

# Eutanazie nebo paliativní péče

Leona Pelánová

---

Bakalářská práce  
2014



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

  
INSTITUT  
MEZIOBOROVÝCH STUDIÍ BRNO

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Leona PELÁNOVÁ**  
Osobní číslo: **H118229**  
Studijní program: **B7507 Specializace v pedagogice**  
Studijní obor: **Sociální pedagogika**

Téma práce: **Eutanazie nebo paliativní péče**

### Zásady pro vypracování:

Zadané a zvolené téma bude zpracováno podle pokynů obsažených v materiálu IMS "Metodika psaní odborného textu a výzkum v sociálních vědách". (IMS 2009). Případně podle dalších materiálů, z nichž některé jsou obsaženy v literatuře připojené k tomuto studijnímu textu. Zejména bude dbáno na dodržování zásad publikační etiky a pravidel společenskovedního výzkumu. Průběžné výsledky práce budou pravidelně konzultovány s vedoucím bakalářské práce. S vědomím těchto zásad a pravidel a po konzultaci s vedoucím bude práce zaměřena:

- na eticko-právní úvahy o eutanazii;
- na hledání odpovědi na otázky týkající se hodnoty lidského života;
- na možnosti sociální pedagogiky v oblasti paliativní péče.

Součástí práce bude empirické šetření event. realizovaný výzkum (kvalitativní, kvantitativní, smíšený) zaměřený na zjištění vztahu sociální skupiny (věkové, vzdělanostní, ...) k problematice péče o nevyléčitelně nemocné.



Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

**KUPKA, Martin.** Psychologické aspekty paliativní péče. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2011, 134 s. ISBN 978-80-244-2931-1.

**POLLARD, B.** Eutanazie – ano či ne?. 1. vyd. Praha: Dita, 1996, 210 s. ISBN 80-85926-07-5.

**PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK.** Eutanazie – pro a proti. 1. vyd. Praha: Grada, 2012, 256 s. ISBN 978-80-247-4659-3.

**SKŘIVANOVÁ-BOŠKOVÁ, Vladimíra.** Eutanazie, nebo "komfort" pro pacienty? 1. vyd. Praha: V. Bošková, 2012, 51 s. ISBN 978-80-260-2989-2.

**SVATOŠOVÁ, Marie.** Hospice a umění doprovázet. 4. vyd. Praha: Ecce homo, 1999, 144 s. ISBN 80-902049-2-9.

Další literatura bude obsažena v Projektu bakalářské práce a průběžně doplňována během práce na tomto textu.

Vedoucí bakalářské práce:

**PhDr. Mgr. Zdeněk Šigut, Ph.D.**

Skupina managementu a ekonomiky

Datum zadání bakalářské práce:

**11. listopadu 2013**

Termín odevzdání bakalářské práce:

**30. dubna 2014**

V Brně dne 11. listopadu 2013

  
doc. PhDr. Miloslav Jůzl, Ph.D.

*vedoucí ústavu*



  
doc. PaedDr. Slavomír Laca, Ph.D.

*vedoucí katedry*

# PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby <sup>1)</sup>;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k prezenčnímu nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 <sup>2)</sup>;
- podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

LEONA PELÁKOVÁ

Jméno, příjmení studenta

Peláková

Podpis

V Brně

14.2.2014

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu, k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacího zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst. 3). Odpirá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

## **ABSTRAKT**

Bakalářská práce je zaměřená na problematiku smrti a umírání z pohledu eutanazie a paliativní péče. Teoretická část se zabývá eutanazií v České republice, ve vybraných zahraničních zemích, uvádí eticko-právní názory pro a proti legalizaci. Podává přehled o historii a současnosti paliativní a hospicové péče u nás i v zahraničí. Věnuje se psychologickým aspektům smrti a umírání, prožívání nemocného a jeho blízkých, poukazuje na význam smrti v životě člověka. V praktické části jsou prostřednictvím výsledků empirického výzkumu prezentovány názory laické veřejnosti na hodnotu a smysl závěrečné fáze života.

Klíčová slova:

Eutanazie, paliativní péče, hospicová péče, smrt, umírání

## **ABSTRACT**

The bachelor thesis is focused on the issues of death and dying from the perspective of euthanasia and palliative care. The theoretical part deals with euthanasia in the Czech Republic and in selected foreign countries, according to ethical and legal opinions for and against legalization. It gives an overview of the history and present of palliative and hospice care at home and abroad. It deals with the psychological aspects of death and dying, the experience of the patient and his relatives. There are also represented results of empirical research focused on general public on the value and the meaning of the final phase of life in the practical part.

Keywords:

Euthanasia, palliative care, hospice care, death, dying

### **Čestné prohlášení**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Eutanazie nebo paliativní péče zpracovala samostatně, a že jsem čerpala z pramenů uvedených v seznamu zdrojů, který je součástí této bakalářské práce.

Elektronická verze nahraná do IS/STAG a tištěná verze jsou totožné.

V Brně dne 30. 3. 2014

.....

Leona Pelánová

## **Poděkování**

Děkuji panu PhDr. Mgr. Zdeňku Šigutovi, Ph.D. za vstřícnost, ochotu a především za odbornou pomoc při zpracování mé bakalářské práce.

Leona Pelánová

## OBSAH

<b>ÚVOD .....</b>	<b>9</b>
<b>I TEORETICKÁ ČÁST .....</b>	<b>11</b>
<b>1 EUTANAZIE.....</b>	<b>12</b>
1.1 TERMINOLOGIE, FORMY, HISTORIE .....	12
1.2 EUTANAZIE V ČR.....	14
1.3 EUTANAZIE V SOUČASNOSTI V ZAHRANIČÍ.....	15
1.4 POSTOJE K EUTANAZII.....	18
<b>2 PALIATIVNÍ PÉČE .....</b>	<b>23</b>
2.1 TERMINOLOGIE, FORMY, HISTORIE .....	23
2.2 HOSPICE A HOSPICOVÁ PÉČE V ČR.....	26
2.3 POSKYTOVÁNÍ PALIATIVNÍ PÉČE .....	30
<b>3 UMÍRÁNÍ A SMRT .....</b>	<b>34</b>
3.1 POSTOJE KE SMRTI Z HLEDISKA HISTORIE .....	34
3.2 PROŽÍVÁNÍ UMÍRAJÍCÍHO A JEHO BLÍZKÝCH .....	35
3.3 DOPROVÁZENÍ UMÍRAJÍCÍHO .....	41
3.4 HODNOTA A SMYSL SMRTI V ŽIVOTĚ ČLOVĚKA .....	42
<b>II PRAKTICKÁ ČÁST.....</b>	<b>46</b>
<b>4 VÝZKUM NÁZORŮ VEŘEJNOSTI.....</b>	<b>47</b>
4.1 CÍL PRÁCE, TYP VÝZKUMU A HYPOTÉZY .....	47
4.2 VÝBĚR RESPONDENTŮ A TECHNIKA VÝZKUMU.....	48
4.3 ROZBOR OTÁZEK.....	49
4.4 SHRNUÍ VÝSLEDKŮ VÝZKUMU.....	67
<b>ZÁVĚR.....</b>	<b>69</b>
<b>SEZNAM ZDROJŮ .....</b>	<b>71</b>
<b>SEZNAM GRAFŮ.....</b>	<b>75</b>
<b>SEZNAM TABULEK .....</b>	<b>76</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH .....</b>	<b>77</b>



## ÚVOD

Před nedávnem jsem začala pracovat v hospici v mém bydlišti jako dobrovolník. Svůj volný čas jsem chtěla věnovat něčemu smysluplnému, chtěla jsem být někomu prospěšná, pomáhat lidem, kteří to potřebují. Něco mě k té práci přitahovalo, ale zároveň vzbuzovalo obavy. Přesto jsem začala. Prošla psychologickými testy, zúčastnila se proškolení, jak pracovat a komunikovat s nemocnými, začala se zajímat. Když jsem si volila téma pro svou závěrečnou práci, měla jsem jasno. Studium literatury rozšířit své získávané praktické zkušenosti, najít možnost uplatnění sociálního pedagoga v oblasti hospicové péče a hlavně přiblížit se k vlastnímu smíření se smrtí.

Téma zabývající se závěrečnou fází lidského života, umíráním a smrtí je velmi hlubokým tématem, které se týká každého z nás. I přes možná částečně pochopitelnou snahu o vytěsnění z našich myslí je to něco, před čím bychom neměli uhýbat, něco s čím bychom se měli vyrovnat a přijmout to jako přirozenou součást našeho života, protože každý z nás se jednou přiblíží svému konci. Budeme-li připraveni na toto nelehké období, budeme-li vědět, jak o své blízké pečovat, jak s nimi v těžkých chvílích hovořit, budeme-li umět stát jim na blízku, může být pro nás snazší tímto životním úsekem projít a smířit s nastalou skutečností. V průběhu procesu umírání si můžeme v sobě uvědomit schopnost zrát, a tak se tato životní zkušenost může stát velkou hodnotou pro naše blízké i pro nás.

Moderní člověk orientovaný na mládí, úspěch, výkon, prosperitu však jen nerad připouští, že může přijít stáří, nemoc, únava, utrpení. Z úzkosti, obav a sobectví hledá možná řešení, jak se tomu vyhnout. A tak se mu nabízí možnost raději ukončit život než prožít ho se vším všudy až do přirozeného konce. Legalizovat eutanazii, ano či ne? Osobnosti z řad odborníků i laické veřejnosti hledají odpověď na tuto složitou eticko-právní otázku. Je vůbec člověk oprávněný rozhodovat o ukončení života? Pokud ano, je možné vytvořit takové právní prostředí, které by zabraňovalo zneužití? Kdy lze tvrdit, že rozhodnutí žadatele o eutanazii je nezvratné? A mnoho dalších. Ve své práci si nekladu za cíl najít řešení. Pokusím se alespoň o zmapování problému. Svůj postoj musí zaujmout každý sám.

První kapitola teoretické části práce se zabývá eutanazií, od terminologie a historie, přes situaci v České republice a v zahraničí až po eticko-právní pohledy na eutanazii. Další kapitola nabízí jako alternativu k otázkám eutanazie objasnění problematiky paliativní a hospicové péče a třetí část je orientovaná na téma umírání a smrti z hlediska historického vývoje pohledu na smrt, prožívání umírajícího a jeho blízkých, objasňuje pojem

doprovázení a zamýšlí se nad hodnotou a smyslem smrti v životě člověka. Praktická část se zaměřuje na výzkum názorů laické veřejnosti. Pokoušela jsem se zjistit, jakým způsobem lidé vnímají smrt a umírání, co si myslí o životě s těžkou nemocí nebo které místo je pro ně přijatelné v souvislosti s umíráním.

Objasněním problému v celé jeho šíři bych ráda rozšířila obecné povědomí o této problematice a ukázala na možnosti sociální pedagogiky.

## **I. TEORETICKÁ ČÁST**

## 1 EUTANAZIE

„...Nepodám nikomu smrtící látku, i kdyby ji ode mne žádal a ani nikomu tuto možnost nenavrhnou...“  
Hippokratova přísaha

### 1.1 Terminologie, formy, historie

Původ slova eutanazie můžeme nalézt v řečtině. „Eu“ = dobrý, „thanatos“ = smrt. Dobrá smrt. V současné době ale pod tímto pojmem rozumíme usmrcení nebo uspíšení smrti z milosrdenství a pomoci od nesnesitelného utrpení na žádost postiženého.

**Aktivní eutanazie** = aktivní konání za účelem uspíšení nebo navození smrti druhému člověku.

**Pasivní eutanazie** = pasivní konání nebo lépe nekonání, odmítnutí určitého jednání za účelem uspíšení nebo navození smrti druhého člověka.

**Přímá eutanazie** = uspíšení nebo navození smrti druhého člověka je hlavním cílem našeho jednání.

**Nepřímá eutanazie** = usmrcení nebo uspíšení smrti druhého člověka není hlavním cílem našeho jednání. Jde spíš o vedlejší produkt naší činnosti. Například podání sedativ nebo bolest utišujících léků, které nepřímo mohou uspíšit smrt.

**Dobrovolná eutanazie** = usmrcení člověka na jeho žádost.

**Nedobrovolná eutanazie** = týká se především pacientů, kteří jsou v takovém stavu, že nejsou schopni za sebe rozhodovat. Rozhodnutí vychází od jejich příbuzných případně od lékaře, který se domnívá, že život pacienta není hoden žití.

**Asistovaná sebevražda** = člověk si sám aplikuje lék s letálními účinky předepsaný lékařem.<sup>1</sup>

Historicky se pohled člověka na to, co je to dobrá smrt, postupně vyvíjel. V antice si pojem dobrá smrt spojovali s rychlou smrtí bez strádání, se smrtí bez předchozích útrap stáří. Mohla to být také hrdinská smrt na bitevním poli nebo smrt přicházející při obraně vlasti či

<sup>1</sup> ŠPINKOVÁ, Martina a Štěpán ŠPINKA. *Euthanasie: víme, o čem mluvíme?*. Praha: Cesta domů, 2006, s. 11. ISBN 80-239-8592-2.

záchraně přátel. Dobrou smrtí bylo také označováno završení života s vyrovnaností, důstojností a vnitřní moudrostí. S dobrou smrtí pak souviselo prožití dobrého a smysluplného života. Po dlouhá staletí se však polemizuje, zda a jakým způsobem má lékař léčit nevyléčitelně nemocného. Křesťanství ve středověku dalo smrti poněkud jiný význam. Smrt je chápána jako milník mezi dvěma dimenzemi lidského bytí, jakousi branou do posmrtného života. Pozemský život je přípravou na život po smrti. Smrt a s ní spojené utrpení tak dává člověku příležitost přiblížit se vrcholnému okamžiku celé historie stvoření. Smrt je považována za přechod do věčnosti. V novověku rozvíjí myšlenku eutanazie v rámci své ideje utopické společnosti nejprve Thomas More. Později se jí věnuje i Francis Bacon. Ten rozlišuje eutanazii vnější, kterou míní využití všech lékařských možností pro zmírnění utrpení, a eutanazii vnitřní, která je jakousi duševní přípravou člověka na smrt probíhající po celý život. U Bacona se již projevuje význam eutanazie jako smrti a umírání bez strádání. V této době vzniká přesvědčení, že utrpení má být ze života odstraněno, protože postrádá smysl. Zároveň se objevuje názor na autonomii člověka při rozhodování o smrti. Osvícenství pak přineslo teorii sociálního darwinismu, jejíž myšlenky přirozeného výběru byly zneužity nacisty během druhé světové války, kdy byla eutanazie děsivým způsobem používána v praxi.<sup>2</sup>

Příčinou vzniku hnutí pro eutanazii se v dnešní době stal současný pohled člověka na smrt a umírání. Smrt odmítáme přijmout a snažíme se ji co nejvíce oddálit, což je spojeno se strádáním a bolestí umírajícího i jeho blízkých.

Munzarová<sup>3</sup> uvádí několik argumentů, proč je otázka eutanazie v dnešní době znovu aktuální. Prvním je, že dochází k **prodlužování lidského věku**. Moderní medicína na základě svých vědeckých úspěchů dokáže prodloužit lidský život avšak na úkor jeho kvality. Člověk sice nezemře, ale jeho život se stává mnohdy velkou zátěží pro něj samotného i jeho příbuzné. Člověk schází ve smyslu fyzickém i psychickém a to vede k obavám z vlastní budoucnosti. Máme strach z umírání, z bolesti, opuštěnosti, ztráty důstojnosti, ze zátěže, kterou můžeme způsobit svým blízkým.

Druhým argumentem pro eutanazii je skutečnost, že v civilizované západní společnosti je kladen **důraz na vlastní autonomii**, na možnost rozhodnout se, jak naložit se svým

---

<sup>2</sup> ŠPINKOVÁ, Martina a Štěpán ŠPINKA. *Euthanasie: víme, o čem mluvíme?*. Praha: Cesta domů, 2006, s. 4. ISBN 80-239-8592-2.

<sup>3</sup> MUNZAROVÁ, Marta. *Vybrané kapitoly z lékařské etiky*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 1997, s. 22. ISBN 80-210-1610-8.

životem. Podle tohoto názoru jen člověk sám na základě svých představ, zájmů a idejí dokáže nejlépe posoudit, co je pro něj dobré a nikdo jiný nemá právo jeho rozhodnutí posuzovat. S tím souvisí i vymizení hodnot a ideálů náboženského charakteru. Hodnota lidského života coby daru od Boha ztrácí na významu. Lidský život už není posvátný a nedotknutelný. Právo na autonomii tak vzrůstá, pokud není komu se zodpovídat na konci života.

Dalším argument pro zavedení eutanazie vychází z **hodnotové krize** moderní společnosti. Dnešní lidé obdivují mládí, zdraví, úspěch, výkon, dokonalost. Smyslem života se stala výroba, ekonomický růst, zvyšování životní úrovně, konzum apod. V očích některých lidí tak vzniká představa, že stáří, nevyléčitelné nemoci a umírání jsou v rozporu s oceňovanými hodnotami. Utrpení a smrt tak nemají žádnou hodnotu a smysl.

## 1.2 Eutanazie v ČR

V průběhu historie nebyla v českém trestním řádu otázka eutanazie konkrétně řešena. V období první republiky byla navržena dvě znění trestního zákona. V prvním případě to byl návrh z roku 1926, který předpokládal usmrcení na žádost i usmrcení ze soucitu. U usmrcení na žádost návrh umožňoval snížení trestu pachateli tehdy, pokud čin spáchal pod mimořádným nátlakem nebo v dočasném omluvitelném mimořádném stavu. Při usmrcení ze soucitu připouštěl možnost mimořádného zmírnění trestu nebo dokonce upuštění od trestu v případě, pokud viník usmrtil jiného ze soucitu, aby uspíšil jeho neodvratnou smrt. Návrh z roku 1937 obsahoval možnost, že by usmrcení na žádost z útrpnosti bylo kvalifikováno pouze jako přečin. Oba návrhy však neprošly.<sup>4</sup>

V současnosti je eutanazie dle zákona č. 40/2009 Sb., § 140 odst. 1., trestního zákoníku, kvalifikována jako trestný čin vraždy. Uvádí: „*Kdo jiného úmyslně usmrtí, bude potrestán odnětím svobody na deset až osmnáct let.*“<sup>5</sup> Zároveň je dle § 144 trestným činem i účast na

---

<sup>4</sup> VYKOPALOVÁ, Hana. Eutanazie – diskutovaný problém společnosti. *Grano Salis* [online]. 8.10.2002 [cit. 23.9.2013]. Dostupné z: <http://www.granosalis.cz/modules.php?name=News&file=article&sid=1196>

<sup>5</sup> ČESKO. Zákon č. 40 ze dne 8. ledna 2009 trestní zákoník. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2009, částka 11, s. 383. ISSN 1211-1244. Dostupný také z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=2009&typeLaw=zakon&what=Rok&stranka=15>

sebevraždě: „Kdo jiného pohne k sebevraždě nebo jinému k sebevraždě pomáhá, bude potrestán, došlo-li alespoň k pokusu sebevraždy, odnětím svobody až na tři léta.“<sup>6</sup>

Tak jako ve světě, i v české společnosti sílí tlak na uzákonění eutanazie. Zastánci i odpůrci se se svými rozdílnými názory vzájemně střetávají a vzniká tak otázka, zda legalizovat eutanazii či nikoliv. Problém se netýká jen a především pacientů v terminální fázi jejich nemoci, ale předmětem zájmu jsou například i novorozenci s těžkým zdravotním postižením nebo celkově mladší pacienti. Obecně se právníci i lékaři odborníci domnívají, že v České republice není připraveno dokonalé právní prostředí pro oblast zdravotní péče a v důsledku toho pro přípravu a přijetí zákona o ukončení smrti na žádost pacienta. Do hloubky a důsledně nejsou stanovena celková práva pacientů (právo na comfortable care /co možná nejpříjemnější péči/, práva na lékaře specializovaného na léčbu bolesti, práva na psychologickou pomoc, atd.), není zajištěna dostatečná kontrola nad chováním lékařů a kvalitou zdravotnických lůžkových ústavů. Na rozdíl od vyspělejších zemí nemá Česká republika zákon o nemocnicích, o ošetrovatelských zařízeních, o domovech důchodců, pacientům upoutaným na lůžko nejsou k dispozici nezávislí zástupci pacientů pro vyřizování stížností, čeští pacienti jsou obecně nedostatečně informováni o možnostech kvalitních alternativ místo eutanazie. V české společnosti chybí široká diskuse na téma uspišení smrti i větší odborná práce. Bohužel ani nedávno přijatý zákon č. 371/2011 Sb. o zdravotních službách nepřináší v této oblasti výrazné zlepšení.<sup>7</sup>

### 1.3 Eutanazie v současnosti v zahraničí

V současné době uznává eutanazii pouze několik zemí. Ve všech jsou stanovena přesná pravidla provádění a kontrolní mechanismy. Obecně se jedná o situace, kdy je nevyлéčitelně nemocný pacient vystaven nesnesitelnému utrpení, prognóza jeho zdravotního stavu je taková, že nepředpokládá zlepšení stavu, diagnóza musí být potvrzena minimálně jedním dalším lékařem a pacient předkládá žádost několikrát a při plném vědomí. Pasivní eutanazii dnes umožňují Dánsko, Finsko, Irsko, Německo, Francie,

<sup>6</sup> ČESKO. Zákon č. 40 ze dne 8. ledna 2009 trestní zákoník, ref. 5, s. 384.

<sup>7</sup> SKŘIVANOVÁ-BOŠKOVÁ, Vladimíra. *Eutanázie, nebo "komfort" pro pacienty?* 1. vyd. Praha: V. Bošková, 2012, s. 4. ISBN 978-80-260-2989-2.

Mexiko a Itálie. Aktivní eutanazie je legalizovaná v Nizozemí, Belgii, Lucembursku, v USA ve státech Oregon a Washington a také ve Švýcarsku.<sup>8</sup>

### *Nizozemí*

První zemí, kde došlo k uzákonění eutanazie, se stalo Holandsko. V roce 1969 lékař Jan Hendrik van den Berg ve svém spise „Lékařská moc a lékařská etika“ uvedl, že by lékaři měli přijmout zodpovědnost za následky technického pokroku a svolit k ukončení života u těžce nemocných a umírajících pacientů. Na začátku sedmdesátých let došlo k soudnímu procesu s lékařkou, která za pomoci morfinu pomohla ukončit život své nemocné invalidní matce, která ji o to opakovaně žádala. Rozsudek v podobě jednodenního podmíněného trestu způsobil, že začala být eutanazie holandskými lékaři praktikována bez jakékoliv právní úpravy. Proto byla v roce 1982 ustanovena Vládní komise pro eutanazii, která měla za úkol stanovení podmínek a určení okolností pro provádění eutanazie. Spolu s Ústřední lékařskou komisí jim byl určen dohled. Lékařům tyto komise garantovaly beztrestnost, za předpokladu, že budou dodržovat tzv. Rotterdamská kritéria:

1. Způsobilost a kompetentnost pacienta podat dobrovolnou žádost s úmyslem ukončení života.
2. Opakovanost, jasnost a uváženost žádosti.
3. Nesnesitelné utrpení pacienta a vyčerpání všech ostatních možností pomoci.
4. Oprávněnou osobou pro provedení eutanazie je pouze lékař.
5. Nutnost konzultace s jiným nezávislým lékařem.

Lékaři byli upozorněni, aby uváděli jako příčinu smrti eutanazii, a tak z několika následně provedených studií, které měly být podkladem pro diskuzi o uzákonění eutanazie, vyplynulo, že eutanazie je běžnou lékařskou praxí. Dokonce vyšlo najevo, že určitý podíl tvoří případy, kdy došlo k ukončení života z rukou lékaře bez žádosti nemocného. Výsledky studií se staly východiskem pro diskuzi o uzákonění eutanazie a asistované sebevraždy. V důsledku toho byl v roce 1994 přijat rozporuplný zákon, který na jedné straně postihoval toho, kdo jinému vezme na jeho žádost život nebo ho k spáchání sebevraždy podněcuje a na straně druhé zajišťoval beztrestnost tomu, kdo při těchto aktivitách dodrží výše uvedené zásady. Ty byly ještě rozšířeny o další pravidla:

1. Lékař má povinnost informovat místního lékařského revizora pomocí vyplněného dotazníku o provedení eutanazie nebo asistované sebevraždy.

---

<sup>8</sup> ČTK. Eutanazii umožňuje jen málo zemí světa. Zdravotnické noviny [online]. 29.3.2012 [cit. 23.9.2013]. Dostupné z: <http://www.zdravky.cz/zpravodajstvi/ze-zahranici/eutanazii-umoznuje-jen-malo-zemi-sveta>



2. Revizor musí podat hlášení okresnímu právnímu zástupci.
3. Právní zástupce rozhodne o tom, zda vše bylo provedeno v souladu se zákonem, případně rozhodne o trestním stíhání lékaře.

Rovněž došlo k jasnějšímu vymezení pojmu eutanazie. Dle nizozemské legislativy je eutanazie úmyslným ukončením života osoby na její explicitní žádost někým jiným než osobou samotnou. Jde tedy o skutek / čin (nezahrnuje ustoupení od léčby), je záležitostí chtěnou (nelze ji vztahovat např. na novorozence) a jde o úmysl ukončení života ze stany jednajícího.

Po deseti letech byl zákon upraven, ale jeho podstata se téměř nezměnila. Žádosti o ukončení života mají možnost využít nejen svéprávní občané Nizozemí, ale je zde umožněno rozhodování už i dvanáctiletým mladistvým. Se souhlasem rodiče či poručníka mohou žádost podat i mladiství ve věku 12-16 let, mezi 16. a 18. rokem už není souhlas nutný, pokud se jedná o pacienta, který je schopen zhodnotit své zájmy.<sup>9</sup>

### **Belgie**

V Belgii byla pravidla pro ukončení života na žádost stanovena poněkud jinak než v sousedním Nizozemí. Žádost o eutanazii mohou podat jen plnoletí a příčetní pacienti, kteří onemocněli nevléčitelnou nemocí čelící nepotlačitelnému a nesnesitelnému tělesnému nebo duševnímu utrpení. Musí být seznámeni s diagnózou a prognózou, kterou si plně uvědomují. Žádost podávají dvakrát. Stejně tak jako v Nizozemí, je nutné, aby lékař o provedení eutanazie informoval komisi s kontrolní pravomocí.<sup>10</sup>

### **Švýcarsko**

Ve Švýcarsku, které pacientům poskytuje vysoký komfort lékařské péče a má vypracovanou národní strategii pro oblast paliativní péče, chybí zákon, který by přesněji upravoval problém eutanazie a asistované sebevraždy. Švýcarský trestní zákoník jednoznačně zakazuje eutanazii, i pokud by to bylo ze soucitu a na vážné a naléhavé přání dotčené osoby. Zároveň upravuje pomoc při sebevraždě a hrozí odnětím svobody, jestliže byla vedena zjištěnými pohnutkami. To vedlo k právnímu výkladu, jímž je tolerovaná asistovaná sebevražda bez zjištěných důvodů. V zemi tak působí dvě organizace, které se zabývají doprovázením umírajících, Exit a Dignitas. Jejich činnost je však doprovázená

---

<sup>9</sup> MUNZAROVÁ, Marta. *Eutanazie, nebo paliativní péče?*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2005, s. 32. ISBN 80-247-1025-0

<sup>10</sup> BERKA, Vít a SUM, Tomáš. Eutanazie ve světě. *Epravo.cz* [online]. Epravo.cz, 20.5.2005, 1999-2013 [cit. 28.9.2013]. Dostupné z: <http://www.epravo.cz/top/clanky/eutanazie-ve-svete-33479.html>

nejasnostmi a skandály. Vláda se v minulosti snažila o zakázání nebo legalizaci asistované sebevraždy, avšak obě možnosti občané v lidovém referendu odmítli. Z toho vyplývá, že zastánci asistované sebevraždy se obávají o její větší zkomplikování.

Protože organizace Exit a Dignitas provozují svoji činnost už několik let, snaží se kantony a nemocnice vnést do situace jasno svými vlastními předpisy. Například Univerzitní nemocnice v Curychu jasně odmítá, aby zaměstnanci jakkoliv napomáhali asistované sebevraždě na půdě kliniky i mimo ni, ale na druhé straně se nebrání návštěvám zástupců organizací Exit či Dignitas. Lékař má každý případ posuzovat jednotlivě, a pokud si pacient přeje uspišit smrt, může mu zajistit převoz do jiné nemocnice a poskytnout mu jeho lékařskou dokumentaci. Lékař nemá pacienta, který je úsudku schopný, podporovat v jeho úvahách o sebevraždě, ale zároveň by měl respektovat jeho vůli a nejednat proti ní. Pokud by vznikly pochyby o schopnosti úsudku u pacienta, musí dát podnět soudu.

Kanton Curych uzavřel s organizací Exit smlouvu, ve které zprůhledňuje její financování a ustanovuje několik opatření upřesňujících jednání s pacientem. Mimo jiné má být pacient informován o všech možnostech léčby, má být přítomen psycholog, celková pacientova situace s výhledem do budoucnosti musí být potvrzena nezávislým lékařem, asistovanou sebevraždou nesmí podstoupit psychicky nemocní lidé apod.

Z uvedeného vyplývá, že absence konkrétní právní úpravy způsobuje nelehkou situaci švýcarských lékařů. Zároveň Švýcarsko umožňuje „turistiku za smrtí“.<sup>11</sup>

#### **1.4 Postoje k eutanazii**

Otázka eutanazie je velmi závažné a citlivé eticko-morální a právní téma. Podle Lacy<sup>12</sup> se zastánci a odpůrci eutanazie především nedokáží shodnout na tom, má-li člověk právo rozhodovat o svém životě sám nebo mu toto právo nepřísluší. Zatímco zastánci tvrdí, že člověk má právo rozhodnout se při smrtelném onemocnění ukončit svůj život, odpůrci se na život dívají jako na Boží dar, který v každém ohledu zasluhuje nesmírnou úctu, ochranu a respekt a člověku tak nepřísluší jakékoliv rozhodování o jeho ukončení. Na všechny

---

<sup>11</sup> SKŘIVANOVÁ-BOŠKOVÁ, Vladimíra. *Eutanázie, nebo "komfort" pro pacienty?* 1. vyd. Praha: V. Bošková, 2012, s. 27. ISBN 978-80-260-2989-2.

<sup>12</sup> LACA, Slavomír. *Etika v životnej perspektíve človeka*. Brno: Institut mezioborových studií, 2013, s. 135. ISBN 978-80-87182-36-9.

bytosti pohlíží jako na rovné bez ohledu na jejich materiální, fyzický, psychický a sociální status.

Obháječi eutanazie ji chápou jako pomoc pro pacienty v terminální fázi jejich nemoci. Upozorňují na sníženou kvalitu života i nedůstojné umírání. To je však jen důsledkem přetechnizované a dehumanizované medicíny, která opomíjí duši člověka a v důsledku svých vědeckých úspěchů mnohdy jen neuváženě prodlužuje utrpení člověka. To lze však změnit větším důrazem na péči člověka v terminální fázi onemocnění a snažit se umožnit mu důstojné a bezbolestné umírání. Dnešní paliativní medicína a péče je na takové úrovni, že tento argument pro eutanazii se stává bezdůvodným.

Rovněž proti eutanazii coby usmrcení ze soucitu se ohrazují odpůrci eutanazie. Ve skutečnosti jde o falešný soucit, za kterým se skrývá individualistické pojetí svobody silnějších vůči slabším. Tomu napomáhá i mentalita, která neuvažuje o smyslu utrpení v životě člověka.

Ani ekonomické hledisko v tomto sporu není zanedbatelné. Zastánci argumentují tím, že podání smrtící injekce je pro společnost lacinější než dlouhodobá udržovací léčba. Svůj názor dokládají tím, že v dnešní době i v budoucnosti stále více budou lidé, o které se nemá kdo postarat. A tak smrt nabízejí jako pomoc a všelék na bolest. Avšak člověk, který si uvědomuje smysl svého života, touží žít i přes svoji nemoc a utrpení.

Negativní hodnocení kvality života těžce nemocného člověka ze strany zastánců eutanazie je nejen pohrdáním, ale může se stát i rozsudkem smrti. O duševně nemocných lidech nemůžeme mluvit jako o sociálně mrtvých jen na základě jejich schopnosti plné lidské komunikace. Každý lidský život je zrozený z člověka a komunikaci netvoří jen hluboké myšlenky, ale je především výrazem lásky. Kvalitu života nemůžeme posuzovat z hlediska druhých.

Pokud bychom se na eutanazii zaměřili více z právního hlediska, zjistíme, jak dále píše Laca<sup>13</sup>, že pojem eutanazie není v právním řádu jednoznačně vymezený. Jde o usmrcení ze soucitu osoby trpící nevléčitelnou nemocí. Tato osoba v důsledku nesnesitelného utrpení sama o usmrcení požádá. Žádost musí být úmyslná a trvalá. Nemocný svoji chorobu nedokáže dále snášet a z medicínského pohledu se jedná o nevléčitelné onemocnění bez naděje na zlepšení s tím, že neexistuje možnost alternativní léčby. V širším pojetí však

---

<sup>13</sup> LACA, Slavomír. *Etika v životnej perspektíve človeka*. Brno: Institut mezioborových studií, 2013, s. 114. ISBN 978-80-87182-36-9.

nevléčitelná nemoc nemusí nutně vést ke smrti ani nemusí způsobovat fyzické utrpení. Stačí, když nemocný trpí psychicky nebo není ochoten strádání spojené s nemocí tolerovat.

Je třeba si uvědomit, že život není možné chápat jen jako část reálného bytí člověka. Život se neprojevuje pouze na biologické úrovni. Člověk v sobě nese nezničitelný prvek ducha, který se projevuje rozumem a svobodnou vůlí. Život je žijícím člověkem samým. A proto si zasluhuje veškerou úctu, uznání a důstojnost.

Právníci si uvědomují negativa, která s sebou může eutanazie přinést. Souhlas s ukončením života nemá žádnou reálnou hodnotu, protože nemusí být prokazatelné, zda nebyl napsaný pod nátlakem. Nemocný také může mít pocit, že je břemenem pro své blízké a v krizové situaci se rozhoduje ve prospěch příbuzných, aby jim ulehčil. Za falešným soucitem se pak může skrývat likvidace rodičů dětmi z majetkových důvodů a podobně. Právní stát musí zaručit každému člověku právo na život a ochránit ho před eutanazií.

Z mravního hlediska by se dala považovat za přijatelnou snad pouze pasivní eutanazie – neposkytnutí léčby s odůvodněním, že už není možné zachránit ztracený život, ale jen prodloužit strádání nemocného nebo udržovat ho ve vegetativním stavu za cenu dalšího utrpení.

Aktivní eutanazie – přímé konání s úmyslem zkrácení nebo ukončení života - dle právního řádu je považována za zabití nebo vraždu. Není možné odvolávat se na soucit s trpícími. V dnešní době lze efektivně bolest léčit. Ani argument snížené kvality života umírajícího nepřichází v úvahu. Žádný člověk nemůže posuzovat kvalitu života druhého. Pokud bychom to připustili, došlo by k výraznému znehodnocení života jako takového. Právo by mělo chránit jednotlivce. Kromě toho se aktivní eutanazie neslučuje s podstatou lékařské etiky ani s Hippokratovou přísahou. Není možné ponechat umírání v rukou druhého.

Základním rysem práva je rovněž odmítat násilí a zasahování do práv druhého. Nejsme oprávněni upírat právo na život druhému, i když se jedná o člověka postiženého nebo nemocného. I on má svoje místo na světě. Právo musí bránit jednotlivce před státem a těmi, kdo by ho chtěli připravit o život. Nemůžeme vědět, zda si člověk v bezvědomí přeje žít nebo nikoliv. A není nikdo, kdo by to dokázal rozhodnout. Pokud by zákonodárci přistoupili k něčemu takovému, není jisté, jestli by vůbec bylo možné zabezpečit eutanazii proti zneužití.

Složitou otázkou se v této oblasti jeví i tlumení bolesti nemocného podáváním utišujících léků, které ve vyšších dávkách mohou uspišit smrt. Trestně stíhaný může být lékař, kterému bylo prokázáno, že podával pacientovi nepřiměřeně vysoké dávky tlumících léků. Na ochranu pacientů vydala v roce 1976 Rada Evropy „Doporučení k právům nemocných a umírajících“, podle kterého lékař má povinnost tlumit bolest nevyléčitelně nemocnému i za cenu zkrácení jeho života.

Uvedené úvahy o pomoci ke smrti zpochybňují absolutnost ochrany života. Pokud si člověk přisuzuje nárok na rozhodování o životě druhého, jednoznačně překračuje svoje kompetence. Nejen že to vypovídá o narušené hierarchii hodnot ve společnosti, ale přiznání tohoto nároku by se postupně vymklo člověku z rukou a obětí by se stal opět člověk. Přijetím eutanazie by došlo k tomu, že život nemocného člověka by měl daleko nižší hodnotu než život člověka zdravého. Nebyl by rovnoprávný, a to je proti jakékoliv právní logice. Život jako takový musí mít právní ochranu.

Munzarová<sup>14</sup> jednoznačně udává, že nelze najít žádné morální, sociální nebo legální odůvodnění pro uzákonění eutanazie.

- Právo na eutanazii nevychází z právní vědy. Nemůže tedy být právem.
- Toto právo by se jednoznačně vymykalo morálce, i za předpokladu, že by došlo k jeho legalizaci.
- Každý závažný lékařský problém v sobě obsahuje i mravní hledisko. Úkolem medicíny a posláním lékaře je zajistit odborný přístup k nemocným a umírajícím. Pokud se tak stane, eutanazie nebude třeba.
- O eutanazii nemůžeme uvažovat jako o autonomním rozhodnutí jedince. Terminálně nemocný člověk uvažuje jinak než člověk zdravý. Je velmi zranitelný a snadno přijímá jakékoliv návrhy ze strany druhého.
- Pokud by byla eutanazie uzákoněna, lékař by získal obrovskou moc. Nemusel by to již být nemocný, kdo bude rozhodovat o ukončení života, ale stal by se jím i přes mnohá právní zajištění lékaře.
- Eutanazie není „smrtí ze soucitu“. Soucit je třeba chápat jako „soutřpení s někým“.
- Pokud dovolíme, aby lékaři ukončovali životy umírajících na jejich vlastní žádost, rozhodně to tímto neskončí. Postupně se tato možnost bude rozšiřovat a společnost se tak dostává na velmi nakloněnou rovinu.

---

<sup>14</sup> MUNZAROVÁ, Marta. *Proč ne eutanazii, aneb, Být, či nebýt?*. Vyd. v KNA 2. V Kostelním Vydří: Pro občanské sdružení Ecce homo vydalo Karmelitánské nakladatelství, 2008, s. 58. ISBN 978-80-7195-304-3.

- Zabití z důvodu beznaděje nebo zabití lékařem nemůžeme považovat za důstojné. Eutanazie tedy není smrtí důstojnou. Mnohem důstojnější je využití paliativní péče.
- Eutanazie není záležitostí jednotlivce. Zabíjení má dopad na celou společnost a nemůžeme ji tak považovat za soukromou záležitost.
- Eutanazie je v rozporu s Hippokratovou přísahou a s posláním lékaře. Ukončení života za pomoci lékaře vede k rozkladu jeho integrity a k snížení důvěry pacienta vůči němu.

Uvedené postoje lze ještě rozšířit o další rozměr. Legalizace eutanazie by znamenala bezohlednou a necitelnou reakci na nesmělé volání nemocného po naší lásce a pozornosti a zároveň by byla naším zbabělým únikem před vlastní bolestí a strachem ze smrti při doprovázení umírajících.<sup>15</sup>

---

<sup>15</sup> *Hnutí Pro život ČR*. Co je eutanazie a její dopady [online]. ©1999 – 2014 [cit. 2014-02-25]. Dostupné z: <http://www.prolife.cz/?a=40&id=118>

## 2 PALIATIVNÍ PÉČE

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

Michel De Montaigne

### 2.1 Terminologie, formy, historie

**Paliativní péče** = aktivní péče, která je poskytována nevyлéčitelně nemocnému pacientovi v pokročilé nebo závěrečné fázi jeho nemoci. Cílem je dosažení zmírnění bolesti a jiného fyzického a psychického strádání a zároveň zachování pacientovy důstojnosti. Svoji pomoc obrací i na příbuzné a snaží se jim pomáhat vyrovnat se se ztrátou blízkého člověka.<sup>16</sup>

„Všechny nemoci, které ohrožují život, od rakoviny přes neurologické, srdeční nebo respirační choroby, mají důsledky pro tělesné, sociální, duševní a duchovní zdraví člověka i jeho rodiny. Úkolem paliativní péče je proto zhodnotit potřeby v každé z těchto oblastí a naplánovat, provést a vyhodnotit vhodné zásahy. Jejím cílem je zlepšit kvalitu života a umožnit důstojnou smrt.“<sup>17</sup>

**Terminální péče** = péče poskytovaná pacientovi během poslední fáze jeho nemoci. Jedná se o péči v rámci několika posledních dnů života.

**Respitní péče** = odlehčovací péče týkající se nemocných v domácí péči. Jejich pečovatelé jsou nuceni na čas přerušit opatrování z osobních, zdravotních nebo sociálních důvodů a nemocný tak může být dočasně přijat do lůžkového hospice nebo denního stacionáře, maximálně však na tři měsíce.<sup>18</sup>

Dle Radbrucha a Payne<sup>19</sup> se shodují odborníci na paliativní péči v různých evropských zemích na několika základních hodnotách a rysech paliativní péče.

**Autonomie** – k člověku je přistupováno jako k jedinečné a autonomní bytosti, která má právo být informovaná o diagnóze, prognóze, možnostech léčby a dalších hlediscích péče a zároveň má možnost podílet se na rozhodování.

<sup>16</sup> RADBRUCH, Lukas a Sheila PAYNE. *Standardy a normy hospicové a paliativní péče v Evropě: doporučení Evropské asociace pro paliativní péči*. Praha: Cesta domů, 2010, s. 14. ISBN 978-80-904516-1-2.

<sup>17</sup> SEYMOUR, Jane: Co je v názvu? In: PAYNE, Sheila, Jane SEYMOUR a Christine INGLETTON, eds. *Paliativní péče*. Principy a praxe. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007, s. 63. ISBN 978-80-87029-25-1

<sup>18</sup> RADBRUCH, Lukas a Sheila PAYNE, ref. 16, s. 19.

<sup>19</sup> RADBRUCH, Lukas a Sheila PAYNE, ref. 16, s. 21.

**Důstojnost** – v paliativní péči se uplatňuje citlivý, empatický přístup s úctou a otevřeností, který bere ohled na osobní, kulturní, etnické a náboženské zvyklosti a hodnoty pacienta.

**Vztah mezi pacientem a zdravotníky** – jedná se o vytvoření spolupráce mezi pacientem, zdravotníky a rodinnými příslušníky. Důraz je kladen především na schopnosti a možnosti pacientů, ne jen na jejich obtíže.

**Kvalita života** – paliativní péče usiluje o vytvoření a zachování co nejvyšší možné kvality života pacienta.

**Postoj k životu a smrti** – na život i smrt je pohlíženo jako na součást lidského bytí. Život i smrt mají svou hodnotu a obojí může být možností pro seberealizaci. Paliativní péče se nesnaží smrt oddálit, ani ji uspíšit.

**Komunikace** – součástí kvalitní péče by měla být i dobrá komunikace mezi všemi zúčastněnými navzájem, mezi pacientem a zdravotníky, mezi pacientem a příbuznými, mezi jednotlivými odborníky a službami podílejícími se na péči.

**Edukace veřejnosti** – snahou je rozšiřovat ve veřejnosti povědomí o paliativní péči, o jejím správném chápání a přispívat tak ke zmenšení obav z umírání a zármutku.

**Multidisciplinární tým** – paliativní péče by měla být poskytována týmem odborníků z různých zdravotnických i nezdravotnických profesí a oborů.

**Péče o truchlící pozůstalé** – nabízí pomoc blízkým nejen v období péče o pacienta, ale i v období po jeho smrti.

Paliativní péči můžeme podle poskytovaných služeb rozdělit na obecnou a specializovanou.

**Obecná paliativní péče** = klinická praxe v situaci pokročilého onemocnění. Obsahuje psychosociální podporu a otevřenou, vstřícnou a empatickou komunikaci s pacientem a nejbližšími. Léčba a péče se soustředí na kvalitu života. Tato péče by měla být poskytována lékaři všech odborností během rutinní klinické práce.

**Specializovaná paliativní péče** = aktivní péče multidisciplinárního charakteru, která je poskytována týmem odborníků pacientům a jejich nejbližším. Součástí tohoto týmu jsou lékař, zdravotní sestry, ošetrovatelky, pečovatelky, psychologové, rehabilitační, sociální a duchovní pracovníci, dobrovolníci a blízcí pacientů. Tato péče je hlavní pracovní náplní



týmu. Jde o odborníky se zkušenostmi a speciálním vzděláním v oblasti paliativní péče. Uplatňuje se tam, kde pacient a jeho nejbližší mají problémy, které přesahují možnosti obecné paliativní péče.

Specializovanou paliativní péči potom můžeme nalézt v několika formách.

**Hospic** – samostatně stojící lůžkové zařízení.

**Mobilní hospic** – specializovaná domácí paliativní péče.

**Oddělení specializované paliativní péče** – nachází se v lůžkových zdravotnických zařízeních, především v nemocnicích a léčebnách.

**Denní hospicový stacionář** – ambulance specializované paliativní péče především v rámci větších nemocnic.

**Konziliární tým paliativní péče** – v rámci jiného zdravotnického zařízení. V ČR zatím nepůsobí.<sup>20</sup>

Počátky paliativní péče můžeme datovat do 19. století. V této době došlo k výrazné změně v příčinách umírání. Smrtelná infekční onemocnění s rychlou progresí, která dosud bývala ve většině případů příčinou smrti, vystřídala déletrvající onemocnění a chronické nemoci. V důsledku tohoto epidemiologického zlomu se umírání mnoha lidí stalo zdlouhavým procesem a nebylo neobvyklé, že člověk na konci života odcházel umírat z domova do nějaké instituce. Z medicínského pohledu však bylo na smrt pohlíženo jako na něco nevyhnutelného, mnohdy jako na selhání medicíny. A ačkoliv je toto období charakteristické horlivým vznikáním nemocnic, pro umírání nebyl vyčleněn dostatečný prostor a bylo odsunuto mimo hlavní okruh zájmu lékařství. Z iniciativy náboženských řádů nebo filantropicky orientovaných organizací proto začaly vznikat „hospice“ nebo „domy pro umírající“. Často šlo o iniciativu charitativně smýšlejících žen.<sup>21</sup>

V roce 1842 založila Jeanne Garnierová v Lyonu spolek žen, jehož činností byla péče o nevyléčitelně nemocné. Z jejich iniciativy byl v roce 1847 v Paříži otevřen první dům,

<sup>20</sup> SKÁLA, Bohumil. Paliativní péče o pacienty v terminálním stádiu nemoci: doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře 2011: [novelizace 2011] / autoři Bohumil Skála ... [et al.]. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře, ©2011, s. 4. Doporučené postupy pro praktické lékaře. ISBN 978-80-86998-51-0.

<sup>21</sup> CLARK, David. Historie paliativní péče, kulturní a genderové vlivy v jejím rozvoji. In: PAYNE, Sheila, Jane SEYMOUR a Christine INGLETON, eds. *Paliativní péče. Principy a praxe*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007, s. 47. ISBN 978-80-87029-25-1

který se nazýval hospic. O několik let později, v roce 1878, založila v Dublinu Marie Aikenheadová kongregaci Sester lásky. Jejím úkolem se stalo doprovázení umírajících při umírání na konci života. Kongregaci se podařilo vybudovat několik ústavů v Irsku a Anglii. Jedním z nich byl i hospic sv. Josefa v Londýně, kde později působila i Cicely Saundersová, zakladatelka moderního hospicového hnutí a propagátorka paliativní péče. Právě ona v polovině 20. století formulovala principy lékařské péče zaměřující se na pomoc nevyлéčitelně nemocných pacientů. Ve své práci uplatňovala myšlenky psychologa Carla Rogerse o empatii, naslouchání a komunikaci s nemocným. Její koncept „celkové bolesti“ se zakládal na tom, že fyzické utrpení je nedílně spjato s utrpením duševním, sociálním i duchovním a vzájemně se ovlivňuje. Věnovala se také výzkumu v oblasti použití perorálního morfinu při léčbě bolesti onkologických pacientů. Její koncept péče o „celkovou bolest“ pacientů v terminálním stádiu onemocnění začala uplatňovat pod vedením multidisciplinárního týmu odborníků v hospici sv. Kryštofa, který v roce 1967 založila v Londýně. Hospicové hnutí a paliativní péče se nerozvíjely jen v podobě samostatných lůžkových zařízení, ale také v podobě domácí péče, která na ně navazovala. Tento způsob péče o terminálně nemocné se rozvinul především v USA a Velké Británii. Došlo k rozvoji i denních hospicových stacionářů. V roce 1975 bylo založeno první oddělení paliativní péče, a to v Royal Victoria Hospital v Montrealu. Zasloužil se o to doktor Balfour M. Mount. V současnosti v Evropě a Americe také vznikají při nemocnicích specializované ambulance a konziliární paliativní týmy. Hospic je dnes místem, kde probíhá klinický výzkum a uplatňují se zde nejnovější léčebné metody v léčbě bolesti. Stejně tak v nemocnicích a zařízeních následné péče se využívají poznatky a principy dosažené v hospicích.<sup>22</sup>

## 2.2 Hospice a hospicová péče v ČR

Hospic je nestátní zdravotnicko-sociální zařízení, ve kterém speciální multidisciplinární tým odborníků pečuje o pacienty v preterminálním a terminálním stádiu jejich nemoci. Uspokojuje jejich fyzické, psychické, sociální a spirituální potřeby. Idea hospice vychází z úcty k životu a z úcty k člověku jako k neopakovatelné a jedinečné lidské bytosti.

---

<sup>22</sup> VORLÍČEK, Jiří a Ondřej SLÁMA. Paliativní medicína – historie a současnost. *Sanquis*. Praha: Audabiac, 2005, č. 41, s. 34. ISSN 1212-6535. Dostupné také z: <http://www.sanquis.cz/index1.php?linkID=art345>

Uplatňují se zde principy paliativní medicíny, důraz je kladen na kvalitu života a důstojné prožití jeho závěrečné fáze.

„Hospic nemocnému garantuje, že

- *nebude trpět nesnesitelnou bolestí,*
- *v každé situaci bude respektována jeho lidská důstojnost,*
- *v posledních chvílích života nezůstane osamocen.*“<sup>23</sup>

V České republice se hospicové hnutí začíná rozvíjet teprve na začátku devadesátých let 20. století. Zakladatelkou a propagátorkou paliativní péče se stala Marie Svatošová, která se v roce 1996 zasloužila o otevření prvního hospicového zařízení u nás – Hospice Anežky České v Červeném Kostelci. Dle Asociace poskytovatelů hospicové a paliativní péče se v současné době na našem území nachází 12 lůžkových a 11 mobilních hospiců<sup>24</sup>.

Svatošová<sup>25</sup> uvádí tři formy hospicové péče.

1. **Domácí hospicová péče** – je vhodná tehdy, když si pacient přeje zůstat v domácím prostředí a rodina je ochotná o něj pečovat. Bývá pro pacienta ideální, ne vždy se však dá uskutečnit v podmínkách rodiny. Překážkou může být i odbornost, protože ne ve všech lokalitách působí v dosahu agentura poskytující domácí péči s odborně vyškoleným personálem.
2. **Stacionární hospicová péče (denní pobyty)** – pacient se nachází ve stacionáři od rána do odpoledne nebo večera. Převoz zajišťuje rodina, případně hospic. I tady je nutné, aby se stacionář nenacházel v příliš velké vzdálenosti od bydliště pacienta. Do denního stacionáře jsou pacienti přijímáni z několika důvodů. Může jimi být nevládnutá kontrola bolesti v domácím prostředí (diagnostický důvod), nutnost podstoupení chemoterapie nebo paliativní léčby (léčebný důvod), poskytnutí psychické útěchy, pokud toho není rodina schopna (psychoterapeutický důvod) a také možnost odlehčení rodiny při dlouhotrvající péči o nemocného (respitní důvod).

---

<sup>23</sup> SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospice a umění doprovázet*. 4. vyd. Praha: Ecce homo, 1999, s. 115. ISBN 80-902049-2-9.

<sup>24</sup> *AsociaceHospicu.cz: Hospice v ČR* [online]. APHPP- Asociace poskytovatelů hospicové a paliativní péče © 2010 [cit. 2013-10-07]. Dostupné z: <http://www.asociacehospicu.cz/o-hospicich/hospice-v-cr/>

<sup>25</sup> SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospice a umění doprovázet*. 4. vyd. Praha: Ecce homo, 1999, s. 118. ISBN 80-902049-2-9.

3. **Lůžková hospicová péče** – do lůžkového hospice jsou přijímáni pacienti v poslední fázi života, kdy není nutná léčba v nemocnici a domácí péče nebo péče v denním stacionáři není možná.

Svatošová<sup>26</sup> dále uvádí, že můžeme rozdělit hospicovou péči také z časového hlediska ve vztahu k pacientovi a jeho nemoci.

- Období *prae finem* – pomoc a péče o pacienta a jeho rodinu od momentu zjištění diagnózy až do začátku terminální fáze nemoci.
- Období *in finem* – pomoc a péče o pacienta v období vlastního umírání.
- Období *post finem* – péče o tělo zemřelého a péče o pozůstalé, obvykle v období jednoho roku.

Klienty hospice jsou pacienti s nádorovými onemocněními, kdy předpokládaná délka dožití je v řádu obvykle několika měsíců, někdy týdnů. V České republice na některé z onkologických onemocnění umírá ročně 28 000 lidí. Dále tvoří klienty hospice pacienti v pokročilých a konečných stádiích chronického srdečního selhání, jaterní cirhózy, onemocnění ledvin, pacienti s neurologickými onemocněními typu demence, roztroušené sklerózy a podobně nebo pacienti po cévních mozkových příhodách, polymorbidní „křehcí“ geriatrictí pacienti, pacienti v konečných stádiích AIDS a pacienti v permanentním vegetativním stavu.<sup>27</sup>

Podmínkou pro přijetí do hospice je předložení žádosti vyplněné ošetřujícím lékařem, jejíž součástí je svobodný informovaný souhlas pacienta. O přijetí do lůžkového nebo mobilního hospice, případně denního stacionáře, rozhoduje jednoznačně hospicový lékař, který zhodnotí pacientovu zdravotní indikaci i možnosti hospice. Bere v úvahu, zda jsou

---

<sup>26</sup> SVATOŠOVÁ, Marie, ref. 25, s. 122.

<sup>27</sup> SKÁLA, Bohumil. *Paliativní péče o pacienty v terminálním stádiu nemoci: doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře 2011: [novelizace 2011] / autoři Bohumil Skála ... [et al.]*. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře, ©2011, s. 6. Doporučené postupy pro praktické lékaře. ISBN 978-80-86998-51-0.

volná lůžka a pokud je momentálně kapacita hospice omezená, upřednostní pacienty s kratší předpokládanou dobou dožití.<sup>28</sup>

Svatošová<sup>29</sup> se vyslovila, že indikace pro hospicové lůžko vzniká, pokud postupující choroba ohrožuje nemocného na životě, nemocný potřebuje paliativní léčbu a péči, není nutná hospitalizace v nemocnici nebo nestačí, případně není možná péče v domácím prostředí.

**Hospic Anežky České v Červeném Kostelci** byl zprovozněn 1. 1. 1996 jako první modelové zařízení lůžkového charakteru v České republice. Předlohou mu byl hospic St. Christopher ve velké Británii. Jde o sociálně-zdravotnické zařízení, které provozuje Oblastní charita Červený Kostelec. Hospic se nachází nedaleko centra Červeného Kostelce v bezbariérovém objektu se zimní zahradou a venkovní terasou. Zařízení je dvoupodlažní. Celková kapacita je třicet lůžek ve dvaceti pokojích (14 jednolůžkových, 4 dvoulůžkové a 2 čtyřlůžkové). Příbuzným pacientů jsou umožněny návštěvy prakticky kdykoliv, mají možnost využít ubytování v rámci Oblastní charity v Červeném Kostelci, případně přímo s pacienty na jednolůžkových pokojích s přistýlkou. Zařízení poskytuje respitní péči a sociální poradenství, provozuje edukační centrum. Hala a veřejná čajovna, které se zde nachází, slouží pro posezení nebo konání různých kulturních akcí. Klienti mohou využít služeb půjčovny knih a DVD a půjčovny kompenzačních pomůcek. Na činnost lůžkového hospice navazuje i působení Mobilního hospice Anežky České a ambulance paliativní péče.<sup>30</sup>

**Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa v Rajhradě** byl založen v roce 1999 jako charitní projekt. Zařízení se nachází v čtyřpodlažním objektu s přilehlým parkem, který je k dispozici pacientům. Disponuje 50 lůžky celkem ve dvou odděleních a uspokojí tak ročně zhruba 456 pacientů. Jedno lůžko tak připadá na 9 -10 pacientů. Průměrná délka pobytu pacienta je 32 dní. Pacienti jsou ubytováni převážně v jednolůžkových pokojích s vlastním sociálním zařízením, televizí a bezdrátovým telefonem. Rodinní příslušníci mohou využít hostinských pokojů. Návštěvy jsou umožněny 24 hodin denně. V budově se nachází i ambulance léčby bolesti a fyzioterapie. Zařízení umožňuje také přijímat pacienty v rámci respitní péče a klientům a jejich blízkým poskytuje sociální poradenství. Součástí

---

<sup>28</sup> SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospice a umění doprovázet*. 4. vyd. Praha: Ecce homo, 1999, s. 122. ISBN 80-902049-2-9.

<sup>29</sup> *Přednáška Marie Svatošové na téma Hospice a umění doprovázet*. Rajhrad 18. 4. 2013.

<sup>30</sup> *Hospic Anežky České* [online]. VIZUS ©2013 [cit. 2013-10-07]. Dostupné z: <http://www.hospic.cz/>

je i kaple a veřejná kavárna. Zařízení je akreditovaným vzdělávacím centrem paliativní péče.<sup>31</sup>

Hospicová péče je dnes rozšířena po celé České republice. Své pevné místo získala především specializovaná paliativní péče v oblasti lůžkové hospicové péče. Svůj rozvoj zaznamenává i mobilní hospicová péče. Úkolem odborníků je rozšíření její působnosti do dalších zařízení, kde se poskytuje dlouhodobá péče o chronicky nemocné pacienty.<sup>32</sup>

### 2.3 Poskytování paliativní péče

Radbruch a Payne<sup>33</sup> uvádí, že je pro efektivní poskytování paliativní péče třeba splnit několik základních požadavků.

Prvním z nich je **plánování péče předem**. Pacient, jeho rodina a tým odborníků poskytující paliativní péči by měli mít představu o tom, jakým způsobem bude péče probíhat vzhledem k možnostem péče, nejvhodnějšímu lékařskému postupu a především k přáním pacienta. Individuální plán se vzhledem k měnícímu se zdravotnímu stavu a pacientově zdatnosti bude v průběhu upravovat. Postupující onemocnění a možné zhoršování poznávacích a tělesných funkcí může způsobit, že pacient později nebude schopen o sobě rozhodovat, tak jak by si představoval. Proto by bylo vhodné začlenit do plánování péče takové prostředky, které umožní pacientovi, aby bylo i v této době postupováno v souladu s jeho preferencemi. Jedním z takových prostředků je pacientem „dříve vyslovené přání“ (living will, advanced directives), prostřednictvím kterého může vyjádřit své požadavky dříve před tím, než ztratí schopnost rozhodování. K tomu je třeba, aby pacient, jiná osoba a tým paliativní péče diskutovali o zdravotní situaci pacienta a byli optimálně informováni o průběhu onemocnění a prognózách do budoucnosti. V České republice je tento právní institut zakotvený v § 36 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování.

---

<sup>31</sup> *Oblastní charita Rajhrad* [online]. Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa. Charita Česká republika ©2013 [cit. 2013-09-30]. Dostupné z: <http://rajhrad.charita.cz/dum-lecby-bolesti-s-hospicem-sv-josefa1/onasem-hospici/>

<sup>32</sup> PROKOP, Jiří, Ladislav KABELKA, Hana TOMÁŠKOVÁ, Radka PAZDERKOVÁ, Radka ALEXANDROVÁ, Zita HAVLENOVÁ a Milada BLINKOVÁ. *Hospicová péče v praxi*. Rajhrad: Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa, 2010, sv. 1, s. 11. ISBN 978-80-254-6594-36.

<sup>33</sup> RADBRUCH, Lukas a Sheila PAYNE., ref. 16, s. 39.

Dalším požadavkem je **rovný přístup k paliativní péči** všem pacientům bez jakýchkoliv etnických, náboženských, rasových, národnostních a sexuálních předsudků a bez ohledu na finanční možnosti pacienta.

Pacient se během léčby svého onemocnění se může ocitnout v různých zdravotnických zařízeních poskytujících paliativní péči. Návaznost této péče předchází krizím, zbytečným převozům, léčebným chybám a celkovému utrpení pacienta. **Kontinuita paliativní péče** po celou dobu onemocnění pacienta musí být zachována.

Důležitým aspektem je také **požadavek pacienta týkající se místa, kde chce zemřít**. Převážná většina lidí si přeje umřít doma. Podle výzkumu agentury STEM/MARK<sup>34</sup> ze září roku 2011 si 78% lidí v České republice přeje umírat doma. Většina lidí však končí svůj život v nemocnicích nebo léčebnách pro dlouhodobě nemocné. Mnoho pacientů prožije závěrečnou část svého života doma, ale na samém konci jsou převezeni do nemocnice z důvodu nedostatečné komunitní podpory.

Paliativní péče je poskytována pacientům v různých prostředích, ve formě nespecializovaných služeb paliativní péče a ve formě specializovaných služeb paliativní péče. Je třeba vytvořit **jednotný integrovaný systém**, kde dojde ke koordinaci těchto služeb tak, aby pacientovy potřeby byly uspokojovány ve správnou dobu a na správném místě.

**Tým poskytující specializovanou paliativní péči** je skupinou odborníků z různých profesí. Nejdůležitější funkci zde mají specializované zdravotní sestry a lékaři, dále psychologové, fyzioterapeuti a sociální pracovníci. K dispozici by měli být odborníci pro psychosociální podporu, koordinátoři duchovní péče, koordinátoři dobrovolníků, kaplani a další.

Při poskytování specializované paliativní péče hrají důležitou roli i **dobrovolníci**. Ti musí být pečlivě vybíraní a dobře proškolení. Pracují pod vedením koordinátora, který vytváří spojení mezi dobrovolnými pracovníky a osobami pečujícími o pacienta.

Dle uvedeného výzkumu agentury STEM/MARK<sup>35</sup> je 88% lidí v České republice ochotno starat se o své blízké až do konce. Pokud jsou však lidé zaměstnaní, není situace tak

---

<sup>34</sup> ŠPINKOVÁ, Martina. Neumíráme tam, kde si přejeme [online]. Umírání.cz ©2013 [cit. 2013-10-21]. Dostupné z: <http://www.umirani.cz/prezentace-vyzkumu-neumirame-tam-kde-si-prejeme.html>

<sup>35</sup> ŠPINKOVÁ, Martina. Neumíráme tam, kde si přejeme [online]. Umírání.cz ©2013 [cit. 2013-10-21]. Dostupné z: <http://www.umirani.cz/prezentace-vyzkumu-neumirame-tam-kde-si-prejeme.html>

jednoduchá. Právní předpisy, které by upravovaly možnost **uvolnění ze zaměstnání pro případ poskytování paliativní péče**, jsou stanovené pouze ve Francii a Rakousku. Čeští občané tuto možnost nemají. Zavedení takových právních podmínek, které by umožňovaly možnost poskytnutí náhrady za uvolnění ze zaměstnání při poskytování paliativní péče, by významně přispělo k dalšímu rozvoji této péče.

Specializovaná paliativní péče je prospěšná tehdy, když pacient vyčerpal všechny možnosti kauzální léčby a další léčba je směřovaná na mírnění potíží způsobených základním onemocněním. Současně toto onemocnění způsobuje pacientovi vážné fyzické i duševní nesnáze a očekávaná doba dožití pacienta je v řádu několika týdnů či měsíců. Nemocný i jeho rodina za těchto okolností rozumí nastalé situaci a jsou informováni o prognózách dalšího vývoje onemocnění.<sup>36</sup>

Odhaduje se, že v České republice potřebuje paliativní péči v posledním roce života asi přibližně 70 tisíc nemocných, přičemž soustavnou a dlouhodobou péči v případě chronických progresivních nemocí vyžaduje zhruba 7 – 14 tisíc lidí.<sup>37</sup>

Kultura smrti a umírání je v naší zemi na nízké úrovni. Terminálně nemocný nebo umírající člověk se ocitl na periferii zájmu odborné i laické veřejnosti a často i vlastní rodiny. Je to důsledek dlouholetého vývoje, kdy se medicína orientovala především na vyléčení pacienta. V situaci, kdy naděje na jeho vyléčení se stala nereálnou, ztratil pro medicínu význam a to až do nedávné doby.

Jedním z poslání speciální paliativní péče v České republice je usilovat o postupnou změnu v myšlení lidí, kteří se brání veškerým úvahám na téma smrti a umírání a proměňovat tuto nehumánní kulturu systematickým způsobem, a to na všech úrovních možného působení<sup>38</sup>. A tady vidím možnost výchovy v sociální oblasti. V každé etapě života vychovávat člověka k tomu, aby o smrti a umírání přemýšlel, dokázal o ní hovořit se svými blízkými a přáteli a celkově přijal péči o umírající jako součást života ve společenství. Je důležité kultivovat diskusi napříč společností a vést člověka k praktickému přístupu. Preventivně

---

<sup>36</sup> SKÁLA, Bohumil. Paliativní péče o pacienty v terminálním stádiu nemoci: doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře 2011: [novelizace 2011] / autoři Bohumil Skála ... [et al.]. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře, ©2011, s. 6. Doporučené postupy pro praktické lékaře. ISBN 978-80-86998-51-0.

<sup>37</sup> SLÁMA, Ondřej a Štěpán ŠPINKA. *Koncepce paliativní péče v ČR: pracovní materiál k odborné a veřejné diskusi*. Praha: Cesta domů, 2004, s. 28. ISBN 80-239-4330-8.

<sup>38</sup> PROKOP, Jirí, Ladislav KABELKA, Hana TOMÁŠKOVÁ, Radka PAZDERKOVÁ, Radka ALEXANDROVÁ, Zita HAVLENOVÁ a Milada BLINKOVÁ. *Hospicová péče v praxi*. Rajhrad: Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa, 2010, sv. 1, (s. 2.). ISBN 978-80-254-6594-36.



tak zabránit vyloučení těžce nemocných a umírajících ze společnosti, usnadnit prožívání a smíření se s nastalou situací. Již od útlého věku můžeme v procesu socializace vychovávat člověka k tomu, aby byl citlivější k těmto tématům. Můžeme docílit převzetí odpovědnosti za péči o naše umírající jak na úrovni rodiny, ale také na úrovni celospolečenské. Podle mého názoru jde o společný úkol paliativní péče a sociální pedagogiky.

### 3 UMÍRÁNÍ A SMRT

*„Smrt je kosmický zvon, jehož vyzvánění slyšíme slabounce už od počátku života. Když nám jeho hřímání začne působit bolest v uších a rozechvívá náš hrudník, jak těžké musí být zůstat otevřený!“<sup>39</sup>*

#### 3.1 Postoje ke smrti z hlediska historie

Pohled na smrt se v průběhu dějin vyvíjel a měnil. Od nejstarších dob až do středověku bylo na smrt pohlíženo jako na běžnou záležitost. Byla součástí každodennosti člověka. Lidé umírali mladí, umíraly děti a matky při porodu, epidemie a přírodní katastrofy způsobovaly hromadná úmrtí. Celkově se populace nedoživala vysokého věku. Lidé si uvědomovali, že jejich čas je jen omezený, že má své hranice. V důsledku všudypřítomnosti smrti věděli, že jejich život může kdykoliv skončit. Smrt byla považována za něco, co k životu se vši samozřejmostí patří a tak se každý na svou smrt připravoval. Rodinní příslušníci, přátelé a sousedé byli přítomni doprovázení člověka na jeho poslední cestě. Péče a starost o umírajícího i veškeré pohřební záležitosti byly zajišťovány výlučně rodinou.

Jakmile si však člověk začal uvědomovat svoji svébytnost a originalitu ve vztahu ke společnosti, situace se změnila. A tak v období od 12. do 15. století pohled na smrt ztratil svoji familiárnost a smrt je považována za osobní záležitost jednotlivce. Rady pro umírající i při umírání jiného člověka v té době nabízelo křesťanství prostřednictvím literatury Ars moriendi. Bylo zdůrazňováno léčení ducha tak, aby člověk před posledním soudem mohl obstát. Nebylo žádoucí podporovat v umírajícím člověku naději k uzdravení těla, protože smrt byla v křesťanském pojetí považována za začátek a nikoliv za konec.

V 19. století dostal pohled na smrt další rozměr. Smrt přestala být záležitostí obecnou, ale byla vnímána prostřednictvím vztahů k jiným. Smrt znamenala ukončení vztahu, odloučení dvou milovaných osob. Byla vnímána s bolestí. Život po smrti si lidé představovali jako věčný spánek nebo pekelná muka či nanebevzetí. Očekáváno bylo ale také posmrtné setkání těch, kteří byli rozděleni. V malé míře přetrvávají pozůstatky těchto názorů až do dnešní doby.

---

<sup>39</sup> BYOCK, Ira. *Dobré umírání: možnosti pokojného konce života*. Vyd. 1. Praha: Vyšehrad, 2005, s. 271. ISBN 80-7021-797-9.

Současná společnost se však staví k vědomí smrti nanejvýš odmítavě. Popírání smrti je charakteristickým rysem postoje dnešního člověka. O smrti nechceme přemýšlet, nic o ní slyšet, nepatří do našeho života, který je orientovaný na mládí, sílu, úspěch, užitečnost, zdraví, peníze, kariéru, na právo na bezstarostný život. Lidé už neumírají doma v kruhu svých blízkých, péče o umírající je kompletně institucionalizovaná a medicinalizovaná. Smrt je výhradně v rukách lékařů, kteří pacienta léčí po stránce fyzické, opomíjena je ale péče o umírajícího a jeho prožívání. Věda dokáže účinně oddálit okamžik smrti a délka lidského života se tak prodlužuje.<sup>40</sup>

Marková<sup>41</sup> v tabulce uvádí rozdílné sociokulturní faktory, které ovlivňovali postoj k smrti a umírání v minulosti a dnes.

Tabulka č. 1

<i>minulost</i>	<i>současnost</i>
velmi častá úmrtí	prodlužování průměrného věku
smrt je přirozenou součástí života	smrt je považována za zdravotnický problém
podpora blízkého okolí	individualizace a uzavření se lidí před ostatními
náboženství je součástí života člověka	sekularizace
život má smysl jako celek	smyslem života je užívat si
smrt a setkávání s ní jsou realitou	setkávání se se smrtí je virtuální
umírání je spojeno s fyzickou bolestí	medicínský pokrok v léčbě bolesti
při umírání není člověk většinou osamocen	člověk často umírá sám
větší rodiny a soudržnost rodin	malé rodiny, samostatně žijící osoby
ženy jsou často v domácnosti	ženy jsou převážně zaměstnané
soustředění na člověka	soustředění na nemoc

Je zřejmé, že pohled člověka na smrt a umírání je dnes podstatně jiný než v minulosti.

### 3.2 Prožívání umírajícího a jeho blízkých

Terminálně nemocní trpí z důvodu své s životem se neslučující se nemoci v první řadě fyzicky. Bolest je dokáže ochromit tak, že nedokáží myslet na nic jiného. V současné době

<sup>40</sup> MUNZAROVÁ, Marta. *Vybrané kapitoly z lékařské etiky*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 1997, s. 57. ISBN 80-210-1610-8.

<sup>41</sup> MARKOVÁ, Monika. *Sestra a pacient v paliativní péči*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, s. 18. ISBN 978-80-247-3171-1.

je však medicína na takové úrovni, že umí bolest zvládnout. Většinou bolest zmírní, často ji i odstraní. V situaci, kdy se nemocný po tělesné stránce cítí lépe, do popředí se dostává bolest psychická. Student, Mühlum a Student<sup>42</sup> mluví o tom, že pacienti trpí celou svou biopsychosociální existencí. Vlivem své nemoci se mohou nacházet v psychických krizích (depresivní stavy, pomatené stavy, nespavost), v sociálních krizích (nemožnost postarat se o nemocného ze strany blízkých) nebo v krizích spirituálních (obavy pramenící z náboženské víry).

Každý člověk reaguje na těžké životní situace jinak. Závisí to na věku, typu osobnosti, temperamentu, aktuálním zdravotním stavu, prožitých životních zkušenostech, prostředí, ve kterém žije a zázemí, na tom, zda je člověk věřící a podobně.<sup>43</sup> Dle výzkumů bylo zjištěno, že na to, jakým způsobem člověk prožívá umírání, působí věk, etnická a genderová příslušnost, kultura a sociální třída. To vše je odvozené od přístupu člověka k hmotným i sociálním prostředkům, které mu zajišťují podporu při vlastním umírání a zároveň od toho, jaký přikládá umírání význam a smysl.<sup>44</sup>

Podle Elizabeth Kubler-Rossov<sup>45</sup> prochází terminálně nemocný člověk z hlediska psychiky několika fázemi.

### **Zavírání očí před skutečností a osamění**

V tomto období je člověk informací o svém zdravotním stavu šokován a reaguje tak, že se snaží informaci od sebe zapudit, odehnat, nechce přijmout skutečnost, nechce ji vzít na vědomí, informace neguje a důrazně popírá. Jeho okolí by se mělo pokusit o navázání kontaktu, získání důvěry.

### **Zloba**

Po období zavírání očí následuje doba agrese, hněvu, nevraživosti a závisti. Člověk zlostně reaguje na cokoliv, co se kolem něj děje. Vše je přijímáno bez radosti, člověk se chová, jako by mu každý ubližoval. V tomto období to blízcí i ošetřující personál nemají jednoduché. Je však důležité, aby se ho snažili pochopit, naslouchali mu a jeho zlobu

<sup>42</sup> STUDENT, Johann-Christoph, Albert MÜHLUM a Ute STUDENT. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*. Vyd. 1. Jinočany: H & H, 2006, s. 59. ISBN 80-7319-059-1.

<sup>43</sup> SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospice a umění doprovázet*. 4. vyd. Praha: Ecce homo, 1999, s. 22. ISBN 80-902049-2-9.

<sup>44</sup> SEYMOUR, Jane a INGLETON, Christine. Přehled. In: PAYNE, Sheila, Jane SEYMOUR a Christine INGLETON, eds. *Paliativní péče*. Principy a praxe. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007, s. 218. ISBN 978-80-87029-25-1

<sup>45</sup> KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *Hovory s umírajícími*. 1. vyd. Nové Město nad Metují: Signum unitatis, 1992, s. 15. ISBN 80-85439-04-2.

tolerovali. V žádném případě nemocnému neodporujeme, nepohoršujeme se. Snažíme se poskytnout mu možnost odreagování.

### **Vyjednávání**

Tato fáze je pro člověka velmi důležitá. Po předchozím období tápání a neschopnosti si uvědomit skutečnost a následném hádání se, přichází období vyjednávání a smlouvání. Nemocný hledá zázračné léky, léčitele, svoji pozornost zaměřuje k různým dietám, pověrám. Ve většině případů se v tajnosti obrací k Bohu a smlouvá o odklad, o uzdravení, slibuje dobré chování a určuje lhůtu, po níž už nic nebude žádat. Jde o velmi dlouhou fázi, ve které je třeba neuchýlit se k dávání falešné naděje, ale naopak být k nemocnému maximálně trpělivý.

### **Deprese**

Když už smrtelně nemocný člověk nemůže sám sobě déle lhát, nemoc se stále více a intenzivněji projevuje a on se stává slabším a slabším, nastupuje pocit obrovské ztráty, která se projevuje smutkem a depresí. Deprese může být dvojího druhu. Deprese reaktivní, která vzniká z utrpěné ztráty a je spojená s příčinami zoufalství a nerealistickými pocity studu a viny. Člověk v důsledku nemoci nemůže vykonávat povinnosti, které si stanovil, a které dosud od něj byly očekávány. Druhým druhem deprese je deprese přípravná, která vzniká z uvědomované další hrozící ztráty. Člověk ztrácí vše, co miloval. V této fázi je důležité, aby nemocný o svých pocitech mluvil a my mu trpělivě naslouchali, pomohli s hledáním řešení, pomohli urovnat vztahy.

### **Souhlas**

Závěrečnou a konečnou fází smířování se s neodvratnou skutečností je fáze souhlasu, smíření, akceptace. Pokud nemocný neumírá náhle a v předchozích fázích se mu dostávalo pomoci a podpory, nastane období, kdy svůj osud nepřijímá se zlobou a nevraživostí, pomoci komunikace s blízkými osobami se oprostil od závisti a negativních emocí a unavený a zesláblý se dívá svému konci vstříc. Toto období je charakterizováno vyrovnáním, pokorou, pocitem, že boj je u konce a loučením. Není to šťastný stav, ale stav klidu, kdy už je nemocný osvobozený od negativních emocí. Komunikace s nemocným se omezuje spíše na gesta než slova, vítaná je mlčenlivá přítomnost blízké osoby, vyjádření porozumění, držení za ruku.

Toto je pořadí jednotlivých fází, tak jak obvykle přichází za sebou. Svatošová<sup>46</sup> k tomu uvádí, že se mohou jednotlivá období prolínat, opakovaně vracet a střídat v různých časových úsecích, někdy i během jediného dne. Je to závislé od individuality každého člověka. Podle ní stejnými fázemi procházejí i rodinní příslušníci nemocného. Může však docházet k časovému posunu v prožívání smrtelně nemocného člověka a jeho blízkých. Pokud například nemocný dosáhl fáze smíření, ale jeho blízcí setrvávají v období smlouvání a vyjednávání, může to nemocnému uškodit. Je třeba, aby se nacházeli jak nemocný tak jeho blízcí ve stejném stádiu. K tomu mohou napomoci vzdálenější členové rodiny, přátelé, duchovní, dobrovolníci nebo kdokoli kdo je ochotný s nemocným spoluprožívat toto těžké období.

Křivohlavý<sup>47</sup> popisuje několik fází odchodu jako Horowitzův model:

### **Výkřik**

Jde o psychický stav pacienta po sdělení nepříznivé diagnózy své nemoci. Nemocný je zděšený, šokovaný, reaguje panicky. Může být přítomný výkřik, výbuch hysterického strachu, zoufalství i pláč nebo naopak psychická ochablost, omdlávání, duševní ochablost a malomyslnost.

### **Popírání**

V této fázi si člověk na vědomé či nevědomé úrovni nepřipouští skutečnost, nechce ji vidět, nechce přijmout nastalou krizovou situaci. Je apatický, nemá zájem o svůj zdravotní stav ani o okolní dění.

### **Intruze**

Nemocný člověk má vtíravé myšlenky na to, co ho šokovalo. Neustále se mu vrací zpět skutečnost, která ho vyděsila. Tyto představy se vynořují kdykoliv během dne, ve snech, mívají podobu nočních můr a člověk se jim snaží ubránit.

### **Vyrovnávání**

Pro toto období je příznačné hledání cesty z bezvýchodné situace. Zvláště pokud má pacient dostatek času, snaží se přemýšlet o řešení, o možnostech neřešitelné situace, hledá alternativní metody. Slibné je, pokud se snaží o změnu svého postoje, který přechází od

---

<sup>46</sup> SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospice a umění doprovázet*. 4. vyd. Praha: Ecce homo, 1999, s. 24. ISBN 80-902049-2-9.

<sup>47</sup> KŘIVOHLAVÝ, Jaro a Stanislav KACZMARCZYK. *Poslední úsek cesty*. 1. vyd. Praha: Návrat domů, 1995, s. 40. ISBN 80-85495-43-0.

jednoznačného odmítání v přijetí a akceptaci. Tehdy, více než kdy jindy, potřebuje mít nablízku někoho, kdo mu pomůže najít naději.

### **Smíření**

Nemocný se vyrovnává se svým osudem, smíruje se s tím, co ho potkalo, akceptuje situaci takovou, jaká skutečně je. Je schopen na svou těžkou situaci myslet, když to chce a nemyslet na ni, když nechce. Je to stav, kdy se dokáže postavit nad problém.

Proces umírání se bezprostředně dotýká také lidí, kteří jsou nemocnému nejbliž. Ani oni nejsou ušetřeni strádání při umírání milovaného člověka. Tito lidé trpí hned v několika směrech. Prožívají bolest pramenící z utrpení umírajícího, uvědomují si ztrátu v celé její šíři a jsou postaveni před realitu své vlastní smrtelnosti, z níž pramení nejistota a strach. Jak uvádí Student, Mühlum a Student<sup>48</sup> tento strach vychází z nejistoty, utrpení, ztráty a selhání.

### **Strach z nejistoty**

Smrt a umírání se v dnešní době nachází na okraji zájmu společnosti. Modernímu člověku se tuto součást života podařilo vytěsnit z každodenní zkušenosti, a tak chybí potřebné znalosti, zkušenosti, způsoby jednání a chování. To vyvolává v lidech nejistotu, jak se zachovat k nemocnému, co dělat v krizové situaci, a proto raději péči o něj přenechají zdravotnické instituci a ochuzují se o drahocenný závěrečný čas a možnost prožití posledních chvil s milovaným člověkem. Více informací v této oblasti by napomohlo odstranění nejistoty.

### **Strach z utrpení**

Utrpení obvykle v našich myslích provází představa bolesti. Avšak dnešní lékařská věda a zvláště paliativní medicína, dokáže ulevit nemocnému od fyzického strádání a povzbudit tak blízké, aby se odvážili setrvat s nemocným až do konce. Jakmile je odstraněna fyzická bolest otvírá se možnost pro zvládnutí bolesti psychické, sociální a spirituální.

---

<sup>48</sup> STUDENT, Johann-Christoph, Albert MÜHLUM a Ute STUDENT. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*. Vyd. 1. Jinočany: H & H, 2006, s. 65. ISBN 80-7319-059-1.

### **Strach ze ztráty**

Úmrtí blízkého člověka je vždy prožíváno jako ztráta a nenávratné odloučení od blízké bytosti. K odloučení může dojít už také ve fázi umírání, kdy se lékaři a ošetřující personál z úzkostí odvracejí od pacienta a jeho blízkých. Je třeba, aby k něčemu takovému nedocházelo. Rozvinutí komunikace mezi všemi stranami, nastolení důvěrné, láskyplné atmosféry, nabídnutí pomoci, to jsou důležité předpoklady ke zmírnění bolesti zúčastněných a následnému vyrovnání se s hlubokou ztrátou.

### **Strach ze selhání**

Za předpokladu, že se nám podaří vytvořit prostředí důvěry, jistoty a bezpečí, nebývá strach ze selhání tak častý. Avšak i za těchto okolností může patřit k obvyklému procesu umírání. Pocity selhání pramenící ze smutku můžeme zmenšit tak, že se zaměříme na odstranění původu smutku. Tím může být vytvoření příležitosti pro všechny blízké rozloučit se s umírajícím, pochopení, že zbývá jen málo času pro vyřešení konfliktů z minulosti, pro vyřízení posledních věcí, pro vzájemné sdělení potlačovaných pocitů. Je důležité vytvářet spojení mezi všemi zúčastněnými a semknout se v tomto po všech stránkách bolestném procesu.

Z uvedeného vyplývá, že proces umírání je velmi složitým a těžkým obdobím pro umírajícího i jeho blízké. Je to období, ve kterém prožívají obě strany těžké ztráty a vyrovnat se s nimi je nelehká záležitost. Všichni tito lidé potřebují pomoc, péči a doprovod jiných, aby dokázali prožít a vyrovnat se s přechodem od života k smrti. Je důležité, aby i přes svůj handicap zůstali těžce nemocní a umírající lidé rovnocennými členy společnosti až do posledního okamžiku, nebylo na ně zapomenuto a věděli, že jsou pro své okolí důležití. I těžký závěr jejich života mohou prožít s důstojností a pocitem své vlastní hodnoty. Předcházet odsunutí na okraj, předcházet sociálnímu vyloučení je jedním z cílů sociální pedagogiky, a tak i v oblasti péče o umírající tato věda nalezne své opodstatněné uplatnění. Pomoc lidem v krizových situacích, jež nejsou schopni samostatně řešit, je sociálně pedagogickým tématem.



### 3.3 Doprovázení umírajícího

Pod pojmem doprovázení umírajících si můžeme představit péči a podporu nemocného v závěrečné fázi jeho života. Student, Mühlum a Student<sup>49</sup> označují pojem doprovázení umírajících jako nejasný, zahrnující více úrovní a citují Müllera: „*Ošetřování (např. bolesti), léčbu (např. panického strachu), zastupování (ručit za něco), péči (základní a paliativní péče), opatrování (příp. také právní zastupování), zprostředkování lidské blízkosti, navazování kontaktů, obnovování či zajištění kvality života, péče o udržení autonomie, ulehčení, přítomnost.*“

Ve své praxi dobrovolníka v DLBsH Sv. Josefa v Rajhradě jsem se však setkala s definicí ještě užší, vztahující se až k poslední fázi umírání. V tomto smyslu by se dalo říci, že jde o prodlévání u lůžka umírajícího, bdění nad umírajícím, o tichou přítomnost pečující osoby.

Podle Sieglinde Fuchs jsou poslední hodiny a dny pro umírající velmi těžké. Při odpoutávání se od tohoto světa potřebují velkou sílu. Potřebují se rozloučit s tím, co ztrácí. Proto je potřeba v období doprovázení vytvořit příjemnou atmosféru a klid v podobě tiché místnosti, příjemné hudby, jemných vůní, měkce dopadajícího světla. V této chvíli musí být středem pozornosti pouze umírající, který nesmí být rušen pečujícími osobami. Rodinní příslušníci nesmí stavět do popředí svoje pocity, snažit se umírajícího zadržet, upozorňovat na svoji přítomnost. Středem pozornosti je nyní jen nemocný. Je vhodné umožnit umírajícímu, aby jeho blízcí nebyli u lůžka všichni najednou, ale postupně přicházeli a střídali se. Umírajícího můžeme držet za ruku, ale jinak by nemělo docházet k většímu fyzickému kontaktu. Celkově bychom ho neměli nijak rozptylovat. Umírající se potřebuje soustředit na sebe, na svoje nitro, na svoje vnitřní emoce. Tichá přítomnost druhého je vhodná, ale jen jako doprovod, jen jako někdo, kdo touto tichou přítomností rozptýlí obavy z osamocení a je ochoten přispěchat na pomoc v případě nutnosti. To vše pomáhá usnadnit umírajícímu odchod.<sup>50</sup>

Ať se na doprovázení díváme z užší či širší perspektivy, je to něco, co v naší současné kultuře bylo opomíjeno. Termín doprovázení současní lidé téměř neznají. Generace našich rodičů ani prarodičů nepředávají v procesu socializace svým dětem poznatky, jak být nápomocný blízkému člověku při přechodu ke smrti. Přitom péče o milovaného člověka je

<sup>49</sup> STUDENT, Johann-Christoph, Albert MÜHLUM a Ute STUDENT. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*. Vyd. 1. Jinočany: H & H, 2006, s. 61. ISBN 80-7319-059-1.

<sup>50</sup> *Rozhovor s hospicovou pracovnící Sigelinde Fuchs na témadoprovázení umírajících*. In: Youtube [online]. 2012-08-26 [cit. 2014-02-17]. Dostupné z: [http://www.youtube.com/watch?v=hBTj1Oha3\\_U](http://www.youtube.com/watch?v=hBTj1Oha3_U)

obrovskou příležitostí k vyjádření lásky, oddanosti a úcty. Pokud poskytne umírající člověk svému blízkému možnost o něj pečovat, věnuje mu tím svůj poslední dar.

### 3.4 Hodnota a smysl smrti v životě člověka

Smrt je v našich očích obrovskou tragédií, zlem, neštěstím, které bychom se nejraději ve svém životě vyhnuli. Pohled na smrt jako na něco pozitivního se rozhodně nepřijímá snadno.

Křivohlavý<sup>51</sup> připodobňuje život člověka k cestě, která má svůj začátek, průběh a konec stejně jako život začíná zrozením, vyvíjí se přes dětství, dospívání, dospělost až ke svému konci. A tak jako cesta má své završení v cíli, i život končí smrtí. Na cestě životem nás provázejí období radosti a štěstí, která se střídají s obdobími těžšími a těžkými. Ztráta milovaného člověka je vždy spojována s prožíváním hluboké bolesti a utrpení. Pokud přemýšlíme o smrti vlastní, pocítujeme strach a obavy. Křivohlavý si klade otázku, zda je možné na takové události vidět něco kladného. Jestliže se podíváme na život z pohledu jeho časově omezeného trvání, zjistíme, že vědomí konečnosti života nás vede k tomu, abychom si vážili vzácných chvil, které se už nemusí více opakovat. Zároveň v nás vzbuzuje větší odpovědnost v rozhodování, lépe hospodaříme s nám určeným časem, více si života vážíme.

Kubler-Rossová<sup>52</sup> na základě svých poznatků při práci s umírajícími pacienty ve svém duchovním pojetí uvažuje o utrpení a strádání jako o zkoušce, kterou musíme projít, abychom došli k poznání. Každou překážku vidí jako příležitost k růstu. Růst a vývoj jsou podle ní jediným smyslem našeho pobytu na Zemi, smyslem naší existence. Většina lidí se ale na prožité strádání dívá jako na trest, na něco, co si nezaslouží, nechtějí se smířit se strádáním, nechtějí snášet bolest a vnímají všechno utrpení jako nezasloužený trest. Na cestě růstu je však třeba překážek, kterých se nám dostává za velice specifickým účelem.

---

<sup>51</sup> KŘIVOHLAVÝ, Jaro a Stanislav KACZMARCZYK. *Poslední úsek cesty*. 1. vyd. Praha: Návrat domů, 1995, s. 3. ISBN 80-85495-43-0.

<sup>52</sup> KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *Světlo na konci tunelu: úvahy o životě a umírání*. 1. vyd. Brno: Jota, 2012, s. 63. ISBN 978-80-7462-145-1.

Objasnění smyslu utrpení v lidském životě pomáhá trpícím lidem nalézt také logoterapie Viktora E. Frankla. Ten podle Lukasové<sup>53</sup> ve své psychoterapeutické metodě odděluje osudové faktory života na straně jedné a svobodný postoj a jednání člověka na straně druhé. Člověka, který potřebuje radu, směřuje k vědomí, že má možnost volby svého přístupu k situaci, i když je jasné, že všechny okolnosti jeho neštěstí jsou nezměnitelné. Může se k situaci postavit s odvahou a statečností a věřit v budoucnost nebo si může zoufat, hroutit se a proklínat sebe i okolí. Rozhodující krok ale musí učinit on samotný. Ani ten nejkrutější osud není schopen určit, jaké stanovisko má k němu člověk zaujmout. Jestli však člověk v sobě nalezne takovou sílu, aby dosáhl pozitivního a hrdinského názoru i s ohledem k negativním a krutým osudovým okolnostem, najde velké uspokojení. To spočívá v tom, že, vzhledem ke své osudové nepřízni, se nemusí sám před sebou stydět, ale naopak může být pyšný na to, že dokáže krutost osudu důstojně snášet. Takovýto úctyhodný přístup k situacím, které se zdají být beznadějně a neřešitelné, mnohdy představuje jedinou šanci na záchranu, která ještě zbývá. Svou trpělivostí a vnitřní silou svůj osud přes všechno nasměrovat k dobrému. Člověk, který si jen naříká a slepě se podvoluje krutému osudu, jen ještě více klesá do své bídy a viny. Dosáhnout obratu k lepšímu je možné pouze zaujmutím pozitivního přístupu k utrpení. Směřování k pozitivnímu znamená připravenost vytěžit ze stávající nelehké situace to nejlepší. Je to obrat ke smysluplnému, schopnost najít v neštěstí smysl a vyplnit jej. Člověk je i za nejkrutějších podmínek schopen proměnit utrpení v lidský výkon tím, že mu dá smysl a to mu v konečném důsledku přinese útěchu. Takový člověk je schopen pro své okolí vyzařovat více útěchy než kdokoli jiný. Frankl se prostřednictvím logoterapie snaží nalézt v lidech zasažených nezměnitelným osudem sílu, která je přivede k realizaci hodnot postoje. Snaží se ukázat jejich utrpení v smysluplných souvislostech, kterým sami porozumí a se kterými souhlasí.

Také prostřednictvím narativní terapie Reflexe života nalézají nemocní v terminálním stádiu smysl a význam svého života, což jim umožňuje projít všemi fázemi umírání a dosáhnout smíření. Nemocným je umožněno otevřeně mluvit o citlivých otázkách a tématech, které nemají ve svém životě vyřešené a které je tíží. Mohou to být špatné rodinné vztahy, pocity viny, hněvu, zloby, zármutku nebo pocity z toho, co by ještě nemocný chtěl před smrtí vykonat. Reflexe života umožňuje pochopit významné události

---

<sup>53</sup> LUKAS, Elisabeth S. *I tvoje utrpení má smysl: logoterapeutická útěcha v krizi*. Brno: Cesta, 1998, s. 17. ISBN 80-85319-79-9.

života, obnovit pocit identity a vlastní hodnoty. Člověk dospívá k sebeporozumění a to mu pomáhá přizpůsobit se aktuální nelehké situaci, připravit se na smrt. Podle vývojových stádií Eriksona je třeba na konci života dosáhnout integrity a pak teprve může člověk zemřít vyrovnaný a bez pocitu zoufalství a marnosti. Prostřednictvím citlivého a diskrétního vedení psychoterapeuta a strukturalizovaného dotazníku člověk prochází nejdůležitějšími oblastmi lidského života od rodiny, kariéry přes zdraví, lásku a nenávisť, zážitky ztrát až po hodnoty a přesvědčení ve vztahu k vnímání smyslu a významu života. Člověk přezkoumává vlastní život, je schopen uvědomit si důležité otázky, získává prostor pro projevení radosti, spokojenosti, lítosti, smutku a strachu a znovu získává schopnost kontroly nad svým životem. Otvíráním minulosti a zaznamenávání pocitů spjatých s různými životními zkušenostmi se člověk dokáže lépe adaptovat na současnou situaci. Tato terapeutická metoda přispívá ke zmírnění bolestných emocí a prohloubení životní spokojenosti, smíření lidí, kteří se nachází blízko své smrti.<sup>54</sup>

Mnozí významní psychologové jako například Jung, Freud, Frankl nebo Lukasová se v podstatě shodují v názoru, že život bez smrti by ztratil něco ze své dynamiky a naléhavosti. Kupka<sup>55</sup> cituje Yaloma a uvádí pozitivní změny a hodnoty, kterých člověk dosáhne, pokud se v životě setká se smrtí.

- Změny v žebříčku hodnot – přehodnocení toho, co je v životě podstatné a co nepodstatné
- Pochopení, že důležité je žít život v přítomném okamžiku, neodkládat život na příště.
- Uvědomování si a ocenění obyčejných každodenních věcí, schopnost všimnout si, mít radost a prožívat pocit uspokojení z prostého života.
- Nalezení schopnosti dělat to, co chci a nedělat to, co nechci.
- Méně strachu ze vztahu s lidmi, z odmítnutí, nepřijetí.
- Intenzivnější vztahy a komunikace s milovanými lidmi, hlubší prožívání vzájemné blízkosti.

---

<sup>54</sup> LESTER, Jennie. Reflexe života – narativní terapie u nemocných v terminálním stádiu. In: FIRTH, Pam, Gill LUFF a David OLIVIERE. *Ztráta, změna a zármutek v kontextu paliativní péče*. 1. vyd. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007, s. 89. ISBN 978-80-87029-21-3.

<sup>55</sup> KUPKA, Martin. *Psychologické aspekty paliativní péče*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2011, s. 19. ISBN 978-80-244-2931-1.

Pokud je člověk konfrontován se smrtí, často se jeho osobnost posouvá někam dál, k vyšším hodnotám. Vědomí smrti obohacuje život o smysl a hloubku. Možná se člověk dostane na rozcestí života a vydává se na cestu, na základě které si uvědomí, že ať je jeho život jakýkoliv, musí smrti i životu nakonec čelit sám.

Smrt a uvědomování si vlastní konečnosti je součástí našeho života. Pokud si uvědomujeme konečnost života, žijeme život plnější, jeho smysl vidíme v přítomném okamžiku. Smrt nás podněcuje k činnosti a pomáhá najít směr našeho nynějšího života. Nevíme, kdy zemřeme a to nás pobízí žít smysluplný život v přítomnosti a nenechávat nalezení jeho smyslu na budoucnost.

Pokud popíráme smrt, popíráme vlastní podstatu. Naše uvědomování a prožívání je omezené a člověk si tak vytváří prostředí pro vnitřní osamělost. Jestliže se člověku podaří smrt přijmout, žije svůj život autentičtěji a smysluplněji.

## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**

## 4 VÝZKUM NÁZORŮ VEŘEJNOSTI

### 4.1 Cíl práce, typ výzkumu a hypotézy

Cílem mého výzkumu bylo shromáždění empirických poznatků týkajících se názoru veřejnosti na problematiku závěrečné fáze života spojené s umíráním a smrtí.

Pro účely této práce jsem se rozhodla oslovit laickou veřejnost s cílem prozkoumat jejich názory na stanovenou problematiku. Z tohoto důvodu jsem typem výzkumu stanovila kvantitativní výzkum. Na základě studia problematiky a názorů lidí ze svého okolí jsem došla k teorii, že pro většinu lidí je období závěrečné fáze života spojené se smrtí a umíráním skutečností, kterou by nejraději vytěsnili ze svého života, a tak jejich postoje k této problematice jsou převážně negativní.

Stanovila jsem si dvě hypotézy, z nichž každou jsem pomocí operacionalizace rozdělila na dvě pracovní hypotézy.

#### *Hypotéza č. 1*

**Umírání a smrt jsou ve společnosti tolik tabuizovaná témata, že informovanost a komunikace o této problematice v laické veřejnosti je minimální.**

- Povědomí o poskytování paliativní péče má jen malá část laické veřejnosti.
- Ve většině rodin se nemluví o smrti a umírání.

#### *Hypotéza č. 2*

**Většina populace je přesvědčena, že závěrečná fáze života spojená s nevléčitelnou nemocí, umíráním a smrtí nemá žádnou hodnotu, smysl a kvalitu.**

- Většina lidí by v případě svého smrtelného onemocnění s dlouhodobým dožíváním uvažovala o eutanazii.
- Utrpení na konci života smrtelně nemocného člověka je takové, že nemůže přinést nic pozitivního.

## **4.2 Výběr respondentů a technika výzkumu**

Prostým náhodným výběrem jsem určila soubor respondentů, které jsem požádala o vyplnění dotazníku. Jednalo se o standardizovaný dotazník s uzavřenými otázkami, které jsem se snažila jasně a srozumitelně formulovat. První polovina otázek (1 – 9) byla pokládána za účelem verifikace či falzifikace hypotézy č. 1, druhá polovina (10 – 18) byla stanovena pro hypotézu č. 2.

Abych předešla případným nesrovnalostem v dotazovaných otázkách, provedla jsem malý předvýzkum, na základě kterého jsem stávající dotazník mírně upravila. Dotazník vyplnilo celkem 80 respondentů. Vyplňování bylo dobrovolné a anonymní a probíhalo bez problémů po celý únor 2014. Dotazník je součástí přílohy.



### 4.3 Rozbor otázek

Otázka č. 1

**Slyšel/a jste někdy o tom, že existují zařízení, která se specializují na péči o umírající pacienty?**

Možné odpovědi:

- a) ano
- b) ne

77 respondentů odpovědělo kladně (96%), 3 respondenti odpověděli záporně (4%).

Graf č. 1



*Otázka č. 2*

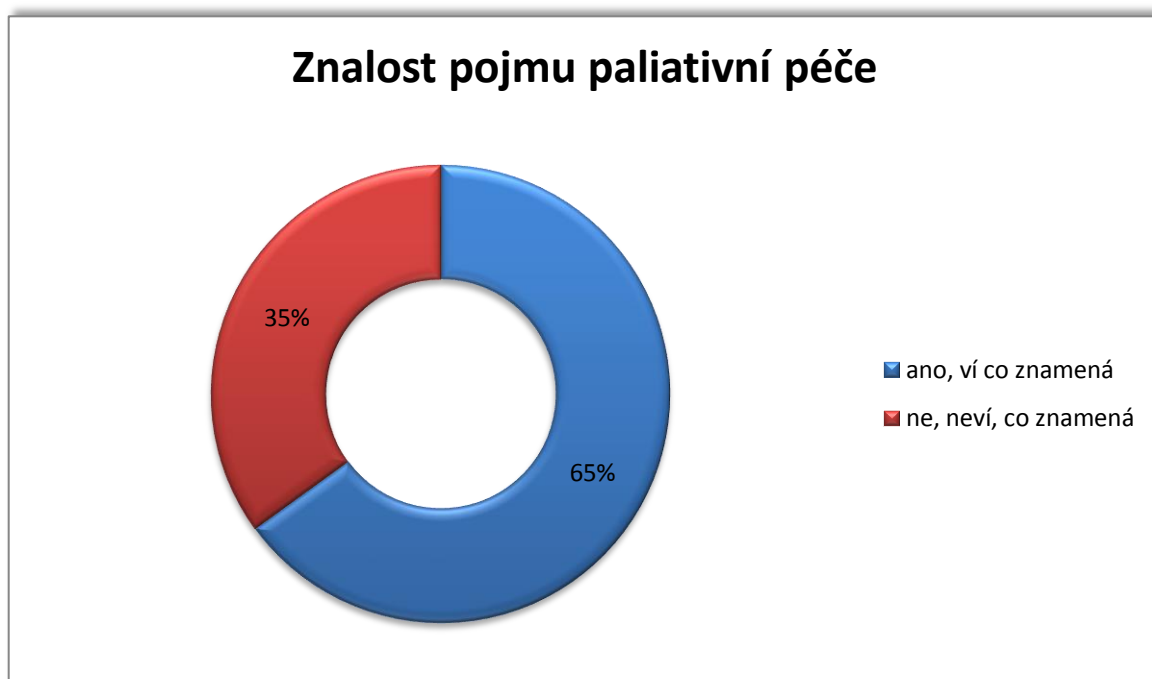
**Víte, co je to paliativní péče?**

Možné odpovědi:

- a) ano
- b) ne

52 respondentů odpovědělo kladně (65%), 28 respondentů odpovědělo záporně (35%).

Graf č. 2



## Otázka č. 3

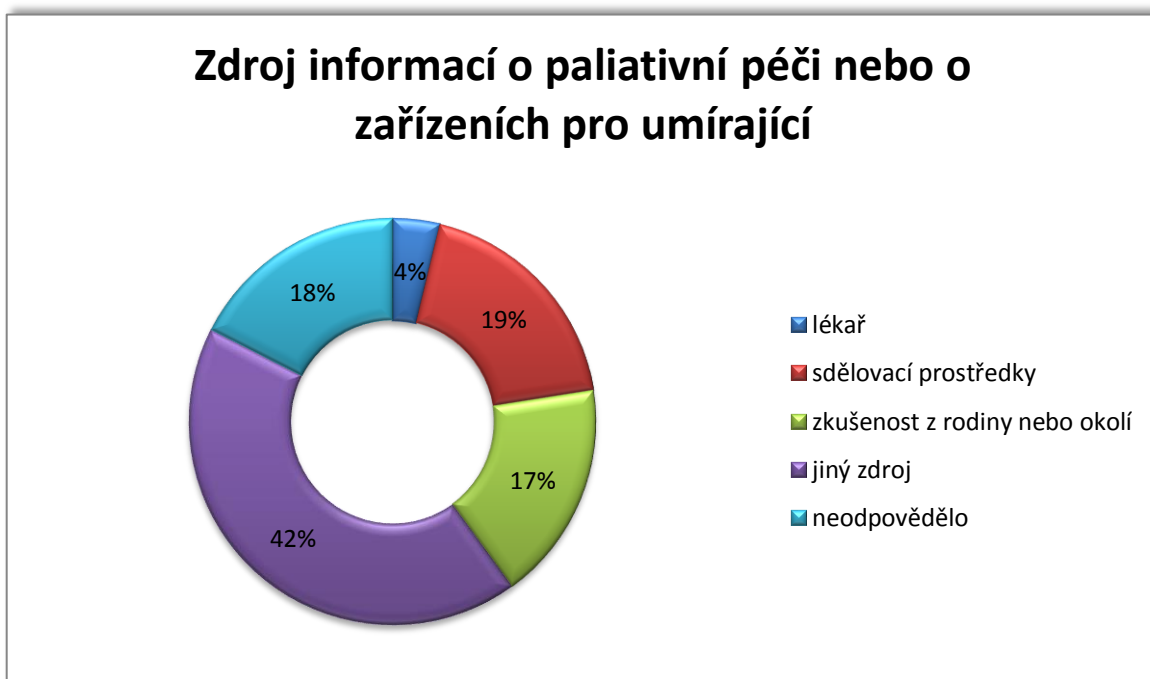
**Pokud víte, co je to paliativní péče nebo jste slyšel/a o zařízeních určených pro péči o umírající, od koho jste se to dověděl/a?**

Možné odpovědi:

- a) od lékaře
- b) ze sdělovacích prostředků
- c) zkušenost z rodiny nebo okolí
- d) z jiného zdroje

3 respondenti odpověděli, že se o zařízeních pro péči o umírající dověděli od lékaře (4%), 15 respondentů ze sdělovacích prostředků (19%), 14 respondentů ze zkušenosti z rodiny nebo okolí (17%), 34 respondentů z jiného zdroje (42%), 14 respondentů neodpovědělo (18%).

Graf č. 3



Otázka č. 4

**Mluvíte nebo mluvili jste někdy se svými dětmi o smrti a umírání?**

Možné odpovědi:

- a) ano
- b) ne
- c) nemám děti

37 respondentů odpovědělo kladně (46%), 16 respondentů odpovědělo záporně (20%), 27 respondentů neodpovídalo, protože nemá děti (34%).

Graf č. 4



Otázka č. 5

**Mluvili s Vámi Vaši rodiče o smrti a umírání?**

Možné odpovědi:

- a) ano
- b) ne
- c) nepamatuji se

43 respondentů odpovědělo kladně (54%), 29 respondentů odpovědělo záporně (36%) a 8 respondentů se nepamatuje (10%).

Graf č. 5



Otázka č. 6

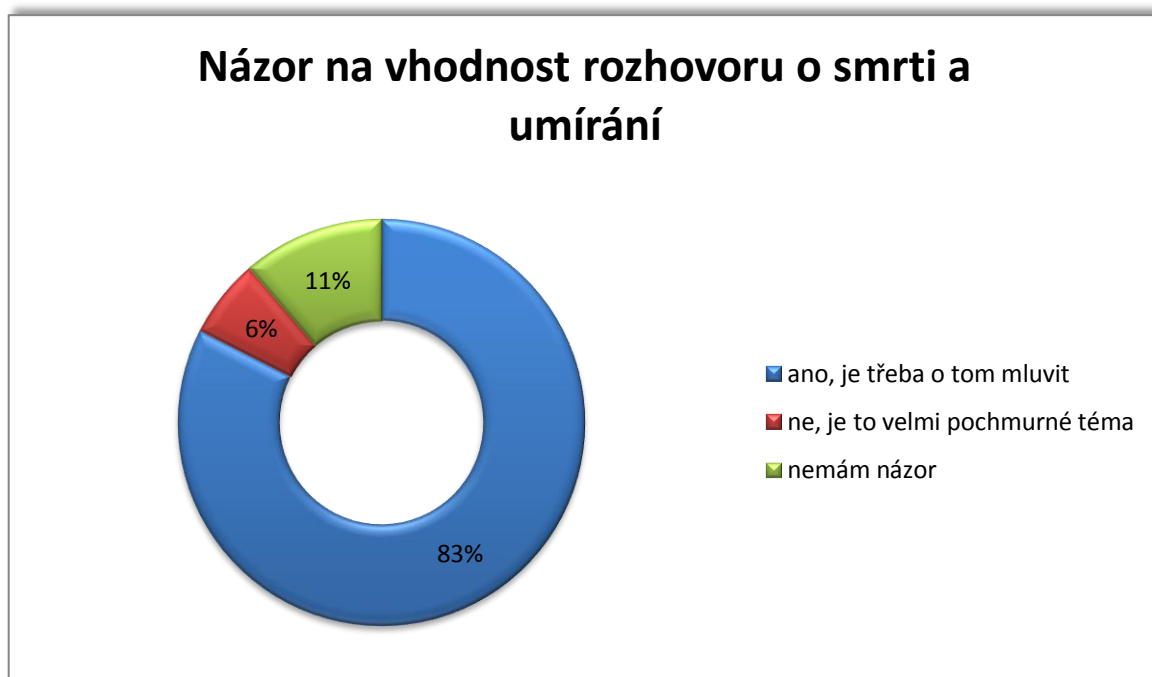
**Myslíte si obecně, že je vhodné o tomto tématu mluvit?**

Možné odpovědi:

- a) ano, je třeba o tom mluvit
- b) ne, je to velmi pochmurné téma
- c) nevím

66 respondentů odpovědělo kladně (83%), 5 respondentů odpovědělo záporně (6%), 9 respondentů nedokázalo odpovědět (11%).

Graf č. 6



Otázka č. 7

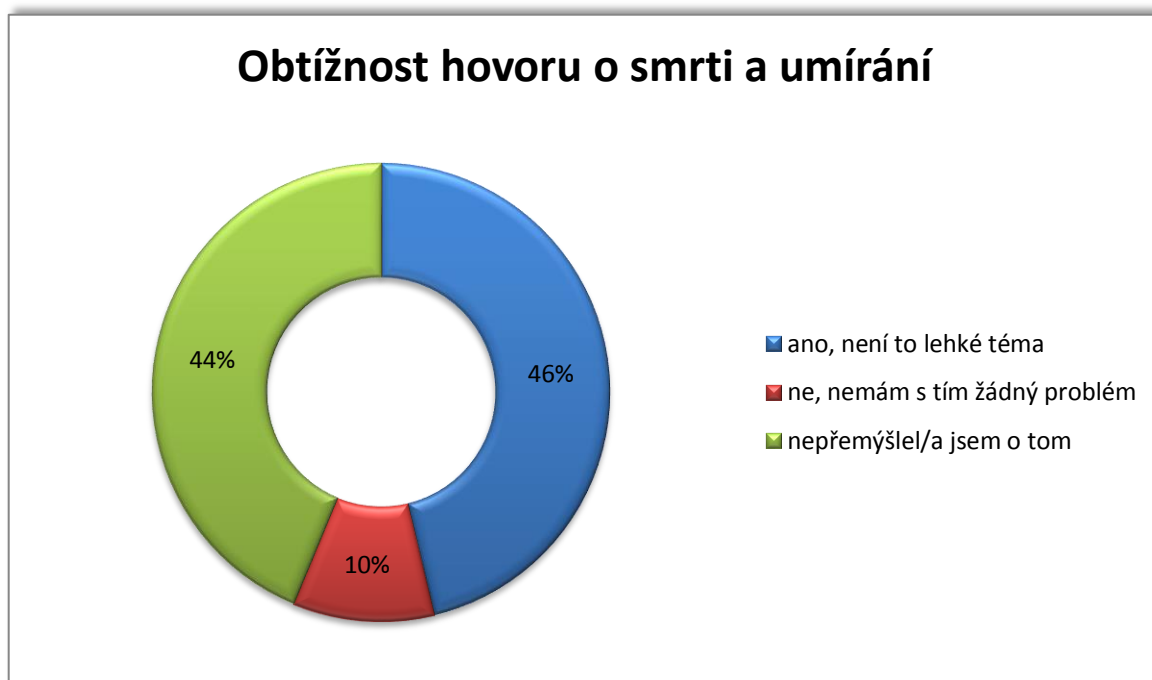
**Bylo by (nebo je) pro Vás těžké o smrti a umírání mluvit?**

Možné odpovědi:

- a) ano, není to lehké téma
- b) ne, nemám s tím žádný problém
- c) nevím, nepřemýšlel/a jsem o tom

37 respondentů odpovědělo kladně (46%), 8 respondentů odpovědělo záporně (10%), 35 respondentů nepřemýšlelo o tom, jestli je pro ně těžké mluvit o smrti a umírání (44%).

Graf č. 7



*Otázka č. 8*

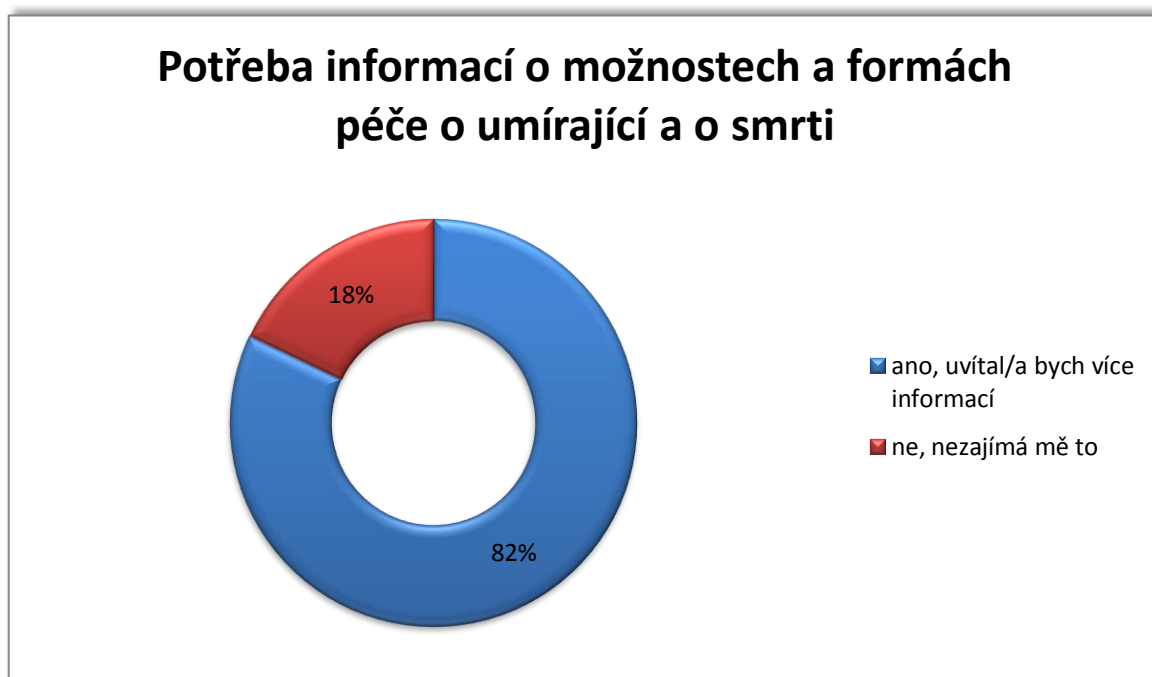
**Uvítal/a byste více informací o možnostech a formách péče o umírající a o smrti?**

Možné odpovědi:

- a) ano
- b) ne, nezajímá mě to

64 respondentů odpovědělo kladně (82%), 16 respondentů odpovědělo záporně (18%).

Graf č. 8





Otázka č. 9

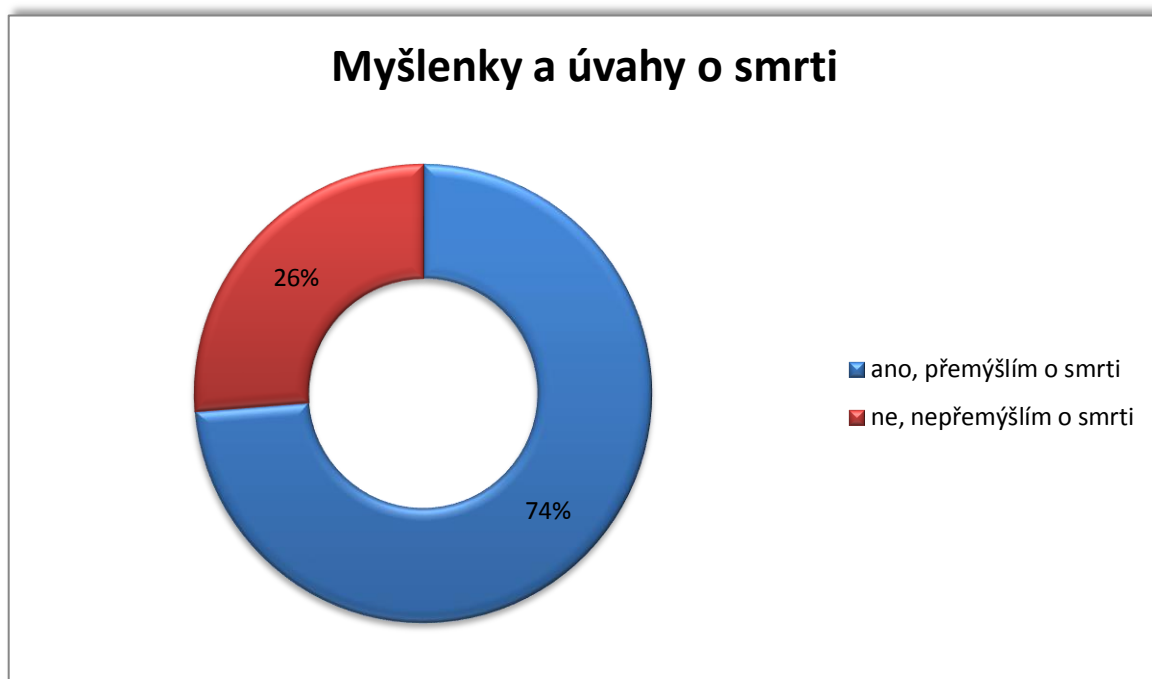
**Smrt je součástí života. V naší společnosti je toto téma odsunuto na okraj zájmu. Přemýšlíte někdy o smrti?**

Možné odpovědi:

- a) ano
- b) ne

59 respondentů odpovědělo kladně (74%), 21 respondentů odpovědělo záporně (26%).

Graf č. 9



Otázka č. 10

**Myslíte si, že je možné poskytnout smrtelně nemocnému člověku takovou péči, která mu zajistí v rámci možností smysluplný život?**

Možné odpovědi:

- a) ano
- b) ne

53 respondentů odpovědělo kladně (66%), 4 respondenti záporně (5%), 23 respondentů nedokázalo posoudit (29%).

Graf č. 10



Otázka č. 11

**Myslíte si, že i život s těžkou nevléčitelnou nemocí může mít pro samotného nemocného člověka hodnotu?**

Možnosti odpovědí:

- a) ano
- b) ne
- c) nedokážu posoudit

56 respondentů odpovědělo kladně (70%), 1 respondent záporně (1%), 23 respondentů nedokázalo posoudit (29%).

Graf č. 11



Otázka č. 12

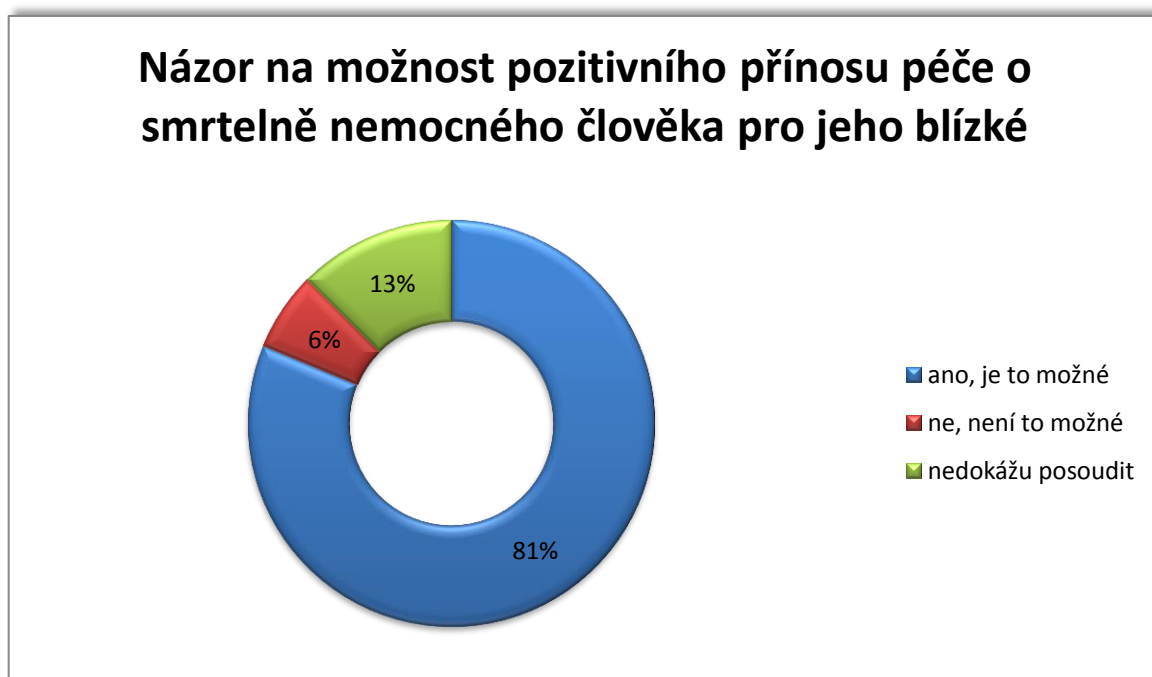
**Může péče o smrtelně nemocného člověka přinést něco pozitivního druhým lidem, zejména jeho blízkým?**

Možnosti odpovědí:

- a) ano
- b) ne
- c) nedokážu posoudit

65 respondentů odpovědělo kladně (81%), 5 respondentů odpovědělo záporně (6%), 10 respondentů nedokázalo posoudit (13%).

Graf č. 12



## Otázka č. 13

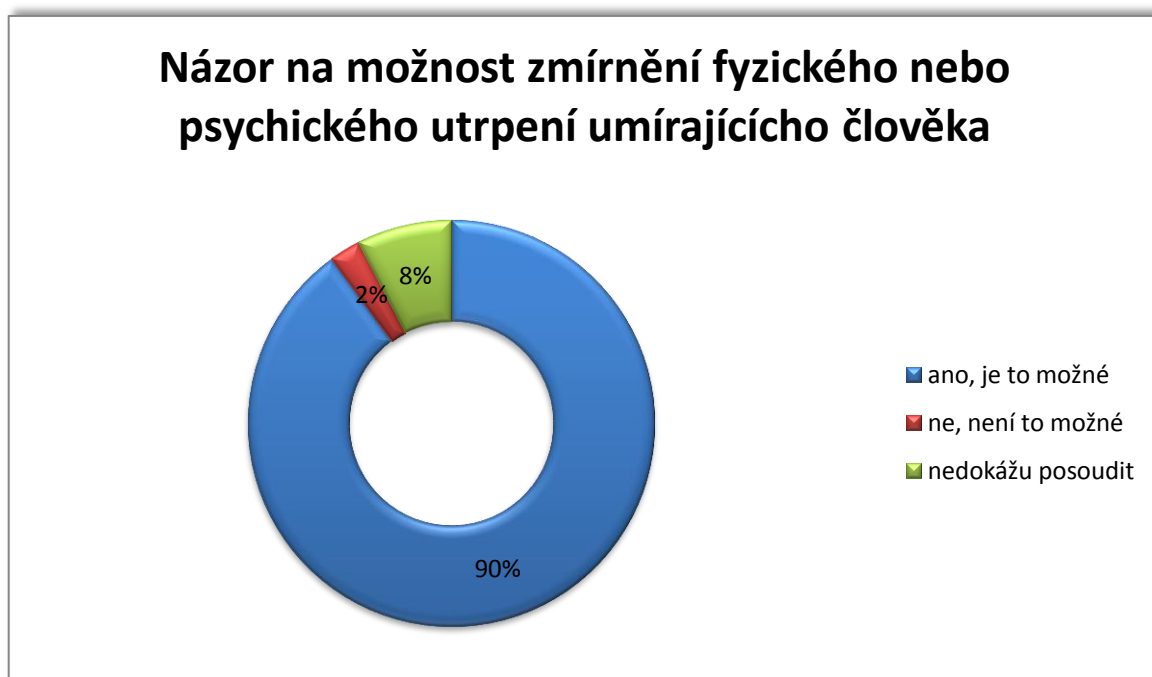
**Myslíte si, že je vůbec možné nějakou formou přispět k zmírnění psychického či fyzického utrpení umírajícího člověka?**

Možnosti odpovědí:

- a) ano
- b) ne
- c) nedokážu posoudit

72 respondentů odpovědělo kladně (90%), 2 respondenti odpověděli záporně (2%), 6 respondentů nedokázalo posoudit (8%).

Graf č. 13



Otázka č. 14

**Uvažoval/a byste v případě svého vážného / smrtelného onemocnění o možnosti dobrovolného ukončení života?**

Možné odpovědi:

- a) ano
- b) ne
- c) nedokážu posoudit

30 respondentů odpovědělo kladně (37%), 31 respondentů odpovědělo záporně (39%), 19 respondentů nedokázalo posoudit (24%).

Graf č. 14



Otázka č. 15

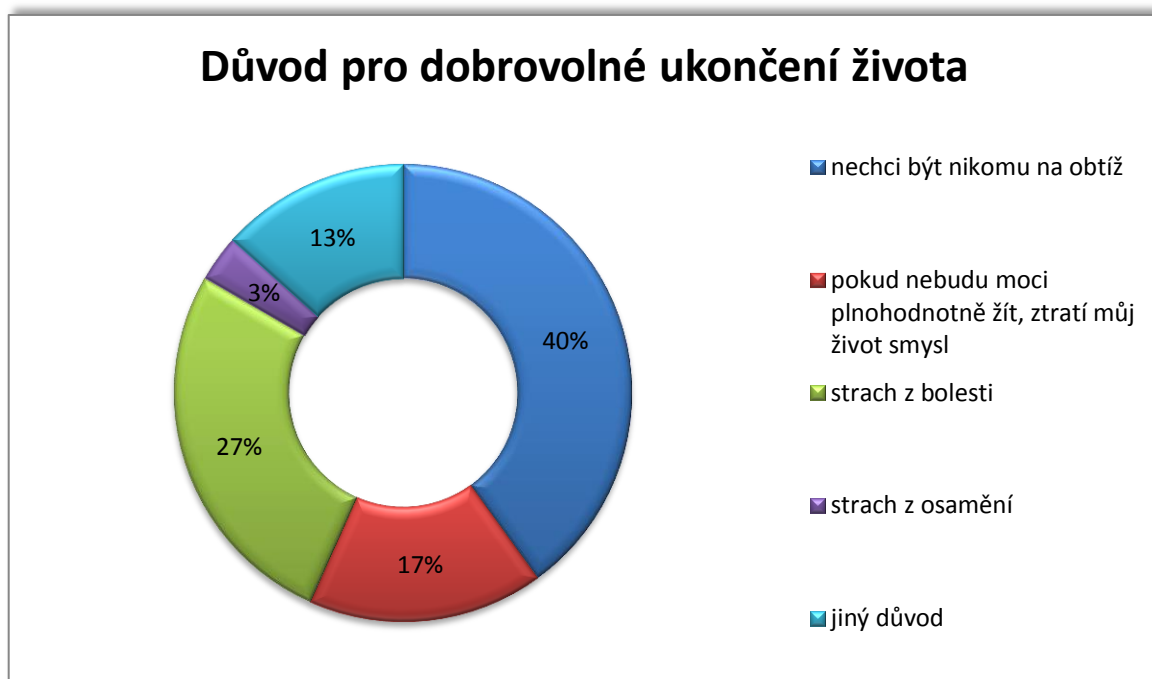
**Pokud jste odpověděl/a ano, jaký důvod by Vás k tomu vedl?**

Možnosti odpovědí:

- a) nechci být nikomu na obtíž
- b) pokud nebudu moci plnohodnotně žít, ztratí můj život smysl
- c) strach z bolesti
- d) strach z osamění
- e) jiný důvod

12 respondentů by nechtělo být nikomu na obtíž (40%), 5 respondentů si myslí, že pokud nebudou moci plnohodnotně žít, ztratí jejich život smysl (17%), 8 respondentů má strach z bolesti (27%), 1 respondent má strach z osamění (3%), 4 respondenti mají jiný důvod (13%).

Graf č. 15



Otázka č. 16

**Souhlasíte s tvrzením, že lidský život má svůj význam i v závěrečné části života spojené s nevléčitelnou nemocí a umíráním?**

Možnosti odpovědí:

- a) ano
- b) ne
- c) nedokážu posoudit

61 respondentů odpovědělo kladně (76%), 6 respondentů odpovědělo záporně (8%), 13 respondentů nedokázalo posoudit (16%).

Graf č. 16





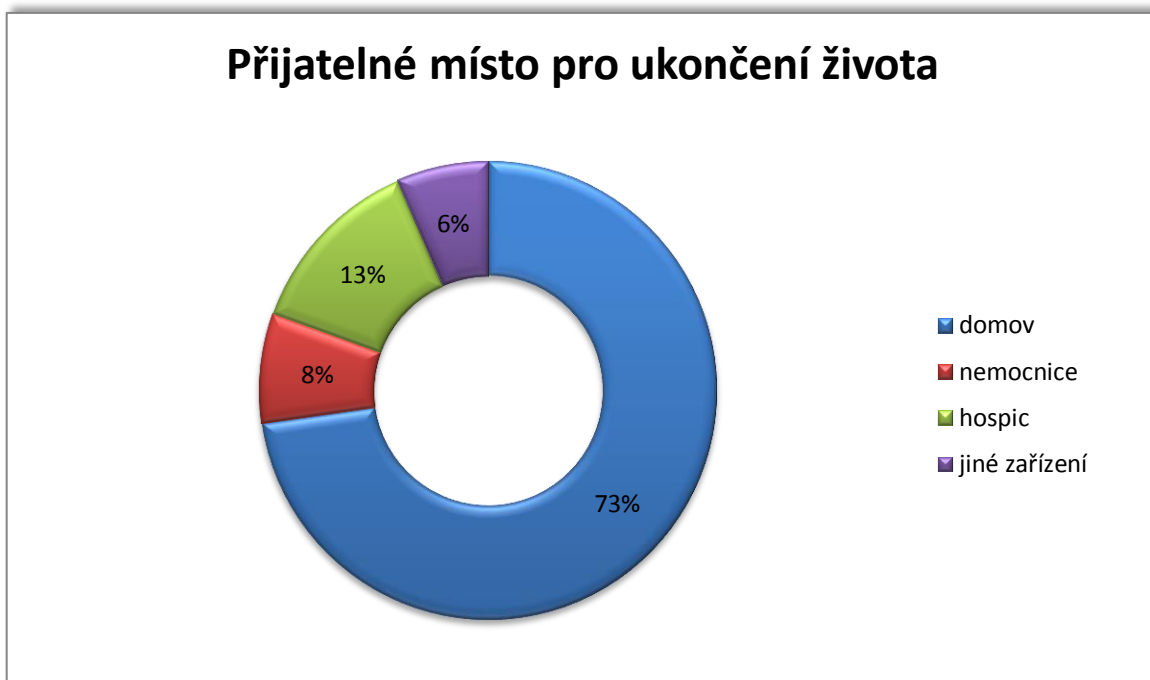
Otázka č. 17

**V případě smrtelného onemocnění, kde by pro Vás bylo přijatelné zemřít?**

- a) doma mezi blízkými
- b) v nemocnici
- c) v hospici
- d) v jiném zařízení

59 respondentů odpovědělo, že by pro ně bylo přijatelné zemřít doma mezi blízkými (73%), 6 respondentů by chtělo zemřít v nemocnici (8%), pro 10 respondentů by bylo přijatelné zemřít v hospici (13%), pro 5 respondentů připadá v úvahu jiné zařízení (6%).

Graf č. 17



Otázka č. 18

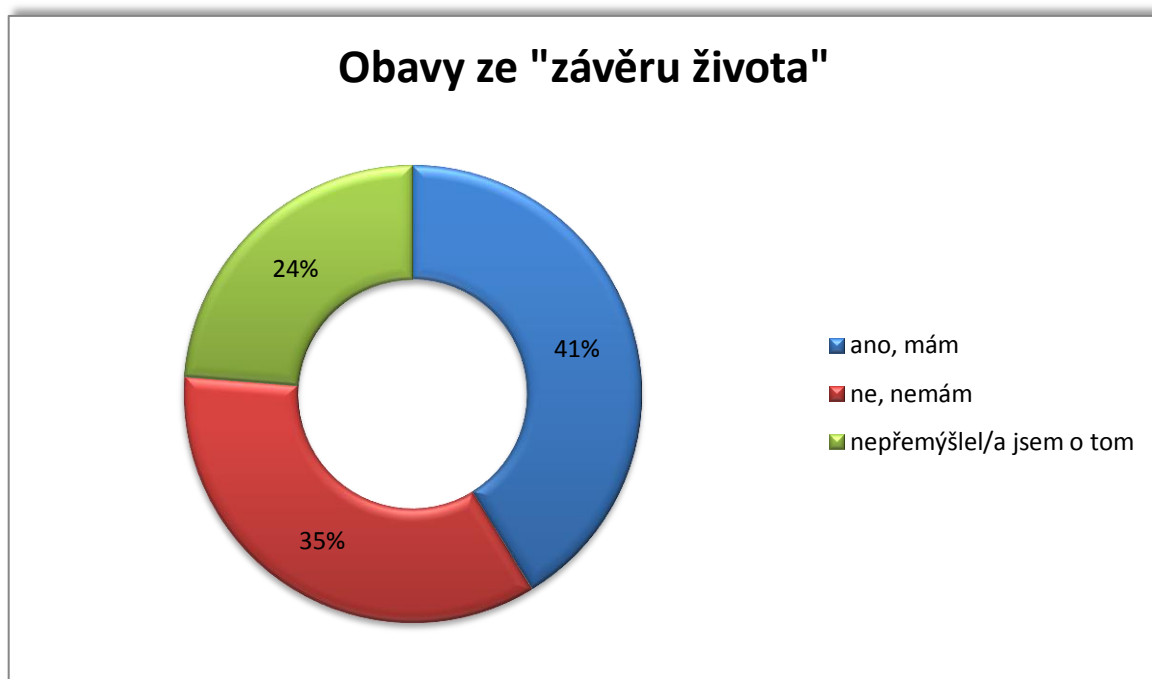
**Obáváte se svého „závěru života“?**

Možné odpovědi:

- a) ano
- b) ne
- c) nepřemýšlel/a jsem o tom

33 respondentů odpovědělo kladně (41%), 28 respondentů odpovědělo záporně (35%), 19 respondentů o tom nepřemýšlelo (24%).

Graf č. 18



#### 4.4 Shrnutí výsledků výzkumu

V průměru *více než tři čtvrtiny* dotazovaných respondentů ví o existenci zařízení specializovaných na péči o umírající pacienty nebo mají povědomost o paliativní péči. (otázka č. 1 a 2)

O těchto skutečnostech se dozvěděli nejčastěji ze sdělovacích prostředků, ze zkušenosti z rodiny nebo okolí, případně od lékaře, převážně však z jiného zdroje. (otázka č. 3)

*Více než dvě třetiny* respondentů, kteří jsou rodiči, hovořili se svými dětmi o smrti a umírání. V době dětství však jejich rodiče s nimi zavedli hovor na toto téma jen u poloviny dotazovaných. S jednou třetinou respondentů jejich rodiče o smrti nikdy nemluvili. (otázka č. 4 a 5)

*Více než tři čtvrtiny* dotazovaných si myslí, že je třeba o tomto tématu mluvit a pro téměř polovinu to však není lehké téma. (otázka č. 6 a 7)

*Tři čtvrtiny* respondentů o smrti přemýšlí a o něco více dotazovaných by uvítalo více informací o možnostech a formách péče o umírající a o smrti. (otázka č. 8 a 9)

**Většina lidí ví co je to paliativní péče, zastává názor, že je třeba o smrti a umírání mluvit a mluví se svými dětmi o těchto skutečnostech, i když to není pro ně lehké téma. Zároveň by také uvítala více informací o možnostech a formách péče o umírající a o smrti.**

***Hypotéza č. 1 byla falzifikována.***

*Více než polovina* dotazovaných si myslí, že je možné zajistit smrtelně nemocnému člověku takovou péči, která mu zachová možnost smysluplného života. (otázka č. 10)

*Téměř tři čtvrtiny* respondentů zastávají názor, že život s těžkou nevléčitelnou nemocí má svoji hodnotu a ještě více dotazovaných je přesvědčeno, že péče o nemocného může mít pozitivní význam pro toho, kdo o něj pečuje. (otázka č. 11 a 12)

*Skoro všichni* dotazovaní se shodnou na tom, že lze přispět ke zmírnění psychického i fyzického utrpení umírajícího člověka, avšak více než třetina by v případě vlastního smrtelného onemocnění uvažovala o dobrovolném ukončení života. Zhruba pro stejný počet respondentů to nepřipadá v úvahu. (otázka č. 13 a 14)

Z důvodů, které by je k tomu vedly, převažuje pocit, že by nechtěli být na obtíž, dále strach z bolesti, ztráta smyslu života a jako poslední uváděli dotazovaní strach z osamění. Určitá část dotazovaných uvedla jiný důvod. (otázka 15)

*Tři čtvrtiny* respondentů souhlasí s tím, že lidský život má svůj význam i v období těžké nemoci a umírání. (otázka č. 16)

*Téměř tři čtvrtiny* dotazovaných si přejí zemřít doma mezi blízkými, zbylá čtvrtina respondentů uvádí jako přijatelné místo pro umírání nemocnici, hospic nebo jiné zařízení. (otázka č. 17)

*Více než jedna třetina* dotazovaných se obává svého „závěru života“, o něco méně s ním spojené obavy nemá. Méně než jedna třetina o tom nepřemýšlela. (otázka č. 18)

**Většina lidí se domnívá, že je možné zmírnit utrpení umírajícího člověka, poskytnout mu potřebnou péči a zajistit mu smysluplný život i při jeho nemoci a umírání. Podle nich má život ve své závěrečné části i přes nemoc a utrpení svoji hodnotu. Avšak téměř polovina z lidí, kteří mají svůj názor na dobrovolné ukončení života, se k němu staví kladně, převážně z pocitu zátěže pro pečující.**

*Hypotéza č. 2 byla falzifikována.*

## ZÁVĚR

Ve své bakalářské práci jsem se snažila postihnout širokou problematiku umírání a smrti od eutanazie přes hospicovou a paliativní péči až po postoj k umírání a smrti a toto téma jsem se pokusila ilustrovat praktickým výzkumem názorů laické veřejnosti. Čím hlouběji jsem do problému pronikala, tím rozsáhlejší se mi téma zdálo a nemohla jsem se zbavit dojmu, že jde o problematiku velmi zajímavou a nad míru aktuální. Propojila jsem praktické poznatky získané dobrovolnickou činností v hospici s teoretickými znalostmi dosaženými studiem literatury a došla jsem k závěru, že mě toto téma lidsky velmi obohatilo.

Byock<sup>56</sup> mluví o krizi společnosti v péči o lidi na konci života. Příčiny vidí nejen v nedostacích v lékařském vzdělání směrem k péči o umírající, v nevyhovujících postupech v oblasti zdravotnictví a finančních strategiích, ale především v absenci vize západní společnosti, která by určovala směr ve vztahu ke smrti, umírání a konci života.

Podle něj se společnost tuto krizi snaží vyřešit prostřednictvím legalizace eutanazie nebo asistované sebevraždy. Přes argumentace zastánců postavené na ochraně pacienta bychom prosazením této „pomoci při umírání“ však jen vyjádřili stanovisko, že životy nemocných a umírajících nemají žádnou cenu. Nedokáží jednoznačně vyjádřit svůj názor na tento složitý problém, avšak spíše intuitivně či lidsky a možná i z pohledu duchovního, si myslím, že legalizace eutanazie by nebyla tou správnou cestou. Vhodnou alternativou se zdá být paliativní péče, která začíná v obecné formě na úrovni praktických lékařů, jako specializovaná péče v hospicích a paliativních ambulancích a hlavně v té nejlidštější podobě v našich rodinách a domácnostech. Jak uvádí Byock<sup>57</sup>, pokud máme tuto společenskou krizi vyřešit, musíme postupovat skrze každou jednotlivou rodinu a dojít k dlouhodobé transformaci západního životního stylu v oblasti kultury umírání.

V současné době jsme na cestě za touto změnou k lepšímu v oblasti péče o nevléčitelně nemocné. Edukační centra hospiců rozšiřují myšlenku paliativní péče na úrovni profesionálních zdravotnických pracovníků i na úrovni veřejnosti, ve sdělovacích prostředcích čas od času můžeme narazit na dokumentární pořady věnované této tématice, vznikají občanská sdružení na podporu péče o umírající, rozšiřují se řady dobrovolníků

---

<sup>56</sup> BYOCK, Ira. *Dobré umírání: možnosti pokojného konce života*. Vyd. 1. Praha: Vyšehrad, 2005, s. 277. ISBN 80-7021-797-9.

<sup>57</sup> BYOCK, Ira, ref. 56, s. 279.

nezištně pomáhajících a propagujících paliativní péči. Je to začátek cesty za snem Elizabeth Kubler-Rossové o budoucnosti, v níž bude umírání patřit k životu a v níž péče o umírajícího bude integrální součástí života rodiny a společnosti<sup>58</sup>.

---

<sup>58</sup> BYOCK, Ira, ref. 56, s. 281.

## SEZNAM ZDROJŮ

### ZÁKONY

- ČESKO. Zákon č. 40 ze dne 8. ledna 2009 trestní zákoník. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2009, částka 11, s. 354 – 464. ISSN 1211-1244. Dostupný také z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=2009&typeLaw=zakon&what=Rok&stranka=15>
- ČESKO. Zákon č. 372 ze dne 6. listopadu 2011 o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2011, částka 131, s. 4730 -4801. ISSN 1211-1244. Dostupný také z: [http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=372/2011&typeLaw=zakon&what=Cislo\\_zakona\\_smlouvy](http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=372/2011&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy)

### MONOGRAFIE

- BLACKMOR, Susan. *Umírání jako cesta k životu: věda a předsmrtné prožitky*. Vyd. 1. V Brně: Nakladatelství Tomáše Janečka, 1993, 294 s. ISBN 80-900-8028-6.
- BROVINS, Joan M. a Thomas H. OEHMKE. *Vražda, nebo milosrdenství?*. Vyd. 1. Praha: Brána, 1996, 181 s. ISBN 80-85946-45-9.
- BYOCK, Ira. *Dobré umírání: možnosti pokojného konce života*. Vyd. 1. Praha: Vyšehrad, 2005, 325 s. ISBN 80-7021-797-9.
- FIRTH, Pam, Gill LUFF a David OLIVIERE. *Ztráta, změna a zármutek v kontextu paliativní péče*. 1. vyd. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007, 236 s. ISBN 978-80-87029-21-3.
- FRANKL, Viktor Emil. *Lékařská péče o duši: základy logoterapie a existenciální analýzy*. Brno: Cesta, 2006, 237 s. ISBN 80-7295-085-1.
- HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Rub života - líc smrti*. 1. vyd. Praha: Orbis, 1975, 174 s.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro a Stanislav KACZMARCZYK. *Poslední úsek cesty*. 1. vyd. Praha: Návrat domů, 1995, 93 s. ISBN 80-85495-43-0.
- KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *Hovory s umírajícími*. 1. vyd. Nové Město nad Metují: Signum unitatis, 1992, 135 s. ISBN 80-85439-04-2.

- KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *Světlo na konci tunelu: úvahy o životě a umírání*. 1. vyd. Brno: Jota, 2012, 248, [13] s. ISBN 978-80-7462-145-1.
- KUPKA, Martin. *Psychologické aspekty paliativní péče*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2011, 134 s. ISBN 978-80-244-2931-1.
- LACA, Slavomír. *Etika v životnej perspektíve človeka*. Brno: Institut mezioborových studií, 2013, 230 s. ISBN 978-80-87182-36-9.
- LACA, Slavomír. *Sociální pedagogika*. 1. vyd. Brno: Institut mezioborových studií, 2011, 211 s. ISBN 978-80-87182-19-2.
- LUKAS, Elisabeth S. *I tvoje utrpení má smysl: logoterapeutická útěcha v krizi*. Brno: Cesta, 1998, 191 s. ISBN 80-85319-79-9.
- MARKOVÁ, Monika. *Sestra a pacient v paliativní péči*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 128 s. ISBN 978-80-247-3171-1.
- MUNZAROVÁ, Marta. *Eutanazie, nebo paliativní péče?*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2005, 108 s. ISBN 80-247-1025-0.
- MUNZAROVÁ, Marta. *Proč ne eutanazii, aneb, Být, či nebýt?*. Vyd. v KNA 2. V Kostelním Vydří: Pro občanské sdružení Ecce homo vydalo Karmelitánské nakladatelství, 2008, 87 s. ISBN 978-80-7195-304-3.
- MUNZAROVÁ, Marta. *Vybrané kapitoly z lékařské etiky*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 1997, 75 s. ISBN 80-210-1610-8.
- NULAND, Sherwin B. *Jak lidé umírají: úvahy o závěrečné kapitole života*. 1. vyd. Praha: Knižní klub, 1996, 283 s. ISBN 80-7176-264-4.
- PAYNE, Sheila, Jane SEYMOUR a Christine INGLETON, eds. *Paliativní péče. Principy a praxe*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007, 807 s. ISBN 978-80-87029-25-1
- POLLARD, B. *Eutanazie - ano či ne?*. 1. vyd. Praha: Dita, 1996, 210 s. ISBN 80-85926-07-5.
- PROKOP, Jiří, Ladislav KABELKA, Hana TOMÁŠKOVÁ, Radka PAZDERKOVÁ, Radka ALEXANDROVÁ, Zita HAVLENOVÁ a Milada BLINKOVÁ. *Hospicová péče v praxi*. Rajhrad: Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa, 2010, 6 sv. (11, 27, 15, 27, 19, 19 s.). ISBN 978-80-254-6594-36.



- PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK. *Eutanazie - pro a proti*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012, 256 s. ISBN 978-80-247-4659-3.
- RADBRUCH, Lukas a Sheila PAYNE. *Standardy a normy hospicové a paliativní péče v Evropě: doporučení Evropské asociace pro paliativní péči*. Praha: Cesta domů, 2010, 63 s. ISBN 978-80-904516-1-2.
- RADVAN, Eduard a Michal VAVŘÍK. *Metodika psaní odborného textu a výzkum v sociálních vědách*. Brno: Institut mezioborových studií Brno, 2012, 62 s. ISBN 978-80-87182-25-3.
- SKÁLA, Bohumil. *Paliativní péče o pacienty v terminálním stádiu nemoci: doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře 2011: [novelizace 2011] / autoři Bohumil Skála ... [et al.]*. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře, ©2011. 20 s. Doporučené postupy pro praktické lékaře. ISBN 978-80-86998-51-0.
- SKŘIVANOVÁ-BOŠKOVÁ, Vladimíra. *Eutanazie, nebo "komfort" pro pacienty?* 1. vyd. Praha: V. Bošková, 2012, 51 s. ISBN 978-80-260-2989-2.
- SLÁMA, Ondřej a Štěpán ŠPINKA. *Koncepce paliativní péče v ČR: pracovní materiál k odborné a veřejné diskusi*. Praha: Cesta domů, c2004, 43 s. ISBN 80-239-4330-8.
- STUDENT, Johann-Christoph, Albert MÜHLUM a Ute STUDENT. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*. Vyd. 1. Jinočany: H & H, 2006, 161 s. ISBN 80-7319-059-1.
- SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospice a umění doprovázet*. 4. vyd. Praha: Ecce homo, 1999, 144 s. ISBN 80-902049-2-9.
- ŠPINKOVÁ, Martina a Štěpán ŠPINKA. *Euthanasie: víme, o čem mluvíme?*. Praha: Cesta domů, 2006, 42 s. ISBN 80-239-8592-2.

## ČASOPISY

- VORLÍČEK, Jiří, SLÁMA, Ondřej. Paliativní medicína – historie a současnost. *Sanquis*. Praha: Audabiac, 2005, č. 41, s. 34. ISSN 1212-6535. Dostupné také z: <http://www.sanquis.cz/index1.php?linkID=art345>

**INTERNETOVÉ ZDROJE**

- *Asociace Hospicu.cz: Hospice v ČR* [online]. APHPP - Asociace poskytovatelů hospicové a paliativní péče ©2010 [cit. 2013-10-07]. Dostupné z: <http://www.asociacehospicu.cz/o-hospicich/hospice-v-cr/>
- BERKA, Vít, SUM, Tomáš. Eutanazie ve světě. *Epravo.cz* [online]. Epravo.cz, 20.5.2005, 1999-2013 [cit. 2013-09-28]. ISSN 1213-189X. Dostupné z: <http://www.epravo.cz/top/clanky/eutanazie-ve-svete-33479.html>
- ČTK. Eutanazii umožňuje jen málo zemí světa. *Zdravotnické noviny* [online]. Praha: Ambit Media 29.3.2012 [cit. 2013-09-23]. Dostupné z: <http://www.zdravky.cz/zpravodajstvi/ze-zahranici/eutanazii-umoznuje-jen-malo-zemi-sveta>
- *Hnutí Pro život ČR*. Co je eutanazie a její dopady [online]. ©1999 – 2014 [cit. 2014-02-25]. Dostupné z: <http://www.prolife.cz/?a=40&id=118>
- *Hospic Anežky České* [online]. VIZUS ©2013 [cit. 2013-10-07]. Dostupné z: <http://www.hospic.cz/>
- *Oblastní charita Rajhrad* [online]. Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa. Charita Česká republika ©2013 [cit. 2013-09-30]. Dostupné z: <http://rajhrad.charita.cz/dum-lecby-bolesti-s-hospicem-sv-josefa1/o-nasem-hospici/>
- ŠPINKOVÁ, Martina. *Neumíráme tam, kde si přejeme* [online]. Umírání.cz ©2013 [cit. 2013-10-21]. Dostupné z: <http://www.umirani.cz/prezentace-vyzkumu-neumirame-tam-kde-si-prejeme.html>
- VYKOPALOVÁ, Hana. Eutanazie – diskutovaný problém společnosti. *Grano Salis* [online]. 8.10.2002 [cit. 2013-09-21]. Dostupné z: <http://www.granosalis.cz/modules.php?name=News&file=article&sid=1196>

## **SEZNAM GRAFŮ**

Graf č. 1 - Povědomost o zařízeních specializujících se na péči o umírající pacienty	49
Graf č. 2 - Znalost pojmu paliativní péče	50
Graf č. 3 - Zdroj informací o paliativní péči nebo o zařízeních pro umírající	51
Graf č. 4 - Rozhovor se svými dětmi o smrti a umírání	52
Graf č. 5 - Rozhovor ve svém dětském věku o smrti a umírání	53
Graf č. 6 - Názor na vhodnost rozhovoru o smrti a umírání	54
Graf č. 7 - Obtížnost hovoru o smrti a umírání	55
Graf č. 8 - Potřeba informací o možnostech a formách péče o umírající a o smrti	56
Graf č. 9 - Myšlenky a úvahy o smrti	57
Graf č. 10 - Názor na schopnost zachování smysluplného života umírajícího	58
Graf č. 11 - Názor na hodnotu lidského života pro člověka s nevléčitelnou nemocí	59
Graf č. 12 - Názor na možnost pozitivního přínosu péče o smrtelně nemocného člověka pro jeho blízké	60
Graf č. 13 - Názor na možnost zmírnění fyzického nebo psychického utrpení umírajícího člověka	61
Graf č. 14 - Názor na dobrovolné ukončení vlastního života v případě nevléčitelného onemocnění	62
Graf č. 15 - Důvod pro dobrovolné ukončení života	63
Graf č. 16 - Kladný názor na význam života s nevléčitelnou nemocí a umíráním	64
Graf č. 17 - Přijatelné místo pro ukončení života	65
Graf č. 18 - Obavy ze „závěru života“	66

## **SEZNAM TABULEK**

Tabulka č. 1 – Faktory ovlivňující postoje ke smrti a umírání

49

## **SEZNAM PŘÍLOH**

Příloha č. 1 – Dotazník (3 stany)

## PŘÍLOHA Č. 1: DOTAZNÍK

Vážené dámy a pánové,

jmenuji se Leona Pelánová a jsem studentkou Univerzity Tomáše Bati, Fakulty humanitních studií, Institutu mezioborových studií Brno. Ráda bych Vás požádala o spolupráci při výzkumu v rámci zpracování mé bakalářské práce, která se zabývá problematikou smrti a umírání. Vím, že pro většinu lidí je to téma, o kterém neradi hovoří, ale i přes to anebo právě pro to bych Vás chtěla poprosit o zamyšlení se nad otázkami a vyplnění dotazníku.

Chtěla bych Vás ujistit, že dotazník je anonymní a informace, které mi poskytnete, budou použity výhradně ke zpracování mé závěrečné práce.

Velmi si vážím Vašeho času a předem děkuji za vyplnění dotazníku.

**Vámi vybranou odpověď prosím zaškrtněte X.**

- 1. Slyšel/a jste někdy o tom, že existují zařízení, která se specializují na péči o umírající pacienty?**
  - ano
  - ne
  
- 2. Víte, co je to paliativní péče?**
  - ano
  - ne
  - nevím, co to znamená
  
- 3. Pokud víte, co je to paliativní péče nebo jste slyšel/a o zařízeních určených pro péči o umírající, od koho jste se to dověděl/a?**
  - od lékaře
  - ze sdělovacích prostředků
  - zkušenost z rodiny nebo okolí
  - z jiného zdroje
  
- 4. Mluvíte nebo mluvili jste někdy se svými dětmi o smrti a umírání?**
  - ano
  - ne
  - nemám děti
  
- 5. Mluvili s Vámi Vaši rodiče o smrti a umírání?**
  - ano
  - ne
  - nepamatuji se
  
- 6. Myslíte si obecně, že je vhodné o tomto tématu mluvit?**
  - ano, je třeba o tom mluvit
  - ne, je to velmi pochmurné téma
  - nevím

- 7. Bylo by (nebo je) pro Vás těžké o smrti a umírání mluvit?**
- ano, není to lehké téma
  - ne, nemám s tím žádný problém
  - nevím, nepřemýšlel/a jsem o tom
- 8. Uvítal/a byste více informací o možnostech, formách, péči o umírající a o smrti?**
- ano
  - ne, nezajímá mě to
- 9. Smrt je součástí života. V naší společnosti je toto téma odsunuto na okraj zájmu. Přemýšlíte někdy o smrti?**
- ano
  - ne
- 10. Myslíte si, že je možné poskytnout smrtelně nemocnému člověku takovou péči, která mu zajistí v rámci možností smysluplný život?**
- ano
  - ne
  - nedokážu posoudit
- 11. Myslíte si, že i život s těžkou nevyлéčitelnou nemocí může mít pro samotného nemocného člověka hodnotu?**
- ano
  - ne
  - nedokážu posoudit
- 12. Může péče o smrtelně nemocného člověka přinést něco pozitivního druhým lidem, zejména jeho blízkým?**
- ano
  - ne
  - nedokážu posoudit
- 13. Myslíte si, že je vůbec možné nějakou formou přispět k zmírnění psychického či fyzického utrpení umírajícího člověka?**
- ano
  - ne
  - nedokážu posoudit
- 14. Uvažoval/a byste v případě svého vážného / smrtelného onemocnění o možnosti dobrovolného ukončení života?**
- ano
  - ne
  - nevím

**15. Pokud jste odpověděl/a ano, jaký důvod by Vás k tomu vedl?**

- nechci být nikomu na obtíž
- pokud nebudu moci plnohodnotně žít, ztratí můj život smysl
- strach z bolesti
- strach z osamění
- jiný důvod

**16. Souhlasíte s tvrzením, že lidský život má svůj význam i v závěrečné části života spojené s nevléčitelnou nemocí a umíráním?**

- ano
- ne
- nedokážu posoudit

**17. V případě smrtelného onemocnění, kde by pro Vás bylo přijatelné zemřít?**

- doma mezi blízkými
- v nemocnici
- v hospici
- v jiném zařízení

**18. Obáváte se svého „závěru života“?**

- ano
- ne
- nepřemýšlel/a jsem o tom