

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Teologická fakulta

Katedra praktické teologie

Diplomová práce

ETICKÁ DILEMATA V HOSPICOVÉM ZAŘÍZENÍ

Vedoucí práce: Ing. Dr. Alois Křišťan, Th.D.

Autor práce : Bc. Lucie Kratochvílová

Studijní obor: navazující Etika v sociální práci

Forma studia: Prezenční

Ročník : Druhý

2013

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

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

Datum.....

Podpis studenta

Poděkování

V první řadě děkuji vedoucímu své diplomové práce panu Ing. Dr. A. Křišťanovi, Th.D. za vřelý přístup, cenné rady, připomínky a metodické vedení práce. Děkuji také i panu Mgr. V. Šimkovi za rady a připomínky týkající se etické části mé diplomové práce.

Dále velmi děkuji řediteli Hospice sv. Jana N. Neumanna PhDr. R. Hunešovi a ostatním pracovníkům tohoto zařízení za vstřícnost, upřímnost a ochotu pomoci při zjišťování etických dilemat a dalších informací týkajících se práce v hospicovém zařízení.

Velký dík také patří mému partnerovi a rodině.

Obsah

| | |
|--|----|
| Úvod | 6 |
| 1 Smrt a umírání, paliativní medicína a hospicová péče | 9 |
| 1. 1 Smrt a umírání..... | 9 |
| 1. 1. 1 Umírání v minulosti a dnes | 11 |
| 1. 1. 2 Komunikace s umírajícími i pozůstalými | 15 |
| 1. 2 Paliativní medicína | 17 |
| 1. 3 Hospic..... | 19 |
| 1. 4 Závěr..... | 23 |
| 2 Etická problematika..... | 24 |
| 2. 1 Etika..... | 24 |
| 2. 2 Morálka..... | 26 |
| 2. 3 Etické dilema, etický problém | 26 |
| 2. 4 Etické teorie | 28 |
| 2. 4. 1 Hédonismus..... | 28 |
| 2. 4. 2 Teleologická teorie - utilitarismus..... | 29 |
| 2. 4. 3 Deontologická teorie - povinnostní etika..... | 30 |
| 2. 4. 4 Situační etika | 32 |
| 2. 4. 5 Bioetické principy | 33 |
| 2. 5 Závěr..... | 34 |
| 3 Možnosti řešení etických dilemat v hospicovém zařízení | 35 |
| 3. 1 Hodnoty mající vliv na rozhodování..... | 35 |
| 3. 1. 1 Lidská důstojnost..... | 36 |
| 3. 1. 2 Kvalita života | 37 |
| 3. 1. 3 Autonomie..... | 38 |

| | | |
|----------|--|----|
| 3. 1. 4 | Agapé..... | 40 |
| 3. 1. 5 | Princip odpovědnosti | 42 |
| 3. 1. 6 | Hodnoty pracovníka | 42 |
| 3. 2 | Konkrétní možnosti řešení zjištěných etických dilemat | 43 |
| 3. 2. 1 | První dilema – polohovat nebo nechat klienta v poloze, která mu je příjemná? | 44 |
| 3. 2. 2 | Druhé dilema – mají pracovníci intervenovat v případě, že je rodina v jiné fázi či nikoli? | 46 |
| 3. 2. 3 | Třetí dilema – říci pravdu nebo milosrdně zalhat? | 49 |
| 3. 2. 4 | Čtvrté dilema – zavolat rodině, nebo počkat až přijde? | 53 |
| 3. 2. 5 | Páté dilema – mlčet nebo mluvit? | 56 |
| 3. 2. 6 | Šesté dilema – přemlouvat rodinu nebo respektovat její rozhodnutí? ... | 58 |
| 3. 2. 7 | Sedmé dilema – nechat odpovědnost na pacientovi nebo být direktivní? | 60 |
| 3. 2. 8 | Osmé dilema – odsávat či neodsávat? | 62 |
| 3. 2. 9 | Deváté dilema – hydratovat či nehydratovat? | 63 |
| 3. 2. 10 | Desáté dilema – podpořit či nikoli? | 66 |
| 3. 2. 11 | Jedenácté dilema – Tlumit či netlumit bolest? | 68 |
| 3. 2. 12 | Dvanácté dilema – administrativa nebo pacient? | 70 |
| | Závěr | 72 |
| | Seznam použitých zdrojů | 75 |
| | Přílohy | 81 |
| | Abstrakt | 83 |
| | Abstract | 84 |

Úvod

Cílem mé diplomové práce je vytvoření etického zdůvodnění uvedených řešení zjištěných etických dilemat, se kterými se mohou pracovníci hospicového zařízení setkat.

Ve výběru tohoto tématu jsem se nechala inspirovat odbornou praxí. Jednalo se o třítydenní praxi, kterou jsem absolvovala během studia navazujícího oboru Etika v sociální práci, v období od 5. do 23. března roku 2012 v Hospici sv. Jana N. Neumanna v Prachaticích. V hospici jsem většinu svého času trávila s klientem v přímé péči. Denně jsem vykonávala velmi podobné činnosti, které však byly přizpůsobovány momentálnímu rozpoložení a individuálním potřebám klienta, což shledávám jako největší klad obdobných zařízení. Během doby strávené v hospici jsem měla možnost denně se setkávat a komunikovat s klienty, tedy s lidmi umírajícími, ocitajícími se v terminálním stádiu své nemoci. Úplně novou a pro mě velmi náročnou zkušeností bylo přímé doprovázení umírající ženy, která prožívala poslední chvíle svého pozemského života. Měla jsem tu možnost být při jejím odchodu z tohoto světa a i u následného oznamování úmrtí rodině. Nejen zkušenost s přímým doprovázením, ale celá tato praxe pro mě byla velmi obohacující a dokázala změnit spoustu mých názorů, o kterých jsem do nástupu na tuto praxi byla pevně přesvědčena (například ohledně otázky euthanasie). Díky této praxi jsem získala informace o hospicové a paliativní péči, poradenství, ošetrovatelství, přímé péči a měla jsem možnost vyzkoušet si, jak moc je doprovázení naplňující a především psychicky náročné. Pravdou je, že pracovníci mají k dispozici mnoho příruček, standardů a doporučení jak postupovat, ale každá situace je jiná. Hospic se dle mého názoru snaží velmi úspěšně o svůj individuální, vstřícný postoj ke každému jednotlivci, a právě proto se téměř každý hospicový pracovník ocitá před různými etickými dilematy či problémy. Během této praxe jsem měla možnost konkrétní etická dilemata zpozorovat, případně také s pracovníky přímé péče o různých dilematech hovořit. Z toho důvodu jsem se rozhodla téma své diplomové práce zaměřit právě tímto směrem, tedy k etickým dilematům v hospicovém zařízení.

Považuji za velmi důležité uvést na pravou míru pojem, který budu ve své práci užívat, a to pojmenování klient/pacient. Ředitel hospice sv. Jana N. Neumanna

v Prachaticích, PhDr. Robert Huneš při svých přednáškách a exkurzích, používá označení klient a pacient velmi variabilně. Pro mou práci by bylo možné uvádět pacient, jelikož hospic je v České republice veden jako zdravotnické zařízení. Ale já se zaměřuji svým oborem na etiku a především na sociální práci, proto pro tuto diplomovou práci volím stále označení klient.

Svou práci jsem se rozhodla členit na tři hlavní bloky. V prvním bloku bych se ráda věnovala tématu paliativní a hospicové péči, umírání a smrti, a to z toho důvodu, že se v diplomové práci budu zabývat etickými dilematy, která se týkají právě smrti a s tím spojenou problematikou. Avšak ihned na začátku bych chtěla upozornit na to, že mi v této práci nejde o úplné vyčerpání těchto témat. A to právě z toho důvodu, že v odborné literatuře je tomuto tématu již věnováno mnoho publikací, článků, bakalářských případně i diplomových prací. Já v tomto bloku budu čerpat především z knih autorit zabývajících se umíráním a s tím spojenou problematikou, tedy například z knih paní doktorky Marie Svatošové; profesorky MUDr. Marty Munzarové, CSc.; paní profesorky RNDr. PhDr. Heleny Haškovcové, pana profesora Johanna Christopha Studenta, Dr. med.; paní docentky PhDr. Jany Kutnohorské a mnohých dalších.

Druhý blok obsahuje etickou problematiku obecně. Tento blok shledávám jako velmi důležitý teoretický základ zjištěných etických dilemat. Jsou zde vysvětleny potřebné pojmy jako etika a její členění potřebné pro tuto práci, etický problém, etické dilemma a v neposlední řadě i dle mého názoru základní a pro tuto práci důležité vybrané etické teorie. V tomto bloku se opírám hlavně o autory řešící eticko-filosofickou otázku, například o Mela Thompsona; profesora Dr. Arno Anzenbachera; profesora PhDr. Libora Musila, CSc. a o mnohé další autory, zabývajících se touto tematikou.

Třetím, posledním blokem mé diplomové práce jsou již konkrétní etická dilemata, vyzozorovaná a zjištěná během mé praxe v hospici. Nejprve v tomto bloku uvádím hodnoty, které mají dle mého mínění vliv na rozhodování pracovníků. Dále se pokusím na konkrétní etická dilemata aplikovat mnohé etické teorie, pomocí nichž budu moci poskytnout podklad pro různé možnosti řešení, které se v daném dilematu nabízejí. V této části se opírám hlavně o informace získané během odborné praxe absolvované v Hospici svatého Jana Nepomuka Neumanna v Prachaticích, z exkurze a přednášky ředitele téhož hospice PhDr. Roberta Huneše z konference „VII. Den

hospicové paliativní péče“ konané dne 21. dubna 2012 a dále informace poskytnuté během absolvovaného kurzu celoživotního vzdělávání s názvem „Úvod do hospicové paliativní péče“ konané 16. května 2012 (schválení o citování viz Příloha č. I.). Také čerpám například z knih docenta Josefa Petra Ondoka, profesora MuDr. Jiřího Vorlíčka, Csc., a z mnohých dalších autorů.

1 Smrt a umírání, paliativní medicína a hospicová péče

V tomto bloku se zaměřuji na problematiku smrti i umírání, a s tím spojenou paliativní medicínou a hospicovou péčí. Takto zaměřený blok potřebuji k dosažení mého hlavního cíle této diplomové práce z toho důvodu, jelikož etická dilemata zjišťovaná v hospicovém zařízení se týkají právě problematiky smrti a umírání.

1. 1 Smrt a umírání

Téma smrti a umírání řeší již 15 let thanatologie, což je termín pocházející z řeckého thanatos.¹ Thanatologie je interdisciplinárním vědním oborem o smrti a všem s ní spojeným. Řeší například fenomén smrti, proces umírání, zadržanou smrt, eutanazii, programy DNR a NR (neresuscitovat, resuscitovat), bolest, kvalitu života, ritualizaci smrti, zármutku a žalu.²

Pojmem smrt míníme proces, spíše než událost, který je určen nenávratným ukončením nervové, srdeční a dýchací činnosti. Smrt obecně můžeme definovat jako zánik organismu.³ Jedná se o poslední, přirozenou etapu nejen lidského života.⁴ Jen smrt je to jediné, co je člověku předurčeno už v okamžiku jeho zrození. Nejen smrt, ale i jí předcházející umírání, čeká všechny bez rozdílu. Představuje určitou jistotu, která však způsobuje nejistotu, protože nikdo neví, kdy a jak přijde. Z tohoto důvodu patří otázky související s tímto tématem k lidsky i profesně nejnáročnějším.⁵

Obecně jsme schopni rozlišit tři druhy smrti: smrt sociální, psychickou a fyzickou. Sociální smrtí je myšlen stav, kdy člověk žije, ale je izolován od společnosti a není možné ho do společenského dění vrátit. Této smrti musíme zabránit

¹ Srov. BRABEC, L.; *Křesťanská thanatologie*. Praha: Gemma89, 1991. Úvod, str. 5.

² Srov. HAŠKOVCOVÁ, H.; *Thanatologie – nauka o umírání a smrti*. Druhé vydání, Praha: Galén, 2007. Thanatologie, s. 178 - 180.

³ Srov. BALDWIN M., A.; WOODHOUSE, J.: *Key concepts in palliative care*. London: SAGE, 2011. McCarthy, J. - 9 Concept of death, str. 41.

⁴ Srov. JANKOVSKÝ, J.: *Etika pro pomáhající profese*. Praha: Triton, 2003. Kapitola 5. Vztah člověka k životu – finalita života, str. 140.

⁵ Srov. KUTNOHORSKÁ, J.; *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing, 2007. Kapitola 8. Etika umírání a smrti, s. 70.

a to především tak, že budeme usilovat o to, aby nemocný, umírající žil, i když se jeho smrt blíží. Další, výše zmíněnou, je smrt psychická, která je specifická rezignací, beznadějí a zoufalstvím. Pokud tato smrt nastane, usnadňuje nástup smrti fyzické. Proto je nutné bojovat o to, aby k tomuto stavu nedošlo.⁶ Fyzická neboli biologická smrt je ukončení veškeré vitální aktivity, pomocí níž se živý organismus vyvíjí, udržuje a reprodukuje. Tato smrt je přirozeně danou nutností, která platí pro vše živé.⁷

Na umírání a smrt můžeme pohlížet z více perspektiv: z psychologické, sociální, medicínské, filozofické a v neposlední řadě i etické. Na smrt jako takovou se nelze plně připravit. Budoucnost, jež stojí před umírajícím, tedy jeho smrt a bezmocnost toto změnit, výrazně ovlivňuje lidské myšlení a jednání. Můžeme na ni nahlížet jako na nejvyhrocenější mez lidského života.⁸ Umírání je loučením jak pro nemocného, tak i pro pozůstalé. Není jednoduché odloučit se a opustit vše, co člověk v tomto světě má.⁹ Lidé stojící na prahu smrti potřebují oporu nejbližších, ale i těch nejvzdálenějších osob, protože právě ti nejvzdálenější, zdraví, ekonomicky činní lidé mohou svými rozhodnutími vytvářet předpoklady pro důstojný závěr života umírajících. Nyní v době, kdy je snaha vylučovat smrt a s tím i související témata společenského života, jsou hlavně tito nejvzdálenější od tohoto tématu odkloněni, což umírajícím nepomáhá ba naopak. Není pro ně dostatečná pomoc. Velkou škodící mezerou je například to, že přátelům a příbuzným umírajících lidí často chybí konkrétní návody a doporučení jak tuto obtížnou a stresující situaci zvládat.¹⁰

Umírání je procesem, který má tři období: pre finem, in finem a post finem. Pre finem počíná momentem, kdy dochází k uvědomění si, že nemoc je vážná a neslučitelná se životem (v tomto období je nutno zabránit sociální a psychické smrti).¹¹ V této fázi jde především o vyrovnaní se s onemocněním a jeho

⁶ Srov. Tamtéž, s. 74.

⁷ Srov. ONDOK, J. P.; *Bioetika, biotechnologie a biomedicína*. Praha: Triton, 2005. Kapitola 2. 9 Smrt, sebevražda, eutanazie, s. 153.

⁸ Srov. KUTNOHORSKÁ, J.; *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing, 2007. Kapitola 8. Etika umírání a smrti, s. 71.

⁹ Srov. ABELN, R., KNER, A.: *Umírání znamená loučení*. Kostelní vydří: Karmelitánské nakladatelství, 1993. Kapitola 2. Prchat před umíráním?, str. 14.

¹⁰ Srov. HAŠKOVCOVÁ, H.; *Thanatologie – nauka o umírání a smrti*. Druhé vydání, Praha: Galén, 2007. Úvod, s. 15.

¹¹ Srov. KUTNOHORSKÁ, J.; *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing, 2007. Kapitola 8. Etika umírání a smrti, s. 75.

prognózou.¹² Fáze In finem je terminálním stavem, kde je zahrnuta hlavně péče v době vlastního umírání. A Post finem je fáze, pro kterou je typická péče o mrtvé tělo a o pozůstalé.¹³

Umírání dává člověku určité etické úkoly. Musí si uvědomit svou etickou odpovědnost, svéprávnost a také to, že umírání mu poskytuje možnost objevit smysl života jako celku. Tomuto objevování by měl být věnován dostatek času. Důležitým „úkol“ je především smířování se se svým životem (například věřící se pokouší dát do pořádku svůj osobní vztah s Bohem).¹⁴

1. 1. 1 Umírání v minulosti a dnes

Pro potřebu této diplomové práce jsem stručněji formou pojednala o smrti a umírání. Z hlediska etiky je dle mého názoru nutné pochopit dnešní chápání tohoto tématu a postoje dnešní společnosti. Proto v této kapitole dávám do kontrastu dobu minulou s dobou dnešní.

Smrt v dřívějších dobách byla centrem života. Tomuto tvrzení nasvědčoval i kostel se hřbitovem, který byl vždy orientován do centra obce. Lidé smrt znali zblízka, protože byla významným jednotícím motivem rodinného života.¹⁵ Od nejstaršího období až do pozdního středověku byla smrt dominantní daností života. Byla vnímána jako přechod k lepšímu světu. Umírající se smrtí počítal, připravoval se na ni a bral umírání jako moment loučení se s blízkými.¹⁶ I na starých hodinách je vidět jejich uvědomování si smrti. Je na nich psáno: „*Mors certa, hora incerta – Smrt je jistá, (jen) její hodina je nejistá.*“¹⁷ Do 15. století člověk vnímal svou smrt jako poslední akt svého osobního dramatu. Během válek a morových epidemií lidé začali

¹² Srov. JANKOVSKÝ, J.: *Etika pro pomáhající profese*. Praha: Triton, 2003. Kapitola 5. Vztah člověka k životu – finalita života, str. 144.

¹³ Srov. ULRICOVÁ, M.: *Různé tváře smrti – Vybrané kapitoly z thanatologie*. Hradec Králové: Gaudeamus. Kapitola 3.4 Umírání dnes a strach z něj, str. 57 – 58.

¹⁴ Srov. KUTNOHORSKÁ, J.: *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing, 2007. Kapitola 8. Etika umírání a smrti, s. 79.

¹⁵ Srov. KUTNOHORSKÁ, J.: *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing, 2007. Kapitola 8. Etika umírání a smrti, s. 75 - 76.

¹⁶ Srov. ONDOK, J. P.: *Bioetika, biotechnologie a biomedicína*. Praha: Triton, 2005. Kapitola 2. 9 Smrt, sebevražda, eutanazie, s. 154 - 155.

¹⁷ Srov. ABELN, R., KNER, A.: *Umírání znamená loučení*. Kostelní vydří: Karmelitánské nakladatelství, 1993. Kapitola 2. Prchat před umíráním?, str. 16.

vnímat smrt jako individuální jev, který jednotlivce ohrožuje. V 19. století byla smrt viděna jako věčný spánek nebo jako život v pekle či nebi.¹⁸ Smrt a umírání byly ritualizovány a to tak, že předkové měli vypracován rituál, kde bylo jasně dáno, jak vše bude probíhat.¹⁹ V té době existoval domácí model umírání, jenž se uplatňoval v posledních dvou stoletích, protože ještě předtím péče byla laická nebo dokonce žádná. Domácí model umírání byl koncipován hlavně na hřejivé náruči všech zúčastněných, kteří doprovázeli umírajícího. Umírání tedy bylo chápáno jako sociální akt, ve kterém si rodinní příslušníci rozdělovali role při pečování o umírajícího. Nebylo to pro ně až tak obtížné, protože se se smrtí nesetkávali zřídka. Každý znal, jak umírání a smrt zblízka vypadají. Tušili tedy i to, jak vše bude probíhat. Ze svých zkušeností uměli provádět i některé ošetrovatelské úkony, které umírajícímu pomáhaly. Například dbali na to, aby byl přikrytý, dodávali mu tekutiny (především když už nechtěl pevnou stravu) a v neposlední řadě v místnosti udržovali pro umírajícího příjemné šero. Standardně umírající poznal svou poslední „hodinu“, a tak svolal své příbuzné.²⁰ Před nimi si uspořádal své osobní věci, vyjádřil lítost nad utrpením, poprosil za odpuštění, rozdělil majetek, vypovídal se a vyřkl své poslední přání.²¹ Následně byl přivolán kněz. Ten přicházel k domu za zvuků zvonění, což dávalo všem na vsi najevo, že něčí život na tomto světě končí. Když přišel do domu, poskytl umírajícímu poslední pomazání, čímž ho připravil na neznámou cestu. Po nebožtíkově smrti mu většinou nejstarší syn zavřel oči a někdo otevřel okno nejen proto, aby mohla duše odlétnout, ale také z hygienických důvodů. Poté se přítomní pomodlili, brada byla podvázána, mrtvé tělo bylo omyto a následně oblečeno. Po tři dny bylo vystaveno doma ve slavnostní místnosti a následně byl přímo z domu vypraven pohřební průvod. Toto byl ideál nazývaný šťastnou smrtí, který si všichni přáli, ale mnoho lidí nemělo rodinu, proto jim takovéto umírání nebylo umožněno.²²

¹⁸ Srov. ONDOK, J. P.; *Bioetika, biotechnologie a biomedicína*. Praha: Triton, 2005. Kapitola 2. 9 Smrt, sebevražda, eutanazie, s. 154 - 155.

¹⁹ Srov. KUTNOHORSKÁ, J.; *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing, 2007. Kapitola 8. Etika umírání a smrti, s. 75 - 76.

²⁰ Srov. HAŠKOVCOVÁ, H.; *Thanatologie – nauka o umírání a smrti*. Druhé vydání, Praha: Galén, 2007. Moderní medicína a smrt – Domácí model umírání, s. 27 - 28.

²¹ Srov. KUTNOHORSKÁ, J.; *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing, 2007. Kapitola 8. Etika umírání a smrti, s. 75 - 76.

²² Srov. HAŠKOVCOVÁ, H.; *Thanatologie – nauka o umírání a smrti*. Druhé vydání, Praha: Galén, 2007. Moderní medicína a smrt – Domácí model umírání, s. 27 - 28.

Jak jsem se již zmínila, tak v minulých dobách byl umírající středem pozornosti své rodiny, nyní tomu tak bohužel není. K tomuto zvratu docházelo postupně kolem 20. století, kdy byly zřízeny chorobince a špitály, kam byli nemocní umísťováni. Byly to velké pokoje s mnoha postelemi, mezi kterými byly úzké uličky a noční stolky. V záhlaví lůžka bývala černá tabule, na kterou se psaly údaje o nemocném. Existovalo úsilí o zkvalitnění situace umírajících a ostatních jeho spolu-pacientů, proto začala být používána bílá plenta. Ta se začala používat ve 20. letech 20. století. Záměrem jejího používání bylo zajistit klid umírajícího a ušetřit spolu-pacienty pohledu na smrt a umírání. S následným zlepšením ekonomické situace zařízení byl zřizován extra pokoj pro umírající. Ale při převážení do tohoto pokoje pacient ztrácel naději, jelikož věděl, že jeho smrt je blízko. Od tohoto speciálního pokoje se dnes naštěstí upustilo, ale plenty jsou v některých zařízeních stále.²³ Od třicátých let 20. století byl umírající izolován od svého okolí tím, že byl v nemocnici, kde byly povoleny jen krátké návštěvy, aby mu byl zajištěn klid.²⁴ Kvůli tomu nastala situace, jakou známe dnes. Ještě nikdy nebyli v lidských dějinách umírající tak sterilně odsouváni do zákulisí společenského života, jako je tomu dnes.²⁵ Umírající nejsou doprovázeni. Přátelé a bližní nechtějí být svědky jejich posledních chvil zápasu, což může být následně dovršeno i zpopelněním s jinými lidmi nebo uložením zemřelých do anonymních hrobů.²⁶ Ano opravdu, je to útěk od smrti. Přes tendence zlepšování kvality života nyní žijeme v období popírání smrti.²⁷ Člověk si je sice vědom toho, že je smrtelný, ale neustále se snaží tuto myšlenku na jeho vlastní smrt potlačovat.²⁸ Sebeláska člověku našeptává, že je nesmrtelný a bezprostřední dotek s umírajícím tuto vysněnou představu zásadně ohrožuje.²⁹ A tak se umírání v dnešním světě odehrává diskrétně v nemocnicích, léčebnách dlouhodobě nemocných (LDN), domovech seniorů - tedy

²³ Srov. Tamtéž, s. 29 - 31.

²⁴ Srov. KUTNOHORSKÁ, J.; *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing, 2007. Kapitola 8. Etika umírání a smrti, s. 76 - 77.

²⁵ Srov. ELIAS, N.: *O osamělosti umírajících*. Jihlava: Nakladatelství Franze Kafky, 1998. Str. 23.

²⁶ Srov. DOLISTA, J., SAPÍK, M.: *Studie z bioetiky III*. České Budějovice: JCU, Zdravotně-sociální fakulta, 2008. Kapitola 3. Smrt a umírání – překonání smrti, str. 60.

²⁷ Srov. ONDOK, J. P.; *Bioetika, biotechnologie a biomedicína*. Praha: Triton, 2005. Kapitola 2. 9 Smrt, sebevražda, eutanazie, s. 154.

²⁸ Srov. ABELN, R., KNER, A.: *Umírání znamená loučení*. Kostelní vydří: Karmelitánské nakladatelství, 1993. Kapitola 1. Smrt je v nás, str. 9.

²⁹ Srov. ELIAS, N.: *O osamělosti umírajících*. Jihlava: Nakladatelství Franze Kafky, 1998. Str. 13.

v institucích.³⁰ Nejen toto, ale i ulice velkoměsta budí dojem, že nikdo neumírá, protože hřbitovy jsou situovány daleko za města.³¹

Je dokonce statisticky dokázáno, že až 75 % lidí umírá v nemocnicích. Osobní zkušenost s umíráním bližních není častá. Dnešní člověk dokonce popírá i možnost vlastní smrti.³² Například „*Freud tvrdí, že člověk je v hlubině svého podvědomí přesvědčen o vlastní nesmrtelnosti.*“³³

Člověk je v nemocnici pouhým případem. Pomoc je orientována profesionálně, což je na jednu stranu dobře, ale na straně druhé z toho vyplývá, že umírání je jen odbornou záležitostí lékařů, sester a dalšího personálu, protože jsme si zvykli umírat na něco, a ne protože jsme smrtelní.³⁴ Je pravdou, že dnes je možné prodlužování života, ale smrti se stejně nevyhneme, což je podstatný fakt, který si v nynější době uvědomuje jen velmi málo lidí.³⁵

Člověk v této velké chvíli svého života zůstává sám.³⁶ Právě proto, že je smrt institucionalizovaná, většina z nás nemá praktické dovednosti a zkušenosti s umíráním, tudíž ani nevíme, jak se máme chovat, a proto nás provází strach a bezradnost.³⁷ V nynější době se začínají hledat alternativy a varianty nových rituálů umírání. Objevuje se snaha ponechat umírajícího v domácím prostředí a zároveň zajistit kvalitní odbornou péči. Pokud by byla nutná hospitalizace v nemocnici, tak umožnit a podporovat, aby jeho rodina mohla být neustále u něj, jako je tomu v hospicové péči.³⁸

³⁰ Srov. KUTNOHORSKÁ, J.; *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing, 2007. Kapitola 8. Etika umírání a smrti, s. 76 - 77.

³¹ Srov. ABELN, R., KNER, A.: *Umírání znamená loučení*. Kostelní vydří: Karmelitánské nakladatelství, 1993. Kapitola 2. Prchat před umíráním?, str. 16.

³² Srov. ONDOK, J. P.; *Bioetika, biotechnologie a biomedicína*. Praha: Triton, 2005. Kapitola 2. 9 Smrt, sebevražda, eutanazie, s. 154 - 155.

³³ ONDOK, J. P.; *Bioetika, biotechnologie a biomedicína*. Praha: Triton, 2005. Kapitola 2. 9 Smrt, sebevražda, eutanazie, s. 155.

³⁴ Srov. KUTNOHORSKÁ, J.; *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing, 2007. Kapitola 8. Etika umírání a smrti, s. 72.

³⁵ Srov. JAKOBY, B.: *Tajemství umírání*. Český Těšín: Langer Müller, 2005. Kapitola 2. Základní duchovní aspekty našeho života, s. 18.

³⁶ Srov. Tamtéž. Str. 76 - 77.

³⁷ Srov. HAŠKOVCOVÁ, H.; *Thanatologie – nauka o umírání a smrti*. Druhé vydání, Praha: Galén, 2007. Moderní medicína a smrt – Domácí model umírání, s. 29.

³⁸ Srov. KUTNOHORSKÁ, J.; *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing, 2007. Kapitola 8. Etika umírání a smrti, s. 76 - 77.

O tom, jak si představuje ideální péči klient, nám může asi nejvíce říci citát jednoho umírajícího klienta v britském hospici: *„Laskavá péče je: Když ke mně přijдете přesto, že víte, co všichni víme – že umírám. Když ke mně přijдете, i když reprezentujete profesí, které selhaly v zajištění mého uzdravení. Když ke mně přijдете a věříte ve mně, uzdravení – neuzdravení. Když se mnou trávíte čas, ačkoli vám to nemohu vrátit. Když mě berete jako individualitu. Když si vzpomenete na maličkosti, které mi jsou milé, když vzpomenete i na mé blízké. Když se zajímáte i o mou minulost a dokážete mluvit o mé budoucnosti. Když se nesoustředíte na mé nálady, ale na mě jako na osobu. Když slyším svou rodinu, jak o vás hezky mluví a raduje se, že jsme spolu. Když se dokážete smát a být šťastný uprostřed vaší těžké práce. Tím se ve vašich rukách cítím bezpečný a dává mi to jistotu, že zvládnou i okamžik smrti, až přijde.“*³⁹

1. 1. 2 Komunikace s umírajícími i pozůstalými

Tuto podkapitolu bych ráda zahájila citátem od doktora Inga Sperla:

*„Když doprovázíme umírající lidi, je důležité pomoci jim vytvořit prostor pro jejich různorodé procesy. Uvidíme slzy, pocítíme hněv, uvidíme bolest, uslyšíme nářek, uvidíme lidi bojovat s vinou, uvidíme unavení, uvidíme rezignaci, uvidíme dychtící a žíznící lidi. Naším úkolem je nehrát žádnou roli, nýbrž být člověkem, který naslouchá“*⁴⁰

Důležitost komunikace při pomáhající profesi zdůrazňuje mnoho autorů, a i dle mého mínění patří komunikace k nejvýznamnějším faktorům při práci s klientem. Je to tedy i místo, kde mohou vznikat různé etické problémy a dilemata, proto zde uvedu několik zásad pro komunikaci s umírajícími.

³⁹ SVATOŠOVÁ, M.: *Hospice a umění doprovázet*. Praha: Karmelitánské nakladatelství v Kostelním Vydří, 2008. Kapitola 1. Doprovázení těžce nemocných – teoreticky, s. 21 - 22.

⁴⁰ SVATOŠOVÁ, M.: *Hospice a umění doprovázet*. Praha: Karmelitánské nakladatelství v Kostelním Vydří, 2008. Kapitola 1. Doprovázení těžce nemocných – teoreticky.

Velmi podstatnou, ba dokonce i hlavní složkou při komunikaci s umírajícím člověkem je mimoslovní komunikace. Důležité je naslouchat jeho potřebám a neizolovat ho od okolního světa. Nutností je respektovat klientova přání a vidět ho neustále v jeho lidské důstojnosti.⁴¹ Podstatným prvkem právě důstojného umírání a smrti je osobní blízkost druhých lidí, protože nikdo se sám nerodí, tak by neměl sám ani umírat.⁴² Doprovázející je tedy velmi důležitou osobou. Může být pro něj ale velmi obtížné nepodlehnout pokušení rozhodovat za nemocného, například pokud jej chce ochránit před pravdivou informací o jeho nemoci a o tom, že ho čeká smrt. Toto však umírající dokáže dost dobře vycítit a rozhodně nechce být klamán. Podstatné je naslouchání jeho tichým, nesmělým a někdy velmi nepřímým otázkám. Důležité je nelhat a nic neskrývat, protože to může u umírajícího vyvolat pocit nejistoty a naprosté samoty, čehož bychom se měli vyvarovat.⁴³ Důležité také je nebrat naději.⁴⁴ Úkolem doprovázejícího je, aby s ním šel poslední část cesty, podpíral jej a pokusil se vyhovět jeho přáním.⁴⁵ K tomuto všemu úplně přesně sedí citát od Alberta Camuse: „*Nekráčej přede mnou, nemusel bych tě následovat. Nekráčej za mnou, nemusel bych tě vést. Jdi prostě vedle mne – a buď mi přítelem.*“⁴⁶ Umírající vždy potřebuje někoho, kdo s ním bude ochoten mluvit přímo o smrti. Důležité je jednat citlivě a upřímně. Podstatné je, že o smrti a umírání by neměl začít mluvit doprovázející, ale měl by vyčkat, až toto téma nastolí sám umírající. Stejně tak tomu je u témat bolesti, strachu, smyslu života a podobně.⁴⁷ Obecně tedy platí, že s umírajícím máme hovořit, o čem chce on. Do ničeho bychom ho neměli nutit a měli bychom vyslyšet jeho tužby. Pokud zachytíme například snahu o uspořádání věcí, tak bychom měli dát najevo, že jsme připravení o tom s ním hovořit.⁴⁸ Umírající celkově potřebuje naslouchání, vnímání něčí blízkosti, vyjádření psychické podpory, pocit pohody, sounáležitosti,

⁴¹ Srov. SVATOŠOVÁ, M.: *Hospice a umění doprovázet*. Praha: Karmelitánské nakladatelství v Kostelním Vydří, 2008. Kapitola 1. Doprovázení těžce nemocných – teoreticky, s. 29.

⁴² Srov. HAŠKOVCOVÁ, H.; *Thanatologie – nauka o umírání a smrti*. Druhé vydání, Praha: Galén, 2007. Důstojná smrt, s. 161.

⁴³ Srov. *Jak být nablízku*. Praha: Cesta domů, 2005. Kapitola Komunikace, s. 13.

⁴⁴ Srov. SVATOŠOVÁ, M.: *Hospice a umění doprovázet*. Praha: Karmelitánské nakladatelství v Kostelním Vydří, 2008. Kapitola 1. Doprovázení těžce nemocných – teoreticky, s. 29.

⁴⁵ Srov. *Jak být nablízku*. Praha: Cesta domů, 2005. Kapitola Komunikace, s. 13.

⁴⁶ AZcitace.cz. *Citace Albert Camus*. [online]. 2009 - 2011 [cit. 2013-01-20]. Dostupné z: AZcitaty.cz. [online]. [cit. 2013-02-23]. Dostupné z: <<http://azcitaty.cz/citaty/albert-camus>>.

⁴⁷ Srov. SVATOŠOVÁ, M.: *Hospice a umění doprovázet*. Praha: Karmelitánské nakladatelství v Kostelním Vydří, 2008. Kapitola 1. Doprovázení těžce nemocných – teoreticky, s. 29.

⁴⁸ Srov. ANDRISEK, O. a kol.: *Mluv se mnou: Kniha o vzájemné komunikaci pacientů, jejich blízkých, lékařů a sester*. Praha: Maxdorf, 2011. Kapitola 4. Praktické otázky, s. 71.

uklidňující slova, dotek, naděje a má také právo na informaci o svém zdravotním stavu.⁴⁹ Při komunikaci s umírajícím jsou tedy velmi důležité komunikační dovednosti. Ty přispívají k navázání rozšíření kvalitnějšího kontaktu s klientem. Mezi verbální dovednosti patří například otázky a výzvy, souhrny a projev porozumění. Mezi neverbální (v této oblasti důležitější dovednosti) patří pozorování potřeb a neverbální komunikace umírajícího, naslouchání, empatie, projev zájmu a v neposlední řadě respekt.⁵⁰ Umírající často a více spí. Přestává tak komunikovat a více se obrací do sebe, kde začíná bilancovat o svém životě. V této chvíli je pro něj důležitá pouhá tichá přítomnost pečujícího.⁵¹

Důležitá je ale i komunikace s pozůstalými po smrti klienta. Sdělování informace o úmrtí pozůstalým není jen etickou otázkou, ale také vyžaduje komunikační schopnosti. Tento okamžik je pro pozůstalé nejvíce stresovou situací v jejich životě. Je nutné mít na sdělení dostatek času a klidné prostředí. Ten, kdo tuto informaci sděluje, se musí nejprve představit, posadit se s pozůstalými, zajistit, aby nebyli rušeni, následně by měl vyjádřit soustrast a popsat nejpodrobněji všechny okolnosti úmrtí. Po sdělení úmrtí pozůstalým, jim musí být ponechán čas na to, aby mohli zprávu přijmout, a oznamovatel musí dát také prostor a čas pro případnou diskusi a seznámení s následnými formalitami.⁵²

1. 2 Paliativní medicína

Hospicové péči je podmíněna právě paliativní medicína. Proto shledávám jako velmi opodstatněné, abych zde alespoň nastínila, co to paliativní medicína je.

Myslím si, že je důležité na začátku stručně definovat rozdíl mezi paliativní a terminální péčí, aby nedocházelo k záměně pojmů. Nejpodstatnějším

⁴⁹ Srov. KUTNOHORSKÁ, J.; *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing, 2007. Kapitola 8. Etika umírání a smrti, s. 78 -79.

⁵⁰ Srov. BERAN, J.: *Základy komunikace s nemocným*. Praha: Karolinum, 1997. Kapitola Základní komunikační dovednosti, s. 18.

⁵¹ Srov. ANDRISEK, O. a kol.: *Mluv se mnou: Kniha o vzájemné komunikaci pacientů, jejich blízkých, lékařů a sester*. Praha: Maxdorf, 2011. Kapitola 4. Praktické otázky, s. 71.

⁵² Srov. KUTNOHORSKÁ, J.; *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing, 2007. Kapitola 8. Etika umírání a smrti, s. 79 - 80.

rozdílem je fakt, že paliativní péče může a měla by být poskytnuta dříve, než nastane potřeba péče terminální.⁵³

Paliativní neboli útěšná medicína je v současně podobě určena pro nevléčitelně nemocné.⁵⁴ Moderní paliativní medicína je poskytována prostřednictvím multidisciplinárního týmu, kde pracuje například nejen lékař, ale také zdravotní sestry, duchovní, členové rodin, popřípadě i sociální pracovníci.⁵⁵ Zahájení paliativní medicíny je doporučováno na dobu, kdy už jsou negativní důsledky kurativní terapie větší než ty optimální.⁵⁶ Cílem je především dosažení co nejlepší kvality života, a to nejen léčením bolesti, ale také pečováním i o další složky člověka, mezi které řadíme biologickou, sociální, psychologickou a duchovní stránku člověka.⁵⁷ Tato péče respektuje potřeby nevléčitelně nemocných a od nemocných s příznivou prognózou se velmi diferencuje. Velkou výhodou je zaměření na rodinu, pro kterou je určena speciální pomoc (psychologická, poradenská,...). Rodina nemocného, či umírajícího se v péči může i aktivně angažovat.⁵⁸ Za hlavní úkol paliativní medicíny je považováno zmírňování či odstraňování fyzických i psychických bolestí účinnými prostředky, které dnešní medicína poskytuje. Od lékaře a dalšího personálu, jež se s pacientem dostane do kontaktu, se očekává především empatie, kterou se nelze naučit, jelikož vyžaduje charakterové dispozice.⁵⁹ Velmi důležitým aspektem je důraz na respektování lidské důstojnosti v inherentním pojetí.⁶⁰ Bohužel velkým problémem dnešní doby je odmítavý postoj společnosti k umírání, negativistický postoj ke spiritualitě a odmítání, aby byl pacient otevřeně informován o svém stavu,

⁵³ Srov. HAŠKOVCOVÁ, H.; *Thanatologie – nauka o umírání a smrti*. Druhé vydání, Praha: Galén, 2007. Paliativní medicína, s. 38.

⁵⁴ Srov. ONDOK, J. P.; *Bioetika, biotechnologie a biomedicína*. Praha: Triton, 2005. Kapitola 2. 9 Smrt, sebevražda, eutanazie, s. 182 - 185.

⁵⁵ Srov. VORLÍČEK, J., ADAM, Z., a kol.: *Paliativní medicína*. Druhé vydání, Praha: Grada, 2004. Kapitola 1. Úvod do problematiky paliativní medicíny, str. 17.

⁵⁶ Srov. HAŠKOVCOVÁ, H.; *Thanatologie – nauka o umírání a smrti*. Druhé vydání, Praha: Galén, 2007. Paliativní medicína, s. 41 - 42.

⁵⁷ Srov. KOŘENEK, O.: *Lékařská etika*. Druhé vydání, Praha: Triton, 2004. Kapitola 5. Etika v procesu umírání, str. 117.

⁵⁸ Srov. HAŠKOVCOVÁ, H.; *Thanatologie – nauka o umírání a smrti*. Druhé vydání, Praha: Galén, 2007. Paliativní medicína, s. 41 - 42.

⁵⁹ Srov. ONDOK, J. P.; *Bioetika, biotechnologie a biomedicína*. Praha: Triton, 2005. Kapitola 2. 9 Smrt, sebevražda, eutanazie, s. 182 - 183.

⁶⁰ Srov. ŠRAJER, J. *Lidská důstojnost a sociální práce*. Sociální práce/Sociálna práca. Asociace vzdělávatelů v sociální práci, 2/2006, str. 109.

což paliativní medicíně moc nepomáhá.⁶¹ Odborná péče by měla být poskytnuta všem, kdo ji potřebují. Charakteristickými poskytovateli paliativní péče jsou hospice (viz kapitola 1.3 Hospic).⁶²

Ve středověku byla paliativní medicína založena na duchovním rozměru včetně medicínské stránky. Dnes je snaha o sekundární spiritualitu, která se opírá o personální etiku lidské solidarity a je postavena na přesvědčení o důstojnosti osoby člověka. To je dnes ale dost zanedbáno pro nepochopení starých lidí a jejich problémů. Mladí chápou staré lidi jako břemeno, kterého se snaží zbavit.⁶³ Jak dokládá například Lucie Hrdličková ve svém článku na téma „Řešíte také mezigeneračními spory?“ v časopise *Psychologie* 10/2009, kde řeší problematiku rozdílů mezi generacemi, které jsou dnes veliké, což souvisí i s tím, že si generace vůbec nerozumějí. Staří nemají autoritu a jsou strkány mladými do péče státu, což je velký problém.

1. 3 Hospic

Tuto podkapitolu zde předkládám z toho důvodu, že jsem etická dilemata zjišťovala právě v hospicovém zařízení a všechna dále uvedená dilemata se v hospici mohou odehrát a odehrávají.

V hlavě dr. Cecilly Saundersové se po druhé světové válce zrodila myšlenka hospice, kterou také po vystudování medicíny zrealizovala.⁶⁴ Vybuodovala první moderní hospic St. Joseph's Hospice ve východním Londýně v Hackney, kde v roce 1967 přijali první nemocné. Dnes je tento hospic nazýván mateřským domem celého hospicového hnutí. Rozšíření hospiců do světa nemělo dlouhé trvání

⁶¹ Srov. ONDOK, J. P.; *Bioetika, biotechnologie a biomedicína*. Praha: Triton, 2005. Kapitola 2. 9 Smrt, sebevražda, eutanazie, s. 184.

⁶² Srov. HAŠKOVCOVÁ, H.; *Thanatologie – nauka o umírání a smrti*. Druhé vydání, Praha: Galén, 2007. Paliativní medicína, s. 44.

⁶³ Srov. ONDOK, J. P.; *Bioetika, biotechnologie a biomedicína*. Praha: Triton, 2005. Kapitola 2. 9 Smrt, sebevražda, eutanazie, s. 184 - 185.

⁶⁴ Srov. SVATOŠOVÁ, M.; *Hospice a umění doprovázet*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2008. Kapitola III. O hospicovém hnutí, str. 123.

a díky tomu v roce 1984 byla založena organizace Cicely Saundersové s názvem Help the Hospices. Dnes ve světě nacházíme více než 2 000 hospiců, v 95 zemích.⁶⁵

V České republice je historie hospicové péče velmi mladá. První oddělení paliativní péče bylo otevřeno 2. listopadu 1992 na Moravě v nemocnici v Babičích nad Svitavou u Brna. O rok později, tedy roku 1993, Marie Svatošová založila občanské sdružení pro podporu domácí péče a hospicového hnutí s názvem Ecce homo (v překladu Ejhle člověk). Prvním úspěchem tohoto sdružení bylo založení prvního hospice v České republice, roku 1996.⁶⁶ Tento hospic nese název Hospic Anežky České v Červeném Kostelci. Následně se spustila vlna zakládání dalších hospiců a ke konci roku 2012 jich u nás je 12 klasických i 5 mobilních, přičemž další jsou ve výstavbě. Mezi hospici sice existují rozdíly, ale jejich podstata zůstává stejná.⁶⁷

Roku 1998 vzniklo sdružení poskytovatelů hospicové péče v ČR, které však následně zaniklo. Důležitým datem pro hospicovou péči je rok 2005, kdy byla založena Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče (dále jen APHPP), která funguje dodnes. APHPP dokonce vyhlásila den 8. října roku 2005 jako den pro Hospice.⁶⁸

Hospicová péče je provozována v hospici jako v lůžkovém zařízení, ve stacionáři, který je taktéž součástí hospice, anebo v domácím prostředí umírajícího, kde jsou pracovníci, kteří rodině pomáhají.⁶⁹ Pro tuto diplomovou práci je pro mě zásadní právě hospicová péče poskytovaná v instituci hospic.

„Hospic není léčebnou dlouhodobě nemocných, není domovem důchodců, není nemocnicí ani sanatoriem, a dokonce není luxusní léčebnou, je „jen“ hlavním poskytovatelem paliativní péče.“⁷⁰ Vychází z úcty k člověku a životu. Garantuje člověku zvládnout bolest a zachovává intimitu. Dále zaručuje,

⁶⁵ Srov. HAŠKOVCOVÁ, H.; *Thanatologie – nauka o umírání a smrti*. Druhé vydání, Praha: Galén, 2007. Hospic, s. 46.

⁶⁶ Srov. JANKOVSKÝ, J.: *Etika pro pomáhající profese*. Praha: Triton, 2003. Kapitola 5. Vztah člověka k životu – finalita života, str. 146.

⁶⁷ Srov. VORLÍČEK, J., ADAM, Z., a kol.: *Paliativní medicína*. Druhé vydání, Praha: Grada, 2004. Kapitola 33. Hospicové hnutí ve světě a u nás, str. 511.

⁶⁸ Srov. HAŠKOVCOVÁ, H.; *Thanatologie – nauka o umírání a smrti*. Druhé vydání, Praha: Galén, 2007. Hospic, str. 48.

⁶⁹ Srov. Tamtéž.

⁷⁰ RYNEŠ, R.: *Kurz – Úvod do hospicové paliativní péče ze dne 16. května 2012*. Z mých poznámek, dostupných v mém archivu.

že nebude klient sám, podporuje kontakt s rodinou, poskytuje duchovní podporu, bazální stimulaci a v neposlední řadě i komunikuje s pozůstalými (dopisem i osobně).⁷¹

Do hospice jsou přijímáni nemocní s nevléčitelnou nemocí, potřebující paliativní léčbu. Přijímání jsou většinou ti, kterým nestačí tři návštěvy nebo dvě hodiny práce sestry v domácím prostředí. Nezbytným předpokladem pro přijetí je rovněž plný informovaný souhlas nemocného. Tomu často brání ztracené vědomí, nevědomost o svém zdravotním stavu, anebo mu jeho stav nedovolí využít aktivní hospicový program.⁷² Žádosti o přijetí posuzuje několikačlenná komise, přičemž je na svědomí každého člena posoudit přítomnost nebo nepřítomnost těchto kritérií povinných k přijetí – nemoc pacienta ohrožuje na životě, je nutná paliativní léčba, nemocný není zapotřebí akutní ošetření či nemocniční léčbu a domácí péče je nedostačující nebo nemožná.⁷³

Při práci v hospici je velice důležitá spolupráce multidisciplinárního týmu, a to z toho důvodu, aby bylo možné uspokojit všechny složky člověka.⁷⁴ Po přijetí klienta je nutné vytvořit plán péče, který vychází z celkového zhodnocení stavu, schopností nemocného i jeho blízkých. Cílem je zvládnout čtyři základní aspekty: fyzický, psychický, sociální a duchovní. Fyzický aspekt je především zvládnutí bolesti. Psychický zahrnuje i práci s rodinou. Sociální aspekt zahrnuje poradenství, podporu, komunikaci, intimitu, soukromí a především snížení negativního dopadu náročné životní situace na klienta. U duchovního aspektu je podstatná vnímavost transcendence, a také fakt, že není upřednostňováno jen jedno náboženství.⁷⁵ Pracovníci zařízení se snaží vyhovět každému rozumnému přání klienta. Schopnost řešit vše neodkladně je zde velmi důležitá. Někteří pacienti prožívají poslední chvíle svého života, proto se jim musí ulevit a vyhovět co nejrychleji. Klient tak dostává vše,

⁷¹ Srov. VI. *Den hospicové paliativní péče „Kdybych měl už jen jeden den života“*: DIBLÍKOVÁ, M., MAŠKOVÁ V.: Hospic... místo, kde se nebojuje se smrtí. Prachatice: Hospic sv. Jana N. Neumanna, 2011. Str. 37.

⁷² Srov. HAŠKOVCOVÁ, H.; *Thanatologie – nauka o umírání a smrti*. Druhé vydání, Praha: Galén, 2007. Hospic, str. 50.

⁷³ Srov. SVATOŠOVÁ, M.: *Hospice a umění doprovázet*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2008. Kapitola III. O hospicovém hnutí, str. 125.

⁷⁴ Srov. Pracovníci hospice: *Odborná praxe v Hospici sv. Jana N. Neumanna v Prachaticích v termínu 5. až 23. března 2012*. Z mých poznámek, dostupných v mém archivu.

⁷⁵ ŠTĚTINOVÁ, L.: *Kurz – Úvod do hospicové paliativní péče ze dne 16. května 2012*. Z mých poznámek, dostupných v mém archivu.

co potřebuje a to tak, aby byla zachována jeho lidská důstojnost do konce života, ale i po něm.⁷⁶

Po úmrtí je nutné postupovat dle jasných předpisů. Zemřelý musí být po smrti na pokoji dvě hodiny. Tento čas je naplněn jeho umytím, upravením a učešáním rodinou či pracovníky. Po těchto dvou hodinách se zemřelý odváží do suterénu hospice. Tam je umístěn do pietní místnosti, kde se se zemřelým rodina loučí.⁷⁷ Při loučení je rodině doporučováno vyřknout pět nejdůležitějších vět, které řeknou snad vše potřebné, a to: „*Odpusť mi. Odpouštím Ti. Mám Tě rád. Děkuji. Můžeš odejít.*“⁷⁸ Po rozloučení je tělo umístěno do chladicího boxu, kde zůstává přibližně 24 hodin, a to do příjezdu pohřební služby, která si tělo přebírá. Pracovníci při předávání těla dohlížejí na to, aby se zemřelým bylo zacházeno důstojně, což ukládá i Zákon č. 256/2001, Sb., o pohřbnictví, paragraf čtyři.⁷⁹

Péčí o umírající a zemřelé práce v hospici nekončí. Velmi významnou složkou hospicové péče je i péče o pozůstalé. Jde o poskytnutí podpory, ochoty naslouchat, povídat si s nimi, nevyhýbat se jim, aby si nepřipadali izolováni od života. To, že je i o pozůstalé staráno dobře svědčí děkovné dopisy, kterých je v hospici mnoho. Velice přínosné pro pozůstalé jsou setkání pozůstalých, která se konají jednou za tři měsíce. Na toto setkání jsou pozváni všichni pozůstalí, kteří se během tohoto období navěky rozloučili se svým blízkým, který umřel v hospici. Na začátku tohoto setkání probíhá bohoslužba, která je hlavně o naději a poté je posezení, kde si pozůstalí povídají a vzpomínají na zesnulé. Toto setkání tak plní účel svépomocné skupiny, kde je možné uvědomit si, že v tom nejsou sami.⁸⁰

Velmi mě zaujala kniha mrtvých, kde jsou jména všech zemřelých v hospici, která má významný psychologický vliv na pozůstalé. Při setkání pozůstalých jsou bližní zemřelého vyzváni, aby zkontrolovali datum úmrtí a jméno zesnulého. Tímto hospic nechce kontrolu, jelikož ví, že je údaj správný, ale usiluje tím o to, aby si pozůstalý

⁷⁶ Srov. Pracovníci hospice: *Odborná praxe v Hospici sv. Jana N. Neumanna v Prachaticích v termínu 5. až 23. března 2012*. Z mých poznámek, dostupných v mém archivu.

⁷⁷ Srov. Tamtéž.

⁷⁸ RUNEŠ, R.: *Kurz – Úvod do hospicové paliativní péče ze dne 16. května 2012*. Z mých poznámek, dostupných v mém archivu.

⁷⁹ Srov. Pracovníci hospice: *Odborná praxe v Hospici sv. Jana N. Neumanna v Prachaticích v termínu 5. až 23. března 2012*. Z mých poznámek, dostupných v mém archivu.

⁸⁰ Srov. Tamtéž.

ukotvil toto místo a věděl, že se může kdykoliv vrátet. Toto je nejpřínosnější pro ty, kteří dali zemřelého rozptýlit, čímž ztratili možnost přijít za ním.⁸¹

1. 4 Závěr

V prvním bloku věnovala problematice smrti, umírání, hospicové a paliativní péči. V dalším bloku se zaměřím na etickou část věci, tedy na vysvětlení základních pojmů, potřebných pro tuto práci a především určení a vysvětlení vybraných, dle mého názoru nejdůležitějších etických teorií, jež budou potřebné ve třetím, posledním bloku této diplomové práce.

⁸¹ RUNEŠ, R.: *Kurz – Úvod do hospicové paliativní péče ze dne 16. května 2012*. Z mých poznámek, dostupných v mém archivu.

2 Etická problematika

V tomto druhém bloku se budu věnovat etické problematice. Vysvětlím zde důležité pojmy, jako je etika, morálka, etický problém a etické dilema. Dále zde stručně popíši etické teorie, jež jsou velmi důležité pro splnění cíle, jelikož budou součástí dalšího bloku, ve kterém tyto teorie budu prakticky aplikovat na zjištěná etická dilemata, se kterými se mohou setkat pracovníci hospicového zařízení.

2.1 Etika

Etika, jinými slovy praktická filosofie, pochází od Aristotela. Jde o reflexi lidského jednání, které má vlastní hodnotu, a na základě toho mluvíme o morálním nebo nemorálním, mravném či nemravném jednání člověka.⁸²

Úkolem etiky je tedy reflexe lidského chování. Zabývá se ale i zjišťováním toho, co je správné, dobré a jak lépe žít. Není tedy možné najít oblast života, v níž by se etika nedala uplatnit.⁸³ Etiku tedy můžeme také definovat i jako hledání pravidel soužití člověka s člověkem.⁸⁴

Etiku můžeme dělit na obecnou a aplikovanou. Obecná etika se zabývá zkoumáním lidské praxe se zřetelem na její podmínky a morálnost. Jedná se tedy o etiku, která zkoumá např. otázku svobody, svědomí a především sám předmět etické reflexe - moralitu a mravnost. Vedle tohoto obecného (fundamentálního) přístupu stojí etika aplikovaná, která je aplikací obecné etiky. S pomocí obecných etických poznatků dochází ke konkrétním etickým principům, jež se týkají dílčích oblastí lidské praxe. Tyto principy je pak možné aplikovat na konkrétní jednání, díky čemuž se setkáváme s mnohými druhy aplikovaných etik. Do těchto etik můžeme řadit lékařskou a sociální etiku, bioetiku, ekoetiku, etiku hospodářství a mnohé další.⁸⁵

⁸² Srov. ANZENBACHER, A.: *Úvod do filosofie*. Praha: Portál, 2004. Kapitola 7. Etika, s. 269.

⁸³ Srov. THOMPSON, M.: *Přehled etiky*. Praha: Portál, 2004. Kapitola 1. Úvod, s. 11, 14.

⁸⁴ Srov. KOHÁK, E.: *Svoboda, svědomí, soužití* – Kapitoly z mezilidské etiky. Praha: SLON, 2004. První přednáška – Filosofie, etika, svoboda; s. 14.

⁸⁵ Srov. *Skriptá filosofická etika*. Přednášky z CD. Dostupné na <http://www.tf.jcu.cz/getfile/74e6538d667f45ad>

Pro tuto práci je nejvíce stěžejní především aplikovaná etika v normativní podobě, a to jako etika lékařská, resp. bioetika v užším slova smyslu.⁸⁶

Dle mého názoru je nutné si ujasnit, kterou z etik budu v práci aplikovat, a proto je důležité i pochopení rozdělení etiky individuální a sociální, kde dále vymezím jasné rozdílnosti.

Normativní aplikovanou etiku můžeme dále pracovně (analyticky) dělit na individuální a sociální. Sociální etika se ptá především na spravedlivost či nespravedlnost institucionálních útvarů. Řeší tedy například trestní řád, sociální systém a podobně. Individuální etika je spojována s osobní odpovědností jedince. Ptá se tedy po tom, zda lžu, jsem poctivý, jaké mám názory a tak dále. Pro rozlišení individuální a sociální etiky, nám může být nápomocný příklad z Písma svatého, konkrétně Podobenství o milosrdném Samařanu, kde byl Samařan motivován individuálně eticky. V případě, kdyby byl totiž motivován sociální etikou, tak by odjel do Jeruzaléma, a pokoušel by se prosadit znemožnění činnosti lupičům, aby se cesta stala bezpečnou.⁸⁷

Nakonec lze s určitou mírou zjednodušení také říci, že etika sociální se týká mravnosti a individuální se věnuje moralitě. Mravnost i moralita jsou sice rozdílné pojmy (a aspekty lidské praxe), v konkrétních případech jsou však spolu úzce spojené. Mravnost je jakýmsi objektivním, společenským aspektem lidského jednání, který vychází z toho, co je ve společnosti dáno například tradicí, smlouvou, a tak podobně (např. mravní normy!). Je to tedy určité vodítko, které společnost dává jednotlivcům, ale i skupinám. Patří sem tedy i například Etický kodex, který hospic pochopitelně má, ale nejsou zde řešeny konkrétní etická dilemata, jež budou v této práci rozebírána. Dále je zřejmé, že se při rozhodování pracovníci musí také řídit zákony, například Ústavou, Listinou základních práv a svobod, ale ani zde nejsou poskytnuta jasná řešení konkrétních etických dilemat. Právě proto jsem přesvědčena o tom, že je důležité, abych se v této diplomové práci zaměřila především na moralitu, tedy individuální aspekt jednání, jehož analýzou lze podrobněji dešifrovat

⁸⁶ Srov. ANZENBACHER, A.: *Křesťanská sociální etika – Úvod a principy*. Brno: Centrum pro studium demokracie a kultury, 2004. Kapitola 1. Vysvětlení pojmů, s. 10. ISBN 80-7325-030-6.

⁸⁷ Srov. ŠRAJER, J.: *Skripta – sociální etika 1*, [online]. 2003/2004 [cit. 2012-09-17]. Dostupné z: <<http://www.romanmicka.net/vyuka.html>>.

konkrétní případ, jednání konkrétního jedince. V případě této práce to bude tedy především individuální praxe pracovníků v hospicovém zařízení.⁸⁸

2. 2 Morálka

Slovo morálka vychází z latinského „mos“ neboli mrav, předpis. Příklad morálního předpisu vidí například M. Vácha v Desateru.⁸⁹ Morálka tedy představuje soustavu předpisů lidského jednání, jenž je založena na posuzování správného či nesprávného, dobrého či zlého. Tímto posouzením však morálka nekončí, poněvadž vyžaduje i jednání dle této soustavy předpisů. Díky dodržování těchto pravidel je společnost a soužití harmoničtější, drží je také všechny pohromadě, čímž zamezuje vzniku chaosu.⁹⁰

2. 3 Etické dilema, etický problém

Při výkonu pomáhající profese i v průběhu běžného života se nevyhneme takovým situacím, kdy se ocitáme před určitým rozhodnutím, které jsme nuceni učinit. Toto rozhodnutí může být definováno jako etický problém nebo etické dilema. Jedná se o dva zcela rozdílné pojmy.⁹¹ Společně však sdílejí fakt, že každý jedinec má své hodnoty postaveny jinak a také situaci odlišně chápe, proto vzniklá situace může být pro jednoho pracovníka etické dilema, pro druhého etický problém a pro třetího úplně běžnou formalitou, nad kterou se nepozastaví. Záleží tedy na osobnosti pracovníka a jeho morálních zkušenostech.⁹²

⁸⁸ Srov. ŠIMEK, V.: *Druhá přednáška z předmětu Teoretická východiska aplikace etiky v sociální práci na téma: Orientace sociálního pracovníka, ze dne 10. 10. 2011.* Poznámky jsou dostupné v mém archivu.

⁸⁹ Srov. VÁCHA, M.; KÖNIGOVÁ, R.; MAUER, M.: *Základy moderní lékařské etiky.* Praha: Portál, 2012. Kapitola 1. Úvod do etiky, s. 20.

⁹⁰ Srov. MATOUŠEK, O. a kol.: *Metody a řízení sociální práce.* Praha: Portál, 2003. Profesní etika, s. 21 - 22.

⁹¹ Srov. KAPPL, M.; SMUTEK, M.; TRUHLÁŘOVÁ, Z.; a kol.: *Etika sociální práce – sborník z konference VI. Hradecké dny sociální práce.* Hradec Králové: Gaudeamus, 2010. Kapitola I. Etická dilemata v každodenní praxi sociálních pracovníků – Řešení morálních dilemat, s. 33.

⁹² Srov. MATOUŠEK, O. a kol.: *Metody a řízení sociální práce.* Praha: Portál, 2003. Profesní etika, s. 24.

Etický problém má vždy velmi osobní povahu, jelikož se odehrává uvnitř jednajícího člověka. Situaci nazýváme etickým problémem v případě, kdy je jasné, jak se má jedinec rozhodnout, jak má jednat, ale je to v rozporu s jeho morálními zásadami. Jedná se tedy o jednání, které je proti jeho morálnímu přesvědčení. A čím je přesvědčení na jeho pyramidě umístěno výše, tím se problém zvětšuje. Pro jedince je těžší se s danou situací vyrovnat. Stejně tak se problém stává obtížnější, pokud je jednatel hodnocen svým okolím.⁹³ Pro zajímavost podložím tuto teorii příkladem skutečného etického problému z absolvované hospicové praxe, s nímž jsem byla obeznána. I v hospicovém zařízení se můžeme setkat se zlepšením zdravotní situace. Tento klient, který již není v terminálním stádiu umírání, nesplňuje podmínky pro hospicovou léčbu. V tomto případě pojišťovna odmítá jeho pobyt zde dále hradit, i v případě kdy je pro klienta nadále tato péče nejvíce ideální. Klient tedy musí být propuštěn z tohoto zařízení. Ale co když není schopen se o sebe postarat sám a nemá nikoho, kdo by se o něj staral? Jedinou možností je umístění do jiného ústavního zařízení, kde však péče nebude tak vyhovující, což se přičí mnoha pracovníkům hospice a bojují tak s etickým problémem.⁹⁴

Etické dilema je možné charakterizovat jako situace, kdy je „*nutnost volby mezi dvěma stejně nepříjemnými nebo navzájem se vylučujícími možnostmi, ale i také jako volba mezi dvěma stejně přijatelnými možnostmi*“⁹⁵, u nichž není zcela jasné, jaké rozhodnutí bude vhodnější.⁹⁶ V těchto vzniklých případech nám při rozhodování může napomoci mnoho faktorů. Například mravní závazky, etické teorie (jako je například hédonismus a utilitarismus), etické principy (například princip autonomie a lidské důstojnosti), ale také především osobnost jednajícího člověka, jeho hodnoty včetně zkušeností.⁹⁷ Příklady konkrétních dilemat zde uvádět nebudu, protože jim je věnována celá třetí část, této diplomové práce.

⁹³ Srov. KAPPL, M.; SMUTEK, M.; TRUHLÁŘOVÁ, Z.; a kol.: *Etika sociální práce – sborník z konference VI. Hradecké dny sociální práce*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2010. Kapitola I. Etická dilemata v každodenní praxi sociálních pracovníků – Etické dilemy sociální práce, s. 16 - 17.

⁹⁴ Srov. TURKOVÁ, I., Sociální pracovnice hospice: *Odborná praxe v Hospici sv. Jana N. Neumanna v Prachaticích v termínu 5. až 23. března 2012*. Z mých poznámek, dostupných v mém archivu.

⁹⁵ KAPPL, M.; SMUTEK, M.; TRUHLÁŘOVÁ, Z.; a kol.: *Etika sociální práce – sborník z konference VI. Hradecké dny sociální práce*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2010. Kapitola I. Etická dilemata v každodenní praxi sociálních pracovníků – Řešení morálních dilemat, s. 33.

⁹⁶ Srov. MATOUŠEK, O. a kol.: *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál, 2003. Profesní etika, s. 24.

⁹⁷ Srov. KAPPL, M.; SMUTEK, M.; TRUHLÁŘOVÁ, Z.; a kol.: *Etika sociální práce – sborník z konference VI. Hradecké dny sociální práce*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2010. Kapitola I. Etická dilemata v každodenní praxi sociálních pracovníků – Řešení morálních dilemat, s. 33.

2. 4 Etické teorie

V této kapitole bych chtěla stručně popsat některé etické normativní teorie, jež se budou dotýkat více probíraných dilemat v další části této práce. Ještě přede mnou byla tato problematika podobně zpracována v časopise Sociální práce/Sociálna práca 3/2010, kde se v článku Využití vybraných etických teorií v praxi sociální práce Mirka Nečasová, Zdenka Dohnalová a Renáta Talašová zabývají právě sebou vybranými etickými teoriemi a jejich aplikací na etické dilema. V tomto článku si určují tři etické teorie, konkrétně utilitarismus, deontologickou etiku a etiku péče. Já se v této kapitole také zmíním o utilitarismu a deontologické etice, avšak etiku péče nepoužiji a přidám mnohé další, které jsou dle mého názoru pro potřeby této diplomové práce velmi důležité.

Chtěla bych však na počátku upozornit na to, že vysvětlení vybraných etických teorií nebude nikterak zbytečně zdlouhavé, ale bude v rozsahu dostačujícím pro potřeby této práce.

2. 4. 1 Hédonismus

Hédonismus vychází z řeckého slova „hédoné“, což znamená slast nebo radost.⁹⁸ Jedná se o etiku teorii týkající se především soukromého života, mající přesvědčení, že starosti o veřejný život by neměl být přisuzován velký význam. Člověk je tak zaměřen hlavně na sebe jako na soběstačnou bytost, jenž usiluje o vzdání se nespelnitelných nadějí, s cílem co nejvíce si zpříjemnit svůj život a vyhýbat se strachům a bolesti.⁹⁹ Tato etická teorie má egoistické zaměření se na slast a může mít dvě podoby. Tedy hédonismus jako určitá morální hodnota činu, jenž je dána příjemností anebo názor, že motivem lidského jednání je získání ideální hladiny příjemnosti.¹⁰⁰

⁹⁸ Srov. ANZENBACHER, A.: *Úvod do etiky*. Praha: Academia 1, druhé vydání, 2001. Kapitola 2. Empiristická etika, s. 23.

⁹⁹ Srov. SOKOL, J.: *Etika a život – pokus o praktickou filosofii*. Praha: Vyšehrad, 2010. Kapitola 3. Východiska praktické filosofie, s. 114 – 115.

¹⁰⁰ Srov. ANZENBACHER, A.: *Úvod do etiky*. Praha: Academia 1, druhé vydání, 2001. Kapitola 2. Empiristická etika, s. 24.

Obecně hédonismus zastává přesvědčení, že cílem lidského jednání je maximalizace slasti, příjemného a minimalizace strasti, tedy toho nepříjemného.¹⁰¹ Pro potřeby této diplomové práce postačí vědět především to, že se jedná o stav, v němž člověk necítí bolest na těle, a hlavně ani na duši. A proto má neustálou tendenci vyhnout se strastnému, nepříjemnému.¹⁰²

2. 4. 2 Teleologická teorie - utilitarismus

Teleologická etika je zaměřená na přemýšlení o cílech, následcích, proto i utilitarismus je do této etiky řazen.¹⁰³

Název utilitarismus pochází z latinského slova „utilite“, neboli užitečné.¹⁰⁴ Můžeme se však setkat s pojmenováním utilitarismu jako konsekvencialismus, nýbrž jde o konsekvence neboli následky.¹⁰⁵ Konsekvencialismem je myšlen kolektivní termín pro skupinu morálních teorií, které jsou založeny na myšlence, že výhodné nebo nevýhodné důsledky činnosti jsou určující pro správnost činu. Takže všechny konsekvencialistické přístupy vyžadují, aby shoda dobrých a špatných důsledků činů zjistila, zda mají pozitivní důsledky, anebo jestli převažují ty špatné.¹⁰⁶

Skutek není možné hodnotit dle toho, zda je dobrý nebo špatný, ale jaký je jeho hlavní cíl. S tímto pojetím mnoho lidí nesouhlasilo, až se ozval Jeremy Bentham.¹⁰⁷ Základní pojetí utilitarismus zavedl David Hume. První, který ho plně formuloval, byl právě Jeremy Bentham a dále ho pak rozpracoval jeho student John Stuart Mill.¹⁰⁸ Jedná se tedy o etickou teorii, pro kterou je základem možnost lidského jednání hodnotit

¹⁰¹ Srov. Tamtéž, s. 23.

¹⁰² Srov. REMIŠOVÁ, A. a kol.: *Dejiny etického myslenia – v Evrópe a USA*. Bratislava: Kalligram, 2008. Suvák, V.: kapitola 3. Etické myslenie helenistického a římského obdobia – epikureizmus, s. 90.

¹⁰³ Srov. THOMPSON, M.: *Přehled etiky*. Praha: Portál, 2004. Kapitola 4. Jazyk morálky, s. 44 - 45.

¹⁰⁴ Srov. ANZENBACHER, A.: *Úvod do etiky*. Praha: Academia 1, druhé vydání, 2001. Kapitola 2. Empiristická etika, s. 31.

¹⁰⁵ Srov. STÖRIG, H., J.: *Malé dějiny filosofie*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2007. Osmé vydání, část 7. Hlavní filosofické směry 20. století, kapitola IV. Co máme dělat, s. 545.

¹⁰⁶ Srov. BECKETT, CH.; MAYNARD, A.: *Values and ethics in social work*, London: SAGE Publications, 2005. Kapitola 2. Moral Philosophy, s. 38.

¹⁰⁷ Srov. KOHÁK, E.: *Svoboda, svědomí, soužití – Kapitoly z mezilidské etiky*. Praha: SLON, 2004. Devátá přednáška – Pro dobro věci: etika užitečnosti; s. 133.

¹⁰⁸ Srov. BECKETT, CH.; MAYNARD, A.: *Values and ethics in social work*, London: SAGE Publications, 2005. Kapitola 2. Moral Philosophy, s. 39.

dle důsledků, jež je možné odosobňovat, díky čemu můžeme porovnávat a sumarizovat všechny klady i zápory. Je to tedy přesvědčení, že lidské jednání se dá kvantifikovat a je vždy hnáno určitým cílem.¹⁰⁹

Utilitarismus může být pojímán vícero způsoby, ale základní chápání je postaveno na čtyřech elementárních principech. Jedná se o princip následků, užitečnosti, hédonismu a o princip sociální.¹¹⁰ Princip následků dává nutnost sledovat, jak činy skončí, co dané jednání způsobí, zda dobro nebo naopak zlo. Další princip užitečnosti s tímto úzce souvisí, jelikož sleduje prospěšnost činu, usiluje tedy o co největší dobro. Dále je princip hédonismu, jenž je rozebrán v podkapitole 2.4.1 Hédonismus. A v neposlední řadě je princip sociální, který usiluje o dobro pro co nejvíce lidí.¹¹¹ Na základě těchto principů se utváří kritérium morálního usuzování¹¹², tedy hlavní utilitaristická teze, jež zní: „*Jednání je mravně správné tehdy, když jsou jeho následky optimální pro štěstí všech, jichž se dotýká.*“¹¹³ Dle této teorie je možné podstoupit nějaké zlo s cílem dosažení většího dobra, což názorně vidíme na příkladu, kdy lékař je nucen operovat, působit tak bolest, ale za cílem dosažení vyšší hodnoty, v tomto případě zdraví. Je tedy někdy nutné prožít něco nepříjemného, abychom dosáhli vyššího, hodnotnějšího cíle.¹¹⁴ Není tedy brán ohled na vnitřní postoj jednajícího.¹¹⁵

2. 4. 3 Deontologická teorie - povinnostní etika

Deontologie pochází z řeckého slova „deon“, což znamená povinnost. Deontologické teorie jsou tedy založeny na myšlence existence určitých věcí, které bychom měli nebo neměli dělat bez ohledu na důsledky. To znamená, že pokud mučení jako takové

¹⁰⁹ Srov. SOKOL, J.: *Etika a život – pokus o praktickou filosofii*. Praha: Vyšehrad, 2010. Kapitola 3. Východiska praktické filosofie, s. 120.

¹¹⁰ Srov. ANZENBACHER, A.: *Úvod do etiky*. Praha: Academia 1, druhé vydání, 2001. Kapitola 2. Empiristická etika, s. 32 - 34.

¹¹¹ Srov. VÁCHA, M.; KÖNIGOVÁ, R.; MAUER, M.: *Základy moderní lékařské etiky*. Praha: Portál, 2012. Kapitola 2. Základní etické teorie, s. 29 - 31.

¹¹² Srov. ANZENBACHER, A.: *Úvod do etiky*. Praha: Academia 1, druhé vydání, 2001. Kapitola 2. Empiristická etika, s. 32 - 34.

¹¹³ Srov. Tamtéž, s. 34.

¹¹⁴ Srov. THOMPSON, M.: *Přehled etiky*. Praha: Portál, 2004. Kapitola 9. Utilitarismus, s. 97 - 98.

¹¹⁵ Srov. STÖRIG, H., J.: *Malé dějiny filosofie*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2007. Osmé vydání, část 7. Hlavní filosofické směry 20. století, kapitola IV. Co máme dělat, s. 544.

je nesprávné, pak činit ho je špatné a nemůže být odůvodněno skutečností, že v tomto konkrétním případě by to mohlo zabránit dalšímu utrpení, jakož je tomu v teleologické etice, v utilitarismu.¹¹⁶

Existuje celá řada různých deontologických přístupů, ale pro potřeby této diplomové práce využiji Kantovu etiku, jež je také nazývána povinností etikou nebo také etikou vlastního přesvědčení, protože jde zde o uvědomování si svého činu a stává se povinností tak jednat, tedy chovat se morálně.¹¹⁷ Immanuel Kant zakládal svou filosofii na imperativech, které rozlišoval na hypotetické a kategorické. Hypotetický imperativ člověku pomáhá najít způsob, jak dosáhnout určitého cíle. Říká tedy: „Chceš-li tuto konkrétní věc, tak v tom případě musíš udělat toto...“. Kategorický imperativ je ale jiný. Je určitým praktickým zákonem, dle kterého by měl jedinec vždy jednat, a to bez ohledu na důsledky. Je tedy nepodmíněný okolím a platí všeobecně.¹¹⁸ Stejně jako přírodní zákony, jež nelze měnit.¹¹⁹ Kant však neusiluje o to, aby ustanovil konkrétní mravní princip, pouze se snažil přijít na to, jak funguje praktický rozum, tedy jak jednat ve všech situacích, díky čemuž přišel na svou formulaci kategorického imperativu¹²⁰, který zní takto: „*jednej tak, jako by se maxima tvého jednání měla na základě tvé vůle stát obecným přírodním zákonem*“¹²¹ z čehož odvozuje praktický imperativ: „*jednej tak, abys používal lidství jak ve své osobě, tak i v osobě každého druhého vždy zároveň jako účel a nikdy pouze jako prostředek.*“¹²²

Důležité je také znát Kantovo dělení autonomie a heteronomie, přičemž za autonomní považoval rozum, jež si bude udělovat zákony a heteronomní je naše

¹¹⁶ Srov. BECKETT, CH.; MAYNARD, A.: *Values and ethics in social work*, London: SAGE Publications, 2005. Kapitola 2. Moral Philosophy, s. 33 - 34.

¹¹⁷ Srov. GAARDER, J.: *Sofiin svět – román o dějinách filosofie*. Praha: Albatros, 2006. Páté vydání, kapitola 25. Kant... hvězdné nebe nade mnou a mravní zákon ve mně, s. 273 – 274.

¹¹⁸ Srov. THOMPSON, M.: *Přehled etiky*. Praha: Portál, 2004. Kapitola 10. Kant a mravní volba, s. 110 - 111.

¹¹⁹ Srov. GAARDER, J.: *Sofiin svět – román o dějinách filosofie*. Praha: Albatros, 2006. Páté vydání, kapitola 25. Kant... hvězdné nebe nade mnou a mravní zákon ve mně, s. 273 – 274.

¹²⁰ Srov. STÖRIG, H., J.: *Malé dějiny filosofie*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2007. Osmé vydání, část 5. Filosofie osvícenství a dílo Immanuela Kanta, kapitola II. Immanuel Kant, s. 311.

¹²¹ KANT, I.: *Základy metafyziky mravů*. Praha: Svoboda, 1990. Druhá část, Přejít od populární mravní filozofie k metafyzice mravů, odstavec 33, s. 28.

¹²² Tamtéž, odstavec 49, s. 34.

vůle, jež podlehla cizím zákonům, určenými jiným člověkem.¹²³ Kant však velmi striktně zavrhuje podřizovat se pod nátlakem cizí autoritě a zastává názor, že to jediné, čemu se člověk ze své podstaty musí podříditi je jeho vlastní rozum, jež dokáže vše racionálně zhodnotit neovlivněn slastí a vášní. Člověk se tedy podrobuje svému rozumu, sobě samému, čímž rozhodně není popřena jeho autonomie, spíše naopak.¹²⁴

2. 4. 4 Situační etika

Téměř opakem etiky zastávající přesvědčení, že je morální jednat dle striktně daných pravidel je právě situační etika. O této etice mluví Fletcher, jenž kritizuje Kanta a jemu podobné, a to především za jejich přístup. Svou argumentaci podkládá na kazuistice a křesťanskému zákonu lásky. Právě tento křesťanský zákon lásky je dle jeho přesvědčení ten jediný správný princip, který určuje, co je v konkrétní situaci správné.¹²⁵

Už Ježíš Kristus se svým jednáním zaměřoval na člověka i za cenu porušení špatně chápaného zákona. Například v den, kdy člověk měl odpočívat a nepracovat, pomáhal lidem. Odmítal tím farizejský formalismus, který v zemi vládl. Šlo mu o lásku neboli agapé.¹²⁶ Jedná se o takzvaný agapéismus (více o agapé viz kapitola 3.1.4 Agapé).¹²⁷

Situační etika tedy dovoluje jednat proti konvenční dané zásadě, v případě když je v rozporu s naším nejhlubším přesvědčením o tom, co láska říká. Také je velmi pozitivní na této etice fakt, že dokáže pomoci při řešení velmi složitých dilematických

¹²³ Srov. STÖRIG, H., J.: *Malé dějiny filosofie*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2007. Osmé vydání, část 5. Filosofie osvícenství a dílo Immanuela Kanta, kapitola II. Immanuel Kant, s. 309.

¹²⁴ Srov. SOKOL, J.: *Etika a život – pokus o praktickou filosofii*. Praha: Vyšehrad, 2010. Kapitola 3. Východiska praktické filosofie, s. 106.

¹²⁵ Srov. THOMPSON, M.: *Přehled etiky*. Praha: Portál, 2004. Kapitola 13. Situační etika, s. 137 - 140.

¹²⁶ Srov. KOHÁK, E.: *Svoboda, svědomí, soužití – Kapitoly z mezilidské etiky*. Praha: SLON, 2004. Devátá přednáška – Pro dobro věci: etika užitečnosti; s. 132.

¹²⁷ Srov. THOMPSON, M.: *Přehled etiky*. Praha: Portál, 2004. Kapitola 13. Situační etika, s. 137 - 140.

situacích. Na druhou stranu však vzniká rozpor v termínu láska, kdy dva jedinci mohou zastávat jiný názor.¹²⁸

2. 4. 5 Bioetické principy

Jak jsem se již zmínila v kapitole o etice, je pro tuto práci velmi důležitá aplikovaná etika, konkrétně její subdisciplína lékařská etika (resp. bioetika v užším slova smyslu). Právě z toho důvodu se při rozboru jednotlivých etických dilemat opírám i o některé bioetické principy.

Můžeme se setkat různorodými bioetickými principy, které se však společně prolínají. Za základní dělení je považována koncepce dle profesora Toma L. Beauchampe a Jamese F. Childresse. Jimi definované bioetické principy, dle jejich slov vyjadřují obecné hodnoty, které fungují jako pomocné vodítko pro profesionální etiku. Řadíme sem princip autonomie (viz kapitola 3.1.3 Autonomie), nonmaleficence - princip neškodit (viz níže), dobročinnost a spravedlnost.¹²⁹

Další velmi důležité bioetické principy pro tuto diplomovou práci jsou principy personalisticky koncipované bioetiky. Patří sem princip důstojnosti lidské osoby, totality a integrity, služebnosti a kreativity, správného vědomí a informovaného souhlasu, princip profesionální komunikace, společného dobra a subsidiarity, dvojího účinku, legitimní kooperace, personalizace sexuality a princip růstu skrze utrpení.¹³⁰

Konkrétně využiji princip lidské důstojnosti (viz kapitola 3.1.1 Lidská důstojnost), kreativity, informovaného souhlasu, dvojího účinku, princip neškodit a princip růstu skrze utrpení. Tyto principy zde velmi stručně popíši.

Princip kreativity v této práci chápu jako způsob zlepšení kvality života klienta. Princip informovaného souhlasu v praxi znamená, že klient, případně jeho rodina musí vydat souhlas s případnou terapií či zákrokem. Dále je princip dvojího účinku, který

¹²⁸Srov. tamtéž.

¹²⁹ Srov. BEAUCHAMP, T.; CHILDRESS J.: *Principles of biomedical ethics*. New York: Oxford University Press, 2001. Páté vydání. Kapitola 1. A moral norms, s. 12.

¹³⁰ Srov. ONDOK, J. P.: *Bioetika, biotechnologie a biomedicína*. Praha: Triton, 2005. Kapitola Obecné problémy a pojmy bioetiky s. 61 – 73.

můžeme chápat dvojitým způsobem. Za prvé znamená, že můžeme akceptovat negativní následky, pokud jsou přímo spojeny s pozitivním (eticky správným) způsobem jednání. A za druhé princip dvojího účinku můžeme také chápat jako etické jednání, které může následně vést k negativním důsledkům. Dalším principem je princip růstu skrze utrpení, který má skutečně jen omezené použití, ale v hospicové péči je klíčový. A to i tehdy když dokážeme v současné době v zásadě eliminovat téměř každou bolest (nikoli například psychické utrpení); v tomto principu jde o to, že člověk může vnímat utrpení i jako něco pozitivního, díky čemuž osobnostně roste.¹³¹ V neposlední řadě je princip neškodit, jenž nám jednoznačně zakazuje jakýmkoli způsobem poškodit klienta.¹³²

Blíže budou tyto principy upřesněny v konkrétních etických dilematech v dalším bloku této diplomové práce.

2. 5 Závěr

Ve druhém bloku jsem poskytla vysvětlení stěžejních pojmů jako je etika, morálka, etické dilema, etický problém. Dále jsem uvedla dle mého názoru nejpodstatnější etické teorie pro potřeby této práce. V dalším bloku budu tyto teorie aplikovat na zjištěná dilemata, čímž dosáhnu poslední části mého cíle, což znamená, že podložím každou možnost řešení etického dilematu etickou teorií či principem, jež pracovník hospicového zařízení může použít pro zdůvodnění svého jednání.

¹³¹ Srov. Tamtéž, s. 64, 68 – 69, 72

¹³² Srov. KUBEK, M.: Lékařská etika pod tlakem [online]. 2011 [cit. 2012-08-26]. Dostupné z: <http://lkr.cz/prezident-clk-31.html>

3 Možnosti řešení etických dilemat v hospicovém zařízení

Díky tomuto bloku naplním na počátku stanovený cíl, tedy vytvoření etického zdůvodnění každého možného řešení zjištěných etických dilemat, se kterými se mohou pracovníci hospicového zařízení setkat.

Během své praxe v Hospici svatého Jana Nepomuka Neumanna v Prachaticích jsem měla možnost pozorovat a dozvědět se od pracovníků různá etická dilemata, se kterými se mohou v průběhu své práce setkat. Celkem se mi podařilo zjistit dvanáct etických dilemat. A právě jim bude věnován tento třetí, poslední blok mé diplomové práce. Cílem je zde vzít každé jednotlivé dilema, stanovit možnosti řešení a vyhledat etické zdůvodnění pro každé stanovené rozhodnutí, prostřednictvím kterého by mohl pracovník své jednání individuálně zdůvodnit. Zároveň bych chtěla díky tomuto ukázat a potvrdit tvrzení, že pracovník může být veden různými motivy ke svému jednání rozhodnout se tak či onak.

Na začátku této kapitoly bych chtěla zdůraznit, že se nejedná o univerzální možnosti řešení, protože při práci s lidmi je vždy nutný individuální přístup, proto ve většině případů vycházím z konkrétní modelové situace. Z důvodu zachování mlčenlivosti při použití příkladu z praxe používám pouze smyšlené iniciály pro zachování naprosté anonymity klientů.

3. 1 Hodnoty mající vliv na rozhodování

V úvodu bych chtěla předložit některé, dle mého názoru nejdůležitější hodnoty, o nichž si myslím, že by měly být zohledňovány vždy, když se pracovník rozhoduje při řešení konkrétního, etického dilematu.

Tato kapitola je dalším krokem, jenž mě přiblíží ke splnění cíle této diplomové práce, jelikož jsou zde poukázány možné pohnutky pracovníka nejen hospicového zařízení, které ho mohou vést k danému rozhodnutí.

Chtěla bych však upozornit, že určené pořadí hodnot, jež mají vliv na rozhodování, je zcela náhodné. Není tedy seřazeno dle důležitosti, jelikož všechny tyto aspekty či principy, jsou velmi podstatné.

3. 1. 1 Lidská důstojnost

Stát garantuje člověku práva, jež mu jsou od jeho přirozenosti dána, a jejichž základem je právě lidská důstojnost.¹³³

Důstojnost jako taková je velmi problematický pojem, který nelze jednoznačně vymezit. Při práci s umírajícími lidmi je nejdůležitější důraz na respektování lidské důstojnosti v inherentním neboli ontologickém pojetí. To znamená takovou důstojnost, která je dána člověku jeho bytím, tudíž ji máme již od svého narození. Není tedy získaná sociálním statutem, penězi, a tak podobně.¹³⁴

Pocit ztráty lidské důstojnosti a její reálná ztráta je největším utrpením člověka, které může pocítit.¹³⁵ Je skutečně nezbytně nutné si uvědomit, že princip lidské důstojnosti figuruje jako prvořadý činitel při většině etických rozhodování.¹³⁶ Naneštěstí je dnešní svět orientován na výkon, úspěch, kariéru, mládí, zdraví, krásu, z čehož plyne, že pojem lidská důstojnost je zaměňován za užitečnost¹³⁷, což nenapomáhá zejména důstojnosti umírajících osob. Jestliže se člověk nedokáže sám najíst, obléknout, vyprázdnit se a zvládat ostatní činnosti, jež během svého života bez problémů zvládal, rozhodně to neznamena, že by tímto byl připraven o lidskou důstojnost. S člověkem musí být zacházeno s úctou a jeho důstojnost má být spojována s jeho úspěchy v osobním růstu, k němuž může během procesu umírání dojít.¹³⁸ Bohužel v dnešní době nacházíme případy, kdy je narušována lidská důstojnost osob ze strany

¹³³ Srov. ANZENBACHER, A.: *Úvod do filosofie*. Praha: Portál, 2004. Kapitola 7. Etika, s. 314.

¹³⁴ Srov. ŠRAJER, J. *Lidská důstojnost a sociální práce*. Sociální práce/Sociálna práca. Asociace vzdělavatelů v sociální práci, 2/2006, str. 109.

¹³⁵ Srov. BYOCK, I.: *Dobré umírání – Možnosti pokojného konce života*. Praha: Cesta domů - Vyšehrad. Kapitola V. Nalezení důstojnosti uprostřed nemoci a dezintegrace, s. 108 – 109.

¹³⁶ Srov. ONDOK, J. P.: *Bioetika, biotechnologie a biomedicína*. Praha: Triton, 2005. Kapitola Obecné problémy a pojmy bioetiky s. 62.

¹³⁷ Srov. MUNZAROVÁ, M.: *Zdravotnická etika od A do Z*. Praha: Grada Publishing, 2005. Kapitola 7. Důstojnost člověka – člověk jako osoba a bioetika, s. 69.

¹³⁸ Srov. BYOCK, I.: *Dobré umírání – Možnosti pokojného konce života*. Praha: Cesta domů - Vyšehrad. Kapitola V. Nalezení důstojnosti uprostřed nemoci a dezintegrace, s. 108 – 109.

zdravotního personálu. Důvodů je mnoho, ale je nutné usilovat o zachování lidské důstojnosti vždy a ještě výrazněji se to dotýká umírajících, pro které je to existenciálně důležité,¹³⁹ protože umírání a smrt mají být člověkem důstojně zvládnuty.¹⁴⁰ Umírání tedy rozhodně člověku nebere jeho lidskou důstojnost, ačkoli se to tak může zdát. Aby se tomuto zakořeněnému mýtu předcházelo, stačí nám při práci s nimi lidskost, jemnost, pozornost, ale také i verbální komunikace a doteky až do poslední chvíle, což umírajícímu dodá pocit sebeúcty. A nejen to, ale také vědění, že i po smrti s jeho tělem bude zacházeno s úctou a důstojností, a to za každých podmínek jeho sebeúctě také pomůže.¹⁴¹

Jak jsem se již zmínila, tak i lidská důstojnost umírajících může být porušena několika způsoby (například nedostupností paliativní péče, zanedbáváním péče, prodlužováním umírání, obavami nemocného ze ztráty autonomie, nevyhovujícím prostředím, sociální izolací a tak dále).¹⁴² Je tedy nezbytně nutné usilovat za každé situace o zachování lidské důstojnosti a pěstování pocitu sebeúcty u našich klientů. Proto tedy princip lidské důstojnosti je hlavním aspektem, dle kterého se má řídit naše rozhodování, a to nejen při práci s umírajícími.

3. 1. 2 Kvalita života

Život je pro člověka nejvyšší a základní hodnotou. V liberální společnosti je ale vyšší důraz kladen především na kvalitu života než na samotný život.¹⁴³ Podstupovat všechny i nemožné terapie a alternativní způsoby léčby rozhodně člověku nezaručí kvalitu života, spíše naopak. Pokud není reálná naděje, i klient sám ocení spíše důstojné umírání spjaté s kvalitou života.¹⁴⁴ Vystává otázka, co to vlastně

¹³⁹ Srov. PROKOP, J.: *Spiritualita umírajících pacientů*. Brno: Masarykova univerzita, 2006. Kapitola Důstojnost člověka, s. 57.

¹⁴⁰ Srov. DOLISTA, J.; VURM, V.: *Vybrané kapitoly z bioetiky (aspekt filozofický)*. České Budějovice: JCU, Zdravotně-sociální fakulta. Kapitola 3. Smrt a umírání, s. 45.

¹⁴¹ Srov. PROKOP, J.: *Spiritualita umírajících pacientů*. Brno: Masarykova univerzita, 2006. Kapitola Důstojnost člověka, s. 60.

¹⁴² Srov. MUNZAROVÁ, M.: *Zdravotnická etika od A do Z*. Praha: Grada Publishing, 2005. Kapitola 9. Lidská práva a práva nemocných, s. 85.

¹⁴³ Srov. JANKOVSKÝ, J.: *Etika pro pomáhající profese*. Praha: Triton, 2003. Kapitola Vztah člověka k životu, s. 112 - 114.

¹⁴⁴ Srov. VORLÍČEK, J.; ZDENĚK, A.; POSPÍŠILOVÁ, Y.; a kol.: *Paliativní medicína*, druhé vydání. Praha: Grada Publishing, 2004. Kapitola 27. Etické problémy paliativní medicíny, s. 425 – 426.

ta kvalita života je? Kdo má nárok posuzovat, zda je život kvalitní či nikoli? Existují vůbec nějaká univerzální měřítka?

Kvalita života není hodnotou, protože hodnota je něco stálého, neměnného, něco k čemu člověk neustále směřuje.¹⁴⁵ Kvalita života se v odborné literatuře užívá jako vyjádření něčeho pozitivního nebo negativního, není tedy stálou jako hodnota. Ve skutečnosti je kvalita života velmi obsáhlým pojem, který nelze jednoznačně definovat¹⁴⁶, a „je možné ho naplnit pouze individuálním obsahem“¹⁴⁷. Jedná se pouze o subjektivní záležitost.

Kvalitu života je nutné posuzovat propojením všech dimenzí člověka, nikoli jen například stránkou fyzickou¹⁴⁸, díky čemuž stejně tak jako u lidské důstojnosti, tak ani zde ztráta schopností nemocného neznamena snížení schopnosti dosáhnout kvalitního života. Je tedy na každém jedinci, jak se s danou situací vyrovná, ale velmi významnou roli sehrává i okolí, které má možnost mu to usnadnit.¹⁴⁹ Opět je to podobné jako u lidské důstojnosti. I kvalita života se degraduje dnešními preferovanými hodnotami jako je zdraví, mládí, krása a výkon.¹⁵⁰ Nejen proto je nutné brát hodnotu klienta za významný faktor během etického rozhodování.

3. 1. 3 Autonomie

Součástí lidské důstojnosti je autonomie.¹⁵¹ Tento pojem pochází ze starořečtiny, přičemž „autos“ znamená já a „nomos“ je vláda.¹⁵²

¹⁴⁵ Srov. PROKOP, J.: *Spiritualita umírajících pacientů*. Brno: Masarykova univerzita, 2006. Kapitola Hodnota a kvalita života, s. 83.

¹⁴⁶ Srov. GURKOVÁ, E.: *Hodnocení kvality života – pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Praha: Grada Publishing, 2011. Kapitola 1. Kvalita života – úskalí jejího definování v ošetrovatelství, s. 22 – 23.

¹⁴⁷ GURKOVÁ, E.: *Hodnocení kvality života – pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Praha: Grada Publishing, 2011. Kapitola 1. Kvalita života – úskalí jejího definování v ošetrovatelství, s. 22 – 23.

¹⁴⁸ Srov. MUNZAROVÁ, M.: *Zdravotnická etika od A do Z*. Praha: Grada Publishing, 2005. Kapitola 9. Lidská práva a práva nemocných, s. 83.

¹⁴⁹ Srov. VORLÍČEK, J.; ZDENĚK, A.; POSPÍŠILOVÁ, Y.; a kol.: *Paliativní medicína*, druhé vydání. Praha: Grada Publishing, 2004. Kapitola 27. Etické problémy paliativní medicíny, s. 432.

¹⁵⁰ Srov. JANKOVSKÝ, J.: *Etika pro pomáhající profese*. Praha: Triton, 2003. Kapitola Vztah člověka k životu, s. 126.

¹⁵¹ Srov. PROKOP, J.: *Spiritualita umírajících pacientů*. Brno: Masarykova univerzita, 2006. Kapitola Důstojnost člověka, s. 57.

S člověkem nesmí být zacházeno jako s prostředkem a každý má právo rozhodovat o sobě samém a být tak svým pánem.¹⁵³ Autonomii člověka můžeme definovat jako nezávislost, samostatnost, sebeurčení a v neposlední řadě i možnost individuální volby.¹⁵⁴ Je ale také procesem, jenž se rozvíjí již od dětství, tudíž velký podíl na ní mají především rodiče, ale také i sociální začlenění.¹⁵⁵ Autonomie se může projevat jako aktuální přání klienta nebo i jako určitá životní preference, jež byla vyjádřena klientem či jeho blíznými.¹⁵⁶ Autonomii můžeme rozlišit dvojím způsobem. Za prvé jako model zákazníka, zde je pracovník vykonavatelem zakázky, to znamená, že pracovník poskytne všechny informace a klient se dle svého uvážení rozhodne. Anebo za druhé smluvní model, kdy probíhá diskuse pracovníka a klienta, tudíž je zachována autonomie všech zúčastněných stran¹⁵⁷, a je respektováno i svědomí a autonomie pracovníka¹⁵⁸.

Autonomie vyzdvihuje individualismus a je právem každého člověka rozhodovat o sobě, a tak posuzovat své vlastní zájmy a záměry. Jedná se tedy také o určitou formu svobody, která člověku dává možnost rozlišit různé alternativy a uskutečnit svůj plán dle vlastních preferencí, hodnot a ideálů.¹⁵⁹ Princip autonomie je nutné respektovat při práci s každým klientem, pokud je schopen situaci pochopit a racionálně uvažovat.¹⁶⁰ Z toho vyplývá, že autonomii musíme ctít s rozumem. Nemůže to dopadnout tak, že pracovník bude bezhlavě plnit všechna klientova přání, jelikož tato přání musí být odborně konzultována. Klientovo přání může být ovlivněno jeho aktuálním tíživým stavem a s největší pravděpodobností nemá nutné vědomosti

¹⁵² Srov. VÁCHA, M.; KÖNIGOVÁ, R.; MAUER, M.: *Základy moderní lékařské etiky*. Praha: Portál, 2012. Kapitola 6. Autonomie, s. 99.

¹⁵³ Srov. ROTTER, H.: *Důstojnost lidského života – základní otázky lékařské etiky*. Praha: Vyšehrad, 1999. Kapitola Hodnota života, s. 25.

¹⁵⁴ Srov. KOŘENEK, O.: *Lékařská etika*. Druhé vydání, Praha: Triton, 2004. Kapitola 2. Lékařská etika, s. 56.

¹⁵⁵ Srov. KAPPL, M.; SMUTEK, M.; TRUHLÁŘOVÁ, Z.; a kol.: *Etika sociální práce – sborník z konference VI. Hradecké dny sociální práce*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2010. Kapitola III. Teorie jednání a jejich odraz v sociální práci - Autonomie jako sociální potřeba, s. 427.

¹⁵⁶ Srov. SLÁMA, O.; KABELKA, L.; VORLÍČEK, J.; a kol.: *Paliativní medicína pro praxi*. Praha: Galén, 2007. Kapitola 9. Dodatky, s. 319.

¹⁵⁷ Srov. MUNZAROVÁ, M.: *Zdravotnická etika od A do Z*. Praha: Grada Publishing, 2005. Kapitola 4. Principy moderní lékařské etiky (a bioetiky), s. 44.

¹⁵⁸ Srov. Tamtéž, Kapitola 6. Svědomí, s. 63 – 64.

¹⁵⁹ Srov. MUNZAROVÁ, M.: *Zdravotnická etika od A do Z*. Praha: Grada Publishing, 2005. Kapitola 4. Principy moderní lékařské etiky (a bioetiky), s. 44.

¹⁶⁰ Srov. PTÁČEK, R.; BARTŮNĚK P.; a kol.: *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada Publishing, 2011. Kapitola Etika a kritické stavy, s. 492.

o všech následcích, alternativách a podobně. Z toho můžeme odvodit, že musíme respektovat klientovo přání na sebeurčení, ale s ohledem na širší okolnosti.¹⁶¹ Nikdy tedy není možné vyhovět žádosti o euthanasii, když je to možné vyložit jako volání o pomoc.¹⁶²

Při využívání principu autonomie se tedy můžeme setkat s dvěma extrémy, kdy pracovník může klienta plně nerespektovat, anebo je klientovi ponechávána absolutní autonomie i přesto, že ji využívá nezodpovědně a sobecky.¹⁶³

Důležitou oblastí týkající se principu autonomie je její spojení s informovaným souhlasem, na nějž má každý klient beze sporu právo. Tento souhlas se může dělit na tři zásadní fáze: odkrytí, kapacitu a dobrovolnost. Odkrytí v sobě nese psychologickou dimenzi, jelikož klient díky tomu dostává pocit kontroly vzniklé situace. Předchází se tak jeho pocitu bezmocnosti. Prostřednictvím kapacity neboli kompetence může klient zpracovat získané informace, přemýšlet o nich a následně se bez nátlaku okolí rozhodnout, co pro něj bude nejlepší.¹⁶⁴

3. 1. 4 Agapé

Jakákoli pomáhající profese je dle mého názoru více posláním než zaměstnáním a rozhodně se neobejde bez altruistické lásky. Proto shledávám jako důležité, alespoň zkráceně se zde zmínit o lásce, která má nesporně silný vliv na rozhodování při řešení etických dilemat a problémů.

Každý člověk chce být v bezpečí, přijímán a nezištně milován, a to i během procesu umírání.¹⁶⁵ Právě svou hodnotu člověk během celého života poznává především láskou,

¹⁶¹ Srov. VORLÍČEK, J.; ZDENĚK, A.; POSPÍŠILOVÁ, Y.; a kol.: *Paliativní medicína*, druhé vydání. Praha: Grada Publishing, 2004. Kapitola 27. Etické problémy paliativní medicíny, s. 426.

¹⁶² RUNEŠ, R.: *Kurz – Úvod do hospicové paliativní péče ze dne 16. května 2012*. Z mých poznámek, dostupných v mém archivu.

¹⁶³ Srov. VÁCHA, M.; KÖNIGOVÁ, R.; MAUER, M.: *Základy moderní lékařské etiky*. Praha: Portál, 2012. Kapitola 6. Autonomie, s. 99.

¹⁶⁴ Srov. VÁCHA, M.; KÖNIGOVÁ, R.; MAUER, M.: *Základy moderní lékařské etiky*. Praha: Portál, 2012. Kapitola 6. Autonomie, s. 103 - 105.

¹⁶⁵ Srov. JAKOBY, B.: *Tajemství umírání*. Český Těšín: Langer Müller, 2005. Kapitola 8. Podstata lásky v procesu umírání, s. 89.

tedy tím že se cítí být milován druhými.¹⁶⁶ Co ale míníme pojmem láska? Tento pojem je vysvětlován velmi různorodě. Proto jsem vybrala dvě odlišná dělení lásky, která pomohou pochopit potřebný pojem pro tuto práci, tedy agapé.

Jako první zde uvedu pojetí lásky současného papeže Benedikta XVI., který lásku dělí na agapé a erós. Obě tyto lásky se dotýkají jak lidí, tak i samotného Boha. Agapé papež chápe jako lásku usilující o dobro druhého a také jako lásku, kterou nám dává Bůh. Oproti tomu erós vysvětluje jako volání po lásce, kterou Bůh i člověk od druhých chtějí dostat. Agapé a erós jsou tedy celistvou láskou, ve které je obsaženo její dávání a odpověď na lásku (to znamená její přijetí a akceptování).¹⁶⁷

Odlišným dělením je pojetí lásky dle N. Shetha, který tvrdí, že lásku jako takovou můžeme členit na vzájemnou lásku mezi členy rodiny (storge), lásku erotickou (éros), pro niž je specifické vlastnění druhého, dále lásku přátelskou (filia) a altruistickou neboli agapé. Agapé Sheth chápe jako označení pro altruistickou, nesobeckou, obětovanou lásku, která nemá žádná omezení. Zahrnuje v sobě především respekt, úctu, obdiv, pohostinnost, přijímání a vděčnost. Tato altruistická láska je podstatnou charakteristikou křesťana.¹⁶⁸ Pojem bližní se objevuje v podobenství o Samařanovi, kdy dobrý Samařan projevil svou lásku k člověku v nouzi na ulici, který potřeboval pomoc. Z toho plyne, že bližní je každý, kdo pomáhá, nikoli jen příbuzný.¹⁶⁹ Stejně tak tedy i pracovníci pomáhajících profesí jsou na pozici Samařana. Láskou je ale také i milování svých nepřátel, k čemuž nepatří cítit k nim přátelskou lásku, ale musíme prokázat svou uctivost a respekt k nim, což nám přikazuje Ježíš Kristus. K nepřátelům nemusíme cítit přátelskou lásku, ale musíme prokázat uctivost a respekt bez ohledu na očekávání jejího navrácení, což je podstatou oné nesobecké lásky.¹⁷⁰

¹⁶⁶ Srov. ROTTER, H.: *Důstojnost lidského života – základní otázky lékařské etiky*. Praha: Vyšehrad, 1999. Kapitola Hodnota života, s. 26.

¹⁶⁷ Srov. BENEDIKT XVI.: *Poselství papeže Benedikta XVI. k postní době 2007*. [online]. Vatikán, 2006. [cit. 2012-12-03]. Dostupné na WWW: <<http://tisk.cirkev.cz/dokumenty/poselstvi-papeze-benedikta-xvi-k-postni-dobe-2007>>.

¹⁶⁸ Srov. SHETH, N.: *Přednáška na JCU, TF na téma: Nezištná láska v křesťanství a v buddhismu ze dne 9. května 2012*. Z mých poznámek, dostupných v mém archivu.

¹⁶⁹ Srov. *Bible – Písmo svaté Starého a Nového zákona*. Praha: Česká biblická společnost, 2006. NZ, Lukáš 10, 25 – 37.

¹⁷⁰ Srov. Sheth, N.: *Přednáška na JCU, TF na téma: Nezištná láska v křesťanství a v buddhismu ze dne 9. května 2012*. Z mých poznámek, dostupných v mém archivu.

Z uvedených pojetí lásky vyplývá, že i přes jejich rozličná dělení je agapé chápána jako láska altruistická, jež je dáována bližním.

3. 1. 5 Princip odpovědnosti

Povinností všech lidí by mělo být naučit se rozlišovat mezi pravdou a falší, díky čemuž člověk dozraje k morální odpovědnosti za vlastní činy. Právě tímto dozráním se člověk stane svobodným a pracovník kompetentním.¹⁷¹ Tento princip především představuje schopnost člověka logicky zdůvodnit své jednání.¹⁷² A právě rozumové zdůvodnění rozhodnutí, jež pracovník může učinit, je v další části této práce hlavním cílem.

3. 1. 6 Hodnoty pracovníka

Hodnoty nejsou nikterak přesně definovány, jelikož hodnota je velmi problematickým termínem. Nejprve byl používán termín dobro. Pojem hodnota se poprvé objevil až počátkem 19. století.¹⁷³ Ani tehdy však nešlo určit jasnou terminologii, protože se jedná o obecný termín, na který lze pohlížet z různých úhlů.¹⁷⁴ Já osobně vidím hodnotu jako něco výjimečného v životě každého člověka. Jedná se o velký, materiálně nevyčíslitelný cíl, kterého se snažíme dosáhnout. Preferujeme vše, co nám pomáhá přiblížit se k tomuto cíli a cokoli je proti němu, zásadně zavrhuje a odsuzujeme.

Za nejvyšší hodnotu z etického pohledu je považováno dobro. Hodnota, kterou jedinec uznává, se pro něj stává normou, ovlivňuje tak jeho morálku a předpokládá, že ostatní mají stejný pohled na věc, o níž rozhoduje, zda je dobrá nebo špatná. Každý

¹⁷¹ Srov. REMIŠOVÁ, A. a kol.: *Dejiny etického myslenia – v Evrópe a USA*. Bratislava: Kalligram, 2008. Hrehová, H.: kapitola 4. Etika v období stredoveku, s. 128.

¹⁷² Srov. ANZENBACHER, A.: *Úvod do etiky*. Praha: Academia 1, druhé vydání, 2001. Kapitola 1. Etické předporozumění, s. 15.

¹⁷³ Srov. Sociální práce, sociální práca. České Budějovice: Asociace vzdělavatelů v sociální práci, 1/2009. H. a T. Machulovi: *Nedostatečná definice pojmu hodnota jako zásadní problém etiky sociální práce*, s. 97 – 98.

¹⁷⁴ Srov. CAKIRPALOGLU, P.: *Psychologie hodnot – přehled pro humanitní obory*. Votobia, 2004. Kapitola 20. Terminologická různorodost týkající se pojmu hodnota, s. 313.

jedinec uznává však jiné primární hodnoty a není možné je všeobecně určit, přestože víme o některých věcech, že jsou špatné a dobré. Například špatné je utlačovat menšiny a dobré pomáhat potřebným.¹⁷⁵ Každý jedinec považuje za hodnotu něco jiného. U některých jedinců můžeme narazit na shodu. Vliv na vývoj hodnot má především výchova a učení prostřednictvím trestů a odměn.¹⁷⁶ Každý má svůj žebříček hodnot, jež je také modelován kulturou, v níž člověk vyrůstal. Značné rozdíly hodnot nacházíme mezi Východem a Západem. Včetně tohoto ovlivnění si hierarchie hodnot zachovává svou subjektivitu. Neznamená to však, že jedinec má hodnoty uspořádané celý život stejně, jde o proces přehodnocování, což znamená, že člověk uznává jiné hodnoty v odlišném pořadí například v mládí a poté ve svém stáří. Nejvýznamnějšími hodnotami jsou především hodnoty interpersonální, jež ovlivňují mezilidské vztahy.¹⁷⁷

Etická dilemata jsou hlavním tématem této diplomové práce. Proto si i zde potvrdíme tvrzení, že se hodnoty mohou dostat do střetu, kdy budeme muset rozhodnout, která hodnota je vyšší, nebo v danou chvíli důležitější, což není zcela jednoduché.¹⁷⁸ Mohou se překrývat nejen hodnoty, ale i zájmy a různosti pohledů. Proto se ocitáme na odlišných stupních obtížnosti řešení a budeme muset za každou cenu pohotově na vzniklé dilema reagovat a rozhodnout se, jakou hodnotu upřednostníme.¹⁷⁹

3. 2 Konkrétní možnosti řešení zjištěných etických dilemat

Popsala jsem různé etické principy, teorie. Následovně vezmu každé zjištěné dilema, které se v rámci možnosti pokusím podložit konkrétním případem z praxe a stanovím si možná řešení konkrétního případu. Poté aplikuji na každé řešení různé etické teorie

¹⁷⁵ Srov. KUTNOHORSKÁ, J.: *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing, 2007. Kapitola 1. Etika – věda o morálce, s. 15.

¹⁷⁶ Srov. NAKONEČNÝ, M.: *Psychologie – přehled základních oborů*. Praha: Triton, 2011. Kapitola Osobnost, s. 568.

¹⁷⁷ Srov. NAKONEČNÝ, M.: *Psychologie – přehled základních oborů*. Praha: Triton, 2011. Kapitola Osobnost, s. 572 - 573.

¹⁷⁸ Srov. KUTNOHORSKÁ, J.: *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing, 2007. Kapitola 1. Etika – věda o morálce, s. 16.

¹⁷⁹ Srov. STUDENT, J., CH.; MÜHLUM, A.; STUDENT, U.: *Sociální práce v hospici a paliativní péče*. Kapitola 7. Etické aspekty, s. 131.

či principy, čímž dokončím splnění cíle této diplomové práce. Dále názorně předvedu, jak je možné řešit odlišně různá etická dilemata, a i přesto mít své eticky přijatelné zdůvodnění, jež pracovníka k jeho rozhodnutí vedlo.

V této práci uvedená etická dilemata jsem měla možnost zjistit během své absolvované praxe. Konkrétně zde v pořadí páté etické dilema jsem si sama prožila, některá další jsem měla možnost vyzporovat a zbylá dilemata mi byla sdělena pracovníky Hospice svatého Jana Nepomuka Neumanna v Prachaticích v průběhu praxe či absolvovaného kurzu.

3. 2. 1 První dilema – polohovat nebo nechat klienta v poloze, která mu je příjemná?

Nejprve se zmíním krátce o tématu s tímto souvisejícím, a to o proleženinách. Proleženiny představují poškození tkáně, jež je způsobeno tlakem, napnutím kůže nebo působením stříhových sil. Můžeme rozlišit čtyři stádia vzniku proleženiny. Nejprve se objevuje zarudnutí kůže, následně dochází k vytváření puchýřů, což vede ke ztrátě kůže v plné tloušťce, čímž se poškodí podkožní tkáně a poté tento proces přechází do poslední fáze. Vzniká tkáňová nekróza postihující svalovou tkáň, kosti, vazy a kloubní pouzdra. Jako prevence vzniku proleženin slouží polohování¹⁸⁰

V převážné většině se klient v hospicovém zařízení dříve nebo později stane člověkem plně upoutaným na lůžko. Může se však také stát, že bude trpět bolestmi všeho i na pouhý jemný dotek. Příkladem je klientka A. z hospice, která byla přijata z devítileté domácí péče. Paní A. již přes devět let bojovala s rakovinou kůže. Rakovina se stále rozšiřovala, proto byla upoutána na lůžko a stala se tak plně závislou na péči svého manžela, jež po devíti letech už péči nezvládal. Našel pro paní A. řešení, a to hospic. Paní byla přijata ve velmi špatném psychickém stavu, neustále trpěla bolestmi, proto nebylo jednoduché vykonávat obvyklé ošetřovatelské

¹⁸⁰ Srov. VORLÍČEK, J.; ZDENĚK, A.; POSPÍŠILOVÁ, Y.; a kol.: *Paliativní medicína*, druhé vydání. Praha: Grada Publishing, 2004. Kapitola 13. Kožní projevy u paliativně léčených., s. 179.

úkony. Při jakémkoli dotyku plakala a prosila o přestání. Osobní hygiena byla tedy velmi složitá. I její fyzický stav se začal velmi rychle zhoršovat.¹⁸¹

Setkáváme se tedy s prvním etickým dilematem. Máme nechat klientku, aby měla proleženiny a cítila se v rámci možností dobře, přičemž poloha jí je příjemná, anebo je lepší ji polohovat, aby se zamezilo proleženinám ale za cenu, že to bude klientku bolet?

Bolest je tedy hlavním předmětem tohoto dilematu. Nacházíme zde bolest z polohování a manipulace s klientkou, ale také bolest z proleženin. Na faktor bolesti v tomto případě může mít vliv etický princip dvojího účinku neboli princip menšího zla (viz podkapitola 2.4.5 Bioetické principy). Jedná se o individuální pohled na věc. Princip dvojího můžeme využít tak, že přistoupíme na léčebný zákrok, polohování, které je etické, ale musíme počítat s tím, že to může nepřímo vést k něčemu neetickému, k bolesti. Zde se tedy rozhodujeme pro variantu polohovat. Zamezení proleženinám je etickým cílem, který je provázen „neetickým“ polohováním způsobující bolest. Princip dvojího účinku můžeme použít, ale i v případě, kdy nepolohování chápeme jako etické jednání, které může následně vést k negativním důsledkům. Tady se jedná o rozhodnutí nepolohovat s tím, že pacientce bude vyhověno. Bude pouze v poloze, která jí je příjemná s tím, že se mohou postupem času objevit proleženiny. Zde je tedy jasně vidět, jak může jeden a tentýž etický princip vést k odlišnému rozhodnutí. Při rozhodování pracovníci musí usilovat o dosažení dobrého účinku. Cíl musí být vždy etický. A prospěšného musí být bezesporu více než škodlivého. Prospěšné účinky musí tedy být viditelné nejméně tak jako ty špatné a dobrého účinku není možné dosáhnout jinak než působením i špatného.¹⁸² Na tomto jasně vidíme složitost posouzení situace, proto je nutné brát ohled na individualitu případu, nikoli rozhodnout se a považovat to za univerzální řešení.

Pro tvrzení polohovat klientku je Kantova deontologická etika (viz podkapitola 2.4.3 Deontologická teorie - povinnostní etika), ve které je polohování povinností. Jedná se o předcházení vzniku proleženin, které je velmi bolestivé. Zamezí se tak možné nekrotizaci kůže. Pro toto tvrzení může také být i utilitarismus (2.4.2 Teleologická

¹⁸¹ Srov. Vlastní pozorování: *Odborná praxe v Hospici sv. Jana N. Neumanna v Prachaticích v termínu 5. až 23. března 2012*. Z mých poznámek, dostupných v mém archivu.

¹⁸² Srov. ONDOK, J. P.: *Bioetika, biotechnologie a biomedicína*. Praha: Triton, 2005. Kapitola Obecné problémy a pojmy bioetiky s. 68.

teorie - utilitarismus), kdy je cílem zamezení proleženinám, i přes negativa. Klientka sice bude při polohování trpět bolestí, ale zamezí se možné nekrotizaci.

Pro rozhodnutí, že necháme klientku v poloze, která jí vyhovuje, jsou také etická zdůvodnění. V první řadě pro toto rozhodnutí je etika hodnot, konkrétně tedy hodnota lidské důstojnosti (viz podkapitola 3.1.1 Lidská důstojnost), kvality života (viz podkapitola 3.1.2 Kvalita života) a svobody rozhodovat o záležitostech týkající se daného jedince (viz podkapitola 3.1.3 Autonomie). Při rozhodování se pro nepolohování je také ještě jeden významný faktor, který je typický právě pro hospicové zařízení. Jedná se o délku života klienta. Je to velmi složité posoudit, ale pokud člověk má pouhých pár dní či dokonce hodin, nemá smysl se rozhodovat pro polohování. Ale jak tento čas posoudit? Je to opět velmi nejasné ba dokonce i nemožné. Posouzení toho, kolik času zbývá, právě proto velmi záleží na týmové práci a zkušenostech.

Jak tedy rozhodnout v našem modelovém případě? Konkrétně u klientky A. byla míra bolesti tak velká, že bylo rozhodnuto nepolohovat a nechat klientku v klidu. Toto rozhodnutí se prokázalo jako velmi dobré, protože paní za tři dny umřela. Nebyl tedy čas pro vznik proleženin a polohování by tedy v tomto případě bylo zbytečné, ale konec jejího života nemohl nikdo tušit, mohla se zlepšit a příšly by proleženiny.¹⁸³

3. 2. 2 Druhé dilema – mají pracovníci intervenovat v případě, že je rodina v jiné fázi či nikoli?

Ještě než určíme etické podložení tohoto dilematu, ráda bych se krátce zmínila o pěti fázích umírání, které rozdělila Elisabeth Kübler Rossová. Tato žena celý život zasvětila věnování se umírajícím lidem¹⁸⁴. Právě díky tomu těchto pět fází určila a zároveň

¹⁸³ Srov. Pracovníci: *Odborná praxe v Hospici sv. Jana N. Neumanna v Prachaticích v termínu 5. až 23. března 2012*. Z mých poznámek, dostupných v mém archivu.

¹⁸⁴ Srov. *Elisabeth Kübler-Ross Biography*, [cit. 2012-08-02]. Dostupné na WWW: <<http://www.faqs.org/health/bios/23/Elisabeth-K-bler-Ross.html>>

tvrdila, že těmito fázemi si projde úplně každý umírající, a to postupně. Není tedy možné jednu fázi přeskocit, ale je možné se vracet zpět.¹⁸⁵

První fází je šok neboli také popření. Zde se jedná o to, že klient nemůže dané situaci uvěřit. Podezírání proto lékaře z klamných výsledků nebo z jejich záměny, proto je důležité s klientem navázat kontakt a získat si jeho důvěru. Druhou fází je agrese, hněv. Klient neustále klade otázky typu: „Proč já?, Proč ne on?“ a podobně. V této fázi sehněvá na celé okolí, proto hrozí nebezpečí, že od sebe odežene svou rodinu a zůstává sám. Z toho důvodu je velmi důležité vysvětlit rodině, v jaké situaci se klient nachází, aby mu pomohli odreagovat se. Třetí fází nazývá E. K. Rossová smlouvání, vyjednávání. Klient se snaží oddálit příchod smrti za každou cenu. Vyhledává tak různé alternativy, za které je ochoten zaplatit vším co má. Bohužel zde se velmi často může setkat s podvodnými šarlatány, proto je nutná opatrnost a ke klientovi se musí přistupovat s velkou mírou trpělivosti. Předposlední, čtvrtou fází je deprese. Tady panuje strach ze ztráty všeho a také uvědomování si, že již není schopen pečovat o své nejbližší. Klient potřebuje ochotu a podporu ostatních. Musí si všechny své věci zařídit a ujistit se, že o blízké bude dobře postaráno. Poslední fází je akceptace, smíření. Jedná se o osvobození od zlých pocitů, kdy svůj boj vzdává, smířil se a je čas se rozloučit. V této fázi je podstatou mlčenlivá přítomnost, držení za ruku, ale je také nutné myslet na rodinu, jak tento klientův stav zvládá.¹⁸⁶

Jako velmi důležitou informaci pro tuto kapitolu shledávám fakt, že těmito fázemi prochází nejen klient, ale i rodina umírajícího.¹⁸⁷

Na praxi v hospici se mi toto tvrzení jen potvrdilo. Každý klient hospicového zařízení má svoji kartu, ve které je zachycena i fáze, v níž se momentálně vyskytuje. Z náhledu do jednotlivých karet jsem zjistila, že většina pacientů se ocitá ve fázi vyjednávání a pouze jedna pacientka s roztroušenou sklerózou, jež je v hospici už třetím rokem, byla v poslední fázi. Ale i pracovníci mi sami potvrdili, že je velmi složité určit, v jaké fázi se klient nachází, když se jeden den zlepší a druhý den nekomunikuje. Jen díky tomu, že hospic pomáhá i blízkým umírajících je možné zjistit, jak na tom jsou i oni. Je možné setkat se zde s dalším etickým dilematem. Může skutečně

¹⁸⁵ Srov. SVATOŠOVÁ, M.: *Hospice a umění doprovázet*. Praha: Karmelitánské nakladatelství v Kostelním Vydří, 2008. Kapitola 1. Doprovázení těžce nemocných – teoreticky, s. 25.

¹⁸⁶ Srov. SVATOŠOVÁ, M.: *Hospice a umění doprovázet*. Praha: Karmelitánské nakladatelství v Kostelním Vydří, 2008. Kapitola 1. Doprovázení těžce nemocných – teoreticky, s. 25.

¹⁸⁷ Srov. Tamtéž, s. 24.

nastat situace, kdy je klient a jeho blízcí v úplně jiné fázi dle Elisabeth Kübler Rossové vyrovnání se se ztrátou, smrtí. Pro pochopení si to ukážeme na příkladě. Klient je ve fázi smíření a jeho blízcí ve fázi smlouvání. Co teď? Nyní vzniká pracovníkům dilema, mají vzniklou situaci řešit, anebo tomu mají nechat volný, přirozený průběh?¹⁸⁸

Pro rozhodnutí nechat to být, čas to vyřeší, mluví především nám již známý princip lidské autonomie (viz podkapitola 3.1.3 Autonomie). Může to být i náhled přirozenosti nechat to být, protože rodina sama do té fáze dojde, proto není třeba na ní nějak tlačit.

V neposlední řadě může mít i vliv hédonismus (viz podkapitola 2.4.1 Hédonismus). V našem konkrétním případě řešení dilematu se může stát případ, kdy pracovník má strach z reakcí rodiny při jejich možném rozhovoru. Zde jsem nucena zdůraznit fakt, že toto je opravdu neprofesionální reakce. Ale z důvodu, že i pracovníci v pomáhajících profesích jsou „jen“ lidé, musíme si i tuto možnou reakci připustit. Musíme počítat i se situací, že se nám nemusí podařit dostat rodinu do potřebné fáze včas.

Pro tvrzení mluvit s rodinou, snažit se s ní dále pracovat, je především snaha o co největší psychickou pohodu a zamezení tlaku na klienta. Figuruje zde opět lidská důstojnost klienta (viz podkapitola Lidská důstojnost 3.1.1), o níž usilujeme tím, že se snažíme pracovat s rodinou a pokoušíme se navodit tak klientovi klid na důstojné umírání. Pro toto rozhodnutí hlasuje také princip růstu skrze utrpení. A to v tom smyslu, že když budeme pracovat s rodinou, budeme tím usilovat o to, aby jim bylo vše vysvětleno, a především nastíníme situaci klienta, jak to asi tak vnímá on sám. Pokusíme se tím rodinu dostat do fáze jako je klient, anebo aspoň jim napomoci ho pochopit, aby s ním jednali tak, aby byl v psychické pohodě. Bude to pro bližní umírajícího sice velmi těžké, ale rozvine se jejich osobnost, pochopení nebo přinejmenším získají informace, které mohou napomoci jak jim, tak i klientovi.¹⁸⁹

¹⁸⁸ Srov. Vlastní pozorování: *Odborná praxe v Hospici sv. Jana N. Neumanna v Prachaticích v termínu 5. až 23. března 2012*. Z mých poznámek, dostupných v mém archivu.

¹⁸⁹ Srov. Pracovníci: *Odborná praxe v Hospici sv. Jana N. Neumanna v Prachaticích v termínu 5. až 23. března 2012*. Z mých poznámek, dostupných v mém archivu.

Tato situace je složitá a pro klienta rozhodně dosti vyčerpávající, protože se ocitá buď v situaci, kdy příbuzní nutí lékaře k dalším zbytečným invazivním zákrokům, nebo jsou v depresi a nemají chuť ani sílu umírajícího doprovázet, což zvyšuje osamělost, pocit zbytečnosti, stres klienta, a to rozhodně neprospívá jeho zdraví. Další situací může být zájem rodiny, a jejich pravidelné návštěvy, u kterých se ale hrouť, tudíž je klient nucen utěšovat příbuzné, což mu ubírá mnoho sil, jež by měl použít ke klidnému, důstojnému umírání.¹⁹⁰ Pokud tedy rodina nedožene fázi, v níž se klient ocitá, je nutné mít někoho, kdo se ujme role doprovázejícího. Může to být někdo z příbuzných, přátel, známý, duchovní, zdravotní sestra, ošetřovatelka či dobrovolník hospice.¹⁹¹

V hospici, ve kterém jsem byla, řešili toto dilema tak, že s rodinou promluvili a usilovali o neustálou práci se všemi, kteří umírajícího obklopovali. Snažili se tak docílit toho, aby se klient měl co nejlépe po psychické stránce.¹⁹²

3. 2. 3 Třetí dilema – říci pravdu nebo milosrdně zalhat?

Klient při vstupu do hospice musí dát souhlas o přijetí. Každému příchozímu je tak podán formulář o tom, že jsou si plně vědomi současného zdravotního stavu. A jen ve výjimečných případech může souhlas podepsat nejbližší příbuzný.¹⁹³ I po podpisu může nastat situace, kdy pacient bude v takovém stavu, kdy zapomene na svou nemoc tedy na to, proč vůbec v hospici je. Jak se to může stát? Například klient vytěsňuje svou nemoc a po čase se zeptá, proč tu vlastně je. Ale je to tak vždy? Opět se zde setkáváme s individualitou jedince a nutným ohledem na každý případ zvlášť, což se mi potvrdilo i během praxe, kdy jsem se setkala s klientem B.¹⁹⁴

¹⁹⁰ Srov. PTÁČEK, R.; BARTŮNĚK P.; a kol.: *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada Publishing, 2011. Kapitola Komunikace s vážně nemocnými a umírajícími, s. 366.

¹⁹¹ Srov. SVATOŠOVÁ, M.: *Hospice a umění doprovázet*. Praha: Karmelitánské nakladatelství v Kostelním Vydří, 2008. Kapitola 1. Doprovázení těžce nemocných – teoreticky, s. 24.

¹⁹² Srov. Pracovníci: *Odborná praxe v Hospici sv. Jana N. Neumanna v Prachaticích v termínu 5. až 23. března 2012*. Z mých poznámek, dostupných v mém archivu.

¹⁹³ Srov. VORLÍČEK, J., ADAM, Z., a kol.: *Paliativní medicína*. Druhé vydání, Praha: Grada, 2004. Kapitola 33. Hospicové hnutí ve světě a u nás, str. 511.

¹⁹⁴ Srov. Vlastní pozorování: *Odborná praxe v Hospici sv. Jana N. Neumanna v Prachaticích v termínu 5. až 23. března 2012*. Z mých poznámek, dostupných v mém archivu.

Krátce tedy vylíčím jeho příběh. Klient B žil normálním životem a pracoval jako dělník. V červnu roku 2010 se u něj projevy první obtíže. Byl tak poslán na různá vyšetření a zjistila se esenciální hypertenze, lehký diabetes a meningeom báze lební. Po dalším vyšetření se ukázalo, že se jedná o tumor s nepřesnou hranicí. V srpnu 2010 byl tedy klient informován o svém stavu a byla mu doporučena chemoterapie, s čímž souhlasil. Podstoupil šest chemoterapií do progrese onemocnění. Pacient následně podstoupil velmi riskantní operaci, po které zapomněl na dobu, předtím. Jeho paměť a celkový stav byly zhoršeny. Rodině bylo oznámeno, že se klient B ocitá v terminálním stádiu a byla doporučena paliativní léčba. Manželka se o něj starala doma. V prosinci 2011 byl přijat do nemocnice na neurologické oddělení pro bezvědomí s křečemi. Poté byl stabilizován, ale téměř přestal komunikovat. Objevila se u něj expresivní fatická porucha, která konkrétně téměř znemožnila jeho schopnost vyjadřovat se. Po propuštění z nemocnice a tomto zhoršení rodina péči přestala zvládat, proto podala žádost o přijetí do hospice v Prachaticích. Ihned jim bylo vyhověno a začátkem loňského roku byl přijat. V době mé praxe byl částečně mobilní, inkontinentní a měl již zmíněné problémy v komunikaci. Rozuměl, věděl, co chce říci, ale nedokázal se vyjádřit. Což bylo velmi stresující, když ví, že neříká, co by chtěl. Nedokázal se na nic soustředit a rychle zapomínal. V době, kdy jsem tam byla, již netušil, že umírá a nebyl si plně vědom svého stavu. Byl schopen odpovědět, jen když dostal na výběr mezi dvěma možnostmi a někdy vybral jinou, než chtěl a několikrát se opravoval. Jeho stav se neustále zhoršoval, ale ve světlých chvílích se zeptal: „Kde jsem, co je to za budovu, proč tu jsem? Chci domů.“¹⁹⁵

Jak se teď zachovat? Jasně vidíme, jak se ze zdravého člověka může stát člověk, který je schopen jen velmi omezené komunikace. Dle zkušenosti může nastat v hospici i to, že klient kvůli svému stavu na svou nemoc zapomene, a i přes udělený informovaný souhlas při přijetí, se začne ptát na to, co mu je a proč se zde nachází. Tady vzniká opět velmi dilematická situace, kdy se musí pomáhající s rodinou klienta rozhodnout. Je lepší říci mu pravdu o jeho stavu, anebo by pro něj bylo schůdnější, kdybychom mu milosrdně zalhali?

Pomůže nám při řešení této situace jasně zákon? Dle Úmluvy lidských práv a svobod má každý právo na informace o svém zdravotním stavu, ale existuje i kapitola

¹⁹⁵ Srov. Pracovníci hospice, karta klienta: *Odborná praxe v Hospici sv. Jana N. Neumanna v Prachaticích v termínu 5. až 23. března 2012. Z mých poznámek, dostupných v mém archivu.*

tři, v němž článek deset povoluje zatajení některých informací o zdravotním stavu, a to jen a pouze pokud je to v zájmu klienta.¹⁹⁶ Někteří právníci tedy zastávají názor, že ihned říci pravdu je nutností, protože zamezíme tak dalšímu investování klienta například do podnikání a vytvoříme mu tak prostor pro vyřízení si svých záležitostí (například sepsání závěti). A jiní toto považují za znekválnění jejich života, proto se přiklánějí k milosrdné lži.¹⁹⁷ I v těchto názorech se střetává povinnost říci pravdu a etický princip neškodit klientovi.

Každopádně se při rozhodování setkáváme s opět již známým principem lidské důstojnosti (viz podkapitola 3.1.1 Lidská důstojnost), který můžeme použít jak pro rozhodnutí říci pravdu, protože je tím dána najevo lidská důstojnost a její respekt, tak pro rozhodnutí zalhat, kde nám tento princip slouží stejným způsobem jako u řešení pravdy. Podobně nám poslouží i princip lásky (viz podkapitola 3.1.4 Agápe), díky němuž si můžeme zdůvodnit tvrzení říci pravdu i milosrdné zalhání.

Další použitelný princip bych ráda zařadila do dělení dle Beuchapa a Cildresse, jež stanovili etické principy prvního a druhého řádu. Do prvního řádu řadí princip neškození, dobřechinnění, respektu k autonomii a princip spravedlnosti. Do druhého patří důvěryhodnost, poctivost, věrnost, mlčenlivost a v neposlední řadě pravdomluvnost.¹⁹⁸ Právě princip pravdomluvnosti hovoří jasně pro rozhodnutí říci klientovi pravdu. Základem tohoto principu je říkat pravdu, tedy nelhat a nepodvádět, čímž se získá důvěra klienta. Tento princip tedy říká, že každý má právo vědět o svém zdravotním stavu vše.¹⁹⁹

Pro tvrzení říci pravdu je i praxí ověřený fakt, jak jsem se zmínila v podkapitole 1.1.2 Komunikace s umírajícími a pozůstalými, že ve většině případů umírající již tuší blízkost svého konce a zatajením takovéto informace u klienta nejen ztratíme důvěru, ale také dosáhneme toho, že se bude cítit sám, což jeho stavu spíše přihorší.²⁰⁰

¹⁹⁶ *Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny*. Platná od: 1.10.2001, Kapitola 3. Ochrana soukromí a právo na informace, ods. 10.

¹⁹⁷ Srov. TURKOVÁ, I.: *Odborná praxe v Hospici sv. Jana N. Neumanna v Prachaticích v termínu 5. až 23. března 2012*. Z mých poznámek, dostupných v mém archivu.

¹⁹⁸ Srov. IVANOVÁ, K.: *Etika pro pracovníky ve zdravotnictví*. Ostrava: Zdravotně sociální fakulta, 2005. Kapitola 3. Současnost etiky ve zdravotnictví, s. 52 – 55.

¹⁹⁹ Srov. Tamtéž, s. 54 – 55.

²⁰⁰ Srov. ROTTER, H.: *Důstojnost lidského života – základní otázky lékařské etiky*. Praha: Vyšehrad, 1999. Kapitola Pravda u lůžka nemocného, s. 835.

Pro rozhodnutí říci pravdu je také filosof Kant, který jako zastánce deontologické etiky dává důraz na povinnost. V našem případě jde o povinnost říci pravdu. Sám toto vysvětluje na příkladě.²⁰¹ „Bylo by zločinem lhát vrahovi, který se nás ptá, zda náš přítel, kterého on pronásleduje, se neskryvá v našem domě. Pokud odpovíme popravdě a přítel přece jen nepozorovaně odešel, tak vrahovi nepadl do rukou a ke zločinu nedošlo. Pokud zalžeme a při odchodu se střetnou, může ho vrah zabít“²⁰² Z toho plyne, že při lži bychom druhému jen ublížili, nikoli pomohli, jak si můžeme mylně myslet. Mluvit pravdu je tedy dle Kanta bezpodmínečnou povinností.

Příznivci milosrdného zalhání klientovi o jeho stavu argumentují zase snahou zmírnit utrpení, a to především to psychické. Zde se střetáváme s utilitarismem (viz podkapitola 2.4.2 Teleologická teorie - utilitarismus), kdy je hlavním cílem právě psychická pohoda klienta.

Také však pro milosrdné zalhání je princip neškodit (viz podkapitola 2.4.5 Bioetické principy), který jednoznačně zakazuje jakýmkoli způsobem poškodit klienta.²⁰³

V literatuře můžeme nalézt informace, jež bychom klientům říkat rozhodně neměli. Jedná se o takové informace, které klienta zahltí, vystresují, nemají žádný význam nebo také v případě, kdy klient informace odmítá, či o ně nežádá.²⁰⁴

Již známe různé argumenty pro rozhodnutí říci pravdu i pro milosrdnou lež. Jak se tedy rozhodnout v případě klienta B, popsaného na počátku této podkapitoly? Musím říci, že pro rozhodnutí být ke klientovi upřímný je mnohem více argumentů. Ale co individualita a jedinečná situace klienta? V tomto případě v hospici je právě individualita na prvním místě. Tento klient si nepamatoval informace příliš dlouhou dobu. Jeho psychika už nebyla v dobrém stavu, tak bylo rozhodnuto nestresovat klienta, když to stejně zapomene a nechat ho kvalitně a důstojně dožít, což se také podařilo.²⁰⁵

²⁰¹ Srov. HEIDBRİK, H.: *Psychologie morálního vývoje*. Praha: Portál, 1997. Kapitola 2. Morální kazuistiky, s. 17.

²⁰² Tamtéž.

²⁰³ Srov. KUBEK, M.: *Lékařská etika pod tlakem* [online]. 2011 [cit. 2012-08-26]. Dostupné z: <http://lkr.cz/prezident-clk-31.html>

²⁰⁴ Srov. PTÁČEK, R.; BARTŮŇEK P.; a kol.: *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada Publishing, 2011. Kapitola Etika a kritické stavy, s. 495.

²⁰⁵ Srov. Vlastní pozorování: *Odborná praxe v Hospici sv. Jana N. Neumanna v Prachaticích v termínu 5. až 23. března 2012*. Z mých poznámek, dostupných v mém archivu.

3. 2. 4 Čtvrté dilema – zavolat rodině, nebo počkat až přijde?

Nyní přecházíme již k okamžiku smrti, proto zde stručně popíši, jak poslední okamžiky vypadají. Opět ale upozorňuji na individualitu, proto se popis může od skutečnosti u každého jedince lišit.

Několik dní před smrtí umírající prožívá euforii, tedy velmi dobrý stav a psychickou pohodu. V tomto období vyslovuje různá přání, má potřebu posadit se a vstát. Euforie je však náhle vystřídána smrtelným kómatem. Přesněji řečeno se jedná o bezvědomí, ve kterém má umírající otevřené či polootevřené oči, nedověřená ústa a nereaguje na naše slova. Zornice sice lehce reagují, ale ruce i nohy chladnou a začíná se objevovat temnější barva kůže. Dle mnohých odborníků, konkrétně například dle paní profesorky Haškovcové, nás umírající v tomto stavu plně slyší, proto je nutné chovat se tak, jako by byl při vědomí. Puls následně slábne, klesá tlak i teplota. Dech je buď zrychlený, nebo pomalý s dlouhými pauzami, ve kterých si můžeme myslet, že se jedná o výdech poslední. Pomáhající pracovníci by měli vyzvat příbuzné umírajícího ke sdělení toho, co mají na srdci, protože je to poslední možný okamžik, ve kterém mohou s umírajícím bližní mluvit.²⁰⁶ Ale co když nejsou poblíž?

Tato situace skutečně může nastat. Přesvědčila jsem se o tom v průběhu své praxe. Proto dále mohu uvést konkrétní případ tohoto etického dilematu. Paní C od rána sténala. Její velmi velká rodina minimálně jednou denně seděla u jejího lůžka a pečlivě se starala, aby klientka nestrádala a byla v co největší psychické pohodě. I toho dne v brzkých ranních hodinách byla celá dvanáctičlenná rodina u jejího lůžka. Klientka celou tu dobu spala. Asi po hodině všichni museli odejít, děti do školy a dospělí do práce. Manžel se během dopoledne ještě za klientkou C stavil, aby donesl, co jí slíbil. Klientka však stále odpočívala. Manžel poprosil přítomnou ošetřovatelku, aby klientku po probuzení pozdravovala a také přislíbil, že ihned po práci, která je nedaleko hospice, kolem půl čtvrté přijde opět na návštěvu s celou rodinou. Kolem druhé hodiny odpolední se však paní začala zhoršovat, po chodbách se rozléhalo sténavé vzdychání. Zavolaný lékař potvrdil, že konec jejího působení zde se blíží. Jeho odhad byl takový, že klientka C příští den již nebude mezi námi. Ocitáme se v situaci,

²⁰⁶ Srov. HAŠKOVCOVÁ, H.; *Thanatologie – nauka o umírání a smrti*. Druhé vydání, Praha: Galén, 2007. Poslední týdny a dny, s. 79 - 84.

kdy máme na pokoji klientku ve zhoršeném stavu, ale víme, že se rodina do dvou hodin dostaví. Co teď?²⁰⁷

Právě se setkáváme s velmi dilematickou situací. Mají pracovníci hospice povinnost při jakémkoli zhoršení stavu volat rodinu, aby se zajistila jejich přítomnost při blížení se konce života jejich bližního, anebo mají počkat a radši oznámit zhoršení osobně, až se příbuzní staví na návštěvu, aby to bylo citlivější?

Při rozhodování má nepochybně vliv přání rodiny. Při přijetí do hospice se zakládá každému klientovi osobní karta, ve které je i kolonka pro tuto informaci, zda při zhoršení stavu volat, kam, případně v jakém časovém rozmezí.²⁰⁸ I v literatuře se dočítáme, že je nutné domluvit se s rodinou umírajícího na tom, zda se jim má neprodleně zatelefonovat, aby byla možnost osobního rozloučení, nebo zda si toto nepřejí.²⁰⁹

Důvodem pro rozhodnutí zavolat neprodleně rodině je bezpochyby právo rodiny, bližních na informaci o stavu klienta, a také právo klienta umírat v přítomnosti svých nejdražších, kterou bychom mu rozhodně neměli upírat. Rodina má tak možnost pomáhat při péči o umírajícího a mít možnost rozloučit se.²¹⁰ Z tohoto úhlu pohledu se tedy jedná o povinnost zavolat, tedy o deontologickou etiku udávající, že se vždy musí jednat dle povinnosti (viz podkapitola 2.4.3 Deontologická teorie - povinnostní etika).

Pro rozhodnutí počkat (neboli osobně oznámit zhoršení klienta) je důležitý princip neškodit (viz podkapitola 2.4.5 Bioetické principy). Nyní však tento princip není zaměřen na klienta, ale na jeho bližní, rodinu, přátele, kterým se má negativní informace poskytnout. Při telefonování totiž nevíme, v jaké situaci se volaný nachází, kde je, v jakém je rozpoložení, nevidíme jeho reakce a nemůžeme mu poskytnout tu správnou pomoc při nečekané reakci. Třeba se může snadno stát, že volající řídí motorové vozidlo a sdělená informace ho rozruší na tolik, že způsobí automobilovou nehodu. Nebo pokud

²⁰⁷ Srov. Vlastní pozorování: *Odborná praxe v Hospici sv. Jana N. Neumanna v Prachaticích v termínu 5. až 23. března 2012*. Z mých poznámek, dostupných v mém archivu.

²⁰⁸ Srov. Pracovníci hospice: *Odborná praxe v Hospici sv. Jana N. Neumanna v Prachaticích v termínu 5. až 23. března 2012*. Z mých poznámek, dostupných v mém archivu.

²⁰⁹ Srov. PTÁČEK, R.; BARTŮŇEK P.; a kol.: *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada Publishing, 2011. Kapitola Komunikace s vážně nemocnými a umírajícími, s. 372.

²¹⁰ Srov. PARKES, C. M.; RELFOVÁ, M.; COULDRICKOVÁ, A.: *Poradenství pro smrtelně nemocné a pozůstalé*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007. Kapitola Poradenství rodině pacienta před jeho úmrtím, s. 98.

není zcela smířen s umíráním bližního, může zazmatkovat či spadnout do silného smutku, deprese, a proto je lepší oznamovat tyto záležitosti osobně, kdy pomáhající může lépe zareagovat a poskytnout potřebnou oporu a pomoc.²¹¹ Jedná se tedy o úmysl neškodit, kdy nedáme na přání klientovi rodiny či klienta, a to kvůli ochraně bližním umírajícího.²¹²

Setkáváme se s dvěma podloženými možnostmi. Jak ale zareagovat u výše zmíněné situace, týkající se klientky C? Každý by se mohl přiklonit k jiné možnosti. V hospici se o tomto na ošetřovně vedla diskuse, kdy se ošetřovatelky, zdravotní sestřička i lékař snažili najít nejvíce přijatelné řešení. Nejprve se rozhodli s oznámením počkat, přičemž při větším zhoršení manželovi zavolají. Já, v roli praktikantky jsem šla na pokoj klientky C, aby v těchto chvílích nebyla sama a byl tak naplněn jeden z cílů hospicového zařízení. Ještě předtím byly klientce C podány další léky. Byla jsem ujištěna, že rozhodně netrpí žádnou bolestí. Sedla jsem si tak na židli. Klientka C již svůj dech měla nepravidelný, chrčivý a hodně jí vynechával, proto bylo rozhodnuto volat manžela, který zareagoval velmi racionálně a snažil se, co nejrychleji dostat do hospice. Já jsem mezitím v tichosti seděla u lůžka klientky C a držela ji pevně za ruku. Po chvíli začala být zlehka neklidná. Snažila jsem se to změnit, tím že jsem jí broukala její oblíbenou písničku. A ujišťovala ji slovy, že není sama. Asi po deseti minutách vydechla naposledy. Manžel přispěchal asi pět minut poté. Nestihl být při posledním výdechu své drahé manželky, ale nehněval se. Svolal rodinu, která dle svého přání klientku omyla, oblékla a rozloučila se s ní. Poté všichni přišli k sesterně a poděkovali za laskavou péči, která jí byla poskytnuta, a tím způsobený její klidný výraz ve tváři i po příchodu smrti.²¹³

Bylo na jednání personálu něco špatně? Měli volat ihned? Lehké je odsoudit, ale kdo mohl tušit tak rychlý odchod? Rodina u klientky C byla téměř pořád a ona odešla právě teď, co když to tak prostě mělo být?

Je nutné vzít v úvahu, že jsou známé i případy, kdy rodina, přátelé, známý umírajícího, kteří o něj pečují každou chvíli, si jen na pět minut odskočí a zrovna v tom

²¹¹ ŠTĚTINOVÁ, L.: *Kurz – Úvod do hospicové paliativní péče ze dne 16. května 2012*. Z mých poznámek, dostupných v mém archivu.

²¹² Srov. MUNZAROVÁ, M.: *Zdravotnická etika od A do Z*. Praha: Grada Publishing, 2005. Kapitola 4. Principy moderní lékařské etiky (a bioetiky), s. 43.

²¹³ Srov. Vlastní pozorování: *Odborná praxe v Hospici sv. Jana N. Neumanna v Prachaticích v termínu 5. až 23. března 2012*. Z mých poznámek, dostupných v mém archivu.

momentě jejich bližní zemře. Rozhodně to není jejich chyba, protože z nějakého důvodu opustili pokoj v nepravou chvíli. Důvod může být úplně jiný. Například umírající jen prostě nechtěl, aby byl jimi viděn, když odchází.²¹⁴ Přesně tak to přeci mohlo být. Klientka slyšela, kdy manžel přijde a i to, že byl zavolán kvůli jejímu zhoršení. Toto bohužel už nikdo neposoudí.

3. 2. 5 Páté dilema – mlčet nebo mluvit?

Na počátku této podkapitoly bych chtěla zdůraznit, že s tímto dilematem jsem se potýkala já sama zejména v počátku své praxe a velmi dobře si uvědomuji, že pomáhající pracovník v hospicovém zařízení už ví jak jednat, tudíž se s tímto dilematem může potýkat pravděpodobně jen při nástupu do práce, pokud nemá s umírajícími lidmi žádné zkušenosti. Sama za sebe zastávám ten názor, že se s tímto etickým dilematem potýkají nově příchozí pracovníci, praktikanti vykonávající zde svou odbornou praxi při kontaktu s umírajícím a také dobrovolníci.

První den praxe jsem byla poslána na pokoj jednoho klienta a stála jsem před dilematickou situací. Je u lůžka nemocného lepší mlčet a nechat ho prožívat pocit, že není sám, anebo také mluvit?

V první řadě má největší vliv na naše rozhodnutí přání klienta. Zpočátku umírající potřebuje mluvit, vypovídat se, svěřit se se svými obavami, ale později ubývá síl, umírající se obrací do sebe, je přesvědčen, že vše podstatné bylo řečeno, tak pak potřebuje od doprovázejícího pouhou přítomnost bez mluvení.²¹⁵ Klient schopný vyjádřit se, dokáže vyslovit, co si přeje - zda mlčení či mluvení. Co však když nastane situace, kdy klient nemá sílu vyřknout své přání? Co pak?

Pro obě možnosti je nejpodstatnější empatie. Při využití této schopnosti, můžeme posoudit jak se rozhodnout, zda mluvit nebo mlčet.

Když se po empatickém zvážení rozhodneme mluvit, je nutné dodržovat některé zásady (viz podkapitola 1.1.2 Komunikace s umírajícími a pozůstalými). Také bychom

²¹⁴ Srov. HAŠKOVCOVÁ, H.; *Thanatologie – nauka o umírání a smrti*. Druhé vydání, Praha: Galén, 2007. Poslední týdny a dny, s. 79 - 84.

²¹⁵ Srov. ANDRISEK, O. a kol.: *Mluv se mnou: Kniha o vzájemné komunikaci pacientů, jejich blízkých, lékařů a sester*. Praha: Maxdorf, 2011. Kapitola 4. Praktické otázky, s. 71.

neměli zapomenout na to, čemu se vyvarovat. Například lhaní, braní naděje, kritice, přehlížení připomínek a tužeb klienta, ignorování snahy klienta hovořit o jeho pochybnostech, strachu a smrti, odtahování ruky ve chvíli, kdy nás za ni chytí, porušování soukromí, mluvení o vážných věcech vestoje s ležícím klientem a tak podobně.²¹⁶

Pomáhající však může mít i negativní pohnutky k rozhodnutí mluvit, a to především ten, který nemá zkušenosti, například právě praktikant nebo dobrovolník. Jedná se o pohnutku mluvením odbourat i jen svůj subjektivní pocit, že se v místnosti hromadí napětí. I laik dokáže odvodit, že by toto jednání bylo velmi neprofesionální, a to ještě více, kdyby mlčení bylo výslovným přáním klienta.

Sama jsem se v praxi setkala s oběma možnostmi, kdy klient sám řekl, co si přeje. Klient D, velmi tichý, dosud uzavřený z ničeho nic když jsem mu asistovala při jídle, vyřknul přání, zda bych mohla přijít, až budu mít čas, protože si chce popovídat a vyprávět. Člověk by nevěřil jak jen to, že jsem neodešla ani odnést nádobí a ihned jsem se posadila vedle něj, může rozzářit celou tvář před chvílí smutného klienta. Jiný klient, klient E chtěl něčí přítomnost. Šla jsem se tedy posadit k jeho lůžku. Začala jsem se ho vyptávat, zda něco nepotřebuje, jestli chce, abych mu něco přečetla a on ihned odvětil, že by byl rád, kdybychom nemluvili, ale abych u něj byla. Následně jsem strávila dvě a půl hodiny u lůžka klienta v naprosté tichosti. Poté z ničeho nic poděkoval, že jsem tam byla a utvrdil mě, že mohu jít, protože bude spát.

Zprvu tedy pocíťované prožívání dilematu se za mě, díky vyslovení jasného přání klienta, vyřešilo. Je tedy zřejmé, že u tohoto dilematu je hlavní přání klienta a schopnost empatie. Když již toto vše vím, tak si jsem jistá, že při vstupu do pokoje, kde je umírající, nebudu řešit, zda mlčet nebo mluvit, ale budu věřit přání klienta a svým získaným schopnostem správně zareagovat.

²¹⁶ Srov. PTÁČEK, R.; BARTŮNĚK P.; a kol.: *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada Publishing, 2011. Kapitola Komunikace s vážně nemocnými a umírajícími, s. 371 - 372.

3. 2. 6 Šesté dilema – přemlouvat rodinu nebo respektovat její rozhodnutí?

Při možnosti mluvit během své praxe se sociální pracovnící jsem se dozvěděla další možné dilema, se kterým se v praxi můžeme setkat. Dilema nastíním na modelové situaci. Na základě všech splněných požadavků pro přijetí do hospicového zařízení přišla klientka F, jež měla rozsáhlou rakovinu plic. Klientka si příznaků této nemoci nevšimla, nešla k lékaři včas, a tak se jí již nepodařilo pomoci. Po zjištění, že její nemoc je nevléčitelná, šla předtím pracující žena do pracovní neschopnosti. Při rozhovoru s rodinou sociální pracovnice tuto skutečnost zjistila. Moc dobře věděla, že rodina je sociálně slabá a klientka F má plný nárok na pobírání invalidního důchodu, který by činil větší výši, než klientka brala za pracovní neschopnost. Zde je tedy jasná situace, v níž dilema neshledáváme, ale při vyplňování žádosti o invalidní důchod nastal problém. Rodina klientky F dala sociální pracovnici jasně najevo, že si nepřeje, aby klientka F pobírala invalidní důchod, tudíž aby byla stále na dávkách nemocenského pojištění. I přestože by rodině peníze pomohly, protože by pokryly náklady na pobyt v hospicovém zařízení, tak bude raději doplácet ze svého, aby nebrali klientce F naději na uzdravení. Nyní tedy sociální pracovnice stojí před etickým dilematem. Má rodinu přemlouvat, anebo respektovat její rozhodnutí?²¹⁷

Zde se střetáváme s otázkou naděje a s vyrovnáváním se s tíživou situací. Klientka je přijímána s tím, že ví o nevléčitelnosti své nemoci, tedy že umírá. Můžeme říci, že se ocitá ve stádiu, kdy nemá žádnou naději, nebo by ji měla ztratit tím, že přejde na invalidní důchod? Z literárně podložených faktů je naděje k životu nezbytně nutná. Dávat naději v tomto smyslu neznamená druhému lhát, snažit se ho nějak obelstít, dávat si za cíl úplné uzdravení, ale jde o usilování malých, dosažitelných cílů, které budou nemocného udržovat v psychické pohodě. Cíle jsou tedy mnohem menší než dříve, ale naděje na jejich splnění stále zůstává.²¹⁸ Vyplývá pro klienta z jednání rodiny o dodání naděje dosažitelný cíl? Dle mého názoru zde jde o cíl velmi nereálný, tedy o to aby si klientka zachovala naději na návrat do svého zaměstnání. Dle prognózy, kterou však má

²¹⁷ Srov. TURKOVÁ, I., Sociální pracovnice hospice: *Odborná praxe v Hospici sv. Jana N. Neumanna v Prachaticích v termínu 5. až 23. března 2012*. Z mých poznámek, dostupných v mém archivu.

²¹⁸ Srov. SVATOŠOVÁ, M.: *Hospice a umění doprovázet*. Praha: Karmelitánské nakladatelství v Kostelním Vydří, 2008. Kapitola 1. Doprovázení těžce nemocných – teoreticky, s. 29 - 30.

je to téměř nemožné, řekla bych tedy, že se v tomto případě jedná o dávání falešné naděje.

V modelovém případě jde především o rodinu, která nemůže přijmout danou situaci a přiklání se k naději, která je s největší pravděpodobností nereálná.²¹⁹ Tohle jako pomáhající víme, ale jak to vysvětlit rodině? Nemáme tomu raději ponechat volný průběh?

Každopádně při rozhodování může být nápomocná etika diskursu. V této etice je základem rovnost, tedy symetrický vztah komunikujících osob. Obě strany mají možnost říci svůj postoj. Po vyslechnutí všech hledisek, kladů a mínusů, můžeme nechat rozhodnout rodinu dle jejího vlastního uvážení.²²⁰

Při ponechání rozhodnutí na rodině se jedná o princip autonomie (viz podkapitola 3.1.3 Autonomie) a ponechání naděje, přestože je nadějí falešnou. V některých knihách se můžeme také dočíst, že ponechání falešné naděje je lepší než sebrání naděje veškeré. Při rozhovoru tedy není možné lhát, anebo brát veškerou naději slovy beznadějně, nemožné, ale musíme upozornit na nelehkou, tíživou situaci.²²¹

Pro rozhodnutí mluvit s rodinou klientky a snažit se změnit její rozhodnutí je především zamezení plané naděje, kterou může dávat rodina spíše sobě než samotné klientce. Rodina si ani nemusí uvědomovat, že se jedná o naději falešnou a po rozhovoru s pracovníkem si to může uvědomit, což jí pomůže posunout se do další fáze vyrovnávání se s krizovou situací dle E. Kübbler Rossové (viz kapitola 3. 2 Druhé dilema – mají pracovníci řešit situaci nebo to mají nechat být?). V tomto případě je tedy třeba rodinu upozornit na to, že klientka o svém stavu ví, uvědomuje si jeho vážnost. Nutné je zdůraznit, že nemožnost vyléčení ji nezabavuje naděje, tedy ani pobírání invalidního důchodu ji naděje nevezme.²²² Dalším velmi praktickým důvodem pro rozhodnutí přemluvit rodinu je především status rodiny. Když se jedná o rodinu sociálně slabou, tak jí nemocenská na pokrytí všech výloh nebude stačit.

²¹⁹ Srov. PTÁČEK, R.; BARTŮNĚK P.; a kol.: *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada Publishing, 2011. Kapitola Komunikace s vážně nemocnými a umírajícími, s. 366.

²²⁰ Srov. MATOUŠEK, O. a kol.: *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál, 2003. Hodnoty v sociální práci, s. 35 – 36.

²²¹ Srov. SVATOŠOVÁ, M.: *Hospice a umění doprovázet*. Praha: Karmelitánské nakladatelství v Kostelním Vydří, 2008. Kapitola 1. Doprovázení těžce nemocných – teoreticky, s. 30 - 31.

²²² Srov. THEOVÁ, A., M.: *Paliativní péče a komunikace*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2002. Kapitola 8. Ústup optimismu, s. 200.

Cílem se tedy stává právě status rodiny, jedná se zde o utilitaristicky podložený argument (viz podkapitola 2.4.2 Teleologická teorie – utilitarismus).

V našem modelovém případě, jenž se skutečně stal, se sociální pracovnice pokusila rodině vše vysvětlit. Podala jim to jako doporučení, přičemž si vzali čas na rozmyšlenou, po kterém se rozhodli vyslyšet doporučení sociální pracovnice a přistoupili na sepsání žádosti o invalidní důchod.

3. 2. 7 Sedmé dilema – nechat odpovědnost na pacientovi nebo být direktivní?

Dalším dilematem je případ, s nímž se pracovníci hospice nejednou setkali. Klient, který je přijat do hospice, může odmítat inkontinenční pomůcky, i když je potřebuje. Dle zkušeností pracovníků se jednalo většinou o lidi s určitým postavením, kteří používání plen shledávali jako nehodné jejich důstojnosti. Ale jak reagovat v této situaci? Má pracovník hospice klienta nutit do používání plen, anebo nechat na pacientovi, aby sám rozhodl, co mu vyhovuje? Střetáváme se tedy s otázkou přenechání odpovědnosti a direktivnosti.²²³

V tomto případě se opět setkáváme s tím, že pro obě možnosti rozhodnutí můžeme použít jednu teorii.

Deontologická etika neboli povinnostní etika (viz podkapitola 2.4.3 Deontologická teorie - povinnostní etika) ukládá povinnost používat pleny pro především hygienické důvody, ale z druhého úhlu pohledu může udávat povinnost dodržení principu autonomie. Také utilitarismus (viz podkapitola 2.4.2 Teleologická teorie – utilitarismus) může vidět jako hlavní cíl hygienické podmínky, ale i princip autonomie (viz podkapitola 3.1.3 Autonomie). Pak vzniká opět otázka, co má větší hodnotu – hygiena nebo autonomie?

Pro rozhodnutí být direktivní a bez ohledu na přání klienta dávat pleny je hygienické hledisko, ale také vzniklá práce pro ošetřovatelky. Zde používání plen zjednoduší práci minimálně o povlékání postele a celkové převlékání klienta.

²²³ Srov. Pracovníci hospice: *Odborná praxe v Hospici sv. Jana N. Neumanna v Prachaticích v termínu 5. až 23. března 2012. Z mých poznámek, dostupných v mém archivu.*

Pro tvrzení nechat rozhodnutí na klientovi je již zmíněný princip autonomie a klientův subjektivní názor na zachování lidské důstojnosti (viz podkapitola 3.1.3 Lidská důstojnost). Rozhodnutí můžeme nechat na klientovi i při využití diskursivní etiky, o níž jsem se zmiňovala již v předchozím dilematu. Je možné vzniklou situaci s klientem prodiskutovat, aby věděl všechny klady a zápory. Poté můžeme nechat na něm, zda si bude stát za svým, anebo dá na naše doporučení.

Jak tedy jednat? V hospici mi vyprávěli případ, kdy klient G, profesor, zásadně odmítal používání plen. Pracovníci využili diskursivní etiky, kdy situaci s klientem probrali. Klient se i přes to rozhodl pleny neužívat, ale asi po týdnu si to rozmyslel a sám, bez jakéhokoli nátlaku přistoupil na doporučení pracovníků.²²⁴

Po vyslechnutí tohoto případu jsem se zamyslela nad tím, jak málo stačí k tomu, aby člověk ztratil pocit zachování své vlastní důstojnosti. Je možné, že bych v situaci klienta reagovala stejně jako on, ale proč? Dle mého názoru by nebylo od věci zamyslet se nad změnou pojmenování plen. Pleny přeci využívají malé děti. Není zrovna tento fakt důvodem pocitu ztráty lidské důstojnosti pro dospělé, vzdělané osoby? Myslím si, že by nebylo od věci zkusit pozměnit pojmenování pro pleny pro dospělé, třeba by se tak alespoň v nějakých případech zamezilo vzniku tohoto dilematu. I kdyby to pomohlo jednomu člověku, tak to má smysl.

Jsem přesvědčena o tom, že je velmi důležité pracovat s klientem a jeho pohledem na lidskou důstojnost. V této souvislosti bych ráda uvedla slova ředitele Prachatického hospice, který řekl: „*Hodnota lidského života rozhodně nespočívá na bezchybné funkci svěračů.*“²²⁵

²²⁴ Srov. Pracovníci hospice: *Odborná praxe v Hospici sv. Jana N. Neumanna v Prachaticích v termínu 5. až 23. března 2012*. Z mých poznámek, dostupných v mém archivu.

²²⁵ RUNEŠ, R.: *Kurz – Úvod do hospicové paliativní péče ze dne 16. května 2012*. Z mých poznámek, dostupných v mém archivu.

3. 2. 8 Osmé dilema – odsávat či neodsávat?

Nejprve nastíním možné respirační problémy umírajícího. Zároveň bych však chtěla upozornit, že pro naše potřeby bude stačit spíše laický úvod nežli rozsáhlé lékařské pasáže.

Právě u lidí ocitajících se v terminálním stádiu své nemoci se setkáváme s respiračními, dýchacími potížemi. Lékaři paliativní medicíny v tomto stádiu nemoci usilují o co nejmenší zatěžování klienta, proto se snaží počet zákroků a léčiv stáhnout na minimum. I z toho důvodu u těchto klientů nezavádějí kyslíkovou léčbu, pokud se nejedná o pacienta, který ji využíval již před paliativní léčbou, například o člověka umírajícího na rakovinu plic. Při respiračních potížích se doporučuje poloha vsedě nebo v polosedě, kdy je usnadněno dýchání. Nutné je také polohování, jež nám pomůže zabránit nahromadění vody v plicích, tedy vzniku plicního edému. Důležité je vědět, že u umírajících osob se může v horních dýchacích cestách hromadit sekret, což způsobuje chrčivé dýchání, čemuž je možné zamezit prostřednictvím léku skopolamin nebo odsáváním pomocí měkkého katétru.²²⁶ Na druhou stranu právě chrčivé dýchání je jedním ze znaků posledních chvil klientova života, tudíž se vždy nejedná o dušnost. Můžeme se s ní setkat především u osob v agonii, kde nevyvolává úzkost. Zamezit tomuto dýchání je možné mírnou dehydratací, již se zmírní tvorba sekretu.²²⁷ S tímto příznakem umírání jsem se v praxi setkala právě u již zmíněné klientky C (viz podkapitola 3.2.4 Čtvrté dilema – zavolat rodině nebo počkat až přijde?).

V hospicové praxi se však stává dilematickou otázkou, zda umírajícímu odsávat či neodsávat sekret z horních cest dýchacích. Když se katétrem neodsává, tak klient může během dýchání vydávat chrčící až bublající zvuky. Bohužel na rodinu a známé umírajícího toto dýchání působí obvykle velmi nepříjemně, a proto se pracovníci setkávají s požadavkem odsávání nebo jiného zásahu. Naneštěstí klientovi odsávání nikterak nepomáhá, nedává mu úlevu, naopak jedná se jen o další

²²⁶ Srov. VORLÍČEK, J., ADAM, Z., a kol.: *Paliativní medicína*. Druhé vydání, Praha: Grada, 2004. Kapitola 12. Respirační symptomy, str. 158 - 159.

²²⁷ Srov. MARKOVÁ, M.: *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada Publishing, 2010. Kapitola 4. Nejčastější potíže v paliativní péči, s. 95.

zákrok navíc, jež ubírá síly a stresuje. Jak tedy teď reagovat? Je lepší vyhovět přání rodiny tedy odsávat, anebo neodsávat? ²²⁸

Při ponechání rozhodnutí na rodině můžeme opět využít nám již známou profesionální etiku, kdy nic nenařizujeme, ale jen rodině sdělíme, jak se situace má. V případě, že rodině umožníme rozhodnout o odsávání, zachováváme respekt vůči rodině umírajícího a ponecháme jí autonomii (viz podkapitola 3.1.3 Autonomie).

Pokud se rozhodneme jednat proti přání rodiny, tedy odmítneme vykonat odsávání, usilujeme o zachování lidské důstojnosti klienta (viz podkapitola 3.1.1 Lidská důstojnost). Dalším argumentem by pro nás byl princip neškodit (viz podkapitola 2.4.5 Bioetické principy). Svým rozhodnutím tak klientovi pomůžeme k tomu, aby se netrápil dalším zbytečným zákrokem, který mu ubere síly a přidá stres, jež rozhodně ve své situaci nepotřebuje.

Je dokonce možné považovat odsávání, tedy zbytečnou proceduru za nehumánní. Neusnadňuje umírání, protože klient je zatěžován a nemá prostor připravit se v klidu na svůj odchod. ²²⁹

Takže odsávat, nebo neodsávat? V hospici při této situaci pracovníci usilují o to, přesvědčit rodinu, aby nechala klienta v klidu zemřít, proto se pokouší vysvětlit, že je tento zákrok zbytečným zatížením klienta. Ale ve chvíli, kdy i po takovémto rozhovoru si rodina stojí za svým rozhodnutím, vyjdou jí pracovníci vstříc. Snaží se, aby to klientovi bylo co nejméně nepříjemné.

3. 2. 9 Deváté dilema – hydratovat či nehydratovat?

Umírajícímu s blížící se smrtí stále více a více ubývají nejen fyzické, ale i psychické síly. Setkáváme se tak s poklesem zájmu o jiné osoby a celkově o společenské dění. Také se však vyskytuje ztráta zájmu o maso, zeleninu a postupem času o jídlo obecně, což je nutné akceptovat. Musíme

²²⁸ Srov. Pracovníci hospice: *Odborná praxe v Hospici sv. Jana N. Neumanna v Prachaticích v termínu 5. až 23. března 2012*. Z mých poznámek, dostupných v mém archivu.

²²⁹ Srov. ROTTER, H.: *Důstojnost lidského života – základní otázky lékařské etiky*. Praha: Vyšehrad, 1999. Kapitola Hodnota života, s. 28.

ujistit příbuzné, že nemusí mít pocit viny, když nedocílili toho, aby umírající jedl, protože to k umírání patří. Problematickou chvílí se stává nezájem o pití.²³⁰

Setkáváme se tak s dalším možným dilematem. Máme umírajícího člověka hydratovat či nikoli? Když víme, že člověk umírá, má poslední dny ba dokonce jen hodiny, pomůže mu hydratace nebo naopak? Je tedy zřejmé, že dehydratace patří k přirozenému procesu umírání. Dehydratace může mít nežádoucí důsledky, ale také značná pozitiva.²³¹

Při rozhodování jsme ovlivněni především principem neškodit (viz podkapitola 2.4.5 Bioetické principy), jež můžeme použít pro obě možnosti řešení dilematu. Je třeba příslušná pozitiva a negativa porovnat a vybrat možnost, co nejméně škodlivou a nejvíce přínosnou pro klienta, musíme tedy situaci každého klienta porovnávat individuálně.

O hydratování pacienta je nutné se starat především v případě kdy je schopen sám tekutiny přijímat, a to po lžičkách, či injekční stříkačkou.²³² Může však také postačit zvlhčování rtů, péče o ústní dutinu, podávání kostky ledu, zmrzlého čaje či ananasového džusu přes buněčnou vatu, pro zachování pocitu vlhka v ústech a v nejkrajnějším případě připojení na infuzi.²³³ Pro rozhodnutí hydratovat je princip autonomie rodiny či pacienta (viz podkapitola 2.4.5 Bioetické principy), a to v případě když vysloví přání invazivně hydratovat²³⁴. Ale také je pro toto rozhodnutí především snaha zamezit nepříznivým důsledkům, jež jsou spojeny s dehydratací. K těmto důsledkům řadíme především „žízeň, sucho v ústech, apatii zmatenost, neklid, delirium, suchou kůži, riziko dekubitů, zácpu, selhávání ledvin, žilní trombóza nebo plicní embolie“.²³⁵ Pro hydrátování je více

²³⁰ Srov. HAŠKOVCOVÁ, H.; *Thanatologie – nauka o umírání a smrti*. Druhé vydání, Praha: Galén, 2007. Poslední týdny a dny, s. 79 - 84.

²³¹ Srov. VORLÍČEK, J., ADAM, Z., a kol.: *Paliativní medicína*. Druhé vydání, Praha: Grada, 2004. Kapitola 9. Hydratace v paliativní péči, str. 111.

²³² Srov. SVATOŠOVÁ, M.: *Hospice a umění doprovázet*. Praha: Karmelitánské nakladatelství v Kostelním Vydří, 2008. Kapitola 3. O hospicovém hnutí., s. 132 – 133.

²³³ Srov. ŠTĚTINOVÁ, L.: *Kurz – Úvod do hospicové paliativní péče ze dne 16. května 2012*. Z mých poznámek, dostupných v mém archivu.

²³⁴ Srov. O'CONNOR, M; ARANDA, S.: *Paliativní péče pro sestry všech oborů*. Praha: Grada Publishing, 2005. Kapitola 13. Výživa a tekutiny, s. 160.

²³⁵ VORLÍČEK, J., ADAM, Z., a kol.: *Paliativní medicína*. Druhé vydání, Praha: Grada, 2004. Kapitola 9. Hydratace v paliativní péči, str. 111.

zaměření se na patofyziologii choroby než na kvalitu života.²³⁶ Jedná se totiž o základní projev péče o nemocného člověka, kdy se vždy doporučuje hodně pít. Hydratovat v paliativní péči se doporučuje v případě, pokud se jedná o stabilizovaného klienta, který má nedostatek tekutin kvůli přidruženým obtížím, anebo není-li schopen sám přijímat tekutiny. V případě, kdy dehydratace snižuje kvalitu života například neklidem, zmateností a tak podobně.²³⁷ Hydratace v těchto případech může převážit i pozitivní důsledky mírné dehydratace. Hydratování je však shledáváno jako pozitivní i v případě, kdy není zjištěna příčina nedostatku tekutin, protože v tomto případě může hydratace být přínosnou.²³⁸

Pro rozhodnutí nehydratovat je především princip zachování kvality života (viz podkapitola 3.1.2 Kvalita života) a také fakt, že dehydratace patří k přirozenému procesu umírání a je spojená s posledními chvílemi není negativním jevem. Mírná dehydratace má několik kladů.²³⁹ „*Zmírňuje otoky, mozkový edém, zmírňuje obtíže při inkontinenci, nevolnosti a zvracení, zmírňuje dušnost, kašel, vnímání utrpení, a také může zmenšovat velikost nádoru a tím dochází ke zmírnění bolesti.*“²⁴⁰ Pro rodinu však může být velmi nelehkou záležitostí, pokud je klient mírně dehydratován. Je možné, že bude situaci rodina vnímat jako vlastní selhání, proto při rozhodnutí nehydratovat je nutné rodině vysvětlit situaci, ujistit ji o kladech a doporučit různé alternativy, například právě zvlhčování rtů a podobně.²⁴¹ Stává se však, že příbuzní starající se o umírajícího v domácí péči, v posledních chvílích zmatkují a odvezou umírajícího do nemocnice a vyžadují podání infuze. Umírající je tak vystaven dalšímu zbytečnému zákroku, jenž zhoršuje kvalitu jeho posledních chvil dalším invazivním zákrokem.²⁴²

²³⁶ Srov. Tamtéž.

²³⁷ Srov. MARKOVÁ, M.: *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada Publishing, 2010. Kapitola 4. Nejčastější potíže v paliativní péči, s. 107.

²³⁸ VORLÍČEK, J., ADAM, Z., a kol.: *Paliativní medicína*. Druhé vydání, Praha: Grada, 2004. Kapitola 9. Hydratace v paliativní péči, str. 113.

²³⁹ Srov. O'CONNOR, M; ARANDA, S.: *Paliativní péče pro sestry všech oborů*. Praha: Grada Publishing, 2005. Kapitola 13. Výživa a tekutiny, s. 160.

²⁴⁰ Tamtéž.

²⁴¹ Srov. MARKOVÁ, M.: *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada Publishing, 2010. Kapitola 4. Nejčastější potíže v paliativní péči, s. 108.

²⁴² Srov. SVATOŠOVÁ, M.: *Hospice a umění doprovázet*. Praha: Karmelitánské nakladatelství v Kostelním Vydří, 2008. Kapitola 3. O hospicovém hnutí., s. 133 – 134.

V současné době jsou paliativní pacienti v nemocnicích většinou invazivně hydratováni, ale na specializovaných jednotkách, v hospicích nikoli.²⁴³ Sama vrchní sestra hospice říká: „Hydratují jen nepaliativní lékaři.“²⁴⁴ V hospici tedy hydratují jen ve výjimečných případech, kdy se v paliativní péči doporučuje hydratovat (viz výše). Opět je velmi nutné posouzení každého případu individuálně.²⁴⁵

3. 2. 10 Desáté dilema – podpořit či nikoli?

Jak již bylo řečeno, do hospicového zařízení jsou bráni pacienti v terminálním stádiu své nemoci potřebující paliativní péči. Jedná se o velmi složitou situaci, kdy se hospicovní pracovníci setkávají s tím, že bližní umírajícího hledají stále různé možnosti záchrany života umírajícího, i přestože byli obeznámeni s tím, že kurativní medicína již nepomůže. Nastává tedy situace, kdy u nejen mladého umírajícího člověka rodina naléhá, aby se dále, třeba i alternativně, léčilo. V případě, kdy si klient moc dobře uvědomuje, že šance na uzdravení není žádná a tlak blízkých na léčení klienta mnohem více stresuje. Což se stupňuje, když sám cítí blízkost smrti. Ostatní mu tímto nátlakem nedávají potřebný klid pro smíření se a klidné umírání a jen na něj „zbytečně“ tlačí. Setkáváme se tedy s dalším dilematem. Má hospicový pracovník podporovat klienta v další léčbě, či nikoli?²⁴⁶

Pro rozhodnutí se podpořit v léčbě je především princip kreativity (viz podkapitola 2.4.5 Bioetické principy). Podporu v léčbě můžeme v souvislosti s principem kreativity chápat jako prostředek ke zlepšení kvality života klienta (viz podkapitola 3.1.2 Kvalita života). To znamená, že klient začne pro změnu svého stavu něco dělat. Tím si zvýší naději a prostřednictvím toho je možné, že selepší jeho kvalita života²⁴⁷, což je jedním z cílů hospicového pracoviště. Léčbou dosáhneme i již zmíněné naděje (více o naději viz podkapitola 3.2.6 Šesté dilema – přemlouvání rodinu nebo

²⁴³ VORLÍČEK, J., ADAM, Z., a kol.: *Paliativní medicína*. Druhé vydání, Praha: Grada, 2004. Kapitola 9. Hydratace v paliativní péči, str. 114.

²⁴⁴ Srov. ŠTĚTINOVÁ, L.: *Kurz – Úvod do hospicové paliativní péče ze dne 16. května 2012*. Z mých poznámek, dostupných v mém archivu.

²⁴⁵ Srov. Tamtéž.

²⁴⁶ Srov. Pracovníci hospice: *Odborná praxe v Hospici sv. Jana N. Neumanna v Prachaticích v termínu 5. až 23. března 2012*. Z mých poznámek, dostupných v mém archivu.

²⁴⁷ Srov. ONDOK, J. P.: *Bioetika, biotechnologie a biomedicína*. Praha: Triton, 2005. Kapitola Obecné problémy a pojmy bioetiky s. 63 - 64.

respektovat její rozhodnutí?) a víry v uzdravení, čímž se zlepší především psychický stav klienta.

Pro rozhodnutí nechat především rozhodnutí na klientovi, tedy nepodporovat nadále snahu bližních je především ctění klienta jako takového. Řídíme se principem lidské důstojnosti (viz podkapitola 3.1.1 Lidská důstojnost) a principem autonomie (viz podkapitola 3.1.3 Autonomie). Uposlechnutím klientova prohlášení, předcházíme ignoraci klienta, i přes své či bližních umírajícího možné nesouhlasy.²⁴⁸ Zvyšujeme tak i kvalitu života (viz podkapitola 3.1.2 Kvalita života) umírajícího a dáváme mu prostor pro klidné a důstojné umírání.²⁴⁹ Bližní umírajícího mohou být zaslepeni neschopností vyrovnat se s možnou ztrátou. Je tedy možné, že právě proto neakceptují klienta a nadále ho nutí do léčby. V tomto případě je nutné s bližními umírajícího pracovat.²⁵⁰ Pro ponechání rozhodnutí na klientovi, tedy nepokračování v léčbě je také klientovo právo na přirozenou smrt, o kterém se ve svých knihách zmiňuje Hanz Jonas. Toto právo je absolutním právem každého člověka, což znamená, že nikdo jiný nemá pravomoc rozhodovat o klientově těle.²⁵¹ Někdo může namítat, že odstoupením od léčby může být považováno za eutanazii, opak je však pravdou. Odstoupení od další léčby, jež je pro klienta zbytečná, ba dokonce i zatěžující, podporuje i česká legislativa. V ní se udává, že eutanazie je nepřípustná, ale má se odstoupit od prodlužování života u jedince, u kterého je zřejmé, že smrt je neodvratitelná a bezprostředně očekávaná. Ukončení další léčby je tedy právně i morálně ospravedlnitelné rozhodnutí.²⁵²

Máme tady etická zdůvodnění, která jsou důležitá při rozhodování mezi podporováním snahy rodiny, bližních, anebo necháním klienta se rozhodnout v klidu umřít. A opět je zde nejpodstatnější individualita každého případu.

V hospici jsem se setkala s případem, kdy klientka A. věřila svému zlepšení, upnula se tak na vidinu uzdravení, proto pracovníci nechali rodinu, aby ji

²⁴⁸ Srov. JAKOBY, B.: *Tajemství umírání*. Český Těšín: Langer Müller, 2005. Kapitola 1. Člověk a smrt, s. 14.

²⁴⁹ Srov. VORLÍČEK, J.; ZDENĚK, A.; POSPÍŠILOVÁ, Y.; a kol.: *Paliativní medicína*, druhé vydání. Praha: Grada Publishing, 2004. Kapitola 27. Etické problémy paliativní medicíny, s. 425 – 426.

²⁵⁰ Srov. JAKOBY, B.: *Tajemství umírání*. Český Těšín: Langer Müller, 2005. Kapitola 6. Vize umírajících – často se vyskytující fenomény, s. 70.

²⁵¹ Srov. JONAS, H. *Erinnerungen*. Frankfurt am Main: Insel, 2003. S. 318-319.

²⁵² Srov. SLÁMA, O.; KABELKA, L.; VORLÍČEK, J.; a kol.: *Paliativní medicína pro praxi*. Praha: Galén, 2007. Kapitola 9. Dodatky, s. 321 - 322.

podporovala v další alternativní léčbě za účelem ponechání naděje a udržení psychické pohody.²⁵³

Oproti tomu nastaly v hospici i takové případy, kdy klient smířen se svou situací byl nucen bližními k dalšímu boji, podstupování dalších terapií a zákroků. V tomto případě hospicový zaměstnanec pracoval s rodinou a usilovali o jejich změnu názoru a smíření se s nastalou situací, přičemž hlavním cílem se zde opět stal klient a jeho psychická pohoda.²⁵⁴ Zde vidíme individualitu a rozdílnost možných případů.

3. 2. 11 Jedenácté dilema – Tlumit či netlumit bolest?

Bolest jako takovou můžeme členit na bolest fyzickou neboli tělesnou, která může být akutní, chronickou, nádorovou a nenádorovou. Dále bolest psychologickou neboli emoční, jež například představuje nevyřešený konflikt. Také existuje bolest sociální, tedy společenská, kdy je člověk kupříkladu úplně izolován od společenského dění či sociálních vztahů. A v neposlední řadě se můžeme setkat s bolestí spirituální čili duchovní. Příkladem této bolesti je konkrétní případ z hospice, kdy se muž trápil, byl posmutnělý a po delší, vytrvalé práci s ním se zjistilo, že jeho trápením je svatební obřad s jeho manželkou, jenž nebyl církevní. Po naplánování a uskutečnění církevního sňatku, který se konal přímo v hospici, se muž změnil v usměvavého, klidného, optimismem nabitého člověka.²⁵⁵

Při léčbě jakékoli bolesti je nejdůležitější její hodnocení, přičemž je nejpodstatnější vždy klientovi věřit jeho bolest a rozhodně ji nepodceňovat, naslouchat jeho trápení, počítat s bariérami a při pomoci zapojit i rodinu klienta.²⁵⁶

²⁵³ Srov. Vlastní pozorování: *Odborná praxe v Hospici sv. Jana N. Neumanna v Prachaticích v termínu 5. až 23. března 2012*. Z mých poznámek, dostupných v mém archivu.

²⁵⁴ Srov. Pracovníci hospice: *Odborná praxe v Hospici sv. Jana N. Neumanna v Prachaticích v termínu 5. až 23. března 2012*. Z mých poznámek, dostupných v mém archivu.

²⁵⁵ RUNEŠ, R.: *Kurz – Úvod do hospicové paliativní péče ze dne 16. května 2012*. Z mých poznámek, dostupných v mém archivu.

²⁵⁶ Srov. ASOCIACE POSKYTOVATELŮ HOSPICOVÉ PALIATIVNÍ PÉČE: *VII. Den hospicové paliativní péče: „Léčit, neléčit, ... léčit?“*. VRBA, I.: *Bolest se dá léčit, aneb „neházejme flintu do žita“*. Z mých poznámek, dostupných v mém archivu.

Mnoho lidí si umírání vždy spojuje s bolestí a se strachem z ní. V hospicových zařízeních se s bolestí setkávají denně a úspěšně ji zdolávají prostřednictvím různých léků, především opiem a morfinem. Jak jsem se již zmínila, jedním s cílů hospicových zařízení je právě tlumení bolesti s cílem zkvalitnit život klienta.²⁵⁷

V posledních chvílích klientova života se však můžeme setkat s dilematem, jež se týká právě podávání léků proti bolesti. Na jednu stranu léky proti bolesti ulevují, zklidňují, ale na stranu druhou zároveň i nejen během posledních chvílí života klienta velmi unavují. Bližní však v těchto posledních momentech chtějí s umírajícím mluvit, vyřešit nevyřešené, rozloučit se a během toho očekávají určitou zpětnou vazbu ze strany klienta, ale to při plném utlumení není možné. Setkáváme se tak opět s dalším dilematem. Máme tlumit bolest, tak aby jí klient vůbec necítil, anebo je lepší klienta nechat v bolesti, s tím že si bude moci naposledy popovídat s rodinou a blízkými osobami?²⁵⁸

Při rozhodování, jak v této situaci jednat, nám především může napomoci profesní komunikace, při níž je základem diskuse s rodinou či klientem. Přičemž jim sdělíme všechny klady a zápory možností řešení a nakonec necháme rozhodnout je samotné, díky čemuž zachováme princip autonomie klienta či jeho bližních, s tím že budou informováni o všech rizicích a možných následcích.²⁵⁹ Princip autonomie a profesní komunikace dokáže tedy odůvodnit obě možnosti rozhodnutí.

Dále při rozhodování můžeme aplikovat již zmíněné principy prvního řádu dle Beauchampa a Childresse (viz podkapitola 3.2.3 Třetí dilema - říci pravdu nebo milosrdně zalhat?). Pracovníkovi je zakázáno škodit klientovi. Avšak může nastat situace, kdy poškodíme klienta s cílem získání vyššího dobra. To znamená, že budeme zachovávat princip dobřečinnění. Tuto rozporuplnou situaci, když nevíme, jestli jednat dle principu neškodit či dobřečinnění, se snaží rozřešit

²⁵⁷ RUNEŠ, R.: *Kurz – Úvod do hospicové paliativní péče ze dne 16. května 2012*. Z mých poznámek, dostupných v mém archivu.

²⁵⁸ Srov. Pracovníci hospice: *Odborná praxe v Hospici sv. Jana N. Neumanna v Prachaticích v termínu 5. až 23. března 2012*. Z mých poznámek, dostupných v mém archivu.

²⁵⁹ Srov. PAVELKOVÁ, M.: *Konzultace ze dne 25. dubna 2012*. Z mých poznámek, dostupných v mém archivu.

princip dvojího účinku, pomocí kterého posuzujeme spravedlnost jednání za zachování autonomie.²⁶⁰

Pro rozhodnutí netlumit bolest je také princip růstu skrze utrpení, o kterém jsem se již zmiňovala ve druhém dilematu (viz podkapitola 2.4.5 Bioetické principy). Zde klient podstupuje bolesti, tedy trápení s cílem vyřešit své osobní záležitosti, rozloučit se, aby byl možný klidný, psychicky vyrovnaný odchod z tohoto světa.²⁶¹

Nejen princip růstu skrze utrpení, ale také princip informovaného souhlasu (viz podkapitola 2.4.5 Bioetické principy) je pro rozhodnutí netlumit bolest a dát možnost ke komunikaci. To znamená, že pracovník nepodá léky po svobodném, informovaném souhlasu klienta. V případě nemožnosti se vyjádřit rozhodnou jeho bližní, jež by se však měli řídit respektováním potencionálního přání klienta.²⁶²

Jako u každého etického dilematu řešeného v této práci, tak i zde je nutné nezbytně brát ohled na individualitu jednotlivých případů. Musí se vzít například v potaz, zda po netlumení léky bude klient kvůli své bolesti schopen nějakým způsobem komunikovat.²⁶³

3. 2. 12 Dvanácté dilema – administrativa nebo pacient?

Další zjištěné etické dilema se týká sociální pracovnice. Sociální pracovnice nejen v hospicovém zařízení má mnoho povinné administrativy týkající se hospicové, ale také odlehčovací péče. Z tohoto důvodu je neustále v kanceláři a nedostane se příliš často

²⁶⁰ Srov. VÁCHA, M.; KÖNIGOVÁ, R.; MAUER, M.: *Základy moderní lékařské etiky*. Praha: Portál, 2012. Kapitola 4. Čtyři principy lékařské etiky, s. 55 - 56.

²⁶¹ Srov. ONDOK, J. P.: *Bioetika, biotechnologie a biomedicína*. Praha: Triton, 2005. Kapitola Obecné problémy a pojmy bioetiky s. 72.

²⁶² Srov. ONDOK, J. P.: *Bioetika, biotechnologie a biomedicína*. Praha: Triton, 2005. Kapitola Obecné problémy a pojmy bioetiky s. 65.

²⁶³ Srov. Pracovníci hospice: *Odborná praxe v Hospici sv. Jana N. Neumanna v Prachaticích v termínu 5. až 23. března 2012*. Z mých poznámek, dostupných v mém archivu.

k lůžku klienta. Řeší pak dilema, zda má raději zanedbat administrativu a angažovat u lůžka klienta nebo naopak.²⁶⁴

Pro rozhodnutí věnovat se administrativě je především povinností Kantova etika (viz podkapitola 2.4.3 Deontologická teorie - povinností etika), přičemž sociální pracovnice má neodkladnou povinnost splnit si své administrativní povinnosti, aby měla při případné kontrole vše v pořádku.

Pro rozhodnutí věnovat se klientovi je v první řadě princip lidské důstojnosti (viz podkapitola 3.1.1 Lidská důstojnost), jež je upřednostňován před čímkoli ostatním. Také pro toto rozhodnutí je utilitaristická etika, která v tomto případě shledává jako svůj cíl zpříjemnění pobytu klientovi. A v neposlední řadě můžeme nacházet argumentaci pro toto rozhodnutí v deontologické etice, na základě které má sociální pracovnice povinnost upřednostnit klienta v zájmu jeho lidské důstojnosti.

V hospicovém zařízení, ve kterém jsem byla, se sociální pracovnice někdy s tímto dilematem setkává a jako řešení vidí přijetí nového sociálního pracovníka, což hospic údajně zvažuje. Prozatím tedy sociální pracovnice volí administrativu, tedy splnění si předepsaných povinností a ve zbylém čase se věnuje klientovi a shledává své zdůvodnění také v uklidnění, že klientům věnují dostatečnou pozornost jejich bližní, ošetřovatelky, duchovní, lékaři, praktikanti a v neposlední řadě dobrovolníci. Je tedy dost lidí věnujících se klientům, a tak sociální pracovnice zaměřuje svou pozornost na administrativu a pomoc bližním či na poradenství potencionálním klientům.²⁶⁵

²⁶⁴ Srov. Sociální pracovnice: *Odborná praxe v Hospici sv. Jana N. Neumanna v Prachaticích v termínu 5. až 23. března 2012*. Z mých poznámek, dostupných v mém archivu.

²⁶⁵ Srov. Sociální pracovnice: *Odborná praxe v Hospici sv. Jana N. Neumanna v Prachaticích v termínu 5. až 23. března 2012*. Z mých poznámek, dostupných v mém archivu.

Závěr

Cílem mé diplomové práce bylo vytvoření etického zdůvodnění každého uvažovaného řešení zjištěných etických dilemat, se kterými se mohou pracovníci hospicového zařízení setkat.

Tohoto cíle jsem se pokusila dosáhnout prostřednictvím tří bloků této práce. První blok jsem věnovala problematice smrti a umírání, hospicové a paliativní péči. Tímto jsem si vytvořila elementární podklad pro splnění svého cíle, jelikož etická dilemata řešená v této práci se týkají právě těchto témat.

Dále jsem pokračovala druhým blokem, jenž je zaměřen na etiku. Zde jsem poskytla vysvětlení stěžejních pojmů nutné pro tuto práci, jako je etika, morálka, etické dilema, etický problém a uvedla zde dle mého názoru nejpodstatnější etické teorie pro potřeby této práce. Což mi opět více pomohlo přiblížit se splnění cíle této práce. Jelikož jsem si vytvořila základ, díky kterému jsem se mohla věnovat konkrétním etickým dilematům, se kterými se mohou pracovníci střetnout v hospicovém zařízení.

Posledním blokem, jenž naplňuje můj zadaný cíl, se týkal možností řešení etických dilemat v hospicovém zařízení. V tomto bloku jsem zdůraznila hodnoty, které dle mého mínění mají vliv na rozhodování pracovníka. Následně jsem vzala každé zjištěné etické dilema, určila si možnosti řešení a každou možnost jsem podložila argumentací prostřednictvím etických teorií, principů či hodnot.

Nyní bych si zde dovolila velmi stručně v tabulce shrnout závěry, ke kterým jsem došla. Uvedu jednotlivé dilema, možnosti řešení a aplikaci přijatelných etických argumentací, jež jsou blíže popsány v daném bloku.

Možné argumentace každé možnosti řešení zjištěných etických dilemat

| Č. | Konkrétní dilema | Možnost řešení | Argumentace |
|----|--|---|--|
| 1 | Polohovat klienta nebo ho nechat v poloze, která je mu příjemná? | polohovat | deontologická etika |
| | | nechat klienta v poloze, která je mu příjemná | hodnota lidské důstojnosti, kvalita života, princip autonomie |
| 2 | Mají pracovníci situaci nechat být, nebo se zapojit a mluvit s rodinou? | nechat to být | princip autonomie, hédonismus |
| | | mluvit s rodinou | lidská důstojnost, princip růstu skrze utrpení |
| 3 | Říci pravdu nebo milosrdně zalhat klientovi o jeho stavu? | říci pravdu | princip lidské důstojnosti, agapé, princip pravdomluvnosti, zachování důvěry, deontologická etika |
| | | milosrdně zalhat | princip lidské důstojnosti, agapé, utilitarismus, princip neškodit |
| 4 | Při zhoršení klientova stavu zavolat ihned rodině nebo jí to oznámit osobně? | zavolat | přání rodiny, právo rodiny na informace, právo umírat v přítomnosti blízkých, deontologická etika |
| | | počkat a oznámit to osobně | přání rodiny, princip neškodit |
| 5 | Je u lůžka nemocného lepší mlčet a nechat mu cítit, že není sám, anebo také mluvit? | mlčet | přání klienta, empatie |
| | | mluvit | přání klienta, empatie |
| 6 | Přemlouvat rodinu, aby podepsala žádost o invalidní důchod nebo rozhodnutí nechat na nich? | přemlouvat rodinu | etika diskursu, zamezení plané naděje, utilitarismus (status rodiny) |
| | | nechat rozhodnutí na nich | etika diskursu, princip autonomie, ponechání naděje |
| 7 | Máme nutit klienta k tomu nosit pleny, i když si to nepřeje? | být direktivní a nařídit | deontologická etika, utilitarismus, |
| | | nechat rozhodnutí na klientovi | deontologická etika, utilitarismus, princip autonomie, klientův subjektivní názor na lidskou důstojnost |
| 8 | Odsávat či neodsávat v poslední fázi? | odsávat | profesionální etika, autonomie rodiny |
| | | neodsávat a vysvětlit rodině | profesionální etika, lidská důstojnost, princip neškodit |
| 9 | Když klient nepije a víme, že má poslední dny, hodiny, máme hydratovat či ne? | hydratovat | princip neškodit, autonomie rodiny či klienta |
| | | neh hydratovat | princip neškodit, kvalita života |
| 10 | Podpořit pacienta v další léčbě či nikoli? | za každou cenu nutit do léčby | princip kreativity, kvalita života |
| | | nechat rozhodnutí na klientovi | princip lidské důstojnosti, autonomie, kvalita života, právo na přirozenou smrt |
| 11 | Tlumit klienta léky, aby necítil bolest vůbec, anebo nechat v bolesti, s tím že si bude moci naposledy popovídat s rodinou a blízkými osobami? | tlumit | diskursivní etika, autonomie klienta či jeho blízkých, princip informovaného souhlasu, princip neškodit |
| | | netlumit bolest | diskursivní etika, autonomie klienta či jeho blízkých, princip informovaného souhlasu, princip neškodit, princip růstu skrze utrpení |
| 12 | Má SPce zanedbat administrativu, anebo se neangažovat u klienta. | administrativa | deontologická etika |
| | | klient | princip lidské důstojnosti, utilitaristická etika |

Výše uvedená tabulka ukazuje, že cíl této diplomové práce, který jsem si v úvodu stanovila, se mi podařilo naplnit. Dokázala jsem během odborné praxe přijít na dvanáct etických dilemat, se kterými se pracovníci mohou v hospicovém zařízení setkat a na základě třech bloků této práce se mi zdařilo každé jednotlivé dilema rozebrat, tedy vzít možnost řešení a na základě načtené literatury, znalostí z bakalářského studia, některých předmětů absolvovaných za magisterského studia a konzultací, podložit možné řešení etickým argumentem (hodnotou, etickou teorií, etickým principem).

Jsem toho názoru, že má diplomová práce dokazuje složitost řešení jednotlivých etických dilemat, se kterými se mohou pracovníci hospicového zařízení setkat a opět potvrzuje výroky i jiných autorů, a to že jedna a tatáž etická teorie, etický princip či hodnota mohou být i pro zcela protikladné možnosti řešení. Záleží též na každém pracovníkovi, jak jedná a na základě jakých argumentů své jednání zakládá, avšak při každém rozhodování je velmi důležité apelovat na individualitu každého klienta.

Seznam použitých zdrojů

Monografické publikace

- ABELN, R., KNER, A.: *Umírání znamená loučení*. Kostelní vydří: Karmelitánské nakladatelství, 1993. ISBN 80-85527-35-9.
- ANDRISEK, O. a kol.: *Mluv se mnou: Kniha o vzájemné komunikaci pacientů, jejich blízkých, lékařů a sester*. Praha: Maxdorf, 2011. ISBN 978-80-7345-257-5.
- ANZENBACHER, A.: *Křesťanská sociální etika – Úvod a principy*. Brno: Centrum pro studium demokracie a kultury, 2004. ISBN 80-7325-030-6.
- ANZENBACHER, A.: *Úvod do etiky*. Praha: Academia 1, druhé vydání, 2001. ISBN 80-200-0917-5.
- ARISTOTELÉS: *Etika Nikomachova*. Praha: Rezek, 1996. Druhé, rozšířené vydání. ISBN 80-901796-7-3.
- BALDWIN M., A.; WOODHOUSE, J.: *Key concepts in palliative care*. London: SAGE, 2011. ISBN 978-1-84860-871-9.
- BEAUCHAMP, T.; CHILDRESS J.: *Principles of biomedical ethics*. New York: Oxford University Press, 2001. Páté vydání. ISBN 0-19-514332-9.
- BECKETT, CH.; MAYNARD, A.: *Values and ethics in social work*, London: SAGE Publications, 2005. ISBN 1-4129-0140-5.
- BERAN, J.: *Základy komunikace s nemocným*. Praha: Karolinum, 1997. ISBN 80-7184-390-3.
- Bible – Písmo svaté Starého a Nového zákona*, ekumenický překlad. Praha: Česká biblická společnost, 2006. ISBN 80-85810-41-7.
- BRABEC, L.: *Křesťanská thanatologie*. Praha: Gemma89, 1991. ISBN 164-004-91.
- BYOCK, I.: *Dobré umírání – Možnosti pokojného konce života*. Praha: Cesta domů - Vyšehrad. ISBN 80-7021-797-9.
- CAKIRPALOGLU, P.: *Psychologie hodnot – přehled pro humanitní obory*. Votobia, 2004. ISBN 80-7220-195-6.

- DOLISTA, J., SAPÍK, M.: *Studie z bioetiky III*. České Budějovice: JCU, Zdravotně-sociální fakulta, 2008. ISBN 978-80-7394-004-1.
- DOLISTA, J.; VURM, V.: *Vybrané kapitoly z bioetiky (aspekt filozofický)*. České Budějovice: JCU, Zdravotně-sociální fakulta. ISBN 80-7040-700-X.
- ELIAS, N.: *O osamělosti umírajících*. Jihlava: Nakladatelství Franze Kafky, 1998. ISBN 80-85844-39-7.
- GAARDER, J.: *Sofiin svět – román o dějinách filosofie*. Praha: Albatros, 2006. Páté vydání. ISBN 80-00-017488.
- GURKOVÁ, E.: *Hodnocení kvality života – pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-3625-9.
- HAŠKOVCOVÁ, H.: *Thanatologie – nauka o umírání a smrti*. Druhé vydání, Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-471-3.
- HEIDBRIK, H.: *Psychologie morálního vývoje*. Praha: Portál, 1997. ISBN 80-7178-154-1.
- IVANOVÁ, K.: *Etika pro pracovníky ve zdravotnictví*. Ostrava: Zdravotně sociální fakulta, 2005. ISBN 80-7368-069-6.
- Jak být nablízku*. Praha: Cesta domů, 2005. ISBN neuvedeno.
- JAKOBY, B.: *Tajemství umírání*. Český Těšín: Langer Müller, 2005. ISBN 80-86271-42-8.
- JANKOVSKÝ, J.: *Etika pro pomáhající profese*. Praha: Triton, 2003. ISBN 80-7254-329-6.
- JONAS, H. *Erinnerungen*. Frankfurt am Main: Insel, 2003. ISBN 3-458-17156-8.
- KANT, I.: *Základy metafyziky mravů*. Praha: Svoboda, 1990. ISBN 80-205-0152-5
- KOHÁK, E.: *Svoboda, svědomí, soužití – Kapitoly z mezilidské etiky*. Praha: SLON, 2004. Devátá přednáška – Pro dobro věci: etika užitečnosti; s. 132. ISBN 80-86429-35-0.
- KOŘENEK, O.: *Lékařská etika*. Druhé vydání, Praha: Triton, 2004. ISBN 80-7254-538-8.
- KUTNOHORSKÁ, J.: *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-2069-2.
- MARKOVÁ, M.: *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-3171-1.

- MATOUŠEK, O. a kol.: *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-548-2.
- MUNZAROVÁ, M.: *Zdravotnická etika od A do Z*. Praha: Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-1024-2.
- NAKONEČNÝ, M.: *Psychologie – přehled základních oborů*. Praha: Triton, 2011. ISBN 978-80-7387-443-8.
- O'CONNOR, M; ARANDA, S.: *Paliativní péče pro sestry všech oborů*. Praha: Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-1295-4.
- ONDOK, J. P.: *Bioetika, biotechnologie a biomedicína*. Praha: Triton, 2005. ISBN 80-7254-486-1.
- PARKES, C. M.; RELFOVÁ, M.; COULDRICKOVÁ, A.: *Poradenství pro smrtelně nemocné a pozůstalé*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007. ISBN 978-80-87029-23-7.
- PROKOP, J.: *Spiritualita umírajících pacientů*. Brno: Masarykova univerzita, 2006. ISBN 80-210-4131-5.
- PTÁČEK, R.; BARTŮNĚK P.; a kol.: *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-3976-2.
- REMIŠOVÁ, A. a kol.: *Dejiny etického myslenia – v Európe a USA*. Bratislava: Kalligram, 2008. ISBN 978-80-8101-103-0.
- ROTTER, H.: *Důstojnost lidského života – základní otázky lékařské etiky*. Praha: Vyšehrad, 1999. ISBN 80-7021-302-7.
- SLÁMA, O.; KABELKA, L.; VORLÍČEK, J.; a kol.: *Paliativní medicína pro praxi*. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-505-5.
- SOKOL, J.: *Etika a život – pokus o praktickou filosofii*. Praha: Vyšehrad, 2010. ISBN 978-80-7429-063-3.
- STÖRIG, H., J.: *Malé dějiny filosofie*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2007. Osmé vydání. ISBN 978-80-7195-206-0.
- STUDENT, J., CH.; MÜHLUM, A.; STUDENT, U.: *Sociální práce v hospici a paliativní péče*. ISBN 80-7319-059-1.

- SVATOŠOVÁ, M.: *Hospice a umění doprovázet*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2008. ISBN 978-80-7195-307-4.
- ŠRAJER, J. *Lidská důstojnost a sociální práce*. Sociální práce/Sociálna práca. Asociace vzdělavatelů v sociální práci, 2/2006. ISSN 1213-6204.
- THEOVÁ, A., M.: *Paliativní péče a komunikace*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2002. ISBN 978-80-87029-24-4.
- THOMPSON, M.: *Přehled etiky*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-806-6.
- ULRICHOVÁ, M.: *Různé tváře smrti – Vybrané kapitoly z thanatologie*. Hradec Králové: Gaudeamus. ISBN 978-80-7041-743-0.
- VÁCHA, M.; KÖNIGOVÁ, R.; MAUER, M.: *Základy moderní lékařské etiky*. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-7367-780-0.
- VORLÍČEK, J., ADAM, Z., a kol.: *Paliativní medicína*. Druhé vydání, Praha: Grada, 2004. ISBN 80-7169-437-1.
- VORLÍČEK, J.; ZDENĚK, A.; POSPÍŠILOVÁ, Y.; a kol.: *Paliativní medicína*, druhé vydání. Praha: Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247-0279-7.

Úmluvy

Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny. Platná od: 1. 10. 2001.

Časopisy

Sociální práce, sociálna práca. České Budějovice: Asociace vzdělavatelů v sociální práci, 1/2009. H. a T. Machulovi: *Nedostatečná definice pojmu hodnota jako zásadní problém etiky sociální práce*, s. 97 – 98. ISBN 1213-6204.

Internet

Citace Albert Camus. [online]. 2009 - 2011 [cit. 2013-01-20]. Dostupné z: AZcitaty.cz. [online]. [cit. 2013-02-23]. Dostupné z: <<http://azcitaty.cz/citaty/albert-camus>>.

BENEDIKT XVI.: *Poselství papeže Benedikta XVI. k postní době 2007.* [online]. Vatikán, 2006. [cit. 2012-12-03]. Dostupné na WWW: <<http://tisk.cirkev.cz/dokumenty/poselstvi-papeze-benedikta-xvi-k-postni-dobe-2007>>.

Elisabeth Kübler-Ross Biography, [cit. 2012-08-02]. Dostupné na WWW: <<http://www.faqs.org/health/bios/23/Elisabeth-K-bler-Ross.html>>

KUBEK, M.: *Lékařská etika pod tlakem* [online]. 2011 [cit. 2012-08-26]. Dostupné z: <http://lkcr.cz/prezident-clk-31.html>

ŠRAJER, J.: *Skripta – sociální etika 1,* [online]. 2003/2004 [cit. 2012-09-17]. Dostupné z: <<http://www.romanmicka.net/vyuka.html>>.

Konference

ASOCIACE POSKYTOVATELŮ HOSPICOVÉ PALIATIVNÍ PÉČE: *VII. Den hospicové paliativní péče: „Léčit, neléčit, ... léčit?“.* VRBA, I.: Bolest se dá léčit, aneb „neházejme flintu do žita“. Z mých poznámek, dostupných v mém archivu.

KAPPL, M.; SMUTEK, M.; TRUHLÁŘOVÁ, Z.; a kol.: *Etika sociální práce – sborník z konference VI. Hradecké dny sociální práce.* Hradec Králové: Gaudeamus, 2010. Kapitola I. Etická dilemata v každodenní praxi sociálních pracovníků – Řešení morálních dilemat, s. 33. ISBN 978-80-7435-037-5.

VI. Den hospicové paliativní péče „Kdybych měl už jen jeden den života“: DIBLÍKOVÁ, M., MAŠKOVÁ V.: *Hospic... místo, kde se nebojuje se smrtí.* Prachatice: Hospic sv. Jana N. Neumanna, 2011. Str. 37. ISBN 978-80-904587-2-7.

Praxe, kurzy, přednášky, konzultace

Karta klienta: Odborná praxe v Hospici sv. Jana N. Neumanna v Prachaticích v termínu 5. až 23. března 2012. Z mých poznámek, dostupných v mém archivu.

PAVELKOVÁ, M.: *Konzultace ze dne 25. dubna 2012. Z mých poznámek, dostupných v mém archivu.*

Pracovníci hospice: *Odborná praxe v Hospici sv. Jana N. Neumanna v Prachaticích v termínu 5. až 23. března 2012. Z mých poznámek, dostupných v mém archivu.*

RYNEŠ, R.: *Kurz – Úvod do hospicové paliativní péče ze dne 16. května 2012. Z mých poznámek, dostupných v mém archivu.*

SHETH, N.: *Přednáška na JCU, TF na téma: Nezištná láska v křesťanství a v buddhismu ze dne 9. května 2012. Z mých poznámek, dostupných v mém archivu.*

Sociální pracovníci: *Odborná praxe v Hospici sv. Jana N. Neumanna v Prachaticích v termínu 5. až 23. března 2012. Z mých poznámek, dostupných v mém archivu.*

ŠTĚTINOVÁ, L.: *Kurz – Úvod do hospicové paliativní péče ze dne 16. května 2012. Z mých poznámek, dostupných v mém archivu.*

TURKOVÁ, I., *Sociální pracovníci hospice: Odborná praxe v Hospici sv. Jana N. Neumanna v Prachaticích v termínu 5. až 23. března 2012. Z mých poznámek, dostupných v mém archivu.*

Vlastní pozorování: *Odborná praxe v Hospici sv. Jana N. Neumanna v Prachaticích v termínu 5. až 23. března 2012. Z mých poznámek, dostupných v mém archivu.*

Přílohy

Příloha č. I. Souhlas s citováním



Neumannova 144, PSČ 383 01, tel. 388 311 726, IČ 70853517, č. ú. 171 157 619 / 0600, www.hospicpt.cz, info@hospicpt.cz

17.5.2012

Bc. Lucie Kratochvílová

Věc : vyjádření souhlasu

Tímto potvrzují, že Bc. Lucie Kratochvílová může ve své diplomové práci citovat mnou, ředitelem PhDr. Robertem Hunešem i pracovníky Hospice sv. Jana Nepomuka Neumanna v Prachaticích, poskytnuté informace během odborné praxe absolvované v našem hospici v březnu tohoto roku. Také jí umožňuji citovat informace získané z exkurze a mé přednášky z konference „VII. Den hospicové paliativní péče“ ze dne 21. dubna 2012 a dále informace poskytnuté během absolvovaného kurzu celoživotního vzdělávání s názvem „Úvod do hospicové paliativní péče“ konané 16. května 2012.




Neumannova 144
383 01 Prachatice
IČ: 70853517

PhDr. Robert Huneš
ředitel Hospice sv. Jana N. Neumanna
viceprezident Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče
člen Etické komise ministra zdravotnictví Vlády České republiky

Abstrakt

KRATOCHVÍLOVÁ, L. Etická dilemata v hospicovém zařízení. České Budějovice 2013. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Teologická fakulta. Katedra praktické teologie. Vedoucí práce A. Kříšťan.

Klíčová slova: hospic, paliativní péče, umírání, etika, etické dilema, etické teorie.

Práce je psána s cílem vytvořit etické zdůvodnění každého uvažovaného řešení zjištěných etických dilemat, se kterými se mohou pracovníci hospicového zařízení setkat.

Diplomová práce je rozdělena do třech bloků. První blok se věnuje paliativní a hospicové péči, umírání a smrti. Blok druhý se zabývá obecnou etickou problematikou, kde jsou vysvětleny základní etické pojmy potřebné pro tuto práci. Dále jsou zde mnou vybrané etické teorie, které jsou důležité pro naplnění cíle práce. Poslední blok obsahuje konkrétní etická dilemata, která jsem vyzozorovala a zjistila během odborné praxe v Hospici sv. Jana N. Neumanna v Prachaticích. V tomto bloku jsou nejprve uvedeny hodnoty, které dle mého názoru mají vliv na rozhodování pracovníků. Následně je vzato každé zjištěné etické dilema a je určena jeho možnost řešení. Každá uvedená možnost je poté podložena argumentací prostřednictvím etických teorií, principů či hodnot.

Abstract

Ethical dilemmas in hospice

Key words: hospice, palliative care, dying, ethics, ethical dilemma, ethical theory.

The work is written in order to create an ethical justification for each of the considered solutions to the ethical dilemmas with which hospice workers can meet.

The thesis is divided into three blocks. The first block is focused on the palliative, hospice care, on the issue of dying and death. Second block deals with general ethical issues, explaining the basic ethical concepts needed for my thesis and also contains my selected ethical theories that are relevant to meet the objectives of my thesis. The last block contains specific ethical dilemmas I have observed and experienced during my training in the Hospice of St. John N. Neumann based in Prachatice. First in this block are shown the values, which in my opinion, affect the decisions of workers. Subsequently is taken in account each identified ethical dilemma and is determined by its possible solution. Each option of the solution is justified by the argument supported by ethical theories, principles and values.