

Bakalářská práce

2009

Lucie Protivínská

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Teologická fakulta
Katedra praktické teologie

Bakalářská práce

Paliativní péče v konfrontaci s eutanázií
a z ní plynoucí význam sociální práce v paliativní péči

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

Autor práce: Lucie Protivínská
Studijní obor: Sociální a charitativní práce
Ročník: třetí

2009

Prohlašuji, že svoji bakalářskou 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 bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

31. července 2009

.....

Děkuji Mgr. Michalu Opatrnému, Dr. theol. za odborné vedení, cenné rady
a pomoc při zpracování této bakalářské práce.

OBSAH

ÚVOD	6
1 UMÍRAJÍCÍ A JEHO RODINA V POPŘEDÍ NAŠEHO ZÁJMU	7
1.1 VYMEZENÍ A ÚKOL ODBORNÉ SOCIÁLNÍ PRÁCE	7
1.2 UMÍRÁNÍ A SMRT V MINULOSTI	9
1.2.1 Domácí model umírání	9
1.2.2 Institucionální model umírání	10
1.3 SITUACE V ČESKÉ REPUBLICE NA POČÁTKU 21. STOLETÍ	11
1.4 FÁZE PROŽÍVÁNÍ NEMOCI A UMÍRÁNÍ	12
1.5 PROCES UMÍRÁNÍ – TERMINÁLNÍ FÁZE	14
1.6 RODINA UMÍRAJÍCÍHO	15
1.7 ŽIVOTNÍ KRIZE - ZTRÁTA BLÍZKÉHO ČLOVĚKA	16
1.8 CHARTA PRÁV UMÍRAJÍCÍCH	17
2 PALIATIVNÍ PÉČE	19
2.1 PALIATIVNÍ MEDICÍNA	19
2.2 OBECNÁ A SPECIALIZOVANÁ PALIATIVNÍ PÉČE	20
2.2.1 Obecná paliativní péče	20
2.2.2 Specializovaná paliativní péče	21
2.3 INTERDISCIPLINÁRNÍ PŘÍSTUP V PALIATIVNÍ PÉČI	21
2.3.1 Principy kvalitní spolupráce v týmu	22
2.4 HOSPICOVÁ PALIATIVNÍ PÉČE	22
2.4.1 Filozofie hospicu	23
2.4.2 Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče	23
2.5 ROZVOJ PALIATIVNÍ PÉČE	24
2.5.1 Výstupy z výzkumu projektu podpory rozvoje paliativní péče v ČR	25
2.6 VÝHLEDY DO BUDOUCNA	27

3	POSLÁNÍ LÉKAŘSKÉ PROFESE	28
3.1	HIPPOKRATOVA PŘÍSAHA	29
3.2	ETICKÉ OTÁZKY JAKO SOUČÁST PROFESE	30
3.2.1	Principy prvního řádu	31
3.2.2	Principy druhého řádu	32
3.3	ETICKÉ NORMY V MEDICÍNĚ A VE ZDRAVOTNICTVÍ	33
3.3.1	České etické kodexy v medicíně a ve zdravotnictví	34
3.3.2	Etický kodex České lékařské komory	34
3.4	INTERAKCE PACIENTA S LÉKAŘEM	35
3.4.1	Pravda z hlediska potřeb nemocného	35
3.5	LÉKAŘSKÁ PÉČE O UMÍRAJÍCÍHO	36
3.6	LÉKAŘSKÁ PÉČE O DUŠI	37
4	EUTANÁZIE	40
4.1	ZÁKLADNÍ TERMINOLOGIE A DEFINICE EUTANÁZIE	41
4.2	EUTANÁZIE Z POHLEDU HISTORIE	43
4.3	EUTANÁZIE Z HLEDISKA DNEŠNÍCH ZASTÁNCŮ	44
4.3.1	Zastánci eutanázie v České republice	46
4.4	EUTANÁZIE Z POHLEDU KRITICKÉHO POSTOJE K NÍ	47
4.5	POHLED PALIATIVNÍ PÉČE NA EUTANÁZII	52
5	VÝZNAM SOCIÁLNÍ PRÁCE V PALIATIVNÍ PÉČI	53
	ZÁVĚR	59
	Seznam použitých zdrojů	61
	Seznam příloh	66
	Přílohy	67
	ABSTRAKT	88

ÚVOD

Ke zpracování tématu práce - Paliativní péče v konfrontaci s eutanázií a z ní plynoucí význam sociální práce v paliativní péči - mne vedla má životní zkušenost z Hospice sv. Jana N. Neumanna, kde jsem více jak dva a půl roku téměř denně přicházela – jako ošetřovatelka - k těžce nevléčitelně nemocným, umírajícím lidem a jejich blízkým.

V této mé bakalářské práci si kladu za cíl konfrontaci paliativní péče s eutanázií, na jejímž podkladě pak chci zdůraznit z ní plynoucí význam sociální práce v paliativní péči.

Umírajícímu a jeho rodině je věnována první kapitola, kde čerpám především z knihy *Thanatologie nauka o umírání a smrti* od Haškovcové.

Paliativní péče, která je blíže vysvětlena ve druhé kapitole, je aktivní celkovou péčí o nemocného, jehož choroba již neodpovídá na léčbu kurativní. Snaží se o co možná nejlepší kvalitu života nemocného a jeho rodiny. Jejím ideálem je, aby člověk umíral bez bolesti jak fyzické, psychické, sociální, tak i spirituální. Při zpracování této části vycházím především z odborné literatury: *Paliativní medicína* od Vorlíčka, *Eutanázie, nebo paliativní péče?* od Munzarové a dále z výzkumné studie *Umírání a paliativní péče v ČR (situace, reflexe, vyhlídky)*.

Obsah prvních dvou kapitol nelze přirozeně oddělit od lékařské profese, kdy lékař je ten, za kým člověk se svojí nemocí přichází, dá se říci nejčastěji... A tak lékařská profese, její poslání a úkol v péči o umírajícího, je obsahem třetí kapitoly, ke které přistupuji především z etického hlediska a čerpám ze studijního textu *Etika pro pracovníky ve zdravotnictví* od Ivankové.

V kontextu úvah o umírání a smrti se nelze vyhnout ani problematice eutanazie, která má právě tak mnoho horlivých zastánců jako i důsledných odpůrců. Tomuto etickému dilematu je věnována poslední kapitola. Za vhodnou literaturu jsem zde zvolila již výše zmiňovanou od Haškovcové a Ivankové. Dále pak cituji Virta z jeho knihy *Žít až do konce, církevních dokumentů* a dalších zdrojů. Význam sociální práce v paliativní péči plynoucí z konfrontace eutanazie s paliativní péčí je obsahem kapitoly páté, kde vycházím ze *Základů sociální práce* od Matouška a *Sociální práce v hospici a paliativní péče* od Studenta.

1 UMÍRAJÍCÍ A JEHO RODINA V POPŘEDÍ NAŠEHO ZÁJMU

„Umírání patří k životu, přesto nikdo z nás neví, jak jednou zemře.
Jediné, co víme s jistotou, je to, že náš život jednou bude končit umíráním
a že naše umírání skončí smrtí.“
(Günter Virt)

Umírající a jejich nejbližší (ať již v době, kdy doprovází svého blízkého procesem umírání, tak i v době zármutku) sice netvoří *klasickou marginalizovanou skupinu*, přesto však jsou často přehlíženi, odsouváni stranou, izolováni a zanedbáváni, a proto je nanejvýš potřebné, aby jim sociální práce věnovala náležitou pozornost. Víme, že smrt je člověku bytostně vlastní, v dnešní době jsme však často svědky jejího naprostého vytěšňování. O to těžší pak je, když neodvratně přichází. Sociální práce zde stojí před úkolem, který před ni klade nesnadné nároky, a o to více je třeba k ní přistupovat velmi zodpovědně a nanejvýš lidsky a celostně, jak si přiblížíme v následujících podkapitolách.

1.1 VYMEZENÍ A ÚKOL ODBORNÉ SOCIÁLNÍ PRÁCE

Sociální práce je jednoznačně pomáhající profesí podobně jako lékařství, ošetřovatelství, záchranářství, učitelství...¹ Často se pro ni užívá termín *pomoc*... Ovšem profese sociální práce je vůči tomuto konceptu pomoci kritická, neboť ten zdůrazňuje asymetrický (nesouměrný) vztah a závislost klienta namísto jeho autonomie. Vytvoření pomáhajících profesí odvozených od pojmu *péče*, spočívá v takové formě činnosti, která *identifikuje problém a systematicky jej řeší* v zájmu všech zúčastněných, a to zpravidla tehdy, když členům rodiny, přátelům, sousedům již docházejí *zdroje a motivy* pro péči o svého blízkého.²

¹ Srov. VORLÍČEK, J. et al. *Paliativní medicína*, s. 485.

² Srov. STUDENT, J. CH. et al. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*, s. 28.

Z různých definic sociální práce volím definici *Mezinárodní federace sociálních pracovníků* a *Mezinárodní asociace škol sociální práce* z roku 2000, jak ji uvádí Student a kol.³

„Sociální práce je profese, která podporuje veřejný život, řešení problémů v mezilidských vztazích, zplnomocňuje a osvobozuje člověka, čímž napomáhá jeho zdraví. Přijímá-li sociální práce teorii lidského chování a sociální systém jako svůj základ, působí jako průsečík mezi jednotlivcem a okolím / společností. Zásadní význam pro sociální práci přitom mají principy lidských práv a sociální spravedlnosti.“⁴

Úkolem sociální práce, jež je profesionálním poskytovatelem humanitních služeb, je mimo jiné následující:

- posilovat vlastní možnosti nevyléčitelně nemocných / umírajících a jejich nejbližších ve smyslu podpory ke svépomoci,
- zlepšovat řešení problémů a zabraňovat vylučování ze společnosti, resp. podporovat jejich začleňování.⁵

Přitom musí stále zohledňovat dvojí strukturu člověka a společnosti, tedy *individuální* a *sociální charakter člověka*, kdy tento dvojí zřetel je možné popsat termínem *psycho-sociální*. V sociální práci pak jde především o zlepšení vztahů mezi lidmi a jejich prostředím a uschopnění různě znevýhodněných lidí, aby i oni mohli rozvinout svůj plný potenciál a prožít tak naplněný a spokojený život.⁶

Sociální práci s umírajícími a jejich rodinami pak bude nanejvýš vlastní snaha o zlepšení mezilidských vztahů, neboť právě toto životní období nás k tomuto přímo vybízí. Pak bude blízko k tomu, jak říká R. Huneš, ředitel Hospice sv. Jana N. Neumanna, řící si se svými blízkými pět nejdůležitějších slov v životě:

„*Děkuji ti. Odpusť mi. Odpouštím ti. Mám tě rád. Můžeš jít...*“⁷

³ Srov. STUDENT, J. CH. et al. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*, s. 31.

⁴ STUDENT, J. CH. et al. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*, s. 28.

⁵ Srov. tamtéž, s. 31 - 32.

⁶ Srov. tamtéž, s. 32.

⁷ HUNEŠ, R. *Výroční zpráva 2007*, Hospic sv. Jana N. Neumanna, s. 5.

1.2 UMÍRÁNÍ A SMRT V MINULOSTI

„Kdo učil lidi umírat, ten je učil i žít.“

(Michel E.de Montaigne)

V historickém kontextu můžeme pozorovat umírání jako relativně krátký proces, jen málo oddalovaný léčebnými zásahy. Smrt byla běžnou součástí života a byla viditelná. Velmi zjednodušeně lze říci, **že lidé krátce stonali a rychle umírali.**⁸

1.2.1 Domácí model umírání

Představa o tom, jak vypadala v minulosti péče o umírající, bývá výrazně idealizována, a to do podoby tzv. **domácího modelu umírání**. O něm jako o realitě však lze hovořit teprve v posledních dvou stoletích. Do té doby byla péče o většinu prostých lidí laická a často dokonce žádná. Dlouhodobým a naléhavým problémem společnosti byl proto úkol, jak zajistit každému umírajícímu alespoň minimální, tj. základní materiální zázemí, a jak pokrýt nejdůležitější fyzické potřeby.

O sociálních otázkách spojených s umíráním a smrtí nemohlo být ani řeči, i když se v praktickém životě ustálila určitá schémata týkající se následného zaopatření sirotek a vdov.⁹

Ti, kteří měli rodiny, neumírali zpravidla opuštěni. **Umírání tak bylo sociálním aktem.** Rodinní příslušníci si zcela samozřejmě a s ohledem na tradice rozdělovali pečovatelské role. Psychickou oporu jim v nesnadné životní situaci poskytovala osobní víra, dále kněz, a nezdědka též sousedé.¹⁰

Lidé se setkávali tváří v tvář se smrtí, věděli a dokázali se často vlastními silami o svého blízkého umírajícího postarat a ani péče o mrtvé tělo jim nebyla cizí. Pohřby se dříve zpravidla vypravovaly z domova, kde bylo tělo zesnulého po

⁸ Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie, nauka o umírání a smrti*, s. 24.

⁹ Srov. tamtéž, s. 24.

¹⁰ Srov. tamtéž, s. 28.

několik dní ve slavnostně upraveném pokoji vystaveno, aby se nejen příbuzní, ale i sousedé a známí mohli přijít poklonit a rozloučit.

Pro naše další úvahy o zajištění potřeb umírajících nyní na tomto místě postačí konstatování, „že situace umírajících byla po dlouhá staletí neutěšená a že jen mocní a bohatí měli i v procesu umírání určitá privilegia. Jedním z nich byla i přítomnost lékaře u lůžka. Většina lidí však přítomnost lékaře postrádala nejen v závěru, ale často i v průběhu života.“¹¹

1.2.2 Institucionální model umírání

Institucionální model umírání se vyvíjel postupně. Umírajícím jakožto zvláštní skupině nemocných se z hlediska odborného ošetřovatelství dlouhou dobu nevěnovala speciální pozornost. Jestliže někdo právě opouštěl pozemský svět, pak jeho soukromí bylo ekvivalentem lůžka, které se nacházelo „mezi všemi“. Ve snaze zlepšit situaci umírajícího i ostatních, kteří měli být uchráněni asistence umírání neznámého člověka, vznikla **praxe** tzv. **bílé zástěny – plenty**. Ta se začala běžně používat až ve 20. letech 20. století a měla umírajícímu zajistit klid a spolupacienty ušetřit pohledů na umírajícího.¹²

Zatímco bílá plenta se ještě někde používá dodnes, přemístění umírajícího do zvláštního pokoje, který se časem začal ve zdravotnických zařízeních vyčleňovat, je už minulostí. **Medicína se tehdy změnila a začala vítězit**. Nemocní lidé v intencích moderní doby věřili v zázrak a lékaři často uplatňovali *pia fraus* (milosrdnou lež). A tak „nic netušící“ umírající, který byl schopen posoudit význam transportu, zcela „překvapivě“ a jednoznačně pochopil, že „teď nastává konec“, a ten že se bude odehrávat v naprostém osamění. Pokoj pro umírající měl negativní psychický dopad i na spolupacienty. Těžce nemocní se báli, že je brzy potká stejný osud.¹³

K dovršení všeho zavládlo všeobecné přesvědčení, že nemocní potřebují přísný klid a pořádek. Ten byl prakticky zajištěn tak, že veřejnost, a tedy i pří-

¹¹ HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie, nauka o umírání a smrti*, s. 27.

¹² Srov. tamtéž, s. 30.

¹³ Srov. tamtéž, s. 30.

buzní, byli vyloučeni z účasti na péči o těžce nemocné a umírající. **Člověk umírá sám, obklopen bílou zástěnou nebo v pokoji mezi ostatními a v péči profesionálních zdravotníků, kteří jsou pro něj, stejně tak jako on pro ně cizí lidé.**¹⁴

Laická veřejnost odsunula těžce nemocné do nemocnic v pochopitelné naději, že vítězná medicína zabráni smrti nebo zajistí důstojný odchod ze života. O to první se medicína snaží často „za každou cenu“, tedy i za cenu **distanzie** (zadržené smrti). V tom druhém pak selhává.¹⁵

„Lékař bývá často v pokušení léčit více a déle, než je pro pacienta dobré. Někdy z alibismu, někdy prostě proto, že si nechce přiznat limity. Pacient není pouhou množinou orgánů. Ne všechno, co je technicky možné, je nemocný povinen podstoupit. Je také třeba mít stále na paměti, že každý člověk má svůj hodnotový žebříček a z pohledu pacienta může být důležité úplně něco jiného, než by předpokládal profesionál, který o něj pečuje.“¹⁶

1.3 SITUACE V ČESKÉ REPUBLICE NA POČÁTKU 21. STOLETÍ

V této podkapitole vycházím z výzkumné studie Kalvacha a kol. *Umírání a paliativní péče v ČR (situace, reflexe, vyhlídka)*, kde se uvádí, že v ČR každoročně umírá více než 100 000 lidí, což není rozhodně málo a tak by **péče o terminálně nemocné a umírající měla být významným tématem veřejného zdravotnictví**. Na základě výzkumu pak konstatuje, že tomu tak bohužel není. Způsob a úroveň péče o terminálně nemocné je přitom zcela zásadním způsobem ovlivňována celkovým společenským klimatem, tedy vztahem společnosti k otázkám umírání a smrti, a také způsobem, jak je tato péče na úrovni zdravotní politiky státu deklarována a na úrovni fungování zdravotnického systému organizována.¹⁷

¹⁴ Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie, nauka o umírání a smrti*, s. 30.

¹⁵ Srov. tamtéž, s. 31.

¹⁶ SVATOŠOVÁ, M. Sociální práce s umírajícími v hospici. In MATOUŠEK, O. et al. *Sociální práce v praxi: Specifika různých cílových skupin a práce s nimi*, s. 197.

¹⁷ Srov. KALVACH, Z. et al. *Umírání a paliativní péče v ČR: Situace, reflexe, vyhlídka*, s. 10.

Navzdory všem změnám k lepšímu v posledním desetiletí se v naší zemi velké většině umírajících stále nedostává odpovídající péče. Závěr života mnohých z nás je tak často a především zbytečně provázen bolestí, osamělostí a dalšími formami utrpení, jimž by bylo určitě možné předejít.¹⁸

Velkou naději zde představuje koncepce paliativní péče, které je věnována celá třetí kapitola této mé práce.

1.4 FÁZE PROŽÍVÁNÍ NEMOCI A UMÍRÁNÍ

V předcházejících podkapitolách jsme na proces umírání a smrt nahlíželi jednak z historického jako i současného pohledu. Stručně jsme si vymezili a popsali úkoly sociální práce s umírajícími a jejich blízkými. V této i v následujících podkapitolách se budeme věnovat nemocnému člověku, který prochází určitými fázemi procesu umírání a stejně jako jsem na začátku zmínila i blízké umírajícího, tak ani zde je samozřejmě neopomenutelné.

Víme, že i když jsou reakce jednotlivých lidí na těžké životní situace různé a závisí na spoustě vnějších okolností, na dosavadních zkušenostech a osobnosti každého jednotlivce, určité zákonitosti zde nalezneme.¹⁹

Měli bychom mít na paměti, že fázemi, které si nyní přiblížíme, neprochází jen pacient, ale mohou a často tomu tak je, jimi procházet i jeho nejbližší. To však neznamená, že by vždy pacient prožíval fázi, kterou prožívá jeho rodina a stejně tak to platí i obráceně.²⁰

Většinou jako první fáze po sdělení závažné diagnózy (ale také např. prognózy) je fáze „popření“, často pak následuje vzpoura proti nastávající smrti, dochází ke smlouvání a k prosbám, aby se smrt ještě pozdržela... Když se stav dále zhoršuje a duševní síly se vyčerpávají různými mechanismy vytěsňování, upadá pacient nečasto do deprese a cítí se úplně zdeptán. Ale ani deprese není konečnou fází, je to jen přechodné stadium. Nakonec přichází přijetí nevyhnutelného umírání, smíření se situací, a jen málokdo umírá naprosto bez

¹⁸ Srov. KALVACH, Z. et al. *Umírání a paliativní péče v ČR: Situace, reflexe, vyhlídky*, s. 7.

¹⁹ SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*, s. 27.

²⁰ Srov. tamtéž, s. 27.

naděje.²¹ K tomuto velmi stručnému popisu jednotlivých fází pak Günter Virt dodává: „Zevšeobecňující popisy procesu umírání nesmějí nikdy překrýt osobní, na osobní biografii závislé charakteristiky tohoto procesu.“²²

Pro lepší přehlednost si nyní popsané fáze i s typickými projevy a možnostmi pomoci převedeme do následující tabulky 1.

Tab. 1 Fáze prožívání²³

Fáze	Projevy	Pomoc
negace, šok, popírání	„Ne, já ne, pro mne to neplatí. To není možné.“ – „To je určitě omyl.“ – „Zaměnili výsledky.“	navázat kontakt, získat důvěru
agrese, hněv, vzpoura	Zlost na zdravé lidi, na zdravotníky, vyčítá se nespravedlnost: „Proč zrovna já?“ – „Čí je to vina?“ – „Vždyť mi nic nebylo.“	dovolit odreagování, nepohoršovat se
smlouvání, vyjednávání	hledání zázračných léků, léčitelů a diet, pověr; ochota zaplatit cokoli; velké sliby	maximální trpělivost, ale pozor na podvodníky
Deprese, smutek	smutek z utrpěné ztráty, z hrozící ztráty; strach z účtování, strach o zajištění rodiny	trpělivě naslouchat, pomoci urovnat vztahy, pomoci hledat řešení (zajištění rodiny apod.)
akceptace, smíření, souhlas	vyrovnání, pokora, skončil boj, je čas loučení: „Dokonáno jest.“ „Do Tvých rukou...“	mlčenlivá lidská přítomnost, držet za ruku, utřít slzu; pozor – rodina možná potřebuje víc pomoci než pacient

Jednotlivé fáze jsou v tabulce 1 seřazeny tak, jak obvykle přicházejí, v praxi však nemusí vždycky zachovávat tento sled – „naopak, často se některé z nich vracejí, střídají a mohou se i dvě nebo tři, někdy i v jediném dni, prolínat. Nejsou stejně dlouhé a může se stát, že některé chybí.“²⁴

²¹ Srov. VIRT, G. *Žít až do konce*, s. 45.

²² VIRT, G. *Žít až do konce*, s. 45.

²³ SVATOŠOVÁ, M. Sociální práce s umírajícími v hospici. In MATOUŠEK, O. et al. *Sociální práce v praxi: Specifika různých cílových skupin a práce s nimi*, s. 198.

²⁴ Tamtéž, s. 198.

1.5 PROCES UMÍRÁNÍ – TERMINÁLNÍ FÁZE

*„Umírání není pouze patofyziologický proces.
Jde současně o konečnou fázi jedinečného lidského života,
která má svou psychologickou, sociální a spirituální dimenzi.“*
(Ondřej Sláma)

Proces umírání je rozprostřen do delšího časového období, které se v důsledku nebývalého pokroku medicíny, jemuž jsme i dnes svědky, stále více prodlužuje. Nejednou jsou pacienti i přes neblahou prognózu vystavováni další a další již *marné* léčbě, která tak proces umírání může velmi prodlužovat. To s sebou přináší bohužel nemálo těžkostí jak pro nemocného, tak pro jeho okolí.

Terminální fázi onemocnění v procesu umírání označujeme **poslední dny a hodiny člověka**, kdy **dochází k nevratnému selhávání lidského organismu**.²⁵

Rozhodnutí, že stav pacienta hodnotíme jako terminální, je třeba přiměřeným způsobem prodiskutovat s pacientovou rodinou a v některých případech také s pacientem. Rozhodnutí je třeba zdůvodnit a zaznamenat do zdravotnické dokumentace. Nejde o zbytečnou formalitu. **Stanovení diagnózy „umírání“ vytváří nový klinický kontext péče. Cílem je pacientovi umožnit klidnou a důstojnou smrt, a nikoli tuto smrt za každou cenu oddálit.** Všechny diagnostické, léčebné a ošetrovatelské postupy pak musí být přehodnoceny podle toho, zda k dosažení důstojného umírání přispívají.²⁶ V následující tabulce 2 uvádím přehled cílů léčby a péče o umírajícího pacienta.

Tab. 2 Cíle léčby a péče o umírajícího pacienta²⁷

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Zmírnění tělesných obtíží• Zmírnění psychických obtíží a psychologická podpora pacienta• Spirituální podpora pacienta• Psychologická podpora pacientovy rodiny a blízkých |
|--|

²⁵ Srov. SLÁMA, O.; Kabelka, L.; Vorlíček, J. et al. *Paliativní medicína pro praxi*, s. 301.

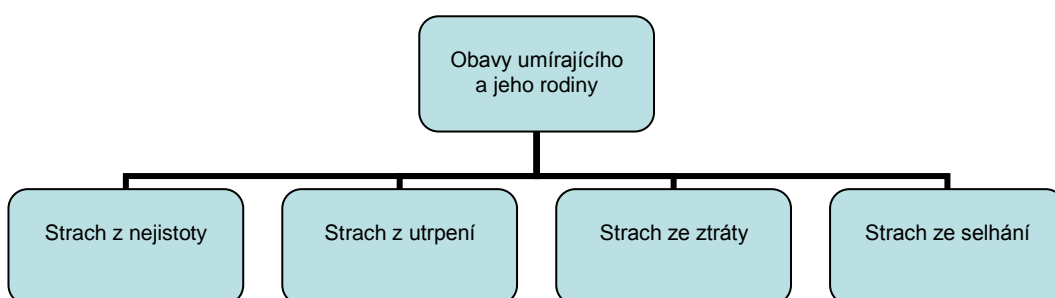
²⁶ Srov. tamtéž, s. 304.

²⁷ Tamtéž, s. 304.

1.6 RODINA UMÍRAJÍCÍHO

Rodinní příslušníci a přátelé bývají umíráním milovaného člověka zasaženi v několikerém ohledu: **Trpí s umírajícím, předjímají ztrátu a jsou konfrontováni s vlastní smrtelností a se všemi s tím spojenými nejistotami a strachy.** V roli nejdůležitějších kontaktních osob zastávají zvláštní úkol při doprovázení umírajícího.²⁸ „Příbuzní, kteří mají před očima blízkou smrt milovaného člověka, trpí zvláště čtyřmi druhy strachu, které jsou podobné obavám umírajících“²⁹ a které nyní pro přehlednost uvádím ve schématu 1.

Schéma 1



Strach z nejistoty Student vysvětluje takto: „Jelikož je dnes umírání většinou vytěsněno z každodenní zkušenosti, chybějí pro proces umírání obyčejné znalosti a vzorce chování. Proto se mnozí lidé obávají, že budou muset prožít umírání blízkého člověka doma, a upřednostňují umírajícího svěřit do péče instituce. Strach a obavy však bývají podle zkušenosti tísnivější než realita, ke které se vztahují... Podaří-li se poznatky o umírání, smrti a smutku začlenit do všedního života, dosáhne se tím mnohého. Nejlépe se dá čelit strachu z nejistoty jasnými informacemi - i o neodvratném procesu, zejména když lidé tuší, že se blíží smrt. Když se neodvážejí o tom hovořit, jelikož se bojí zneklidnit příbuzné, začínají se dostávat do začarovaného kruhu, který vede k předčasnému odloučení a žene obě strany do izolace. Osvětlující rozhovor s nemocným a jeho blízkými je proto důležitým krokem na cestě k hlubšímu porozumění ve zbývajícím čase.“³⁰

²⁸ Srov. STUDENT, J. CH. et al. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*, s. 63.

²⁹ STUDENT, J. CH. et al. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*, s. 65.

³⁰ Tamtéž, s. 65.

1.7 ŽIVOTNÍ KRIZE - ZTRÁTA BLÍZKÉHO ČLOVĚKA

Víme, že ztráta je bezesporu jednou z univerzálních lidských zkušeností – každý z nás někdy zažil nějakou **ztrátu něčeho** nebo **někoho**. **Smrt** někoho **blízkého je pak nejtěžší ztrátou**, která nás může postihnout.³¹

„**Ztrátu** můžeme vymezit jako **náročnou životní situaci**, která je charakterizována dlouhodobým, ale především ireverzibilním (nezvratným) odloučením od signifikantního (významného) objektu nebo funkce. Rozhodující význam pro prožívání události jako životní ztráty má **emocionální vazba** jedince ke ztracenému objektu – člověku, předmětu nebo činnosti.“³²

Přirozenou, normální reakcí na každou uvědomovanou ztrátu je **smutek** (resp. truchlení). **Proces truchlení** představuje určitý způsob zpracovávání této ztráty, proces vyrovnávání se s danou situací. Čím byla vazba jedince k jeho blízkému intenzivnější, tím výraznější, intenzivnější a delší jsou projevy smutku a truchlení. Smutek se pak projevuje na **emocionální a kognitivní úrovni**, ale manifestuje se také v **chování** a na **úrovni tělesných projevů**.³³

Přestože je proces smutku (truchlení) vysoce individuální záležitostí a projevy zármutku jsou různé, můžeme identifikovat stadia procesu smutku (truchlení):

- krátké období otřesu, **šoku**,
- období **intenzivního smutku**, ventilace emocí a manifestace symptomů
- zármutku na všech úrovních,
- období akceptace (přijetí), smíření, zvládnutí životní ztráty.³⁴

Prožívání ztráty si podle okolností může vyžádat i neodkladnou intervenci, jíž můžeme vymezit jako **specializovanou pomoc osobám, které se ocitly v krizi**, zahrnuje různé formy pomoci, které mají za úkol vrátit jedinci jeho psychickou rovnováhu, narušenou kritickou životní událostí. Krizová intervence pro pozůstalé zahrnuje především pomoc **psychologickou, lékařskou, sociální, a právní**.³⁵

³¹ Srov. ŠPATENKOVÁ, N. et al. *Krizová intervence pro praxi*, s. 55.

³² Tamtéž, s. 15.

³³ Srov. tamtéž, s. 55.

³⁴ Srov. tamtéž, s. 56.

³⁵ Srov. tamtéž, s. 15.

1.8 CHARTA PRÁV UMÍRAJÍCÍCH

Na závěr první kapitoly uvádím **Dokument Rady Evropy** (jejímž posláním je chránit důstojnost všech lidí a práva, která z ní lze odvodit) **Doporučení č. 1418/1999 O ochraně lidských práv a důstojnosti nevyлéčitelně nemocných a umírajících** (synonymum: „Charta práv umírajících“ - „Charta umírajících“).

Dokument je výsledkem práce interdisciplinárního týmu odborníků, který pracoval pod vedením rakouského profesora lékařské etiky a morální teologie Güntera Virta. V obsáhlém textu uvedeného dokumentu je vyváženě pojednáno o právu každého člověka na sebeurčení a o nutné ochraně každého lidského života. Právo na sebeurčení je třeba chápat především v přístupu k pravdivým informacím, v ochraně života pak v odmítnutí aktivních forem eutanázie... Důraz je zde kladen na paliativní péči, ke které by měl mít každý umírající přístup.³⁶

Na tomto místě uvedu jen některé informace, plné znění tohoto dokumentu je však součástí příloh této práce (příloha I).

Základní práva odvozená z důstojnosti smrtelně nemocných nebo umírajících osob jsou dnes ohrožena mnoha faktory:

- nedostatečnou dostupností paliativní péče a dobré léčby bolesti,
- častým zanedbáváním léčby fyzického utrpení a nebráním zřetele na psychologické, sociální a spirituální potřeby,
- umělým prodlužováním procesu umírání buď nepřiměřeným používáním medicínských postupů, nebo pokračováním v léčbě bez souhlasu nemocného,
- nedostatečným kontinuálním vzděláváním a malou psychologickou podporou ošetřujícího personálu činného v paliativní péči,
- nedostatečnou péčí a podporou příbuzných a přátel terminálně nemocných či umírajících osob, kteří by jinak mohli přispět ke zmírnění lidského utrpení v jeho různých dimenzích,
- obavami nemocného ze ztráty autonomie, že bude závislým na rodině i institucích a stane se pro ně zátěží,

³⁶ HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie, nauka o umírání a smrti*, s. 43.

- chybějícím nebo nevhodným sociálním i institucionálním prostředím, které by mu umožňovalo pokojné rozloučení s příbuznými a přáteli,
- nedostatečnou alokací prostředků a zdrojů pro péči a podporu smrtelně nemocných nebo umírajících,
- sociální diskriminací, která je vlastní umírání a smrti.

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

- a) že uznají a budou hájit nárok nevléčitelně nemocných nebo umírajících lidí na komplexní paliativní péči, a že přijmou příslušná opatření
- b) že budou chránit právo nevléčitelně nemocných a umírajících osob na sebeurčení, a že pro to přijmou nutná opatření
- c) že zachovají předpis, zakazující úmyslné usmrcení nevléčitelně nemocných nebo umírajících osob.³⁷

³⁷ Srov. *Doporučení č. 1418/1999 O ochraně lidských práv a důstojnosti nevléčitelně nemocných a umírajících*, [online], dostupné na:
< <http://www.helpnet.cz/dokumenty/deklarace-prav/284-3>>.

2 PALIATIVNÍ PÉČE

Termín pochází z latinského slova *pallium* (maska, pokrytí, zakrytí pláštěm) a v této etymologii lze rovněž nalézt pravou podstatu paliativní péče. Jejím cílem je maskovat účinky „neléčitelné“ choroby a zakrýt pláštěm ty trpící, kteří nemohou být ponecháni v chladu tehdy, pokud jim nemohlo být pomoci léčbou kurativní.³⁸

Světová zdravotnická organizace (WHO – World Health Organisation) v roce 1990 definovala paliativní péči jako „aktivní celkovou péči o nemocné, jejichž choroba neodpovídá na léčbu kurativní. Prvořadým úkolem je kontrola bolesti nebo jiných symptomů a psychických, sociálních a spirituálních problémů. Cílem paliativní péče je dosažení nejlepší možné kvality života pro nemocné a pro jejich rodiny“.³⁹

Novější definice *WHO* z roku 2002 pak klade větší důraz na prevenci utrpení: „Paliativní péče je takový přístup, který zlepšuje kvalitu života nemocných a jejich rodin a který čelí problémům spojených s život ohrožujícími chorobami pomocí prevence a úlevy utrpení; a to jeho časným zjištěním, dokonalým zhodnocením a léčbou bolesti a ostatních problémů fyzických, psychosociálních a spirituálních.“⁴⁰

2.1 PALIATIVNÍ MEDICÍNA

Paliativní medicína bývá popisovaná jako nová specializace. Jde však o nejstarší lékařskou a ošetrovatelskou disciplínu, neboť až do novověkého pokroku medicíny byly jen u mála nemocí k dispozici skutečné možnosti účinné léčby. Léčba a péče tak byly především zaměřeny na zmírnění obtíží nemocného.

Výsledkem kurativní léčby je úplné vyléčení, zatímco postupy paliativní medicíny nemoc sice neodstraní, ale přesto se subjektivní stav pacientalepší.

³⁸ Srov. MUNZAROVÁ, M. *Eutanazie, nebo paliativní péče?* s. 62.

³⁹ MUNZAROVÁ, M. *Eutanazie, nebo paliativní péče?* s. 62.

⁴⁰ MUNZAROVÁ, M. *Eutanazie, nebo paliativní péče?* s. 62.

Cílem paliativní léčby není prodlužování života, nýbrž kvalita života. Paliativní léčba smrt neurychluje ani neoddaluje, mírní bolest a jiné symptomy, začleňuje do komplexní péče i psychologický, sociální a duchovní aspekt.⁴¹

„Paliativní medicína doprovází nemocného všemi fázemi procesu umírání, jak je popsali psychologové. Tímto doprovázením se umírání neprodlužuje ani neurychluje. Přijetí vlastního umírání, při němž paliativní medicína zmírňuje utrpení, je v rozporu s násilnou pomocí k ukončení života. Paliativní medicína znamená jednoznačné odmítnutí eutanázie.“⁴²

2.2 OBECNÁ A SPECIALIZOVANÁ PALIATIVNÍ PÉČE

Podle míry komplexnosti péče nutné k udržení dobré kvality života dělíme paliativní péči na *obecnou* a *specializovanou paliativní péči*.⁴³ Obě si nyní přiblížíme.

2.2.1 Obecná paliativní péče

Obecnou paliativní péčí rozumíme **dobrou klinickou praxi** v situaci pokročilého onemocnění, která je **poskytována zdravotníky v rámci jejich jednotlivých odborností**. Základem je sledování, rozpoznání a ovlivňování toho, co je významné pro kvalitu pacientova života (např. léčba nejčastějších symptomů, respekt k pacientově autonomii, citlivost a empatická komunikace s pacientem a jeho rodinou, manažerská zdatnost při organizačním zajištění péče, spolupráce s dalšími specialisty, zajištění domácí ošetrovatelské péče atd.). Obecnou paliativní péči by měli umět poskytnout všichni zdravotníci s ohledem na specifika své odbornosti.⁴⁴

⁴¹ Srov. VORLIČEK, J. et al. *Paliativní medicína*, s. 19 - 28.

⁴² VIRT, G. *Žít až do konce*, s. 37.

⁴³ Srov. *Standardy hospicové paliativní péče*, s. 7

⁴⁴ Srov. *Standardy hospicové paliativní péče*, s. 7

2.2.2 Specializovaná paliativní péče

Specializovaná paliativní péče je **aktivní interdisciplinární péče** poskytovaná pacientům a jejich rodinám týmem odborníků, kteří jsou v otázkách paliativní péče speciálně vzděláni a disponují potřebnými zkušenostmi.

Základní formy specializované paliativní péče

- **zařízení domácí paliativní péče**, tj. domácí („mobilní“) hospic
- **hospic jako samostatně stojící lůžkové zařízení**
- **oddělení paliativní péče v rámci jiných lůžkových zdravotnických zařízení** (tj. především v rámci nemocnic a léčeben)
- **konziliární tým paliativní péče v rámci zdravotnického zařízení**
- **specializovaná ambulance paliativní péče**
- **denní stacionář paliativní péče** („denní hospicový stacionář“)
- **zvláštní zařízení specializované paliativní péče** (např. specializované poradny a tísňové linky, atd.).⁴⁵

2.3 INTERDISCIPLINÁRNÍ PŘÍSTUP V PALIATIVNÍ PÉČI

Úspěšná paliativní péče vyžaduje holistický (celostní) přístup k potřebám pacienta i jeho rodiny. Vyžaduje pozornost ke všem aspektům utrpení, neboť ty jsou na sobě vzájemně závislé. „Neřešené a neléčené problémy vztahující se ke kterékoli příčině utrpení jsou následně příčinou vzniku některého dalšího aspektu utrpení. V praxi to pak znamená, že řešení kterékoliv příčiny utrpení má pozitivní vliv na zabránění vzniku nebo zmírnění některého dalšího aspektu utrpení.“⁴⁶ Tato slova Vorlíček demonstruje na příkladu neléčené nebo špatně léčené bolesti, která jak uvádí, má za následek zhoršení fyzických symptomů, úzkosti a deprese, sociálních, kulturních a duchovních problémů. To vše však platí i obráceně, kdy úzkost, těžkosti ve vztazích... mohou negativně ovlivnit míru bolesti.⁴⁷

Pro optimální paliativní péči je tedy klíčová spolupráce na multidisciplinární rovině, která v sobě integruje péči lékařskou, ošetrovatelskou, sociální,

⁴⁵ Srov. *Standardy hospicové paliativní péče*, s. 7

⁴⁶ VORLÍČEK, J. et al. *Paliativní medicína*, s. 26.

⁴⁷ Srov. VORLÍČEK, J. et al. *Paliativní medicína*, s. 26 - 27.

duchovní... Mezi členy interdisciplinárního týmu patří zejména: lékaři různých specializací, zdravotní sestry, ošetřovatelé, sociální pracovník, duchovní, psycholog, psychiatr, rehabilitační pracovník a další pracovníci dle potřeby. Důležitými členy týmu jsou i blízcí nemocného, jeho přátelé, dobrovolníci a v neposlední řadě i samotný pacient.⁴⁸

2.3.1 Principy kvalitní spolupráce v týmu

Všichni členové týmu mají odpovídající kvalifikaci, zkušenosti a kompetence pro dané pracovní pozice. Ve spolupráci s ostatními členy týmu jsou schopni poskytnout pacientovi a jeho blízkým osobám kompletní specializovanou paliativní péči, kterou potřebují.⁴⁹ Aby však byla vzájemná spolupráce přínosná na všechny strany, je nutné dodržování určitých principů, jak uvádí Alexandrová:

- profesionální přístup
- respektování důstojnosti druhých a jejich názoru
- důvěra a otevřenost
- empatie a pochopení
- schopnost podpořit druhého
- pokora, úcta k práci druhých
- schopnost efektivní a konstruktivní komunikace.⁵⁰

2.4 HOSPICOVÁ PALIATIVNÍ PÉČE

Hospicová paliativní péče vychází z úcty k člověku jako jedinečné neopakovatelné lidské bytosti. „Garantuje nemocnému, že:

- **nebude trpět nesnesitelnou bolestí,**
- **bude za každých okolností respektována jeho lidská důstojnost,**
- **v posledních chvílích života nezůstane osamocen.**“⁵¹

⁴⁸ Srov. VORLICEK, J. et al. *Paliativní medicína*, s. 27.

⁴⁹ Srov. *Standardy hospicové paliativní péče*, s. 16.

⁵⁰ Srov. ALEXANDROVÁ, R. *Konflikty uvnitř interdisciplinárního týmu*, [online], dostupné na: <http://www.paliativnimedicina.cz/pm_clanky.php?str=4>.

⁵¹ *Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče, Výroční zpráva 2007*, s. 6.

2.4.1 Filozofie hospicu

Filozofie hospicu vyžaduje hluboce lidský a současně profesionální přístup stejně tak, jako i týmovou práci všech zúčastněných, včetně dobrovolníků tvořících neoddělitelnou část těchto týmů. Klade si za cíl vysokou kvalitu života i v jeho závěrečných fázích. Ideálem je, aby člověk umíral bez bolesti fyzické, psychické, sociální i spirituální a s vděčností za život, který mu byl dán. Důraz klade také na péči o blízké pacienta (také v období jejich zármutku).⁵²

2.4.2 Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče

Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče, o. s. je profesní občanské sdružení, které v sobě sdružuje většinu poskytovatelů hospicové paliativní péče z celé České republiky. Cílem asociace je prosazování a podpora hospicové paliativní péče. Asociace zastřešuje a koordinuje činnost zdravotnických zařízení poskytujících lůžkovou i mobilní hospicovou paliativní péči.⁵³

První oddělení paliativní péče bylo otevřeno v roce 1992 v Nemocnici v Babičích nad Svitavou (později však bylo transformována na LDN). V roce 1993 Marie Svatošová založila občanské sdružení **Ecce homo** („Ejhle, člověk!“) s cílem rozvinout hospicové hnutí v ČR, ale také prosadit myšlenku hospice i mimo budovy hospice, všude, kde lidé umírají. **První samostatný lůžkový hospic byl otevřen v Červeném Kostelci v roce 1995.**⁵⁴

Ve své „Výroční zprávě, 2007“ udává, že zatím jedinou formou lůžkové specializované paliativní péče v ČR je lůžkový hospic. K 31. prosinci 2007 bylo v provozu 12 lůžkových hospiců s celkovou kapacitou 324 z 514 lůžek doporučených Světovou zdravotnickou organizací. Ve druhé polovině roku 2008 byl zahájen provoz ve třináctém zařízení. V blízké budoucnosti se předpokládá vznik dalších hospiců. Dále v ČR působí 5 zařízení domácí hospicové péče, jež poskytují multidisciplinární paliativní péči s trvalou dostupností. Některé agentury domácí péče poskytují poměrně širokou nabídku

⁵² Srov. *Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče, Výroční zpráva 2007*, s. 6.

⁵³ Srov. *Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče, Výroční zpráva 2007*, s. 6 – 8.

⁵⁴ Srov. VORLÍČEK, J. *Paliativní medicína*, s. 22.

domácí paliativní ošetrovatelské péče. V provozu jsou 4 ambulance specializované paliativní péče, které se však liší rozsahem nabízených služeb.⁵⁵

2.5 ROZVOJ PALIATIVNÍ PÉČE

Světová zdravotnická organizace deklaruje rozvoj paliativní péče jako jednu z prioritních oblastí rozvoje zdravotnictví a sociální péče.⁵⁶

Rozvoj paliativní péče podle dosavadních českých i zahraničních zkušeností vyžaduje:

- lepší evidenci o tom, jakým způsobem se dnes v ČR umírá a které nedostatky v péči o umírající jsou v populaci pocíťovány nejbolestivěji
- zásadní zlepšení informovanosti odborné a laické veřejnosti o povaze a možnostech paliativní péče
- proměnu legislativních, organizačních a finančních rámců této péče
- spolupráci se zástupci státu, obcí a zdravotních pojišťoven
- systematickou výchovu a odborný růst poskytovatelů paliativní péče
- odbornou spolupráci paliativní medicíny s dalšími lékařskými obory
- zvýšení akademického kreditu paliativní péče a přitažlivosti paliativní medicíny pro nadané a schopné lékaře a další zdravotníky
- intenzivní kooperaci poskytovatelů paliativní péče
- spolupráci s reprezentanty vybraných humanitních disciplín (sociology, psychology, sociálními pracovníky), církví a náboženských společností
- celospolečenskou podporu dobrovolnictví a rozvoj struktur občanské společnosti
- intenzivní a nápaditou spolupráci s médii
- zainteresovanost nejširší veřejnosti pro otázky týkající se umírání a péče o umírající.⁵⁷

⁵⁵ Srov. *Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče, Výroční zpráva 2007*, s. 8 – 9.

⁵⁶ Srov. *Koncepce paliativní péče v ČR*, s. 11.

⁵⁷ Portál www.umirani.cz, [online],

dostupné na: <<http://www.umirani.cz/projekt-paliativni-pecce-v-cr-2003-2004.html>>.

2.5.1 Výstupy z výzkumu projektu podpory rozvoje paliativní péče v České Republice

Hospicové občanské sdružení **Cesta domů** usiluje od roku 2001 o **zásadní zlepšení péče o nevléčitelně nemocné, umírající a jejich rodiny** v ČR.

Podle svých stanov se zaměřuje na následující dvě oblasti:

1. Poskytování služeb nevléčitelně nemocným a umírajícím lidem a jejich blízkým, kteří se o ně starají.
2. Práci na strukturálních, společenských a legislativních změnách, které by umožnily rozšíření kvalitní péče o umírající v celé ČR.⁵⁸

V rámci projektu *Podpory rozvoje paliativní péče v ČR* pak v roce 2004 vydala publikaci s názvem **Umírání a paliativní péče v ČR**, s podtitulem **situace, reflexe, vyhlídky**, která obsahuje především výsledky výzkumu veřejného mínění (v letech 2000 – 2001). Uvádím informace, vybrané tak, aby korespondovaly s dalším textem této práce.

SITUACE

Výzkum veřejného mínění zjistil:

- **Nespokojenost veřejnosti se současným stavem péče o umírající.**
- **Hrubý rozpor mezi preferencemi veřejnosti a současným stavem péče o nevléčitelně nemocné a umírající** v naší zemi: cca **75 %** všech úmrtí nastává ve zdravotnické či sociální instituci (nemocnice, LDN, DD), **80 %** z dotázaných, kteří se k této otázce v průzkumu veřejného mínění vyjádřili, si však v tomto prostředí zemřít nepřeje.
- **Ještě kritičtěji než veřejnost hodnotí současnou péči o umírající ti, kteří s ní mají největší zkušenost, tj. zdravotníci a pracovníci sociálních zařízení.** Z nich pak opět ti, kteří se s umírajícími setkávají nejčastěji (tj. onkologové, pracovníci LDN, DD a hospiců).
- **Nejkritičtěji hodnotí laická i odborná veřejnost péči o psychické utrpení nemocných a pozornost věnovanou jejich sociálním vazbám.**

⁵⁸ Portál www.cestadomu.cz, [online], dostupné na: <http://www.cestadomu.cz/obcanske-sdruzeni.html>.

- **Velká část umírajících trpí nedostatečně mírněnou bolestí a ostatními symptomy, ačkoli moderní léčba bolesti dokáže naprostou většinu takových případů účinně léčit.**
- **Nejkritičtěji hodnotí laická i odborná veřejnost péči o psychické utrpení nemocných a pozornost věnovanou jejich sociálním vazbám.**
- **Kontinuita a koordinace péče je často velmi nedokonalá.**
- **Komunikace mezi lékaři a pacienty o diagnóze a prognóze má celkově nedostatečnou úroveň.**
- **Účast pacienta a rodiny na důležitých rozhodnutích o léčbě je spíše výjimkou.**
- **Informovanost o paliativní péči je velmi nedostatečná.**
- **Specializovaná moderní paliativní péče hospicového typu je dostupná pouze 1% všech terminálně nemocných a umírajících.**
- **Žádná instituce v ČR systematicky nemonitoruje kvalitu péče o umírající. Standardy této péče nejsou vypracovány.**
- **Žádná součást systému zdravotní a sociální péče nevěnuje systematickou pozornost pozůstalým, ačkoli je dobře známo, že velmi často trpí sociální izolací a těžkým psychickým strádáním a že úmrtí blízkého člověka patří mezi jeden z nejrizikovějších faktorů pro tělesné a duševní zdraví člověka.⁵⁹**

REFLEXE

Výzkum veřejného mínění jasně poukázal na:

- **naléhavou potřebu zkvalitnění péče o umírající,**
- **nutnost orientace na péči o umírající v jejich vlastním přirozeném prostředí a v úzké spolupráci s jejich rodinami,**
- **naléhavou potřebu zásadním způsobem zlepšit péči o umírající ve zdravotnických a sociálních institucích, především v LDN a DD.⁶⁰**

⁵⁹ Srov. *Umírání a paliativní péče v ČR: Situace, reflexe, vyhlídky*, s. 97.

⁶⁰ Srov. *Umírání a paliativní péče v ČR: Situace, reflexe, vyhlídky*, s. 98.

VYHLÍDKY

Uvádím přehled oblastí, ve kterých se potřeba změny jeví jako nejnaléhavější.

- **Vzdělávání zdravotníků a dalších pečujících profesí.**
- **Působení na odbornou veřejnost především prostřednictvím lékařských společností a podpora inovativních místních projektů.**
- **Sledování a vyhodnocování péče o terminálně nemocné a umírající.**
- **Rozvoj domácí paliativní péče** se na základě výsledků naší analýzy jeví jako pravděpodobně nejnaléhavější včetně zapojení praktických lékařů.
- **Využití osvědčených postupů ze zahraničí** a navázání užší mezinárodní odborné spolupráce.
- **Soustavná popularizace tématu péče o umírající**, podpora veřejné diskuse na toto téma a medializace možností moderní paliativní péče. Rozvoj dobrovolnické práce v této oblasti.⁶¹

2.6 VÝHLEDY DO BUDOUCNA

Paliativní péče výrazně přispívá k dobré kvalitě života nemocných i jeho blízkých, je založena na interdisciplinární spolupráci a integruje v sobě lékařské, ošetrovatelské, psychologické, sociální a spirituální aspekty. Světová zdravotnická organizace deklaruje její rozvoj jako jednu z prioritních oblastí rozvoje zdravotnictví a sociální péče.

I v naší zemi je paliativní péči věnována navzdory všem předsudkům a překážkám stále větší pozornost, a také „pomalu vstupuje do povědomí lékařů jako plnohodnotná oblast lékařské expertízy.“⁶²

Do budoucna lze předpokládat, že vývoj obecné i specializované paliativní péče otevře další možnosti v oblasti vzdělávání odborné i laické veřejnosti a také otevře nové možnosti v oblasti budování nejrůznějších specializovaných zařízení paliativní péče.

⁶¹ Srov. *Umírání a paliativní péče v ČR: Situace, reflexe, vyhlídky*, s. 99.

⁶² VORLÍČEK, J. et al. *Paliativní medicína*, s. 18.

3 POSLÁNÍ LÉKAŘSKÉ PROFESE

Úkolem lékaře a fakticky i jeho posláním je péče o zdraví jak jednotlivce, tak celé společnosti, a to v souladu se všemi zásadami lidskosti a ohledy na důstojnost, která v duchu úcty ke všem lidem náleží každému lidskému jedinci bez rozdílu (např. věku, pohlaví, národnosti či barvy pleti...), a to od jeho počátku až do konce. Lékař tedy chrání život, a když už nemůže svého pacienta uzdravit, nebo zlepšit jeho zdravotní stav, má mu být nápomocen v mírnění obtíží, strádání a útrap.⁶³

Na lékaře jsou v tomto smyslu kladeny velmi vysoké nároky, zvláště jedná-li se o hraniční situace přímého ohrožení života pacienta, avšak „Medicína nemůže ani svým současným, ani budoucím uměním smrt přemoci. V dnešní situaci tedy platí, že je třeba se starat také o to, aby člověk nezemřel *příliš pozdě*, nebo - vyjádřeno slovy Tomáše Mora z jeho Utopie - aby nebyl nucen *přežít svou smrt*.“⁶⁴

Lékařská profese je stále všeobecně velmi vážená a ceněná, zároveň je však tato profese, přesněji řečeno její úsilí a praxe často kritizována a zpochybňována. To má za následek v pozitivním směru postup k lepšímu nebo naopak prohloubení a zvětšení daného problému.

Lékař v zájmu cti své i svých kolegů s ohledem na dobrou pověst lékařské profese nesmí podceňovat či znevažovat profesionální dovednosti, znalosti jako i poskytované služby jiných lékařů. Kolegialita a vzájemná úcta je v této profesi velmi důležitá, o čemž svědčí rovněž skutečnost, že není opomenuta ani v Hippokratově přísaze, k níž se ještě v této práci vrátím. Posláním lékaře tedy není jen, zjednodušeně řečeno, uzdravovat, ale také hájit čest lékařského stavu a zasazovat se svým vlastním dobrým příkladem (následování hodným) o povznesení své profese.⁶⁵

⁶³ Srov. *Etický kodex České lékařské komory*.

⁶⁴ VIRT, G. *Žít až do konce*, s. 31.

⁶⁵ Srov. IVANOVÁ, K. *Etika pro pracovníky ve zdravotnictví*, s. 34.

3.1 HIPPOKRATOVA PŘÍSAHA

Základním pojmem v lékařské etice, ale také pojmem výchozím a historickým je *deontologie*. Řecky *deon* znamená *povinnost*, deontologie je tedy nauka o povinnostech, *lékařská deontologie* nauka o lékařských povinnostech.⁶⁶ V deontologii jsou formulovány mravní závazky lékařů a zdravotníků v tzv. *deontologických kodexech*. Nejstarším takovým kodexem je známá přísaha, která je spojována se jménem řeckého lékaře *Hippokrata*.⁶⁷

Hippokratova přísaha měla zásadní význam při tvorbě etických a morálních norem v oblasti poskytování zdravotní péče. Některé právní normy z ní i vycházejí. Hippokratova přísaha však nemá a ani neměla charakter normy právní. I když byla uznávána, byla vždy pouze specifickou etickou normou upravující chování lékaře. Byla tedy normou profesní etiky úzké skupiny lidí.⁶⁸

Její dnešní text se liší od původního (viz příloha II) v rámci jednotlivých zemí či také jednotlivých lékařských škol. V řadě moderních verzí bylo např. vypuštěno odvolávání se na bohy, slib o vyučování lékařství pouze mužům, ale také části, které lékaři zakazují vyvolat potrat a vykonat eutanázii. Pro nás je však důležitá skutečnost, že „původní“ Hippokratova přísaha zásadně odmítá eutanázii, jednoznačně stanoví, že se lékař ani prosbami nedá pohnout k podání smrtícího léku a ani sám k tomu nedá podnět.⁶⁹ Přísaha zmiňuje také zásady chování lékaře při návštěvě v bytě nemocného. Klade důraz na to, aby lékař do bytu vstupoval pouze s úmyslem pacientovi pomoci. Má se však zdržet všech jednání, která by mohla nasvědčovat o jiném úmyslu.

Je zřejmé, že všechny principy, které původní přísaha obsahuje, není možno aplikovat na dnešní dobu. Přece však řada principů má co říci nejen dnešním lékařům, ale i všem zdravotníkům, kteří chtějí dobře vykonávat své povolání.

⁶⁶ Srov. IVANOVÁ, K. *Etika pro pracovníky ve zdravotnictví*, s. 17.

⁶⁷ Srov. tamtéž, s. 32.

⁶⁸ Srov. portál: www.clkuo.cz, [online]
dostupné na: <http://www.clkuo.cz/dokumenty/prolekare/hippokratova_prisaha.htm>.

⁶⁹ Srov. IVANOVÁ, K. *Etika pro pracovníky ve zdravotnictví*, s. 37.

Mezi takové principy, vycházející z hippokratovské tradice nepochybně patří:

- otevřený, přátelský a podporující postoj ke svým učitelům a kolegům,
- aplikace opatření podle schopností a možností a pro dobro nemocných,
- ochrana nemocných před poškozením a křivdou,
- ochrana lidského života,
- vyvarování se sexuálních vztahů s pacienty,
- zachování mlčenlivosti,
- posvátnost a nedotknutelnost lékařského povolání.⁷⁰

Na Hippokratovu přísahu se můžeme podívat také z druhé strany, tedy z pohledu kritiky, což je pro nás také důležité. Zjistíme, že se nezmiňuje o tom, zda pacientovi říct či neříct pravdu o jeho nemoci, postupech v léčbě a další prognóze. Jistě by bylo zajímavé zabývat se v tomto smyslu otázkou, zda zde existuje provázanost s pro nás známou praxí tzv. „*milosrdné lži*“. V této své práci však tuto otázku nechávám otevřenou a poukážu na druhý kritický bod týkající se otázky participace pacienta, která, zdá se, také nebyla při léčbě samozřejmá. Dnes již lze pozorovat postup ke změně, která vede od paternalistického vztahu lékaře a pacienta (kdy lékař sám rozhodoval o nemocném, ale bral tím na sebe také veškerou zodpovědnost) ke vztahu spíše partnerskému. Někdy tak hovoříme o změně lékařské diktatury v lékařskou demokracii, kdy výsledkem by měl být dialog mezi lékařem a pacientem.

3.2 ETICKÉ OTÁZKY JAKO SOUČÁST PROFESE

Nespočet otázek a připomínek může provázet v praxi každé hledání řešení, přinejmenším pokud se jedná o složitější problematiku dané situace. A naopak spíše by bylo na pováženu, kdyby tomu tak nebylo, neboť by to znamenalo, že k rozhodování dochází na základě bezmyšlenkovitého úsudku z prvního podnětu, který člověku přijde na mysl. Nepřítomnost nejistoty a otázek tedy není znakem profesionality, ale naopak stereotypu a nevnímavosti komplikovanosti situace.

⁷⁰ Srov. IVANOVÁ, K. *Etika pro pracovníky ve zdravotnictví*, s. 35.

Profesionál není ten, kdo nemá otázky a pochybnosti, ale ten, kdo s nimi dokáže pracovat.⁷¹

Všechny normy, principy..., kterým věnuji pozornost na dalších stránkách, jsou jistě velmi potřebné a jejich záměry ušlechtilé, ale samy o sobě, kdyby se jim nevěnovala potřebná pozornost, nepracovalo by se s nimi a neaplikovaly by se do praxe, mnoho dobrého by nezmohly.

Princip (z lat. *principium*, počátek) je základní a obecně uznávané myšlenkové východisko, zásada, pravidlo, z něhož lze odvozovat další důsledky pro jednání nebo poznání. Základní principy v současné lékařské etice (zejména s ohledem na vývoj po roce 1945), můžeme, jak uvádí Ivanová ve své publikaci věnující se etice pro pracovníky ve zdravotnictví, rozdělit do dvou řádů. Přičemž Ivanová principy prvního řádu staví na popisu Beauchampa a Childresse v jejich knize o lékařské etice z pohledu současného liberalismu.⁷²

3.2.1 Principy prvního řádu

Dle výše zmíněných autorů:

1. **Princip neškodění** (se též používá termín nepoškozování) – zakazuje ublížit, poškodit nebo dokonce usmrtit jiné.
2. **Princip dobročinní - beneficence** – představuje pozitivní dimenzi neškodění, předcházet poškození, odstraňovat ho a současně podporovat dobro. Vše, co děláme, děláme pro dobro nemocného, naše činnost musí být vedena snahou prospět nemocnému. Rizika léčení nesmí převyšovat jeho přínos.
3. **Princip respektu k autonomii** – k sebeurčení a samostatnosti nemocného, což znamená respekt ke stavu nezávislého, samostatného jednání, bez zevního ovlivňování. Pacient má právo na názor a ten má být, pokud to není v rozporu se zákonem, zohledněn při rozhodování o každém diagnostickém i léčebném zákroku. V žádném případě však právo na

⁷¹ Srov. MACHULA, T. Základní etické teorie. In. FISCHER, O. MILFAIT, R. et al. *Etika pro sociální práci*, s. 47.

⁷² Srov. IVANOVÁ, K. *Etika pro pracovníky ve zdravotnictví*, s. 53.

sebeurčení není možno vytrhnout z kontextu jiných práv a povinností jak nemocného, tak zdravotníka. Lékař nese plnou právní zodpovědnost za pacienta a autonomie nemocného má tedy jen omezené možnosti.

4. **Princip spravedlnosti (justice)** – je princip, který má souvislost s rozdělováním zdrojů pro nemocné. Jako nejvíce dilematický se jeví způsob rozdělování zdrojů a tím rozpor mezi ideální a dostupnou medicínou.⁷³

3.2.2 Principy druhého řádu

K principům prvního řádu přistupují principy řádu druhého, mezi něž lze zařadit **pravdomluvnost, mlčenlivost, věrnost, poctivost a důvěryhodnost**, které si nyní také stručně přiblížíme:

1. **Princip pravdomluvnosti** – je definován jako závazek říkat pravdu a nelhat ani nepodvádět ostatní. Pravdomluvnost je součástí respektu, který člověku projevujeme. Lékař má povinnost mluvit pravdu, protože když tak nečiní, ztrácí důvěru pacienta a tím se celkově ztrácí i efektivita léčby.
2. **Princip věrnosti a poctivosti** – znamená povinnost zůstat věrný svým závazkům. Přirozeně očekáváme, že závazky a sliby se ve vztazích a smlouvách dodržují a nejsou bez vážného důvodu porušeny. To se týká i povinnosti chránit důvěrné informace – **mlčenlivost**. Porušení je akceptováno v případě, že by mohlo dojít k závažnému ohrožení někoho jiného, což se opět řídí dalšími legislativními opatřeními.
3. **Princip důvěryhodnosti** – je pevně spojen s oběma principy předcezejícími. Aby byl lékař důvěryhodný, je nezbytné, aby byl pravdomluvný, věrný svým závazkům. Kromě toho se od něj očekává i vstřícný přístup k nemocnému. Do tohoto principu zahrnujeme i charakteristiky kvalitní komunikace (spolehlivé informace, srozumitelnost, vstřícnost a takt).⁷⁴

⁷³ Srov. IVANOVÁ, K. *Etika pro pracovníky ve zdravotnictví*, s. 53.

⁷⁴ Srov. IVANOVÁ, K. *Etika pro pracovníky ve zdravotnictví*, s. 54 - 55.

3.3 ETICKÉ NORMY V MEDICÍNĚ A VE ZDRAVOTNICTVÍ

„Etické normy a principy, jež jsou systematicky shrnuty do přehledných definic a požadavků, se nazývají *kodexy*. Nejvíce etických kodexů ze všech povolání můžeme nalézt právě v medicíně a zdravotnictví.“⁷⁵ Důvod, proč se etickými normami v medicíně a ve zdravotnictví zabývám v této práci, je jejich úzké propojení s lékařskou profesí jako takovou.

Výše jsme si již přiblížili nejstarší a nejcitovanější kodex – tedy Hippokratovu přísahu. Tradiční sebeuvědomování lékařů, vycházející z ní, zřetelně přestalo v době po druhé světové válce dostačovat. Především to byly zločiny, jichž se dopustili lékaři v době německého nacionálního socialismu, dále velmi prudký rozvoj v technickém pokroku a v neposlední řadě biotechnologická revoluce a s ní spojený především rozvoj genové technologie, které vyvolaly otázky, kde jsou hranice, co je a co už není dobré...⁷⁶

V roce 1947 byla založena nevládní organizace – **Světová lékařská asociace** (WMA – World Medical Association), která je vrcholnou světovou lékařskou autoritou sdružující lékařské asociace působící ve více než osmdesáti zemích světa. Od počátku svého založení, **usiluje o povznesení lékařské etiky** na nejvyšší úroveň a vydává k tomuto účelu deklarace, stanoviska a směrnice, např. **Norimberský kodex** z roku 1947, který vyjadřuje stanovisko norimberského spojeneckého soudního tribunálu při procesu s nacistickými lékaři o přípustnosti medicínských pokusů. Na tento kodex navázala v roce 1948 **Světová zdravotnická organizace** (WHO – World Health Organization) **Ženevským lékařským slibem**, jež je považován za moderní podobu klasické hippokratovské přísahy.⁷⁷ (Jeho znění viz příloha III). Postupně byly a jsou vypracovávány další velmi důležité a hodnotné dokumenty, které se snaží nalézt konsenzus mezi rozvojem medicíny a hranicemi možného a žádaného v lékařské a zdravotnické péči, s cílem ochrany života a práv každého člověka, ale také celé společnosti.

⁷⁵ IVANOVÁ, K. *Etika pro pracovníky ve zdravotnictví*, s. 64.

⁷⁶ Srov. IVANOVÁ, K. *Etika pro pracovníky ve zdravotnictví*, s. 64.

⁷⁷ Srov. tamtéž, s. 64.

3.3.1 České etické kodexy v medicíně a ve zdravotnictví

Kromě mezinárodních dokumentů jsou v České republice platné kodexy národní, z nichž si dále přiblížíme pouze *Etický kodex České lékařské komory*, neboť právě tento dokument má zásadní vliv na jednání našich lékařů. Ostatní kodexy pro přehled pouze vyjmenuji: *Etický kodex České stomatologické komory*, *Etický kodex lékárníka*, *Etický kodex práv pacientů*, *Etický kodex hospitalizovaných dětí*, *Etický kodex zdravotních sester*.⁷⁸

3.3.2 Etický kodex České lékařské komory

Každému lékaři, který vykonává na území České republiky lékařské povolání v léčebné a preventivní péči je stanovena povinnost být členem České lékařské komory (ČLK), která dbá o to, aby její členové vykonávali své povolání odborně, v souladu s jeho etikou a způsobem stanoveným řády komor; zaručuje odbornost svých členů a potvrzuje splnění podmínek k výkonu lékařského povolání podle zvláštních předpisů; posuzuje a hájí práva a také profesní, sociální a hospodářské zájmy svých členů; má však i povinnost plnění disciplinární pravomoci vůči svým členům, dojde-li z jejich strany k určitému pochybení.

Etický kodex České lékařské komory je jejím Stavovským předpisem č. 10, který nabyl své účinnosti dne 1. ledna 1996. Novelizován byl rozhodnutím představenstva ČLK dne 22. června 2007 a nabyl účinnosti dne 22. července 2007. ČLK jako orgán zastupující odbornost a etiku lékařského povolání a respektující právo vyjadřuje v etickém kodexu svá stanoviska týkajících se statusu lékařské profese, lékařů samotných a v neposlední řadě i samotnému výkonu tohoto povolání v praxi. Plné znění tohoto velmi důležitého dokumentu je součástí příloh této mé práce (příloha IV).⁷⁹

⁷⁸ Srov. IVANOVÁ, K. *Etika pro pracovníky ve zdravotnictví*, s. 73.

⁷⁹ Srov. portál: www.lkcr.cz, [online], dostupné na: [http://www.lkcr.cz/informace.php?hmp=1&do\[info\]=1&filterCategory.id=1](http://www.lkcr.cz/informace.php?hmp=1&do[info]=1&filterCategory.id=1).

3.4 INTERAKCE PACIENTA S LÉKAŘEM

Slovo *interakce* je cizího původu, v jehož základu je slovo *akce* čili *činnost*, *činnosti*, *aktivita*, *aktivity*. Interakcí pak rozumíme takovou aktivitu, která probíhá mezi minimálně dvěma lidmi (v dyádě) – v našem případě mezi pacientem a lékařem.⁸⁰

„V pozadí toho, co se děje a je možné zvnějšku pozorovat, je mnohé.“⁸¹ Pojetí dyadické interakce mezi lékařem a pacientem se soustřeďuje nejen na to, co se děje mezi danými dvěma *aktéry*, ale také na to, co se děje v duši obou z nich, tedy *uvnitř*, což je velmi úzce spjata s jejich psychikou.⁸² Lékař i pacient jsou během interakce ve vzájemném vztahu, jeden působí na druhého, každý z nich něco očekává a také něco prožívá. Na dalších řádcích zmíním spíše heslovitě, co vše se během vzájemné interakce nemocného s jeho ošetřujícím lékařem může odehrávat, přičemž si budeme vědomi toho, že to je jen zlomek všeho.

Vstupem pacienta do ordinace se vytváří mezi ním a lékařem určitá *sociálně psychologická atmosféra*. Aktivizuje se určitá *míra vzájemné důvěry*. Při jejich setkání se mezi nimi vytváří jistá *kvalita vztahu*. Pacient, aniž by o tom mluvil, si často přeje, aby se mu v lékárně dostalo určité *sociální opory*. Lékař si může v kontaktu s pacientem představovat, jak veliká je asi *bolest nemocného a jak těžké je jeho utrpení*, což se snaží nejen poznat, ale je nucen se zamyslet a udělat vše pro to, aby se jeho pacientovi, co nejvíce ulevilo.⁸³

3.4.1 Pravda z hlediska potřeb nemocného

Sdělit pravdu a nevzít naději je umění a často se v něm chybuje. Mnoho lékařů buď neřekne nemocnému nic, anebo ho zahltní spoustou informací v příliš krátkém čase, ten je nestačí vstřebat, takže si ze slyšeného vybere jen to, co chce.⁸⁴ Což v praxi nezřídka představuje velké překážky v další práci s pacientem.

⁸⁰ Srov. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*, s. 65.

⁸¹ Tamtéž, s. 65.

⁸² Srov. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*, s. 60.

⁸³ Srov. tamtéž, s. 66 – 67.

⁸⁴ Srov. SVATOŠOVÁ, M. Hospicové hnutí... In VORLÍČEK, J. *Paliativní medicína*, s. 515.

Na tuto problematiku se nyní podíváme z pohledu potřeb pacienta.

- **Biologické potřeby** lze těžko uspokojit, nemůže-li lékař získat od nemocného souhlas s léčbou. To ovšem předpokládá pravdivé a řádné poučení pacienta o jeho nemoci.
- **Psychické potřeby** lze těžko uspokojit, jestliže nemocného lží a neupřímností připravíme o pocit bezpečí a zaženeme ho tak do izolace.
- **Sociální potřeby** – zabezpečit rodinu/firmu může jen ten pacient, který je včas a pravdivě informován.
- **Spirituální potřeby** – je známo, že většina lidí spoustu důležitých věcí odkládá. Pouze sdělení pravdivé prognózy (při zachování naděje) mnohým pomůže zmobilizovat poslední síly k možná největšímu a nejdůležitějšímu životnímu rozhodnutí a činu.⁸⁵

Z předchozího textu vyplývá, že chce-li lékař svému pacientovi skutečně pomoci, bude mít tato slova vždy na paměti a to při každém rozhovoru s ním (což platí i o rozhovorech s blízkými lidmi nemocného).

3.5 LÉKAŘSKÁ PÉČE O UMÍRAJÍCÍHO

V této podkapitole, ač je nazvána *lékařská péče o umírajícího*, se zaměřím především na přístup lékaře k umírajícímu pacientovi vědoma si však skutečnosti, že lékařská péče v sobě zahrnuje v případě umírajících pacientů především také léčbu bolesti a dalších zdravotních symptomů nemocného.

Jak přistupovat k umírajícím lidem, jak se k nim chovat a jak s nimi jednat? Křivohlavý ve své knize o psychologii nemoci uvádí: „Existuje jednotný souhlas v tom, jak se nechovat: *nevnucovat umírajícím potřebu přijmout (akceptovat) fakt konce*.“⁸⁶ Ale už tak jednoznačně nelze říct, jak k nim přistupovat.

Přijmout umírání se vším, co k němu náleží, není lehké a je možné jen z vlastního pochopení a z vlastní svobodné vůle umírajícího. Nemůžeme a ani

⁸⁵ Srov. SVATOŠOVÁ, M. Hospicové hnutí ve světě a u nás. In VORLÍČEK, J. *Paliativní medicína*, s. 515.

⁸⁶ KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*, s. 159.

nelze tento krok druhému vnutit, tím spíš mu říci „musíš přijmout, že umíráš.“⁸⁷ Opodstatněná jsou zde slova Svatošové: „Neotevírejte před pacientem problém umírání a smrti sami od sebe. Vyčkejte, až sám nastolí téma smrti a umírání... Jestliže vyjádří strach ze smrti, usedněte, vyslechněte ho a zeptejte se ho, z čeho konkrétně má obavy... Pomozte mu uspořádat jeho záležitosti.“⁸⁸

Jistě budeme souhlasit i s tím, že umírající potřebuje klid a pokojnou atmosféru.⁸⁹

Měli bychom si také být vědomi skutečnosti, ač se nám zdá, jakoby nás umírající nevnímali, že nás přeci slyší a své okolí vnímá.

Mělo by být samozřejmostí, že lékař i v těchto těžkých chvílích usedne u lůžka umírajícího, je-li to možné, společně s jeho blízkými a vysvětlí daný stav a bude se snažit, podle situace, zúčastněné povzbudit a dodat jim odvalu. Často bude v roli toho, kdo naslouchá, nebo je tichým společníkem, což je někdy mnohem větší pomoc, než kdyby promluvil. Nezřídka se lidé bojí být v pokoji s jejich blízkými umírajícími sami a tehdy jsou velmi vděční i za tichou přítomnost někoho třetího. Avšak jako profesionálové musíme být připraveni a ochotni respektovat přání umírajícího/rodiny, být se svými drahými o samotě.

3.6 LÉKAŘSKÁ PÉČE O DUŠI

„Lékařská péče o duši leží mezi dvěma říšemi.

Je to tedy hraniční oblast.

Jako hraniční oblast je zemí nikoho.

A přece – jaká je to zaslíbená země!“

(Viktor E. Frankl)

⁸⁷ KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*, s. 159.

⁸⁸ SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*, s. 18.

⁸⁹ Pozn. Nejednou jsem se při své službě u lůžka umírajícího setkala s nejistotou jeho blízkých, zda ještě mají či nemají zůstat. U lůžka se cítili již zbyteční, neužiteční..., ale tak tomu není! Jejich slova, pohlazení a nakonec i samotná, třeba tichá, přítomnost, byla a je pro umírajícího tou největší útěchou a zároveň potřebou, kterou my jako profesionálové, leč víceméně cizí lidé, jsme jim nikdy nemohli zcela naplnit. Co však jako profesionálové můžeme udělat vždycky je povzbudit a vybi-dnout blízké umírajícího, aby u jeho lůžka zůstávali tak dlouho, jak to je pro ně jen možné.

Vážné onemocnění často představuje mezní životní situaci náročnou jak pro pacienty, tak jeho blízké, na kterou většinou nejsou připraveni. Přímá konfrontace s pomíjivostí života vyvolává pocity akutního osobního ohrožení a ztrátu jistot, které dříve člověk měl. Nemoc radikálně mění mezilidské vztahy, narušuje dřívější bezprostřední komunikaci s rodinou, přáteli, spolupracovníky...⁹⁰ S progredující nemocí přichází úbytek sil a tím se zmenšuje prostor pro vlastní autonomní rozhodování, stoupá závislost na pomoci druhých. Téměř každý nemocný prožívá chvíle smutku, úzkosti a strachu.⁹¹ „Typickým příkladem poruchy zdraví v duchovní oblasti jsou stavy beznaděje až zoufalství. Vnitřní krize ohrožuje lidskou víru v dobro. Nemocný je nespokojen s celým svým životem, odcizuje se sobě samému i svému okolí...“⁹²

Duchovní potřeby vážně nemocných mají mnoho společného, zejména touhu po lidské blízkosti. Pro pacienta je velikou útěchou i posilou, najde-li někoho, kdo mu rozumí a sdílí jeho smutek, pochybnosti i obavy. „Opravdový lidský vztah pomáhá nemocnému překonávat četné obtíže a přijímat svá omezení... Dostane-li se pacientovi ujištění, že za žádných okolností nezůstane opuštěn, vrací se mu odvaha k životu, mizí citový zmatek, vzdor i rezignace.“⁹³

Mnozí nemocní hledají u svého lékaře pochopení a podporu i ve svých duchovních potřebách. Stále znovu se nám potvrzuje: „Sdělené utrpení je utrpení ‚sdílené‘.“⁹⁴ Lékařská péče o duši však nemá být žádnou náhražkou náboženství, nechce být ani náhražkou psychoterapie, nýbrž jejím pouhým doplněním.⁹⁵ Je primárně záležitostí každého lékaře.⁹⁶ Nechce však konkurovat kněžím, ale chce překročit kruh lékařského jednání a vyčerpat možnosti lékařského konání.⁹⁷

⁹⁰ Srov. VORLÍČEK, J. *Paliativní medicína*, s. 451.

⁹¹ Srov. tamtéž, s. 451.

⁹² VORLÍČEK, J. *Paliativní medicína*, s. 452.

⁹³ Tamtéž, s. 452.

⁹⁴ FRANKL, V. E. *Lékařská péče o duši*, s. 195.

⁹⁵ Srov. tamtéž, s. 195.

⁹⁶ Srov. tamtéž, s. 205.

⁹⁷ Srov. tamtéž, s. 195.

Povzbudivá jsou, mluvíme-li takto o duchovních aspektech člověka, slova Adolfa Slabého: „Na přelomu tisíciletí jsme svědky hluboké proměny lékařského myšlení, jež spočívá v odklonu od mechanistických představ lidského organismu a jeho porušených funkcí... Do popředí zájmu se dostávají otázky po smyslu existence, které byly ještě nedávno považovány za neslučitelné s vědeckým světovým názorem. V antropologicky orientované medicíně je pocíťována naléhavá potřeba pravdivého obrazu člověka, který by v sobě zahrnoval nejen biologické a psychosociální zákonitosti, ale též spirituální dimenzi lidské bytosti, včetně jejích transcendentálních cílů.“⁹⁸

⁹⁸ VORLÍČEK, J. *Paliativní medicína*, s. 449.

4 EUTANÁZIE

V této kapitole mi půjde především o konfrontaci paliativní péče s eutanázií, ze které pak vyvstává význam sociální práce v paliativní péči, jenž bude podrobněji popsán v kapitole páté.

„V kontextu úvah o umírání a smrti se nelze vyhnout problematice eutanázie, která má právě tak mnoho horlivých zastánců, jako i důsledných odpůrců.“⁹⁹

Nemůžeme tvrdit, že by se dříve o eutanazii nemluvílo, ale přeci jen v dnešní době diskuze (často vedená v emotivní rovině) nad otázkami ukončování života velmi vystupuje do popředí jak v kruzích odborných, tak i na úrovni celospolečenské. Důvodů je hned několik:

Vědecké pokroky spolu s rozvojem technických vymožeností vedou v lékařství k dříve netušeným úspěchům. Munzarová uvádí, že dnes je možno jako nikdy dříve zachraňovat a prodlužovat životy, které by dříve byly odsouzeny k zániku. Což má i své stinné stránky. V mnoha případech dochází k tomu, že život přetrvává, ale současně je vnímán jako obrovská zátěž jak pro nemocné, tak pro jejich blízké, kteří trpí pohledem na ně často více nežli oni sami.¹⁰⁰

Dalším avšak ne posledním důvodem je nepochybně větší respekt společnosti k autonomii jednotlivce. Kdo jiný lépe zná své vlastní zájmy, přání, hodnoty a ideály než on sám? Má někdo jiný právo rozhodovat o své smrti, než on sám?

S tím vším pak souvisí pojetí a vnímání hodnoty a smyslu života v sekularizované společnosti. Kult zdraví, krásy, úspěšnosti a užitečnosti je to, co je uznáváno a na druhé straně být nemocný znamená být nehodnotný, být umírající znamená být „zbytečně trpící“ a „ekonomicky náročný“. Maximalizace úspěchu, mentalita rekordů, mediální závislost, vyhraněný liberalismus a účelová interpretace „*práva na zdraví*“, a tedy i šťastný život, vytvářejí prostředí, ve kterém se eutanázie může jevit jako „*sociální blaho*“. Potřeba odhalování elegantně eticky zabalených argumentů o nekvalitním nebo zbytečném životě některých lidí je namístě. Každý těžce nemocný pacient musí mít důvěru a jistotu,

⁹⁹ HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie, nauka o umírání a smrti*, s. 119.

¹⁰⁰ Srov. MUNZAROVÁ, M. *Eutanazie, nebo paliativní péče?* s. 11.

že jeho život nebude obětován pseudosociálním a ekonomickým zájmům společnosti.¹⁰¹

I když je člověk nevléčitelně nemocný a i když je jeho nemoc klasifikována jako smrtelná, vždy může nastat překvapivý zvrat. Kdo z lékařů, zdravotníků i laiků jen jednou zažil, že nemocný, jak se lidově říká, *utekl hrobníkovi z lopaty*, bude v posuzování případné eutanázie nutně velmi opatrný.¹⁰²

4.1 ZÁKLADNÍ TERMINOLOGIE A DEFINICE EUTANÁZIE

Eutanázie je slovo starořeckého původu (*eu* = krásný, *thanatos* = smrt). Tedy **krásná smrt**. Někdy se setkáváme rovněž s pojmem **dobrá smrt**.¹⁰³ Ekvivalentem dobré smrti je lehká, popřípadě krásná smrt, tedy taková, která přichází po dlouhém spokojeném životě, rychle, bezbolestně, anebo ve spánku. Dnes se však pojmem eutanázie nejčastěji rozumí **smrt z milosti** (z milosrdenství, z útrpnosti) a eutanázie je spojována s aktem, který vykoná lékař u nevléčitelně nemocného člověka, který trpí nesnesitelnými bolestmi a provádí ho na jeho vlastní, svobodnou a zvažovanou žádost.¹⁰⁴

Často citovanou a používanou definicí eutanázie je *úmyslné ukončení života člověka někým jiným než člověkem samotným (tj. lékařem), na jeho vlastní žádost*. Tato definice však omezuje eutanázii pouze na tzv. aktivně vyžádanou eutanázii, jak ji nazývala dřívější terminologie. Což plně nevystihuje její „možnosti“. Dle Munzarové je velmi žádoucí do této definice zahrnout i úmysl zabít tím, že nezasáhnu. Definice by pak zněla: *Eutanázie je úmyslné ukončení života člověka, ať již aktivním nebo pasivním způsobem, někým jiným než člověkem samotným (tj. lékařem), na jeho vlastní žádost*. Mnohem více by takto odpovídala logice mravního posuzování skutků dle úmyslu jednajícího.¹⁰⁵

Nyní si přiblížíme jednotlivé termíny vztahující se k eutanázii.

¹⁰¹ Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie nauka o umírání a smrti*, s. 154.

¹⁰² Srov. tamtéž, s. 157.

¹⁰³ Srov. IVANOVÁ, K. *Etika pro pracovníky ve zdravotnictví*, s. 23.

¹⁰⁴ Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie nauka o umírání a smrti*, s. 120.

¹⁰⁵ Srov. MUNZAROVÁ, M. *Eutanazie, nebo paliativní péče?* s. 48.

- **Eutanázie nevyžádaná** je jednou z variant aktivní eutanazie, kdy nemocný není schopen *předepsaným* způsobem požádat o ukončení života. Předpokládá se však, že kdyby mohl, s eutanázií by souhlasil. Jedná se tedy o eutanázií nevyžádanou, ale *v zásadě chtěnou*. Další variantou je pak eutanázie nejen nevyžádaná, ale i nechtěná. Těžko se dá doložit, zda si eutanázií nemocný skutečně přál nebo ne, proto hovoříme *o eutanázií nedobrovolné*.
- **Eutanázie pasivní** koresponduje s přerušением léčby, odepřením dalších léčebných postupů a činností, které by nemocného neúměrně zatěžovaly a prodlužovaly by tak jeho utrpení (*strategie odkloněné stříkačky*). V současné době nejsou definována kritéria, která by stanovila, kdy se tak může stát.
- **Dystanázie** bývá vykládána jako zadržaná smrt. Typickým příkladem dystanázie jsou nevléčitelně nemocní lidé připojení na spoustu přístrojů, které nahrazují funkce organismu a tím dochází k zadržování smrti pacienta. Stále se vedou diskuse o tom, kdy nastal vhodný čas na odpojení od přístrojů. Existují však jasná pravidla pro tento úkon, která jsou používána a dále se precizují. Dalším příkladem může být opakované resuscitování nevléčitelně nemocných.
- **Asistovaná sebevražda** je zvláštní formou eutanázie. Někdy se o ní mluví jako *o návodu na vysvobození*. Nemocný, který si přeje zemřít, strádá bolestmi, je nevléčitelně nemocný a má beznadějnou prognózu, žádá lékaře o pomoc, radu či nějaký prostředek, aby svůj odchod zrealizoval. Akt ukončení života činí sám pacient za asistence lékaře.
- **Prenatální eutanázie** je velmi diskutabilní pojem označující interrupce ze sociálních důvodů. Odborníky bývá odmítána s opodstatněnými argumenty, že nechtěné dítě není nemocné, netrpí nesnesitelnými bolestmi a o neblahé prognóze nelze mluvit. Nenarozené dítě také pochopitelně nežádá a ani nemůže žádat o milosrdnou smrt. Dítěti je tak upíráno nejzákladnější právo, *právo na život*, které by si jistě zvolilo, kdyby o sobě mohlo rozhodnout.
- **Sociální eutanázie** - tento pojem se u nás používá jen zřídka a jeho obsah není prakticky reflektován. Bylo by žádoucí, aby se dostalo každému nemocnému kdykoliv a kdekoliv takové léčby a péče, která odpovídá nejnovějším poznatkům vědy a medicíny. Prakticky se však pacientům dostává redukované péče

s ohledem na *omezené ekonomické, geografické a vzdělanostní zdroje*. Problém je složitý a koresponduje s alokací (s přidělováním omezených) zdrojů.¹⁰⁶

„Ať již je terminologické vymezení jednotlivých forem eutanatického ukončení života jakékoliv, vždy se jedná o aktivní způsob (i neaktivita je aktivita svého druhu).“¹⁰⁷

4.2 EUTANÁZIE Z POHLEDU HISTORIE

K historii eutanázie by se dalo napsat mnoho a mnoho již také napsáno je. My se jí budeme moci věnovat s ohledem na rozsah a záměr této práce pouze velmi stručně. Krátce se zmíníme o myšlení starověkých filozofů, jež bývá připomínáno nejčastěji. To, co my dnes nazýváme eutanazií, pro klasické národy nutně neznamenovalo skutek nebo metodu usmrcení nebo urychlení smrti. Důležité bylo, aby člověk umíral *dobrou smrtí*, ve vyrovnaném stavu mysli, v klidu a za sebekontroly. Snad tehdy bylo možné i zkrátit lidský život proto, aby došlo ke smrti s uvedenými vlastnostmi. Představa dobré smrti tedy nebyla kladena pouze do souvislosti s lékařstvím a rovněž zde nebyla vazba, v dnešní době negativně vnímána, s vraždou.¹⁰⁸

Následovníci Pythagora s eutanazií zásadně nesouhlasili z náboženských důvodů a apelovali na respekt k lidskému životu. *Sokratův* názor na smrt byl pravděpodobně ovlivněn předjímáním jeho vlastní smrti. Strach ze smrti považoval za nemoudrý, neboť smrt je pouze bezesným spánkem, z něhož se buď nevzbudíme, a pak není důvod se bát, anebo budeme přeneseni tam, kde se setkáme s těmi, kteří nás předešli, a to je pak spíše důvodem k radosti. Skálopevně byl přesvědčen, že nic nemůže v životě ani po smrti ublížit dobrému člověku. *Platon* na sebevraždu pohlížel v zásadě negativně, v případě těžké nemoci by však v některých případech ukončení života schvaloval. *Aristoteles* vnímal eutanázii jako odsouzeníhodnou a to nejen proto, že předčasně zbavuje společnost (stát) svých členů, ale rovněž proto, že takovýto počin je ukvapeností a zbabělostí.

¹⁰⁶ Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologi, nauka o umírání a smrti*, s. 120 - 122.

¹⁰⁷ HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie, nauka o umírání a smrti*, s. 121.

¹⁰⁸ Srov. MUNZAROVÁ, M. *Eutanazie, nebo paliativní péče?* s. 25.

Umírání v odvaze, ale ne poddání se smrti i v případě terminální, vyčerpávající a bolestné choroby, je významným mravním testem ctnostného člověka. *Stoikové* připouštěli možnost volit za určitých okolností eutanazii, ale vyžadovali jistotu, aby nebyla schvalována jen díky impulzivním přáním uniknout povinností života. V *Hippokratově přísaze* čteme: *Nepodám nikomu smrtící látku, i kdyby ji ode mne žádal, a nikomu tuto možnost nenavrhnou.* Tento i jiné výroky obsažené v přísaze svědčí o tom, že jejím autorem musel být někdo, kdo byl stoupencem pythagorejců. Je nesmírně zajímavé, že právě tyto přístupy převážily nade všemi ostatními, staly se základem lékařských kodexů následujících století a přetrvávají dodnes, tak jako tomu je např. v Etickém kodexu České lékařské komory, kde je zakotveno: *eutanázie a asistované suicidium jsou nepřípustné.*¹⁰⁹

4.3 EUTANÁZIE Z HLEDISKA DNEŠNÍCH ZASTÁNCŮ

V dnešní době na mnoha místech světa vznikají hnutí pro eutanazii (u jejichž zrodu jistě často stálo nepřijetí smrti a její neustálé, často i bolestné oddalování) eufemisticky (z řeckého *eu-fémi* - mluvit v dobrém = je zlehčování, zjemňování, příkrášlující pojmenování špatné nebo nepříjemné skutečnosti) nazývaná hnutími „*za právo zemřít s důstojností*“. Jsou i země (např. Nizozemí, Belgie, Oregon, Švýcarsko), kde je úmyslné ukončování života nemocných lékařem nebo za jeho asistence *tolerováno a netrestáno.*¹¹⁰

Ti, kteří došli k názoru bezpodmínečného ANO eutanázii, se často odvolávají *na humanitu, lidskou důstojnost a autonomii každého jednotlivce* a žijí přesvědčení, že určitá forma legalizace eutanázie ochrání před nesnesitelnými bolestmi, dalším utrpením a nesmyslným prodlužováním procesu umírání.¹¹¹

Příčin, které vedou k akceptaci a přijetí eutanázie, je mnoho a často vycházejí z osobních zkušeností lidí s umíráním v nemocnicích, LDN, domovech pro seniory a jiných ústavech, kde se stali svědky umírání svého blízkého člověka, které postrádalo projevů lidskosti a důstojnosti. Umírajícího nemohli svojí

¹⁰⁹ Srov. MUNZAROVÁ, M. *Eutanázie, nebo paliativní péče?* s. 25 – 27.

¹¹⁰ Srov. tamtéž, s. 11.

¹¹¹ Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie, nauka o umírání a smrti,* s. 157.

přítomností doprovázet a on byl sám, nebo s dalšími umírajícími cizími lidmi za zavřenými dveřmi, nařikal bolestí a nedostávalo se mu potřebné péče. Není divu, že člověk, se kterým by bylo v posledních chvílích života takto nakládáno, raději zvolí pro něj důstojnější a lehčí odchod ze života – eutanázii a také jeho blízcí ze strachu, že jednou taky tak budou trpět, se zasadí o to, aby byla eutanazie povolena. Lidé mají také často *obavy ze ztráty soběstačnosti*. Představa, že se nebudou moci umýt, najíst, dojít si na toaletu, je pro ně tak děsivá, že za těchto podmínek nechtějí dále žít. V neposlední řadě je to i přání *nebýt druhým na obtíž*. A takto bychom mohli ve výčtu pokračovat.¹¹²

Zastánci eutanázie často

- **argumentují** právem na důstojnou smrt, právem nemocného zemřít, právem na svobodné rozhodnutí, sebeurčení a vlastní autonomii,
- **poukazují na** ztrátu soběstačnosti, sebeúcty a důstojnosti nemocného, na špatnou kvalitu života,
- **zdůrazňují** dopady sociálního vyloučení na psychiku nemocného, který je upoutaný na lůžko,
- **přirovnávají** eutanázii k interrupcím,
- **ukazují** na země, kde je eutanázie již praktikovaná,
- **udávají**, že eutanázie by byla umožněna pouze nevléčitelně nemocným lidem a to zásadně s jejich souhlasem, případně se souhlasem nejbližší rodiny, že není možné její zneužití,
- **uveřejňují případy**, kdy v zoufalých situacích bylo po eutanázii voláno, nebo byla vykonána.¹¹³

Právní úpravy týkající se eutanázie mají formulována kritéria a podmínky pro její použití tak, aby byla beztrestná. Např. v Holandsku to jsou:

- Člověk, který o eutanázii žádá je nevléčitelně nemocný, trpí nesnesitelnými bolestmi, mentálně i fyzicky a není naděje na zlepšení.

¹¹² Srov. portál www.umirani.cz, [online], dostupné na: <http://www.umirani.cz/detail-clanek/smrt-z-rukou-lekaru-umoznily-jen-tri-zeme.html>.

¹¹³ Srov. IVANOVA, K. *Etika pro pracovníky ve zdravotnictví*, s. 25.

- Nemocný vědomě, trvale, vážně, opakovaně a dobrovolně žádá o tento čin a o jeho přání není pochybností.
- Diagnóza byla jednoznačně prokázána, choroba je jednoznačně nepříznivá, byly vyčerpány všechny lékařské možnosti, které popř. nemocný odmítal.
- Eutanázie musí být tedy posledním možným opatřením, když byly vzaty v úvahu a hledány všechny alternativy ke zmírnění pacientovi situace.
- Eutanázii provádí lékař, který však k takovému činu nemá být nucen.
- Lékař případ konzultuje s nezávislým lékařem znalým této problematiky.

Dále je třeba splnit další podmínky, jako je např. plná informovanost pacienta, vedení a uchovávání dokumentace, povinnost informovat policii, atd.¹¹⁴

4.3.1 Zastánci eutanázie v České republice

„Eutanázie v současném pojetí práva ČR představuje závažný, společensky nebezpečný trestný čin, a to ať je prováděna v jakékoliv formě a z jakéhokoli důvodu, a je kvalifikována jako trestný čin vraždy, příp. trestný čin napomáhání sebevraždě.“¹¹⁵

Přesto byly a jsou i u nás činěny určité kroky směřující k jisté formě její legalizace, o čemž svědčí např. návrh nového československého zákona z roku 1926, kdy měl být trest za provedení eutanázie snížen, či od něj upuštěno a další návrh z roku 1937, kdy měla být eutanázie pouze přečinem. Ani jeden návrh nebyl schválen.¹¹⁶

V roce 1996 se objevila zpráva o iniciativním návrhu tehdejšího ministra spravedlnosti na zákonné zavedení podmínek, „*za nichž by byla eutanazie neboli usmrcení nevyléčitelně nemocného člověka, které provede lékař, beztrestná*“, čímž vlastně doporučoval převzít holandský model. Šokovaná tehdy byla laická jako i nepřipravená odborná veřejnost.¹¹⁷

¹¹⁴ Srov. IVANOVÁ, K. *Etika pro pracovníky ve zdravotnictví*, s. 27 – 28.

¹¹⁵ IVANOVÁ, K. *Etika pro pracovníky ve zdravotnictví*, s. 26.

¹¹⁶ Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie, nauka o umírání a smrti*, s. 132 - 133.

¹¹⁷ Srov. tamtéž, s. 133.

Dnes již na naší politické scéně končící liberálové, od roku 2002 vystupující jako Liberální reformní strana (LiRA), stáli za pokusem o prosazení eutanázie do legislativy ČR, kdy v roce 2005 Poslanecká sněmovna parlamentu ČR schválila novelu trestního zákona, *podle které je sice eutanazie nadále trestným činem, ale s výrazně sníženou trestní sazbou, která obsahuje i nulovou variantu, tedy beztrestnost*. Novela tehdy neprošla senátem ani ji nepodepsal prezident.¹¹⁸

22. dubna 2009 byl na internetových stránkách www.eutanazie-dobrasmrť.cz, se kterou je velmi úzce spojen Hamerský (u nás snad nejvýraznější zastánce eutanázie), zveřejněn II. návrh zákona *o důstojné smrti*, jehož znění dávám pro ilustraci do příloh této práce (příloha V).

4.4 EUTANÁZIE Z POHLEDU KRITICKÉHO POSTOJE K NÍ

Na předchozích stránkách jsem se věnovala mimo jiné postojům a názorům zastánců eutanázie. Nyní je na místě podívat se na eutanazii z pohledu kritického postoje vůči ní. Nebudu však vyjmenovávat jednotlivé argumenty, proč eutanázii NE, jak je již známe z odborně vědecké, náboženské či populární literatury, ale také např. z médií. Mým cílem nyní bude poukázat na určité konkrétní komentáře, postoje a stanoviska, přičemž budeme mít na paměti, že stejně jako tato práce svým rozsahem nemůže obsáhnout vše, co eutanázii přitakává, stejně tak následující text neobsáhne vše, co se staví k eutanázii negativně.

- Celá problematika etického a mravního dilematu, k němuž otázka eutanázie bezpochyby patří, je velmi složitá a často velmi emotivně podložená a prezentovaná.
- Člověk má jakožto osoba nezcizitelnou důstojnost, je obdařen svobodou a odpovědností, je schopný morálně dobrých činů, jejichž soudcem je jeho správně formované svědomí (*rozumový soud, který s přihlédnutím ke všem okolnostem udává, co je tady a teď morálně správné konat*).¹¹⁹

¹¹⁸ Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie, nauka o umírání a smrti* s. 133.

¹¹⁹ Srov. MACHULA, T. Sebeurčení a autonomie jedince. In FISCHER, O, MILFAIT, R. et al. *Etika pro sociální práci*, s. 137 – 139.

▪ Na druhou stranu nás svoboda a odpovědnost mohou dovést i k páčání zla, což je nám také natolik zřejmé, že to nemusíme nijak dokazovat. Etika není jen vědou, je i uměním, je schopností rozlišit dobré od zlého. Tento základní přístup je pak ve zdravotnictví o to více komplikován, že zde existuje více variant širokých kategorií, tedy *dobro proti zlu, lepší proti horšímu, dobro proti dobru a také konflikty optimální alokace*.¹²⁰

▪ Zastánci eutanázie jen velmi neradi slyší o jakémkoliv spojování eutanázie se zločinnou praxí za nacistických dob, kdy nacistická propaganda dokázala ve velmi krátkém čase dokonale zvrátit veřejné mínění i svědomí. Veřejně byla eutanázie obhajována metodami jako apel na soucit, svobodu, odpovědnost. V lékařském oboru se projevila rychlým úpadkem norem profesní etiky. Lékařská věda postupně stále více spolupracovala na hrůzných pokusech na lidech, ale také při masovém vyhlazování chronicky nemocných, narušitelů společnosti nebo nežádoucích osob z rasového či jiného ideologického hlediska.¹²¹ Když pak v průběhu Norimberského procesu (1947) vyšlo najevo zneužití medicíny, byla otřesena vším, co je možno páchat v rámci ideologie a zájmu „vědy“, především zdravotnická veřejnost. Vůči ideologii čisté nadřazené rasy nebyli tehdy imunní ani lékaři, ani zdravotní sestry.¹²² Leo Alexandr, poradce a pozorovatel Norimberského procesu s lékaři, řekl: „*Ať již tyto zločiny doznaly jakýchkoliv rozměrů, bylo všem, kteří je vyšetřovali, jasné, že vždy začínaly v nepatrných počátcích. Zprvu se jednalo o pouhý odklon od důrazu na základní postoj lékařů. Vše začínalo přijetím postoje, podstatným v akci eutanázie, že totiž existuje život nehodný života.*“¹²³ Nejen v této souvislosti se pak objevily požadavky zabývat se ve zvýšené míře lékařskou etikou, již je nade vše vlastní život chránit, ne jej ohrožovat či dokonce ničit.

▪ Lékařská věda a veškeré její technické pokroky jsou podřízeny člověku, který je jejich tvůrcem, a které vyrůstají buď ze základních lidských hodnot, a poté

¹²⁰ Srov. IVANOVÁ, K. *Etika pro pracovníky ve zdravotnictví*, s. 6.

¹²¹ Srov. MUNZAROVÁ, M. *Proč NE eutanazii*, s. 35 – 39.

¹²² Srov. IVANOVÁ, K. *Etika pro pracovníky ve zdravotnictví*, s. 49.

¹²³ MUNZAROVÁ, M. *Proč NE eutanazii*, s. 39 – 40.

člověku slouží, anebo se proti němu obrací. Dnešní medicína disponuje nespočtem poznatků, přístrojů, farmaceutických přípravků, které člověku umožňují **vzít svůj osud do vlastních rukou**, a zároveň jej tím také vystavují **pokoušení překročit hranice „rozumného počínání přírody“**.¹²⁴

- Nejvyšší lékařská autorita – **Světová lékařská asociace** (WMA - World Medical Association) opakovaně potvrzuje své pevné přesvědčení, že eutanázie je v konfliktu se základními etickými principy lékařské praxe, a to i tehdy, pokud by ji národní zákon povolil anebo za určitých podmínek dekriminlizoval. Lékařovo chování je podle WMA etické, jestliže v konečných stádiích nemoci upustí od léčby, jež by prodlužovala tělesné či duševní útrapy při umírání přičemž lékařská věda má dnes prostředky, kterými lze tlumit bolest a jiné trýznivé stavy.¹²⁵

- Usmrcení a nechání zemřít se z morálního hlediska navzájem liší, což lze demonstrovat v rovině příčiny smrti a úmyslu a motivace lékaře. Nechá-li se pacient zemřít, umírá na svou chorobu, je-li usmrcen, je příčinou smrti vnější zásah.¹²⁶ Otázka je, zda žádost člověka o eutanazii může být mravně ospravedlnitelná a zda má člověk právo, kohokoliv druhého (natož lékaře, jehož posláním je život chránit) žádat o vykonání eutanazie. Většina etiků a právníků, je toho názoru, že takové právo člověk nemá a tedy každý, kdo je o eutanazii požádán má právo takové žádosti nevyhovět.¹²⁷

- Výsledkem eutanazie je zabití pacienta, zatímco lékař přežívá, a je to právě on, který zabil. Jedná se o největší **selhání Hippokratova následovníka**, jehož se lze vůbec dopustit. Nikdy mu nemůže být omluvou, *že si to přál sám nemocný*, a to i kdyby se jednalo o naprostou výjimku – autonomní rozhodnutí kompetentního nemocného (přičemž jeho svobodu a dobrovolnost žádosti lze v naprosté většině případů zpochybnit).¹²⁸

¹²⁴ Srov. ANGELINY, F. Dnešní medicína a náš obraz člověka. In *Současná medicína a náš obraz člověka. Sborník příspěvků 8. Evropský kongres FEAMC*, s. 21.

¹²⁵ Srov. [online], dostupné na: <<http://www.internimedicina.cz/artkey/int-200805-0001.php>>.

¹²⁶ Srov. VIRT, G. *Žít až do konce*, s. 33.

¹²⁷ Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie nauka o umírání a smrti*, s. 142.

¹²⁸ Srov. MUNZAROVÁ, M. *Jednoznačné NE uzákonění eutanázie*, [online].

▪ Dnes již není neobvyklé, aby zástupci náboženských tradic vydávali prohlášení k aktuálním etickým otázkám. Za všechny pak nyní uvedu **Deklaraci o eutanazii BONA ET IURA**, která zaujímá jednoznačný postoj k eutanazii a jež je prohlášením Kongregace pro nauku víry z roku 1980. Její text je inspirován hlubokou touhou pomáhat lidem v souladu s plánem Stvořitele a k eutanazii říká: „Se vši rozhodností je třeba zdůraznit, že nic a nikdo nemůže žádným způsobem dopustit zabití nevinné lidské bytosti, ať je to plod nebo zárodek, dítě nebo dospělý, člověk starý nebo nevyléčitelně nemocný či umírající. Kromě toho není nikomu dovoleno žádat o tento akt zabití pro sebe nebo pro jiného člověka, který je svěřen do jeho péče, ba dokonce nikdo s takovým činem nesmí ani souhlasit. Žádná autorita nemůže takový čin legitimně nařídít ani dovolit. Eutanazie porušuje božský zákon, uráží důstojnost lidské osoby a je zločinem proti životu a proti lidstvu ... Prosby těžce nemocných lidí, kteří se dovolávají smrti, nelze chápat jako projev skutečné žádosti o eutanazii; jde totiž téměř vždy o dožadování se pomoci a lásky. To, co nemocný člověk kromě lékařské péče potřebuje, je láska a lidská i nadpřirozená vroucnost ducha, jíž může a má být obklopen ze strany všech, kteří jsou mu blízcí, ať už rodičů a dětí, či lékařů a ošetřovatelů.“¹²⁹

Jako příklad z českého prostředí pak můžeme uvést tyto dva dokumenty:

Společný pastýřský list biskupů Čech a Moravy k etickým otázkám týkajících se lidského života, který byl čten v neděli 26. října 2008 během bohoslužeb ve všech diecézích ČR a kde biskupové seznamují velmi stručně co nejširší okruh věřících s obsahem církevních dokumentů k těmto otázkám (plné znění v příloze VI).¹³⁰

Prohlášení církví a náboženských společností k problematice eutanazie a doprovázení umírajících (9. prosince 2005), v němž se praví: „V centru naší pozornosti je člověk a jeho život, který chápeme jako dar od Boha. Tento dar nezpochybnujeme ani ve chvíli nemoci a umírání... Lidská důstojnost je pro nás

¹²⁹ Srov. *Deklarace o eutanazii BONA ET IURA*.

¹³⁰ Srov. *Společný pastýřský list biskupů Čech a Moravy k etickým otázkám týkajících se lidského života*, [online], dostupné na: <<http://tisk.cirkev.cz/z-domova/spolecny-pastyrsky-list-biskupu.html>>.

zakotvena ve víře v Boha a v božský akt stvoření ... Plně soucítíme s člověkem, který trpí, a vnímáme utrpení jako obtížnou situaci nejen pro umírajícího, ale i pro jeho okolí. Současně však nesouhlasíme se snahou tuto situaci, která s sebou často nese pocity zoufalství, bezmoci a prázdna, odstranit usmrcením nemocného člověka pomocí smrtícího prostředku. To ovšem neznamená, že jsme pro udržování každého života za každou cenu. Uvědomujeme si konečnost lidského života i meze možností léčby ... je nepřijatelné, aby byl u někoho vytvářen pocit, že je již jen břemenem, a on se musel sám před sebou či před druhými omlouvat, že ještě vůbec žije. Taková zákonná úprava by také podkopávala důvěru vůči zdravotnímu personálu ... Eutanázii nepovažujeme za možnost volby ve výjimečných případech, ale za znevážení lidského života ... Paliativní medicína je schopna odstranit bolest nebo ji alespoň zmírnit na snesitelnou míru. Proto je třeba pro důstojné umírání zprostředkovat umírajícímu vědomí, že zůstává našim bližním, že není ponechán sám sobě a není opuštěn. Je důležité vytvořit mu rodinné prostředí, kde se cítí být doma, zasazen do osobních vztahů.¹³¹ (Plné znění dokumentu viz příloha VII).

▪ Na závěr této části budu citovat Studenta, který se zabývá mimo jiné i etickými aspekty v sociální práci s nevléčitelně nemocnými, umírajícími lidmi a jejich blízkými, a který má k problematice eutanazie takto celostně formulovaný kritický postoj.

„V náboženském ohledu se v otázce eutanazie poukazuje na Boha jako Pána nad životem a smrtí (zákaz zabíjení v Dekalogu), z racionálního pohledu na možnost omylu (přání usmrtit je zvrátitelné, usmrcení je nezvratné), ze sociálně psychologického hlediska na nebezpečí manipulace s touhou po smrti (skupinový a finanční nátlak), v sociologickém ohledu na snížený práh zábran (teze protržené přehrady), z etické perspektivy na zhodnocení, i když podvědomé, kvality života stojící či nestojící za žití, z hospicového pohledu je třeba dodatečně uvážit ztrátu důvěry (ujištění o doprovázení namísto usmrcení) a z profesionálního úhlu

¹³¹ Srov. *Prohlášení církvi a náboženských společností k problematice eutanazie a doprovázení umírajících.*

pohledu konfuzi pomocného vztahu (pomáhající životu versus usmrcující). Velmi zřídka bývá následně bráno v úvahu, že přání být usmrcen by musel někdo vykonat, což v žádném případě nemůže být přikázáno proti přesvědčení zúčastněných lidí, aniž by to nezasáhlo jejich důstojnost.¹³²

4.5 POHLED PALIATIVNÍ PÉČE NA EUTANÁZII

Paliativní péči je věnována druhá kapitola mé práce, na tomto místě se k ní však vrátím, a to s ohledem na její postoj k eutanazii, který je pro nás velmi podstatný. Žádná forma eutanazie není zahrnuta do žádné definice paliativní péče. Odmítne-li pacient léčbu, kterou vnímá jako již nadměrně zatěžující a pro něj dále nesmyslnou, neznámá to, když mu lékař vyhoví, že se jedná o eutanazii.

Ráda bych zde citovala slova Virta z jeho knihy *Žít až do konce*, kde se věnuje etice umírání, smrti a eutanazie.

„Při paliativní medicíně jde v první řadě o dostatečnou a výraznou kontrolu bolesti a příznaků. Ale i když se dnes všude tam, kde se praxe řídí nejlepšími standardy, daří mírnit fyzické bolesti, nesplnila by tím ještě paliativní medicína svůj úkol. Zvláště důležité je neopouštět pacienta s jeho otázkami a úzkostmi, ale otevřeně a pravdivě s ním komunikovat o všem, co má na srdci. Právě tak je důležité mít na zřeteli nejen psychické, sociální a duchovní potřeby pacienta, ale i jeho rodinných příslušníků. Jen tak je možno zaručit, že se středem lékařského a ošetrovatelského úsilí nestanou pouze pacientovy orgány a jejich funkce, nýbrž pacient sám jako lidská osoba. Cílem jak pravdivé, tak empatické komunikace je pomoci pacientovi, aby přijal neodvratitelné utrpení a smrt jako součást svého života. Paliativní medicína doprovází nemocného všemi fázemi procesu umírání, jak je popsali psychologové. Tímto doprovázením se umírání neprodlužuje ani neurychluje. Přijetí vlastního umírání, při němž paliativní medicína zmírňuje utrpení, je v rozporu s násilnou pomocí k ukončení života. Paliativní medicína znamená jednoznačné odmítnutí eutanazie.“¹³³

¹³² STUDENT, J. Ch. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*, s. 133.

¹³³ VIRT, G. *Žít až do konce*, s. 36 – 37.

5 VÝZNAM SOCIÁLNÍ PRÁCE V PALIATIVNÍ PÉČI

Význam sociální práce v paliativní péči budu v této závěrečné kapitole demonstrovat na základě obsahu čtyř kapitol předchozích.

„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.“¹³⁴ Sociální fungování pak můžeme definovat jako „schopnost lidí provádět úkony denního života a angažovat se ve vztazích k jiným lidem způsobem, který je uspokojivý jak pro ně samé, tak pro druhé.“¹³⁵ Sociální fungování člověka, jako příjemce paliativní péče, je pak ovlivněno a znesnadněno povahou jeho nemoci omezující samotnou délku života, která zasahuje do jeho společenské role, statusu a do všech úrovní mezilidských vztahů se společností, především pak do interakce v rámci vztahů s nejbližšími – tedy rodinou. Nemoc vyřazuje člověka z řady aktivit, vztahů a výkonů dříve uznávaných jeho okolím. Nemocný se stále více dostává do role toho, který potřebuje pomoc druhých lidí, na které se postupně stává závislým a přejímá podřízenou roli, bez ohledu na to v jakém postavení ve společnosti byl dříve.¹³⁶

Sociální práce v paliativní péči má dvě roviny:

První, užší z nich, se týká nemocného a jeho konkrétních problémů, přičemž nesmí zapomenout na skutečnost, že zde primární příčinu – nemoc – nebude moci nikdy změnit ani odstranit. Největší a nejtěžší změna, ke které by měl klienta sociální pracovník ve spolupráci s interdisciplinárním týmem přivést, je přijmout život ohrožující nemoc jako součást života.

Druhá a širší oblast sociální práce v paliativní péči, se týká působení ve společnosti, kdy je ve vztahu k nevléčitelně nemocným a umírajícím lidem představována snahou o prosazení legislativních změn a zrychlení

¹³⁴ NAVRÁTIL, P. Vybrané teorie sociální práce. In. MATOUŠEK, O, et al. *Základy sociální práce*, s. 184.

¹³⁵ Tamtéž, s. 185.

¹³⁶ Srov. DOSTÁLOVÁ, O. ŠIKLOVÁ, J. Sociální práce v paliativní péči. In. VORLÍČEK, et al. *Paliativní medicína*, s. 488.

administrativních úkonů, a podílením se na vzdělávacích aktivitách pro odbornou i laickou veřejnost, jejichž tématy je přístup k těžce nemocným a umírajícím lidem a jejich nejbližším, vhodná komunikace s nimi a porozumění určitému chování.¹³⁷

Jak jsem již uvedla v úvodu první kapitoly, umírající a jejich nejbližší (ať již v době, kdy doprovází svého blízkého procesem umírání, tak i v době zármutku) netvoří *klasickou marginalizovanou skupinu*, označující mnohé příjemce sociální práce, přesto však jsou často přehlíženi, odsouváni stranou, izolováni a zanedbáváni. Jedná se tedy přeci jen o určitý proces marginalizace, třebaže ne tolik v socioekonomickém, ale spíše v psychosociálním, rodinném a sociokulturním smyslu.¹³⁸

Odborná sociální práce vhodná pro oblast paliativní péče s celostní bio – psycho - sociální a spirituální perspektivou a její univerzálností způsobu práce a zásadně zohledňující celou osobu v jejím životě a životní situaci má samozřejmě také své specifické metody a profesionální kompetence, jichž je třeba využít k doprovázení a podpoře všech zasažených lidí, aby mohli důstojně a v relativně dobrém zdraví prožít poslední a nejtěžší fázi života svého, nebo jejich blízkého.¹³⁹

Těžkosti spojené s přístupem k umírání, truchlení a smrti, popsané v první kapitole, jsou bezpochybně ve všech svých aspektech závažné z hlediska sociální práce s umírajícími tak i s jeho nejbližšími. Mezi ty nejpalčivější, avšak ne jediné, můžeme zahrnout:

- zkušenost osamocení a izolace,
- psychická zátěž v mezní situaci,
- existenciální krize smyslu,
- zkušenost ztráty (osoby, vztahu, životní perspektivy),
- rozbití domnělých jistot a společenská tabu.¹⁴⁰

¹³⁷ Srov. DOSTÁLOVÁ, O. ŠIKLOVÁ, J. Sociální práce v paliativní péči. In. VORLÍČEK, et al. *Paliativní medicína*, s. 488.

¹³⁸ Srov. STUDENT, J. CH. et al. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*, s. 33.

¹³⁹ Srov. tamtéž, s. 33.

¹⁴⁰ Srov. tamtéž, s. 32.

Sociální podpora je důležitým faktorem pro zvládnutí těžkého životního období v procesu umírání. Zdrojem sociální podpory je nemocnému jednak často zmiňovaná rodina, tak i kontakty mimo ni. Sociální kontakty umožňují výměnu informací, redukuje pocity samoty a izolace. Pacienti, kteří mají kontakty s druhými, je možné lépe zapojit do širších aktivit. Nefunguje-li však *přirozená* sociální síť, je na místě odborná sociální práce poskytovaná v rámci paliativní péče, která bývá zvláště významná pro ty, kteří právě dostatek podpory od rodiny a blízkých přátel nemají.¹⁴¹

Mezi teoreticky fundované principy sociální práce, využitelné v paliativní péči, jak jsme si ji přiblížili ve druhé kapitole, a nyní s ohledem na výše popsané problémy tak patří:

- zamezení exkluze / podpora inkluze jako základní funkce,
- uschopnění jako vůdčí perspektiva,
- zvládání života a sociální integrace jako životní úkol,
- životní přechody jako problémové zóny,
- podpora zdraví jako koncept salutogeneze - procesu vedoucího k uzdravení,
- zpracování problémů vybavení, sdílení a moci,
- organizování života jako práce.¹⁴²

Na rozdíl od sociální politiky se sociální práce nezaměřuje přímo na sociální a strukturální problémy (životní pozice), nýbrž na konkrétní praktické okolnosti (životní situace), které může ovlivnit. Každý člověk je stavěn před úkoly spojené se zvládáním života v jeho rozmanitých požadavcích i fázích a z hlediska společnosti je pak buď podporován a přijímán, nebo naopak zrazován a odmítán. Zde pak má sociální práce také svůj význam.¹⁴³

¹⁴¹ Srov. BOLELOUCKÝ, Z. Psychiatrie a lékařská psychologie v paliativní péči. In. VORLÍČEK, J. *Paliativní medicína*, s. 356.

¹⁴² Srov. STUDENT, J. CH. et al. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*, s. 33.

¹⁴³ Srov. tamtéž, s. 34 - 35.

Nyní si přiblížíme role „klinických“ sociálních pracovníků, jak je uvádí Rachele Dorfman, a které Student přejímá jako přicházející v úvahu i pro sociální práci v paliativní (hospicové) oblasti, čímž nám přibližuje také poslání a jednotlivé úkoly sociálního pracovníka v rámci interdisciplinárního týmu v paliativní péči:

- jednatel, zprostředkovatel zdrojů,
- přímluvce, obhájce,
- pomocník při osobním rozvoji,
- pomocník při realizování nevyužitých schopností klientů,
- organizátor péče,
- rádce a „zpovědník“,
- zprostředkovatel při konfliktech,
- strategický poradce,
- a výzkumný pracovník.¹⁴⁴

Tyto uvedené role mohou specificky velmi přispívat ke zpracování závažných okolností vyvolaných procesem umírání a smutku a jejichž základ umožňuje a slibuje další vývoj odborné sociální činnosti v rámci poskytování paliativní péče.¹⁴⁵

Na základě výstupů z výzkumu projektu rozvoje paliativní péče v ČR (viz podkapitola 2.5.1), který mimo jiné zjistil nespokojenost veřejnosti se současným stavem péče o umírající a hrubý rozpor mezi preferencemi veřejnosti a současným stavem, kdy si většina z nás nepřeje zemřít v instituci jak zdravotní, tak sociální, ale naopak ve svém přirozeném prostředí, staví sociální práci i v rámci paliativní péče rovněž před významný úkol a poslání v péči o nemocného a jeho rodinu. Sociální pracovník podporuje rodinu v péči o svého blízkého (poradenstvím, půjčováním pomůcek, usnadňujících péči o nemocného v domácím prostředí, doporučením vhodných postupů, pomocí při řešení konfliktů a jiných problémů, s finančním zabezpečením, kdy pomáhá rodině podávat žádosti o potřebné příspěvky, atd.)

¹⁴⁴ Srov. STUDENT, J. CH. et al. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*, s. 35.

¹⁴⁵ Srov. tamtéž, s. 35.

„V každém případě se však sociální pracovník jednoznačně a rozhodně postaví za pacienta, pokud zjistí, že se o něj rodina nestará, jen využívá jeho finančních prostředků a přitom zabraňuje, aby se použily k péči o pacienta. To je krajní situace a tehdy sociální pracovník bude postupovat velmi tvrdě a nesmlouvavě proti takovým tendencím a jednoznačně se postaví za pacienta.“¹⁴⁶ Tato úloha a postoj pak budou ještě o to více zřejmé a významné v konfrontaci s eutanázií, kdy právě od rodiny, ale také např. společnosti i lékaře, může být vnímán neúnosný tlak na nemocného.

Lékařská profese, které je věnována třetí kapitola, zaujímá nepochybně velmi podstatné místo v paliativní péči o těžce nevléčitelně nemocného člověka a jsem přesvědčena, že je spolu s odbornou sociální prací velmi úzce a vzájemně provázána. Partnerský vztah a důsledně nedirektivní přístup jsou zřejmě tím, čeho si nemocní a jejich blízcí v rámci poskytování paliativní péče cení nejvíce. Týmová spolupráce zahrnující i nemocného a jeho rodinu je nezbytná.¹⁴⁷

Velmi podstatné je, že od paternalistického přístupu je v paliativní péči téměř vždy upuštěno a je tak co možná nejvíce respektováno přání nemocného a jeho rodiny. Velmi je tím přispěno ke vzájemné důvěře nejen mezi pacientem a lékařem. Nanejvýš důležité je, aby byl pacient na základě vzájemné důvěry jak jen to je možné, plně, citlivě a ohleduplně informovaný o své nemoci a prognóze. V opačném případě, kdy by takto citlivě lékař nejednal, ztížil by a často i na dlouhou dobu znemožnil další sociální práci s nemocným i jeho rodinou, jak jsem blíže vysvětlila v již výše zmiňované třetí kapitole.

Názorům a postojům, které buď eutanázii obhajují anebo naopak odmítají, jsem se věnovala ve čtvrté kapitole. Ráda bych se však nyní zamyslela nad tím, proč jsou lidé včetně pečujících, ochotni umírající lidi přímo či nepřímo usmrtit, ačkoliv existují možnosti účinné pomoci (kterou paliativní péče umožňuje, či spíše a přesněji řečeno garantuje). Student udává, že se tato *ochota* nedá vysvětlit

¹⁴⁶ Srov. DOSTÁLOVÁ, O. ŠIKLOVÁ, J. Sociální práce v paliativní péči.
In. VORLÍČEK, et al. *Paliativní medicína*, s. 494.

¹⁴⁷ Srov. SVATOŠOVÁ, M. Hospicové hnutí ve světě a u nás,
In. VORLÍČEK, J. et al. *Paliativní medicína*, s. 514.

pouze nedostatkem znalostí a schopností. Přivádí nás spíše k uvědomění si vlastní smrtelnosti, ke strachu před smrtí. Rituály lidem dříve napomáhali lépe tento strach zvládnout, dnes je bohužel více viditelná strategie – *vytlačování smrtelnosti* z vědomí – a s tím spojené vytlačování umírajících a truchlících lidí z veřejnosti. Což má pak za následek při setkání se smrtí tváří v tvář útěkové a agresivní tendence. Není-li k dispozici žádná možnost, jak strach překonat, a ani realizace útěku či možnost vyhnouti se před tímto strachem není možná, volí se agresivní způsob, kdy se *smrtí* bojuje proti smrti. Přivodit předčasně smrt se tak stává posledním východiskem, jak uniknout vnučenému osudu.¹⁴⁸

Cicely Saundersová rozlišuje u touhy smrtelně nemocných lidí po eutanázii tři roviny, na kterých sociální pracovníci musejí hledat odpověď:

- první rovina jako komunikační motiv, tj. pocit osamělosti, kdy člověk chce hovořit o tématu umírání a společně o tom přemýšlet,
- druhá jako výraz neštěstí, kdy člověk nechce s momentálním stavem dále *takto* žít, např. kvůli tělesným nebo duševním potížím,
- teprve na třetí rovině a pouze ve výjimečných případech znamená tato touha skutečně - *zabij mě*.¹⁴⁹

Dobrá a systematická sociální práce v paliativní péči o těžce nemocné umírající pacienty, jakožto i o jejich nejbližší, může sehrát mimořádně přínosnou roli: nejen pro konkrétního nemocného, ale také pro veřejnost. Nemocnému taková péče umožní zemřít jak bez bolesti fyzické, psychické, spirituální tak i sociální a veřejnost nabude přesvědčení, že důstojný odchod ze života podmíněný odbornou péčí i laskavým doprovodem všech zúčastněných je vhodnějším řešením než volání po urgentních řešeních – tedy po eutanázii.

V každém případě je paliativní program péče považován za jedinou rozumnou a realizovatelnou alternativu eutanázie.¹⁵⁰

¹⁴⁸ Srov. STUDENT, J. CH. et al. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*, s. 80 - 81.

¹⁴⁹ Srov. tamtéž, s. 84.

¹⁵⁰ Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Umírání a smrt*.

In. VORLÍČEK, J. et al. *Paliativní medicína*, s. 447.

ZÁVĚR

Na základě výše zmíněných zkoumaných skutečností v rámci této bakalářské práce jsem dospěla k závěru, že paliativní péči se v dnešní společnosti, i přes všechny předsudky, právem dostává stále více uznání a pozornosti a že není v žádném rozporu se skutečnými potřebami umírajících a jejich nejbližších. Rovněž nelze v její souvislosti hovořit o konfliktu s etickými a bioetickými postoji spojenými s otázkami poskytování takto specializované, přesto v jistém slova smyslu univerzální péče o těžce nevléčitelně nemocného člověka. Což však neznamená, že by v rámci paliativní péče nebylo hledáno odpovědí na etické a bioetické otázky spojené např. s ukončením kurativní léčby, s aplikací bolest tišících léků, atd. V otázce etického dilematu, kterým eutanázie jistě je, je paliativní péče její jedinou rozumnou a realizovatelnou alternativou.

Budeme-li chtít dát tomuto přístupu velmi zobecňující charakter, uvedeme, že o nemocné a umírající lze buď velmi lidsky pečovat a to s nejvyšším možným ohledem na jejich bio – psycho - sociální a spirituální potřeby, nebo je pod rouškou *milosrdné smrti, falešného soucitu a voláním po důstojné smrti* zabíjet.

Víme, že každý život je jedinečný, jen smrt je stejná. Každou smrtí končí jedinečný život. Uvědomění si této přísné zákonitosti, až spravedlnosti, nás nutně vede k úvahám na téma smyslu bytí, jeho původu a cíle. Do budoucna si, tak pokládám otázku: Jak nejlépe, je možné předávat myšlenky paliativní péče dál, aby všude tam, kde lidé umírají, se jim dostávalo té nejlepší možné péče, aniž by kdy uvažovali o tom, zda existuje či neexistuje život, který není více hodný žití?

Na úplný závěr této mé bakalářské práce, která si kladla za cíl vymezení sociální práce v paliativní péči na základě konfrontace paliativní péče s eutanázií, bych zde ráda předala slovo paní Turkové, sociální pracovníci v Hospici sv. Jana N. Neumanna, která je mým velkým příkladem jak v životě osobním tak profesním.

„Když pomínu veškerou sociální agendu, která souvisí s přijetím pacienta, vynořuje se mi z mysli jedno důležité slovo a tím je naslouchání. Právě skrze naslouchání nejsnáze navazují s druhým člověkem kontakt. Když našim

pacientům a jejich blízkým naslouchám, vlastně je tím přijímám, oni vědí, že o ně stojím. S tím souvisí další slovo a tím je pozornost. Pochopila jsem, když druhý hovoří, že nemusíme dělat nic jiného než ho poslouchat, slyšet co říká a tím ho vlastně přijímám. Pozornost může být v určitých situacích důležitější než pochopení. Zvláště pak pozornost, kterou můžeme věnovat od srdce. Naučila jsem se také, že naslouchání a pozornost jsou nejlepší reakcí na lidský pláč. Dříve jsem hned podávala papírový kapesník, ale právě toto gesto může být vnímáno jako umlčení a vyvedení z prožívaného smutku. Dnes „jen naslouchám“. Když se druhý vypláče, vidí, že stále sedím po jeho boku.“¹⁵¹

¹⁵¹ TURKOVÁ, I. *Výroční zpráva 2008*, Hospic sv. Jana N. Neumanna, s. 8.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. BIBLIOGRAFICKÉ CITACE TIŠTĚNÝCH DOKUMENTŮ

ANGELINY, F. Dnešní medicína a náš obraz člověka. In *Současná medicína a náš obraz člověka. Sborník příspěvků 8. Evropský kongres FEAMC*, Praha : FEAMC, 1996. s. 20 - 25.

BOLELOUCKÝ, Z. Psychiatrie a lékařská psychologie v paliativní péči. In. VORLÍČEK, J., ADAM, Z. et al. *Paliativní medicína*. 2. dopl. vyd. Praha : Grada, 2004, s. 339 - 395. ISBN 80-247-0279- 7.

DOSTÁLOVÁ, O. ŠIKLOVÁ, J. Sociální práce v paliativní péči. In. VORLÍČEK, J., ADAM, Z. et al. *Paliativní medicína*. 2. dopl. vyd. Praha : Grada, 2004, s. 485 - 504. ISBN 80-247-0279- 7.

FRANKL, V.E. *Lékařská péče o duši*. Brno : Cesta, 2006. 237 s. ISBN 80-7295-085-1.

HAŠKOVCOVÁ, H. Umírání a smrt. In. VORLÍČEK, J., ADAM, Z. et al. *Paliativní medicína*. 2. dopl. vyd. Praha : Grada, 2004, s. 435 - 447. ISBN 80-247-0279- 7.

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

IVANOVÁ, K. *Etika pro pracovníky ve zdravotnictví*. 1. vyd. Ostrava : Ostravská univerzita v Ostravě, 2005. 94 s. ISBN 80-7368-069-6.

KALVACH, Z., et al. *Umírání a paliativní péče v ČR : Situace, reflexe, vyhlídky*. Praha : Hospicové sdružení Cesta domů, 2004. 105 s. ISBN 80-239-2832-5.

KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha : Grada, 2002. 200 s.
ISBN 80-247-0179-0.

MACHULA, T. Sebeurčení a autonomie jedince. In FISCHER, O, MILFAIT, R.
et al. *Etika pro sociální práci*. 1. vyd. Praha : JABOK, 2008, s. 135 – 145.
ISBN 978-80-904137-3-3.

MACHULA, T. Základní etické teorie. In FISCHER, O, MILFAIT, R. et al. *Etika
pro sociální práci*. 1. vyd. Praha : JABOK, 2008, s. 46 – 58. ISBN 978-80-
904137-3-3.

MUNZAROVÁ, M. *Eutanázie nebo paliativní péče?*. 1. vyd. Praha : Grada, 2005.
108 s. ISBN 80-247-1025-0.

MUNZAROVÁ, M. *Proč NE eutanazii*. 1. vyd. Kostelní Vydří : Karmelitánské
nakladatelství, 2008. 88 s. ISBN 978-80-7195-258-9.

NAVRÁTIL, P. Vybrané teorie sociální práce. In. MATOUŠEK, O. et al.
Základy sociální práce, Praha : Portál, 2001. 309 s. ISBN 80-7178-473-7.

SLÁMA, O., KABELKA, L., VORLÍČEK, J. *Paliativní medicína pro praxi*. 1.
vyd. Praha : Galén, 2007. 362 s. ISBN 978-80-7262-505-5.

SLÁMA, O, ŠPINKA, Š. *Koncepce paliativní péče : Pracovní materiál k odborné
a veřejné diskusi*. 1. vyd. Praha : Hospicové sdružení Cesta domů, 2004. 46 s.
ISBN 80-239-4330-8.

Standardy hospicové paliativní péče. 1. vyd. Praha : Asociace poskytovatelů
hospicové a paliativní péče, 2007. 32 s.

STUDENT, J.CH, MÜHLUM, A, STUDENT, U. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*. 1. vyd. Praha : H&H Vyšehradská, s.r.o, 2006. 162 s. ISBN 80-7319-059-1.

SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*. 5. dopl. vyd. Praha : Ecce homo, 2003. 150 s. ISBN 80-902049-4-5.

SVATOŠOVÁ, M. Sociální práce s lidmi umírajícími v hospici. In MATOUŠEK, O. et al. *Sociální práce v praxi : Specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha : Portál, 2005, s. 195 - 210 . ISBN 80-7367-002-X.

ŠIPR, K. MIČO, M. KRUMPOLC, E. et al. *Aktuální bioetické texty, Deklarace o eutanazii*, Olomouc : 2005, ISBN 80-244-1278-0.

ŠPATENKOVÁ, N. *Krizová intervence pro praxi*. Praha : Grada Publishing, 2004. 197 s. ISBN 80-247-0586-9.

VIRT, G. *Žít až do konce : Etika umírání, smrti a eutanázie*. 1. vyd. Praha : Vyšehrad, 2000. 96 s. ISBN 80-7021-330-2.

VORLÍČEK, J., ADAM, Z. et al. *Paliativní medicína*. 2. dopl. vyd. Praha : Grada, 2004. 540 s. ISBN 80-247-0279- 7.

Výroční zpráva, rok 2007, Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče.

Výroční zpráva, rok 2007, Hospic sv. Jana N. Neumanna, Prachatice.

Výroční zpráva, rok 2008, Hospic sv. Jana N. Neumanna, Prachatice.

2. BIBLIOGRAFICKÉ CITACE ELEKTRONICKÝCH DOKUMENTŮ

ALEXANDROVÁ, R. *Konflikty uvnitř interdisciplinárního týmu*, [online],
portál: www.paliativnimedicina.cz, dostupné na:
<http://www.paliativnimedicina.cz/pm_clanky.php?str=4>.

Doporučení č. 1418/1999 O ochraně lidských práv a důstojnosti nevyléčitelně nemocných a umírajících, [online],
portál: www.helpnet.cz, dostupné na:
<<http://www.helpnet.cz/dokumenty/deklarace-prav/284-3>>.

Etický kodex České lékařské komory, [online],
portál: www.lkcr.cz, dostupné na:
<[http://www.lkcr.cz/informace.php?hmp=1&do\[info\]=1&filterCategory.id=1](http://www.lkcr.cz/informace.php?hmp=1&do[info]=1&filterCategory.id=1)>.

Hippokratova přísaha, [online],
portál: www.clkuo.cz, dostupné na:
<http://www.clkuo.cz/dokumenty/prolekare/hipokratova_prisaha.htm>.

MUNZAROVÁ, M. *Jednoznačné NE uzákonění eutanázie*, [online],
portál: www.zdravotnickenoviny.cz, dostupné na:
<<http://www.zdravotnickenoviny.cz/scripts/detail.php?id=368562>>.

Prohlášení církví a náboženských společností k problematice eutanázie a doprovázení umírajících, [online],
portál: www.tisk.cirkev.cz, dostupné na:
<<http://tisk.cirkev.cz/z-domova/prohla-eni-cirkvi-a-nabo-enskych-spolecnosti-v-cr-k-problematice-eutanazie-a-doprovazeni-umirajicich.html>>.

Společný pastýřský list biskupů Čech a Moravy k etickým otázkám týkajících se lidského života, [online],
portál: www.tisk.cirkev.cz, dostupné na:
<<http://tisk.cirkev.cz/z-domova/spolecny-pastyrsky-list-biskupu.html>>.

[online],
portál: www.cestadomu.cz, dostupné na:
<<http://www.cestadomu.cz/obcanske-sdruzeni.html>>.

[online], portál: www.internimedica.cz, dostupné na:
<<http://www.internimedica.cz/artkey/int-200805-0001.php>>.

[online], portál: www.umirani.cz, dostupné na:
<<http://www.umirani.cz/projekt-paliativni-pece-v-cr-2003-2004.html>>.

[online], portál: www.umirani.cz, dostupné na: <<http://www.umirani.cz/detail-clanek/smrt-z-rukou-lekaru-umoznily-jen-tri-zeme.html>>.

PŘÍLOHY

- Příloha I Doporučení Rady Evropy č. 1418/1999 „O ochraně lidských práv a důstojnosti nevyléčitelně nemocných a umírajících.“
„Charta práv umírajících“
- Příloha II Přísaha Hippokratova, původní znění
- Příloha III Ženevský lékařský slib (1948)
- Příloha IV Stavovský předpis č. 10 České lékařské komory
ETICKÝ KODEX ČESKÉ LÉKAŘSKÉ KOMORY
- Příloha V Zákon o důstojné smrti - návrh II. (22. dubna 2009)
- Příloha VI Společný pastýřský list biskupů Čech a Moravy k etickým otázkám týkajících se lidského života (26. října 2008)
- Příloha VII Prohlášení církví a náboženských společností v ČR k problematice eutanázie a doprovázení umírajících (9. prosince 2005)

PŘÍLOHA I

Doporučení Rady Evropy č. 1418/1999 „O ochraně lidských práv a důstojnosti nevléčitelně nemocných a umírajících.“ Text tohoto Doporučení byl přijat Parlamentním shromážděním 25. června roku 1999 na jeho 24. zasedání převážnou většinou hlasů, kdy 6 hlasů bylo proti.

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

(„Charta práv umírajících“)

1. Posláním Rady Evropy je chránit důstojnost všech lidí a práva, která z ní lze odvodit.
2. Pokrok medicíny umožňuje v současné době léčit mnohé dosud neléčitelné nebo smrtelné choroby, zlepšení lékařských metod a rozvoj resuscitačních technik dovolují prodlužování života lidského jedince a odsouvání okamžiku jeho smrti. V důsledku toho se však často nebere ohled na kvalitu života umírajícího člověka a na osamělost a utrpení jak pacienta, tak jeho blízkých a těch, kdo o něj pečují.
3. V roce 1976 v rezoluci č. 613 deklarovalo Parlamentní shromáždění, „že umírající nemocný si nejvíce ze všeho přeje je zemřít v klidu a důstojně, pokud možno v komfortu a za podpory jeho rodiny a přátel.“ V Doporučení číslo 779 z roku 1976 k tomu dodalo, že „prodloužení života by nemělo být jediným cílem medicínské praxe, která se musí současně zabývat i úlevou od utrpení.“
4. Konvence o ochraně lidských práv a lidské důstojnosti s ohledem na aplikaci biologie a medicíny od té doby vyjádřila důležité zásady a připravila cestu, aniž se explicitně věnovala specifickým potřebám nevléčitelně nemocných nebo umírajících lidí.
5. Povinnost respektovat a chránit důstojnost všech nevléčitelně nemocných a umírajících osob je odvozena z nedotknutelnosti lidské důstojnosti ve všech obdobích života. Respekt a ochrana nacházejí svůj výraz v poskytnutí přiměřeného prostředí, umožňujícího člověku důstojné umírání.
6. Jak v minulosti i v současnosti ukázaly mnohé zkušenosti s utrpením, je třeba tato opatření uskutečňovat zvláště v zájmu nejzranitelnějších členů společnosti. Tak jako lidská bytost začíná svůj život ve slabosti a závislosti, stejně tak potřebuje ochranu a podporu, když umírá.
7. Základní práva odvozená z důstojnosti nevléčitelně nemocných nebo umírajících osob jsou dnes ohrožena mnoha faktory:

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

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

- Umírání s nesnesitelnými symptomy (například bolesti, dušení, atd.).
- Prodlužováním umírání terminálně nemocného nebo umírajícího člověka proti jeho vůli.
- Umírání o samotě a v zanedbání.
- Umírání se strachem býti sociální zátěží.
- Omezováním život udržující léčby (life-sustaining) z ekonomických důvodů.
- Nedostatečným zajištěním financí a zdrojů pro adekvátní podpůrnou péči terminálně nemocných nebo umírajících.

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

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

- aby zajistily, že paliativní péče bude uznána za zákonný nárok individua ve všech členských státech
- aby byl všem nevléčitelně nemocným nebo umírajícím osobám dopřán rovný přístup k přiměřené paliativní péči
- aby byli příbuzní a přátelé povzbuzováni, aby doprovázeli nevléčitelně nemocné a umírající a aby jejich snaha byla profesionálně podporována

Pokud se ukáže, že rodinná nebo soukromá péče nestačí nebo je přetěžována, musejí být k dispozici alternativní nebo doplňkové formy lékařské péče

- aby ustavily ambulantní týmy a síť pro poskytování paliativní péče, které by zajišťovaly domácí péči vždy, pokud je možné pečovat o nevléčitelně nemocné nebo umírající ambulantně
- aby zajistily spolupráci všech osob podílejících se na péči o nevléčitelně nemocného nebo umírajícího pacienta
- aby vyvinuly a vyhlásily kvalitativní normy pro péči o nevléčitelně nemocné nebo umírající
- aby zajistily, že nevléčitelně nemocné a umírající osoby, pokud si nebudou přát jinak, dostanou přiměřenou paliativní péči a tišení bolestí, i kdyby tyto léčba mohla mít u příslušného jedince jako nežádoucí (vedlejší) účinek léčby za následek zkrácení života jedince
- aby zajistily, že ošetřující personál bude vyškolen a veden tak, aby mohl každému nevléčitelně nemocnému nebo umírajícímu člověku poskytnout v koordinované týmové spolupráci lékařskou, ošetrovatelskou a psychologickou péči v souladu s nejvyššími možnými standardy
- aby založily další a rozšířily stávající výzkumná, výuková a doškolovací centra pro obor paliativní medicíny a péče, stejně jako pro interdisciplinární thanatologii
- aby zajistily alespoň ve větších nemocnicích vybudování specializovaných oddělení paliativní péče a thanatologických klinik, které by mohly nabídnout paliativní medicínu a péči jako integrální součást každé lékařské činnosti
- aby zajistily, že bude paliativní medicína a péče ukotvena ve veřejném vědomí jako důležitý cíl medicíny

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

- aby se prosadilo právo nevléčitelně nemocné nebo umírající osoby na pravdivou, úplnou, ale citlivě podanou informaci o jejím zdravotním stavu, a aby přitom bylo respektováno přání jedince, který nechce být informován
- aby měla každá nevléčitelně nemocná nebo umírající osoba možnost konzultovat ještě jiné lékaře než svého pravidelného ošetřujícího,
- aby bylo zajištěno, že žádná nevléčitelně nemocná nebo umírající osoba nebude ošetřována a léčena proti své vůli, že při svém rozhodování nebude ovlivňována nikým jiným a že na ni nebude nikým činěn nátlak. Musejí být zvažena taková opatření, aby takové rozhodnutí nebylo učiněno pod ekonomickým tlakem
- aby bylo zajištěno, že bude respektováno odmítnutí určitého léčebného postupu, vyjádřené v písemném projevu vůle (*living will*), v „pořízení“ nevléčitelně nemocné nebo umírající osoby, která již nebude aktuálně schopná se vyjádřit. Dále musí být zajištěno, aby byla stanovena kritéria platnosti takových prohlášení, pokud jde o rozsah předem vyjádřených pokynů (*advance directives*), ale i pokud jde o jmenování zmocněnců

a rozsah jejich pravomocí. Rovněž musí být zajištěno, že rozhodnutí, učiněná zmocněncem v zastoupení nemocného neschopného se vyjádřit, a která se opírají o předchozí vyjádření vůle nebo o předpokládanou vůli nemocného, budou uznána jen tehdy, když v nastalé akutní situaci nemocný sám svou vůli nijak neprojeví nebo když ji není možno poznat. V takovém případě musí být jasná souvislost s tím, co příslušná osoba říkala v době krátce před okamžikem rozhodování, nebo přesněji, krátce než začala umírat, a to v odpovídající situaci, bez cizího ovlivnění a nátlaku, a ještě při zachovaných duševních schopnostech. Konečně má být zajištěno, aby nebyla respektována zástupná rozhodnutí, jež se opírají jen o všeobecné hodnotové soudy platné v příslušné společnosti, a aby ve sporných případech bylo vždy rozhodnuto ve prospěch života a jeho prodloužení

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

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

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

Z anglického originálu přeložil MUDr. Zdeněk Bystřický

Hippokratova přísaha

„Přisahám při lékaři Apollonu, při Hygieii a Panacei, volám za svědky všechny bohy a bohyně, že ze všech sil a s plným svědomím budu plnit tento slib:

Budu si vážiti svého mistra v tomto umění jako svých vlastních rodičů, budu se s ním dělit o svůj příjem, budu mu dávat to, čeho bude míti nedostatek, budu pokládati jeho děti za své bratry pokrevné a ze své strany vyučím je v tomto umění bez odměny a bez závazků.

Umožním účast na věděni a naukách tohoto oboru především svým synům, dále synům svého mistra a potom těm, kdo zápisem a přísahou se prohlásí za mé žáky, ale nikomu jinému.

Abyste nemocní opět nabylí zdraví, nařídím opatření podle svého nejlepšího věděni a posouzení a budu od nich vzdalovati všechno zlé a škodlivé.

Nehodlám se pohnouti od nikoho, ať je to kdokoliv, abych mu podal jedu nebo abych mu dal za podobným účelem radu.

Nedám žádné ženě vložku do pochvy s tím úmyslem, abych zabránil oplodnění nebo přerušil vývoj plodu.

Svůj život i své umění budu ceniti jako posvátné, nebudu dělati operace kamene, a vstoupím-li do domu, vejdu tam pro blaho nemocných, zdržím se všeho počínání nešlechtného, neposkvrním se chlípným dotekem s ženami, muži, se svobodnými ani s otroky.

O všem, co uvidím a uslyším při léčení samém, nebo v souvislosti s ním, zachovám mlčení a podržím to jako tajemství, nebude-li mi dáno svolení k tomu, abych to řekl.

Udržím-li pevně a dokonale věrnost této přísaze, buď mi za to dán šťastný život pro všechny časy, kdybych však se proti této přísaze prohřešil, ať mě postihne pravý opak."

PŘÍLOHA III

Světová zdravotnická organizace

ŽENEVSKÝ LÉKAŘSKÝ SLIB (1948)

V okamžiku, kdy nastupuji profesionální lékařskou dráhu, zavazuji se slavnostně, že svůj život zasvětim službě lidstvu. Své učitele budu zachovávat v patřičné úctě a vděčnosti. Své povolání budu vykonávat svědomitě a důstojně. Zdraví mých pacientů bude mým nejpřednějším zájmem. Budu zachovávat v tajnosti vše, co mi důvěrně svěří. Všemi prostředky, které mi budou dostupné, budu udržovat čest a důstojné provozování lékařského povolání. Své kolegy budu považovat za své bratry. Nedopustím, aby se náboženské, nacionalistické, rasistické, stranické nebo třídní předsudky vetřely mezi mé povinnosti a pacienty. Budu s největší pozorností ochraňovat lidský život, a to od okamžiku jeho vzniku. Ani nátlak a vyhrožování mne nedonutí k tomu, abych své lékařské znalosti obrátil proti některému člověku.

PŘÍLOHA IV

STAVOVSKÝ PŘEDPIS č. 10 ČESKÉ LÉKAŘSKÉ KOMORY

ETICKÝ KODEX ČESKÉ LÉKAŘSKÉ KOMORY

§ 1

Obecné zásady

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

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

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

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

(5) Lékař uznává právo každého člověka na svobodnou volbu lékaře.

§ 2

Lékař a výkon povolání

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

(12) Lékař nesmí své povolání vykonávat formou potulné praxe.

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

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

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

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

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

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

§ 3

Lékař a nemocný

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

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

(3) Lékař se má vzdát paternalitních pozic v postojích vůči nemocnému a respektovat ho jako rovnocenného partnera se všemi občanskými právy i povinnostmi, včetně zodpovědnosti za své zdraví.

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

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

§ 4

Vztahy mezi lékaři

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

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

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

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

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

§ 5

Lékař a nelékař

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

(2) Lékaři není dovoleno vyšetřovat nebo léčit s osobou, která není lékařem a nepatří k zdravotnímu personálu. Tyto osoby nesmějí být přítomny ani jako diváci při lékařských výkonech. Výjimkou z uvedených zásad jsou osoby, které se u lékaře vzdělávají, nebo pracují v lékařských oborech a dalších osob, s jejichž přítomností pacient souhlasí, pokud není lékařsky zdůvodněných námitek.

Závěrečná ustanovení

§ 6

Účinnost

(1) Tento Stavovský předpis č. 10 - Etický kodex České lékařské komory nabývá účinnosti dne 1. 1. 1996.

(2) Tento Stavovský předpis č. 10 – Etický kodex České lékařské komory byl novelizován rozhodnutím představenstva ČLK dne 22. 6. 2007 a nabývá účinnosti dne 22. 7. 2007

PŘÍLOHA V

22. 04. 2009, Zákon o důstojné smrti - návrh II.

Zdroj: liberálové.cz

Nový návrh zákona, který bude v nejbližších týdnech konzultován s experty a následně předložen politikům k projednání a veřejnosti k vyjádření.

DŮVODOVÁ ZPRÁVA K NÁVRHU ZÁKONA O DŮSTOJNÉ SMRTI

Obecná část

Návrh zákona o důstojné smrti se snaží vyřešit mnohdy neúnosnou situaci pacienta, který trpí vážnou chorobou a jeho život je v terminální fázi. I když český právní řád nijak nepostihuje spáchání sebevraždy, zdá se, že důstojnější pro řešení shora zmíněných situací by bylo zakotvení podrobně upravené a kontrolovatelné možnosti ukončit život člověka (nacházejícího se ve vážném a neřešitelném zdravotním stavu) na základě jeho dobrovolného rozhodnutí.

K této možnosti již přikročilo nemálo států, za všechny jmenujme například Nizozemí, Belgie, Oregon či Švýcarsko. Další státy důstojnou smrt neřeší jako takovou zvláštní právní úpravou, její vyvolání však za určitých podmínek nepostihují podle předpisů trestního práva, které by se jinak v dané situaci uplatnily.

Pro účely české právní úpravy byl zvolen koncept, který na první místo klade možnost, aby pacientovi, který se nachází ve zmíněném stavu, byla poskytnuta součinnost, resp. pomoc k tomu, aby si mohl důstojnou smrt vyvolat za odborné asistence sám. Tato možnost je návrhem zákona stanovena jako jediná, tj. návrh zákona nepočítá s tím, že by lékař aktivně smrt pacienta vyvolal. Tento koncept neklade dle názoru autorů takovou zátěž na lékaře, neboť ti se v rámci tohoto postupu nebudou přímo podílet na usmrcení pacienta, nýbrž mu k důstojné smrti poskytnou pouze svoji odbornou součinnost.

Závěrem je třeba konstatovat, že návrh zákona o důstojné smrti je v souladu s ústavním pořádkem České republiky i s předpisy mezinárodního práva. Návrh rovněž není v rozporu s legislativou Evropských společenství a nejsou v něm obsažena žádná diskriminační ustanovení. Dopad na státní rozpočet je možné označit za minimální, neboť výdaje se dotknou pouze zřízení komise pro posuzování případů, kdy došlo k nápomoci k důstojné smrti. K tomu je však nutno dodat, že odměny členů komise nebudou mít na státní rozpočet žádný zásadní dopad.

Zvláštní část

K § 1

Návrh zákona v § 1 obsahuje definici důstojné smrti a definuje rovněž některé zásadní pojmy, které jsou v rámci návrhu zákona používány.

K § 2

Zákon zde vyjímá lékaře, resp. farmaceuta, který dopomůže k důstojné smrti z působnosti trestních předpisů, a to pouze za předpokladu, že jsou dodrženy podmínky zákona. Zákon rovněž světuje pomoc k důstojné smrti pouze lékařovi (resp. farmaceutovi – pokud jde o přípravu smrtící látky), zároveň však stanoví, že k pomoci k důstojné smrti nemůže být žádný lékař (farmaceut) nucen. Je tak ponecháno vždy na konkrétní osobě, zda svoji součinnost v daném případě poskytne či nikoliv.

K § 3

Tento paragraf návrhu zákona o důstojné smrti obsahuje podrobnou úpravu žádosti pacienta. V této souvislosti bylo využito úpravy občanského zákoníku vztahující se na vyhotovení žádosti. Vzhledem k tomu, že zmíněná úprava občanského zákoníku poměrně zevrubně řeší nejrůznější případy, kdy je fyzická osoba při vyhotovování příslušného právního úkonu určitým způsobem znevýhodněná, tj. je například nevidomá, nemůže číst nebo psát, byla ustanovení občanského zákoníku použita i na žádost o důstojnou smrt, neboť je v souvislosti s ní do značné míry pravděpodobné, že žádost bude vyhotovovat právě fyzická osoba zdravotně určitým způsobem postižená. Přitom byla zohledněna změna zákonné úpravy týkající se komunikačních systému osob neslyšících a hluchoslepých.

K § 4

V tomto případě se jedná o poměrně běžné ustanovení, výslovně stanovující možnost pacienta se svojí žádostí o důstojnou smrt libovolně nakládat, což zahrnuje i případné zpětvzetí žádosti.

K § 5

K tomu, aby bylo možné prokázat, že pacient žádost o důstojnou smrt skutečně sestavil, návrh zákona stanoví, že žádost se vždy zakládá do zdravotnické dokumentace pacienta, případně je z ní po jejím zpětvzetí okamžitě vyňata a zničena.

K § 6

Toto ustanovení návrhu zákona poněkud omezuje pomoc k důstojné smrti nebo její vyvolání. Předně z možnosti takto ukončit lidský život vyjímá osoby staré nebo bezmocné, které jinak nesplňují podmínky předpokládané tímto zákonem. Dále potom přesně definuje stav pacienta, u něhož je možné napomoci k důstojné smrti. Konečně zákon pamatuje i na to, že vzhledem ke stanoveným procedurám je nutný určitý čas, a proto určuje, že k důstojné smrti nelze dopomoci dříve než 4 týdny od vyhotovení žádosti.

K § 7

Zákon zde stanoví podmínky, jejichž současné splnění je nutnou podmínkou pro pomoc k důstojné smrti nebo její vyvolání.

K § 8

Aby bylo zabezpečeno co možná nejobektivnější posouzení konkrétní situace, je třeba dle tohoto ustanovení zákona konzultovat dalšího lékaře, který splňuje podmínky stanovené prováděcím předpisem (konkrétně nezávislost je v tomto kontextu chápána i jako nutnost nepracovat na témže pracovišti jako ošetřující lékař pacienta) a který ke každému konkrétnímu pacientovi poskytne svoje stanovisko. Pro případ, že konzultovaný lékař vyjádřil o důstojné smrti pacienta pochyby, zákon stanoví, že musí být konzultován další lékař. V případě pochybností i z jeho strany je pak třeba stanovený postup s odstupem čtyř týdnů opakovat. Teprve po vyloučení všech pochybností je možné přistoupit k nápomoci k důstojné smrti.

K § 9

Vzhledem k vysoké odbornosti lékařských postupů byla konkrétní procedura nápomoci k důstojné smrti ponechána na odborně zpracovaném prováděcím předpise.

K § 10

K tomu, aby bylo možné tuto citlivou záležitost podrobit patřičné kontrole, je stanoveno, že po nápomoci k důstojné smrti má lékař, který k důstojné smrti dopomohl, povinnost vyplnit formulář a zároveň se určuje, jaké údaje musí formulář obsahovat.

K § 11

K přezkoumání postupu při nápomoci k důstojné smrti, resp. dodržení podmínek navrhovaného zákona je zřízena komise, která na základě údajů uvedených ve formuláři rozhodne, zda při pomoci k důstojné smrti v konkrétním případě byly či nebyly splněny podmínky tohoto zákona. Tato komise by měla být složena z lékařů, právníků a odborníků na oblast důstojné smrti, tj. například psychologů aj. a měla by fungovat při Veřejném ochránci práv.

K § 12

Výsledkem rozhodování komise je rozhodnutí, jež je komise povinna vydat do dvou měsíců od doručení formuláře. Je tak zajištěna jistota lékaře, že při nápomoci k důstojné smrti dodržel veškeré podmínky stanovené tímto zákonem.

K § 13

Zde se jedná o odlišení nápomoci k důstojné smrti za podmínek stanovených návrhem zákona, které je vyjmuté z působnosti trestních předpisů, od potenciálního spáchání trestného činu při nedodržení podmínek zákona.

K § 14

Technicko – organizační ustanovení, které pouze klade důraz na důležitost přijímání rozhodnutí komise, tudíž pro její usnášéníschopnost stanovuje podmínku účasti alespoň dvou třetin jejích členů.

K § 15

Vzhledem k citlivosti záležitosti, jakou důstojná smrt jistě je, a k ochraně osobních údajů zde zákon výslovně na členy komise klade povinnost mlčenlivosti a ochrany osobních údajů.

K § 16

Jde o zmocňovací ustanovení, které se vztahuje na případy, u nichž návrh zákona počítá s prováděcím předpisem.

N á v r h

ZÁKON

ze dne 2009,

o důstojné smrti

§ 1

(1) Důstojnou smrtí se pro účely tohoto zákona rozumí ukončení života osoby (pacienta) na její vlastní žádost s vědomou, odbornou pomocí jiné osoby za podmínek stanovených tímto zákonem.

(2) Pro účely tohoto zákona se rozumí

- a) pacientem osoba, která se nachází v terminálním stádiu života;
- b) smrtící látkou chemická látka nebo jejich kombinace, která – podána ve stanovené koncentraci – vyvolá smrt pacienta. Složení a koncentrace smrtících látek, jejichž užití je dovoleno při nápomoci k důstojné smrti stanoví vyhláškou Ministerstvo zdravotnictví;
- c) lékařem osoba se způsobilostí k výkonu zdravotnického povolání lékaře dle příslušných právních předpisů a s minimální praxí pět let;
- d) farmaceutem osoba se způsobilostí k výkonu zdravotnického povolání farmaceuta dle příslušných právních předpisů a s minimální praxí pět let.

§ 2

(1) Důstojné smrti podle tohoto zákona může být nápomocen pouze lékař a na přípravě smrtící látky se může podílet pouze farmaceut, a to za podmínek stanovených tímto zákonem a prováděcími předpisy.

(2) Osoba uvedená v odst. 1, která je nápomocna ve stanoveném rozsahu důstojné smrti (připraví smrtící látku), není odpovědná za tento skutek podle předpisů trestního práva, pokud splní podmínky tohoto zákona a prováděcích předpisů a postupuje v souladu s postupy v nich stanovenými.

(3) Žádná z osob uvedených v odst. 1 nemůže být k nápomoci k důstojné smrti nucena a může tuto kdykoliv odmítnout.

Žádost pacienta

§ 3

(1) V době vyhotovení žádosti o nápomoc k důstojné smrti musí být pacient plně způsobilý k právním úkonům a musí být plně při vědomí. Žádost musí být vyhotovena písemně a musí z ní být nade vsí pochybnost zřejmé, že pacient dobrovolně a po náležitém zvážení žádá o nápomoc k důstojné smrti. Pacient musí žádost vlastnoručně sepsat, datovat a podepsat; podpis pacienta musí být úředně ověřen.

(2) Pokud pacient nemůže číst nebo psát, nebo je nevidomý, může svoji žádost o nápomoc k důstojné smrti učinit před třemi současně přítomnými svědky v listině, která musí být hlasitě přečtena a přítomnými svědky podepsána. Přitom pacient musí před svědky potvrdit, že listina obsahuje jeho žádost o nápomoc k důstojné smrti. Pisatelem a předčítatelem může být i svědek; pisatel však nesmí být zároveň předčítatelem.

(3) V listině podle odst. 2 musí být uvedeno, že pacient nemůže číst nebo psát, kdo listinu napsal a kdo nahlas přečetl a jakým způsobem pacient potvrdil, že listina obsahuje jeho žádost o nápomoc k důstojné smrti. Listinu musí svědci podepsat.

(4) Osoby neslyšící a hluchoslepé, které nemohou číst nebo psát, mohou projevit žádost o nápomoc k důstojné smrti před třemi současně přítomnými svědky, ovládajícími příslušný komunikační systém neslyšících a hluchoslepých osob, a to v listině, která musí být tlumočena prostřednictvím příslušného komunikačního systému neslyšících a hluchoslepých osob.

(5) V listině podle odst. 4 musí být uvedeno, že pacient nemůže číst nebo psát, kdo listinu napsal a kdo nahlas přečetl a jakým způsobem pacient potvrdil, že listina obsahuje jeho žádost o nápomoc k důstojné smrti. Obsah listiny podle odst. 4 musí být po jejím sepsání přetlumočen prostřednictvím příslušného komunikačního systému neslyšících a hluchoslepých osob; i toto musí být v listině uvedeno. Listinu musí svědci podepsat.

(6) Svědky žádostí o nápomoc k důstojné smrti uvedených v tomto paragrafu mohou být pouze osoby, které jsou plně způsobilé k právním úkonům. Svědky nemohou být osoby nevidomé, neslyšící, němé, ty, které neznají jazyk, ve kterém se projev vůle činí, a osoby, které by mohly mít na smrti pacienta jakýkoli materiální zájem.

§ 4

Žádost o nápomoc k důstojné smrti může pacient vzít kdykoliv zpět.

§ 5

Žádost o nápomoc k důstojné smrti se zakládá do zdravotnické dokumentace pacienta vedené ošetřujícím lékařem. V případě jejího zpětvzetí je žádost ze zdravotnické dokumentace okamžitě vyňata a zničena.

§ 6

(1) K důstojné smrti lze na základě jeho žádosti dopomoci pouze u pacienta, který je v situaci, kdy jeho zdravotní stav je beznadějný, a kdy se nachází v terminálním stádiu života, které je výsledkem nahodilé nebo dlouhodobé závažné a nevyлéčitelné nemoci. Po vyčerpání léčebných postupů, které by vedly ke zlepšení zdravotního stavu.

(2) K důstojné smrti nelze dopomoci u osoby pouze na základě stáří, úrazu nebo bezmocnosti.

(3) K důstojné smrti nelze dopomoci dříve než 4 týdny od vyhotovení žádosti pacientem a po jejím opakování.

Postup lékaře

§ 7

Pokud pacient požádá o nápomoc k důstojné smrti, musí být před samotnou nápomocí současně splněny následující podmínky:

a) ošetřující lékař musí podrobně seznámit pacienta s jeho zdravotním stavem, možnými léčebnými postupy a utišující léčbou včetně jejích účinků

b) ošetřující lékař musí prodiskutovat s pacientem jeho žádost o nápomoc k důstojné smrti a musí nabýt přesvědčení, že vzhledem ke všem okolnostem neexistuje žádné jiné rozumné řešení situace pacienta a že žádost pacienta je zcela dobrovolná

c) ošetřující lékař musí s pacientem vést o jeho žádosti o nápomoc k důstojné smrti nejméně tři časově přiměřeně oddělené rozhovory za účasti svědka, aby se ujistil o trvání fyzického nebo psychického utrpení pacienta a o jeho opakované vůli.

§ 8

(1) Před nápomocí k důstojné smrti musí ošetřující lékař konzultovat jiného lékaře, kterého zevrubně informuje o zdravotním stavu pacienta. Tento lékař musí být nezávislý ve vztahu k pacientovi i ošetřujícímu lékaři a musí splňovat další podmínky stanovené prováděcím předpisem. Konzultovaný lékař přezkoumá lékařské záznamy a vyšetří pacienta. Konzultovaný lékař vypracuje o svých zjištěních zprávu, se kterou musí ošetřující lékař seznámit pacienta.

(2) Pokud některý z konzultovaných lékařů vyjádří pochybnost o odůvodněnosti žádosti o nápomoc k důstojné smrti, je ošetřující lékař povinen konzultovat postupem dle odst.1 dalšího nezávislého lékaře. Pokud tento lékař rovněž vyjádří pochybnost o odůvodněnosti žádosti o nápomoc k důstojné smrti, je třeba celý postup dle tohoto paragrafu opakovat, a to nejdříve po uplynutí čtyř týdnů od vyjádření dalšího nezávislého lékaře dle tohoto odstavce.

(3) Při splnění podmínek tohoto paragrafu ošetřující lékař postupuje dále podle § 9.

§ 9

Lékařské postupy pro nápomoc k důstojné smrti stanoví Ministerstvo zdravotnictví vyhláškou.

§ 10

Lékař, který byl nápomocen k důstojné smrti, musí vyplnit formulář sestavený Ministerstvem zdravotnictví a doručit jej Ministerstvu zdravotnictví do pěti pracovních dnů od nápomoci k důstojné smrti. Ve formuláři musí být uvedeno pohlaví, místo a datum narození pacienta; datum, místo a hodina úmrtí; základní diagnóza, povaha utrpení, které bylo trvalé; důvody, které vedly k přesvědčení, že vzhledem ke všem okolnostem neexistovalo žádné jiné rozumné řešení situace pacienta a že žádost

pacienta byla zcela dobrovolná; datum sepsání žádosti o nápomoc k důstojné smrti; data a výsledky konzultací s jinými lékaři, případně se členy ošetřujícího lékařského týmu.

§ 11

Ministerstvo zdravotnictví formulář uvedený v § 10 nejpozději do 3 pracovních dnů postoupí komisi zřízené při Veřejném ochránci práv a složené z lékařů, právníků a expertů na oblast důstojné smrti, která na základě údajů ve formuláři přezkoumá, zda byly v daném případě splněny podmínky tohoto zákona. V případě pochybností si komise může vyžádat od ošetřujícího lékaře údaje ze zdravotní dokumentace pacienta vztahující se k nápomoci k důstojné smrti, zejména zprávy z veškerých konzultací, které byly učiněny v rámci postupu stanoveného tímto zákonem. Ošetřující lékař má povinnost vyžádanou dokumentaci komisi poskytnout.

§ 12

Komise vydává ke každému případu do dvou měsíců od doručení formuláře rozhodnutí o tom, zda byly splněny podmínky tohoto zákona. Na rozhodování komise se přiměřeně použijí ustanovení správního řádu.

§ 13

Pokud komise dospěje v rozhodnutí k názoru, že při nápomoci k důstojné smrti nebyly splněny podmínky stanovené tímto zákonem, postoupí případ místně příslušnému státnímu zastupitelství.

§ 14

Komise je usnášeníschopná, pokud jsou přítomny nejméně dvě třetiny jejích členů.

§ 15

Členové komise jsou povinni zachovávat mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozvědí v souvislosti s činností v komisi. Tím není dotčena povinnost uvedená v § 13. Rovněž ustanovení zvláštních zákonů o zproštění mlčenlivosti touto zásadou nejsou dotčena. Členové komise rovněž důsledně dbají ochrany osobních údajů.

§ 16

Ministerstvo zdravotnictví stanoví prováděcím předpisem bližší podmínky, které musí splňovat lékař konzultovaný v souvislosti se žádostí o důstojnou smrt a sestaví formulář uvedený v § 10 tohoto zákona.

PŘÍLOHA VI

Společný pastýřský list biskupů Čech a Moravy k etickým otázkám týkajících se lidského života (26. října 2008)

Společný pastýřský list biskupů

Drazí bratři a sestry,

v poslední době se v naší společnosti, a zvláště ve sdělovacích prostředcích, mnoho mluví o etických otázkách, které se týkají lidského života. Vydávají se a připravují zákony, které závažným způsobem ovlivňují postoje lidí. Církev k těmto otázkám vydala řadu dokumentů. Většina z nich je sice dostupná i v češtině, avšak seznamuje se s nimi jen omezený okruh zájemců. V tomto dopise proto chceme s jejich obsahem velmi stručně seznámit co nejširší okruh věřících.

Lidský život je posvátný Boží dar. Jen Bůh je pánem života od jeho počátku až k jeho konci. Nikdo a za žádných okolností si nemůže osobovat právo přímo zničit nevinnou lidskou bytost. Vzpomeňte na biblickou událost, kdy Kain zabil Ábela. Bůh říká Kainovi: Prolitá krev tvého bratra křičí ke mně. Budeš proklet a vyvržen ze země. Takovou kletbu přivolává každý vrah. Kdo chce žít, musí přát život i druhému. Jedinou výjimkou může být oprávněná sebeobrana. Jen kdo brání svůj život, není vinen vraždou, i když je donucen zasadit útočnickovi smrtelnou ránu.

To se ovšem týká i nenarozených dětí, protože lidský život musí být chráněn již od okamžiku početí. Potrat není jen věcí matky a jejího práva na své tělo. Nenarozené dítě není její tělo. Nikdo nemá právo je zabít. *Přímý potrat, ať už chtěný jako cíl nebo jako prostředek, odporuje mravnímu zákonu.* Už v nejstarších křesťanských dokumentech prvních staletí čteme: *Nezabiješ zárodek potratem a nenecháš uhynout novorozeně.* Církev chápe ochranu bezbranných nenarozených dětí tak vážně, že každého, kdo úmyslně provedl nebo nechal si provést potrat, považuje za vyloučeného ze společenství církve. Takový člověk nemůže přistupovat ke svátostem, dokud nelituje svého skutku a nedosáhne zrušení trestu. Je nezbytné, aby lékaři i ostatní zdravotníci pracovníci měli možnost odmítnout účast na umělém potratu či jiném úkonu, který by byl v rozporu s jejich svědomím, a to bez rizika diskriminace nebo postihu příslušného zdravotnického zařízení.

Moderní medicína dosáhla velkého pokroku, z něhož máme všichni užitek. Avšak ne vše, co je lékařsky možné, je taky dobré a dovolené. Například vyšetření, kterým se má rozpoznat případná nemoc dítěte ještě před porodem, je dovolené. Má však směřovat k léčení, nikoli k potratu, a to ani, kdyby se ukázala pravděpodobnost, že se narodí postižené dítě. *Diagnóza se nesmí rovnat rozsudku smrti.*

Léčení neplodnosti je samozřejmě dovolené, nejsou však přípustné technické postupy, při kterých se má dosáhnout oplodnění jiným způsobem, než pohlavním spojením muže a ženy. Navíc nelze pominout, že se při asistované reprodukci obvykle získává více embryí, z nichž se většina později ničí nebo používá jako biologický materiál. Souhlasit nelze ani s "dárcovstvím" zárodečných buněk. Člověk má právo se narodit jako plod lásky.

V různých anketách se hlasuje, jestli jsou lidé pro eutanazii. Při tom se poukazuje na utrpení nevléčitelně nemocných, jako by eutanazie byla záležitostí soucitu a milosrdenství. Většina odpovědí v anketách vychází z neznalosti faktů. Oč ve skutečnosti jde? Je třeba dobře rozlišovat. Nikdy není dovoleno přímé zabití nemocného, i kdyby trpěl smrtelnou chorobou, a s aktivním ukončením života souhlasil nebo je i vyžadoval. Pacient ovšem může odmítnout příliš zatěžující léčbu, která nepřinese výraznou změnu. Podobně ani lékař není povinen prodlužovat proces umírání, který již započal. Upuštění od neúčinné léčby ovšem není eutanazií, ale projevem uznání konečnosti lidského pozemského života. Nikdy se však nesmí zanedbat péče o nemocné, včetně výživy a tekutin. Snaha řešit utrpení nemocných smrtí je projevem zločinné arogance. Paliativní medicína dnes dovede zbavit nemocné bolesti. Finanční náročnost léčby není oprávněným důvodem odpírání účinné péče. Jedním ze závažných důsledků uzákonění eutanazie by mohl být sociální tlak na nemocné, aby se umoudřili, odešli a nezatěžovali společnost.

Eutanazie není novinkou. Tuto zřůdnost využíval už Hitler, který svým nařízením umožnil vraždit ve velkém lidi postižené, ale i nepohodlné a politické odpůrce. Vypadá to, že dnešní propagátoři mají příliš krátkou paměť. Je to nebezpečná hra s ohněm. Avšak i když zákon něco připouští, ještě to neznamená, že je to také mravně dovolené. Nad lidským zákonem stojí lidské svědomí a Boží zákon.

Právě před 40 lety vydal papež Pavel VI. encykliku *Humanae vitae*, ve které varoval před odtržením sexuálního života od plození dětí, před umělou antikoncepcí i před nezodpovědným sexem mimo manželství. Odkaz papeže je stále aktuální. Chceme-li mít jako národ naději na budoucnost, musíme přijímat více dětí a žít pro ně.

Evropská společnost vymírá a zadlužuje budoucí generace. Je možné, že děti, které lásku svých rodičů dostatečně nepoznají, nebudou ochotny se starat o staré a nemocné rodiče. Snadno budou souhlasit s odstraněním těch, kteří již nejsou pro společnost přínosem a zatěžují ekonomiku nákladnou péčí. Kdysi se vtipně říkalo, že domov důchodců je pomstou za jesle. Podobně by se snad dalo říci, že eutanazie je pomstou za potraty.

Drazí bratři a sestry,

zabývali jsme se vážnými otázkami, které jsou pro nás zvláštní příležitostí uvědomit si, jak velikým darem je pro nás svoboda, ke které nás osvobodil Kristus. Život podle Božího slova přináší naději nejen na štěstí v nebi, ale i na šťastnou budoucnost zde na zemi. Ti, kteří budou svůj život a své názory stavět na Kristu jako na základním kameni, budou kvasem a solí země. Budou její nadějí. Víme, že v některých situacích může být velmi těžké spoléhat se na Boha a přijímat jeho vůli. Přijetím Boží vůle však vytváříme prostor pro Boží zásah do našeho života a do dějin. Povzbuzujme se navzájem vírou, která nese plody hodné Krista – Spasitele a nebojme se žít jinak, než svět kolem nás. Křesťanská kultura roste z věrnosti Kristových svědků a z krve mučedníků. Zároveň však uplatňujeme svou občanskou zodpovědnost při vytváření veřejného mínění a spravedlivých zákonů, abychom se nestali spoluviníky.

Při této příležitosti chceme upřímně poděkovat všem, kteří vydávají svědectví křesťanského života a svým zodpovědným přístupem k rodině a k životu často i za cenu obětí budují zdravou společnost. Se zvláštní nadějí se díváme na mládež schopnou velkorysosti v lásce. Každého z vás provázíme svou modlitbou a všem ze srdce žehnáme.

Vaši biskupové Čech a Moravy

Prohlášení církví a náboženských společností v České republice k problematice eutanázie a doprovázení umírajících (9. 12. 2005)

Otázka eutanázie a doprovázení umírajících se stává stále více předmětem celospolečenské diskuse. Jsme hluboce přesvědčeni o závažnosti tématu, které se týká kohokoliv z nás, protože každý člověk je ohrožen nemocí, bolestí, opuštěností a smrtí. Proto se k této diskusi chceme připojit i my.

V centru naší pozornosti je člověk a jeho život, který chápeme jako dar od Boha. Tento dar nezpochybňujeme ani ve chvíli nemoci a umírání. Umírání přijímáme jako součást života, proto je všestranná pomoc umírajícímu pomocí životu. Hájíme právo na důstojné umírání. Lidská důstojnost je pro nás zakotvena ve víře v Boha a v božský akt stvoření.

Plně soucítíme s člověkem, který trpí, a vnímáme utrpení jako obtížnou situaci nejen pro umírajícího, ale i pro jeho okolí. Současně však nesouhlasíme se snahou tuto situaci, která s sebou často nese pocity zoufalství, bezmoci a prázdna, odstranit usmrcením nemocného člověka pomocí smrtícího prostředku. To ovšem neznamená, že jsme pro udržování každého života za každou cenu. Uvědomujeme si konečnost lidského života i meze možností léčby.

Chceme upozornit na nebezpečí, která by byla s uzákoněním eutanázie spojena, a sice její provedení proti vůli pacienta či na základě přání vynucené situací. Dále je nepřijatelné, aby byl u někoho vytvářen pocit, že je již jen břemenem, a on se musel sám před sebou či před druhými omlouvat, že ještě vůbec žije. Taková zákonná úprava by také podkopávala důvěru vůči zdravotnímu personálu v nemocnicích, léčebnách pro dlouhodobě nemocné, v domovech důchodců a dalších zařízeních. Eutanázii nepovažujeme za možnost volby ve výjimečných případech, ale za znevažování lidského života.

Vyzýváme k integrální péči o umírající a o ty, kteří je doprovázejí. Četné studie ze zemí, ve kterých byla eutanázie uzákoněna, zkušenosti zdravotního personálu i dalších asistujících osob ukazují, že lidé žádají takovéto řešení především z obavy ze ztráty důstojnosti a ze závislosti na druhých. Důvody, proč lidé často žádají eutanázii, nejsou pouze lékařské, nýbrž i sociální. V těchto zemích také narůstá počet usmrcení pacientů bez jejich souhlasu. Paliativní medicína je schopna odstranit bolest nebo ji alespoň zmírnit na snesitelnou míru.

Proto je třeba pro důstojné umírání zprostředkovat umírajícímu vědomí, že zůstává naším bližním, že není ponechán sám sobě a není opuštěn. Je důležité vytvořit mu rodinné prostředí, kde se cítí být doma, zasazen do osobních vztahů.

Navrhujeme proto věnovat větší pozornost integrální péči o umírající v nemocnicích, léčebnách pro dlouhodobě nemocné, domovech důchodců a dalších zařízeních. Tuto péči poskytuje nejen zdravotní a ošetřující personál, ale také rodina a další blízké osoby. Cennou zkušeností takového integrálního přístupu je hospicová péče, která se v České republice rozvíjí a potřebuje větší podporu, včetně domácí hospicové péče. Navrhujeme vzdělávání a doprovázení dobrovolníků, kteří jsou ochotni těžce nemocné a umírající doprovázet. Rovněž je třeba poskytnout finanční a legislativní podporu rodinám o umírající pečujícím.

arcibiskup Jan Graubner, Česká biskupská konference

Pavel Černý, Ekumenická rada církví v ČR

Karol Sidon, vrchní pražský a zemský rabín

Vladimír Sáňka, Ústředí muslimských obcí v ČR

ABSTRAKT

PROTIVÍNSKÁ, L. *Paliativní péče v konfrontaci s eutanázií a z ní plynoucí význam sociální práce v paliativní péči*. České Budějovice 2009. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Teologická fakulta. Katedra praktické teologie. Vedoucí práce M. Opatrný.

Klíčová slova: umírání, umírající člověk, lékařská profese, lékař, paliativní péče, paliativní medicína, hospicová paliativní péče, sociální práce, eutanázie.

Práce se zabývá podstatou paliativní péče, která je aktivní celkovou péčí o nemocného, jehož choroba již neodpovídá na léčbu kurativní, přičemž poukazuje na její možnosti a prostředky k dosažení co možná nejlepší kvality života nemocného a jeho rodiny. Jejím ideálem je, aby člověk umíral bez bolesti jak fyzické, psychické, sociální, tak i spirituální. Práce se pak především soustředí na poslání a úkoly lékařské profese, ale také sociální práce při péči o nevléčitelně nemocného a jeho rodinu. V kontextu úvah o umírání a smrti v první kapitole se nelze vyhnout ani problematice eutanazie, která má právě tak mnoho horlivých zastánců jako i důsledných odpůrců. Tomuto etickému dilematu je věnována čtvrtá kapitola. Význam sociální práce v paliativní péči plynoucí z konfrontace eutanazie s paliativní péčí je obsahem kapitoly páté.

Abstract

Palliative care confronted with euthanasia and consequent meaning of social work.

Key words: dying, dying patient, medical profession, physician, palliative care, palliative medicine, hospice palliative care, social work, euthanasia

The study deals with fundamental issue of palliative care which is defined as active and complete care of the patient with sickness unresponsive to curative care, it shows the possibilities of palliative care and its ways to achieve the most possible quality of patient's and his family's life. The ideal is to relieve symptoms such as physical pain, psychical, social and the spiritual one also. The study focuses mainly on the mission and the tasks of medical profession as well as on the social work during the care of incurable patient and of his family. There are some reflexions about dying and death in the first chapter, and in that context it's not possible to avoid the problematic of euthanasia which has as many fervent proponents as opponents. The fourth chapter deals with this ethic dilemma. The meaning of social work in palliative care emerged from the confrontation of the euthanasia with the palliative care is treated in the fifth chapter.