

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Teologická fakulta

## **Diplomová práce**

**Pohled pracovníků paliativní péče na téma smrt a umírání**

Vedoucí práce: PhDr. Vít Erban Ph.D.

Autor práce: Bc. Kolářová Markéta

Studijní obor: Etika v sociální práci

2024

Prohlašuji, že jsem autorem této kvalifikační práce a že jsem ji vypracovala pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu použitých zdrojů.

25. března 2024

.....

Bc. Markéta Kolářová

**Poděkování:**

Děkuji vedoucímu mé diplomové práce, PhDr. Vítu Erbanovi, Ph.D. za ochotu, trpělivost a cenné rady při vzniku této práce.

# Obsah

Úvod.....	6
1. Definice smrti a umírání .....	8
1.1. Historický vývoj témat smrt a umírání.....	8
1.1.1. Starověké civilizace: Přechod do posmrtného života.....	8
1.1.2. Středověk: Smrt a její vliv na společnost .....	11
1.1.3. Moderní doba: Vliv medicíny a etické otázky.....	14
1.1.4. 20. století: Existencialismus a nové perspektivy .....	17
1.2. Různé perspektivy na smrt a umírání .....	20
1.2.1. Lékařská perspektiva .....	20
1.2.2. Kulturní perspektiva .....	21
1.2.3. Náboženská perspektiva .....	25
1.2.4. Filozofická perspektiva .....	28
1.2.5. Osobní perspektiva .....	31
2. Paliativní a hospicová péče.....	32
2.1. Paliativní péče a její principy .....	32
2.2. Hospicová péče.....	33
2.2.1. Formy hospicové péče.....	35
2.3. Tým paliativní péče .....	36
2.4. Důležitost péče o umírající a těžce nemocné.....	37
2.4.1. Potřeby nemocného .....	38
2.4.2. Fáze reakcí na smrt a umírání.....	40
2.5. Psychohygiena a etické aspekty práce pracovníků paliativní péče .....	42
2.5.1. Syndrom vyhoření .....	42
2.5.2. Náležitosti pro práci v oblasti paliativní péče .....	44
2.5.3. Etické aspekty paliativní péče .....	45
3. Eutanazie ve světle paliativní péče .....	48
3.1. Pojem eutanazie.....	48
3.1.1. Historický vývoj pojmu.....	49
3.2. Etické a právní otázky související s eutanázií .....	51
3.2.1. Eutanázie: Pro a proti .....	52
3.3. Právní souvislosti .....	56
3.4. Kontrast mezi eutanázií a paliativní péčí.....	57
4. Popis výzkumu.....	59
4.1. Cíl práce .....	59
4.2. Výzkumné otázky.....	59
4.3. Metodologie výzkumu.....	59

5. Výzkumný soubor .....	60
5.1. Analýza získaných dat.....	61
5.2. Výsledky výzkumného šetření .....	61
5.2.1. Nejčastější výzvy .....	61
5.2.2. Postoj k umírání a smrti .....	63
5.2.3. Prolínání pracovního a osobního života .....	64
5.2.4. Strategie péče o vlastní psychické zdraví.....	66
5.2.5. Tabuizace ve společnosti.....	67
5.2.6. Eutanazie .....	68
5.3. Shrnutí výzkumu .....	69
Závěr .....	72
Seznam použitých zdrojů.....	74
Abstrakt.....	79
Abstract.....	80

## Úvod

Úvodem do tématu smrti a umírání je důležité si uvědomit, že se jedná o oblast, která provokuje naši mysl a vyvolává mnoho emocí. Jedná se o jedno z nejvíce zásadních a složitých témat, které se týkají lidského života. Odpradávná lidstvo hledá odpovědi na otázky zabývající se smyslem života, existencí po smrti a přijímání nevyhnutelného konce života. Smrt totiž je nevyhnutelnou součástí lidského životního cyklu, ať už ji vnímáme jako přirozený proces nebo jako tragickou událost. Je to okamžik, kdy tělo přestává žít a organismus přechází do neznámého stavu. Každá kultura a náboženství má své vlastní představy, rituály a způsoby vyrovnávání se se smrtí a přechodem do „jiného světa“. Smrt je nedílnou součástí lidského života, ať už se s ní setkáváme jako jednotlivci nebo jako součást zdravotně-sociální péče. Paliativní a hospicová péče přichází do popředí jako způsob, jak se vypořádat s těmito výzvami. Tyto přístupy se zaměřují na zajištění komplexní péče pro klienty s nevléčitelnými nemocemi, jejichž cílem je zlepšit kvalitu jejich života a umožnit jim důstojný a co nejkomfortnější přechod z tohoto světa.

Tato diplomová práce se zabývá zkoumáním pohledu pracovníků paliativní péče na témata smrti a umírání. Cílem práce je prostřednictvím kvalitativní interpretace získaných výsledků z rozhovorů s pracovníky hospicového zařízení přiblížit jejich profesní perspektivu na smrt a umírání, s nimiž se denně setkávají v rámci své práce, a to jak v kontextu pracovního, tak soukromého života.

První část diplomové práce je věnována teoretickému rozboru smrti a umírání z různých hledisek. Zaměřuje na historický vývoj vnímání této problematiky, což nám pomůže lépe porozumět kontextu, ve kterém se pohybujeme. Také se věnuje definici smrti a umírání, která je zkoumána z různých perspektiv.

Následně se práce zaměřuje na paliativní a hospicovou péči. Je zde popsán jejich vznik, vývoj, formy a cíle. Vysvětlují, jakým způsobem tyto přístupy ke klientům na konci života napomáhají k fyzickému i psychickému pohodlí, a jak se snaží podpořit kvalitu jejich života a umírání. Zvláštní pozornost je věnována také fenoménu eutanazie a jeho vztahu k paliativní péči.

Praktická část práce se zaměřuje na kvalitativní interpretaci výsledků rozhovorů s pracovníky hospicových zařízení. Získané výsledky budou podrobeny analýze, která nám umožní porozumět profesnímu pohledu těchto pracovníků na smrt a umírání klientů. Pokusím se zjistit, jak práce v paliativní péči ovlivňuje jejich postoj ke smrti a umírání. Zajímá mě, jak se pracovníci paliativní péče vyrovnávají s touto nevyhnutelnou skutečností, a jak se to promítá do jejich pracovního i soukromého života. Tímto přístupem se snažím získat hlubší vhled do jejich profesní identity a motivace, které je vedou v jejich práci.

Cílem této diplomové práce je nejen získat teoretické poznatky o smrti, umírání a paliativní péči, ale také přiblížit lidský aspekt této problematiky prostřednictvím

rozhovorů s pracovníky hospicového zařízení. Věřím, že získané poznatky a interpretace výsledků pomohou lépe porozumět pracovníkům paliativní péče, jejich postojům ke smrti a umírání a důležitosti této práce v naší společnosti.

Důležitou součástí této diplomové práce je také přínos pro další vývoj a zdokonalování paliativní péče. Výsledky mohou poskytnout užitečné informace pro pracovníky paliativní péče, instituce poskytující péči a případně i pro tvůrce politiky ve zdravotnictví.

Na závěr je třeba zdůraznit, že téma smrti a umírání je citlivé a náročné. Je důležité zachovat respekt a empatii vůči pracovníkům paliativní péče, kteří se každodenně setkávají s těmito otázkami. Diplomová práce si klade za cíl poskytnout prostor pro jejich hlas a přinést nové poznatky do oblasti paliativní péče.

# 1. Definice smrti a umírání

„Smrt je ta hranice, na kterou se zapomíná do té doby, než se jí dotknete.“

–Eleanor Roosevelt

Smrt a umírání jsou univerzální fáze lidského života, které provází každého jednotlivce na jeho cestě od narození až po poslední chvíle jeho existence. Tato témata nejsou pouze biologickými událostmi, ale mají i širší význam zahrnující fyzické, psychologické, sociální, a dokonce i duchovní rozměry. V této kapitole se zaměříme na základní koncepty, které jsou spojeny s těmito nevyhnutelnými a zároveň komplexními aspekty lidského života. Pro pochopení těchto fenoménů je však nezbytné nahlédnout do jejich historického vývoje a zkoumat je z různých perspektiv. Historie vnímání smrti a umírání nám poskytuje cenný pohled do minulosti a umožňuje nám porozumět tomu, jak se tyto koncepty měnily a vyvíjely v průběhu času a ve společnosti. Od pradávných civilizací až po současnou éru lidstvo hledalo odpovědi na otázky týkající se existence, posmrtného života a smyslu lidského bytí.

## 1.1. Historický vývoj témat smrt a umírání

Dějiny smrti jsou zároveň dějinami našeho uvědomování si sebe samých. Stále se ptáme, kdo jsme, odkud přicházíme a kam budeme směřovat po skončení našeho pozemského života. Lidové příběhy, náboženská dogmata i filozofické úvahy se snažily odpovědět na tyto otázky, stejně jako moderní věda se snaží přiblížit k pochopení podstaty smrti a eventuálního posmrtného života. Skrze tyto dějiny se nejen vyjadřuje naše bolestné rozloučení s blízkými a hledání našeho místa ve světě, ale také naděje, že nalezneme odpovědi a napravíme naše chyby z minulosti.<sup>1</sup>

### 1.1.1. Starověké civilizace: Přechod do posmrtného života

Každá civilizace má své jedinečné způsoby života, a stejně tak i své vlastní pohřební rituály, které jsou pevně zasazeny do kulturních tradic té, které společnosti. Některé z těchto rituálů byly dokonce prováděny přímo v centru veřejného života, jako to bylo patrné například ve starověkém Egyptě. Pro Egyptany nebyla smrt jen synonymem zkázy a beznaděje, nýbrž byla vnímána jako přechod do posmrtného života, což se odráželo v jejich pečlivých pohřebních obřadech. Egyptský koncept posmrtného života byl téměř jako zrcadlový obraz jejich života na Zemi, kde ten posmrtný byl jakýmsi "druhým Egyptem".<sup>2</sup> Sběrka získaných dokumentů poskytuje nahlédnutí do příprav bohatých Egyptanů na posmrtný život a zároveň nám odkrývá jejich kulturu, náboženství a tradice spojené s mrtvými. Tyto dokumenty zahrnovaly širokou škálu modliteb a pokynů, které

---

<sup>1</sup> Srov. DAVIES, D. J. *Stručné dějiny smrti.*, s. 8.

<sup>2</sup> KERRIGAN, M. *Historie smrti: pohřební zvyky a smuteční obřady od starověku do současnosti.*, s. 43-46.



měly usnadnit přechod do posmrtného života a umožnit získání kontroly nad osudem po smrti.<sup>3</sup>

Stejně jako egyptské pohřební rituály, fascinující pohled na starověké vnímání smrti a posmrtného život nabízí i příběh o Gilgamešovi. Gilgameš byl postava z mezopotámské mytologie a legend, přičemž babylonský Epos o Gilgamešovi je považován za jedno z nejstarších literárních děl vůbec a významně přispívá k našemu porozumění konceptům smrti a umírání. Gilgamešovo hledání nesmrtelnosti a jeho setkání s Enkiduem, jeho věrným přítelem a později obětí smrti, jsou klíčovými momenty, které reflektují lidskou touhu po transcendenci a odolnosti vůči smrti. Enkiduovo umírání a Gilgamešova bolest nad ztrátou přítele nás nutí zamyslet se nad otázkou lidské konečnosti a bezmocnosti před nevyhnutelností smrti. Významným prvkem tohoto eposu je Gilgamešova cesta k poznání, přijetí vlastní smrtelnosti a porozumění cyklu života a smrti. Takové báje jako je tato nám umožňují zkoumat různé aspekty lidské podstaty a jejího vztahu ke smrti a umírání, což je téma nesmírně relevantní pro současnou filozofii, náboženství a psychologii.<sup>4</sup>

Zatímco mýtus o Gilgamešovi nás zavádí do dávné minulosti nejstarších psaných příběhů o lidském trápení, chilské mumie nás vtahují ještě hlouběji do historie, až k rituálnímu zacházení s mrtvými. Před zhruba 5000 lety př. n. l. příslušníci národa Chinchorro, žijícího na pobřeží dnešního Chile, mumifikovali své zemřelé předky a uchovávali je ve společenství živých. Přestože není jasné, jaký význam měly tyto rituály, antropolog Bernardo Arriaza, který se zabýval vykopávkami mumifikovaných těl, poznamenal, že díky těmto zjištěním získal dojem jakési souvislosti mezi dneškem a minulostí a připomínají nám, že všichni lidé, bez ohledu na dobu, sdílejí stejnou bolest způsobenou ztrátou milovaného člověka.<sup>5</sup>

I starověcí Řekové a Římané měli své vlastní pohledy na smrt a posmrtný život, které odrážely jejich bohatou mytologii, náboženství a filozofické přesvědčení. Ve starověkém Řecku a Římě existovala víra v existenci podsvětí, které bylo domovem duší zemřelých. V řecké mytologii hrál klíčovou roli Hádés, bůh podsvětí. Duše zemřelých byly vedeny do podsvětí, kde žily ve stínu existence bez světla a radosti. Řekové brali své pohřební rituály velmi vážně, ačkoli neměli mnoho důvodů se těšit na posmrtný život. Pro Řeky bylo důležité zajistit, aby tělo zemřelého bylo řádně pohřbeno nebo spáleno, protože věřili, že nedostatečný pohřeb by mohl znemožnit duši dosáhnout konečného odpočinku. Standardní postup pohřbu zahrnoval tři základní kroky: vystavení těla, průvod k hřbitovu a konečné uložení těla do hrobu nebo jeho spálení na hranici. Tímto způsobem se Řekové

---

<sup>3</sup> LIDZ, F. *Now Showing, an Ancient Spell Book for the Dead*. [online].

<sup>4</sup> Srov. DAVIES, D. J. *Stručné dějiny smrti.*, s. 8-10.

<sup>5</sup> Srov. tamtéž., s. 30.

snazili zajistit, aby duše zemřelého byla připravena na svou cestu do podsvětí a dosáhla svého odpočinku.<sup>6</sup>

Smrt a umírání ve starověkém Římě byly vnímány s určitými paralelami k řeckému pohledu, avšak existovaly i výrazné rozdíly. Římané měli pečlivě stanovené rituály pohřbívání, které byly prováděny s respektem k zemřelému. Podobně jako v Řecku, také v Římě bylo důležité zajistit, aby bylo tělo zemřelého řádně pohřbeno, aby duše mohla dosáhnout posmrtné existence. Zatímco v Řecku bylo podsvětí vnímáno jako stínová existence bez světla a radosti, římské pohledy na posmrtný život byly ovlivněny spíše náboženskými představami o životě po smrti. Římané věřili v existenci podsvětí, kde byla duše zemřelého posuzována podle svých činů v životě.<sup>7</sup>

Ve starověké Číně a Indii bylo vnímání smrti a umírání značně odlišné od řeckého a římského pohledu, ačkoliv některé koncepty a tradice se mohly překrývat. V čínské kultuře byla smrt chápána jako přirozený a nevyhnutelný prvek lidského života, často spojován s filozofií taoismu a konfucianismu. Taoisté zdůrazňovali přirozenost a nevyhnutelnost smrti a následný návrat duše do harmonie s přírodou. Postupem času však taoismus začal upadat do systému modlářství a pověřivosti, kdy lidé obvykle uctívali různé bohy a bohyně v místních chrámech a prosili je o ochranu a pomoc ve světských záležitostech. Na druhé straně konfucianisté kladli důraz na důstojnost a úctu k předkům, což se projevovalo i v pohřebních rituálech a tradicích. Avšak postavení konfucianismu v čínské společnosti postupem času ztrácelo na významu. Po pádu dynastií v roce 1911 byla jak taoistická, tak konfuciánská víra kritizována a někdy dokonce pronásledována. Taoismus byl kritizován kvůli svým magickým a pověřivým praktikám, zatímco konfucianství bylo označeno za podporování feudálních a otrockých postojů. I přes tato oficiální odsouzení jsou však základní principy obou těchto náboženství pevně zakořeněny v čínské kultuře a dodnes mají významný vliv na myšlení mnoha lidí.<sup>8</sup>

V Indii mělo vnímání smrti a umírání hluboké kořeny v náboženských systémech hinduismu a buddhismu. Hinduisté věřili v cyklus reinkarnace, kde duše zemřelého prochází několika životy, přičemž každý život je ovlivněn minulými skutky, tzv. karmou. Kvalita posmrtné existence byla určována tím, jak člověk žil svůj život. Buddhisté také věřili v reinkarnaci a karmu, ale nabízeli cestu osvobození (nirvána) z cyklu znovuzrození, který je spojen s utrpením.<sup>9</sup>

V židovství byla smrt chápána jako součást Božího plánu, přičemž Bůh měl nad životem i smrtí konečné slovo. Židé věřili v existenci posmrtného života, kde byl jednotlivý člověk souzen podle svých činů a víry. Tento soud byl spojen s odměnou nebo

---

<sup>6</sup> Srov. KERRIGAN, M. *Historie smrti: pohřební zvyky a smuteční obřady od starověku do současnosti.*, s. 63-67.

<sup>7</sup> Srov. *NII Náboženství v antickém Římě – Doba předřímská.* [online]

<sup>8</sup> Srov. *Taoismus a konfucianství – Hledání nebeské cesty.* [online]

<sup>9</sup> Srov. *Reinkarnace, karma a smrt napříč náboženstvím.* [online]

trestem v závislosti na morálním jednání během pozemského života. Ve Starém zákoně se pro smrt používá termín "MÁVET". Smrt nebyla považována za definitivní konec, nýbrž za oddělení vnitřního člověka od jeho tělesné schránky. Pro Židy bylo tělo vyjádřením osoby, nikoliv pouze dočasným obalem mezi dvěma zrozeními. Proto bylo s tělem zesnulého zacházeno s respektem a úctou, neboť bylo očekáváno, že bude vzkříšeno. Po smrti byl zesnulý rituálně očištěn a oblečen. Talmudičtí učenci již ve starověku zavedli pohřbívání v jednotném pohřebním rouchu bez rakve, aby vyjádřili rovnost všech lidí před Bohem. Pohřeb se konal co nejdříve po úmrtí, ideálně dokonce ještě v den úmrtí, a proto se někdy konaly i noční pohřby. Doprovodit zesnulého na jeho poslední cestě bylo považováno za důležitý akt milosrdenství, neboť zesnulý už nemohl tento čin odplatit.<sup>10</sup>

Závěrem lze konstatovat, že pohřební rituály a náboženská přesvědčení hrály ve starověkých civilizacích klíčovou roli. Tyto rituály nejenže poskytovaly společností rámec pro přechod zemřelých do posmrtného života, ale také odrážely jejich hluboké filozofické a náboženské přesvědčení ohledně smrti a existence po ní. Bez ohledu na konkrétní kulturní kontext bylo zacházení s mrtvými spojeno s úctou, péčí a snahou o zajištění duševního a fyzického odpočinku zemřelých. Tato starověká pojetí smrti a posmrtného života nadále ovlivňují moderní společnosti a náboženské tradice, což svědčí o jejich trvalé relevanci a hloubce porozumění lidské podstaty a existence.

### 1.1.2. Středověk: Smrt a její vliv na společnost

Během období středověku, které trvalo zhruba od 5. do 15. století, se Evropa ocitla v období dramatických změn a proměn. Středověké období je často charakterizováno jako období temnoty a úpadku, ale zároveň přineslo významné změny v různých aspektech společenského života, včetně vnímání smrti, umírání a posmrtného života.

Středověk byl obdobím, které se nevyhnutelně potýkalo se smrtí a čelilo jí opakovaně. Skrze různé rituály a zvyky spojené s umíráním a pohřbíváním jsou lidé dodnes spojeni se středověkými tradicemi. Smrt zásadním způsobem formovala naši představu o tomto období. Masová úmrtí způsobená velkou morovou epidemií – černá smrt, kruté masakry spojené s křížovými výpravami, a hrůzná brutalita útrpného práva s jeho temnou historií poprav, všechno toto vyvolávalo a stále vyvolává v lidské fantazii pestré představy.<sup>11</sup>

V době středověku lidé považovali smrt za přirozenou součást života, avšak věřili, že se smrt sama o sobě projeví nějakou formou předzvěsti nebo znamení. Pokud tato předzvěst chyběla, přestávali ji lidé vnímat jako očekávanou událost. Náhlá smrt byla považována za narušení řádu světa, který každý považoval za jistotu a byla vnímána jako

---

<sup>10</sup> KUTNOHORSKÁ, J., KISVETROVÁ, H. *Umírání a smrt v historickém vývoji*. [online]

<sup>11</sup> Srov. OHLER, N. *Umírání a smrt ve středověku*, s. 7-8.

absurdní zásah náhody, někdy i jako projev Božího hněvu. Lidé proto náhlou a neočekávanou smrt považovali za zahanbující a ponižující. Lidé s tak důvěrným vztahem ke smrti se děsili jejího nečekaného příchodu a považovali ho za hrůzný a podivný. V kategorii bídných smrtí však ve středověku nespádala pouze náhlá úmrtí, ale také tzv. "pokoutní" úmrtí, kde chyběli svědkové a pohřební rituály, jako například úmrtí poutníka na cestě nebo utonulého v řece. Věřilo se, že taková smrt byla poznamenána prokletím.<sup>12</sup>

Předtuchy blížícího se konce života vedly umírající k přijetí odpovídajících opatření. Když vyjádřili lítost nad tím, že jejich život brzy skončí, středověcí umírající se uchýlili k tradičním obřadům: požádali své blízké o odpuštění, rozloučili se s nimi a svěřili svou duši Bohu. Smrt ve středověku byla charakterizována dvěma rysy. Lidé k ní měli důvěrný vztah a měla veřejnou povahu. Lidé se neobávali ani tak samotné smrti, ale spíše toho, že zemřou sami.<sup>13</sup> Ti, kdo byli na cestách a cítili blížící se konec svého života, spěchali domů, aby mohli opustit tento svět v prostředí, které dobře znali, anebo vyhledávali kostely, aby tam mohli nalézt ochránce v podobě svatých, kteří tam odpočívali.<sup>14</sup>

V raném středověku se věřilo, že po smrti duše zůstává ve stavu přechodném až do posledního soudu, který určí její osud – buď bude přijata do nebeské blaženosti, nebo bude odeslána do pekla nebo do očištky. Tento koncept byl potvrzen čtrnáctým všeobecným církevním koncilem, který se konal v roce 1274 v Lyonu. Tím se upevnila představa, že zemřelí procházejí po smrti zvláštním soudem, který rozhoduje o osudu jejich duše.<sup>15</sup>

V dobách raného středověku byl zemřelý umístěn na nosítka nazývané máry a jeho tělo bylo vystaveno. Poté bylo tělo nesené k hrobu s několika zastávkami. Nakonec byla nosítka položena na otevřený sarkofág, kněží vykouřili tělo i vnitřek sarkofágu a pokropili jej svčnou vodou. Až do definitivního uzavření sarkofágu zůstávala tvář i tělo nebožtíka odkryté. Nicméně od 13. století docházelo k proměnám v pohřebním procesu. Kromě oblasti okolo Středozevního moře začal být stále více patrný trend zakrývání tváří zemřelých a rovněž tendence skrývat celé jejich tělo. Později začala stejný odpor vyvolávat i holá rakev a lidé pocítili potřebu ji přikrýt a schovat.<sup>16</sup> Současně začal růst zájem o témata spojená se smrtí a podle Ariése lze pozorovat rostoucí důraz na hmotné statky, což vedlo k negativnějšímu postoji k samotné smrti, protože se společnost soustředila spíše na pozemské hodnoty a málo si uvědomovala spirituální a filozofické aspekty existence a konce života.<sup>17</sup>

---

<sup>12</sup> Srov. ARIÈS, P. *Dějiny smrti.*, s. 22-25.

<sup>13</sup> Srov. tamtéž., s. 32-34.

<sup>14</sup> Srov. OHLER, N. *Umírání a smrt ve středověku.*, s. 61.

<sup>15</sup> Srov. tamtéž., s. 192-193.

<sup>16</sup> Srov. ARIÈS, P. *Dějiny smrti.*, s. 213-217.

<sup>17</sup> Srov. tamtéž., s. 163-168.

Během vlády císaře Justiniána v letech 531–566 se poprvé v Evropě rozšířila morová epidemie. Druhá vlna morové nákazy, známá jako "černá smrt", dorazila do střední Evropy v roce 1347, pocházející z Asie přes Orient. Během období 1347–1352 zemřelo v důsledku této epidemie asi 25 milionů lidí, což představovalo zhruba 25–30 % tehdejší populace.<sup>18</sup> Mor, známý jako černá smrt, se stal symbolickým pro svou ničivou sílu, která nešetřila nikoho. Byl snadno identifikovatelný a přicházel na lidi tak náhle, že život a smrt byly často odděleny jen několika hodinami. Ale vedle moru nelze zapomenout ani na další nakažlivé choroby, které si vyžádaly mnoho životů, i když se nezjevovaly tak dramaticky. Černý kašel, cholera, chřipka, malárie, malomocenství, neštovice, příušnice, skvrnitý tyfus, spalničky, tetanus, tuberkulóza, tyfus, úplavice, vzteklna, záškrta... Až do devatenáctého století byla úroveň úmrtnosti v městských oblastech tak vysoká, že aby města udržela svou populaci, musela spoléhat na trvalý příliv obyvatel z venkovských oblastí. Nedostatečná hygiena přispívala k rychlému šíření chorob a zvyšovala jejich mortalitu. Nemoci, nedostatečná hygiena, nedostatek potravy a nevyvážená strava, válka a místní konflikty významně ovlivňovaly délku lidského života. Po celá staletí bylo běžné, že lidé se dožívali pouze kolem pětadvaceti až dvaatřiceti let.<sup>19</sup>

Dalším aspektem, který ovlivňoval zkušenost se smrtí bylo útrpné právo. Toto právo, známé také jako právo božího soudu, bylo součástí právního systému středověké Evropy a spočívalo v přesvědčení, že závažné zločiny by měly být potrestány tělesným utrpením či smrtí. Útrpné právo procházelo v průběhu středověku významnými změnami. Zatímco v raném středověku existovaly tendence k poměrně mírnému trestání, a dokonce k možnosti vykoupení se za provinění, později se tendence obrátila k tvrdším trestům, včetně tělesných trestů a trestu smrti. V období pozdního středověku se popravy staly společenským fenoménem, často organizovaným jako veřejné události nebo dokonce lidové slavnosti. Lidé z různých vrstev společnosti se na ně scházeli, aby sledovali trestání pachatelů různých zločinů, a to i těch, které dříve považovali za méně vážné. Tato veřejná poprava sloužila jako forma odstrašení a jako demonstrace moci a autority státu. Tyto změny v útrpném právu ovlivňovaly vnímání spravedlnosti a trestu ve středověké společnosti a přispívaly k obavám a úzkostem lidí ohledně bezpečnosti a stability jejich života.<sup>20</sup> „*Smrt byla něco důvěrně známého, protože lidé ji znali a důvěrně se s ní seznamovali již v mládí; člověk byl u toho, když mu umírali příbuzní a na vlastní oči viděl veřejné popravy kacířů a zločinců. Častou zkušeností se smrtí se ovšem člověk stával vůči ní netečným a otrlým.*“<sup>21</sup>

Nepředvídatelnost nemocí a stále přítomná hrozba hladomoru a války způsobovaly, že smrt byla neustále aktuální. Koncept *memento mori*, což v překladu znamená "pamatuj,

---

<sup>18</sup> Srov. SCHOTT, H.: *Kronika medicíny.*, s. 64

<sup>19</sup> Srov. OHLER, N. *Umírání a smrt ve středověku.*, s. 29.

<sup>20</sup> Srov. tamtéž., s. 241-245, 278.

<sup>21</sup> Tamtéž., s. 34.

že musíš zemřít", byl oblíbeným tématem v umění a literatuře té doby. Tato myšlenka připomínala pomíjivost života a potřebu připravit se na smrt. Zobrazení lebek, kosterních pozůstatků a motivů smrti na obrazech a sochách měla za úkol připomenout lidem, že život je krátký a smrt nevyhnutelná. Tento estetický prvek, který zdůrazňoval lidskou konečnost, reflektoval i realitu každodenního života, ve kterém byla smrt neustále přítomná jako neoddelitelná součást lidské existence.<sup>22</sup>

Co se týče středověkých českých zemích, byla úroveň péče o nemocné srovnatelná s ostatními vyspělými evropskými zeměmi. Anežka Česká založila v roce 1233 první špitál v Praze a laické špitální bratrstvo, které se staralo o nemocné a umírající. Jejich péče se brzy rozšířila do dalších českých měst, Slezska a Polska. Roku 1237 bylo špitální bratrstvo povýšeno papežem Řehořem IX. na řád s řeholními pravidly, čímž vznikl Rytířský řád křižovníků s červenou hvězdou. Anežka později vstoupila do kláštera, kde se stala abatyší, a aktivně sloužila nemocným i mimo klášter. Její služba získala respekt v celé středověké Evropě a v roce 1989 byla papežem Janem Pavlem II. kanonizována. Rozvoj péče o nemocné ve středověkých českých zemích byl násilně přerušen husitskými válkami v 15. století, což představovalo největší protifeudální a proticírkevní odboj v Evropě té doby. Po válkách zanikla většina špitálů a činnost Rytířského řádu křižovníků s červenou hvězdou byla spíše pastorační než zaměřená na původní charitativní a špitální činnosti. Nicméně řád existuje dodnes, s hlavním sídlem velmistra v Praze.<sup>23</sup>

### 1.1.3. Moderní doba: Vliv medicíny a etické otázky

Po éře středověku, která byla poznamenána četnými rituály, vírou a náhlými úmrtími, se lidstvo dostalo do éry moderní doby. Období modernity, přinášející zásadní pokroky v medicíně, vědě a technologii, zásadně změnilo způsob, jakým společnost vnímá smrt a umírání. Zároveň se s rozvojem moderní medicíny objevily nové etické otázky a dilemata spojené s koncem života a péčí o umírající. Tato podkapitola se zaměří na vliv medicíny a rozvoj moderní společnosti na způsob, jakým lidé chápou a zpracovávají smrt a umírání.

V novověku se postoj vůči smrti proměnil. Dřívější strach z náhlého konce života ustoupil vyváženému přijetí faktu smrtelnosti. Tento nový přístup však s sebou nesl určité riziko. Snažil se totiž odstranit přílišný strach z biologického konce života, což mohlo vést ke lhostejnosti vůči metafyzickému smyslu existence, a dokonce i k úplné ztrátě víry. Přestože se podařilo zmírnit strach z okamžiku smrti, nedošlo k úplnému odmítnutí této reality. Tradice spojené s umíráním, pohřbíváním a smrtí zůstávaly stále součástí společnosti a udržovaly propojení s tímto nevyhnutelným aspektem lidského života. V novověku se vnímání smrti transformovalo. Už nebyla pouhým okamžikem posledního

---

<sup>22</sup>Srov. *Jak se lidé ve středověku vyrovnávali s všudypřítomnou smrtí a jak ji vnímali?* [online]

<sup>23</sup>Srov. KUTNOHORSKÁ, J., KISVETROVÁ, H. *Umírání a smrt v historickém vývoji.*, s. 216. [online]

dechu, ale spíše se stala součástí celého lidského životního cyklu. Dříve byl život vnímán jako série krátkých úseků oddělených pseudo-úmrtními, ale teď nabyl kontinuity a nepřetržitosti. Smrt, která kdysi byla naléhavou a neodvratnou realitou, byla nyní odložena do vzdálené budoucnosti a často zapomenuta v každodenním životě plném aktivit a událostí. Tento nový pohled na smrt odstranil akutní strach, ale zároveň způsobil, že lidé se méně často zamýšleli nad jejím významem a konečností lidské existence.<sup>24</sup>

V průběhu 17. a 18. století lékaři přebírali roli duchovních nebo s nimi soupeřili v interpretaci tajemství života a smrti. Stali se prostředníky při odhalování skrytých aspektů lidské existence. Jejich myšlenky, původně diskutované pouze ve vědeckých kruzích, se postupně dostávaly do širšího povědomí a stávaly se obecně známými pravdami. Pitvání mrtvol bylo běžnou praxí na lékařských fakultách a přispívalo k rozvoji znalostí o lidském těle.<sup>25</sup> Studenti lékařství měli možnost studovat anatomii pouze prostřednictvím pitvání skutečných lidských těl. Zejména v okolí hlavních lékařských center v Londýně a Edinburghu rostla poptávka po mrtvých tělech určených k pitvání. I dnes mnozí lidé pociťují smíšené pocity ohledně darování orgánů, ale v minulosti se křesťané navíc obávali, že pitvání jejich těl jim znemožní vzkříšení. Proto byla k dispozici pro pitvy pouze těla popravených zločinců. Poptávka však převyšovala nabídku, a tak zločinci často vykopávali hroby a prodávali těla bezohledným lékařům.<sup>26</sup>

V medicínském diskursu hraje klíčovou roli okamžik smrti a vývoj názorů lékařů na jeho časový charakter a způsoby přechodu mezi životem a smrtí. Zejména v polovině 18. století se stala významnou kategorií tzv. zdánlivá smrt, která ovlivnila diskusi o předčasných pohřbech v osvícenských intelektuálních kruzích. To vedlo k reformám v oblasti pohřebnictví a praktickým opatřením zohledňujícím různé názory na časový a prostorový rozměr smrti. V roce 1876 jeden lékař popsal "všeobecnou paniku" u lidí, která vznikla strachem z pohřbení zaživa a probuzení se v hrobě, což vyjadřovaly obavy lidí i v 19. století. Tyto obavy vedly k zavedení opatření, jako například čekací doby před pohřbem a vytvoření "skladovacích míst" pro dohled nad těly a prevenci předčasných pohřbů. Avšak zákonná opatření, která měla odstranit všeobecné obavy, byla přijata až ve chvíli, kdy tyto obavy začaly opadat. Lékaři popírali existenci zdánlivé smrti a riziko předčasného pohřbu. Příběhy o předčasných pohřbech postupně ustávaly.<sup>27</sup>

Osvícenská medikalizace posledních okamžiků lidského života nespočívala pouze v obavách z možné zdánlivé smrti. Ve stejné době se totiž začalo diskutovat o potenciální škodlivosti mrtvolných výparů. Mrtvé tělo se tak stalo zdrojem obav a hrozby nákazy, která ohrožovala celé společenství živých. Tento koncept vznikl ve Francii a vedl k tomu, že mnoho evropských měst přesunulo svá pohřebiště za hradby, aby minimalizovala

---

<sup>24</sup> Srov. ARIÈS, P. *Dějiny smrti.*, s. 379-382.

<sup>25</sup> Srov. tamtéž., s. 434.

<sup>26</sup> Srov. KERRIGAN, M. *Historie smrti: pohřební zvyky a smuteční obřady od starověku do současnosti.*, s. 146-147.

<sup>27</sup> Srov. ARIÈS, P. *Dějiny smrti.*, s. 477-483.

riziko. Tato opatření silně kontrastovala s přáním udržet mrtvá těla blízko živých za účelem kontroly.<sup>28</sup>

V průběhu 18. století se v Evropě začaly objevovat novodobé všeobecné nemocnice, které se zaměřovaly na léčení akutních onemocnění, nikoli na poskytování dlouhodobé péče nebo hospicovou pomoc. Vznik pražské Všeobecné nemocnice v roce 1791, na níž upozornil výnos českého gubernia, je důkazem této změny. Tento výnos stanovil, že z nemocnic by měli být vyňati pouze ti, kdo trpí dlouhodobými a nezhoubnými chorobami, a tedy jsou vhodní k přijetí do speciálních zařízení určených pro ně. Vedle chorobinců začaly v té době vznikat také starobince a chudobince, které sloužily jako předchůdci současných zařízení péče o tyto skupiny obyvatelstva. Invalidovny zase představovaly vojenskou variantu nemocnic a domovů pro seniory. O bezmocné a umírající se podle tzv. domovské příslušnosti, která byla podmíněna deseti lety pobytu v místě, ze zákona staraly domovské obce. Veřejné nemocnice měly zakázáno přijímat pacienty s chronickými onemocněními, tuberkulózou, rakovinou, revmatismem, srdečními chorobami, cukrovkou apod. Těmto jedincům tak nezbývalo nic, než domácí péče nebo péče poskytovaná v obecních zařízeních určených pro nemocné a chudé.<sup>29</sup>

Na základě svých výzkumů dospěl Ariès k zajímavému zjištění, že až na začátku 19. století začala smrt vyvolávat v lidské mysli skutečnou úzkost. Tuto teorii podporuje prostřednictvím detailního zkoumání historických záznamů, závětí a dalších dostupných pramenů. Dochází k závěru, že smrt byla až do té doby vnímána spíše jako běžná a nepřekvapivá součást života. V 19. století se projevy zármutku staly výraznějšími a zřetelnějšími. Lidé reagovali mdlobami, půstem a fyzickým oslabením, což svědčí o zvýšené emocionální náročnosti tohoto období. Dochází k soustředění citových reakcí na konkrétní jedince, což vedlo k vytvoření pojmu „smrt blízkého“ jako nového modelu vnímání smrti.<sup>30</sup> *Pozůstali přijímají smrt toho druhého obtížněji než dříve. Neobávají se tedy vlastní smrti, ale smrti druhého.*<sup>31</sup>

Mezi klíčové problémy spojené s dějinami lékařství a umíráním v 19. století patřila také otázka konfliktu mezi stále pokročilejší lékařskou péčí a tradičním ideálem "dobré smrti", který zdůrazňoval pozitivní význam fyzického utrpení v procesu umírání. Dalším významným tématem byl rostoucí výskyt úmrtí v nemocničních zařízeních, který přinášel nové etické dilema spojené s otázkami prodloužení života nebo urychlení smrti. Paradoxně se v této době zvyšovala prestiž lékařského povolání, přestože možnosti skutečně účinně léčit umírajícího zůstávaly v průběhu 19. století stále omezené.<sup>32</sup>

---

<sup>28</sup> Srov. ARIÈS, P. *Dějiny smrti.*, s. 573-578.

<sup>29</sup> Srov. KUTNOHORSKÁ, J., KISVETROVÁ, H. *Umírání a smrt v historickém vývoji.*, s. 216-217. [online]

<sup>30</sup> Srov. ARIÈS, P. *Dějiny smrti.*, s. 491-542.

<sup>31</sup> KUTNOHORSKÁ, J. a KISVETROVÁ, H. *Umírání a smrt v historickém vývoji.*, s. 217. [online]

<sup>32</sup> Srov. GRUBHOFFER, V. *Medikalizace smrti na přelomu 18. a 19. století. Okamžik smrti, zdánlivá smrt a vzorce chování k mrtvým z hlediska dějin lékařství.* [online]



V pozdním 19. století začal vztah ke smrti podstupovat novou transformaci, kterou znamenala komercializace smrti. Tento jev se poprvé objevil v USA a pravděpodobně ovlivnil i Evropu a moderní postoj ke smrti. Hřbitovy, dříve ve veřejném vlastnictví, se staly součástí soukromého podnikání. Výrobci rakví, pohřebníci a majitelé pohřebních vozů se stali obchodníky, a samotná smrt se stala zbožím.<sup>33</sup> Rostoucí profesionální pohřební průmysl začal účtovat za služby, které dříve poskytovaly ženy ze sousedství, a bylo očekáváno, že smutek bude vyjádřen různými způsoby. Občanská válka v USA si vyžádala životy více než půl milionu lidí, což vedlo k záplavě truchlících příbuzných, kteří chtěli vidět těla svých blízkých před pohřbem a byli ochotni zaplatit za tuto službu. Tento trend podpořil návrat balzamovačů do průmyslu pohřebnictví. Oblíbenost otevřených rakví na pohřbech, kterou podporoval průmysl, zvýraznila důležitost vzhledu těla. S nárůstem profesionalizace pohřebních služeb se zákazníci stávali stále náročnějšími.<sup>34</sup>

Přechod od středověku k modernitě přinesl změnu perspektivy na smrt, kdy se z převažujícího strachu z náhlého konce života stala zpřetřhaná rovnováha mezi strachem a přijetím faktoru smrtelnosti. Tento nový přístup však s sebou nesl riziko ztráty metafyzického smyslu existence a víry. Změny ve společenském chápání smrti ovlivnily i samotný proces umírání, který se stal součástí kontinua lidského životního cyklu. Tradiční rituály a tradice spojené s umíráním zůstávaly v povědomí společnosti, ale jejich význam a praktiky se transformovaly v rámci moderních trendů a hodnot. Zvláště v období 19. století se projevy zármutku staly výraznějšími a zdůrazňovaly individualitu a osobní propojení s umírajícím. Vzájemná interakce mezi rozvojem medicíny a společenským chápáním smrti v moderní době ilustruje složitost lidského vztahu k této nevyhnutelnému aspektu existence. Navzdory snaze odstranit strach z okamžiku smrti, je důležité udržovat rovnováhu mezi uznáním biologického faktu smrtelnosti a reflexí na její hlubší metafyzický význam.

#### **1.1.4. 20. století: Existencialismus a nové perspektivy**

Rozvoj 20. století přinesl do našeho chápání smrti a umírání zcela nové perspektivy a výzvy. Začátek tohoto období byl poznamenán nástupem první světové války, což radikálně změnilo způsob, jakým lidstvo vnímalo smrt a ztrátu. Nástup masového ničení, utrpení a bezmoci během první světové války vyvolal otázky ohledně smyslu lidské existence a násilného konce života. Existencialisté jako Jean-Paul Sartre, Albert Camus a Martin Heidegger reagovali na tuto novou realitu tím, že se zaměřili na otázky smyslu existence a lidského osudu v čele s nevyhnutelností smrti. Jejich myšlenky o svobodě,

---

<sup>33</sup> Srov. KUTNOHORSKÁ, J. a KISVETROVÁ, H. *Umírání a smrt v historickém vývoji.*, s. 217. [online]

<sup>34</sup> Srov. KERRIGAN, M. *Historie smrti: pohřební zvyky a smuteční obřady od starověku do současnosti.*, s. 158-160.

absurditě existence a nesmyslnosti lidského utrpení odrážely nové postoje k životu a smrti, které formovaly 20. století.

Existenciální filozofie začala nabývat významu mezi dvěma světovými válkami, i když některé prvky tohoto směru lze nalézt již dříve. První významný krok k formování tohoto nového filozofického směru učinil Martin Heidegger. Jeho dílo *Bytí a čas* je klíčovým textem, který pomohl existencialismu stát se komplexním filozofickým směrem.<sup>35</sup>

Podle Heideggera je smrt klíčovým momentem, který dává životu jeho skutečný smysl a hodnotu. Ve svém díle *Bytí a čas* Heidegger zdůrazňuje, že lidskou existenci definuje možnost smrti. Smrt není pouhým koncem života, ale zároveň je i tím, co dává životu jeho autentičnost a význam. Smrt je podle něho neodvratnou součástí lidské existence a jako takovou je třeba ji přijmout a čelit jí s rozhodností. V knize *Bytí a čas* rozebírá lidskou existenci a její vztah ke světu, přičemž pojednává o tom, jak smrt ovlivňuje naši přítomnost a naše jednání. Heidegger tvrdí, že vědomí o vlastní smrti nás nutí k otázce po smyslu a hodnotě našeho života a přináší nám poznání o tom, co je skutečně důležité a co má skutečnou hodnotu.<sup>36</sup>

Podobně jako Heidegger, i Sartre zdůrazňuje vliv času na lidský život, ale s odlišným přístupem. Heidegger mluví o transcendenci člověka a jeho projektech do budoucnosti, které dávají životu smysl. Člověk se věnuje svým budoucím plánům a vidí před sebou svůj další životní "děj". Naopak Sartre se soustředí na přítomnost a způsob, jakým jedinec prožívá svůj život právě teď, v tomto momentě.

Svémi filozofickými myšlenkami a literárními díly Sartre vyjadřoval podmínky a utrpení lidí ve své době, ale také naději a odhodlání hledat cesty k lepšímu. Aktivně se zajímal o aktuální společenské a politické otázky, což přispělo k jeho oblíbě mezi čtenáři. Sartre se zařazoval mezi přední představitele tzv. ateistického existencialismu, podle něhož lidský život není ovlivňován transcendencí nebo existencí Boha.<sup>37</sup> Podle Sartra se lidé nerodí s předem určeným účelem nebo podstatou; místo toho si svými volbami a činy vytvářejí svůj vlastní význam. Tento pohled na smrt naznačuje, že po tomto životě na nás nečeká žádný vlastní smysl nebo posmrtný život. Místo toho se jednotlivci musí postavit realitě své smrtelnosti a najít účel v omezeném čase, který mají.<sup>38</sup>

Dalším filozofem, který byl řazen do proudu ateistické existenciální filozofie, byl Albert Camus.

*„Každá generace se domnívá, že musí změnit svět. Moje generace však ví, že svět nepředělá. Její úkol je možná větší: zabránit, aby se svět nezhroutil.“* - Albert Camus

---

<sup>35</sup> Srov. PETŘÍČEK, M. *Úvod do (současné) filozofie.*, s. 38-45.

<sup>36</sup> HEIDEGGER, M. a PETŘÍČEK, M. *Bytí a čas.*

<sup>37</sup> Srov. SARTRE, J. *Existencialismus je humanismus.*, s. 55-56.

<sup>38</sup> Srov. tamtéž.

Camus zkoumal témata absurdity a nevyhnutelnosti smrti. Tvrdil, že vrozená bezvýznamnost života by neměla vést k zoufalství, ale spíše k uznání absurdity existence. Ve svém slavném románu *Cizinec*<sup>39</sup> zobrazuje hlavního hrdinu, který bez odporu a naděje na posmrtný život přijímá svou blížící se popravu. Albert Camus se zaměřuje na základní otázku lidské existence: je život smysluplný nebo nikoli? Jeho hlavním tématem je sebevražda, která může být považována za únik z možná absurdního života.

Každý člověk potřebuje vidět ve svém životě nějaký smysl, má potřebu vědět, že jeho činy, jeho každodenní práce není k ničemu, ale naopak, že to všechno směřuje k nějakému smysluplnému cíli. Problém nastává v té chvíli, kdy si jedinec uvědomí svou smrtelnost, uvědomí si tedy konečnost všeho. Všeho, co vytvořil, čeho svou usilovnou prací dosáhl, o co se v životě snažil. Toto jedincovo smutné poznání může na nějaký čas odsunout stranou nějaká ideologie nebo víra v transcendentno, avšak tyto životní „berličky“ nejsou trvalé, jsou totiž lehce racionálně vyvratitelné, a tak každý člověk jednoho dne stejně podlehne svému smutnému poznání toho, že jeho život nemá žádný hlubší smysl, upadne do pocitu absurdity a začne přemýšlet o sebevraždě.<sup>40</sup>

Akt sebevraždy nevyjadřuje statečnost, nýbrž únik a selhání. Osoba, která k němu sáhne, se přiznává k porážce, k nedostatku schopnosti vyrovnat se se životem a překonat jeho utrpení a absurditu. Tím, že doslova utíká před vším tím, co existence přináší, odmítá přijmout výzvy a hledání smyslu, které jsou vlastní lidskému životu. Tento koncept je však ryze Camusův.

Existencialismus nabídl nové pohledy na smrt a umírání tím, že zdůrazňoval individuální existenci, svobodu a odpovědnost. Zpochybnil tradiční přesvědčení o posmrtném životě nebo předem stanoveném účelu tím, že tvrdil, že lidé si vytvářejí svůj vlastní význam prostřednictvím svých rozhodnutí. Toto filozofické hnutí ovlivnilo nejen to, jak jednotlivci přistupovali k úmrtnosti, ale také to, jak společnost ve 20. století poskytovala péči těm, kteří čelili smrti. Pohled existencialistů na smrt a umírání přispěl k rozvoji paliativní péče, která se zaměřuje na podporu kvality života pacientů s nevléčitelnými onemocněními a jejich rodin. Celkově lze říct, že existencialismus ovlivnil přístup k péči o umírající tím, že zdůraznil význam respektování lidské důstojnosti, individuálních potřeb a hledání smyslu v posledních fázích života.

---

<sup>39</sup> Srov. CAMUS, A. *Cizinec*.

<sup>40</sup> Srov. PETŘÍČEK, M. *Úvod do (současné) filozofie.*, s. 49-51.

## 1.2. Různé perspektivy na smrt a umírání

Úvodní kapitola našeho zkoumání smrti a umírání nám umožnila nahlédnout do historického vývoje tohoto komplexního tématu a pochopit, jak se pojetí smrti proměňovalo v průběhu času. Nyní se vydáváme na cestu zkoumání různých perspektiv na smrt a umírání, abychom lépe porozuměli tomuto významnému aspektu lidské existence. Studium těchto různých perspektiv je nezbytné, protože nám umožňuje prozkoumat různé způsoby, jak lidé chápou a zpracovávají smrt a umírání ve svém životě.

Tato rozmanitost perspektiv nám pomáhá lépe porozumět komplexnosti smrti a umírání a ukazuje, že tyto téma jsou mnohem více než jen biologickým procesem. Jsou zde obsaženy hluboké existenciální otázky, morální dilemata, emocionální reakce a kulturní tradice, které formují naše porozumění a způsoby, jak se s těmito otázkami vyrovnávat.

Zároveň je důležité si uvědomit, že tyto různé perspektivy neexistují izolovaně, ale jsou pevně zakořeněny v historii a kontextu společnosti. Každá perspektiva je ovlivněna minulými událostmi, kulturními tradicemi a společenskými hodnotami, které formovaly naše pojetí smrti a umírání. Proto je důležité studovat tyto perspektivy jako součást širšího historického a sociokulturního rámce, abychom lépe porozuměli jejich významu a vlivu na naše životy.

### 1.2.1. Lékařská perspektiva

Lékařský pohled na smrt a umírání je často spojován s biologickými a fyziologickými aspekty, definujícími konec životních funkcí. „*Smrt je v medicíně často definována jako zastavení všech biologických funkcí, dechu, srdeční činnosti a činnosti mozku.*“<sup>41</sup> Lékaři jsou vyškolení k identifikaci těchto znaků a diagnostikování momentu úmrtí.

Podle Velkého lékařského slovníku<sup>42</sup> je to stav, kdy u člověka dochází k selhání a zániku center řídících krevní oběh a dýchání. Je to zánik jedince, u něhož vymizí známky života a jeho životní funkce jsou nevratně ukončeny. Člověk přitom neumírá na vyčerpání životní síly, ale vždy v důsledku selhání některé důležité orgánové soustavy, která strhne ostatní orgány a buňky do zániku.<sup>43</sup>

Lékařská perspektiva zahrnuje diagnostiku onemocnění vedoucího k umírání a prognózu, což je odhad trvání pacientova života. „*Přesné diagnostikování a prognózování jsou klíčové pro poskytnutí odpovídající péče pacientům a jejich rodinám.*“<sup>44</sup>

---

<sup>41</sup> KUMAR, P. J. a CLARK, M. L. (ed.). *Kumar & Clark's clinical medicine.*, s. 1023.

<sup>42</sup> VOKURKA., M. *Velký lékařský slovník.* s. 126

<sup>43</sup> NEČAS. O., *Biologie.* s. 85

<sup>44</sup> TWYXCROSS, R. *Reflections on palliative sedation.*, s. 218. [online]

Lékaři se také zabývají otázkami spojenými s etikou a morálkou v léčbě pacientů na konci jejich života, včetně rozhodování o ukončení léčby, použití paliativní péče a respektování přání pacientů ohledně kvality jejich života v závěrečných fázích. Díky pokrokům v lékařské vědě a technologii se také mění přístup k umírání, a to jak z hlediska léčby, tak z hlediska komunikace s pacienty a jejich rodinami. Moderní lékaři se často snaží zapojit pacienty do rozhodovacího procesu a umožnit jim aktivní účast při plánování své péče na konci života. Celkově lze říci, že lékařská perspektiva na smrt a umírání zahrnuje léčbu, péči a respektování hodnot a přání pacientů a jejich rodin v jejich závěrečných fázích života. Je to důležitá součást poskytování komplexní péče a podpory v medicínském prostředí.

## 1.2.2. Kulturní perspektiva

### Rituály a obřady smrti

Rituály a tradice spojené se smrtí představují fascinující a nepřehlédnutelný prvek lidské kultury po celém světě. Od pradávných civilizací až po moderní společnosti existují různé způsoby, jak lidé uctívají a zpracovávají smrt svých blízkých, a jak se vypořádávají se ztrátou a smutkem. Tyto rituály a tradice mají hluboké kořeny v historii a odrážejí nejen náboženské a kulturní přesvědčení, ale také komplexní vztahy mezi životem a smrtí.

Van Gennep v roce 1906 přinesl koncept přechodových rituálů, které transformují status jedince, což platí i pro pohřební obřady. Podle něj mají tyto rituály tři fáze: oddělení od starého stavu, přechodové období s intenzivním přijímáním nových rolí a přijetí nového stavu. Van Gennep vyjádřil, že zdůrazňování přechodu je při pohřbech častější než prvek odloučení, což naznačuje, že smutek může být pro pozůstalé právě tímto přechodovým obdobím. Všiml si, že schéma přechodových rituálů není univerzální a může být závislé na kontextu. Tyto rituály pak slouží jako mechanismy společenské obnovy, které v jiných situacích mohou chybět. Iniciační rituály nebo pohřební obřady tak mohou být analogií k proměnám, které prožíváme během života.<sup>45</sup>

Francouzský sociolog Robert Hertz zkoumal specifitěji pohřební rituály. Zjistil, že u některých kultur v jihovýchodní Asii mají tyto rituály dvojí podobu. Nejprve odstraní tělo zemřelého z říše živých a poté ho umístí do říše předků. Tento přesun můžeme přirovnat k proměně těla z "mokrého" na "suchý" stav, což symbolizuje oslabení vazeb na minulý život a přechod k nové identitě jako předka. Současně s procesem rozkladu těla prochází i změnami v postoji příbuzných ke smutku. To znamená, že existuje paralela mezi smutkem a tlením. Kosterní pozůstatky se později stávají základem nové identity zemřelého. Hertz předpokládal, že žijící jedinci ztělesňují hodnoty a vlastnosti

---

<sup>45</sup> Srov. DAVIES, D. J. *Stručné dějiny smrti.*, s. 58.

společnosti, a po smrti se tato situace musí přehodnotit, protože jedinec opouští svět živých a stává se obyvatelem jiného světa.<sup>46</sup>

Pohřební obřady obvykle reflektovaly tradiční představy o životě po smrti. Víra v existenci posmrtného života byla často provázána s normami a hodnotami příslušné společnosti, která často vnímala spojitost mezi pozemským životem a životem v posmrtné sféře. Způsoby pohřbívání se přes dějiny změnily jen minimálně; ukládání těl do země a zpopelňování zůstávaly jako základní metody od pradávna až po současnost. Avšak jejich interpretace se měnila v závislosti na historickém kontextu a konkrétní kultuře.<sup>47</sup>

Historicky byla pozornost lidí soustředěna na posmrtný život a jeho vztah k chování za života. Avšak v druhé polovině 20. století se začala měnit priorita, a to k zaměření na život zde a teď. Důležitá je také myšlenka "důstojnosti zemřelých", která ovlivňuje zvyky a rituály kolem pohřbů. Ty se vyvíjí s ohledem na proměny společnosti a hodnot. Současný životní styl, zejména v bohatších částech světa, je ovlivněn osobními volbami a konzumním způsobem života, což odráží i způsob, jakým se přistupuje k smrti. Moderní trendy zahrnují například rostoucí oblibu kremací. Tyto změny ve vnímání posmrtného života jsou výrazem proměn víry a hodnot. Kremace, původně zavedená jako hygienické opatření a řešení přeplněných hřbitovů, se stala součástí kulturního a náboženského diskurzu. Napříč různými společenskými tradicemi probíhala debata o jejím významu a přijetí. Katolická církev například dlouho odmítala kremace jako projev sekularismu, ale nakonec po téměř sto letech přehodnotila svůj postoj.<sup>48</sup>

Podle Nešporové<sup>49</sup> existují tři hlavní přístupy současného člověka k otázce posmrtného života: První přístup spočívá v pokračování v křesťanské tradici a přijetí jejího konceptu posmrtné existence. Druhou možností je víra v existenci po smrti, která vychází z nekřesťanských náboženských tradic. Třetím přístupem je akceptace racionálního stanoviska, že smrtí končí kontinuita našeho vědomí. Moderní důraz na racionální myšlení částečně zbavil tradiční rituály týkající se smrti jejich významu a vedl také k odosobněnému přístupu k umírajícím.<sup>50</sup> *Rituál přípravy na smrt a loučení ztratil význam v nemocničním prostředí, kde se o zachování života bojuje až do úplného konce. S profesionalizací pohřbů vymizel také rituál přípravy zemřelého k pohřbu. Po odstranění rituálů, které smrti dodávaly smysl nebo alespoň poskytovaly útěchu, zůstává prázdný prostor, jenž činí moderního člověka zranitelným ve schopnosti čelit vlastní smrti.*<sup>51</sup>

Pohřební rituály a tradice se neustále proměňují a přizpůsobují se změnám společnosti. Zdůraznění přechodu a transformace ve smutném období ztráty ukazuje, jak

---

<sup>46</sup> Srov. DAVIES, D. J. *Stručné dějiny smrti.*, s. 58-59.

<sup>47</sup> Srov. KUPKA, M. *Psychosociální aspekty paliativní péče.*, s. 22.

<sup>48</sup> Srov. DAVIES, D. J. *Stručné dějiny smrti.*, s. 62-69.

<sup>49</sup> NEŠPOROVÁ, O. (2009). *Smrt jako konec, nebo začátek? O (ne)víře v posmrtný život. Lidé města.*

<sup>50</sup> Srov. KUPKA, M. *Psychosociální aspekty paliativní péče.*, s. 24.

<sup>51</sup> Tamtéž., s. 24.

lidé hledají smysl a posun v kontextu života a smrti. Zároveň nás to přivádí k úvahám o hodnotě a důstojnosti lidské existence, a jak tyto aspekty ovlivňují naše přístupy k životu i k smrti. Je důležité uznat pestrost pohřebních tradic a respektovat různorodé způsoby vyjádření smutku a uctění památky zemřelých.

### **Vnímání posmrtného života**

Zatímco pohřební rituály a obřady nás zavádějí do okamžiku rozloučení se zemřelým a jeho fyzického odeznění, vnímání posmrtného života se zabývá otázkou, co se děje po tomto životě. Toto téma přitahuje pozornost nejen v rámci náboženských učení, ale také v oblasti filozofie, mystiky a vědeckého zkoumání. Vnímání posmrtného života se promítá do přesvědčení o existenci po smrti fyzického těla, ať už v podobě života na jiném světě, v reinkarnaci nebo v transcendenci do duchovní roviny. Tato víra a představa posmrtného života může být pro různé kultury a náboženské tradice zcela odlišná, avšak přesto představuje podstatný prvek lidského poznání a hledání smyslu života.

### **Západní vs. Východní perspektiva**

Existuje významný rozdíl mezi západními a východními náboženskými přístupy, a to zejména v jejich postoji k Bohu a koncepci života a smrti. Západní náboženství, jako je křesťanství a judaismus, jsou známá svou monoteistickou vírou v jediného všemohoucího Boha. Tato víra je zřetelně vyjádřena v prvním přikázání, které zdůrazňuje jednotu Boha a zakazuje uctívání jiných božstev. Naopak, ve východních náboženstvích, jako je hinduismus, buddhismus a taoismus, převažuje polyteistická představa, kde je uznáváno více božstev a duchovních bytostí.

V západních náboženstvích je Bůh vnímán jako transcendentní a osobní entita, která stojí nad stvořením. Východní náboženství věří v různé podoby božstev a duchů, kteří jsou chápáni jako posvátné, ale zároveň nedosahují úrovně zcela oddělené od lidské existence.

Dalším výrazným rozdílem je koncepce života a smrti. Ve východních náboženstvích je zdůrazňován cyklický charakter existence, kde duše prochází procesem znovuzrovnání, zvaným reinkarnace. Po smrti může duše putovat do různých sfér existence, včetně nebes nebo pekelných říší, podle svých předešlých skutků. V západních náboženstvích, naopak, existuje přesvědčení o nekonečném pobytu v nebi nebo pekle, kde peklo je vnímáno jako definitivní osud pro hříšníky, zatímco v nebi se očekává odměna pro ty, kteří žili v souladu s náboženskými principy. Křesťanství také zahrnuje pojem očistce, která je prostředkem pro ospravedlnění hříšníků, zatímco východní koncepce nepředstavuje trvalý pobyt v nebi nebo pekle, ale podléhá cyklu znovuzrovnání.

## Tabu a otevřenost ve zpracování smrti

Smrt a umírání, nevyhnutelné součásti lidského života, jsou témata, která společnost historicky obklopovala komplexními emocemi, kulturními přesvědčeními a etickými otázkami. V posledních desetiletích dochází k významným změnám ve vnímání těchto témat ve společnosti. Historicky byla neodmyslitelně spojena s rituály, obřady a náboženskými tradicemi. Historické společnosti věřily v posmrtný život a smrt byla vnímána jako přechod na jiný svět a společnosti vytvářely komplexní rituály k uctění zemřelých. S postupem času se však některé společnosti začaly vyhýbat otevřené diskusi o smrti, což vedlo ke vzniku tabu kolem tohoto tématu.

Jedním z důvodů může být např. to, že s vývojem společnosti se prodlužuje i průměrná délka lidského života a díky lékařským pokrokům se smrt nejeví již tak přirozeně. Stále se snažíme smrt co nejvíce oddálit a vyloučit z našeho vědomí. Ale jak víme, nikdo jí neunikne, a to může být jako hlavní důvod, proč se vyvinuly různé víry v posmrtný život.

Za další z důvodů se dá jistě považovat i obrovské množství úmrtí lidí během dvou světových válek v první polovině 20. století. Tato krutá realita vedla k utlumení diskusí o smrti a k zaměření moderní společnosti na zdůrazňování zlepšení zdraví a prodloužení života. Na začátku druhé poloviny 20. století začalo téma smrti pomalu pronikat do pozornosti sociologů, psychologů, lékařů a sociálních historiků. Sociální antropologové začali zkoumat fenomén smrti nejen v exotických kulturách, ale i v moderních západních společnostech. Tento obrat se zřetelně projevil v šedesátých letech, i když jeho příprava začala již v předchozím desetiletí.

V této době britský sociolog Geoffrey Gorer v odvážném článku s názvem *Pornografie smrti* poukázal na to, že v moderní společnosti je smrt tabu. Porovnával tento postoj ke smrti s postojem viktoriánské doby k sexu, zdůrazňujíc, že zatímco o sexu se začalo mluvit otevřeně, smrt převzala jeho místo a stala se společenským tabu. Gorer dále upozorňoval na to, že po první světové válce začaly postupně mizet nábožensky zakořeněné smuteční rituály, což podle něj přinášelo lidem psychické problémy. Společnost, která odmítá otevřeně hovořit o smrti jako o běžné součásti lidského každodenního života, se ale následně stává posedlou hororovými komiksy, válečnými filmy a pohromami. Zvýšený zájem o mládí a rozvoj, hodnoty, které začaly být více ceněny ve společnosti než stáří a zkušenosti, které jsou často spojovány s negativními rysy, stagnací nebo úpadkem, ještě umocnil marginalizaci tématu smrti.<sup>52</sup>

---

<sup>52</sup> Srov. NEŠPOROVÁ, O. *Smrt, umírání a pohřební rituály v české společnosti ve 20. století*. [online]



### 1.2.3. Náboženská perspektiva

Smrt se v náboženských systémech stává klíčovým okamžikem, který formuje pověry, rituály a představy o posmrtném životě. Různá náboženství přinášejí své jedinečné vhledy na tuto přechodnou fázi lidské existence, přičemž náboženská perspektiva na smrt a umírání zahrnuje hluboké teologické, etické a kosmologické roviny.

#### Křesťanství

Smrt a umírání jsou základními aspekty křesťanské víry, které formují chápání života i konfrontace s koncem pozemského života. Křesťanský pohled na smrt odráží naději ve vzkříšení a věčný život v Boží přítomnosti. Tato víra přináší útěchu a sílu v době smutku a ztráty.

Křesťanská víra vychází z učení Bible, která učí, že smrt není konečným cílem života. Její vzkříšení, které je zdůrazněno zejména v Novém zákoně, znamená naději na nový, věčný život v Boží blízkosti. Jak říká apoštol Pavel v Prvním listu Korintským: "*Tedy i ti, kdo usnuli v Kristu, jsou ztraceni. A v Kristu budou oživeni, každý ve svém pořadí: Kristus jako první, potom ti, kdo jsou Kristovi, při jeho příchodu.*" (1 Korintským 15:18, 23). Pro křesťany má Kristovo zmrtvýchvstání hluboký význam, neboť ukazuje, že smrt nebyla vítězem, ale že Kristus přinesl vítězství nad smrtí. Podle evangelia podle Jana řekl Ježíš: "*Já jsem vzkříšení a život. Kdo věří ve mne, i kdyby umřel, bude živ.*" (Jan 11:25)

I péče o umírající a zpracování mrtvých jsou v křesťanské tradici zásadními aspekty, které odrážejí víru v posmrtný život a důstojnost lidského těla. Péče o umírajícího z křesťanského pohledu je základním projevem lásky a soucitu, který vychází z učení Ježíše Krista o péči o bližního.

Péče o umírajícího z křesťanského pohledu je založena na principu lásky a soucitu, který Kristus vyzýval své následovníky k projevování vůči bližnímu. Tato péče není pouze o poskytnutí fyzického komfortu, ale také o posílení duchovního zdraví a přípravu na věčnost. V knize *The Art of Dying: Living Fully into the Life to Come* od Roba Mollse se autor zaměřuje na způsoby, jak křesťané mohou smysluplně přistupovat k umírání a jak poskytnout podporu lidem na konci jejich pozemského života. Moll vysvětluje, že péče o umírajícího není pouze o zajištění fyzické pohody, ale také o podporu duchovního růstu a hledání naděje ve vzkříšení a věčném životě.<sup>53</sup>

Péče o umírajícího z křesťanského pohledu zahrnuje také udělení posledního pomazání, které je jednou z posledních svátostí udílených umírajícímu jako znamení Boží milosti a podpory v době přechodu. Tato svátost je chápána jako posilující a uzdravující pro tělo i duši.

---

<sup>53</sup> Srov. MOLL, R. a WINNER, L. *The Art of Dying: Living Fully into the Life to Com.*, s. 112.

Knihy *The Catholic Encyclopedia* uvádí: "Poslední pomazání neboli svátost nemocných, je svátost, která je křesťanským umírajícím poskytována jako lék na duši a tělo, zvláště pokud je smrt blízka."<sup>54</sup> Tato citace ukazuje na tradiční význam posledního pomazání jako duchovní podpory a posilujícího prostředku v posledních chvílích života. Poslední pomazání tedy představuje důležitý rituál péče o umírajícího z křesťanského pohledu, který vyjadřuje Boží milosrdenství a podporu v čase potřeby.

## Judaismus

Judaismus, jako nejstarší monoteistické náboženství světa, vzešel ze složitého kulturního prostředí starověkého Blízkého východu. Jeho vývoj úzce souvisí s historií starověkých hebrejských kmenů a následně formováním židovského národa. Tradičně je Abrahám považován za zakladatele židovského národa, zatímco náboženské tradice jsou spojeny s postavou Mojžíše. Starý zákon nám představuje klíčové postavy a zároveň dokumentuje postupný vývoj židovského náboženství, včetně rozvoje náboženského práva a konceptu jediného Boha. V rámci judaismu se formovaly základy, které ovlivnily budoucí etiku, zvláště v křesťanství, zdůrazňující úctu k vyšší autoritě a lásku k bližnímu. Podle M. A. Fishbanea mělo setkání judaismu s helénistickým duchovním světem významný vliv na jeho vývoj.<sup>55</sup>

Narození a smrt, nezávisle na vůli jedince, jsou klíčovými momenty života. Judaismus zdůrazňuje pečlivou přípravu na posmrtný život již během pozemské existence. Tělo, vnímané jako nenahraditelná forma bytí, má v judaismu vysokou hodnotu. Zdravé a nepoškozené tělo je klíčové, jelikož slouží jako nástroj pro duchovní složku. Tato péče o tělesné zdraví má kořeny v přesvědčení, že život je dar, a je na nás, abychom o něj pečovali. V judaismu se věří, že Bůh pomáhá jen tomu, kdo sám projevuje péči o svůj život. Z tohoto pohledu vychází důraz na péči o nemocné a umírající v rámci judaismu.

Podle S. P. de Vriese, rabína z Haarlemu v Nizozemsku, je doporučeno, aby rodinní příslušníci umírajícího projevovali klid a vyrovnanost, spíše než projevovat smutek a bolest. Cílem je umožnit umírajícímu pociťovat klid před nadcházející smrtí. Přítomnost příbuzných u lůžka umírajícího může být někdy žádoucí, jindy ne, a v judaismu zde neexistují striktní pravidla. Klíčovým vodítkem je ohleduplnost a takt vůči umírajícímu i jeho rodinným příslušníkům.<sup>56</sup>

Dle židovské víry umírající naváže s Hospodinem intimní dialog, během něhož si uvědomí své selhání a hříchy během života. Skrze vyznání hříchů, nazývané "viduj" vyjádří lítost nad svými hříchy, omluví se a smíří se s Bohem. Toto vyznání má

---

<sup>54</sup> HERBERMANN, Ch. G. *The Catholic Encyclopedia.*, s. 303.

<sup>55</sup> Srov. FISHBANE, A. M. *Judaismus. Zjevení a tradice.*, s. 8

<sup>56</sup> Srov. DE VRIES, SIMON P. *Židovské obřady a symboly.*, s. 244

v judaismu i sociální rozměr. Díky procesu vyznání, pokání a lítosti umírající nalézá klid a posiluje se, což mu umožňuje vyrovnaně se rozloučit s životem.<sup>57</sup>

## **Islám**

V islámu je smrt chápána jako odloučení duše od těla. Po smrti je duše vystavena stavu bezesného spánku, dokud se znovu nespojí s tělem při vzkříšení. Tradiční texty islámu popisují, že po pohřbu přijdou k zesnulému dva andělé, aby ho vyslechli. Pokud vyzná, že není Boha kromě Boha a Muhammad je jeho prorok, andělé ho ujistí, že bude vzkříšen v den soudu. Pokud zesnulý nebyl věřící, země se nad ním uzavře a bude trpět věčným trestem, dokud ho bůh nevzkřísí.

Podle Koránu budou mučedníci, kteří padli v boji za svatou věc, jít přímo do Ráje bez soudu. Ráj je popisován jako zahrada s tekoucími řekami vody, mléka a vína, což symbolizuje místo věčného štěstí a blahobytu.

Pohřební obřady v islámu mají své specifické požadavky a rituály. Pohřební modlitby jsou často prováděny v komunitě, aby poskytly duši zemřelého duchovní podporu a aby se ujistily, že je proveden správný islámský pohřební rituál. Islámský pohřební rituál zahrnuje omývání těla zesnulého, zabalení do bílého plátna a pohřbení do jednoduché hrobky, která odpovídá velikosti jeho těla. Při pohřbu se na zesnulého hodí trocha země, symbolizující jeho spojení se zemí, odkud pochází a kam se nakonec vrátí. Modlitba je považována za způsob, jak pomoci duši v jejím putování po smrti a získat Boží milost. Hadísy, sbírka záznamů o životě a učení proroka Mohameda, poskytují pokyny pro správné chování v souvislosti se smrtí a pohřbíváním.<sup>58</sup>

## **Buddhismus**

Učení Buddha poskytuje výklad o původu a osudu člověka. Podle něj, když člověk zemře, jeho mysl prochází znovuzrozením v novém životě s přenášenými tendencemi, preferencemi a schopnostmi z předešlé existence. Během umírání dochází k postupné ztrátě kontroly nad mentálními procesy, uvolňují se zvyky a dojmy uložené v nevědomí.<sup>59</sup>

Mentální obrazy v mysli umírajícího jsou formovány minulou karmou, což může zahrnovat temné postavy, děsivé obrazy nebo setkání s příbuznými. Reinkarnace není omezena pouze na lidský život; existují různé sféry, jako jsou bohové, polobohové, říše pekla, hladoví duchové nebo zvířata, do kterých se může znovu zrodit. Buddhismus věří, že lidské zrození je vzácné, protože poskytuje prostor pro duchovní rozvoj. Božské zrození neznamená fyzické místo, ale stav bytí, kde se prožívá především potěšení. Tato existence však není trvalá a může být následována jiným zrozením v rámci cyklu života.

---

<sup>57</sup> Srov. DE VRIES, SIMON P. *Židovské obřady a symboly.*, s. 244

<sup>58</sup> Srov. *Pojetí smrti v islámu.* [online]

<sup>59</sup> Srov. *Buddhistický pohled na smrt.* [online]

V buddhistických tradicích je obvyklé, že rodina zemřelého připraví tělo a pak spolu s rakví vyráží na místo kremace, která může probíhat v krematoriu nebo venku. V popelu buddhistických mistrů mohou být nalezeny "ringsel" nebo perly soucitu, které se uchovávají ve stúpách, buddhistických posvátných stavbách.<sup>60</sup>

## Hinduismus

Duchovní péče v hinduistické tradici začíná již od okamžiku početí a provází člověka po celý život až do následujícího zrození. Zaměřuje se na specifické rituály a svátosti, známé jako samskary, které mají posilovat pohodu praktikujících a podporovat jejich duchovní růst.

Bhagavadgíta, klíčový náboženský text pro hinduisty, učí, že "*duše nezná ani narození, ani smrt.*" Při rituálu antyesti neboli pohřbu, který je posledním v životě hinduisty, pozůstalí žehnají smrti jako přechodu do dalšího blaha pro zesnulého. Smrt je chápána jako biologický proces, při němž se duše osvobozuje od těla, s nímž byla dočasně spojena. Hinduisté věří, že příští zrození závisí na celkovém chování, touhách a myšlenkách z minulých životů. Utrpení je vnímáno jako důsledek špatné karmy, ale i nevyhnutelnou součástí života, kterou je třeba trpělivě snášet. Kvalita smrti je podle hinduistů odrazem kvality života, a proto je důležitá duchovní praxe pro celý život, smrt i přechod do dalšího těla. Hinduisté také věří, že dobrá smrt spočívá v tom, že umírající člověk si je vědom svého života. Důraz kladou na pravidelné obětiny, uctívání, správné chování a myšlení na Boha či bohy. Při smrti by měl člověk odejít v klidu, opustit tělo s božím jménem na rtech a v srdci. V případě, že umírající není schopen toho dosáhnout, příbuzní nebo duchovní mistr mohou zpívat a číst z posvátných spisů. Představa, že duchovní identita přežívá fyzickou smrt, poskytuje hinduistovi útěchu v tváři smrti.<sup>61</sup>

### 1.2.4. Filozofická perspektiva

Filozofická perspektiva smrti je jedním z nejhlubších a nejkompexnějších témat, která člověka provází od pradávna. Smrt jako nevyhnutelný osud lidské existence vyvolává otázky ohledně smyslu života, povahy reality a lidské identity. Filozofové se snaží porozumět podstatě smrti, jejímu vztahu k životu a možným důsledkům pro lidskou existenci.

V rámci filozofie se smrt často zkoumá z různých úhlů pohledu, včetně ontologického, etického, existenciálního a metafyzického hlediska. Ontologický přístup se zabývá tím, co smrt je a jak se liší od života, zatímco etický přístup zkoumá, jak bychom měli žít vzhledem k naší smrtelnosti. Existenciální hledisko se zaměřuje na to,

---

<sup>60</sup> Srov. *Buddhistický pohled na smrt.* [online]

<sup>61</sup> Srov. *Péče o umírající z pohledu vaišnavského hinduismu a ajurvědy.* [online]

jak smrt ovlivňuje naši existenci a smysl života, zatímco metafyzický přístup se zabývá otázkou existence nebo neexistence života po smrti.

Filozofická reflexe smrti nám pomáhá lépe porozumět lidské podmíněnosti a hledat smysl a hodnotu života v kontextu jeho konečnosti. Pomáhá nám otevřít diskusi o věčných otázkách lidské existence a nabízí různé perspektivy, jak se vyrovnat s tímto nevyhnutelným faktem života.

## **Existencialismus**

V předešlé kapitole už jsme se o tomto filozofickém směru zmínili. Tento směr výrazně ovlivnil pohled na smrt a umírání ve 20. století. Zdůrazňuje individuální svobodu, volbu a odpovědnost jednotlivce za vlastní život. Existencialisté často zkoumají, jak vědomí smrti ovlivňuje lidskou existenci a jak může být tato vědomí interpretována v rámci osobní svobody.

Jean-Paul Sartre, jeden z klíčových existencialistů, se ve svém díle *Bytí a nicota* zabývá významem smrti v lidském životě. Ve své koncepci odsouzení k svobodě popisuje, že vědomí smrti nám připomíná nevyhnutelnost rozhodnutí a zodpovědnosti za naše činy. Sartre tvrdí: "*Smrt nám ukazuje nesmyslnost našich činů, a to nám vštěpuje touhu po smyslu.*"<sup>62</sup>

Dalším významným existencialistickým filosofem byl Albert Camus, který se ve svém díle *Cizinec* zabývá absurditou lidské existence a nemožností nalézt význam v absurdním světě. Camus napsal: "*Existence je absurdní, a smrt je jediným jistým faktem v životě.*" Pro něj je umírání jedním z největších paradoxů lidské existence.<sup>63</sup>

Existencialismus tak přináší do filozofie zajímavý pohled na smrt, vědomí vlastní konečnosti a nutnost žít v souladu s vlastní svobodou a zodpovědností.

## **Etika smrti**

Dalším klíčovým prvkem je etika smrti. Etika smrti představuje odvětví filozofie, které se zabývá morálními a etickými otázkami spojenými s umíráním, smrtí a okolnostmi, které mohou předcházet nebo následovat po skonu jednotlivce. Tato oblast se dotýká celé řady tematických okruhů, včetně dobrovolné smrti, eutanazie, péče o umírající, pohřbívání a pojetí lidské důstojnosti v kontextu konce života.

Jedním z klíčových aspektů etiky smrti je právo na autonomii a svobodu jednotlivce v rozhodování o vlastním konci života. Do této kategorie spadá debata o dobrovolné smrti, která zahrnuje sebevraždu nebo pomocnou sebevraždu. Filozofové zkoumají, zda jednotlivec má morální právo rozhodnout se ukončit svůj život, a jak by měla společnost reagovat na tato individuální rozhodnutí.

---

<sup>62</sup> SARTRE, J. *Bytí a nicota: pokus o fenomenologickou ontologii*.

<sup>63</sup> CAMUS, A. *Cizinec*.

Téma sebevraždy bylo vždy předmětem pozornosti různých filozofů od starověku až po současnost. Odpovědi na otázku, zda je morálně přijatelné, aby si člověk vzal svůj vlastní život, se v historii filozofie velmi liší. Immanuel Kant se věnoval otázce sebevraždy v dílech jako *Základy metafyziky mravů* a *Kritika praktického rozumu*. V těchto textech používá sebevraždu jako příklad, který má ilustrovat, jak by mělo vypadat dodržování kategorického imperativu. Podle Kanta je sebevražda z morálního hlediska nepřijatelná. Kant vychází z prvotního znění morálního zákona, které říká, že bychom měli jednat tak, aby maxima naší vůle mohla vždy platit jako princip všeobecného zákonodárství. Jinými slovy, naše jednání by mělo být takové, že bychom si přáli, aby všechny podobné situace byly řešeny stejným způsobem. Z hlediska první verze kategorického imperativu by se sebevražda neměla provést, protože by to znamenalo, že bychom přírodu postavili do rozporu samu se sebou. Podle Kanta bychom se rozhodli zničit život na základě naší vlastní sebelásky a podpory života, což by bylo v rozporu s přírodou, která se sebou nemůže být v rozporu, jinak by neexistovala.<sup>64</sup>

Verze kategorického imperativu odvozená z Kantovy povahy účelu konverguje k podobnému závěru jako v případě jeho prvního znění, přestože se k němu dostává z jiné perspektivy. Pokud máme v našem jednání zacházet s každou osobou a se sebou samými vždy zároveň jako s účelem, a nikoliv pouze jako s prostředkem, vyplývá z toho jasně, že nemůžeme sami sebe využít pouze jako prostředek k ukončení vlastního utrpení. V tomto kontextu nelze obětovat rozumovou bytost v nás, tu, která je nezávislá na smyslovosti a přikládá všemu nějakou hodnotu. Jednání člověka, který by měl záměr ukončit svůj život, by nemohlo souznít s ideou lidství jakožto účelu samého o sobě.<sup>65</sup>

### **Dualismus těla a duše**

Dualismus těla a duše představuje filozofický koncept, který rozlišuje mezi materiální a nemateriální složkou lidské existence. Tělo je vnímáno jako hmotný, fyzický prvek, zatímco duše je chápána jako nehmotná, duchovní entita, která řídí či ovládá tělesné funkce a je zodpovědná za vědomí a osobnost.

V rámci pojetí smrti z hlediska dualismu těla a duše se často diskutuje o tom, co se děje s duší po smrti těla. Pro některé filozofické a náboženské tradice představuje smrt pouhé oddělení duše od těla, přičemž duše pokračuje ve svém existenci v jiné podobě či dimenzi. Toto pojetí může vést k přesvědčení o nesmrtelnosti duše a možnosti existence po fyzické smrti. Na druhé straně existují i skeptické názory, především od moderních psychologů, na dualismus těla a duše, které popírají existenci duše jako samostatné entity a považují ji za produkt fyziologických procesů v mozku. Pro tyto pohledy je smrt chápána jako zánik osobnosti a konec vědomé existence.<sup>66</sup>

---

<sup>64</sup> Srov. KANT I. *Základy metafyziky mravů*., s. 84-85.

<sup>65</sup> Srov. tamtéž., s. 92.

<sup>66</sup> Srov. *Dualismus máme vrozený, těžko s tím hnout*. [online]

V každém případě, dualismus těla a duše v rámci pojetí smrti otvírá otázky o povaze lidského bytí, povaze vědomí a možnosti existence za hranicemi fyzické reality. Je to jedno z mnoha filozofických témat, která nás vedou k hlubšímu zkoumání smyslu a podstaty lidské existence a smrti.

### 1.2.5. Osobní perspektiva

Smrt a umírání jsou inherentními aspekty lidského života, témata, která každý jednotlivec vnímá a interpretuje v souladu se svými vlastními zkušenostmi a hodnotami. Tato reflexe na smrt získává na intenzitě v rámci osobní perspektivy, která může být ovlivněna různými faktory, jako jsou kultura, náboženství, rodinné tradice a individuální zkušenosti.

V náboženském rámci smrt nemůže být nikdy oddělena od smyslu života. Každé náboženství poskytuje svůj vlastní pohled na posmrtnou existenci a smysl života. Například v křesťanství může být smrt vnímána jako přechod do věčného života, zatímco buddhisté mohou přijímat myšlenku reinkarnace. Tyto náboženské perspektivy formují základy pro osobní pojetí smrti a umírání.

Rodinné tradice a hodnoty také formují naše vnímání smrti. V rodinách, kde se otevřeně diskutuje o životě a smrti, může být pro jedince snazší integrovat tato témata do své osobní perspektivy. Naopak, rodiny, které preferují rezervovanější přístup, mohou předávat pocit soukromí a zdrženlivosti ve vztahu k umírání.

Zkušenosti s umíráním blízkých lidí mají značný vliv na to, jak jedinec chápe vlastní smrt a umírání. Pětistupňová teorie stadií reakcí na umírání Kübler-Rossové, které se později budeme také věnovat, zdůrazňuje, že lidé procházejí různými emocionálními fázemi při konfrontaci s vlastní smrtí nebo smrtí blízkých. Zkušenost s péčí o umírajícího člena rodiny může ovlivnit nejen způsob, jakým jedinec vnímá smrt, ale také jeho přístup k péči o vlastní konec života. Odborný pohled na tato témata zahrnuje také psychologické a sociologické aspekty. Elisabeth Kubler-Rossová ve své práci *O smrti a umírání* analyzuje různé emocionální reakce na smrt a zdůrazňuje potřebu empatie a podpory během umírání.<sup>67</sup>

Celkově lze konstatovat, že osobní perspektiva na smrt a umírání je složitým skládáním náboženských, rodinných, individuálních a společenských vlivů. Je to téma, které vyžaduje otevřený dialog a porozumění, zejména v souvislosti s rostoucím důrazem na humánní péči o umírající a podporu smysluplného závěru lidského života.

---

<sup>67</sup> KÜBLER-ROSS, E. *O smrti a umírání: co by se lidé měli naučit od umírajících.*

## 2. Paliativní a hospicová péče

Paliativní a hospicová péče představují důležitou oblast zdravotní péče, která se zaměřuje na komplexní podporu a péči o pacienty s pokročilými a nevléčitelnými onemocněními, často v poslední fázi jejich života. Tyto formy péče se liší svými přístupy a posláním, ale sdílejí společný cíl: zlepšovat kvalitu života pacientů a jejich rodinných příslušníků v období, které je často obtížné a plné emocionálních i fyzických výzev.

Paliativní péče je poskytována lidem s pokročilými a nevléčitelnými onemocněními, jako jsou například rakovina v pokročilém stádiu nebo selhání orgánů. Je zaměřena na řešení fyzických symptomů, jako jsou bolest, únavu nebo dušnost, a zároveň se věnuje i péči o psychické, sociální a duchovní potřeby pacientů a jejich blízkých. Cílem paliativní péče není pouze udržovat pacienty co nejdéle naživu, ale především jim poskytnout důstojný a kvalitní závěr života.

Hospicová péče je specifický typ paliativní péče, která se zaměřuje na podporu a péči o pacienty v jejich domácím prostředí nebo v hospicových zařízeních. Hospicová péče poskytuje komfortní péči, která respektuje individuální potřeby pacientů a jejich přání ohledně péče v posledních dnech života. Tato forma péče se zaměřuje na udržení pohodlí, důstojnosti a klidného prostředí pro pacienty i jejich rodiny.

Paliativní a hospicová péče nejenže pomáhá pacientům zvládat fyzické a emocionální symptomy, ale také podporuje jejich rodiny v obtížných časech. Multidisciplinární týmy zahrnující lékaře, ošetřovatele, sociální pracovníky, psychology a duchovní pracovníky spolupracují na poskytování individuálně přizpůsobené péče, která odpovídá potřebám každého pacienta a jeho rodiny.

### 2.1. Paliativní péče a její principy

Historie moderní paliativní péče je v porovnání s celkovou historií medicíny relativně krátká. Paliativní péče se začala rozvíjet v druhé polovině 20. století jako reakce na změny v epidemiologii a přechod od smrtelných infekčních onemocnění k chronickým a dlouhodobým nemocem. Tento vývoj byl poháněn potřebou přizpůsobit péči novým výzvám spojeným s prodlužujícím se procesem umírání, zejména u pacientů s nemocemi, které nelze léčit kauzálně. Rozvoj paliativní péče byl také podnícen sociálními změnami, které vedly k přesunu umírání z domácího prostředí do institucí, včetně chorobinců a následně do zdravotnických zařízení, jako jsou špitály a nemocnice. V té době se začala formovat nová sociální kategorie označovaná jako "umírající". V oblasti medicíny byla smrt historicky přehlížena a považována za selhání léčebných postupů. Změny v přístupu k péči o umírající začaly vznikat v 60. letech 20. století ve vyspělých státech, kde se objevovaly iniciativy zaměřené na zlepšení péče o pacienty ve fázi umírání.<sup>68</sup>

---

<sup>68</sup> Srov. BUŽGOVÁ, R. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života.*, s. 15-16.



Během rozvoje paliativní péče došlo k různým změnám v definici tohoto konceptu. Nicméně i v dnešní době neexistuje jednotný konsensus mezi odborníky ohledně toho, jak přesně definovat paliativní péči a kdo, kdy a jak by měla být poskytována.

V roce 1990 vymezila Světová zdravotnická organizace (WHO) paliativní péči jako „*aktivní komplexní péči o pacienty, jejichž nemoc nereaguje na kurativní léčbu. Nejdůležitější je léčba bolesti a dalších symptomů, stejně jako řešení psychologických, sociálních a duchovních problémů nemocných. Cílem paliativní péče je dosažení co nejlepší kvality života nemocných a jejich rodin.*“<sup>69</sup>

Později, v roce 2002, WHO představila novou definici paliativní péče, která klade větší důraz na zlepšování kvality života pacientů a jejich rodin, kteří čelí vážným nemocem. Tento přístup se zaměřuje na předcházení a zmírňování utrpení, a to prostřednictvím časného rozpoznání, hodnocení a léčby bolesti a dalších problémů týkajících se fyzického, psychosociálního a duchovního zdraví.<sup>70</sup>

I když se definice mohou lišit, zpravidla sdílejí hlavní cíl: snižovat a předcházet utrpení a zlepšovat kvalitu života pacientů i jejich rodinných příslušníků, což je v souladu s definicemi Světové zdravotnické organizace (WHO).<sup>71</sup>

Principy paliativní péče jsou základními hodnotami a filozofií, které formují přístup k péči o pacienty s pokročilým nevléčitelným onemocněním a jejich rodiny. Tato péče se zaměřuje na poskytování komplexní podpory a úlevy, která respektuje individuální potřeby a hodnoty pacientů. Neurychluje ani neoddaluje přirozený proces smrti, ale namísto toho se soustředí na zajištění co nejlepší kvality života v dané situaci. Poskytuje úlevu od bolesti a dalších symptomů, přičemž zdůrazňuje důležitost psychologické podpory a podpory v procesu smířování s nemocí a smrtí. Paliativní péče aktivně zapojuje rodinu pacienta a vytváří pro ni podpůrný systém, který pomáhá překonat stres a zvládnout péči o blízkého. Zároveň podporuje život a nahlíží na smrt jako na přirozený a nevyhnutelný proces, který by měl být respektován a zpracován s ohledem na individuální potřeby pacienta i jeho rodiny. Vychází z principu ochrany důstojnosti pacientů a jejich práva na důstojný a klidný odchod ze života.<sup>72</sup>

## 2.2. Hospicová péče

Pojem "hospic" má svůj původ v anglickém slově "hospice", které lze přeložit jako útulek nebo útočiště. Moderní podoba hospicového hnutí vznikla ve Velké Británii a jeho klíčovou postavou se stala Cicely Mary Saundersová. Začínala jako zdravotní sestra a sociální pracovníce, ale později se rozhodla studovat medicínu, a to ve věku 38 let. Už

---

<sup>69</sup> BUŽGOVÁ, R. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života.*, s. 16.

<sup>70</sup> Srov. SEPÚLVEDA, C. et al. *Palliative Care: The World Health Organization's Global Perspective. Journal of Pain and Symptom Management.*, s. 91-96.

<sup>71</sup> Srov. BUŽGOVÁ, R. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života.*, s. 17.

<sup>72</sup> Srov. *Co je paliativní péče?* [online]

od mládí byla přesvědčena, že umírajícím lidem chybí specifická forma péče. Klíčovým momentem v jejím životě se stalo setkání s Davidem Tasmou, pacientem na oddělení St. Joseph's Hospice v Hackney, východním Londýně, kde Saundersová pracovala. Tasma trpěl rakovinou a nebylo mu jasné, jak závažný je jeho stav. Saundersová mu otevřeně sdělila pravdu a pečovala o něj až do jeho konce. David Tasma jí nakonec odkázal 500 liber s přáním, aby tato částka byla použita na vybudování dalšího podobného zařízení. V roce 1967 byl díky této zkušenosti otevřen St. Christopher Hospic v Londýně, který vedla právě Cicely Saundersová.<sup>73</sup>

Podle různých zdrojů je hospicová péče obecně chápána podobně, ale rozdíly se objevují zejména v tom, jak se přistupuje k celkovému porozumění potřeb umírajícího a jeho vztahu k okolnímu prostředí, sociálním interakcím a potřebám jeho blízkých. „*Myšlenka hospice vychází z úcty k životu a z úcty k člověku jako jedinečné, neopakovatelné bytosti.*“<sup>74</sup>

Podle Svatošové je hlavním principem hospice naplnit dny životem, nikoliv pouhým počtem dnů v životě. Důraz je kladen na zlepšení kvality života nemocného, a to až do posledního okamžiku. Hospice se zaměřují na poskytování péče a podpory nejenom pacientům, ale i jejich blízkým. Rodiny jsou v tomto procesu nedílnou součástí a hrají klíčovou roli. Hospice nepřestávají brát v úvahu potřeby rodiny ani po úmrtí pacienta a v případě potřeby jim poskytují podporu i dlouhodobě. Pro mnohé umírající představuje toto poznání nesmírně cennou pomoc.<sup>75</sup>

Hlavním posláním hospice je tedy pomáhat a sloužit. Úkolem není pouze poskytovat fyzickou pomoc prostřednictvím kvalitní ošetrovatelské péče, ale také pomáhat pacientům a jejich rodinám pochopit smysl utrpení. Toto pochopení často představuje nejcennější formu služby, kterou může nemocnému a jeho blízkým poskytnout. Pro dosažení tohoto cíle je nezbytný hluboký lidský a zároveň profesionální přístup a týmová práce všech zainteresovaných osob.<sup>76</sup>

Elizabeth Kübler-Rossová také zdůrazňuje důležitost zahrnutí rodiny nemocného do péče a definuje hospicovou péči následovně: „*Hospicová péče je vlastně staromódní zvyk – důstojná reakce na nevyhnutelný konec života, pomáhá umírajícímu i jeho rodině, která se musí vyrovnat se ztrátou. Nemocný, který smí zemřít v důvěrně známém okolí, se nemusí tak přizpůsobovat, neboť rodina jej zná. Někdy se uklidňující lék může nahradit sklenkou vína, vůně připravené polévky ho povzbudí, aby si vzal pár lžic. Nic proti uklidňujícím prostředkům a infúzím, vím, že často zachraňují život a že se jim nelze vyhnout! Ale stejně tak dobře vím, že trpělivost, důvěrná ruka a obvyklá jídla mohou*

---

<sup>73</sup> Srov. STEVENS, E.; JACKSON, S. a MILLIGAN, S. *Palliative Nursing Across the Spectrum of Care.*, s. 5-7.

<sup>74</sup> SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění provázet.*, s. 115.

<sup>75</sup> Srov. tamtéž.

<sup>76</sup> Srov. tamtéž., s. 115-116.

*nahradit mnoho lahviček intravenózních tekutin, které jsou fyziologicky nutné, ale hlavně nevyžadují mnoho personálu, ale individuální péči.*<sup>77</sup>

Hospicová a paliativní péče přináší do procesu umírání lidský rozměr a důraz na lidskou důstojnost. Pomáhají pacientům a jejich rodinám najít smysl a útěchu v těžkých chvílích a podporují je ve chvílích bolesti a strádání. Spolupráce s rodinou je klíčová pro dosažení této podpory a péče, která je individuálně přizpůsobena každému pacientovi a jeho blízkým. Je důležité si uvědomit, že hospicová a paliativní péče jsou nejenom o léčení těla, ale také o poskytování emocionální podpory, duchovního uklidnění a zachování důstojnosti. Jsou to nesmírně cenné zdroje péče, které nám připomínají lidskost a soucit v nejtěžších okamžicích života.

### **2.2.1. Formy hospicové péče**

#### **Domácí hospicová péče**

Tento typ péče je často považován za ideální volbu pro nemocného, protože jim umožňuje zůstat v domácím prostředí, kde se cítí nejkomfortněji. Nicméně, ne vždy je domácí péče dostatečná. To závisí na podmínkách domácího prostředí, dostupnosti podpory rodiny a péče poskytované pacientovi. Pokud jsou podmínky pro domácí péči vhodné, je důležité zajistit, aby rodina nebyla ponechána bez pomoci. Je nezbytné poskytnout rodině jak psychickou podporu, tak i praktickou pomoc. Některé úkony související s ošetřováním se rodinní příslušníci mohou naučit za dozoru zdravotníka, avšak některé úkony musí být vykonávány pouze zdravotnickým personálem.<sup>78</sup>

Domácí hospicová péče je poskytována kvalifikovaným týmem zdravotnických odborníků, včetně lékařů, sester a sociálních pracovníků. Podle individuálních potřeb pacienta může být do tohoto týmu zapojen také psycholog, duchovní a další odborníci. Tento multidisciplinární tým má schopnost poskytnout kompletní paliativní péči přímo v domácím prostředí. Spolupracuje s pacientovým všeobecným praktickým lékařem prostřednictvím pravidelných návštěv a neustálého poskytování odborné paliativní péče. V případě stabilizovaných pacientů může tento tým poskytnout i jednorázové odborné posouzení a pomoci s tvorbou individuálního léčebného plánu.<sup>79</sup>

#### **Stacionární hospicová péče**

Stacionární hospicová péče umožňuje pacientům být přijati do zařízení ráno a následně se vrátit domů odpoledne nebo večer. Dopravu zajistí buď samotný hospic, nebo rodina pacienta. Tato forma péče je ovšem vhodná pouze pro ty nemocné, kteří žijí

---

<sup>77</sup> KÜBLER-ROSSOVÁ, E. *O umírání a smrti.*, s. 67

<sup>78</sup> Srov. KUPKA, M. *Psychosociální aspekty paliativní péče.*, s. 31.

<sup>79</sup> Srov. *Koncepce paliativní péče v ČR.*, s. 35-36. [online]

v blízkosti hospice. Existuje několik důvodů, proč se někdo může rozhodnout pro tuto variantu:

**Diagnostický důvod:** Často se jedná o kontrolu bolesti, která se doma nedokázala efektivně zvládnout.

**Léčebný důvod:** Například pro podstoupení chemoterapie nebo jiných forem paliativní léčby.

**Psychoterapeutický důvod:** Zejména u pacientů, kteří jsou osamělí nebo s nimiž rodina nechce nebo nemůže o jejich problémech otevřeně hovořit.

**Důvod odlehčení (respitní):** Tato možnost je často využívána, když si jak rodina, tak i nemocný potřebují odpočinout. Může to být také preventivní opatření, které brání pozdější neplánované hospitalizaci, vyčerpání rodiny nebo konfliktům.<sup>80</sup>

### **Lůžková hospicová péče**

Lůžková hospicová péče poskytuje zázemí pro nemocné, kteří nejsou schopni denně dojíždět do stacionárního hospice, buď kvůli svému zdravotnímu stavu nebo vzdálenosti od bydliště. Rozhodnutí o přijetí do lůžkové hospicové péče nebo o zajištění péče ve stacionáři je kompetencí hospicového lékaře. Ten společně s ošetřujícím lékařem pacienta zvažuje vhodnost péče vzhledem ke zdravotnímu stavu zájemce.

V lůžkovém hospici jsou k dispozici speciální pomůcky, které běžně nejsou součástí standardního vybavení, jako jsou lůžka s nastavitelnou výškou nebo mobilní dávkovače léků. Možnosti návštěv jsou omezeny pouze podle přání pacienta a jeho blízkých, kteří mohou přijít kdykoliv a nejsou zatíženi povinnostmi péče o pacienta.

Lékařské a sesterské vizity probíhají stejně jako v nemocnici, avšak režim dne je přizpůsoben individuálním potřebám pacienta. Ten má možnost samostatně organizovat svůj den tak, aby co nejvíce vyhovoval jeho představám a přispíval ke zlepšení jeho života.<sup>81</sup>

## **2.3. Tým paliativní péče**

Tým paliativní péče je multidisciplinární skupina zdravotnických profesionálů a dalších odborníků, kteří spolupracují na poskytování komplexní péče pacientům s pokročilým nevyлéčitelným onemocněním a jejich rodinám. Tento tým je zaměřen na zlepšení kvality života pacientů tím, že se zabývá jejich fyzickými, emocionálními, sociálními a duchovními potřebami.

Složení týmu paliativní péče se obvykle liší v závislosti na potřebách pacienta a dostupných zdrojích. Mezi členy týmu mohou patřit lékaři, zdravotní sestry, sociální pracovníci, psychologové, duchovní poradci a další specialisté. Každý člen týmu přináší

---

<sup>80</sup> Srov. SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění provázet.*, s. 119–120.

<sup>81</sup> Srov. tamtéž., s. 120–122.

své unikátní znalosti a dovednosti, které jsou klíčové pro poskytování kvalitní péče v koncové fázi života.<sup>82</sup>

Klíčové pro paliativní tým je zaměřit se na jedinečné potřeby každého pacienta a podporovat jejich autonomii a rozhodování v otázkách péče. To znamená poskytovat péči, která respektuje jejich individuální přání a hodnoty. Důležité je vytvořit prostředí, ve kterém se pacienti cítí podporovaní a mohou se snažit uskutečnit své naděje a sny, ať už jsou jakékoliv.

Péče o umírající spočívá v kombinaci vědeckých znalostí a lidského porozumění. Je to dovednostní kombinace, která zahrnuje nejen klinické dovednosti, ale i schopnost empatie a soucitu. Tým musí být schopen spolupracovat s pacienty a jejich rodinami během celého procesu nemoci a přijetí smrti. To vyžaduje nejen odbornou přípravu a praxi, ale také schopnost být soucitní a přizpůsobiví potřebám pacientů a jejich rodin.<sup>83</sup>

## 2.4. Důležitost péče o umírající a těžce nemocné

Filozofie, jež stojí v základu péče o vážně nemocné a umírající, tkví v respektu k přirozené hodnotě, důstojnosti a jedinečnosti každého jednotlivce. Ti, kteří se ocitnou v bodě vážné nemoci a umírání, mají za sebou různorodé životní zkušenosti a nacházejí se na různých bodech kontinua mezi narozením a smrtí. To se netýká pouze časové osy, ale i osobního vývoje. Skrze své jedinečné životní příběhy si každý člověk vytváří rovnováhu mezi vnitřní a vnější existencí, smyslem života a osobní filozofií. Je důležité nejen uznávat a respektovat tento „osobní příběh“, ale také se snažit mu porozumět natolik, abychom mohli využít vnitřní zdroje pacienta a poskytnout mu pomoc. Přirozená důstojnost lidí, bez ohledu na jejich okolnosti, je základem, z něhož vyplývá přirozený respekt k nim a k vztahům, které s nimi vytváříme. Vztahy, jež pacienti navázali před onemocněním a během něj, jsou často složité a rozmanité, mohou mít rodinný, sociální a kulturní rozměr. Tato „lidská propojenost“ si zaslouží respekt a snahu o porozumění. Musí s ohledem a citlivostí přistupovat k tomu, jak do těchto vztahů vstupujeme. Zdravotníci, kteří se starají o umírající pacienty, se často setkávají s individuálním i kolektivním hledáním smyslu – lidskou touhou dát životu, nemoci, umírání a smrti smysl a význam. Jejich úlohou je nejen poskytovat lékařskou péči, ale také vytvářet prostředí, které umožní zkoumání a pochopení těchto hlubokých otázek a pocitů.<sup>84</sup>

Péče o umírající a těžce nemocné je nezbytnou součástí zdravotnické praxe, která nám umožňuje poskytnout důstojný a komplexní závěr života těm, kteří se nacházejí v posledních fázích své cesty. Jedním z klíčových aspektů této péče je zajištění komfortu a pohody pro pacienty, kteří často trpí bolestí a dalšími obtížemi spojenými s jejich nemocí.

---

<sup>82</sup> Srov. *Podpůrný a paliativní tým*. [online]

<sup>83</sup> Srov. LATIMER, E. *Caring for seriously ill and dying patients: the philosophy and ethics*. [online]

<sup>84</sup> Srov. tamtéž.

### 2.4.1. Potřeby nemocného

Dokud nepřijde na vlastní kůži, co všechno nemocný ztrácí, člověk si možná nedokáže úplně představit, jaké to je. Proto je důležité pochopit, že reakce pacienta na novou situaci může být různá, a to včetně agresivity, úzkosti, depresí či zmatenosti. Neznalé okolí často nereaguje na tyto projevy s porozuměním, což může pouze stupňovat situaci. Dochází tak k začarovanému kruhu, který není pro nikoho prospěšný. Naopak, dobře připravené a empatické okolí dokáže s vzniklou situací lépe zacházet a může být nemocnému obrovskou oporou.

Zaměříme se na čtyři hlavní okruhy potřeb těžce nemocného: biologické, psychologické, sociální a spirituální. Je třeba mít na paměti, že priority v těchto oblastech se mohou v průběhu nemoci měnit, a je důležité být flexibilní a citlivý na potřeby nemocného v každém okamžiku.<sup>85</sup>

#### Potřeby biologické

Biologické potřeby umírajících pacientů jsou spojeny s jejich fyzickými potřebami a zdravotním stavem. Jejich uspokojení má klíčový význam pro zachování jejich komfortu a kvality života v posledních fázích života. Jednou z nejvýznamnějších biologických potřeb je léčba bolesti, která je prioritou pro minimalizaci utrpení. Lékaři a ošetřovatelé se snaží poskytnout vhodnou farmakoterapii a terapeutické postupy pro úlevu od bolesti.

Kromě bolesti mohou pacienti trpět i dalšími symptomy, jako je nevolnost, zvracení, dehydratace nebo dušnost. Poskytnutí odpovídající symptomatické léčby je nezbytné pro zajištění pohodlného stavu a zlepšení kvality života. Součástí biologických potřeb je také zajištění komfortu prostředí, což zahrnuje péči o hygienu, suchost a čistotu prostoru a úpravu polohování pacienta.

Důležitou roli hraje i výživa a hydratace. Vzhledem k obtížím s polykáním mohou být potrava a tekutiny problematické, ale pokud je to možné a pokud si to pacient přeje, je důležité zajistit jim dostatečný příjem. Celkově je uspokojení biologických potřeb klíčové pro komfort a důstojnost umírajících pacientů.

#### Potřeby psychologické

V rámci psychologických potřeb umírajících pacientů zaujímá zásadní pozici respektování jejich lidské důstojnosti. Každý jedinečný člověk nese s sebou své vlastní poslání a hodnotu, které je třeba respektovat a chránit, zejména v období, kdy se blíží ke konci svého života. Tato zásada je pilířem celosvětového hospicového hnutí, které klade důraz na individuální potřeby a důstojný odchod umírajících. Komunikace se stává

---

<sup>85</sup> Srov. SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění provázet.*, s. 18-19.

klíčovým prvkem péče o nemocného, přičemž se nejedná pouze o verbální projevy, ale i o gesta a porozumění. Pacient by měl mít možnost komunikovat se svým okolím i mimo slova, a je zásadní poskytnout mu bezpečný prostor. Otevřená a upřímná komunikace s pacientem je klíčem k porozumění jeho potřebám a pocitům. Kromě toho je důležité respektovat individuální tempo a potřeby pacienta ohledně informací o jeho zdravotním stavu. Řečené slovo by mělo být v souladu s jeho přáními a v okamžicích, kdy je k tomu připravený. Tímto způsobem je umožněno, aby se pacient cítil posílen a podporován v každém okamžiku svého posledního životního úseku.<sup>86</sup>

### **Potřeby sociální**

Sociální potřeby umírajícího člověka představují další důležitý aspekt péče v posledních fázích života. Tyto potřeby zahrnují vytváření a udržování sociálních vazeb a vztahů, které mohou poskytnout pacientovi emoční podporu a komfort v jeho závěrečných dnech.

Komunikace a přítomnost blízkých lidí jsou pro umírajícího pacienta klíčové. Zajištění možnosti setkávání se s rodinou, přáteli a dalšími důležitými osobami je proto nedílnou součástí péče. Tato interakce může pomoci nemocnému vyrovnat se se svým stavem, sdílet vzpomínky a vyjádřit své pocity, což přispívá k jeho psychickému a emocionálnímu pohodlí. Důležitost sociálních vztahů se odráží i ve vztahu k zdravotnickému personálu a dobrovolníkům, kteří poskytují péči. Přátelský a podpůrný přístup zdravotnického týmu a dobrovolníků může umírajícímu pacientovi poskytnout pocit bezpečí a důvěry, což má pozitivní vliv na jeho celkový stav a kvalitu života v posledních dnech.<sup>87</sup>

### **Potřeby spirituální**

Potřeby spirituálního charakteru, které může umírající člověk prožívat, byly dlouhou dobu tabuizovány. Někteří lidé, včetně některých zdravotníků, stále vnímají duchovní potřeby jako záležitost pouze pro věřící. Avšak realita je složitější. I ti, kteří nevyznávají náboženství, mohou v období nemoci nebo umírání prožívat existenciální otázky a hledat smysl svého života.

Každý člověk má přirozenou touhu najít smysl a poslání ve svém životě, a tato potřeba se v období nemoci může prohlubovat. I když nemocný není věřící, může se zajímat o duchovní aspekty své existence a hledat odpovědi na otázky ohledně smyslu života a lidského utrpení. Poskytnutí prostoru pro vyjádření těchto pocitů a podpora v hledání smyslu mohou být pro umírajícího člověka klíčové. Zdravotníci a pečovatelé mají důležitou roli v respektování a podpoře spirituálních potřeb pacienta. Jejich úkolem

---

<sup>86</sup> Srov. SVATOŠOVÁ, M., *Hospice a umění provázet.*, s. 20.

<sup>87</sup> Srov. *Komunikace s umírajícím a blízkými.* [online]

není pouze léčit tělesné potíže, ale i poskytovat emoční a duchovní podporu. Nabídnutí možnosti rozhovoru o duchovních tématech, naslouchání pacientovým úvahám a respektování jeho individuálního pohledu na svět může být pro umírajícího člověka velkým zdrojem síly a klidu v těžkých chvílích.<sup>88</sup>

#### **2.4.2. Fáze reakcí na smrt a umírání**

Lidé reagují na těžké životní situace různě, a to v závislosti na mnoha faktorech, jako jsou jejich zkušenosti, osobnost a životní okolnosti. Dr. Elisabeth Kübler-Rossová, známá svými studii týkajícími se těžce nemocných a umírajících, detailně popisuje fáze prožívání a chování v takových situacích. Důležité je si uvědomit, že tyto fáze nejsou striktně lineární, a ne vždy se projevují v pevně daném pořadí. Mohou se vzájemně prolínat a měnit, a to i v krátkých časových úsecích. Navíc reakce členů rodiny a blízkých mohou být odlišné a individuální, přestože procházejí stejnou situací. Každý jedinec je jedinečný a má svůj vlastní způsob zvládnání těžkých životních situací.

##### **Fáze odmítání**

V této fázi jedinec reaguje na zprávu o své nemoci či blížící se smrti odmítáním a nepřijetím této skutečnosti. Mohou se objevit různé obranné mechanismy, jako je odmítání informací, minimalizování závažnosti situace nebo hledání naděje na uzdravení. Popírání může být spojeno s pocitem šoku, dezorientace a nepochopení toho, co se děje. Jedinec se může snažit vyhýbat se myšlenkám na smrt a pokračovat v běžných činnostech, jako by se nic nestalo.

Je důležité, aby ošetřující personál respektoval pacientovu potřebu zůstat ve fázi popírání. Negace může být pro některé lidi přirozenou reakcí na zprávu o nemoci nebo umírání, a proto je důležité, aby pečovatelé nechtěli tuto fázi uměle překonat. Jejich úkolem je spíše porozumět pacientovi a poskytnout mu podporu a pomoc, a to i bez nutnosti, aby pacient již byl ochoten přijmout diagnózu nebo uvěřit v realitu své situace.<sup>89</sup>

##### **Fáze hněvu**

Emoce jako hněv a agrese se mohou objevit jako reakce na beznaděj, frustraci nebo nespravedlnost vyplývající z těžké nemoci či blížící se smrti. Podle Kübler-Rossové je důležité těmto emocím porozumět a respektovat je jako součást přirozeného procesu umírání. Ošetřující personál by měl být schopen přijmout projevy hněvu a agrese pacienta s empatií a trpělivostí, aniž by je potlačoval nebo odsuzoval. Místo toho by měl pacientovi poskytnout prostor k vyjádření jeho emocí a nabídnout mu podporu a porozumění v jeho

---

<sup>88</sup> Srov. SVATOŠOVÁ, M., *Hospice a umění provázet.*, s. 21.

<sup>89</sup> Srov. KÜBLER-ROSSOVÁ, E. *Otázky a odpovědi o smrti a umírání.*, s. 13-14.



obtížné situaci. Tímto způsobem může ošetřující personál pomoci pacientovi lépe zvládnout tuto fázi procesu umírání.<sup>90</sup>

### **Fáze smlouvání**

V této fázi uvědomuje si nemocný, že jeho situace je dána vážnou nemocí. Začíná uvažovat nad smyslem svého života, hledá způsoby, jak naplnit zbývající čas, a přemítá o tom, co by ještě rád zažil. Může si klást krátkodobé cíle, jako například dožít se důležitých událostí, jako je promoce dítěte či svatba vnuka. Osoba, která pacienta provází touto fází, hraje klíčovou roli v tom, že pomáhá pacientovi identifikovat tyto cíle a ocenit každý jejich splněný krok. Je důležité klást důraz na obsah cílů a jejich důležitost pro pacienta, namísto časového rámce. Když se nemocný ptá na možnost dožití se události za několik let, odborníci mu neříkají, že to je málo pravděpodobné. Místo toho mu pomáhají pochopit, proč je to pro něj důležité, a podporují ho ve víře, že i zdánlivě vzdálené cíle jsou dosažitelné.<sup>91</sup>

### **Fáze deprese**

Nemocný se ocitá v situaci, kdy se jeho zdravotní stav rapidně zhoršuje, a není mu už možné uniknout skutečnosti, že směřuje ke smrti. Cítí vyčerpání jak fyzicky, tak i psychicky a prochází obdobím hlubokého smutku nad ztrátou zdraví, budoucnosti a nových možností. V této fázi je důležitá přítomnost člověka, který je s nemocným, naslouchá mu a podporuje ho v těžkých okamžicích, které přináší konec života. Pacient potřebuje možnost vyjádřit své obavy a strachy ohledně smrti a všeho, co jej trápí. Poskytnutí podpory a pochopení může zkrátit dobu trvání této deprese a usnadnit pacientovi procházení tímto obtížným obdobím.<sup>92</sup>

### **Fáze smíření**

Fáze smíření je důležitým bodem v procesu umírání. Pacienti, kteří se dostanou do této fáze, působí klidně a vyrovnaně. Ideální by bylo, kdyby jak oni sami, tak i jejich rodina, mohli dosáhnout této akceptace. Smíření se smrtí je realistickou součástí života, neboť všichni jednou zemřeme. Někteří nemocní mohou také rezignovat a pocíťovat beznaděj, a proto je důležité podporovat jejich naděje, projevovat jim účast a zůstat jim po boku. Poskytnutí emocionální opory a laskavého porozumění může pomoci nemocnému nalézt klid a smíření s nevyhnutelným koncem života.<sup>93</sup>

---

<sup>90</sup> Srov. KÜBLER-ROSSOVÁ, E. *Otázky a odpovědi o smrti a umírání.*, s. 17-20.

<sup>91</sup> Srov. *Fáze vyrovnávání se s nemocí.* [online]

<sup>92</sup> Srov. *tamtéž.*

<sup>93</sup> Srov. KÜBLER-ROSSOVÁ, E. *Otázky a odpovědi o smrti a umírání.*, s. 27-31.

## 2.5. Psychohygienu a etické aspekty práce pracovníků paliativní péče

Je naprosto klíčové si uvědomit, že v oblasti práce v paliativní a hospicové péči nejde jen o poskytování podpory a pomoci klientům a jejich rodinám, ale také o péči o samotné pracovníky. Paliativní a hospicová péče je nesmírně náročné odvětví, které často přináší emocionální zátěž a stresující situace. Pracovníci se setkávají s lidským utrpením, krizemi a životními tragédiemi každý den, což může mít výrazný dopad na jejich vlastní duševní zdraví a pohodu. Proto je důležité, aby pracovníci věnovali pozornost péči o své vlastní emoční a psychické blaho. To zahrnuje pravidelnou reflexi své práce, vyhledávání supervize a podporu od kolegů a nadřízených, a využívání strategií pro zvládání stresu a vyhoření. Sami pracovníci potřebují prostor pro vyjádření svých emocí a zkušeností, a také možnost reflektovat své hranice a limity.

Dodržování psychohygienických principů není jen pro dobro pracovníků samotných, ale také pro kvalitu poskytované péče. Pracovníci, kteří se cítí dobře a jsou duševně a emocionálně stabilní, jsou schopni lépe reagovat na potřeby svých klientů a poskytnout jim efektivní podporu a pomoc. Proto je klíčové, aby organizace paliativní a hospicové péče poskytovaly svým zaměstnancům potřebnou podporu a zdroje pro péči o jejich vlastní duševní zdraví. S postupem času a rozvojem vědeckého poznání v oblastech přírodních i společenských věd se začalo uznávat důležitost péče o psychické zdraví člověka vedle péče o jeho fyzické zdraví. Tento posun přinesl komplexní rozvoj oblasti nazývané psychohygienu. Samotný koncept psychohygieny se začal objevovat relativně nedávno, v posledních 20–30 letech minulého století. V rámci psychohygieny není důraz kladen pouze na zachování fyzického a duševního zdraví, ale také na harmonický rozvoj osobnosti člověka v souladu s přírodními a sociálními podmínkami, do nichž je člověk zapojen.<sup>94</sup>

Pro sociální pracovníky a pracovníky v takovémto odvětví představuje psychohygienu zcela klíčový aspekt, neboť sami sociální pracovníci jsou nejučinnějším a nejvýznamnějším nástrojem ve své profesi. Je rovněž zásadní, aby tito pracovníci pečovali o své fyzické i duševní zdraví z několika důvodů. Za prvé, jejich tělo je jejich pracovním nástrojem, který je třeba udržovat v dobrém stavu, aby mohli vykonávat svou práci efektivně. Za druhé, tělo slouží jako zdroj energie, kterou přenášejí na ostatní, a proto je důležité, aby bylo plné vitality a dobře se cítili.<sup>95</sup>

### 2.5.1. Syndrom vyhoření

Syndrom vyhoření představuje reakci na extrémně náročnou práci, kdy dochází k totálnímu vyčerpání fyzických, emocionálních a duševních sil, a jedinec dosahuje bodu,

<sup>94</sup> Srov. BEDRNOVÁ, E. *Duševní hygiena a sebeřízení pro vysokoškoláky a mladé manažery*.

<sup>95</sup> Srov. KACZOR, M. *Psychohygienu sociálního pracovníka*.

kdy cítí, že není schopen pokračovat. Tento stav často provází pocit beznaděje a vzniká jako důsledek dlouhodobého působení chronického stresu. Nejvíce ohroženi syndromem vyhoření jsou lidé pracující v oblastech, kde je vysoká míra zatížení a tlaku, zejména ti, kteří se angažují v pomocných profesích. Podobné riziko hrozí také jedincům s vysokou mírou motivace a ambicemi ve své práci.<sup>96</sup>

Termín "burn-out" byl poprvé použit v roce 1974 H. Freudenbergerem v časopise *Journal of Social Issues*, avšak hlavní vlna zájmu o tuto problematiku vznikla až v osmdesátých letech minulého století. Syndrom vyhoření se projevuje především jako psychický stav, prožitek a vyčerpání a je typický zejména pro profese, které zahrnují práci s lidmi nebo jsou závislé na jejich hodnocení. Jeho symptomy lze rozdělit do tří úrovní – psychické, fyzické a sociální. Klíčovými charakteristikami jsou emoční vyčerpání, kognitivní opotřebení a celková únava, které vznikají jako důsledek dlouhodobého pracovního stresu. Syndrom vyhoření často souvisí s pocitem ztráty smyslu práce a je reakcí na nadměrný pracovní tlak.<sup>97</sup>

### **Prevence syndromu vyhoření**

Prevence syndromu vyhoření je zásadním krokem k udržení duševního i fyzického zdraví. Existuje několik preventivních opatření, na které je dobré se zaměřit, abychom se tomuto syndromu vyhnuli. Prvním krokem je dodržování zdravého životního stylu, což zahrnuje pravidelnou fyzickou aktivitu, vyváženou stravu a dostatečný odpočinek. Dále je důležité vyhýbat se dlouhodobému stresu, který může být jedním z hlavních faktorů vedoucích k vyhoření. Věnování dostatečného času vlastním koníčkům, rodině a přátelům může být dalším účinným preventivním opatřením. Otevřená komunikace o svých problémech s blízkými lidmi může také pomoci zabránit hromadění stresu a emočnímu vyčerpání. Důležité je také umět říkat "ne" v situacích, které nás příliš zatěžují, a mít realistické cíle a očekávání ohledně pracovního vytížení. Dobrá organizace pracovních úkolů může snížit pocit přetížení a umožnit lepší zvládání pracovních situací. Relaxace, jak fyzická, tak psychická, je klíčová pro udržení duševního zdraví. Snažení se najít radost z maličkostí a životních radostí může také přispět k celkovému pocitu spokojenosti a vyváženosti.<sup>98</sup>

Pracovníci by měli vypracovat postupy, které budou podporovat jejich vlastní psychohygienu a umožní jim vyrovnat se s náročnými tématy, jako je smrt a umírání, a také s komunikačními situacemi spojenými s jejich prací. Existuje celá řada možností, jak toho dosáhnout. Někteří mohou upřednostňovat individuální supervizi, zatímco jiní dávají přednost skupinové supervizi. Někteří se rádi účastní vzdělávacích kurzů nebo workshopů, anebo preferují neformální setkání a sdílení s kolegy při kávě. Důležité je,

---

<sup>96</sup> Srov. KEBZA, V. *Psychická zátěž, stres a psychohygienu v lékařských profesích*.

<sup>97</sup> Srov. KUPKA, M. *Psychosociální aspekty paliativní péče.*, s. 39.

<sup>98</sup> Srov. *Syndrom vyhoření: příčiny, prevence a léčba*. [online]

aby management organizace byl schopen rozpoznat, co je pro pracovníky nejvhodnější formou psychohygieny, a poskytl jim potřebnou podporu. Psychohygieny by měla být běžnou součástí pracovního procesu, neboť pracovníci musí pečovat nejen o své klienty, ale také o svou vlastní pohodu a duševní zdraví.<sup>99</sup>

### **2.5.2. Náležitosti pro práci v oblasti paliativní péče**

Práce v oblasti paliativní péče vyžaduje specifické náležitosti a dovednosti, které jsou nezbytné pro poskytování komplexní a citlivé péče pacientům v pokročilých stádiích nemoci. Klíčovými aspekty pro úspěšnou práci v této oblasti jsou empatie a empatická komunikace, etické zásady a respekt k autonomii pacienta, odborná znalost o symptomech a řízení bolesti, psychologická odolnost a sebek péče, týmová spolupráce a multidisciplinární přístup, a kontinuální vzdělávání a profesionální rozvoj. Empatie je základním kamenem paliativní péče, umožňuje pracovníkům naslouchat a vcítit se do emocionálního stavu pacientů a jejich rodin, což je klíčové pro budování důvěry a podpory. Pracovníci musí mít pevné základy v oblasti etiky a respektovat individuální hodnoty a přání pacientů.

Dalším požadavkem je schopnost komunikace. Tato dovednost je nezbytná pro efektivní poskytování péče a podpory pacientům v jejich obtížných životních situacích. U různých profesí se uplatňuje v různé míře, ale je zásadní pro každého, kdo pracuje v této oblasti. Například psychologové a sociální pracovníci musí mít schopnost komunikovat jako základní požadavek pro výkon jejich práce. Sestry musí umět s pacienty citlivě a s respektem komunikovat o jejich potřebách a obtížích. Doktoři také musí být schopni efektivně komunikovat s pacienty a poskytovat jim informace o jejich stavu a léčebných možnostech. I administrativní pracovníci a personál, kteří nejsou přímo zapojeni do poskytování lékařské péče, musí mít určité komunikační dovednosti. Jsou očekávány základní aspekty komunikace, jako je slušnost, trpělivost, klidné chování a seriózní jednání, aby se zajistila plynulost provozu a poskytování podpory pacientům a jejich rodinám.<sup>100</sup>

Důkladná znalost symptomů a léčebných postupů je nezbytná pro účinné řízení bolesti a poskytování pohodlí pacientům. Práce v oblasti paliativní péče může být emocionálně náročná a vyžaduje od pracovníků psychickou odolnost a schopnost zvládat stres. Je důležité, aby měli vhodné strategie pro péči o své vlastní psychické zdraví a vyhýbali se syndromu vyhoření. Spolupráce v týmu zdravotnických odborníků je nezbytná pro koordinaci komplexní péče a poskytování podpory pacientům i jejich rodinám. Klíčové je i kontinuální vzdělávání a profesionální rozvoj pro udržení aktuálnosti a efektivity poskytované péče. Pracovníci by měli pravidelně aktualizovat své

---

<sup>99</sup> Srov. HRDÁ, K., TOLLAROVÁ, B. *Průvodce poskytováním paliativní péče v pobytových sociálních službách pro seniory*. [online]

<sup>100</sup> Srov. SLÁMA, O.; KABELKA, L. a VORLÍČEK, J. *Paliativní medicína pro praxi*.

znalosti a dovednosti prostřednictvím školení a kurzů, což jim umožní poskytovat nejlepší péči svým pacientům. Náležitosti pro práci v oblasti paliativní péče jsou základem pro poskytování kvalitní a lidské péče pacientům v obtížných životních situacích. Pro nového pracovníka by mohla být k dispozici podpora v podobě psychologa, sociálního pracovníka nebo zkušenějších kolegů, na které by se mohl obrátit se svými obtížemi. Pravidelná supervize by také mohla být užitečná, neboť by mu pomohla porozumět motivacím k práci v této oblasti a reflektovat vlastní postoj a vztah ke smrti.<sup>101</sup>

### 2.5.3. Etické aspekty paliativní péče

Veškerou zdravotní péči, včetně paliativní péče, je nezbytné provádět na odborně kvalifikované úrovni a musí být prováděna také v souladu s etickými normami a platným právním rámcem. Při péči o pacienty s nevléčitelnými onemocněními v koncové fázi života se ale mohou objevit situace, kdy jsou základní etické a právní principy a hodnoty zdánlivě nebo skutečně v rozporu. Například může nastat konflikt mezi povinností ochrany a zachování života vs. povinností zmírnit utrpení a uměle neprodlužovat nevratný proces umírání. Podobně může nastat konflikt mezi respektem k autonomii pacienta a povinností nepoškozovat pacienta v situacích, kdy pacient požaduje léčbu, která není doporučena lékařem a může mu způsobit závažné nepříznivé účinky. Reflektování těchto etických a právních otázek v jednotlivých klinických situacích a také ohledně vlastního jednání zdravotníků je klíčovou součástí poskytování paliativní péče.

Základní etické principy v oblasti zdravotní péče jsou klíčové pro poskytování důstojné a respektující péče o pacienty. Tyto principy zahrnují:

**Respekt k autonomii:** Každý jedinec má právo na autonomii a svobodu rozhodování o svém vlastním zdravotním stavu a léčebných postupech. Je důležité respektovat přání pacienta a umožnit mu aktivní účast na procesu rozhodování prostřednictvím informovaného souhlasu.

**Beneficence:** Princip dobročinnosti znamená závazek lékaře k tomu, aby konal v zájmu pacienta a prováděl léčebné postupy, které jsou pro něj prospěšné. To zahrnuje poskytování péče a léčby, která má potenciál zlepšit kvalitu života pacienta.

**Nonmaleficence:** Tento princip zakazuje způsobování škody pacientovi a vyžaduje, aby lékaři dbali na minimalizaci rizika jakéhokoliv poškození pacienta. To zahrnuje nejen fyzické, ale i psychické a sociální aspekty péče.

---

<sup>101</sup> Srov. KUPKA, M. *Psychosociální aspekty paliativní péče.*, s. 47.

**Distribuční spravedlnost:** Zajištění rovnoměrného přístupu kvalitní zdravotní péče pro všechny pacienty bez ohledu na jejich socioekonomický status, rasovou nebo etnickou příslušnost či geografickou polohu. Spravedlivé rozdělení zdravotních zdrojů a péče je klíčem k zachování rovnosti a důstojnosti ve zdravotnictví.<sup>102</sup>

Tyto principy společně tvoří etický rámec, kterým by se měli lékaři a zdravotníci řídit při poskytování péče pacientům v rámci paliativní péče i ve všech ostatních oblastech medicíny. Jejich aplikace vyžaduje citlivost, empatii a respekt k individuálním potřebám a přání pacientů.

### **Právo na informace o zdravotním stavu**

Pacient má právo na informace o svém zdravotním stavu a navržených zdravotních službách. Lékař by měl pacienta informovat srozumitelným způsobem v dostatečném rozsahu jak o jeho zdravotním stavu, tak o navrženém terapeutickém postupu a jeho příp. změnách. Informace, které by měly být poskytovány, zahrnují příčinu a původ nemoci, pokud jsou známy, stádium a předpokládaný vývoj, účel, povahu, předpokládaný přínos, možné důsledky a rizika navrhovaných zdravotních služeb, léčebné alternativy, jejich vhodnost, přínos a rizika pro pacienta, další potřebnou léčbu a omezení a doporučení ve způsobu života s ohledem na zdravotní stav.<sup>103</sup>

Pacient má zároveň právo klást doplňující otázky, které mu mají být srozumitelně zodpovězeny, nahlížet do zdravotnické dokumentace, pořizovat si výpisy nebo kopie, určit osoby, které mohou být o jeho stavu informovány, a může určit, jestli mohou nahlížet do zdravotnické dokumentace o něm vedené, pořizovat si výpisy nebo kopie, určit, jestli za něj mohou tyto osoby vyslovit souhlas nebo nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb v případě, že ho není schopen poskytnout sám, zakázat poskytnutí informace o zdravotním stavu kterékoliv osobě a zároveň může tento zákaz kdykoliv odvolat, a vzdát se podání informace o zdravotním stavu a určit osoby, které mohou být o jeho stavu informovány, pokud se on informací vzdává. Pokud pacient nemůže v důsledku změněného stavu vědomí (např. sopor, koma, delirium, těžká demence) určit osoby, kterým mohou být informace o jeho zdravotním stavu sděleny (vč. nahlížení do zdravotnické dokumentace, pořizování kopií atd.), mají právo na tyto informace osoby blízké.<sup>104</sup>

Medicína nese odpovědnost za poskytování péče, která respektuje životní procesy. Nepatří mezi její úkoly přímé způsobování přirozené smrti, ale zároveň nemá za cíl bránit

---

<sup>102</sup> Srov. SLÁMA, O. a VAFKOVÁ, T. *Etické a právní aspekty paliativní péče*. [online]

<sup>103</sup> Srov. tamtéž.

<sup>104</sup> Srov. tamtéž.

smrti, když již není možné obnovit určitou minimální úroveň lidské aktivity. Tento princip reflektuje ohled na lidskou důstojnost a přirozené fyziologické procesy.<sup>105</sup>

Dalším důležitým tématem v kontextu etiky umírání a péče o nemocné pacienty je eutanázie. Eutanázie představuje úmyslné ukončení života pacienta za účelem zmírnění jeho utrpení. Tato problematika je velmi kontroverzní a vyvolává mnoho etických a právních otázek, kterým se budeme věnovat podrobněji v následující kapitole.

---

<sup>105</sup> Srov. KUSHNER, T., THOMASMA, D. C. *Od narození do smrti: etické problémy v lékařství*, s. 205.

### 3. Eutanazie ve světle paliativní péče

Vstupujeme do kapitoly, která nás zavádí do hlubšího porozumění jedné z nejcitlivějších a nejdiskutovanějších oblastí moderní medicíny – eutanazie. Je to téměř jako vstoupit na tenký led, kde etika, právo a lidská důstojnost tančí svůj složitý tanec v okamžiku, kdy se blíží nevyhnutelný konec života.

Jak jsme se již v předešlé kapitole zmínili, paliativní péče je základním pilířem v medicíně, zaměřeným na poskytování komplexní péče pacientům, kteří čelí nevléčitelným onemocněním a konci života. Tato forma péče klade důraz na zmírnění utrpení, zajištění pohodlného prostředí a podporu pacientů a jejich rodin v emocionálně náročných časech. Nedílnou součástí paliativní péče je respekt k individuálním potřebám, přání a hodnotám každého pacienta. To nás přirozeně přivádí k otázce eutanazie – aktu, který vyvolává výzvy nejenom našemu právnímu systému a medicínské etice, ale také naší lidskosti a soucitu.

Eutanazie je často popisována jako úmyslné ukončení života na základě žádosti pacienta. Je to téma, které vyvolává značné kontroverze a znepokojení od samého počátku lidských dějin. Otázka, zda jedinec má právo rozhodovat o svém vlastním životě a jeho konci, vstupuje do ostrého kontrastu s filozofickými, náboženskými a etickými principy, které ovlivňují mnoho kultur a náboženství po celém světě. V dnešní době, kdy se společnost mění a vědecké objevy přinášejí nové možnosti, se otázka eutanazie stává ještě složitější.<sup>106</sup>

#### 3.1. Pojem eutanazie

*Eutanazie je obvykle definována jako usmrcení na žádost. Je to fenomén, který přináší znepokojení snad od samého úsvitu lidských dějin. Otázka možnosti a oprávněnosti nakládat se svým životem dle vlastního uvážení a rozhodnutí ostře kontrastuje s filozoficko-náboženskými principy a zásadami většiny filozofických, duchovních a náboženských směrů.*<sup>107</sup>

Dle Světové lékařské asociace je eutanazie „vědomé a úmyslné provedení činu s jasným záměrem ukončit život jiného člověka za následujících podmínek: subjektem je kompetentní informovaná osoba s nevléčitelnou chorobou, která dobrovolně požádala, aby její život byl ukončen; jednající ví o stavu této osoby a o jejím přání zemřít a páchá tento skutek s prvořadým úmyslem ukončit život této osoby; a skutek je proveden se soucitem a bez osobního zisku.“<sup>108</sup>

Eutanazie je dnes chápána jako lékařský akt, který má za cíl způsobit nebo urychlit smrt druhého člověka. V tomto kontextu je klíčové rozlišovat různé formy tohoto pojmu:

<sup>106</sup> Srov. PTÁČEK, R., BARTŮNĚK, P. *Eutanazie – pro a proti.*, s. 19

<sup>107</sup> Tamtéž., s. 19.

<sup>108</sup> MUNZAROVÁ, M. *Co mluví i dnes proti eutanazii? Zdravotnické právo v praxi.*, 1: 4-6.



**Aktivní a pasivní eutanazie:** Aktivní eutanazie představuje záměrné jednání, které má za úkol uspíšit či způsobit smrt druhé osoby. Naopak pasivní eutanazie spočívá v nečinnosti nebo v opomenutí zásahů, které by mohly vést k prodloužení života pacienta.

**Přímá a nepřímá eutanazie:** Přímá eutanazie se zaměřuje přímo na usmrcení jedince, zatímco nepřímá eutanazie umožňuje smrt jako vedlejší efekt jiné léčby nebo péče, jejímž hlavním cílem není smrt, ale zmírnění utrpení.

**Dobrovolná a nedobrovolná eutanazie:** Dobrovolná eutanazie je provedena na základě explicitní žádosti pacienta, zatímco nedobrovolná eutanazie se provádí bez souhlasu pacienta, nejčastěji na základě rozhodnutí lékaře nebo rodiny.

**Asistovaná sebevražda:** Tato forma eutanazie zahrnuje situaci, kdy lékař poskytuje nemocnému prostředky nebo asistenci k provedení sebevraždy.

**Sociální eutanazie:** Sociální eutanazie se týká situací, kdy nedostatečné zdravotnické systémy nebo nedostatek zdrojů může vést k předčasné smrti jedinců, kteří by mohli být léčeni a zachráněni. Tento termín označuje zdravotní stav, který by mohl být změněn, ale z různých důvodů není.<sup>109</sup>

### 3.1.1. Historický vývoj pojmu

Původ slova eutanazie sahá do starověké řecké kultury, kde se skládá z dvou slov: *eu* (dobrý) a *thanatos* (smrt). V jeho nejzákladnější formě toto slovo označuje „dobrou smrt“. Tato myšlenka vyvolává minimum kontroverze, protože většina lidí by si přála, aby jejich smrt byla co nejméně bolestivá a důstojná. Nicméně skutečné spory vznikají v důsledku střetu různých sociálních, kulturních a náboženských hodnot, které se týkají toho, zda je přijatelné či nepřijatelné podporovat umělé ukončení života. Tyto rozdílné postoje nejsou nic nového a historicky jsou důsledkem filozofických debat a náboženských přesvědčení. Například Platón a Sokrates se domnívali, že utrpení způsobené nevléčitelnou nemocí by mohlo být důvodem pro sebevraždu, jakožto způsobu ukončení utrpení. Naopak Aristotelés tvrdil, že sebevražda je útokem na stát, a tedy neakceptovatelná. I další filozofové jako Pythagoras a Epikúros se stavěli proti sebevraždě, ale i tak ve starověkém Řecku byla povolena v některých městských státech.<sup>110</sup>

Stoikové uznávali možnost eutanazie v případech, kdy život jedince přestal odpovídat jeho individuálním potřebám a poznání o sobě samém, zejména pokud to bylo

---

<sup>109</sup> Srov. Srov. KUPKA, M. *Psychosociální aspekty paliativní péče.*, s. 140-141.

<sup>110</sup> Srov. KUSHNER, T., THOMASMA, D. C. *Od narození do smrti: etické problémy v lékařství.*, s. 214.

způsobeno bolestí, nemocí nebo tělesnými vadami. Pro ospravedlnění eutanazie jako rozumného činu stanovili stoikové minimálně dvě podmínky: motivace musela být legitimní (například v případě vážné nebo nevléčitelné choroby) a rozhodnutí muselo být učiněno s ohledem na odpovědnost vůči ostatním. Stoikové tak požadovali, aby eutanazie nebyla použita jako prostředek k uniknutí od životních povinností, ale byla uvážlivě zvážena.<sup>111</sup>

S postupným rozvojem křesťanství v římském císařství se původní postoj k eutanazii postupně změnil. S nástupem křesťanství jako oficiálního náboženství za vlády Konstantina Velikého se přístup k sebevraždě stal nepřijatelným. Tato změna postojů vycházela z křesťanského učení vyjádřeného v přikázání "nezabiješ" a z pacifistického postoje Krista a prvních křesťanů. Život byl vnímán jako dar od Boha, který byl třeba každodenně chránit. Smrt byla považována za událost v Božích rukou, a její přisvojení si člověkem bylo považováno za hříšný projev pýchy a odporu vůči boží moci nad lidským životem. Osoby, které spáchaly sebevraždu, byly obvykle pohřbívány mimo městské hradby, na křižovatkách, kde kříž měl odvrátit ďábla hledajícího lidskou duši. Tato netolerance kulminovala ve 13. století u svatého Tomáše Akvinského, významného teologa, který považoval sebevraždu za nejvážnější hřích, nejen proti božím zákonům, ale i proti zákonům přírody. Nicméně, existovala rozmanitost názorů. Některé mírnější postupy se objevily v renesanci po čtrnáctém století, kdy mor vyhubil třetinu evropské populace. V roce 1794 lékař Paradys vydal stať *Oratio de Euthanasia*, ve které navrhoval umožnit snadnou smrt nevléčitelně nemocným a trpícím pacientům. Zájem o eutanazii se výrazně zvýšil v devatenáctém století v Evropě i v USA.<sup>112</sup>

V roce 1920 v Německu vyšel spis nazvaný *Poskytnutí souhlasu ke zničení života, který žití není hoden*, který se stal populárním a později sloužil nacistické ideologii jako zdůvodnění cílených vyhlazovacích akcí proti určitým skupinám obyvatelstva. Tuto knihu napsali právník Karl Binding a lékař Alfred Hoche. Od ledna 1939 začala v některých klinikách a psychiatrických léčebnách selekce vybraných pacientů, což znamenalo spuštění tzv. programu eutanazie. Argumentace pro tento postup spočívala v tvrzení, že mnoho duševně nemocných lidí trpí nevléčitelnými chorobami a péče o ně zatěžuje ostatní a vyžaduje značné finanční prostředky. Nacistická ideologie o rasové hygieně a očištění vedla k tomu, že nejen pronásledovala jiné národnostní skupiny, ale sílily také teze o možnosti rozhodování o tom, či život je z hlediska rasového škodlivý a či ne. Od srpna 1939 byly registrovány duševně a tělesně postižené děti, z nichž bylo do roku 1945 zabito přibližně pět až deset tisíc, převážně smrtícími injekcemi. V říjnu 1939 Hitler vydal tajný výnos, který pověřil lékaře Karla Brandta a Philipa Bouhlera rozšířením eutanazie na pacienty v ústavech v celém nacistickém Německu. Program

---

<sup>111</sup> Srov. MUNZAROVÁ, M. *Eutanazie, nebo paliativní péče?* s. 27.

<sup>112</sup> Srov. KUSHNER, T., THOMASMA, D. C. *Od narození do smrti: etické problémy v lékařství.*, s. 214-215.

eutanazie byl přísně tajný, ale informace o rozsahu tohoto masového vraždění nebylo možné zcela utajit. Po veřejných protestech, zejména ze strany církví, Hitler v září 1941 oficiálně ukončil tuto akci.<sup>113</sup>

V roce 1935 byla vytvořena Britská společnost pro dobrovolnou eutanazii, čímž se stala první organizací svého druhu na světě. Krátce nato následovala podobná iniciativa v USA s vznikem Americké společnosti pro eutanazii. V roce 1939 tato americká organizace předložila návrh zákona na legalizaci eutanazie ve státě New York, který však nikdy nebyl schválen. Po druhé světové válce pokračovala diskuse o eutanazii, avšak s narůstajícím odhalováním nacistických hrůz se snahy o zahrnutí práva na eutanazii do Charty Spojených národů postupně zastavily. Od šedesátých let došlo k revoluci v oblasti lékařské vědy a významným objevům, které zvýšily možnosti léčby a prodloužily lidský život. Nicméně, s tímto prodlužováním života se zvýšilo i utrpení pacientů. V této době se začali pacienti více zajímat o právo rozhodovat o svých životech. Koncept práva na sebeurčení se stal celosvětovým hnutím. Etikové a církevní představitelé zmírnili své názory na eutanazii, obávající se přílišného prodlužování utrpení umírajících. Současně vzrostl zájem o poskytování péče umírajícím pacientům. Dr. Elisabeth Kübler-Rossová publikovala knihu *On Death and Dying*, ve které popisuje stadia umírání, což se stalo populárním tématem na vysokých školách a v oblasti medicíny. Téma smrti a umírání přestávalo být tabu.<sup>114</sup>

V Nizozemsku byla eutanazie v roce 1993 zbavena statutu trestného činu, zatímco v Belgii bylo její použití povoleno až v roce 2002. V USA, stejně jako u trestu smrti, nejsou rozhodnutí o eutanazii v kompetenci federálních úřadů; každý stát si tuto možnost práva na smrt upravuje samostatně legislativně. V Belgii se v roce 2021 pro eutanazii rozhodlo 2 699 pacientů. V roce 2014 se Belgii stala první zemí, kde byla zlegalizována i dětská eutanazie, přičemž původní věková hranice pro tento krok byla stanovena na 12 let. V roce 2023 belgická vláda rozšířila možnost podstoupení eutanazie i na děti ve věku od jednoho roku do dvanácti let. Nejvíce se eutanazie využívá v Kanadě, kde se v roce 2021 pro ni rozhodlo 10 064 pacientů. V Česku je provedení eutanazie v její základní formě, tedy usmrcení lékařem, byť na vlastní žádost pacienta, trestným činem.<sup>115</sup>

### **3.2. Etické a právní otázky související s eutanazií**

Veškeré aspekty eutanazie jsou provázány řadou etických a právních otázek, které vyvolávají diskuse a debaty na globální úrovni. Tyto otázky se dotýkají hlubokých lidských hodnot, práv jednotlivců, etických principů lékařské profese a rovněž fungování právního systému.

---

<sup>113</sup> Srov. KUPKA, M. *Psychosociální aspekty paliativní péče.*, s. 136-137.

<sup>114</sup> Srov. KUSHNER, T., THOMASMA, D. C. *Od narození do smrti: etické problémy v lékařství.*, s. 216-218.

<sup>115</sup> Srov. *Eutanazie.* [online]

Etické aspekty eutanázie klíčově ovlivňují názory společnosti, které se rozcházejí v otázce lidské důstojnosti, práva na sebeurčení a povinnosti zachování života za každou cenu. Někteří argumentují, že eutanázie je zásahem do přirozeného procesu života a smrti a ohrožuje lidskou důstojnost. Oponenti eutanazie také varují před potenciálním zneužitím tohoto práva a nedostatkem adekvátní ochrany nejzranitelnějších členů společnosti. Naopak zastánci eutanazie zdůrazňují právo pacienta na sebeurčení a důstojný odchod ze života bez zbytečného utrpení. Argumentují, že umožnění eutanázie poskytuje možnost pacientům ukončit trvalé utrpení a zachovat si kontrolu nad svým životem a smrtí.

Právní otázky týkající se eutanázie jsou důležité z hlediska legislativního rámce, který upravuje podmínky a postupy pro provádění eutanazie. Zároveň vyžadují jasné a pevné právní záruky, které chrání práva pacientů a zajišťují transparentnost a odpovědnost lékařů. Různé země mají různé právní přístupy k eutanázii, což zahrnuje různé podmínky pro legální provedení eutanázie, postupy pro žádost o eutanazii a dohled nad jejím prováděním.

Zohlednění etických a právních otázek souvisejících s eutanázií je klíčové pro vyváženou a informovanou diskusi o této kontroverzní problematice. Důkladné zkoumání těchto aspektů umožňuje společnosti a zákonodárcům lépe porozumět složitým otázkám, které se týkají práva na život, práva na smrt a práva na důstojný odchod ze života.

### **3.2.1. Eutanázie: Pro a proti**

V devatenáctém a první polovině dvacátého století nebyl problém eutanazie vnímán tak naléhavě jako dnes a jeho řešení bylo marginální, nebo dokonce žádné. V té době lidé žili krátké, ale aktivní životy, které často končily rychle v důsledku nemocí a smrti. S rozvojem lékařské vědy a technologií od 50. let minulého století se však situace začala měnit. Delší očekávaná délka života a pokrok v léčbě přinesly nové výzvy a otázky týkající se kvality a konce života. Je důležité rozlišovat mezi ponecháním přirozeného procesu smrti a aktivním zabitím. Koncept respektování dříve vyjádřených přání pacienta, zejména pokud jde o ukončení léčby nebo omezení nových intervencí, nabízí eticky akceptovatelné řešení. Tento koncept je přijatelný pro lékařskou i nelékařskou veřejnost a je v souladu s etickými a náboženskými systémy. Na druhou stranu žádost pacienta o aktivní zabití lékařem je eticky kontroverzní. I když je důležité respektovat přání pacienta, aktivní zabití zasahuje do morálních a právních principů, které chrání život a lidskou důstojnost. Je třeba pečlivě zvažovat, zda eutanázie je odpovědí na komplexní otázky související s koncem života a zda je v souladu s hodnotami lidskosti a ohleduplnosti.<sup>116</sup>

---

<sup>116</sup> Srov. PTÁČEK, R., BARTŮŇEK, P. *Eutanázie – pro a proti.*, s. 120.

Je zajímavé poznamenat, že Světová lékařská asociace (WMA) a tři hlavní monoteistická náboženství Evropy jednoznačně odsuzují eutanazii a asistovanou sebevraždu. Nicméně současně zdůrazňují, že to neznamená automatickou povinnost lékaře provádět agresivní terapii za každou cenu. Respektování práva pacienta na rozhodnutí o ukončení léčby je v tomto kontextu klíčové.<sup>117</sup>

### **Argumenty pro eutanazii:**

**Prodlužování života za každou cenu** se stává jedním z hlavních zaměření moderní medicíny, která často zaměřuje veškeré úsilí na zachování života pacienta za každou cenu. Avšak tento přístup může vést k nepříjemným důsledkům, jako je přetrvávající utrpení a ztráta důstojnosti během nevléčitelné nemoci. Z tohoto důvodu se někteří argumentují, že lékaři by měli přijmout odpovědnost za vznik technologií umožňujících prodlužování života a současně uzákonit možnost eutanazie jako alternativního řešení.

**Důraz na autonomii pacienta** je klíčovým faktorem v diskusi o eutanazii. Pacient by měl mít právo rozhodovat o svém vlastním osudu a o konečném činu svého života. Tento argument zdůrazňuje, že každý jedinec má právo na svobodné rozhodnutí o tom, jak a kdy ukončit svůj život, pokud se tak rozhodne, a to bez vnějšího zásahu.

**Strach ze ztráty důstojnosti** a dlouhodobého utrpení je dalším faktorem, který podporuje argumenty pro eutanazii. Existuje obava, že někteří pacienti mohou čelit zbytečnému prodlužování utrpení a ztrátě kontroly nad svým životem. V takových případech by měli mít pacienti právo na aktivní zkrácení svého života, aby mohli odejít s důstojností a klidem.

**Regulace eutanazie zákonem** je dalším aspektem, který někteří podporují. Legální rámec umožňuje jasně definovat podmínky a postupy pro provedení eutanazie, což může snížit riziko zneužití a zajistit respektování práv pacientů.

Kromě toho je zde argument o **rovnosti mezi lidmi a zvířaty**, který se zaměřuje na otázku spravedlnosti v zacházení s trpícími jedinci. Pokud neexistuje kvalitativní rozdíl mezi lidmi a zvířaty, pak by měli mít lidé stejné právo na ukončení utrpení, a to i prostřednictvím eutanazie, pokud si to přejí.<sup>118</sup>

### **Argumenty proti eutanazii:**

---

<sup>117</sup> Srov. PTÁČEK, R., BARTŮNĚK, P. *Eutanazie – pro a proti.*, s. 120

<sup>118</sup> Srov. tamtéž., s. 121-122.

**1. Nejedná se o nesnesitelné bolesti:** Argument o nesnesitelných fyzických bolestech jako důvod pro eutanázii není v současnosti tak relevantní. Moderní paliativní medicína dosáhla vysoké úrovně, kde většina pacientů trpících bolestmi má přístup k efektivní léčbě. Eutanázie byla dříve prezentována jako způsob milosrdné smrti, avšak v roce 2019 je obraz pacienta trpícího na lůžku, obklopeného bezradnými lékaři, spíše výjimkou než pravidlem. Většina z nich je schopna nalézt úlevu od bolesti díky pokročilým lékařským postupům.

**2. Zkušenosti z Nizozemí:** Zkušenosti z Nizozemí ukazují na rizika spojená s legalizací eutanázie. I přes snahu zákona kontrolovat proces provedení eutanázie prostřednictvím hlášení ze strany lékařů, stále existuje obava, že mnoho případů zůstává nehlášeno. Tento nedostatek transparentnosti vede k nedůvěře a otázkám ohledně efektivní kontroly nad eutanázií v nizozemské společnosti. Nizozemský příklad slouží jako varování pro ostatní země, aby pečlivě zvažovaly následky legalizace eutanázie.

**3. Omezení legislativního procesu na individuální případy:** Zákonodárství není vhodné vytvářet na základě jednotlivých mimořádných situací. Jedna konkrétní případová studie nedokáže poskytnout adekvátní základ pro vytvoření účinného právního předpisu, který by platil pro celou společnost. V oblasti lékařské etiky platí známé pravidlo, že "komplikované případy tvoří špatné zákony", což znamená, že hraniční situace nejsou ideálním výchozím bodem pro tvorbu právních norem. Přestože zastánci eutanázie často poukazují na konkrétní emocionálně náročné případy, není vhodné na nich stavět zákonodárný rámec. Je důležité si uvědomit, že v dnešní době není argument o nesnesitelném fyzickém utrpení tak relevantní, protože díky pokroku v paliativní medicíně dokážeme efektivně léčit fyzické bolesti.

**4. Nemožnost řešení utrpení odstraněním trpícího:** Argument o eutanázii jako o "milosrdné smrti", která údajně ukončí utrpení umírajícího, není zcela přesný. Skutečností je, že utrpení nelze zcela odstranit prostým zánikem trpícího, stejně jako nemůžeme řešit lidské utrpení jeho eliminací. Tento přístup je možný, avšak neznamená to, že je žádoucí nebo morálně přijatelný.

**5. Hrdinné činy a jejich kontext:** Historie nás často seznamuje s hrdinskými činy, kdy jedinec obětuje svůj život ve jménu záchrany ostatních, nebo kdy se rozhodne pro sebevraždu, aby neprozradil své spolubojovníky. Příklady jako Jan Palach nebo Jan Zajíc jsou známé, ale nelze je použít jako argument pro legalizaci asistované sebevraždy. Je důležité si uvědomit, že jejich činy byly provázeny okupací vojsk Varšavské smlouvy, což byl specifický historický kontext, který tvořil základ pro jejich rozhodnutí. Diskuse o etické a společenské hodnotě jejich činů může být otevřena, ale nelze je obecně

aplikovat ve prospěch legalizace asistované sebevraždy. Tento bod je důležitý zejména v kontextu debat v České republice, kde se tyto argumenty občas objevují.

**6. Rozdíl mezi lidským a zvířecím utrpením:** Diskuse o eutanázii často zdůrazňuje údajnou nespravedlnost v trestání lidí za zkrácení trápení zvířete, zatímco současně umožňuje ukončení trpícího člověka. Avšak je důležité rozlišit mezi lidským a zvířecím utrpením. Lidé se od zvířat odlišují svou schopností plánovat, uvědomovat si smysl života a porozumět svému okolí. Zvířata neplánují budoucnost a nejsou si vědoma své existence ani smrtelnosti. Proto je humánní zkrácení utrpení zvířat logickým krokem. Naopak u člověka, který má schopnost přemýšlet o svém životě a budoucnosti, není možné stejně jednoznačně rozhodnout. Je třeba si uvědomit rozdíl mezi zvířetem a člověkem a zacházet s nimi v souladu s touto diferencí.

**7. Historická existence neznamená nutně dekriminalizaci:** Argumentace zastánců eutanázie často zdůrazňuje, že eutanázie byla historicky přítomna stejně jako prostituce a že je lepší ji regulovat zákonem, aby nedocházelo k nekontrolovaným praktikám. Nicméně, to, že určitá aktivita existuje již od dob dávných, neznamená automaticky, že by měla být dekriminalizována. Ano, prostituce je zde historicky přítomná a některé státy ji dekriminalizují za určitých podmínek. Ale stejně tak vraždy nevinných a okrádání chudých byly přítomny od počátku lidské existence, a přesto si nemyslíme, že by tyto aktivity měly být dekriminalizovány pod jakýmkoli podmínkami. Je tedy třeba zvážit, jaký přístup zaujmout k otázce eutanázie.

**8. Eufemismy ve spojitosti s eutanázií:** Eutanázie není synonymem pro důstojnou smrt: Otázka týkající se eutanázie nemá být pouze redukována na kontrast mezi "dlouhým a bolestivým umíráním" a "milosrdnou smrtí" poskytnutou eutanázií. Místo toho bychom měli položit otázku opačně – je možné umírat důstojně v rámci péče poskytované v hospici, s péčí milujícího personálu a obklopení rodinou, nebo je eutanázie skutečným aktem zabití na žádost, nebo útekem od života? Řešením otázky konce života je kvalitní paliativní péče a hospicová péče, nikoli eutanázie. Diskuse o eutanázii je často plná eufemismů, kterým bychom se měli vyhnout a volit přesná slova. Nesmíme ztrácet ze zřetele, že debata o eutanázii není pouze o tom, zda by lékaři měli mít možnost "pomoci pacientům zemřít". To je přesně to, co kvalitní lékaři dělají již dnes, s pomocí paliativní medicíny. Není to ani debata o tom, jak odstranit bolest, ale o tom, jak ukončit život pacienta. Pokud by eutanázie měla být považována za důstojný způsob umírání (jak naznačoval návrh zákona poslance Jiřího Zlatušky z roku 2016), měli bychom se ptát, zda skutečně není možné umírat důstojně v nemocnici, v hospici nebo doma, a pokud ano, proč se pak eutanázii označuje jako "důstojná smrt" z jiných důvodů než jen pro zmatení veřejnosti.

**9. Žádný stát nemá dovolit jedné skupině lidí zabít jinou skupinu lidí:** Není etické, aby vláda udělila určité skupině lidí, například lékařům, právo ukončit život jiné skupiny lidí, tedy pacientů. Zastánci eutanázie poukazují na riziko, že lékaři, kteří nejsou školeni k usmrcování, by neměli mít právo provádět tuto činnost. Jejich vzdělání a účel by měly být orientovány na zachraňování životů. Proto by měla být zřízena nová profese, specializovaná na provádění eutanázie, aby se zabránilo narušení důvěry mezi lékaři a pacienty. Eutanázie poskytuje lékařům příliš velkou moc nad osudem pacientů a může vést k obavám pacientů z jejich lékařů. Když není eutanázie legální, zneužití moci lékařů nad životy pacientů je snazší odhalit. Naopak, pokud je eutanázie legalizována, odhalení takových zneužití je mnohem obtížnější.<sup>119</sup>

### 3.3. Právní souvislosti

Navzdory mnoha protiargumentům umožňují některé státy Evropské unie přímou eutanazii díky jasně definovaným zákonům. Mezi tyto státy patří Nizozemsko, Belgie a Lucembursko. Ve Švýcarsku je pak možná asistovaná sebevražda. Mimo EU bylo Austrálii možné zařadit do seznamu zemí povolujících eutanazii pouze na krátkou dobu, konkrétně pro Severní teritorium. Aktuálně je však eutanázie v celé Austrálii zakázána. Kromě toho mezi státy, kde je legálně povolena eutanázie, patří i Japonské císařství, které má vlastní přístup k této problematice. V USA je možný postup asistované sebevraždy pouze ve státech Oregon, Washington a Montana, a to za přesně stanovených podmínek.<sup>120</sup>

Po skončení druhé světové války, během níž byla porušována a opomíjena lidská práva na nejvyšší úrovni, se světové národy shodly na nutnosti jasně definovat základní práva. Tento krok měl zabránit opakování minulých chyb a zajistit, aby lidská práva nebyla nesprávně interpretována či zanedbávána. V důsledku toho byla vytvořena a přijata Všeobecná deklarace lidských práv, která se stala klíčovým dokumentem vyjadřujícím poslání Spojených národů. Tato deklarace zdůrazňuje, že základními pilíři svobody, spravedlnosti a míru ve světě jsou uznání přirozené důstojnosti a rovných a nezcizitelných práv všech lidí. Přirozená důstojnost znamená, že hodnota lidského života je vnitřně daná a nepřenositelná. Nezcizitelná práva pak znamenají, že tato práva nelze nikomu odebrat ani se od nich nikdo nemůže vzdát. Deklarace dále stanoví, že každý člověk má právo na život a že všichni jsou si před zákonem rovni.<sup>121</sup>

Existuje-li právo na život, vzniká otázka, zda by mělo existovat i právo na smrt. Diskuse o tom, zda jednotlivec má absolutní právo rozhodovat o svém životě, včetně

---

<sup>119</sup> Srov. Vácha, M.: *Argumenty proti legalizaci eutanázie*. [online]

<sup>120</sup> Srov. KUPKA, M. *Psychosociální aspekty paliativní péče*, s. 147.

<sup>121</sup> Srov. POLLARD, B. *Eutanázie – ano či ne?* s. 86-87



rozhodnutí o jeho ukončení, existuje již odpradáva. Spolu s tím je třeba zvážit, zda má člověk morální právo ukončit svůj život nebo pomoci druhému lidu k jeho smrti na základě jejich vlastního přání. Důležitým aspektem této problematiky je také otázka, zda by mělo být "právo" jednotlivce na smrt zakotveno v pozitivním právu. Třebaže je třeba respektovat práva jednotlivce, je také nutné zvážit důsledky, které by mohlo legalizování eutanazie mít na celospolečenskou morálku. Dalším klíčovým aspektem je možnost zneužití takového právního rámce, který by dovolil bezúhonně usmrtit jiného člověka. V současné době český právní řád eutanazii neumožňuje, a neexistuje žádná specifická právní norma umožňující usmrcení na základě žádosti ze soucitu. Z tohoto důvodu je úmyslné usmrcení (i na žádost) podle platného trestního zákoníku trestným činem proti životu a zdraví.<sup>122</sup>

V posledních letech je stále zřetelná snaha o legalizaci eutanazie v České republice. Tento trend lze pozorovat například ve snaze začlenit eutanazii do trestního zákoníku v roce 2005, nebo v úsilí Jiřího Nováka, který se snažil prosadit podmínky, za nichž by lékaři mohli provádět eutanazii bez trestní odpovědnosti. Novák se inspiroval tzv. holandským modelem. Nicméně při informování veřejnosti došlo k záměně pojmu beztrestnost s legalizací, což vyvolalo bouřlivé reakce a rozpoutalo debatu.<sup>123</sup>

### **3.4. Kontrast mezi eutanázií a paliativní péčí**

Kontrast mezi eutanázií a paliativní péčí představuje fundamentální rozdíl v přístupu k péči o pacienty v terminálním stadiu nemoci. Zatímco oba tyto přístupy se snaží reagovat na potřeby pacientů v těžkých zdravotních stavů, jejich cíle, metody a etické aspekty se diametrálně liší.

Eutanázie, jako kontroverzní téma, se týká aktivního ukončení života pacienta na jeho vlastní žádost. Zdůrazňuje se zde svobodná volba jednotlivce a právo na sebeurčení. Zastánci eutanazie argumentují, že umožňuje pacientům důstojný a bezbolestný konec života, zejména pokud trpí nevléčitelnými bolestmi či utrpením. Nicméně z etického hlediska vyvolává eutanázie řadu otázek ohledně práva na život, morálních důsledků rozhodnutí o smrti a možného zneužití tohoto postupu.

Naopak paliativní péče je založena na principu maximalizace kvality života pacientů v jejich posledních dnech. Zaměřuje se na ošetřování bolesti a dalších symptomů, poskytování psychosociální a duchovní podpory a respektování individuálních potřeb a přání pacienta a jeho rodiny. Paliativní péče se nesnaží urychlit ani zkrátit život pacienta, ale spíše ho učinit co nejpříjemnějším a komfortnějším.

Z hlediska právního rámce jsou eutanázie a paliativní péče v mnoha zemích regulovány odlišně. Zatímco některé země legalizují eutanazii za určitých podmínek, jiné

---

<sup>122</sup> Srov. CÍSAŘOVÁ, D., SOVOVÁ, O. *Trestní právo a zdravotnictví.*, s. 117

<sup>123</sup> Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti.*, s. 13

preferují poskytování paliativní péče jako primární způsob péče o umírající pacienty. Tato regulace odráží různé společenské a kulturní hodnoty a přístupy k otázce konce života.

Celkově lze tedy konstatovat, že eutanázie a paliativní péče představují protichůdné přístupy k péči o pacienty v terminálním stadiu nemoci. Zatímco eutanázie se zaměřuje na aktivní ukončení života pacienta na jeho žádost, paliativní péče se snaží maximalizovat kvalitu jeho zbývajících života a poskytnout mu důstojný a komfortní konec života. Tyto dva přístupy vyvolávají rozsáhlé diskuse a debaty v medicínském, etickém a právním kontextu a odrážejí složitost tématu konce života a lidského utrpení.

## 4. Popis výzkumu

Druhá část mé diplomové práce se věnuje kvalitativnímu výzkumu, jehož cílem je prozkoumat pohledy, názory a zkušenosti pracovníků v oblasti paliativní a hospicové péče na témata spojená se smrtí a umíráním. Tito pracovníci se každodenně potýkají s koncepty, které jsou pro většinu lidí náročné a citlivé. Zaměření na tuto problematiku je důležité, protože pracovníci v paliativní a hospicové péči mají jedinečný pohled na proces umírání a často jsou konfrontováni s otázkami o lidském životě a smrti. Jejich osobní zkušenosti mohou přinést hlubší pochopení tohoto jevu a přispět k lepšímu porozumění potřebám pacientů v posledních fázích jejich života.

### 4.1. Cíl práce

Hlavním cílem studie je porozumět pohledu pracovníků paliativní péče na smrt a umírání. Zkoumám, jak se vyrovnávají s výzvami, které přináší péče o umírající pacienty, jak propojují svůj osobní a profesní život, jak zachovávají psychohygienu a jak se vyrovnávají se stresem spojeným s jejich prací. Dále se zabýváme vnímáním společenské tabuizace tématu smrti a umírání a jejich postojem k eutanázii.

### 4.2. Výzkumné otázky

Na základě definovaného cíle výzkumu jsem formulovala hlavní otázku, která následně vedla k vytvoření šesti specifických výzkumných otázek. Tyto otázky byly navrženy s cílem získat odpovědi prostřednictvím skutečných rozhovorů s pracovníky v oblasti paliativní péče. Na základě získaných dat jsme měli nalézt odpověď na hlavní otázku výzkumu: **Jak práce v paliativní péči ovlivňuje postoj pracovníků ke smrti a umírání?**

Zde je seznam konkrétních výzkumných otázek, které mi pomohou získat odpovědi na hlavní výzkumnou otázku:

- Jaké jsou nejčastější výzvy, se kterými se setkáváte při poskytování paliativní péče?
- Jaké jsou Vaše pocity a reakce při ztrátě pacienta, se kterým jste pracovali?
- Jak se Vaše práce v hospicovém zařízení promítá do Vašeho osobního života?
- Jaké strategie používáte k péči o svou psychohygienu a zachování duševní pohody ve Vaší práci a jak se vyrovnáváte se stresem spojeným s Vaší prací v paliativní péči?
- Jaký je Váš názor na to, jak společnost obecně zpracovává téma smrti a umírání?
- Jak vnímáte otázku eutanázie? Jaký je váš osobní názor na toto téma?

### 4.3. Metodologie výzkumu

V rámci mé diplomové práce jsem se rozhodla využít metodu kvalitativního výzkumu, neboť lépe odpovídá mému přesněji formulovanému výzkumnému záměru. Podle Hendla

se kvalitativním výzkumem rozumí „proces hledání porozumění založený na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního nebo lidského problému. Výzkumník vytváří komplexní, holistický obraz, analyzuje různé typy textů, informuje o názorech účastníků výzkumu a provádí zkoumání v přirozených podmínkách“.<sup>124</sup>

Kvalitativní výzkum nabízí výhodu flexibility, kdy si mohu v průběhu sběru dat upravovat a doplňovat otázky podle potřeby. Na konci analýzy získaných dat pak mohu zodpovědět výzkumné otázky, které jsem stanovila na začátku studie. Zvolila jsem tuto výzkumnou strategii, protože usnadňuje hlubší porozumění problematice smrti a umírání. Navázání osobnějšího vztahu s respondenty je přirozenější, což je důležité pro kvalitativní zkoumání. Na rozdíl od kvantitativního výzkumu, který často využívá anonymních dotazníků, mohu při kvalitativním výzkumu získat detailnější a autentičtější informace.

Zvolila jsem metodu polostrukturovaného rozhovoru, která mi umožnila pozorovat mimiku a gestikulaci respondentů, což přispělo k lepšímu pochopení jejich odpovědí a emocí. Data byla zaznamenána pomocí diktafonu s předchozím informováním a souhlasem všech účastníků rozhovoru.

## 5. Výzkumný soubor

Pro svůj výzkum jsem zvolila sedm respondentů z pěti různých hospicových zařízení. Tito respondenti představují rozmanitý vzorek, pokrývající různé věkové kategorie, délky působení v hospicové péči a pracovní pozice (sociální pracovník, zdravotní sestra a pracovník v sociálních službách), s většinou zastoupenou právě sociálními pracovníky. Všichni účastníci rozhovoru mají bohaté zkušenosti a dennodenně se potýkají s realitou umírání a smrti.

Tabulka 1 – Výzkumný soubor, vlastní zpracování

	<b>Doba působnosti v hospicovém zařízení</b>	<b>Pracovní pozice</b>
1. respondent	8 let	Sociální pracovníce
2. respondent	6 let	Sociální pracovníce
3. respondent	2 roky	Sociální pracovníce
4. respondent	1,5 roku	Sociální pracovníce
5. respondent	5 let	Zdravotní sestra
6. respondent	4 roky	Pracovník v SS
7. respondent	2 roky	Zdravotní sestra

<sup>124</sup> Hendl, J. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace.*, s. 50.

V rámci výběru hospicových organizací jsem se zaměřila na pět institucí sídlících v Jihočeském kraji. Kontaktovala jsem sociální pracovníky prostřednictvím e-mailu v průběhu prosince 2023 a ledna 2024. Obdržela jsem pozitivní odezvu a domluvila jsem se na termínech osobních rozhovorů. Tyto rozhovory probíhaly během ledna a února a každý rozhovor trval průměrně 30 až 40 minut. Před každým rozhovorem jsem respondenty informovala o tématu mé diplomové práce a jejím účelu a ujistila je, že jejich poskytnuté informace budou využity pouze pro účely mého výzkumu. Před zahájením rozhovoru jsem získala jejich souhlas s nahráváním celého rozhovoru. Na závěr jsem každému respondentovi vyjádřila vděk za jeho čas a ochotu sdílet své názory, postoje a pocity.

## 5.1. Analýza získaných dat

Prvním krokem byla transkripce nahraných rozhovorů, neboť přímý záznam nelze analyzovat. Transkripce spočívala v přesném přepisu zvukových nahrávek do textové podoby. Přesto, že byla analýza nahrávek časově náročná, nakonec pro mě přinesla hodně užitečných poznatků. Po provedení rozhovorů byla obsahová data kódována a systematicky rozdělována do kategorií, což usnadňuje práci výzkumníka. Kódování slouží zejména k tomu, aby měl výzkumník lepší přehled o obsahu výpovědí respondentů a mohl je následně efektivně zařadit do různých tematických skupin. Tímto způsobem se výzkumník lépe orientuje a má jasnou představu, na kterou kategorii se má při zpracování výpovědí zaměřit.<sup>125</sup> Pro kódování jsem využila jednoduchou metodu, a to barevného zvýrazňování specifických částí výpovědí odpovídajících jednotlivým kategoriím. Tyto kategorie jsem určila na základě témat jednotlivých výzkumných otázek. Jednotlivé kategorie jsem definovala jako: **nejčastější výzvy, postoj k umírání a smrti, prolínání pracovního a osobního života, strategie péče o vlastní psychické zdraví, tabuizace ve společnosti a eutanazie.**

## 5.2. Výsledky výzkumného šetření

Tato část se zaměřuje na interpretaci výsledků rozhovorů s respondenty, kteří působí v hospicových zařízeních. Pro usnadnění orientace v textu jsem každé podkapitole přidělila název odpovídající názvu vytvořených kategorií.

### 5.2.1. Nejčastější výzvy

Po získání informací o pozici a délce působení respondentů v hospicovém zařízení jsem pokračovala otázkou ohledně nejčastějších výzev, kterým čelí ve své práci. Je zjevné, že tato oblast přináší mnoho náročných situací, které mohou pracovníky zatěžovat.

---

<sup>125</sup> Srov. MIŠOVIČ, J. *Kvalitativní výzkum se zaměřením na polostrukturovaný rozhovor*, s. 164.

Emocionální výzvy, etická dilemata a problematická spolupráce s rodinami jsou jen některé z mnoha faktorů, se kterými se musí vypořádat. Tyto aspekty představují pouze vrchol ledovce v širším spektru výzev, s nimiž se v této oblasti profesního působení setkávají.

Respondenti často uváděli, že jednou z největších výzev v jejich práci je spolupráce s rodinami pacientů. Někdy se setkávají s obtížně spolupracujícími rodinami, které mohou mít odlišné názory na péči a léčebné postupy. Například nesmířená rodina může vnímat určitá léčiva, jako jsou opiáty, jako tabu, což může vést k odmítání určitých léčebných postupů. Takové situace mohou být pro pracovníky náročné, zejména když cítí, že pacientovi není poskytována adekvátní péče. Respondent č. 4: *"ta rodina je často nesmířená, opiát je pro ně sprosté slovo, takže třeba brání té péči nebo třeba je pro mě těžký, když ta rodina neposlouchá sestry a doktory. Oni mají prostě úplně jinej horizont toho života."* Pracovníci se snaží rodinám pomoci a vést je v rozhodování o vhodné péči pro pacienta. Avšak, může se stát, že i přes jejich snahu dochází k nedorozuměním a konfliktům, které mohou vést k tomu, že rodina odmítne poskytovanou péči a hledá alternativní možnosti, například ponechání pacienta v nemocnici nebo využití jiných služeb. Tato situace pak může znamenat ztrátu času a energie, které by mohly být věnovány jiným rodinám, jež by mohly mít zájem o poskytovanou péči. Respondentka č. 3 uvedla: *"Snažíte se rodině pomoci, ale nakonec do toho hodí vidle. Ještě ho nechávají v nemocnici nebo si zvolí jinou službu. Plýtvá se časem a energií, která by mohla být věnovaná jiné rodině, která by měla zájem."* Dalším aspektem je, že některé rodiny přicházejí do péče pozdě, což může omezit možnosti efektivního poskytování péče pacientovi. Pracovníci si uvědomují důležitost včasného zapojení do péče a podpory pacienta i jeho rodiny v procesu zvládnání nemoci a umírání. Včasný přechod do paliativní péče může přinést lepší kvalitu života v závěrečné fázi života pacienta a umožnit mu důstojný odchod. Respondentka č. 1 na tuto otázku odpověděla: *"No, tak jako zrovna to, že ty rodiny přicházejí pozdě. Že přijdou pozdě a nemůžeme udělat dobře svojí práci. Tak my si pak říkáme, že je důležitý, že zemřeli doma. Pak další, co je takový těžký je, že třeba zavolají v pátek v 5 odpoledne a myslí si, že jsme záchranka. Tak to je potom pro mě těžký, protože jim nijak nemůžu pomoci. Podle mě to rozumný a včasný propuštění do paliativní péče."* Z tohoto důvodu se pracovníci snaží aktivně komunikovat s rodinami a poskytovat jim relevantní informace a podporu v rozhodovacím procesu, aby se zajistilo co nejlepší prostředí pro pacienta a jeho blízké.

Kromě rodin a jejich sklony odkládat vstup do paliativní péče, pracovníci hospiců rovněž identifikují lékaře jako další faktor zpomalující tento proces. Často se setkávají s lékaři, kteří se těžko vyrovnávají s realitou nevyhnutelného konce života pacienta. Mnozí z nich projevují tendenci pokračovat v agresivní léčbě a udržování pacienta naživu, i když je diagnóza již jasná a nevyhnutelná. Tento stav může způsobit zbytečné utrpení pacienta a jeho rodiny a oddálit proces smíření s nevyhnutelným koncem. Aby byla zajištěna co

nejlepší péče, je tedy nezbytné usilovat o lepší spolupráci mezi lékaři a pracovníky v paliativní péči a podporovat lékaře v přijímání realistických rozhodnutí ohledně léčebných postupů v koncových fázích nemoci. *"Ale je to podle mě na vině hodně u těch doktorů, že je fakt drží v těch planých nadějích. Oni jim budou dávat injekce, i když ten pacient bude už 3 měsíce po smrti"* reagovala respondentka č. 1. Podobný názor měla i respondentka č. 4: *"Lékaři nedokážou komunikovat s rodinami, někteří léčí až je "uléčí k smrti" a my je dostaneme pozdě. Jde o zbytečné zásahy, co akorát přináší utrpení. Ale když lékař nedokáže přijmout selhání, je to problém i pro rodinu. Ale zlepšuje se to. V nemocnici zde funguje paliativní tým, takže se to snaží vnést do nemocnice a mezi lékaře a fungují s námi."*

Výrazný kontrast se projevuje v porovnání odpovědí sociálních pracovníků a zdravotní sestry (respondentky č. 7). Na tuto otázku odpověděla: *"Největší výzvou bylo mé "vlastní nastavení" přijmout paliativní péči u lidí, kteří si to takto vybrali. Neléčit se, i když dle mě ještě byla možnost."* Zde se naskýtá zajímavý pohled na rozdílné vnímání situace mezi zdravotníky a sociálními pracovníky. Zatímco sociální pracovníci často upozorňují na nadměrnou tendenci k léčbě ze strany lékařů, zdravotníci se někdy potýkají s obtížemi přijmout realitu a paliativní péči mohou chápat jako "selhání".

Respondent č. 6 vyzdvihl jako jednu z největších výzev v jeho práci nutnost stanovit hranice a určit limity v péči poskytované klientům: *"Každý klient je individuální a každému vyhovuje něco jiného"*. Tato výzva je založena na poznání, že každý klient je individuální a má své vlastní potřeby a preference. Pro pracovníky v hospicovém prostředí je klíčové respektovat tuto individualitu a poskytovat péči, která je přizpůsobena konkrétním potřebám každého jednotlivého klienta. Stanovení hranic a limitů v péči je důležité zejména proto, aby bylo zajištěno, že poskytovaná péče je v souladu s potřebami klienta a nezpůsobuje mu zbytečné utrpení nebo nepohodlí. Zároveň je nutné brát v úvahu i omezené zdroje a kapacity hospicových zařízení a pracovníků, což může ovlivnit rozsah a formu poskytované péče.

### **5.2.2. Postoj k umírání a smrti**

Ve většině odpovědí respondentů se shodovala myšlenka, že práce v hospicovém zařízení vyžaduje mít u sebe vyřešenou otázku života a smrti. Například respondentka č. 4 zdůraznila význam víry jako způsobu, jak zvládat náročné situace v práci s umírajícími: *"Myslím si, že víra pomáhá hodně. Nemusí to být víra v konkrétní náboženství, ale musí to mít člověk vyřešené. Otázku smrti a posmrtného života, jinak by ho to v této oblasti práce semlelo."* Z tohoto lze usoudit, že rodiny, které váhají s přijetím paliativní péče pro své blízké, možná ještě nemají jasný pohled na život a smrt a mohou být ovlivněny strachem z nevědomosti ohledně toho, co přijde po smrti. Podobně reagovala respondentka č. 2: *"Už když člověk jde pracovat do hospice, tak musí mít srovnaný pohled na život a na smrt. Ze začátku jsem zde nechtěla pracovat, protože jsem z toho měla velký*

*respekt, ale posouvá se to. Každá zkušenost nás někam posouvá jako tým i jako mě osobně."*

Rozdíly reakcí na ztrátu pacientů se mohou projevovat u pracovníků, kteří působí na různých pozicích. Např. sociální pracovníce, které nejsou často v přímém kontaktu s umírajícími mohou být vybudovaný větší odstup. Respondentka č. 1 uvedla, že se její pohled během let působení v hospicovém zařízení proměnil právě z toho důvodu, že dříve jezdila k úmrtím pacientů podstatně častěji, ale také je postoj k tomu ovlivněn délkou působení v paliativní péči: *„No jasně, tak na začátku to bylo úplně jiný, je fakt, že já jsem na začátku nebo ještě předtím, než jsme měli plnej zdravotní tým, tak jsem byla hodně u úmrtí. Tak to bylo taky jiný. Tak to pak člověk má hodně v hlavě, hodně si ty úmrtí pamatujete. Já už teď u těch úmrtí moc nejsem. Třeba jednou za čtvrt roku. A vlastně si vždycky řeknu, že to je vlastně hezký, já z toho nějaký depresivní pocity nemám, protože není proč. Vidíte, že mu to sluší, že se usmívá a že ta rodina je spokojená. My máme 103 pacientů a těch zájemců je třeba 150 za rok nebo ještě víc. A když Vám všechno tohle přejde přes to ucho, tak je to takový trochu...ne, že by si člověk nevážil každého, ale už to ani nemůžete furt v sobě dusit. Protože to by se člověk musel zbláznit. To už nejde.“*

U respondentky č. 3 se naopak postoj ke ztrátě pacientů od začátku jejího působení v hospicové péči neproměnil. Ale může to být tím, že již od začátku k úmrtím pacientů pravidelně nedojíždí: *„Asi se nezměnil, co se týká umírání, tak už od začátku mám nastavené hranice. Mám odstup, někdy se stane, že je rodina, která mi je bližší, když je rodina, ve které to zázemí není takové, které by si klient zasloužil, tak je mi to samozřejmě líto. Ale obecně to není něco, co by mě ničilo. Možná je to v tom, že nejsem v přímém kontaktu s umírajícími. To jsou spíše sestry. Umím si nastavit a držet hranice.“*

Pracovníci, kteří jsou přímo ve styku s umírajícími pacienty, často prožívají na ztrátu pacientů emotivnější reakce. Někteří z nich popisují smutek, který cítí po jejich úmrtí, avšak zároveň také pociťují určitou úlevu, zejména pokud pacient prožíval dlouhodobé trápení. Kromě toho, když vidí, že pacient odešel v klidu a obklopen svými blízkými, prožívají i pocit uspokojení, že mohli přispět k důstojnému a pohodlnému odchodu. Např. respondentka č. 5 uvedla, že pociťuje *„Smutek, ale zároveň dobrý pocit, pokud se vše povede tak, jak si klient přál“*.

### **5.2.3. Prolínání pracovního a osobního života**

Práce v oblasti paliativní péče nevyhnutelně propojuje profesní zkušenosti s osobním životem, což přináší různé aspekty do života pracovníků. Někteří respondenti sdíleli, že si projektovali své osobní zkušenosti v práci a naopak, a také zdůraznili vliv věkové podobnosti. Když jsou pacienti věkově blízcí jim samotným či jejich blízkým, může to způsobit hlubší emoční spojení a zvýšenou citlivost při zpracování umírání a ztráty pacientů. Respondentka č. 4 sdílela příběh, kdy se vzájemně prolнула její pracovní a osobní životní situace: *„díky tomu, že tu pracuji jsem mohla pečovat o svého tátu. Ale*



*táta byl umíněnej, nechtěl, aby tam jezdil domácí hospic, nechtěl léky atd., bylo to náročné a museli jsme se koukat, jak zbytečně trpí a viděla jsem zároveň i rodiny, kde to funguje hezky a vysnila jsem si, že to tak bude fungovat i v našem případě. A on to byl boj do poslední chvíle. Ale díky mé práci jsme to doma zvládli, mohla jsem to konzultovat s lékaři.“* Zkušenost respondentky ilustruje, jak se snažila skloubit svou roli profesionálního pracovníka s rolí péče o svého blízkého. Příběh ilustruje složitost a důležitost práce v oblasti paliativní péče z osobní perspektivy pracovníka. Respondentka č. 3 sdílela podobný příběh, že také zažila situaci paliativní péče v rámci své rodiny. Nicméně, zdůraznila spíše podobnosti v procesu pozůstalostní péče: *„V době, než jsem sem nastoupila, jsem se začala starat o mého dědu v Tachově v rámci hospice. Prolínalo se to i s dobou, kdy jsem se tady nastoupila a čekala jsem, co to se mnou udělá. Děda zemřel na rakovinu ledviny a měli jsme tu pána, který měl stejnou diagnózu, ale nijak mě to neovlivnilo, spíše se projektuje pozůstalostní péče, reakce a prožívání. To, jak jsem to zažívala já, vidím v tom podobnosti“*.

Když jsem se na otázku prolínání osobního a profesního života zeptala respondentky č. 2, odpověděla, že: *„člověk se tomu neubrání, čerstvě jsme teď hodně měli mladé ženy, je to potom znát. Ale u některých úmrtí to jde zpracovávat běžně.“* Tato zkušenost naznačuje, že péče o mladší pacienty může být pro pracovníky psychicky náročnější a situace těžko zpracovatelná, protože se jedná o konfrontaci s nečekanou ztrátou života v mladém věku, což může být emočně náročné pro všechny zúčastněné strany.

Respondentka č. 1 se dotkla negativního aspektu, kterým je nevyhnutelné konfrontování se smrtí při práci s pacienty s rakovinou a dalšími život ohrožujícími onemocněními. Tento průběh vede k hlubší reflexi nad tím, že v mnoha případech, i přes těžkosti onemocnění, mohou lidé rakovinu překonat. Tento fakt následně nutí pracovníka v paliativní péči k větší opatrnosti v osobním životě, aby se vyhnul podobným asociacím s onemocněními v jejich osobním okolí: *„Takový, co je negativní a co vím a myslím, že se tomu nevyhneme, my, co děláme v hospici je, že si myslíte, že rakovina je smrtelná nemoc. Protože vy vlastně nevidíte, že se z toho někdo může vyléčit. Vy vidíte jen to, kde to dopadne blbě. Takže když se to objeví třeba u Vás v rodině nebo tak, tak já už automaticky počítám s tím špatným scénářem. A neumím najet na ten scénář, kde to bude dobrý. A když máte nějakou bulku, tak člověka hned napadne, že to je jako konec. Ale s tím si prošli v hospici všichni, co říkaly kolegyně. Doma všichni musí chodit na prevence, všechno se řeší.“*

Zároveň má ale toto prolnutí určitě i svá pozitiva, která respondenti vyjádřili. Např. Respondentka č. 2 sdělila, jak jí vlastně práce v paliativě naučila novému pohledu na život: *„Naučí to neřešit blbosti. Člověk se žene za věcma, aby byl spokojený, ale potom vás to vtáhne do reality života. Člověk je uzavřen často sám ve své bublině a práce v tomto oboru vás přiměje nepřemýšlet a nelpět na hloupostech, ale vážit si více času a blízkých.“* Podobné názory mají i ostatní tázaní, např. respondentka č.5: *„Přehodnotila jsem mnoho*

*věcí ve svém osobním životě a se svými blízkými můžu mluvit otevřeněji o smrti a umírání.“*

Kromě negativního aspektu prolínání profese a osobního života ale respondentka č. 1 zmínila i jistá pozitiva: *„No, já, jak jsem vlastně předtím dělala na té faře, tak ono se to tak přirozeně prolínalo. Protože jak jsem byla na tý faře, tak jsem byla tady jako dobrovolník a ono se to celkově prolínalo, takže doma stejně byli zvyklý, že nějaká taková sociální práce existuje, že to je normální. Spíš, řekla bych, že se to v rodině spíš odráží pozitivně, že dcery jsou hrdý na to, kde pracuju. Je fakt, že člověk má nějaký doktorský zázemí, že když něco, tak zavolá sestřičkám nebo našim doktorkám, to je taky fajn v dnešní době. Dcery taky díky tomu chápou, že je to něco normálního a potřebného.“*

Prolínání pracovního a osobního života v oblasti paliativní péče přináší různé aspekty do života pracovníků. Tento fenomén ovlivňuje jejich emocionální, psychické i sociální pohledy a vnímání života a smrti. Zkušenosti s péčí o umírající pacienty se mohou promítnout do osobního života, a naopak, a mohou ovlivnit i jejich vnímání a zpracování vlastních zkušeností s nemocí a ztrátou v rodině či osobním okolí. I přesto, že s sebou tento fenomén nese určité náročnosti a emoční zátěž, může také přinést pozitivní aspekty, jako je hlubší pochopení životních hodnot, otevřenější komunikace o smrti a umírání, a větší ocenění času stráveného s blízkými.

#### **5.2.4. Strategie péče o vlastní psychické zdraví**

Všechny respondenty v této oblasti spojovala jedna společná zkušenost: uvědomovali si, že pro udržení duševní pohody v práci a zvládnutí stresu, který s ní souvisí, je klíčová podpora jejich pracovního kolektivu a možnost sdílení svých emocí a zkušeností s kolegy.

Respondentka č. 4 zmínila nejen důležitost podpory ze strany kolegů, ale i zpětnou vazbu rodin, které využívali jejich paliativní péči: *„Myslím, že tady máme skvělý kolektiv, který se podporuje a máme porady multi týmu. Podpora je velká zároveň ta zpětná vazba z rodin je taky velká a přínosná. Pro ty rodiny je to sice těžký, ale na druhou stranu vnímají, že ten hospic jim pomohl a překonali sami sebe. Splnili přání člena umřít doma, takže jsou vděční, takže je vidět smysl té péče. Každý má jako podporu i rodinu, koníčky atd. To sdílení je velmi důležité.“*

Respondentka č. 3 zdůraznila i podporu ze strany vedení a podobně jako ostatní tážaní vyjádřila, že pokud by nastal jakýkoli problém nebo by někdo z týmu vyjádřil potřebu, tak je tu vždy možnost supervize: *„Já si myslím, že teď jsme tady relativně mentálně stabilní tým, takže tu není nikdo, kdo by byl z těch úmrtí úzkostní a samozřejmě máme vždycky možnost nějaké supervize. Takže kdyby tu byl někdo, kdo by se cítil vyčerpaně, tak vždycky můžeme zajít za naši vedoucí, ke které máme důvěru a zkusit jí požádat o možnost supervize.“*

V rámci péče o psychickou pohodu zmiňovala respondentka č. 1 také možnost účasti na modlitebních setkáních, které jsou součástí programu organizace: *„Máme týmový*

*pravidelný supervize a pokud chceme, tak můžeme mít i individuální nebo ve dvojici nebo nějakou kazuistickou. Měli jsme i koučky a mentoring. A i třeba ty modlitební setkání k tomu sdílení slouží, protože tam jsou zástupci různých organizací pomáhajících, to sdílení je hodně důležitý, určitě to spadá do psychohygieny.“*

Dále respondenti zmiňovali, že k jejich pravidelné psychohygieně v náročném pracovním prostředí jim pomáhá sdílení s rodinou a přáteli, sport atd. Respondentka č.2: *„V různém období života je to jiné. Sport, příroda, přátelé, rozebírat anebo naopak, je to pestré. A pokaždé pomůže něco jiného. A pomáhá i vzájemné sdílení mezi kolegy. Pokaždé se každý příběh dotkne někoho jiného jinak. „*

### **5.2.5. Tabuizace ve společnosti**

V dnešní době je stále aktuální a relevantní diskutovat o vnímání tématu smrti a umírání jak v pracovních prostředích, tak ve společnosti obecně. Tato otázka se zaměřuje na názory pracovníků na to, zda je tato problematika stále tabuizovaná či nikoliv. Ve společnosti jako celku může být vnímání smrti a umírání ovlivněno tabuizací. To se projevuje například ve způsobu, jakým se tato témata diskutují v médiích, ve vzdělávacím systému nebo v rodinách. Tabuizace může vést k nedostatku informací a znalostí o této fázi života, což může mít negativní dopad na přípravu jednotlivců a jejich rodin na tento nedílný a přirozený proces.

Dva účastníci se shodují v tom, že i když je téma smrti stále tabuizované ve společnosti, situace se postupně zlepšuje. Paliativní a hospicová péče se stávají stále více známými ve veřejnosti, i když lidé možná nemají úplné povědomí o jejich podstatě. Diskuse o těchto tématech se také začínají objevovat častěji v médiích, což naznačuje pokrok směrem k prolomení tabu kolem smrti a umírání. Respondent č. 5: *„Téma smrti a umírání se v minulých letech dost upozadilo. Umírání nebylo bráno jako součást života jako v mém dětství. Nyní se to hodně mění k lepšímu a paliativní péče v mnoha zařízeních funguje.“*

Respondentka č.1 také mluví o viditelném pokroku a zároveň to přisuzuje i nežádoucím situacím, které nás v posledních letech jako společnost postihly: *„Já myslím, že je to už mnohem lepší, než to bylo. Že je to fakt i díky paliativní péči, že se mluví o hospici, že vzniklo paliativní centrum. Objevuje se to v médiích, takže ty lidi to začali už nějak pobírat. Samozřejmě, když k tomu dojde potom v té rodině, tak z 90 % i ty rodiny, co nám zavolaj o tom vlastně nechtěj slyšet, že ten jejich blízký umírá. Ale myslím si, že se to hodně zlepšilo už jen za tu dobu, co jsem v hospici. Určitě veřejnost víc vnímá a pokud má člověk nějaký tykadla, tak není možný, aby o tom někdo už neslyšel, i když neví, co to je paliativa, ale musel to někdy zaslechnout. Protože už je hodně mobilních hospiců, vznikají paliativní týmy v nemocnicích, což taky před 5 lety ještě vůbec nebylo a asi i třeba po tom covidu. A myslím si, že už to není takový tabu. Samozřejmě to ale může být ještě lepší. Ta smrt je vlastně všudypřítomná, Ukrajinou, válkou. Víc se o tom mluví.“*

*Při tom covidu vlastně snad v každé rodině někde někdo zemřel, tak to vstoupilo násilně do těch našich životů a už to tu zůstalo, i tou válkou zase. Takže si myslím, že už to máme mnohem víc na vědomí. Ale dokud se jich to přímo netýká, tak to samozřejmě nechce nikdo řešit. To je asi pochopitelný.“*

Účastnice č. 4 upozorňuje na tabuizaci tématu smrti v souvislosti s dětmi. Zdůrazňuje, že i děti jsou schopny vnímat a zajímat se o tento důležitý aspekt života. Její stanovisko klade důraz na potřebu otevřenosti vůči dětem v této oblasti, aby se předešlo zmatkům a nejistotám: *„V komunikaci s dětmi se to do poslední chvíle tají, nemůžou jít na pohřeb. Záleží na tom, jak je to velké dítě. Daleko lepší nějaká otevřená komunikace, děti řeší téma smrti po svém.“*

Ostatní účastníci diskuse poznamenávají, že v jejich pracovním prostředí, kde se aktivně zabývají péčí o nemocné a umírající, je smrt běžným tématem. Nicméně mimo tuto oblast vnímají, že ve společnosti je toto téma často opomíjeno a tabuizováno. Respondentka č. 7: *„Myslím si, že toto téma je pro dost lidí všech věkových kategorií tabu. Nemají zájem se o něm bavit, bojí se, nepřipouští si smrt. Ať už se jedná o lidi v jejich okolí nebo je samotné. Mělo by se o tom víc mluvit, nějak nastavit celou společnost, že je to důležité téma a je v pořádku o tom mluvit.“*

### **5.2.6. Eutanazie**

U této otázky jsem zkoumala postoje a názory respondentů na kontroverzní téma eutanazie. Pozorovala jsem rozdíly v odpovědích mezi sociálními pracovníky a těmi, kteří poskytují přímou péči umírajícím jedincům. Zjištění naznačují, že většina sociálních pracovníků odmítá aktivní eutanazii, ale mnozí z nich se nebrání například odpojení od lékařských přístrojů po dlouhodobém kómatu. Naopak, zdravotní sestry a pracovníci v sociálních službách se zdají být více nakloněni povolení eutanazie.

Respondentka č.1 vyjádřila, že osobně nepodporuje eutanazii, a to zejména s ohledem na blízké pozůstalé umírajícího jedince: *„Já sama za sebe bych si eutanazii nedala, protože vím že, ne že pro mě, ale pro ty pozůstalí je to prostě špatný. Oni se s tím nikdy nemůžou vyrovnat, než když to plyne přirozeně a ta smrt přijde přirozeně, než když si jako zmáčknete stříkačku a prostě s váma mluví a za 5 minut s váma nemluví. To truchlení je pak patologický. Já si myslím, že my nemůžeme nikomu život vzít, když jsme ho prostě nedali. Život je dar a ta nemoc je vlastně v něčem taky dar. Prostě nemoc je, nějak se s tím musíme popasovat, ale jako chápu, když někde jsou lidi x let v kómatu, ale to je pak otázka, jestli je to jako potom eutanazie.“*

Ve vyjádření účastnice č. 2 byla eutanazie srovnána se sebevraždou a zdůrazněno, že v obou případech existuje faktor, který jednotlivec není schopen vyřešit sám. Z toho vyplývá důležitost konzultace s odborníky, kteří mohou poskytnout nezbytnou podporu a poradit v obtížných situacích: *„Je to hrozně těžký, sama s tím úplně nesouhlasím, ale kdybych nevěděla, co a jak... Ale co se týče práce s hospicem, tak se za tím vždy schovává*

*něco jiného. Nějaké nesmíření atak. Aktivní eutanazie je velké téma, ale myslím si, že i v konci života je velmi důležité se stále snažit o to vytěžit z toho, co nejvíc. Myslím si, že je za tím vždy něco, co ti lidé neumí řešit. To samé sebevražda. Nesoudím to, ale myslím si, že kdyby to bylo uzákoněno, tak by to byl velmi tenký led. Sama v tom názor hledám. Jsou to lidé na pokraji sil, kteří potřebují pomoc.“*

Na rozdíl od toho, pracovníci v přímé péči o umírající vyjádřili názor, že eutanazie by mohla být povolena. Respondentka č. 7: *„Je to složité téma. Myslím, že by člověk měl mít možnost si o svém životě a smrti rozhodnout za určitých podmínek; nevléčitelně nemocný, trpící...“* Další respondentka, č. 5, uvedla, že by pravděpodobně podpořila legalizaci eutanazie, avšak vyjádřila obavy ohledně možného zneužívání této praxe: *„S eutanazií jako takovou souhlasím, ale zároveň mám velký strach z jejího zneužívání.“*

Pracovníci v přímé péči často mají přímý kontakt s lidmi, kteří procházejí těžkými životními situacemi, včetně těch, kteří čelí nevléčitelným nemocem. Tito pracovníci mohou mít hlubší porozumění pro utrpení, které někteří pacienti prožívají, a mohou se cítit soucitněji s jejich životními příběhy. Z tohoto důvodu mohou někteří z nich podporovat eutanazii jako možnost ukončení nevléčitelného trápení a umožnění důstojného konce života. Naopak, sociální pracovníci mají tendenci pohlížet na problémy a situace svých klientů z širší perspektivy, zahrnující sociální, emocionální a právní aspekty. Mohou se obávat možných důsledků legalizace eutanazie z hlediska etiky, morálky a ochrany zranitelných jedinců, jako jsou starší lidé, lidé s postižením nebo ti, kteří mají omezené zdroje kvalitní zdravotní péče. Pro sociální pracovníky může být prioritou spíše hledání alternativních forem péče a podpory pro pacienty a jejich rodiny, které by jim umožnily co nejdůstojnější závěr života, aniž by došlo k potenciálním kontroverzním a eticky náročným otázkám spojeným s eutanazií.

### **5.3. Shrnutí výzkumu**

V tomto oddíle sumarizuji výsledky získané z rozhovorů s pracovníci, které působí v hospicové péči. Hlavním cílem mého výzkumu je prozkoumat, jak práce v oblasti paliativní péče ovlivňuje postoj pracovníků k tématu smrti a umírání. Tento cíl bude dosažen prostřednictvím zodpovězení šesti konkrétních výzkumných otázek, které budou podrobně rozebrány níže:

První otázka se zabývala **nejčastějšími výzvami, se kterými se pracovníci v paliativní péči setkávají**. Z odpovědí, které jsem získala lze říci, že největší výzvou pro pracovníky v paliativní péči se zdá být komunikace a spolupráce s rodinami pacientů. Každá rodina i jednotlivý pacient je unikátní, což znamená, že prioritní obavy a postoje k otázkám smrti a umírání se mohou výrazně lišit. To může znesnadňovat navázání důvěry a spolupráce mezi pracovníky a rodinou. Je třeba vynaložit velké úsilí, aby se vytvořilo prostředí vzájemného porozumění a aby se rodina cítila podporovaná a respektována v rozhodování o péči pro svého blízkého. Dalším významným faktorem

je rozdílný pohled na paliativní péči mezi zdravotníky a sociálními pracovníky. Zdravotníci se často zaměřují na léčbu a zachování života za každou cenu, což může vést k agresivním léčebným opatřením, i když to může pro pacienta znamenat zbytečné utrpení. Na druhou stranu, nelékařský personál má tendenci přistupovat k tématu smrti a umírání s větším smířením a uvědoměním si nevyhnutelnosti těchto procesů. Konflikty mohou vznikat mezi těmito různými přístupy a hodnotami, což vyžaduje citlivou a respektující komunikaci mezi členy týmu paliativní péče.

Respondenti v odpovědích na druhou otázku, která se ptala na **reakce a smíření s úmrtím pacientů**, zdůraznili, že úspěšné zvládnání práce v hospici vyžaduje, aby pracovník měl vyřešené otázky týkající se života a smrti. Klíčovou roli zde hraje osobní víra a přijetí tohoto tématu. Zaznamenaly se rozdíly v reakcích na ztrátu pacientů mezi pracovníky na různých pozicích. Sociální pracovníci, kteří nejsou často v přímém kontaktu s umírajícími, mohou mít větší emocionální odstup. Naopak ti, kteří jsou přímo ve styku s umírajícími pacienty, často prožívají smutek, ale také úlevu, zejména pokud mohli přispět k důstojnému odchodu pacienta. Důležitým faktorem ovlivňujícím reakce na ztrátu pacientů je délka působení v paliativní péči a četnost kontaktu s úmrtími. Pracovníci s delším působením v hospicové péči mohou vyvinout větší emocionální odolnost vůči úmrtím a lépe zvládat jejich dopady. Naopak noví pracovníci mohou prožívat větší emocionální zátěž, a proto je důležité jim poskytovat podporu a prostor pro zpracování jejich emocí, aby mohli efektivně pracovat a udržet si svoji pohodu a psychické zdraví.

Třetí otázkou jsem se snažila zjistit, **jakým způsobem se u pracovníků vzájemně prolíná pracovní a osobní život**. Respondenti podotkli, že jejich osobní zkušenosti mohou formovat jejich přístup k práci a naopak. Zvláště důležitá je emoční stránka práce, která se projevuje hlubším spojením s pacienty, kteří jsou jim věkově blízcí nebo mají podobné zkušenosti jako oni sami nebo jejich blízcí. Péče o mladší pacienty, kteří čelí nečekané ztrátě života, může být psychicky náročná a vyvolávat silné emocionální reakce u pracovníků. Tato situace klade zvýšené nároky na jejich zpracování a adaptaci. Respondenti také sdíleli, že reflexe nad smrtí a umíráním se promítá do jejich osobního života. Proto mohou být opatrnější ve svém osobním životě, aby se vyhnuli asociacím s onemocněními a ztrátou v jejich vlastním okolí. I přes náročnosti a emoční zátěž, které prolínání pracovního a osobního života přináší, mohou tato zkušenost přinášet i pozitivní aspekty. Pracovníci uvádějí hlubší pochopení životních hodnot, otevřenější komunikaci o smrti a umírání a větší ocenění času stráveného s blízkými. Takové zkušenosti mohou vést ke změně pohledu na život a jeho hodnoty.

Další otázkou jsme zjistili, že pro **udržení duševní pohody** v práci a **zvládnutí stresu** spojeného s ní je klíčová podpora pracovního kolektivu a možnost sdílení emocí a zkušeností s kolegy. Sdílení s kolegy umožňuje každému najít podporu a porozumění ve svém jedinečném prožívání. Respondenti zdůraznili důležitost podpory ze strany

kolegů a rodiny. Tuto podporu rozšířili na vedení organizace, které bylo vnímáno jako další zdroj podpory a možností řešení problémů či vyčerpání v týmu prostřednictvím supervize. Vedle toho byly zmíněny další strategie pro péči o psychickou pohodu, jako je účast na modlitebních setkáních, sport, kontakt s rodinou a přáteli, a čas strávený v přírodě. Tyto výsledky naznačují, že péče o vlastní psychické zdraví v náročném pracovním prostředí vyžaduje multidimenzionální přístup a kombinaci různých zdrojů podpory a individuálních strategií.

Otázka týkající se **tabuizace tématu smrti a umírání ve společnosti** odhalila následující zjištění. Z účastnických rozhovorů vyplynulo, že i přesto, že se tato problematika ve společnosti stále vnímá jako tabu, dochází k postupnému zlepšení situace. Respondenti si všímají rostoucího povědomí o paliativní a hospicové péči. Jedním z klíčových zjištění je, že názory respondentů se liší v závislosti na jejich osobní zkušenosti a prostředí, ve kterém se pohybují. Zatímco někteří účastníci považují téma smrti za stále tabuizované, další vnímají určité pozitivní trendy směrem k otevřenější diskusi. Přestože je smrt běžným tématem v pracovním prostředí těch, kteří se zabývají péčí o nemocné a umírající, ve společnosti jako celku je stále vnímána jako obtížná a často opomíjená. Celkově vzato, z výzkumu vyplývá, že ačkoli je tabuizace tématu smrti stále přítomná ve společnosti, existují známky pokroku směrem k otevřenější diskusi a většímu povědomí o paliativní a hospicové péči. Nicméně ještě stále existuje potřeba více otevřené komunikace a přijetí této důležité fáze lidského života ve společnosti jako celku.

V rámci zkoumání **postoje k eutanazii** byly získány zajímavé poznatky. Průzkum ukázal rozdílné postoje k eutanazii mezi sociálními pracovníky a poskytovateli přímé péče. Sociální pracovníci vyjadřují odmítavý postoj k aktivní eutanazii, zdůrazňují respekt k životu a hledání alternativních forem péče. Naopak pracovníci v přímé péči jsou více nakloněni povolení eutanazie, vidí ji jako možnost ukončení nevyléčitelného trápení. Tyto odlišné názory jsou pravděpodobně ovlivněny profesními zkušenostmi a přímým kontakt s umírajícími pacienty.

## Závěr

Tato diplomová práce se zaměřila na pohled pracovníků paliativní péče na téma smrti a umírání. Ve své teoretické části jsem sledovala historický vývoj pojmu smrti a umírání, ukazující jeho proměnlivost a kontext v různých obdobích lidské historie. Dále jsem se zabývala různými perspektivami na tuto problematiku, zkoumajícími jak individuální, tak i sociokulturní vnímání smrti a umírání. Tyto dvě kapitoly se vzájemně prolínaly, jelikož tyto perspektivy nevznikaly izolovaně, ale právě v průběhu historie. Historické události, společenské změny a kultura ovlivňovaly, jak lidé chápali smrt a umírání a jak se k nim stavěli. Vývoj pojmu smrti a umírání je tedy neodmyslitelně spojen s tím, jak lidstvo postupovalo skrze různé epochy a jaké hodnoty a normy v nich převládaly.

V následující části mé práce jsem představila paliativní a hospicovou péči jako klíčové prostředky, které poskytují podporu a komfort pacientům v jejich posledních fázích života. Principy péče o umírající, které jsou základem těchto forem péče, klade důraz na celkovou péči o pacienta a jeho blaho. To znamená, že se nezaměřuje pouze na léčbu symptomů spojených s fyzickými obtížemi, ale také na péči o psychický a sociální aspekt pacientova života. Multidisciplinární přístup je jedním z klíčových pilířů paliativní a hospicové péče. Tým složený z lékařů, ošetřovatelů, psychologů, sociálních pracovníků a dalších odborníků spolupracuje na poskytování komplexní péče, která zohledňuje individuální potřeby každého pacienta a jeho rodiny. Tato koordinovaná práce zajišťuje efektivní řešení potřeb pacientů a maximalizuje jejich kvalitu života v období, kdy se již neléčí jejich základní onemocnění. Zdůraznila jsem také význam psychohygieny pro pracovníky paliativní péče. Práce s umírajícími pacienty a jejich rodinami je náročná a může být emočně vyčerpávající. Proto je důležité, aby pracovníci v této oblasti měli možnost pravidelně reflektovat svou práci, vyhledávat podporu od svých kolegů a případně využívat supervize nebo terapeutickou pomoc. Péče o vlastní psychohygienu je klíčová pro zachování profesionálního a psychického zdraví pracovníků a prodlužuje tak jejich schopnost poskytovat kvalitní péči. Celkově lze konstatovat, že paliativní a hospicová péče představují nezastupitelné zdroje podpory pro pacienty a jejich blízké v obtížných obdobích života. Jejich principy a multidisciplinární přístup jsou zárukou komplexní péče, která respektuje individualitu každého člověka a jeho právo na důstojný odchod.

V poslední části teoretického rozboru jsem se zaměřila na kontroverzní téma eutanazie, které představuje etický a právní problém v mnoha společnostech. Při zkoumání eutanazie jsem se snažila porozumět různým perspektivám a argumentům, které se v diskusi o tomto tématu objevují. Etické aspekty eutanazie se dotýkají základních otázek týkajících se lidské důstojnosti, práva na sebeurčení a respektu k lidskému životu. Je nezbytné zkoumat, zda je poskytnutí možnosti ukončení života na



žádost pacienta v souladu s etickými principy, které jsou základem zdravotní péče. Při kontrastování eutanazie s paliativní péčí jsem zdůraznila, že paliativní péče se zaměřuje na poskytování komfortu a podpory pacientům v jejich posledních fázích života, aniž by aktivně ukončovala život. Paliativní péče respektuje lidskou důstojnost a snahu minimalizovat utrpení, přičemž vždy dbá na zachování života v souladu s etickými principy. Cílem tohoto zkoumání bylo podtrhnout důležitost poskytování péče, která respektuje lidskou důstojnost a práva pacientů, a to i v kontextu obtížných rozhodnutí spojených se smrtí a umíráním. Je nutné, aby společnost a zdravotnická profese reflektovala tato etická a právní dilemata a hledala způsoby, jak poskytovat péči, která je empatická, respektuje individuální potřeby pacientů a zároveň zachovává základní etické principy.

V praktické části této práce jsem se soustředila na interpretaci výsledků kvalitativního výzkumu, který měl za cíl porozumět, jak práce v paliativní péči ovlivňuje postoj pracovníků ke smrti a umírání. Skrze polostrukturované rozhovory s pracovníky paliativní péče jsem se snažila získat hlubší vhled do jejich zkušeností, emocionálního prožívání a postoje k této náročné oblasti práce. V rámci interpretace výsledků jsem identifikovala několik klíčových témat a vzorů, které se opakovaly v odpovědích pracovníků. Patřila mezi ně například způsob, jakým se pracovníci vyrovnávají se smrtí a umíráním pacientů, jejich pocity spojené s péčí o umírající, a také jejich postoj k vlastnímu profesnímu poslání a účelu své práce. Z výsledků výzkumu vyplývá, že práce v oblasti paliativní péče může být skutečně emocionálně náročná. Pracovníci se často potýkají s vysokým stresem, utrpením pacientů a emocionálními výkyvy spojenými s umíráním. Nicméně většina z nich vyjadřuje silný pocit naplnění a smyslu z toho, co dělají. Jsou motivováni touhou pomáhat lidem v jejich posledních chvílích života a poskytovat jim důstojný a pohodlný odchod. Důležitým závěrem je, že péče o pracovníky paliativní péče je nezbytná. Poskytnutí adekvátní podpory, včetně psychologické podpory a možnosti sdílení emocí a zkušeností s kolegy, je klíčové pro zachování psychického zdraví pracovníků v této náročné profesi. Dále je důležité pokračovat v diskusi o etických aspektech péče o umírající a hledat neustále způsoby, jak zdokonalovat poskytovanou péči a zlepšovat kvalitu života pacientů v jejich posledních fázích života.

## Seznam použitých zdrojů

### Tištěné dokumenty:

- ARIÈS, Philippe. *Dějiny smrti. Každodenní život*. Praha: Argo, 2020. ISBN 978-80-257-3251-9.
- BEDRNOVÁ, E. 1999. *Duševní hygiena a sebeřízení pro vysokoškoláky a mladé manažery*. Praha: Fortuna.
- BUŽGOVÁ, Radka. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života*. Sestra (Grada). Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-5402-4.
- CAMUS, Albert. *Cizinec*. Démanty literatury. Voznice: Leda, 2021. ISBN 978-80-7335-775-7.
- CÍSAŘOVÁ, D., SOVOVÁ, O. *Trestní právo a zdravotnictví*. Praha: Orac, 2004.
- DAVIES, Douglas J. *Stručné dějiny smrti*. Diagramma. Praha: Volvox Globator, 2007. ISBN 978-80-7207-628-4.
- DE VRIES, Simon Philip. *Židovské obřady a symboly*. Praha: Vyšehrad, 2009. ISBN 978-80-7021-963-8.
- FISHBANE, A. Michael. *Judaismus. Zjevení a tradice*. Praha: Praha 1996. ISBN 80-85190-47-8.
- HÁŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. Praha: Galén, 2007.
- Hendl, J. (2005). *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál.
- HERBERMANN, Charles G. *The Catholic Encyclopedia*. 1913.
- HEIDEGGER, Martin a PETŘÍČEK, Miroslav. *Bytí a čas*. Knihovna novověké tradice a současnosti. Praha: OIKOYMENH, 2018. ISBN 978-80-7298-244-8.
- KACZOR, Michal, 2016. *Psychohygiena sociálního pracovníka*. České Budějovice. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích.
- KANT Immanuel, *Základy metafyziky mravů*, Praha: OIKOYMENH, 2014.
- KEBZA, V. *Psychická zátěž, stres a psychohygiena v lékařských profesích*. Praha: Grada, 2012.
- KERRIGAN, Michael. *Historie smrti: pohřební zvyky a smuteční obřady od starověku do současnosti*. Praha: Deus, 2008. ISBN 978-80-87087-55-8.
- KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *O smrti a umírání: co by se lidé měli naučit od umírajících*. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0911-9.
- KÜBLER-ROSSOVÁ, Elisabeth. *Otázky a odpovědi o smrti a umírání*. Arica, 1994.
- KÜBLER-ROSSOVÁ, E. *O umírání a smrti*. Arica, Trutnov 1993, 251 s., ISBN 80-900134-6-6.
- KUMAR, Parveen J. a CLARK, Michael L. (ed.). *Kumar & Clark's clinical medicine*. Student consult. Edinburgh: Elsevier Saunders, 2012. ISBN 978-0-7020-4499-1.
- KUPKA, Martin. *Psychosociální aspekty paliativní péče*. Psyché (Grada). Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4650-0.

- KUSHNER, Thomasine a THOMASMA, David C. *Od narození do smrti: etické problémy v lékařství*. Praha: Mladá fronta, 2000. ISBN 80-204-0883-5.
- MIŠOVIČ, J. Kvalitativní výzkum se zaměřením na polostrukturovaný rozhovor.
- MOLL, Rob a WINNER, Lauren. *The Art of Dying: Living Fully into the Life to Com.* USA: InterVarsity Press, 2010.
- MUNZAROVÁ, M. (2006). Co mluví i dnes proti eutanazii? *Zdravotnické právo v praxi*, 1: 4-6.
- MUNZAROVÁ, Marta. *Eutanazie, nebo paliativní péče?* Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1025-0.
- NEČAS, Oldřich. *Obecná biologie*. H&H, 2000. ISBN 80-8022-46-3.
- NEŠPOROVÁ, O. (2009). Smrt jako konec, nebo začátek? O (ne)víře v posmrtný život. *Lidé města*.
- OHLER, Norbert. *Umírání a smrt ve středověku*. Jinočany: H & H, 2001. ISBN 80-86022-69-2.
- PETŘÍČEK, M. Úvod do (současné) filosofie. Praha: Herrmann & synové, 1991.
- POLLARD, B. Eutanazie – ano či ne? Praha: Dita, 1996
- PTÁČEK, Radek a BARTŮNĚK, Petr. *Eutanazie – pro a proti*. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4659-3.
- SARTRE, Jean-Paul. *Bytí a nicota: pokus o fenomenologickou ontologii*. Knihovna novověké tradice a současnosti. Praha: OIKOYMENH, 2018. ISBN 978-80-7298-250-9.
- SARTRE, Jean-Paul. *Existencialismus je humanismus*. Krystal (Vyšehrad). Praha: Vyšehrad, 2004. ISBN 80-7021-661-1.
- SEPÚLVEDA, C. et al. Palliative Care: The World Health Organization's Global Perspective. *Journal of Pain and Symptom Management*, 2002, vol. 24, issue 2.
- SCHOTT, H.: *Kronika medicíny*. Praha: Fortuna Print, 1994.
- SLÁMA, Ondřej; KABELKA, Ladislav a VORLÍČEK, Jiří. *Paliativní medicína pro praxi*. Praha: Galén, 2011. ISBN 978-80-7262-849-0.
- STEVENS, Elaine; JACKSON, Susan a MILLIGAN, Stuart. *Palliative Nursing Across the Spectrum of Care*. Blackwell Publishing, 2009.
- SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospice a umění provázet*. Karmelitánské nakladatelství, 2011.
- VOKURKA, Martin a HUGO, Jan. *Velký lékařský slovník*. Jessenius. Praha: Maxdorf, [2015]. ISBN 978-80-7345-456-2.

## Elektronické zdroje:

- LIDZ, Franz. Now Showing, an Ancient Spell Book for the Dead. Online. *The New York Times*. 2023. Dostupné z: <https://www.nytimes.com/2023/10/31/science/archaeology-egypt-book-dead.html>.
- N11 Náboženství v antickém Římě – Doba předřímská. Online. In: ABCViry. Dostupné z: <http://www.abcviry.cz/index.php/nabozenstvi-jake-proc/93-naboz-v-antickem-rime?start=1>.
- Taoismus a konfuciánství — Hledání nebeské cesty. Online. In: Svědkové Jehovovi. Dostupné z: <https://www.jw.org/cs/knihovna/knihy/Lidstvo-hled%C3%A1-Boha/Taoismus-a-konfuci%C3%A1nstv%C3%AD-Hled%C3%A1n%C3%AD-nebesk%C3%A9-cesty/>.
- Reinkarnace, karma a smrt napříč náboženstvím. Online. In: SHANTI. 2017. Dostupné z: <https://www.shanti.cz/blog/reinkarnace-karma-a-smrt-napric-nabozenstvim/>.
- Jak se lidé ve středověku vyrovnávali s všudypřítomnou smrtí a jak ji vnímali? Online. In: DOTYK. 2023. Dostupné z: <https://www.dotyk.cz/magazin/stredovek-smrt/>.
- KUTNOHORSKÁ, Jana a KISVETROVÁ, Helena. *UMÍRÁNÍ A SMRT V HISTORICKÉM VÝVOJI*. Online. In: 2010. Dostupné z: <https://kont.zsf.jcu.cz/pdfs/knt/2010/02/14.pdf>. [cit. 2024-01-30].
- GRUBHOFFER, Václav. Medikalizace smrti na přelomu 18. a 19. století. Okamžik smrti, zdánlivá smrt a vzorce chování k mrtvým z hlediska dějin lékařství. Online. *Theatrum historiae*. 2012, č. 11. Dostupné z: [https://www.google.com/url?sa=t&ret=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwj\\_5-yA7saEAxVU9QIHXX2qAXUQFnoECBMQAQ&url=https%3A%2F%2Ftheatrum.upce.cz%2Findex.php%2Ftheatrum%2Farticle%2Fview%2F1983%2F1749&usg=AOvVaw2e2k7eV\\_QUdohJ1XljSa9f&opi=89978449](https://www.google.com/url?sa=t&ret=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwj_5-yA7saEAxVU9QIHXX2qAXUQFnoECBMQAQ&url=https%3A%2F%2Ftheatrum.upce.cz%2Findex.php%2Ftheatrum%2Farticle%2Fview%2F1983%2F1749&usg=AOvVaw2e2k7eV_QUdohJ1XljSa9f&opi=89978449).
- TWYXCROSS, Robert. Reflections on palliative sedation. In: *Sage Journals* [online]. 2019 [cit. 2023-11-13]. Dostupné z: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/1178224218823511>., s
- KVASNIČKA, Jakub. *Pojetí duše a posmrtného života z pohledu východních a západních náboženství*. Online, Diplomová. Olomouc: UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI, 2016. Dostupné z: [https://theses.cz/id/lfagdq/DP\\_Kvasnicka\\_Jakub\\_Pojeti\\_duse\\_a\\_posmrtneho\\_zivota.pdf](https://theses.cz/id/lfagdq/DP_Kvasnicka_Jakub_Pojeti_duse_a_posmrtneho_zivota.pdf). [cit. 2024-12-09].

- DOŇKOVÁ, Eva. *Změna v přístupu vnímání smrti, pohled na smrt ve společnosti očima hrobníků*. Online, Bakalářská. Praha: UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE, 2012. Dostupné z: <https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/45858/130068765.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. [cit. 2023-11-17].
- NEŠPOROVÁ, Olga. *Smrt, umírání a pohřební rituály v české společnosti ve 20. století*. Online. In: Akademie věd. 2007. Dostupné z: <https://sd.usd.cas.cz/pdfs/sod/2007/02/05.pdf>. [cit. 2023-11-17].
- Pojetí smrti v islámu*. Online. In: ČT edu. Dostupné z: <https://edu.ceskatelevize.cz/video/15331-pojeti-smrti-v-islam>. [cit. 2024-02-22].
- BUDDHISTICKÝ POHLED NA SMRT*. Online. In: BuddhaWeb.cz. 2016. Dostupné z: <https://www.buddhawebsite.cz/buddhisticke-pohled-na-smrt/>. [cit. 2024-12-12].
- Péče o umírající z pohledu vaišnavského hinduismu a ajurvedy*. Online. In: Umírání.cz. 2010. Dostupné z: <https://www.umirani.cz/clanky/pece-o-umirajici-z-pohledu-vaisnavskeho-hinduismu-a-ajurvedy>. [cit. 2024-12-12].
- Dualismus máme vrozený, těžko s tím hnout*. Online. In: SCIENCEmag.cz. 2020. Dostupné z: <https://sciencemag.cz/dualismus-mame-vrozeny-tezko-s-tim-hnout/>. [cit. 2024-02-22].
- Palliative and End of Life Care: PostNote*. Online. In: Houses of Parliament. 2014. Dostupné z: <https://researchbriefings.files.parliament.uk/documents/POST-PN-481/POST-PN-481.pdf>. [cit. 2024-01-28]., s.1.
- Co je paliativní péče?* Online. In: Dostupné z: <https://paliativni-pece.cz/>. [cit. 2024-01-28].
- Koncepce paliativní péče v ČR*. Online. Praha: Hospicové občanské sdružení Cesta domů, 2004. Dostupné z: [file:///C:/Users/M88804/Downloads/cd\\_brozura\\_koncepce\\_pal.pece\\_sazba\\_nahled.pdf](file:///C:/Users/M88804/Downloads/cd_brozura_koncepce_pal.pece_sazba_nahled.pdf). [cit. 2024-02-19]., s. 35-36.
- PODPŮRNÝ A PALIATIVNÍ TÝM*. Online. In: Fakultní nemocnice Olomouc. Dostupné z: <https://paliativnitym.fnol.cz/o-nas>. [cit. 2024-02-01].
- Caring for seriously ill and dying patients: the philosophy and ethics.: Ethical Issues*. Online. In: LATIMER, Elizabeth. PUBMED CENTRAL. National Library of Medicine. 1991. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1335282/pdf/cmaj00236-0029.pdf>. [cit. 2024-02-01].
- LATIMER, Elizabeth. *Caring for seriously ill and dying patients: the philosophy and ethics*. Online. In: National Library of Medicine. 1991. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1335282/>. [cit. 2024-02-22].

- Komunikace s umírajícím a blízkými.* Online. In: Cesta domů. Dostupné z: <https://elearning.cestadomu.cz/elearning/pro-psychosocialni-pracovniky/komunikace-s-umirajicim-a-blizkymi/>. [cit. 2024-02-23].
- Fáze vyrovnávání se s nemocí.* Online. In: Albertinum. Dostupné z: [https://www.albertinum.cz/web/cs/kvalita/zamestnanec/faze-vyrovnani-se-s-nemoci-detail-textovy\\_clanek-71-77-0-693.html?tab\\_id=web](https://www.albertinum.cz/web/cs/kvalita/zamestnanec/faze-vyrovnani-se-s-nemoci-detail-textovy_clanek-71-77-0-693.html?tab_id=web). [cit. 2024-02-23].
- Syndrom vyhoření: příčiny, prevence a léčba.* Online. In: Terap.io. 2021. Dostupné z: <https://terap.io/blog/prakticke-tipy/syndrom-vyhoreni>. [cit. 2024-02-23].
- HRDÁ, Karolína a TOLLAROVÁ, Blanka. *Průvodce poskytováním paliativní péče v pobytových sociálních službách pro seniory.* Online. Centrum paliativní péče, z.ú., 2018. Dostupné z: [https://www.sue-ryder.cz/www/files/ckfiles/file/PPPP\\_A4\\_web.pdf](https://www.sue-ryder.cz/www/files/ckfiles/file/PPPP_A4_web.pdf). [cit. 2024-02-23].
- SLÁMA, Ondřej a VAFKOVÁ, Tereza. *Etické a právní aspekty paliativní péče.* Online. In: Paliativní péče. 2020. Dostupné z: [https://is.muni.cz/do/rect/el/estud/lf/ps19/paliativni\\_pece/web/pages/08\\_02\\_eticke\\_principy.html](https://is.muni.cz/do/rect/el/estud/lf/ps19/paliativni_pece/web/pages/08_02_eticke_principy.html). [cit. 2024-02-25].
- Eutanazie.* Online. In: Novinky.cz. Dostupné z: <https://www.novinky.cz/tag/eutanazie-29932>.
- Marek Vácha: Argumenty proti legalizaci eutanazie.* Online. In: Eutanazie.cz. Dostupné z: <https://eutanazie.cz/clanky-a-prednasky/marek-vacha-argumenty-proti-legalizaci-eutanazie/>.

## **Abstrakt**

KOLÁŘOVÁ, M. Pohled pracovníků paliativní péče na téma smrt a umírání. České Budějovice 2024. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Teologická fakulta. Vedoucí práce PhDr. Vít Erban, Ph.D.

**Klíčová slova:** smrt, umírání, paliativní péče, hospic, hospicová péče, eutanazie

Tato diplomová práce zkoumá pohled pracovníků paliativní a hospicové péče na smrt a umírání. Teoretická část se věnuje definici smrti, historickému vývoji vnímání této problematiky a popisu paliativní péče a eutanazie. Praktická část interpretuje výsledky rozhovorů s pracovníky hospicového zařízení, zkoumá jejich profesní pohled na smrt a umírání klientů a jejich způsoby smíření s touto skutečností. Výzkum přináší vhled do komplexního tématu smrti a umírání z perspektivy profesionálů v oblasti paliativní péče.

## **Abstract**

### **The view of palliative care workers on the topic of death and dying**

**Key words:** death, dying, palliative care, hospice, hospice care, euthanasia

This thesis examines the perspective of palliative and hospice care workers on death and dying. The theoretical part is devoted to the definition of death, the historical development of the perception of this issue and the description of palliative care and euthanasia. The practical part interprets the results of interviews with hospice staff, examines their professional view of death and dying clients and their ways of coming to terms with this fact. The research brings insight into the complex topic of death and dying from the perspective of palliative care professionals.