

# **Diplomová práce**

2010

Bc. Dagmar Grillová

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Teologická fakulta

Katedra praktické teologie

Diplomová práce

Etické problémy a dilemata sociálních pracovníků  
v hospicovém zařízení

Vedoucí práce: Mgr. Michal Opatrný, Dr. theol.

Autor práce: Bc. Dagmar Grillová

Studijní obor: Etika v sociální práci

Ročník: III.

2010

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění, souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v českých Budějovicích na jejich internetových stránkách.

29. března 2010

podpis studentky

.....

Děkuji vedoucímu diplomové práce Mgr. Michalu Opatrnému, Dr. theol. za cenné rady, připomínky a metodické vedení práce.

## OBSAH

<b>ÚVOD</b> .....	<b>6</b>
<b>1. PALIATIVNÍ PÉČE A HOSPIC</b> .....	<b>9</b>
1.1 VYMEZENÍ POJMU PALIATIVNÍ PÉČE .....	9
1.1.1 Obecná paliativní péče .....	11
1.1.2 Specializovaná paliativní péče .....	12
1.2 VYMEZENÍ POJMU HOSPICOVÉ PÉČE .....	13
1.3 FORMY HOSPICOVÉ PÉČE .....	15
1.4 MULTIPROFESIONALITA V HOSPICOVÉM TÝMU .....	17
<b>2. ETICKÉ PROBLÉMY UMÍRÁNÍ, SMRTI A PALIATIVNÍ PÉČE</b> .....	<b>19</b>
2.1 VYMEZENÍ ZÁKLADNÍCH POJMŮ - ETIKA, MORÁLKA, HODNOTY, NORMY .....	19
2.2 UMÍRÁNÍ A SMRT.....	21
2.2.1 Fáze umírání neboli fáze vyrovnávání se s nemocí .....	24
2.3 ETICKÉ PROBLÉMY UMÍRÁNÍ A SMRTI.....	25
2.3.1 Etické problémy v období pre finem.....	27
2.3.2 Etické problémy v období in finem.....	33
2.3.3 Etické problémy v období post finem .....	39
2.4 ZÁKLADNÍ ETICKÉ PRINCIPY PALIATIVNÍ PÉČE .....	41
2.5 SHRUTÍ ETICKÝCH PROBLÉMŮ V PALIATIVNÍ PÉČI.....	42
2.6 ETIKA A HOSPICOVÉ ZAŘÍZENÍ.....	44
<b>3. SOCIÁLNÍ PRÁCE V HOSPICI</b> .....	<b>48</b>
3.1 VYMEZENÍ POJMU SOCIÁLNÍ PRÁCE .....	48
3.2 DVĚ ROVINY SOCIÁLNÍ PRÁCE V HOSPICI.....	50
3.3 MÍSTO SOCIÁLNÍ PRÁCE V HOSPICI .....	52
3.3.1 Pracovní náplň sociálního pracovníka a možnost vzdělávání.....	54
3.4 TEORIE A PRAXE HOSPICOVÉ SOCIÁLNÍ PRÁCE.....	56

<b>4. ETICKÉ ASPEKTY SOCIÁLNÍ PRÁCE V HOSPICI.....</b>	<b>61</b>
4.1 ETIKA SOCIÁLNÍ PRÁCE A JEJÍ SPECIFIKA .....	61
4.2 PROFESNÍ ETIKA SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA .....	63
4.3 ETICKÉ ROZHODOVÁNÍ V SOCIÁLNÍ PRÁCI.....	64
4.3.1 Vztah mezi etickými a právními normami.....	68
4.3.2 Význam etického kodexu a jeho forma.....	70
4.3.3 Etické a právní normy důležité pro sociální práci v hospici .....	72
4.4. ETICKÉ TEORIE SOCIÁLNÍ PRÁCE .....	74
<b>5. PŘEDSTAVENÍ PLÁNOVANÉHO ZÁMĚRU A ÚVAHA .....</b>	<b>78</b>
5.1 PŘEDSTAVENÍ PLÁNOVANÉHO ZÁMĚRU .....	78
5.2 ÚVAHA.....	80
<b>ZÁVĚR.....</b>	<b>81</b>
<b>SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ .....</b>	<b>84</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>90</b>
<b>PŘÍLOHY .....</b>	<b>91</b>
<b>ABSTRAKT .....</b>	<b>95</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>96</b>

## ÚVOD

Téma diplomové práce, které jsem se rozhodla zpracovat, se týká etických problémů a dilemat, jaké vyvstávají z kontextu umírání, smrti, samotné péče o umírající a sociální práce v hospici.

Diplomová práce se nazývá *Etické problémy a dilemata sociálních pracovníků v hospicovém zařízení*. Toto téma jsem si vybrala ze tří hlavních důvodů. Prvním z nich je moje pozice sociální pracovníce. Druhým z důvodů je obor, který studuji, a poslední, pro mne nejdůležitější důvod, je můj dlouhodobý zájem o problematiku umírání, smrti a hospicové péče.

Poslední etapa života člověka přináší spoustu etických problémů a otázek, které si málokdo z „obyčejných“ smrtelníků uvědomuje. Kdo si je však uvědomuje a je s nimi přímo konfrontován při práci s umírajícími, jsou např. lékaři, sociální pracovníci a psychologové.

Pracovníci pomáhajících profesí jsou vzhledem k lidem, se kterými pracují, vzhledem ke kolegům, zaměstnavatelům, profesní asociaci a zákonným ustanovením, zodpovědní za své rozhodování a jednání, a také za to, že jejich rozhodnutí by měla být eticky podložená.

Jedním z cílů mé diplomové práce je tedy přiblížit etické problémy a dilemata v závěrečném období života člověka, tzn. v období umírání a následné smrti. Druhým cílem práce je zjistit, zda jsou sociální pracovníci v hospici konfrontováni s etickými problémy a dilematy. V případě, že ano, jakými a jakým způsobem je poté řeší. Přičemž podstatné je, že první stanovený cíl práce slouží jako teoretický podklad pro druhý stanovený cíl.

Práce je strukturována do pěti kapitol, které se snaží sledovat logickou posloupnost zpracovávaného tématu.

První kapitola se věnuje paliativní a hospicové péči. První část obsahuje vymezení pojmu paliativní péče. Ta chápe umírání jako přirozenou součást lidského života a vychází z toho, že každý jedinec prožívá poslední fázi svého života zcela individuálně. Dále následuje vymezení pojmu hospicové péče

a představení jejích tří forem. Poslední část kapitoly se zabývá multiprofesionalitou týmu, která je pro práci v hospici velmi důležitá.

Druhá kapitola se zabývá etickými problémy umírání, smrti a paliativní péče. Na začátku kapitoly jsou definovány základní pojmy jako je etika, morálka, hodnoty a normy, které jsou pro uchopení problematiky důležité. V této kapitole dochází k vymezení pojmů umírání a smrti. Představeny jsou jednotlivé období procesu umírání, kdy s jednotlivým obdobím procesu umírání vyvstávají etické problémy a otázky (např. problematika informovaného souhlasu, ritualizace smrti či eutanazie). V závěru druhé kapitoly dochází k vymezení základních etických principů paliativní péče, dále pak ke shrnutí etických problémů v paliativní péči a opomínuta není ani samotná etika v hospicovém zařízení.

Třetí kapitola vymezuje sociální práci jako takovou a sociální práci v hospici. Je zde přiblížena i pracovní náplň sociálního pracovníka či teorie a praxe hospicové sociální práce.

Čtvrtá a stěžejní kapitola v úvodu představuje samotnou etiku v sociální práci a přibližuje profesní etiku. Další část kapitoly je zaměřena na etické rozhodování v sociální práci, kde jsou představeny etické kodexy a právní normy související se sociální prací a hospicovou problematikou. Na závěr jsou přiblíženy etické teorie, v nichž je také možné nalézt oporu a odpověď na to, jak se má sociální pracovník v konfliktní situaci rozhodnout.

Pátá a zároveň poslední kapitola měla být věnována kvalitativnímu průzkumu, díky němuž mělo dojít ke zjištění, zda jsou sociální pracovníci v hospicovém zařízení konfrontováni s etickými problémy a dilematy a v případě že ano, jakými. Vzhledem ke skutečnosti, že se téměř všichni oslovení respondenti k mému dotazu nevyjádřili, pozbyl průzkum významu. Pátá kapitola tedy obsahuje představení plánovaného záměru práce a úvahu. Úvahu o tom, proč oslovení sociální pracovníci v hospicích na můj dotaz o etických problémech a dilematech nedopověděli.

Na základě této skutečnosti je diplomová práce pouze teoretická, avšak obohacená o praktické poznatky, které byly získány na základě osobního setkání se sociální pracovníci z Hospice sv. Jana N. Neumanna v Prachaticích.



Informace pro účely své práce jsem čerpala především z dostupné literatury a webových stránek. Zvolila jsem literaturu od uznávaných odborníků zabývajících se např. lékařskou etikou, hospicovou problematikou a samotnou sociální prací. Při psaní diplomové práce jsem čerpala např. z publikace *Lékařská etika a Informovaný souhlas, proč a jak?* od Heleny Haškovcové, dále pak z publikace *Sociální práce v hospici a paliativní péče*, kterou napsal Johann-Christoph Student, Alebrt Mühlum a Ute Student, nebo publikaci *Etika pro sociální práci* od Ondřeje Fischera, Reného Milfajta a kol.

## 1. Paliativní péče a hospic

V poslední době se čím dál častěji setkáváme s pojmy jako je paliativní a hospicová péče. Tyto dva pojmy jsou mnohdy zaměňovány a chápány jako synonyma. Pravdu můžeme hledat někde uprostřed, co odborník to jiný názor, ale v našem pojetí označíme paliativní péči jako pilíř, na kterém hospicová péče téměř všech hospicových forem stojí.

### 1.1 Vymezení pojmu paliativní péče

„Paliativní péče je aktivní péče poskytovaná pacientovi, který trpí nevyléčitelnou chorobou v pokročilém nebo konečném stadiu. Cílem paliativní péče je zmírnit bolest a další tělesná a duševní strádání a udržet co nejvyšší kvalitu života.“<sup>1</sup>

Termín paliativní pochází z latinského slova *pallium* (maska, plášť) a v této etymologii můžeme nalézt pravou podstatu paliativní péče.<sup>2</sup> Nejde o přikrývání utrpení druhých, aby nebylo vidět, ale jde o obklopení pláštěm tepla, něžnosti a všestranné pomoci, aby se celé utrpení lépe snášelo.<sup>3</sup>

Paliativní péče znamená určitou filosofii péče, kdy je kladen důraz na biologickou, psychologickou, sociální a spirituální jedinečnost každého člověka.<sup>4</sup>

Dříve se paliativní péče soustředila především na péči o pokročile nemocné a umírající onkologické pacienty. V posledních letech došlo k určitému rozšíření konceptu paliativní péče. Došlo k rozšíření spektra diagnóz, pro které jsou postupy paliativní péče relevantní. Paliativní péče již není určena pouze onkologicky nemocným, ale všem, kteří trpí nějakou progresivní chronickou nemocí (např. ischemickou chorobou srdeční, cévním či plicním onemocněním

---

<sup>1</sup> SLÁMA, O., KABELKA, L., VORLÍČEK, J. *Paliativní medicína pro praxi*, s. 25.

<sup>2</sup> Srov. MŮNZAROVÁ, M. *Eutanazie, nebo paliativní péče?*, s. 62.

<sup>3</sup> HENZEL, de M. *Smrt zblízka, umírající nás učí žít*, s. 110.

<sup>4</sup> Srov. SLÁMA, O., KABELKA, L., VORLÍČEK, J. *Paliativní medicína pro praxi*, s. 25.

nebo demencí atd.). Problematika paliativní péče u neonkologických onemocnění je však nejen u nás, ale i ve světě teprve v počátcích.<sup>5</sup>

Paliativní péče bývá někdy chápána a považována za novou specializaci. Tato péče se však řadí mezi nejstarší lékařskou a ošetrovatelskou disciplínu, jejíž kořeny jsou známy již z dob antiky.<sup>6</sup> Paliativní péče je taková léčba o nemocné, jejichž nemoc nereaguje na kurativní léčbu. Paliativní léčbu můžeme tedy zařadit do onkologické péče vedle léčby kurativní a podpůrné, přičemž se všechny tyto přístupy navzájem prolínají.<sup>7</sup>

Výsledkem kurativní léčby je úplné vyléčení, zatímco postupy paliativní péče nemoc sice neodstraní, ale přesto se subjektivní stav pacienta zlepšuje. Cílem paliativní léčby tedy není prodlužování života, nýbrž kvality života. Dalším z cílů paliativní péče je provádět integrovanou komplexní péči, která předchází a zmírňuje všechny aspekty utrpení nemocného. Paliativní péče smrti ničím neurychluje ani neoddlužuje, mírní bolest a jiné symptomy, přičemž začleňuje do komplexní péče i psychologický, sociální a duchovní aspekt.<sup>8</sup>

Závěrem této části, než přejdu k samotnému vymezení obecné a specializované paliativní péče považuji za důležité zrekapitulovat a ujasnit si její specifika:

1. Paliativní péče akceptuje jako fakt nevyhléditelný charakter některých onemocnění. Smrt je u těchto nemocných považována za přirozené a očekávané vyústění postupující nevyhléditelné choroby a nikoli za principálně negativní výsledek, který by měl být léčbou za každou cenu odvrácen nebo oddálen.
2. Cílem u těchto nemocných není ochrana, navrácení a upevnění zdraví, ale mírnění utrpení a udržení dobré kvality života v krátkém čase, který

---

<sup>5</sup> Srov. VORLÍČEK, J., ADAM, Z. a kol. *Paliativní medicína*, s. 24- 25.

<sup>6</sup> Tamtéž, s. 23.

<sup>7</sup> Srov. Hospice [online]. *Co je paliativní péče, léčba a medicína?*. [cit. 2010-01-04] Dostupné na WWW: <<http://hospice.cz/hospice1/paliativ.html>>

<sup>8</sup> Srov. Tamtéž, Dostupné na WWW: <<http://hospice.cz/hospice1/paliativ.html>>

nevléčitelně nemocnému zbývá. Cílem paliativní péče v závěru života je důstojné a klidné umírání.

3. „Respekt k autonomii pacienta znamená, že se pacient může podílet na volbě léčebného postupu a zvolený léčebný postup může být proveden pouze na základě jeho svobodného a informovaného souhlasu. Zapojení pacienta do rozhodování o zdravotní péči není v paliativní medicíně vnímáno jako nutné zlo, ale jako příležitost posunout úroveň komunikace na kvalitativně vyšší úroveň.“
4. Někdy dochází k situaci, kdy pacient nebo jeho rodina požaduje léčebný postup, který lékař považuje za neprospěšný a škodlivý. Obecně platí, že lékař není povinen (neukládá mu to zákon ani zásady lékařské etiky) provádět diagnostické a léčebné postupy, o kterých je přesvědčen, že pro pacienta nejsou prospěšné, a to ani když je pacient výslovně požaduje.
5. Rozhodování v paliativní péči, před kterým lékař stojí, je často komplikované z hlediska klinického, etického i právního.<sup>9</sup>

### 1.1.1 Obecná paliativní péče

Obecnou paliativní péčí označujeme dobrou klinickou péčí o pacienta v situaci pokročilého onemocnění, která je poskytována lékaři všech odborností.<sup>10</sup> Základem této péče je tedy sledování, rozpoznávání a ovlivňování toho, co je významné pro kvalitu pacientova života (jedná se např. o účinnou léčbu symptomů, respekt k pacientově autonomii, dobrá a především empatická komunikace s pacientem a jeho rodinou, zajištění domácí ošetrovatelské péče atd.). Obecnou paliativní péčí by měli umět poskytnout všichni zdravotníci s ohledem na specifika své odbornosti.<sup>11</sup>

---

<sup>9</sup> Srov. SLÁMA, O., KABELKA, L., VORLÍČEK, J. *Paliativní medicína pro praxi*, s. 324.

<sup>10</sup> Srov. Tamtéž, s. 30.

<sup>11</sup> Srov. Umírání [online]. *Informační a diskusní portál – Definice paliativní péče* [cit. 2010-03-11] Dostupné na WWW: < <http://www.umirani.cz/definice-paliativni-pece.html> >

### 1.1.2 Specializovaná paliativní péče

Specializovaná paliativní péče je aktivní interdisciplinární péče poskytovaná pacientům a jejich rodinám týmem odborníků, kteří jsou v oblasti paliativní péče speciálně vzděláni a disponují potřebnými zkušenostmi. Poskytování paliativní péče je hlavní pracovní náplní tohoto týmu.<sup>12</sup> „Specializovaná paliativní péče je indikována tam, kde pacient a jeho rodina mají obtíže, jež svou komplexností přesahují možnosti poskytovatelů obecné paliativní péče. Přechod mezi obecnou a specializovanou paliativní péčí by měl být plynulý.<sup>13</sup> Základní formy specializované paliativní péče jsou:

- a) zařízení domácí paliativní péče, tj. domácí (případně „mobilní“) hospic poskytuje specializovanou paliativní péči v domácím nebo náhradním sociálním prostředí pacientů;
- b) oddělení paliativní péče v rámci jiných lůžkových zdravotnických zařízení (tj. především v rámci nemocnic a léčeben);
- c) hospic jako samostatně stojící lůžkové zařízení poskytující specializovanou paliativní péči;
- d) konziliární tým paliativní péče v rámci zdravotnického zařízení (nemocnice nebo léčebny) přináší interdisciplinární expertní znalost z oblasti paliativní péče do lůžkových zařízení různého typu;<sup>14</sup>
- e) specializovaná ambulance paliativní péče;
- f) denní stacionář paliativní péče („denní hospicový stacionář“);
- g) zvláštní zařízení specializované paliativní péče (např. specializované poradny a tísňové linky, zařízení určená pro určité diagnostické skupiny atd.).<sup>15</sup>

---

<sup>12</sup> Srov. Umírání [online]. *Informační a diskusní portál – Definice paliativní péče* [cit. 2010-03-11] Dostupné na WWW: < <http://www.umirani.cz/definice-paliativni-pece.html> >

<sup>13</sup> SLÁMA, O., KABELKA, L., VORLÍČEK, J. *Paliativní medicína pro praxi*, s. 31.

<sup>14</sup> Srov. Tamtéž, s. 31.

<sup>15</sup> Srov. Umírání [online]. *Informační a diskusní portál – Definice paliativní péče* [cit. 2010-03-11] Dostupné na WWW: < <http://www.umirani.cz/definice-paliativni-pece.html> >

Dostupnost a nabídka specializované paliativní péče je v České republice prozatím nízká. „Kvalita paliativní péče v České republice do značné míry závisí na úrovni obecné paliativní péče, která je poskytována lékaři různých oborů. Závisí tedy na etice jejich rozhodování, na jejich motivaci a teoretických a praktických dovednostech.“<sup>16</sup>

## 1.2 Vymezení pojmu hospicové péče

Hospicová péče je tedy forma komplexní ústavní péče, která je založená na paliativní péči a navíc zohledňuje psychické, duchovní i vztahové potřeby pacienta.<sup>17</sup>

Tuto péči můžeme také označit termínem hospic. Anglický výraz hospic znamená původně útulek nebo útočiště. Termín byl používán již v Římské říši a ve středověku pro tzv. domy odpočinku. Vyhledávali je zejména unavení poutníci směřující do Palestiny. Zpravidla v nich pobývali několik dní, aby nabrali nové síly na další úsek obtížné a daleké cesty.<sup>18</sup>

Myšlenka hospice vychází z úcty k člověku jako jedinečné a neopakovatelné bytosti. Ctí autonomii nemocného a jeho individuální právo rozhodnout se. Hospic je jakousi alternativou. V zásadě jde o to respektovat priority pacienta. Neznamená to však, že s nimi musíme souhlasit.<sup>19</sup> V hospici nejde o léčení ve vlastním slova smyslu. Nemoc již nejde vyléčit, proto se vhodnými medikamenty či jinými prostředky zvládá alespoň bolest. Péče je zaměřená na úlevu od bolesti, kterou postupující nemoc přináší, na rozdíl od kurativní péče, která je zaměřena na léčbu nemoci. V principu to tedy znamená, že

---

<sup>16</sup> SLÁMA, O., KABELKA, L., VORLÍČEK, J. *Paliativní medicína pro praxi*, s. 32.

<sup>17</sup> Srov. MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*, s. 77.

<sup>18</sup> Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie*, s. 45.

<sup>19</sup> Srov. VORLÍČEK, J., ADAM, Z. a kol. *Paliativní medicína*, s. 511.

před tím, než se těžce nemocný člověk dostane do hospicu, byly vyčerpány všechny ostatní možnosti léčby.<sup>20</sup>

Hospicová péče není jen péče o nemocného v terminální fázi onemocnění, někdy jde o dlouhé období zahrnující tři časové úseky: období pre (prae) finem (měsíce i roky, nejčastěji formou domácí hospicové péče), období in finem (relativně krátký úsek vlastní péče terminální), období post finem (péče o mrtvé tělo a péče pozůstalé).<sup>21</sup> Zmíněné časové úseky blíže představím v další kapitole.

V hospici jde o doprovázení smrtelně nemocného a jeho blízkých těžkým úsekem života. „Hospic poskytuje pacientovi paliativní, především symptomatickou léčbu a péči a současně se snaží uspokojit i jeho potřeby psychické, sociální a spirituální. Neslibuje uzdravení, ale také nebere naději. Neslibuje vyléčení, slibuje léčitelnost.“<sup>22</sup> Hospic nemocnému garantuje, že:

- 1) nebude trpět nesnesitelnou bolestí
- 2) v každé situaci bude respektována jeho lidská důstojnost
- 3) v posledních chvílích života nezůstane osamocen.<sup>23</sup>

V myšlence hospicu se klade důraz na kvalitu života nemocného, a to až do jeho posledních chvil. V hospicové péči jde o naplnění dnů nemocného životem a doprovázení jeho i jeho blízkých, kteří přestože trpí současně s ním, hrají nezastupitelnou roli v hospicové péči. V hospicích se ze zřetele rodina nepouští ani po smrti zesnulého. Úkolem hospice je pomáhat a sloužit a respektovat smrt jako nedílnou a přirozenou součást života.<sup>24</sup>

Smyslem speciální péče nesoucí název hospice je tedy především zajistit potřebným důstojné umírání. V žádném případě nelze připustit izolaci nemocného. Návštěvy příbuzných a přátel jsou v hospici možné 24 hodin denně

---

<sup>20</sup>Srov. Hospice [online]. *Co je hospic?* [cit. 2010-02-06]. Dostupné na WWW: <<http://hospice.cz/hospice1/hospic.html>>

<sup>21</sup>Srov. VORLÍČEK, J., ADAM, Z. a kol. *Paliativní medicína*, s. 512.

<sup>22</sup>Tamtéž, s. 511.

<sup>23</sup>SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*, s. 123.

<sup>24</sup>Srov. Hospice [online]. *Co je hospic?* [cit. 2010-02-06]. Dostupné na WWW: <<http://hospice.cz/hospice1/hospic.html>>

a je umožněno i ubytování blízkých osob, přímo na pokoji nemocného. Pacient může opustit na několik hodin hospic, je-li toho schopen, vždy ovšem v doprovodu další osoby. Každý pacient je vyzýván, aby řekl, co si přeje, tázán na to koho si přeje vidět a co případně chce a může ještě udělat. Všechno úsilí směřuje k tomu, aby pacient žil pohodlně a úměrně svým možnostem s tím, že možnost smrti je v určité době reálná. „Praktikuje se zde vlastně zásada, kterou lze stručně vyjádřit heslem: důraz na přítomnost a naděje drobností.“<sup>25</sup>

### 1.3 Formy hospicové péče

Hospicová péče má tři základní formy. Může být poskytována v domácím prostředí umírajícího, kde pečující rodině pomáhají kvalifikovaní odborníci, nebo v lůžkovém zařízení či ve stacionáři.<sup>26</sup> V různých fázích choroby mohou nemocnému střídavě vyhovovat všechny tři formy hospicové péče.<sup>27</sup>

**Domácí hospicová péče** je pro nemocného zpravidla ideální, ale ne vždy dostačující. Tato forma péče může být pro rodinné příslušníky náročná a časem může dojít k úbytku sil a především předpokládá určitou úroveň rodinného zázemí, které ale velmi často chybí. Důvody mohou být i jiné, např. prostorové, kdy v menším bytě s nemocným žijí dvě nebo tři generace. „Dalším omezujícím faktorem může být i odbornost. Zejména v místech, kde dosud není žádná sesterská agentura poskytující domácí péči, anebo nemá speciálně vyškolené sestry pro hospicovou práci.“<sup>28</sup> Zaměstnanci domácí hospicové péče poskytují nemocnému a jeho rodině převážně psychoterapeutickou podporu a pomáhají při zabezpečení správné a účinné léčby bolesti. Tato forma péče by měla být součástí všech hospiců.<sup>29</sup>

---

<sup>25</sup> HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*, s. 192-193

<sup>26</sup> Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie*, s. 48.

<sup>27</sup> Srov. VORLÍČEK, J., ADAM, Z. a kol. *Paliativní medicína*, s. 511

<sup>28</sup> SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*, s. 127.

<sup>29</sup> Srov. ŠAMÁNKOVÁ, M., BADAL, J. a kol. *Naše hospice*, s. 10.



Někdy se můžeme přímo setkat s rozdělením domácí hospicové péče na **laickou** a **odbornou**. Laická hospicová péče je poskytována umírajícím všech věkových skupin, u kterých nevyžaduje jejich psychosomatický a sociální stav odbornou péči, služby a pomoc. Hospicová péče odborná je integrovanou zdravotní, sociální a laické péče, která je poskytována umírajícím v jejich vlastním sociálním prostředí. Doplňuje, či nahrazuje domácí hospicovou péči laickou.<sup>30</sup>

Druhou formou je **stacionární hospicová péče**. Pacient je do hospicového stacionáře přijat ráno, a odpoledne nebo k večeru se vrací domů. Dopravu zařizuje buď rodina, nebo hospic. Záleží to na domluvě a místních podmínkách.<sup>31</sup> Stacionární hospicová péče tedy poskytuje denní péči. Náplní denních stacionářů je zabezpečení nemocných po stránce léčebné, ošetrovatelské, psychické i sociální v době, kdy se o ně nemůže rodina postarat. Největší význam denních stacionářů spočívá v nalezení společnosti, v možnosti navázání kontaktů a různých vztahů.<sup>32</sup> „Tento typ péče je limitován vzdáleností bydliště nemocného od stacionáře.“<sup>33</sup> V budoucnosti by měly být denní stacionáře součástí každého zařízení poskytující paliativní péči.<sup>34</sup>

**Lůžková hospicová péče** je taková forma péče, která je aktuální zejména tehdy, když předchozí dvě formy nestačí nebo nejsou vůbec k dispozici.<sup>35</sup> Hospic je zařízení, ve kterém může najít opakované útočiště velmi vážně nemocný člověk v doprovodu své rodiny. Opravdu pouze může, jedná se o naprosto dobrovolný pobyt toho, kdo shledá, že je pro něj pobyt v hospici tou nejlepší alternativou při řešení jeho osobní svízelné situace.<sup>36</sup> Na samotném pacientovi pak záleží, zda chce v hospici pobývat se svým průvodcem nebo bez něho, a také záleží pouze na pacientovi, jak si s rodinou dohodne návštěvy. Ty jsou v hospicích neomezené,

---

<sup>30</sup> Srov. Národní centrum domácí péče ČR [online]. *Hospicová péče* [cit. 2010-02-14]. Dostupné na WWW: <<http://www.domaci-pece.info/hospicova-pece1> >

<sup>31</sup> Srov. SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*, s. 127.

<sup>32</sup> Srov. ŠAMÁNKOVÁ, M., BADAL, J. a kol. *Naše hospice*, s. 10.

<sup>33</sup> JANKOVSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profese*, s. 146

<sup>34</sup> Srov. ŠAMÁNKOVÁ, M., BADAL, J. a kol. *Naše hospice*, s. 10.

<sup>35</sup> Srov. Hospice [online]. *Slovníček* [cit. 2010-02-06]. Dostupné na WWW: <<http://hospice.cz/hospice1/seznamy.php?sez=2>>

<sup>36</sup> Srov. ŠAMÁNKOVÁ, M., BADAL, J. a kol. *Naše hospice*, s. 9.

nepřetržitě po 24 hodin denně. Návštěvy jsou vítány jako nezbytná součást péče o těžce nemocného. Od návštěvy se však neočekává, že bude nemocného ošetřovat, ale pokud je toho schopna, je jí to umožněno.<sup>37</sup>

O tom, zda bude nemocný přijat na hospicové lůžko, nebo se o něho lze postarat doma či ve stacionáři, rozhoduje po poradě s personálem zásadně hospicový lékař. Ten, po dohodě s ošetřujícím lékařem pacienta, zváží jeho zdravotní indikaci, ale i možnosti hospice. Je-li v hospici plno, bezpodmínečně musí být dána přednost těm nemocným, u nichž lze předpokládat, že jejich nemoc v brzké době povede ke smrti. Takovým nemocným je hospic určen především. Ty nesmí v žádném případě zklamat, ani za cenu, že z kapacitních důvodů zklame jiné, méně akutní nemocné.<sup>38</sup>

#### **1.4 Multiprofesionalita v hospicovém týmu**

K tomu, aby mohla být paliativní léčba v hospici úspěšná, je důležité věnovat pozornost všem aspektům pacientova utrpení. Měla by být poskytnuta a zajištěna péče o všechny složky člověka (biologickou, psychologickou, sociální i spirituální). K tomu aby byla optimální léčba účinná je nutná spolupráce lékařů, sester a dalších zdravotnických pracovníků. Mluvíme o tzv. multidisciplinárním přístupu. Základní jednotkou pro poskytování paliativní péče je tedy multidisciplinární tým. Tento tým tvoří řada odborníků různých profesí, kteří se vzájemně setkávají a snaží se co nejúčinněji a individuálně řešit problémy nemocného. Přičemž veškerá léčba musí být s pacientovým souhlasem a ve shodě s jeho přáním.<sup>39</sup> Každý člen týmu má své nezastupitelné místo, každý přináší nejen svůj odborný pohled, nýbrž i svoji ochotu pomoci nemocnému. Pakliže odborníci spolupracují, dosahují tím vyšší efektivity péče.<sup>40</sup>

---

<sup>37</sup> Srov. SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*, s. 129-130.

<sup>38</sup> Srov. Tamtéž, s. 130-131.

<sup>39</sup> Tamtéž, s. 27.

<sup>40</sup> Srov. ŠAMÁNKOVÁ, M., BADAL, J. a kol. *Naše hospice*, s. 13.

Multidisciplinární tým v hospicu by se měl skládat z lékařů různých specializací, zdravotních sester, dietní sestry, sociálního pracovníka, rehabilitačního pracovníka, psychologa popřípadě psychiatra, duchovního a dalších pracovníků dle potřeby. Neoddělitelnou součástí tohoto týmu jsou však členové rodiny, přátelé a dobrovolníci.<sup>41</sup>

„Členové týmu by si měli neustále objasňovat svou úlohu. V hospicovém týmu je nutno počítat se dvěma těžkostmi: zaprvé žádný odborník se v hospici nemůže omezit pouze na svou specializaci (např. lékaři a ošetřovatelé na tělesné potřeby). Všichni by měli přijmout celostní pohled. Zadruhé žádné studium a žádné povolání nepřipravuje člověka na to, aby se vyrovnal s vlastním umíráním a umíráním jiných lidí.“<sup>42</sup>

---

<sup>41</sup> Srov. VORLICEK, J., ADAM, Z. a kol. *Paliativní medicína*, s. 27.

<sup>42</sup> STUDENT, J., MÜHLUM, A., STUDENT, U. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*, s. 53

## 2. Etické problémy umírání, smrti a paliativní péče

Smrt je neoddělitelnou součástí našeho života. Smrtí končí naše bytí a předtím, než nastane smrt, člověk prochází poslední etapou, etapou umírání. Smrt je všudypřítomná a přeci vzdálená.

V tomto složitém období, potřebuje člověk zázemí, potřebuje, aby byla věnována pozornost všem aspektům jeho utrpení. Měly by být uspokojeny všechny potřeby umírajícího člověka, potřeby biologické, psychické, sociální a spirituální. Měla by být poskytnuta příležitost pro vyřešení dosud nevyřešených věcí a otázek, aby člověk mohl odejít v klidu, smířený a vyrovnaný s uplynulým životem.

Umírání a smrt představuje něco, o čem se v dnešní společnosti moc nemluví. Mluví se však o etických problémech a otázkách, které jsou s umíráním a samotnou smrtí spojené.

Pro snadnější uchopení tématu považuji za důležité nejprve ve stručnosti představit pojmy jako je etika, morálka, hodnoty a normy, které jsou pro naše bytí důležité. A ať chceme nebo nechceme, bez nich by ve světě chyběl jistý řád a pořádek.

### 2.1 Vymezení základních pojmů - etika, morálka, hodnoty, normy

Pojem **etika** pochází z řeckého slova *ethos*, které v češtině znamená mrav, obyčej nebo zvyk.<sup>43</sup> „Etika je filosofická disciplína, která se zabývá zkoumáním morálky, hodnot a norem lidského jednání. Etika se zabývá takovými situacemi v životě člověka, kdy je nezbytné, aby se člověk rozhodoval a nesl za svá rozhodnutí zodpovědnost.“<sup>44</sup>

---

<sup>43</sup> Srov. JANKOVSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profese*, s. 21.

<sup>44</sup> SÝKOROVÁ, K. *Základy sociologie, filosofie a etiky pro pomáhající profese*, s. 65.

**Morálka** (z lat. mos – mrav, moralis – mravní) představuje popisnou a předpisovou stránku mravnosti.<sup>45</sup> Morálka určuje společensky žádoucí a nežádoucí jednání a tak usměrňuje chování člověka ve společnosti.<sup>46</sup> Morálka je systém prvků, které regulují lidské jednání a je založena na schopnosti rozlišovat co je správné a nesprávné. Tedy schopnost rozeznat dobré od zlého. Podle rozeznávání dobra od zla se vytvářejí mravní vztahy, což jsou postoje jedince k sobě, k druhým lidem a společnosti. Morálka své požadavky určitým způsobem zdůvodňuje, a tak vznikají mravní normy, které jsou určovány jednak svědomím člověka a jednak veřejným míněním.<sup>47</sup>

**Hodnoty** jsou tím, co vychází z morálky a určují základní rámec našeho chování, naší socializace. Hodnoty jsou pro nás důležité a významné, je to co nás tlačí v našem chování (hodnota je to, co je „za“ naším jednáním).<sup>48</sup> Hodnota je vždy přijímána jako norma a má tedy normativní charakter. Je-li nějaký člověk hodnotově orientován určitým směrem, považuje za správné, dobré a mravné i pro všechny ostatní, aby byli orientováni podobně jako on.<sup>49</sup> Z hodnot vycházejí základní normy mezilidského soužití.

„**Normy** uspokojují potřebu orientace člověka ve světě, neboť dávají určitý obecně závazný řád. Člověk se normám učí v rámci lidské společnosti v důsledku různých forem sociálního tlaku.“<sup>50</sup>

Důležité je rozlišení normy mravní a právní. Za mravní normu je většinou považováno jakési nepsané pravidlo, které platí v určité společnosti, nebo v dané společenské skupině (např. profesní). Mravní norma je určována např. tradicí a je podporována silou veřejného mínění a jedince zavazuje v jeho svědomí. Mravní normu je společnost zvyklá vnímat jako nepsané pravidlo, což neznamená, že by nemohla mít podobu nějakého příkazu, předpisu či pokynů.<sup>51</sup> Právní normy jsou

---

<sup>45</sup> Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*, s. 11.

<sup>46</sup> Srov. KOŘENEK, J. *Úvod do lékařské etiky*, s. 5.

<sup>47</sup> Srov. Tamtéž, s. 5.

<sup>48</sup> Srov. SÝKOROVÁ, K. *Základy sociologie, filosofie a etiky pro pomáhající profese*, s. 67.

<sup>49</sup> Srov. JANKOVSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profese*, s. 43 .

<sup>50</sup> Tamtéž, s. 46.

<sup>51</sup> Srov. Tamtéž, s. 46.

ve společnosti jednotné a jsou veřejně definovány. Právní normy poměrně přesně stanoví povinné chování i nepříznivé důsledky spojené s jejich porušením.<sup>52</sup>

## 2.2 Umírání a smrt

Pojem umírání je v lékařské terminologii synonymem terminálního stavu, který je definován jako postupné a nevratné selhávání životně důležitých funkcí orgánů s následkem smrti individua. Terminální stav bývá časově ohraničen dobou několika hodin, dnů, popřípadě týdnů.<sup>53</sup> Terminální stav můžeme chápat jako tzv. vlastní umírání. Pojem umírání však nelze redukovat jen na terminální stav.<sup>54</sup>

V širším slova smyslu je třeba umírání chápat jako různě dlouhý časový úsek od doby, kdy lékař nebo samotný pacient dojde k závěru, že nemoc nelze zvrátit, že stav je neléčitelný.<sup>55</sup> Pacient může mít před sebou ještě relativně dlouhé období života, ale jeho kvalita bude výrazně ovlivňována průběhem nemoci.<sup>56</sup> Umírání je tedy především proces, kdy nevléčitelně nemocný člověk v relativně dlouhém čase žije pod znamením hrozící a nakonec realizující se smrti.<sup>57</sup>

„Teoreticky je možné uvažovat a konstatovat, že v jistém slova smyslu umíráme od zrození. Vývoj smrti je podmiňován životem a život je umožňován smrtí. Teorie biologických hodin praví: člověk umírá fakticky tehdy, když se naplnil jeho geneticky podmíněný program života, nebo když je v určitém, daném čase realizován tzv. program smrti. K realizaci naprogramovaných úloh mohou vést jak vnitřní, tak i vnější faktory, jsou-li uplatňovány na buňku či tkáň v čase její kompetence odpovědět smrtí. Zkoumání, rozpoznávání a charakterizace smrtelných hodin a analýza jejich účinku jakožto aspektu genetického

<sup>52</sup> Srov. KOŘENEK, J. *Úvod do lékařské etiky*, s. 5.

<sup>53</sup> VORLÍČEK, J., ADAM, Z. a kol. *Paliativní medicína*, s. 435

<sup>54</sup> Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*, s. 151.

<sup>55</sup> Srov. GRAUBEROVÁ, B. *Gerontologie*, s. 78.

<sup>56</sup> Srov. VORLÍČEK, J., ADAM, Z. a kol. *Paliativní medicína*, s. 435.

<sup>57</sup> MISCONIOVÁ, B. *Péče o umírající, hospicová péče*. [online]. Praha: [cit. 2010-03-05]. Dostupné na WWW: <<http://www.hospice.cz/pece.html>>

programování znamená přístup, který může osvětlit genetické a epigenetické řízení vývoje vyšších organismů.<sup>58</sup>

Teorie biologických hodin jsou sice zajímavé, ale v denní klinické praxi je pojem umírání transformován a označuje se jím delší či kratší časové období, které je zakončeno terminálním stavem. Z praktického a metodického hlediska někteří odborníci rozdělují proces umírání na tři časově nestejná, ale výrazná období: *pre finem*, *in finem* a *post finem*.<sup>59</sup>

### Období – **PRE FINEM**

Období *pre finem* může být velmi dlouhé, a tedy časově obsáhnout nejen několik měsíců, ale i let.<sup>60</sup> V tomto období jde o péči a doprovázení nemocného a jeho blízkých od okamžiku zjištění závažné diagnózy až po nástup terminálního stavu.<sup>61</sup> Po celé toto období je třeba nejen usilovat o dosažení remise, popřípadě zmírnění obtíží strádajícího člověka, ale také s ohledem na pravděpodobnost zlého konce nemocného vést všemi úskalími nemoci.<sup>62</sup>

### Období – **IN FINEM**

V období *in finem* jde o péči a doprovázení nemocného a jeho blízkých během terminálního stavu, tzn. umírání v užším slova smyslu.<sup>63</sup>

### Období – **POST FINEM**

Období *post finem* zahrnuje pietní péči o mrtvé tělo a zahrnuje také péči o pozůstalé (vhodná forma sdělení informace o úmrtí).<sup>64</sup> Tato fáze neboli období nebývá v popředí zájmů zdravotníků, s výjimkou péče o mrtvé tělo.<sup>65</sup> „Rodinní příslušníci mnohdy nejsou schopni zvládnout náročnou krizovou situaci. Nežádka

---

<sup>58</sup> HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*, s.151.

<sup>59</sup> Srov. Tamtéž, s. 151.

<sup>60</sup> Srov. VORLÍČEK, J., ADAM, Z. a kol. *Paliativní medicína*, s. 437

<sup>61</sup> Srov. SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*, s. 132.

<sup>62</sup> Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*, s.151.

<sup>63</sup> Srov. SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*, s. 132.

<sup>64</sup> Srov. JANKOVSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profese*. s. 145.

<sup>65</sup> VORLÍČEK, J., ADAM, Z. a kol. *Paliativní medicína*, s. 436.

končí s různými a obtížně zvládnutelnými formami patologického zármutku a patologického žalu. Mnohým by bylo možné pomoci cílenou individuální prevencí.<sup>66</sup>

Proces umírání tedy končí zánikem jedince neboli smrtí. Smrt je přirozený důsledek života, smrt není nemoc, i když bývá velmi často dovršením nemoci. Smrt je děj, kterým je nám život umožněn a smrt je děj, kterým všechno živé odchází.<sup>67</sup>

Smrt jako takovou nemůžeme uspokojivě definovat, protože by to znamenalo definovat život, ale přesto se můžeme o definici smrti pokusit.<sup>68</sup> „Smrt je osobní zkušeností, její počátek je těžké identifikovat, neboť v různých filosofických přístupech zjistíme, že mimo smrt fyzickou existuje i smrt psychická a smrt sociální.“<sup>69</sup>

**Smrt fyzická** je úplná, trvalá a nezvratná ztráta vědomí. Fyzická smrt nastane skrze jakýsi výpadek přinejmenším jednoho z životně důležitých systémů. Fyzická smrt je tedy označována jako konec života, konec individua. Z medicínského hlediska to můžeme popsat jako nezvratnou ztrátu funkcí dýchacího, oběhového a nervového systému.<sup>70</sup>

„**Smrt psychická** je naprostou psychickou rezignací, intenzivně prožívanou zoufalstvím a beznadějí, která nepochybně usnadňuje vstup smrti fyzické.“<sup>71</sup>

**Smrt sociální** může výjimečně nastat i při absenci vážné nemoci, tedy i u zdravého člověka. Sociálním umíráním lze označit stavy, kdy člověk sice žije,

---

<sup>66</sup> Srov. Hospice [online]. *Slovníček* [cit. 2010-03-07]. Dostupné na WWW: <<http://hospice.cz/hospice1/seznamy.php?sez=2>>

<sup>67</sup> Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Rub života, líc smrti*, s. 46.

<sup>68</sup> Srov. Tamtéž, s. 33.

<sup>69</sup> MISCONIOVÁ, B. *Péče o umírající, hospicová péče*. [online]. Praha: [cit. 2010-03-07]. Dostupné na WWW: <<http://www.hospice.cz/pece.html>>

<sup>70</sup> Srov. SEEL, M., HURLING, E. *Die Pflege des Menschen im Alter*, s. 543-544.

<sup>71</sup> MISCONIOVÁ, B. *Péče o umírající, hospicová péče*. [online]. Praha: [cit. 2010-03-07]. Dostupné na WWW: <<http://www.hospice.cz/pece.html>>



ale je vyvázán z důležitých sociálních a interpersonálních vztahů.<sup>72</sup> O sociální smrti mluvíme tehdy, kdy jsou tyto změny trvalé a nezvratné.

Nemocného je bezpodmínečně nutné uchránit od smrti psychické a sociální. Nikdo by neměl umřít dřív psychicky než fyzicky. Psychická rezignace, intenzivně prožívaná beznaděj a zoufalství bezpochyby usnadňují vstup smrti fyzické.<sup>73</sup> Počátek smrti psychické a sociální může vzniknout přesunem z vlastního domova do prostředí neznámého, obvykle do nemocnice, domova pro seniory apod. Jednou z dalších příčin smrti psychické a sociální je odtržení od svých blízkých a popřípadě i jejich nezájem o nemocného.<sup>74</sup>

### 2.2.1 Fáze umírání neboli fáze vyrovnávání se s nemocí

Reakce jednotlivých lidí na těžké životní situace jsou různé a závisí na spoustě vnějších okolností, na dosavadních zkušenostech a osobnosti jedince.<sup>75</sup>

Stejně tak reakce na závažné onemocnění a blížící se smrt jsou u každého jedince jiné. Na blížící se smrt reagují lidé různým způsobem. Může dojít ke smíření a tedy přijetí nevyhnutelného. Jedinec může také rezignovat nebo uniknout do vzpomínek, jaké to bylo kdysi, a nebo uniknout do fantazie a úvah o nesmrtelnosti. Dále se může pokusit o dokončení rozdělaného díla, a nebo popřípadě zvolí negativní formu kompenzace v podobě propadnutí alkoholu či sexuálním výstřelkům.<sup>76</sup>

Reakce lidí na závažné onemocnění velice přehledně popsala dr. Elisabeth Kübler-Rossová. Jako lékařka strávila stovky hodin u lůžek umírajících a své zkušenosti poté shrnula a zveřejnila v publikaci *Rozhovory s umírajícími*. Vylíčila dynamiku procesu umírání a ukázala, že dokonce i v této závěrečné fázi života

---

<sup>72</sup> Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*, s.152.

<sup>73</sup> Srov. Tamtéž, s. 151-152.

<sup>74</sup> Srov. MISCONIOVÁ, B. *Péče o umírající, hospicová péče* [online]. Praha [cit. 2010-03-07]. Dostupné na WWW: <<http://www.hospice.cz/pece.html>>

<sup>75</sup> Srov. SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*, s. 27.

<sup>76</sup> Srov. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*, s. 155.

může dojít k proměně osobnosti a novému začátku.<sup>77</sup> Elisabeth Kübler- Rossová rozlišuje následujících pět fází:

1. **Šok** – popírání hrozící nepřijatelné skutečnosti.
2. **Vzpoura** – projevy hněvu a agrese, vzbouření se proti tomu, co se děje.
3. **Vyjednávání** – snaha „smlouvat se životem a smrtí“, slibování a ochota dát vše za uzdravení.
4. **Smutek a deprese** – projevy zármutku, lítosti nad tím, co končí, pláč.
5. **Přijetí** – vyjádření souhlasu s neměnným děním, smíření se s tím, co se děje, fázi přijetí nutné odlišit od rezignace.<sup>78</sup>

Tyto fáze neplatí zcela obecně. Každý člověk jimi může projít, ale také nemusí. Z jedné fáze se může vrátit i zpět do fáze předešlé. Některé fáze se vracejí, různě se prolínají, střídají a některé mohou úplně chybět.<sup>79</sup> Podobnými fázemi jako umírající procházejí také jejich blízcí, jejich rytmus vyrovnávání se s nemocí ale nebývá obvykle stejný.<sup>80</sup> Pro práci v hospici a oblasti paliativní péče je znalost těchto fází velmi důležitá.

### 2.3 Etické problémy umírání a smrti

Umírání a smrt je velké lidské a obtížné odborné téma. Na oba tyto fenomény lze nahlížet z filosofických, teologických, psychologických i sociálních hledisek. Prakticky je však umírání a samotná smrt především údělem člověka. Obojí nás v individuální budoucnosti čeká a nemine. Umírání a smrt je jediná

---

<sup>77</sup> Srov. JAKOBY, B. *Tajemství umírání*, s. 46.

<sup>78</sup> KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoc.* s. 155.

<sup>79</sup> Srov. PĚRA, H., WEINERT, B. *Nemocným na blízku.* s. 135-136.

<sup>80</sup> Umírání [online]. *Fáze vyrovnávání se s nemocí* [cit. 2010-03-07]. Dostupné na WWW: < <http://www.umirani.cz/faze-vyrovnvani-se-s-nemoci.html> >

jistota života, která je zahalena do nejistoty: nikdo neví, kdy se tak stane, ani jakým způsobem.<sup>81</sup>

V moderní společnosti hraje smrt jakousi podivnou dvojroli. Smrt je všudypřítomná a přece podivně cizí, mediálně se inscenuje i úzkostlivě obchází. Pravděpodobně v celých dějinách ještě tolik lidí nevidělo takové množství mrtvých a způsobů umírání jako dnes, a přesto bez osobního kontaktu s umírajícím či s mrtvým tělem.<sup>82</sup> Smrt a umírání je v podstatě trvalým hostem v našich domácnostech v podobě zpráv nebo televizních filmů, kterými nás zaplavují média. Ve skutečném životě jsou však lidé se smrtí konfrontováni stále méně.<sup>83</sup>

„Smrt jako extrémní forma sebepoškození je děsivou realitou. Proto se člověk obává vystavit se vědomí smrti, a v podmínkách postmoderny se to jeví těžší než kdykoliv v celých dějinách. Úsilí filosofie po naleznutí dobrého vztahu k vlastní smrti se dotýká současníků právě tak málo, jako odpovědi náboženství na smrt. Víra, společenství a rituály v tradičních společnostech přinášely určitou jistotu v hodnocení života i toho, co následuje po něm, čímž umožňovaly přijetí a integraci smrti. Nyní tyto vlastnosti ztrácejí. Nejen, že pak smrt „nemá žádný smysl“, ale zdá se, že vzala smysl celému životu s tím důsledkem, že stále více lidí trpí životem beze smyslu. Proto je myšlenka na popření smrti tak lákavá.“<sup>84</sup>

Moderní společnost je založena na výkonu a jen ten, kdo podá výkon, něco znamená. Smyslem života se stává výroba, rozvoj, konzum, dokonalost, pokrok a na úvahy o vlastní konečnosti či smrti blízkých není čas.<sup>85</sup> V životě, který je téměř výlučně orientován na výše uvedené hodnoty našeho světa není místo pro individuální či kolektivní přípravu na smrt. Lidé nejsou připraveni na setkání s pomíjivostí života a definitivou smrti. Ve společnosti, která věří, že život půjde stále dál, kde jde toho tolik nahradit, vyměnit a koupit, se smrt a smutek nenosí.

---

<sup>81</sup> Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*, s.149.

<sup>82</sup> Srov. STUDENT, J. CH., MÜHLUM, A., STUDENT, U. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*, s. 23

<sup>83</sup> JAKOBY, B. *Tajemství umírání*, s. 11.

<sup>84</sup> STUDENT, J. CH., MÜHLUM, A., STUDENT, U. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*, s. 24

<sup>85</sup> MUNZAROVÁ, M. *Eutanazie, nebo paliativní péče?*, s. 12

Dnešní společnost by si měla uvědomit, že smrt je fenomén, který v určité době a s různou intenzitou oslovuje každého člověka. Dlouhodobá tabuizace smrti vede k nejistotě, jak se chovat vůči nemocným, kteří jsou v poslední fázi života, kteří jsou „ke smrti jdoucí“. Nejistota je vysoká, protože tradiční domácí model umírání byl nahrazen modelem institucionálním, který nebyl ještě dostatečně uzpůsoben ke všem potřebám umírajícího.<sup>86</sup>

Nepochopení smrti a její odmítání vede do tří slepých uliček: k úvahám spatřující řešení v eutanazii, k náruživé léčbě spočívající v ožívování pacienta za každou cenu a k opuštění nemocného.<sup>87</sup> V této souvislosti nás nemůže udivovat velké množství verbalizovaných otázek s cílem najít odpověď na to, jak se eticky správně chovat k umírajícím. Velmi překvapivá je soustavná redukce složitého a mnohvrstevného problému umírání a smrti na terminální stav, a v této souvislosti pak zejména na již zmíněnou eutanazii.<sup>88</sup>

Jednotlivá časová období procesu umírání, které jsem popsala výše, skrývají různé etické problémy a dilemata, které se v další části práce pokusím nastínit.

### 2.3.1 Etické problémy v období *pre finem*

V celém relativně dlouhém časovém období **pre finem** bývá etický problém spatřován především v míře informovanosti nemocného. Pravda o závažném onemocnění je obtížnou a obávanou kategorií a určitá celospolečenská dohoda o tom, komu, kde, kdy, jak a co říci, hrála rovněž významnou roli v rozhodování lékaře.<sup>89</sup> V dřívějších dobách, co se týče informací směrem k nemocnému, se lékař zpravidla omezoval na praktické rady a doporučení s tím, že v případě vážné nemoci a zlé prognózy považoval za žádoucí, v souhlase s celospolečenským konsensuálním názorem, pacienta ušetřit

<sup>86</sup> Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*, s. 149-150.

<sup>87</sup> Srov. PICHAUD, C., THAREAUTOVÁ, I. *Soužití se staršími lidmi*, s. 133.

<sup>88</sup> Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*, s. 150.

<sup>89</sup> Srov. Tamtéž, s. 153.

traumatizujících zpráv. „Podstatné je, že výhradně lékař rozhodoval o tom, zda vůbec bude, či naopak nebude, informovat nemocného o jeho zdravotním stavu. V případě, že se rozhodl poskytnout informace, určoval i jejich množství a pečlivě zvažoval způsob podání. Současně považoval za správné, aby o konkrétním stavu nemocného byla plně informována i jeho rodina.“<sup>90</sup>

Nemocný člověk se v minulosti obracel na svého, zpravidla jednoho jediného, lékaře s plnou důvěrou a jeho návrhům léčby se plně podroboval. Úroveň medicíny dané doby lékaři umožňovala navrhnout jen jedno léčebné řešení. Dilematické situace v podobě, jako je známe dnes, vlastně neexistovaly.<sup>91</sup>

Postupem času docházelo k celé řadě změn. Po 2. světové válce došlo k významným změnám, a to nejen na poli politickém, ale také v medicíně. V medicíně došlo k rozvoji diagnostických a léčebných metod, které dokázaly do té doby nemyslitelné, totiž zvrátit nepříznivý, beznadějný stav u celé řady nemocných. Dále se zvýšila dostupnost k validním lékařským informacím, zvýšila se vzdělanost pacientů apod. Praktickým důsledkem všech nevratných změn byla nestabilita klasického paternalistického vztahu, který se po staletí mezi lékařem a pacientem vyvíjel a nakonec i ustálil.<sup>92</sup>

Není překvapivé, že se nemocní cítili v nových poměrech nejistí a že vznikla potřeba nových pravidel, jak se ve změněné situaci vlastně chovat. Nejistota vyvstala i na straně lékařů, kteří na jedné straně chtěli dostát tradičním představám funkčního paternalistického přístupu k nemocným, na druhé straně dobře reflektovali, že už to nejde. Co se týče informací o zdravotním stavu, nastala obzvláště komplikovaná situace. V případě, že se lékař držel tradičních pravidel a nepříznivé informace nesdělával, pacient je získal jinde (od blízkých příbuzných, jiných pacientů se stejnou diagnózou apod.). Běžně docházelo k situacím, kdy lékař věděl o vážnosti stavu svého pacienta a tušil, že to pochopil i sám nemocný. Pacient už také věděl své a současně dobře odhadoval, že to ví i jeho lékař. Přesto mezi nimi panovalo napjaté mlčení, které situaci nezlepšovalo,

---

<sup>90</sup> HAŠKOVCOVÁ, H. *Informovaný souhlas*, s. 12.

<sup>91</sup> Srov. Tamtéž, s. 12.

<sup>92</sup> Srov. Tamtéž, s. 14-15.

ale zhoršovalo. Mezi lékařem a pacientem nedošlo k otevřené komunikaci. Při absenci otevřené komunikace s lékařem neměl pacient prostor pro své opodstatněné otázky, pro ventilaci svého strachu a obav, a dokonce ani pro rozhodnutí, jakému léčebnému postupu by dal přednost, pokud by existovalo více variant.<sup>93</sup>

Situace se ve všech vyspělých státech světa vystupňovala, a bylo zřejmé, že je třeba změnit strategii mlčení a budovat nový model vztahů mezi lékaři a nemocnými.<sup>94</sup>

Reflexe stručně uvedených problémů našla výraz v tvorbě kodexů, které upravovaly práva a následně i chování pacientů. Historie práv pacientů v České republice je poměrně krátká.<sup>95</sup> „V lednu 1991 ratifikovalo Federální shromáždění Listinu lidských práv a svobod, v návaznosti na ni vypracovala a schválila centrální etická komise Ministerstva zdravotnictví kodex o právech pacientů (příloha č. I.): tento byl prohlášen za platný 25. 2. 1992.“<sup>96</sup>

Tento etický kodex je koncipován tak, že většina ustanovení se nachází v komparativní formě i v zákonných ustanoveních. Jinými slovy etický kodex práv pacientů zdůrazňoval především to, co bylo sice zákonem stanoveno, ale co z nejrůznějších důvodů (např. v intencích tradičních interpretací) nebylo uplatňováno. Klasickým příkladem jsou právě ustanovení týkající se informovanosti nemocných.<sup>97</sup>

V české verzi kodexu Práv pacientů (viz příloha č. I.) se uvádí: „Pacient má právo získat od svého lékaře údaje potřebné k tomu, aby mohl před zahájením každého dalšího nového diagnostického a terapeutického postupu zasvěceně rozhodnout, zda s ním souhlasí. Vyjma případů akutního ohrožení, má býti náležitě informován o případných rizicích, která jsou s uvedeným postupem

---

<sup>93</sup> Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Informovaný souhlas*, s. 15.

<sup>94</sup> Srov. Tamtéž, s. 15.

<sup>95</sup> Srov. Tamtéž, s. 18.

<sup>96</sup> Srov. IK+EM [online]. *Etický kodex práv pacientů* [cit. 2010-03-07]. Dostupné na WWW: <<http://www.ikem.cz/www?docid=1002387>>

<sup>97</sup> Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Informovaný souhlas*, s. 18.

spojena. Pokud existuje více alternativních postupů nebo pokud pacient vyžaduje informace o léčebných alternativách, má na seznámení s nimi právo.“<sup>98</sup>

Zmíněná formulace zní tak proto, že většina lékařů své pacienty informovala pouze částečně nebo vůbec ne, ačkoli povinnost informovat nemocného o jeho zdravotním stavu ukládal všem lékařům už zákon č. 20/1966 Sb., o péči a zdraví lidu. Co se týče zmíněného zákona povinnost informovat nemocného byla dána široce a byla požadována přiměřenost s ohledem na psychický stav a celkovou situaci nemocného. V interpretaci té doby stále převažoval názor, že těžce nemocný pacient, nebo dokonce nevléčitelný pacient má být uchráněn traumatizujícími zprávami. Výsledkem byla medicína mlčení a plného sdělování pravdy o nemoci příbuzným. Ochranné tendence nemocného před krutou pravdou nejenže neochránily, ale naopak jej nezřídko zahaly do psychické a sociální izolace.<sup>99</sup>

Vývoj v právech pacientů se nezastavil a nastala doba, kdy bylo zjevné, že by bylo žádoucí určité sjednocení práv pacientů, a to s ohledem na měnící se základní model vztahu mezi lékařem a pacientem. Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny (tzv. Úmluva o biomedicíně) je logickým vyústěním dosavadního vývoje i legislativně zakotvenou koncepcí profesionálního partnerství. Tato úmluva byla ratifikována Parlamentem České republiky v roce 2001.<sup>100</sup>

„Úmluva o biomedicíně je založena na strategii důsledného partnerského vztahu mezi lékařem a pacientem, který v naší běžné klinické praxi ještě není vždy a všude ustálenou majoritní strategií.“ Na základě toho může mezi lékařem a pacientem docházet k celé řadě nedorozumění. Důležitým tématem této úmluvy je i ustanovení týkající se informovaného souhlasu, který souvisí s náležitým informováním nemocných.<sup>101</sup>

---

<sup>98</sup> IK+EM [online]. *Etický kodex práv pacientů* [cit. 2010-03-07]. Dostupné na WWW: <<http://www.ikem.cz/www?docid=1002387>>

<sup>99</sup> Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Informovaný souhlas*, s. 18-19.

<sup>100</sup> Srov. Tamtéž, s. 19, 9.

<sup>101</sup> HAŠKOVCOVÁ, H. *Informovaný souhlas*, s. 9-10.

Skutečnost, že je pacient náležitě informován o svém zdravotním stavu a o tom, co může v dané situaci očekávat, je jistě přínosem. Je dokázáno, že poučený pacient lépe spolupracuje s lékařem a dalšími členy ošetřujícího týmu a že je přínosné, když může rozhodovat i o svém dalším osudu v situaci nemoci, která umožňuje více než jedno možné řešení. Přesto některé etické problémy přetrvávají a jiné nové vyvstaly.<sup>102</sup>

Závažným problémem je tzv. plná pravda vyřčená okamžitě a palčivým problémem je rovněž sdělování nepříznivé prognózy. Bylo by mravné, a s respektem k psychické odezvě na příchod a rozvoj závažné nemoci i správné, aby v některých případech lékař sděloval pravdu nejen citlivě, ale také postupně (tzv. sdělování po kapkách). Tomuto pochopitelnému a psychologicky oprávněnému požadavku však brání povinná existence informovaného souhlasu. „Někteří autoři přesto zdůrazňují, že jen nerozumný fundamentalista by za všech okolností hájil pravidlo nic víc než pravdu. Jen primitivní pragmatik se vždy řídí zásadou nepříznivé informace nahradit milosrdnou lží.“<sup>103</sup>

„**Pia fraus** neboli milosrdná lež, oklamání staví člověka do role závislého, který buď skutečně nic neví, nebo jen tuší svůj osud. Pokud je tato cesta volena je nutné si uvědomit, že v tomto případě pravděpodobně nedojde k vypořádání všech věcí, které nevyléčitelně nemocný ještě vypořádat chce.“<sup>104</sup>

V zákoně č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, byl doporučován vhodný způsob a přiměřenost s důrazem na hluboce lidský vztah k trpícímu člověku.<sup>105</sup> V pojmu přiměřenost se skrývá velký prostor pro všechny myslitelné varianty, tedy od plného pravdivého sdělení až po úplné zatajení.<sup>106</sup> Realita Úmluvy o biomedicíně prostor pro účinnou volbu vhodného způsobu značně zmenšuje, což může být pro řadu nemocných nepochybně nevýhodou. V konkrétních případech je možné náležitě informovat nemocného, ale vynechat sdělení nepříznivé prognózy. Problém se tím zcela neřeší, protože někteří pacienti ze

<sup>102</sup> Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Informovaný souhlas*, s. 77.

<sup>103</sup> Srov. Tamtéž, s. 77.

<sup>104</sup> MISCONIOVÁ, B. *Péče o umírající, hospicová péče* [online]. Praha [cit. 2010-03-08]. Dostupné na WWW: <<http://www.hospice.cz/pece.html>>

<sup>105</sup> Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Informovaný souhlas*, s. 77.

<sup>106</sup> Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie, Nauka o umírání a smrti*, s. 54



sdělených informací odvodí i nesdělenou prognózu a lékaři se právem obávají, že se zamlčením některých skutečností vydávají možnému soudnímu postihu.<sup>107</sup>

Změny v informovanosti můžeme přirovnat ke kyvadlu, kdy strategie mlčení byla vystřídána strategií plné pravdy s tím, že je celkem pravidelně kritizován stávající stav. Bohužel je málo zdůrazňována možnost pacienta zvolit si strategii – nechci vědět, anebo za určitých okolností přenést své kompetence na někoho jiného (např. na kontaktní osobu, pacientem určenou). Právo nevědět je možné uplatnit jen výjimečně a tyto výjimky by měl stanovovat zákon, kde by transparentně a přezkoumatelně byly uvedeny důvody k zamlčení.<sup>108</sup>

Dostatek informací je předpokladem pro pacientovo racionální rozhodování. Pacient má právo být plně informován o svém zdravotním stavu, má ale i právo takovou informaci odmítnout.<sup>109</sup> Vzhledem k tomu, že je u nás sdělování neblahé prognózy ojedinělé a pravidelně vyvolává obavy, je třeba tomuto problémovému okruhu do budoucna věnovat zvýšenou pozornost.<sup>110</sup>

V dřívějších dobách byl zásadní problém v tom, že špatná prognóza se nesdělovala. Nyní je jasně ustanoveno, že pacient má právo vědět o svém zdravotním stavu a nepříznivé prognóze vše, ale přesto se tak úplně neděje. Závažným etickým problémem dnešní doby je pak sklon k plné pravdě bez rozmyslu a taktu, milosrdné lži a neschopnosti empatické komunikace.

Empatie a otevřená komunikace s pacientem je základ. Existuje několik pravidel pro sdělování závažných informací, kterými by se měl lékař řídit:

1. mluvit upřímně a pravdivě, vyjadřovat se citlivě, ale jasně, jednoznačně, bez dvojsmyslů;
2. zjistit, kolik toho pacient již ví a zvážit co potřebuje vědět;
3. zeptat se, jestli pacient chce znát pravdu o svém vážném zdravotním stavu;
4. vysvětlit současnou situaci a podat nové informace;

---

<sup>107</sup> Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Informovaný souhlas*, s. 77-78.

<sup>108</sup> Srov. Tamtéž, s. 79

<sup>109</sup> Srov. SLÁMA, O., KABELKA, L., VORLÍČEK, J. *Paliativní medicína pro praxi*, s. 320.

<sup>110</sup> Srov. VORLÍČEK, J., ADAM, Z. a kol. *Paliativní medicína*, s. 427.

5. novinky sdělovat pomalu, po krocích, dopřát pacientovi dost času na vstřebání informace;
6. vyjasnit si, zda nemocný chápe situaci a jestli slyšel to co bylo řečeno;
7. vyzvat nemocného, ať se zeptá na všechno, čemu nerozumí nebo co jej zajímá;
8. povzbudit nemocného, aby vyjádřil své obavy a strach a nezapomenout projevit soucit;
9. shrnout co nemocného trápí a pomoci mu určit priority;
10. poradit nemocnému s dalšími kroky týkajícími se jeho nemoci a léčby;
11. ujistit nemocného, že nezůstane v těžké situaci sám a bez pomoci.<sup>111</sup>

### 2.3.2 Etické problémy v období in finem

„Z praktického i etického hlediska se v období in finem otevírají dva problematické okruhy: ritualizace smrti, a to zejména v podmínkách hospitalizace, a problematika eutanazie.“<sup>112</sup>

Dnešní společnost postrádá rozpoznatelné společenské rituály, které zahrnují i realitu smrti, a to přivádí všechny zúčastněné (samotného umírajícího, rodinné příslušníky i zdravotníky) do určitých rozpaků.<sup>113</sup> Duchovní, duševní a sociální pomoc má být nemocnému a jeho rodině dostupná již od počátku relativně dlouhé cesty ke smrti, všechny problémy se určitým způsobem aktualizují ve faktickém závěru života v období in finem. Ústředním problémem se tak stává **ritualizace smrti**, a to především v podmínkách hospitalizace. Drtivá většina nemocných umírá v nemocnicích či jiných institucích.<sup>114</sup>

---

<sup>111</sup> Srov. MARKOVÁ, A. a kol. *Hospic do kapsy, Příručka pro domácí paliativní týmy*. s. 85.

<sup>112</sup> Srov. VORLÍČEK, J., ADAM, Z. a kol. *Paliativní medicína*. s. 436.

<sup>113</sup> Srov. HILL, P. T. *Péče o umírajícího: Pohled etiky*. In THOMASMA, C. D., KUSHNEROVÁ, T. *Od narození do smrti – Etické problémy v lékařství*. s. 205.

<sup>114</sup> Srov. VORLÍČEK, J., ADAM, Z. a kol. *Paliativní medicína*, s. 437.

Starý domácí model umírání, kdy lidé umírali především doma, v kruhu své rodiny patří k minulosti.<sup>115</sup> Smrti byl upřen charakter sociálního aktu a někteří odborníci se shodují v názoru, že nikdy nebyl člověk v umírání tak sám, jako v dnešní moderní době. Smrt jako fenomén vypadla z běžného pole sociální pozornosti lidí všech věkových skupin a sociálních rolí.<sup>116</sup>

Těžce nemocný člověk je poslán do nemocnice, kde ho čeká umírání mezi cizími lidmi a v osamění. V této souvislosti se hovoří o tzv. odosobněné péči, dehumanizaci a následně o nutnosti kvalitativní změny. Žádný člověk by neměl umírat sám a důstojná smrt by měla mít charakter sociálního aktu.<sup>117</sup>

Tohoto cíle je možné dosáhnout tím, že se stanoví pravidla, kdo a co bude dělat. Jinými slovy řečeno je nutné ritualizovat závěr lidského života a využít zkušenosti jak z domácího, tak i institucionalizovaného modelu péče o umírající. Samozřejmě je možné hledat i zcela nové formy péče. Příkladem může být hospicový systém, který je vhodným doplňkem zdravotnických služeb, ale z kapacitních a dalších důvodů se nemohou stát systémovým řešením pro všechny umírající a jejich rodiny.<sup>118</sup>

Dříve mělo umírání svůj řád a smrt jako proces byla sevřena pocity integrační komunity. Většinou z generace na generaci přecházela nejen zkušenost, jak pečovat o umírajícího, ale také prožitek, co je to umírání a smrt zblízka. Smrt byla spojena s určitými rituály.<sup>119</sup> „Rituál (z lat. rituale) znamená řád obřadu neboli obřadnictví. Obecně můžeme říci, že každý rituál určitým způsobem kodifikuje chování lidí, ať již v radostné nebo smutné, v církevní nebo civilní situaci. Podstatné je, že rituálem bývá upravena, respektive snížena vysoká emotivita a nejistota zúčastněných.“<sup>120</sup>

Jak už bylo zmíněno výše, péče o umírající se přesunula do nemocnic a nabyla především odborného charakteru. Umírajícím je poskytována potřebná péče, ale dominantní je praktikismus a profesionalita. Chybí lidský kontakt

<sup>115</sup> Srov. VORLÍČEK, J., ADAM, Z. a kol. *Paliativní medicína*, s. 437.

<sup>116</sup> Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*, s. 154.

<sup>117</sup> Srov. VORLÍČEK, J., ADAM, Z. a kol. *Paliativní medicína*, s. 437.

<sup>118</sup> Srov. Tamtéž, s. 437.

<sup>119</sup> Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*, s.156.

<sup>120</sup> VORLÍČEK, J., ADAM, Z. a kol. *Paliativní medicína*, s. 437.

a chybí rituály. Je důležité si uvědomit, že ritualizovat proces umírání a smrti je možné i ve stávajících podmínkách.<sup>121</sup>

Není tedy možné vzkřísit tradiční model, ale zaktualizovat současný model je nutností. Řešením je kompromis, který z obou zachová to dobré, účelné a nosné.<sup>122</sup> „Jako perspektivní se jeví každý systém, který kombinuje pozitiva domácího a institucionalizovaného modelu a respektuje moderní způsob života i letitou tabuizaci všeho, co souvisí s lidskou konečností. Buď tedy zůstane umírající v nemocnici a k participaci na péči bude přizvána rodina, nebo se nemocný vrátí domů, ale rodině pomohou profesionálové.“<sup>123</sup>

Druhým etickým problémovým okruhem v období *in finem* je problematika **eutanazie**.<sup>124</sup> „Slovo eutanazie je složeno z řeckých slov *eu* (normální, dobrý) a *thanatos* (smrt).“<sup>125</sup> Termínem eutanazie se jednak rozumí dobrá, snadná, krásná smrt, jednak usmrcení z útrpnosti, soucitu a milosrdenství.<sup>126</sup>

V současné době je pojem eutanazie rezervován pro milosrdnou smrt, nebo-li pro soucitem motivované, úmyslné, rychlé a bezbolestné ukončení života někoho, kdo je postižen nevyлéčitelnou a progredující nemocí.<sup>127</sup> Konkrétní formy milosrdné smrti mohou být různé (např. eutanazie aktivní, nedobrovolná a pasivní).<sup>128</sup>

Pro účely této práce a k nastínění častých etických problémů bude potřeba odlišit následující pojmy – aktivní eutanazie, asistované suicidium a odstoupení od léčby.<sup>129</sup>

1. **Aktivní eutanazie** – je úmyslné usmrcení člověka na jeho explicitní opakovanou žádost někým jiným než pacientem samotným. Samotná

<sup>121</sup> Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*, s. 155-157.

<sup>122</sup> Tamtéž, s. 192.

<sup>123</sup> VORLÍČEK, J., ADAM, Z. a kol. *Paliativní medicína*, s. 439-440.

<sup>124</sup> Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*, s. 160.

<sup>125</sup> MUNZAROVÁ, M. a kol. *Proč ne eutanazii, aneb Být, či nebýt?*, s. 19.

<sup>126</sup> Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*, s. 160.

<sup>127</sup> Srov. MUNZAROVÁ, M. *Vybrané kapitoly z lékařské etiky I, Smrt a umírání*, s. 50.

<sup>128</sup> VORLÍČEK, J., ADAM, Z. a kol. *Paliativní medicína*, s. 444.

<sup>129</sup> Srov. SLÁMA, O., KABELKA, L., VORLÍČEK, J. *Paliativní medicína pro praxi*, s. 320.

morální povaha celého činu aktivního usmrcení pacienta spočívá v tom, že smrt u konkrétního pacienta by nepřišla samovolně, ale je zapříčiněna zásahem druhé osoby, v tomto případě vždy lékařem. Eutanazie je ve většině evropských států zakázána. Mezi ně patří i Česká republika, výjimkou je např. Nizozemsko a Belgie. Nicméně i zde eutanazie podléhá přísným kritériím, která není snadné formálně naplnit např. - eutanazie je chtěným a záměrným činem, pacient musí své vlastní usmrcení požadovat. Žádost musí být opakovaná, kompetentní – tedy vědomá a na pacienta nesmí být vyvíjen žádný nátlak.<sup>130</sup>

2. **Asistované suicidium** je úmyslné usmrcení sebe sama na opakovanou žádost za pomoci druhé osoby. Podobná kritéria jako platí u aktivní eutanazie, platí i pro asistované suicidium. Rozdíl je pouze v technickém provedení samotného činu, kdy lékař dopomáhá radou a prostředky k tomu, aby se pacient usmrtil sám. Neznamena to však, že je lékař zbaven morální odpovědnosti.<sup>131</sup>
3. **Odstoupení od neúčinné, neužitečné léčby** (pasivní eutanazie) – spočívá odstoupením od neúčinné, neužitečné léčby nebo opuštění takových léčebných postupů, které pacientovi nepřinášejí žádný užitek a jsou pro něj zatěžující nejen fyzicky, ale i psychicky.<sup>132</sup> Tato forma bývá někdy interpretována jako právo na přirozenou smrt.<sup>133</sup>

V dnešní době bývá hlavním cílem lékařů udržování a prodlužování života „za každou cenu“ a smrt je pokládána za jakousi prohru. Výsledkem pak bývá tzv. zadržovaná smrt neboli **dystanazie** (tzn., že nemocný už by dávno mohl v klidu zemřít, nebyť nesmyslných a problematických snah odborníků zvrátit nepříznivý zdravotní stav nemocného).<sup>134</sup>

---

<sup>130</sup> Srov. SLÁMA, O., KABELKA, L., VORLÍČEK, J. *Paliativní medicína pro praxi*, s. 321.

<sup>131</sup> Srov. Tamtéž, s. 321.

<sup>132</sup> Srov. Tamtéž, s. 321-322.

<sup>133</sup> Srov. VORLÍČEK, J., ADAM, Z. a kol. *Paliativní medicína*, s. 444.

<sup>134</sup> VORLÍČEK, J., ADAM, Z. a kol. *Paliativní medicína*, s. 423.

Poslední zmíněný postup – odstoupení od neúčinné, neúčinné léčby je v české legislativě jako jediný přípustný. Odstoupení od léčby je tedy přípustná varianta jak právně, tak i morálně. Přestože výsledek je podobný, jako u předchozích postupů (tj. úmrtí pacienta). Dochází k němu morálně ospravedlnitelným, přirozeným způsobem. Odstoupení od léčby respektuje přirozený vývoj nemoci, která je neléčitelná a nutně spěje ke smrti. Smrt není aktivně navozena a ani není uměle oddalována a je vyloučena dystanazie.<sup>135</sup>

„Klíčovým problémem je však systém kritérií, který by umožnil přirozenou smrt a zabránil zneužití, nebo jinými slovy řečeno, na jehož základě by bylo možné určit, že každá další léčba bude marná. O obsahu pojmu marná léčba se stále intenzivně diskutuje. Zatím byl alespoň v hrubých obrysech konkretizován pro situace, kdy se zvažuje použití mimořádných léčebných postupů. Příkladem mohou být kardiopulmonální resuscitace. V odborné zahraniční terminologii se obecně hovoří o programech DNR (do not resuscitate), nebo v české literatuře stále častěji NR (neresuscitovat).“<sup>136</sup>

Ukončit nebo nezačít léčbu je někdy vhodné, jindy nutné. Kromě medicínských kritérií je nutné také přihlížet ke stanovisku nemocného. Pokud se už nemocný není schopen vyjádřit, přihlíží se k předem vysloveným přáním, což je uvedeno i v Úmluvě o biomedicíně.<sup>137</sup>

Úvahy o eutanazii mají svoji příčinu především ve strachu z dystanazie. Milosrdná smrt se zdá být snadným řešením jak zabránit dystanázii a na základě toho se množí hlasy usilující o legislativní uzákonění tohoto „humánního“ aktu. Je však potřeba konstatovat, že nebezpečí zneužití spočívá nejen v problematických okolnostech samotné eutanazie, ale také v mylném přesvědčení, že milosrdná smrt je „jediným“ a univerzálním řešením situace mnohých umírajících.<sup>138</sup>

Laická veřejnost je v postojích k eutanazii zpravidla ambivalentní. Na jedné straně si přeje, aby lékaři zabránili všemi prostředky nesnesitelnému utrpení umírajících, na druhé straně se obává možného zneužití. Shoda panuje v názoru,

<sup>135</sup> Srov. SLÁMA, O., KABELKA, L., VORLÍČEK, J. *Paliativní medicína pro praxi*, s. 322.

<sup>136</sup> HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie, Nauka o umírání a smrti*, s. 121.

<sup>137</sup> Srov. Tamtéž, s. 121.

<sup>138</sup> Srov. VORLÍČEK, J., ADAM, Z. a kol. *Paliativní medicína*, s. 424.

že umírající by neměl být vystaven fyzickému nebo psychickému utrpení.<sup>139</sup> Důležitost se tedy příkládá důstojnému umírání. Je tedy velmi potřeba veřejně hovořit o možnostech paliativní léčby a komplexní péče o umírající, protože tato smysluplná alternativa je veřejností soustavně podceňována nebo dokonce laikům neznámá.<sup>140</sup>

Eutanazii nemůžeme považovat za důstojnou smrt. Správná cesta je pomoci nemocnému ke skutečně důstojné, dobré smrti a nikoliv pomáhat k zabití. A ke skutečně důstojné smrti vede smysluplná alternativa v podobě paliativní péče.<sup>141</sup>

Někteří odborníci staví eutanazii a paliativní péči z hlediska etiky rozhodování na stejnou úroveň. Rozdíl mezi oběma přístupy je však z etického hlediska zásadní. Eutanazie není:

- podání opiátů nebo jiných léků za účelem kontroly symptomů, včetně bolesti, strachu nebo nezvladatelné úzkosti;
- nepodání nebo odstoupení od zbytečně zatěžující léčby včetně nutrice a hydratace v případě, kdy pacient není schopen tuto léčbu přijímat vzhledem k terminalitě svého stavu přirozenou cestou;
- sedace pacienta v terminálním stadiu, když ostatní praktické metody kontroly symptomů selhaly;
- odstoupení od resuscitace v terminálním stadiu pacienta.<sup>142</sup>

„Paliativní péče bere vážně nevyléčitelný charakter onemocnění. Vychází vždy z přesvědčení, že bez ohledu na stupeň pokročilosti onemocnění lze vždy udělat něco pro zlepšení kvality zbývajících života. Paliativní péče smrt neurychluje, ale za každou cenu neoddaluje.“<sup>143</sup>

---

<sup>139</sup> Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*, s. 200.

<sup>140</sup> Srov. VORLÍČEK, J., ADAM, Z. a kol. *Paliativní medicína*, s. 424.

<sup>141</sup> Srov. Tamtéž, 424.

<sup>142</sup> SLÁMA, O., KABELKA, L., VORLÍČEK, J. *Paliativní medicína pro praxi*, s. 322.

<sup>143</sup> Tamtéž, s. 27.

### 2.3.3 Etické problémy v období post finem

Samostatným etickým problémem v období post finem je tzv. komercializace smrti a současný způsob pohřebnických úkonů.<sup>144</sup>

Většina zdravotníků dobře ví, jak si má počínat a co má bezprostředně udělat po smrti nemocného. Mnoho autorů, kteří se zabývají thanatologií neboli vědou o smrti a o všech fenoménech, které jsou s ní spojeny dokládá, že péče o mrtvé tělo je jedinou bezespornou oblastí. Česká literatura zabývající se danou tematikou obsahuje podrobná ustanovení o prohlídce mrtvé osoby a o nezbytném zaopatření mrtvého těla. S politováním však můžeme konstatovat, že nikde nenajdeme ani zmínku o dvou významných dilematických, a tedy etických problémech spojených právě se závěrem života.<sup>145</sup>

V běžné praxi se můžeme velmi často setkat s tím, že je někdy obtížné zvolit vhodné místo pro povinný dvouhodinový klid zemřelého. Otázkou je, kam zemřelého umístit, aby byl dodržen striktní požadavek, ale také důstojnost vůči mrtvému i vůči spolupacientům. Vhodná místnost v nemocnicích, ale např. i v domovech pro seniory chybí a zůstane-li mrtvý předepsanou dobu na svém lůžku, způsobí nebo může způsobit psychickou disbalanci spolupacientů. Pokud připustíme, že tato otázka je pouze technického nebo organizačního charakteru a bude postupně odstraněna vybudováním vhodného prostředí, odkryje se jiný problém. Je vhodné a etické přeložit právě umírajícího člověka na zvláštní pokoj, nebo jej nechat naposledy vydechnout mezi ostatními?<sup>146</sup>

Dalším neméně významným a palčivým problémem je způsob sdělování úmrtí a samotné předávání věcí pozůstalým. Zaslání telegramů bylo donedávna běžnou praxí, ale v současné době se spíše setkáme s telefonickým oznámením o úmrtí blízké osoby. Obě tyto formy mají však řadu úskalí. I když se jedná o tzv. avizované úmrtí, často je telegrafické či telefonické oznámení o úmrtí šokující

---

<sup>144</sup> Srov. VORLÍČEK, J., ADAM, Z. a kol. *Paliativní medicína*, s. 436.

<sup>145</sup> Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*, s. 168-169.

<sup>146</sup> Srov. Tamtéž, s. 169.



událostí.<sup>147</sup> Předání takovéto bolestné informace by mělo probíhat taktně. Každý pozůstalý by měl být bezpodmínečně ujištěn, že pro zemřelého bylo vykonáno vše, co je v lidských silách a že dotyčný netrpěl. Taková slova pozůstalý přijímají vděčně.<sup>148</sup> Velmi často se však na taktnost zapomíná. Z hlediska péče o pozůstalé je v oprávněně nárokovaném rozhovoru možné předejít nebo eliminovat rizika tzv. patologických forem žalu. Ritualizace způsobů předávání informací o úmrtí, ale i nezbytných dokladů a osobních věcí, je nutná, neboť usnadní nejbližším pozůstalým unést právě prožívanou bolestnou ztrátu.<sup>149</sup>

Velmi důležitou roli při smíření se ztrátou blízkého člověka hrál a stále hraje samotný pohřeb. Po dlouhá staletí měl pohřeb svůj ustálený scénář. Pohřeb vytvořil určitou atmosféru, ve které bylo dovoleno zoufat a plakat. Smrt byla veřejná. O smrti se hovořilo a žal byl přijímán jako adekvátní projev reakce na ztrátu. Doba se však změnila a všechno se zrychlilo, ztechnizovalo a co víc také odcizilo. Podstatně se transformovaly pohřební rituály. Když člověk dnešní doby zemře, je stále rychleji a civilněji pohřbíván. Na smrt není čas, ale i na smrti lze vydělat.<sup>150</sup>

Koncem 19. století se poprvé hovoří o tzv. komercionalizaci smrti. Pohřební rituál se stal předmětem tvrdého byznysu. V dnešní době se silně vydělává i na smrti. Ještě v padesátých letech minulého století bylo možné vidět, zejména na vesnicích, výpravné tradiční pohřby. Pohřební vůz tažený koňmi a doprovázený velkým množstvím příbuzných a smutečních hostů. Tento pohřební vůz byl nahrazen černým automobilem, za kterým už málokdy krácejí pozůstalí a smuteční hosté. Vítězí pohřeb žehem. Obřad se zkracuje. Pár minut redukovaného rituálu a přítomnost nejbližších je obrazem dnešního pohřbu a prozrazuje náš vztah k zemřelým. Neznamená to však, že by se na zemřelé zapomínalo rychleji, ale zármutek a žal se skrývá.<sup>151</sup>

---

<sup>147</sup> Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*, s. 169.

<sup>148</sup> Srov. VORLÍČEK, J., ADAM, Z. a kol. *Paliativní medicína*, s. 443.

<sup>149</sup> Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*, s. 169

<sup>150</sup> Srov. Tamtéž, s. 170.

<sup>151</sup> Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*, s. 170

„Není nic, co by opakovaně připomínalo konečnost lidského osudu v jeho přirozené i tragické podobě. Smrt byla vytěsněna proto, že ji především interpretujeme jako nesmyslnou, zbytečnou, předčasnou prohru. Pohřebnictví je oblast, která nesouvisí se zdravotnictvím. Obecně je však nutné věnovat pozornost i posledním věcem člověka. Způsob pohřbívání je odrazem vztahu naší civilizace k zemřelým právě tak jako k fenoménu smrti obecně.“<sup>152</sup>

## 2.4 Základní etické principy paliativní péče

Součástí všech pomáhajících profesí by neměly být pouze nejnovější vědomosti a kvalitní dovednosti, ale i lidskost a schopnost mravních rozhodnutí. V lékařském povolání to platí dvojnásob. Pro poskytování paliativní péče platí stejné základní etické principy jako pro jiné oblasti medicíny. Jedná se o následující principy:<sup>153</sup>

1. **Autonomie** (samostatnost a sebeurčení) – součástí filosofie o člověku je přesvědčení, že každý je zodpovědný za své zdraví a rozhodování, která budou učiněna na základě plné informovanosti. Přání jsou respektována, i když ve finální fázi nemoci mohou mít za přímý následek úmrtí pacienta (např. odmítnutí léčby). Vždy je třeba dbát na vyváženost a širší souvislosti rozhodování. U autonomie nemocného nastává dilematická situace v případě, že nemocný má sníženou schopnost racionálního uvažování.<sup>154</sup> Tento princip rozhodně nelze podceňovat, ale ani přeceňovat. Respekt k právu pacienta na sebeurčení je nezbytně nutné dodržovat, ale vždy je třeba pamatovat na vyváženost a širší souvislosti.<sup>155</sup>
2. **Beneficence** (prospěch) – vyjadřuje závazek, aby lékař pro pacienta udělal vše, co je pro něj prospěšné. Dobro je pro každého jednotlivce

<sup>152</sup> HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*, s. 170.

<sup>153</sup> Srov. SLÁMA, O., KABELKA, L., VORLÍČEK, J. *Paliativní medicína pro praxi*, s. 319.

<sup>154</sup> Tamtéž, s. 319.

<sup>155</sup> Srov. VORLÍČEK, J., ADAM, Z. a kol. *Paliativní medicína*, s. 426.

subjektivním pojmem, stejně jako kvalita života a důstojnost. Dobro pro pacienta nemusí být totožné s představou zdravotníka – je důležité jej hledat prostřednictvím vzájemného dialogu, nasloucháním a argumentací. Ideálním nástrojem je pravdivá a empatická komunikace.<sup>156</sup>

3. **Nonmaleficence** (nepoškozování) – neškodit a nedovolit uškodit pacientovi. V úvahu je zapotřebí vzít i případná nežádoucí poškození nebo vedlejší efekt pozitivní činnosti. Na místě je i snaha vzdalovat od pacienta vše škodlivé – od bolesti až po sociální ublížení.<sup>157</sup>
4. **Justice** (spravedlnost, právo, řád a také slušnost) – spravedlnost je proporcionalita mezi potřebami jedince a tím, co je společnost schopna poskytnout. Týká se např. dostupnosti paliativní péče v regionech a kvality poskytované péče.<sup>158</sup>

Mezi základní etické principy je někdy zařazována i samotná informovanost pacienta. „V klinické praxi mohou nastat případy, kdy uvedené principy budou ve vzájemném etickém konfliktu. Pak je třeba zvolit to kritérium, které je více prospěšné pro řešení aktuální situace pacienta.“<sup>159</sup>

## 2.5 Shrnutí etických problémů v paliativní péči

Etické problémy a dilemata v paliativní péči jsou obdobná těm, které byly zmíněny v předchozích částech této práce, tedy v kapitolách, které informovaly o etických problémech a dilematech v jednotlivých obdobích samotného procesu umírání.

Etické otázky a problémy, které se v rámci poskytování paliativní péče často objevují, tedy jsou: otázka prospěšnosti jednotlivých typů paliativní péče, respektování osobnosti pacienta a jejího práva na sebeurčení, pravdivého

---

<sup>156</sup> Srov. SLÁMA, O., KABELKA, L., VORLÍČEK, J. *Paliativní medicína pro praxi*, s. 320.

<sup>157</sup> Srov. Tamtéž, s. 320.

<sup>158</sup> Srov. Tamtéž, s. 320.

<sup>159</sup> Tamtéž, s. 320.

informování pacientů a jejich rodin, vhodnosti ukončení neefektivní léčby, otázka odeprání léčby (včetně výživy a zavodňování), posouzení schopností, souhlasu a povolení u osob nezletilých a problematika informovaného souhlasu, otázka spravedlivé distribuce péče a problematika střetu zájmů, zjišťování přání u obtížně komunikujících osob, dodržení příkazů pacientů týkajících se možné resuscitace a použití sedativ, řešení pozůstalosti apod.<sup>160</sup>

„V kontextu etických úvah o paliativní péči je na místě otázka, zda umírající má nebo nemá právo, popřípadě v jakém rozsahu, rozhodovat nebo alespoň spolurozhodovat o ukončení kauzální terapie. Obecně se má za to, že lékaři nepřísluší rozhodovat o tom, jak bude nemocný disponovat se zbývajícím obdobím svého života. Na druhé straně se lékař nemůže vymanit ze své odpovědnosti za nemocného, který se mu svěřil do péče. Řešením může být kompromis, v němž si lékař s nemocným porozumí, je-li toho umírající ještě schopen.“<sup>161</sup>

Paternalistický přístup lékaře může být překážkou k porozumění, stejně tak i diktát nemocného může mít neblahé důsledky. Lékař nesmí být degradován na vykonavatele pacientových přání. Pacient může říci, co si přeje, ale vyslovená přání je nutné také odborně korigovat.<sup>162</sup>

V oblasti paliativní péče můžeme narazit i na další etické problémy, které nejsou v souladu s posláním paliativní péče. Zde narážíme na problém, který vyvstává z principu spravedlnosti. Jedná se o systémovou nespravedlnost, která představuje různou úroveň péče zvládnání bolesti na různých místech České republiky, v různých zdravotnických zařízeních. V hospicích je úroveň této péče většinou velmi dobrá, ale problematická je dostupnost samotných hospiců a v zařízení typu LDN neboli dnešních odděleních následné péče paliativní péči prakticky vůbec nezvládají.<sup>163</sup>

---

<sup>160</sup> Srov. Standardy hospicové paliativní péče[online]. *Etické a právní aspekty péče*. [cit. 2010-03-10]. Dostupné na WWW: < [http://hospice.cz/hospice1/data/php07\\_standardy.pdf](http://hospice.cz/hospice1/data/php07_standardy.pdf) >

<sup>161</sup> VORLÍČEK, J., ADAM, Z. a kol. *Paliativní medicína*, s. 426.

<sup>162</sup> Srov. Tamtéž, s. 426.

<sup>163</sup> Srov. Osobní asistence [online]. *Paliativní péče*. [cit. 2010-03-10]. Dostupné na WWW: < <http://www.osobniasistence.cz/?tema=3&article=3> >

Další možný etický problém můžeme vidět v celkovém utlumení pacienta, namísto lokálního řešení bolesti, kdy u pacienta nastupuje stav bezvědomí. Někde se dokonce praktikuje používání celkové paliativní sedace (úplné usnutí), kdy je vypuštěno i samotné podání výživy.<sup>164</sup>

## 2.6 Etika a hospicové zařízení

Vztah mezi hospicem a etikou můžeme posuzovat z hlediska běžného a profesionálního jednání. Konflikty hodnot a obtíže s rozhodováním mají tvář v tvář blízké smrti velkou váhu – zvláště tehdy, když jde o tzv. poslední věci nebo poslední pokyny. Vzhledem k tomu, že lidé dnes mají na život a umírání větší vliv než kdykoliv dříve, vyplývá z toho i velké množství etických problémů.<sup>165</sup>

V hospicové oblasti se etické problémy nejvíce vztahují na pacientovu autonomii a zvažování různých hodnot v konfliktních situacích. Hospicová práce, která chce dbát o důstojnost člověka i v posledních etapách života člověka, naráží stále znovu na problém rozhodování. Různé zájmy, způsoby pohledu a hodnoty se překrývají a na základě toho nelze najít jednoznačné a po všech stránkách uspokojivé řešení. Rozhodování kolísá v různých stupních obtížnosti mezi ekonomickými žádostmi a konflikty vztahů, od všedních problémů až po kontroverzní jednání a otázky prodloužení či zkrácení života.<sup>166</sup>

V hospicové etice má mít prioritu umírající člověk a jeho rozhodnutí, proto jsou zvláště zatěžující ty konflikty, které skutečně či zdánlivě zpochybňují autonomii pacienta. V této souvislosti se otevírají dva existenciální problémy, které již byly představeny v předchozích podkapitolách.<sup>167</sup>

---

<sup>164</sup> Srov. Osobní asistence [online]. *Paliativní péče*. [cit. 2010-03-10]. Dostupné na WWW: < <http://www.osobniasistence.cz/?tema=3&article=3> >

<sup>165</sup> STUDENT, J. CH., MÜHLUM, A., STUDENT, U. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*, s. 124.

<sup>166</sup> Srov. Tamtéž, s. 129-131.

<sup>167</sup> Srov. Tamtéž, s. 131.

Jedná se o tzv. **setkání se závažnou diagnózou**, které může být především u nepříznivé prognózy nekonečně skličující pro všechny zúčastněné.<sup>168</sup> Zde opět narážíme na informovanost pacienta, kterému buď lékař neřekne nic, nebo ho naopak zahltlí spoustou informací v příliš krátkém čase.<sup>169</sup> Co potom konkrétně znamená pravda na nemocničním lůžku a důstojnost umírajícího člověka? A kdo a kdy činí která rozhodnutí vedoucí k objasnění. Zásadně existují dvě protikladné pozice: pravda a srozumitelnost versus zdrženlivost a šetrnost. Především je jistě žádoucí otevřená a přímá empatická komunikace, kdy se na druhé straně musí zohlednit i duševní křehkost nemocného člověka.<sup>170</sup>

Pro empatickou a otevřenou komunikaci mezi pacientem a lékařem či pacientem a jiným členem multidisciplinárního týmu v hospicovém zařízení je důležitá znalost jednotlivých fází vyrovnávání se s nemocí dle Elisabeth Kübler-Rossové. Znalost těchto fází může pomoci předejít mnoha problémům, které souvisejí se vztahy pacienta a jeho rodinou a samozřejmě i se samotnou problematikou informovanosti nemocného.

Může se zdát, že problematika informovanosti pacienta do hospice nepatří, ale opak je pravdou. Pacienti, kteří jsou přijímáni do hospicového zařízení, by měli být informováni o svém onemocnění a nepříznivé prognóze. Z mé vlastní zkušenosti z hospicové praxe a i na základě osobní konzultace se sociální pracovníci Hospicu sv. Jana N. Neumanna v Prachaticích musím konstatovat, že se tak velmi často neděje.

Pacient, který je přijímán do hospice sice podepisuje Informovaný souhlas (příloha č. II.), ale mnohdy o vážnosti svého stavu nic netuší. Co však ví je to, že hospic je zařízení, kde mu mohou pomoci od bolesti. I v hospici tedy dochází k mnoha problémům, které se týkají informovanosti pacienta. Velmi často dochází k tomu, že pacient o své neblahé prognóze neví. Vědí to však rodinní příslušníci, kteří si mnohdy nepřejí, aby to nemocný věděl. Není výjimkou ani

---

<sup>168</sup> Srov. STUDENT, J. CH., MÜHLUM, A., STUDENT, U. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*, s. 131.

<sup>169</sup> Srov. SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*, s. 136.

<sup>170</sup> Srov. STUDENT, J. CH., MÜHLUM, A., STUDENT, U. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*, s. 131.

situace opačná, kdy ví pacient, ale rodinní příslušníci neví nic. Existuje mnoho dalších variant a komplikací, které znesnadňují práci hospicového týmu s umírajícím pacientem a jeho rodinou. Komplikací, které staví pracovníky hospice před etické problémy a dilemata.

V případě, kdy pacient neví o svém zdravotním stavu vše, stojí nejen lékař, ale i celý hospicový tým před těžkým úkolem a otázkou. Informovat nebo neinformovat a jak velké množství pravdy zvolit? Informovat pacienta o zdravotním stavu je povinen pouze lékař, ale i ostatní pracovníci mohou být konfrontováni s tím, že pacient tuší a že se jich bude vyptávat. Hospicový tým musí být vždy ve střehu, aby něco nezanedbal.

Sdělení pravdivé diagnózy, prognózy a životní perspektivy může nemocného zabít. Pravda musí růst. Pravda má ležet jako kámen na kraji cesty, kdy ji umírající může spatřit, ale také přehlédnout. Pravda by neměla být kamenem uprostřed cesty, přes který člověk klopýtne a zakopne.<sup>171</sup>

Sdělit nemocnému pravdu a nevzít naději je kus umění, a ten kdo chce pracovat v hospici musí toto umění ovládat a především se nesmí bát s vážně nemocnými mluvit o konci života jménem smrti.<sup>172</sup>

Další problém, který se otevírá, je **přání pomoci zemřít**. Přání pomoci zemřít se otevřeně i skrytě objevuje i v hospicové oblasti. Nesnáz s rozhodováním je zde ještě větší, neboť se dostávají do konfliktu hodnoty práva na sebeurčení pacienta a nedisponovatelnost života, zatímco hospicová etika výslovně odmítá úmyslné zkrácení života.<sup>173</sup>

Hospicové hnutí, aniž by zpochybňovalo sebeurčení pacienta, odpovídá na dilema nikoliv tím, že vykonává pacientovo přání, nýbrž že přijímá zoufalého člověka a je otevřeno k solidárnímu doprovázení a co nejlepšímu zařízení jeho

---

<sup>171</sup> Srov. PERA, H., WEINERT, B. *Nemocným na blízku*. s. 134.

<sup>172</sup> Srov. SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*, s. 136.

<sup>173</sup> Srov. STUDENT, J. CH., MÜHLUM, A., STUDENT, U. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*, s. 133.

poslední fáze života, včetně optimální léčby bolesti.<sup>174</sup> Pokud se nemocnému dostává správné a všestranné péče, o urychlení smrti téměř nikdy nepožádá.<sup>175</sup>

Čím lepší bude péče o terminálně nemocné pacienty, tím méně bude žádostí o eutanazii. „Hovořit s umírajícím člověkem o jeho životě a smrti – to je hospicová nabídka, která uchovává šanci se emočně i duchovně připravit na smrt a snad ji i vnitřně přijmout.“<sup>176</sup>

---

<sup>174</sup> Srov. STUDENT, J. CH., MÜHLUM, A., STUDENT, U. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*, s. 134.

<sup>175</sup> Srov. SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*, s. 36.

<sup>176</sup> Srov. STUDENT, J. CH., MÜHLUM, A., STUDENT, U. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*, s. 134.



### 3. Sociální práce v hospici

Sociální práce patří spolu s dalšími obory jako např. medicína a psychologie k pomáhajícím profesím. Stejně jako v psychologii se u sociální práce setkáváme s jejími různými definicemi, přístupy, úkoly a cíly. Všeobecné zaměření sociální práce je společné, avšak priority a praxe se mezi jednotlivými kulturami značně odlišují.<sup>177</sup> Na sociální práci je potřeba nahlížet jako na dynamickou a stále se vyvíjející disciplínu, která se do podvědomí společnosti začíná čím dál více zapisovat. Stejně tak se do podvědomí společnosti začíná zapisovat hospicová problematika, ve které si sociální práce v České republice začíná budovat své pevné postavení.

#### 3.1 Vymezení pojmu sociální práce

„Sociální práce je společenskovední disciplína i oblast praktické činnosti, jejímž cílem je odhalování, vysvětlování, zmírňování a řešení různých sociálních problémů.“<sup>178</sup>

Dle Mezinárodní federace sociálních pracovníků se můžeme setkat i s následujícím pojetím sociální práce: „Sociální práce podporuje změnu, řešení problémů v mezilidských vztazích a posílení a osvobození lidí za účelem naplnění jejich osobního blaha.“<sup>179</sup>

Prostřednictvím teorií lidského chování a sociálních systémů, zasahuje sociální práce tam, kde se lidé dostávají do kontaktu se svým prostředím. Pro sociální práci jsou klíčové principy lidských práv a společenské spravedlnosti. Sociální práce se zaměřuje především na rozmanité komplexní vztahy mezi lidmi

---

<sup>177</sup> VORLÍČEK, J., ADAM, Z. a kol. *Paliativní medicína*, s. 485

<sup>178</sup> MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*, s. 213

<sup>179</sup> Sociální revue [online]. *Definice sociální práce*. [cit. 2010-02-28] Dostupné na WWW: <<http://socialnirevue.cz/item/definice-socialni-prace> >

a jejich prostředím. Jejím úkolem je umožnit všem lidem plně rozvinout své možnosti, obohatit jejich životy a předcházet selhání.<sup>180</sup>

Sociální pracovníci jsou považováni za tzv. agenty změny ve společnosti a v životech osob, rodin a společenství, jimž slouží. Sociální práce je vzájemně provázaný systém hodnot, teorie a praxe.<sup>181</sup>

Sociální práce by měla být založena na respektu k hodnotě a důstojnosti všech lidí a na právech, která z toho vyplývají. Sociální pracovníci usilují o podporu a ochranu fyzické, duševní, emocionální a duchovní integrity a blaho každého člověka. To pro sociálního pracovníka znamená:

- 1) respektovat právo na sebeurčení a vlastní rozhodnutí;
- 2) podporovat právo na participaci;
- 3) jednat s každým člověkem jako s celostní bytostí s cílem rozpoznat všechny aspekty života člověka;
- 4) identifikovat a rozvinout silné stránky jednotlivce či skupin.<sup>182</sup>

Jednou z dalších charakteristik sociální práce, se kterou se můžeme setkat je definice Národní asociace sociálních pracovníků USA (NSAW): „Sociální práce je profesionální aktivita zaměřená na pomáhání jednotlivcům, skupinám a komunitám zlepšit nebo obnovit schopnost sociálního fungování a na tvorbu společenských podmínek příznivých pro tento cíl.“<sup>183</sup>

V tomto pojetí je důležitý pojem sociální fungování, který lze chápat jako soulad mezi schopností člověka hrát svou sociální roli podle očekávání jeho sociálního prostředí. Předmětem interakce sociálního pracovníka je pomoci klientovi nastolit rovnováhu mezi požadavky prostředí a jeho schopností zvládat tyto požadavky. Pokud nastane porucha této rovnováhy, pak má sociální

---

<sup>180</sup> Srov. Sociální revue [online]. *Definice sociální práce*. [cit. 2010-02-28] Dostupné na WWW: <<http://socialnirevue.cz/item/definice-socialni-prace> >

<sup>181</sup> Srov. Tamtéž, Dostupné na WWW: <<http://socialnirevue.cz/item/definice-socialni-prace> >

<sup>182</sup> Etika sociální práce – principy [online]. *Lidská práva a důstojnost*. [cit. 2010-02-28] Dostupné na WWW: <<http://www.socialnipracovnici.cz/images/pdf/Mezinarodni%20eticky%20kodex.pdf>>

<sup>183</sup> VORLÍČEK, J., ADAM, Z. a kol. *Paliativní medicína*, s. 485.

pracovník za úkol zjistit příčinu této nerovnováhy a pomoci uskutečnit klientovi takovou změnu, která by nastolila novou rovnováhu.<sup>184</sup>

Sociální fungování klienta s vážným onemocněním znesnadňuje samotná nemoc a povaha nemoci, která je kauzálně neléčitelná a omezuje délku života nemocného. Nemoc zasahuje do společenské role a statusu nemocného člověka, a to ve společnosti širší i v rodinném prostředí.<sup>185</sup>

Sociální práce v hospici představuje především zaměření na výše zmíněné sociální fungování klienta a na adaptaci modelů a přístupů z jiných disciplín (např. psychoterapie) pro své vlastní účely. Sociální práce v hospici tedy sleduje celostní pojetí člověka v nedílné vazbě na jeho prostředí.<sup>186</sup>

### 3.2 Dvě roviny sociální práce v hospici

Nemoc člověka vyřazuje z řady aktivit, vztahů a výkonů uznávaných společností (prací počínaje a změnami v rodinném životě konče). Nemocný se dostává do situace prosebníka – žádá o pomoc, je závislý, často v podřízené roli, a to bez ohledu na to, jaké postavení měl ve svém okolí v době, kdy ještě nebyl nemocný. Sociální izolace od běžného života je pak častým důsledkem všech zmíněných změn.<sup>187</sup>

Na základě výše uvedeného, můžeme v sociální práci v hospici rozlišit dvě roviny: **První rovina** - týká se samotného nemocného a jeho konkrétních problémů. Stojí-li sociální pracovník před úkolem „pomoci uskutečnit klientovi takovou změnu, která by nastolila novou rovnováhu“, měl by si být vědom, že primární problém změnit nelze. Největší a nejtěžší změna, ke které by měl pracovník ve spolupráci s celým multidisciplinárním týmem nemocnému pomoci, je přijmout nevléčitelnou nemoc jako součást života. Pro nemocného začíná

---

<sup>184</sup> Srov. VORLÍČEK, J., ADAM, Z. a kol. *Paliativní medicína*, s. 485.

<sup>185</sup> Srov. Tamtéž, s. 488.

<sup>186</sup> Srov. Tamtéž, s. 486-487.

<sup>187</sup> Srov. Tamtéž, s. 488.

obtížná fáze, ale stále jde o fázi života, kdy lze každý den prožít a mělo by být snahou prožít ho co nejlépe. Sociální pracovník se v návaznosti na tuto skutečnost snaží s klientem hledat to, co dělat lze, jaké jsou jeho další možnosti při stávajícím fyzickém stavu a prognóze vývoje nemoci, co mu může nabídnout společnost apod.<sup>188</sup>

**Druhá rovina** – týká se působení ve společnosti. Ve vztahu k nevyлéčitelně nemocným a umírajícím lidem je představována jednak snahou o prosazení legislativních změn a zrychlení administrativních úkonů, které mohou přinést zkvalitnění života nemocných, jednak vzdělávacími aktivitami pro odbornou a laickou veřejnost. Rozpačitý přístup společnosti k nevyлéčitelně nemocným, umírajícím a pozůstalým je třeba změnit. Sociální pracovník se podílí na zprostředkování přednášek, jejichž tématem je přístup k těmto lidem, vhodná komunikace s nimi a porozumění určitému chování.<sup>189</sup>

Sociální pracovník v hospici není žádný kontrolující úředník, ale poradce, který se zabývá sociálním fungováním nemocného v rámci bezprostřední rodiny a širšího společenství, pomáhá mu překonat náročnou životní situaci, ať už nabídkou kompenzačních služeb, podporováním vnitřního potenciálu nemocného a hledáním zdrojů k řešení situace nebo doprovázením při akceptování nezměnitelného. Přesto žádné pevné vymezení role sociálního pracovníka v paliativní péči neexistuje. Je na rozhodnutí jednotlivých hospiců, jakým směrem nechají ubíhat kompetence sociálních pracovníků, do jaké míry je sváží administrativními povinnostmi a nakolik je nechají ve spolupráci s ostatními zaměstnanci hospice doprovázet umírající a seznamovat veřejnost s principy paliativní péče.<sup>190</sup>

---

<sup>188</sup> VORLÍČEK, J., ADAM, Z. a kol. *Paliativní medicína*, s. 488.

<sup>189</sup> Srov. Tamtéž., s. 488.

<sup>190</sup> PŘIDALOVÁ, M. *Sociální práce v paliativní péči – český kontext*, in STUDENT, J. CH., MÜHLUM, A., STUDENT, U. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*, s. 11.

### 3.3 Místo sociální práce v hospici

České hospicové hnutí se rozvinulo prakticky bez účasti sociálních pracovníků, z iniciativy silně motivovaných zdravotníků, kteří nebyli spokojeni s úrovní péče o umírající u nás. Dodnes práci sociálního pracovníka v našich hospicích nahrazují většinou zdravotní sestry.<sup>191</sup>

Nepochybně se na tom podepsalo schizofrenní postavení sociální práce vůbec. Na jedné straně je vysoká míra profesionalizace sociální práce, která po roce 1990 velmi vzrostla a na druhé straně leží obecná představa veřejnosti, že sociální pracovník je jen úředník, v horším případě asociální úředník.<sup>192</sup>

Inspirací pro řadu konkrétních kroků v budování hospicové péče byly hospice v zahraničí a literatura, která o této problematice pojednávala. V jakékoliv anglicky psané knize o hospicích nelze opominout sociálního pracovníka jako důležitého člena týmu. V České republice však nebylo jasné, co by měl sociální pracovník v hospici dělat. Tato rozpačitost měla spojitost s tím, že pozice sociálního pracovníka byla po dlouhou dobu spojena s výkonem úřednické kontroly, což do prostředí hospicové péče vůbec nezapadalo. Následným problémem byly finance, kterých bylo v hospici vždy málo a které se ztenčovaly o plat sociálního pracovníka.<sup>193</sup>

Zastupitelnost sociálního pracovníka v hospici se zdála větší a potřebnost menší ve srovnání s jinými profesemi (např. pozici zdravotní sestry sociální pracovník bez patřičného vzdělání nemůže vykonávat).<sup>194</sup>

Spousta sociálních pracovníků v hospici začínalo pouhým půl úvazkem a jejich profese byla spojována s jinými povinnostmi zabezpečujícími chod hospice (účetnictví, organizační záležitosti apod.). Nadšení, které doprovázelo vznik každého nového hospice, tuto profesní neurčitost ospravedlnilo, kdy

---

<sup>191</sup> Srov. SVATOŠOVÁ, M. *Sociální práce s lidmi umírajícími v hospici*, in MATOUŠEK, O., KOLÁČOVÁ, J., KODYMOVÁ, P. (eds.), *Sociální práce v praxi*, s. 204.

<sup>192</sup> Srov. PŘIDALOVÁ, M. *Sociální práce v paliativní péči – český kontext*, in STUDENT, J. CH., MÜHLUM, A., STUDENT, U. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*, s. 15.

<sup>193</sup> Srov. Tamtéž., s. 10

<sup>194</sup> Srov. Tamtéž., s. 10

nakonec všichni byli v první řadě spíše hospicovými pracovníky řídicími se specifickou etikou a cíli a teprve potom se hlásili k určité profesi, která svými principy napomáhá k naplnění vytyčených směrů. S přibývajícými zkušenostmi a s příchodem sociálních pracovníků s odborným vzděláním se náplň práce této profese v hospicích krystalizovala a její povaha má přece jen pevnější obrysy.<sup>195</sup>

„Hospicovou sociální práci charakterizuje vedle prosvětlení a určení života především vypořádání se s životem, neboť je zpochybněna sama existence umírajícího člověka a ten musí tuto etapu osobního života prožít a protrpět. To se může dít různým způsobem, zůstává zde však otázka kvality života, která je ovlivněna vnějšími podmínkami, sociálními vztahy a spirituální nabídkou. Načrtáváme zde jakožto strukturu etické stránky čtyři formy základního stavu, které rovněž poskytují pokyny pro doprovázení v poslední etapě života: základní důvěra, základní smysl, základní rozum a základní svoboda.“<sup>196</sup>

„Hospicová práce se přitom nevyhnutelně pohybuje v napětí mezi důvěrou a krizí důvěry, nadějí a strachem, naplněním smyslu a ztrátou smyslu, svobodu a odpovědnosti. Bez hospicové iniciativy nezřídka sociální smrt předchází smrt fyzickou. Nechtěné osamění připravuje člověka o jeden z nejdůležitějších zdrojů, totiž o náklonnost bližního a sociálně emoční podporu, které v mezních situacích svého života tak naléhavě potřebuje.“<sup>197</sup>

Práce sociálního pracovníka v hospici vyžaduje především legislativní a občansko právní dovednosti. V prostředí hospice jsou však pro většinu klientů nejdůležitější výborné komunikační schopnosti sociálního pracovníka. Vyslechnutí a rozmluva s klientem o jeho problémech, bolestech, pocitech i životních zkušenostech bývá pro mnoho z nich významnou posilující složkou v této, pro ně nelehké situaci. Nesmírně důležité v této práci je tedy vyjádření zájmu. Klient, který prožívá těžké chvíle a je mu zle, má mimořádný cit pro poznání toho, jestli ten, se kterým hovoří, má o něj opravdový zájem, nebo jde-li

---

<sup>195</sup> Srov. PŘIDALOVÁ, M. *Sociální práce v paliativní péči – český kontext*, in STUDENT, J. CH., MÜHLUM, A., STUDENT, U. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*, s. 10-11.

<sup>196</sup> STUDENT, J. CH., MÜHLUM, A., STUDENT, U. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*, s. 130.

<sup>197</sup> Tamtéž, s. 130-131.

o zájem služební, hraný, nepravdivý. Nezbytnou součástí sociální práce je tedy především schopnost empatie.<sup>198</sup>

K důležitým předpokladům sociálního pracovníka v paliativní péči patří také schopnost rozeznat, nakolik nemocný skutečně vyžaduje aktivní pomoc a asistenci a nakolik volá pouze po již zmíněném rozhovoru, pochopení a naslouchání. Ne všechny otázky se totiž musejí zodpovědět, ne všechny problémy se musejí vyřešit, mnohdy stačí jen přítomnost a účast s těžkým osudem nemocného.<sup>199</sup>

### 3.3.1 Pracovní náplň sociálního pracovníka a možnost vzdělávání

I přesto, že se sociální práce v hospici v České republice jako taková teprve rozvíjí je možné formulovat několik konkrétních rysů. V následujícím textu se zaměřím na pracovní náplň sociálního pracovníka v paliativní péči a možnost vzdělávání. Do náplně práce sociálního pracovníka v paliativní péči často patří následující kompetence:

1. **Informační poradenská služba** - sociální pracovník bývá mnohdy tím, s kým kdokoliv nově telefonující či přicházející přijde poprvé do kontaktu, zprostředkovává tedy základní informace a prezentuje hospic vnějšmu okolí. Sociální pracovník přijímá a eviduje žádosti o přijetí případných zájemců, a proto také poskytuje jako první informace o nabízené péči. Pracovník také informuje žadatele o přijetí či nepřijetí k pobytu v hospici a domlouvá podrobnosti příchodu, případně funguje jako poradce, jaké jiné možnosti nemocný a jeho rodina v daném regionu má.<sup>200</sup>
2. **Kontakt s přijatým pacientem a s jeho rodinou, s každým zvlášť i společně** - tato bezprostřední pomoc pacientům a jejich rodinám by měla

<sup>198</sup> Srov. ŠAMÁNKOVÁ, M., BADAL, J. a kol. *Naše hospice*, s. 27-28.

<sup>199</sup> Srov. VORLÍČEK, J., ADAM, Z. a kol. *Paliativní medicína*, s. 492.

<sup>200</sup> Srov. PŘIDALOVÁ, M. Sociální práce v paliativní péči – český kontext, in STUDENT, J. CH., MÜHLUM, A., STUDENT, U. Sociální práce v hospici a paliativní péče, s. 11-12.

tvořit největší díl sociální práce v hospici. V českém prostředí je však často umenšena kvůli administrativním povinnostem spadajícím na hlavu sociálního pracovníka.<sup>201</sup> Jde především o doprovázení nemocného a jeho rodiny náročným životním obdobím, což obnáší pomoc při formulaci pocitů, emocí a orientaci v nich formou podpůrného rozhovoru.<sup>202</sup>

3. **Péče o pozůstalé** - zahrnuje nejen poradenskou pomoc a asistenci v administrativních záležitostech, které na pozůstalé čekají, ale také pomoc při prožívání truchlení.<sup>203</sup> V některých českých hospicích se pořádá setkání pozůstalých rodin, které je příležitostí pro připomenutí si zemřelých a období, kdy jim hospic společně s rodinou poskytoval péči.<sup>204</sup>
4. **Práce s dobrovolníky** - sociální pracovník bývá většinou tím, kdo práci dobrovolníků koordinuje nebo alespoň spolupracuje s koordinátorem dobrovolníků, vytváří spojkou mezi nimi a hospicem a ve spolupráci s ostatním zdravotnickým personálem navrhuje, kdo z pacientů by přítomnost dobrovolníka nejvíce potřeboval a uvítal.<sup>205</sup>
5. **Spolupráce s ostatními členy týmu** - sociální pracovníci spolupracují a účastní se pravidelných setkání multidisciplinárního týmu, kde zástupce každé pečující profese přispívá svým pohledem na situaci a problém konkrétního nemocného. Jsou-li tato setkání dobře vedena a přijímána, mohou mít velký přínos pro vyjasnění individuálních potřeb nebo důvodů chování nemocných a jejich rodin.<sup>206</sup>
6. **Administrativa** – sociální pracovníci jsou mnohdy postrkováni do úkonů, které jim ubírají čas pro to, co je v hospicové péči podstatné. Za nejvíce omezující činnost lze považovat administraci plateb za pobyt od pacientů

---

<sup>201</sup> Srov. PŘIDALOVÁ, M. *Sociální práce v paliativní péči – český kontext*, in STUDENT, J. CH., MÜHLUM, A., STUDENT, U. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*, s. 11-12.

<sup>202</sup> Srov. VORLÍČEK, J., ADAM, Z. a kol. *Paliativní medicína*, s. 491.

<sup>203</sup> Srov. Tamtéž, s. 491.

<sup>204</sup> Srov. PŘIDALOVÁ, M. *Sociální práce v paliativní péči – český kontext*, in STUDENT, J. CH., MÜHLUM, A., STUDENT, U. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*, s. 13-14.

<sup>205</sup> Srov. Tamtéž., s. 14.

<sup>206</sup> Tamtéž, s. 14.



a příbuzných, kompletaci chorobopisů nebo odesílání lékařských zpráv apod.<sup>207</sup>

Co se týče vzdělávání v paliativní sociální práci, tak stejně jako neexistují pevně stanovené hranice vymezující oblast sociální práce v paliativní péči, tak specifické vzdělávání v této oblasti záleží hlavně na osobní iniciativě sociálního pracovníka. „Všeobecné vzdělávání v oboru sociální práce je v České republice realizováno na středoškolských sociálně-právních akademiích, na pomaturitních vyšších odborných školách nebo na vysokých školách v bakalářském, magisterském a postgraduálním studiu. Problematika umírání je ve výuce zařazena pouze okrajově a často jako součást jiného předmětu v oblasti zdraví a nemoci. Nepochybně by bylo přínosem, kdyby do obecné výuky byla zařazena také thanatologie.“<sup>208</sup>

Co je tedy cílem sociální práce v této oblasti? Jde především o pomoc klientům s řešením jejich problémů, s konkrétním cílem tyto problémy vyřešit a také splnit v rámci možností veškerá jejich přání s přihlédnutím k jejich zdravotnímu stavu a také sociálnímu prostředí.<sup>209</sup> Jde tedy o zlepšení kvality života umírajícího a jeho rodiny v kontextu psychosociálním, a to v období před smrtí umírajícího a také po jeho smrti v rámci pomoci pozůstalým.<sup>210</sup> Velkým uměním je pomoci systematicky a efektivně.<sup>211</sup>

### 3.4 Teorie a praxe hospicové sociální práce

Sociální práce v hospici, aby dostála specifickým požadavkům, se řídí především obecnými základy a východisky odborné sociální práce. Odborná

---

<sup>207</sup> PŘIDALOVÁ, M. *Sociální práce v paliativní péči – český kontext*, in STUDENT, J. CH., MÜHLUM, A., STUDENT, U. *Sociální práce v hospici a paliativní péči*, s. 14.

<sup>208</sup> Srov. Tamtéž, s. 16.

<sup>209</sup> Srov. ŠAMÁNKOVÁ, M., BADAL, J. a kol. *Naše hospice*, s. 28.

<sup>210</sup> Srov. Umírání [online]. *Role sociálního pracovníka v paliativní péči*. [cit. 2010-03-20] Dostupné na WWW: < <http://www.umirani.cz/role-socialniho-pracovnika-v-paliativni-peci.html> >

<sup>211</sup> Srov. ŠAMÁNKOVÁ, M., BADAL, J. a kol. *Naše hospice*, s. 28.

sociální práce zohledňuje celou osobu v jejím životě a životní situaci. Je nutné vyzvednout její celostní, bio-psycho-sociální perspektivu a její univerzální způsob práce. K tomu napomáhají specifické metody (např. individuální pomoc, sociální skupinová práce, Case – Management) a její profesionální kompetence (jako např. schopnost komunikace, krizová intervence, ale též schopnost doprovázet umírající dle dané fáze umírání, aktivizovat a uschopňovat).<sup>212</sup>

„Z množství teorií sociální práce, kterými se zabývá věda o sociální práci, je třeba především poukázat na koncepty všedního dne a přirozeného světa, způsobu a zvládnutí života, vzájemné a spravedlivé ovlivňování osob a prostředí. V zásadě se u všech těchto východisek jedná o teoretické pojetí životní zkušenosti osob a skupin v obtížných situacích, tzn. ve stavu újmy, mimořádné zátěže nebo krize, které hrozí ztroskotáním. Sociální práce se vidí na pozici mezi osobou a společnostmi, mezi mikro a makrostrukturami, jako průsečík, který má přispět k subjektivně a objektivně uspokojujícímu řešení. V souznění s dějinami oboru a profesionálním sebeepochopením je přesněji posuzována osoba-v-situaci, nebo také člověk v prostředí. V hospici můžeme přesněji hovořit o „Person-in-hospice-Situation“<sup>213</sup> Z výše uvedeného vyplývají následující stěžejní koncepty:

- 1) mobilizace podpory a zdrojů (heslo Social Support);
- 2) rozvoj schopnosti řešit problémy (heslo Coping);
- 3) znovuzískání moci nad sebou a svým životem (heslo Empowerment);
- 4) vytvoření uspokojujících recipročních vztahů (heslo Life Model).<sup>214</sup>

Tyto koncepty jsou použitelné při práci s umírajícími a truchlícími lidmi, jak ilustruje příklad Life-Model sociální práce: dynamizují perspektivu osoba-prostředí a soustředí se na reciproční vztahy mezi oběma stranami. Důkaz, že

---

<sup>212</sup> Srov. STUDENT, J. CH., MÜHLUM, A., STUDENT, U. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*, s. 109-111.

<sup>213</sup> Tamtéž, s. 112.

<sup>214</sup> Srov. Tamtéž, s. 112.

k potížím typicky dochází v životních přechodech, přibližuje téma hospice více než zřetelně.<sup>215</sup>

Zvláště důležité pro hospicovou práci jsou principy jednání a koncepty sociální práce jako Case-Management, rozvoj organizace, sebeuschopnění a vytváření funkčních sítí. Vedle individuální, skupinové a komunitní práce náleží koncept zmocnění a Case-Managementu prozatím k nejdůležitějším pracovním formám.<sup>216</sup> V dalším textu si blíže představíme právě Empowerment a Case-Management.

**Empowerment** – termín znamená uschopnění nebo zmocnění a směřuje k posílení autonomie a sebeurčení člověka.<sup>217</sup> „Termín se používá ve dvou překrývajících se významech. Jednak v perspektivě psychologizující, kde se jím míní posilování sebevědomí, posilování schopnosti vyjednávat, asertivně prosazovat osobní či úzce skupinové zájmy; jednak v perspektivě sociální, kde jde o prosazování zájmů velkých skupin.“<sup>218</sup>

Hlavní důraz je kladen na posilování vnitřních sil klienta, které ho utvářejí a uschopňují k jednání. Sebeurčení, sociální účast a odpovědnost za sebe nahrazují paternalistickou péči. Sama důvěra ve vlastní schopnosti působí podle všech zkušeností jako pomoc ke svépomoci.<sup>219</sup>

Přímo hospicové práce se týká vyzbrojení člověka pro odpovědné vedení vlastního života a otevírání dalších možností, ve kterých si osvojí zkušenost vlastními schopnostmi a může si vyzkoušet vzor spojení v solidaritě. V praxi se nacházejí četné koncepční formy principu zmocnění, které se týkají na jedné straně osoby a na druhé straně struktury, ze kterých znovu vyplývají různé metodické pokyny.<sup>220</sup>

---

<sup>215</sup> Srov. Tamtéž, s. 112.

<sup>216</sup> Srov. STUDENT, J. CH., MÜHLUM, A., STUDENT, U. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*, s. 111.

<sup>217</sup> Srov. Tamtéž, s. 113.

<sup>218</sup> MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*, s. 154

<sup>219</sup> Srov. STUDENT, J. CH., MÜHLUM, A., STUDENT, U. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*, s. 113

<sup>220</sup> Srov. Tamtéž, s. 113.

Hospicová práce se v pojetí zmocnění dotýká např. následujících úkolů: zprostředkování pomoci mezi přirozeným světem a širším prostředím (hospic a rodina), objasňování souvislostí a perspektiv ke všednímu životu (přirozený svět pacienta/klienta), a nebo výklad s ohledem na vlastní smysl zúčastněných lidí (zpracování životního příběhu). Nejde však o vyrovnání deficitů, nýbrž spíše o využití zdrojů možné pomoci, např. objevení a podpora rodiny a sousedů ve všedním životě.<sup>221</sup>

**Case-Management** – klíčový pojem sociální práce a středem nauky o metodice. V rámci sociální práce má spolehlivé „vedení případu“ překonávat často neplánované kumulování pomoci, vytvářet kontinuitu a garantovat ucelenou a efektivní činnost. Case-Management představuje koncepčně solidní základ pro sociální služby. Pro hospicovou práci je kromě jasné plánovací struktury důležitý především metodický koncept na osobní rovině a organizační koncept na administrativní rovině.<sup>222</sup>

Případem Case-Management činnosti zaměřené k cíli a určitému řešení není nikdy individuum, ale problémová situace, takže způsob řešení problému je koordinován. To platí na rovině zindividualizovaného řízení v daných strukturách. Vedle to se rozlišuje Case nebo lépe Care-Management jakožto nadindividuální utváření podpůrných struktur. Obě jsou pro oblast hospice důležité. V popředí stojí Case-Management zaměřený na hledání řešení u jednotlivých případů.<sup>223</sup> Pro hospicovou práci jsou v rámci Case-Managementu důležité následující úkoly:

- 1) Vyjasnění příčin problémů a toho, které instituce mohou s danými problémy pomoci (např. prvotní rozhovor s pacienty o strachu ze smrti).
- 2) Zhodnocení a upřesnění situace (např. odhad zátěže, odhad budoucích potřeb umírajícího člověka).
- 3) Sjednocení cílů a plánování pomoci.
- 4) Kontrola provádění a odhalení rezerv (např. zprostředkování poradenství).

---

<sup>221</sup> Srov. STUDENT, J. CH., MÜHLUM, A., STUDENT, U. *Sociální práce v hospici a paliativní péči*, s. 114.

<sup>222</sup> Srov. Tamtéž, s. 114-115.

<sup>223</sup> Srov. Tamtéž, s. 115.

- 5) Zhodnocení (zajištění sjednoceného uspořádání a kontroly výsledku).
- 6) Ukončení spolupráce a hodnocení (např. nabídka rituálu rozloučení).<sup>224</sup>

Sociální pracovník v hospici by měl hrát úlohu Case- Managera, který by měl zastávat roli zprostředkovatele a koordinátora, poradce, jenž doprovází a podporuje, zmocňuje a obhájce při prosazování zájmů pacienta/klienta.<sup>225</sup>

„Síla tohoto konceptu spočívá ve všeobecných principech cílového zaměření na vedení organizace, v řízené spolupráci, v podílu těch, kdo z toho mají užitek, v transparentnosti metod a jejich provádění, v jeho ověřitelnosti v každém kroku. V souladu s tím by mělo být jasné, že takového uspořádání pomoci může být dosaženo jen společně, ve spolupráci s pacientem/klientem, za účelem posílení jeho sebeurčení a schopnosti řídit svůj život, a to i nebo právě na konci života.“<sup>226</sup>

---

<sup>224</sup> Srov. STUDENT, J. CH., MÜHLUM, A., STUDENT, U. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*, s. 115.

<sup>225</sup> Srov. Tamtéž, 116.

<sup>226</sup> Tamtéž, s. 116.

## 4. Etické aspekty sociální práce v hospici

Ve všech pomáhajících profesích se dostáváme do situací, které nemají jednoduché a rychlé řešení. Ani sociální práce není výjimkou. Sociální pracovník je ve své profesi velmi často konfrontován s etickými problémy a dilematy vyžadující důsledné promyšlení. Určitým vodítkem pro etické rozhodování mohou být etické kodexy, právní normy a etické teorie.

### 4.1 Etika sociální práce a její specifika

V souvislosti s etikou sociální práce můžeme hovořit o jakémisi souboru mravních zásad, které by měl sociální pracovník dodržovat. V současné době je tento soubor formalizován do podoby kodifikovaných pravidel neboli standardů, které jsou schváleny profesní komorou či jinou reprezentativní národní asociací sociálních pracovníků. Tato pravidla fixují žádoucí způsob profesionálního chování zejména s ohledem na náročné, respektive konfliktní situace.<sup>227</sup>

Profese sociální práce je obohacena o kombinace vztahů mezi třemi oblastmi: klienta nebo uživatele sociální služby nebo zakázky (zaměření na klienta), společenského prostředí a okolností zadané služby nebo zakázky (zaměření na prostředí sociální práce), osoby sociálního pracovníka jako vykonavatele služby nebo zakázky (zaměření na sociálního pracovníka).<sup>228</sup>

„Míra vzájemného propojení těchto tří oblastí se odvíjí od konkrétního pojetí sociální práce. Pokud by některá z uvedených složek chyběla, nešlo by už o sociální práci ve smyslu společenského zakotvení profese, ale třeba o formu individuální náhodné pomoci.“<sup>229</sup>

---

<sup>227</sup> Srov. MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*, s. 62-63.

<sup>228</sup> Srov. FISCHER, O. *K pojetí etiky pro sociální práci*. In FISCHER, O., MILFAIT, R. et al. *Etika pro sociální práci*. s. 14-17.

<sup>229</sup> Tamtéž, s. 14.

Pro účely sociální práce by mělo studium etiky budovat schopnost kritické analýzy profesních situací, které mají vztah k dobru nebo újmě všech zúčastněných, především klientů, a respektují jejich svobodu a autonomii. Etika pro sociální práci se stává nepřímo obecnou disciplínou, která vyžaduje následující schopnost:

1. odstup od konkrétní a důsledně vyhodnocené pracovní situace s ohledem na hranice;
2. abstraktní uvažování k vytvoření scénáře nebo hypotézy eticky přijatelného řešení profesní situace;
3. analýza předpokládaného scénáře nebo již uskutečněného řešení z pohledu všech eticky významných vlivů na hodnotu daného řešení a jeho dopad na zúčastněné.<sup>230</sup>

Takto navržené pojetí etiky dává prostor pro tzv. kritickou sociální práci - tedy pro uvážlivé a kriticky posuzované aplikování výchozích principů, zákonů, kodexů a specifických zásad sociální práce. Z tohoto pohledu je metodicky cenné, když etika pro sociální práci zůstane důsledně profesní disciplínou zohledňující principy jednání i jejich kontext.<sup>231</sup>

„Smyslem etiky v sociální práci je především sociálnímu pracovníkovi umožnit, aby příslušné principy a hodnoty rozeznal a dovedl s nimi pracovat v příslušném kontextu.“<sup>232</sup>

„Etiku sociální práce můžeme také chápat jako studijně teoretickou disciplínu uschopňující sociálního pracovníka kriticky posuzovat dilemata problémy své praxe, anebo jako soubor norem, hodnot a postupů přijatelných v profesní praxi sociální práce.“<sup>233</sup> Druhé pojetí úzce souvisí s metodami sociální práce. Studium metod v sobě obnáší snahu o osvojení si hodnot a postupů, které

---

<sup>230</sup> Srov. FISCHER, O. *K pojetí etiky pro sociální práci*. In FISCHER, O., MILFAIT, R. et al. *Etika pro sociální práci*, s. 18.

<sup>231</sup> Tamtéž, s. 18-19.

<sup>232</sup> Tamtéž, s. 19.

<sup>233</sup> Tamtéž, s. 18.

jsou v souladu s cíli jednotlivých aspektů sociální práce. Etika v prvním pojetí, jako studijně teoretická disciplína aplikovaná na oblast sociální práce, stojí hodnotově mimo vlastní sociální práci, a díky tomu může kriticky posuzovat i samotné hodnoty a metody, kterými ta či ona oblast sociální práce v daném prostředí dosahuje žádaných cílů.<sup>234</sup>

Formování hodnotového základu sociálního pracovníka je nutné přenechat společensky a politicky podmíněným metodám sociální práce, etickým a profesním kodexům, etické výchově a především celkovému působení kvalitních pedagogů.<sup>235</sup>

## 4.2 Profesionální etika sociálního pracovníka

K výkonu každé profese se vážou určité normy a hodnoty, které určují, jak se má daná profese správně vykonávat. Okruh hodnot a norem spjatý s určitou profesí se nazývá profesní etika. Do profesní etiky patří schopnost odlišovat profesionální a neprofesionální jednání s ohledem na normy dané profese (např. etický kodex). Do této etiky také patří schopnost dbát na požadavky organizace, která zároveň dohlíží na dodržování morálních norem profese.<sup>236</sup>

„Speciální profesní etika je nutná tam, kde profesionální jednání překračuje jinak obvyklé hranice a zasažení lidé zůstávají více či méně bez ochrany, např. u nutného tělesného kontaktu při lékařském jednání nebo péči.“ Pro tzv. intimitu vztahu v psychosociální práci platí totéž. „Základní konstelace sociální práce, kterou je třeba eticky vymezit, je asymetrický vztah mezi profesionálně jednajícími pracovníky a klienty.“<sup>237</sup>

---

<sup>234</sup> Srov. FISCHER, O. *K pojetí etiky pro sociální práci*. In FISCHER, O., MILFAIT, R. et al. *Etika pro sociální práci*, s. 18.

<sup>235</sup> Srov. Tamtéž, 19-20.

<sup>236</sup> Srov. SÝKOROVÁ, K. *Základy sociologie, filosofie a etiky pro pomáhající profese*, s. 68-69.

<sup>237</sup> STUDENT, J. CH., MÜHLUM, A., STUDENT, U. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*, s. 126-127.



Profesní etika sociální práce nevytváří nové morální příkázání, nýbrž konkretizuje práva a povinnosti a především poskytuje argumentační pomoc pro zacházení s typickými konflikty.<sup>238</sup>

„Cílem veškeré odborné sociální práce je podpora vedení života a jeho zvládání u lidí v těžkých podmínkách a současně vylepšování těchto podmínek. Odborné etické požadavky je důležité stanovit s ohledem na jednotlivé úlohy odborné sociální práce jakožto etické povinnosti vůči klientům, sobě samé, kolegům, institucím, profesnímu stavu a společnosti. Středem odborného jednání – i profesního spolku- má být bezpodmínečně důstojnost osoby.“<sup>239</sup>

Oblast profesní etiky a etického chování v hospici je velice zásadní. Není zásadní pouze pro sociální pracovníky, ale pro všechny, kteří se v daném pracovním prostředí vyskytují a setkávají. Z takového množství účastníků a jejich hodnotových orientací vyplývá, že je velmi obtížně rozlišitelné, co a za jakých okolností lze a nelze považovat za etické. Etické teorie, hodnotové orientace a etické kodexy vytvářejí užitečné rámce ve složitých situacích, které vyžadují určitá etická rozhodnutí.<sup>240</sup> „Etická rozhodování neustále vyžadují důkladnou rozvahu a odvahu uvést ve skutečnost to, co jsme rozpoznali jako správné.“<sup>241</sup>

### 4.3 Etické rozhodování v sociální práci

Výkon profese sociálního pracovníka i dalších pomáhajících profesí přináší mnoho obtížných situací, které nemají vždy jednoznačná řešení.<sup>242</sup> Většina rozhodnutí v oblasti sociální práce zahrnuje složitou interakci etických, politických, technických a právních otázek, které jsou vzájemně propojeny.<sup>243</sup>

<sup>238</sup>Srov. Tamtéž, s. 127.

<sup>239</sup>Srov. Tamtéž, s. 128.

<sup>240</sup>Srov. SÝKOROVÁ, K. *Základy sociologie, filosofie a etiky pro pomáhající profese*, s. 69.

<sup>241</sup>STUDENT, J. CH., MÜHLUM, A., STUDENT, U. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*, s. 128.

<sup>242</sup>Srov. SÝKOROVÁ, K. *Základy sociologie, filosofie a etiky pro pomáhající profese*, s. 79.

<sup>243</sup>Srov. JAUKEROVÁ, I. *Péče o seniory z pohledu sociální práce a etiky* – diplomová práce.

[online]. [cit. 2010-03-14]. Dostupné na WWW:

< [http://stagweb.jcu.cz/apps/stag/prohlizeni/pg\\$\\_prohlizeni.main\\_stat#MMO\\_DIPLOMKY](http://stagweb.jcu.cz/apps/stag/prohlizeni/pg$_prohlizeni.main_stat#MMO_DIPLOMKY) >

V oblasti rozhodování sociálních pracovníků je vhodné rozlišovat mezi etickými otázkami, etickými problémy a etickými dilematy.

„**Etické otázky** prostupují celou oblastí sociální práce včetně toho, co se jeví jako technické nebo právní. Ve vztahu ke klientovi je sociální pracovník tím mocnějším a tuto svoji profesionální moc, danou profesí, může uplatňovat vzhledem ke klientovi. Etické otázky nevymizí ani tehdy, když jde o technicky proveditelný i právně jasný případ. Jde o to, že sociální pracovník má profesionální moc rozhodovat o druhých.“<sup>244</sup>

**Etické problémy** vznikají v situaci, kdy je evidentní, jak by se měl sociální pracovník rozhodnout, ale toto rozhodnutí se mu osobně přičí. Příkladem etického problému je, když se sociální pracovník domnívá, že by se klientovi mělo dostat potřebné pomoci, ale nemůže mu ji poskytnout, protože klient např. nesplňuje požadovaná kritéria instituce, ve které sociální pracovník pracuje.<sup>245</sup>

**Etická dilemata** jsou situace, kdy sociální pracovník stojí před nutným, nezbytným a nevyhnutelným rozhodnutím mezi dvěma stejně nebo srovnatelně nepřijatelnými či nepříznivými variantami řešení problému a zdá se, že přijatelné řešení v podstatě neexistuje.<sup>246</sup> Tvrzení, že volba je nutná může být zavádějící. Zdůrazňuje neslučitelnost možností, mezi nimiž je třeba volit. Může však také budit dojem, že lidé, kteří stojí před dilematem, se musí nutně rozhodnout. Tak tomu ale není pokaždé. Lidé respektive sociální pracovníci se mohou dilematu vyhnout nebo alespoň dlouho vyhybat.<sup>247</sup> Etické dilema je např. konflikt práva klienta na sebeurčení a povinnost sociálního pracovníka nebo lékaře chránit zdraví nebo život klienta.<sup>248</sup>

Sociální pracovníci se v praxi principiálně rozhodují, jestli ke klientovi směřovat více pomoc nebo kontrolu. Pomoc a kontrola jsou vzájemně se

<sup>244</sup> JAUKEROVÁ, I. *Péče o seniory z pohledu sociální práce a etiky*– diplomová práce. [online]. [cit. 2010-03-14]. Dostupné na WWW:

<[http://stagweb.jcu.cz/apps/stag/prohlizeni/pg\\$\\_prohlizeni.main\\_stat#MMO\\_DIPLOMKY](http://stagweb.jcu.cz/apps/stag/prohlizeni/pg$_prohlizeni.main_stat#MMO_DIPLOMKY) >

<sup>245</sup> Srov. SAMSONOVÁ, P. *Etika sociální práce*. [online]. [cit. 2010-03-14]. Dostupné na WWW:

<[http://www.voss.wz.cz/abs\\_msp/etika.doc](http://www.voss.wz.cz/abs_msp/etika.doc) >

<sup>246</sup> Srov. SÝKOROVÁ, K. *Základy sociologie, filosofie a etiky pro pomáhající profese*, s. 79.

<sup>247</sup> Srov. MUSIL, L. „*Ráda bych Vám pomohla, ale*“ *Dilemata práce s klienty v organizacích*, s.36.

<sup>248</sup> Srov. SAMSONOVÁ, P. *Etika sociální práce*. [online]. [cit. 2010-03-14]. Dostupné na WWW:

< [http://www.voss.wz.cz/abs\\_msp/etika.doc](http://www.voss.wz.cz/abs_msp/etika.doc) >

doplňující přístupy, které umožňují pracovníkovi reagovat na skutečnost, že někteří klienti mají vysokou kapacitu řešit své problémy sami a potřebují procesem řešení pouze provázet (pomoc). V takové situaci je převážná část zodpovědnosti na samotném klientovi a etické napětí působící na pracovníka se tím zmenšuje. Kontrola je takovým přístupem sociálního pracovníka ke klientovi, který čelí problému, jenž je nad jeho síly. V tomto případě musí pracovník na klienta dohlížet, aby porozuměl přesně možnostem řešení, aby vykonal to, co má. Pracovník nese větší díl odpovědnosti za dosažení cíle procesu, a tím pociťuje také větší morální napětí. Etický aspekt této situace je poněkud jiný.<sup>249</sup>

To co je technická záležitost pro jednu osobu, může být pro jiného etický problém nebo etické dilema. Záleží na každé osobnosti sociálního pracovníka, jeho zkušenostech a vnímání dané situace. Sociální pracovníci by při svém rozhodování měli brát v úvahu nejen plnou odpovědnost za následky svých rozhodnutí a jednání, ale především všelidské morální hodnoty, které tvoří osu morálního jednání sociálního pracovníka.<sup>250</sup> Mezi ty nejdůležitější patří úcta k člověku, přesvědčení o sociální povaze lidí a víra v to, že každý jedinec je schopen změny, růstu a sebezdokonalení.

Co se týče procesu etického rozhodování, lze jen konstatovat, že přesné vzorce pro řešení etických dilemat a problémů neexistují.<sup>251</sup> Existuje však tzv. obecný model etického rozhodování. Tento model není vzorec, který lze naplnit údaji a dospět k jednoznačnému řešení. Dá se říci, že je to série otázek, které slouží k vyloučení nepodstatných informací, identifikaci vlastního etického problému a navržení principů, na nichž může spočívat etické řešení.<sup>252</sup>

Hovoříme zde o modelu, který poskytuje rámec nebo návod pro logickou analýzu etických dilemat a pro hledání řešení. Je to nástroj, který usnadňuje

---

<sup>249</sup> Srov. SÝKOROVÁ, K. *Základy sociologie, filosofie a etiky pro pomáhající profese*, s. 81.

<sup>250</sup> Srov. JAUKEROVÁ, I. *Péče o seniory z pohledu sociální práce a etiky* – diplomová práce. [online]. [cit. 2010-03-14]. Dostupné na WWW:

< [http://stagweb.jcu.cz/apps/stag/prohlizeni/pg\\$\\_prohlizeni.main\\_stat#MMO\\_DIPLOMKY](http://stagweb.jcu.cz/apps/stag/prohlizeni/pg$_prohlizeni.main_stat#MMO_DIPLOMKY) >

<sup>251</sup> Srov. Tamtéž. Dostupné na WWW:

< [http://stagweb.jcu.cz/apps/stag/prohlizeni/pg\\$\\_prohlizeni.main\\_stat#MMO\\_DIPLOMKY](http://stagweb.jcu.cz/apps/stag/prohlizeni/pg$_prohlizeni.main_stat#MMO_DIPLOMKY) >

<sup>252</sup> Srov. BOHATÁ, M. *ASPI – obecný model etického rozhodování* [online]. [cit. 2010-03-14].

Dostupné na WWW:

< [http://www.kunasek.cz/kunasek/pred\\_cin/eticke\\_kodexy/12\\_model\\_etickeho\\_rozhodovani.pdf](http://www.kunasek.cz/kunasek/pred_cin/eticke_kodexy/12_model_etickeho_rozhodovani.pdf) >

rozhodování a umožňuje strukturovat přemýšlení o komplexních, vícerozměrných a ne vždy jasně formulovaných problémech. Navádí, jak uvažovat o etických problémech, ale nedává a ani nemůže dávat návod, jak konkrétně rozhodnout. Samotný model se skládá ze sedmi kroků: identifikace relevantních fakt, identifikace etických problémů, identifikace hlavních aktérů, návrh možných alternativ, identifikace etického obsahu alternativ, identifikace praktických omezení, rozhodnutí a návrh opatření, který je třeba učinit.<sup>253</sup>

Použití jakéhokoliv modelu vyžaduje aplikaci etických principů. Jde o univerzální principy, které jsou aplikovány v konkrétní situaci. Nyní představím čtyři základní principy rozhodování a jejich morální odůvodnění:

1. **Princip vycházející z teorie užitku** – etické problémy mají pozitivní i negativní důsledky, které mohou být přímé nebo nepřímé. Morální je takové rozhodnutí, které přináší co největší blaho pro co největší počet lidí. Tento postup je založen na předpokladu, že každý člověk má právo na respekt a autonomii.
2. **Princip „Zlatého pravidla“** – tento princip vychází z křesťansko-židovské tradice a vyžaduje chovat se k ostatním tak, jak si daná osoba přeje, aby se ostatní chovali k ní.
3. **Princip „Kantovský“** – vychází z toho, že každý má svá základní práva, která musejí být respektována. Přičemž respektovat tyto práva znamená, že všechna opatření mající na dotyčnou osobu nějaký přímý či nepřímý dopad je nutno s touto osobou konzultovat. Jednání je morální, jestliže minimalizuje porušení práv ostatních zájmových skupin.
4. **Princip osvíceného vlastního zájmu** – princip, který zahrnuje jak prvky analýzy pozitivních i negativních dopadů, tak prvky analýzy práv. Jednání je morálně správné, zvyšuje-li prospěch jednotlivce způsobem, který

---

<sup>253</sup> Srov. BOHATÁ, M. *ASPI – obecný model etického rozhodování*[online]. [cit. 2010-03-14].

Dostupné na WWW:

<[http://www.kunasek.cz/kunasek/pred\\_cin/eticke\\_kodexy/12\\_model\\_etickeho\\_rozhodovani.pdf](http://www.kunasek.cz/kunasek/pred_cin/eticke_kodexy/12_model_etickeho_rozhodovani.pdf)>

úmyslně nepoškozují druhé. Implicitně se předpokládá, že celkový prospěch kompenzuje neúmyslně způsobená strádání druhých.<sup>254</sup>

Sociální práce je nucena daleko více než jiná „nepomáhající“ povolání respektovat morální principy. Sociální pracovníci jsou často pod společenským drobnohledem. Udržet rovnováhu mezi profesionalitou, lidským přístupem a co nejmenší možnou mírou manipulace pomáhá sociálním pracovníkům, ale i ostatním členům hospicového týmu etický kodex a právní normy.<sup>255</sup>

### 4.3.1 Vztah mezi etickými a právními normami

Vztah etiky a práva je složitý. Velmi často bývá zdůrazňován fakt, že právo je minimem morálky. Tím je myšlena skutečnost, že v zákonodárném zakotvení mohou být jen taková ustanovení, se kterými je vyjádřen konsensuální souhlas. V oblasti křehkých vztahů mezi sociálními pracovníky a klienty a při existenci celé řady specifických, nebo dokonce dilematických, situací je nutné, aby zákonná pravidla byla dostatečně široká.<sup>256</sup>

„Etické normy jsou založeny na etických hodnotách, zavazují nás ve svědomí a je třeba se jimi bezpodmínečně řídit. Právní normy, které stanovují pravidla pro společný život ve společnosti, dávají etické dimenzi ještě dimenzi právní. Podobně jako morálka, tak i právo hovoří o tom, co by mělo být; a požaduje stanovené dodržovat.“<sup>257</sup>

Dnešní společnost je charakterizována komplikovaností vztahů. Tato společnost potřebuje množství zákonů. I přesto, že mají zákony v právním řádu,

---

<sup>254</sup> Srov. BOHATÁ, M. *ASPI – obecný model etického rozhodování*[online]. [cit. 2010-03-14].

Dostupné na WWW:

<[http://www.kunasek.cz/kunasek/pred\\_cin/eticke\\_kodexy/12\\_model\\_etického\\_rozhodovani.pdf](http://www.kunasek.cz/kunasek/pred_cin/eticke_kodexy/12_model_etického_rozhodovani.pdf)>

<sup>255</sup> Srov. SÝKOROVÁ, K. *Základy sociologie, filosofie a etiky pro pomáhající profese*, s. 81.

<sup>256</sup> Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Informovaný souhlas*, s. 79.

<sup>257</sup> Život z víry, *Překlad 2. dílu katolického katechismu pro dospělé*, s. 70.

jehož nosným základem je ústava, rozdílný význam a závažnost, je přesto třeba zásadně vycházet z toho, že zákonné předpisy zavazují také ve svědomí.<sup>258</sup>

Obecně lze říci, že etika ustanovuje, co je právem mravné a co je nemravné. V tomto smyslu je etika vědou normativní a vymezuje rozsah platnosti etických zákonů. Vždy je velmi důležité rozlišovat mezi mravními postuláty a mezi právními zákony.<sup>259</sup> Zatímco etika se zabývá řešením dilematických situací, právní norma jednoznačně definuje hodnoty uznávané zákonem a předepisuje při jejich neplnění sankce. Shoda mravní normy a legislativní zákonné úpravy se nazývá legalita. Ne vždy se však právní a etická norma shoduje.<sup>260</sup> Vztah mezi etickými a právními normami může být vyjádřen také takto:

1. Étos a v něm obsažený požadavek mít smysl pro společné a zodpovědnost za celek je základem pokojného soužití mezi lidmi ve společnosti. Pokud nejsou ctěny a realizovány etické hodnoty, nemůže právní řád trvale fungovat.
2. Rozsah etických požadavků není identický se zákony státu, protože je překračuje. Zákony státu nemusejí vyžadovat vše, co je etickým požadavkem. Nicméně růst mravního povědomí ve společnosti může znamenat i růst právního vědomí.
3. Změny právních norem mají vliv na kvalitu etického povědomí a etického chování, a to jak v pozitivním, tak i negativním slova smyslu. Z toho vyplývá, že právní řád potřebuje být orientován podle etických hodnot a naopak. Úkolem každého jednotlivce a všech zodpovědných sil ve společnosti je pečovat o to, aby nebyly zanedbávány a přehlíženy základní hodnoty.<sup>261</sup>

---

<sup>258</sup> Srov. Život z víry, *Překlad 2. dílu katolického katechismu pro dospělé*, s. 70.

<sup>259</sup> Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*, s. 11.

<sup>260</sup> Srov. KOŘENEK, J. *Úvod do lékařské etiky*, s. 7.

<sup>261</sup> Život z víry, *Překlad 2. dílu katolického katechismu pro dospělé*, s. 70-71.

### 4.3.2 Význam etického kodexu a jeho forma

V průběhu života se řídíme různými normami jako např. právními předpisy, zákony, vyhláškami, prováděcími pokyny a bezpečnostními předpisy. Stanoveny jsou i pracovní povinnosti a s nimi souvisí určitá odpovědnost. V etice se neformulují zákony, ale stanovují se mravní normy. Mravní normy se od všech ostatních norem odlišují tím, že vycházejí z určité představy, co je dobré a co je špatné.<sup>262</sup> „Etické normy a principy, které jsou systematicky shrnuty do přehledných definic a požadavků se nazývají etické kodexy.“<sup>263</sup>

„Etický kodex obsahuje základní hodnoty profese, které by měl profesionál dodržovat. Hodnoty profese a etický kodex však nejsou jediným měřítkem hodnocení praxe. V morální oblasti bere člověk v úvahu i informace z ostatních rovin, na kterých je možno praxi hodnotit.“<sup>264</sup> Význam kodexu lze shrnout do následujících bodů:

1. kodex vyjadřuje poslání profese ve formě ideálu nebo základního cíle;
2. zabezpečení vedení a inspirace členům profese, kteří jsou díky kodexu povzbuzováni k etické vnímavosti a reflexi, kodex poskytuje také pravidla správného jednání, je průvodcem dobré praxe;
3. vytváření a udržování profesní identity - pomocí vyhlášení ideálu služby, základních etických principů a způsobu jednání, které očekávají od profesionála členové profese;
4. zdůraznění statusu profese - díky samostatné existenci kodexu, protože je považován za charakteristický znak profese;

---

<sup>262</sup> Srov. JAUKEROVÁ, I. [online]. *Péče o seniory z pohledu sociální práce a etiky*– diplomová práce. [cit. 2010-03-14]. Dostupné na WWW:

<[http://stagweb.jcu.cz/apps/stag/prohlizeni/pg\\$\\_prohlizeni.main\\_stat#MMO\\_DIPLOMKY](http://stagweb.jcu.cz/apps/stag/prohlizeni/pg$_prohlizeni.main_stat#MMO_DIPLOMKY)>

<sup>263</sup> Srov. IVANKOVÁ, K. *Etika pro pracovníky ve zdravotnictví*. s. 64.

<sup>264</sup> NEČASOVÁ, M. Profesionalismus a etické kodexy v sociální práci. In FISCHER, O., MILFAIT, R. et al. *Etika pro sociální práci*. s. 83.

5. kodex slouží jako měřítko pro hodnocení aktuální praxe - jako podklad pro posouzení stížností a k disciplinárním účelům v případě profesionálního pochybení;
6. kodex chrání klienty před zneužitím úřední moci a zanedbáním péče. Jedná se o důvěryhodnost profesionála - jeho jednání má být v souladu s očekáváními vztaženými k profesi;<sup>265</sup>

Etické kodexy poskytují i souhrnná poučení v oblasti etických dilemat a chrání profesi před vnějším usměrňováním, kdy nejde jen o ochranu klientů a vedení profesionálů, ale i o ochranu profese samotné a její autonomie.<sup>266</sup> V praxi se tedy etické kodexy osvědčují jako vodítka ve svízelných situacích výkonu pomáhajících profesí.<sup>267</sup> Kodexy mohou obsahovat:

1. poslání (ideál) – např. prvořadou misí profese je zvýšení životní spokojenosti lidí;
2. prohlášení týkající se osobnosti profesionála a hodnot profese (profesionál by měl být čestný, důvěryhodný);
3. etické zásady (principy) - obecné etické principy podepírající profesi (např. odkaz na lidská práva a sociální spravedlnost, respekt k autonomii klientů);
4. etická pravidla - například chránit všechny důvěrné informace, nedovolit, aby znalosti profesionála sloužily diskriminaci klientů;
5. zásady (principy) profesní praxe - obecná vyjádření způsobu, jak přispět ke zvýšení životní spokojenosti klientů (např. spolupráce s kolegy při pomoci klientům);
6. pravidla profesní praxe - velmi konkrétní, např. postup při odkazování klienta na jiného pracovníka.<sup>268</sup>

---

<sup>265</sup> NEČASOVÁ, M. Profesionalismus a etické kodexy v sociální práci. In FISCHER, O., MILFAIT, R. et al. *Etika pro sociální práci*, s. 84.

<sup>266</sup> Tamtéž, s. 84.

<sup>267</sup> Srov. SÝKOROVÁ, K. *Základy sociologie, filosofie a etiky pro pomáhající profese*, s. 77.

<sup>268</sup> NEČASOVÁ, M. Profesionalismus a etické kodexy v sociální práci, s. 84-85.



### 4.3.3 Etické a právní normy důležité pro sociální práci v hospici

Sociální pracovník v hospici by měl znát různé etické a právní předpisy, které ochraňují nejen klienta, ale samozřejmě i samotného sociálního pracovníka. Z důležitých právních předpisů, ve kterých by se měl sociální pracovník orientovat můžeme jmenovat Listinu základních práv a svobod a zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

Dalším významným vodítkem pro řešení etický problémů a dilemat je etický kodex sociálních pracovníků. Pro české prostředí jsou významné dva.

Na valném shromáždění Mezinárodní federace sociálních pracovníků v australském Adelaide v roce 2004 byl přijat nový etický kodex, který nahradil předchozí Zásady a standardy etiky sociální práce z roku 1994. Nový dokument se odvolává na mezinárodní smlouvy a na principy, které se týkají lidských práv, lidské důstojnosti (právo na sebeurčení, participaci, celostní přístup a zmocnění) a sociální spravedlnosti) odmítání negativní diskriminace a nespravedlivé politiky, uznání odlišnosti, vzájemné solidarity aj.). Další část se pak zabývá profesnímu jednání, kde se upozorňuje na povinnost pečovat o vlastní kompetenci v sociální práci a nezneužívat ji, jednat bezúhonně, s empatií, diskrétně, v zájmu klienta. Je zde také uvedena povinnost pracovníka být odpovědný sám k sobě a jeho odpovědnost vzhledem ke školám a praktikantům.<sup>269</sup>

Etický kodex sociálních pracovníků České republiky byl vydán Společností sociálních pracovníků České republiky v roce 1995 a revidován byl v roce 2006. Etický kodex je rozdělen na dvě etická pravidla a to: že sociální práce je založena na hodnotách demokracie, lidských právech a sociální spravedlnosti, respektu k jedinečnosti člověka a odmítání diskriminace, dále pak obsahuje právo na seberealizaci každého jedince, vlastní nasazení pracovníka pro rozvoj, při řešení konfliktů a následků konfliktů, upřednostnění profesionální odpovědnosti před soukromými zájmy a odborná úroveň. Druhá část je zaměřena na pravidla správného jednání sociálního pracovníka ve vztahu ke klientovi,

---

<sup>269</sup> Srov. NEČASOVÁ, M. Profesionalismus a etické kodexy v sociální práci. In FISCHER, O., MILFAIT, R. et al. *Etika pro sociální práci*, s. 88-90.

zaměstnavateli, kolegům, povolání a odbornosti ve vztahu ke společnosti. V závěru dokumentu jsou pak vyjmenovány základní etické problémy a další problémové okruhy.<sup>270</sup>

Etický kodex je dle kritiků nefunkční v momentě, kdy sociální práce funguje zejména na bázi multidisciplinárních týmů, což je typický příklad hospicového zařízení. „Jedná se o situace, kdy jeden klient přichází s problémem, který vyžaduje několik opatření specializovaných sociálních pracovníků a dalších odborníků. V takové chvíli se zodpovědnost za etiku práce s klientem tříští mezi množství profesionálů, jejichž výklad profesní etiky může být odlišný. Etický kodex tedy slouží zejména jako průvodce jednáním sociálního pracovníka, pokud s klientem pracuje individuálně.“<sup>271</sup>

Důležitým dokumentem pro základní orientaci sociálního pracovníka v hospici je etický kodex Práva pacientů, který byl vyhlášen Centrální etickou komisí při Ministerstvu zdravotnictví České republiky v roce 1992. Tento dokument obsahuje frekventní a typická přání všech nemocných, tedy těch lidí, kteří se bez ohledu na diagnózu ocitli v roli pacientů. Pro ilustraci a praktickou orientaci je dobré zmínit Deklaraci práv nemocných rakovinou.<sup>272</sup>

V neposlední řadě je třeba zmínit dokument s názvem Ochrana lidských práv a důstojnosti smrtelně nemocných a umírajících, který byl přijat v roce 1999 velkou většinou hlasů Parlamentního shromáždění Rady Evropy.<sup>273</sup> Dokument obsahuje především základní principy a pravidla paliativní péče a povinnost respektovat a chránit důstojnost všech smrtelně nemocných a umírajících osob.<sup>274</sup>

---

<sup>270</sup>Srov. NEČASOVÁ, M. Professionalismus a etické kodexy v sociální práci. In FISCHER, O., MILFAIT, R. et al. *Etika pro sociální práci*, s. 87-88.

<sup>271</sup>SÝKOROVÁ, K. *Základy sociologie, filosofie a etiky pro pomáhající profese*, s. 78.

<sup>272</sup>Srov. VORLÍČEK, J., ADAM, Z. a kol. *Paliativní medicína*, s. 427-428.

<sup>273</sup>Srov. MUNZAROVÁ, M. *Eutanazie, nebo paliativní péče?*, s. 77.

<sup>274</sup>Srov. VORLÍČEK, J., ADAM, Z. a kol. *Paliativní medicína*, s. 428-429.

#### 4.4. Etické teorie sociální práce

Etika je jednou z opěrných věd sociální práce. To znamená, že jako taková poskytuje sociální práci možnost nalézt oporu v některých etických teoriích. Etické teorie mohou sociálním pracovníkům pomoci k nalezení odpovědi, k jakému rozhodnutí a rozumovému zdůvodnění se v konfliktních situacích přiklonit.<sup>275</sup>

Etických teorií, které jsou zaměřené na stanovení toho co je dobro, nebo jak dojít ke správnému jednání je celá řada.<sup>276</sup> Není však důležité etické teorie znát z paměti, ale je důležité nad nimi přemýšlet.<sup>277</sup> V rámci profesní etiky sociálních pracovníků se nejčastěji uvádí následující teorie:

**Teorie přirozeného zákona** – tato teorie pojednává o tom, že mravní zákon je přirozený, protože je dán Bohem, je věčný, neměnný a neexistují z něho výjimky. Znamená to tedy, že pokud se člověk bude řídit svou přirozeností a zároveň božími zákony, bude jednat v souladu se všeobecnou morálkou a tedy i správně.<sup>278</sup> Přirozený zákon je zachycení toho, jak by věci měly být, aby respektovaly svůj účel nebo své určení. V případě přirozenoprávní teorie či přístupu je třeba v každém individuálním posuzovaném případě zapojit rozum a odpovědné rozhodování člověka.<sup>279</sup>

**Teorie pozitivního zákona** – tato teorie vychází z psaného nebo jinak nějakou autoritou pevně stanoveného pravidla jednání. Pozitivněprávní přístup velmi často vede ke slepé poslušnosti pravidla bez zjevné nutnosti kritického promyšlení, zda je ono jednání správné nebo spravedlivé.<sup>280</sup>

**Deontika** – jde o tzv. nauku o povinnostech (deontologie). Jde o přístup, který vychází z předpokladu nepodmíněné závaznosti norem.<sup>281</sup> Deontika

<sup>275</sup> Srov. SÝKOROVÁ, K. *Základy sociologie, filosofie a etiky pro pomáhající profese*, s. 70.

<sup>276</sup> Srov. MACHULA, T. *Základní etické teorie*. In FISCHER, O., MILFAIT, R. et al. *Etika pro sociální práci*, s. 47.

<sup>277</sup> Srov. SÝKOROVÁ, K. *Základy sociologie, filosofie a etiky pro pomáhající profese*, s. 70.

<sup>278</sup> Srov. Tamtéž, s. 70.

<sup>279</sup> Srov. MACHULA, T. *Základní etické teorie*. In FISCHER, O., MILFAIT, R. et al. *Etika pro sociální práci*, s. 50.

<sup>280</sup> Srov. Tamtéž, s. 50-56.

<sup>281</sup> Srov. Tamtéž, s. 52.

vyjadřuje přesvědčení, že jednání může být morální samo o sobě na základě své vnitřní povahy a nezávislé na následcích. Důležitý je úmysl jednajícího, nikoli výsledek jednání.<sup>282</sup> Nejznámějším představitelem této teorie je německý filosof Immanuel Kant, který vychází z toho, že každý člověk má jak přírodní, tak i rozumovou složku. Kantovský přístup říká, že máme vždy plnit své povinnosti a neohlížet se na důsledky.<sup>283</sup>

Tento přístup je ve své čisté podobě pro sociální práci jen velmi těžko použitelný.<sup>284</sup> Odpůrci této teorie tvrdí, že sociální pracovníci nejsou zcela autonomními profesionály, jejichž hlavní etické principy se týkají pouze respektu k osobě klienta a podpoře jeho sebeurčení. Jsou to zaměstnanci, kteří pracují podle právních pravidel a zároveň by se měli snažit o podporu obecného blaha. Proto musejí sociální pracovníci pátrat po okolnostech a souvislostech a teprve pak zvažovat, jaké jednání bude šetrné a výhodné pro klienta a pro společnost.<sup>285</sup>

**Teleologická teorie** – tato teorie je alternativou teorie deontologické a bere v úvahu následky jednání. Člověk není vždy povinen dělat to, co je dobré, ale je vždy povinen nedělat to, co je zlé. Typickou teleologickou koncepcí, která staví na první místo důsledky daného jednání, je **utilitarismus**.<sup>286</sup> Představiteli této teorie jsou Jeremy Bentham a Johan Stuart Mill. Utilitaristická teorie předpokládá, že žádné lidské jednání není samo o sobě dobré ani špatné. Mravní hodnocení se děje na základě následků, které lze od jednání očekávat. Podle této teorie by měl člověk vždy jednat tak, aby svým jednáním vytvářel větší množství dobra než zla pro všechny.<sup>287</sup> Základní pozice utilitarismu je kombinace čtyř principů, které na sebe stupňovitě navazují:

---

<sup>282</sup> Srov. SAMSONOVÁ, P. *Etika sociální práce*. [online]. [cit. 2010-03-16]. Dostupné na WWW: < [http://www.voss.wz.cz/abs\\_msp/etika.doc](http://www.voss.wz.cz/abs_msp/etika.doc) >

<sup>283</sup> Srov. SÝKOROVÁ, K. *Základy sociologie, filosofie a etiky pro pomáhající profese*, s. 71.

<sup>284</sup> Srov. Tamtéž, s. 71.

<sup>285</sup> Srov. SAMSONOVÁ, P. *Etika sociální práce*. [online]. [cit. 2010-03-16]. Dostupné na WWW: < [http://www.voss.wz.cz/abs\\_msp/etika.doc](http://www.voss.wz.cz/abs_msp/etika.doc) >

<sup>286</sup> Srov. MACHULA, T. *Základní etické teorie*. In FISCHER, O., MILFAIT, R. et al. *Etika pro sociální práci*, s. 52-54.

<sup>287</sup> Srov. SAMSONOVÁ, P. *Etika sociální práce*. [online]. [cit. 2010-03-16]. Dostupné na WWW: < [http://www.voss.wz.cz/abs\\_msp/etika.doc](http://www.voss.wz.cz/abs_msp/etika.doc) >

1. princip následků – jednání není hodnoceno samo o sobě, ale na základě následků;
2. princip užitečnosti – následky se hodnotí podle užitečnosti pro dobro jako takové;
3. princip hédonismu – dobro jako takové spočívá v uspokojení lidských potřeb (slast, štěstí), přitom co je dobré pro člověka, si daný člověk určuje sám;
4. princip sociální – hédonismus nesmí být egoistický, ale musí jít o uspokojení co nejvyššího počtu lidí.<sup>288</sup>

Z výše uvedeného vyplývá, že sociální pracovník by měl zvažovat jak pozitiva, tak i negativa svých rozhodnutí vůči klientovi, a jednat tak, aby pozitiva vždy převážila. V každé situaci však nelze odhadnout, jaké budou následky jednání. Také morální příkaz „co nejvíce štěstí pro co největší počet lidí“ neříká nic o tom, že štěstí je pojem relativní a znamená pro každého něco jiného. V čisté podobě může být tato teorie pro sociální práci jen velmi rámcovým vodítkem.<sup>289</sup>

**Antiopresivní teorie** – v antiopresivních etických teoriích jde obecně o prosazování výsledků radikálních společenských hnutí, která si kladla za cíl nastolit mezi lidmi rovnost přístupu. Jde tedy o požadavek rovného rozdělování společenského produktu (např. financí) mezi všechny lidi bez ohledu na zásluhy. „Antiopresivní přístupy říkají, že etické jednání je takové, které má za následek rovný přísun statků a služeb pro každého, a které zvažuje celkovou situaci klienta.“<sup>290</sup>

**Etika ctností** – tato teorie je založena na lidských vlastnostech, které se mají kultivovat a projevovat prostřednictvím mravních rozhodnutí.<sup>291</sup> „Ctnost je jakási zběhlost v mravním jednání. Udělá-li člověk dobrý skutek, může ho udělat

---

<sup>288</sup> MACHULA, T. *Základní etické teorie*. In FISCHER, O., MILFAIT, R. et al. *Etika pro sociální práci*, s. 54.

<sup>289</sup> Srov. SÝKOROVÁ, K. *Základy sociologie, filosofie a etiky pro pomáhající profese*, s. 71.

<sup>290</sup> Srov. Tamtéž, s. 72.

<sup>291</sup> Srov. JAUKEROVÁ, I. [online]. *Péče o seniory z pohledu sociální práce a etiky*– diplomová práce. [cit.2010-03-16]. Dostupné na WWW:

<[http://stagweb.jcu.cz/apps/stag/prohlizeni/pg\\$\\_prohlizeni.main\\_stat#MMO\\_DIPLOMKY](http://stagweb.jcu.cz/apps/stag/prohlizeni/pg$_prohlizeni.main_stat#MMO_DIPLOMKY)>

jakoby cosi výjimečného, po vnitřním boji a úsilí, a může ho udělat také s lehkým srdcem a radostně, neboť dané jednání je plně v souladu s jeho vnitřním naladěním. V obou případech se jedná o dobrý skutek, ale ve druhém případě je to plod určité ctnosti. Ctnost je tedy jakási kvalita osobnosti, která umožňuje snadné a téměř spontánní eticky hodnotné jednání.<sup>292</sup>

Etika ctností se zdá jako vhodný model pro eticky správné jednání v situaci, kdy nemáme čas na diskuse a analýzy, neboť není nic snazšího než jednat spontánně na základě ctností. Předpokladem je však to, že má člověk požadované ctnosti. Otázkou však je, jak získat ctnost. Odpovědí je: cvičit se ve ctnostech. Ctnost je získaná dispozice cílevědomým konáním dobra. Problém ovšem je, že ctnostný člověk si zpravidla neuvědomuje, že požadované ctnosti vůbec má. Sám se snaží hledat jiné cesty pro zdůvodnění etické správnosti svého jednání.<sup>293</sup>

Žádnou z uvedených teorií nelze považovat za definitivní vodítko při řešení svízelných situací. Se všemi přístupy je nutné pracovat flexibilně a vždy brát v úvahu nejen konkrétní klientovu situaci, ale také naše přesvědčení, zkušenost, pozici v organizaci a filosofii celé instituce.<sup>294</sup> To je pak úkol na celý život. Pro sociálního pracovníka jako prakticky orientovaného člověka, který nechce jen rozumovat, ale správně jednat, patří tento úkol k základům jeho profese. „Všechno vědět s jistotou nemůžeme, ale můžeme se snažit, aby naše jednání bylo co možná nejlepší.“<sup>295</sup>

---

<sup>292</sup> MACHULA, T. *Základní etické teorie*. In FISCHER, O., MILFAIT, R. et al. *Etika pro sociální práci*, s. 55.

<sup>293</sup> Tamtéž, s. 56.

<sup>294</sup> Srov. SÝKOROVÁ, K. *Základy sociologie, filosofie a etiky pro pomáhající profese*, s. 73.

<sup>295</sup> MACHULA, T. *Základní etické teorie*. In FISCHER, O., MILFAIT, R. et al. *Etika pro sociální práci*, s. 56.

## 5. Představení plánovaného záměru a úvaha

Závěrečná část diplomové práce měla být věnována kvalitativnímu průzkumu, v rámci něhož mělo být zjištěno, zda jsou sociální pracovníci v hospicovém zařízení konfrontováni s etickými problémy a dilematy. V případě že ano, s jakými a jakým způsobem je řeší.

Vzhledem k tomu, že návratnost odpovědí oslovených respondentů byla téměř nulová a nic nevypovídající, je tato kapitola věnována představení průzkumu a popisu jakým způsobem a kdo byl oslovován. Další část je věnována úvaze o tom, proč byla návratnost odpovědí respondentů tak mizivá.

### 5.1 Představení plánovaného záměru

Jedním z cílů diplomové práce bylo zjistit, zda jsou sociální pracovníci v hospici konfrontováni s etickými problémy a dilematy a v případě, že ano jakým způsobem je řeší.

První fází plánovaného průzkumu bylo zjištění e-mailových adres na jednotlivé sociální pracovníky ve všech již otevřených lůžkových hospicových zařízeních. E-mailové adresy byly zjišťovány především z webových stránek jednotlivých hospiců.

Druhou fází průzkumu bylo zformulování dopisu, který obsahoval krátké představení tématu diplomové práce a následující dotaz: *Setkáváte se při své práci v hospicu s etickými problémy a dilematy? V případě že ano, s jakými a jakým způsobem se s nimi snažíte vypořádat (kdo Vám s tím může na pracovišti pomoci apod.)*. Přesný text dopisu je uveden v příloze diplomové práce (příloha č. III.).

Osloveno bylo celkem 17 sociálních pracovníků ze 14 hospiců a to: Hospic sv. Alžběty, Brno; Hospic Anežky České, Červený Kostelec; Hospic Dobrého Pastýře, Čerčany; Hospic Chrudim; Hospic sv. Štěpána v Litoměřicích; Hospic v Mostě; Hospic na Svatém kopečku, Olomouc; Hospic sv. Lukáše, Ostrava; Hospic sv. Lazara, Plzeň; Hospic Štrasburk, Praha; Hospic sv. Jana

N. Neumanna, Prachatice; Dům léčby a bolesti s hospicem sv. Josefa, Rajhrad; Diakonie ČCE Citadela, Valašské Meziříčí a Hospic Hvězda ve Zlíně. Osloven nebyl pouze sociální pracovník z Dětského hospice v Malejovicích.

Potvrzení o přečtení e-mailu přišlo od všech oslovených respondentů. Celkem však na můj dotaz zareagovali pouze dva pracovníci: sociální pracovník z Hospice Dobrého Pastýře v Čerečanech a sociální pracovnice z Hospice sv. Jana N. Neumanna v Prachaticích.

Sociální pracovník z Hospice Dobrého Pastýře poskytl pro můj záměr nedostačující odpověď. Z odpovědi vyplynulo, že se s etickými problémy a dilematy při své práci sice setkává, i když roli sociálního pracovníka zastává velmi krátce. Odpověď však neobsahovala specifikaci etických problémů a dilemat. Při prosbě o konkretizaci těchto problémů mi již nebylo odpovězeno.

Odpověď dále obsahovala, jakým způsobem se s problémy dotýčný pracovník vypořádává a to: „*Vypořádávám se s nimi buď za pomoci Boží (jsem věřící), využitím vlastního svědomí a úsudku, nebo mám možnost poradit se s dalšími zaměstnanci hospice- s lékaři, psycholožkou a dalšími...*“. Z této odpovědi vyplynula především důležitost týmové spolupráce, která hraje při práci v hospici velkou roli.

Sociální pracovnice z Hospice sv. Jana N. Neumanna v Prachaticích mi nebyla schopna dát odpověď prostřednictvím e-mailu, ale byla ochotna se setkat osobně a poskytnout odpovědi na všechny mé otázky.

Na základě nestandardizovaného a nestrukturovaného rozhovoru jsem se dozvěděla především to, že jako sociální pracovnice spíše pomáhá řešit etické problémy a dilemata klientů/pacientů a jejich rodinných příslušníků. Sociální pracovnice dále poukázala na možné konflikty a problémy, které mohou vzniknout na základě toho, že pacient je již ve fázi smíření a rodinní příslušníci jsou např. ve fázi smlouvání. Upozornila tedy na nutnost komunikace a práce s oběma stranami, jak s umírajícím tak rodinnými příslušníky.

Dále pak upozornila na závažný problém, který se opět dotýká především lékařů a informovaného souhlasu (viz příloha č. II). Tento problém jsem se však



pokusila přiblížit ve druhé kapitole práce, konkrétně tedy v její poslední části – Etika a hospicové zařízení.

Na můj dotaz, zda ona sama musela v sobě řešit nějaký etický problém a dilema týkající se její práce např. v případě přijetí do hospice, kdy si ona sama myslela, že by tenhle člověk měl být přijat, ale dle pravidel zařízení to není možné, mi bylo odpovězeno, že ne. Na základě toho mi byly představeny i Indikační kritéria pro přijetí do lůžkového hospice, a pokud si není jistá, zda pacient do hospice patří, přesto mu doporučí, aby si podal žádost. Konečné rozhodnutí je vždy na lékaři.

Z rozhovoru tedy vyplynulo, že jako sociální pracovníce je konfrontována především s etickými problémy a dilematy pacientů, které jsou spojeny s vyřešením všech důležitých a do poslední chvíle opomínaných záležitostí.

## 5.2 Úvaha

Mým úkolem v této části práce je zamyslet se nad tím, proč mi jednotliví respondenti na můj dotaz neodpověděli a ani na něj žádným způsobem nezareagovali. Toto zamyšlení je tedy o tom, proč nebyly v diplomové práci přímo definovány etické problémy a dilemata, s nimiž se sociální pracovníci v hospicovém zařízení setkávají.

Nejméně pravděpodobné je to, že se sociální pracovníci v hospicu s žádnými etickými problémy a dilematy nesetkávají, nebo doposud nesetkali. Ovšem možné to je. Někteří pracovníci mohou být na svém postu velmi krátce, a tudíž nemají ještě žádné zkušenosti. Popřípadě vzniklé vnitřní konflikty nevnímají jako etické problémy nebo dilemata.

Nebo mohou být etické problémy a dilemata pro sociální pracovníky v hospici natolik ožehavým tématem, že nemají potřebu zodpovídat otázky týkající se této problematiky.

Další možností, proč se mi odpovědi nedostalo, může být časová tíseň, která ať již chceme nebo nechceme, v pomáhajících profesích existuje. Zvláště

sociální pracovníci jsou zahlceni administrativou a své pevné místo pod sluncem si teprve budují. Popřípadě časová tíseň může být spojena s tím, že podobných žádostí a proseb o spolupráci od studentů může být mnoho. Pak samozřejmě není v časových možnostech sociálních pracovníků všem odepisovat.

Nevylučuji ani možnost, že se můj dotaz k některým sociálním pracovníkům nedostal. Ne všichni sociální pracovníci mají své vlastní e-mailové adresy. Některé hospice měly na svých webových stránkách uveden pouze jeden všeobecný e-mailový kontakt.

Možná byla pro některé sociální pracovníky otázka těžko uchopitelná a široká. Možná měla být otázka konkrétněji formulována, a nebo měl být zvolen jiný způsob získávání informací a dat např. formou dotazníku či formou strukturovaného rozhovoru. Příkladem může být právě sociální pracovnice z hospice v Prachaticích, která upřednostnila a především sama navrhla osobní setkání.

Teorií, proč nebyl můj dotaz zodpovězen, může být mnoho, ale ať už byly pohnutky sociálních pracovníků jakékoli, přeci jenom jsem v práci mohla využít cenné poznatky alespoň jednoho z nich.

## ZÁVĚR

Neoddělitelnou součástí našeho života je smrt. Smrt, která je v myšlenkách lidí potlačována a vzdálena, přitom všudypřítomná. Smrt a samotný proces umírání představuje něco, o čem se v dnešní společnosti moc nemluví. Mluví se však o etických problémech a otázkách, jaké jsou s umíráním a samotnou smrtí spojené.

Žijeme v hektické době plné vědeckého pokroku především v oblasti medicíny, což přináší řadu dobrého, ale přináší to i spoustu problémů souvisejících s etikou a závěrem našeho života.

V souvislosti s pokrokem medicíny a apelem na výkon vyvstává problém s umělým prodlužováním života. Dále následuje problém týkající se institucionalizovaného umírání, které postrádá dříve praktikované rituály. V práci není opomenuta ani komercializace smrti a čím dál více prosazovaná a diskutovaná eutanazie. Objevuje se spousta dalších a dalších problémů, které se v poslední etapě života objevují, např. problematika informovaného souhlasu, zda říci pacientovi nebo neříci pravdu o jeho nemoci a nepříznivé prognóze.

Osoby pracující s cílovou skupinou těžce nemocných a umírajících pacientů jsou s těmito problémy často konfrontováni a velmi často je musí řešit. Přičemž, co je správné řešení, je těžko zodpověditelnou otázkou.

Ve své diplomové práci jsem si stanovila dva cíle, kde první z nich sloužil jako teoretický podklad pro ten druhý. První z cílů mé diplomové práce tedy bylo přiblížit etické problémy a dilemata v závěrečném období života člověka, tedy v období umírání a následné smrti. Druhým cílem práce bylo zjistit, zda jsou sociální pracovníci v hospici konfrontováni s etickými problémy a dilematy a v případě že ano, jakým způsobem je řeší, to se ale bohužel zjistit nepodařilo.

Při psaní práce jsem se snažila udržet logickou posloupnost textu a přiblížit tedy danou problematiku od vymezení pojmů paliativní a hospicové péče, přes přiblížení možných etických problémů a dilemat v jednotlivých obdobích procesu umírání, až po sociální práci v hospici a její etiku. V závěru čtvrté kapitoly jsem se pokusila představit význam etického kodexu a základní

etické teorie, které by spolu s etickým kodexem sociálních pracovníků mohly v některých situacích hrát jistou roli v etickém rozhodování pracovníků.

Poslední kapitola práce je věnována představení plánovaného záměru a zamyšlení nad tím, proč téměř všichni tázaní sociální pracovníci hospicových zařízení na můj dotaz nedopověděli.

## SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

### MONOGRAFIE

1. FISCHER, O. *K pojetí etiky pro sociální práci*. In FISCHER, O., MILFAIT, R. et al. *Etika pro sociální práci*. Praha : JABOK, 2008. ISBN 978-80-904137-3-3
2. GRAUBEROVÁ, B. *Gerontologie*. České Budějovice : JU ZF České Budějovice, 1993. ISBN 80-7040-286-5
3. HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie: Nauka o umírání a smrti*. 2. přeprac. vyd. Praha : Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-471-3
4. HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*. Praha : Galén, 1994. ISBN 80-85824-03-05
5. HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*. 2. přeprac. vyd. Praha : Galén, 1997. ISBN 80-85824-54-X
6. HAŠKOVCOVÁ, H. *Rub života líc smrti*. Praha : Orbis, 1975. 11-107-75
7. HAŠKOVCOVÁ, H. *Informovaný souhlas proč a jak?* Praha : Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-497-3
8. HENNZEL, de M. *Smrt zblízka, umírající nás učí žít*. Praha : Etc Publishing, 1997. ISBN 80-86006-15-8
9. HILL, P. T. *Péče o umírajícího: Pohled etiky*. In THOMASMA, C. D., KUSHNEROVÁ, T. *Od narození do smrti – Etické problémy v lékařství*. Praha : Mladá fronta, 2000. ISBN 80-204-0883-5

10. IVANOVÁ, K. *Etika pro pracovníky ve zdravotnictví*. Ostrava : Ostravská univerzita v Ostravě, 2005. ISBN 80-7368-069-6.
11. JAKOBY, B. *Tajemství umírání*. Liberec : Dialog, 2005. ISBN 80-86271-42-8
12. JANKOVSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profese*. Praha : TRITON, 2003. ISBN 80-7254-329-6
13. KOŘENEK, J. *Úvod do lékařské etiky*. Olomouc : Vydavatelství Univerzity Palackého, 1996. ISBN 80-7067-683-3
14. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Praha : Grada Publishing, 2002. ISBN 80-247-0179-0
15. MACHULA, T. *Základní etické teorie*. In FISCHER, O., MILFAIT, R. et al. *Etika pro sociální práci*. Praha : JABOK, 2008. ISBN 978-80-904137-3-3
16. MARKOVÁ, A. a kol. *Hospic do kapsy, Příručka pro domácí paliativní týmy*. Praha : Cesta domů, 2009. ISBN 978-80-254-4552-5
17. MUNZAROVÁ, M. *Eutanazie, nebo paliativní péče?*. Praha : Grada 2005. ISBN 80-247-1025-0
18. MUNZAROVÁ, M. a kol. *Proč ne eutanazii aneb Být, či nebýt?* Kostelní vydří : Karmelitánské nakladatelství, 2008. ISBN 978-80-7195-304-3
19. MUNZAROVÁ, M. *Vybrané kapitoly z lékařské etiky I, Smrt a umírání*. Brno : Masarykova univerzita v Brně, 1997. ISBN 80-210-1610-8
20. MUSIL, L. „ráda bych Vám pomohla, ale“ *Dilemata práce s klienty v organizacích*. Brno : Marek Zeman, 2004. ISBN 80-903070-1-9

21. NEČASOVÁ, M. *Profesionalismus a etické kodexy v sociální práci*. In FISCHER, O., MILFAIT, R. et al. *Etika pro sociální práci*. Praha : JABOK, 2008. ISBN 978-80-904137-3-3
22. PERA, H., WEINERT, B. *Nemocným na blízku*. Praha : Vyšehrad, 1996. ISBN 80-7021-152-0
23. PICHAUD, C., THAREAUOVÁ, I. *Soužití se staršími lidmi*. Praha : Portál, 1998. ISBN 80-7178-184-3
24. PŘIDALOVÁ, M. *Sociální práce v paliativní péči – český kontext*. In STUDENT, J. CH., MÜHLUM, A., STUDENT, U. *Sociální práce v hospici a paliativní péči*. Praha : H&H Vyšehradská, s. r. o., 2006. ISBN 80-7319-059-1
25. SELL, M., HURLING, E. et al. *Die Pflege des Menschen im Alter*. Honnover : Brigitte Kunz Verlag, 2003. ISBN 3-87706-982-7
26. SLÁMA, O., KABELKA, L., VORLÍČEK, J. et. Al. *Paliativní medicína pro praxi*. Praha : Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-505-5
27. SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*. 5. rozšíř. vyd. Praha : Ecce homo, 2003. ISBN 80-902049-4-5
28. STUDENT, CH. J., MÜHLUM, A., STUDENT, U. *Sociální práce v hospici a paliativní péči*. Praha : H&H Vyšehradská, s. r. o., 2006. ISBN 80-7319-059-1
29. SVATOŠOVÁ, M. *Sociální práce s lidmi umírajícími v hospici*. In MATOUŠEK, O., KOLÁČOVÁ, J., KODYMOVÁ, P. (eds.), *Sociální práce v praxi*. Praha : Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-X

30. SÝKOROVÁ, K. *Základy sociologie, filosofie a etiky pro pomáhající profese*. Liberec : Technická univerzita v Liberci, 2008. ISBN 978-80-7372-323-1
31. ŠAMÁNKOVÁ, M., BADAL, J., DYTRYCHOVÁ, D. et al. *Naše hospice*. Praha : Občanské sdružení SPHP za podpory MZČR.
32. VORLÍČEK, J., ADAM, Z., POSPÍŠILOVÁ, Y. et al. *Paliativní medicína*. 2. přeprac. vyd. Praha : Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247-0279-7
33. *Život z víry: překlad 2 dílu katolického katechismu pro dospělé*. České Budějovice : Teologická fakulta Jihočeské univerzity, 2005. ISBN 80-7040-809-X

## **ODBORNÉ SLOVNÍKY**

1. MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*. Praha : Portál , 2003. ISBN 80-7178-549-0

## **ELEKTRONICKÉ DOKUMENTY**

1. BOHATÁ, M. [online] *ASPI – obecný model etického rozhodování*. [cit. 2010-03-14]. Dostupné na WWW:  
<[http://www.kunasek.cz/kunasek/pred\\_cin/eticke\\_kodexy/12\\_model\\_etického\\_rozhodovani.pdf](http://www.kunasek.cz/kunasek/pred_cin/eticke_kodexy/12_model_etického_rozhodovani.pdf) >
2. Etika sociální práce – principy [online]. *Lidská práva a důstojnost*. [cit. 2010-02-28] Dostupné na WWW:  
<<http://www.socialnipracovnici.cz/images/pdf/Mezinarodni%20eticky%20kodex.pdf>>



3. Hospice [online]. *Co je paliativní péče, léčba a medicína?*. [cit. 2010-01-04] Dostupné na WWW: <<http://hospice.cz/hospice1/paliativ.html>>
4. Hospice [online]. *Co je hospic?* [cit. 2010-02-06]. Dostupné na WWW: <<http://hospice.cz/hospice1/hospic.html> >
5. Hospice [online]. *Slovníček* [cit. 2010-02-06]. Dostupné na WWW: <<http://hospice.cz/hospice1/seznamy.php?sez=2>>
6. IK+EM [online]. *Etický kodex práv pacientů* [cit. 2010-03-07]. Dostupné na WWW: <<http://www.ikem.cz/www?docid=1002387> >
7. JAUKEROVÁ, I. *Péče o seniory z pohledu sociální práce a etiky*– diplomová práce. [online]. [cit. 2010-03-14]. Dostupné na WWW: <[http://stagweb.jcu.cz/apps/stag/prohlizeni/pg\\$\\_prohlizeni.main\\_stat#MMO\\_DIPLOMKY](http://stagweb.jcu.cz/apps/stag/prohlizeni/pg$_prohlizeni.main_stat#MMO_DIPLOMKY) >
8. MISCONIOVÁ, B. *Péče o umírající, hospicová péče*. [online]. Praha: [cit. 2010-03-05]. Dostupné na WWW: <<http://www.hospice.cz/pece.html>>
9. Národní centrum domácí péče ČR [online]. *Hospicová péče* [cit. 2010-02-14]. Dostupné na WWW: <<http://www.domaci-pece.info/hospicova-pece1> >
10. Osobní asistence [online]. *Paliativní péče*. [cit. 2010-03-10]. Dostupné na WWW: <<http://www.osobniasistence.cz/?tema=3&article=3>>
11. SAMSONOVÁ, P. *Etika sociální práce*. [online]. [cit. 2010-03-14]. Dostupné na WWW: <[http://www.voss.wz.cz/abs\\_msp/etika.doc](http://www.voss.wz.cz/abs_msp/etika.doc) >
12. Sociální revue [online]. *Definice sociální práce*. [cit. 2010-02-28] Dostupné na WWW: < <http://socialnirevue.cz/item/definice-socialni-prace> >

13. Standardy hospicové paliativní péče[online]. *Etické a právní aspekty péče.*

[cit. 2010-03-10]. Dostupné na WWW:

<[http://hospice.cz/hospice1/data/php07\\_standardy.pdf](http://hospice.cz/hospice1/data/php07_standardy.pdf) >

14. Umírání [online]. *Informační a diskusní portál – Definice paliativní péče* [cit.

2010-03-11] Dostupné na WWW: < <http://www.umirani.cz/definice-paliativni-pece.html> >

15. Umírání [online]. *Role sociálního pracovníka v paliativní péči.* [cit. 2010-03-

20] Dostupné na WWW: < <http://www.umirani.cz/role-socialniho-pracovnika-v-paliativni-peci.html> >

16. Umírání [online]. *Fáze vyrovnávání se s nemocí* [cit. 2010-03-07]. Dostupné

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

## **SEZNAM PŘÍLOH**

- Příloha I. Etický kodex práv pacientů
- Příloha II. Svobodný a informovaný souhlas pacienta
- Příloha III. Přesný text dopisu určený pro sociální pracovníky v hospici

## **PŘÍLOHY**

### **Příloha I.**

#### **ETICKÝ KODEX PRÁV PACIENTŮ**

Pacient má právo na ohleduplnou odbornou zdravotnickou péči prováděnou s porozuměním kvalifikovanými pracovníky.

Pacient má právo znát jméno lékaře a dalších zdravotnických pracovníků, kteří ho ošetřují. Má právo žádat soukromí a služby přiměřené možnostem nemocnice, jako i možnost denně se stýkat se členy své rodiny či s přáteli. Omezení takového způsobu (tzv. kontinuálních) návštěv může být provedeno pouze ze závažných důvodů.

Pacient má právo získat od svého lékaře údaje potřebné k tomu, aby mohl před zahájením každého dalšího nového diagnostického a terapeutického postupu zasvěceně rozhodnout, zda s ním souhlasí. Vyjma případu akutního ohrožení na zdraví má být náležitě informován o případných rizicích, která jsou s dalším postupem spojena. Pokud existuje více alternativních postupů nebo pokud pacient vyžaduje informace o léčebných alternativách, má na seznámení s nimi právo. Má rovněž právo znát jména osob, které se na nich účastní.

Pacient má v rozsahu, který povoluje zákon, právo odmítnout léčbu ale musí být současně informován o zdravotních důsledcích svého rozhodnutí.

V průběhu ambulantního i nemocničního vyšetření, ošetření a léčby má nemocný právo na to, aby byly v souvislosti s programem léčby brány maximální ohledy na jeho soukromí a stud. Rozbory jeho případu, konzultace vyšetření a léčba jsou důvěrnou věcí a musí být prováděny diskrétně. Přítomnost osob, které nejsou na léčbě přímo zúčastněny, musí odsouhlasit nemocný, a to i ve fakultních zařízeních, pokud si tyto osoby nemocný sám nevybral.

Pacient má právo očekávat, že veškeré zprávy a záznamy týkající se jeho léčby jsou považovány za důvěrné i v případě počítačového zpracování.

Pacient má právo očekávat, že nemocnice musí podle svých možností přiměřeným způsobem vyhovět pacientovým žádostem o poskytování péče v míře, odpovídající povaze onemocnění. Je-li to nutné, může být pacient předán jinému léčebnému ústavu, případně tam převezen poté, kdy mu bylo poskytnuto úplné zdůvodnění a informace o nezbytnosti tohoto předání a ostatních alternativách, které při tom existují.

Pacient má právo očekávat, že jeho léčba bude vedena s přiměřenou kontinuitou, má právo vědět předem, jací lékaři, v jakých ordinačních hodinách a na jakém

místě jsou mu k dispozici. Po propuštění z nemocnice má právo očekávat, že jej bude lékař informovat o tom, jak bude o něj dále pečováno.

Pacient má právo na podrobné a jemu srozumitelné vysvětlení v případě, že se lékař rozhodl k nestandardnímu postupu či experimentu. Písemný vědomý souhlas nemocného je podmínkou k zahájení neterapeutického i terapeutického výzkumu. Pacient může kdykoli, a to i bez uvedení důvodu, z experimentu odstoupit, když byl poučen o případných zdravotních důsledcích takového rozhodnutí.

Nemocný v závěru života má právo na citlivou péči všech zdravotníků, kteří musí respektovat jeho přání, pokud tato nejsou v rozporu s platnými zákony.

Pacient má právo a povinnost znát a řídit se platnými předpisy instituce, kde se léčí (tzv. nemocniční rád). Pacient bude mít právo kontrolovat svůj účet a vyžadovat zdůvodnění jeho položek bez ohledu na to, kým je účet placen.

**Příloha II.****Svobodný informovaný souhlas pacienta**

Vážená paní, vážený pane,

člověk jako svobodný jedinec má nezadatelné právo na rozhodování o sobě i v otázkách tak citlivých, jako je vlastní zdraví. Aby se mohl správně rozhodnout, má mít potřebné znalosti. Proto se na Vás obracíme s následující informací.

Čím více toho o nemocném víme, tím více pro něho můžeme udělat. Proto prosíme Vašeho ošetřujícího lékaře o vyplnění údajů v „Žádosti o přijetí“. Její součástí je i písemný svobodný a informovaný souhlas pacienta. „Svobodný“ znamená, že si sám nemocný přeje hospic, „informovaný“ znamená, že nemocný ví, co hospic je a co není. Nechápejte to, prosím, jako pouhou formalitu.

Lékař v hospici vědomě upouští od všech léčebných zákroků a postupů, které nemohou zlepšit kvalitu života nemocného. A naopak ordinuje takovou léčbu, která ulevuje od bolesti a kvalitu života nemocného zlepšit může. Toto kritérium je v hospici rozhodující.

**SVOBODNÝ INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA**

Příloha k „Žádosti o přijetí do Hospice sv. Jana N. Neumanna“

Jméno a příjmení pacienta: ..... RČ: .....

Potvrzuji svým podpisem, že jsem se rozhodl/a pro hospicovou péči svobodně, po zralém uvážení a řádném poučení. Jsem si vědom/a toho, že cílem hospicové péče je zachování kvality života i v tomto těžkém období mé nemoci a že zde nebudou aplikovány léčebné zákroky a postupy, které nemohou kvalitu života zlepšit.

V ..... dne .....

.....  
Podpis pacienta

**Příloha III.****Přesný text dopisu určený pro sociální pracovníky v hospici**

Dobrý den,

jmenuji se Dagmar Grillová a jsem studentkou kombinovaného studia oboru Etika v sociální práci na Teologické fakultě v Českých Budějovicích.

V současné době píšuji diplomovou práci na téma Etické problémy a dilemata sociálních pracovníků v hospicovém zařízení. Součástí této práce by měl být malý průzkum neboli sonda, zda se jako sociální pracovník/ce setkáváte při své práci s etickými problémy a dilematy.

Tímto si Vás dovoluji oslovit a poprosit o spolupráci v podobě zodpovězení následujícího dotazu.

Setkáváte se při své práci v hospicu s etickými problémy a dilematy? V případě že ano, s jakými a jakým způsobem se s nimi snažíte vypořádat (kdo Vám s tím může na pracovišti pomoci apod.).

Odpovědi budou použity jen pro potřebu tohoto průzkumu a bude zachována anonymita respondentů.

Budu velice ráda za Vaši odpověď a Váš čas.

Děkuji

S pozdravem a přáním hezkého dne

Dagmar Grillová

## ABSTRAKT

GRILLOVÁ, D. *Etické problémy a dilemata sociálních pracovníků v hospicovém zařízení*. České Budějovice 2010. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Teologická fakulta. Katedra praktické teologie.

Vedoucí práce M. Opatrný.

**Klíčové slova:** paliativní péče, hospicová péče, umírání, smrt, sociální práce, etické problémy, etické rozhodování, etické teorie

Práce se zabývá etickými problémy a dilematy, které jsou spojeny se sociální prací v hospici a především se samotným procesem umírání a smrtí.

První kapitola představuje paliativní a hospicovou péči, ve které hraje velkou roli multidisciplinární tým. Druhá kapitola seznamuje s problematikou umírání a smrti. Dále přibližuje etické problémy v jednotlivých obdobích procesu umírání, etické principy paliativní péče a samotnou etiku hospicového zařízení. Opomenuty nejsou ani fáze vyrovnávání se s nemocí. Třetí kapitola vymezuje pojem sociální práce jako takové a představuje roviny sociální práce v hospici. Následně pak seznamuje s pracovní náplní sociálního pracovníka v hospicovém zařízení a teoriemi hospicové sociální práce. Čtvrtá a stěžejní kapitola se zabývá etikou sociální práce, etickým rozhodováním a představením etických teorií pro správné rozhodování a jednání sociálního pracovníka v hospici. Pátá kapitola je věnována úvaze o tom, proč nebyly v diplomové práci konkrétně definovány etické problémy a dilemata se kterými se sociální pracovníci v hospicovém zařízení setkávají.



## **ABSTRACT**

### **The ethic issues and dilemmas of social workers in hospice establishment.**

Key words: palliative care, hospice care, dying, death, social work, ethic issues, ethic decision making, ethic theories

The paper focuses on ethic issues and dilemmas which are connected with hospice care and makes emphasis on the actual problem of dying process and death alone.

The first chapter describes the palliative and hospice care where the main role is played by the multidisciplinary team. The second section mentions the question of the dying process and death. It also introduces the ethic issues in every stage of the dying process, the ethic principles of palliative care and the ethic of the hospice establishment alone. The phases of equilibrating with the disease are also mentioned. The third chapter defines the conception of social work as a whole and introduces the levels of social work in hospice facility. Subsequently the chapter talks about the position of hospice worker and theories of social care in this establishment. The fourth and fundamental section mentions the social work ethic, making ethic decisions and introduces ethic theories for the correct decision making and acting of social worker in hospice facility. The fifth chapter pays attention to the consideration why the specific ethic issues which social workers meet in hospice care were not described closely in this diploma paper.