

**UNIVERZITA TOMÁŠE BATI VE ZLÍNĚ**

**Institut mezioborových studií Brno**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

Brno 2006

Zuzana Petrová

**UNIVERZITA TOMÁŠE BATI VE ZLÍNĚ**

**Institut mezioborových studií Brno**

**Eutanázie – problém etický i sociální**  
**Vývoj a současné názorové trendy**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

Vedoucí bakalářské práce:

doc. PhDr. Bohumil Koukola, CSc.

Vypracovala:

Zuzana Petrová

Brno 2006

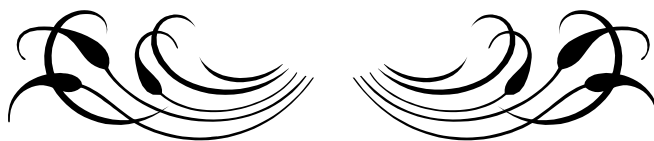
## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „*Eutanázie – problém etický i sociální*“ vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v práci uvedených."

---

Zuzana Petrová

*”Třebaže v této době není nutně naším údělem, abychom fyzicky trpěli až k hranici únosnosti, naším osudem i nadále zůstává ona velká míra utrpení emocionálního. Popření tohoto faktu je ústřední chybou současnosti.”*  
(Peck, *Odmítnutí duše*, 2001)



## **Poděkování**

Mé poděkování patří všem, kteří mne svými osobními zkušenostmi i radami provázeli při získávání nových poznatků a cenných informací pro vypracování mé bakalářské práce. Děkuji především panu doc. PhDr. Bohumilu Koukolovi, CSc. za velmi užitečnou metodickou pomoc a možnost odborné konzultace k uvedené problematice.

# OBSAH

<b>ÚVOD</b>	1
<b>1. FILOZOFICKÉ a ETICKÉ HLEDISKO EUTANÁZIE</b>	
<b>1.1 Etika, vymezení pojmu</b>	3
1.1.1 Normativní etika	3
1.1.2 Lékařská etika	4
<b>1.2 Otázky morálky a lidských práv</b>	8
<b>1.3 Vybrané postoje náboženství</b>	10
1.3.1 Křesťanství	11
1.3.2 Judaismus	13
1.3.3 Buddhismus	14
1.3.4 Islám	16
<b>1.4 Smysl života a utrpení</b>	16
<b>1.5 Důstojná smrt</b>	18
<b>2. HISTORIE A VÝVOJ EUTANÁZIE</b>	
<b>2.1 Přístupy ke smrti</b>	20
2.1.1 Definice smrti	21
<b>2.2 Vývoj postojů k eutanázii</b>	23
<b>2.3 Moderní historie eutanázie a legislativa</b>	24
2.3.1 Německo	24
2.3.2 Spojené státy americké	26
2.3.3 Velká Británie	28
2.3.4 Holandsko	29
2.3.5 Ostatní země	31
2.3.6 Česká republika	34
<b>3. EUTANÁZIE</b>	
<b>3.1 Vymezení pojmu eutanázie a význam slov souvisejících</b>	36
<b>3.2 Jak se provádí eutanázie?</b>	40
<b>4. PALIATIVNÍ PÉČE</b>	
<b>4.1 Pojem, funkce, cíle</b>	41
<b>4.2 Paliativní léčba a hospicové hnutí</b>	42
<b>4.3 Hospic, hospicová péče</b>	44
<b>4.4 Současné hospicové hnutí v ČR</b>	45
<b>5. ZÁKONY V NAŠEM LÉKAŘSTVÍ VE VZTAHU K EUTANÁZII</b>	
<b>5.1 Právní problémy</b>	48
<b>5.2 Vůle člověka</b>	49
<b>5.3 Důvody ke zneužití eutanázie</b>	50
<b>6. SOUČASNÉ NÁZOROVÉ TRENDY</b>	
<b>6.1 Eutanázie věc veřejná nebo soukromá</b>	52
<b>6.2 Stanoviska odborníků a osobností k otázce eutanázie</b>	52
<b>6.3 Diskuze</b>	57

<b>ZÁVĚRY</b>	59
<b>RESUME</b>	60
<b>ANOTACE</b>	61
<b>ANNOTATION</b>	62
<b>INFORMAČNÍ ZDROJE</b>	63

## ÚVOD

V posledních letech se ve světových sdělovacích prostředcích stále častěji diskutují problematické otázky eutanázie, řešící zejména její legalizaci. Eutanázie je v současnosti prezentována jako problém lidských práv a někdy se dokonce vyzdvihuje jako příklad pokrokového reformního hnutí. Jde však o složitý komplex otázek, který zahrnuje jak mnoho nesnadných a kontroverzních aspektů náboženských, morálních, lékařských a ošetrovatelských, tak složky právní včetně práva mezinárodního, společenský život i kulturní rozdílnost.

Jádro problému e u t a n á z i e je podle Pollarda (1996, s. 21) etické, protože je v sázce lidský život. Díváme-li se na eutanázii jako na průzkum veřejného mínění, složitost problémů narůstá. Chápe vůbec společnost eutanázii správně? Kolik lidí se domnívá, že bolest při terminální chorobě nelze zmírnit? Vědí, že bezpečné zákony o eutanázii se nepodařilo vypracovat zatím v žádné zemi? Kolik z nich ví o krajní zvrácenosti zákona v Holandsku, který vedl k běžně praktikovaným lékařským vraždám? Kolik z nich domýšlí do konce dilema, že jestliže se na lékaře nedá spolehnout při kontrole bolesti, jak se dá na ně spolehnout při kontrole usmrcování? (Pollard, 1996, s.195, s. 15)

Současná diskuse o eutanázii je často zjednodušující a obvykle pojmána jen černobíle. My však nežijeme v černobílém světě. Mnohdy i velmi vzdělaní lidé mají tendence ke zjednodušujícímu uvažování o celé řadě otázek a nedokáží se shodnout ani na definici tohoto slova. (Peck, 2001, s. 10)

Eutanázie je dnes interpretována jako souhrnný pojem pro celou řadu značně odlišných situací. Chceme-li se vyznat v tomto bludišti, musíme si nejprve vyjasnit základní pojmy vztahující se k eutanázii (bohužel běžná pojednání se vyznačují zmatenou terminologií, nejasným pojmoslovím, významy, různým komolením, nepochopením a dokonce i překrucováním faktů - volně podle Pollard, 1996).

Nezasvěcená osoba mnohdy ani nepochopí, co se vlastně eutanázií myslí a dokonce je přesvědčena o tom, že pro těžce nemocného a umírajícího člověka existují pouze dvě možnosti: buď umírat v nesnesitelných bolestech a trápeních, anebo být milosrdným způsobem zabit... a tomuto utrpení uniknout. O žádné další možnosti se neuvažuje. Je tedy žádoucí a nezbytné se seznámit i s jinou – novou, moderní cestou ve vztahu k umírání - a tou je kvalitní, humanistická paliativní léčba a péče.

Výchozí motivací k sepsání této práce mně byly moje několika měsíční zážitky z pravidelných návštěv a opatrování mé milované babičky, která zemřela následkem zhoubného onemocnění v léčebně pro dlouhodobě nemocné.

Hlavním cílem této práce je popsat historický vývoj přístupů k eutanázii, filozofická a etická hlediska eutanázie, poukázat na současné názorové trendy v otázce její legalizace, naznačit možná další řešení, případně vyjádření jiného úhlu pohledu na realitu umírajících.

Z. P.



# 1. FILOZOFICKÉ A ETICKÉ HLEDISKO EUTANÁZIE

## 1.1 Etika, vymezení pojmu

”Slovo **e t i k a** se dnes na veřejnosti skloňuje ve všech pádech a etiku ve zdravotnictví hodnotí téměř kdekdo”, uvádí Hájek (1997, s. 106) ve své úvaze o profesních vztazích.

Vzdělaní lidé se zabývají etikou při studiu filozofie, sociologie a teologie. Seznamují se s ní jako s filozofickou kategorií a ti ostatní, kteří ke studiu etiky neměli zatím příležitost, ji vnímají většinou správně, když ji ztotožňují s *morálkou*<sup>1</sup>. (PL,<sup>2</sup> Hájek 1997, s. 106)

Etika - je vědou o mravnosti. Dříve byla etika nazývána mravovědou, též praktickou filozofií i termínem dobrověda. ”Etika je teorií mravnosti....”a jejím předmětem je zkoumání zákonitostí mravního chování jednotlivců i společností. Mravní zásady, kterými se lidé řídí, se však v průběhu času mění. Někdy se platné mravní názory přičí názorům správným. (Haškovcová, 1994, s. 10)

### 1.1.1 Normativní etika

Oč se vlastně v etice jedná? Lidský život se skládá ze sledu rozhodnutí. Rozhodujeme-li se, volíme mezi různými možnostmi chování nebo jednání. Rozhodování je nevyhnutelné. A etika se pokouší nalézt odpovědi na otázku, jak má jednotlivec jednat ve vztahu k sobě, svému okolí i svým bližním. Etika se táže po *správném jednání a správném rozhodnutí*, což je takové, za které můžeme nést odpovědnost nebo které můžeme ospravedlnit. Správně jednáme tehdy, když k dosažení svého cíle používáme vhodné prostředky za daných pravidel. (Ricken, 1995, s. 11)

Opakem normativní etiky je *etika situační*<sup>3</sup>. Tezí situační etiky je, že o žádném činu nelze vynést žádný morální soud, aniž by se vzala v potaz celková situace nebo kontext, ve kterém se odehrává. (Peck, 2001, s. 104)

---

<sup>1</sup> morálka - soubor pravidel uznávané mravnosti (Haškovcová, 1994) - soubor norem a pravidel chování lidí ve společnosti v určité etapě společenského vývoje, které vyjadřují názory společnosti (třídy) na jednání člověka z hlediska dobra, zla, správnosti, čestnosti,.. (SCS)

<sup>2</sup> PL - odborný časopis Praktický lékař, dále jen PL

<sup>3</sup> Protikladem je podle Haškovcové (2000) tzv. McDonaldisace medicíny = kritika zdravotnictví, dehumanizace, medicína na běžícím pásu, rychlá léčba a diagnostikování pacientů, orientace na výkon,

Vždy je nezbytné posoudit případ, každého nemocného člověka zvlášť podle daných okolností. Situační etika se odehrává pouze mezi konkrétním lékařem a konkrétním nemocným a jejíž prostor je determinován svědomím lékaře. (Haškovcová, 1994, s. 200)

V běžné řeči existuje mnoho slov, jichž užíváme k vyjádření mravních skutečností, tzv. mravní slova. Jejich běžné užívání ukazuje, že v naší komunikaci uplatňujeme společné předporozumění mravní skutečnosti, jehož prvky jsou:

- **mravní hodnocení** (lidské jednání a jeho výsledky se morálně hodnotí),
  - **svědomí** (předpokládá se, že každý ví, co je dobré a co je špatné),
  - **dobrovolnost** (lidské jednání je dobrovolné a na základě svobodného rozhodnutí),
  - **odpovědnost** (každý je odpovědný za své jednání a může tedy odpovědět na otázku, proč jednal právě takto),
  - **sociální zřetel** (zlaté pravidlo: "Co sám nechceš, nečini jinému."),
  - **vlastní hodnota** (mravní kvalifikace se týká hodnoty a důstojnosti člověka).
- (Anzenbacher, 1994, s. 13)

### 1.1.2 Lékařská etika

"Lékařská etika je příliš starobylou a příliš podstatnou skutečností pro lékaře, nemocné a pro společnost, než aby mohla být vydána zcela na pospas náhodným proudům módy ve filozofii." (PL, Munzarová, 1996, s. 616)

**Lékařská etika** je podle Haškovcové (1994) pojem, souhrnně označující etické problémy v *lékařství*.

V odborné literatuře jsou uváděny i další pojmy - klinická etika, medicínská etika apod. Nadřazený pro výraz lékařské etiky je pojem nejširší - bioetika.

**Bioetika** zkoumá etické problémy nejen v praktickém výkonu lékařské praxe, ale též ve výzkumu (biologie, biofyzika, chemie, farmacie). V širším významu se také používá tento výraz pro označení etické problematiky **veškerého života na zemi** a v tématu ekologickém.

Ve zdravotnictví nepracují jen lékaři, ale též zdravotní sestry a nižší zdravotnický personál. I oni se setkávají s určitými etickými problémy, rovněž oni spoluvytvářejí stavovskou etiku = *etika v ošetřovatelství a etika v práci sestry*. V roce

---

ekonomickou a časovou efektivitu (pozn.: úspěch spočívá v rychlé a efektivní pásové výrobě, manipulaci, hospodárnosti, inspirované výrobní linkou automobilových Fordových závodů).

1991 byl formulován etický kodex, resp. etické normy v ošetrovatelském povolání na základě podobných dokumentů ze zahraničí.

Mimo zdravotnický personál hrají též významnou úlohu duchovní, kteří pečují především o osoby stejné víry. Tato péče o duchovno trpících je součástí jejich *pastorální péče*<sup>4</sup>. Důraz je kladen na posílení víry, na zvládnutí osobních problémů a životních krizí z pozice víry. Pastorální péče v klasickém pojetí je zaměřena zvláště na lidi, kteří se nacházejí v určitém utrpení - nemoci, úzkosti, strachu, bolesti, stáří, sociálním tlaku. Hovoříme o *pastorální etice*.

Podle Křivohlavého (2000) dochází v současné době k rozšíření a prohloubení významu pastorální péče (moderní pojetí) o *poradenství* v církevním kontextu. Je to určitá forma vzájemné pomoci člověka člověku, *péče o člověka celého*, nejen o jeho duši (naslouchání, návštěvy, rozhovory, zpověď, dopisy, uspokojování potřeb, péče o rodinné příslušníky apod.).

Za historický základ a později za součást lékařské etiky lze považovat *deontologii*<sup>5</sup>. Tzv. deontologické kodexy *vymezují povinnost lékaře vůči pacientům*, kolegům, úředníkům a veřejnosti. Nejstarší a nejznámější je Hippokratova přísaha. Přesto, že vznikla již 400 let před naším letopočtem, představovala dlouhá staletí jediný deontologický kodex. Obsahově jsou některé pasáže Hippokratovy přísahy dnes již překonány, ale obecný pohled na profesní mravnost těch, kteří jiným pomáhají v mezní situaci nemoci, zůstává platný. (Haškovcová, 1994, s. 13)

Více než 2000 let byla samozřejmým základem lékařské etiky, jak jsme již uvedli, *etika hippokratovská*, vycházející z přísahy Hippokratovy<sup>6</sup>. V ní byla zakotvena řada závazných principů a návodů, určujících *správné jednání ve vztahu k nemocnému*, stejně, jako zdůraznění důležitosti "čistoty a posvátnosti" lékaře samotného. Rozhodování lékaře tedy spočívalo na posouzení, zda určitá forma jednání vyústí

v dodržení těchto zásad, a to nejen vůči nemocnému, ale i vůči sobě.

---

<sup>4</sup> Pzn.: Pastorální péče byla po řadu let u nás s ohledem na totalitní režim nežádoucí a tabuizována. Po roce 1989 dochází k zakotvení práva občana na víru a zákaz diskriminace v LZPS - zákon č. 2/1993 Sb.

<sup>5</sup> deontologie - nauka o povinnostech, o vztahu lékaře k nemocnému, lékařská etika (Kábrt, 1988, Lexikon medicum, s. 220)

<sup>6</sup> Hippokrates - lékař, pocházející z řeckého ostrova Kos, žijící v letech 460 - 370 př. Kristem. V současné době se mnozí přiklání k tomu, že přísaha nebyla napsána samotným Hippokratem a dohadují se i o datu jejího vzniku. (Munzarová, 1996, s. 456)

Ke kritice určitých zásad dochází až v polovině šedesátých let minulého století, především v USA. Důvodem byly velké změny nejen v oblasti společenské (vzdělání, občanská práva, hodnoty, nedůvěra v instituce apod.), ale i v lékařství samotném. V souvislosti s tímto zpochybňováním viděli někteří lékaři řešení v rozhodování soudů či v legislativě anebo zaujímali k etice obecný přístup. Většina z nich však poznala nebezpečí zaměňování zákona nebo ekonomiky za etiku, podobně, jako v redukci profesní etiky na pouhý osobní názor.

V díle "Situační etika" Fletcher (1966) propaguje názor, že mravní principy by měly sloužit jen jako maximy nebo ryze praktická pravidla a ne jako závazné standardy chování. Jediným závazkem je láska k bližnímu v každé situaci. (PL, Munzarová, 1996, s. 615)

Většina odborníků v lékařské etice se shoduje v názoru, že je vždy a za všech okolností v lékařském výzkumu i v praxi třeba *respektovat základní principy* tzv. bioetiky:

- **samostatnost** - vyplývající z lidských práv, důstojnosti a svobody (autonomie),
- **nepoškozování** - nedělání zla ( non maleficence),
- **směřování k dobru** - dobřečinění (beneficence),
- **spravedlnost** (justice).

Dobřečinění a neškodění byly známy již z etiky hippokratovské, ostatní dva principy byly sice nové, ale v moderních, změněných podmínkách velice důležité.

Vztahy mezi právním a morálním pojetím dobra jsou složité a vyžadují zvláštní pozornost. Zatímco etika připouští dilematické situace, právní zákon má jednoznačný výklad. Může zde tedy dojít k neshodě morálního a mravního zákona. Předpokladem pro to, aby konkrétní dilematické situace byly řešeny a vyřešeny v dané době nejlepším možným způsobem, jsou tzv. *základní pravidla*. Mezi nejčastěji uváděná patří: **faktická informovanost, lidská osobní zkušenost a schopnost tvořivé individuální modelace**. (Haškovcová, 1994, s. 62)

V současnosti je mnohde upřednostňován princip respektu k autonomii, a to hlavně jako protiváha autoritativního, tradičního modelu hippokratovského. Tento tzv. *autonomní model* je např. uplatňován v **rozhodování o smrti a umírání**. Jeho cílem je zbavit pacienta strachu z přemíry horlivé a často zbytečné léčby a ze ztráty kontroly nad sebou samým v případě nastupující nebo nevyhnutelné smrti. V Holandsku se však uplatňuje již i v praxi „úmyslného zabití nemocného na jeho vlastní žádost“ a ti, kteří

zde eutanázii propagují, se zaštiťují právě respektem k autonomii každého nemocného. Autonomní model se zde vyskytuje ve dvou formách:

**a) model zákazníka, spotřebitele**

Lékař poskytne všechna fakta o možných alternativách a pacient zváží veškeré možnosti s ohledem na své vlastní hodnoty. Lékař zde figuruje jen jako technická síla, jako vykonavatel zakázky. Pacientova autonomie je v této situaci ústředním a prvořadým principem, rozhoduje jedině jeho záměr nebo jeho zástupce.

**b) smluvní nebo dohadovací model**

Lékař a pacient diskutují o svých vzájemných hodnotách ve vztahu ke zdraví i k morálnímu systému. Oba společně jednájí a vstupují do smluvního poměru. Mohou tak sdílet úmysl urychlit smrt eutanázií nebo asistovanou sebevraždou<sup>7</sup>. Tento záměr se týká jen jich samotných a nemusí zajímat žádnou třetí stranu.

Přijetí autonomního modelu je tedy současně odvržením jakékoliv představy společné mravnosti v lékařství. Je vhodné zde připomenout, že smluvní strany nejsou rovnocenné co do znalostí i co se týče moci. Můžeme se zamyslet i nad tím, zda nejvhodnější kandidát pro eutanázii podle holandského modelu<sup>8</sup>, což je velmi vážně nemocný, trpící člověk, v konečné fázi choroby, často v depresi a ve strachu z umírání, z opuštěnosti, pod vlivem léků, je vůbec schopen autonomně rozhodovat o svém bytí či nebytí.

Velmi často se v odborné literatuře setkáváme s dalšími pojmy, charakterizujícími vztahy mezi lékařem a nemocným. Jedná se o:

**a) model paternalistický - otcovský, rodičovský.**

Lékař zacházel s nemocným autoritativně, ponechával si informace o ideální léčbě pro sebe. Pacient byl na lékaři závislý, způsobu léčby a přístupu se nebránil. Byť je dnes tento model již na ústupu, vyhovuje především starším a starým lidem, kteří nemají potřebu nic měnit.

**b) model partnerský -** vyžaduje mezi lékařem a pacientem dodržování určitých pravidel. Pacient je samostatnější, orientovaný ke spolupráci, obeznámený se svým zdravotním stavem a může se aktivně podílet v procesu uzdravování. Pacient chce být přijímán jako partner ovšem v profesionální kvalitě. Příkladem toho je následující text preambule Práva pacientů, které formuloval v roce 1971 lékárník David Anderson ve Virginii (USA):

---

<sup>7</sup> viz. kapitola 3.1 Vymezení pojmu eutanázie ....

<sup>8</sup> viz. kapitola 2.3.4 Holandsko

*”Já pacient chci být léčen jako jedinec. Nejsem číslo, nejsem kus papíru, nejsem zboží na prodej, nejsem někdo, s kým se smlouvá. Nejsem stroj na získávání náročných informací, ani ten, kdo se řadí do soukolí naprogramovaných dat. Jsem opravdu žijící jedinec, obdařený pocity, obavami, tužbami, ale i zábranami. Neznám vás dobře (t.j. lékaře) a odmítám vaše úsilí proniknout do mého těla, do mé duševní rovnováhy a do mého soukromí, když jsem nemocen. Chci s vámi spolupracovat, ale jen do té míry, pokud já a mně podobní pacienti mohou očekávat z vašeho počínání opravdu prospěch.”* (Haškovcová, Provoz zdravotního zařízení - 2001, s. 6)

## 1.2 Otázky morálky a lidských práv

Dovednost lékařské vědy a pokroky v lékařské technice zachránily již mnoho životů a ulehčily bezpočet utrpení. Avšak současně předkládají mnoho etických a morálních dilemat<sup>9</sup>, která jsou těžko řešitelná. Máme například nechat napojit naše umírající příbuzné či přátele na podpůrné systémy udržující život, nebo ne? Mají lékaři právo ukončit život umírajícího a neprodlužovat tak jeho agónii?<sup>10</sup>

Mají se ti, kdo se cítí být odsouzeni k dlouhému a bolestnému umírání, podněcovat k sebevraždě? Nebo by se jim v tom mělo dokonce pomáhat?

Ještě před čtyřiceti léty umírali lidé zpravidla doma, obklopeni osobami milovanými a milujícími. Dnes umírá většina z nás v nemocnicích a sanatoriích. Vyhlídka na to, že budeme udržováni naživu jen pomocí přístroje, je reálná a děsivá.

Lidé se stále častěji ptají, co mohou udělat, aby si zajistili humánní a důstojnou smrt, aniž by byl jejich život zbytečně prodlužován. Na takové otázky nenalzáme snadné odpovědi, ale existují zde *některé základní principy*<sup>11</sup>, které nás mohou vést. (Rinpoče, 1996, s. 357)

Většina lidského jednání může mít nejrozmanitější následky, které můžeme posuzovat různě. Jaká má být naše volba, podle čeho a kdo to rozhodne? Můžeme-li dospět k více než jednomu závěru, jak se pozná, který z nich je morálně správný?

---

<sup>9</sup> dilema - nutná (obtížná) volba mezi dvěma vzájemně se vylučujícími možnostmi (SCS)

<sup>10</sup> agónie - období nemoci před smrtí, vyznačující se ztrátou vědomí, smyslových funkcí a poklesem jednotlivých životních funkcí, zejména krevním oběhem a dýcháním (SCS)

<sup>11</sup> viz. kapitola 1.1.2 Lékařská etika - ”základní pravidla”

**Co je to dobrý výsledek? Či dobro převáží,** když půjde o více než jednu osobu? Na žádný z těchto dotazů neexistuje jednotná odpověď, pouze úsudky o morálních závěrech.

**Kdo má žít a kdo smí zemřít,** když není pohotově dost přístrojů a kvalifikovaný personál na záchranu života? Komu se má dát přednost? Zpravidla se jedná podle následujících kritérií:

- Kdo potřebuje pomoc nejnaléhavěji a může být zachráněn.
- Kdo může být zachráněn ve srovnání s těmi, jejichž nemoc nevyhnutelně povede ke smrti.
- U něhož je naděje na obnovení vědomí a smysluplné komunikace.
- Kdo je nenahraditelný ve vztahu k druhým lidem, např. rodiče k dětem.

Rozhodnutí, co komu poskytnout a komu odepřít, nemůže vzniknout jinde než u konkrétního nemocného v každém jednotlivém případě. V tom spočívá veliká zodpovědnost lékařů, ve které jim žádné zákony ani vyhlášky nepomůžou. "Úvahy o tzv. situační etice, která se odehrává pouze mezi konkrétním lékařem a konkrétním nemocným a jejíž prostor je determinován svědomím lékaře, jsou jistě na místě." (Haškovcová, 1994, s. 200)

**Kde je pomáhání ještě pomoci?** Východiskem je hippokratovský výraz lékařské etiky - nezpůsobit nemocnému žádnou škodu. Tento základní princip dovoluje působit bolest a škodlivé následky spojené s léčbou, jen pokud se tím předejde nebo odstraní větší bolest a větší ztráta, a dosáhne se přiměřeně významného pokroku na zdraví. (Häring, 1981)

Na otázku, zda **může být eutanázie správná,** odpovídá Pollard (1996, s. 82) otázkou: "Kdo může vědět, co je správné?" anebo "Kdo komu může říct, co se mělo udělat? Svou úctu k lidským hodnotám vyjadřujeme tehdy, když respektujeme spravedlivá práva pro každého. Můžeme se těšit na smrt, můžeme po ní toužit, může být pro nás úlevou, když přijde, ale chováme-li patřičný ohled na jednotlivé lidi a společnost, nesmíme život brát."

**Kdo má právo rozhodnout, kdy je situace beznadějná?** Zdá se, že ani věda, ani náboženství, ani etika nejsou schopny dát jednoznačnou odpověď. Bez váhání však můžeme říct, že volba nesmí být ponechána na úsudku jednoho lékaře. Osudové rozhodnutí musí být věcí vážného konsilia, nejlépe za účasti pacienta, případně jeho nejbližších.

Pro některé profesní skupiny existují *etické kodexy*<sup>12</sup>. Ty mají regulovat chování členů té skupiny, třebaže mají omezenou moc nutit je, aby se jim podřídili. Každý státní kodex lékařské etiky zastává názor, že eutanázie je pro lékaře neetická. Světová lékařská asociace, udávající v lékařské etice mezinárodní krok, vypracovala dvě deklaráce.

První z nich mj. konstatuje: "Eutanázie je neetická. To však nebrání tomu, aby lékař respektoval přání pacienta a dovolil, aby se v konečné fázi nemoci ponechal volný průběh přirozenému procesu smrti". V další deklaraci se mj. praví: "Sebevražda za lékařské asistence je stejně jako eutanázie neetická a musí být lékařským stavem zavržena. Nicméně **právo odmítnout lékařskou péči je základním právem pacienta**" (Pollard, 1996, s. 84)

Můžeme uvést další práva vztahující se k základním, nezbytným věcem, která kladou závaznou povinnost na druhé, aby je respektovali.

**Právo na život.** Všeobecná deklarace lidských práv konstatuje, že "základem svobody, spravedlnosti a míru ve světě je uznání přirozené důstojnosti a rovných a nezcizitelných práv všech členů rodiny. Přirozená důstojnost znamená, že hodnota lidského života je vnitřně daná a je znakem jeho hodnoty." V Mezinárodní dohodě o občanských právech se prohlašuje: "Každá lidská bytost má přirozené právo na život. Toto právo musí být chráněno zákonem. Nikdo nesmí být svévolně připraven o život." (Pollard, 1996, s. 81- 88)

**Právo zemřít.** 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.

Každá lidská bytost má svoji hodnotu a důstojnost a proto jsou jí přiznána i základní nezcizitelná lidská práva. Budeme-li takto chápat sebe i druhé, nemůžeme se k sobě navzájem chovat jinak než s respektem a úctou. (PL, Munzarová, 1996, s. 95, Svatošová, ZdN 26/2000, s. 3)

### 1.3 Vybrané postoje náboženství

Nahlédnutí do historického a náboženského chápání smrti nám pomáhá pochopit a respektovat individuální postoj k smrti a k umírání současného člověka. Duchovní svět a náboženské přesvědčení má na smrt a věci s ní spojené nezměřitelný význam

---

<sup>12</sup>kodex - sbírka zákonů, soubor právních předpisů, kodex církevního práva (SCS)



a důležitý vliv. V čase, kdy si člověk uvědomí, že je proti smrti bezmocný, obrací svoji tvář s vírou v něco nadpozemské, v Boha. Náboženství má velký vliv na smíření se s myšlenkou smrtelnosti a na kvalitu života umírajícího člověka. Všechny duchovní tradice nám jasně říkají, že smrt neznamena konec. Všechny si v sobě zachovaly a předávají vizi jakéhosi života, který přijde po smrti, čímž dávají tomuto životu posvátný smysl.

Rovněž Munzarová souhlasí, že veškerá mravní posuzování, rozhodování i cítění, se odvíjejí na podkladě určité tradice. Židovsko-křesťanská tradice je jedním ze základů, na němž mravnost Evropy stojí. Nejdůležitější zásady mravnosti jsou v židovství i v křesťanství shodné. (PL, Munzarová, 1996, s. 191)

### 1.3.1 Křesťanství

Křesťanství<sup>13</sup> svojí vírou v jediného Boha dává po celá staletí svým přívržencům naději v posmrtný a věčný život, podmíněný mravním životem. Tam, kde je Bůh, je i život. Toho, kdo nevěří v Boha, nečeká věčný život. Vědomí existence smrti tak vede křesťana k víře v Boha, věčného života a vykoupení. Ve spojitosti s touto vírou ztrácí smrt na své hrůzostrašnosti.

Křesťanství odsuzuje zabití člověka, což je zakotveno v pátém z jeho "Desatera Božích přikázání". (Melišová, DP Trnava 2000)

"Křesťanská etika je jako teologické učení o mravnosti vědou víry.". Základní etickou povinností je **úcta k životu**. Posvátnost života a víra, že si **život nedáváme sami a tudíž si ho ani sami nemůžeme vzít**, je téměř nedotknutelným základem křesťanské společnosti. (Kleber, 1990, s. 9)

Přesto, že křesťanství vzešlo ze židovství, je problematika lékařské etiky nejvíce rozpracována v katolicismu. V naší zemi jsou nejčastějšími křesťanskými vyznáními katolictví a protestantství, avšak v hlavních zásadách přístupu k životu se všechny křesťanské církve shodují. Základními pilíři tohoto učení jsou: Bible = Písmo svaté Starého Zákona a Nového Zákona, učení filozofů a teologů<sup>14</sup> i různá vyjádření církevní. Ve středověku bylo lékařství provozováno často mnichy, lidmi zcela oddanými Bohu a církvi a odtrženými od života.

---

<sup>13</sup> Křesťanství - jedno ze světových náboženství (vedle buddhismu a islámu) - 3 hlavní směry: katolicismus, pravoslavní a protestantismus. Učí, že pozemský život je dočasně útočištěm člověka, příprava na život po smrti. (Psychologický slovník, s. 135)

<sup>14</sup> nejzn. Aurelius Augustinus, Tomáš Akvinský

Nejdůležitější *principy katolické etiky*, jež mají vztah k naší problematice, jsou následující:

- **Princip správcovství:** Lidský život pochází od Boha a člověk je pouze jeho správcem, nikoliv vlastníkem. Má tedy odpovědnost chránit a kultivovat jeho funkce a vyhledávat lékařskou pomoc v případě poruch. Na základě osobního vztahu mezi stvořitelem Bohem a člověkem, náleží člověku obzvláštní důstojnost, která je nedotknutelná. Z toho vychází příkaz neomezené úcty k lidskému životu. (Kleber, 1990, s. 9)

- **Princip posvátnosti a nedotknutelnosti lidského života:** Lze jej snad nazvat právem na život, ale současně povinností život ochraňovat. Člověk se nemůže života vzdát. Odtud pramení jednoznačné odsouzení abortů, aktivní eutanázie a suicida<sup>15</sup>.

Existují však i určitá omezení tohoto principu, uvádí Munzarová (1994) - např. život lze obětovat pro vyšší mravní hodnoty, zabití ospravedlňováno v případě "spravedlivé války" apod. Rozhodně však přímé zabití nevinné osoby z vlastní vůle je vždy věcí špatnou.

- **Princip totality a integrity:** Týká se pravidel, jakým způsobem je možno do života zasahovat v případě transplantací orgánů od živých dárců.

- **Princip dvojího efektu:** V určitých případech z jednoho jednání mohou vzejít dva efekty, jeden pozitivní a druhý negativní. Chceme-li například ulehčit utrpení nemocného v konečném stádiu nádorové nemoci, které není možno ovlivnit běžnými analgetiky, podáváme morfin. Tím utlumíme bolest (pozitivní efekt), současně však navodíme návyk na tento lék, případně i díky tlumení dechového centra riskujeme další komplikace (negativní efekt). Je však třeba jasně formulovat podmínky, za nichž je možno tento princip aplikovat.

- **Princip svobody a odpovědnosti:** Každý projev svobody je správný pouze tehdy, je-li založen na myšlence odpovědnosti, na zvažování svých vlastních skutků ve vztahu nejen k sobě, ale i k jiným lidem. Svoboda je správná a pravdivá, pokud uznává práva jiných lidí být svobodeni a pokud respektuje jejich život.

- **Princip společenství a vzájemné pomoci:** Výchozím bodem tohoto myšlení je povinnost vzájemně se respektovat, uznávat důstojnost každé lidské bytosti.

Církev se podle Halíka (1996, s. 1) staví k eutanázii dogmaticky negativně. "Aktivní eutanázie, kdy lékař nějak pacienta usmrtí, je nepřípustná". Zároveň však

uvedl, že v některých výjimečných případech lze tolerovat pasivní eutanázii, kdy lékař nevyléčitelně nemocnému odpojí přístroje. (LN<sup>16</sup>)

Představitel německé evangelické církve říká: "Všichni, kdo zastávají názor, že by se mělo v individuálním případě povolit aktivní ukončení lidského života, nechtěně otvírají "Pandořinu skříňku". Z řecké mytologie je známo, že Pandora byla první žena, kterou bůh Héfaistos uhnětl z hlíny, a která dostala od všech bohů nějaký dar. Pandora prý ze zvědavosti otevřela skříňku, kterou jí dal bůh Zeus a do níž zavřel "lidské zlo", a tak prý skončil zlatý věk lidstva." (ZdN-LL č. 32, 1996)

Eticky zodpověditelná a právně nenapadnutelná je podle katolické i evangelické církve pasivní a nepřímá pomoc pro příchod smrti. Tu lze definovat jako zřeknutí se život prodlužující léčby u pacienta, který už je neléčitelný, a u něhož lze v blízké době očekávat smrt. Zvláštní roli zde hraje vlastní vůle pacienta, kterou si musí lékař nepochybně ověřit. Zástupci obou církví se současně distancovali od jakékoliv formy aktivní eutanázie. (ZdN-LL, č. 32, 1996)

### 1.3.2 J u d a i s m u s

Judaismus je systém židovské víry a praxe, vzniká od 19. stol. před n. l. = víra v jednoho Boha (Psychol. slovník, s. 116). Židovská lékařská etika je pevně zakořeněna v bohaté tradici *židovského Zákona*.

V tomto morálním slovníku židovské nauky o životě se mluví o lidských povinnostech a ne o lidských právech, o závazcích a ne o nárocích. Nejpopovolanějšími mluvčími všech etických problémů jsou rabíni.<sup>17</sup>

Židé jsou největšími zastánci ochrany života. Ortodoxní rabínské zdroje jsou naprosto jednoznačné. ***Povinnost zachránit život má přednost téměř přede všemi ostatními příkazy.*** Zachraňovat život všemi způsoby platí i u beznadějných stavů s malou nadějí na úspěch. Jedinou výjimkou je snad jasně definovaný stav bezprostředně nastupující smrti, očekávané během tří dnů. Aktivní uspíšení smrti je však i v tomto období pokládáno za vraždu. Stejný vztah k životu je v judaismu očekáván i od nemocného a různá *moderní hnutí za právo na smrt (schvalování aktivní eutanázie, asistovaného suicida) jsou jednoznačně zavrhována.* Argument, že každý

---

<sup>15</sup> sebevražda (Psychol. slovník, s. 576)

<sup>16</sup> LN - časopis Lidové noviny, dále jen LN

<sup>17</sup> Pzn.: v dřívějších dobách byli mnozí lékaři nejprve rabíny.

rabín - čestný titul, oslovení učitele židovského náboženství, židovský duchovní (SCS)

vlastní své tělo a má tedy právo dělat si s ním, co se mu zlíbí, je v judaistickém myšlení naprosto nepřijatelný.<sup>18</sup>

V židovském zákoně je lékař povinen přijít a zachraňovat postiženého bližního a provést jakýkoliv zásah, který považuje za podstatný k záchraně života pacienta a to i tehdy, pokud by jej pacient odmítal a dával přednost smrti. Důraz je opět kladen na zodpovědnost a povinnost lékaře léčit a sloužit víc, než na právo pacienta být léčen.

Povinnost postarat se o nemocné, umírající a jejich pohřbení je považována za jeden z nejdůležitějších náboženských příkazů. O všechny náboženské i praktické záležitosti související s péčí o těžce nemocné, s jejich umíráním, pohřbem a s pomocí pozůstalým, se v židovských obcích po staletí stará spolek zvaný "chevra kadiša" pohřební bratrstvo. Bez rozdílu majetkového i společenského postavení realizuje náboženský příkaz, že v *nemoci a smrti nesmí být člověk opuštěn*. (PL, Munzarová, 1996, s. 39)

### 1.3.3 B u d d h i s m u s

Buddhismus<sup>19</sup>, stejně jako i jiná světová náboženství, věří v posmrtný život. Budhista věří v neustálé převtělování své duše - v *reinkarnaci*. Dobré či zlé skutky, které člověk koná během svého života, tvoří *karmu* a mají za následek lepší či horší převtělení. Člověk se neustále rodí do nových životů (sansára - cyklus zrození a smrti), které mu umožňují zdokonalení až k hranici nejvyššího možného poznání - *nirvány*. Umírání je pak završením života.

Podle Buddhova učení je *každý život posvátný*. Vystříhat se zničení života je považováno za prvořadé v zásadách lidského chování.

Dalajláma<sup>20</sup>, Jeho Svatost říká: "Z buddhistického hlediska, má-li umírající možnost mít pozitivní, ctnostné myšlenky, je důležité, aby žil třeba jen o pár minut déle. Není-li naděje na pozitivní myšlenky a navíc musí příbuzní vynaložit spoustu peněz jenom na to, aby někoho udrželi naživu, zdá se, že to nemá smysl." (Rinpoče, 1996, s. 358)

Co s lidmi, kteří jsou nevyлéčitelně nemocní a sami se rozhodnou odstranit si přístroj udržující je naživu? Dopustí se záporného skutku tím, že svůj život ukončí?

---

<sup>18</sup> Pzn.: zákaz pitev v ortodoxních kruzích pochází právě z úcty k tělu, byť i mrtvému

<sup>19</sup> buddhismus - náboženská nauka staroindického myslitele Buddha zal. kolem 6. stol. před n. l., zdůrazňující m.j. přítomnost utrpení v životě a hledání cesty, jak z utrpení uniknout (SCS)

<sup>20</sup> Dalajláma - do roku 1951 duchovní i světská hlava Tibetu. (SCS)

Kalu-Rinpoče<sup>21</sup> odpověděl: "Kdo se rozhodne, že už měl dost trápení a chce, aby ho nechali umřít, je v situaci, kterou nemůžeme nazvat ani ctnostnou, ani nectnostnou. Jistě nemůžeme takové rozhodnutí nikomu zazlívat. Je to prostě přání vyhnout se útrapám, což je základní přání všech živých bytostí. Proto je to karmicky<sup>22</sup> neutrální skutek." (Rinpoče, 1996, s. 358)

Co když umírající požádá lékaře o odstranění podpůrného aparátu? Kalu-Rinpoče (1996) uvádí:

"Když pacient přikáže lékaři, aby systémem udržující život odstranil, ocitne se lékař ve svízelní situaci. Karmické důsledky závisí na lékařově úmyslu, protože připraví někoho o prostředek, který ho drží naživu. Bylo-li základní motivací lékaře vždycky onomu člověku pomáhat a prospívat a ulehčit mu jeho trápení, zdá se, že z takového stavu myslí se nemůže vyvinout nic karmicky záporného."

Podle buddhistického pojetí existují smrt a život jen v mysli a nikde jinde. Dohromady tvoří jediný celek, v němž je smrt začátkem další životní kapitoly. **Smrt je přirozená součást života, je zrcadlo, ve kterém se odráží celý smysl života.** Podle tohoto učení můžeme rozdělit celou svoji existenci na čtyři vzájemně nepřetržitě spojené skutečnosti: **život, umírání a smrt, etapu po smrti a znovuzrození.** Tibetští buddhisté věří, že smrt může být okamžikem duchovního osvobození pro ty, kteří zůstanou při vědomí, s jasnou hlavou, spíše, než pro ty zmatené a bojácné. *Tibetská kniha mrtvých*, klasická příručka o tom, jak umírat, popisuje období před a po smrti jako sérii tzv. bardo<sup>23</sup>, které nabízí duši na cestě k osvícení různé výzvy k boji. Se všemi je nutné se setkat s klidem, jasností a poznáním, že všechny hrůzy jsou prostě jen promítnutím vlastní mysli každého jednotlivce. Pro umírajícího člověka to znamená, dle východní filozofie, zůstat při vědomí a bdělým i ve chvíli smrti, což vůbec není snadné s ohledem na užívání vysokých dávek léků pro zmírnění bolesti, jak to praktikují mnozí lékaři. (Rinpoče, 1996, s. 28 - 46)

"Buddhovo učení je tak mírumilovné, že neexistuje jeden jediný případ, kdy by se toto učení šířilo krvavou cestou. Na rozdíl od židovského náboženství nebyla prolita ani jediná kapka krve." (Melišová, DP Trnava 2000)

---

<sup>21</sup> Pzn.: učitel tibetského buddhismu

<sup>22</sup> Karma – nahrazuje pojem osobního boha v indickém náboženství; souhrn skutků člověka, které určují jeho další znovuzrození, zdroj duchovního života a duševních projevů (Psychol. slovník, s. 251)

<sup>23</sup> bardo – přechodový stav mezi smrtí a znovuzrozením (Rinpoče, 1996)

### 1.3.4 Islám

Islám jako nejmladší ze světových náboženství vznikl v 6. století našeho letopočtu. Je výrazně ovlivněn židovstvím a křesťanstvím, jejichž prvky jsou obsaženy v posvátném spisu koránu. Příslušníci islámského náboženství věří v jednoho Boha a po celý život je provází pět pilířů islámu: víra, modlitba, almužna, půst a pouť do Mekky. (Soc. slovník, s. 113)

”Podle koránu je Bůh tvůrcem života. Nikdo tedy nemá právo spáchat sebevraždu nebo v ní jinému napomáhat. (súra 4, verš 29/30)

Kromě toho muslimové věří, že *utrpení v nemoci může napomoci k vykoupení hříchů*. Zkrácení života by mohlo interferovat s odčiněním vin. Na rozdíl od ostatních světových náboženství odsuzujících ublížení na zdraví a zabití jiného člověka, islám povoluje krevní mstu. Podle učení proroka Mohameda lze druhého člověka zabít pouze v těchto případech: trest za cizoložství, trest za úkladnou vraždu, trest za zradu islámu<sup>24</sup> (dezerce vojáka během ”svaté války”).” (Lajkep, ZdN, 2001, s. 20)

Zásady koránu se pochopitelně promítají i do současných diskuzí o eutanázii. V islámském kodexu lékařské etiky z roku 1981 se lékařům doporučuje, aby si byli vědomi svých možností a nepřekračovali je. Jestliže je zřejmé, že život člověka již nemůže být obnoven a zachován, je pak zbytečné zachovávat vegetativní stav, případně používat všech možných prostředků k udržení stavu. Lékaři jsou nabádáni, aby se snažili pomáhat v procesu života a nebránili procesu umírání. V žádném případě však *lékař nesmí ukončit pacientův život jakýmkoli aktivním způsobem*.

## 1.4 Smysl života a utrpení

Nikdo neví, co člověk prožívá těsně před smrtí a v okamžiku smrti. Moodyho výpovědi o životech po životě i životech před životy ukazují touhu člověka poznat, co se děje na prahu života. Přesto, že sdělované zkušenosti uvádějí, že prožitky umírajícího nejsou nepříjemné, může nemocný v opačném případě v umírání dosáhnout *vrcholu své svobody*. V Knize Tibetčanů se říká, že útrapy a bolest mohou být součástí hlubokého a přirozeného *procesu očisty*. (Rinpoče, 1996, s. 22)

Mnoho lidí dokáže poznat *smysl života právě v utrpení*. Na význam životního smyslu u lidí s psychickými poruchami a na řešení otázky životního smyslu se zaměřil

---

<sup>24</sup> Současné praktiky džihádu jen dokumentují fakta o každém náboženském systému, jehož výkonným orgánem jsou fanatiční jedinci.

Viktor E. Frankl, zakladatel třetí vídeňské školy psychoterapie. Psychoterapeutický směr - logoterapii, který sám vytvořil, charakterizoval jako "psychoterapii s lidskou tváří". Považuje potřebu životního smyslu za významnou motivační potřebu, která se zvyšuje především v hraničních situacích. Uvádí: "Trápení a nouze jsou velice často předpokladem pro další duchovní vývoj." Podle něho může mít utrpení smysl, když člověka činí dokonalejším. A i tehdy, když není naděje na únik z utrpení a smrti, má podle Frankla smysl ukázat sobě i druhým, že člověk dovede trpět a zemřít důstojně. K těmto situacím dochází zejména tehdy, kdy člověk ztratil významnou životní hodnotu, na kterou byl jednostranně zaměřen, nebo když pochybuje o další účelnosti svého života. (Frankl, V. in Kratochvíl, 1970, s. 58)

Žákyně Frankla rakouská psychoterapeutka Elisabeth Lukasová (1997, s. 36, 167) se ve svém díle "Logoterapie ve výchově" vyjadřuje:

*Logoterapie svým tázáním po smyslu nechce nic jiného, než pomoci trpícím a strádajícím lidem unést jejich bytí... Nikdo a nic nemůže omezit duchovní svobodu člověka, pokud to neučiníme sami. A žádný osud nás nemůže srazit na kolena, když nejsme ochotni se před ním sklonit.*

Nemoc může vést k uzavření se do sebe, k úzkosti, k zoufalství, k beznaději, ale může také na druhé straně napomáhat k větší zralosti, ke změně v pořadí hodnot, k zaměření se na to, co je skutečně důležité. Ne náhodou celá řada odborníků hovoří o "**fenoménu lidského zrání**" - o tom, že utrpení má smysl, neboť umožňuje osobní růst a osobní zrání. ... "Bez bolesti a utrpení bychom neměli kritérium pro štěstí a slast ...", uvádí ve své Thanatologii Haškovcová. (2000, s.135)

Ve stejném duchu se vyjadřuje v knize vzpomínek i naše přední divadelní osobnost Květa Fialová, jejíž pozitivní přístup ke světu vyplývá také z lásky k buddhismu a východním naukám vůbec: "**I utrpení je dar od bohů**. Jakmile bychom procházeli životem jen tak, jakmile bychom chtěli od života pouze brát, když bychom nepoznali, jak chutná i zoufalství a bolest, zkazilo by nás to. A taky zničilo." (Fialová, K. in Tichý, 2002, s. E/2)

"**To, co bolí, poučuje**", řekl Benjamin Franklin o existenciálním utrpení. "Lidé jsou náchylní nejlépe se učit, když mají na kahánku. ...Mohou se rozhodnout postavit se tváří v tvář otázkám, před kterými celý život odvraceli zrak.... Opravdu tu dochází ke zpovědím na smrtelné posteli a k obrácení na víru, stejně jako k odpuštění a usmíření..." (Peck, 2001, s. 155)

”Důležité je, abychom nikdy nevynášeli soudy o kvalitě života druhého člověka...,” upozorňuje Peck (2001, s. 26). Domněnky o kvalitě pacientova života nespádají do sféry medicínských důvodů a vytažení zátky pouze na základě takovýchto pochybných soudů je potenciální vraždou a podobné činy jsou nejen nebezpečné pro duše lékařských odborníků, nýbrž představují závažné nebezpečí i pro celou společnost.

*”Zrání je lidská cesta životem  
a smrt je poslední stupeň ve vývoji lidské bytosti.”*

*Elisabeth Kübler-Ross*

(Melišová, 2000)

## 1.5 Důstojná smrt

”Tento obrat běžně slýcháváme, třebaže není vždycky jasné, co měl přesně na mysli ten, kdo ho užil”, uvádí Pollard (1996, s. 49). ”Běžný význam označuje lidskou důstojnost, vztahuje se k životním podmínkám člověka, k jeho chování a okolí. Pokud jde o umírání, může znamenat pohodlí, klid, pohodu, žádný zmatek a snad i čistotu a pořádek.”

Co je to *”důstojné umírání a smrt”*?, se dotazuje Lajkep (1997, s. 11) ve své úvaze o aktivní eutanázii. ”Ztrácí snad člověk utrpením a umíráním svou důstojnost?” Jak to, že by veřejnost byla ochotna svěřit lékařům právo na zabití pacienta? Nemá nikdo podezření, že by chyba v léčení a diagnóze mohla být ”napravena” odstraněním klienta?

Aplikujeme-li toto slovo na lidské bytosti v různých stádiích života anebo za jakýchkoliv podmínek, chápeme *důstojnost jako úctu*, kterou dlužíme druhým vzhledem k jejich hodnotě jako lidí. V době, kdy lidé umírají, projevujeme úctu jejich důstojnosti tím, že jim prokazujeme, jak si jich ceníme, když mírníme jejich utrpení, hledáme a respektujeme jejich přání a když jim dáváme najevo, že je neopustíme. Tím, že pomáháme a poskytujeme útěchu druhým, potvrzujeme svou vlastní důstojnost.

Bohužel, důraz na lidskou důstojnost je velice často chápán jako další označení eutanázie, žádající usmrcení v důstojném prostředí. Znamená to pokus docílit, aby usmrcení vypadalo přijatelnější, provede-li se menší jehlou na pozadí ztlumených světel a tiše hrajejího Bacha? Uskuteční-li se přesto toto záměrné usmrcení, bude vždy opakem prokazování úcty lidské hodnotě oběti. (Pollard, 1996, s. 50-51)



Velká část těžce nemocných je předávána v poslední etapě svého života do péče rodiny nebo personálu v domovech důchodců. Umírat důstojně, může člověk všude, kde není vydán na pospas rutině instituce, chladnému fungování technických přístrojů, ale kde může spíš nalézt místo mezi zúčastněnými lidmi a těšit se z mezilidských vztahů a z poskytované péče. Proto nemusí být lepší umírat doma, v důvěrně známém prostředí i když to bývá přáním mnoha lidí. Přes dobrou vůli může být pobyt umírajícího člena rodiny doma obtížný vzhledem k stísněným bytovým poměrům, zaměstnanosti rodinných příslušníků, k jejich nemocím či stáří. Může však chybět i ochota a dobrá vůle k nezbytné péči o těžce nemocného. Je pravdou, že většina lidí umírá v nemocnici. Někteří to sami chtějí, někteří nemají jinou možnost. Ten, kdo umírá, je osobou, přesto, že už není s to svobodně rozhodovat. ***Stále má svoji důstojnost člověka.*** V souladu s tím se k němu má také každý chovat: lékař, zdravotní personál, členové rodiny, přátelé, kněz i všichni ostatní.

”Nejdůležitějším prvkem důstojného umírání a důstojné smrti je osobní blízkost druhého člověka. ***Nikdo se nerodí sám a nikdo by neměl umírat sám***”. (Haškovcová, 2000, s. 129)

A nemá-li zůstat lidsky důstojné umírání pouhou výjimkou, doplňuje Stoff (1994, s. 83), nýbrž má-li se pomalu stát pravidlem, musí se ještě mnoho věcí změnit: ve vzdělávání lékařů, zdravotních sester i duchovních správců. Umírajícího může skutečně doprovázet jen ten, kdo mu je osobně blízko.

Člověk si zaslouží pozornost i v tomto konečném období života. Bez rozdílu věku, pohlaví, národnosti či barvy pleti, má právo zemřít klidnou a důstojnou smrtí. Je jen na nás (společnosti), abychom mu to umožnili.

V doporučení Parlamentního shromáždění RE ze dne 25. 6. 1999 je uvedeno: ***”Povinnost mít v úctě a chránit důstojnost nevléčitelně nemocných a umírajících je přirozeným důsledkem neporušitelné důstojnosti lidské bytosti*** na ní spočívající, která jí náleží v každém období lidského života. Tato úcta a ochrana se projevují, mimo jiné, i tvorbou takového prostředí, ve kterém je lidské bytosti umožněno i důstojně zemřít.” (ČLČ, 2001, s. 634)

## 2. HISTORIE A VÝVOJ EUTANÁZIE

Problém eutanázie je starý jako lidská kultura. Základem pro posouzení eutanázie je rozdílnost názorů na smrt a umírání během historického vývoje společnosti.

### 2.1 Přístupy ke smrti v historických epochách

Francouzský historik Filip Ariés (2000) popisuje **čtyři základní orientace** v přístupu ke smrti: neškodná smrt, má vlastní smrt, smrt jiného, popření smrti. Podle něj změny postojů vůči smrti v průběhu staletí odrážejí mínění lidí o sobě, stupeň jejich individuality, koncepci toho, co je to osoba, a vztah osoby ke společnosti, ke světu a k Bohu.

**První orientace** dominovala od nejstarších dob až do středověku. Smrt byla považována za zcela běžnou záležitost (*neškodná, ochočená smrt*), neboť byla na denním pořádku. Umírali děti, mladí lidé, matky při porodu, a časté byly i hromadné smrti při přírodních katastrofách a epidemiích. A proto si lidé uvědomovali i svou omezenost v čase. Členové rodiny byli samozřejmě přítomni umírání a i sousedé přišli doprovázet nemocného na jeho posledním úseku životní pouti, který čekal na každého z nich. Péče o umírajícího i všechny pohřební záležitosti byly úkolem rodiny, nikoliv nějakých cizích profesionálů.

V **druhém historickém období**, které Ariés datuje zhruba od dvanáctého do patnáctého století, si člověk počal uvědomovat svoji individualitu vzhledem ke společnosti. Tento druhý přístup kladl důraz na *vlastní smrt každého jedince*. Návody, jak se chovat při umírání a ve smrti, a to při umírání vlastním i při smrti jiného člověka, popisovala literatura nazývaná „Ars moriendi“<sup>25</sup>. V radách pro ty, kteří umírajícího 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.

Od šestnáctého století se postupným zesvětštváním kultury mění i pohled na smrt. V devatenáctém století dominuje ještě další, **třetí orientace** - *smrt jiného*. Na smrt bylo pohlíženo s bolestí proto, že byly ukončeny vztahy k jiným lidem, došlo k vzájemnému odloučení milujících a milovaných. Názory na posmrtný život kolísaly

---

<sup>25</sup> Pzn.: důležitá součást literatury, týkající se lidského chování (Munzarová, 1997, s. 150)

mezi představou věčného spánku a nekonečným pobytem v pekle nebo v nebi. Poslední vůle nebyly tehdy tak časté. Lidé svěřovali různé záležitosti svým blízkým v důvěře, aniž by pociťovali nutnost psaného dokumentu.

Dvacáté století charakterizuje *čtvrtá orientace - popření, odmítání smrti*. V naší době jen malé procento lidí umírá doma. Smrt nepatří do bytů a do běžného života vůbec, je lépe o ní nevědět ani o ní moc nepřemýšlet. Našimi největšími hodnotami jsou přece zdraví, úspěch, kariéra, peníze, dlouhý a bezstarostný život. Smrt je kompletně medicinalizována, má své místo pouze v nemocnici, jedině lékař ji může potvrdit.

Smrt není přijímána a její neustálé oddalování, často provázené bolestí a utrpením nemocného a jeho rodiny, stálo jistě u zrodu moderních hnutí pro eutanázii, směřující proti násilnému prodlužování života tam, kde je léčba zbytečná nebo nadměrně zatěžující. (PL, Munzarová, 1997, s. 150)

### 2.1.1 Definice smrti

Obor představující interdisciplinární posouzení a shrnutí znalostí o smrti se nazývá **Thanatologie**<sup>26</sup>. Lékaři, biologové, filozofové, sociologové a další přicházejí každý se svým pohledem a svým příspěvkem, a přesto na otázku "Co je smrt?" nelze prakticky odpovědět.

Haškovcová ve své knize "Spoutaný život" (1985, s. 306) uvádí: "Když někdo projde branami, nemůže už nikdy slovy vyjádřit, jaké to je zemřít."

Definovat smrt není tak snadné, jak by se na první pohled zdálo. Podle Honzáka (2000) je to proces, který je do určitého okamžiku ještě možné zastavit, poté však již dochází k ireverzibilním (nevratným) změnám v organismu jedince, k zániku obnovy buněk, tkání, metabolismu a funkcí a následné biologické pochody směřují již jen k hnilobným procesům.

V odborné publikaci pro zdravotnické pracovníky v příspěvku "Etické problémy spojené se smrtí mozku" (2000) pak rozlišuje *smrt klinickou* - vyjadřuje zástavu oběhu a může být v části případů zvrtná resuscitací.

*Biologická smrt* - nezvratný zánik činnosti buněk různých orgánů a systémů přibližně 20 hodin po zástavě oběhu, *smrt mozku* - činnost mozkových buněk nezvratně vyhasla při nedostatku kyslíku a energie, zatímco činnost ostatních tří životních funkcí by mohla být pomocí inhalace kyslíku a infuze živin dále udržována.

**Náhlá smrt** (definice WHO) - smrt do 6 hodin od vzniku příčiny, **neočekávaná smrt** je po prodělané chorobě v období rekonvalescence, kdy se zdravotní stav náhle zhorší a přidružená či prodělaná choroba vede ke smrti.

**Nepřirozená smrt** je v příčinné souvislosti s předcházejícími zevními vlivy, **zdánlivá smrt** je klinický obraz, který zevním vzhledem nemocného připomíná mrtvolný vzhled. Je charakteristický například při tonutí ve studené vodě, zasypání lavinou, dlouhodobém podchlazení. Teprve přesnější diagnostické metody objeví známky života. (Honzák, 2000, PL, s. 712)

V souladu s dnešními poznatky a možnostmi je zjištění a konstatování smrti výhradně záležitostí lékařskou.

Marie Haškovcová, autorka publikace "Thanatologie - nauka o umírání a smrti" (2000) definuje smrt jako individuální zánik organismu, tedy také člověka. Uvádí, že v jistém slova smyslu člověk umírá od narození, geneze smrti je podmíněna životem a život je umožňován smrtí. Také ona označuje **smrt přirozenou** - sešlost věkem, **lékařskou** - v důsledku nemoci, **smrt náhlou** - svůj příchod neavizuje (tragické úmrtí při autonehodě, úrazu), **rychlou** - reflektuje nemoc jako příčinu brzkého skonu (infarkt myokardu) a **pomalou**. V souvislosti s paliativní léčbou autorka zmiňuje smrt **zadržanou neboli dystanázii** (také smrt oddalovanou), jež je nepříjemným důsledkem uplatňování postupů vítězné medicíny v situacích, kdy potřeby umírajícího vyžadují již jen paliativní přístup.

V odborné literatuře se můžeme setkat s výrazy **smrt neavizovaná a avizovaná** - pomalá, ohlašovaná v dlouhém čase, kdy umírající strádá a trpí. Podle věku, kdy smrt přichází, rozlišujeme **smrt předčasnou**, nebo naopak **přiměřenou** - v pozhnaném věku. (Haškovcová, 1994)

V současné době by většina lidí dala přednost náhlé nebo rychlé smrti. Ve středověku, jak dokládá ars moriendi, vládl názor zcela opačný. Za nejhorší byla považována smrt náhlá a nepředvídaná a před ní měl ochránit člověka sám Bůh. Rozlišovalo se několik druhů smrti: **smrt tělesná**, **duchovní** (peklo), **asketická** (umrtvení smyslovosti), **časná smrt duše** (odloučení do světa), **mystická** (splnutí s Bohem). Každá z nich měla svůj význam.

---

<sup>26</sup> Thanatologie – nauka o smrti a umírání. Thanatos = Bůh smrti (Lexikon medicum, s. 582)

Samostatnou kapitolu reprezentuje smrt, kterou si způsobí člověk sám, a to neúmyslně - *sebezabitím*<sup>27</sup>, nebo úmyslně - *sebevraždou*<sup>28</sup>, příp. *sebeobětováním*<sup>29</sup>.

V evropské kultuře byla sebevražda nejprve tolerována a dokonce i povolována. Důvodem pro odchod ze života byla nejen nemoc, ale například i ztráta cti, alternativa před veřejnou exekucí, skandál, pád do rukou nepřátel nebo tzv. kamikadze<sup>30</sup>. S narůstajícím vlivem křesťanství byla sebevražda odmítána jako "hříšný akt pýchy".

"Smrt je jediná základní skutečnost lidské existence, kterou člověk naprosto nemá ve své moci. Může ji odložit, dočasně se vyvléci z jejich spárů, může ji zpříjemnit nebo naopak znepríjemnit, ale nakonec je každý lidský pokus zabránit smrti nebo ji popřít odsouzen k neúspěchu..." (Provonsha, J. In Haškovcová, 2000, s.79)

## 2.2 Vývoj postojů k eutanázii

*Pravěká společnost*, žijící v krajně drsných podmínkách, byla prakticky nucena zbavovat se jedinců, kteří jí byli na obtíž, jak dokládají archeologické nálezy. Tento zvyk přežívá ještě v historické době (svrhávání ze skály), zmiňuje se o něm i prastarý římský zákon a setkáváme se s ním jako s utilitárním<sup>31</sup> požadavkem v Platonově díle "O ideálním státu". Obec mají tvořit duševně a tělesně zdraví, pokud pak jde o ty, kteří nejsou zdraví, ti se nechají umřít. (Štěpán, 1989, s. 88)

S výrazem eutanázie se poprvé setkáváme ve Suetoniových životopisech dvanácti císařů při líčení klidné smrti císaře Augusta.

*Antická*<sup>32</sup> *kultura*, podobně jako četné kultury orientální, převážně neodsuzovala sebevraždu ani usmrcení z útrpnosti. V Římě Seneca děkuje přírodě, že nám dala sice jen jednu cestu, jak přijít na svět, ale tisícero cest, jak z něho odejít, a neváhá volit formu bezbolestného odchodu ze života proti smrti v útrapách. Podobně Marcus Aurelius, Cicero aj. (Vágnerová, 2000, s. 239)

---

<sup>27</sup> sebezabití = zničení vlastního života bez vědomého úmyslu zemřít - př. u bludů, halucinací, vynucení násilím - partnerské nebo hromadné a sektářské sebevraždy (Vágnerová, 2000)

<sup>28</sup> sebevražda = násilné, úmyslné jednání si dobrovolně zničit vlastní život (Vágnerová, 2000)

<sup>29</sup> sebeobětování = dobrovolné a svobodné rozhodnutí obětovat život v zájmu hodnoty, která má větší cenu než vlastní život (Vágnerová, 2000, s. 238 - 239)

<sup>30</sup> japonští piloti, kteří za druhé svět. války umírali se svým strojem

<sup>31</sup> utilitarismus - filos. směr, podle něhož je základem morálky a jejím kritériem užitek a prospěch (SCS, s. 798)

<sup>32</sup> antika - období staré řecké a římské kultury 14. stol. p. n. l. - 476 n. l., ant. umělecké dílo (SCS)

V *evropském vývoji* přineslo zlom křesťanství, bezvýhradně odsuzující sebevraždu i jakoukoliv účast na usmrcení druhého, jakožto svévolný zásah proti životu - daru božímu.

*Renesance*<sup>33</sup> znamená určitý návrat k antickému pojetí. Ve své Utopii Thomas Moore požaduje, aby nevléčitelně nemocní byli opatrováni jako ostatní, při krutých bolestech však má být člověk veden k tomu, aby ukončil svůj život nebo o to požádal jiného. V dalším utopickém díle Nová Atlantis Bacon dává právo lékařům vysvobodit nevléčitelného pacienta z utrpení. (Štěpán, 1989, s. 89)

K soudobé aktuálnosti problému přispěl i rozvoj medicíny, která postupně umožňuje prodlužování života, často však za cenu vážných utrpení.

## 2.3 Moderní historie eutanázie a legislativa

Zhruba od roku 1930 se začínají uplatňovat širší snahy o legalizaci beztravnosti eutanázie. Legislativy jednotlivých států se k eutanázii staví různě. Aktivní eutanázie nebyla dlouhou dobu uzákoněna nikde na světě, některé státy tolerovaly (tj. netrestaly) tzv. pasivní eutanázii.

### 2.3.1 Německo

Moderní historie eutanázie - jako smrti ze soucitu patrně začíná vydáním knihy Adolfa Jorsta s názvem *Právo zemřít* v Německu roku 1895. V roce 1920 ji následovala další německá kniha s názvem *Poskytnutí souhlasu k zničení života, který žití není hoden*, kterou sestavili právník Karl Binding a psychiatr Alfred Hoche. Tomuto dílu se připisuje odpovědnost za legalizaci eutanázie v Německu ve dvacátých a třicátých letech a později za Hitlerovu filozofii etnického zabíjení. Na počátku nebyla tato myšlenka rasově motivována, ale viděla se v ní blahodárná sociální reforma, která umožňovala vypořádat se s beznadějně chorými. Eutanázie, aniž byla nemocným vyžádána, se praktikovala v nemocnicích pro nevléčitelně nemocné a pro těžce mentálně postižené. Původně se jako oprávnění eutanázie uváděl soucit, nedostatečná kvalita života a omezení nákladů. Tedy stejné důvody, jakými se argumentuje dnes. Později se indikace rozšířila i na senilní jedince včetně válečných veteránů a to z podnětu lékařů

---

<sup>33</sup>renesance - umělecký styl, obroda, rozkvět umění a věd 15. - 17. stol., kult. hnutí (SCS)

coby "milosrdné usmrcení", a následně i na homosexuály, kteří byli považováni za nevléčitelně nemocné.

V roce 1939 vydal Hitler formální souhlas s širším využitím eutanázie, čímž původně sociální záměr rychle přerostl v něco mnohem zhoubnějšího. (Štěpán, 1989, s.89)

Od ledna 1939 započala v některých německých káznicích a psychiatrických léčebnách selekce "méněcenných pacientů", kteří byli posíláni do ústavů smrti, kde byli vražděni plynem. V dubnu 1940 byla v rámci *programu eutanázie* zřízena organizační centrála v berlínské Tiergartenstrasse 44 (**T44**). Celkem si akce T44 vyžádala do 21. srpna 1941, kdy byla navenek Hitlerem ukončena, na 70 tisíc lidských životů. Těmto lidem nebylo dovoleno zemřít, byli zabiti proti své vůli a nacisté sami tomu říkali usmrcování z milosti. Domnívali se, že kvalita života jejich obětí byla natolik ubohá, že by na tom byli lépe mrtví.

Jiná akce 1413, která se týkala *eutanázie Židů*, si vyžádala životy 20 tisíc lidí. Na jaře 1939 byl při kanceláři Vůdce zřízen Říšský výbor pro vědecké podchycení těžkých dědičných chorob. Tento honosný název nesl ústav, který organizoval vraždění postižených dětí. Tyto byly posuzovány v nepřítomnosti. Hitlerův "*dětský program eutanázie*" nařizoval pečlivou evidenci všech novorozenců postižených idiocií, mongolismem, mikrocefalií, hydrocefalií<sup>34</sup>, obrnou a jinými deformitami. Do konce války tak vzniklo na 30 *odborných dětských oddělení* speciálních klinik, kde pak zemřelo nedobrovolnou smrtí nejméně 5000 hendikepovaných dětí. Nacistická doktrína však počítala mj. s esoterickým<sup>35</sup> přesvědčením, že lidské oběti jsou schopny německé říši zajistit nesmrtelnost a prosperitu. Proti eutanázii se od počátku postavila katolická a evangelická církev. Také se našli lékaři, kteří odmítli vyplňovat dotazníky pro tento účel. (ZdN, Vodvářka, 1996, s. 12)

Po válce byla založena "Společnost pro humánní umírání", která se ve svých prohlášeních výrazně distancovala od nacistické minulosti a vyvíjela až provokující aktivitu k legalizaci dobrovolné eutanázie. Její návrhy a interpretace byly opakovaně zamítnuty.

Podle německého trestního řádu je účast na sebevraždě beztrestná. Zvláštní výbor chirurgické společnosti vypracoval zásady přijaté rezolucí společnosti z 10. září 1979,

---

<sup>34</sup> hydrocefalie - vodnatelnost mozku, extrémní zvětšení mozkových komor (Psychol. slovník)

<sup>35</sup> esoterický - přístupný jen zasvěcencům, tajný, skrytý (SCS)

kde se uvádí: "Při mnoha onemocněních vedoucích k smrti stojí nutnost zmírňovat utrpení tak výrazně v popředí, že je třeba riskovat i možnost zkrácení života jako vedlejší účinek. Tato chirurgická společnost rovněž odsuzuje aktivní eutanázii, avšak uznává možnost upuštění od mimořádných úkonů." Stejný výrok konstatoval i Sněm západoněmeckých právníků v roce 1986. (Štěpán, 1989, s. 93)

V reakci na nabytí účinnosti holandského zákona o ukončení života na žádost pacienta v roce 2001 zveřejnily německá lékařská komora a organizace pacientů v Německu *základní právní pravidla pro rozhodování o umírājících. Aktivní pomoc při umírání v podobě vědomého aktivního lékařského zásahu s cílem navodit smrt je zakázána*, i kdyby o to žádal sám pacient. *Při souhlasu pacienta (včetně jeho testamentu v situaci, kdy se nemůže aktuálně vyjádřit) lze smrti napomoci nepřímo (vedlejší účinek léků) či pasivně. Bez souhlasu nemocného jsou i tyto dvě formy uspíšení smrti zakázány.* Německá lékařská komora vypracovala i vzor testamentu, kde pacient může písemně potvrdit, že se při závažném tělesném utrpení, ztrátě vědomí a postupujícím procesu umírání s žádným výhledem na zlepšení vzdává vymezených výkonů. Jako život udržující prostředky tak může odmítnout resuscitaci, umělé dýchání, dialýzu, krevní transfúzi a léky, příp. umělou výživu, antibiotika aj. (ZdN 23/2002, s. 21)

*Německá odborná i laická veřejnost důsledně rozlišuje mezi pomocí ke smrti a pomocí v umírání. Všechny formy eutanázie jsou pokládány za neetické a jsou zakázány.* (Haškovcová, 2000, s. 132)

### 2.3.2 Spojené státy americké

První Národní společnost pro legalizaci eutanázie byla založena roku 1938 a k jejím členům patřili právníci, lékaři i významní spisovatelé. Z počátku se společnost orientovala, podobně jako v Německu, na nevyžádané usmrcování. Toto se však setkalo s takovou opozicí, že už příštího roku společnost svůj cíl omezila na eutanázii vyžádanou. V roce 1967 se její členové chopili významného nástroje k posílení své věci - k prosazení tzv. *životní vůle*. Jednalo se o písemné prohlášení osoby, v němž se stanoví, za jakých okolností má být ukončeno umělé udržování jejího života<sup>36</sup>.

---

<sup>36</sup> DNR - (do not resuscitate) - rozhodnutí o odmítnutí další resuscitace - platné vyjádření vůle nemocného v rámci jeho práva na sebeurčení - přijato v roce 1990 v USA



Tato životní vůle byla jasně chápána jako *nepřímá cesta k eutanázii*, třebaže se uznávalo, že společnost musí vyčkat, až široká veřejnost přijme fakt, že člověk má nezcizitelné právo rozhodnout o své smrti.

Po roce 1935 vyvíjela v USA činnost analogická společnost "Euthanasia Society of Amerika", která stejně jako v Anglii neuspěla s návrhem, aby Kongres legalizoval beztrestnost eutanázie. (Štěpán, 1989, s. 93)

V roce 1976 byl v Kalifornii přijat zákon o pomoci při umírání a koncem 80. let pak přijala řada států v USA tzv. zákony o přirozené smrti. (Jahnsová, Kuča, 1997, s. 7; Stolínová, 1998, s. 281)

V létě 1980 je manželi Humphrovými založena společnost "Hemlock society"<sup>37</sup> a zaregistrována v Kalifornii na jaře roku 1981. Aktivně se zasazuje o změny v zákonodárství jednotlivých států Unie, jež by umožňovaly smrt na přání. Společně se svou odnoží AAHS<sup>38</sup> předkládá v jednotlivých státech zákonné iniciativy a organizuje hlasování. Sleduje jednotlivé případy smrti na přání a financuje obhajobu jejich aktérů. Provádí výzkum a vydává publikace.

V roce 1997 byla ve státě Oregon na základě plebiscitu uzákoněna možnost asistované sebevraždy (tzn. aktivní účast nemocného). Zákon umožňuje lékaři, aby předepsal smrtelnou dávku barbiturátů<sup>39</sup> pacientům, u nichž očekávaná délka života nepřesahuje půl roku. Důraz je samozřejmě kladen na přísné *dodržení stanovených podmínek a povinnost informovat nemocného*, který následně učiní "informované rozhodnutí". (ZdN10/2000, s. 4)

V mnohých státech USA platí zásada, podle které je pouze soud oprávněn (v rámci obyčejového práva) rozhodnout o tom, zda se upustí od dalšího užití prodlužujících prostředků.

Snad nejznámější zastánce "pomoci ke smrti" žije právě v USA. Jde o čtyřiasedmdesátiletého *Jacka Kevorkiana*, známého pod přezdívkou "Doktor Smrt", který se po řadu let programově zabýval plánovanou smrtí. Tento bývalý patolog se koncem 80. let rozhodl pomáhat nevléčitelně nemocným spáchat sebevraždu. Přiznal, že od roku 1990 asistoval při odchodech ze života takto u 120 smrtelně nemocných lidí,

---

<sup>37</sup> přeloženo jako "Společnost Bolehlav" (Freiová, 1996, s. 11)

<sup>38</sup> přeloženo jako Američané proti lidskému utrpení

<sup>39</sup> patří do skupiny uspávacích prostředků jako jsou hypnosedativa a narkotika, způsobují poruchy paměti (psychol. slovník, s. 68)

jež si sami přáli ukončit svůj život. Za své činy byl v listopadu 1998 obviněn z vraždy a v dubnu 1999 odsouzen.

Většina Američanů však byla na straně Kevorkiana. Podle deníku Washington Post bylo v listopadu 1998 pro obžalobu z vraždy zmíněného lékaře jen 19 % občanů USA. Z ankety časopisu Time vyplynulo, že 60 % čtenářů zastává kladný postoj k legalizaci asistované sebevraždy u těžce nemocných pacientů. (Vomlelová, MF Dnes, 1998)

S ohledem na výše uvedené poznatky můžeme shrnout: ***Existují tři metody, jimiž lze urychlit smrt*** umírajících nemocných:

- 1) ukončení život udržující léčby (např. vypnutím přístrojové ventilace) – již bylo v USA legalizováno,
- 2) eutanázie - je nezákonná,
- 3) asistovaná sebevražda - je zakázaná ve většině států USA.

(Strejček, PL 1997, s. 351)

### **2.3.3 Velká Británie**

Společnost pro vyžádanou eutanázii zahájila svou činnost v roce 1930, ale později změnila své jméno na Exit. Jejím současným oficiálním cílem je legalizace vyžádané eutanázie, ale v jejích písemných projevech se opakovaně objevuje poukazování na to, že je žádoucí i nevyžádané usmrcování. Jako jeden z důvodů uvádí ušetření na výdajích potřebných k udržování zbytečných životů naživu. (Pollard, 1996, s. 71)

V roce 1935 je v Anglii založena společnost "The Euthanasia Legislation Society", která o rok později předložila bezvýsledně návrh na uzákonění beztrestnosti eutanázie. Další návrhy pak byly parlamentu předloženy v roce 1947, 1960 a opětovně pak v roce 1964, avšak žádný z nich neprošel.

Dne 4. 5. 1988 schválila Britská lékařská asociace zprávu pracovní skupiny odmítající legalizaci aktivní eutanázie, ale připouštějící podávání úměrných dávek léků a upouštění od použití život udržujících prostředků v terminálním stádiu nemoci. (Štěpán, 1989, s. 103)

Profesorka Sheila McLean, ředitelka Institutu pro život a lékařskou etiku na universitě v Glasgowě, při svém průzkumu zjistila a v programu Skotské televize prezentovala, že 54 % lékařů (respondentů) by hlasovalo pro asistovanou sebevraždu,

28 % by bylo schopno se podílet na asistované sebevraždě, 26 % ze 700 bylo požádáno o pomoc ke smrti a 3 % lékařů nikdy "nepomohlo pacientům zemřít".

(News, 6/1996, s. 5)

*Ve Velké Británii nebyla eutanázie nikdy legalizována, naopak, je první zemí, která se snažila nalézt jiné řešení, jak umírajícím v těchto těžkých chvílích psychicky a fyzicky pomoci, aniž by se jednalo o uspíšení nebo oddálení smrti. V šedesátých letech zde vzniká první **hnutí útulků - hospiců**<sup>40</sup>. Cílem těchto zařízení je zabránit situacím, kdy lidé ze zoufalství prosí o dopomoc ke smrti.*

### **2.3.4 Holandsko (Nizozemsko)**

Nizozemí je stát, ve kterém tendence k liberalizaci eutanázie jsou velmi silné. Éra veřejné eutanázie v Holandsku formálně začala v roce 1973, kdy vládní komise, ustavená k tomu, aby se vyslovila k problémům hraničních stavů mezi životem a smrtí, vydala zprávu, že aktivní eutanázie nebyla zatím dovolena a že má být i nadále zakázána.

V roce 1982 rozhodla Státní komise pro eutanázii, že lékař, který ukončí život pacienta na jeho výslovné a vážné přání, nemá být nadále trestán, pokud byly dodrženy stanovené podmínky. Tyto požadovaly, aby žádost dané osoby byla dobrovolná, uvážená a trvalá, dále že utrpení bude nepřijatelné a že bude konzultován další lékař.

Od roku 1984 vytvářejí soudy stále liberálnější podmínky, aby lékaři nemuseli být stíháni pro provedení eutanázie, aniž je požadováno, aby šlo o smrtelnou chorobu. (Pollard, 1996, s. 149)

Zvláštní snahu o legalizaci aktivní eutanázie prosazuje v Nizozemí V. Admiraal, který vede **kampaň za přípustnost podávání smrtící injekce pacientům v konečném stadiu AIDS na jejich žádost**. V říjnu 1985 a v únoru 1986 snaha připravit osnovu zákona o aktivní eutanázii hrozila vyústit ve vládní krizi. Speciální vládní komise navrhla v roce 1985 beztrestnost zkrácení života provedeného lékařem na žádost pacienta nacházejícího se v neudržitelné situaci bez vyhlídek.

V Holandsku se však našla **i oficiální podpora pro nevyžádanou pomoc ke smrti**. Státní komise pro eutanázii v roce 1987 doporučila, aby nevyžádané usmrcení nebylo považováno za zločin, pokud se uskuteční v rámci "pečlivé lékařské praxe".

Všechno vyvrcholilo v roce 1990, kdy holandská vláda zřídila komisi z řad odborníků za účelem prošetření praktických skutečností. Bylo zjištěno, že v roce, kdy

byl přehled vypracován, došlo k 2300 případům eutanázie na žádost, 400 případům asistované sebevraždy, 1000 případům ukončení života bez žádosti, k 8100 případům, kdy byl život zkrácen podáním vyšších dávek analgetik, vysazením léčby bez žádosti 8750, 5800 případům záměrného ukončení léčby na žádost pacienta. Celkem se vyskytlo se 23350 případů, kdy lékaři zamýšleli aktivním nebo pasivním způsobem ukončit život, čímž zvýšili rozsah eutanázie ze 2 % na více než 20 % všech úmrtí daného roku. Zpráva obsahovala i údaj, že asi 25 % úmrtí nemocných s AIDS v Holandsku je výsledkem eutanázie. Dále bylo zjištěno, že směrnice k pečlivému praktickému provádění eutanázie se často přehlížely, zabíjeli se pacienti bez jejich žádosti, falzifikovaly se úmrtní listy. (Štěpán, 1986, s. 94 - 96)

Stanice BBC uvedla, že každý rok odejdou v Nizozemsku dobrovolně ze světa za lékařské asistence přibližně 4 000 pacientů. Jiné zdroje však uvádějí číslo mnohem vyšší. Zkušenost s eutanázií má přibližně polovina holandských lékařů. Tato lékařská pomoc má podobu smrtící injekce, která účinkuje během několika málo minut. (MF Dnes, 17. 4. 1999) Eutanázii podporuje více než 90 % Holanďanů. (European Hospital, 2/2001)

Nizozemští senátoři 46 hlasy proti 28 podpořili dne 10. dubna 2001 návrh zákona „*o ukončení života na žádost pacienta a o pomoci při sebevraždě*“. Pojem eutanázie se v něm nevyskytuje, jak je soustavně a mylně uváděno nejen v našich ale i zahraničních médiích. Podle platných předpisů je eutanázie v Holandsku stále pokládána za trestný čin se sankcí až 12 let vězení. Za určitých *okolností však bude možno* *lékaře* *vyjmout z trestní odpovědnosti*, pokud tento lékař splní stanovené požadavky ohledně řádné péče a oznámí úmrtí pacienta „nepřirozené povahy“ koronerovi. (Bošková, 2001)

Během deseti let tento model eutanázie změnil holandské lékaře z lidí, kteří mohou správně definovat a odsoudit lékařskou vraždu, v lidi, kteří ji *praktikují a obhajují*, uvádí Pollard. (1996) Zatímco se ve světě rozvinula moderní paliativní péče, v Holandsku se už vžila eutanázie. Paliativní péčí se zabývají jenom sporadicky a není tak dobře organizovaná jako jinde.

---

<sup>40</sup> viz kapitola 4. - Paliativní péče, hospice

### 2.3.5 Ostatní země

V různých zemích byly i v poslední době opakovaně odmítnuty návrhy na legalizaci eutanázie, zpravidla aniž přišly na pořad parlamentních jednání. K tomuto došlo opětovně v **Anglii** v roce 1970.

Ve **Francii** odmítl předseda Národní rady lékařské organizace návrhy na zákonné připuštění a beztrestnost eutanázie. Nový francouzský deontologický kodex počítá s možností aplikace vysokých dávek léků utišujících bolest ve stavech ante finem<sup>41</sup>, přičemž je zdůrazňováno, že posouzení míry těchto léků je výlučnou odpovědností lékaře. Odmítavé stanovisko k potřebě tišit utrpení umírajícího i s vysokými dávkami léků je považováno za neetické a alibistické, a hodnoceno jako opuštění trpícího před smrtí. *Eutanázie je ve Francii ilegální, zákony však rozlišují mezi aktivní kvalifikovanou jako vražda, a pasivní - kvalifikovanou jako neposkytnutí pomoci člověku v nebezpečí.* (ZdN, 16/2000, s. 6)

Ve **Švýcarsku** byly podobné návrhy odmítnuty v roce 1975 Švýcarskou národní radou, v roce 1979 znovu Radou kantonů. Předseda švýcarského Nejvyššího soudu odmítá možnost trestního stíhání v případě, kdy lékař zkrátí poslední fázi pacientova utrpení. V roce 1977 vydala švýcarská Akademie lékařských věd "směrnice o eutanázii", které zásadně *vylučují aktivní eutanázii*. Lékař není povinen použít všech možných prostředků k prodloužení ztraceného života.

Také soudnictví v **Dánsku**, kde trestní zákon zná speciální trestný čin usmrcení z útrpnosti, se přiklání ke stanovisku, podle něhož činnost lékaře, který v situaci pro pacienta zcela bezvýhodné, na jeho uvážení a důvodnou žádost přistoupí k pasivní nebo aktivní eutanázii, nelze hodnotit jako trestný čin eutanázie.

Rovněž ve **Finsku**, údajně od roku 1982, nejsou ze strany úředních orgánů kladeny žádné překážky dobrovolnému odchodu nevyléčitelně nemocných ze života s lékařskou pomocí. Řešení je oficiálně podporováno i finskou luteránskou církví.

Ve **Švédsku** je každá forma eutanázie vraždou.

**Polská** literatura je nejednotná. Částečně jsou odmítány jakékoli i pasivní formy eutanázie, nověji je stále častěji diskutováno i o nutnosti omezení "terapeutického heroismu" u umírajících.

Současná nauka **maďarská** považuje problém tzv. pasivní eutanázie při neodvratné smrti za závažný problém. Některé organizace pacientů vyvolaly veřejnou diskuzi o právu na sebeurčení s tím, že to nemá být pouze lékař, kdo u trpícího

nemocného rozhoduje o aplikované dávce opiátů. Podle mínění veřejnosti by pacient měl mít právo vyžádat si účinnější dávku morfia podle vlastního zvážení. (ZdN, 22/2002, s. 22)

V **Rumunsku** Bioetická komise Akademie lékařských věd eutanázii v žádném případě nepřipouští, v souladu s ortodoxní církví. (PL, Munzarová, 1996, s. 96, Štěpán, 1986, s. 103, News, 6/1996, s. 5)

Podle podkladů českého ministerstva spravedlnosti je možné po opakovaných a trvalých žádostech pacienta, které jsou oproštěny od vlivu příbuzných a známých, k eutanázii přistoupit v **Německu, Švýcarsku, Dánsku** a samozřejmě v Holandsku. Soudy se přitom řídí principem, že je nutné posuzovat případ od případu.

Za trestný čin se považuje tento způsob usmrcení naopak v **Norsku a Itálii**.

O povolení eutanázie se uvažovalo v **SSSR**. V roce 1922 byl podán návrh na beztrestnost za usmrcení ze soucitu na naléhavou žádost nemocného. V průběhu dalších prací na osnově však bylo toto stanovisko odmítnuto.

V **Japonsku** rozhodl místní soud v roce 1997, že eutanázie není zločin, ovšem od japonského zdravotnictví se určitě souhlasu nedočká. V Japonsku navíc stále přetrvává praxe - nesdělovat pacientům zdravotní stav při onemocnění smrtelnou chorobou. (Topiarzová, 1999, s. 22)

Zahraníční zdroje uvádí, že **Belgie** následuje holandského příkladu, neboť návrh zákona o právu pacientů "zemřít důstojně" schválil belgický parlament na jaře v roce 2002. (European Hospital, 2001) Pacient v konečné fázi může požádat lékaře o vyšší dávku morfia, ovšem musí svou žádost zopakovat. Každý případ je přezkoumán zvláštní komisí. Belgický zákon se vztahuje na rozdíl od holandského jen na dospělé pacienty. Stanovuje dva rozdílné postupy pro terminálně nemocné a pro ty, kteří jsou nevléčitelně nemocní, avšak nenacházejí se ještě v závěrečné fázi života. (ZdN, 22/2002, s. 22)

Zbytek světa tato otázka moc nezatěžuje, protože v chudých zemích neřeší problém jak zemřít, ale jak přežít.

V **Austrálii** byla již od roku 1962 podporována aktivní eutanázie. Severní Teritorium Austrálie, jeden ze sedmi spolkových států, legalizuje vyžádanou eutanázii 25. května 1995 v uvedené oblasti. Australská lékařská asociace legalitu zákona napadla, čímž ji zpochybnila, avšak soud nenalezl žádné právní ani technické

---

<sup>41</sup> stav před smrtí, v blízkosti smrti

argumenty proti. S definitivní platností je schváleno právo terminálně nemocných na eutanázii dne 1. 6. 1996. (PL, Munzarová, 1996, s. 96, News, 6/1996, s. 5) Katolické a anglikánské náboženské organizace okamžitě zahájily kampaň proti tomuto zákonu Severní Austrálie, který nepovažovali za eticky adekvátní. V březnu 1997 byla eutanázie "odzákoneňna". (Bláhová, 1997)

\*\*\*\*\*

V souladu s výše uvedenými názory přijala tzv. *Evropská rada* v roce 1976 "Doporučení k právu nemocných a umírajících", ve kterém se zdůrazňuje povinnost lékaře mírnit bolesti beznadějně nemocných i za cenu určitého zkrácení jejich života.

*Světová lékařská asociace* přijala v tom směru tzv. "Benátskou deklaraci" z roku 1983, ve které se připouští možnost omezit utrpení pacienta v terminálním stádiu nemoci upuštěním od léčby se souhlasem pacienta (popř. souhlasem rodiny, není-li nemocný schopen vyjádřit svou vůli). Zdůrazňuje se, že se má lékař zdržet mimořádných léčebných prostředků, které by umírajícímu nepřinesly úspěch. (Štěpán, 1986, s. 103)

Na veřejnosti se pro právní přípustnost a beztrestnost usmrcení z milosrdenství prezentovaly zejména akce, pořádané organizacemi *Euthanasia - Society*, *Gesellschaft für menschenwürdiges Sterben* aj.

Kromě toho v roce 1974 se 40 významných osobností z různých zemí světa vyslovalo veřejně v časopise *Humanitas* za legalizaci aktivní eutanázie na žádost pacienta. (Štěpán, 1986, s. 106)

Největší společnost pro důstojné umírání je v Německu - *Deutsche Gesellschaft für humanes Sterben*, založena v roce 1980, jejíž členskou základnu tvoří více než padesát tisíc lidí. Hlavním cílem je ochrana práv pacientů při procesu umírání. Jednotlivé společnosti pak sdružuje *Světová federace společností usilujících o právo na smrt*, které bývá častěji interpretováno jako právo na přirozenou a důstojnou smrt, méně často je spjato s požadavkem eutanázie nebo dokonce jejím uzákoněním. (Haškovcová, 1994, s. 201)

Svět naštěstí neustrnul pouze v hledání odpovědi na otázku, zda eutanázii ano či ne, ale rozvinul obor paliativní péče. Začátkem roku 1994 i *Evropská asociace pro paliativní péči* prohlásila provádění eutanázie za neetické a odporující nejlepšímu principům péče o ty, kteří čelí nemoci ohrožující jejich život. (Topiarzová, 1999, s. 22)

S ohledem na nebezpečí zkratkovitého řešení právě v případě smrtelně nemocných a umírajících přijalo *Parlamentní shromáždění Rady Evropy* v červnu 1999 Dokument Rady Evropy o smrtelně nemocné č. 1418. Tento dokument se zabývá ochranou lidských práv a důstojnosti smrtelně nemocných a umírajících. Pokud by byly naplněny veškeré požadavky obsažené v tomto dokumentu, nemuseli bychom podle Zdeňka Bystřického (2002), ředitele jednoho z našich největších hospiců, uvažovat o legalizaci eutanázie, poněvadž by pro ni nebyl důvod.

### 2.3.6 Česká republika

V Československu, v období první republiky, byly v roce 1926 a 1937 podány návrhy týkající se eutanázie. 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, měl být stíhán za přečin a ne za trestný čin. Tento návrh se však nakonec ve znění zákona neobjevil.

Za éry socialismu je československé písemnictví, co se týká uvedené problematiky, poměrně skoupé. A z toho, co bylo napsáno, vyplývalo, 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 J. Novák (ODS) se chce zabývat otázkou eutanázie a to v její prospěch. Samozřejmě, že tento postup vyvolal bouřlivou diskusi mezi lékaři, politiky, právníky, církví. Po celospolečenské kritice byl návrh stažen.

***Právně a politicky je u nás eutanázie zakázána.*** Lékaři se snaží řešit otázku pomoci umírajícím orientací na poskytování paliativní péče. Jejich snahou je porozumět fyzickým, psychickým i duchovním problémům a potřebám pacientů.

A jak se staví k otázkám kolem eutanázie naše veřejnost? V listopadu 1998 byl proveden průzkum veřejného mínění přibližně mezi 4000 dotazovanými s následným zveřejněním výsledků na stanici Radiožurnál. Z těch vyplynulo, že většina lidí u nás je pro eutanázii. "Pro" se totiž vyjádřilo přes 3000 dotazovaných a "proti" asi 900 respondentů. (Topiarzová, 1999)

Stejného výsledku bylo dosaženo při položení této otázky v pořadu Sauna na TV Prima dne 30. 10. 2001 s tématem "Eutanázie". Ze 30 zúčastněných hlasovalo pro eutanázii 26. Důvody můžeme nacházet v nevhodně formulovaných, jednoznačných



a sugestivních dotazech, nedostatečné osvětě veřejnosti, osobními zkušenostmi apod.

Pro média je problematika eutanázie a její předkládání velmi atraktivní, souhlasí Haškovcová (2001). Pravidelně však chybí vysvětlení základních pojmů a podstaty problému, častá je prezentace kategorických soudů bez znalosti věci. S oblibou jsou uváděny výsledky jednoduchých a účelových anket, v nichž jsou respondenti vyzýváni, aby se jednoznačně vyjádřili k sugestivní otázce: Eutanázie ano či ne?

### **3. EUTANÁZIE**

Etická debata o eutanázii probíhá na celém světě a dochází při ní ke střetům neslučitelných pojmů, ale také ke zbytečným nedorozuměním. Stává se totiž, že diskutující nemají vždy na mysli totéž. Nejčastěji se směšuje eutanázie s přijetím

skutečnosti neodvratně se blíží smrti. Ani mezi etiky neexistuje v tomto směru jednota. Je eutanázie výlučně činem, který páchá někdo - lékař nebo člen rodiny - a někom jiném, kdo je nemocný či umírá? Nebo může tento pojem postihnout i akt nemocného či umírajícího člověka, který si sáhne na život bez asistence jiných? Je třeba k eutanázii pacientova souhlasu? Souhlasu rodiny? Lze ji rozlišit od jiných forem sebevraždy a vraždy? Jak se liší od prostého vytáhnutí zátky? (Peck, 2001, s. 11) Proto je důležité se opakovaně zamýšlet nad přesným vymezením pojmu eutanázie a věnovat zvýšenou pozornost terminologii, která má velký význam především pro praxi.

### 3.1 Vymezení pojmu eutanázie a význam slov souvisejících

Podle psychologického slovníku (s. 147) znamená z řeckého překladu eutanázie (euthanasie, eutanazie) eu = dobře, thanatos = smrt, *dobrá smrt*, bezbolestné ukončení života při nevléčitelné chorobě, je opakem dystanazie<sup>42</sup>,

- *eutanázie aktivní* = usmrcení nevléčitelně nemocného na jeho vlastní žádost, u nás nelegální,
- *eutanázie pasivní* = přerušení léčby, která udržuje nevléčit. nemocného naživu, pacient si nepřeje být resuscitován, v ČR nelegální.

Na otázku "Co je to vlastně **e u t a n á z i e**?" nám internet za pár minut předloží termíny jako je: právo na smrt, laskavá vražda, legalizovaná vražda, sebevražda s povolením společnosti, legální pomoc k sebevraždě, milosrdné zabití aj. (Bláhová, 1997)

**Pollard** (1996) definuje eutanázii jako *záměrné ukončení života motivované soucitem*. Ovšem dále ji specifikuje na *vyžádanou, dobrovolnou*, žádá-li o ni osoba pro sebe, *nevyžádanou*, když o ni osoba nepožádala a *nedobrovolnou*, je-li uskutečněna navzdory protestům pacienta. Jako morální ekvivalent eutanázie uvádí *asistovanou sebevraždu*, kde lékař sice sám usmrcení neprovádí, ale záměr je stejný.

Podle **Haškovcové** (1996) je eutanázie pojem, který může mít celou řadu významů, jako např. dobrá, krásná, snadná smrt. Nejčastěji je však eutanázie definována *jako smrt z útrpnosti, z milosrdenství*. Předpokladem musí být nevléčitelný stav nemocného a nesnesitelné utrpení, jakož i přání ukončit život. V tomto smyslu je

---

<sup>42</sup> opak eutanázie, zadržovaná smrt, prodlužování života nevléč. nemocného (Psychol. slovník)

eutanázie v České republice zakázána a je považována za neetickou. Důvody pro takové ostré odmítnutí uvádí: možnost zneužití, dále skutečnost, že nesnesitelné bolesti jsou zvládnutelné a že pacientovo volání po rychlém ukončení utrpení je většinou prosbou o lepší analgetickou léčbu a vlídnější péči. (Vitalita, 6/96 s. 5)

Méně často se hovoří o interrupcích (umělém přerušení těhotenství) jako o určité formě eutanázie, stejně tak se jen nesměle označují problémy týkající se péče o těžce postižené novorozence. (Haškovcová, 1994, s. 195 - 6)

Následně uvádí Haškovcová (2000) celou řadu různých situací souhrnně označovaných pojmem eutanázie:

*Eutanázie nevyžádaná* - varianta *aktivní eutanázie*, kdy pacient není schopen předepsaným způsobem požádat o urychlený vstup smrti, je chtěnou a dobrovolnou.

*Eutanázie nedobrovolná* - je *nevyžádaná* a nechtěná, *eutanázie pasivní* - při odpojení přístrojové techniky.

Zvláštní formou je *pak asistovaná sebevražda* - pacient je nevléčitelně nemocný, přeje si zemřít a žádá lékaře o pomoc, resp. o metodickou radu, případně konkrétní prostředek, jak realizovat odchod ze života. Aktivní ukončení však nevykonává lékař, nýbrž za jeho asistence pacient sám.

V odborném písemnictví se poměrně často vyskytují další dva pojmy a to tzv. *prenatální a sociální eutanázie*. Obsahem prvního pojmu je označováno ukončení těhotenství z jiných než zdravotních důvodů (sociálních). Mnozí odborníci tento pojem odmítají s poukazem na skutečnosti, že nechtěné dítě není nemocné, netrpí nesnesitelnými bolestmi a o milosrdnou smrt nás ne žádá.

Sociální eutanázie = poskytnutí péče s ohledem na omezené ekonomické, geografické a vzdělanostní zdroje dané země. Žádný stát na světě nemůže poskytnout každému občanu, v každé situaci a na každém místě ideální formu péče a vždy uplatňuje postupy dle reálných možností dostupné medicíny.

Na výše uvedený rozbor reagoval přednosta kliniky AR 2. LF UK **Cvachovec** (2000, s. 8) upozorněním na nejasnost výrazů. "...Zabití (eutanázie) je cíleným, uvědomělým aktem se zcela jasnou kvalifikací a sankcí... Pojmy jako eutanázie nevyžádaná či dokonce nedobrovolná jsou jen ...neuvěřitelné *eufemismy*. Pojem pasivní eutanázie musím odmítnout, eutanázie (úmyslné usmrcení) nemůže být jiná než aktivní.

Nenasazení či vysazení již započaté, ale marné léčby, nemá s pasivní eutanázií nic společného ... Ekvivalentem pasivní eutanázie nejsou ani postupy DNR (do not resuscitate) .... Sociální eutanázie je pojem již zcela nepřijatelný."

Shodnou připomínku vyslovil také **Špalek** (1995, s. 487): "Je zřejmé, že názvem eutanázie se označuje *několik různých situací* a že do jejího rámce patrně spadá i umělé přerušení těhotenství.... Většina diskusí o eutanázii se vyznačuje společným nedostatkem, totiž tím, že nejsou explicitně vymezeny pojmy, o nichž se hovoří a s nimiž se zároveň operuje."

Následným sdělením se připojuje **Svatošová** (2001, s. 5), zakladatelka hospicového hnutí u nás: Obsah pojmu *pasivní eutanázie* je chápán různě, bývá *zamlžován, směřován a zaměňován* s právem nemocného na přirozený odchod ze života - čemuž říkáme "dovolit odejít, když uzrál čas" a vznikají tak mnohá zbytečná nedorozumění. Snáze bychom se mezi sebou domluvili, kdybychom pojem eutanázie používali výhradně pro *úmyslné ukončení života*.

**Munzarová** (1997, s. 244) vyhrazuje pro eutanázii termín - *soucitem motivované, úmyslné, rychlé a bezbolestné ukončení života někoho, kdo je postižen nevléčitelnou a progredující<sup>43</sup> chorobou*. Trpící není ponechán zemřít, nýbrž jeho život je ukončen. Pokud je eutanázie provedena na žádost umírající osoby nebo s jejím souhlasem, označuje ji jako eutanázii *vyžádanou*, *chtěnou*, v jiných případech *nevyžádanou*, *nechtěnou*. Zavrhuje termíny aktivní a pasivní eutanázie.

Z věcného i etického hlediska charakterizují eutanázii *tři podstatné rysy: Je to přímý úmysl, motivace ukončit utrpení a nikým ne vynucené rozhodnutí nemocného*.

**Slabý** (1996, s. 16) uvádí jako *neoprávněné a matoucí pojmy: nedobrovolná aktivní eutanázie* (záměrné podání léků vedoucí k usmrcení pacienta při jeho nekompetentnosti), *nevyžádaná aktivní eutanázie* (záměrné podání léků vedoucí k usmrcení pacienta, který nebyl dotázán), *přípustná pasivní eutanázie* (odnětí nebo přerušení léčby udržující životní funkce s cílem nechat pacienta zemřít), *nepřímá eutanázie* (nepředvídané účinky nezbytných léčebných zákroků, léků - útlum dýchacího centra) apod. "Teprve tehdy, odlišíme-li vše, co ve své podstatě eutanázií není, bude se nám jevit v plném světle skutečná eutanázie."

V současné době se pod pojmem eutanázie rozumí *záměrné jednání, jímž lékař na žádost těžce nemocného člověka předčasně ukončí jeho život* (také označováno jako aktivní eutanázie). Cíl jednání se musí nutně upínat k ukončení života z útrpnosti. Nejedná se tedy o pomoc při umírání, ale o pomoc ke smrti. (ZdN-LL, **Slabý**, 1996, s. 16, **Štěpán**, 1989, s. 113)

---

<sup>43</sup> medicínsky stále se zhoršující

Některé zdroje uvádějí jako protiklad aktivní eutanazie pasivní. Mnozí odborníci považují tento výraz za velmi nepřesný. Je důležité trvat na vymezení hranice mezi pasivní eutanazií (úmyslné opomenutí nezbytných a mravně závazných opatření k podpoře života<sup>44</sup>) a takovým jednáním lékaře, v němž přímý úmysl přivodit smrt zcela chybí. Jde především o ukončení terapie, která je vzhledem ke stavu nemocného nepřiměřená, t.j. neúčinná, prodlužující proces umírání. Všeobecně se tímto rozumí přerušování léčby (příp. resuscitace<sup>45</sup>), která až dosud udržovala pacienta naživu. Toto etické počínání lékařů se někdy *chybně označuje jako pasivní eutanazie*. (ZdN-LL, **Slabý**, 1996, s. 16, **Pollard**, 1996, s. 24)

**Pacovský** (1981, s. 304) prohlašuje: "Dnes se pod pojmem euthanasie zahrnuje prakticky všechno od aktivního usmrcení až po humánní lékařovo jednání kolem přirozené smrti. Euthanasie má různé formy a podoby. Podle motivace rozeznáváme *euthanasii aktivní a pasivní*."

**Peck** (2001) má za to, že existují zásadní rozdíly mezi zbavením života a umožněním smrti. Podle něj ukončení radikálních opatření za jasných podmínek není vraždou ani usmrcením z milosti, tzn. není eutanazií. Je to prostě vytažení zátky života čili umožnění přirozené smrti někomu, kdo už umírá. Jeho definice zní: "*Skutečná eutanazie je sebevražedný čin, u kterého je, či není asistováno, a kde převládá motiv vyhnutí se emocionálnímu utrpení obsaženému ve fyzickém umírání na v onom okamžiku existující smrtelnou chorobu v její relativně finálních stadiích*." (Peck, 2001, s. 121) Tímto vyloučil z terminologie eutanazie potraty, tresty smrti, usmrcování z milosti a určité druhy sebevražd.

K aktivní eutanazii má blízko asistované suicidium, kdy lékař na žádost nemocného obstará potřebná farmaka, ale nemocný je užije sám. S tímto způsobem ukončení života souhlasí v USA dvě třetiny veřejnosti a více než polovina lékařů. V mnoha státech USA je již legalizovaný. (PL, **Strejček**, 1997, s. 351)

Pohled na danou problematiku přinesl počátkem roku 1997 časopis New England Medical Journal:

Existují **tři metody**, jimiž lze urychlit smrt umírajících nemocných:

- ukončení život udržující léčby (např. přístrojové ventilace),
- asistovaná sebevražda,

---

<sup>44</sup> Pzn.: nepodání kyslíku, pro život nezbytných léků - př. u astmatiků, diabetiků, kardiaků

- eutanázie.

Při *ukončení život udržující léčby* se účast lékaře považuje za pasivní, ačkoliv vypnutí ventilátoru bez souhlasu nemocného nebo jeho příbuzných by se někde mohlo považovat za vraždu. Účast nemocného je pasivní. *Eutanázie* vyžaduje aktivní účast lékaře, nemocný se účastní pasivně.

*Asistovaná sebevražda* je někde uprostřed, avšak bez aktivní účasti nemocného nemyslitelná. (PL, Strejček, 1997, s. 351)

### 3. 2 Jak se provádí eutanázie?

Základní podmínky pro případnou aktivní eutanázii stanovila již v roce 1984 Holandská královská lékařská asociace (Royal Dutch Medical Association) následovně:

- ”Nevyléčitelně nemocný duševně způsobilý a dospělý člověk, s bezesporně neblahou prognózou, který trpí nesnesitelnými a nezvladatelnými bolestmi a opakovaně žádá o milosrdnou smrt, může zemřít rukou lékaře, který dal celou situaci posoudit nejméně ještě jednomu nezávislému konziliáři.
- Vlastní akt milosrdné smrti je proveden podáním kurare<sup>46</sup> poté, kdy byla umírajícímu aplikována vysoká dávka uspávacích prostředků (barbiturátů).
- K smrti dochází během několika minut.”

Jak doplňuje Haškovcová ve své práci (2000, s. 114) - uvedená kritéria lze dále zpřesňovat, pokládají se však za reprezentativní...

## 4. PALIATIVNÍ PÉČE

”Vážná a nevyléčitelná nemoc vždy rozbíjí dosavadní životní styl člověka a téměř vždy dochází ke změně hodnotové hierarchie nemocného. Onemocnět rakovinou znamená zažít ”katastrofický stres života”, neboť je to obvykle krutá konfrontace se smrtí nebo její blízkostí. Když už nelze nemoc zlikvidovat, pokusme se tišit její útoky, zmírnit její trýzeň a likvidovat bolest.” (Haškovcová, 1985, s.194, 256 )

---

<sup>45</sup> resuscitace - ožívání, kříšení, obnovování ztracených nebo udržování selhávajících životně důležitých funkcí (SCS)

<sup>46</sup>kurare - rostlinná droga užívána jihoamerickými Indiány jako šípový jed - užití při anestezii, způsobuje blokádu přenosu nervového vzruchu na sval (z necitlivuje) - SCS s. 389

”Většina z nás se nebojí více toho, že zemře připojena k přístrojům, ale toho, že při umírání bude muset snášet prodlužovanou fyzickou agónii”, uvádí Peck (2001, s. 35), ” - agónii prodlužovanou právě přístroji nebo nějakou jinou formou špatného užívání medicínských prostředků. Nic nepřilévá do ohnivé diskuse o eutanazii více oleje než strach z této úporné fyzické bolesti.”

V podvědomí mnoha lidí panuje právě domněnka, že pro těžce nemocného a umírajícího člověka jsou pouze dvě možnosti. Buď umírat v nesnesitelných bolestech a trápeních, anebo být milosrdným způsobem zabit. O žádné třetí možnosti se většinou neuvažuje. Je tedy žádoucí a urgentní seznámit se i s jinou cestou ve vztahu k umírání - ***dobrou paliativní léčbou a péčí.***

#### 4.1 Pojem, funkce, cíle

**P a l i a t i v n í p é č e** (podpůrná) zjednodušeně neléčení, je nasazována tehdy, kdy již není možno zvrátit proces umírání, kdy již není dána žádná rozumná naděje na smysluplné prodloužení života a není už žádného prostředku, který by nemocnému pomohl. (Häring 1981) Lékař při ní pouze zmírňuje obtíže a bolest, a neléčí už vlastní podstatu choroby. Pokud možno se vyhýbá přístrojové technice. Jedná se o nenasazení nebo vysazení postupů, které nestabilizují život člověka a které pouze prodlužují jeho umírání. (PL, Munzarová, 1997, s. 244 - 245) O zahájení této udržovací léčby by však měl rozhodnout nejen lékař, ale i pacient, je-li toho schopen, rodina, případně širší lékařské konzilium.

**Funkcí** paliativní péče je sledovat a starat se o pacienty se špatnou prognózou, rovněž o jejich rodiny, přičemž středem zájmu je kvalita jejich života. Reakce pacienta na nemoc jsou rozdílné. Mění svoji psychiku i výraz osobnosti.

**Cílem** této léčby, vysvětluje Haškovcová (2000), je především nutnost mírnění bolesti umírajících, a to nikoliv pouze fyzické, ale i psychické, zajistit materiální a sociální komfort a nedopustit izolaci nemocného. Všechny tyto úkoly včetně psychoterapie<sup>47</sup> mohou zajistit pouze speciálně vyškolené týmy. ***Cílem dobré paliativní péče je pomoc v umírání, nikoli pomoc ke smrti.***

První oddělení paliativní péče u nás s kapacitou 20 lůžek bylo otevřeno na podzim roku 1992 v rámci nemocnice TRN v Babicích nad Svitavou u Brna. (Haškovcová, 2000, s. 41)

---

<sup>47</sup> Pzn.: Křivohlavý uvádí pět zásad psychoterapie: umění naslouchat, uklidňovat, podněcovat a stimulovat, dodávat sílu, být spolu. (Haškovcová, 1985, s. 256)

Jednotlivé národní společnosti usilující o paliativní přístupy k umírajícím sdružuje Evropská společnost paliativní medicíny. V České republice byla ustanovena Sekce paliativní medicíny v rámci Společnosti pro výzkum a léčbu bolesti ČLS JEP a každý rok se koná Brněnský den paliativní medicíny. "Přesto, že se tento obor postupně rozvíjí a jeho principy jsou již dnes přednášeny na středních a vyšších zdravotnických školách, lékařských fakultách i v postgraduálním systému vzdělávání, máme stále co dohánět", doplňuje Haškovcová. (2000, s. 7)

## 4.2 Paliativní léčba a hospicové hnutí

**Paliativní** neboli **útěšná medicína** představuje podle Haškovcové (2000) ucelený a nadějný systém pomoci umírajícím a jejich rodinám, poskytovaný ve zvláštních zařízeních, tzv. hospicích. Protože do péče o umírajícího je podle ní třeba opět zapojit rodinu, hovoří o ***hospicovém hnutí***.

***P a l i a t i v n í p é č e*** v sobě zahrnuje *tři fáze* – pre finem, in finem a post finem (www.hospice.cz, 2002):

***Fáze prae finem*** - je delší časové období, může se jednat o několik měsíců až let poté, co se pacient dozví o vážné nemoci. On i jeho blízcí procházejí 5 stádií (šok, zloba, smlouvání, smutek a smíření), které na základě svých dlouholetých zkušeností popsala E. Kübler-Ross ve své knize "Hovory s umírajícími".

***Fáze in finem*** - představuje umírání ve vlastním slova smyslu, kdy se pacient nachází v terminální fázi.

***Fáze post finem*** - zahrnuje podle Kübler-Ross péči o mrtvé tělo a o pozůstalé, přičemž péče o tělo je ještě v zájmu zdravotníků, ale pozůstalí již ne - ti bez pomoci často trpí patologickým zármutkem a žalem, neboť se nevyrovnali se smrtí dříve, než k ní došlo. Poslední fáze post finem je důležitou součástí paliativní péče a je poskytována pozůstalým zejména v hospicích.

***R e s p i t n í p é č e*** - jedná se o odlehčení péče o nemocné, o které se dlouhodobě stará rodina.

***H o s p i c o v á p é č e*** je forma paliativní péče, kterou tvoří souhrn lékařských, ošetrovatelských a rehabilitačních činností, poskytovaných preterminálně nemocným, u kterých byly vyčerpány možnosti kauzální léčby<sup>48</sup>, ale pokračuje léčba

---

<sup>48</sup> též kurativní léčba - léčí příčiny nemoci, výsledkem je úplné vyléčení pacienta (www.hospice.cz)



symptomatická<sup>49</sup> s cílem minimalizovat bolest a zmírnit všechny obtíže vyplývající ze základní diagnózy a jejich komplikací.

Má tři základní formy s následnou organizací:

- **Domácí hospicová péče** - v domácím prostředí umírajícího, kde pečující rodině pomáhají kvalifikovaní pracovníci. Je pro nemocného zpravidla ideální, ale ne vždy dostačující. Předpokládá určitou úroveň rodinného zázemí, které často schází, nebo se dlouhou službou nemocnému unaví či vyčerpá.
- **Ambulantní hospicová péče - stacionáře** - denní pobyty ve stacionáři, který je součástí hospice. Pacient je v tomto případě přijat ráno a odpoledne nebo večer se vrací domů. Tento způsob připadá v úvahu u nemocných z blízkého okolí zařízení, pokud u nich nestačí nebo není možná domácí péče.
- **Lůžková hospicová péče** - v lůžkovém zařízení, tedy v hospici. Je aktuální především tehdy, když předchozí dvě formy nestačí nebo nejsou k dispozici. (www.zdravi.citadela.cz, 2002)

Uvedená zařízení nabízejí pomoc a snaží se o naplnění *čtyř základních lidských potřeb*:

1. **Potřeby biologické** obsahují vše, co se týká nemocného těla - příjem potravy (nitrozilně, sondování), vyměšování, dýchání (kyslík), spánek, ale také aktivní pohyb jako prevenci dekubitů (proleženin), ozařování, chemoterapie, hormonální léčba.

2. **Potřeby psychologické** jsou spojeny s respektováním lidské důstojnosti. Deprese, hněv, úzkost, strach a osamělost se spolu s fyzickou bolestí podílejí na *celkové bolesti* pacienta.

3. **Potřeby sociální** - jsou uspokojovány na základě vlastních přání a možností pacienta. Jedná se o potřebu interakce s ostatními lidmi, neboť člověk je bytost společenská, mající svoji rodinu, práci, zájmy i problémy.

4. **Potřeby spirituální (duchovní)** - byly donedávna opomíjeny, neboť byly většinou spojovány pouze s věřícími. Patří sem urovnání vztahů s blízkými, respektování lidské důstojnosti a potřeby smysluplnosti života až do poslední chvíle.

Naplňování a uspokojování výše uvedených potřeb klientů hospice zajišťuje **multidisciplinární tým**. Je tvořen odborným zdravotnickým personálem, který zahrnuje lékaře, hospicové sestry, rehabilitační pracovníky, ošetřovatele, sociálního pracovníka, psychologa či sociologa, starajícího se také o rodinu a pozůstalé, kněze a další specialisty (ergoterapeut, fyzioterapeut...) dle akutních potřeb nemocných.

---

<sup>49</sup> jedná se o léčení příznaků, symptomů nemoci, ne o příčinu nemoci (www.hospice.cz)

Plnohodnotnými členy týmu jsou dobrovolníci, jejichž práce je vysoce společensky hodnocena. Jde vždy o laiky, kteří nesmí nahrazovat odborný personál hospice. Tito se podílejí na péči o klienta buď přímo (institut doprovázení) nebo zprostředkovaně, např. formou výzdoby zařízení, osvětovou činností, péčí o zahradu, knihovnu apod. Jak jsme se již zmínili, hospicová péče je záležitost týmová, proto nedílnou součástí hospicového týmu je nemocný, jeho rodina i přátelé.

### 4.3 Hospic, hospicová péče

Účelem hospicové péče není zachraňovat pacienty před smrtí, či jim prodlužovat životy pomocí léčby, účelem je usnadňovat umírání pomocí útěchy.

Název **h o s p i c** začal být používán již ve 4. století (Bystřický, 2001) a pochází od jména středověkých přístřešků, útulků a později hostinců, které sloužily k tomu, aby nabídly místo k odpočinku poutníkům na dlouhé cestě do Svaté země. Zde si mohli nemocní odpočinout, těhotné ženy porodit a umírající v klidu dožít svůj život za přijatelných materiálních podmínek. (Rainwater, 1993)

Neznámější hospic zakládá svatý Bernard z Menthonu roku 1049 na místě, na kterém se dnes nalézá *Svatý Bernard v Alpách*, ve výšce 2188 metrů nad mořem. (Cypriánová, 2000)

Poprvé bylo označení "hospice" s významem "místo, kde je pečováno o umírající" použito v roce 1842 paní Jeanne Garnier ve francouzském Lyonu.

K masivnímu rozvoji hospiců dochází až v druhé polovině 20. století, kdy zdravotnická zařízení, orientovaná na vítěznou medicínu, nejsou schopna poskytnout specializovanou péči s laskavým doprovodem lidem na konci svého života. Tato zařízení "domů smrti" se rozšířila nejprve v Anglii a Americe, později v Rakousku (1992) a Německu. Musíme doplnit, že hospicový program je určen především pro onkologicky nemocné, v poslední době se indikace k přijetí do tohoto zařízení rozšiřuje zejména na nemocné AIDS. (Haškovcová, 1994, 2000; Melišová, DP, 2000)

V roce 1967 zakládá svůj první moderní hospic v Londýně Cicely Saunders s názvem *St. Christopher's Hospic*, kde uplatňuje zkušenosti získané praxí v podobných zařízeních. Stal se příkladem pro mnoho obdobných zařízení po celém světě.

Nemocní jsou zde zaopatrzeni dobrou úlevnou léčbou a péčí, především co se týče bolesti. Aby byl přechod ze života ke smrti učiněn co nejschůdnější, praktikuje se zde zásada, kterou lze stručně vyjádřit heslem: *důraz na přítomnost*. Návštěvy

příbuzných a přátel jsou zde trvale povoleny. Pacient, je-li toho schopen, může opustit na několik hodin v doprovodu nemocnici. Má právo na poskytování všech dostupných informací, týkajících se formy péče i prognózy zdravotního stavu. Umírajícímu člověku se tak dostává pocitu blízkosti druhých lidí, je tu někdo, kdo mu naslouchá, kdo ho drží za ruku, s kým si může povídat. Všechno úsilí směřuje k tomu, aby pacient žil pohodlně a úměrně s ohledem na zdravotní stav s tím, že možnost konce je reálná. (Rainwater, 1993, Haškovcová, 1985, 1994; Misconiová, 1994)

Robert Twycross - zástupce Anglie na konferenci v Bruselu, konané ve dnech 24. - 25. listopadu 1995, uvedl, že většina těch, kteří žádají o pomoc ke smrti, ve skutečnosti prosí o pomoc k životu. Zdůraznil, že hospicová péče je přímým protikladem k eutanázii, jelikož takováto péče smrt ani neurychluje, ale ani ji násilně neoddaluje, je-li neodvratitelná.

Hospicové hnutí se velmi brzy rozšířilo do mnoha zemí světa a pomalu proniká i k nám.

#### 4.4 Současné hospicové hnutí v ČR

*Rozvoj hospicové péče* byl v České republice nastartován v rámci změn, které v českém zdravotnictví probíhaly od začátku devadesátých let. Hlavním motivem vzniku hospicového hnutí ve světě i u nás byla snaha o humanizaci medicíny u smrtelně nemocných a umírajících.

”Před listopadem 1989 byl hospic v České republice pojmem téměř neznámým. Tehdy jsme se mohli opírat převážně jen o zahraniční zkušenosti. Dnes už ale máme zkušenosti vlastní”, referovala Marie Svatošová, zakladatelka hospicového hnutí u nás, na Psychologických dnech v Olomouci 8. 9. 2000.

Přesto, že hospicové hnutí u nás nemá za sebou tak dlouhou tradici jako ve Velké Británii, bude to již více než deset let, co byl otevřen první český hospic - *Hospic Anežky České v Červeném Kostelci*. Svou činnost zahajuje 8. prosince 1995 s kapacitou 30 lůžek a stává se modelovým zařízením pro ostatní vznikající hospice. M. Svatošová, která v něm působí, říká: ”Obejmout, stisknout, utírat slzu, to vše nahradí komunikaci tam, kde už jsou slova zbytečná.” Rovněž potvrdila, že se zde dosud nesetkala se žádostí o pomoc ke smrti. (MF Dnes, Riebauerová, 1997, s. 4)

V lednu roku 1998 následuje otevření dalšího hospice v Praze s 26 lůžky. Jedinou podmínkou přijetí do *Hospicu Strasburk s kaplí sv. Lazara* v Praze - Bohnicích, stejně jako do dalších uvedených zařízení, je *svobodný informovaný souhlas*

nemocného s pobytem v hospici. Nemocný tak dává na vědomí, že akceptuje ukončení kurativní fáze léčení a že je vyrovnán se svou vlastní smrtelností a konečností. (Blesk, Desenská, 1998)

Třetí objekt poskytující paliativní péči onkologickým pacientům zakládá o dva měsíce později Charita a plzeňský Korandův sbor Českobratrské církve evangelické- **Hospic sv. Lazara v Plzni** s kapacitou 24 lůžek. (ZdN, 27. 2. 1998)

V létě téhož roku je zprovozněn **Hospic sv. Alžběty v Brně** a na jaře 1999 se otevírá rozsáhlý **Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa v Rajhradě u Brna**, který je se svými 50 lůžky největším zařízením svého druhu v České republice. (ZdN 5/99, s. 2)

Počátkem roku 2001 (ZdN 24/2001, MF Dnes z 27. 1. 2001) byl slavnostně otevřen **Hospic sv. Štěpána v Litoměřicích** s 26 lůžky. Během krátké doby pak následovalo otevření celé řady hospicových zařízení i jednotek paliativní péče po celém území Čech i Moravy – v Prachaticích, Chrudimi, Olomouci, Čerčanech aj. Záměrem je vybudování hospice v každém kraji naší republiky. (www.hospice.cz z 15. 3. 2006).

Při zakládání hospiců se vycházelo z praktických zkušeností Cicely Saunders a z praktických i teoretických podkladů Elisabeth Kübler-Ross. Její studie jsou velkou pomocí pro ty, kteří nemocné ke smrti doprovázejí. Mimořádně významný je její popis stádií, jimiž člověk, který ví, že zemře, prochází (*odmítání pravdy - negace, hněv - zloba, smlouvání - vyjednávání, deprese, smíření - přijetí - souhlas*, později byla křivka prožívání nemoci doplněna ještě o *nulitní fázi*). (PL, Munzarová, 1997)

**Hospic** není ani tak místo, jako spíš druh přístupu. Při přijetí garantuje nemocnému, že nebude trpět nesnesitelnou bolestí, za každých okolností bude zachována jeho lidská důstojnost a v posledních chvílích nezůstane osamocen. (Huneš, 2006, s. 20) Klade důraz na **domácí péči** a na to, aby pacientům umožnil důstojně zemřít doma vždy, kdy je to jen možné. Pokud tomu tak není, poskytne jim hospic na poslední dny místo, vlídné ubytování. Součástí hospice je **hospicový stacionář**. Stacionární péče oddaluje hospitalizaci a umožňuje nemocnému pobývat v domácím prostředí co nejdéle. Péče o nemocné je zde omezena na několik hodin, zpravidla však na jeden den. Uvedená zařízení nabízejí pomoc emocionální, psychologickou, duchovní, sociální stejně jako tělesnou péči. Toto psycho-duchovní poradenství nemusejí poskytovat výhradně psychiatři či školení odborníci na duševní zdraví. Je běžnou praxí, že programy hospice zdatně vykonává i celá řada sester, pomocných pracovníků a laických dobrovolníků. *Neboť ústředním problémem není vždy jen bolest fyzická ale utrpení emocionální*. Tuto emocionální bolest často podceňujeme, protože se

domníváme, že je jaksi neskutečná. Nedokážeme ji přiřadit k žádné konkrétní životní události nebo konkrétní fyzické příčině. (Peck, 2001, Haškovcová, 2000)

Zakladateli všech českých hospiců jsou církve nebo řády. Jejich hlavním posláním je poskytování paliativní péče terminálně nemocným a umírajícím pacientům a podpoře jejich blízkých. 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 morálkou, ale také s lidskou přirozeností.

Uvažování o pouhé dvojí protichůdné alternativě - "buď smrt v bolestech, anebo eutanázie" - se mohlo zdát pravdivým v době před rozvojem moderních metod paliativní medicíny a paliativní péče. Nikde v civilizovaném světě však dnes již pravdivé a opodstatněné není. V lékařské praxi není nikdy nutné někoho usmrtit, abychom ho zbavili fyzické bolesti. Řešení spočívá v urychlení splnění programů paliativní medicíny a paliativní péče, a ne v rezignaci vůči tlakům pro eutanázii. Výzvou naší civilizace pro společnost na konci tohoto desetiletí je *změnit péči o trpícího a umírajícího*. (PL, Munzarová, 1997, s. 244)

*Dobrá paliativní péče* je z velké části i tou nejlepší odpovědí na volání po eutanázii. Je žádoucí, aby se paliativní hospicový přístup k léčbě nevyléčitelně nemocných stal nedílnou součástí péče o nemocné v kterékoli části našeho zdravotnického systému.

## 5. ZÁKONY V NAŠEM LÉKAŘSTVÍ VE VZTAHU K EUTANÁZII

V životě společnosti existují jevy, které nelze vymazat ani vymýtit. Nelze však před nimi ani zavírat oči. Jedinou možností, jak chránit zájmy společnosti a garantovat občanům jejich práva, je soustředit se na ně a najít způsob jejich kontroly a regulace. (Haškovcová, 2001)

*"Eutanázie je vždycky zabitím člověka. Zda se nezákonné usmrcení kvalifikuje jako vražda anebo zabití, závisí na okolnostech a úmyslu. Pokud je úmysl připravit o život někoho jasný, jde o vraždu. Nezákonného usmrcení se lze dopustit buď nějakým činem, anebo opomenutím v případě, že za daných okolností existovala zákonná povinnost chránit nebo uchovat život."* (Pollard, 1996, s. 107)

## 5.1 Právní problémy

V souvislosti s rozvojem lékařství *vyvstala celá řada právních problémů*. Například: Smí lékař v terminálním stádiu nemoci aplikovat velmi vysoké dávky léků tlumících bolest s rizikem zkrácení života?

- Je lékař oprávněn zavést neodkladnou resuscitaci bez vědomí, popř. proti vůli pacienta?
- Kdy lze zahájenou resuscitaci přerušit? A různé další otázky.  
(Štěpán, 1989, s. 52 - 60)

”Právní řád chrání lidský život téměř absolutně,” uvádí Jaromír Štěpán (1989, s. 55) ve své úvaze nad právními otázkami v naší medicíně. ”Ani žádost nebo souhlas jednotlivce o ukončení útrap nezprošťuje odpovědnosti toho, kdo nemocnému vyhoví. Náš občan nemá právo, bez ohledu na beztrestnost sebevraždy, volně disponovat svým životem, *náš zákon nepřiznává právo na smrt*. Naše trestní právo chrání před usmrcením život člověka, a to i tehdy, když je smrt neodvratná a je jen otázkou krátkého času. I za této situace je uspišení smrti (např. nepodáním léku, zastavením přívodu kyslíku apod.) trestným činem, a to i v případě, že se tak stane z útrpnosti se souhlasem nebo dokonce na žádost pacienta.”

Proč však neumožnit dobrovolně a důstojně odejít těm, kteří si to přejí, vážně nemocným, kteří trpí a požádají lékaře o ukončení léčby? . ”Lze si představit státní registr, do něhož se bude moci kdokoliv, zdravý i nemocný, kdykoliv zapsat (i odhlásit) s tím, že nastanou-li v budoucnu právní předpisy přesně definované skutečnosti zformulované zákonodárci ve spolupráci se špičkovými lékaři a právníky, ukončí ošetřující lékař jeho život.” (MF Dnes, Fetter, 1997, s. 10)

Většina právních řádů, včetně našeho, *nezná speciální trestný čin eutanázie*, resp. usmrcení z útrpnosti. Stručný přehled kategorizace různých jevově příbuzných jednání - od sebevraždy, účasti na sebevraždě, přes různé formy eutanázie až po vraždu dokládá, že jde o jednání ve své podstatě natolik odlišná, že těžko snesou legislativní zařazení pod jednotný trestný čin usmrcení z útrpnosti.

Český trestní zákon kvalifikuje úmyslné zabití jako trestný čin vraždy. Takového jednání se lze dopustit nejen aktivní činností, ale i nečinností a opomenutím. Z toho

vyplývá, že zásadní **právní rozdíl v posuzování aktivní a pasivní eutanázie neexistuje**. Vyloučit nelze ani postih za trestný čin účast na sebevraždě. (Stolínová, 1998, s. 282)

Může se vyskytnout celá řada hraničních situací, kdy rozhodování nebude snadné ani po medicínské, ani po právní stránce. V takovém případě by pak měl lékař postupovat v souladu s požadavkem § 11 zákona č. 20/1966 Sb. "O péči o zdraví lidu" a poskytovat péči v souladu se současnými poznatky lékařské vědy.

Je nepochybné, že problematika právní odpovědnosti v medicíně bude pro zdravotnický personál v České republice stále aktuálnější, a to zejména s ohledem na zvýšenou ochranu práv pacientů.

*V České republice je eutanázie, stejně jako asistovaná sebevražda, zakázána, a pokud by byla provedena, bude kvalifikována jako trestný čin.*

## 5.2 Vůle člověka

V porovnání se zahraničím, zvláště s USA, kdy lékař nesmí přistoupit k resuscitaci nebo intenzivní péči, pokud ji pacient odmítne, pod závažnými sankcemi za omezení rozhodovací volnosti občana (tzv. living will)<sup>50</sup>, podle našeho práva projevený souhlas či pokus sebevraždy, jímž dal občan najevo svoje rozhodnutí skoncovat se životem, nesmí být upuštěno od péče směřující k záchraně jeho života.

Je obecně známo, že postoj občana odmítajícího pomoc se velmi často mění ve chvíli, kdy dojde ke kritické situaci. Svědčí o tom mnohá sdělení zachráněných osob, které se pokusily o sebevraždu. *Náš právní řád neuznává právo na sebevraždu*. I když sebevražda není trestným činem, je trestná účast na sebevraždě. V některých státech (Německo, USA) je převážně uznáváno **právo volného rozhodování o ukončení vlastního života** a jsou země, kde **právo na smrt** je hodnoceno jako jedno z velmi významných práv občanů.

"Zákon samozřejmě nepřipouští a nemůže připustit svévolné ukončení života z jakýchkoli pohnutek. Tento princip však nelze vykládat tak, aby se obracel proti samým základům lidskosti a proti lékařské etice. Jestliže uznávaná deontologická pravidla požadující na lékaři, aby neprodlužoval zbytečně utrpení člověka, jehož nemoc odsoudila k smrti, a tedy nezaváděl terapii prodlužující jen agónii, pak upuštění od takovéto činnosti nemůže být hodnoceno jako protiprávní, tím spíše ne jako trestné". (Štěpán, 1989, s. 62)

---

<sup>50</sup> Jedná se o písemné vyjádření vůle nemocného pro případ, kdy pacient nebude pro závažnost stavu schopen ani posoudit svou situaci, ani verbalizovat svá přání.

Peck (2001) je přesvědčen o tom, že by měla být respektována, pokud jsou známa, pacientova přání. Aby tak moderní medicínská technika, která nám dosud pozhnaně prodlužovala životy, nebyla ke stejnému účelu v budoucnu použita na úkor našeho lidství a neudržovala nás na vegetativní úrovni.

### 5.3 Důvody ke zneužití eutanázie

Jak by mohlo vše vypadat, kdyby společnost legalizovala eutanázii? V této věci by pak neexistoval požadavek na osobní vztah mezi lékařem a nemocným, nebyl by tu prostor pro žádné vyjednávání, odpovídá si Peck (2001). Lékaři by byli automaticky zavázáni ukončit život žadatelům, splňujícím pouze omezená, skoro matematická, diagnostická a prognostická kritéria. To by ale bylo to nejmenší. V průběhu uplynulých let se naše společnost stále rychleji přesouvá k řízené péči, tj. péči řízené nikoli lékaři, nýbrž pojišťovny a vládními byrokraty, jejichž jediným zájmem je vydělávat.

Jeden z hlavních důvodů možného zneužití eutanázie je tak **ušetření nákladů**. Pacienti v kritickém stavu jsou hospitalizováni na resuscitačních odděleních, obklopeni nejmodernější technikou a léčeni většinou bez ohledu na finanční náklady. Tato péče je mnohdy investována do pacientů, kteří pro své poškození nebo onemocnění nepřežijí.

Z toho vyplývá kacířská myšlenka, že pokud by tito pacienti umírali dříve (s dopomocí), ve zdravotnictví by zůstalo podstatně více peněz na ostatní perspektivní nemocné.

V této úvaze je skryto jedno z hlavních rizik eutanázie. (Škarecký, 2005)

Nemalá část žádostí o eutanázii by mohla být motivována snahou **”nebýt na obtíž”**. Nejde o to, zda pacient postrádá lásku a zájem blízkého okolí. Naopak, je milován a miluje, a právě proto nechce překážet, nechce zatěžovat. Má svoji hierarchii hodnot, v níž jsou milované osoby na prvním místě. (Svatošová, ZdN - LL 27/2000, s. 29)

Jako další důvod možného zneužití eutanázie můžeme uvést **odstranění ”nepohodlných lidí”**. Mohou zde hrát roli soupeřící zájmy, společné finance, majetek, společenské a politické postavení, dědické řízení, ekonomická a sociální situace rodiny apod. Pacienti se nesmí obávat toho, že by se společnost za určitých podmínek mohla zříci odpovědnosti za jeho léčbu a nechat lékaře posoudit její význam z hlediska nákladů.



Tento výše uvedený potenciální scénář už dostal i své jméno: **”šikmá plocha”**. Tímto chtějí kritici eutanázie naznačit, že zajištění práva na sebevraždu za asistence lékaře uvede společnost na šikmou plochu vedoucí k ještě větší neúctě k hodnotě lidského života. (Peck, 2001, s. 229)

Bezrestnost eutanázie nepřipouští dnes výslovně žádný právní řád. A ukazuje se, že legislativa snad žádné civilizované země není ochotna uzákonit bezrestnost usmrcení z útrpnosti, vzdor velice silným snahám o takové řešení, podporovaným různými organizacemi i významnými osobnostmi.

*Stručně řečeno - eutanázie nemůže být legalizována, protože se neshledala možnost, jak odstranit zdroje jejího eventuálního zneužití.*

## 6. SOUČASNÉ NÁZOROVÉ TRENDY

### 6.1 Eutanázie věc veřejná nebo soukromá ?

Mimořádný ohlas na pokus o zařazení eutanázie mezi témata předvolebních debat dal poměrně jasnou odpověď na otázku, zda témata civilizace a jejich tradovaných hodnot patří do politické diskuse nebo ne. Ti, kdo považují např. ochranu nenarozeného života nebo vztah rodiny a společnosti za otázky s výrazným politickým rozměrem, narážejí totiž často na námitku, že řešení těchto témat je věcí čistě soukromou.

**Právo na život je věcí politickou** a to především proto, že představuje jedno z nejzásadnějších omezení moci státu nad člověkem. Není totiž pochyb o tom, že právo na eutanázii nelze uzákonit bez objektivizace podmínek, za nichž by byla aktivní eutanázie přípustná. V naší zemi jsme státu upřeli právo usmrcovat těžké zločince a dáme-li mu právo autorizovat usmrcování osob, byť i s jejich souhlasem, znamená to

rozšířit státní moc způsobem, který je v historickém kontextu naší civilizace bezprecedentní<sup>51</sup>. (Freiová, 1996, s. 10)

## 6.2 Stanoviska odborníků a osobností k otázce legalizace eutanázie

Názory a postoje k problematice eutanázie jsou různé. Hrají zde roli motivace náboženské, sociální, etické i estetické.

Autor knihy "Eutanázie, ano či ne?" **Brian Pollard** (1996, s. 17) hned na počátku první kapitoly jednoznačně vyjadřuje svůj názor na eutanázii:

- "Je morálně pochybné pokoušet se legalizovat odnětí života komukoli, kdo nepředstavuje žádnou hrozbu jiné osobě. Každý zákon, který by to připouštěl, by nepochybně mohl být zneužit. Je společensky politováníhodné a skutečně scestné takový zákon navrhovat, když je dnes moderní medicína schopna poskytnout při umírání lepší řešení, než je usmrcení."
- "Ten, kdo ulehčuje umírání, např. nepoužitím další terapie, usnadňuje příchod smrti, ale nemůže být označen za vykonavatele eutanázie, nýbrž naopak za strážce důstojného průběhu umírání." (**Haškovcová**, 1994, s. 199)
- **Francouzští katoličtí biskupové** vydali na Veřejném slyšení v Bruselu dne 7. 11. 1991 náboženské prohlášení odsuzující eutanázii: "Nikdo nemá právo disponovat životem druhého," a ani nemůže být takové právo garantováno, aniž by zničilo celou bázi právního řádu. Není to cesta, která by brala ohled na lidi, kteří mají blízko smrti a navíc ztratili smysl života. (News, 11/1991, s. 4 - 5)
- "Pokládám za nemravné, aby člověk, který je vážně a nevléčitelně nemocen, prosil lékaře o usmrcení z milosrdenství. Jsem přesvědčena o tom, že moderní medicína má dostatek prostředků pro to, aby nemocný v terminálním stádiu života netrpěl a souhlasím s tzv. situační eutanázií. Nechť lékař důkladně posoudí stav umírajícího a udělá to, co má a co mu dovoluje svědomí: nechá prostor pro příchod smrti." (Vitalita, **Haškovcová**, 1996, s. 5)
- **Svatošová** uvádí: "Dnes prakticky neexistuje bolest, se kterou by si vzdělaný lékař nedokázal poradit. Je taky zajímavé, že o právu na eutanázii nejvíc mluví lidé mladí a zdraví, zatímco smrtelně nemocní v hospici o ni nežádají. Opakovaně se přesvědčujeme, že jsou-li u nemocného uspokojeny všechny jeho potřeby - tělesné,

---

<sup>51</sup> precedenc - předchozí případ nebo rozhodnutí, podle kterého se později rozhoduje v obdobných

psychické,

sociální

i duchovní - ani ho něco tak absurdního nenapadne.” (ZdN - LL, 27/2000, s. 27)

- ”Zdravotní péče by měla směřovat nejen k prodloužení a udržení života, ale stejnou měrou i k zabránění či omezení utrpení. Vždyť apriorní udržování a prodlužování života ”za každou cenu” je podstatou kritizované a obávané dystanázie. Vede k odborně etickým dilematům včetně krkolomných úvah o nutnosti eutanázie. Jako by neexistovalo nic mezi dvěma extrémy: buď boj o život, nebo jeho aktivní ukončení.”

(**Kalvach**, ZdN, 49/2001, s. 14)

- ”Nejrozšířenějším zločinem medicíny je dnes - nemírnit náležitě bolest. Tato neschopnost je příznakem profesionálního selhání zdravotníků. Degradovat hospitalizované pacienty trpícími bolestmi na úroveň bezmocných žebráků je ještě v mnoha zařízeních, fungujících podle harmonogramů a pravidel, standardní praktikou.”

(**Peck**, 2001, s. 37 - 50)

- **Koutecký** (2001, s. 15) - přednosta dětské onkologie ve své úvaze o nevléčitelně nemocných dětech prohlašuje: ”...jsem absolutním odpůrcem eutanázie, ...všichni rodiče těchto malých pacientů žádají, abychom se do poslední chvíle pokusili o cokoliv, co skýtá sebemenší šanci na úspěch. S prosbou rodičů o zkrácení života jejich dítěte jsem se ještě nesetkal.”

- V předmluvě knihy *Hovory s umírajícími* od **Elisabeth Kübler-Ross** se uvádí: ”Smrt a umírání jsou témata, kterým se dnes vyhýbáme... Tragicky smutné bývá umírání člověka, kterého už jeho okolí odepsalo, nikdo se s ním nebaví, nikdo ho nebere vážně a nakonec je poslán do nemocnice umřít.” (Kübler-Ross, 1992, předmluva)

- ”Je-li eutanazií nazýváno zabití nemocného na jeho výslovné přání, jsem zásadně proti. Zabití na přání nemocného je negací celého historického vývoje úlohy a postavení lékaře jako strážce a ochránce života ve vztahu k nemocnému.” Vysvětluje děkan 1. LF UK **Petr Hach** (2000, s. 224) svůj jednoznačný závěr na veřejném slyšení v červnu 1999 v pražském Mánesu.

- Kontroverzní australský filozof **Peter Singer** je toho názoru, že by těžce postižené děti měly být zabíjeny a popírá, že všechny lidské bytosti jsou současně i osobami. A nejsou-li osobami, mohou se i zabít. (Munzarová, PL 2/96, s. 95)

- K dotazu na názor na legalizaci eutanázie **Kübler Ross** odpověděla: "Považuji za smutné, že potřebujeme v takových věcech zákony. Myslím, že bychom měli použít svého lidského úsudku a vyrovnat se se svým strachem ze smrti. Pak budeme schopni respektovat potřeby pacientů a naslouchat jim a nebudeme mít takové problémy." (Kübler-Ross In: Rinpoče, 1996, s. 361).
- Primář chir. oddělení mostecké nemocnice **Krtička** (2001, s. 352) na otázku možnosti legalizace eutanázie u nás bez zaváhání odpověděl, že si v našich současných podmínkách přijetí takového zákona nedovede vůbec představit.
- **Speciální komise státu New York** v USA, zabývající se lékařskými otázkami, uveřejnila v srpnu 1994 zprávu o asistované sebevraždě a o eutanázii ve vztahu k medicíně. Všichni její členové po důkladném zkoumání dospěli ke shodě, že legalizování sebevraždy a eutanázie by bylo nemoudrou a nebezpečnou politikou. (Pollard, 1996)
- **Haškovcová** (1994, s. 197) ve své "Lékařské etice" říká: "Většina odborníků i laiků se shoduje v názoru, že milosrdné ukončení života za nesnesitelné trýzně a bolesti je čin humánní, ale současně jen málokdo je ochoten stát se vykonavatelem tohoto milosrdenství. Eutanázie je druhem zabití a nikdo nechce být označen jako vrah."
- Soudkyně Nejvyššího soudu **Eliška Vágnerová** poukázala na to, že případné uzákonění eutanázie by bylo porušením Evropské úmluvy o ochraně lidských práv a svobod. Ta totiž konstatuje po zrušení trestu smrti, že nikdo nesmí být úmyslně zbaven života. (ZdN - LL, Wildová, 1996, č. 2)
- **Lajkep** (1997) vnímá diskusi o aktivní eutanázii jako zbytečnou. Větší problém lékařů vidí spíš ve správném pojmenování toho, co se nazývá pasivní (zřejmě nesprávně) eutanázií, tedy debatu o tom, kdy a jakým způsobem ukončit zbytečnou léčbu a přiznat smrti její vítězství.
- Ke kladné úloze paliativní medicíny v případě umírajících se **Haškovcová** (2006) vyjádřila: "Profesionálové nebudou uvažovat o eutanázii, když budou ovládat strategii paliativní medicíny a laici nebudou prosit o milosrdnou smrt, protože budou vědět, že nesnesitelné bolesti jsou zvladatelné." (www.chirurgie.sbourniky.cz., 29. 1. 2006)
- **Petr Příhoda** (1997, s. 8), přednášející etiku na 2. lékařské fakultě UK sděluje: "Je-li zřejmé, že smrt je neodvratná, měl by o dalších krocích rozhodnout lékař podle svého nejlepšího vědomí a svědomí a pokud možno s pomocí etické komise. ... Jsem i pro to,

aby pacient mohl předem vyjádřit vůli, jak s ním má být v takových chvílích nakládáno.”

- **Scott Peck** (2001, s. 26) si ze své bohaté praxe psychiatra odnáší ponaučení, že odpojení umělých vnějších přístrojů nebo ukončení radikálních opatření (chemoterapie) je v okamžiku, kdy neexistují sebemenší pochybnosti, že je pacientův stav finální, nejen oprávněné, ale v podstatě slušné a správné. ”Je bezpředmětné pokoušet se prodlužovat život člověka, který zažívá muka nezvratitelného předsmrtného zápasu, a vše hovoří pro minimalizování takového utrpení.”
- Ve své přednášce k etickému posuzování terminální péče **Slabý** (1997, s. 361) podotýká: ”Jde o to, aby se v dnešních podmínkách stanovila morální kritéria, kdy končí povinnost zdravotníků prodlužovat život a jaká opatření jsou oprávněni přerušit, aby nemocný mohl v klidu zemřít.”
- Právník **Oldřich Choděra** (2001, s. 11) vyslovuje svůj názor pro MF Dnes: ”Chtít rozhodovat o životě a smrti lidí není nic jiného než obyčejná lidská pýcha, která vede toho, kdo jí podlehne, do záhuby.”
- Podle **Pafka** (2001) v diskusi ČLK a I. LF UK na téma ”Eutanázie pro a proti” ze dne 24. 5. 2001 by bylo třeba eutanázii přesně definovat a vymezit, než kdokoli pronese na ni názor. Upozornil, že jsou případy, kdy není rozdíl mezi aktivní a pasivní eutanázií a většina medicínsky nevzdělaných lidí ji nerozliší. Uvedl příklady, kdy lékaři často aktivní eutanázii provádí, aniž by ji někdo rozpoznal. Současně dává rovnítko mezi paliativní péčí a pasivní eutanázií, kterou podle něj společnost legalizovala zřízením hospiců. (Bošková, ZdN 17/50, 2001)
- **Callahan** (1994, s. 3) k problematice eutanázie ve Spojených státech amerických uvádí: ”Eutanázie není jen otázkou sebeurčení, ale vzájemného sociálního rozhodnutí mezi dvěma lidmi - jednoho, který bude zabít, a druhého, který bude zabíjet... a to za spoluúčasti společnosti, která ji bude akceptovat.”
- **Drbal** (2000, s. 12) ve své úvaze výstižně shrnuje: ”Hospicová péče je cestou, která, pokud bude na kvalitní úrovni, může zcela ochromit všechny tendence k uzákonění eutanázie, protože pomůže nenásilně, přirozeně naplnit život až do konce, pomůže pochopit nezvratitelnou skutečnost smrti, zamezí nepřirozenému prodlužování utrpení a pomůže v umírání, tedy umožní důstojný odchod z tohoto života ve správný čas...”
- Prezident německé lékařské komory **Jörg-Dietrich Hoppe** v reakci na schválení zákona o eutanázii belgickým parlamentem vydal dne 17. května 2002 zvláštní prohlášení ”Pokud se lidská společnost včas nevzpamatuje, můžeme se jednou dočkat

toho, že těžce nemocní budou muset žádat o svolení, aby směli dále žít". (ZdN 2002, 22/51, s. 22)

- V pořadu České televize "Bez imunity" dne 19. 4. 2001 se poslanci vyslovili v menší či větší míře proti eutanázii. "Diskutovat o ní můžeme, ale připustit souhlas se mi zdá hrůzné", prohlásil **Janeček**. "Jsem zásadně proti eutanázii", podpořil **Krása**. (ZdN 17/50, 2001)

- V publicistické relaci Rádia Impuls dne 11. 12. 2004 odpovídali na dotaz, zda jsou zastánci nebo odpůrci eutanázie, známé osobnosti z oblasti kultury a sportu:

**Lukáš Pollert**, lékař a kanoista: "Jsem spíš odpůrcem. Člověk by měl o sobě rozhodovat sám. A lékaři jsou tu po věky věků od toho, aby člověku pomáhali. Mohou mu ulehčovat umírání ale neměli by pomáhat zemřít, protože během doby, kdy člověk umírá, se může objevit lék, který by jej třeba vyléčil..."

**Ivo Jahelka**, právník: "Jsem spíše zastáncem eutanázie. Pokud je člověk stoprocentně svéprávný a schopný o sobě rozhodovat, pak by mu mělo být umožněno o eutanázii požádat. Případné utrpení totiž ponese sám, nikdo mu s tím nepomůže. Proto by měl mít možnost sám o sobě rozhodovat."

**Petra Černocká**, zpěvačka: "Ano, patřím mezi ty, kteří by si moc přáli opustit důstojně tento svět. Ve chvíli, kdy bych se měla stát uzlíčkem bolesti a zoufalství, bez naděje na uzdravení, tak bych chtěla rozhodnout sama o svém konci."

### 6.3 Diskuse

V současnosti jsme svědky vzrůstajícího zájmu masmédií o eutanázii a důvody jsou celkem pochopitelné. V důsledku zdokonalující se diagnostiky přibývá jedinců, kteří se dovedí o své nevléčitelné nemoci příliš brzy a tento problém neumí sami se sebou vyřešit.

Dalšími důvody, proč se dostává eutanázie v poslední době do popředí, je podle Pollarda (1996) narušení tradičních náboženských systémů a morálních hodnot z nich vyplývajících, technický pokrok lékařské vědy a v neposledním pak rozvoj a vliv sdělovacích prostředků i veřejného mínění vůbec.

Nové objevy, kterými byl předznamenán přelom tisíciletí, nejenom že otevřely netušené možnosti pro své uplatnění, ale též zasáhly hluboko do vztahu mezi pacientem a lékařem. Dnes lidé většinou přiznávají, že lékařská moc v konání dobra dosáhla

v tomto kontextu hranic a že prodlužování utrpení je vším, čeho může ještě dosáhnout. Je třeba uznat, že prodlužování života za každou cenu není tou správnou cestou. Za těchto okolností je možno uvažovat o etickém konceptu **”ponechat zemřít”**, podle něhož je třeba vykonat všechno možné a ospravedlnitelné při pomoci v umírání bez bolesti a v míru. A právě zde nastupuje **paliativní péče**, jejíž principy jsou dnes všeobecně uznávané jako základ nejlepšího přístupu k smrtelně nemocným osobám. Sama zakladatelka C. Saunders důrazně tvrdí, že většina nových léčebných metod a postupů umírajícímu pramálo pomáhá, nebo nejsou vůbec k ničemu, jakmile je jasné, že jejich onemocnění je neléčitelné. To, co tito pacienti v oné době potřebují místo další neplodné léčby, je podle Haškovcové (1994) *detailní pozornost, vřelá lidská opora, přiměřená otevřenost, pozornost osobním přáním včetně duchovních, přítomnost rodiny a výběr místa, kde chce pacient být.*

Zastánci ”pomoci v umírání”<sup>52</sup> na rozdíl od zastánců eutanázie spatřují důstojnou smrt v tom, že je člověk o svém stavu včas a vhodně informován a že má možnost strávit poslední fázi života v prostředí, jež kombinuje osobní soukromí a rodinnou intimitu s výhodami ústavní péče.

*Převážná část uváděných dokumentů odmítá aktivní eutanázii* Tento názor je zdůvodňován zčásti náboženskými hledisky o nedotknutelnosti a posvátnosti života, zejména však poukazem na tradiční medicínskou etiku. Často se však setkáváme se stanoviskem, při němž je eutanázie v zásadě odmítána, avšak uznává se morálnost, popř. též legalita upuštění od péče v beznadějných případech, a to nezřídka i při vegetativních stavech, a stejně tak morálnost a legalita podávání zvyšovaných dávek znečítlivujících léků, i s rizikem zkrácení života.

***Termín eutanázie by měl být výhradně rezervován pro soucitem motivované, úmyslné, rychlé a bezbolestné ukončení života na žádost někoho, kdo je postižen nevléčitelnou a progredující chorobou. Trpící a terminálně nemocná osoba není ponechána zemřít, nýbrž její život je ukončen. Termín aktivní a pasivní jsou nejednoznačné pojmy a je třeba se jim vyhýbat.***

Co by se však stalo, kdyby byla eutanázie legální? Mnoho lidí se obává, že by si pacienti označení za nevléčitelné, zejména ti s velkými bolestmi, zvolili smrt i v případě, že by bylo možné si s jejich chorobou poradit a jejich život prodloužit. Jiní

se bojí, že by starší osoby mohly prostě cítit, že je jejich povinností umřít, nebo zvolit sebevraždu jenom proto, aby ušetřily svým rodinám starosti a finanční výdaje. Mnoho z těch, kteří pracují s umírajícími, má pocit, že správnou odpovědí na volání po eutanázii je vyšší úroveň péče o tyto nemocné.<sup>53</sup> (Rinpoče, 1996, s. 361)

”Každý návrh legalizovat eutanázii se zatím ukázal jako pochybený”, doplňuje Pollard (1996, s. 199). Kdekoli se začala v praxi užívat, byla široce zneužívána. Příkladem je provádění eutanázie v Nizozemí. Dosud nebyl vypracován žádný návrh, který by zaručoval, že k zneužití nedojde.

## ZÁVĚRY

1. Rychlý rozvoj medicíny a poznatků lékařské vědy dokázaly odsunout hranici smrti daleko za meze dříve předpokladatelné, mnohdy ovšem za cenu velice náročných procedur.
2. Současná - moderní medicína svou úspěšností vyvolala v lidech dojem, že smrt je vlastně selháním zdravotní péče. Díky ní smrt zmizela lidem z očí.
3. Eutanázie se stává jedním z nejčastějších a nejžhavějších předmětů odborných, ale i laických diskusí o její přípustnosti i o právu na smrt.
4. Eutanázie představuje především tragické selhání mezilidských vztahů.
5. Společnost není dostatečně informována o morálních dilematech eutanázie. Dochází ke střetům neslučitelných pojmů, ale také ke zbytečným

---

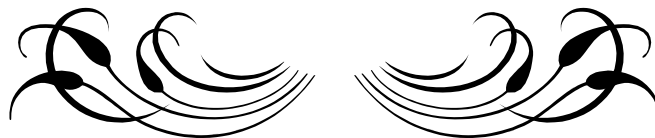
<sup>52</sup> Haškovcová, Svatošová, Munzarová, Stoff, Rinpoče, Kübler-Ross,

<sup>53</sup> Haškovcová, Munzarová, Lajkep, Svatošová



nedorozuměním. Mezi laickou veřejností, ale ani mezi profesními odborníky neexistuje v tomto směru jednota.

6. S ohledem na praxi je nezbytně nutná přesná terminologie a vymezení pojmů vztahujících se k eutanázii.
7. Hlavními argumenty obhájců eutanázie, je snaha milosrdně zbavit člověka utrpení, dát průchod lidským právům a osvobodit jedince od nepřijatelné kvality života.
8. Naopak, kritici eutanázie vyjadřují obavy z jejího zneužití s poukazem na nedokonalost právních předpisů a skuliny v kontrolních mechanismech.
9. V rozboru názorů převažovala stanoviska jasně odsuzující legalizaci eutanázie s poukázáním na "šikmou plochu" v Holandsku, avšak respektující autonomii pacienta.
10. Proti bolestnému umírání lze bojovat dobrou paliativní péčí a hospicovým hnutím. Je tedy důležité další kontinuální vzdělávání profesních pracovníků v této oblasti.



## RESUME

Bakalářská práce popisuje historický vývoj přístupu k eutanázii a poukazuje na současné názorové trendy v otázce její legalizace. Je strukturovaná do 6 kapitol.

- V úvodní části prezentujeme myšlenky, které nás vedly a motivovaly k hlubšímu poznání právě této problematiky s uvedením cílů práce.
- V první kapitole definujeme pojem *etika* (lékařská, pastorační, ošetrovatelská, hippokratovská) a prezentujeme postoje světových *náboženství* - křesťanství, judaismu, buddhismu a islámu.
- V subkapitole pojednávající *o smyslu života a utrpení* uvádíme názory zakladatele třetí Vídeňské školy psychoterapie Viktora Frankla.
- Historickou část vývoje eutanázie v druhém oddílu zahajujeme přehledem *přístupů ke smrti a* definicemi různých *druhů smrtí*. Následuje shrnutí *vývoje postojů k eutanázii* od pravěké společnosti až po dnešek jak ve státech Evropy tak Austrálie i Ameriky.
- Ve třetí kapitole se zaměřujeme na terminologii a vymezení *situací s eutanázií souvisejících*.
- Ukázalo se, že nejlepším řešením ve vztahu k smrtelně nemocným je poskytnutí *dobré paliativní a hospicové péče*, o nichž pojednává čtvrtá stať této práce.
- V předposlední kapitole se zmiňujeme o naší *současné legislativě*. Český právní řád nezná speciální trestný čin eutanázie a náš zákon nepřiznává právo na smrt.
- V poslední části předkládáme *přehled názorů* odborné i laické veřejnosti k problematice eutanázie. Většina dotazovaných eutanázii odsuzuje a odmítá.
- V závěrečném desateru shrnujeme nejpodstatnější *principy*, týkající se současných přístupů k řešené problematice.

## ANOTACE

**Klíčová slova:** etika, morálka, smysl života a utrpení, důstojné umírání, vůle k životu, právo na smrt, světová náboženství, postoje ke smrti, thanatologie, eutanázie, paliativní péče, hospicové hnutí, právní problémy, lidská práva, názorové trendy

---

Cílem bakalářské práce na téma „**Eutanázie – problém etický i sociální, vývoj a současné názorové trendy**“ bylo popsat historický vývoj přístupu k eutanázii a poukázat na současné názorové trendy v otázce její legalizace.

V jednotlivých kapitolách jsme se zamýšleli nad etickými problémy v lékařství, nad výkladem pojmů, týkajících se morálky a lidských práv. Popsali jsme vývoj postojů k eutanázii od počátku vzniku lidské společnosti až po dnešek a definovali základní pojmy i vztahy mezi eutanázií a paliativní péčí. Prezenciaci hospicového hnutí s nastíněním stručného vývoje jeho historických kořenů až po současnost jsme doplnili informacemi o perspektivách novodobého hospicového hnutí u nás. V závěrečném přehledu je dán prostor odborníkům i zástupcům vybraných světových společností k vyjádření postojů a stanovisek k dané problematice.

Prostudováním dostupných materiálů jsem dospěla k názoru, že společnost dosud *není dostatečně informována* o morálních dilematech eutanázie. Při etických debatách probíhajících na celém světě tak dochází ke střetům neslučitelných pojmů, ale také ke zbytečným nedorozuměním. Stává se totiž, že diskutující nemají vždy na mysli totéž. A tak nejen mezi laickou veřejností, ale ani mezi profesními odborníky *neexistuje v tomto směru dosud jednota*. Proto je důležité se opakovaně zamýšlet nad **přesným vymezením pojmu eutanázie** a věnovat zvýšenou pozornost terminologii, která má velký význam především pro praxi.

## ANNOTATION

**Keywords:** ethics - morale, sense life and suffering, dignified dying, living will, right to death, world's religion, bearings to deaths, thanatologia, euthanasia, palliative care, hospice movement, law problems, human rights, opinion trends.

---

The reasons why I have chosen the theme of my thesis „**Euthanasia – ethical and social problem - development and current trend of opinion**“ have been its topicality and frequent discussions on it. The thesis has aimed at describing the historical development of the attitude towards euthanasia, and pointing out the current trends involving the matter of its legalisation.

In the individual chapters, we have considered the ethical problems in medical practice, interpretation of medical terms referring morals and human rights. We have also mentioned the development of attitudes to euthanasia since the beginning of formation of the human society till nowadays, and tried to define the basic ideas and relation between euthanasia and palliative care. The presentation of the hospice movement followed together with outlining the brief development of its historical roots till present time, completed by the information on the perspectives of the modern-day hospice movement in this country. The closing survey is open to experts and representatives of world wide institutions to express their attitudes and positions touching the issue.

Having perused all available material, I have come to the conclusion that the society *has not been informed* properly about moral dilemmas of euthanasia. In the ethical discussions held all over the world not only incompatible ideas clash, but also useless misunderstandings occur. The participants do not often mean the same. That is why there is no unity not only among laic public but also among experts. Therefore it is so important to contemplate repeatedly on *exact defining the term euthanasia* and to pay high attention to the terminology which has the utmost significance especially for medical practice.

## INFORMAČNÍ ZDROJE

### ***Tištěné prameny:***

1. *Zákon č. 20/1966 Sb. § 11, O péči o zdraví lidu.*
2. *Zákon č. 2/1993 Sb. Listina základních práv a svobod*
3. *Věstník Rady Evropy 6/1999 - Dokument RE k péči o smrtelně nemocné, Parlamentní shromáždění RE, 25. 6. 1999.*

### ***Knihy:***

1. ANZENBACHER, A. *Úvod do etiky*. 1. vyd. 292 s. Praha: Zvon 1994, s. 13 - 18. ISBN 80-7113-111-3.
2. ARIÉS, P. *Dějiny smrti*. 1. vyd. Praha: Argo, 2000, 394 s. ISBN 80-7203-293-33.
3. FLETCHER, J. *Situační etika*. 1966, b.m. n.
4. HÄRING, B. *Frei in Christus*. přel. Kolařík, J., Freiburg: Herder Verlag, 1981.
5. HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000, 776 s. ISBN 80-7178-303-X.
6. HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*. 1. vyd. Praha: Galén, 1994, 232 s. ISBN 80-85824-03-5.
7. HAŠKOVCOVÁ, H. *Spoutaný život. I.* vyd. Praha: Panorama, 1985, 380 s.
8. HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie*. Praha: Galén, 2000, 190 s.
9. HAŠKOVCOVÁ, H. *Hospic a hospicové hnutí, Eutanázie. Provoz zdravotnických zařízení*. Praha: Verlag Dashöfer, 2001.
10. HAŠKOVCOVÁ, H. *Vývoj lékařské etiky u nás ...Etické kodexy. Provoz zdravotnických zařízení*, Praha: Verlag Dashöfer, 2000, s. 7.
11. JANDOUREK, J. *Sociologický slovník*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001, 288 s. ISBN 80-7178-535-0.
12. KLEBER, K. H. *Na hranici etické únosnosti*. Praha: Sít', 1990, s. 9. ISBN 80-901571-0-6.
13. KRATOCHVÍL, S. *Psychoterapie*. Praha: Avicenum, 1970, s. 58.
14. KŘIVOHLAVÝ, J. *Pastorální péče*. Praha: Oliva, 2000. 173 s.

ISBN 80-85942-42-9.

15. KÚBLER-ROSSOVÁ, E. *Hovory s umírajícími*. 1. vyd. Signum Unitatis, 1992, b.m. 135 s. ISBN 80-85439-04-2.
16. LUKASOVÁ, E. *Logoterapie ve výchově (orig. Sinn in der Familie)*. 1. vyd. Praha: Portál, 1997, 208 s. ISBN 80-7178-180-0.
17. PACOVSKÝ, V. *Gerontologie*. Praha: Avicenum, 1981, s. 304.
18. PECK, M. S. *Odmítnutí duše*. Praha: Pragma, 2001, 239 s. ISBN 80-7205-757-X.
19. PETRÁČKOVÁ, V. a kol. *Akademický slovník cizích slov*. Praha: Akademia, 2001, 834 s. ISBN 80-200-0607-9.
20. POLLARD, B. *Eutanazie, ano či ne?* 1. vyd. Praha: Dita, 1996, 203 s. ISBN 80-85926-07-5.
21. RAINWATER, J. *Vezměte život do svých rukou*. Praha: Grada, 1993, 200 s.
22. RICKEN, F. *Obecná etika*. Praha: Oikoymenh, 1995, s. 11.
23. RINPOČHE, S. *Tibetská kniha o životě a smrti*. 1. vyd. Praha: Pragma, 1996, 405 s. ISBN 80-7205-006-0.
24. ŠTĚPÁN, J. *Právo a moderní lékařství*. Praha: Panorama, 1989, s. 52 - 116.
25. STOFF, G. *Dobré slovo u lůžka nemocných*. 1. vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 1994, s. 83 - 91. ISBN 80-85527-54-5.
26. STOLÍNOVÁ, J., MACH, J. *Právní odpovědnost v medicíně*. 1. vyd. Praha: Galén, 1998, s. 281. ISBN 80-85824-4.
27. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2000, s. 238 - 9. ISBN 80-7178-496-6, 444 s.

#### **Časopisecká literatura:**

1. BOŠKOVÁ, V. Nizozemsko rozhodlo o "eutanazii". *Zdravotnické noviny*, č. 17, roč. 50, 27. 4. 2001, s. 25.
2. BOBURKOVÁ, E. Svědomí se nakonec vždycky prosadí. *MF Dnes*, z 27. 1. 2001, s. 4.
3. BYSTRICKÝ, Z. Hospicová péče ... *Postgraduální medicína*, 2/2001, s. 197.
4. CALLAHAN, D. The Problem of Euthanasia in the United States. čs. překl. *Časopis lékařů českých*, č. 1/1994, s. 3 - 5.

5. CVACHOVEC, K. Pojmy jako nevyžádaná či nedobrovolná eutanazie. *Zdravotnické noviny*, č. 17/2000, z 28. 4. 2000, s. 8.
6. CYPRIÁNOVÁ, M. Eutanazie - problém etický, právní i filozofický. *Pelikán*, 2. LF UK, č. 8, 2/2000, s. 10 - 12.
7. ČERNÁ, H. Dům léčby a bolesti s hospicem sv. Josefa. *Sestra*, č. 5/2001, s. 31.
8. DESENSKÁ, I. První pražský dům odchodů. *Blesk*, 5. 2. 1998, s. 6.
9. DŮNHOFF, M., JONAS, R. Not compassion Alone On Euthanasia and Ethics. *Hastings Center Report* 25, č.7, 1995, s. 47.
10. DRBAL, J. Komplexní přístup k onkologicky nemocným pacientům. *Zdravotnické noviny*, č. 36/2000, z 8. 9. 2000, příloha s. 12.
11. FETTER, W. Eutanázie ano, trest smrti nikoli. *MF Dnes*, 4/1997, s. 10.
12. FREIOVÁ, M. Euthanasie mezi námi. *Bulletin OI*, č. 57, 5/1996, s. 10.
13. HACH, P. Eutanazie. *Praktický lékař*, 4/2000, s. 224.
14. HÁJEK, M. Etika vztahů občanské společnosti ke zdravotníkům. *Praktický lékař*, 3/1997, s. 106 - 107.
15. HALÍK, T. Pro církve je návrh nepřijatelný. Eutanazie bude možná legální. *Lidové noviny*, 1996, roč. IX, č. 116, s. 1.
16. HAŠKOVCOVÁ, H. Recenze - Eutanázie ano či ne? *Sestra*, 5/1996, ročník VI., s. 30. *Vitalita*, č. 2/97, s. 6.
17. HAŠKOVCOVÁ, H. Když má etika bílý plášť? *Vitalita*, č. 6/96, s. 5.
18. HONZÁK, R. Etické problémy. *Praktický lékař*, 12/2000, s. 712.
19. HUNEŠ, R. Mýtus a realita současného zdravotnictví. *Zdravotnické noviny*, 10/2006, s. 20.
20. CHODĚRA, O. Eutanazie - svobodné ukončení utrpení. *MF Dnes*, 17. 2. 2001, s. 11.
21. JAHNSOVÁ, A., KUČA, R. Současná právní úprava euthanasie. *Zdravotnictví a právo*, 6/1997, s. 3 - 8.
22. KÁBRT, J. *Lexicon medicum*. Praha: Avicenum, 1988, 733 s.
23. KALVACH, Z. Názory. *Zdravotnické noviny*. č. 49/50, 7. 12. 2001, s. 14.
24. KOUTECKÝ, J. Neexistuje "průměrná smrt". *Zdravotnické noviny*, č. 23, roč. 50, 2001, s. 15.
25. KRTIČKA, F. Příspěvek k diskuzi. *Praktický lékař* 81, č. 6/2001, s. 352.
26. LAJKEP, T. Bioetika-zamyšlení. *Praktický lékař*, 7/1997, s. 362.

27. LAJKEP, T. S aktivní euthanasií není možné souhlasit.  
*MF Dnes*, 19. 4. 1997, s. 11.
28. LAJKEP, T. Islám a lékařská etika. *Zdravotnické noviny*, č. 44, roč. 50, s. 20.
29. MUNZAROVÁ, M. Princip autonomie a lékařská etika.  
*Praktický lékař*, 12/1996, s. 615 - 616.
30. MUNZAROVÁ, M. Zamyšlení nad Hippokratovou přísahou.  
*Praktický lékař*, 9/1996, s. 456 – 457.
31. MUNZAROVÁ, M. Lékařská etika a křesťanství.  
*Praktický lékař*, 4/1996, s. 191 - 193.
32. MUNZAROVÁ, M. Eutanazie: Dosáhne Evropa konsenzu?  
*Praktický lékař*, 2/1996, s. 95 - 97.
33. MUNZAROVÁ, M. Lékařská etika z pohledu judaismu.  
*Praktický lékař*, 1/1996, s. 38 - 39.
34. MUNZAROVÁ, M. Ars moriendi a dnešek *Praktický lékař*, 3/1997, s. 150.
35. MUNZAROVÁ, M. Těžce nemocný.  
*Zdravotnické noviny*, č. 49, roč. 46, příloha s.10.
36. MUNZAROVÁ, M. Paliativní péče ve vztahu k eutanazii.  
*Praktický lékař*, 5/1997, s. 244 - 5.
37. RIEBAUEROVÁ, M. Z hospicu není návratu. *MF Dnes*, 29.10.1997, s. 4.
38. SLABÝ, A. Diskuse k tématu lékařská etika *Praktický lékař*, 7/1997, s. 361.
39. SLABÝ, A. Co si představujeme pod pojmem eutanázie?  
*Zdravotnické noviny*, 38/1996, příloha s. 16.
40. STREJČEK, J. Lékařem asistovaná sebevražda.  
*Praktický lékař*, 7/1997, s. 351 - 352.
41. SVATOŠOVÁ, M. Současná podoba hospicového hnutí.  
*Zdravotnické noviny*, č. 41/1998, 16. 10. 2001, příloha, s. 5.
42. SVATOŠOVÁ, M. Neinvazivita není neobornost.  
*Zdravotnické noviny*, č. 26/2000, roč. 49, příloha s. 3.
43. SVATOŠOVÁ, M. Eutanazii se neubráníme slovy, jsou nutné činy.  
*Zdravotnické noviny*, příloha, č. 27/2000, s. 27-29.
44. ŠPALEK, V. Eutanazie. *Praktický lékař*, č. 10/1995, s. 486 - 488.
45. TICHÝ, Z. Život Květy Fialové, *MF Dnes-příloha*, 9. 3. 2002, s. E/2.



46. VODVÁŘKA, P. Eutanázie - úvaha lékaře onkologa z reálného světa.  
*Zdravotnické noviny*, 24/1996, příloha s. 12.
47. VOMLELOVÁ, K. Doktor Smrt má, co chtěl... *MF Dnes*, 30. 11. 1998,  
In TOPIARZOVÁ. *diplom. práce*, Ostrava, 1999, s. 19.
48. WILDOVÁ, O. Symposium o eutanázii v Lékařském domě v Praze.  
*Zdravotnické noviny*, 43/1996, příloha s. 4.
49. WILDOVÁ, O. Otázka eutanázie, další problém.  
*Zdravotnické noviny*, 24/1996, příloha s. 2.
50. zpravodajové Euthanasia debate continues worldwide (Debata o eutanázii pokračuje po celém světě). *News*, 6/1996, s. 5.
51. zpravodajové Euthanasia move fails (Návrh pro eutanázii neuspěl).  
*News*, 11/1991, s. 3-5.
52. zpravodajové Třetí hospic byl otevřen v Plzni. *Zdrav. noviny*, 27. 2. 1998.
53. zpravodajové V Rajhradě vznikl největší hospic u nás.  
*Zdravotnické noviny*, 5/1999, 5. 2. 1999, s. 2.
54. zpravodajové Nizozemci nebudou eutanázii soudit. *MF Dnes*, 17. 4. 1999.
55. zpravodajové Světová lékařská asociace: Ne eutanázii!  
*Zdravotnické noviny*, č. 17, roč. 50, 27. 4. 2001, s. 25.
56. zpravodajové U sv. Štěpána se řídí doporučením WHO.  
*Zdravotn. noviny*, č. 24/2001 roč. 50, 15. 6. 2001, s. 8.
57. zpravodajové Eutanázii jen ve výjimečných případech.  
*Zdravotn. noviny*, č. 16/2000, 21. 4. 2000, s. 6.
58. zpravodajové V Oregonu využívají možnost eutanázie.  
*Zdravotn. noviny*, č. 10/2000, 10. 3. 2000, s. 4.
59. zpravodajové Euthanasia is legal. *European Hospital*, 2/2001, s. 1.
60. zpravodajové Belgičané získali právo žádat o "milosrdnou smrt".  
*Zdravotnické noviny*, č. 22/51, 31. 5. 2002, s. 22.
61. zpravodajové V Maďarsku se diskutuje o "vyšších dávkách morfia".  
*Zdravotnické noviny*, č. 22/51, 31. 5. 2002, s. 22.
62. zpravodajové Zastavme úpadek etiky.  
*Zdravotnické noviny*, č. 23, roč. 51, z 7. 7. 2002, s. 21.

***Jiné informační zdroje:***

1. Doporučení Rady Evropy. *Časopis lékařů českých*. 20/2001, s. 634 - 5.

2. MISCONIOVÁ, B. Hospice v USA. *Zpráva ze studijní stáže v USA 1994*. Praha, 1994.
3. MELIŠOVÁ, J. Sociální starostlivost' o zomierajúcich..., *Diplomová práce*. Trnavská univerzita - Fakulta zdrav. a soc. práce, 2000, 58 s.
4. TOPIARZOVÁ, H. Eutanazie. *Diplomová práce*. Ostravská univerzita - Filozofická fakulta, 1999, 73 s.
5. Rádio IMPULS. O pomoci při umírání. *Publicistická relace*. 11. 12. 2004.
6. TV – Prima. Sauna - "Eutanázie". *diskuzní pořad* , 30. 10. 2001.

***Internetové stránky:***

1. BLÁHOVÁ, D. Konec pozemské pouti paní Millsové. *internet 4U*, 1. 12. 1997. <http://www.idg.cz/i4u/0897/c97i495.htm>.
2. BYSTRICKÝ, Z. Léčba bolesti a paliativní medicína na začátku cesty. *internet*, 4. 3. 2002. <http://www.clkbrno.cz/casopis>.
3. HAŠKOVCOVÁ, H. Eutanázie jako aktuální nebo věčný problém? *internet*, 29. 1. 2006. <http://www.chirurgie.cz/sborníky/sb4.htm>.
4. MUNZAROVÁ, M. Eutanázie je legalizací zabíjení. *internet*, 29. 7. 2002. <http://prolife.cz/eutanazie/index.html>.
5. SVATOŠOVÁ, M. Hospice a umění doprovázet. *Internet*, 8. 9. 2000. <http://hospice.cz/doprovazeni.html>.
6. zpravodajové. Hospic Citadela. *Internet*, 7. 8. 2002. <http://www.muweb.cz/zdravi/citadela/str.3htm>.
7. zpravodajové. Hospice v Čechách, *internet*, 29. 7. 2002. <http://www.hospice.cz/>.
8. zpravodajové. Co je hospic?, *internet*, 29. 7. 2002. <http://www.hospice.cz/>.
9. zpravodajové. Přehled hospiců, *internet*, 15. 3. 2006. <http://www.hospice.cz//hospice>.