

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Teologická fakulta
Katedra sociální a charitativní práce

Diplomová práce

Etika v paliativní péči

Vedoucí práce: doc. Jindřich Šrajfer, Dr. theol.

Autor práce: Radka Poláčková

Studijní obor: Etika v sociální práci

Ročník: 2. ročník

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

Ve Starém Plzenci, 23. 3. 2022

.....
Radka Poláčková

Poděkování

„Děkuji vedoucímu diplomové práce doc. Jindřichu Šrajerovi, Dr. theol. za cenné rady, připomínky a metodické vedení práce.“

Obsah

Úvod	7
1. Fenomén smrti a umírání.....	9
1.1 Thanatologie	10
1.2 Umírání	10
1.3 Stádia umírání.....	11
1.3.1 Pre finem	12
1.3.2 In finem.....	12
1.3.3 Post finem	13
1.4 Umírání a smrt v lidských dějinách	14
1.5 Domáci a institucionální model umírání.....	16
1.6 Současný pohled na umírání.....	17
2. Paliativní péče	19
2.1 Rozvoj paliativní péče	19
2.2 Vymezení paliativní péče.....	20
2.3 Cílová skupina paliativní péče	22
2.4 Paliativní péče v současnosti	23
2.4.1 Obecná paliativní péče.....	23
2.4.2 Specializovaná paliativní péče	23
2.5 Principy paliativní péče	25
2.6 Kvalita života	26
2.6.1 Smysl života	27
2.6.2 Kvalita života v terminálním stavu	28
2.7 Legislativa paliativní péče	30
2.7.1 Zákon o zdravotních službách	30
2.7.2 Zákon o veřejném zdravotním pojištění	30
2.7.3 Zákon o sociálních službách	31

2.7.4 Metodický pokyn Ministerstva zdravotnictví ČR k poskytování mobilní specializované paliativní péče	31
2.7.5 Standardy mobilní specializované paliativní péče	32
2.7.6 Standardy paliativní péče	32
2.7.7 Národní plán paliativní péče.....	33
2.7.8 Memorandum o spolupráci na systematickém rozvoji paliativní péče v ČR.....	33
2.8 Formy paliativní péče	34
2.8.1 Hospicová péče.....	35
3. Etické aspekty v paliativní péči.....	36
3.1 Základní etické pojmy	36
3.2 Profesionální etika	38
3.2.1 Vznik a vývoj lékařské etiky.....	39
3.2.2 Zásady lékařské etiky v kontextu paliativní medicíny	40
3.2.3 Etické kodexy.....	43
3.4 Etické aspekty umírání a smrti.....	48
3.5 Etické hodnoty v paliativní péči	48
3.5.1 Lidská důstojnost.....	50
3.5.2 Lidská práva	52
3.5.3 Podpora autonomie	53
3.6 Etické problémy a dilemata v paliativní péči	54
3.6.1 Sdělení závažné diagnózy a prognózy	56
3.6.2 Informovaný souhlas.....	58
3.6.3 Dříve vyslovené přání.....	59
3.6.4 Zachování povinné mlčenlivosti	60
3.6.5 Eutanazie	61
3.6.5.1 Co je eutanazie?.....	61
3.6.5.2 Formy a druhy eutanazie	63
3.6.5.3 Legalizace eutanazie	64

3.6.5.4 Co není eutanazie.....	65
3.6.5.5 Argumenty zastánců eutanazie	67
3.6.5.6 Argumenty proti eutanázii.....	67
3.6.5.7 Eutanazie a paliativní péče	68
3.7 Etika a právo v paliativní péči	68
Závěr.....	74

Úvod

Překotný rozvoj medicíny posledních desetiletí přináší na jednu stranu pozitivní aspekty, jako jsou prodlužování života nebo šance na vyléčení z dříve smrtelných chorob. Pokrok v medicíně dal ale na druhou stranu vzniknout i mnoha náročným etickým otázkám ohledně záchrany a prodlužování lidského života a oddalování smrti. Závěrečná etapa života s sebou přináší mnoho etických problémů a dilemat. Z tohoto důvodu je intenzivně diskutována paliativní medicína a péče. Jejím cílem je důstojným způsobem provázet pacienta v pokročilém či terminálním stádiu nevyлéčitelné nemoci, a to s důrazem na kvalitu jeho života a s ohledem na jeho přání a potřeby.

Pracovníci pomáhajících profesí, kteří pracují s cílovou skupinou nevyлéčitelně nemocných a umírajících, jsou často konfrontováni s problémy doprovázejícími poslední etapu života. Tyto problémy se týkají institucionalizovaného umírání, umělého prodlužování života souvisejícího s pokrokem medicíny, často diskutované eutanázie, sdělování pravdy a nepříznivé diagnózy, problematiky informovaného souhlasu apod. Ocítají se tak často v náročných situacích, v nichž není jednoduché se správně rozhodovat a jednat. K jejich řešení nestačí pouze odborné vědomosti a dovednosti, ale jde spíše o mravní rozhodování, které vychází ze základních etických principů. Takové rozhodování samozřejmě klade velké nároky na morálku, svědomí a mravní chování každého jednotlivého sociálního pracovníka.

Tématem předkládané diplomové práce je etika v paliativní péči. K výběru tématu mě vedla osobní dlouholetá profesní zkušenost s paliativní péčí a zájem o prohloubení znalostí v této oblasti.

Cílem diplomové práce je formulovat etické principy péče, resp. reflektovat význam etiky v péči o umírající a definovat etické problémy a dilemata, která s procesem umírání souvisejí.

Práce se dělí do tří hlavních částí. První oddíl se věnuje fenoménu umírání a smrti. Seznamuje s vědním oborem thanatologie. Reflektuje proměny vnímání smrti v lidských dějinách, spojenou s různými modely péče o umírající.

V závěrečné podkapitole se soustředí na dnešní pohled na finální etapu života člověka.

Druhý oddíl se zabývá paliativní péčí. Vymezuje její podobu, principy a cílovou skupinu. Dále pojednává o současných přístupech k poskytování paliativní péče a jejích typech. Tento oddíl je uzavřen analýzou české legislativy v oblasti péče o umírající.

Třetí oddíl se soustředí na etiku paliativní péče v jednotlivých zařízeních, kterými jsou nemocniční oddělení paliativní péče či hospice. Věnuje se také paliativní péči v domácím prostředí. Po objasnění významu určujících hodnot pro paliativní péči, zvláště pak lidské důstojnosti, etických kodexů a v nich obsažených základních principů lékařské a ošetrovatelské etiky, se pozornost soustředí na konkrétní etické otázky a jejich možné řešení v přístupech jednotlivých zařízení, což umožňuje i jejich vzájemné srovnání.

Tato práce čerpá jak z odborné literatury, tak i z právních předpisů, koncepčních a strategických dokumentů týkajících se paliativní péče zejména v českém prostředí. Inspirací mi byl také přístup nejrůznějších institucí, které se paliativní péči v České republice dlouhodobě věnují. V neposlední řadě jsem vycházela z osobních zkušeností, zvláště z dlouholeté hospicové praxe.

1. Fenomén smrti a umírání

Hlavním tématem této práce je etická stránka paliativní péče, která se orientuje především na kvalitu života nevléčitelně nemocných. Medicína prošla v posledních desetiletích významnou proměnou a díky tomuto pokroku medicíny je možné zachraňovat a prodlužovat lidské životy tam, kde to dříve nebylo možné.

Poslední fáze života člověka přináší nejistotu a strach z přítomnosti smrti, z bolesti a umírání. S tématem smrti je spojeno mnoho neznámého. V souvislosti s filozofií nebo vírou se rozvíjí mnohé teorie o tom, co nás čeká po smrti. S jistotou nemůžeme žádnou z teorií vyvrátit nebo potvrdit.

Jednou z teorií je to, že smrtí končí veškerá existence jedince. Křesťané věří, že smrtí končí náš pozemský život a začíná život věčný. Nesmrtelná duše se odloučí od smrtelného těla a bude souzena před Bohem. Ani věřící člověk, jemuž je jeho víra útěchou v životě věčném, nevstupuje do poslední etapy pozemského života beze strachu a ani se to od něj neočekává.

V Evangeliu podle Marka je zachycen strach Ježíše Krista ve chvíli, kdy věděl, že se blíží jeho smrt, a modlil se v Getsemanské zahradě: „Má duše je smutná až k smrti. Zůstaňte zde a bděte!“¹ Poodešel od nich, padl na zem a modlil se, aby ho, je-li to možné, minula tato hodina.“ A i na kříži pak volá ke svému Otcí: „Bože můj, Bože můj, proč jsi mě opustil!“² Proto se žádný člověk nemusí stydět za svůj strach ze smrti.

V současné době umíráme jinak, než umírali naši předci. V minulosti lidé sice častěji než dnes umírali mimo instituce, ale nebylo to vždy doma mezi blízkými, ale třeba také na ulici a bez pomoci. V každém případě bylo umírání krátké a bez zásahů, to znamená i bez tišících a úlevných prostředků.³

Smrtí a umíráním se zabývají dva obory, které spolu úzce souvisí a navzájem spolupracují - thanatologie a paliativní medicína. Dříve než se otevřou hlavní témata této práce, tj. paliativní péče a její etické problémy, je dobré zamyslet se nad otázkami života a smrti člověka. Ze stěžejních autorů, kteří se věnují problematice smrti a umírání je důležité uvést Helenu Haškovcovou a Philippa Ariése, další cenný zdroj informací k tomuto tématu poskytuje Cesta domů, společnost, která poskytuje péči umírajícím v domácím prostředí,

¹ Mk 14, 34

² Ž 22,1

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

poskytuje poradenské služby a dlouhodobě se věnuje tématu paliativní péče a provozuje stejnojmenné webové stránky.

1.1 Thanatologie

„Thanatologie je vědní obor zabývající se tématem umírání a smrti. Jedná se o interdisciplinární obor, rozptýlený do mnoha vědních oborů: medicíny, filozofie, psychologie, teologie, sociologie a dalších.“⁴ Thanatologie pojímá problematiku smrti v nejrůznějších souvislostech.

Způsob, jakým člověk vnímá a interpretuje existenciální zkušenosti smrti, popsal ve svých studiích k dějinám smrti Philippe Ariès. Shledává, že postoj člověka ke smrti se mění na základě čtyř základních hledisek. Těmi jsou: vědomí člověka o sobě samém, obrana před nepřátelskými mocnostmi přírody, víra v posmrtný život (resp. ztráta této víry) a konečně otázka souvislosti mezi zlem a smrtí.⁵

1.2 Umírání

Zaměříme-li se na vymezení procesu umírání, dojdeme k závěru, že vymezení je velice různorodé. Umírání je však především proces. Proces umírání patří do poslední etapy života člověka. Netýká se pouze tělesných změn, je potřeba zaměřit se na celostní pojetí člověka z biologického, psychologického, sociálního a spirituálního modelu.

Biologická rovina se týká tělesné oblasti, patří sem příjem potravy, vyprazdňování, příjem kyslíku, podávání léků, chemoterapie, rehabilitace a další. Do psychologických potřeb patří respektování lidské důstojnosti, komunikace, sdílení emocí, nálady, pocit bezpečí, jistoty a důvěry. Sociální oblast řeší potřeby v oblasti vztahů, ekonomického zajištění, doprovázení nemocného a jeho blízkých. Člověk jako společenská bytost má potřebu sociálních kontaktů nejen ve zdraví, ale i v období nemoci. Spirituální dimenze zahrnuje duchovní složku, která se týká smyslu života a utrpení.⁶

⁴ Srov. HAŠKOVCOVÁ, Helena. Thanatologie, nauka o umírání a smrti. 2. přeprac. vyd. Praha: Galén, 2007. 244 s. ISBN 978-80-7262-471-3.

⁵ Srov. ARIÈS, Philippe. Dějiny smrti. Praha: Argo, 2000. ISBN 8072032933.

⁶ Srov. HAŠKOVCOVÁ, Helena. Thanatologie, nauka o umírání a smrti. 2. přeprac. vyd. Praha: Galén, 2007. 244 s. ISBN 978-80-7262-471-3.

Proces umírání může být různě dlouhý. Haškovcová na základě délky procesu rozlišuje náhlou smrt, rychlou smrt a pomalé umírání.⁷

Náhlá a rychlá smrt není obvykle nijak předvídatelná nebo jen ve velmi omezeném rozsahu. Pojem náhlá smrt je nejčastěji spojován s nějakou tragickou událostí, jako je například autonehoda. Smrt se dostavuje e po několika hodinách od úrazu, nejčastěji se jedná o úraz hlavy, plic a vnitřní krvácení. Náhlá smrt je nevyhnutelná a zpravidla ji nelze zvrátit.⁸

Rychlá smrt pak bývá úmrtí způsobené nemocí, jako je například infarkt myokardu, často jde o masivní poškození mozku nebo vykrvácení. Oba tyto typy úmrtí jsou velmi rychlé a umírajícího i jeho okolí překvapí, protože se tak děje nečekaně.⁹

Opakem náhlé a rychlé smrti je smrt pomalá, která se avizuje určitými příznaky v delším časovém období. Zpravidla to bývají dny a týdny nebo také měsíce po úrazu či diagnostikování závažné nemoci. Umírající, jeho rodina a blízcí mají čas se připravit na odchod. Příznaky, kterými se nemoc projevuje, na sebe navazují a můžeme vidět postupnou gradaci a zhoršení zdravotního stavu. Často je pojem pomalá smrt spojován s utrpením a nezměrnou bolestí.¹⁰

V dnešní době by chtělo hodně lidí smrt rychlou a bezbolestnou. Srovnáme-li dnešního člověka například s člověkem středověku, bylo tomu dříve úplně naopak. V tomto ohledu měla významnou úlohu víra, Bůh měl ochraňovat před náhlým úmrtím. Středověký člověk považoval náhlou nebo rychlou smrt za něco negativního. Kvůli rychlému úmrtí nebyl dostatek času na provedení všech rituálů v plném rozsahu. Rodina se tak nemohla dobře připravit na odchod blízkého.¹¹

1.3 Stádia umírání

Proces umírání můžeme sledovat z řady aspektů. Lze jej zkoumat z hlediska biologického, psychologického, sociálního, filozofického, teologického, ale také z hlediska etického. Podle Haškovcové můžeme tento proces rozdělit do tří stádií,

⁷ Srov. HAŠKOVCOVÁ, Helena. Thanatologie, nauka o umírání a smrti. 2. přeprac. vyd. Praha: Galén, 2007. 244 s. ISBN 978-80-7262-471-3.

⁸ Srov., tamtéž.

⁹ Srov., tamtéž.

¹⁰ Srov., tamtéž.

¹¹ Srov., tamtéž.

kteřá mají význam například pro intervenci lékařskou. Tato tři stádia nazýváme pre finem, in finem a post finem.¹²

1.3.1 Pre finem

Období pre finem může být velmi dlouhé, od několika měsíců až po několik let. Jedná se o období, které začíná sdělením diagnózy, jejíž prognózou je předpokládaná smrt. Nemusí být spojováno jen s nemocí, může se objevit i v důsledku vysokého věku. V tomto období je snaha o remisi nemoci nebo alespoň o zmírnění důsledků onemocnění.¹³

Důležitým úkolem je uchránit nemocného před takzvanou sociální smrtí, což je stav, kdy je člověk živý, ale jeho život zahrnuje prakticky jen čekání na smrt. V období pre finem chtějí nemocní o své situaci většinou mluvit, důležitá je psychická podpora a pomoc. Po celou dobu této fáze by měl pacient dostávat objektivní informace, rozsah těchto informací by se měl odvíjet od přání pacienta a jeho psychického stavu. Pravda jako taková není vždy bezpodmínečně nutná, pokud si ji nemocný nepřeje slyšet. Nikdy by ale neměl být nemocný zanechán po sdělení úplné pravdy bez podpory a pomoci.¹⁴

V tomto období je důležitá role rodiny a blízkých. Nedostane-li nemocný potřebnou oporu, může dojít k jeho osamělosti a izolaci.

1.3.2 In finem

Po období pre finem následuje období in finem, které se váže k okamžiku samotné smrti. Jde o období mezi životem a fyzickou smrtí. Druhá fáze umírání se na rozdíl od dřívější doby, kdy lidé umírali především v domácím prostředí, odsunula do prostředí nemocnic nebo léčeben dlouhodobě nemocných. Podle Haškovcové byl smrti „odejmut sociální rozměr a člověk v umírání nebyl nikdy tak osamělý jako v současné době.“¹⁵ V mnoha ohledech nemůže odborný personál zastoupit blízké nemocného.

V tomto období vstupuje do popředí otázka paliativní medicíny, hospicové péče, rituály spojené se smrtí, ale také téma eutanázie.

Smrti obvykle předchází změněný stav vědomí, kdy dochází k minimální nebo žádné odezvě na vnější podmínky. Po tomto stavu většinou umírající

¹² Srov., tamtéž.

¹³ Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. Lékařská etika. 4. vydání. Brno: Galén, 2015. ISBN 978-7492-204-6.

¹⁴ Srov., tamtéž.

¹⁵ HAŠKOVCOVÁ, H. Lékařská etika. 4. vydání. Brno: Galén, 2015. ISBN 978-7492-204-6.

upadají do kómatu. Kóma je nejhlubší forma bezvědomí, kdy neprobíhá žádná odezva na vnější podněty. Kóma můžeme dělit na vegetativní, kdy je člověk schopen stereotypních reflexních funkcí jako je dýchání, spaní, trávení potravy, není ale schopen myslet, neuvědomuje si okolní svět. Druhým typem je kóma bdělé, při kterém jsou také minimální nebo žádné odezvy na vnější podněty, ale umírající může mít otevřené oči.¹⁶

V období *in finem* obvykle vymizí potřeba přijímat potravu a tekutiny a umírající by neměl být nucen do jídla, pokud sám nechce, postačí zvlhčovat rty. Důležitá stále zůstává ošetrovatelská péče, je důležité kontrolovat vyměšovací procesy, předcházet vzniku dekubitů, zachovávat hygienu a tišit bolest.¹⁷ Nemocný s postupujícím časem častěji spí nebo rozjímá, chce trávit čas o samotě.

Umírající by měl mít uspokojeny všechny potřeby fyzické, psychické, sociální i spirituální. Člověk je v tomto období již značně omezen v sebeobsluze, a proto by se mělo dbát na to, aby si umírající zachoval svoji důstojnost. Čím více se člověk přibližuje smrti, tím více ztrácí na důležitosti potřeby biologické a sílí potřeby spirituální. Poslední chvíle by měl nemocný trávit se svými blízkými. Člověk by neměl umírat v osamění. Neznamená to však, že s umírajícím musím někdo trávit veškerý čas. Toto období je charakteristické také potřebou samoty a rozjímání. Někteří umírající zemřou ve chvíli, kdy se od nich blízcí, třeba jen na chvíli vzdálí.

„Fáze *in finem* je také vhodná chvíle k poskytnutí duchovní péče např. v podobě pomazání nemocných.“¹⁸

1.3.3 Post finem

Fáze *post finem* začíná až po samotné smrti. Zahrnuje především péči o tělo zemřelého a velká pozornost samozřejmě směřuje i k péči o pozůstalé.

Když ustanou životní funkce člověka, nastává smrt. Je důležité mít na paměti, že smrt může konstatovat vždy jen lékař, který provede ohledání a vyplní List o prohlídce zemřelého.

Okamžiky po smrti blízkého člověka jsou velmi významné pro pozůstalé a mohou rozhodnout o tom, jak bude probíhat proces truchlení. Psychologové

¹⁶ Srov. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie, nauka o umírání a smrti*. 2. přeprac. vyd. Praha: Galén, 2007. 244 s. ISBN 978-80-7262-471-3.

¹⁷ HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie, nauka o umírání a smrti*. 2. přeprac. vyd. Praha: Galén, 2007. 244 s. ISBN 978-80-7262-471-3.

¹⁸ KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Poslední úsek cesty*. Praha: Návrat domů, 1995. s. 95. ISBN 80 - 85495 - 43 - 0.

radí, aby blízcí měli možnost setrvat nějakou chvíli v klidu v blízkosti mrtvého a mohli prožít zvláštnost těchto okamžiků. Může jim to pomoci snáze akceptovat smrt blízké osoby a lépe se s ní vyrovnat.¹⁹

Pozůstalí, kteří mají pocit, že potřebují pomoc, by se neměli stydět říci si o ni. V zařízeních typu hospic se s poskytnutím takové pomoci na požádání pozůstalých počítá. Pomoc pozůstalým se neomezuje pouze na psychologickou nebo spirituální podporu, ale zahrnuje i pomoc s vyřizováním veskrze praktických věcí, jako je pohřeb a podobně.

1.4 Umírání a smrt v lidských dějinách

Je jistě pravda, že smrt k životu neodmyslitelně patří, ale s tímto jednoduchým pohledem si člověk pochopitelně nevystačí. Člověk žije ve vztahu k sobě i ostatním a do vztahů smrt zasahuje zásadně a nesmiřitelně.

Jan Sokol uvádí, že „smrt má význam sama o sobě. Jen díky smrti může být z lidského života příběh. Tak jako obraz musí mít rám a román nebo film začátek a konec, platí totéž o životě. To jen přímka je bez konce a jen ornament se může donekonečna opakovat. Co má mít tvar a podobu, co má tvořit celek, musí mít své meze a konec.“²⁰

Postoj k umírání a ke smrti se v lidských dějinách vyvíjí a mění. Ve středověké a raně novověké společnosti bylo vidění smrti odlišné od dnešního pohledu. Tato odlišnost se zakládala především na faktu, že umírání a smrt byly pro většinu lidí něčím, s čím byli velmi často konfrontováni ve svém každodenním životě. Téměř každý člověk byl osobně přítomen umírání a smrti svých prarodičů, rodičů, sourozenců nebo sousedů.²¹

Ve středověku lidé smrt považovali za běžnou záležitost, postihovala mladé lidi, děti, matky po porodu, často umíralo mnoho lidí najednou při epidemiích. Lidé si díky tomu uvědomovali svoji smrtelnost, rodina se samozřejmostí přijímala umírání blízkého člověka, smrt byla blízkým, třebaže nevídaným druhem. Důvěrnost a všednost smrti vedla k tomu, že byla vnímána lidmi jako dominantní skutečnost života, Philippe Ariès ji charakterizuje jako smrt zkrocenou.²²

¹⁹ Srov. HAŠKOVCOVÁ, Helena. Spoutaný život. Praha: 3. LF UK, 1991.

²⁰ SOKOL, J. Stárnutí a smrt. In JIRÁSKOVÁ, V., a kol. Mezigenerační porozumění a komunikace. Praha: Eurolex Bohemia, 2005. ISBN 80-86861-80-5. s. 44-50.

²¹ Srov. ARIÈS, Philippe. Dějiny smrti. Praha: Argo, 2000. ISBN 8072032933.

²² Srov. ARIÈS, Philippe. Dějiny smrti. Praha: Argo, 2000. ISBN 8072032933.

V období zhruba od 12. do 15. století si lidé začali uvědomovat svoji individualitu vzhledem ke společnosti. Zvýšený důraz byl kladen na smrt jednotlivce, smrt byla posledním osobním dramatem každého člověka. Tuto zkušenost smrti Ariès definuje jako smrt vlastní.²³

Od šestnáctého století dochází podle Arièse ke zdivočení kdysi zkrocené smrti, které nazývá trvalou blízkostí smrti. Lidé se už nechtějí opírat pouze o zkušenosti a interpretace předků, ale chtějí získávat zkušenosti vlastní.²⁴

Umírání a smrt představovaly veřejné společenské události, jejichž význam byl srovnatelný s narozením a svatbou. Umírající byl obklopen nejen užší rodinou, ale i dalšími lidmi, širším příbuzenstvím a sousedy.²⁵

Smrt byla chápána ve velmi úzkém vztahu k náboženství. Věřilo se ve spasení a ve věčný život, nebo ve věčné zatracení v pekle. Smrt představovala jakousi bránu do onoho světa, neznamenal tedy naprostý konec všeho a ani nevedla k definitivnímu odloučení mrtvého od pozůstalých.

Značný význam v posledních okamžicích života získala medicína. Ta však sebe samu chápe jako čistou přírodní vědu, smrt považuje za porážku a snaží se ji od umírajícího odvrátit. Tento postoj ke smrti Ariès pojmenovává jako „zakázaná smrt“.²⁶ Můžeme se také setkat s pojmem smrt řízená profesionály, to je smrt v nemocnici za stálého lékařského dohledu.

Až do počátku dvacátého století se málokdy stávalo, že by člověk umíral osamocen. Stále byl považován za člena rodiny či určité skupiny lidí, ke které celý svůj život náležel. Proto se nejbližší rodinní příslušníci, ale i blízcí přátelé, známí, sousedé a kolegové scházeli u jeho postele k poslednímu rozloučení.²⁷

To, co dnes vnímáme jako „dobrou smrt“, je idealizovanou představou. Smrt byla běžnou součástí života a byla viditelná. Lidé umírali nejen doma, ale také na veřejných prostranstvích, často o hladu a bez pomoci. Můžeme říct, že lidé krátce stonali a rychle umírali.²⁸

²³ Srov., tamtéž.

²⁴ Srov., tamtéž.

²⁵ Srov. Umírání.cz [online], [cit. 20. 1. 2021]. Dostupné na <https://www.umirani.cz/clanky/navratit-smrti-jeji-misto>.

²⁶ ARIÈS, Philippe. Dějiny smrti. Praha: Argo, 2000. ISBN 8072032933.

²⁷ Srov. HAŠKOVCOVÁ, Helena. Thanatologie, nauka o umírání a smrti. 2. přeprac. vyd. Praha: Galén, 2007. 244 s. ISBN 978-80-7262-471-3.

²⁸ Srov., tamtéž.

1.5 Domácí a institucionální model umírání

Historicky starší je domácí model umírání, kdy umírající tráví své poslední chvíle života v domácím prostředí se svými blízkými, se kterými se může důstojně rozloučit. Domácí model nebyl přínosem jen pro umírajícího, ale i pro ostatní členy rodiny, kteří měli možnost se přirozeným způsobem potkat se smrtí a na základě této zkušenosti věděli, jak umírání vypadá.²⁹

Ne každý měl ale štěstí, že mohl trávit své poslední chvíle mezi svými blízkými. To se týkalo především lidí velmi chudých, osamocených, obětí válek a různých epidemií. V raném středověku se můžeme setkat nejprve s klášterními nemocnicemi, později dochází ke vzniku hospiců a nemocnic, kde nacházejí útočiště nejen staří a umírající, ale i chudí, nemocní, sirotci a pocestní. Co se starých lidí týče, až do devatenáctého století prakticky neexistovalo zařízení, které by se specializovalo jen na péči o staré nemocné občany.³⁰

Péči o smrtelně nemocné měly ve středověku na starosti nejrůznější církevní řády, jež zakládaly špitály, předchůdce dnešních nemocnic. K prvním takovýmto řádům patřily u nás např. řád Maltézských rytířů, řád sv. Lazara nebo řád Křižovníků s červenou hvězdou. Hospice a špitály neměly význam léčebný, ale spíše charitativní.³¹

Vznik moderního ošetřovatelství spojujeme se jménem Florence Nightingale a datujeme jej na konec 19. století. Její kniha o ošetřování nemocných vyšla v češtině ve stejném roce, kdy byla založena první zdravotnická škola v Rakousku-Uhersku, tj. v roce 1874. Ošetřovatelství a lékařství se rychle vyvíjelo kupředu. Zpočátku nebyla umírajícím věnována zvláštní péče, ale byli zpravidla umístěni mezi ostatní pacienty. Ve 20. letech minulého století se vyzdvihoval klid v péči o umírající, proto byli tito pacienti oddělováni od ostatních zástěnami. Efektem tohoto oddělování bylo samozřejmě také ušetření ostatních nemocných od pohledu na umírajícího. Paradoxně poskytnutí klidu umírajícímu znamenalo i vyloučení rodiny a blízkých z péče o nemocného, kteří měli možnost návštěv jen ve vymezených návštěvních hodinách.³²

²⁹ Srov. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie, nauka o umírání a smrti*. 2. přeprac. vyd. Praha: Galén, 2007. 244 s. ISBN 978-80-7262-471-3.

³⁰ Srov. ARIÈS, Philippe. *Dějiny smrti*. Praha: Argo, 2000. ISBN 8072032933.

³¹ Srov., tamtéž.

³² HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie, nauka o umírání a smrti*. 2. přeprac. vyd. Praha: Galén, 2007. 244 s. ISBN 978-80-7262-471-3.

Nabízí se srovnání s dnešní dobou, pro kterou je důstojné umírání jedním z palčivých témat. Mnozí smrtelně nemocní lidé končí v nemocničních odděleních pro dlouhodobě nemocné. Jen někteří mají možnost prožít své poslední chvíle v domácím prostředí obklopeni svými nejbližšími.

Dnešní institucionalizovaná péče o umírající je oproti minulosti využívána lidmi, kteří nejsou chudí ani nejsou postiženi válkou nebo epidemií. V minulosti nahrazovala institucionalizovaná péče rodinnou právě jen v uvedených případech. Tento po mnoha staletí ustálený průběh umírání se začal radikálně měnit v devatenáctém a zejména v dvacátém století. Umírání se začalo přesouvat do sterilního prostředí nemocnic a do dalších institucí.³³

Vedle nemocnic a léčeben pro dlouhodobě nemocné se významně na péči o umírající podílejí hospice. Díky hospicům se setkáváme s pozitivním přístupem k umírání a smrti, jenž chápe umírání a smrt jako přirozenou součást lidského údělu a jako završení a naplnění lidského života.

1.6 Současný pohled na umírání

„Pohled na smrt se v současnosti nijak významně nezměnil, změnil se však přístup a způsob umírání a vyrovnávání se se smrtí. Rodina už nemá podstatnou roli v péči o umírajícího, nemocný ztrácí kontakt se svým prostředím, smrt se přesouvá do nemocnic a léčeben dlouhodobé péče.“³⁴ V České republice umírá většina nemocných v prostředí institucionální péče, ročně takto zemře kolem 60–70 procent osob z celkového počtu úmrtí.³⁵

Současný postoj veřejnosti a lékařů k problematice umírání a péče o umírající zkoumá opakovaně společnost Cesta domů. Ta realizovala studii s názvem Podpora paliativní péče v České republice. Jejím cílem bylo vypracovat zprávu o umírání a paliativní péči v ČR. Na tuto studii navázal výzkum Umírání a péče o nevléčitelně nemocné, který proběhl opakovaně a to v letech 2011, 2013 a 2015. Tento výzkum se zabýval vnímáním konce života a umíráním jak na společenské, tak na individuální úrovni z hlediska tematizace smrti a umírání ve společnosti, přáními a představami o vlastním konci života, přípravou na něj

³³ Srov. ARIÈS, Philippe. Dějiny smrti. Praha: Argo, 2000. ISBN 8072032933.

³⁴ HAŠKOVCOVÁ, Helena. Thanatologie, nauka o umírání a smrti. 2. přeprac. vyd. Praha: Galén, 2007. 244 s. ISBN 978-80-7262-471-3.

³⁵ Srov. ČLK. [online], [cit. 20. 1. 2021]. Dostupné na [https://www.lkcr.cz/informace-262.html?do\[loadData\]=1&itemKey=cz_99721](https://www.lkcr.cz/informace-262.html?do[loadData]=1&itemKey=cz_99721)

z hlediska dříve vysloveného přání, znalost této možnosti, názor na ní a její eventuelní využití, a také rolí pacientů a lékařů při rozhodování o další terapii.³⁶

Výzkumná zpráva shrnuje veřejné mínění o postojích veřejnosti a zdravotníků k otázkám souvisejícím se smrtí podle těchto témat: komunikace mezi lékařem a pacientem, uvažování a rozhodování o závěru života, dříve vyslovená přání a povědomí o paliativní péči.³⁷

Výsledky této výzkumné studie ukazují zajímavý rozpor mezi tím, jak se liší názory na téma umírání, poskytování paliativní péče a s tím související otázky podle představ respondentů výzkumu ze strany veřejnosti se skutečným stavem ve společnosti. Ještě výrazněji se vyjevuje rozdíl mezi představou a skutečností v názorech zdravotníků.

Většina dotázaných si myslí, že se o smrti a umírání ve společnosti dostatečně nemluví. O přípravách na smrt se nehovoří, protože smrt je ještě daleko, protože ji nechtějí přivolávat nebo také proto, že nemáme s kým o tomto tématu promluvit.

Podle výzkumu si přeje 78 % Čechů zemřít doma. Skutečnost však ukazuje pravý opak, nejčastěji umíráme v nemocnici a v léčebnách dlouhodobé péče (60 %). Lidé by chtěli umřít doma, ale zároveň nechtějí být v posledních chvílích nikomu na obtíž.

Pod pojmem dobrá smrt si lidé představují úmrtí ve spánku, bezbolestně a rychle. Lidé nechtějí umírat v léčebnách pro dlouhodobě nemocné.

Důležitým tématem je, čeho se bojíme a jak bychom chtěli nebo nechtěli umírat. Lidé se nejvíce obávají ztráty důstojnosti, bolesti, odloučení od blízkých a osamocení.

Výzkum se zabývá také tím, jak zdravotníci komunikují (respektují přání) pacientů a jejich rodin. Lidé vnímají aspekty komunikace hůře než zdravotníci. Na sdělování špatné zprávy o zdravotním stavu se názory populace a zdravotníků liší.

Na odborné úrovni byla problematice spojené s postojem k umírání věnována konference, kterou dne 6. června 2017 uspořádala Česká lékařská komora pod záštitou prezidenta republiky s názvem Důstojné umírání - Důstojný život s nevléčitelnou nemocí. Jednalo se o první velkou interdisciplinární konferenci věnovanou tomuto tématu. Cílem konference bylo

³⁶ Srov. Umírání. [online], [cit. 20. 1. 2021]. Dostupné na <https://www.umirani.cz/data#ke-stazeni>.

³⁷ Srov., tamtéž.

upozornit na celospolečenský problém poskytování péče osobám s nevléčitelnou nemocí v závěru jejich života. Diskutovány byly možnosti a limity paliativní péče, otázky právní a ekonomické a dilemata, která jsou v této fázi potřeba řešit.³⁸

2. Paliativní péče

2.1 Rozvoj paliativní péče

Možnosti medicíny vyléčit nemocné nebo alespoň prodloužit jejich život jsou omezené. Zároveň její možnosti zdaleka nekončí tam, kde končí schopnost uzdravení nebo prodloužení života. Klíčovou součástí lékařské péče je také tišit bolest a jiné formy utrpení a poskytnout nemocnému útěchu a úlevu od těchto útrap.³⁹

Mimo jiné se díky úspěchům moderní medicíny za posledních sto let významně prodloužil průměrný věk dožití. Na začátku 21. století žijeme výrazně déle a v mnohém ohledu pohodlněji, ale také později umíráme. Účinnou odpovědí na tyto problémy může být moderní paliativní péče.⁴⁰

První moderní paliativní zařízení, jehož založení je možné považovat za jeden z milníků zrodu moderní paliativní péče, St. Christopher's Hospice v Anglii, vzniklo v roce 1967. V současné době je ve více než 100 zemích po celém světě evidováno přes 8000 zařízení paliativní péče (z toho cca 3000 v Evropě a 4000 v Severní Americe).⁴¹

Počátky paliativní péče v České republice se datují do první poloviny 90. let dvacátého století. První oddělení paliativní péče bylo otevřeno 2. 11. 1992 v nemocnici v Babicích nad Svitavou na oddělení tuberkulózy a respiračních onemocnění.⁴²

O vznik prvního hospice se zasloužila lékařka Marie Svatošová. Již v roce 1993 založila občanské sdružení pro podporu domácí péče a hospicové hnutí s názvem *Ecce homo*. Prvním mimořádným počinem tohoto sdružení

³⁸ ČLK. [online], [cit. 20. 1. 2021]. Dostupné na [https://www.lkcr.cz/informace-262.html?do\[loadData\]=1&itemKey=cz_99721](https://www.lkcr.cz/informace-262.html?do[loadData]=1&itemKey=cz_99721)

³⁹ Srov. SLÁMA O., ŠPINKA Š. *Koncepce paliativní péče v ČR*. Praha: Hospicové občanské sdružení Cesta domů, 2004. ISBN 80-239-4330-8.

⁴⁰ Srov., tamtéž.

⁴¹ Srov., tamtéž.

⁴² Srov. Paliativní medicína. [online], [cit. 28. 1. 2021]. Dostupné na https://is.muni.cz/do/rect/el/estud/lf/ps19/paliativni_pece/web/pages/01_03_historie.html

ve spolupráci s Diecézní charitou v Hradci Králové bylo vybudování a otevření Hospice Anežky České v Červeném Kostelci v roce 1995.⁴³

Následovala výstavba a uvedení do provozu dalších hospiců i mobilních hospicových jednotek.

2.2 Vymezení paliativní péče

Paliativní péče je aktivní, na kvalitu života orientovaná péče, poskytovaná nemocným, kteří trpí nevléčitelnou chorobou v pokročilém nebo terminálním stadiu. Jejím primárním cílem není vyléčení pacienta či prodloužení jeho života, ale prevence a zmírnění bolesti a dalších tělesných i duševních strádání, zachování pacientovy důstojnosti a podpora jeho blízkých. Léčí příznaky, symptomy nemoci, které již není možné odstranit či vyléčit její příčinu. Postupy paliativní medicíny se nemoc sice neodstraní, přesto se však subjektivní stav pacienta může zlepšit.⁴⁴

Paliativní péče znamená určitou filozofii péče, kdy je kladen důraz na biologickou, psychologickou, sociální a spirituální jedinečnost každého člověka.⁴⁵

Podle Světové zdravotnické organizace (WHO) je paliativní medicína celková léčba a péče o nemocné, jejichž nemoc nereaguje na kurativní léčbu. Nejdůležitější je léčba bolesti a dalších symptomů, stejně jako řešení psychologických, sociálních a duchovních problémů nemocných. Cílem paliativní medicíny je dosažení co nejlepší kvality života nemocných a jejich rodin.⁴⁶

„WHO charakterizovala hlavní zásady paliativní péče takto:

- poskytuje úlevu od bolesti a dalších symptomů,
- podporuje život, avšak pohlíží na umírání jako na přirozený proces,
- neusiluje ani o urychlení, ani o oddálení smrti,
- obsahuje psychologické a duchovní aspekty péče o pacienta,
- nabízí systém podpory, který pacientům pomáhá žít co nejaktivněji až do smrti,

⁴³ Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. Thanatologie: nauka o umírání a smrti. Praha: Galén, 2000. ISBN 80-7262-034-7.

⁴⁴ Srov., tamtéž.

⁴⁵ Srov. SLÁMA, O., KABELKA, L., VORLÍČEK, J. Paliativní medicína pro praxi. Praha : Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-505-5.

⁴⁶ Srov. VORLÍČEK, J., ADAM, Z. a kol. Paliativní medicína. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1998. 480 s. ISBN 80-7169-437-1.

- nabízí systém podpory, který pomáhá rodinám zvládat období pacientovy nemoci a období zármutku,
- využívá týmové práce pro uspokojování potřeb pacientů a jejich rodin, včetně případného psychologického poradenství v období zármutku,
- usiluje o zlepšení kvality života a může též pozitivně ovlivnit průběh nemoci,
- je použitelná v raném stádiu nemoci spolu s řadou jiných terapií, jejichž cílem je prodloužení života, jako chemoterapie či radioterapie, a zahrnuje vyšetření nutná k lepšímu pochopení a zvládnutí tíživých klinických komplikací.⁴⁷

„Moderní paliativní péče:

- se neodvrací od nevléčitelně nemocných, ale chrání jejich důstojnost a klade hlavní důraz na kvalitu života,
- dokáže úspěšně zvládat bolest a další průvodní jevy závěrečných stadií nevléčitelných a ke smrti směřujících onemocnění,
- je založena na interdisciplinární spolupráci a integruje v sobě lékařské, psychologické, sociální, existenciální a spirituální aspekty,
- vychází důsledně z individuálních přání a potřeb pacientů, respektuje jejich hodnotové priority a chrání právo pacienta na sebeurčení,
- zdůrazňuje význam rodiny a nejbližších přátel nemocných, nevytrhává nemocné z jejich přirozených sociálních vazeb, ale umožňuje jim, aby poslední období života prožili v důstojném a vlídném prostředí a ve společnosti svých blízkých,
- nabízí všestrannou účinnou oporu příbuzným a přátelům umírajících a pomáhá jim zvládat jejich zármutek i po smrti blízkého člověka,
- vychází ze zkušenosti, že existuje zásadní rozdíl mezi špatnou a kvalitní péčí o umírající a že umírání nemusí být provázeno strachem, nesnesitelnou bolestí a nesmyslným utrpením.⁴⁸

Paliativní léčba zahrnuje komplexní, multidisciplinární přístup k nemocnému. Základ tohoto přístupu tvoří multidisciplinární tým, který je

⁴⁷ Hospice.cz [online], [cit. 20. 1. 2021]. Dostupné na <http://www.hospice.cz/hospice1/paliativ.html>.

⁴⁸ SLÁMA O., ŠPINKA Š. Koncepce paliativní péče v ČR. Praha: Hospicové občanské sdružení Cesta domů, 2004. ISBN 80-239-4330-8.

tvořen řadou odborníků různých profesí, kteří vzájemně spolupracují a diskutují, jak nejúčinněji individuálně řešit problémy nemocného.⁴⁹

2.3 Cílová skupina paliativní péče

Paliativní péče se neomezuje na předem definované lékařské diagnózy, ale měla by být k dispozici všem pacientům s život ohrožujícím onemocněním.

Paliativní péče je vhodná pro každého pacienta žijícího s onemocněním, které ohrožuje jeho život, případně s rizikem rozvoje takového onemocnění, a to na základě jakékoli diagnózy bez ohledu na prognózu a věk, pokud je ochoten paliativní péči přijímat.⁵⁰

Většina pacientů trpí bolestí, dušností a jinými symptomy, často potřebuje pomoc s psychosociálními a duchovními problémy. „Paliativní péče je poskytována v pokročilých a konečných stádiích nevléčitelných chorob, jako jsou zejména:

- nádorová onemocnění,
- neurodegenerativní onemocnění typu roztroušené sklerózy, Parkinsonovy nemoci, demence, ALS,
- konečná stádia chronických orgánových onemocnění: srdečních, plicních, jaterních a ledvinných,
- AIDS,
- polymorbidita geriatrických pacientů,
- některé vrozené pediatrické syndromy a onemocnění.“⁵¹

Paliativní medicína je převážně poskytována pacientům s pokročilým nádorovým onemocněním. Pacienti, kteří trpí jinými nemocemi, mají stejnou potřebu paliativní péče, ale přístup k paliativní medicíně je pro ně daleko obtížnější.⁵²

⁴⁹ Srov. Hospice.cz [online], [cit. 20. 1. 2021]. Dostupné na <http://www.hospice.cz/hospice1/paliativ.html>.

⁵⁰ Srov. Cesta domů [online]. [cit. 20. 1. 2021]. Dostupné na https://www.cestadomu.cz/sites/default/files/soubory/standardy_a_normy_hospicove_a_paliativni_pece_v_evrope.pdf.

⁵¹ Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. Thanatologie: nauka o umírání a smrti. Praha: Galén, 2000. ISBN 80- 7262-034-7.

⁵² Srov. Cesta domů [online]. [cit. 20. 1. 2021]. Dostupné na https://www.cestadomu.cz/sites/default/files/soubory/standardy_a_normy_hospicove_a_paliativni_pece_v_evrope.pdf.

2.4 Paliativní péče v současnosti

„Často přijímaným názorem je, že paliativní péče je poskytována ve specializovaném zařízení typu hospice. V České republice každý rok zemře více než 100 tisíc lidí, z toho jen 2,5 % jich zemře v hospicích. Z kvalifikovaných odhadů však vyplývá, že v posledním roce života potřebuje paliativní péči 50–89 % nevyлéčitelně nemocných. Z tohoto důvodu je nezbytné začít vnímat paliativní péči nikoliv jako okrajový obor, nýbrž jako druh péče, jež má být přístupný širokému spektru nemocných. Různé skupiny nevyлéčitelně nemocných potřebují různé druhy paliativní péče.“⁵³

2.4.1 Obecná paliativní péče

Obecná paliativní péče je dobrou klinickou praxí v péči o nevyлéčitelně nemocného pacienta. Měli by ji umět poskytnout všichni zdravotníci s ohledem na svoji odbornost.

Základem obecné paliativní péče je rozpoznání toho, co je důležité pro kvalitu života pacienta. Jedná se o léčbu bolesti a dalších symptomů onemocnění, respekt k autonomii pacienta, dobrá komunikace s pacientem a jeho blízkými či zprostředkování domácí ošetrovatelské péče.⁵⁴

V České republice nejsou oficiální data o rozšířenésti a využití obecné paliativní péče. Z nepřímých dat, kterými jsou např. kazuistiky nebo údaje o množství předepsaných opiátů, však lze odvodit, že dostupnost této péče není dostačující.

2.4.2 Specializovaná paliativní péče

Specializovaná paliativní péče je odborná péče poskytovaná interdisciplinárním týmem odborníků, který tvoří lékař, zdravotní sestry, sociální pracovník, psycholog, fyzioterapeut, pastorační pracovník a další. Tato péče je poskytována u těch nemocných, kde není dostačující obecná paliativní péče.⁵⁵

Specializovaná paliativní péče je indikována tam, kde pacient a jeho rodina mají obtíže, jež svou komplexností přesahují možnosti poskytovatelů

⁵³Paliativní medicína a léčba bolesti [online]. [cit. 25. 1. 2021]. Dostupné na: <https://www.solen.sk/storage/file/article/af6a9ed66bb837eccc430ff37f3263da.pdf>.

⁵⁴ Srov. Paliativní medicína a léčba bolesti [online]. [cit. 25. 1. 2021]. Dostupné na <https://www.solen.sk/storage/file/article/af6a9ed66bb837eccc430ff37f3263da.pdf>.

⁵⁵ Srov., SLÁMA, O., KABELKA, L., VORLÍČEK, J. Paliativní medicína pro praxi. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-505-5.

obecné paliativní péče. Přechod mezi obecnou a specializovanou paliativní péčí by měl být plynulý.⁵⁶

„Mezi druhy specializované paliativní péče patří:

- zařízení domácí paliativní péče, také domácí nebo mobilní hospic, jež poskytuje specializovanou paliativní péči v domácím nebo náhradním sociálním prostředí pacientů, přičemž se jedná o základní model specializované paliativní péče,
- lůžkový hospic jako samostatně stojící lůžkové zařízení poskytující specializovanou paliativní péči, kde se klade důraz na individuální péči a přání nemocného, cílem je dosáhnout osobité a domácí atmosféry a maximálního soukromí pacienta,
- oddělení paliativní péče v rámci jiných lůžkových zdravotnických zařízení (tj. především v rámci nemocnic a léčeben pro dlouhodobě nemocné),
- konziliární tým paliativní péče v rámci zdravotnického zařízení (nemocnice nebo léčebny), který přináší interdisciplinární expertní znalost z oblasti paliativní péče do lůžkových zařízení různého typu,
- specializovaná ambulance paliativní péče, která spolupracuje s praktickým lékařem a zařízením domácí paliativní péče,
- denní stacionář paliativní péče, také denní hospicový stacionář,
- zvláštní zařízení specializované paliativní péče (např. specializované poradny a tísňové linky, zařízení určená pro určité diagnostické skupiny atd.).“⁵⁷

Dostupnost kvalitní paliativní péče je chápána jako důležité občanské právo. Proto je potřeba podporovat rozvoj a zvýšení úrovně obecné i specializované paliativní péče a to rozvojem vzdělání lékařů i ostatních poskytovatelů. Dále je potřeba systematicky budovat síť poskytovatelů a zajistit financování paliativní péče.⁵⁸

⁵⁶ Srov., tamtéž.

⁵⁷ Paliativní medicína a léčba bolesti [online]. [cit. 25. 1. 2021]. Dostupné na <https://www.solen.sk/storage/file/article/af6a9ed66bb837eccc430ff37f3263da.pdf>.

⁵⁸ Srov., tamtéž.

2.5 Principy paliativní péče

Jak již bylo řečeno, paliativní péče je specializovanou formou péče o umírající, která zahrnuje fyzický, psychologický, sociální a spirituální rozměr. Kromě zmírnění bolesti a dalších symptomů patří k hlavním cílům paliativní péče zachování důstojnosti a poskytnutí podpory blízkým nemocného. Zahrnuje ucelený systém pomoci umírajícím a jejich rodinám.⁵⁹

Paliativní medicína se snaží vytvořit takový prostor, ve kterém umírání a smrt nejsou obestřeny strachem a utrpením, tj. prostor zaměřený na důstojnost člověka. Hlavním cílem není život klientovi prodloužit, ale zlepšit jeho kvalitu zejména tím, že zbaví nemocného bolesti.

Základními pilíři přístupu k pacientovi je, aby netrpěl bolestí, aby nezůstal sám a aby byla respektována jeho důstojnost a úcta k člověka až do konce jeho života. Důsledně se vychází z individuálních potřeb a přání nemocného. Důraz je kladen na nenahraditelnost rodiny a nejbližších, protože právě v očích nejbližších vnímá člověk na konci svého života svou jedinečnost. Toto platí i naopak, díky zkušenosti s umíráním a smrtí našich blízkých se formují naše životy a náš přístup k posledním chvílím našeho života.

„Principy paliativní péče:

- Chápe umírání jako součást lidského života a vychází z toho, že každý člověk závěrečnou část svého života se všemi jejími fyzickými, psychickými, sociálními, duchovními a kulturními aspekty prožívá individuálně.
- Vychází důsledně z přání a potřeb pacientů a jejich rodin a respektuje jejich hodnotové priority.
- Je založena na multiprofesní spolupráci a integruje v sobě lékařské, ošetrovatelské, psychologické, sociální a spirituální aspekty.
- Nabízí všestrannou účinnou oporu příbuzným a přátelům umírajících a pomáhá jim zvládat jejich zármutek i po smrti blízkého člověka.“⁶⁰

⁵⁹ Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. Thanatologie: nauka o umírání a smrti. Praha: Galén, 2000. ISBN 80-7262-034-7.

⁶⁰ Srov. Principy paliativní péče. [online], [cit. 20. 1. 2021]. Dostupné na: https://www.paliativnimedicina.cz/wp-content/uploads/2016/11/standardy-pp_cspm_2013_def.pdf.

Paliativní péče je založena na principech a hodnotách. V péči o pacienta se lékař nebo ostatní členové multidisciplinárního týmu dostávají do obtížných situací, kdy je těžké učinit správné rozhodnutí. Je tedy důležité uplatňovat v péči o pacienty v terminálním stavu základní etické principy. Základní koncepcí je péče zaměřená na naplňování potřeb nemocného, úsilí o maximální možnou kvalitu života až do smrti. Existuje velké množství definic paliativní péče, základem všech je však zaměření na kvalitu života nemocného.⁶¹

2.6 Kvalita života

S pojmem kvalita života se můžeme setkat v mnoha oblastech lidské činnosti. Původně se objevil v diskusích o ekonomických a sociálních problémech ve 20. letech 20. století. Dnes můžeme pojem kvalita života nalézt ve filozofii, teologii, psychologii či sociální práci. Setkáme se s ním ve většině medicínských oborů, v ošetrovatelství, ekologii a dalších oborech. Univerzální definice pro kvalitu života, která by se dala použít v různých oborech, neexistuje.

Obecně můžeme kvalitu života chápat ve dvou dimenzích. V první řadě jako subjektivní, která se týká spokojenosti člověka se životem. Druhá dimenze je objektivní a vychází ze zajištění sociálních a materiálních podmínek života – sociálního statutu a fyzického zdraví. Skutečná kvalita života je dána osobním významem jednotlivých dimenzí a jejich naplňování v reálném životě člověka. Kvalita života vyplývá především z hodnot, které částečně závisí na osobní volbě.⁶²

Kvalita života je individuálním pocitem spokojenosti a radosti ze života, kterou cítíme navzdory strastem a potížím, které prožívá v lidském životě prožíváme. Každý člověk bez rozdílu vnímá svůj život v určité kvalitě. Kvalita života je ovlivněna především úrovní fyzického, duševního a sociálního komfortu. Můžeme pozorovat, že vnímání kvality života je dáno zejména subjektivními pocity a vnímáním jedince.⁶³

Spokojenost člověka můžeme posuzovat na základě známé Maslowovy hierarchie potřeb, která obsahuje 5 úrovní: úroveň biologických a fyzických

⁶¹ Srov. ŠPINKOVÁ, Martina. Na cestách domů: Paliativní péče a dobré umírání. Praha: Cesta domů, 2006. 42 s. ISBN 80-239-8592-2.

⁶² Srov. PAYNE, J. a kol. Kvalita života a zdraví. Praha: Triton, 2005. ISBN 80-7254-657-0.

⁶³ Srov. LUDVÍKOVÁ, L. a kol. 2013. Kvalita života osob se speciálními potřebami. Olomouc: Univerzita Palackého, 2013.

potřeb, úroveň potřeby bezpečí a jistoty, úroveň potřeby sounáležitosti, úroveň potřeby uznání a úcty a nejvyšší úroveň potřeby seberealizace.⁶⁴

Mezinárodní zdravotnická organizace WHO definuje kvalitu života jako „jedincovu percepci jeho pozice v životě v kontextu své kultury a hodnotového systému a ve vztahu k jeho cílům, očekáváním, normám a obavám“.⁶⁵

V oblasti kvality života patří k nejpoužívanějším pojmům pocit pohody, sociální pohoda, lidský rozvoj, štěstí a spokojenost. Jedná se o pojmy, které často představují jednotlivé oblasti v komplexním procesu sledování kvality života.⁶⁶

Společnosti a kultury se v mnoha ohledech odlišují, z toho vyplývá, že lidé v různých zemích a kulturách považují za kvalitní něco jiného. Platí však, že člověk i celé lidstvo může přežít, pokud žije pro něco. Pouhé přežití nemůže být nejvyšší hodnotou. Být lidskou bytostí znamená zaměřit se na něco, mít cíl. Život je potenciálně smysluplný za jakýchkoliv okolností.⁶⁷

Frankl uvádí, že je možné připravit člověka o všechno kromě lidské svobody. Svobodu rozhodnout se za všech okolností pro vlastní postoj a cestu může mít každý člověk, který usiluje o to, aby našel ve svém životě smysl a naplnil jej.⁶⁸

Neexistuje žádná životní situace, která by byla skutečně nesmyslná. Zdánlivě negativní stránky života – utrpení, vina, smrt – mohou být přeměněny v něco pozitivního, pokud se k nim přistoupí se správným postojem a zaměřením. Utrpení skrývá možnost smyslu tam, kde není možné změnit situaci, ale je možné změnit sebe sama.⁶⁹

2.6.1 Smysl života

Smysl života tvoří jedinečnou neopakovatelnou entitu každého člověka, která se nachází v jeho transcendentní rovině. Této rovině říká Frankl noogenní. Smysl může dát člověku mnoho věcí, které však mají společného jmenovatele – je možno v nich realizovat určité hodnoty.⁷⁰

⁶⁴ Srov. LUDVÍKOVÁ, L. a kol. 2013. Kvalita života osob se speciálními potřebami. Olomouc: Univerzita Palackého, 2013.

⁶⁵ Srov., tamtéž.

⁶⁶ Srov., tamtéž.

⁶⁷ Srov. FRANKL, V. E. Vůle ke smyslu. 1. vyd. Brno: Cesta, 2006. ISBN 80-7295-084-3.

⁶⁸ Srov., tamtéž.

⁶⁹ Srov., tamtéž.

⁷⁰ Srov., tamtéž.

Podle V. E. Frankla existují tři hodnotové kategorie: tvůrčí hodnoty, zážitkové hodnoty a postoje hodnoty. Realizuje-li člověk tvůrčí hodnoty, je oddán nějakému dílu, které tvoří a které svým životem naplňuje. Při realizaci zážitkových hodnot se člověk realizuje v prožitku například lásky k blízkým lidem, jejíž prožívání ho naplňuje smyslem. Při uskutečňování postojových hodnot člověk realizuje a drží určitý postoj k životu, který je pro něj závazný, a to i vůči nepříjemnostem a příkořím, které mohou tyto postoje působit.⁷¹

V otázce po smyslu života Frankl konstatuje, že jedinečný a neopakovatelný smysl vlastního života nachází každý člověk sám a spíše jej objevuje – neustálým přezkoumáváním – než by jej vymýšlel. Frankl klade vůli ke smyslu v protikladu k vůli k rozkoši.

Smysl života není něco, co k pasivnímu člověku samovolně přijde, smysl života je třeba neustále hledat. Z toho vyplývá, že smysl života nemůže být dán, nýbrž musí být opakovaně nalézán.⁷²

2.6.2 Kvalita života v terminálním stavu

V souvislosti s umíráním se nejčastěji hovoří o délce života, málo se však řeší otázky kvality. Přesto je otázka kvality na konci života velmi důležitá. Nároky na kvalitu života jsou pro každého člověka jiné a závisí na řadě okolností. Kvalita života je hodnocena z individuální perspektivy a je na nemocném, aby se rozhodl, které aspekty jsou v danou chvíli nejdůležitější.⁷³

Paliativní péče smrti ničím neurychluje ani neoddaluje, považuje ji za přirozenou součást života, jejím cílem je dosažení co nejlepší kvality života nemocných a jejich blízkých.

Díky současným možnostem medicíny, přístrojovému vybavení a vysoké kvalitě ošetrovatelské péče můžeme zachránit život člověka, který dříve nebylo možné zachránit. Cílem uvedených vymožeností je prodloužení života chronicky nemocných a zlepšení kvality jejich života. V některých případech to však zároveň přináší i prodloužení života a utrpení nemocných v terminálním stádiu a prodlužování vlastní smrti.⁷⁴

⁷¹ Srov., tamtéž.

⁷² Srov. FRANKL, V. E. *Vůle ke smyslu*. 1. vyd. Brno: Cesta, 2006. ISBN 80-7295-084-3.

⁷³ Srov. *Principy paliativní péče*. [online], [cit. 20. 1. 2021]. Dostupné na: https://www.paliativnimedicina.cz/wp-content/uploads/2016/11/standardy-pp_cspm_2013_def.pdf.

⁷⁴ Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. Praha: Galén, 2000. ISBN 80-7262-034-7.

Haškovcová uvádí dva základní pohledy na kvalitu života nemocných a umírajících. Vnější pohled (zdravotníci, příbuzní, přátelé) hodnotí stav nemocného zvnějšku a často se domnívají, že kvalita života nemocného nebo umírajícího je nízká nebo dokonce žádná.⁷⁵

„Pro vnější hodnocení byly stanoveny parametry hodnocení, které determinují lidskou existenci:

- sebezpřijetí – srozumění s vlastní minulostí,
- autonomie – právo na názor, je důležité mít možnost vyjádřit se i k maličkostem,
- pozitivní vztahy – s těmi, kteří osobně doprovázejí,
- zvládnání životního prostoru – cítit se bezpečně v aktuálně sdíleném prostoru,
- smysl života – rekapitulace dosavadního života a naděje, že něco pozitivního přijde,
- osobní rozvoj – završení života jako úsek osobního zrání.“⁷⁶

Druhý pohled vyplývá ze subjektivního hodnocení pacienta, které nemusí být v souladu s biologickým zdravím, to znamená, že může lpět na svém životě a spatřovat v něm smysl navzdory těžké nemoci. V tomto kontextu je důležité vědět, jaká jsou očekávání nemocného a formulovat jeho základní potřeby.⁷⁷

Haškovcová uvádí základní potřeby umírajících, které jsou důležité pro naplnění psychických a spirituálních potřeb. „Patří k nim:

- potřeba nezůstat sám, komunikace s lidmi, při zhoršení stavu alespoň být v přítomnosti druhých
- potřeba soukromí a intimity
- potřeba mluvit o své situaci pravdivě, s prvky naděje
- potřeba mluvit o smyslu svého dosavadního života
- potřeba vyjádřit se ke svému současnému stavu, moci vyjádřit své obavy z umírání a smrti
- potřeba vyjádřit svou úzkost, bolest, beznaděj
- potřeba hledání odpovědí na otázku, zda má utrpení nějaký smysl
- potřeba ujištění, že blízcí unesou bolest ze ztráty
- potřeba truchlit (zaplakat si)

⁷⁵ Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. Thanatologie: nauka o umírání a smrti. Praha: Galén, 2000. ISBN 80-7262-034-7.

⁷⁶ HAŠKOVCOVÁ, H. Thanatologie: nauka o umírání a smrti. Praha: Galén, 2000. ISBN 80-7262-034-7.

⁷⁷ Srov., tamtéž.

- potřeba připravit se na svou smrt a “vnitřně” jejímu příchodu nebránit
- potřeba rituálů (rozloučení, modlitby)
- potřeba ujištění, že smrt nebude bolet, resp., že všichni udělají vše, aby tomu tak bylo.⁷⁸

Často si neuvědomujeme, co nevléčitelně nemocný prožívá: opakované hospitalizace, invalidita, ekonomická a sociální nestabilita, ztráta postavení, ztráta soukromí, funkce rodiny, změna životního rytmu. Naopak přibývá bolest, obavy, strach, nevolnost, ztráta soběstačnosti, smysluplnosti, potřebnosti.

2.7 Legislativa paliativní péče

V této části je uveden výčet zákonů, právních norem a dalších předpisů, které se týkají hospiců a paliativní péče v České republice. Souhrnný přehled o legislativě uvádí na svých webových stránkách společnost Cesta domů, ze které jsou čerpány potřebné informace.⁷⁹

2.7.1 Zákon o zdravotních službách

Zákon o zdravotních službách rozeznává paliativní péči jako jeden z druhů zdravotních služeb a jednoznačně ji zařazuje do systému zdravotní péče. Samotná definice paliativní péče je však v zákoně velmi široká a soustředí se na účel jejího poskytování (§ 5, odst. 2 písm. h). Novela tohoto zákona platná od 1. 1. 2018 zahrnuje také pojem hospic (§ 44a). Stanovisko k tomuto paragrafu v kontextu tvorby koncepce paliativní péče nechala vypracovat ČSPM.⁸⁰

2.7.2 Zákon o veřejném zdravotním pojištění

Tento zákon č. 48/1997 Sb. uvádí paliativní péči jako jednu z forem péče hrazené ze zdravotního pojištění. Navazuje na něj úhradová vyhláška platná od 1. 1. 2021 umožňující pojišťovnám nasmlouvat a proplácet mobilní specializovanou paliativní péči. Konkrétně se jedná o úhradu v odbornosti 926 – domácí paliativní péče, a to formou ošetrovacího dne.

⁷⁸ Tatmész.

⁷⁹ Srov. Cesta domů. [online]. [cit. 25. 1. 2021]. Dostupné na <https://www.cestadomu.cz/advokacie>.

⁸⁰ Srov., tamtéž.

Pacientovi, který splňuje indikační kritéria pro tuto úhradu, by zdravotní pojišťovna v případě uzavření smlouvy s daným mobilním hospicem uhradila péči zdravotnického týmu složeného z lékaře a sestry, který je mu dostupný 24 hodin denně. Pacienti tak i při velké nestabilitě a při výskytu závažných symptomů jako je bolest, dušnost, zvracení a jiné mohou zůstat v domácím ošetření a nemusí být zbytečně převáženi do nemocnice, nebo naopak při takto zajištěné péči mohou být bezpečně z nemocnice předáni domů. Podmínkou žadatelů o uzavření smlouvy s pojišťovnou je úspěšné absolvování výběrového řízení na příslušném krajském úřadě.⁸¹

2.7.3 Zákon o sociálních službách

Novela zákona č. 108/2006 Sb. připravovaná v roce 2017 měla v zákoně ukotvit novou sociální službu péče o osoby v terminálním stavu. Tuto službu by mohli nabízet poskytovatelé zdravotních služeb paliativní nebo domácí péče registrovaní podle požadavků zákona o sociálních službách. Novela v tomto znění však schválena nebyla, a zákon tak nadále upravuje pouze problematiku poskytování sociálních služeb ve speciálních lůžkových zdravotnických zařízeních hospicového typu.⁸²

2.7.4 Metodický pokyn Ministerstva zdravotnictví ČR k poskytování mobilní specializované paliativní péče

Účelem metodického pokynu k poskytování mobilní specializované paliativní péče je specifikovat kritéria pro nasmlouvání zdravotních výkonů odbornosti 926 – domácí paliativní péče o pacienta v terminálním stavu. Tento metodický pokyn má za cíl popsat pacienty, kteří jsou indikováni k tomuto typu péče, popsat nástroje používané ke kategorizaci pacientů a popsat poskytovatele této specifické zdravotní péče určené pro nemocné ve vlastním sociálním prostředí pacienta. Metodický pokyn mj. rozlišuje paliativní péči obecnou a specializovanou.⁸³

⁸¹ Srov., tamtéž.

⁸² Srov. Cesta domů. [online]. [cit. 25. 1. 2021]. Dostupné na <https://www.cestadomu.cz/advokacie>.

⁸³ Srov., tamtéž.

2.7.5 Standardy mobilní specializované paliativní péče

V roce 2018 připravil projektový tým Ministerstva zdravotnictví ČR dokument *Standardy mobilní specializované paliativní péče (MSPP)*, které mají za cíl pojmenovávat, kodifikovat a podporovat dobrou praxi. Nově přijatý dokument aktualizuje znění *Standardů kvality paliativní péče z let 2015–2016*, kromě toho jsou aktualizované o nejnovější poznatky ze zahraničních doporučených postupů a aktuální legislativu. Autorský kolektiv dokumentu kladl velký důraz na jejich jednoduchost a srozumitelnost i pro pacienty a jejich blízké. Ve snaze o maximální konsenzualitu byly Standardy kromě připomínkování odbornou společností a zastřešující organizací poskytovatelů také veřejně projednány na ministerstvu zdravotnictví dne 6. 11. 2018 za účasti zástupců všech mobilních hospiců a obou jejich zastřešujících organizací. Po vypořádání celkem 67 připomínek Standardy MSPP projednaly a jako společný konsensuální dokument přijaly Česká společnost paliativní medicíny ČLS JEP a Fórum mobilních hospiců. Standardy MSPP vycházejí jako autoritativní, oficiální výstup projektu ministerstva zdravotnictví a jsou dalším krokem k etablování MSPP jako jasně definované zdravotní služby, která je standardní součástí zdravotnického systému. Předpokládá se jejich pravidelná aktualizace v několikaletém intervalu.⁸⁴

2.7.6 Standardy paliativní péče

Standardy paliativní péče České společnosti paliativní medicíny ČLS JEP jsou koncipovány jako popis cílového stavu, o který je třeba v péči o nevléčitelně nemocné usilovat. Tyto standardy mají za cíl podpořit a usnadnit implementaci paliativní péče u pacientů s nevléčitelným onemocněním v celém průběhu péče a ve všech prostředích zdravotnického systému, a umožnit tak koncepční rozvoj paliativní péče v České republice.

Standardy hospicové paliativní péče Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče definují požadavky, které by měli poskytovatelé hospicové paliativní péče sdružení v této asociaci splňovat.⁸⁵

⁸⁴ Srov. Standardy paliativní péče. [online], [cit. 22. 1. 2021]. <https://www.paliativnimedicina.cz/paliativni-medicina/standardy-paliativni-pecce/>.

⁸⁵ Srov., tamtéž.

2.7.7 Národní plán paliativní péče

České společnosti paliativní medicíny ČLS JEP vyhotovila pracovní materiál jako podklad pro pracovní skupinu při Ministerstvu zdravotnictví ČR, která by měla vypracovat a pravidelně inovovat Národní plán paliativní péče. Jeho obsahem má být komplexní strategie týkající se rozsahu, spravedlnosti a kvality poskytované paliativní péče na celostátní úrovni. Pracovní skupina by v tomto plánu měla formulovat základní standardy paliativní péče a metodické pokyny pro zlepšení dostupnosti obecné paliativní péče a pro budování zařízení specializované paliativní péče, vypracovat vhodné ukazatele dobré paliativní péče a nástroje na měření a systematické hodnocení kvality poskytované péče v jednotlivých zařízeních. Ve spolupráci se zdravotními pojišťovnami hledat vhodné způsoby financování této péče, navrhnout postupy umožňující intenzivnější spolupráci jednotlivců i institucí zapojených do paliativní péče jak na celostátní, tak na mezinárodní úrovni. Pracovní skupina při Ministerstvu zdravotnictví ČR by také měla vydávat pravidelnou zprávu o rozvoji a kvalitě poskytované paliativní péče.⁸⁶

2.7.8 Memorandum o spolupráci na systematickém rozvoji paliativní péče v ČR

Memorandum podepsal ministr zdravotnictví Adam Vojtěch spolu s představiteli všech sedmi českých zdravotních pojišťoven a České společnosti paliativní medicíny ČLS JEP. Memorandum má zajistit rozvoj paliativní péče tak, aby každému nevléčitelně nemocnému pacientovi byla dostupná kvalitní péče, která zmírňuje jeho fyzické utrpení, a to v nemocničním či domácím prostředí. Zároveň má pomoci v souladu s nejnovějšími poznatky lékařské vědy nastavit optimální model koordinace paliativní péče, který přispěje k zvýšení vnímané kvality života u pacientů s ohrožujícím nebo život zkracujícím onemocněním a ochrání bezpečnost a důstojnost těchto pacientů a jejich blízkých v situacích, kdy jsou nejzranitelnější.⁸⁷

⁸⁶ Srov. SLÁMA O., ŠPINKA Š. Koncepce paliativní péče v ČR. Praha: Hospicové občanské sdružení Cesta domů, 2004. ISBN 80-239-4330-8.

⁸⁷ Srov. Memorandum. [online], [cit. 20. 1. 2021]. Dostupné na: <https://www.cestadomu.cz/aktuality/ministr-zdravotnictvi-odborna-spolecnost-a-zastupci-pojistoven-podepsali-memorandum-o>.

2.8 Formy paliativní péče

Paliativní medicína je komplexní systém léčby a péče o nemocné s aktivním, progredujícím, pokročilým onemocněním. Délka života je omezená, kurativní péče ustupuje do pozadí a na významu nabývají formy sociální, duševní a duchovní pomoci. V posledních letech převažuje názor, že paliativní péče má být poskytnuta nejen pravidelně v terminálním stadiu, ale již dříve je-li to vhodné s ohledem na progres nemoci. Mnozí nemocní se nacházejí v nevyhléditelném stavu, ačkoliv smrt jim v bezprostředním časovém horizontu nehrozí. Jedná se o nemocné, kteří sice trpí nevyhléditelnou nemocí, ale ta je slučitelná s jejich životem.⁸⁸

Dojde-li k nečekanému a příznivému zvratu v nemoci, musí být opět změněna na léčbu kurativní.

Paliativní medicínu nelze poskytovat pouze ve specializovaných zařízeních, je nutné ji integrovat také do zdravotního a sociálního systému. Poskytovat paliativní péči pouze specializovanou (např. v hospicích) by bylo nejen nesprávné, ale dokonce i nebezpečné. Hospic by se stal „domem smrti“, ze kterého není návratu, a hospicové myšlenky by byly zdiskreditovány. Tabuizace smrti by pokračovala a odsun umírajících na k tomu určená místa by dostal další šanci.⁸⁹

Paliativní péče vnímá proces umírání jako součást života, doba poskytování paliativní péče není nijak omezená. Hospicová péče se oproti tomu týká pouze nemocných v závěrečné fázi jejich nemoci.⁹⁰

Důležité je také rozlišení paliativní a terminální péče. „Terminální péče je časově omezená, jedná se o poslední kvalifikovanou službu umírajícímu.“⁹¹ Pojem umírání je v lékařské terminologii synonymem terminálního stavu.

Definice terminálního stavu uvádí, že dochází k postupnému a nevratnému selhávání důležitých vitálních funkcí tkání a orgánů, v jehož důsledku dochází k zániku individua, tj. k smrti. Terminální stav můžeme

⁸⁸ Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. Praha: Galén, 2000. ISBN 80- 7262-034-7.

⁸⁹ Srov., tamtéž.

⁹⁰ Srov. Péče.cz [online], [cit. 20. 11. 2021]. Dostupné na <https://pece.cz/blog/v-cem-se-lisi-hospic-paliativni-pece.html>

⁹¹ HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. Praha: Galén, 2000. ISBN 80- 7262-034-7.

chápat jako vlastní umírání. Pojem umírání však nemůžeme redukovat pouze na terminální stav.⁹²

2.8.1 Hospicová péče

Hospicová péče vznikla jako reakce na negativa nemocniční smrti. Jejím hlavním cílem je navrácení smrti do života člověka, přemístění umírajících z nemocnic zpět do rodin anebo umožnění pobytu rodiny u umírajícího. Hospice dnes mají podobu specializovaných zdravotnických zařízení zaměřených na poskytování paliativní péče.⁹³

Myšlenka hospice vychází z úcty k člověku jako jedinečné a neopakovatelné bytosti. Ctí autonomii nemocného a jeho individuální právo rozhodnout se. V zásadě jde o to respektovat priority pacienta. Neznamená to však, že s nimi musíme souhlasit.¹⁹ V hospici nejde o léčení ve vlastním slova smyslu. Nemoc již nelze vyléčit, proto se vhodnými medikamenty či jinými prostředky zvládá alespoň bolest. Narozdíl od kurativní péče, která je zaměřena na léčbu nemoci, je hospicová péče zaměřená na úlevu od bolesti, kterou postupující nemoc přináší.⁹⁴

Co se týče úrovně umírání, patří Česká republika mezi vyspělé země. Aby této úrovně bylo dosaženo a zároveň byla zachována, je zapotřebí podporovat výzkum, výuku a dalšího vzdělávání v oborech lékařství zaměřených na paliativní péči. Je důležité podporovat interdisciplinární přístup pro spolupráci všech lékařských a ošetrovatelských pracovníků spolu s psychology, sociálními pracovníky, pastoračními pracovníky a dalšími.

Blíží-li se život ke konci, nabízejí se dvě možnosti: upadnout do beznaděje, nebo prožít zbývající čas co nejplněji. Hospicová péče pracuje s nadějí a vírou, kde každý lidský život má svoji důstojnost až do samého konce. Člověk má mít možnost společně s rodinou a přáteli naplnit vzájemné vztahy tak, aby každý mohl vzpomenout na prožitý čas s vděčností a s vědomím, že život měl smysl.⁹⁵

⁹² Srov. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Sputaný život*. Praha: 3. LF UK. 1991.

⁹³ Srov. *Koncepce hospicové péče pro ČR*. [online], [cit. 20. 11. 2021]. Dostupné na <https://asociacehospicu.cz/uploads/Koncepce%20hospicov%C3%A9%20p%C3%A9%C4%8D%20pro%20C4%8CR%20-%20final.pdf>.

⁹⁴ Srov. *Koncepce hospicové péče pro ČR*. [online], [cit. 20. 11. 2021]. Dostupné na <https://asociacehospicu.cz/uploads/Koncepce%20hospicov%C3%A9%20p%C3%A9%C4%8D%20pro%20C4%8CR%20-%20final.pdf>.

⁹⁵ Srov., tamtéž.

3. Etické aspekty v paliativní péči

3.1 Základní etické pojmy

V této kapitole bych nejprve ve stručnosti představila základní pojmy, jako jsou etika, morálka a etické hodnoty, které považuji za důležité pro všechny členy multidisciplinárního týmu v paliativní péči.

Hlavním předmětem etiky je člověk a jeho odpovědnost v jednání. Pozornost klade na základní lidské otázky: Jaký smysl má můj život? Co je dobré? Jak mám jednat? Tyto základní otázky vedou k otázkám o účelu a smyslu lidského života. Cílem etiky je hledání toho, co je správné a dobré a jak nejlépe žít.

Etika v paliativní péči se zamýšlí nad odpovědností člověka za svůj život, za své zdraví a zdraví svých blízkých, k odpovědnosti za výkon profese, respektování důstojnosti člověka. Zamýšlí se, jaký postoj zaujmout k otázce eutanázie?

Člověk má svobodnou vůli a rozhoduje se, jak bude jednat. Mluvíme-li o morálce, máme na mysli sebe a své jednání s ohledem na jiné lidi. Díky morálce dokážeme přijmout odpovědnost za své osobní postoje a jednání.

Morálka je soubor uznávaných mravních norem vyplývajících z určitého chápání mravních hodnot, z jejich povahy a hierarchie. Tento souhrn hodnotících soudů, názorů, pravidel, zvyků a ideálů, jímž se lidé ve svém jednání řídí, je kulturně a historicky podmíněn. V každé době podléhá kontrole, a to jak vnější (sociální), tak vnitřní (svědomí). Právě ve vztahu jedince k morálce se utváří jeho sociální identita vůči společnosti, v níž žije.⁹⁶

„Morálka určuje společensky žádoucí a nežádoucí jednání a tak usměrňuje chování člověka ve společnosti.“⁹⁷

Morálka je založena na schopnosti rozlišovat mezi tím co je správné a nesprávné, to znamená rozpoznávání dobra od zla. Pod pojmem morálka rozumíme soubor společensky uznávaných mravních norem, které mají základ v hodnotovém systému dané společnosti.

⁹⁶ Srov. JANKOVSKÝ, J. Etika pro pomáhající profese. Praha : TRITON, 2003. ISBN 80-7254-329-6.

⁹⁷ KOŘENEK, J. Úvod do lékařské etiky. Olomouc : Vydavatelství Univerzity Palackého, 1996. ISBN 80-7067-683-3.

Etice i morálce můžeme přisoudit společnou snahu o posouzení lidského jednání. Etika hodnotí obecnou stránku, morálka se soustředí na osobní a společenský rozměr.⁹⁸

Morálka a mravní jednání jsou výsledkem racionálního rozhodnutí etiky. Etika dokáže odlišit morálně významné jednání, které pochází ze svobodné volby a lze jej dále hodnotit od jednání nesvobodného nebo nevědomého.⁹⁹

Hodnoty vychází z morálky a určují základní rámec našeho chování. Hodnota je to, co je pro nás důležité a k čemu směřujeme, ovlivňuje naše chování, hodnocení. Osobní hierarchie hodnot je ovlivněna rodinným prostředím, společností, kulturou. Hodnota je to, co je za naším jednáním.¹⁰⁰

Hodnota má normativní charakter. Je-li člověk hodnotově orientovaný určitým směrem, považuje za správné, dobré a mravné i pro ostatní lidi, aby byli orientováni podobně jako on. Z hodnot vychází základní normy pro mezilidské soužití.¹⁰¹ Normy uspokojují potřebu orientace člověka ve světě a dávají mu určitý obecně závazný řád. Člověk se učí normám v rámci lidské společnosti v různých formách sociálního tlaku.¹⁰²

Každý z nás přikládá důležitost něčemu jinému. Naše hodnocení vyjadřuje míru libosti nebo nelibosti vůči tomu, co se kolem nás děje. Cakirpaloglu uvádí, že „hodnocení označuje vztah člověka vůči prožívané realitě“.¹⁰³ Hodnotová orientace ovlivňuje kvalitu života člověka. Stejně jako uspokojování potřeb má i naplňování hodnot vliv na životní spokojenost.

Hodnoty, které člověk uznává, jsou navzájem spjaté, uspořádané do struktury hodnot podle důležitosti. Hodnotová orientace i přístup k jejímu dodržování se v průběhu života člověka vyvíjí v závislosti na vrozených dispozicích a působením vnějších činitelů.¹⁰⁴

Hodnotová orientace ovlivňuje kvalitu života člověka. Stejně jako uspokojování potřeb má i naplňování hodnot vliv na životní spokojenost.

⁹⁸ Srov. FISCHER, O., MILFAIT, R. A KOL. Etika pro sociální práci. Praha: JABOK - Vyšší odborná škola sociálně pedagogická a teologická, 2008. ISBN: 978-80-904137-3-3.

⁹⁹ THOMPSON, M. Přehled etiky. Praha: Portál, 2004. ISBN: 80-7178-806-6.

¹⁰⁰ Srov. JANKOVSKÝ, J. Etika pro pomáhající profese. Praha : TRITON, 2003. ISBN 80-7254-329-6.

¹⁰¹ Srov. JANKOVSKÝ, J. Etika pro pomáhající profese. Praha : TRITON, 2003. ISBN 80-7254-329-6.

¹⁰² Srov., tamtéž.

¹⁰³ Cakirpaloglu, P. (2004). Psychologie hodnot (2., dopl. a přeprac. vyd). Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN: 978-80-244-2295-4.

¹⁰⁴ Srov. JANKOVSKÝ, J. Etika pro pomáhající profese. Praha : TRITON, 2003. ISBN 80-7254-329-6.

Při výkonu pomáhajících profesí je velmi důležitý ukazatel svědomí. Dobře vyvinuté a zdravé svědomí je jednak projevem profesionality pracovníka a zároveň i poměrně citlivým barometrem spokojenosti s výkonem pomáhajícího povolání. Jednat mravně správně není obtížné pro člověka vyznačujícího se integrovanou osobností a majícího k výkonu svého povolání adekvátní osobnostní dispozice. Zdravé svědomí slouží takovému člověku jako výzva k pozornosti, aby dokázal postřehnout, jaké má jeho jednání celkové aspekty (souvislosti) a zda je v tomto kontextu v souladu s jeho svědomím, jinými slovy, je-li mravné.¹⁰⁵

Svědomí je vnitřní schopnost člověka hodnotit vlastní jednání z morálního hlediska. Morálně dobré nebo morálně špatné vyjadřuje shodu nebo neshodu našeho jednání s vlastním svědomím.¹⁰⁶

3.2 Profesionální etika

Výše uvedené etické pojmy mají obecnou platnost. Speciální nebo aplikovaná etika konkretizuje obecnou etiku pro konkrétní obory. Uplatňuje etické principy, zásady a poznatky při výkonu povolání.

Profesionální etiku tvoří soustava vybraných hodnot, norem, principů a povinností, jejichž posláním je přispívat v dané profesi k formování žádoucího typu jednání.¹⁰⁷

Pro každé povolání existují příslušné profesní ctnosti a profesní povinnosti. Normy, které jsou obsahem profesních ctností, a normy, které vyjadřují profesní povinnosti, tvoří společně obsah profesní morálky.¹⁰⁸

Mezi obory aplikované etiky má významné místo etika lékařská. Veškerá zdravotní péče, a tedy i paliativní péče, musí být poskytována na odborné úrovni a v souladu s etickými normami. Základem lékařské etiky je vymezení etického rozměru medicínské praxe.

Lékařská etika jako profesní etika se věnuje nejen etickým hodnotám, mravním normám a jejich uskutečňování v konkrétní lékařské praxi, ale také mravním nárokům, které vymezují chování, vztahy a ideály typické pro lékaře a

¹⁰⁵ Srov. JANKOVSKÝ, J. Etika pro pomáhající profese. Praha : TRITON, 2003. ISBN 80-7254-329-6.

¹⁰⁶ Srov., tamtéž.

¹⁰⁷ Srov. HERZOGOVÁ, Z.: Základy filosofie a profesní etiky. Policejní akademie České republiky. 2.vyd. Praha 1998. S. 106. ISBN 80-85981-82-3.

¹⁰⁸ Srov. KOŘENEK, J.: Lékařská etika. Triton. 2.vyd. Praha 2004. S. 63. ISBN 80-7254-538-8.

další nelékařské pracovníky. Zabývá se aktuálními situacemi v lékařské praxi, kdy se lékař musí rozhodnout a jednat. V procesu rozhodování lékař přeměňuje teoretické etické argumenty a morální normativy na konkrétní situace. Lékařská etika je pojem, který souhrnně označuje etické problémy v lékařství.¹⁰⁹

Lékařská etika má v medicíně dlouhou tradici. Od dob, kdy byla formulována Hippokratova přísaha se možnosti lékařských zásahů významně rozšířily. Mimo tradičních etických problémů jako je interrupce, eutanazie přibýlo mnoho dalších etických problémů. K zásadním problémům patří otázka ideální a dostupné medicíny.¹¹⁰

Ideální medicína reprezentuje lékařské postupy, které jsou v souladu s nejnovějšími poznatky vědy a techniky. Dostupná medicína je medicínou běžné lékařské praxe, která akceptuje postupy „lege artis“. Haškovcová upozorňuje na propast mezi ideální a dostupnou terapií v návaznosti na bolest, utrpení a úmrtí pacientů.¹¹¹

V lékařské praxi existují dvě základní situace. Urgentní, kdy rozhoduje pouze lékař, jedná se o situaci život zachraňující. V druhém případě se jedná o dlouhodobé chronické nemoci. Lékař navrhuje, vysvětluje a pacient se podílí na rozhodování svým názorem, protože se jedná o jeho život, jeho nemoc, kvalitu jeho života.¹¹²

Bioetika je pojem nadřazený pojmu lékařská etika. Zkoumá nejen etické problémy v praktickém výkonu lékařské praxe, ale také ve výzkumu, které výkon lékařské praxe podmiňují (biologie, biofyzika, chemie, farmacie).¹¹³

3.2.1 Vznik a vývoj lékařské etiky

Etika provází medicínu od dob jejich antických počátků. Výkon lékařské profese byl spojován s přísahou, která je formou morálního závazku, který vede k určitému způsobu jednání při výkonu lékařské profese.¹¹⁴

¹⁰⁹ Srov. KOŘENEK, J.: *Lékařská etika*. Triton. 2.vyd. Praha 2004. S. 63. ISBN 80-7254-538-8.

¹¹⁰ Srov., tamtéž.

¹¹¹ Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Práva pacientů*. Havířov: Aleny Kutilové. 1996. ISBN 80-902163-0-7.

¹¹² Srov. SEMRÁDOVÁ, I. *Úvod do etiky*. 3. vyd. Hradec Králové: Gaudeámus, 2004. ISBN 80-7041-510-X.

¹¹³ Srov. KOŘENEK, J.: *Lékařská etika*. Triton. 2.vyd. Praha 2004. S. 63. ISBN 80-7254-538-8.

¹¹⁴ Srov. KUŘE J. a KOL. *Kapitoly z lékařské etiky*. Masarykova univerzita Brno 2010.

Za zakladatele lékařské etiky můžeme považovat Hippokrata z Kosu (4. století p. n. l.), kterému je připisována tzv. Hippokratova přísaha.

Lékařská etika jako samostatný obor vznikla až ve druhé polovině 20. století. Poválečný vývoj lékařské etiky začíná norimberským procesem, kdy se tribunál zabýval kauzou nacistických lékařů a byly zdokumentovány nejrůznější zločiny proti lidskosti prováděné lékaři během druhé světové války. Konsternaci vyvolala především sebeobhajoba experimentátorů, kteří se odvolávali na běžnou utilitaristickou morálku a její klíčovou hodnotu, maximální prospěch pro maximum lidí – z výsledků pokusů budou těžit celé generace. Norimberský proces vyústil ve formulování Norimberského kodexu, který stanovuje základní podmínky výzkumu, tj. dobrovolný souhlas lidského subjektu, zaměření experimentů vedoucích k dobru pro společnost, možnost ukončení experimentu na žádost subjektu atd.¹¹⁵

V tomto kontextu vznikla lékařská etika, která měla formulovat zásady profesionální morálky poučené hrůzami nacismu, která by zdůvodnila nepřijatelnost zla. Pevné a jednoduché zásady se mají napříště stát základem etického uvažování a rozhodování lékaře. Byly formulovány čtyři základní zásady lékařské etiky:

1. samostatnost (autonomie)
2. nepoškozování (non maleficence)
3. směřování k dobru (beneficence)
4. spravedlnost (justice).¹¹⁶

3.2.2 Zásady lékařské etiky v kontextu paliativní medicíny

Paliativní medicína je významnou součástí zdravotní péče, snaží se co nejvíce prospět umírajícím nemocným a jejich rodinám. Tato problematika přesahuje rámec jednotlivých tradičních oborů a vyžaduje vytvoření nové sumy multidisciplinárních znalostí a dovedností.

Paliativní péče řeší řadu otázek, které souvisejí se vztahem k životu, nemoci a smrti.

Pracovníci v paliativní péči se dotýkají závažných etických aspektů, které souvisejí s výkonem jejich činnosti. Předpokladem pro výkon těchto povolání je

¹¹⁵ Srov., tamtéž.

¹¹⁶ Srov. KOŘENEK, J.: Lékařská etika. Triton. 2.vyd. Praha 2004. S. 63. ISBN 80-7254-538-8.

respektování určitých etických zásad a ochota ke službě druhým. Pro poskytování paliativní péče platí stejné základní etické principy jako pro jiné oblasti medicíny.

Princip autonomie

Tento etický principi poukazuje na to, že každý by měl mít právo určovat své chování a jednání, a to podle svých osobních etických zásad. Autonomie znamená nezávislost, svébytnost, samostatnost, sebeurčení, svobodnou vůli a možnost individuální volby.¹¹⁷

Autonomie je protikladem paternalistického přístupu, kdy lékař rozhoduje v otázce léčebného postupu bez ohledu na postoj a přání pacienta. Lékař rozhoduje o pacientovi na základě vědomostí a přesvědčení, že koná dobro. Nemocný je subjektem této péče. Pokud zdravotník prosazuje podle svého názoru to, co je pro nemocného nejlepší i přes jeho nesouhlas, může dojít ke střetu principů autonomie a beneficence. Paternalistický model je v současné době považován za překonaný, protože není v souladu s lidskými právy. Nevede pacienta k odpovědnosti za sebe a zbavuje jej aktivity. Paternalistický přístup je oprávněný v případech akutního ohrožení života.¹¹⁸

Princip autonomie umožňuje člověku převzít zodpovědnost za svůj život, zdraví a rozhodování o něm. Přání pacienta mají být respektována, včetně možnosti odmítnout nebo nezahájit léčbu a to i v případě, kdy v konečném důsledku mohou vést ke smrti.

Princip nepoškozování - nonmaleficence

Nonmaleficence znamená zásadu neškodit, zakazuje ublížit, poškodit anebo dokonce usmrtit jiné. Toto pravidlo je považováno za nadřazené a upřednostňované před principem prospěšnosti, zároveň z něho vyplývá omezení autonomie každého vzhledem k dobru ostatních. Vychází z obecných etických principů, především zlatého pravidla.

Jsou situace, kdy může dojít k neúmyslnému poškození. Poškození pacienta, ke kterému dochází v souvislosti s léčbou, se nazývá jatrogenní.

¹¹⁷ Srov., tamtéž.

¹¹⁸ Srov. KOŘENEK, J.: Lékařská etika. Triton. 2.vyd. Praha 2004. S. 63. ISBN 80-7254-538-8.

Nejčastějším jatrogenním poškozením je depersonalizace, degradace pacienta na věc.¹¹⁹

Princip směřování k dobru - beneficence

Princip prospěšnosti znamená neškodit, předcházet poškozením, odstraňovat je a současně podporovat dobro, to znamená tělesnou a duševní pohodu a prospěch pro nemocného včetně pomoci při uskutečňování jeho vlastního plánu.¹²⁰

Beneficence představuje základní pravidla medicíny - ochranu života a snahu o obnovení zdraví, pokud to není možné, pak alespoň zlepšení kvality života. V paliativní péči se jedná především o symptomatickou léčbu a důraz na kvalitu života, úlevu od strádání a bolesti. Zahrnuje také neuskutečnění takového jednání, které pro nemocného představují větší riziko než prospěch.¹²¹

Může dojít k odlišnému názoru mezi zdravotníkem a pacientem na to, co je prospěšné, pak je nutné hledat vhodný kompromis.¹²²

Princip spravedlnosti - justice

Spravedlnost znamená, že nikdo nemá z hlediska osobních výhod dostat víc než druhý. Jedná se o rovnost možností a nezvýhodňování na základě určitých aspektů jako je věk, pohlaví, rasová příslušnost, náboženství nebo například odmítnutí na základě poskytnutých informací.¹²³

Prostředky ve zdravotnictví se mají rozdělovat spravedlivě a nestranně bez ohledu na věk, pohlaví, etnický původ, národnost, vyznání, politickou příslušnost nebo společenské postavení.¹²⁴

V paliativní péči se princip spravedlnosti uplatňuje např. v dostupnosti této péče v regionech.

¹¹⁹ Srov. ETIKA. [online]. [cit. 2.1.2022]. Dostupné na <https://www.lf2.cuni.cz/ustav-lekarske-etiky-a-humanitnich-zakladu-mediciny-2-lf-uk/etika#7>.

¹²⁰ MUNZAROVÁ, M. Zdravotnická etika od A do Z. Praha: Grada Publishing, 2005. 153. ISBN 80-247-1024-2

¹²¹ Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Manuálek o etice*. 1. vydání. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2000. 46 s. ISBN 80-7013-310-4.

¹²² Srov. KOŘENEK, J.: *Lékařská etika*. Triton. 2.vyd. Praha 2004. S. 63. ISBN 80-7254-538-8.

¹²³ Srov. ETIKA. [online]. [cit. 2.1.2022]. Dostupné na <https://www.lf2.cuni.cz/ustav-lekarske-etiky-a-humanitnich-zakladu-mediciny-2-lf-uk/etika#7>.

¹²⁴ Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Manuálek o etice*. 1. vydání. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2000. 46 s. ISBN 80-7013-310-4.

V péči o nevléčitelně nemocné nastávají situace, kdy je třeba učinit nelehké rozhodnutí, například se může jednat o zvolení postupu léčby, která může pacientovi přinášet negativní vedlejší účinky. Jak informovat pacienta o infaustní diagnóze, zvolit upřímnost nebo milosrdnou lež? Jak postupovat v případě postupu léčby při neshodě pacienta, jeho rodiny a lékaře?¹²⁵

K odpovědi na tyto a další otázky nestačí jen odborné vědomosti a dovednosti, ale jde o mravní rozhodování, kdy odpovědi pomáhají nalézt základní etické principy.

„Pro morální rozhodování pracovníků pomáhajících profesí můžeme použít následující charakteristiku založenou na rozumovém zdůvodnění rozhodnutí:

- Rozhodnutí se týkají kvality života lidí, to znamená, že by měla podporovat spokojenost a uspokojování potřeb člověka.
- Obsahují akci a jednání, nestačí učinit rozhodnutí, ale musí následovat i jednání.
- Rozhodnutí by měla být univerzální.
- Měla by být oprávněná ve vztahu k obecným morálním principům.“¹²⁶

Zdrojem etického chování lékařů a dalších pracovníků je vzdělání v oblasti etiky, životní a profesní zkušenost a schopnost reagovat na nastávající problémy praxe.¹²⁷

3.2.3 Etické kodexy

V oblasti etického rozhodování neexistují přesné návody na řešení etických problémů a dilemat, ale je třeba respektovat morální principy. V oblasti etiky se stanovují mravní normy, které systematicky shrnuty do přehledných definic a požadavků tvoří etické kodexy.

Základním etickým kodexem je Desatero. Jeho hodnotový systém ovlivnil a stále ovlivňuje společenské a kulturní nastavení západní společnosti, ale přesahuje i různost národností a kultur. Bez ohledu na náboženské vyznání

¹²⁵ Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Manuálek o etice*. 1. vydání. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2000. 46 s. ISBN 80-7013-310-4.

¹²⁶ Nečasová, M. Úvod do filozofie a etiky v sociální práci. Brno: Masarykova univerzita, 2001. ISBN 80-210-2673-01

¹²⁷ Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*. 4. vydání. Brno: Galén, 2015. ISBN 978-7492-204-6.

představuje vyváženou morální reflexi i naší době. Morální hodnoty Desatera dávají člověku pevný základ, aby mohl žít správný a šťastný život.

Oblast etického jednání a profesní etiky v paliativní péči je velmi zásadní. Etické kodexy nedávají přesný návod, podle kterého je možné se řídit, ale vytvářejí rámec, který je pracovníkům vodítkem v náročných situacích. Svou povahou patří k dokumentům lékařské deontologie a vymezují profesní morálku jakou soubor povinností.¹²⁸

„Význam etických kodexů můžeme shrnout do následujících bodů:

- etický kodex vyjadřuje poslání profese formou ideálu nebo základního cíle
- vede a inspiruje členy profese, povzbuzuje k etické vnímavosti a reflexi, poskytuje pravidla správného jednání, je průvodcem dobré praxe
- vytváří a udržuje profesní identity pomocí vyhlášení ideálu služby, základních etických principů a způsobu jednání, které od profesionála očekávají členové profese
- zdůrazňuje status profese – kodex je považován za charakteristický znak profese
- slouží jako měřítko pro hodnocení aktuální praxe, je podkladem pro posouzení stížností a k disciplinárním účelům v případě profesionálního pochybení
- chrání pacienty (klienty) před zneužitím úřední moci a zanedbáním péče.“¹²⁹

Existence etických kodexů sahá hluboko do historie. Prvním etickým kodexem byla Hippokratova přísaha.

Hippokratova přísaha

Etické zásady obsažené v Hippokratově přísaze (4. stol. p. n. l.) jsou zdrojem většiny novodobých etických zásad a je základem slibu, který skládají lékaři před nástupem do výkonu lékařské profese. Text původní Hippokratovy přísahy byl částečně upravován tak, aby odpovídal realitám současné medicíny.

¹²⁸ Srov. KUŘE J. a KOL. Kapitoly z lékařské etiky. Masarykova univerzita Brno 2010.

¹²⁹ NEČASOVÁ, M. Professionalismus a etické kodexy v sociální práci. In FISCHER, O., MILFAIT, R. et al. Etika pro sociální práci. Praha : JABOK, 2008. ISBN 978-80-904137-3-3.

Některé pasáže jsou překonány, ale základ pro etický rámec medicíny zůstává platný.¹³⁰

Všechny principy, které přísaha obsahuje, nelze aplikovat na současnou medicínu, ale řada z nich má stále platnost a objevuje se v dalších dokumentech, např. v Etickém kodexu České lékařské komory.

Hlavním motivem přísahy je, jak se má lékař chovat ve vztahu k pacientovi, kolegům a veřejnosti. Příklad obsahuje tři smlouvy: smlouvu s bohy, smlouvu mezi lékařem a učitelem a smlouvu mezi lékařem a nemocným.¹³¹

Podle Hippokratovy přísahy má žák prokazovat stejnou úctu učitelům jako rodičům. Neopomněl také na vzájemnou úctu mezi kolegy. Dále je zde zakotvena povinnost předávat získané vědomosti a zkušenosti žákům.¹³²

Část, která se věnuje vztahu mezi lékařem a pacientem, můžeme rozdělit na vztah klíčení a na chování a postoje lékaře. Příklad klade důraz na dodržování lékařského tajemství. Uvádí, že pokud lékař v domácnosti pacienta uvidí něco, co by mělo zůstat utajeno, bude to považovat za tajemství.¹³³

Tato smlouva se věnuje úctě k lidskému životu. Obsahuje zásady chování lékaře při návštěvě v bytě nemocného. Klade důraz na to, aby se lékař choval k pacientovi slušně a s respektem, aby k němu vstupoval pouze s čistým úmyslem pacientovi pomoci a ulevit mu od bolesti.¹³⁴

„Přestože někteří odborníci poukazují na problematickou uchopitelnost a kritizují určité aspekty přísahy, je možné řadu principů aplikovat i v dnešní době, např.:

- otevřený, přátelský a podporující postoj ke svým učitelům a kolegům,
- aplikace opatření podle schopností a možností a pro dobro nemocných,
- ochrana nemocných před poškozením a křivdou,
- ochrana lidského života,
- vyvarování se sexuálních vztahů s pacienty,
- zachování mlčenlivosti,
- posvátnost a nedotknutelnost lékařského povolání.“¹³⁵

¹³⁰ Srov. KUŘE J. a KOL. Kapitoly z lékařské etiky. Masarykova univerzita Brno 2010.

¹³¹ Srov. KUŘE J. a KOL. Kapitoly z lékařské etiky. Masarykova univerzita Brno 2010.

¹³² Srov., tamtéž.

¹³³ Srov. BUŽGOVÁ R. Etika ve zdravotnictví. Ostrava, 2013. CZ.1.07/2.2.00/29.0006.

¹³⁴ Srov. BUŽGOVÁ R. Etika ve zdravotnictví. Ostrava, 2013. CZ.1.07/2.2.00/29.0006.

¹³⁵ BUŽGOVÁ R. Etika ve zdravotnictví. Ostrava, 2013. CZ.1.07/2.2.00/29.0006.

Je potřeba zmínit i existenci dalších významných dokumentů, mezi které patří Asafova přísaha (patrně 6. stol.), která popisuje tehdejší hebrejskou medicínu, ale také lékařství Babyloňanů, Egypťanů, Peršanů a Indů. Zaměřuje pozornost také na chudé potřebné. Modlitba Maimonidova (12. stol.) obsahuje denní modlitbu lékaře před návštěvou nemocného.¹³⁶

Další etické kodexy vznikly jako reakce na válečné zločiny, o kterých se veřejnost dozvěděla díky Norimberskému procesu po 2. světové válce. Reakcí na tato zjištění byl Norimberský kodex, který se stal prvním významným mezinárodním dokumentem v oblasti etiky výzkumu. Kodex definuje základní zásady pro pokusy, co si může vědec při výzkumu dovolit a co už je za hranicí lidské důstojnosti. Tyto zásady jsou shrnuty do deseti bodů.¹³⁷

Ženevská deklarace

Ženevskou deklaraci nebo také Ženevský slib lékařů sestavila v roce 1948 Světová lékařská asociace a je považována za moderní formu Hippokratovy přísahy, od které se však výrazně odlišuje. Ženevská deklarace se neodvolává na bohy, neobsahuje žádný slib o předávání informací zdarma, lékařské vědě se smí věnovat i ženy. Stále však lékaři slibují zasvětit život lidstvu a zdraví pacientů má být jejich nejpřednějším zájmem.¹³⁸

Stejně znepokojující jako pokusy v období 2. světové války se stal biomedicínský výzkum ve Spojených státech amerických od 30. let dvacátého století. Negativní zkušenosti a morální excesy 20. století vedly k etickým přehodnocením a staly se důležitým podnětem pro stanovení hranic, pravidel a standardů pro ochranu etických principů. „Následuje chronologický přehled důležitých mezinárodních kodexů, které vznikly po 2. světové válce:

- Norimberský kodex (1947)
- Ženevský lékařský slib (1948)
- Helsinská deklarace (1964)
- Sydneyská deklarace - Prohlášení o úmrtí (1968)
- Deklarace všeobecných a zvláštních práv duševně postižených (1969)

¹³⁶ Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. Lékařská etika. 4. vydání. Brno: Galén, 2015. ISBN 978-7492-204-6.

¹³⁷ Srov. KUŘE J. a KOL. Kapitoly z lékařské etiky. Masarykova univerzita Brno 2010.

¹³⁸ Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. Lékařská etika. 4. vydání. Brno: Galén, 2015. ISBN 978-7492-204-6.

- Etické směrnice transplantace orgánů (1968)
- Listina práv nemocničních pacientů v USA (1973)
- Belmontská zpráva (1978)
- Pomocná kritéria pro určení mozkové smrti (1982)
- Mezinárodní listina práv hospitalizovaných psychiatrických pacientů (1992)
- Evropská charta práv a svobod pro staré občany (1993)
- Deklarace o prosazování práv pacientů v Evropě (1994)
- Konvence o ochraně lidských práv a důstojnosti člověka s ohledem na aplikaci biologie a medicíny (1997).
- Evropská charta pacientů seniorů (1997)
- Evropská charta pacientů postižených demencí a těch, kteří o ně pečují (1998)
- Ochrana lidských práv a důstojnosti nevyléčitelně nemocných a umírajících (1999)
- Pařížská charta proti rakovině (2000).¹³⁹

Zatímco ve světě vývoj v oblasti etických kodexů neustrnul, v České republice se situace vyvíjela odlišně. V letech 1948 – 1989 byla v Československu prosazována tzv. morálka socialistického lékaře, formulované kodexy socialistického lékaře nebo zdravotníka měly charakter spíše politický.¹⁴⁰

Po čtyřiceti letech totality byl v květnu 1991 přijatý zákonný rámec, který umožnil založit profesní organizace pro zdravotnické profese – Českou lékařskou komoru, Českou stomatologickou komoru a Českou lékárnickou komoru. S jejich vznikem souviselo vytvoření nových stavovských dokumentů včetně etických kodexů.¹⁴¹

Následovaly etické kodexy dalších profesních komor, asociací a sdružení. K nejznámějším etickým kodexům patří:

- etický kodex České lékařské komory,
- etický kodex České stomatologické komory,
- etický kodex lékárníka,

¹³⁹ BUŽGOVÁ R. Etika ve zdravotnictví. Ostrava, 2013. CZ.1.07/2.2.00/29.0006.

¹⁴⁰ Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. Lékařská etika. 4. vydání. Brno: Galén, 2015. ISBN 978-7492-204-6.

¹⁴¹ Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. Lékařská etika. 4. vydání. Brno: Galén, 2015. ISBN 978-7492-204-6.

- etický kodex práv pacientů,
- etický kodex práv hospitalizovaných dětí,
- etický kodex zdravotních sester,
- etický kodex pracovníků nelékařských profesí,
- etický kodex rehabilitačního pracovníka,
- etický kodex záchranáře,
- etický kodex fyzioterapeutů,
- etický kodex ergoterapeutů.¹⁴²

3.4 Etické aspekty umírání a smrti

Smrt je jediná jistota, kterou člověk ve svém životě má. Dnešní doba je charakteristická vytěsněním smrti. Důsledkem toho máme porušený mechanismus uvědomění si vlastní konečnosti a odpovědnosti za život a smrt svoji i ostatních. Odbornost zdravotnických pracovníků je důležitým, ne však jediným hlediskem při poskytování paliativní péče.

Přestože se budou sebevíc snažit nemocného doprovázet posledním úsekem života, nikdy mu nenahradí člověka, který s ním prožil společný život. Doprovázet znamená jít kus cesty společně, ve zdraví i nemoci.

Paliativní péče je založena na určitých principech a hodnotách. V první řadě je důležité zachovávat důstojnost člověka až do posledních chvil jeho života a je velmi důležité, aby byly v péči o pacienty v terminálním stadiu uplatňovány základní etické principy – samostatnost, nepoškozování, směřování k dobru, spravedlnost – které jsem zmínila výše. Neméně důležité je respektovat samostatné a nezávislé konání člověka až do jeho smrti. Spravedlnost a informovanost jsou další důležité principy, které jsou neoddělitelnou součástí péče o pacienty v terminálním stadiu.¹⁴³

3.5 Etické hodnoty v paliativní péči

Základním etickým východiskem paliativní péče je absolutní hodnota a bezpodmínečná ochrana lidského života. Být někým, tj. být považován

¹⁴² Srov. BUŽGOVÁ R. Etika ve zdravotnictví. Ostrava, 2013. CZ.1.07/2.2.00/29.0006.

¹⁴³ Srov. Uplatňování etických principů v paliativní péči. [online]. [cit. 25.1.2021]. Dostupné na <https://www.umirani.cz/clanky/uplatnovani-eticky-ch-principu-v-paliativni-peci>.

za člověka, který má svou důstojnost, hodnotu, kterému se dostává potřebné pozornosti, ohledu a úcty od druhých lidí je základní potřebou člověka.¹⁴⁴

Frankl uvádí, že vědomí smrtelnosti je výzvou k jednání a k uskutečnění hodnot. Za základní charakteristiku člověka považuje to, že svým životem jedinec směřuje a k něčemu jinému, než je on sám. Tím se jeho život stává šťastným nebo alespoň smysluplným. Protože to, co je příjemné, ještě nemusí být smysluplné a naopak to, co je smysluplné, nemusí být příjemné.¹⁴⁵

Zkušenost s nevléčitelně nemocnými vede ke zjištění, že pro řadu z nich je uvědomění si vlastní smrtelnosti podnětem ke změně a osobnímu růstu. Díky závažnému onemocnění nebo terminální diagnóze dojde u mnoha lidí k vytvoření nové zkušenosti a vhledu, ke kterým by jinak nedošlo, a který nemocní hodnotí jako pozitivní přínos změny v životě, mluvíme o tzv. terciárním zisku z nemoci.¹⁴⁶

Yalom uvádí následující přehled „tzv. terciárních zisků“:

- Přeskupení životních hodnot – odsunutí nepodstatného.
- Pocit osvobození – schopnost dělat to, co chci a nedělat to, co nechci.
- Život v přítomném okamžiku („tady a teď“) – uvědomění si, že jedinou skutečností je přítomnost. Život se neodkládá na „jindy“.
- Radostné ocenění základních věcí v životě a prosté uspokojení z bytí, což se projevuje pozorností a všímavostí.
- Hlubší komunikace a blízkost s milovanými lidmi.
- Méně obav z mezilidských vztahů, méně strachu z odmítnutí, větší ochota riskovat.“¹⁴⁷

Poskytování paliativní péče má být založena na hodnotách. Rada Evropy charakterizovala základní zásady při poskytování péče nevléčitelně nemocným a umírajícím, kterými jsou: lidská důstojnost, lidská práva a práva pacientů, sociální soudržnost, demokracie, spravedlnost, solidarita, rovnost pohlaví, účast

¹⁴⁴ KALVACH Z. Manuál paliativní péče o umírající pacienty. Cesta domů. 2010. ISBN 978-80-904516-4-3.

¹⁴⁵ Srov. Frankl, V. E. Lékařská péče o duši. Brno, Cesta, 1996.

¹⁴⁶ Srov. Kupka, M. Psychologické aspekty paliativní péče. Olomouc, 2011. ISBN 978-80-244-2931-1.

¹⁴⁷ Kupka, M. Psychologické aspekty paliativní péče. Olomouc, 2011. ISBN 978-80-244-2931-1.

na rozhodování a svobodná volba.¹⁴⁸ Některé z těchto aspektů si v následujících řádcích přiblížíme.

3.5.1 Lidská důstojnost

K základním principům paliativní péče patří zachování důstojnosti člověka. Důstojnost tvoří základní hodnotu lidské existence a považuje se za nejvyšší hodnotu související s kvalitou života podmíněnou zdravotním stavem, zdravotním postižením a poskytováním zdravotnických či sociálních služeb.¹⁴⁹

Pojem lidské důstojnosti se dá vykládat dvojím způsobem. První pojetí je označováno pojmem inherentní (ontologická) důstojnost, neboli v něčem obsažená důstojnost. Jedná se o důstojnost, která vyplývá ze samotné podstaty lidského bytí a náleží člověku od narození už z podstaty, že je člověkem. Pojem inherentní důstojnost vyjadřuje, že důstojnost člověka je nedotknutelná. Je dána všem lidem stejně, nemůže být ztracena nebo přivlastněna. Na inherentním pojetí lidské důstojnosti je postavena preambule mezinárodní deklarace lidských práv z roku 1948.¹⁵⁰

Druhé pojetí lidské důstojnosti je odvozováno na základě určitých kvalit člověka, jeho způsobu života a zohledňuje se jeho individuální zásluha, společenský výkon a postavení. Toto pojetí důstojnosti se nazývá kontingentní důstojnost (sociální - stálé, pevné). Nepřísluší automaticky všem, vznáší požadavek respektu, spojeného s velkou úctou k dotčenému člověku a jeho vlastnostem. O kontingentní důstojnost se například jedná, hovoříme-li o důstojném stáří. Tato důstojnost je identifikována nestejně rozdělenými vlastnostmi, z tohoto důvodu může být připisována pouze některým lidem.¹⁵¹

V západní kultuře jsou obě pojetí propojena. Člověk má projevit svoji vrozenou důstojnost prostřednictvím důstojného myšlení a jednání. Důstojnost však není představována jako vrozený podstatný znak.¹⁵²

Důstojnost člověka z hlediska filozofického je absolutní hodnotou lidské bytosti, která se projevuje ve svobodě a odpovědnosti. Je univerzální,

¹⁴⁸ Srov. BYSTRICKÝ Z. a kol. O organizaci paliativní péče. Praha. 2003.

¹⁴⁹ Srov. KALVACH, Z. a kol. Manuál paliativní péče o umírající pacienty. Pomoc při rozhodování v paliativní nejistotě. Praha: Cesta domů, 2010. ISBN 978-80-904516-4-3.

¹⁵⁰ Srov. ŠRAJER, J. Lidská důstojnost a sociální práce. Sociální práce, 2006, roč. IX, č. 2, s. 109–113.

¹⁵¹ Srov., tamtéž.

¹⁵² Srov., tamtéž.

nezcizitelná a nedotknutelná. Pojem lidská důstojnost najdeme ve všech lidskoprávních dokumentech v oblasti biomedicínských témat.¹⁵³

Milfait uvádí mnoho konceptů lidské důstojnosti, například lidskou důstojnost jako ochranu sebeurčení, ochranu základních práv, symbol solidarity, jako ochranu před narušením sebeúcty. Teologické pojetí lidské důstojnosti vychází z toho, že člověk je stvořen k obrazu Božímu.¹⁵⁴

V právním řádu vede uznání lidské důstojnosti k uznání vrozených a nezadatelných práv každému člověku, které učiní součástí pozitivního práva.

Z hlediska paliativní péče má největší význam ochrana nebo naopak narušování důstojnosti osobní identity. Její respektování potvrdí umírajícímu, že přes svá zdravotní postižení a funkční omezení zůstává respektovaným, svébytným a kompetentním partnerem.¹⁵⁵

Zajištění sebeúcty je možné docílit respektováním studu, např. neprováděním hygieny za přítomnosti jiných osob, použitím nevhodného oblečení, převážením odhalených pacientů přes společně prostory. Lidské důstojnosti se silně dotýká ztráta kontroly nad tělesnými funkcemi (inkontinence) a její necitlivé řešení ze strany zdravotnického personálu.¹⁵⁶

K narušení osobní identity může dojít také nerespektováním osobní vůle, pokud např. není respektována možnost odmítnout léčbu nebo ošetrovatelské úkony. K zásadním způsobům porušování lidské důstojnosti patří používání omezovacích prostředků jak fyzických (poutání na lůžko) tak tlumivých léků. Častým příkladem porušení důstojnosti je nevhodné oslovování a mluvení s pacienty.¹⁵⁷

Je důležité nezapomenout na ochranu důstojnosti u lidí, kteří si dění kolem sebe částečně nebo vůbec neuvědomují (bezvědomí, demence, mentální postižení). Respektování důstojnosti takto bezbranných osob má zásadní

¹⁵³ Srov. MILFAIT, René. Lidská práva osob s postižením, nevléčitelně nemocných a umírajících. 1. vyd. Ve Středoklukách: Zdeněk Susa, 2013, 423 s. ISBN 978-80-86057-85-9.

¹⁵⁴ Srov. MILFAIT, René. Lidská práva osob s postižením, nevléčitelně nemocných a umírajících. 1. vyd. Ve Středoklukách: Zdeněk Susa, 2013, 423 s. ISBN 978-80-86057-85-9.

¹⁵⁵ Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. Lékařská etika. 4. vydání. Brno: Galén, 2015. ISBN 978-7492-204-6.

¹⁵⁶ Srov. Etika v ošetrovatelství. [online]. [cit. 25. 1. 2021]. Dostupné na <https://www.yumpu.com/xx/document/view/46483045/etika-v-oe>.

¹⁵⁷ Srov. Etika v ošetrovatelství. [online]. [cit. 25. 1. 2021]. Dostupné na <https://www.yumpu.com/xx/document/view/46483045/etika-v-oe>.

význam nejen pro jejich rodiny a blízké, ale také pro jejich okolí – ostatní pacienti a v neposlední řadě pro pečující personál.¹⁵⁸

3.5.2 Lidská práva

Lidská práva můžeme vnímat jako nejsilnější eticko-právně-politickou ochranu nebo jako morální nároky jedince zajišťující lidskou důstojnost a svobodu člověka, které jsou právně institucionálně zaručeny. Tato lidská práva jsou vyznačena určitými znaky, mezi něž patří morální východisko, které uznává všem subjektům rovná práva a respektuje úctu každému člověku. Z univerzality lidských práv vyplývá, že platí pro všechny bez ohledu na věk, vyznání, pohlaví, rasu, funkci a další znaky a vyplývají z bytí jako takového.¹⁵⁹

Lidská práva jsou vrozená a nezczitelná, z toho vyplývá, že se nezískávají, nezasluhují ani neztrácejí a mají je i ti lidé, kteří o sobě trvale nebo dočasně nejsou způsobilí rozhodovat. Z pozitivně-právního znaku vyplývá, že se morální práva stávají součástí právního systému a jsou právně vymahatelná.¹⁶⁰

V paliativní péči představují lidská práva a ochrana lidské důstojnosti základní etické a právní principy a normy pro rozhodování v situacích, které se dotýkají nevyléčitelně nemocných a umírajících lidí. K nejčastěji uváděným patří právo na život a na tělesnou nedotknutelnost, právo na sebeurčení, právo na zdraví a lékařskou péči, právo na svobodný informovaný souhlas, princip solidarity a péče, zásada spravedlnosti, právo na respektování soukromé a intimní sféry nebo právo na zachování sociálních kontaktů. V otázkách spojených s procesem umírání se tyto principy mohou dostat do konfliktu s přáními pacienta a s morálními představami dalších zúčastněných osob.¹⁶¹

V posledních letech se v souvislosti s požadavkem důstojné péče o nevyléčitelně nemocné a umírající osoby hovoří o právu na paliativní péči, která se zaměřuje na zmírnění bolesti a dalších tělesných či duševních strádání

¹⁵⁸ KALVACH, Z. a kol. Manuál paliativní péče o umírající pacienti. Pomoc při rozhodování v paliativní nejistotě. Praha: Cesta domů, 2010. ISBN 978-80-904516-4-3.

¹⁵⁹ Srov. MILFAIT, René. Teologická etika v kontextu sociální a pastorační práce. 1. vyd. Středokluky: 2012. ISBN 978-80-86057-78-1.

¹⁶⁰ Srov. MILFAIT, René. Teologická etika v kontextu sociální a pastorační práce. 1. vyd. Středokluky: 2012. ISBN 978-80-86057-78-1.

¹⁶¹ Srov. Christnet [online], [cit. 20.1.2022]. Dostupné na https://www.christnet.eu/clanky/5014/ma_smysl_uvazovat_o_lidskych_pravech_nevyleciteln_e_nemocnych_a_umirajicich.url.

nemocných takovým způsobem, aby byl každému zajištěn důstojný život až do posledního momentu.¹⁶²

3.5.3 Podpora autonomie

Autonomie nemocného, je požadavek spoluúčasti pacienta na rozhodování, která se týká jeho života a zdraví. Pacient má být náležitě informován o svém zdravotním stavu, o zamýšlených lékařských postupech a musí s provedením lékařského zákroku projevít informovaný souhlas, který je nezbytným předpokladem dalšího postupu. Autonomie označuje samostatnost, nezávislost či svobodu vůle. Autonomie pacienta může být v určitých případech omezena, nicméně její základ, tedy lidská důstojnost, musí být vždy zachována.¹⁶³

Omezení a ztráta autonomie patří k nejčastějším a nejzásadnějším problémům umírajících a patří k nejdůležitějším úkolům paliativní péče zajistit maximální integritu, možnost rozhodování a odpovědnosti nemocného.

Rostoucí závislost ale nemusí nutně znamenat ztrátu autonomie. Autonomii lze uchovat, pokud pečující osoba aktivně pacienta zapojuje do činností, spolupracuje s ním a nabízí možnost volby, odpovídající jeho dosavadní identitě. Z tohoto pohledu je autonomie funkcí vztahu, který existuje mezi poskytovatelem péče a jejím příjemcem.¹⁶⁴

Autonomie je považována za ústřední aspekt důstojnosti, neboť je vnímána jako jedna z nejdůležitějších hodnot či atributů lidské bytosti. Pokud někdo rozhoduje o našich životech a vynáší za nás rozhodnutí, je to degradující, neboť to znamená, že s námi jedná jako se závislým dítětem.¹⁶⁵

Respekt k autonomii se projevuje u rozhodování o provedení, ukončení nebo neprovedení medicínských zákroků, kde je povinností vyžádat si informovaný souhlas s plánovaným postupem. Pro paliativní medicínu je důležité právo na odmítnutí nebo ukončení opatření, která udržují pacienta při životě, i kdyby byla z medicínského hlediska nezbytná a jejich odmítnutí či

¹⁶² Srov. Christnet [online], [cit. 20.1.2022]. Dostupné na https://www.christnet.eu/clanky/5014/ma_smysl_uvazovat_o_lidskych_pravech_nevyleciteln_e_nemocnych_a_umirajicich.url.

¹⁶³ KORENEK, J.: Lékařská etika. Triton. 2.vyd. Praha 2004. S. 63. ISBN 80-7254-538-8.

¹⁶⁴ Srov. Etika v ošetřovatelství. [online]. [cit. 25. 1. 2021]. Dostupné na <https://www.yumpu.com/xx/document/view/46483045/etika-v-oeae>.

¹⁶⁵ Srov. KALVACH, Z. a kol. Respektování lidské důstojnosti. Praha: Cesta domů, 2004.

ukončení ohrožovalo člověka na zdraví nebo na životě. Právo na život tedy nedává lékařům oprávnění léčit pacienta proti jeho vůli. Nutit někoho k životu a působit mu tak proti jeho vůli utrpení by nebylo slučitelné s respektováním jeho lidské důstojnosti a vedlo by k porušení základního principu, že s člověkem nesmí být zacházeno jako s prostředkem k dosažení určitého cíle.¹⁶⁶

V paliativní péči je důležité pojetí autonomie jako součást každodenního života člověka a mezilidských vztahů. Nejedná se pouze o respektování u zásadních rozhodnutí, ale o průběžné rozhodování v běžných záležitostech. U pacientů v paliativní péči je potřeba podporovat sebeobsluhu a alespoň relativní soběstačnost. Před pasivním ošetřováním má přednost dopomoc při běžných aktivitách jako je mytí a oblékání. Podle Kalvacha by pacient měl být dotazován a podílet se na rozhodnutích k úpravě péče a denního režimu podle vlastního přání.¹⁶⁷

Právo autonomie v sobě nutně obsahuje přijetí rizika. Pracovníci ve zdravotních nebo sociálních zařízeních, ale i rodinní příslušníci mohou v dobré víře zasahovat a nerespektovat rozhodnutí pacientů, aby je uchránili před možnými riziky. Svoboda rozhodování patří k základním zdrojům lidské důstojnosti. Právo zodpovědného člověka žít s riziky, je způsobem potvrzení těchto hodnot.¹⁶⁸

3.6 Etické problémy a dilemata v paliativní péči

Pracovníci v paliativní péči se denně potkávají s etickými problémy a dilematy, které musí řešit. To na ně klade vysoké požadavky nejen po stránce odborné, ale také po stránce morální. Kompetence jednotlivých členů multidisciplinárního týmu v paliativní péči se liší a jiné jsou také etické problémy a dilemata, která řeší, případně úhel pohledu na ně.

S etikou paliativní péče souvisejí pojmy etický problém a etické dilema. Tyto pojmy nejsou synonymem pro totéž, problémy nemají stejnou podobu jako dilemata.

Etický problém obecně vzniká tam, kde je více názorů a více pohledů na jednu věc. Může to být náročná situace, kdy je zřejmé, jak se má pracovník

¹⁶⁶ Srov. Christnet [online], [cit. 20.1.2022]. Dostupné na https://www.christnet.eu/clanky/5014/ma_smysl_uvazovat_o_lidskych_pravech_nevyleciteln_e_nemocnych_a_umirajicich.url.

¹⁶⁷ KALVACH Z. Manuál paliativní péče o umírající pacienty. Cesta domů. 2010. ISBN 978-80-904516-4-3.

¹⁶⁸ Srov. KALVACH Z. Manuál paliativní péče o umírající pacienty. Cesta domů. 2010. ISBN 978-80-904516-4-3.

rozhodnout, ale rozhodnutí je v rozporu s jeho morálními zásadami a osobním přesvědčením.¹⁶⁹

Etické dilema je obtížná volba mezi dvěma nepříznivými možnostmi. Paradox etických dilemat spočívá v tom, že nemají jednoznačné řešení, ale řešena musí být jednoznačně.¹⁷⁰

Můžeme říct, že etický problém se odehrává uvnitř osoby a má spíše osobní charakter. Etické problémy mohou vzejít z konfliktů mezi osobními hodnotami a profesionální zodpovědností. Jde o rozhodování v jedinečné situaci, kdy existuje několik možných řešení, z nichž každé má svá pozitiva i negativa. Člověk se v daném konkrétním případě rozhoduje, která varianta je menším zlem. Jedná se o osobní rozhodnutí, za které nese odpovědnost.¹⁷¹

U etického problému se jedná o nesnadný úkol nebo nevyřešenou otázku, kdy je možné najít řešení, které bude pro zúčastněné alespoň částečně vyhovující. Bužgová uvádí jako příklad etického problému „sdělení pravdy nevyhlášenému nemocnému, kdy můžeme nemocného připravit, informace dávkovat a následně mu pomoci s jejich vstřebáním“.¹⁷²

Problémy a dilemata v oblasti paliativní péče, jsou různorodá, týkají se oblasti autonomie pacienta, respektování jeho osobnosti a práva na sebeurčení. Proces umírání provází mnoho morálních dilemat. Dilemata v situacích umírání předpokládají určité znalosti, způsobilost a kladou velké morální nároky na pracovníky paliativní péče.¹⁷³

Období procesu umírání přináší specifické situace a s nimi spojené problémy. Počáteční stadium řeší problémy se sdělováním nepříznivé diagnózy, ukončením neefektivní léčby nebo například rozhodnutí mezi domácí nebo institucionální paliativní péčí.¹⁷⁴

V terminálním stadiu dochází k rozhodování v oblasti péče o zdraví, například odstoupení od umělé výživy a hydratace, problematika léčby bolesti, individuální přístup k potřebám umírajícího, ritualizace smrti.¹⁷⁵

¹⁶⁹ MATOUŠEK O. a kol. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-502-8.

¹⁷⁰ Srov., tamtéž.

¹⁷¹ Srov. BUŽGOVÁ R. *Etika ve zdravotnictví*. Ostrava, 2013. CZ.1.07/2.2.00/29.0006.

¹⁷² BUŽGOVÁ R. *Etika ve zdravotnictví*. Ostrava, 2013. CZ.1.07/2.2.00/29.0006.

¹⁷³ Srov. BUŽGOVÁ R. *Etika ve zdravotnictví*. Ostrava, 2013. CZ.1.07/2.2.00/29.0006

¹⁷⁴ Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*. 4. vydání. Brno: Galén, 2015. ISBN 978-7492-204-6.

¹⁷⁵ Srov., tamtéž.

K tématům souvisejícím s obdobím po úmrtí patří péče o tělo zemřelého, sdělování informace o úmrtí a komunikace s pozůstalými. V kontextu umírání a smrti je velmi diskutovaným tématem problematika eutanázie, která má mnoho hlasitých zastánců stejně jako důsledných odpůrců.¹⁷⁶

3.6.1 Sdělení závažné diagnózy a prognózy

Prvním z problémů při kontaktu s nevléčitelně nemocnými pacienty je sdělení pravdy o diagnóze. V České republice je povinnost lékaře přiměřeně informovat nemocného o jeho zdravotním stavu stanovena už v roce 1966 Zákonem o zdraví lidu, přesto ještě v nedávné době byl obecný příklon k milosrdné lži. V současné době se problém sdělení pravdy transformoval do roviny správné a náležité komunikace.¹⁷⁷

Úmluva o lidských právech a biomedicíně uvádí, že každý člověk má právo na veškeré informace, ale každý má také právo nebýt informován, pokud si to nepřeje. Otázkou není zda nemocnému sdělit nebo nesdělit pravdu o nepříznivé diagnóze, ale jakým způsobem to provést.

Úvodní rozhovor je pro vybudování dobrého a důvěryhodného vztahu zásadní. Pravda není jednorázovou informací, ale procesem hledání a získávání porozumění. Tam kde není nemocnému podána pravdivá informace, dochází k nerealistickým očekáváním ze strany nemocného případně jeho rodiny. Neměli nemocný pravdivě informován o své diagnóze, nemá možnost podílet se na rozhodnutích o další léčbě a okolnostech závěru života. Skrývání pravdy znemožní nemocnému projevit obavy a mluvit otevřeně o strachu, bolesti, osamocení. Pacient může mít nepřiměřená očekávání, absence informací přináší nedůvěru v lékaře a zdravotní pracovníky.¹⁷⁸

Pravdivá informace, která obsahuje sdělení nepříznivé diagnózy a prognózy, pomůže zahájit proces hledání a nacházení smyslu v závěrečném životním období, umožní nemocnému bilancování vlastního života, uspořádání rodinných záležitostí. Nemocnému i jeho blízkým dopřává čas přijmout a smířit se s faktem, že nemocný umírá.

Dříve bylo běžným postupem, se kterým se bohužel v praxi můžeme setkat i v dnešní době, že informace o zdravotním stavu byly sdělovány rodině,

¹⁷⁶ Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. Thanatologie: nauka o umírání a smrti. Praha: Galén, 2000. ISBN 80- 7262-034-7.

¹⁷⁷ Srov., tamtéž.

¹⁷⁸ Srov., tamtéž.

zatímco nemocný získal omezené a zamlžené informace. V souladu s aktuálními právními normami lékař informuje pacienta, ten určí, komu dalšímu a v jakém rozsahu mají být informace poskytnuty.¹⁷⁹

Pro lékaře i další zúčastněné je sdělování závažné diagnózy a prognózy vysoce zátěžovou situací, do komunikačního procesu zasahují faktory psychické, sociální, duchovní, kulturní a ovlivňují etiku rozhodování.

Se sdělováním nepříznivé diagnózy se nejčastěji setkávají lékaři u nemocných rakovinou. Komunikace v onkologii má svá etická východiska, která mohou pomoci i v dalších zdravotnických oborech. Desatero zásad sdělování diagnózy sestavil známý onkolog a propagátor paliativní medicíny MUDr. Vorlíček.¹⁸⁰

„Desatero zásad sdělování onkologické diagnózy podle MUDr. J. Vorlíčka:

1. Informace o podstatě nemoci poskytuj všem nemocným s maligním onemocněním, ale diferencovaně co do obsahu a způsobu podání.
2. Informace o diagnóze podává vždy lékař. Pacient si může určit, kdo má být při sdělení diagnózy dále přítomen (například členové rodiny, přátelé, další lékař, zdravotní sestra, psycholog). Informaci o nemoci a terapii podávej opakovaně, nestačí jednorázový rozhovor.
3. Informaci podej nejdříve pacientovi, potom dle jeho přání členům rodiny či jiným určeným lidem. Nemocný sám rozhoduje, koho a do jaké míry informovat.
4. S podstatou nemoci, vyšetřovacími a terapeutickými postupy seznam nemocného neprodleně, ještě před aplikací první léčby.
5. Zdůrazňuj možnosti léčby, ale neslibuj vyléčení.
6. Odpovídej na otázky, obavy a sdílené pocity ze strany pacienta i jeho blízkých. Věnuj čas naznačeným, ale nevyřčeným dotazům.
7. Informace o prognóze nemoci z hlediska doby přežití podávej uvážlivě, pouze na přímý pacientův dotaz. Nikdy neříkej konkrétní datum, spíše nastiň určitý časový rámec vycházející ze znalostí obvyklého průběhu

¹⁷⁹ Srov. KUŘE J. a KOL. Kapitoly z lékařské etiky. Masarykova univerzita Brno 2010.

¹⁸⁰ Srov. Vorlíček, J., Sláma, O., Kalvodová, L.: Modifikované desatero zásad sdělování onkologické diagnózy, 2001.

daného onemocnění. Zdůrazni možné odchylky oběma směry od obvyklého průběhu.

8. Jednotnou informovanost zajisti důsledným předáváním informací mezi personálem navzájem (lékařská a sesterská dokumentace).
9. Ujistí pacienta o svém odhodlání vést léčbu v celém průběhu nemoci a komplexně řešit všechny obtíže, které mu onemocnění a jeho léčba přinesou.
10. Svým přístupem u nemocného probouzej a udržuj realistické naděje a očekávání.¹⁸¹

Nemocný po sdělení nepříznivé diagnózy většinou prodělá šok, prochází stavy beznaděje a existenciální krizí. Tato krize má během nemoci kolísavý průběh. Vzájemný vztah mezi lékařem a pacientem prochází změnami, nemocný projevuje svoji autonomii vyslovením souhlasu nebo nesouhlasu s navrhovanou léčbou.

3.6.2 Informovaný souhlas

Jedním z nejdůležitějších etických principů ve vztahu lékaře a pacienta je princip informovaného souhlasu, který úzce souvisí s principem autonomie. Před provedením jakéhokoli diagnostického nebo terapeutického výkonu je nutný informovaný souhlas, ten musí splňovat základní náležitosti – musí být poučený, kvalifikovaný a svobodný. Po náležitém ústním poučení může pacient pro vyjádření souhlasu použít tři formy: ústní, písemnou a konkludentní (pacient dává souhlas najevo svým jednáním). Větším výkonům obvykle předchází souhlas písemný.¹⁸²

Písemný informovaný souhlas nenahrazuje ústní rozhovor lékaře s pacientem. Teprve tehdy, když pacient rozumí podstatě zdravotních problémů nebo plánovaného výkonu, je informován o případných rizicích, stvrzuje informovaný souhlas svým podpisem.¹⁸³

Pacientův informovaný souhlas je důležitým předpokladem jeho ochoty ke spolupráci. Pokud dostává pouze pokyny a instrukce a nezná důvody pro

¹⁸¹ Vorlíček,J., Sláma,O., Kalvodová,L.: Modifikované desatero zásad sdělování onkologické diagnózy, 2001.

¹⁸² Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. Lékařská etika. 4. vydání. Brno: Galén, 2015. ISBN 978-7492-204-6.

¹⁸³ Srov., tamtéž.

provádění různých výkonů a jejich podstatu, může ochota dodržovat doporučení a pravidla klesat.

V případě, že pacient potřebnou péči odmítne, provede se zápis v písemné formě, tzv. negativní revers.¹⁸⁴

Bez souhlasu lze hospitalizovat pacienta pouze pokud:

- soud uložil ochranné léčení formou lůžkové péče,
- je nařízena izolace, karanténa nebo léčení podle zákona o ochraně veřejného zdraví,
- je podle trestního řádu nebo občanského soudního řádu nařízeno vyšetření zdravotního stavu,
- ohrožuje sebe nebo své okolí a jeví známky duševní poruchy nebo je pod vlivem návykové látky,
- jeho zdravotní stav vyžaduje poskytnutí neodkladné péče a zároveň neumožňuje, aby vyslovil souhlas.¹⁸⁵

3.6.3 Dříve vyslovené přání

V paliativní péči mnohdy nastávají situace, kdy není zcela zřejmé, zda je zvolený postup v souladu s přáními a preferencemi pacienta, nebo zda prodlužuje jeho strádání a utrpení a není pro něj přínosem. Pokrok medicíny přinesl možnosti prodloužení života pacientů, někdy však v terminálním stavu dochází k udržování životních funkcí i za cenu prodloužení umírání a zadržování smrti. Takový postup může nemocného poškodit a být v rozporu s principem beneficence. Marnost léčby je těžké stanovit bez komunikace s nemocným. Problém nastává v situaci, kdy nemocný nemůže vyjádřit svoji vůli, obvykle z důvodu pokročilosti nemoci.¹⁸⁶

V roce 2001 převzal český právní řád Úmluvou o lidských právech a medicíně institut dříve vysloveného přání. Každý občan starší 18 let může sepsat tzv. dříve vyslovené přání, ve kterém vyjádří, co si přeje, nebo naopak nepřeje v případě, kdy nebude schopen o sobě sám rozhodovat z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu, např. při dlouhodobém bezvědomí, při demenci v pokročilém stadiu, u neurodegenerativních onemocnění.¹⁸⁷

¹⁸⁴ Srov. KUŘE J. a KOL. Kapitoly z lékařské etiky. Masarykova univerzita Brno 2010.

¹⁸⁵ Srov. BUŽGOVÁ R. Etika ve zdravotnictví. Ostrava, 2013. CZ.1.07/2.2.00/29.0006.

¹⁸⁶ Srov. ŠPINKOVÁ M., MLYNÁRIKOVÁ E. Křížovatky. Cesta domů. Praha, 2020. ISBN: 978-80-88126-78-2.

¹⁸⁷ Srov., tamtéž.

Dříve vyslovené přání je vyjádřením vůle kompetentního pacienta v době, kdy je zdravý nebo před terminálním stádiem nemoci, pro případ, kdy bude inkompetentní vyjádřit svoji vůli, pro situace, kdy nebude moci uskutečnit své právo na sebeurčení.¹⁸⁸

V dříve vysloveném přání může člověk rozhodnout, zda si v takové situaci přeje, například resuscitaci, dýchání s pomocí nebo může určit osobu, která může udělit souhlas s navrhovanou léčbou nebo péče za něj. Dříve vyslovená přání jsou přínosem nejen pro pacienty, ale i jejich rodiny, blízké a zdravotníky.

Dříve vyslovené přání je sepsaný právní dokument, který můžeme označit jako informovaný souhlas nebo nesouhlas s platností do budoucna. Existují dvě formy dříve vysloveného přání:

1. Pacient sepisuje přání sám – má písemnou podobu a obsahuje odpovídající náležitosti (datum, místo, jméno, podpis notářsky ověřený, vhodný je i podpis svědků), nedílnou součástí je písemné poučení sepsané praktickým nebo odborným lékařem.
2. Přání zapsané do zdravotnické dokumentace – je závazné po dobu hospitalizace a pro poskytovatele zdravotních služeb, kde bylo sepsáno, není potřeba ověřený podpis pacienta.¹⁸⁹

Dříve vyslovené přání není pro zdravotníky závazné absolutně, pro odchýlení od vůle pacienta však musí mít závažný důvod. Přání nelze respektovat, pokud požaduje takový postup, jakým by mohlo být aktivní způsobení smrti nemocného.¹⁹⁰

3.6.4 Zachování povinné mlčenlivosti

Dalším často diskutovaným etickým problémem je zachování povinné mlčenlivosti. Účelem povinné mlčenlivosti je zabránit úniku a zneužití osobních údajů pacienta. Povinnost zachovávat mlčenlivost je předpokladem pro navázání vztahu důvěry mezi pacientem a zdravotními pracovníky.¹⁹¹

V paliativní péči se týká všech členů multidisciplinárního týmu a vztahuje se na všechny informace, které se zdravotnický pracovník dozví v souvislosti

¹⁸⁸ Srov. KUŘE J. a KOL. Kapitoly z lékařské etiky. Masarykova univerzita Brno 2010.

¹⁸⁹ Srov. ŠPINKOVÁ M., MLYNÁRIKOVÁ E. Křížovatky. Cesta domů. Praha, 2020. ISBN: 978-80-88126-78-2.

¹⁹⁰ Srov. ŠPINKOVÁ M., MLYNÁRIKOVÁ E. Křížovatky. Cesta domů. Praha, 2020. ISBN: 978-80-88126-78-2.

¹⁹¹ Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. Lékařská etika. 4. vydání. Brno: Galén, 2015. ISBN 978-7492-204-6.

s výkonem povolání, tj. nejen informace o zdravotním stavu, ale i další skutečnosti. Povinnou mlčenlivost ukládá zákon č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách: „Poskytovatel je povinen zachovat povinnou mlčenlivost o všech skutečnostech, o kterých se dozvěděl v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb.“ V Úmluvě o lidských právech a biomedicíně najdeme v článku 10, že každý má právo na ochranu soukromí ve vztahu k informacím o svém zdraví.¹⁹²

Pozitivní vymezení povinné mlčenlivosti ukládá zdravotnímu pracovníkovi aktivně informovat příbuzné nebo blízké pacienta, ale v určitých situacích také orgány veřejné moci.¹⁹³

Výjimky z povinné mlčenlivosti jsou upraveny ve zdravotnické legislativě. Základní výjimkou je taková, která vzniká na základě vůle pacienta (souhlas s poskytnutím informací). Další výjimky upravují právní předpisy, patří sem například prolomení povinné mlčenlivosti v souvislosti s trestním řízením, za účelem přezkoumání zdravotní péče, výjimky v souvislosti s prováděním transplantací, ale také z důvodu statistických zjišťování.¹⁹⁴

3.6.5 Eutanazie

V souvislosti s úvahami o umírání a smrti patří k nejčastěji diskutovaným tématům problematika eutanázie. Téma eutanázie vzbuzuje na straně odpůrců i zastánců emoce a kontroverze. Nejednoznačnost panuje i v samotné terminologii vymezení eutanázie a jejích forem.

3.6.5.1 Co je eutanazie?

Slovo eutanazie pochází z řečtiny a původně znamenalo dobrou smrt. Později se význam termínu eutanazie posunul a nejčastěji se jím rozumí smrt z milosti, kterou můžeme označit jako aktivní eutanazii.¹⁹⁵

Světová lékařská asociace (WMA) definuje pojem eutanazie jako „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 o ukončení života, čin je

¹⁹² Srov. <https://pravo21.cz/pravo/povinna-mlcenlivost-ve-zdravotnictvi-neni-bezbreha-v-praxi-se-ale-setkavame-s-nedostatky>.

¹⁹³ Srov. Výjimky z povinné mlčenlivosti. [online]. [cit. 22.1.2022]. Dostupné na <https://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2007/11/12.pdf>.

¹⁹⁴ Srov., tamtéž.

¹⁹⁵ Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. Thanatologie: nauka o umírání a smrti. Praha: Galén, 2000. ISBN 80-7262-034-7.

proveden ze soucitu a bez osobního zisku“.¹⁹⁶ WHA takové jednání odsuzuje a lékaře vybízí, aby eutanazii neprováděli, protože se jedná o akt v rozporu s etickými principy lékařské praxe.

V Nizozemí je eutanazie prováděna už od osmdesátých let 20. století. Definována je jako úmyslné ukončení života člověka na jeho žádost někým jiným než člověkem samotným, a to lékařem. Charakteristikou tohoto jednání je úmysl zabít, zabití a vlastní žádost pacienta. Samotné zabití je uskutečněno podáním „léku“ ne například ukončení léčby.¹⁹⁷

Ve Švýcarsku je legalizována asistovaná sebevražda, specifikum je v tom, že kromě lékaře může pomoc při umírání poskytnout i laik. Švýcarsko umožňuje asistované sebevraždy i u cizinců, v souvislosti s tím se hovoří o eutanstické turistice.

V USA je eutanazie na federální úrovni nelegální, v některých amerických státech je tolerována nebo povolena forma asistované sebevraždy.¹⁹⁸

V současné době se pojmem eutanazie rozumí lékařské jednání, které vede k navození nebo uspíšení smrti druhého člověka. Důležitý rozdíl eutanazie od prostého zabití je v tom, že je vedena motivy nebo úmyslem. Tím je myšleno takové uspíšení umírání, které člověku umožní vyhnout se utrpení. Usmrcení pacienta na jeho žádost má v současné době dvě podoby, eutanazii, kdy život ukončí na přání pacienta lékař a asistovanou sebevraždu.¹⁹⁹

Otázka, zda má člověk právo rozhodovat o životě a smrti není jen složitou právní otázkou, ale také etickým problémem ve společnosti.

Dobrá smrt

Základním obsahem pojmu eutanázie je dobrá smrt. Představy o dobré smrti se v průběhu historie měnily. Měly například podobu smrti jako vyvrcholení života nebo rychlé a bezbolestné smrti, hrdinské smrti na bojišti nebo smrti mučednické. Znakem dobré smrti se stala schopnost přijmout a nést svůj úděl.²⁰⁰

¹⁹⁶ Srov. MUNZAROVÁ, M. Proč Ne eutanazii: aneb Být, či nebýt? Kostelní Vydří: Ecce homo. 2008. ISBN 978-80-7195-258-9.

¹⁹⁷ Srov., tamtéž

¹⁹⁸ Srov., tamtéž.

¹⁹⁹ Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. Thanatologie: nauka o umírání a smrti. Praha: Galén, 2000. ISBN 80-7262-034-7.

²⁰⁰ Srov. LOUČKA M., ŠPINAKA Š., ŠPINKOVÁ M. Eutanazie. Víme o čem mluvíme? Praha: Cesta domů. 2015. ISBN: 978-80-88126-08-9.

S pojmem dobrá smrt úzce souvisí pojem dobrého života. Pojetí smrti vychází z postoje k životu. Z různých pojetí života vyplývají také různé názory k eutanázii. Současný postoj k eutanázii ovlivňuje rozvoj lékařské vědy a technologií, ale také přesvědčení o klíčové roli autonomie a sebeurčení. V neposlední řadě je to také postoj k utrpení, kterému současný přístup nedává žádný smysl.²⁰¹

„V současnosti je za dobrou smrt považovaná smrt lehká, která přichází po dlouhém spojeném životě, rychle, bezbolestně, nebo ve spánku.“²⁰²

3.6.5.2 Formy a druhy eutanazie

Pojmem eutanazie můžeme označit různé situace:

Aktivní eutanazie

V diskuzi o eutanázii je hlavním předmětem otázka aktivní eutanazie, tedy usmrcení pacienta na jeho žádost s aktivní účastí lékaře, nazývaná také vyžádaná eutanazie. Základem je aktivní zásah do lidského života s následkem jeho zkrácení. Zakládá se na přímé žádosti pacienta, který je svéprávný, orientovaný a dostatečně informovaný. Smrtící prostředek podává druhá osoba.²⁰³

Nevyžádaná a nedobrovolná eutanazie

Pokud pacient nemůže vyjádřit svoji vůli (novorozenec, člověk v kómatu) a lékař považuje jeho situaci za bezvýchodnou a dojde k usmrcení pacienta bez jeho žádosti, jedná se o eutanazii nevyžádanou. K nedobrovolné eutanázii dojde v situaci, kdy lékař usmrtí nebo nechá zemřít pacienta, aniž by s ním svoje rozhodnutí konzultoval. U nedobrovolné eutanazie, tzv. nechtěné chybí žádost pacienta nebo je dokonce proti jeho přání a neexistuje ani domněnka, že by souhlas udělil, kdyby mohl.²⁰⁴

Lékař je zodpovědný za to, co dělá. Při úmyslném zabití člověka, není lékaři omluvou, že si to nemocný přál. U umírajícího pacienta nemůžeme

²⁰¹ Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. Praha: Galén, 2000. ISBN 80-7262-034-7.

²⁰² Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. Praha: Galén, 2000. ISBN 80-7262-034-7.

²⁰³ Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. Praha: Galén, 2000. ISBN 80-7262-034-7.

²⁰⁴ Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. Praha: Galén, 2000. ISBN 80-7262-034-7.

uvažovat o uzdravení ani o vyléčení. Rozhodování lékaře musí vždy vycházet ze zásad lékařské mravnosti, jinak by se ztratila důvěra pacienta v lékaře a lékařské povolání.²⁰⁵

Asistovaná sebevražda

Zvláštní formou eutanazie je asistovaná sebevražda, někdy se o ní hovoří jako „o návodu k vysvobození“. ²⁰⁶ Jedná se o přístup, kdy lékař neukončí život pacienta aktivně, ale zajistí smrtící látku, kterou si podá pacient sám.

Tento způsob je podle některých názorů morálně přijatelnější, protože lékaře vyvazuje z konečné odpovědnosti za ukončení života a to je zřejmě důvodem, proč je v několika zemích legální.²⁰⁷

3.6.5.3 Legalizace eutanazie

Legalizace eutanazie je v posledních letech velmi diskutované téma. V České republice je eutanazie i asistovaná sebevražda zakázána, porušení tohoto zákazu je trestným činem. V novele trestního zákona z roku 2005 však došlo k výraznému snížení trestní sazby.²⁰⁸

V několika zemích došlo k legalizaci eutanazie nebo asistované sebevraždy. V současné době je aktivní eutanazie legální v Nizozemí, Belgii, Lucembursku a Kolumbii. Asistovaná sebevražda je legalizována v několika státech USA, ve Švýcarsku a v Kanadě. Švýcarsko jako jediná země umožňuje provedení asistované sebevraždy občanům jiných zemí.²⁰⁹

Níže uvedená tabulka uvádí přehled zemí, kde je eutanazie a asistovaná sebevražda legální a počet vykonaných eutanázií za rok:

²⁰⁵ Srov. MUNZAROVÁ, M. Proč Ne eutanazii: aneb Být, či nebýt? Kostelní Vydří: Ecce homo. 2008. ISBN 978-80-7195-258-9.

²⁰⁶ Srov., tamtéž.

²⁰⁷ Srov. LOUČKA M., ŠPINAKA Š., ŠPINKOVÁ M. Eutanazie. Víme o čem mluvíme? Praha: Cesta domů. 2015. ISBN: 978-80-88126-08-9.

²⁰⁸ Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. Thanatologie: nauka o umírání a smrti. Praha: Galén, 2000. ISBN 80-7262-034-7.

²⁰⁹ Srov. LOUČKA M., ŠPINAKA Š., ŠPINKOVÁ M. Eutanazie. Víme o čem mluvíme? Praha: Cesta domů. 2015. ISBN: 978-80-88126-08-9.

Přehled zemí, kde je eutanazie legální

Země	Eutanazie legální (od kterého roku)	Asistovaná sebevraždy legální (od kterého roku)	Počet vykonaných eutanazií / asistovaných sebevražd (rok)
Švýcarsko	NE	ANO (tolerována od roku 1942)	204 (2014, pouze klinika Dignitas)
Oregon	NE	ANO (1994)	71 (2013)
Belgie	ANO (2002)	ANO (2002)	1807 (2013)
Nizozemí	ANO (2002)	ANO (2002)	4829 (2013)
Kolumbie	ANO (2015)	NE	přesná čísla nedostupná
Lucembursko	ANO (2009)	ANO (2009)	15 (2013)
Washington	NE	ANO (2008)	159 (2013)
Vermont	NE	ANO (2013)	0 (2014)
Kalifornie	NE	ANO (2016)	—
Kanada	NE	ANO (2016)	—

210

3.6.5.4 Co není eutanazie

S tématem eutanazie souvisí několik pojmů, které jsou důležité pro pochopení souvislostí, co je a co není eutanazie.

Pasivní eutanazie

Problematickým pojmem je pasivní eutanazie. Pojmem pasivní eutanazie jsou myšlena dvě naprosto odlišná jednání. Na jedné straně nejednání, tedy nepokračování v léčbě s úmyslem zabít. Na straně druhé odstoupení od léčby, pokud je pro nemocného nadměrně zatěžující a zbytečná, tzv. marná léčba.²¹¹

Zde je důležité definovat, co je cílem léčby a proč se přistupuje k jejímu ukončení. Rozdíl mezi jednáním a nejednáním vyplývá z cíle jednání. Situace, kdy je cílem jednání ukončení léčby, která již nepřináší nemocnému reálný prospěch ve smyslu zlepšení zdravotního stavu nebo kvality života, je totiž velmi

²¹⁰ LOUČKA M., ŠPINAKA Š., ŠPINKOVÁ M. Eutanazie. Víme o čem mluvíme? Praha: Cesta domů. 2015. ISBN: 978-80-88126-08-9.

²¹¹ Srov. MUNZAROVÁ, M. Proč Ne eutanazii: aneb Být, či nebýt? Kostelní Vydří: Ecce homo. 2008. ISBN 978-80-7195-258-9.

odlišná od situace, kdy přicházíme s jasným cílem ukončit v daný okamžik pacientův život.²¹²

Marná léčba

Marná léčba je léčba taková, která přináší nemocnému více utrpení než prospěchu. V roce 1998 Česká lékařská komora zveřejnila dokument s názvem Etická doporučení pro vysazení nebo nenasazení život udržující léčby, který definuje kritéria, podle kterých je možné marnou léčbu buď nezačínat, nebo od ní upustit.²¹³

Léčba může být odmítnuta nebo vysazena tehdy, není-li naděje na zlepšení stavu. Odstoupení anebo nenasazení příliš zatěžující léčby, která by vedla jen k protahovanému a bolestnému umírání, není eutanazií. Pokud léčba vyčerpala všechny dostupné možnosti, měla by být nemocným poskytnuta paliativní léčba.²¹⁴

Dystanazie

Další souvisejícím pojmem je dystanazie neboli zadržovaná smrt. Dystanazie je umělé prodlužování přirozeného procesu umírání. V současné době se s použitím nejmodernějších technologií medicína snaží prodloužit život pacienta co nejdéle. Nárůst dystanazie ovlivňuje především obava lékařů z případného trestního řízení a postihu kvůli možnému neposkytnutí povinné péče. Pacient je udržován při životě díky podpoře přístrojů a farmak, například za pomoci umělé plicní ventilace. Jedná se v podstatě o technologicky navozený stav, který způsobuje nemocnému zbytečné utrpení, bolest a omezení v pohybu. Tato strategie umělého prodlužování života souvisí s otázkou týkající se kvality života nemocných.²¹⁵

²¹² Srov. LOUČKA M., ŠPINAKA Š., ŠPINKOVÁ M. Eutanazie. Víme o čem mluvíme? Praha: Cesta domů. 2015. ISBN: 978-80-88126-08-9.

²¹³ Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. Lékařská etika. 4. vydání. Brno: Galén, 2015. ISBN 978-7492-204-6.

²¹⁴ Srov. Akceptováním eutanazie bychom mohli dospět k tomu, že smrt má větší cenu než život. iDNES.cz [online]. [cit. 22.1.2022]. Dostupné na https://zpravy.idnes.cz/akceptovanim-eutanazie-bychom-mohlidospet-k-tomu-ze-smrt-ma-vetsi-cenu-zezivot-gj3-/zpr_achiv.aspx?c=A110331_154735_kavarna_chu.

²¹⁵ Srov. KUŘE, J. Co je eutanazie: studie k pojmu dobré smrti. Praha: Academia. Právo-etika-společnost. 2018. ISBN 978-80-200-2762-7.

3.6.5.5 Argumenty zastánců eutanazie

K nejčastějším argumentům zastánců eutanazie patří snaha o zbavení člověka utrpení, které nejčastěji spojují s nesnesitelnou bolestí. Při současných možnostech medicíny je však bolest obvykle velmi dobře zvládnutelná a tento argument se jeví jako zástupný. Ve skutečnosti mají umírající daleko větší obavy ze ztráty důstojnosti a z toho, že budou na obtíž svým blízkým.²¹⁶

Dalším argumentem pro legalizaci je autonomie člověka, kdy zastánci eutanazie stojí za názorem, že člověk má svrchované právo rozhodovat o svém životě i jeho ukončení a nemůže být nijak omezován. Takto jednoduše pojatá autonomie může ovšem ohrožovat jiné osoby a naráží na morální hodnoty. V přímém rozporu je, že nemůžeme na základě autonomie žádat po jiném člověku, aby se podílel na usmrcení.²¹⁷

3.6.5.6 Argumenty proti eutanázii

Uvažujeme-li o eutanázii je potřeba si uvědomit, že vždy jde o lidský život a záměrné usmrcení člověka. Eutanazie je v rozporu s právem člověka na život, které je zakotvené v Listině základních práv a svobod. Světová lékařská asociace definovala eutanazii a asistovanou sebevraždu a označila je za neetické. To zároveň nebrání lékařům respektovat přání pacienta, aby ustoupil přirozeným procesům vedoucím ke smrti.²¹⁸

Základem naší kultury je posvátnost lidského života spolu s principem vzájemné pomoci a odpovědnosti. Právo na eutanázii, které by vycházelo z právní legislativy, by se dostalo do střetu s právem na život a stalo by se nemorálním, protože „mravnost nestojí na zákonodárství ani na výsledcích referenda“.²¹⁹ Legalizace eutanazie by dala lékařům moc nad životy lidí a možnost jejího zneužití.²²⁰

Eutanazii nemůžeme považovat za důstojnou smrt, protože zabití v důsledku beznaděje a navíc z rukou lékaře, nemůže být považované za důstojné. Naopak eutanazie je v protikladu s podstatou lékařství. Legalizace

²¹⁶ Srov. LOUČKA M., ŠPINAKA Š., ŠPINKOVÁ M. Eutanazie. Víme o čem mluvíme? Praha: Cesta domů. 2015. ISBN: 978-80-88126-08-9.

²¹⁷ Srov. LOUČKA M., ŠPINAKA Š., ŠPINKOVÁ M. Eutanazie. Víme o čem mluvíme? Praha: Cesta domů. 2015. ISBN: 978-80-88126-08-9.

²¹⁸ Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. Thanatologie: nauka o umírání a smrti. Praha: Galén, 2000. ISBN 80-7262-034-7.

²¹⁹ MUNZAROVÁ, M. Proč Ne eutanázii: aneb Být, či nebýt? Kostelní Vydří: Ecce homo. 2008. ISBN 978-80-7195-258-9.

²²⁰ Srov. MUNZAROVÁ, M. Proč Ne eutanázii: aneb Být, či nebýt? Kostelní Vydří: Ecce homo. 2008. ISBN 978-80-7195-258-9.

eutanazie znehodnocuje hodnotu života dlouhodobě nemocných, zdravotně postižených, osob s demencí a dalších.²²¹

3.6.5.7 Eutanazie a paliativní péče

Eutanazie je obvykle chápána jako vysvobození nevléčitelně nemocných z nesnesitelných bolestí. Ve skutečnosti však většina lidí žádajících o eutanazii bolest neuvádí jako hlavní důvod. V souvislosti s umíráním se nejčastěji objevuje strach z bezmocnosti, ztráty důstojnosti a že se stanou zátěží pro své okolí.²²²

„Hlavním skrytým důvodem pro ochotu legalizovat eutanazii je bezradnost a strach z lidské konečnosti a smrtelnosti.“²²³ Eutanazie je zkratkovitým a nebezpečným pokusem o řešení problémů, kterým je potřeba čelit jinými způsoby. Otázkou je, co nabídnout nemocným, aby nežádali eutanazii? Důležité je poskytnout fyzickou, psychickou, sociální a spirituální péči. Je nutné respektovat těžký fyzický stav, zároveň dát prostor k životu, realizaci a smyslu spoutaného života.²²⁴

Řešení nabízí zkvalitnění péče o umírající. Kvalitní a dostupná péče může být jednou z odpovědí na snahu o legalizaci eutanazie. Paliativní péče se specializuje na tišení bolesti a dalších symptomů, a snaží se, aby pacient prožil svůj zbývající život co nejlépe.

3.7 Etika a právo v paliativní péči

Mravní hodnoty a normy jsou často v těsném nebo vzdálenějším vztahu k právním normám, které je potřeba bezpodmínečně respektovat. Právní normy, tj. legislativa, představují minimum morálky. Oporu v zákoně nemůžeme očekávat v situacích, kdy je možné uplatnit různá řešení.²²⁵

Etika stanoví co je a co není mravné a zabývá se řešením dilematických situací, právní norma definuje hodnoty uznávané zákonem. Etické normy staví

²²¹ Srov., tamtéž.

²²² Srov. LOUČKA M., ŠPINAKA Š., ŠPINKOVÁ M. Eutanazie. Víme o čem mluvíme? Praha: Cesta domů. 2015. ISBN: 978-80-88126-08-9.

²²³ LOUČKA M., ŠPINAKA Š., ŠPINKOVÁ M. Eutanazie. Víme o čem mluvíme? Praha: Cesta domů. 2015. ISBN: 978-80-88126-08-9.

²²⁴ Srov. Akceptováním eutanazie bychom mohli dospět k tomu, že smrt má větší cenu než život. iDNES.cz [online]. [cit. 22.1.2022]. Dostupné na https://zpravy.idnes.cz/akceptovanim-eutanazie-bychom-mohlidospet-k-tomu-ze-smrt-ma-vetsi-cenu-nez-zivot-gj3-/zpr_achiv.aspx?c=A110331_154735_kavarna_chu

²²⁵ Srov. KORENEK, J. Úvod do lékařské etiky. Olomouc : Vydavatelství Univerzity Palackého, 1996. ISBN 80-7067-683-3.

na etických hodnotách. Právní normy stanovují pravidla pro soužití ve společnosti.²²⁶ Shoda mravní normy a zákonné normy se nazývá legalita.²²⁷

Zatímco zákon chrání proti nespravedlnosti a zajišťuje práva, etika žádá, abychom jednali podle morálních zásad, které přesahují povinnosti dané zákonem. Plnění zákonných standardů je vynucováno prostřednictvím sankcí a trestů. Naproti tomu etika nemůže být vynucena.²²⁸

Zákon a etika se navzájem doplňují. Zatímco zákon chrání před nespravedlností a zajišťuje práva, etika vyžaduje jednání podle zásad, které mohou přesahovat povinnosti dané zákonem.²²⁹

K nejdůležitějším právním normám, které mají vztah k etice v paliativní péči, patří Listina základních práv a svobod, Úmluva o lidských právech a biomedicíně a Práva pacientů podle zákona o zdravotních službách.

Listina základních práv a svobod

Listina základních práv a svobod (dále jen Listina) je norma s nejvyšší právní závazností, je součástí ústavního pořádku ČR. U nás vstoupila v platnost dne 16.12.1992. Vymezuje základní práva, která mohou být v různých oblastech lidského života, včetně zdravotní péče. Základním právem každého člověka je mít svá práva, důstojnost a rovnost.²³⁰

Článek 1 zaručuje svobodu a rovnost v důstojnosti i v právech. Základní práva a svobody jsou nezadatelné, nezcizitelné, nepromlčitelné a nezrušitelné.²³¹ Koncept lidské rovnosti vyzdvihuje přirozená práva člověka a respekt k osobnosti. Stejně důležitý je koncept lidské důstojnosti, který uznává prioritu lidské bytosti nad kolektivními právy. Lidská důstojnost představuje objektivní ústavní hodnotu, která je součástí právního řádu. Můžeme ji interpretovat jako nejvyšší ústavní princip, nad kterým nemohou převážit základní práva ani

²²⁶ Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. Lékařská etika. 4. vydání. Brno: Galén, 2015. ISBN 978-7492-204-6.

²²⁷ Srov. KOŘENEK, J. Úvod do lékařské etiky. Olomouc : Vydavatelství Univerzity Palackého, 1996. ISBN 80-7067-683-3.

²²⁸ Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. Lékařská etika. 4. vydání. Brno: Galén, 2015. ISBN 978-7492-204-6.

²²⁹ Srov., tamtéž.

²³⁰ Srov. Cesta domů. [online]. [cit. 25. 1. 2021]. Dostupné na <https://www.cestadomu.cz/advokacie>.

²³¹ Usnesení č. 2/1993 Sb. [online], [cit. 10.1.2022]. Dostupné na <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1993-2>.

veřejný zájem. Listina uznává rovnost hodnoty všech lidských bytostí, lidská důstojnost by měla být zaručena všem.²³²

U pacientů paliativní péče může dojít k ohrožení lidské důstojnosti poměrně často. Umírající člověk postupně ztrácí své schopnosti, je odkázán na pomoc druhých.²³³

Z listiny plyne, že všichni pacienti, ale také zdravotníci mají stejná práva a povinnosti. Právo na důstojné zacházení má nejen pacient, ale také zdravotník.

Článek 6 přiznává právo na život a ochranu života i před narozením. Právo na život je základním právem člověka a je založené na důstojnosti lidského života. Lidská důstojnost vyplývá z autonomie a možnosti rozhodovat o své seberealizaci. Nikdo nesmí být zbaven života, jakákoliv forma eutanazie je nezákonná.²³⁴

Článek 7 upravuje nedotknutelnost osoby a jejího soukromí. Stanoví také, že nikdo nesmí být mučen ani podroben krutému, nelidskému nebo ponižujícímu zacházení. Ochrana soukromí je úzce spjata s ochranou duševní i tělesné integrity a nepřipustnosti zásahů bez vědomí a souhlasu člověka.²³⁵

V kontextu paliativní péče můžeme právo na ochranu soukromí použít jako argument pro podporu domácí hospicové péče, která respektuje soukromí člověka a jeho kontakt s přirozeným prostředím.

V článku 10 je upraveno právo na zachování lidské důstojnosti, osobní cti, dobré pověsti a ochranu jména člověka. Přiznává také právo na ochranu soukromí a osobního života před neoprávněným zásahem. Dalším právem je právo na ochranu před neoprávněným zasahováním do soukromého a rodinného života a na ochranu před neoprávněným shromažďováním, zasahováním a zveřejňováním údajů o své osobě. S tím souvisí dodržování povinné mlčenlivosti zdravotníků.²³⁶

Článek 31 přiznává právo na ochranu zdraví a právo občana na bezplatnou zdravotní péči.²³⁷

²³² Usnesení č. 2/1993 Sb. [online], [cit. 10.1.2022]. Dostupné na <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1993-2>.

²³³ Usnesení č. 2/1993 Sb. [online], [cit. 10.1.2022]. Dostupné na <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1993-2>.

²³⁴ Srov., tamtéž.

²³⁵ Srov., tamtéž.

²³⁶ Srov., tamtéž.

²³⁷ Srov., tamtéž.

Úmluva o lidských právech a biomedicině

V důsledku pokroků v biomedicině vzrostla obava, aby dosažených pokroků nebylo zneužito v neprospěch lidských bytostí. Už v roce 1991 vydala Rady Evropy doporučení k přípravě Konvence o bioetice, která by obsahovala opatření nezbytná k ochraně lidské důstojnosti člověka a základních práv jedince v souvislosti s aplikací biologie a medicíny. Na znění dokumentu pracovala Řídící komise pro bioetiku, která vypracovala etické minimum, které má být respektováno v právním řádu signatářských zemí.²³⁸

Řídící komise se snažila nalézt shodu na základních pravidlech ochrany lidských práv v oblasti biomedicíny. Vyhnuli se proto některým tématům, ve kterých nemohli dosáhnout shody (např. ochrana embrya, potraty a eutanazie).

Úmluva byla přijata v roce 1996 výborem ministrů Rady Evropy. Tato mezinárodní smlouva byla přijata 4. dubna 1997 ve španělském Oviedu.

V České republice byla Úmluva o lidských právech a biomedicině podepsána 4. 6. 1998, ratifikována až na jaře v roce 2001. Její ratifikací Parlamentem České republiky se stala jedním z hlavních zákonů země a nejvyšším zdravotnickým zákonem ČR. Pokud je nějaký český zdravotnický zákon v rozporu s Úmluvou o lidských právech a biomedicině, je pro něj tato konvence nadřazená a právně závazná.²³⁹

Úmluva se zabývá otázkami souvisejícími s poskytováním léčebně preventivní péče a s ochranou lidských práv a svobod, kdy se osoba dostává do kontaktu se zdravotnickými službami.

Úmluva obsahuje pět článků, ve kterých je realizována svoboda rozhodování, podmínky souhlasu, poučení o plánovaném zákroku, jeho rizicích a alternativách včetně práva na informovaný souhlas. Obsahuje řadu práv pacientů v souvislosti s vývojem medicíny a biologie. Zvláštní článek Úmluvy se věnuje ochraně práv osob neschopných dát souhlas a ochraně osob s duševní poruchou. Řeší také stav nouze a dříve vyslovená přání pacienta. Pacientovi dává právo rozhodnout o tom, jestli a v jakém rozsahu chce dostat informace.

²³⁸ Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. Lékařská etika. 4. vydání. Brno: Galén, 2015. ISBN 978-7492-204-6.

²³⁹ Sdělení MZ ČR. [online], [cit. 10.1.2022]. Dostupné na: <file:///C:/Users/User/Downloads/96-2001%20-%20C3%BAmluva%20o%20lid.%20opr%C3%A1vech%20a%20biomedic%C3%ADn%C4%9B.pdf>

Úmluva výrazně přispěla k rozvoji lidských práv a svobod a to zejména tím, že uložila smluvním stranám, aby chránily důstojnost a osobnost všech lidských bytostí.

Zákon o zdravotních službách 372/20011 Sb.

Tento zákon patří k hlavním zákonům ve zdravotní péči. Zákon odráží požadavky stanovené Úmluvou a upravuje další pravidla, týkající se např. informovaného souhlasu, zdravotnické dokumentace nebo použití omezovacích prostředků.²⁴⁰

„Zákon o zdravotních službách uvádí v § 28 práva pacientů, kdy všechna práva vycházejí z práva osoby na respektování jeho autonomie.

Základní práva pacientů:

- Poskytování zdravotních služeb pouze se souhlasem pacienta.
- Poskytování zdravotních služeb na odborné úrovni.
- Právo na úctu, důstojné zacházení, ohleduplnost, respektování soukromí při poskytování zdravotních služeb.
- Právo zvolit si poskytovatele zdravotních služeb, případně si vyžádat konzultační služby od jiného poskytovatele.
- Právo na nepřetržitou přítomnost zákonného zástupce, popřípadě osoby určené zákonným zástupcem u nezletilých nebo nezpůsobilých osob.
- Právo na přítomnost osoby blízké nebo osoby určené pacientem, nenaruší-li přítomnost těchto osob poskytnutí zdravotních služeb.
- Být předem informován o ceně poskytnutých zdravotních služeb nehrazených nebo částečně hrazených zdravotní pojišťovnou.
- Znat jména zdravotnických pracovníků přímo zúčastněných na poskytování zdravotních služeb. Znat jména osob připravujících se na budoucí povolání, které jsou přítomny (tedy studentů).
- Odmítnout přítomnost osob, které nejsou na poskytování zdravotních služeb přímo zúčastněny a osob připravujících se na budoucí povolání.
- Přijímat návštěvy ve zdravotnických zařízeních s ohledem na svůj zdravotní stav, v souladu s vnitřním řádem, a to způsobem, který nenarušuje práva ostatních pacientů.

²⁴⁰ Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. Lékařská etika. 4. vydání. Brno: Galén, 2015. ISBN 978-7492-204-6.

- Přijímat duchovní péči a podporu od duchovních církví a náboženských společností registrovaných v ČR způsobem respektujícím práva ostatních pacientů. Duchovní službu nelze odepřít v případě ohrožení pacienta na životě nebo vážného poškození zdraví.
- Poskytování zdravotních služeb v co nejméně omezujícím prostředí při zajištění kvality a bezpečí poskytovaných služeb.
- Nezletilý a nezpůsobilý pacient má právo odmítnout přítomnost osob, která ho týrá, zneužívá nebo zanedbává.²⁴¹

²⁴¹ Zákon o zdravotních službách. [online], [cit. 20.1.2022]. Dostupné na <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>.

Závěr

Tématem této práce byla etická stránka paliativní péče, která se orientuje především na kvalitu života nevléčitelně nemocných. Hlavním cílem bylo formulování etických principů péče, reflexe významu etiky v péči o umírající a definování etických problémů a dilemat souvisejících s procesem umírání.

Diplomová práce vychází z poznatků, které jsem získala odbornou praxí v hospicovém zařízení a je doplněna o informace nastudované z odborné literatury, právních předpisů, strategických dokumentů a internetových zdrojů.

Pro dosažení cíle bylo postupováno následujícími kroky. Nejprve je první část věnována fenoménu umírání a smrti, proměně vnímání smrti v lidských dějinách a různým modelům péče o umírající. Pozornost je zaměřena na proces umírání a jeho jednotlivé fáze.

Druhá část se zaměřuje na péči o umírající. Představuje paliativní péči, její podobu, přístupy poskytování zaměřené na kvalitu života a principy, ke kterým patří především důstojnost a autonomie pacienta. V souvislosti s paliativní péčí se často setkáváme s termínem hospicové péče, která je také představena. V závěru této části je uveden zákonný rámec pro poskytování paliativní péče.

Stěžejní část práce poukazuje na etické otázky současné paliativní péče. Rozpracovává lékařské etické principy a jejich souvislost s paliativní péčí. Z etických hodnot se pozornost soustředí především na lidskou důstojnost, autonomii a lidská práva. Práce se také věnuje některým konkrétním problémům a dilematům, které přináší současná paliativa, to je například problematika informovaného souhlasu nebo medializované téma eutanázie.

Touto prací jsem chtěla přispět k lidsky důstojnému přístupu u nevléčitelně nemocných a umírajících, k podpoře paliativní péče. Práce otevírá téma umírání a smrti, které je v poslední době stále více diskutované.

Na závěr se nabízí otázka, jak se přístup k umírání a ke smrti bude vyvíjet dál? Budeme i nadále umírat v nemocnicích, které sice nabízejí veškeré

zdravotnické zázemí, ale zaměřují se především na tělesnou stránku člověka, a kde není místo pro doprovázení blízkých?

Jak uvádí Ariés „Kmotřička smrt“ stála už nad kolébkou lidstva. Je všudypřítomná, a přece zahalená tajemstvím. Její podoba i zvyky s ní spojené se během staletí proměňovaly. Někdy byla přátelská a krásná, jindy zákeřná a odpudivá. Někdy probouzela strach, jindy byla toužebně očekávána. Dovedla lidstvo do 21. století, aniž by poodhalila své tajemství. Dnešní doba však nemá ráda tajemství, a proto nemá ráda ani smrt.²⁴²

²⁴² ARIÈS, Philippe. Dějiny smrti. Praha: Argo, 2000. ISBN 8072032933.

Použité zdroje

- Akceptováním eutanazie bychom mohli dospět k tomu, že smrt má větší cenu než život. iDNES.cz [online]. Dostupné na https://zpravy.idnes.cz/akceptovanim-eutanazie-bychom-mohlidospet-k-tomu-ze-smrt-ma-vetsi-cenu-nez-zivot-gi3-/zpr_achiv.aspx?c=A110331_154735_kavarna_chu.
- ARIÈS, Philippe. Dějiny smrti. Praha: Argo, 2000. ISBN 8072032933.
- Bible: Písmo svaté Starého a Nového zákona, český ekumenický překlad. 8. vyd., (1. opr. vyd.). Praha: Česká biblická společnost, 2001. ISBN 8085810298.
- BUŽGOVÁ R. Etika ve zdravotnictví. Ostrava, 2013. CZ.1.07/2.2.00/29.0006.
- BYSTRICKÝ Z. a kol. O organizaci paliativní péče. Praha. 2003.
- CAKIRPALOGLU, P. (2004). Psychologie hodnot (2., dopl. a přeprac. vyd). Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN: 978-80-244-2295-4
- Cesta domů [online]. Dostupné na https://www.cestadomu.cz/sites/default/files/soubory/standardy_a_normy_hospicove_a_paliativni_pece_v_evrope.pdf.
- Cesta domů. [online]. Dostupné na <https://www.cestadomu.cz/advokacie>.
- ČLK. [online]. Dostupné na [https://www.lkcr.cz/informace-262.html?do\[loadData\]=1&itemKey=cz_99721](https://www.lkcr.cz/informace-262.html?do[loadData]=1&itemKey=cz_99721).
- ETIKA. [online]. Dostupné na <https://www.lf2.cuni.cz/ustav-lekarske-etiky-a-humanitnich-zakladu-mediciny-2-lf-uk/etika#7>.
- Etika v ošetrovatelství. [online]. Dostupné na <https://www.yumpu.com/xx/document/view/46483045/etika-v-oe>.
- Frankl, V. E. Lékařská péče o duši. Brno, Cesta, 1996. ISBN 8085319500.
- FRANKL, V. E. Vůle ke smyslu. 1. vyd. Brno: Cesta, 2006. ISBN 80-7295-084-3.
- HAŠKOVCOVÁ, H. Lékařská etika. 4. vydání. Brno: Galén, 2015. ISBN 978-7492-204-6.
- HAŠKOVCOVÁ, H. *Manuálek o etice*. 1. vydání. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2000. 46 s. ISBN 80-7013-310-4.
- HAŠKOVCOVÁ, H. *Práva pacientů*. Havířov: Aleny Kutilové. 1996. ISBN 80-902163-0-7.

- HAŠKOVCOVÁ, H. Thanatologie: nauka o umírání a smrti. Praha: Galén, 2000. ISBN 80- 7262-034-7.
- HAŠKOVCOVÁ, Helena. Spoutaný život. Praha: 3. LF UK. 1991. ISBN 80-7038-158-2.
- HERZOGOVÁ, Z.: Základy filosofie a profesní etiky. Policejní akademie České republiky. 2.vyd. Praha 1998. S. 106. ISBN 80-85981-82-3.
- Hospice.cz [online]. Dostupné na <http://www.hospice.cz/hospice1/paliativ.html>.
- Christnet [online]. Dostupné na https://www.christnet.eu/clanky/5014/ma_smysl_uvazovat_o_lidskych_pravech_nevylecitelne_nemocnych_a_umirajicich.url.
- JANKOVSKÝ, J. Etika pro pomáhající profese. Praha : TRITON, 2003. ISBN 80-7254-329-6.
- KALVACH Z. Manuál paliativní péče o umírající pacienty. Cesta domů. 2010. ISBN 978-80-904516-4-3.
- KALVACH, Z. a kol. Respektování lidské důstojnosti. Praha: Cesta domů, 2004.
- Koncepce hospicové péče pro ČR. [online]. Dostupné na <https://asociacehospicu.cz/uploads/Koncepce%20hospicov%C3%A9%20op%C3%A9%20pro%20CR%20-%20final.pdf>.
- KOŘENEK, J. Úvod do lékařské etiky. Olomouc : Vydavatelství Univerzity Palackého, 1996. ISBN 80-7067-683-3.
- KOŘENEK, J.: Lékařská etika. Triton. 2.vyd. Praha 2004. S. 63. ISBN 80-7254-538-8.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Poslední úsek cesty*. Praha: Návrat domů, 1995. s. 95. ISBN 80 - 85495 - 43 - 0.
- Kupka, M. Psychologické aspekty paliativní péče. Olomouc, 2011. ISBN 978-80-244-2931-1.
- KUŘE J. a KOL. Kapitoly z lékařské etiky. Masarykova univerzita Brno 2010.
- KUŘE, J. Co je eutanazie: studie k pojmu dobré smrti. Praha: Academia. Právo-etika-společnost. 2018. ISBN 978-80-200-2762-7.
- LOUČKA M., ŠPINAKA Š., ŠPINKOVÁ M. Eutanazie. Víme o čem mluvíme? Praha: Cesta domů. 2015. ISBN: 978-80-88126-08-9.

- LUDVÍKOVÁ, L. a kol. 2013. *Kvalita života osob se speciálními potřebami*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2013.
- MATOUŠEK O. a kol. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-502-8.
- Memorandum. [online]. Dostupné na: <https://www.cestadomu.cz/aktuality/ministr-zdravotnictvi-odborna-spolecnost-a-zastupci-pojistoven-podepsali-memorandum-o>.
- MILFAIT, René. *Lidská práva osob s postižením, nevyлéčitelně nemocných a umírajících*. 1. vyd. Ve Středoklukách: Zdeněk Susa, 2013, 423 s. ISBN 978-80-86057-85-9.
- MILFAIT, René. *Teologická etika v kontextu sociální a pastorační práce*. 1. vyd. Středokluky: 2012. ISBN 978-80-86057-78-1.
- MUNZAROVÁ, M. *Proč Ne eutanazii: aneb Být, či nebýt?* Kostelní Vydří: Ecce homo. 2008. ISBN 978-80-7195-258-9.
- MUNZAROVÁ, M. *Zdravotnická etika od A do Z*. Praha: Grada Publishing, 2005. 153. ISBN 80-247-1024-2.
- NEČASOVÁ, M. *Profesionalismus a etické kodexy v sociální práci*. In FISCHER, O., MILFAIT, R. et al. *Etika pro sociální práci*. Praha: JABOK, 2008. ISBN 978-80-904137-3-3.
- NEČASOVÁ, M. *Úvod do filozofie a etiky v sociální práce*. Brno: Masarykova univerzita, 2001. ISBN 80-210-2673-01.
- *Paliativní medicína a léčba bolesti* [online]. Dostupné na <https://www.solen.sk/storage/file/article/af6a9ed66bb837eccc430ff37f3263da.pdf>.
- *Paliativní medicína a léčba bolesti* Dostupné na: <https://www.solen.sk/storage/file/article/af6a9ed66bb837eccc430ff37f3263da.pdf>.
- *Paliativní medicína*. Dostupné na https://is.muni.cz/do/rect/el/estud/lf/ps19/paliativni_pece/web/pages/01_03_historie.html.
- PAYNE, J. a kol. *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton, 2005. ISBN 80-7254-657-0.
- *Povinná mlčenlivost*. Dostupné na <https://pravo21.cz/pravo/povinna-mlcenlivost-ve-zdravotnictvi-neni-bezbreha-v-praxi-se-ale-setkavame-s-nedostatky>.

- Principy paliativní péče. Dostupné na: https://www.paliativnimedicina.cz/wp-content/uploads/2016/11/standardy-pp_cspm_2013_def.pdf.
- Sdělení MZ ČR. Dostupné na: <file:///C:/Users/User/Downloads/96-2001%20-%20%C3%BAmluva%20o%20lid.%20opr%C3%A1vech%20a%20biomedic%C3%ADn%C4%B.pdf>.
- SEMRÁDOVÁ, I. *Úvod do etiky*. 3. vyd. Hradec Králové: Gaudeámus, 2004. ISBN 80-7041-510-X.
- SLÁMA O., ŠPINKA Š. *Koncepce paliativní péče v ČR*. Praha: Hospicové občanské sdružení Cesta domů, 2004. ISBN 80-239-4330-8.
- SLÁMA, O., KABELKA, L., VORLÍČEK, J. *Paliativní medicína pro praxi*. Praha : Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-505-5.
- SOKOL, J. Stárnutí a smrt. In JIRÁSKOVÁ, V., a kol. *Mezigenerační porozumění a komunikace*. Praha: Eurolex Bohemia, 2005. ISBN 80-86861-80-5. s. 44-50.
- ŠPINKOVÁ M., MLYNÁRIKOVÁ E. *Křížovatky. Cesta domů*. Praha, 2020. ISBN: 978-80-88126-78-2.
- ŠPINKOVÁ, Martina. *Na cestách domů: Paliativní péče a dobré umírání*.
- ŠRAJER, J. *Lidská důstojnost a sociální práce*. Sociální práce, 2006, roč. IX, č. 2.
- Standardy paliativní péče. [online]. <https://www.paliativnimedicina.cz/paliativni-medicina/standardy-paliativni-pece/>.
- THOMPSON, M. *Přehled etiky*. Praha: Portál, 2004. ISBN: 80-7178-806-6.
- Umírání. Dostupné na <https://www.umirani.cz/data#ke-stazeni>.
- Umírání.cz. Dostupné na <https://www.umirani.cz/clanky/navratit-smrti-jeji-misto>.
- Uplatňování etických principů v paliativní péči. Dostupné na <https://www.umirani.cz/clanky/uplatnovani-etickyh-principu-v-paliativni-peci>.
- Usnesení č. 2/1993 Sb. Dostupné na <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1993-2>.
- VORLÍČEK J., SLÁMA O., KALVODOVÁ L.: *Modifikované desatero zásad sdělování onkologické diagnózy*, 2001.

- VORLÍČEK, J., ADAM, Z. a kol. Paliativní medicína. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1998. 480 s. ISBN 80-7169-437-1.
- Výjimky z povinné mlčenlivosti. [online]. Dostupné na <https://www.internimedica.cz/pdfs/int/2007/11/12.pdf>.

ABSTRAKT

POLÁČKOVÁ, R. Etika v paliativní péči. Starý Plzenec 2022. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Teologická fakulta. Katedra sociální a charitativní práce. Vedoucí práce doc. Jindřich Šraj, Dr. theol.

Klíčová slova: umírání, smrt, thanatologie, důstojnost, kvalita života, etické hodnoty, etické problémy a dilemata, eutanázie.

Práce se zabývá tématem umírání a smrti. Zaměřuje se především na etickou stránku paliativní péče orientovanou na kvalitu života nevléčitelně nemocných. Hlavním cílem je formulování etických principů péče, reflexe významu etiky v péči o umírající a definování etických problémů a dilemat souvisejících s procesem umírání.

ABSTRACT

Key words: dying, death, thanatology, dignity, quality of life, ethical values, ethical problems and dilemmas, euthanasia

The thesis deal with the theme of death and dying. Above all, it focuses on the ethical issues of palliative care oriented to quality of life for terminal patients. The main goal is to formulate ethical principles of care, reflections on the ethics of care for patients with terminal illnesses and difining ethical problems and dilemmas associated with the process of dying.