

**Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta**

Eutanázie z pohledu ošetrovatelského personálu
BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Vedoucí práce:
JUDr. Věra Pražmová

Autor:
Gabriela Lenková, Dis.

6. 5. 2011

Abstrakt

The title of the thesis is Euthanasia from the Point of View of Nursing Staff. The work is divided into the theoretical and practical part. The theoretical part deals with the concept of euthanasia, its division and explanation of some euthanasia related concepts. I also describe history of euthanasia and present situation in the world and in the Czech Republic. In the last chapter there is a list of arguments for and against legalizing euthanasia.

The objective of the thesis is to map nursing staff's views of euthanasia. I set two research questions. 1. Do the nurses at selected wards tend to the opinion that euthanasia should or should not be legalized? 2. What circumstances lead to their opinion? I applied qualitative research, the method of questioning and the technique of a semi-structured interview. The research group consisted of nine nurses from selected wards of the Hospital of České Budějovice Inc.

On the basis of the analysis answers to the research questions were set.

Answer No. 1 - Nursing staff tend to the opinion that euthanasia should be legalized in the Czech Republic.

Answer No. 2 - The opinion of nursing staff is influenced by these factors – the length of practice, education, treating terminally ill people, their personal interest in the issue of euthanasia, knowledge of basic concepts, attitude towards free choice of a human to have right to decide on his/her death and situation in Czech Health, palliative care above all, that is not sufficiently developed and not available to all. Three hypotheses were set on the basis of the analysis of the interviews.

Hypothesis No.1 – Nursing staff at selected wards of the Hospital of České Budějovice Inc. tend to the opinion that euthanasia should be legalized in the Czech Republic.

Hypothesis No. 2 – Nursing staff lack sufficient knowledge of euthanasia and other concepts related to this issue to be able to take part in professional discussion.

Hypothesis No. 3 – Nursing staff needs to improve education in palliative medicine.

To obtain valid representative results, quantitative research should follow.

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „*Eutanázie z pohledu ošetrovatelského personálu*“ vypracovala samostatně a použila jen pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě/v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce.

Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 6. 5. 2011

.....

Děkuji JUDr. Věře Pražmové za poskytnutí cenných rad při vypracování mé bakalářské práce.

Obsah

Úvod.....	8
1. Současný stav.....	9
1.1 Pojem eutanázie	9
1.2 Současné pojetí eutanázie	11
1.3 Pojmy vztahující se k eutanázi.....	13
1.4 Historie eutanázie	15
1.4.1 Historie eutanázie v kontextu náboženství	15
1.4.2 Eutanázie a antičtí myslitelé	15
1.4.3 Eutanázie ve středověku	17
1.4.4 Eutanázie a II. Světová válka.....	17
1.5 Eutanázie ve světě.....	19
1.5.1 Eutanázie v Holandsku	19
1.5.2 Eutanázie v Belgii	21
1.5.3 Eutanázie ve Švýcarsku	21
1.5.4 Eutanázie ve Velké Británii	22
1.5.5 Eutanázie v Austrálii.....	22
1.5.6 Eutanázie v USA.....	22
1.6 Eutanázie v České Republice.....	24
1.6.1 Postoj české veřejnosti k eutanázii	25
1.6.2 Postoj české lékařské komory k eutanázii	25
1.7 Diskuze na téma eutanázie, argumenty pro a proti.....	27
1.7.1 Argumenty proti eutanázii	27
1.7.2 Argumenty pro eutanázii	29
2. Cíl práce a výzkumné otázky.....	30
2.1 Cíl práce	30
2.2 Výzkumné otázky	30
3. Metodika práce a charakteristika výzkumného souboru.....	31
3.1 Metodika	31

3.2	Charakteristika výzkumného souboru	31
4.	Výsledky	33
4.1	Kazuistiky respondentek.....	33
4.2	Analýza rozhovorů v tabulkách a grafech	46
5.	Diskuze	56
6.	Závěr	64
7.	Seznam použité literatury	66
8.	Klíčová slova	70
9.	Přílohy.....	71

Úvod

Pro svou bakalářskou práci jsem si zvolila v současnosti velmi diskutované téma eutanázie. Jako zdravotní sestra se pravidelně setkávám s nevléčitelně nemocnými, bolestí a smrtí. Nejednou jsem se účastnila diskusí o eutanázii. Můj názor na ni se postupně vyvíjel s léty praxe a také mne ovlivnilo studium na zdravotně sociální fakultě, kde jsem získala informace o možnostech paliativní medicíny.

Eutanázie není jen problémem zdravotně sociálním, ale výrazně zasahuje také do oblasti etiky a práva. Vyjadřuje se k ní odborná veřejnost složená z lékařů, filozofů, teologů a právníků i politiků. Své stanovisko však zaujímají i „obyčejní občané“, protože nevléčitelné onemocnění může postihnout každého bez rozdílu. Eutanázie je tedy problémem celospolečenským.

Takzvaná milosrdná smrt má mnoho zastánců a neméně odpůrců. Zastánci zdůrazňují lidskou důstojnost a právo na autonomii. Odpůrci argumentují úctou k životu a potřebou rozvoje paliativní péče. Problematika je velmi složitá a to zejména ve stanovení hranic a podmínek, za kterých by mohla být eutanázie legalizována. Případná legalizace skýtá mnoho rizik pro nemocné, lékaře i celou veřejnost. Mnohá negativa jsou patrná ze zkušeností zemí, ve kterých se eutanázie provádí. Nutno podotknout, že v současnosti není legalizována nikde ve světě.

Medicína 21. století s sebou přináší nejen problematiku ukončení života pacienta rukou lékaře, ale také využívání léčebných postupů v případech, kdy již nemohou pomoci. Hovoří se o zadržované smrti - dystanázii. Ta je dle mého názoru stále každodenní realitou českých nemocnic.

V teoretické části práce se zabývám pojmy vztahujícími se k eutanázii, její stručnou historií, důvody pro a proti, situací v České republice a ve světě. Dále popisují eutanázii z pohledu lékařské etiky.

Praktická část obsahuje názory zdravotních sester na vybraných odděleních českobudějovické nemocnice. Zajímají mne okolnosti, které formovaly jejich názory na eutanázii a v neposlední řadě také to, zda se přiklání k legalizaci eutanázie v České republice či nikoliv. Zdravotní sestry jako důležitá součást odborné veřejnosti by měly vyjádřit svůj názor na eutanázii a zejména podporovat rozvoj paliativní péče.

1. Současný stav

1.1 Pojem eutanázie

Pojem eutanázie je v současnosti frekventovaně využíván a souhrnně označuje celou řadu různých situací. Pro kvalitní orientaci v problematice eutanázie je potřeba jasně vymezit pojmy.

Tradičně je eutanázie vnímána jako dobrá smrt (z řeckého eu – dobrý a thanatos – smrt). Tak si přeje zemřít většina lidí. Snadnou, lehkou smrtí, která přichází po dlouhém spokojeném životě bezbolestně a ve spánku.

Později se interpretace pojmu posunula a eutanazií se dnes rozumí smrt z milosti. Většina lidí si asociuje smrt z milosti s **aktivní eutanázií**. Tedy s aktem, který vykoná lékař u nevléčitelně nemocného, trpícího nesnesitelnými bolestmi na jeho vlastní svobodnou žádost. Podmínky, které jsou stanoveny pro aktivní eutanázii, však někdy nemohou být splněny a tak se využívá celá řada zpřesňujících výrazů.

Eutanázie nevyžádaná je formou aktivní eutanázie, kdy pacient není schopen z různých důvodů požádat o „urychlený vstup do smrti.“ Pokud lze předpokládat, že kdyby mohl, s eutanázií by souhlasil. V tomto případě se jedná o eutanázii nevyžádanou, ale v zásadě chtěnou. Další variantou je eutanázie nevyžádaná nechtěná. V žádném z těchto případů nelze spolehlivě doložit, zda si nemocný člověk eutanázii přál. Hovoří se proto o eutanázii nedobrovolné. Vzhledem k aktivní roli lékaře bývá někdy aktivní eutanázie nazývána strategií přeplněné stříkačky (8).

Pasivní eutanázie nebo též strategie odkloněné stříkačky znamená přerušení léčby nebo odepření dalších léčebných postupů, které by člověka neúměrně zatěžovali. Především se jedná o umělou výživu, krevní transfúze a hemodialýzu. Všeobecně přijatelná kritéria, kdy se tak může stát, zatím nejsou definována. Výjimku tvoří pacienti závislí na celé řadě přístrojů, které je nutné jednoho dne vypnout. Pro tyto situace jsou vymezena pravidla, která lékaři při své praxi běžně využívají.

Pod pojmem pasivní eutanázie se může za určitých okolností schovat také postup nezasáhnutí s úmyslem zabít. Po mravní stránce se pak jedná o přístup aktivní.

Z uvedeného vyplývá, že odborné hranice mezi aktivní a pasivní eutanázií jsou často velmi nezřetelné. Vzhledem k terminologické nepřesnosti a častému matení pojmů je dnes dělení eutanázie na aktivní a pasivní prakticky překonáno (6).

1.2 Současné pojetí eutanázie

Pro současné pojetí eutanázie mají klíčový význam čtyři motivy:

- přesvědčení, že utrpení nemá smysl a lze jej eliminovat
- vývoj medicíny soustřeďující do svých rukou ohromnou moc
- přesvědčení o klíčové roli sebeurčení a autonomie člověka
- představy o pozitivních schopnostech sociálního inženýrství a optimalizace lidského života jak jedince, tak života celého státu (29).

Světová lékařská asociace (World Medical Association – WMA) eutanázii definuje jako „vědomé a úmyslné provedení činu s jasným záměrem ukončit život jiného člověka za následujících podmínek: subjektem je kompetentní informovaná osoba s nevléčitelnou chorobou, která dobrovolně požádala, aby její život byl ukončen, jednajícím ví o stavu této osoby a o jejím přání zemřít a páchá tento skutek s prvořadým úmyslem ukončit život této osoby a skutek je proveden se soucitem a bez osobního zisku“ (21, s. 56).

Většina autorů současnosti se ztotožňuje s **holandskou definicí**. Ta označuje eutanázii jako úmyslné ukončení života člověka někým jiným než člověkem samotným (lékařem), na jeho vlastní žádost. Klíčovými pojmy jsou zde: úmysl zabít, zabítí a vlastní žádost pacienta (21).

Úmysl zabít

Veškeré činy, které mají určitý mravní rozměr, jsou hodnoceny podle úmyslu jednajícího. V rovině úmyslu lze rozlišit dvě následující situace. 1. Lékař úmyslně zabije pacienta na jeho výslovnou žádost. Tato žádost však může být v mnoha případech zpochybněna. 2. Lékař ukončí léčbu umírajícího nemocného, nepokračuje v dalších medicínských postupech, které by prodlužovali umírání. Nemocný sám tyto postupy odmítá. Pacient zemře díky chorobnému procesu a ne díky usmrcení jinou osobou. Tato druhá situace není eutanázií a je v souladu se zásadami lékařské etiky (20).

Zabití

Zabití je závažným trestným činem. Jedná-li se o zabití pacienta lékařem je situace ještě závažnější. Jde o jednání, které je v rozporu s mravností lékařského povolání.

Žádost nemocného

Respekt k autonomii nemocného patří mezi základní principy moderní etiky. Autonomie znamená jak zásadní rovnost všech lidských bytostí, tak odpovědnost všech volby schopných za to, že se jejich volba bude shodovat s plností lidského bytí. Skutečná autonomie tedy znamená nejen právo volby, ale také odpovědnost. Žádat o eutanázii nemůže být autonomní, pokud neexistuje právo být na žádost usmrcen. Takové právo zatím v žádném státě neexistuje (21).

1.3 Pojmy vztahující se k eutanázii

Living will. – jedná se o výslovné písemné vyjádření svobodné vůle člověka pro futuro. Tedy pro případ, kdy nebude pro závažnost stavu schopen ani posoudit svou situaci, ani verbalizovat své přání. Zde je možné argumentovat, že člověk jinak míní v situaci, která možná nastane a jinak v situaci, která nastala (10).

Odstoupení od léčby – je postup lege artis. Je zakotven v českém zákonodárství i u odborných lékařských společností. Jedná se o takový postup, kdy po dohodě s pacientem a jeho poučení se nezahájí nebo nepokračuje v léčebných snahách, které mají udržet pacienta při životě. Vždy je odstoupeno pouze od léčby, nikoliv od péče (27).

DNR (do not resuscitate) – v Čechách častěji NR (neresuscitovat) Pro situace, kdy lékař zvažuje, zda využít mimořádných prostředků k záchraně. Existují medicínská kritéria, která se neustále aktualizují a precizují. V některých státech je rozhodnutí v rukou lékařů, jinde se bere v potaz přání rodiny. Termín je přiřazován k pasivní eutanázii a někteří odborníci se přiklánějí, aby jím byl termín eutanázie nahrazen (8).

Dystanázie – termín označuje umělé a násilné prodlužování přirozeného procesu umírání léčbou, jejíž negativa převažují nad jejími výhodami. Dystanázie, neboli **zadržaná smrt** je důsledkem uplatňování postupů vítězné medicíny v situacích, kdy umírající potřebuje paliativní přístup (10).

Vzhledem k tomu, že v současnosti k dystanázii často dochází, bývá pasivní eutanázie vnímána jako právo na přirozenou smrt. Prakticky se jedná o nebránění vstupu smrti. Klíčovým problémem je vytvoření systému kritérií, na jejichž základě by bylo možné určit, že další léčba bude marná (8).

Marná léčba – léčba, která nevede k záchraně života, uchování zdraví či udržení kvality života. Není v zájmu pacienta, nepomáhá mu a zbytečně ho zatěžuje strádáním či rizikem komplikací. Léčba, která se jeví jako marná a neúčelná nemá být indikována ani prováděna (21).

Asistovaná sebevražda – je zvláštní formou eutanázie. Pacient si přeje zemřít a žádá lékaře o metodickou radu či prostředek k realizaci odchodu ze života. Akt

ukončení života vykonává pacient sám za asistence lékaře. Jasný je úmysl lékaře, aby se pacient sám usmrtil (27).

Prenatální eutanázie – pojem označuje interrupce ze sociálních důvodů. Odborníci jej často odmítají. Důvodem je, že nechtěné dítě není nemocné, těžko se dá hovořit o nesnesitelných bolestech a neblahé prognóze a o milosrdnou smrt dítě nežádá. O jeho bytí a nebytí rozhoduje matka.

Sociální eutanázie – pojem je v České republice málo používán. V podstatě jde o to, že by bylo spravedlivé a žádoucí, aby všichni lidé dostali kdykoli a kdekoli takovou péči, která odpovídá současným poznatkům špičkové medicíny. V praxi se však lidem dostává pouze redukováné péče s ohledem na omezené ekonomické, geografické a vzdělanostní zdroje. Problém sociální eutanázie koresponduje s alokací zdrojů (8).

1.4 Historie eutanázie

1.4.1 Historie eutanázie v kontextu náboženství

Pojem eu – thanatos je doložen od 5. století před Kristem. Pod pojmem bylo možné chápat klidné a lehké umírání, ale také čestnou smrt na bitevním poli ve službě vlasti. Křesťané tento již známý pojem neakceptovali. Dle starozákonních textů je život dar od Boha a jen Bůh rozhoduje o tom, kdy a jak člověk umře. Kromě toho nikdo nemá právo usmrtit druhého člověka. Ve třináctém století významný teolog Tomáš Akvinský tvrdil, že sebevražda je nejnebezpečnější hřích, a to nejen proti božímu zákonu, ale i proti zákonům přírody. V židovské kultuře byla umírajícím věnována všestranná péče. Lékaři byli vyzíváni, aby těmto lidem pomáhali nést jejich úděl. Doporučovány byly modlitby za šťastnou smrt.(19), (32).

Rovněž v islámu je eutanázie nepřipustná. Podle Koránu je Bůh tvůrcem života. Nikdo nemá právo spáchat sebevraždu nebo v sebevraždě napomáhat jinému. Důraz je kladen na milosrdnost Alláha (19), (34).

Náboženství jihovýchodní Asie, tedy buddhismus a hinduismus se k eutanázii staví odmítavě. Buddhisté i hinduisté jsou přesvědčeni, že utrpení je součástí života. Každý člověk musí odčinit své nedostatky cestou strasti. Pokud by se chtěl člověk zbavit utrpení předčasně, stejně by si duše odnesla do příštího zrození špatnou karmu, jež způsobila nespokojenost sebevraha s nynějším životem (5).

1.4.2 Eutanázie a antičtí myslitelé

Řeční lékaři i filozofové si cenili zdraví a výrazně byl tak rozvíjen kult tělesné zdatnosti. Mnozí učenci se stavěli za možnost dobrovolného odchodu ze života. Praktikováno bylo usmrcování defektních dětí. Zmínky o eutanázii lze nalézt v Platónově spisu O ideálním státu (23).

Pro klasické národy to co mi dnes nazýváme eutanázií, nutně neznamenalolo skutek usmrcení či urychlení smrti. Důraz byl kladen na způsob umírání

a na to, jak se člověk postaví dobrovolné smrti. Důležité bylo, aby člověk umíral „dobrou smrtí“, v klidu a za sebekontroly. Aby došlo k smrti s uvedenými vlastnostmi, bylo možné lidský život zkrátit.

Jednotliví myslitelé pohlíželi na tento problém různě.

Pythagorejci (572 – 497 př. Kr.) s eutanázií nesouhlasili z náboženských důvodů. Zdůrazňovali respekt k lidskému životu. Lidská existence je dle pythagorejců spojená s bolestí, utrpením i těžkou smrtí proto, že se jedná o potrestání za předchozí hříchy. Vtělená duše má určenou dobu trvání a předčasné ukončení života je přestupkem proti božskému řádu. V Hippokratově přísaze, která vznikla v prostředí pythagorejských myslitelů, je eutanázie výslovně zakázána.

Sokrates (470 – 399 př. Kr.) byl zřejmě ovlivněn okolnostmi předjímání vlastní smrti. Strach ze smrti je podle něj něčím nemoudrým. Byl přesvědčen, že nic nemůže uškodit člověku dobrému, ať v životě anebo po smrti. V bolesti a utrpení viděl důvod nelpět na životě. Apeloval na lékaře, aby zbytečně neprotahovali přirozený proces umírání.

Platón (427 – 347 př. Kr.) pohlížel na sebevraždu negativně. V případě bolestivé nevyléčitelné choroby však v některých případech ukončení života schvaloval. Odmítá názor, že člověk vděčí za život bohům. Ve spise *Politeia* je patrný názor, že eutanázie nevyléčitelně nemocných a nezpůsobilých je přípustná, protože takoví lidé nejsou užiteční ani sobě, ani státu.

Aristoteles (384 – 322 př. Kr.) byl Platónovým žákem, ale na eutanázii měl odlišný názor než jeho učitel. Důrazně vystupoval proti předčasnému ukončování života z důvodů nejrozumnějších těžkostí. Člověk se měl k smrti stavět chabře. Zdůrazňoval úlohu člověka pro dobro státu. Eutanázie zbavuje stát síly a je projevem zbabělosti.

Stoikové připouštěli eutanázii v případě těžkých chorob, bolestí a abnormalit. Zdůrazňovali však osobní odpovědnost jedince vůči ostatním členům společnosti. Zásadně neschvalovali eutanázii jako impulzivní čin v důsledku snahy uniknout povinností života (21).

1.4.3 Eutanázie ve středověku

Problém eutanázie ve spojení s názory na sebevraždu procházel složitým vývojem. Vycházelo se z myšlení stoiků a svůj názor veřejně vyjádřila celá řada středověkých filozofů. Jejich diskuse byly považovány za akademickou záležitost. Lékaři dál léčili v duchu hippokratovské tradice.

T. More (1478 – 1535) se ve svém díle *Utopie* staví k eutanazii kladně. Tvrdí, že nevléčitelně nemocný má mít právo zbavit se svého utrpení.

M. Montaigne (1533 – 1592) zastává názor, že Bůh dává svolení vzít si život v případě, že se tento jeví horší než smrt (19).

F. Bacon (1561 – 1626) vymyslel termín eutanázie pro bezbolestnou, snadnou smrt. Odlišuje vnější eutanázii, k níž patří lékařské postupy usnadňující smrt, od vnitřní přípravy člověka na smrt (34).

D. Hume (1711 – 1776) ve spise „O sebevraždě“ napadá „faleš náboženství“, která člověka nutí prodlužovat život za snesitelnou mez.

I. Kant (1724 – 1804) považoval samovolné ukončení života za nemorální akt (19).

1.4.4 Eutanázie a II. Světová válka

Počátek historie eutanázie jako smrti ze soucitu je datován v roce 1895, kdy v Německu vyšla kniha A. Jorsta *Právo zemřít*. Nedočkala se většího ohlasu. V roce 1920 byla vydána kniha německého právníka K. Bindinga a lékaře A. Hocheho *Poskytnutí souhlasu ke zničení života, který žití není hoden*. Kniha se stala teoretickým, vědeckým i etickým zdůvodněním vyhlazování určitých skupin obyvatelstva nacisty za druhé světové války (19).

Dětský program eutanázie

Programem dětské eutanázie pověřil Hitler svého osobního lékaře Karla Brandta a vysokého nacistického funkcionáře Filipa Bouhlera. Byla nařízena evidence všech novorozenců s výskytem či podezřením na:

- idiocii či mongolismus, zvláště ve spojení s hluchotou a slepotou
- mikrocephalii a hydrocephalus progresivní povahy
- deformity všech druhů, chybějící končetiny, spina bifida atd.
- obrny, včetně Littleovy choroby (27).

Některé z těchto dětí byly vybrány a převáženy na „speciální dětské kliniky“. Zde byly usmrčeny hladem, smrtící injekcí, nebo zemřeli následkem nemocí způsobených podvýživou. Odhaduje se, že do konce války přišlo na klinikách o život 5000 dětí (26).

Eutanázie dospělých

V případě dospělých se jednalo o program T4, který byl systematicky vypracovaný na likvidaci mentálně postižených jedinců. Vznikl na základě prohlášení Filipa Bouhlera, že účelem eutanázie není jen zbavit se životů „nehodných žití“, ale také uvolnit lůžka v nemocnicích v počínající válce. Tento účel byl převeden do ekonomické roviny s přesně stanoveným počtem osob, které mají být zabity. Byl určen poměr 1000 : 10 : 5 : 1. To znamená, že z tisíce lidí deset potřebuje psychiatrickou péči, z nich pět ve formě hospitalizace. Jeden z těchto pěti byl zařazen do programu T4.

K zabíjení bylo využíváno hlavně plynu, ale též vyhladovění či smrtící injekce. Program byl na základě protestů především z řad církevních představitelů v srpnu 1941 zastaven. Do té doby bylo zabito 70273 lidí. Odhaduje se však, že v následujících čtyřech letech zahynulo „skrytou eutanazií“ ještě 70000 obětí (8), (19).

1.5 Eutanázie ve světě

Eutanázie není legalizovaná v žádné zemi. Existují však země, kde se za splnění přísných podmínek praktikuje. Je tedy reálná, nikoliv uzákoněná. V současné době je eutanázie respektována v Holandsku, Belgii, Švýcarsku, Lucembursku a Kolumbii. V americkém státě Oregon existuje zákon o důstojném umírání, který za určitých okolností legalizuje asistovanou sebevraždu (14), (18).

1.5.1 Eutanázie v Holandsku

Aktivní eutanázie je v Holandsku trestným činem s trestní sazbou až 12. let. Eutanázie se zde za určitých podmínek provádí. Jsou-li respektována daná pravidla, je lékaři provádějícímu eutanázii zaručena beztrestnost (6).

Historie holandského liberálního přístupu k eutanázii započala roku 1969 zveřejněním knihy lékaře Jana Henrika van den Berga *Lékařská moc a lékařská etika*. Van den Berg v ní navrhuje, že by lékaři měli být ochotni zabít své těžce nemocné pacienty (8).

Od roku 1973 existují právně formulované podmínky, dle kterých lze hovořit o nouzové situaci, ve které se lékař provádějící eutanázii nachází. V jejím světle je pochopitelné, že lékař vyhoví žádosti pacienta a eutanázii provede. Podkladem pro vznik těchto zásad tzv. rotterdamských pravidel byl soudní proces s lékařkou, která usmrtila svou imobilní, inkontinentní matku prosící o ukončení strastiplného osudu. Lékařka byla odsouzena symbolicky k podmíněnému odnětí svobody na jeden týden (8), (18).

Rotterdamská kritéria:

1. Pacient musí být kompetentní a jeho žádost zcela dobrovolná a úmyslná
2. Žádost musí být dobře uvážena, jasná a opakovaná.
3. Pacient musí nesnesitelně trpět (ne nutně fyzicky) a eutanázie musí být poslední možností. Jiné možnosti musely být vyzkoušeny a shledány neúčinnými.
4. Eutanázii provádí jedině lékař.

5. Lékař vše konzultuje s jiným nezávislým lékařem zkušeným v této oblasti (21).

V roce 1991 byl v Holandsku zveřejněn projekt známý pod názvem **Remmelinkova komise**. Zajímal se o rozložení způsobů úmrtí v Holandsku za jeden rok. Podle jejích zjištění bylo v roce 1990 provedeno 2300 případů eutanázie na vlastní žádost, 400 případů asistované sebevraždy, 1000 ukončení života bez explicitní žádosti pacienta, 8100 lidí zemřelo na podání vysokých dávek analgetik a 7875 pacientů z důvodu ukončení nebo nenasazení léčby. Z výzkumu vyplývá, že se často stává, že lékař bere rozhodnutí o usmrcení pacienta do vlastních rukou. Toto zjištění je alarmující, protože eutanázie má být především chtěným činem (27).

Výsledky této studie byly podkladem pro diskuze o uzákonění eutanázie a asistovaného suicida. V roce 1993 došlo k novelizaci zákona o pohřebnictví, který zakotvuje ohlašovací povinnost a následnou imunitu pro lékaře, který vykonal eutanázii. Zákon, který označuje eutanázii za trestný čin je přesto nadále v platnosti (7), (32).

V roce 2001 došlo k schválení návrhu zákona pod názvem *Prověření ukončení života na žádost pacienta a pomoc při sebezabití*. Nejedná se o legalizaci eutanázie a napomáhání dobrovolné smrti, neboť obě tyto formy zůstávají trestné. Přesto se jedná o rozšíření možností požádat o vlastní smrt. Dle tohoto zákona mohou o eutanázii žádat také nezletilí. U šestnácti až sedmnáctiletých je potřeba spolurozhodnutí rodičů, u dvanácti až šestnáctiletých výslovný souhlas zákonného zástupce.

Roku 2004 byl zveřejněn tzv. **Groningenský protokol**, dle kterého má být umožněna eutanázie i u novorozenců. V protokolu je stanoveno pět podmínek: novorozené dítě musí velmi trpět, neexistuje naděje, že mu pomohou léky nebo operace, rodiče musí s ukončením jeho života souhlasit a postup musí schválit nezávislí lékaři. Dle dostupných zdrojů dochází v Nizozemí ročně k eutanázii u 10 až 15 novorozenců (7).

1.5.2 Eutanázie v Belgii

Belgická právní úprava stanoví postup pro pacienty usilující o ukončení svého života formou eutanázie. Smrt z rukou lékaře mohou v Belgii přijmout pouze lidé nevléčitelně nemocní, vystavení stálému nesnesitelnému a nepotlačitelnému fyzickému nebo psychickému utrpení. Žadatelé musí být plnoletí, příčetní a plně informovaní o svém zdravotním stavu a nadějích na vyléčení. O eutanázii musí dvakrát předem požádat a být si přitom hluboce vědomi důsledků této žádosti. Pokud žádající osoba není v konečném stadiu nemoci, musí být vypracováno lékařské stanovisko o jejím zdravotním stavu a prognóze.

Každá provedená eutanázie musí být oznámena speciální komisi, která přezkoumá, zda lékař, který eutanázii provedl, postupoval v souladu s belgickým právem. Komise se skládá z lékařů, profesorů medicíny, právníků a osob, které jsou v kontaktu s nevléčitelně nemocnými (1).

1.5.3 Eutanázie ve Švýcarsku

Ve Švýcarsku působí organizace s názvem **Exit** a **Dignitas** (důstojnost), které poskytují asistovanou sebevraždu těm, kteří o to požádají. Poukazují přitom na zákon z roku 1942, podle kterého není pomoc k sebevraždě trestným činem, pokud za ní nestojí egoistické zájmy.

V praxi nevléčitelně nemocný projeví zájem o ukončení života a kontaktuje lékaře z organizace Exit nebo Dignitas. Podepíše žádost o asistovanou sebevraždu a na základě receptu získá smrtící látku. Vlastní akt asistovaného suicida je vykonán v prostorách uvedených organizací. Služby obou organizací hradí klient a jsou poměrně nákladné. Dignitas pomáhá ke smrti také cizincům. V roce 2003 žádalo o eutanázii dvě stě šedesát osob a z toho devadesát tři cizinců. Vzhledem k obavám z eutanatické turistiky povolily některé švýcarské nemocnice přísně kontrolovanou formu asistované sebevraždy ve svých prostorách (8).

1.5.4 Eutanázie ve Velké Británii

V Anglii působí společnost Exit, jejíž hlavním cílem je legalizace vyžádané eutanázie. Od roku 1936 byly předloženy tři návrhy zákonů k legalizaci eutanázie. Žádný z nich však neprošel. Nepodařilo se připravit zákon, který by jasně odlišil přestupek „milosrdného usmrcení“ od vraždy. Nevyšel ani pokus vyloučit trestní stíhání lékaře, který provede eutanázii (26).

Přestože tedy v Anglii není žádná z forem eutanázie povolena, rozhodl o prvním případě pasivní eutanázie britský nejvyšší soud již v roce 1993. Ve svém rozhodnutí povolil přerušit umělou hydrataci a výživu pacienta, který se po úrazu mozku nacházel čtyři roky ve vegetativním stavu (1).

1.5.5 Eutanázie v Austrálii

Většina australských států má Společnost pro vyžádanou eutanázii, která má za oficiální program legalizaci vyžádané eutanázie. Jako první na světě Australský region Severní Teritorium přijal zákon umožňující eutanázii. Stalo se tak roku 1996 a již v roce 1997 byl federálním parlamentem zrušen. V době jeho trvání podstoupili eutanázii čtyři lidé (1).

1.5.6. Eutanázie v USA

První národní společnost pro legalizaci eutanázie byla založena roku 1938. Zpočátku se orientovala na nevyžádané usmrcování, především defektních novorozenců. Tento její cíl se setkal se značnou opozicí, proto se společnost omezila na eutanázii vyžádanou.

V roce 1967 se společnost zasadila o přijetí zvláštního fondu k prosazení tzv. životní vůle – living will. V současné době ji uplatňuje většina amerických států. Jde o prohlášení občanů pro případ osobní neschopnosti rozhodnout o vlastní léčbě. Lidé se předem rozhodnou, které léčebné zákroky odmítají v situacích, kdy nebudou moci

komunikovat s lékařem. Mohou ustanovit zákonného zástupce, který kontroluje, zda je jeho sepsané přání plněno. V případě nerespektování living will může rodina nebo předem určená osoba vyvolat soudní spor (26).

V americkém státě Oregon od roku 1997 existuje zákon o důstojném umírání, který za určitých okolností legalizuje asistovanou sebevraždu. Smrtící látku si smí aplikovat pouze pacient. Této možnosti využívají především onkologicky nemocní velmi vzdělaní pacienti (18).

1. 6 Eutanázie v České Republice

V České republice je aktivní eutanázie i asistovaná sebevražda trestným činem, který z etického hlediska odporuje jak Hippokratově přísaze (příloha 2) tak i desateru. Lékař má pacienta léčit a chránit jeho život (13).

Již v minulosti byly u nás určité snahy legalizovat eutanázii, nebo alespoň zmírnit trestní sazbu za její provedení. Návrh československého zákona z roku 1926 obsahoval možnost snížit trest za provedenou eutanázii pod dolní hranici sazby za vraždu, případně upustit od potrestání. V návrhu novelizace československého trestního práva z roku 1937 bylo ustanovení o trestání eutanázie jako přečinu. Ani jeden návrh nebyl přijat.

V roce 1996 přednesl tehdejší ministr spravedlnosti návrh na zákonné zavedení podmínek, za kterých by byla eutanázie provedená lékařem beztrestná. V podstatě ministr doporučoval převzít holandský model. Návrh opět nebyl přijat, zato vyvolal vlny emocí a bouřlivé diskuze laické i odborné veřejnosti.

Dne 1. 12. 2005 Poslanecká sněmovna parlamentu České republiky schválila novelu trestního zákona. Podle ní je eutanázie stále trestným činem, ale s výrazně sníženou trestní sazbou. Obsahuje i beztrestnost. Při projednávání senátu byl návrh zamítnut a vrácen sněmovně k novému jednání. Verze o snížení trestní sazby nakonec z novelizace byla úplně odstraněna, protože ohrožovala její přijetí (8), (22).

V červenci roku 2008 podala senátorka Václava Domšová návrh zákona „o důstojné smrti.“ Zákon měl umožnit asistovanou sebevraždu i aktivní eutanázii. Ta by měla být dostupná především pro pacienty ve stavu nezměnitelného bezvědomí po jejich předchozí žádosti. Senátorka uvedla, že eutanázie by se týkala pouze lidí, jejichž zdravotní stav je beznadějný, nacházejí se ve stavu trvalého fyzického a psychického utrpení, které je výsledkem závažné nevyléčitelné nemoci.

Návrh tohoto zákona neprošel ani horní komorou parlamentu. Předloha podle kritiků, většinou lékařů, legalizuje vědomé zabíjení a nedostatečně řeší hrozbu zneužití. Senátorka Domšová považuje za nejdůležitější otevření odborné diskuze na téma eutanázie. Diskuze podle ní může ukázat na nedostatky paliativní péče (22).

1.6.1 Postoj české veřejnosti k eutanázii

V květnu 2010 mapovalo Centrum pro výzkum veřejného mínění Sociologického ústavu AV ČR, v.v. i. názory občanů na interrupci, eutanázii a trest smrti.

V otázce eutanázie nevyléčitelně nemocného člověka se více než tři pětiny dotázaných přiklání k názoru, že by náš právní řád měl eutanázii umožňovat. 61 % respondentů s uzákoněním eutanázie rozhodně nebo spíše souhlasí, 29 % rozhodně či spíše nesouhlasí. Zbytek se k otázce nedokáže vyjádřit.

Při třídění druhého stupně bylo zjištěno, že s uzákoněním eutanázie častěji nesouhlasí věřící lidé a osoby starší šedesáti let (28).

1.6.2 Postoj České lékařské komory

Stanovisko pracovní skupiny České lékařské komory k problematice eutanázie z dubna 2001 jednoznačně vyjadřuje svůj postoj. V kodexu České lékařské komory (příloha 3) uvádí, že lékař nemá prodlužovat utrpení nemocného s nevyléčitelnou chorobou, ale eutanázie a asistovaná sebevražda jsou nepřipustné (21).

Dne 4. 3. 2010 nabylo účinnosti doporučení představenstva České lékařské komory k postupu při rozhodování o změně léčby intenzivní na léčbu paliativní u pacientů v terminálním stavu, kteří nejsou schopni vyjádřit svou vůli.

Toto doporučení formuluje principy a rámcová doporučení pro poskytování paliativní péče dospělým pacientům neschopným o sobě rozhodovat v konečné fázi nevyléčitelného onemocnění. Mezi nejčastější klinické případy patří pacienti s multiorgánovým selháním a osoby v hlubokém bezvědomí způsobeném ireversibilním poškozením centrální nervové soustavy (16).

Dokument posiluje práva pacientů, neboť jim dává jistotu, že budou léčeni intenzivně, dokud to bude mít smysl. V případě, že již nebude naděje na vyléčení, podporuje využití paliativní péče, která zmírní jejich utrpení(3).

Současně stále platí stanovisko České lékařské komory, že eutanázie a napomáhání k sebevraždě jsou nepřípustné. Nezahájení nebo nepokračování v léčbě nelze zaměňovat s eutanázií, tedy úmyslným ukončením života člověka na jeho přání. Riziko zneužití eutanázie je obrovské. Volání po ní je projevem málo dostupné paliativní péče (17), (30).

1.7 Diskuze na téma eutanázie, argumenty pro a proti.

Eutanázie není jen problémem lékařů, nýbrž celé společnosti. Jedná se o problém, kterým by se měl zabývat každý člověk, protože život nás všech je konečný. Filozoficky je diskuze o eutanázii problémem, zda postavit výše hodnotu lidského života nebo svobodné rozhodnutí jednotlivce (25).

Nejprve je třeba řešit otázku, zda eutanázii připustit či nikoliv. Teprve pak lze diskutovat o tom, za jakých podmínek může být uskutečněna. Téma rozhodování o konci života je kontroverzní a zastánci protichůdných modelů mají každý své argumenty (33).

1.7.1 Argumenty proti

1. Právo na eutanázii není právem vycházejícím z právní vědy a není chráněno žádnou ústavou.
2. Zabíjení nemocných je nepřijatelné po mravní stránce.
3. Dnes již existují prostředky k zvládnutí bolestí a obtíží. Současně dostupná duševní, sociální a spirituální podpora dokazují, že eutanázie není nutná. Nemocní ošetřovaní s porozuměním a soucitem nežádají ukončení života. Nutností je výchova ke kvalitní paliativní péči (21).
4. Eutanázie neznamená autonomní výběr. Nemocní v terminální fázi jsou zranitelní a snadno přijímají názory těch, jimž důvěřují. Svobodnou a dobrovolnou žádost nemocného lze v naprosté většině případů zpochybnit (20).
5. Uzákonění eutanázie by dávalo lékařům obrovskou moc. Lékař rozhoduje, kdy už je léčba zbytečná a utrpení nesnesitelné. Do svých rozhodnutí projektuje svou osobnost, názory, předsudky, hodnoty a představy o životě a smrti. Právní zajištění proti zneužití je prakticky nemožné (21).
6. Eutanázie není ani milosrdná, ani soucitná smrt. Jednání pod vlivem citu není mravně obhajitelné. Správnou cestou je pomoci nemocnému ke skutečně důstojné smrti, ne k zabití.

7. Kluzký svah je nezpochybnitelnou skutečností. Pokud bude lékařům povoleno ukončovat životy nemocných na jejich žádost, hrozí, že tato možnost bude dále rozšiřována. Může se pak týkat osob nevyléčitelně nemocných, ale dosud neumírajících, defektních novorozenců, osob senilních či mentálně postižených. Holandská praxe ukazuje, že kluzký svah je zde skutečností a mezi chtěnou a nechťenou eutanázií je jen krůček (31).
8. Eutanázie není důstojná smrt. Nemoc a smrt nejsou okolnosti zbavující člověka důstojnosti. Důstojnost má člověk jednoduše proto, že je člověkem.
9. Eutanázie není soukromá záležitost. Každý máme vztahy k jiným lidem. Zabíjení je rozvratné pro celou společnost, pro vnímání nedotknutelnosti a ceny života.
10. Eutanázie je v protikladu k hojivému poslání lékařství. Lékař nese plnou odpovědnost za to, co dělá. Úmyslné zabití je závažným skutkem, který nutně vede k narušení lékařovy integrity a samozřejmě i k ohrožení důvěry veřejnosti v lékaře a celé lékařství (21).
11. Připomenutí nacistického programu eutanázie. Bostonský neurolog a psychiatr Leo Alexandr, který se jako poradce účastnil soudu s lékaři v Norimberku, varuje: „Ať již tyto zločiny doznaly jakýchkoliv rozměrů, bylo všem, kteří je zkoumali, jasné, že vždy začínali v malých rozměrech. V počátcích se jednalo o pouhý odklon od důrazu na základní postoj lékařů, kteří přijímali názor, podstatný v akci eutanázie, že totiž existuje život nehodný života. Tento postoj se zpočátku týkal pouze těžce a chronicky nemocných. Postupně se sféra těch, kteří byli zahrnováni do téže kategorie, rozšiřovala o lidi neproduktivní, ideologicky nežádoucí, rasově nežádoucí a nakonec všechny ne-Němce.

Ale je třeba si uvědomit, že právě oním počátkem, z něhož další způsob myšlení získal svůj podnět, byl postoj k nevyléčitelně nemocnému. A je to právě tento zdánlivě nevelký posun v důrazu na postoj lékaře, který je třeba pečlivě zkoumat, jelikož prevence je důležitější než léčba. Pozorování a rozpoznání časných známek a symptomů se staly vždy základem prevence dalšího rozvoje choroby“(20, s. 5, 6)

1.7.2 Argumenty pro

1. Snaha milosrdně zbavit člověka utrpení. Moderní medicína sice dokáže poskytnout prostředky, které zbavují člověka utrpení. V České republice ve zdravotnických zařízeních umírá asi polovina lidí, druhá polovina mimo ně. Je tedy mnoho lidí, kteří jsou ošetřováni v domácím prostředí a trpí, protože domácí péče není na takové úrovni, jak by měla být (24).
2. Respekt k lidským právům, právu na respektování osobní autonomie, právu na soukromí, svobodné rozhodování a právu zemřít. Svoboda rozhodnutí je individuální a existují lidé, kteří nechtějí umírat v hospicích, přestože péče je tam ideální. Podle Evropské úmluvy o lidských právech v biomedicíně má člověk právo rozhodnout, zda v případě onemocnění chce nebo nechce podstoupit léčbu. Pacient je partnerem zdravotníků a má právo svobodně se rozhodovat (24), (31).
3. Eutanázie poskytuje možnost výběru mezi těžkým utrpením a smrtí.
4. Eutanázie dává možnost osvobození od špatné kvality a nízké důstojnosti života. Kvalita života má větší význam než počet prožitých roků. Podle dostupných údajů dnes hlavním motivem žádostí o eutanázii není bolest, ale obava ze ztráty schopnosti vykonávat aktivity, které činí život příjemným, ze ztráty důstojnosti a závislosti na druhých (11), (29).
- 5 Argumenty týkající se Hippokratovy přísahy dnes neobstojí. Jedná se o historický dokument, který má své opodstatnění, ale v současnosti jej nelze brát doslovně. Mimo jiné totiž obsahuje pasáže hovořící o tom, že lékař „nevezme nůž a neučiní řez“ a „nepodá pacientce prostředek k vypuzení plodu.“ Chirurgická léčba a interrupce jsou přesto běžnou součástí medicíny (15).
- 6 Uzákoněním eutanázie se povolí něco, co se již v běžné nemocniční praxi děje. Lékaři jsou v péči o umírající pacienty často postaveni před volbu. Lékaři se musejí rozhodnout, zda pozitivní účinek převýší negativní vedlejší účinky léčby. Hovoří se o principu dvojího efektu. Když lékař pečuje o pacienta, trpícího bolestmi je lékem volby morfium. Morfium účinně tlumí bolest, ale může také utlumit dech. Adekvátní léčba bolesti tedy může vést k nezamýšlenému uspišení smrti (9), (3).

2. Cíl práce a výzkumné otázky

2.1 Cíl práce

Cílem mé práce bylo zmapovat názor ošetrovatelského personálu na eutanázii. Zajímal mne názor všeobecných sester zaměstnaných v Nemocnici České Budějovice a.s. a to na onkologickém, urologickém oddělení a JIP na oddělení následné péče zaměřené na péči o pacienty ve vegetativním stavu.

2.2 Výzkumné otázky

Výzkumná otázka 1 - Přiklání se ošetrovatelský personál na vybraných odděleních Nemocnice České Budějovice a.s. k legalizaci eutanázie, nebo proti ní?

Výzkumná otázka 2 - Jaké důvody vedou ošetrovatelský personál k jeho názoru?

3. Metodika práce a charakteristika výzkumného souboru

3.1 Metodika

Před zahájením výzkumného šetření byly osloveny vrchní sestry oddělení, na kterých měl probíhat výzkum. Díky jejich souhlasu se výzkum mohl uskutečnit.

Pro svou bakalářskou práci jsem zvolila formu kvalitativního šetření. Výzkumné šetření bylo realizováno metodou dotazování. Použita byla technika polostrukturovaného rozhovoru s všeobecnými sestrami na vybraných odděleních v Nemocnici České Budějovice a.s.

Otázky pro rozhovor byly předem připravené a uvádím je v přílohách bakalářské práce (příloha 1). Dotazy se týkaly zejména postoje všeobecných sester k eutanázii. Srozumitelnost otázek byla ověřena pilotáží, která proběhla na urologickém oddělení. Sestry, které se účastnily pilotáže, jsem do vlastního výzkumného šetření nezařadila.

Rozhovory probíhaly v měsících únoru a březnu 2011 na denních místnostech oddělení, kde respondentky pracují. Hovořila jsem vždy pouze s jednou sestrou. Pořadí otázek v rozhovorech jsem důsledně nedodržovala a jejich sled měnila v závislosti na vývoji interview. Pro lepší pochopení odpovědí jsem příležitostně využívala doplňující otázky. Rozhovory byly s ústním souhlasem zúčastněných sester nahrávány na diktafon.

Interview jsem pro větší přehlednost a srozumitelnost zpracovala do kazuistik. Výsledky a nejdůležitější odpovědi byly zaznamenány do tabulek a grafů.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvořilo devět všeobecných sester zaměstnaných v nemocnici České Budějovice a.s. Tři sestry byly vybrány z onkologického oddělení, tři z urologického a zbývající tři z JIP při oddělení následné péče. Pro zachování anonymity jsem sestry v práci označila jako S1 až S9.

Výběr sester byl záměrný a zařazovacím kritériem bylo jejich pracovní zařazení na vybraných odděleních. Všechny sestry s rozhovory souhlasily a na otázky ochotně odpovídaly.

Všeobecné sestry z onkologického oddělení jsem zvolila pro jejich pravidelné setkávání s nevyléčitelně nemocnými pacienty.

Jednotka intenzivní péče spadající pod oddělení následné péče se zaměřuje na péči o pacienty ve vigilním komatu. Vigilní koma je výrazem závažného poškození mozku. Vegetativní kmenové funkce, dýchání, srdeční činnost a hemodynamika jsou zachovány. Při typickém vyjádření stavu chybí schopnost kontaktu s okolím. Vývoj příznivým směrem je vzácný a často ustrne v nedokonalém stádiu úpravy mozkových funkcí (4). Toto zaměření oddělení bylo důvodem, proč jsem oslovila sestry zde pracující.

Sestry zaměstnané na urologickém oddělení jsem vybrala jako jakýsi protiklad k předchozím dvěma oddělením. Také na tomto pracovišti se sestry setkávají s onkologicky nemocnými lidmi. Terminální fáze onemocnění se všemi svými obtížemi se zde však vyskytuje zřídka.

4. Výsledky

4.1 Rozhovory se sestrami

Pro zpráhlednění byly rozhovory zpracovány do kazuistik.

Kazuistika sestry číslo 1 (S1)

Všeobecná sestra pracuje na urologickém oddělení. Její věk je třicet šest let. Ve zdravotnictví pracuje osmnáct let. Celý čas na urologii. Vystudovala střední zdravotnickou školu a absolvovala postgraduální studium v oboru anestézie a resuscitace.

Ve svém zaměstnání se setkává s nevyléčitelně nemocnými. Na oddělení se řeší nádorová onemocnění, která pacienty ohrožují na životě. Pacienti často po chirurgickém zákroku odcházejí domů bez potřeby další onkologické léčby. Velkou skupinu pacientů tvoří lidé, kteří jsou na oddělení hospitalizováni opakovaně. Příkladem jsou nádorová onemocnění močového měchýře, po jejichž odstranění je třeba močový měchýř pravidelně kontrolovat.

Sestra udává, že pokud je na oddělení přijat člověk v terminálním stádiu onemocnění, trpící bolestmi diskutují s kolegy o ukončení terapie a také eutanázii.

Přesnou definici eutanázie nezná, představuje si pod ní ukončení života pacienta.

Hlavní důvod pro eutanázii sestra vidí v ulehčení od utrpení. Vypráví, že zažila nevyléčitelně nemocné pacienty, kteří byli zcela zdeptáni bolestí nereagující na léčbu. Několikrát zažila, že ji pacienti prosili o pomoc ukončit život. Bylo to pro ni i celý ošetrovatelský tým stresující, jelikož těmto lidem nedokázali ulevit.

Jako důvod proti eutanázii uvádí velké riziko zneužití. Především u starých lidí se obává zneužití ze strany rodiny, kdy jako důvody vidí peníze nebo potřebu péče.

Podle sestry by svéprávný člověk měl mít možnost rozhodovat o svém životě a smrti. Myslí si, ale že by o ukončení života neměl žádat lékaře. Lékař má nemocné léčit, přísahal tak v Hippokratově přísaze. Sestra si neumí představit, že by lékaři měli

úmyslně nemocným způsobovat smrt. Pokud chce člověk zemřít, má si podle sestry pomoci sám. Sestra však neodsuzuje asistovanou sebevraždu.

Eutanázie by se dotazovaná nezúčastnila, nedokázala by žít s pocitem, že někomu úmyslně vzala život. Osobně by ani nedala návod k způsobení smrti.

Eutanázie by v České republice podle sestry legalizována být neměla. Obává se zneužití. Nevěří, že ji lze zákonem ošetřit tak dobře, aby nedošlo ke zneužití.

Názor na eutanázii u sestry ovlivňuje především setkávání s nevléčitelně nemocnými. Udává, že zažila situace, kdy sama v sobě řešila dilema, zda by pro nemocného nebylo lepší rychle zemřít. Myslí si, že jako zdravotní sestra má možnost a povinnost umírajícímu v jeho těžkém údělu poskytnout psychickou podporu, pohodlí a zajistit důstojné umírání. Spíše než bojovat za eutanázii by zdravotníci a politici měli usilovat o rozšíření hospicové péče. Sestra vysvětluje, že v hospici zdravotníci dokáží nemocnému zajistit důstojné podmínky, kontakt s rodinou a mají zkušenosti s přístupem k umírajícím.

Téma je podle dotazované velice složité a nelze je hodnotit černobíle. Je těžké jednoznačně určit, zda je eutanázie dobrá nebo špatná. Jednodušší rozhodování mají podle sestry věřící lidé, kteří zastávají názor, že život může dávat a brát jedině Bůh.

Kazuistika sestry číslo 2 (S2)

Všeobecná sestra, věk třicet pět let, pracuje na urologickém oddělení již deset let. Předtím pracovala dva roky na hematologickém oddělení ve fakultní nemocnici v Brně. Celková praxe je dvanáct let.

Vystudovala střední zdravotnickou školu v oboru všeobecná sestra.

Na oddělení se setkává s onkologickými pacienty. Ti po chirurgickém výkonu odcházejí buďto domů bez potřeby další terapie, nebo do péče onkologů. S úmrtím na nevléčitelnou nemoc se setkává zřídka.

Pod pojmem eutanázie chápe klidnou spokojenou smrt.

Jako důvody pro eutanázii uvádí nesnesitelné bolesti, trápení a zbytečné prodlužování života nevléčitelně nemocných.

Proti eutanázii podle dotazované hovoří především riziko zneužití, třeba od příbuzných, pro které by byl nemocný zátěží. Dále by člověk mohl předčasně vzdát boj s nemocí. Zneužít eutanázii by mohli také zdravotníci, kteří by cítili „moc nad životem a smrtí“.

Žádost o eutanázii od pacienta zažila několikrát. Uvádí, že ji lidé v terminálním stádiu několikrát žádali o ukončení života, aby se zbavili bolestí a nemohoucnosti. Bylo pro ni těžké v těchto situacích reagovat.

„ Jako sestra jsem mohla pouze aplikovat léky proti bolesti a být těm lidem nablízku, hovořit s nimi a tak. “

Právo rozhodovat o své smrti by lidé v terminálním stadiu nevléčitelné nemoci podle dotazované jednoznačně měli mít.

V otázce případné asistence lékaři při provedení eutanazie si není jistá. Spíše by byla ochotna ukončit léčbu, než podat smrtící látku. Uvádá, že si není jistá, zda by dokázala žít s vědomím, že pomohla zabít člověka.

Přiklání se k legalizaci eutanazie v České republice. Ta by podle ní směla být prováděna pouze ve výjimečných případech. Dále by musela být stanovena přísná kritéria pro výběr pacientů. Důležité by byly také zákony, které by zabránily zneužití.

Sestřin názor na eutanázii nejvíce ovlivnila praxe na hematologickém oddělení, kam nastoupila po ukončení studia na střední škole. Zde se často setkávala s těžce nemocnými a umírajícími lidmi. Zažívala pocit beznaděje z toho, že trpícím nedokáže pomoci. Jediné co mohla dělat, byla aplikace léků a péče o pohodlí. Vypráví, že na velký počet pacientů bylo málo sester a nebylo možné s lidmi blíže probírat jejich trápení. Často umírali osamoceni.

Největší problém diskutovaného tématu vidí sestra v samotném systému české zdravotní péče. Myslí si, že je málo hospiců, kde mohou lidé důstojně zemřít v kruhu svých blízkých. Těžce nemocní u nás často umírají na odděleních následné péče, kde je málo personálu. Lidé zde odcházejí osamoceni v často nedůstojných podmínkách a bolestech.

Kazuistika sestry číslo 3 (S3)

Všeobecná sestra na urologickém oddělení ve věku čtyřicet let. Ve zdravotnictví pracuje dvacet jedna let. Po celou dobu na urologickém oddělení. Nejvyšší dosažené vzdělání je středoškolské. V současnosti studuje bakalářský obor ošetrovatelství na vysoké škole.

Sestra uvádí, že se v zaměstnání setkává s onkologicky nemocnými lidmi. Nádory vylučovacího ústrojí nebo mužského pohlavního ústrojí se řeší chirurgicky. Pokud se tak stane včas, není často nutná další onkologická léčba. Nevyléčitelně nemocní a nemocní v terminálním stadiu onemocnění jsou na oddělení hospitalizováni zřídka. S terminální fází nevyléčitelné nemoci má sestra zkušenosti z rodiny.

Téma eutanázie je někdy předmětem diskusí v pracovním kolektivu. Blíže se však s touto problematikou setkala v rámci nynějšího studia.

Eutanázii definuje jako úmyslné ukončení života nevyléčitelně nemocného člověka na jeho vlastní žádost.

Důvodem pro eutanázii je podle dotazované neřešitelná bolest, ztráta soběstačnosti a další lékařsky neovlivnitelné obtíže terminální fáze onemocnění. Jako například časté zvracení a obtížné dýchání. Uvádí také ztrátu smyslu života, pokud člověk již nemůže vykonávat aktivity, které ho těšily a byly pro něj dříve samozřejmostí.

Proti legalizaci eutanázie hovoří zejména riziko zneužití a „kluzkého svahu.“ Sestra je informovaná o zkušenostech z Holandska, kde se stále zjednodušují podmínky pro její provedení a je tak dostupná pro větší okruh lidí. Jako nejlepší alternativu péče o těžce nemocné vidí paliativní péči. Současně si však uvědomuje, že v České republice zatím není dostatečně rozvinutá a dostupná všem potřebným.

S žádostí o provedení eutanázie od nemocných ani jejich rodiny se nesetkala. O přání ukončit svůj život se sestrou hovořil její otec, který umíral na leukémii. Protože si uvědomoval, že u nás není legálně možná, nikoho o ni nežádal. V případě povolení eutanázie, by tuto možnost pravděpodobně využil a jeho rodina by jej v jeho přání podpořila.

Sestra míní, že člověk by za určitých podmínek měl mít právo rozhodovat o své smrti.

Pokud by eutanázie byla povolena, neměla by problém při ní asistovat. Ze svých zkušeností ví, jaké utrpení může nemoc způsobit. Svou spoluúčast při aktu ukončení života by proto vnímala jako pomoc trpícímu člověku, který se svobodně rozhodl zemřít.

Dotazovaná se přiklání k povolení eutanázie v České republice. Míní, že by neměla být legalizována, ale měla by být uzákoněna beztrestnost pro lékaře, který ji provede. Podmínkou je stanovení přísných kritérií a opatření zabráňujících zneužití.

Názor na eutanázii u sestry ovlivňuje zaměstnání, ale především zkušenosti z rodiny. Viděla umírat svou sestru na karcinom hrtanu a otce na leukémii. Obě tyto situace pro ni byly psychicky velmi náročné. Jako zdravotník se snažila oběma poskytovat maximální péči. Prožívání choroby bylo u obou jejích blízkých rozdílné.

Otec býval aktivní člověk, ztrátu možnosti věnovat se svým koníčkům a následnou závislost na péči okolí vnímal velmi negativně. Svou situaci nenáviděl a do poslední chvíle se s ní nevyrovnal. Přál si, aby jej smrt co nejdříve vysvobodila z bolestí a trápení. Naproti tomu sestra pevně věřila v uzdravení. O možnosti ukončit předčasně svůj život nemluvila a dotazovaná je přesvědčena, že by možnost eutanázie nevolila. Eutanázii dotazovaná vnímá jako možnost volby pro osoby, které svůj stav vnímají jako neúnosný.

Největších problémů týkajících se eutanázie sestra uvádí několik. Jako největší vnímá problém zákonných opatření, které by zabraňovaly možnému zneužití. Nelehká by byla také otázka zodpovědnosti za povolení a provedení eutanázie. Měli by svolení k ukončení života dávat lékaři, právníci nebo speciální komise? Dotazovaná míní, že je zapotřebí o problematice diskutovat nejen s odbornou, ale také laickou veřejností.

Kazuistika sestry číslo 4 (S4)

Všeobecná sestra na JIP při oddělení následné péče ve věku čtyřicet osm let. Ve zdravotnictví pracuje dvacet devět let. Po celou dobu na tomto oddělení. Nejvyšší dosažené vzdělání je středoškolské.

Na oddělení pečují o pacienty ve vegetativním stavu, což je důsledek závažného poškození mozku. Tento stav je většinou trvalý.

S kolegyněmi pravidelně diskutují téma eutanázie. Vede je k tomu především nezvratný stav jejich pacientů. Eutanázii definuje, jako ukončení života pacienta rukou lékaře. Jako důvody hovořící pro eutanázii sestra uvádí utrpení pacienta, bolesti a ztrátu smyslu života.

Důvodem proti eutanázii je podle ní riziko zneužití. S žádostí o eutanázii od pacienta ani jeho rodiny se v praxi nikdy nesetkala. Sestra míní, že pokud člověk trpí a již nechce být na světě, měl by mít právo svůj život ukončit.

V otázce asistence při provedení eutanázie sestra neví, zda by byla ochotná se jí aktivně účastnit. Měla by problém s výčitkami svědomí.

Dotazovaná se přiklání k legalizaci eutanázie v České republice. Zároveň ji však děsí riziko zneužití. Předpokladem pro povolení eutanázie by podle ní bylo vytvoření přísných pravidel a zákonů.

Názor na eutanázii u sestry ovlivňuje její práce. Prakticky denně se setkává s lidmi, kteří mají nízkou kvalitu života, neuvědomují si sebe sama ani své okolí. K zlepšení stavu dochází spíše výjimečně a bývá pouze částečné. Lidé ve vigilním komatu bezmocně leží a někdy i dlouhá léta čekají na smrt. Trpícími nejsou pouze pacienti, ale zejména jejich rodiny.

Největší problém týkající se eutanázie na oddělení, kde sestra pracuje, vidí v tom, že pacienti jsou zbaveni svéprávnosti a nemohou poskytnout souhlas. Mají určené opatrovníky z rodiny, kteří by v případě legalizace eutanázie rozhodovali za ně. Sestra míní, že rodinní příslušníci by souhlas s eutanázií nedali.

Kazuistika sestry číslo 5 (S5)

Všeobecná sestra na JIP při oddělení následné péče, věk třicet sedm let. Praxe v oboru sedmnáct let na odděleních následné péče, urologii a pět let na stávajícím oddělení. Nejvyšší dosažené vzdělání je středoškolské.

Pracuje s pacienty ve vigilním komatu. Sestra říká, že tito lidé mají těžce poškozený mozek, nekomunikují a je velmi těžké stanovit, zda mají bolesti, nebo jiné trápení. Usuzovat na tyto stavy lze prakticky jedině podle změn fyziologických funkcí. Ke zlepšení stavu dochází pouze ve výjimečných případech. Pacienti jsou na oddělení hospitalizováni až deset let. Jejich život ukončuje nejčastěji infekce nebo srdeční arytmie.

Téma eutanázie s kolegyněmi diskutuje v souvislosti s konkrétním pacientem, jehož stav se jeví jako lidsky nedůstojný. S kolegyněmi se shodují, že by raději zvolily dobrovolný odchod ze života, než přežívat ve stavu jako jejich klienti.

Eutanázii sestra definuje jako ukončení životních útrap vážně nemocného pacienta za pomoci medikamentů, které způsobí smrt.

Důvodem pro eutanázii je utrpení a právo člověka na svobodnou volbu. Člověk by měl mít právo ukončit svůj život, který je pro něj z důvodu nevyléčitelného onemocnění neúnosný.

Důvodem proti eutanázii je riziko zneužití.

S žádostí o eutanázii od pacienta ani jeho rodiny se nesetkala. Zažila však, že se sama pacientka chtěla zabít. Měla metastázy na mozku, stavy plného vědomí u ní střídaly stavy zmatenosti. Právě za plného vědomí odmítala stravu a odstraňovala si tracheostomii, která udržovala průchodnost dýchacích cest. Nakonec zemřela na srdeční arytmií. Její trápení však trvalo téměř dva měsíce.

Sestra udává, že by byla ochotná asistovat lékaři při provedení eutanázie za předpokladu, že by byla povolena. Svou účast by chápala jako službu trpícímu člověku.

Přiklání se k legalizaci eutanázie v České republice. Směla by však být prováděna pouze v přísně individuálních případech. Například, při prudkém zhoršování stavu nevyléčitelně nemocného v terminálním stádiu onemocnění.

Dotazovanou v jejím názoru na eutanázii ovlivňují zkušenosti ze zaměstnání. Setkává se s osudy často mladých lidí, kteří se z plného zdraví dostali do stavu naprosté bezmocnosti a závislosti. Lékařská ani ošetrovatelská péče často nepřináší zlepšení a čeká se na komplikaci, která ukončí pacientův život. Těžké je také setkávání se s rodinami postižených. Protože navštěvují své blízké dlouhodobě, je možné pozorovat, že jsou depresivní a často psychicky i fyzicky chátrají. Do posledních chvil však doufají, ve zlepšení stavu svých blízkých natolik, že se budou moci opět zapojit do normálního života. Dalším důvodem, který sestru ovlivňuje, je to, že v našich nemocnicích umírá velký počet lidí v nedůstojných podmínkách, bolestech a osamocení. Je nedostatečně rozvinutá paliativní péče.

V tématu eutanázie vidí největší problém v otázce odpovědnosti.

„Kdo by za rozhodnutí o eutanázii a její provedení nesl odpovědnost“?

Kazuistika sestry číslo 6 (S6)

Všeobecná sestra na JIP při oddělení následné péče. (dříve apalická JIP)

Věk třicet dva let a délka praxe u lůžka čtrnáct let. Na nynějším pracovišti je zaměstnána čtyři roky, dříve pracovala na interním oddělení. Nejvyšší dosažené vzdělání je středoškolské.

Na oddělení pečuje o pacienty ve vigilním komatu. Tento stav lze označit jako nevyléčitelný, jelikož je většinou trvalý. Náprava poškozených funkcí mozku není častá, a pokud se tak stane, zlepšení je pouze mírné.

Eutanázii v kolektivu řeší poměrně často. Kvalitu života svých pacientů považují za velmi nízkou. Přemýšlejí, zda by si tito lidé, pokud by se mohli vyjádřit, nezvolili raději smrt.

Eutanázii definuje jako ukončení života nemocného člověka na jeho žádost.

Důvodem pro povolení eutanázie je podle mínění sestry bolest, utrpení tělesné i psychické, ztráta kvality života a závislost na péči okolí.

Proti povolení eutanázie hovoří hlavně riziko zneužití. Zneužít by ji mohli zdravotníci i rodinní příslušníci nemocných.

Sestra se během své praxe nesetkala s žádostí o eutanázii od pacienta ani jeho rodiny. Lidé ve vigilním komatu se v naprosté většině vyjadřovat nemohou a je možné se pouze dohadovat, nakolik si uvědomují svůj stav. Rodinní příslušníci, kteří jsou určeni jako opatrovníci a mají právo rozhodovat za postižené, by podle dotazované, žádost o eutanázii nepodali. Často se jedná o rodiče mladých lidí po autonehodách, kteří pevně věří ve zlepšení stavu.

Lidé by podle sestry měli mít právo rozhodovat o své smrti. Ona osobně by chtěla mít možnost odmítnout resuscitaci a dlouhodobé udržování života na přístrojích.

Eutanázie by se sestra aktivně účastnit nechtěla. Pokud by byla legalizována, měli by ji provádět vyškolení odborníci. Ona cítí spíše potřebu nemocné chránit a pečovat o ně.

Dotazovaná se přiklání k legalizaci eutanázie v České republice. Myslí si, že vývoj společnosti povede k tomu, že bude povolena ve většině vyspělých zemí. Jako podmínku legalizace vidí vznik účinných zákonných opatření zabráňujících zneužití.

Názor na eutanázii u dotazované jednoznačně ovlivňuje zaměstnání. V prostředí ve kterém pracuje, nemají argumenty jako paliativní péče a hodnota lidského života velkou váhu. Pacienti, o které v zaměstnání pečuje, nejsou schopni navázat kontakt se svým okolím a ve svém lůžku vlastně čekají na smrt. Tento stav trvá i mnoho let a netrpí jím pouze postižení, ale také jejich blízcí.

Největší problém v tématu eutanázie spatřuje ve složitosti samotné diskuse, zda ji povolit či nikoliv. Vždy bude mít své zastánce i odpůrce a dohodnout se na přijatelném řešení bude jistě velmi složité.

Kazuistika sestry číslo 7 (S7)

Věk dvacet pět let a délka praxe šest let. Na onkologickém oddělení pracuje dva roky. Nejvyšší dosažené vzdělání sestry je středoškolské.

Sestra se v zaměstnání setkává s onkologicky nemocnými pacienty. Někdy onemocnění nelze onkologickou ani chirurgickou léčbou zvládnout a bývá pro člověka smrtelné.

V pracovním kolektivu diskutují téma eutanázie.

Eutanázii definuje, jako ukončení života nevyléčitelně nemocného pacienta pomocí medikamentu na jeho žádost. Jako důvody pro eutanázii uvádí utrpení a bolest nemocných.

Důvodem proti eutanázii je riziko zneužití. Sestra udává, že pacienti s ní hovoří o přání ukončit svůj život. O pomoc při ukončení života ji však žádný z nich vysloveně nepožádal. Podle její zkušenosti vyjadřují přání zemřít nejčastěji starší lidé.

Dotazovaná míní, že člověk by měl mít právo rozhodovat o své smrti. V demokratickém státě by člověk měl sám rozhodovat o svém životě.

Pokud by byla v České republice eutanázie povolena, sestra by byla ochotná asistovat lékaři při jejím provedení. Dle jejího názoru je lepší ukončit život trpícího člověka, který o to sám žádá, než zbytečně prodlužovat jeho trápení.

Sestra se přiklání k legalizaci eutanázie v České republice. Míní, že by si každý o svém životě měl rozhodovat sám. Důležité by byly zákony, zabráňující zneužití.

Názor na eutanázii u sestry ovlivňuje především práce na onkologickém oddělení. Setkává se s pacienty, kteří nemají naději na vyléčení, a jejich onemocnění provází spousta obtíží. Ti by měli mít možnost o ukončení života požádat.

Největší problém týkající se eutanázie sestra spatřuje v současné politické situaci. Míní, že bude trvat ještě dlouhou dobu, než najdou politici odvahu uznat, že lidé mají právo svobodně rozhodovat o svém životě a smrti.

Kazuistika sestry č. 8 (S8)

Sestra pracuje na onkologickém oddělení. Její věk je padesát šest let. Ve zdravotnictví pracuje třicet šest let a z toho na onkologii dvacet osm let. Nejvyšší dosažené vzdělání je středoškolské.

V zaměstnání se setkává s lidmi trpícími onkologickými onemocněními. Mnohá z těchto onemocnění lze označit jako nevyléčitelná. Na druhé straně lze dnes mnoho případů úspěšně léčit a vyléčit. Sestra vysvětluje, že onkologie není „oddělení smrti“, jak se většina lidí domnívá. Ve své práci spatřuje mnoho pozitivních okamžiků. Setkávání s těžce nemocnými ji naučilo vážit si obyčejných věcí a užívat si život bez stresování se z nepodstatných věcí.

S kolegyněmi na oddělení diskutují téma eutanázie a sledují vývoj situace v naší republice. Zejména se však zabývají potřebou rozvoje paliativní péče a nových opatření k léčbě nezvladatelných bolestí a dalších obtíží spojených s terminální fází onemocnění.

Eutanázii definuje jako ukončení života pacienta na jeho vlastní žádost.

Jako důvody pro eutanázii uvádí vyčerpání sil člověka, který již nemá naději na uzdravení.

Argumentem proti eutanázii je podle dotazované riziko zneužití. To hrozí ze strany rodiny nemocných i od samotných zdravotníků. Sestra také míní, že „*pokud bude dobře nastavena léčba bolesti, nebudou pacienti volat po eutanázii*“.

Ve své praxi se sestra setkala pouze jedenkrát s tím, že ji pacientka prosila, aby jí podala nějaké léky, po kterých usne a už se neprobudí. Na tento případ dodnes vzpomíná a stále v ní vyvolává negativní emoce. Jednalo se o pacientku, která umírala na onkologické onemocnění, trpěla silnými bolestmi a ošetřující lékař odmítl zvýšit dávkování morfinu s tím, že pokud by dávku zvýšil, pacientce utlumí dýchání a podpoří tak eutanázii. Pacienti se sestrou hovoří o přání zemřít, ale nejedná se o žádosti o eutanázii. Tu by prý volilo jen velmi malé procento lidí.

Dotazovaná míní, že svěprávný člověk by měl mít možnost rozhodovat o své smrti. Z etického hlediska vnímá tuto možnost jako správnou a odpovídající

svobodě lidského rozhodnutí. Zakotvit takové právo do zákonů by však bylo velice obtížné.

Sestra by byla ochotná asistovat lékaři při výkonu eutanázie. Podmínkou by bylo její povolení a osobní přesvědčení, že se jedná o nejlepší možnost pro daného člověka. Nikdy by se nezúčastnila eutanázie některého ze svých blízkých.

Eutanázii by v České republice spíše nepovolila vzhledem k vysokému riziku zneužití. Současná politická situace prý podporuje zneužívání všeho a eutanázie by jistě nebyla výjimkou.

Názor na eutanázii u dotazované ovlivňuje především její zaměstnání. Eutanázii nevnímá jako vyloženě špatnou, pro určité pacienty by jistě byla vysvobozením. V současné politické situaci by však její legalizace ohrozila mnoho lidí, za které by rozhodli zdravotníci či příbuzní, že jejich život již ztratil smysl.

Jako největší problém v tématu eutanázie vidí nedostatečnou informovanost pacientů ohledně jejich zdravotního stavu. Pravda je jim často podávána neúplně a na její vyslovení lékaři dlouho čekají. Plně informovaní bývají zpravidla příbuzní, ale ti nemocného před negativní skutečností chrání. Ten pak nemá šanci obstarat si své poslední záležitosti, natož rozhodnout o tom, jak si přeje zemřít.

Kazuistika sestry č. 9 (S9)

Všeobecná sestra na onkologickém oddělení. Věk padesát sedm let. Praxe třicet sedm let, z toho dvacet dva na onkologii. Nejvyšší dosažené vzdělání sestry je středoškolské.

Sestra pečuje o pacienty s nádorovými onemocněními. Mnohé z nich se nepodaří zcela uzdravit. Pravidelně se setkává se smrtí. Úmrtí na onkologickou diagnózu však není nutně spojeno s utrpením. Pokud je u nemocného dobře nastavená léčba bolesti, odchází zpravidla v klidu a důstojně.

V pracovním kolektivu diskutují o tématu eutanázie. Zabývají se tím, kdo s ní souhlasí a kdo je proti, podmínkami pro její legalizaci a také tím, pro které pacienty by byla vhodná.

Eutanázii sestra definuje jako plánované ukončení života nevyléčitelně nemocného pacienta na jeho vlastní žádost.

Jako důvody pro eutanázii uvádí ušetření utrpení pacienta i jeho rodiny a závislost na péči.

Proti eutanázii hovoří riziko zneužití ze strany zdravotníků a příbuzných. Dotazovaná se dále obává, aby si pod psychickým tlakem nevolili smrt i zdraví lidé.

Dotazovaná uvádí, že ji několikrát těžce nemocní, trpící lidé prosili, aby jim podala léky, po kterých se již neprobudí. Snažila se s nimi o jejich problému hovořit, nic víc pro ně udělat nemohla.

Otázka na právo člověka rozhodovat o své smrti je pro sestru rozporuplná. Jako věřící člověk zastává názor, že člověk si život nedal a nemá si ho ani brát. Utrpení některých nemocných je však tak velké, že by jim toto právo přála.

Vykonání eutanázie by se osobně účastnit nechtěla. Neodsuzovala by však zdravotníky, kteří ji provedou.

S legalizací eutanázie v České republice spíše nesouhlasí. Míní, že morální kodex prostředí české populace není tak vysoký, aby nebyl důvod obávat se zneužití.

Sestra již viděla mnoho lidského utrpení, a proto si myslí, že eutanázie není špatná myšlenka. Její názor dále ovlivňuje situace v českém zdravotnictví, zejména nedostatečně rozvinutá a všem přístupná paliativní a hospicová péče.

Největší problém v tématu eutanázie spatřuje v tom, kdo by nesl odpovědnost za rozhodnutí, že je nemocný vhodným adeptem pro eutanázii. „ *Kdo by rozhodoval o tom, že jsou vyčerpány všechny možnosti léčby a život člověka již nemá smysl.* “

3.2 Analýza rozhovorů v tabulkách a grafech

Tabulka 1: Věk, praxe a vzdělání respondentek

Oddělení	Označení	Věk	Délka praxe	Praxe na konkrétním oddělení	Vzdělání
Urologické oddělení	S1	36	18	18	středoškolské
	S2	35	12	10	středoškolské
	S3	40	21	21	středoškolské
JIP při oddělení následné péče	S4	38	29	29	středoškolské
	S5	37	17	5	středoškolské
	S6	32	14	4	středoškolské
Onkologické oddělení	S7	25	6	2	středoškolské
	S8	55	36	28	středoškolské
	S9	57	37	22	středoškolské

Respondentky ve věku dvacetpět až padesátsedm let mají ukončené středoškolské vzdělání a celkovou délku praxe od šesti do třicetisedmi let.

Tabulka 2: Definice eutanázie

Oddělení	Označení	Definice eutanázie
Urologické oddělení	S1	Ukončení života pacienta.
	S2	Klidná spokojená smrt.
	S3	Úmyslné ukončení života nevyléčitelně nemocného člověka na jeho vlastní žádost.
JIP při oddělení následné péče	S4	Ukončení života pacienta rukou lékaře.
	S5	Ukončení životních útrap vážně nemocného pacienta za pomoci medikamentů, které způsobí smrt.
	S6	Ukončení života nemocného na jeho žádost.
Onkologické oddělení	S7	Ukončení života nevyléčitelně nemocného pacienta na jeho žádost.
	S8	Ukončení života pacienta na jeho žádost.
	S9	Plánované ukončení života nevyléčitelně nemocného pacienta na jeho vlastní žádost.

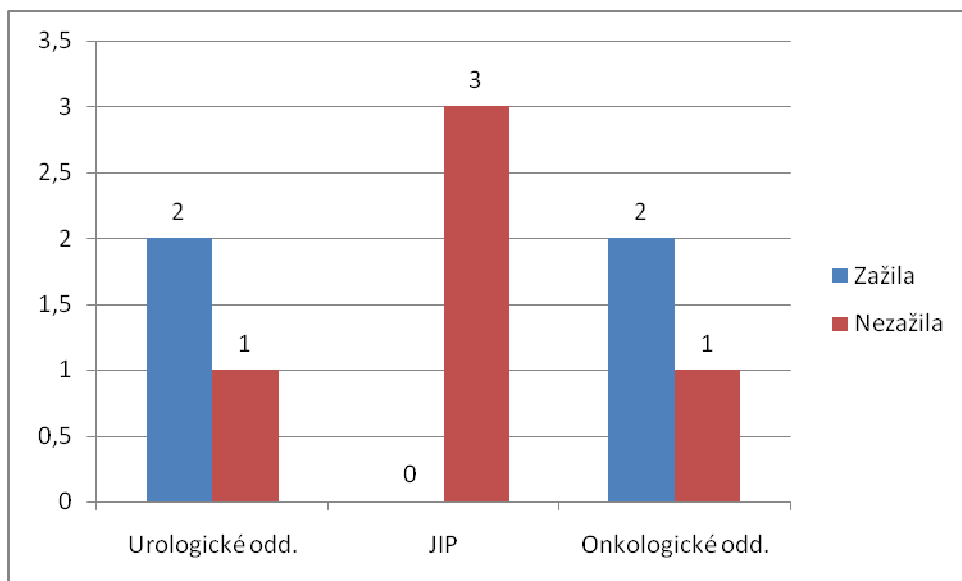
Tabulka 3: Důvody pro eutanázii

Oddělení	Označení	Důvody pro eutanázii
Urologické oddělení	S1	Ulehčení od utrpení.
	S2	Nesnesitelné bolesti, utrpení, zbytečné prodloužení života.
	S3	Neřešitelná bolest a další obtíže terminální fáze onemocnění, ztráta kvality života, ztráta soběstačnosti.
JIP při oddělení následné péče	S4	Utrpení pacienta, bolesti, ztráta smyslu života.
	S5	Utrpení nemocného.
	S6	Bolest, tělesné a psychické utrpení, ztráta kvality života, závislost na péči okolí.
Onkologické oddělení	S7	Utrpení a bolest.
	S8	Vyčerpání sil člověka, který již nemá naději na uzdravení a selhání léčby bolesti.
	S9	Utrpení a závislost na péči.

Tabulka 4: Důvody proti eutanázii

Oddělení	Označení	Důvody proti eutanázii
Urologické oddělení	S1	Riziko zneužití, především u starých lidí ze strany rodiny.
	S2	Riziko zneužití, předčasná kapitulace nemocného v boji s nemocí.
	S3	Riziko zneužití, „kluzký svah“, paliativní péče.
JIP při oddělení následné péče	S4	Riziko zneužití.
	S5	Riziko zneužití.
	S6	Riziko zneužití ze strany zdravotníků nebo příbuzných.
Onkologické oddělení	S7	Riziko zneužití.
	S8	Riziko zneužití ze strany zdravotníků či rodiny, správně nastavená léčba bolesti.
	S9	Riziko zneužití ze strany zdravotníků, rodiny či zdravých lidí, kteří by ji volili pod psychickým tlakem.

Graf 1: Zkušenosti s žádostí o eutanázii od pacienta či jeho rodiny



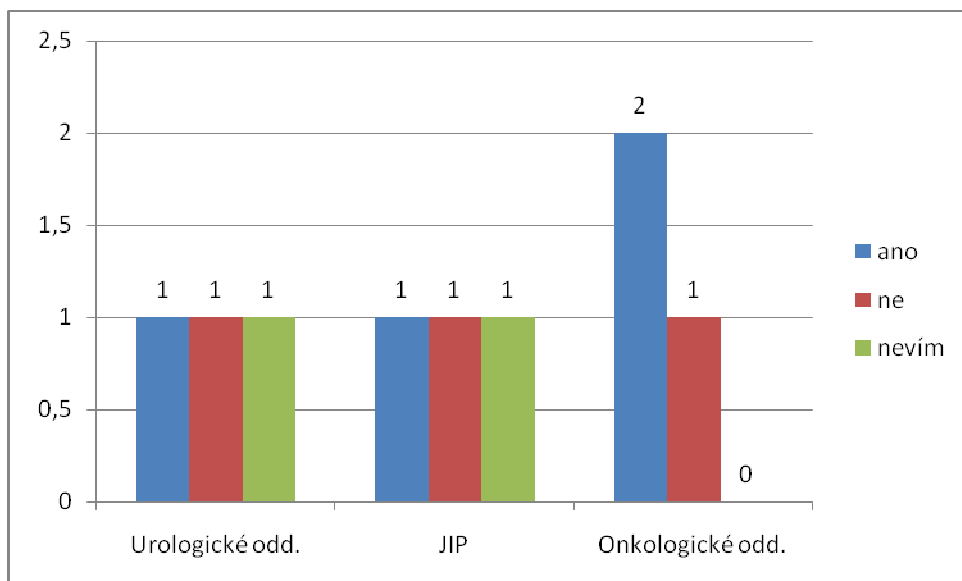
S žádostí o eutanázii od pacienta nebo jeho rodiny se setkaly celkem čtyři respondentky. Dvě z urologického oddělení a dvě z onkologického oddělení. Respondentku S3. z urologického oddělení nežádal o eutanázii pacient, ale o přání ukončit život s ní hovořil otec. Pět sester nemá zkušenost s žádostí o eutanázii.

Tabulka 5: Právo člověka rozhodovat o své smrti.

Oddělení	Označení	Ano, má právo	Ne, nemá právo
Urologické oddělení	S1	Ano	
	S2	Ano	
	S3	Ano	
JIP při oddělení následné péče	S4	Ano	
	S5	Ano	
	S6	Ano	
Onkologické oddělení	S7	Ano	
	S8	Ano	
	S9	Spíše ano	

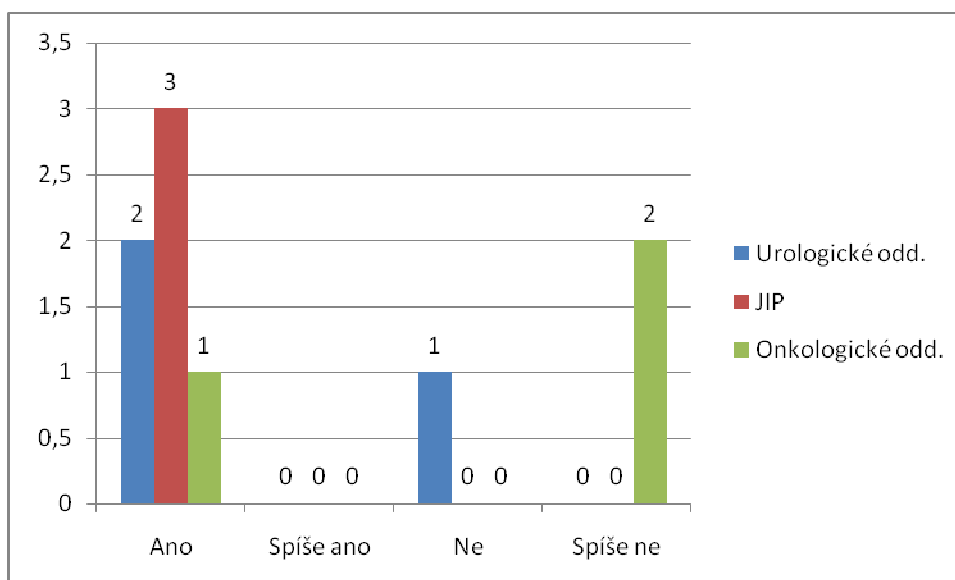
Sestra S9 uvedla, že otázka na právo člověka rozhodovat o své smrti je pro ni rozporuplná. Jako věřící zastává názor, že člověk si život nedal a nemá právo si ho ani brát. Některým trpícím nemocným by však toto právo přála.

Graf 2: Ochota sester asistovat lékaři při provedení eutanázie.



Z celkového počtu sester by pět bylo ochotných asistovat lékaři při výkonu eutanázie. Tři sestry by se eutanázie nezúčastnily a dvě odpověděly, že neví. Jako důvod nejistoty a neochoty asistovat uváděly výčitky svědomí.

Graf 3: Názor na povolení či legalizaci eutanazie



Celkem se pro povolení eutanázie vyjádřilo šest respondentek. Jedna respondentka s povolením eutanázie nesouhlasí a jedna spíše nesouhlasí. Sestra S3. z urologického oddělení míní, že eutanazie by v České republice neměla být legalizována, ale měla by být uzákoněna beztrestnost pro lékaře, který ji provede. Respondentky, které se přiklánějí k legalizaci eutanazie v České republice, uvádějí jako podmínku vznik zákonů a přísných kritérií, které by zabraňovali zneužití. Respondentky, které s povolením eutanazie v České republice spíše nesouhlasí, udávají jako důvod vysoké riziko zneužití.

Tabulka 6: Situace, které ovlivňují názory respondentek

Oddělení	Označení	Situace ovlivňující názor respondentek
Urologické oddělení	S1	Setkávání s nevyléčitelně nemocnými.
	S2	Setkávání s nevyléčitelně nemocnými.
	S3	Zaměstnání, úmrtí otce a sestry na onkologické onemocnění.
JIP při oddělení následné péče	S4	Zaměstnání – péče o pacienty ve vigilním kómatu, utrpení pacientů i jejich rodin.
	S5	Zaměstnání - péče o pacienty ve vigilním kómatu, nedostatečně rozvinutá paliativní péče, skutečnost, že mnoho lidí umírá v nemocnicích v nedůstojných podmínkách.
	S6	Zaměstnání – péče o pacienty ve vigilním kómatu
Onkologické oddělení	S7	Zaměstnání na onkologickém oddělení.
	S8	Zaměstnání na onkologickém oddělení.
	S9	Zaměstnání a situace v českém zdravotnictví, především nedostatečně rozvinutá paliativní a hospicová péče.

Tabulka 7: Největší problémy v tématu eutanazie.

Oddělení	Označení	Problém – názory respondentek
Urologické oddělení	S1	Složitost tématu, je těžké jednoznačně určit, zda je eutanazie dobrá nebo špatná.
	S2	Systém české zdravotní péče – nedostatek hospiců.
	S3	Vznik zákonných opatření zabraňujících zneužití eutanazie, otázka odpovědnosti za povolení a provedení eutanazie, potřeba diskuze odborné i laické veřejnosti.
JIP při oddělení následné péče	S4	Pacienti ve vigilním kómatu jsou zbaveni svéprávnosti. Opatrovníci z rodiny by souhlas s eutanázií nedali.
	S5	Otázka odpovědnosti za povolení eutanazie.
	S6	Složitost diskuze, zda eutanázii povolit či nikoliv.
Onkologické oddělení	S7	Politická situace v České republice. Neochota politiků připustit, že lidé mají právo svobodně rozhodovat o svém životě a smrti.
	S8	Nedostatečná informovanost pacientů o jejich zdravotním stavu.
	S9	Otázka odpovědnosti, kdo má rozhodovat o tom, že jsou vyčerpány všechny možnosti léčby a život člověka již nemá smysl?

5. Diskuse

Pro svou bakalářskou práci jsem si zvolila téma eutanázie. Cílem práce je zmapovat názor ošetrovatelského personálu na vybraných odděleních Nemocnice České Budějovice a.s.

Stanovila jsem dvě výzkumné otázky. 1. Přiklání se ošetrovatelský personál k legalizaci eutanázie nebo proti její legalizaci? 2. Jaké důvody vedou ošetrovatelský personál k jeho názoru? Pro získání odpovědí na výzkumné otázky jsem provedla kvalitativní šetření metodou dotazování. Výzkumný soubor tvořily tři sestry z urologického oddělení, tři z onkologického a tři z JIP při oddělení následné péče. Sestry ve věku od dvacetipěti do padesátisedmi let měly všechny středoškolské vzdělání. Výsledky rozhovorů jsem zpracovala do kasuistik a pro zpřehlednění také do tabulek a grafů. V diskusi se pokouším srovnat výsledky získané výzkumným šetřením s informacemi z dostupné literatury a svým vlastním názorem.

Téma eutanázie je diskutováno zejména odbornou veřejností a týká se lékařů, právníků, filosofů a teologů. V teoretické části práce jsem vycházela zejména z prací profesorky Marty Munzarové a profesorky Heleny Haškovcové, které k lékařské etice přivedly zkušenosti s péčí o těžce nemocné. Obě jsou významnými osobnostmi na poli lékařské etiky nejen v České republice, ale také v zahraničí. Upozorňují na hrozbu zneužití eutanázie, její nepřípustnost z hlediska etiky a usilují o rozvoj paliativní medicíny.

Stejně jako obě profesorky mluvily všechny oslovené respondentky o zkušenosti s nevléčitelně nemocnými lidmi. Sestry na onkologickém oddělení pečují o nemocné s nádorovými onemocněními, které jsou i přes pokroky dnešní medicíny stále často nevléčitelné. Na JIP při oddělení následné péče se sestry starají o pacienty ve vegetativním stavu, kdy poškození mozkových funkcí je obvykle trvalé. Otevřeně hovořily o nízké kvalitě života těchto osob a psychickém vypětí, které prožívají příbuzní postižených. Respondentky z urologického oddělení se setkávají s těžce nemocnými lidmi, ale terminální fáze onemocnění se na jejich pracovišti objevuje zřídka. Předpokládala jsem, že vzhledem k omezeným zkušenostem s umíráním a smrtí

na nevyléčitelné onemocnění budou jejich názory na eutanázii odlišné od názorů zbývajících respondentek. Tato má domněnka se nepotvrdila a tyto sestry odpovídaly v podobném duchu jako sestry, pro které je umírání a smrt pacienta běžnou součástí práce.

Všechny respondentky uvedly, že o tématu eutanázie v kolektivu pravidelně hovoří. Toto zjištění dokazuje, že eutanázie je stále aktuálním tématem a sestry mají zájem vyjádřit svůj postoj. Haškovcová v Lékařské etice (7) uvádí, že je žádoucí, aby diskuse byla kvalifikovaná. Dočteme se, že eutanázii lze jako jednu z možností závěru lidského života pokládat za klasické morální dilema, v němž je rozhodující volba kritéria. Munzarová (21) upozorňuje, že diskuse jsou často zatíženy matením pojmů a pokládá za nutné tyto pojmy jasně vymezit.

Při rozhovorech jsem se respondentek ptala, zda dokáží definovat eutanázii. Svou definici eutanázie mi podaly všechny. Dle Munzarové (21) se v současnosti většina autorů ztotožňuje s holandskou definicí eutanázie, podle které se jedná o úmyslné ukončení života osoby na její explicitní žádost někým jiným než osobou samotnou. Sestra S1. eutanázii definovala jako ukončení života pacienta. Oproti všeobecně přijímané definici v jejím pojetí chybí tři podstatné body. Jedná se o úmysl, žádost a označení osoby, která eutanázii provádí. Tyto nedostatky vykazuje také definice sestry S5. Respondentka S2. chápe eutanázii jako klidnou, spokojenou smrt. To se, jak uvádí Haškovcová (7) shoduje s tradičním pojetím eutanázie jako dobré smrti (z řeckého eu – dobrý a thanatos – smrt). Teprve s rozvojem medicíny došlo k posunu vnímání eutanázie jako smrti z milosti.

Nejpřesněji definovala eutanázii sestra S3., která v současnosti studuje Zdravotně sociální fakultu v oboru všeobecná sestra. Její definice jako úmyslné ukončení života nemocného člověka na jeho vlastní žádost, postrádá ve srovnání s holandskou definicí pouze vyjádření, že život ukončí někdo jiný než nemocný člověk. Podobně lze chápat i pojetí eutanázie u respondentky S9. Úmysl pouze nahradila slovem plán. Lékaře jako vykonavatele eutanázie označila sestra S4. V její definici však postrádám úmysl a žádost nemocného. Zbývajících respondentky S6, S7 a S8 ze svého pojetí vypustily úmysl a označení vykonavatele eutanázie jako někoho jiného

než samotného nemocného. Právě označení vykonavatele eutanázie je podle mne důležité pro odlišení eutanázie od asistované sebevraždy, kterou provede nemocný sám. Lékař je mu pouze rádce a pomocníkem. Z analýzy odpovědí vyplývá, že by bylo prospěšné zvýšit informovanost sester v pojmech týkajících se eutanázie. Pak se mohou stát důležitou součástí odborné veřejnosti diskutující o tomto složitém tématu.

Jako důvody pro eutanázii uvedly všechny respondentky bolest a utrpení. S těmito argumenty souhlasí Paško (24), který uznává, že v současnosti medicína má prostředky, jak úspěšně řešit bolest, ale to lze většinou jen ve zdravotnických zařízeních. Mnoho lidí v domácím ošetření dle Paška skutečně trpí, jelikož možnosti domácí péče jsou omezené. Také Munzarová (21) upozorňuje na nedostatky v řádném tlumení bolesti a výchova k dobré paliativní péči je podle ní nutností.

Sestry S3, S6 a S9 vidí jako důvod pro eutanázii ztrátu soběstačnosti a závislost na péči. V dokumentu *Eutanásie – víme o čem mluvíme* (29) Martina Špinková a Štěpán Špinka vysvětlují, že v současnosti není hlavním důvodem žádostí o eutanázii bolest, ale právě obava z nesamostatnosti, ztráty důstojnosti a ztráty schopnosti vykonávat aktivity zpříjemňující život.

Všechny respondentky se shodly a jako důvod proti eutanázii uvedly riziko zneužití. Jedná se o asi nejsilnější argument odpůrců eutanázie vůbec. Hrozbu zneužití ve svých dílech připomínají také Virt (34), Haškovcová (8), Munzarová (21) a další. Na to reaguje Paško (24), který argument rizika zneužití považuje za špatný a tvrdí, že zneužito bylo vše, co lidský duch vymyslel, počínaje nožem a atomovou energií konče.

Sestry S3 a S8 považují za argument proti eutanázii také paliativní péči. Stejně jako Munzarová (21), však upozorňují na potřebu jejího rozvoje a zvýšení dostupnosti pro všechny nevyléčitelně nemocné. Proti tomu opět argumentuje Paško (24), který tvrdí, že ne všichni lidé chtějí do hospiců, přestože podmínky jsou tam ideální. Míni, že svobodné rozhodnutí každého je individuální.

V rozhovorech jsem se záměrně o paliativní péči nezmiňovala. Předpokládala jsem totiž, že ji budou respondentky udávat jako významný argument stojící v opozici proti eutanázii. Z rozhovorů vyplynulo, že sestry mají povědomí o paliativní péči

a existenci hospiců. Jejich nedokonalost a nedostupnost však vidí jako problém a jako argument proti eutanázii jej použily pouze dvě. Dle mého názoru za jejich skepsi může částečně nedostatečná informovanost o paliativní a hospicové péči. Bylo by proto prospěšné edukovat všeobecné sestry o možnostech paliativní medicíny a to zejména na odděleních, kde se pravidelně setkávají s nevléčitelně nemocnými pacienty.

Respondentka S3 uvedla také hrozbu „kluzkého svahu“. Také Munzarová (21) se odvolává na zkušenosti z Holandska, kde se rok od roku zvyšují počty osob podstupujících eutanázii a neustále se rozšiřují skupiny lidí, kterým může být poskytována. S tímto argumentem se osobně ztotožňuji i já.

Při rozhovorech jsem se sester tázala, zda se setkaly s žádostí o eutanázii od pacienta nebo jeho rodiny. Kladně odpověděly sestry S1, S2, S8 a S9. Respondentky S3, S4, S5, S6 a S7 se s touto žádostí nesetkaly. Uváděly však, že nemocní s nimi hovořili o přání ukončit své utrpení. Sestry vypověděly, že tyto situace pro ně byly složité, protože neměly příliš mnoho možností, jak nemocným pomoci. Sestra S2 uvedla, že mohla pouze aplikovat léky proti bolesti, být nemocným nablízku a hovořit s nimi. Právě to je podle mého názoru v přístupu k umírajícímu, trpícímu člověku hraje významnou roli. Myslím, že informovanost o paliativní péči by u sester zvýšila jejich jistotu v přístupu k lidem v terminální fázi onemocnění. Podle Špinkové a Špinky (29) stojí za každou žádostí o eutanázii strach, nejistota a volání o pomoc. Pro umírající je velmi důležité, aby jim lidé, kteří o ně pečují, naslouchali, snažili se jim porozumět a dali jim najevo, že jsou pro ně důležití.

Otázka týkající se práva člověka rozhodovat o své smrti vyvolala u všech sester zamyšlení. Všechny se nakonec shodly, že člověk by toto právo mít měl. Také Pafko (24) vnímá svobodu rozhodnutí jako nejvyšší hodnotu v lidském životě. Mínil, že člověk se v dnešní době stává partnerem zdravotníků a má mít možnost rozhodovat o svém životě a smrti.

Munzarová (21) člověku přiznává právo odmítnout přemíru léčby vedoucí k protražovanému umírání. Právo na eutanázii by podle ní narušovalo základní právo na život a integritu člověka. Tvrdí, že eutanázie není svobodným, autonomním výběrem. Nemocní v terminální fázi onemocnění jsou podle ní velmi zranitelní a snadno

přijímají nápady jiných. Vidí zde riziko zneužití ze strany blízkých osob, pro které je péče o nemocného neúnosnou zátěží.

Respondentka S9 jako věřící zastává názor, že o životě a smrti člověka rozhoduje Bůh. Setkávání s utrpením nemocných však u ní vedlo k názoru, že by trpícím lidem právo rozhodovat o své smrti přála. Jankovský (13) s odvoláním na respekt k přirozené etice míní, že člověku nepřísluší, aby rozhodoval o svém životě. Z tohoto hlediska považuje za neetické, aby jedinec žádal svou vlastní smrt.

Zajímavé byly odpovědi na otázku, zda by sestry byly ochotné asistovat lékařům při provedení eutanázie. Vzhledem k tomu, že eutanázie v České republice není povolena, byla otázka hypotetická a z reakcí sester bylo patrné, že o ní dosud nepřemýšlely. Respondentky S1, S6 a S9 si nebyly jisté, zda by asistovaly při eutanázii. Udařily, že by měly problém s výčitkami svědomí. Respondentky S1, S6 a S9 by se eutanázii nezúčastnily. Sestry S3, S5, S7 a S8 by v případě legalizace eutanázie byly ochotné při ní asistovat. Sestra S8 uvedla, že by se nezúčastnila eutanázie svých blízkých.

V souvislosti s touto otázkou jsem prostudovala Mezinárodní kodex pro zdravotní sestry (příloha 4) a Kodex sester navržený Českou asociací sester. O eutanázii se v těchto pro ošetrovatelské povolání důležitých dokumentech nehovoří. Mezinárodní kodex pro zdravotní sestry praví, že sestra je povinna převzít profesionální odpovědnost v péči o zdraví, prevenci chorob a zlepšování zdravotního stavu nemocných, stejně jako za tláčení bolesti. Oba dokumenty připomínají význam respektování důstojnosti, lidských práv a úcty k životu. Kodex sester, který vytvořila Česká asociace sester, informuje, že sestra zodpovědně provádí indikovanou odbornou péči, ale odepře účast na jednání, které odporuje etice a jejímu svědomí.

Téma legalizace či povolení eutanázie za určitých podmínek vyvolává bouřlivé diskuse v mnoha zemích světa. Eutanázie v současnosti není legalizována nikde na světě. Existují však země, kde je zákonem ošetřena beztrestnost pro lékaře, který ji za splnění přísných kritérií provede. Nejvíce známá je díky médiím situace v Holandsku, kde od roku 1982 existuje Vládní komise pro eutanázii (21).

Právě v Holandsku byla vytvořena definice eutanázie, která je dnes společností všeobecně přijímána.

Česká republika není výjimkou a i zde se téma povolení eutanázie diskutuje. Vyjadřují se k ní lékaři, právníci, filosofové, teologové i laická veřejnost. V současnosti je u nás eutanázie i asistovaná sebevražda trestným činem.

V roce 2010 provedlo Centrum pro výzkum veřejného mínění Sociologického ústavu AVČR výzkum, s cílem zmapovat názory občanů na interrupci, eutanázii a trest smrti (28). Z výsledků šetření vyplývá, že více než tři pětiny Čechů se přiklání k názoru, že by náš právní řád měl eutanázii umožňovat. Naproti tomu, jak uvádí Munzarová (21), Česká lékařská komora považuje eutanázii a asistovanou sebevraždu za nepřípustné. Podle předsedy lékařské komory Kubka (30) je riziko zneužití obrovské.

Vyjádření postoje zdravotních sester k eutanázii jsem v literatuře hledala obtížně. V časopise Sestra byly zveřejněny výsledky výzkumu Veroniky Blažkové a Jany Hlinovské, zabývající se názory studentů ošetrovatelství (2). V anketě bylo osloveno 92 studentů oboru všeobecná sestra a porodní asistentka. Respondenti odpovídali na šest otázek vztahujících se k eutanázii. Z výsledků vyplynulo, že 60,4 % dotazovaných souhlasí se zavedením eutanázie v České republice, 20,8 % nemá vyhraněný názor a 18,8 % povolení eutanázie odmítá.

V rámci bakalářské práce se eutanázií zabývala Martina Chobotská (12). Práce obsahuje srovnání postojů k eutanázii u sester pracujících na odděleních ARO a JIP a sester ze standardních oddělení. Z výsledků kvantitativního šetření vyplynulo, že na ARO a JIP s legalizací eutanázie souhlasí 78,8 % dotázaných respondentek a na standardních odděleních 67,2 %.

Mé vlastní výzkumné šetření mělo kvalitativní charakter. Na dotaz zda se přiklání k legalizaci eutanázie v České republice, odpověděly kladně všechny respondentky z JIP při oddělení následné péče, dvě respondentky z urologického oddělení (S2, S3) a jedna sestra z onkologického oddělení (S7). Proti legalizaci se postavila sestra S1 z urologického oddělení a sestry S8 a S9 z onkologického oddělení. Celkově s legalizací eutanázie souhlasí šest sester z devíti.

Na výzkumnou otázku „Přiklání se ošetrovatelský personál k legalizaci eutanázie, nebo proti její legalizaci?“ odpovídám kladně. Ošetrovatelský personál na vybraných odděleních Nemocnice České Budějovice a.s. se jako celek přiklání k legalizaci eutanázie v České republice. Pokud se zaměřím na jednotlivá oddělení, ve sto procentech s povolením eutanázie souhlasí sestry z JIP při oddělení následné péče.

Tento postoj je podle mého názoru ovlivněn zejména nízkou kvalitou života pacientů, o které pečují. Na urologickém oddělení se k legalizaci eutanázie přiklání dvě ze tří dotázaných sester. Zajímavé je, že dvě ze tří dotázaných sester na onkologii s povolením eutanázie nesouhlasí, přestože se s umíráním a smrtí pravidelně setkávají. Jako podmínku legalizace eutanázie sestry udávaly vznik přísných podmínek a kritérií. Vzhledem k malému počtu dotázaných respondentek by bylo pro získání validních výsledků vhodné provést na těchto odděleních kvantitativní šetření s hypotézou – Sestry na vybraných odděleních Nemocnice České Budějovice a.s. se přiklánějí k legalizaci eutanázie v České republice.

Na druhou výzkumnou otázku zabývající se důvody, které vedou ošetrovatelský personál k jeho názoru, odpovídaly respondentky v průběhu celého interview. Postoj k eutanázii ovlivňuje délka praxe, vzdělání, setkávání s nevléčitelně nemocnými lidmi, zájem o téma eutanázie, znalosti základních pojmů a neméně také postoj k svobodné volbě člověka ohledně práva rozhodovat o své smrti.

Sestry měly možnost uvést svou představu o tom, jaké okolnosti ovlivňují jejich názor na eutanázii. Všechny sestry se shodly, že jejich názor ovlivňuje zaměstnání a setkávání s nevléčitelně nemocnými lidmi. Respondentka S3 uvedla kromě zaměstnání zkušenosti z rodiny, kdy na onkologické onemocnění umíral její otec a sestra. Sestry S1, S2a S9 ovlivňuje také situace v českém zdravotnictví a to zejména nedostatečně rozvinutá a všem dostupná paliativní medicína.

Jako problém v tématu eutanázie sestry viděly nedostatečně rozvinutou paliativní péči, otázku zodpovědnosti za povolení a provedení eutanázie a zejména složitost diskuse. Toto vidí jako problém také většina autorů zabývajících se eutanázií. Profesor Pafko (24) vidí jako důležitý bod diskuse to, zda připustíme, že nejvyšší

hodnotou člověka je život nebo svoboda rozhodování. Munzarová (21) udává jako problém neznalost a matení pojmů týkajících se eutanázie u diskutujících osob.

Nedostatečná znalost pojmů vztahujících se k eutanázii byla patrná i z odpovědí respondentek. Dle mého názoru by sestry potřebovaly zvýšit také informovanost o možnostech paliativní medicíny. Tyto informace pak mohou využít v praxi a předávat je svým pacientům. Orientace v problému eutanázie včetně znalosti základních pojmů a znalost paliativní péče jsou podle mne jedním ze základních předpokladů k vnímání sester jako významného článku odborné veřejnosti diskutující téma eutanázie. Vzhledem ke zkušenostem s péčí o nevyléčitelně nemocné by sestry jednoznačně měly vyjádřit své stanovisko k problematice umírání a smrti.

Na základě analýzy výsledků šetření jsem stanovila ještě dvě hypotézy týkající se potřeby edukace sester v tématu eutanázie a paliativní péče. Celkem tedy z výzkumu vyplývají tři hypotézy:

- Hypotéza H1 - Ošetrovatelský personál na vybraných odděleních Nemocnice České Budějovice a.s. se přiklání k legalizaci eutanázie v České republice.
- Hypotéza H2 - Ošetrovatelský personál nemá pro potřeby odborné diskuse dostatečné znalosti v oblasti pojmů vztahujících se eutanázii.
- Hypotéza H3 - Ošetrovatelský personál má potřebu zvýšit edukaci v tématu paliativní medicíny.

6. Závěr

Tématem bakalářské práce je eutanázie z pohledu ošetrovatelského personálu. Zachycuje názory všeobecných sester na urologickém a onkologickém oddělení a na JIP při oddělení následné péče v nemocnici České Budějovice a.s. Cílem práce bylo zmapovat názor ošetrovatelského personálu na vybraných odděleních na eutanázii a tento cíl byl splněn. Výzkum byl proveden formou kvalitativního šetření a to metodou polostrukturovaného rozhovoru. Rozhovory byly přepsány do kazuistik a odpovědi pro zpřehlednění zpracovány do tabulek a grafů.

Stanoveny byly dvě výzkumné otázky.

Otázka 1 - Přiklání se všeobecné sestry na vybraných odděleních k legalizaci eutanázie, nebo proti ní?

Otázka 2 - Jaké okolnosti ovlivňují jejich názor?

Na základě analýzy rozhovorů jsme získali dvě odpovědi na výzkumné otázky.

Odpověď 1 - Ošetrovatelský personál na vybraných odděleních Nemocnice České Budějovice a.s. se přiklání k legalizaci eutanázie.

Odpověď 2 - Ošetrovatelský personál v názoru na eutanázii ovlivňuje délka praxe, vzdělání, setkávání s nevléčitelně nemocnými lidmi, zájem o téma eutanázie, znalost základních pojmů, postoj k svobodné volbě člověka ohledně práva rozhodovat o své smrti a situace v českém zdravotnictví, zejména nedostatečně rozvinutá a všem dostupná paliativní péče.

Z výzkumu vyplývá, že respondentky mají nedostatečnou znalost v oblasti pojmů vztahujících se k eutanázii a poměrně málo informací o možnostech paliativní medicíny. Pro zapojení sester do odborné diskuse by proto bylo vhodné zvýšit jejich edukaci v těchto zásadních oblastech.

Na základě analýzy rozhovorů byly stanoveny tři hypotézy.

Hypotéza H1 - Ošetrovatelský personál na vybraných odděleních Nemocnice České Budějovice a.s. se přiklání k legalizaci eutanázie v České republice.

Hypotéza H2 – Ošetrovateľský personál nemá pro potreby odborné diskuse dostatečné znalosti v oblasti pojmov vzťahujúcich se eutanázií.

Hypotéza H3 – Ošetrovateľský personál má potrebu zvýšiť edukáciu v tematu paliatívnej medicíny.

Pro získání reprezentativních výsledků by bylo vhodné výzkum doplnit kvantitativním šetřením a to zejména v otázce názoru ošetrovateľského personálu na legalizaci eutanázie.

7. Seznam použité literatury:

1. BERKA, Vít; SUM, Tomáš. Eutanazie ve světě. *Epravo.cz* [online]. 20.5.2005, č.3, [cit. 2011-03-20]. Dostupný z: <<http://www.epravo.cz/top/clanky/eutanazie-ve-svete-33479.html>>. ISSN 1213-189x
2. BLAŽKOVÁ, Veronika; HLINOVSKÁ, Jana. Eutanázie z pohledu studentů ošetrovatelství. *Sestra* [online]. 10.4.2008, č.4, [cit. 2011-04-02]. Dostupný z :<<http://www.zdn.cz/clanek/sestra/eutanazie-z-pohledu-studentu-osetrovatelstvi-356450>>. ISSN 1214-7664
3. ČLK radí lékařům jak již neléčit nevyléčitelné. *Zdravotnické noviny*. 8.3.2010, roč. 64, č.3, s. 1. ISSN 1214-7664
4. DRÁBKOVÁ, Jarmila. *Polytrauma v intenzivní medicíně*. Vyd.1. Praha: Grada Publisching, 2002. 307 s. ISBN 80-247-0419-6
5. HALÍK, Tomáš. *Prolínání světů : ze života světových náboženství*. Vyd.1. Praha: Lidové noviny, 2006. 279 s. ISBN 80-7106-834-9
6. HAŠKOVCOVÁ, Helena. Eutanázie jako aktuální nebo věčný problém?. *Grano Salis* [online]. 29.5.2002, č.5, [cit. 2011-03-15]. Dostupný z: <<http://www.granosalis.cz/modules.php?name=Newsafile=articleasid=756>>.
7. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Lékařská etika*. 3.dopl. vyd. Praha: Galén, 2002. 272 s. ISBN 80-7262-132-7
8. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie : nauka o umírání a smrti*. 2. dopl. vyd. Praha : Galén, 2007. 244 s. ISBN 978-80-7262-471-3

9. HOLDEREGGER, Adrian. *Grundlagen der Moral und der Anspruch des Lebens : themen der Lebensethik*. Wien : Herder Freiburg, 1995. 338 s. ISBN 3-451-23546-3

10. Hospice.cz : o důstojném životě terminálně nemocných [online]. 18.6.2010 [cit. 2011-03-20]. Slovník pojmů. Dostupné z: <[http:// www.hospice.cz/slovník-pojmu/](http://www.hospice.cz/slovník-pojmu/)>

11. CHMELÍK, Bohumil , et al. *Ochrana života IV. : budovanie spoločnosti pre všetkých*. Vyd.1. Trnava : Trnavská univerzita, Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce, 2003. 199 s. ISBN 80-89104-44-4

12. CHOBOTSKÁ, Martina. *Postoj sester k eutanázii na oddělení ARO a JIP* [online]. [s.l.] : Jihočeská universita v Českých Budějovicích, 2008. 86 s. Bakalářská práce. Jihočeská universita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. Dostupné z: <<http://theses.cz/id/n52ndd/>>.

13. JANKOVSKÝ, Jiří. *Etika pro pomáhající profese*. Vyd.1. Praha: Triton, 2003. 223 s. ISBN 80-7254-329-6

14. KOŘENEK, Josef. *Lékařská etika*. 2.dopl. vyd. Praha: Triton, 2004. 234 s. ISBN 80-7254-538-8

15. KOVÁČ, Petr. Eutanázia na Slovensku? Nehrozí. *SME : denník* [online]. 20.8.2007, [cit. 2011-03-20]. Dostupný z:<<http://www.sme.sk/c/3441930/peter-kovac-eutanazia-na-slovensku-nehrozi.html>>.

16. KUBEK, Milan, et al. Doporučení představenstva ČLK č. 1/2010 k postupu při rozhodování o změně léčby intenzivní na léčbu paliativní u pacientů v terminálním stavu, kteří nejsou schopni vyjádřit svou vůli. *Tempus medicorum : časopis české lékařské komory*. 29.3.2010, roč. 13, č. 3, s. 2-5. ISSN 1214-7524

17. KUBEK, Milan. Vždy pomáhat, nikdy škodit. *Tempus medicorum : časopis české lékařské komory*. 29.3.2010, roč. 13, č. 3, s. 1. ISSN 1214-7524
18. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Etika v ošetrovatelství*. Vyd.1. Praha: Grada Publisching, 2007. 164 s. ISBN 978-80-247-2069-2
19. LAJKEP, Tomáš. Eutanázie - poznámky o teorii a praxi. *Zdravotnické noviny*. 14.11.2002, roč. 28, č.11, s. 32. ISSN 1244-7664
20. MUNZAROVÁ, Marta. Co mluví i dnes proti eutanázii?. *Zdravotnické právo v praxi*. 2006, roč. 4, č.1, s. 4-6. ISSN 1214-2883
21. MUNZAROVÁ, Marta. *Eutanázie, nebo paliativní péče?*. Vyd.1. Praha: Grada Publisching, 2005. 108 s. ISBN 80-247-1025-0
22. NĚMCOVÁ, Barbora. Eutanázie v Česku zůstává nelegální, Senát změny zamítl. *IDnes.cz : zprávy* [online]. 18.9.2008 [cit. 2011-03-20].
Dostupný z: <http://zpravy.idnes.cz/eutanazie-v-cesku-zustava-nelegalni-senat-zmeny-zamitl-pi8-/domaci.asp?c=A08918_190510_domaci>If>.
23. ONDOK, Josef Petr. *Bioetika, biotechnologie a biomedicína*. Vyd.1. Praha: Triton, 2005. 214 s. ISBN 80-7254-486-1
24. PAFKO, Pavel. Svobodu vnímám jako nejvyšší hodnotu života. *Zdravotnické noviny*, 14. 7. 2008, roč. 48, č.7, s. 17. ISSN 1214-7664
25. PAFKO, Pavel; VORLÍČEK, Jiří. Má se eutanázie stát součástí českého zdravotnictví?. *Respekt.cz* [online]. 14.11.2007, [cit. 2011-03-20]. Dostupný z: <<http://respekt.ihned.cz/duel/cl-37492540-ma-se-eutanazie-stat-soucasti-ceskeho-zdravotnictvi>>. ISSN 1801-1446

26. POLLARD, Brian. *Eutanazie - ano či ne?*. Vyd.1. Praha: Dita, 1996. 209 s. ISBN 80-85926-07-5
27. PROKOP, Jiří. Eutanázie - víme co to skutečně je?. *Paliativní medicína* [online]. 2007, č.3, [cit. 2011-03-15]. Dostupný z: <<http://paliativnimedicina.cz/prilohy/151.pdf>>.
28. ŠAMANOVÁ, Gabriela *Centrum pro výzkum veřejného mínění, Sociologický ústav AVČR* [online]. 2010 [cit. 2011-04-02]. Veřejné mínění o interrupci, eutanázii a trestu smrti. Dostupné z: <http://www.cvvm.cas.cz/upl/zpravy/101044s_ov100614.pdf>.
29. ŠPINKOVÁ, Martina; ŠPINKA, Štěpán. *Eutanázie : víme o čem mluvíme?*. Vyd.1. Praha: Cesta domů, 2006. 42 s. (ISBN neuvedeno)
30. ŠULCOVÁ, Jana. Eutanázie se může obrovsky zneužívat, říká Kubek. *Parlamentní listy.cz* [online]. 10.3.2010, č.3, [cit. 2011-03-20]. Dostupný z: <<http://www.parlamentnilisty.cz/vlada/160952.aspx>>.
31. ŠUSTEK, Petr. Eutanazie: pro a proti. *Juristic : právo a medicína* [online]. 2002, roč.2, č.4 [cit. 2011-03-20]. Dostupné z: <<http://medico.juristic.cz/149249>>. ISSN 1802-789x
32. THOMASMA, David C., et al. *Od narození do smrti : Etické problémy v lékařství*. Vyd.1. Praha: Mladá fronta, 2000. 392 s. ISBN 80-204-0883-5
33. TŘEŠŇÁK, Petr. Eutanazie:bezbolestné pokušení. *Respekt.cz* [online]. 10.11.2007, č.45, [cit. 2011-03-15]. Dostupný z: <<http://respekt.ihned.cz/c1-36314910-eutanazie-bezbolestne-pokuseni>>. ISSN 1801-1446
34. VIRT, Günter. *Žít až do konce : Etika umírání, smrti a eutanázie*. Vyd.1. Praha: Vyšehrad, 2000. 96 s. ISBN 80-7021-330-2

8. Klíčová slova

Eutanázie

Umírání

Smrt

Diskuze

Všeobecná sestra

Bolest

Autonomie

9. Přílohy

1. Otázky pro rozhovor se sestrami
2. Hippokratova přísaha
3. Etický kodex České lékařské komory
4. Mezinárodní kodex pro zdravotní sestry

Příloha číslo 1

Otázky pro rozhovor:

1. Kolik je Vám let?
2. Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví? (Na tomto oddělení?)
3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
4. Setkáváte se ve svém zaměstnání s nevyléčitelně nemocnými?
5. Setkala jste se ve své profesi s tématem eutanázie?
6. Dokážete definovat eutanázii?
7. Dokážete uvést některé důvody hovořící pro eutanázii?
8. Dokážete uvést důvody hovořící proti eutanázii?
9. Setkala jste se ve své profesi s žádostí o eutanázii od pacienta nebo jeho rodiny?
10. Má podle Vás člověk právo rozhodovat o své smrti?
11. Byla byste ochotná asistovat lékaři při provedení eutanázie, pokud by byla legalizována?
12. Přikláníte se k legalizaci eutanázie v České Republice?
13. Můžete uvést některé situace, které ovlivnily Váš názor na eutanázii?
14. V čem spatřujete v tématu eutanázie největší problém?

Příloha číslo 2

Hippokratova přísaha

„Přisáhám při lékaři Apollonovi a Asklepiovi a Hygieii a Panaceii a při všech bozích a bohyních, jež беру za svědky, že budu plnit podle svých schopností a podle svého úsudku tuto přísahu a smlouvu:

Budu považovat toho, který mě naučil tomuto umění, za rovnocenného svým rodičům a budu žít svůj život v partnerství s ním; bude-li mít potřebu peněz, rozdělím se s ním o svůj díl; budu se dívat na jeho potomky tak jako na své bratry v mužské linii a budu je učit tomuto umění - budou-li si přát být tomuto učení, a to bez odměny a bez smluvní listiny; podělím se o předpisy, ústní instrukce a o všechny ostatní vědomosti se svými syny a se syny toho, který mě učil, a s žáky, kteří podepsali závazek a složili přísahu dle lékařského zákona, ale s nikým jiným.

Budu aplikovat dietetická opatření pro dobro nemocných podle svých schopností a podle svého úsudku; budu je chránit před poškozením a před křivdou.

Nepodám nikomu smrtící látku, i kdyby ji ode mne žádal, a ani nikomu tuto možnost nenavrhuji. Podobně nepodám ženě abortivní prostředek. V čistotě a v posvátnosti budu střežit svůj život a své umění.

Nepoužiji nože, dokonce ani ne u lidí trpících kameny, ale ustoupím ve prospěch těch, kteří se zabývají touto prací. Navštívím-li kterýkoliv dům, přijdu pro blaho nemocného a budu prost jakékoliv záměrné nepravosti, veškeré zlomyslnosti a obzvláště sexuálních vztahů ať se ženami, nebo s muži, ať se svobodnými, nebo s otroky.

Cokoliv uvidím nebo uslyším v průběhu léčení nebo dokonce mimo léčení v pohledu na život lidí, to, co se v žádném případě nesmí šířit mimo dům, vše si nechám pro sebe; vždyť bych se musel stydět o tom mluvit.

Jestliže splním tuto přísahu a neporuším ji, mohu mít zaručeno, že se budu radovat ze života a z umění a že budu ctěn a proslulý mezi všemi lidmi na všechny časy,

které přijdou. Jestliže ji však poruším a budu přísahat falešně, ať je opak toho všeho
mým údělem.“

Příloha číslo 3

Etický kodex České lékařské komory 1996

Obecné zásady (§ 1)

Stavovskou povinností lékaře je péče o zdraví jednotlivce i celé společnosti v souladu se zásadami lidskosti, v duchu úcty ke každému lidskému životu od jeho počátku až do jeho konce a se všemi ohledy na důstojnost lidského jedince.

Úkolem lékaře je chránit zdraví a život, mírnit utrpení a to bez ohledu na národnost, rasu, barvu pleti, náboženské vyznání, politickou příslušnost, sociální postavení, sexuální orientaci, věk, rozumovou úroveň a pověst pacienta či osobní pocity lékaře.

Lékař má znát zákony a závazné předpisy platné pro výkon povolání a ty dodržovat. S vědomím osobního rizika se nemusí cítit být jimi vázán, pokud svým obsahem nebo ve svých důsledcích narušují lékařskou etiku či ohrožují základní lidská práva.

Lékař je povinen být za všech okolností ve svých profesionálních rozhodnutích nezávislý a odpovědný.

Lékař uznává právo každého člověka na svobodnou volbu lékaře.

Lékař a výkon povolání (§ 2)

Lékař v rámci své odborné způsobilosti a kompetence svobodně volí a provádí ty preventivní, diagnostické a léčebné úkony, které odpovídají současnému stavu lékařské vědy a které pro nemocného považuje za nejvýhodnější. Přitom je povinen respektovat v co největší možné míře vůli nemocného (nebo jeho zákonného zástupce).

Každý lékař je povinen v případech ohrožení života a bezprostředního vážného ohrožení zdraví neodkladně poskytnout lékařskou pomoc.

Lékař musí plnit své povinnosti v situacích veřejného ohrožení a při katastrofách přírodní nebo jiné povahy.

Lékař má právo odmítnout péči o nemocného z odborných důvodů nebo je-li pracovně přetížen, nebo je-li přesvědčen, že se nevytvořil potřebný vztah důvěry mezi ním a pacientem. Je však povinen doporučit a v případě souhlasu zajistit vhodný postup v pokračování léčby.

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

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

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

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

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

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

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

Lékař nesmí své povolání vykonávat formou potulné praxe.

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

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

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

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

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

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

Lékař a nemocný (§ 3)

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

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

Lékař se má vzdát paternalistických pozic v postojích vůči nemocnému a respektovat ho jako rovnocenného partnera se všemi občanskými právy i povinnostmi, včetně zodpovědnosti za vlastní zdraví.

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

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

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

Vztahy mezi lékaři (§ 4)

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

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

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

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

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

Lékař a nelékař (§ 5)

Lékař spolupracuje se zdravotními pracovníky vyškolenými v různých specializovaných činnostech. Pověří-li je diagnostickými nebo léčebnými úkoly a dalšími procedurami, musí se přesvědčit, zda jsou odborně, zkušenostmi i zodpovědností způsobilí tyto úkony vykonávat.

Lékaři není dovoleno vyšetřovat nebo léčit s osobou, která není lékařem a nepatří k zdravotnímu personálu. Tyto osoby nesmějí být přítomny ani jako diváci při lékařských výkonech. Výjimkou z uvedených zásad jsou osoby, které se u lékaře

vzdělávají nebo pracují v lékařských oborech a další osoby, s jejichž přítomností pacient souhlasí, pokud není lékařsky zdůvodněných námitek.

Příloha číslo 4

Mezinárodní kodex pro zdravotní sestry

Sestry mají čtyři základní povinnosti: pečovat o zdraví, předcházet nemocem, navracet zdraví a zmírňovat utrpení. Potřeba ošetrovatelské péče je všeobecná. Neodmyslitelnou součástí ošetrovatelské péče je respektování lidských práv, jako je právo na život, na důstojnost a právo na zacházení s úctou. Ošetrovatelská péče není omezena, pokud jde o věk, barvu pleti, vyznání, kulturní zvyklosti, postižení nebo nemoc, pohlaví, národnost, politické přesvědčení, rasu nebo společenské postavení pacienta. Sestry poskytují zdravotnické služby jednotlivcům, rodinám a komunitám a koordinují svoje služby se službami jiných oborů.

Kodex ICN

Etický kodex sester připravený ICN má čtyři hlavní články, které vymezují normy etického chování.

1. Sestry a spoluobčan

Sestra spoluzodpovídá za péči poskytovanou občanům, kteří ji potřebují. Při poskytování ošetrovatelské péče sestra vytváří prostředí, v němž jsou respektována lidská práva, hodnoty, zvyky a duchovní přesvědčení jednotlivce, rodiny a komunity. Sestra zaručuje, aby byly jednotlivým osobám poskytnuty dostatečné informace, z nichž může vycházet jejich souhlas s péčí a související terapií. Sestra dodržuje povinnost mlčenlivosti, chrání důvěrné informace pacienta. Tyto informace sděluje dalším lidem pouze na základě souhlasu pacienta a lékaře. Sestra se spolupodílí na zahájení a podpoře aktivit zaměřených na uspokojování zdravotních a sociálních potřeb občanů, zejména občanů patřících do ohrožených skupin. Sestra je také spoluzodpovědná za zachování přirozeného prostředí a jeho ochranu před znehodnocováním, znečišťováním, úpadkem a ničením.

2. Sestry a jejich ošetrovatelská praxe

Sestra nese osobní odpovědnost za ošetrovatelské činnosti a za udržování své kvalifikace na potřebné výši průběžným celoživotním studiem. Sestra je povinná realizovat co možná nejvyšší úroveň poskytované péče. Sestra pečuje o své vlastní zdraví, aby nebyla narušena její schopnost poskytovat péči. Sestra pečlivě posuzuje svou kvalifikaci a své schopnosti při přijímání určité povinnosti a stejně tak posuzuje kvalifikaci a schopnosti osob, které pověřuje plněním určité povinnosti. Sestra za všech okolností dodržuje pravidla slušného chování, vytváří profesionální image a prestižní postavení sester ve společnosti, což přispívá k budování dobré pověsti profese a zvyšuje důvěru občanů. Sestra při poskytování péče usiluje o to, aby se při užívání nové techniky a uplatňování vědeckého pokroku dbalo na bezpečnost, důstojnost a lidská práva občanů/pacientů.

3. Sestry a profese

Sestra hraje rozhodující roli při určování, vytváření a realizaci norem ošetrovatelské praxe, řízení, výzkumu a vzdělávání. Sestra se aktivně podílí na rozvoji základní soustavy odborných znalostí vycházejících z vědeckého poznání. Sestra se prostřednictvím profesní, odborové nebo jiné organizace podílí na vytváření a zachování spravedlivých sociálních a ekonomických pracovních podmínek v ošetrovatelství.

4. Sestry a jejich spolupracovníci

Sestra úzce spolupracuje se všemi spolupracovníky oboru ošetrovatelství a dalších oborů. Sestra je povinná účinně zasáhnout, pokud je péče o nemocného ohrožena jejím spolupracovníkem nebo kteroukoliv jinou osobou.