

**UNIVERZITA TOMÁŠE BATI VE ZLÍNĚ**  
**FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ**  
**Institut mezioborových studií Brno**

**Pohled společnosti na problém eutanazie a paliativní léčby**

**DIPLOMOVÁ PRÁCE**

Vedoucí diplomové práce:

PaedDr. Libuše Mazánková, Dr.

Vypracovala:

Bc. Oulehlová Michaela

Brno 2009

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma „Pohled společnosti na problém eutanazie a paliativní léčby“ zpracovala samostatně a uvedla v ní veškerou literaturu a ostatní zdroje, které jsem použila.

Brno 15. 3. 2009

.....

Bc. Oulehlová Michaela

## **Poděkování**

Mnohokrát děkuji vedoucí této práce paní PaedDr. Libuši Mazánkové, Dr. za odborné vedení mé závěrečné práce, poskytování konzultací, cenných informací a rad.

Také bych chtěla poděkovat své nejlepší kamarádce Iloně za její neocenitelnou podporu, psychickou i morální, bez které bych svoji diplomovou práci snad ani nedokončila.

V neposlední řadě bych chtěla také poděkovat své rodině, hlavně svému tatínkovi, kterého si velmi vážím, za jeho pomoc, kterou mi při psaní této práce poskytl.

Bc. Oulehlová Michaela

<b>Úvod</b>	<b>2</b>
<b>1. Základní pojmy</b>	<b>4</b>
1.1 Problematika eutanazie	4
1.2 Paliativní léčba a hospicové péče	12
1.3 Dílčí závěr	16
<b>2. Eutanazie</b>	<b>17</b>
2.1 Eutanazie v dějinách	17
2.2 Eutanazie ve světě	21
2.3 Eutanazie z pohledu náboženství	23
2.4 Právo v ČR a eutanazie	24
2.5 Dílčí závěr	27
<b>3. Hospicová péče</b>	<b>28</b>
3.1 Podstata a cíle hospice	28
3.2 Formy hospicové péče	29
3.3 Bolest a umírání	32
3.4 Dílčí závěr	38
<b>4. Pohledy současné společnosti na daný problém</b>	<b>39</b>
4.1 Dotazníková metoda výzkumu	39
4.2 Popis vzorku respondentů	39
4.3 Dotazník	40
4.4 Hypotézy	40
4.5 Vyhodnocení	41
<b>Závěr</b>	<b>54</b>
<b>Resumé</b>	<b>57</b>
<b>Anotace</b>	<b>58</b>
<b>Seznam literatury a internetových odkazů</b>	<b>59</b>
<b>Seznam příloh</b>	<b>62</b>

## ÚVOD

*Smrt je odpoutáním od všech bolestí a hranic, kterou naše utrpení již nepřekročí. Smrt nás ukládá do toho klidu, kde jsme spočívali před svým narozením.*

*Seneca*

*Ubohý je ten, kdo si smrt přeje, ještě ubožejší ten, kdo se jí bojí.*

*Jindřich V.*

Eutanazie neboli milosrdná smrt a na straně druhé paliativní péče. Dva pojmy, které dle mého dojmu stojí přesně na opačné straně problematiky konce života. Smrt kdysi byla součástí života, ale s rozvojem techniky, medicíny a omezením vlivu církve na společnost se postupně stala tabuizovaným tématem současné společnosti. Dnes se o smrti hovoří velmi málo, a pokud to lze, pak se snažíme tomuto tématu vyhnout. Obzvláště umírání je nám dnes velmi vzdálené. Dříve lidé umírali nejčastěji doma, mezi svoji rodinou a blízkými, v současné době je tomu přesně naopak. Umíráme osamoceni v nemocnicích, LDN, apod. Je to jeden z důvodů proč se smrti bojíme a proč pokud o ní mluvíme, tak právě v souvislosti s legalizací eutanazie, pod kterou si představujeme rychlou a milosrdnou smrt? Umíme však skutečně domyslet všechny důsledky legalizace eutanazie? Zkoušeli jsme se zamyslet nad všemi stranami této mince? Nebo opravdu chceme být takovými pány nad svým životem, abychom mohli předem a přesně určit kdy a jak umřeme.

Jako cíl své diplomové práce jsem si zvolila prezentovat názory, mínění a úsudky současné společnosti na problematiku eutanazie, ale současně také na její protistranu paliativní léčbu. Především o paliativní léčbě, kam se bezesporu řadí i hospicová péče mají dle mého názoru lidé velmi málo informací. A právě cílem mé diplomové práce by mělo být ukázat, jak společnost, které dokáže hlasovat v anketách PRO eutanazii, toho ví velmi málo nebo téměř nic o jiné alternativě k fenoménu umírání a tou je právě paliativní léčba a hospicová péče. Dalším z mých cílů je zjistit jaký pocit mají lidé, kteří se setkali s nevléčitelně nemocným, z prostředí, kde se s ním setkali. Mým názorem je, že bude převažovat pocit negativní nad pozitivním ano. Domnívám se,

že v současné době je v České republice velmi málo institucí, kde by bylo s lidmi, kteří jsou již na pokraji svého života jednáno s patřičnou úctou a respektem. A to je to co by měl stát napravit. Víím, že dnes je doba, kdy převažuje výkon, nad vším ostatním. Ale ti co umírají pro společnost v minulosti přinesli velmi mnoho a jistě si nezaslouží umírat v podmínkách, které nejsou důstojné pro lidský život. Snad jen péče v hospicích splňuje tyto předpoklady a pravděpodobně také domácí prostředí, pokud je rodina schopna umírajícímu tuto péči zajistit. Místo přemýšlení o legalizaci eutanazie bychom měli přemýšlet o zákonech, které by podporovaly hospice a jejich péči, o zákonech, které by umožňovaly rodinám postarat se o své blízké na konci života.

V prvním úseku diplomové práce jsem se zaměřila na prezentaci jak problematiky eutanazie, tak paliativní péče v jejich základním rozsahu. Rovněž zde uvádím důvody proč ano a proč ne legalizovat eutanazii a také zde prezentuji základní pojmy, které s daným tématem souvisí, jako je právo na smrt, thanalogie, marná léčba a informovaný souhlas. V této kapitole také pojednávám o rozdělení eutanazie na aktivní a pasivní, dle názorů některých odborníků na tuto oblast.

Druhá část mé práce je zaměřena pouze na oblast eutanazie. A to jak z pohledu historie, tak toho jak vypadá eutanazie ve vybraných zemích a následně i na pohled církve.

Třetí díl diplomové práce se orientuje na oblast paliativní medicíny a hospicové péče. Pojednávám zde o podstatách a cílech paliativní léčby a také o formách hospicové péče. V další části této kapitoly se snažím o náhled do okruhu kolem bolesti a umírání. V rámci této části kapitoly jsem popsala i jednotlivé fáze a modely umírání.

Poslední část mé práce je částí praktickou. V tomto úseku jsem se pokusila zachytit názory současné společnosti na danou problematiku pomocí dotazníkové formy průzkumu. Odpovědi na tyto otázky jsou zde zpracovány v podobě grafů a samozřejmě rozděleny do 3. skupin, tak jak jsem si zvolila v projektu své práce. Podařilo se mi získat názory osmdesáti dvou lidí, v 1. a 2. skupině jich je 33 a ve 3. Skupině 16 respondentů. Víím, že to není velký vzorek, pro tak závažné a rozsáhlé téma, ale i tak si myslím, že se mi na danou problematiku podařilo získat určitý náhled.

## **1. Základní pojmy**

*„Konáš-li svou povinnost, budiž ti lhostejné, zdali přitom strádáš zimou či vedrem, zdali jsi ospalý či dost vyspalý, zdali tě zahrnují hanbou či chválou a zdali umíráš či konáš něco jiného. Neboť také umírání je jeden z našich životních úkolů, proto postačí také v této věci dobře splnit svou povinnost.“*

*Marcus Aurelius*

Kdo z nás někdy nepřemýšlel o konci svého života? Asi snad každý. A téměř každý by si přál odejít ze života ve spánku, klidně a bez bolestí. Skutečnost je obvykle však jiná, složitější a obtížnější a proto je logické, že se stále více hovoří o legalizaci eutanazie.<sup>1</sup> Musíme však i přesto, že se medicína neustále více stává vědou stále vidět člověka jako lidskou bytost, i s jeho psychikou. Nemocní se nesmí stát věcí, která je v zájmu ekonomiky této společnosti. Měli bychom myslet hlavně na humanitu a ta se týká v této oblasti právě paliativní péče.<sup>2</sup>

### **1.1 Problematika eutanazie**

Eutanazie ve významu dobrovolně vyžadované smrti pacientem se dostává do širšího povědomí společnosti v 60. letech 20. století. Jednalo se nejspíš o odezvu na vznik lékařských technologií, ale také samozřejmě jako ohlas na prosazování lidských práv v oblasti kvality života.<sup>3</sup> Za nejstarší společnost pro eutanazii je považována „*Voluntary Euthanasie Society*“, která byla založena v roce 1873 ve Velké Británii. Nyní je ve světě zaznamenáno 30 organizací pro eutanazii, které jsou v mnoha různých zemích, např. Švýcarsko, Kanada, USA, Německo, Belgie, aj. Většinou se jedná o bohaté a vyspělé státy, výjimkou je snad jen Zimbabwe a Kolumbie. Jedním z hlavních důvodů pravděpodobně bude ten, že v zemích, kde je nižší sociální úroveň mají lidé spíše starosti, jak svůj život uchránit než proč uvažovat nad tím jak ho předčasně ukončit. V roce 1988 se jednotlivé společnosti

---

<sup>1</sup> Haškovcová, H. Lékařská etika. Praha: Galén, 2002, s. 222.

<sup>2</sup> Jakoubková, J. Trendy soudobé onkologie, svazek 1 Paliativní medicína. Praha: Galén, 1998, s. 11.

<sup>3</sup> Kořenek, J. Lékařská etika. Praha: Triton, 2004, s. 119.

spojily a vznikla světová organizace. Tato společnost organizuje společný sjezd jednou za dva roky. Cílem této celosvětové organizace je zajistit vznik zákona pro beztrestnost eutanazie a asistované sebevraždy, prosadit práva pro odmítnutí léčby, vytvořit prostředí, které by bylo nakloněno pro eutanazii, aby lékaři provádějící eutanazii měli právní záruku beztrestnosti, apod.<sup>4</sup>

Výraz „eutanazie“ má původ ve staré řečtině a je vyvozen ze dvou slov: „eu“ – dobrá a „**thanatos**“ – smrt. Tato dvě slova pro staré Řeky označovala ukončení života z důvodu zachování cti a důstojnosti. Slovem podobného významu byla „snadná smrt“. Označení eutanazie bylo tedy využíváno pro dvě okolnosti: jednak pro dobrou, snadnou a krásnou smrt, na straně druhé pak usmrcení ze soucitu.<sup>5</sup>

„Dle Světové lékařské asociace (World Medical Association – WMA) je eutanazie vědomé a úmyslné provedení činu s jasným záměrem ukončit život jiného člověka za následujících podmínek: subjektem je kompetentní informovaná osoba s nevléčitelnou chorobou, která dobrovolně požádala, aby její život byl ukončen; jednající ví o stavu této osoby a o jejím přání zemřít a páchá tento skutek s prvořadým úmyslem ukončit život této osoby; a skutek je proveden se soucitem a bez osobního zisku“. WMA je světovou zdravotnickou organizací a toto definování pojmu eutanazie vytvořila proto, aby byl jednoznačně vymezen pro další použití. Tato organizace pečuje o etiku lékařství, a proto v žádném případě není v jejím zájmu prosazovat legalizaci eutanazie právě naopak.<sup>6</sup>

Rozlišujeme **dva modely eutanazie: aktivní a pasivní**. Pasivní eutanazie bývá velmi často také nazývána jako „strategie odkloněné stříkačky“. Jde o případy, kdy již není prováděno žádné opatření, které by prodlužovalo život. Některými je charakterizována, jako právo na přirozenou smrt a proto je přípouštěna. Odborné hranice mezi právem na smrt a pasivní eutanazií jsou proto velmi často nejasné. Proto je toto rozdělení pokládáno pouze za metodické a všechny formy eutanazie jsou

---

<sup>4</sup> Srov.

Ivanová, K. Kapitoly z lékařské etiky, Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2004, s. 76.

<sup>5</sup> Hauftová, D. Eutanazie v současném světě. Rodinný život, ročník 1993, č. 12-13, s. 4

<sup>6</sup> Srov.

Haškovcová, H. Lékařská etika. Praha: Galén, 2002, s. 222.

Kutnohorská, J. Etika v ošetrovatelství. Praha: Grada, 2007, s. 84.

<sup>6</sup> Munzarová, M. Proč NE eutanazie aneb být či nebýt, V Kostelním Vydří: Pro občanské sdružení Ecce homo vydalo Karmelitánské nakladatelství, 2008, s. 19.



pokládány za čin nemorální.<sup>7</sup> Často jsou vedeny debaty o tom, jestli by měl být pojem pasivní eutanazie používán, protože je velmi nepřesná hranice mezi pasivní eutanazií a neprodlužováním utrpení nemocného. A to je obrovský rozdíl. Je považováno za důležité smrti nenapomáhat, ale zároveň jí nebránit a nechat umírajícího důstojně odejít. Za pasivní eutanazii tedy nelze považovat případy, kdy je již zřetelné, že pacient umírá a léčba již není prospěšná a z těchto důvodů lékař tuto léčbu ukončí, aby zbytečně nebylo prodlužováno umírání, a tím i utrpení nemocného. Tyto případy nelze považovat za formu pasivní eutanazie, neboť zde chybí úmysl způsobit smrt a taky nebylo provedeno žádné konání, které by smrt urychlilo.<sup>8</sup> Aktivní eutanazie je naopak označována jako „strategie přeplněné stříkačky. Jde o eutanazii, ke které dá nemocný svůj souhlas.<sup>9</sup> Tento model eutanazie lze také označit za zabití na výslovnou žádost osoby, která umírá.

*Kořenek (2004)* považuje také rozdělení eutanazie na aktivní a pasivní za nelogické, protože odstoupení od neperspektivní léčby nelze považovat za usmrcení nemocného, ale za svolení k tomu, aby mohl v klidu odejít ze života. Pojem eutanazie by neměl být uplatňován, pokud není současně splněna podmínka, že si nemocný smrt sám přeje. Nelze však opomenout, že nemocný nemusí vždy s léčbou souhlasit a má právo odmítnout. V těchto případech by pak lékař neměl zasahovat proti jeho žádosti.<sup>10</sup>

*Hejlek (2007)* rozlišuje eutanazii v užším i širším pojetí. V prvním případě se jedná o usmrcení nevyléčitelně nemocného na jeho žádost, tedy aktivní eutanazii, do širšího pojetí řadí i odnětí léčby. Do aktivní eutanazie začleňuje eutanazii vyžádanou, nevyžádanou a nedobrovolnou. Jako modifikaci k těmto případům zařazuje asistovanou sebevraždu, kterou uskuteční pacient sám, za účasti lékaře. Velmi známým případem provádění asistovaných sebevražd je Jack Kevorkian z USA. Za pasivní eutanazii (širší pojetí) obecně označuje pozastavení léčby. Je snaha po celém světě vytvořit v této sféře právní pravidla. Ne vždy však úspěšně. Obzvláště u pasivní eutanazie je velmi složité rozlišit hranici, kdy se jedná o napomáhání smrti nebo kdy jde o pomoc nemocnému

---

<sup>7</sup> Srov.

Haškovcová, H. Lékařská etika. Praha: Galén, 2002, s. 224.

Munzarová, M. Proč NE eutanazie aneb být či nebýt, V Kostelním Vydří: Pro občanské sdružení Ecce homo vydalo Karmelitánské nakladatelství, 2008, s. 20.

<sup>8</sup> Pollard, B. Eutanazie ano či ne?, Praha: Dita, 1996, s. 24.

<sup>9</sup> Kutnohorská, J. Etika v ošetrovatelství, Praha: Grada, 2007, s. 84-85.

<sup>10</sup> Kořenek, J. Lékařská etika. Praha: Triton, 2004, s. 119.

k tomu, aby mohl důstojně odejít ze života. V ČR jsou činnosti, které nejsou považovány za eutanazii vyjmenovány v Transplantačním zákoně č.285/2002 Sb.<sup>11</sup>

### **Právo na smrt**

V poslední době se u nás i ve světě objevily společnosti, která bojují za prosazení legalizaci eutanazie a jedním ze základních argumentů proč ANO je boj za tzv. **“právo zemřít“**. Můžeme, ale opravdu bojovat za toto právo? V současné společnosti dokážeme pojem „právo“ skloňovat snad ve všech pádech. Nejraději bychom měli „právo“ snad úplně na všechno. Na smrt přece, ale právo nepotřebujeme. Smrt je jistotou, která potká nás všechny. Nelze se jí vyhnout. Proč chceme, aby něco co je opravdu nevyhnutelné a čeho se většina z nás dopředu bojí, bylo zakotveno do našich práv. Základním právem nás všech je přece život chránit a ne ho zbytečně ukončovat. Je pravdou, že lékařská věda v současnosti pokročila výrazně dopředu a lékaři mohou život udržovat i za situace, kdy se to mnohým z nás zdá již nesmyslné. Ale ani to nám nedává oprávnění požadovat „právo na smrt“. V praxi je zatím využívaná možnost, že můžeme již dopředu rozhodnout o tom, jaké použití lékařských postupů chceme, pokud se dostaneme do určitých situací. V USA došlo ke vzniku tzv. „advance directives“ – určování předem svých záměrů. U nás je zatím spíše známější instrukce DNR (Do Not Resuscitate), která znamená nezahajovat kardiopulmonální resuscitaci. Jak však dnes, zdraví a plní síly, můžeme rozhodnout o tom, co bude v budoucnosti? Pokud bychom však zašli dále a právo na smrt si prosadili, jak rozhodneme pro koho bude platit? A dále kdo bude toto právo vykonávat?<sup>12</sup>

### **Marná léčba**

V posledním čase se často vedou debaty o tom, že někdy původně dobře myšlená lékařská péče může poskytnout pacientovi více utrpení a téměř žádný užitek. Tento stav je označován jako tzv. *dystanázie – zadržovaná smrt*. V odborných publikacích můžeme také ještě najít pojem „overtreatment“, který vyjadřuje terapii „nadbytečnou“. Mezi odborníky převažuje názor, že by měla být zpracována kriteria, ze kterých by bylo zřetelné kdy již léčbu nezahajovat nebo kdy se jí naopak vzdát. Pro tento účel je důležitý význam dokumentu „Etická doporučení pro vysazení nebo nenasazení život

---

<sup>11</sup> Rucki, Š. Mezi biblí a medicínou, Albrechtice: Křesťanský život, 2007, s. 71-72.

<sup>12</sup> Munzarová, M. Vybrané kapitoly z lékařské etiky I, Smrt a umírání. Brno: Masarykova univerzita v Brně, 2002, s. 42-43.

udržující léčby“. Pojem „dystanázíe“ je mnohdy používán pro život s přístrojem, na druhou stranu pak pro „odpojení od přístrojů“, které má za důsledek úmrtí nemocného je používán termín „orthothanasie“. V těchto situacích je nezbytné přihlížet k přáním nemocného, pokud již není ve stavu, kdy by byl schopen se vyslovit, pak se bere ohled na dříve vyjádřenou vůli. V České republice platí *Konvence o biomedicíně* a podle ní je také nezbytné přihlížet k dříve vysloveným požadavkům nemocných.<sup>13</sup>

## **Thanalogie**

*Thanalogii* je mezioborová disciplína o smrti, jenž se věnuje tomu, jak může být dlouhý život a tzv. fyziologickou a patologickou smrtí. Další vědou, která se zabývá těmito otázkami je religionistika - obor studující vznik a vývoj náboženského myšlení i různých náboženství, jejíž součástí je eschatologie - učení o posledních věcech světa a člověka. Thanalogie se také dá nazvat jako komplex znalostí a zkušeností, které mají blízko k oblasti smrti a umírání. Důvodem pro tento termín je, že v řecké mytologii byl Thanatos bůh smrtelného spánku a smrti. Thanatos i přesto, že byl Bohem smrti, neměl rozhodující vliv na smrt, byl pouze vykonavatelem osudu, který určoval den smrti.<sup>14</sup>

## **Informovaný souhlas – Sdělování pravdy**

V debatách o tom zda nemocnému říci pravdu o jeho nemoci či nikoliv došla současná Evropa ke společnému postoji – pravdu oznamovat. Rady jak k tomu přistupovat jsou však nejednoznačné a nikdy asi nebude možnost je úplně a zcela ujednotit a podat tak lékařům konkrétní návod jak se k nemocnému při sdělování pravdy o jeho nemoci chovat.<sup>15</sup>

Názory na to jak sdělit nemocnému pravdu o jeho nemoci v minulosti prošly spoustou přeměn. V důsledku působení událostí po 1. a samozřejmě i po 2. světové válce lidé, kteří pracovali v medicíně, byli toho názoru, že soucitné klamání pacienta o jeho diagnóze je pro něho lepší než sdělování pravdy. *Milosrdná lež*, tzv. *pia fraus* byla v důsledku událostí ve světových válkách pokládána za pravidlo. Ve 2. polovině

---

<sup>13</sup> Srov.

Haškovcová, H. *Thanalogie*, Praha: Galén, 2007, s. 121.

Haškovcová, H. *Lékařská etika*. Praha: Galén, 2002, s. 232.

<sup>14</sup> Srov.

Haškovcová, H. *Thanalogie*. Praha: Galén, 2007, s. 17.

Kutnohorská, J. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2007, s. 70.

<sup>15</sup> Kutnohorská, J. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2007, s. 64.

20. století však dochází k řadě změn v této oblasti. Vyrůstá počet onkologických a jiných vážných nemocí a proto bylo nezbytně nutné názory na sdělování pravdy přehodnotit. Také vzhledem k tomu, že medicína zaznamenala v té době obrovský pokrok a nemocní tedy mohli žít se svou nemocí podstatně déle než doposud. Důsledkem toho však je, že nemocní se musí se svou nemocí naučit žít, ale aby to vůbec bylo možné musí o své nemoci vědět pravdu. Pokud pravdu vědí, potom požadují od lékařů, sester, a dalších, aby byl schopni je nástrahami jejich nemoci vést a podporovat je. Tuto oporu by však právě nemohli očekávat, pokud by lékaři setrvali v mlčení a pacientovi neřekli o nemoci pravdu. Proto se přistoupilo k názoru, že se pravda bude nemocným sdělovat. Pravda o diagnóze by neměla být zastírána, na druhou stranu pak je nutné říci pacientovi pouze tolik informací kolik je schopen unést. Zpráva o nemoci by měla být zpočátku sdělena výhradně a pouze nemocnému a teprve s jeho svolením dalším osobám, ať se již jedná o příbuzné nebo jen známé. Naproti tomu informovat pacienta o době jeho uzdravení lékaři nejsou a pravděpodobně ani nikdy nebudou schopni.<sup>16</sup>

V současném zdravotnictví je pojem „informovaný souhlas“ relativní novinkou a jeho přijímání do našeho konání vytváří odlišné názory. Někdo s ním nesouhlasí a někdo ho bez výhrad akceptuje. Většina z těch kdo jsou pro, pak zdůrazňují jeho „svobodný“ profil. Zásadní otázkou je jaká by měla být míra informovanosti? Měli by pacienti vědět úplně všechno o způsobech léčby? Lékaři si myslí, že tato situace není možná, protože ani oni sami nemohou vědět, jak se prognóza nemoci vyvine a pacient by ani nemusel pochopit, co mu lékař sděluje. Proto se v těchto situacích zdůrazňuje slovo „přiměřenost“. Ta, ale není reálná, protože ČR ratifikovala v roce 2001 *Konvenci o biomedicíně*, kde se říká, že: „Každý je oprávněn znát všechny informace o svém zdraví. Pokud si však nepřeje být informován, je to třeba respektovat.“ V praxi se proto dnes stále častěji setkáváme s informovaní nemocného v tzv. plné formě. Tato situace nastává proto, že je třeba respektovat princip autonomie nemocného a také proto, aby se lékaři vyhnuli pozdějším soudním žalobám, kvůli neinformovanosti nemocného. I přesto, že většina z nás by si přála tyto informace dostávat postupně, lékaři mají snahu nás informovat i o těžkostech léčby, které nejsou zase tak předpokládáné. Dochází pak k úzkosti mnohých pacientů a ztrácí se snaha o spolupráci s lékařem. Právě prudké a celé sdělení pravdy může v důsledku vést, až ke ztrátě v důvěře svého lékaře. Podpis

---

<sup>16</sup> Kutnohorská, J. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2007, s. 64-65.

informovaného souhlasu je důležitý pro pacienty, kteří žádají o léčbu v hospici, protože patří k jedné z podmínek nutných pro přijetí. Tak je tomu od začátku hospicové praxe v ČR a proto lze říci, že právě zde byl informovaný souhlas nejdříve a v plném důsledku použit.<sup>17</sup>

### **Proč NE eutanazie**

*Munzarová (2008)* seřadila několik důvodů proč říci NE k legalizaci eutanazie podle názorů Edmunda Pellegrina, předsedy vládní bioetické komise USA. Právo na eutanazii nevystupuje z právní vědy. Pokud by takové právo vůbec vzniklo, pak by zmařilo skutečné právo na život a hrubě by mohlo narušit nedělitelnost jak nemocného, tak lékaře. V případě, že by právo na eutanazii bylo zlegalizováno a kdyby došlo ke změně ústavy, nikdy by se nestalo morálním. Každý závažná lékařská otázka zahrnuje i složku mravní. Je povinností každého lékaře, aby zajistil dokonalý odborný přístup k nemocným a k umírajícím, pak by se eutanazie mohla stát (díky paliativní a hospicové péči) bezdůvodnou. Nemocný by měl mít však právo zavrhnout takovou léčbu, která směřuje jen k protahovanému umírání. Eutanazie není samostatnou volbou. Nemocní jsou ve fázi umírání zranitelní a snadno souhlasí s myšlenkami jiných. Vnímají se jako zátěž pro ostatní, jsou poníženi svými obtížemi a slabosti. Pokud by byla uzákoněna eutanazie a tedy možnost usmrcovat nemocné dostali by tím lékaři bezmeznou pravomoc. Nemocný totiž nemůže a ani neumí stanovit, že léčba je marná a že je již „připraven“ k eutanazii. Právní zajištění proti zneužití je zcela iluzorní. Lékař, stejně tak jako kdokoliv jiný, je jen člověk. Kluzký svah není smyšlenkou. Byl podstatný jak v akci eutanazie za nacismu, tak i v dnešní době. Eutanazie není důstojná. Předpokládáme snad, že dožadovat se zabití pro absolutní beznaděj a potom zemřít za pomoci lékařem je důstojné? Navíc, pokud víme, že pacient mohl mít možnost být ošetřován paliativní péčí a pak by o zabití ani nežádal. Eutanazie není a ani nemůže být osobní záležitostí. Všichni jsme různě provázáni s ostatními. Eutanazie by měla dopad na všechny. Ochrana života byla do současné doby jedna z nejdůležitějších hodnot. Legalizace eutanazie by měla obrovský dopad na cenu životů dlouhodobě nemocných, starých lidí, lidí narozených s těžkým handicapem. Eutanazie je v naprostém rozporu s poselstvím lékařství. Hippokratova přísaha byla vždy vázána se slibem mravním. Zabíjení nemocných by směřovalo k podkopání důvěry v lékaře. Z „práva“ na eutanazii by hodně rychle mohla být povinnost, a jedním z důvodů

---

<sup>17</sup> Haškovcová, H. Thanalogie. Praha: Galén, 2007, s. 51-54.

by mohla být třeba i finanční zátěž, kterou nevyčísitelně nemocní představují pro společnost.<sup>18</sup>

### **Proč ANO eutanazii**

*Pollard (1996)* uvádí především tyto důvody. Byly oslabeny obvyklé náboženské představy, které viděly stejnou cenu v každém lidském životě. Dochází k sekularizaci společnosti a hlavní hodnoty nacházíme ve výkonu a produkci. Kdo již není pro společnost produktivní, stává se pro ni zátěží. Dalším důvodem pro eutanazii je ten, že pokrok v medicíně dosáhl obrovského rozmachu. Důsledkem je, že ti co by dříve jistě zemřeli, tak těm je život prodlužován a žijí déle než dřív. Důležité je rozlišit, kdy a jaké lékařské metody použít, aby život nepoklesl na nepřijatelnou mez a kdy bychom měli začít mít pochybnosti, zda jsme vůbec danou metodu měli požit. Třetím důvodem je obrovský vliv masmédií, která nás nutí k diskusi i o tak složitých tématech jako je eutanazie a přitom nemohou zajistit, aby o tomto tématu nebylo jednáno povrchně a aby čtenáři měly zajištěny seriózní a plnohodnotné informace.<sup>19</sup>

Medicína, která se v současné době rozvinula rychleji než kdykoli v minulosti nám slibuje něco, co však nikdy nemůže splnit. Světová zdravotnická organizace si za svůj cíl stanovila vymizení všech druhů nemocí. Jestliže si medicína myslí, že lze zvítězit nad přírodou je celkem logické, že člověk, který stojí tváří v tvář proti smrtelné chorobě je zmaten. Když lze vymítit všechny nemoci, tak proč musíme umřít? I to je důvod proč se snaží získat nadvládu nad svým životem, třeba i za podpory eutanazie i přesto, že ho to nakonec může stát vlastní život.<sup>20</sup>

Většina z nás, ať se jedná o experty či amatéry zastává názor, že vysvobodit někoho z nesnesitelného utrpení je věcí dobročinnou a lidskou. Málokdo z nás si však dokáže představit, kdo by tento skutek ve skutečnosti opravdu vykonal, protože eutanazie, ať chceme nebo ne je druhem zabití a asi nikdo z nás by nechtěl být označen jako vrah. Proto většina států zamítá plány na uzákonění eutanazie ve svém právním řádu.<sup>21</sup>

---

<sup>18</sup> Munzarová, M. Proč NE eutanazie aneb být či nebýt. V Kostelním Vydří: Pro občanské sdružení Ecce homo vydalo Karmelitánské nakladatelství, 2008, s. 58-61.

<sup>19</sup> Pollard, B. Eutanazie ano či ne?, Praha: Dita, 1996, s. 17-19.

<sup>20</sup> Šipr, K. Aktuální bioetické texty. Deklarace o eutanazii., Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2005, s. 32.

<sup>21</sup> Haškovcová, H. Lékařská etika. Praha: Galén, 2002, s. 223-224.

Jedním z hlavních důvodů je pravděpodobně i velká míra zneužití takového zákona.<sup>22</sup> Protože pokud bude takový zákon existovat, nebudeme ho využívat i pro efekt ekonomický. Vždyť nemocní a umírající již pro společnost nic nepřinášejí, nebude pak lepší ukončit pod zástěrkou tzv. „úlevy od bolesti a utrpení“ jejich život a tím ušetřit státu peníze. Je potřeba dříve než takový zákon schválíme důsledně domyslet všechna pro, ale hlavně i proti.

Pokud vyslovíme slovo „ANO“ pro eutanazii, pak již nepůjde rozhodnout o tom, kdy půjde opravdu o dobrovolný a svobodný akt volby a kdy o naší smrti rozhodnou buď druzí, nebo jejich připomínky a názory a kdy třeba jen výčitky svědomí, že tady obtěžujeme a obíráme druhé o jejich čas a finance.<sup>23</sup>

Ti kdo hlasují jednoznačně pro ANO eutanazii se domáhají zejména humanity. Jedině eutanazii považují za něco co je ubrání před smrtí v bolestech a utrpení. Jsou ujištěni, že ten kdo trpí, dokáže zodpovědně posoudit svoji situaci a že nemůže v žádném případě dojít ke zneužití. Měli bychom si uvědomit, že i když je pacient nevléčitelně nemocný, může v jeho stavu dojít k obratu. *Haškovcová (2007)* píše: „Pro eutanazii se jednoznačně vyjadřují lidé, kteří jsou zdraví a kteří ještě nebyli konfrontováni s nemocí a bolestí některého člena rodiny. Své stanovisko zpravidla radikálně mění, když se dny života začnou krátit jim nebo někomu blízkému.“<sup>24</sup>

## **1.2 Paliativní léčba a hospicová péče**

„**Definice (WHO) 1990** : Paliativní medicína je přístup, který usiluje o zlepšení kvality života pacientů, kteří čelí problémům spojeným s život ohrožujícím onemocněním. Včasným rozpoznáním, kvalifikovaným zhodnocením a léčbou bolesti a ostatních tělesných, psychosociálních a duchovních problémů se snaží předcházet a mírnit utrpení těchto nemocných a jejich rodin.“<sup>25</sup>

---

<sup>22</sup> Haškovcová, H. Lékařská etika. Praha: Galén, 2002, s. 224.

<sup>23</sup> Hans, R. Důstojnost lidského života, Praha: Vyšehrad, 1999, s. 93.

<sup>24</sup> Haškovcová, H. Thanalogie. Praha: Galén, 2007, s. 157.

<sup>25</sup> Vorlíček, J. Paliativní medicína. Praha: Grada, 2004, s. 24.

„*Paliativní medicína* respektuje umírání jako přirozenou a konečnou fázi lidského života a smrt jako danost, kterou je třeba přijmout, a nikoli pokládat za nepřítele, s nímž je třeba bojovat i za stavu, kdy nelze zvítězit.“<sup>26</sup>

Paliativní neboli útěšná medicína zastupuje ucelený a komplexní celek, který poskytuje pomoc a podporu jak lidem co umírají, tak jejich rodinám. Tyto služby jsou poskytována v institucích, které nazýváme hospice. Vzhledem k tomu, že do péče o osobu, která umírá, je důležité zapojit i rodinu, pak mluvíme o tzv. hospicovém hnutí. Obsah pojmu **pallium** pochází z latiny a označuje „plášť“ nebo „obal“. „Cílem je poskytnout nemocnému ochranu (plášť) v extrémně nepříznivé situaci hrozícího vlastního zániku.“ Kurativní léčba ustupuje do pozadí a důraz je přikládán kvalitě života. Důležitý je celistvý přístup k nemocnému i k jeho blízkým. Jedná se o různé podoby sociální, duševní a duchovní podpory.<sup>27</sup>

V současné společnosti se na smrt pořád ještě dívá jako na selhání lékaře. Avšak to je velký omyl, protože to, že zanecháme boje s nemocí nemusí ještě znamenat, že se vzdáváme.<sup>28</sup>

Ve 2. polovině 20. století dochází k významnému rozvoji medicíny, což mělo za následek vznik mínění, že je jen záležitostí doby, kdy porazíme všechny nemoci. Nevyléčitelně nemocní, pokud již neměli šanci na uzdravení zůstávali mimo zájem lékařů. Hospicové hnutí se vytvořilo jako určitá odezva či dokonce odpor vůči tomuto stanovisku. Vzniklo přesvědčení, že i přesto, že se pacient nedá vyléčit, lze zlepšit kvalitu jeho života a tím mu usnadnit proces umírání. A právě to se stalo obsahem hospicové a paliativní léčby. Zakladatelkou a protagonistkou hospicového hnutí je Angličanka **Cecily Saundersová**. Stála v čele prvního hospicu moderního typu, který byl otevřen v roce 1967 v Londýně, pod názvem St. Christopher's Hospice a v roce 1984 se stala prezidentkou organizace Help the Hospices, která hospicové hnutí zastřešuje. V roce 2002 zahájila činnost Nadace Cecily Saundersové. V ČR se paliativní medicína rozšířila až po roce 1989. První oddělení paliativní péče v České republice bylo otevřeno v roce 1992 na Moravě v Babicích nad Svitavou u Brna. Zásluhy

---

<sup>26</sup> Haškovcová, H. Thanalogie. Praha: Galén, 2007, s. 44.

<sup>27</sup> Haškovcová, H. Thanalogie. Praha: Galén, 2007, s. 37.

<sup>28</sup> Pollard, B. Eutanazie ano či ne? Praha: Dita, 1996, s. 31-32.



na vzniku prvního hospice u nás má lékařka Marie Svatošová. Je také autorkou mnoha knih s tematikou hospicové péče. Např.: Hospice a umění doprovázet, O naději, Hospice slovem a obrazem, apod. V roce 1993 byla také u vzniku občanského sdružení s názvem „Ecce homo“. Tato společnost byla založena s cílem, aby se začalo více hovořit o smrti a jejím hlavním úkolem byly přípravy k vytvoření prvního hospice v ČR. Tento úkol byl splněn v roce 1995, když v Červeném Kostelci vznikl první hospic v České republice „Hospic sv. Anežky České“.<sup>29</sup>

Národní společnosti paliativní medicíny sdružuje Evropská asociace paliativní medicíny. V České republice byla stanovena Sekce paliativní léčby a to pod záštitou Společnosti pro výzkum a léčbu bolesti České lékařské společnosti J. E. Purkyně. V roce 1998 bylo založeno Sdružení poskytovatelů hospicové péče v České republice, které však již v současné době neexistuje. V roce 2005 vznikla Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče.<sup>30</sup>

Hlavním cílem paliativní léčby je kvalita života. Účelem této péče rozhodně není nesmyslné prodlužování života, jak by se nám někdy na první pohled mohlo zdát. Důležité pro tuto péči je zkvalitňování života umírajícího jedince a pomoc při utrpení, které může prožívat. Paliativní léčba má k problematice eutanazie zásadní stanovisko – „pomáhat při umírání ANO, pomáhat k smrti NE“. Dalším cílem je formování pomocného systému pro rodinu před pacientovou smrtí, ale i po ní. Z všeobecného pohledu lze říci, že záměrem paliativní péče je docílit, aby byl nemocný v co nejlepším zdravotním stavu, ale tento cíl zahrnuje současně péči zdravotní i psychologickou. Důležité je, aby postoj nemocného nebyl pesimistický, aby zbytečně nepodléhal depresím. Paliativní léčba obsahuje ucelené pojetí péče, se kterým přistupuje k pacientovi. Požadavkem k tomuto pojetí je, aby lékaři byly z různých oborů a zároveň, aby se na léčbě podílel i psycholog a v neposlední řadě i duchovní. Ti všichni by se měli společně podílet na řešení problémů umírajícího pacienta.<sup>31</sup>

---

<sup>29</sup> Srov.

Rucki, Š. Mezi biblí a medicínou, Albrechtice: Křesťanský život, 2007, s. 85-86.

Haškovcová, H. Thanalogie. Praha: Galén, 2007, s. 46-47.

<sup>30</sup> Haškovcová, H. Thanalogie. Praha: Galén, 2007, s. 39 a s. 47-48.

<sup>31</sup> Srov.

<http://hospice.cz/hospice1/paliativ.html>

Šipr, K. Aktuální bioetické texty. Deklarace o eutanazii., Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2005, s. 36.

Je také dobré si uvědomit, že paliativní péče není jen pro terminálně nemocné, tedy umírající, ale je vhodná i pro ty, kteří jsou postiženi chronickou chorobou a také pro pacienty, kteří trpí nemocemi doprovázenými bolestivými příznaky a potřebují úlevu od této bolesti.<sup>32</sup>

### **Principy paliativní medicíny**

*Haškovcová (2007)* říká: „Kauzální terapie může být podle okolností ukončena, ale současně nikdy nesmí končit péče. Radikální léčbu je třeba vystřídat léčbou paliativní, případně symptomatickou a posléze i terminální.“ V případech kdy kurativní léčba přináší více negativ než je její přínos pak by právě měla být zahájena péče paliativní. V současnosti paliativní přístup v mnoha případech umožňuje i léčbu kurativní. Paliativní přístup je velmi důležitý právě v tom, že uznává odlišné potřeby těch, kteří umírají. Tento přístup zahrnuje odborné i podpůrné služby, které mohou být realizovány v hospicích, jiných institucích, ale i v domácím prostředí.<sup>33</sup>

Principy paliativní medicíny mají oboustrannou souvislost k požadavkům lidí, kteří jsou na konci svého života a jsou zde vyjádřeny následující cíle:

- „Symptomatickou léčbu,
- zmírňující péči,
- efektivní terapii,
- somatické a psychické bolesti,
- emotivní podporu,
- spirituální pomoc,
- sociální zázemí,
- aktivní nebo aktivizační individuální program pro umírající - doprovodnou odbornou pomoc rodině umírajícího.“<sup>34</sup>

*Seymourové (2007)* píše, že paliativní péče:

- Umožňuje zmírnění bolestí a jejich projevů,
- souhlasí se životem a umírání považuje za obvyklý vývoj,
- smrt ani neurychluje, ale ani neodsouvá,

---

<sup>32</sup> Pollard, B. Eutanazie ano či ne?, Praha: Dita, 1996, s. 58.

<sup>33</sup> Haškovcová, H. Thanalogie. Praha: Galén, 2007, s. 41.

<sup>34</sup> <http://hospice.cz/hospice1/paliativ.html>

- spojuje psychologickou a duchovní stránku péče o nemocného,
- poskytovat pomocný systém, aby pacient mohl, až do své smrti žít aktivně,
- rodinám nemocných pomáhá vyrovnat se s nemocí a se smrtí blízké osoby,
- snaží se o zvyšování hodnoty života a tím může mít příznivý vliv na vývoj nemoci.<sup>35</sup>

### **1.3 Dílčí závěr**

Eutanazie a paliativní péče – dva pojmy, které stojí každý na jedné straně konce jednoho problému – smrti. Nikdo neví, jak a kdy jeho konec přijde a snad nebo právě proto nás myšlenka na konec našeho života provází po celý náš život. V minulosti byla smrt přirozenou součástí života, ale s postupem času, s rozvojem techniky a se sekularizací naší společnosti jsme smrt odsunuli někam do pozadí. Společnost je určena pro výkon. Kdo nepodává výkon jako by nebyl a i to je podle mého názoru jeden z důvodů proč vůbec začali diskuse o legalizaci eutanazie. Asi je pro nás lepší být mrtvý než být někomu na obtíž, umírat osamocen a pravděpodobně v bolestech. To jsou argumenty zastánců eutanazie, ale na druhé straně tohoto problému pak naštěstí stojí zastánci paliativní léčby, kteří tvrdí, že umřít lze důstojně, v klidu a bez bolestí a úplně v tom nejlepším případě i obklopen svými blízkými. Myslím si, že je na každém z nás co si vybere, ale měli bychom to zvážit dobře a s obezřetností. V okamžiku, kdy řekneme ANO legalizaci eutanazii pak již nebude možná cesta zpět. Jsem přesvědčena, že společnost by měla být více informována o možnostech paliativní péče a že by stát a jeho politika měla být více zaměřena na starší generaci a jejich problémy. Protože my všichni jednou budeme staří a určitě bychom se nechtěli cítit jako přebyteční a na obtíž všem okolo nás.

---

<sup>35</sup> Payne, S. a kol. Paliativní péče: principy a praxe. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007, s. 8.

## 2. Eutanazie

*„Všechny naše vědomosti nám dopomáhají k tomu, že umíráme daleko bolestnější smrtí než zvířata, která nic nevědí.“*

*Maurice Maeterlinck*

### 2.1 Eutanazie v dějinách

#### **Eutanazie a antika**

Již v antice bylo smýšlení o tom, co je eutanazie (dobrá smrt) rozporné. Za eutanazii byla pokládána smrt rychlá, bez utrpení nebo smrt, která přišla v době, kdy došlo k blaženému naplnění života. Častokrát byla smrt považována za vrchol života, období kdy se prokáže kvalita života daného jedince. Např. hrdinská smrt byla pokládána za dobrou smrt a v pozdějších dobách pak i smrt při obraně domova nebo při zabezpečení svých blízkých. Později byla dobrá smrt spojována s vnitřní vyrovnaností a se schopností přijmout svůj vlastní osud.<sup>36</sup>

Pro starověké filozofy a klasické národy eutanazie zdaleka neznamenal to co pro nás. Pro ně eutanazie neznamenal urychlení usmrcení. Význam byl přikládán více podobě smrti. „Dobrá smrt“ vymezovala vyrovnanost mysli, stav kdy měl být umírající v klidu a v sebekontrolě. Nebyl zde žádná vazba s vraždou. Cílem eutanazie nebylo nikomu brát život. Dále se podíváme na jednotlivé filozofy a na jejich pohled na tuto problematiku.

**Pythagorejci** s eutanazií nesouhlasili kvůli náboženství. Podněcovali zvyšování respektu k životu člověka. Soudili, že život na Zemi musí být spojen s bolestí, neboť se jedná o potrestání za předešlé hříchy. Předčasné ukončení života bylo podle nich hrubým nedodržením božího řádu.<sup>37</sup>

**Sokrates** v souvislosti s vlastním odsouzením ke smrti, se dívá na strach ze smrti jako ne něco nemoudrého. Smrt pokládá za spánek beze snů, ze kterého se buď vůbec

---

<sup>36</sup> Špinková M., Špinko, Š. Euthanasie – Víme o čem mluvíme? Praha: Cesta domů, 2006, s. 4-5.

<sup>37</sup> Munzarová, M. Eutanazie nebo paliativní péče. Praha: Grada, 2005, s. 25-27.

neprobudíme, pak se nemusíme bát anebo se dostaneme tam, kde jsou ti, kteří zemřeli před námi a to je pak důvodem k radosti a ne ke strachu. Sokrates byl toho mínění, že tomu kdo je dobrý nemůže uškodit nic, tedy ani smrt.

**Platonův** pohled na smrt byl spojen s jeho učením o duši. Tu považuje za nesmrtelnou, jednoduchou věc, která není složena z částí a to je důvod proč nemůže být předmětem rozkladu. Po smrti se duše oddělí od těla a může dosáhnout vědění.<sup>38</sup> Měl v podstatě negativní pohled na odchod ze života sebevraždou. Pokud by se však, ale jednalo o zničující nemoc a agonii, pak skončení se životem v určitých případech přijímal. V knize Faidon říká, že pokud již smrt nelze odvrátit, pak je možné zvolit dřívější odchod ze života. Ve spise Politeia již odmítá, že by život člověka patřil Bohu. Cenu jedince podřizuje státu, a proto schvaloval eutanazii nevléčitelně nemocných, neboť soudil, že jsou neužiteční jak pro sebe, tak pro stát.<sup>39</sup>

**Aristoteles** v první fázi zastával také názory Platona. V pozdější době se, ale od tohoto názoru odklání. Jeho přesvědčení spočívá v tom, že je třeba žít život v rozumu a snažit se překonat přirozený strach ze smrti za pomoci ctnosti a odvahy.<sup>40</sup> Byl proti ukončování života právě v případech obtíží. Tento názor, ale nestavěl na náboženství. Eutanazii považoval za projev zbabělosti a neuváženosti. I když člověk je na pokraji smrti měl by volit takový způsob jednání, aby byl příkladem pro ostatní.

**Stoikové** s eutanazií souhlasili, ale jen v takovém případě kdy člověk již není v souladu s individuálně pocíťovanými potřebami a nepoznává sám sebe. Stoikové si žádali mít jistotu, že eutanazie nebude připouštěna jen díky přání uniknout povinnostem v životě.<sup>41</sup> Chtěli, aby si lidé zvykli na to, že jsou smrtelní. Důležité bylo, aby každý žil ve ctnosti, od které očekávali, že člověk bude jednat v harmonii s rozumem.

**Epikurejci** neměli důvod ke strachu ze smrti. Byly toho názoru, že duše se při smrti rozplyne a pak není pravděpodobnost pro nové prožitky. V posmrtný život nevěřili.<sup>42</sup>

---

<sup>38</sup> Munzarová, M. Vybrané kapitoly z lékařské etiky I, Smrt a umírání. Brno: Masarykova univerzita v Brně, 2002, s. 5-6.

<sup>39</sup> Munzarová, M. Eutanazie nebo paliativní péče. Praha: Grada, 2005, s. 25-27.

<sup>40</sup> Munzarová, M. Vybrané kapitoly z lékařské etiky I, Smrt a umírání. Brno: Masarykova univerzita v Brně, 2002, s. 5-6.

<sup>41</sup> Munzarová, M. Eutanazie nebo paliativní péče. Praha: Grada, 2005, s. 25-27.

<sup>42</sup> Munzarová, M. Vybrané kapitoly z lékařské etiky I, Smrt a umírání. Brno: Masarykova univerzita v Brně, 2002, s. 5-6.

## **Eutanazie a středověk**

Pojem eutanazie, tak jak ho vnímáme v současnosti středověk vůbec neznal. Bylo to dáno tím, že v období křesťanství bylo na celou problematiku pohlíženo ze zvláštního pohledu. Smrt je zde pojata jako příležitost člověka přiblížit se k Bohu. Život na Zemi byl chápán jen jako příprava k životu posmrtnému. Veškeré utrpení, které člověk během života prožíval, směřovalo k nebeskému životu. Utrpení bylo bránou do života věčného. Smrt byla vnímána jako brána do posmrtného života, tedy jako zásadní moment života. Středověká doba měla soucit s umírajícími a trpícími, ale byla si vědoma toho, že nemůže zasahovat do doby, kdy smrt přijde a člověk začne svou novou etapu v životě posmrtném.<sup>43</sup>

## **Eutanazie a novověk**

V období novověku je pro pojetí eutanazie významný přínos **Thomase Moora** a **Francise Bacona**. Moore řeší problém eutanazie ve svém díle Utopie, kde tvrdí, že ten kdo je nevléčitelně nemocný by měl mít právo zbavit se svého utrpení. Bacon se zase zamýšlí nad otázkou, jakým způsobem by mohla lékařská věda pomoci umírajícím. Snaží se zdůraznit, že je třeba použít všech prostředků k utišení bolesti. Bacon tyto prostředky nazývá jako „vnější euthanasii“, zatímco „euthanasii vnitřní“ pojímá tradičně, jako po celý život trvající přípravu člověka na smrt. Tento přístup k eutanazii stojí někde mezi tradičním antickým a středověkým přístupem a eutanazií v moderním smyslu. Nejedná se však, tak jak je chápáno v dnešní době o urychlení smrti, ale o zmírnění utrpení.<sup>44</sup>

## **Eutanazie a současnost**

O legalizaci eutanazie v současnosti se asi jako první pokusila předsedkyně komise OSN pro lidská práva **E. Rooseveltová**. Bylo to v období poměrně brzy po 2. světové válce. E. Rooseveltová požadovala, aby Charta Spojených národů obsahovala právo na eutanazii. Její úsilí se neseťkalo s úspěchem, ale i pak se stále vedly diskuse o legalizaci eutanazii. Převratem v současné historii eutanazie byl soudní spor s dr. Postmovou, který se odehrál v Holandsku. Tato lékařka byla v roce 1973 obviněna z toho, že ze soucitu zabila svou matku. Dr. Postmová sice byla odsouzena, ale trest byl

---

<sup>43</sup> Špinková M., Špinková, Š. Euthanasie – Víme o čem mluvíme? Praha: Cesta domů, 2006, s. 4-5.

<sup>44</sup> Špinková M., Špinková, Š. Euthanasie – Víme o čem mluvíme? Praha: Cesta domů, 2006, s. 6-7.

jen velice mírný – dostala pouze týdenní podmíněný trest a to ještě s odkladem na jeden rok. Právě v tomto roce vznikla Holandská společnost pro dobrovolnou eutanazii.

V posledních letech potom nastaly další případy, kdy lidé žádají o povolení k předčasnému usmrcení – eutanazii z důvodu utrpení a bolesti. Jedním z takových případů je žádost, která byla vznesena D. Pretty k Evropskému soudu pro lidská práva ve Štrasburku. D. Pretty soud požádala, aby jí její manžel mohl beztrestně ukončit život, protože vzhledem ke svému zdravotnímu stavu, tak ona sama učinit nemohla. Soud žádost zamítl, s odůvodněním, že eutanazii není možné povolit, protože je v rozporu s Evropskou úmluvou o lidských právech. Můžeme mít na věc různý názor, ale z mého pohledu je dobře, že nebyl vytvořen precedent pro poskytování eutanazii, protože v dalších případech, by pak bylo těžké jiné žádosti podobného typu zamítnout.<sup>45</sup>

Pojem eutanazie má v současné době daleko užší význam než jak tomu bylo v antice nebo ve středověku. Eutanazii dnes chápeme především jako počínání lékaře, které směřuje k urychlení smrti druhé osoby. Rozdíl mezi eutanazií a pouhým zabitím je právě v předponě „eu“, kterou vyjadřuje význam dobrý, což značí, že eutanazie by měla být vyvolána dobrým úmyslem. V poslední době se za dobrou smrt považuje smrt, která je zbavena utrpení a strádání. Do současného smyslu slova eutanazie se promítají čtyři hlavní motivy:

- Názor, že utrpení je nesmyslné a můžeme ho odstranit,
- medicína disponuje stále efektivnějšími prostředky,
- přesvědčení o autonomii člověka,
- naše představy o tom, že život jedince lze řídit od začátku až do jeho konce.<sup>46</sup>

---

<sup>45</sup> Srov. <http://glosy.respekt.cz/externality-diskuze.php?fIDEXT=607&prispevek%5B17956%5D=yes>  
Munzarová, M. Vybrané kapitoly z lékařské etiky I, Smrt a umírání. Brno: Masarykova univerzita v Brně, 2002, s. 30.

<sup>46</sup> Špinková M., Špinka, Š. Euthanasie – Víme o čem mluvíme? Praha: Cesta domů, 2006, s. 8-9.

## 2.2 Eutanazie ve světě

### **Eutanazie v Německu**

V roce 1895 byla v Německo vydána kniha „**Právo zemřít**“ od **Adolfa Josta** a tato okolnost by mohla být považována za počátek moderní historie eutanazie. Jost spatřoval původce morálky ve slitování. Každý kdo nemůže být vyléčen má právo na sebevraždu či na vlastní žádost na smrt z rukou někoho jiného.<sup>47</sup> Stát by měl mít toto právo u těch, kteří jsou duševně nemocní. Na konci 19. století se vědci, kteří používali učení Darwina ve společnosti, začali bát toho, že lidská rasa bude zdegenerována a začali propagovat rasovou hygienu. Část přívrženců tohoto učení se později ztotožnila s národním socialismem. V roce 1930 dokázal Hitler vložit učení o rasové hygieně do státní politiky. Rasová hygiena se dokonce stala oborem, který byl vyučován na univerzitách. Všechny tyto aktivity později přerostly ve vytvoření zákonů o sterilizaci, Norimberský zákon a „Akce eutanazie“ v roce 1939. Tato akce byla formální a měla za následek více jak 75.000 obětí a to jak mezi dospělými, tak i dětmi. V roce 1941 byla sice tato akce veřejně ukončena avšak tzv. „skrytá eutanazie“ probíhala dál a měla na svědomí dalších 70.000 lidských životů.<sup>48</sup>

Z důvodů, které jsem popsala výše je jasné, že eutanazie v Německu je i v současnosti pokládána za zločin. Pasivní eutanazie je zde pokládána za věc mezi lékařem a pacientem. Nemocnému je ponechána svobodná volba, pokud lékařské zákroky považuje za zbytečné a pak v tomto případě je může odmítnout. Asistence při sebevraždě je však trestná a to odnětím svobody od 5 měsíců do 5 let. Přesto i v Německu vznikla společnost pro humánní umírání, která poskytuje doporučení jak provádět suicidium.<sup>49</sup>

### **Eutanazie v Holandsku**

V roce 1969 byla vydána stručná knížka **Jana Hendrika van den Berga**, holandského lékaře, s názvem „**Lékařská moc a lékařská etika**“. Zde se psalo o tom, že by lékaři měli pacienty, kteří trpí nebo umírají, případně ty, kteří jsou

---

<sup>47</sup> Srov.

Hans, R. Důstojnost lidského života, Praha: Vyšehrad, 1999, s. 95.

Pollard, B. Eutanazie ano či ne? Praha: Dita, 1996, s. 67

<sup>48</sup> Munzarová, M. Proč NE eutanazie aneb být či nebýt. V Kostelním Vydří: Pro občanské sdružení Ecce homo vydalo Karmelitánské nakladatelství, 2008, s. 32-40.

<sup>49</sup> Hauftová, D. Eutanazie v současném světě. Rodinný život, ročník 1993, č. 12-13, s. 6.



ve vegetativním stavu zabít. V roce 1973 se pak poprvé k soudu dostal případ, který byl spojen s aktivní eutanazie. Lékařka byla sice odsouzena k podmíněnému trestu, ale v délce pouze jednoho týdne a ještě s odkladem na jeden rok, pokud se dopustí dalšího trestného činu. Po tomto rozsudku se začala v Holandsku aktivně provádět eutanazie, a pokud se tyto případy vůbec dostaly k soudu, pak v důsledku byly hodnoceny velmi mírně. V roce 1982 byla jmenována vládní komise pro eutanazii a Ústřední komisí Královské holandské lékařské asociace vymezovala okolnosti, za kterých je možné eutanazii uskutečňovat.<sup>50</sup> Mezi základní předpoklady patří např.: člověk musí být nemocný nevléčitelně, trpět neztižitelnými bolestmi, opakovaně o eutanazie požádat, apod. O každém z těchto předpokladů je možné mít pochybnosti, ale i přesto byl proces eutanazie v Holandsku ritualizován. Každý případ je dále nezbytné předložit prokurátorovi a ten rozhodne, zda proběhne trestní stíhání. *Haškovcová (2002)* píše: „Rozhodně nelze tvrdit, že byl v Holandsku přijat zákon povolující aktivní eutanazii. Přesnější a věcně správné je konstatování, že v Holandsku byla uzákoněna beztrestnost eutanazie.“<sup>51</sup>

V únoru 1993 byl předložen návrh zákona a zároveň byl i přijat druhou komorou parlamentu a v listopadu 1993 byl schválen i první komorou parlamentu. V platnost vešel v roce 1994. Zákon je však velmi plný protikladů. Aktivity v souvislosti s eutanazií jsou nadále trestné, naproti tomu jsou zde však uvedeny určité principy, které pokud jsou dodržovány zaručují beztrestnost. Aby se zamezilo nesrozumitelnosti pojmu eutanazie je v Holandsku tento termín definován takto: „Jedná se o úmyslné ukončení života osoby na její explicitní žádost někým jiným než osobou samotnou.“<sup>52</sup>

V roce 2001 dochází v Holandsku k dalšímu zmírnění potrestání za vykonání eutanazie. V březnu 2001 pak přijala kontroverzní zákon o eutanazii i horní komora holandského parlamentu. Aktivní eutanazie i asistovaná sebevražda zůstávají stále v Holandsku trestným činem, jen vznikla možnost na prominutí trestu za takový čin.<sup>53</sup>

---

<sup>50</sup> Munzarová, M. Vybrané kapitoly z lékařské etiky I, Smrt a umírání. Brno: Masarykova univerzita v Brně, 2002, s. 30-32.

<sup>51</sup> Haškovcová, H. Lékařská etika. Praha: Galén, 2002, s. 229.

<sup>52</sup> Munzarová, M. Vybrané kapitoly z lékařské etiky I, Smrt a umírání. Brno: Masarykova univerzita v Brně, 2002, s. 30-32.

<sup>53</sup> Haškovcová, H. Lékařská etika. Praha: Galén, 2002, s. 229-230.

## **Eutanazie v USA**

Zápas o uzákonění beztrestnosti eutanazie zde probíhá již asi 15 let. Legalizaci eutanazie se v USA snaží prosadit *Hamlockova společnost*. Příslušníci této skupiny chtějí dosáhnout, aby veřejné mínění bylo příznivě nakloněno pro eutanazii. Vytvořili usnesení, které říká, že pokud je člověk při vědomí a mentálně způsobilý měl by mít právo určit si lékařskou péči nebo se rozhodnout o podání či naopak nepodání léků pokud se ocitne v terminálním stavu. Požadují, aby lékaři mohli bez hrozby trestu pomáhat při sebevraždě. Chtějí, aby lékaři mohli provádět eutanazii a tím, aby se předešlo ukončování životů z rukou laiků. Stoupenci této skupiny by dokonce chtěli vytvořit skupinu lidí z oboru anesteziologie, kteří by byli k tomuto specificky vyškolení. Proti těmto návrhům byla Americká geriatrická společnost, Národní konference katolické církve, aj. Americký kongres tyto koncepce nepřijal, svolil pouze k tomu, aby na žádost beznadějně nemocného pacienta byla přerušena léčba. V USA platí zákon o právu nemocného na sebeurčení. Pacient se může při nástupu do nemocnice vyjádřit k otázkám léčby, pro případ, že by se dostal do terminálního stadia nemoci. Tento zákon podepsal prezident Bush v roce 1990. Ve státě Oregon bylo uspořádáno referendum, kde se pro „právo zemřít“ rozhodlo 52% respondentů. Pouze v tomto státě je legalizována asistence při sebevraždě.<sup>54</sup>

### **2.3 Eutanazie z pohledu náboženství**

V židovsko-křesťanské tradici vládne zcela jednoznačně odmítavý postoj k vynucenému ukončování života. Židé byli v každém ohledu jedni z hlavních obránců práva na život. V judaismu je závazek ochrany život postaven před všechny ostatní příkazy. Úkol bránit život byl vždy nepochybný, kromě případu nastupující smrti, kdy se připouštělo odstranit to, co nějakým způsobem zabraňovalo příchodu smrti. Křesťanská etika říká, že lidský život je darem od Boha, člověk ho pouze spravuje, není jeho vlastníkem a proto ho ani nemůže předčasně ukončit. A to je také jedním z důvodů proč se o něho musí řádně starat. Katolická církev vydala i oficiální dokumenty, které se přímo vyslovují k otázce konce života.

---

<sup>54</sup> Ivanová, K. Kapitoly z lékařské etiky. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2004, s. 76-77.

I pro islámské náboženství také platí, že život je darem od Boha a je nutné ho chránit. I v ostatních náboženských kulturách jako je buddhismus nebo hinduismus platí nesouhlas pro zabíjení nemocných. V buddhismu je přijímán názor, že smrtí lidský život nekončí, ale pokračuje dále do věčnosti, proto není žádný důvod pro předčasné ukončení lidského života.<sup>55</sup>

Církvě a náboženské společnosti v ČR se k legalizaci církve staví odmítavě. Tento postoj potvrdili na společné konferenci v roce 2005, kde vydali „Prohlášení církví a náboženských společností v ČR k problematice eutanazie a doprovázení umírajících“.<sup>56</sup>

V roce 2008 se ve Vatikánu konal kongres „Nablízku nevyléčitelně nemocným a umírajícím: Vědecké a etické aspekty“, kde papež Benedikt XVI. zde znovu zdůraznil, že eutanazie je naprosto eticky nepřijatelná a podpořil spolupráci církve a civilních organizací při pomáhání umírajícím a jejich rodinám. Papež ve své encyklice *Spe salvi* upozornil, „že společnost, která nepřijímá trpící, je krutá a nelidská“.<sup>57</sup>

## **2.4 Právo v ČR a eutanazie**

V Listině základních práv a svobod se v článku 6 říká, že: „Každý má právo na život. Lidský život je hoděn ochrany již před narozením. Nikdo nesmí být zbaven života“.<sup>58</sup> Z této právní úpravy vyplývá, že vzít někomu život je nezákonné a i to jeden z důvodů proč není možné legalizaci eutanazie v České republice realizovat.

Eutanazie je z pohledu práva v České republice považována za trestnou a kvalifikovaná jako vražda. Diskuse o tom zda eutanazii povolit či ne začala v českých zemích již zhruba v 18. století. V každé době tato diskuse vzbuzovala mnoho rozdílných názorů.<sup>59</sup> Asi nikdy nepřijde doba, kdy budou všichni pro nebo proti. V Československu v letech 1926 a 1937 byly předloženy návrhy ustanovení

---

<sup>55</sup> Munzarová, M. Eutanazie nebo paliativní péče. Praha: Grada, 2005, s. 28-29.

<sup>56</sup> <http://tisk.cirkev.cz/z-domova/prohla-eni-cirkvi-a-nabo-enskych-spolecnosti-v-cr-k-problematice-eutanazie-a-doprovazeni-umirajicich.html>

<sup>57</sup> <http://tisk.cirkev.cz/z-vatikanu/prime-eutanazie-je-v-jakekoliv-podobne-nepripustna.html>

<sup>58</sup> <http://www.psp.cz/docs/laws/listina.html>

<sup>59</sup> <http://cs.wikipedia.org/wiki/Eutanazie>

o beztrestnosti usmrcení ze soucitu na naléhavou žádost nemocného, obdobně jako v SSSR v roce 1922.<sup>60</sup> Československý trestní zákon z r. 1926 v § 271 odst. 3 předpokládal toto znění: „Usmrtí-li viník úmyslně jiného ze soucitu, aby uspíšil jeho neodvratnou, nedalekou smrt a tím jej vysvobodil z krutých bolestí způsobených nezhojitelnou nemocí nebo z jiných tělesných muk, proti nimž není pomoci, pak může soud trest mimořádně zmírnit nebo od potrestání upustit.“<sup>61</sup> V návrhu z roku 1937 pak mělo být usmrcení na žádost kvalifikováno pouze jako přečin. Ani jeden z návrhů, ani z roku 1926 ani z roku 1937 se však nikdy nestal zákonem.<sup>62</sup>

V roce 1996 chtěl tehdejší ministr spravedlnosti Jiří Novák zavést do zákona podmínky, při nichž eutanazie, kterou by provedl lékař byla beztrestná. Šlo o to prosadit do českého zákonodárství tzv. holandský model. Někteří novináři zde zapletli pojem beztrestnost s pojmem legalizace eutanazie. Tato situace vyvolala vlnu bouřlivých emocí. I v roce 2005 proběhly snahy o legalizaci eutanazie v trestním zákoníku, ale ani v tomto roce se to nepodařilo.<sup>63</sup>

V současném trestním zákoníku ČR je beztrestná jen sebevražda. Ale podle § 230 zákona č.140/1961 Sb. – trestní zákoník – ten kdo napomáhá druhému k sebevraždě je za tento čin právně odpovědný a může mu být uložen trest odnětí svobody 6 měsíců až tři léta a pokud by takový čin spáchal na osobě mladší 18-ti let, na těhotné ženě nebo na osobě postižené duševní nemocí nebo nedostatečně duševně vyvinuté pak mu může být uložen trest dva roky až osm let. Právě podíl na sebevraždě se velmi podobá případu, kdy někdo usmrtí jiného na jeho přání. V ČR není usmrcení na žádost kvalifikováno jako samostatný trestný čin. V roce 2006 byl v návrhu na novelu trestního zákoníku umístěn paragraf 118, který měl mít název „Usmrcení na žádost“. Tato úprava však nebyla přijata.<sup>64</sup>

Obvyklým argumentem proti vzniku paragrafu, který by eutanazii umožnil je pochybnost nad diagnózou umírajícího, protože ta se může kdykoliv změnit a potom také zásada, že lékař nesmí učinit zákrok, který by zhoršil stav pacienta. Další důvodem proč nelegalizovat eutanazii je obava, že by mohlo dojít ke zneužití. Někteří zastávají

---

<sup>60</sup> Haškovcová, H. Lékařská etika. Praha: Galén, 2002, s. 227-228.

<sup>61</sup> <http://cs.wikipedia.org/wiki/Eutanazie>

<sup>62</sup> Štěpán, J. Právo a moderní lékařství. Praha: Panorama, 1989, s. 91.

<sup>63</sup> Haškovcová, H. Thanalogie, Praha: Galén, 2007, s. 133.

<sup>64</sup> <http://cs.wikipedia.org/wiki/Eutanazie>

názor, že by osobou, která by mohla mít možnost usmrtit jiného na jeho žádost, byla osobou blízkou. Tím by, ale byli vyřazeni lékaři a zdravotní personál a pak by bylo otázkou, kdy by rozhodoval o zdravotním stavu osoby, která by požadovala eutanazii. Jeden z dalších návrhů pak doporučoval, aby byla zorganizována komise odborníků, kteří by určili přesnou diagnózu a pak by posoudili přípustnost eutanazie. Tady však vzniká problém z pohledu individuální trestní odpovědnosti, která je základem českého trestního práva.<sup>65</sup>

V ČR je pro lékaře závazný Etický kodex České lékařské komory kde v paragrafu 2, odstavec 7 se píše: „Lékař u nevléčitelně nemocných a umírajících účinně tiší bolest, šetří lidskou důstojnost a mírní utrpení. Vůči neodvratitelné a bezprostředně očekávané smrti však nemá být cílem lékařova jednání prodlužovat život za každou cenu. Eutanazie a asistované suicidium nejsou přípustné.“<sup>66</sup> I to je důvodem proč v ČR nemůže být schválen zákon pro eutanazii a její beztrestnost.

V České republice se v současné době vyskytují společnosti PRO i PROTI eutanazii. Společnost PRO se prezentuje na webových stránkách pod názvem „Eutanazie – dobrá smrt“ a za jejím vznikem stojí Liberální reformní strana. Tato strana se v současné době pokouší prosadit senátní návrh zákona „O důstojné smrti“, za podpory senátorky Václavy Domšové, kterým by chtěli legalizovat eutanazii v ČR.<sup>67</sup> Naproti tomu pak ministryně Džamila Stehlíková oponuje, že to není šťastné řešení a chtěla by, aby se docílilo toho, že staří lidé budou mít možnost umírat doma mezi svými blízkými. Protože hospiců je v České republice zatím pouze dvanáct, navrhuje Stehlíková zákon, který by umožnil hradit mobilní hospicovou péči ze zdravotních pojišťoven. S tímto řešením, ale senátorka Domšová a lidé kolem ní nesouhlasí a nepřestávají požadovat prosazení zákona o eutanazii. Naštěstí ohlasy lékařů jsou negativní, např. Docent Hach se ptá, jestli by pak byl na lékařské fakultě předmět, kde by se vyučovalo zabíjení? Zákony by se měli podle něho ubírat úplně jinam a mělo by být uzákoněno, že pokud podávání léků nemá smysl, mohl by lékař od léčby ustoupit, aniž by mohl očekávat žalobu od rodiny ze zanedbání.<sup>68</sup>

---

<sup>65</sup> <http://cs.wikipedia.org/wiki/Eutanazie>

<sup>66</sup> [http://www.zbynekmlcoch.cz/info/administrativa/eticky\\_kodex\\_ceske\\_lekarske\\_komory\\_kompletni\\_zneni.html](http://www.zbynekmlcoch.cz/info/administrativa/eticky_kodex_ceske_lekarske_komory_kompletni_zneni.html)

<sup>67</sup> <http://www.eutanazie-dobrasmrt.cz/?akce=uvod>

<sup>68</sup> Frydecká L. MF Dnes, Eutanazie? Ne, více hospiců. 23. 7. 2008

V současné době je těsně před schválením novelizace celého trestního zákoníku, a to poprvé od roku 1961, ale ani zde zákonodárci nebyli přesvědčeni o nutnosti uzákonění eutanazie do českém trestním právu.

## **2.5 Dílčí závěr**

Legalizace eutanazie. Ano nebo ne? To je otázka, která v posledních letech postihuje současnou společnost. Ti, kteří hlasují pro legalizaci eutanazie, pak jako nejčastější důvod uvádějí důstojnou smrt a právo na smrt. I já si myslím, že umírat by se mělo důstojně, ale to přece neznamená umírat předčasně. A mluvit o právu na smrt, to snad ani nejde, umřít přece stejně musíme, je to jedna z věcí v našem životě, kterou nejde obejít. Tak proč bychom na ni potřebovali nějaké právo? Vím, že v současné době většina umírajících končí v nemocnicích a LDN osamocena a v bolestech. I já pak dokážu pochopit, že si přejí svůj život ukončit. Otázkou, ale stále zůstává: „Pomůže těmto lidem legalizace eutanazie?“. Nestačilo by jen věnovat těmto lidem trochu času a péče? A lze eutanazii zlegalizovat, tak aby nedocházelo k jejímu zneužití, aby lidé nebyli zabíjeni třeba jen kvůli ekonomické situaci? Možná ano, ale zkušenosti ze zemí, kde jsou podmínky pro eutanazii uzákoněny dokazují, že právě tzv. kluzkému svahu je velmi těžké se vyhnout a že k němu dochází. A obrovským velkým otazníkem v celé problematice stále také zůstává otázka KDO? Kdo bude ten, kdo vezme druhému život. Bude to lékař? Nebo příbuzný? Zkoušela jsem se zamyslet nad tím, jestli bych já dokázala někomu pomoci v odchodu ze života. Myslím si, že ne. Přece pokud to bude člověk, kterého mám ráda, jak bych si mohla přát, aby odešel dřív, než je to nutné? Lepší přece než mu způsobit smrt je zajistit mu důstojné podmínky na konci jeho života a strávit s ním co nejvíce s času který mu zbývá.

### **3. Hospicová péče**

*„Ti, kdo jsou sami, mají smutný život, ale nejsmutnější smrt.“*

*Eduard Petiška*

#### **3.1 Podstata a cíle hospice**

Definice: *„Hospicový program je koordinovaný program paliativních a podpůrných služeb prováděných doma i za hospitalizace, který zajišťuje léčbu a psychologickou, sociální a spirituální péči pro umírající osoby a jejich rodiny. Služby jsou zajišťovány lékařsky řízeným interdisciplinárním týmem profesionálů a dobrovolníků.“<sup>69</sup>*

Hospic je zařízení, které se specializuje na poskytování paliativní péče. Pod tímto termínem je zahrnuta péče, která se směřuje k úlevě od bolesti a již není určena k léčbě nemoci. Do hospice proto přichází lidé, u kterých byly již všechny možnosti kurativní léčby vyčerpány. O těchto lidech říkáme, že jsou v terminálním stadiu, tzn., že jsou terminálně nemocní (jsou v závěrečné fázi svého onemocnění). Hospicová péče se nesnaží poskytovat léčení nemoci, ale její snahou je, poskytnou úlevu od bolestí, které tuto nemoc provází, aby se poslední část života umírajícího stala snesitelnou.

Idea hospicového hnutí je založena na myšlence, že člověk je jedinečný a neopakovatelný tvor a přispívá k zachování všech jeho potřeb: biologických, psychologických, sociálních a duchovních. Důležitou součástí hospicové péče je i dimenze duchovní, to ale v žádném případě neznamená, že do hospice mohou být přijati jen lidé věřící. Hospicová péče je poskytována bez ohledu na vyznání.<sup>70</sup>

Hospicová péče je v současné úpravní úpravě ČR zakotvena v zákoně č.48/1997 Sb. ve znění pozdějších předpisů a to v §22a „zvláštní ústavní péče – péče paliativní lůžková“.<sup>71</sup>

---

<sup>69</sup> Rucki, Š. Mezi biblí a medicínou, Albrechtice: Křesťanský život, 2007, s. 79.

<sup>70</sup> <http://hospice.cz/hospice1/hospic.html>

<sup>71</sup> <http://hospice.cz/hospice1/leg.php>

Základním předpokladem pro paliativní péči je fakt, že výchozí nemoc byla důkladně diagnostikována a všechny lékařské prostředky již byly využity. Pacient, který je umístěn v hospici by měl být o svém zdravotním stavu dobře informován a měl by si být vědom blízké smrti. Jedním ze vstupních požadavků pro přijetí do hospice je podpis informovaného souhlasu o dané nemoci. Léčba je v těchto zařízeních nastavena takovým způsobem, aby pacient v první řadě ztratil pocit bolesti a také aby z ní přestal mít strach. Hlavním principem v těchto zařízeních je udělat si na pacienta čas, být s ním a dávat mu prostou péči, aby věděl, že jsme tady jen pro něj. Nemocný by měl mít důvěru ve svého lékaře. Každý by měl být považován za osobnost a takový by měl být i přístup k němu.<sup>72</sup>

Hospic umírajícímu pacientovi zaručuje, že nebude trpět nesnesitelnou bolestí, bude zachována jeho důstojnost a také, že v posledních dnech svého života nezůstane sám.<sup>73</sup> Myšlenka hospice klade hlavní význam na hodnotu života nemocného, a to až do jeho smrti. Hlavní smyslem je snaha vyplnit dny nemocného životem, pomáhat jemu i celé jeho rodině, na cestě ke klidné a důstojné smrti. Rodina, která často trpí i víc, než umírající má v hospicové péči významnou úlohu. Posláním hospice je pomáhat a sloužit. Jeho cílem není odstraňovat utrpení. Smrt uznává jako neoddělitelný a samozřejmý prvek, který patří k životu života. Pojetí hospice vyžaduje multidisciplinární odborný přístup všech zúčastněných a zároveň hluboce lidský přístup.<sup>74</sup>

### **3.2 Formy hospicové péče**

Mezi tři základní formy této péče patří: lůžkové péče – hospic, stacionář – součást hospice, domácí prostředí umírajícího, kde rodině pomáhají zkušení a kvalifikovaní pracovníci.<sup>75</sup>

---

<sup>72</sup> Ivanová, K. Kapitoly z lékařské etiky, Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2004, s. 71-72.

<sup>73</sup> Rucki, Š. Mezi biblí a medicínou, Albrechtice: Křesťanský život, 2007, s. 80.

<sup>74</sup> <http://www.hospice.cz/hospice1/hospic.html>

<sup>75</sup> Haškovcová, H. Thanalogie. Praha: Galén, 2007, s. 48.



### Hospic – lůžková péče

V hospici obvykle bývá okolo 25 lůžek a pak je zde stacionář, činnost je kombinovaná s domácí péčí. Součástí hospiců bývá i vzdělávací centrum, kde se nachází i poradna.

Obvyklý každodenní řád v hospicích je diametrálně odlišný od prostředí v nemocnicích a je naprosto upraven pro potřeby umírajících. Vstává se i spí v libovolnou dobu. Pokud to jde, oblékne si nemocný civilní šaty a připojí se do programu v hospici. Denní hygiena probíhá dle požadavků nemocného a na jeho přání. Jídlo je taktéž volné, každý si sám rozhodne, kdy bude jíst. Starost o nemocné je individuální, každý jednotlivec má osobní sestru nebo ošetřovatelku. Návštěvy jsou umožněny každý den, po celý rok. Také je zde možnost stálé přítomnosti jednoho z příbuzných. Je dána příležitost k tomu, aby se rodina mohla starat o umírajícího, není to ale povinností. Jedním z předpokladů pro přijetí do hospice je „plný písemný informovaný souhlas“ a také „neblahá prognóza a potřeba paliativní péče“, která se již nedá uskutečňovat v domácím prostředí. V zahraničí je velmi často uváděna i hranice, kdy je předpokládána smrt nemocného a to do šesti měsíců od přijetí. Podle mínění pracovníků v českých hospicích je to velmi „tvrdé“ a může to vyvolat nežádoucí dojem v lidech, kteří jsou do hospice přijímáni, a proto se toto měřítko v České republice neuplatňuje.<sup>76</sup>

Některé hospice také poskytují jako doplňkovou službu tzv. respitní krátkodobé pobyty. Tyto pobyty se doporučují především rodinám, kde vznikne potřeba, aby si rodina odpočinula a získala novou sílu se o nemocného postarat. Nemocný pak stráví nějaký čas v hospici a po návratu blízkých se vrací k nim domů zpět.<sup>77</sup>

### Hospicový stacionář

Péče, která je zde poskytována umožňuje oddálení hospitalizace a dává šanci nemocnému strávit co nejvíce času v prostředí domova. Ošetřování je omezeno jen na pár hodin, většinou však na jeden den. Důvodem pro pobyt v hospicovém stacionáři je nějaká formy lékařského úkonu, který není rodina schopna vykonat sama, např. aplikace infúzí. Tato forma je v cizině velmi oblíbená, ale v České republice o ní není žádný velký zájem. Je předpoklad, že v budoucnosti by se to mohlo ještě změnit.<sup>78</sup>

---

<sup>76</sup> Haškovcová, H. Thanalogie. Praha: Galén, 2007, s. 49-50.

<sup>77</sup> <http://www.hospicpt.cz/>

<sup>78</sup> Haškovcová, H. Thanalogie. Praha: Galén, 2007, s. 58.

## Domácí péče

V ČR v současné době není moc rozšířená, ale je velká snaha o její praktikování. Na rozdíl od naší republiky má domácí hospicová péče v USA převahu. Závažným hlediskem je, že nemocný musí mít doma někoho, kdo se o něj bude starat. Nemusí se jednat jen o člena rodiny, může to být třeba i přítel. Důležitou součástí při této péči je speciálně vzdělaná zdravotní sestra, která sleduje zdravotní stav nemocného, aby mohla včas upozornit lékaře. Dobrý systém je praktikován také např. v Rakousku. Nutným požadavkem pro domácí péči je vysoká intenzita podpory v rodině. Ošetřování terminálně nemocného pacienta bývá většinou obrovskou zátěží, ať již finanční nebo psychickou pro celou rodinu.<sup>79</sup>

Významným činitelem v oblasti domácí hospicové péče je v České republice občanské sdružení Cesta domů, které vzniklo v roce 2001. Hlavním účelem sdružení je přispívat k rozvoji paliativní péče u nás. Podle sdružení je konec života často spojen s bolestí, utrpením a také se samotou. Cílem tohoto sdružení je tomu zabránit a tuto situaci zlepšit. V Praze byl založen Domácí hospic Cesta domů, který poskytuje služby a rady rodinám, které pečují o umírající v domácím prostředí. Společnost cesta domů se také snaží o změny, které by přispěly ke zvýšení kvality péče o umírající v ČR.<sup>80</sup>

Otázkou stále zůstává „Dá se pomoci umírajícímu v domácím prostředí?“. Podle *Haškovcové (2007)* by tak chtěl učinit musí k tomu mít jisté podmínky. „Nestačí jen CHTÍT, je třeba také UMĚT a MOCI.“ Pod slovem MOCI jde o to, jestli rodina má nebo může vytvořit příslušné podmínky k tomu, aby umírajícímu mohla dosloužit. Jedná se o prostředky finanční, bytové, apod. Význam slova MOCI není v dosahu zdravotníkům. Jde spíše o to, aby se změnila sociální politika státu, aby více lidí bylo schopno se postarat o umírajícího člena rodiny v domácím prostředí. Na rozdíl od MOCI lze slovo UMĚT pečující rodinu naučit. V mnoha případech se jedná o dlouhodobou kooperaci mezi rodinou a zdravotníky. Nikdy by rodina v péči o své blízké neměla zůstat sama. První projekt domácí péče byl zpracovaný v roce 1859 Angličanem Williamem Rathbonem. Na základě pramenů ze zahraničí jsou dnes

---

<sup>79</sup> Srov.

<http://hospice.cz/hospice1/hospic.html>

Jakoubková, J. Trendy soudobé onkologie, svazek 1 Paliativní medicína, Praha: Galén, 1998, s. 101-102.

<sup>80</sup> <http://www.cestadomu.cz/index.php?cmd=page&type=1&lang=cs>

v České republice k dispozici *Standardy domácí paliativní péče*, kde může kdokoliv najít důkladné metodické instrukce pro domácí paliativní péči. Podkladem pro přijetí do domácí hospicové péče je návrh ošetřujícího lékaře a zároveň musí být splněna podmínka, že alespoň jeden člen rodiny, případně jiná blízká osoba je schopný se o nemocného starat 24 hodin denně. Pomoc při domácí hospicové péči poskytují tzv. mobilní hospice a jedním z příkladů je mobilní hospic, který provozu **občanské sdružení „Cesta domů“**. Hlavním posláním tohoto sdružení je pomáhat lidem při domácí hospicové péči, dále ale také poskytují např. telefonickou poradnu, půjčovnu speciálních pomůcek, specializovanou knihovnu, webový poradenský portál, apod.<sup>81</sup>

### **3.3 Bolest a umírání**

Celková bolest podle Cecily Saundersové je složená z několika propojených složek, které je nutno posuzovat při každé nemoci, ale snad právě nejvíce v době kdy člověka umírá. Jedná se o bolest fyzickou, sociální, emoční a spirituální. Nejsnáze rozpoznatelnou bolestí je bolest fyzická. Jedná se o bolest, kterou můžeme i vymezit. Hledáme smysl a zdroj bolesti a tato činnost je podpořena kognitivním úsilím. Naopak těžkosti, které se pojí se sociální bolestí znamenají nějakou ztrátu. Může se jednat jak o předtuchu či předzvěst ztráty, tak i o ztrátu skutečnou. Emoční bolest zahrnuje více složek, např. smutek, otupělost, hněv, depresi, apod. V literatuře jsou popsány i určité etapy, kterými smrtelně nemocný prochází na cestě ke smrti (viz.kapitola „Fáze umírání“ na str. 36). Bolest spirituální neboli duchovní lze vymezit velmi obtížně, ale pro oblast o které píše je považována za velice důležitou. V současné době by uměl každý lékař umět utlumit bolest fyzickou. Měli bychom, ale vědět, že v případě, že je potlačena bolest emoční a sociální, tak se bolest fyzická stává snesitelnější. I proto je důležité, aby třeba na onkologických odděleních pracovali i psychologové.<sup>82</sup>

Poslední jmenovaná bolest je v konečné fázi života pro člověka velmi důležitou oblastí. Člověk na konci svého života směřuje ke smířením se svou konečností, má pochybnosti o smyslu života a o utrpení. Touto oblastí se zabývá **logoterapie** – léčení pomocí nalézání smyslu a v této oblasti je velice známou osobou V. E. Frankl.

---

<sup>81</sup>Haškovcová, H. Thanalogie. Praha: Galén, 2007, s. 64-67.

<sup>82</sup>Munzarová, M. Eutanazie nebo paliativní péče. Praha: Grada, 2005, s. 13-14.

Jeho myšlení by mělo být významnou posilou pro osoby, které pracují s umírajícími. Je také třeba si uvědomit, že duchovní rozsah má v sobě každý z nás, ať již jsme nebo nejsme osobou věřící. A proto se v dnešní době i na úrovni ministerstva mluví o zřizování tzv. pastoračních asistentů v nemocnicích.<sup>83</sup>

Podle Vorlíčka (2004) můžeme utrpení definovat: „jako bolest či tíseň související s událostmi, které ohrožují neporušenost nebo celistvost jedince.“<sup>84</sup> Je důležité utrpení odloučit od bolesti a jiných příznaků, z těchto příčin:

- Utrpení není jen prožitek těla nebo duše, ale celé osoby,
- utrpení může vzniknout jako důsledek různorodých hledisek (fyzických, psychických, sociálních, kulturních a duchovních),
- v případech vnímání bolesti jsou velké osobní rozdíly mezi jedinci,
- pokud bolest trvá jen krátkou dobu pak způsobuje jen malé, případně vůbec žádné utrpení.<sup>85</sup>

Někteří odborníci z hlediska praktického využití rozdělují umírání na tři období, která však nejsou stejně časově rozvržena: *pre finem*, *in finem* a *post finem*.

***Pre finem*** začíná v období kdy si jedinec nebo jeho okolí uvědomí, že je vážně nemocný a jeho choroba již není slučitelná se životem. Smrt, i když neví za jak dlouhou dobu, je velmi pravděpodobná. V tomto stadiu je důležité se snažit o remisi choroby (přechodné vymizení příznaků nemoci) a dále také nemocného provázet úskalími jeho choroby. Je nutné pomáhat nejen z pohledu lékařského, ale člověk, který je stížen chorobou musí být zároveň ujištěn, že mu bude věnována i pomoc psychologická a lidská. „Nikdo by neměl zemřít dřív psychicky než fyzicky.“- str. 206. Existuje shoda v názoru, že každý člověk, který umírá by měl mít někoho, s kým může podle svých potřeb volně mluvit. Období *pre finem* je obdobím kdy se pacient učí žít se svou nemocí.<sup>86</sup>

***In finem*** je stav, který je shodný s tzv. terminálním stavem. Dříve patřila péče o nemocné a umírající do rodiny. Zkušenost o péči v poslední chvíli života přecházela

---

<sup>83</sup> Munzarová, M. Eutanazie nebo paliativní péče. Praha: Grada, 2005, s. 14-15.

<sup>84</sup> Vorlíček, J. Paliativní medicína. Praha: Grada, 2004, s. 25.

<sup>85</sup> Vorlíček, J. Paliativní medicína. Praha: Grada, 2004, s. 26.

<sup>86</sup> Haškovcová, H. Lékařská etika. Praha: Galén, 2002, s. 205-208.

z generace na generaci a všichni proto věděli, co přijde v posledních chvílích jejich života. Nebylo potřeba žádných speciálních školení. Postupem doby se péče o nemocné a ty, kteří umírají, přesunula do nemocnic, LDN a podobných typů zařízení. Péče sice získala na profesionalitě, ale byl úplně ztracen lidský kontakt. A to vše bylo ještě více zkomplikováno požadavkem izolovat umírající od ostatních pacientů. Teprve později se přišlo na to, že ten kdo umírá, nechce zůstat sám a většinou touží po kontaktu s jinou osobou.<sup>87</sup>

*Post finem* je obdobím, které v sobě zahrnuje nejenom starost o tělo mrtvého, ale také péči o truchlící. Jedním z problémů, které postihují toto období je v současnosti komercializace smrti a podoba pohřebnictví. Čas pokročil a vše dostalo rychlejší spád. A proto i pohřby se proměnily, jsou rychlejší a méně osobnější. Na smrt je v dnešní době velmi málo času, ale i na ní se dá zbohatnout. Na pozůstalé se rychle zapomíná, není trendem doby dlouho nosit smutek. Naučili jsme se ho proto skrývat. Smrt se snažíme ignorovat, protože pro nás představuje prohru. Ale i způsobu pohřbívání a věcem okolo toho je třeba věnovat pozornost, protože i to je odrazem dneška ke smrti a umírání.<sup>88</sup>

Utrpení je důležité rozlišovat podle důvodu, který ho způsobí. Důvod může být fyzický, pak se jedná o bolest nebo psychický, pak mluvíme o úzkosti. Pokud člověk cítí, že příčina je tak velká, že omezuje jeho svobodu, případně ohrožuje jeho život, pak mluvíme o utrpení. Bolest navozuje utrpení v různých případech, např. pokud je velmi trvalá nebo když ti, od kterých to čekáme, bolest neuznávají, případně pokud má člověk strach, že nebude možno zmírnit její intenzitu, v neposlední řadě pak když si neumíme vysvětlit její význam nebo pokud z tohoto významu máme obavy. Protože i velmi silná bolest, jejichž příčinou je např. zlomenina nemusí způsobit utrpení, neboť jsme si vědomi jejího původu. Pokud však máme dojem, že i daleko mírnější bolest má příčinu třeba v rakovině, pak tato bolest může utrpení vyvolat. Na utrpení nejsou žádné speciální léky, nemá žádné příznaky a nemocný si na utrpení nestěžuje. Utrpení je součástí prožitků těla a duše a je možné ztvárnit různé její pojetí. Projevy utrpení mohou být různé, např. opuštěnost, melancholie, sklíčenost, smutek, apod. Pomoci nemocnému v jeho utrpení můžeme, pokud toto utrpení pochopíme,

---

<sup>87</sup> Haškovcová, H. Lékařská etika. Praha: Galén, 2002, s. 208-212.

<sup>88</sup> Haškovcová, H. Lékařská etika. Praha: Galén, 2002, s. 233-234.

proto musíme mluvit s nemocným, abychom s ním mohli sdílet to, co cítí. Pokud chceme s utrpením bojovat musíme najít jeho důvod. Ne vždy však lze odstranit. Pak nezbyvá nic jiného, než se ho pokusit alespoň omezit a tím ulevit nemocnému.<sup>89</sup>

**Memento mori** (pamatuj na smrt) je oznamováno od dávných věků jako upomínání filozofie a náboženství, jehož záměrem je pomoci člověku k lidskému životu. Názor filozofů, který pramení z tohoto upomínání je, že smrt není zkázou svého já, ale je transformací do jiné formy bytí. Pokud si budeme klást otázku „*Co je smrt?*“, pak odpovědí nám bude právě to, co každý z nás o smrti smýšlí. Smrt přijde neplánovaně, tehdy kdy to nemůžeme čekat, nikdy o ní dopředu nevíme a zastihne nás aniž by jsme se o to přičinili. V minulosti člověk, který umíral, byl ve středu své rodiny, se svými nejbližšími a byla mu poskytována obrovská pozornost a péče. V současnosti však většina z nás umírá v léčebnách, nemocnicích, kde je nám sice dána péče profesionální, ale kde nejsme člověkem, ale pouze a jen případem.<sup>90</sup> Měli bychom se zamyslet, jestli tato profesionalita, která se ale stává i sterilitou je to co bychom chtěli na konci života zažít. Protože i kultura smrti a umírání svědčí o vyspělosti národa a my jsme smrt zasunuli někam do pozadí a chováme se jako by vůbec neexistovala. Ale nikdo z nás není nesmrtelný a smrt čeká na každého z nás.

Paliativní medicína se u nevléčitelně nemocných snaží především zmírnit případně odstranit obtíže pacienta a intenzitu léčby modifikuje tak, aby se nežádoucími účinky této paliace nezhoršil celkový stav nemocného. Jinými slovy, cílem paliativní léčby je především zlepšení kvality života nemocného.<sup>91</sup>

Poskytování útěchy patří mezi podstatná hlediska paliativní péče. Jde o to nenechávat nemocného zbytečně osamocené na straně jedné, ale z druhého pohledu nevyvolávat bezdůvodné naděje, že smrt nepřijde. Cílem je snaha o to, aby umírání bylo důstojné. Je důležité, aby všichni projevíli k umírajícím dostatek empatie a vytvořili takové prostředí, kde lze přijmout smrt důstojně.<sup>92</sup>

---

<sup>89</sup> Pollard, B. Eutanazie ano či ne? Praha: Dita, 1996, s. 98-100.

<sup>90</sup> Kutnohorská, J. Etika v ošetrovatelství. Praha: Grada, 2007, s. 71-72.

<sup>91</sup> Jakoubková, J. Trendy soudobé onkologie, svazek 1 Paliativní medicína. Praha: Galén, 1998, s. 13.

<sup>92</sup> Šípr, K. Aktuální bioetické texty. Deklarace o eutanazii., Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2005, s. 37-38.

Je třeba si uvědomit, že stálá bolest má vliv nejenom v oblasti fyzicko-emocionální, ale také v existenčně-sociální. Druhá oblast zahrnuje především pocity osamělosti, strach ze ztráty identity, že již nebudu tím, kým jsem býval. Obavy z bezvýchodnosti situace a mnoho dalších faktorů. I těmto oblastem je třeba v rámci paliativní péče věnovat pozornost.<sup>93</sup>

### **Fáze umírání**

Psychologie se snaží odhalit jednotlivé etapy vývoje umírání. Důvod pro toto snažení je ten, aby bylo možno lépe porozumět umírajícímu a abychom mu mohli lépe pomoci při jeho odchodu ze života. Není účelem, aby smrt byla co nejvíce oddalována za pomocí nejnovější lékařské techniky a postupů, ale o to, abychom byli schopni poskytnout umírajícímu co nejvíce porozumění, vcítění se a abychom s ním uměli sdílet jeho prožitky a pocity. Tímto tématem se snad nejvíce zabývala švýcarsko-americká lékařka Elizabeth Kübler-Ross, která dokázala popsat pět fází procesu umírání. Podle jejího názoru je právě chování umírajícího mimoslovním sdělováním toho, jak mu je a jak se cítí. První fázi označila jako *negaci* – člověk, který umírá, není ochoten přijmout důsledek toho, že je smrtelný, nechce si dovolit myšlenku na smrt a na svůj odchod ze života. Druhou fází je *agrese* – nemocný je zlostný na celý svět, na všechny kolem sebe. Přemýšlí o tom, proč právě on, jaká je spravedlnost toho, že nemoc postihla právě jeho. Lidé okolo něj by se měli agresí podřídit a dovolit nemocnému jeho odreagování. Třetí fáze je označována jako *vyjednávání* – člověk, který umírá se snaží smlouvat, hledá nějakou možnost, která by zvrátila jeho diagnózu, a on měl opět možnost žít. Čtvrtá fáze je *deprese* – přichází strach o rodinu, o své okolí a začíná boj se smrtí. V této fázi je třeba poskytnout nemocnému trpělivost, naslouchat mu a zachovávat jeho lidskou důstojnost. Pátá fáze je označena jako *smíření* – je to období, kdy přichází klid. Nemocný již nemá zájem o nové údaje. V tomto období je velice důležité, aby nemocný nezůstal sám, aby měl kolem sebe příbuzné a blízké, kteří mu projeví lásku. Tyto fáze jsou popsány v knize *M. Svatošové Hospice a umění doprovázet* a v tabulce jsem je uvedla v příloze č. 1.<sup>94</sup>

---

<sup>93</sup> Jakoubková, J. Trendy soudobé onkologie, svazek 1 Paliativní medicína. Praha: Galén, 1998, s. 51.

<sup>94</sup> Kutnohorská, J. Etika v ošetrovatelství. Praha: Grada, 2007, s. 72-73.

## **Modely umírání**

Modely umírání jsou rozdělovány do dvou kategorií na umírání ritualizovaná a institucionální. Pro model, který je nazván, jako *umírání ritualizované* se používá také název „tradiční model umírání“. Tento model chápe smrt jako zhodnocení dosavadního života. Člověk po celý život byl konfrontován s tím, že by měl přemýšlet o smyslu svého života a zvažovat morální dopad svého chování po celý svůj život. Smrt nebyla odstrkována ze života, právě naopak byla ve středu žití každého člověka. Smrt pojila celé generace rodin a lidé věděli jak se postarat o umírajícího člověka. Smrt byla součástí každého rodinného života, nebyla odosobněná a tabuizovaná. Byla rituálem celé rodiny, proto také hovoříme o modelu umírání ritualizovaném. Pravým opakem tohoto modelu je model *umírání institucionalizovaný*, který vládne dnešnímu světu, který je plný technologií a přístrojů. Smrt jsme přesunuly do nemocnic, LDN a domovů důchodců. Snad jediné pro dnešní dobu přijatelné je umírání v hospici. Měli bychom se zamyslet nad tím, že smrt prostě k životu patří a to, že ji odsunem někam mimo nás, ji nezaženeme z našeho života. Ve 30. letech 20. století převládlo přesvědčení, že umírající má být sám, aby mohl mít klid, ale právě opak je pravdou. Umírající nechce být sám a izolovaný i on se bojí, co přijde, protože nikdo z nás neví, co bude po smrti a proto je důležité nezůstat se svým strachem a pochybami sám, ale ve společnosti přátel, rodiny a svých blízkých. Smrt je v dnešní společnosti tabu a my bychom se měli snažit, aby se smrt vrátila do našich životů, tak je v minulosti, protože tam také patří.<sup>95</sup>

## **Úspěšnost paliativní léčby**

Podle *Pollarda (1996)* je právě paliativní péče vhodnou odpovědí na problematiku eutanazie, ale ani tato péče nemůže zajistit odpověď celou. Umírání přináší smutek a beznaděj. Pokud jde o bolest, tak nejlépe se zvládá bolest fyzická. Horší je to z bolestí sociální. Pokud jde o pacienta, který žije sám, bez podpory okolí, pak nelze od paliativní péče očekávat nemožné. Ve druhém případě, tam kde je nemocný obklopen milující rodinou se nesmí zapomínat také právě na ni. Jsou případy, kdy právě pro rodinu přináší paliativní péče nejvíce. Pokud mentální utrpení pochází z jiných faktorů než je zdravotní stav nemocného, potom paliativní péče umí zmírnit emocionální utrpení s menší účinností.<sup>96</sup>

---

<sup>95</sup> Kutnohorská, J. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2007, s. 76-77.

<sup>96</sup> Pollard, B. *Eutanazie ano či ne?* Praha: Dita, 1996, s. 47-48.



### **3.4 Dílčí závěr**

Hospicová nebo paliativní péče – přístupy k umírajícím, které nejsou zatím ve společnosti moc známé. A to je dle mého názoru velké pochybení. Stát by měl více informovat o možnostech této péče, obzvláště se stupňujícími se diskusemi o eutanazii. Domnívám se, že lidé by měli znát i druhou stranu umírání. Nevím, jestli paliativní péče dokáže přinést lehkou a bezbolestnou smrt, ale určitě stojí za to se o ní něco dozvědět než jen slepě hájit eutanazii. Zastánci paliativní péče jsou toho názoru, že důvod proč lidi volají po této péče je ten, že se bojí smrti v bolestech a opuštění. Právě paliativní péče by měla tento problém odstranit. Lidé v současnosti nejvíce umírají právě v nemocnicích a v ústavech, kde je prostředí kolem nich odosobněné a sterilní, a i přesto, že zde umí tlumit bolest fyzickou o bolest psychickou se zde nikdo nezajímá. A ta je také důležitá. Nechceme se umírat s tím, že naše okolí jen čeká, kdy zemřeme. Poslední dny by měl člověk strávit v co největším klidu a pohodě a to je něco co nemocnice nemohou nabídnout. Proto je potřeba postavit více hospiců a rozšířit a také uzákonit mobilní hospicovou péči aby náš konec života jsme mohli prožít v klidu a důstojně a nemuseli přemýšlet o urychlení svého konce za pomoci eutanazie.

## **4. Pohledy současné společnosti na daný problém**

*„Člověk se musí učit, jak být šťastný, ale taktéž se musí učit, jak umírat.“*

*Maurice Maeterlinck*

### **4.1 Dotazníková metoda výzkumu**

Podle *Gavory (2000)* je dotazník definován jako „způsob písemného kladení otázek a získávání písemných odpovědí“. Dotazník je systém předem navržených otázek, které jsou hodně pečlivě a promyšleně uspořádány. Druhy otázek jsou buď otevřené, nebo uzavřené. Výhodou dotazníkové formy výzkumu je, že umožňuje rychlé a úsporné sesbírání dat od většího počtu respondentů.

Dotazník je forma výzkumu, která je velmi rozšířená především v pedagogice a v sociologii.<sup>97</sup>

### **4.2 Popis vzorku respondentů**

Pro svůj výzkumný vzorek jsem použila osoby od 17 – 86 let věku, které jsem rozdělila do tří skupin podle věku. 1. skupina 17-29 let, 2. skupina 30-59 let a 3. skupina od 65-ti let. Do těchto skupin jsem vybrala respondenty náhodně, ale tak, aby byli alespoň částečně rovnoměrně zastoupeni muži i žen. V 1. a ve 2. skupině je 33 respondentů a v poslední 3. skupině je 16 respondentů. Osoby jsem vybrala ze svého okolí, z mé rodiny, spolužáky, spolupracovníky, kamarády, známé. S vyplněním dotazníku jsem neměla žádné potíže, každý z oslovených mi rád dotazník vyplnil a odevzdal.

---

<sup>97</sup> Chráska, M. *Metody pedagogického výzkumu*. Praha: Grada, 2007, s. 161-162.

### **4.3 Dotazník**

Na začátku svého dotazníku jsem použila oslovení pro respondenty a také sdělila jsem zde také požadavek proč a na jaké účely je daný dotazník určen a samozřejmě nechybí také poděkování. Dotazník jsem použila nestandardizovaný, má 15 otázek, z toho otázka č. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 14 a 15 je otázkou uzavřenou a otázka č. 8 a podotázka u otázky č. 6, 11 a 12 jsou otázky otevřené. Respondenty jsem žádala u uzavřených otázek za označení vždy jen jedné odpovědi, které co nejvíce odpovídá jeho názoru.

### **4.4 Hypotézy**

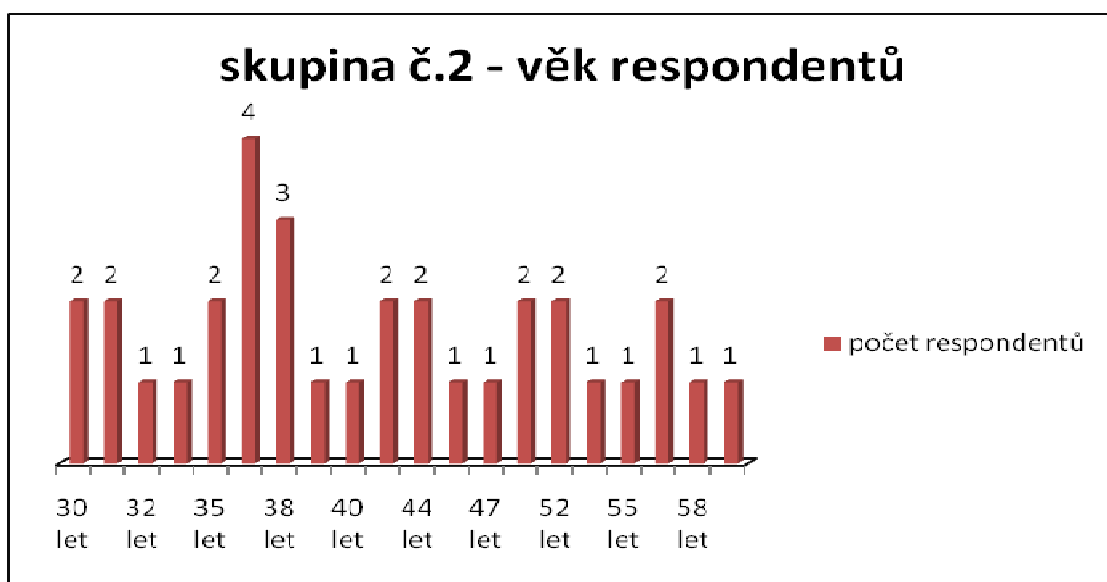
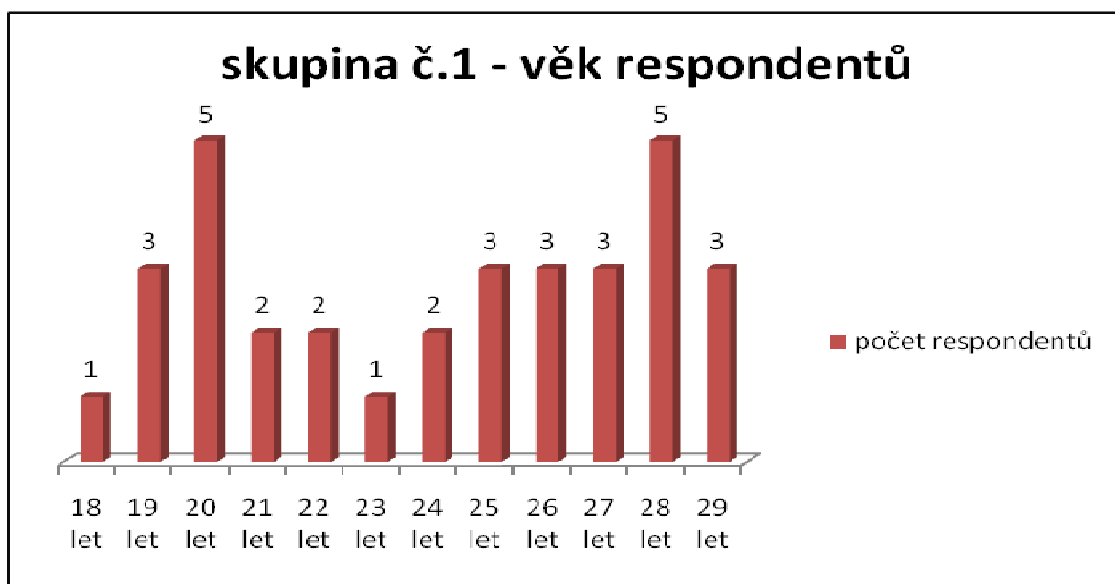
Hypotéza č. 1 : *Domnívám se, že ve věkové skupině 17-29 let bude mít více respondentů kladný postoj pro eutanazii, než ve skupině ve věkovém rozmezí 30-59 let a ve 3. skupině od 60- ti let výš.*

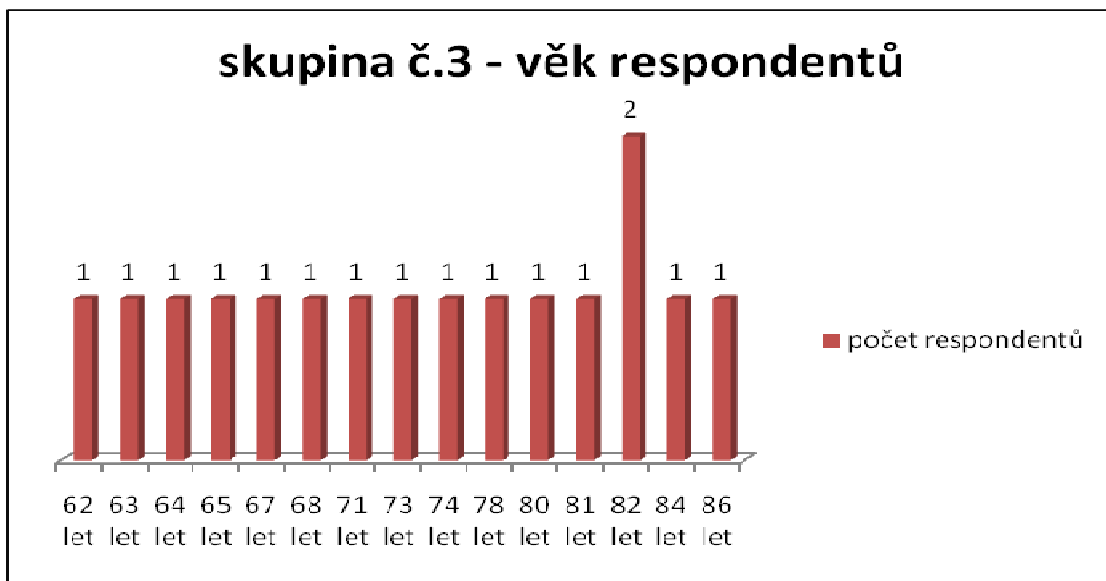
Hypotéza č. 2 : *Domnívám se, že lidé, kteří se setkali s nevléčitelně nemocnou osobou, jedno v jakém prostředí budou mít spíše negativní zkušenost z tohoto prostředí.*

Hypotéza č. 3 : *Domnívám se, že ani 15% všech dotázaných nikdy neslyšelo o paliativní léčbě a hospicové léčbě.*

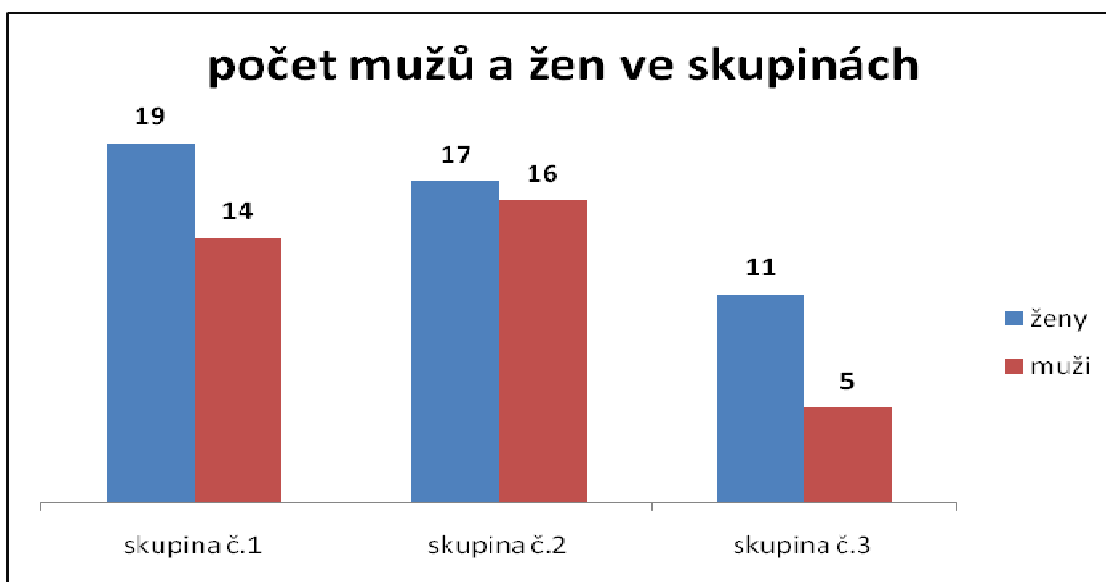
## 4.5 Vyhodnocení

### Otázka č. 1

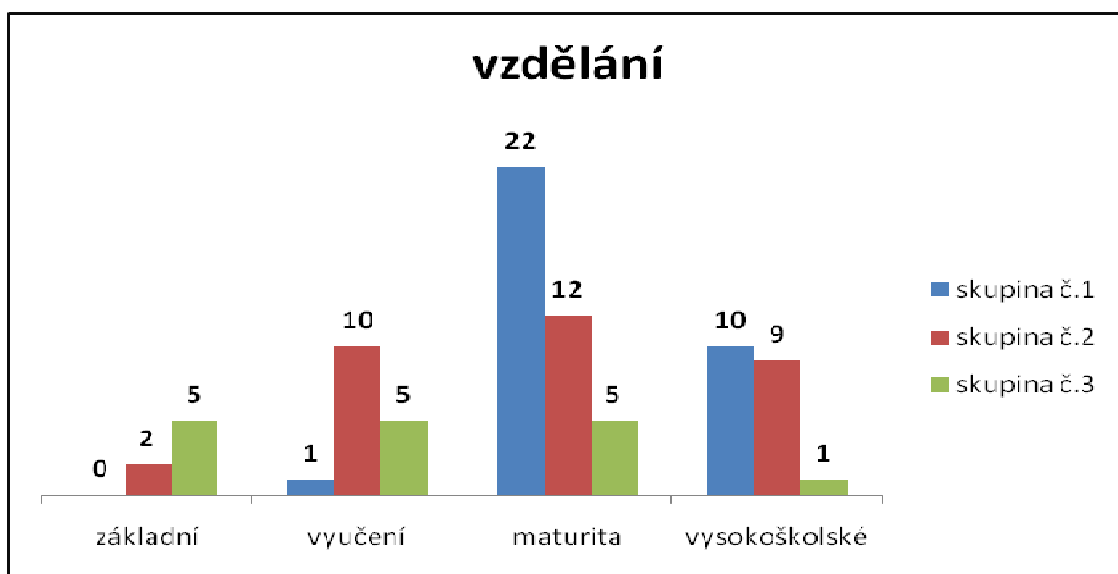




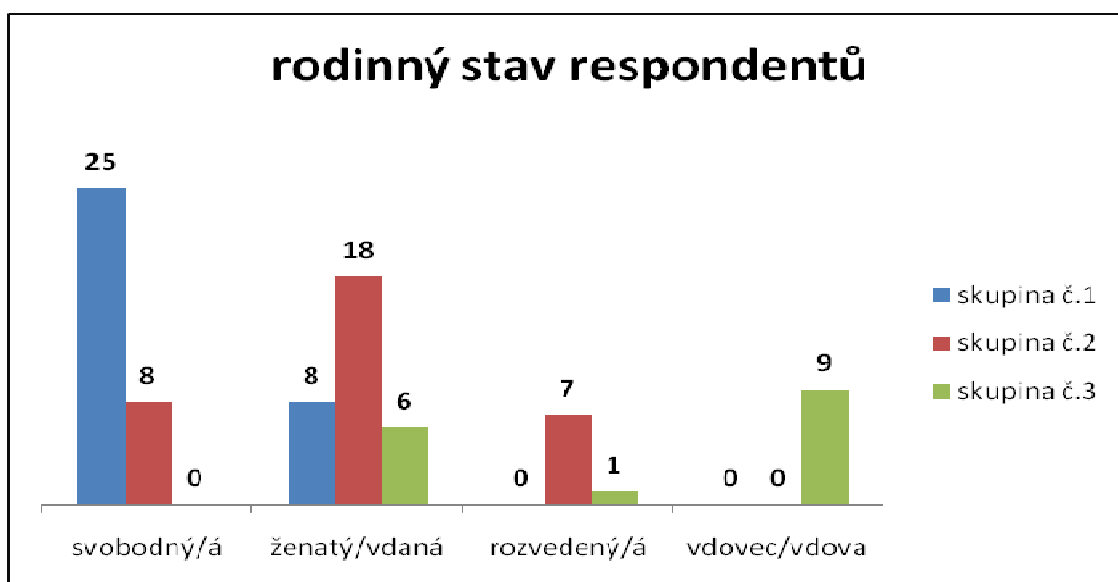
Otázka č. 2



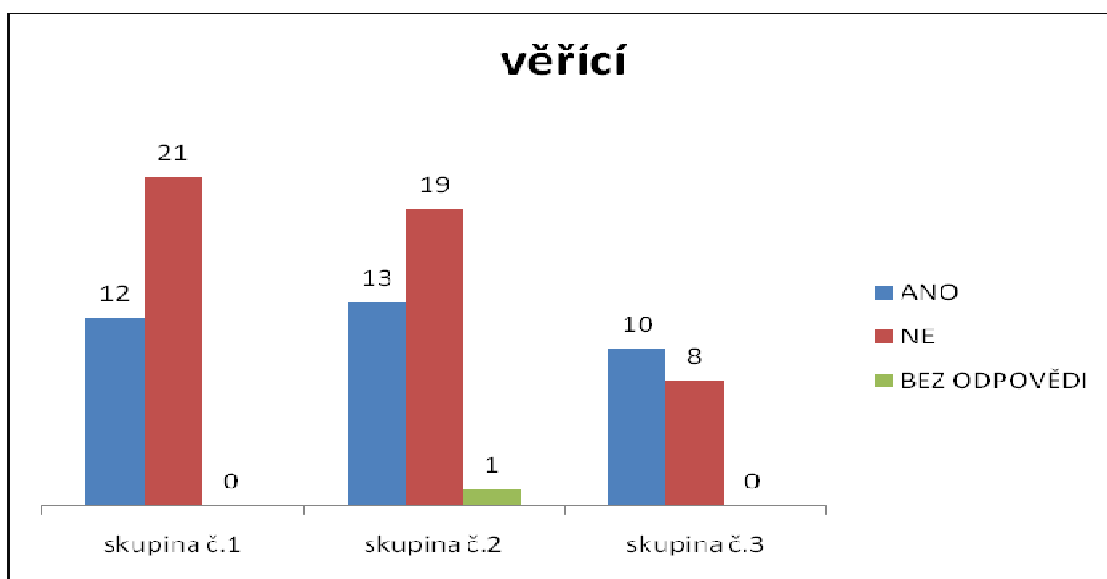
Otázka č. 3



Otázka č. 4

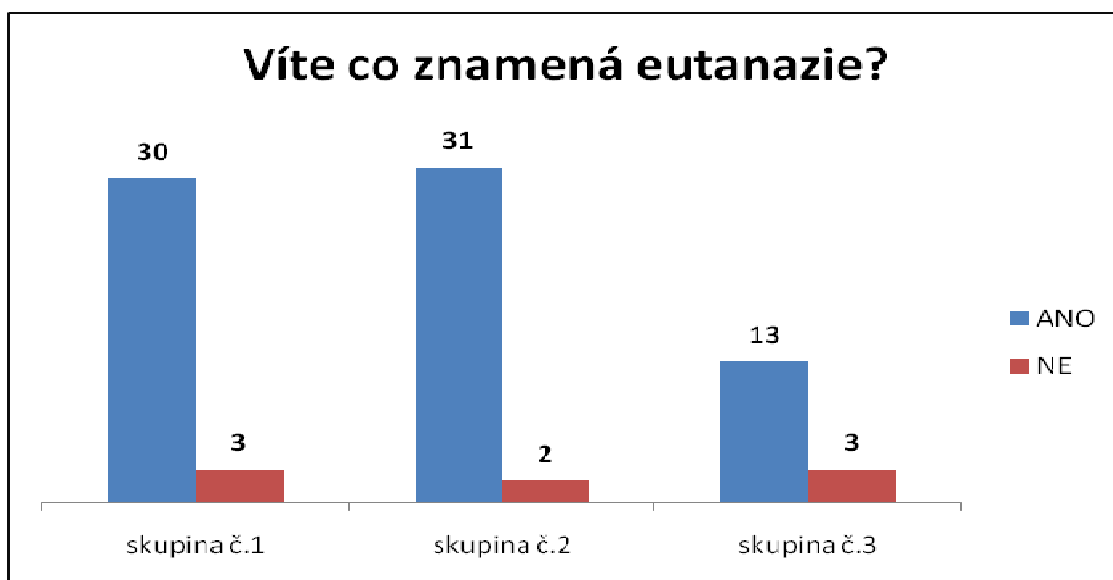


### Otázka č. 5



Jeden respondent ze skupiny č. 3 odpověděl na zadanou otázku ano i ne, proto se počet odpovědí odlišuje od počtu respondentů ve skupině.

### Otázka č. 6



Pokud respondenti odpověděli na otázku ANO, měli pojem krátce vysvětlit. Z nejzajímavějších odpovědí jsem některé vybrala a přepsala.

#### 1. skupina:

- Milosrdná smrt,

- v podstatě asistovaná sebevražda, u nevléčitelné nemoci, v případě kómatu: milosrdenství,
- předčasné ukončení života pro vážně nemocného,
- vlastní smrt na žádost (se svolením) člověka, usmrcení někoho, kdo je na tom zdravotně špatně,
- ukončení života jedince, který toho sám není schopen, i když by pravděpodobně chtěl (např. nevléčitelné nemoci, kdy je člověk závislý na přístrojích, dlouhodobá kómata), „milosrdná smrt“,
- „usmrcení“ člověka (rukou lékaře) v případě, kdy už není naděje na uzdravení a současný stav pacientovi přináší spíše utrpení a bolest než radost ze života,
- usmrcení na žádost člověka, který je nevléčitelně nemocný a smrt je pro něj vysvobozením,
- předčasné ukončení života na základě rozhodnutí určité osoby,
- způsobení smrti (usmrcení) podáním „léku“ na základě přání člověka, jeho žádosti,
- ukončení života na přání pacienta nebo jeho blízkých, není-li schopen dlouhodobě komunikovat pro špatný zdravotní stav a možnost zlepšení,
- smrt formou injekce, aby se člověk netrápil,
- umělá smrt, ukončení života pokud je někdo nevléčitelně nemocný,
- právo se rozhodnout, pomoc odejít ze světa osobě nevléčitelně nemocné a pomoc ukončit její stav, který neumožňuje zlepšení.

## 2. skupina:

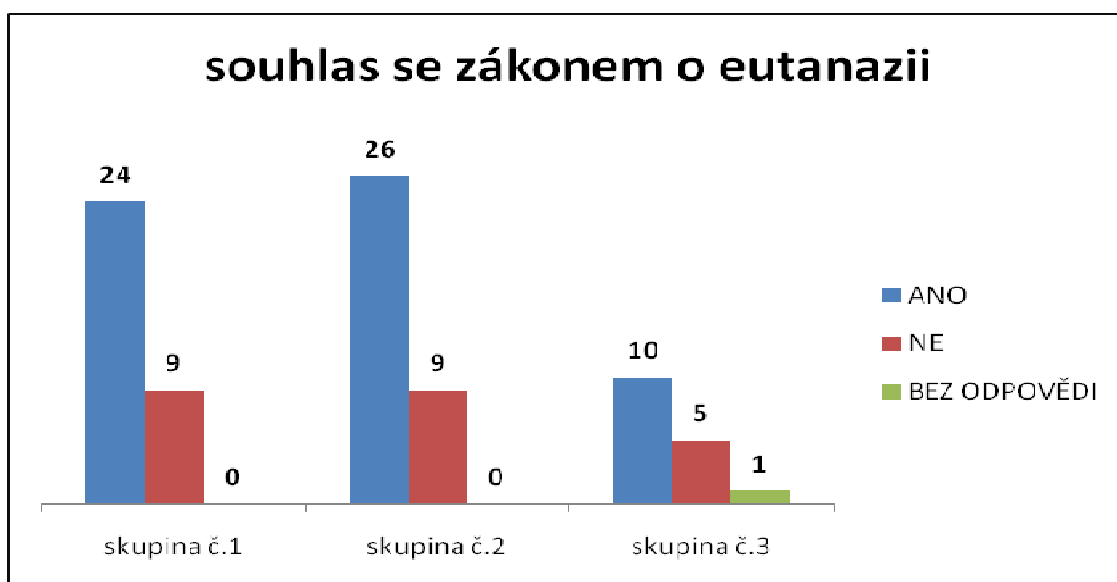
- Dobrovolné ukončení života z důvodu nevléčitelné nemoci,
- vysvobození člověka z těžké nevléčitelné nemoci na jeho přání,
- předčasné ukončení života pro nevléčitelně nemocného,
- nevléčitelný trpící člověk – bezbolestná smrt,
- smrt na přání,
- milosrdná smrt, bez dalšího trápení a bolestí,
- ukončení života nevléčitelně nemocného někým jiným,
- umělé vyvolání smrti – ukončení života,
- asistovaná sebevražda,
- nemocný má prosbu odejít na onen svět.



### 3. skupina:

- Umožnění smrti na přání pacienta,
- asistovaná smrt,
- dobrovolné ukončení života na základě nevyлéčitelné nemoci,
- pomoc trpícím důstojně odejít,
- vražda z milosti,
- smrt z „milosti“,
- injekce pro ukončení života.

### Otázka č. 7



Dva respondenti ze skupiny č. 2 odpověděli ano i ne, proto se počet odpovědí liší od počtu respondentů ve skupině. Jeden z respondentů ze skupiny č. 2 odpověděl ano, ale jen za určitých podmínek.

Odpověď na tuto otázku koresponduje i s ostatními výzkumy, které se týkají schválení zákona o eutanazii a ze kterých vyplývá, že většina lidí, kteří v těchto anketách hlasují, jsou pro schválení takového zákona. Např. z výzkumu SCαC z července 2007, který zveřejnila MF Dnes, vyplynulo, že souhlasí nebo spíše souhlasí s uzákoněním eutanazie 64% dotázaných.<sup>98</sup> Z mého výzkumu také vyplynulo, že většina respondentů je pro legalizaci eutanazie.

<sup>98</sup> [http://zpravy.idnes.cz/dve-tretiny-cechu-jsou-pro-zavedeni-eutanazie-f4i-/domaci.asp?c=A070709\\_214304\\_domaci\\_ost](http://zpravy.idnes.cz/dve-tretiny-cechu-jsou-pro-zavedeni-eutanazie-f4i-/domaci.asp?c=A070709_214304_domaci_ost)

## Otázka č. 8

### 1. skupina:

- Osoba, které se to týká 8x,
- nemocný, popř. jeho blízká rodina, ale ne pouze jeden člověk 7x,
- bez odpovědi 4x,
- vždy odborník a pouze v krajních případech nebo za stavu, který je neměnný,
- lékař 3x,
- pacient, pokud je schopen. Lékař z lékařského pohledu 2x,
- pacient, lékař, rodina – ne samostatně, ale rozhodnutí všech,
- rodina 4x,
- asi rodina, lékař,
- nikdo,
- osoba, které se to týká, pokud toho není schopna pak soud.

### 2. skupina:

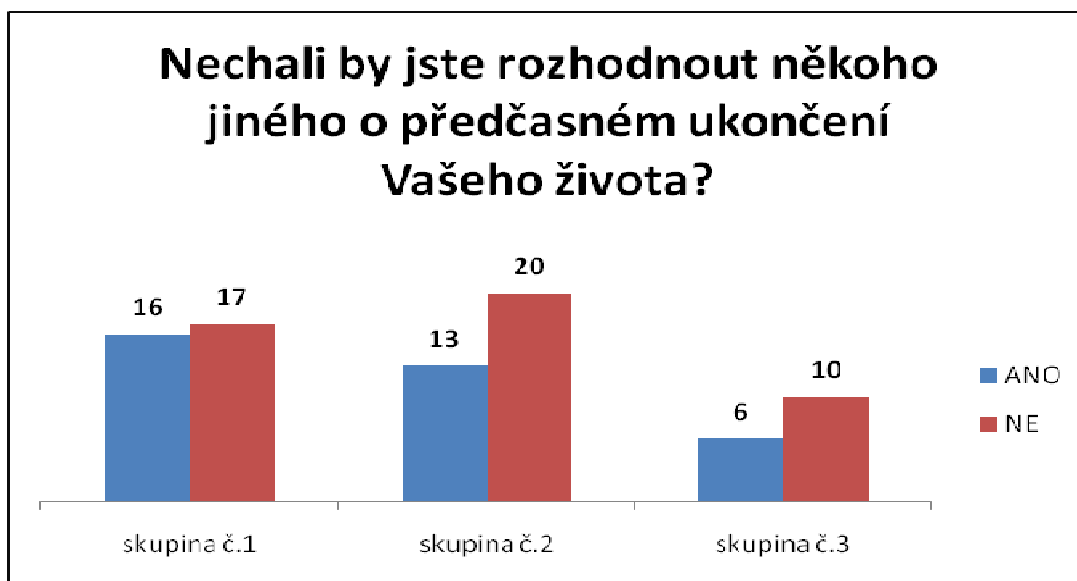
- Nikdo 6x,
- bez odpovědi 2x,
- osoba, které se to týká 9x,
- asi rodina, lékař,
- nejbližší příbuzní 4x,
- nejbližší rodina + lékař + trpící jedinec,
- ošetřující lékař 2x,
- každý sám za sebe nebo nejbližší příbuzní 6x,
- nevyléčitelně nemocný + tým ošetřujících lékařů,
- nevím.

### 3. skupina:

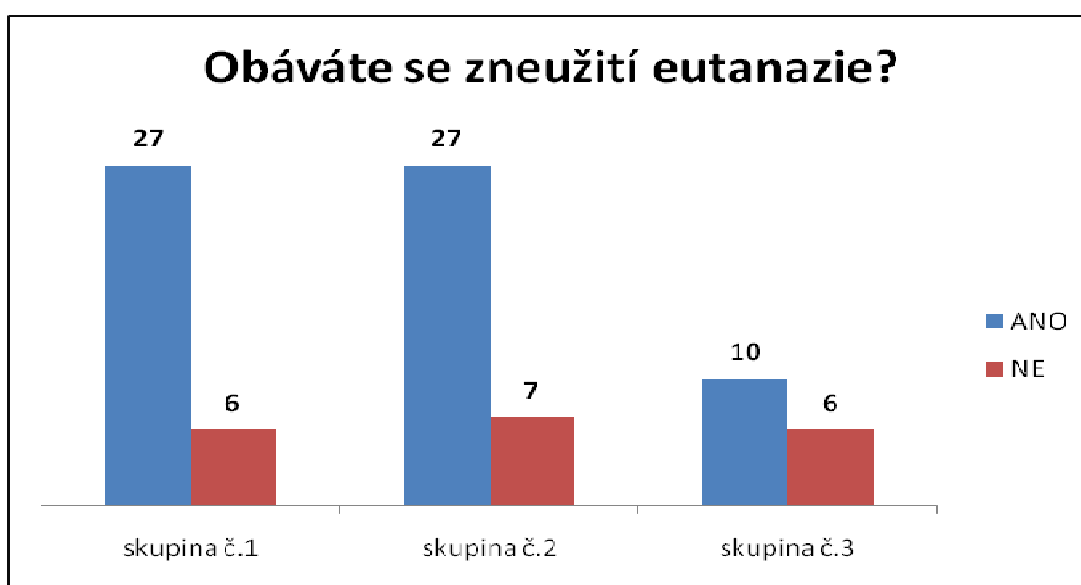
- Pacient 4x,
- lékař,
- bez odpovědi 3x,
- Bůh,
- nejbližší příbuzní,
- nikdo 2x,

- pacient, případně rodina nebo lékař 2x,
- komise lékařů,
- lékař a rodina.

Otázka č. 9



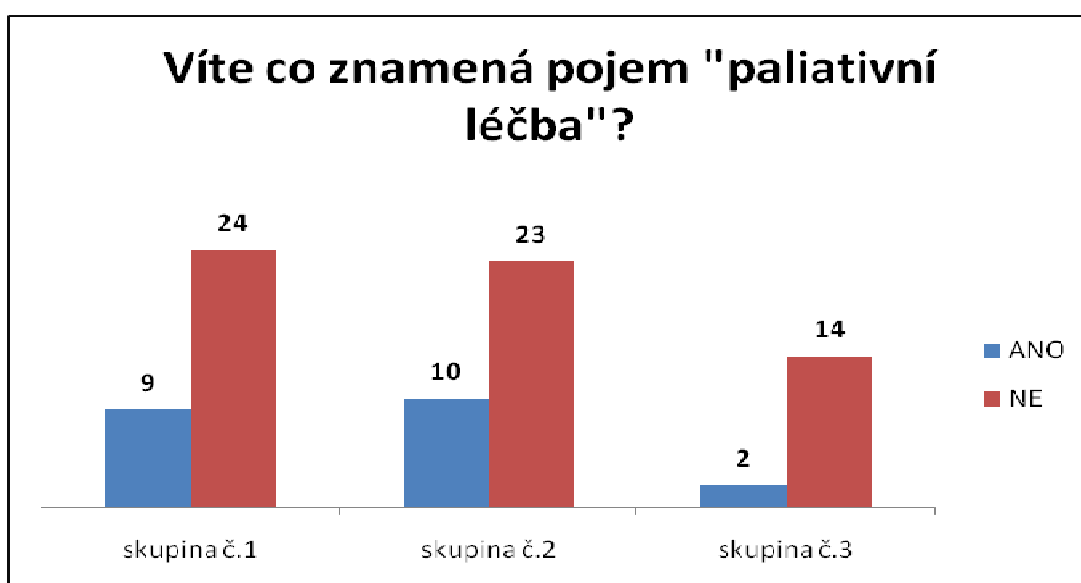
Otázka č. 10



Jeden respondent ze skupiny č. 2 odpověděl na zadanou otázku ano i ne, proto se počet odpovědí odlišuje od počtu respondentů ve skupině.

I přesto, že na otázku č. 7 – „souhlasíte se schválením zákona pro eutanazii“ odpověděla většina respondentů, že ano, tak z této otázky č. 10 vyplývá, že i když jsou pro uzákonění, tak se většina z nich obává zneužití takového zákona. Domnívám se, že bude velice složité najít takové znění zákona, aby bylo možné předejít jeho zneužití v praxi.

#### Otázka č. 11



Pokud respondenti odpověděli na otázku ANO, měli pojem opět krátce vysvětlit stejně jako u otázky č. 6. Z nejzajímavějších odpovědí jsem některé vybrala a přepsala.

#### 1. skupina:

- Celková léčba a péče o „nevléčitelně nemocné“,
- léčba nevléčitelně nemocných – snaží se zachovat co možná nejlepší kvalitu života a uspokojovat jejich bio-psycho-sociální potřeby,
- umělé prodloužování života za pomoci léků a drog v nemocnici,
- léčba o osobu, která již není schopna se o sebe postarat sama,
- léčba v případech, kde léky nezabírají,
- léčba se zajištěním lidského a důstojného přístupu,
- nejedná se o léčbu – jde o tlumení bolestí a snaha zjednodušit umírajícím život pomocí léků a drog,
- zmírňování bolestí, péče o těžce nemocné.

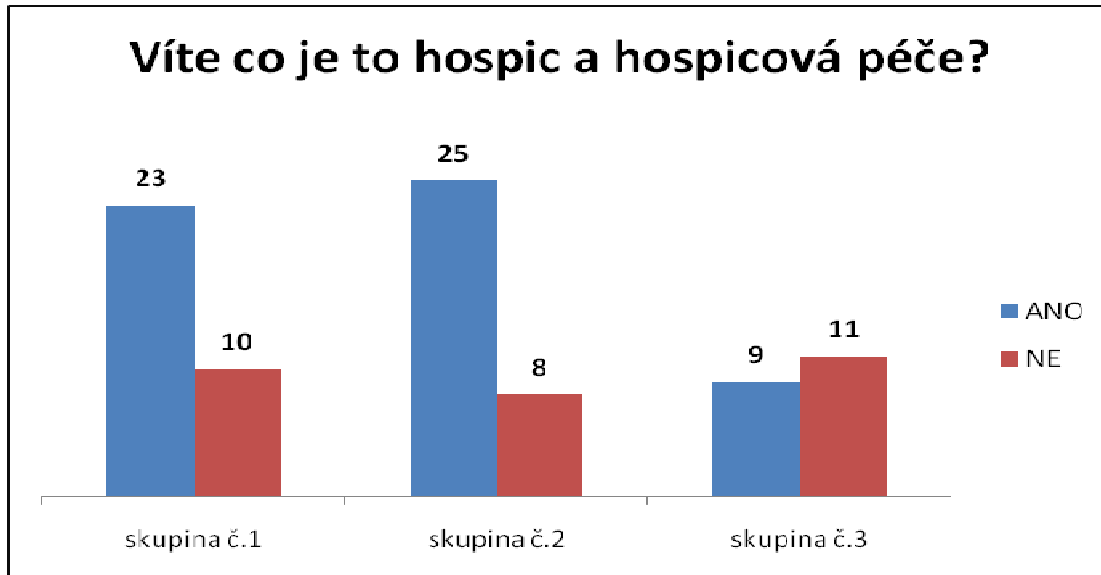
2. skupina:

- Udržování nevyлéčitelně nemocných pod drogami,
- dlouhodobá léčba, tišení bolestí léky a drogami (prodlužování života) v nemocnici,
- podpora života léky,
- léčba směřující ne k vyléčení, ale k utišení bolesti a usnadnění odchodu ze života,
- péče o umírající,
- léčba o vážně nemocné, kde nezabírá léčba kurativní.

3. skupina

- Odstraňuje obtíže, ale ne jejich příčinu,
- přirozené dožití nemocných za přispění lékařů a léků.

Otázka č. 12



Opět stejně jako u otázek č. 6 a 11 mělo následovat krátké vysvětlení daného pojmu. Nejzajímavější odpovědi jsem stejně jako u předchozích otázek vybrala a přepsala.

Skupina č. 1:

- Léčebna dlouhodobě nemocných pod správou řádových sester,
- péče o umírající,
- hospicová péče zahrnuje paliativní péči,

- trvalé péče o nemocné,
- hospic je místo, kde pobývají nevléčitelně a těžce nemocní, místo kde o ně pečují a snaží se jim zajistit určitou kvalitu života,
- něco jako LDN, ale je zde více rodinný a příjemný přístup. Není to nemocnice. Je to místo, kde se dá dožít,
- speciální zařízení pro dlouhodobě nemocné, kde se o ně starají až do smrti,
- péče o staré a nemocné lidi – něco jako nemocnice,
- zařízení, kde je poskytována paliativní péče, smyslem je úleva,
- místo, kam se chodí důstojně zemřít,
- zařízení, kde se člověk dožívá pod dozorem zdravotního personálu pomocí paliativní léčby,
- soustavná péče o staré popř. nemocné, o které se nemá kdo jiný postarat,
- pro nemohoucí lidi, „čekající na smrt“.

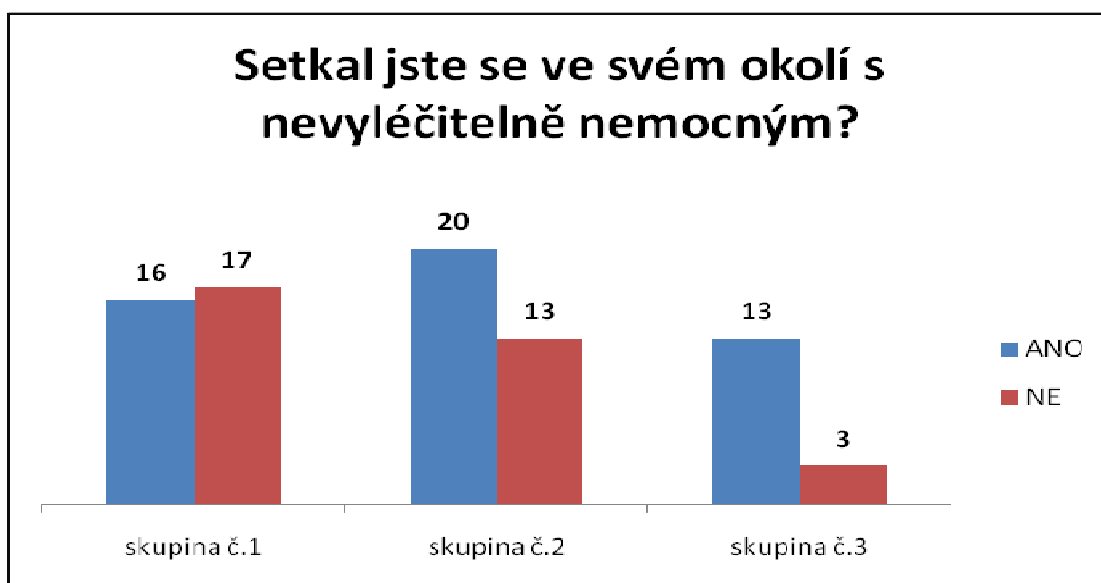
#### Skupina č. 2:

- Léčebna dlouhodobě nemocných s péčí řádových sester,
- zařízení pro pacienty s nevléčitelnou chorobou,
- je to péče o starého a nemohoucího člověka,
- péče o nemocného, kterému již není pomoci, dožívá zde,
- něco jako LDN, může doporučit lékař,
- zařízení, kde se starají o duševně a fyzicky nemocné, kteří čekají již jen na smrt,
- poslední štace,
- příspěvková organizace provozující paliativní léčbu mimo nemocnici,
- charitativní, církevní spolek,
- celodenní péče o lidi na pokraji života a smrti.

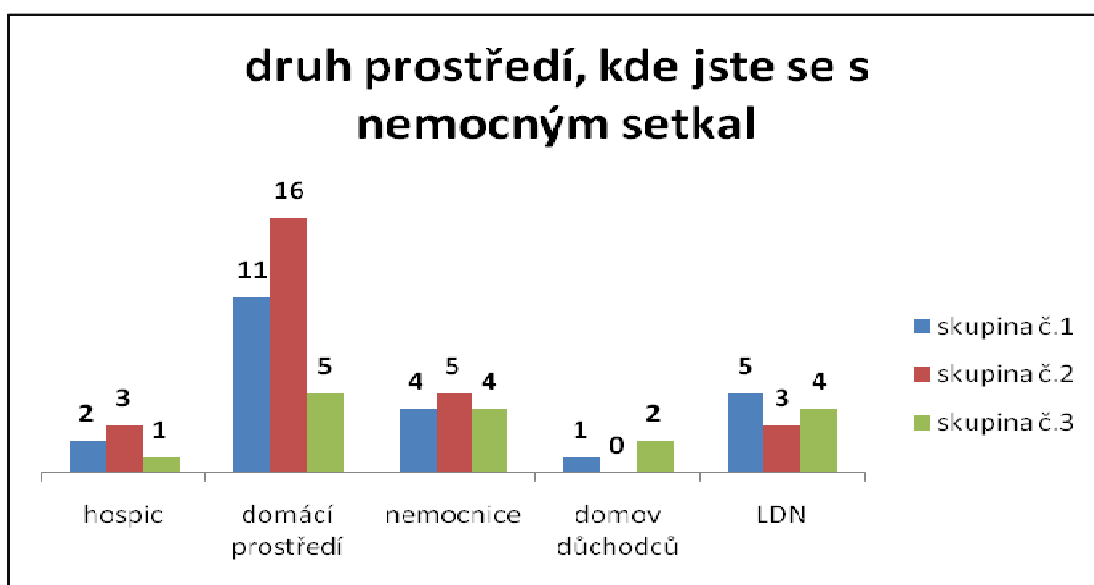
#### Skupina č. 3:

- Zařízení pro smrtelně nemocné, neléčí, jen odstraňuje bolest,
- péče o staršího člověka,
- domov s péčí o nevléčitelně nemocné,
- čekárna na smrt,
- soukromá příspěvková organizace, církevní, pro dožití dlouhodobě nemocných,
- zařízení pro starého nemohoucího člověka.

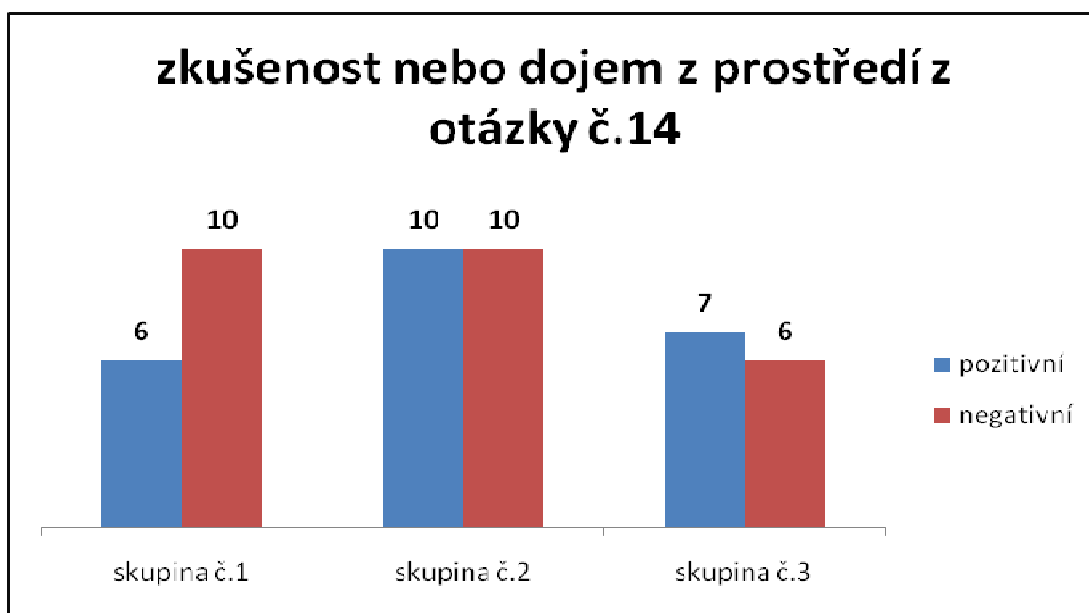
Otázka č. 13



Otázka č. 14



Otázka č. 15





## ZÁVĚR

Eutanazie – slovo, které je v současné době obsahem mnoha diskusí téměř v celé společnosti. Smrt a konec našeho života je důvodem proč o eutanazii stále častěji diskutujeme. Chtěli bychom řídit celý náš život, od narození až po smrt. Začátek života i jeho průběh už jsme si téměř celý usměrnili. Jen ovládnutí smrti nám pořád uniká. Smrt přijde nečekaně, nelze si zvolit, kdy a jak umřeme a to je dle mého názoru jeden z důvodů proč se současná společnost začíná klonit k legalizaci zákona o eutanazii. Nebo nás k tomuto rozhodnutí vede spíše ekonomická situace? Nemocní lidé již nejsou produktivní, spíše peníze ubírají, není to důvodem, proč v současnosti většina politiků horuje pro legalizaci eutanazie. Měli bychom se každý z nás zamyslet jaký je pravý důvod toho, proč stále více přemýšlíme o možnosti eutanazie.

Když jsem začala tuto práci psát i já jsem byla zastáncem eutanazie. Nemůžu říci, že na 100%, ale určitě jsem byla víc pro jak proti. Teď když jsem svoji práci již dokončila, je můj postoj k legalizaci eutanazie úplně opačný. Kdybych dnes měla hlasovat za legalizaci eutanazie určitě bych byla proti. Myslím si, že ke změně mého názoru výrazně přispělo studium materiálů pro moji práci. Proto se domnívám, že by tak měli učinit všichni, kdo jsou pro eutanazii. Je mi jasné, že ne všichni by se potom přiklonili k zamítnutí takového zákona, ale určitě pár lidí by svůj názor přehodnotilo. A proto by bylo dobré, aby bylo více dostupných informací o hospicích, péči v nich a paliativní léčbě, aby se každý mohl rozhodnout na základě všech informací.

Vzhledem k rozsahu své práce je zřejmé, že jsem nemohla postihnout názory celé naší společnosti, ale i přesto jsem chtěla svým výzkumem poukázat na některé názory, které se v současné společnosti nalézají.

Ve své práci jsem si předem stanovila tři hypotézy:

**Hypotéza č. 1 :** *Domnívám se, že ve věkové skupině 17-29 let bude mít více respondentů kladný postoj pro uzákonění eutanazii, než ve skupině ve věkovém rozmezí 30-59 let a ve 3. skupině od 60 ti let výš.*

Tato hypotéza se nepotvrdila. Podle odpovědí na otázku č. 7 bylo v 1. skupině 24 respondentů pro uzákonění eutanazie, což vzhledem k počtu respondentů 33 v celé skupině bylo více než 2/3 z celkového počtu, ale stejně tak ve druhých dvou skupinách

bylo pro uzákonění eutanazie více než polovina všech respondentů. Ve skupině č. 2 to bylo dokonce 26 a ve skupině č. 3 pak 10 respondentů. I přesto, že na tuto otázku většina dotázaných odpověděla kladně a tím se moje hypotéza vyvrátila, tak pokud se podíváme na otázku č. 10 – „Obáváte se zneužití eutanazie?“, tak i přesto, že většina odpověděla, že by souhlasili se zákonem pro eutanazii, tak zneužití se obává opět více než 2/3 respondentů ze všech tří skupin. V 1. a 2. skupině shodně 27 respondentů a ve skupině třetí 10 respondentů.

**Hypotéza č. 2 :** *Domnívám se, že lidé, kteří se setkali s nevléčitelně nemocnou osobou, jedno v jakém prostředí budou mít spíše negativní zkušenost z tohoto prostředí.*

Ve skupině č. 1 se mi tato hypotéza potvrdila, protože z celkového počtu 16 respondentů, kteří odpověděli ANO na otázku č. 13 pak 10 respondentů mělo z tohoto prostřední negativní dojem.

V druhé skupině se našlo celkem 20 respondentů z 33 dotázaných a z těchto dvaceti mělo 10 pozitivní a 10 negativní vjem z daného prostředí. Zde se mi již zadaná hypotéza nepotvrdila.

V poslední 3. skupině bylo respondentů, kteří se setkali s nevléčitelně nemocným celkem 13, a z toho pozitivní dojem mělo sedm respondentů a negativní jen šest. U této skupiny se mi hypotéza také nepotvrdila. Dokonce mě překvapilo, že více lidí mělo pozitivní dojem z daného prostředí.

Myslím si, že u této hypotézy bylo velmi důležité, jaké bylo prostředí, kde se respondenti s nemocnou osobou setkali. Ty osoby, které se s nemocným setkali v domácím prostředí a v prostředí hospice, pak měly většinou pozitivní dojem. Na druhou stranu setkání, která byla v nemocnicích a LDN byla hodnocena většinou negativně. Z této hypotézy mi vyplynulo, že je důležité, aby stát věnoval více pozornosti LDN a nemocnicím, aby péče, která je tam poskytována nevléčitelně nemocným se dostala na stejnou úroveň péče, s jakou se můžeme setkat především v hospicích.

**Hypotéza č. 3 :** *Domnívám se, že ani 15% všech dotázaných nikdy neslyšelo o paliativní léčbě.*

Tato hypotéza se potvrdila, protože z celkového počtu 82 respondentů, odpovědělo na tuto otázku NE jen 61 respondentů, což představuje zhruba 74% všech dotázaných. Zajímavostí je, že na otázku následující „Co je to hospic a hospicová péče?“ byl poměr

odpovědí téměř opačný. Zde na otázku NE již odpovědělo jen 29 dotázaných. Je tedy vidět, že slovo hospic již není ve společnosti neznámým pojmem, což považuji za velice přínosné zvláště při diskusích o eutanazii.

## Resumé

Název závěrečné diplomové práce je „*Pohled společnosti na problém eutanazie a paliativní péče*“. V rámci jejího schématu je práce rozdělena do čtyř základních částí.

V první části své práce popisují dva základní pojmy celé diplomové práce a těmi jsou *eutanazie* a *paliativní péče*. V této kapitole se pokouším o základní charakteristiku těchto pojmů. Jsou zde vymezeny základní principy paliativní péče a také argumenty, které jsou pro i proti eutanazii.

Druhá část diplomové práce pak obsáhleji vystihuje pojem eutanazie. Je zde pohled na její vývoj v historii a také na její podobu v několika státech světa. Dále se zde zaměřuji na eutanazii z pohledu náboženství a v neposlední řadě také z pohledu právního systému.

Třetí část je pak zaměřena na problematiku hospicové péče v širším pohledu. V této úseku své práce podrobněji definuji podstaty a cíle hospicové péče a také formy, ve kterých je možné tuto péči nalézt. Poslední oddíl této části jsem pak věnovala bolesti a umírání z pohledu hospicové péče, detailněji zde popisuji fáze a modely umírání, tak jak je lidé, pracující v této oblasti popisují.

Poslední, čtvrtá část mé práce je pak prakticky zaměřena na můj výzkum, kterým jsem chtěla ukázat na alespoň pár názorů, které má současná společnost na danou oblast. Jako výzkumnou metodu jsem zvolila dotazník, pomocí kterého jsem se snažila si ověřit tři předem dané hypotézy, které nakonec zhodnocuji v závěru této práce.

## **Anotace**

Tato diplomová práce je orientována na problematiku eutanazie a na paliativní a hospicovou péči. Pro umírajícího existují v dnešní době jen dvě možnosti, jak „řešit“ své umírání a těmi jsou eutanazie nebo paliativní a hospicová péče. V současné společnosti se znovu objevuje názor „ANO pro eutanazii“. Ve své práci jsem chtěla poukázat na fakt, že je třeba poznat obě možnosti a ne jen slepě věřit tomu, že legalizace eutanazie vyřeší všechny problémy, které jsou spojeny s umíráním člověka.

V teoretické části práce se zaměřuji na podstatu eutanazie, na její vývoj v historii, na eutanazii z pozice náboženství a na její vývoj v ostatních státech. Dále se zde zabývám paliativní a hospicovou péčí, její filozofií a jejími cíly.

V praktické části práce jsem se vyhodnocením dotazníků pokusila prezentovat názory současné společnosti na tuto problematiku.

## **Klíčová slova**

Eutanazie, aktivní a pasivní eutanazie, smrt, milosrdná smrt, paliativní a hospicová péče, hospic, umírající, informovaný souhlas, bolest a umírání.

## **Anotation**

This thesis deals with euthanasia and palliative and hospice care. A dying person has two possibilities how to solve the dying and these are euthanasia or palliative and hospice care. Today's society holds an opinion „YES to euthanasia“. In this thesis I wanted to point out that we have to meet both possibilities. We can't stand in hope, that legalization of euthanasia could solve all problems with dying.

The theoretical part focus on the merit of euthanasia, her history, her evolution, her relation to religion and on her evolution in other countries. The next part deals with palliative and hospice care, her philosophy and purpose.

The practical part includes questionnaire analysis. I tried to present ideas on euthanasia in today's society.

## **Key words**

Euthanasia, aktive and passive euthanasia, death, mercy killing, palliative and hospice care, hospice, dying, advised acceptance, pain and dying.

## Seznam literatury

### *A/ Knihy /monografie/*

Hans, R. Důstojnost lidského života. Praha: Vyšehrad, 1999, 107 s.  
ISBN 80-7021-302-7

Haškovcová, H. Lékařská etika. Praha: Galén, 2002, 272 s. ISBN 80-7262-132-7

Haškovcová, H. Thanalogie. Praha: Galén, 2007, 244 s. ISBN 978-80-7262-471-3

Chráška, M. Metody pedagogického výzkumu. Praha: Grada, 2007, 272 s.  
ISBN 978-80-247-1369-4

Ivanová, K. Kapitoly z lékařské etiky. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci,  
2004, 146 s. ISBN 80-244-0892-9

Jakoubková, J. Trendy soudobé onkologie, svazek 1 Paliativní medicína. Praha: Galén,  
1998, 125 s. ISBN 80-85824-78-7

Kořenek, J. Lékařská etika. Praha: Triton, 2004, 234 s. ISBN 80-7254-538-8

Kutnohorská, J. Etika v ošetrovatelství. Praha: Grada, 2007, 163 s.  
ISBN 978-80-247-2069-2

Munzarová, M. Eutanazie, nebo paliativní péče? Praha: Grada, 2005, 108 s.  
ISBN 80-247-1025-0

Munzarová, M. Proč NE eutanazie aneb být či nebýt. V Kostelním Vydří: Pro občanské  
sdružení Ecce homo vydalo Karmelitánské nakladatelství, 2008, 87 s.  
ISBN: 978-80-7195-304-3

Munzarová, M. Vybrané kapitoly z lékařské etiky I, Smrt a umírání. Brno: Masarykova  
univerzita v Brně, 2002, 75 s. ISBN 80-210-3017-8 (I.díl)

Payne, S. a kol. Paliativní péče: principy a praxe. Brno: Společnost pro odbornou  
literaturu, 2007, 807 s. ISBN 978-80-87029-25-1 (brož.)

Pollard, B. Eutanazie ano či ne? Praha: Dita, 1996, 209 s. ISBN 80-85926-07-5

Rucki, Š. Mezi biblí a medicínou. Albrechtice: Křesťanský život, c2007, 156 s.  
ISBN 978-80-7112-121-3 (brož.)

Šipr, K. Aktuální bioetické texty. Deklarace o eutanazii. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2005, 47 s. ISBN 80-244-1278-0 (brož.)

Špinková M., Špinka, Š. Euthanasie – Víme o čem mluvíme? Praha: Cesta domů, 2006, 42 s. ISBN 80-239-8592-2 (brož.)

Štěpán, J. Právo a moderní lékařství. Praha: Panorama, 1989, 348 s. ISBN 80-7038-068-3

Vorlíček, J. Paliativní medicína. Praha: Grada, 2004, 537 s. ISBN 80-247-0279-7 (váz.)

### *B/ Články z časopisů*

Hauftová, D. Eutanazie v současném světě. Rodinný život, ročník 1993, č. 12-13

Frydecká L. Eutanazie? Ne, více hospiců. MF Dnes, 23. 7. 2008

### *C/ Internet*

<http://hospice.cz/hospice1/paliativ.html>

<http://glosy.respekt.cz/externality-diskuze.php?fIDEXT=607&prispevek%5B17956%5D=yes>

<http://tisk.cirkev.cz/z-domova/prohla-eni-cirkvi-a-nabo-enskych-spolecnosti-v-cr-k-problematice-eutanazie-a-doprovazeni-umirajicich.html>

<http://tisk.cirkev.cz/z-vatikanu/prime-eutanazie-je-v-jakekoliv-podobе-nepripustna.html>

<http://www.psp.cz/docs/laws/listina.html>

<http://cs.wikipedia.org/wiki/Eutanazie>

[http://www.zbynekmlcoch.cz/info/administrativa/eticky\\_kodex\\_ceske\\_lekarske\\_komor\\_y\\_kompletni\\_zneni.html](http://www.zbynekmlcoch.cz/info/administrativa/eticky_kodex_ceske_lekarske_komor_y_kompletni_zneni.html)

<http://www.eutanazie-dobrasmrt.cz/?akce=uvod>

<http://hospice.cz/hospice1/hospic.html>

<http://hospice.cz/hospice1/leg.php>

<http://www.cestadomu.cz/index.php?cmd=page&type=1&lang=cs>

<http://www.cestadomu.cz/index.php?lang=cs&cmd=page&id=13&item=31>

[http://zpravy.idnes.cz/dve-tretiny-cechu-jsou-pro-zavedeni-eutanazie-f4i-/domaci.asp?c=A070709\\_214304\\_domaci\\_ost](http://zpravy.idnes.cz/dve-tretiny-cechu-jsou-pro-zavedeni-eutanazie-f4i-/domaci.asp?c=A070709_214304_domaci_ost)



## **SEZNAM PŘÍLOH**

1. Fáze umírání
2. Hippokratova přísaha
3. Dotazník
4. Etický kodex ČLK
5. Charta umírajících

Fáze umírání

<b>FÁZE PODLE KÜBLER-ROSSOVÉ</b>		
<b>FÁZE</b>	<b>PROJEVY</b>	<b>CO S TÍM</b>
<b>NEGACE</b> ŠOK, POPÍRÁNÍ	"Ne, já ne, pro mne to neplatí. To není možné." "To je určitě omyl." "Zaměnili výsledky".	Navázat kontakt, získat důvěru.
<b>AGRESE</b> HNĚV, VZPOURA	"Proč zrovna já?" "Či je to vina?" "Vždyť mi nic nebylo." Zlost na zdravotníky, zlost na zdravé lidi. Vyčítá nespravedlnost ap.	Dovolit odreagování, nepohoršovat se.
<b>SMLOUVÁNÍ</b> VYJEDNÁVÁNÍ	Hledání zázračných léků, léčitelů a diet, pověr. Ochoten zaplatit cokoliv. Činí velké sliby.	Maximální trpělivost, ale pozor na podvodníky.
<b>DEPRESE</b> SMUTEK	Smutek z utrpěné ztráty. Smutek z hrozící ztráty. Strach z účtování. Strach o zajištění rodiny.	Trpělivě naslouchat, pomoci urovnat vztahy, pomoci hledat řešení (zajištění rodiny ap.).
<b>SMÍŘENÍ</b> SOUHLAS	Vyrovnaní, pokora, skončil boj, je čas loučení. "Dokonáno jest." "Do Tvých rukou..."	Mlčenlivá lidská přítomnost, držet za ruku, utřít slzu. Pozor - rodina možná potřebuje pomoc víc než pacient!

## **Příloha č. 2**

### **Hippokratova přísaha**

Přisahám a volám Apollóna lékaře a Asképie a Hygieiu a Panakín a všechny bohy a bohyně za svědky, že budu tuto smlouvu a přísahu dle svých možností a dle svého svědomí dodržovat.

Toho, kdo mě naučil umění lékařskému, budu si vážit, jako svých rodičů a budu ho ze svého zajištění podporovat. Když se dostane do nouze, dám mu ze svého, stejně jako i jeho potomkům dám a budou stejní jako moji bratři. Pokud znalosti tohoto umění (lékařského) zatouží, budu je vyučovat zdarma a bez smlouvy. Seznámím své syny a syny svého učitele a všechny ustanovené a na lékařský mrav přísahající s předpisy, přednáškami a se všemi ostatními radami. Jinak však s nimi neseznámím nikoho dalšího.

Lékařské úkony budu konat v zájmu a ve prospěch nemocného, dle svých schopností a svého úsudku. Vystříhám se všeho, co by bylo ke škodě a co by nebylo správné.

Nepodám nikomu smrtící prostředek, ani kdyby mne o to kdokoli požádal, a nikomu také nebudu radit (jak zemřít). Žádné ženě nedám prostředek k vyhnání plodu.

Svůj život uchovám v čistotě a bohabojnosti, stejně tak i své lékařské umění. Nebudu (lidské tělo) řezat, ani ty, co trpí kameny, a tento zákrok přenechám mužům, kteří takovéto řemeslo provádějí.

Do všech domů, kam vstoupím, budu vstupovat ve prospěch nemocného, zbaven každého vědomého bezpráví a každého zlého činu. Zvláště se vystříhám pohlavního zneužití žen i mužů, svobodných i otroků. Cokoli, co při léčbě i mimo svou praxi ve styku s lidmi uvidím a uslyším, co nesmí se sdělit, to zamlčím a uchovám v tajnosti.

Když tuto přísahu dodržím a neporuším, necht' ve svém životě i ve svém umění skromně dopředu postoupím. Tak získám si vážnost všech lidí po všechny ty časy. Když ale zákazy přestoupím a přísahu poruším, necht' stane se pravý opak.

**Dotazník**

Vážená paní, vážený pane,

jsem studentkou magisterského studia na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně, obor Sociální pedagogika, a obracím se na Vás s žádostí o vyplnění tohoto dotazníku.

Vaše odpovědi budou sloužit ke zpracování mé diplomové práce na téma: „Pohled společnosti na problém eutanazie a paliativní léčby“.

Uvědomuji si, že se otázky týkají velmi citlivé problematiky, proto Vám budu velmi vděčná, pokud dotazník vyplníte a odevzdáte.

Dotazník je anonymní. Označte prosím vždy jen jednu odpověď, která vyjadřuje Váš názor, či se mu nejvíce přibližuje.

Děkuji Vám za pochopení

Bc. Michaela Oulehlová

1/ Kolik je vám let

2/ Jste

muž

žena

3/ Nejvyšší dosažené vzdělání

základní

vyučení

maturita

vysokoškolské

4/ Jaký je váš rodinný stav

svobodný/á

ženatý/vdaná

rozvedený/á

vdova/vdovec

5/ Jste věřící

ano

ne

6/ Víte co znamená eutanazie?

ano

ne

Pokud ano, pokuste se pojem krátce vysvětlit.

7/ Souhlasíte se schválením zákona pro povolení eutanazie?

ano                      ne

8/ Kdo by měl mít právo rozhodnout o provedení eutanazie?

9/ Nechali byste rozhodnout někoho jiného o předčasném ukončení Vašeho života?

ano                      ne

10/ Obáváte se zneužití eutanazie?

ano                      ne

11/ Víte co znamená pojem „paliativní léčba“?

ano                      ne

Pokud ano, pokuste se pojem krátce vysvětlit.

12/ Víte co je to hospic a hospicová péče?

ano                      ne

Pokud ano, pokuste se pojem krátce vysvětlit.

13/ Setkal (a) jste se ve svém okolí s nevléčitelně nemocným člověkem?

ano                      ne

14/ Pokud ano, tak v jakém prostředí jste se s tímto člověkem setkal?

hospic      domácí prostředí      nemocnice      domov důchodců  
léčebna pro dlouhodobě nemocné

15/ Jaká je vaše zkušenost nebo dojem z tohoto prostředí?

pozitivní                      negativní

**Etický kodex ČLK**

**STAVOVSKÝ PŘEDPIS č. 10 ČESKÉ LÉKAŘSKÉ KOMORY**

Představenstvo České lékařské komory podle zákona č. 220 / 1991 Sb., o České lékařské komoře, České stomatologické komoře, České lékárnické komoře (dále jen „zákon č. 220/1991 Sb.“) a v souladu se stavovským předpisem České lékařské komory č. 1 - Organizačním řádem, vydává tento stavovský předpis

**ETICKÝ KODEX ČESKÉ LEKÁŘSKÉ KOMORY**

**Část první**

**§ 1 Obecné zásady**

- (1) Stavovskou povinností lékaře je péče o zdraví jednotlivce i celé společnosti v souladu se zásadami lidskosti, v duchu úcty ke každému lidskému životu od jeho počátku až do jeho konce a se všemi ohledy na důstojnost lidského jedince.
- (2) Úkolem lékaře je chránit zdraví a život, mírnit utrpení a to bez ohledu na národnost, rasu, barvu pleti, náboženské vyznání, politickou příslušnost, sociální postavení, sexuální orientaci, věk, rozumovou úroveň a pověst pacienta či osobní pocity lékaře.
- (3) Lékař má znát zákony a závazné předpisy platné pro výkon povolání a ty dodržovat. S vědomím osobního rizika se nemusí cítit být jimi vázán, pokud svým obsahem nebo ve svých důsledcích narušují lékařskou etiku či ohrožují základní lidská práva.
- (4) Lékař je povinen být za všech okolností ve svých profesionálních rozhodnutích nezávislý a odpovědný.
- (5) Lékař uznává právo každého člověka na svobodnou volbu lékaře.

**Část druhá**

**§ 2 Lékař a výkon povolání**

- (1) Lékař v rámci své odborné způsobilosti a kompetence svobodně volí a provádí ty preventivní, diagnostické a léčebné úkony, které odpovídají současnému stavu lékařské vědy a které pro nemocného považuje za nejvýhodnější. Přitom je povinen respektovat v co největší možné míře vůli nemocného (nebo jeho zákonného zástupce).

- (2) Každý lékař je povinen v případech ohrožení života a bezprostředního vážného ohrožení zdraví neodkladně poskytnout lékařskou pomoc.
- (3) Lékař musí plnit své povinnosti v situacích veřejného ohrožení a při katastrofách přírodní nebo jiné povahy.
- (4) Lékař má právo odmítnout péči o nemocného z odborných důvodů nebo je-li pracovně přetížen, nebo je-li přesvědčen, že se nevytvořil potřebný vztah důvěry mezi ním a pacientem. Je však povinen doporučit a v případě souhlasu zajistit vhodný postup v pokračování léčby.
- (5) Lékař nemůže být donucen k takovému lékařskému výkonu nebo spoluúčasti na něm, který odporuje jeho svědomí.
- (6) Lékař nesmí předepisovat léky, na něž vzniká závislost, nebo které vykazují účinky dopingového typu k jiným než léčebným účelům.
- (7) Lékař u nevléčitelně nemocných a umírajících účinně tiší bolest, šetří lidskou důstojnost a mírní utrpení. Vůči neodvratitelné a bezprostředně očekávané smrti však nemá být cílem lékařova jednání prodlužovat život za každou cenu. Eutanazie a asistované suicidium nejsou přípustné.
- (8) U transplantací se lékař řídí příslušnými předpisy. Odběru tkání a orgánů nesmí být zneužito ke komerčním účelům.
- (9) Lékař je v zájmu pacienta povinen důsledně zachovávat lékařské tajemství, s výjimkou případů, kdy je této povinnosti souhlasem pacienta zbaven nebo když je to stanoveno zákonem.
- (10) Lékař, který vykonává své povolání, je povinen odborně se vzdělávat.
- (11) Lékař je povinen při výkonu povolání vést a uchovávat řádnou dokumentaci písemnou nebo jinou formou. Ve všech případech je nutná přiměřená ochrana znemožňující změnu, zničení nebo zneužití.
- (12) Lékař nesmí své povolání vykonávat formou potulné praxe.
- (13) Lékař nesmí sám nebo po dohodě s jinými ordinovat neúčelné léčebné, diagnostické a jiné úkony ze zjištěných motivů. V rámci své pravomoci nesmí poskytovat odborně neodpovídající vyjádření, z nichž by plynuly občanům neoprávněné výhody.
- (14) Pokud lékař doporučuje ve své léčebné praxi léky, léčebné prostředky a zdravotní pomůcky, nesmí se řídit komerčními hledisky, ale výhradně svým svědomím a prospěchem pacienta.

(15) Lékař se podle svého uvážení účastní na prezentaci a diskusi medicínských témat na veřejnosti, v tisku, v televizi, rozhlasu, musí se však vzdát individuálně cílených lékařských rad a doporučení ve svůj soukromý prospěch.

(16) Lékař se musí zdržet všech nedůstojných aktivit, které přímo nebo nepřímo znamenají propagaci nebo reklamu jeho osoby a lékařské praxe a ve svých důsledcích jsou agitační činnostmi, cílenou na rozšíření klientely. Nesmí rovněž tyto aktivity iniciovat prostřednictvím druhých osob.

(17) Nový způsob léčení je možné použít u nemocného až po dostatečných biologických zkouškách, za podmínek dodržení Helsinské konvence a Norimberského kodexu, pod přísným dohledem a pouze tehdy, pokud pacienta nepoškozuje.

(18) Lékař si má být vědom své občanské úlohy i vlivu na okolí.

### § 3 Lékař a nemocný

(1) Lékař plní vůči každému nemocnému své profesionální povinnosti. Vždy včas a důsledně zajistí náležitá léčebná opatření, která zdravotní stav nemocného vyžaduje.

(2) Lékař se k nemocnému chová korektně, s pochopením a trpělivostí a nesníží se k hrubému nebo nemravnému jednání. Bere ohled na práva nemocného.

(3) Lékař se má vzdát paternalitních pozic v postojích vůči nemocnému a respektovat ho jako rovnocenného partnera se všemi občanskými právy i povinnostmi, včetně zodpovědnosti za své zdraví.

(4) Lékař je povinen pro nemocného srozumitelným způsobem odpovědně informovat jeho nebo jeho zákonného zástupce o charakteru onemocnění, zamýšlených diagnostických a léčebných postupech včetně rizik, o uvažované prognóze a o dalších důležitých okolnostech, které během léčení mohou nastat.

(5) Zadržení informací o nepříznivé diagnóze nebo prognóze je možné individuálně v zájmu nemocného dle úvahy a svědomí lékaře. V těchto případech by měl lékař, pokud nemocný neurčil jinak, informovat rodinné příslušníky pacienta nebo osoby jemu blízké.

(6) Lékař nesmí zneužít ve vztahu k nemocnému jeho důvěru a závislost jakýmkoliv způsobem.



#### § 4 Vztahy mezi lékaři

(1) Základem vztahů mezi lékaři je vzájemně čestné, slušné a společensky korektní chování spolu s kritickou náročností, respektováním kompetence a přiznáním práva na odlišný názor.

(2) Lékař v zájmu své stavovské cti i s ohledem na pověst lékařské profese nesmí podceňovat a znevažovat profesionální dovednosti, znalosti i poskytované služby jiných lékařů, natož používat ponižujících výrazů o jejich osobách, komentovat nevhodným způsobem činnost ostatních lékařův přítomnosti nemocných a ne lékařů.

(3) Lékař kolegiálně spolupracuje s těmi lékaři, kteří současně nebo následně vyšetřují či léčí stejného pacienta. Předává-li z důvodných příčin nemocného jinému lékaři, musí mu odevzdat zjištěné nálezy a informovat ho o dosavadním průběhu léčby.

(4) Lékař je povinen požádat dalšího nebo další lékaře o konzilium vždy, když si to vyžádají okolnosti a nemocný souhlasí. Je právem lékaře navrhnout osobu konzultanta. Závěry konziliárního vyšetření mají být dokumentovány zásadně písemnou formou a je povinností o nich informovat nemocného, se zvláštním důrazem tehdy, pokud se názory lékařů liší, a je právem lékaře vzdát se dalšího léčení, pokud se nemocný přikloní k jinému názoru konzultanta.

(5) Lékař musí svou praxi vykonávat zásadně osobně. Zastupován může být jen dočasně, a to lékařem vedeným v seznamu České lékařské komory a splňujícím potřebné odborné předpoklady.

#### § 5 Lékař a ne lékař

(1) Lékař spolupracuje se zdravotními pracovníky vyškolenými v různých specializovaných činnostech. Pověří-li je diagnostickými nebo léčebnými úkoly a dalšími procedurami, musí se přesvědčit, zda jsou odborně, zkušenostmi i zodpovědností způsobilí tyto úkony vykonávat.

(2) Lékaři není dovoleno vyšetřovat nebo léčit s osobou, která není lékařem a nepatří k zdravotnímu personálu. Tyto osoby nesmějí být přítomny ani jako diváci při lékařských výkonech. Výjimkou z uvedených zásad jsou osoby, které se u lékaře vzdělávají nebo pracují v lékařských oborech, a další osoby, s jejichž přítomností pacient souhlasí, pokud není lékařsky zdůvodněných námitek.

### Charta práv umírajících

Doporučení Rady Evropy č. 1418/1999 „O ochraně lidských práv a důstojnosti nevléčitelně nemocných a umírajících.“

(„Charta práv umírajících“)

1. Posláním Rady Evropy je chránit důstojnost všech lidí a práva, která z ní lze odvodit.
2. Pokrok medicíny umožňuje v současné době léčit mnohé dosud neléčitelné nebo smrtelné choroby, zlepšení lékařských metod a rozvoj resuscitačních technik dovolují prodlužování života lidského jedince a odsouvání okamžiku jeho smrti. V důsledku toho se však často nebere ohled na kvalitu života umírajícího člověka a na osamělost a utrpení jak pacienta, tak jeho blízkých a těch, kdo o něj pečují.
3. V roce 1976 v rezoluci č. 613 deklarovalo Parlamentní shromáždění, „že umírající nemocný si nejvíce ze všeho přeje je zemřít v klidu a důstojně, pokud možno v komfortu a za podpory jeho rodiny a přátel.“ V Doporučení číslo 779 z roku 1976 k tomu dodalo, že „prodloužení života by nemělo být jediným cílem medicínské praxe, která se musí současně zabývat i úlevou od utrpení.“
4. Konvence o ochraně lidských práv a lidské důstojnosti s ohledem na aplikaci biologie a medicíny od té doby vyjádřila důležité zásady a připravila cestu, aniž se explicitně věnovala specifickým potřebám nevléčitelně nemocných nebo umírajících lidí.
5. Povinnost respektovat a chránit důstojnost všech nevléčitelně nemocných a umírajících osob je odvozena z nedotknutelnosti lidské důstojnosti ve všech obdobích života. Respekt a ochrana nacházejí svůj výraz v poskytnutí přiměřeného prostředí, umožňujícího člověku důstojné umírání.
6. Jak v minulosti i v současnosti ukázaly mnohé zkušenosti s utrpením, je třeba tato opatření uskutečňovat zvláště v zájmu nejzranitelnějších členů společnosti. Tak jako lidská bytost začíná svůj život ve slabosti a závislosti, stejně tak potřebuje ochranu a podporu, když umírá.

7. Základní práva odvozená z důstojnosti nevléčitelně nemocných nebo umírajících osob jsou dnes ohrožena mnoha faktory:

- Nedostatečnou dostupností paliativní péče a dobré léčby bolesti.
- Častým zanedbáváním léčby fyzického utrpení a nebráním na psychologické, sociální a spirituální potřeby.
- Umělým prodlužováním procesu umírání buď nepřiměřeným používáním medicínských postupů, nebo pokračováním v léčbě bez souhlasu nemocného.
- Nedostatečným kontinuálním vzděláváním a malou psychologickou podporou ošetřujícího personálu činného v paliativní péči.
- Nedostatečnou péčí a podporou příbuzných a přátel terminálně nemocných či umírajících osob, kteří by jinak mohli přispět ke zmírnění lidského utrpení v jeho různých dimenzích.
- Obavami nemocného ze ztráty autonomie, že bude závislým na rodině i institucích a stane se pro ně zátěží.
- Chybějícím nebo nevhodným sociálním i institucionálním prostředím, které by mu umožňovalo pokojné rozloučení s příbuznými a přáteli.
- Nedostatečnou alokací prostředků a zdrojů pro péči a podporu nevléčitelně nemocných nebo umírajících.
- Sociální diskriminací, která je vlastní umírání a smrti.

8. Shromáždění vyzývá členské státy, aby ve svých zákonech stanovily nezbytnou legislativní i sociální ochranu, aby se zabránilo těmto nebezpečím a obavám, se kterými mohou terminálně nemocní nebo umírající lidé být v právním řádu konfrontováni a to zejména:

- Umírání s nesnesitelnými symptomy (například bolesti, dušení, atd.).
- Prodlužováním umírání terminálně nemocného nebo umírajícího člověka proti jeho vůli.
- Umírání o samotě a v zanedbání.
- Umírání se strachem být sociální zátěží.
- Omezováním život udržující léčby (life-sustaining) z ekonomických důvodů.
- Nedostatečným zajištěním financí a zdrojů pro adekvátní podpůrnou péči terminálně nemocných nebo umírajících.

9. Shromáždění proto doporučuje, aby Výbor ministrů vyzval členské státy Rady Evropy, aby ve všech ohledech respektovaly a chránily důstojnost nevléčitelně nemocných nebo umírajících lidí, a to tím:

a) že uznají a budou hájit nárok nevléčitelně nemocných nebo umírajících lidí na komplexní paliativní péči a že přijmou příslušná opatření:

- aby zajistily, že paliativní péče bude uznána za zákonný nárok individua ve všech členských státech.
- aby byl všem nevléčitelně nemocným nebo umírajícím osobám dopřán rovný přístup k přiměřené paliativní péči.
- aby byli příbuzní a přátelé povzbuzováni, aby doprovázeli nevléčitelně nemocné a umírající a aby jejich snaha byla profesionálně podporována. Pokud se ukáže, že rodinná nebo soukromá péče nestačí nebo je přetěžována, musejí být k dispozici alternativní nebo doplňkové formy lékařské péče.
- aby ustavily ambulantní týmy a síť pro poskytování paliativní péče, které by zajišťovaly domácí péči vždy, pokud je možné pečovat o nevléčitelně nemocné nebo umírající ambulantně.
- aby zajistily spolupráci všech osob podílejících se na péči o nevléčitelně nemocného nebo umírajícího pacienta.
- aby vyvinuly a vyhlásily kvalitativní normy pro péči o nevléčitelně nemocné nebo umírající.
- aby zajistily, že nevléčitelně nemocné a umírající osoby, pokud si nebudou přát jinak, dostanou přiměřenou paliativní péči a tišení bolestí, i kdyby tyto léčba mohla mít u příslušného jedince jako nežádoucí (vedlejší) účinek léčby za následek zkrácení života jedince.
- aby zajistily, že ošetřující personál bude vyškolen a veden tak, aby mohl každému nevléčitelně nemocnému nebo umírajícímu člověku poskytnout v koordinované týmové spolupráci lékařskou, ošetřovatelskou a psychologickou péči v souladu s nejvyššími možnými standardy.
- aby založily další a rozšířily stávající výzkumná, výuková a doškolovací centra pro obor paliativní medicíny a péče, stejně jako pro interdisciplinární thanatologii.
- aby zajistily alespoň ve větších nemocnicích vybudování specializovaných oddělení paliativní péče a thanatologických klinik, které by mohly nabídnout paliativní medicínu a péči jako integrální součást každé lékařské činnosti.

- aby zajistily, že bude paliativní medicína a péče ukotvena ve veřejném vědomí jako důležitý cíl medicíny.

b) tím, že budou chránit právo nevléčitelně nemocných a umírajících osob na sebeurčení a že pro to přijmou nutná opatření:

- aby se prosadilo právo nevléčitelně nemocné nebo umírající osoby na pravdivou, úplnou, ale citlivě podanou informaci o jejím zdravotním stavu, a aby přitom bylo respektováno přání jedince, který nechce být informován.

- aby měla každá nevléčitelně nemocná nebo umírající osoba možnost konzultovat ještě jiné lékaře než svého pravidelného ošetřujícího.

- aby bylo zajištěno, že žádná nevléčitelně nemocná nebo umírající osoba nebude ošetřována a léčena proti své vůli, že při svém rozhodování nebude ovlivňována nikým jiným a že na ni nebude nikým činěn nátlak. Musejí být zvažena taková opatření, aby takové rozhodnutí nebylo učiněno pod ekonomickým tlakem.

- aby bylo zajištěno, že bude respektováno odmítnutí určitého léčebného postupu, vyjádřené v písemném projevu vůle (living will), v „pořízení“ nevléčitelně nemocné nebo umírající osoby, která již nebude aktuálně schopná se vyjádřit. Dále musí být zajištěno, aby byla stanovena kritéria platnosti takových prohlášení, pokud jde o rozsah předem vyjádřených pokynů (advance directives), ale i pokud jde o jmenování zmocněnců a rozsah jejich pravomocí. Rovněž musí být zajištěno, že rozhodnutí, učiněná zmocněncem v zastoupení nemocného neschopného se vyjádřit, a která se opírají o předchozí vyjádření vůle nebo o předpokládanou vůli nemocného, budou uznána jen tehdy, když v nastalé akutní situaci nemocný sám svou vůli nijak neprojeví nebo když ji není možno poznat. V takovém případě musí být jasná souvislost s tím, co příslušná osoba říkala v době krátce před okamžikem rozhodování, nebo přesněji, krátce než začala umírat, a to v odpovídající situaci, bez cizího ovlivnění a nátlaku, a ještě při zachovaných duševních schopnostech. Konečně má být zajištěno, aby nebyla respektována zástupná rozhodnutí, jež se opírají jen o všeobecné hodnotové soudy platné v příslušné společnosti, a aby ve sporných případech bylo vždy rozhodnuto ve prospěch života a jeho prodloužení.

- aby bylo zajištěno, že výslovná přání nevléčitelně nemocné nebo umírající osoby týkající se určitých léčebných postupů budou respektována bez ohledu na zásadní terapeutickou odpovědnost lékaře, pokud nejsou v rozporu s lidskou důstojností.

- aby bylo zajištěno, že v případě, kdy není k dispozici předchozí vyjádření vůle pacienta či pacientky, nebude porušeno jeho právo na život. Musí být vytvořen katalog léčebných úkonů, které musejí být poskytnuty za všech okolností a jež nesmí být zanedbány.

c) že zachovají předpis, zakazující úmyslné usmrcení nevléčitelně nemocných nebo umírajících osob a že zároveň:

- uznají, že právo na život, zejména ve vztahu k nevléčitelně nemocným a umírajícím osobám, je členskými státy garantováno v souladu s článkem 2 Evropské úmluvy o lidských právech, který říká, že „nikdo nemá být úmyslně zbaven života“.

- uznají, že přání zemřít, vyjádřené nevléčitelně nemocnou nebo umírající osobou, nezakládá v žádném případě právní nárok na smrt z ruky jiné osoby.

- uznají, že přání zemřít, vyjádřené nevléčitelně nemocnou nebo umírající osobou, samo o sobě nezakládá legální ospravedlnění činností, úmyslně způsobujících smrt.

Text tohoto Doporučení byl přijat Parlamentním shromážděním 25. června roku 1999 na svém 24. zasedání převážnou většinou hlasů, kdy 6 hlasů bylo proti.