

Univerzita Karlova v Praze
Husitská teologická fakulta

Poslední věci člověka, eutanázie a paliativní péče

(Terminal Matters of Human Being, Euthanasia and Palliative Care)

Šárka Chmelíková

Diplomová práce

Katedra psychosociálních věd a etiky

doc. ThDr. Václav Ventura, Th.D.

Praha

2006

Děkuji doc. ThDr. Václavu Venturovi, Th.D. za odborné vedení práce, Mgr. Michaele Potančokové a své mamince za pomoc s dotazníkovým průzkumem a Tomášovi Brambůrkovi za praktickou pomoc s diplomovou prací.

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně. Všechny použité prameny a literaturu jsem jmenovitě uvedla v seznamu literatury.

V Praze dne 5. dubna 2006

Šárka Chmelíková



OBSAH

Úvod	3
1 Eutanázie	7
1.1 Pojem.....	7
1.2 Jak lze eutanázii vnímat a rozdělovat.....	8
1.3 Dystanázie a právo člověka na sebeurčení.....	11
1.4 Náboženské a kulturní pohledy na eutanázii.....	13
1.5 Zneužití eutanázie nacismem.....	14
1.6 Proč se otázka eutanázie dostává do popředí zájmu dnes?.....	15
1.7 Důstojné umírání.....	16
1.8 Ritualizace smrti.....	17
1.9 Mezinárodní organizace o eutanázii.....	18
1.9.1 Světová lékařská asociace.....	18
1.9.2 Česká lékařská komora.....	19
1.9.3 Evropská asociace pro paliativní péči.....	19
1.9.4 Rada Evropy.....	20
1.10 Zajímavé aspekty eutanázie ve vybraných zemích.....	20
1.10.1 Holandské prvenství.....	21
1.10.2 Belgie.....	23
1.10.3 Švýcarsko.....	23
1.10.4 Austrálie.....	24
1.10.5 Velká Británie.....	24
1.10.6 Itálie.....	25
1.10.7 USA.....	25
1.10.8 Německo.....	26
1.11 Eutanázie v ČR.....	27
1.12 Eutanázie ano či ne?.....	28
1.12.1 Argumenty pro eutanázii.....	28
1.12.2 Argumenty proti eutanázii.....	30
1.13 Nedorozumění a předsudky.....	31
1.14 Kdy a proč žádá nemocný o předčasnou smrt.....	33

2 Paliativní a hospicová péče.....	35
2.1 Vymezení pojmů.....	35
2.2 Hospic, dům naděje.....	37
2.2.1 Co je hospic?.....	37
2.2.2 Základní formy paliativní péče	38
2.2.3 Návštěva hospicu Štrasburk.....	39
2.2.4 Marie Svatošová o hospici.....	40
2.3 Hospicové hnutí.....	41
2.4 Hospicové hnutí v ČR.....	42
2.5 Lidé pracující v hospicovém zařízení.....	43
2.6 Potřeby umírajících.....	44
2.6.1 Tělesné potřeby.....	44
2.6.2 Psychické potřeby.....	47
2.6.3 Sociální potřeby.....	49
2.6.4 Duchovní potřeby.....	50
2.7 Potřeby okolostojících.....	51
3 Praktická část.....	53
3.1 Výzkumný problém.....	53
3.2 Cíl.....	53
3.3 Výzkumný postup.....	54
3.4 Výzkumný vzorek a metodika zpracování dat.....	55
3.5 Výsledky.....	56
3.6 Závěrečné shrnutí.....	71
Závěr.....	73
Resume.....	75
Seznam literatury.....	76
Příloha č. 1.....	80
Příloha č. 2.....	84
Příloha č. 3.....	86

ÚVOD

Kvete-li strom, pak v něm kvete život stejně jako smrt...

RAINER MARIA RILKE

Lidé tabuizují potřebu rozhovoru o posledních věcech člověka. Máme sklon bránit se myšlenkám na smrt, ačkoliv jsme s ní denně konfrontováni z médií. Mluvíme-li o smrti, myslíme většinou na umírání ostatních. Člověk je bytost vědomá si vlastní smrtelnosti, možná právě proto smrt ze svého života tak vehementně vytlačuje. A přitom není v životě nic jistějšího než smrt. V mládí se lidé bojí především o život, aby nebyl tragicky ukončen příliš brzo, ve stáří se obávají způsobu příchodu smrti.

Téměř všichni si přejeme zemřít doma mezi svými blízkými. Dříve lidé měli větší možnost umírat doma, ve svých rodinách. Pečovat o umírajícího člena rodiny bylo samozřejmé, tak jako byla samozřejmá smrt. Dnes je to jiné. Se smrtí neumíme zacházet, máme z ní strach. Už si neumíme sednout k lůžku umírajícího a naslouchat. Někdy raději zvažujeme možnosti, jak smrt urychlit. Rodíme se převážně v nemocnicích a je velmi pravděpodobné, že tam také zemřeme. Jak si všímá naše přední odbornice na problematiku stáří a umírání Helena Haškovcová (1990), podléháme iluzím, že péče o umírající patří do zdravotnictví do péče určených odborníků. Zdravotník sice poskytne umírajícímu odbornou péči, ale psychickou podporu a pohodu mu může zajistit především jeho rodina nebo přátelé.

Umírání je více než tělesný proces. Je to loučení a to velice těžké loučení pro obě strany, tedy pro nemocného i pro pozůstalé. Protože tělo a duše tvoří jednotu, umírá celý člověk. Všichni toužíme po rychlé bezbolestné smrti, nejlépe ve spánku. Dlouhodobá a nevléčitelná nemoc nás děsí víc než smrt sama. Lékařská věda kráčí mílovými kroky dopředu a medicína má dnes mnoho možností, jak lidský život prodloužit. Bohužel to platí i naopak a tak mnohdy prodlužuje umírání.

Je třeba si uvědomit, že náš život se v posledním století změnil. Žijeme výrazně déle a v mnohém ohledu výrazně pohodlněji. A platíme za to nemalou daň v podobě delšího a komplikovanějšího umírání.

Konec lidského života se v minulém a současném století stal předmětem lékařské manipulace, která otevírá zásadní etické diskuze o otázce eutanázie. Bohužel se tomuto tématu nedostává náležité pozornosti a diskuze nad její problematikou se ztrácí v záplavě jiných témat, které se zdají být aktuálnější.

Toto na první pohled neradostné téma své diplomové práce jsem si vybrala proto, že je mi svým způsobem blízké. Strávila jsem více než čtyři roky péčí o starou anglicky hovořící paní, kterou jsem doprovázela až do konce jejích dnů. Byla to pro mne obrovská zkušenost, i když v závěru jejího života velmi zátěžová.

Stará paní (jejíž rodina si nepřeje uvádět jméno) trpěla demencí. Byla téměř slepá, rachitické postavy, inkontinentní, pohybovala se pouze s pomocí ostatních. Ve všech činnostech každodenního života potřebovala neustálou pomoc a péči. Často upadala do apatie, kdy nekomunikovala, a to ani se členy své rodiny. Někdy ovšem jakoby “obživla”, byla veselá, hovorná a zajímala se o dění kolem sebe. Její rodina jí vytvořila bezvadné zázemí a poskytla veškerý biopsychosociální komfort. K dispozici měla vedle mé osoby ještě další tři asistentky, se kterými jsme se o ní ve dne v noci střídavě staraly.

Ke konci svého života trpěla bolestmi, neboť měla po pádu na zem zlomenou páteř, ke kterému se později přidal zápal plic. Už tak sporadicky pohyblivá a komunikativní paní upadla do naprosté letargie. Zbytek života strávila v nemocnici, neschopná převozu domů. Její rodina, tedy dvě dcery, z nichž jedna je ošetrovatelkou v hospicu v americkém státě Oregon, velmi obtížně zajišťovala látku tlumící bolest – morfium. V době, kdy bylo zřejmé, že se život jejich maminky naplňuje, trvaly na převozu domů, do pražského bytu. Stará paní však zemřela ještě v nemocnici (ve věku 89 let).

Během jejího umírání (které trvalo asi deset dní), projevíli lékaři, zdravotní i řádové sestry velké porozumění a účast, a všem zainteresovaným umožnili neomezený přístup ke staré paní. Na žádosti obou dcer, aby jejich matce už nedávali další infúze a nechali tak klidně přijít smrt, však nereagovali s tím, že o pacienta musí pečovat až do konce.

Později jsem v knize M. Svatošové (1998, s. 26-28) objevila, jaký dyskomfort a zbytečné nepohodlí způsobuje pacientovi v terminální fázi infúzní hydratace. Popisuje v ní, jak potřeba zavodňování a výživy při umírání klesá. Dostává-li umírající nadále infúze (namísto třeba kostky ledu do úst), pacientova žízeň se tím neřeší, a navíc se zvyšuje tvorba hlenu v plicích, který je nutno odsávat. A tak je třeba zavádět do těla pacienta velké množství hadiček, ačkoliv jeho potřeby jsou v danou chvíli s velkou pravděpodobností odlišné.

Umírající člověk potřebuje mít kolem sebe především své blízké. Potřebuje být obklopen lidmi, kteří mu rozumějí, a kteří mu pomohou zbavit se strachu a bolesti. Potřebuje co nejlépe žít až do samého konce. Potřebuje si dát své věci do pořádku a v klidu se s životem rozloučit. Myslím, že eutanázie by člověka o tento kus života připravila. Zkrátila by jeho velmi důležitý úsek, jeho vyvrcholení.

Na druhou stranu ne všichni lidé mají to štěstí umírat krátce. Při představě dlouhého a trýznivého umírání nás nutně napadne i otázka eutanázie. Ovšem současná diskuze o eutanázii je často zjednodušující, vyznívající jako spor, v němž bude nakonec dáno za pravdě jedné straně.

Přemýšlím, zda má člověk právo na to, svůj boj se stářím a nemocí vzdát. Jestliže ano, má právo žádat o smrt z rukou druhého člověka? Je eutanázie výlučně činem, který páchá někdo na někom jiném, který právě umírá? Je třeba k eutanázii souhlasu pacienta? Nebo jeho rodiny? Lze ji odlišit od jiných forem sebevraždy a vraždy?

Je to opravdu velké téma na celospolečenskou diskuzi. Mým záměrem není na tyto otázky najít odpověď, ale svým drobným dílem se k této diskuzi připojit.

Tato práce je rozdělená do dvou na sebe navazujících celků a praktické části. První část je věnovaná široké problematice eutanázie. Začínám vymezením pojmu eutanázie a jejímu rozdělení, nabízím pohledy různých odborníků, jak lze na eutanázii nahlížet. Uvádím současný význam (definici) tohoto pojmu, který je relevantní v celospolečenské diskuzi o eutanázii a rozlišuji mezi jednáními, která jsou považována za některou formu eutanázie, a která již ne. Stručně se zmiňuji o náboženských a kulturních předpokladech eutanázie a jejímu historickému zneužívání nacismem. Dále uvádím kapitoly o zajímavých aspektech eutanázie ve vybraných zemích, z nichž největší prostor dávám Holandsku, jako zemi, která její legalizaci umožnila první a nahlížím na problematiku eutanázie v České republice. Zamýšlím se nad názory pro a proti eutanázii a uvádím některé iluzorní předpoklady, stěžující debatu o tomto tématu. Zamýšlím se i nad podstatou důstojného umírání a tabuizované smrti a nad důvody, které vedou nemocného k žádosti o urychlení smrti.

Druhá část této práce je věnovaná paliativní medicíně a hospicovému hnutí, které stojí trochu neprávem ve stínu eutanázie. Vedle pojmosloví a rozdělení se věnuji fyzickým, sociálním, psychickým a duchovním potřebám pacientů a rovněž potřebám okolostojících. Zmiňuji se o zakladatelích hospicového hnutí ve Velké Británii a v České republice. Popisuji své dojmy z návštěvy bohnického hospicu Štrasburk a uvádím „jak to chodí“ v hospici Anežky České v Červeném Kostelci. Ve své práci, především v její části o hospicové péči, hojně cituji Marii Svatošovou, která je všeobecně uznávanou praktikující odbornicí na problematiku paliativní medicíny a hospicové péči.

V závěrečné části své práce prezentuji výsledky svého dotazníkového průzkumu. Práci uzavírá přehled použité literatury, seznam zdrojů a přílohová část.

1. Eutanázie

O ukončení života z milosti se diskutuje od ne paměti a názory na toto téma nebudou zřejmě nikdy jednotné, tak jako názory na interrupci, homosexualitu a ostatní společensko-etická témata. Otázka eutanázie je velmi složitá. Neshoda panuje i v pokusech o definici eutanázie, i když není podstatné se o vytvoření takové definice snažit. Podstatné je porozumět všem aspektům eutanázie a jejímu konceptu **dobré smrti**, který spočívá v důstojném umírání a prožívání konce života při poskytování kvalitní péče.

1.1 Pojem

Pojem eutanázie se skládá ze dvou řeckých slov. *Eu* znamenající dobrý a *thanatos*, které znamená smrt. Dala by se tedy doslovně nazvat „dobrou smrtí“, ačkoliv právě v tom vězí hlavní problematika sporu mezi zastánci a odpůrci eutanázie. Milosrdná smrt, kterou někteří lidé chápou jako jeden z nejvyšších projevů humanity se druhým morálně přiči coby vražda. Ve hře je však více problémů, které odráží aspekty náboženské, morální, lékařské a ošetrovatelské, právní, dále kulturní rozdílnost a hlavně silné emoce.

Tradičním obsahem pojmu eutanázie byla dobrá smrt, tedy smrt, která přichází po dlouhém spokojeném životě a to rychle, bezbolestně nebo ve spánku (Haškovcová, 2000, s.104).

Krásně ji nazývá Marie Svatošová, když o dobré smrti hovoří jako o „setkání se Stvořitelem“ (1998, s. 16).

Většina slovníků cizích slov se při definici pojmu eutanázie omezí jen na doslovný překlad, tedy vedle „dobré“, „snadné“ či „milosrdné smrti“, na „bezbolestnou smrt v důsledku milosrdného jednání“ (Morris, 1980).

Novodobější Encyklopedie bioetiky (Warren, 1995, s. 554) vztahuje pojem eutanázie ke třem významům:

1. smrt, která zbavuje utrpení
2. pomoc (péče) v umírání
3. dovolení zemřít (nechat zemřít)

V současné diskuzi o eutanázii je tento pojem chápán jako usmrcení nevléčitelně nemocného člověka v terminální fázi nemoci a to lékařem a na pacientovu žádost, s přesvědčením, že prodlužování pacientova života by vedlo k dalšímu utrpení, a na jehož změnu k lepšímu není naděje.

Americký lékař a teolog M. Scott Peck (2001, s. 121) navrhuje pro eutanázii tuto definici: „*Skutečná eutanázie je sebevražedný čin, u kterého je, či není asistováno, a kde převládá motiv vyhnout se emocionálnímu utrpení obsaženému ve fyzickém umírání smrtelnou chorobou v jejích relativně finálních stádiích.*“

Termín eutanázie není jednoznačně definovatelný, definice se různí v závislosti na etických postojích. Odborníci rozlišují mezi řadou situací, které pojem eutanázie v současnosti běžně reprezentuje. V následující kapitole proto uvádím další rozdělení a významy tohoto pojmu.

1.2 Jak lze eutanázii vnímat a rozdělovat

Pod pojmem eutanázie chápe většina lidí nejčastěji milosrdnou smrt, tedy aktivní eutanázii, kterou vykoná lékař na svobodnou žádost trpícího pacienta. Pojem eutanázie má však více významů a tohoto pojmu se využívá pro celou řadu značně odlišných situací. Profesorka lékařské etiky Helena Haškovcová (2000, s. 104-106)) uvádí následující výčet forem eutanázie:

1. *eutanázie aktivní*, která je s důrazem na aktivní roli lékaře nazývána jako *strategie přeplněné stříkačky*
2. *eutanázie pasivní*, pro odnětí nebo přerušení léčby nazývána jako *strategie odkloněné stříkačky*
3. *eutanázie nevyžádaná* jako forma aktivní eutanázie, kdy pacient není schopen požádat o urychlení smrti, ale lze předpokládat, že kdyby schopen byl, o eutanázii by požádal
4. *eutanázie nedobrovolná*, která je nejenom nevyžádaná, ale i nechtěná
5. *eutanázie prenatalní*¹, kterou se označuje interupce ze sociálních důvodů
6. *eutanázie sociální*, která souvisí s ekonomickými, geografickými a vzdělanostními zdroji; jde o to, aby každý člověk dostal takovou péči, která by odpovídala současným poznatkům vědy a medicíny
7. *dystanázie*, tzv. zadržaná smrt, kdy smrt pacienta je neodvratná, avšak stále se oddaluje
8. *asistovaná sebevražda*, kdy sám pacient za asistence lékaře ukončí svůj život

U pojmu pasivní eutanázie, kvůli jeho nejednoznačnosti, bych se chtěla ještě zastavit. U aktivní eutanázie je vždy úmyslem přímo usmrtit pacienta, u pasivní eutanázie nejde o podání smrtícího preparátu, ale naopak o nepodání potřebného léku (nebo o nezapojení přístrojů) či o odejmutí léku (odpojení přístrojů), zkrátka o zastavení léčby. Někdy je proto pasivní eutanázie nazývána „právem na příchod smrti“ (Haškovcová, 1996, s. 91).

Mnoho odborníků označuje rozdělování eutanázie na aktivní a pasivní za nelogické či přímo zavádějící. Rozdíl mezi přímým usmrcením a ukončení léčby je v úmyslu či v cíli, kterého má být dosaženo. Je nutné zdůraznit, že zastavení léčby, která přináší už jen utrpení a prodlužování umírání, nelze považovat za žádnou formu eutanázie, protože zde není úmysl usmrtit. Nejde o žádné pasivní usmrcení, ale o neprodlužování umírání, tedy vlastně o dovolení zemřít (Kořenek, 2002, s. 161).

V tom se shoduje naprostá většina odborníků. Avšak používání výrazu „pasivní eutanázie“ připouští nebo vzbuzuje domněnku, že lékaři dělají určité nepatřičné věci, aby pacienta usmrtili. (Pollard, 1996).

¹ eutanázii prenatalní uvádí autorka ve výčtu forem eutanázií, i když přiznává, že je to pojem diskutabilní, protože nechtěné dítě není nemocné (nemá bolesti), nemůže tedy o eutanázii požádat. Na druhou stranu pojem „eutanázie“ používají odpůrci interupcí, kteří chtějí využít emočního náboje tohoto slova ke zrušení interupcí nebo alespoň k zamyšlení veřejnosti nad touto problematikou

Rovněž při léčbě silné bolesti, kterou je zapotřebí tišit postupně se zvyšujícími dávkami analgetik, nelze vyloučit, že vedlejší účinky tak vysokých dávek urychlí smrt. V odborné literatuře se hovoří o principu tzv. dvojitého účinku. Nejde však o eutanázii, protože toto úmrtí hodnotíme jako nechtěný vedlejší účinek léčby, která chce užít efektivních prostředků ke zmírnění utrpení umírajících pacientů, bez úmyslu usmrtit (Peck, 2001, s. 215)

Neprodlužování utrpení je v podstatě umožnění důstojně a klidně odejít, když k odchodu uzrál čas a dosloužily životně důležité orgány. I když se hranice mezi pasivní eutanázií a neprodlužováním utrpení může zdát velmi křehká, rozhodující roli zde hraje úmysl nezabít. Hlavní úmyslem lékaře je nebránit přirozené smrti, tedy umožnit pacientovi odejít.

Často se dnes hovoří i o **sebevraždě za lékařské asistence** (assisted suicide), kdy lékař obstará prostředky k vlastnímu usmrcení člověka, který o to požádal a který jich pak pro sebe použije. V této souvislosti se někdy hovoří o tzv. „návodu na vysvobození“ (Haškovcová, 2000, s. 105).

I když lékař (nebo jiná osoba) sám osobně usmrcení neprovádí, je jeho záměrem, aby díky poskytnutým prostředkům ke smrti došlo. I když zde existují rozdíly praktického nebo společenského rázu, na sebevraždu za lékařské asistence se můžeme dívat jako na morální ekvivalent eutanázie, protože lékaři, kteří ji provádějí tak odporují své úloze, která byla definována Hippokratovou přísahou (Pollard, 1996, s. 23).

Právě nelehké umírání, které je často spojené s bolestí a beznadějí, mnohdy iniciuje úvahy o milosrdné smrti (Vorlíček, Adam, Pospíšilová a kol. 2004, s. 445). S pojmem eutanázie, stejně jako s myšlenkami na její legalizaci, je nutné „pracovat“ opatrně. Mnohovýznamnost tohoto slova zůstává často veřejnosti skryta a tak lidé mnohdy chápou eutanázii jako jedinou pomoc člověku, který trpí.

1.3 Dystanázia a právo človeka na seburčenie

Lékařská věda je v současnosti tak daleko, že např. oplodnění „in vitro“ už bereme jako samozřejmost. Medicína slaví úspěchy v léčbě infekčních chorob, maligních nádorů nebo v oboru transplantologie. Ovšem takovýto rozvoj biologie a vývoj medicínské technologie staví člověka před řadu rozhodnutí etického charakteru.

Lidé se dožívají výrazně delšího a kvalitnějšího života. Smrt je stále odsouvána, lékaři v dobré víře bojují všemi prostředky o prodloužení života, neboť jsou vzděláváni a školeni pro vítězný boj s nemocí a k oddalování smrti. Mnozí umírající až do úplného konce očekávají zázrak. A tak lékaři bojují, intervenují a zatěžují umírajícího léčbou, která už přináší víc bolesti než prospěchu.

Radikální léčba v raném stádiu nemoci vede velmi často k dobrým léčebným výsledkům, avšak pokud se v ní pokračuje, i když se objeví náznaky, že tato situace již pominula, může vést radikální léčba ke zcela opačným výsledkům. Stav, kdy smrt je neodvratná, a přesto je stále a namáhavě oddalována, nazývají odborníci **dystanázii** neboli **zadrženu smrtí** (Haškovcová, 2000, s. 32).

Upustit od zbytečné léčby však není totéž jako aktivně ^{pacienta} usmrtit. Co je a co není zbytečná léčba, je otázka, nad níž se diskutuje neustále. Rozhodně nezáleží jen na racionálním názoru medicíny, ale je potřeba zohlednit i názor pacienta.

Právo odmítnout v mezích zákona léčbu (a právo být současně informován o zdravotních důsledcích svého rozhodnutí) patří mezi základní práva pacientů, uvedené v etickém kodexu Práva pacientů² (Haškovcová, 1996, s. 27).

Na druhou stranu zásadní odmítnutí léčby pacientem může v určitých situacích představovat ve svém důsledku zvláštní formu eutanázie, která se nepochybně z práv pacientů vymyká. I když má každý člověk právo na autonomii a seburčenie (tedy i na rozhodnutí, co si v závěru života přeje a co odmítá), nelze ohrožovat zákonná práva lékaře. Žádný lékař není povinen splnit pacientovo přání milosrdné smrti a žádný člověk nemá právo žádat na druhém člověku ukončení života (Štěpán, 1989).

² vydaného Centrální etickou komisí MZ ČR v roce 1992

Podle vyjádření Evropské asociace pro paliativní péči platí všeobecná shoda v tom, že nemocní nejsou povinováni podstupovat léčbu, která je zbytečná, a že lékaři nejsou povinováni takovouto léčbu zahajovat anebo v ní pokračovat (Munzarová, 2005b).

Bohužel mnohá rozhodnutí o další léčbě je potřeba učinit v situacích, kdy pacient není schopen komunikovat a dát tak najevo svůj souhlas či nesouhlas nebo je v situaci, která mu neumožňuje klidnou a racionální rozvahu. V mnoha zemích je tento problém řešen předběžným stanoviskem pacienta ke druhu poskytované péče v přesně definovaných situacích.

V roce 1967 členové Národní společnosti pro legalizaci eutanázie, založené ve Spojených státech amerických, prosadili tzv. *životní vůli* (living will), což znamená písemné vyjádření vůle osoby, v němž se stanoví, za jakých okolností má být ukončeno umělé udržování života.

Tyto životní vůle jsou dodnes platné ve většině států federace a vlastně připouštějí za určitých okolností nevyžádanou eutanázii, protože se používají dvojznačné pojmy a různointerpretace (Pollard, 1996, s. 69).

Vzhledem k tomu, že stále častěji dochází k dystanázii (zadržené smrti), odborníci hledají systém kritérií, který by umožnil přirozenou smrt a zabránil zneužití. V odborné zahraniční terminologii se hovoří o zásadě DNR, tj. do not resuscitate, které znamená, že v případě zástavy srdce nebo v případě neodvratné smrti a nevléčitelné nemoci, nemusí být podniknuta resuscitace (Ondok, 1999, s. 124).

Zavedení těchto životních vůlí se váže k lidským právům, zejména k právu na sebeurčení, i když se ukazuje, že nejsou obecně použitelné. Jak myslím správně upozorňuje H. Haškovcová (2000, s. 116), jinak totiž uvažují lidé, co by chtěli „kdyby se stalo“ a jinak „když se stane.“

1.4 Náboženské a kulturní pohledy na eutanázii

Je všeobecně známé, že nejenom křesťanství, ale i jiné světově významné náboženské systémy se k eutanázii staví negativně - judaismus, islám, hinduismus, byť z rozdílných důvodů.

Medicína vzešlá z prostředí judaisticko-křesťanské kultury se s problematikou eutanázie vyrovnala odkazem na význam starozákonních textů, tedy jednoznačně negativním postojem k ukončování života. Život je darem od Boha a jen Bůh rozhoduje o tom, kdy a jak člověk zemře. Lidský život pochází od Boha a člověk je pouze jeho správcem, nikoliv vlastníkem. V židovské kultuře byla věnována velká péče umírajícím, lékaři i společnost byli vyzýváni, aby těmto lidem pomohli nést jejich úděl (Lajkep, Euthanasie, s. 32).

Rovněž podle Koránu je Bůh tvůrcem života a nikdo tedy nemá právo spáchat sebevraždu nebo jinému v sebevražedných úmyslech pomáhat.

Také náboženství východní Asie se k eutanázii staví odmítavě. Buddhisté i hinduisté jsou přesvědčeni, že utrpení je nutnou součástí života, a že každý člověk musí odčinit své nedostatky právě cestou strasti. Kdo by se chtěl zbavit svého utrpení předčasnou smrtí, stejně si nepomůže, protože utrpení na něho čeká v dalším životě, třeba v jiné podobě. Kromě toho i zabít pacienta lékařem má negativní vliv na karmu lékaře (Lajkep, Euthanasie, s. 32).

Antická kultura sebevraždu ani usmrcení z milosti neodsuzovala. Řečtí lékaři i filozofové si velmi cenili zdraví a kult tělesné zdatnosti byl v Řecku výrazně rozvíjen. Mnozí významní učenci se stavěli za možnost dobrovolného odchodu ze života. Patřil k nim například i Platon, stoický filozof Zenón nebo Seneca.

Podle Platona mají lékaři a soudci pro dobro obce povinnost „*nechat zemřít ty, kteří nejsou zdraví na těle, zabít sami ty, kteří vyrostli špatně duchovně a nelze je vyléčit*“ (Platon, 1993, s.158-159).

↓
citováno!

Naproti tomu Aristoteles vystupoval proti ukončování života. Zdůrazňoval, že je věcí cti, aby se člověk postavil chrabře vůči smrti. Eutanázii vnímal jako ukvapenost a zbabělost. Umírat v odvaze i v případě vyčerpávající a bolestné choroby je pro Aristotela významným mravním testem ctnostného člověka (Aubenque, 2003).

Také obyvatelé Sparty, jak známo, shazovali nemocné či postižené novorozence ze skály a předčasnou smrt v tomto státě neminula ani nemohoucí starce.

Hippokratova přísaha odmítá spolupůsobení lékaře na ukončení života pacienta. Tato přísaha stará více než 2000 let se nakonec stala nejvlivnějším kodexem pro následující generace lékařů.

1.5 Zneužití eutanázie nacismem

Vážné diskuse ohledně eutanázie se mezi lékaři začaly vést na konci 19. století. Podnětem bylo mimo jiné i Darwinovo učení o selekci a adaptaci, které nebylo již chápáno jen jako přírodní fakt, ale i jako kulturní zákon. Dalším zdrojem pro úvahy o legitimitě eutanázie byl pokrok samotné medicíny. S rozvojem lékařských technologií jako byl umělý krevní oběh, mechanické dýchání apod. začala být kladena otázka, do jaké míry jsou lékaři oprávněni využívat všech dostupných prostředků k zachování lidského života (Lajkep, Eutanazie – poznámky o teorii a praxi).

V Německu roku 1885 vydává Adolf Jorst svou knihu *Právo zemřít*, která by se dala označit jako počátek moderní historie eutanázie. Přiznává nevléčitelně nemocnému právo na sebevraždu nebo právo na usmrcení. O pět let později vychází další německá kniha s jednoznačným názvem *Poskytnutí souhlasu ke zničení života, který žití není hoden*. Autoři jsou právník Karl Binding a psychiatr Alfred Hoche. Tragédie, která po vydání knihy následovala, se opírala o „vědecké“ argumenty, podle kterých lze bezpečně určit, kdo je či spíše není hoden žít (Pollard, 1996, s. 67).

Svými účinky to bylo nejzávažnější dílo, které rozpoutalo hromadné zabíjení v nacistickém Německu. Oběťmi se stali vedle nevléčitelně duševně nemocných také homosexuálové, Židé, hendikepované děti, epileptici a lidé fyzicky či duševně postižení (Emanuel, 1998, s. 90). Argumentací pro zabíjení byl soucit ve své zvrácené formě, totiž že soucivnou péčí pouze prodlužujeme utrpení postižených lidí (Haškovcová, 2000, s. 108-109).

Tato forma společenského „dobrodiní“ se nejprve praktikovala v nemocnicích pro nevyлéčitelně nemocné a pro těžce mentálně postižené, aniž by byla nemocnými nebo postiženými vyžádána. Ironií osudu však bylo toto dobrodiní z počátku odpíráno Židům jakožto občanům druhé kategorie, kteří nemají právo podílet se na sociálním pokroku. V roce 1939, kdy Hitler podepsal formální souhlas se širším používáním eutanázie, byla eutanázie už tak zneužívaná, že se z ní stal nástroj genocidy (Pollard, 1996, s. 68).

Akce „Eutanazie“, která v roce 1938 nejprve zahrnovala dětský program a o rok déle i program eutanázie dospělých, si vyžádala více než 75 tisíc obětí. Po jejím skončení v roce 1941 však probíhala ještě tzv. skrytá eutanázie, při které se předpokládá, že přišlo o život dalších 70 tisíc lidí (Munzarová, 2005b, s. 29).

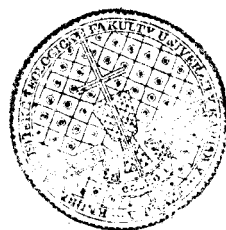
Za tento stav odpovídala řada lékařů, právníků i duchovních, kteří tuto praxi obhajovali, ačkoliv byla v zásadním rozporu s jejich profesionálními závazky k ochraně lidského života!

1.6 Proč se otázka eutanázie dostává do popředí zájmu dnes?

Zdá se, že se otázka eutanázie dostává do popředí zájmu veřejnosti teprve tehdy, když se některá země rozhoduje, zda povolí její legalizaci. Nebo když vyjdou najevo praktiky některých lékařů, zdravotních sester nebo ostatních, kteří berou osudy druhých do svých rukou.

Chceme-li se však dobrat obecných důvodů, které nahrávají diskuzi o legalizaci eutanázie a její aktuálnosti v dnešní společnosti, musíme si uvědomit, že náš život se v posledním století změnil. Žijeme výrazně déle a v mnohém ohledu výrazně pohodlněji, avšak umíráme delší dobu a mnohem komplikovaněji.

Předně je to díky lékařské vědě, která přes všechny úžasné úspěchy v medicíně vede k odlidštění, takže pacient je často vnímán jen přes obrazovky přístrojů (Kořenek, 2002, s. 15).



Dalším důvodem je odklonění jednotlivých zemí od tradičně náboženských hodnot. Dochází ke zrušení náboženské představy, která vnímala jedinečnost lidského života jako Boží dar a jejímu nahrazení různými nenáboženskými etickými koncepty (Peck, 1997, s. 135-136).

B. Pollard (1996, s. 18) si dále všímá vlivu sdělovacích prostředků, které věc tak složitou a emotivní jakou je eutanázie, projednávají díky omezenosti časem i prostorem, velmi povrchně. Veřejnost tak má k dispozici o úvahách nad problematikou eutanázie velmi chabé a často zkreslené informace.

Dalším důvodem, proč je otázka eutanázie v dnešní době aktuální, je krize s hodnocení smyslu života. Moderní společnost založená na konzumu a výkonu nepřiznává utrpení a smrti velký význam. Stále větší důraz je kladen na práva a autonomii jedince ve společnosti, kdy každý jedinec je nejlepším posuzovatelem svých hodnot a zájmů, tedy i vlastní smrti (Munzarová, 1997, s. 22-23).

1.7 Důstojné umírání

Pojem důstojná smrt se v souvislosti s problematikou umírání používá velmi často, málokdy je však jeho obsah specifikován. Co je to důstojný porod a co znamená důstojně umírat? V obou případech pozorujeme již delší dobu tendence vrátit se k přirozenému běhu věcí a současně využívat výdobytky moderní doby. Ve věci zrození jsou takovými průkopníky alternativní centra porodu při zdravotnických institucích, ve věci umírání je to hospicové hnutí, které se snaží vrátit smrt do každodenního rodinného kruhu (Friedrichová, Duchovní potřeby a hospic, s. 8).

Zastánci legalizace eutanázie i její odpůrci se shodují v tom, že je třeba poskytnout umírajícím možnost prožít závěr života důstojně. Položíme-li otázku, co je to důstojnost a co znamená zemřít důstojně, může se nám dostat diametrálně odlišných odpovědí. Pro některé to může znamenat vysazení neúčinné a zbytečně život prodlužující léčby při patřičném zvládnutí bolesti, pro druhé však eutanázii a asistované suicidium (Munzarová, 2005a, s. 44).

V době, kdy lidé umírají, projevujeme úctu jejich důstojnosti prokazováním, jak si jich ceníme, když mírníme jejich utrpení, hledáme a respektujeme jejich přání a dáváme jim najevo, že je neopustíme. Pomáháme-li poskytovat útěchu druhým, potvrzujeme tím svou vlastní důstojnost (Pollard, 1996, s. 50).

Důstojné umírání a dobrá smrt v sobě vždy nerozlučně zahrnují kvalitu poskytované péče a pacientovo subjektivní hodnocení (a prožívání) konce života. Hovořit o dobré smrti znamená hovořit o posledních dnech a týdnech života, nikoliv pouze o posledních minutách. Právě poslední dny a týdny určují, zda bude konec života umírajícími a jejich blízkými prožit jako lidsky důstojný a smysluplný (Blumenthal-Barby, 1988).

Existuje celá řada společností pro důstojné umírání, která usiluje o zkvalitnění současného procesu institucionálního umírání. Nejstarší společnost tohoto typu vznikla v Anglii už v roce 1930, většina dalších až po druhé světové válce. Tyto společnosti zohledňují práva pacientů, kteří se nacházejí ve zvláštní situaci, tedy v procesu umírání. Vyvíjejí řadu aktivit, od přednášek a poradenství až po vydávání informačních tiskovin k problematice tzv. doprovázení umírajících. Jejich hlavním cílem je chránit práva umírajících pacientů (Haškovcová, 1996, s.145).

Podle H. Haškovcové (2000, s. 130) jsou základními podmínkami pomoci v umírání osobní péče a lidská blízkost. Blízkost druhých lidí činí z procesu umírání (i z procesu narození) sociální akt, který spolu se znalostmi základního rituálu laskavého doprovodu může vytvořit důstojný rámec pro umírání a smrt (Haškovcová, 2000, s.130).

1.8 Ritualizace smrti

Hovoříme-li o důstojnosti v oblasti umírání, musíme se zamyslet i nad fenoménem tabuizované smrti, díky němuž máme ze smrti tak velký strach, že ztrácíme věčný pohled na problematiku ritualizace umírání (Haškovcová, 1989).

Během života provádíme řadu rituálů, od křtění dětí přes oslavu událostí jako je maturita, promoce, svatba atd., umírání a smrt přeskochíme a pak, až když je člověk po smrti, koná se ritualizované loučení a pohřeb. H. Haškovcová (2000) upozorňuje, že je potřeba toto rozloučení vrátit znovu do života, abychom se smrti přestali bát.

Dříve lidé znali základní scénář umírání a smrti, proto se necítili tak bezradní, když bylo zapotřebí svého blízkého ke konci jeho života doprovodit. Dnes se smrti a fyzického kontaktu s ní bojíme. Chování umírajících ani těch, kteří doprovázejí nebo u jeho smrti sekundují, nemá v současné době žádnou uznávanou a konkretizovanou podobu. J. Vymětal (1999, s.178) připomíná, že každý rituál upravuje předepsané nebo zvyklostně uznávané chování lidí a tím zklidňuje emotivně vypjatou situaci, jakou umírání je.

Abychom se smrti tolik nebáli a byli ji schopni přijmout takovou jaká je, je zapotřebí přestat téma smrti odsouvat a začít ji brát jako součást reality a to tak, že o ní budeme hovořit a ritualizovat ji (Haškovcová, 2000).

1.9 Mezinárodní organizace o eutanázii

Lékařské společnosti jsou obecně proti eutanázii. Zastávají názor, že posláním lékaře je život chránit, ne ukončovat. Tak jak to ostatně slíbili na Hippokratovu přísahu, ústřední zdroj medicínské etiky.

1.9.1 Světová lékařská asociace

Světová lékařská asociace, tedy World Medical Association (WMA), schválila v roce 2002 tuto rezoluci o eutanázii a o asistované sebevraždě (Munzarová, 2005a, s. 56):

O eutanázii z roku 1987: „*Eutanázie, to je čin promyšleného ukončení života pacienta, byť i na pacientovu vlastní žádost nebo na žádost blízkých příbuzných, je neetická. To nezabraňuje lékaři, aby respektoval přání nemocného nechat proběhnout přirozený proces umírání v konečné fázi choroby.*“

O asistované sebevraždě s pomocí lékaře z roku 1992: „*Asistované suicidium za pomoci lékaře, stejně tak jako je tomu v případě eutanázie, je neetické a musí být odsouzeno lékařskou profesí. Lékař jedná neeticky tehdy, je-li jeho asistence úmyslná a promyšlená, s cílem umožnit jedinci ukončit svůj vlastní život. Nicméně právo odmítnout léčbu je základním právem nemocného a lékař nejedná neeticky dokonce ani tehdy, když respektování tohoto přání má za následek smrt pacienta.*“

Poté, co byla praxe aktivní eutanázie s asistencí lékaře zákonem přijata v některých zemích, se WMA znovu k této problematice vyjádřila: „*Světová lékařská asociace znovu potvrzuje své pevné přesvědčení, že eutanázie je v konfliktu se základními etickými principy lékařské praxe a silně povzbuzuje všechny národní lékařské asociace a lékaře, aby odmítli účast při eutanázii a to i tehdy, pokud by ji národní zákon povolil nebo za určitých podmínek dekriminalizoval*“ (Munzarová, 2005a, s. 56).

1.9.2 Česká lékařská komora

V etickém kodexu České lékařské komory z roku 1996 čteme vyjádření: „*Lékař u nevléčitelně nemocných a umírajících účinně tiší bolest, šetří lidskou důstojnost a mírní utrpení. Vůči neodvratné a bezprostředně očekávané smrti však nemá být cílem lékařova jednání prodlužovat život za každou cenu. Eutanázie a asistované suicidium nejsou přípustné.*“ (Munzarová, 2005a, s. 58).

1.9.3 Evropská asociace pro paliativní péči

Paliativní péče má své nezastupitelné místo v debatách o legalizaci eutanázie. Evropská asociace pro paliativní péči zaujímá k této problematice naprosto jednoznačné stanovisko. V roce 1994 tato asociace prohlásila provádění eutanázie za neetické a příčí se nejlepšímu principu péče o ty, kteří čelí nemoci ohrožující jejich život. Zastává názor, že eutanázie je nejenom zbytečná, ale i nebezpečná, a že v době rozvoje paliativní medicíny nelze podléhat tlakům pro eutanázii (Pollard, 1996, s. 73).

V roce 2003 byla tato asociace nucena vystoupit proti návrhu švýcarského poslance Evropského parlamentu Dicka Martyho, který předložil návrh na legalizaci eutanázie v dalších evropských zemích podle holandského vzoru. Parlamentní shromáždění Rady Evropy tento návrh odmítlo (Munzarová, 2005a, s. 75).

1.9.4 Rada Evropy

Parlamentní shromáždění Rady Evropy přijalo v roce 1999 dokument o ochraně lidských práv a důstojnosti smrtelně nemocných a umírajících, v němž prohlašuje eutanázii za zkratkovité řešení situace vážně nemocného člověka a varuje před velkým nebezpečím zneužívání. Požaduje, aby bylo zabráněno nesmyslnému prodlužování terminálních fází života proti vůli nemocných, aby člověk mohl zemřít v klidu, bez bolesti, důstojně a obklopen citlivou péčí (Kořenek, 2002, s. 156-160).

Rada Evropy sestavila dotazník týkající se eutanázie, právnímu zajištění a možnostem uplatňování, který rozeslala všem evropským státům, Spojeným státům americkým a Kanadě. Hodnotící zpráva z ledna 2003 přináší výsledky dotazníkové akce³, z nichž některé interpretuji v následující kapitole.

2.10 Zajímavé aspekty eutanázie ve vybraných zemích

Aktivní eutanázie není uzákoněna nikde na světě. V některých státech je však povolena asistovaná sebevražda, v jiných je uzákoněna beztrestnost aktivní eutanázie, např. v Holandsku, nověji v Belgii. Většina států je tolerantní k pasivní eutanázii (Vorlíček, Adam, Pospíšilová a kol., 2004, s. 447). Zároveň však Rada Evropy ve své studii potvrzuje, že eutanázie i asistovaná sebevražda ani v těchto zemích nejsou vyjmuty z trestních postihů, to znamená, že zůstávají žalovatelné, pokud se vyskytne podezření na porušování stanovených pravidel.

V následujících kapitolách stručně nahlížím na problematiku eutanázie ve vybraných osmi zemích světa.

Největší prostor v této části práce dávám Holandsku, které zákonně upravilo eutanázii jako první a nahlížím i do historického vývoje problematiky eutanázie v této zemi. Itálii jsem do tohoto výčtu zemí vybrala jako zástupce země s tradičně silným křesťanským zázemím. Velkou Británii zase jako zemi, která dala vzniknout hospicovému hnutí a rozvoji paliativní medicíny. Německo je v této problematice zajímavé tím, jak se muselo vyrovnat se zneužíváním eutanázie za nacistické éry svých dějin. Poslední dvě

³ celou zprávu lze nalézt na webových stránkách Rady Evropy – www.coe.int

a dostupnost

země poskytnou pohled do zámoří – Spojené státy, kde tolerantní přístup k eutanázii existuje ve státě Oregon a Austrálie, kde byla eutanázie platná pouze po několik měsíců.

1.10.1 Holandské prvenství

První zemí na světě, která vytvořila speciální zákon o eutanázii a umožnila její beztrestnost, se stalo Nizozemí. Její beztrestnost však platí pouze do té míry, jsou-li dodrženy veškeré stanovené podmínky, nutné pro provádění eutanázie.

Veřejná diskuze o aktivní eutanázii začala v Holandsku už v roce 1973. Důvodem byl proces s lékařkou, která byla obžalována za to, že z milosti zabila svou těžce nemocnou matku na její žádost. Byla sice shledána vinnou, ale potrestána jen podmíněně na jeden týden. Soud rozhodl, že byl spáchán trestný čin, avšak rovněž konstatoval, že lékařka nebyla povinna zachovat život za každou cenu, neboť pacientka trpěla těžkými bolestmi a neexistovala naděje na jejich zvládnutí (Kořenek, 2002, s. 165).

Od té doby byla eutanázie holandskými lékaři prováděna a to podle podmínek, které zveřejnila vláda i Královská holandská lékařská asociace. Podmínky požadovaly, aby žádost pacienta o urychlení smrti byla dobrovolná, uvážená a trvalá, dále že pacient nezměrně trpí, a že jeho žádost bude konzultována dalším lékařem. Pokud některé sporné případy skončily u soudu, byly posuzovány velice mírně (Pollard, 1996 s. 148-149).

Avšak za nějakou dobu se ukázalo, že všechna tato opatření mohou být dosti zneužívána. Už Studie van der Wala (1990, in: Pollard, 1996, s. 149) ukázala, že interval mezi první žádostí o eutanázii a eutanázií samotnou byl ve třinácti procentech pouze jednodenní, v pětatřiceti procentech týdenní a v několika případech dokonce pouze několikahodinový.

Nicméně eutanázie byla dále a hojně uplatňována, navzdory protichůdným zprávám o jejím provádění. Holandští zákonodárci přijali v roce 2001 zákon, kterým se eutanázie po svobodné a dobře zvážené volbě nemocného stává beztrestnou. Došlo vlastně k tomu, že dosavadní tolerovaná praxe našla určitý legislativní výraz.

Profesionální asociace lékařů a sester vydala metodický pokyn, jak správně lékařsky eutanázii provádět. Tyto pokyny uvádějí definici eutanázie a asistované sebevraždy, vysvětlují náležitá kritéria péče a praktické záležitosti.

Při zvažování pacientovy žádosti o eutanázii nebo asistovanou sebevraždu musí lékař dodržet následující kritéria:

- musí být přesvědčený, že pacient svobodně a pečlivě zvážil svou žádost
- musí být přesvědčený, že pacientovo utrpení je nesnesitelné a není zde vyhlídka na zlepšení jeho stavu
- informoval pacienta o jeho situaci a vyhlídkách
- společně s pacientem dospěli k rozhodnutí, že není jiné vhodné řešení na pacientovu situaci
- žádost musí být konzultována ještě dalším nezávislým lékařem, který pacienta prohlédne
- provede ukončení pacientova života nebo poskytne asistenci s veškerou lékařskou péčí a pozorností

(srov. www.coe.int)

Vedle stanovených podmínek mají lékaři povinnost každý případ nahlásit. Po ohlášení, že byla provedena eutanázie, je zahájeno vyšetřování, které zjišťuje, zda byly splněny všechny stanovené podmínky celého aktu. Realita je však mnohdy zcela jiná. Postup vyšetřování je zdlouhavý a nepříjemný, a tak někteří lékaři nenahlásí, že eutanázii uskutečnili (Haškovcová, 2000, s. 119).

Není-li eutanázie řádně nahlášena a nedodrží-li se zákonem stanovené podmínky pro její uplatňování, otevírá se tím prostor pro její zneužívání. Mnozí odborníci dokonce varují, že by se legalizace vyžádané eutanázie mohla zvrhnout v běžné provádění eutanázie nevyžádané nebo dokonce nedobrovolné. Pro takové riziko se v literatuře používá označení „kluzký svah“ (z angl. slippery slope). Tímto termínem chtějí kritici eutanázie naznačit, že zajištění práva na eutanázii uvede společnost na šikmou plochu vedoucí ještě k větší neúctě k hodnotě lidského života (Peck, 1997, s. 117).

Odborníci varují, že na úkor praktikování eutanázie, ustrnula v Nizozemsku jinde prosazovaná paliativní péče, která hledá metody, jak umírání ulehčit (Pollard, 1996). Holanští lékaři jistě vědí o vývoji paliativní péče v jiných zemích světa, lze se jen dohadovat, proč dali raději přednost usmrcování pacientů.

1.10.2 Belgie

Podle provedených průzkumů byly v roce 2002, tedy hned po uzákonění eutanázie, proti zákonu celé tři čtvrtiny belgických lékařů a osm z deseti oznámilo, že případné pacientově žádosti o rychlou smrt nevyhoví (Loskot, Eutanázie vyvolala bouři, s. 11).

V Belgii se eutanázií rozumí akt vykonaný třetí stranou, který úmyslně ukončí život osoby na její žádost. Tato žádost má být vlastnoručně napsaná žádající nemocnou osobou a konzultována dalším nezávislým lékařem, pečujícím zdravotním týmem a blízkými osobami nemocného.

Takto zní navržený zákon o eutanázii, který vešel v platnost v květnu roku 2002. Nemá rozlišenou eutanázii aktivní a pasivní. Asistovanou sebevraždu belgické zákonodárství definovanou nemá.

Životní vůle (neboli předběžné vyjádření) musí být notářsky ověřeny a je zapotřebí dvou dospělých svědků při psaní této vůle (srov. www.coe.int).

1.10.3 Švýcarsko

Ve Švýcarsku probíhají debaty nad otázkou legalizace eutanázie, ale je velmi nesnadné dojít ke společenskému a politickému konsenzu.

V této zemi se eutanázie dělí na přímou aktivní eutanázii a na nepřímou aktivní eutanázii. Přímou (řízenou) aktivní eutanázií se rozumí záměrné zabití s cílem zkrátit utrpení nemocné osoby. Jako taková není definována v trestním zákoně, ale spadá pod článek 111 (vražda), 114 (vražda na žádost oběti) a 113 (vražda ze soucitu) švýcarského trestního zákoníku.

Nepřímá (neřízená) aktivní eutanázie nastupuje v případě úlevy od utrpení podáním látek, které svými vedlejšími účinky mohou zkrátit zbytek pacientova života. Tato forma eutanázie není výslovně regulována současným trestním zákonem, ale je teoreticky zvažováno její povolení. Směrnice Švýcarské akademie zdravotních věd zvažují, zda tuto formu eutanázie připustit.

Pasivní eutanázií je ve švýcarském pojetí zřeknutí se vykonávání takových opatření, které by udržely život pacienta nebo přerušení těchto opatření. Tato forma eutanázie rovněž není výslovně regulována zákonem, ale je zvažováno její povolení.

Asistovaná sebevražda je ve Švýcarsku trestná. Osoba, která řízena vlastními pohnutkami poskytne asistenci v sebevraždě druhého (např. podáním fatální dávky léku) bude potrestána. Podle směrnic Švýcarské akademie lékařských věd asistence při sebevraždě nepatří do lékařských aktivit (srov. www.coe.int).

1.10.4 Austrálie

V Austrálii byla eutanázie krátce legální⁴ v australském Severním teritoriu, ale australská vláda s ohledem na ústavu tuto praxi po několika měsících zakázala. Za krátké období, kdy platil tento zákon, byli usmrceni pouze dva lidé (Munzarová, 2005b, s. 58).

Většina australských států má tzv. společnost pro vyžádanou eutanázii, která podporuje vyžádanou eutanázii ve svém oficiálním programu. Ve svých prohlášeních pro veřejnost nepodporují eutanázii nevyžádanou.

Ústředním hnutím pro eutanázii v Austrálii se stalo centrum lidské bioetiky na Monashské univerzitě v Melbourne. Její hlavní představitelé se zastávají vyžádané eutanázie, ale rovněž se přimlouvají za usmrcení některých defektních novorozenců (Pollard, 1996, s. 73).

1.10.5 Velká Británie

Ačkoliv je Anglie první zemí, ve které vznikla společnost pro důstojné umírání a zemí, která dala vzniknout hospicovému hnutí, překvapivě se značná část obyvatelstva v posledních letech vyjadřuje pro legalizaci eutanázie.

Podle průzkumů z roku 2004 by Velká Británie jako celek eutanázii uvítala. Pro se vyjádřilo 82 procent lidí, 10 procent lidí uvedlo, že by bylo ochotno podstoupit eutanázii v zemi, kde je povolena (Fischer, Britové by uvítali eutanázii).

⁴ od 1. července 1996 do 28. března 1997

Všeobecně se eutanázií rozumí aktivní intervence k ukončení života, třebaže na žádost pacienta nebo z milosrdných důvodů. Není definována zákonem. Aktivní eutanázie rovněž není definována zákonem. Pasivní eutanázie jako termín je používán pro situaci, kdy odstraněním léčby může dojít k pacientově smrti. Lékařská profese ji však obecně nepoužívá a není ani definována zákonem.

Asistovaná sebevražda se v Anglii a Walesu trestá až čtrnácti lety odnětí svobody, ve Skotsku je trestána jako vražda (srov. www.coe.int).

1.10.6 Itálie

Největšího nepřítele má eutanázie tradičně ve Vatikánu. Před osmi lety katolická církev založila Akademii pro život, která bojuje proti umělému přerušování těhotenství, proti eutanázii a proti antikoncepci. Papež v roce 1995 označil eutanázii společně s potraty za projevy "kultury smrti", která vede státy od demokracie k totalitě (Loskot, Eutanázie vyvolala bouři, s. 11).

Termíny aktivní a pasivní eutanázie i asistovaná sebevražda jsou v Itálii známy a používány ve specializované literatuře. Jejich definice se různí v závislosti na etických postojích.

Závazné právní zajištění eutanázie je v trestním zákoníku - kdokoliv, kdo způsobí smrt osobě, která by s tím souhlasila, bude potrestán od šesti do patnácti let odnětí svobody. Za přesvědčování ke spáchání sebevraždy nebo jiné napomáhání k sebevraždě, může být osoba odsouzena od pěti do dvanácti let vězení. Trest se zvyšuje v případě, že takto usmrcený člověk byl mladší čtrnácti let, mentálně postižený anebo na usmrceném člověku byl souhlas vynucen násilím, vydíráním nebo podvodem (srov. www.coe.int).

1.10.7 USA

Tolerantní přístup k eutanázii má i jeden ze států Ameriky, a to Oregon. Odborné usmrcení na žádost těžce nemocného je v Oregonu, jako jediném z padesáti států USA, zákonem povoleno od roku 1994.

Eutanázie (smrt způsobená přímo lékařem) je v Oregonu závažným trestným činem. Naopak asistovaná sebevražda (smrt způsobená rukou pacienta na základě jím vyžádané smrtelné dávky léčiv) je zatím legální, pokud lékaři dodrží striktní zákon. Ten ukládá, že asistovaná sebevražda smí být zvažena jen u nevléčitelně nemocných, u nichž dvojí na sobě nezávislé lékařské posouzení ověřilo, že smrt nastane do půl roku. Pacient musí dvakrát po sobě požádat lékaře o předepsání smrtelné dávky léčiv. Pořetí musí svou žádost písemně sepsat za přítomnosti dvou nestranných svědků. Smrtelnou dávku vymezených přípravků smí předepsat jen lékař se zvláštní licenci. Pacient musí být lékařem povinně informován o všech existujících alternativách - o možnosti dožít v různých typech zařízení či ve vlastní domácnosti při "komfortním" léčení bolestí a dalších potíží (Bošková, Eutanázie a asistovaná sebevražda).

V jiných státech USA není eutanázie povolena. Provádějí se však nelegálně a nejznámějším "pomocníkem" při usmrcení je lékař Jack Kevorkian, zvaný "doktor smrt", který pomohl dobrovolně ukončit život mnoha lidem z celé země. Kevorkian byl za provozování eutanázie stíhán několikrát. Zhotovil zvláštní přístroj, který umožňuje, aby si pacienti sami zavedli do těla smrtelnou látku. Společnosti, které eutanazii prosazují, se snaží nejen ovlivnit legislativu svých států, ale publikují i technické návody, jak sebevraždu spáchat nebo při ní asistovat (Emanuel, 1998, s. 192).

1.10.8 Německo

Termín eutanázie se v Německu díky nacistické zkušenosti nepoužívá a toto téma nebylo v poválečné době příliš frekventovaným diskusním tématem. Všeobecně se proto používá v souvislosti s touto problematikou pojmu "Sterbehilfe", tedy pomoc (nebo asistence) při umírání.

Německo rozlišuje mezi aktivním a pasivním asistovaným umíráním. Aktivní asistence je zcela protizákonná. Podle německého práva, bude potrestán každý, kdo se podílí na zabití člověka, který si přál zemřít.

Pasivní asistované umírání je se zákonem slučitelné, což potvrzuje i soudní praxe. Žádný lékař není povinen zachraňovat a prodlužovat lidský život, který vyhasíná, za každou cenu. Je však povinen respektovat lidský život v jeho důstojnosti a přenechat smrti její přirozený nástup (srov. www.coe.int).

1.11 Eutanázie v České republice

V České republice není eutanázie legalizována a na sjezdu České lékařské komory v roce 1995 byla označena za eticky nepřipustnou (Kořenek, 2002).

První příležitost, kdy mezi veřejností proběhla větší diskuze o tématu eutanázie byla v roce 1996 poté, co byla eutanázie zahrnuta do návrhu novely trestního zákona. Zákon nakonec nebyl schválen, ale mediální diskuze vedla k uvědomění si tohoto problému veřejností.

Na sklonku loňského roku Poslanecká sněmovna schválila nový trestní zákoník, který už nestaví eutanázii na roveň vraždy. Zákon odlišuje vraždu se souhlasem dané osoby od vraždy jako takové a ukládá jí horní hranici trestní sazby 6 let, nestanoví dolní hranici trestu, takže u dolní třetiny trestní sazby je možný podmíněný trest.

Proti takovéto úpravě zákona byli především poslanci KDU-ČSL, kteří upozorňují, že zákon zavádí možnost beztrestnosti eutanázie a tím téměř její legalizaci. Na druhou stranu se mnozí odborníci domnívají, že je potřeba aktualizovat trestní zákoník z roku 1961, který asistovanou sebevraždu klade na roveň zločinu vraždy (Čechová, Nový trestní zákoník a pojem eutanázie).

České církve a náboženské společnosti se vůbec poprvé spojily a vydaly společné prohlášení, ve kterém uvádějí, že eutanázie je nepřipustná. Představitelé všech tří velkých monoteistických světových náboženství v České republice nesouhlasí s odstraněním nemocného člověka pomocí smrtícího prostředku.

Ve svém prohlášení církevní představitelé dále navrhují vzdělávání dobrovolníků, kteří by doprovázeli těžce nemocné a umírající. Žádají také finanční a legislativní podporu pro rodiny, které o umírající pečují (Hrdličková, Problematika eutanazie).

Lékaři v naší zemi většinou s eutanázií nesouhlasí. V léčbě bolesti mají k dispozici účinnější analgetika, než měli v letech minulých. Přesto se i u nás stále větší část veřejnosti přiklání k možnosti urychlení smrti. Podle J. Kořenka (2002, s. 169) nemůže veřejné mínění, které nemá o problematice eutanázie odpovídající přehled, svádět zákonodárce a pak diktovat lékařům usmrcování těžce nemocných.

1.12 Eutanázie ano či ne?

Název této kapitoly jsem si vypůjčila z názvu knihy B. Pollarda - *Eutanázie ano či ne?*, protože ve své jednoznačně formulované otázce skrývá nesmírně široké spektrum úvah o eutanázii a umírání.

1.12.1 Argumenty pro eutanázii

Je velice obtížné charakterizovat zastánce eutanázie a všechna jeho pro (i případná proti). Obvykle mají tendenci chápat eutanázii jako akt milosrdného usmrcení, aby se nemocný netrápil.

Nepochybně většinu hlasatelů eutanázie k tomu vede upřímný soucit. Eutanázii považují za humánní prostředek, který by ušetřil společnost traumatizující konfrontace se strádáním druhého člověka. Argumentují tím, že chtějí milosrdenství nikoliv pro sebe, ale pro druhé (Haškovcová, 2000). Nutno podotknout, že řada z nich spatřuje riziko v možném zneužívání eutanázie.

Jaké jsou tedy hlavní důvody vedoucí ke schvalování eutanázie? Pro zastánce eutanázie je důstojnost definována především odstraněním utrpení. Dovolávají se humanity a v eutanázii vidí ochranu před nesnesitelnými bolestmi a krutým umíráním. Rovněž věří, že člověk, který trpí (potažmo umírá), je schopen odpovědně a nezvratně posoudit svou životní situaci, a že jeho svobodná vůle zemřít je vrcholným projevem práva na sebeurčení (Haškovcová, 2000, s. 114-115).

Pražský právník Oldřich Choděra (MF Dnes, s. 12) ve svém sloupku napsal: ...*“Kdyby někdo ve stavu, kdy trpí bolestmi a je pod vlivem utišujících prášků, napsal závěť, soud by ji určitě zpochybnil a dospěl k závěru, že je neplatná, a to právě pro nedostatek svobodné vůle. Myslíte si však, že lidský život je něco jiného, méně důležitého, o čem by člověk rozhodovat mohl?...”*

Zastánci eutanázie chtějí dát průchod lidským právům, zvláště právu na respektování osobní autonomie člověka. Věří, že člověk má právo se svým životem skoncovat. Naprostá většina z nich to však neudělá, ale žádala by to od svého lékaře. Trefně o tom hovoří Marie Svatošová v odborném internetovém zdravotnickém portálu, když srovnává tento postoj s postojem diabetických pacientů, kteří si mohou dát v cukrárně dortíček kolik chtějí, a přesto naléhají na lékaře, aby jim povolil alespoň jeden (Wildová, Svatošová Marie).

Zastánci eutanázie jsou lidé, kteří jsou zpravidla velmi ovlivněni společností, ve které je jednou z hlavních hodnot zisk. Mluví o tom, že utrpením nevléčitelně nemocných lidí se stává jejich pobyt na tomto světě nesmyslný. Zdůrazňují proces stárnutí evropských civilizací, zohledňují i ekonomickou stránku věci a předpovídají problematické finanční zajištění všech starých lidí v následujících desetiletích.

Argumentují regulací nákladů na zdravotní péči pro nevléčitelně nemocné a umírající spoluobčany (Rybová, Nejčastější otázky a odpovědi o eutanázii).

Kromě toho se domnívají, že pacient nemá jinou možnost volby než umírat v nesnesitelných bolestech. O možnostech paliativní medicíny se bohužel moc nemluví. A úvahy o tom, že i utrpení a bolest mají v lidském životě své místo, se také nerady připouštějí.

Další skupinu zastánců eutanázie tvoří lidé, kteří si života sice váží, ale nechtěli by jednou být svým potomkům na obtíž. Proto by uvítali možnost eutanázie (Emanuel, 1998).

Text Evropské asociace pro paliativní péči z roku 1994 vypočítává k tomuto tématu pět iluzorních předpokladů, které vyjadřují podporu legalizaci eutanázie (Munzarová, 2005a, s. 76-77):

1. kdyby společnost eutanázii jednou legalizovala, nemocní a umírající by tak nebyli manipulováni k tomu, aby o eutanázii museli sami žádat
2. zastánci legalizace by nechtěli rozšířit eutanázii na ty, kteří jsou neschopni o ni požádat anebo s ukončením života nesouhlasí
3. legalizace eutanázie by ochránila lékaře před soudními procesy a minimalizovala by pravděpodobnost takovýchto procesů

4. zastánci eutanázie dále tvrdí, že i přes její legalizaci bychom zůstali pečující společností, která by byla připravena investovat prostředky na rozvoj humanitárních programů paliativní péče
5. zastánci eutanázie tvrdí, že by nemohli sklouznout do zneužívání legalizované eutanázie

Marta Munzarová (2005a, s. 78), ostatně jako mnoho dalších odborníků v této oblasti, připomíná, že takovýto sociální experiment s legalizací eutanázie již tu v minulosti bohužel byl a nesmí se opakovat.

Každý má právo na vlastní názor, ale také má právo na solidní informace. A ty podle mého mínění široké veřejnosti chybějí. Zastánci eutanázie zpravidla argumentují nesnesitelnou bolestí, protože mají zkušenosti z let minulých, kdy prostředky pro léčbu bolesti nebyly dosažitelné.

Dnes prakticky neexistuje bolest, se kterou by si vzdělaný lékař, případně specialista na léčbu bolesti nedokázal poradit. Je zajímavé, že o právu na eutanázii mluví nejvíce mladí zdraví lidé, zatímco, jak potvrzují lidé pracující v hospicích, tam o ni smrtelně nemocní nežádají (Wildová, Svatošová Marie).

1.12.2 Argumenty proti eutanázii

Pro odpůrce eutanázie je pojem důstojnost definován zajištěním všech potřeb umírajícího, dokonalou péčí o všechna jeho přání a především odstraněním jakéhokoliv trápení, jak fyzického tak i duševního. Místo usmrcení, stručně řečeno, nabízejí pomoc v bolesti, osobní doprovod posledními dny života nemocného člověka a věří v paliativní péči a hospice.

Mnoho odpůrců eutanázie z řad věřících spoluobčanů argumentuje nedotknutelností a posvátností lidského života. Život je darem od Boha a jen Bůh rozhoduje o životě a smrti. Navíc porušuje šesté přikázání Desatera – „nezabiješ“!

Linda L. Emanuel (1998) americká lékařka a profesorka etiky, si všímá, že uplatnění eutanázie (a její legalizace v širším měřítku) by bylo projevem schizofrenie lékařského poslání, které na jedné straně bojuje o záchranu života svých pacientů a na straně druhé své pacienty usmrcuje.

Přesvědčivým argumentem je poukázat na riziko narušení důvěry mezi pacientem a lékařem. Při legalizaci eutanázie si totiž pacient nemůže být zcela jist, zda se mu vždy od lékaře dostane odpovídající léčby, zda v kritické situaci nebude rozhodnuto o konci jeho života. Lidé v těchto situacích by mohli umírat s obavou, že u nich dojde k usmrcení z útrpnosti (Kořenek, 2002, s. 163).

Dalším důvodem proti legalizaci eutanázie je fakt, že zaručit dané osobě, že bude moci svobodně vyslovit nebo odmítnout souhlas, je velmi obtížné. Stačí i jemná forma nátlaku, aby umírající člověk, jehož emocionální situace není příliš stabilní, změnila nebo ovlivnila pacientovo rozhodování (Emanuel, 1998).

Nejen odpůrci eutanázie argumentují obavami o možné zbytečné ztráty na lidských životech způsobené zneužitím eutanázie. A to jak ze strany lékařů, tak ze strany „dobrých příbuzných“. Ke zneužití eutanázie mohou vést i ekonomické důvody, protože usmrtit pacienta je mnohem levnější, než se o něho dál starat (Pollard, 1996, s. 26-27).

Osobně si myslím, že naše občanská společnost není na takové úrovni, aby se vyrovnala s legalizací eutanázie s žádnou nebo minimální možností zneužívání. Ten, kdo chce svůj život ukončit, tak může učinit sám, bez toho, aby to požadoval po druhém.

Závěrem této kapitoly je třeba dodat, že mezi všemi důvody je nejdůležitější si uvědomit, že v sázce je lidský život. A to je také hlavní důvod, proč eutanázii neschválit. Nelze uzákonit usmrcování nevinných lidí, kteří nepředstavují hrozbu pro druhého člověka (Pollard, 1996).

1.13 Nedorozumění a předsudky

Co lze tedy hledat pod důvody zastánců a odpůrců eutanázie? Předně musíme uznat, že výsledky různých anket na toto téma jsou zatíženy určitými nedostatky a předsudky. Bohužel k tomuto tak závažnému problému není veřejnosti předkládáno dostatečné množství solidních informací a v médiích jsou probírány dosti povrchně.

Podle Tomáše Lajkepa (Eutanázie – poznámky o teorii a praxi), lékaře z Ústavu lékařské etiky v Brně, jde o čtyři hlavní nedorozumění, které znesnadňují diskuzi o eutanázii:

1. nedorozumění – **dělení eutanázie na aktivní a pasivní**

Lidé většinou nerozlišují mezi aktivním zabíjením a neprotahováním umírání a obě tyto rozdílné aktivity zahrnují pod společný termín eutanázie. Pokud se ale ve společnosti diskutuje o legitimitě eutanázie, mnoho lidí považuje za eutanázii to, co jí není a to je upuštění od léčby, která jen zbytečně prodlužuje utrpení pacienta.

2. nedorozumění – **eutanázie i sebevražda, by měla být věci soukromou**

Legalizace eutanázie znamená vytvoření normativních vztahů, které do jisté míry přeberou kontrolu nad osudem jedinců. Svým způsobem se může každý někdy ocitnout v situaci, kdy zvažuje, zda má přitakat životu nebo zvolit smrt, avšak volí a jedná sám za sebe. Eutanázie i asistovaná sebevražda je však vztahovou záležitostí pacienta a medicínské instituce. Má-li být eutanázie nějak regulována, nutně vyžaduje organizační rámec právních vztahů, podle nichž bude vše kontrolováno. Za těchto okolností může vzniknout obava, že může být provedena eutanázie bez skutečné touhy zemřít.

3. nedorozumění – **eutanázie se odmítá z křesťanského pohledu na život**

Je všeobecně známo, že nejen křesťanství, ale i jiné světově významné náboženské systémy se k eutanázii staví negativně. Projev nesouhlasu s eutanázií neznamená jen projev podložený náboženským hlediskem, ale je výsadou každého člověka.

4. nedorozumění – **problematika eutanázie je záležitostí praxe**

Ten, kdo pracuje s terminálně nemocnými pacienty, získává do problému určitý vhled. Ale i dva stejně kompetentní lékaři mohou mít na problém eutanázie odlišný názor. Tvrdí-li jeden odborník něco jiného než ten druhý, pak jeden názor zpochybňuje druhý a od obojího je možno zaujmout odstup. Jejich nesouhlasné stanovisko není způsobeno tím, že by nebyli nositeli stejných zkušeností, jako spíše rozdílností jejich charakterů. Každý lékař především chrání život svého pacienta.

I lékaři, kteří připouštějí možnost některé z forem eutanázie, však cítí rozpor mezi povinností ochrany života a možností jeho předčasného ukončení. Odvolání se na zkušenosti z praxe o ničem nerozhoduje (Haškovcová, 2000, s. 117).

Australský lékař Brian Pollard (1996, s. 20) k těmto omylům ještě přidává:

- nedostatečná znalost lékařské a ošetrovatelské péče o umírající
- neschopnost smířit se s tím, že ne pro všechny lidské problémy existuje řešení a ne do všech procesů života jsme oprávněni zasahovat

1.14 Kdy a proč žádá nemocný o předčasnou smrt?

Především je nutné si uvědomit, že dlouhodobá a nevyléčitelná nemoc rozbíjí dosavadní způsob života člověka a startuje změny v jeho chování i v uvažování. Mění se logicky i jeho základní hierarchie hodnot. Někteří jsou schopni se na složitou životní situaci adaptovat, někteří však toho schopni nejsou. Nechtějí (nebo nejsou schopni) svou pozici přijmout a svůj boj s nemocí předem vzdávají (Haškovcová, 1985).

Umírající lidé často užívají slov jako „už aby bylo po všem“, „chci už je umřít“ a podobně. Avšak tyto slova jen zřídka kdy potvrzují skutečné přání být usmrcen. Vede k nim únava, strach, frustrace. (Pollard, 1996, s. 52).

Důvodem k tomu, že člověk zoufale vykřikne, že chce být usmrcen, může být nesnesitelná bolest. V dnešní době je však nedostatečně léčená bolest téměř zločinem, uvážíme-li, jaký široký arzenál pro tlumení bolesti moderní medicína má (Peck, 2001, s. 64).

Přání zemřít může být spojeno se strachem ze ztráty sebekontroly a sebeobsluhy. Nemocní mají strach, že už se nebudou schopni o sebe postarat, že ztratí svoji lidskou důstojnost a začnou být svému okolí na obtíž. K žádosti o eutanázii může vést také deprese a úzkost ze ztráty smyslu života (Haškovcová, 1985).

Kdo tedy žádá o eutanázii? Souhrnně lze říci, že o pomoc při usmrcení prosí většinu ti pacienti, kteří jsou ve všech či v některé ze svých potřeb zanedbávání, trpí bolestí, odloučením či opuštěním a není jim poskytnuta dostatečná lékařská, citová či duchovní pomoc. Tito pacienti velmi trpí pocitem vyloučenosti ze života. Obvykle se dostanou do stádia rezignace, kdy už nechtějí žít dál, protože jejich život ztratil smysl.

Marie Svatošová se podle svých slov za 23 let své praxe hospicové péče o nemocné se žádostí o urychlení smrti neseťkala. Je přesvědčena, že jsou-li splněny potřeby pacienta ve všech oblastech jeho prožívání, tedy v oblasti tělesné, duševní, sociální a duchovní, pak pacient o eutanázii nikdy nepožádá. A požádá-li, je jeho žádost voláním SOS a prosbou o povšimnutí! (Fridrichová, 2000, s. 18).

Také Marta Munzarová opakovaně zdůrazňuje, že eutanázie a asistovaná sebevražda jsou projevem selhání: „*Máme dnes možnosti, jak zajistit nemocným či umírajícím takovou péči, aby k žádostem o usmrcení nemuselo docházet*“ (Munzarová, 2005a, s. 59).

Samozřejmě tou péčí myslí **péči paliativní**, která je schopna nemocnému zajistit nejlepší možnou kvalitu zbývajících života, včetně doprovázení k důstojné smrti bez bolesti a fyzického, psychického, sociálního a duchovního utrpení.

2 Paliativní a hospicová péče

Navzdory pozitivním změnám v posledním desetiletí se velké většině umírajícím v naší zemi stále nedostává odpovídající péče. Podle výsledků výzkumu občanského sdružení Cesta domů, které se zabývá poskytováním domácí hospicové péče, v České republice umírá ročně v průměru kolem 105 tisíc lidí a pouze jednomu procentu z nich se dostává specializované paliativní péče (srov. www.cestadomu.cz).

Závěr života mnohých z nás je tak zbytečně provázen bolestí, osamělostí, ztrátou důstojnosti a dalšími formami utrpení, jimž by bylo možné předejít.

Potřeby pacientů v terminálním stádiu jejich nemoci úspěšně zvládá zabezpečit paliativní medicína. Ta spolu s hospicovou péčí nabízí východisko ze složité životní situace terminálně nemocným pacientům, kteří by bez této možnosti zůstali se svým strachem a utrpením mnohdy sami.

2.1 Vymezení pojmů

Paliativní (neboli útěšná, zmírňující) medicína představuje ucelený systém pomoci umírajícím a jejich rodinám.

První česká monografie o paliativní medicíně uvádí tuto definici: „Podle Světové zdravotnické organizace je paliativní medicína celková léčba a péče o nemocné, jejichž nemoc nereaguje na kurativní léčbu. Nejdůležitější je léčba bolesti a dalších symptomů, stejně jako řešení psychologických, sociálních a duchovních problémů nemocných. Cílem paliativní medicíny je dosažení co nejlepší kvality života nemocných a jejich rodin“ (Vorlíček, Adam, Pospíšilová a kol., 2004).

Poskytuje se nejen v zařízeních, které se nazývají hospice, ale i v domácím prostředí a v nemocnicích. K otázce eutanázie má paliativní a hospicový program jednoznačný postoj. Paliativní doprovázení nemocného je zde proto, aby bylo řečeno životu ano a nikoli, aby byla urychlována smrt.

Hospicová péče a paliativní medicína (jako její odborná lékařská dimenze) se snaží vytvořit důstojný prostor, v němž by smrt a umírání nemusely být obestřeny strachem a utrpením. Paliativní péče vychází důsledně z individuálních potřeb a přání pacienta. Klade důraz na nenahraditelnost rodiny a nejbližších přátelských vztahů každého člověka.

Právě v očích svých nejbližších vnímá člověk na konci života svou jedinečnou cenu. Ale také naopak, skrze zkušenost s umíráním a smrtí našich blízkých se podstatným způsobem formují naše životy a náš přístup k posledním chvílím každého z nás (Opatrný, 1996).

Paliativní péče spočívá na principech, které se převážně vyhýbají technickým přístrojům (pokud nejde o nejlepší způsob, jak nemocnému ulevit). Na rozdíl od kurativní medicíny, která se snaží o úplné vyléčení pacienta, paliativní medicína neléčí příznaky, ale bolest samotnou, aby bylo pacientovi připraveno co nejméně soužení (Pollard, 1996, s. 29).

Paliativní péče by měla být aplikována nejen u nemocných s pokročilým onkologickým onemocněním, kteří tvoří převážnou část klientů hospiců, ale také u nemocných s neurologickými degenerativními chorobami. Paliativní péči potřebují dále nemocní s AIDS a vlastně všichni nemocní v pokročilých stádiích svých chronických onemocnění (Vymětal, 1999).

Hospicová péče. Zcela uspokojivá definice hospicové péče neexistuje. Původně se tento pojem používal pro formu péče, jež se rozvinula v protikladu k běžné zdravotní péči. Hospicová péče kladla důraz na komfort, psychické a spirituální rozměry péče a mnoho práce tu vykonávali dobrovolníci. Dnes je v mnoha zemích stále častěji termín hospicová péče používán jako synonymum paliativní péče (Vorlíček, Adam, Pospíšilová a kol., 2004, s. 468).

Principy paliativní péče se ve většině zemí západního světa postupně zahrnují do tradiční lékařské výchovy. Paliativní péče je však stále náročná na odbornost pracovníků a rovněž na jejich emocionální vybavenost a vyrovnanost. Na smrt se totiž stále ještě pohlíží jako na lékařské selhání, proti kterému je třeba bojovat. Přijmout fakt, že nastal čas zanechat boje, se stále ještě chápe jako prohra. Jakmile je jasné, že onemocnění už není léčitelné, pacienti namísto další neplodné léčby potřebují:

- odstranění nebo alespoň zmírnění fyzických i psychických potíží, použitím všech vhodných metod a přístupů, kterými moderní medicína disponuje
- vřelou lidskou oporu a naslouchání
- otevřenost při poskytování informací s ohledem na pacientova přání a rozhodnutí
- zahrnutí rodinných příslušníků mezi ty, kdo potřebují pomoc a péči
- zajištění všech těchto věcí, pokud je to možné, na místě, kde chce pacient být

(Pollard, 1996, s. 30-32):

Obecně platí, že paliativní léčba má být zahájena tehdy, když jsou negativní důsledky kurativní terapie větší než očekávaný přínos (Haškovcová, 2000, s. 36).

2.2 Hospic, dům naděje

Když se blíží život člověka ke konci, nabízejí se mu dvě možnosti. Buď upadnout do beznaděje nebo prožít zbývající čas co nejplněji. Hospicová péče pracuje s nadějí a vírou, že každý lidský život má svoji důstojnost až do samého konce. Tato péče nabízí rodinám a přátelům možnost společně naplnit či uzdravit vzájemné vztahy tak, aby každý mohl na prožitý čas vzpomenout s vděčností a s vědomím, že život měl smysl a že smysl byl dán životu.

2.2.1 Co je hospic?

Slovo hospic má svůj základ v latinském *hospes, hospitis* - host, a odtud *hospitium* - pohostinství, hostinný dům; přátelské přijetí; ale také hostinec, hospoda (Nováková, 1997, s. 24).

Termín hospic byl ve středověku používán pro tzv. domy odpočinku. Vyhledávali jej poutníci, aby si v nich odpočinuli a nabrali sílu pro další cestu. Většinou jej vedl člověk, který vedle provozování hostince byl také tak trochu ranhojičem. Pomohl s ošetřením bolavých nohou nebo poskytl poutníkům jinou péči. Odtud souvislost mezi slovy hostinný dům, host a hospoda (Haškovcová, 2000, s. 39).

Hospic je samostatně stojící lůžkové zařízení poskytující specializovanou paliativní péči především pacientům v preterminální a terminální fázi nevyléčitelného onemocnění (obvyklá délka pobytu je 3 až 4 týdny). Důraz je kladen na individuální potřeby a přání každého nemocného a na vytvoření prostředí, v němž by pacient mohl zůstat až do konce života v intenzivních vztazích se svými blízkými. Tohoto cíle je mimo jiné dosahováno snahou o osobitou a domácí atmosféru, maximálním soukromím pacientů (obvykle jednolůžkové pokoje), volným režimem pro návštěvy a dobrou dopravní dostupností hospice (Svatošová, 1998).

Hospic je zaregistrovaný jako nestátní zdravotnické zařízení a do českých poměrů se snaží přenášet svůj anglický vzor. Klienty hospice jsou z převážné většiny pacienti s nádorovým onemocněním v pokročilém stádiu nemoci, nereagující na kurativní léčbu (Vorlíček, Adam, Pospíšilová a kol., 2004).

Myšlenka hospice vychází z úcty k životu a z úcty k člověku jako jedinečné bytosti a nemocnému garantuje, že:

- nebude trpět nesnesitelnou bolestí
- v každé situaci bude respektována jeho důstojnost
- v posledních chvílích života nezůstane osamocen

(Svatošová, 1995, s. 123)

2.2.2 Základní formy hospicové péče

Hospicová péče má tři základní formy:

1. Domácí hospicová péče

Je pro nemocného zpravidla ideální, ale ne vždy dostačující. Předpokládá určitou úroveň rodinného zázemí, které často schází, nebo se dlouhou službou nemocnému vyčerpá. Pečující rodině pomáhají kvalifikovaní pracovníci. Velkou výhodou je, že klient zůstává ve svém přirozeném prostředí a odborná pomoc (lékař, zdravotní sestra, psycholog nebo duchovní) za ním dochází. Odborná terminologie rozlišuje domácí péči prováděnou laiky (home help) a péči, kterou vykonávají profesionálové (home care).

2. Stacionáře - denní pobyty

Stacionář je obvykle součástí hospice. Pacient je v tomto případě přijat ráno a odpoledne nebo večer se vrací domů. Tenhle způsob připadá do úvahy u nemocných z blízkého okolí hospice, pokud u nich nestačí domácí péče.

3. Lůžková hospicová péče

Je aktuální zejména tehdy, když předchází dvě formy nestačí, nebo nejsou vůbec k dispozici. V případě, že je i možnost výše uvedených dvou forem, po zlepšení zdravotního stavu nemocného nebo zotavení jeho rodiny, se může nemocný vrátit do domácí péče.

Vedle uvedeného základního rozdělení hospicové péče, se můžeme setkat i s oddělením paliativní péče v rámci jiných lůžkových zdravotnických zařízení, především v rámci nemocnic a léčeben (Svatošová, 1995, s. 127-130).

2.2.3 Návštěva hospicu Štrasburk

Pohled na hospic zvenčí je poněkud zavádějící. Mnoho z nás si jej přece jenom představuje jako dům smutku. Jako dům, kde bychom se necítili nejlépe. A přesto, kdo jej navštíví, může být vcelku překvapen jeho atmosférou pohody až radosti. Jako já, při návštěvě bohnického hospicu Štrasburk, který jsem navštívila v rámci exkurze při studiu na vysoké škole.

Provázela nás psycholožka hospicu PhDr. Ludmila Weinholdová, která nám jej ukázala celý i s jeho zahradou. Hospic je zřízen v budově, kde kdysi býval zájezdní hostinec jménem Štrasburk, odtud tedy jeho pojmenování.

Je to prosvětlená, moderně zařízená budova s bezbariérovými přístupy a příjemnou atmosférou domácího prostředí, díky níž se obyvatelé hospice nezdržují jenom ve svých pokojích a využívají i společenskou místnost, čtecí koutky a zákoutí, kde mohou v klidu rozjímat a posedět. Po stěnách visí pozitivně laděné spirituální obrazy. V přízemí je vedle zmiňované společenské místnosti ještě kaple, kde se dvakrát týdně konají bohoslužby. Duchovní dochází do hospicu pravidelně podle potřeb a přání jeho klientů.

Štrasburk má 23 jednolůžkových pokojů a jeden dvoulůžkový pokoj, ve kterých jsou přistýlky pro možné přespání členů rodiny nebo přátel. Terasa vedoucí na zahradu je vybetonovaná kvůli snadnému přístupu vozíčkářů a ležících klientů, kteří se podle slov zdravotních sestřiček velmi rádi nechávají „vyvést“, aby se mohli potěšit pohledem na vzrostlé stromy.

PhDr. Weinholdová nám po prohlídce budovy domluvila rozhovor s klientkou hospicu, šedesátiletou paní s onkologickým onemocněním, která s povídáním souhlasila. Podle svých slov je zde velmi spokojená, chválila hlavně veselé a ochotné sestřičky a rodinné prostředí. Klientka vyprávěla, že většinu času tráví četbou bible, chodí do zahrady a ráda si popovídá s personálem. Ačkoliv působila velmi smířeně a její slova o tom, že „už není naštvaná na život“ to potvrzovala, přece jenom během svého vyprávění občas posmutněla, což patří nejspíš k té druhé smutnější stránce hospice a života vůbec.

Závěrem nás PhDr. Weinholdová informovala o tom, že většinu klientů tvoří lidé onkologicky nemocní, kteří jsou velmi často se svým stavem smířeni. Průměrná doba hospitalizace je od dvou do čtyř týdnů. Bohužel je velice obtížné se (nejen do tohoto) hospicu dostat, poptávka absolutně nestačí pokrýt nabídku.

Inspirací pro toto zařízení je hospicový program Marie Svatošové, ze kterého hojně čerpají.

2.2.4 M. Svatošová o hospici

Marie Svatošová patří mezi nejvýznamnější propagátory hospicového hnutí v Čechách. Ve svých přednáškách a knihách hovoří o vlastních zkušenostech z hospiců. V mnou hojně citované knize Hospice a umění doprovázet mluví o tom, jak to chodí v hospici Anežky České v Červeném Kostelci:

„V hospici, podobně jako v nemocnici jsou lékařské vizity (a navíc vizity sesterské). Režim dne se od nemocnice dost výrazně liší, a je-li to jen trochu možné, určuje si ho sám pacient. Nikdo ho ráno nebudí s teploměrem, spí podle své vůle a potřeby. Záleží jen na pacientovi, kdy se chce umýt, kdy najíst, popř. co jíst. A má-li zrovna potřebu o svých problémech hovořit, vždycky je tu pro něj někdo chápající, i kdyby to bylo v nočních hodinách.

Důraz je kladen na kvalitu života a pokud není zdravotní důvod k celodennímu ležení v posteli, nemocný se ráno oblékne do svých šatů a může se pohybovat v objektu hospice. Pokoje by se mohly vlastně nazývat ložnicemi, protože schopnějším pacientům mohou sloužit jen k přespaní, nebo jako azyl, když chtějí být zrovna sami.

Všechny hospice mají řadu společných prostor, kde se mohou nemocní i jejich návštěvy, včetně dobrovolníků hospice, neomezeně scházet. V popředí je snaha, aby hospic nemocnému připomínal více domov než nemocnici. Tomuto požadavku je proto přizpůsobeno i vnitřní vybavení hospice. Navíc jsou zde k dispozici nejrůznější pomůcky, usnadňující nemocným každodenní život a sestrám fyzickou námahu - polohovací lůžka, zvedáky, pojízdné koupací vany.

Návštěvy v hospicích jsou vítány jako nezbytná součást péče o nemocné a jsou možné nepřetržitě 24 hodin denně, 365 dní v roce. Od návštěvy se neočekává, že bude nemocného ošetřovat, ale je-li toho schopna, je jí to umožněno. Může to být velmi prospěšné obou stranám, tedy pacientovi i tomu, kdo se na jeho ošetřování podílel. Vědomí, že člověk udělal pro svého blízkého všechno co udělat mohl je nejlepším prostředkem na tišení bolesti z jeho odchodu“.

(Svatošová, 1998, s. 129-131):

2.3 Hospicové hnutí

Protagonistkou hospicového hnutí se stala Angličanka Cecilia Saundersová. Ta v roce 1967 otevřela v Londýně první hospic s názvem St. Christopher's Hospice (hospic svatého Kryštofa), který je dodnes vnímán jako mateřský dům celosvětové hospicové péče (Svatošová, 1998). Tato lékařka nastavila vysoký standard péče o umírající. Byla přesvědčená (a také to dokázala), že umírající je možno zbavit utrpení a bolesti, a že s laskavou a kvalitní péčí mohou důstojně dožít (Pollard, 1996, s. 30).

Její osobní zkušenost s umírajícím milovaným člověkem se jí stala životní výzvou, pomohla jí ujasnit si základní potřeby umírajících lidí a též možnosti, jak by bylo možné je naplnit. Již jako kvalifikovaná sociální pracovníce a zdravotní sestra vystudovala medicínu a věnovala se výzkumu bolesti. Prokázala, že podávání opiátů před nástupem průlomové

bolesti a v pravidelných intervalech účinně tlumí bolest, aniž by u pacientů hrozil návykový efekt. Její práce představuje počátek moderní paliativní léčby chronických bolestí (Munzarová, 1997, s. 61).

Zdůrazňovala nutnost mírnit bolest nejenom fyzickou, ale také psychickou jako jedinou účinnou prevencí před tzv. sociální smrtí⁵ (Haškovcová, 1996, s. 141).

Hospic St. Christopher se z její iniciativy poprvé pokusil realizovat paliativní péči pro terminálně nemocné, kombinující emocionální, spirituální a sociální podporu pacientům se specializovanou lékařsko-sesterskou péčí. Tato praxe byla v Británii a ve světě kopírována a rozvíjena. Současný hospic St. Christopher poskytuje péči více než dvou tisíc pacientům a jejich rodinám ročně. Za dobu své existence vyškolil přes šedesát tisíc profesionálů a tím ovlivnil standard péče o umírající napříč celým světem (Kabelka, O zakladatelce moderního hospicového hnutí Cecily Saunders).

2.4 Hospicové hnutí v ČR

Historie hospiců v České republice je poměrně krátká, vzhledem k tomu, že potřebný prostor získala až po roce 1989. Dalo by se říci, že se datuje od roku 1992, kdy bylo otevřeno vůbec první oddělení paliativní péče v rámci nemocnice v Babicích nad Svitavou u Brna (Haškovcová, 2000, s. 150).

O rok později Marie Svatošová, přední odbornice na paliativní medicínu, založila občanské sdružení na podporu domácí péče a hospicového hnutí s názvem *Ecce homo*. Stála spolu s tímto sdružením u založení prvního českého hospicu Svaté Anežky České v Červeném Kostelci a pomáhá v budování dalších hospiců (Haškovcová, 2000, s. 50).

Za svoji práci a vliv na rozvoj hospicového hnutí v České republice byla v roce 2002 oceněna státním vyznamenáním. Nutno podotknout, že k rozvoji hospicového hnutí v České republice významně přispěli i prof. Vorlíček, Dr. Sláma, lékařka a teoložka Marie Opatrná a mnoho dalších, mnohdy neprávem v literatuře týkající se tohoto tématu, opomíjených.

⁵ Stav, kdy člověk sice žije, ale je neodvratně vyvázan z důležitých sociálních a interpersonálních vztahů.

V současnosti má Česká republika 10 lůžkových hospiců. Protože v legislativě chybí zákon o hospicích, chybí tedy i sazebník pojišťoven a hospicová zařízení jsou tak vesměs financována formou grantů a příspěvků. Nemocný přispívá na provoz hospice podle výše svého příjmu (zpravidla důchodu). Pojišťovny proplácejí pouze malou část nákladů, zhruba ve stejné výši jako zdravotní péči v léčebnách dlouhodobě nemocných (Špinková, Současná situace v ČR).

Specifickým rysem vývoje paliativní péče v naší zemi je velké zpoždění v rozvoji domácí paliativní péče. Zařízení systematicky poskytující specializovanou domácí paliativní péči začala v naší zemi působit teprve v posledních letech.

Jedním z nich je pražské občanské sdružení „Cesta domů“, které se snaží o to, aby těžce nemocný člen rodiny mohl zůstat v důvěrně známém prostředí domova, netrpěl zbytečně bolestmi a konec života mohl prožít mezi svými blízkými. Spolupracuje s lékaři (především specialisty na léčbu bolesti), psychology, duchovními, sociálními pracovníky, psychoterapeuty a s agenturami domácí péče (srov. www.cestadomu.cz).

2.5 Lidé pracující v hospicovém zařízení

Součástí personálu hospiců jsou vedle lékařů a zdravotníků také psychologové, sociální pracovníci, duchovní a dobrovolníci.

Pro práci v hospicích se nejlépe hodí lidé s pořádnou dávkou altruismu, tedy ti, co chovají nesobeckou lásku k druhým, která se projevuje vstřícným a pomáhajícím chováním. Nezbytné jsou osobnostní předpoklady, vyrovnanost s vlastní konečností, nadprůměrná schopnost umět se vcítit do pocitu nemocného, motivace pro službu u umírajících, ale také dobré zdraví a rodinné zázemí (Novotný, Stará, 2002).

Z toho vyplývá, že hospic nemůže být kdekoliv. Může být jen tam, kde se najde dost obětavých a schopných lidí. M. Svatošová upozorňuje, že vedení hospicu se musí trvale věnovat výběru, motivování a vzdělávání personálu i dobrovolníků. Tito lidé musí dbát základních pravidel duševní hygieny, aby se u nich, jsou-li vystaveni po dlouhou dobu velké psychické zátěži, neprojevil syndrom vyhoření (Svatošová, 1995).

Ten může mít na postiženého řadu psychických i somatických následků. Někteří odborníci uvádějí, že syndrom vyhoření se u pomáhajících profesí vyhnout nelze, a že si ho každý pracovník minimálně jednou prožije (Haškovcová, 2000, s. 154).

Hospicové hnutí ve světě přitahuje mnoho dobrovolníků a jejich práce je společensky vysoce ceněna. Také u nás se dobrovolnické hnutí významně rozvíjí, jejich práci a koordinaci zaštiťuje národní dobrovolnické centrum HESTIA (Novotný, Stará, 2002). Dobrovolníci nezištně pracují v nemocnicích, sociálních zařízeních a v celé řadě dalších oblastí života. Bez dobrovolníků se neobejde takřka žádný hospic.

Dobrovolníci jsou plnohodnotnými členy hospicového týmu a mají velkou zásluhu na tom, že se hospicové prostředí podobá útulnému domovu. M. Svatošová (1995, s. 27) uvádí, že by se měli rekrutovat především z řad širšího příbuzenstva, sousedů, spolupracovníků či bývalých spolužáků pacienta nebo jeho rodiny, což se však ne vždy podaří.

2.6 Potřeby umírajících

Jak bylo již zmíněno, paliativní (hospicová) péče se zabývá celým člověkem. Ze všech aspektů utrpení při umírání je dnes bezpochyby tím nejstudovanějším bolest.

Zakladatelka prvního moderního hospicu Cecilia Saundersová zavedla termín *totální bolest*. Označovala jím utrpení čtyř základních dimenzí lidského prožívání – tělesné, duševní, sociální a duchovní (Vorlíček, Adam, Pospíšilová a kol., 2004).

2.6.1 Tělesné potřeby, bolest

Ze všeho, co způsobuje utrpení, je bolest ta nejvíce obávaná. Na druhé straně je bolest užitečná jako signál, že se něco děje, že je něco v nepořádku. Základní pravidlo zní – bolest vnímá každý jinak, a proto je nutné nemocnému bolest věřit (Svatošová, 1999, s. 31).

To však nic nemění na tom, že bolest vyvolává utrpení a každý člověk má právo na tišení bolesti. Někteří nemocní chápou bolest jako důkaz, že ještě žijí, jiní ji na sebe vztahují jako pokání z mravních či náboženských důvodů. K tomu se vyjádřil i papež Jan Pavel II. ve své encyklice „Evangelium vitae“, když poukázal na snášení bolesti jako na heroický čin, který ovšem, jak dodal, nemůže být chápán jako závazný pro každého člověka (Virt, 2000, s. 38-39).

Odborníci v paliativní medicíně rozlišují mezi bolestí nesnesitelnou a nezvladatelnou. Většina z nich se shoduje, že nesnesitelnou bolest lze terapeuticky zvládnout. Pouze u malé části pacientů přetrvávají tzv. bolesti nezvladatelné (Haškovcová, 2000, s. 106).

Jak uvádějí lékaři J. Vorlíček a O. Sláma (Paliativní medicína a dobrá smrt) z Brněnské fakultní nemocnice, u více než devadesáti procent pacientů lze bolest zvládat tabletami či injekcemi, u pěti až osmi procent je pak nutno použít invazivnějších postupů (např. neurochirurgický operační výkon k přerušení drah přenosu bolesti).

Dodávají, že žádný onkologický ani neonkologický pacient nemusí trpět nezvladatelnou bolestí. Utrpení je způsobeno pouze nekompetentností lékaře. Řada lékařů neumí léčit symptomy terminálního onemocnění a nezná zásady kontroly bolesti. Podle provedeného průzkumu kolem 20 procent praktických lékařů vůbec nemá tzv. opiátové recepty, nejsou tedy schopni předepsat silné opioidy v případě velkých bolestí u svých pacientů.

Americký lékař a psychiatr M. Scott Peck (1996, s. 38) říká, že „*nezmírnit náležitě bolest je dnes nejrozšířenějším zločinem medicíny*“.

Rovněž Marie Svatošová (1995) mluví o tom, že u nás lékaři stále ještě nezvládají léčbu bolesti. Nazývá ji chybou a mezerou ve vzdělání zdravotníků.

Brian Pollard (1996, s. 60-64) známý australský anesteziolog, zdůrazňuje, že v lékařské praxi nikdy není nutné pacienta usmrtit, abychom ho zbavili fyzické bolesti. Poukazuje na několik zásadních omylů a nepravdivostí v léčbě a regulaci bolesti:

1. Rakovina je vždy spojená s bolestí – zhruba jedna třetina onkologicky nemocných pacientů nemá bolesti, anebo má bolesti, které jsou zvládnutelné jednoduchými prostředky (např. analgetiky).

2. Bolesti při onkologických onemocnění jsou tak silné, že je nelze mírnit – v současné době je dispozici mnoho léků a metod, jak bolesti mírnit. Někdy je ovšem zapotřebí specialisty na léčbu bolesti, který pro konkrétní bolest navrhne správný léčebný postup, takže odborná péče odstraní nebo utiší prakticky veškerou bolest. I když nelze v některých případech bolest zcela odstranit, vždy ji lze alespoň zmírnit.

3. Začne-li se s medikací příliš brzo, ztratí svoji účinnost – pokud je třeba, mohou se analgetika používat v intenzitě, jaká je žádoucí k utišení bolesti, bez ohledu na stadium nemoci nebo předpoklad, jak dlouho bude pacient žít.

4. Berou-li se analgetika pravidelně, vzniká riziko návyku – na rozdíl od pocitů radostného vzrušení, které vyvolávají návyk u toxikomanů, při tišení bolesti analgetika návyk nevyvolávají. Pokud je třeba z jakéhokoliv důvodu s analgetiky přestat, jednoduše se podle potřeby postupně redukuje.

5. Analgetika se mají používat výhradně při aktuální bolesti – třebaže je to standardní postup, není to způsob nejlepší. Je-li příčina těchto bolestí stálá a nelze ji odstranit, po odeznění účinků analgetik se bolest s nejvyšší pravděpodobností vrátí. Proto je třeba nečekat na její návrat, ale použít další dávky analgetik. Tímto způsobem lze dosáhnout toho, že místo, aby se bolest opakovaně vracela, bude pacient udržován ve stavu, kdy bolest nepocituje nebo je mírná.

6. Morfin se používá, jen když je konec nablízku – taková bývala dřívější praxe, dnes už to neplatí. Morfinu se používá, kdykoliv se bolest považuje za natolik silnou, že morfin bude ku prospěchu (i na delší dobu).

7. Analgetika vždy vyvolávají spavost – při první aplikaci morfia je ospalost po nějaký čas běžná, ale brzy vymizí. Nelze-li docílit kontroly nad bolestí bez spavosti, je dávka nejspíš příliš vysoká nebo není v užita správná droga.

8. Pravidelně braná analgetika zkracují délku života – když se blíží konec života a bolest je velice intenzivní, mohou analgetika život zkrátit – to je cena, kterou platíme za uspokojivý stav pacienta v té době. Podle etiky i práva představuje tento postup správnou lékařskou metodu. Správná aplikace analgetik není žádnou formou eutanázie.

9. Bolest je něco, co je třeba snášet jako přirozenou součást života – bolest pacienta zbytečně trápí a účinné zvládnutí bolesti dokáže zvýšit kvalitu života umírajícímu i jeho rodině a pečovatelům. Na nesnesitelnou bolest se musíme dívat jako na léčebně výjimečný stav a pokud ji nelze zmírnit v krátké době, je třeba zvážit další pomoc.

Nic nepřilévá do ohnivé diskuze o eutanázii více oleje než právě strach z úporné fyzické bolesti. Řešením však není eutanázie. Je jím široký a účinný medicínský arzenál, který je pro zmírňování bolesti k dispozici a možnost volby pacienta, přejít z nemocnice do péče hospice (Peck, 2001, s. 64).

2.6.2 Psychické potřeby

Psychologická péče o umírající a o jejich blízké se uskutečňuje současně s dobrou ošetrovatelskou péčí, udržováním co možná nejvyšší kvality života a zajištěním fyzické pohody (Rotter, 1999, s. 34).

Bohužel je stále poměrně rozšířen nesprávný názor, že deprese je u umírajícího pacienta "normální", a tak se mu nevěnuje dostatečná psychologická péče. Podle MUDr. Vorlíčka a MUDr. Slámy (Paliativní medicína a dobrá smrt) je při účelném využití dostupných psychofarmak, psychoterapie a poradenských postupů velká většina psychických syndromů uspokojivě řešitelná.

Helena Haškovcová (1990, s. 276) po mnohaleté praxi radí mezi účinné formy psychoaktivace skupinovou psychoterapii. Uvádí, že společná a pravidelná sezení s psychologem otevírají nemocným prostor pro seberealizaci a dodávají jejich životu společenský akcent.

Kay Blumenthal-Barby (1988) mluví o tom, jak důležitá je potřeba **komunikace** s umírající. A to nejenom ta slovní. Často právě mimoslovní komunikace, tedy gesta, postoj, výraz obličeje (úsměv, vlídná tvář...) apod. za nás mluví více a upřímněji než slova.

Komunikací a opravdovým zájmem můžeme pomoci tomu, aby se nemocný zbavil strachu. Často jde o strach z umírání, z bolesti, ze ztráty důstojnosti nebo samoty. M. Svatošová tyto náročné rozhovory dobře zná a doporučuje raději zapomenout na všechny poučky a prostě se spolehnout, že člověka při rozhovoru s umírajícím člověkem v tu správnou chvíli napadnou ta správná slova (Svatošová, 1998, s. 24).

Jaro Křivohlavý (1993, s. 30) mluví v této souvislosti o tzv. **naslouchání srdcem**, kdy je třeba poslechnout intuici a poslouchat srdcem, tedy svou celou osobností. Připomíná, že radost, láska a dobré mezilidské vztahy, mají na pacienty blahodárný vliv.

Je velmi důležité, aby mohl pacient bez obav hovořit o tom, co ho trápí a co považuje za významné sdělit, včetně negativních prožitků. Má právo reagovat na svou situaci agresí, úzkostí nebo poruchami chování.

Americká lékařka Elisabeth Kübler-Rossová (1995) byla vůbec první odbornicí, která se odvážila opakovaně si k těžce nemocným a umírajícím lidem sednout a ptát se jich, jaký z toho mají pocit. Na základě mnoha rozhovorů vypracovala pět fází psychických stavů v návaznosti na tělesnou krizi u těžce nemocného člověka:

1. **fáze šoku, odmítání a negace smrti** – člověk je vyděšen, plný úzkosti, mívá tendence tuto pro něho otřesnou situaci popřít
2. **fáze agrese, hněvu a vzpoury** - člověk se ptá, proč zrovna on, čím je to vina, cítí zlost a nespravedlnost
3. **fáze uklidnění a smlouvání** – člověk hledá různá zázračná řešení své situace, mívá tendence se smrtí smlouvat, stanovuje si cíle jako „promoce syna“ apod., upíná se takto k budoucnosti
4. **fáze deprese** – člověk se loučí se životem, má starost o své blízké, obává se samoty a smrti
5. **fáze smíření** – člověk do značné míry příchod smrti akceptuje, charakterizuje ho pokora a vyrovnání, může však reagovat také rezignací nebo zoufalstvím

V úvodu ke knize E. Kübler-Rossové (1995) připomíná H. Haškovcová ještě tzv. **fázi nulovou či nulitní**, která uvedenou škálu prožitkových fází předchází. Tato fáze zahrnuje období, kdy se nemoc určitým způsobem ohlašuje, alarmuje člověka, který se necítí „ve své kůži“, aby včas vyhledal lékaře. Vyzdvihuje její důležitost, protože část nemocných tuto fázi popře a lékaře nevyhledá nebo přijde pozdě.

Marie Svatošová i Elisabeth Kubler-Rossová se ze svých zkušeností shodují, že tyto fáze nemusejí mít shora uvedený sled. Někdy se některé z nich opakovaně vracejí a střídají, mohou se i prolínat. Nejsou stejně dlouhé a někdy některá fáze chybí. Jsou rozdílné, tak jako je každý člověk jiný.

2.6.3 Sociální potřeby

Člověk je tvor společenský, a protože po celý svůj aktivní život nežije izolovaně, izolovaně ani nestoná a neumírá. M. Svatošová (1995, s. 23) uvádí, že nemocný o návštěvy většinou velmi stojí a potřebuje je.

Přátelský vztah potřebuje každý z nás, nejenom pacient. Dobré vztahy s rodinou či přáteli oceníme zvláště ve chvílích, kdy je nám zle. Klinická psychologie hovoří o takovémto vztahu, respekt. o člověku, který je nemocnému nejbližší jako o **doprovázeči** (Křivohlavý, 1989, s. 75). A dodává, že pacient, který je opuštěn rodinou či přáteli to má v období nemoci daleko těžší.

Nejvýznamnější sociální oporou pro terminálně nemocného pacienta je samozřejmě jeho rodina. Ideální je, když o nemocného člověka pečují rodinní příslušníci nebo přátelé. Avšak často je nutná a přímo nezbytná i péče nemocniční. Profesionální péče je vedle vztahu zdravotník – pacient, založena na i na školeném standardizovaném výkonu. Je dobré, že hospicová péče přebírá některé prvky domácí péče, aby tak nemocného vrátila do sociálně kulturní reality života nebo navodila atmosféru „normálního světa“ (Haškovcová, 1990, s. 281).

Rozumět tomu jak a čím pomáhat vyžaduje pochopení na straně pomáhajících i potřebných. Dimenze jakékoliv formy porozumění překračuje rámec profesionality, protože porozumět strachu, žalu a bolesti je obecnou lidskou doménou. Z těchto důvodů by měl každý kdo chce, může a umí umírajícímu prospět a mít možnost participace (Haškovcová, 1990, s. 385).

2.6.4 Duchovní potřeby

Ačkoliv žijeme v sekularizovaném světě, náš svět má mnoho spirituálních potřeb. Lidé je však spíše vyjadřují nenábožensky. Velká většina lidí již není v kontaktu s žádnou církví, i když současně mnozí z nich dodávají, že se individuálně modlí či věří.

V průběhu těžké a vážné nemoci se nejenom lidé věřící začínají vážně zabývat otázkami po smyslu života. Každý člověk v takovéto situaci potřebuje vědět, že mu bylo odpuštěno a má potřebu i sám odpouštět. Potřebuje vědět, že jeho život měl smysl a až do poslední chvíle smysl má. Když se tato potřeba smysluplnosti nedaří naplnit, nemocný tím velmi trpí a jeho stav by se dal nazvat duchovní nouzí (Svatošová, 1998).

Postoj většiny zdravotníků k této oblasti je však u nás přinejlepším rozpačitý. Oblasti duchovních a existenciálních potřeb je věnována minimální pozornost během přípravy na lékařských fakultách. Lékaři se pak i při dobré vůli cítí nepřipraveni o této oblasti s pacienty hovořit. I když se lékař se smrtí setkává profesionálně, stejně na ni není zpravidla vnitřně připraven. Potom smrt vnímá jako neurčitou hrozbu a cítí bezradnost a bázeň (Vymětal, 1999, s. 183).

V hospicích proto bývají vedle zdravotníků také psychologové a duchovní, aby se o tuto dimenzi lidského prožívání pomohli postarat. Péče o duševní pohodu trpících je součástí tzv. **pastorační péče**.

Pastorační péčí o nemocné a trpící v širším slova smyslu rozumíme takové jednání s člověkem, ve kterém ho respektujeme v jeho jedinečnosti, přistupujeme k němu z pozice věřících křesťanů, doprovázíme ho v jeho obtížích, nemoci, utrpení či umírání a pomáháme mu k lidsky důstojnému zvládnutí jeho životní situace a to na jemu dostupné úrovni víry. Pastorační péče se však neomezuje jen na věřící, ale je otevřená každému (Opatrný, 1996).

Duchovní péče je velmi široký pojem a zjednodušeně lze říci, že se jí rozumí všeobecná křesťanská povinnost o duchovní potřeby lidí. Protože má společné cíle se sociální službou a psychologickou pomocí, vzájemně se s nimi prolíná a je schopná nabídnout svou pomoc všem lidem – věřícím i nevěřícím. Na druhou stranu spirituální potřeby lidí nejsou totéž jako potřeby psychické. Jde o osobnější angažovanost ve sdílení s pacientem na té nejhlubší úrovni (Opatrný, 1996).

2.7 Potřeby okolostojících

Vedle potřeb umírajících jsou tu ještě potřeby a přání těch, kdo stojí okolo. Rodina, přátelé, známí, lékaři a zdravotní personál.

Být svému blízkému k dispozici, s porozuměním naslouchat, chápat, respektovat jeho svébytnost, ctít jeho jedinečnost, neovlivňovat ho příliš svou přítomností, nevnucovat svůj názor, jednoduše nemocného doprovázet, je velmi vyčerpávající. Okolostojící trpí se svými nemocnými. Měli by mít možnost si odpočinout a nabrat sílu (Svatošová, 1998).

Je velmi důležité, aby se příbuzní mohli zapojit do péče o své nemocné a umírající. Na jedné straně se od nich očekává plné nasazení v doprovázení nemocného, na druhé straně i oni potřebují být doprovázeni. Péče o pečující nazývají odborníci **respitní péčí** (Haškovcová, 2000, s. 151).

E. Kübler-Rossová (1995), která popsala uvedených pět stádií v těžké nemoci a umírání, připomíná, že těmito fázemi neprochází jenom pacient, ale spolu s ním i jeho nejbližší. Členové rodiny jsou obvykle pozadu a jen velmi zřídka procházejí těmito stádii zároveň s ním. Jestliže pacient je v jiné fázi, než v té, ve které se nachází jeho rodina, může mu to být na škodu. Ačkoliv to není lehké, rodina by měla se svým nemocným vyrovnat krok. V případě, že to nezvládne, je zapotřebí někoho dalšího, kdo se ujme role doprovázejícího. Může to být někdo z přátel, duchovní, sestra nebo dobrovolník hospice.

Také zdravotní personál a lékaři se musejí umět se smrtí vyrovnat. Pro věřící lékaře to bývá menší problém, protože jsou vlastní hodnotovou orientací vybaveni i pro hraniční životní situace. Pro lékaře nevěřící to někdy bývá větší problém. Nikdo je na fakultách nepřipravoval na konfrontaci se smrtí pacientů, natož se smrtelností vlastní.

Nejlepším způsobem, jak se s umíráním a smrtí vyrovnat je prostřednictvím sebereflexe. Především tak, že si uvědomí své dosud neuvědomělé postoje ke smrti, a že budou reflektovat vlastní konečnost (Vymětal, 1999).

J. Kořenek ve své učebnici Lékařské etiky (2002, s. 154) mluví o tom, že s faktem vlastní smrtelnosti se nelze vyrovnat během studií, ale že jde o celoživotní úkol.

Pro ošetřující personál jsou vhodné, kromě dodržování běžných zásad duševní hygieny, také formy speciální psychologické pomoci. Jan Vymětal v Lékařské psychologii (1999, s. 187-188) doporučuje supervize, kde si lékař, zdravotník či jiný člověk z ošetřujícího personálu, v rozhovoru s druhými může promluvit o tom, co ho zatěžuje a co je pro něho osobně významné. Průběžná reflexe vlastní práce a osobních postojů zmenšuje riziko vzniku syndromu vyhaslosti a ulehčuje od dlouhodobé emoční zátěže.

Součástí paliativní péče je i citlivá pomoc lidem, kteří ztratili blízkého člověka, tzv. **péče o pozůstalé**. V těžké době po smrti svého blízkého musí ve svém životě najít novou naději a sílu jít dál. Zaměstnanci a dobrovolníci hospiců všude na světě by měli být připraveni své klienty na těchto jejich cestách provázet (Kubičková, 2001).

Marie Svatošová (1998, s. 26) říká, že asi jedna třetina pozůstalých potřebuje větší pomoc, než rozhovor po smrti nemocného u kávy. A to formou telefonických rozhovorů, dopisování nebo návštěvami. Nejen osobní kontakt je možný. Pro lidi z končin, kde žádný hospic není nebo pro ty, kteří mají možnost připojení na internet, je tu několik internetových portálů⁶, kde si pozůstalí nebo pečující mohou vyměňovat své pocity a zkušenosti. Mohou si tak pohovořit o všem, co se v jejich situaci děje či dělo a vzájemně si dodat sílu.

Umírající potřebují zdravé a zdraví zase umírající, aby sami ztráceli nepřiměřený strach ze smrti. Péčí o umírajícího (pomáháme-li překonat jeho utrpení), pochopíme snáze smysl lidského života i to, co znamená lidská blízkost a sounáležitost.

⁶ Např. www.cestadomu.cz nebo www.umirani.cz

3 Výzkumná část diplomové práce

3.1 Výzkumný problém - vstupní předpoklady

Poslední dobou se zdá, že stále větší část veřejnosti se přiklání k milosrdnému ukončení života těžce nemocných a trpících lidí. Z velké části je tomu proto, že lidé nemají přístup k relevantním informacím o tom, co všechno pojem eutanázie obnáší a jaká jsou její skutečná rizika. Průzkumy veřejného mínění na téma eutanázie jsou bohužel zatíženy určitými nedostatky a zkreslujícími omyly, tak jak jsem je popsala v první části své práce. Mnozí neznají principy paliativní medicíny a tak často podléhají iluzím, že umírajícímu nelze od jeho trápení pomoci jinak, než milosrdným usmrcením.

Vycházela jsem z předpokladu, že lidé o eutanázii slyšeli nebo četli, a že o této otázce tedy nějakým způsobem přemýšleli. Z atmosféry v naší společnosti není problémem vycítit nebo rozpoznat, že značná část laické veřejnosti se k této formě zakončení života přiklání. Chtěla jsem tedy zjistit, co si pod pojmem eutanázie představují a zhodnotit jejich názory pro a proti eutanázii.

3.2 Cíl

Cílem mého průzkumu bylo popsat a zhodnotit názory respondentů na problematiku eutanázie, umírání a hospicové péče. Zajímaly mne hlavně důvody, které mluví pro a proti eutanázii, postoje respondentů k této problematice. Zjišťovala jsem, zda by si přáli, aby eutanázie byla v České republice legální a zda by se obávali jejího možného zneužívání. Předpokládala jsem, že jiný názor na problematiku umírání budou mít lidé věřící a lidé bez vyznání.

I přes současný rozvoj paliativní medicíny a hospicového hnutí, jsem předpokládala, že ne všichni respondenti budou toto téma dostatečně znát. Zajímalo mne, zda lidé znají hospicové zařízení a co si pod tímto zařízením představují, zda mají nějakou zkušenost s hospicem, mají-li k tomuto zařízení důvěru a jestli by svěřili svého příbuzného do jeho péče.

3.3 Výzkumný postup

Nejprve jsem se zamýšlela nad samotným postupem, nad formou, kterou zvolit. Domnívala jsem se, že k takto závažnému tématu by byly nejhodnější individuální rozhovory s respondenty. Zjistila jsem však, že lidé v mém okolí, které jsem kontaktovala, by raději upřednostnili dotazníkovou formu. Vesměs uváděli, že by na ožehavější otázky kolem tématu umírání odpovídali raději samostatně a anonymně.

Vytvořila jsem pětistránkový dotazník (viz. Příloha 1) rozdělený na tři části. V první části je vedle žádosti o vyplnění dotazníku a ujištění, že všechny informace poslouží pouze k hromadnému vyhodnocení získaných údajů, 5 otázek na osobní údaje respondentů týkající se třídících charakteristik (pohlaví, věku, bydliště, vzdělání a vyznání).

Záměrně jsem neuváděla fakultu, na které studuji (husitská teologická), abych předešla možnému ovlivnění respondentů. V celé práci jsem se snažila o formulace textu a otázek bez jakéhokoliv emočního zabarvení (náboje).

Druhá část věnovaná eutanázii obsahuje 9 základních otázek a 2 podotázky. Tyto otázky se týkají problematiky spojené s vnímáním eutanázie, názorů pro a proti a dalších souvisejících okruhů. Ve třetí části je 7 otázek zaměřených na problematiku hospiců.

V obou částech dotazníku jsem vedle přímých otázek zvolila i otázky otevřené, a k některým otázkám byla respondentům nabídnuta hodnotová škála pěti odpovědí, ačkoliv jsem si vědoma, že za rozhodováním o eutanázii je tolik subjektivních faktorů, pocitů a osobních zkušeností, že nebude snadné vybrat odpověď z pěti variant.

5 dotazníků jsem nejprve rozdala ve svém okolí, abych si ověřila jejich srozumitelnost (jakýsi menší pilotní výzkum). Všechny dotazníky se mi vrátily vyplněné a doplněné o podnětné komentáře, kterých jsem využila při přepracování otázek. Vzhledem k tomu, že některé otázky byly přepracované, nebylo těchto 5 dotazníků použito v samotném výzkumu.

Dotazníky jsem rozdávala a rozesílala od prosince 2005 do konce února 2006. 15 dotazníků jsem rozeslala elektronickou poštou a 13 dalších se mi vrátilo díky níže popsané metodě snowball sampling. 30 dotazníků jsem vytiskla a rozdala. Podařilo se mi nashromáždit 58 dotazníků, z toho 28 z elektronické pošty a 30 vytisknutých. Po vyhodnocení dotazníků jsem 2 psané dotazníky musela vyřadit kvůli chybějícím datům.

3.4 Výzkumný vzorek a metodika zpracování dat

Dotazníky jsem začala rozesílat nejprve v okruhu svých přátel a známých, kteří je dále přeposílali svým přátelům a kolegům - další respondenty jsem tedy získala metodou snowball sampling, která *spočívá na výběru jedinců, při kterém nás nějaký původní informátor vede k jiným členům naší cílové skupiny* (Disman, 2000, s. 114). Nutno však zmínit její nevýhodu, která spočívá v tom, že takto zachytím respondenty homogenní v některé třídící charakteristice (v mém případě ve věkové kategorii a ve vzdělání).

Nepodařilo se mi zachytit rovnoměrné sociální a věkové pokrytí respondentů. Starší lidé a lidé s nižším vzděláním se k tomuto tématu nechtěli vyjadřovat, jako by se báli projevit svůj názor. Lidé s vyšším vzděláním mají jiné možnosti přístupu k informacím, lépe je dokáží využívat, utvořit si názor, než lidé s nižším vzděláním, kteří mají tendence např. přebírat názory z médií apod.

Myslím, že k získání názorů od těchto skupin respondentů by byl spíše vhodnější rozhovor, neboť tito lidé mají problémy se vyjádřit psanou formou. Díky tomuto malému počtu respondentů ve starší věkové kategorii a v kategorii lidí s nižším vzděláním, není tento průzkum plně vypovídající.

Nejpočetnější výzkumný vzorek tvoří respondenti ženského pohlaví v mladém věku s nejvyšším dosaženým středoškolským vzděláním, přičemž souhrnné a podrobnější údaje uvádí tabulka „vzorek charakteristik respondentů“ (příloha 2). Díky tomuto omezenému vzorku respondentů se výsledky nedají zevšeobecnit na celou populaci v ČR, ověřil by je reprezentativní výzkum.

Vyhodnocovala jsem 56 dotazníků. Použila jsem základní statistické deskriptivní metody – frekvenční grafy a kontingentční tabulky, data jsem zpracovávala v programu MS Excel.

Vzhledem k tomu, že počet dotázaných je nízký a nereprezentativní z hlediska třídících charakteristik, považuji tento průzkum jen za jakousi sondu do dané problematiky.

3.5 Výsledky

První část dotazníku o problematice eutanázie obsahuje 10 otázek, z toho jsou 2 otázky otevřené, 1 přímá a k 7 otázkám je nabídnuta hodnotová škála 5ti možností odpovědí. Nejdříve vyhodnocuji téma eutanázie, jako druhé pak téma hospicové péče. Téma eutanázie jsem rozdělila do čtyř specifických okruhů:

I. okruh – úvodní otázky zjišťující, zda respondenti o tématu eutanázie slyšeli a zda je toto téma zajímavé (otázka č. 1 a 2)

II. okruh – vnímání eutanázie – co respondenti pod pojmem eutanázie rozumí (otázka č. 3)

III. okruh – postoje respondentů k eutanázii (otázka č. 4a, 4b), postoje respondentů k ukončení života druhého člověka (otázka č. 6a, 6b), postoje respondentů k ukončení vlastního života (otázka č. 7a, 7b) a důvody pro a proti eutanázii (otázka č.5).

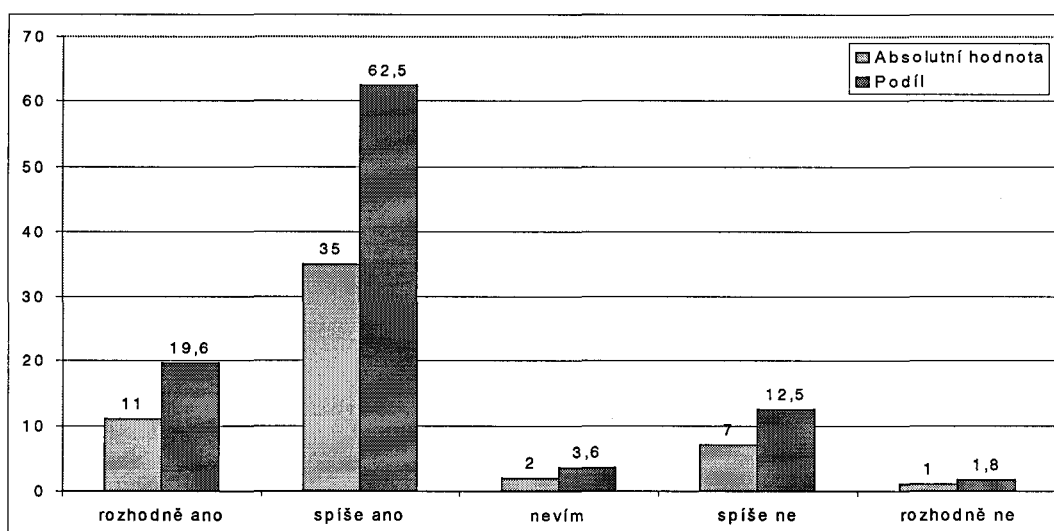
IV. okruh – vyjádření respondentů k legalizaci eutanázie (otázka č. 8) a rizik spojených s jejím možným zneužíváním (otázka č. 9) a tomu, zda je diskuzím o eutanázii věnován v ČR dostatečný prostor (otázka č. 10)

I. okruh – Eutanázie

Podle mých předpokladů se potvrdilo, že respondenti o eutanázii slyšeli nebo četli, protože všichni dotazovaní odpověděli na otázku č.1 kladně.

K další otázce (č.2) nabízím graf (č.1), který zpracovává frekvence odpovědí všech respondentů. Výsledky vypovídají o tom, že 82 % respondentů se o téma eutanázie a umírání zajímá.

Graf č. 1: „Zajímají Vás debaty vedené na téma umírání a eutanázie“



II. okruh - vnímání eutanázie

V této části vyhodnocuji otázku č.3, tedy co respondenti rozumějí pod pojmem eutanázie. K této otevřené otázce se mi dostalo mnoho variant odpovědí, které jsem kvůli obšírnosti a přehlednosti rozdělila do 11ti kategorií (do významově blízkých definic), které jsem převedla do číselných kódů. Pod tabulkami uvádím vysvětlení číselných kódů - seznam definic, které jsem od respondentů obdržela. Frekvence definic jsou uvedené ve spodní části tabulek.

Množství definic (11) potvrzuje různorodost vnímání tohoto pojmu respondenty. Vedle nejjednodušších definic (např. definice s kódy 1, 5, 6) se objevili i definice specifitější a sofistikovanější. Pro zajímavost uvádím porovnání definic eutanázie z hlediska vzdělání (tabulka č. 1) a z hlediska vyznání (tabulka č.2).

Tabulka č. 1: „Co rozumíte pod pojmem eutanázie“, z hlediska vzdělání

vzdělání	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	Celkový součet
základní	1							1				2
střední bez maturity	4		1	1								6
střední s maturitou	7	5		7	3	2	1		1			26
vyšší odborné	2		1	1			1					5
vysokoškolské	4	3		4	1	1	2			1	1	17
Celkový součet	18	8	2	13	4	3	4	1	1	1	1	56
Podíl	32,1	14,3	3,6	23,2	7,1	5,4	7,1	1,8	1,8	1,8	1,8	100

Většina respondentů vyjádřila své vnímání eutanázie tou nejjednodušší definicí, tedy že jde o *ukončení života na vlastní žádost* (kód 1) a nespécifikovala ostatní parametry jako je *asistence druhého člověka, dobrovolnost* apod.

Druhá nejvíce opakovaná definice eutanázie zněla, že jde o *ukončení života těžce nemocného člověka, který trpí (jakési vysvobození) a kde není naděje na zlepšení stavu* (kód 4). Nejkomplexnější definici (vyjádřenou respondenty), tedy *ukončení života na vlastní žádost s asistencí druhé osoby* (kód 3) použili jen 2 respondenti, v tabulce je vidět, s jakým vzděláním.

V následující tabulce uvádím, jestli má na formulaci definice eutanázie vliv vyznání. Nejčastěji se opět objevují definice eutanázie s kódem 1 a 4, které stále používá většina respondentů (bez ohledu na vyznání).

Tabulka č. 2: „Co rozumíte pod pojmem eutanázie“, z hlediska vyznání

vyznání	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	Celkový součet
bez vyznání	11	7	1	9	3	2	2			1		37
křesťanské	4	1	1	3	1		1	1	1		1	14
jiné	2			1		1	1					5
Celkový součet	18	8	2	13	4	3	4	1		1	1	56

Nepotvrdil se můj předpoklad, že věřící lidé definují pojem eutanázie jinak, než lidé bez vyznání, protože definice, které se nejčastěji objevují, vyskytují se stejně u respondentů s vyznáním (3,16 %) jako u respondentů bez vyznání (3,36 %).

seznam definic eutanázie:

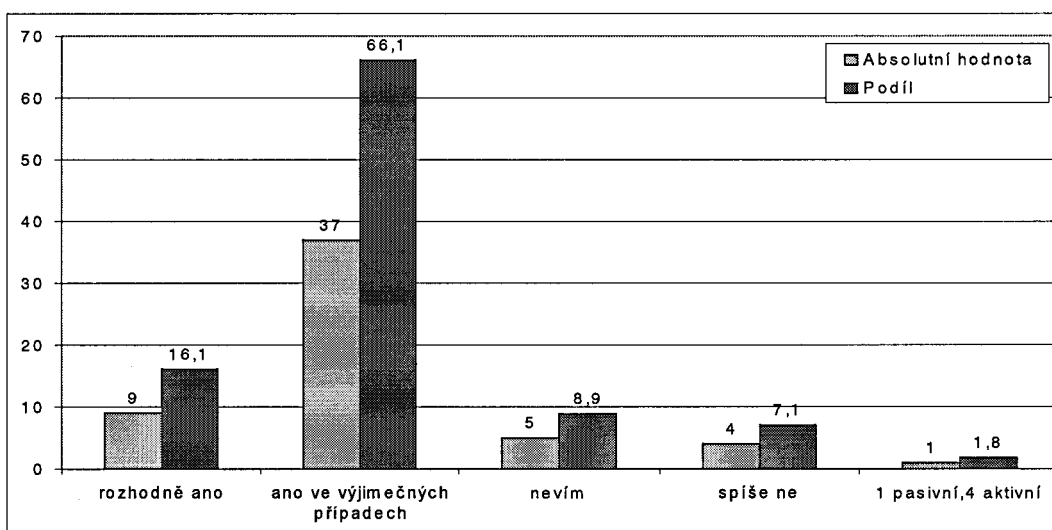
- 1 = ukončení života na vlastní žádost
- 2 = dobrovolné ukončení života za asistence druhé osoby
- 3 = ukončení života na vlastní žádost s asistencí druhé osoby
- 4 = ukončení života (vysvobození) těžce nemocného člověka, který trpí a kde není naděje na zlepšení stavu
- 5 = urychlení smrti (zkrácení života)
- 6 = asistovaná sebevražda
- 7 = ukončení života na vlastní žádost či na žádost příbuzných za asistence lékaře
- 8 = ukončení života člověka, který není schopen sebevraždy
- 9 = umírání v zařízení pod péčí zdravotního personálu
- 10 = ukončení života za přesně definovaných podmínek
- 11 = aktivní eutanázie na přání pacienta, pasivní eutanázie – neprodlužování umírání

III. okruh - postoje respondentů

V této části hodnotím postoje respondentů k tématu eutanázie a umírání, práva na ukončení vlastního života a života druhého člověka. Uvádím přehled důvodů, které respondenti vyjmenovali pro a proti eutanázii.

Graf č. 2 uvádí frekvence odpovědí na otázku 4a, na kolik respondenti s eutanázií souhlasí či nikoliv. Většina z nich s eutanázií souhlasí ve výjimečných případech, které dále uvádím v tabulce č. 4. Jeden respondent odpověděl, že s aktivní eutanázií rozhodně nesouhlasí, zatímco s pasivní ano.

Graf č. 2: „Jaký je Váš postoj k eutanázii, na kolik souhlasíte či nesouhlasíte s eutanázií“



Následující tabulka porovnává postoje respondentů k eutanázii z hlediska vyznání. Potvrzuje předpoklad, že lidé věřící mají k této otázce jiný postoj než lidé bez vyznání, i když tento postoj není zcela odlišným. Z tabulky je vidět, že i když žádný respondent, deklarující se za věřícího, nezvolil jako svou odpověď k postoji k eutanázii možnost *rozhodně ano*, většina z nich zvolila možnost „spíše ano“, tedy že s eutanázií spíše souhlasí. Naproti tomu, 24 % respondentů bez vyznání bylo pro možnost *rozhodně ano* a 71 % z nich pro mírnější *spíše ano*.

Tabulka č.3.: „Na kolik souhlasíte či nesouhlasíte s eutanázií“, z hlediska vyznání

vyznání	rozhodně ano	spíše ano	nevím	spíše ne	rozhodně ne	Celkový součet
bez vyznání	9	27	1	1		38
křesťanské		8	2	2	1	13
jiné		2	2	1		5
Celkový součet	9	37	5	4	1	56

Následující tabulka č.4 uvádí případy (důvody), za kterých respondenti souhlasí s eutanázií (otázka 4b). Na toto téma byla záměrně položena otevřená otázka, aby respondenti sami specifikovali své důvody. Připomínám, že tato otázka se týkala pouze těch respondentů, kteří v předešlé otázce (*na kolik souhlasíte či nesouhlasíte s eutanázií?*) odpověděli možností „ano, ve výjimečných případech“.

Důvody většiny respondentů byly - *nevléčitelná nemoc a utrpení*, druhé nejvíce opakované důvody byly - *přání pacienta, velké bolesti a nevléčitelná nemoc*. Dva respondenti zohlednili vedle názoru (přání) pacienta i názor rodiny a odborníků.

Tabulka č.4.: „Za jakých okolností nebo ve kterých případech souhlasíte s eutanázií“

Případy, okolnosti pro eutanázií	N
Nevléčitelná nemoc, utrpení	14
Přání nemocného pacienta, který má velké bolesti, nevléčitelná nemoc	11
Na vlastní přání, není naděje na zlepšení	2
Terminálně nemocný pacient, život na přístrojích	3
Dlouhodobá nemoc, na rozhodnutí se podílí pacient, rodina a odborníci z několika oblastí	2

Dále mne zajímalo, jaké názory uvedou respondenti pro a proti eutanázii v otázce č.5, kterou jsem položila všem respondentům, a kterou hodnotím v následující tabulce č. 5.

Z tabulky, která uvádí názory respondentů pro a proti eutanázii, je vidět, že početně převážily důvody proti eutanázii nad důvody pro eutanázii. Nejvíce respondentů ve svých důvodech proti eutanázii uvádělo *možnost zneužití*, z čehož je zřejmé, že se veřejnost obává zneužívání eutanázie.

1 respondent uvedl, že by se bál zneužívání jak ze strany příbuzných, tak ze strany zdravotníků, kteří by si touto možností mohli ulehčovat práci, tedy, že by bylo snadnější pacienta usmrtit, než se o něho starat. 3 x se objevil důvod proti eutanázii (věřící respondenti) - *člověk si nemůže vzít, co si nedal*, což vyjadřuje převážně náboženské stanovisko k této problematice. Další důvod respondentů, který byl 3x zmíněn je, že *člověk v krizi potřebuje jinou pomoc, než eutanázii*, což značí o povědomí či znalostech paliativní nebo psychologické péče.

Tabulka č.5.: „Důvody pro nebo proti eutanázii“

Důvody PRO	N	Důvody PROTI	N
Usnadnit umírání nevléčitelně nemocného, úleva od trápení	28	Možnost zneužití	16
Osobní zkušenost s umírajícím (trpícím)	4	Člověk si nemůže vzít, co si nedal	3
Bolesti, dlouhodobé bezvědomí	1	Opodstatnění utrpení, karmické hledisko	1
Svobodná volba každého člověka	2	Člověk v krizi potřebuje jinou pomoc než eutanázii (paliativní péče)	3
Právo na důstojný život (důstojná smrt)	5	Může se stát zázrak	1
Pomoc nejen pro umírajícího, ale i pro jeho rodinu	3	Ne pro lidi jako např. bezdomovci – šance na lepší život	1
		Lidský i etický problém	1
		Neznalost lékařů moderních léčebných metod, špatná komunikace	1

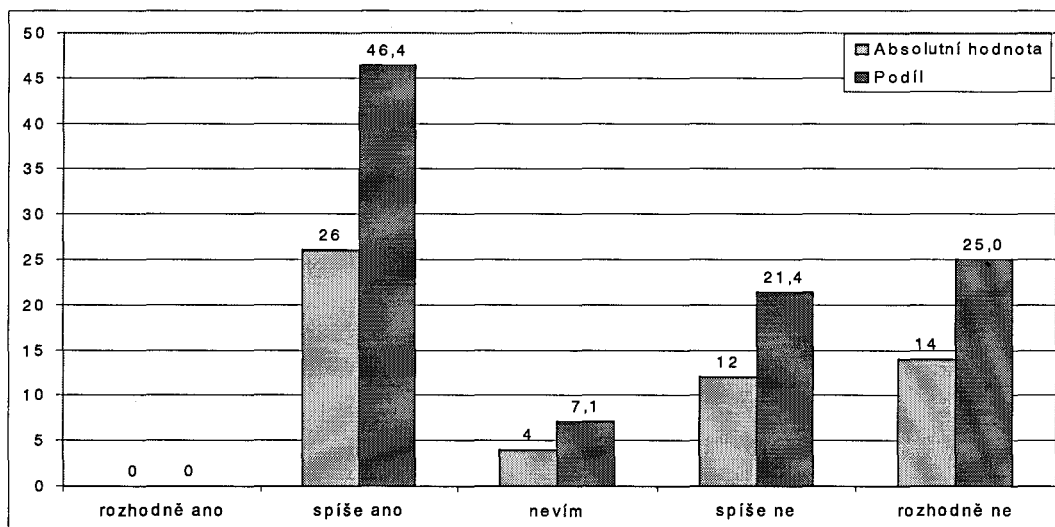
V důvodech pro eutanázii jednoznačně převážil argument *usnadnění umírání a úleva od trápení nevléčitelně nemocného člověka*, tedy princip eutanázie, který se opírá o argument milosrdné smrti. 5 x se v důvodech pro eutanázii objevil argument *práva na důstojný život (důstojnou smrt)* a 4 x hrála úlohu v důvodech pro eutanázii osobní zkušenost respondentů, kteří měli svou vlastní zkušenost s umírajícím příbuzným.

V další části hodnotím postoje respondentů k právu na rozhodování o smrti druhých lidí (otázka 6a) a práva na ukončení vlastního života (otázka 7a).

Následující graf č.3 ukazuje frekvence odpovědí na otázku práva rozhodovat o smrti druhých. Možnost *rozhodně ano*, tedy že člověk má právo rozhodovat o smrti druhého člověka, nevybral žádný respondent. Ovšem 46,4 % z nich souhlasí s možností, že ve výjimečných případech má člověk právo rozhodnout o smrti druhého člověka.

Tyto výjimečné případy (okolnosti) uvádím v tabulce č.7. Možnost *rozhodně ne* je zastoupena 25 %, z čehož vyplývá, že možnost *rozhodně ne* je v naší společnosti morálně přijatelnější než *rozhodně ano*.

Graf č. 3.: „Má člověk právo rozhodovat o smrti druhého člověka“



Zajímalo mne, jak se v tomto názorovém srovnání projeví vyznání respondentů, které zohledňuje následující tabulka č.6. Jak už bylo uvedeno, nikdo z respondentů nevybral krajní možnost *rozhodně ano*, ale možnost *rozhodně ne* je zastoupena 25 %. Většina respondentů s křesťanským vyznáním (69 %) se vyjádřila, že člověk nemá právo rozhodovat o smrti druhého, kdežto respondenti bez vyznání (53 %) se přiklání k možnosti, že ve výjimečných případech má člověk právo rozhodnout o smrti druhého.

Tabulka č.6.: „Myslíte si, že člověk má právo rozhodovat o smrti druhého člověka“ hledisko vyznání

vyznání	rozhodně ano	ano, ve výjimečných případech	nevím	spíše ne	rozhodně ne	Celkový součet
bez vyznání		20	4	6	8	38
křesťanské		4		5	4	13
jiné		3		1	1	5
Celkový součet	0	26	4	12	13	56

Následující tabulka (č.7) specifikuje důvody, ve kterých má podle dotazovaných, člověk právo rozhodnout o smrti druhého (otázka č. 6b).

Mezi důvody, ve kterých má člověk právo rozhodnout o smrti druhého převážila okolnost - *je-li to manžel/manželka, příbuzný nebo ten, kdo umírajícího dobře zná*. Další

okolnosti se týkaly *případů beznaděje, kdy je život člověka závislý pouze na přístrojích a v případech, že se člověk díky své nemoci nemůže rozhodnout.*

Tabulka č.7.: „Za jakých okolností má člověk právo rozhodnout o smrti druhého“

Okolnosti k ukončení života druhého člověka	N
Jen manžel/manželka, příbuzní nebo ti, kdo jej dobře znají	9
V případě beznaděje, život pouze na přístrojích	4
V případě, že člověk díky své nemoci nemůže rozhodnout	4
Ze zdravotních důvodů a jen lékaři	2
Jen požádá-li sám trpící	2
Krizové situace – např. vojáci	2
V předběžném vyjádření (living will)	2
Na rozhodnutí o ukončení by se podíleli příbuzní a odborníci z několika oborů	2
Těžká nevléčitelná nemoc, utrpení	1
Bezvědomí, koma	1

Další hodnocení postoje respondentů se týká jejich postoje k právu na ukončení vlastního života (otázka č. 7a) z hlediska vyznání, které uvádí následující tabulka.

Tabulka č.8.: „Má člověk právo ukončit svůj vlastní život“ , hledisko vyznání

vyznání	rozhodně ano	spíše ano	nevím	spíše ne	Rozhodně ne	Celkový součet
bez vyznání	14	20	2	1	1	38
křesťanské	1	3	3	4	2	13
jiné	1		1	1	2	5
Celkový součet	16	23	6	6	5	56

Většina respondentů opět odpovídala možností *spíše ano*, z nichž podstatnou většinu tvoří lidé bez vyznání. Respondenti s křesťanským vyznáním rovnoměrně pokryli možnosti *spíše ano* (23 %) a *nevím* (23 %), přičemž nejvíce z nich bylo pro možnost *spíše ne* (30 %). 1 respondent z této skupiny označil možnost *rozhodně ano*. Naproti tomu, negativní stanovisko, tedy možnost *spíše ne* a *rozhodně ne*, vyjádřili respondenti bez vyznání minimálním zastoupením.

Zajímalo mne, z jakých důvodů si respondentů myslí, že člověk má právo rozhodovat o své vlastní smrti a tak ti, co odpověděli kladně na předcházející otázku, byli vyzváni, aby své důvody specifikovali.

Tabulka č.9.: „Za jakých okolností má člověk právo ukončit svůj život“

Okolnosti k ukončení vlastního života	N
Právo člověka, jeho svobodná vůle	15
Těžká nemoc, utrpení, bolest	13
Jen na svou vlastní žádost	6
Má dostatek informací pro a proti, nevidí jiné východisko	1
Bezvědomí	1
Situace, které člověk není schopen zvládnout	1

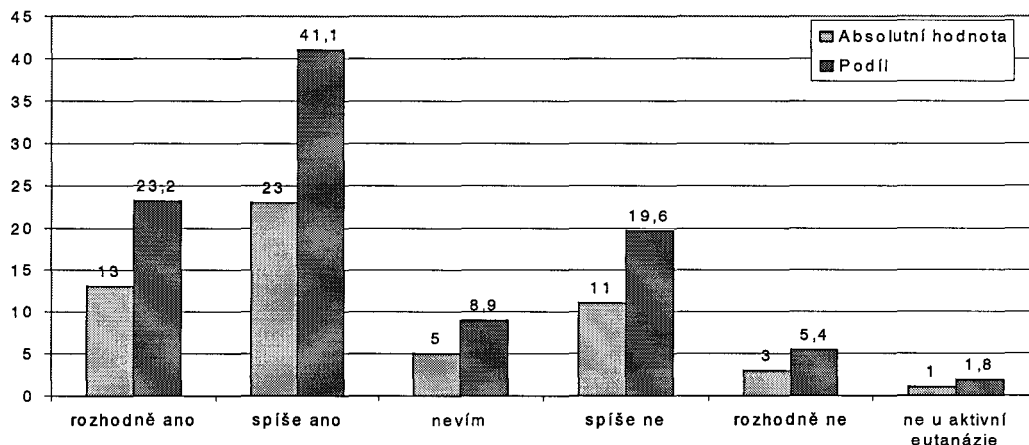
Většina respondentů si myslí, že člověk má právo svůj život ukončit, že je to vyjádřením jeho svobodné vůle, nejvíce v případech, kdy trpí těžkou nemocí a bolestí. Dále je celkem často udáván názor, že si to člověk musí přát, tedy že musí jít o vyjádření jeho vlastní vůle, kterou projeví formou žádosti.

IV. okruh - celospolečenská diskuze o eutanázii

Eutanázie v ČR není legální, ale tato otázka je stále diskutována. Zajímalo mne, zda by si respondenti přáli, aby byla v ČR legální (otázka č. 8), zda by se báli jejího zneužívání (otázka č. 9) a zda si myslí, že je jí věnován dostatečný prostor v diskuzích (otázka č. 10).

Následující graf (č.4) uvádí frekvence odpovědí respondentů na otázku, zda si přáli, aby eutanázie v ČR byla legální.

Graf č.4.: „Měla by být eutanázie v ČR legální“



Z uvedeného frekvenčního grafu je patrné, že většina respondentů je pro možnost legalizace eutanázie v ČR, což koresponduje s všeobecně známým názorem velké části naší veřejnosti. Jeden respondent rozlišuje aktivní eutanázii od pasivní a aktivní formu eutanázie označuje možností *rozhodně ne*.

K této otázce uvádím ještě tabulku, která shora uvedenou otázku hodnotí opět z hlediska vyznání respondentů.

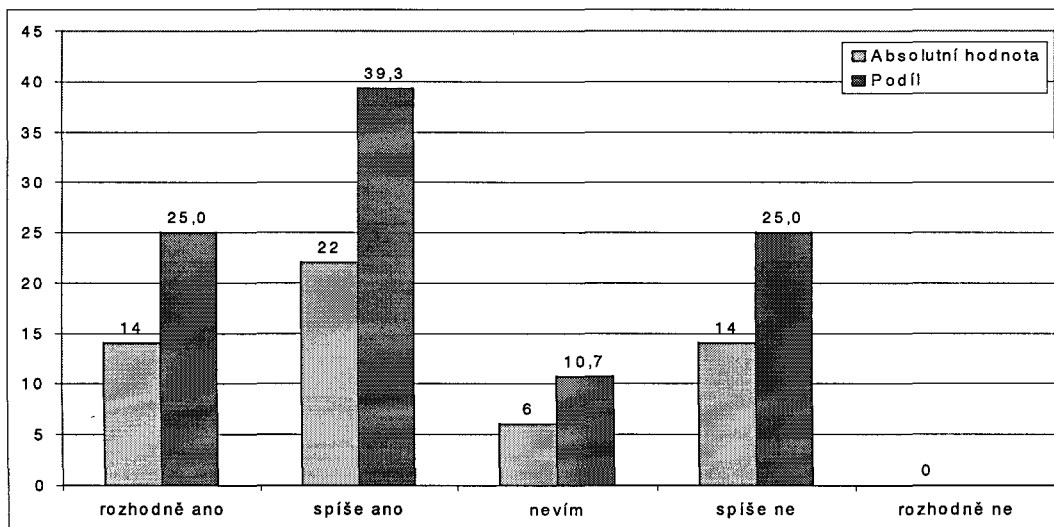
Tabulka č. 10.: „Měla by být eutanázie v ČR legální“, z hlediska vyznání

vyznání	rozhodně ano	spíše ano	nevím	spíše ne	rozhodně ne	ne u aktivní eutanázie	Celkový součet
bez vyznání	12	15	2	7	1		37
křesťanské	1	4	3	2	2	1	13
jiné		3		2			5
nevyplněno		1					1
Celkový součet	13	23	5	11	3	1	56

U této otázky jsem předpokládala, že lidé s vyznáním nebudou akceptovat, aby eutanázie byla legalizována. Výsledek však zcela neodpovídá úplně tomuto předpokladu, což je podle mého názoru zajímavé. Dokonce jedna odpověď od křesťanského respondenta zazněla pro možnost *rozhodně ano*, tedy legalizovat. V dotazníku uvedl, že si je vědom určitého rozporu svého názoru se všeobecným křesťanským stanoviskem k tématu, a toto téma, ale díky své osobní zkušenosti s umírajícím, který velmi trpěl, je pro tuto možnost

Další otázka z tohoto tématického kruhu se ptá, zda by se respondenti obávali zneužívání eutanázie (otázka č.9), ke které nabízím frekvenční graf (č.5), ze kterého je patrné, že většina respondentů by se obávala možného zneužívání eutanázie, i když stejný počet respondentů se vyjádřil pro možnost *rozhodně ano* a *spíše ne*. Žádný z respondentů však nevybral možnost *rozhodně ne*, tedy, že by se možného zneužívání nikdo neobával.

Graf č.5.: „Báli byste se možného zneužívání eutanázie“



Závěrečná otázka tématického okruhu o eutanázii (otázka č. 10) se respondentů ptala, zda si myslí, že je diskuzím o eutanázii v ČR věnován dostatečný prostor. Většina respondentů si myslí, že diskuzím o eutanázii v ČR není věnováno dostatek prostoru.

Tabulka č.11.: „Je diskuzím o eutanázii v ČR věnováno dost prostoru“

Je diskuzím o eutanázii v ČR věnován dostatečný prostor?	N	%
Rozhodně ano	0	
Spíše ano	2	3,6
Nevím	18	32,1
Spíše ne	33	58,9
Rozhodně ne	3	5,4
Celkem	56	100

Hospicová část

Tato část výzkumné práce hodnotí názory respondentů na hospicovou péči. Obsahuje 7 otázek, k nimž uvádím zpracované výsledky.

Na první otázku, zda respondenti slyšeli o zařízení s názvem hospic, odpovídali následovně (tabulka č. 12). Záměrně jsem tuto otázku neformulovala tak, zda respondenti znají zařízení s názvem hospic, protože by u respondentů mohla vyvolat dojem, že jsou tázáni na konkrétní zkušenost s hospicem (kterou hodnotím v otázce č.4).

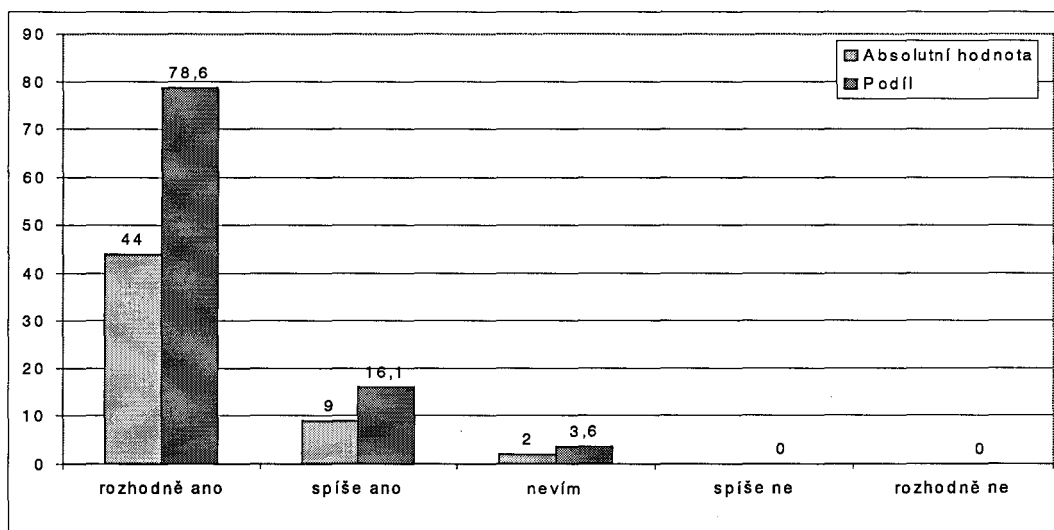
Tabulka č. 12.: „Slyšeli jste o zařízení s názvem hospic“

Slyšeli jste o hospici?	N	%
Ano	49	87,5
Ne	3	5,3
Nejsem si jist/a	4	7,2
Celkem	56	100

Z uvedené tabulky je vidět, že naprostá většina respondentů o tomto zařízení slyšela nebo četla. Jeden respondent zaměnil hospic za léčebnu dlouhodobě nemocných (LDN) a tato záměna se projeví i u otázky č. 3.

Další otázka (č. 2) zjišťovala, zda si respondenti myslí, že má hospic své opodstatnění a místo v péči o umírající, jejíž výsledky uvádím v následujícím frekvenčním grafu č. 6.

Graf č.6.: „Má podle Vás hospic své opodstatnění, své místo v péči o umírající“



Z uvedeného grafu je patrné, že naprostá většina respondentů si myslí, že hospic má své místo v péči o umírající. Nikdo z nich neodpověděl negativně, tedy že by s tímto tvrzením nesouhlasil.

V následující tabulce (č.13) uvádím přehled zařízení, které respondenti uvedli na otázku (č. 3), zda znají některý hospic osobně.

Tabulka č. 13.: „Znáte některý hospic osobně (který)“

Název hospicu, popř. místo	N
Cesta domů	1
Červený Kostelec	2
Praha 6 - Řepy	2
Sue Ryder	1
LDN	2
Domov důchodců	1
Praha - Bohnice	1
Kuks	1
Kostelec nad Orlicí	1
Nejdek u Karlových Varech	1
Rajhrad	1
Litoměřice	1
Prachatice – Sv. J. Neuman	1
Celkem	17

Jak je patrné z uvedené tabulky, někteří respondenti pod hospicové zařízení zařadili i domov důchodců a léčebnu dlouhodobě nemocných, což potvrzuje můj vstupní předpoklad, že ne všichni lidé hospicové zařízení znají.

Uvedené hospice jsem porovnávala s aktuálním seznamem všech hospiců¹ v ČR a hospice - Kuks, Kostelec nad Orlicí a Nejdek u Karlových Varů v tomto seznamu nebyly.

Další otázka (č.4) zjišťovala, zda respondenti mají s hospicovými službami nějakou zkušenost. Většina z nich se vyjádřila, že nemá. Všichni 4 respondenti, kteří zkušenost s hospicem mají, uvedli, že jej znají díky školní praxi. 2 respondenti se vyjádřili, že hospicové služby chystají využít, protože mají v blízkém příbuzenstvu těžce nemocného.

Tabulka č.14.: „Využili jste někdy služeb hospicové péče nebo máte nějakou zkušenost s hospicem“

Zkušenost s hospicem	N	%
Ano	4	7,2
Ne	50	89,3
Ne, ale chystám se	2	3,5
Celkem	56	100

V následující tabulce (č.15) lze, jak respondenti odpovídali na otázku č. 5, která se ptala, zda někdy přemýšleli o umístění svého příbuzného do hospicového zařízení.

¹ Dostupné na <http://www.hospice.cz/hospice1/org.php>

Tabulka č.15.: „Přemýšleli jste o umístění svého příbuzného do hospicového zařízení“

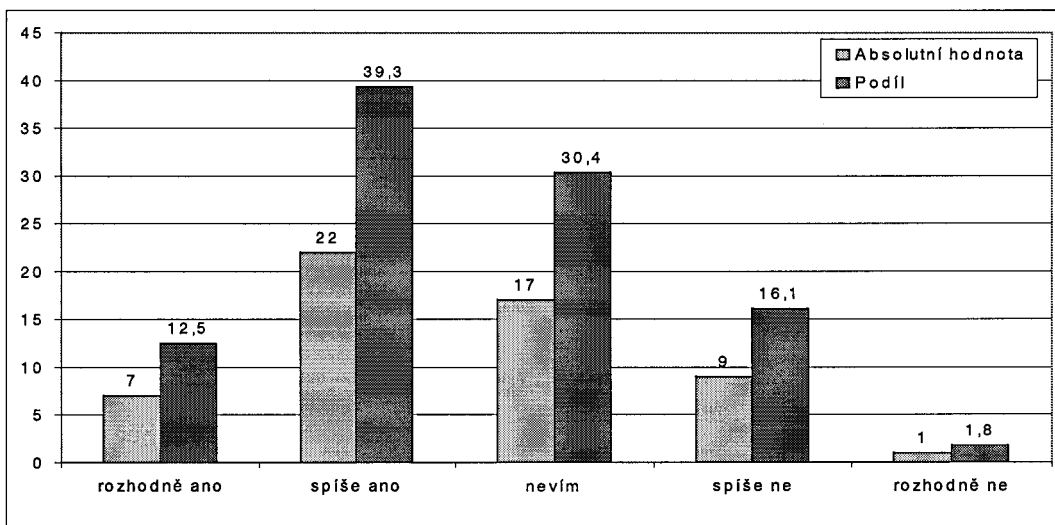
Úvahy o umístění příbuzného do hospice	N	%
Ano	10	17,9
Ne	44	78,5
Nezodpovězeno	2	3,6
Celkem	56	100

Z uvedené tabulky vyplývá, že většina respondentů o umístění svého příbuzného do hospicu nepřemýšlela, 2 respondenti na tuto otázku neodpověděli.

Otázka č. 6 se respondentů ptá, zda by svěřili svého příbuzného do služeb hospicu. Z následně uvedeného frekvenčního grafu (č.7) lze vyčíst, že většina respondentů, by svého příbuzného do hospicové péče svěřila, což znamená, že hospicovému zařízení důvěřují.

Značná část respondentů odpověděla, že neví, zda by svého příbuzného svěřili do služeb hospicu a 3 respondenti z těch, co odpověděli na tuto otázku možností *spíše ne*, připojili, že by raději o svého blízkého pečovali doma.

Graf č.7: „Svěřili byste svého příbuzného do služeb hospicu“



Poslední otázka této části (č.7), která celý průzkum uzavírá, se respondentů ptá, zda si myslí, že v jejich kraji je takovýchto zařízení dostatek. Podle uvedené tabulky je evidentní, že většina respondentů si myslí, že v jejich kraji (okolí) dostatek hospicových zařízení není. 35,7 % respondentů, odpovědělo, že neví, zda je jich dostatek či ne.

Tabulka č.16.: „Myslíte si, že je ve Vašem okolí dostatek hospiců“

Dostatek hospiců v okolí	N	%
Ano	3	5,4
Ne	31	55,3
Nevím	20	35,7
Nezodpovězeno	2	3,6
Celkem	56	100

3.6 Závěrečné zhodnocení

Podle mých předpokladů se potvrdilo, že všichni respondenti o eutanázii slyšeli nebo četli a většina respondentů se o téma eutanázie a umírání zajímá.

Výsledky průzkumu potvrdily, že nejen odborníci, ale i široká veřejnost vnímá termín eutanázie různorodě. Respondenti uvedli celkem 11 definic tohoto termínu, z nichž uvádím 2 nejfrekventovanější. Třetina respondentů vyjádřila své vnímání eutanázie jako *ukončení života na vlastní žádost*. Druhá nejvíce opakovaná definice eutanázie, zněla, že jde o *ukončení života těžce nemocného člověka, který trpí, a kde není naděje na zlepšení stavu*.

Nepotvrdil se můj předpoklad, že věřící lidé budou definovat pojem eutanázie jinak, než lidé bez vyznání. Definice eutanázie, které se nejčastěji objevily (shora uvedené), se vyskytly stejnou měrou u respondentů s vyznáním jako u respondentů bez vyznání. Nutno podotknout, že respondenti se v dotazníku deklarovali za věřící sami, v budoucím výzkumu by bylo třeba oddělit praktikující věřící od nepraktikujících. Lze se dohadovat, proč lidé s vyznáním definují pojem eutanázie stejně jako lidé bez vyznání. Pravděpodobně je to díky naší sekularizované společnosti, která je ovlivněna spíše názory odborníků na problematiku eutanázie (prezentovány v médiích), než názorem církve.

Většina respondentů se vyjádřila, že souhlasí s eutanázií ve výjimečných případech, které u většiny z nich byly *nevléčitelná nemoc a utrpení*, druhé nejvíce opakované důvody byly *přání pacienta, velké bolesti a nevléčitelná nemoc*.

Co se týká názorů respondentů pro a proti eutanázii, převážil počet důvodů proti nad počtem důvodů pro eutanázii. Nejvíce respondentů ve svých důvodech proti eutanázii uvádělo *možnost zneužití*, z čehož je zřejmé, že se veřejnost zneužívání eutanázie bojí. V důvodech pro eutanázii jednoznačně převážil argument *usnadnění umírání a úleva od trápení nevyléčitelně nemocného člověka*, tedy princip eutanázie, který se opírá o argument milosrdné smrti.

Většina respondentů s křesťanským vyznáním se vyjádřila, že člověk nemá právo rozhodovat o smrti druhého, kdežto většina respondentů bez vyznání se přiklání k možnosti, že ve výjimečných případech má člověk právo rozhodnout o smrti druhého. Mezi důvody, ve kterých má člověk tohoto práva převážila okolnost, je-li ten, kdo rozhoduje *manžel/manželka, příbuzný nebo někdo, kdo umírajícího dobře zná*.

Většina respondentů vyjádřila názor, že člověk má právo rozhodovat o své vlastní smrti. Mezi důvody převážily argumenty, že člověk má právo svůj život ukončit, že je to vyjádřením jeho svobodné vůle a to nejvíce v případech, kdy trpí těžkou nemocí a bolestí. Dále je celkem často udáván názor, že člověk sám si musí přát zemřít, tedy že musí jít o vyjádření jeho vlastní vůle, kterou projeví formou žádosti.

Většina respondentů souhlasí s možností legalizovat eutanázii v ČR, což koresponduje s názorem velké části naší veřejnosti. Znovu se zcela nepotvrdil můj předpoklad, že respondenti s vyznáním nebudou akceptovat legalizaci eutanázie, odpovídali stejnoměrně, jak pro legalizaci, tak proti ní.

Většina respondentů si myslí, že diskuzím o eutanázii v ČR není věnováno dostatek prostoru. Myslím, že zájem o toto téma přichází v určitých vlnách, zejména při jeho legislativním projednávání nebo při mediálních kauzách konkrétních případů.

Naprostá většina respondentů slyšela o hospicovém zařízení a je toho názoru, že hospic má své opodstatnění a místo v péči o umírající, ale v jejich kraji (okolí) jich není dostatek.

Podle vstupního předpokladu se potvrdilo, že ne všichni dotazovaní znají hospicové hnutí, někteří respondenti pod hospicové zařízení zařadili i domov důchodců a léčebnu dlouhodobě nemocných. Většina respondentů nemá zkušenost s hospicem a ti, kteří ji mají, uvedli, že jej znají díky školní praxi.

Většina respondentů zatím nepřemýšlela o umístění svého příbuzného do hospicu, i když by svého příbuzného do hospicové péče svěřila, což znamená, že hospicovému zařízení důvěřují.

Závěr

Debata o nemoci, umírání, smrti a s tím souvisejícími postoji k eutanázii není jenom akademickou debatou o lidské svobodě nebo tvaru legislativních norem. Je to také debata o životní zralosti, která mnohdy odhaluje naši nezkušenost v oblasti umírání a z tohoto plynoucí strach nebo snahu o vytěsnění tohoto problému.

Věřím, že životní cesta každého člověka je od samého počátku do jeho konce spoluvytvářena jeho duší. A nikdo jiný, než jedinec sám, nemůže vědět, kdy tzv. „přišel jeho čas“. Z čistě teoretického hlediska jde o to, aby rozhodnutí o jeho odchodu bylo zcela výlučně rozhodnutím daného jedince.

Každý z nás se během svého života může ocitnout v situaci, kdy zvažuje, zda má přitakat životu nebo zvolit smrt. Existují choroby, jejichž pouhé vyslovení mnohé z nás vyděsí. Existují situace, které každý člověk prožívá a řeší individuálně. Myslím, že člověk má právo rozhodovat o vlastní smrti, protože volí a jedná sám za sebe. Eutanázie je však činem, který tuto odpovědnost přesouvá na druhého. Ohrožuje základní lidské a společenské hodnoty, jakými jsou starost a péče o slabší, nemohoucí, staré či nemocné spoluobčany. Navíc legalizovat eutanázii by znamenalo přijmout obrovské riziko v podobě možného zneužívání, kterého se obávají i zastánci eutanázie.

Největší úskalí eutanázie, podle mého názoru, tkví v tom, že jedinec, který se stává objektem eutanázie, je buď natolik neschopen komunikovat, a tudíž nelze vyslyšet jeho opravdové přání, nebo je naopak „komunikativní až příliš“ a tudíž by mu měla být nabídnuta i jiná pomoc, než jen asistovaná smrt.

Bohužel stále mnoho lidí nezná principy hospicové a paliativní péče (což potvrdil i provedený výzkum na toto téma) a tak snadno podléhá dojmu, že eutanázie je pro pacienty v terminálním stádiu jejich nemoci, to jediné (a nejlepší) řešení.

Každý dospělý člověk má v životě možnost volby. To, co je dobré či špatné, rozlišuje každý sám. Povinností člověka je *volit* dobré, *působit* dobro ve společnosti, *chtít* dobro pro sebe i pro jiné. Zajistit lidem smrt, byť zdánlivě dle jejich vlastní vůle, nepatří k pozitivním zásluhám člověka. Místo nabídky asistované sebevraždy by se měla ještě více rozšířit nabídka terapeutická, nabídka lidského pochopení a nabídka hospicového doprovázení těch, jejichž život se chýlí ke svému konci.

Ačkoliv se snažím nevnímat svět a dění kolem sebe černobíle, otázka eutanázie a její legalizace je přece jenom položena buď na *ano* nebo *ne*. Vše ostatní už je jen v rovině právní. Za sebe tedy říkám *ne* (legalizaci), i když jsem si vědoma, že to říkám z pozice zdravého člověka, který neví, co je to být trvale připoután k lůžku nebo žít odsouzen k smrti díky zhoršujícímu se onemocnění.

Resume

This study is divided into three sections. The first one devoted the broad issue of euthanasia, the second one to palliative care and third presents results of my empirical research work.

Discussions about euthanasia interest whole society. I begin my work with further explanation of euthanasia as a term. It is not easy to define this term, it represents lots of meanings and it is used in many situations. In my whole work it is taken as a contemporary meaning of the intentional killing, by act or omission, of a dependent human being for his or her alleged benefit, at that person's voluntary and competent request. Briefly I write about social and religious background and about euthanasia's abuse under the National Socialism in Germany. Following chapters describe interesting aspects of euthanasia in other selected countries, the most attention is given to Holland as the first country that legalized euthanasia and of course I mention the situation in Czech Republic. I also reflect the arguments in favor of euthanasia and against euthanasia, why patients ask for it and I enclose some illusory arguments that make the debate about this subject even more difficult. I contemplate of the dignity of dying and tabooed death in the contemporary world.

The second part of this work discusses palliative medicine and hospice movement. Besides the concept of palliative and hospice care I present the three forms of hospice care. I offer brief overview of the history of the hospice movement; mainly I focus on the founder Cecilia Saunders and on the history of hospice movement in Czech Republic. Important are the patient's needs (biological, psychical, social and spiritual) and also needs of all bystanders. I describe my impressions of Strasburk hospice's visit and how the hospice Anezky Ceske runs in Cerveny Kostelec which was first built hospice in our country. In all my work, especially in this part of palliative care, I often cite Marie Svatosova who is reputable specialist in palliative care with practical experiences of hospice care.

The third part of the work brings results of my own research on this broad issue of euthanasia and hospice care that can be taken only as a sampler of the query problems.

Seznam literatury

- ABELN, R. a KNER, A. Umírání znamená loučení. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 1993
- AUBENQUE, P. Rozumnost u Aristotela. Praha: Oikoymenh, 2003
- BLUMENTHAL-BARBY, K. a spol. Opatrovanie ťažko chorých a umierajúcich. Martin: Osveta, 1988
- DISMAN, M. Jak se vyrábí sociologická znalost. Praha: Karolinum, 2000
- EMANUEL, L. L. Regulating how we die. London: Harvard University Press, 1998
- FRANKL, V. E. Vůle ke smyslu. Vybrané přednášky o logoterapii. Brno: Cesta, 1994
- FRIEDRICHOVÁ, H. *Duchovní potřeby a hospic*. Praha: Husitská teologická fakulta UK, 2000. Diplomová práce
- HALÍK, T. Sedm úvah o službě nemocným a trpícím. Brno: Cesta, 1991
- HAŠKOVCOVÁ, H. Fenomén stáří. Praha: Panorama, 1990
- HAŠKOVCOVÁ H. Spoutaný život. Praha: Panorama, 1985
- HAŠKOVCOVÁ, H. Práva pacientů. Havířov: Nakladatelství Aleny Kutilové, 1996
- HAŠKOVCOVÁ, H. Thanatologie, nauka o umírání a smrti. Praha: Galén, 2000
- HENNEZEL, M. Smrt zblízka. Umírající nás učí žít. Praha: ETC Publishing, 1995
- KAPR, J.; KOUKOLA, B. Pacient: Revoluce v poskytování péče. Praha: Sociologické nakladatelství, 1998
- Mc.KHANN, Ch.F. A time to die: the place for physician assistance. Michigan, Yale University press/New Haven and London, 1999
- CHODĚRA, O. Deník MF Dnes, 17.2.2001
- KOŘENEK, J. Lékařská etika. Praha: Triton, 2002
- KŘIVOHLAVÝ, J. Povídej naslouchám. Praha: Návrat, 1993
- KŘIVOHLAVÝ, J. Křesťanská péče o nemocné. Praha: Advent, 1991
- KŘIVOHLAVÝ, J. Vážně nemocný mezi námi. Praha: Avicenum, zdravotnické nakladatelství, 1989
- KUBÍČKOVÁ, N. Zármutek a pomoc pozůstalým. Praha: ISV nakladatelství, 2001
- KÜBLER-ROSS, E. Hovory s umírajícími. Hradec Králové: Signum unitatis ve spolupráci s agenturou TMG, 1992.
- KÜBLER -ROSS, E. Odpovědi na otázky o smrti a umírání. Doplněno samostatnými příspěvky a komentáři. Praha: Tvorba, 1995

- KÜBLER-ROSS, E. Otázky a odpovědi o smrti a umírání. Doplněno samostatnými příspěvky a komentáři. Turnov: Arica, 1994
- LAJKEP, T. Euthanasie. Lékařské listy, č. 46, 2002
- LOSKOT, T. Eutanázie vyvolala bouři. Právo, 18.5.2002
- MORRIS, W. American Heritage Dictionary of the English Language. Boston: Houghton Mifflin, 1980
- MUNZAROVÁ, M. Eutanázie nebo paliativní péče? Praha: Grada publishing, 2005a
- MUNZAROVÁ, M. Lékařský výzkum a etika. Praha: Grada publishing, 2005b
- MUNZAROVÁ, M. Vybrané kapitoly z lékařské etiky. Smrt a umírání. Brno: Masarykova univerzita, 1997
- NOVÁKOVÁ, M. Historie hospiců. *Sestra* 7, 1997
- NOVOTNÝ M.; STARÁ I. a kol. Dobrovolníci v nemocnicích. Metodický manuál pro zdravotnická a sociální zařízení. Praha: Hestia, 2002
- ONDOK, J.P. Bioetika. Svitavy: Trinitas, 1999
- OPATRŇÝ, A. Pastorační péče u nás. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 1996
- PECK, S.M. Odmítnutí duše. Duchovní a lidské perspektivy eutanazie a umírání. Podkovičky: Pragma, 1997
- PECK, M. S. Postel u okna. Olomouc: Votobia, 1996
- PLATON. Ústava. Praha: Svoboda – Liberta, 1993
- POLLARD, B. Eutanázie ano či ne? Praha: Dita, 1996
- ROTTER, H. Důstojnost lidského života. Praha: Vyšehrad, 1999
- SMOLÍK, J. Pastýřská péče. Praha: Kalich, 1991
- SVATOŠOVÁ, M. Hospic Anežky České se představuje. Praha: Ecce homo, 1996.
- SVATOŠOVÁ, M. Hospic slovem a obrazem. Praha: Ecce homo, 1998
- SVATOŠOVÁ, M. Hospice a umění doprovázet. Praha: Ecce homo, 1995
- ŠTĚPÁN, J. Právo a moderní lékařství. Praha: Panorama, 1989
- VIRT, G. Žít až do konce. Praha: Vyšehrad, 2000
- VORLÍČEK, J.; ADAM, Z. a kol. Paliativní medicína. Praha: Grada, 2.vydání 2004
- VYMĚTAL, J. Lékařská psychologie. Praha: Psychoanalytické nakladatelství, 1999
- WARREN, T. Encyclopedia of Bioethics (Rev. Edition). New York: MacMillan, 1995

Internetové zdroje

BOŠKOVÁ, V. Eutanázie a asistovaná sebevražda. [online], [cit. 2006-2-13]. Dostupné na: http://boskova.bloguje.cz/162973_item.php

ČECHOVÁ, Š. Nový trestní zákoník a pojem eutanázie. [online], [cit.2006-1-9]. Dostupné na: http://www.rozhlas.cz/izurnal/publvt/_zprava/209370

FISCHER, P. Britové by uvítali eutanázii. [online], [2006-12-12]. Dostupné na: http://www.bbc.co.uk/czech/worldnews/story/2004/09/040909_uk_euthanasia_pckg.shtml

HRDLIČKOVÁ, J. Problematika eutanázie. [online], [cit.2006-2-26]. Dostupné na: <http://cb.cz/main/cs/content/document/view/468>

KABELKA, L. O zakladatelce moderního hospicového hnutí Cecily Saunders.[online], [cit. 2006-1-21]. Dostupné na: <http://www.hospice.cz/hospice1/data/upraveny%20zivotopis%20Cicely%20Saunders%20a%20muj%20komentar.doc>

LAJKEP, T. Eutanázie – poznámky o teorii a praxi. [online], [cit. 2006-1-15]. Dostupné na: <http://prolife.cz/eutanazie/?id=835>

RYBOVÁ, Z. Eutanázie – nejčastější otázky a odpovědi. [online], [cit.2006-1-19]. Dostupné na: <http://prolife.cz/eutanazie/?id=623>

VORLÍČEK, J. a SLÁMA, O. Paliativní medicína a dobrá smrt. [online], [cit.2006-1-31]. Dostupné na: <http://prolife.cz/eutanazie/?id=662>

WILDOVÁ, O. Svatošová Marie. [online], [cit.2006-3-1]. Dostupné na: http://www.medicina.cz/odborne/clanek.dss?s_id=4040

www.coe.int - Steering Committee on Bioethics. [online], [cit. 2006-2-14].

Dostupné na:

http://www.coe.int/T/E/Legal_Affairs/Legal_cooperation/Bioethics/Activities/Euthanasia/Answers%20Euthanasia%20Questionnaire%20E%2015Jan03.asp#TopOfPage

www.cestadomu.cz – Současná situace v ČR. [online], [cit.2006-3-3]. Dostupné na:

<http://www.cestadomu.cz/index.php?cmd=page&id=54&lang=cs>

www.cestadomu.cz – Základní informace. [online], [cit.2006-3-16]. Dostupné na:

<http://www.cestadomu.cz/index.php?cmd=page&id=24&lang=cs>

Příloha č. 1: DOTAZNÍK – Eutanazie a hospicová péče

Vážená paní, vážený pane,

Obracím se na Vás s prosbou o vyplnění tohoto dotazníku, jehož cílem je zjistit názory spoluobčanů na umírání a péči v zařízení, kde lidský život obvykle končí.

Vaše odpovědi jsou anonymní a brány jako důvěrné informace.

Rovněž následné zpracování bude omezeno jen na vyhodnocení získaných údajů, které v žádném případě nebude použito k jakýmkoliv komerčním účelům.

Děkuji Vám za Váš čas a spolupráci na mé diplomové práci.

Šárka Chmelíková
Studentka Karlovy Univerzity v Praze
Obor Psychosociální studia
2005

I. Osobní údaje

Zaškrtněte nebo doplňte prosím, odpovídající údaje

- | | |
|-----------------------|---|
| 1) POHLAVÍ | muž.....
žena..... |
| 2) ROK NAROZENÍ | |
| 3) BYDLÍTE V: | obci do 10 000 obyvatel.....
městě od 10 000 do 50 000 obyvatel.....
městě od 50 000 do 100 000 obyvatel.....
velkoměstě nad 100 000 obyvatel..... |
| 4) UKONČENÉ VZDĚLÁNÍ | neukončené základní.....
základní.....
střední bez maturity.....
střední s maturitou.....
vyšší odborné
vysokoškolské..... |
| 5) VYZNÁNÍ | bez vyznání.....
křesťanské vyznání.....
jiného vyznání |

II. Eutanazie

Smyslem eutanazie je způsobit nebo urychlit smrt těžce nemocného člověka a to na základě jeho žádosti nebo předpokladu, že by si to přál.

Zaškrtněte prosím odpovídající údaje nebo odpovězte na přímé otázky.

1. Slyšeli nebo četli jste již o eutanazii?

2. Zajímají Vás debaty vedené na téma umírání a eutanazie?

(Zakroužkujte, respekt. označte své odpovědi podle následujícího vzoru:

1 = rozhodně ano, 2 = spíše ano, 3 = nevím, 4 = spíše ne, 5 = rozhodně ne)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

3. Co rozumíte pod pojmem eutanazie?

4. a) Jaký je Váš postoj k eutanazii? (Na kolik souhlasíte či nesouhlasíte s eutanazií)

(1 = rozhodně ano, 2 = ano, ale pouze ve výjimečných případech, 3 = nevím, 4 = spíše ne, 5 = rozhodně ne)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

b) V případě, že jste označili, že s eutanazií souhlasíte pouze ve výjimečných případech, uveďte prosím, za jakých okolností nebo v kterých případech.

5. Jaké jsou Vaše důvody pro nebo proti eutanazii? (odůvodněte prosím Vaše stanovisko)

6. a) Myslíte si, že člověk má právo rozhodovat o smrti druhého člověka?

(1 = rozhodně ano, 2 = ano, ale pouze ve výjimečných případech, 3 = nevím, 4 = spíše ne, 5 = rozhodně ne)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

b) V případě, že jste označili, ano, ale pouze ve výjimečných případech, napište prosím za jakých okolností nebo ve kterých případech

7. a) Myslíte si, že člověk má právo ukončit svůj vlastní život?

(1 = rozhodně ano, 2 = spíše ano, 3 = nevím, 4 = spíše ne, 5 = rozhodně ne)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

b) V případě, že jste vybrali možnost ano nebo spíše ano, uveďte prosím, za jakých okolností nebo ve kterých případech či situacích.

8. Myslíte si, že by měla být eutanazie v České republice legální?

(1 = rozhodně ano, 2 = spíše ano, 3 = nevím, 4 = spíše ne, 5 = rozhodně ne)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

9. Báli byste se možného zneužívání eutanazie?

(1 = rozhodně ano, 2 = spíše ano, 3 = nevím, 4 = spíše ne, 5 = rozhodně ne)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

10. Myslíte si, že je diskuzím o eutanazii v ČR věnován dostatečný prostor?

(1 = rozhodně ano, 2 = spíše ano, 3 = nevím, 4 = spíše ne, 5 = rozhodně ne)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

III. Hospicová péče

Hospic je specializované sociální a zdravotní zařízení, které poskytuje intenzivní péči těžce nemocným a starým lidem. Zaměřuje se především na léčbu a tišení bolesti, poskytuje umírajícím všestrannou péči s ohledem na jejich individuální potřeby a přání. Snaží se o vytvoření domácí atmosféry a prostředí, v němž by pacient mohl zůstat až do konce života v intenzivních vztazích se svými blízkými. Součástí personálu jsou vedle lékařů a zdravotníků také psychologové, duchovní a dobrovolníci.

Zaškrtněte prosím odpovídající údaje nebo odpovězte na otázky.

1. Slyšeli jste již někdy o výše popsaném zařízení s názvem hospic?

Ano.....

Ne.....

Nejsem si jist(a).....

2. Má podle Vás hospic své opodstatnění, své místo v péči o nemocné a umírající?

(1 = rozhodně ano, 2 = spíše ano, 3 = nevím, 4 = spíše ne, 5 = rozhodně ne)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

3. Znáte některý hospic osobně? (napište prosím který)

4. Využili jste někdy služeb hospicové péče nebo máte nějakou zkušenost s hospicem?

Ano....., rozepište prosím jak.....

Ne, ale chystám se.....

Ne.....

5. Přemýšleli jste již někdy o umístění svého příbuzného do hospicu?

6. Svěřili byste svého blízkého do služeb hospicu?

(1 = rozhodně ano, 2 = spíše ano, 3 = nevím, 4 = spíše ne, 5 = rozhodně ne)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

7. Myslíte si, že ve Vašem okolí (kraj) je dostatek takovýchto zařízení?

Ještě jednou děkuji za Váš čas a pomoc
Šárka Chmelíková

Příloha č. 2 - Vzorek charakteristik respondentů

Vyznání	Bez vyznání						Křesťanské vyznání						Jiné vyznání						Celkový součet
Vzdělání	základní	ŠŠ bez maturity	SŠ s maturitou	vyšší odborné	VŠ	celkem	základní	SŠ bez maturity	SŠ s maturitou	vyšší odborné	VŠ	celkem	základní	SŠ bez maturity	SŠ s maturitou	vyšší odborné	VŠ	celkem	celkový součet
1981-1990			4			4			1		3	4			2			2	10
1971-1980		1	5	2	9	17			1		1	2				1	2	3	22
1961-1970			4	2	1	7													7
1951-1960		2	3			5		1	2			3							8
1941-1950		1	3			4		1	1			2							6
1931-1940							1					1							1
1921-1930							1				1	2							2
Celkový součet	0	4	19	4	10	37	2	2	5	0	5	14	0	0	2	1	2	5	56

Příloha č. 3 – Pracovní list

pohlaví	rok nar.	bydliště	vzdělání	vzrůst	E1	E2	E3	E4a	E4b	PRO	PROTI	E6a	E6b	E7a	E7b	E8	E9	E10	H1	H2	H4	H5	H6	H7	
2	3	4	3	0	1	1	2	2	2		1	5		1	1	4	1	4	1	1	2	2	3	2	
2	2	1	5	0	1	1	7	4		1	1	5		5		5	1	3	1	1	2	2	2	2	
2	2	2	3	0	1	2	1	2	2	2		5		2	1	1	3	3	0	3	2	2	3	0	
2	3	1	3	0	1	4	2	1	1		2	2	2	2	2	1	4	3	1	1	2	2	2	0	
2	3	1	4	0	1	2	3	2	1	1		1	2	1	2	3	1	4	3	1	1	1	2	4	2
2	3	1	3	0	1	2	5	2	1	1		1	2	2	2	2	1	1	4	2	2	2	2	4	0
2	4	1	3	1	1	2	4	2		1		4		4		4	2	3	1	1	2	2	2	2	2
2	5	1	2	1	1	2	1	2	1			4		3		3	2	3	x	x	x	x	x	x	x
2	3	1	3	0	1	2	1	2	1			4		2	2	3	2	4	1	2	2	1	2	2	2
2	4	1	3	0	1	2	1	2	1			5		4		2	2	4	1	1	2	2	3	2	2
2	3	1	5	0	1	4	4	2	2	1		3		2	2	2	2	4	1	1	2	2	3	0	0
2	4	1	3	1	1	2	1	2	1	1		5		2	2	2	2	3	1	1	2	2	3	0	0
2	5	1	3	0	1	4	4	2	2	1		2	3	1	4	2	4	3	1	2	2	2	3	0	0
2	4	1	3	0	1	2	1	2	3	1		2	4	2	1	4	2	3	1	1	2	2	3	2	2
2	6	1	1	1	1	4	1	4			1	5		5		5	1	5	2	1	2	2	1	2	2
2	2	2	2	0	1	2	4	2	3	1		2	4	2	2	2	4	3	1	1	2	2	4	0	0
2	5	1	3	0	1	2	4	2	1			2		1		2	3	4	1	1	2	2	2	2	2
2	7	3	1	1	1	2	8	2	1	3		2	6	2	5	2	4	4	1	2	2	1	2	0	0
2	7	1	5	1	1	2	4	2	1	1		2	5	3		2	2	4	1	1	2	1	1	2	2
2	1	4	3	2	1	1	6	2	1	1		1	5	7	5		2	1	4	1	1	2	1	2	2
2	2	4	3	0	1	2	2	2	1	4		4	5		1	4	3	1	4	1	1	2	1	1	1
2	1	4	3	1	1	2	7	2	4	2		2	5		4		3	1	3	1	2	2	4	2	2
2	2	4	5	0	1	3	10	2	1	1		4		2	1	2	4	4	1	1	2	2	2	2	2
2	1	4	5	1	1	2	1	2	1	2		4		1	1	2	4	2	1	1	1	1	3	1	1
2	1	4	3	2	1	1	1	4			2	4		5	1	4	1	3	1	1	2	2	3	0	0
2	2	1	3	0	1	2	4	1		1		2	8	1	1	1	3	4	1	1	2	2	2	0	0
2	2	2	4	0	1	5	7	2	5	2		2	9	1	1	2	2	5	1	1	1	1	2	2	2
2	2	1	4	2	1	1	1	3		5	3	2	8	4		2	3	4	1	1	2	2	1	2	2
2	1	2	3	0	1	2	4	2	2	6	1	2	1	2	2	2	1	4	1	1	2	2	4	1	1
2	1	3	3	0	1	2	2	2	5	1	1	3		3		2	2	4	1	1	2	2	3	2	2
2	1	1	3	0	1	2	1	1		1	1	5		1	2	1	1	4	1	1	2	2	2	2	2
2	2	4	3	0	1	2	6	2	2			2	9	2	1	2	3	4	1	1	2	2	2	0	0
2	1	2	5	1	1	1	11	4	4	1		4		4		Su	aktivní	1	4	1	1	2	2	4	2
2	2	4	5	1	1	2	5	3		1	5	2	1	4		4	2	4	1	3	2	2	2	0	0
2	2	1	5	2	1	2	7	3		5		2	4		3		4	2	3	1	1	2	3	2	2
2	2	2	5	0	1	1	2	3		1	1	4		2	2	4	2	4	1	1	2	2	2	2	2
2	1	1	3	0	1	2	5	2	2	1	1	4		2	1	4	1	3	1	1	2	2	4	2	2
1	4	1	3	0	1	2	2	2		2		2	4	2		2	2	4	1	2	2	2	2	0	0
1	5	2	3	1	1	1	4	2	1	6		2	1	2	4	1	2	4	1	1	2	2	1	2	2
1	4	1	2	0	1	4	1	2	1	1	1	3		2	2	2	1	4	1	1	2	2	2	2	2
1	4	1	2	0	1	2	1	2	2	1	1	2	6	1	1	4	1	5	1	1	2	2	3	2	2
1	4	1	2	1	1	3	3	3				4		3		3	2	3	0	2	2		3		
1	3	1	4	0	1	2	1	1		1	6	2	10	2	4	2	2	4	1	1	x		1	2	2
1	5	1	2	0	1	4	1	2	2	1		2	3	1	4	1	4	3	1	2		2	2	4	0
1	2	2	4	0	1	2	4	1		1		2	1	2	2	2	2	4	1	1	2	2	5	2	2
1	5	1	3	0	1	2	5	2	2	5		5		2	2	2	2	4	1	1	2	2	3	2	2
1	2	4	3	1	1	2	2	4		2	5	5		5		5	2	4	1	1	2	2	4	0	0
1	2	2	3	0	1	2	4	1		5	1	2	10	1	4	1	4	4	0	1	2	1	2	0	0
1	2	4	5	2	1	1	4	2	2	4		2	6	1	1	2	4	3	1	1	2	2	2	0	0
1	2	1	5	0	1	2	1	2			7	5		2	1	4	2	2	1	1	2	2	3	2	2
1	2	2	5	0	1	2	2	1		1		4		1	6	1	4	4	1	1	2	2	2	2	2
1	2	4	5	0	1	2	6	2			8	4		3		4	2	3	1	2	2	2	3	0	0
1	2	3	5	0	1	4	1	2	4	6		2	10	2	1	1	3	4	1	1	2	2	1	2	2
1	2	1	5	0	1	1	2	1				2	10	1	1	1	4	4	1	1	2	2	1	0	0
1	2	4	5	0	1	1	4	1			3		1	2	1	4	4	2	1	2	2	3	0	0	0
2	1	1	5	1	1	2	1	2		5	4	5		1		2	4	4	1	1	1	1	2	2	2

