

Diplomová práce

2017

Bc. Iveta Tomanová

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Teologická fakulta
Katedra etiky, psychologie a charitativní práce

Diplomová práce

**ETICKÉ ASPEKTY – PROBLÉMY
UMÍRÁNÍ A SMRTI**

Vedoucí práce: doc. PhDr. David Urban, Ph.D.

Autor práce: Bc. Iveta Tomanová

Studijní obor: Etika v sociální práci

Ročník: II.

2017

Diplomová práce v nezkrácené podobě

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

Prohlašuji, že, v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění, souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě (v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Teologickou fakultou) elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

Dne 31. 3. 2017

.....
Podpis studenta

Děkuji vedoucímu diplomové práce doc. PhDr. Davidovi Urbanovi, Ph.D. za metodické vedení diplomové práce a vstřícný přístup. Současně děkuji doc. Jakobovi Sirovátkovi, Dr. phil. za cenné rady, jimiž významně podpořil kvalitu této práce. V neposlední řadě děkuji své rodině a nejbližším za jejich trpělivost a morální podporu.

OBSAH

ÚVOD	4
1 UMÍRÁNÍ A SMRT JAKO NEDÍLNÁ SOUČÁST LIDSKÉHO ŽIVOTA	7
1. 1 Chápání smrti a její proměny v dějinách	9
1. 2 Lidské umírání – jeho dimenze a fáze	12
1. 2. 1 <i>Etické problémy v jednotlivých fázích</i>	15
1. 2. 2 <i>Smrt-vyrovnnání se s faktem vlastní konečnosti</i>	17
1. 3 Umírání a smrt v dnešní společnosti	19
1. 4 Etické problémy umírání a smrti; komplikace dnešní doby	21
1. 4. 1 <i>Dystanázie</i>	22
1. 4. 2 <i>Eutanazie</i>	23
2 PÉČE O UMÍRAJÍCÍ	28
2. 1 Paliativní péče a její organizační formy	29
2. 2 Hospic jako poskytovatel specializované paliativní péče	32
2. 2. 1 <i>Úkoly a cíle hospicové péče</i>	32
2. 2. 2 <i>Historie a formy hospicové péče</i>	33
2. 3 Komunikace a doprovázení umírajících	37
2. 4 Potřeby a přání umírajících	39
3 ETIKA A HOSPICOVÁ PÉČE	44
3. 1 Etické principy paliativní péče	44
3. 1. 1 <i>Lidská důstojnost</i>	44
3. 1. 2 <i>Autonomie – právo na sebeurčení</i>	46
3. 1. 3 <i>Lidská práva – konkretizace lidské důstojnosti</i>	47
3. 2 Kvalita života	49

3. 3 Etické rozhodování v hospicové péči.....	50
3. 3. 1 <i>Profesní etika a jednání pracovníků v hospicové péči</i>	53
3. 3. 2 <i>Identifikace etických problémů a dilemat; jejich řešení</i>	60
3. 3. 3 <i>Zvládání etických dilemat</i>	64
3. 3. 4 <i>Etické teorie a jejich aplikace</i>	65
ZÁVĚR	75
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	77
SEZNAM PŘÍLOH	85
ABSTRAKT	90
ABSTRACT	91

ÚVOD

Předkládaná diplomová práce se zabývá etickými aspekty konce lidského bytí, tedy problematikou umírání a smrti. Smrt vstupuje do našich životů bez pozvání a i přes nejistoty dnešní doby je uvěřitelná a jistá, protože ohraničuje lidskou existenci. Každý z nás disponuje myšlenkou její nevyhnutelnosti a vědomím vlastní konečnosti. Navzdory tomu dané téma víceméně vytěsňujeme či odsouváme na okraj našeho zájmu a odmítáme si tento fakt vědomě připustit. Naplno si ji uvědomujeme až v okamžiku, kdy je, tak jako ve válce v první linii všudypřítomná, či až bezprostředně před jejím přirozeným neodkladným příchodem. Avšak kdo z nás ví, kdy přijde? Nikomu z nás není znám okamžik smrti ani způsob umírání, a proto významnou roli v této problematice sehrává čas.

Cílem diplomové práce je přiblížit etické aspekty daného tématu a identifikovat etické problémy a dilemata, jež v závěrečném období života člověka vyvstávají. Cílem této je rovněž zjistit, zda jsou pracovníci hospicové péče konfrontováni s etickými problémy a dilematy a jakým způsobem je řeší. Autorka při zpracování využívá oporu etických teorií.

Diplomová práce je strukturována do tří hlavních kapitol, které na sebe navazují a vzájemně se prolínají a doplňují.

První kapitola se věnuje filosofickým otázkám smrti. Obsahuje obecné zamyšlení nad koncem lidského bytí a současně hledá odpovědi na otázky týkající se smrti a jejího neodvolatelného účinku. Pozornost je v této kapitole zaměřena na chápání a proměny smrti v dějinách, včetně etických a morálních problémů dnešní doby, které s sebou umírání a smrt přináší. Mezi tyto lze zařadit například dystanázii, umělé prodlužování přirozeného procesu umírání nebo naopak eutanázii. V této kapitole je také rozpracován proces umírání, jeho dimenze a fáze, v kterých vyvstávají nejrůznější etické problémy a otázky, z nichž ty nejčastější jsou zde rozpracovány.

Druhá kapitola se věnuje tématu paliativní a hospicové péče, která je poskytována lidem v konečné fázi jejich života. Zabývá

se popisem jednotlivých forem péče a nabízí vhled do etických aspektů jejího poskytování. Pozornost je soustředěna na proces doprovázení umírajících, který zastává nezastupitelnou roli. Současně se zajímá o potřeby a přání umírajících, i ta dříve vyslovená, jež jsou projevem naší vůle.

Třetí kapitola se zabývá propojením etiky a hospicové péče. V úvodu je pozornost věnována výčtu a popisu základních etických principů, které vyznávají hodnotu lidského života, na nichž je péče o umírající postavena. S těmito bezesporu souvisí také kvalita života umírajícího, o kterou hospicová péče usiluje a kterou lze označit za cíl, k němuž směřuje.

Další část této kapitoly se zaměřuje na etické rozhodování a problémové situace, které v průběhu poskytování hospicové péče vyvstávají. Popisuje, s jakými etickými problémy a dilematy jsou pracovníci nebo blízká rodina a přátelé umírajícího konfrontováni, současně uvádí konkrétní příklady. Pracovníci a pečující si mohou v dilematicky náročných situacích klást řadu etických otázek a vzhledem k tomu, že neexistuje přesný návod, jak tyto situace přesně zvládat, lze jejich řešení, potažmo zvládání označit za velmi komplikované. Pozornost je proto zaměřena na profesní etiku a na to, co pracovníky při výkonu jejich profese ovlivňuje. Jsou zde představeny nejrůznější eticko-právní normy, které s danou problematikou souvisejí. Autorka rovněž představuje určité modely etického uvažování v podobě etických teorií, které pracovníkům slouží pro rozumové zdůvodnění a ospravedlnění jejich jednání.

Pro účely zpracování diplomové práce byla využita především dostupná tuzemská literatura zabývající se problematikou umírání a smrti, paliativní a hospicovou péčí či lékařskou etikou. Při zpracování této problematiky bylo například čerpáno z publikací od Marie Svatošové, lékařky a iniciátorky hospicového hnutí nebo profesorky Heleny Haškovcové a jiných. Další informace byly čerpány ze zahraniční literatury, internetových zdrojů a také z periodických publikací, například časopisu Sociální služby, Sestra, Zdravotnické noviny a další.

Diplomová práce byla obohacena o poznatky získané na základě osobních setkání autorky s pracovníky neziskové organizace Cesta domů z. ú., která poskytuje mobilní specializovanou paliativní péči umírajícím a podporu jejich blízkým. Práce byla rovněž obohacena o zkušenosti autorky z dlouholeté praxe v sociálních službách.

1 UMÍRÁNÍ A SMRT JAKO NEDÍLNÁ SOUČÁST LIDSKÉHO ŽIVOTA

„Neboť nikdo neví o smrti ani to, zdali snad není pro člověka ze všeho největší dobro, a lidé se jí bojí, jako by dobře věděli, že je to největší zlo.“¹

Platón

Již ve starověkém babylonském eposu o Gilgamešovi se setkáváme s reflexí problematiky umírání a smrti, věčným tématem lidské historie. Smrt je součástí lidského života a pro každého nevyhnutelnou perspektivou, stejně tak jako naše narození. Jako taková je přítomna v každém momentu a lze ji označit jako mezník, jenž ohraničuje nepřítomnost života. Smrt je zahalena tajemstvím a její otázka patří nesporně mezi nejdůležitější existenční otázky člověka, kterými se zabývá filozofie, antropologie, teologie, etika a celá řada dalších vědních oborů. Má však ono ohraničení lidské existence nějaký význam? Jaký je smysl lidského bytí a současně jakou hodnotu by měl náš život, v případě, že by nebyl časově omezený? Je pochopitelné, že každý z nás chce žít dlouho a ve zdraví. Chceme být soběstační a žít bez bolesti. Někdo možná touží i po nesmrtelnosti. Avšak představme si, že by se dlouhověkost stala běžným jevem a příroda by nám umožnila žít déle, než je v současné době reálně možné. Jaký význam by pak měl náš nekonečný život? Pravděpodobně bychom postrádali význam takového bytí, protože hodnota okamžiku by byla bezcenná. Bez starosti o život, kterému hrozí konec, nemůže být hodnota života a sám život naplněn.² Profesor Sokol uvádí, že vše, co má tvořit nějaký celek, musí mít současně

¹ PLATÓN. *Obrana Sókrata*. Praha: Oikoymenh, 2005. ISBN 80-7298-140-4. s. 56.

² SPAEMANN, R. *Základní mravní pojmy a postoje*, Praha: Svoboda, 1995. ISBN 80-205-0484-2. s. 28.

stanovený svůj konec, z čehož vyplývá, že smrt a její neodvolatelný účinek dává lidskému životu jednak hodnotu, ale také smysl.³

Úvahám o lidské smrti se věnuje celá řada autorů a každý na tuto nahlíží zcela jinou optikou. Například německý filozof Landsberg považuje smrt za nezbytnou pro završení svobody člověka. Jeho úvahy o smrti vychází především ze zkušenosti. Víme, že jednoho dne zemřeme, ale víme to pouze skrze zkušenost, jež nám napomáhá k uvědomění nutnosti, přítomnosti a jedinečnosti smrti.⁴ Zkušenost se smrtí bližního je bezpochyby jiná než zkušenost se smrtí vlastní. Smrt druhého člověka je nám logicky přístupnější a umožňuje nám vnímat naši smrtelnost, čímž lze chápat smysl našeho bytí. Můžeme tak nabýt přesvědčení, že sama smrt není zlá. Pravděpodobně až nějaká mezní situace, která se nás bude osobně týkat, nám ukáže, že jsme schopni nad ní jednak přemýšlet, ale rovněž se tázat a hledat. Každý z nás zaujímá ke smrti nějaký postoj. Tento může být pochopitelně odmítavý, jelikož nezřídka lze v umírání druhých spatřovat určitou společenskou nepříjemnost.⁵ Rovněž se však může jednat o postoj, který si plně neuvědomujeme. Jak uvádí autor spisu *Bytí a čas* Martin Heidegger-každodenní bytí člověka je „bytí ke smrti“, jež se může projevovat skrze útěk před touto skutečností.⁶

Obecně vzato, všichni jsme si vědomi faktu vlastní časovosti, avšak moment smrti nám není znám. Zásadní roli proto v této problematice sehrává čas, který je omezený. Pokud se budeme zamýšlet nad běžným pojetím času, lze bezesporu čerpat z úvah Aristotela, který se otázkám času věnoval. Čas, nám vymezený, přirovnával k plápolajícímu ohni. Rodíme se se zásobou vitální síly a smrt k nám může přijít ze dvou různých směrů. Při jedné z cest se nám na plápolající plamen ohně může vylít voda a uhasit jej, což můžeme označit za předčasnou smrt. Druhá cesta je ta, při níž se vypálí zásoba paliva a jeho hledání pokračuje až do těchto dní.⁷

³ SOKOL, J. *Filosofická antropologie: člověk jako osoba*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-627-6. s. 136.

⁴ LANDSBERG, L. P. *Zkušenost smrti*. Praha: nakladatelství Vyšehrad, 1990. ISBN 80-7021-054-0. s. 120.

⁵ HEIDEGGER, M. *Bytí a čas*. Praha: Oikoyomenh, 2002. ISBN 80-7298-048-3. s. 290.

⁶ Tamtéž s. 291.

⁷ MEZINÁRODNÍ KONFERENCE PALITIVNÍ A HOSPICOVÉ PÉČE. *Umírání a etické otázky s ním spojené*. [online]. [cit. 2017-02-14]. Dostupné na:

<<http://ostrava.caritas.cz/res/archive/028/003250.pdf?seek=1426714285>>

Čas je však pojem mnohoznačný, nahlížíme na něj jako na něco, co se počítá a měří. Je něčím, co probíhá v nás samých, co vnímáme a prožíváme-svůj čas. V průběhu našeho života procházíme různými vývojovými etapami a v poslední fázi života je člověk postaven před tu nejtěžší část-smrt. Umírání a obraz smrti se v průběhu společenského vývoje mění v čase. Vhled do dějin smrti a proměňujících se postojů vůči smrti lze nalézt v následující kapitole.

Souvislost mezi životem a smrtí je podstatná pro hledání odpovědí, které se týkají lidské existence. Tyto otázky člověka doprovází od dob, co je člověk člověkem. Naše postoje, názory a jednání se v průběhu našeho života mění a současně ovlivňují dnešní pohled na smrt. Vzhledem k tomu, že se názory lidí ve společnosti často různí, je pochopitelné, že lze spatřovat i rozdílná pojetí onoho života. Jaký život je pak tím dobrým? Z výše uvedeného vyplývá, že porozumění smrti vychází především z porozumění životu.

1. 1 Chápání smrti a její proměny v dějinách

Smrt je zahalena tajemstvím a její otázkou se lidské pokolení zabývá od nepaměti, stejně tak jako se zabývá člověkem, tím odkud přišel, jaký je jeho smysl a kam směřuje. Tyto otázky spolu souvisí, jelikož otázky týkající se člověka a jeho bytí, nelze dostatečně rozpracovat v případě, že odhlédneme od jeho smrtelnosti. Smrt je jistá, avšak co je základem oné jistoty? Je obecně známo, lidé umírají, tudíž lze hovořit o určitém zkušenostním aktu, který nám však onu jistotu nijak nepotvrzuje. „*Každý člověk ví o jistotě smrti, ale bytí v této jistotě se vyhýbá.*“⁸ Víme, že jednou zemřeme, avšak vědomí smrti odsouváme do budoucnosti. Lze tedy konstatovat, že smrt je něčím, co je jisté, ale rovněž neurčité, přičemž ona neurčitost spočívá ve skutečnosti, že je kdykoliv možná.⁹ Smrt je předmětem lidského zájmu, vyvíjí se v čase, stejně tak jako se vyvíjí i postoje společnosti vůči této. I ta nejstarší historická literární díla

⁸ HEIDEGGER, M. *Bytí a čas*. Praha: Oikoyomenh, 2002. ISBN 80-7298-048-3. s. 294.

⁹ Tamtéž, s. 294-295.

se zaobírají onou smrtelnou jistotou a člověkem, jeho zkušeností se smrtí. Tato kapitola rozpracovává dějinné procesy umírání a smrti. Vývojem smrti a jejími proměnami se zabýval například profesor teologie a religionistiky Davies Douglas nebo francouzský historik Philippe Ariès a další. Ariès ve svém díle *Dějiny smrti* podává ucelený systematický přehled historického vývoje postojů společnosti v průběhu staletí, čímž nabízí názorný obraz změn, jimiž se ubíral postoj člověka ke smrti.

Změna postoje člověka ke smrti probíhá na základě čtyř elementárních hledisek a to:

- vědomím člověka o sobě samém;
- obranou společnosti před nepřátelskostí a mocností přírody
- vírou v posmrtný život;
- vírou v existenci zla.¹⁰

Ve starověku byla smrt lidem daleko bližší než je tomu dnes, společnost ji považovala za přirozený proces, jenž je vlastní každé lidské bytosti. Její blízkost zapříčinila, že lidé z ní neměli strach a bez jakýchkoliv výhrad ji přijímali. Ariès označil smrt v tomto období za „ochočenou“, a to zřejmě z důvodu její blízkosti a důvěrnosti. Vzhledem k tomu, že se smrt, stejně jako život, netýkala pouze jednotlivce, nýbrž celé společnosti, nahlíželo se na ni jako na věc veřejnou. Nebylo tedy ničím neobvyklým, že rozloučení s umírajícím probíhalo veřejně a lidé moment smrti oslavovali.¹¹ *„Společnost neponechala smrt samu sobě a přemíře doprovodných citů, ale spoutala ji prostřednictvím obřadů a proměnila ji v podívanou. Proto se ze smrti nemohla stát osamělá příroda, proto musela být veřejnou událostí, do níž se zapojovalo celé společenství.“*¹²

V období od 11. do 17. století se model smrti radikálně proměnil. Zásadní změna spočívala především v přístupu ke smrti. Smrt jako společný lidský úděl postupem času směřovala více k jednotlivci, z čehož vyplývá i její označení „smrt sebe sama“. Její individualizace se zpočátku prosadila

¹⁰ GÜNTNER, V. *Žít až do konce*. Praha: nakladatelství Vyšehrad, 2000. ISBN 80-7021-330-2. s. 14.

¹¹ ARIÈS, P. *Dějiny smrti II*. Praha: Argo, 2000. ISBN 80-7230-293-3. s. 369-370.

¹² Tamtéž, s. 370.

mezi elitami v prostředí klášterů, až později se rozšířila mezi veřejnost.¹³

I přes svou proměnu, byla lidem smrt stále blízká a toto období lze označit za vrchol jejího přijímání. Lidé byli touto doslova posedlí a velmi často ji bylo možné spatřovat v umění. Tradice spojené s umíráním a momentem smrti byly zachovány, individuální přístup však s sebou přinesl nové zvyky, například vznik závětí. Za významné se v daném období považovalo také zakrývání tváře zemřelého, což mělo pravděpodobně za následek, že se zájem společnosti o tuto problematiku začal postupně vytrácet.¹⁴

Příchod renesance a vytrácející se zájem společnosti byl zřejmě příčinou, že smrt se postupně vzdalovala. Stále byla považována za součást lidského bytí a lidé neodmítali fakt konečnosti lidského života. Avšak ve vztahu ke smrti, především k té vlastní, byli poměrně zdrženliví. Smrt „vzdálená i blízká“, jak tuto autor označil, se postupně zahalovala do závoje tajemství.¹⁵

V 19. století byl strach z vlastní smrti nahrazen strachem ze smrti blízkého člověka, proto je označována za „smrt blízkého“. Život byl v této době považován za smysluplný, a to z důvodu navazování vztahů s jinými lidmi. Strach neplynul ze smrti jako takové, spíše se týkal zmizení bližního. Romantický prvek, který s sebou přinesla doba „citové revoluce“, jak tuto Ariès ve svém díle označuje, upozadil strach ze smrti. V této době existoval domácí model umírání a blízcí lidé umírajícího doprovázeli až do samého konce.¹⁶ Umírání a smrt nebylo tématem tabuizovaným, naopak, každý jej znal a věděl, jak bude probíhat. Bylo na ni pohlíženo s nelibostí, jelikož jejím důsledkem bylo odloučení a ukončení vztahu s blízkými lidmi. Obsahovala rovněž sociální akt, který spočíval v přítomnosti těch nejbližších a možná právě proto byla vnímána jako okamžik naplněný krásou. Romantická oslava smrti byla dokladem toho, že smrt nemusí být nutně spojována se zlem. Autor tuto dobu vystihuje jako „dobu krásných smrtí“. V těchto dobách můžeme nalézt historické kořeny smutečních

¹³ ARIÈS, P. *Dějiny smrti II*. Praha: Argo, 2000. ISBN 80-7230-293-3. s. 370.

¹⁴ Tamtéž, s. 370-372.

¹⁵ Tamtéž, s. 376-377.

¹⁶ Tamtéž, s. 377-379.

obřadů, jež byly nezbytnou součástí konce života. I v tomto období, stejně jako v minulosti, se smrt prolínala do umění. Nově vznikalo sepulkrální umění, které dokazovalo vzestup nacionalismu v této době.¹⁷

20. století s sebou přineslo radikální změnu a z romantické smrti se stala „smrt převrácená“, která byla ošklivá a nečistá. O smrti se v tomto období mlčelo a postupně byla vytěsněna z běžného života. Stala se čistě soukromou záležitostí, určenou pouze těm nejbližším. Rozvoj lékařských věd zapříčinil, že umírání a moment smrti byl před veřejností „odklizen“ na určitá místa, a to především do zdravotnických zařízení, která byla v této době zřizována. Smrt byla od života oddělena, vytlačena, což zapříčinilo změnu přístupu k této.¹⁸ V tomto období bylo hlavním cílem oddálit moment smrti. Smrt byla určitým projevem selhání, a proto bylo umírání zbytečně prodlužováno, a to i za cenu bolesti a utrpení. V případě, že byla smrt neodvratná, umírající byl v jejím okamžiku zcela osamocen.

1. 2 Lidské umírání – jeho dimenze a fáze

Člověk, stejně jako každý živý tvor, je podřízen biologickým zákonitostem, avšak lidské umírání nelze vnímat pouze jako biologickou nutnost. Zahrnuje v sobě rovněž dimenzi biografickou, sociální a náboženskou. Biografickou dimenzi lze označit za vědomí vlastní smrti. Tento fakt přijímáme v průběhu života a úzce s tímto souvisí smysluplnost života jako celku, v níž je obsažena existence člověka.¹⁹ Můžeme naši existenci pokládat za smysluplnou? „*Od smrti, od strachu ze smrti, začíná veškeré poznání světa*“.²⁰ Lze konstatovat, že výše uvedená otázka vyrůstá z vědomí smrti, stejně tak jako otázka po smyslu všeho skutečného

¹⁷ ARIÈS, P. *Dějiny smrti II*. Praha: Argo, 2000. ISBN 80-7230-293-3. s. 377-379.

¹⁸ ELIAS, N. *O osamělosti umírajících*. Praha: Nakladatelství Franze Kafky, 1998. ISBN 80-85844-39-7. s. 23.

¹⁹ EPRAVO.CZ. *Právo na důstojné umírání*. [online]. [cit. 2017-02-14]. Dostupné na: <<https://www.epravo.cz/top/clanky/pravo-na-dustojne-umirani-19808.html>>

²⁰ ROSENZWEIG, F. *Der Stern der Erlösung*. Freiburg im Breisgau: Universitätsbibliothek, 2002. [online]. [cit. 2017-02-14]. Dostupné na: <<https://www.freidok.uni-freiburg.de/fedora/objects/freidok:310/datastreams/FILE1/content>>

a možného vůbec. Ono uvědomění si této umožňuje člověku žít tak, jak to odpovídá jeho lidské existenci, která je smrtelná. Myšlenka na smrt tak slouží životu.²¹ Smrt nečiní život nesmyslným, je jeho součástí a pomáhá nám najít jeho smysl a využít náš omezený čas smysluplně.²² Sociální dimenze umírání nahlíží na tento proces jako na záležitost interpersonální, jelikož souvisí s našimi nejbližšími, tedy rodinou. Rodina a přátelé po odchodu umírajícího zůstává i nadále, avšak s rozdílem, že ono odloučení s sebou nese prázdnotu. Přesvědčení, že smrt nemá v lidském životě absolutní slovo, vychází z náboženského pojetí, avšak je nutné si uvědomit fakt, že každý člověk přijímá jiný náboženský rozměr smrti.²³ Pluralita názorů a představ o umírání a nových způsobech života je v tomto směru pochopitelná a rovněž také přípustná.

Umírání, jako poslední období lidského bytí, nelze časově ohraničit. U každého člověka se doba jeho nástupu a trvání liší, je individuální, u všech se však jedná o proces, který je započat a probíhá od narození. Pojem umírání je synonymem terminálního stavu, v němž dochází k postupnému a nevratnému selhávání životně důležitých funkcí orgánů a jeho následkem je smrt individua.²⁴ Umírání je tedy proces, jež předchází smrti, jako definitivnímu konci lidského života. Definice smrti však není zcela jednoznačná. Profesorka Helena Haškovcová označuje smrt za děj, který nám na jedné straně umožňuje život a na straně druhé s ním vše živé odchází.²⁵ Za měřítko života bychom mohli považovat tlukot srdce, avšak vývoj medicíny a moderní technologie s sebou přinesl možnost oživení těch, kterým tlukot srdce ustal. Proto je za měřítko života považována funkce mozku. Známkou smrti tedy je, že nefunguje žádná část mozku člověka. Jedná se o komplexní selhání lidského organismu jako celku, tedy trvalé a nevratné poškození všeho dění – přirozený důsledek života.²⁶

²¹ GRÜN, A. *Smrt v životě člověka*. Kostelní vydří: Karmelitánské nakladatelství, 1997. ISBN 80-7192-221-8. s. 8.

²² KELNAROVÁ, J. *Thanatologie v ošetrovatelství*. Brno: Littera, 2007. ISBN 978-80-85763-36-2. s. 112.

²³ EPRAVO.CZ. *Právo na důstojné umírání*. [online]. [cit. 2017-02-14]. Dostupné na:

<<https://www.epravo.cz/top/clanky/pravo-na-dustojne-umirani-19808.html>>

²⁴ HAŠKOVCOVÁ, H. *Spoutaný život*. Praha: Panorama, 1985. ISBN neuvedeno. s. 294.

²⁵ HAŠKOVCOVÁ, H. *Rub života líc smrti*. Praha: Orbis, 1975. ISBN 11-107-75. s. 46.

²⁶ BRABEC, L. *Křesťanská thanatologie*. Praha: Gemma 89, 1991. ISBN 80-852206-06-4. s. 10.

Proces umírání je bolestnou kapitolou lidského života a dělí se na několik fází, přičemž každá je něčím specifická. Profesorka Helena Haškovcová, jenž jednotlivé fáze charakterizovala, upozorňuje, že tyto se vztahují především na nevléčitelně nemocné v terminálním stádiu nemoci, avšak nic nebrání jejich aplikaci na zdravé lidi.

První fáze „pre finem“ je relativně dlouhé období, které je pro člověka velmi náročné především v uvědomění si, že zdravotní stav již není možné zlepšit léčbou. Současně je pro člověka náročné smířit se s vážností nemoci, s čímž souvisí uvědomění si a přijetí vlastní konečnosti. V této fázi je nesmírně důležitá empatie ze strany lékařů, rodiny, přátel a dalších. Tito by měli nemocného ubezpečit o tom, že se mu dostane potřebné pomoci, péče a ochrany. Rovněž by ho měli po celou dobu provázet a uchránit od tzv. psychické a sociální smrti. Nikdo by totiž neměl zemřít dříve psychicky než fyzicky. Psychická smrt se vyznačuje rezignací člověka, jež prožívá beznaděj a zoufalství. Jeho myšlení a prožívání poté usnadňuje vstup smrti fyzické.²⁷ Hlavní roli proto v této fázi hraje rodina a nejbližší okolí, které je člověku oporou. Opora rovněž předchází smrti sociální, která v dnešní době není ničím neobvyklým. Například senioři nezřídka zůstávají ke konci svého života v ústraní. Tímto se vyvazují z důležitých sociálních, interpersonálních vazeb a vztahů. Důsledkem onoho vyvázání může být pocit, že již nejsou potřebnými, čímž dochází ke ztrátě veškeré motivace k životu.²⁸ Sociální izolace bývá mnohdy důsledkem onoho nemocnění, s nímž se člověk potýká, a proto je nezbytné, aby blízké okolí aktivně vnímalo situaci nemocného a bylo mu nablízku.

V druhé fázi „in finem“ se smrt stává nevyhnutelnou perspektivou, vyvstává jen otázka její časovosti. Tato fáze se vyznačuje úbytkem fyzických i psychických sil člověka, a proto není neobvyklé, že člověk je v této fázi většinou již hospitalizován v nemocnici.²⁹

²⁷ HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*. Praha: Galén, 2002. ISBN 80-7262-132-7. s. 205-208

²⁸ NEZBEDA, O. *Průvodce smrtelníka*. Praha: Paseka, 2016. ISBN 978-80-7432-747-6. s. 190.

²⁹ ULRICOVÁ, M. *Různé tváře smrti*. Praha: Gaudeamus, 2009. ISBN 978-80-7041-743-0. s. 58.

Poslední třetí fáze „post finem“ probíhá po smrti člověka. Je vyznačována péčí o mrtvé tělo zemřelého, ale rovněž zahrnuje péči o pozůstalé.³⁰

1. 2. 1 Etické problémy v jednotlivých fázích

V této kapitole budou nastíněny jednotlivé etické problémy, které v procesu umírání, jeho jednotlivých fázích vyvstávají. V závěru práce autorka provede ověření, zda se pracovníci při práci s umírajícími skutečně s těmito setkávají či při této vyvstávají nějaké další etické problémy.

Období „pre finem“ je charakteristické tím, že začíná tam a tehdy, kdy je onemocnění a jeho vážnost v podvědomí nemocného. Za etický problém v tomto období lze označit sdělení pravdy o závažném nevléčitelném onemocnění, s čímž souvisí míra informovanosti nemocného.³¹ V poválečných dobách s nástupem tzv. vítězné medicíny nebylo ničím neobvyklé, že lékař byl s vážností zdravotního stavu nemocného seznámen, avšak nepříznivé informace nesděloval, čímž docházelo k velmi komplikované situaci. Nemocný byl nucen na absenci otevřené komunikace přistoupit a postupně odhalovat skutečnost o svém onemocnění prostřednictvím nejrůznějších zdrojů. Nejčastěji docházelo k zprostředkovanému sdělení informací nemocnému, a to prostřednictvím nejbližších členů rodiny. Vztah mezi lékařem a nemocným se nesl v duchu napjatého mlčení.³² Sdělování závažných informací týkajících se zdravotního stavu nemocného a jeho prognózy je pochopitelně velmi náročný a nelehký úkol pro pracovníka, především lékaře. Současně je to však velmi náročná a nelehká situace pro nemocného, který je s onou informací konfrontován a bezprostředně se ho dotýká. Nemocný člověk má být o svém zdravotním stavu a špatné prognóze informován, avšak současně je nutné, aby znal pravdu, jež spočívá také ve sdělení faktu, že onemocnění člověka, s nímž se potýká, je jednak vážné, ale rovněž výhledově neslučitelné se životem.³³ Je velmi důležité,

³⁰ HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*. Praha: Galén, 2002. ISBN 80-7262-132-7. s. 233.

³¹ SLÁMA, O. a kol. *Paliativní medicína pro praxi*. Praha: Galén, 2011. ISBN 978-80-7262-849-0. s. 320.

³² HAŠKOVCOVÁ, H. *Informovaný souhlas*. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-497-3. s. 15.

³³ SLÁMA, O. a kol. *Paliativní medicína pro praxi*. Praha: Galén, 2011. ISBN 978-80-7262-849-0. s. 320.

aby při sdělování výše uvedených skutečností byla dodržena otevřená komunikace, která má pochopitelně své opodstatnění. Pro nemocného je otevřená komunikace prostorem pro ventilaci jeho strachu a obav. Člověk by měl vystihnout vhodnou chvíli pro informování nemocného a informace sdělovat s určitou opatrností a citlivostí.³⁴ Vztah lékaře a nemocného došel k určité transformaci a v důsledku tvorby nejrůznějších kodexů, jež upravovaly práva nemocných, lze hovořit o překonání strategie mlčení. Nový model vztahu obsahuje prvky otevřenosti a pravdivé komunikace. V současné době je důležitým nástrojem pro poskytování informací informovaný souhlas, jenž je považován za projev vůle nemocného.³⁵

Vzhledem k tomu, že člověk je v dalším období, jež nese název „in finem“ již většinou hospitalizován v nemocnici, za nejčastější etický problém, který zde vyvstává, je ritualizace smrti a eutanazie. Smrt se v čase proměnila a může se zdát, že jí lidé přestali věnovat pozornost. V poslední době lze zaznamenat zvýšení zájmu o tuto problematiku, avšak s jistotou lze konstatovat, že jí stále nevnímáme v její plnosti. S její proměnou se také pojí fakt, že člověk v dnešní moderní době nezřídka umírá sám v nemocničním prostředí, z čehož vyplývá, že smrti je upřen charakter sociálního aktu. V přechozí kapitole, která se věnovala dějinám smrti, byla již rozpracována ritualizace smrti, proto této již dále nebude věnována pozornost. Dalším etickým problémem tohoto období je eutanazie, která v sobě na straně jedné zahrnuje snadnou bezbolestnou a rychlou smrt a na straně druhé usmrcení z milosrdenství. Vzhledem k tomu, že veřejnost o dané téma projevuje zvýšený zájem a eutanazie je předmětem mnoha etických diskuzí, bude tento etický problém více rozpracován v kapitole *Etické problémy umírání a smrti; komplikace dnešní doby*.

Jak jsme se již mohli seznámit v předchozí kapitole, fáze „post finem“, je poslední fází v procesu umírání. I v této se můžeme setkat s etickými problémy, především s problémem komercializace smrti. Může se zdát,

³⁴ ULRICHOVÁ, M. *Různé tváře smrti*. Praha: Gaudeamus, 2009. ISBN 978-80-7041-743-0. s. 82-84.

³⁵ HAŠKOVCOVÁ, H. *Informovaný souhlas*. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-497-3. s. 25.

že po smrti člověka je zřejmé, jak bude s jeho tělem nakládáno a jak mají pracovníci ve zdravotnictví postupovat. Realita a běžná praxe výše uvedené v ledasčem potvrzuje, avšak stává se a není ničím neobvyklým, že pro klid zemřelého není vhodné místo, případně ani tento mnohdy není dodržen. S tímto souvisí i pohřeb zemřelého. Tento rituál měl po dlouhou dobu jasně vymezený scénář, v němž byly hlavní role obsazeny pláčem, zoufáním a truchlením. To vše bylo nezbytnou součástí tradice, jež byla veřejná.³⁶ V dnešní moderní době byly pohřební rituály přetransformovány a vše probíhá podstatně rychleji, za úplatu a zármutek bývá před veřejností potlačen.

1. 2. 2 Smrt-vyrovnaní se s faktem vlastní konečnosti

Umírání je proces a jako takový zahrnuje i vyrovnaní se s tímto. Americká psycholožka Elisabeth Kübler-Ross, autorka studie *O smrti a umírání*, vypracovala pětistupňový model vyrovnávání se se smrtí, který napomáhá pochopit prožívání a jednání umírajících. Současně ho lze vnímat jako etický manuál pro zdravotnické pracovníky nebo pro pracovníky v pomáhajících profesích obecně.

První stadium-popírání a izolace

Pro toto stadium je typické, jak sám název napovídá, popírání zdravotního stavu. Popírání lze přirovnat k nárazníku, který tlumí účinky nežádoucí šokující zprávy. Umožňuje člověku vzchopení se a zmobilizování obranných strategií člověka. Jakmile člověk překoná dočasný šok, který s sebou přinesla ona zpráva, dochází „k zotavení“.³⁷ Člověk poté nachází sílu na to se vzchopit. Avšak vzhledem k tomu, že představa situace stanutí tváří tvář smrti, nemusí být totožná s realitou a současně mnoho lidí si tuto konfrontaci se smrtí neumí ani představit, je vcelku pochopitelné, že ze strany nemocného dochází k vědomému či nevědomému popírání reality.³⁸

³⁶ KUPKA, M. *Psychosociální aspekty paliativní péče*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4650-0. s. 110.

³⁷ KÜBLER-ROSS, E. *O smrti a umírání*. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0911-9. s. 51-63.

³⁸ Tamtéž, s. 51-63.

Druhé stadium-zlost

Stadium popírání následně střídá stadium zlosti, v němž se prolínají pocity vzteku, hněvu, rozmrzelosti apod. Každý z nás, kdo prochází či prošel náročnou životní situací, do níž lze zahrnout i oznámení terminálnosti onemocnění, si pokládá otázku „*Proč zrovna já?*“. Toto stadium je náročné jak pro umírajícího, tak pro jeho okolí. Výlevy vzteku a zlosti se totiž obrací na všechno a na všechny.³⁹

Třetí stadium-smlouvání

Stadium smlouvání lze označit jako pokus o odklad. Smlouvání má většinou skrytou podobu, bývá tajné a lidé ho uzavírají většinou s Bohem. Člověk si v tomto stadiu stanovuje termín svého konce. Smlouvání je typické například pro chování dětí, zpočátku se určité věci domáhají a poté o ni prosí. V případě nevyléčitelně nemocných a umírajících je tomu obdobně. Jejich splněná přání jsou odměnou za jejich dobré chování.⁴⁰ Tužby umírajících se týkají většinou prodloužení života či nepřítomnosti bolesti.

Čtvrté stadium-deprese

V případě, že již není možné, s ohledem na zdravotní stav nevyléčitelně nemocného člověka, aby popíral onu prvotní zprávu a odkládal přijetí faktu, že umírá, ocitá se pak ve stadiu deprese, jež může mít mnoho podob a příčin. Může mít podobu ztráty, kterou lze demonstrovat na následujícím příkladu. Žena s rakovinou prsu se po jeho odstranění bude vyrovnávat s možným pocitem ztráty ženskosti. V tomto stadiu je nutné, abychom jednak zjistili příčinu deprese, ale současně abychom usilovali o její zmírnění. Deprese je rovněž nástrojem, jehož prostřednictvím se člověk připravuje na blížící se smrt.⁴¹

³⁹ Tamtéž s. 64-66.

⁴⁰ Tamtéž s. 98-100.

⁴¹ KÜBLER-ROSS, E. *O smrti a umírání*. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0911-9. s. 101-103.

Páté stadium-akceptace

V případě, že má člověk dostatek času na to, aby prošel a překonal jednotlivá stádia, stává se vyrovnaným a nemoc v něm již nevzbuzuje hněv ani další negativní pocity. Jakoby byla zbavená všech pocitů. Umírající v tomto stadiu již plně přijal situaci, vyrovnal se s touto a současně dosáhl jakéhosi smíření a vnitřního pokoje. Toto období je specifické v tom, že více porozumění a pomoci potřebuje spíše rodina umírajícího než sám nemocný⁴² V případě náhlých a nečekaných úmrtí není ničím neobvyklým, že umírající nestačí projít jednotlivými stádii a těmito pak procházejí jeho nejbližší, pozůstalí.⁴³

1. 3 Umírání a smrt v dnešní společnosti

Lidé si nevyhnutelnost smrti a konečnost života uvědomovali a uvědomují dodnes. V historickém kontextu však můžeme pozorovat značné rozdíly v jejím přijímání a vyrovnání se s touto. Faktem je, že dříve se lidé dožívali daleko nižšího věku, než je tomu dnes. Důsledkem tohoto byly války, nevléčitelné nemoci v podobě nejrůznějších smrtelných infekcí, nedostatek stravy, nevyhovující hygienické podmínky a jiné. Rovněž lékařská věda nebyla na takové úrovni, jako tomu je dnes. Umíralo se často a smrt nebyla ničím neobvyklým. V současné době ještě neproběhl potřebný časový odstup, abychom mohli provést zhodnocení s posledním modelem smrti Arièse, který byl popsán v předchozích kapitolách. I přesto však můžeme konstatovat, že model „převrácené smrti“ přetrvává, což zachycují nejrůznější tendence. Zvýšení ekonomické úrovně a vývoj lékařské vědy mělo bezesporu vliv na snížení úmrtnosti a současně také na zvýšení průměrného věku obyvatelstva. Smrt je nám však i přesto vzdálenější a lidé myšlenky na smrt vytěsňují. Tento odsun smrti z veřejného dění je pravděpodobně důsledkem medikalizace smrti a její odsunutí do zdravotnických zařízení. Péči o umírající, kterou dříve

⁴² Tamtéž s. 127-129.

⁴³ KŘIVOHLAVY, J; KACZMARZYK, S. *Poslední úsek cesty*. Praha: Návrat domů, 1993. ISBN 80-85495-43-0.

zajišťovali nejbližší umírajícího, byla delegována na lékaře a zdravotnický personál.⁴⁴ Současná neschopnost smrt přijímat a vyrovnat se s touto pramení z toho, že v dnešní době nemá smrt přirozenou podobu, tak jako tomu bylo v minulosti. Lze konstatovat, že čím většího pokroku dosáhla lékařská věda, tím více nás smrt děsí. Umírání se stalo jakýmsi neosobním a osamělým procesem a na smrt lze pohlížet jako na něco mechanického a odlidštěného.

Je nutné si uvědomit, že člověk se ve své podstatě nijak nemění. Současně ani smrt neprošla zvláštní proměnou. V čase se sice změnily postoje k této, náhled na ni a její akceptace, ale stále je součástí našeho života, jako život sám. Potřeby člověka se taktéž nemění, potažmo potřeby umírajících lidí, tyto jsou také stále stejné.⁴⁵ To co se však zásadně změnilo, je způsob, jakým se se smrtí vyrovnáváme a jak k této přistupujeme. Svou roli zde jistě sehrává i současný kult věčného mládí. Lidé díky moderní medicíně mnohdy zapomínají na lidskou smrtelnost. V našem přístupu se odráží přístup k umírání a umírajícím obecně. Mění se také naše schopnost respektovat potřeby umírajících a vycházet těmto vstříc.

V minulosti nebylo neobvyklé být součástí umírání a současně být u onoho okamžiku smrti. Lidé umírali doma v okruhu svých nejbližších, kteří o nemocného či stárnoucího člena rodiny pečovali do jeho poslední chvíle. Podíleli se na přípravách příchodu smrti a současně společně sdíleli zármutek, který s sebou smrt přinášela.⁴⁶ V minulosti byli lidé schopni neodvratnost konce přijmout a byly umírajícímu oporou. V současnosti lidé umírají, jak již bylo uvedeno, především v nemocnicích, sami a setkávání se se smrtí v našem blízkém okolí již není běžnou životní zkušeností.⁴⁷ Jak jistě víme, umírání může být mučivé a plné bolesti. Lidé mají strach z umírání a můžeme jej označit za zcela přirozený, obecný a univerzální. Lékařská věda, i přes svůj rozvoj, stále ještě nepokročila

⁴⁴ DAVIES, D. *Stručné dějiny smrti*. Praha: Volvox Globator, 2007. ISBN 80-7207-628-4. s. 77-79.

⁴⁵ KÜBLER-ROSS, E. *O smrti a umírání*. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0911-9.

⁴⁶ HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie: Nauka o umírání a smrti*. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7263-473-3. s. 27-29.

⁴⁷ ELIAS, N. *O osamělosti umírajících v našich dnech*. Praha: Nakladatelství Franze Kafky, 1998. ISBN 80-85844-39-7. s. 23.

natolik, aby zajistila bezbolestný odchod ze života. Oproti dobám dřívějším, kdy nebylo možné muka provázející umírání zmírnit, však můžeme konstatovat, že je její pokrok výrazný, protože v současnosti zabezpečuje klidnou smrt. I přesto však dochází k minimalizaci toho, co dříve poskytovalo útěchu a pomoc, tedy přítomnost jiných lidí při umírání.

Proveďme krátké zamyšlení nad otázkou, proč v dnešní době smrt vytěsňujeme, když jsme si vědomi její přítomnosti. Se smrtí se v běžném každodenním životě setkáváme téměř denně například prostřednictvím médií. Sledujeme seriály, filmy, zprávy a jiné, v nichž se umírá a okamžik smrti je v těchto zaznamenán. Konfrontace se smrtí v médiích však není zkušenost v pravém slova smyslu, tudíž nás nepodněcuje ke zvláštnímu zamyšlení. To co se nás osobně dotýká, je smrt blízkého člověka.⁴⁸ Prostřednictvím této opravdové zkušenosti se nad smrtí teprve zamýšlíme, zamýšlíme se nad pomíjivostí života, nad vlastní smrtelností, což nás vnitřně obohacuje a pomáhá nám růst.

Téma umírání a smrti je v dnešní společnosti tématem stále tabuizovaným, pravděpodobně z důvodu, že dnešní společnost klade důraz především na soukromí, individualitu a autonomii člověka. Avšak i přes tuto skutečnost, lze zaznamenat intenzivní snahu a úsilí jednotlivců a organizací o systematické rozvíjení této problematiky, což přispívá ke zvyšování povědomí o významu smrti v životě člověka obecně skrze celou společnost.

1. 4 Etické problémy umírání a smrti; komplikace dnešní doby

Lékařská věda a její neustálý rozvoj je bezesporu přínosem pro celou společnost, díky této jsou dnes zachraňovány životy dříve nezachránitelné. Dnešní medicína a její možnosti umožňují nejen zachraňovat naše životy, ale současně prodlužovat jejich délku či zmírňovat nejrůznější symptomy

⁴⁸ LANDSBERG, L. P. *Zkušenost smrti*. Praha: nakladatelství Vyšehrad, 1990. ISBN 80-7021-054-0. s. 120.

nemocí. Cílem je bezesporu zlepšení kvality života. Lékaři se dnes nachází ve velmi složité situaci, jelikož mají strach ze selhání, tudíž usilují o prodloužení života, avšak v důsledku onoho prodloužení bývá mnohdy zhoršena jeho kvalita.⁴⁹ Dnešní možnosti medicíny s sebou přináší etické a morální problémy, mezi které lze zařadit níže uvedenou dystanázii a eutanazii.

1. 4. 1 Dystanázie

Jedním z etických problémů je dystanázie, neboli zadržovaná smrt. Autorka knihy *Thanatologie*, Helena Haškovcová, tento pojem označuje za: „stav, kdy je smrt neodvratná, a přesto je stále a namáhavě oddalována.“⁵⁰ Smrt je součástí lidského života, který je právě touto limitován. Přirozený proces umírání je tak uměle prodlužován snahou lidský život zachránit. Na téma dystanázie lze nahlížet jako na poměrně problematické a v souvislosti s tímto vyvstává mnoho otázek.

Jak bylo již uvedeno v kapitole *Chápání smrti a její proměny v dějinách*, lékaři se s oddalováním smrti potýkali již počátkem 20. století a jejich hlavním cílem bylo okamžik smrti oddálit. S tímto přístupem se bohužel setkáváme i dnes. Umírání s sebou přináší utrpení a bolest, kterou mnohdy prožívá společně s umírajícím i jeho rodina a nejbližší. Dané téma často mezi lékaři vzbuzuje značné rozpaky. Oddalování smrti nelze vyhodnotit jako špatný čin, jelikož je zcela pochopitelné, že lékař usiluje o záchranu a udržení lidského života, tudíž bojuje za každou cenu. Avšak kdy může lékař sváděný boj o záchranu života ukončit a zdravotní stav nemocného vyhodnotit jako záchrany nemožný? Kdy je ten vhodný okamžik pro to, aby lékař konstatoval neúčinnost a marnost léčby? Je vůbec ten, jež usiluje o záchranu lidského života schopen rozhodnout o jeho ukončení? Je velmi náročné hledat na tyto otázky odpověď, jelikož každý člověk na danou problematiku nahlíží po svém a má své vlastní měřítko pro hodnocení. Za problémový nelze označit jen samotný akt rozhodnutí, zda bojovat

⁴⁹ NEZBEDA, O. *Průvodce smrtelníka*. Praha: Paseka, 2016. ISBN 978-80-7432-747-6. s. 21.

⁵⁰ HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie: Nauka o umírání a smrti*. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7263-473-3. s. 32.

o udržení lidského života či nikoliv, ale současně i předmět zájmu lékařů. Tito se zaměřují především na nemoc, sledují biologické potřeby pacientů a vývoj léčby. Člověk má však vyjma tělesných potřeb i jiné potřeby, které mohou být v důsledku onoho zájmu lékařů potlačeny, což má bezpochyby vliv na kvalitu života.

1. 4. 2 Eutanazie

Dalším etickým problémem současné doby, o němž se poměrně často hovoří, je eutanazie. Dříve tato znamenala pomoc umírajícím, která se zaměřovala především na zmírnění bolesti, jež umírajícího provázely. Eutanazie prošla v čase jistou proměnou a dnes na tuto nahlížíme jako na vědomé urychlení smrti či ukončení života. Pojem eutanazie má rozdílný výklad a lze se s touto setkat v různých významech. Například někteří autoři za tuto považují i přípravu smrtící injekce lékařem, jiní naopak zastávají názor, že pokud lékař tuto neaplikuje, nejedná se o eutanazii, nýbrž o asistovanou sebevraždu. Otázku, zda je tento akt morálně přijatelnější ponecháme bez odpovědi. Naším cílem je specifikovat výklad eutanazie, neboli oddělit situace, které definici eutanazie nenaplnují.

Důvody, jež vedou k otázkám ukončení lidského života, jsou zřejmé a navazuje na to předchozí text o zadržované smrti. Délka života je prodlužována a udržování života není v současnosti ničím neobvyklým. V souvislosti s tímto si můžeme položit otázku, zda prodlužování života má své hranice či nikoliv. Jak bylo již uvedeno, smrt je součástí života a prodlužováním života ji jednak oddalujeme, což je na jednu stranu pochopitelné, ale současně bráníme něčemu, co je zcela přirozené. Eutanazie je, společně s dystanazií, etickou otázkou a společnost k danému tématu zaujímá rozdílné postoje. Vzhledem k tomu, že společnost nemá vyhraněný názor, zaměříme se na různé pohledy a podstatné argumenty. Pro lepší pochopení a orientaci bude v úvodu představen vývoj eutanazie, s níž je vyvíjely i pohledy na tuto. Představíme si rovněž, avšak velmi okrajově, přístupy vybraných náboženství, která mohou mít na postoj veřejnosti k dané problematice bezpochyby vliv. Záleží na přirozených

hodnotách každého z nás a náboženství v tomto směru zastává bezpochyby svou roli.

V antice se člověk na smrt připravoval průběžně neboli po dobu svého života. Člověk byl schopen smrt přijmout a nést svůj úděl. Smrt byla chápána jako vyvrcholení života, při němž si člověk osvědčil jeho kvalitu.⁵¹ Příprava člověka pak byla rozhodující pro hodnocení, zda bude smrt dobrá či nikoliv. Hodnocení dobrého totiž vycházelo ze života, pokud byl život člověka dobrý, byla dobrá i jeho smrt. Stěžejní otázkou v té době bylo léčení nevléčitelně nemocných, s čímž souviselo i podání smrtícího jedu. Jednalo se tak o nedobrovolné usmrcení nemocných, kteří již neměli naději na uzdravení.

V dobách středověku se eutanazie netěšila přízně společnosti a byla odmítána na základě náboženského přesvědčení, že lidský život je Stvořitelův dar. Tedy, že Bůh člověka obdaroval životem a úlohou člověka je tento přijmout a odpovědně s ním nakládat.⁵² Z tohoto vyplývá požadavek jeho ochrany a zachování. Ochrana života vlastního i cizího vychází z Písma a rovněž z pátého přikázání „*Nezabiješ*“. Vědomé ukončení života bylo považováno za smrtelný hřích a provinění vůči Bohu. Výraznější myšlenky a výklad eutanazie v dnešním slova smyslu lze zachytit, až s nástupem sekularizace, tedy v dobách novověku. Anglický filozof Francis Bacon kladl důraz na využití vývoje lékařské vědy a možností medicíny. Její možnosti nabízí například zmírnění bolesti, které s sebou smrt a jí předcházející umírání přináší. Vychází tedy z přesvědčení, že dobrá smrt je ta, jež nepřináší bolest a utrpení, neboť utrpení je v čase novověku vnímáno jako něco, co nemá smysl a co by se v lidském životě nemělo vůbec vyskytovat.⁵³

Učení o sociálním darwinismu, které se rozvíjelo v osvícenství, zapříčinilo změnu ve vnímání hodnoty lidského života a současně mělo vliv

⁵¹ LOUČKA, M., ŠPINKA, Š., ŠPINKOVÁ, M. *Eutanazie. Víme, o čem mluvíme?* Praha: Cesta domů, 2015. ISBN 978-80-88126-08-9. s. 10.

⁵² WOLFGANG, H. *Etika. Základní otázky života.* Praha: Vyšehrad, 2016. ISBN 978-80-7429-642-0. s. 228.

⁵³ LOUČKA, M., ŠPINKA, Š., ŠPINKOVÁ, M. *Eutanazie. Víme, o čem mluvíme?* Praha: Cesta domů, 2015. ISBN 978-80-88126-08-9. s. 7.

na extrémní podoby eutanazie v dobách války. Na lidský život bylo z pohledu evoluční teorie pohlíženo jako na něco, co není ničím víc, než jakákoliv jiná forma života.⁵⁴ Eutanazie měla v minulosti zcela jiné pojetí a novověk měl bezpochyby výrazný vliv na to, jak k této dnes přistupujeme a jak ji pojmáme. Došlo ke změně chápání jejího významu, byla interpretována jako milosrdné zabití nebo asistovaná sebevražda za pomoci lékaře. Díky tomuto, mohli lékaři veřejně přiznat, že takové jednání již praktikují, čímž došlo k určité změně postojů ve společnosti.⁵⁵

Za klíčové motivy v novověku lze označit přesvědčení, že utrpení nemá smysl. Medicína disponuje prostředky, jež mohou přesvědčení novověku naplnit a ono utrpení eliminovat. Dalším klíčovým momentem je autonomie člověka, jež byla zdůrazňována v období osvícenství a dnes je tento základní etický princip předmětem mnoha diskuzí o eutanazii. Tato totiž představuje jeden ze základních argumentů pro její legalizaci. Pojem autonomie člověka v sobě zahrnuje svobodu a nezávislost. Lidé na tuto mnohdy nahlízejí jako na právo nebýt ničím a nikým omezován. Autonomie končí smrtí, což může být důvodem pro to, aby se lidé více přikláněli k eutanazii. Mohou mít obavy a strach nad ztrátou moci vést svůj život podle sebe. Může nás děsit ona pasivita, která nás v umírání čeká. Tento zjednodušený výklad je rizikem sám o sobě, ale je rizikový i pro úvahy a diskuze o zavedení či nezavedení eutanazie. Diskuze, která je postavena na tomto zjednodušeném výkladu, jako základním argumentu pro její přijetí, v sobě skrývá jisté nebezpečí. Proti tomuto zjednodušenému výkladu stojí i pojetí autonomie dle Immanuela Kanta, který zastával záporný postoj k sebevraždě. Ve svém díle *Základy metafyziky mravů* podává určité vysvětlení tohoto. Za skutečnou svobodu a autonomii člověka lze považovat takové jednání, jež je pro člověka závazné, řídí se jím a současně se může stát obecně platným.⁵⁶ To, co nás k danému jednání zavazuje je mravní zákon v nás, v našem nitru.

⁵⁴ DOWBIGGIN, I. *A Concise History of Euthanasia: Live, Death, God, and Medicine*. Lanham: Rowman & Littlefield Publishers, 2007. ISBN-13: 978-0-7425-3111-6, ISBN-10: 0-7425-3111-2. s. 52-53.

⁵⁵ Tamtéž, s. 49.

⁵⁶ KANT, I. *Základy metafyziky mravů*. Praha: Svoboda, 1990. ISBN 80-205-0152-5. s. 63-64.

Ukládáme ho sami sobě, na základě rozumu a spočívá v tom, že dobrý život není založen pouze na individuálních tužbách, ale na tom, co je všem lidským bytostem společné. Je proto zřejmé, že vědomé ukončení života se nemůže stát obecným pravidlem. Autonomie je jedním z principů, na jejichž základech je paliativní péče poskytována⁵⁷, proto se této věnujeme i v dalších kapitolách.

Dalším argumentem, jenž podporuje zavedení eutanazie je utrpení, které s sebou umírání a smrt přináší. Je spojováno především se strachem, který lze označit za součást utrpení. Lidé mají strach z bolesti, z osamělosti, ze ztráty samostatnosti a bezpochyby také ze ztráty důstojnosti. Tyto strachy v lidech podmiňují zajímat se o možnosti, jak těmto předejít a eutanazie toto nabízí. Nabízí pomoc umírajícímu člověku ve smyslu zbavení utrpení, tudíž se jeví se jako vhodná strategie řešení dilematu smrti a strachu z umírání. S tímto však vyvstává otázka, zdali výše uvedeným strachům nemůžeme spíše nějak předcházet. Vždyť život člověka ukončený v utrpení, není důstojnější než sama ztráta důstojnosti umírajícího. V dřívějších dobách lidé zvládali strachy prostřednictvím rituálů.⁵⁸ Společnost od těchto postupně upouštěla, což zapříčinilo, že dnes je jedinou strategií zvládnutí strachu ze smrti a všeho co s sebou přináší, ono vytěsňování smrti.

Eutanazie je základním morálním dilematem pro lékaře, ale současně i pro umírající. Tímto se pochopitelně zabývá nejen medicína, ale právní vědy, filozofie, teologie a jiné. V každém případě, ať jsou názory na eutanazii jakékoliv a argumenty pro její přijetí a nepřijetí rovněž, je důležité si uvědomit základní etickou zásadu, jež vychází z Hippokratovy tradice. Sama Hippokratova přísaha zakazuje usmrcení člověka a současně také zakazuje pomoci člověku k jeho sebevraždě.⁵⁹ Takové jednání nelze označit za morální a je v rozporu s povoláním lékaře. Je to pochopitelné, jelikož jak je každému jistě známo, cílem lékaře je pečovat a dbát o zdraví a život člověka. Lékař, který by napomáhal

⁵⁷ SLÁMA, O. a kol. *Paliativní medicína pro praxi*. Praha: Galén, 2011. ISBN 978-80-7262-849-0. s. 319.

⁵⁸ DAVIES, D. *Stručné dějiny smrti*. Praha: Volvox Globator, 2007. ISBN 80-7207-628-4. s. 58-59.

⁵⁹ HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*. Praha: Galén, 2000. ISBN 80-7262-034-7. s. 75-75.

k sebevraždě nebo by sám někoho na žádost usmrtil, by se tímto provinil proti výše uvedené povinnosti.⁶⁰ Hippokratova přísaha pamatuje i na případy, kdy jsou možnosti léčby vyčerpány a poté je úkolem lékaře tišit negativní příznaky a zbytečně neprodlužovat život společně s utrpením umírajícího.⁶¹ S Hippokratovou tradicí se ztotožňuje židovsko-křesťanská tradice, která násilné ukončení lidského života odmítá a staví se k tomuto negativně. „Židé pohlížejí na život jako na dar od Boha a na smrt jako na smutný, ale nevyhnutelný závěr dobře prožitého života.“⁶² Pro židovský způsob života je typická jednota života a smrti a lidská existence je chápána jako celek. Smrt je považována za jinou formu života. Učení islámu považuje eutanazii rovněž za nepřijatelnou, jelikož nikomu není dovoleno vzít sobě či někomu jinému život.

Eutanazie je stále aktuálním tématem dnešní doby a v posledních letech došlo k její legalizaci v několika zemích, viz příloha č. 1. Nutno však poznamenat, že častěji legalizovanou formou je eutanazie pasivní, tj. asistovaná sebevražda. Eutanazie ani asistovaná sebevražda není v České republice legální, je tedy považována za trestný čin.⁶³ Její možné zavedení potlačuje postupně rozšiřující se povědomí společnosti o paliativní medicíně, která lidský život neprodlouží, ale zajistí člověku jeho kvalitní prožití v poslední závěrečné fázi.

⁶⁰ WOLFGANG, H. *Etika. Základní otázky života*. Praha: Vyšehrad, 2016. ISBN 978-80-7429-642-0. s. 229.

⁶¹ KUŘE, J. Dobrá smrt. K filosofickému ujasnění pojmu eutanazie. *Filosofia*. 2007, roč. 62, č. 3. ISSN 0046-385 X. s. 224.

⁶² KEENE, M. *Světová náboženství*. Praha: Knižní klub 2003. ISBN 80-242-0983-7. s. 57.

⁶³ PTÁČEK, R., BARTŮNEK, P., a kol. *Eutanazie – pro a proti*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4659-3. s. 17.

2 PÉČE O UMÍRAJÍCÍ

Tato poměrně rozsáhlá kapitola pojednává o péči, jenž je poskytována umírajícím, ale současně i těm nejbližším, kteří člověka v poslední fázi jeho života doprovází. Paliativní péče může být vnímána jako alternativa k eutanazii, neboť se zaměřuje především na tišení bolesti a zmírňování utrpení, což bývá jedním z důvodů žádosti o eutanazii. Na paliativní péči bývá mnohdy nahlíženo jako na novou disciplínu, avšak ve skutečnosti se jedná o nejstarší lékařský obor. Dříve bylo velmi málo nemocí, jež bylo možné léčit. Možnosti účinné léčby se rozvíjeli především až s pokrokem medicíny.⁶⁴ Paliativní neboli hospicová péče se postupně rozvíjí skrze výzkumné, vzdělávací a osvětové aktivity, které zapříčinily zvýšený zájem veřejnosti o tuto problematiku. Již od svého počátku ji lze označit za zásadního nositele změny v systému zdravotně sociální péče. I přes onu osvětu a iniciativy nejrůznějších organizací je však nutné uvést fakt, že se této dostane v závěru života méně než 5 % umírajícím. Na vině je zřejmě celá řada faktorů, například historický vývoj zařízení hospicového typu, která byla postupně zřizována zejména neziskovým sektorem nebo komplikovanost nastavení péče mezi zdravotními a sociálními službami a jiné.

Úvodní část této kapitoly se věnuje charakteristice paliativní péče, popisu cílů a obecných pojetí této. Současně představuje její základní dělení. Pozornost je soustředěna na hospice, jako poskytovatele paliativní péče, na základní formy péče a financování této. Od založení prvního hospicového zařízení v České republice již uběhlo více než dvacet let, a proto si položíme otázku, jaký je současný stav paliativní péče a zda jsou u nás, v České republice potřeby umírajících adekvátně zajišťovány či nikoliv. Kapitola péče o umírající se rovněž zabývá procesem doprovázení, jehož cílem je naplňovat potřeby a přání nemocného, i ta dříve vyslovená.

⁶⁴ GÜNTNER, V. *Žít až do konce*. Praha: nakladatelství Vyšehrad, 2000. ISBN 80-7021-330-2. s. 36.

2. 1 Paliativní péče a její organizační formy

Paliativní péče v čase prošla řadou proměn, tak jako i umírání. V důsledku stárnutí populace se prodlužuje lidský věk a závěrečné fáze života se tak dožívá, čím dál více lidí. Podle prognózy Českého statistického úřadu bude v České republice v roce 2050 přibližně půl milionu lidí ve věku 85 let a více, přičemž v současnosti se jedná o čtvrtinu tohoto počtu. V České republice umírá každoročně více než 111 000 lidí⁶⁵ a lze konstatovat, že v posledních letech je stále častěji deklarována potřeba pohlížet na paliativní péči jako na významné téma veřejného zdravotnictví a zdravotní politiky. Následkem tohoto včetně samotného vývoje paliativní péče došlo k výrazným změnám v péči o umírající. Význam této péče podpořila například současná vláda České republiky ve svém Programovém prohlášení, nebo Valné shromáždění Světové zdravotnické organizace v Ženevě v roce 2014.⁶⁶

I přesto, že se o paliativní péči ve společnosti stále více hovoří, je i přesto pro většinu lidí velkou neznámou a zájem z jejich strany roste až poté, co jim je obsah pojmu vysvětlen. Současně není nijak zvlášť neobvyklé, že informace ohledně této péče bývají nepřesné, což zapříčiňuje vznik nejrůznějších domněnek, mýtů a omylů. I přes výše uvedené iniciativy se k ní v závěru života dostává velmi malé procento umírajících, což je pravděpodobně důsledkem vývoje hospiců, které jsou zřizovány především neziskovým sektorem. Zřejmě je na vině i komplikovanost jejího nastavení mezi zdravotními a sociálními službami, které se na péči podílejí.

Lidé si většinou přejí zemřít v místě, které mají rádi a které důvěrně znají, ideálně doma v kruhu svých nejbližších, což potvrzuje výzkum veřejného mínění, který byl v roce 2013 realizován výzkumnou agenturou

⁶⁵ ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. *Zemřeli 2015*. Praha: ÚZIS, 2016. ISBN 978-80-7472-157-1. s. 8.

⁶⁶ LOUČKA, M., KOSÁK, D. *Studie možných forem zajištění paliativní péče v městské části Praha 10*. Praha: Centrum paliativní péče ve spolupráci s MČ Praha 10, 2016. ISBN nenalezeno.

STEM/MARK a hospicovým sdružením Cesta domů, viz příloha č. 2.⁶⁷ Tento výzkum finančně podpořilo Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky spolu s výše uvedenou agenturou. Naplnění tohoto lidského přání je jedním z cílů paliativní péče. Tato se primárně orientuje na kvalitu života nemocného až do jeho smrti, zmírňuje bolest a utrpení, které s sebou nemoc přináší, přičemž zohledňuje tělesnou, psychologickou, sociální a spirituální složku člověka.⁶⁸

Paliativní péče tedy představuje komplexní systém pomoci umírajícím a jejich rodinám. Dříve se paliativní péče zaměřovala především na onkologická onemocnění. S jejím vývojem se postupně měnilo i její zaměření a v současnosti se orientuje na všechna progresivní chronická onemocnění. Je důležité uvést, že paliativní péče, tj. paliativní medicína medicíně kurativní nijak nekonkuruje, naopak navazuje na její úlohu a snaží se jí být nápomocna. Jejich spolupráce je důležitá především z důvodu zajištění důstojného a přirozeného umírání nevléčitelně nemocného člověka.

Vzhledem k tomu, že onemocnění má u každého člověka jiné symptomy, průběh, ale i prognózu, je nutné rozlišovat komplexnost péče, která je nezbytná pro udržení kvality života umírajícího. Paliativní péče se dělí na obecnou a specializovanou, přičemž je nutné zdůraznit, že obecnou paliativní péči poskytují nebo by měli umět poskytnout všichni zdravotníci v rámci své odbornosti. Zaměřují se jednak na léčbu symptomů pokročilého stádia onemocnění, ale současně na vše co nějakým způsobem ovlivňuje kvalitu života nemocného člověka.⁶⁹ Lze do toho zahrnout například koordinaci péče v závislosti na potřebách nemocného, dostupnost sociálního a psychologického poradenství, komunikaci a další. Podpůrná a empatická komunikace s nemocným a jeho rodinou zastává velmi důležitou roli a je stejně tak důležitá jako znalosti a dovednosti

⁶⁷ ZDRAVOTNICKÝ DENÍK. *Češi by chtěli umírat doma, ale většina z nich opouští svět v instituci.* [online]. [cit. 2017-02-14]. Dostupné na: < <http://www.zdravotnickydenik.cz/2015/03/cesi-by-chteli-umirat-doma-ale-vetsina-z-nich-opousti-svet-v-instituci/>>

⁶⁸ SLÁMA, O. a kol. *Paliativní medicína pro praxi.* Praha: Galén, 2011. ISBN 978-80-7262-849-0. s. 25.

⁶⁹ Tamtéž, s. 30-32.

zdravotníků při nastavení léčby onemocnění, případně řešení obtíží spojených s nevléčitelnou nemocí.⁷⁰

Specializovaná paliativní péče nastupuje v případě, že obtíže nemocného již přesahují možnosti obecné paliativní péče. Je poskytována multidisciplinárním týmem odborníků, který je tvořen lékaři, zdravotními sestrami, sociálními pracovníky, psychology, duchovními, dobrovolníky a další. Tento multidisciplinární tým disponuje speciálním vzděláním, ale především i zkušenostmi v paliativní péči. Koordinuje paliativní péči a spolupracuje s nevléčitelně nemocným člověkem a jeho blízkými, rodinou a přáteli, jež jsou nedílnou součástí onoho týmu. Přechod mezi jednotlivými typy péče by měl být plynulý. Specializovaná péče je poskytována v různých formách, a těmito jsou mobilní specializovaná paliativní péče, lůžková zařízení poskytující specializovanou paliativní péči, oddělení paliativní péče v rámci zdravotnických zařízení, ambulance paliativní péče, konziliární tým paliativní péče v rámci zdravotnických zařízení, denní stacionáře a další.⁷¹

O problematice péče o umírající se v posledních letech více hovoří, což dokládá například jednání o paliativní péči na Ministerstvu zdravotnictví začátkem roku 2017. Ministerstvo zdravotnictví má zájem zasadit se o zlepšení situace lidí, kteří se nachází v poslední fázi svého života, což dokládá i závazek, že bude mobilní specializovaná paliativní péče od roku 2018 zahrnuta do systému úhrad. Jednání na Ministerstvu zdravotnictví lze označit za průlomové a i přesto, že je nabídka a současně i dostupnost specializované paliativní péče v České republice stále nízká, je nutné konstatovat, že se neustále rozvíjí a zájem lidí o danou problematiku se postupně zvyšuje.⁷² Specializovaná paliativní péče je v České republice poskytována především v domácím prostředí nevléčitelně nemocných, což je považováno za nejrozvinutější formu

⁷⁰ SLÁMA, O. Obecná a specializovaná paliativní péče v ČR. *Paliativní medicína a léčba bolesti*. Masarykův onkologický ústav, Brno 2012., roč. 5., č. 1. ISSN: 1337–6896. s. 10-12.

⁷¹ Tamtéž, s. 10-12.

⁷² UMÍRÁNÍ. CZ. *Jednání o paliativní péči na Ministerstvu zdravotnictví* [online]. [cit. 2017-02-14]. Dostupné na: <<https://www.cestadomu.cz/aktuality/jednani-o-paliativni-peci-na-ministerstvu-zdravotnictvi>>

specializované paliativní péče. Dále je poskytována v lůžkovém hospici a ve zdravotnickém zařízení na lůžkovém oddělení, což lze označit za obdobu hospicového zařízení.⁷³ Je velmi důležité, aby byla obecná paliativní péče poskytována na vysoké úrovni, jelikož specializovaná paliativní péče na tuto navazuje a prolíná se s ní, z čehož vychází, že její kvalita se od kvality obecné paliativní péče odvíjí a do jisté míry na ní závisí.

2. 2 Hospic jako poskytovatel specializované paliativní péče

Ve spojitosti s paliativní péčí se můžeme poměrně často setkat s pojmem hospicová péče. Například ve Zdravotnických novinách je hospicová péče definována jako centrálně řízený program paliativní péče, jenž je zaměřen na zmírnění symptomů nemoci v pravděpodobném časovém horizontu do šesti měsíců.⁷⁴

2. 2. 1 Úkoly a cíle hospicové péče

Hospicová péče vychází z podpory umírajícího člověka - jeho důstojnosti, smysluplnosti a osobnosti.⁷⁵ Jejím hlavním a primárním cílem, jenž se odvíjí od uspokojování základních životních potřeb nemocného, je zajištění kvality života nemocného. Směr léčby či naplnění onoho cíle však neurčují pouze lékaři či pečující, ale především sám nemocný. Aby bylo možné k tomuto dojít, je nutné vytvořit prostředí vzájemné důvěry a respektu.

*„Jádrem myšlenky hospice je snaha učinit umírání součástí života a vrátit ho zpět do života každodenního.“*⁷⁶ Úkolem hospicové péče je poskytovat kvalitní paliativní péči, která se zaměřuje na léčbu bolesti a zmírňování

⁷³ MARKOVÁ, M. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3171-1. s. 21.

⁷⁴ SEMONSKÁ, S. Léčba bolesti, Hospicová péče. *Lékařské listy: odborná příloha Zdravotnických novin*. Zdravotnické noviny: odborné fórum zdravotnictví a sociální péče. Praha: Ambit Media, 2009. ISSN 0044-1996.

⁷⁵ KALVACH, Z. a kol. *Manuál paliativní péče o umírající pacienty*. Praha: Cesta Domů, 2010. ISBN 978-80-904516-4-3. s. 13.

⁷⁶ STUDENT, CH. J. a kol. *Sociální práce v hospici a paliativní péči*. Praha: H & H Vyšehradská, s. r. o., 2006. ISBN: 80-7319-059-1. s. 26.

symptomů onemocnění především a současně být nablízku jak nemocnému, tak i jeho rodině a těm nejbližším, a doprovázet jich po celou dobu, tedy i po smrti nemocného.

Mezi hospicovou a paliativní péčí jsou nepatrné rozdílnosti, například v míře komplexnosti vnímání potřeb umírajících. Paliativní péče svou pozornost zaměřuje na nemocného člověka a bolest, jež ho provází, tedy zdravotní aspekty dlouhodobé péče. Hospicová péče klade důraz spíše na terminální stádium daného onemocnění a svůj zájem směřuje nejen na nemocného člověka, ale také na sociální prostředí, v němž nemocný člověk umírá, jehož součástí je rodina a jeho blízcí. Těmto poskytuje potřebnou podporu a pomoc.⁷⁷ Cíl, jenž spočívá především v zajištění kvality života, zmírnění bolesti a obrany proti tělesnému či duševnímu strádání, je obdobný.

Hospic je tedy zařízením speciální paliativní péče, která se oproti zdravotnickým zařízením orientuje především na sociální podporu nemocného člověka a jeho rodiny, což podstatně zvyšuje kvalitu života. Obecně tedy platí, že komplexní hospicová péče je založena na péči paliativní a rovněž, že žádný lékařský obor se nemůže z péče o umírající vyvázat.

2. 2. 2 Historie a formy hospicové péče

Původ slova hospic vychází z latinského hospitium (útulek). Jako takový se vyskytuje v biblickém podobenství O milosrdném Samařanu⁷⁸, prostřednictvím kterého se učíme milosrdnému jednání.⁷⁹ Tento termín byl využíván již ve středověku pro domy odpočinku, jež vyhledávali nemocní a unavení poutníci. Termín se později v 18. století využíval pro nemocnice pro umírající.⁸⁰ Dnes jsou hospice vesměs nestátní zdravotnická zařízení, jež poskytují paliativní péči. Zakladatelka prvního hospice v České

⁷⁷ TOMEŠ, I. a kol. *Rozvoj hospicové péče a její bariéry*. Praha: Karolinum, 2015. ISBN 978-80-246-2941-4. s. 12. s. 13

⁷⁸ BIBLE. *Písmo svaté Starého a Nového zákona*. Praha: Česká biblická společnost, 2007. ISBN 978-80-85810-55-4. s. 1184.

⁷⁹ Tamtéž, s. 12.

⁸⁰ HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie: Nauka o umírání a smrti*. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7263-473-3. s. 39.

republice, Marie Svatošová, uvádí a současně takto nazvala i jednu ze svých publikací, že „*Hospic je umění doprovázet*“. Tato nestátní zdravotnická zařízení jsou zpravidla zřízena soukromoprávním subjektem, například obecně prospěšnou společností, spolkem, charitou apod. Na jejich výstavbě i provozu se podílejí také obce a kraje, které podporu paliativní péče mnohdy zahrnují do koncepcí zdraví, jež vytváří. Hospicové hnutí pod jménem Hospic sv. Kryštofa založila v Anglii roku 1967 MUDr. Cecilie Saundersová.⁸¹

Hospicové péči v České republice předcházela zdravotní péče, kterou organizoval Československý červený kříž. V současnosti se tato označuje jako domácí ošetrovatelská péče, tj. Home care. Sametová revoluce v roce 1989 s sebou přinesla důraz na lidská práva a šanci péči o umírající rozvíjet. S rozvojem hospicové péče se pojí jméno lékařky Marie Opatrné, která usilovala o založení hospice v Rooseveltově ulici v Praze. Na tuto navázala lékařka Svatošová, která založila občanské sdružení pro podporu domácí péče a hospicového hnutí s názvem Ecce homo, ale současně je zakladatelkou prvního zařízení v České republice. V České republice neexistovaly pojmy jako domácí či lůžková hospicová péče, to vše a řada dalšího se profilovalo až v praxi.⁸² Marie Svatošová získala mnoho rad, zkušeností a námětů ze zahraničí a společně s občanským sdružením Ecce homo prosazovali práva pacientů a snažili se hospicovou péči u nás rozvíjet. První pokus o zřízení zařízení hospicového typu byl roku 1992 na Moravě, kde bylo v nemocnici v Babicích nad Svitavou otevřeno první paliativní oddělení s dvaceti lůžky. Tato lůžka však byla po nějakém čase bez náhrady zrušena. První hospicový dům byl v České republice otevřen roku 1993 v Červeném Kostelci.⁸³ Následně bylo vybudováno a otevřeno několik dalších zařízení hospicového typu. V současné době v České republice funguje 19 lůžkových hospiců.⁸⁴

⁸¹ STCHRISTOPHER'S. *Historie Stchristopher's* [online]. [cit. 2017-02-14]. Dostupné na: <<http://www.stchristophers.org.uk/about/history>>

⁸² HOSPICOVÁ PÉČE. *Historie domácí hospicové péče v České republice*. [online]. [cit. 2017-02-14]. Dostupné na: <<http://www.domaci-pece.info/hospicova-pece1>>

⁸³ VORLÍČEK, J., ADAM, Z. a kol.: *Paliativní medicína*. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-7169-437-1. s. 511.

⁸⁴ UMÍRÁNÍ. CZ. *Adresář služeb*. [online]. [cit. 2017-02-14]. Dostupné na: <<http://www.umirani.cz/adresar-sluzeb#8/49.883/15.491>>

Aktualizovaný počet lůžkových zařízení hospicové péče lze nalézt v příloze č. 3.

Jak bylo již uvedeno, paliativní péče je nejčastěji poskytována v domácím prostředí nemocného člověka. Domácí péče je obvykle dělena na laickou a odbornou.⁸⁵ V laické péči roli pečovatele zastává zpravidla člen rodiny či blízký přítel nemocného. Tato péče je bezesporu základním pilířem hospicové péče, neboť umírající je jednak v důvěrně známém a bezpečném prostředí, ale současně je v tomto modelu podpora rodiny a blízkých, jež vede k zvládnutí této náročné životní etapy.

Cílem odborné péče je doplňovat péči, kterou zajišťuje rodina umírajícího. Je zajišťována multidisciplinárním týmem, který doplňuje například agentury profesionální domácí ošetrovatelské péče. Tento je nemocnému k dispozici dle jeho aktuálního stavu a potřeb. Domácí péči lze v každém případě považovat pro nemocného za ideální, ale její poskytování není vždy možné, protože to ovlivňuje celá řada faktorů jako např. rodinné zázemí, prostor domácnosti nemocného a další.⁸⁶ Je také na zvážení lékaře, zda je možné, aby nemocný zůstal doma nebo naopak, aby využil lůžkový hospic případně nemocniční péči. Tato forma vychází z myšlenky, že nemocný potřebuje svou rodinu a jeho rodina zase potřebuje podporu v tíživé situaci. Za největšího průkopníka mobilní hospicové péče, lze označit neziskovou organizaci Cestu domů z. ú, která se problematice paliativní a hospicové péče dlouhodobě věnuje. Společně s dalšími mobilními hospici a Českou společností paliativní medicíny usiluje o systémové změny v legislativě, realizuje osvětové kampaně, konference pro odborníky, kurzy pro veřejnost a řadu dalších. Současně se také podílí na realizaci nejrůznějších sociologických výzkumů o dané problematice. Lze konstatovat, že se paliativní péče a podvědomí o této rozvíjí především díky zájmu, snaze a intenzivní práci těchto organizací.

Specializovaná paliativní péče je dále poskytována v lůžkových zařízeních

⁸⁵ MISCONIOVÁ, B. *Péče o umírající – hospicová péče*. Praha: Národní centrum domácí péče ČR, 2005. ISBN neuvedeno. s. 37-39.

⁸⁶ KUPKA, M. *Psychosociální aspekty paliativní péče*, Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4650-0. s. 31.

hospicového typu, do něhož přichází lidé v případě, že již byly vyčerpány veškeré možnosti kurativní léčby. Profesionální tým pečuje o pacienty v terminálním stádiu nemoci, kdy již není možné, aby byla péče poskytována doma, v přirozeném prostředí nemocného.⁸⁷ Lůžková hospicová péče má zcela specifické vlastnosti a nemocným je v hospici poskytována nepřetržitá 24 hod péče. Délka pobytu v těchto zařízeních je různá, pohybuje se zhruba mezi třemi až čtyřmi týdny, avšak stává se, že lidé, kteří tuto péči potřebují, o této mnohdy neví a dostávají se do takového zařízení příliš pozdě nebo mnohdy vůbec.⁸⁸ V zařízeních hospicového typu je kladen důraz na individuální potřeby a přání nemocného, což ovlivňuje kvalitu péče o nemocné v závěru jejich života.

Dalším typem hospicové péče je stacionární hospicová péče, jež je poskytována přes den v zařízeních hospicového typu. Nemocného denní stacionář přijme ráno a v odpoledních nebo večerních hodinách se zase vrací domů. Tato forma péče není příliš častá a využívají ji většinou lidé z blízkého okolí daného hospicového stacionáře.⁸⁹ Denní pobyty nabízí pečujícím nezbytný a potřebný odpočinek a současně má i psychoterapeutický vliv na nemocné, kteří jsou osamělí.

Nevyléčitelně nemocní mohou využít i hospicová lůžka ve zdravotnických zařízeních, tedy v nemocnicích nebo v léčebnách pro dlouhodobě nemocné. Odborná paliativní péče je v rámci zdravotnického zařízení zajišťována také konziliárním týmem, jenž posiluje určitou kontinuitu celého léčebného procesu.⁹⁰ Tyto formy péče však u nás nejsou příliš časté.

Hospice poskytují i další návazné služby, mezi které patří například odlehčovací služby, jež poskytují terénní, ambulantní nebo pobytové služby osobám, o které je jinak pečováno doma, v jejich přirozeném prostředí. Cílem této služby je umožnit nezbytný odpočinek rodině a pečujícím. Dále lze do návazných služeb zařadit půjčovnu

⁸⁷ STUDENT, CH. J. a kol. *Sociální práce v hospici a paliativní péči*. Praha: H & H Vyšehradská, s. r. o., 2006. ISBN: 80-7319-059-1. s. 96.

⁸⁸ SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*. Praha: Ecce Homo, 1999. ISBN 978-80-902049-2-9. s. 129.

⁸⁹ ULRICHOVÁ, M. *Různé tváře smrti*. Praha: Gaudeamus, 2009. ISBN 978-80-7041-743-0. s. 99-100.

⁹⁰ SLÁMA, O. a kol. *Paliativní medicína pro praxi*. Praha: Galén, 2001. ISBN 978-80-7262-849-0. s. 31.

zdravotnických a kompenzačních pomůcek, specializované poradny, tísňové linky a jiné.

Financování hospicové péče v České republice je vícezdrojové a nesystémové. Rozpočet poskytovatelů je z velké části tvořen dary od sponzorů, příspěvky z nadačních fondů, dotace státního rozpočtu, příspěvky krajů a obcí, příjmy z vlastní činnosti a nejrůznějších sbírkových a benefičních akcí. Na nákladech péče se podílí i její uživatelé. Paliativní péče není plně hrazena ze zdravotního pojištění.⁹¹ O její začlenění do systému veřejného zdravotního pojištění jsou vyvíjeny nejrůznější snahy. V roce 2015 byl například realizován pilotní program mobilní specializované paliativní péče ve spolupráci s Všeobecnou zdravotní pojišťovnou České republiky, jehož cílem bylo ověřit bezpečnost, účinnost a nákladovost této péče.⁹² Je pravděpodobné, že vyhodnocení programu s sebou přineslo řadu otázek ohledně péče o umírající. Tento pilotní program a řada dalších projektů, koncepcí a aktivit se zapřičinilo o dosažení zájmu Ministerstva zdravotnictví, které jak bylo již uvedeno v kapitole 2. 1 má zájem o zlepšení situace umírajících.

2. 3 Komunikace a doprovázení umírajících

Každý z nás je jedinečná neopakovatelná bytost, stejně tak jako je jedinečná sama smrt. Cesta, po níž se člověk v závěru svého života vydává, je pro každého jiná a je nesmírně důležité umírajícího na této doprovázet. Doprovázení je proto základem veškeré hospicové práce.⁹³ Úkolem doprovázejícího je být nemocnému nablízku, aby neodcházel v osamění a trápení. „*Doprovázení umírajících patří*

⁹¹ CABRNOCH, M., DUŠÁNKOVÁ J. a kol. *Výzvy hospicové péče*. Praha: TŘI, o. p. s., 2016. ISBN 978-80-270-0455-3. s. 23.

⁹² PALIATIVNÍ MEDICÍNA. *Pilotní projekt mobilní specializované péče*. [online]. [cit. 2017-02-14]. Dostupné na: <<http://www.paliativnimedicina.cz/projekty/pilotni-projekt-mobilni-specializovane-pecce/>>

⁹³ STUDENT, CH. J. a kol. *Sociální práce v hospici a paliativní péči*. Praha: H & H Vyšehradská, s. r. o., 2006. ISBN: 80-7319-059-1. s. 80.

odjakživa k opravdové životní zkušenosti.“⁹⁴ Čas, který s nemocným trávíme a který mu darujeme, je bezpochyby spjat s láskou, kterou žádá každý z nás, avšak u umírajících je tato potřeba, zdá se naléhavější. Člověk bývá v důsledku své nemoci izolován a v případě, že není nikoho, kdo by nemocného člověka doprovázel, prohlubuje se tak jeho samota, tíseň a utrpení. V doprovázení člověka je ukryta určitá síla lásky, kterou nemocný cítí a kterou je zmírňováno jeho utrpení.⁹⁵ Současně s sebou přináší potlačení strachu z blížící se smrti, konkrétně strachu z bolesti a umírání.

Neodmyslitelnou součástí úspěšného doprovázení umírajících je pravdivá a empatická komunikace, která má v závěru života zvláštní váhu. Každý člověk potřebuje po celý svůj život určitou pozornost, která se společně s péčí v závěru zvyšuje. Progresivní onemocnění v terminálním stádiu může zapříčinit, že nemocný postupně ztrácí pojem o čase, nepoznává své blízké, přestává vnímat. I přes výše uvedené je nemocný stále žijící lidskou bytostí, která potřebuje vnímat blízkost lidí a komunikovat s těmito. Smyslem komunikace je, že jsme umírajícímu nablízku a on cítí naši přítomnost. I tichá přítomnost je mnohdy účinnější, než užití tisíců slov. Křivohlavý uvádí, že nasloucháme prostřednictvím našich očí, uší a našeho srdce.⁹⁶ Je důležité pozorně naslouchat a snažit se porozumět způsobu, kterým nám nemocný sděluje svá přání.

Komunikace je místem, v němž se odehrávají nejrůznější etické problémy a dilemata. Při snaze o zajištění kvalitního života umírajícího se mohou představy nemocného a pečujících lišit, jelikož to co je dobré pro jednoho, tedy nemusí být nutně dobré i pro druhého a naopak. Je nutné si uvědomit, že každá situace vyžaduje také citlivé zhodnocení, do něhož je nutné zahrnout etické, právní i morální perspektivy nemocného především, ale současně i ostatních, jež se na péči podílejí.

⁹⁴ GRÜN, A. *Smrt v životě člověka*. Kostelní vydří: Karmelitánské nakladatelství, 1997. ISBN 80-7192-221-8. s. 19.

⁹⁵ ULRICOVÁ, M. *Různé tváře smrti*. Praha: Gaudeamus, 2009. ISBN 978-80-7041-743-0. s. 96-97.

⁹⁶ KŘIVOHLAVÝ, J., KACZMARCZYK, S. *Poslední úsek cesty*. Praha: Návrat domů, 1995. ISBN 80-85495-43-0. s. 55.

2. 4 Potřeby a přání umírajících

„...spěchejme milovat lidi, protože rychle odcházejí! ...až budeme na konci, nebudeme trpět tím, co jsme špatného udělali, pokud jsme toho litovali, ale tím, že jsme mohli milovat, ale nemilovali jsme, že jsme mohli pomoci, ale nepomohli, že jsme mohli zavolat, ale nezavolali, že jsme se mohli usmát, ale neusmáli, že jsme mohli podržet za ruku, ale nepodrželi...“⁹⁷

Jan Twardowski

Každý člověk má své potřeby, jež uspokojuje, a to ve zdraví i nemoci. Jádrem myšlenky péče o umírající je poskytnout podporu nevyléčitelně nemocným a jejich rodinám tak, aby byla zachována kvalita života nemocného, ale současně, aby poslední úsek života člověk prožil smysluplně, dle svých individuálních přání. Aby mohl být tento ideál naplněn a nemocnému byla poskytnuta kvalitní péče, je nutné zaměřit pozornost na jeho potřeby, s těmito se důkladně seznámit a současně tyto respektovat.

Lidské potřeby se v průběhu života mění, v případě, že člověk trpí nevyléčitelnou nemocí, podoba jeho potřeb se odvíjí nejen od jeho osobnosti, ale především také od onoho onemocnění. V publikaci *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu* jsou podrobně popsány faktory, které ovlivňují potřeby člověka, což lze označit za příčinu změny způsobu jejich saturace. Mezi tyto faktory lze zahrnout například nemoc, osobnost člověka, mezilidské vztahy, vývojová stádia nemoci a okolnosti, za kterých nemoc vzniká.⁹⁸ Lékařka Marie Svatošová ve své publikaci *Hospice a umění doprovázet* dělí potřeby do čtyř kategorií. V hospicové péči je pozornost zaměřena na uspokojování nejen biologických potřeb, ale také potřeb psychických, sociálních a duchovních, které bývají mnohdy opomíjeny.

⁹⁷ HOSPIC ANEŽKY ČESKÉ. *Motto Jan Twardowski* [online]. [cit. 2017-02-14]. Dostupné na: <<http://www.hospic.cz/>>

⁹⁸ TRACHTOVÁ, E. a kol. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2013. ISBN 8070135530. s. 16.

Člověk potřebuje pravidelný příjem potravy, spánek, dostatečný přísun kyslíku a další. V oblasti těchto potřeb je cílem hospicové péče o tyto pečovat, přičemž je kladen důraz na symptomatickou léčbu onemocnění, což znamená minimalizace fyzické bolesti. S tímto souvisí zvládnání ostatních symptomů daného onemocnění, mezi něž lze zahrnout například zvracení, zácpa, nechut' k jídlu, únava apod. Je velmi důležité s člověkem komunikovat, ať už verbálně či neverbálně. Nevyléčitelně nemocný člověk se obává svého konce a mnohdy jeho duševní utrpení zmírníme pouhým pohlazením či stiskem ruky. Člověk nesmí nabýt pocitu, že ztrácí lidskou důstojnost, jelikož tato je základem psychické pohody. Člověk mnohdy potřebuje i projev lásky, jelikož ten, který není milován, ztrácí víru a naději v budoucnost. Má problém s otázkou po smyslu života, čímž trpí jeho důstojnost. Potřebu lásky vyjadřuje Ježíšovo přikázání lásky: „*Miluj svého bližního jako sebe sama*“.⁹⁹ Každý z nás žije v určitém sociálním prostředí, s nímž je pevně spjat. V případě terminálního stádia nemoci se jeví jako ideální taková péče, která je poskytována v důvěrně známém a bezpečném sociálním prostředí nemocného. V případě, že není proveditelné, aby člověk dožil svůj život ve vlastním domovu, měli by být vytvořeny takové podmínky, prostřednictvím kterých budou sociální potřeby nemocného uspokojovány. Většina lidí oceňuje v náročných životních situacích přítomnost někoho blízkého a umírání v tomto není výjimkou, proto jsou například v lůžkových zařízeních hospicového typu umožněny neomezené návštěvy. Potřebám duchovním neboli spirituálním není připisován zvláštní význam, bohužel však můžeme konstatovat, že tyto bývají mnohdy zanedbávané. Není však ničím neobvyklým, že v konečné fázi života člověka tyto nabývají na důležitosti a stávají se mnohdy prvořadými. Důvodem tohoto je pravděpodobně skutečnost, že člověk si utváří vztah k vyšším hodnotám a bytostem, avšak tato činnost neprobíhá pouze v závěru života, probíhá po celou dobu. Člověk hledá odpovědi na otázky o významu a smyslu lidského života, přičemž tyto otázky nejsou vlastní jen těm, jež se obracejí k víře,

⁹⁹ SPAEMANN, R. *Štěstí a vůle k dobru*. Praha: Oikoymenh, 1998. ISBN 80-86005-01-0. s. 111.

ale i lidem nevěřícím. Podstatou spirituality je hledání něčeho, co nás přesahuje, s čímž souvisí i uvědomění si vlastní konečnosti, což s sebou přináší určitou psychickou vyrovnanost. Duchovní péči lze chápat jako léčbu, jež směřuje k vděčnosti člověka za život, který mu byl dán a současně, aby umíral usmířen. Ono hledání nemusí mít nutně spojitost s Bohem. Pro věřícího člověka může být však snazší vyrovnat se se svým odchodem, protože má naději, v kterou věří a která ho ubezpečuje, že smrtí nic nekončí. Duchovní potřeby umírajících jsou uspokojovány například pastorační péčí, která je nezbytnou součástí specializované paliativní péče.¹⁰⁰ Teolog a římskokatolický kněz Aleš Opatrný uvádí, že: „*Pastorační péči o nemocné a trpící v širším slova smyslu rozumíme takové jednání s člověkem, ve kterém ho respektujeme v jeho jedinečnosti, přistupujeme k němu z pozice věřících křesťanů, doprovázíme ho v jeho nemoci, utrpení či umírání a pomáháme mu k lidsky důstojnému zvládnutí jeho životní situace, včetně smrti, a to na jemu dostupné úrovni víry.*“¹⁰¹ Na základě výše uvedeného lze konstatovat, že tato činnost není vyhraněna pouze duchovním, nýbrž všem věřícím, kteří nemocného doprovázejí. Každý, kdo je nemocnému na konci jeho dní nablízku a pomáhá mu nalézat smysl života, pomáhá tak vlastně i sám sobě, jelikož tak zvyšuje vlastní naději na důstojný odchod z tohoto světa. Poslední cesta lidského života, po níž se člověk vydává je pro něj velkou neznámou a je zcela pochopitelné, že má z této strach, má strach z umírání. Současně je obtížně zvládnutelná, protože není nikdo, kdo by touto cestou prošel a na jejím konci nám předal své zkušenosti.¹⁰² Je proto podstatné být člověku na jeho poslední cestě nablízku a oporou, poskytovat mu komplexní péči, do které zahrnujeme také přání nemocného člověka, včetně těch dříve vyslovených. Tato mají v oblasti paliativní péče své smysluplné místo, jelikož se jedná o projev naší vůle a z pohledu práva

¹⁰⁰ HUNEŠ, R., LUDAČKOVÁ E.: Přínosy a rizika duchovní péče o umírající. *Sociální služby*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2016, roč. 18, č. 4. ISSN: 1803-7328. s. 28.

¹⁰¹ OPATRŇY, A. *Malá příručka pastorační péče o nemocné*. Praha: Pastorační středisko při Arcibiskupství pražském, 1995. ISBN nevedeno. s. 5.

¹⁰² MISCONIOVÁ, B. *Péče o umírající – hospicová péče*. Praha: Národní centrum domácí péče ČR, 2005. ISBN nevedeno. s. 49.

na tento lze nahlížet s platností do budoucna. Tento institut vstoupil do českého prostředí v roce 2001 a je upraven *Úmluvou o lidských právech a biomedicině* a *Zákoně o zdravotních službách*. Současně se tomuto věnuje i § 38 *Občanského zákoníku*.¹⁰³ Svá dříve vyslovená přání sepisuje většinou nemocný člověk v pokročilé fázi svého nevyléčitelného onemocnění, kdy se obává zhoršení svého zdravotního stavu natolik, že již nebude schopen rozhodnout o provedení či neprovedení určitých lékařských zákroků nezbytných pro záchranu jeho života. V případě, že bude nemocný v důsledku terminálního onemocnění v dlouhodobém bezvědomí nebo bude trpět syndromem demence v pokročilém stadiu, lékaři budou na jeho dříve vyslovené přání brát zřetel a dle tohoto budou také jednat. I když je nutné uvést, že žádné dříve vyslovené přání není závazné absolutně. Lékař se může odchýlit od vůle pacienta, avšak učiní-li tak svévolně či bezdůvodně, dopouští se tímto protiprávního jednání. Nemocný si mnohdy nepřeje prodlužování či záchranu života prostřednictvím například resuscitace, dýchání s pomocí plicní ventilace, zavedení sondy do žaludku a jiné, tedy za každou cenu, a proto například odmítá převoz do nemocnice a požaduje adekvátní léčbu a tišení utrpení v domácím prostředí. Znamená to tedy, že existence dříve vysloveného přání nastupuje v případě, kdy je nezbytné rozhodnout o další léčbě a nemocný tohoto s ohledem na zdravotní stav již není schopen.¹⁰⁴ Svá přání si může sepsat člověk sám nebo může být součástí zdravotnické dokumentace nemocného. Česká republika je v oblasti využívání tohoto institutu na začátku a o jeho existenci nemají mnohdy povědomí lékaři, natož sami nemocní.¹⁰⁵ Dříve vyslovené přání je individualizovaný dokument, tudíž na tento neexistuje univerzální formulář. Například nezisková organizace Cesta domů z. ú., jež poskytuje specializovanou paliativní péči a prostřednictvím služeb mobilního hospice pečuje o nevyléčitelně nemocné a umírající v jejich přirozeném domácím

¹⁰³ UMÍRÁNÍ. CZ. *Dříve vyslovená přání* [online]. [cit. 2017-02-14]. Dostupné na:

<<http://www.umirani.cz/rady-a-informace/drive-vyslovena-prani>>

¹⁰⁴ NEZBEDA, O. *Průvodce smrtelníka*. Praha: Paseka, 2016. ISBN 978-80-7432-747-6. s. 127-138.

¹⁰⁵ CESTA DOMŮ. *Výroční zpráva za rok 2015* [online]. [cit. 2017-02-14]. Dostupné na:

<<https://www.cestadomu.cz/dokumenty>>

prostředí má tento institut zakotven v informovaném souhlasu, s nímž je nemocný seznámen před přijetím do péče, viz příloha č. 4. Vedle dříve vysloveného přání existuje také možnost, a to dle § 33 *Zákona o zdravotních službách*, aby nemocný při přijetí do péče určil osobu, která bude o jeho další léčbě rozhodovat. Lze také využít předběžného prohlášení upraveného v občanském zákoníku, dle kterého může nemocný stejně tak určit osobu, která bude o jeho další péči rozhodovat, avšak s rozdílem oproti předchozímu, že předběžné prohlášení může nemocný učinit předem.¹⁰⁶

Přání a potřeby umírajícího je nutné znát a respektovat jich, avšak stejně tak je důležité zaměřit se na potřeby a přání pečujících. Pro rodinu a blízké je péče o nemocného velká zátěž a mnohdy dochází z jejich strany k fyzickému či psychickému vyčerpání.¹⁰⁷ Je proto nutné být těmto taktéž oporou, poskytovat jim potřebné informace a rady a současně jim dodávat jistotu a klid. Podpora nemocného do značné míry závisí na podpoře rodiny, jelikož v případě, že by došlo k frustraci potřeb pečujících nebo jejich vyčerpání, bezpochyby to ovlivní kvalitu života nemocného. Další nezbytnou podmínkou pro zajištění komplexní péče je také znalost jednotlivých fází, jimiž si člověk v průběhu svého onemocnění prochází. Těmto byla věnována pozornost v kapitole 1. 2.

¹⁰⁶ UMÍRÁNÍ. CZ. *Dříve vyslovená přání* [online]. [cit. 2017-02-14]. Dostupné na: <<http://www.umirani.cz/rady-a-informace/drive-vyslovena-prani>>

¹⁰⁷ POCHMANOVÁ, K. a kol. *Průvodce domácí péčí*. Praha: Cesta domů, 2015. ISBN 978-80-905809-2-3. s. 37.

3 ETIKA A HOSPICOVÁ PÉČE

V předchozích kapitolách, jež jsou nezbytnou součástí problematiky řešené v této diplomové práci, byla pozornost věnována umírání a smrti obecně včetně péče, která je lidem v závěru jejich života poskytována. Dále již zaměříme pozornost spíše na etickou problematiku. V úvodu této kapitoly budeme věnovat pozornost etickým principům paliativní péče, jež vymezují základní rámec péče o umírající. Mezi tyto lze zahrnout například ochranu lidského života, autonomii člověka a jeho důstojnost především. Jak již víme z předchozích kapitol, paliativní péče dbá na kvalitu života nemocného, která je s lidskou důstojností úzce spjata. Při péči o umírající není ničím neobvyklým, že vyvstávají nejrůznější problémy, jež mohou být důsledkem překrývání různých zájmů, hodnot a pohledů na jejich možná řešení. Při řešení těchto problematických situací přirozeně vyvstávají nejrůznější etické problémy a dilemata, jež se pokusíme v průběhu identifikovat a provést jejich rozbor. Rovněž se zaměříme na to, co ovlivňuje rozhodování pracovníků a co jim pomáhá při řešení problémových a dilematických situací, čímž bude naplněn cíl diplomové práce, který byl stanoven v jejím úvodu.

3. 1 Etické principy paliativní péče

V této kapitole se autorka práce zaměřuje na principy a hodnoty paliativní péče, které je jednak nutné respektovat, ale současně i z těchto vycházet. Nejvyšším etickým principem je lidská důstojnost a autonomie především. Neoddělitelnou součástí péče o nemocné v závěru jejich života jsou také lidská práva a spravedlnost, jež výše uvedené zabezpečují.

3. 1. 1 Lidská důstojnost

Progresivní onemocnění v terminálním stádiu s sebou přináší nejrůznější změny, ať už biologické, psychické i sociální. Tyto změny ovlivňují naši osobnost, protože mohou mít vliv na její dílčí schopnosti a osobnostní rysy. Smrt v nás vyvolává strach, protože máme strach z umírání a bolesti. Stejně tak se bojíme stárí a nejrůznějších typů onemocnění, jelikož některá

mohou ničit naši totožnost. Vzhledem k tomu, že totožnost formuje naši osobnost, vědomí a myšlení, je zcela pochopitelné, že nám tato onemocnění nahání strach. Změny, prostřednictvím kterých ztrácíme obvyklé schopnosti a ke kterým v důsledku stáří či nemoci dochází, však nijak nesnižují hodnotu lidského života. Ve společnosti panuje určité přesvědčení, že lidé, kteří onemocněli například Alzheimerovou chorobou, jsou v nedůstojném postavení, avšak ztráta nezávislosti může sice být pomyslnou ztrátou hodnoty člověka, avšak nutně ještě neznamená ztrátu důstojnosti. Stejně tak je tomu i v závěru lidského života. Smrt ani umírání, které danému onemocnění předchází, člověka nestaví do nedůstojné pozice. S člověkem jako takovým však může být nedůstojně nakládáno a za takové lze označit jednání, kterým člověku upíráme určitá práva.

Při práci s umírajícími lidmi je kladen důraz především na lidskou důstojnost v ontologickém pojetí. Tedy takovou, jež je člověku dána jeho bytím, tedy narozením, jak bylo již uvedeno výše.¹⁰⁸ Jako taková je podložena rozumovou přirozeností člověka, svobodou člověka a jeho svědomím, které nám umožňuje mravně jednat. Samozřejmě nelze opomenout stvoření člověka k Božímu obrazu a podobnosti, jež představuje duchovní kořeny lidské důstojnosti.¹⁰⁹

Lidská důstojnost bývá poměrně častým argumentem nejrůznějších diskuzí a lze konstatovat, že zastává poměrně zásadní roli při většině etických rozhodování, tedy i těch, jež se týkají péče o umírající. Princip lidské důstojnosti tedy zastává zásadní a nezastupitelnou roli. Člověk je mravní bytost a jako taková bezpodmínečně zasluhuje lidskou důstojnost. Je to základní hodnota lidské existence, která je člověku nezcizitelná.¹¹⁰ Pocit z její ztráty, případně reálnou ztrátu této lze označit za narušení životního a hodnotového konceptu člověka, jež může mít trýznivé důsledky. Jedná se o největší možné utrpení člověka, jež může vůbec

¹⁰⁸ ŠRAJER, J. Lidská důstojnost a sociální práce. *Sociální práce*. Brno: Asociace vzdělavatelů v sociální práci, 2006., roč. 2006., č. 2. ISSN 1213-6204. str. 109.

¹⁰⁹ FISCHER, O., MILFAIT, R. a kol. *Etika pro sociální práci*. Praha: Jabok – Vyšší odborná škola sociálně pedagogická a teologická, 2010. ISBN 978-80-904137-7-1. s. 137.

¹¹⁰ HEŘMANOVÁ, J. *Etika v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3469-9. s. 83.

pocítit.¹¹¹ Člověk má na prahu konce svého života odejít z tohoto důstojně, proto je pochopitelné, že je při doprovázení umírajících téma lidské důstojnosti považováno za existenciálně důležité.

3. 1. 2 Autonomie – právo na sebeurčení

Osobní autonomie je poměrně složitý jev a je nutné uvést, že ne každá bytost disponuje právem na sebeurčení. Příkladem tohoto mohou být například zvířata či rostliny. I přes skutečnost, že vyvíjejí vlastní aktivitu, nejsou svými vlastními pány a nestanovují si vlastní cíle. Právo na sebeurčení se týká pouze specifického typu bytosti, jimiž jsou lidské osoby.¹¹² Aristoteles definoval člověka jako morální bytost, která má rozum, vědomí, vnímá libost či nelibost, morálně rozvažuje, rozhoduje, jedná a za své jednání je také odpovědná. Morální bytost jako taková má morální status, jehož původem je lidská přirozenost.¹¹³ Mravní autonomie je základem lidské důstojnosti, což lze ilustrovat na morálně-filozofické tradici Immanuela Kanta. Lidská přirozenost je určitým zdrojem práva, z něhož plynou „mravní zákony“ stanovující práva a povinnosti vůči ostatním lidem. Tyto zákony se nachází uvnitř nás samých, v našem nitru a zavazují nás k určitému jednání. Zákon jednání neboli mravní zákon ukládáme sami sobě na základě rozumu, jehož prostřednictvím činíme účelem sami sebe. Náš autonomní rozum nám „přikazuje“ užívat lidství jak ve vlastní osobě, tak v osobě každého druhého. Současně jej máme užívat vždy jako účel a nikdy pouze jako prostředek¹¹⁴, z čehož vyplývá, že s žádným člověkem nelze zacházet pouze jako s prostředkem za účelem uskutečnění cílů druhých. Ohrožení či naprostá ztráta autonomie je závažným problémem, který se v péči o umírající vyskytuje nejčastěji. Rovněž se jedná o nejtěžší úkol paliativní

¹¹¹ BYOCK, I.: *Dobré umírání – Možnosti pokojného konce života*. Praha: Cesta domů – Vyšehrad, 2005. ISBN 80-7021-797-9. s. 108-109.

¹¹² FISCHER, O., MILFAIT, R., a kol. *Etika pro sociální práci*. Praha: Jabok – Vyšší odborná škola sociálně pedagogická a teologická, 2010. ISBN 978-80-904137-7-1. s. 134.

¹¹³ FERNÁNDEZ, A. *Fundamentální morálka*. Pardubice: nakladatelství Axis, 2012. ISBN 978-80-903864-6-4. s. 34.

¹¹⁴ ANZENBACHER, A. *Úvod do etiky*. Praha: nakladatelství Zvon, 1994. ISBN 80-7113-111-3. s. 57.

péče.¹¹⁵ V péči o umírající je důležité dbát potřeb a přání nemocného člověka, a to i přes skutečnost, že mohou mít za následek úmrtí dotyčného, například v případě, že odmítne další léčbu. Tímto jednak respektujeme vůli a samotné rozhodnutí klienta, ale současně podporujeme jeho autonomii. Dilematická situace však nastává v případě, že onemocnění již postoupilo do takové fáze, že nemocný již není schopen racionálně rozvažovat.¹¹⁶ Etickým dilematům, jež se v hospicové péči vyskytují, je věnována kapitola 3. 3 a další na tuto navazující.

3. 1. 3 Lidská práva – konkretizace lidské důstojnosti

S lidskou důstojností jsou úzce spjata lidská práva, která z této jednak vychází, ale současně k člověku neodmyslitelně patří. Náleží všem lidem bez rozdílu právě proto, že jsme lidé. Lidská práva nám tedy náleží, máme na ně nárok, ale současně máme také povinnost jich užívat tak, aby při jejich uplatňování nedocházelo k poškozování či omezování lidských práv ostatních. Problematika lidských práv bezpochyby také úzce souvisí s naší svobodou a našimi možnostmi, resp. s vůlí či nevůlí ostatních lidí. Pokud se svobodně rozhodneme přiznat ostatním lidem určitá práva, znamená to také, že jsme se svobodně rozhodli se k těmto zavázat. Tento závazek lze označit za onu povinnost, kterou sami sobě ukládáme a kterou rovněž přijímáme na základě již zmíněného mravního zákona.

Celosvětovým nástrojem na ochranu lidských práv je *Všeobecná deklarace lidských práv*, která v článku 1 dokladuje výše zmíněnou klíčovou hodnotu- „*Všichni lidé rodí se svobodní a sobě rovní co do důstojnosti a práv. Jsou nadáni rozumem a svědomím a mají spolu jednat v duchu bratrství*“.¹¹⁷ Lze konstatovat, že lidská práva představují určitou

¹¹⁵ KALVACH, Z. a kol. *Manuál paliativní péče o umírající pacienty*. Praha: Cesta Domů, 2010. ISBN 978-80-904516-4-3. s. 28.

¹¹⁶ SLÁMA, O. a kol. *Paliativní medicína pro praxi*. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-505-5. s. 154.

¹¹⁷ OSN. *Všeobecná deklarace lidských práv* [online]. [cit. 2017-02-14]. Dostupné na:

<<http://www.osn.cz/knihovna/dokumenty/>>

konkretizaci lidské důstojnosti. Dávají této význam, rozvíjejí ji a současně dbají na její respektování.¹¹⁸

Lidská důstojnost má výsadní postavení nejen ve *Všeobecné deklaraci lidských práv*, ale i v mnoha dalších lidsko-právních dokumentech. Je obsažena v *Listině základních práv a svobod*, v nejrůznějších církevních dokumentech, jimiž je například sociální encyklika *Gaudium et pes*. Důstojnost člověka zastává důležitou roli i v celé řadě profesí, například sociální práce a další pomáhající profese mají tuto ukotvenou v *Mezinárodním etickém kodexu sociálních pracovníků*. V lékařství je obsahem *Etického kodexu České lékařské komory*. Lidskou důstojnost umírajících chrání výše uvedené zmíněné dokumenty, ale s ohledem na problematiku, o níž pojednává tato diplomová práce, je nutné uvést především *Chartu práv umírajících*. Tato vychází z *Doporučení Rady Evropy č. 1418/1999*, která své poslání rovněž spatřuje v její ochraně¹¹⁹, především se však zaměřuje na lidský život. Základním eticko-filozofickým východiskem tohoto dokumentu, z něhož paliativní péče vychází, je absolutní hodnota lidského života, jeho nedotknutelnost a bezpodmínečná ochrana, a to ve všech jeho fázích. Od tohoto se odvíjí veškeré možné snahy o zajištění práv a potřeb umírajících. Z výše uvedeného je zřejmé, že vědomé ukončení života, byť bolestného a trpícího, je tedy aktem, jež je nepřípustný. Jakákoliv forma eutanazie, ať už aktivní či pasivní je nepřípustná a toto její jednoznačné odmítnutí je pro paliativní péči zásadní.¹²⁰

Vzhledem k tomu, že lidská důstojnost zastává v životě člověka velmi důležité místo, byla této věnována značná část této kapitoly. Ostatní principy však nejsou méně důležité. S lidskou důstojností jsou vzájemně doplňovány a tvoří jednu jednotu. Mezi tyto lze zahrnout princip spravedlnosti a princip beneficence a nonmaleficence.¹²¹ Na spravedlnost

¹¹⁸ MILFAIT, R. *Lidská práva osob s postižením, nevyléčitelně nemocných a umírajících*. Středokukly: Zdeněk Susa, 2013. ISBN 978-80-86057-85-9. s. 213.

¹¹⁹ CESTA DOMŮ. *E-learning. Kurz pro sociální pracovníky* [online]. [cit. 2017-02-14]. Dostupné na: <<http://elearning.cestadomu.cz/pohled-na-prava.html>>

¹²⁰ SLÁMA, O. a kol. *Paliativní medicína pro praxi*. Praha: Galén, 2011. ISBN 978-80-7262-849-0. s. 27.

¹²¹ MUNZAROVÁ, M. *Zdravotnická etika od A do Z*. Praha: Grada, 2005. ISBN 90-247-1042-2. s. 42-47.

lze nahlížet jako na mravní postoj, spravedlivý řád či etické měřítko pro rozdělování dober. Tento princip vychází především z příkazu rovnosti a zaměřuje se na proporcionalitu mezi potřebami člověka a tím, co je mu společnost schopna poskytnout.¹²² Princip beneficence je závazkem, jehož obsahem je udělat pro nemocného vše, co je pro něj prospěšné.¹²³ Podstata posledního principu nonmaleficence vychází ze zákazu ublížit, základem tohoto je především neškodit.¹²⁴

3. 2 Kvalita života

Lidská důstojnost je bezpochyby úzce spjata s kvalitou života, která je alfou omegou péče o umírající. Žít kvalitní, šťastný a smysluplný život není přáním osob, jež se nachází v závěrečné fázi života, ale všech lidí, každého z nás, i těch, jež jsou zdraví. Může se zdát, že definovat pojem kvalita není nic složitého, avšak položme si zpočátku několik otázek, které se týkají dané problematiky. Co všechno lze zahrnout do onoho kvalitního, šťastného a smysluplného života? Víme, jakou podobu má kvalitní život? Existuje nějaké měřítko, dle kterého lze posoudit, zda život, který prožíváme, je či není kvalitní? Jakým způsobem můžeme kvalitu života ovlivnit? Při hledání odpovědí na výše položené otázky je zřejmé, že i přes skutečnost, že je tento frekventovaný pojem na první pohled srozumitelný a jasně definovatelný, zjišťujeme, že opak je pravdou. Kvalita života je předmětem řady vědních disciplín a každá na tuto nahlíží v různých souvislostech a z jiného úhlu pohledu.¹²⁵ V jejím hodnocení však můžeme rozlišovat dvě základní dimenze, a to subjektivní a objektivní. Subjektivní dimenzi lze považovat za zásadní, jelikož se jedná o individuální záležitost, prostřednictvím které lze hodnotit vlastní život. Objektivní dimenze je pozorovatelná a současně porovnatelná ostatními. Do této řadíme například materiální

¹²² SLÁMA, O. a kol. *Paliativní medicína pro praxi*. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-505-5. s. 320.

¹²³ Tamtéž, s. 320.

¹²⁴ ONDRINOVÁ, I., CINOVÁ, J. Uplatňování etických principů v paliativní péči. *Sestra-odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky*. Praha: Mladá fronta, 2012, roč. 22, č. 10. ISSN 1210-0404. s. 38.

¹²⁵ GURKOVÁ, E. *Hodnocení kvality života*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3625-9. s. 23.

zabezpečení, sociální podmínky a jiné.¹²⁶ Kvalita života se bezpochyby odvíjí od našeho zdraví a změn ve vztahu k nemoci. Umírající mohou v důsledku svého onemocnění ztrácet samostatnost a poté se stávají závislými na pomoci druhých. I přesto, že onemocnění snižuje schopnosti nemocného, neznamená to však, že snižuje schopnosti dosažení kvalitního života. Kvalitu jeho života společně s ním ovlivňují ti nejbližší, tedy rodina, ale současně také pečující, lékaři a řada dalších osob. Tito musí jednat tak, aby člověka chránili před tím, co by mu mohlo uškodit, protože on sám může v závěrečné fázi života postrádat schopnost posoudit své jednání a jeho následky. Pečující zde sehrávají významnou roli, protože jednak nemocného podporují, jsou mu nablízku, ale současně ho také chrání, jsou jeho jakousi domnělou vůlí. Vůli, kterou by umírající pravděpodobně vyjádřil, kdyby byl v konkrétní situaci schopen se rozhodnout. Díky zprostředkování domnělé vůle je možné brát vážně nárok na autonomii lidí bez schopnosti rozhodování.¹²⁷

3. 3 Etické rozhodování v hospicové péči

V průběhu života se jistě každý z nás dostal do situace, která nabízela mnoho variant řešení, avšak žádné z těchto nebylo řešením jednoznačným, a situace se tímto stávala obtížnou. Bylo na nás samých provést rozhodnutí jaké řešení zvolit. V pomáhajících profesích tomu není jinak, avšak pracovníci těchto profesí mnohdy čelí velmi náročným životním situacím a jejich rozhodování lze označit za velmi složité a přináší s sebou určitá rizika. Mezi tyto lze zahrnout například pocit viny či selhání a jiné. Tyto situace však k dané profesi patří a dělat rozhodnutí taktéž, což souvisí jednak se schopnostmi daného pracovníka, ale i s jeho osobností, která způsob rozhodování bezpochyby ovlivňuje. Záleží na jeho osobních předpokladech, morálních hodnotách, jeho zkušenostech, vědomostech. Pracovník by měl být schopen nejen rozhodnout, ale současně své jednání

¹²⁶ HODAČOVÁ, L. Mozek, emoce a spokojený život. *Psychologie dnes*. Praha: 2007, roč. 13, č. 2. ISSN 1212-9607. s. 48-51.

¹²⁷ RÜEGGER, H. Etické výzvy fenoménu demence. *Sociální služby*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2014, roč. 16, č. 2. ISSN: ISSN 1803-7348. s. 20.

obhájit a nést za něj odpovědnost. Tato se netýká pouze osoby daného pracovníka, ale také osob, s nimiž pracuje, tedy uživatele služeb-klienta, jeho kolegů, zaměstnavatele a dalších.

Stěžejní otázkou této kapitoly a etiky vůbec je, jak víme, co je dobré a správné a naopak. Naše jednání je spjato s určitým požadavkem-příkazem a současně jej ovlivňuje celá řada faktorů. Každé „*máš učinit*“ je tedy provázáno s chtěním jednatelce,¹²⁸ avšak neméně důležitou roli v tomto zastává svědomí člověka, které nám napomáhá poznávat rozdíl mezi dobrem a zlem. Stává se však, že i přes nejlepší možný úmysl, mohou být důsledky našeho jednání nevýhodné a vykazovat známky onoho zmiňovaného zla. Otázkám svědomí a tomu, co ovlivňuje naše rozhodování a jednání, se budeme blíže věnovat v kapitole 3. 3. 1.

Pracovníci hospicové péče jsou se smrtí v poměrně častém kontaktu. S výkonem této profese se pojí celá řada náročných situací, při kterých vyvstávají nejrůznější otázky. Tyto v sobě zahrnují interakci etiky, práva a dalších vědních disciplín. Než se zaměříme na samotnou identifikaci možných etických problémů a dilemat, z nichž vybrané byly již krátce představeny v úvodní kapitole této práce, provedeme krátký teoretický exkurz do etiky jako takové a to z důvodu lepšího pochopení dané problematiky. Zaměříme se na rozlišení základních stěžejních pojmů, kterými jsou etický problém a etické dilema, především.

Etický problém

Problém obecně vzniká tam, kde je více názorů a více pohledů na věc. Za etický problém lze označit náročnou situaci, kdy je zřejmé, jak má pracovník rozhodnout, avšak rozhodnutí je v rozporu s ním samým, s jeho morálními zásadami a osobně se mu přičí.¹²⁹

Lze konstatovat, že etický problém se odehrává spíše uvnitř osoby, tudíž má spíše osobní charakter.

¹²⁸ SPAEMANN R. *Základní mravní pojmy a postoje*. Praha: Svoboda, 1995. ISBN 80-205-0484-2. s. 22.

¹²⁹ MATOUŠEK O. a kol. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-502-8. s. 24.

Etické dilema

Za etické dilema lze označit situaci, v níž má pracovník na výběr mezi dvěma či více možnostmi, avšak všechny se jeví jako nevhodné či navzájem se vylučující a není zřejmé, která z těchto bude přijatelnější.¹³⁰ Jedná se o jakýsi typ křižovatky či rozcestí, přičemž ani jedna cesta není tou, jež by vedla k cíli.

Příkladům etických problémů a dilemat se věnuje kapitola 3. 3. 2., v nichž jsou etické problémy a dilemata, s nimiž se pracovníci hospicové péče potýkají, identifikovány.

Libor Musil uvádí, že vznik etických dilemat lze označit za proces, který obsahuje čtyři fáze, jež na sebe navazují:

- 1) V první fázi dochází ke konfrontaci s nesourodými pracovními podmínkami. V důsledku toho, že klientů je mnoho a času na řešení vzniklých situací málo, dostává se tak pracovník do střetu s těmito.¹³¹
- 2) V druhé fázi dochází k uvědomění pracovníka udělat pro klienta „vše potřebné“, avšak současně s tímto se zaměřit jen na „to hlavní“.¹³²
- 3) Třetí fáze rovněž obsahuje uvědomění pracovníka, které je spjata s obtížným rozhodováním a těžko slučitelnými možnostmi. Jedná se o určité konflikty očekávání, vůči kterým jsou pracovníci morálně citliví. Současně s tímto si uvědomují morální povahu dané situace – tedy dilematu v reálné situaci.¹³³
- 4) Poslední čtvrtá fáze souvisí s odpovědností pracovníka. Pokud pracovník cítí odpovědnost za provedení volby mezi neslučitelnými možnostmi a pokud tato volba je, potýká se s tzv. „*neodbytným*

¹³⁰ MATOUŠEK O. a kol. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-502-8. s. 24.

¹³¹ ŠRAJER J., MUSIL L. *Etické kontexty sociální práce s rodinou*. České Budějovice: Albert, 2008. ISBN 978-80-7326-145-0. s. 88.

¹³² Tamtéž, s. 88.

¹³³ Tamtéž, s. 88.

dilematem“. Záleží pak na houževnatosti konkrétního pracovníka a na jeho morálních hodnotách a jejich uplatňování.¹³⁴

Již v procesu vzniku dilemat, jež bylo popisováno výše, bylo nastíněno jejich možné členění, na neodbytná neboli zjevná. Dalším typem dilemat jsou dilemata latentní. Je důležité uvést, že na jejich vznik má vliv především „*vzájemné působení mezi pracovními podmínkami a tím, jak je pomáhající pracovníci vnímají.*“¹³⁵

U zjevného dilematu pracovník stojí před volbou mezi dvěma, z jeho hlediska vzájemně se neslučitelnými možnostmi. Jak bylo výše uvedeno, na vzniku dilematu mají podíl pracovní podmínky, ale důsledkem dilematu je především konflikt s okolím či boj motivů, jež může pracovník prožívat. Za konflikt s okolím lze považovat například názorový rozpor s nadřízeným pracovníkem. Oba konflikty se mohou současně vzájemně prolínat v jedné situaci.¹³⁶

Latentní dilema je dilematem původně zjevným, což je důsledkem reakce pracovníků na vzniklé dilema. Není ničím neobvyklým, že pracovníci mnohdy nemohou vzniklé dilema vyřešit, ať už je důsledkem tohoto cokoliv. Reagují na něj jeho oslabením. Z čehož vyplývá, že pokud není rozhodnutí pracovníka zatíženo okolnostmi volby a současně naléhavostí dilematu, ustoupí dané dilema do pozadí a dochází k jeho potlačení. Toto potlačené dilema se stává dilematem latentním.¹³⁷ Takové jednání však s sebou nese jistá rizika a může mít i katastrofální následky.

3. 3. 1 Profesní etika a jednání pracovníků v hospicové péči

V procesu etického rozhodování neexistuje přesný vzorec, který by nám napomohl v řešení problémových situací, v nichž vyvstávají nejrůznější etické problémy a dilemata.

¹³⁴ ŠRAJER J., MUSIL L. *Etické kontexty sociální práce s rodinou*. České Budějovice: Albert, 2008. ISBN 978-80-7326-145-0. s. 88.

¹³⁵ NEČASOVÁ, M., MUSIL, L. *Pracovní podmínky a dilemata pomáhajících pracovníků*. Sociální práce. Asociace vzdělavatelů v sociální práci. Brno 2006. roč. 3, č. 2006. ISSN: 1213-6204. s. 58.

¹³⁶ MUSIL, L. 2004. „*Ráda bych Vám pomohla, ale-*“: dilemata práce s klienty v organizacích. Brno: Marek Zeman, 2004. ISBN 80-903070-1-9. 39-39. s. 38-39.

¹³⁷ Tamtéž, s. 43.

Každá vzniklá situace, jež vyžaduje etické rozhodování, je individuální stejně tak jako osoby, které v ní vystupují, stejně tak jako její řešení. Individuální nám tedy v daném případě značí, že každý může vzniklou situaci vnímat jinak a odlišně k této přistupovat. To co může být pro jednoho pracovníka neřešitelným problémem, může být pro druhého záležitostí, nad kterou se nepozastaví a naopak. Naše jednání ovlivňuje mnoho faktorů, avšak čím přesně se máme řídit? Pracovník, jenž je součástí multidisciplinárního týmu hospicové péče, usiluje o to, aby nemocný člověk v terminální fázi svého onemocnění prožil nejen kvalitní život, ale aby byl současně i jeho odchod z tohoto důstojný. Při poskytované péči, chceme mít jednak jistotu, že je tato péče kvalitní a pro nemocného vhodná a současně, že je naše jednání dobré. Jak však onu jistotu získat? Lze jí vůbec dosáhnout a je pro nás vůbec nutná? Je zřejmé, že naše jednání bezpochyby ovlivňují naše hodnoty, záleží na každém z nás, jaký máme žebříček hodnot a současně jak tyto naplňujeme.

Z etického hlediska je za nejvyšší možnou hodnotu považováno dobro a úkolem etiky je, aby nám napomáhala při jeho rozpoznání. Ještě předtím, než se zaměříme na etické hodnoty, jejich popis a členění, pokusíme se ono dobro definovat. Jeho bližší specifikace je důležitá pro pochopení dalšího, a proto je nutné se tímto zabývat. Již v předchozích kapitolách jsme se otázkám dobra věnovali a to ve smyslu dobra pro nemocného člověka. Mnohdy máme pocit, že pro nemocného činíme jen to nejlepší. Jednáme tak, aby bylo možné naše jednání označit za dobré a současně, aby vedlo k zajištění dobra nemocného. Předpokládáme, že každý tak nějak ví, co je dobré a zlé, avšak otázka významu slova „dobré“ je poměrně složitá, jelikož pojem dobro je pojmem mnohoznačným. Provedme proto nad tímto drobné zamyšlení, avšak nemůžeme očekávat, že se nám dostane přímé a konkrétní odpovědi. Slovo dobrý užíváme běžně v nejrůznějším možném smyslu a v nejrůznějších situacích. Slouží nám k vyjádření něčeho, co pro nás je nebo může být prospěšné. Lze tímto označit to, k čemu naše jednání směřuje, současně je to také účel. Tento pojem prostupuje celou etikou a filozofií,

již Sokrates si kladl otázky týkající se dobra a dobrého života.¹³⁸ Dále se tímto zabýval Platón, který ve své teorii rozpracovával Ideu dobra. Platónova teorie však byla rozdílná od teorie, kterou zastával Aristoteles. Rozdíl spočíval především v samotném cíli, který Aristoteles nezaměřoval na poznání, ale na jednání. „*Účelem není pouhé vědění, ale činnost.*“¹³⁹ Dobro a jeho vyjádření je zachyceno v úvodu Aristotelova díla *Etika Nikomachova*: „*Každé umění a každá věda, podobně i praktické jednání a záměr směřuje, jak se zdá, k nějakému dobru; proto bylo správně vyjádřeno, že dobro jest to, k čemu všechno směřuje.*“¹⁴⁰ Lze konstatovat, že každá činnost, každé naše jednání, stejně tak i sám život člověka, má nějaký cíl, k němuž směřuje. V případě, že zaměříme pozornost na lékařství, lze za cíl označit bezesporu zdraví, z čehož vyplývá, že zdraví člověka je něčím dobrým. Avšak vždy záleží, jak na zdraví pohlížíme, protože ono zdraví, nemusí být nutně tím dobrým. Každý z nás se pravděpodobně v průběhu svého života setkal se situací, kdy mu lékař v důsledku onemocnění, jež ho provází či provázelo, doporučil odpočinek na lůžku. Robert Spaemann uvádí, že to, co je dobré, by mělo ještě obsahovat určitý dodatek typu: „*Bude to pro Vás dobré, jestliže chcete být především zdrav.*“¹⁴¹ Lékař onen dodatek nepřipojuje, jelikož cíl, ke kterému jeho jednání neboli stanovení léčebného postupu směřuje, vychází ze samotné profese lékaře a je zřejmý. Je jím zdraví a jeho ochrana a na toto lze pohlížet jako na něco, co je dobré. Tento dodatek však může hrát poměrně podstatnou roli v případě, že by nemocný plánoval jednat způsobem, který lze označit za nemorální, čímž může být například vražda. Bylo by pak pravděpodobně lepší, kdyby nedbal doporučení a jeho onemocnění se zhoršilo natolik, aby mu v tomto činu zabránilo. Nemocný by poté v důsledku onoho zhoršení nebyl takového jednání schopen.¹⁴² V případě nevléčitelně nemocného člověka, může být na to, co je dobré, nahlíženo z různých úhlů pohledu. K lepšímu pochopení nám

¹³⁸ HÖFFE, O. *Klassiker der Philosophie*. 2. München: C. H. Beck, 1985. ISBN 3406308481. s. 50.

¹³⁹ ARISTOTELES. *Etika Nikomachova*. Bratislava: Pravda, 1979. ISBN 75-067-79. s. 5.

¹⁴⁰ Tamtéž, s. 1.

¹⁴¹ SPAEMANN, R. *Základní mravní pojmy a postoje*. Praha: Svoboda, 1995. ISBN 80-205-0484-2. s. 9.

¹⁴² Tamtéž, s. 9-10.

poslouží smyšlený příklad. Zdravotní stav nemocného se může postupně zhoršovat, s čímž souvisí i přidružení se dalších obtíží. Mezi tyto lze zahrnout například nechutenství, poruchy příjmu potravy a tekutin, které mohou být doprovázeny pocity zmatenosti, zhoršeným vnímáním či naprostou poruchou vědomí. Zdravotní stav nemocného může vyžadovat změnu léčebného postupu. Se změnou však musí nemocný souhlasit. S ohledem na možné zhoršení vnímání nemocného, lze vycházet z předpokladu, že pokud nemocný neučinil dříve vyslovené přání nebo jiný právní akt, budou o změně léčebného postupu zřejmě rozhodovat rodinní příslušníci. Změna může spočívat například v zavedení PEGU, což je umělý vstup do žaludku, který slouží k podání výživy nemocnému. Je pravděpodobné, že rodinní příslušníci budou s největší pravděpodobností usilovat o to, aby jejich rozhodnutí bylo správné a dobré pro nemocného. Může se však stát a není to neobvyklé, že rodina v době rozhodování není plně smířena se skutečností, že jejich blízký umírá. Může to být zapříčiněno například rychlým postoupením daného onemocnění, tedy nedostatkem času pro přijetí a zpracování této zprávy. Je zřejmé, že rozhodovací proces rodiny může být pak tímto ovlivněn. Rodina může v důsledku výše uvedeného rozhodnout o jeho zavedení v domnění, že je to pro nemocného dobré, protože bude déle žít. Ať už jsou důvody pro zavedení či nezavedení PEGU jakékoliv, je nutné se zamyslet nad tím, zda dobré dle rodiny je totožné s dobrým dle nemocného. Pro nemocného může být zavedení PEGU něčím, co může odmítat, protože si nepřeje tímto způsobem prodlužovat svůj život. Může být s blízcí se smrtí smířen natolik, že fakt své konečnosti přijímá a nepovažuje za dobré příchod smrti tímto způsobem oddalovat. Smyslem tohoto smyšleného příkladu bylo nastínit, že to co považujeme za dobré, nemusí být vždy dobrým pro druhé. Z výše uvedeného vyplývá, že dobré je tolik co: „*dobré pro někoho z určitého hlediska.*“¹⁴³ Dobro je tématem, jež s sebou přináší řadu otázek, avšak s ohledem na stanovený rozsah této práce není možné se tomuto tématu více věnovat.

¹⁴³ SPAEMANN, R. *Základní mravní pojmy a postoje*. Praha: Svoboda, 1995. ISBN 80-205-0484-2. s. 10.

V pozadí etického rozhodování a etické reflexe jednání stojí bezpochyby i hodnoty. Definovat pojem hodnota je rovněž poměrně obtížné, jelikož jednoznačná definice tohoto pojmu neexistuje a rozdílnost je zřejmě zapříčiněna zájmem nejrůznějších vědních oborů o danou problematiku. Každý z nás obecně za hodnotu označí něco, čeho si cení a co přijímá jako určitou normu. Současně je to však něco, co člověk rovněž vytváří. Hodnoty nám pomáhají určovat směr našeho života, ale současně nám napomáhají ke stanovení a v dosažení našich cílů. Jednání pracovníka hospicové péče by mělo být v souladu s jeho vnitřními morálními zásadami a hodnotami. Současně je však nezbytně nutné, aby pracovník pochopil a poznal hodnotový žebříček klienta, tedy nevyléčitelně nemocného a současně i hodnotový žebříček jeho rodiny. Existuje mnoho způsobů klasifikace hodnot a mnoho autorů, kteří se dané problematice věnují. Pro potřeby této práce nejsou nutné hodnoty, s nimiž se setkáváme v psychologii v rámci typologických klasifikací, ale spíše hodnoty morální povahy, které jsou od ostatních specifické v tom, že je v nich zahrnuto ono povinování, což lze vysvětlit prostřednictvím našeho citění. Pokud cítíme mravní hodnotu, cítíme také to, že má být uskutečněna. Naše jednání morální hodnoty bezesporu ovlivňují a současně se od těchto odvíjí i morální kvalita našeho jednání. Vždy však záleží na člověku, na jeho myšlení a vůli.¹⁴⁴ Je důležité poznamenat, že hodnotový systém se v průběhu našeho života mění. Mění se také v důsledku změn zdravotního stavu. Mnohdy může mezi pracovníkem a nemocným či blízkými pečujícími dojít k určitému napětí, jehož příčinou může být právě rozdílný hodnotový systém, proto je nutné, aby pracovník hodnoty člověka, s nímž pracuje, jednak identifikoval, ale především, aby o těchto přemýšlel.

Při vzniku etického problému či dilematu pracovník rozhoduje a zvažuje jaké řešení má zvolit. Jeho osobní hodnotová orientace je pro něj nezbytnou výbavou. Filozof a teolog Arno Anzenbacher uvádí, že správné a nesprávné lze z hlediska morálky rozlišovat ve více rovinách.

¹⁴⁴ KUTNOHORSKÁ, J. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2069-2. s. 16.

Měřítkem hodnocení může být pracovníkovi jeho osobní svědomí, dosavadní praxe a zkušenosti. Za morálně dobré lze označit takové jednání, které je ve shodě se svědomím pracovníka. Z hlediska morálky se jedná o rovinu morality.¹⁴⁵ Co však znamená jednat podle svého svědomí? Svědomí nám, jak je známo, pomáhá rozpoznat rozdíl mezi dobrem a zlem, avšak jak je možné, že někdo uznává vědomé ukončení života v podobě eutanazie a jiný ono ukončení považuje za vraždu? Je zřejmé, že každý člověk má vlastní svědomí a pokud jedná dle vlastního svědomí, má tedy „vlastní pravdu“, z čehož vyplývá, že je velmi obtížné najít konsenzus při řešení nejrůznějších etických otázek.¹⁴⁶ Názorová pluralita se tedy v daném případě očekává a současně ji lze považovat za nezbytnou.

Další rovinou je mravnost, pro kterou je charakteristické, že jednání je posuzováno z hlediska konformity s pravidly a hodnoty společnosti.¹⁴⁷

Třetí rovinou je profese, která na jednání pracovníka nahlíží jako na profesionální či neprofesionální. Měřítkem hodnocení jsou normy, jež jsou vyjádřeny například v etickém kodexu. Profese sociálního pracovníka vyžaduje, aby byl dodržován profesní *Etický kodex sociálních pracovníků* a další normy a hodnoty, jež jsou v organizaci platné. Vzhledem k tomu, že hospicová péče poskytuje zdravotní a sociální služby, její pracovníci se musí řídit také *Etickým kodexem České lékařské komory*. Etický kodex obsahuje základní etické zásady, pravidla etického chování, etické problémové okruhy a postupy při řešení etických problémů. Za určitou formu etického kodexu autorka považuje například i křesťanské *Desatero Božích přikázání*, jelikož Bůh prostřednictvím tohoto ukazuje, jak mohou lidé žít a vést zdárný život. Je zřejmé, že boží příkazy považovali a považují za určitou normu způsobu života především židé a křesťané, ostatně přikázání, jež jsou obsahem desatera, jsou jednak

¹⁴⁵ ANZENBACHER, A. *Úvod do etiky*. Praha: nakladatelství Zvon, 1994. ISBN 80-7113-111-3. s. 110-112.

¹⁴⁶ MUNZAROVÁ, M. *Zdravotnická etika od A do Z*. Praha: Grada, 2005. ISBN 90-247-1042-2. s. 59-65.

¹⁴⁷ FISCHER, O., MILFAIT, R., a kol. *Etika pro sociální práci*. Praha: Jabok – Vyšší odborná škola sociálně pedagogická a teologická, 2010. ISBN 978-80-904137-7-1. s. 82.

každému přístupná, ale rovněž nám nastavují zrcadlo. Je to naše povědomí o správném jednání a zvyšujeme tím vlastní mravní úroveň, což je podstatou etických kodexů. Základy profesních etických kodexů lze nalézt v etice povinnosti Immanuela Kanta, jenž za nejvyšší morální princip označuje kategorický imperativ: „*Jednej jen podle té zásady, o níž můžeš zároveň chtít, aby se stala obecným zákonem.*“¹⁴⁸ Tento morální princip nám říká, že naše jednání se tímto má řídit a lze jej považovat za závazný ve všech oblastech etiky.

Mezi další úrovně lidské praxe patří právo a víra. Právní normy se od mravních norem liší jejich účinností, která je garantována státní mocí. Měřítkem je tedy v daném případě shoda se zákonem. Poslední úroveň se týká především křesťanské roviny praxe, podstatnou roli zde zastává víra.¹⁴⁹

Sociální práce, potažmo ta, jenž je vykonávána v hospici je profesí poměrně náročnou, protože v ledasčem může přesahovat základní vzdělání v oboru. Pracovník by měl být vybaven jednak teoretickými znalostmi a vědomostmi, které může získat v rámci studia či průběžného vzdělávání, ale současně, aby disponoval praktickými zkušenostmi a uměl tyto aplikovat v praxi. Je důležité, aby pracovník své znalosti a zkušenosti neustále rozvíjel a doplňoval je. Rozhodování pracovníků v problémových situacích může ovlivnit i znalost etických teorií. Tyto pracovníkům nejsou návodem na řešení konkrétních situací, slouží spíše jako argumentační podklad a ospravedlnění jejich jednání. Mohou být pro pracovníky určitým návodem, který jim může být nápomocen při vysvětlení, proč pracovník jednal způsobem, jakým jednal. Výše uvedené však stále není zárukou, že pracovník má dostatečné předpoklady pro výkon dané profese. Za důležité se také považují morální hodnoty, kterým jsme se již věnovali výše, a také osobnostní předpoklady. Tyto pracovník představuje prostřednictvím své osoby. Pracovník, který doprovází umírající, by měl být bezpochyby empatický, vřelý a otevřený, co se komunikace týče.

¹⁴⁸ KANT, I. *Základy metafyziky mravů*. Praha: Svoboda, 1990. ISBN 80-205-0152-5. s 84.

¹⁴⁹ ANZENBACHER, A. *Úvod do etiky*. Praha: nakladatelství Zvon, 1994. ISBN 80-7113-111-3. s. 111.

Měl by být profesionálem, který podporuje umírající a jejich rodiny, zastupuje jejich zájmy, vede je k překonání nejrůznějších situací, které jsou součástí procesu umírání. Znamka kvality a úspěšnost práce pracovníka se z větší části odvíjí právě od toho, jaký je člověk a jaké má osobnostní předpoklady.

3. 3. 2 Identifikace etických problémů a dilemat; jejich řešení

Cílem předkládané diplomové práce je provést zjištění, zda se pracovníci hospicové péče setkávají v rámci své profese s etickými problémy a dilematy a pokud ano, jak tato řeší. Pro naplnění stanoveného cíle této práce byl proveden nestandardizovaný a nestrukturovaný rozhovor s pracovníci neziskové organizace Cesta domů. Jak bylo uvedeno v předchozích kapitolách, Cesta domů z. ú. provozuje na území hlavního města Prahy Domácí hospic. Autorka této práce v organizaci absolvovala jednodenní stáž, při níž se zaměřila na zjištění a identifikaci možných etických problémů a dilemat. Rozhovor, který sloužil k zjištění potřebných informací, byl realizován s terénní psychosociální pracovníci, která je rovněž vedoucí podpůrného týmu. Cílem tohoto týmu je být umírajícímu a jeho rodině nablízku v těžkých chvílích a uskutečňovat to, na čem v posledních chvílích skutečně záleží. Mnohdy při poskytování péči vyvstává mnoho otázek, ať už ze strany nevléčitelně nemocného či rodinných příslušníků. Jedná se o otázky typu: „*Jak říct tomu nejbližšímu, že umírá?*“ nebo „*Může moje malá dcera pochopit, že jí umírá maminka?*“ Smyslem podpůrného týmu je těmto otázkám především naslouchat. Pracovník společně s rodinou usiluje o hledání odpovědí, přičemž ne vždy je možné na tyto odpovědi najít a současně ne vždy je odpověď na tyto nutná. V rámci rozhovoru pracovníce poukázala na několik možných konfliktů a problémů, s nimiž se lze při poskytování hospicové péče setkat, avšak na dotaz, zda se jako pracovníce Domácího hospice, jež poskytuje specializovanou mobilní paliativní péči, setkává s etickými dilematy a případně jak tato řeší, se autorce práce dostalo odpovědi: „*Nesetkávám a neřeším, jelikož žádná dilemata nejsou.*“ Pracovnice svou odpověď pochopitelně v průběhu rozhovoru rozvedla

a upřesnila, že se do konfrontace s etickými dilematy dostává spíše rodina umírajícího než sám pracovník. Ten však zastává důležitou roli při jejich řešení, protože nemocnému a jeho rodině pomáhá nalézt nejvhodnější variantu řešení vzniklého dilematu a současně je všem zúčastněným oporou při rozhodování. Pracovnice při rozhovoru uvedla příklady z běžné praxe, s nimiž se setkala v rámci své dosavadní praxe a které by ona sama označila za etické problémy.

Prvním z těchto byl případ, kdy se rodina rozhodla využít služby domácího hospice. V případě zavedení hospicové péče je běžné, že pracovník domácího hospice rodinu navštíví a provede zhodnocení celkové situace rodiny. Zhodnocení situace je považováno za hlavní úlohu pracovníka hospicové péče, protože, aby mohla být specializovaná paliativní péče poskytována, musí být pro tuto podmínky. Jedná se například o zhodnocení domácího prostředí, zda je vybaveno tak, aby bylo možné zajistit nemocnému potřebnou péči. Současně se také hodnotí, zda je ve schopnostech rodiny zvládnout péči o svého člena, jelikož aktivní spolupráce rodiny je nedílnou součástí poskytování hospicové péče. V případě, že nic nebrání zavedení hospicové péče, je provedeno komplexní vyšetření lékařem, který stanoví návrh léčby, s nímž je nemocný seznámen. Pracovnice uvedla, že v tomto případě byla rodina velmi aktivní a pečlivá a její členové se v péči o nemocného střídali. Problém vyvstal po nějakém čase od doby jejího zavedení, kdy u nevléčitelně nemocného došlo k určitému zlepšení, avšak spíše než zdravotního stavu, tak jeho fyzické a psychické pohody. Rodina se po nějakém čase rozhodla péči ukončit v domnění, že její poskytování již není dále nutné. Pracovník rodině sdělil, že ono zlepšení je pouze dočasné a prognóza zlepšení či uzdravení nemocného není s ohledem na onkologickou diagnózu reálná, naopak. K tomuto se vyjádřil i lékař, který s pracovníkem souhlasil. Pracovník domácího hospice však rodinu nijak zvlášť nepřesvědčoval, jelikož věděl, že rozhodnout se, je jejím úkolem, spíše se snažil jí vše v klidu vysvětlit, a to včetně případných rizik, která s ukončením péče souvisejí. Rodina se však i přesto rozhodla péči domácího hospice ukončit, s čímž souhlasil i sám nemocný. Pracovník

tuto skutečnost vnímal jako etický problém, protože on sám s tímto vnitřně nesouhlasil nejen s ohledem na nemocného, jeho diagnózu, ale současně i s ohledem na zkušenosti, které získal po dobu svého působení v domácím hospici. Domníval se, že fáze umírání, jíž nemocný prochází, není totožná s tou, kterou prochází a prožívá rodina nemocného, což není neobvyklé, a proto se snažil po celou dobu působení v rodině s tímto pracovat. Rovněž nabyl přesvědčení, že očekávání rodinných příslušníků bylo zřejmě odlišné a nemocný s ukončením hospicové péče pravděpodobně souhlasil z důvodu, že to žádali jeho nejbližší. Rodinu v jejich rozhodnutí mohla ovlivnit zřejmě i finanční stránka věci. Tedy, že rodina nechtěla dále hradit péči, kterou považovala v důsledku onoho zlepšení za „nepotřebnou“. Pracovník, který v rodině působil, se snažil rozhodnutí rodiny pochopit, avšak i přesto se s ním vnitřně neztotožnil a považoval ho za ukvapené a nesmyslné. Rodině nabídl, že pokud by změnila svůj názor, případně by to vyžadoval zdravotní stav nemocného či by zkrátka jen potřebovala konzultovat nějaký problém, ať jej kontaktuje. Nemocný byl zanedlouho od ukončení poskytované hospicové péče hospitalizován v nemocnici, kde po několika dnech zemřel.

Pracovnice uvedla, že se pracovníci domácího hospice setkávají i s opačnými případy, kdy dochází ke zhoršení zdravotního stavu nemocného a je nutná jeho hospitalizace v nemocnici či obdobném zařízení. Rovněž uvedla příklad ze své praxe, kdy lékař v důsledku onoho zhoršení doporučil společně s dalšími pracovníky multidisciplinárního týmu umístění nemocného do kamenného hospice, avšak rodina tuto možnost odmítla s tím, že o něj bude nadále pečovat v domácím prostředí. Bylo přitom zřejmé, že tak náročnou péči rodina nemůže dlouho zvládat, a to s ohledem na fakt, že pečující rodina byla složena především z manželky. Syn za rodiči sice jezdil a matce s péčí o otce vypomáhal, avšak jednalo se spíše o víkendovou pomoc. Může se zdát, že situace se rovněž tak jako v prvním případě může jevit jako etické dilema, avšak nikoliv pro pracovníka hospicové péče. Cílem pracovníka není za rodinu, jakkoliv rozhodovat či ji přesvědčovat, naopak má jim být oporou při rozhodování a respektovat veškerá rozhodnutí, která umírající

či rodina společně učiní, i to přesto, že může mít pocit, že rodina nejedná správně. Avšak jak sama pracovnice při rozhovoru uvedla: „*Jak můžeme vědět, že je jejich jednání nesprávné?*“ Můžeme se pouze domnívat, že je nesprávné a umírajícímu a jeho rodině naše pocity sdělit, ale nikoliv jim tyto nutit, a všemožně usilovat o pro nás přijatelnou změnu v jejich rozhodnutí. Pokusíme se na tyto, pro pracovníci etické problémy, nahlédnout také z pozice nemocného či jeho rodiny.

To, co pracovnice považuje za etický problém je pro rodinu etickým dilematem, jež zní, ponechat blízkého v domácím prostředí či dbát doporučení pracovníků a umístit nemocného do lůžkového hospice. Je pochopitelné, že přání rodiny je, aby nemocný zemřel doma, avšak zvýšená péče o nemocného s sebou vždy přináší riziko, že rodina, i přes pomoc pracovníků domácího hospice, náročnou péči nakonec nezvládne. Pracovnice popsala, že umírající nakonec v důsledku bolestí ztrácel vědomí a současně se přidružily další obtíže. Pečující manželka po nějaké době přiznala, že péče je pro ni velmi obtížná a již nebylo v jejich možnostech a silách tuto dále zajišťovat. Nakonec souhlasila, aby byl její manžel umístěn v lůžkovém hospici. Jeho zdravotní stav se však během pár hodin zhoršil natolik, že byl nutný jeho převoz a hospitalizace v nemocnici. Po nějaké době vznikla další dilematická situace, když se nemocný manželky s vypětím svých sil zeptal, proč je v nemocnici, přičemž ihned po této otázce opět ztratil vědomí. Ošetřující lékaři manželku seznámili se skutečností, že již není možné, aby se nemocný vrátil zpět do domácího prostředí a velmi citlivě se ji snažili připravit na to, že její manžel zřejmě v blízké době zemře. Manželka se se svým manželem bála o jeho nemoci a blízké smrti otevřeně hovořit. Nevěděla, jak se má zachovat, zda má mluvit pravdu či lhát. Měla výčitky svědomí, že se o něj nezvládla sama postarat tak, aby mohl zemřít doma. Nechtěla mu lhát, protože k němu byla celý život upřímná, avšak současně zvažovala, zda milosrdná lež není menším zlem než sdělení skutečnosti, že smrt nebyla nikdy dříve tak skutečná jako v posledních chvílích. Zvažovala, jaká varianta bude tou lepší, chtěla svého manžela chránit. Nemocný byl však v důsledku silných bolestí a vysokých dávek

tišících léků na jejich zmírnění velmi zmatený. Pravděpodobně si své onemocnění a svou otázku již nemusel ani uvědomovat. Manželka i přesto stále doufala, věřila a nechtěla se připravit o naději, že se může stát zázrak a dojde ke zlepšení. Vždy, když nemocný nabyl vědomí, byla s ním, hladila jej po tváři a upřeně se dívala do jeho tváře, nemluvila. Ani on se však již více netázal, jelikož po necelých 48 hodinách zemřel. Pracovníci hospicové péče nejsou v přímé konfrontaci s etickým dilematem, avšak jsou jeho součástí a vystupují v tomto. Výše uvedenému etickému dilematu se budeme ještě věnovat v poslední kapitole této práce. Pracovnice také hovořila o problematice informovaného souhlasu a problematických situacích, jež se právě týkají sdělování pravdy. Mnohdy si nemocný nepřeje, aby rodina věděla, že je vážně nemocný, nebo naopak rodina tento fakt nemocnému zamlčuje. Lze konstatovat, že etické problémy v hospicové péči mnohdy nejsou v souladu s posláním paliativní péče a jsou obdobné těm, jež byly nastíněny v kapitole 1. 2. 1, která se zabývala etickými problémy v jednotlivých fázích procesu umírání.

3. 3. 3 Zvládání etických dilemat

Volba mezi dvěma možnostmi, které se navzájem vylučují, je podle dostupné literatury téměř nejčastější definicí etického dilematu. Pojem volba však může být poněkud zavádějící, jelikož v případě etického dilematu ne vždy je tato „nutná“. Kapitola 3. 3 čtenáře uvedla do problematiky rozhodování a jednání pracovníků, přičemž současně nabídla seznámení se vznikem a členěním etických dilemat, při kterém autorka již částečně nastínila jejich zvládání. Není ničím neobvyklým, že dilema může ustoupit do pozadí, čímž dojde k jeho potlačení. S postupem času může dilema zeslábnout natolik, že dojde k jeho pomnutí nebo se také může stát, že jeho odložení a potlačení bude vyžadovat okamžité a nutné rozhodnutí. V pomáhajících profesích obecně není neobvyklé, že se pracovníci snaží vzniklá dilemata tzv. obejít. Mnohdy však skutečně není jiného řešení, než se těmto „vyhýbat“ nebo oddálit jejich naléhavost. Ať už je volba jejich řešení jakákoliv, vždy je nutné etické dilema či etický problém zpočátku identifikovat a zvážit, jak s tímto

naložit a popřemýšlet nejen nad řešením samotným, ale současně i nad důsledky. Vyřešení dilematu nespočívá v bezmyšlenkovitém okamžitém jednání. Je velmi důležité a pro pracovníka jako profesionála nezbytné klást si otázky, hledat na tyto odpovědi a současně o těchto diskutovat a nesnažit se aplikovat dosud aplikované.

3. 3. 4 Etické teorie a jejich aplikace

Cílem této kapitoly je ukázat, jakým způsobem mohou etické teorie pracovníkům pomoci v pochopení situace, jež se jeví nebo může jevit jako problematická. Každá taková situace s sebou přináší mnoho otázek a záležití, jak s těmito bude nakládáno. Znalost etických teorií je bezesporu důležitá, jelikož je pracovníkovi značnou výhodou. Prostřednictvím těchto může získat jednak více náhledů na danou situaci, ale současně i více řešení. V případě, že pracovník zvažuje jaké jednání zvolit, zvažuje současně i jaké jednání je tím správným, což jak je obecně známo, je cílem etiky jako takové. Etické teorie mohou být pracovníkům nápomocny při hledání optimálního rozhodnutí, jelikož pracovník při hledání odpovědi na to, jak jednat, aby ono jednání bylo správné, většinou promýšlí a zvažuje různé varianty řešení společně s důsledky. Ve většině případů svá jednání rovněž podkládáme určitými argumenty, jimiž vysvětlujeme důvod našeho konání, a právě etické teorie jsou pracovníkům oporou. Než se však budeme věnovat aplikaci jednotlivých teorií na konkrétní problémovou situaci, zaměříme pozornost na jejich představení a specifika vybraných etických teorií.

Existuje mnoho teorií, jež mohou být pracovníkům vhodným modelem pro jejich eticky správné jednání. Pro potřeby této práce však její autorka zvolila dvě základní a to teorii racionální povinnosti, neboli deontologickou etiku Immanuela Kanta, a utilitaristickou teorií Jeremy Benthama, kterou dále více rozpracoval John Stuart Mill. Výběr těchto byl pravděpodobně ovlivněn skutečností, že každá obsahuje jiné prvky, jež mohou mít vliv na naše rozhodování, potažmo jednání. Každá z těchto nás nabádá k tomu se nad nimi, nad jejich obsahem zamyslet, a současně se zamyslet i nad jednáním samotným. Pochopitelně etické teorie nelze

využívat čistě mechanicky a očekávat, že nám budou přesným návodem k řešení nejrůznějších situací, totéž nám nenabízí ani již zmíněný etický kodex. Význam rozdílnosti jednotlivých etických teorií netkví v tom, k čemu nás dovedou, nýbrž v možnosti upozornit, a především zdůraznit prvky našeho rozhodování.¹⁵⁰ Etické teorie jsou rozdílné a v ledasčem se od sebe liší. Může se zdát, že stojí proti sobě, avšak je nutné si uvědomit, že jejich základní východiska jsou společná, tudíž se také v mnohém doplňují.

Zpočátku se zaměříme na deontologii Immanuela Kanta, v jehož teorii je ústředním pojmem povinnost. Avšak jak nahlížet na onu povinnost? Jak tento pojem chápat? Máme povinnost jednat určitým způsobem, protože nám „to říká“ ona povinnost? V běžném chápání je povinnost něčím, co nám mnohdy nemusí být a v praxi mnohdy opravdu není tím, co by v nás budilo sympatie, ba naopak. Povinnost, jež je autorem této teorie velmi často užívána, nám taktéž nemusí být příliš sympatická, avšak tato je rozdílná především v tom, že se jedná vždy a bezvýhradně o povinnost morální a jako taková vychází z mravního zákona, o kterém se již autorka této práce zmínila v předchozích kapitolách. Spojení morální povinnosti vycházející z mravního zákona můžeme označit za něco, čemu je nutné věnovat pozornost, jelikož dané slovní spojení v nás může vyvolávat mnoho otázek především z důvodu neporozumění. Zpočátku se zaměříme na mravní zákon, ujasníme nejen pojem sám, ale především se zaměříme na místo, kde ho lze nalézt. Dle autora této teorie je povinnost něčím, co lze označit za morální nutnost, která je výrazem naší svobody. Morální nutnost je obsahem mravního zákona a jako takový nás zavazuje k určitému jednání. Avšak na základě čeho? V čem je obsažen onen závazek? Odpověď lze nalézt v nás samých, protože mravní zákon neboli zákon jednání ukládáme sami sobě, a to na základě rozumu. Tento zákon je každému z nás vepsán do srdce a lze ho považovat za určitý fakt rozumu, který platí vždy a bezpodmínečně. Nikdo z nás však není schopen

¹⁵⁰ JINEK, J., KŘIŠŤAN, A. Etická teorie a její aplikace - problém pro sociální práci. *Sociální práce*. Brno: Asociace vzdělavatelů v sociální práci, 2011, roč. 2011, č. 11. ISSN 1213-6204. s. 127.

racionálně vysvětlit jeho původ.¹⁵¹ Mravní zákon je něčím, co je v nás samých, v našem nitru a současně je něčím, co nám stanovuje práva a povinnosti vůči ostatním lidem. Mravní zákon je obsažen v kategorickém imperativu, který je mnohým z nás znám, avšak pouze jako pojem a ani po seznámení s tímto není záruka, že čtenář pochopí, v čem spočívá jeho význam. S obsahem kategorického imperativu autorka byli čtenáři této práce seznámeni v kapitole 3. 3. 1, jež pojednávala o profesní etice. Uvedeme si však jeho přesnou formulaci, a to: „*jednej tak, jako by se maxima tvého jednání měla na základě tvé vůle stát obecným přírodním zákonem.*“¹⁵² Za základní stavební kámen lze označit mravní motivaci jednání. Přičemž motivace vychází z rozumu. Tato formulace nás nabádá k tomu, aby bylo možné aplikovat naše jednání na jednání druhých. Z tohoto je následně odvozena jeho další formulace, kterou lze označit za praktickou, a ta zní: „*jednej tak, abys používal lidství jak ve své osobě, tak i v osobě druhého vždy zároveň jako účel a nikdy pouze jako prostředek.*“¹⁵³ Naše autonomie nám „*přikazuje*“ užívat lidství jak ve vlastní osobě, tak v osobě každého druhého.¹⁵⁴ Tato formulace nás zjednodušeně nabádá k uvědomění, jak již bylo nastíněno v kapitole, v níž se autorka věnovala základním principům paliativní péče, že každý člověk je hoden úcty a tolerance. Je tedy nutno dbát jeho důstojnosti a přistupovat k této neboli k člověku samotnému s respektem. Pokud nám v této souvislosti vyvstává otázka „*Proč je tomuto člověk hoden?*“, lze jednoduše konstatovat, protože je člověkem.

Teleologická etika neboli utilitaristická teorie je silně poznamenána Kantovou deontologií a usiluje o formulaci určité alternativy k této.¹⁵⁵ Utilitarismus se může oproti výše uvedené teorii jevit poněkud líbivěji, a to z důvodu, že původně nejčastěji užívané slovo povinnost je v této

¹⁵¹ SIROVÁTKA, J. *Povinnost! Co tím Kant myslí? – přednáška z cyklu Akademické půlhodinky* pořádaná Jihočeskou univerzitou a Biologickým centrem AV ČR v Českých Budějovicích [online]. [cit. 2017-02-14]. Dostupné na: <<https://www.youtube.com/watch?v=7moGVECzQBQ>>

¹⁵² KANT, I. *Základy metafyziky mravů*. Praha: Svoboda, 1990. ISBN 80-205-0152-5. s. 28.

¹⁵³ Tamtéž, s. 34.

¹⁵⁴ ANZENBACHER, A. *Úvod do etiky*. Praha: nakladatelství Zvon, 1994. ISBN 80-7113-111-3. s. 57.

¹⁵⁵ JINEK, J., KRÍŠŤAN, A. *Etická teorie a její aplikace - problém pro sociální práci. Sociální práce*. Brno: Asociace vzdělavatelů v sociální práci, 2011, roč. 2011, č. 11. ISSN 1213-6204. s. 127.

nahrazeno pojmy dobro, užitečnost a prospěšnost. Tato teorie je teorií poměrně rozšířenou a v mnohé literatuře je označována jako nejvlivnější, avšak pro její pochopení je primárně důležitější uvést, že představuje určitou kombinaci čtyř prvků či principů, a těmi jsou následky, užitečnost, hédonismus a sociální princip.¹⁵⁶ Následky lze rovněž označit za poměrně často užívaný termín, jelikož z těchto vycházíme, pokud naše jednání hodnotíme. Následky jsou výsledkem našeho jednání, plynou z tohoto a lze je také očekávat. Mezi deontologickou teorií a teorií utilitarismu lze spatřovat zásadní rozdíl v tom, že deontologická etika se zaměřuje při morálním hodnocení jednání na úmysl jednatelů, jež považuje za stěžejní a současně vyjadřuje určité přesvědčení, že chování a jednání člověka může být samo o sobě dobré. Pro utilitarismus, jak již bylo výše naznačeno, jsou primární následky jednání, avšak současně vychází z toho, že žádné chování ani jednání nelze označit za mravně dobré nebo mravně špatné.¹⁵⁷ Vraťme se však k výše uvedené kombinaci principů. U principu následků, jak sám název napovídá, je kritériem pro hodnocení jednání jeho následek. Druhý uvedený princip se zaměřuje na prospěšnost konání a užitečnost následků jednání pro dosažení dobra o sobě.¹⁵⁸ Pro pochopení třetího principu je žádoucí stručně představit hédonismus jako takový a jeho pojetí. Jeho podstata tkví ve slasti. Jednání je v posledku tím, co chceme a tím jest – cítit se blaženými.¹⁵⁹ Za dobro lze tedy označit dosažení a rovněž prožívání slasti, což současně spočívá ve vyhnutí se strasti, případně jejího odstranění. Hedónismus je výsledkem uvažování o jednání, jeho základu a současně ho lze označit za morální princip.¹⁶⁰ Poslední princip usiluje o maximalizaci onoho dobra, avšak dobra nejen samotného jednatelů, ale dobra všech, jichž se nějakým způsobem ono jednání dotýká. Znamená to tedy usilovat o „*co možná největší štěstí co možná největšího počtu lidí.*“¹⁶¹ Výše uvedené principy na sebe navazují

¹⁵⁶ ANZENBACHER, A. *Úvod do etiky*. Praha: nakladatelství Zvon, 1994. ISBN 80-7113-111-3. s. 32-33.

¹⁵⁷ NEČASOVÁ, M., DOHNALOVÁ, Z., TALAŠOVÁ, R. Využití vybraných etických teorií v praxi sociální práce. *Sociální práce*. Brno: Asociace vzdělavatelů v sociální práci, 2010, roč. 2010, č. 3. ISSN 1213-6204. s. 81.

¹⁵⁸ ANZENBACHER, A. *Úvod do etiky*. Praha: nakladatelství Zvon, 1994. ISBN 80-7113-111-3. s. 32-33.

¹⁵⁹ SPAEMANN R. *Základní mravní pojmy a postoje*. Praha: Svoboda, 1995. ISBN 80-205-0484-2. s. 23.

¹⁶⁰ SPAEMANN R. *Základní mravní pojmy a postoje*. Praha: Svoboda, 1995. ISBN 80-205-0484-2. s. 23.

¹⁶¹ ANZENBACHER, A. *Úvod do etiky*. Praha: nakladatelství Zvon, 1994. ISBN 80-7113-111-3. s. 33.

a můžeme je označit za nezbytné pro posouzení jednání z hlediska mravnosti. Pokusme se vystihnout podstatu této teorie shrnutím těchto principů, které vypadá následovně. Za správné jednání lze považovat nebo jím je takové jednání, když jsou jeho důsledky optimální pro štěstí všech, jichž se jednání nějakým způsobem dotýká.¹⁶²

Autorka výše etické teorie představila a následně provede zamyšlení nad těmito včetně jejich aplikace. Vždy, když se v životě setkáme s problémovou situací, která vykazuje známky etického dilematu, pokládáme si otázky typu: „*Jaké jednání je to správné? Co udělat pro to, abychom se rozhodli dobře?*“ Znalost etických teorií, jejich základních aspektů nám může být oporou, avšak ani tyto teorie nelze bezmyšlenkovitě a bezohledně aplikovat na určitý problém a současně s tímto nelze konstatovat, že naše jednání bude podle zvolené teorie tím správným, případně lepším. Ať už se jedná o sociálního pracovníka, který pracuje s umírajícími, nebo s dětmi či jsou jeho cílovou skupinou lidé bez domova, jeho úkolem je vždy nad jednotlivými situacemi přemýšlet, zvažovat jejich řešení, doplňovat jich o nové poznatky a čerpat z již získaných zkušeností. Je velmi důležité, nevolit řešení bez hlubšího zamyšlení. Pracovník, jak bylo již uvedeno, je za své jednání odpovědný a současně musí vědět, proč jednal tak či onak. Pracovník by měl „*umět*“ nad svým jednáním přemýšlet a tím i dokázat argumentativně odůvodnit svá rozhodnutí vždy, a to i v případě, že mu situace nenabídne dostatek času pro její zvážení, případně ho v rozhodnutí tlačí jiné okolnosti.

Při hodnocení jednání a zvažování o tom jaké jednání zvolit a jaké jednání je tím správným, je nutné zaměřit se nejen na předmět onoho jednání, ale i na jeho cíl. „*O eticky přijatelné jednání pak půjde tehdy, pokud předmět, okolnosti nebo cíl tohoto jednání nebude korumpován svou špatností.*“¹⁶³ Za ideál lze označit představu, že by naším cílem, resp. cílem lidského jednání bylo konat dobro. Byl by to bezesporu poměrně záslužný a smysluplný úkol člověka, který by ho jistě i naplňoval,

¹⁶² Tamtéž, s. 34.

¹⁶³ FISCHER, O., MILFAIT, R., a kol. *Etika pro sociální práci*. Praha: Jabok – Vyšší odborná škola sociálně pedagogická a teologická, 2010. ISBN 978-80-904137-7-1. s. 53

avšak jak již bylo v této práci mnohokrát naznačeno, je velmi obtížné definovat pojem dobra obecně. Cílem lidského jednání není konat dobro, byť nepochybně někde v nás, uvnitř nás samých je něco, co nám říká, že konat dobro je správné a současně, co nás nabádá k tomu, jej konat. Pravděpodobně je to naše svědomí, které nám v tomto napomáhá, avšak konat dobro není primárně naším jediným cílem či úkolem, který platí bezpodmínečně a vždy. Člověk totiž nemá povinnost jednat a dělat pouze to, co je dobré, avšak vždy je povinen jednat a dělat to, co není zlé.¹⁶⁴

Aplikace etických teorií na konkrétní etické dilema není odpovědí na to, jak jej vyřešit, je to spíše dílčí úkol pro člověka. Etické hledisko zastává poměrně významnou roli v problematických situacích a je důležité při hledání optimálního rozhodnutí, prostřednictvím kterého lze dojít ke správnému jednání. Naše úsilí a snaha je tím, co nás ke správnému jednání motivuje, avšak nikdy nelze s jistotou říci, že pokud budu dělat „to či ono“, bude to správné, a to vždy a za každých okolností.

V předchozím textu jsme se věnovali etickým problémům, s nimiž byla autorka práce seznámena v rámci absolvování stáže v domácím hospici. V rámci rozhovoru pracovnice představila etické problémy, s kterými se v průběhu své praxe setkala. Situace, jenž je pracovníci označována za etický problém je rovněž etickým dilematem pro nemocného a jeho blízké. Autorka provedla její rozbor a následně provede její reflexi za užití vybraných etických teorií.

Než provedeme hlubší zamyšlení nad etickým dilematem, které se týká umírajícího a jeho rodiny, provedeme drobnou úvahu nad okolnostmi dilematu. Současně je nutné také uvést, že s původním etickým dilematem vyvstávají dilemata další. Pracovníka hospicové péče se tato osobně nedotýkají, avšak i přesto v této situaci zastává důležitou roli. Jeho úkolem není vynášet morální soudy, ale naslouchat, k čemuž patří i umění správně klást otázky. Nemocný má potřebu se v závěru svého života více věnovat otázkám typu „proč“ a „k čemu“. Tyto otázky si člověk

¹⁶⁴ Tamtéž s. 52.

klade po celou dobu svého života, avšak potřeba tyto pochopit je v závěru života naléhavější než dříve. Úkolem pracovníka je společně s nemocným hledat na tyto otázky odpověď, přičemž ne vždy je nutné onu odpověď najít. V případě, že by se vzniklé dilema pracovníka bezprostředně týkalo, lze předpokládat, že již samotný přístup a rozvaha nad tímto by byla zřejmě odlišná. Pracovník, který je součástí multidisciplinárního týmu domácího hospice by se neměl bát s nevyhlášeně nemocným otevřeně hovořit, jak o jeho onemocnění, tak o umírání a smrti. Smysl doprovázení spočívá v tom, být nemocnému nablízku a oporou při procesu dozrávání do fáze smíření či akceptace onoho faktu nevyhnutelnosti smrti. Pokud bychom nemocnému zastírali pravdu, ať už by se týkala čehokoliv, bylo by vůbec možné, aby dosáhl poslední fáze, jež spočívá v přijetí a smíření se s vlastní smrtelností? Je nutné si uvědomit fakt, že každý z nás se bojí smrti a nemocný člověk, jež onu smrt cítí, může být strachem z této naprosto ochromen. Rodinní příslušníci mohou mít rovněž strach, bojí se ztráty blízkého člověka, kterého milují, mají strach z jeho umírání, co s sebou přinese, mají obavy, zda péči o něj zvládnou a zda zajistí vše potřebné. Pracovník by měl být tím, kdo nemocnému a rodině pomůže se s výše uvedeným vyrovnat. Pokud však nemocnému bude zatajovat jisté skutečnosti, hrozí zde riziko, že nemocný toto vycítí a jeho strach se naopak prohloubí, což může způsobit pocity osamění, nejistotu, ztrátu pocitu bezpečí, případně i ztrátu lidské důstojnosti, na kterou by pracovník měl dbát především, jelikož ta je, jak již víme z předchozích kapitol, zásadní při péči obecně. V případě, že nemocného připravíme o pocit bezpečí a jistoty, neuspokojíme tím jeho psychické potřeby. Pokud nemocnému některé informace zamlčíme, nemocný poté nemusí mít dostatek času na to, uspořádat si své věci, což může mít za následek neuspokojení potřeb sociálních. Jedním z mnoha cílů pracovníka je usilovat o jejich naplnění, proto je zřejmé, že nelhat je pro hospicovou péči zásadní alkálií. Myšlenka hospice vychází z úcty k životu a z úcty k člověku. Jak bychom této docílili, pokud bychom nemocnému lhali? I milosrdná lež je v tomto případě považována za nemilosrdnou, jelikož touto nelze získat důvěru nemocného a tolik

potřebný pocit bezpečí. Vzhledem k tomu, že nevyлéčitelně nemocný člověk, i přes skutečnost, že umírá, je stále člověkem žijícím, proto není důvod jakékoliv informace jemu zatajovat, ostatně na tyto má rovněž nárok. Důležité je jednak vždy s rozvahou a citlivě, avšak nijak zvlášť se při tomto neostýchat, a především se nebát onu pravdu vyslovit. Sdělování pravdy umírajícímu je považováno bezesporu za umění. Je to etická podstata vztahu umírajícího a pracovníka.

Zaměřme se však již na etické dilema, jež se týkalo rodiny. Původním etickým dilematem, s nímž se rodina potýkala, bylo zvážit, zda nemocného ponechat v rodinném zázemí, které důvěrně zná, nebo jej umístit s ohledem na náročnou péči a postupně se zhoršující zdravotní stav do lůžkového zařízení hospicové péče. Zdravotní stav nemocného se však zhoršil natolik, že bylo nakonec nutné zajistit jeho převoz do nemocnice, kde byl hospitalizován. Návrat nemocného zpět do domácího prostředí již nebyl možný s ohledem na náročnost léčby a vyčerpání pečující manželky z nepřetržité péče, kterou mu v posledních týdnech poskytovala. Současně již také nebyl možný jeho přesun do kamenného hospice, který byl pečující manželce ze strany pracovníků domácího hospice původně doporučován. Nemocný trpěl velkými bolestmi, které byly tlumeny vysokými dávkami opiátů. Opiáty sice tlumily bolesti umírajícího, avšak současně měly za následek vedlejší účinky. Čím větší dávka opiátů byla, tím rozsáhlejší byly i vedlejší účinky. Tato situace je rovněž etickým dilematem, přičemž při zvažování, jak postupovat, lze využít principu dvojího účinku, který vychází z faktu, že každé jednání může mít dva účinky, dobrý a špatný. Opiáty, jenž jsou nemocnému podávány rovněž vyvolávají vedlejší účinky v podobě ztráty vědomí, zvracení, dušení a dalších obtíží, což však nelze označit za něco, co bychom původně zamýšleli. Je zřejmé a logické, že usilujeme o zmírnění obtíží nemocného, avšak co dělat s vedlejšími účinky? Jak k těmto přistupovat? Pokud bychom se zaměřili na argumentaci, jež vychází z následků našeho jednání, bylo by možné pokládat si otázky typu jaké jednání je menším zlem pro nemocného? Netišit jeho nesnesitelné bolesti nebo nevyvolávat vedlejší účinky? Utilitaristická teorie připouští jednání, při němž lze konat

malé zlo, avšak pouze v případě, že zabráníme zlu většímu. Avšak s tímto vystupuje na povrch další otázka. Jaké zlo je pro nemocného menším zlem a naopak? Naše jednání má být motivováno především dobrem, tudíž vycházejme ze skutečnosti, že zlo dělat nemůžeme vůbec.¹⁶⁵ Vraťme se tedy k možnosti využití principu dvojího účinku. Zmírnění bolesti nemocného lze považovat za eticky přijatelné, jelikož tímto zamýšlíme především dobro pro nemocného neboli dobrý účinek a ten špatný v podobě přidružených obtíží je možné připustit, jelikož je menší a nejedná se v důsledku o prostředek, prostřednictvím kterého by bylo dosaženo onoho dobrého účinku. Lze tedy učinit závěr, že hlavní intencí je zmírnění utrpení nemocného, jeho bolesti, nikoliv vyvolání dalších obtíží. Na tyto lze pohlížet jako na únosné, ve srovnání se zmírněním utrpení nemocného, což lze označit za hlavní dobro našeho jednání, o které usilujeme. V případě, že uijeme principu dvojího účinku, není již žádoucí zvláštní obhajoby našeho jednání, protože jeho cílem je konání dobra, nikoliv zla ve jménu většího dobra. Vysoké dávky léků, jež nemocnému pomáhaly od bolesti, jej současně tlumily natolik že, upadal do bezvědomí a stále častěji spal. Manželka byla po celou dobu s ním a to i přesto, že nebylo možné ho z kapacitních důvodů umístit na samostatný pokoj. Seděla vedle nemocničního lůžka a držela ho za ruku. Nemocný již velmi špatně komunikoval. V jednu chvíli se však upřeně podíval na manželku a zeptal se jí, proč je v nemocnici. Manželka i nadále seděla u jeho postele a zvažovala jak na tuto odpovědět, mlčky se dívala do jeho tváře do doby, než opět upadl do bezvědomí. Ptala se sama sebe, zda mu má sdělit pravdu nebo o jeho blízké a neodvratné smrti pomlčet. Současně s tímto si kladla nespočet dalších otázek. Než se rozhodla, jak na otázku svého umírajícího manžela bude reagovat, zemřel. Dalo by se říci, že vzniklé dilema bylo potlačeno, avšak manželka s odstupem času přiznala, že mu na jeho otázku odpověděla bez užití slov. Její výraz ve tváři a upřený pohled vystihoval její odpověď více než tisíce slov a ona byla přesvědčena o tom, že manžel

¹⁶⁵ MACHULA, T. *Princip dvojího účinku* [online]. [cit. 2017-02-14]. Dostupné na: <<http://machula.bigblogger.lidovky.cz/c/190793/Princip-dvojího-ucinku.html>>

tímto dostal odpověď na svou otázku. Vraťme se však ještě krátce k otázce, zda nemocnému sdělit pravdu nebo se přiklonit ke lži, byť se může jevit jako milosrdná. Můžeme se domnívat, že milosrdenství může v utilitaristické teorii sehrát významnou roli. Čím bychom dosáhli užitím milosrdné lži? Jaký by byl její účel? Mohli bychom konstatovat, že milosrdnou lež lze užít především z důvodu zmírnění psychického utrpení nemocného, kterému by mohl být v případě sdělení pravdy vystaven, tudíž tímto jednáním přispíváme k jeho ochraně. Pokud se zaměříme na deontologickou etiku, je důležité rozvažovat nad úmysly jednajícího. Bylo by na místě lhát umírajícímu, který by se nás zeptal, proč je v nemocnici, když víme, že již brzy zemře? V případě, že odpovíme popravdě a nemocný zemře, můžeme se domnívat, že odešel v klidu a byl s tímto faktem smířen. Pokud zalžeme a nemocný cítil, že již brzy zemře, mohli jsme tímto jednáním zapříčinit, že umíral s pocitem strachu a nedůvěry v nás. Lze tedy konstatovat, že pro deontologickou etiku je spíše sdělení pravdy tím eticky správným jednáním.

ZÁVĚR

Autorka práce se v této zabývala etickými aspekty umírání a smrti, přičemž cílem diplomové práce bylo přiblížit etické problémy a dilemata, jež v závěrečném období života člověka vyvstávají a s nimiž se pracovníci hospicové péče potýkají.

Autorka se v úvodu práce věnovala pochopení smrti, jak se vyvíjela a proměňovala současně. Zaměřila se také na proces umírání a jeho jednotlivé fáze, v kterých lze zaznamenat řadu etických problémů jako například sdělování pravdivých informací. Vzhledem k tomu, že je medicína v dnešní moderní době již na velmi vysoké úrovni, je poměrně běžné lidské životy nejen zachraňovat, ale rovněž i prodlužovat, což lze také označit za etický problém. Umělé prodlužování životů a zadržování smrti bývá společně, v poslední době s čím dál tím více prosazovanou eutanazií, předmětem častých etických diskuzí, kterým je třeba naslouchat a především v těchto dále pokračovat. Dystanázii společně s eutanazií lze vnímat jako určité protipóly totožného problému, které jsou výsledkem dnešních paradigmat, která jsou obecně ve společnosti přijímána. Mezi ně lze zahrnout například vytlačení smrti na okraj našeho zájmu.

Se smrtí a umíráním rovněž souvisí i téma péče o umírající. Autorka se věnovala především paliativní péči. Tento termín je znám především lékařům a zdravotním sestrám, avšak laická veřejnost o tomto nemá příliš velké povědomí, a to i přesto, že se neustále rozvíjí a více se o této hovoří. Ve spojitosti s paliativní péčí se často setkáváme s termínem hospicová péče, který byl rovněž představen. Paliativní a hospicová péče jsou si svým obsahem velmi blízké, avšak i přesto vykazují drobné rozdílnosti, které autorka v práci popsala, ale také se zaměřila na jejich společné úkoly a cíle.

Aby byl naplněn stanovený cíl této práce, rozhodla se autorka pro absolvování jednodenní stáže v neziskové organizaci Cesta domů z. ú., která v Praze provozuje domácí hospic a poskytuje specializovanou paliativní péči. Prostřednictvím rozhovoru s pracovníci této organizace

byly získány potřebné informace, jež autorka dále rozpracovala. Identifikovala etické problémy, s nimiž se pracovnice potýká a uvedla jejich příklady. Vzhledem ke zjištěné skutečnosti, že pracovníci hospicové péče nejsou konfrontováni s etickými dilematy, provedla následně rozbor etického dilematu, s nímž se potýká umírající společně s rodinou. Pracovník v etickém dilematu pochopitelně zastává svou roli, a to i přesto, že se ho osobně nedotýká a není nucen v tomto činit rozhodnutí. Autorka provedla zamyšlení nad tím, jak by pracovník etické dilema řešil v případě, že by se s tímto osobně potýkal. Vzhledem k tomu, že značná část závěrečné kapitoly této práce pojednávala o řešení etických problémů a dilemat, pozornost byla zaměřena také na to, co pracovníky a jejich jednání ovlivňuje a jak lze náročné situace zvládat.

Znalost etických teorií je pracovníkům bezesporu výhodou, jelikož prostřednictvím těchto se nad vzniklou situací více zamýšlí a současně tak mohou svá jednání podložit určitou etickou argumentací. Tato jim slouží k ospravedlnění jejich jednání. Autorka se v diplomové práci zaměřila na deontologickou teorii Immanuela Kanta a utilitaristickou teorii. Prostřednictvím vybraných teorií hledala odpovědi na otázky, jež si kladla v průběhu jejího zpracování. Při svých úvahách využila princip dvojího účinku a provedla jeho aplikaci na konkrétní smyšlený příklad.

Závěrem lze konstatovat, že etické teorie nám nedávají odpověď na to, jakým způsobem máme jednat a jaké jednání je tím správným, spíše nás nabádají k zamyšlení a rozvaze nad naším jednáním. Můžeme je tedy označit za dílčí úkol člověka-pracovníka.

Autorka se při zpracování této práce snažila udržet určitou logickou posloupnost textu a představit etické aspekty umírání a smrti, která je nedílnou součástí lidského života.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Monografické publikace

ARIÈS, P. *Dějiny smrti II*. Praha: Argo, 2000. ISBN 80-7230-293-3.

ARISTOTELES. *Etika Nikomachova*. Bratislava: Pravda, 1979. ISBN 75-067-79.

ANZENBACHER, A. *Úvod do etiky*. Praha: nakladatelství Zvon, 1994. ISBN 80-7113-111-3.

BIBLE. *Písmo svaté Starého a Nového zákona*. Praha: Česká biblická společnost, 2007. ISBN 978-80-85810-55-4.

BRABEC, L. *Křesťanská thanatologie*. Praha: Gemma 89, 1991. ISBN 80-852206-06-4.

BYOCK, I.: *Dobré umírání – Možnosti pokojného konce života*. Praha: Cesta domů-Vyšehrad, 2005. ISBN 80-7021-797-9.

CABRNOCH, M., DUŠÁNKOVÁ, J. a kol. *Výzvy hospicové péče*. Praha: TŘI, o. p. s., 2016. ISBN 978-80-270-0455-3.

DAVIES, D. *Stručné dějiny smrti*. Praha: Volvox Globatour, 2007. ISBN 80-7207-628-4.

DOWBIGGIN, I. *A Concise History of Euthanasia, Live: Death, God, and Medicine*. Lanham: Rowman & Littlefield Publishers, Inc., 2007. ISBN-13:978-0-7425-3111-6, ISBN-10:0-7425-3111-2.

ELIAS, N. *O osamělosti umírajících v našich dnech*. Praha: Nakladatelství Franze Kafky, 1998. ISBN 80-85844-39-7.

FERNÁNDEZ, A. *Fundamentální morálka*. Pardubice: Axis, 2012. ISBN 978-80-903864-6-4.

FISCHER, O., MILFAIT, R., a kol. *Etika pro sociální práci*. Praha: Jabok-Vyšší odborná škola sociálně pedagogická a teologická, 2010. ISBN 978-80-904137-7-1.

GRÜN, A. *Smrt v životě člověka*. Kostelní vydří: Karmelitánské nakladatelství, 1997. ISBN 80-7192-221-8.

GÜNTER, V. *Žít až do konce*. Praha: nakladatelství Vyšehrad, 2000. ISBN 80-7021-330-2.

GURKOVÁ, E. *Hodnocení kvality života*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3625-9.

HAŠKOVCOVÁ, H. *Informovaný souhlas*. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-497-3.

HAŠKOVCOVÁ, H., *Spoutaný život*. Praha: Panorama, 1985. ISBN neuvedeno.

HAŠKOVCOVÁ, H. *Rub života líc smrti*. Praha: Orbis, 1975. ISBN 11-107-75.

HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*. Praha: Galén, 2002. ISBN 80-7262-132-7.

HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie: Nauka o umírání a smrti*. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7263-473-3.

HEIDEGGER, M. *Bytí a čas*. Praha: Oikoymenh, 2002. ISBN 80-7298-048-3.

HEŘMANOVÁ, J. *Etika v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3469-9.

HÖFFE, O. *Klassiker der Philosophie*. München: C. H. Beck, 1985. ISBN 3406308481.

KALVACH, Z. a kol. *Manuál paliativní péče o umírající pacienty*. Praha: Cesta Domů, 2010. ISBN 978-80-904516-4-3.

- KANT, I. *Základy metafyziky mravů*. Praha: Svoboda, 1990. ISBN 80-205-0152-5.
- KELNAROVÁ, J. *Thanatologie v ošetrovatelství*. Brno: Littera, 2007. ISBN 978-80-85763-36-2.
- KEENE, M. *Světová náboženství*. Praha: Knižní klub 2003. ISBN 80-242-0983-7.
- KŘIVOHLAVÝ, J., KACZMARCZYK, S., *Poslední úsek cesty*. Praha: Návrat domů, 1995. ISBN 80-85495-43-0.
- KUPKA, M. *Psychosociální aspekty paliativní péče*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4650-0.
- KUTNOHORSKÁ, J. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2069-2.
- KÜBLER-ROSS, E. *O smrti a umírání*. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0911-9.
- LANDSBERG, L. P. *Zkušenost smrti*. Praha: nakladatelství Vyšehrad, 1990. ISBN 80-7021-054-0.
- LOUČKA, M., KOSÁK, D. *Studie možných forem zajištění paliativní péče v městské části Praha 10*. Praha: Centrum paliativní péče ve spolupráci s MČ Praha 10, 2016. ISBN nenalezeno.
- LOUČKA, M., ŠPINKA, Š., ŠPINKOVÁ, M. *Eutanazie. Víme, o čem mluvíme?* Praha: Cesta domů, 2015. ISBN 978-80-88126-08-9.
- MATOUŠEK, O. a kol. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-502-8.
- MARKOVÁ, M. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3171-1.

MILFAIT, R. *Lidská práva osob s postižením, nevyléčitelně nemocných a umírajících*. Středokukly: Zdeněk Susa, 2013. ISBN 978-80-86057-85-9.

MISCONIOVÁ, B. *Péče o umírající – hospicová péče*. Praha: Národní centrum domácí péče ČR, 2005. ISBN neuvedeno.

MUNZAROVÁ, M. *Zdravotnická etika od A do Z*. Praha: Grada, 2005. ISBN 90-247-1042-2.

MUSIL, L. 2004. „*Ráda bych Vám pomohla, ale-*“: dilemata práce s klienty v organizacích. Brno: Marek Zeman, 2004. ISBN 80-903070- 1-9.

NEZBEDA, O. *Průvodce smrtelníka*. Praha: Paseka, 2016. ISBN 978-80-7432-747-6.

OPATRŇY, A. *Malá příručka pastorační péče o nemocné*. Praha: Pastorační středisko při Arcibiskupství pražském, 1995. ISBN neuvedeno.

PLATÓN. *Obrana Sókrata*. Praha: Oikoymenh, 2005. ISBN 80-7298-40-4.

PTÁČEK, R., BARTŮNĚK, P., a kol. *Eutanazie – pro a proti*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4659-3.

POCHMANOVÁ, K. a kol. *Průvodce domácí péčí*. Praha: Cesta domů, 2015. ISBN 978-80-905809-2-3.

SLÁMA, O. a kol. *Paliativní medicína pro praxi*. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-505-5.

SLÁMA, O. a kol. *Paliativní medicína pro praxi*. Praha: Galén, 2011. ISBN 978-80-7262-849-0.

SOKOL, J. *Filosofická antropologie: člověk jako osoba*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-627-6.

SPAEMANN, R. *Základní mravní pojmy a postoje*. Praha: Svoboda, 1995. ISBN 80-205-0484-2.

SPAEMANN, R. *Štěstí a vůle k dobru*. Praha: Oikoymenh, 1998. ISBN 80-86005-01-0.

STUDENT, CH. J. a kol. *Sociální práce v hospici a paliativní péči*. Praha: H & H Vyšehradská, s. r. o., 2006. ISBN 80-7319-059-1.

SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*. Praha: Ecce Homo 1999. ISBN 978-80-902049-2-9.

ŠRAJER J., MUSIL L. *Etické kontexty sociální práce s rodinou*. České Budějovice: Albert, 2008. ISBN 978-80-7326-145-0.

TRACHTOVÁ, E. a kol. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2013. ISBN 8070135530.

TOMEŠ, I. a kol. *Rozvoj hospicové péče a její bariéry*. Praha: Karolinum, 2015. ISBN 978-80-246-2941-4.

ULRICHOVÁ, M. *Různé tváře smrti*. Praha: Gaudeamus, 2009. ISBN 978-80-7041-743-0.

ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. *Zemřelí 2015*. Praha: ÚZIS, 2016. ISBN 978-80-7472-157-1.

VORLÍČEK, J., ADAM, Z. a kol.: *Paliativní medicína*. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-7169-437-1.

WOLFGANG, H. *Etika. Základní otázky života*. Praha: Vyšehrad, 2016. ISBN 978-80-7429-642-0.

Elektronické dokumenty

CESTA DOMŮ. *Výroční zpráva za rok 2015* [online]. [cit. 2017-02-14]. Dostupné na: <<https://www.cestadomu.cz/dokumenty>>

CESTA DOMŮ. *E-learning. Kurz pro sociální pracovníky* [online]. [cit. 2017-02-14]. Dostupné na: <<http://elearning.cestadomu.cz/pohled-na-prava.html>>

EPRAVO.CZ. *Právo na důstojné umírání*. [online]. [cit. 2017-02-14]. Dostupné na: <<https://www.epravo.cz/top/clanky/pravo-na-dustojne-umirani-19808.html>>

HOSPICOVÁ PÉČE. *Historie domácí hospicové péče v České republice*. [online]. [cit. 2017-02-14]. Dostupné na: <<http://www.domaci-pece.info/hospicova-pece1>>

HOSPIC ANEŽKY ČESKÉ. *Motto Jan Twardowski* [online]. [cit. 2017-02-14]. Dostupné na: <<http://www.hospic.cz/>>

MACHULA, T. *Princip dvojího účinku* [online]. [cit. 2017-02-14]. Dostupné na: <<http://machula.bigblogger.lidovky.cz/c/190793/Princip-dvojho-ucinku.html>>

MEZINÁRODNÍ KONFERENCE PALITIVNÍ A HOSPICOVÉ PÉČE. *Umírání a etické otázky s ním spojené*. [online]. [cit. 2017-02-14]. Dostupné na: <<http://ostrava.caritas.cz/res/archive/028/003250.pdf?seek=1426714285>>

OSN. *Všeobecná deklarace lidských práv* [online]. [cit. 2017-02-14]. Dostupné na: <<http://www.osn.cz/knihovna/dokumenty/>>.

PALITIVNÍ MEDICÍNA. *Pilotní projekt mobilní specializované péče*. [online]. [cit. 2017-02-14]. Dostupné na: <<http://www.paliativnimedicina.cz/projekty/pilotni-projekt-mobilni-specializovane-pece/>>

ROSENZWEIG, F. *Der Stern der Erlösung*. Freiburg im Breisgau: Universitätsbibliothek, 2002. [online]. [cit. 2017-02-14]. Dostupné na: <<https://www.freidok.uni-freiburg.de/fedora/objects/freidok:310/datastreams/FILE1/content>>

SIROVÁTKA, J. *Povinnost! Co tím Kant myslel? – přednáška z cyklu Akademické půlhodinky* pořádaná Jihočeskou univerzitou a Biologickým centrem AV ČR v Českých Budějovicích. [online]. [cit. 2017-02-14]. Dostupné na: <<https://www.youtube.com/watch?v=7moGVECzQBQ>>

STCHRISTOPHER'S. *Historie Stchristopher's* [online]. [cit. 2017-02-14]. Dostupné na: <<http://www.stchristophers.org.uk/about/history>>

UMÍRÁNÍ. CZ. *Adresář služeb*. [online]. [cit. 2017-02-14]. Dostupné na: <<http://www.umirani.cz/adresar-sluzeb#8/49.883/15.491>>

UMÍRÁNÍ. CZ. *Jednání o paliativní péči na Ministerstvu zdravotnictví* [online]. [cit. 2017-02-14]. Dostupné na: <<https://www.cestadomu.cz/aktuality/jednani-o-paliativni-peci-na-ministerstvu-zdravotnictvi>>

UMÍRÁNÍ. CZ. *Dříve vyslovená přání* [online]. [cit. 2017-02-14]. Dostupné na: <<http://www.umirani.cz/rady-a-informace/drive-vyslovena-prani>>

ZDRAVOTNICKÝ DENÍK. *Češi by chtěli umírat doma, ale většina z nich opouští svět v instituci*. [online]. [cit. 2017-02-14]. Dostupné na: <<http://www.zdravotnickydenik.cz/2015/03/cesi-by-chteli-umirat-doma-ale-vetsina-z-nich-opousti-svet-v-instituci/>>

Články čištěných seriálových publikací

HODAČOVÁ, L. Mozek, emoce a spokojený život. *Psychologie dnes*. Praha: 2007, roč. 13, č. 2. ISSN 1212-9607.

HUNEŠ, R., LUDAČKOVÁ E. Přínosy a rizika duchovní péče o umírající. *Sociální služby*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2016, roč. 18, č. 4. ISSN 1803-7328.

JINEK, J., KŘIŠŤAN, A. Etická teorie a její aplikace - problém pro sociální práci. *Sociální práce*. Brno: Asociace vzdělavatelů v sociální práci, 2011, roč. 2011, č. 11. ISSN 1213-6204.

KUŘE, J. Dobrá smrt. K filosofickému ujasnění pojmu eutanazie. *Filosofia*. 2007, roč. 62, č. 3. ISSN 0046-385 X.

NEČASOVÁ, M., MUSIL, L. Pracovní podmínky a dilemata pomáhajících pracovníků. *Sociální práce*. Brno: Asociace vzdělavatelů v sociální práci, 2006, roč. 3, č. 2006. ISSN 1213-6204.

ONDRINOVÁ, I., CINOVÁ, J. Uplatňování etických principů v paliativní péči. *Sestra-odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky*. Praha: Mladá fronta, 2012, roč. 22, č. 10. ISSN 1210-0404.

SEMONSKÁ, S. Léčba bolesti, Hospicová péče. *Lékařské listy: odborná příloha Zdravotnických novin*. Zdravotnické noviny: odborné fórum zdravotnictví a sociální péče. Praha: Ambit Media, 2009. ISSN 0044-1996.

SLÁMA, O. Obecná a specializovaná paliativní péče v ČR. *Paliativní medicína a léčba bolesti*. Brno: Masarykův onkologický ústav, 2012, roč. 5, č. 1. ISSN 1337-6896.

ŠRAJER, J. Lidská důstojnost a sociální práce. *Sociální práce*. Brno: Asociace vzdělavatelů v sociální práci, 2006, roč. 2006, č. 2. ISSN 1213-6204.

RÜEGGER, H. Etické výzvy fenoménu demence. *Sociální služby*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2014, roč. 16, č. 2. ISSN 1803-7348.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1

Přehled zemí, kde je eutanazie legální

Příloha č. 2

Závěrečná zpráva agentury STEM/MARK – Umírání a péče o nevyléčitelně nemocné II, září 2013, s. 21

Příloha č. 3

Aktualizovaný počet lůžkových zařízení hospicové péče v ČR

Příloha č. 4

Informovaný souhlas s péčí Domácího hospice Cesta domů

Příloha č. 1

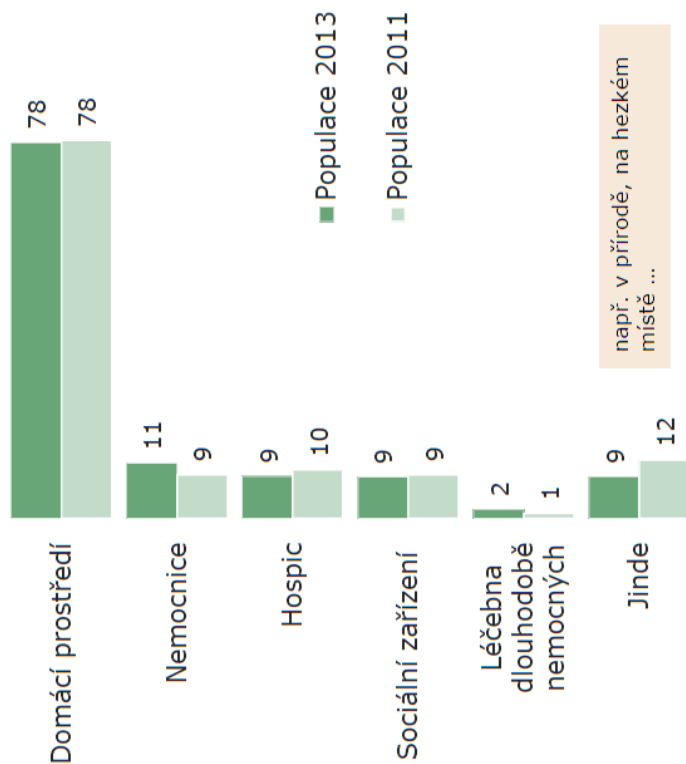
Země	Eutanazie legální	Asistovaná sebevražda legální	Počet vykonaných eutanazií/asistovaných sebevražd
Švýcarsko	NE	ANO (1942)	204
Oregon	NE	ANO (1994)	71
Belgie	ANO (2002)	ANO (2002)	1807
Nizozemí	ANO (2002)	ANO (2002)	4829
Kolumbie	ANO (2015)	NE	nedostupné
Lucembursko	ANO (2009)	ANO (2009)	15
Washington	NE	ANO (2008)	159
Vermont	NE	ANO (2013)	0
Kalifornie	NE	ANO (2016)	-
Kanada	NE	ANO (2016)	-

166

¹⁶⁶ LOUČKA, M., ŠPINKA, Š., ŠPINKOVÁ, M. *Eutanazie. Víme, o čem mluvíme?* Praha: Cesta domů, 2015. ISBN 978-80-88126-08-9. s. 23.

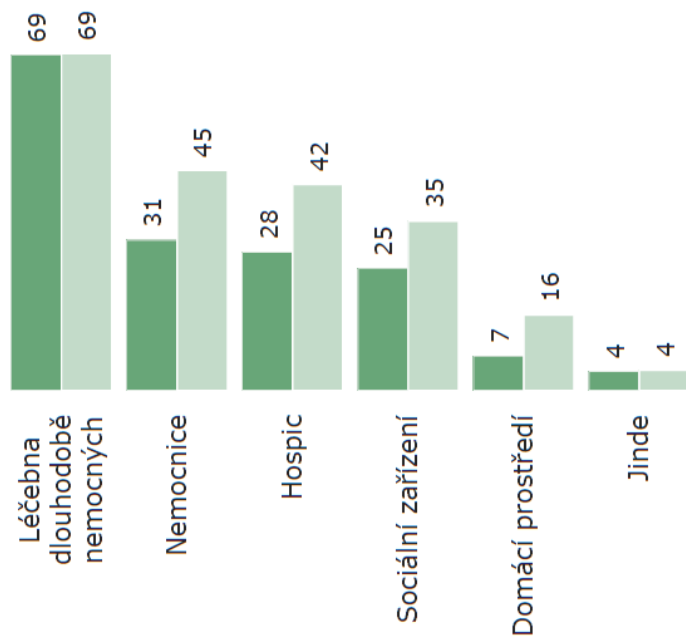
Lidé by chtěli umírat doma. Nechtěli by být na sklonku života v péči LDN. Instituce hospic je populací vnímán podobně jako nemocnice nebo sociální zařízení.

Kde lidé „umírat chtějí“



ZÁKLAD: Populace 2011, n=1095, Populace 2013, n=1147 [údaje v grafu v %]
POZNÁMKA: Možnost více odpovědí.

Kde lidé umírat nechtějí



ZÁKLAD: Populace 2011, n=1095, Populace 2013, n=1147 [údaje v grafu v %]
POZNÁMKA: Možnost více odpovědí.

Příloha č. 3



Brno	Hospic sv. Alžběty
Čerčany	Hospic Dobrého Pastýře
Červený Kostelec	Hospic Anežky České
Chrudim	Hospic
Frydek-Místek	Hospic a centrum zdravotních a sociálních služeb
Liberec	Hospic sv. Zdislavy, o.p.s.
Litoměřice	Hospic sv. Štěpána
Mladá Boleslav	Dům péče ČČK
Most	Hospic v Mostě
Olomouc	Hospic na Svatém kopečku
Ostrava	Hospic sv. Lukáše
Plzeň	Hospic sv. Lazara
Prachatice	Hospic sv. Jana Nepomuka Neumanna
Praha 4	Hospic Malovická (Soft Palm, o. s.)
Praha 8	Hospic Štrasburk
Rajhrad u Brna	Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa
Uhliřské Janovice	Dětský hospic
Valašské Meziříčí	Citadela
Zlín	Hospic Hvězda

Příloha č. 4

Informovaný souhlas s péčí Domácího hospice Cesta domů



Jméno pacienta:

Datum narození:

Souhlasím s podmínkami pro přijetí do péče Domácího hospice Cesta domů, se kterými jsem byl/a seznámen/a a které jsou součástí mé zdravotnické dokumentace.

Byl/a jsem lékařem informován/a o svém zdravotním stavu a nezvratné prognóze mého onemocnění

.....
a souhlasím s tím, aby péče mi poskytovaná byla zaměřena především na zmírnění průvodních příznaků mé nemoci. Jsem si vědom/a toho, že mi Domácí hospic Cesta domů poskytne paliativní péči, jejímž cílem je udržet co nejlepší možnou kvalitu mého života v mezích, které jsou dány povahou a pokročilým stadiem mé nevléčitelné nemoci.

Pro případ, že v budoucnu nebudu schopen vyslovit svůj souhlas či nesouhlas s další léčbou, uděluji nyní souhlas s těmi léčebnými postupy, které mi uleví od nepříjemných projevů nemoci a poskytnou maximální možné pohodlí, a nesouhlas s postupy zaměřenými na obnovu nebo náhradu selhávajících tělesných orgánů nebo systému. O důsledcích tohoto svého dříve vysloveného přání, tj. že léčba nebude primárně směřovat k prodloužení mého života za každou cenu, jsem byl poučen lékařem.

V případě takového zhoršení mého zdravotního stavu, které by mi neumožnilo podílet se na rozhodování o další péči, si přeji, aby mě s respektem k mému dříve vyslovenému přání uvedenému výše v důležitých otázkách o rozsahu a intenzitě péče zastupoval/a

.....
Souhlasím s tím, aby k informacím o mém zdravotním stavu měli přístup i nezdravotničtí pracovníci multidisciplinárního týmu Domácího hospice Cesta domů.

Tento informovaný souhlas sepisují poté, co jsem měl/a možnost vše si řádně, v klidu a v dostatečně poskytnutém čase zvážit, měl/a jsem možnost se lékaře Domácího hospice Cesta domů zeptat na vše, co jsem považoval/a za pro mne podstatné a potřebné vědět, a na všechny své dotazy jsem dostal/a jasnou a srozumitelnou odpověď.

V Praze, dne

Podpis pacienta, příp. pacientova zástupce:

Podpis svědka:

Podpis lékaře, který poskytl informace:

Pokud pacient nepsal tento informovaný souhlas, nevyslovil dříve vyslovené přání, nemá soudem ustanoveného opatrovníka či není-li jiné osoby, která by mohla poskytnout s péčí souhlas, a pacient je přijatý do péče Domácího hospice Cesta domů ve stavu, který mu již neumožňuje vyslovit souhlas nebo nesouhlas s další péčí, budou diagnostické, léčebné a ošetrovatelské postupy prováděny v pacientově nejlepším zájmu s cílem zmírnit všechny formy dyskomfortu v závěru jeho života.

Cesta domů, z.ú. – mobilní specializovaná paliativní péče, Bolešlavská 2008/16, 130 00 Praha 3, IČ: 26528643, Tel.: 263 850 949, 777 619 555.

www.cestadomu.cz | © v.7/2016

ABSTRAKT

TOMANOVÁ, I. *Etické aspekty-problémy umírání a smrti*. České Budějovice, 2017. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Teologická fakulta. Katedra etiky, psychologie a charitativní práce. Vedoucí práce doc. PhDr. David Urban, Ph.D.

Klíčová slova: umírání, smrt, paliativní péče, hospic, eutanazie, lidská důstojnost, etický problém, etické dilema

Diplomová práce se zabývá etickými aspekty konce lidského bytí. V první části této práce je pozornost zaměřena na problematiku umírání a smrti, zejména na chápání a vývoj smrti v čase. Proces umírání společně s proměnami smrti v dějinách s sebou přináší určité etické a morální problémy, které jsou v této blíže specifikovány. Následně se komplexně věnuje péči o umírající a etickým principům této. Závěrečná část představuje eticky problémové a dilematické situace, s nimiž mohou být pracovníci hospicového zařízení konfrontováni. Zaměřuje se na etické rozhodování a jednání pracovníků.

ABSTRACT

TOMANOVÁ, I. Ethical aspects-issues of dying and death. České Budějovice, 2017. Diploma thesis. University of South Bohemia in České Budějovice. Faculty of Theology. Department of ethics and psychology. Supervisor doc. PhDr. David Urban, Ph.D.

Key words: dying, death, palliative care, hospice, euthanasia, humandignity, ethical issue, ethical dilemma

The thesis is dealing with ethical aspects of the end of human existence. The first part of this work is focused on the issues of dying and death, especially in the understanding and development of death at the time. The process of dying, along with changes in the history of death brings with it certain ethical and moral issues that are further specified. Subsequently the thesis covers palliative care and its ethical principles. The final section presents an ethical problem and dilemmatic situations that workers in hospice facility may confront. It focuses on ethical decisions and actions of workers.