštou. Předem jsem byla domluvena s ředitelkami pro ošetrovatelskou péči na počtu zaslaných dotazníků. Dotazníky jsem zaslala na Rehabilitační kliniku Malvazinky, do nemocnice v Neratovicích a Sedlčanech. 54 dotazníků jsem rozdala sama v nemocnici Tanvald.

Na předvýzkum jsem použila 10 dotazníků, které jsem rozdala na Jednotce intenzivní péče nemocnice Tanvald. Na základě připomínek respondentů jsem opravila otázku č. 22, kde jsem jinak položila danou otázku a následně v tabulce zjednodušila terminologii. Jiné připomínky k dotazníku nebyly. Respondenti, kteří byli vybráni do předvýzkumu, nebyli již zařazeni do samotného výzkumu.

Celkem jsem rozdala do čtyř nemocnic 160 dotazníků. Vrátilo se mi 138 vyplněných dotazníků, z toho 9 dotazníků bylo vyplněno chybně nebo neúplně. Do výzkumu jsem zařadila 129 dotazníků a považuji je za 100%.

Jednotlivé otázky v dotazníku zpracovávám do tabulek a procentuálně do sloupcových grafů.



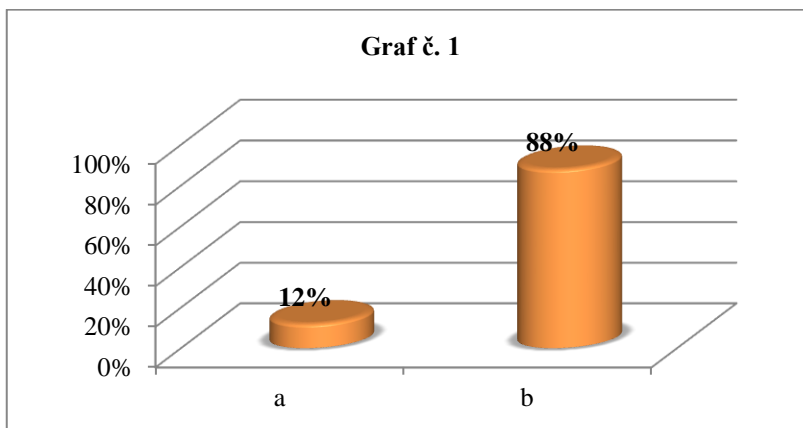
## 9. Hypotézy

1. Sestry se v praxi nesetkaly s postupem, který se nazývá „Dříve vyslovené přání.“
2. Sestry se domnívají, že není správné udržovat pacienta s infaustní prognózou uměle při vysokých dávkách katecholaminů.
3. Sestry mají vnitřní etický problém spolupracovat při resuscitaci pacienta v terminálním stádiu nemoci.
4. V nemocničních zařízeních se využívá termín terminální analgosedace.
5. Sestry nezažily při své práci pacienta s nedostatečně tlumenou bolestí.
6. Sestry, by souhlasily s eutanázií a sebevraždou za asistence lékaře, ale nesouhlasily by s nevyžádanou a nedobrovolnou aktivní eutanázií.

## 1. Pohlaví

- a) Muž
- b) Žena

Tabulka č. 1	respondenti	%
muž	15	12
žena	114	88
<b>Celkem</b>	<b>129</b>	<b>100</b>

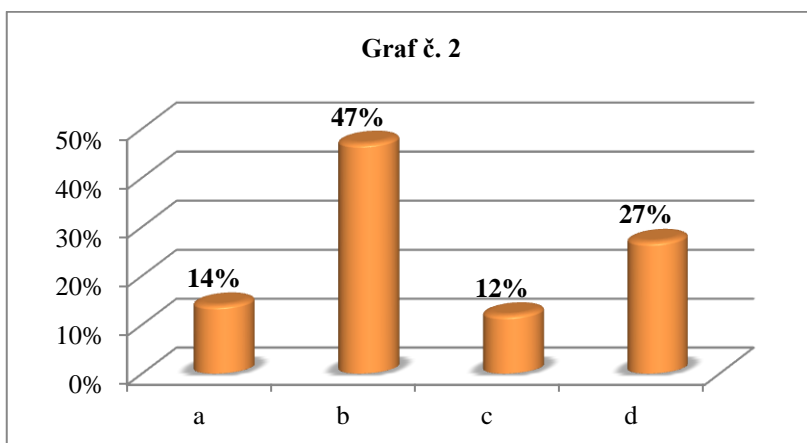


**Komentář:** V tabulce a grafu č. 1 je znázorněno zastoupení respondentů dle pohlaví. Předpokládala jsem, že více respondentů bude ženského pohlaví, což se mi v odpovědích potvrdilo. Vzhledem k zaměstnání je předpoklad většího zastoupení žen. Celkem bylo 114 žen, což odpovídá 88% a 15 mužů 12%. V posledních letech počet mužů v nelékařských zdravotnických profesích stoupá.

## 2. Dosažené vzdělání

- a) Středoškolské vzdělání (zdravotnický asistent)
- b) Středoškolské vzdělání (všeobecná sestra)
- c) Vysokoškolské (Bc., Mgr., ...)
- d) Specializace (ARIP, PSS)

Tabulka č. 2	respondenti	%
zdravotnický asistent	18	14
všeobecná sestra	60	47
vysokoškolské vzdělání	16	12
Specializace	35	27
<b>Celkem</b>	<b>129</b>	<b>100</b>

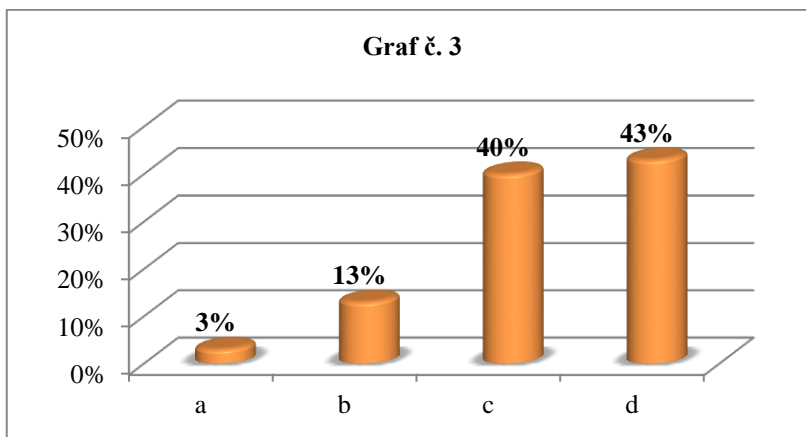


**Komentář:** V tabulce a grafu č. 2 je znázorněno dosažené vzdělání respondentů. Z celkového počtu je 60 všeobecných sester tedy 47%, na druhém místě 35 tedy 27% jsou NZP se specializací, následují zdravotničtí asistenti, kde odpovídalo 18 (14%) respondentů a na posledním místě jsou vysokoškolsky vzdělaní NZP z počtem 16 tedy 12%. Vzhledem k Jednotce intenzivní péče a Dlouhodobé intenzivní péče je kladen důraz převážně na specializační vzdělávání pracovníků. V posledních letech je tlak na zvyšování kompetencí NZP. S tím je spojena nutnost vysokoškolského vzdělání NZP.

### 3. Praxe (u žen bez mateřské dovolené)

- a) do 1 roku
- b) 1 - 5 let
- c) 6 – 15 let
- d) 16 – více let

Tabulka č. 3	respondenti	%
do 1 roku	4	3
1 – 5 let	17	13
6 – 15 let	52	40
16 a více let	56	43
<b>Celkem</b>	<b>129</b>	<b>100</b>

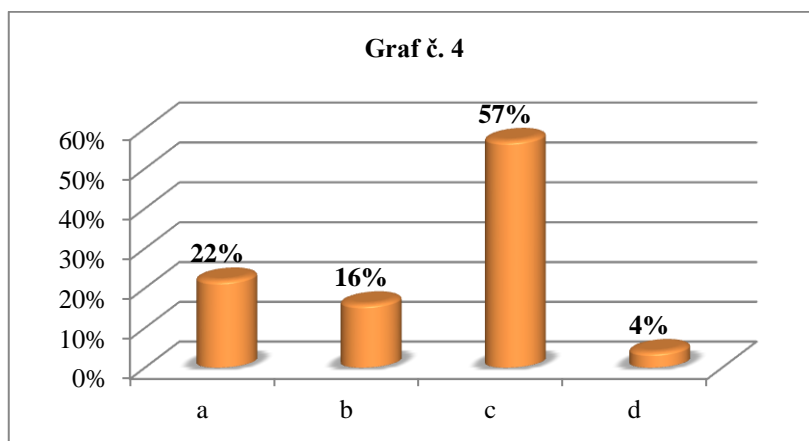


**Komentář:** V tabulce a grafu č. 3 je znázorněna praxe respondentů. Vzhledem k výsledkům je patrné, že na oddělení JIP, NIP, DIOP a NP jsou zaměstnávání NZP s delší dobou praxe. A to nejvíce nad 16 let 43%, následuje praxe mezi 6 až 15 roky 40%, na třetím místě jsou respondenti s praxí mezi 1 až 5 roky 13% a na posledním místě jsou respondenti s méně než rokem praxe a to pouze 3%.

#### 4. Označte oddělení, na kterém momentálně pracujete?

- a) Standardní oddělení (interní, chirurgická, oddělení následné péče, ...)
- b) Intenzivní péče (JIP, ARO, ...)
- c) Chronická oddělení (NIP, DIOP, ...)
- d) Jiné (*doplňte*)

Tabulka č. 4	respondenti	%
standardní oddělení	29	22
JIP, ARO	21	16
NIP, DIOP	74	57
jiné	5	4
<b>celkem</b>	<b>129</b>	<b>100</b>

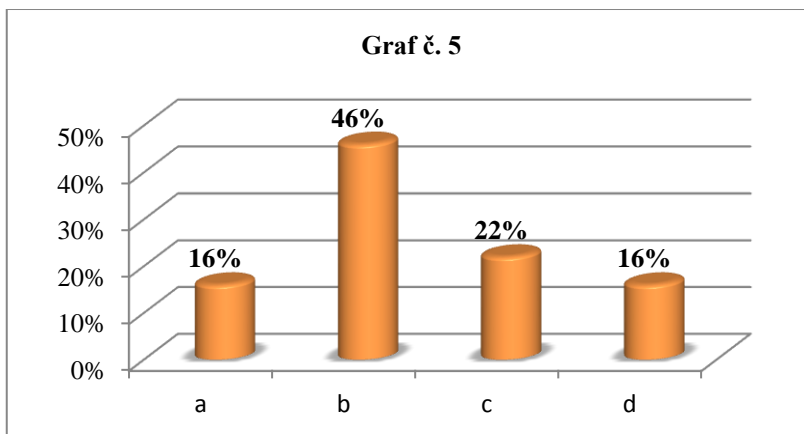


**Komentář:** V tabulce a grafu č. 4 jsou znázorněna oddělení, na kterých respondenti v době vyplnění dotazníku pracovali. Nejvíce je respondentů pracujících na oddělení NIP, DIOP a to přes polovinu 57%. Na těchto odděleních je nutná komplexní dlouhodobá ošetrovatelská péče a je nutno zajistit dostatek personálu, aby byla zajištěna kvalitní péče o tento typ pacientů. Na druhém místě je oddělení následné péče, kde je 22% respondentů. Na oddělení následné péče je velký tlak převážně na geriatrickou péči. Na třetím místě je pracoviště JIP 16%. Na posledním místě je jiné a to 4% respondentů. Svůj názor mi sdělily i čtyři vrchní sestry a jedna hlavní sestra.

## 5. Jaký světový názor zastáváte?

- a) považujete se za člověka věřícího – věřím v Boha
- b) považujete se za agnostika – v Boha nevěřím, ani jeho existenci nepopírám, věřím v Něco...
- c) považujete se za ateistu - nevěřím v Boha
- d) nechci odpovédět

Tabulka č. 5	respondenti	%
věřím v Boha	21	16
agnostik	59	46
ateista	29	22
nechci odpovédět	20	16
<b>Celkem</b>	<b>129</b>	<b>100</b>



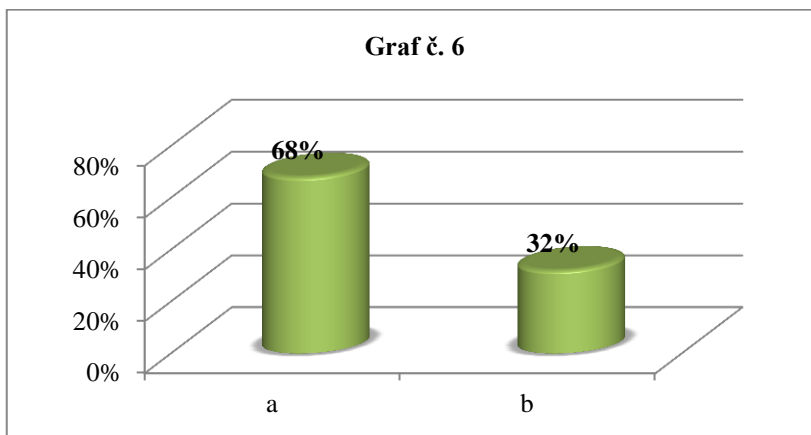
**Komentář:** V tabulce a grafu č. 5 je znázorněn světový názor respondentů. Nejvíce je 46% respondentů agnostiků, kdy nevěří v Boha, ale jeho existenci nepopírají, věří však v Něco, co se nedá vysvětlit a možná ani pojmenovat. Na druhém místě je 22% respondentů, kteří se považují za ateisty. Skoro stejně odpovídali respondenti na víru v Boha 16% a na možnost nechci odpovédět 16%. Otázka víry je citlivým tématem, proto si myslím, že je pro respondenty nepříjemné na tuto otázku odpovídat.

**6. Máte osobní zkušenost s umíráním blízké osoby na nevléčitelné onemocnění?**

a) Ano

b) Ne

Tabulka č. 6	respondenti	%
Ano	88	68
Ne	41	32
<b>Celkem</b>	<b>129</b>	<b>100</b>

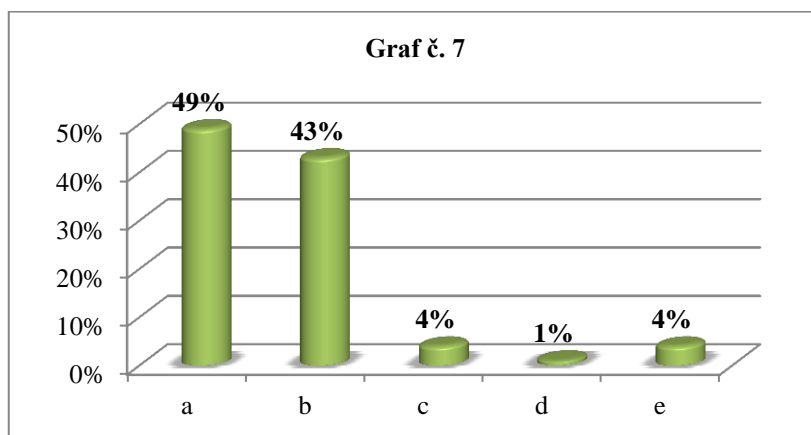


**Komentář:** V tabulce a grafu č. 6 jsou znázorněny odpovědi na otázku, zda mají respondenti osobní zkušenost s umíráním blízké osoby na nevléčitelné onemocnění. Předpokládala jsem, že respondenti mají osobní zkušenost s umíráním blízké osoby, což údaje v tabulce a grafu potvrzují. Z celkového počtu respondentů odpovědělo 68% kladně a 32% záporně na tuto otázku.

**7. Domníváte se, že má každý pacient právo na svobodné rozhodnutí o ukončení svého života?**

- a) určitě ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) určitě ne
- e) nevím

Tabulka č. 7	respondenti	%
určitě ano	63	49
spíše ano	55	43
spíše ne	5	4
určitě ne	1	1
Nevím	5	4
<b>Celkem</b>	<b>129</b>	<b>100</b>



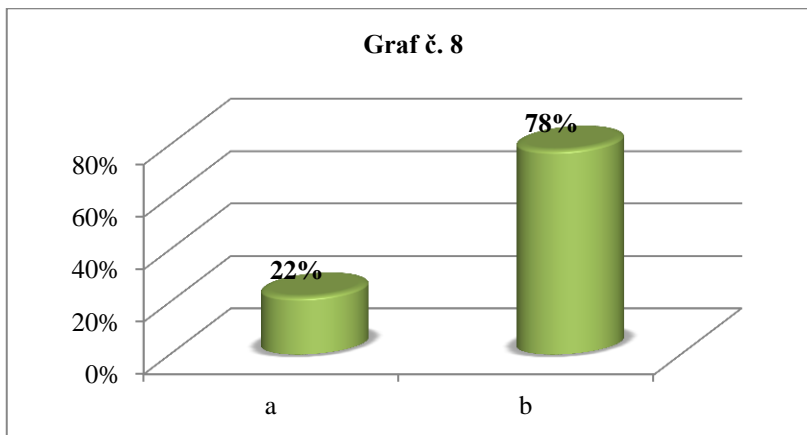
**Komentář:** V tabulce a grafu č. 7 jsou znázorněny odpovědi na otázku, zda má každý pacient právo na svobodné rozhodnutí o ukončení svého života. Předpokládala jsem, že respondenti na tuto otázku odpoví převážně kladně. Tento předpoklad se potvrdil, což znázorňuje tabulka i graf. Většina respondentů 49% (určitě ano) a 43% (spíše ano) odpověděla, že má každý pacient právo na svobodném rozhodnutí o ukončení svého života, naopak jen 4% (spíše ne) a 1% (určitě ne) respondentů odpovědělo, že toto právo nemá.



**8. Setkal/a jste se v praxi s uplatněním postupu, který se nazývá „Dříve vysloveným přáním“? (Jde o notářsky ověřený záznam o přání pacienta ohledně léčby, resuscitace atd. v případě, kdy pacient není schopen přání projevit sám např. bezvědomí)**

- a) Ano
- b) Ne

Tabulka č. 8	Respondenti	%
Ano	29	22
Ne	100	78
<b>Celkem</b>	<b>129</b>	<b>100</b>

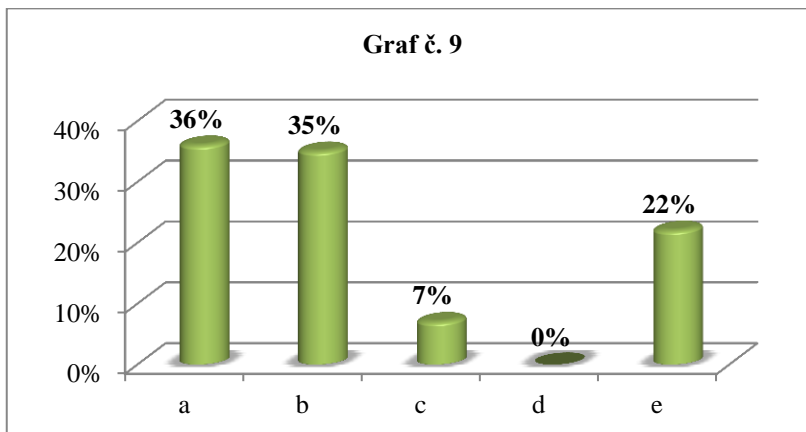


**Komentář:** V tabulce a grafu č. 8 jsou znázorněny odpovědi na otázku, zda se respondenti v praxi setkali s dříve vysloveným přáním. V této otázce jsem předpokládala, že většina odpovědí bude záporných, protože tento postup není zatím mezi veřejností příliš znám. Tento předpoklad se mi potvrdil. V této otázce odpovědělo 78% respondentů, že se s postupem nesetkalo a pouze 22% odpovědělo kladně. Z tohoto usuzuji, že široká veřejnost nemá velké povědomí o možnosti sepsání svého dříve vysloveného přání a jeho následného uplatnění v praxi.

## 9. Využil/a byste sám/sama tuto možnost?

- a) určitě ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) určitě ne
- e) nevím

Tabulka č. 9	Respondenti	%
určitě ano	46	36
spíše ano	45	35
spíše ne	9	7
určitě ne	0	0
nevím	29	22
<b>celkem</b>	<b>129</b>	<b>100</b>

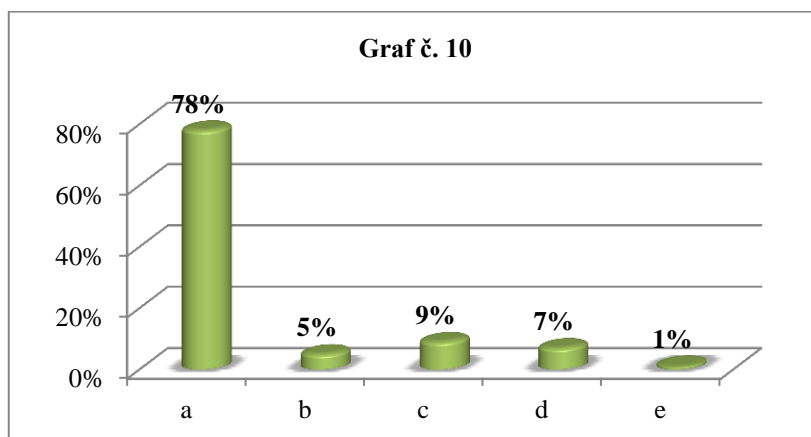


**Komentář:** V tabulce a grafu č. 9 jsou znázorněny odpovědi na otázku, zda by tuto možnost respondenti využili sami. Odpovědělo 36% (určitě ano) a 35% (spíše ano). Nikdo z respondentů tuto možnost nezamítl úplně. A 22% respondentů neumí na tuto otázku odpovědět. To přisuzuji možnosti neznalosti dříve vysloveného přání a neschopnosti představit si, jak by se dříve vyslovené přání užilo v praxi. Vzhledem k tomu, že je tento postup stále nezažitý, velké procento respondentů není schopno na tuto otázku odpovědět.

**10. Setkal/a jste se ve své zdravotnické dokumentaci s termínem DNR (Do not resuscitate/Neresuscitovat) zapsaným od lékaře?**

- a) určitě ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) určitě ne
- e) nevím

<b>Tabulka č. 10</b>	respondenti	%
určitě ano	100	78
spíše ano	7	5
spíše ne	12	9
určitě ne	9	7
nevím	1	1
<b>celkem</b>	<b>129</b>	<b>100</b>

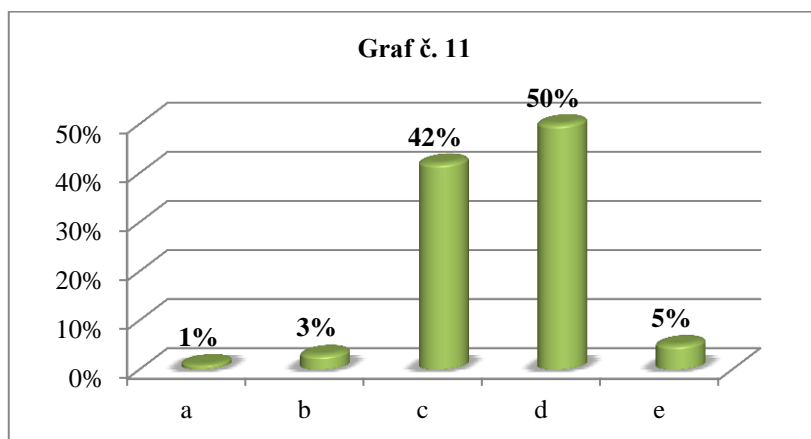


**Komentář:** V tabulce a grafu č. 10 jsou znázorněny odpovědi na otázku, zda se respondenti setkali s termínem DNR (Do not resuscitate/Neresuscitovat) zapsaným od lékaře. Odpovědělo 78% (určitě ano) a 5% (spíše ano) respondentů kladně. Pouze 9% (spíše ne) a 7% (určitě ne). Z toho usuzuji, že je tento termín znám a u pacientů, kde došlo k vyčerpání všech známých a dostupných možností léčby je tento termín lékaři používán.

**11. Domníváte se, že je správné, udržovat pacienta s infaustní (nepříznivou) prognózou uměle při vysokých dávkách katecholaminů, aj....)?**

- a) určitě ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) určitě ne
- e) nevím

Tabulka č. 11	respondenti	%
určitě ano	1	1
spíše ano	4	3
spíše ne	54	42
určitě ne	64	50
nevím	6	5
<b>celkem</b>	<b>129</b>	<b>100</b>

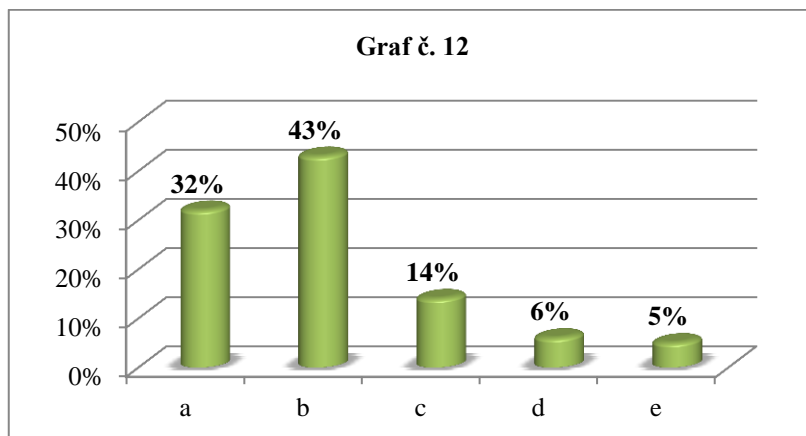


**Komentář:** V tabulce a grafu č. 11 jsou znázorněny odpovědi na otázku, zda je správné udržovat pacienty s infaustní prognózou uměle při vysokých dávkách katecholaminů. V této otázce jsem předpokládala, že většina respondentů odpoví záporně a toto tvrzení se mi potvrdilo. Pouze 1% (určitě ano) a 3% (spíše ano) respondentů si myslí, že je správné udržovat pacienta s infaustní prognózou uměle při vysokých dávkách katecholaminů, naproti tomu 50% (určitě ne) a 42% (spíše ne) respondentů s tímto nesouhlasí a 5% není rozhodnuto.

**12. Domníváte se, že máte vnitřní etický problém spolupracovat při resuscitaci pacienta v terminálním stádiu nemoci?**

- a) určitě ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) určitě ne
- e) nevím
- f) Pokud chcete, popište více své pocity

Tabulka č. 12	respondenti	%
určitě ano	41	32
spíše ano	55	43
spíše ne	18	14
určitě ne	8	6
nevím	7	5
<b>celkem</b>	<b>129</b>	<b>100</b>



**Komentář:** V tabulce a grafu č. 12 jsou znázorněny odpovědi na otázku, zda mají respondenti vnitřní etický problém spolupracovat při resuscitaci pacienta v terminálním stádiu nemoci. V této otázce jsem předpokládala převážně kladné odpovědi a tento předpoklad se mi potvrdil. Přes 70% respondentů odpovědělo kladně, přesně 32% (určitě ano) a 43% (spíše ano). Na druhou stranu 14% (spíše ne) a 6% (určitě ne) respondentů nemá problém s resuscitací pacienta v terminálním stádiu. 5% respondentů neumí na tuto otázku odpovědět. Tato otázka byla částečně otevřená a respondenti mohli vyjádřit své

pocity při resuscitaci pacienta v terminálním stádiu onemocnění. Níže jsou popsány pocity respondentů.

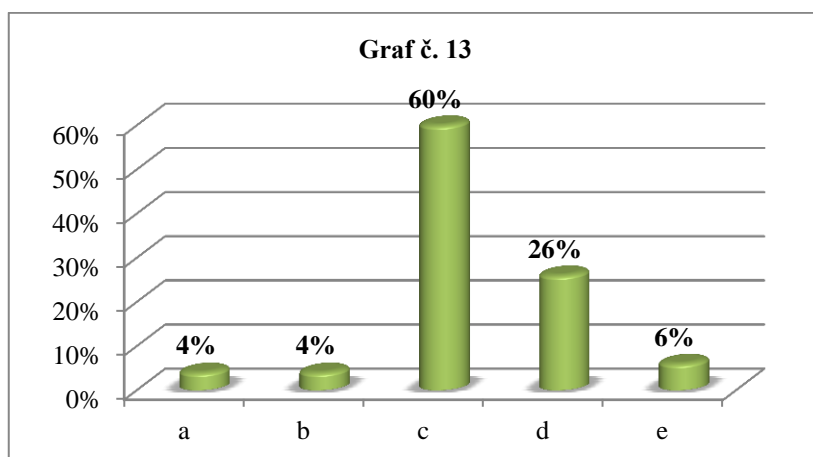
**Pocity respondentů:**

- *Proti lékařské etice, naprostá prasárna, nesmyslné a nelidské.*
- *Nejde o čistě terminální stádium, ale celkový stav a kvalitu života, pokud mám spolupracovat u pacienta v dlouho měsíčním či dlouholetém kómatu, mám problém.*
- *Plním příkaz lékaře, ale nesouhlasím.*
- *Je mi z toho moc smutno a dělám to pouze, protože lékař poručí.*
- *Je to prodlužování života v bolestech.*
- *Chtěla bych nechat odejít pacienta v klidu.*
- *Samozřejmě mám problém, je to naprosto neetické, nemorální, nelidské a s dobrou medicínou to nemá nic společného.*
- *Neetické vůči pacientovi i jeho rodině.*
- *Každý si zaslouží klidnou smrt a ne dlouhé umírání na přístrojích.*

### 13. Terminální analgosedace dle Vašeho mínění znamená?

- a) je forma eutanázie
- b) je řešením neschopnosti poskytnout podporu psychologickou, sociální, pastorační,...
- c) je záměrně farmakologicky navozená sedace umírajícího pacienta do hloubky somnolence až kómatu
- d) patří mezi běžné paliativní postupy
- e) nevím

Tabulka č. 13	respondenti	%
forma eutanázie	5	4
řešením neschopnosti poskytnout podporu ...	5	4
farmakologicky navozená sedace	77	60
paliativní postupy	34	26
nevím	8	6
<b>celkem</b>	<b>129</b>	<b>100</b>



**Komentář:** V tabulce a grafu č. 13 jsou znázorněny odpovědi na otázku, co podle Vašeho mínění znamená Terminální analgosedace. V této otázce jsem předpokládala, že respondenti odpoví, že je to záměrně farmakologicky navozená sedace. Tento předpoklad se mi potvrdil z 60%. Na tuto otázku odpovědělo celých 60% respondentů, že je to záměrně farmakologicky navozená sedace umírajícího pacienta do hloubky somnolence až

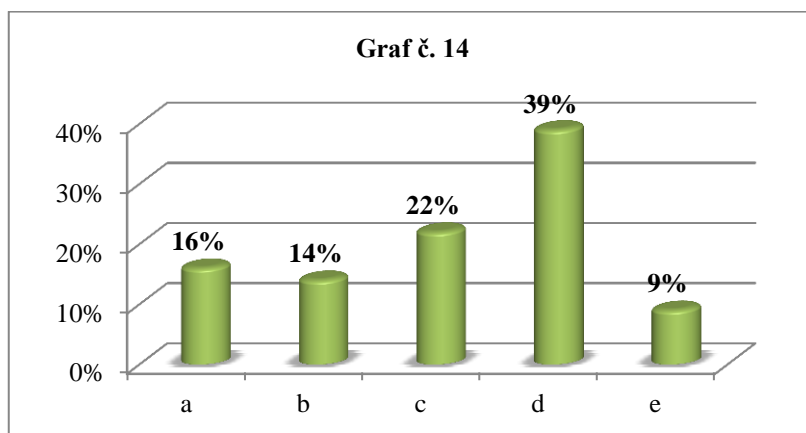
kómatu, 26% respondentů odpovědělo, že je to běžný paliativní postup, 4% odpovědělo, že je to forma eutanázie a 4% řešení neschopnosti poskytnout podporu psychologickou, sociální a pastorační. 6% na tuto otázku neznalo odpověď. Z těchto výsledků vyplývá, že respondenti nejsou zcela přesně obeznámeni o této terminologii a její význam si vykládají více způsoby.



#### 14. Hovořili s Vámi lékaři o možnosti využití terminální analgosedace na Vašem oddělení?

- a) určitě ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) určitě ne
- e) nevím

Tabulka č. 14	respondenti	%
určitě ano	21	16
spíše ano	18	14
spíše ne	29	22
určitě ne	50	39
nevím	11	9
<b>celkem</b>	<b>129</b>	<b>100</b>

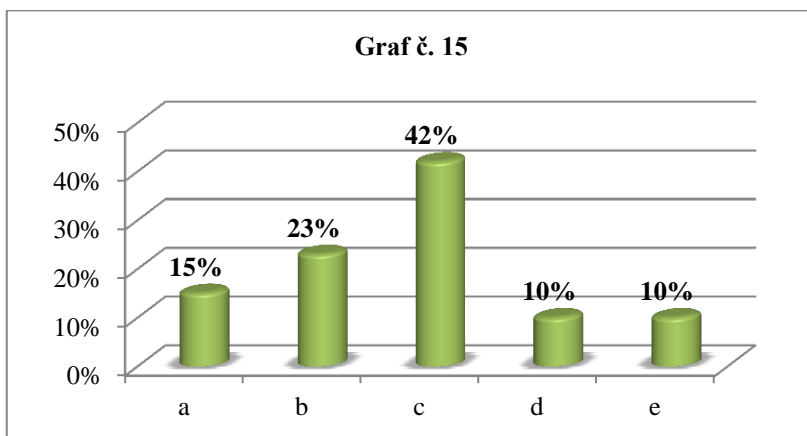


**Komentář:** V tabulce a grafu č. 14 jsou znázorněny odpovědi na otázku možnosti využití terminální analgosedace. V této otázce jsem předpokládala, že lékaři o této možnosti s NZP hovoří, což se mi nepotvrdilo. Lékaři o této možnosti nehovořili s 39% (určitě ne) a s 22% (spíše ne) respondentů, s 16% (určitě ano) a s 14% (spíše ano) respondentů o této možnosti hovořili, 9% respondentů si není vědomo, jestli s nimi bylo o tomto využití hovořeno. Z tohoto lze usuzovat, že tento termín není lékaři užíván.

### 15. Domníváte se, že Vaši lékaři tento postup u umírajících pacientů používají?

- a) určitě ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) určitě ne
- e) nevím

Tabulka č. 15	respondenti	%
určitě ano	19	15
spíše ano	30	23
spíše ne	54	42
určitě ne	13	10
nevím	13	10
<b>celkem</b>	<b>129</b>	<b>100</b>

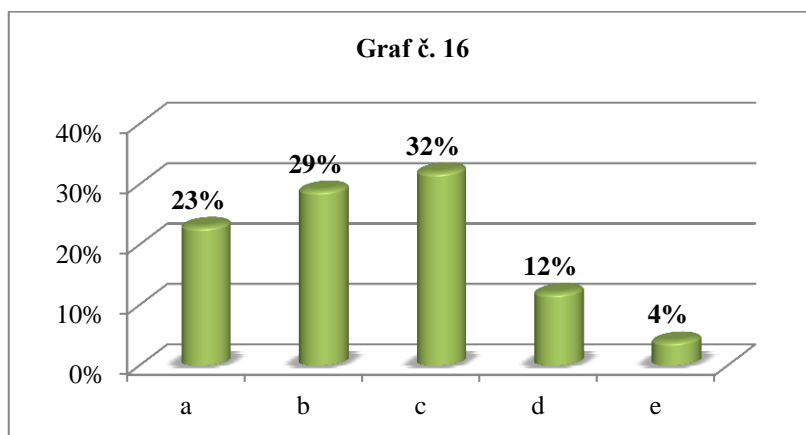


**Komentář:** V tabulce a grafu č. 15 jsou znázorněny odpovědi na otázku, zda lékaři terminální analgosedaci u umírajících pacientů používají. Předpokládala jsem, že lékaři analgosedaci u umírajících pacientů používají, což se mi v této otázce nepotvrdilo. Z celkového počtu respondentů odpovědělo 42% (spíše ne) a 10% (určitě ne), že jejich lékaři postup terminální analgosedace nepoužívají u umírajících pacientů, u 15% (určitě ano) a 23% (spíše ano) používají lékaři terminální analgosedaci, 10% respondentů neumí na tuto otázku odpovědět, z čehož lze usuzovat, že pacienti, nemají dostatečně léčenou bolest.

**16. Domníváte se, že jsou Vaši pacienti v terminálním stádiu nemoci dostatečně sedováni?**

- a) určitě ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) určitě ne
- e) nevím

<b>Tabulka č. 16</b>	respondenti	%
určitě ano	30	23
spíše ano	38	29
spíše ne	41	32
určitě ne	15	12
nevím	5	4
<b>celkem</b>	<b>129</b>	<b>100</b>

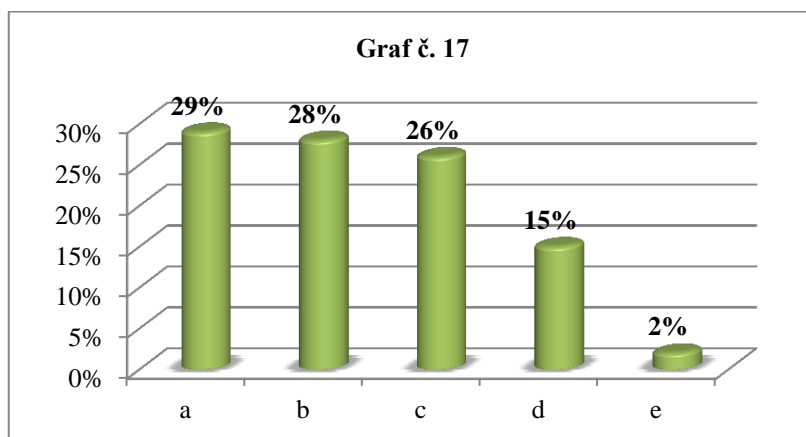


**Komentář:** V tabulce a grafu č. 16 jsou znázorněny odpovědi na otázku, zda jsou pacienti v terminálním stádiu nemoci dostatečně sedováni. Předpokládala jsem, že většina pacientů v terminálním stádiu nemoci je dostatečně sedována. Na tuto otázku odpovědělo 23% (určitě ano) a 29% (spíše ano) kladně a 32% (spíše ne) a 12% (určitě ne) odpovědělo záporně, 4% respondentů na tuto odpověď neumí odpovědět. Z toho vyplývá, že dle respondentů není 44% pacientů dostatečně sedováno.

### 17. Zažil/a jste při své práci pacienta v terminálním stádiu nemoci s nedostatečně tlumenou bolestí?

- a) určitě ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) určitě ne
- e) nevím

Tabulka č. 17	respondenti	%
určitě ano	38	29
spíše ano	36	28
spíše ne	33	26
určitě ne	19	15
nevím	3	2
<b>celkem</b>	<b>129</b>	<b>100</b>

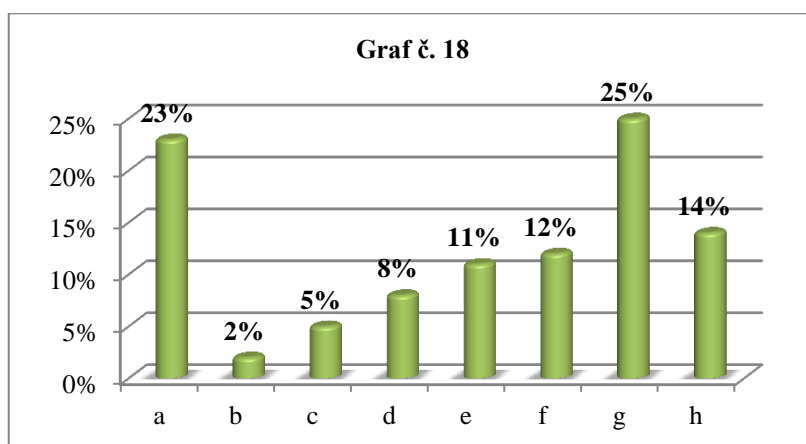


**Komentář:** V tabulce a grafu č. 17 jsou znázorněny odpovědi na otázku, zda respondenti při své práci zažili pacienta s nedostatečně tlumenou bolestí. Domnívala jsem se, že většina respondentů odpoví záporně, což se mi nepotvrdilo. Respondenti odpověděli kladně 29% (určitě ano) a 28% (spíše ano), 26% (spíše ne) a 15% (určitě ne) respondentů nezažilo pacienta s netlumenou bolestí. 2% respondentů na tuto otázku neznalo odpověď. Z toho vyplývá, že i přes zaměřování se nemocničních zařízení na sledování a hodnocení bolesti, má 57% respondentů pocit, že jejich pacienti nemají bolest dostatečně léčenou.

**18. Z jakých důvodů byste o Eutanázii uvažoval/a Vy osobně? (uved'te podle Vás tři nejdůležitější důvody)**

- a) nesnesitelná bolest
- b) pocit samoty, opuštěnosti
- c) pocit zbytečnosti
- d) beznaděj
- e) neschopnost postarat se o sebe sama
- f) být přítěží, břemenem pro druhé
- g) nevyléčitelné smrtelné onemocnění
- h) možnost posledního rozhodnutí o sobě samém

<b>Tabulka č. 18</b>	respondenti	%
nesnesitelná bolest	90	23
pocit samoty, opuštění	9	2
pocit zbytečnosti	18	5
beznaděj	30	8
neschopnost postarat se o sebe sama	44	11
být přítěží	46	12
nevyléčitelné onem.	96	25
možnost posledního rozhodnutí o sobě	54	14
<b>celkem</b>	<b>387</b>	<b>100</b>

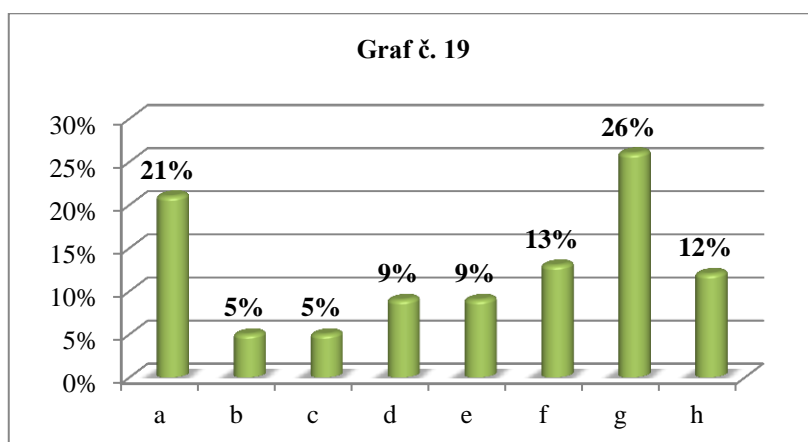


**Komentář:** V tabulce a grafu č. 18 jsou znázorněny odpovědi na otázku, z jakých důvodů by o eutanázii uvažovali sami respondenti. V této otázce jsem nechala respondenty, vybrat tři možnosti. Předpokládala jsem, že jednou z možností bude označována nesnesitelná bolest, což se mi potvrdilo. Na prvním místě s 25% je označeno nevléčitelné onemocnění, na druhém místě s 23% je nesnesitelná bolest a na třetím místě se 14% je možnost posledního rozhodnutí o sobě samém. Pocit samoty a zbytečnosti je až na posledních místech.

**19. Z jakých důvodů se domníváte, že by o Eutanázii uvažoval pacient na Vašem oddělení? (uveďte podle Vás tři nejdůležitější důvody)**

- a) nesnesitelná bolest
- b) pocit samoty, opuštěnosti
- c) pocit zbytečnosti
- d) beznaděj
- e) neschopnost postarat se o sebe sama
- f) být přítěží, břemenem pro druhé
- g) nevyléčitelné smrtelné onemocnění
- h) možnost posledního rozhodnutí o sobě samém

Tabulka č. 19	respondenti	%
nesnesitelná bolest	80	21
pocit samoty, opuštění	21	5
pocit zbytečnosti	20	5
beznaděj	36	9
neschopnost postarat se o sebe sama	35	9
být přítěží	50	13
nevyléčitelné onem.	100	26
možnost posledního rozhodnutí o sobě	45	12
<b>celkem</b>	<b>387</b>	<b>100</b>



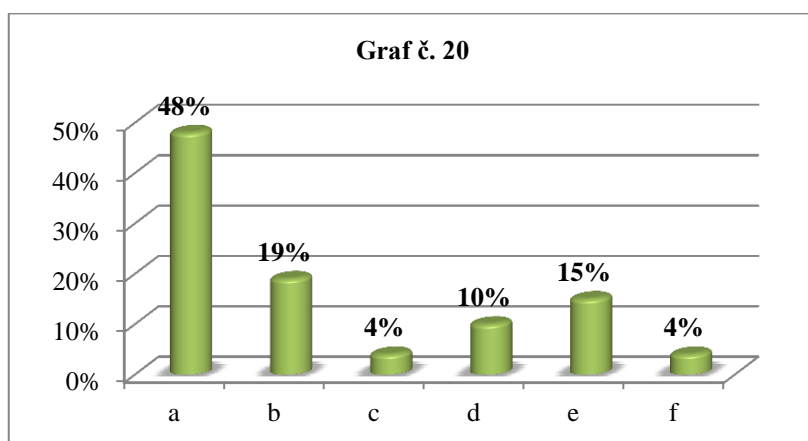
**Komentář:** V tabulce a grafu č. 19 jsou znázorněny odpovědi na otázku, z jakých důvodů se respondenti domnívají, že by o eutanázii uvažoval pacient na jejich oddělení. Na tuto otázku uvedli respondenti tři nejdůležitější důvody. Na prvním místě uvedli s 26% nevléčitelné onemocnění, na druhém místě je s 21% nesnesitelná bolest a na třetím místě s 13% je pocit být přítěží. Což u starých lidí se zhoršenou sebed péčí je častý problém, jejich pocit, že nechtějí být přítěží pro svou rodinu. Nechtějí přidělovat starosti a nechtějí, aby se o ně musela rodina starat.



**20. Dnes se hodně diskutuje o možnosti uzákonění eutanázie. Kdo by podle Vás měl o eutanazii rozhodovat? (můžete označit více možností)**

- a) sám nemocný
- b) ošetřující lékař
- c) jiný, nezávislý lékař
- d) nezávislá lékařská komise
- e) nejbližší příbuzný/í
- f) soud
- g) ostatní (*doplňte*)

<b>Tabulka č. 20</b>	respondenti	%
sám nemocný	113	48
ošetřující lékař	45	19
jiný, nezávislý lékař	10	4
nezávislá lékařská komise	24	10
nejbližší příbuzný/í	35	15
soud	10	4
<b>celkem</b>	<b>237</b>	<b>100</b>



**Komentář:** V tabulce a grafu č. 20 jsou znázorněny odpovědi na otázku, kdo by podle respondentů měl o eutanazii rozhodovat. V této otázce byla možnost označit více odpovědí. Respondenti odpověděli z 48% sám nemocný, na druhém místě uvedli s 19% ošetřující lékař a na třetím místě s 15% jsou nejbližší příbuzný/í. Nejčastěji označili

samotného pacienta. Pokud respondenti označili více možností, byli většinou označeni se samotným pacientem, také ošetřující lékař a nejbližší příbuzní. Nejméně byly označeny soudy a jiní, nezávislí lékaři. Tato otázka byla otevřená a respondenti mohli doplnit možnosti, které nebyly v odpovědích uvedeny.

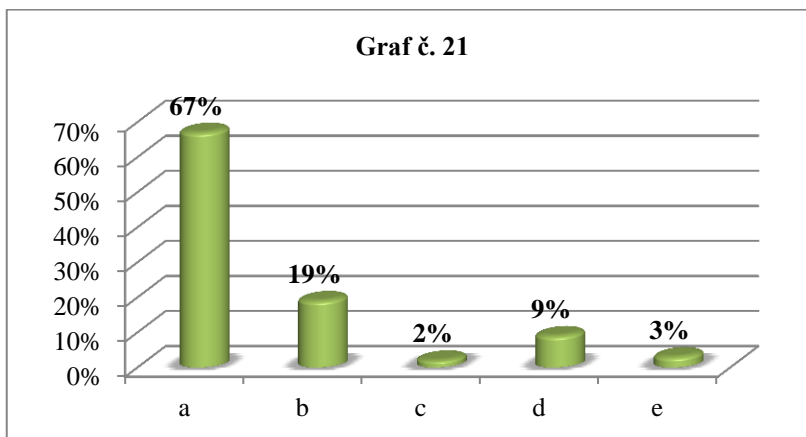
#### **Komentáře respondentů:**

- *Převzal bych koncepci z Belgie – lékař, psycholog, sociální pracovník, zdravotní sestra (lékař a sestra musí mít atestaci z paliativní medicíny – což v Belgii existuje) – je to tedy paliativní konzilium.*
- *V ČR jde o peníze, nepovažuji eutanázii za bezpečnou v rukou anonymních lékařů, kterým bych se mohla dostat do rukou.*
- *Soud s nemocným a lékařskou komisí.*
- *Nikdo, nesouhlasím s eutanázií.*
- *Pokud nemůže sám nemocný, je např. v kómatu, a již se ví, že prognóza je infaustní, měla by o eutanázii rozhodnout skupina lidí, jež by zahrnovala nejbližší příbuzné (event. přátelé, ...), lékařskou komisi a nezávislého soudce.*
- *Děti – zákonný zástupce.*
- *U dětí rodiče (zákonný zástupce), u dětí nad 15 let on sám.*

**21. Domníváte se, že ztráta smyslu života Vašeho pacienta ovlivní jeho postoj k zlepšení zdravotního stavu nebo uzdravení?**

- a) určitě ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) určitě ne
- e) nevím

<b>Tabulka č. 21</b>	respondenti	%
určitě ano	86	67
spíše ano	24	19
spíše ne	3	2
určitě ne	12	9
nevím	4	3
<b>celkem</b>	<b>129</b>	<b>100</b>



**Komentář:** V tabulce a grafu č. 21 jsou znázorněny odpovědi na otázku, zda ztráta smyslu života pacienta ovlivní jeho postoj k zlepšení zdravotního stavu nebo uzdravení. V této otázce jsem předpokládala převážně kladné odpovědi respondentů, což se mi potvrdilo. Respondenti odpověděli v 67% (určitě ano) a 19% (spíše ano) kladně. Jen 9% respondentů tuto možnost zamítlo.

**22. Vyberte jednu alternativu v každém pojmu, která nejvíce odpovídá Vašemu přesvědčení. (v každém pojmu uveďte jednu odpověď)**

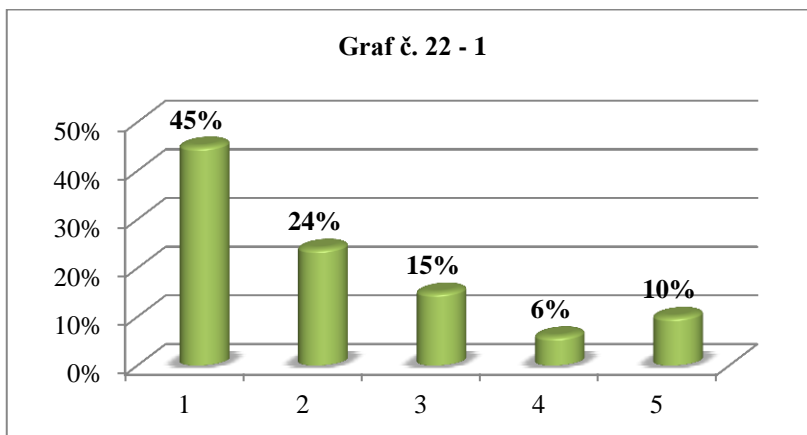
(1 – ano, 2 – spíše ano, 3 – těžko říct, 4 – spíše ne, 5 – ne)

Pojem	Definice	Odpověď
22 – 1 Vyžádaná aktivní eutanázie	Záměrné (úmyslné) podání léku či jiná intervence vedoucí k usmrcení pacienta na základě žádosti pacienta a jeho plně informovaného souhlasu.	1 2 3 4 5
22 – 2 Nevyžádaná aktivní eutanázie	Záměrné (úmyslné) podání léku či jiná intervence vedoucí k usmrcení pacienta při jeho plné kompetenci, avšak bez jeho vyjádřené žádosti a/nebo plně informovaného souhlasu; tzn., že pacient nebyl dotázán.	1 2 3 4 5
22 – 3 Nedobrovolná aktivní eutanázie	Záměrné (úmyslné) podání léku či jiná intervence vedoucí k usmrcení pacienta při jeho nekompetentnosti a duševní nezpůsobilosti o to požádat; tzn. je-li např. pacient v kómatu.	1 2 3 4 5
22 – 4 Ukončení léčby udržující životní funkce (pasivní eutanázie)	Odnětí nebo přerušení léčby udržující životní funkce s cílem nechat pacienta zemřít.	1 2 3 4 5
22 – 5 Nepřímá eutanázie	Podání narkotik či jiných medikamentů k zmírnění bolesti, se známými ojedinělými důsledky v podobě útlumu dýchacího centra vedoucího až k úmrtí.	1 2 3 4 5
22 – 6 Sebevražda za asistence lékaře	Poskytnutí léků či jiné intervence lékařem s vědomím, že jich nemocný hodlá užít ke spáchání sebevraždy. Nemocný musí být schopen si poskytnutý lék aplikovat sám bez cizí pomoci.	1 2 3 4 5

**Komentář:** Tuto otázku jsem rozdělila do šesti tabulek a grafů. Každý pojem má svou tabulku a graf, kde jsou znázorněny odpovědi respondentů. Předpokládala jsem, že by respondenti nesouhlasili s nevyžádanou a nedobrovolnou aktivní eutanázií a souhlasili by s pasivní eutanázií a sebevraždou za asistence lékaře. Tento předpoklad se mi potvrdil. Velké procento respondentů neumí na pojmy odpovědět. To přisuzuji malému povědomí respondentů o této problematice. Známý pojem je eutanázie, ale jeho možnosti rozdělení

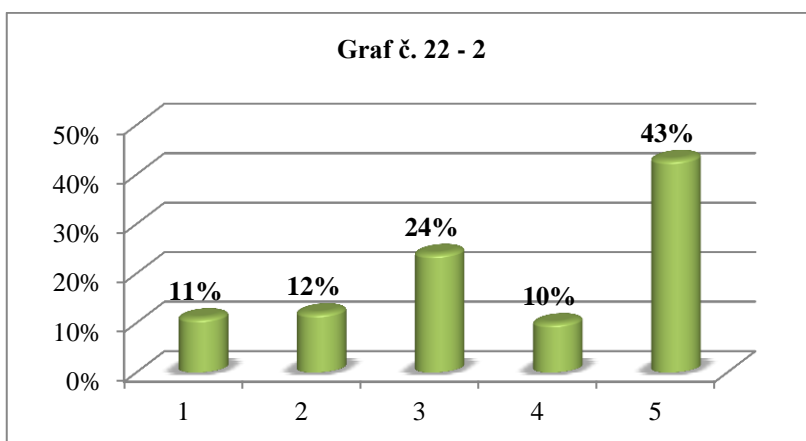
nejsou mezi zdravotníky příliš známé. Jen malý počet respondentů se o tuto problematiku zajímá více.

<b>Tabulka č. 22 - 1</b>	respondenti	%
ano	58	45
spíše ano	31	24
těžko říct	19	15
spíše ne	8	6
ne	13	10
<b>celkem</b>	<b>129</b>	<b>100</b>



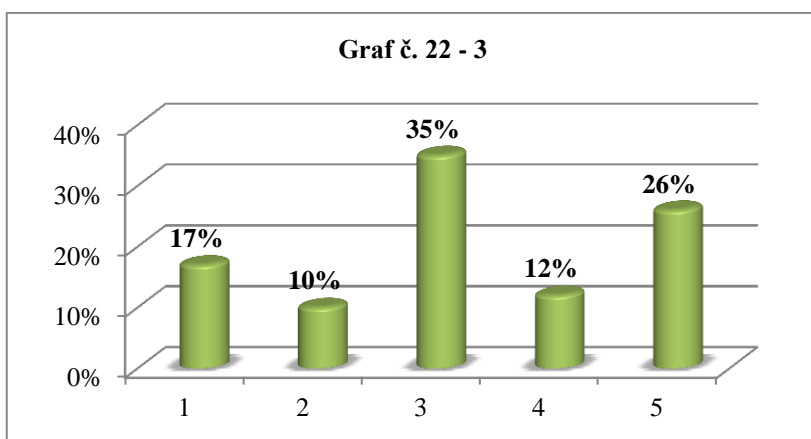
**Komentář:** V tabulce a grafu č. 22 – 1 jsou znázorněny odpovědi na otázku jaký mají respondenti názor na vyžádanou aktivní eutanázii. Na tuto otázku odpovědělo 45% (ano) a 24% (spíše ano) respondentů kladně. Na tuto otázku 15% respondentů neumí odpovědět a 6% (spíše ne) a 10% (ne) odpovědělo záporně.

Tabulka č. 22 - 2	respondenti	%
ano	14	11
spíše ano	16	12
těžko říct	31	24
spíše ne	13	10
ne	55	43
<b>celkem</b>	<b>129</b>	<b>100</b>



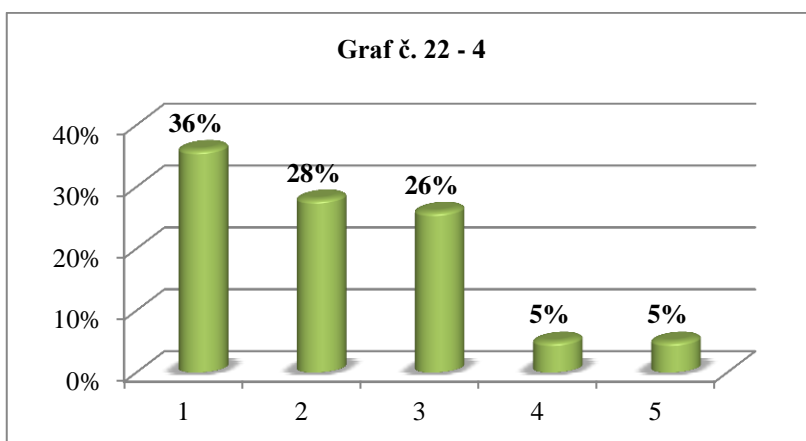
**Komentář:** V tabulce a grafu č. 22 – 2 jsou znázorněny odpovědi na názor ohledně nevyžádané aktivní eutanázie. Na tuto otázku odpovědělo 43% (ne) a 10% (spíše ne) záporně, 24% na tuto otázku neumí odpovědět a 11% (ano) a 12% (spíše ano). S touto možností nesouhlasí přes polovinu respondentů. Vzhledem k tomu, že nevyžádaná aktivní eutanázie by nebyla se souhlasem pacienta, mohl by se tento postup přirovnat k vraždě.

Tabulka č. 22 - 3	respondenti	%
ano	22	17
spíše ano	13	10
těžko říct	45	35
spíše ne	16	12
ne	33	26
<b>celkem</b>	<b>129</b>	<b>100</b>



**Komentář:** V tabulce a grafu č. 22 – 3 jsou znázorněny odpovědi na názor ohledně nedobrovolné aktivní eutanázie. Na tuto otázku neumí odpovědět 35% respondentů. Z této možnosti nesouhlasí 12% (spíše ne) a 26% (ne) a pouze 17% (ano) a 10% (spíše ano) by z této možnosti souhlasilo. Na tuto možnost nezná odpověď velké množství respondentů a přes 30% by s touto možností nesouhlasilo. Vzhledem k tomu, že by pacient nemohl o sobě rozhodnout nebo by nebyl schopen pochopit význam rozhodnutí, které by učinil, je tato možnost nepřijatelná, vzhledem k možnosti zneužití. Mohla by být vnímána a chápána jako vražda.

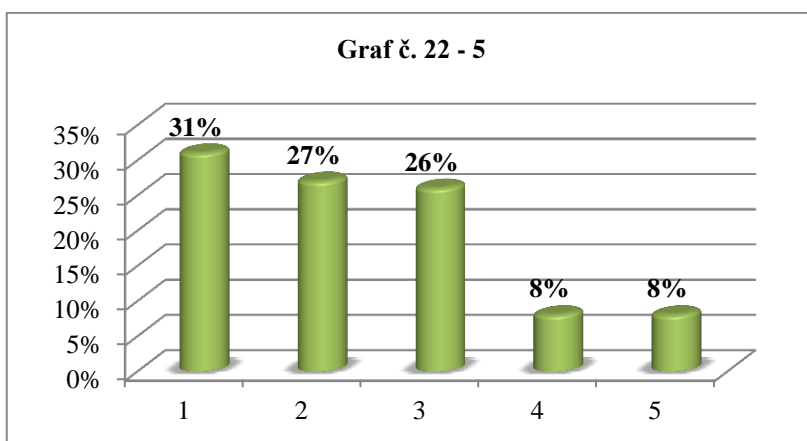
Tabulka č. 22 - 4	respondenti	%
ano	46	36
spíše ano	36	28
těžko říct	34	26
spíše ne	7	5
ne	6	5
<b>celkem</b>	<b>129</b>	<b>100</b>



**Komentář:** V tabulce a grafu č. 22 – 4 jsou znázorněny odpovědi na názor ohledně ukončení léčby udržující životní funkce (pasivní eutanázie). Na tuto otázku odpovědělo 36% (ano) a 26% (spíše ano) respondentů kladně, 26% respondent na tuto otázku neumí odpovědět. Pouze 5% (spíše ne) a 5% (ne) respondentů tuto možnost zamítlo. Z těchto odpovědí vyplývá, že s touto možností by souhlasilo 64% respondentů. Vzhledem k tomu, že se jedná o ukončení léčby po vyčerpání všech možností léčby, jsou k této možnosti respondenti nakloněni. Jen malé množství respondentů s touto možností nesouhlasí.

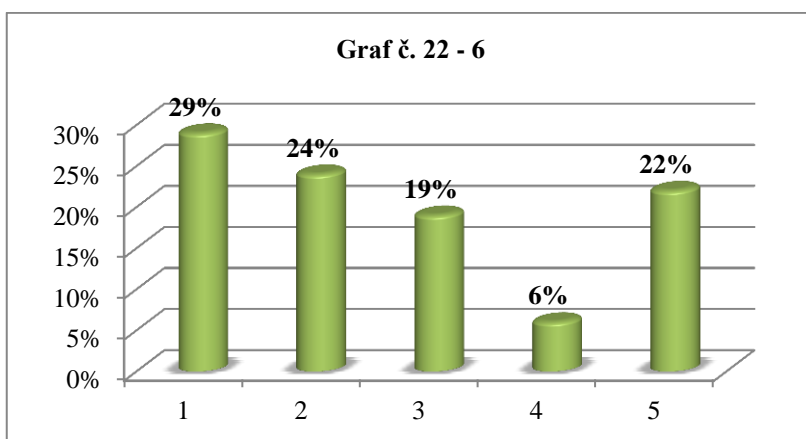


<b>Tabulka č. 22 – 5</b>	respondenti	%
Ano	40	31
spíše ano	35	27
těžko říct	34	26
spíše ne	10	8
Ne	10	8
<b>Celkem</b>	<b>129</b>	<b>100</b>



**Komentář:** V tabulce a grafu č. 22 – 5 jsou znázorněny odpovědi na názor ohledně nepřímé eutanázie. Na tuto možnost odpovědělo 31% (ano) a 27% (spíše ano) kladně. Celkem 26% na tuto otázku neumí odpovědět. Pouze 8% (spíše ne) a 8% (ne) respondentů na tuto otázku odpovědělo záporně. Vzhledem k tomu, že se jedná o zmírnění bolesti a utrpení pacienta, jsou k této možnosti respondenti nakloněni. Jen malé množství respondentů s touto možností nesouhlasí.

<b>Tabulka č. 22 – 6</b>	respondenti	%
Ano	37	29
spíše ano	31	24
těžko říct	24	19
spíše ne	8	6
Ne	29	22
<b>Celkem</b>	<b>129</b>	<b>100</b>

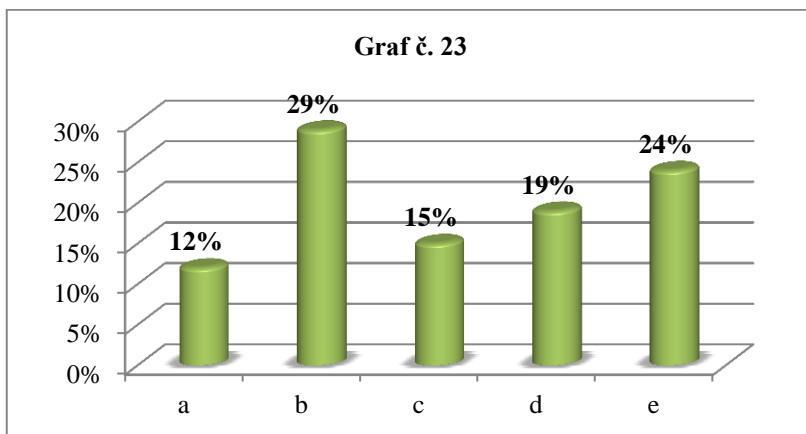


**Komentář:** V tabulce a grafu č. 22 – 6 jsou znázorněny odpovědi na názor ohledně sebevraždy za asistence lékaře. Na tuto otázku odpovědělo 29% (ano) a 24% (spíše ano) respondentů kladně. Celkem 19% respondentů na tuto otázku neumí odpovědět. S touto možností nesouhlasí 6% (spíše ne) a 22% (ne). S touto možností nesouhlasí velké množství respondentů.

**23. Souhlasil/a byste s možností asistované sebevraždy? (Poskytnutí léků lékařem s vědomím, že jich nemocný hodlá užít ke spáchání sebevraždy. Nemocný musí být schopen si lék aplikovat sám bez cizí pomoci.)**

- a) určitě ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) určitě ne
- e) nevím

Tabulka č. 23	respondenti	%
určitě ano	16	12
spíše ano	38	29
spíše ne	19	15
určitě ne	25	19
Nevím	31	24
<b>Celkem</b>	<b>129</b>	<b>100</b>

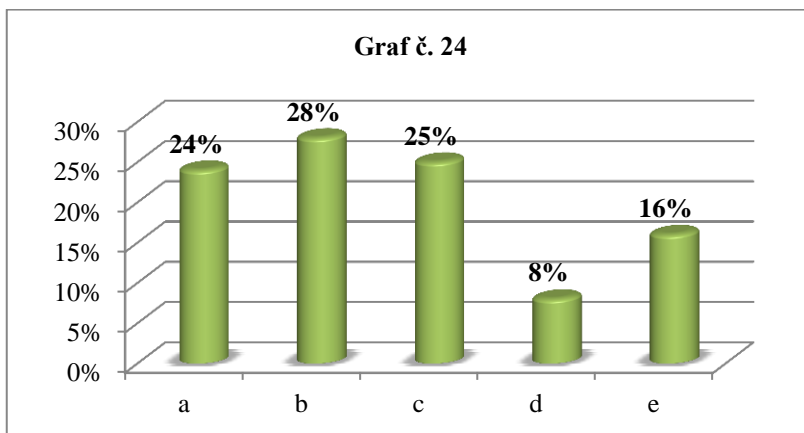


**Komentář:** V tabulce a grafu č. 23 jsou znázorněny odpovědi na otázku, zda by respondenti souhlasili s možností asistované sebevraždy. V této otázce jsem předpokládala převážně kladné odpovědi, což se potvrdilo. Velké procento respondentů nezná na tuto otázku odpověď. Na tuto otázku odpovědělo 12% (určitě ano) a 29% (spíše ano) respondentů kladně. 24% respondentů na tuto otázku neznalo odpověď. 19% (určitě ne) a 15% (spíše ne) odpovědělo záporně.

## 24. Měl/a byste etický problém s Vaší participací (účastí) na legální asistované sebevraždě?

- a) určitě ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) určitě ne
- e) nevím

Tabulka č. 24	respondenti	%
určitě ano	31	24
spíše ano	36	28
spíše ne	32	25
určitě ne	10	8
nevím	20	16
<b>celkem</b>	<b>129</b>	<b>100</b>

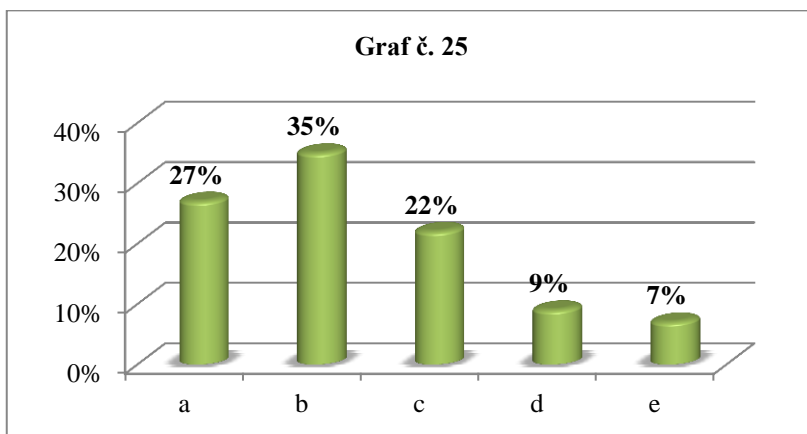


**Komentář:** V tabulce a grafu č. 24 jsou znázorněny odpovědi na otázku, zda by respondenti měli etický problém s účastí na legální asistované sebevraždě. Předpokládala jsem, že by respondenti neměli problém s účastí na legální asistované sebevraždě, tento předpoklad se mi nepotvrdil. Na tuto otázku odpovědělo celkem 52% respondentů kladně a to 24% (určitě ano) a 28% (spíše ano), pouze 8% respondentů odpovědělo, že by s asistencí nemělo problém. V této otázce je zřejmé, že by pro mnoho respondentů bylo eticky nepřijatelné účastnit se asistované sebevraždy.

## 25. Domníváte se, že lékaři na Vašem oddělení respektují důstojné umírání?

- a) určitě ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) určitě ne
- e) nevím

Tabulka č. 25	respondenti	%
určitě ano	35	27
spíše ano	45	35
spíše ne	29	22
určitě ne	11	9
nevím	9	7
<b>celkem</b>	<b>129</b>	<b>100</b>

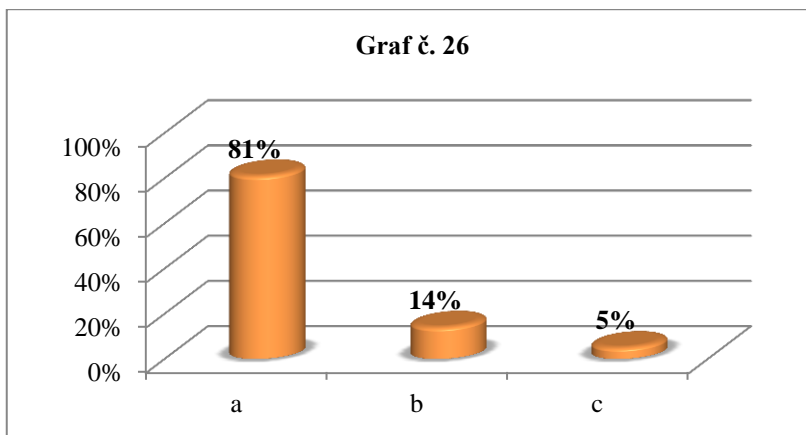


**Komentář:** V tabulce a grafu č. 25 jsou znázorněny odpovědi na otázku, zda lékaři na odděleních, kde respondenti pracují, respektují důstojné umírání. Předpokládala jsem, že lékaři respektují důstojné umírání, což se z odpovědí potvrdilo. Na tuto otázku odpovědělo celkem 62% respondentů kladně a to 27% (určitě ano) a 35% (spíše ano). Dále respondenti odpověděli, že ve 22% (spíše ne) a 9% (určitě ne) si myslí, že lékaři nerespektují důstojné umírání a 7% respondentů na tuto otázku neumí odpovědět.

## 26. Ovlivnila Vás osobní zkušenost při odpovědích?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

Tabulka č. 26	respondenti	%
Ano	104	81
Ne	18	14
Nevím	7	5
<b>Celkem</b>	<b>129</b>	<b>100</b>



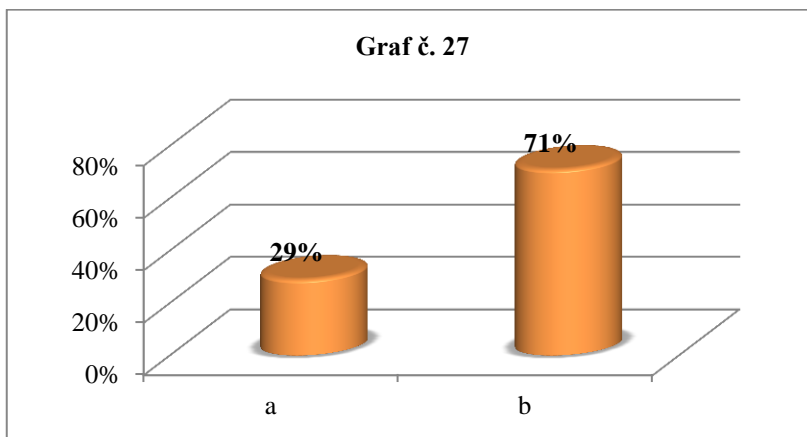
**Komentář:** V tabulce a grafu č. 26 jsou znázorněny odpovědi na otázku, jestli respondenty ovlivnila jejich osobní zkušenost v odpovědích. Z 81% respondenti odpověděli kladně a ze 14% odpověděli záporně. 5% respondentů neumělo na tuto otázku odpovědět. Z těchto odpovědí je zřejmé, že jsou respondenti ovlivněni osobní zkušeností při umírání blízké osoby.

## 27. Ovlivnil Vás váš filozofický světový názor (víra) při odpovědích?

a) Ano

b) Ne

Tabulka č. 27	respondenti	%
ano	38	29
ne	91	71
<b>celkem</b>	<b>129</b>	<b>100</b>



**Komentář:** V tabulce a grafu č. 27 jsou znázorněny odpovědi na otázku, zda respondenty ovlivnil jejich filozofický názor při odpovědích. Na tuto otázku odpovědělo 71% záporně a 29% kladně. I přes různé filozofické světové názory nejsou respondenti svým názorem ovlivněni.

**28. Možná, že jsme se Vás zapomněli na něco důležitého zeptat? Pokud chcete, napište nám to zde.**

**Komentáře respondentů:**

- *V některých zařízeních jsem se setkala u příjmu pacienta na oddělení s otázkou, jestli věří v Boha. Myslím si, že tato otázka by tam neměla být. Jestli pacient vyžaduje duchovního, zdravotnické zařízení by mu měla vyhovět. Pacient si po této otázce myslí, že přišel do nemocnice umřít. Zdá se mi, že je to neetické. Má to pak vliv i na zákrok, který má podstoupit.*
- *Jsme legislativně pozadu. Státy Beneluxu již mají klinicky (legislativně) rozvinutý koncept paliativní péče. Jsem všemi deseti pro. Asistovaná sebevražda, eutanázie, hospicová péče, domácí paliativní péče. Atestace z paliativní medicíny pro lékaře (anesteziology) a sestry.*
- *Právní odpovědnost, cejch „kata“, trest za „asistovanou vraždu“, schopnost či ochota stát se tím „kdo vědomě bere život“, schopnost vyrovnat se s tím a umění s tím žít. Podpora asistujících, bezpečnost. U eutanázie podpora rodiny, dostatečný servis pro umírající včetně právních konzultací. Možnosti důstojně se připravit na odchod ze života, společenské povědomí. Klasifikace nesnesitelných bolestí – bolest je subjektivní vnímání pacienta, neslučitelnost se životem. Přesné vymezení nerozšiřování terapie – proč lékaři pacienta i přes toto rozhodnutí léčí?*
- *Vždy záleží na stavu a prognóze u každého pacienta.*
- *Nesouhlasím s eutanázií, ale ani s umělým udržováním pacienta v terminálním stádiu nemoci.*
- *Vždy záleží na dané a konkrétní situaci.*



## 10. DISKUSE

Bakalářská práce pojednává o problematice péče o chronicky nemocné pacienty. Zabývám se problematikou eutanázie, dříve vysloveného přání a dalšími otázkami spojenými s těmito tématy.

Pro výzkum jsem použila metodu anonymního dotazníku pro nelékařské zdravotnické pracovníky (NZP) v celkovém počtu 160. Všichni NZP pracují v nemocničním zařízení na Jednotce intenzivní péče (JIP), Následné intenzivní péči (NIP), Dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péči (DIOP) a na oddělení Následné péče (NP).

Anonymní dotazník obsahoval celkem dvacet osm otázek. Prvních pět otázek bylo zaměřeno na identifikaci respondentů, devatenáct otázek bylo zaměřeno na téma bakalářské práce. Poslední otázka byla otevřená pro případné doplnění informací respondentů.

Dotazníkové šetření je následně zpracováno do grafického znázornění dle výsledků zjištěných z dotazníků.

Na začátku empirické části mé bakalářské práce jsem stanovila šest hypotéz.

**Hypotéza č. 1 – Sestry se v praxi nesetkaly s postupem, který se nazývá „Dříve vyslovené přání.“** Touto problematikou se zabývala v dotazníku otázka č. 8. V té jsem se ptala, zda se respondenti setkali v praxi s dříve vysloveným přáním. V této otázce odpovědělo 22% respondentů kladně a 78% záporně. Tato hypotéza se mi potvrdila. Usuzuji, že tato problematika není dosud rozšířena mezi veřejnost a o této možnosti je informováno jen malé procento lidí, přesto že je dříve vyslovené přání zaneseno v zákoně. Domnívám se, že by se o dříve vysloveném přání mělo více hovořit ve veřejných publikacích. Jednou z možností by mohly být rozhovory v odborných pořadech s odborníky jak z oblasti práva, tak oblasti medicíny, aby byly zodpovězeny všechny důležité otázky, které se této problematiky týkají. Mohlo by docházet k diskuzím na toto téma a k zodpovězení případných otázek a navrnutí řešení jak nejlépe užít dříve vyslovené přání v praxi, aby nedocházelo k případným nedorozuměním.

**Hypotéza č. 2 – Sestry se domnívají, že není správné udržovat pacienta s infaustní prognózou uměle při vysokých dávkách katecholaminů.** – Tato hypotéza se mi na základě odpovědí respondentů potvrdila. Touto problematikou se zabývá v dotazníku otázka č. 11. Pouze 4% respondentů odpovědělo kladně a celkem 92% respondentů odpovědělo záporně. Respondenti jsou přesvědčeni, že není správné udržovat pacienty s infaustní prognózou uměle při vysokých dávkách katecholaminů. Toto téma je velmi závažné a je těžké určit hranici, kdy ještě pacienta léčit a kdy už je léčba marná. Mohly by být vypracovány standardy nebo pracovní postupy, kterými by se mohli případně lékaři řídit. Ne však všechna doporučení a postupy jsou aplikovatelné na všechny pacienty, protože každý pacient je jedinečný a jeho onemocnění může postupovat jinak a i reakce na medikaci je u každého rozdílná.

**Hypotéza č. 3 – Sestry mají vnitřní etický problém spolupracovat při resuscitaci pacienta v terminálním stádiu nemoci.** – Touto problematikou se v dotazníku zabývala otázka č. 12. Respondenti odpověděli v 75% kladně a v 20% záporně. Z těchto odpovědí vyplývá, že respondenti mají etický problém při resuscitaci pacienta v terminálním stádiu nemoci. Tato hypotéza se mi také potvrdila. Problematika je těžko uchopitelná. Je na každém z nás, jak se s touto problematikou vypořádá. Někoho vede jeho přesvědčení a jiného jeho víra, každý má na tuto problematiku jiný názor. Lékaři mají své guidellines a platí pro ně etické kodexy a je pro ně určitě velmi složité určit, kdy má být resuscitace ukončena.

**Hypotéza č. 4 – V nemocničních zařízeních se využívá termín terminální analgosedace.** – Na tuto hypotézu jsem v dotazníku zaměřila otázku č. 14. Na otázku odpovědělo 61% respondentů záporně a 30% respondentů kladně. Vzhledem k těmto výsledkům se mi tato hypotéza nepotvrdila. Z výsledků lze předpokládat, že tento termín je mezi lékaři méně užíván, tudíž o něm nejsou dostatečně informováni respondenti.

V Diplomové práci Bc. Lenky Bujkové na téma Informovanost a morální postoje zdravotnických pracovníků k problematice eutanázie a terminální sedace dle výsledků vyplývá, že definici terminální analgosedace zná 85% dotazovaných respondentů. Na otázku zkušenosti s využitím terminální analgosedace odpovědělo pouze 35% respondentů kladně a 65% respondentů nemá zkušenost z terminální analgosedací. Z výsledků je patrné, že i respondenti Bc. Lenky Bujkové nemají mnoho zkušeností s uvedením terminální

analgosedace do praxe. Znájí teoretický pojem, který je uvedený v odborné literatuře, ale v praxi se s tímto pojmem setkávají minimálně.

**Hypotéza č. 5 – Sestry nezažily při své práci pacienta s nedostatečně tlumenou bolestí.** – Na tuto hypotézu jsem v dotazníku zaměřila otázku č. 16. Na otázku odpovědělo 57% respondentů kladně a 41% respondentů záporně. Z výsledků vyplývá, že až 57% respondentů při své praxi zaznamenalo pacienty s nedostatečně léčenou bolestí. Domnívám se, že v moderní medicíně je toto procento velmi vysoké. Vzhledem k tomu, že ve většině nemocničních zařízení, je sledována bolest, jako jeden z indikátorů kvality, mělo by toto procento být mnohem menší.

V bakalářské práci Jany Neužilové Přípravenost sester pro hodnocení bolesti odpovědělo na otázku Je na vašem pracovišti léčba bolesti dostatečná? záporně 46,08% respondentů. Otázka byla kladena i na standardních odděleních. Z odpovědí je patrné, že i na akutních odděleních mají respondenti pocit, že mají pacienti nedostatečně léčenou bolest.

I přes vypracované směrnice, ošetrovatelské standardy a přes velký výběr hodnotících škál bolesti, mají respondenti pocit, že jejich pacienti nemají dostatečně léčenou bolest. Vzhledem k tomu, že je v mnoha nemocničních zařízeních jedním z parametrů kvality hodnocení bolesti, je toto procento vysoké. Nemocniční zařízení by měla věnovat zvýšenou pozornost hodnocení bolesti a jednotlivá oddělení nemocnic by se měla více zaměřit na subjektivní pocity pečujícího personálu a přehodnotit vhodnost měřících škál bolesti.

**Hypotéza č. 6 – Sestry by souhlasily s eutanázií a sebevraždou za asistence lékaře, ale nesouhlasily by s nevyžádanou a nedobrovolnou aktivní eutanázií.** – Na tuto hypotézu jsem v dotazníku zaměřila otázku č. 22. Na otázku zda by respondenti souhlasili s nevyžádanou eutanázií, odpovědělo 53% respondentů záporně a 23% respondentů kladně. Další otázka byla, zda by souhlasili s nedobrovolnou eutanázií. Na tuto otázku odpovědělo 38% respondentů záporně, 35% respondentů na tuto otázku nedokázalo odpovědět a 27% by s touto eutanázií souhlasilo. S eutanázií by souhlasilo 64% respondentů, 10% respondentů odpovědělo záporně a 26% respondentů nedokázalo na tuto otázku odpovědět. V neposlední řadě jsou odpovědi na sebevraždu za asistence

lékaře, se kterou by souhlasilo 53% respondentů, 28% respondentů odpovědělo záporně a 19% respondentů neumí na tuto otázku odpovědět. Tato hypotéza se mi potvrdila.

Pro mě velkou zajímavostí v odpovědích bylo, že s asistovanou sebevraždou by souhlasilo 53% respondentů, ale jen 24% respondentů by nemělo etický problém s účastí na asistované sebevraždě a celkem 52% respondentů by tento problém mělo. Domnívám se, že pokud by se respondenti nemuseli přímo podílet na sebevraždě za asistence lékaře, tak s rozhodnutím nemají velký problém. Pokud by byli přímými účastníky asistované sebevraždy, už by se na tomto výkonu podíleli a toto rozhodnutí není pro respondenty jednoduché.

V Diplomové práci Bc. Lenky Bujokové na otázku Jaký je Váš názor na legalizaci eutanázie odpovědělo 40% respondentů, že by se ze smrti mohla stát rutina, proti legalizaci eutanázie bylo 15% respondentů, 20% respondentů je pro nutnost legalizace eutanázie a 22% respondentů odpovědělo pokud, by chtěl sám nemocný, souhlasili by. V mé bakalářské práci by souhlasilo celých 64% respondentů s uzákoněním eutanázie a 53% respondentů s asistovanou sebevraždou a v diplomové práci Bc. Bujokové souhlasilo s eutanázií pouze 20% respondentů a s legalizací asistované sebevraždy jen 11%. Velké procento respondentů z mého dotazníkového šetření pracuje na odděleních chronické péče o těžce nemocné pacienty, z tohoto důvodu se domnívám, že velké procento respondentů zažilo trpícího pacienta a proto by souhlasili s uzákoněním eutanázie. Problematikou je, že respondenti nejsou dostatečně informováni a vzděláváni v etice natolik, aby byli schopni uvědomit si dopad, tak závažného rozhodnutí na pacienty, jejich rodiny i lékaře, být katem a zároveň i zachráncem. Pokud by znali problematiku eutanázie dostatečně, určitě by jejich rozhodnutí nebylo tak jednoznačné.

Z odborné literatury ze zahraničí zaznívá mnoho závažné problematiky, která by mohla vzniknout uzákoněním eutanázie.

Prvním problémem by mohlo být vědomé či nevědomé vyvíjení tlaku pečovateli, aby nemocný člověk dospěl k rozhodnutí ukončit svůj život pomocí asistované sebevraždy. Nemocní lidé, by se mohli domnívat, že jsou povinni ukončit svůj život pro dobro druhých a u nemocných lidí by mohly vznikat vážné deprese, které by je podporovaly v rozhodnutí podniknout kroky k uskutečnění ukončení svého života.

Dalším problémem by mohla být skupina postižených lidí. Někteří by chtěli zemřít a jiní se obávají, že budou muset zemřít. Obhájci tvrdí, že strach ze zakázaného je větší než

strach ze smrti. Argumentem obhájců eutanázie je, že i člověk, který se stane těžce postiženým, má mít právo důstojně ukončit svůj život, pokud si to přeje.

Problémem by mohla být i otázka morálky. Mravní relativismus říká, že neexistuje žádná absolutní morální pravda. Co je pravda pro jednoho, nemusí být pravda pro druhého. Je toho názoru, že není dobré nebo špatné.

Lidé si zvykli, že se více bojí udržování při životě na přístrojích. Jakmile dostanete právo odmítnout léčbu, tento strach by už nebyl problémem. Naopak pokud pacient požaduje resuscitaci, antibiotika, krevní transfuze, krmení a následně i napojení na plicní ventilátor, považují se tato přání za nesmyslná.

Tyto a mnoho dalších otázek si musí položit každá země, která uvažuje o uzákonění eutanázie nebo jedné z jejích forem. Musí být zodpovězena každá z mnoha otázek například: „Kdo bude o eutanázii rozhodovat? Budou moci rozhodovat o eutanázii sami pacienti a jejich příbuzní? Za jakých podmínek bude moci nemocný o eutanázii požádat? Jak bude ošetřeno zneužití eutanázie?“ Až budeme znát odpovědi na všechny otázky a bude právně ošetřeno zneužití eutanázie, můžeme začít uvažovat o jejím uzákonění.

V Holandsku byla sestavena Remmelinkova komise, která vydala studii, kde rozdělila povahu všech úmrtí za jeden rok. Komise zjistila, že bylo vykonáno 2300 eutanázií na vlastní žádost, 400 případů asistované sebevraždy, 1000 ukončení života bez explicitní žádosti pacienta, jen na uvážení lékaře, 8100 pacientů zemřelo na podání vyšších dávek analgetik, 7875 pacientů zemřelo po ukončení nebo nenasazení léčby. I dnes by se mohlo stát, že lékař bere rozhodnutí o okolnostech smrti pacienta do svých rukou.

Eutanázie je čin chtěný jak z pohledu pacienta, tak i lékaře. V neposlední řadě je eutanázie čin sociálních rozměrů a to ve dvou rovinách – individuální a celospolečenské. V rovině individuální jde především o vztah mezi pacientem, který žádá o ukončení života a lékařem, který má akt vykonat. V médiích se většinou zohledňuje a prosazuje autonomie pacienta, jeho právo na smrt. Pacient chce vlastní smrt a společnost mu v tom brání. Existuje však i autonomie zdravotníků. Na jejich obranu vystupují mnohé etické kodexy. Nikdo nemůže být ani pacientem donucen provést výkon, se kterým vnitřně morálně nesouhlasí. Celospolečenský význam je mnohem širší. Zdravotník je tu proto, aby pacienta uzdravoval. Možnost beztrestně usmrtit pacienta by degradovalo lékařské povolání. Byla by ztracena důvěra pacienta v celý systém. Nikdo by si nemohl být jistý, zda se v jeho případě lékař nerozhodne pro ukončení života.

Kluzký svah „Slippery slope“ tvrdí, že relativně malý krok vede k řetězci souvisejících událostí, které kulminují ve velký účinek. Tento typ argumentace je někdy používán jako forma strachu, ve které pravděpodobné důsledky dané akce jsou přehnané ve snaze zaplašit publikum. Nicméně, často je používán jako synonymum omylu v tom, že ignoruje možnost střední cesty.

Jádro kluzkého svahu argumentuje, že konkrétní pravidlo nebo postup má za následek nezamýšlené důsledky a tyto důsledky jsou nežádoucí.

## ZÁVĚR

K tématu péče o chronicky nemocné pacienty patří samozřejmě i mnoho jiné problematiky. Já jsem se zabývala pro mě zajímavými tématy. Domnívám se, že některá témata jsou velmi palčivá a na spoustu otázek ještě neumíme odpovědět.

Pokud je člověk zdravý a zamyslí se nad tím, co by pro něho znamenalo chronické onemocnění, spousta z nás se domnívá, že by s chronickou nemocí nemohl žít a chtěl by ukončit svůj život bez prodlužování utrpení. Kolem nás je ale spousta lidí, kteří s chronickým onemocněním žijí a kteří se svou nemocí bojují každý den a i přes to by svůj život předčasně neukončili. Což může být pro zdravého člověka nepochopitelné.

Domnívám se, že je velmi těžké rozlišit, co je subjektivní a co objektivní postoj k danému tématu. Můžeme se domnívat, že pro těžce nemocného pacienta by bylo lepší ukončit jeho život, ale mnoho těchto pacientů by s tímto postojem nemuselo souhlasit.

I z výsledků dotazníkového šetření je patrná rozporuplnost respondentů. Velké procento respondentů by souhlasilo s určitou formou eutanázie, ale na druhé straně by se jen minimální procento respondentů chtělo přímo účastnit asistované sebevraždy. Na tomto příkladu je vidět, jak je těžké si i jen představit, jak se člověk dívá na jinou lidskou bytost, která si dobrovolně vezme život, a ostatní zúčastnění se jen dívají a nijak nezasáhnou.

Z dotazníkového šetření vyplynulo, že se velké procento respondentů domnívá, že je na jejich pracovištích nedostatečně léčená bolest pacientů. Domnívám se, že v době moderní techniky a mnoho druhů analgetik a opiátových preparátů, by měl být na léčbu bolesti kladen velký důraz. Myslím si, že v mnoha nemocničních zařízeních je léčba bolesti již na vysoké úrovni. Jsou i vypracovávány směrnice a ošetrovatelské standardy na hodnocení bolesti a na řešení této problematiky. Myslím si, že jedním z hlavních indikátorů kvality péče v nemocničních zařízeních je léčba bolesti pacienta.

V dotazníkovém šetření bylo zřejmé, že respondenti znají pojem eutanázie, ale jen malé procento jeho formy. Protože je v České republice eutanázie trestným činem, tak se do hloubky této problematiky snaží proniknout jen malé množství lidí a ostatní znají tento pojem jen velmi okrajově.

Je těžké říci, že ten či onen pacient by měl zemřít a kdo z nás je dostatečně erudovaný a schopný toto poslední rozhodnutí udělat. A dělali bychom tato rozhodnutí vždy jen ku prospěchu pacienta?

Velkým problémem u chronických pacientů je určit čas, kdy už je všechna léčba marná a pokud se snažíme udržet pacienta nadále při životě, nejen jemu, ale i jeho rodině prodlužujeme utrpení. Kdo z nás, by se chtěl dívat na naše blízké, jak trpí?

Ani já nemám úplně jasný názor na to, kdy je čas nechat člověka odejít a kdy je ještě čas a naděje bojovat o jeho život.

Domnívám se, že na spoustu otázek ještě nejsme připraveni a mnoho otázek neumíme zodpovědět a budeme muset ujít ještě dlouhou cestu, než budeme schopni dělat takto závažná rozhodnutí. Protože každé kladné rozhodnutí bude stát jednu lidskou bytost život.



## ANOTACE

<b>Autor:</b>	Lucie Hofmanová
<b>Instituce:</b>	Ústav sociálního lékařství LF UK v Hradci Králové Oddělení ošetřovatelství
<b>Název práce:</b>	Etické problémy v práci sestry s chronickým pacientem
<b>Vedoucí práce:</b>	Mgr. Michaela Votroubková
<b>Počet stran:</b>	96
<b>Počet příloh:</b>	1
<b>Rok obhajoby:</b>	2015
<b>Klíčová slova:</b>	Eutanázie, Dříve vyslovené přání, KPR pacientů v terminálním stádiu nemoci, DNR

Tato bakalářská práce se zabývá etickými problémy v práci sestry s chronickými pacienty. Úvod práce je zaměřený na historii eutanázie a dříve vysloveného přání. Dále práce popisuje problematiku eutanázie, argumenty ve prospěch a proti eutanázii. Závěr práce je zaměřený na zkušenosti a názory nelékařského zdravotnického personálu.

This thesis deals with ethical issues in the work of nurses with chronic patients. The introduction focuses on the history of euthanasia and wishes previously expressed. It also describes the ethical issues of euthanasia, arguments for and against euthanasia. Conclusion of thesis is focused on the experiences and opinions of paramedical staff.

## POUŽITÁ LITERATURA

CÍSAŘOVÁ, D., *Neposkytnutí pomoci a další trestněprávní dopady respektování pokynů DNR. In: Dříve vyslovená přání a pokyny Do not Resuscitate v teorii a praxi: Monografie.*

Praha: Univerzita Karlova v Praze, 2010, s. ISBN 978-80-87146-31-6

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Manuálek sociální gerontologie.* Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2002, 72 s. České ošetrovatelství. Praktické příručky pro sestry, 10. ISBN 80-7013-363-5.

HAŠKOVCOVÁ, H.: *Lékařská etika.* Praha: Galén, 2002. 272 s. ISBN 80-7262-132-7.

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

KALVACH, Zdeněk. *Manuál paliativní péče o umírající pacienty: pomoc při rozhodování v paliativní nejistotě.* Praha: Cesta domů, 2010, 134 s. ISBN 978-80-904516-4-3.

KELNEROVÁ, Jarmila. *Tanatologie v ošetrovatelství.* Brno: Littera, 2007, 112 s. ISBN 978-80-85763-36-2.

KOŘENEK, J.: *Lékařská etika.* Praha: Triton, 2002. 276 s. ISBN 80-7254-235-4.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *O smrti a umírání.* Turnov: Arica, 1993, 251 s. ISBN 80-900134-6-5.

KUTNOHORSKÁ, Jana. *Etika v ošetrovatelství.* Praha: Grada, 2007, 163 s. Sestra. ISBN 978-80-247-2069-2.

MATĚJEK, Jaromír. *Dříve projevená přání pacientů: výhody a rizika.* Praha: Galén, c2011, 189 s. ISBN 978-80-7262-850-6.

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

MIKŠOVÁ, Z., FRANĀKOVÁ, M., HERNOVÁ, R., ZAJÍČKOVÁ, M.: *Kapitoly z ošetrovatelské péče I*. Praha: Grada Publishing, 2006. 248 s. ISBN 80-247-1442-6.

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

MUNZAROVÁ, Marta. *Zdravotnická etika od A do Z*. Praha: Grada, 2005, 153 s. Avicenum. ISBN 80-247-1024-2.

O'CONNOR, M. a S. ARANDA. *Paliativní péče: pro sestry všech oborů*. Praha: Grada, 2005, 324 s. Sestra. Avicenum. ISBN 80-247-1295-4.

TĚŠINOVÁ, J., R. ŽDÁREK a R. POLICAR. *Medicínské právo*. V Praze: C.H. Beck, 2011, 414 s. ISBN 978-80-7400-050-8.

THOMASMA, D. C. a T. KUSHNER. *Od narození do smrti: etické problémy v lékařství*. Praha: Mladá fronta, 2000, 389 s. ISBN 80-204-0883-5.

POLLARD, Brian. *Eutanazie – ano či ne?* Praha: Dita, 1996, 210 s. ISBN 80-85926-07-5.

PTÁČEK, R. a P. BARTŮNĚK. *Eutanazie – pro a proti*. Praha: Grada, 2012, 256 s. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-247-4659-3.

Zpráva komise odborníků WHO: Zmírnění bolesti při nádorových onemocněních a paliativní péče. Ženeva: WHO, 1990. Vydala česká společnost sester, 1998. 68 s.

JAMA-CS, 1995, roč. 3, č. 1, s. 27-35. ISSN 1210-4132

#### INTERNETOVÉ ZDROJE:

<http://www.epravo.cz/top/clanky/drive-vyslovena-prani-zavet-do-nemocnice-90987.html>

<http://eutanzie-dobrasmrt.bluefile.cz/?akce=media&id=305>

<http://www.life.org.nz/euthanasia/euthanasiaethicalkeyissues/a-duty-to-die/Default.htm>

<http://www.life.org.nz/euthanasia/euthanasiaethicalkeyissues/disability-physical>

<http://www.life.org.nz/euthanasia/euthanasiaethicalkeyissues/moral-relativism/Default.htm>

<http://www.life.org.nz/euthanasia/euthanasiaethicalkeyissues/patient-autonomy/Default.htm>

[https://books.google.cz/books?id=yx1gAgAAQBAJ&pg=PA391&lpg=PA391&dq=Rommelinkova&source=bl&ots=ofBR60u98j&sig=RVdwJVjLHa7g7Csj2STXnSki\\_hs&hl=cs&sa=X&ved=0CD0Q6AEwBmoVChMI3O-F-o\\_UxwIVA7oUCh3-XAiW#v=onepage&q=Rommelinkova&f=false](https://books.google.cz/books?id=yx1gAgAAQBAJ&pg=PA391&lpg=PA391&dq=Rommelinkova&source=bl&ots=ofBR60u98j&sig=RVdwJVjLHa7g7Csj2STXnSki_hs&hl=cs&sa=X&ved=0CD0Q6AEwBmoVChMI3O-F-o_UxwIVA7oUCh3-XAiW#v=onepage&q=Rommelinkova&f=false)

Česká lékařská komora. *Hippokratova přísaha*.

[http://www.clkuo.cz/dokumenty/prolekare/hipokratova\\_prisaha.htm](http://www.clkuo.cz/dokumenty/prolekare/hipokratova_prisaha.htm)

Rada Evropy 24/2003. Retrieved 25, 2014 from

<http://www.umirani.cz/slovnicek.html?itemId=24>

Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách v platném znění -

<http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>

#### VYSOKOŠKOLSKÉ KVALIFIKAČNÍ PRÁCE:

BUJOKOVÁ, Lenka. Informovanost a morální postoje zdravotnických pracovníků k problematice eutanázie a terminální sedace. Brno, 2009. 128 s. Diplomová práce (Mgr.). Masarykova univerzita v Brně, Lékařská fakulta. Vedoucí práce Mgr. Josef Kuře, Dr. phil.

NEUŽILOVÁ, Jana. Přípravenost sester pro hodnocení bolesti. Brno, 2009. 106 s. Bakalářská práce (Bc.). Masarykova univerzita v Brně, Lékařská fakulta. Vedoucí práce Bc. Ivana Danadaki.

BUBLÁKOVÁ, Jana. DNR jako eticko-ošetrovatelský problém. České Budějovice, 2012. 120 s. Diplomová práce (Mgr.). Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce prof. MUDr. Oto Masár, Ph.D.

## SEZNAM TABULEK

Tab. 1 – Pohlaví respondentů.....	34
Tab. 2 – Dosažené vzdělání respondentů.....	35
Tab. 3 – Praxe respondentů.....	36
Tab. 4 – Oddělení, na kterém respondenti pracují.....	37
Tab. 5 – Světový názor respondentů.....	38
Tab. 6 – Osobní zkušenost respondentů s umíráním blízké osoby na nevléčitelné onemocnění.....	39
Tab. 7 – Názor respondentů na právo pacientů svobodně rozhodnout o ukončení svého života.....	40
Tab. 8 – Setkání respondentů s Dříve vysloveným přáním v praxi.....	41
Tab. 9 – Názor respondentů na využití této možnosti z osobního hlediska.....	42
Tab. 10 – Setkání respondentů s termínem DNR.....	43
Tab. 11 – Názor respondentů na udržování pacientů uměle s infaustní prognózou při vysokých dávkách katecholaminů.....	44
Tab. 12 – Vnitřní etický problém respondentů při resuscitaci pacienta v terminálním stádiu nemoci.....	45
Tab. 13 – Názor respondentů na význam Terminální analgosedace.....	47
Tab. 14 – Informace lékařů o možnosti využití terminální analgosedace.....	49
Tab. 15 – Názor respondentů zda lékaři používají tento postup u umírajících pacientů .....	50
Tab. 16 – Názor respondentů zda jsou pacienti v terminálním stádiu nemoci dostatečně sedováni.....	51
Tab. 17 – Setkání respondentů s nedostatečně tlumenou bolestí v praxi.....	52
Tab. 18 – Důvody o uvažování nad eutanázií s osobního pohledu respondentů.....	53
Tab. 19 – Důvody o uvažování nad eutanázií s osobního pohledu pacientů.....	55
Tab. 20 – Kdo by měl podle respondentů rozhodovat o eutanázií.....	57
Tab. 21 – Názor respondentů zda ztráta smyslu života ovlivňuje postoj k zlepšení zdravotního stavu.....	59

Tab. 22 - 1 – Názor respondentů na vyžádanou aktivní eutanázii.....	61
Tab. 22 - 2 – Názor respondentů na nevyžádanou aktivní eutanázii.....	62
Tab. 22 - 3 – Názor respondentů na nedobrovolnou aktivní eutanázii.....	63
Tab. 22 - 4 – Názor respondentů na ukončení léčby udržující životní funkce.....	64
Tab. 22 - 5 – Názor respondentů na nepřímé eutanázie.....	65
Tab. 22 - 6 – Názor respondentů na sebevraždy za asistence lékaře.....	66
Tab. 23 – Možnost asistované sebevraždy s osobního pohledu respondentů.....	67
Tab. 24 – Etický pohled respondentů na účasti při legální asistované sebevraždě.....	68
Tab. 25 – Názor respondentů zda lékaři respektují důstojné umírání.....	69
Tab. 26 – Ovlivnění respondentů osobními zkušenostmi.....	70
Tab. 27 – Ovlivnění respondentů vlastním filozofickým světovým názorem.....	71

## SEZNAM GRAFŮ

Tab. 1 – Pohlaví respondentů.....	34
Tab. 2 – Dosažené vzdělání respondentů.....	35
Tab. 3 – Praxe respondentů.....	36
Tab. 4 – Oddělení, na kterém respondenti pracují.....	37
Tab. 5 – Světový názor respondentů.....	38
Tab. 6 – Osobní zkušenost respondentů s umíráním blízké osoby na nevléčitelné onemocnění.....	39
Tab. 7 – Názor respondentů na právo pacientů svobodně rozhodnout o ukončení svého života.....	40
Tab. 8 – Setkání respondentů s Dříve vysloveným přáním v praxi.....	41
Tab. 9 – Názor respondentů na využití této možnosti z osobního hlediska.....	42
Tab. 10 – Setkání respondentů s termínem DNR.....	43
Tab. 11 – Názor respondentů na udržování pacientů uměle s infaustní prognózou při vysokých dávkách katecholaminů.....	44
Tab. 12 – Vnitřní etický problém respondentů při resuscitaci pacienta v terminálním stádiu nemoci.....	45
Tab. 13 – Názor respondentů na význam Terminální analgosedace.....	47
Tab. 14 – Informace lékařů o možnosti využití terminální analgosedace.....	49
Tab. 15 – Názor respondentů zda lékaři používají tento postup u umírajících pacientů.....	50
Tab. 16 – Názor respondentů zda jsou pacienti v terminálním stádiu nemoci dostatečně sedováni.....	51
Tab. 17 – Setkání respondentů s nedostatečně tlumenou bolestí v praxi.....	52
Tab. 18 – Důvody o uvažování nad eutanázií s osobního pohledu respondentů.....	53
Tab. 19 – Důvody o uvažování nad eutanázií s osobního pohledu pacientů.....	55
Tab. 20 – Kdo by měl podle respondentů rozhodovat o eutanázií.....	57
Tab. 21 – Názor respondentů zda ztráta smyslu života ovlivňuje postoj k zlepšení zdravotního stavu.....	59

Tab. 22 - 1 – Názor respondentů na vyžádanou aktivní eutanázii.....	61
Tab. 22 - 2 – Názor respondentů na nevyžádanou aktivní eutanázii.....	62
Tab. 22 - 3 – Názor respondentů na nedobrovolnou aktivní eutanázii.....	63
Tab. 22 - 4 – Názor respondentů na ukončení léčby udržující životní funkce.....	64
Tab. 22 - 5 – Názor respondentů na nepřímé eutanázie.....	65
Tab. 22 - 6 – Názor respondentů na sebevraždy za asistence lékaře.....	66
Tab. 23 – Možnost asistované sebevraždy s osobního pohledu respondentů.....	67
Tab. 24 – Etický pohled respondentů na účasti při legální asistované sebevraždě.....	68
Tab. 25 – Názor respondentů zda lékaři respektují důstojné umírání.....	69
Tab. 26 – Ovlivnění respondentů osobními zkušenostmi.....	70
Tab. 27 – Ovlivnění respondentů vlastním filozofickým světovým názorem.....	71



## **SEZNAM PŘÍLOH**

Příloha 1: Anonymní dotazník věnovaný péči o těžce nemocné a umírající pacienty

## PŘÍLOHY

Příloha č. 1

### **ANONYMNÍ DOTAZNÍK VĚNOVANÝ PÉČI O TĚŽCE NEMOCNÉ A UMÍRAJÍCÍ PACIENTY**

Dobrý den,

jmenuji se Lucie Hofmanová, studuji 3. ročník bakaláře ošetřovatelství kombinovaná forma na Univerzitě Karlově v Hradci Králové.

Dovolte mi obrátit se na Vás s prosbou o vyplnění tohoto dotazníku, který slouží k analýze etických problémů v práci všeobecné sestry.

Dotazník je anonymní, všechny poskytnuté údaje využiji jen ke zpracování bakalářské práce. V jednotlivých otázkách vždy zakroužkujte variantu, která nejvíce vystihuje Vaši odpověď.

Za Vaši ochotu a čas strávený při vyplňování předem děkuji.

#### **1. Pohlaví**

- a) Muž
- b) Žena

#### **2. Dosažené vzdělání**

- a) Středoškolské vzdělání (zdravotnický asistent)
- b) Středoškolské vzdělání (všeobecná sestra)
- c) Vysokoškolské (Bc., Mgr., ...)
- d) Specializace (ARIP, PSS)

#### **3. Praxe (u žen bez mateřské dovolené)**

- a) do 1 roku
- b) 1 - 5 let
- c) 6 – 15 let
- d) 16 – více let

#### **4. Označte oddělení, na kterém momentálně pracujete?**

- a) Standardní oddělení (interní, chirurgická, oddělení následné péče, ...)
- b) Intenzivní péče (JIP, ARO, ...)
- c) Chronická oddělení (NIP, DIOP, ...)
- d) Jiné (*doplňte*).....

**5. Jaký světový názor zastáváte?**

- a) považujete se za člověka věřícího – věřím v Boha
- b) považujete se za agnostika – v Boha nevěřím, ani jeho existenci nepopírám, věřím v Něco...
- c) považujete se za ateistu - nevěřím v Boha
- d) nechci odpovědět

**6. Máte osobní zkušenost s umíráním blízké osoby na nevléčitelné onemocnění?**

- a) Ano
- b) Ne

**7. Domníváte se, že má každý pacient právo na svobodné rozhodnutí o ukončení svého života?**

- a) určitě ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) určitě ne
- e) nevím

**8. Setkal/a jste se v praxi s uplatněním postupu, který se nazývá „Dříve vysloveným přáním“? (Jde o notářsky ověřený záznam o přání pacienta ohledně léčby, resuscitace atd. v případě kdy pacient není schopen přání projevit sám např. bezvědomí)**

- a) Ano
- b) Ne

**9. Využil/a byste sám/sama tuto možnost?**

- a) určitě ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) určitě ne
- e) nevím

**10. Setkal/a jste se ve své zdravotnické dokumentaci s termínem DNR (Do not resuscitate/Neresuscitovat) zapsaným od lékaře?**

- a) určitě ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) určitě ne
- e) nevím

**11. Domníváte se, že je správné, udržovat pacienta s infaustní (nepříznivou) prognózou uměle při vysokých dávkách katecholaminů, aj....)?**

- a) určitě ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) určitě ne
- e) nevím

**12. Domníváte se, že máte vnitřní etický problém spolupracovat při resuscitaci pacienta v terminálním stádiu nemoci?**

- a) určitě ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) určitě ne
- e) nevím
- f) Pokud chcete, popište více své pocity

.....  
.....

**13. Terminální analgosedace dle Vašeho mínění znamená?**

- a) je forma eutanázie
- b) je řešením neschopnosti poskytnout podporu psychologickou, sociální, pastorační,...
- c) je záměrně farmakologicky navozená sedace umírajícího pacienta do hloubky somnolence až kómatu
- d) patří mezi běžné paliativní postupy
- e) nevím

**14. Hovořili s Vámi lékaři o možnosti využití terminální analgosedace na Vašem oddělení?**

- a) určitě ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) určitě ne
- e) nevím

**15. Domníváte se, že Vaši lékaři tento postup u umírajících pacientů používají?**

- a) určitě ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) určitě ne
- e) nevím

**16. Domníváte se, že jsou Vaši pacienti v terminálním stádiu nemoci dostatečně sedováni?**

- a) určitě ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) určitě ne
- e) nevím

**17. Zažil/a jste při své práci pacienta v terminálním stádiu nemoci s nedostatečně tlumenou bolestí?**

- a) určitě ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) určitě ne
- e) nevím

**18. Z jakých důvodů byste o Eutanázii uvažoval/a Vy osobně? (uved'te podle Vás tři nejdůležitější důvody)**

- a) nesnesitelná bolest 1.....
- b) pocit samoty, opuštěnosti 2.....
- c) pocit zbytečnosti 3.....
- d) beznaděj
- e) neschopnost postarat se o sebe sama
- f) být přítěží, břemenem pro druhé
- g) nevyléčitelné smrtelné onemocnění
- h) možnost posledního rozhodnutí o sobě samém

**19. Z jakých důvodů se domníváte, že by o Eutanázii uvažoval pacient na Vašem oddělení? (uved'te podle Vás tři nejdůležitější důvody)**

- a) nesnesitelná bolest 1.....
- b) pocit samoty, opuštěnosti 2.....
- c) pocit zbytečnosti 3.....
- d) beznaděj
- e) neschopnost postarat se o sebe sama
- f) být přítěží, břemenem pro druhé
- g) nevyléčitelné smrtelné onemocnění
- h) možnost posledního rozhodnutí o sobě samém

**20. Dnes se hodně diskutuje o možnosti uzákonění eutanázie. Kdo by podle Vás měl o eutanazii rozhodovat? (můžete označit více možností)**

- a) sám nemocný
- b) ošetřující lékař
- c) jiný, nezávislý lékař
- d) nezávislá lékařská komise
- e) nejbližší příbuzný/i
- f) soud
- g) ostatní (doplňte)

.....

**21. Domníváte se, že ztráta smyslu života Vašeho pacienta ovlivní jeho postoj k zlepšení zdravotního stavu nebo uzdravení?**

- a) určitě ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) určitě ne
- e) nevím

**22. Vyberte jednu alternativu v každém pojmu, která nejvíce odpovídá Vašemu přesvědčení. (v každém pojmu uveďte jednu odpověď)**

(1 – ano, 2 – spíše ano, 3 – těžko říct, 4 – spíše ne, 5 – ne)

Pojem	Definice	Odpověď
Vyžádaná aktivní eutanázie	Záměrné (úmyslné) podání léku či jiná intervence vedoucí k usmrcení pacienta na základě žádosti pacienta a jeho plně informovaného souhlasu.	1 2 3 4 5
Nevyžádaná aktivní eutanázie	Záměrné (úmyslné) podání léku či jiná intervence vedoucí k usmrcení pacienta při jeho plné kompetenci, avšak bez jeho vyjádřené žádosti a/nebo plně informovaného souhlasu; tzn., že pacient nebyl dotázán.	1 2 3 4 5
Nedobrovolná aktivní eutanázie	Záměrné (úmyslné) podání léku či jiná intervence vedoucí k usmrcení pacienta při jeho nekompetentnosti a duševní nezpůsobilosti o to požádat; tzn., je-li např. pacient v kómatu.	1 2 3 4 5
Ukončení léčby udržující životní funkce (pasivní eutanázie)	Odnětí nebo přerušení léčby udržující životní funkce s cílem nechat pacienta zemřít.	1 2 3 4 5
Nepřímá eutanázie	Podání narkotik či jiných medikamentů k zmírnění bolesti, se známými ojedinělými důsledky v podobě útlumu dýchacího centra vedoucího až k úmrtí.	1 2 3 4 5
Sebevražda za asistence lékaře	Poskytnutí léků či jiné intervence lékařem s vědomím, že jich nemocný hodlá užít ke spáchání sebevraždy. Nemocný musí být schopen si poskytnutý lék aplikovat sám bez cizí pomoci.	1 2 3 4 5

**23. Souhlasil/a byste s možností asistované sebevraždy?** (*Poskytnutí léků lékařem s vědomím, že jich nemocný hodlá užít ke spáchání sebevraždy. Nemocný musí být schopen si lék aplikovat sám bez cizí pomoci.*)

- a) určitě ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) určitě ne
- e) nevím

**24. Měl/a byste etický problém s Vaší participací (účastí) na legální asistované sebevraždě?**

- a) určitě ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) určitě ne
- e) nevím

**25. Domníváte se, že lékaři na Vašem oddělení respektují důstojné umírání?**

- a) určitě ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) určitě ne
- e) nevím

**26. Ovlivnila Vás osobní zkušenost při odpovědích?**

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

**27. Ovlivnil Vás váš filozofický světový názor (víra) při odpovědích?**

- a) Ano
- b) Ne

**28. Možná, že jsme se Vás zapomněli na něco důležitého zeptat? Pokud chcete, napište nám to zde.**

.....