

Vysoká škola zdravotnická, o.p.s.

Praha 5

ETICKÉ PROBLÉMY UMÍRÁNÍ A SMRTI
Z POHLEDU SESTRY

Bakalářská práce

Jiřina Hradilová, DiS

Praha 2011

ETICKÉ PROBLÉMY UMÍRÁNÍ A SMRTI Z POHLEDU SESTRY

Bakalářská práce

Jiřina Hradilová, DiS

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s., PRAHA 5

Vedoucí práce: MUDr. Kazimír Mahel

Stupeň kvalifikace: bakalář

Datum předložení: 2011-05-31

Praha 2011

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité zdroje literatury jsem uvedla v seznamu použité literatury.

V Praze dne 31. 5. 2011

ABSTRAKT

HRADILOVÁ, Jiřina, DiS. *Etické problémy umírání a smrti z pohledu sestry*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s., stupeň kvalifikace: bakalář. Vedoucí práce: MUDr. Kazimír Mahel. Praha. 2011. s. 83.

Bakalářská práce se zabývá etickými problémy v souvislosti s umíráním a smrtí. V teoretické části stručně popisuje pojmy umírání, smrt, eutanazie, zabývá se i základy paliativní a hospicové péče.

Empirická část této práce je zaměřena na zjištění míry informovanosti laické veřejnosti o vhodném přístupu k umírajícímu, jeho potřebách, obavách a dále o širší přehledu poskytované paliativní a hospicové péče v České republice. K získání dat pro průzkumnou část byl zvolen kvantitativní průzkum, technikou sběru dat strukturovaný dotazník.

Klíčová slova: Nemoc. Umírání. Smrt. Euthanasie. Paliativní péče.

ABSTRACT

HRADILOVÁ, Jiřina, Dis. A Nurse's View on Ethical in Death and Dying. College of Health, o.p.s., level of qualification: bachelor. Supervisor: MUDr. Kasimir Mahel. Prague. 2011. 83 pages.

This thesis deals with the ethical problems associated with dying and death. The theoretical part of the thesis outlines the terms of dying, death, euthanasia and deals with the basics of palliative and hospice care.

The empirical part of the thesis focuses on finding the limits of awareness of the general public about dealing with someone who is dying, their needs, fears and further their awareness of the palliative and hospice care available in the Czech Republic. The data was gathered via quantitative survey, in the form of a questionnaire.

Key terms: Illness. Dying. Death. Euthanasia. Palliative care.

PŘEDMLUVA

Umírání a smrt je nedílnou součástí života každého z nás.

Tato práce vznikla ve snaze stručně a přehledně vysvětlit základní pojmy související s touto tematikou. Cílem je přiblížit, jak bylo na problematiku umírání a smrti nahlíženo v historii a jaká je současná situace.

V praktické části se pomocí anonymního dotazníku ptám laiků, jaká je jejich informovanost o potřebách umírajících, o přístupu k euthanasii a zjišťuji jejich názory na zařízení paliativní péče.

Výběr tématu byl ovlivněn mou prací na chirurgické jednotce intenzivní péče, kde jsem se se smrtí, beznadějí a často i s lhostejností setkávala velmi často.

Práce je určena široké veřejnosti i zdravotníkům, kteří v ní mohou najít snad i rady a pomoc v přístupu k umírajícím pacientům nebo svému blízkému.

Touto cestou vyslovuji poděkování vedoucímu bakalářské práce MUDr. Kazimíru Mahelovi za rady a podporu, kterou mi poskytl při vypracovávání mé bakalářské práce.

OBSAH

| | |
|---|----|
| ÚVOD | 10 |
| TEORETICKÁ ČÁST | 10 |
| 1 Nemoc | 12 |
| 1.1 Reakce na nemoc | 12 |
| 1.2 Nevyléčitelná nemoc a pravda..... | 13 |
| 1.3 Desatero zásad sdělování onkologické diagnózy | 13 |
| 2 Umírání | 15 |
| 2.1 Fáze umírání | 15 |
| 2.2 Umírání v minulosti..... | 16 |
| 2.3 Umírání u dětí..... | 16 |
| 2.4 Umírání v dospívání | 18 |
| 2.5 Umírání ve středním věku | 18 |
| 2.6 Umírání ve stáří | 19 |
| 3 Smrt..... | 20 |
| 3.1 Příprava na smrt..... | 21 |
| 3.2 Prožívání smrti | 21 |
| 3.3 Život po životě..... | 22 |
| 4 Euthanasie | 23 |
| 4.1 Druhy euthanasie | 23 |
| 4.2 Historie euthanasie | 24 |
| 4.3 Euthanasie v České republice..... | 24 |
| 4.4 Euthanasie v zahraničí..... | 25 |
| 5 Paliativní péče | 29 |
| 6 Hospicová péče | 30 |
| 6.1 Historie hospicové péče..... | 30 |
| 6.2 Typy hospicové péče | 31 |

| | |
|--------------------------------------|----|
| EMPIRICKÁ ČÁST..... | 51 |
| 7 Průzkumný problém..... | 33 |
| 7.1 Průzkumné cíle..... | 33 |
| 7.2 Problémové oblasti průzkumu..... | 33 |
| 7.3 Metodika průzkumu..... | 34 |
| 7.4 Průzkumný vzorec..... | 34 |
| 7.5 Technika dotazníku..... | 34 |
| 7.6 Výsledky vlastního průzkumu..... | 35 |
| 8 Diskuse..... | 54 |
| ZÁVĚR..... | 58 |
| SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY..... | 60 |
| PŘÍLOHY..... | 63 |

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Pohlaví respondentů

Tabulka 2 Věk respondentů

Tabulka 3 Nejvyšší dosažené vzdělání

Tabulka 4 Považujete umírání za přirozený životní cyklus?

Tabulka 5 Myslíte si, že je pro umírajícího snadnější umírat doma nebo v nemocnici?

Tabulka 6 Jste pro přímé sdělení diagnózy nevyléčitelné nemoci?

Tabulka 7 Myslíte se, že je snadnější přijmout blízcí se smrt, věříte-li v posmrtný život?

Tabulka 8 Co podle Vás patří k nejdůležitějším potřebám umírajícího?

Tabulka 9 Co znamená slovo euthanasie?

Tabulka 10 Jste pro uzákonění euthnasie?

Tabulka 11 Proč souhlasíte či nesouhlasíte s euthnasí?

Tabulka 12 Co si představíte pod pojmem paliativní péče?

Tabulka 13 Víte, jaký je časový horizont pro přijetí do hospice?

Tabulka 14 Souhlasíte se zaváděním hospicových zařízení?

Tabulka 15 Které vlastnosti považujete u zdravotnického personálu při péči o umírajícího za nejdůležitější?

Tabulka 16 Sledujete literaturu zabývající se péčí o umírajícího, smrt, paliativní péčí?

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 Pohlaví respondentů

Graf 2 Věk respondentů

Graf 3 Nejvyšší dosažené vzdělání

Graf 4 Považujete umírání za přirozený životní cyklus?

Graf 5 Myslíte si, že je pro umírajícího snadnější umírat doma nebo v nemocnici?

Graf 6 Jste pro přímé sdělení diagnózy nevléčitelné nemoci?

Graf 7 Myslíte se, že je snadnější přijmout blízcí se smrt, věříte-li v posmrtný život?

Graf 8 Co podle Vás patří k nejdůležitějším potřebám umírajícího?

Graf 9 Co znamená slovo euthanasie?

Graf 10 Jste pro uzákonění euthnasie?

Graf 11 Proč souhlasíte či nesouhlasíte s euthnasí?

Graf 12 Co si představíte pod pojmem paliativní péče?

Graf 13 Víte, jaký je časový horizont pro přijetí do hospice?

Graf 14 Souhlasíte se zaváděním hospicových zařízení?

Graf 15 Které vlastnosti považujete u zdravotnického personálu při péči o umírajícího za nejdůležitější?

Graf 16 Sledujete literaturu zabývající se péčí o umírajícího, smrt, paliativní péčí?

ÚVOD

**„Vždy jest cosi tajemného
v okamžiku,
kdy tělo přijalo rozsudek
smrti.“**

Ladislav Jemišta

Smrt je součástí našeho života, ale přesto si myslíme, že není třeba o ní přemýšlet. Stačí ovšem malý okamžik a může se týkat každého z nás. Jsme na to připraveni? Je to chvíle, kterou jsme možná díky vědě schopni oddálit, ale ne odvolat.

Tematika umírání a smrti patří k nejobtížnější zdravotnické problematice, zejména její psychologická stránka, která však tvoří jádro problému.

Umírání představuje „náročnou práci“, při které musí umírající promyslet smysl svého dosavadního života, vyrovnat se s faktem blížící se smrti. Čím více sil ubývá člověku v boji se smrtí, čím razantněji se ona blíží k trůnu vítězství, tím více se člověk obrací do sebe a zjišťuje, že má toho tolik, o co by se ještě chtěl se spřízněnou duší podělit, předat poselství. Přesto, že tato potřeba vždy byla, je a bude pro umírajícího jednou z nejdůležitějších, dochází v posledních letech k určité racionalizaci a technizaci: člověka odvezou zemřít do nemocnice, odtud putuje do márnice, poté na hřbitov nebo do krematoria. Kontakt příbuzných a umírajícího se minimalizuje, člověk umírá sám nebo mezi cizími lidmi a pozůstalí ani nemají čas truchlit, protože agenda okolo vyřizování pohřbu pohltní poslední zbytky jejich sil.

Umírání a hlavně smrt samotná je tematika, které se mnoho lidí, ať již zdravotníků či laiků i v dnešní době stále vyhýbá. Ale zkusme k ní přistupovat jako k životu samému a překonat trauma s ní spojené. Péče o umírajícího člověka může přinést spoustu hezkých chvil, ponaučení i zkušeností, za které můžeme být jednou vděční.

Ve své bakalářské práci se snažím z dostupné literatury stručně shrnout základní témata týkající se nemoci, umírání, smrti, euthanasie a paliativní péče.

Cílem této bakalářské práce je přiblížit, jak bylo na umírání a smrt pohlíženo v minulosti a jak je to nyní.

V praktické části se zaměřuji na zjištění míry informovanosti široké veřejnosti v této problematice a zjištění názoru respondentů na euthanasii, její legalizaci.

1 Nemoc

Podle WHO deklarace, zveřejněné v Alma-Atě v roce 1978 je zdraví definováno jako stav úplného tělesného, duševního i sociálního blaha (Deklarace mezinárodní konference SZO o primární zdravotní péči, Alma-Ata 12. 9. 1978). Nemocí je pak označován stav, kdy je člověk „krácen“ v některé oblasti tohoto blaha (Haškovcová, 2010, s. 248).

Zatímco mladí a lidé středního věku prožívají nemoc jako náhlou, nespravedlivou přízeň osudu, staří lidé ji, až na výjimky, akceptují jako nepřekvapující zlo. Nemoc, ta může do života člověka vpadnout kdykoliv. Nemoci přicházejí, je třeba se s nimi vyrovnat a vzniklou situaci přiměřeně řešit.

Má nemoc vůbec nějaký smysl? Není prostě jen mrzutou nehodou? Nebo máme v době nemoci více přemýšlet nad sebou samotnými? Nemoc postihuje člověka po mnoha stránkách, proto by se ošetřování mělo zaměřit na celého člověka, ne pouze na nemocný orgán.

1.1 Reakce na nemoc

Nemoc, bolest, utrpení, umírání a smrt patří k hraničním situacím v životě člověka. Individuální rozdíly mezi lidmi se zachovávají do samého konce života. Přesto podle mnoha průzkumů lze reakci na nemoc rozdělit do několika fází:

1. **Premedicínská fáze** – první příznaky nemoci
2. **Náhlá změna životního stylu** – představuje pracovní neschopnost nebo hospitalizaci
3. **Aktivní adaptace** – přizpůsobení se nemoci a jejím důsledkům
4. **Psychická dekompenzace** – stav, kdy nedošlo k aktivní adaptaci
5. **Pasivní adaptace** – nemocný se smíří se svým stavem, přestává zápasit (Čechová, 2003, s. 73).

1.2 Nevyléčitelná nemoc a pravda

Je otázkou, zda říci těžce nemocnému, umírajícímu člověku, o jeho zdravotním stavu a blízkosti smrti. Lékař by měl vždy postupovat individuálně a citlivě, vážit svá slova. Zastánci „milosrdné lži“ poukazují na nebezpečí psychického úderu, vycházejí z faktu nepřipravenosti současného člověka na vlastní umírání a smrt. Obhájci „otevřené pravdy“ zastávají názor, že člověku náleží právo na pravdivou informaci o vlastním zdravotním stavu.

V této části bych ráda citovala názor lékaře, konzultanta této bakalářské práce, s mnohaletou praxí a tím i četnými zkušenostmi s umíráním a smrtí v nemocnici, MUDr. Kazimíra Mahela:

„Pokud jde o sdělování „špatných zpráv“ pacientům, zvláště se to týká onkologických diagnos. Myslím, že platí tento postulát: pacient má právo vědět, lékař má povinnost sdělit. ALE ! Lékař vůči pacientovi může, obrazně řečeno, cokoliv, jen mu nesmí vzít naději. A neznamená to, že nutně musí milosrdně lhát.“

1.3 Desatero zásad sdělování onkologické diagnózy

1. Informace o podstatě nemoci poskytuj všem nemocným s maligním onemocněním, ale diferencovaně co do obsahu a způsobu podání.
2. Informaci o diagnóze podává vždy lékař. Pacient si může určit, kdo má být při sdělování diagnózy dále přítomen (např. členové rodiny, přátelé, další lékař, zdravotní sestra, psycholog). Informaci o nemoci a terapii podávej opakovaně, nestačí jednorázový rozhovor.
3. Informaci podej nejdříve pacientovi, potom dle jeho přání členům rodiny či jiným určeným lidem. Nemocný sám rozhoduje, koho a do jaké míry informovat.

4. S podstatou nemoci, vyšetřovacími a terapeutickými postupy seznam nemocného neprodleně, ještě před aplikací první léčby.
5. Zdůrazňuj možnosti léčby, ale neslibuj vyléčení.
6. Odpovídej na otázky, obavy a sdílené pocity ze strany pacienta i jeho blízkých. Věnuj čas naznačených, ale nevyřčených dotazům.
7. Informace o prognóze nemoci z hlediska doby přežití podávej uvážlivě, pouze na přímý pacientův dotaz. Nikdy neříkej konkrétní datum, spíše nastiň určitý časový rámec vycházející ze znalosti obvyklého průběhu daného onemocnění. Zdůrazni možné odchylky oběma směry od obvyklého průběhu.
8. Jednotnou informovanost zajisti důsledným předáváním informací mezi personálem navzájem (lékařská a sesterská dokumentace).
9. Ujistí pacienta o svém odhodlání vést léčbu v celém proběhu nemoci a komplexně řešit všechny obtíže, které mu onemocnění a jeho léčba přinesou.
10. Svým přístupem u nemocného probouzej a udržuj realistické naděje a očekávání (VORLÍČEK, 1998, s. 48).

2 Umírání

Mnoho nemocných nemá ani tak strach ze smrti jako takové, ale má strach z umírání – z bolesti, bezmocnosti, ztráty lidské důstojnosti. Pojem umírání je synonymem terminálního stavu, při kterém dochází k postupnému a nevratnému selhávání důležitých a vitálních tkání orgánů, jehož důsledkem je smrt. Umíráním se mění i život ostatních členů rodiny – je to pro ně těžká skutečnost, kdy se musí smířit s tím, že je opouští blízká osoba. Neví jak v takových chvílích komunikovat, jak se chovat.

2.1 Fáze umírání

V procesu umírání lze pozorovat určité charakteristické projevy, které můžeme označit jako fáze umírání.

Elisabeth Kübler-Rossová vyvodila z detailního pozorování a rozhovorů se stovkami umírajících následující fáze:

1. **Fáze šoku a odmítání** – nemocný je ohromen diagnózou, sledujeme ochromení aktivit na dalším léčení
2. **Fáze zášti, zloby a vzteku** – nemocný pociťuje podrážděnou zlobnou závist
3. **Fáze uklidnění a smlouvání** – nemocný se pokouší akceptovat nevyhnutelnost smrti
4. **Fáze deprese** – vyplývá především z prožitků loučení se se životem
5. **Fáze smíření a odevzdanosti** – nemocný se vyrovnal s faktem smrti, ale očekává její příchod s jistým smířením

Ve všech těchto fázích umírání nesmí být nemocnému nikdy vzata naděje. Je třeba, aby si sestra uvědomila, že uvedenými fázemi neprochází jen umírající, ale i jeho nejbližší. Dále je nutné, aby věděla, že tyto fáze mohou měnit sled, mohou se vracet a střídat (KUBLER-ROSS, 1993).

2.2 Umírání v minulosti

V průběhu vývoje lidstva je problematika umírání a smrti úzce spjata s vývojem náboženství, filozofie, etiky a s rozvojem dané společnosti. Například ve starověkém Řecku chápali smrt jako součást života, nešlo o to zda zemřít, ale jak zemřít. Bylo pro ně ctí zemřít v boji. Pro křesťana je umírání a smrt vyvrcholením jeho životní cesty a očekáváním spojení s Kristem. V 19. století je umírání ritualizováno, o umírajícího pečuje rodina, smrt je členem rodiny. Po 2. světové válce došlo k institucionalizaci umírání – lidé umírají v nemocnicích či domovech důchodců, osamoceni, opuštěni, často bez empatie, porozumění.

2.3 Umírání u dětí

Umírající děti jsou bezmocné a potřebují pomoc. K nemoci, životu a ke smrti mají mnohem bezprostřednější vztah, smrt poznávají postupně, vrcholem je uvědomění si, že každý musí zemřít.

Jak děti chápou smrt:

Děti do dvou let: velmi malé děti nemají vůbec žádnou představu o smrti. Ztratí-li děti v tak raném věku rodiče, prožívají obzvláště intenzivní bolest, protože nejsou s to pochopit, co se stalo.

Děti od tří do pěti let: v tomto věku si děti uvědomují, že se stalo něco hrozného, ale samotnou smrt nechápu. Je nutné, aby děti v tomto věku pochopily, že za smrt milované osoby nenesou žádnou odpovědnost.

Děti od šesti do osmi let: děti v tomto věku mohou fascinovat duchové, kostlivci či strašidla – postavy, které si spojují se svými mlhavými představami o smrti. Potřebují, aby jim situaci někdo jasně vysvětlil, aby si nevytvářely vlastní mylné závěry. Potřebují pochopit, že je blízký člověk neopustil schválně, musí najít způsob, jak prožít smutek a vztek zároveň.

Děti od devíti do dvanácti let: lépe chápou nezvratnost smrti, ale mohou mít období, kdy je pro ně tato představa nejasná. Brání se bolestné situaci po svém tím, že věří něčemu, co není pravda. V tomto věku teprve začínají chápat, že i ony samy mohou zemřít (DIGIULIO, 1997).

Chronicky nemocné a umírající děti toho v sobě mnoho skrývají. Trápí je strach, nejistota a ony se často chovají agresivně, nebo mlčí. Uvědomují si, že se k nim rodiče a sourozenci chovají jinak než dříve a sami se také „cítí jinak“. Je důležité sledovat projevy, kterými dítě vyjadřuje to, co cítí a prožívá k tomu:

nepřímou řeč

vyprávění snů a příběhů

kreslení, modelování, malování.

Dítěti musíme dát najevo, že jej neopustíme a že nám může důvěřovat. Umožnit rodičům stálý kontakt s dítětem. Nejlepší by bylo, aby dítě strávilo své poslední chvíle doma.

2.4 Umírání v dospívání

Dospívající jsou – alespoň rozumově – schopni pochopit smrt stejně jako dospělí a také o ní hodně přemýšlejí. Podle údajů z knihy George Howe Colta Tajemství sebevraždy existují tři nejčastější příčiny úmrtí u dospívajících, a to v následujícím pořadí: nehody, vraždy a sebevraždy.

V knize Anatomie ztráty Beverly Raphaleová cituje studii, která se zabývá názory 1421 dospívajících. Podle výsledků 43 % respondentů přiznalo, že má ze smrti strach, protože se obávají bolesti. 41 % respondentů zneklidňovala představa, že způsobí zármutek svým blízkým a přátelům, zatímco 29 % vadilo, že neví, co přijde po smrti. Na otázku, co je to smrt, zhruba 35 % odpovědělo, že přináší další, posmrtný život. Kolem 37 % popisovalo smrt jako nekonečný spánek či klid, zatímco podle 22 % je to prostě konec, naše poslední zkušenost (DIGIULIO, 1997. s. 36).

2.5 Umírání ve středním věku

Smrt blízkého člověka nás zasáhne do srdce vždy vyrytím hluboké rány, která se zřejmě nikdy nezhojí. Platí to samozřejmě i pokud se jedná o člověka ve středních letech. Právě v tomto období by každý z nás očekával spíše naplnění svých závazků – dospívající děti se staví na vlastní nohy, snaží se již samy vylétnout z pod rodičovských křídel a založit si rodinu. Očekáváme zpomalení životního tempa a nastolení alespoň do určité míry harmonického lidu. V zaměstnání jsme již obvykle také dosáhli určitého zařazení, život běží v zaběhnutých kolejích a žije se nám relativně snadněji.

Právě v tomto okamžiku osud vydá smrtící ránu a vše se zhroutí jako domek z karet.

2.6 Umírání ve stáří

Když jsem byla sama dítětem, možná již tehdy jsem smrt u starých lidí považovala za určitou nutnost, samozřejmost, která musí nastat. Ale kde je ta hranice, za kterou je příchod smrti spíše vítán?

Většina z nás časem sama na sobě pocítuje proces dospívání, později stárnutí a podvědomě posunuje tuto mez stále dál a dál. Možná také díky svým rodičům, které máme rádi a v žádném věku, ať je nám deset, třicet, padesát a více let, nechceme se s nimi naposledy rozloučit. Myslím si, že na tuto skutečnost nejsme a nebudeme připraveni nikdy.

Pravda je zřejmě taková, že pro staré, těžce nemocné lidi bez vyhlídky na možnost uzdravení a navrácení se k běžnému životu, je smrt vysvobozením, ale pokud sami na vlastní kůži něčím takovým neprojdeme, ani tento fakt nebude stoprocentní.

3 Smrt

Z tradičního historického pojetí konstatování smrti pacienta byla kdysi hlavním kritériem ireverzibilní zástava krevního oběhu a dýchání. Toto kritérium stále zůstává, avšak s rozvojem lékařství bylo třeba určit přesnější podmínky pro konstatování smrti. V dnešní době je hlavním kritériem zástava funkce mozku, která se projeví vyhasnutím reflexů. Nacházíme plochý záznam na EEG.

Starý řecký filosof Parmenidés nazval člověka smrtelníkem, vyjádřil tím jeho bytostnou, určující charakteristiku. Zvířata hynou, lidé umírají. Smrt je něčím budoucím, něčím, k čemu se stále přibližujeme, od samého početí.

Každá sestra by měla umět rozpoznat příznaky blížící se smrti: polootevřené oči upřené do dálky, chladnoucí ruce a nohy nebo naopak horečka, pootevřená ústa, nohy, kolena a ruce se tmavěji zbarvují, slábnoucí puls, změna frekvence a hloubky dechu, oslabená reakce zornic na světlo, nemocný nereaguje na své okolí.

Smrt je konec života, zánik všech životních funkcí. Smrt nemusí postihnout pouze tělo, ale můžeme rozlišit smrt fyzickou, psychickou a sociální. Psychická smrt se projevuje naprostou psychickou rezignací, hlubokou beznadějí a zoufalstvím. Při sociální smrti člověk žije, ale je osamocen a opuštěn od svých blízkých a celkově od lidské blízkosti (VORLÍČEK, 2004).

Východní, a nejen východní filozofie pracují v souvislosti se smrtí s pojmem karma, tedy se zákonem příčiny a následku.

Co kdokoliv za svého života učiní dobrého, ve stejně dobrém se mu v příštím životě vrací, pochopitelně také, co zlého. Tedy z minulého života do současného, a také ze současného pak do příštího. Prvořadá je akceptace možnosti reinkarnace, která má spoustu odpůrců, na druhé straně spoustu zastánců.

3.1 Příprava na smrt

Je možné se připravit na smrt? Jak? Čeká nás to bez výjimky každého. Zvládneme to?

Křesťané přijímali poslední pomazání, které prováděl kněz. Pacient byl smířen s Bohem i s lidmi. Kněz sňal z umírajícího jeho hříchy, viny, a navodil mu tak klid a mír. Za těchto okolností umírající přijímal smrt s odevzdaností a obvykle bez stresu.

Jiní lidé si takzvaně uspořádají své věci. Sepíšou poslední vůli, případně si pozvou přátele, rodinu, požádají o odpuštění ty, kterým v životě ublížili, a sami odpustí těm, kteří ublížili jim. Je to akt velkého osvobození od tíže svědomí a odpovědnosti. Samozřejmě u těch, kteří jsou něčeho takového schopni.

3.2 Prožívání smrti

Pouze mrtvý může skutečně poznat posmrtný život, představa žijícího o životě je dána pouze jeho vírou. Částečnou představu o cestě ke smrti můžeme získat z výpovědí lidí, kteří prošli tzv. klinickou smrtí. Touto problematikou se zabývala řada vědců z celého světa např. Dr. Kenneth Ring z Connecticutské university či Dr. Raymond Moody.

Ve všech studiích, které byly učiněny, se opakovaně objevují shodné prvky popisu prožitků smrti. Zkráceně můžeme uvést pocit blaženosti, umírající vstupují do tmy, kterou popisují jako tunel, tímto tunelem proletí k oslnivému světlu, ve kterém se často objevuje osoba, která je vítá. Malé děti hovoří o setkání s paní, která je uvede do zahrady, ve které se setkávají s příbuznými.

3.3 Život po životě

Život lidské duše je v mnohých vírách spojován s nadějí vázanou na posmrtný život duše a to v jiné dimenzi, stavu, prostředí, zjevu či těle. Lidé se vždy pokoušeli chápat smrt jako začátek nového života. Pradávné rituály spojené s postupným loučením a vypořádáním se s životem, které pomáhaly přijímat smrt, jako přirozenou součást života, se jen obtížně vrací do naší současnosti. Věčný, nekonečný posmrtný život je pro věřící určitou nadějí, pro skeptiky fikcí. Všichni bez rozdílu však musíme přijmout fakt, že smrt a umírání je přirozenou součástí života ať už pozemského, astrálního či počátkem reinkarnace (MOODY, 1999).

4 Euthanasie

Euthanasie je slovo řeckého původu, které doslovně přeloženo znamená „dobrou smrt“. Rozumíme jím určité jednání, ať konání nebo opomenutí, jehož vlastním cílem je zkrácení života, přičemž rozhodujícím motivem je soucit s trpícím.

Snahy o morální ospravedlnění euthanasie sahají daleko do minulosti. Již Platón zastával názor, že není třeba léčit beznadějně nebo od narození nemocné a nepovažovat za efektivní prodlužování „špatného života“. Cicero a Seneca zase akceptovali zabíjení zrůdných dětí.

4.1 Druhy euthanasie

- 1. Vyžádaná aktivní euthanasie:** Záměrné (úmyslné) podání léku či jiná intervence vedoucí k usmrcení pacienta na základě explicitní žádosti pacienta a jeho plně informovaného souhlasu.
- 2. Nevyžádaná aktivní euthanasie:** Záměrné (úmyslné) podání léku či jiná intervence vedoucí k usmrcení pacienta při plné kompetenci, avšak bez jeho explicitně vyjádřené žádosti a nebo plně informovaného souhlasu, tzn., že pacient nebyl dotázán.
- 3. Nedobrovolná aktivní euthanasie:** Záměrné (úmyslné) podání léku či jiná intervence vedoucí k usmrcení pacienta při jeho nekompetentnosti a duševní nezpůsobilosti o to explicitně požádat, tzn. je-li např. pacient v kómatu.
- 4. Ukončení léčby udržující životní funkce /pasivní euthanasie/:** Odnětí nebo přerušování léčby udržující životní funkce s cílem nechat pacienta zemřít.
- 5. Nepřímá euthanasie:** Podání narkotik či medikamentů ke zmírnění bolesti, se známými ojedinělými důsledky v podobě útlumu dýchacího centra vedoucího až k úmrtí.

- 6. Sebevražda za asistence lékaře:** Poskytnutí léků či jiné intervence lékařem s vědomím, že jich nemocný hodlá užít ke spáchání sebevraždy (POLLARD, 1996).

4.2 Historie euthanasie

V 80. letech minulého století se euthanasie stala jedním z hlavních témat mnoha lékařských zasedání. V 90. letech se pak do těchto diskusí zapojili i právníci a představitelé sociálních věd. V roce 1920 si toto téma získalo značnou pozornost v Německu, kde se stalo odrazovým můstkem k holocaustu. Vše začalo nenápadně – v roce 1920 vyšla kniha Souhlas k ukončení života, který není hoden žítí, právníka Kala Bindinga a psychiatra Alfreda Hocheho. Knihy se „chytil“ i lékař Gerhard Wagner a v roce 1935 se obrátil na Adolfa Hitlera s požadavkem, aby duševně nemocní a defektní pacienti psychiatrických ústavů (včetně dětí) byli usmrcováni. Vůdce souhlasil a idea dostala vznešený název: program euthanasie. V letech 1940-1941 se v říši praktikoval oficiálně, a přestože byl pozastaven, fakticky pokračoval až do konce války. Němečtí lékaři zprvu likvidovali „jen“ nevléčitelně nemocné, časem přišli na řadu i duševně narušení a přestárlí lidé. K „milosrdné smrti“ používali injekce s jedem, plyn, experimentovali i s usmrcováním nemocných hladu. Odhaduje se, že pomocí euthanasie bylo za války zavražděno až 120 000 lidí. Pokus o její uzákonění však nebyl jen německou záležitostí. O euthanasii se v roce 1922 uvažovalo v Sovětském svazu, podobné návrhy se za první republiky objevily i u nás (MUNZAROVÁ, 2005).

4.3 Euthanasie v České republice

Česká republika si drží nulovou toleranci vůči euthanasii, jakékoliv napomáhání, či asistování sebevraždě je považováno za trestný čin. Jedna z větších debat na toto téma

byla v r. 2004, kdy vláda předložila sněmovně nové znění trestního zákoníku, které počítalo s nižšími sazbami za tzv. „vraždu ze soucitu“. Navrhovaná novela přijata nebyla. V současné době se o euthanasii nemluví, současné politické klima pro tuto debatu není vhodné. Největší snahu o legalizaci euthanasie vyvíjejí hlavně jednotlivci.

4.4 Euthanasie v zahraničí

V současné době se v Evropě euthanasie praktikuje v Nizozemí, v Belgii a ve Švýcarsku. Za mořem je možnost na asistovanou sebevraždu pouze v USA ve státě Oregon.

Euthanasie v Holandsku:

Zájem Holanďanů o problematiku euthanasie se zrodil začátkem sedmdesátých let, kdy lékařka Geertruida Postma záměrně podala vysokou dávku morfinu částečně ochrnuté, hluché a němé pacientce, která ji opakovaně žádala o ukončení života. Pacientka, jíž byla lékařčina matka, po podání léku skutečně zemřela. Dr. Postma byla souzena za vraždu, ale nakonec byla odsouzena spíše symbolicky k jednomu týdnu vězení podmíněně na jeden rok.

Když pak v průběhu následující dekády holandské soudy posuzovaly další případy, začala veřejnost projevovat vůči euthanasii stále více porozumění a podpory. Postupně vykryštoval jakýsi konsensus, podle něhož je euthanasie povolena (a nikoli zakázána) při splnění tří podmínek. Za prvé – pacient musí o euthanasii sám iniciativně požádat, a to opakovaně, při plném vědomí a zcela svobodně. Za druhé – pacient musí zakoušet takové utrpení, které nelze zmírnit ani odstranit žádným jiným způsobem než smrtí. Za třetí – lékař musí případ konzultovat s dalším lékařem, který musí oprávněnost euthanasie v daném případě potvrdit.

V roce 1982 ustavila holandská vláda skupinu patnácti odborníků, která dostala jméno „Státní komise pro euthanasii“ a úkol prozkoumat všechny právní aspekty problému. V roce 1990 se pak ministerstvo dohodlo s Holandskou lékařskou asociací na stanovení oznamovací povinnosti a její proceduře. Lékař provádějící euthanasii nebo asistovanou sebevraždu neuvede, že se jedná o přirozenou smrt, ale informuje lékaře, který je povinen vykonat ohledání mrtvého, prostřednictvím rozsáhlého dotazníku. Ten je pak povinen oznámit tuto skutečnost prokurátorovi. Na prokurátorovi je pak rozhodnutí, zda bude zahájeno vyšetřování. Ve většině případů je však pravidlem, že dotyčný lékař nebude při dodržení postupu stíhán.

Oznamovací procedura dohodnutá v roce 1990 byla v závěru roku 1993 zahrnuta do ustanovení pohřebního zákona, čímž získala formální, právně závaznou podobu. Trestní zákon tím však nedoznal změn a ukončení života velmi trpícího pacienta na jeho žádost lékařem je i nadále kvalifikováno jako trestný čin.

V roce 2001 byla přijata další novela, která euthanasii zlegalizovala. Vše je prováděno za přísných podmínek, pacient musí trpět nesnesitelnou a nevléčitelnou bolestí a za vědomí o zákrok požádat. Každý případ se musí hlásit komisi, která v případě pochybností kontaktuje státního zástupce (SCHLESINGER, 2010).

Euthanasie v Belgii:

Belgie se přímo inspirovala na příkladu Holandska a praxe vykonávání euthanasie je tam velmi podobná. Jen podmínky jsou o něco přísnější. Zvláštností Belgie je, že eutanazie je za zvláštních podmínek poskytována i nezletilým, kteří jsou při této příležitosti zploletěni. Musí jim být ovšem více než 15let.

Euthanasie ve Švýcarsku:

Ve Švýcarsku na rozdíl od jiných zemí neprovádí usmrcení lékař, ale sám pacient na speciálních klinikách. Lékař po patřičné formální žádosti předepíše roztok s jedem, který způsobí pacientovu smrt. Podmínkou je, že tento roztok vypije pacient sám, jinak by se jednalo o klasické usmrcení a to je již bráno jako trestný čin. Asistovanou sebevraždu mohou využívat i cizinci, což vede k „sebevražedné turistice“.

Euthanasie v USA:

Beztrestnost euthanasie byla v USA garantována ve dvou státech, v Ohio a Iowě, ještě před druhou světovou válkou. Zákony státu Ohio dávaly možnost nevléčitelně nemocným trpícími krutými bolestmi požádat o povolení k euthanasii u zvláštní komise. V Iowě bylo dokonce umožněno selektivní usmrcování zrůd a jedinců s oligofrenií. Návrh obdobného federálního zákona však neprošel.

V roce 1976 byl v Kalifornii přijat zákon o pomoci při umírání. V ostatních státech s přijímáním tolik nespěchali, a tak bylo na soudech, aby usměrnily vývoj legislativy v oblasti práva na odmítnutí léčby.

Nejčastěji je právo na odmítnutí léčby opíráno o ústavní právo na soukromí. Nejvyšší soud USA se vyslovil v tom smyslu, že svoboda starat se o zdraví a osobu je chráněna právem na soukromí. Interpretací tohoto výroku pak soudy některých států došly k závěru, podle něhož nevléčitelně nemocný dospělý člověk má ústavou garantované právo odmítnout život udržující léčbu.

V USA byly přijaty zákony, které určují, za jakých podmínek se povoluje pasivní euthanasie. Velkou měrou k tomu přispěla soudní rozhodnutí. Federální zákon o jednotlivých právech smrtelně nemocných byl přijat v roce 1985 a převážná většina jednotlivých států unie přijala následné zákony upravující právní postavení subjektů zainteresovaných na odmítání život udržující léčby. Tyto zákony jsou nazývány zákony o přirozené smrti a určují, kdo a za jakých podmínek může odmítnout některé typy léčby.

DNR (do not resuscitate – rozhodnutí o odmítnutí další resuscitace) – pojem, který má již téměř dvacetiletou historii, byl v roce 1990 oficiálně přijat v USA v předpise „Patient Self Determination Act“. Rozhodnutí DNR je platným vyjádřením vůle nemocného v rámci jeho práva na sebeurčení.

K rozhodnutí o nepokračování v kardiopulmonální resuscitaci (KPCR) může přispět i rozhodnutí nemocného nepokračovat za určitých okolností v dalších marných pokusech o resuscitaci. Tuto svou vůli vyjádří nemocný před tím, než dojde k poruše zdraví zakládající zahájení KPCR.

U nemocných s extrémně nepříznivou prognózou lze jednání v rámci KPCR rozdělit do dvou základních typů. **Withholding** – nezahájení plné léčby a **withdrawing** – ukončení léčby, která nepřináší léčebný efekt. Vždy má však nemocný zajištěnou analgosedaci v takové míře, aby netrpěl a nevnímal nepříjemný subjektivní tělesný stav.

V mnoha státech USA platí zásada, podle které je pouze soud oprávněn rozhodnout o tom, zda se upustí od dalšího užití život prodlužujících prostředků. Pravomoc soudu se odvozuje v rámci obyčejového práva z doktríny *Parens patriae*, podle níž má státní orgán v určitých situacích právo jednat a rozhodnout v zájmu jednotlivce neschopného platně projevit svou vůli (HAUFTOVÁ, 1993, s. 4).

V roce 1994 byl v Oregonu schválen zákon, který povoluje lékařům napomáhat s asistovanou sebevraždou pacientů, kteří jsou nevléčitelně nemocní a mají asi posledních 6 měsíců života. Oregon se tak stal prvním státem v USA, který povolil euthanasii. Každý rok jsou státem Oregon vydávány zprávy, které sčítají používání euthanasie. Vyplývá z nich, že v letech 1998-2007 využilo zákon 341 pacientů. Nejčastější chorobou, při které pacient volí smrt je rakovina (SCHLESINGER, 2010).

5 Paliativní péče

Dle definice Světové zdravotnické organizace (WHO) z roku 2002 je paliativní péče přístup zlepšující kvalitu života pacientů a jejich rodin při problémech spojených s život ohrožující nemocí, prostřednictvím předcházení a zmírňování utrpení, řešením bolesti a dalších potíží. Konstatuje, že paliativní péče podporuje život a považuje umírání za normální proces, ani neurychluje, ani neoddaluje smrt (O'CONNOR, 2005).

„Paliativní péče je aktivní a na kvalitu života orientovaná péče poskytovaná nemocným, kteří trpí nevléčitelnou chorobou v pokročilém nebo terminálním stádiu“ (SLÁMA, ŠPINKA, 2004, str. 10).

Paliativní medicína je moderní a celosvětově se rychle rozvíjející typ péče, který nabízí umírajícím a jejich blízkým účinnou pomoc tam, kde ostatní léčebné postupy nestačí, kde dochází síly příbuzných. V otázce k euthanasii má jasný postoj – pomáhat při umírání, nikoliv pomáhat ke smrti.

Paliativní péče je zaměřena na uspokojování potřeb nemocných a jejich rodinných příslušníků. Tuto péči poskytují především sestry celých 24 hodin denně. Práce sestry v paliativní péči je velmi náročná.

Dějiny moderní paliativní péče v ČR jsou poměrně krátké. Za vývojem paliativní péče ve vyspělých zemích zaostává. Jedním z důvodů byla odlišná politická a ekonomická situace v ČR. Její počátek je možno klást do první poloviny 90. let. První samostatný lůžkový hospic byl otevřen v Červeném Kostelci v r. 1995. Ke konci r. 2004 bylo v ČR 8 hospiců, ty z veliké části vznikaly s velkou podporou Ministerstva zdravotnictví ČR. Snaha o budování nových hospiců a rozšiřování ambulantní péče dále roste.

Naše republika se v současné době nachází ve velmi důležitém stadiu proměny péče o umírající. Skutečné zlepšení péče o umírající se neobejde bez zásadních administrativních změn. Péče o nemocné a umírající se každoročně dotýká více než 100 000 pacientů a jejich blízkých (MUNZAROVÁ, 2005).

6 Hospicová péče

Hospicová péče je dle různých zdrojů chápána podobně, rozdíly je možno identifikovat v komplexnosti vnímání potřeb umírajícího, například ve vztahu k prostředí, sociálním vztahům, potřebám příbuzných.

Definice podle SZO: Hospicová péče je integrovaná forma zdravotní, sociální a psychologické péče poskytovaná klientům všech indikačních, diagnostických a věkových skupin, u nichž je prognózou ošetřujícího lékaře předpokládána délka života v rozsahu méně než 6 měsíců. V rámci hospicové péče je poskytována zejména paliativní péče.

Definice podle Ministerstva zdravotnictví ČR: Hospicová péče je komplexní multidisciplinární paliativní péče, kterou tvoří souhrn odborných lékařských, ošetrovatelských a rehabilitačních činností, poskytovaných neterminálně a terminálně nemocným, u kterých byly vyčerpány možnosti kauzální léčby, ale pokračuje léčba symptomatická s cílem minimalizovat bolest a zmírnit všechny obtíže vyplývající ze základní diagnózy i jejich komplikací a zohledňující bio-psycho-sociální potřeby nemocného (SKÁLA, 2005).

6.1 Historie hospicové péče

Zpočátku byl hospic chápán jako něco méně než nemocnice. S rozvojem paliativní medicíny a integrací hospiců do systému zdravotnictví získal významnější postavení. Hospic nemocnému garantuje, že nebude trpět nesnesitelnou bolestí, bude vždy respektována jeho důstojnost, nezůstane osamocen. Hospic existoval již za Římské říše a ve středověku. Jednalo se o útulky nebo přístřešky na cestách, v nichž si mohli

poutníci odpočinout, těhotné ženy porodit, nemocní se buď uzdravit, nebo v klidu zemřít (SLÁMA, 2004).

Za zakladatelku moderního hospicového hnutí je považována Dr. Cecilly Saundersonová, která v Londýně v roce 1967 založila St. Christopher hospic. Hnutí se velmi brzy rozšířilo nejen po celé Anglii, ale i do jiných zemí.

V České republice je za zakladatelku hospicové péče považována MUDr. Marie Svatošová, která již v roce 1995 „postavila“ první hospic, Hospic Svaté Anežky České v Červeném Kostelci (MUNZAROVÁ, 2005).

V současnosti existuje v ČR mnoho hospiců, poskytujících péči v „posledním období „ života. Jejich seznam přiložen v příloze.

6.2 Typy hospicové péče

Po mnoho staletí umírali lidé doma, ve společnosti své rodiny a blízkých. I když umírali bez lékařského dohledu a odborné pomoci, lze považovat domácí model umírání jako ideální normu. Naši předci měli díky tomu jistotu, že ať se stane cokoli, budou moci umírat neopuštěni doma a to bylo jejich přáním. Každý věděl, jakou má v tomto scénáři roli a co má dělat. Při umírání v nemocnici je sice umírajícímu dopřán standardní léčebný, ošetrovatelský a sociální komfort, ale na naplnění psychických a duchovních potřeb není většinou čas. Separace rodiny od umírajícího byla v historii tak dlouhá, že se přirozené vzorce chování nemá dnes příbuzný kde naučit. Příbuzní si tak kladou otázku, kde by měl jejich příbuzný „dožít své dny“ tak, aby do poslední minuty svého života pocítoval jistý komfort, sociální zázemí a emotivní podporu (HAŠKOVCOVÁ, 2007).

Domácí hospicová péče laická:

Je určena umírajícím, kteří mají takové sociální podmínky, které dovolují poskytování této péče bez ohrožení či snížení kvality života umírajícího nebo jeho

rodiny. Domácí hospicová péče je poskytována tzv. pečovatelem – člen rodiny, příbuzný, dobrovolník.

Domácí péče hospicová odborná:

Je určena umírajícím plně, či částečně závislým na pomoci druhé osoby a jejich blízkých. Tato péče je dostupná nepřetržitě, poskytována týmem složeným podle aktuálních potřeb umírajícího či jeho blízkých. Tato péče je ordinována ošetřujícím lékařem klienta, nebo odborným lékařem po ukončení hospitalizace, hrazena je ze zdravotního pojištění.

Ambulantní hospicová péče:

Je určena plně, či částečně mobilním umírajícím, jejichž aktuální psychosomatický stav nevyžaduje umístění na lůžko, péči ve stacionáři, nebo poskytování hospicové péče odborné. Je poskytována specialisty v oboru, jde o krátkodobé intervence.

Semiambulantní hospicová péče:

Je poskytována umírajícím, kteří nemají aktuálně takové sociální podmínky, aby nedošlo k ohrožení či snížení kvality života umírajícího nebo jeho rodiny. Je poskytována formou stacionáře, který po část dne nahrazuje vlastní sociální prostředí. Je obvykle zřizována při lůžkových typech hospicové péče.

Lůžková hospicová péče:

Jde o lůžkové zařízení nazývané hospic, je určeno těm nemocným, u nichž jsou sociální podmínky takové, že očekávaná smrt by byla nedůstojná. Přijetí nevyléčitelně nemocného do hospicového programu je podmíněno jeho právoplatným informovaným souhlasem. Do hospicu jsou přijímáni pouze ti nemocní, u nichž je smrt očekávána v horizontu maximálně 6 měsíců (O'CONNOR, 2005).

7 Průzkumný problém

Míra informovanosti široké veřejnosti o problematice umírání.

7.1 Průzkumné cíle

Cíl 1. Zjistit přehled veřejnosti o potřebách umírajícího.

Cíl 2. Zjistit přístup veřejnosti k problematice euthanasie.

Cíl 3. Zjistit míru informovanosti veřejnosti o paliativní péči.

7.2 Problémové oblasti průzkumu

1. Je dle názorů respondentů důležitější při umírání nepociťovat bolest a tělesné obtíže než potřeba uspokojení psychických potřeb?
2. Bude převládat negativní vztah respondentů k legalizaci euthanasie?
3. Znají respondenti správný význam pojmu „paliativní péče“?

7.3 Metodika průzkumu

Metodika průzkumu je nestandardizovaná, kvantitativní. Jako průzkumnou metodu k získávání informací jsem zvolila dotazník. Časový plán průzkumu byl stanoven na měsíc leden až březen 2011.

7.4 Průzkumný vzorec

Průzkumný vzorec tvořily ženy a muži ve věkovém rozmezí 20 – 70 let, s různým stupněm dosaženého vzdělání, výběr byl zcela náhodný.

7.5 Technika dotazníku

Dotazník obsahoval 16 položek. První 3 otázky se týkaly charakteristiky zkoumaného souboru, zbylých 13 otázek se vztahovalo k daným problémovým oblastem. K problémové oblasti č. 1 se vztahovaly položky 4, 5, 6, 7 a 8. Problémovou oblast č.2 jsme ověřovali položkami 8, 9, 10 a 11. Problémovou oblast č. 3 jsme ověřovali položkami 12, 13, 14, 15, 16, 17 a 18. U 1 otázky mohli respondenti doplnit odpověď, pokud jim nevyhovovaly uvedené možnosti, otázka polootevřená, zbylé položky byly uzavřené.

Dotazníků bylo rozdáno 60. Návratnost dotazníků byla 100%. 5 dotazníků muselo být vyřazeno pro neúplnost odpovědí. Výsledky průzkumu byly tedy zpracovány na základě 55 kompletně vyplněných dotazníků.

7.6 Výsledky vlastního průzkumu

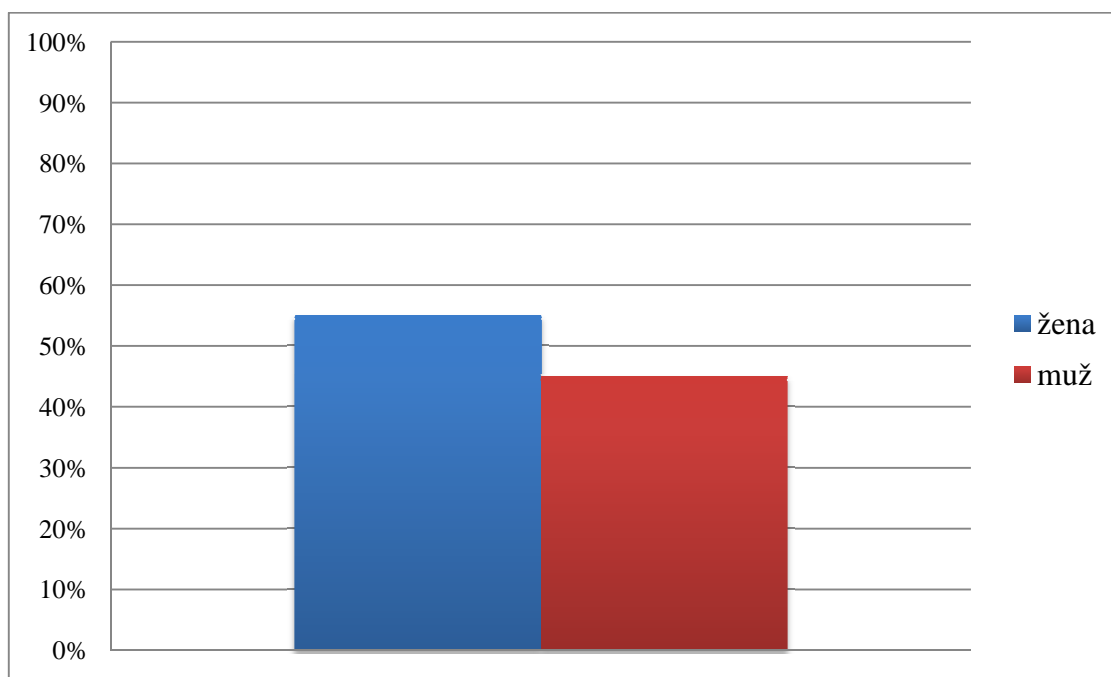
Položka č. 1 – pohlaví respondentů

- a) žena
- b) muž

Tabulka č. 1 – pohlaví

| odpověď | absolutní četnost | relativní četnost v % |
|---------|-------------------|-----------------------|
| a) žena | 30 | 55 % |
| b) muž | 25 | 45 % |

Graf č. 1 - pohlaví



Z celkového počtu 55 (100 %) respondentů se dotazníkového šetření zúčastnilo 30 žen (55 %) a 25 mužů (45 %).

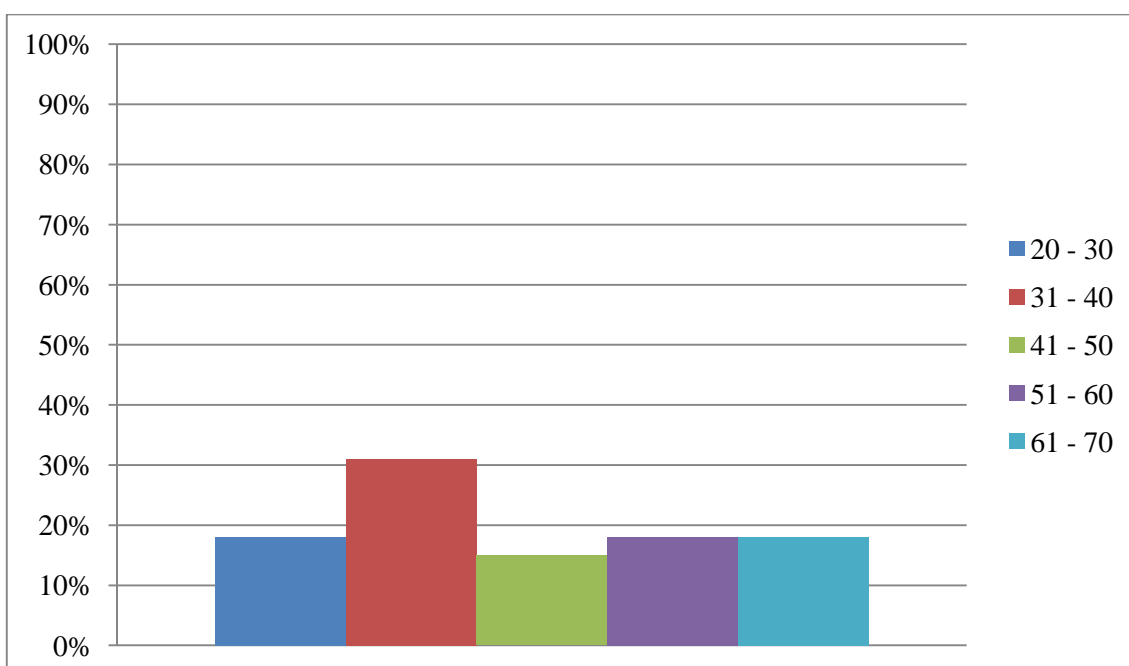
Položka č. 2 – věk respondentů

- a) 20 – 30
- b) 31 – 40
- c) 41 – 50
- d) 51 – 60
- e) 61 – 70

Tabulka č. 2 – věk

| odpověď | absolutní četnost | relativní četnost |
|------------|-------------------|-------------------|
| a) 20 – 30 | 10 | 18 % |
| b) 31 – 40 | 17 | 31 % |
| c) 41 – 50 | 8 | 15 % |
| d) 51 – 60 | 10 | 18 % |
| e) 61 – 70 | 10 | 18 % |

Graf č. 2 – věk



Z celkového počtu 55 respondentů (100 %) je ve věku 20 – 30 let 18 % respondentů, ve věku 31 – 40 let 31 % respondentů, ve věku 41 – 50 let 15 % respondentů, ve věku 51 – 60 let 18 % respondentů, ve věku 61 – 70 let 18 % respondentů.

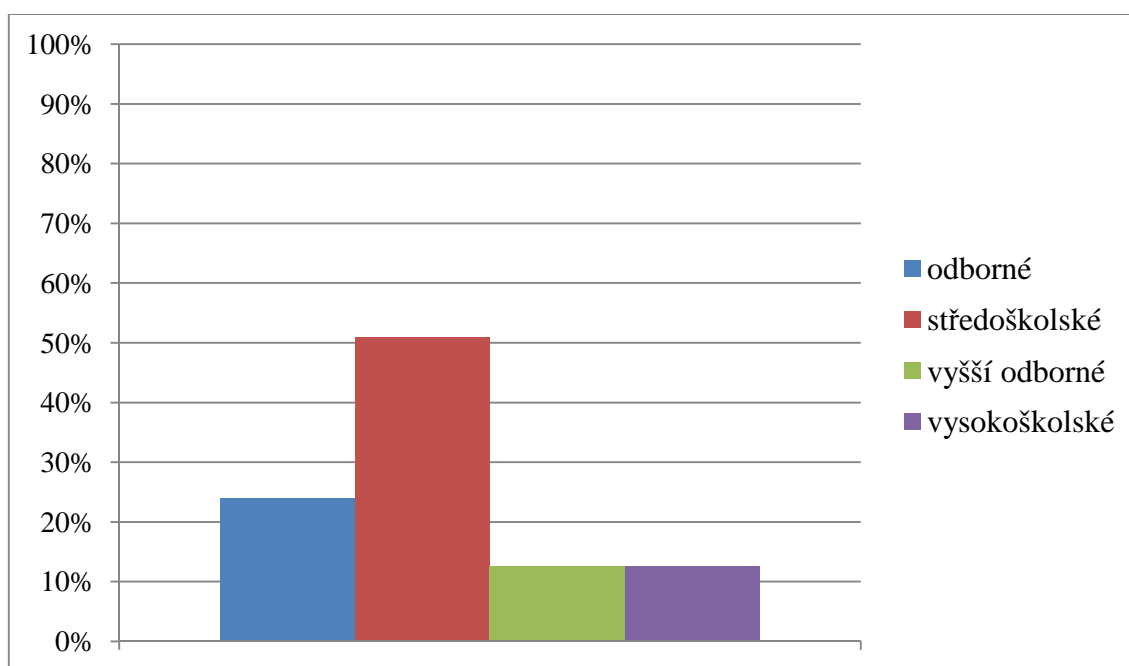
Položka č. 3 – Nejvyšší dosažené vzdělání

- a) odborné bez maturity
- b) středoškolské
- c) vyšší odborné
- d) vysokoškolské

Tabulka č. 3 – nejvyšší dosažené vzdělání

| odpověď | absolutní četnost | relativní četnost |
|-------------------------|-------------------|-------------------|
| a) odborné bez maturity | 13 | 24 % |
| b) středoškolské | 28 | 51 % |
| c) vyšší odborné | 7 | 12,5 % |
| d) vysokoškolské | 7 | 12,5 % |

Graf č. 3 – nejvyšší dosažené vzdělání



Z celkového počtu 55 (100 %) respondentů má odborné vzdělání bez maturity 13 (24%), středoškolské 28 (51%), vyšší odborné 7 (12,5%) a vysokoškolské vzdělání 7 (12,5%) respondentů.

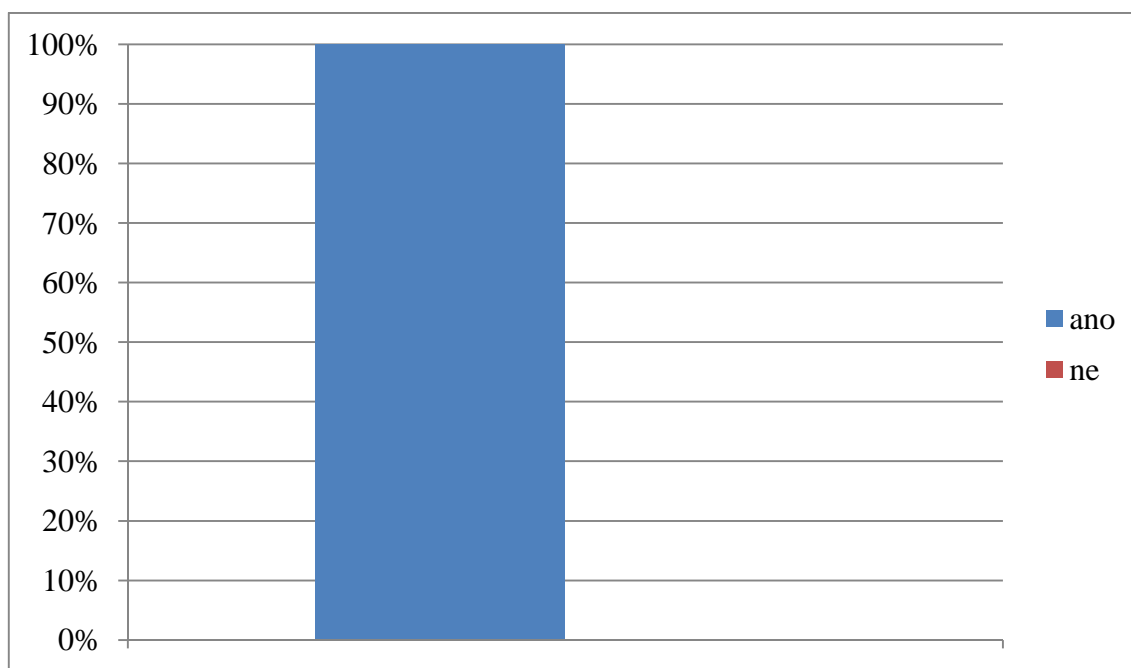
Položka č. 4 – Považujete umírání za přirozený životní cyklus?

- a) ano
- b) ne

Tabulka č. 4 – Považujete umírání za přirozený životní cyklus?

| odpověď | absolutní četnost | relativní četnost |
|---------|-------------------|-------------------|
| a) ano | 55 | 100 % |
| b) ne | 0 | 0 % |

Graf č. 4 – Považujete umírání za přirozený životní cyklus?



Z celkového počtu 55 (100 %) respondentů nikdo neodpověděl záporně. Všichni dotázaní považují umírání za přirozený životní cyklus.

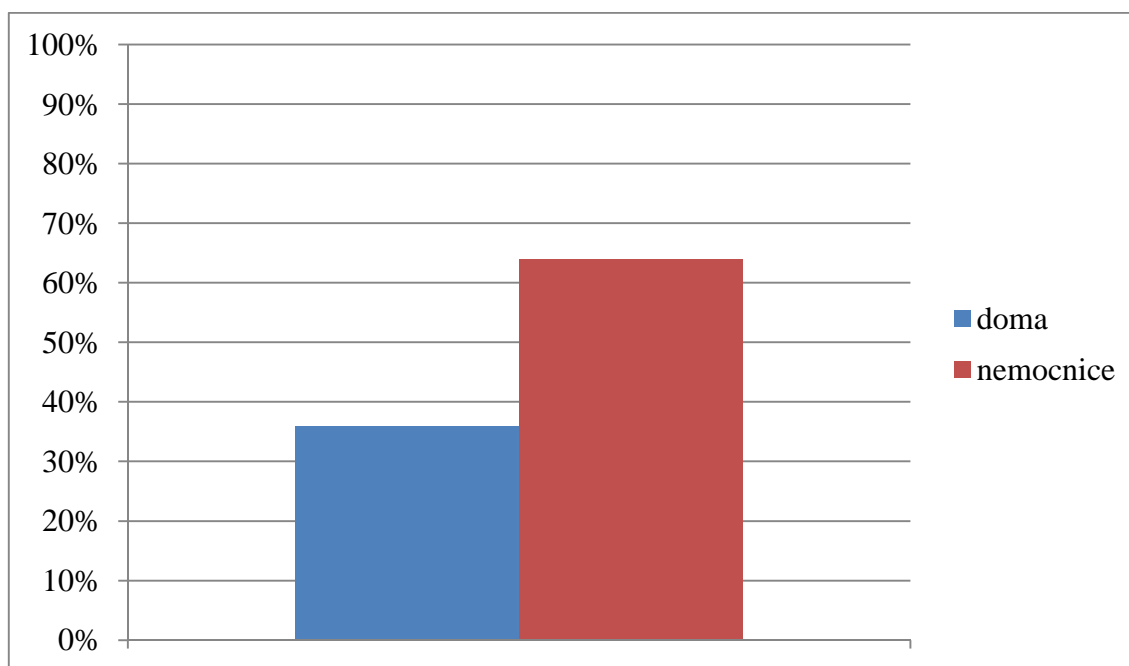
Položka č. 5 – Myslíte si, že je pro umírajícího snadnější umírat doma nebo v nemocnici?

- a) doma
- b) nemocnice

Tabulka č. 5 – Myslíte si, že je pro umírajícího snadnější umírat doma nebo v nemocnici?

| odpověď | absolutní četnost | relativní četnost |
|--------------|-------------------|-------------------|
| a) doma | 20 | 36 % |
| b) nemocnice | 35 | 64 % |

Graf č. 5 – Myslíte si, že je pro umírajícího snadnější umírat doma nebo v nemocnici?



Z celkového počtu 55 (100 %) respondentů uvedlo 20 (36%) dotázaných, že si myslí, že je pro umírajícího snadnější umírat doma, 35 (64%) uvedlo v nemocnici.

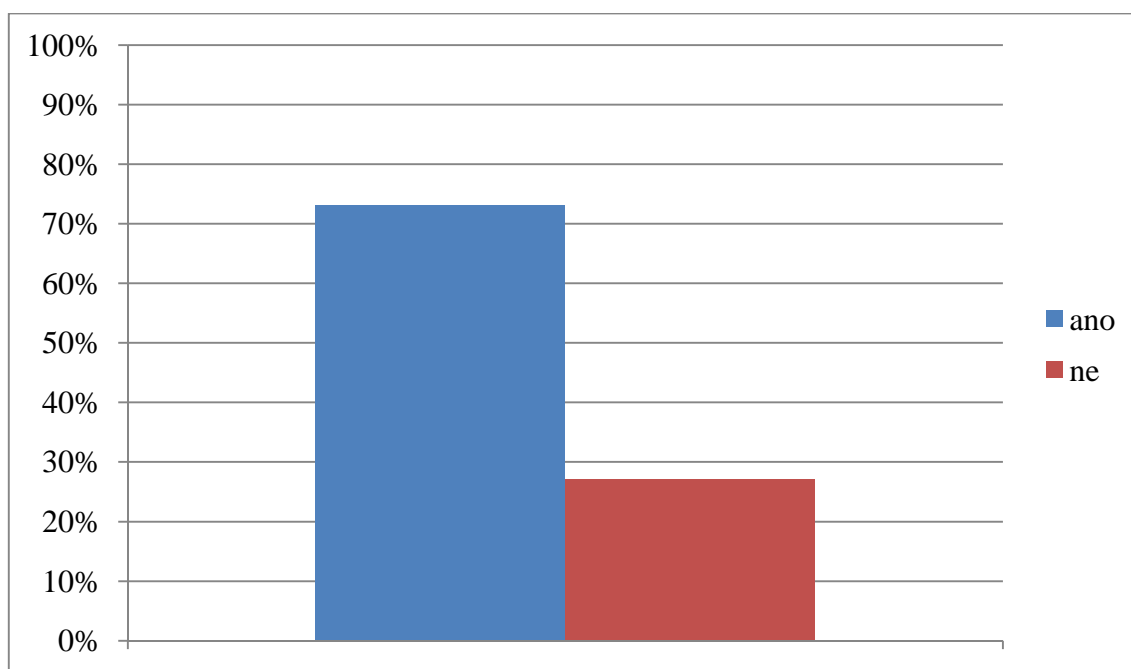
Položka č. 6 – Jste pro přímé sdělení diagnózy nevyléčitelné nemoci?

- a) ano
- b) ne

Tabulka č. 6 – Jste pro přímé sdělení diagnózy nevyléčitelné nemoci?

| odpověď | absolutní četnost | relativní četnost |
|---------|-------------------|-------------------|
| a) ano | 40 | 73 % |
| b) ne | 15 | 27 % |

Graf č. 6 – Jste pro přímé sdělení diagnózy nevyléčitelné nemoci?



Z celkového počtu 55 (100%) respondentů odpovědělo 40 (73%) respondentů ano, 15 (27%) ne.

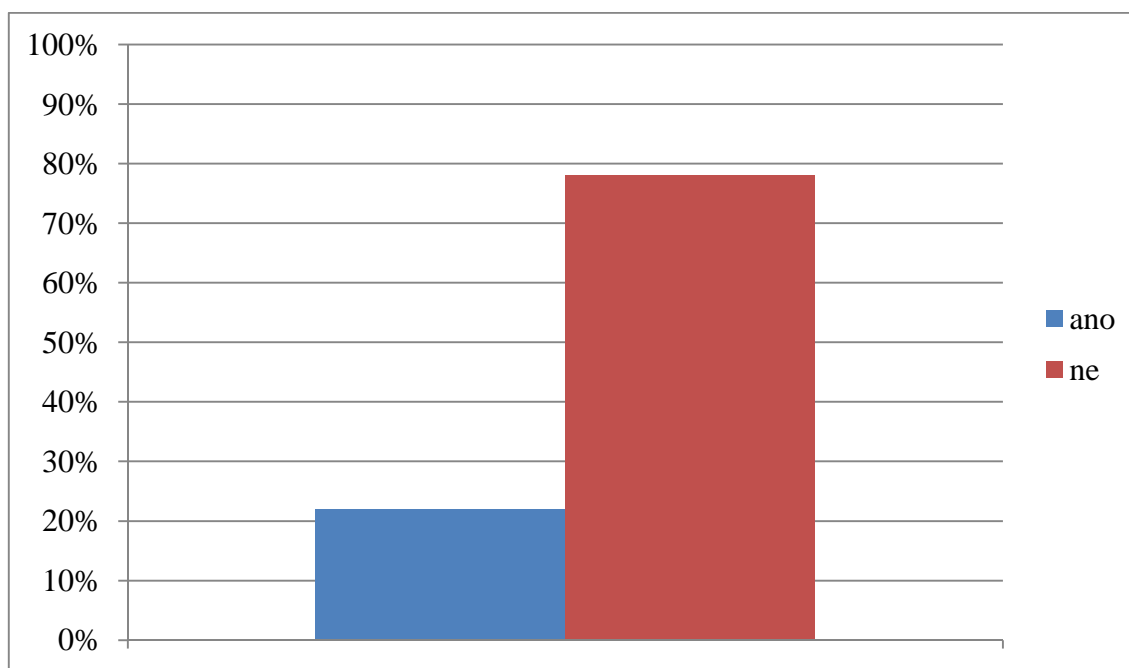
Položka č. 7 – Myslíte si, že je snadnější přijmout blízcí se smrt, věříte-li v posmrtný život?

- a) ano
- b) ne

Tabulka č. 7 – Myslíte si, že je snadnější přijmout blízcí se smrt, věříte-li v posmrtný život?

| odpověď | absolutní četnost | relativní četnost |
|---------|-------------------|-------------------|
| a) ano | 12 | 22 % |
| b) ne | 43 | 78 % |

Graf č. 7 – Myslíte si, že je snadnější přijmout blízcí se smrt, věříte-li v posmrtný život?



Z celkového počtu 55 (100%) respondentů uvedlo 12 (22%) respondentů kladnou odpověď a 43 (78%) respondentů zápornou odpověď.

Položka č. 8 - Co podle Vás patří k nejdůležitějším potřebám umírajícího?

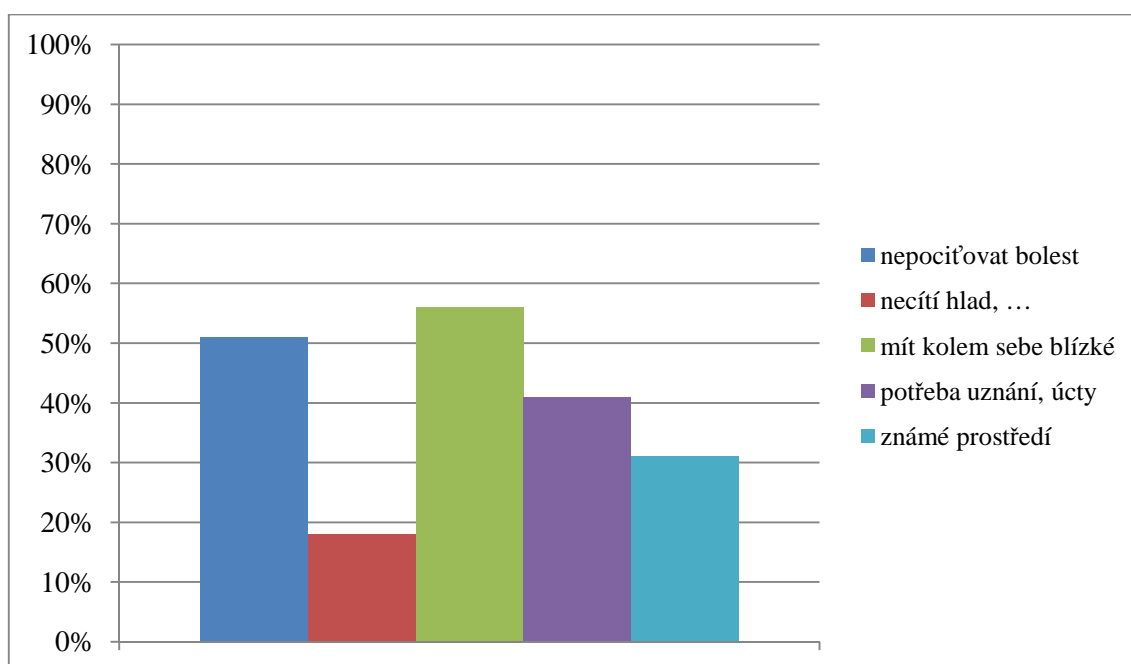
(vyberte maximálně 2 možnosti)

- a) nepocíťovat bolest
- b) necítí hlad, žízeň, chlad, horko
- c) mít kolem sebe své blízké
- d) potřeba uznání, úcty
- e) být ve známém prostředí

Tabulka č. 8 – Co podle Vás patří k nejdůležitějším potřebám umírajícího? (vyberte maximálně 2 možnosti)

| odpověď | absolutní četnost | relativní četnost |
|-------------------------------------|-------------------|-------------------|
| a) nepocíťovat bolest | 28 | 51% |
| b) necítí hlad, žízeň, chlad, horko | 10 | 18% |
| c) mít kolem sebe své blízké | 30 | 56% |
| d) potřeba uznání, úcty | 23 | 41% |
| e) být ve známém prostředí | 17 | 31% |

Graf č. 8 – Co podle Vás patří k nejdůležitějším potřebám umírajícího? (vyberte maximálně 2 možnosti)



V této otázce měli respondenti možnost napsat 2 odpovědi.

Z celkového počtu 55 odpovědí uvedlo 30 (56%) respondentů jako nejdůležitější potřebu mít kolem sebe své blízké, jako další nejdůležitější potřebu uvedlo 28 (51%) respondentů nepociťovat bolest, 23 (41%) respondentů uvedlo potřebu uznání, 17 (31%) respondentů být ve známém prostředí a 10 (18%) respondentů uvedlo jako jednu z nejdůležitějších potřeb umírajícího člověka necítit hlad, žízeň, chlad, horko.

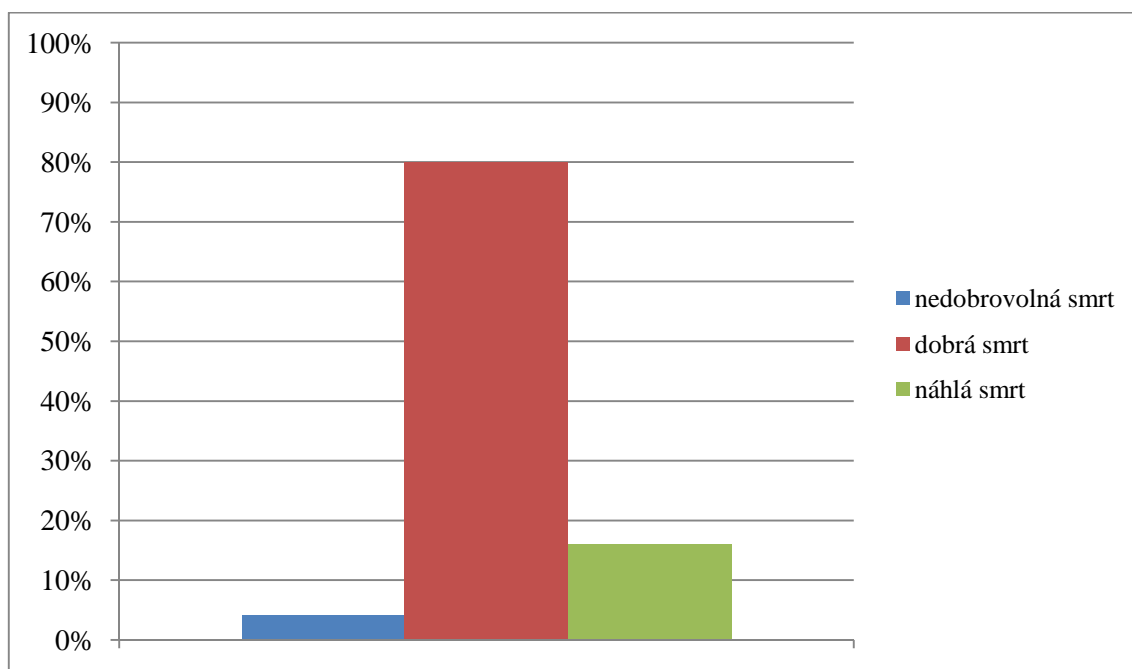
Položka č. 9 – Co znamená euthanasie?

- a) nedobrovolná smrt
- b) dobrá smrt
- c) náhlá smrt

Tabulka č. 9 – Co znamená euthanasie?

| odpověď | absolutní četnost | relativní četnost |
|----------------------|-------------------|-------------------|
| a) nedobrovolná smrt | 2 | 4% |
| b) dobrá smrt | 44 | 80% |
| c) náhlá smrt | 9 | 16% |

Graf č. 9 – Co znamená euthanasie?



Z celkového počtu 55 (100%) respondentů odpovědělo správně 44 (80%), možnost nedobrovolné smrti zvolili 2 (4%) respondenti a možnost náhlá smrt zvolilo 9 (16%) respondentů.

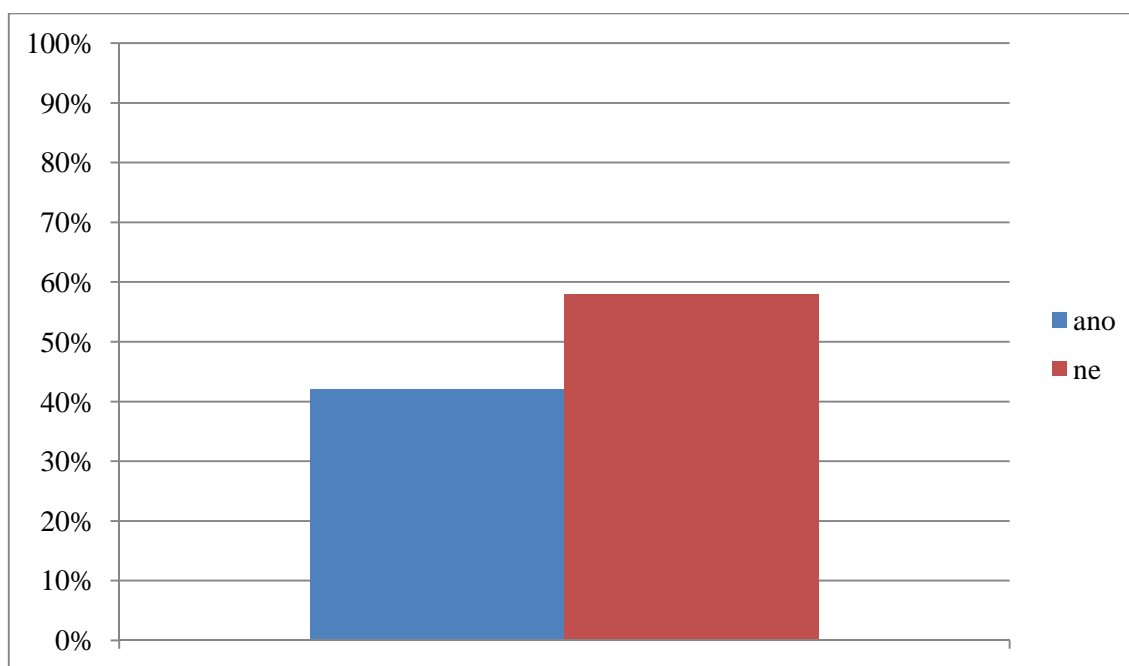
Položka č. 10 – Jste pro uzákonění euthanasie?

- a) ano
- b) ne

Tabulka č. 10 – Jste pro uzákonění euthanasie?

| odpověď | absolutní četnost | relativní četnost |
|---------|-------------------|-------------------|
| a) ano | 23 | 42 % |
| b) ne | 32 | 58 % |

Graf č. 10 – Jste pro uzákonění euthanasie?



Z celkového počtu 55 (100%) respondentů se pro souhlas s legalizací euthanasie vyjádřilo 23 (42%) respondentů, 32 (58%) respondentů ji odmítlo.

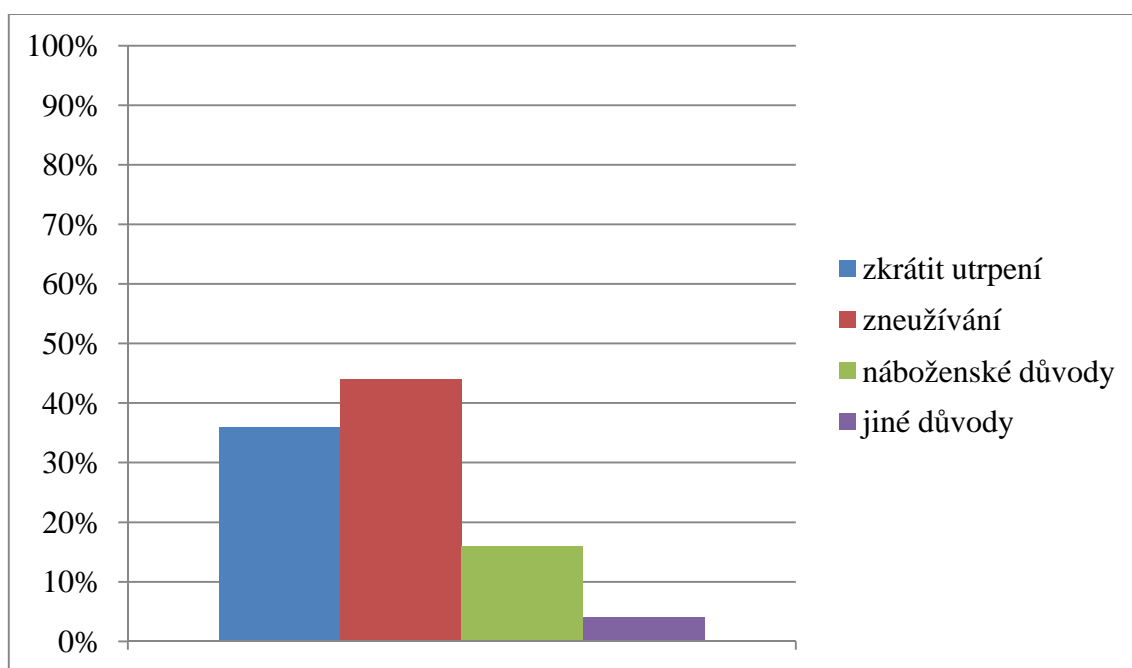
Položka č. 11 – Proč souhlasíte či nesouhlasíte s legalizací euthanasie?

- a) pomohla by zkrátit utrpení umírajícího
- b) vedla by ke zneužívání
- c) náboženské důvody
- d) jiné důvody:

Tabulka č. 11 – Proč souhlasíte či nesouhlasíte s legalizací euthanasie?

| odpověď | absolutní četnost | relativní četnost |
|---|-------------------|-------------------|
| a) pomohla by zkrátit utrpení umírajícího | 20 | 36% |
| b) vedla by ke zneužívání | 24 | 44% |
| c) náboženské důvody | 9 | 16% |
| d) jiné důvody | 2 | 4% |

Graf č. 11 – Proč souhlasíte či nesouhlasíte s legalizací euthanasie?



Z celkového počtu 55 (100%) respondentů se 24 respondentů (44%) vyjádřilo, že by mohlo dojít k zneužívání euthanasie. 20 respondentů (36%) se domnívá, že by vedla ke zkrácení utrpení umírajícího. 9 (16%) respondentů ji odmítlo z náboženských důvodů a 2 respondenti (4%) označilo jiné důvody, jaké neuvedli.

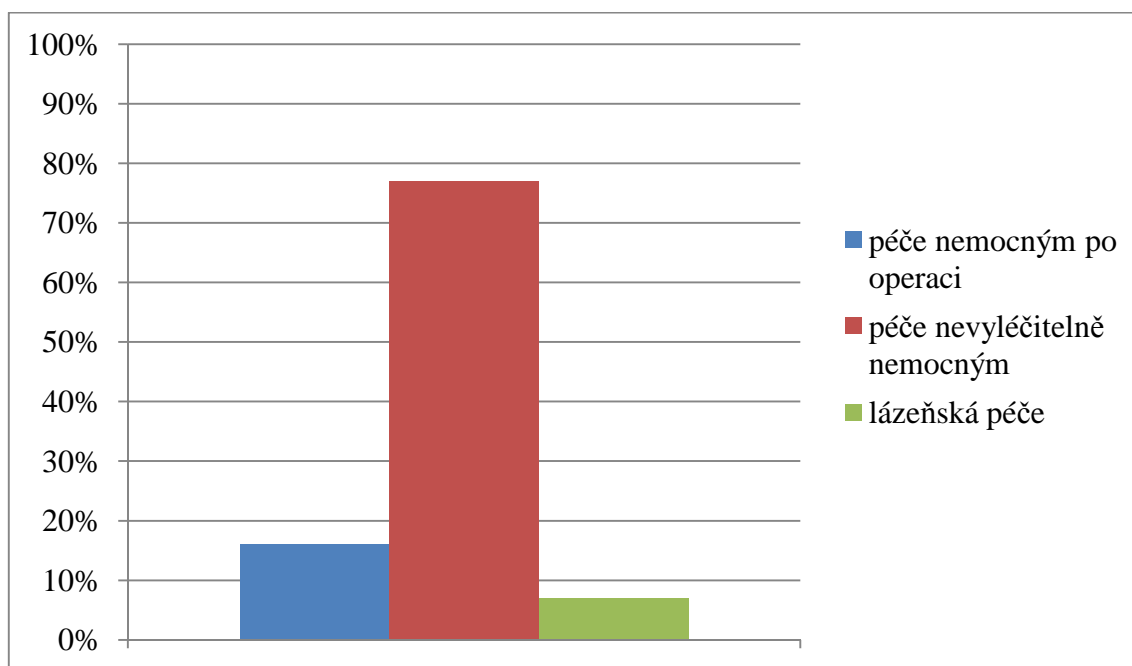
Položka č. 12 – Co si představíte pod pojmem paliativní péče?

- a) péče poskytovaná nemocným po operaci
- b) péče poskytovaná nevléčitelně nemocným
- c) lázeňská péče

Tabulka č. 12 – Co si představíte pod pojmem paliativní péče?

| odpověď | absolutní četnost | relativní četnost |
|---|-------------------|-------------------|
| a) péče poskytovaná nemocným po operaci | 9 | 16% |
| b) péče poskytovaná nevléčitelně nemocným | 42 | 77% |
| c) lázeňská péče | 4 | 7% |

Graf č. 12 – Co si představíte pod pojmem paliativní péče?



Z celkového počtu 55 (100%) respondentů uvedlo 42 (77%) správnou odpověď na tuto otázku, 9 respondentů (16%) termín paliativní péče určilo jako péči poskytovanou pacientům po operaci a 4 respondenti (7%) jako lázeňskou péči.

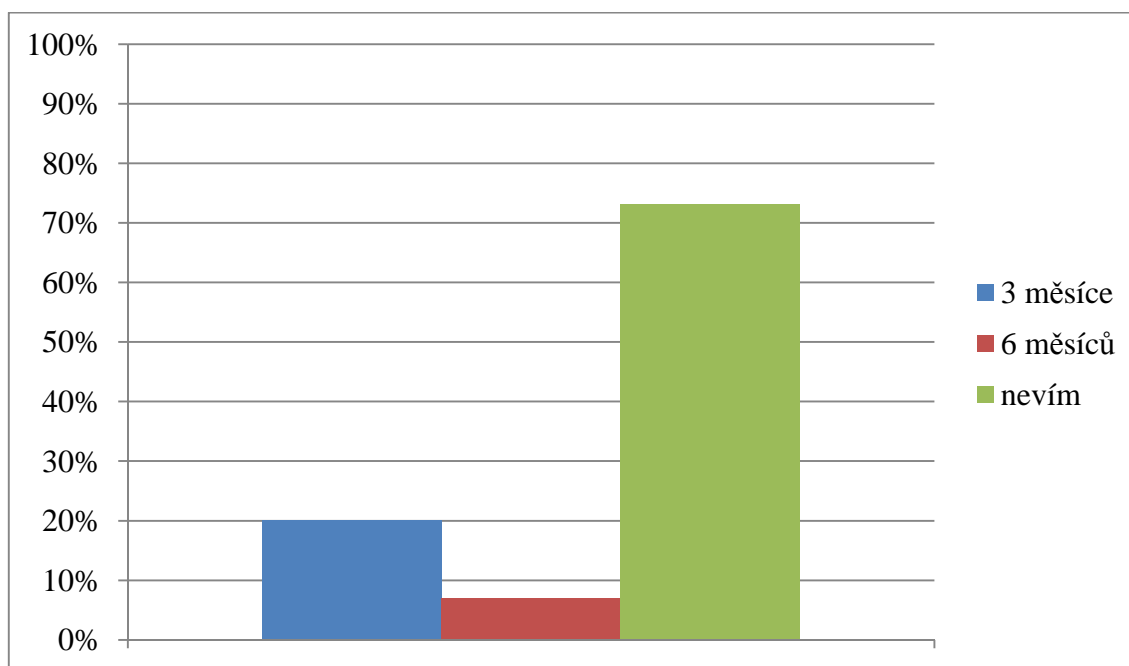
Položka č. 13 – Víte, jaký je časový horizont smrti pro přijetí do hospice?

- a) 3 měsíce
- b) 6 měsíců
- c) nevím

Tabulka č. 13 – Víte, jaký je časový horizont smrti pro přijetí do hospice?

| odpověď | absolutní četnost | relativní četnost |
|-------------|-------------------|-------------------|
| a) 3 měsíce | 11 | 20% |
| b) 6 měsíců | 4 | 7% |
| c) nevím | 40 | 73% |

Graf č. 13 – Víte, jaký je časový horizont smrti pro přijetí do hospice?



Z celkového počtu respondentů 55 (100%) uvedli správnou odpověď 6 měsíců pouze 4 dotázaní (7%), délku 3 měsíce označilo 11 respondentů (20%) a odpověď nevím zvolila většina dotázaných, čili 40 respondentů (73%).

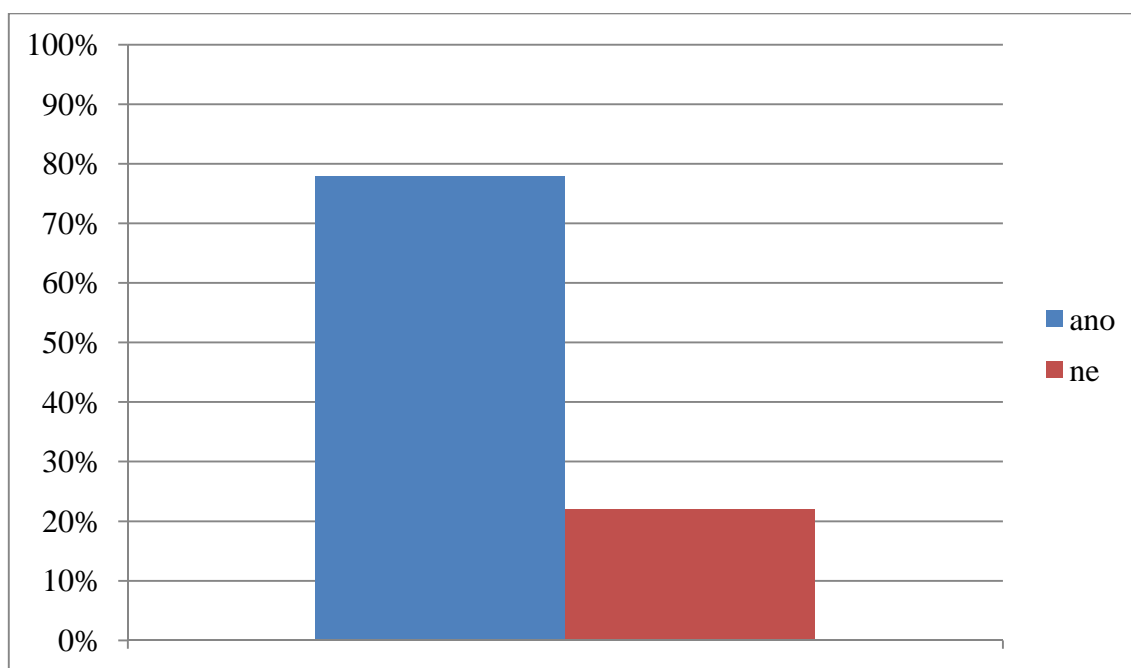
Položka č. 14 – Souhlasíte se zaváděním hospicových zařízení?

- a) ano
- b) ne

Tabulka č. 14 – Souhlasíte se zaváděním hospicových zařízení?

| odpověď | absolutní četnost | relativní četnost |
|---------|-------------------|-------------------|
| a) ano | 43 | 78 % |
| b) ne | 12 | 22 % |

Graf č. 14 – Souhlasíte se zaváděním hospicových zařízení?



Z celkového počtu 55 respondentů (100%) se 43 (78%) vyjádřilo pro souhlas se zaváděním hospiců, 12 respondentů (22%) zvolilo zápornou odpověď.

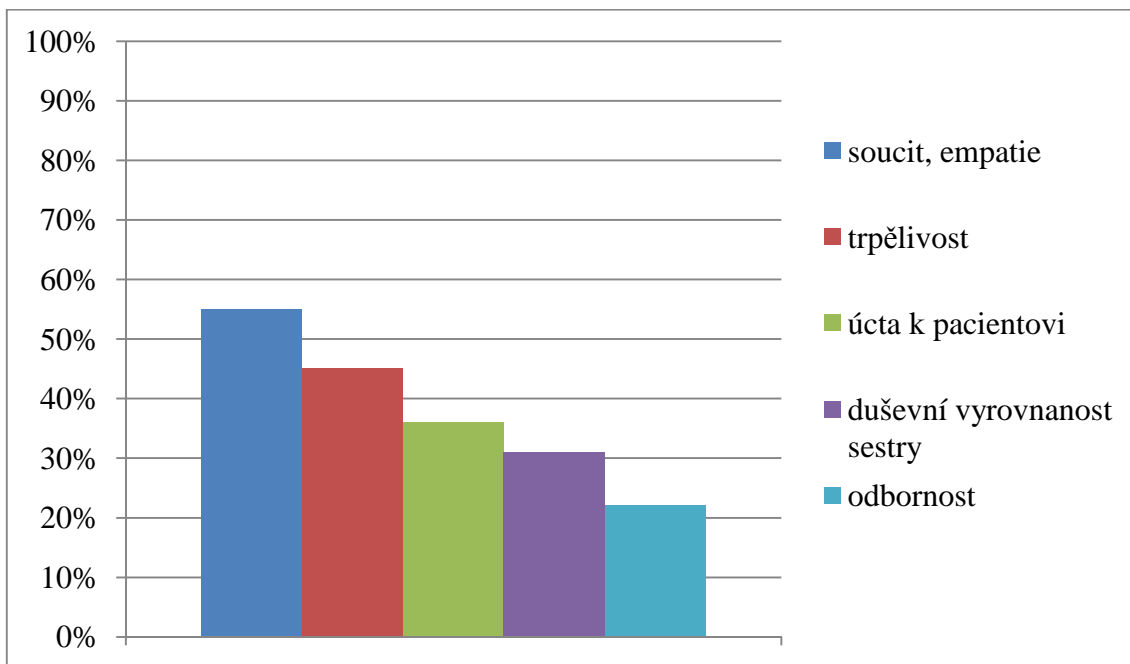
Položka č. 15 – Které vlastnosti považujete u zdravotnického personálu při péči o umírajícího za nejdůležitější? (vyberte max. 2 odpovědi)

- a) soucit, empatie
- b) trpělivost
- c) úcta k pacientovi
- d) duševní vyrovnanost sestry
- e) odbornost

Tabulka č. 15 – Které vlastnosti považujete u zdravotnického personálu při péči o umírajícího za nejdůležitější? (vyberte max. 2 odpovědi)

| odpověď | absolutní četnost | relativní četnost |
|-------------------------------|-------------------|-------------------|
| a) soucit, empatie | 30 | 55 % |
| b) trpělivost | 25 | 45 % |
| c) úcta k pacientovi | 20 | 36 % |
| d) duševní vyrovnanost sestry | 17 | 31 % |
| e) odbornost | 12 | 22 % |

Graf č. 15 – Které vlastnosti považujete u zdravotnického personálu při péči o umírajícího za nejdůležitější? (vyberte max. 2 odpovědi)



Z celkového počtu 55 (100 %) respondentů za nejdůležitější vlastnost zdravotníka při péči o umírajícího označilo 30 respondentů (55 %) empatii a soucit. 25 (45 %) respondentů trpělivost. 20 (36 %) respondentů označilo úctu k pacientovi a 17 (31 %) respondentů uvedlo jako nejdůležitější duševní vyrovnanost sestry. Za nejméně důležité uvedlo 12 (22 %) respondentů odbornost.

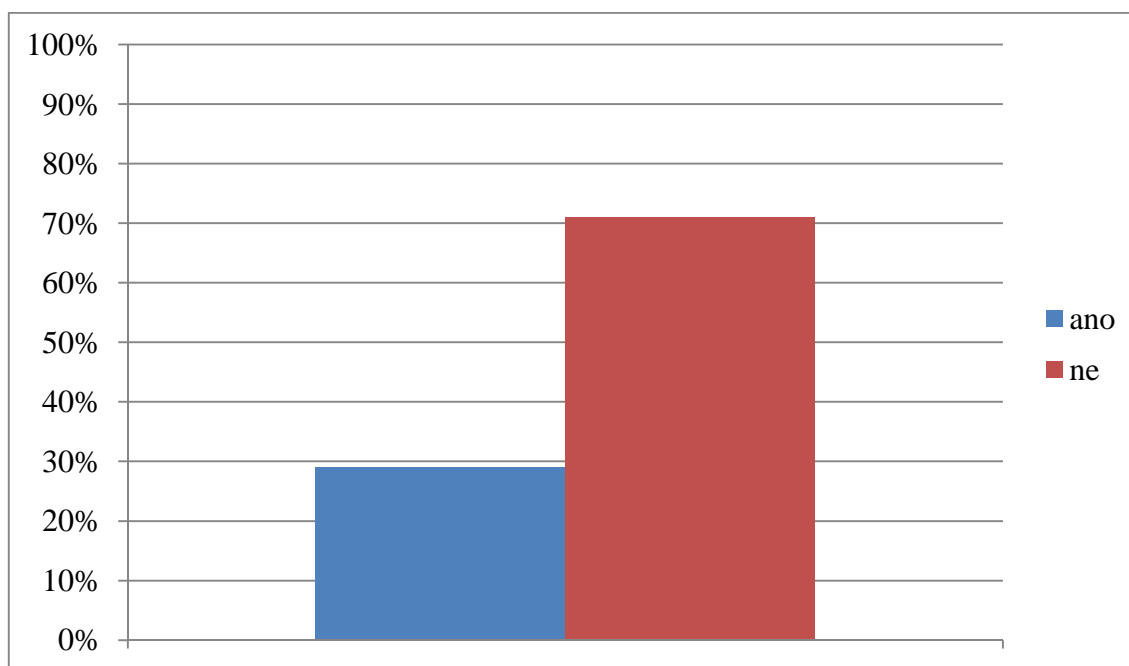
Položka č. 16 – Sledujete literaturu zabývající se péčí o umírajícího, smrt, paliativní péčí?

- a) ano
- b) ne

Tabulka č. 16 – Sledujete literaturu zabývající se péčí o umírajícího, smrt, paliativní péčí?

| odpověď | absolutní četnost | relativní četnost |
|---------|-------------------|-------------------|
| a) ano | 16 | 29 % |
| b) ne | 39 | 71 % |

Graf č. 16 – Sledujete literaturu zabývající se péčí o umírajícího, smrt, paliativní péčí?



Z celkového počtu 55 respondentů (100%) uvedlo, že literaturu zabývající se tématikou umírání a smrti sleduje 16 respondentů (29%) a nesleduje 39 (71%).

8 Diskuse

Prvním cílem mého průzkumu bylo zjistit úroveň vědomostí veřejnosti o problematice umírání a smrti. Zvláště pak o potřebách umírajícího. Druhým cílem mé bakalářské práce bylo zjistit jaký přístup veřejnost zaujímá k euthanasii. Posledním, třetím cílem, bylo zjistit míru informovanosti veřejnosti o paliativní a hospicové péči.

Za účelem prozkoumání problémové oblasti byly respondentům rozdány anonymní dotazníky (viz. příloha 1). První 3 otázky dotazníku byly zaměřeny na charakteristiku zkoumaného souboru. V průzkumu byla většina žen (55%). Převažujícím dosaženým vzděláním bylo vzdělání středoškolské (51%). Nejvíce respondentů se pohybovalo ve věkovém rozmezí 31-40let (31%).

P1 Je dle názorů respondentů důležitější při umírání nepocítovat bolest a tělesné obtíže než uspokojení psychických potřeb?

Problémová oblast byla ověřována položkami č. 4,5,6,7,8.

Při ověřování položky č. 4 jsme zjistili, že všichni respondenti (100%) považují umírání za přirozený životní cyklus, ale v následující otázce většina respondentů (64%) odpověděla, že si myslí, že je pro umírajícího snadnější umírat v nemocnici. Při vyhodnocení otázky č. 6 se prokázalo, že většina respondentů zastává názor přímého sdělení diagnózy nevléčitelné nemoci. Ale ani zde není možno zapomínat na již tolikrát vyřčenou pravdu – nikdy nebrat naději. Položka č. 7 poukázala na to, že 78% respondentů nevěří ve snadnější umírání při zachování víry v posmrtný život. Přitom v minulosti se právě věřícím umíralo „snadněji“, protože smrt brali jako cestu k něčemu lepšímu. Dále jsem průzkumem zjistila, že 30 respondentů (56%) považuje za

nejdůležitější potřebu umírajícího mít kolem sebe své blízké, 28 respondentů uvedlo nepociťovat bolest a 23 respondentů potřebu úcty a uznání. Jen 18% dotázaných uvedlo potřebu necítit hlad, chlad.

Na základě analýz výsledků průzkumu v rámci části zaměřené na zjištění přehledu veřejnosti o potřebách umírajících můžeme vyvodit následující závěry:

- Všichni respondenti považují umírání za přirozený životní cyklus
- Za negativní zjištění považují, že většina respondentů zastává názor, že je pro umírajícího „snadnější“ umírání v nemocnici
- Pozitivním zjištěním je, že za nejdůležitější potřebu pro umírajícího označila větší polovina respondentů mít kolem sebe své blízké

Rodina je určitá vztahová síť, souhrn vzájemných vazeb mezi všemi členy navzájem, přičemž každý člen rodiny je rovnocenným prvkem tohoto systému, ve kterém změna kteréhokoliv prvku navodí změnu celého systému. Rodina plní mnoho funkcí, které by se daly shrnout do dvou následujících:

uspokojování potřeb – biologických, psychologických

socializační, výchovná a kontrolní funkce

Jak se uplatňují funkce rodiny při umírání jejího člena? Jaké má umírající potřeby, které by měla rodina uspokojit? Co to znamená uspokojit potřebu lásky, zakotvení, jistoty, uznání? Každý člen rodiny se nějak zapsal do paměti ostatních – svými projevy, láskou a oporou, kterou si poskytovali navzájem v těžkých chvílích. A právě k projevům lásky patří i akceptace milovaného člověka ve chvílích umírání.

Umírání člena rodiny nás také může naučit některým věcem, vést k pochopení takových skutečností, které bychom jinak nepochopili. Myslím si, že nepřijetí umírání – ať již ve formě falešných nadějí či vyhýbání se umírajícímu, je vlastně odmítání šance dovědět se něco dosud nepoznané.

P2 Bude převládat negativní přístup respondentů k legalizaci euthanasie?

Problémová oblast byla ověřována položkami č. 9, 10, 11.

Z analýzy odpovědí položky č. 9 vyplývá, že většina respondentů (80%) zná správný výraz pojmu euthanasie. Dále jsem ověřováním položky č. 10 zjistila, že většina dotázaných není pro legalizaci euthanasie. A při vyhodnocení otázky č. 11 jsem zjistila, že důvodem, proč většina dotázaných nesouhlasí s legalizací euthanasie je obava z jejího zneužití.

Na základě analýzy výsledků můžeme konstatovat, že:

- U respondentů převládá negativní názor na euthanasii
- Většina respondentů se obává jejího zneužití

Na závěr bych chtěla ještě stručně zopakovat argumenty pro i proti euthanasii z psychologického a morálního hlediska:

Zdravotník (lékař) a zdravotnictví jako celek by na sebe vzali „povinnost“, která je zcela neslučitelná s mravními cíli lékařství a zdravotnictví

Euthanasie je vyhtocením tendence vidět v umírajícím „nepohodlnou věc“, nikoli lidskou bytost, jejíž nedotknutelnost musí být respektována za všech okolností až do konce

Euthanasie by podryla veškeré snahy o prohloubení terapie a ošetrovatelské péče

Argumentem pro euthanasii je odstranění nesnesitelných bolestí a utrpení, kterými umírající prochází

P3 Znají respondenti správný význam pojmu „paliativní péče“?

Problémová oblast byla ověřována položkami č. 12,13,14,15,16.

Průzkumem jsme zjistili, že 77% dotázaných znalo správný význam pojmu „paliativní péče“. Pouze 7% dotázaných pak však již znala správný časový horizont pro přijetí do hospice. Zjistili jsme též, že většina (78%) souhlasí se zaváděním, hospiců. Při vyhodnocení položky č. 15 jsme zjistili, že mezi kladně hodnocené vlastnosti zdravotníka při péči o umírajícího jsou empatie (55%), následuje trpělivost (45%) a jako třetí skončila úcta k pacientovi. Za nejméně důležité považují respondenti odbornost zdravotníků (22%). Při vyhodnocení poslední položky č. 16 jsme zjistili, že většina respondentů nesleduje literaturu zabývající se tematikou umírání a smrti.

Na základě výsledků jsem konstatovala:

- Respondenti se orientují v základních otázkách týkajících se paliativní péče
- Respondenti ve větší převaze nesledují literaturu zabývající se tematikou umírání a smrti

Hospice bývají často zaměňovány s odlišnými institucemi. Lidé si je pletou například s domovy důchodců, tedy sociálním zařízením, nebo s léčebnami dlouhodobě nemocných. Tyto odborné léčebné ústavy vznikaly v 70. letech a byly hlavní základnou pro vznik oboru geriatry.

Základní filosofií hospice je, aby umírající v nejtěžších chvílích svého života nezůstal sám. Hospic umožňuje přítomnost rodiny plných 24 hodin denně. Režim se přizpůsobuje pacientovi.

ZÁVĚR

Čtenář měl možnost se v mé bakalářské práci seznámit s tématem, které se pomalu pomaličku dostává do podvědomí lidí stále častěji, nicméně ne s takovou důležitostí, jak by bylo třeba. Tímto tématem bylo umírání a smrt, kdy jsem se k jednotlivým problémům alespoň stručně vyjádřila v příslušných kapitolách.

První cílem mé bakalářské práce bylo zjistit, jaký přehled má veřejnost o potřebách umírajícího.

Druhým cílem mé práce bylo zjistit názor veřejnosti k problematice euthanasie.

Třetím cílem jsem zjišťovala míru informovanosti veřejnosti o paliativní péči.

Cíl mé bakalářské práce byl splněn. Informace všech 3 zkoumaných problémových oblastí jsem vyhodnotila a došla k následujícím závěrům.

Lidé považují umírání za přirozený životní cyklus a za nejdůležitější potřebu pro umírajícího považují potřebu mít kolem sebe své blízké. V dnešní době však je nejvíce rozšířená představa umírání v nemocnici. Podle názorů respondentů je důležité uspokojit psychické potřeby umírajícího.

Z analýzy druhé problémové oblasti jsem zjistila, že u respondentů skutečně převládá negativní názor na euthanasii z důvodu obav z jejího zneužití.

Průzkumem jsme také zjistili, že respondenti se orientují v základních pojmech a výrazech týkající se paliativní péče, ovšem zájem populace o literaturu zabývající se tematikou umírání a smrti je stále nedostatečný.

Myslím si, že pečlivější výukou na školách, počínaje již školou mateřskou, bychom mohli alespoň částečně předejít až hysterické reakci a zmatku při blízkém setkání se smrtí. Je nutné se zaměřit i poněkud jiným směrem, než jen přijetí existence smrti z hlediska biologického. Tak "trochu" se vrátit do historie, kdy smrt byla přijímána jako běžná součást života, umírající prožíval své poslední chvíle doma, ve známém prostředí, obklopen blízkými.

Podle mého názoru je důležité se tomuto tématu věnovat nejen v odborné literatuře, ale i v časopisech, televizi či rádiu. Naštěstí se tomu tak pomalu a postupně v dnešní společnosti děje.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Knižní tisk

1. ABELN, Reinhard; KNER, Anton. 1993. *Umírání znamená loučení*. Z něm. orig. přelož. Eva Chaloupková, Vojtěch Pola. Praha: Karmelitánské nakladatelství, 1993. ISBN 80-85527-35-9.
2. BOUŠKA, Ivan; TOUPALÍK, Pavel. 2007. *Soudně lékařská diagnostika náhlé smrti*. Praha: Karolinum, 2007. ISBN 978-80-246-1327-7.
3. CARPER, Jan. 1997. *Stop stárnutí*. Z ang. orig. přel. Eva Jirsová. Frýdek-Místek: Alpress, 1997. ISBN 80-7218-020-7.
4. ČECHOVÁ, V.; MELANOVÄ, A.; ROZSYPALOVÄ, M. 2003. *Speciální psychologie*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2003. ISBN 80-7013-386-4.
5. DIGIULIO, Robert; KRANZOV8, Rachel. 1997. *O smrti*. Z ang. orig. přel. Eva Klimentová. Praha: NLN, 1997. ISBN 80-7106-210-3.
6. HAŠKOVCOVÄ, Helena. 2007. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. 2. přepr. vyd. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-471-3.
7. HAŠKOVCOVÄ, Helena. 2010. *Fenomén stáří*. 2. přep. vyd. Praha: Havlíček Brain Team, 2010. ISBN 978-80-87109-19-9.
8. HAUFTOVÄ, Dagmar. 1993. *Eutanazie v současném světě*. Olomouc: Centrum pro rodinný život, 1993. ISBN 80-7067-995-6.
9. CHINMOY, Šrí. 2010. *Smrt a znovuzrození*. Z ang. orig. přel. Šrí Chinmoy Centrum. Zlín: Madal Bal, 2010. ISBN 978-80-86581-53-8.
10. JAROŠOVÄ, Darja. 2001. *Umírání a smrt z pohledu sestry*. Ostrava: Ostravská univerzita, Zdravotně Sociální fakulta, 2001. ISBN 80-7042-325-0.

11. KÚBLER-ROSS, Elisabeth. 1993. *O smrti a umírání*. Z ang. orig. přel. Jiří Královec. Turnov: Arica, 1993. ISBN 80-85878-95-X.
12. KÚBLER-ROSS, Elisabeth. 1997. *O smrti a životě po ní*. Z ang. orig. přel. Eva Bosáková. Praha: Aquamarin, 1997. ISBN 80-901922-9-7.
13. MASUMIAN, Farnaz. 1996. *Život po smrti*. Z ang. orig. přel. Igor Košut. Brno: Jota, 1996. ISBN 80-85-617-83-8.
14. MOODY, Raymond. 1999. *Život po životě*. Z ang. orig. přel. Boris a Irena Jarošovi. 2. vyd. Praha: Hynek, 1999. ISBN 80-86202-57-7.
15. MUNZAROVÁ, Marta. 2005. *Eutanazie, nebo paliativní péče?* Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1025-0.
16. OCONNOR, Margaret. 2005. *Paliativní péče: pro sestry všech oborů*. Z ang. orig. přel. Jana Heřmanová. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1295-4.
17. POLLARD, B.J. 1996. *Eutanazie – ano či ne?* Z ang. orig. přel. Eva Masnerová. Praha: Dita, 1996. ISBN 80-85926-07-5.
18. SKÁLA, Bohumil. 2005. *Paliativní péče o pacienty v terminálním stádiu nemoci: doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře*. Praha: 'CLS JEP, 2005. ISBN 80-86998-03-7.
19. SLÁMA, Ondřej; ŠPINKA, Štěpán. 2004. *Koncepce paliativní péče v ČR*. Praha: Cesta domů, 2004. ISBN 80-239-4330-8.
20. SVATOŠOVÁ, Marie. 2003. *Hospice a umění doprovázet*. 5. dopl. vyd. Praha: Ecce homo, 2003. ISBN 80-902049-4-5.
21. ULRICHVÁ, Monika. 2009. *Různé tváře smrti: vybrané kapitoly z thanatologie*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2009. ISBN 978-80-7041-743-0.
22. VORLÍČEK, Jiří. 1993. *Klinická onkologie pro sestry: určeno pro pomaturitní specializační studium*. BRNO: Institut pro další vzdělávání ve zdravotnictví, 1993. ISBN 80-7014-146-2.

23. VORLÍČEK, Jiří. 2004. *Paliativní medicína*. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0279-7.

Periodika

1. DUČANOVÁ, J. 2011. *Důstojnost při péči o onkologicky nemocné*. Sestra. Praha: 2011, roč. 21, č. 5, s. 40-41. ISSN 1210-0404.

2. HAZULÍKOVÁ, J. *Úroveň podávání informací z pohledu pacienta*. Diagnóza v ošetrovatelství. Praha: 2006, roč. 2, č. 10, s. 5-6. ISSN 1801-1349.

3. HROZENSKÁ, M. 2011. *Úcta k životu a umírání*. Sestra. Praha: 2011, roč. 21, č. 4, s. 50-51. ISSN 1210-0404.

4. SKÁLOVÁ, A. 2006. *Seniorům se nedostává adekvátní starostlivosti*. Zdravotnické noviny. Praha: 2006, roč. 21, č. 5, s. 28. ISSN 0044-1996.

Elektronické dokumenty

1. *Adresář hospiců*. Autor neuveden. (online) akt. 17. 05. 2010. (cit. 2011-05-05) Dostupné z <http://www.hospice.cz/adresar-hospicu/>

2. MLČOCH, Z. *Hypokratova přísaha*. (online) akt. Neuvedena. (cit. 2011-05-25). Dostupné z http://www.zbynekmlcoch.cz/info/administrativa/hipokratova_prisaha_kompletni_text.html

3. PALÁN, M. *Doporučení Rady Evropy č. 1418/1999 "O ochraně lidských práv a důstojnostinevyléčitelně nemocných a umírajících"*. (online) akt. 2009. (cit. 2011-05-24). Dostupné z <http://www.pecujdoma.cz/legislativa/dokumenty-a-umluvy.html>

4. SCHLESINGER, V. *Eutanazie I*. (online) akt. 11.11.2011. (cit. 2011-05-05). Dostupné z <http://www.pifik.com/veda/Eutanazie-I.-ano-ci-ne.html>

5. SCHLESINGER, V. *Eutanazie II*. (online) akt. 14.11.2011. (cit. 2011-05-05). Dostupné z <http://www.pifik.com/veda/Eutanazie-II.-v-USA-a-ve-svete.html>

PŘÍLOHY

Seznam příloh

Příloha 1 Dotazník

Příloha 2 Charta práv umírajících

Příloha 3 Hypokratova přísaha

Příloha 4 Seznam hospiců v ČR

Příloha 1 - Dotazník

Vážený respondente, respondentko,

jmenuji se Jiřina Hradilová a jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studia na VŠ zdravotnické Praha, edukační centrum Vsetín. Dotazník, který dostáváte do rukou je anonymní a je určen pro zpracování mé bakalářské práce na téma: Etické problémy umírání a smrti z pohledu sestry. Chtěla bych Vás požádat o jeho vyplnění. Pokud není stanoveno jinak, vyberte pouze jednu odpověď.

Předem děkuji za čas a trpělivost při vyplňování dotazníku.

Jiřina Hradilová, Dis.

1. Pohlaví

- a) žena
- b) muž

2. Věk

- a) 20 – 30
- b) 31 – 40
- c) 41 – 50
- d) 51 – 60
- e) 61 – 70

3. Nejvyšší dosažené vzdělání

- a) odborné bez maturity
- b) středoškolské
- c) vyšší odborné
- d) vysokoškolské

4. Považujete umírání za přirozený životní cyklus?

- a) ano
- b) ne

5. Myslíte si, že je pro umírajícího snadnější umírat doma nebo v nemocnici?
- a) doma
 - b) nemocnice
6. Jste pro přímé sdělení diagnózy nevyléčitelné nemoci?
- a) ano
 - b) ne
7. Myslíte si, že je snadnější přijmout blízcí se smrt, věříte-li v posmrtný život?
- a) ano
 - b) ne
8. Co podle Vás patří k nejdůležitějším potřebám umírajícího? (vyberte maximálně 2 možnosti)
- a) nepociťovat bolest
 - b) necítí hlad, žízeň, chlad, horko
 - c) mít kolem sebe své blízké
 - d) potřeba uznání, úcty
 - e) být ve známém prostředí
9. Co znamená slovo euthanasie?
- a) nedobrovolná smrt
 - b) dobrá smrt
 - c) náhlá smrt
10. Jste pro uzákonění euthanasie?
- a) ano
 - b) ne
11. Proč souhlasíte či nesouhlasíte s euthanasií?
- a) pomohla by zkrátit utrpení umírajícího
 - b) vedla by ke zneužívání
 - c) náboženské důvody
 - d) jiné důvody:

12. Co si představíte pod pojmem paliativní péče?
- a) péče poskytovaná nemocným po operaci
 - b) péče poskytovaná nevléčitelně nemocným
 - c) lázeňská péče
13. Víte, jaký je časový horizont smrti pro přijetí do hospice?
- a) 3 měsíce
 - b) 6 měsíců
 - c) nevím
14. Souhlasíte se zaváděním hospicových zařízení?
- a) ano
 - b) ne
15. Které vlastnosti považujete u zdravotnického personálu při péči o umírajícího za nejdůležitější? (vyberte max. 2 odpovědi)
- a) soucit, empatie
 - b) trpělivost
 - c) úcta k pacientovi
 - d) duševní vyrovnanost sestry
 - e) odbornost
16. Sledujete literaturu zabývající se péčí o umírajícího, smrt, paliativní péčí?
- a) ano
 - b) ne

Příloha 2 – Charta práv umírajících

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

(„Charta práv umírajících“)

1. Posláním Rady Evropy je chránit důstojnost všech lidí a práva, která z ní lze odvodit.

2. Pokrok medicíny umožňuje v současné době léčit mnohé dosud neléčitelné nebo smrtelné choroby, zlepšení lékařských metod a rozvoj resuscitačních technik dovolují prodlužování života lidského jedince a odsouvání okamžiku jeho smrti. V důsledku toho se však často nebere ohled na kvalitu života umírajícího člověka a na osamělost a utrpení jak pacienta, tak jeho blízkých a těch, kdo o něj pečují.

3. V roce 1976 v rezoluci č. 613 deklarovalo Parlamentní shromáždění, „že umírající nemocný si nejlépe ze všeho přeje zemřít v klidu a důstojně, pokud možno v komfortu a za podpory jeho rodiny a přátel.“ V Doporučení číslo 779 z roku 1976 k tomu dodalo, že „prodloužení života by nemělo být jediným cílem medicínské praxe, která se musí současně zabývat i úlevou od utrpení.“

4. Konvence o ochraně lidských práv a lidské důstojnosti s ohledem na aplikaci biologie a medicíny od té doby vyjádřila důležité zásady a připravila cestu, aniž se explicitně věnovala specifickým potřebám nevléčitelně nemocných nebo umírajících lidí.

5. Povinnost respektovat a chránit důstojnost všech nevléčitelně nemocných a umírajících osob je odvozena z nedotknutelnosti lidské důstojnosti ve všech obdobích života. Respekt a ochrana nacházejí svůj výraz v poskytnutí přiměřeného prostředí, umožňujícího člověku důstojné umírání.

6. Jak v minulosti i v současnosti ukázaly mnohé zkušenosti s utrpením, je třeba tato opatření uskutečňovat zvláště v zájmu nejzranitelnějších členů společnosti. Tak jako

lidská bytost začíná svůj život ve slabosti a závislosti, stejně tak potřebuje ochranu a podporu, když umírá.

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

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

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

- Umírání s nesnesitelnými symptomy (například bolesti, dušení, atd.)
- Prodlužováním umírání terminálně nemocného nebo umírajícího člověka proti jeho vůli
- Umírání o samotě a v zanedbání
- Umírání se strachem, že jsem sociální zátěží
- Omezováním život udržující léčby (life-sustaining) z ekonomických důvodů

- Nedostatečným zajištěním financí a zdrojů pro adekvátní podpůrnou péči terminálně nemocných nebo umírajících

9. Shromáždění proto doporučuje, aby Výbor ministrů vyzval členské státy Rady Evropy, aby ve všech ohledech respektovaly a chránily důstojnost nevléčitelně nemocných nebo umírajících lidí, a to tím:

a) že uznají a budou hájit nárok nevléčitelně nemocných nebo umírajících lidí na komplexní paliativní péči a že přijmou příslušná opatření:

- aby zajistily, že paliativní péče bude uznána za zákonný nárok individua ve všech členských státech
- aby byl všem nevléčitelně nemocným nebo umírajícím osobám dopřán rovný přístup k přiměřené paliativní péči
- aby byli příbuzní a přátelé povzbuzováni, aby doprovázeli nevléčitelně nemocné a umírající a aby jejich snaha byla profesionálně podporována. Pokud se ukáže, že rodinná nebo soukromá péče nestačí nebo je přetěžována, musejí být k dispozici alternativní nebo doplňkové formy lékařské péče
- aby ustavily ambulantní týmy a síť pro poskytování paliativní péče, které by zajišťovaly domácí péči vždy, pokud je možné pečovat o nevléčitelně nemocné nebo umírající ambulantně
- aby zajistily spolupráci všech osob podílejících se na péči o nevléčitelně nemocného nebo umírajícího pacienta
- aby vyvinuly a vyhlásily kvalitativní normy pro péči o nevléčitelně nemocné nebo umírající
- aby zajistily, že nevléčitelně nemocné a umírající osoby, pokud si nebudou přát jinak, dostanou přiměřenou paliativní péči a tišení bolestí, i kdyby tyto léčba mohla mít u příslušného jedince jako nežádoucí (vedlejší) účinek léčby za následek zkrácení života jedince
- aby zajistily, že ošetrující personál bude vyškolen a veden tak, aby mohl každému nevléčitelně nemocnému nebo umírajícímu člověku poskytnout v koordinované týmové spolupráci lékařskou, ošetrovatelskou a psychologickou péči v souladu s nejvyššími možnými standardy

- aby založily další a rozšířily stávající výzkumná, výuková a doškolovací centra pro obor paliativní medicíny a péče, stejně jako pro interdisciplinární thanatologii
- aby zajistily alespoň ve větších nemocnicích vybudování specializovaných oddělení paliativní péče a thanatologických klinik, které by mohly nabídnout paliativní medicínu a péči jako integrální součást každé lékařské činnosti
- aby zajistily, že bude paliativní medicína a péče ukotvena ve veřejném vědomí jako důležitý cíl medicíny

b) tím, že budou chránit právo nevléčitelně nemocných a umírajících osob na sebeurčení a že pro to přijmou nutná opatření:

- aby se prosadilo právo nevléčitelně nemocné nebo umírající osoby na pravdivou, úplnou, ale citlivě podanou informaci o jejím zdravotním stavu a aby přitom bylo respektováno přání jedince, který nechce být informován
- aby měla každá nevléčitelně nemocná nebo umírající osoba možnost konzultovat ještě jiné lékaře než svého pravidelného ošetřujícího
- aby bylo zajištěno, že žádná nevléčitelně nemocná nebo umírající osoba nebude ošetřována a léčena proti své vůli, že při svém rozhodování nebude ovlivňována nikým jiným a že na ni nebude nikým činěn nátlak. Musejí být zvážena taková opatření, aby takové rozhodnutí nebylo učiněno pod ekonomickým tlakem
- aby bylo zajištěno, že bude respektováno odmítnutí určitého léčebného postupu, vyjádřené v písemném projevu vůle (*living will*), v „pořízení“ nevléčitelně nemocné nebo umírající osoby, která již nebude aktuálně schopná se vyjádřit. Dále musí být zajištěno, aby byla stanovena kritéria platnosti takových prohlášení, pokud jde o rozsah předem vyjádřených pokynů (*advance directives*), ale i pokud jde o jmenování zmocněnců a rozsah jejich pravomocí. Rovněž musí být zajištěno, že rozhodnutí, učiněná zmocněncem v zastoupení nemocného neschopného se vyjádřit, a která se opírají o předchozí vyjádření vůle nebo o předpokládanou vůli nemocného, budou uznána jen tehdy, když v nastalé akutní situaci nemocný sám svou vůli nijak neprojeví nebo když ji není možno poznat. V takovém případě musí být jasná souvislost s tím, co příslušná osoba říkala v době krátce před

okamžikem rozhodování, nebo přesněji, krátce než začala umírat, a to v odpovídající situaci, bez cizího ovlivnění a nátlaku, a ještě při zachovaných duševních schopnostech. Konečně má být zajištěno, aby nebyla respektována zástupná rozhodnutí, jež se opírají jen o všeobecné hodnotové soudy platné v příslušné společnosti a aby ve sporných případech bylo vždy rozhodnuto ve prospěch života a jeho prodloužení

- aby bylo zajištěno, že výslovná přání nevléčitelně nemocné nebo umírající osoby týkající se určitých léčebných postupů budou respektována bez ohledu na zásadní terapeutickou odpovědnost lékaře, pokud nejsou v rozporu s lidskou důstojností
- aby bylo zajištěno, že v případě, kdy není k dispozici předchozí vyjádření vůle pacienta či pacientky, nebude porušeno jeho právo na život. Musí být vytvořen katalog léčebných úkonů, které musejí být poskytnuty za všech okolností a jež nesmí být zanedbány

c) že zachovají předpis, zakazující úmyslné usmrcení nevléčitelně nemocných nebo umírajících osob a že zároveň:

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

Text tohoto Doporučení byl přijat Parlamentním shromážděním 25. června roku 1999 na svém 24. zasedání převážnou většinou hlasů, kdy 6 hlasů bylo proti.

Z anglického originálu přeložil MUDr. Zdeněk Bystřický (PALÁN, 2009).

Příloha 3 – Hypokratova přísaha

Hypokratova přísaha

"Přisáhám při Apollonovi, bohu lékařství, při Aeskulapovi, Hygiei a Panacei i při všech bozích a bohyních a dovolávám se jejich svědectví, že podle svých sil a svědomí budu tuto přísahu a tyto závazky řádně zachovávat. Svého učitele v tomto umění budu ctít stejně jaké své rodiče a vděčně mu poskytnu všechno nutné, ukáže-li se toho potřeba; také jeho potomky budu pokládat za bratry, a budou-li se chtít naučit tomuto umění, vzdělám je bez nároku na odměnu a jakékoliv závazky. Rovněž umožním jak svým synům a dětem svého učitele, tak žákům, kteří se slavnostně zavázali lékařskou přísahou, aby se podíleli na výuce a přednáškách i na celé vědě, jinému však nikomu. Způsob svého života zasvětim podle svých sil a svědomí prospěchu nemocných a budu je chránit před každou úhonou a bezprávím. Ani prosbami se nedám pohnout k podání smrtícího léku, ani sám k tomu nedám nikdy podnět. Stejně tak neposkytnu žádné ženě prostředek k vyhnání plodu; zachovám vždy svůj život i své umění čisté a prosté každé viny. Neprovedu řez u žádného nemocného, který trpí kameny, ale odevzdám ho mužům v tomto oboru zkušeným. Ať přijdu do kteréhokoliv domu, vejdu tam jen ve snaze pomoci nemocným, vyhýbaje se všemu podezření z bezpráví nebo z jakéhokoliv ublížení. Stejně tak budu vzdálen touhy po smyslových prožitcích se ženami a muži, jak se svobodnými, tak s otroky. Uvidím-li nebo uslyším-li při své lékařské praxi nebo v soukromém životě lidí něco, co by mělo být utajeno, pomlčím o tom a zachovám to jako tajemství. Budu-li tuto přísahu zachovávat a řádně plnit, nechť je mi dopřáno žít navždy šťastně, požívat úcty u všech lidí a těšit se z plodů svého umění. Jestliže ji však poruším a poskrvním, staniž se mi pravý opak" (MLČOCH).

Příloha č. 4 – Seznam hospiců v ČR

APHPP, Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče

5.4.2005 byla založena Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče, sdružující všechny známé hospicové aktivity v ČR. Řádným členem Asociace se může stát každá právnická osoba – organizace hospicového paliativního typu působící v ČR. Mimořádným členem se může stát i fyzická osoba - kterýkoli občan ČR starší 18 let.

<http://www.asociacehospicu.cz>

aphpp@t-email.cz

Cesta domů

Sdružení Cesta domů působí v Praze, ale poradenské služby poskytované přes internet nebo telefonicky jsou poskytovány bez rozdílu bydliště. Zaměstnanci a dobrovolníci hospice nabízejí rodinám, které se rozhodly pečovat o své umírající blízké doma, tyto služby: specializovanou paliativní domácí péči o terminálně nemocné, odlehčovací služby a sociální poradenství, půjčování pomůcek, péči o pozůstalé, služby specializované paliativní knihovny, ediční služby a edukaci. Příspěvek na den péče je 200 Kč. Průměrná doba péče 35 dní. Kapacita: cca 15 pacientů v péči zdravotní a cca 5 v odlehčovacích službách zároveň. Ročně asi 160 pacientů.

<http://www.cestadomu.cz>

info@cestadomu.cz

Charita Česká republika

Na webových stránkách charity najdete rovněž seznam všech zařízení spadajících pod ČKCH poskytujících domácí péči a v rámci domácí péče rovněž péči hospicovou. Rovněž na jejich stránkách najdete spojení a kontakty na všechny diecézní a

arcidiecézní charity v Česku. Některé z nich jsou přímo spojeny s některým z hospiců.

<http://www.charita.cz>

sekretariat@charita.cz

Charitní domácí hospicová péče Bárka

Domácí hospicová péče Bárka je všestrannou péčí o nemocného a rodinu a je poskytována v domácnosti uživatelů. Základem služby je profesionální pomoc spojená s lidským přístupem všech pracovníků. Cílem Bárky je, aby lidé, o které pečujeme, mohli prožívat čas jim daný bezbolestně, důstojně a doma. Zajišťujeme odbornou zdravotní péči, odlehčovací službu, sociální poradenství, psychologickou pomoc, duchovní péči a podporu pečující rodině.

jana.sochorova@caritas.cz

567563671

Domácí hospic Jordán o.p.s

Domácí hospic Jordán o.p.s. je nezisková organizace, která vzniká jako nový typ péče v regionu Tábor. Cílem je umožnit lidem s nevyléčitelným onemocněním v pokročilém a konečném stadiu nemoci zůstat doma v kruhu svých blízkých. Smyslem specializované paliativní péče je ulevit od bolesti a dalších tělesných i duševních obtíží, které s sebou zpravidla přináší závěrečné stadium těžké nemoci. Pracovníci týmu domácího hospice nezastupují rodinu v péči o nemocného, pouze pomáhají, aby rodina a nemocný důstojně a se zachováním co největší možné kvality života zvládli poslední životní období.

<http://www.hospicjordan.cz>

Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa v Rajhradě u Brna

Nestátní církevní zdravotnické zařízení poskytující paliativní péči těžce a nevyлéčitelně nemocným pacientům. Přítomnost rodiny možná 24 hodin denně, stálá přítomnost lékaře a ošetřujícího personálu. Edukační a dobrovolnické centrum, ambulance fyzioterapie, domácí péče, pečovatelská služba, půjčovna kompenzačních pomůcek.

<http://www.dlbsh.cz>

hospic.rajhrad@caritas.cz

547 232 223, Fax: 547 232 247

Ecce homo, Sdružení pro podporu domácí péče a hospicového hnutí

Organizace byla založena s cílem rozvinout hospicové hnutí v ČR a prosadit myšlenku hospice i mimo budovy hospice, všude, kde lidé umírají. Ecce homo se mírou nesměrnou přičinila o rozvoj hospicového hnutí v Čechách. MUDR. Svatošová, předseda občanského sdružení, po roce 1989 opustila lékařskou praxi a věnovala celé své úsilí rozvoji všech forem hospicové péče.

<http://www.hospice.cz/eccehomo>

marie.svatosova@seznam.cz

Hospic Anežky České v Červeném Kostelci

Hospic Anežky České byl otevřen 8. prosince 1995 a stal se tak prvním hospicem v České republice. Nabízí 30 odborně specializovaných hospicových lůžek pro pacienty v terminálním stádiu většinou onkologického onemocnění z celé České republiky bez rozdílu vyznání, národnosti a sociálního postavení. V červenci roku 2010 byla v hospici otevřena Ambulance paliativní medicíny, jejíž cílem je pečovat o těžce nemocné před přijetím do hospice, po návratu do domácího prostředí nebo o terminální a preterminální klienty, kteří chtějí a mají tu možnost zůstat ve svém domově. Hospic dále nabízí zapůjčení kompenzačních pomůcek. Provozovatelem je Oblastní charita Červený

Kostelec, člen APHPP.

<http://www.hospic.cz>

wajsar@hospic.cz

Hospic Citadela – dům hospicové péče ve Valašském Meziříčí

Hospic Citadela nabízí 28 lůžek pro nemocné. Je členem Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče. Hospicová paliativní péče Zdravotní pojišťovna pacienta hradí ubytování, stravu, ošetrovatelskou a zdravotní péči. Klient platí za služby 180 Kč denně (maximálně 5 580 Kč za měsíc). Sociální lůžka Klient platí za jeden den pobytu: Za celodenní stravu 130 Kč. Ubytování na dvoulůžkovém pokoji 150 Kč Za ošetrovatelskou péči je vybírána úhrada ve výši příspěvku na péči v přiznané výši. Odlehčovací služba Klient platí za jeden den pobytu: Za celodenní stravu 130 Kč. Ubytování na dvoulůžkovém pokoji 150 Kč Za ošetrovatelskou péči je vybírána úhrada maximálně do výše přiznaného příspěvku na péči.

<http://www.citadela.cz>

hospic@citadela.cz

Hospic Dobrého Pastýře Čerčany

Hospic Dobrého pastýře v Čerčanech je centrem odborné péče a podpory pro nemocné i jejich blízké. Zahrnuje všechny čtyři typy hospicové péče (lůžkovou, domácí, ambulantní a stacionářovou). Kapacita hospice je 24 jednolůžkových pokojů a 3 pokoje dvoulůžkové Je členem Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče. Adresa a spojení na Mobilní hospic v Benešově: Jana Nohy 1352, 256 01 Benešov (areál PCB naproti celnici), tel/fax: 317 722 046, mobil: 605 276 114, email: mobilnihospic@centrum-cercany.cz

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

os-tri@centrum-cercany.cz

Hospic Frýdek-Místek

V hospici je 26 hospicových pokojů s 30 lůžky, 6 pokojů se 13 lůžky odlehčovací péče, 4 pokoje s 8 lůžky pro návštěvy pacientů nebo pro personál. Služby poskytuje v Centru zdravotních a sociálních služeb Frýdek-Místek na ul. J. Pešiny 3640, Frýdek-Místek. Hospic není členem Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče.

<http://www.hospicfm.cz>

info@hospicfm.cz

Hospic Liberec

Občanské sdružení Hospic pro Liberecký kraj.

<http://www.hospic-liberec.cz>

hospic@hospicliberec.cz

Hospic Malovická

Druhý pražský hospic pro nevléčitelně nemocné se otevře v roce 2011 v Praze 4 na Spořilově. Už čeká jen na kolaudaci. Hospic nabízí 30 lůžek. Hospic bude přijímat i pacienty s neurologickými a interními nemocemi (Parkinsonova, Alzheimerova choroba). Hospic má stejného provozovatele jako první pražský hospic, Hospice Štrasburk.

<http://www.xxx.cz>

Hospic na Svatém Kopečku Olomouc

V hospici je připraveno 20 jednolůžkových pokojů s přistýlkou pro příbuzného (doprovod) a 5 dvoulůžkových pokojů. Všechny pokoje mají vlastní sociální příslušenství, telefon, ledničku a televizi. K dispozici jsou také společné prostory hospice – recepce s možností zakoupení malého občerstvení, zimní zahrada, jídelna,

kaple a velká terasa.

<http://www.hospickopecek.caritas.cz>

info@hospickopecek.charita.cz

Hospic Smíření, Chrudim

Hospic Chrudim má 27 lůžek, z toho 23 jednolůžkových s přistýlkou a 2 dvoulůžkové pokoje. Mimo standardní nemocniční oddělení je v hospici, ambulantní komplex jako zázemí pro terénní hospicovou péči. Součástí objektu je 5 samostatných bytových jednotek a 4 pokoje s příslušenstvím pro návštěvy nemocných. Financování je více zdrojové. Z veřejného zdravotního pojištění je hrazena bohužel jen polovina předpokládaných nákladů, tj. 11 mil. Kč za rok. 12 procent - 330,-Kč/den hradí nemocný.

<http://www.smireni.cz>

smireni@centrum.cz

Hospic sv. Alžběty v Brně

Od roku 2004 občanské sdružení Gabriela o.s. provozuje lůžkové nestátní zdravotnické zařízení Hospic sv. Alžběty poskytující zvláštní ústavní péči podle § 22a zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění. Hospic je lůžkové zdravotnické zařízení určené nevléčitelně nemocným v pokročilé fázi onemocnění; nabízí profesionální řešení potíží, které toto období mohou provázet a nelze je zvládnout v domácím prostředí (tlumení bolesti, dušnosti, nevolnosti, psychických potíží a dalších tělesných potíží). Důraz je kladen na kvalitu života pacienta. Nyní je k dispozici 22 lůžek v převážně jednolůžkových pokojích s možností přistýlky pro příbuzné.

<http://www.hospicbrno.cz>

reditel@hospicbrno.cz

+420543214761

Hospic sv. Jana N. Neumana v Prachaticích

Poskytované služby: 30 odborně specializovaných hospicových lůžek (22 jednolůžkových a 4 dvoulůžkové pokoje) pro pacienty z celé České republiky, půjčovna pomůcek, poradenské služby - odborné sociální poradenství, respitní pobyty - odlehčovací služby (dle §44 Zákona č. 108/2006 Sb. O sociálních službách) Smluvní pojišťovny na lůžkovou péči: VZP (111), ZPMV (211) OZP (207), VoZP (201), ČPZP (205), ZP MÉDIA (228) Pouze část nákladů hradí hospici zdravotní pojišťovny. Ostatní finanční zdroje jsou získávány od dárců a sponzorů, přesto je nezbytná ještě spoluúčast klienta za služby nezdravotního charakteru.

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

Hospic sv. Lazara v Plzni

Posláním Hospice sv. Lazara je poskytovat komplexní a na kvalitu života zaměřenou péči nemocným, kteří trpí nevléčitelnou chorobou v jejím pokročilém nebo terminálním stadiu v Plzeňském kraji. Je členem Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče.

<http://www.hsl.cz>

hospic@hsl.cz

Hospic sv. Lukáše Ostrava

Hospic sv. Lukáše je specializované zdravotnické zařízení, poskytující hospicové služby včetně léčby bolesti, kterou s sebou postupující nemoc přináší. Hospic je určen pro osoby nevléčitelně nemocné v terminálním stádiu života, nejčastěji s onkologickou diagnózou, jejichž obtíže nevyžadují léčbu v nemocnici a není možné je zvládnout ani v domácím prostředí. Kapacita hospice je 34 lůžek. Služby Hospice sv. Lukáše jsou provázány na další služby provozovatele Charity Ostrava – Mobilní hospicová jednotka, Dobrovolnické hospicové hnutí, Charitní hospicová poradna.

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

Hospic sv. Štěpána v Litoměřicích

Projekt v hodnotě 54 milionů Kč byl započat v roce 1998. Dokončen a slavnostně otevřen byl 2. února 2001. Litoměřický hospic vznikl přístavbou k bývalé porodnici. Lůžková kapacita je 56 lůžek, z toho je 26 pro nemocné, 22 lůžek pro doprovázející a 8 lůžek pro stážisty a dobrovolníky. Virtuálně si hospic můžete prohlédnout na stránkách <http://www.qwert.cz/zdislava/clanek.php?cln=50>. Je členem Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče. Odborný garant při přípravě hospicu byl: MUDr. Svatošová, Ecce homo.

<http://www.hospiclitomerice.cz>

info@hospiclitomerice.cz

Hospic Štrasburk v Praze

Hospic má 24 pokojů, z toho je 23 jednolůžkových a 1 dvoulůžkový. Všechny pokoje jsou bezbarierové a jsou vybaveny vlastním sociálním zařízením. Slouží jako výukové pracoviště pro studenty mimopražských univerzit i ZŠ a spolupracuje s pražskými FN. Poskytuje služby občanům hl. m. Prahy a Středočeského kraje. Cena za lůžko a den v hospici je 350,- Kč, přistýlka je za 90,- Kč na den, lůžko. Je členem Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče. Poskytované služby: lůžková i domácí hospicová péče na území hl. m. Prahy, psychologické a psychiatrické pro pacienty a rodiny, služby sociálního pracovníka, rehabilitačního pracovníka, poradenské, půjčování lůžek a pomůcek.

<http://www.hospicstrasburk.cz/>

hospic.strasburk@cmail.cz

Hospic v Mostě

Hospic v Mostě je umístěn v nově rekonstruovaném objektu se zahradou na okraji města v bezprostřední blízkosti nemocnice a MHD. Lůžková část o kapacitě 15 dvoulůžkových pokojů (pacient + doprovázející osoba), ambulance bolesti v

součinnosti s NNP Most (nemocnice následné péče), domácí hospicová péče pro pacienty z Mostecka. společnost také provozuje: Sociálně-psychologickou poradnu od 10/2001 Půjčovnu pomůcek od 10/2001 Domácí hospicovou péči od 2.6.2003 Současný stav: Lůžkový hospic je otevřen pro veřejnost a od 7.7.2005 přijímá klienty Kontakt: paní Blanka Števicová - jednatel o.p.s., tel.: 476 000 168

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

hospic@mostmail.cz

Hospicová péče sv. Zdislavy

Provozujeme: v Liberci a jeho okolí domácí hospicovou péči, odborné sociální poradenství, odlehčovací služby, půjčovnu pomůcek, dobrovolnické programy, spolu s Krajskou nemocnicí Liberec,a.s. provozujeme tvz.rodinný pokoj na LDN, který umožňuje dopovázání umírajícího blízkým člověkem.

<http://www.hospiczdislavy.cz>

info@hospiczdislavy.cz

Hospicové občanské sdružení Duha

Naše sdružení si dalo za úkol zřízení domácí hospicové služby. Domácí hospicová péče bude všestranně podporovat rodiny, které na sebe převezmou péči o umírajícího nemocného v domácím prostředí.Těžce nemocný člen rodiny tak bude moci prožít konec života doma, mezi svými blízkými.V domácím prostředí pomůžeme kvalifikovaně zvládnout bolest a další průvodní jevy terminální fáze onkologického onemocnění.

<http://www.hospic-horice.cz/>

hospic-horice@seznam.cz

773 652 844

Mobilní hospic Ondrášek, Ostrava

Mobilní hospic Ondrášek nabízí rodinám nemocných komplexní poradenství v oblasti péče o terminálně nemocné a poskytuje nemocným specifickou hospicovou péči v domácnosti pacienta. Jedná se o služby zdravotní, ošetrovatelské, sociální, psychologické a duchovní péče. Je členem Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče.

<http://www.mhondrasek.cz/>

mhondrasek@seznam.cz

Mobilní hospicová jednotka (Ostrava)

Mobilní hospicová jednotka Charity Ostrava je specializovaná forma domácí zdravotní péče, poskytující hospicové služby včetně léčby bolesti, kterou s sebou postupující nemoc často přináší. Služby jsou určeny pro osoby s vážným onemocněním, nejčastěji s onkologickou diagnózou, jejichž zdravotní stav nevyžaduje pobyt v nemocnici. Cílem naší práce je dosažení co nejlepší kvality života pacienta i jeho rodiny. Služby MHJ umožňují prožít plnohodnotný zbytek života naplňováním fyzických, psychických, sociálních i duchovní potřeb.a.

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

cho.chos@caritas.cz

Nadační fond Umění doprovázet

7. července 2006 byl za účelem podpory rozvoje hospicového hnutí v České republice založen Nadační fond Umění doprovázet. Zakladateli nadačního fondu jsou manželé Hana a Bohumil Harákovi. Členkou správní rady se stala i MUDr. Marie Svatošová, "matka hospiců v Čechách". Více o Poslání a cílech nadačního fondu, jakož i o možnostech, jak podpořit nadační fond a stát se dárce, se můžete dozvědět přímo na jejich webových stránkách

<http://www.umenidoprovazet.cz>

OPORA

Občanské sdružení OPORA vzniklo v roce 1997 v Roudnici nad Labem a v současné době má pobočky v Ústí nad Labem, Roudnici nad Labem, Slaném a v Praze. Domácí hospicovou péči poskytujeme v podobě odlehčovacích služeb v domácnosti klienta, dalšími pilíři služby jsou sociální poradenství, půjčovna kompenzačním pomůcek a zprostředkování psychologické a duchovní podpory. Dojezdová vzdálenost terénních služeb je do 20 km od pobočky. Od roku 2009 rozvíjíme také aktivity v oblasti vzdělávání pracovníků ze zdravotní a sociální sféry.

<http://www.opora-os.cz>

opora.ul@centrum.cz

777704221

SDÍLENÍ o.s.

Občanské sdružení Sdílení nabízí domácí hospicovou péči, odlehčovací službu, sociální poradenství, půjčovnu zdravotnických pomůcek a realizuje dobrovolnický program.

<http://www.os-sdileni.wz.cz/>

os.sdileni@centrum.cz

Umirani.cz

www.Umirani.cz, je informační a diskusní webový portál o umírání pro pečující, pro lékaře, pro nemocné a pro pozůstalé. Tento portál umožňuje získat potřebné informace, navázat kontakt a zprostředkovat poradenskou pomoc v problematice související s koncem života, umíráním, smrtí, s péčí o nevléčitelně nemocné, umírající a pozůstalé. Nabízí laické i odborné veřejnosti možnost potřebné informace nejen získat, ale také si je vyměňovat.. Vznikl v rámci projektu Phare EU - Aktivní život seniorů.

<http://www.umirani.cz>