

## **Metodologie sociálních věd - 3. povinný úkol** **Horáková\_Madžarov\_Vašíčková**

**Téma :** Umírání v současné společnosti (hospic vs. eutanazie)

**Hlavní výzkumná otázka :**

Jak vidí současná populace otázku umírání / důležitost umírání jako završení života?

**Otázky nižšího řádu (odvozené):**

Má člověk právo zvolit si smrt - a za jakých okolností?

Má umírání smysl? Není zbytečným utrpením?

Jaký postoj zaujímá současná populace k umírajícím?

Má lékař povinnost vyhovět přání zemřít?

**Kontext výzkumu :**

Problematika umírání patří k důležitým oblastem života člověka i společnosti, i když by se to nemuselo zdát.

Umírání čeká každého člověka. V minulosti se umíralo doma, v kruhu rodiny, s osobním lékařem a knězem. Každý se tak ve svém životě se smrtí několikrát setkal a naučil se, jak se v této situaci chovat. Umírání bylo sociálním aktem, tradiční rituály se přenášely z generace na generaci.

S rozvojem lékařské péče a se vznikem nemocnic došlo k prodlužování života, zlepšila se léčitelnost dříve smrtelných chorob a také přibylo lidí, které vyléčit nelze. Ti jsou pak často léčeni do „posledního dechu“ a většina tak umírá v nemocnicích. Tím došlo postupně k odtržení umírání od rodiny, tradice postupně vymizela. Nový rituál umírání však doposud nevznikl.

Lidé neví, jak se k umírajícím a jejich rodinám chovat. A existují dva přístupy, které mohou být ustanoveny:

- 1) Lze navázat na tradiční domácí model umírání, tedy umírání v doprovodu blízkých a v prostředí, které poskytne maximální možnou péči. Vhodnou péčí je péče paliativní, která umožňuje žít kvalitní život až do konce; uvedený přístup se snaží naplnit hospicové hnutí či sdružení poskytující paliativní péči. Umírání je chápáno jako završení života, které je důležité jak pro umírajícího tak pro jeho rodinu.
- 2) Druhý přístup chápe umírání jako zbytečné utrpení, fázi života, kde už člověka nic nečeká a tedy není nutné ji zbytečně prodlužovat. Do této skupiny lze zařadit zastánce asistované sebevraždy – umírající požádá o prostředek nebo návod, který mu umožní zemřít, aplikuje ho sám. Důraz je zde kladen na právo rozhodovat o svém životě, včetně jeho ukončení. Motivem může být také obava z dlouhého a bolestivého umírání.

Cílem výzkumu je přispět k poznání, jaký postoj zaujímá současná populace České republiky, jaké skupiny obyvatel jsou spíše pro první a jaké pro druhý přístup a jak tento postoj modifikuje osobní zkušenost se smrtí či péčí o umírajícího blízkého člověka.

**Komentář [DK1]:** Výzkumný problém a jeho uchopení je velice zajímavé, oceňuji dobrý nápad i způsob konceptualizace na dva ideálně typické v podstatě dichotomické přístupy. Zkuste popřemýšlet, které faktory mohou hrát roli v příklonu k jednomu nebo druhému faktoru. Lze například předpokládat, že vlivem postupné individualizace, tak jak o ni píše např. Ulrich Beck v Rizikové společnosti, vede k příklonu k druhému přístupu. Jak byste to měřili? Jako velmi důležité se mohou jevit hlediska věku, rodinného zázemí či náboženského přesvědčení. Škoda, že jste více nerozvedli některý faktor a nevztáhli ho k nějakému důležitému sociologickému konceptu či teorii.

## **Operacionalizace**

Bude založena na porovnání „zdravé části populace“, jež bude rozdělena na 3 věkové kategorie a druhé skupiny – tedy umírající v hospicích, v léčebnách dlouhodobě nemocných a domovech důchodců. Přičemž problematika eutanazie a zařízení s paliativní péčí je pro obě uvedené skupiny stejná.

### **Péče o umírající**

- měli by mít umírající nadstandardní péči ?
- měla by být upřednostňována pomoc rodinných příslušníků před péčí nemocničních pracovníků ?

### **Finanční hledisko**

- měla by být nadstandardní péče hrazena samotnými pacienty (popř. jejich rodinami) nebo prostřednictvím státních dotací ?

### **Míra osobní zkušenosti**

- zemřel Vám rodič – sourozenec – partner – dítě?
- byla mu poskytnuta dostatečná péče ?
- znal pravdu o svém stavu – chtěl ji znát, ale nebyla mu sdělena- nechtěl ji znát

### **Separace**

- měli by být umírající izolováni od běžného světa ?

### **Diferencialita**

- měli by pacienti s různými nemocemi právo žádat o oddělené prostory ?
- je sdílení osudu umírajících se stejným onemocněním důvodem pro oddělení se od ostatních pacientů

### **Eutanazie – obecné hledisko**

- znáte význam slova eutanazie ?
- znáte rozdíl mezi aktivní a pasivní ?
- setkali jste se s pojmem asistovaná sebevražda ?
- považujete eutanazii za důstojné ukončení lidského života ?

## Aktivní eutanazie

- zdá se vám správné, aby člověk měl právo rozhodnout o okamžiku své smrti ?
- měl by mít lékař právo rozhodovat o pacientově osudu

## Pasivní eutanazie

- měla by být pasivní eutanazie postavena mimo zákon i přesto, že vůle rodiny bude v souladu s rozhodnutím lékaře

## Hospice

- jste spokojeni s péčí, která je o pacienty v těchto zařízeních ?
- byli byste ochotni strávit konečnou fázi života v těchto zařízeních ?
  
- jak jste spokojeni s péčí tohoto zařízení ?
- byl/i jste sem umístěni na popud rodiny – vlastní vůle nebo na základě lékařské diagnózy ?

**Komentář [DK2]:** V operacionální analýze vám chybí hlubší teoretické zakotvení pojmů, které používáte. Je to dáno tím, jak jsem vám již naznačil výše, že téma, ačkoliv velice zajímavé, není zasazeno do širšího teoretického rámce.

## Strategie výzkumu :

Bude použito dotazníkového šetření u dvou skupin respondentů.

### 1. skupina respondentů

– populace, jež nemá osobní zkušenost s umíráním. Počet respondentů je odstupňován v závislosti na věku ( předpokládá se, že starší část populace bude tímto problémem více oslovena).

Návrh : 200 respondentů – věková kategorie 18 – 35 let  
400 respondentů – věková kategorie 35 – 55 let  
600 respondentů – věková kategorie 55 a více let

Dotazník – struktura – 15 uzavřených otázek

### 2. skupina respondentů

- populace, jež je umístěna v hospicích, domovech důchodců, LDN, na odděleních paliativní péče apod. Jedná se o starší věkovou kategorii, již se tento problém nejvíce týká.

Návrh : 600 respondentů – věková kategorie 55 a více let

Dotazník – struktura – 15 otevřených otázek

### Použitá literatura :

Boleloucký, Z.: Psychoonkologický (biobehaviorální) přístup k onkologickým nemocným. In: Dostálová, O. – Kulhavý, M. – Nouza, K. (eds). (1996). *Léčba pokročilých stadií zhoubných nádorů*. Praha: Dům medicíny, s. 202 – 217.

DiGiulio, R., Kranzová, R. (1997). *O smrti*. Praha: Nakladatelství Lidové noviny.

Funk, K. (2001). „Uděláme s tím něco?“ *Sociální politika* 27, č. 6: s. 29.

Haškovcová, H. (2000). *THANATOLOGIE : Nauka o umírání a smrti*. Praha: Galén.

Haškovcová, H. (2002). *Lékařská etika: Třetí, rozšířené vydání*. Praha: Galén.

Pollard, B. (1996). *Eutanazie – ano či ne?* Praha: Dita.

Prokopová, M. (2004, 1. prosinec). „Francouzi zavádějí právo na smrt“. *MF Dnes XV/279*, s. A1, A8.

Příhoda, P. (2004, 12. listopad). „Eutanazie? Víme vůbec, o čem mluvíme?“ *MF Dnes XV/246*, s. A6.

Rechtořiková, O., Vorlíček, J.: Psychologické problémy onkologických nemocných a ošetřujícího personálu. In: Vorlíček, J. a kol. (1996). *Klinická onkologie*. Brno: Lékařská fakulta Masarykovy univerzity, s. 222 – 231.

Shields, G. et al.(1995). „Social work in pediatric oncology: a family needs assesment.“ *Soc. Work Hlth Care* 21, 1, pp. 39-54.

Tóthová, V. (2003). „Míra informovanosti pacientů o svých právech – problematika dodržování etického kodexu práva pacientů ve zdravotnických zařízeních“. *Sociální práce*, č. 1: 53-68.

Vorlíček, J., Adam, Z. a kol. (1998). *Paliativní medicína*. Praha : Grada Publishing.

### Internetové stránky :

[www.hospice.cz](http://www.hospice.cz) (České hospicové hnutí)

Způsob zápisu dle: Mareš, J. (2002). Pravidla citací.  
<http://www.fss.muni.cz/psych/materaly/citace.doc>

Závěr: Úkoly č.2 a 3 splněny.