

# Eutanazie nebo paliativní péče

Bc. Dobroslava Korcová

---

Diplomová práce  
2014



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

  
INSTITUT  
MEZIOBOROVÝCH STUDIÍ BRNO

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Institut mezioborových studií Brno  
akademický rok: 2011/2012

## ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Dobroslava KORCOVÁ**  
Osobní číslo: **H118457**  
Studijní program: **N 7507 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 diplomové práce.

S vědomím těchto zásad a pravidel a po konzultaci s vedoucím bude práce zaměřena:

- na objasnění základních pojmů eutanazie a paliativní péče a s nimi souvisejících oblastí jako je umírání a smrt,

- na nástin historického vývoje a obsahu termínu eutanazie ve světě, na dělení eutanazie,

- na informace o formách paliativní péče (domácí, hospice).

Součástí práce bude sociologický průzkum provedený formou dotazníkového šetření zaměřeného na laickou veřejnost týkající se zjištění povědomí, názorů a postojů k problematice eutanazie a paliativní péče z pohledu jednotlivých věkových kategorií, ale i z pohledu náboženské orientace.

Rozsah diplomové práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

Haškovcová, H. Rub života – líc smrti. Praha: Orbis, 1975

Matochová, S. Etika a právo v kontextu lékařské etiky. Brno: MU, 1997

Munzarová, M. Vybrané kapitoly z lékařské etiky I – Smrt a umírání. Brno: MU, 1997

Pollard, B. Eutanazie – ano či ne? Praha: Dita, 1996

Špinková, M., Špínka, Š. Euthanasie: víme, o čem mluvíme? Praha: Cesta domů, 2006

Vorlíček, J., Adam, Z. a kol. Paliativní medicína. Praha: Grada Publishing, 1998

Vozár, J. Eutanázia právne aspekty. Pezinok: Fomát, 1995

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

Vedoucí diplomové práce:

**PhDr. Mgr. Zdeněk Šigut, Ph.D.**

Skupina managementu a ekonomiky

Datum zadání diplomové práce:

**30. listopadu 2011**

Termín odevzdání diplomové práce:

**31. března 2013**

V Brně dne 30. listopadu 2011

  
prof. PhDr. Pavel Múhlpachr, Ph.D.  
vedoucí ústavu



  
PhDr. Milošlav Jůzl, Ph.D.  
vedoucí katedry

## PROHLÁŠENÍ AUTORA DIPLOMOVÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním diplomové 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 diplomová práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji diplomovou 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 – diplomovou 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 diplomové práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky diplomové práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

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

Dobroslava Korcová  
.....  
Jméno, příjmení studenta

V Brně 15. 3. 2014  
.....

Korcová  
.....  
Podpis

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 nevydělčně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudku 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 nahlázení 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 vzdělávacímu 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 jim 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 přihlíádné k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

## **ABSTRAKT**

Diplomová práce se zabývá problematikou eutanazie a paliativní péče. Teoretickou část tvoří tři kapitoly, které se věnují vymezení základních pojmů, historii eutanazie i paliativní péče, právní úpravě eutanazie v některých zemích a v České republice. Popsány jsou také konkrétní formy poskytování paliativní péče v hospici a v domácím prostředí, část práce je zaměřena na období umírání a smrti.

V praktické části jsou předloženy výsledky kvantitativního výzkumu, jehož cílem bylo zjistit postoj laické veřejnosti k péči o umírající, názor na legalizaci eutanazie, zmapovat informovanost v oblasti paliativní a hospicové péče.

Klíčová slova: eutanazie, legalizace, náboženství, paliativní péče, hospic, smrt, umírání.

## **ABSTRACT**

This thesis deals with the issue of euthanasia and palliative care. The theoretical part is composed of three chapters that deal with definition of basic concepts, history of euthanasia and palliative care, euthanasia law regulation in other countries and in the Czech Republic. Also are described specific forms of palliative care in a hospice and at home, part of the work is focused on the period of dying and death.

In the practical part are presented the results of quantitative research, whose aim was to determine the attitude of the general public to care for the dying, opinion on the legalization of euthanasia, investigate knowledge of palliative and hospice care.

Keywords: euthanasia, legalization, religion, palliative care, hospice, death, dying.

Děkuji panu PhDr. et Mgr. Zdeňku Šigutovi, PhD., MPH, vedoucímu práce, za velmi užitečnou metodickou pomoc a cenné rady, které mi poskytl při zpracování diplomové práce. Dále mu děkuji za vstřícný a velmi lidský přístup při vedení mé diplomové práce.

Motto:

*„Šťasten, kdo zemře dříve, než sám začne volat smrt, aby si ho vzala.“*

Francis Bacon

Prohlašuji, že odevzdaná verze diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

# **OBSAH**

<b>ÚVOD</b>	<b>8</b>
<b>I. TEORETICKÁ ČÁST</b>	<b>10</b>
<b>1 EUTANAZIE</b>	<b>11</b>
1.1 HISTORIE EUTANAZIE	14
1.2 ROZDĚLENÍ EUTANAZIE	18
1.3 EUTANAZIE VE SVĚTĚ	21
1.4 EUTANAZIE V ČR	28
1.5 EUTANAZIE A NÁBOŽENSTVÍ	32
<b>2 PALIATIVNÍ PÉČE</b>	<b>36</b>
2.1 FORMY PALIATIVNÍ PÉČE	40
2.1.1. Mýty o umírání ve vztahu k paliativní péči	44
2.2 DĚJINY PALIATIVNÍ A HOSPICOVÉ PÉČE	46
2.3 HOSPIC	50
2.3.1 Mýty o umírání v hospici	54
2.4 DOMÁCÍ PALIATIVNÍ PÉČE	54
2.4.1 Mýty o umírání doma	58
<b>3 KONEC ŽIVOTA</b>	<b>61</b>
3.1 SMRT	62
3.2 UMÍRÁNÍ	65
3.3 MODEL UMÍRÁNÍ	68
3.4 UMÍRÁNÍ V ČESKÉ REPUBLICE	70
3.5 SOCIÁLNÍ PEDAGOGIKA A KONEC ŽIVOTA	72
<b>II. PRAKTICKÁ ČÁST</b>	<b>74</b>
<b>4 DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ</b>	<b>75</b>
4.1 CÍLE VÝZKUMU	75
4.2 METODIKA VÝZKUMU	75
4.3 HYPOTÉZY VÝZKUMU	76
4.4 VÝSLEDKY VÝZKUMU	77
4.5 VYHODNOCENÍ VÝZKUMU A OVĚŘENÍ HYPOTÉZ	89
<b>ZÁVĚR</b>	<b>94</b>
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY</b>	<b>95</b>
<b>SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK</b>	<b>103</b>
<b>SEZNAM OBRÁZKŮ</b>	<b>104</b>
<b>SEZNAM TABULEK</b>	<b>105</b>
<b>SEZNAM GRAFŮ</b>	<b>106</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH</b>	<b>107</b>

## ÚVOD

I když si to většinou přímo neuvědomujeme, je téma smrti a umírání blízké každému člověku bez rozdílu věku, vyznání, rasy, národnosti. Každý si dříve či později uvědomí, že jeho pobyt na tomto světě je časově omezený. Jaký však konec bude? Ukončím svůj život důstojně, mohu si čas sám zvolit, budu obklopen svými nejbližšími či zemřu osaměle v nemocnici či jiném zařízení? To jsou otázky, které si nevyhnutelně klademe, pokud se hlouběji zamyslíme nad tímto tématem.

Pojem eutanazie bývá v dnešní době často používán v diskuzích, ať již v lékařských či právních kruzích. Masové sdělovací prostředky se mu také často a se zaujetím věnují, především s ohledem na různé zamýšlené legislativní změny. V odborné literatuře bývá většinou problematika eutanazie rozdělena z pohledu dvou protikladných pólů - ano či ne. Důvody, proč jsou v dnešní době otázky ukončování života otevírány, jsou evidentní. Vědecké pokroky spolu s rozvojem technických vymožeností zaznamenaly v lékařství netušené úspěchy. Dnes je možno, jako nikdy dříve, zachraňovat a prodlužovat životy, které byly v dřívějších letech odsouzeny k zániku. Tyto pokroky však mají i svou stinnou stránku. V mnoha případech dochází k tomu, že život přetrvává, ale současně je vnímán jako obrovská zátěž jak pro nemocné, tak pro jejich příbuzné, kteří trpí pohledem na své blízké ještě více než oni sami.

Paliativní péče naproti tomu usiluje o prodloužení a zachování života, který bude svou kvalitou pro člověka přijatelný. Respektuje a chrání důstojnost nevléčitelně nemocných. Vychází důsledně z jejich přání a potřeb, respektuje jejich hodnotové priority. Snaží se vytvořit podmínky, aby nemocný člověk mohl poslední období svého života prožít ve společnosti svých blízkých, v důstojném a vlídném prostředí.

Můj vztah k tomuto tématu vyplývá z běžné životní situace - i já jsem se již osobně setkala se smrtí a umíráním. V blízké rodině se také řešilo umístění nemocného do hospicového zařízení. A při výběru tématu jsem též byla ovlivněna touhou dozvědět se o eutanazii a paliativní péči bližší informace nad rámec běžného povědomí. Navíc jsem mnoho let pracovala na odboru sociální péče a obdobně jako pracovníci v dalších pomáhajících profesích jsem se setkávala se stinnými stránkami lidského života pravděpodobně častěji než zaměstnanci v jiných pracovních odvětvích.



Jako hlavní cíl své diplomové práce jsem si zvolila shrnout stěžejní poznatky z oblasti eutanazie a paliativní péče a také zjistit odpověď na otázku: Jaké jsou názory a postoje současné veřejnosti k problematice eutanazie a jaká je úroveň informovanosti o paliativní péči?

Diplomová práce je rozdělena na dvě části. V teoretické části jsem se pokusila v první kapitole o sumarizaci základních pojmů týkající se eutanazie, byla objasněna její historie, dělení, její zařazení v právních rádech některých zemích a postavení jednotlivých náboženství k tomuto problému. Druhá kapitola se zabývá paliativní péčí z hlediska jejího vymezení, dějinami paliativní a hospicové péče, podrobněji je popsán hospic a poskytování paliativní péče v domácím prostředí. Závěrečná kapitola teoretické části se zaměřuje na závěrečné období lidského života, vymezuje pojmy smrt, umírání, uvádí fakta o umírání v České republice. Praktická část je orientována na zjištění, jaký je postoj veřejnosti k péči o umírající, zajímal mne názor na legalizaci eutanazie a důvod pro tento postoj, pokusila jsem se stručně zmapovat informovanost veřejnosti v oblasti paliativní péče včetně poskytování této péče v hospicovém zařízení.

V teoretické části diplomové práce je hlavní metodou analýza dostupné odborné literatury a dalších pramenů. Pro praktickou část byla zvolena kvantitativní metoda, ke sběru dat byl použit dotazník. V závěru této části jsou získaná data analyzována a výsledky výzkumu prezentovány.

Účelem práce nemá být nalezení a určení jediného správného pohledu na celkovou problematiku umírání a smrti, práce nedá odpověď na otázku, zda jít cestou eutanazie či výhradně paliativní péče. Měla by spíše vzbudit zamyšlení a podnítit diskusi o důstojné smrti.

## **I. TEORETICKÁ ČÁST**

## 1 EUTANAZIE

Slovo eutanazie bezpochyby probouzí emoce. Po jeho vyslovení se začnou šikovat zástupy odpůrců či zastánců a namísto racionální rozpravy se obviňují z nelidského zabíjení trpících či nerespektování svobod a práv jedince. A tak přestože se s pojmem eutanazie většina lidí již mnohokrát setkala a připadá jim tedy, že ví, co toto slovo znamená, ani v odborné literatuře nenajdeme jednoznačnou definici a její formulace se různě liší. Slovo eutanazie má svůj původ v řeckém euthanasia, složeno z eu – dobrý a thanatos – smrt, doslova znamená „dobrá, krásná smrt“.

*„Ekvivalentem dobré smrti je lehká smrt, tedy taková, která přichází po dlouhém spokojeném životě, rychle, bezbolestně, nebo ve spánku.“<sup>1</sup>*

Představy o tom, jaká smrt je dobrá, se lišily v průběhu historie a měly přímou návaznost na vnímání toho, co lze považovat za dobrý život. Smrt bývala chápána jako jeho vyvrcholení, také jako příležitost osvědčit kvality člověka. Dobrou smrtí bylo ukončení života z rukou nepřátel na bitevním poli, hrdinská smrt při obraně vlasti, záchraně blízkých, v křesťanství smrt mučednická. Dobrá byla ale také smrt přijatá s důstojností, vnitřní vyrovnaností, schopností přijmout svůj úděl.<sup>2</sup>

Později se eutanazií rozuměla smrt z milosti (z milosrdenství, z útrpnosti). Dnes je eutanazie chápána v daleko užším významu, jak je patrné z těchto definic.

*„Eutanázie – usmrcení pacienta s nevléčitelnou nemocí pro zkrácení jeho utrpení.“<sup>3</sup>*

Jiní autoři ji chápou jako *„...lékařské jednání, které vede k navození či uspišení smrti druhého člověka.“<sup>4</sup>*

*„Eutanazie, ať již aktivní, anebo takzvaná pasivní, je záměrné ukončení života motivované soucitem.“<sup>5</sup>*

Student ji popisuje jako ukončení těžkého utrpení nebo umírání při bezvýchodné prognóze cíleným usmrcením, třeba podáním injekce.<sup>6</sup>

1 HAŠKOVCOVÁ, H., *Thanatologie*. Praha: Galén, 2000. ISBN 80-7262-034-7, s. 104

2 ŠPINKOVÁ, M., ŠPINKA, Š. *Euthanasie: Víme, o čem mluvíme?* Praha: Hospicové občanské hnutí Cesta domů, 2006. ISBN 80-239-8592-2, s. 4

3 VOKURKA, M., HUGO, J. a kol. *Velký lékařský slovník*. Praha: Maxdorf, 2012. ISBN 80-85912-43-0, s. 231

4 ŠPINKOVÁ, M., ŠPINKA, Š. *Euthanasie: Víme, o čem mluvíme?* Praha: Hospicové občanské hnutí Cesta domů, 2006. ISBN 80-239-8592-2, s. 8

5 POLLARD, B. *Eutanazie – ano či ne?* Praha: Dita, 1996. ISBN 80-85926-07-5, s. 22

6 STUDENT, J.-Ch., MÜHLUM, A., STUDENT, U. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*. Jinočany: Nakladatelství H&H, 2006. ISBN 80-7319-059-1, s. 82

Munzarová uvádí, že většina autorů současnosti se ztotožňuje s holandskou definicí, dle které je eutanazie úmyslné ukončení života člověka někým jiným než člověkem samotným (= lékařem), na jeho vlastní žádost. Toto vysvětlení pojmu se omezuje na aktivní eutanazii dle dřívějšího dělení. Výstižnější se tedy jeví rozšířená definice. „*Eutanazie je úmyslné zabití člověka, ať již aktivním nebo pasivním způsobem, někým jiným než člověkem samotným (= lékařem) na jeho vlastní žádost.*“<sup>7</sup>

Světová lékařská asociace (World Medical Association – WMA), která se zaměřuje na etiku lékařského povolání, vymezila pojem eutanazie jednoznačně. Jedná se o „*vědomé a úmyslné provedení činu s jasným záměrem ukončit život jiného člověka za následujících podmínek: subjektem je kompetentní informovaná osoba s nevyléčitelnou chorobou, která dobrovolně požádala, aby její život byl ukončen; jednající ví o stavu této osoby a o jejím přání zemřít a páchá tento skutek s prvořadým úmyslem ukončit život této osoby; a skutek je proveden se soucitem a bez osobního zisku.*“<sup>8</sup>

Deklarace o eutanazii BONA ET IURA pak používá slovo eutanazie ve smyslu „*jednání nebo zanedbání, které samo o sobě nebo svým zaměřením způsobuje smrt, aby se tak vyloučila jakákoliv bolest. Eutanazie tedy spočívá v úmyslu a v použitých metodách.*“<sup>9</sup>

Ať již je eutanazie formulována jakkoliv, vždy bude mít své stoupence i odpůrce. Při pohledu na výzkumy veřejného mínění je celkem zřejmé, že veřejnost je jí příznivě nakloněna. Podle průzkumu veřejného mínění provedeného ve Velké Británii v roce 2012 se k podpoře eutanazie kloní 71 % dotázaných a pouze 16 % ji odmítá, 13 % si není jisto. Zároveň si 60 % dotázaných myslí, že osoby, které napomáhají jiným k sebevraždě, by neměly být trestně stíhány.<sup>10</sup> Z dalšího průzkumu stejné společnosti vyplývá, že legalizaci sebevraždy za pomoci lékaře, podporuje 80 % Kanadčanů, 56 % Američanů a 77 % Britů, z toho pak 75 % Kanadčanů, 50 % Američanů a 76 % Britů schvaluje legalizaci asistované sebevraždy pouze v případě, že budou jasně specifikované podmínky pro její provedení.<sup>11</sup>

7 MUNZAROVÁ, M. *Eutanazie, nebo paliativní péče?* Praha: Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-1025-0, s. 49

8 MUNZAROVÁ, M. *Proč NE eutanazii aneb Být, či nebýt?* Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2008. ISBN 978-80-7195-304-3, s. 19

9 ŠIPR, K., MIČO, M., KRUMPOLC, E. *Aktuální bioetické texty; Deklarace o eutanazii.* Olomouc: Univerzita Palackého, 2005. ISBN 80-244-1278-0, s. 42

10 *Legal Euthanasia Supported by Majority in Great Britain.* angusreidglobal.com [online]. 2012-01-31 [cit. 2013-09-30]. Dostupný z: <<http://www.angusreidglobal.com/polls/44319/legal-euthanasia-supported-by-majority-in-great-britain/>>

11 *Canadians and Britons Would Allow Euthanasia Under Some Conditions.* angusreidglobal.com [online]. 2012-07-26. [cit. 2013-09-30]. Dostupný z: <<http://www.angusreidglobal.com/polls/45951/canadians-and-britons-would-allow-euthanasia-under-some-conditions/>>

V České republice byl podobný průzkum proveden v květnu 2013 s 1062 respondenty. 67 % dotazovaných se klonilo k názoru, že náš právní řád by měl eutanazii umožňovat a pouze 26 % respondentů s tímto nesouhlasilo, zbylých 7 % se k tomuto tématu neumělo vyjádřit. Nesouhlas převládal u věřících respondentů a také u respondentů starších 60 let. Obdobné výzkumy provedené v letech 2012 a 2011 uváděly srovnatelná čísla – 65 %, respektive 64 % respondentů klonících se k legalizaci eutanazie, 25 % (27 %) odpůrců jejího umožnění.<sup>12</sup>

Na eutanazii lze také nahlížet očima lékařů, tedy těch, kteří jsou s nemocnými v každodenním kontaktu a také těch, kterým je provedení eutanazie většinou kladeno do rukou. V České republice se v listopadu 2012 konalo 2. mezinárodní sympozium České lékařské komory Etika a komunikace v medicíně, tentokrát s ústředním tématem Eutanazie pro a proti. Z jeho průběhu vyplynulo jednoznačné poselství, a to, že rozhodnutí o zavedení eutanazie není jen v rukou lékařů, klíčovým předpokladem je otevření celospolečenské diskuze. Nicméně za zmínění stojí tři názory, které ukazují na různé postoje i uvnitř samotného lékařského stavu.

Chirurg Pavel Pafko: *„Je to otázka celospolečenská a filosofická, právní, náboženská. Nejvyšší hodnotou v životě každého z nás je naše autonomie, tedy svobodné rozhodnutí. Je to dokonce více než hodnota našeho života. Proto jsem za to, aby každý pacient měl právo rozhodnout o konci svého života sám“*.<sup>13</sup>

Druhým je názor předsedkyně etické komise České lékařské komory Heleny Stehlíkové: *„Řídíme se etickým kodexem ČLK, který je v plném souladu s etickými normami lékařských asociací celé Evropské unie, kde je jasně řečeno, že úkolem lékaře je chránit život a zdraví, mírnit utrpení, přičemž eutanazie a asistovaná sebevražda nejsou přípustné. V tuto chvíli je to mínění většiny zemí Evropské unie a křesťansko-židovské kultury obecně“*.<sup>14</sup>

Podle psychiatra Radkina Honzáka by *„medicína neměla postupovat tímto směrem, protože to vede k dehumanizaci“*.<sup>15</sup>

12 *Veřejné mínění o interrupci, eutanazii a trestu smrti – květen 2013*. cvvm.cas.cz [online]. 2013-06-26 [cit. 2013-09-15]. Dostupný z: <[http://cvvm.soc.cas.cz/media/com\\_form2content/documents/c1/a7039/f3/ov130626.pdf](http://cvvm.soc.cas.cz/media/com_form2content/documents/c1/a7039/f3/ov130626.pdf)>

13 *Lékaři: Eutanazii sami nerozsoudíme, chce to diskusi společnosti*. ceskatelevize.cz [online]. 2012-11-28 [cit. 2013-09-15]. Dostupný z: <<http://www.ceskatelevize.cz/ct24/domaci/205426-lekari-eutanazii-sami-nerozsoudime-chce-to-diskusi-spolecnosti/>>

14 *Lékaři: Eutanazii sami nerozsoudíme, chce to diskusi společnosti*. ceskatelevize.cz [online]. 2012-11-28 [cit. 2013-09-15]. Dostupný z: <<http://www.ceskatelevize.cz/ct24/domaci/205426-lekari-eutanazii-sami-nerozsoudime-chce-to-diskusi-spolecnosti/>>

15 *Lékaři řeší, co si počít s eutanazií. Zkrátit život chce čím dál více lidí*. hn.ihned.cz [online]. 2012-11-29. [cit. 2013-09-15]. Dostupný z: <<http://hn.ihned.cz/c1-58851510-lekari-resi-co-si-pocit-s-eutanazii-zkratit-zivot-chce-cim-dal-vice-lidi>>

Jen pro dokreslení poznámka onkologa Pavla Klenera: „*Mnohokrát jsem měl pacienta, který chtěl jeden den vše skončit, ale za pár dní zase získal neuvěřitelnou chuť do života.*“<sup>16</sup>

Je dobré v této části zmínit i názory českých politiků k otázce eutanazie, protože ti se nejvyšší měrou podílejí na tvorbě, předkládání a schvalování zákonných norem, podle kterých je následně postupováno. Jako první názor Tomáše Julínka, kterého lze zařadit jak do stavu lékařského, tak mezi politiky, neboť v letech 2006 až 2009 byl ministrem zdravotnictví. Tomáš Julínek na svém blogu uvádí, že „*touha zemřít je stavem mysli, který lze změnit*“<sup>17</sup>, eutanazii považuje za vraždu. Východisko vidí v paliativní péči, která však je v České republice často podceňována. Vyjadřuje zajímavý návrh, aby v případě legalizace eutanazie v České republice spadalo její provádění pod jiný resort než pod zdravotnictví, neboť ukončení života nemá s lékařstvím nic společného.<sup>18</sup>

Z oficiálních kandidátů prvního kola pro volbu nového prezidenta ČR v roce 2013 byl pro legalizaci eutanazie jediný, a to Jiří Dienstbier. Souhlasil s ní za podmínky, že bude zcela vyloučeno zneužití. Nemocný, trpící člověk by podle něj měl mít právo na rozhodnutí. Karel Schwarzenberg pak nebyl pro zavedení eutanazie, ale zároveň za ni nepovažoval odpojení od přístrojů, které uměle prodlužují život. Přemysl Sobotka uvedl, že česká společnost na legalizaci eutanazie není doposud připravena, považoval však na potřebné zavést diskuzi o tomto tématu.<sup>19</sup>

Z výše uvedeného je patrné, jak kontroverzní může být vnímání a postoj k eutanazii. Pokud se na jejím chápání nemohou shodnout odborníci, jak potom může mít v této oblasti jasno laická veřejnost?

## 1.1 Historie eutanazie

Člověk si už od počátku dějin vlastní smrtelnost uvědomuje, vnímá konec fyzického bytí. Současně však také hledá hlubší význam smyslu smrti a smrti se již významně dopředu bojí. Eutanazie tak není jen otázkou medicínskou, ale především filozofickou a etickou.

16 *Lékaři řeší, co si počít s eutanazií. Zkrátit život chce čím dál více lidí.* hn.ihned.cz [online]. 2012-11-29. [cit. 2013-09-15]. Dostupný z: <<http://hn.ihned.cz/c1-58851510-lekari-resi-co-si-pocit-s-eutanazii-zkratit-zivot-chce-cim-dal-vice-lidi>>

17 JULÍNEK, T. *Bud' budeme pacienty „dorážet“ nebo léčit.* iDNES.cz [online]. 2007-09-21. [cit. 2013-10-02]. Dostupný z: <<http://julinek.blog.idnes.cz/c/11657/Bud-budeme-pacienty-dorazet-nebo-lecit.html>>

18 JULÍNEK, T. *Bud' budeme pacienty „dorážet“ nebo léčit.* iDNES.cz [online]. 2007-09-21. [cit. 2013-10-02]. Dostupný z: <<http://julinek.blog.idnes.cz/c/11657/Bud-budeme-pacienty-dorazet-nebo-lecit.html>>

19 *10+1 otázka pro deset prezidentských kandidátů.* iDNES.cz [online]. [cit. 2013/10-02]. Dostupný z: <<http://zpravy.idnes.cz/specialni-priloha.aspx?y=domaci/10-1-otazka-pro-deset-prezidentskych-kandidatu.htm>>

Z tohoto pohledu je třeba i vnímat eutanazii v dobách antiky, kdy význam tohoto slova nelze jednoznačně spojit s aktivním ukončením fyzického bytí, ale spíše se stavem mysli - smíření se se smrtí, kdy bylo důležité, aby člověk umíral „dobrou smrtí“, tedy ve vyrovnaném stavu mysli, v klidu a za sebekontroly. Eutanazie nebyla dávana do kontextu pouze s lékařstvím, nebyla zde vnímána vazba s vraždou.<sup>20</sup>

V samotné antice je možné rozlišit dvě základní tradice: jednu založenou na řecké a římské filozofii a druhou vycházející z Hippokrata a jeho školy. Platon i stoici souhlasí se zabitím nevléčitelně nemocných (také postižených a vážně nemocných dětí), neboť spotřebovávají zdroje potřebné pro život ostatních obyvatelů obce. Obec se o ně přestane starat nebo je přímo může usmrtit.

Pro Platona je sice člověk vlastnictvím bohů a sebevražda je v rozporu s tímto konceptem, ale bohové mohou dát k sebevraždě souhlas tam, kde je zjevná nutnost zemřít. Dalšími výjimkami jsou hanba extrémního utrpení, chudoby či neštěstí, krajní neštěstí či nezvratitelná nepřízeň osudu. Aristoteles argumentuje tím, že sebevražda je nespravedlností vůči obci.

Seneca považuje za vznešenost raději ukončit svůj život než očekávat krutost chudoby či lidí, čelit ponížení, obavám z budoucnosti, nemoci či stáří. Rozhodnutí o způsobu smrti dle něj není důležité, je důležité zemřít čestně, pokojně a statečně.

Podle Diogena Laertiuse je dobrovolná smrt vyjádřením racionálního konceptu života a čestné důvody pro sebevraždu člověka vedou ze života ven, pokud ten je zatížen krutou bolestí, zmrzačením nebo nevléčitelnou nemocí. Podobné zdůvodnění dobrovolné eutanazie bývá uváděno i dnes.<sup>21</sup>

Hippokratovská tradice, jejímž jádrem je Hippokratova přísaha, zakazuje usmrcení člověka, stejně jako pomoc při jeho sebevraždě.

*„Nepodám nikomu smrtící látku, i kdyby ji ode mne žádal, a ani nikomu tuto možnost nenavrhnou ...“<sup>22</sup>*

20 MUNZAROVÁ, M. *Vybrané kapitoly z lékařské etiky: Smrt a umírání*. Brno: Masarykova univerzita, 2002. ISBN 80-210-3017-8, s. 24

21 KUŘE, J. *Dobrá smrt, k filozofickému ujasnění pojmu eutanazie*. Filozofia. 2007, roč. 62, č. 3. ISSN 0046-385X, s. 225

22 MUNZAROVÁ, M. *Zdravotnická etika od A do Z*. Praha: Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-1024-2, s. 19

Lékař se má starat o zdraví a život člověka ne o jeho záměrné ukončení života. Ovšem tam, kde lze mírnit utrpení nemocného, je třeba umenšovat negativní projevy nemoci, a tam kde je nemocný přemožen chorobou, o léčbu ani neusilovat.<sup>23</sup>

Obecně lze konstatovat, že antičtí filozofové eutanazii schvalují, a to ve formě nedobrovolného usmrcení nežádoucích (pro dobro obce ponechání nevléčitelně nemocných svému osudu), neboť v tomto pohledu dobro obce převyšuje dobro jednotlivce. Další význam eutanazie v antice představovala dobrovolná smrt chápaná jako projev lidské svobody, vznešenosti a důstojnosti a předcházení ponížení a neblahého budoucího osudu daného nemocí a stářím. Třetím významem byla pokojná, rychlá, bezbolestná smrt, po které by nejspíš toužil každý.<sup>24</sup>

Ve středověku je problematika eutanazie relativně jednoduchá. Biblickou literaturu a desatero přikázání lze vnímat jako katechetický souhrn morálky. Konkrétně z přikázání „Nezabiješ“ a při Augustinově výkladu toho přikázání „*Kdo sám sebe vraždí, je ve skutečnosti vrahem*“<sup>25</sup>, lze vyvodit, že provedení eutanazie by znamenalo smrtelný hřích a vyloučení ze života věčného. V celém středověku lze tedy vnímat „dobrou smrt“ jako takovou, ke které nedojde ani lehce, bezbolestně a rychle, ale takovou smrt, která dovolí odejít božskou branou do nového, posmrtného života.

Novověk pak vnesl do pojetí sebevraždy jako morálně nepřijatelné, názory, které ospravedlňovaly její provedení pro vážně nemocné. Francouzský filozof Michel de Montaigne v souladu se stoiky tvrdí, že člověku je dovoleno vzít si život, pokud existuje v podmínkách, za kterých je horší žít než zemřít. Pro Davida Huma je zase přijatelnější sebevražda než útrapy stáří, nemoci či osudu. Stejně tak se ale objevovaly i prvky, které mohly být z dnešního pohledu základem paliativní péče. Anglický filozof Francis Bacon uvádí, že lékař by měl pacientovi napomoci snadno a přirozeně zemřít, tedy klidně a snadno odejít ze života „dobrou smrtí“.

V souvislosti s novověkými náhledy na eutanazii a ukončení života sebevraždou je potřeba zmínit dva důležité myslitele, jejichž myšlenky bohužel byly zneužity k účelům zcela nelidským. Friedrich Nietzsche uváděl, že člověk má právo ukončit nesnesitelný život, sebevražda je oprávněná, pokud člověk trpí těžkou nemocí, či přijímá těžké rány osudu a není pro společnost užitečný, ale přítěží. Musí být proto překonán, aby na jeho místě

23 KUŘE, J. *Dobrá smrt, k filozofickému ujasnění pojmu eutanazie*. Filozofia. 2007, roč. 62, č. 3. ISSN 0046-385X, s. 224

24 KUŘE, J. *Dobrá smrt, k filozofickému ujasnění pojmu eutanazie*. Filozofia, Roč. 62, 2007, č. 3, s. 226

25 AUGUSTINUS, A. *O boží obci*. Praha: Karolinum, 2007. ISBN 80-246-1284-4, s. 54



mohl žít Nadčlověk. Autor teorie evoluce Charles Darwin pak uvádí, že rozvoj druhu závisí na přežití silných jedinců a v tomto zájmu se slabých, neduživých a evolučně nevhodných či nežádoucích jedinců musí evoluce sama zbavovat.<sup>26</sup>

Na konci 19. století se objevuje snaha tomuto „přírodnímu výběru“ pomoci, Darwinův bratranec Francis Galton formuloval teorii o potřebnosti na základě umělé selekce vylepšovat společnost. Vzniká pojem eugenika - podle řeckého eugenes a eugeneia (eugae = znamenitě krásný) – jako snaha o vylepšení lidského genotypu. Eugenické požadavky byly zaměřeny především na příslušníky jiných etnik, ras, na mentálně nemocné, zakazovaly jim uzavírání manželství a umožňovaly násilnou sterilizaci.<sup>27</sup>

Vybráním vhodných momentů z prací Darwina, Nietzscheho a Galtona, jejich účelovou interpretací pak vznikla tzv. rasová hygiena, která byla prezentována článkem Alfreda Ploetze Vyvození rasové hygieny a jejího vztahu k etice. Základním dílem eugeniky se pak stalo pojednání *Dědičnost a výběr v životě národů* od Wilhelma Schallmayera.<sup>28</sup>

Tyto úvahy o eugenice a rasové hygieně nebyly paradoxně podporovány a rozvíjeny pouze na filozofické a politické úrovni, ale i samotnými lékaři. Německý štabní lékař Walter Bergmann v roce 1921 požadoval, aby se lékaři zasazovali za usmrcování v případě „životů nehodných svého jména“. Po nástupu Adolfa Hitlera k moci a vyloučení všech neárijských složek ze státního aparátu a lékařského profesního života dochází v Německu k usmrcování osob nikoliv z potřeby „dobré smrti“ ve výše uvedeném smyslu, ale pouze pro účely naplnění politických a státních cílů. I přes odpor veřejnosti a církve započalo roku 1939 praktické provádění této činnosti, kdy Adolf Hitler vydal tajný rozkaz o eutanazii. Pod pláštíkem léčení započala nejmasovější likvidace „žití nehodných životů“ v dějinách lidstva. Normy pro stanovení „žití nehodných životů“ byly stanoveny natolik vágně, že umožňovaly likvidaci jakéhokoliv člověka, například toho, jenž neměl německou nebo příbuznou krev. I přes oficiální zastavení eutanazie v roce 1941 však pokračoval program eutanazie v nacistickém Německu dále a celkově měl do roku 1945 na svědomí 200 - 250 tisíc obětí.<sup>29</sup>

26 KUŘE, J. *Dobrá smrt, k filozofickému ujasnění pojmu eutanazie*. Filozofia. 2007, roč. 62, č. 3. ISSN 0046-385X, s. 228-230

27 KOKAISL, P. *Základy antropologie*. Praha: Provozně ekonomická fakulta ČZU, 2007. ISBN 80-213-1722-2, s. 65-68

28 SCHARSACH, H.-H. *Lékaři a nacismus*. Praha: Themis, 2001. ISBN 80-85821-90-7, s. 18

29 SCHARSACH, H.-H. *Lékaři a nacismus*. Praha: Themis, 2001. ISBN 80-858-2190-7

Tato hrůzná skutečnost by měla být pro všechny varováním, že i relativně správná a jednoduchá myšlenka, totiž být nápomocen při zmírnění utrpení a dopomoci k „dobré smrti“, může vést až k masovému vraždění bez ohledu na potřeby samotného nemocného.

## 1.2 Rozdělení eutanazie

Výraz eutanazie se používá jako souhrnný pojem pro celou řadu odlišných situací a v odborné literatuře je možné nalézt několik přístupů a dělení. Obecnou a jednoduchou uváděnou definicí pojmu eutanazie je úmyslné usmrcení člověka jinou osobou na jeho vlastní žádost. Pokud nahlédneme na citové zabarvení předchozí věty, tak zastánci eutanazie používají výraz usmrcení nebo ukončení života na žádost nemocného, kdežto odpůrci pak často uvádějí zabití nemocného na jeho vlastní žádost. I z tohoto zabarvení lze vyzvořit, jak se dotýčný k dané problematice staví.

Škála třídění a dělení eutanazie je velmi bohatá. Většina lidí spojuje eutanazii s pojmy milosrdná smrt, smrt ze soucitu, smrt z útrpnosti. V odborné literatuře se používá celá řada zpřesňujících výrazů:

- **eutanazie aktivní** – nevléčitelně nemocný trpící nesnesitelnými bolestmi uvážlivě a svobodně žádá o urychlení smrti. Aktivní roli vykonavatele zde má lékař, tato forma bývá označována jako strategie přeplněné stříkačky.
- **eutanazie nevyžádaná** – jde o formu aktivní eutanazie, kdy však nemocný není schopen o urychlení smrti požádat, ale je možné předpokládat, že pokud by mohl, učinil by tak. Šlo by tedy o eutanazii chtěnou a dobrovolnou.
- **eutanazie nedobrovolná** – je nejen nevyžádaná, ale i nechtěná, nelze ji však odlišit od nevyžádané, neboť není možné ověřit vůli nemocného
- **eutanazie pasivní** – jde o odnětí nebo přerušování léčby, užívá se pojem strategie odkloněné stříkačky. Tato forma eutanazie má mnoho přívrženců, neboť bývá vysvětlována jako právo na „přirozenou smrt“. Problematické je stanovení podmínek, které by přirozenou smrt umožňovaly a předcházely tak zneužití. V zahraničí se užívá termín DNR (do not resuscitate), v naší literatuře pak NR (neresuscitovat).<sup>30</sup>

30 HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-471-3, s. 104-105

Termín pasivní eutanazie zastřešuje dva diametrálně odlišné postupy:

- nejednání s úmyslem zabít (např. nepodání léku), přičemž však po mravní stránce jde o prakticky totéž jako v případě aktivního přístupu – tedy úmysl zabít a zabítí.
- nepodání určité léčby nebo ustoupení od takové léčby, která je již marná a zbytečná, nevede ke zlepšení stavu nemocného, pouze ho nadměrně zatěžuje a přináší mu jen další utrpení. Tuto situaci nelze považovat za eutanazii, neboť je plně v souladu s lékařskou etikou. S ohledem na respekt k důstojnosti umírajícího bývá někdy užíván termín „nechání zemřít“.<sup>31</sup>

Zvláštní formou eutanazie je **asistovaná sebevražda** – kdy nevléčitelně nemocný pacient s nesnesitelnými bolestmi bez příznivé prognózy svého onemocnění ukončí sám svůj život, nicméně s prostředkem či odbornou radou od lékaře. Jde o jakýsi návod k vysvobození.

Lze se také setkat s pojmem **sociální eutanazie**, kdy tento pojem zahrnuje rozdíl mezi tím, co může existující lékařská péče maximálně nabídnout a tím, jaká lékařská péče je pro nemocného dostupná – například ekonomicky. Sociální eutanazii můžeme vnímat jako problém alokace zdrojů, kdy na straně jedné je v hospodářsky rozvinutých zemích zaznamenáván obrovský rozmach lékařské vědy a na straně druhé není v některých zemích dostupná ani základní péče, a také rozšířená péče je ekonomicky nebo politicky přístupná pouze určité vrstvě obyvatel.

Ojedinele uváděna bývá pak tzv. **prenatální eutanazie**. Obsah tohoto pojmu koreluje s ukončením těhotenství z odlišných důvodů, než jsou zdravotní. Zahrnutí pod eutanazii je však sporné, neboť nechtěný plod není nevléčitelně nemocný, nežije v nesnesitelných bolestech, nežádá svoji smrt. Spojení interrupce a eutanazie se užívá proto, aby v emotivní rovině dopadlo na ženu uvažující o ukončení těhotenství a přimělo ji tak k přehodnocení svého rozhodnutí.<sup>32</sup>

Jako opak eutanazie bývá uváděna **dystanázie**, tedy stav, při kterém lékař udržuje naživu nevléčitelně nemocného pomocí často nákladných a těžce dostupných léčebných postupů a prostředků. Jde o umělé a násilné oddalování umírání léčbou, kdy výsledkem z pohledu

31 MUNZAROVÁ, M. *Proč NE eutanazii aneb Být, či nebýt?* Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2008. ISBN 978-80-7195-304-3, s. 20

32 HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-471-3, s. 106

nemocného je jen prodloužení jeho utrpení. Dystanázie bývá označována jako zadržovaná smrt.<sup>33</sup>

Výše uvedená terminologie by již měla být definitivně opuštěna a pojem eutanazie by měl být užíván jen pro situace naplňující tři podmínky: úmysl zabít, zabít a žádost nemocného.

V souvislosti s eutanazií vyvstávají konflikty mezi žádostí jednotlivce po zbavení utrpení a snahou společnosti chránit a zachovávat život. Ve zdravotnickém prostředí se toto projevuje v napětí mezi povinností lékařů a dalších poskytovat prospěšnou péči potřebným, vyhýbat se jejich poškození a přitom respektovat volby jednotlivých nemocných.

Nejčastěji uváděnými argumenty PRO eutanazii bývají odvolávání se k soucitu, autonomii a spravedlnosti.

*Soucit* – zastánci eutanazie, kteří upřednostňují morální hodnotu soucitu, předpokládají, že při jejím povolení by převážila pozitiva nad negativy, neboť současné lékařství dokáže většinou zmírnit bolest a utrpení, avšak není toho schopno u všech nemocných. Ti by pak měli jistotu, že jejich smrt nebude bolestivá. Dále přívrženci eutanazie namítají, že mezi usmrcením a ponecháním zemřít není podstatný rozdíl. Jen se tímto rozdělením znevýhodňují některé skupiny nemocných, neboť to vede k problémům navázaným na určení toho, kdy a jak má být léčba ukončena. Argumentem těch, kteří podporují legalizaci eutanazie ze soucitu, je též možnost nedůstojného způsobu prodloužení umírání.

*Autonomie* – ta předpokládá, že pacient souhlasí se způsobem léčby, ale bere ohled i na jeho oprávněná přání, která by neměla porušovat jiné morální závazky a poškozovat jiné. Jde tedy o respektování rozhodnutí nemocného podstoupit eutanazii. Zákony by tedy měly umožnit takový medicínský krok, který by pomáhal pacientům zemřít.

*Spravedlnost* – podstatou tohoto principu je tvrzení, že existence některých skupin lidí postrádá smysl a že v zájmu spravedlivé distribuce vzácných zdrojů by se možnost eutanazie mohla vztahovat i na ně. Nejčastěji jsou uváděny osoby nacházející se v hlubokém a nevratném kómatu nebo v pokročilém stadiu Alzheimerovy choroby. Zdroje ve zdravotnictví by tak mohly být využity mladšími lidmi s vyšší pravděpodobností, že jim přinesou prospěch a že přispějí k celkovému bohatství společnosti.<sup>34</sup>

33 VOZÁR, J. *Eutanázia, právne aspekty*. Pezinok: Formát, 1995. ISBN 80-967469-2-8, s. 21

34 PAYNEOVÁ, S., SEYMOUROVÁ, J., INGLETONOVÁ, CH. *Principy a praxe paliativní péče*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007. ISBN 978-80-87029-25-1, s. 212-214

Velkou pozornost tématu eutanazie věnuje Munzarová, která je jedním z jejích největších odpůrců u nás. Svůj postoj shrnula v publikaci *Proč NE eutanázii aneb Být, či nebýt?* v deseti bodech, které vycházejí ze stanoviska Edmunda Pellegrina, bývalého předsedy vládní bioetické komise USA. Některé z nich zní:

*„Právo na eutanazii není právem, které by vycházelo z právní vědy. Takové právo by pošlapávalo skutečné právo na život a hrubým způsobem by narušovalo integritu jak nemocného, tak lékaře.*

*I kdyby právo na eutanazii bylo prohlášeno za legální a kdyby se ústava změnila, vždy by zůstalo nemorálním. Mravnost nestojí na zákonodárství ani na výsledcích referenda.*

*Eutanazie není autonomním výběrem. Nemocní jsou v pokročilé fázi onemocnění velmi zranitelní a snadno přijímají jakékoliv nápady jiných – o nápadech lékařů ani nemluvě.*

*Eutanazie není smrtí důstojnou. Domníváme se snad, že žádat o zabití v důsledku naprosté beznaděje a být zabit svým lékařem je důstojným postupem?*

*Eutanazie je v přímém protikladu s náplní lékařství. Již od doby Hippokratovy přísahy bylo vždy lékařství spojováno i se závazkem mravním, s důrazem na to, aby život a umění byly v souladu. Zabíjení nemocných by vedlo k rozkladu lékařovy integrity a samozřejmě i k podkopání důvěry v lékaře a v lékařství vůbec.“<sup>35</sup>*

Svatošová, která je vůdčí osobností hospicového hnutí, se staví také k eutanazii negativně. Zastává názor, že slovo eutanazie by se mělo používat výhradně ve smyslu úmyslného ukončení života. Pak by se pojem eutanazie neuváděl v případech, kdy lékař respektuje skutečnost, že dobře informovaný pacient odmítne léčbu, která ho nepřiměřeně zatěžuje a ze které nemá ze svého pohledu žádný profit, byť vede k jeho smrti. Svatošová uvádí, že žádost o eutanazii ze strany pacienta má být pro lékaře výzvou ke zpytování svědomí, protože svědčí o tom, že lékař některou oblast péče nezvládl.<sup>36</sup>

### 1.3 Eutanazie ve světě

Státy Evropské unie, ve kterých je provedení eutanazie legalizované za dodržení přísných pravidel, jsou Belgie, Nizozemí a Lucembursko. Mimo státy EU byla eutanazie dočasně povolena v Austrálii, konkrétně v Severním teritoriu, a po zhruba roce povolení byla opět zakázána. Ve všech dalších státech je eutanazie ilegální.

35 MUNZAROVÁ, M. *Proč NE eutanázii aneb Být, či nebýt?* Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2008. ISBN 978-80-7195-304-3, s. 58 – 61

36 SVATOŠOVÁ, M. *Eutanazie?* Zdravotnické noviny. 2002, č. 27. ISSN 1805-2355

Svérázný přístup v otázce eutanazie má Švýcarsko, které za určitých podmínek zcela legálně umožňuje asistovanou sebevraždu, a navíc samotný zákrok mohou provádět lékaři i laici. V USA je na federální úrovni eutanazie nelegální, ve čtyřech státech je však uskutečnění asistované sebevraždy beztrestné.

Státy, v nichž není eutanazie legální, je však nutné zmínit rovněž, neboť přestože v nich není povolena eutanazie (dle dřívějšího dělení aktivní), je v některých zemích umožněno zastavení léčby, včetně odpojení od přístrojů, nevléčitelně nemocného pacienta na jeho žádost (dříve považováno za eutanazii pasivní).

V přístupu Německa k eutanazii je třeba vnímat hrůzy spáchané během 2. světové války, kdy pod lékařskou záštitou docházelo k nedobrovolnému ukončování „žití nehodných životů“. Za těchto okolností nepřicházela v úvahu až do sedmdesátých let minulého století v Německu žádná debata o eutanazii. V německém právním řádu neexistuje žádný zákon o eutanazii a její případné provedení by pak mělo být postihováno jako zločin proti životu, přičemž trestný je i pouze pokus. Z německé judikatury však vyplývá, že provedení eutanazie na žádost ze soucitu se trestá nikoliv jako vražda, ale pouze jako trestný čin usmrcení. Účast na sebevraždě není v Německu trestná a zákony připouštějí i zastavení péče zaměřené na umělé prodloužení života.<sup>37</sup>

Ve Finsku je umožněno přerušování léčby udržující pacienta naživu.

V Irsku je zakotveno právo na smrt, neboť není trestné ukončit léčbu člověku, který si to přeje.

Francie – dle přijatého zákona může nevléčitelně nemocný požádat lékaře o zastavení léčby.

Dánský zákon o právech pacienta umožňuje rovněž zastavení léčby, přičemž eutanazie a asistovaná sebevražda jsou zakázány.

V některých mexických státech je zákony umožněno nevléčitelně nemocnému odmítnout léčbu prodlužující mu život.

Itálie – v ojedinělých případech není trestně postihováno například odpojení přístrojů v případě mozkové smrti.<sup>38</sup>

37 ECKSTEIN, K. *Eutanázie a trestní právo v Německu*. Trestněprávní revue. 2003, č. 4. ISSN 1213-5313, s. 113-116

38 *Eutanazii umožňuje jen velmi málo zemí světa*. [toplekar.cz](http://toplekar.cz) [online]. 2012-04-04 [cit. 2013-10-12]. Dostupný z: <https://www.toplekar.cz/archiv-clanku/eutanazii-umoznuje-jen-velmi-malo-zemi.html>

Švédské království také nemá ošetřenu eutanazii zvláštním právním předpisem, ale smrtelně nemocný pacient může požádat o ukončení léčby, která jej udržuje při životě.<sup>39</sup>

Spíše pro dokreslení právních pohledů na eutanazii je zde uvedeno ještě Japonsko, ačkoliv tato země nemá žádné právní předpisy, které by eutanazii legalizovali. Při náhledu na to, zda je v Japonsku eutanazie trestná či nikoliv, se lze opírat o dva soudní případy z 90. let minulého století, při kterých obžalovaní lékaři čelili obviněním ze zabití či vraždy. V těchto rozsudcích soud definoval podmínky, za kterých nebude lékař za zabití pacienta potrestán.<sup>40</sup>

Švýcarsko je zemí, která se mediálně zviditelnila tzv. sebevražednou turistikou, neboť některé švýcarské kliniky nabízejí asistovanou sebevraždu, ovšem žadatel nemusí mít švýcarské občanství a nemusí být terminálně nemocný. Při této praxi vycházejí ze švýcarského trestního zákoníku, který stanoví, že pomoc k sebevraždě, pokud není v souvislosti se sobeckým motivem (například očekávaným dědictvím), není trestná. Samotná eutanazie ve Švýcarsku povolena není. Provádění asistované sebevraždy navíc není navázáno na oblast lékařství, i když ji tedy provádějí lékaři, činí tak spíše jako občané státu než jako příslušníci této profese. Asistovanou sebevraždu praktikují v zemi helvétského kříže neziskové organizace (Exit, Dignitas).<sup>41</sup>

V Austrálii, což je federace členěná do šesti států a dvou teritorií, platí, že trestní legislativa patří do působnosti jednotlivých územních celků. V roce 1996 byl v Severním teritoriu přijat zákon, který legalizoval aktivní formu eutanazie. Umožňoval ji podstoupit pacientům, kteří dle osvědčení dvou praktických lékařů byli nevléčitelně nemocní, přáli si zemřít a dle psychologa byli k takovému rozhodnutí duševně způsobilí. V roce 1997 však federální parlament Austrálie tento zákon zrušil, přičemž během jeho devítiměsíční platnosti podstoupily eutanazii čtyři osoby.<sup>42</sup>

Ve Spojených státech amerických je ve všech státech eutanazie zakázána a její provedení by bylo stíháno jako trestný čin vraždy. Stejně tak není v USA povolena asistovaná

39 Švédsko povolilo pasivní eutanazii. zdravi.e15.cz. [online]. 2010-04-28 [cit. 2013-10-12]. Dostupný z: <<http://zdravi.e15.cz/clanek/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-zdn/svedsko-povolilo-pasivni-eutanazii-451344?category=ze-zahranici>>

40 VOZÁR, J. *Eutanázia, právne aspekty*. Pezinok: Formát, 1995. ISBN 80-967469-2-8, s. 57-59

41 VÁCHA, M., KÖNIGOVÁ, R., MAUER, M. *Základy moderní lékařské etiky*, Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-7367-780-0, s. 245-246

42 BERKA, V., SUM, T. *Eutanazie ve světě*. epravo.cz [online]. 2005-05-20 [cit. 2013-10-12]. Dostupný z: <<http://www.epravo.cz/top/clanky/eutanazie-ve-svete-33479.html>>

sebevražda. Výjimku z toho tvoří stát Oregon, jenž v roce 1994 legalizoval na základě referenda lékařskou pomoc při sebevraždě a přijal zákon o důstojné smrti, který má zároveň řadu podmínek pro poskytnutí této asistence bez trestní odpovědnosti – např. musí jít o zletilého, právně způsobilého občana státu Oregon, musí trpět nevléčitelnou smrtelnou nemocí a na základě provedené lékařské diagnózy musí být zřejmé, že zemře do šesti měsíců.<sup>43</sup>

V roce 2008 stát Washington legalizoval také, po vzoru sousedního Oregonu, v rámci opatření Initiative 1000 asistovanou sebevraždu, od téhož roku je v Montaně tamějším nejvyšším soudem zakázán postih lékaře, který se jí za určitých podmínek účastní. Čtvrtým státem USA, kde je při splnění přísných kritérií asistovaná sebevražda umožněna, se v roce 2013 stal Vermont.<sup>44</sup>

### **Nizozemsko**

V Nizozemsku lze za první známou eutanazii považovat v roce 1971 případ, kdy Dr. Postmová (lékařka) usmrtila injekcí s morfinem svou matku. V roce 1973 byla odsouzena jen k mírnému podmíněnému trestu se zdůvodněním, že její matka byla nevléčitelně nemocná, své utrpení vnímala jako nesnesitelné, její smrt se blížila a usmrcení proběhlo na její výslovné přání. Předpokládá se, že po této kauze se eutanazie v Nizozemí prováděly častěji, z důvodu trestnosti však lékaři uváděli jiné příčiny smrti. Vznikal nesoulad mezi legislativou a praxí. V roce 1983 proběhlo soudní jednání s lékařem, který usmrtil svoji pacientku na její žádost, přičemž o případu policii informoval on sám. Nejvyšší soud ho po zhodnocení celé situace obvinění zprostil a uvedený případ se tak stal prvním v dějinách státu, kdy byl lékař po vykonání eutanazie nepotrestán.

V roce 1982 byla zveřejněna tzv. Rotterdamská kritéria – pacient musel být kompetentní, ve stavu nesnesitelného utrpení, jež nemohlo být nijak utištěno, žádost musela být jasná, dobrovolná, opakovaná, eutanazii mohl provést jen lékař, přičemž rozhodovat měl i další lékař s praxí s provedením eutanazie. Při dodržení těchto podmínek lékaři neměli být trestáni a bylo na ně současně apelováno, aby eutanazii otevřeně uváděli jako příčinu smrti v úmrtních listech. Porušování těchto kritérií vedlo k rozsáhlé kritice a tak byla v roce 1991

43 PEJCHALOVÁ-GRÜNVALDOVÁ, V. *Euthanasie a pomoc při sebevraždě. Informační podklad Parlamentu České republiky č. 5. 224.* [online]. [cit. 2013-09-21], s. 25. Dostupný z: <<http://www.milanhmersky.cz/download/eutanaziePI.pdf>>

44 *Eutanazie na postupu. Další stát USA řekl „ano“.* tyden.cz [online]. 2013-05-15 [cit. 2013-09-21]. Dostupný z: <[http://www.tyden.cz/rubriky/zdravi/eutanazie-na-postupu-dalsi-stat-usa-rekl-ano\\_270216.html?showTab=diskutovane](http://www.tyden.cz/rubriky/zdravi/eutanazie-na-postupu-dalsi-stat-usa-rekl-ano_270216.html?showTab=diskutovane)>



ustanovena tzv. Rimmelinkova komise (Vládní komise pro eutanazii) s cílem zmapovat všechna úmrtí v zemi za rok 1990. Z výsledků šetření vyplynulo, že eutanazií bylo méně než se předpokládalo, asistovaných sebevražd dle odhadů, avšak nikoliv ojediněle docházelo k ukončení života bez výslovné žádosti pacienta.<sup>45</sup>

Tyto závěry studie vyvolaly diskuzi o uzákonění eutanazie a asistované sebevraždy, která vyústila v roce 1993 v návrh zákona, jenž vstoupil v platnost v roce 1994. Kromě podmínek pro beztrestné provedení eutanazie, byl určen i postup povinného hlášení, na kterém se shodla v roce 1990 rada Královské lékařské asociace, a jež byl v roce 1992 zahrnut do zákona o pohřbnictví.<sup>46</sup>

Nizozemsko legalizovalo eutanazii (lékařský zásah za účelem ukončení života osoby na její výslovnou žádost) včetně asistované sebevraždy přijetím zákona v roce 2002, přičemž provedení eutanazie i asistované sebevraždy za dodržení určitých podmínek změní tyto trestné činy v lékařský zákrok. Posuzována jsou tato kritéria řádné péče:

- pacientova dobrovolná a náležitě zvažovaná žádost,
- nesnesitelné utrpení žadatele o eutanazii bez vyhlídky na zlepšení,
- dostatečná informovanost žadatele o jeho stavu a budoucí prognóze,
- existence případných dalších možností,
- porada s dalším lékařem,
- metoda, která bude použita pro ukončení života.

Požádat o provedení eutanazie či asistované sebevraždy může dle tohoto zákona dokonce i dítě ve věku 12 až 16 let se souhlasem rodiče či opatrovníka. U mladistvých od 16 do 18 let pak postačuje pouze zapojení rodiče či opatrovníka do rozhodovacího procesu. Lze dokonce požádat o následnou realizaci eutanazie, tzn. v písemném prohlášení osoba starší 16 let uvede, že si přeje ukončení života v případě, že nebude v budoucnosti schopna vyjádřit svou vůli a bude fyzicky či psychicky neúnosně trpět bez vyhlídky na zlepšení. Upravena je nově i oznamovací procedura.<sup>47</sup>

V roce 2010 v Nizozemsku z celkového počtu 136.058 úmrtí využilo eutanazie jako ukončení života 3.859 osob a dalších 192 zvolilo možnost asistované sebevraždy.

45 VÁCHA, M., KÖNIGOVÁ, R., MAUER, M. *Základy moderní lékařské etiky*. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-7367-780-0, s. 240-242

46 MUNZAROVÁ, M. *Eutanazie, nebo paliativní péče?* Praha: Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-1025-0, s. 34-35

47 PEJCHALOVÁ-GRÜNVALDOVÁ, V. *Euthanasie a pomoc při sebevraždě. Informační podklad Parlamentu České republiky č. 5. 224*. [online]. [cit. 2013-09-21], s. 18-22. Dostupný z: <<http://www.milanhamersky.cz/download/eutanaziePI.pdf>>

Dohromady tato čísla představují 2,97 % z celkového počtu úmrtí v Nizozemsku v uvedeném roce.<sup>48</sup>

### **Belgie**

Belgie, stejně jako Nizozemsko, přijala v roce 2002 zákon o eutanazii. Na rozdíl od nizozemské legislativy belgická nedovoluje provedení asistované sebevraždy. Zákonem je definována eutanazie jako úmyslné ukončení života osoby na její žádost jinou osobou. Aby byl dodržen tento zákon a nebyl tedy lékařem provádějícím eutanazii spáchán trestný čin, musí být dodrženy tyto předpoklady:

- žadatel je plnoletý, způsobilý k právním úkonům a v okamžiku své žádosti byl při smyslech;
- žadatel žádá o provedení eutanazie dobrovolně, jeho žádost je promyšlená a nebyl na něj vyvíjen žádný nátlak;
- žadatel je v trvale bezútěšném stavu a jeho fyzické nebo psychické utrpení je neúnosné. Utrpení není možné zmírnit a je zapříčiněno závažnou a nevléčitelnou, kterou způsobila nemoc či nehoda.

Lékař musí v případě žádosti o eutanazii podat žadateli informace o jeho zdravotním stavu a jeho životní perspektivě, musí s žadatelem prokonzultovat jeho žádost a sdělit mu další léčebné varianty řešení a jejich případné následky. Spolu se žadatelem musí dojít k rozhodnutí, že neexistuje žádné jiné přijatelné řešení. Také si musí být jist, že žádost je trvalá a neměnná a žadatel má fyzické či psychické utrpení. Z tohoto důvodu lékař s pacientem provádí několik konzultací, které musí být rozloženy do dostatečného časového období, konzultuje situaci s dalším lékařem s cílem potvrdit závažnost a nevléčitelnost nemoci. Pokud je lékař přesvědčen, že pacient v nejbližší budoucnosti nezemře, obrací se o radu na dalšího lékaře, který se specializuje na psychiatrii nebo chorobu, jíž žadatel trpí. Tento lékař provede přezkoumání lékařské dokumentace, vyšetří pacienta a zpracuje výslednou zprávu o svých závěrech. Lékař nesmí mít k žadateli žádný vztah, stejně jako k ošetřujícímu lékaři, musí být nestranný. O výsledcích konzultace je žadatel informován. Mezi písemnou žádostí o eutanazii a jejím samotným provedením musí být časová prodleva minimálně jednoho měsíce.

---

<sup>48</sup> *Deaths by medical end-of-life decision; age, cause of death.* statline.cbs.nl [online]. 2012-07-11 [cit. 2013-09-21]. Dostupný z: <http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?DM=SLEN&PA=81655ENG&D1=0,9-11&D2=0&D3=0&D4=1&LA=EN&HDR=T&STB=G3,G2,G1&VW=>>

Zákon také stanoví, že žádost o eutanazii má povinně písemnou formu a definuje postupy pro případy, kdy pacient není k sepsání takové žádosti způsobilý. Žádost o provedení eutanazie může být kdykoliv odvolána. Rovněž zákon definuje podmínky pro provedení eutanazie, kdy žádost byla sepsána ještě před vznikem stavu, který umožňuje provedení eutanazie a upravuje situaci, kdy pacient může sdělování své vůle přenést na osoby jiné. Vždy však platí, že tyto osoby nesmí mít materiální zájem na pacientově smrti a nesmí se jednat o ošetřujícího lékaře. Pro dohled nad prováděním eutanazií je ustanovena Federální komise pro kontrolu a hodnocení, které je lékař po provedení eutanazie povinen doručit tzv. registrační formulář. Komise po jeho prostudování rozhoduje o tom, zda byla eutanazie provedena v souladu se zákonem či nikoliv. Žádný lékař nesmí být k provedení eutanazie nucen.<sup>49</sup>

Počet eutanazií v Belgii od přijetí výše uvedeného zákona stoupá, v roce 2011 bylo komisi ohlášeno více než 85 případů měsíčně, v roce 2010 bylo ukončeno pomocí eutanazie 954 životů.<sup>50</sup> V květnu 2013 si tento způsob odchodu ze života zvolil i nositel Nobelovy ceny za medicínu Belgčan Christian de Duve.<sup>51</sup>

### **Lucembursko**

Poslední evropskou zemí, kde může nemocný člověk za přesně vymezených podmínek přijmout z rukou lékaře smrt na vlastní žádost, je Lucembursko. Zde tato právní úprava začala platit v roce 2009 po výrazných politických bojích. Trestnímu stíhání nemají dle zákona čelit lékaři provádějící jak eutanazii, tak i asistovanou sebevraždu.<sup>52</sup>

Zde uvedené příklady pohledu na eutanazii ve světě nejsou zcela kompletní, nicméně pomáhají pochopit principy zakotvení buď legalizovaného přístupu k eutanazii či toleranci nebo legalizaci asistované sebevraždy v jednotlivých právních systémech. Lze však předpokládat, že i tam, kde není skutečná eutanazie v právních systémech povolena, je ze soucitu prováděna, byť v daleko nižší míře. Stejně tak lze předpokládat, že pomoc při asistované sebevraždě je poskytována i bez patřičné opory v místním právu. V souvislosti s tím si můžeme položit několik otázek: Je ukončení života trpícího pacienta či aktivní

49 PEJCHALOVÁ-GRÜNVALDOVÁ, V. *Euthanasie a pomoc při sebevraždě. Informační podklad Parlamentu České republiky č. 5. 224.* [online]. [cit. 2013-09-21], s. 6-12. Dostupný z: <<http://www.milanhamsky.cz/download/eutanaziePI.pdf>>

50 *Belgie: Počet eutanázií stoupá.* Presseurop.eu [online]. 2011-08-23 [cit. 2013-09-25]. Dostupný z: <<http://www.presseurop.eu/cs/content/news-brief/878701-pocet-eutanazii-stoupa>>

51 *Nositel Nobelovy ceny za medicínu skončil život eutanazií.* idnes.cz [online]. 2013-05-06 [cit. 2013-09-25]. Dostupný z: <[http://technet.idnes.cz/nobelova-cena-eutanazie-0s5-/veda.aspx?c=A130506\\_134256\\_veda\\_mla](http://technet.idnes.cz/nobelova-cena-eutanazie-0s5-/veda.aspx?c=A130506_134256_veda_mla)>

52 *Eutanazie je již v Lucembursku legální.* eurozpravy.cz [online]. 2009-03-17 [cit. 2013-09-25]. Dostupný z: <<http://zahranicni.eurozpravy.cz/evropa/386-eutanazie-je-jiz-v-lucembursku-legalni/>>

pomoc při jeho ukončení z etického hlediska správná? Je správné a morální vložit tuto činnost do rukou lékaře, jenž má léčit a pomáhat? Není legalizace eutanazie cestou do pekel, jak nám ukazuje příklad nacistického Německa? Odpovědi na tyto otázky nejsou ani jednoznačné, ani jednoduché, a to jak z pohledu právního, lidského, tak i morálního.

## 1.4 Eutanazie v ČR

Eutanazie i asistovaná sebevražda jsou v České republice zakázány a jejich provedení bude kvalifikováno jako trestný čin. Již od vzniku samostatného Československa, kdy nově vzniklá republika převzala rakouský trestní zákon z roku 1852, byla eutanazie nepřipustná a trestná jako vražda prostá. Přesto lze však v průběhu doby pozorovat snahy, když ne o legalizaci eutanazie, tak alespoň o její jinou kvalifikaci.

Ve dvacátých letech 20. století probíhaly snahy o změnu této právní úpravy a v roce 1926 byla předložena Osnova trestního zákona o zločinech a přečinech, kterou se předpokládalo zavedení zvýhodněné skutkové podstaty zabití v případech, kdy čin usmrcení někoho byl vykonán ze soucitu a urychlil nedalekou smrt a odpomohl mu tím od krutých bolestí a jiných muk, od kterých mu již nebylo možné jinou cestou pomoci. V takových případech měly být ukládány nižší tresty nebo mělo být dokonce od potrestání upuštěno. Vzhledem k hospodářské a politické situaci v těchto letech však nebylo k navržené rekodifikaci přistoupeno.

Dalším pokusem o změnu právní úpravy zákona převzatého při vzniku Československa byl návrh z roku 1937, v němž lze nalézt rozdělení usmrcení ze soucitu na dvě skutkové podstaty. Jednalo se jednak o usmrcení na žádost, kdy usmrcení neproběhlo ze soucitu, ale na předcházející výslovnou a vážnou žádost usmrceného, a dále o usmrcení ze soucitu, jemuž rovněž předcházela výslovná a vážná žádost usmrceného spojená však s urychlením již neodvratitelné smrti a vysvobozením z krutých bolestí. Ani tento návrh nebyl uveden v praxi, a to zejména z důvodu rozdělení republiky a nástupu nacismu.<sup>53</sup>

Nový trestní zákon byl přijat až v roce 1950, kdy v něm však dříve navrhované zvýhodněné skutkové podstaty chybějí. Provedení eutanazie by tedy bylo kvalifikováno jako vražda a asistovaná sebevražda by byla posuzována jako účast na sebevraždě.<sup>54</sup>

53 FENYK, J. *Návrh trestního zákona České republiky, příčiny a důsledky jeho nepřijetí: odlišný vývoj a osud projektů trestních zákoníků od vzniku samostatného Československa*. Trestní právo. 2006, roč. 11, č. 6. Praha: LexisNexis CZ. ISSN 1211-2860, s. 4-17

54 Zákon č. 86/1950, trestní zákon, účinný od 1.8.1950

Na této podstatě nic nezměnil ani další trestní zákon vydaný v roce 1961, dle kterého by i nadále eutanazie i asistovaná sebevražda byly posuzovány stejně.<sup>55</sup> Tento trestní zákon platil až do konce roku 2009, kdy k 1.1.2010 nabyl účinnosti nový trestní zákoník.

Po zahájení demokratizace Československa až do vydání trestního zákoníku v roce 2009 se vedly nejen odborné diskuze o případné legalizaci eutanazie, ale bylo také připraveno několik zákonných úprav na její legalizaci.

V roce 2004 byl předložen nový návrh trestního zákoníku, který obsahoval zvýhodněnou skutkovou podstatu usmrcení na žádost, a to v § 118, kde se uvádí, že kdo ze soucitu usmrtí osobu, která trpí nevléčitelnou tělesnou nemocí, na její vážně míněnou a naléhavou žádost, bude potrestán trestem odnětí svobody až na šest let. Zároveň bylo v druhém odstavci specifikováno, co je za vážně míněnou a naléhavou žádost považováno. Tento návrh trestního zákoníku nebyl přijat, a to i v důsledku existence § 118, tedy ustanovení o usmrcení na žádost.<sup>56</sup>

Jediný návrh zákona zpracovaný a předložený od roku 1989 do dnešních dnů, který řeší eutanazii a asistovanou sebevraždu a v případě dodržení stanovených podmínek nestanovuje za provedení eutanazie trestní odpovědnost, je návrh senátorky Václavy Domšové z roku 2008. Tento návrh byl zpracován na základě belgické právní úpravy eutanazie, rozděloval a řešil dva její způsoby. Jednak pomoc k důstojné smrti (asistovanou sebevraždu) a dále vyvolání smrti (aktivní dobrovolnou eutanazii), která však mohla být realizována až v případě, že nebylo možné využít postupu pomoci k důstojné smrti. Provedení eutanazie bylo v tomto návrhu vázáno jen na situace, kdy pacient je v beznadějném zdravotním stavu a zároveň fyzicky či psychicky nesnesitelně trpí. Provedení či nápomoc k eutanazii měla být opět v rukou lékaře, který však k jejímu provedení nesměl být nucen.<sup>57</sup>

Návrh taktéž stanovoval podmínky žádosti o eutanazii, zejména její písemnou formu, nutnost vlastnoručního úředně ověřeného podpisu, přičemž žádost mohla být kdykoliv vzata zpět. Mezi žádostí a provedením eutanazie návrh počítal s minimálně 4týdenní prodlevou. Stejně jako v modelu belgickém pak návrh stanovoval provádění konzultace

55 Zákon č. 140/1961, trestní zákon, účinný od 1.1.1962

56 PARLAMENT ČESKÉ REPUBLIKY, POSLANECKÁ SNĚMOVNA. *Vládní návrh na vydání trestního zákoníku. sněmovní tisk 744*. psp.cz [online]. [cit. 2013-09-25]. Dostupný z: <<http://www.psp.cz/sqw/text/text2.sqw?idd=13052>>

57 *Zákon o důstojné smrti – senátní návrh*. senat.cz [online]. [cit. 2013-09-27]. Dostupný z: <[http://www.senat.cz/xqw/xervlet/psstat/webNahled?id\\_doc=47525&id\\_var=40369](http://www.senat.cz/xqw/xervlet/psstat/webNahled?id_doc=47525&id_var=40369)>

s dalším lékařem a podáním žádosti předem, tedy před vznikem zdravotního stavu opravňujícího k provedení eutanazie.

V návrhu se rovněž počítalo se zřízením kontrolní komise při úřadu veřejného ochránce práv, která měla přezkoumávat jednotlivé případy provedených eutanazií hlášených ministerstvu (návrh nespécifikoval jakému). Do dvou měsíců pak komise měla vydat rozhodnutí, zda byla eutanazie provedena dle zákona a pokud nikoliv, měla postoupit případ státnímu zastupitelství. V důvodové zprávě k návrhu zákona předkladatelka uvedla, že zákon se předkládá i s ohledem na skutečnost, že ačkoliv několik zemí již eutanazii legalizovalo a ostatní zvýhodnily institut provedení či nápomoci k důstojné smrti ze soucitu, tak Česká republika je postihuje trestním řádem jako vraždu či účast na sebevraždě.<sup>58</sup> Tento návrh zákona však byl senátem zamítnut.

V novém trestním zákoníku platném od roku 2010 samozřejmě řešení otázky eutanazie také nelze výslovně nalézt. Zřejmě by mohla být posuzována podle § 141 (trestný čin zabít), kdy by však soud mohl případně ještě využít při ukládání trestu § 58 (mimořádné snížení trestu odnětí svobody). U asistované sebevraždy by byl zřejmě využit § 144 (účast na sebevraždě), avšak mohlo by být využito polehčující okolnosti v § 41, tedy spáchání trestného činu ze soucitu. Všechny tyto závěry jsou však pouze domněnkou a je nutné počkat na první případ judikatury, ať již v případě dobrovolné eutanazie či asistované sebevraždy. Každopádně lze konstatovat, že i když nový trestní zákoník nepamatuje přímo na aktivní dobrovolnou eutanazii a asistovanou sebevraždu, lze se za určitých podmínek domoci, na rozdíl od dřívějšího trestního zákoníku, nižšího trestu nebo upuštění od potrestání.<sup>59</sup>

Kromě trestně právního pohledu na eutanazii je také vhodné se soustředit i na právo ukončení léčby či neprovádění resuscitace na žádost. V českém zdravotnictví se poprvé toto právo objevuje v Úmluvě o biomedicíně v roce 2001, kdy v článku 9 je uvedeno, že *„bude brán zřetel na dřívější vyslovená přání pacienta ohledně lékařského zákroku, pokud pacient v době zákroku není ve stavu, kdy může vyjádřit své přání.“*<sup>60</sup>

S problematikou eutanazie souvisí také dokument České lékařské společnosti J. E. Purkyně – Neodkladná resuscitace, v němž je jako kontraindikace pro zahájení neodkladné

58 *Zákon o důstojné smrti – senátní návrh.* senat.cz [online]. [cit. 2013-09-27]. Dostupný z: <[http://www.senat.cz/xqw/xervlet/pssenat/webNahled?id\\_doc=47525&id\\_var=40369](http://www.senat.cz/xqw/xervlet/pssenat/webNahled?id_doc=47525&id_var=40369)>

59 VANTUCH, P. *Trestní zákoník s komentářem k l. 8. 2011.* Olomouc: ANAG, 2011. ISBN 978-80-7263-677-8, s. 123-481

60 VONDRÁČEK, L. *Právní předpisy nejen pro hlavní, vrchní, staniční sestry.* Praha: Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-1198-2. s. 17

resuscitace uvedeno terminální stadium nevléčitelného chronického onemocnění. Dále tato společnost vydala Konsenzuální stanovisko k poskytování paliativní péče u nemocných s nezvratným orgánovým selháním, kde jsou definovány principy a doporučení pro ukončení nebo nezačínání léčby a přechod na paliativní péči.<sup>61</sup> Stejnými principy a postupy se zabývá rovněž Doporučení představenstva České lékařské komory č. 1/2010.<sup>62</sup> Nutno však uvést, že tyto dokumenty nemají právní závaznost a jsou pouze doporučené.

Do českého právního řádu se zohlednění přání pacientů, a to i dříve učiněných, dostalo v roce 2012, kdy nabytl účinnosti zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. Ten umožňuje za stanovených podmínek písemně vyjádřit budoucí nesouhlas s léčbou či resuscitací. Takto vyjádřené „přání“ pak bude součástí zdravotní dokumentace a bude platné po dobu pěti let. Nebude však respektované absolutně, například pokud by jeho splnění mohlo ohrozit jiné osoby. Nelze je též uplatnit v případě nezletilých nebo způsobilosti k právním úkonům zbavených pacientů. *„Dříve vyslovené přání nelze respektovat, pokud nabádá k takovým postupům, jejichž výsledkem je aktivní způsobení smrti.“*<sup>63</sup>

V současné rozjitřené politické situaci v České republice nelze v nejbližší době očekávat, že bude navržena nebo dokonce přijata jakákoliv zákonná norma, která by se zabývala eutanazií či asistovanou sebevraždou a zaručovala při splnění všech požadavků beztrestnost za její provedení. Zákonodárci bývá opakovaně eutanazie odmítána pro možnost jejího zneužití z důvodu nenávisti, chamtivosti, touhy po penězích. Obecně panuje názor, že společnost není na zákon o asistované smrti dostatečně zralá. Osobně se domnívám, že většina dobrých úmyslů je teoreticky zneužitelná a nikdy tomuto nelze prakticky zabránit. Měla by však naše nevyzrálá společnost zakázat i používání aut, kouření cigaret, požívání nezdravého jídla? Všechny tyto činnosti vedou u obrovského množství lidí ke smrti, přesto nejsou ze zákona trestně postižitelné. Domnívám se tedy, že by měly být vzaty v potaz výsledky veřejných průzkumů, dle kterých je většina občanů naší republiky pro uzákonění eutanazie. Jde bezpochyby o velmi složitou problematiku, jež by však měla být znovu otevřena v odborné diskuzi.

61 *Konsenzuální stanovisko k poskytování paliativní péče u nemocných s nezvratným orgánovým selháním.* urg.med.cz [online]. [cit. 2013-10-01]. Dostupný z: <<http://www.urgmed.cz/postupy/postupy.htm>>

62 *Doporučení představenstva ČLK č.1/2010 k postupu při rozhodování o změně léčby intenzivní na léčbu paliativní u pacientů v terminálním stavu, kteří nejsou schopni vyjádřit svou vůli.* lkcr.cz [online]. [cit. 2013-10-01]. Dostupný z: <[http://www.lkcr.cz/doc/cms\\_library/dop-1-2010-31.pdf](http://www.lkcr.cz/doc/cms_library/dop-1-2010-31.pdf)>

63 Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, účinný od 1.4.2012

## 1.5 Eutanazie a náboženství

Náboženství hraje v životech lidí z pohledu historie někdy méně, někdy více významnou roli. Jeho psané i nepsané etické kodexy jsou důležitými podklady pro tvorbu hodnot jedinců i společenským regulativem chování. Týká se to v podstatě všech životních sfér, tedy ani oblast umírání není výjimkou. Přihlášení se k určitému náboženskému vyznání automaticky sice neznamena, že se člověk zcela ztotožňuje s hodnotami a věroukou té které církve, nicméně lze očekávat, že to tak alespoň v některých ohledech bude.

### Islám

Islám se staví k eutanazii jednoznačně odmítavě. Muslimové věří na posmrtný život, a proto každá nemoc a utrpení představuje pokušení vůči jejich víře a povinností věřících je při takových pokušeních vytrvat. Lidský život je považován za posvátný, úmyslně ukončen může být jen kvůli spravedlivé příčině – při vykonání právního rozsudku, ve spravedlivé válce nebo v sebeobraně. Ukončení života těžce nemocného, nevléčitelného člověka k těmto důvodům nelze vztáhnout, proto by byl lékař, který by vědomě ukončil život svého pacienta, vinen zabitím. Taktéž pokud lékař zvolí větší dávku léků s vědomím, že mohou zapříčinit smrt pacienta, je za jeho smrt odpovědný, nepřijatelná je v islámu i eutanazie v případě, že ji od lékaře sám pacient žádá. Za zločin a hřích je považována i sebevražda vykonaná samostatně nebo s pomocí jiné osoby. Pokud by tedy záměrná eutanazie zbavila člověka bolesti a utrpení na tomto světě, byl by v posmrtném životě trestán a ráj by mu byl zapovězen.<sup>64</sup>

### Judaismus

V judaismu lze vysledovat jednoznačně negativní přístup k násilnému ukončování života, Židé jsou chápáni jako největší zastánci práva na život. Povinnost zachránit život je nadřazena téměř všem ostatním příkazům, i v případě beznadějných stavů by se o záchranu života mělo usilovat, s výjimkou stavu bezprostředně nastupující smrti, kdy je povoleno odstranit to, co by smrti zabraňovalo. Lékařské přísahy odpovídají svou formou biblickému desateru a jasně vypovídají o příkazu vyvarování se zabíjení.<sup>65</sup>

<sup>64</sup> Stanovisko Islámu ve věci euthanasie. e-islam.cz [online]. 2010-06-18. [cit. 2013-10-02]. Dostupný z: <<http://e-islam.cz/node/344>>  
<sup>65</sup> MUNZAROVÁ, M. *Eutanazie, nebo paliativní péče?* Praha: Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-1025-0, s. 28



## Křesťanství

V křesťanství patří smrt do řádu života, je vnímána spíše jako dveře do nového druhu existence. Eutanazie i asistovaná sebevražda jsou nepřijatelné. Nemocní by měli být zbavováni utrpení, pokud je to možné, trpícím by se mělo pomáhat útrapy snášet, avšak nikdy nelze řešit problém utrpení tím, že trpícího zabijeme.

Svatý stolec oficiálně v listopadu 1940 odsoudil dekretem vyvražďování handicapovaných osob v rámci nacistické kampaně Aktion T4, tedy ukončení „žítí nehodných životů“ a odmítnul provádění eutanazie jako lidskou zvlášť porušující právo na život. V červenci 1941 pak nechali němečtí biskupové číst z kazatelen katolických kostelů pastýřský list, který podněcoval svědomí a odvahu k odporu proti usmrcování nevinných. V srpnu 1941 biskup v Münsteru, hrabě Clemens von Galen, vyzval ve svém kázání k izolaci nacistického režimu a přenechání jeho pohlavárů božimu soudu za páchaní masových vražd v rámci programu eutanazie. Dalším nesouhlasem s eutanazií prováděnou nacistickým režimem byl dopis Wenera Molderse, katolického pilota Luftwaffe, vyznamenaného válečného hrdiny, který hrozil, že vrátí všechny řády, pokud bude v eutanazii dále pokračováno. Na tento nátlak Hitler v srpnu 1941 „oficiální“ eutanazii v rámci akce T4 ukončil.<sup>66</sup>

Dne 5. května 1980 vydal Vatikán prohlášení vztahující se k eutanazii, v němž je zdůrazněno právo na život a odsouzena vražda, genocida, potrat, sebevražda a eutanazie. Uvádí se v něm, že nic a nikdo nemůže v žádném případě povolit zabíjení nevinných lidských bytostí, připomíná i chybu v úsudku při posuzování stavu, který by mohl být chápán jako důvod k provedení eutanazie. V neposlední řadě připomíná, že žádost o eutanazii je spíše prosbou o lásku a voláním o pomoc.<sup>67</sup>

Katechismus katolické církve, který prezentuje uspořádaný a souhrnný výklad podstatných a základních složek křesťanského katolického učení, jak o víře, tak o etice, uvádí, že „dobrovolná eutanazie je vražda, ať jsou její způsoby a důvody jakékoliv. Těžce odporuje důstojnosti lidské osoby a úctě k živému Bohu, jejímu Stvořiteli.“<sup>68</sup> Přímá eutanazie je mravně nepřijatelná, ať již spočívá v ukončení života osob postižených, nemocných nebo už blízkých smrti, ať už jsou důvody a prostředky jakékoli. Stejně tak

66 SCHARSACH, H.-H. *Lékaři a nacismus*, Praha: Themis, 2001, ISBN 80-858-2190-7, s. 122-123

67 KOPECKÁ, E. *Eutanazie v kontextu lidských práv*. Sestra. 2012, č. 10. ISSN 1210-0404, s. 18-20

68 *Katechismus katolické církve*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2001, ISBN 80-7192-488-1, s. 567

zákrok nebo opomenutí, které samo od sebe nebo záměrně přivodí smrt, aby se ukončila bolest, je zabitím těžce odporujícím důstojnosti lidské osoby a úctě k živému Bohu. Klamný úsudek, který může mít člověk v dobré vůli, nemění povahu tohoto vražedného činu, který je nutno vždy odsoudit a vyloučit. Přerušeni nákladných, nebezpečných, mimořádných nebo neúměrných léčebných procedur vzhledem k očekávaným výsledkům může být oprávněné. V takovém případě je to odmítnutí léčby „za každou cenu“. Cílem není přivodit smrt: uzná se, že jí nelze zabránit. Rozhodnutí musí udělat pacient, pokud je k tomu ještě způsobilý, nebo ti, kteří na to mají podle zákona právo, ovšem s ohledem na vůli a oprávněné zájmy pacienta. Pokud se zdá, že se už blíží smrt, nesmí být přerušeny léčebné procedury, které se obvykle nemocné osobě poskytují. Užívání utišujících prostředků ke zmírnění bolesti umírajícího, i s rizikem, že se ukrátká jeho dny, může odpovídat lidské důstojnosti, jestliže smrt není chtěna ani jako cíl, ani jako prostředek, ale jen předvídána a připouštěna jako nevyhnutelná. Mírnící léčebné zákroky náleží k výsostným projevům nezištné lásky, a proto je třeba k nim vybízet.<sup>69</sup>

V roce 2005 bylo vydáno oficiální Prohlášení církví a náboženských společností v České republice k problematice eutanazie a doprovázení umírajících. V tomto prohlášení je zdůrazněno, že život je darem od Boha a umírání je součástí života, byť s sebou nese pocity zoufalství, bezmoci a prázdna, které by však neměly být odstraňovány usmrcením nemocného pomocí smrtícího prostředku. Současně to však neznamená udržování života za každou cenu, neboť tak jako je lidský život konečný, jsou i možnosti léčby omezené. Eutanazie není považována za možnost volby, ale za znevážení lidského života. S jejím uzákoněním by bylo spojeno nebezpečí provedení proti vůli pacienta či na základě přání vynucené situací. V zemích, kde byla eutanazie uzákoněna, bývají případné žádosti o ni motivovány nejen zdravotním stavem, ale i sociálními aspekty. V prohlášení je naopak vyzdvihnuta role paliativní medicíny a hospicové péče, jakožto prostředků umožňujících důstojné umírání. Toto prohlášení bylo prezentováno jako společné stanovisko čelních představitelů České biskupské konference, Ekumenické rady církví v České republice, Ústředí muslimských obcí v České republice a vrchního pražského a zemského rabína.<sup>70</sup>

69 *Katechismus katolické církve*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2001. ISBN 80-7192-488-1, s. 558

70 *Prohlášení církví a náboženských společností v ČR k problematice eutanazie a doprovázení umírajících*. tisk.cirkev.cz [online]. 2005-12-09 [cit. 2013-10-13]. Dostupný z: <<http://tisk.cirkev.cz/dokumenty/prohla-eni-cirkvi-a-nabo-enskych-spolecnosti-v-cr-k-problematice-eutanazie-a-doprovazeni-umirajicich/>>

### Protestantské církve a další náboženství

U protestantských církví je situace kolem eutanazie o něco složitější, a to zejména z toho důvodu, že protestantské církve neakceptují učitelský úřad církve. Pro přijetí nějakého stanoviska upřednostňují provedení analýzy na základě konkrétní situace. Biblickou tradici protestanti nepovažují za dogma, ale za rámec, ze kterého lze vycházet při následných diskuzích a uvažování. Nalézt v protestantismu jednohlasné stanovisko k problematice eutanazie je prakticky nemožné, avšak zmíněno v této souvislosti může být závěrečné stanovisko etické komise Federace protestantských církví Francie z roku 1991. Komise nepovažuje své názory za konečné, předkládá je jako názory k úvaze a připouští možnost další specifikace či revize. Komise uvádí, že všechny světské zákony lze považovat za nedokonalé, a tedy žádná lidmi zřízená instituce nemá pravomoc odejmout etickou odpovědnost z pacienta, lékaře a ošetřujícího personálu. Není tedy ve světské moci jim nařizovat, jak se mají zachovat. Rovněž komise dochází k závěru, že není možné legalizovat provádění eutanazie, ani ji neustále označovat za vraždu. Komise vyzývá k masivní podpoře paliativní péče a zároveň vyzývá k diskuzi o problematice umírání mezi všemi církvemi.<sup>71</sup>

Jasně patrný nesouhlas nebo neuznání dostatečného důvodu pro zabíjení nemocných lze vnímat i v dalších náboženstvích, jako například v *hinduismu*. *Budhismus* vychází z představy, že lidský život nekončí fyzickou smrtí, ale pokračuje dále ve věčnosti a jeho karma je s ním nesena dále do budoucnosti. V případě zabití trpícího člověka tedy karma utrpení stále existuje, smrtí jeho útrapy neskončily, zaniknou až tehdy, změní-li člověk tuto karmu k lepšímu.<sup>72</sup>

Ze všech uvedených náboženství, která ovlivňují celospolečenský pohled na problematiku eutanazie, je zřejmé, že eutanazii považují za velmi komplikovaný problém a závažný jev. V České republice nejrozšířenější křesťanství jednoznačně eutanazii odsuzuje jako vraždu, stejně jako judaismus a islám. Protestantismus se staví k eutanazii jako k reakci na utrpení a bolest před smrtí. Celkově se však dá říci, že všechna významná náboženství se obracejí k rozšiřování paliativní péče a zmírňování bolesti před smrtí tak, aby bylo dosaženo institutu „dobré smrti“ v jejím pravém významu, tedy možnosti odejít z tohoto světa ve stavu vyrovnané mysli, v klidu a za sebekontroly.

71 *Euthanasie et assistance aux mourants: éléments de réflexion*. protestants.org [online]. [cit. 2013-10-13]. Dostupný z: <<http://www.protestants.org/index.php?id=31142>>

72 MUNZAROVÁ, M. *Eutanazie, nebo paliativní péče?* Praha: Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-1025-0, s. 49

## 2 PALIATIVNÍ PÉČE

Pojem paliativní péče bývá velmi často zmiňován v souvislosti s eutanazií. Mají však společné jen jedno – na jejich začátku bývá většinou utrpení, na jejich konci stojí vždy smrt.

Jako nejčastější definování paliativní péče bývá uváděno její vymezení Světovou zdravotnickou organizací (WHO), kdy je chápána jako „celková léčba a péče o nemocné, jejichž nemoc nereaguje na kurativní léčbu. Nejdůležitější je léčba bolesti a dalších symptomů, stejně jako řešení psychologických, sociálních a duchovních problémů nemocných. Cílem paliativní medicíny je dosažení co nejlepší kvality života nemocných a jejich rodin.“<sup>73</sup>

Samotný výraz paliativní péče neboli útěšná medicína pochází z latinského slova *pallium*, což znamená maska, pokrytí, zakrytí pláštěm. V tomto slově lze nalézt pravou podstatu paliativní péče, a to zakrytí a maskování příznaků neléčitelné choroby u těch pacientů, kde již léčebná medicína není ku prospěchu a nemůže od podstaty nemoci pomoci.<sup>74</sup>

Podle vymezení Rady Evropy je „paliativní péče aktivní, na kvalitu života orientovaná péče poskytovaná nemocným, kteří trpí nevy léčitelnou chorobou v pokročilém nebo terminálním stádiu. Jejím cílem není primárně vyléčení pacienta či prodloužení jeho života, ale prevence a zmírnění bolesti a dalších tělesných i duševních strádání, zachování pacientovy důstojnosti a podpora jeho blízkých“<sup>75</sup>

Podstatou paliativní péče je:

- že chrání důstojnost nevy léčitelně nemocných a hlavní důraz klade na kvalitu jejich života;
- dokáže s úspěchem zvládat bolest a další jevy provázející konečná stadia smrtelných onemocnění;
- jejím základem je interdisciplinární spolupráce a spojuje v sobě lékařská, psychologická, sociální, existenciální a spirituální hlediska;
- umírání vnímá jako přirozený proces, takže smrt se nesnaží urychlit ani oddálit;

73 VORLÍČEK, J., ADAM, Z. A KOL. *Paliativní medicína*. Praha: Grada Publishing, 1998. ISBN 80-7169-437-1, s. 19

74 MUNZAROVÁ, M. *Proč NE eutanazii aneb Být, či nebýt?* Praha: Ecce homo, 2008. ISBN 978/80/7195-304-3, s. 41

75 ŠPINKOVÁ, M., ŠPINKA, Š. *Euthanasie: Víme, o čem mluvíme?* Praha: Cesta domů, 2006, s. 32

- respektuje důsledně individuální přání a potřeby pacientů, jejich hodnotové preference, dbá na právo pacienta na sebeurčení;
- zvýrazňuje význam rodiny, neodtrhává nemocné od jejich přirozených sociálních vazeb, dává jim možnost prožít poslední období života v důstojném prostředí ve společnosti nejbližších;
- poskytuje všestrannou účinnou podporu příbuzným a přátelům umírajících, a to i při zvládání jejich zármutku po smrti jim blízkého člověka;
- opírá se o empirii, že mezi neuspokojivou a naopak kvalitní péčí o umírající je markantní rozdíl a že odcházení z tohoto světa nemusí být spojeno se strachem, nesnesitelnou bolestí a nesmyslným utrpením.<sup>76</sup>

*„Paliativní péči se rozumí cílevědomá, ucelená (komplexní) kvalifikovaná podpora lidí se závažným, příčinně neléčitelným a život zkracujícím onemocněním (zdravotním stavem) a také rodin těchto lidí.“<sup>77</sup>*

Komplexnost je v případě paliativní péče chápána jako podpora při obtížích jak tělesných, tak duševních, sociálních i spirituálních. V jednotlivých oblastech jsou v centru pozornosti:

- u tělesných obtíží – bolest, dušnost, nauzea, nechutenství, poruchy výživy a hydratace, slabost, chronické rány, hygiena;
- u psychických obtíží – úzkost, strach, deprese, osamělost, adaptace na prognózu života, zmatenost;
- u sociálních obtíží – zabezpečení, hmotné nouze, příspěvky na péči, zabezpečení rodiny, rodinné vztahy, poslední vůle;
- u spirituálních obtíží – život a jeho smysl, smíření, posvátné hodnoty, rituály, u věřících lidí komunikace s duchovním a náboženské akty.

Lze konstatovat, že technokratický, odborně lékařsky zvládaný styl umírání je podřízen podpoře umírajícího člověka – stěžejní je podpora důstojnosti, smysluplnosti, osobnosti. Paliativní péče má zajistit, aby umírající lidé i s omezenými možnostmi, funkčními ztrátami a závažnými obtížemi mohli přece jen zůstat sami sebou a v kontaktu s členy svých rodin. *„Krédem paliativní medicíny by mělo být: umenšit utrpení, ctít život a naději, posílit smysl života a jistotu kontaktu s nejbližšími lidmi.“<sup>78</sup>*

<sup>76</sup> *Principy paliativní péče.* umirani.cz [online]. [cit. 2013-12-05]. Dostupný z: <<http://www.umirani.cz/principy-paliativni-pece.html>>

<sup>77</sup> KALVACH, Z. *Manuál paliativní péče o umírající pacienty: pomoc při rozhodování v paliativní nejistotě.* Praha: Hospicové občanské sdružení Cesta domů, 2010. ISBN 978-80-904516-4-3, s. 12

<sup>78</sup> KALVACH, Z. *Manuál paliativní péče o umírající pacienty: pomoc při rozhodování v paliativní nejistotě.* Praha: Hospicové občanské sdružení Cesta domů, 2010. ISBN 978-80-904516-4-3, s. 13

Paliativní péče znamená určitou *filozofii péče*, neboť klade důraz na bio-psycho-socio-spirituální jedinečnost každého člověka, na spojení somatických a psychosociálních aspektů zdraví, nemoci a umírání, ale též *konkrétní organizaci péče*, která uspokojuje potřeby nemocného ve všech těchto oblastech. Moderní paliativní péče má za cíl udržet dobrou kvalitu života v situaci pokročilé nemoci.

Paliativní péče je svým charakterem interdisciplinární – těží ze znalostí lékařů-specialistů různých oborů (onkologů, geriatrů, internistů, neurologů), očekává úzkou týmovou spolupráci lékařů a ošetřovatelů, spolupráci zdravotníků a psychologů, sociálních pracovníků, duchovních, predikuje zapojení rodiny a přátel nemocného, zahrnuje dobrovolnické služby.<sup>79</sup>

Paliativní medicína byla tradičně soustředěna především na péči o pokročile nemocné a umírající onkologické pacienty. Během posledního desetiletí je však pozornost věnována také lidem, kteří trpí jinými chronickými a ke smrti vedoucími onemocněními, dochází k rozšíření konceptu paliativní péče, a to ve dvou rovinách:

- spektrum diagnóz, pro které jsou metody paliativní péče významné. Paliativní péče se neorientuje jen na onkologicky nemocné, prospěch z ní mohou všichni, kteří trpí progredující chronickou nemocí (např. se jedná o konečná stadia chronického srdečního selhání, chronické obstrukční plicní nemoci, onemocnění ledvin, AIDS, neurodegenerativní onemocnění, demence atd.);
- došlo k rozšíření časového úseku v průběhu onemocnění, v něm lze použít postupy paliativní péče.<sup>80</sup>

Potřeby nemocných v pokročilých stádiích nevléčitelných nemocí, od kterých se odvíjí požadavek na paliativní péči, jsou určovány základním onemocněním dle konkrétní diagnózy, stupněm pokročilosti nemoci (stadium pokročilé, preterminální a terminální stadium), existencí více závažných onemocnění současně, věkem a sociální situací nemocného (míra sociální podpory od rodiny a přátel, finanční situace), psychickým stavem (kognitivní a emoční stav, stupeň informovanosti, duchovní orientace).<sup>81</sup>

79 SLÁMA, O., KABELKA, L. a kol. *Paliativní medicína pro praxi*. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-849-0, s. 25-26

80 ŠPINKA, Š., KALVACH, Z., SLÁMA, O. *Umírání a paliativní péče v ČR (situace, reflexe, vyhlídky)*. Praha: Hospicové občanské sdružení Cesta domů, 2004. ISBN 80-239-2832-5, s. 8

81 SLÁMA, O., ŠPINKA, Š. *Koncepce paliativní péče v ČR: pracovní materiál k odborné a veřejné diskuzi*. Praha: Cesta domů, 2004. ISBN 80239-4330-8. s. 24

Z pohledu prognózy přežití a z toho se odvíjejících možných uplatnění paliativní péče bývají pacienti rozdělováni na následující skupiny:

*Fáze kompenzovaného onemocnění (prognóza přežití v řádu měsíců a někdy let)*

Mnoho pokročile nevléčitelně nemocných (paliativních) pacientů se nachází v klinicky relativně stabilizovaném stavu a cílem léčby je maximálně dlouhé udržení stavu kompenzace, funkční zdatnosti a délky života. Pokud dojde k akutnímu zhoršení, bývá přistoupeno k intenzivní a většinou i resuscitační péči.

*Fáze nevratně progredujícího onemocnění (prognóza přežití v řádu týdnů a měsíců)*

V případě vzestupu nemoci je často cílem léčby udržení co nejvyšší kvality života co nejdelší prodloužení života přestává být hlavním cílem. Postupy, které přímo nesouvisí s udržením nebo zlepšením kvality života, nebývají indikovány. U akutních příhod (infarkt myokardu, infekce) se u nemocných postupuje individuálně, někdy je použita standardní intenzivní léčba, resuscitační léčba většinou není aplikována.

*Terminální fáze (prognóza přežití v řádu několika týdnů, dnů a hodin)*

Cílem léčby u umírajících pacientů je v posledních dnech a hodinách života zajištění důstojného umírání – snížení dyskomfortu na nejmenší možnou míru, neprodlužování procesu odcházení, co největší respekt k jedinečnosti konce každého lidského života. Tomu jsou podřízeny i všechny léčebné a ošetrovatelské metody. U akutních příhod většinou není přistoupeno k intenzivní a resuscitační léčbě, terapie je zaměřena na příznaky, nikoliv na příčiny, spočívá v účinném mírnění bolesti, dušnosti atd.<sup>82</sup>

V péči o umírající se prolínají a někdy střetávají dva přístupy:

- humanistický – snaží se o optimální péči a podporu nemocných a jejich rodin, neboť si uvědomuje jejich utrpení, specifická rizika a potřeby, usiluje o smysluplnost času, který nemocným zbývá;
- fiskální - jeho cílem je stabilita veřejných rozpočtů včetně zdravotní péče, snaží se o její zlevnění. Chce dosáhnout snížení neúčelných výdajů na marnou léčbu v posledních měsících života nemocného, a to s ohledem na to, že nejvyšší náklady

<sup>82</sup> SKÁLA, B., SLÁMA, O. a kol. *Paliativní péče o pacienty v terminálním stádiu nemoci. Doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře - novelizace 2011*. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, 2011. ISBN 978-80-86998-51-0, s. 4

na zdravotní péči se většinou váží k poslednímu roku života pacienta – tedy zdánlivě marně.

*„Paliativní péče, včetně mobilní hospicové péče, by měla být ve srovnání se stávající obvyklou úrovní péče o umírající „účelným nadstandardem“. Cílem je kvalitní péče o každého umírajícího člověka. Je správné, aby byla i méně nákladná než marná léčba neúměrně zatěžující pacienta, ale snížení nákladů na léčbu a péči nesmí být nikdy primárním cílem.“<sup>83</sup>*

## 2.1 Formy paliativní péče

Podle komplexnosti péče nezbytné k udržení dobré kvality života bývá paliativní péče dělena na obecnou a specializovanou:

*„Jako obecnou paliativní péči označujeme dobrou klinickou péči o pacienta v pokročilé a konečné fázi onemocnění.“<sup>84</sup>* Jejím základem je včasné rozpoznání pacientova stavu, zvážení smysluplnosti další aktivní léčby, sledování, určení a umožnění mu toho, co je významné pro kvalitu jeho života – respekt k autonomii, léčba nejčastějších symptomů, citlivost a empatická komunikace s pacientem a jeho rodinou, pomoc při využití služeb dalších specialistů atd. Této obecné paliativní péče by měli být schopni všichni lékaři v rámci své běžné klinické praxe a odbornosti, aniž by tato činnost nezbytně nesla označení paliativní. Jelikož neexistují mezinárodní standardy, je problematické srovnávat, jakou má tato forma paliativní péče úroveň v jiných evropských zemích. Předpokládá se však, že v České republice je nedostatečná. Například v roce 2008 bylo zdejšími lékaři předepsáno asi 2-3krát méně opioidů než ve skandinávských zemích, Nizozemsku a Velké Británii. Tento údaj je často užívaným měřítkem úrovně léčby chronické nemoci v dané zemi.<sup>85</sup>

Specializovaná paliativní péče přichází k pacientům prostřednictvím týmu odborníků, kteří jsou v oblasti paliativní péče speciálně vyškoleni a mají potřebné zkušenosti. Tento tým je tvořen lékařem, sestrami, sociálním pracovníkem, případně psychologem, fyzioterapeutem,

83 KALVACH, Z. *Manuál paliativní péče o umírající pacienty: pomoc při rozhodování v paliativní nejistotě*. Praha: Hospicové občanské sdružení Cesta domů, 2010. ISBN 978-80-904516-4-3, s. 14

84 SLÁMA, O. *Paliativní a hospicová péče v České republice a Evropě*. Klinická onkologie [online]. 2009, roč. 22, č. 4 [cit. 2013-12-12], s. 184. Dostupný z: <[http://www.eonkologie.cz/cs/images/stories/KO\\_2009/KO\\_2009-04/\\_pdf/KO\\_2009-04\\_Slama.pdf](http://www.eonkologie.cz/cs/images/stories/KO_2009/KO_2009-04/_pdf/KO_2009-04_Slama.pdf)>. ISSN 0862-495X

85 SLÁMA, O. *Paliativní a hospicová péče v České republice a Evropě*. Klinická onkologie [online]. 2009, roč. 22, č. 4 [cit. 2013-12-12], s. 184. Dostupný z: <[http://www.eonkologie.cz/cs/images/stories/KO\\_2009/KO\\_2009-04/\\_pdf/KO\\_2009-04\\_Slama.pdf](http://www.eonkologie.cz/cs/images/stories/KO_2009/KO_2009-04/_pdf/KO_2009-04_Slama.pdf)>. ISSN 0862-495X



pastoračním pracovníkem, koordinátorem dobrovolníků a dalšími odborníky. Poskytování paliativní péče představuje hlavní pracovní náplň tohoto týmu. Specializovaná péče nastupuje v případě, že obtíže pacienta a jeho rodiny již přesahují možnosti poskytovatelů obecné paliativní péče, přičemž přechod od obecné ke specializované paliativní péči by měl být plynulý.<sup>86</sup>

Specializovaná paliativní péče může mít různé organizační formy:

- **zařízení domácí paliativní péče** – mobilní (domácí hospic)
- **lůžkový hospic**
- **oddělení paliativní péče** v rámci jiných zdravotnických zařízení (nemocnice, léčebny) zajišťuje péči nemocným, kteří se neobejdou jak bez komplexní paliativní péče, tak i, s ohledem na diagnostiku a léčbu, bez péče nemocnice. Oddělení paliativní péče je lůžkovou základnou pro konziliární tým paliativní péče.
- **konziliární tým paliativní péče** v rámci zdravotnického zařízení (nemocnice nebo léčebny). Touto formou je zajišťována interdisciplinární expertní znalost z oblasti paliativní péče v různých lůžkových zařízeních. Umocňuje spojitost péče, neboť pacient setrvává na oddělení, kde byl dosud léčen a které zná. Kromě přímého ovlivnění kvality paliativní péče napomáhá k edukaci zdravotníků na ostatních odděleních. Tým minimálně tvoří lékař, sestra a sociální pracovník. Tato forma specializované paliativní péče je v České republice zatím velmi vzácná.
- **specializovaná ambulance paliativní péče** – zabezpečuje ambulantní péči pacientům pobývajícím v domácím prostředí nebo v zařízeních sociální péče, přičemž většinou úzce spolupracuje s praktickým lékařem, zařízeními obecné domácí péče a specializované paliativní péče. Tyto ambulance někdy vykonávají svou činnost při lůžkových hospicích, při odděleních paliativní péče lůžkových zařízení, nebo jsou součástí zařízení domácí paliativní péče.
- **denní stacionář paliativní péče – denní hospicový stacionář.** Během denních návštěv je nejenom řešen zdravotní stav nemocného, ale pozornost je soustředěna podle potřeb a možností pacienta také na jeho relaxační a rekreační aktivity.

<sup>86</sup> SLÁMA, O., KABELKA, L. a kol. *Paliativní medicína pro praxi*. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-849-0, s. 30-31

- **zvláštní zařízení specializované paliativní péče** – jde o specializované poradny a tísňové linky, zařízení určená pro určité diagnostické skupiny).<sup>87</sup>

V současnosti působí v České republice 90 ambulancí léčby bolesti, které jsou vedeny lékaři s atestací Paliativní medicína léčby bolesti. Tyto ambulance jsou určeny zejména pro neonkologicky nemocné s chronickou bolestí, na komplexní paliativní péči nejsou zaměřeny.<sup>88</sup>

Ambulance podpůrné a paliativní onkologie funguje v Masarykově onkologickém ústavu v Brně<sup>89</sup>, v Hradci Králové při Klinice onkologie a radioterapie působí Ambulance paliativní onkologické péče.<sup>90</sup> Jsou vedeny specialisty na paliativní medicínu a poskytují ambulantní paliativní péči onkologickým pacientům. Od roku 2013 existuje v Nemocnici Milosrdných sester sv. Karla Boromejského v Praze oddělení paliativní péče<sup>91</sup>, v Krajské nemocnici Jihlava pak stanice paliativní péče.<sup>92</sup>

Světová zdravotnická organizace jako optimální počet lůžek speciální paliativní péče (v hospicích a na specializovaných odděleních paliativní péče) doporučuje 5 na 100.000 obyvatel. V České republice byla v roce 2008 tato potřeba naplněna asi z 50 %. Zkušenosti ze zahraničí naznačují, že ke zlepšení nemusí vést jen budování nových samostatně stojících hospiců, ale spíše zřizování oddělení a jednotek specializované paliativní péče (většinou o velikosti 5-15 lůžek) v rámci nemocnic a zařízení následné péče.<sup>93</sup>

87 SLÁMA, O., ŠPINKA, Š. *Koncepce paliativní péče v ČR: pracovní materiál k odborné a veřejné diskuzi*. Praha: Cesta domů, 2004. ISBN 80239-4330-8. s. 24-25

88 SLÁMA, O., KABELKA, L., ŠPINKOVÁ, M. *Paliativní péče v ČR v roce 2013. Perspektiva České společnosti paliativní medicíny ČLK JEP*. paliativnimediceina.cz [online]. 2013-02-12 [cit. 2013-12-12], s. 5. Dostupný z: <[http://www.paliativnimediceina.cz/sites/www.paliativnimediceina.cz/files/users/simicek/paliativni\\_medicina\\_v\\_cr\\_v\\_roce\\_2013.pdf](http://www.paliativnimediceina.cz/sites/www.paliativnimediceina.cz/files/users/simicek/paliativni_medicina_v_cr_v_roce_2013.pdf)>

89 *Ambulance podpůrné a paliativní onkologie*. mou.cz [online]. [cit. 2013-12-12]. Dostupný z: <<http://www.mou.cz/ambulance-podpurne-a-paliativni-onkologie/d116>>

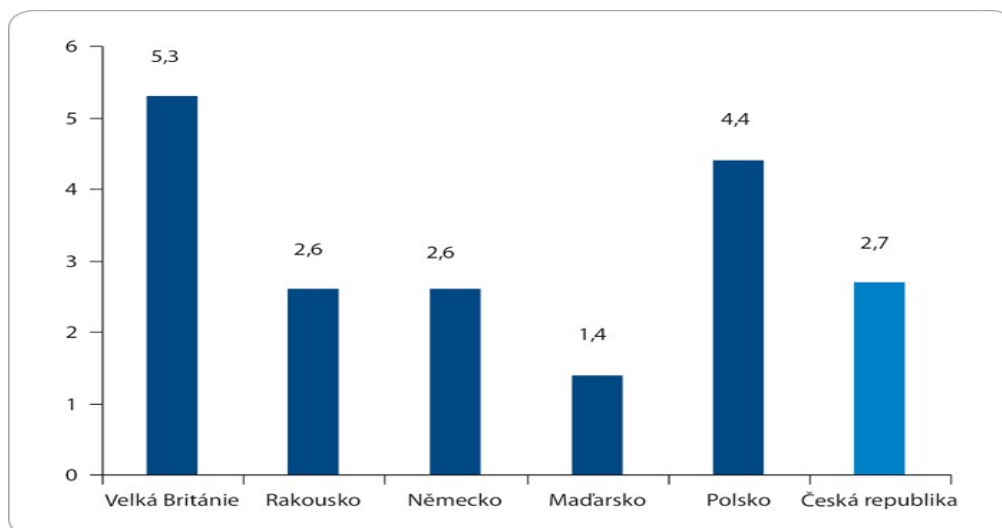
90 *Ambulance paliativní onkologické péče*. fnhk.cz [online]. [cit. 2013-12-12]. Dostupný z: <<http://www.fnhk.cz/onko/o-klinice/ambulance>>

91 *Oddělení paliativní péče*. nmskb.cz [online]. [cit. 2013-12-12]. Dostupný z: <<http://www.nmskb.cz/oddeleni/oddeleni-paliativni-pece/specializace-10/>>

92 *Stanice paliativní péče*. nemji.cz [online]. 2011-05-11 [cit. 2013-12-12]. Dostupný z: <<http://www.nemji.cz/stanice-paliativni-pece/d-4131/p1=3525>>

93 SLÁMA, O. *Paliativní a hospicová péče v České republice a Evropě*. Klinická onkologie [online]. 2009, roč. 22, č. 4 [cit. 2013-12-12], s. 184. Dostupný z: <[http://www.eonkologie.cz/cs/images/stories/KO\\_2009/KO\\_2009-04/\\_pdf/KO\\_2009-04\\_Slama.pdf](http://www.eonkologie.cz/cs/images/stories/KO_2009/KO_2009-04/_pdf/KO_2009-04_Slama.pdf)>. ISSN 0862-495X

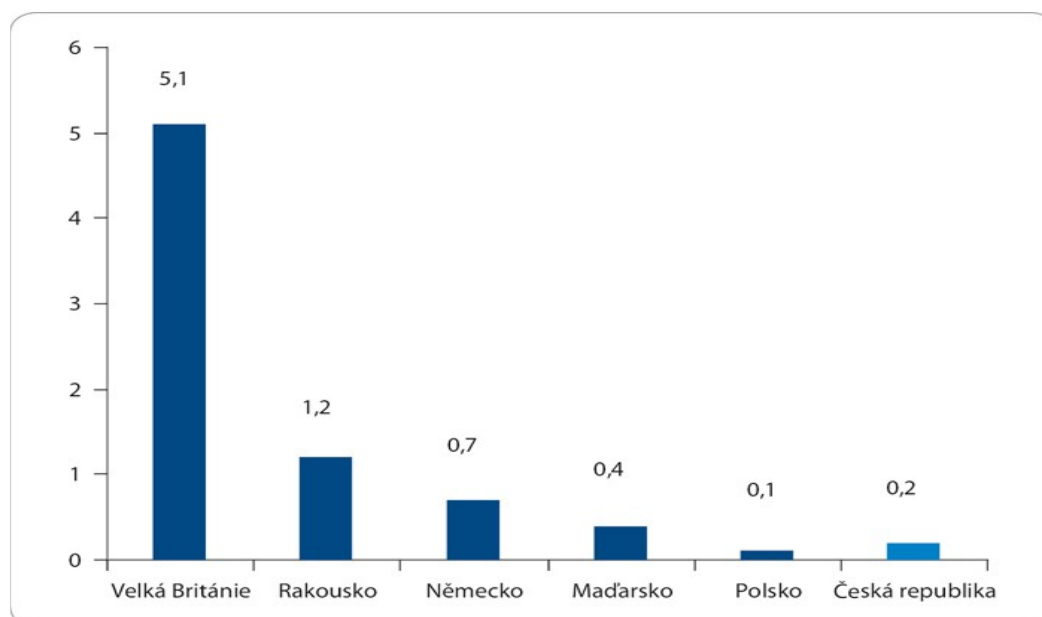
Obr. 1: Lůžka specializované paliativní péče na 100 000 obyvatel



Zdroj: SLÁMA, O. *Paliativní a hospicová péče v České republice a Evropě.*

Další forma specializované paliativní péče – konziliární tým, byla v roce 2008 v České republice zatím ojedinělá.

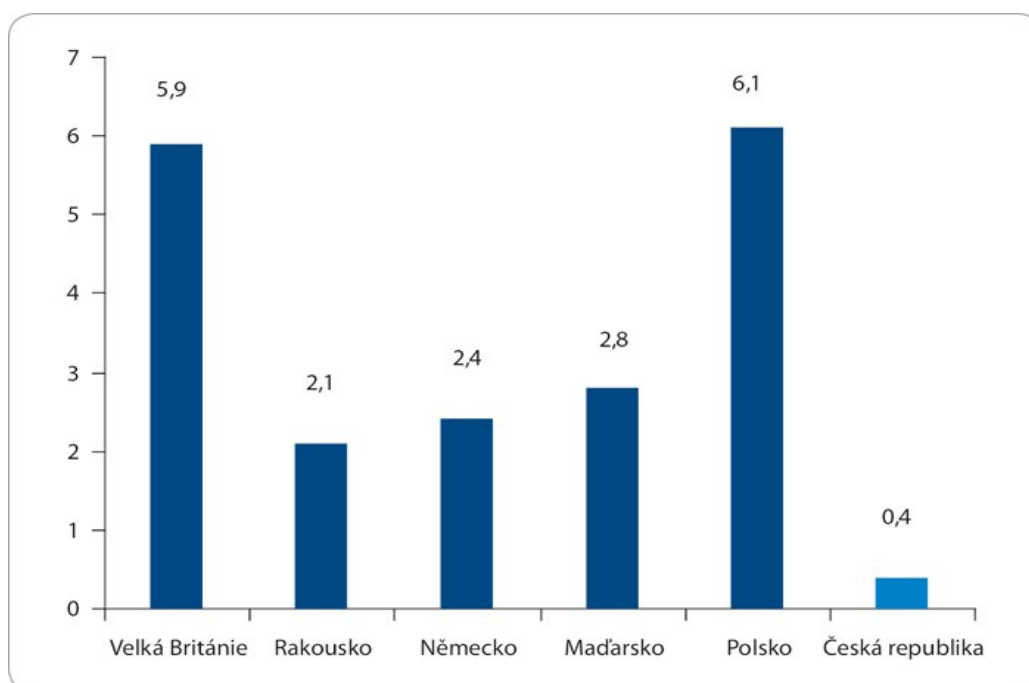
Obr. 2: Počet konziliárních nemocničních týmů specializované paliativní péče na 1 mil. obyvatel



Zdroj: SLÁMA, O. *Paliativní a hospicová péče v České republice a Evropě.*

Zařízení domácí paliativní péče je v evropských zemích rozdílně organizováno. Může se jednat o specializovanou agenturu „home care“, která kooperuje s praktickým lékařem, nebo má tým domácí paliativní péče svého lékaře – specialistu na paliativní medicínu, vlastního sociálního pracovníka, psychologa atd. Vždy se však vyznačuje speciálním vzděláním lékaře a sester, ošetřovatelů, dobrovolníků a dalších členů, a dostupností péče.

Obr. 3: Počet týmů domácí specializované paliativní péče na 1 mil. obyvatel



Zdroj: SLÁMA, O. *Paliativní a hospicová péče v České republice a Evropě.*

### 2.1.1. Mýty o umírání ve vztahu k paliativní péči

S pojem paliativní péče je široká veřejnost dosud nepříliš důkladně obeznámena. Tato nevědomost vede k řadě mylných úvah.

*Umírání je nerozlučně spojeno s bolestí, osaměním a neporozuměním, to nelze změnit.*

Nemocný se díky paliativní péči může spolehnout na to, že nebude trpět velkou bolestí, nebude osamocen, lidé kolem něj se mu budou snažit vyjít vstříc ve všech jeho přáních.

*Hospic je dům – ústav, výhradně v něm může být poskytována paliativní péče.*

Paliativní péče není vázána na žádné konkrétní místo, mohla by být poskytována kdekoli, kde ji nemocní v posledních chvílích života potřebují, tedy především v domácím

prostředí. To je místo, kde mají rodinu, která jim nejlépe rozumí. Pokud však paliativní péči nelze z nějakého vážného důvodu zabezpečit doma, je zde lůžkový hospic, jehož snahou je nahradit co nejpodobněji péči domácí.

*Nemocní by měli umírat v nemocnici proto, aby jejich nemohoucnost neviděli jejich nejbližší, především pak malé děti.*

Tak, jako když se člověk narodí na svět, i na konci života se o něj nejlépe umějí postarat jeho nejbližší. Umírající pacient potřebuje ty, kteří jej mají rádi a rozumějí mu. Lidem, kteří se o umírající starají, pomáhá tato zkušenost vyrovnat se nejen s jejich smrtí, ale i se svou vlastní smrtelností. Rovněž pro děti, které mohou pozorovat, jak jejich rodiče s láskou a trpělivostí pečují o babičku či dědečka, budou pravděpodobně v budoucnosti samy schopné se obdobně věnovat rodičům nebo jiným blízkým lidem.

*Paliativní péče je určena pouze pro staré lidi.*

Většina lidí umírá sice ve vyšším věku, ale ze života odchází i děti, mladí lidé. Paliativní péče se zaměřuje na všechny věkové kategorie, důraz na plně žitý život se týká všech pacientů bez rozdílu věku.

*Paliativní péče se hodí jen pro pacienta, který nevyžaduje specializovanou péči.*

Přestože cílem paliativní péče není uzdravení pacienta, je to vysoce odborný typ péče, který hledá možnosti, jak pomoci i ve velmi složité situace. Orientuje se na řešení specifických tělesných i duševních obtíží, které jsou přítomny v období konce života.

*Paliativní péče je aplikovatelná jen tehdy, když už tzv. nezbývá žádná naděje.*

Na konci života se člověk může rozhodnout, zda upadne do beznaděje, protože jeho život už postrádá smysl, nebo se pokusí zbývajícím časem prožít co nejplněji. Paliativní péče nemocnému nabízí účinnou úlevu a rodině možnost naplnit či upravit vzájemné vztahy tak, aby se na prožitý čas dalo zpětně pohlížet s vděčností a vědomím, že měl smysl a že bylo vykonáno všechno, co vykonáno být mohlo.

*Paliativní péče je na místě jen u těch nemocných, kteří jsou se smrtí smířeni.*

Nevyléčitelně nemocný, jehož smrt se blíží, nezřídka bojuje s beznadějí a vzdorem. Paliativní tým mu trpělivě může být nápomocen se s touto situací pozvolna vyrovnat, spolupracuje také s rodinou.

*Paliativní péče je vyhrazena pouze nemocnému členu rodiny.*

Paliativní péče je komplexní, objektem poskytování péče je celá rodina. Hospic nabízí zdravotnické, sociální, duchovní i psychologické služby rodině během nemoci člověka i po jeho odchodu ze života, stará se o doprovázení pozůstalých v jejich smutku a podporuje je v hledání nové jistoty a naděje.<sup>94</sup>

## 2.2 Dějiny paliativní a hospicové péče

Paliativní péče v širokém pojetí byla vždy jednou z hlavních součástí lékařské a sociální péče. Medicína více či méně připouštěla, že její možnosti vyléčit nemocné či alespoň jejich život prodloužit, jsou limitované. Současně ale věděla, že za těmito hranicemi je klíčovou součástí lékařské péče tišení bolesti a jiných forem utrpení a poskytnutí útěchy nemocným. Dějiny moderní paliativní péče jsou však poměrně krátké, její vznik a rozvoj ve druhé polovině 20. století je spojen s několika podstatnými činiteli, přičemž základním faktorem byla změna hlavních příčin úmrtí a výrazné prodloužení života v průběhu posledního století. Dnes se tedy dožíváme vyššího věku, ovšem také déle a mnohokrát nikoliv lehčeji umíráme.

Termín hospic pochází z latinského slova *hospitium* – útulek pro poutníky. Hospice byly budovány již za Římské říše a ve středověku. Jednalo se o přístřešky při cestách, které byly určeny k odpočinku poutníků, těhotné ženy zde mohly porodit, nemocní se uzdravit a pokračovat v cestování, nebo i v klidu zemřít.<sup>95</sup>

Rovněž ve středověku byly zřizovány útulky pro těžce nemocné a zmrzačené, a to při některých klášterech. Pravý význam slovo hospic, jako místo, kam jsou přijímáni lidé na konci života, dostalo až v roce 1874, kdy společenství žen založené Jeanne Garnierovou otevřelo v Paříži první dům s tímto názvem. Zde byli přijímáni pacienti na konci života a byla jim poskytována plná péče právě od žen sdružených do tohoto společenství. V roce 1878 byla v Dublinu založena Marií Aikenheadovou kongregace Sestry lásky, která si jako poslání dala doprovázení nemocných při umírání. Tato náboženská společnost následně založila několik hospiců, a to v Irsku a Anglii. Důležitou osobou byla, z pohledu rozvoje paliativní péče, Cicely Saunders, která pracovala v hospici sv. Josefa v Londýně zřízeném

<sup>94</sup> SKÁLA, B., SLÁMA, O. a kol. *Paliativní péče o pacienty v terminálním stádiu nemoci. Doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře-novelizace 2011*. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, 2011. ISBN 978-80-86998-51-0, s. 11-12

<sup>95</sup> MUNZAROVÁ, M. *Eutanazie, nebo paliativní péče?* Praha: Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-1025-0, s. 69

právě Sestrami lásky. V polovině 20. století C. Saunders postupně formulovala zásady při lékařské péči o nemocné, které rychle rozvíjející se medicína i přesto nedokázala vyléčit. Významnou byla její výzkumná práce o použití morfinu při léčbě chronických nádorových bolestí. C. Saunders, ovlivněna pracemi psychologa Carla Rogerse, definovala pojem celkové bolesti, kdy dle jejího pojetí je fyzická bolest nerozlučně ovlivněna a spojena s bolestí psychickou, sociální a duchovní. Dle jejího konceptu nelze mírnit jednotlivé složky globální bolesti zvlášť, ale musí být dosaženo tlumení všech složek bolesti provázaně. V roce 1967 pak C. Saunders zakládá hospic sv. Kryštofa v Londýně, v němž poprvé pečuje o nevléčitelně nemocné odborný multidisciplinární tým.<sup>96</sup>

Od té doby se rozvíjí různé organizační formy paliativní péče, narůstá počet osob využívajících paliativní péči. Dle odhadů dnes ve světě funguje přes 7.000 zařízení hospicové a paliativní péče, jež působí ve více než 90 zemích. Ve Velké Británii začala kromě lůžkových hospiců brzy vznikat také forma domácí hospicové péče a později též denní péče v hospicových stacionářích.

V USA se právě domácí hospicová péče považuje za základní a nejdůležitější, pouze malému počtu nemocných je paliativní péče poskytována v lůžkových zařízeních. Od poloviny 70. let minulého století se objevily první pokusy o začlenění hospicové péče do prostředí nemocnic. Začaly vznikat konziliární týmy paliativní péče, výjimečně i samostatná lůžková oddělení této péče. Poprvé použil název oddělení paliativní péče v rámci nemocnice v roce 1975 kanadský lékař Balfour Mount.

Společným atributem většiny zařízení hospicové a paliativní péče v 70. a 80. letech minulého století bylo jejich fungování mimo hlavní proud zdravotnictví. Hospice byly zakládány obětavými jedinci či malými skupinami, kteří svým příkladem péče o umírající působili na své okolí a pozvolna získávali na svou stranu veřejnost i odborníky. Ve vyspělých zemích začala být problematika péče o nevléčitelně nemocné a umírající chápána jako závažné téma zdravotní politiky. „*Světová zdravotnická organizace deklaruje rozvoj paliativní péče jako jednu z prioritních oblastí rozvoje zdravotnictví a sociální péče.*“<sup>97</sup>

96 VORLÍČEK, J., ABRAHÁMOVÁ, J., VORLÍČKOVÁ, H. *Klinická onkologie pro sestry*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1716-6, s. 151-152

97 ŠPINKA, Š., KALVACH, Z., SLÁMA, O. *Umírání a paliativní péče v ČR (situace, reflexe, vyhlídky)*. Praha: Hospicové občanské sdružení Cesta domů, 2004. ISBN 80-239-2832-5, s. 11

V Evropském kontextu je zakotveno právo pacienta na komplexní paliativní péči v Deklaraci Parlamentního shromáždění Rady Evropy č. 1418/1999 O ochraně lidských práv a důstojnosti nevléčitelně nemocných a umírajících – tzv. Charta práv umírajících. Uskutečňování paliativní péče má v jednotlivých zemích svá specifika, různí se modely organizace péče, její financování, způsob zařazení do systému zdravotní a sociální péče. Odlišné jsou též kulturní rámce, ve kterých dochází k rozvoji paliativní péče – vztah společnosti ke smrti, důležitost filantropie a dobrovolnictví, role rodiny, politická a mediální kultura apod. Obecně lze ale vnímat snahu zaručit dostupnost paliativní péče pro co největší počet lidí. U zakladatelů prvních hospicových a paliativních zařízení se však někdy objevuje obava, aby tento proces rutinizace paliativní péče nevedl ke ztrátě mimořádné kvality péče, která byla charakteristická pro projekty opírající se o nadstandardní odborné i lidské kvality.<sup>98</sup>

V České republice se paliativní a hospicová péče v dnešním pojetí objevuje až po roce 1989, kdy řada lékařů a sester měla možnost zahraničních stáží a následně získané poznatky aplikovali do praxe. První oddělení zabývající se paliativní péčí bylo zřízeno v roce 1992 v nemocnici v Babicích nad Svitavou, později bylo toto zařízení přetřansformováno do léčebny dlouhodobě nemocných. První hospic, jako nestátní zdravotnické zařízení, byl vybudován v roce 1995, jednalo se o hospic Anežky České v Červeném Kostelci. Velkou zásluhu na otevření prvního hospice má MUDr. Marie Svatošová, která je vůdčí osobností hospicového hnutí u nás a zakladatelkou občanského sdružení Ecce Homo – Sdružení pro podporu domácí péče a hospicového hnutí. V následujících letech vznikají další hospicová zařízení, jako například v roce 1998 hospic sv. Lazara v Plzni a hospic sv. Alžběty v Brně. Významnou změnu do celého systému paliativní a hospicové péče vneslo, stejně jako ve světě, uznání samostatného oboru Paliativní medicína a léčba bolesti v lednu 2004. Uznání samostatného oboru vytvořilo základ pro další rozvoj paliativní medicíny i v oblasti vzdělávání a samozřejmě tím i vyšší dostupnost pro pacienty.<sup>99</sup>

V roce 2005 bylo založeno občanské sdružení Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče, které sdružuje lůžkové hospice a část zařízení domácí péče a garantuje kvalitu jejich služeb. Zároveň asociace spolu s Ministerstvem zdravotnictví vytvořila standardy kvality

98 ŠPINKA, Š., KALVACH, Z., SLÁMA, O. *Umírání a paliativní péče v ČR (situace, reflexe, vyhlídky)*. Praha: Hospicové občanské sdružení Cesta domů, 2004. ISBN 80-239-2832-5, s. 12-13

99 VORLÍČEK, J., SLÁMA, O. *Paliativní medicína - historie a současnost*. Sanquis. 2005, č. 41. ISSN 1212-6535, s. 34



hospicové paliativní péče, které sice nejsou zákonnou normou, ale přesto je členové asociace dodržují. Cílem bylo definovat požadavky, které by měli poskytovatelé specializované paliativní péče splňovat, aby byla zabezpečena potřebná úroveň a odpovídající kvalita.<sup>100</sup>

V oblasti vzdělávání lze však konstatovat, že v současné době není vzdělávání v rámci pregraduálního studia na lékařských fakultách zaměřeno přímo na paliativní péči. Paliativní péče je spíše jen zastoupena v rámci ostatních předmětů, většinou v rámci předmětu Lékařská etika a klinická onkologie. Pouze na Lékařské fakultě Masarykovy Univerzity v Brně je povinný jednosemestrální seminář Paliativní medicína. Komplexněji je však paliativní péče zahrnuta do bakalářských a magisterských studií ošetrovatelských oborů. V rámci atestací lékařů je od roku 2004 paliativní medicína a léčba bolesti vedena jako nástavbový obor s minimální dobou atestace 1 rok. Od uznání samostatného oboru, tedy od roku 2004, byly atestovány desítky lékařů na tuto specializaci. Dalším posunem bylo vydání vyhlášky, která s účinností od 1. 1. 2011 rozdělila paliativní medicínu a léčbu bolesti na dva samostatné nástavbové obory, a to obor paliativní medicína a obor algeziologie.<sup>101</sup>

V roce 2008 vznikla Česká společnost paliativní medicíny v rámci České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně, která si klade za cíl zlepšit podmínky pro poskytování paliativní péče, a to i vzděláváním odborníků a stanovováním standardů kvality a koncepčním rozvojem oboru paliativní péče. Od roku 2004 do roku 2010 organizuje Česká společnost paliativní medicíny certifikovaný kurz, navazující na základní klinické specializace, pro lékaře Paliativní medicína a léčby bolesti, který je od roku 2011 rozdělen na dva samostatné specializované certifikované kurzy. Česká společnost paliativní medicíny spoluorganizuje rovněž řadu konferencí a vzdělávacích akcí. V září 2013 se uskutečnila v Brně již pátá česko-slovenská konference paliativní medicíny. Mezi významné světové úspěchy České společnosti paliativní medicíny patří organizace 13. kongresu Evropské asociace pro paliativní péči, který se konal na přelomu května a června 2013 v Praze.<sup>102</sup>

100 *Standardy hospicové paliativní péče*. asociacehospicu.cz [online]. 2010-07-26 [cit. 2013-10-03]. Dostupný z: <<http://www.asociacehospicu.cz/nase-projekty/standardy-kvality/>>

101 Ministerstvo zdravotnictví. Vyhláška č. 361/2010 Sb., kterou se mění vyhláška č. 185/2009 Sb., o oborech specializačního vzdělávání lékařů, zubních lékařů a farmaceutů a oborech certifikovaných kurzů.

102 *Česká společnost paliativní medicíny České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně*. paliativnimedicina.cz [online]. [cit. 2013-10-03]. Dostupný z: <<http://www.paliativnimedicina.cz/aktuality>>

Každoročně se druhou říjnovou nedělí slaví Světový den hospicové a paliativní péče. Tématem toho posledního v roce 2013 bylo „Dosažení univerzálního pokrytí paliativní péče: vyvrácení mýtů“. K tomuto dni se v mnoha zemích světa na všech kontinentech uskutečňují nejrůznější akce a koncerty s cílem nejen zlepšit informovanost veřejnosti o hospicích a paliativní péči, ale také získat finanční prostředky na podporu a rozvoj této oblasti.

### **2.3 Hospic**

Hospic – není léčebnou dlouhodobě nemocných

Hospic – není domovem důchodců

Hospic – není nemocnicí

Hospic – není sanatoriem

A především není domem smutku.

*„Lůžkový hospic je obvykle samostatně stojící lůžkové zařízení poskytující specializovanou paliativní péči především pacientům v preterminální a terminální fázi nevléčitelného onemocnění (obvyklá délka pobytu je několik týdnů).“<sup>103</sup>*

Hospic představuje specializovanou jednotku paliativní péče. Poskytuje lůžkovou péči, umožňuje ubytování rodiny spolu s nemocným a především se snaží umírajícím zajistit maximální možnou míru fyzického i psychického komfortu. Patří mezi zdravotně sociální zařízení, tedy kromě péče zdravotnické poskytuje také sociální poradenství a pomoc - hospitalizovaným nemocným, jejich rodinám, pozůstalým a dalším, kteří tuto péči potřebují v souvislosti s umíráním a smrtí jejich blízkých.

Do hospice jsou přijímáni nemocní, kteří:

- jsou postupující chorobou ohrožováni na životě;
- vyžadují paliativní léčbu a péči, ale jejich hospitalizace v nemocnici není nezbytná;
- nemohou být z nejrůznějších důvodů v domácí péči;
- svobodně si zvolí tuto formu péče.

---

<sup>103</sup> SLÁMA, O., KABELKA, L. a kol. *Paliativní medicína pro praxi*. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-849-0, s. 31

Úmrtí hospitalizovaných nemocných v hospici není vždy pravidlem. U zhruba třetiny z nich dojde k upravení léčby, zlepšení zdravotního stavu či upravení podmínek umožňujících domácí ošetřování, a tak se vrací domů.<sup>104</sup>

Hospic má obvykle kolem 25 lůžek (v zahraničí 10 – 20). Atmosféra i vnitřní vybavení odkazuje spíše na domácí než nemocniční prostředí. Denní režim je přizpůsoben individuálním potřebám hospitalizovaných, ať už se jedná o vstávání a uléhání ke spánku, provádění hygieny, stravování. Pacienti se dle svých možností oblékají do svých civilních šatů a zapojují do aktivit v hospici. Každému z nich pomáhá osobní sestra či ošetřovatelka, je garantována 24hodinová ošetřovatelská péče i každodenní lékařské vizity. Ke standardnímu vybavení pokoje (většinou jednolůžkového) náleží telefon umožňující snadnou komunikaci s ošetřujícími i lidmi mimo hospic. Návštěvy blízkých jsou povoleny nepřetržitě, umožněn je i trvalý pobyt jednoho z příbuzných, neboť i pouhá přítomnost rodinného příslušníka představuje pro umírajícího intenzivní psychickou oporu.

Zvláštní pozornost se soustředí na paliativní ošetřovatelskou péči, proto se v hospici objevují pomůcky v nadstandardní kvalitě i množství oproti ostatním zdravotnickým zařízením. Jedná se především o elektricky ovládaná polohovatelná lůžka s nastavitelnou výškou, zvedáky, pojízdnou vanu, mobilní dávkovače léků atd.

Ucházet se o přijetí je umožněno každému nemocnému. „*Jediným kritériem pro přijetí nemocného do hospice by měla být jeho diagnóza.*“<sup>105</sup> Přestože zřizovateli hospiců bývají obvykle církve nebo řády, neznamená to, že by tato zařízení měla výhradně církevní řád. Přijímání jsou nemocní bez ohledu na jejich vyznání. Návrh na přijetí podává většinou ošetřující lékař, podnět může vzejít i od rodiny nebo samotného nemocného. O definitivním přijetí rozhoduje vedoucí lékař hospice, často je možná hospitalizace ihned, případná délka čekání je obvykle v řádu několika dnů. Bezvýhradnou podmínkou pro přijetí je plný informovaný souhlas nemocného. Jelikož se však mohou vyskytnout i důvody, které mohou bránit jeho poskytnutí (pozměněné nebo ztracené vědomí, pacient nechce nebo nemůže znát svůj skutečný zdravotní stav apod.), může být za určitých podmínek uznán i souhlas blízké osoby, od níž se očekává, že bude s umírajícím v hospici společně ubytována.<sup>106</sup>

104 MARKOVÁ, M. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-3171-1, s. 27-28

105 VORLÍČEK, J., ADAM, Z. a kol. *Paliativní medicína*. Praha: Grada Publishing, 1998. ISBN 80-7169-437-1, s. 452

106 HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie*. Praha: Galén, 2000. ISBN 80-7262-034-7, s. 42-44

Lůžková hospicová péče je v současnosti nejrozšířenější variantou hospicové péče. Na území České republiky nyní funguje 16 lůžkových hospiců a další se staví. Seznam lůžkových hospiců je uveden v příloze této práce. Zpravidla v každém kraji lze nalézt vhodné zařízení tohoto typu, jejich nespornou předností je, že většinou byla přímo k samotnému účelu projektována a vybudována. Nevýhodou je jejich nízká geografická dostupnost, ale naopak kladem poměrně snadná dostupnost volných lůžek, nemocní mají vysokou pravděpodobnost bezodkladného umístění. Hospicová péče stojí především na kvalitním personálu, u něhož se předpokládají nejen znalosti a zkušenosti, ale i lidský přístup. Základním prvkem poskytující péči je multidisciplinární tým, který zahrnuje lékaře, zdravotní sestry, ošetřovatele a pečovatele, rehabilitační pracovníky, psychologa, sociálního pracovníka, duchovního. K nim se přidávají dále např. nutriční terapeuti, dentální specialisté a další odborníci dle potřeb a žádostí pacientů. Tento tým je vnitřně provázaný a spolupracující celek s jednoznačnými kompetencemi a odpovědnostmi jak vzájemnými, tak i především vůči nemocným. Členové tohoto týmu se pravidelně navzájem informují, aby byla dostatečně zajištěna návazná a kvalitní péče.

Hospice kromě zdravotní péče nabízejí nemocným sestavení individuálního plánu denního režimu, nepřetržitou možnost rozhovoru se zdravotní sestrou, zapůjčení rehabilitačních pomůcek, účast na koncertech, promítání filmů a dalších akcích konaných v hospici, účast na bohoslužbě, zajištění drobných nákupů a služeb (pedikúra, kadeřník), pomoc při řešení sociálních či právních otázek (zprostředkování návštěvy notáře).<sup>107</sup>

Úkolem hospice není jen bezprostřední zaopatření pacientů ve smyslu psychosociální péče nebo terapie zmírňující bolesti. Hospice musí rovněž pořádat besedy s umírajícími, jejich rodinami, blízkými, a také s jinými institucemi – nemocnicemi, domovy s pečovatelskou službou apod. Podstatná je i jejich vzdělávací činnost vztahující se ke školení a doplňování vědomostí všech pracovníků v hospicové činnosti, nezbytné je dále předávat a rozšiřovat informace v seminářích pro veřejnost. Hospicová práce z tohoto pohledu znamená sdílení a předávání získaných zkušeností. Další poslání hospice lze nalézt ve výzkumu, a to ve smyslu získávání poznatků a systematizace praktických zkušeností, což by

---

<sup>107</sup> PROKOP, J. a kol. *Hospicová péče v praxi*. Rajhrad: Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa, 2010. Svazek Úvod. ISBN 978-80-254-6594-3, s. 6-7

ve spolupráci s výzkumnými ústavy mělo vést k důkladnějšímu poznání toho, co pozitivně ovlivňuje život umírajících.<sup>108</sup>

Práci zaměstnanců hospice doplňují dobrovolníci, čímž přinášejí do této péče další rozměr. Jejich činnost je různorodá – tráví čas s pacienty, pomáhají jim jako společníci v naplňování volného času (rozhovory, předčítání, hraní stolních her), doprovázejí je např. do zahrady, na programy v hospici apod., nenahrazují však odbornou zdravotnickou péči personálu. Dobrovolníci jsou nepostradatelní při organizaci různých akcí pro veřejnost, benefičních aktivitách, podílejí se také na pomocných pracích v rámci provozu, pečují o květiny, zahradu. Odměnou dobrovolníků je pocit užitečnosti, vědomí, že člověk pomáhá druhým, odezva od nemocných i personálu.<sup>109</sup>

Péče v hospici je financována z více zdrojů – zdravotní a ošetrovatelská péče je hrazena z veřejného zdravotního pojištění, ovšem na úhradu sociálních nákladů péče přispívají hospitalizovaní denně podle pravidel jednotlivých zařízení. Tato částka se stanovuje tak, aby byla úměrná jejich možnostem a péče tak byla dostupná pro každého. Péče o jednoho pacienta v každém hospici stojí denně komplexně v průměru 2.500 – 3.000 Kč, platby zdravotních pojišťoven z této částky pokryjí asi 50 %. K dofinancování nepokrytých nákladů slouží státní dotace (obec, kraj, Ministerstvo práce a sociálních věcí) a dary od sponzorů, fyzických i právnických osob.<sup>110</sup>

Ve městě Brně poskytuje lůžkovou péči od 1.4.2004 Hospic sv. Alžběty, který je provozován nestátní neziskovou organizací – obecně prospěšnou společností Hospic sv. Alžběty (dříve občanské sdružení Gabriela). V současné době mají nemocní v rámci tohoto zařízení k dispozici 22 lůžek v jednolůžkových či dvoulůžkových pokojích. Poplatek hospitalizovaných činí 250 Kč/den (regulační poplatek 100 Kč + platba za zvýšené sociální náklady 150 Kč) a adekvátní část příspěvku na péči (pokud byl přiznán). Příbuzný, který nemocného v hospici doprovází, platí 50 Kč/noc + samostatně stravu.

O činnosti hospice je vydávána každoroční výroční zpráva. Z té za rok 2012 je možno vyčíst, že služeb lůžkového hospice využilo 286 nemocných s průměrnou délkou

108 STUDENT, J.-Ch., MŮHLUM, A., STUDENT, U. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*. Jinočany: Nakladatelství H&H, 2006. ISBN 80-7319-059-1, s. 48-49

109 *Dobrovolníci v hospicové a paliativní péči*. asociacehospicu.cz [online]. 2011-03-11 [cit. 2013-12-20]. Dostupný z: <<http://www.asociacehospicu.cz/o-hospicich/dobrovolnici-v-hospicove-a-paliativni-peci/>>

110 *Právní a finanční rámec pro hospice*. asociacehospicu.cz [online]. 2010-07-26 [cit. 2013-12-20]. Dostupný z: <<http://www.asociacehospicu.cz/nase-projekty/pravni-ramec-pro-hospice/>>

hospitalizace 24,7 dnů. Obdobně jako v přechozích letech byli pacienti do hospice odesíláni později, než by pro ně bylo užitečné, neboť více než polovina z nich zemřela během 14 dnů po přijetí a dokonce více než třetina již během prvního týdne hospitalizace. Jako nejčastější diagnóza pacientů se trvale objevuje onkologické onemocnění, necelých 60 % nemocných bylo ve věku 61 – 80 let, jen 5 % tvořili lidé mladší 50 let. S občanským sdružením Gabriela pravidelně spolupracovalo 58 dobrovolníků, kteří celkem odpracovali 4.797 hodin. Využívána byla rovněž jednorázová pomoc firemních dobrovolníků z GE Money Bank, ČSOB Pojišťovny a dobrovolníků z řad studentů organizovaných humanitární organizací ADRA.<sup>111</sup>

### 2.3.1 Mýty o umírání v hospici

*Pracovníci hospice mohou pomoci umírání zrychlit nebo zpomalit.*

Cílem paliativní péče není umírání nijak uspišit či zbrzdit, ale provést člověka koncem jeho života a odborně zvládnout příznaky, které umírání doprovázejí.

*Hospice jsou náboženské nebo církevní, přijat do nich může být pouze věřící.*

Obdobně jako jiná charitativní nebo sociální zařízení, jsou i hospice poměrně často zakládány církvemi nebo náboženskými společnostmi. Neslouží však jen členům církví, víra rovněž není podmínkou přijetí do hospice. Jsou otevřeny každému bez rozdílu světového názoru, náboženské přesvědčení není nikomu vnucováno, o věcech duchovních je s nemocným či jeho rodinou diskutováno jen v případě, že o toto téma projeví zájem.<sup>112</sup>

## 2.4 Domácí paliativní péče

*„Hlavním cílem domácí paliativní péče je umožnit terminálně nemocným důstojné prožití poslední části života v domácím prostředí a pečujícím členům jejich rodin usnadnit obtížnou životní situaci.“<sup>113</sup>*

Ačkoliv většina lidí si přeje zemřít doma a mezi nejbližšími, u naprosté většiny skončí jejich život v nemocnici nebo jiné instituci. Je nepochybně ideální, když se o umírajícího v posledních chvílích stará rodina, ale tato situace je spojena s řadou problémů. Nestačí jen

<sup>111</sup> Výroční zpráva za rok 2012. hospicbrno.cz [online]. [cit. 2013-12-18]. Dostupný z: <[http://www.hospicbrno.cz/index.php/vyrocnizpravy/doc\\_view/50-vyrocnizprava-2012?tmpl=component&format=raw](http://www.hospicbrno.cz/index.php/vyrocnizpravy/doc_view/50-vyrocnizprava-2012?tmpl=component&format=raw)>

<sup>112</sup> SKÁLA, B., SLÁMA, O. a kol. *Paliativní péče o pacienty v terminálním stádiu nemoci. Doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře-novelizace 2011*. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, 2011. ISBN 978-80-86998-51-0, s. 12

<sup>113</sup> ŠPINKA, Š., KALVACH, Z., SLÁMA, O. *Umírání a paliativní péče v ČR (situace, reflexe, vyhlídky)*. Praha: Hospicové občanské sdružení Cesta domů, 2004. ISBN 80-239-2832-5, s. 74

chtít tuto péči poskytnout, je třeba hlavně umět a moci. Problémem může být chybějící nebo omezené rodinné zázemí, prostorové podmínky, nedostatečné materiální zajištění, vlastní onemocnění či péče o jiného těžce nemocného člena rodiny.<sup>114</sup>

Poskytování domácí paliativní péče je možné, jestliže si samotný nemocný tuto péči v domácím prostředí přeje. Nezbytné je rovněž seznámení rodiny a samotného pacienta s jeho zdravotním stavem, všichni musí být srozuměni se závažností a prognózou nemoci, možnostmi a mezemi domácí paliativní péče. Členové rodiny musí být ochotní se na domácí péči podílet a minimálně jedna blízká osoba musí nést odpovědnost za nepřetržité opatrování nemocného.<sup>115</sup>

V domácím prostředí lze veškerou péči upravit podle individuálních potřeb nemocného a beze zbytku respektovat jeho přání a hodnotové preference. Za použití dostupných prostředků paliativní medicíny je možné zvládat bolest a další tělesné příznaky, které provází nevléčitelné onemocnění, obvykle stejně kvalitně jako v nemocnici.

Předpokladem pro realizaci kvalitní paliativní péče v domácím prostředí je:

- nepřetržitá dostupnost (7 dní v týdnu, 24 hodin denně) odborné ošetrovatelské péče;
- trvalá možnost telefonické konzultace s kvalifikovaným lékařem, který zná pacientův stav, může ho kdykoliv navštívit a především je obeznámen s odbornou léčbou bolesti;
- dostupnost interdisciplinárního týmu poskytujícího odbornou psychologickou, sociální a spirituální péči;
- zabezpečení pomůcek umožňující péči v domácím prostředí, např. polohovací lůžko, injekční pumpy, koncentrátor kyslíku, chodítka, antidekubitní pomůcky;
- soustavná podpora pečující rodiny, která zahrnuje i teoretickou a praktickou přípravu na ošetřování v domácím prostředí, poradenství a poučení o zvláštěnostech pokročilého onemocnění, sestavení plánu řešení krizových situací, včasné předcházení syndromu vyčerpání, nabídka odlehčovacích služeb a odborně poskytovaná služba doprovázení v etapě truchlení.<sup>116</sup>

114 HAŠKOVCOVÁ, H., *Thanatologie*. Praha: Galén, 2000. ISBN 80-7262-034-7, s. 53

115 SKÁLA, B., SLÁMA, O. a kol. *Paliativní péče o pacienty v terminálním stádiu nemoci. Doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře-novelizace 2011*. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP. 2011. ISBN 978-80-86998-51-0, s. 9

116 SLÁMA, O., ŠPINKA, Š. *Koncepce paliativní péče v ČR: pracovní materiál k odborné a veřejné diskuzi*. Praha: Cesta domů, 2004. ISBN 80239-4330-8. s. 35

Naučit rodinné příslušníky pečovat o jejich umírajícího blízkého je možné, především však jim lze nabídnout účinnou pomoc ve formě mobilního (domácího) hospice. Ten však nesmí být zaměňován s klasickou domácí péčí (home care) ani pečovatelskou službou. Domácí hospic je ve světě nejčastějším způsobem realizace specializované paliativní péče. Opírá se o činnost multidisciplinárního týmu, jež je uskutečňována v domácím nebo náhradním sociálním prostředí. Tým tvoří lékař-specialista, zdravotní sestry, sociální a pastorační pracovníci, ošetřovatelé, psychologové, dobrovolníci a další pracovníci dle potřeby. Členové týmu by měli být vysoce kvalifikovaní a paliativní péče by měla být jejich ústředním profesionálním zaměřením. Tým zabezpečuje permanentní dostupnost péče, a to 7 dní v týdnu, 24 hodin denně, a měl by také samozřejmě spolupracovat s praktickým lékařem.<sup>117</sup>

Domácí paliativní péče zahrnuje několik oblastí:

#### *Péče o tělesné symptomy a obtíže*

Základem je nepřetržité hodnocení a léčba bolesti a dalších fyzických příznaků, jež by měly být zvládány ve shodě s nejnovějšími poznatky a doporučeními, případně po konzultaci se specialistou na konkrétní symptomy (algeziolog, onkolog, radioterapeut, nutriční specialista). Nejčastěji se u pokročilých stádií nevléčitelných nemocí objevuje bolest, nevolnost, zvracení dušnost, slabost, vyčerpání, nespavost, psychické problémy. V rámci ošetřovatelství je péče zaměřena zejména na péči o pokožku, prevenci proleženin, péči o příjem potravy a její nutriční hodnoty, péči o vyprazdňování, zajištění pitného režimu, péči o dýchací cesty.

#### *Psychologické aspekty péče*

Konečná fáze nevléčitelného onemocnění znamená pro nemocného i jeho rodinu velkou psychickou zátěž. Je třeba soustavně vyhodnocovat jejich duševní stav, reakce (stres, strach z budoucnosti) a psychiatrické jevy (těžká deprese, sebevražedné myšlenky). Je nutné se rovněž zaměřit na chápání nemoci přímo pacientem a podporovat postupy, s pomocí kterých se se svou situací vyrovnává (náboženství, relaxace).

---

<sup>117</sup> SLÁMA, O., KABELKA, L. a kol. *Paliativní medicína pro praxi*. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-849-0, s. 31



### *Sociální aspekty péče*

Sociální problematika pojímá rodinné vztahy, existující sociální a kulturní vazby nemocného, jeho komunikační zvyklosti, životní a finanční podmínky, možnost zajištění nezbytného domácího vybavení. Součástí je i zabezpečení účinné respitní (úlevové, odlehčující) péče, jejíž nejčastější formou je krátkodobý pobyt nemocného v lůžkovém hospici či jiném zařízení.

### *Duchovní a existenciální rozměr paliativní péče*

V rámci péče jsou citlivým způsobem zjišťovány spirituální hodnoty nemocného, jeho názory, rituály a praktiky. Pomoc musí být nabízena takovým způsobem, který by odpovídal individuálním i rodinným kulturním i náboženským hodnotám. V okamžiku úmrtí musí být zachovány náboženské a duchovní rituály podle přání nemocného a jeho nejbližších.

### *Etické a právní aspekty paliativní péče*

Péče musí být prováděna v souladu s Etickým kodexem České lékařské komory a právním řádem České republiky, a dále i s ohledem na dříve vyjádřená přání a hodnoty umírajícího.

### *Specifická hlediska péče o umírající*

Nemocný a jeho nejbližší musí být o přicházející smrti a jejích rysech informováni takovým způsobem, který je přiměřený jejich možnostem chápání, věku a kulturnímu zázemí. Je třeba určit, zda se má konečná fáze péče realizovat doma či v lůžkovém zařízení, přičemž přání pacienta a jeho rodiny by mělo být dodrženo. Během terminální fáze je potřeba paliativní péče nejpronikavější, což je třeba včas rozpoznat a správně zareagovat, např. zintenzivněním přítomnosti rodiny, dobrovolníků, návštěv sester domácí péče, lékaře. Otázka případné pitvy by rovněž měla být s rodinou vyřešena předem.<sup>118</sup>

Mobilní hospic poskytuje rodině a dalším blízkým nemocného lidskou a psychickou podporu, ale též kvalifikovanou radu a pomoc. Jedná se o komplexní péči zahrnující školení v domácím ošetřování nemocného, poradenství, půjčování pomůcek, doprovázení pozůstalých apod. Pracovníci domácího hospice pomáhají všem zainteresovaným vyznat se v nastalé životní situaci a naplno využít stávající možnosti zdravotního a sociálního

<sup>118</sup> SKÁLA, B., SLÁMA, O. a kol. *Paliativní péče o pacienty v terminálním stádiu nemoci. Doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře*. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, 2005. ISBN 80-86998-03-7, s. 2-3

systemu včetně moderních přístupů paliativní medicíny, a to jak praktickými návody ohledně péče, tak i aplikací všech znalostí tohoto oboru lékařství.

Domácí hospicovou péčí lze odvrátit často zbytečné hospitalizace v lůžkových zařízeních. Také nepochybně posiluje vztahy v rodině a předchází traumatizujícím prožitkům členů rodiny z odloučení během umírání a smrti jejich blízkých. Při podpoře týmem domácího hospice je rodina schopna zvládat podstatnou část obtížné péče vlastními silami a současně lépe překonávat dobu zármutku. Členové rodiny by s pracovníky mobilního hospice měli vytvářet sehraný tým, ve kterém panuje vzájemná důvěra a pochopení, přičemž hlavní cíl veškeré jejich činnosti představuje snaha o zlepšení kvality života umírajícího.<sup>119</sup>

Při brněnském Hospici sv. Alžběty funguje a poskytuje domácí specializovanou paliativní péči Domácí hospic Tabita. Během roku 2012 využilo jeho péče 203 pacientů, přičemž je to více než v roce 2011 (180 nemocných) i v roce 2010 (160). Sestry a lékaři hospice provedli 2.787 návštěv v domácnostech nemocných, pacienti byli v péči domácího hospice průměrně 40 dnů, v téměř čtvrtině případů však péče trvala jen maximálně 7 dnů.<sup>120</sup>

#### **2.4.1 Mýty o umírání doma**

K rozhodnutí rodiny pečovat o svého člena v poslední fázi života doma, se váže mnoho nejistoty. Je vůbec možné mít umírajícího doma? Nezanedbá se něco podstatného? Zvládneme péči a vydržíme se silami? Rozpoznáme absolutní konec?

*V domácím prostředí nelze zajistit umírajícímu tak kvalitní odbornou péči jako v nemocnici, snadno se něco zanedbá.*

Pro umírající je většinou prioritou to, že se jim dopřává laskavé péče nejbližších a nemusí tak trávit poslední chvíle v neznámém prostředí s cizími lidmi. Rodině s rozhodováním o případné hospitalizaci, pokud je skutečně nevyhnutelná, pomáhají i členové multidisciplinárního týmu poskytujícího paliativní péči.

119 ŠPINKA, Š., KALVACH, Z., SLÁMA, O. *Umírání a paliativní péče v ČR (situace, reflexe, vyhlídky)*. Praha: Hospicové občanské sdružení Cesta domů, 2004. ISBN 80-239-2832-5, s. 74-75

120 *Výroční zpráva za rok 2012*. hospicbrno.cz [online]. [cit. 2013-12-18]. Dostupný z: <[http://www.hospicbrno.cz/index.php/vyrocnizpravy/doc\\_view/50-vyroni-zprava-2012?tmpl=component&format=raw](http://www.hospicbrno.cz/index.php/vyrocnizpravy/doc_view/50-vyroni-zprava-2012?tmpl=component&format=raw)>

*Nemocný nejí a téměř nepije, pokud zůstane doma, zemře zřejmě žízni.*

Po fyzické stránce umírající neodchází najednou, ale jednotlivé tělesné funkce ustávají postupně. Organismus nemocného již nedokáže přisun živin zpracovávat, takže je třeba mu nabízet jen to, na co má ještě sílu a chuť. Tekutiny se mu mohou podávat častěji a po troškách, při neschopnosti polykat se mu aspoň zvlhčují ústa a rty. Členové hospicového týmu poradí a vypomohou rodině tam, kde je nejistá či bezradná.

*Bolest se dá zvládat jen s pomocí opiátů, které jsou ale návykové, nemocného omámí a on potom bude zmatený.*

Při zvládání bolesti paliativní péče využívá opiátů, při jejich odborné aplikaci však k destrukci psychiky nemocného nedochází, naopak opiáty zabraňují tomu, aby člověk nebyl vyčerpáván bolestmi, mohl s nejbližšími komunikovat a co nejplněji prožít poslední etapu života. Při odeznění bolesti lze i bez obav z abstinenčních příznaků dávky snížit nebo úplně vysadit.

*Opatrování umírajícího v domácím prostředí rodinu vyčerpává a není pro ni zdrojem žádné radosti.*

Péče o nemocné na sklonku života je pro jeho nejbližší opravdu nesnadná. Klade na ně extrémní nároky, které však mají i pozitivní stránku. Pokud se rodina snaží pomoci a vykonat to nejlepší, co jde, může po smrti svého člena s uspokojením konstatovat, že udělala vše, co mohla a mít z toho v určitém smyslu radost.

*Nikdo si nepřeje, aby ho jeho nejbližší viděli zuboženého, museli ho krmit a přebalovat.*

Zdravý člověk na podobné okolnosti nahlíží s despektem. Na konci života je však nemocný vděčný za to, že podobné věci obstarají blízcí, kterým není potřeba nic vysvětlovat, nic před nimi skrývat a kteří tyto věci vykonávají s láskou.

*Panuje nejistota, zda musí být s nemocným nepřetržitě někdo doma.*

Stálá společnost není nutná u počínajícího onemocnění. Pokud ale již život nemocného směřuje ke konci, je nezbytné, aby dotyčný nebyl sám, aby rodina ve spolupráci s hospicem, dobrovolníky a přáteli u něj zabezpečila trvalou přítomnost. Především poslední noci mohou být obtížné, a tak se zaměstnanci hospice a dobrovolníci snaží tento čas rodině usnadnit, dát jim možnost se vyspat nebo jít na chvíli ven a načerpat další síly.

*Na úplném konci života umírající nic nevnímá, je tedy lhostejné, kdo o něj pečuje.*

Nemocný má v závěru života skutečně již málo sil, bezpochyby ale do poslední chvíle vnímá, že se nachází doma, vnímá přítomnost svých blízkých a slyší jejich slova, i když už nemá energii reagovat.

*Umírající nemluví, není možné s ním navázat kontakt, je zbytečné mu cokoliv říkat.*

Umírající člověk už nemá sílu k vlastnímu projevu. A protože existují věty, které by neměly zůstat nevyřčeny, je nutné, aby je vyslovili nejbližší osoby za něj: Děkuji ti. Odpusť mi, prosím. Odpouštím ti. Mám tě rád.<sup>121</sup>

---

121 SKÁLA, B., SLÁMA, O. a kol. *Paliativní péče o pacienty v terminálním stádiu nemoci. Doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře-novelizace 2011*. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, 2011. ISBN 978-80-86998-51-0, s. 12-14

### 3 KONEC ŽIVOTA

Je nepopíratelným faktem, že možnosti medicíny jsou limitované, a to i přesto, že díky obrovskému pokroku vědy a techniky prodělala medicína během několika posledních desetiletí mnohonásobně větší rozvoj než během předchozích staletí a tisíciletí. Zejména média vytvářejí představu lékařství, které dokáže všechno. Do této představy však nezapadá situace, ve které se nedá dělat nic, nic ve smyslu vyléčení. Takovou situací je terminální, tedy konečné stádium. Jasně ukazuje, že medicína je omezená ve svých výsledcích a omezený je i lidský život. Lidská konečnost je daná faktem smrti.

Lidé už od pradávna hledali elixír života, lék proti stárnutí a umírání. Zatím neúspěšně. Stárneme všichni už od narození, smrt je naprogramovaná v našich buňkách. Současná vyspělá medicína je charakterizována i tím, že doslova bojuje o život každého člověka. Ve snaze nedovolit smrti, aby zvítězila, došlo však k jejímu tabuizování. Byl přijat všeobecný názor, že smrt se do našeho moderního života nehodí a je ostudou úspěšné medicíny. Moderní člověk předpokládá, že bude žít úspěšně a především dlouho, přičemž spoléhá na medicínu, která přece umí téměř poručit větru a dešti. Do této představy pak jakákoliv smrt nezapadá, je považována za nespravedlivou a předčasnou. Blízcí pozůstalí jsou často překvapeni tím, že nelze kdekoliv a kdykoliv učinit zázrak a také lékaři jsou rozčarováni z nutných omezení svých možností. Přesto všechno každý člověk ví, že jednou musí zemřít. Předpokládá však, že jeho konec přijde po dlouhém a úspěšném životě a především rychle a bezbolestně, eventuálně s pomocí lékařů, kteří jsou vyzbrojeni příslušným vzděláním.

Smrt nikdy nezažijeme, neboť není událostí života. Můžeme s ní mít pouze zkušenost prostřednictvím smrti druhého člověka, v jejím důsledku ale máme možnost dojít k poznání o sobě a svém vlastním životě.

Ke smrti lze zaujmout různý postoj, přičemž i nezaujetí postoje je určitým vyjádřením. Jako základní postoje bývají uváděny:

**Tabuizace** – tzn. dělat, jako by nebyla. Jde o vytěsňování problematiky umírání a smrti z vědomí do nevědomí. Jedná se o poměrně rozšířený postoj, obzvláště v České republice.

**Memento mori** – tato fráze (pamatuj na to, že zemřeš, že jsi smrtelný) připomíná lidskou smrtelnost a konečnost a byla všeobecně rozšířena již v římské době.<sup>122</sup>

**Absurdita, nesmyslnost** - „*pocit absurdity souvisí s pocitem nesmyslnosti: lidské bytosti žijí v absurdním světě, v němž smysluplnost je zpochybněna skutečností smrti. Smysl celku neexistuje, lidské úsilí dojít smyslu nakonec ztroskotává. Důsledkem absurdity je vzdor, svoboda a vášeň*“.<sup>123</sup> Tak jako člověk vzdoruje absurditě, vzdoruje i smrti, která je rovněž absurdní. Tímto postojem se zabýval například Albert Camus ve svém díle *Cizinec*.

**Existenciální zkušenost** – dle Heideggera je smrt limitou lidského pobytu v čase. Zkušenost s uzavřením života smrtí však nemůže člověk udělat sám se sebou, ale jen díky smrti druhého člověka. Existenciálním smyslem spění lidského života ke konci, je možnost být celý. Až smrtí se lidský život stává tím, čím ještě nebyl – uceleným.

**Smrt jako negativní aspekt života** – indický myslitel Rabindranáth Thákur chápe smrt jako vyměření, ovšem v pozitivním smyslu tak, že je to něco, co dává životu smysl tím, že ho ukončuje, vytyčuje mu meze. Smrt tak přirozeně patří k životu.<sup>124</sup>

Dá se vůbec určit, jaký postoj ke smrti by měl být ten jediný správný? Lidé, kteří nemají proč žít, nebo jsou už životem příliš unaveni, ji berou jako šanci uniknout. U těch, kteří věří ve šťastný posmrtný život, je asi očekávána s podstatně pozitivnějšími pocity. Na neutrální vztah ke smrti lze usuzovat, pokud se člověk smrti nebojí, ani není šťastný, že již zemře. V každém případě je smrt fakt, který není možné popřít a nelze se mu ani vyhnout.

### 3.1 Smrt

Smrt člověka byla od nepaměti určována jen na základě zkušeností. Pokud ustalo dýchání a činnost srdce, objevily se i její další znaky, které vrcholily rozkladem těla. V souvislosti s rozvojem znalostí byla přiznána důležitost i mozku, jakožto základnímu prvku pro integraci celého organismu. V důsledku pokroků v oblasti resuscitace začalo docházet k diskusím o okamžiku smrti. Objevovali se otázky: Jak lze smrt definovat? Kdy lze o člověku prohlásit, že je mrtvý?

122 KUŘE, J. a kol. *Kapitoly z lékařské etiky*. Brno: Masarykova univerzita, 2012. ISBN 978-80-210-5951-1, s. 65

123 KUŘE, J. a kol. *Kapitoly z lékařské etiky*. Brno: Masarykova univerzita, 2012. ISBN 978-80-210-5951-1, s. 65

124 KUŘE, J. a kol. *Kapitoly z lékařské etiky*. Brno: Masarykova univerzita, 2012. ISBN 978-80-210-5951-1, s. 65-66

Úmrtí je definováno jako „trvalé vymizení všech známek života bez možnosti opětovného oživení. Může nastat v kterémkoli okamžiku od narození živého dítěte.“<sup>125</sup> Smrt je podobně z lékařského hlediska „stav, kdy u člověka dochází k nezvratným změnám mozku, při nichž nastane selhání funkce a zánik center řídících krevní oběh a dýchání. Zánik jedince, u něhož vymizí známky života a jeho funkce.“<sup>126</sup>

Jak uvádí Haškovcová „smrt (*mors*) je individuální zánik organismu, tedy také člověka.“<sup>127</sup>

Kutnohorská rozeznává a uvádí následující rozdělení:

**Teorie biologických hodin** – k úmrtí člověka dochází, když se naplnil jeho geneticky podmíněný tzv. program života nebo když je v určitém období realizován tzv. program smrti.

**Sociální smrt** – situace, kdy člověk žije, ovšem je vyvázan z důležitých sociálních vztahů, je izolován ze společnosti a nelze jej do ní vrátit. Tento stav může nastat i u zdravého člověka, přičemž podstatné je úsilí, aby nemocný svůj život plně žil i s vědomím blížící se smrti.

**Psychická smrt** – znakem je naprostá duševní rezignace, naplno prožívané zoufalství a beznaděj. Přispívá k nástupu smrti fyzické.

**Fyzická smrt** – dochází k odchodu funkcí v mozku, a tím i vědomí. Funkční není žádná část mozku, poté následuje i smrt orgánů lidského těla.<sup>128</sup>

Je důležité si uvědomit, že smrt psychická a sociální často předchází smrti fyzické, nikdo by však neměl zemřít dříve psychicky než fyzicky. Vytržení z domova, od blízkých, z prostředí, ve kterém člověk prožil svůj život, odsun do neznámého prostředí, nejčastěji nemocnice, pozbytí lásky a naděje představuje první stupeň umírání – začátek smrti psychické a sociální.

Ve vzdálenější minulosti lidé nejčastěji umírali přirozenou smrtí, sešlostí věkem, nyní je většinou úmrtí výsledkem určitého patologického procesu. Někdy se užívá označení lékařská smrt, což odkazuje na smrt v důsledku nemoci, která nejčastěji nastává v nemocnici či v jiné instituci.

125 VOKURKA, M., HUGO, J. a kol. *Velký lékařský slovník*. Praha: Maxdorf, 2012. ISBN 80-85912-43-0, s. 865

126 VOKURKA, M., HUGO, J. a kol. *Velký lékařský slovník*. Praha: Maxdorf, 2012. ISBN 80-85912-43-0, s. 771

127 HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie*. Praha: Galén, 2000. ISBN 80-7262-034-7, s. 74

128 KUTNOHORSKÁ, J. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-2069-2, s. 74

Rychlost úmrtí je nestejná, rozlišována bývá smrt náhlá, rychlá a pomalá. Náhlá smrt svůj příchod neohlašuje, rychlá tak činí neurčitě nebo jen omezeně. Koncept náhlé smrti bývá obvykle spojován s tragickou smrtí, pojem rychlá smrt odkazuje na nemoc, která je důvodem nedalekého odchodu ze života. Podstatné je, že oba tyto typy smrti zastihnou příbuzné zemřelého zcela nepřipravené.

Uváděno bývá také rozlišení na avizovanou a neavizovanou smrt. Pomalá smrt se v určitém poměrně dlouhém časovém úseku předem ohlašuje, avizuje, což lze vyzorovat z nejrůznějších obtíží. Dříve bývalo pomalé umírání stavěno na roveň nezměrnému utrpení, až později se začalo hovořit o fázi posledního zrání a o posledním úkolu. Příbuzní nemocného, i on sám, se mají možnost na odchod alespoň částečně připravit.

Podle věku, ve kterém smrt člověka dostihne, se rozeznává smrt předčasná či přiměřená – v tomto případě se spíše hovoří o požehnaném věku.<sup>129</sup>

Ve většině případů má člověk dostatek času uvědomit si, že se jeho život blíží ke konci. Kübler-Rossová zobecnila prožitky nemocných a formulovala pět etap postoje k umírání po oznámení beznadějně diagnózy. Těmito fázemi v psychické úrovni neprochází jen nemocný, nýbrž i jeho nejbližší.

1. fáze – *zavírání očí před skutečností a osamění (bývá též označována jako fáze negace)*. Nastává šok, popírání a zapuzení nepříznivé diagnózy, osamělost přichází s hospitalizací v nemocničním prostředí.
2. fáze – *zloba (agrese)*. Nemocný si pokládá otázku: Proč zrovna já? Všude nachází důvod ke zlobě, svůj hněv obrací proti příslušníkům rodiny, lékařům, zdravotníkům, všem zdravým lidem. Východiskem je tolerance nejbližších vůči nemocnému.
3. fáze – *vyjednávání (smlouvání)*. Nemocný se upíná k zázračným lékům, léčitelům, dietám a pověrám, za ně je pak ochoten cokoliv zaplatit. Činí velké sliby, uzavírá „obchody“ s Bohem.
4. fáze – *deprese (smutek)*. Pociťuje smutek z utrpěné či hrozící ztráty, příčinou je např. změněný zevnějšek vlivem nemoci či ztráta životního standardu a obava o finanční zaopatření rodiny.

<sup>129</sup> HAŠKOVCOVÁ, H., *Thanatologie*. Praha: Galén, 2000. ISBN 80-7262-034-7, s. 74-75



5. fáze – *souhlas (smíření)*. Nelze ji chápat jako šťastný stav, je však prosta krutých pocitů. Přichází pokora, vyrovnání, pocit skončeného boje. Nyní potřebují nejbližší nemocného obvykle více pomoci než on sám.<sup>130</sup>

Tyto fáze nemusejí přicházet vždy ve výše uvedeném pořadí, často se mohou některé z nich vracet, střídat, ba někdy i v jediném dni dvě až tři prolínat. Netrvají stejně dlouho, případně dojde i k absenci některé z nich – to vše vyplývá z jedinečnosti každého člověka.

Samotné umírání je proces, který bývá v odborné literatuře dělen na tři období:

*Pre finem* – na začátku je povědomí, ať již laické (pacientovo) či lékařské, že nemoc je vážná a do budoucna neslučitelná se životem. Člověku je oznámena diagnóza vážné dlouhodobé nemoci, musí však být také ubezpečen, že kromě lékařské pomoci mu bude poskytnuta také pomoc lidská. Podstatné je zabránit smrti psychické a sociální, neboť rezignace a zoufalství většinou život zkracují a urychlují příchod fyzické smrti.

*In finem* – je shodné s lékařským pojetím terminálního stavu. Terminální péče je taková, jež je poskytována nemocnému, pokud není možné žádné zlepšení jeho zdravotního stavu dostupnými lékařskými metodami, také jde o péči v době přicházející smrti. V tomto období vyvstává otázka eutanazie.

*Post finem* – zahrnuje péči o mrtvé tělo a rovněž péči o pozůstalé.<sup>131</sup>

### 3.2 Umírání

Neméně důležité oproti definování toho, kdy nastává smrt, je i popsání toho, co se děje s člověkem ve chvílích odchodu. Samotný proces umírání smrti předchází, u každého člověka je individuální jak délka jeho trvání, tak i podoba.

#### Fyzická stránka umírání

O fyzických jevech je k dispozici nejvíce poznatků, neboť jsou předmětem pozornosti těch, kteří jsou nejčastěji v blízkosti umírajících, tedy lékařů.

„*Atria mortis – brány smrti – tak zní lékařský termín, pro tři nejdůležitější „brány“, tj. Orgány nezbytné pro život: pro činnost srdce, dechu a mozku.*“<sup>132</sup> Ukončení činnosti

130 KÜBLER-ROSSOVÁ, E. *Hovory s umírajícími*. Hradec Králové: Signum unitatis, 1992. ISBN 80-85439-04-2, s. 12-80

131 KUTNOHORSKÁ, J., *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-2069-2, s. 75

132 KŘIVOHLAVÝ, J. *Křesťanská péče o nemocné*. Praha: Advent, 1991, s. 77

jakéhokoliv z nich znamená bezprostřední předzvěst smrti celého organismu. Tělesné příznaky přicházející smrti jsou:

- nedostatek vzduchu, tzv. kyslíková nouze. U nemocného vzbuzuje pocit ohrožení, děsu, strachu ze smrti,
- bolest, obzvláště nesnesitelně silná bolest. Častokrát vede člověka k zoufalým pocitům fyzického zničení,
- zúžené vědomí. Předmětem myslí nemocného jsou výhradně obavy a strach z blížící se smrti.

Umírající však nevidí to, co pozorují lidé kolem nich, tedy že se mění jejich nejzákladnější mimické rysy v obličejí, nevnímají vlastní chrčení či chroptění, vyvracení očí v sloup. Jako další nejtypičtější fyzické příznaky blížící se smrti bývají uváděny vysoká horečka, totální apatie, fantazírování při velikém zneklidnění, absolutní selhání sensomotorické koordinace (soulad mezi tím, co dotyčný chce dělat a tím co ve skutečnosti dělá), slabost ve všech končetinách a částech těla (neudržení moči a stolice), zežloutnutí pokožky, vyhubnutí, hromadění vody v nohou, těžká celková ochablost, vpadlý obličej.

*„Nejběžnějším symptomem umírajícího je slabost a únava. Většina lidí zeslábně tak, že nejsou schopni už cokoli si sami udělat. Přestávají chodit, nedokážou se sami obrátit v posteli, soustředit se na konverzaci, ba ani udržet oči otevřené. Někdy stráví většinu dne odpočinkem nebo spánkem. Spánek se často prohloubí a spáček upadne do bezvědomí; postupně se zpomaluje dýchání, až se zastaví docela.“<sup>133</sup>*

### **Psychická stránka umírání**

Jejím obsahem je to, co se děje v duši člověka při umírání, co se děje v jeho mysli a v emocionální sféře jeho psychiky.

*Mysl odcházejícího:*

- má víceméně zastřené vědomí – tato situace nastává zejména u umírajících po dlouhé nemoci. Vlivem psychických změn v organismu je možno pozorovat částečné či větší vysazování schopnosti myšlení i vnímání okolí, na čemž se často podílí uremie (selhání ledvin, tj. vnitřní otrava organismu nevyločenými

<sup>133</sup> CALLANAN, M., KELLEY, P. *Poslední dary: jak porozumět zvláštnímu vnímání a potřebám umírajících*. Praha: Vyšehrad, 2005. ISBN 80-7021-819-3, s. 39

dusíkatými látkami), cukrovka, zánět jater. Výsledkem je agonie, tzv. předsmrtný západ před exitem, a konečné úmrtí v bezvědomí;

- plné vědomí – u umírání někdy nedochází k zastření vědomí, například u zánětu pobřišnice, degenerativních nebo rakovinných onemocnění hrtnanu či u infarktu myokardu, kdy smrt přichází až po několika hodinách či dnech, je řada odcházejících při plném jasném vědomí až do konce.

*Emocionální sféra:*

- obavy a strach - umírající je často ve stavu mimořádné vnitřní tísně, prožívá pocit ohrožení, neboť to, co ho trápí, je silnější než všechny síly, které ho drží při životě.
- euforie (relativně veselý stav a soubor příjemných pocitů) – někteří umírající jsou při odchodu zdánlivě nepochopitelně veselí a bezstarostní, především ti, u kterých nastává smrt v důsledku sepse, tuberkulózy plic, některých onemocnění krve. S největší pravděpodobností jde o selhání obranných mechanismů organismu z důvodu vysoké a dlouhotrvající horečky a schvácenosti.

### **Duchovní stránka umírání**

Smrt není záležitostí jen těla, ale týká se celého člověka, tedy i jeho duchovního života.

*„Je-li tento odchod možno charakterizovat jako „boj“, ba „těžký boj“ v tělesné (fyzické) oblasti, případně i v oblasti duševní (myšlení, chtění, a cítění), je možno jej charakterizovat též jako „boj“ v oblasti duchovní.“<sup>134</sup>*

O tomto boji víry v nejtěžším úseku života uceleně vypovídá bible. Především v popisu okolností umírání Ježíše Krista mohou věřící křesťané čerpat naději, neboť se zde nedočtou jen o negativních věcech, nýbrž i o odpuštění, zachování víry tváří v tvář smrti, o prožívání bolesti.

Víra v Boha je pro mnohé nemocné příhodným předpokladem pro zvládnání extrémní zátěže, jakou je i umírání, ovšem není sama o sobě zárukou, že se tak i stane. Není to víra, ale naplněnost života, který má člověk za sebou, co mu umožňuje přijmout smrt s odevzdáním.

<sup>134</sup> KŘIVOHLAVÝ, J. *Křesťanská péče o nemocné*. Praha: Advent, 1991, s. 79

### 3.3 Model umírání

Tak jako patří do života zrození, patří do něj odedávna i smrt. Faktum konečnosti si lidé uvědomovali vždycky, ale v historickém kontextu lze najít zřetelné rozdíly v oblasti akceptace smrti. V dávných dobách byla smrt chápána jako důležitý předěl mezi krátkým, těžkým žitím na zemi a rajským věčným životem. Lidé se také báli smrti a umírání, ovšem jinak než dnes. Smrt byla všudepřítomná a častá. Kojenecká a dětská úmrtnost byla vysoká, dožití se dospělosti a navíc vysokého věku nebylo rozhodně samozřejmé. Lidé stonali většinou krátce, poměrně rychle umírali, přičemž to bylo zapříčiněno špatnou výživou, neléčitelnými infekcemi, zraněními. Dá se říci, že v určitém smyslu bylo samozřejmější zemřít než žít. Smrt byla součástí života, celé generace se připravovali na umírání tím, že pozorovali okolní smrt nebo přímo o umírající pečovali. Smrt byla blízká, důvěrná, viditelná, umíralo se nejen doma, ale i na veřejných prostranstvích.<sup>135</sup>

V minulosti přecházela z pokolení na pokolení zkušenost, jak o umírajícího pečovat. Současný člověk se se smrtí a umíráním sice setkává každý den, je na ni zvyklý. Jde však o smrt virtuální, hranou, která je zobrazována na televizních obrazovkách, v novinách, počítačových hrách. Lidé se s ní ovšem neztotožní, naopak jejich snahou je, aby se jich netýkala a snaže se staví na stranu přeživších. Dnes obecně lidem chybí zkušenost předků, kteří podobu smrti důvěrně znali a byla pro ně přirozenou součástí života, neboť nejčastěji lidé v té době umírali doma. Smrt byla rituálem, jímž končil život. Stejně jako život se i smrt týkala celé rodiny, přátel, známých, přičemž bylo společenskou povinností se s umírajícím na lůžku rozloučit. Předností tohoto způsobu umírání byl vypracovaný rituál rodinného umírání, kdy každý věděl, co může a má dělat, tento pevně daný obřad poskytoval oporu, nabízel útěchu a pomáhal pozůstalým se vyrovnat se smrtí.<sup>136</sup>

Odborná literatura rozpoznává **domácí a institucionální model umírání**. *Domácí model* je nutné s odkazem na minulost chápat jako ideál umírání. Představa, že člověk odcházel ze života doprovázený laskavou rodinou, je nepřesná, už jen proto, že mnoho umírajících rodinu nemělo nebo ji mělo nefunkční. Obvyklý postup domácího umírání byl spíše takový, že člověk po zhodnocení situace poznal, že nastaly jeho poslední okamžiky života, svolal členy rodiny, vyslovil poslední přání a proběhlo důstojné rozloučení. Přítomnost lékaře nebyla obvyklá z především z finančních důvodů, naproti tomu větší roli hrál v této

135 HAŠKOVCOVÁ, H., *Thanatologie*. Praha: Galén, 2000. ISBN 80-7262-034-7, s. 23-24

136 KUTNOHORSKÁ, J., *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-2069-2, s. 75-76

fázi kněz. Pokud však k umírání za účasti rodiny došlo, byl tu již výše zmíněný rituál zajišťující znalost rolí všech zúčastněných. Členové rodiny se v průběhu života opakovaně setkávali s umíráním, věděli, jak tento proces probíhá, setkávali se zblízka nejen se smrtí, ale i s mrtvým tělem, uměli často rozeznat jednotlivé fáze umírání. Věděli také, jak se o umírajícího postarat v posledních chvílích života prakticky, měli zkušenosti s nakládáním s mrtvým tělem. Dnešní člověk tyto znalosti a dovednosti nemá, bývá obvykle přesvědčen, že péče o umírající je výhradně v rukou zdravotníků. Setkání se smrtí tak bývá plně panického strachu a bezradnosti, a i když existuje ochota podílet se na péči o umírajícího, vlivem nejistoty a nezkušenosti nebývá realizována.<sup>137</sup>

V moderní době se umírání a smrt odehrávají především v nemocnicích, LDN, domovech důchodců, léčebných ústavech apod., hovoříme o *institucionálním modelu umírání*. Primárním důvodem k umístění umírajících do těchto zařízení byla snaha o zajištění a poskytnutí profesionální odborné péče. Přibližně od 30. let 20. století, však začalo docházet k jejich izolaci, neboť převládl názor, že umírající potřebují především klid. Cílem bylo také ušetřit spolupacienty pohledům na umírajícího. Vznikla praxe bílé zástěny - plenty, která ale již v 50. letech 20. století byla chápána jako něco, co násobí pocit osamění. Umírajícímu byla poskytována potřebná péče, neměl ale možnost svůj odchod očekávat za přítomnosti nejbližších, byl sám.<sup>138</sup>

Institucionalizovaný model umírání je předmětem kritiky, která bývá občas až nespravedlivá. Održení rodiny od umírajících bylo tak dlouhé, že příbuzní si dnes nemají kde osvojit potřebné vzorce chování. I když s postupem doby přivítali možnost strávit u lůžka odcházejících blízkých co nejvíce času, poskytování potřebné péče raději stále ponechávají v rukou profesionálů. Bezvýhradný přechod k mytizovanému modelu domácího umírání je systémově nereálný, a tak východiskem by bylo vzít z domácího i institucionálního modelu umírání to dobré a především téma umírání a smrti odtabuizovat.

---

137 HAŠKOVCOVÁ, H., *Thanatologie*. Praha: Galén, 2000. ISBN 80-7262-034-7, s. 26-28

138 KUTNOHORSKÁ, J., *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-2069-2, s. 76-77

### 3.4 Umírání v České republice

V České republice v roce 2012 zemřelo 108.189 osob, konkrétně 54.550 mužů a 53.639 žen. Tři čtvrtiny osob (73,9 %) zemřelo v léčebném či sociálním zařízení (institucionální model smrti), pouze 21,0 % úmrtí se odehrálo v domácím prostředí.<sup>139</sup>

Tab. 1: Zemřelí podle místa úmrtí v roce 2012

Místo úmrtí	Absolutně			V %		
	muži	ženy	celkem	muži	ženy	celkem
Doma	12 439	10 237	22 676	22,8	19,1	21,0
V nemocnici	31 588	31 490	63 078	57,9	58,7	58,3
V léčebném ústavu	4 496	5 517	10 013	8,2	10,3	9,2
Na ulici či veřejném místě	1 710	450	2 160	3,1	0,8	2,0
Při převozu	314	203	517	0,6	0,4	0,5
V sociálním zařízení	2 054	4 846	6 900	3,8	9,0	6,4
Ostatní	1 949	896	2 845	3,6	1,7	2,6
<b>Celkem</b>	<b>54 550</b>	<b>53 639</b>	<b>108 189</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Zdroj: Úzis ČR

Z tabulky však nelze vyčíst další důležité údaje. Odpovídalo místo úmrtí přání zemřelého? Kde tyto osoby prožily poslední měsíce a týdny svého života? Dostávalo se umírajícím a jejich blízkým adekvátní podpory a péče?

Na začátku října 2011 byly zveřejněny výsledky výzkumu veřejného mínění na téma Umírání a péče na konci života, který realizovala agentura STEM/MARK. Výzkum zprostředkoval pohled na dané téma z pohledu laické i zdravotnické veřejnosti, přičemž oslovených bylo 1.095 lidí z běžné populace a 1.006 zdravotníků.

Nejvýraznějším sdělením, které výzkum přinesl, byla skutečnost, že lidé chtějí umírat doma (78 %), jsou ochotni se o své blízké starat až do konce (88 %) a rovněž zdravotníci považují domácí prostředí za nejlepší místo pro umírající pacienty (88 %). 69 % lidí by kolem sebe chtělo mít na konci života rodinu, 45 % partnera a jen 5 % dotazovaných by si přálo mít při umírání kolem sebe zdravotníky.<sup>140</sup>

Z výsledků jednoznačně vyplynulo, že pro dvě pětiny dotazovaných osob je těžké o smrti a umírání hovořit, což je jistě ovlivněno i tím, že smrt je z nejrůznějších důvodů

<sup>139</sup> *Zemřelí 2012* [online]. Praha: ÚZIS ČR, 2013. ISBN 978-80-7472-043-7, s. 8. [cit. 2013-09-27]. Dostupný z: <<http://www.uzis.cz/system/files/demozem2012.pdf>>

<sup>140</sup> *Umírání a péče o nevléčitelně nemocné: soubor kvantitativních výzkumů pro hospicové občanské sdružení Cesta domů* [online]. STEM/MARK, 2011. [cit. 2013-09-29]. Dostupný z: <<http://www.umirani.cz/res/data/017/001909.pdf>>

považována za tabu a podle téměř poloviny dotazovaných laiků by se s dětmi o smrti a umírání vůbec nemělo hovořit. Lidé se na umírání nejvíce obávají ztráty důstojnosti (soběstačnosti) a také bolesti.

V souvislosti s přáním umírat doma je také nezbytné zaměřit se osoby poskytující péči o umírající. Podle výzkumu by jen osmina dotazovaných z řad veřejnosti nebyla ochotná pečovat o svého blízkého v domácím prostředí, přičemž tři čtvrtiny oslovených zdravotníků se domnívá, že s případnou pomocí specializovaných mobilních hospicových týmů je možné se o umírajícího doma dobře postarat. Podle naprosté většiny všech odpovídajících se do péče o umírajícího mají zapojovat příbuzní, a dle názoru laické veřejnosti (95 %) by děti měly vidět své rodiče pečovat o jejich rodiče, případně se i na péči o své nejbližší spolupodílet.<sup>141</sup>

I přes jednoznačnou preferenci domácího prostředí jako místa pro odchod ze života se podaří strávit poslední chvíle života doma jen málokomu. A tak jako je odlišná realita od přání a představ o místě smrti, liší se i skutečnost od očekávání v případě způsobu smrti. Lidé obecně chtějí umírat bez bolesti, strádání, ve spánku, rychle. Zpravidla ale blížící se konec života tato očekávání nenaplní a člověk mnohdy uvažuje o ukončení života. O urychlení smrti nemocný člověk téměř nikdy nepožádá, pokud je mu poskytována správná a všestranná péče. Pokud však už přece jen takové přání vysloví, dokládá to, že nejsou uspokojeny všechny jeho potřeby. Prvotním úkolem by tedy nemělo být jeho utěšování, ale snaha odhalit pravou příčinu jeho nespokojenosti se stávajícím životem.

Může jít o strach z nesnesitelné bolesti, strach ze ztráty lidské důstojnosti, obava, že bude svým nejbližším na obtíž. Žádost člověka může být spíše voláním po příležitosti k vyjádření zoufalství a smutku. Pokud se nenajde nikdo v rodině, s kým může dotyčný hovořit o svých úzkostech a obavách, chybí mu pocit bezpečí, který hledá následně u lékaře. Požadavek na urychlení smrti není ani v tomto případě myšlen vážně, slouží jen k rychlému připoutání pozornosti. *„Nejčastější příčinou takových žádostí je bohužel nezájem a neúcta k člověku, jako jedinečné a neopakovatelné bytosti.“*<sup>142</sup>

141 *Umírání a péče o nevyléčitelně nemocné: soubor kvantitativních výzkumů pro hospicové občanské sdružení Cesta domů.* umirani.cz [online]. STEM/MARK, 2011. [cit. 2013-09-29]. Dostupný z: <<http://www.umirani.cz/res/data/017/001909.pdf>>.

142 SVATOŠOVÁ, M., *Hospice a umění doprovázet.* Praha: Ecce homo, 1995, s. 36

### 3.5 Sociální pedagogika a konec života

Pojetí sociální pedagogiky se v historickém vývoji různilo a proměňovalo, což zvláště souviselo s výkladem pojmu sociální. Jeden přístup tento pojem vykládal ve smyslu potřeby pomoci těm, kteří se nalézají ve složité životní situaci, druhý chápal pojem sociální ve vztahu k celé společnosti, a tedy ve smyslu výchovy všech společenských skupin pro život v dané společnosti. Současná sociální pedagogika shrnuje dvě dimenze. Sociální, která je dána sociálním rámcem, společenskými podmínkami v konkrétní společnosti, přičemž sociální pedagogika tyto podmínky akceptuje a usiluje o nalezení východiska a řešení pro optimální rozvoj osobnosti. Pedagogická dimenze spočívá v prosazování a realizování společenských nároků, žádoucích cílů, požadavků a minimalizování vznikajících rozporů za užití pedagogických prostředků. Ústřední téma sociální pedagogiky představuje snaha o rozvoj sociální kreativity, aktivizaci sil každého vychovávaného, rozvíjení jeho životního způsobu s ohledem na osobité předpoklady a minimalizaci rozporů mezi ním a společenskými podmínkami.<sup>143</sup>

Závažným rysem naší současné společnosti je silné a trvale pokračující oslabování sociálních vazeb, rozklad tradičních pospolitostí, do nichž je člověk zapojen a v nichž nachází oporu. Bezprostředně se nás dotýká i stárnutí populace, neustále se zvyšující počet starších lidí postproduktivního věku a jejich narůstající podíl v celkové populaci. Důvodem stárnutí obyvatelstva je bezesporu výrazné zlepšení zdravotní péče, pokroky medicíny, stále vyšší životní úroveň.

Spolu s výše uvedeným se pak zjednodušuje i pohled a konec života, na smrt a umírání, a mohou se hledat jednoduchá, nezatěžující řešení. Tímto jednoduchým a rychlým řešením umírání se přímo nabízí eutanazie. Rodiny by už nemusely plnit očekávání, že se postarají o své nevléčitelně nemocné příslušníky, děti by nebylo nutné vychovávat k úctě ke stáří, stát by rozhodně ušetřil finanční prostředky, neboť by je nevydával na ekonomicky náročnou péči o nemocné.

Úlohou sociální pedagogiky je pak celoživotní výchova jedinců i společnosti k nehledání jednoduchých a populistických řešení. Naopak měla by vést k orientaci v tomto společensko-historickém problému a pohledu na umírání, které není ovlivněno materiálními zájmy jednotlivců či společnosti a rovněž není ve větší míře narušováno

<sup>143</sup> KRAUS, B. *Základy sociální pedagogiky*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-383-3, s. 39-45



rozpadajícími se sociálními vztahy. Součástí sociální pedagogiky by tedy měla být výchova k vyšším lidským hodnotám, které se promítají do přístupu k poslední fázi života, tedy umírání.

Sociální pedagogika by dále měla mít důležitou roli při řešení krizových životních situací, a tou bezesporu umírání je. Naše společnost je označována jako postmoderní, dnešní doba přinesla výrazné změny v životě všech jedinců. Narůstá počet lidí, kteří nejsou schopni se v tomto světě zorientovat. S tím, jak se zvyšuje počet lidí ocitajících se v tísní, vzrůstá i význam pomoci a pomáhajících profesí.

*„Sociální pedagogika jako životní pomoc je pozitivní pedagogika, jejímž cílem je v systému komplexní péče poskytnout pomoc dětem, mládeži a dospělým v různých typech prostředí hledáním optimálních forem pomoci a kompenzováním nedostatků. Cílem je přeměna lidí a společnosti prostřednictvím výchovy.“<sup>144</sup>*

Sociální pedagogika by se v souvislosti s paliativní péčí měla tedy zaměřit na laickou i odbornou veřejnost. Důležité je zajistit dostatečnou informovanost všech o tom, co obecně paliativní péče je, koho se týká, jaký je způsob jejího financování.

V oblasti paliativní péče se sociální pedagogika také úzce setkává se sociální prací a svou důležitou roli zde má dobrovolnictví. V souvislosti s hospicovou péčí by se každý člověk mohl zamyslet nad tím, co může udělat pro nemocné v těchto zařízeních, neboť *„...dobrovolnickou práci může vykonávat každý dospělý člověk bez ohledu na věk.“<sup>145</sup>*

---

144 BAKOŠOVÁ, Z. *Sociální pedagogika ako životná pomoc*. Bratislava: Public promotion, 2008. ISBN 978-80-969944-0-3, s. 55

145 KRAUS, B. *Základy sociální pedagogiky*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-383-3, s. 138

## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**

## 4 DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ

V teoretické části diplomové práce jsem se zabývala smrtí a umíráním, eutanazií a paliativní péčí. Definovala jsem nejdůležitější pojmy spojené s těmito oblastmi, zaměřila jsem se na problematiku legalizace eutanazie, na poskytování paliativní péče v hospicovém zařízení a v domácím prostředí.

Na výše uvedené teoretické poznatky navážu v praktické části diplomové práce, a to dotazníkovým šetřením provedeným v rámci široké veřejnosti.

### 4.1 Cíle výzkumu

Cílem praktické části diplomové práce je zjistit, jak se oslovení respondenti stavějí k péči o umírající, jaká je jejich osobní zkušenost v této oblasti, jaký mají názor na legalizaci eutanazie a co je pro ně důvodem k tomuto postoji, dále je cílem zmapovat jejich informovanost v oblasti paliativní péče včetně poskytování této péče v hospicovém zařízení.

### 4.2 Metodika výzkumu

Pro naplnění cíle praktické části byla použita kvantitativní metoda, ke sběru dat byl použit dotazník. Jedná se o vysoce efektivní techniku, jejíž výhodou je nízká finanční náročnost, relativně přesvědčivá anonymita a možnost získání množství informací od velkého počtu jedinců v krátkém čase. Nevýhodou se naopak jeví eventuální nízká návratnost, možnost zodpovězení otázek jinou osobou než je dotazovaný, a také vysoké nároky kladené na ochotu dotazovaného.<sup>146</sup>

Samotný dotazník obsahoval celkem 24 otázek, z nichž první čtyři zjišťovaly tzv. tvrdá data týkající se pohlaví, věku, vzdělání a víry. Následovalo 5 otázek vztahujících se k umírání a k péči o nevléčitelně nemocné v domácím prostředí. Problematikou legalizace eutanazie a jejího případného svolení se týkalo dalších 6 otázek, dotazník byl zakončen 9 otázkami zjišťujícími informovanost respondentů o paliativní péči a o lůžkovém hospici. Z těchto 20 otázek byla pouze jediná otevřená, v níž byli respondenti požádáni o vysvětlení určeného pojmu.

---

146 DISMAN, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. Praha: Karolinum, 2002. ISBN 80-246-0139-7, s. 141

V rámci předvýzkumu jsem o vyplnění dotazníku požádala 10 osob ze svého nejbližšího okolí (kolegové, rodinní příslušníci). Na základě jejich připomínek došlo ke zkrácení dotazníku, otázky byly přeformulovány tak, aby byly lépe srozumitelné. Samotná distribuce dotazníků proběhla v měsíci listopadu a prosinci 2013, během kterých se i vyplněné dotazníky vracely. V měsíci lednu 2014 jsem shromážděná data za pomoci programu Excel vyhodnotila, výsledky pak jsou prezentovány v níže uvedených grafech.

Vytvořeno bylo 200 dotazníků. O jejich vyplnění jsem v první řadě požádala svoje známé a kolegy s tím, že pokud byly tyto osoby ochotny, podílely se dále na distribuci dotazníků ve svých rodinách, mezi svými spolužáky, známými. Z celkového počtu vrácených dotazníků (195) jsem byla posléze nucena dalších 13 dotazníků vyřadit z důvodu neúplného vyplnění.

### **4.3 Hypotézy výzkumu**

S ohledem na určený cíl výzkumu jsem formulovala hypotézy, jejichž platnost by výsledky získané z dotazníků měly buď potvrdit (verifikovat) nebo vyvrátit (falzifikovat).

**Hypotéza 1:** Většina věřících respondentů by s legalizací eutanazie nesouhlasila.

**Hypotéza 2:** Většina respondentů, kteří souhlasí s legalizací eutanazie, by tuto možnost i sama zvolila.

**Hypotéza 3:** Důvodem pro souhlas s legalizací eutanazie by pro většinu respondentů bylo právo člověka rozhodnout o svém životě.

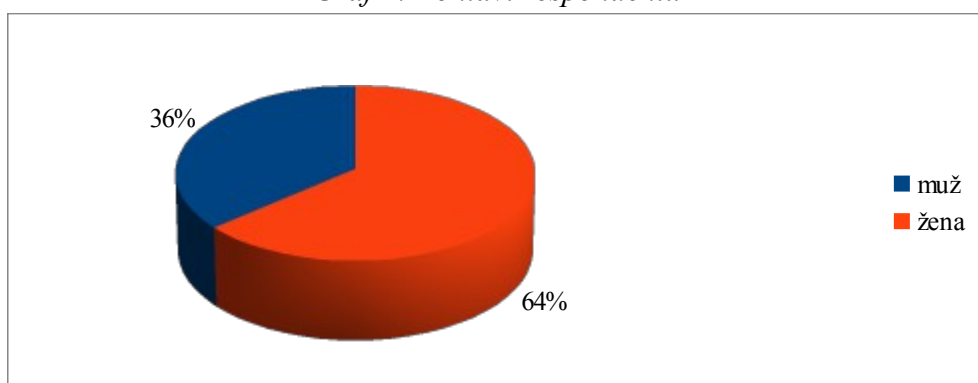
**Hypotéza 4:** Většina respondentů, kteří znají pojem paliativní péče, bude zároveň vědět, že součástí paliativní péče je i podpora rodinám umírajících.

## 4.4 Výsledky výzkumu

### Otázka č. 1

Zjišťovala pohlaví respondentů. Výzkumu se zúčastnilo celkem 182 osob, z toho 116 žen (64 %) a 66 mužů (36 %).

*Graf 1: Pohlaví respondentů*

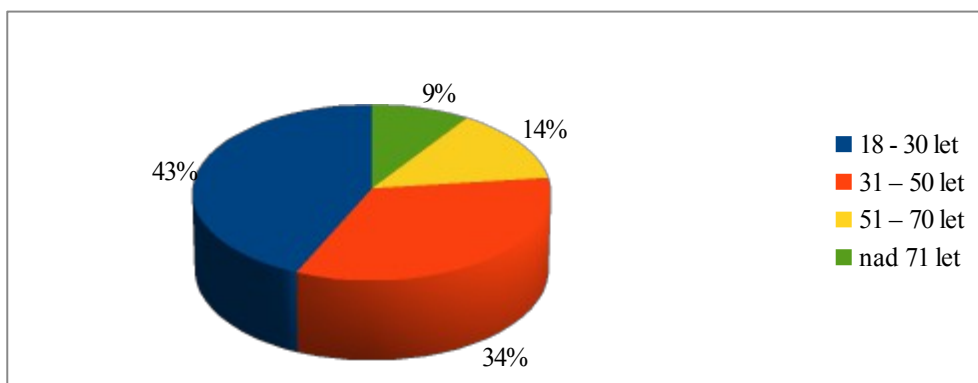


*Zdroj: vlastní zpracování*

### Otázka č. 2

Zjišťovala věkové rozmezí zúčastněných respondentů. Ve věkové kategorii 18-30 let bylo 79 respondentů (43 %), v kategorii 31-50 let 61 respondentů (34 %), 25 respondentů (14 %) odpovídalo v kategorii 51-70 let a 17 respondentů (9 %) bylo starších 71 let.

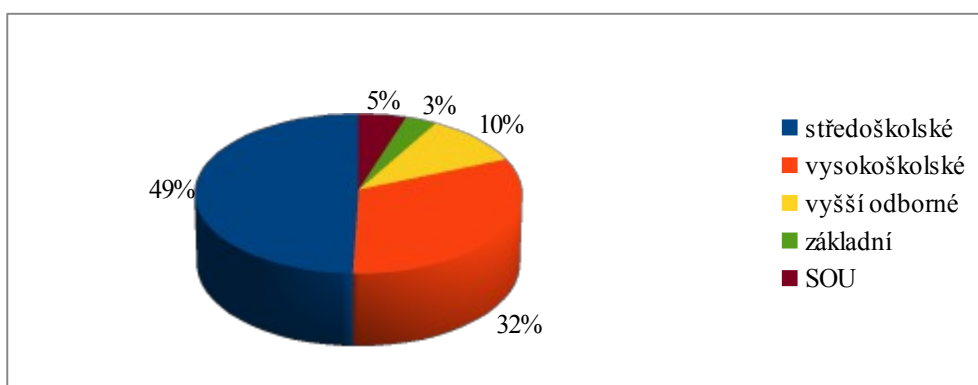
*Graf 2: Věk respondentů*



*Zdroj: vlastní zpracování*

Otázka č. 3

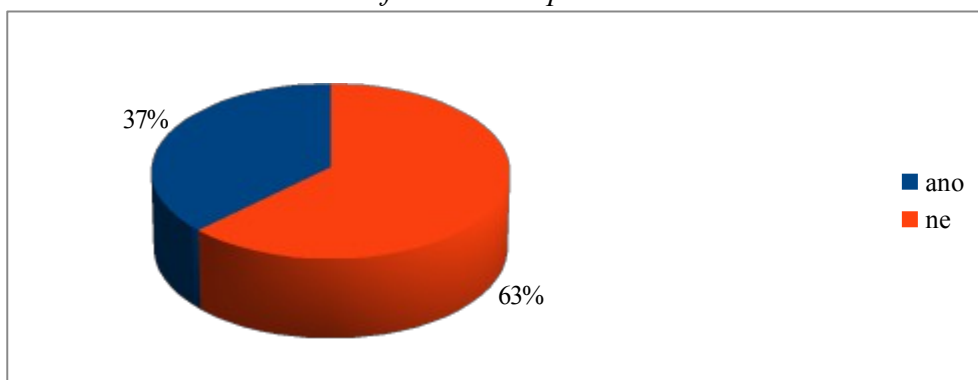
Jejím obsahem bylo získání informací o nejvyšším dosaženém vzdělání. Základní vzdělání mělo 6 respondentů (3 %), SOU 9 respondentů (5 %), nejvíce bylo středoškolsky vzdělaných respondentů – 90 (49 %), vyšší odborné vzdělání uvedlo 19 respondentů (10 %) a vysokoškolské 58 respondentů (32 %).

*Graf 3: Vzdělání respondentů*

*Zdroj: vlastní zpracování*

Otázka č. 4

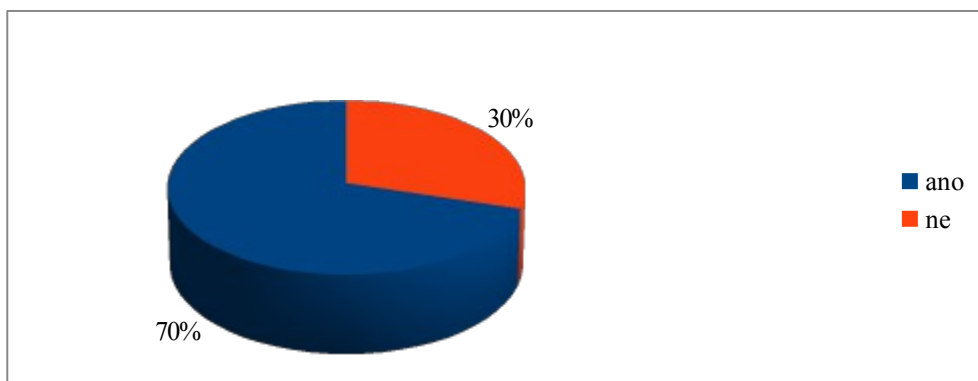
68 respondentů (37 %) se považuje za věřící, 114 respondentů (63 %) nikoliv.

*Graf 4: Věřící repondenti*

*Zdroj: vlastní zpracování*

Otázka č. 5

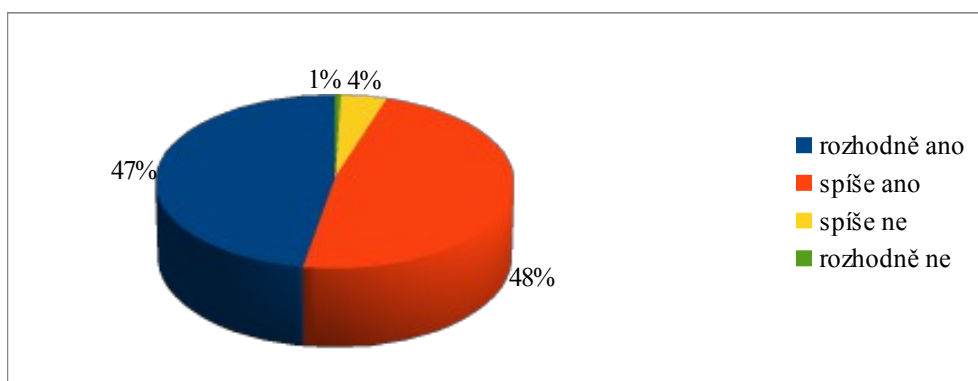
Dotazovala se na bezprostřední osobní zkušenost s umíráním (příbuzného, blízké osoby). Tuto zkušenost má 128 respondentů (70 %), postrádá ji naopak 54 respondentů (30 %).

*Graf 5: Zkušenost s umíráním*

*Zdroj: vlastní zpracování*

Otázka č. 6

Respondenti vyjadřovali svůj názor na zapojení členů rodiny do péče o umírajícího. Podle 86 respondentů (47 %) by tak rozhodně měli činit, 87 respondentů (48 %) se vyslovilo „spíše ano“, k názoru „spíše ne“ se přiklonilo 8 respondentů (4 %) a pouze 1 respondent (1 %) byl rozhodně proti zapojení členů rodiny do péče o umírajícího.

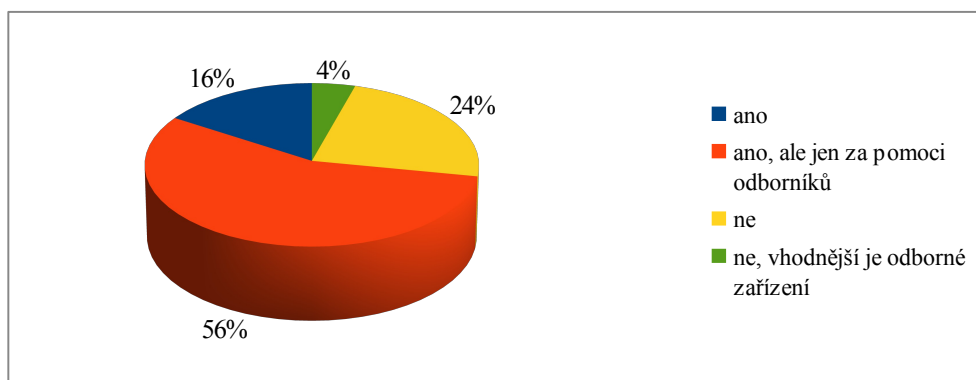
*Graf 6: Zapojení rodiny do péče o umírajícího*

*Zdroj: vlastní zpracování*

Otázka č. 7

Zjišťovala, zda se respondenti domnívají, že je možné se o umírajícího dobře postarat v domácím prostředí. 29 respondentů (16 %) se vyjádřilo kladně, dalších 102 respondentů (56 %) zastává stejný názor, ovšem s tím, že je to možné jen za pomoci odborníků. 43 respondentů (24 %) uvedlo, že nikoli, neboť péči doma zvládne jen málokdo, podle 8 respondentů (4 %) je pro umírání vhodnější lůžkové zařízení, které je na to patřičně vybavené.

*Graf 7: Zvládnutí péče o umírajícího v domácím prostředí*

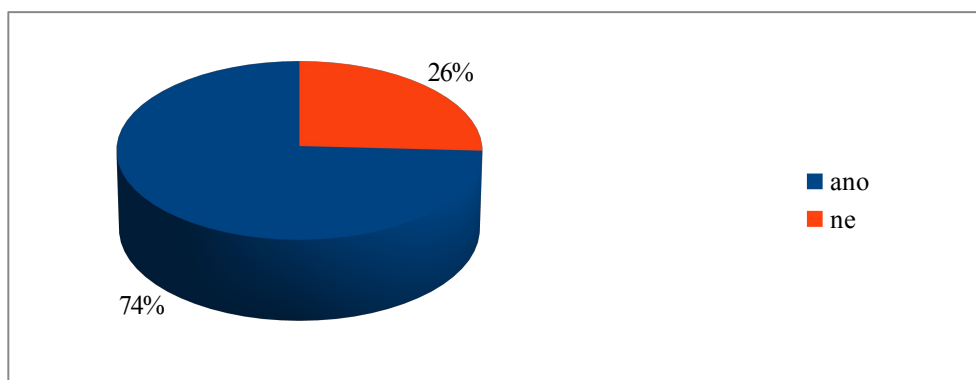


*Zdroj: vlastní zpracování*

Otázka č. 8

Dotazovala se na ochotu respondentů pečovat doma o člena rodiny v případě jeho nevyléčitelného onemocnění. 135 respondentů (74 %) by o svého blízkého bylo ochotno doma pečovat, 47 respondentů (26 %) by se z této péče vyvázalo.

*Graf 8: Ochota pečovat o nevyléčitelně nemocného člena rodiny*



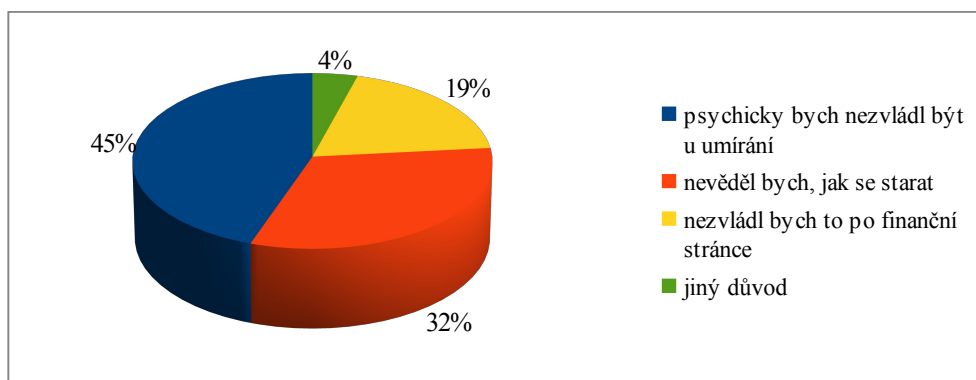
*Zdroj: vlastní zpracování*



Otázka č. 9

Zodpovězení této otázky se týkalo pouze respondentů, kteří u předchozí otázky č. 8 označili odpověď b) – ne. Celkem jich tedy odpovídalo 47, a to na dotaz, co by pro ně bylo důvodem, aby nebyli ochotni pečovat o nevládně nemocného člena rodiny

*Graf 9: Důvody „neochoty“ poskytování péče*



*Zdroj: vlastní zpracování*

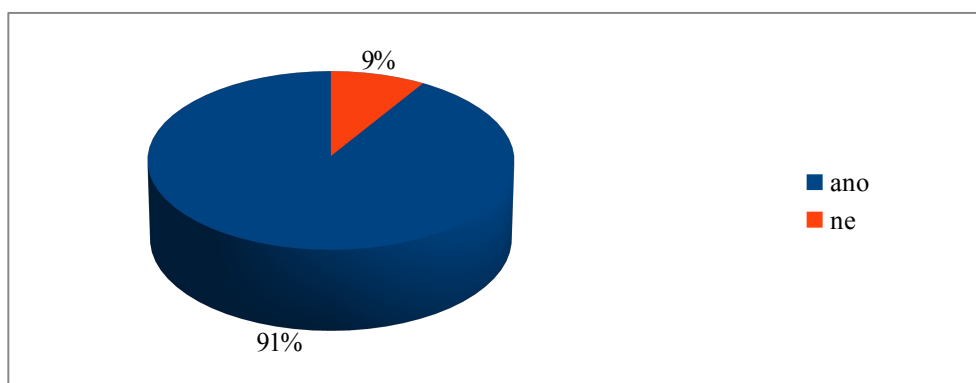
Otázka č. 10

Dotazovala se na znalost pojmu eutanazie. Všechny 182 respondentů (100 %) odpovědělo kladně, což v souvislosti s pozorností, kterou v posledních letech věnují pojmu eutanazie média, není překvapující. Na uvážení každého jsem již nechala, co přesně si pod tímto slovem představuje, tedy zda je v jeho očích eutanazií i asistovaná sebevražda.

Otázka č. 11

Zjišťovala, zda se respondenti domnívají, že je eutanazie v některé zemi světa legálně či beztrestně prováděna. Podle 166 respondentů (91 %) došlo k legalizaci či upuštění od trestání v případě eutanazie, podle 16 respondentů (9 %) nikoliv.

*Graf 10: Legální či beztrestné provádění eutanazie ve světě*

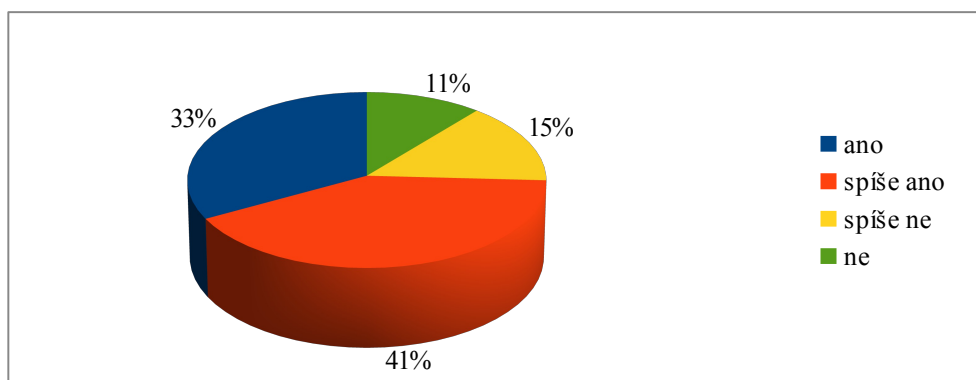


*Zdroj: vlastní zpracování*

Otázka č. 12

Zkoumala souhlas s uzákoněním eutanazie v České republice. 60 respondentů (33 %) by s tímto krokem souhlasilo, 75 respondentů (41 %) se přiklonilo k odpovědi spíše ano. Spíše ne zvolilo jako odpověď 27 respondentů (15 %), nesouhlasilo by 20 respondentů (11 %).

*Graf 11: Souhlas s legalizací eutanazie v České republice*

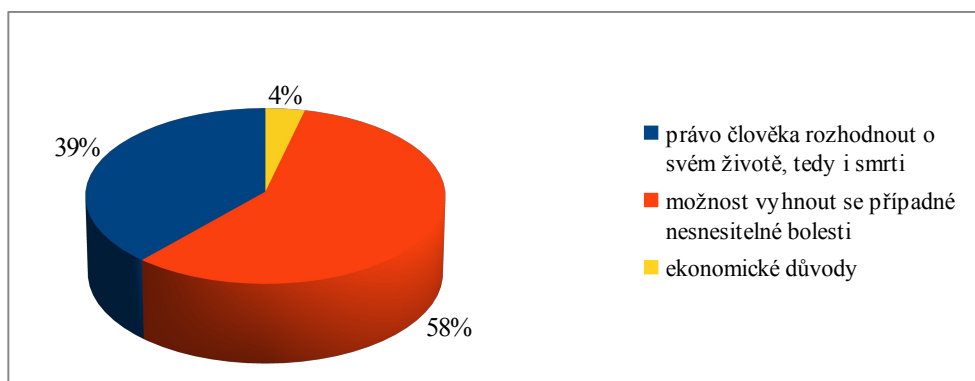


*Zdroj: vlastní zpracování*

Otázka č. 13

Zodpovězení této otázky se týkalo pouze respondentů, kteří u předchozí otázky č. 13 zvolili odpověď a) – ano nebo b) – spíše ano. Celkem jich tedy odpovídalo 135, měli označit důvod, proč by s legalizací eutanazie souhlasili. Pro 52 respondentů (39 %) je nejdůležitější právo člověka rozhodnout o svém životě, tedy i smrti, 78 respondentů (58 %) označilo za hlavní důvod možnost vyhnout se případné nesnesitelné bolesti při odchodu ze života, pro 5 respondentů (4 %) by byly nejpodstatnější ekonomické důvody – peníze na udržování nevyléčitelně nemocných by mohly být využity s větším prospěchem. Žádný z respondentů nezvolil variantu odpovědi – nemocný by nebyl na obtíž svým nejbližším.

*Graf 12: Důvody PRO legalizaci eutanazie*

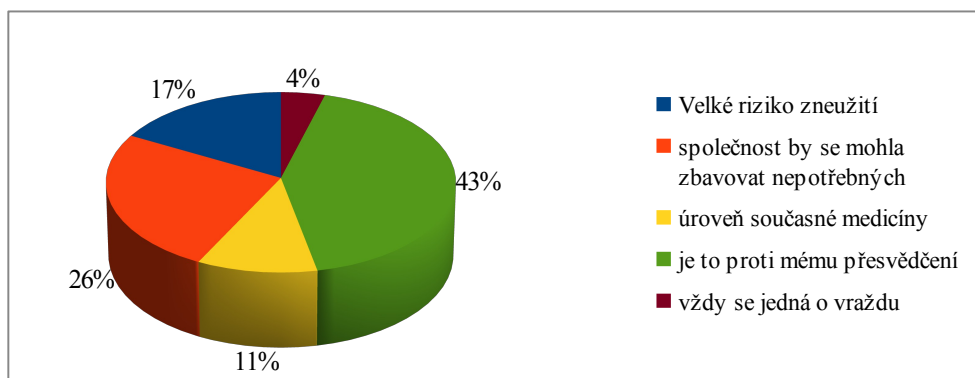


*Zdroj: vlastní zpracování*

Otázka č. 14

Zodpovězení této otázky se týkalo pouze respondentů, kteří u otázky č. 13 zvolili odpověď c) – ne nebo d) – spíše ne. Celkem jich tedy odpovídalo 47, měli označit důvod, proč by s legalizací eutanazie nesouhlasili. 8 respondentů (17 %) spatřuje důvod nesouhlasu ve velké riziku zneužití, např. ze strany příbuzných, podle 12 respondentů (26 %) by se tak společnost mohla zbavovat „nepotřebných“ (duševně nemocných, starých, postižených), 2 respondenti (4 %) eutanazii vždy považují za vraždu, 5 respondentů (11 %) označilo, že při současné úrovni medicíny není důvod eutanazii povolit. Legalizace eutanazie je u 20 respondentů (43 %) proti jejich přesvědčení.

Graf 13: Důvody PROTI legalizaci eutanazie

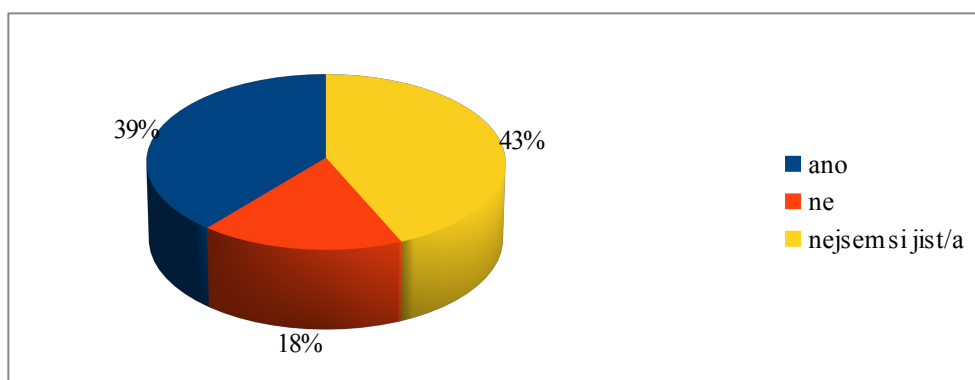


Zdroj: vlastní zpracování

Otázka č. 15

Zjišťovala, zda by sami respondenti možnost eutanazie zvolili. 71 respondentů (39 %) odpovědělo kladně, 32 respondentů (18 %) záporně, 79 respondentů (43 %) si není jisto.

Graf 14: Eutanazie jako volba

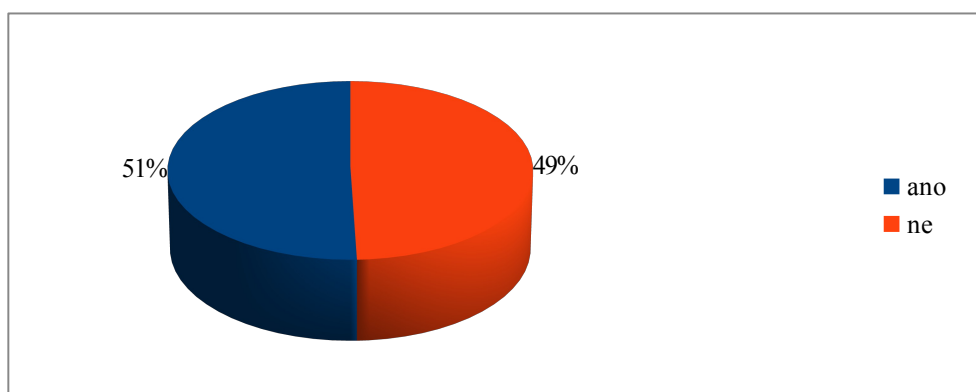


Zdroj: vlastní zpracování

Otázka č. 16

Dotazovala se na znalost pojmu paliativní péče. 92 respondentů (51 %) uvedlo, že ví, co tento pojem znamená, 90 respondentů (90 %) neví, co znamená.

*Graf 15: Znalost pojmu paliativní péče*



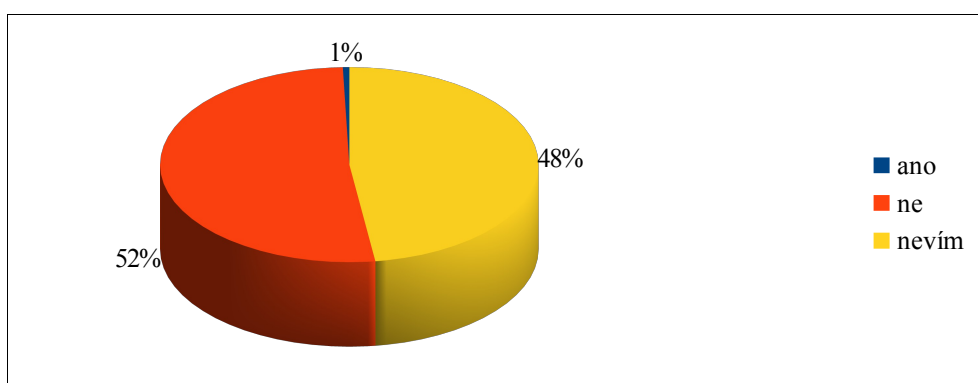
*Zdroj: vlastní zpracování*

Otázka č. 17

Zodpovězení této otázky se týkalo pouze respondentů, kteří u předchozí otázky č. 16 zvolili odpověď a) – ano. Celkem jich tedy odpovídalo 92. Všichni respondenti, kteří uvedli, že ví, co znamená pojem paliativní péče, skutečně dokázali paliativní péči definovat. Někteří tak učinili stručně, neodborným vyjádřením, jiní naopak velmi kvalifikovaně tento pojem popsali. V každém případě se z každé odpovědi dalo jednoznačně vyvodit, že odpovídající zná obsah paliativní péče.

Otázka č. 18

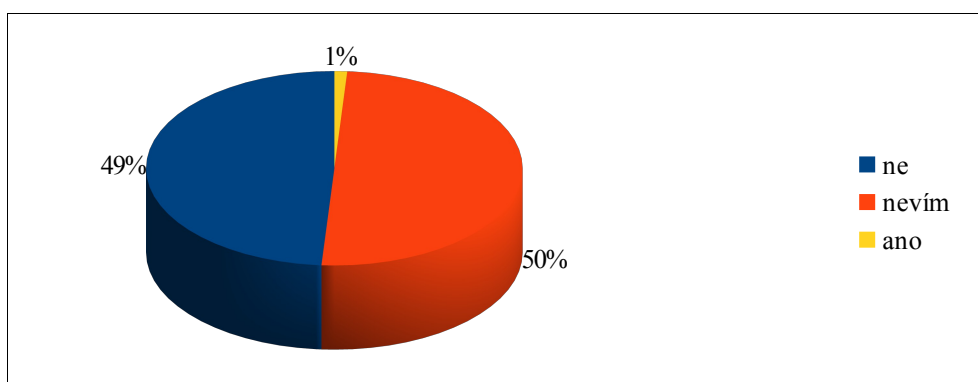
Zjišťovala, zda je dle respondentů paliativní péče určena výhradně seniorům. Pouze 1 respondent (1%) se domnívá, že tomu tak je, 94 respondentů má vědomosti o tom, že se paliativní péče neomezuje pouze na seniory. 87 respondentů (48 %) zvolilo odpověď nevím.

*Graf 16: Paliativní péče pouze pro seniory*

*Zdroj: vlastní zpracování*

Otázka č. 19

Zjišťovala, zda je dle respondentů paliativní péče určena pouze onkologicky nemocným. Podle 2 respondentů (1 %) tomu tak je, 89 respondentů (49 %) má vědomosti o tom, že se paliativní péče neomezuje pouze na onkologicky nemocné. 91 respondentů (50 %) zvolilo odpověď nevím.

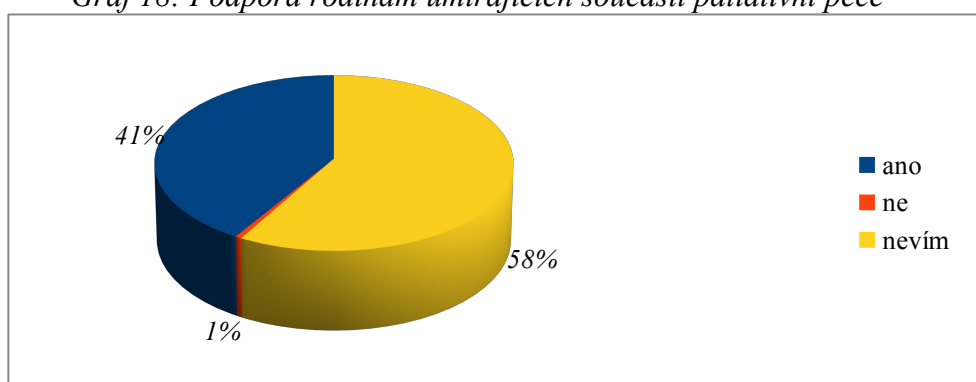
*Graf 17: Paliativní péče pouze pro onkologicky nemocné*

*Zdroj: vlastní zpracování*

Otázka č. 20

Zjišťovala, zda je dle respondentů součástí paliativní péče i podpora rodinám umírajících. 75 respondentů (41 %) se domnívá, že paliativní péče zahrnuje i podporu rodiny, 1 respondent (1 %) uvedl, že nikoliv, 106 respondentů (58 %) zvolilo odpověď neví.

Graf 18: Podpora rodinám umírajících součástí paliativní péče

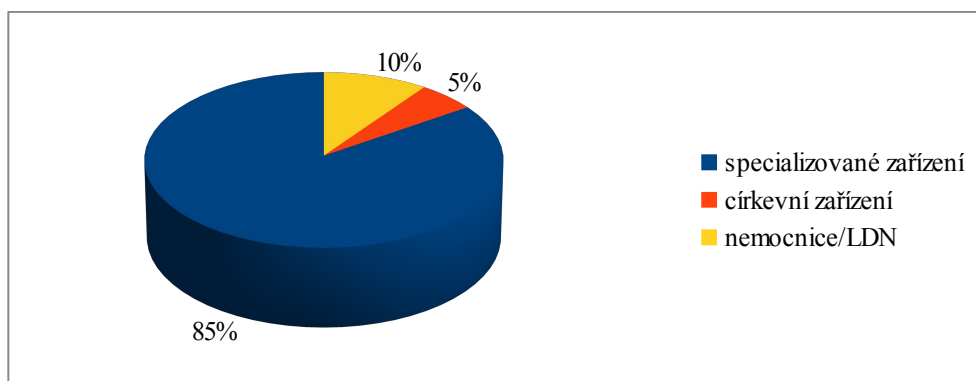


Zdroj: vlastní zpracování

Otázka č. 21

V rámci této otázky měli respondenti určit, co je hospic. Dle 154 respondentů (85 %) je hospic specializované zařízení, které poskytuje nevléčitelně nemocným péči v konečné fázi života, 10 respondentů (5 %) považuje hospic za církevní zařízení, v němž se o nemocné starají řádové sestry, 18 respondentů (10 %) ztotožňuje hospic s nemocnicí/léčebnou dlouhodobě nemocných.

Graf 19: Znalost zařízení hospic

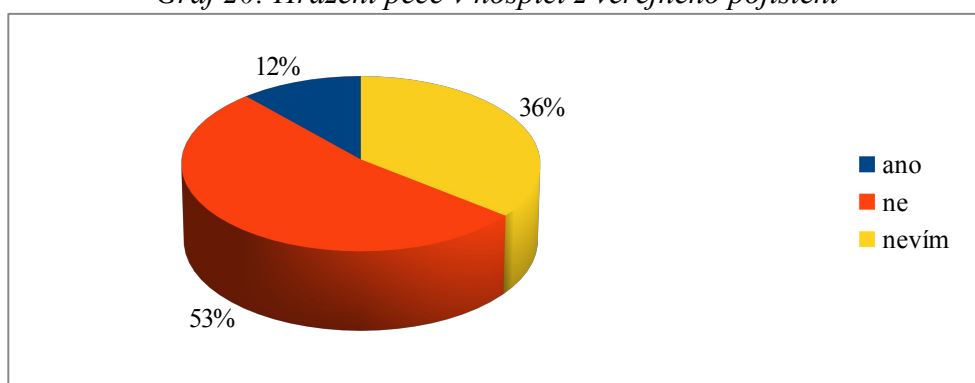


Zdroj: vlastní zpracování

Otázka č. 22

Zkoumala povědomí respondentů o financování péče v lůžkovém hospici. 21 respondentů (12 %) se domnívá, že tato péče je plně hrazena z veřejného zdravotního pojištění, 96 respondentů (53 %) uvedlo, že tomu tak není, 65 respondentů (36 %) zvolilo odpověď nevím.

*Graf 20: Hrazení péče v hospici z veřejného pojištění*

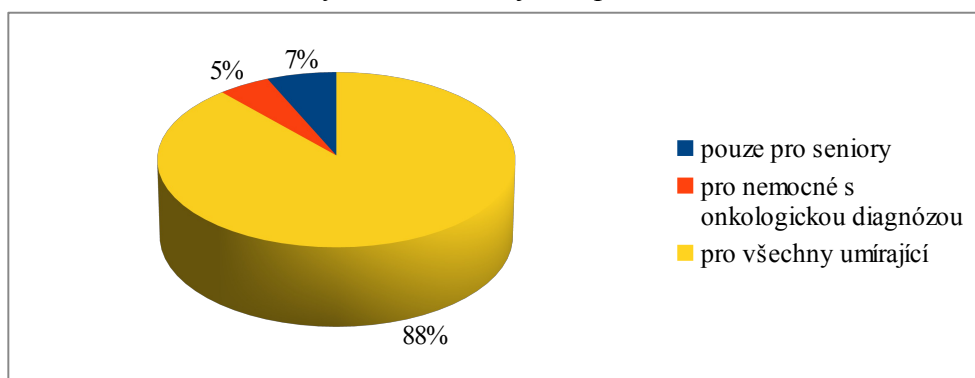


*Zdroj: vlastní zpracování*

Otázka č. 23

Zjišťovala, zda respondenti ví, komu je hospic určen. 161 respondentů (88 %) označilo, že hospic je určen pro všechny umírající, 9 respondentů (5 %) se domnívá, že slouží jen pro onkologické pacienty, 12 respondentů (7 %) ho přiřazuje pouze k seniorům. Žádný z respondentů nezvolil odpověď, že je hospic určen výhradně pro věřící.

*Graf 21: Pro koho je hospic určen*



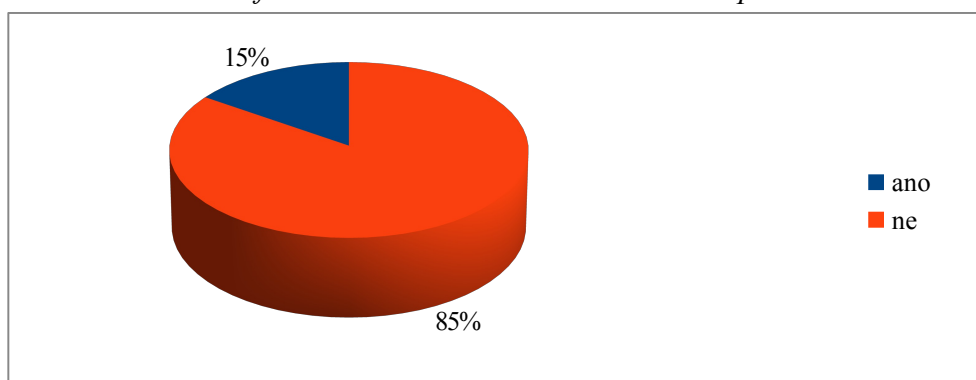
*Zdroj: vlastní zpracování*



Otázka č. 24

Zjišťovala, zda někdo z blízkého okolí respondenta zemřel v lůžkovém hospici. 28 respondentů (15 %) odpovědělo kladně, 154 respondentů (85 %) záporně.

Graf 22 Úmrtí blízkého v lůžkovém hospici



Zdroj: vlastní zpracování

#### 4.5 Vyhodnocení výzkumu a ověření hypotéz

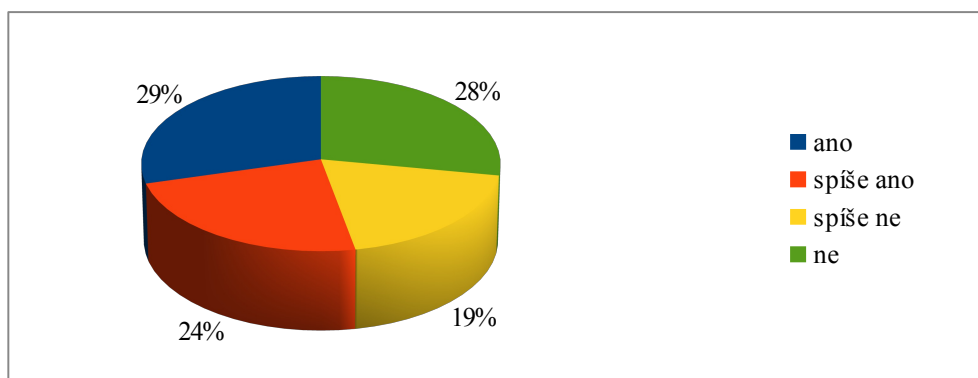
Vyhodnocení jednotlivých otázek a získané výsledky byly výchozími podklady k ověření jednotlivých hypotéz.

**Hypotéza 1:** Většina věřících respondentů by s legalizací eutanazie nesouhlasila.

Použity pro vyhodnocení této hypotézy byly výsledky získané z odpovědí na otázku č. 4 a otázku č. 12. Z celkového počtu 68 respondentů, kteří se označili za věřící, by s legalizací eutanazie v České republice jednoznačně souhlasilo 20 respondentů (29 %), 16 respondentů (24 %) se přiklonilo k odpovědi spíše ano. Spíše ne zvolilo jako odpověď 13 respondentů (19 %), nesouhlasilo by 19 respondentů (28 %). Tato hypotéza se tedy na základě odpovědí respondentů nepotvrdila. Proti uzákonění eutanazie se vyslovilo celkem 32 respondentů (47 %), s legalizací by souhlasilo 36 respondentů (53 %). Samotný výsledek je poměrně překvapením. Jelikož je v České republice nejpočetnějším náboženstvím křesťanství, které eutanazii jednoznačně odsuzuje, domnívala jsem se, že s legalizací eutanazie bude souhlasit jen naprosté minimum věřících respondentů.

**Hypotéza 1 byla falzifikována.**

Graf 23 Věřící, kteří souhlasí s legalizací eutanazie v ČR



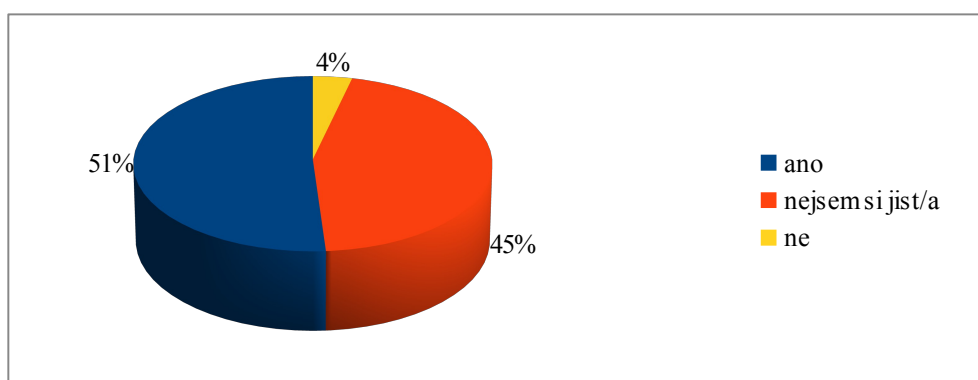
Zdroj: vlastní zpracování

**Hypotéza 2:** Většina respondentů, kteří souhlasí s legalizací eutanazie, by tuto možnost i sama zvolila.

Použity pro vyhodnocení této hypotézy byly výsledky získané z odpovědí na otázku č. 12 a otázku č. 15. S legalizací eutanazie by souhlasilo celkem 135 respondentů, z těchto by si 69 respondentů (51 %) samo možnost eutanazie i zvolilo, 5 respondentů (4 %) zvolilo odpověď ne, 61 respondentů (45 %) si nebylo jisto. Tato hypotéza tedy byla na základě odpovědí respondentů potvrzena.

**Hypotéza 2 byla verifikována.**

Graf 24 Volba eutanazie v případě souhlasu s její legalizací



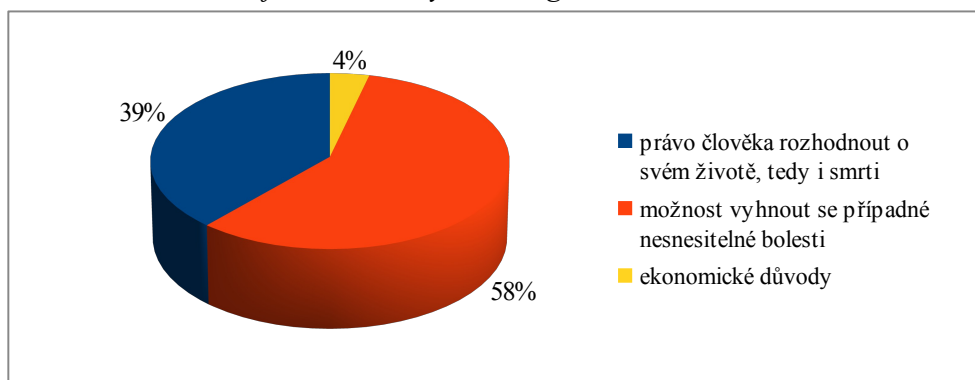
Zdroj: vlastní zpracování

**Hypotéza 3:** Důvodem pro souhlas s legalizací eutanazie by pro většinu respondentů bylo právo člověka rozhodnout o svém životě.

Použity pro vyhodnocení této hypotézy byly výsledky získané z odpovědí na otázku č. 12 a otázku č. 13. S legalizací eutanazie by souhlasilo celkem 135 respondentů. Pro 52 respondentů (39 %) je nejdůležitější právo člověka rozhodnout o svém životě, tedy i smrti, 78 respondentů (58 %) označilo za hlavní důvod souhlasu možnost vyhnout se případné nesnesitelné bolesti při odchodu ze života, pro 5 respondentů (4 %) by byly nejpodstatnější ekonomické důvody – peníze na udržování nevyléčitelně nemocných by mohly být využity s větším prospěchem. Žádný z respondentů nezvolil variantu odpovědi – nemocný by nebyl na obtíž svým nejbližším. Tato hypotéza byla na základě odpovědí respondentů vyvrácena, hlavním důvodem pro souhlas s legalizací eutanazie by pro většinu respondentů byla možnost vyhnout se případné nesnesitelné bolesti při odchodu ze života, právo člověka rozhodnout o svém životě bylo uváděno podstatně méně často.

**Hypotéza 3 byla falzifikována.**

Graf 25 Důvody PRO legalizaci eutanazie



Zdroj: vlastní zpracování

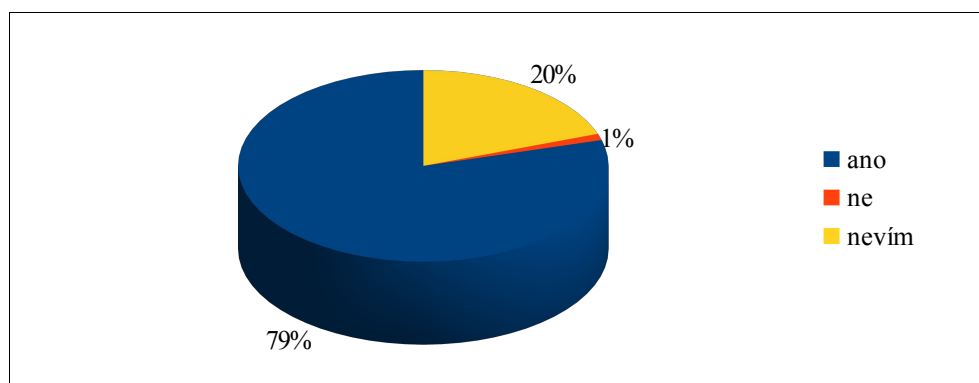
**Hypotéza 4:** Většina respondentů, kteří znají pojem paliativní péče, bude zároveň vědět, že součástí paliativní péče je i podpora rodinám umírajících.

Použity pro vyhodnocení této hypotézy byly výsledky získané z odpovědí na otázku č. 16 a otázku č. 20. Celkem 92 respondentů uvedlo, že ví, co pojem paliativní péče znamená. Z tohoto počtu se pak 73 respondentů (79 %) domnívalo, že paliativní péče zahrnuje i podporu rodiny, 18 respondentů (20 %) zvolilo odpověď neví, 1 respondent (1 %)

vedl, že nikoliv. Tato hypotéza byla na základě odpovědí respondentů jednoznačně potvrzena.

**Hypotéza 4 byla verifikována.**

*Graf 26 Znalost pojmu paliativní péče a její součást – podpora rodinám*



*Zdroj: vlastní zpracování*

Cílem praktické části diplomové práce bylo zjistit, jak se oslovení respondenti stavějí k péči o umírající, jaká je jejich osobní zkušenost v této oblasti, jaký mají názor na legalizaci eutanazie a co je pro ně důvodem k tomuto postoji, dále bylo cílem zmapovat jejich informovanost v oblasti paliativní péče včetně poskytování této péče v hospicovém zařízení. Výsledky výzkumu přinesly podle mého dostatečné odpovědi.

Samotná realizace výzkumu se ukázala poměrně náročná, zejména pro oslovené respondenty. V okamžiku, kdy se dozvěděli o tématu dotazníku, většinou zvažovali a k samotnému vyplnění přistupovali sice s ochotou, ovšem i s ostychem. Téma smrti bylo očividně nepříjemné.

Úplné výsledky výzkumu však podle mého přinesly zajímavé údaje. Jak se dalo předpokládat, většina respondentů měla bezprostřední osobní zkušenost s umíráním příbuzného či blízké osoby. Naprostá převaha odpovídajících souhlasila s tím, aby se členové rodiny do péče o umírající zapojovali, byli by tak ochotni činit, a v převaze byl i názor, že se dá tato péče v domácím prostředí zvládnout v odpovídající kvalitě. Pokud by však přesto dotazovaní odmítli pečovat o nemocného člena rodiny, hlavním důvodem by

pro ně byla psychická zátěž. Všichni respondenti uvedli, že je jim známo, co znamená eutanazie. Toto se s ohledem na medializaci pojmu dalo předpokládat, stejně tak jako i znalost toho, že je eutanazie v některé zemi ve světě legálně či beztrestně prováděna. Vzhledem k výsledkům veřejného mínění se dal očekávat většinový souhlas s případnou legalizací eutanazie v České republice, což výzkum potvrdil. Potvrdilo se také, že povědomí o paliativní péči je mezi veřejností nízké, přibližně polovina dotazovaných neví, co pojem paliativní péče znamená. Nízká se ukázala i informovanost o zaměření paliativní péče, tedy komu je určena. Výrazně lepší jsou mezi dotazovanými znalosti o hospicích, a to i přes to, že úmrtí blízké osoby v tomto zařízení se týkalo jen malého počtu respondentů.

## ZÁVĚR

Když jsem si pro svou diplomovou práci vybrala téma „Eutanazie nebo paliativní péče“, přiznávám, že jsem toho o paliativní péči nevěděla mnoho. Z tohoto pohledu byl pro mě čas strávený tvorbou práce neuvěřitelně přínosný a obohacující. Na začátku bych byla ale i jednoznačnou zastánkyní legalizace eutanazie. I přes všechny nově získané informace jsem kupodivu svůj názor nezměnila, spíše jen upravila. Snad ještě více si uvědomuji problémy, které by se k tomuto aktu vázaly. Přesto jsem stále přesvědčena, že až se jednou přiblíží konec mého života, bylo by mi lépe při vědomí, že mám možnost jakési volby. Že budu moci si o okamžiku konce rozhodnout. Zatím samozřejmě netuším, zda bych tohoto kroku využila, jde mi jeno ten pocit svobody, kdy svobodu vnímám, jako nejvyšší hodnotu života.

Uvědomuji si však, že takto se dnes vyjadřuji ze svého současného postavení, ke kterému se váže absence onemocnění, nevysoký věk a fungující rodinné zázemí. Proto by mě zajímal výzkum, k jehož výsledkům jsem se v žádném zdroji nedobrala – a sice, jak se na samotnou otázku legalizace eutanazie dívají ti, kterých by se nejvíce týkala. Nevyléčitelně nemocní, lidé, pro něž už život téměř ztratil smysl, ti, kteří často říkají: „Už bych chtěl, aby to skončilo, chci umřít.“ Byli by skutečně natolik odvážní, aby si smrt přivolali?

Lidé si představují, že eutanazie je především věcí zdravotníků, případně otázkou právní. Argumentuje se nebezpečím zneužití. Ano, vše, co lidský druh vymyslel, bylo zneužito. Počínaje kuchyňským nožem, který je dobrým pomocníkem, ale i nástrojem vraždy, konče atomovou energií, díky níž svítíme, ale kvůli které umírali lidé v Hirošimě. Osobně se domnívám, že jde hlavně o morální úroveň společnosti. A z toho pohledu se zřejmě ještě dlouho jasného rozhodnutí v otázce eutanazie nedočkáme.

Naproti tomu v oblasti paliativní péče optimisticky očekávám jasné směřování medicíny. Rozhodně je žádoucí vznik speciálních jednotek paliativní léčby a péče v nemocničních zařízeních, neboť hospicové hnutí nemůže do budoucna zdaleka pokrýt vysokou poptávku po těchto specializovaných službách. Je potřeba vytvořit dostatečné systémové a legislativní zázemí, zabezpečit vyškolení pracovníků a přiměřeně ohodnotit jejich fyzicky i psychicky náročnou práci. Rovněž je nutné zavést účinná opatření, díky kterým by se podpořila a rozšířila péče rodiny o umírající v domácím prostředí a mohlo se tak naplnit přání většiny lidí o místě a okolnostech jejich odchodu ze života.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

### Právní normy a zákony

Česko. Zákon č. 86/1950, trestní zákon, účinný od 1.8.1950.

Česko. Zákon č. 140/1961, trestní zákon, účinný od 1.1.1962.

Česko. Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, účinný od 1.4.2012.

Česko. Ministerstvo zdravotnictví. Vyhláška č. 361/2010 Sb., kterou se mění vyhláška č. 185/2009 Sb., o oborech specializačního vzdělávání lékařů, zubních lékařů a farmaceutů a oborech certifikovaných kurzů.

### Knižní zdroje

BAKOŠOVÁ, Z. *Sociálna pedagogika ako životná pomoc*. Bratislava: Public promotion, 2008. ISBN 978-80-969944-0-3.

CALLANAN, M., KELLEY, P. *Poslední dary: jak porozumět zvláštnímu vnímání a potřebám umírajících*. Praha: Vyšehrad, 2005. ISBN 80-7021-819-3.

DISMAN, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. Praha: Karolinum, 2002. ISBN 80-246-0139-7.

HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie*. Praha: Galén, 2000. ISBN 80-7262-034-7.

HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-471-3.

KALVACH, Z. *Manuál paliativní péče o umírající pacienty: pomoc při rozhodování v paliativní nejistotě*. Praha: Hospicové občanské sdružení Cesta domů, 2010. ISBN 978-80-904516-4-3.

*Katechismus katolické církve*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2001. ISBN 80-7192-488-1.

KOKAISL, P. *Základy antropologie*. Praha: Provozně ekonomická fakulta ČZU, 2007. ISBN 80-213-1722-2.

KRAUS, B. *Základy sociální pedagogiky*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-383-3.

- KŘIVOHLAVÝ, J. *Křesťanská péče o nemocné*. Praha: Advent, 1991.
- KUŘE, J. a kol. *Kapitoly z lékařské etiky*. Brno: Masarykova univerzita, 2012. ISBN 978-80-210-5951-1.
- KUTNOHORSKÁ, J., *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-2069-2.
- KÜBLER-ROSSOVÁ, E. *Hovory s umírajícími*. Hradec Králové: Signum unitatis, 1992. ISBN 80-85439-04-2.
- MARKOVÁ, M. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-3171-1.
- MUNZAROVÁ, M. *Eutanazie, nebo paliativní péče?* Praha: Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-1025-0.
- MUNZAROVÁ, M. *Proč NE eutanazii aneb Být, či nebýt?* Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2008. ISBN 978-80-7195-304-3.
- MUNZAROVÁ, M. *Vybrané kapitoly z lékařské etiky: Smrt a umírání*. Brno: Masarykova univerzita, 2002. ISBN 80-210-3017-8.
- MUNZAROVÁ, M. *Zdravotnická etika od A do Z*. Praha: Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-1024-2.
- PAYNEOVÁ, S., SEYMOUROVÁ, J., INGLETONOVÁ, CH. *Principy a praxe paliativní péče*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007. ISBN 978-80-87029-25-1.
- POLLARD, B. *Eutanazie – ano či ne?* Praha: Dita, 1996. ISBN 80-85926-07-5.
- PROKOP, J. a kol. *Hospicová péče v praxi*. Rajhrad: Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa, 2010. Svazek Úvod. ISBN 978-80-254-6594-3.
- SCHARSACH, H.- H. *Lékaři a nacismus*. Praha: Themis, 2001. ISBN 80-858-2190-7.
- SKÁLA, B., SLÁMA, O. a kol. *Paliativní péče o pacienty v terminálním stádiu nemoci. Doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře-novelizace 2011*. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, 2011. ISBN 978-80-86998-51-0.



SLÁMA, O., KABELKA, L. a kol. *Paliativní medicína pro praxi*. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-849-0.

SLÁMA, O., ŠPINKA, Š. *Koncepce paliativní péče v ČR: pracovní materiál k odborné a veřejné diskuzi*. Praha: Cesta domů, 2004. ISBN 80239-4330-8.

STUDENT, J.-Ch., MŮHLUM, A., STUDENT, U. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*. Jinočany: Nakladatelství H&H, 2006. ISBN 80-7319-059-1.

SVATOŠOVÁ, M., *Hospice a umění doprovázet*. Praha: Ecce homo, 1995.

ŠIPR, K., MIČO, M., KRUMPOLC, E. *Aktuální bioetické texty; Deklarace o eutanazii*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005. ISBN 80-244-1278-0.

ŠPINKA, Š., KALVACH, Z., SLÁMA, O. *Umírání a paliativní péče v ČR (situace, reflexe, vyhlídky)*. Praha: Hospicové občanské sdružení Cesta domů, 2004. ISBN 80-239-2832-5.

ŠPINKOVÁ, M., ŠPINKA, Š. *Euthanasie: Víme, o čem mluvíme?* Praha: Hospicové občanské hnutí Cesta domů, 2006. ISBN 80-239-8592-2.

VÁCHA, M., KÖNIGOVÁ, R., MAUER, M. *Základy moderní lékařské etiky*, Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-7367-780-0.

VANTUCH, P. *Trestní zákoník s komentářem k 1. 8. 2011*. Olomouc: ANAG, 2011. ISBN 978-80-7263-677-8.

VOKURKA, M., HUGO, J. a kol. *Velký lékařský slovník*. Praha: Maxdorf, 2012. ISBN 80-85912-43-0.

VONDRÁČEK, L. *Právní předpisy nejen pro hlavní, vrchní, staniční sestry*. Praha: Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-1198-2.

VORLÍČEK, J., ABRAHÁMOVÁ, J., VORLÍČKOVÁ, H. *Klinická onkologie pro sestry*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1716-6.

VORLÍČEK, J., ADAM, Z. a kol. *Paliativní medicína*. Praha: Grada Publishing, 1998. ISBN 80-7169-437-1.

VOZÁR, J. *Eutanázia, právne aspekty*. Pezinok: Formát, 1995. ISBN 80-967469-2-8.

### **Časopisecké zdroje**

ECKSTEIN, K. *Eutanázie a trestní právo v Německu*. Trestněprávní revue. 2003, č. 4. ISSN 1213-5313.

FENYK, J. *Návrh trestního zákona České republiky, příčiny a důsledky jeho nepřijetí: odlišný vývoj a osud projektů trestních zákoníků od vzniku samostatného Československa*. Trestní právo. 2006, roč. 11, č. 6. Praha: LexisNexis CZ. ISSN 1211-2860.

KOPECKÁ, E. *Eutanázie v kontextu lidských práv*. Sestra. 2012, č. 10. ISSN 1210-0404.

SVATOŠOVÁ, M. *Eutanazie?*. Zdravotnické noviny. 2002, č. 27. ISSN 1805-2355.

VORLÍČEK, J., SLÁMA, O. *Paliativní medicína - historie a současnost*. Sanguis. 2005, č. 41. ISSN 1212-6535.

### **Internetové zdroje**

*10+1 otázka pro deset prezidentských kandidátů*. iDNES.cz [online]. [cit. 2013/10-02]. Dostupný z: <<http://zpravy.idnes.cz/specialni-priloha.aspx?y=domaci/10-1-otazka-pro-deset-prezidentskych-kandidatu.htm>>.

*Ambulance paliativní onkologické péče*. fnhk.cz [online]. {cit. 2013-12-12}. Dostupný z: <<http://www.fnhk.cz/onko/o-klinikce/ambulance>>.

*Ambulance podpůrné a paliativní onkologie*. mou.cz [online]. [cit. 2013-12-12]. Dostupný z: <<http://www.mou.cz/ambulance-podpurne-a-paliativni-onkologie/d116>>.

*Belgie: Počet eutanázií stoupá*. Presseurop.eu [online]. 2011-08-23 [cit. 2013-09-25]. Dostupný z: <<http://www.presseurop.eu/cs/content/news-brief/878701-pocet-eutanazii-stoupa>>.

BERKA, V., SUM, T. *Eutanazie ve světě*. epravo.cz [online]. 2005-05-20 [cit. 2013-10-12]. Dostupný z:<<http://www.epravo.cz/top/clanky/eutanazie-ve-svete-33479.html>>.

*Canadians and Britons Would Allow Euthanasia Under Some Conditions*. angusreidglobal.com [online]. 2012-07-26. [cit. 2013-09-30]. Dostupný z: <<http://www.angusreidglobal.com/polls/45951/canadians-and-britons-would-allow-euthanasia-under-some-conditions/>>.

*Česká společnost paliativní medicíny České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně.* paliativnimedica.cz [online]. [cit. 2013-10-03]. Dostupný z: <<http://www.paliativnimedica.cz/aktuality>>.

*Deaths by medical end-of-life decision; age, cause of death.* statline.cbs.nl [online]. 2012-07-11 [cit. 2013-09-21]. Dostupný z: <<http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?DM=SLEN&PA=81655ENG&D1=0,9-11&D2=0&D3=0&D4=1&LA=EN&HDR=T&STB=G3,G2,G1&VW=>>>.

*Dobrovolníci v hospicové a paliativní péči.* asociacehospicu.cz [online]. 2011-03-11 [cit. 2013-12-20]. Dostupný z: <<http://www.asociacehospicu.cz/o-hospicich/dobrovolnici-v-hospicove-a-paliativni-peci/>>.

*Doporučení představenstva ČLK č.1/2010 k postupu při rozhodování o změně léčby intenzivní na léčbu paliativní u pacientů v terminálním stavu, kteří nejsou schopni vyjádřit svou vůli.* lkcr.cz [online]. [cit. 2013-10-01]. Dostupný z: <[http://www.lkcr.cz/doc/cms\\_library/dop-1-2010-31.pdf](http://www.lkcr.cz/doc/cms_library/dop-1-2010-31.pdf)>.

*Eutanazie na postupu. Další stát USA řekl „ano“.* tyden.cz [online]. 2013-05-15 [cit. 2013-09-21]. Dostupný z: <[http://www.tyden.cz/rubriky/zdravi/eutanazie-na-postupu-dalsi-stat-usa-rekl-ano\\_270216.html?showTab=diskutovane](http://www.tyden.cz/rubriky/zdravi/eutanazie-na-postupu-dalsi-stat-usa-rekl-ano_270216.html?showTab=diskutovane)>.

*Eutanazii umožňuje jen velmi málo zemí světa.* toplekar.cz [online]. 2012-04-04 [cit. 2013-10-12]. Dostupný z: <<https://www.toplekar.cz/archiv-clanku/eutanazii-umoznuje-jen-velmi-malo-zemi.html>>.

*Eutanazie je již v Lucembursku legální.* eurozpravy.cz [online]. 2009-03-17 [cit. 2013-09-25]. Dostupný z: <<http://zahranicni.eurozpravy.cz/evropa/386-eutanazie-je-jiz-v-lucembursku-legalni/>>.

*Euthanasie et assistance aux mourants: éléments de réflexion.* protestants.org [online]. [cit. 2013-10-13]. Dostupný z: <<http://www.protestants.org/index.php?id=31142>>.

JULÍNEK, T. *Bud' budeme pacienti „dorážet“ nebo léčit.* iDNES.cz [online]. 2007-09-21. [cit. 2013-10-02]. Dostupný z: <<http://julinec.blog.idnes.cz/c/11657/Bud-budeme-pacienty-dorazet-nebo-lecit.html>>.

*Konsensuální stanovisko k poskytování paliativní péče u nemocných s nezvratným orgánovým selháním.* urg.med.cz [online]. [cit. 2013-10-01]. Dostupný z: <<http://www.urgmed.cz/postupy/postupy.htm>>.

*Legal Euthanasia Supported by Majority in Great Britain.* angusreidglobal.com [online]. 2012-01-31 [cit. 2013-09-30]. Dostupný z: <<http://www.angusreidglobal.com/polls/44319/legal-euthanasia-supported-by-majority-in-great-britain/>>.

*Lékaři: Eutanazii sami nerozsoudíme, chce to diskusi společnosti.* ceskatelevize.cz [online]. 2012-11-28 [cit. 2013-09-15]. Dostupný z: <<http://www.ceskatelevize.cz/ct24/domaci/205426-lekari-eutanazii-sami-nerozsoudime-chce-to-diskusi-spolecnosti/>>.

*Lékaři řeší, co si počít s eutanazií. Zkrátit život chce čím dál více lidí.* hn.ihned.cz [online]. 2012-11-29. [cit. 2013-09-15]. Dostupný z: <<http://hn.ihned.cz/c1-58851510-lekari-resi-co-si-pocit-s-eutanazii-zkratit-zivot-chce-cim-dal-vice-lidi>>.

*Nositel Nobelovy ceny za medicínu skončil život eutanazií.* idnes.cz [online]. 2013-05-06 [cit. 2013-09-25]. Dostupný z: <[http://technet.idnes.cz/nobelova-cena-eutanazie-0s5-/veda.aspx?c=A130506\\_134256\\_veda\\_mla](http://technet.idnes.cz/nobelova-cena-eutanazie-0s5-/veda.aspx?c=A130506_134256_veda_mla)>.

*Oddělení paliativní péče.* nmskb.cz [online]. [cit. 2013-12-12]. Dostupný z: <<http://www.nmskb.cz/oddeleni/oddeleni-paliativni-pece/specializace-10/>>.

PARLAMENT ČESKÉ REPUBLIKY, POSLANECKÁ SNĚMOVNA. *Vládní návrh na vydání trestního zákoníku. sněmovní tisk 744.* psp.cz [online]. [cit. 2013-09-25]. Dostupný z: <<http://www.psp.cz/sqw/text/text2.sqw?idd=13052>>.

PEJCHALOVÁ-GRÜNVALDOVÁ, V. *Euthanasie a pomoc při sebevraždě. Informační podklad Parlamentu České republiky č. 5. 224.* [online]. [cit. 2013-09-21]. Dostupný z: <<http://www.milanhamersky.cz/download/eutanaziePI.pdf>>.

*Právní a finanční rámec pro hospice.* asociacehospicu.cz [online]. 2010-07-26 [cit. 2013-12-20]. Dostupný z: <<http://www.asociacehospicu.cz/nase-projekty/pravni-ramec-pro-hospice/>>

*Principy paliativní péče.* umirani.cz [online]. [cit. 2013-12-05]. Dostupný z: <<http://www.umirani.cz/principy-paliativni-pece.html>>.

*Prohlášení církví a náboženských společností v ČR k problematice eutanázie a doprovázení umírajících.* In tisk.cirkev.cz [online]. 2005-12-09 [cit. 2013-10-13]. Dostupný z: <<http://tisk.cirkev.cz/dokumenty/prohla-eni-cirkvi-a-nabo-enskych-spolecnosti-v-cr-k-problematice-eutanazie-a-doprovazeni-umirajicich/>>

SLÁMA, O. *Paliativní a hospicová péče v České republice a Evropě.* Klinická onkologie [online]. 2009, roč. 22, č. 4 [cit. 2013-12-12]. Dostupný z: <[http://www.eonkologie.cz/cs/images/stories/KO\\_2009/KO\\_2009-04/\\_pdf/KO\\_2009-04\\_Slama.pdf](http://www.eonkologie.cz/cs/images/stories/KO_2009/KO_2009-04/_pdf/KO_2009-04_Slama.pdf)>. ISSN 0862-495X.

SLÁMA, O., KABELKA, L., ŠPINKOVÁ, M. *Paliativní péče v ČR v roce 2013. Perspektiva České společnosti paliativní medicíny ČLK JEP.* paliativnimedicina.cz [online]. 2013-02-12 [cit. 2013-12-12]. Dostupný z: <[http://www.paliativnimedicina.cz/sites/www.paliativnimedicina.cz/files/users/simicek/paliativni\\_medicina\\_v\\_cr\\_v\\_roce\\_2013.pdf](http://www.paliativnimedicina.cz/sites/www.paliativnimedicina.cz/files/users/simicek/paliativni_medicina_v_cr_v_roce_2013.pdf)>.

*Standardy hospicové paliativní péče.* asociacehospicu.cz [online]. 2010-07-26 [cit. 2013-10-03]. Dostupný z: <<http://www.asociacehospicu.cz/nase-projekty/standardy-kvality/>>.

*Stanice paliativní péče.* nemji.cz [online]. 2011-05-11 [cit. 2013-12-12]. Dostupný z: <<http://www.nemji.cz/stanice-paliativni-pece/d-4131/p1=3525>>.

*Stanovisko Islámu ve věci euthanasie.* e-islam.cz [online.] 2010-069-18. [cit. 2013-10-02]. Dostupný z: <<http://e-islam.cz/node/344>>.

*Švédsko povolilo pasivní eutanazii.* zdravi.e15.cz. [online]. 2010-04-28 [cit. 2013-10-12]. Dostupný z: <<http://zdravi.e15.cz/clanek/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-zdn/svedsko-povolilo-pasivni-eutanazii-451344?category=ze-zahranici>>.

*Umírání a péče o nevléčitelně nemocné: soubor kvantitativních výzkumů pro hospicové občanské sdružení Cesta domů.* cestadomu.cz [online]. STEM/MARK, 2011. [cit. 2013-09-29]. Dostupný z: <<http://www.umirani.cz/res/data/017/001909.pdf>>.

*Veřejné mínění o interrupci, eutanazii a trestu smrti – květen 2013.* cvvm.cas.cz [online]. 2013-06-26 [cit. 2013-09-15]. Dostupný z: <[http://cvvm.soc.cas.cz/media/com\\_form2content/documents/c1/a7039/f3/ov130626.pdf](http://cvvm.soc.cas.cz/media/com_form2content/documents/c1/a7039/f3/ov130626.pdf)>.

*Výroční zpráva za rok 2012.* hospicbrno.cz [online]. [cit. 2013-12-18]. Dostupný z: <[http://www.hospicbrno.cz/index.php/vyrocnizpravy/doc\\_view/50-vyrocnizprava-2012?tmpl=component&format=raw](http://www.hospicbrno.cz/index.php/vyrocnizpravy/doc_view/50-vyrocnizprava-2012?tmpl=component&format=raw)>.

*Zákon o důstojné smrti – senátní návrh.* senat.cz [online]. [cit. 2013-09-27]. Dostupný z: <[http://www.senat.cz/xqw/xervlet/pssenat/webNahled?id\\_doc=47525&id\\_var=40369](http://www.senat.cz/xqw/xervlet/pssenat/webNahled?id_doc=47525&id_var=40369)>.

## **SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK**

ČLK	Česká lékařská komora
ČR	Česká republika
ČSL JEP	Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně
LDN	Léčebna dlouhodobě nemocných

## **SEZNAM OBRÁZKŮ**

<b>OBR. 1: LŮŽKA SPECIALIZOVANÉ PALIATIVNÍ PÉČE NA 100 000 OBYVATEL</b>	<b>43</b>
<b>OBR. 2: POČET KONZILIÁRNÍCH NEMOCNIČNÍCH TÝMŮ SPECIALIZOVANÉ PALIATIVNÍ PÉČE NA 1 MIL. OBYVATEL</b>	<b>43</b>
<b>OBR. 3: POČET TÝMŮ DOMÁCÍ SPECIALIZOVANÉ PALIATIVNÍ PÉČE NA 1 MIL. OBYVATEL</b>	<b>44</b>



**SEZNAM TABULEK**

<b>TAB. 1: ZEMŘELÍ PODLE MÍSTA ÚMRTÍ V ROCE 2012</b>	<b>70</b>
--	-----------

## SEZNAM GRAFŮ

<b>GRAF 1: POHLAVÍ RESPONDENTŮ</b>	<b>77</b>
<b>GRAF 2: VĚK RESPONDENTŮ</b>	<b>77</b>
<b>GRAF 3: VZDĚLÁNÍ RESPONDENTŮ</b>	<b>78</b>
<b>GRAF 4: VĚŘÍCÍ REPENDENTI</b>	<b>78</b>
<b>GRAF 5: ZKUŠENOST S UMÍRÁNÍM</b>	<b>79</b>
<b>GRAF 6: ZAPOJENÍ RODINY DO PÉČE O UMÍRAJÍCÍHO</b>	<b>79</b>
<b>GRAF 7: ZVLÁDNUTÍ PÉČE O UMÍRAJÍCÍHO V DOMÁCÍM PROSTŘEDÍ</b>	<b>80</b>
<b>GRAF 8: OCHOTA PEČOVAT O NEVYLÉČITELNĚ NEMOCNÉHO ČLENA RODINY</b>	<b>80</b>
<b>GRAF 9: DŮVODY "NEOCHOTY" POSKYTOVÁNÍ PÉČE</b>	<b>81</b>
<b>GRAF 10: LEGÁLNÍ ČI BEZTRESTNÉ PROVĚDĚNÍ EUTANAZIE VE SVĚTĚ</b>	<b>82</b>
<b>GRAF 11: SOUHLAS S LEGALIZACÍ EUTANAZIE V ČESKÉ REPUBLICCE</b>	<b>82</b>
<b>GRAF 12: DŮVODY PRO LEGALIZACI EUTANAZIE</b>	<b>83</b>
<b>GRAF 13: DŮVODY PROTI LEGALIZACI EUTANAZIE</b>	<b>84</b>
<b>GRAF 14: EUTANAZIE JAKO VOLBA</b>	<b>84</b>
<b>GRAF 15: ZNALOST POJMU PALIATIVNÍ PÉČE</b>	<b>85</b>
<b>GRAF 16: PALIATIVNÍ PÉČE POUZE PRO SENIORY</b>	<b>86</b>
<b>GRAF 17: PALIATIVNÍ PÉČE POUZE PRO ONKOLOGICKY NEMOCNÉ</b>	<b>86</b>
<b>GRAF 18: PODPORA RODINÁM UMÍRAJÍCÍCH SOUČÁSTÍ PALIATIVNÍ PÉČE</b>	<b>87</b>
<b>GRAF 19: ZNALOST ZAŘÍZENÍ HOSPIC</b>	<b>87</b>
<b>GRAF 20: HRAZENÍ PÉČE V HOSPICI Z VEŘEJNÉHO POJIŠTĚNÍ</b>	<b>88</b>
<b>GRAF 21: PRO KOHO JE HOSPIC URČEN</b>	<b>88</b>
<b>GRAF 22: ÚMRTÍ BLÍZKÉHO V LŮŽKOVÉM HOSPICI</b>	<b>89</b>
<b>GRAF 23: VĚŘÍCÍ, KTEŘÍ SOUHLASÍ S LEGALIZACÍ EUTANAZIE V ČR</b>	<b>90</b>
<b>GRAF 24: VOLBA EUTANAZIE V PŘÍPADĚ SOUHLASU S JEJÍ LEGALIZACÍ</b>	<b>90</b>
<b>GRAF 25: DŮVODY PRO LEGALIZACI EUTANAZIE</b>	<b>91</b>
<b>GRAF 26: ZNALOST POJMU PALIATIVNÍ PÉČE A JEJÍ SOUČÁST – PODPORA RODINÁM</b>	<b>92</b>

## **SEZNAM PŘÍLOH**

1. P I Seznam lůžkových hospiců v ČR
2. P II Dotazník

## **PŘÍLOHA P I: SEZNAM LŮŽKOVÝCH HOSPICŮ V ČR**

### **Hospic Anežky České**

5. května 1170

549 41 Červený Kostelec

Telefon: 491 467 030

Web: [www.hospic.cz](http://www.hospic.cz)

V roce 1996 se jednalo o první hospic na území České republiky. V současné době má dvacet pokojů s celkovou kapacitou třiceti lůžek (14 jednolůžkových, 4 dvoulůžkové a 2 čtyřlůžkové). U zařízení je zřízen i mobilní hospic a ambulance paliativní péče a léčby bolesti, hospic v případě volné kapacity nabízí odlehčovací služby, provozuje sociální poradenství, půjčovnu zdravotnických pomůcek, nabízí vzdělávací programy zaměřené na domácí ošetřovatelství, předává zkušenosti zájemcům o hospicovou péči.

### **Hospic Štrasburk**

Bohnická 12/57

181 00 Praha

Telefon: 283 105511

Web: [www.lph.cz](http://www.lph.cz)

Zahájil činnost v roce 1998, nyní má 24 pokojů, z toho 23 jednolůžkových a 1 dvoulůžkový. S výjimkou dvou pokojů mají všechny jedno další lůžko pro případné přespaní rodinných příslušníků nebo přátel. Při hospici funguje i půjčovna pomůcek.

### **Hospic sv. Lazara**

Sladkovského 66

326 00 Plzeň

Telefon: 377 431 381-3

Web: [www.hsl.cz](http://www.hsl.cz)

Otevřen v roce 1998, kapacita 28 lůžek – 20 jednolůžkových a 4 dvoulůžkové pokoje. Dalších 12 lůžek je určeno pro odlehčovací pobyty, součástí hospice je půjčovna rehabilitačních pomůcek.

### **Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa**

Jiráskova 47

664 61 Rajhrad u Brna

Telefon: 547 232 223

Web: [www.dlbsh.cz](http://www.dlbsh.cz)

Byl založen v roce 1999 a od té doby se stal zdravotnickým zařízením, které je na soudobé špičce kvality a znalostí hospicové paliativní péče poskytované v České republice. Má 50 lůžek, z nichž téměř třetina je umístěna na jednolůžkových pokojích. Zajišťuje rovněž pobytové odlehčovací služby, odborné sociální poradenství, funguje zde Mobilní hospic sv. Jana. Součástí zařízení je od roku 2000 Edukační centrum zaměřené na šíření myšlenky hospicové péče mezi odbornou i laickou veřejnost a na vzdělávání pracovníků zdravotnických profesí v oblasti paliativní medicíny, léčby bolesti a péče o chronicky nemocné.

### **Hospic sv. Štěpána**

Rybářské náměstí 662/4

412 01 Litoměřice

Telefon: 416 733 185-7

Web: [www.hospiclitomerice.cz](http://www.hospiclitomerice.cz)

Kapacita hospice je 26 lůžek, z toho 22 v jednolůžkových pokojích s přistýlkou pro doprovod a 4 lůžka ve dvoulůžkových pokojích. Otevřen byl v roce 2001, jeho součástí je poradna a půjčovna pomůcek, ambulance paliativní medicíny a léčby bolesti, provozuje edukační centrum, zabezpečuje odlehčovací (respitní) pobyty i pobyty na sociálních lůžkách, domácí hospicovou péči.

### **Hospic na Svatém kopečku**

Sadové nám. 24

779 00 Olomouc

Telefon: 585 319 754

Web: [www.hospickopecek.charita.cz](http://www.hospickopecek.charita.cz)

V objektu otevřeném v roce 2002 je pro uživatele připraveno celkem 30 lůžek v 24 ubytovacích jednotkách (18 jednolůžkových s přistýlkou pro rodinného příslušníka a 6 dvoulůžkových).

### **Hospic Citadela**

Žerotínova 1421

757 01 Valašské Meziříčí

Telefon: 571 629 085

Web: [www.citadela.cz](http://www.citadela.cz)

Uveden do provozu v roce 2004, disponuje 36 lůžky ve dvoulůžkových nebo jednolůžkových pokojích s přistýlkou pro doprovod osoby blízké. Nabízí i odlehčovací služby a sociální poradenství nevyлéčitelně nemocným a jejich blízkým.

### **Hospic Hvězda**

Sokolovská 967

763 02 Zlín-Malenovice

Telefon: 577 113 541

Web: [www.sdruzeniHvezda.cz](http://www.sdruzeniHvezda.cz)

Zařízení poskytuje svoje služby od roku 2003 v jednolůžkových a dvoulůžkových bytových jednotkách – celkem 14 lůžek. Nabízí i domácí hospicovou péči.

### **Hospic sv. Alžběty**

Kamenná 207/36

639 00 Brno

Telefon: 543 214 761

Web: [www.hospicbrno.cz](http://www.hospicbrno.cz)

Zařízení otevřené v roce 2004 disponuje 22 lůžky v jednolůžkových a dvoulůžkových pokojích, v roce 2008 zahájil činnost domácí hospic. Dále zde funguje hospicová poradna a půjčovna pomůcek, nabízena je odlehčovací služba.

### **Hospic v Mostě**

Svážná 1528

434 01 Most

Telefon: 476 000 166

Web: [www.hospic-most.cz](http://www.hospic-most.cz)

Lůžkové zařízení se 17 jednolůžkovými pokoji s příslušenstvím a 17 lůžky pro doprovázející slouží veřejnosti od roku 2005. Poskytuje rovněž odlehčovací služby, k dispozici je půjčovna pomůcek a hospicová poradna.

### **Hospic sv. Jana Nepomuka Neumanna**

Neumannova 144

383 01 Prachatice

Telefon: 388 311 726

Web: [www.hospicpt.cz/prachatice](http://www.hospicpt.cz/prachatice)

Hospic fungující od roku 2005 má 30 odborně specializovaných hospicových lůžek (22 jednolůžkových a 4 dvoulůžkové pokoje), součástí každého pokoje je přistýlka pro blízkou osobu. Poskytuje další služby – půjčovna pomůcek, poradenské služby – odborné sociální poradenství, respitní pobyty – odlehčovací služby, domácí hospicová péče

### **Hospic sv. Lukáše**

Charvátská 785/8

700 30 Ostrava-Vítkovice

Telefon: 599 508 505

Web: [www.ostrava.caritas.cz/hospicove-sluzby/luzkova-hospicova-pece-hospic-sv-lukase](http://www.ostrava.caritas.cz/hospicove-sluzby/luzkova-hospicova-pece-hospic-sv-lukase)

Kapacita zařízení je 34 lůžek pro klienty (22 jednolůžkových, 6 dvoulůžkových pokojů) a 22 přistýlek pro blízké osoby. Otevřen byl v roce 2007, poskytuje i odlehčovací služby.

### **Hospic Dobrého Pastýře**

Sokolská 584

257 22 Čerčany

Telefon: 317 777 381

Web: [www.hospic-cercany.cz](http://www.hospic-cercany.cz)

V rámci lůžkového hospice je k dispozici 24 jednolůžkových pokojů a 3 dvoulůžkové s možností přistýlky pro rodinné příslušníky či přátele. Funguje u něj dále i mobilní hospic, ambulance paliativní medicíny, poskytuje odlehčovací služby terénní a pobytové, součástí je i půjčovna kompenzačních pomůcek, centrum denních služeb a vzdělávací centrum paliativní péče. Hospic zahájil provoz v roce 2008.

### **Hospic Chrudim**

K Ploché dráze 602

537 01 Chrudim

Telefon: 461 001 900

Web: [www.hospicchrudim.cz](http://www.hospicchrudim.cz)

Otevřen byl v roce 2009, má 27 lůžek v převážně jednolůžkových pokojích s přistýlkou pro blízkou osobu.

### **Hospic Frýdek-Místek**

I. J. Pešiny 3640

738 01 Frýdek-Místek

Telefon: 595 538 111

Web: [www.hospicfm.cz](http://www.hospicfm.cz)

Zařízení zprovozněné v roce 2010 má kapacitu 43 lůžek, z toho 4 lůžka pro poskytování odlehčovacích služeb 9 lůžek pro poskytování sociálních služeb a 30 lůžek pro zajištění paliativní péče.

### **Dětský hospic**

Malejovice 22

285 04 Uhlířské Janovice

Telefon: 327 544 044

Web: [www.klicek.org](http://www.klicek.org)

Dětský hospic otevřený v roce 2004 se od hospice pro dospělé v mnoha významných rysech liší. Slouží dětem, u nichž byla diagnostikována život ohrožující choroba, a jejich rodinám – těžištěm jeho práce však není terminální péče, ale péče respitní (odlehčovací).

K datu 30.11.2013 ukončil svoji činnost **Hospic Štrasburk na ulici Malovická v Praze**, v provozu byl od roku 2010.

*Zdroj: vlastní zpracování*



## **PŘÍLOHA P II: DOTAZNÍK**

Vážená paní, vážený pane,

jmenuji se Dobroslava Korcová a studuji navazující magisterské studium oboru Sociální pedagogika na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně, Fakultě humanitních studií, Institutu mezioborových studií v Brně. Chtěla bych Vás laskavě požádat o vyplnění následujícího dotazníku, který mi poslouží ke zpracování praktické části mé diplomové práce na téma „Eutanazie nebo paliativní péče“.

Dotazník je anonymní, prosím Vás o označení vždy jedné odpovědi, která koresponduje s Vaším názorem nebo je mu nejbližší.

Velmi Vám předem děkuji za čas, který mi věnujete.

### **1. Jste:**

- a) muž
- b) žena

### **2. Váš věk je v rozmezí:**

- a) 18 - 30 let
- b) 31 - 50 let
- c) 51 - 70 let
- d) nad 71 let

### **3. Vaše nejvyšší dosažené vzdělání:**

- a) základní
- b) SOU
- c) středoškolské
- d) vyšší odborné
- e) vysokoškolské

### **4. Jste věřící?**

- a) ano
- b) ne

### **5. Máte bezprostřední osobní zkušenost s umíráním (příbuzní, blízké osoby)?**

- a) ano
- b) ne

**6. Mají se podle Vašeho názoru členové rodiny zapojovat do péče o umírajícího?**

- a) rozhodně ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) rozhodně ne

**7. Je podle Vás možné se o umírajícího dobře postarat v domácím prostředí?**

- a) ano
- b) ano, ale jen za pomoci odborníků
- c) spíše ne, péči doma zvládne jen málokdo
- d) ne, pro umírání je vhodnější lůžkové zařízení, které je na to patřičně vybavené

**8. Byl/a byste v případě nevléčitelného onemocnění člena Vaší rodiny ochoten/ochotna o něj doma pečovat?**

- a) ano
- b) ne

**9. Pokud NE, co by pro Vás bylo důvodem?**

- a) psychicky bych nezvládl/a být u umírání někoho blízkého
- b) nevěděl/a bych, jak se o něj starat
- c) nezvládl/a bych to po finanční stránce
- d) jiný důvod

**10. Víte, co znamená pojem eutanazie?**

- a) ano
- b) ne

**11. Domníváte se, že eutanazie je v některé zemi světa legálně či beztrestně prováděna?**

- a) ano
- b) ne

**12. Souhlasil/a byste s uzákoněním eutanazie v České republice?**

- a) ano
- b) spíše souhlasím
- c) spíše nesouhlasím
- d) ne

**13. Pokud jste zvolil/a možnost a) nebo b), vyberte důvod, proč s legalizací eutanazie souhlasíte:**

- a) každý člověk má právo rozhodnout o svém životě, tedy i o smrti
- b) eutanazie umožňuje vyhnout se případné nesnesitelné bolesti při odchodu ze života
- c) ekonomické důvody - peníze na udržování nevyléčitelně nemocných by mohly být využity s větším prospěchem
- d) nemocný by nebyl na obtíž svým nejbližším

**14. Pokud jste zvolil/a možnost c) nebo d), vyberte důvod, proč s legalizací eutanazie nesouhlasíte:**

- a) riziko zneužití by bylo příliš velké, např. ze strany příbuzných nemocného
- b) společnost by se tak mohla zbavovat „nepotřebných“ (duševně nemocní, staří, postižení)
- c) vždy se jedná o vraždu
- d) při současné úrovni medicíny není důvod eutanazii povolit
- e) je to proti mému přesvědčení

**15. Domníváte se, že Vy sám/sama byste možnost eutanazie zvolil/a?**

- a) ano
- b) ne
- c) nejsem si jist/a

**16. Víte, co znamená pojem paliativní péče?**

- a) ano
- b) ne

**17. Pokud ANO, pokuste se několika slovy tento termín vysvětlit:**

.....  
.....

**18. Je paliativní péče určena výhradně seniorům?**

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

**19. Je paliativní péče určena pouze onkologicky nemocným?**

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

**20. Je součástí paliativní péče i podpora rodinám umírajících?**

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

**21. Hospic je podle Vás:**

- a) specializované zařízení, které poskytuje nevyléčitelně nemocným péči v konečné fázi života
- b) církevní zařízení, v němž se o nemocné starají řádové sestry
- c) nemocnice/léčebna dlouhodobě nemocných

**22. Domníváte se, že péče v lůžkovém hospici je plně hrazena z veřejného zdravotního pojištění?**

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

**23. Hospic je podle Vás určen pro:**

- a) všechny umírající
- b) výhradně věřící
- c) nemocné s onkologickou diagnózou
- d) pouze pro seniory

**24. Zemřel někdo z Vašeho blízkého okolí v lůžkovém hospici?**

- a) ano
- b) ne