UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
HUSITSKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA
KATEDRA PSYCHOSOCIÁLNÍCH VĚD A ETIKY

Diplomová práce:
Umírání, smrt, eutanázie – přehled problematiky a sonda do názorů středoškolské mládeže

Dying, death, pain – An overview of the problematics and probe into secondary students opinions

Vedoucí diplomové práce: doc. ThDr. Václav Ventura, Th.D
Diplomant: Pavel Spáčil
Obor: Husitská teologie - psychosociální studia
Forma studia: Prezenční

Praha 2007

Děkuji doc. ThDr. Václavu Venturovi, ThD. za odborné vedení práce, poskytování rad a za trpělivý a vlídný přístup při zpracování této diplomové práce.

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci s názvem ***Umírání, smrt, eutanázie – přehled problematiky a sonda do názorů středoškolské mládeže*** *napsal samostatně a výhradně s použitím citovaných pramenů, literatury a dalších odborných zdrojů a souhlasím s jejím prezenčním zpřístupněním v knihovně HTF UK.*

V Praze dne 25.3.2007

OBSAH

1. ÚVOD…….....6

2. SMRT A UMÍRÁNÍ……...7

2.1 Vývoj filozofického myšlení v otázce smrti…….....8

2.2 Postoje ke smrti v dějinách…….....11

2.3 Psychické prožívání těžké nevyléčitelné nemoci…….....13

2.4 Smrt ve vybraných kulturách…….....15

2.5 Mladí lidé a smrt…….....18

2.6 Co si dospívající myslí o smrti…….....19

3. PROBLEMATIKA EUTANÁZIE…….....21

3.1 Základní pojmy…….....21

3.2 Stručný nástin historie eutanázie…….....23

3.2.1 Eutanázie v antice.....23

3.2.2 Středověk a moderní historie……...25

3.3 Eutanázie a náboženství…….28

3.3.1 Judaismus.……....28

3.3.2 Islám…….....29

3.3.3 Křesťanství…….....29

3.4 Eutanázie v současném světě……..31

3.4.1 Austrálie…….....31

3.4.2 USA……..32

3.4.3 Známé užití eutanázie v praxi – případ Kevorkian……..33

3.4.4 Holandsko……34

3.4.5 Belgie……...36

3.5 Eutanázie v České republice……...37

3.6 Proč je eutanázie v dnešní době tak aktuální?.....38

3.7 Nejčastější příčiny žádosti o eutanázii……40

3.8 Eutanázie a role lékaře……41

3.9 Eutanázie ano či ne?.....43

3.9.1 Argumenty pro povolení eutanázie……..43

3.9.2 Argumenty proti povolení eutanázie……45

4. PALIATIVNÍ PÉČE A HOSPIC……..48
4.1 Vymezení pojmů……48
4.2 Vývoj hospicového hnutí a paliativní péče……50
4.3 Formy hospicové péče……52
4.4 Náplň hospicové péče a interdisciplinární tým……..53
4.5 Význam rodiny umírajícího……55
4.6 Situace v ČR……56
4.7 Úroveň a rezervy paliativní péče v ČR……...58
4.8 Druhy bolesti……..60
4.9 Smysl bolesti a utrpení……61

5. DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ ……63
5.1 Cíl dotazníkového šetření……63
5.2 Hypotézy……63
5.3 Zaměření dotazníku……63
5.4 Výsledky dotazníku a jejich stručná analýza……..65
5.5 Celkové vyhodnocení dotazníku a shrnutí dotazníkového šetření……..79

6. ZÁVĚR……80

7. SHRNUTÍ……81

8. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY……..83

9. SEZNAM PŘÍLOH……...87

1. ÚVOD

V současné době je problematika eutanázie stále častěji diskutovaným tématem nejen na odborné úrovni, ale i v laické veřejnosti. Důvodem je to, že smrt a umíraní se týká každého z nás, a že tématika smrti byla v minulosti dlouho tabuizována. Dle mého názoru je tato otevřená diskuze velmi důležitá a prospěšná, neboť eutanázie je často hodnocena na základě velmi povrchních úvah a znalostí. Téma eutanázie jsem si vybral, protože mě její problematika již delší dobu velmi zajímá a chtěl jsem se o ní dozvědět více v širších souvislostech. Ve své práci jsem se snažil zachytit a zpracovat tyto souvislosti v uceleném rámci a zjistit, jaký postoj k této důležité oblasti zaujímá středoškolská mládež.

První, obecná část, je tvořena třemi většími celky. Úvodní z nich pojednává o smrti a umírání v kontextu historického vývoje a postojů různých kultur či specifických skupin. Tato část je důležitá z hlediska pochopení vývoje názorů na samotnou eutanázii. V následujícím celku jsem se pokusil o zachycení nejdůležitějších oblastí souvisejících s problematikou eutanázie. Nejprve jsem vymezil hlavní pojmy, které jsou nutné k orientaci v tématu. Další kapitoly mapují historii eutanázie, přístup k eutanázii u vybraných náboženství, postoj vůči eutanázii v jednotlivých zemích a v České republice, nebo se věnují jednotlivým konkrétním situacím (jako je například role eutanázie a lékaře). Poslední velký celek obecné části rozkrývá současné možnosti v boji proti bolesti a utrpení, které bývají udávány mezi nejčastějšími příčinami pro vykonání eutanázie. A to prostřednictvím paliativní a hospicové péče.

Druhá, praktická část, je zaměřena na zjišťování znalostí a názorů středoškolské mládeže v oblasti eutanázie pomocí dotazníkového šetření. Tuto skupinu respondentů jsme si vybral z toho důvodu, že názory zmíněné věkové kategorie nejsou veřejnosti příliš známy, ale jejich důležitost z hlediska budoucího postoje společnosti k problematice eutanázie je nepopiratelná. jsou pak stručně analyzovány a využity jako potvrzení nebo naopak vyvrácení domněnek z teoretické části práce.

2. SMRT A UMÍRÁNÍ

Smrt vždy neodmyslitelně patřila k životu, ač to může znít nelogicky. Stejně jako narození a začátek života, tak i umírání a samotná smrt provázejí člověka odedávna. Postoje ke smrti se v průběhu staletí různě měnily. „V dávných dobách byla smrt chápána jako významný předěl mezi krátkým a těžkým pozemským životem a rajským životem věčným. Mnohokrát bylo doloženo, že se lidé v minulosti dožívali jen nízkého, nebo relativně nízkého věku. Vysoká kojenecká a dětská úmrtnost, neléčitelné infekce, zranění a špatná výživa snižovaly reálné šance dožít se dospělosti. Přestože jsou statistické údaje často ošidné, například údaje o průměrném věku, kdy výsledek výrazně ovlivní častá úmrtí v raném věku, jisté je, že střední délka dožití nebyla nijak oslnivě vysoká.“ [1]

Teprve přibližně poslední dvě století jsou obdobím, kdy se lidé dožívají mnohem vyššího věku, než tomu bylo v předešlých etapách lidských dějin. Následkem toho získal pozemský život na významu a život posmrtný jakoby ustoupil do pozadí. Také se změnil postupně pohled na smrt a umírání: „V dávných dobách bylo v jistém slova smyslu samozřejmější zemřít než žít. Celé generace byly srozuměny se smrtí a jednotlivci se v průběhu svého krátkého a nejistého života učili umírat, když pozorovali smrt v okolí, nebo pomáhali těm, jejichž těžká hodinka právě udeřila…Smrt byla součástí života a byla viditelná. Lidé umírali nejen doma, ale také na veřejných prostranstvích, často o hladu, ve špíně a bez jakékoli pomoci. Umírání bylo relativně krátké a nabylo oddalováno léčebnými zásahy. Velmi lapidárně lze říci, že lidé krátce stonali a rychle umírali.“ [2]

V důsledku tohoto vývoje jsou i zásadní změny v tom, kde lidé umírají a jakým způsobem. Jestliže ještě na začátku 20. století bylo běžné umírat v domácím prostředí, postupem času je konečná fáze života stále častěji přesouvána do zdravotnických institucí. Také způsob umírání prochází poměrně značnými změnami. Dříve nad jistotou přicházející smrti nikdo příliš nepřemýšlel, lidé to brali jako samozřejmost. „Vyrovnání se se ztrátou blízkých probíhalo v intencích determinismu, „co Bůh dal, Bůh vzal“ a v této souvislosti by byla nepochybně na místě úvaha o tzv. citových investicích. Při vysoké dětské a kojenecké úmrtnosti rodiče reálně počítali se smrtí některých svých dětí, a proto do nich neinvestovali tolik citu. Tím není řečeno, že je neměli rádi. Kult mládí a dítěte vznikl zcela jistě až v době, kdy bylo reálné, že

[1] HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie.* Praha: Galén 2000, s.23-24.

[2] Tamtéž.

se dětí dožijí své vlastní dospělosti. Logicky se tím snížil i počet dětí v jednotlivých rodinách.“ [3]

V dnešní době je umírání nejen uměle a zbytečně prodlužováno, ale pomocí eutanázie jsou i životy umírajících často předčasně a zbytečně ukončovány. Proto považuji za podstatné pojednat na začátku své práce o vývoji názorů na smrt a umírání, neboť z těchto názorů se formují současné trendy vedoucí k hlavnímu tématu mé práce – eutanázii. Také rozdíly v tom, jak vnímají smrt různé kultury nebo náboženství, přispívají k lepšímu pochopení dnešní situace.

2.1 Vývoj filozofického myšlení v otázce smrti

Filozofové se zaobírali úvahami o smrti již od samotných počátků vzniku svého oboru, neboť která jiná událost v sobě ukrývá tolik nejasností a tajemství, než právě záhada smrti a čas na ni navazující? Často dospěly filozofické úvahy k dosti protichůdným závěrům. Od přesvědčení, že smrt je konečnou stanicí lidského směřování a zničením lidské existence až po úvahy o přeměnách do různých jiných forem posmrtného života. Mezi oběma krajními možnostmi vzniklo někdy značné napětí.

Již filozofové, kteří vystupovali v období před působením Sokrata (např.**Anaximandros**, **Herakleitos**) kladli důraz na pomíjivou podstatu všech věcí. V jejich dílech si však můžeme všimnout snahy o zmírnění napětí mezi oběma krajními póly – životem a smrtí. Na ně navázal v řešení těchto otázek **Pythagoras**, z jehož učení vyplývá, že duše prožívá kvůli svému vtělení utrpení a touží se jej zbavit a sjednotit se s božstvem. Viděl i možnost přechodu ve smrti do jiných forem života a také uvažoval o částečném očištění v důsledku znovuzrození.

U **Sokrata** se zdá, že se u něj v postoji vůči smrti projevila určitá předtucha vlastního konce a zvláštních okolností, které jeho odsouzení i smrt provázely. V této souvislosti považoval Sokrates strach ze smrti za něco nemoudrého. Smrt přirovnával k bezesnému spánku, z něhož se buď nevzbudíme (a proto se jej nemusíme bát), anebo se dostaneme mezi ty, kteří nás opustili někdy dříve a to by mělo být radostnou událostí. Sokrates zastával také jasné přesvědčení, že kdo žije dobrým životem, nemá se čeho obávat ani v životě, ani ve smrti.

[3] HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie.* Praha: Galén 2000, s.23-24.

Platónův postoj vůči smrti je těsně spjat s jeho učením o duši, ztotožněním duše s osobností a vlastně také s jeho teorií o idejích. Platón byl přesvědčen o nesmrtelnosti duše, která podle něj existovala již před narozením a vtělením. A neboť je duše jednoduchá, tedy není složena z částí, nemůže dojít po smrti ani k jejímu rozkladu. Ve smrti se naopak duše oprostí od těla, což jí umožní dosažení plného vědění. Duše totiž obsahuje sama o sobě něco věčného a božského, a proto je schopná pochopit něco, co je božské a neměnné.

Aristoteles nejprve s Platónovými názory souhlasil, později se od nich však do značné míry odchýlil. Ve svém díle De anima se dívá na duši téměř jako na něco tělesného. Duše je podle něj neoddělitelná od těla, což je logické. Je to neoddělitelné jako například vidění od dívajícího se oka. Je však možné, že určitá část těla nás přežívá. Je to část, která nás odlišuje od zvířat a Platón za tuto část považuje rozum, což je božský prvek. Celkově z Platónova učení vysvítá, že člověk by měl žít životem rozumu. K překonání strachu ze smrti by mu pak měl pomoci život naplněný odvahou a ctností.

Filozofové v období helénismu kladli zvláštní význam na problematiku smrti a vyrovnávání se s ní. Především epikurejci **(Epikuros)** považují strach ze smrti za neopodstatněný. Dle jejich názoru se totiž duše složená z jemných atomů po smrti rozplyne, a tudíž z ní nic nezbude pro další působení. Není se tedy třeba bát posmrtného života, neboť nic takového není.

Stoikové se snažili, aby měli lidé na paměti svou smrtelnost, a pro všechny byl modelem a inspirací Sokrates. Dnes jsou se stoicismem spojováni především pozdní stoikové z období prvních dvou století po Kristu: Seneca, Epiktetos a Marcus Aurelius. Hlavním životním posláním pro tyto filozofy bylo ctnostné chování, které bylo v souladu s rozumem. Také často připomínali marnost strachu ze smrti. „Pro stoika náleží smrt k celku, k uspořádanému kosmu, právě tak jako zrození. Je to obecný a nevyhnutelný zákon stejný pro všechny a tedy správný. Člověk se mu nemá divit nemá si naň stěžovat. Tak také smrt není žádným absolutním koncem. Člověk náleží ke kosmu, který by nemohl naplnit svůj veliký zákon a nemohl by dospět k plnosti svého bytí bez individuální smrti. Stoicismus je ve své podstatě učením o svobodě: a tato svoboda, kterou je třeba dobývat, je založena v možnosti svobodné smrti, o jejíž dosažení jde. Ale pozor: tato svobodná smrt rozhodně není totéž co sebevražda, která je ve většině případů plodem vášně a znamená tedy pro stoika nejhorší otroctví.“ [4]
V následujících mnoha staletích dominoval křesťanský pohled na smrt a filozofové nepřidali

[4] LANDSBERG, L. P. *Zkušenost smrti.* Praha: Vyšehrad 1990, s.149-150.

nic k tomu, co už bylo řečeno. Ke zesvětštění myšlení došlo až spolu se snahou odstranit strach ze smrti, který dosáhl v pozdním středověku velkých rozměrů.

Francis Bacon byl přesvědčen, že umírání je pokračováním žití. Pokud tedy budeme žít beze strachu, budeme beze strachu i umírat. **René Descartes** důsledně členil osobu na tělo a duši, které jsou zázračně spojeny dohromady. Výchozí bod pro tuto myšlenku spatřoval v nesmrtelnosti duše. Na Descartesovy otázky navazovala většina moderních filozofů a rozvíjela je odlišným způsobem. V osmnáctém století byla mnohými nesmrtelnost duše zpochybňována a vyvstávaly otázky, jak se postavit smrti, která znamená definitivní konec lidského života. Systematickým způsobem se pokusil zachytit tyto pochybnosti o nesmrtelnosti lidské duše až **David Hume.** Také **Immanuel Kant** s ním souhlasil v případě tvrzení, že pomocí žádného přirozeného argumentu nelze nesmrtelnost duše prokázat. Kant však o nesmrtelnosti nikdy nepochyboval a své argumenty stavěl v rovině metafyzické a morální. Považoval za samozřejmé, že po smrti nás bude také doprovázet bolest a utrpení, protože jsou to neoddělitelné složky mravního života. A mravní zákon je v Kantově pojetí téměř roven božské moci.

Tento filozofický postoj má spoustu významných následovníků, například ateistický pesimismus **Arthura Schopenhauera.** Názory **Fridricha Nietzscheho** již lze považovat za přechod k postmodernímu pohledu na život. Snažil se určitým způsobem překonat Schopenhauerův pesimismus. Také se pokusil, přes svůj ateismus, nalézt život mající hodnotu. Východisko spatřoval v životě naplněném tvůrčím způsobem, a to i přes utrpení, které člověk podstupuje.

I v současnosti je nalezení smyslu života a tudíž i východiska ze smrti ve značně protinábožensky orientovaném světě jedním z hlavních cílů člověka. Přesto, že smrt byla ve vývoji moderní filozofie považována za záležitost konečnou, což vyplývá zejména z děl francouzských existencialistů **(Jean – Paul Sartre, Albert Camus)**, kteří považovali smrt za neospravedlnitelné násilí. Vhodným řešením k překonání smrti však nemůže být vzdor vůči ní nebo její popírání. To je příznačné pro dnešní přístup k umírání, že totiž smrt popíráme nebo si vůbec nepřipouštíme myšlenku na konec vlastního života. Také provázení a sdílení pocitů našich blízkých na jejich posledním úseku života je vzácnou zkušeností, kterou má v současnosti díky „institucionalizované“smrti málokdo. A přece je to událost, která může do značné míry ovlivnit náš pohled na životní hodnoty. [5]

[5] Srov. MUNZAROVÁ, M. *Smrt a filozofické myšlení.* Lékařské listy 41, Praha 2002, s.33-34.

2.2 Postoje ke smrti v dějinách

Systematicky se vývojem postojů vůči smrti v průběhu staletí zabýval francouzský historik Filip Aries.[6] Ten tvrdí, že změny postojů odrážejí názory lidí na vlastní osobnost, stupeň její individuality a vztah osob ke společnosti, ke světu nebo k Bohu. Aries popsal čtyři hlavní orientace.

První převládala od nejstarších dob až do středověku. Smrt byla považována za zcela běžnou záležitost (**„neškodná, krotká, ochočená smrt“**, „smrt jako soused“), neboť byla na denním pořádku. Umírali mladí lidé, děti a matky při porodu, časté byly i hromadné smrti při nejrůznějších katastrofách a epidemiích. A proto si lidé uvědomovali i svou omezenost v čase v důsledku jistoty kdykoli možné i zcela nečekané smrti. Jakási všednost a důvěrnost smrti vedla k tomu, že na smrt bylo pohlíženo jako na zásadní skutečnost života. Každý viděl umírat své přátele a příbuzné a každý se připravoval na svou smrt. Rozloučil se s ostatními a odevzdal svůj život Bohu. Smrt byla událostí obecnou. Členové rodiny byli většinou přítomni umírání a i sousedé přišli doprovázet nemocného na jeho posledním úseku života, který čekal na každého z nich. Péče o umírajícího a všechny pohřební záležitosti měla na starosti rodina, což se považovalo za naprostou samozřejmost. Smrt byla velmi blízkým průvodcem všech lidí.

V dalším historickém období, které Aries datuje zhruba od dvanáctého do patnáctého století, si člověk začal uvědomovat svoji individualitu vzhledem ke společnosti. Z toho se odvíjel i důraz na vlastní smrt jednotlivce, což nahradilo předcházející postoj společného sdílení a prožívání umírání a smrti. Tato druhá orientace (**„má vlastní smrt“**, „smrt – osobní konec“) pokládala smrt za poslední a osobní událost života jednotlivce.

Ve stejném období došlo ke značnému rozkvětu literatury, která bývá nazývána **ars moriendi** – umění umírat. Podobně jako jiné knihy z tohoto období se zabývaly např. zdvořilostí, výchovou, odpočíváním a válčením, ars moriendi podávala návody, jak se chovat při příležitosti tak důležité pro člověka, v umírání a ve smrti, a to při umírání vlastním i při smrti jiného člověka. Do současnosti se dochovalo velké množství rukopisů a inkunábulí, které byly často opatřeny ilustracemi znázorňujícími umírajícího, který byl po své smrti doprovázen duchy nebeskými i pekelnými. Tyto návody při doprovázení umírajících mají delší nebo kratší formu. V delší verzi jsou oddíly jako různé citáty o smrti z pera

[6] ARIES, P. *Dějiny smrti*, 1.díl, Doba ležících. Praha: Argo 2000 a
ARIES, P. *Dějiny smrti*, 2.díl, Zdivočelá smrt. Praha:Argo 2000.

křesťanských autorit, modlitby a návody k následování Krista nebo rady pro osoby, které doprovázejí umírajícího. Kratší forma obsahuje část úvodní a závěrečnou, v nichž jsou krátce shrnuty některé oddíly verze dlouhé. Lze se domnívat, že důvodem rozkvětu ars moriendi byla snaha církve o vzdělání v základech křesťanství a hlavně o záchranu duší, které se dostanou přede Boží soud. Tam se pak rozhodne, jestli dotyčného čeká odměna nebo zavržení. Toto rozuzlení závisí na tom, jak kdo prožil svůj život a taká zda litoval svých hříchů. V pozdním středověku byl kladen důraz především na soud osobní.

V radách pro ty, kteří umírající doprovázeli, bylo zdůrazňováno nepodporovat naději směřující k uzdravení těla. Smrt těla byla považována za začátek a ne za konec a nebylo důvodu protahovat život za každou cenu. Léčení ducha bylo v této situaci mnohem důležitější než pokusy o léčení těla a naprostá většina textů ars moriendi směřovala k očekávání posmrtné blaženosti, nikoli k utrpení v pekle. Manuály měly ve své době vyloženě praktický význam.

S různými instrukcemi podobného typu se lze setkat i v době mnohem pozdější. V šestnáctém století se však již jednolitost uvedené literatury rozpadá a s postupným zesvětšťováním kultury a s přibýváním nejrůznějších názorů se mění i pohled na smrt. V devatenáctém století však ještě dominuje další, třetí orientace: **„smrt jiného“**. Na život bylo většinou pohlíženo jako na smysluplný především skrze vztahy k jiným lidem. Smrt přestala být záležitostí zcela obecnou, vždyť i v běžném životě bylo určité soukromí nutné k navazování vztahů. Na smrt bylo pohlíženo s bolestí a odporem právě proto, že tyto vztahy ukončí a vzájemně odloučí umírajícího od svých nejbližších. Názory na posmrtný život kolísaly mezi představou věčného spánku a nekonečným pobytem v pekle nebo v nebi. Ve hře však byla i naděje na setkání těch, které smrt rozdělila. Poslední vůle nebyly tehdy příliš používané. Lidé svěřovali různé záležitosti svým blízkým s důvěrou a nepociťovali nutnost písemné formy smluveného.

Určitá část uvedených názorů přetrvává až dneška. Lze však říci, že současný dominantní přístup se přece jenom od nich zásadně liší. Dvacáté století charakterizuje čtvrtá orientace **„popření, odmítání smrti“**. S tímto Ariesovým názorem lze určitě souhlasit. V naší době jen malá část lidí umírá doma a většina lidí se s umírajícími lidmi nikde nesetká. „Smrt nepatří do bytů a do běžného života vůbec, je lépe o ní nic nevědět a ani o ní moc nepřemýšlet. Našimi největšími hodnotami jsou přece zdraví, úspěch, kariéra, peníze, dlouhý, snadný a bezstarostný život a uvědomění si vlastní smrtelnosti a omezenosti by nám tyto představy mohlo naleptávat. Smrt je kompletně medicinalizována: má místo nejlépe pouze v nemocnici, jedině lékař ji může potvrdit a orazítkovat a smutnou skutečností je, že lékaři často více

manipulují s léky, přístroji a s nemocným orgánem než s člověkem v jeho celistvosti a v jeho nouzi. Nasazují všechny páky pro co největší oddálení okamžiku smrti, kterou považují za projev selhání svého umění, a vidí – li, že smrt je neodvratná, mají pocit, že už jim nemocný vlastně ani nepatří.“ [7]

Smrt je z každodenního života vytěsňována a také ve zdravotnických zařízeních k ní není přistupováno jako k přirozené události. Jak již bylo zmíněno, buď je umírání zbytečně prodlužováno za cenu bolesti a utrpení, nebo umírající zůstávají v okamžiku odchodu ze života osamoceni. Z toho také mohou vznikat žádosti o předčasné ukončení života pomocí eutanázie. „A být zabit, obzvláště ve stavu úzkosti, deprese, strachu z umírání a při pocitech opuštěnosti, ztráty důstojnosti a ztráty smyslu života, jistě není smrtí dobrou, smrtí přijatou.“ [8]

V důsledku těchto přístupů vzniká spousta hnutí a organizací, které se touto problematikou zabývají a nakládají s ní odlišným způsobem. „Jejich cílem je, zcela v duchu dobré paliativní péče, pomoci nemocným a jejich rodinám: všemožně usnadnit umírání, přijmout smrt a vyrovnat se s bolestnou ztrátou blízkého člověka. Jedná se o takovou péči, která se snaží vnímat a ošetřovat všechny vzájemně provázané a neoddělitelné dimenze člověka: fyzickou, psychickou, spirituální a sociální. Cílem hospice není ani vyléčení choroby, kterou již vyléčit nelze, ani oddalování smrti za cenu prodlužování utrpení, ale ani urychlování smrti, které by bylo nejen v rozporu s lékařskou, a ostatně i všeobecnou mravností, nýbrž i s lidskou přirozeností.“ [9]

2.3 Psychické prožívání těžké nevyléčitelné nemoci

Jak bylo v předchozí kapitole uvedeno, ve fázi umírání je důležitá péče nejen o tělesnou stránku pacienta, ale důležitá je i starost o jeho psychický stav. Těžká nevyléčitelná nemoc je případ, který bývá často uváděn jako jeden z důvodů k provedení eutanázie. Proto je nesmírně důležité znát a chápat jednotlivé fáze pacientova prožívání v tomto problematickém období. A to nejen pro zdravotníky, ale i pro širokou veřejnost. Tato znalost by totiž jistě omezila mnohdy zbytečné diskuze nad v tomto případě zbytečným provedením eutanázie.

[7] MUNZAROVÁ, M. *Eutanazie, nebo paliativní péče?* Praha: Grada Publishing 2005, s.66-72.

[8] Tamtéž

[9] Tamtéž.

Krok k detailnějšímu poznání psychického prožívání příchodu a rozvoje vážné nebo nevyléčitelné nemoci učinila Elisabeth Kübler-Rossová, autorka švýcarského původu, působící ve Spojených státech amerických. V roce 1969 totiž vydala knihu Rozhovory s umírajícími [10], ve které zobecnila prožitky nemocných a formulovala křivku prožívání nemoci na psychické úrovni. Autorka zobecnila tyto prožitky na základě rozhovorů s více než čtyřmi sty nevyléčitelně nemocnými, které sledovala po dobu až pěti let před smrtí. V průběhu dalších let řada odborníků opakovaně „kübler-rossovskou" křivku psychického prožívání nemoci ověřovala a došlo se k závěru, že tato křivka opravdu platí.

První stadium, tedy příchod nemoci, charakterizovala Kübler-Rossová jako **šok**. Běžné výroky lidí, kteří náhle nebo pozvolna onemocněli těžkou chorobou, zní: „Proč se to stalo?" , „Proč právě teď?", „Proč právě mně?". Všechny vedou k jedinému - k popření faktu nemoci a následně stažení do izolace. Nejčastěji lze slyšet tyto reakce: „To nemůže být pravda", „Zcela jistě se jedná o omyl", „Určitě se to nějak vysvětlí", „Nechte mě být, nic mi není".

Následuje období **zloby a hněvu**. Toto období je náročné zejména pro okolí nemocného, popřípadě i pro ošetřující personál. Je nutné si ale uvědomit, že časté výpady vůči zdravým jsou pouze zastřenou formou vnitřně prožívané životní krize. A tak výtky typu: „Zase ten čaj není dobrý", „Přinesli mi pozdě můj lék", „Nikdo se neusměje" se nemůžou brát osobně. Pečující by se měli se vcítit do rozpoložení nemocného, věnovat mu pozornost a čas a pacient se pak brzy uklidní.

Další období je nazýváno **smlouvání**. V této fázi si pacient uvědomuje nebo alespoň tuší dlouhodobost nebo trvalost své nemoci a začíná zvažovat své individuální cíle s ohledem na tuto nemoc. Hlavním přáním nemocného je skoro vždy prodloužení života a tak smlouvá o čas: „Třeba se ještě dožiji léta", „Kéž bych se dočkal promoce svého syna", „Hlavně abych se dožil vnoučat".

Následuje fáze označovaná jako **deprese**. Těžce nemocný prožívá depresi dvojí. Jedna plyne z utrpěné ztráty - pacient trpí změnou zevnějšku, např. žena s rakovinou prsu. Nebo pacientka s rakovinou dělohy vidí, že přestává být ženou. Dále si nemocný uvědomuje drahou léčbu spojenou s pobytem v nemocnici.

Druhý druh deprese plyne z hrozící ztráty. A tuto depresi je jistě mnohem obtížnější zvládnout. Pacient se totiž musí vyrovnávat s velkou bolestí a myslet na svůj definitivní odchod ze světa. V této fázi je nezbytně nutná psychologická pomoc, vhodná by byla bezesporu i spirituální péče.

[10] KÜBLER – ROSSOVÁ, E. *Hovory s umírajícími*. Praha: Signum unitatis 1992.

Závěrečnou fází je **akceptace**, tedy přijetí pravdy, přijetí role vážně nemocného. Kübler-Rossová je přesvědčena, že po přijetí pravdy nastává buď nastolení důstojného klidu, ale mnohem častěji nemocný rezignuje či upadá do zoufalství. Samozřejmě, že uchránit nemocného od rezignace a zoufalství je profesionální i lidskou povinností. Možné to je, a proto mnoho dalších odborníků zdůrazňuje, že pacient především nesmí zůstat v této těžké situaci sám.

Důležitou roli sehrává fenomén naděje. Naděje je téměř vždy přítomna v každé fázi, kterými člověk prochází. Naděje dokonce musí být přítomna v průběhu celé nemoci, protože beznaděj znamená vzdát se a to už je jen krůček k tomu, aby pacient poprosil o smrt.

Je pochopitelné, že pokud pacient dospěje přirozenou cestou k blízkosti smrti, tak známky naděje zřejmě zmizí. V tomto případě to však znamená, že umírající je již připraven zemřít, smrti se nebojí a skutečně během krátké doby pak umírá.

Je dobré znát všechny fáze psychologické křivky, kterými nemocný prochází, pečující (nejen profesionální personál, ale i třeba nejbližší příbuzní) tak lépe pochopí, jak se k nemocnému v jednotlivých fázích chovat. Bude-li nemocný vidět, že je o něj pečováno s láskou, ochotou, i s náležitou profesionalitou, stěží bude žádat o eutanázii.

2.4 Smrt ve vybraných kulturách

Ve většině tradičních kultur je smrt významnou událostí a je neustále přítomna v lidských životech. Proto v těchto kulturách existují důležité pohřební rituály, při nichž se jak děti, tak dospělí se smrtí alespoň obeznámí, pokud se s ní úplně nevyrovnají. Když onemocní nebo zemře člověk, kterého máme rádi, je to vždy šok, ale v tomto případě jde o situaci, která není úplně cizí, stejně jako svatba či narození dětí.

„Například v některých indiánských kmenech se lovci pomodlili, než zabili nějaké zvíře, čímž si uvědomili, že zabíjejí druhou bytost proto, aby si prodloužili vlastní život. Prakticky ve všech světových kulturách lidé až do nedávné doby dodržovali specifické obřady při pohřbu i v období smutku.“ [11]

P. L. Landsberg si zase všímá ve své knize Zkušenost smrti[12] toho, že některé národy, které nazývá „primitivové“, jsou schopni v rámci svého kmene pomocí určitých mechanismů

[11] DIGIUGLIO, R. *O smrti*. Praha: Lidové noviny 1997, s.25-30.

[12] LANDSBERG, L. P. *Zkušenost smrti.* Praha: Vyšehrad 1990.

zemřelé členy nahradit: „Smrt má pro ně vždy vnější příčinu a tudíž v jistém smyslu nahodilý charakter. V těchto společnostech je jednotlivec příliš málo diferencován od své skupiny, než aby se mohl cítit individualizován něčím jiným, než svým postavením v této skupině, svou funkcí ve větším organismu. Když toto postavení a funkce po smrti jednoho individua přejdou na jiné, získává toto individuum zároveň jméno a do jisté míry i duši zemřelého. Skupina regenerovala ztraceného člena. Je to, jako by s nic nestalo. Právě tak nebo alespoň přibližně tak jako u živočišných druhů zakrývá zde zákon regenerace působení individuální smrti. Lidé se objevují a zanikají, jak říká klasický obraz, podobni listům stromu. Smrt je podstatně pouze přechodem duševní mohutnosti na jiné individuum, je pouhým rubem narození.“ [13]

Pohřební zvyky a rituály se však u různých kultur značně liší. Někde lidé chodí v černém, aby projevili svůj zármutek nad smrtí, jinde může být smuteční barvou bílá. V některých komunitách se dodržovaly různé zákazy. Například pozůstalí nesměli rok tančit nebo týden vycházet z domu. Existovala různá pravidla, kdy se vdovec či vdova může znovu oženit či vdát nebo kdy si pozůstalí mohou pozvat návštěvu. Všechna tato pravidla měla lidem pomoci, aby překonali těžké období po smrti blízké osoby. Tím také potvrzovala, že je to specifické období, během něhož je pro lidi obtížné vykonávat běžné činnosti. Ve všech kulturách lidé potřebují čas, aby se přizpůsobili životu bez milované osoby, a prostřednictvím smutečních obřadů vyjadřují, jak důležitý pro ně byl jejich blízký.

Tyto obřady však měly i své nevýhody, neboť požadovaly, aby v období zármutku reagovali všichni stejně a chovali se totožným způsobem. Když se například někdo chtěl rozloučit s blízkou osobou po svém, ostatní se k jeho chování stavili odmítavě, neboť se choval rozdílně oproti obvyklým rituálům.

Mezi výhody obřadů a rituálů lze naopak zařadit následující: uznávaly význam zármutku a truchlení, čímž pozůstalým do značné míry ulehčovaly situaci, protože jim dávaly jasné instrukce, kdy a jak mají truchlit. V naší individualistické kultuře musejí lidé přijít na mnohem více věcí sami, což může být na jednu stranu dobré, protože to umožňuje větší svobodu volby. Na druhé straně to však může být pro lidi obtížné, protože zároveň vzniká i samota a nejistota v obzvláště obtížném období jejich života.

Také v současné kultuře přetrvávají některé tradiční smuteční obřady. Zde je výčet některých z nich podle R. DiGiuglia[14] :

[13] LANDSBERG, L. P. *Zkušenost smrti.* Praha: Vyšehrad 1990, s.124-126.

[14] Srov. DIGIUGLIO, R. *O smrti*. Praha: Lidové noviny 1997, s.25-30.

Podle židovské tradice rodina zamřelého dodržuje týden hlubokého smutku, kterému se říká šiva. To znamená, že nejbližší příbuzní zůstávají po pohřbu doma a přijímají hosty, kteří tradičně přinášejí jídlo, aby si rodina zasnulého ulevila od každodenní rutiny vaření. Prvnímu pokrmu po pohřbu, který se vždy jí co nejdříve po návratu ze hřbitova, se říká „jídlo útěchy". Truchlící si dříve trhali oděv, v dnešní době často nosí na oblečení útržek látky na znamení smutku. Během týdne sedí truchlící na nízkých stoličkách. Muži se nesmějí holit a ženy se nelíčí. Za rok po smrti příbuzní odhalují na hrobě zamřelého náhrobní kámen, aby si připomněli toto významné výročí. Dětí – tradičně to bývají synové – odříkávají po smrti rodičů a při každém výročí jejich úmrtí zvláštní modlitbu a zažíhají vzpomínková světla.

Katolíci uctívají památku mrtvých zádušní mší, která se může konat těsně po smrti nebo i v následujících měsících či letech. Lidí také mohou zapalovat u kostelních oltářů zádušní svíčky. Irští katolíci tradičně pořádají velkou zádušní hostinu, které se říká wake. Touto hostinou si celé společenství připomíná, že i během truchlení nad smrtí lze oslavovat život. Hostina se podle zvyklosti koná ve stejné místnosti, kde byl zasnulý vystaven v otevřené rakvi. V některých italských komunitách se po pohřbu konají podobné „oslavy".

V latinskoamerických kulturách se na pohřbu či při něm tradičně scházejí přátelé a příbuzní hlasitě naříkají a pláčou, aby dali najevo svůj žal.

Černí Američané jsou různých křesťanských vyznání. Jejich komunity se tradičně scházejí ve svém kostele, aby uctily památku zemřelého. Pastor a další církevní hodnostáři pořádají obřad, jehož se mnohdy účastní celá kongregace, čímž dává příbuzným najevo svou podporu. V těchto obřadech hraje často důležitou roli hudba a zpěv, protože se jejich prostřednictvím uvolňují emoce. Při pohřbech v New Orleans tradičně pochoduje ulicemi dechová kapela a hraje jazz, aby oslavila vstup zemřelého na nebesa i života těch, kdo zůstávají na zemi.

Američtí protestantští fundamentalisté věří, že zemřelého bude soudit Bůh, který rozhodne, jestli dotyčná osoba má jít do nebe nebo do pekla. Proto kazatel při obřadu před celou kongregací vypočítává dobré skutky, které tento člověk vykonal. Činí tak ze dvou důvodů: zaprvé tím vlastně získává pro příbuzné zemřelého podporu všech přítomných a zadruhé tím ozřejmuje smysl a význam jeho života. Ten spočívá jednak v dobrých skutcích, které tento člověk vykonal, a jednak v pozitivním příkladu pro komunitu. Jinými slovy, smuteční obřad zdůrazňuje význam života zesnulého, čímž pomáhá pozůstalým přijmout jeho smrt.

2.5 Mladí lidé a smrt

V tradičních kulturách je dospívání obdobím rituálů, které dospívajícím v jejich vývoji dodávají pevnou strukturu. Je zajímavé, že tyto obřady vlastně napodobují účinek smrti. Lidé v těchto kulturách totiž věří, že mladý člověk dospěje jen tehdy, když prodělá smrti podobnou zkušenost. Teprve po setkání se smrtí se skutečně může stát dospělým. Dospívající tedy postupují hrdinské zkoušky – musejí o samotě bloudit pustinou, musejí vydržet na místě, kde údajně straší, nebo jsou posláni na posvátné místo, kde mají mít vidění. V jiných kulturách musejí mladé dívky setrvávat o samotě v chýších bez oken nebo jsou zamotány do sítí tak, aby se nemohly hýbat. Když dospívající projdou takovou zkouškou, je to, jako by umřeli a vstali z mrtvých. Tyto obřady lze vysvětlit z psychologického hlediska. Dospívající člověk tímto způsobem umírá a tedy opouští svou roli dítěte, o které se dospělí starali. Zároveň však „vstává z mrtvých" jako dospělý jedinec, který zakusil zkoušku, při níž se cítil velmi osaměle. Dospívající tedy získává novou identitu, která je charakteristická změnou postojů nejen vůči vlastní osobnosti, ale i ostatním lidem a okolnímu světu.[15]

V naší kultuře neexistují žádné specifické mezníky ani obřady, podle nichž by mladý člověk zjevně překročil práh dospělosti. Samozřejmě, že podle některých znaků lze usoudit, že člověk dospívá. Když někdo smí chodit na schůzky, řídit auto a chodit do práce, znamená to, že už je dostatečně dospělý a odpovědný. Většinou však dospívající musejí sami přijít na to, jak končí dětství a kdy po něm nastupuje dospělost.

Proto může dospívající silně rozrušit a zneklidnit i pouhé pomyšlení na smrt. Samozřejmě, že se nikdo příliš nemá rád myšlenky na smrt ani představy, jak umírá. To je stejně těžké jak pro děti, tak pro dospělé. V dětství však člověk příliš na smrt nemyslí, dokud mu někdo neumře, a potom se zabývá především tím, jak ho tato ztráta postihla. V této situaci má nejdůležitější funkci rodina, která poskytuje pocity jistoty a zázemí pro dospívající. Sama však nemůže zajistit dostatečný prostor a podmínky pro rozvoj osobnosti. „Mladí lidé se musejí stýkat i s jinými dospělými a vrstevníky, kteří v nich vytvářejí pocit pospolitosti, komunity, která je podrží, když se jejich vlastní rodina ocitne v kritické situaci. Svým způsobem lze toto rčení uplatnit i v případě smrti. Snad by se dalo říci, že „na truchlení se musí podílet celá vesnice"-jednotlivci i celé rodiny potřebují podporu okolí, aby pochopili, jak se mají vyrovnat se ztrátou blízké osoby." [16]

[15] Srov. DIGIUGLIO, R. *O smrti*. Praha: Lidové noviny 1997, s.42-45.

[16] DIGIUGLIO, R. *O smrti*. Praha: Lidové noviny 1997, s.25-30.

Dospělí se vyrovnávají se smrtí svých blízkých přece jen snadněji, neboť mají již za svůj život zkušenost, že taková situace může nastat a vědí, jak se s ní vypořádat. Vyrovnání se s vlastní smrtí je usnadněna faktem, že žijí takovým způsobem života, který si sami zvolili, nebo vynakládají úsilí na to, aby toho dosáhli. Potom se snadněji přijímá skutečnost, že jednoho dne zemřou.

Dospívající si již více uvědomují sebe sama, ale na rozdíl od dospělých ještě nedokážou plně využít svá rozhodnutí pro svůj vlastní prospěch. Nejsou však již dětmi, protože vstupují do světa a měří si své síly - ve škole, s vrstevníky - třeba při sportu, někdy i v práci či při nějaké místní veřejné činnosti. Ještě se však nepohybují ve svém vlastním světě, protože rodiče a učitelé ještě v mnohém rozhodují za ně. Proto jsou schopni pochopit smrt tak, jak to děti ještě nedokážou, neumějí ji však přijmout tak, jak to dokážou někteří dospělí.

Důvodem může být pocit mladých lidí, že ještě ani pořádně nežili a mají velkou část života před sebou. Teprve přicházejí na to, jak by měl jejich život vypadat a zjišťují, jaké mají možnosti toho dosáhnout. Představa vlastní smrti je pro ně vzdálená a nemají velkou potřebu řešit, jak se se smrtí smířit či vyrovnat.

2.6 Co si dospívající myslí o smrti

Zajímavé výsledky studie, která se zabývala názory 1421 dospívajících účastníků vzdělávacího kurzu o smrti a umírání v australském Melbourne v roce 1979, uvádí ve své knize R. DiGiuglio[17] . Podle výsledků této studie kolem 43 procent dospívajících přiznalo, že je smrt děsí, protože mají strach, že budou mít bolesti. Zhruba 41 procent respondentů zneklidňovala představa, že způsobí zármutek svým přátelům a příbuzným, zatímco 29 procentům vadilo, že nevědí, co přijde po smrti. Kolem 26 procent dotazovaných mladých lidí odpovědělo, že je jim při pomyšlení na smrt nepříjemně, protože by je ošidila o život, kterého si doposud nestačili užít. Na otázku, co je to smrt, zhruba 35 procent studentů odpovědělo, že přináší další, posmrtný život. Kolem 37 procent mladých lidí popisovalo smrt jako nekonečný spánek či klid, zatímco podle 22 procent je smrt prostě konec, naše poslední zkušenost. Asi 23 procent dotazovaných studentů nevědělo, jak mají odpovědět.

Následovala otázka, jakou smrt by studenti chtěli, kdyby si mohli vybrat. Zhruba 39 procent jich uvedlo, že by chtěli umřít klidně a důstojně, zatímco 33 procent si vybralo náhlou

[17] Srov. DIGIUGLIO, R. *O smrti*. Praha: Lidové noviny 1997, s.36-37.

smrt, pokud by však nebyla násilná. Kolem 18 procent studentů si přálo umřít poté, až dokončí nějaké velké dílo, a 15 procent se nerozhodlo pro žádnou z možností. Nakonec se autoři studie mladých lidí zeptali, v kolika letech by chtěli umřít. Kolem 31 procent studentů uvedlo, že by chtěli umřít ve věku mezi sedmdesáti a osmdesáti lety, 29 procent nerozhodlo pro věk od osmdesáti do devadesáti a 23 procent by se chtělo dožít devadesáti až sta let.

3. PROBLEMATIKA EUTANÁZIE

3.1 Základní pojmy

Problematika eutanázie je velice široká a výraz eutanázie označuje celou řadu různých situací. Pro lepší orientaci v této oblasti uvádím nejdůležitější a nejpoužívanější pojmy, které bývají v této souvislosti zmiňovány.

Tradičním obsahem pojmu eutanázie je **dobrá smrt** (z řeckého eu-dobrý a thanatos-smrt). Ekvivalentem dobré smrti je lehká smrt, tedy taková, která přichází po dlouhém spokojeném životě, rychle, bezbolestně, nebo ve spánku. Později došlo k určitému posunu a termínem eutanázie se nejčastěji rozumí **smrt z milosti** (z milosrdenství, z útrpnosti).

Aktivní eutanázie je akt, který vykonává lékař u nevyléčitelně nemocného, trpícího nesnesitelnými bolestmi na jeho vlastní uvážlivou a svobodnou žádost. Vzhledem k aktivní roli lékaře, kterou zde zaujímá, bývá někdy tato forma eutanázie nazývána **strategií přeplněné stříkačky**. Problém je ale v tom, že někdy nemohou být splněny všechny podmínky pro aktivní eutanázii, proto je používána celá řada zpřesňujících výrazů.[18]

„**Eutanázie nevyžádaná** je takovou variantou aktivní eutanázie, kdy pacient není schopen předepsaným způsobem požádat o „urychlený vstup smrti“. Lze však předpokládat, že kdyby mohl, s eutanázií by souhlasil. Jedná se tedy o eutanázii nevyžádanou, ale v zásadě chtěnou nebo dobrovolnou.“ [19]

Eutanázie nedobrovolná je nejen nevyžádaná, ale dokonce i nechtěná. Ověřit pacientovu vůli a odlišit nevyžádanou eutanázii od nechtěné je v některých případech prakticky nemožné. „**Eutanázie pasivní** znamená odnětí nebo přerušení léčby a bývá označována jako **strategie odkloněné stříkačky**. Zatím nejsou definována všeobecně přijatelná kritéria, kdy se tak může stát, a prakticky k tomu dochází tehdy, když byly vyčerpány dosažitelné formy pomoci. Výjimkou jsou pacienti napojení na celou řadu přístrojů, které je nejen možné, ale i nutné jednoho dne „vypnout“. Pravidla pro odpojení jsou známa a používána.“ [20]

Podle Briana Pollarda ale nemůžeme zastavení léčby, která zbytečně prodlužuje umírání, považovat za **pasivní eutanázii**, jak píše ve své knize „Eutanázie - ano či ne?“ „Taková počínání nejsou formou eutanázie, protože tu neexistoval žádný úmysl usmrtit, nebylo

[18] HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie.* Praha: Galén 2000, s.104.

[19] Tamtéž.

[20] Tamtéž.

učiněno nic, co by usmrtilo, a to, co se udělalo, nezpůsobilo smrt. Další používání výrazu pasivní eutanázie není k ničemu dobré, protože připouští domněnku, že lékaři již dělají určité nepatřičné věci, aby pacienta usmrtili.“ [21]

„Vzhledem k tomu, že stále častěji dochází k tzv.**dystanázii** (zadržené smrti), a to hlavně u nevyléčitelně nemocných léčených konvenčním způsobem, bývá pasivní eutanázie vnímána jako obdoba práva na přirozenou smrt. Toto právo by mohlo být naplňováno buď se souhlasem nemocného, nebo i bez něj. Klíčovým problémem je systém kritérií, který by umožnil přirozenou smrt, ale zároveň zabránil možnosti zneužití. V odborné zahraniční terminologii se hovoří o programu **DNR (do not resuscitate)**.“ [22]

„Asistovaná sebevražda reprezentuje zvláštní formu eutanázie. Pacient si přeje zemřít, protože je nevyléčitelně nemocný, strádá nesnesitelnými bolestmi a onemocnění má nepříznivou prognózu. Žádá lékaře o pomoc, nebo spíše o metodickou radu, popřípadě konkrétní prostředek, jak realizovat odchod ze života. V této souvislosti se někdy hovoří o „návodu k vysvobození“. Akt ukončení života však nevykonává lékař (to by se jednalo o aktivní eutanázii), nýbrž za jeho asistence tak činí sám pacient.“ [23]

Prenatální eutanázie je diskutabilní pojem označující interrupce ze sociálních důvodů. Spousta odborníků jej odmítá s poukazem na následující skutečnosti: nechtěné dítě není nemocné, o neblahé prognóze a nesnesitelných bolestech nelze hovořit a o milosrdnou smrt nás nežádá ani žádat nemůže. Někdo silnější, tedy matka, zástupně rozhoduje o jeho bytí a nebytí, a tím mu upírá základní právo na život. Jiná skupina odborníků soudí, že právě díky nešťastnému spojení pojmu eutanázie a interrupce (a jeho vysokému emocionálnímu náboji) lze docílit upuštění od zamýšleného interrupčního výkonu nebo donutit společnost k zamyšlení nad problémem, jakým bezesporu ochrana nenarozeného dítěte je.

Sociální eutanázie je pojem, který je ke škodě věci v České republice velmi málo používán a jehož obsah není prakticky zohledněn. Bylo by spravedlivé a žádoucí, aby každý občan obdržel kdykoli a kdekoli takovou péči, která odpovídá současným poznatkům vědy a špičkové medicíny. Prakticky se však dostane lidem jen redukované péče, a to s ohledem na omezené ekonomické, geografické a vzdělanostní zdroje.[24]

---

[21] POLLARD, B. *Eutanazie ano či ne?* Praha: Dita 1996, s.24.

[22] HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie.* Praha: Galén 2000, s.105.

[23] Tamtéž.

[24] Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie.* Praha: Galén 2000, s.105-106.

3.2 Stručný nástin historie eutanázie

3.2.1 Eutanázie v antice

Antická kultura, podobně jako mnohé orientální kultury, převážně neodsuzovala sebevraždu ani usmrcení z útrpnosti. Číše bolehlavu byla v Řecku uznávaným prostředkem. Důležitější byl spíše způsob umírání, aby člověk umíral ve vyrovnaném stavu mysli, v klidu a za sebekontroly. A nebylo neobvyklé, když byl lidský život zkrácen za účelem smrti s uvedenými vlastnostmi. Pro klasické národy to, co bychom my dnes nazvali eutanázií, nutně neznamenalo skutek nebo metodu usmrcení nebo urychlení smrti.

Antická tradice byla v tomto směru poněkud odlišná od té dnešní. Řečtí lékaři i filozofové si velmi cenili zdraví a kult tělesné zdatnosti byl výrazně rozvíjen. Mnozí významní učenci se stavěli za možnost dobrovolného odchodu ze života.

Jednotliví filozofové však pohlíželi na tento problém různě. Tak např. pythagorejci (následovníci Pythagora, 572 – 497 př. Kr.) s ní zásadně nesouhlasili z náboženských důvodů a apelovali na respekt k lidskému životu, vycházejícímu z představy, že bohové hodnotí každou vtělenou duši. Není jistě náhodou, že i Hippokratova přísaha, v níž je eutanázie výslovně zakázána, pochází nejspíše z pera následovníků Pythagora. Podle pythagorejců je pozemská existence člověka spojená s bolestí a snad i s těžkou smrtí proto, že se jedná o potrestání za předchozí hříchy. Vtělená duše má bohy určenou dobu trvání a předčasné ukončení života je hrubým přestupkem proti božskému řádu. Zajímavou analogii lze najít v náboženstvích jihovýchodní Asie (buddhismus, hinduismus), která se také staví k eutanázii odmítavě a používají obdobných argumentů: „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 tedy chtěl zbavit utrpení předčasnou smrtí, stejně si nepomůže - utrpení na něj čeká v nějaké podobě v dalším životě. Kromě toho zabití pacienta není bez vlivu na karmu lékaře.“ [25]

„**Sokrates** uvažoval tak, že strach ze smrti je něčím nemoudrým. Vždyť smrt je pouze bezesným spánkem, z něhož se buď nevzbudíme – a tedy se nemusíme bát, anebo budeme přeneseni tam, kde budeme ve společnosti těch, kteří nás předešli – a to by mělo být naopak důvodem k radosti. Skálopevným přesvědčením Sokrata však bylo, že nic nemůže uškodit člověku dobrému, ať v životě nebo po smrti. V bolestiplné nemoci a v utrpení viděl tedy

[25] LAJKEP, T. *Eutanazie – poznámky o teorii a praxi.* Zdravotnické noviny 46/2002.

dobrý důvod nelpět na životě a namítal proti tomu, aby lékaři protahovali přirozený proces umírání (jednalo se však spíše o „ponechání zemřít“ než o zabíjení).“ [26]

Sokrates přisuzoval také velkou roli Asklepiovi, bohu lékařství, který podle něj zbytečně neprotahoval životy těch, kterým už nebylo pomoci. Dále navrhoval, aby lékaři nechali umřít ty, „kteří jsou nemocní…, a zničené a nevyléčitelné duše udělají konec sami sobě“. Není však jasné, jakým způsobem lékaři tyto nemocné rozpoznávali.

Platon pohlížel na sebevraždu v zásadě negativně, v případě nevyléčitelné, zničující choroby by však v některých případech ukončení života schvaloval. „V díle Faidon např. zvažuje, že při bezprostředně nastávající a neodvratné smrti může člověk zvolit dřívější odchod ze světa tehdy, není – li jiného východiska. Ve spise Politeia vystupuje ještě radikálněji. Odmítá názor, že člověk vděčí za život bohům a že tedy nemá právo takto ukončit utrpení. Dokonce váže a podřizuje hodnotu jedince a jeho schopnosti i ostatním – státu.“ [27]

Platon by tedy schvaloval chtěnou eutanázii nevyléčitelně nemocných a nezpůsobilých i na základě vyloženě praktických důvodů, neboť člověk s těžkou chorobou není užitečný ani sobě, ani společnosti.

Aristoteles byl poněkud odlišného názoru. Nesouhlasil s předčasným ukončováním života z důvodu nejrůznějších těžkostí. Považoval spíše za zbabělost, pokud se někdo uchýlil k této možnosti kvůli nedostatku peněz, nešťastné či neopětované lásce nebo kvůli jinému neštěstí. Je totiž mnohem jednodušší vyhnout se nepřízni osudu než s ní bojovat. Proto také sebevraždu nepovažoval za krásnou smrt, ale spíše za útěk od problémů. Tento postoj, který lze považovat za náboženský, však nevycházel u Sokrata z náboženského podkladu: „Zdůrazňoval, že občané musí zůstat pro dobro státu produktivními co nejdéle. Člověk by se měl postavit chrabře vůči smrti. Eutanázie je odsouzeníhodná nejen proto, že předčasně zbavuje společnost (stát) svých členů, ale rovněž proto, že takovýto počin je typickou ukázkou nejvyššího stupně ukvapenosti a zbabělosti. Umírání v odvaze, ale ne poddání se smrti i v případě terminální, vyčerpávající a bolestné choroby, je významným mravním testem ctnostného člověka. I tváří v tvář smrti takovýto člověk volí úctyhodný způsob jednání a stává se příkladem pro ostatní.“ [28]

Stoikové připouštěli možnost volit eutanázii tehdy, pokud život člověka již nebyl díky bolesti, chorobě či tělesným abnormalitám v souladu s individuálně pociťovanými potřebami

[26] MUNZAROVÁ, M. *Eutanazie, nebo paliativní péče?* Praha: Grada Publishing 2005, s.25-27.

[27] Tamtéž.

[28] Tamtéž.

a vztahem vůči vlastní osobnosti. Eutanázie mohla být ospravedlněna, pokud byly splněny dvě podmínky: motivaci musela být odpovídající (např. byl - li člověk obětí těžké nebo nevyléčitelné choroby) a vše muselo být zváženo i z hlediska odpovědnosti vůči ostatním. Stoikové tedy vyžadovali jistotu, že eutanázie nebude schvalována jen díky impulzivním přáním uniknout povinnostem života.

Nejznámějším odkazem z období antiky v souvislosti s eutanázií je určitě Hippokratova přísaha, která se stala základem lékařských kodexů následujících staletí a uvádí se v ní: „Nepodám nikomu smrtící látku, i kdyby ji ode mne žádal, a ani nikomu tuto možnost nenavrhnu“. [29]

3.2.2 Středověk a moderní historie

Rozhodujícím způsobem ovlivnilo evropské myšlení a vytváření morálky v období středověku křesťanství, které bez výjimky odsuzuje svévolný zásah proti životu druhého i proti životu vlastnímu. Tento pohled se udržuje a je přijímán ve většině států dodnes.

Už renesanční myslitelé ale z tohoto názorového proudu vybočovali, neboť tvrdili, že lékař má právo vysvobodit nevyléčitelně nemocného pacienta z utrpení. V této souvislosti se zabývali i sebevraždou – právem na dobrovolné ukončení vlastního života. Jde o určitý návrat k antickému pojetí. Thomas More (1478 – 1535) líčí ve svém díle Utopie, jak se utopisté starají v ideálním rozumovém státě o své nemocné. Požaduje, aby nevyléčitelně nemocní byli opatrováni jako ostatní. Při krutých bolestech však má být člověk veden k tomu, aby ukončil svůj život nebo o to požádal jiného. Staví se tedy k eutanázii kladně. Proti vůli však nesmí být nikdo usmrcen a neznamená to ani, že se o něj budeme z toho důvodu méně pečlivě starat.
„M. de Montaigne (1533-1592) se domnívá, že "Bůh nám dává svolení vzít si svůj život, pokud se nám život jeví horší než smrt", a D. Hume (1711-1776) ve svém spise "O sebevraždě" napadá veškerou "faleš náboženství", jež člověku ukládá prodlužovat svůj život za snesitelnou mez.“ [30]

Naproti tomu I. Kant považoval sebevraždu za nemorální akt. I když se názory a postoje filozofů a učenců měnily a vyvíjely, neměly na lékařskou praxi příliš velký vliv. Lékaři totiž dál léčili pacienty podle zásad zakotvených v Hippokratově přísaze a diskuze filozofů spadaly spíše do oblasti teorie.

[29] MUNZAROVÁ, M. *Eutanazie, nebo paliativní péče?* Praha: Grada Publishing 2005, s.25-27.

[30] LAJKEP, T. *Eutanazie – poznámky o teorii a praxi.* Zdravotnické noviny 46/2002.

Vážné diskuze ohledně problematiky eutanázie se začaly mezi lékaři vést až koncem 19. století. Původ těchto diskuzí byl z několika zdrojů. Jeden z podnětů pro diskuzi pocházel z Darwinova učení o selekci a adaptaci. Jeho teorie totiž začala být chápána nejenom jako přírodní fakt, ale i jako kulturní zákon. Do lékařského prostředí tyto myšlenky přenesl E. Haeckel. Je o něm známo, že chápal přístup Sparťanů, kteří zabíjeli postižené děti a nebyl příliš nakloněn"antiselektivním" teoriím judaismu a křesťanství. Dalším zdrojem pro úvahy o oprávněnosti eutanázie byl paradoxně pokrok medicíny. S rozvojem medicínských technologií (umělý krevní oběh, moderní metody resuscitace apod.) totiž začala být kladena otázka, do jaké míry jsou lékaři oprávněni využívat všech dostupných prostředků k zachování lidského života.[31]

Moderní historie eutanázie patrně začíná v Německu v roce 1885, vydáním Jorstovy knihy Právo zemřít. Ústřední téma knihy je zaměřeno na otázku právní legitimity zabíjení jiných lidí z medicínských důvodů. Toto dílo se však nedočkalo přílišného zájmu veřejnosti. V roce 1920 se objevila další německá kniha Poskytnutí souhlasu k zničení života, který není žití hoden, kterou napsali právník Karl Binding a psychiatr Alfred Hoche. Autoři se vyslovili pro zabíjení těch, kdo „nejsou hodni života“. Měli tím na mysli především ty, kdo představují "závažné společenské břemeno" - mentálně retardované a děti s těžkými vrozenými vývojovými vadami.[32]

Knihou se nechal inspirovat lékař Gerhard Wagner a v roce 1935 se obrátil na Adolfa Hitlera s požadavkem, aby duševně nemocní a defektní pacienti psychiatrických ústavů včetně dětí byli usmrcováni. Vůdce souhlasil a idea dostala vznešený název: program eutanázie. Zpočátku vydávali nacisté eutanázii za blahodárnou sociální reformu pro beznadějně nemocné a mentálně postižené. Toto údajně soucitem motivované dobrodiní, které se provádělo v nemocnicích bez vyžádání pacienty, bylo dokonce Židům odpíráno. Ti totiž byli považováni za občany, mající menší práva podílet se na sociálním pokroku. Na konci třicátých a začátkem čtyřicátých let se eutanázie začala praktikovat i u některých menších defektů, dokonce i u homosexuálů, dále u senilních jedinců včetně válečných veteránů. Roku 1939 se eutanázie už tak zneužívala, že se po Hitlerově souhlasu s jejím širším využitím změnila v nástroj genocidy.

[31] Srov. LAJKEP, T. *Eutanazie – poznámky o teorii a praxi.* Zdravotnické noviny 46/2002.

[32] Tamtéž.

V plné šíři vyšly najevo eutanatické akce, zejména program T44, ale až po válce. Název je odvozen od jména a čísla berlínské ulice (Tierrgasse 44), kde se samotné „likvidace“ životů prováděly. Bylo konstatováno, že fašistický systém zavinil smrt tisíců nevinných lidí, a že eutanázie nebyla milosrdenstvím, ale vraždou.

„Akce eutanázie zahrnovala i „milosrdné“ usmrcování dětí. Hitlerův „dětský program eutanázie“ nařizoval pečlivou evidenci všech novorozenců, kteří byli postiženi idiocií a mongolismem, mikrocefalií, hydrocefalií (výrazného stupně nebo progresivní povahy), deformitami (chybějící končetiny apod.), obrnou. Odhaduje se, že na 30 „speciálních dětských klinikách“ zemřelo nedobrovolnou smrtí nejméně 5000 hendikepovaných dětí.“ [33]

V Německu byl po válce tematizován problém viny německého národa, mj. i ve vztahu k vyhlazovací akci T44, a ještě dnes se prakticky každý německý autor píšící o eutanázii distancuje od neblahé minulosti. V důsledku traumatické historické události se nejméně 20 let po válce o eutanázii nehovořilo. Eutanázie se stala odsunutým tématem také proto, že převládl poválečný optimismus a lidé uvěřili, že všechny nemoci bude možné léčit. Teprve koncem 60. let došlo k opětovnému uznání faktu, že člověk je smrtelný.[34]

Tabuizovaná a následně „obnažená“ smrt, která je často pomalá a bolestná, zavdala opět příčinu k úvahám, zda by nebylo vhodnější umožnit trpícím milosrdný odchod ze života. Základní podmínky pro tzv. aktivní eutanázii byly formulovány a odpovědnost za rozhodnutí byla přenesena na pacienta. Ten sice může skutečně nejlépe zhodnotit svou situaci a v návaznosti na lidská práva, a zejména na právo na sebeurčení, vyjádřit svou vůli ale žádný lékař není povinen ji automaticky vyplnit.

Většina Němců dnes nemá k eutanázii jednoznačný postoj, ale drtivá většina považuje eutanázii za zločin. Diskuze se koncentrují jen na odborné kruhy a církev. Ani pro média není eutanázie lukrativním tématem, což souvisí nejen s komplikovaností eutanázie jako takové, ale i s nacistickou minulostí.

V Německu však existuje i největší společnost pro důstojné umírání - Deutsche Gesellschaft für humanes Sterben (DGHS), která byla založena v roce 1980. Členskou základnu tvoří více než padesát tisíc lidí. V programovém prohlášení této společnosti kromě jiného stojí: „Právo pacienta na sebeurčení musí být zaručeno i v nemocnici. Vůli pacienta je třeba právě ve fázi umírání plně respektovat.“ [35]

---

[33] HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie.* Praha: Galén 2000, s.109.

[34] Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie.* Praha: Galén 2000.

[35] HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika.* Praha: Galén a Karolinum 1997, s.165.

V Německu neexistuje speciální zákon k eutanázii. Případné přečiny spadají pod trestní právo jako trestný čin usmrcení. Německé právo ale rozlišuje aktivní a pasivní eutanázii. Aktivní je protizákonná. Pasivní eutanázie je však slučitelná se zákonem, což potvrzuje i soudní praxe.

3.3 Eutanázie a náboženství

3.3.1 Judaismus

Víra v jediného Boha v judaismu představuje současně morální princip, jehož základ se odráží a propojuje jednotlivosti celého života jednotlivce a komunity.

Pomoc nemocným, opuštěným a chudým, tak jako péče o svého soukmenovce, hrála odedávna významnou roli při uvědomování si židovské sounáležitosti. Židovské komunity se vyznačovaly sociálním systémem, v němž každý člen hrál určitou roli a účastnil se dle svých možností a schopností.

V židovské tradici, která se v rámci lékařské etiky prolínala s tradicí hippokratovskou, je naprosto jednoznačný negativní přístup k násilnému ukončování života. „Židé byli vždy největšími zastánci práva na život. Povinnost chránit život má v judaismu přednost před téměř všemi ostatními příkazy s výjimkou zákazu modlářství, incestu, cizoložství a vraždy. Povinnost zachraňovat život i v případě beznadějných stavů byla vždy samozřejmostí, snad kromě stavu bezprostředně nastupující smrti, kdy bylo povoleno odstranit to, co smrti bránilo. Lékařské přísahy se podobají svou formou biblickému desateru, a příkaz vyvarování se zabíjení zde zaznívá zcela explicitně.“ [36]

Judaismus totiž považuje lidský život za absolutní hodnotu, která je posvátná a nedotknutelná. Cenu života nelze vyčíslit ani jinak ocenit, představuje absolutní hodnotu, protože je božím darem. Judaismus zakazuje jakékoli jednání se záměrem ukončit lidský život, i kdyby byl takový cílený akt veden soucitem s trpícím. Z biblické tradice, podpořené židovskou historií prodchnutou vizí možnosti zlepšení i v dané chvíli neblahé situace, vyplývá povinnost lékaře léčit, tišit bolesti a zároveň nedopustit poškození pacienta dystanázií.

[36] MUNZAROVÁ, M. *Eutanazie, nebo paliativní péče?* Praha: Grada Publishing 2005, s.28-29.

3.3.2 Islám

Islám považuje lidský život za boží dar a má být chráněn. Tudíž projevy lidské zvůle v podobě sebevraždy, eutanázie nebo dystanázie jsou zakázány. Uznání důstojnosti lidského života tvoří základ principu náboženského učení islámu a jeho práva. Pouze Bůh rozhoduje o životě a smrti, nikomu z lidí tedy nepřísluší, aby jakýmikoli formami eutanázie nebo dystanázie ovlivňoval čas pobytu člověka na tomto světě. Islámské právní nástroje dovolují posuzovat, zda nové výdobytky vědy a techniky a jejich praktické používání odpovídá a je v souladu s muslimskou etikou a principy humanity.

3.3.3 Křesťanství

„V rámci zásad křesťanské etiky je na prvních místech uváděn „princip správcovství", který uznává, že lidský život pochází od Boha a že člověk je pouze správcem, nikoli vlastníkem, takže o něj z tohoto důvodu musí řádně pečovat. V rámci církve katolické existují i oficiální dokumenty, vyjadřující se přímo k otázkám konce života." [37]

Dne 5. května 1980 vydala Kongregace pro nauku víry svoji Deklaraci o eutanázii. V tomto dokumentu katolická církev opět zcela otevřeně odsuzuje vědomě učiněný akt nebo vědomé opomenutí poskytnutí péče, následkem čehož byl zmařen lidský život, přestože k takovému jednání vedla snaha utišit bolesti umírajícího nebo vážně nemocného. Popsané jednání katolická církev označila za eutanázii**.**

Současně však „zmiňuje třídění prostředků na řádné a mimořádné s tím, že při bezprostředně nastupující smrti, jíž nemůže být zabráněno používanou léčbou, je povoleno ve svědomí rozhodnout se odmítnout takovou léčbu, která vede jen k nejistému a bolestnému protahování života. Ačkoliv na život je nutno hledět jako na dar od Boha, je také pravdou, že smrt je nevyhnutelná. Musíme tudíž být schopni bez jakéhokoli urychlení hodiny smrti, přijmout ji s plným vědomím naší odpovědnosti a s plnou důstojností, jelikož smrt ukončuje tento pozemský život avšak zároveň tím otevírá cestu do života nesmrtelného." [38]

Další závazný dokument upřesňující stanovisko katolíků k eutanázii lze nalézt v Katechismu katolické církve z roku 1992. Tento dokument katolíci považují za směrodatný referenční text, který se překládá do dalších národních jazyků na celém světě. I zde se jasně

[37] MUNZAROVÁ, M. *Eutanazie, nebo paliativní péče?* Praha: Grada Publishing 2005, s.28-29.

[38] Tamtéž.

praví, že akt aktivní a pasivní eutanázie lze nazvat vraždou nebo zabitím. Oba představují závažný hanebný přečin proti lidské důstojnosti.[39]

V roce 1995 Vatikán rozeslal prostřednictvím své rozvětvené správy dokument Evangelium vitae určený nejenom věřícím lidem, ve kterém upomíná na hodnotu a nedotknutelnost lidského života pro křesťany.[40]

Slitování s těmi, kdo trpí nesnesitelnými bolestmi a vyhovění jejich žádostem o předčasnou a „násilnou" smrt, představuje pro katolíky nepřípustnou manipulaci s pacienty, jež uvedená encyklika označuje „falešným milosrdenstvím". Ani skutečnost obrovských bolestí, situace jevící se naprosto beznadějně nebo naléhání pacienta, které mohly nakonec vést k rozhodnutí a vyhovění jeho žádostem o pomoc při ukončení jeho trápení uspíšeným příchodem smrti, totiž nemůže vyloučit možnost chybného vyhodnocení „bezvýchodnosti celé situace". Z uvedeného vyplývá, že vždy bude existovat možnost chybného pochopení podstaty pacientových žádostí. Přestože by taková „pomoc" byla pacientovi poskytnuta v dobrém úmyslu, nelze ji nazvat jinak než zabitím (vraždou). Uvedené skutečnosti opravňují označit snahy o prosazení eutanázie za zavrženíhodné.

Katolická církev považuje smrt za přirozenou součást existence člověka. Představuje konečný akt odpoutání se od pozemského světa a možný návrat k věčnému spojenectví s Bohem. Současně zůstává připomenutím údělu člověka – smrtelnosti.

Pro katolíky zůstává přikázání z desatera o zákazu zabíjet nezměnitelným a jasným faktem. Katolická církev se současně snaží respektovat vývoj společnosti a uznává např. právo na odmítnutí léčby. To samozřejmě za předpokladu, že ošetřující personál dotyčnou osobu dostatečně poučí o možných následcích takového rozhodnutí. Jiným příkladem může posloužit uznání potřebnosti farmakologických preparátů podaných za účelem tišení bolestí, jejichž vedlejším účinkem je negativní ovlivnění celkové úrovně vědomí.

„I v ostatních kulturách a tradicích, jež bývají řazeny mezi „náboženské"", je jasný patrný nesouhlas nebo nepřiznání dostatečného důvodu pro zabíjení nemocných. Hinduismus nestaví smrt do protikladu vůči životu nýbrž vůči narození. V buddhismu pak i v případě zabití trpícího člověka karma utrpení dosud existuje. Je zde přijímána představa, že lidský život nekončí smrtí fyzickou. Pokračuje dále ve věčnosti a karma, jak dobrá tak špatná, je s ním

[39] VIRT, G.: Žít až do konce. Etika umírání, smrti a eutanazie. Praha:Vyšehrad 1998, s.67.

[40] VIRT, G.: Žít až do konce. Etika umírání, smrti a eutanazie. Praha:Vyšehrad 1998, s.68.

nesena dále do budoucnosti. Z toho vyplývá, že utrpení každého nekončí jeho smrtí a vymizí až tehdy, změní – li jedinec tuto karmu k lepšímu.“ [41]

3.4 Eutanázie v současném světě

Legislativy jednotlivých států přistupují k problematice eutanázie různě. V drtivé většině případů ji buď nezmiňují, nebo ji zakazují, popřípadě umožňují pasivní eutanázii nebo povolují asistovanou sebevraždu.

Tomuto výčtu se vymykají následující státy: V Nizozemí byla eutanázie legalizována v roce 2001, v Belgii v roce 2002 poté, co již v předchozích letech se zde tiše prováděla. Přechodně byla eutanázie legalizována také v severním teritoriu Austrálie (a to v letech 1996-1997). V praxi je dále mlčky trpěná v některých amerických státech (např. Oregonu), v některých teritoriích Austrálie.

3.4.1 Austrálie

„Prvním státem na světě, kde byla zákonem povolena aktivní eutanázie, je severní teritorium Austrálie. Zákon byl přijat většinou obyvatelstva tohoto území formou plebiscitu, tedy lidovým hlasováním. „Zákon o právech smrtelně nemocných“ byl v platnosti jen krátce a to od června 1996 do března 1997. Během platnosti zákona spáchali sebevraždu za asistence lékaře čtyři pacienti smrtelně nemocní rakovinou.“ [42]

Tento zákon obsahoval několik přísných klauzulí: Pacientovi muselo být přes 18 let, musel trpět nevyléčitelnou chorobou, na kterou by bez „mimořádné“ zdravotnické péče zemřel, a musel prodělat vyšetření u tří kvalifikovaných lékařů, z toho jednoho psychiatra, aby bylo jisté, že pacient netrpí léčitelnou klinickou depresí. Pokud navíc byla dostupná dostatečná léčba bolesti tišícími prostředky, lékař nesměl na žádost o smrt přistoupit. Poté, co pacient své přání zemřít oznámil, musel navíc týden čekat, než směl podepsat souhlas. Pak musel být formulář podepsán dvěma lékaři. Po jeho podepsání musel pacient na smrt čekat ještě dalších 48 hodin. Zákon platný v severním teritoriu povoloval jak eutanázii, tak sebevraždu za asistence lékaře, a nutnou podmínkou bylo, aby lékař u pacienta zůstal až do okamžiku smrti.

[41] MUNZAROVÁ, M. *Eutanazie, nebo paliativní péče?* Praha: Grada Publishing 2005, s.28-29.

[42] HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika.* Praha: Galén a Karolinum 1997, s.166-167.

Přes všechny tyto podmínky už v říjnu 1996 byl podán návrh na zrušení tohoto zákona a v březnu 1997, jak bylo uvedeno, byl zákon pozastaven.[43]

3.4.2 USA

V době před druhou světovou válkou byla eutanázie právně povolena ve dvou státech USA - v Ohio a Iowě. Ve státě Ohio měli nevyléčitelně nemocní v krutých bolestech možnost vyžádat si k eutanázii povolení zvláštní komise. Zákon státu Iowa připouštěl dokonce selektivní usmrcování zrůd a debilů. Návrh na přijetí podobného federálního zákona však v Kongresu neprošel.

Zainteresovaní, k nimž patřili i významní spisovatelé, právníci a lékaři, založili v USA v roce 1938 první Národní společnost pro legalizaci eutanázie. Tato Společnost se setkávala stále se značnou opozicí, Kongres beztrestnost eutanázie nikdy neschválil. V roce 1967 začínají členové Společnosti prosazovat tzv. „životní vůli“ (living will). Ve své „životní vůli“ se lidé mají vyjádřit, za jakých okolností si nepřejí prodlužovat léčbu. Dnes můžeme říct, že se Společnosti tato aktivita zdařila, protože „životní vůle“ je legální ve většině států federace.

Jediným státem v USA, kde byl schválen referendem „Zákon o důstojné smrti“, je **Oregon**. Tento zákon však nikdy nevstoupil v platnost, protože federální soud měl k němu výhrady. V listopadu 1997 vyvolali odpůrci eutanázie k této otázce plebiscit, ovšem neúspěšně, plebiscit skončil poměrem 60 ku 40 ve prospěch zachování zákona o eutanázii.

Zákon stanovuje, že pacient trpící smrtelnou chorobou, který je občanem státu Oregon a který si přeje zemřít, musí svého lékaře požádat o předepsání prostředků k navození smrti jak ústně, tak písemně. Žádost musí mít dva svědky, z nichž jeden nesmí být na výsledku rozhodnutí nijak finančně zainteresován (což znamená, že nesmí být pacientovým příbuzným, nesmí mít nárok zdědit nic z jeho majetku a nesmí být v žádném vztahu k instituci, kde se pacient léčí). To má zajistit skutečnou dobrovolnost žádosti. Po první, ústní žádosti musí pacient podstoupit vyšetření u dalšího lékaře a 15 dní čekat, než dostane recept: po předložení písemné žádosti je nutné čekat na smrt alespoň 48 hodin. Aktivní eutanázie je v Oregonu výslovně zakázaná.[44]

[43] Srov. KAMENICKÁ, R. *Poslední práva člověka. Současný spor o euthanasii.* Prohlas, srpen 1997.

[44] Srov. KAMENICKÁ, R. *Poslední práva člověka. Současný spor o euthanasii.* Prohlas, srpen 1997.

3.4.3 Známé případy užití eutanázie v praxi - případ Kevorkian

Tento americký lékař, přezdívaný Dr. Smrt, je asi nejznámější postavou, která se řadu let programově zabývá tzv. plánovanou smrtí. Také česká veřejnost ho zná jako člověka, který eutanázii nejen uznává, ale také praktikuje. A to prostřednictvím zvláštního přístroje, který se nazývá Mercitron. V přesném odborném slova smyslu nabízí Kevorkian nevyléčitelně nemocným milosrdnou smrt formou asistované sebevraždy. Zatímco on ručí za metodologii a spolehlivost výkonu, umírající člověk končí svůj život nejen z vlastní svobodné vůle, ale také svojí rukou. Okolnost, že Kevorkian je vždy přítomen aktu plánované smrti, má samozřejmě vliv na klasifikaci výkonu. Asistovaná sebevražda může být interpretována jako druh eutanázie, ale klasickou aktivní eutanázií není.

Američtí lékaři neschvalují počínání Kevorkiana, kterému již před mnoha lety byla odebrána licence k výkonu lékařského povolání. Naopak mnozí příznivci z řad laiků, zejména pak někteří umírající či jejich rodiny Kevorkiana bezvýhradně obdivují a vkládají své osudy do jeho rukou. Kevorkian praktikoval asistovanou sebevraždu vždy výhradně v těch státech Spojených států amerických, kde je asistovaná sebevražda povolena nebo tolerována. Přesto se několikrát dostal do rozporu se zákonem, byl opakovaně zatčen a následně opakovaně osvobozen. Na jaře roku 1999 byl však konečně odsouzen poté, co předal soudu videozáznam závěru života člověka, kterému pomohl k bezbolestné smrti. Domníval se totiž, že vyprovokuje širokou diskuzi o eutanázii, a že docílí její legalizaci. Postup soudu, který kvalifikoval jeho čin jednoznačně jako vraždu, lze považovat z mnoha důvodů za správný. Kevorkian totiž několikrát umožnil zemřít i lidem, kteří zemřít nemuseli, neboť jejich nemoc byla sice vážná a dlouhodobá, ale postiženého bezprostředně neohrožovala na životě.

Kevorkian ale věří ve své poslání a praktickým výsledkem je, že zkonstruoval přístroj, který podle něj ukončuje život rychle, tiše a bezbolestně. Kdykoli byl Kevorkian kritizován, nebo i obžalován, hájil se mj. tím, že moderní společnost, která propaguje plánované rodičovství a honosí se zásluhami o dosažení dlouhověkosti, musí logicky přijmout také systém plánované smrti, a tím v podstatě akceptovat „záměrné ukončení lidského života přímou lidskou akcí“. Dále odmítá tvrzení, že se jako lékař prohřešuje proti Hippokratově přísaze. Uvádí, že Hippokratova přísaha zahrnuje protichůdné povinnosti, tedy zmírnit bolest a utrpení, stejně jako prodlužovat a chránit život. Podle něj nemá Hippokratova přísaha žádný reálný význam. Vzhledem k tomu, že je ochrana života stále porušována existencí liberálních interrupčních zákonů, nemá historický text žádnou váhu v debatách odpírajících člověku jeho právo na smrt. Kevorkian se dokonce domnívá, že plánovaná smrt by mohla ve svém důsledku zmírnit nedostatečnou nabídku orgánů pro transplantační programy. Podmínka

užitečnosti se vyskytuje v Kevorkianových argumentech často a odpovídá všeobecnému názoru na užitečnost věcí i lidí. Orgány zemřelých, kteří zvolili smrt pomocí Mercitronu je možné podle Kevorkiana použít buď pro transplantace nebo k lékařským pokusům.
Proti těmto možnostem využití orgánů a jeho užitečnosti lze však vznést mnohé námitky. Kevorkianovi pacienti totiž trpěli ve většině případů nádorovým onemocněním a jejich orgány jsou proto pro potřeby transplantace nevhodné. Jeho přínos je významný proto, že díky němu a jeho činnosti se problematika eutanázie otevřela širší veřejnosti a určitě také přispěl k tomu, že o tento problém se zajímá stále více lidí.[45]

3.4.4 Holandsko

Už v roce 1982 stanovila Holandská lékařská komora určitá pravidla, za kterých je možné eutanázii vykonat. Přesto ale stále platí podle Holandského trestního práva: „že připravit druhou osobu o život, i na výslovnou a vážnou žádost dotyčné osoby, je vážný zločin proti lidskému životu, trestný až dvanácti lety vězení“ Úředně byly podmínky, které se musí dodržovat při provádění eutanazie, zveřejněny jak vládou, tak Královskou holandskou lékařskou asociací v roce 1984 a znovu v roce 1987.
Provádění eutanázie je vymezeno určitými pravidly:
- musí jít o nevyléčitelně nemocného člověka
- žádost dané osoby musí být dobrovolná, uvážená a trvalá
- pacient musí trpět nesnesitelnými bolestmi, které nelze
zmírnit
- musí být konzultován nejméně ještě jeden lékař

Dá se říci, že proces aktivní eutanázie byl v Holandsku ritualizován. Od roku 1984 vytváří soudy stále liberálnější půdu, aby nemuseli být lékaři stíháni po provedení eutanázie, aniž je požadováno, aby šlo o smrtelnou chorobu. To vše se děje i přesto, že je v platnosti zákon, který považuje takové jednání za trestný čin.
„Každý případ provedené a řádně oznámené eutanázie byl předložen prokurátorovi, který rozhodl, zda zahájí nebo nezahájí trestní stíhání. Jestliže lékař doložil, že splnil předepsaná kritéria, prokurátor jej zpravidla pro trestný čin nestíhal.“ [46]

V únoru 1993 proběhla snad na celém světě tiskem zpráva, že v Holandsku došlo k

[45] Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie.* Praha: Galén 2000, 119-122.

[46] HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika.* Praha: Galén a Karolinum 1997, s.166.

uzákonění eutanázie. Ale není tomu tak úplně doslova. Vyšlo najevo, že dosavadní tolerovaná praxe našla určitý legislativní výraz, rozhodně však nelze tvrdit, že byl v Holandsku přijat zákon povolující aktivní eutanázii.

K přijetí nového zákona upravujícího provádění eutanázie došlo dne 30. listopadu 1993. Akt samotný zůstal i nadále trestným činem, avšak za jistých okolností nemuselo vůbec dojít k tomu, že by byl lékař vykonávající akt vůbec postaven před soud. Naopak, zjistilo-li se následně, že se pacient k vykonání samotného aktu předem nevyjádřil svobodně a opakovaně nebo se ani z důvodu svého zdravotního stavu nemohl takto vyjádřit, byla celá záležitost předána k přezkoumání orgánům činným v trestním řízení. Pochybil-li nebo nedodržel-li lékař zákonem stanovený postup, hrozilo mu soudní stíhání a finanční pokuta včetně trestu odnětí svobody až do dvanácti let nepodmíněně.

Uvedené zákonné opatření dále doplnil zákon schválený holandským parlamentem, který nabyl účinnosti od 1. června 1994. Nově upravil používání formuláře, jež musel lékař pečlivě vyplnit a následně předat na služebnu policie pokaždé, když provedl eutanázii, asistovanou sebevraždu nebo v případě, že se pacient sám nemohl k zamýšlenému aktu vyjádřit. Formulář obsahoval otázky rozdělené do pěti částí podle anamnézy pacientovy nemoci, pacientových žádostí o ukončení svého života, konzultací jiného lékaře, použitých prostředků a techniky k ukončení pacientova života a dotazy, zda lékař akt vykonal s exaktně vyjádřeného pacientova souhlasu. Vládou stanovený cíl minimalizovat nelegální provádění eutanázie nebyl zcela dosažen. V posledních patnácti letech se objevovaly protichůdné zprávy o provádění eutanázie v Holandsku. Podle Holanďanů samých a podle zastánců eutanázie v různých částech světa se tvrdí, že tato praxe je pod přísnou kontrolou a odehrává se s patřičnými bezpečnostními opatřeními. V protikladu k těmto zprávám se objevily další zprávy o širokém zneužívání této praxe a eutanázie se prý vymkla kontrole.

Dne 28. listopadu 2000 schválili poslanci dolní komory holandského parlamentu ve druhém čtení návrh zákona o přezkoumání průběhu aktivní pomoci při umírání a lékařského dohledu při dobrovolné smrti, 11. dubna 2001 schválila zákon horní komora (senát).

Aby mohlo být použito aktivní eutanázie, musí být splněny tyto podmínky:

- pacient trpí nezvladatelnými bolestmi (bolesti, které nelze terapeuticky zvládnout)
- o eutanázii opakovaně požádá, je nutná dvojitá lékařská kontrola pacientova zdravotního stavu
- jeho život musí být ukončen adekvátně (vhodně, přiměřeně a pod lékařským dohledem)
- o eutanázii rozhodnou nejméně dva lékaři

- pacient musí mít holandské státní příslušenství a musí být starší 16 let
- dětem od 12 do 16 let může být aplikována eutanázie za souhlasu rodičů
- každá aplikace musí být hlášena státní komisi, složené z lékaře, právníka a etika

Nový zákon předpokládá vznik, a dále upřesňuje povinnosti a pravomoci, celkem 5 regionálních komisí pro revizi jednotlivých případů eutanázie nebo asistované sebevraždy. Komise v případě porušení zákona na tuto skutečnost upozorní státního zástupce.

Uvedený zákon posouvá již hranice provádění eutanázie k výrazu „legalizace“, navzdory tomu, že již ve své úvodní části opětovně deklaruje trestní odpovědnost při poskytnutí aktivní pomoci při sebevraždě nebo umírání druhé osoby. Prakticky totiž, nejenom že za předpokladu dodržení zákonných podmínek ustavuje trestní bezúhonnost osob, které ji provádí, ale dále uznává jistou oprávněnost pro její vykonávání.

3.4 5 Belgie

Belgické království se stalo dne 16. května 2002 další zemí, která následovala holandského příkladu. Zákon přešel v platnost dne 23. 9. 2002.[47] Diskuze na půdě belgického parlamentu trvaly 17 měsíců a na jejich konci byla přijata nová právní úprava připouštějící za určitých, přesně specifikovaných okolností, provedení eutanázie. Zákon odsouhlasila belgická poslanecká sněmovna díky shodě v široké vládní koalici a vlastně tak nastala obdobná situace jako v Holandsku. Vykonání aktu eutanázie se ale v porovnání s praxí v Holandsku řídí přísnějšími podmínkami. K hlavním podmínkám například opět patří, že pacient musí být plnoletý, příčetný a při plném vědomí, situace se musí jevit z lékařského hlediska bezvýchodnou, pacient musí trpět nezvladatelnými fyzickými nebo psychickými bolestmi, žádost o svoji smrt musí formulovat písemně a svobodně. Za určitých okolností ovšem zákon počítá i s poskytnutím eutanázie osobám, které dovršily věku alespoň 15 let. Lékařům dále následně vyvstávají s poskytnutím takového výkonu povinnosti v rozsahu odpovídajícímu holandské legislativě.

[47] Srov. DOLISTA, J., VURM, V. *Vybrané kapitoly z bioetiky*. České Budějovice 2004, s. 54.

3.5 Eutanázie v České republice

V Československu, v období první republiky, byly v roce 1926 a 1937 podány návrhy týkající se eutanázie, přičemž ten první z roku 1926 předpokládal jednak usmrcení na žádost, kdy umožňuje snížení trestu tomu, kdo spáchal čin podléhající mimořádnému nátlaku nebo v přechodném omluvitelném mimořádném stavu, a jednak usmrcení ze soucitu, kdy může soud trest mimořádně zmírnit nebo od potrestání upustit v případě, usmrtil-li viník úmyslně jiného ze soucitu, aby uspíšil jeho neodvratnou smrt. Podle návrhu z roku 1937, kdo usmrtil někoho na jeho žádost, aby urychlil jeho neodvratnou smrt a osvobodil ho od krutých bolestí, proti kterým není trvalé pomoci, se měl stíhat za přečin, a ne za trestný čin. Tento návrh se však nakonec ve znění zákona neobjevil.[48]

Za éry socialismu je československé písemnictví, co se týká eutanázie, poměrně skromné. A z toho, co bylo napsáno, vyplývá, že tišení krutých bolestí a neprodlužování agónie v terminálním stádiu, i kdyby to vedlo ke zkrácení života, není v rozporu s medicínskou etikou ani právem.

V květnu 1996 zveřejnily snad všechny deníky v České republice zprávu, že tehdejší ministr spravedlnosti Jiří Novák (ODS) se chce zabývat otázkou eutanázie a to v její prospěch. Postupně byly podány asi tři návrhy. První varianta předpokládala ponechání klasifikace takového aktu jako trestný čin se všemi důsledky z toho plynoucími. Druhá varianta naopak předpokládala úpravu legislativy podle holandského příkladu a podle třetí varianty by se provedení eutanázie považovalo za trestný čin, ale za jistých okolností by mohl být pachatel odsouzen k mírnějšímu trestu nežli k odnětí svobody na jeden rok až pět let.[49]

Samozřejmě, že po zveřejnění těchto zpráv se rozvířila okamžitá diskuze o eutanázii. K této otázce se vyjadřovali lékaři, politici, právníci, církev... Reakce české společnosti byla ale naneštěstí vedená spíš v emocionálním duchu a bez dostatečné časové rezervy nutné na přípravu k odborné diskusi na tak náročné téma. Nakonec se tehdejšímu ministru spravedlnosti J. Novákovi nepodařilo prosadit varianty návrhu předpokládající jistý legislativní posun na stranu eutanázie. V České republice tak zůstaly všechny formy eutanázie i asistovaná sebevražda trestným činem.[50]

---

[48] Srov. http://zakony.idnes.cz/eutanazie-v-pravnim-radu-cr-dfn ze dne 18.2.2007.

[49] Srov. HAŠKOVCOVÁ, H.: *Eutanázie v České republice*. Medica Revue, 1996, č.9, s.30.

[50] Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie.* Praha: Galén 2000, s.111.

Znovuotevření otázky trestní odpovědnosti eutanázie nastalo dne 21.7.2004, kdy předložila vláda sněmovně nové znění trestního zákoníku jako jedné z klíčových právních norem trestního práva hmotného v České republice. Mezi řadou novot v něm obsažených vzbudilo značnou odezvu jak mezi odbornou, tak laickou veřejností právě téma eutanázie, resp. otázka jejího případného trestněprávního postihu.[51]

Problematika eutanázie by tak byla poprvé zaznamenána ve sbírce zákonů ČR, a měl se jí přímo týkat § 118 zákonného návrhu jako tzv. usmrcení na žádost, jenž je obsaženo v hlavě I zvláštní části návrhu zákona „Trestné činy proti životu a zdraví" v dílu 1 „Trestné činy proti životu". Tímto ustanovením by tak bylo poprvé výslovně řečeno, že eutanázie jako usmrcení na žádost je trestný čin se všemi důsledky z toho plynoucími. Navrhované znění § 118 bylo následující:

1. Kdo ze soucitu usmrtí nevyléčitelně nemocnou osobu, která trpí somatickou nemocí, na její vážně míněnou a naléhavou žádost, bude potrestán odnětím svobody až na šest let.
2. Vážně míněnou a naléhavou žádostí se rozumí svobodný a určitý projev vůle osoby starší osmnácti let, která není zbavena ani omezena ve způsobilosti k právním úkonům a není stižena duševní poruchou, jednoznačně a důrazně směřující k jejímu vlastnímu usmrcení.[52]

Nový trestní zákoník, jehož součástí trestní postižitelnost eutanázie byla, však poté, co byl schválen Poslaneckou sněmovnou (v říjnu 2005), nenabyl právní moci, neboť jej Senát vetoval. Po tomto navrácení zákoníku do Poslanecké sněmovny nebyl schválen ani zde (březen 2006).[53]

Ještě letos se by se však na stolech poslanců měl opět objevit návrh nového trestního zákona. Slíbil to ministr spravedlnosti Jiří Pospíšil (ODS), jenž se tak vrací k úloze, kterou minulý parlament po dvou letech ostrých diskusí nezavršil.

3.6 Proč je eutanázie v dnešní době tak aktuální?

Jedním z důvodů, proč se téma eutanázie dostává stále víc do popředí zájmu, je postupné odklánění se jednotlivých zemí od tradičních náboženských hodnot. Jednou z hlavních náboženských hodnot byl důraz na duchovní povahu lidského života. Částečně byla

[51] http://zakony.idnes.cz/eutanazie-v-pravnim-radu-cr-dfn ze dne 18.2.2007.

[52] http://zakony.idnes.cz/eutanazie-v-pravnim-radu-cr-dfn ze dne 18.2.2007.

[53] Srov. http://www.novinky.cz/domaci/poslanci-smetli-ze-stolu-novy-trestni-zakonik ze dne 23.2.2007.

náboženství nahrazena různými nenáboženskými etickými koncepcemi. Ve většině z nich život ztrácí svou všeobecně přijímanou trvalou hodnotu. Smrt již není životní událostí, jíž je třeba se postavit tváří v tvář a na kterou je nutné se připravit. Cenná životní schopnost, umožňující lidem účinně se vyrovnávat se smrtí, se stává vzácnější.

K dnešní aktuálnosti problému přispěl i rozvoj medicíny, která postupně umožňuje prodlužování života. Možnosti moderní medicíny, zejména resuscitace, transplantologie, porodnictví a gerontologie, skutečně dokázaly odsunout hranice smrti daleko za meze dříve předpokládané, mnohdy ovšem za cenu velice náročných procedur způsobujících velká utrpení. Způsobíme-li, že hodnota prodlouženého života poklesne na nepřijatelnou hranici, příliš často si až pozdě uvědomíme, že by bylo lepší těchto metod vůbec nepoužít, anebo s nimi přestat dříve. Při omezených vědeckých znalostech není možné tento problém úplně překonat.

Dalším problémem lékařství 20. století je tzv. odosobněná nebo dehumanizovaná medicína. Mluví se o „odlidštěné“ nemoci, „odlidštěném“ umírání, „odlidštěné“ smrti. Technicky vyspělá medicína má nepochybně své úspěchy, její negativní stránkou je však ztráta lidské dimenze pomoci. V tomto století a hlavně po druhé světové válce je dominantní technická orientace a studium filozofie je značně zúženo. Volalo se proto po změně a také po reorganizaci vzdělávacích systémů středoškolských i univerzitních. Do výuky se opět zavádí dříve zanedbávané humanitní disciplíny jako filozofie, lékařská etika.

V posledních letech se již lékařství mění a mění se i poslání, funkce a role lékaře. Klinická medicína se dále technizuje, ale současně se také psychologizuje a sociologizuje. Dobrý lékař musí být i dobrým psychologem a to tím spíše dnes, kdy vědeckotechnická revoluce právem vstupuje i do medicíny a rozhodujícím způsobem ovlivňuje její další pozitivní vývoj.

Na lékaře se nesmíme dívat jako na toho, který rozumí jen přístrojům, a ne svému nemocnému. Pro lékaře současnosti a budoucnosti je jednou z nejdůležitějších oblastí psychologická pomoc. Důvody, proč totiž pacienti žádají o urychlení smrti, jsou nejen bolest a utrpení, ale také samota, pocit odcizení, nepotřebnosti. A dobrý psycholog by měl být jeden z těch, který dodá pacientovi smysl života, i když omezeného, i v posledních chvílích.

Studentům medicíny i lékařům se stále zdůrazňuje, že je třeba být s pacientem ve stálém kontaktu a dialogu.

Na zájem o problematiku eutanázie mají vliv i sdělovací prostředky, které poskytují nové informace a podněcují diskuzi o problematických otázkách. Jedná-li se však o věc tak složitou, jako je eutanázie, sdělovací prostředky o ní nutně pojednávají povrchně. Jsou omezeny časem i prostorem, některé informace je těžké pochopit, etické aspekty nelze vyřešit

a nelze vytvořit podklady pro široké pole názorů. Názory vycházejí často z neznalosti a výsledkem bývá nový zmatek.

3.7 Nejčastější příčiny žádosti o eutanázii

V této kapitole se budu zabývat pouze pacienty, kteří jsou schopni žádat eutanázii. Nepůjde tedy o ty nemocné, kteří nejsou schopni za sebe zodpovídat (patří sem postižení novorozenci, malé děti, pacienti v kómatu, mentálně postižení atd.).

Především je důležité uvědomit si, že dlouhodobá nebo nevyléčitelná nemoc obvykle mění dosavadní způsob života člověka a s tím souvisí i změna uvažování a změna základní hierarchie hodnot nemocného.

Někteří nemocní nejsou schopni adaptace na složitou životní situaci a tím, že žádají o eutanázii, vlastně odmítají život s nemocí. Jsou neochotní, neschopni přijmout omezený, pro ně „bezcenný“ život za svůj. Proč tomu tak ale je?

O pomoc při usmrcení prosí většinou ti pacienti, kteří jsou zanedbáváni, odloučeni či opuštěni a není jim v jejich krizi poskytnuta přiměřená lékařská, citová či duchovní pomoc. Takoví pacienti si připadají velmi osamělí a mají pocit, že je nikdo nepotřebuje, že nikomu nezáleží na tom, zda jsou ještě naživu a trpí pocitem, že už vlastně nejsou vůbec k ničemu. Tito pacienti se obvykle dostanou do stadia rezignace a skutečně už nechtějí dál žít, protože jejich život už nemá žádný účel ani smysl.

V podmínkách moderní medicíny není problém se do takové situace dostat. Umírání a smrt, a to hlavně starých lidí, jsou v současné době neúměrně institucionalizovány. Lidé umírají v nemocnicích, ústavech. Doprovod při konci života dělají člověku místo jeho nejbližších cizí profesionálové. Profesionality je potřeba, ale nesmí vytlačit potřebnou empatii.

Důvodem k tomu, že zoufalý člověk žádá eutanázii, může být i nesnesitelná fyzická bolest. Pravdou je, že velká část nemocných s bolestmi je nedostatečně léčena. Příčin je mnoho: lékař, který nevěří, že nemocného něco bolí, neochota předepsat lék, obava nemocného lék vzít. Východiskem tedy může být zlepšená spolupráce mezi lékaři a jejich pacienty a větší důraz na vzdělávání lékařů v oblasti léčení bolesti. Pokud se tyto skutečnosti změní, určitě také poklesne počet žádostí o sebevraždu za asistence lékaře.

Přání zemřít může být spojeno také se strachem ze ztráty kontroly nad sebou samým. Nemocní mají strach ze ztráty samostatnosti, z toho, že už nebudou schopni se o sebe postarat, že ztratí svou lidskou důstojnost. Chtějí být stále vládci nad vlastním osudem, chtějí kontrolovat svůj život až do poslední chvíle a odejít včas, dříve než začnou být na obtíž sobě i svému okolí.

Nemocní v terminálním stavu trpí často depresemi a úzkostnými stavy. A právě deprese ze ztráty smyslu života, z nevyřešených otázek důležitých pro život, může vést k žádosti o eutanázii.

Ve všech těchto případech se pacient ocitá v takřka beznadějné situaci, kdy jediným možným východiskem by pro něj mohla být eutanázie. Proto je nesmírně důležité dát mu alespoň nějakou naději. Naděje totiž pomáhá překonávat týdny i měsíce utrpení. Pacient musí mít naději, když ne na úplné uzdravení, tak alespoň na zlepšení zdravotního stavu.

3.8 Eutanázie a role lékaře

Hovoří-li se o eutanázii, téměř vždy se předpokládá, že by ji měl vykonávat lékař. Důvody jsou takové, že lékař je ten, kdo může poskytnout smrt co nejprofesionálněji, nejpřijatelněji. Zná také pacienta nejlépe po fyzické a duševní stránce. A když si smrt přeje pacient i jeho příbuzní, žádají právě lékaře, aby smrt poskytl. Proč? Ze strany pacienta, je asi hlavním důvodem strach, že by pokus o sebevraždu mohl přežít. Příbuzní či blízcí zase zřejmě nechtějí převzít zodpovědnost za tento čin a brání jim i svědomí. To ale není dostatečný důvod, aby poskytoval pacientovi usmrcení.

„Lékařovo počínání, nebo lépe utváření vztahu nemocného a lékaře, má být zacíleno na smysl celé medicíny. Vztah totiž musí být „léčebný“. Jeho dlouhodobým cílem je zdraví, krátkodobějším pak léčba a péče se zmírňováním potíží a nejbližším a okamžitým cílem je technicky správné a mravně dobré rozhodnutí o postupu u jednotlivého pacienta. A jelikož se jedná o vztah asymetrický mezi zranitelným nemocným a lékařem, jemuž je tento nemocný svěřen a jemuž důvěřuje, musí být rozhodování lékaře tím spíše podřízeno jasným zásadám lékařské mravnosti. V případě umírajícího nemocného je jasné, že nelze uvažovat ani o uzdravení ani o vyléčení. Vždy však zbývá mravně dobré rozhodnutí pro kvalitní paliativní léčbu a péči při respektování a ošetřování všech dimenzí člověka. Nemocní v konečném

období choroby jsou velmi zranitelní snadno přijímají jakékoli nápady jiných, o nápadech lékařů, jimž často bezmezně důvěřují, ani nemluvě.“ [54]

Pokud pacient požádá svého ošetřujícího lékaře o provedení eutanázie, není to jistě důvodem, aby to lékař učinil. Lékař je totiž plně odpovědný za to, co koná a není povinný, aby vyhověl každé žádosti pacienta. Navíc je lékař autonomní bytostí a vykonáváním činů, které jsou v protikladu jeho lékařského povolání by mohlo vést k narušení i celkové integrity jeho osobnosti. Odpovědností lékaře také je uvědomění, že to, jak jedná, má vliv na vývoj jeho osobnosti. Pokud by se odhodlal k vykonávání eutanázie, musí se to nutně projevit i na jeho charakteru a ve vztahu k následujícím pacientům.

Rizika a následky, které by vyplývaly z toho, že lékař je vykonavatelem eutanázie, shrnula M. Munzarová[55] do tří bodů:

1. Lékař musí vnímat, že každý, kdo mu jako pacient přijde do cesty, má svou nezrušitelnou hodnotu. Jak bychom si jinak mohli být jisti, že jej nebude nějakým způsobem zneužívat a že jej bude patřičně a zodpovědně léčit?
2. Nemocní jsou, díky svému stavu, zranitelní. Vědomí, že lékař nebude uvažovat i o možnosti zabití, je absolutní nutností. Jinak by samozřejmě byla důvěra v lékaře a lékařskou profesi vůbec infikována zcela přirozenými nejistotami a strachy a časem by vymizela úplně.
3. Zákaz zabíjení je naprosto nutnou podmínkou ke kreativnímu rozvoji a k podpoře zcela jiného přístupu k umírajícím a trpícím: k dokonalé paliativní a hospicové péči.

V souvislosti s rolí lékaře a vykonáváním eutanázie je také předmětem častých diskuzí rozdíl mezi „necháním zemřít“ a zabitím, tedy aktivní eutanázií. Střetávají se dva názory: jedni tvrdí, že pokud nepodáme nemocnému ve stavu umírání léky, které by zřejmě vedly k prodloužení jeho života, pak zemře. Když mu podáme smrtící látku a tím ukončíme jeho život, zemře také. Smrt je pak tedy výsledkem obou postupů a konečný efekt je stejný. Vůči tomuto tvrzení lze však nalézt značné množství argumentů, které zastávají příznivci opačného názoru. Tyto argumenty jsou následující:

Na úrovni příčinnosti při „nechání zemřít“ pacient umírá v důsledku choroby a nikoli v důsledku zásahu lékaře. V případě eutanázie je zabit a umírá díky rozhodnutí jiné osoby, i když je toto rozhodnutí ovlivněno jeho vlastním přáním. Špatná diagnóza nebo zájmy jiných osob zde mohou vést ke katastrofálním důsledkům. Při nechání zemřít zemře jen člověk umírající, při zabíjení každý, ať zdravý nebo nemocný.

[54] MUNZAROVÁ, M. *Eutanazie, nebo paliativní péče?* Praha: Grada Publishing 2005, s.42-43.

[55] Srov. MUNZAROVÁ, M. *Eutanazie, nebo paliativní péče?* Praha: Grada Publishing 2005, s.42-43.

Na úrovni úmyslu se v případě „nechání zemřít“ jedná o respekt ke stavu umírání, k přechodu ze života ke smrti, kterému je rovněž třeba poskytnout čas a prostor. Úmyslem v případě zabití je okamžitá smrt člověka.

Na úrovni motivace „při nechání zemřít“ se jedná o přijetí omezenosti života pacienta a rovněž přijetí omezenosti možností, jak zasahovat. Na druhé straně zabíjení je pokračováním v neadekvátních zásazích se zcela jiným vyústěním, uplatnění poslední moci nad životem a smrtí. I tehdy, je – li lékař motivován humanistickými představami, dochází k jeho vlastnímu rozštěpení: na jedné straně zabíjí a na druhé straně chce nemocnému pomoci v jeho psychických těžkostech. I nemocného tím štěpí v jeho celosti – výsledkem je jen mrtvé tělo bez života, destrukce jedince, která je v naprostém protikladu k základní pozitivní motivaci vůči nemocnému.[56]

3.9 Eutanázie ano či ne?

3.9.1 Argumenty pro povolení euzanázie

„Reprezentanti jednoznačného ano se odvolávají především na humanitu a domnívají se, že jedině eutanázie je uchrání před nesnesitelnými bolestmi a krutým umíráním. Věří také, že trpící člověk je schopen odpovědně a nezvratně posoudit svou situaci a že jeho vůle zemřít je vrcholným projevem práva na sebeurčení . Jsou rovněž nezvratně přesvědčeni, že nemůže dojít k zneužití, protože lékaři jsou schopni stanovit takové podmínky, které vylučují účelovou a nežádoucí manipulaci.“ [57]

Současná společnost, pro kterou je typický kult mládí, krásy, síly a úspěchu, má tendenci vidět určitá celospolečenská témata ve značně zjednodušené podobě. Proto také spousta lidí a zastánců eutanázie považuje tento milosrdný akt usmrcení za humánní prostředek, jímž vyřeší strádání umírajícího člověka, ale také se zároveň zbaví náročné povinnosti péče o něj. Tito obhájci eutanázie argumentují tím, že chtějí milosrdenství nikoli pro sebe, ale pro druhé, a jde jim o zachování kvality života.

Josef Dolista k tomu však říká: „Argument o kvalitě života, který má ospravedlnit eutanázii, je ve svých nevyhnutelných důsledcích velice závažný pro život společnosti. Předpokládá totiž, že skupina lidí si osvojuje právo posuzovat hodnotu života těch ostatních.

[56] Srov. MUNZAROVÁ, M. *Eutanazie, nebo paliativní péče?* Praha: Grada Publishing 2005, s.42-43.

[57] HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie.* Praha: Galén 2000, s.114-115.

Jejich negativní posudek o hodnotě života není jen výrazem pohrdání, ale je prakticky rozsudkem smrti. I když chtějí mnozí tuto otázku omezit na případy, kdy pacient ztratil vědomí a nevyhnutelně jde vstříc smrti, zůstává to přece jen soudem nad naším životem a osobováním si práva na provedení eutanázie na základě tohoto soudu. Lze si lehce představit, že zprvu úzce stanovenou hranici by bylo možno lehce překračovat.“ [58]

Jak již bylo uvedeno, k hlavním argumentům, kterými se ospravedlňuje eutanázie, patří snaha milosrdně zbavit člověka utrpení. Nepochybně většinu hlasatelů eutanázie k tomu vede upřímný soucit. Zastánci eutanázie chtějí dát průchod lidským právům, zvláště právu na respektování osobní autonomie, respektování práva zemřít, práva na soukromí. Argumentuje se i regulací nákladů na zdravotní péči. Ti, kteří zákon na schválení eutanázie prosazují, chtějí poskytnout člověku poslední pomoc, když selžou všechny jiné naděje, ale usilují tímto zákonem i zabránit každému možnému zneužití eutanázie.

Argumenty zastánců eutanázie jsou však často napadány a vyvráceny ze strany odpůrců. Například právo na osobní autonomii může být zpochybněno z více důvodů. Jedním z nich je to, že nemůže být autonomní žádat o usmrcení, pokud neexistuje dohodnuté právo být na žádost usmrcen. Kromě toho eutanázie závisí vždycky i na autonomii toho, kdo ji poskytne.

Pod právem zemřít si zastánci eutanázie představují také něco jiného, než to, co je zakotveno v lékařské etice. V ní se totiž toto právo vztahuje k právu člověka na patřičnou péči, když umírá. To znamená, že lidem by se mělo dovolit zemřít, když umírají a když je v jejich zájmu zemřít. Mělo by jim být poskytnuto veškeré nutné pohodlí a jejich umírání by se nemělo zbytečně prodlužovat a zdržovat. Zastánci eutanázie si však právo zemřít vykládají ve významu práva být usmrcen na požádání a ve významu práva druhé osoby usmrtit, je-li o to požádaná. Taková práva však neexistují.

Mnozí zastánci eutanázie se odvolávají také na interpretaci Darwinovy teorii o přežití silnějších jedinců na úkor těch slabších a méně zdatnějších. Tato teorie sice sloužila jako model k porozumění vývoje lidské společnosti, nebyla však autorem určena pro realizaci a rozšíření v současném civilizovaném světě.[59]

Hlavní oponenty vidí zastánci eutanázie v církvích, zvláště pak v katolické církvi. Je však všeobecně známé, že k eutanázii se staví negativně i ostatní významné náboženské systémy

[58] DOLISTA, J., VURM, V. *Vybrané kapitoly z bioetiky*. České Budějovice 2004, s.49.

[59] Srov. DOLISTA, J., VURM, V. *Vybrané kapitoly z bioetiky*. České Budějovice 2004, s.49.

(judaismus, islám, hinduismus), i když to může být z rozdílných důvodů. Evidentní ale je, že jejich argumenty a postoje v této otázce spolu úzce souvisejí.

3.9.2 Argumenty proti povolení eutanázie

Předně je důležité si uvědomit, že ať už je eutanázie zdůvodňována jakkoliv, vždycky je v sázce lidský život. Jde o záměrné usmrcení nevinného člověka, který neznamená pro nikoho nějakou hrozbu. To je tedy asi hlavní důvod, proč eutanázii neschválit, zdaleka však ne poslední.

Jistý vliv na odmítnutí eutanázie má určitě náboženská tradice, která se opírá o nedotknutelnost a posvátnost života. Věřící lidé se sice domnívají, že člověk je pánem svého života, resp. rozhoduje se v něm svobodně a v souhlase se svou vírou, ale nemá právo rozhodovat „mimo něj“, resp. „nad něj“. Život je dar Boží a Bůh rozhoduje právě tak o životě jako o smrti. Stanovisko věřících je kategoricky negativní, ale i při absenci víry se mnozí kloní k názoru, že člověk dost dobře nemohl chtít aby byl, a tudíž také nemůže chtít, aby nebyl. Tímto způsobem je možné zpochybnit a možná i vyvrátit jeden z nejdůležitějších argumentů zastánců eutanázie, právo na sebeurčení či právo zemřít.

Teorie, že člověk se může rozhodnout ve věci svého života, resp. své smrti svobodně, je často iluzorní. Žádost nemocného o eutanázii by měla být dobře uvážená, přesvědčivá, trvalá a neměnná. Každý, kdo uvažuje o milosrdné smrti, tak činí pod tíhou své aktuální situace, která je určena právě velmi závažným stavem. V této souvislosti je pak žádost o eutanázii spíše zoufalým voláním o pomoc za účelem větší pozornosti a účinnější pomoci. Lidé v konečné fázi svého života potřebují laskavou péči více, než kdykoli předtím. A určitě bude žádat o eutanázii v daleko menší míře člověk, který cítí podporu personálu a svých blízkých, než někdo, kdo umírá opuštěný a bez jakékoli pozornosti.

Mohou také nastat situace, kdy umírající člověk není schopen rozhodnout nebo dát najevo, jakým způsobem by s ním mělo být naloženo v případě, že se ocitne v kritickém nebo zdánlivě beznadějném stavu.

„V některých zemích se proto používá zvláštní formy pro vyjádření svobodné vůle, tzv. **living will** (doslovně živá vůle). Jedná se o písemné vyjádření vůle nemocného, a to do budoucnosti pro případ, kdy pacient nebude pro závažnost stavu schopen ani posoudit svou situaci, verbalizovat svá přání. Zavedení living will se váže k lidským právům, zejména k právu na sebeurčení. To bývá interpretováno tak, že člověk má právo určovat aktuálně i do budoucna své záměry a mít vždy svůj osud pod kontrolou. Postupně se ale ukazuje,

že strategie living will není obecně použitelná. Jinak totiž lidé uvažují, „kdyby se stalo“, a jinak, „když se stane“. Je známo, že i ti lidé, kteří byli radikálními zastánci eutanázie, zmírňují nebo zcela mění svůj názor v době vážné nemoci a bojují doslova a do písmene o každý příští den. Velmi mnoho lékařů také uvádí, že se s jasnou žádostí o eutanázii setkali výjimečně, nebo vůbec ne.“ [60]

Když se v souvislosti s prováděním eutanázie hovoří o autonomii umírajícího, určitě musí být brán ohled také na autonomii toho, kdo eutanázii provádí. Tedy lékaře. Nejenže by to jeho autonomii značně omezovalo, ale mělo by to za následek, že odpovědnost umírajícího za svůj život by byla přenášena na lékaře. Z hlediska filozofického i praktického je však základním problémem, zda kterýkoli člověk má právo žádat od kteréhokoli člověka, aby vykonal tak závažný čin. Provádění eutanázie by mělo pro lékaře i další neblahé důsledky. Lékařské povolání má za úkol nemocné léčit a život svých pacientů chránit. Tím, že by lékaři eutanázii prováděli, získalo by jejich povolání úplně opačný rozměr. Navíc by vzniklo riziko narušení důvěry veřejnosti k lékařům. Při uznání práva na eutanázii si totiž pacient nemůže být jist, 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“.

Jedním z nejčastějších a nejdůležitějších argumentů, kterým zastánci eutanázie zdůvodňují nutnost její legalizace, je ulehčení lidem v situacích, kdy trpí nesnesitelnými bolestmi. Tento argument bychom však v dnešní době mohli s trochou nadsázky označit jako mýtus. Léčba bolesti v minulých letech udělala značný pokrok. Důkazem toho je i vznik paliativní medicíny jako lékařského oboru, jehož hlavním cílem je právě léčba bolesti. Výzkumy bylo navíc dokázáno, že téměř každá bolest lze pokud ne úplně, tak alespoň částečně korigovat. Farmaceutické firmy vyvíjí stále nové prostředky k tišení bolesti a je proto možná jen otázkou času, kdy bude možné každou bolest pomocí léků ovlivnit na přijatelnou míru.

Dalším důvodem proti legalizaci eutanázie je obtížnost zaručit dané osobě, že bude moci svobodně vyslovit, nebo odmítnout souhlas. I jemná forma nátlaku totiž může ovlivnit rozhodnutí umírajícího, jehož emocionální situace není příliš stabilní a běžně se u něj prolínají pocity zmatku, hněvu, deprese, odporu, úzkosti, strachu, neporozumění a zbytečnosti.

Důležitým momentem, tím že se do dění dostává další osoba, je motivace této druhé osoby, její záměry, stav mysli, bezúhonnost a dobrá vůle. Pokud by šlo o lékaře, záleželo by na jeho profesionálních schopnostech. O eutanázii by totiž mohl být požádán lékař, který neposkytl, nebo nevěděl, jak poskytnout pomoc. Dovolit pak tomuto lékaři usmrcovat nebo

[60] HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie.* Praha: Galén 2000, s.116.

asistovat při sebevraždě by mu mohlo dávat možnost první chybu umocnit zlikvidováním pacienta.

K nejsilnějším argumentům patří možnost zneužití a to jak ze strany medicíny, tak ze strany „dobrých příbuzných“. Vzniklo by totiž obrovské riziko, že pomocí eutanázie by šlo provádět nejen majetkem motivované poskytnutí „dobré“ smrti, ale i rasově či nábožensky podložené vyhlazování, jak jsme se již v minulosti bohužel přesvědčili.

Ke zneužití eutanázie vedou i ekonomické důvody. Smrt je totiž levnější než léčba a tak není nijak obtížné si představit, že by zdravotní pojišťovny a společnosti zajišťující pečovatelskou službu raději platily za smrtící barbituráty než za léky, které pouze tiší bolest.

Po legalizaci eutanázie by také mohla nastat situace, že by se společnost tímto způsobem začala zbavovat lidí, o které by se nedokázala, nebo nechtěla postarat. „Uzákonění eutanázie by bylo pro slabé rodiny institucionalizovaným pokusem, jak dát obtížným členům rodiny najevo, že už by byl čas, aby zmizeli ze scény života. Kdyby se stala eutanázie zákonným právem, i když za omezených podmínek, neznamenalo by to nic menšího, než výslovnou, nebo implicitní výzvu těžce nemocným a starým lidem, aby vážně uvážili, zda by neměli požádat o „službu eutanázie. To by jen posílilo již tak nebezpečný trend obklopit tyto lidi sociální smrtí. Stát by je opustil. Uzákonění eutanázie by ještě zvýšilo nebezpečí sebevraždy u těch lidí, jimž se slovy nebo jinak říká, že jsou přítěží pro druhé i pro společnost.“ [61]

I když některé názory zastánců eutanázie zní logicky, uzákonění by mohlo mít pro celou společnost nebezpečné morální, právní a sociální důsledky. Kromě toho by se eutanázie týkala každého občana. Bylo-li by povoleno, aby se nevinnému člověku legálně vzal život, protože ztratil svou hodnotu, došlo by k tomu, že principy, které dnes chrání život každého nevinného člověka, by byly zrušeny.

[61] DOLISTA, J., VURM, V. *Vybrané kapitoly z bioetiky*. České Budějovice 2004, s.50-51.

4. PALIATIVNÍ PÉČE A HOSPIC

Existence nesnesitelné bolesti, ať již fyzické nebo psychické, bývá dominantní podmínkou pro případnou eutanázii. V souvislosti s léčbou bolesti jsou nejčastěji uváděny pojmy paliativní medicína, paliativní péče, hospic a hospicová péče. Vzhledem k tomu, že často dochází k záměně významu těchto pojmů, které spolu úzce souvisí, nejprve se pokusím tyto pojmy vysvětlit.

4.1 Vymezení pojmů

Hospic etymologicky znamená nejen budovu, ale i koncepci péče pro umírající lidi – myšlenka hospice vychází z úcty k člověku jako jedinečné a neopakovatelné bytosti a z potřeb pacientů: biologických, psychických, sociálních a spirituálních. Ctí osobnost nemocného, jeho individuální právo rozhodnout se. Hospic je alternativním řešením vedle klasické léčby. V zásadě jde o to respektovat přání pacienta. V hospici jde o doprovázení smrtelně nemocného a jeho blízkých obtížným úsekem života. Hospic poskytuje pacientovi paliativní, především symptomatickou léčbu. Cílem není uzdravení, ale také nebere naději. Neslibuje vyléčení, ale slibuje léčitelnost.

Pacient v hospici má jistotu, že:

- nebude trpět nesnesitelnou bolestí
- za všech okolností bude respektována jeho lidská důstojnost
- v posledních chvílích života nezůstane osamocen

V hospici tedy nejde o prodloužení života, ale o jeho slušnou kvalitu až do konce.[62]

Hospicová péče je forma paliativní péče, kterou tvoří souhrn lékařských, ošetřovatelských a rehabilitačně-ošetřovatelských činností Tyto činnosti jsou poskytovány preterminálně a terminálně nemocným, u kterých byly vyčerpány možnosti kauzální léčby, ale pokračuje léčba symptomatická s cílem minimalizovat bolest a zmírnit všechny obtíže vyplývající ze základní diagnózy i jejich komplikací.[63]

[62] Srov. VORLÍČEK, J. A KOL. *Paliativní medicína.* Praha: Grada Publishing 2004, s.511.

[63] Srov. www.hospice.cz/hospice1/seznamy.

Paliativní medicína je vědní obor, který představuje ucelený systém, který se zabývá celkovou léčbou a péči o nemocné, jejichž nemoc nereaguje na kurativní léčbu. Léčí příznaky, symptomy nemoci, kde není možné odstranit, vyléčit jejich příčinu. Nejdůležitější je léčba bolesti a cílem je dosažení co nejlepší kvality života nemocných a jejich rodin.[64]

V odborné literatuře se můžeme setkat s celou řadou definic paliativní péče, jejichž obsah se více či méně překrývá. Podle Světové zdravotnické organizace je **paliativní péče** „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.“ [65]

Jak z definice vyplývá, důraz je kladen na celkový přístup k nemocnému i k jeho rodině. Tím, že kurativní péče ustupuje do pozadí, pomoc je zaměřena na jiné formy pomoci – sociální, duševní i duchovní. Postupy mohou být v závislosti na stavu nemocného měněny, třeba i na léčbu kurativní, pokud dojde k příznivému zvratu ve vývoji nemoci.

Novější definice WHO (2002) klade větší důraz na prevenci utrpení: „Paliativní péče je takový přístup, který zlepšuje kvalitu života nemocných a jejich rodin a který čelí problémům spojeným s život ohrožujícími chorobami pomocí prevence a úlevy utrpení, a to jeho časným zjištěním, dokonalým zhodnocením a léčbou bolesti a ostatních problémů fyzických, psychosociálních a spirituálních“. Jako dodatek k nové definici vytyčuje základní principy paliativní péče :

1. Zajišťuje úlevu od bolesti a jiných symptomů.
2. Přisvědčuje životu a dívá se na umírání jako na normální proces.
3. Nemá v úmyslu ani urychlit ani odsunovat smrt.
4. Integruje do péče pacienta i psychologické a spirituální aspekty.
5. Nabízí takové uspořádání podpory, které pomůže nemocným, aby žili tak aktivně, jak je to jen možné, až do smrti.
6. Nabízí takové uspořádání podpory, které pomůže rodině vyrovnávat se s chorobou pacienta a se svým vlastním zármutkem.
7. Používá týmový přístup v řešení potřeb nemocných a jejich rodin, včetně poradenství v případě truchlení, je – li to indikováno.

[64] Srov. www.hospice.cz/hospice1/paliativ.html.

[65] HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie.* Praha: Galén 2000, s.34-35.

8. Snaží se o zlepšení kvality života a může taká pozitivně ovlivnit průběh choroby.
9. Je aplikovatelná již v časných fázích choroby v propojení se škálou jiných léčebných postupů, které mají za cíl prodlužovat život, jako je chemoterapie a radioterapie, a zahrnuje taková zkoumání, která jsou potřebná k lepšímu pochopení a zvládání nebezpečných klinických komplikací.[66]

Skutečnosti označované slovy paliativní či hospicový se často překrývají. Obě adjektiva bývají často používána jako synonyma. Používáním některého z nich se může zdůraznit určitý speciální aspekt. U paliativní péče spíše ten medicínský, u hospicového programu někdy naopak ten psychosociální či spirituální. A to i přesto, že paliativní péče v sobě obsahuje i psycho-socio-spirituální komponenty a naopak hospicová péče stojí a padá s tišením bolestí a symptomů. Též lze říci, že hospice jakožto instituce jsou jednou z několika možných forem, jak (a kde) se poskytuje paliativní péče a léčba bolesti.

4.2 Vývoj hospicového hnutí a paliativní péče

Hospice existovaly již za Římské říše. Anglický výraz hospic znamená útulek nebo útočiště. Termín byl původně používán ve středověku pro tzv. Domy odpočinku. Vyhledávali je ve středověku především unavení poutníci směřující do Palestiny. Pobyli v nich zpravidla několik dní, aby nabrali čerstvé síly na další úsek obtížné a daleké cesty. Řádně se vyspali, najedli, napili a ošetřili bolavé nohy. Při některých klášterech vznikaly i útulky pro těžce nemocné a zmrzačené, kde se nemocní mohli uzdravit, nebo v klidu umřít. Hospic většinou vedl člověk, který byl schopen vést nejen hostinec, ale který se vyznal i v ranhojičství. Nikoli náhodou mají dnešní hostince a nemocnice stejný filologický původ. Středověký hospic poskytoval nemocným pomoc ve všech oblastech potřebným pro uzdravení.[67]

Hospice později přirozeně zanikly a myšlenka na ně ožila teprve v polovině 19. století. V roce 1842 Jeanne Garnierová založila v Lyonu společenství žen, které se plně věnovalo péči o nevyléčitelně nemocné. V roce 1847 toto společenství otevřelo v Paříži první dům pojmenovaný hospic. Právě v souvislosti s dílem J. Garnierové získalo slovo „hospic“ svůj význam jako místo, kam jsou přijímáni pacienti na konci života. V roce 1878 zakládá v irském Dublinu Marie Aikenheadová kongregaci Sester lásky, jejíž hlavním posláním je

[66] Srov. MUNZAROVÁ, M. *Eutanazie, nebo paliativní péče?* Praha: Grada Publishing 2005, s.61-63.
[67] HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie.* Praha: Galén 2000, s.39-41.

doprovázení umírajících při umírání. Tato komunita založila několik domů v Irsku a v Anglii, např. hospic sv. Josefa v Londýně.

V tomto hospici pracovala po 2. světové válce Cecilia Saundersová, nejvýznamnější představitelka a zakladatelka komplexní paliativní a hospicové péče. V 50. letech 20. století zde postupně formulovala zásady lékařské péče přiměřené potřebám a situaci nemocných, kterým tehdy rychle se rozvíjející medicína nemohla nabídnout vyléčení. Významné jsou její výzkumy o použití perorálního morfinu v léčbě chronické nádorové bolesti. Ve své práci byla Saundersová silně ovlivněna dílem známého psychologa Carla Rogerse, především jeho myšlenkami o naslouchání a komunikaci s nemocným. Za určitý souhrn základních myšlenek Saundersové lze považovat její koncept celkové bolesti. Tělesná bolest je dle tohoto pojetí nerozlučně spjata a vzájemně se ovlivňuje s utrpením (bolestí) v oblasti psychické, sociální a duchovní (tato problematika je rozvedena v následující kapitole). Zvláště u terminálně nemocných a umírajících je tato vzájemná provázanost zcela zásadní a jednotlivé složky bolesti nelze mírnit odděleně. V roce 1967 zakládá Saundersová na předměstí Londýna hospic sv. Kryštofa, ve kterém je péče o terminálně nemocné poprvé zajištěna multidisciplinárním týmem. Toto bývá považováno za počátek moderního hospicového hnutí.[68]

„Saundersová vždy učila, že každý nemocný má své zvláštní a jedinečné potřeby, stejně tak jako jeho rodina. Je proto nutné všechny jejich strázně a trápení odhalovat a odlehčovat v nesení jejich tíže nejen nemocnému, ale i jeho rodině, a to i v době truchlení. Nutnost dokonalé interdisciplinární spolupráce, zajištěné patřičným týmem, je evidentní. Je však třeba, aby veškeré aktivity byly doprovázeny nadšením, bez něhož lze stěží rozsévat znalosti, dovednosti a postoje a pokračovat tak v započatém díle.“ [69]

Samotná paliativní péče není vázána pouze na speciální ústavy určitého typu. Jedná se spíše o filozofii, kterou lze využít nejen v hospicích, ale také v dalších nemocničních zařízeních, nebo i v domácím prostředí. Nejedná se o něco výrazně odlišného od ostatních přístupů ve zdravotní péči a navíc by mohla mít paliativní péče pozitivní vliv na ostatní odvětví. Třeba tím, že poukazuje na dříve opomíjené aspekty nemoci, jako je např. bolest duševního rázu.

Dříve byla tato péče spojována jen s terminální fází choroby. Tímto obdobím se rozumí poslední hodiny a dny před smrtí a jsou velmi důležité. Za klíčové, jak tvrdí Jiří Vorlíček, se však považuje období týdnů až měsíců před smrtí, kdy postupně narůstají tíživé symptomy a

[68] Srov. VORLÍČEK, J. A KOL. *Paliativní medicína.* Praha: Grada Publishing 2004, s.19-20.

[69] MUNZAROVÁ, M. *Eutanazie, nebo paliativní péče?* Praha: Grada Publishing 2005, s. 61-63.

potřeby nemocných i jejich rodin. Vhodně volené intervence mohou v tomto období zásadním způsobem ovlivnit kvalitu života pacienta i jeho blízkých. Usilování o "dobrou smrt" znamená snahu, aby poslední týdny - nejen minuty - života mohly být pacientem zakoušeny jako hodnotné a smysluplné. Je zřejmé, že takovýto přístup je možný především u chronických progresivních nemocí jako jsou zhoubné nádory, srdeční selhávání či chronická obstrukční plicní nemoc.[70]

Je tedy čím dál zřejmější, že paliativní péče je vhodná již v dřívějším průběhu nemocí, a to nejen onkologických. Většina jejich postupů by měla být využívána současně s léčbou, usilující o vyléčení nebo navození dlouhodobé léčebné odpovědi.

„Hospicové hnutí rozvíjelo svou činnost v několika formách. Na „klasické“, samostatně stojící lůžkové hospice navazovala domácí hospicová péče. Domácí forma hospicové péče se rozvinula především v USA a Velké Británii. Některé hospicové programy provozují kromě lůžkové a domácí péče také tzv. Denní hospicové stacionáře.

V roce 1975 založil doktor Balfour Mount v Royal Victoria Hospital v kanadském Montrealu první oddělení paliativní péče. Termín paliativní péče zvolil, aby předešel nedorozuměním spojeným s pejorativními konotacemi slova „hospic“. Koncept paliativní péče vychází ze zásad hospicového hnutí. Nevymezuje se však proti hlavnímu proudu medicíny. Naopak systematicky usiluje o aplikaci přístupů a dílčích postupů paliativní péče v podmínkách akutní nemocniční péče.“ [71]

4.3 Formy hospicové péče

Obecně se uplatňují tyto základní formy hospicové péče:

domácí hospicová péče – je pro nemocného zpravidla ideální, neboť zůstává ve známém prostředí a v kruhu svých blízkých, ale ne vždy dostačující. Na hranice jejich možností se narazí brzy tam, kde rodinné zázemí buď vůbec schází, nebo se časem vyčerpá, prostě dojdou síly. Dalším omezujícím faktorem může být i odbornost.

[70] Srov. VORLÍČEK, J. *Paliativní medicína a dobrá smrt.* Zdravotnické noviny 26/2001.

[71] VORLÍČEK, J. A KOL. *Paliativní medicína.* Praha: Grada Publishing 2004, s. 19-2O.

stacionární hospicová péče (denní pobyty) – pacienti, kteří nepotřebují lůžkovou péči mohou do hospice docházet. Pacient je do stacionáře přijat ráno a odpoledne nebo k večeru se vrací domů. V hospicích jsou připraveny pro tyto lidi nejrůznější programy a činnosti. V ČR se tato forma zatím příliš neosvědčuje, neboť pacient podle svého zdravotního stavu volí mezi hospicovou péči lůžkovou nebo domácí.

lůžková hospicová péče – chce-li být pacient do hospice přijat, musí podat žádost o přijetí. O přijetí rozhoduje indikační komise, která posuzuje tyto podmínky – zda postupující choroba ohrožuje nemocného na životě, zda pacient potřebuje symptomatickou péči, zda nepotřebuje akutní nemocniční péči, zda nestačí nebo není možná péče domácí, která má před lůžkovou formou vždy přednost. Je-li lůžková kapacita hospice zcela plná, musí být bezpodmínečně dána přednost těm, u nichž lze předpokládat, že jejich nemoc v brzké době povede ke smrti.

4.4 Náplň hospicové péče a interdisciplinární tým

Hospicová péče neznamená pasivní přihlížení lidské bolesti a utrpení, ale snaží se naopak člověku v terminálním stavu zajistit co nejlepší kvalitu jeho života. Paliativní hospicový přístup k léčbě je založen na pěti principech:

- důraz na zachování co nejvyšší kvality života
- celostní – holistický přístup k léčbě
- péče nejen o nemocného, ale i jeho blízké
- zachování autonomie nemocného a respektování možnosti volby
- důraz na citlivou a otevřenou komunikaci s nemocným i jeho blízkými.[72]

Možnosti současné paliativní medicíny zaručují nemocnému, že nebude trpět nesnesitelnou bolestí a že budou odstraněny, nebo alespoň zmírněny i ostatní symptomy jeho nemoci. Nejde zde tedy již o léčbu příznaků nemoci, ale o kvalifikovanou léčbu všech nepříjemných symptomů, které s postupující nemoci přichází. Zvládnutí léčby bolesti a ostatních symptomů je základním předpokladem pro další péči o nemocného.

„Různé aspekty utrpení jsou vzájemně závislé. Neřešené a neléčené problémy vztahující se ke kterékoli příčině utrpení jsou následnou příčinou vzniku některého dalšího aspektu utrpení. V praxi to znamená, že řešení kterékoli příčiny utrpení má pozitivní vliv na zabránění vzniku nebo zmírnění některého dalšího aspektu utrpení. Například neléčená nebo špatně léčená

[72] Srov. BYSTŘICKÝ, Z.: *Paliativní a hospicová péče*. Bolest, 7/2000, s.46-48.

bolest má za následek zhoršení dalších příčin utrpení, včetně fyzických symptomů, úzkosti a deprese, sociálních, kulturních a duchovních problémů. Důležité je, že všechny ostatní komponenty utrpení nemohou být úspěšně odstraněny, pokud není zmírněna nebo odstraněna bolest. Na druhé straně, bolest může být zhoršena ostatními příčinami utrpení, včetně dalších fyzických symptomů, úzkosti a deprese, sociálních problémů, kulturních postojů či duchovních starostí.“ [73]

Celostní přístup k léčbě pacienta vychází ze základního předpokladu, že jde o péči o umírajícího člověka. Po zvládnutí léčby bolesti a dalších symptomů nemoci je třeba nemocnému pacientovi nabídnout i pomoc při řešení jeho osobních problémů. To souvisí s požadavkem na vytvoření správného **interdisciplinárního týmu.** Vytvoření správného společenství osob, kteří se budou v hospici starat o umírající, je jedním z nezbytných předpokladů pro fungování hospice. Hospicový tým tak tvoří s ohledem na cíle hospicové péče vedle lékařů a sester i psycholog, duchovní či dobrovolníci.

Odborná lékařská péče zajišťuje diagnostiku a léčbu základních symptomů a komplikací prvotního onemocnění i onemocnění doprovázejících. Zaměřuje se na pacienty s rychle postupujícím, pokročilým onemocněním, jejichž délka života je omezená, a cílem léčby a péče je kvalita jejich života. Významná role lékaře, který se v rámci paliativní péče snaží zajistit největší možnou míru snížení tělesných obtíží, je znásobena potřebou zapojit do péče i ostatní specialisty z jiných oborů. Lékař nemůže logicky zvládnout uspokojit všechny potřeby umírajícího. Jeho role spočívá spíše v tom, aby aktivně navázal spolupráci se všemi stranami, kterou mohou ke kvalitní péči o umírajícího přispět.[74]

Odborná ošetřovatelská péče na těchto typech lůžek znamená zabezpečení všech ošetřovatelských výkonů na základě lékařské a ošetřovatelské indikace na vysoké odborné úrovni, to znamená především: péče o hygienu, výživu, vyměšování, sledování ostatních fyziologických funkcí, péči o proleženiny, drény a kanyly, podávání léků všech forem včetně infúzí, využití lineárních dávkovačů, jež zajišťují kontinuální dávkování podávaného léku, odběry biologického materiálu, sledování psychického stavu a spolupráci s rodinou. Odborná rehabilitační péče je zaměřena na udržení a zlepšení kvality života nemocných. Péče psychologická řeší řadu neklasických otázek postavených před zdravotníky, především jsou to změny, k nimž dochází v posledním stadiu zrání osobnosti pacienta s nevyléčitelným onemocněním. Spirituální péče je zaměřena na otázky života, víry a vztahů. „Filozofie

[73] VORLÍČEK, J. A KOL. *Paliativní medicína.* Praha: Grada Publishing 2004, s.26-27.

[74] Srov. VORLÍČEK, J. *Paliativní medicína a dobrá smrt.* Zdravotnické noviny 26/2001.

hospice vyžaduje hluboce lidský a současně profesionální přístup stejně tak, jako i týmovou práci všech zúčastněných, včetně dobrovolníků, kteří tvoří neoddělitelnou součást těchto týmů. Odbornost však není tím nejdůležitějším kritériem pro práci v hospici. Pracovat zde mohou pouze lidé, kteří mají skutečně a bezvýhradně rádi lidi a kteří jsou vyrovnáni se svou vlastní konečností, smrtelností.“ [75]

Smyslem veškerého úsilí a hlavní postavou hospicového týmu je však v souladu se zásadou autonomie sám nemocný. Pacient sám si určuje režim dne, který mu s ohledem na zdravotní stav vyhovuje, a kterému se podřizuje i hospicový tým. Hospicová péče není zaměřená jen na pacienta, ale po jeho smrti se zaměřuje i na jeho blízké.

4.5 Význam rodiny umírajícího

Přirozeně je nejvýznamnější sociální oporou pro terminálního pacienta jeho rodina. Rodina hospicového pacienta to nemá však v žádném případě jednoduché. Největší obavy rodinných příslušníků a blízkých jsou spojeny se samotným obrazem smrti doprovázeným fyzickým a psychickým utrpením umírajícího. Cítí se zaskočení situací a mají pocit, že nejsou a nebudou schopni vypořádat se s touto mimořádnou situací. Opakovaně si uvědomují přibližující se skutečnost, že nezvratně ztratí člena rodiny či svého blízkého, což významným způsobem ovlivní jejich další život - například tak, že nedojde k uskutečnění společných plánů a představ. Jejich obavy mohou být také spojeny, v případě úmrtí živitele rodiny, se vznikem sociálních a finančních problémů.

Je důležité si uvědomit, že reakce na umírání a smrt jsou u rodinných příslušníků a blízkých stejné jako u umírajícího - tedy fáze odmítnutí, popírání ortelu smrti, strach, obavy, úzkost, deprese a pocit izolace. Ne každá rodina a ne všichni blízcí prochází všemi těmito fázemi.

Práce s rodinou může být těžší a někdy i časově náročnější než práce s umírajícím. Vždy je nutno co nejdříve a co nejpodrobněji zmapovat situaci. Ujasnit si, o jaký typ rodiny se jedná, zda je funkční, pečující, milující, anebo s ní moc počítat nelze. Je nutno vzít vážně a zásadně respektovat všechny kulturní, náboženské, etnické i jiné zvláštnosti a zvyklosti každé jednotlivé rodiny.

[75] Srov. SVATOŠOVÁ, M. Komplexní hospicová péče je přínosem pro společnost. Zdravotnické noviny 37/1999.

Nepoučená rodina může při doprovázení umírajícího nechtěně napáchat spoustu hrubých chyb, naopak dobře poučená a dobře vedená rodina může být obrovským přínosem, především pro pacienta. Hodně záleží i na podmínkách, jaké jsou pro ni vytvořeny. Naprosto klíčovým se v těchto extrémních životních situacích kromě kvalitní péče jeví poskytnutí soukromí. Jednolůžkové pokoje s možností ubytování člena rodiny proto v hospicích nelze pokládat za nadstandard, ale právě naopak za opodstatněný standard.[76]

Velkou podporou a pomocí je pro rodinné příslušníky a blízké pocit, že spolu s interdisciplinárním týmem udělali maximum pro to, aby bylo odstraněno fyzické i psychické utrpení umírajícího. Doprovázení blízkých lidí na konci jejich života je nejen službou pro ně, ale neméně službou doprovázejícím. Každý, kdo touto zkouškou prošel, určitě získal i něco pozitivního a ovlivnilo to jeho postoj k životu.

4.6 Situace v ČR

V naší republice se zájem o paliativní medicínu rozvinul až po roce 1989. Řada našich lékařů a sester měla možnost navštívit zahraniční pracoviště, kde získali mnoho praktických i teoretických poznatků . Pod vlivem těchto zkušeností bylo v 90. letech 20. století vybudováno několik hospiců, které působí jako nestátní zdravotnická zařízení zřizovaná občanskými sdruženími nebo katolickou Charitou.[77]

Historie hospiců v České republice je tedy poměrně krátká a datuje se od roku 1993, kdy lékařka Marie Svatošová založila občanské sdružení pro podporu domácí péče a hospicového hnutí s výstižným názvem Ecce homo. Ecce homo chce prosazovat práva pacientů a úctu k lidskému životu od jeho početí až do přirozené smrti a chce podporovat rozvoj hospicového hnutí a domácí péče v celé České republice.

Prvním a mimořádně úspěšným počinem Ecce homo bylo vybudování a otevření Hospice Anežky České v Červeném Kostelci v roce 1995**,** k němuž došlo ve spolupráci s Diecézní charitou v Hradci Králové. První oddělení paliativní péče bylo otevřeno v roce 1992 v nemocnici v Babicích nad Svitavou. Toto oddělení bylo bohužel před několika lety transformováno na LDN.

---

[76] Srov. SVATOŠOVÁ, M. Komplexní hospicová péče je přínosem pro společnost. Zdravotnické noviny 37/1999.

[77] Srov. VORLÍČEK, J. A KOL. *Paliativní medicína.* Praha: Grada Publishing 2004, s.22.

V lednu 1998 byl dán do provozu Hospic Štrasburk se sídlem v Praze – Bohnicích a v dubnu pak Hospic sv. Lazara v Plzni. V Brně byl 1.6. 1998 otevřen Hospic sv. Alžběty, počátkem roku 1999 Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa v Rajhradě u Brna.[78]

Poslední hospic byl otevřen v únoru 2005 a jde o dětský hospic Klíček v Malejovicích, který slouží dětem, u nichž byla diagnostikována život ohrožující či omezující choroba, někdy též dětem v poúrazových stavech – a jejich rodinám. Těžištěm jeho práce však není terminální péče, ale péče respitní (odlehčovací). Posláním dětského hospice je celkové zlepšování kvality života nemocného člověka a jeho blízkých, včetně péči o duši a ducha. Důležitou součástí je podpora rodinných příslušníků a pozůstalých.

I doma je možné poskytnout obdobně kvalitní péči jako v nemocnici s využitím odborných pracovníků domácí nebo hospicové péče. Lékař, který do rodiny dochází, pomůže rodině zvážit, zda je možné, aby pacient zůstal doma nebo zda je žádoucí doporučit hospitalizaci v nemocnici nebo lůžkovém hospicovém zařízení. Pro pečující rodinu jsou všichni tito pomocníci – členové domácího hospicového týmu – velkou oporou. Pro pacienta je především důležitá přítomnost, laskavá a klidná péče jeho blízkých a to, že není mezi cizími lidmi. Domácí hospicová péče je tvořena týmem zdravotnických a nezdravotnických pracovníků – lékař, zdravotní sestra, pečovatelka a dobrovolníci. Zdravotnická část týmu se stará o zdravotní stav pacienta, kontrolují aktuální stav nemocného, příp. upravují medikaci tak, aby netrpěl bolestí a nemusel kvůli zdravotnickým úkonům dojíždět do zdravotnického zařízení a vyčerpávat tak svůj organizmus zbytečnou fyzickou i psychickou námahou. V České republice v posledních letech vzniklo několik agentur, které se zaměřují na domácí hospicovou péči. Asi nejznámější je občanské sdružení Cesta domů, které usiluje o zásadní zlepšení péče o nevyléčitelně nemocné, umírající a jejich rodiny. Cesta domů je hlavním nositelem dlouhodobého projektu Paliativní péče v České republice, jehož cílem je vypracování návrhu modifikace stávající koncepce péče o umírající a jejich rodiny. Navzdory pozitivním změnám, k nimž v posledním desetiletí u nás na tomto poli došlo, se velké většině umírajících v naší zemi stále nedostává kvalitní péče. Závěr života mnohých z nás je tak zbytečně provázen bolestí, osamělostí, ztrátou důstojnosti a dalšími formami utrpení, jimž by bylo možné předejít.

[78] Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie.* Praha: Galén 2000, s.39-41.

Rozvoj tohoto typu péče je také značně limitován stávajícím způsobem úhrad ze strany zdravotních pojišťoven. Problém financování se však týká i samotných hospiců. Ačkoli se těmto zařízením podařilo navázat smlouvy se zdravotními pojišťovnami, není jim proplácena celá část nákladů. Vedle příjmů od pojišťoven za zdravotní péči dostávají hospice např. i dotace, další část nákladů je hrazena z darů od sponzorů a určitou částku tvoří příspěvky od pacientů a jejich rodin.

4.7 Úroveň a rezervy paliativní péče v ČR

Údajů z epidemiologických studií, které by se týkaly oblasti paliativní péče, není příliš mnoho a obdobná je i situace v zahraničí. Přesto existují odhady, podle nichž se s chronickou bolestí, která je definována jako bolest trvající déle než tři až šest měsíců, alespoň jednou setkal každý člověk nad 40 let věku. Do center bolesti, až v 90 procentech, přicházejí pacienti s vertebrogenní bolestí.[79]

„Jedním z ukazatelů kvality analgetické péče, který se mezinárodně používá, je sledování spotřeby morfinu. Při tomto hodnocení patřilo České republice v roce 2000 jedno z posledních míst v Evropě. Spotřeba morfinu byla u nás pětkrát nižší než v Kanadě a 4,5krát nižší než v USA a Velké Británii.“ [80]

Od té doby u nás došlo ke zlepšení, hlavně v oblasti onkologické bolesti, díky větší dostupnosti a širší škále opioidů. Stále ale lze najít rezervy. Jiří Kozák, předseda Společnosti pro studium a léčbu bolesti, nalézá tyto rezervy ve velké míře „v ambulancích praktických lékařů, mezi kterými můžeme stále pociťovat jistou opiofobii. Podle některých odhadů až 60 procent praktických lékařů stále nevlastní opiátové recepty a pacienty s nádorovým onemocněním raději posílá pro léky zpět k onkologovi.

Další chybou je, že někteří nemocní trpí zbytečně příliš dlouho bolestí. Pokud lékař zjistí, že běžná analgetika či klasická nesteroidní antirevmatika příliš nezabírají, měl by pacienta odeslat k odborníkovi, ať už ortopedovi, revmatologovi, neurologovi nebo algeziologovi. Zabrání tím v mnoha případech vzniku chronické bolesti a rozvoji příznaků bolestivého chování.“ [81]

[79] Srov. *Algeziolog musí být vyzrálou osobností.* Medical tribune, č.28/2006, s.17.

[80] Tamtéž.

[81] Srov. *Algeziolog musí být vyzrálou osobností.* Medical tribune, č.28/2006, s.17.

Příčiny, proč úroveň paliativní péče v ČR zaostává za zeměmi, jako je USA, Kanada nebo Velká Británie, jsou dány i dlouholetou tradicí. Zakládání a rozvoj center léčby bolesti tam má více než pětatřicetiletou tradici. Naproti tomu historie naší odborné společnosti začíná od roku 1989 a samostatnou atestaci v oboru algeziologie mohou zájemci skládat až v poslední době.

Možnosti léčby nesnesitelných bolestí byly dříve omezeny. Dokud byl jediným prostředkem tišícím bolest morfin, který se navíc podával jen injekčně, sanitka musela za člověkem trpícím bolestmi několikrát denně přijet, takže možnosti, jak mu pomoci, byly velmi chatrné. U nesnesitelných bolestí by totiž měl být opiát podáván zhruba každé tři až čtyři hodiny.

V současnosti se však farmaceutické společnosti předhánějí v nabídce širokého spektra léků vhodných k nejrůznějším nádorovým onemocněním i rozdílným stupňům bolesti, jež mohou být podávány šetrnými formami včetně pilulek. Jejich cena není pro zdravotní pojišťovny až tak závratná.

Existuje sice asi 5 procent pacientů s takzvaně neztišitelnou bolestí (často neurologického původu), ale to není důvod k eutanázii, spíše k hledání nových léků. U nejtěžších případů je navíc možnost analgetického ozáření, kdy se bolestivé místo - většinou kostní nádor - ozáří. Bolest buď úplně odezní, nebo se alespoň výrazně zmenší.

V roce 1997 realizovala Společnost Faktum v ČR ojedinělý výzkum na téma Vnímání bolesti způsobené nádorovým onemocněním. Výzkum byl proveden u tří různých skupin obyvatelstva: u vzorku široké veřejnosti, mezi lékaři zabývajícími se onkologií a interní medicínou a mezi pacienty s onkologickým onemocněním.

Z reprezentativního souboru 948 občanů se jich 42,5 procenta setkalo s dlouhodobými bolestmi u svých příbuzných či známých. Osmina populace má s dlouhodobými bolestmi osobní zkušenost. Téměř tři pětiny populace se domnívají, že lékaři při léčbě nemoci věnují pozornost i zmírnění bolesti pacienta v nejvyšší možné míře. Zajímavostí je, že největší obavy mají lidé z dlouhotrvající bolesti, teprve pak z utrpení při umírání a samotné smrti.

Jako hlavní cíl léčby nevyléčitelně nemocných pacientů uvedlo 38 procent dotázaných lékařů zlepšení kvality života či dožití a 43 procent zbavení pacienta bolestí nebo alespoň jejich zmírnění. Podle lékařů tři čtvrtiny jejich pacientů subjektivně označily léčbu bolesti za úspěšnou. Lékaři jsou s léky proti bolesti obecně spokojeni, ne zcela však s jejich lékovými formami. Injekce jsou jen o něco méně používané než prostředky podávané perorálně –

tablety, tobolky a kapsle. Další z možných cest je aplikace léků tzv. transdermální cestou (tj. přes kůži). Podle výzkumu se 60 procent lékařů také domnívá, že pacienti preferují perorální formy, 20 procent míní, že to jsou spíše injekce, zbývajících 20 procent lékařů neví.

U všech dotazovaných onkologických pacientů se vyskytují dlouhodobé silné bolesti. Pacienti se shodují v tom, že jejich bolest lze tlumit na únosnou hranici, nikoliv však zcela odstranit. Nejvíce si pacienti stěžují na vedlejší účinky léků proti bolesti – ospalost, nevolnost, zažívací a střevní potíže. Netrápí je jenom samotná bolest, ale i celková nemohoucnost, nepohyblivost, potíže při mluvení, nemožnost usnout nebo buzení ze spánku, jež jsou průvodním jevem silných dlouhodobých bolestí. V dotazech na přístup lékařů reagovali pacienti vesměs tak, že zdůrazňovali zaměření na boj s nemocí, jen výjimečně uvedli prioritní zaměření na odstranění bolesti. Většinou však hodnotí přístup lékařů jako zároveň vysoce odborný i citlivý, zaměřený vyváženě na oba aspekty léčby – nemoc i bolest.[82]

4.8 Druhy bolesti

Cecilia Saundersová, zakladatelka paliativní a hospicové péče, popisuje celkovou bolest. Ta sestává z více vzájemně provázaných a neoddělitelných složek, které je třeba vnímat vždy, především však v období konce života a v umírání: bolesti fyzické, sociální, emoční a spirituální.

Bolest fyzickou lze rozpoznat a alespoň do určité míry definovat snadněji než ostatní složky. Je však obtížné stanovit míru a intenzitu vnímané bolesti a to navzdory rozšiřujícím se znalostem o patofyziologii tohoto jevu. Vždy, snad s výjimkou velice intenzivní akutní bolesti, je snaha o jasné zjištění, pokud jde o zdroj a smysl bolesti. Smysl bolesti má pro umírající značný význam, jeho uvědomění hraje podstatnou úlohu a konečné hodnocení bolesti má tedy ryze subjektivní charakter.

Bolest sociální je způsobena utrpením spojeným s očekávanou ztrátou nebo i se skutečným odloučením od rodiny a přátel. Odloučení souvisí i s institucionální léčbou, která se týká většiny umírajících. Součástí sociální bolesti může být také ztráta sociální role, jež je nemocným vnímána citlivěji než kdykoli předtím.

[82] Srov. MUNZAROVÁ, M. *Těžce nemocný, umírající člověk nemá jen dvě možnosti.* Lékařské listy 49, Praha 1997, s.10.

Bolest emoční (duševní) je komplex pocitů, který zahrnuje duševní otřes, otupělost, hněv, smutek, smlouvání, úzkosti, deprese. Jedná se o určitý vývoj zármutku, jenž je středem konečného období choroby. Elizabeth Kűbler – Rossová popisuje i fáze, jimiž často nevyléčitelně nemocný postupně prochází s vědomím blížícího se konce života, a radí, jak nemocného převést přes obtížné období popírání, agrese, smlouvání a deprese až ke smíření.

Bolest spirituální (duchovní) je v souvislosti s posledním obdobím života velmi významná. Definovat ji je však velmi obtížné. Obecně lze říci, že je to utrpení, spojené s odcizením od svého nejhlubšího já, které je často prožívané jako strach z neznáma a jako pocit ztráty smyslu.[83]

Prožívání terminálně nemocných má komplexní charakter, a to nejen z pohledu pacientů, ale i jejich blízkých. Problematika péče je spojena nejen s tělesnými a psychickými symptomy, ale důležitá je i perspektiva naděje a očekávání a s nimi související oblast duchovní a existenciální. Nezanedbatelný je rovněž ekonomický dopad nemoci. Každá z těchto oblastí představuje pro pacienta a jeho okolí celou řadu velmi konkrétních problémů a potřeb.

4.9 Smysl bolesti a utrpení

Prožívání těžké nevyléčitelné nemoci nelze nahlížet jen z pohledu fyzických projevů a důsledků z toho vyplývajících a může mít i pozitivní stránku. Zkušenost nemoci ovlivňuje člověka v jeho nejhlubším nitru, oznamuje mu, že jeho život je omezený a blíži se ke konci. Jakým způsobem se s tím člověk vyrovnává a jak velkou bolest umírající podstupuje, je velmi individuální. Jiné je prožívání nemoci u někoho, kdo v ní nalézá smysl a bere ji jako součást své osobní pouti, která není jednoduchá, ale musí ji podstoupit. Jiná je pak u někoho, kdo se s ní nemůže smířit a odmítá ji. V tomto těžkém období se také projevují životní zkušenosti každého člověka, jeho postoj k ostatním lidem i celkově k životu. V tomto smyslu může být nemoc příležitostí k sebereflexi, k přehodnocení svého dosavadního žebříčku hodnot, i když za značně obtížných podmínek.

„Schopnost nacházet smysl v utrpení závisí na celkovém hledání smyslu života, na tom, jaký smysl dává člověk svému životu. V utrpení tato schopnost spěje k vyvrcholení. Je vázána

[83] MUNZAROVÁ, M. *Eutanazie, nebo paliativní péče?* Praha: Grada Publishing 2005, s.13-14.

na schopnost dialogu, na zkušenost lidské vzájemnosti. Utrpení, které přece podstatně patří k životu, se komunikativní zkušeností proměňuje a získává smysl. Nemocí může nastat stav až osobní tragédie. Nemocný se může stáhnout do ulity sebelítosti a uzavřenosti. Ale také se může své situaci podívat otevřeně do očí, postavit ji do reality života a vnímat život jako dar, ze kterého se lze těšit.“ [84] (Dolista – Vybrané kapitoly z bioetiky, s.29)

[84] DOLISTA, J., VURM, V. *Vybrané kapitoly z bioetiky*, České Budějovice 2004, s.29.

5. DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ

5.1 Cíl dotazníkového šetření

Cílem dotazníku v první části bylo zjistit informovanost a znalosti středoškolské mládeže o základních pojmech z problematiky eutanázie. Druhá část dotazníku je zaměřena na názory a postoje vybrané skupiny respondentů k legalizaci eutanázie a nejdůležitějším otázkám, které s eutanázií souvisí.

Výsledky dotazníku poslouží k ověření některých domněnek, které jsou zpracovány v teoretické části. Zároveň jsou aktuální výpovědí o zpracované problematice.

Důvodem, proč je vybranou skupinou respondentů středoškolská mládež, je ten, že u této skupiny nejsou názory na důležitou oblast eutanázie příliš zmapovány a také to, že názory mladých lidí budou mít v blízké budoucnosti rozhodující vliv na pohled společnosti v otázkách tak závažných, jako eutanázie bezesporu je.

5.2 Hypotézy

- středoškolská mládež je seznámena s problematikou eutanázie celkem dobře, poněkud horší znalosti jsou v oblasti méně známých a na veřejnosti ne tak často zmiňovaných pojmů (paliativní péče)

- nejčastějším důvodem k provedení eutanázie jsou podle dotázaných nesnesitelné bolesti, eutanázii by měla provádět komise složená z odborníků, o eutanázii by měl rozhodovat sám postižený.

- středoškolští studenti, kteří s legalizací eutanázie souhlasí, jsou ve většině a tuto možnost by uplatnili za určitých okolností i v případě své osoby a svých blízkých

5.3 Zaměření dotazníku

Skupina, na níž bylo zjišťování znalostí a názorů z oblasti eutanázie zaměřeno, byla středoškolská mládež. V této skupině respondentů jsem rozdal 100 dotazníků, které byly

anonymní a z nichž se mi vrátilo 82 vyplněných. Návratnost tedy činila 82%. Tento počet představuje poměrně reprezentativní zastoupení pro danou věkovou skupinu.

Dotazník obsahuje 18 otázek, které jsou uzavřené z důvodu jednoduššího výběru i vyhodnocování. První okruh otázek sloužil ke zjištění znalostí a přehledu respondentů v dané oblasti. Druhá část otázek je orientována na názory a postoje středoškolské mládeže, které zaujímá vůči nejdůležitějším a nejzávažnějším aspektům v souvislosti s eutanázií.

Výsledky dotazníkového šetření jsou přehledně zpracovány a stručně analyzovány. U některých důležitých otázek je zjištěný výsledek kvůli větší názornosti ilustrován pomocí grafu.

5.4 Výsledky dotazníku a jejich stručná analýza

Otázka 1

Eutanázie je:

a) beztrestné zabití *19,5%*

b) druh léku

c) dobrá milosrdná smrt *78,1%*

d) druh léčby *2,4%*

Jak z výsledků první otázky vyplývá, většině dotázaných je pojem eutanázie známý, což přičítám dosti častému používaní tohoto slova ve sdělovacích prostředcích. Značná část dotázaných ale odpověděla, že eutanázie je beztrestné zabití. Tuto odpověď lze považovat za špatnou, pokud tím dotázaní mysleli význam slova eutanázie, což jsem otázkou také zamýšlel. Pokud ale uvažovali o eutanázii jako výkonu (často se totiž slovo eutanázie vyskytuje ve významu aktivní eutanázie, tedy coby čin aktivního usmrcení umírajícího), pak by se tato odpověď dala teoreticky považovat za správnou. Ovšem za předpokladu, že tím mysleli použití eutanázie v zemích, kde je legalizována. Zde by se totiž provedení tohoto činu dalo za beztrestné zabití považovat. Eutanázii jako druh léčby označilo velmi nízké procento dotázaných, což lze spíše chápat jako mylné pochopení otázky (tedy pochopení eutanázie jako výkonu, jako tomu bylo u předcházející skupiny dotázaných), než za opravdové mínění (léčba za účelem smrti ani za léčbu považovat nelze).

Otázka 2

Souhlasí s eutanázií křesťanská víra?

a) ano *0%*

b) ne *100%*

Jednoznačnost odpovědi je pro mě do jisté míry překvapující. Křesťanství je totiž značně obsáhlé náboženství s širokou škálou nejrůznějších církví. Neomezuje se tedy jen na ve většině případů chápanou Římsko – katolickou církev, ale i na méně známé církve, od katolické značně odlišné. Názory katolické církve, zveřejňované často jejím nejvyšším zástupcem papežem, jsou však zřejmě širší veřejnosti dostatečně známy. Jedno z přikázání

desatera, „nezabiješ“, je naštěstí stále nejdůležitější a platné. Možná je ale méně známo, co schválil papež Jan Pavel II. v Deklaraci o eutanázii 5. května 1980. Zde mimo jiné řekl, že lidská bolest má zvláštní místo v plánu spásy, hlavně v posledních okamžicích života. Zároveň zde ale připouští, že když se blíží smrt, kterou nelze dostupnými prostředky odvrátit, je dovoleno s léčením přestat. V určitém smyslu takto uznává možnost provedení pasivní eutanázie. Nesmí se ale přerušit obvyklé ošetřování, které se v těchto případech nemocným poskytuje. Eutanázie jako taková ale není v žádném případě povolena.

V řadách katolické církve lze však nalézt i otevřené stoupence eutanázie. Patří mezi ně například Hans Küng s Walterem Jensem, kteří vydali knihu „Umírat důstojně“. Odvolávají se zde na víru ve věčný život a tradiční mravní akcenty, k nimž patří nelpění na životě.

Otázka 3

Je eutanázie v ČR povolena (uzákoněna)?

a) ano 2,4%

b) ne 97,6%

Naprostá většina správných odpovědí je důkazem, že problematika eutanázie a jejího uzákonění je české veřejnosti dostatečně známa. Je to zřejmě častou prezentací této oblasti ve sdělovacích prostředcích, možná je to i díky zájmu mladých lidí o eutanázii a diskuzi v rámci vyučovaných předmětů na středních školách. Myslím, že je to jen dobře a přispěje to v budoucnosti ke zdárnému řešení tohoto značně ožehavého problému.

Otázka 4

Eutanázie je uzákoněna v:
a) Belgii 2,4%
b) Francii 2,4%
c) Austrálii 4,9%
d) Holandsku 26,8%
e) Japonsku
f) USA 2,4%
g) Kolumbii
h) Švýcarsku
možnost a) a d) 46,4%
možnost a) a h) 4,9%
možnost c) a d) 4,9%
možnost d) a h) 4,9%

Čtvrtou otázkou jsem chtěl zjistit, jaký mají mladí lidé přehled o tom, kde je eutanázie legalizována v zahraničí. Nejvíce dotázaných, 46,4%, odpovědělo správně. Tedy v Belgii a Holandsku. 26,8% dotázaných odpovědělo, že pouze v Holandsku. Další odpovědi byli již zastoupeny mnohem menším počtem odpovědí.

Zodpovězení této otázky nebylo vůbec jednoduché, neboť situace ohledně uzákoněné eutanázie se velmi rychle mění a je dosti obtížné tyto změny sledovat. Proto je velmi potěšitelné, že téměř polovina dotázaných studentů odpověděla správně. Cenné je to i proto, že eutanázie byla v Belgii a Holandsku uzákoněna teprve v nedávné minulosti. Ani ostatní odpovědi nebyly úplně špatně. Vždyť jednu ze zemí, kde je eutanázie legalizována, Holandsko, věděla zhruba čtvrtina dotázaných. Ani odpovědi, že je eutanázie povolena v Austrálii, USA či Švýcarsku, které uvedlo vždy kolem 5%, nebyli nesmyslné. V Austrálii byla eutanázie uzákoněna v roce 1996 v severním teritoriu, po roce ale bylo toto rozhodnutí zrušeno. V USA je eutanázie dokonce uzákoněna, ale pouze ve státě Oregon. Ve Švýcarsku eutanázie uzákoněna není, je ale známo, že se zde provádí a je tolerována.

Otázka 5

Paliativní péče je:

a) ukončení léčby odpojením přístrojů *2,4%*

b) léčba starých lidí *12,3%*

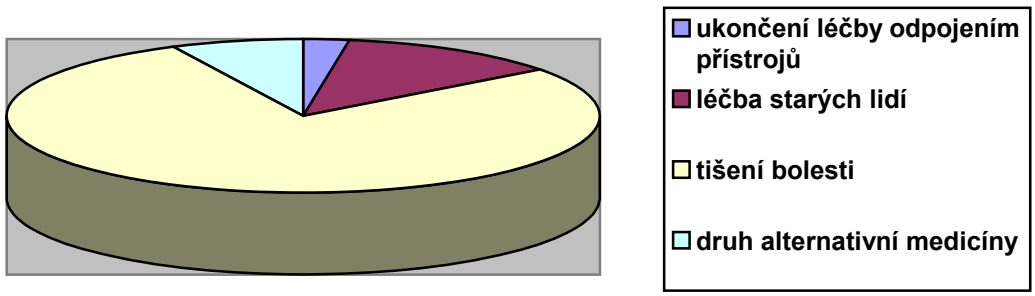
c) tišení bolesti prostřednictvím léků *78%*

d) druh alternativní medicíny *7,3%*

Pátá otázka měla za úkol zjistit, zda dotázaní ví, co je to paliativní péče. Správně, tedy že paliativní péče je tišení bolesti prostřednictvím léků, odpovědělo 78% dotázaných. Výsledky jsou znázorněny v grafu 1.

Tato otázka opět potvrdila znalosti středoškolské mládeže, účastnící se tohoto výzkumu, které jsou na velmi dobré úrovni. Paliativní péče, donedávna jen úzkému okruhu odborníků známý medicínský obor, je nejen díky dobré prezentaci v médiích, ale především díky obětavé a kvalitní práci lékařů, zdravotních sester a dalších odborných pracovníků znám již značné části veřejnosti. Důkazem je výsledek v této výzkumné práci, kdy paliativní péči znalo téměř 80% dotázaných. Malá část dotázaných pak odpověděla, že paliativní péče je léčba starých lidí či druh alternativní medicíny. Domnívám se, že hlubší znalost paliativní péče by ovlivnila i spoustu sporných otázek, týkajících se eutanázie.

Graf 1.: Co je paliativní péče?



Otázka 6

Hospicová péče je:

a) péče o umírající a těžce nemocné *100%*

b) péče o staré lidi v domově důchodců

c) péče o zákazníka v restauraci

V této otázce jsem si chtěl ověřit znalost dalšího pojmu, úzce souvisejícího s problematikou eutanázie. Správnou odpověď, že hospicová péče je péče o umírající a nemocné, uvedlo plných 100% dotázaných. Možnost uvádějící hospicovou péči jako péči o staré lidi v domově důchodců či péče o zákazníka v restauraci, neuvedl nikdo.

Z toho, že pojem hospicová péče znali všichni dotázaní, lze usoudit, že je tento pojem v naší společnosti již dobře zavedený. Je to určitě, stejně jako u předešlé otázky, zásluhou profesionálně, ale s citem prováděné práce, která je velmi prospěšná, nikoli však plně doceněná. Jistý vliv má určitě také začlenění problematických otázek, jako je eutanázie, do studijních osnov středních škol.

Otázka 7

Aktivní eutanázie je:

a) smrt při fyzicky náročném výkonu

b) smrt po aplikaci smrtící látky do těla trpícího umírajícího *90,2%*

c) sebevražda *9,8%*

Tato otázka je již na pomezí mezi otázkami první a druhé části. Vyžaduje ještě znalost základních pojmů z oblasti eutanázie, pokud však dotázaný tyto pojmy ovládá, může již zapřemýšlet a vyjádřit vlastní mínění a názor. To je také úkolem druhé části dotazníku. Zde již dotázaný neprokazuje své znalosti, ale projevuje své názory a postoje nejen k eutanázii, ale i životu vůbec.

Většina dotázaných odpověděla správně, asi 90%. Téměř 10% však odpovědělo, že aktivní eutanázie je sebevražda. Za určitých okolností by se dalo na eutanázii pohlížet jako na sebevraždu. Ovšem nejednalo by se o eutanázii aktivní, ale o eutanázii pasivní nebo asistovanou sebevraždu. Při pasivní eutanázii totiž sám umírající rozhodne o tom, že nechce být dále zbytečně léčen či udržován na přístrojích. Lékař musí právo pacienta na odmítnutí léčby respektovat. Pacient tím v podstatě vyřkne nad sebou ortel smrti. Při asistované

sebevraždě, jak i naznačuje název, je vliv pacienta na podílení se na vlastní smrti ještě zřetelnější. Pacient si sám aplikuje smrtící dávku, lékař zde pouze asistuje, případně poskytuje rady.

V této otázce jsem si ověřil nejen znalosti dotázaných, které byly opět velmi dobré, ale i to, zda berou tento dotazník vážně. Stejně jako v předcházející otázce jsem zařadil jednu možnost zdánlivě nehodící se. Žádná odpověď na kontě těchto „chytáků" je důkazem serióznosti dotázaných jedinců.

Otázka 8

Považujete za eutanázii interrupci ze zdravotních důvodů?

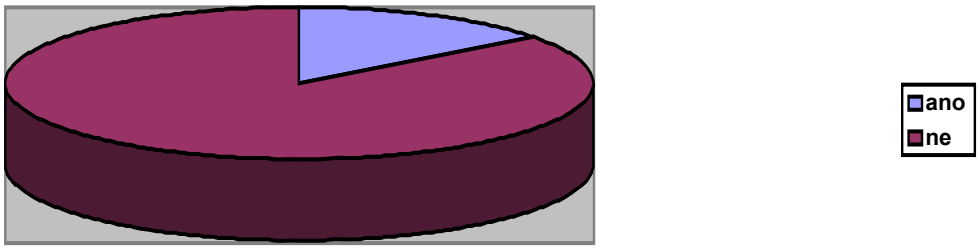
a) ano 14,6%

b) ne 85,4%

Otázka osmá již patří do okruhu otázek, která mají za úkol zjistit názory dotázaných na konkrétní případy a situace, které s eutanázií úzce souvisí. Výsledky dotázaných jsou zároveň zachyceny grafem 2.

Naprosto jednoznačný poměr odpovědí na tuto do jisté míry diskutabilní otázku může vysílat určitý signál o tom, jaký názor zaujímá velká část veřejnosti, zejména pak mladší generace, k problému interrupcí. Za pravdu v tom, že interrupci nelze považovat za eutanázii, jim však dává i velká část odborníků v této oblasti orientovaná. Nenarozené dítě totiž o své smrti nerozhoduje ani rozhodovat nemůže. Rozhoduje o tom někdo silnější, tedy matka. Tímto odpadá jedna ze základních podmínek pro provedení eutanázie, kterou je to, že o provedení eutanázie téměř vždy rozhoduje sám postižený.

Graf 2.: Považujete interrupci ze zdravotních důvodů za eutanázii?



Otázka 9

K použití eutanázie by opravňovalo?

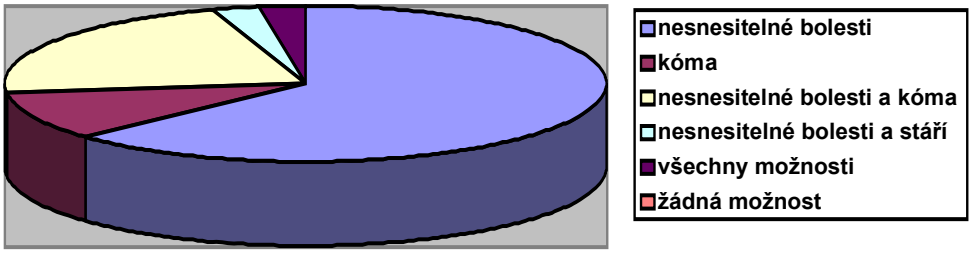
a) nesnesitelné a neutišitelné bolesti	*61%*
b) stáří	
c) kóma	*9,8%*
d) psychická porucha	
možnosti a) a c)	*22%*
možnosti a) a b)	*2,4%*
všechny možnosti	*2,4%*
žádná možnost	*2,4%*

Tato otázka je, dle mého názoru, jedna z nejdůležitějších z celého dotazníku. Zjišťuje totiž, co by podle dotázaných opravňovalo k použití eutanázie. Nejvíce, 61% dotázaných, uvedlo, že k použití eutanázie by opravňovaly nesnesitelné a neutišitelné bolesti. Názorné vyhodnocení umožňuje graf 3.

To, že nesnesitelné a neutišitelné bolesti jsou nadpoloviční většinou dotázaných nejčastěji uváděným důvodem pro použití eutanázie, se dalo očekávat. V naší společnosti totiž přetrvává názor, že například člověk v terminálním stadiu nádorového onemocnění sužován krutými bolestmi nemá jinou možnost, než trpět až do konce, nebo toto trápení ukončit pomocí eutanázie. Pak by zřejmě provedení eutanázie bylo skutečně oním humánním činem, jak často prohlašují zastánci eutanázie. Umírající ale má i jiné východisko. V dnešní době je již značně rozvinuta paliativní péče, tedy obor, který se na léčbu bolesti specializuje. Odborníci navíc uvádějí, že asi 95% všech bolestí je možné pomocí léků alespoň zmírnit Je asi jen otázkou času, než budou nalezeny léky i pro ty, u nichž zatím žádný typ léků na bolest neúčinkoval. Druhou nejčastější odpovědí bylo, že k provedení eutanázie by opravňovaly nesnesitelné, neutišitelné bolesti a kóma. Tuto možnost uvedla asi pětina dotázaných. Problematika kómatu je podobně jako i problematika nesnesitelných bolestí značně složitá. V tomto případě je totiž nutné vyřešit více okolností. Není zde v některých případech možné, aby o svém životě rozhodoval sám postižený (pokud nemá sepsánu tzv. living will - písemné vyjádření vůle nemocného do budoucnosti pro případ, kdy pacient nebude pro závažnost stavu schopen posoudit svou situaci). Pak by hrozilo reálné riziko, že bude eutanázie zneužita, nebo že bude rozhodnuto v neprospěch postiženého. Také kdo by rozhodoval o osudu osoby v kómatu, by bylo těžké posoudit. Postižený se může navíc z tohoto pro odborníky ještě dost nevysvětleného stavu po neurčitelně dlouhé době probrat. Důkazy tohoto byly již mnohokrát

zveřejněny. Proto je možná trochu překvapující, že kóma jako důvod k provedení eutanázie, bylo třetí nejčastější odpovědí dotázaných. Ostatní odpovědi byly již ve velmi malém zastoupení.

Graf 3.: Co by opravňovalo k eutanázii?



Otázka 10

Eutanázii by měl provádět:

a) osoba podstupující eutanázii	*9,8%*
b) lékař	*17,2%*
c) zdravotní sestra	
d) komise (právník, lékař, psychiatr, psycholog)	*46,3%*
e) právník	
f) více lékařů	*4,9%*
g) příbuzní	*2,4%*
možnosti a) a b)	*2,4%*
možnosti a) a d)	*4,9%*
možnosti d) a f)	*4,9%*
možnosti e) a f)	*2,4%*
možnosti b) a c)	*2,4%*
žádná možnost	*2,4%*

Odpověď, že by eutanázii měla provádět komise složená z několika odborníků, uvedla téměř polovina dotázaných. Myslím, že již zde berou respondenti v úvahu značnou možnost zneužití eutanázie. Komise na sobě nezávislých odborníků by tuto možnost jistě o hodně zmenšila. Také by nebyla kladena tak velká odpovědnost na jednoho člověka, ale na více lidí. Otázkou ovšem je, jak by fungovala spolupráce mezi členy komise a komu by příslušela jaká činnost v procesu provedení eutanázie. Druhou nejčastější odpovědí bylo, že eutanázii by měl provádět pouze lékař. Tuto odpověď zaznačila téměř pětina dotázaných. Tato situace, kdy lékař, který má za úkol své pacienty léčit a před smrtí ochraňovat, zároveň ale provádí pravý opak, by vedla ke spoustě složitých situací. Zmíněná dvojznačnost lékařského povolání by jistě způsobila nesnáze nejen lékařům, ale i veřejnosti. Oslabilo by to i pozici lékaře, k němuž by značná část pacientů asi ztratila důvěru. Navíc by byla kladena, dle mého názoru, příliš velká a neoprávněná odpovědnost za provedení eutanázie na jednu osobu, jejíž poslání je úplně jiné. Nabízí se zde také otázka, zda má někdo právo po někom žádat provedení tak závažného činu. Třetí nejčastější odpovědí bylo, že eutanázii by měla provádět osoba podstupující eutanázii. Tato možnost získala téměř 10%. Určitě by to vyřešilo problém odpovědnosti za provedení výkonu. Jednalo by se o tzv. asistovanou sebevraždu a lékař či jiný odborník v oblasti by poskytnul pouze informace, jakým způsobem postupovat a zajistil by materiál nutný k provedení eutanázie. Ostatní odpovědi již byly zastoupeny méně a většinou se jednalo o kombinaci již uvedených možností.

Otázka 11

Myslíte si, že lze každou bolest za pomocí léků zmírnit?

a) ano	*14,6%*
b) ne	*85,4%*

Tato otázka souvisí s otázkami 9 a 13. V otázce deváté totiž uvedlo nejvíce dotázaných, že k použití eutanázie by opravňovaly nesnesitelné a neutišitelné bolesti. Když tuto odpověď zaznačili, jistě jsou o existenci takových bolestí přesvědčeni. To vyjádřili i v této otázce. Je však pro mě poněkud překvapující, že je o tom přesvědčena tak drtivá většina. Existuje sice asi 5% bolestí převážně neurologického původu, které nelze žádnými prostředky zmírnit, ale je to opravdu jen minimální část pacientů. Proto bych považoval spíše za správné tvrzení, že každá bolest lze pomocí léků zmírnit. To, že je o tom přesvědčena tak málo dotázaných, považuji spíše za důkaz toho, že tyto informace nejsou širší veřejnosti zatím příliš známy.

Otázka 12

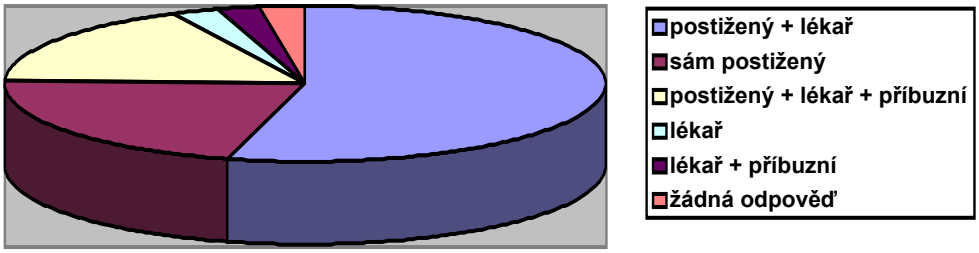
O provedení eutanázie by měl rozhodovat:

a) sám postižený	*22,4%*
b) postižený a lékař	*53,4%*
c) lékař a příbuzní	*2,4%*
d) lékař	*2,4%*
e) příbuzní	
možnosti b) a e)	*17%*
neodpovědělo	*2,4%*

Nejvíce, 53,4% dotázaných odpovědělo, že o eutanázii by měl rozhodovat postižený a lékař, 21,2% dotázaných uvedlo, že by to měl být sám postižený. Třetí nejčastější odpovědí bylo, že o eutanázii by měl rozhodovat postižený, lékař a příbuzní. Tuto možnost zaznačilo 17% dotázaných. Přehled výsledků je zachycen i v grafu 4.

Tuto otázku považuji ne-li za nejdůležitější, pak za jednu z nich. Zastoupení odpovědí jasně naznačují, že velká část respondentů použila v tomto případě značně racionální úsudek. Asi polovina dotázaných totiž uvedla, že o eutanázii by měl rozhodovat postižený a lékař. Tato odpověď totiž bere v úvahu již zmiňovanou možnost vzít rozhodnutí o svém osudu do rukou umírajícího, zároveň však zohledňuje nutnost odborného posouzení pacientovy situace. Někdy může pouze lékař kvalifikovaně odhadnout, zda situace pacienta je bezvýchodná a zda další léčení je již zbytečné. Tím, že tato část dotázaných nezahrnula do odpovědi další osoby, dala zároveň najevo obavy ze zneužití a porušení práva o autonomii umírajícího. Téměř pětina dotázaných pokládá za toho, kdo by měl o eutanázii rozhodovat, pouze postiženého. I zde se, dle mého názoru, odráží určitě oprávněná obava z možného zneužití „dobré smrti“. Pokud by však skutečně vzal rozhodování do svých rukou pouze pacient, který v určitých momentech není schopen uvažovat objektivně (tímto aspektem se zabývá otázka 13), mohlo by se provádění tohoto výkonu značně zvrhnout. Pacient prožívající nevyléčitelnou nemoc a sužován těžkými bolestmi prochází během této nemoci různými stádii. Pokud by tedy například ve fázi deprese žádal o eutanázii, nebyla by to jistě žádost objektivní. Další důvody k eutanázii by tak mohli nalézt i lidé bez sociálního zázemí nebo lidé s různými psychickými problémy. Dotázaní, kteří zvolili možnost postiženého, lékaře a příbuzné se tak rozhodli zřejmě proto, že v některých případech nemůže rozhodnout o eutanázii umírající osoba (kóma). Zbývající odpovědi byly již ve velmi malém zastoupení.

Graf 4.: Kdo by měl rozhodovat o provedení eutanázie?



Otázka 13

Myslíte si, že člověk trpící nesnesitelnými bolestmi a v těžké životní situaci je schopen objektivně posoudit svůj zdravotní stav a na základě toho se rozhodnout o provedení eutanázie?

a) ano 39%

b) ne 53,7%

neodpovědělo 7,3%

Otázka číslo 13 souvisí s otázkami 9 a 11. Opět se zde potvrdila má již dříve uvedená domněnka, že středoškolská mládež není příliš orientována v oblasti léčby bolesti. Kladné odpovědi, jejichž množství bylo značné, mě velmi překvapily. Je totiž známo, že trpící člověk v aktuální krizové situaci není schopen racionálně uvažovat. Je ovlivněn svým špatným zdravotním stavem a také nenadálými okolnostmi, do nichž ho nemoc uvrhla.

Otázka 14

Myslíte si, že by bylo provádění eutanázie zneužitelné?

a) ano 90,2%

b) ne 9,8%

Výsledky čtrnácté otázky byly naprosto jednoznačné, neboť 90,2% respondentů si je vědomo zneužitelnosti eutanázie.

S většinou dotázaných souhlasím i já, neboť četné případy z minulosti, odhalené až s postupem času, jasně dokazují, že lidská společnost je schopná zneužít i dobře míněných a prospěšných myšlenek. Eutanázie by se totiž mohla stát jednoduchou, ale velmi účinnou zbraní proti lidem, kteří se nemohou nebo nedokáží bránit. Také by to byl celkem snadný prostředek proti lidem, o které se společnost nedokáže nebo nechce postarat, a kteří jí připadají zbyteční. Dle mého názoru, dotázaní, kteří jsou přesvědčeni, že eutanázie by nebyla zneužitelná, mohou mít za určitých okolností pravdu. Pokud předpokládají, že eutanázie by byla povolena a následně prováděna jen za striktně daných podmínek, dalo by se tím do značné míry zneužití eutanázie předejít. Přesto je nutné vzít v úvahu, že i při dodržování daných podmínek by se přece jen minimálnímu množství „nechtěných" výkonů zabránit nedalo. Mnozí dotázaní si zřejmě neuvědomují, že v sázce je to nejcennější, lidský život.

Otázka 15

Lékař, který eutanázii provedl (ve státě, kde je uzákoněna) je podle Vašeho názoru:

a) zločinec a měl by být trestně stíhán	
b) člověk, který pouze vykonává své povolání	*46,3%*
c) soucitný člověk chápající utrpení svých pacientů - spasitel trpících	*36,6%*
d) člověk bez svědomí	*7,3%*
možnosti b) a d)	*4,9%*
neodpovědělo	*4,9%*

Dle mého mínění by role toho, kdo by eutanázii prováděl, byla velmi problematická. Pokud by to navíc byl lékař, vyvstaly by problémy, o nichž se zmiňuji již v otázce 10. Lékař je totiž ve společnosti uznáván jako ten, kdo lidi uzdravuje a zachraňuje jejich životy. Tímto by však jeho poslání získalo diametrálně odlišný charakter, a také by se změnil postoj pacientů vůči těmto lékařům. Přesto téměř polovina dotázaných by pokládala lékaře provádějícího eutanázii za člověka, který pouze vykonává své povolání. Důležitý je zde však předpoklad její legalizace. To, že tuto možnost zaznačilo nejvíce dotázaných koresponduje i s tím, jak odpovídali na otázku 10. Více než třetina dotázaných by lékaře provádějícího eutanázii pokládala za spasitele trpících. Myslím, že je to způsobeno vlivem médií, která takové lékaře tímto způsobem často prezentují. Příkladem za všechny je Dr. Kevorkian alias „Dr. Smrt".

Otázka 16

Souhlasíte s eutanázií, tedy i s jejím uzákoněním v ČR?

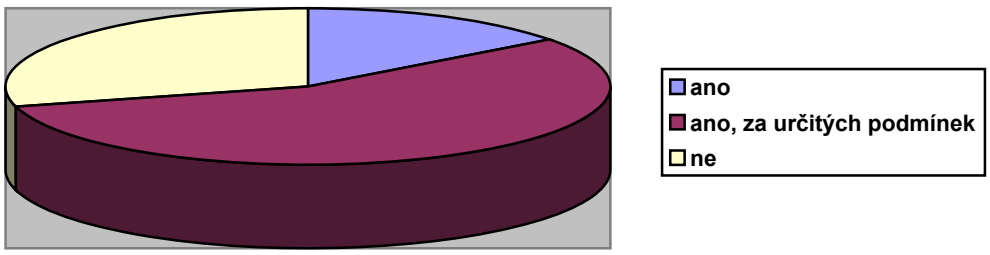
a) ano *14,6%*

b) ne *29,3%*

c) ano, za určitých podmínek (nezávislá komise, kontrola…) *56,1%*

V této otázce, kterou považuji za stěžejní z celého dotazníku, se potvrdily moje domněnky, že studenti středních škol s eutanázií spíše souhlasí. Větší část z nich, vědoma si rizika zneužití, souhlasila s uzákoněním eutanázie jen za určitých podmínek. Myslím si, že důvody, proč tomu tak je, jsou různé. Mladí lidé jsou většinou zdraví, přítomnost utrpení či blízkost smrti si nepřipouštějí. Mnohdy povrchní informace v médiích spíše uzákonění eutanázie obhajují. Neznalost některých důležitých okolností, především pak možnost účinného využití paliativní péče, je zapříčiněna nedostatečnou osvětou. Mladí lidé proto možná ani neví o tom, že umírající člověk má i jinou volbu, než zvolit eutanázii či trpět v nesnesitelných bolestech. Za důležité považuji i ústup tradičních náboženství, která ve svých učeních posvátnost života vyzdvihovala. Odpovědi na tuto otázku odrážejí určitě nejen znalosti a názory respondentů, ale i jejich osobnost, výchovu a celkový postoj k životu. Přehledně je zastoupení odpovědí na otázku 16 zachyceno v grafu 5.

Graf 5.: Souhlasíte s uzákoněním eutanázie v ČR?



Ti dotázaní, kteří odpověděli na předcházející otázku kladně, měli odpovědět i na otázky 17 a 18. Respondenti, kteří s uzákoněním eutanázie v ČR nesouhlasili, na poslední dvě otázky již neodpovídali.

Otázka 17

Souhlasil/a byste s eutanázií ve vlastním případě (kóma, nesnesitelné bolesti)?

a) ano 83%

b) ne 7%

neodpovědělo 10%

Tato otázka potvrdila, že respondenti jsou opravdu o užitečnosti eutanázie přesvědčeni a volili by tuto možnost i pokud by se to týkalo jejich vlastní osoby. Z poměrně značného procenta těch, kteří na tuto otázku neodpověděli, vyplývá, že mladí lidé jsou si vědomi možnosti změny názoru v tak důležité oblasti, jakou bezesporu eutanázie je. Také je těžké předpokládat, jak se člověk zachová v situaci, ve které se nikdy před tím neocitnul, a která pro něj byla jen čistě teoretická.

Otázka 18

Souhlasil/a byste s eutanázií u osoby Vám blízké (kóma, nesnesitelné bolesti)?

a) ano 79,3%

b) ne 3,5%

neodpovědělo 17,2%

Poslední otázka měla za úkol zjistit, zda by studenti za určitých podmínek souhlasili s eutanázií u osoby jim blízké. S provedením eutanázie u osoby blízké souhlasilo 79,3%, tedy většina dotázaných.

Domnívám se, že je mnohem jednodušší rozhodnout o svém vlastním osudu, než o osudu osoby jiné, natož blízké. Jak je vidět z poměrně značného množství dotazníků, v nichž nebyla otázka 18 vůbec zodpovězena. Opět se potvrdily domněnky uvedené již v předchozích dvou otázkách.

5.5 Celkové vyhodnocení a shrnutí dotazníkového šetření

Celkově lze říci, že cíl dotazníku byl splněn, neboť byla zjištěna data od poměrně reprezentativní skupiny středoškolské mládeže, která byla zastoupena počtem dvaaosmdesáti studenty. Výsledky sloužili k potvrzení či vyvrácení některých domněnek z obecné části práce pomocí osmnácti otázek.

První část dotazníku byla zaměřena na znalosti a všeobecný přehled a lze z nich vyvodit následující závěry:

- středoškolská mládež je poměrně dobře informována o základních pojmech, které se vztahují k problematice eutanázie, protože jsou jí ve většině případů známy pojmy jako je euatanázie, paliativní či hospicová péče
- dobrý přehled dotázaní prokázali také v případě faktických znalostí o tom, jestli souhlasí s eutanázií křesťanská víra, kde je legalizována ve světě a zda je uzákoněna v České republice

Tyto velmi dobré výsledky poukazují na to, že středoškolská mládež je o problematice velmi dobře informována. Důvodem mohou být časté diskuze na toto téma ve sdělovacích prostředcích, ale i kvalitní výuka na středních školách.

Cílem druhé části dotazníku bylo zjistit postoje a názory vybrané skupiny respondentů na vybrané problematické otázky o eutanázii. Obecně lze o názorech středoškolské mládeže, že:

- k vykonání eutanázie by opravňovaly především nesnesitelné bolesti, které nelze podle respondentů pomocí léků zmírnit
- eutanázii by měla provádět komise složená z odborníků (právník, lékař, psycholog, psychiatr)
- o provedení eutanázie by měl rozhodovat podle větší části dotázaných umírající společně s lékařem
- lékaře, který by eutanázii prováděl v zemi, kde je legalizovaná, studenti považují za člověka, který pouze vykonává své povolání
- většina respondentů by souhlasila s uzákoněním eutanázie v ČR (za určitých podmínek) i s provedením eutanázie sebe i svých blízkých (při nesnesitelných bolestech), přestože považují eutanázii za zneužitelnou.

6. ZÁVĚR

Výsledkem studia tématu mé diplomové práce je zjištění, že eutanázie je problematikou nesmírně obsáhlou a širokou. Značný vliv na současné posuzování eutanázie má historický vývoj v postoji ke smrti a umírání, z něhož lze usuzovat i na měnící se hodnotu lidského života. Samotná eutanázie bývá v médiích a na veřejnosti zjednodušována na argumenty, které její provádění podporují, nebo zásadně odmítají. Je však třeba rozlišovat různé formy eutanázie a také upozornit na možnosti péče o umírající, kteří o podstoupení eutanázie uvažují. Pokud by totiž byla bolest, která bývá udávána jako jeden z hlavních argumentů pro legalizaci eutanázie, dobře léčena, jistě by se počet žadatelů o „milosrdnou smrt“ snížil. Řešením pro tyto případy je zakládání hospiců a poskytování kvalitní paliativní péče. Počet hospiců a jejich kapacita však zatím nemůže uspokojit velký počet zájemců. Proto řešení problematiky spatřuji spíše v rozvoji péče v dané oblasti než v legalizaci eutanázie, která by měla, jak se můžeme v některých zemích přesvědčit, značné negativní důsledky. Všechny souvislosti a aspekty, které se eutanázie týkají, jsou obsahem první, teoretické části diplomové práce.

Cíl diplomové práce byl splněn, neboť jsem zjistil informovanost a některé znalosti středoškolské mládeže v oblasti eutanázii a jejich názory na nejdůležitější aspekty s eutanázií související. Toto bylo také náplní druhé, praktické části práce.

První hypotéza se potvrdila, protože středoškolští studenti jsou dobře obeznámeni s problematikou eutanázie, poněkud méně používaný pojem paliativní péče byl oproti ostatním zaznamenán jako správný v menší míře.

Druhá hypotéza se potvrdila pouze částečně. Jako nejčastější důvod k provedení eutanázie uváděli dotázaní sice nesnesitelné bolesti a jako jejího vhodného vykonavatele komisi. Výsledky na otázku, kdo by měl eutanázii provádět, se ale od předpokladu lišily. Nejvíce preferovanou odpovědí totiž bylo, že by to měl být postižený a lékař, kdežto já jsem uvedl, že to bude pouze postižený.

Třetí hypotéza se opět potvrdila, většina respondentů s legalizací eutanázie souhlasí a s jejím provedením by souhlasila i v případě vlastní osoby a svých blízkých.

7. SHRNUTÍ

Umírání, smrt, eutanázie – přehled problematiky a sonda do názorů středoškolské mládeže

Dying, death, pain – An overview of the problematics and probe into secondary students opinions

Pavel Spáčil

SHRNUTÍ

Ve své diplomové práci se zabývám nejdůležitějšími oblastmi, které souvisejí s problematikou eutanázie. Velký vliv na dnešní postoj k zásadním otázkám konce lidského života má historický vývoj ve vnímání nejen samotné smrti, ale i jejího smyslu. Současná společnost je od smrti a umírajících lidí značně vzdálena, proto také posuzuje některé důležité otázky týkající se umírání zjednodušeně a samotný smysl umírání často nechápe.

Eutanázie je nesmírně široká problematika, která se sice zdánlivě týká pouze umírajícího, ale její dosah je celospolečenský. Ovlivňuje nejen umírající a jejich příbuzné, ale i lékaře a nakonec všechny lidi, kteří se mohou do situace blízké smrti dostat.

Východiskem pro umírající, kteří trpí nesnesitelnými bolestmi, což je jeden z hlavních argumentů zastánců eutanázie, je hospicová a paliativní péče. Zařízení, které tuto péči poskytují, je však zatím nedostatek. Uvedené aspekty, které sledují užší souvislosti z oblasti eutanázie, jsou náplní první, teoretické části.

Ve druhé části zjišťuji znalosti středoškolské mládeže z této problematiky a jejich názory na nejvýznamnější otázky, které se eutanázie týkají. Jejich odpovědi potvrzují i vyvracejí některé domněnky z teoretické části práce, ale mohou nám poskytnout i zjednodušený obraz, jaký postoj bude mít k eutanázii budoucí společnost.

SUMMARY

In my diploma thesis, I describe the most important scopes investigating the problems of euthanasia. The historical development in the perception not only of the death itself but also of its meaning has a crucial impact on a contemporary attitude towards the basic questions of the end of human life. There is a considerable distance between a nowadays society on one hand and the death and dying people on the other hand and, therefore, the society determines the significance of dying in a rather simplified way and does not often comprehend the unique meaning of dying.

Euthanasia is an immensely broad social problem that seems to concern only the dying person but its extent is corporate. It has an influence on the dying people and their relatives as well as on the doctors and on all the people that can find themselves close to death.

The hospice and the palliative cares are an opportunity for dying people who suffer from an unbearable pain. The notion of suffering is one of the main arguments of the euthanasia supporters. However, there is a lack of centers that would offer these two types of curing. The present aspects that follow the narrower coherences of euthanasia are concerned in the first, theoretical part of the thesis. Its second part surveys the secondary students' knowledge and their opinions on the most important questions dealing with the euthanasia problem. Their answers both approve and disprove some of the assumptions of the theoretical part, on the other hand, they can outline the approach the next generation will have towards euthanasia.

8. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Základní literatura

ARIES, P. *Dějiny smrti. 1.díl, Doba ležících.* 1.vyd. Praha: Argo 2000
ISBN 80-7203-286-0

ARIES, P. *Dějiny smrti. 2.díl, Zdivočelá smrt.* 1.vyd. Praha: Argo 2000
ISBN 80-7203-293-3

DE HENNEZEL, M. *Smrt zblízka, umírající nás učí žít.* 1. vyd. Praha: ETC Publishing 1997
ISBN 80-86006-15-8

BYOCK, I. *Dobré umírání.* 1. vyd. Praha: Vyšehrad 2005
ISBN 80-7021-797-9

CALLANANOVÁ, M., KELLEYOVÁ, P. *Poslední dary.* 1. vyd. Praha: Vyšehrad 2005
ISBN 80-7021-819-3

DIGIUGLIO, R. *O smrti.* Praha: Lidové noviny 1997
ISBN 80-7106-210-3

DOLISTA, J., VURM, V. *Vybrané kapitoly z bioetiky.* 1.vyd. České Budějovice 2004
ISBN 80-7040-700-X

Evangelium vitae: Encyklika Jana Pavla II., O životě, který je nedotknutelné dobro z 25. března 1995. 1.vyd. Praha: Zvon 1995
ISBN 80-7113-139-3

HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika.* 2. vyd. Praha: Galén a Karolinum 1997
ISBN: 80-85824-54-X

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

JAKOUBKOVÁ, J. *Paliativní medicína.* 1.vyd. Praha: Galén 1998
ISBN 80-85824-78-7

KŘIVOHLAVÝ, J. *Vážně nemocný mezi námi.* Praha: Avicenum 1989

KÜBLER – ROSSOVÁ, E. *Otázky a odpovědi o smrti a umírání.* 1. vyd. Turnov: Arita 1994
ISBN: 80-85-878-12-7

KÜBLER – ROSSOVÁ, E. *Hovory s umírajícími.* 1.vyd. Praha: Signum unitatis 1992
ISBN: 80-85439-04-2

LANDSBERG, L. P. *Zkušenoti smrti.* 1. vyd. Praha: Vyšehrad 1990
ISBN: 80-7021-054-0

MUNZAROVÁ, M. *Eutanazie, nebo paliativní péče?* 1.vyd. Praha: Grada Publishing 2005
ISBN 80-247-1025-0

ONDOK, J. P. *Bioetika.* 1.vyd. Svitavy: Trinitas 1999
ISBN 80-86036-24-3

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

SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet.* 2. vyd. Praha: Ecce homo 1995
ISBN 80 - 902049 - 0 – 2

THOMASMA, D.C. a KUSHNEROVÁ, T. *Od narození do smrti.* 1. vyd.
Praha: Mladá fronta 2000
ISBN: 80-204-0883-5

VIRT, G.: *Žít až do konce. Etika umírání, smrti a eutanazie.* 1.vyd. Praha:Vyšehrad 1998
ISBN 80-7021-330-2

VORLÍČEK, J., ADAM, Z., POSPÍŠILOVÁ Y. A KOLEKTIV, *Paliativní medicína.* 2. vydání, Praha: Grada Publishing 2004
ISBN 80-247-0279-7

VOZÁR, J. *Eutanázia: Právne aspekty*, 1. vyd. Pezinok 1995
ISBN 80-967469-2-8

Rozšiřující literatura

Algeziolog musí být vyzrálou osobností. Medical tribune, č.28/2006, s.17

HAŠKOVCOVÁ, H.: *Eutanázie v České republice*. Medica Revue, 9/1996, s.30

Holandské legislativní postupy při eutanázii. Lékařské listy 47, Praha 1998, s. 8

KAMENICKÁ, R.: *Poslední práva člověka. Současný spor o euthanasii.* Proglas, srpen 1997

LAJKEP, T. *Eutanazie – poznámky o teorii a praxi.* Zdravotnické noviny 46/2002

MUNZAROVÁ, M. *Těžce nemocný, umírající člověk nemá jen dvě možnosti.*
Lékařské listy 49, Praha 1997, s.10

MUNZAROVÁ, M. *Smrt a filozofické myšlení.* Lékařské listy 41, Praha 2002, s.33-34

MUNZAROVÁ, M. *Smrt a filozofické myšlení.* Lékařské listy 41, Praha 2002, s.33-34

SVATOŠOVÁ, M. *Komplexní hospicová péče je přínosem pro společnost.* Zdravotnické noviny č. 37/1999

VORLÍČEK, J. *Paliativní medicína a dobrá smrt.* Zdravotnické noviny 26/2001

BYSTŘICKÝ, Z.: *Paliativní a hospicová péče*. Bolest, 7/2000, s.46-48

Internetové zdroje

server www.hospice.cz

server www.cestadomu.cz

http://prolife.cz/eutanazie/?id=1210 ze dne 25.11.2006

http://prolife.cz/eutanazie/?id=835 ze dne 15.11.2006

http://zakony.idnes.cz/eutanazie-v-pravnim-radu-cr-dfn-/trestnipravo.asp?c=A041020_000000_trestnipravo_4336) ze dne 18.2.2007

http://zakony.idnes.cz/eutanazie-v-pravnim-radu-cr-dfn-/trestnipravo.asp?c=A041020_000000_trestnipravo_4336) ze dne 18.2.2007

http://www.novinky.cz/domaci/poslanci-smetli-ze-stolu-novy-trestni-zakonik_80640_6cle4.html ze dne 23.2.2007

http://imm.newtonit.cz/drogy ze dne 23.2.2007

9. SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 : Dotazník - Eutanázie

Příloha č.1

Dotazník - eutanázie

Tento dotazník slouží jako podklad pro diplomovou práci. Je anonymní a poskytnuté informace budou statisticky zpracovány. V případě, že je to možné, zatrhněte více odpovědí. Děkuji za spolupráci.

Pavel Spáčil,
student 5. ročníku Husitské teologické fakulty

1) Eutanázie je:

a) beztrestné zabití
b) druh léku
c) dobrá milosrdná smrt
d) druh léčby

2) Souhlasí s eutanázií křesťanská víra?

a) ano
b) ne

3) Je eutanázie v ČR povolena (uzákoněna)?

a) ano
b) ne

4) Eutanázie je uzákoněna v:

a) Belgii
b) Francii
c) Austrálii
d) Holandsku
e) Japonsku
f) USA
g) Kolumbii
h) Švýcarsku

5) Paliativní péče je:

a) ukončení léčby odpojením přístrojů
b) léčba starých lidí
c) tišení bolesti prostřednictvím léků
d) druh alternativní medicíny

6) Hospicová péče je:

a) péče o umírající a těžce nemocné
b) péče o staré lidi v domově důchodců
c) péče o zákazníka v restauraci

7) Aktivní eutanázie je:

a) smrt při fyzicky náročném výkonu
b) smrt po aplikaci smrtící látky do těla trpícího umírajícího
c) sebevražda

8) Považujete za eutanázii interrupci ze zdravotních důvodů?

a) ano
b) ne

9) K použití eutanázie by opravňovalo?

a) nesnesitelné a neutišitelné bolesti
b) stáří
c) kóma
d) psychická porucha

10) Eutanázii by měl provádět:

a) osoba podstupující eutanázii
b) lékař
c) zdravotní sestra
d) komise (právník, lékař, psychiatr, psycholog)
e) právník
f) více lékařů
g) příbuzní

11) Myslíte si, že lze každou bolest za pomocí léků zmírnit?

a) ano
b) ne

12) O provedení eutanázie by měl rozhodovat:

a) sám postižený
b) postižený a lékař
c) lékař a příbuzní
d) lékař
e) příbuzní

13) Myslíte si, že člověk trpící nesnesitelnými bolestmi a v těžké životní situaci je schopen objektivně posoudit svůj zdravotní stav a na základě toho se rozhodnout o provedení eutanázie?

a) ano
b) ne

14) Myslíte si, že by bylo provádění eutanázie zneužitelné?

a) ano
b) ne

15) Lékař, který eutanázii provedl (ve státě, kde je uzákoněna) je podle Vašeho názoru:

a) zločinec a měl by být trestně stíhán
b) člověk, který pouze vykonává své povolání
c) soucitný člověk chápající utrpení svých pacientů - spasitel trpících
d) člověk bez svědomí

16) Souhlasíte s eutanázií, tedy i s jejím uzákoněním v ČR?

a) ano
b) ne
c) ano, za určitých podmínek (nezávislá komise, kontrola…)

V případě, že jste odpověděli ne, na následující otázky již neodpovídejte.

17) Souhlasil/a byste s eutanázií ve vlastním případě (kóma, nesnesitelné bolesti)?

a) ano
b) ne

18) Souhlasil/a byste s eutanázií u osoby Vám blízké (kóma, nesnesitelné bolesti)?

a) ano
b) ne