

UNIVERZITA TOMÁŠE BATI VE ZLÍNĚ
FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ

Institut mezioborových studií Brno

Bioetika a eutanazie

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Vedoucí bakalářské práce:

PhDr. Mgr. Zdeněk Šigut, PhD., MPH

Vypracoval:

Zuzana Hanzlíková

Brno 2012

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Bioetika a eutanazie zpracovala samostatně a použila jsem literaturu uvedenou v seznamu použitých pramenů a literatury, který je součástí této bakalářské práce.

Elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné.

V dne.....

.....

Podpis

Poděkování

Velice děkuji panu PhDr. Mgr. Šigutovi, PhD., MPH, vedoucímu práce, za jeho odborné rady a především za jeho vstřícný přístup.

Zuzana Hanzlíková

Obsah

Úvod	2
1. Smrt	4
1. 1 Umírání	5
1. 2 Tabu smrti a umírání	5
1.3 Fáze umírání	6
2. Eutanazie	9
2. 1 Proč ne	10
2. 2 Proč ano	13
2. 3 Historie eutanazie	15
2. 4 Eutanazie v Nizozemí a Švýcarsku	18
2. 5 Eutanazie a právo	20
3. Bioetika	29
3. 1 Vývoj	29
3. 2 Vznik	30
3. 3 Bioetika a eutanazie	30
3. 4 Hospicová péče	33
4. Výzkum	35
Shrnutí výzkumu	41
Závěr	42
Resumé	43
Anotace	44
Literatura a prameny	45

Úvod

Vlastní pojem eutanazie ve staré řečtině znamená „dobrá smrt“. Je tomu ale skutečně tak? Existuje vůbec něco takového jako dobrá smrt? Proč naše společnost povětšinou vnímá smrt a umírání jako zlo? A jak s tím vším souvisí bioetika?

Diskuze a problematika o právu těžce nemocných jedinců na usmrcení nás provází od počátku vzniku fungující lidské společnosti. A není divu. Není závažnějších otázek než těch, které se zabývají problematikou počátku a konce lidského života. Na tyto otázky se nám pokouší dát odpověď filosofie, etika, medicína, psychologie, sociologie ale i teologie či právo. To je také jeden z důvodů, proč má eutanazie své vášnivé zastánce ale i odpůrce. To je důvod, proč se vede celospolečenská diskuze na toto téma. Všichni se chceme k tomuto ožehavému problému vyjádřit. Toužíme mít na něj svůj vlastní a správný názor. Je eutanazie dobro či zlo?

Nikdo bychom se nechtěli dostat do situace, kdy by se tato otázka týkala přímo nás nebo našich blízkých. Přesto tyto situace nastávají. Jak bychom zvolili, kdybychom museli rozhodnout v otázce našeho vlastního umírání? A máme alespoň správné a pravdivé informace o umírání, smrti a eutanazii?

Toto téma nepatří k nejlehčím. Přesto jsem si ho okamžitě zvolila. Asi proto, že sama pracuji jako zdravotní sestra. Nyní sice pracuji na chirurgické ambulanci, ale dříve jsem měla možnost pracovat na onkologii a v léčebně dlouhodobě nemocných. Viděla jsem umírající a nevléčitelně nemocné. Mladé ale i starší. Měla jsem možnost s nimi pracovat a hovořit. Musím přiznat, že to bylo poměrně náročné. Ale také mě to obohatilo. Zní to možná jako klišé, ale člověk by se měl radovat z maličkostí a užívat každého nového dne. To mi dává určitý náhled do problematiky, kterou se budu zabývat v mé práci.

Na problematiku eutanazie nemám vyhraněný názor. To mi snad zaručí objektivitu v tomto tématu. Pokud je něco takového možné.

V mé bakalářské práci chci důkladně seznámit s problematikou eutanazie. Definujeme si smrt a umírání. Předložím hlavní argumenty zastánců ale i kritiků

eutanazie. Zapátrám v historii usmrcování z milosti. Zaměřím se na bioetiku a její vztah k eutanazii. Také provedu kvalitativní výzkum mezi zdravotnickým personálem a laiky s cílem zjistit jejich skutečný názor na tuto problematiku.

1. Smrt

Co je to smrt? Pro věřící část lidstva představuje začátek a transformaci naší existence. Nevěřící si smrt spojují s koncem. Pro všechny z nás je to však nejistota. Nebo naopak jistota – víme, že každý z nás jednou zemře. Nevíme však kdy a jak tento okamžik nastane. V dnešní době jsme si zvykli mít naše dny a životy naplánované do posledního detailu. Plánujeme si práci, čas strávený s rodinnou a snad i to, kdy máme být šťastní. Možná také proto se někteří k smrti bojí smrti.

Smrt z medicínského hlediska bývá definována jako nevratná zástava všech životních funkcí v těle. Dochází k zástavě srdeční činnosti a dechu. Mozek přestává vysílat nervové impulzy. Nastává konec lidského života.

Konec lidského života může nastat nečekaně - při tragické nehodě nebo náhlou atakou skrytého onemocnění. Často však přichází po dlouhé a těžké nemoci. Věk ani v jednom případě nehraje roli. Lépe je rodinou i zdravotnickým personálem přijímána smrt u starších osob než u dětí. U starých lidí se jedná o jakési završení života. U dětí se jedná o předčasné přetržení života.

Abychom smrt vnímali komplexně, můžeme ji také rozdělit dle formy zavinění. Ať už našeho nebo zaviněním či přímo úmyslem druhého člověka. To je důležité pro celou tematiku eutanazie. Rozlišujeme vraždu, sebevraždu a přirozenou smrt. Vražda i sebevražda jsou formami zabítí¹. Každý z nás na první pohled zná rozdíl mezi vraždou a sebevraždou. Zavraždění je akt proti vůli oběti. Oběť si nepřeje být zbavena života. Naopak sebevrah si přeje zemřít. Kam patří eutanazie?

Problémem je to, že často se za eutanazii označuje jednání, které nemá s eutanazií nic společného. Platí to také naopak – někdy je eutanazie označena za vraždu. S chybnou klasifikací různých případů se nesetkáváme jen u laiků ale i u odborné veřejnosti. Eutanazie má nejrůznější definice, které si často i protiřečí. Eutanazie je nesmírně komplexní problematika a přesto ji nesmíme zobecňovat. V této otázce může nastat nespočet variant situací a každá je jiná. Dochází také k zjednodušování celé problematiky, odborníci i laici na ni nahlíží černobíle².

¹ Peck, M.S. *Odmítnutí duše*. Praha: Pragma, 2001. S. 34. ISBN 80-7205-757-X

² Peck, M.S. *Odmítnutí duše*. Praha: Pragma, 2001. S. 10. ISBN 80-7205-757-X

Z ošetrovatelského hlediska můžeme rozlišit smrt sociální, psychickou a následně fyzickou.

Smrt sociální označuje stav, kdy je člověk vlivem své nemoci vytržen ze sociálních struktur společnosti. Může nastat například dlouhodobou hospitalizací. Člověk sám sebe izoluje od okolního světa.

Psychická smrt popisuje beznaděj a následnou rezignaci u umírajícího. Ten ztrácí zájem o dění kolem sebe a někdy i o své blízké. Dostává se do situace, kdy je mu všechno jedno. Na druhou stranu, tento stav zjednodušuje přechod do třetího stadia. Tím je fyzická smrt.

Cílem v ošetrovatelské péči o umírající je zabránit nebo alespoň minimalizovat psychickou a sociální smrt. Je nutné zabránit rezignaci a ztrátě zájmu o okolní svět. Mnohem důležitější je přijetí a smíření. To však není jednoduché a ne vždy se to daří¹. Závisí totiž na mnoha faktorech. Například na osobnosti umírajícího, na jeho rodinném zázemí, na typu onemocnění, momentálním psychickém a fyzickém stavu, na lékařích a na sestrách...

Tento konec ale patří k životu stejně jako zrození. Vše má svůj počátek a konec. Musíme se smířit, že smrt k životu patří. To je ale v dnešní společnosti narůstající problém.

1. 1 Umírání

Pojem umírání zná každý z nás a pro každého vyjadřuje totéž. Umírání je, metaforicky řečeno, cestou ke smrti. Cesta, která může být u někoho velmi rychlá, u jiného však zdoluhavá a provázená bolestmi a utrpením. Proto se umírání většinou bojíme více než smrti samotné.

Umírání a smrt nepostihují jen samotnou osobu nemocného. Velice silně působí i na rodinu umírajícího. Je nesmírně těžké vidět, jak blízký a milovaný člověk umírá.

1. 2 Tabu smrti a umírání

Tabu znamená zákaz či nevhodnost zabývat se určitým tématem. V poslední době se pro naši společnost stává tabuizovaným téma smrti a umírání. Možná je to způsobeno

¹ Kutnohorská, J., *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2007. S. 74. ISBN 978-80-247-2069-2

změnou lidského odchodu ze života. Začátek tabuizování smrti odborníci datují do období mezi světovými válkami.

Dříve lidé umírali doma obklopeni svými blízkými. Smrt byla brána jako běžná součást života. Malé děti se také účastnily již od raného věku rozloučení se s umírajícím. Po smrti také právě děti držely stráž u mrtvého. Také průměrná doba lidského života nebyla tak vysoká jako dnes. Většina lidí byla věřící. To lépe pomáhalo snášet nevyhnutelnost smrti. Takové umírání označujeme jako ritualizované.

Dnes převládá umírání institucionální. Lidé většinou umírají v léčebnách dlouhodobě nemocných, v nemocnicích či v domovech důchodců. Společnost jim nedělá rodina ale zdravotnický personál. Naučili jsme se smrt odsouvat do pozadí. Nevnímáme ji, snažíme se na ni zapomenout. Nechceme ji vidět. Naštěstí se ale v dnešním světě pomalu ale jistě rýsuje zlatá střední cesta v podobě hospicové péče.

1. 3 Fáze umírání

V každé učebnici ošetřovatelství a v psychologických knihách zaměřených na konec lidského života nalezneme pět stádií smrti/umírání. Jejich autorkou je psycholožka E. Kübler-Rossová a prostřednictvím těchto etap vysvětluje emoční stav nejen umírajícího ale také příbuzných a pozůstalých.

Fáze umírání dle Kübler-Rossové:

První fáze – Negace

Člověk je otřesen. Odmítá uvěřit tomu, že umírá. Je přesvědčen, že došlo k chybné diagnostice jeho onemocnění.

Druhá fáze – Agrese

Nemocný pocítuje vztek a nenávisť k zdravotnickému personálu ale i k ostatním zdravým lidem. Nechápe a zlobí se, proč právě jeho potkalo něco tak hrozného¹.

¹ Kutnohorská, J., *Etika v ošetřovatelství*. Praha: Grada, 2007. S. 70 - 77. ISBN 978-80-247-2069-2

Třetí fáze – Smlouvání

Člověk hledá východisko z nastalé situace. Obrací se k bohu, slibuje mu za uzdravení nejrůznější věci. Zkouší navštěvovat léčitele ale i experimentální léčbu.

Čtvrtá fáze – Deprese

Pro toto období je typická bezmoc a strach. Nemocný prožívá smutek z nevyhnutelné smrti. Právě v této fázi se objevují fráze typu: „Už aby byl konec...“ Musíme si uvědomit, že v této fázi je to běžné. Na nemocného je toho příliš. Kromě vlastního onemocnění a nepříjemných symptomů, které provází terminální stadia nemoci, čelí tváří v tvář bezmoci a vlastní smrtelnosti. Pokud pacient v této etapě požádá zdravotníka o ukončení života, nesmí být tato žádost brána vážně (u nás to platí ve všech etapách, myslím tím situaci v Holandsku, kde je eutanazie ze zákona možná).

Sama jsem několikrát zažila, že stesky a přání urychlení odchodu ze života jsou běžné. Nutné je, aby pacient nezůstával v depresi příliš dlouho. Nutná je spolupráce rodiny, zdravotníků ale například i duchovního či psychologa. Na to však v nemocnicích na velkých lůžkových odděleních není příliš času. Stále je kladen velký důraz na fyzickou stránku než na psychiku nemocného. Kde je chyba? Problém je spíše v systému samotném než u jednotlivců. Představme si nemocniční oddělení, kde je 50 lůžek obsazených těžce nemocnými. Na denní ale i noční směně bývá málo zdravotních sester a ošetřovatelek. Na každou připadá příliš pacientů. Sestra musí stihnout celkovou ošetřovatelskou péči u všech svých pacientů (sem spadá i celková hygiena) včetně odběrů a dalších medikací lékařů. O dokumentaci, která provází propuštění, příjem či přeložení pacientů, nemluvě. Není v lidských silách v takovém provozu věnovat každému nemocnému komplexní péči, kterou vyžaduje. Nemělo by se začít s nápravou? Jenže v současném stavu českého zdravotnictví to zní jako utopie. Proto si nesmírně vážím a obdivuji hospicovou péči, které se budeme podrobně věnovat níže.

Pátá fáze – Smíření

Nejdůležitější etapa ze všech výše jmenovaných. Nastává smíření se smrtí. Nemocný ji akceptuje. Bohužel ne vždy se umírající dostává k etapě smíření¹.

¹ Kutnohorská, J., *Etika v ošetřovatelství*. Praha: Grada, 2007. S. 70 - 77. ISBN 978-80-247-2069-2

Tyto stadia umírání či zármutku po odchodu blízké osoby nemusí proběhnout ve výše uvedeném pořadí. Stejně tak u umírajícího člověka nemusí nastat všechny výše jmenované.

Ideální by však bylo, aby se každý z nás dostal do páté a nejdůležitější fáze smíření. Právě v tom spočívá podstata dobrého odchodu ze života.

2. Eutanazie

Nejprve si musíme charakterizovat pojem, kterým se budeme zabývat. Definice zabývající se eutanazií jsou různé. Munzarová eutanazii definuje jako: „*Úmyslné ukončení života (= jeho zabití) někým jiným než člověkem samotným na jeho vlastní žádost*“¹. Při eutanazii je nezbytné, aby byla dodržena základní podmínka. Tato podmínka vyžaduje trpícího a nevléčitelně nemocného pacienta, který si přeje zemřít. Má na to ale nárok?

Můžeme se také setkat s pojmy aktivní a pasivní eutanazie. Aktivní znamená, že se jedná o eutanazii v pravém slova smyslu. Znamená to ono rozhodnutí nevléčitelně nemocného a trpícího člověka, který není pod tlakem, k ukončení svého života za asistence lékaře. Zde se názorově odborníci nerozcházejí. Na rozdíl od pojmu pasivní eutanazie. Někteří odborníci pod tímto pojmem označují neprodužování léčby u nevléčitelně nemocných. Jiní zase tímto pojmem označují zvyšování dávek analgetických opiátů.

Zvyšování dávek sice účinně uleví trpícímu člověku od bolesti, stinnou stránkou ale bývá to, že zvyšování dávek může vést k zástavě srdce a následné smrti. Proti tomu stojí jiná skupina odborníků, která tento pojem a dělení na pasivní a aktivní eutanazii neuznávají. Dle nich je jen aktivní eutanazie eutanazií².

Léčba a tlumení bolesti, byť vysokými dávkami opiátů, patří k základním pilířům paliativní medicíny. Paliativní léčba je léčba zaměřená na symptomy, pokud neumíme vyléčit nemoc samotnou, například rakovinu v terminálním stadiu. A jedním z hlavních příznaků, kterými se terminální stadia vyznačují, jsou narůstající bolesti. Od té se snaží lékaři nemocnému ulevit. Dávky analgetik se obvykle nezvyšují proto, aby způsobily smrt. Cílem je ulevit od bolestí. Proto by se tlumení bolesti a zvyšování dávek opiátů u trpících dle mého názoru (a zkušeností) nemělo označovat za pasivní eutanazii.

¹ Munzarová, M., *Eutanazie, nebo paliativní péče?* Praha: Grada, 2005. S. 49. ISBN 80-2471-025-0

² Kořenek, J., *Lékařská etika.* Praha: Triton, 2002. S. 161-162. ISBN 80-7254-235-4

2. 1 Proč ne

Musíme si uvědomit, že donedávna byla sebevražda neodpuštělným stigmatem. Navíc propagátoři eutanazie jsou často pro její rozšíření na širší okruh pacientů¹. Zde začíná ona pomyslná cesta do pekel. A dnešní doba tomu hraje do karet. Stáří již neznamená zkušenosti a moudrost. Staří lidé bývají v moderní společnosti na obtíž. Jako bychom nechtěli vidět, že jednou také zestárneme. Tak tomu často je i s lidmi, kteří se odlišují od většiny a u jedinců s postižením.

Diskutuje se o usmrcování novorozenců s vážnými defekty a postižením. To už ale dochází k odchýlení od základního principu eutanazie. Ta má v první řadě pomáhat trpícím a musí být dotyčným člověkem vyžádána.

Hrozí nebezpečí, na které upozorňují odpůrci, že lidé budou využívat eutanazii k očišťování lidské společnosti. Začneme si hrát na boha a určovat, kdo si zaslouží žít a kdo ne. Nesmíme ale zapomínat, že život je právo a ne zásluha. Nezapomínejme na odstrašující případy zdravotnického personálu, kteří vraždili pacienty a domývali se, že konají dobro. „Heprinový vrah“ Zelenka je jejich typickým zástupcem.

Dalším argumentem odpůrců spočívá v osobě, která by usmrcení prováděla. Lékař. Osoba, která má léčit, ne zabíjet. Vždyť i Hippokratova přísaha, kterou lékaři skládají po staletí, zní: *„Přisahám při lékaři Apollonovi a Asklepiovi a Hygieii a Panaceii a při všech bozích a bohyních, jež беру za svědky, že budu plnit podle svých schopností a podle svého úsudku tuto přísahu a smlouvu: Budu považovat toho, který mě naučil tomuto umění, za rovnocenného svým rodičům a budu žít svůj život v partnerství s ním; bude-li mít potřebu peněz, rozdělím se s ním o svůj díl; budu se dívat na jeho potomky tak jako na své bratry v mužské linii a budu je učit tomuto umění – budou-li si přát být tomuto učení, a to bez odměny a bez smluvní listiny; podělím se o předpisy, ústní instrukce a o všechny ostatní vědomosti se svými syny a se syny toho, který mě učil, a s žáky, kteří podepsali závazek a složili přísahu dle lékařského zákona, ale s nikým jiným. Budu aplikovat dietetická opatření pro dobro nemocných podle svých schopností a podle svého úsudku; budu je chránit před poškozením a před křivdou. Nepodám nikomu smrtící látku, i kdyby ji ode mne žádal, a ani nikomu tuto možnost nenavrhnou².*

¹ Pollard, B., *Eutanazie Ano či ne?*. Praha : Dita, 1996. S. 103 - 129. ISBN 80-85926-07-5

² Pollard, B., *Eutanazie Ano či ne?*. Praha: Dita, 1996. S. 170-174. ISBN 80-85926-07-5

Podobně nepodám ženě abortivní prostředek. V čistotě a v posvátnosti budu střežit svůj život a své umění. Nepoužiji nože, dokonce ani ne u lidí trpících kameny, ale ustoupím ve prospěch těch, kteří se zabývají touto prací. Navštívím-li kterýkoliv dům, přijdu pro blaho nemocného a budu prost jakékoliv záměrné nepravosti, veškeré zlomyslnosti a obzvláště sexuálních vztahů at' se ženami, nebo s muži, at' se svobodnými, nebo s otroky. Cokoliv uvidím nebo uslyším v průběhu léčení nebo dokonce mimo léčení v pohledu na život lidí, to, co se v žádném případě nesmí šířit mimo dům, vše si nechám pro sebe; vždyť bych se musel stydět o tom mluvit. Jestliže splním tuto přísahu a neporuším ji, mohu mít zaručeno, že se budu radovat ze života a z umění a že budu ctěn a proslulý mezi všemi lidmi na všechny časy, které přijdou; jestliže ji však poruším a budu přísahat falešně, at' je opak toho všeho mým údělem¹.“

Záměrně uvádím celé znění Hippokratovy přísahy. Obsahuje totiž i dnes již neplatné formulace. Třebas antikoncepce je běžnou součástí medicíny. Ale základní myšlenka této přísahy má v sobě nesmírnou hloubku a pravdu. Jak jinak by přečkala z antických věků do současnosti?

Má pacient vůbec právo žádat druhou osobu, aby ukončila jeho život? Práva každého člověka končí tam, kde začínají práva druhého. Nemáme právo žádat po jiné osobě, aby nám usnadnila odchod ze života. Přesněji řečeno, požádat někoho o ukončení života smíme. Neměli bychom to ale nařizovat zákonem. To by byl zásah do práv osoby, která by měla eutanazii provádět. V Holandsku, kde je eutanazie legalizována, je to ošetřeno tím, že lékař eutanazii provést nemusí.

Také se musíme zamyslet, jak by uzákoněná eutanazie zasáhla do vztahu mezi pacienty, kteří netrpí závažným onemocněním a lékaře. Pohled na lékaře by se mohl zhoršit. Bezpochyby by jej někteří považovali za vraha.

Další (nutno podotknout že společný se zastánci eutanazie) argument odpůrců se opírá o pokroky v medicíně. Dokážeme léčit nemoci, o kterých se našim předkům ani nesnilo. Transplantujeme tělesné orgány. Léčba rakoviny kráčí pomalu ale jistě mílovými kroky kupředu. Každou chvíli je objeven nový léčebný preparát. Máme roboty, kteří zvládají (za lidské asistence) provádět komplikované operace... Jak tedy víme, že na smrtelnou nemoc nebude v brzké době vynalezena účinná léčba?

¹ Pollard, B., *Eutanazie Ano či ne?*. Praha: Dita, 1996. S. 170-174. ISBN 80-85926-07-5

Problematika rozhodnutí v otázce eutanazie spočívá v její nevratnosti. Pokud lékař usmrtí nemocného, je to nezvratný akt. V životě stejně jako v medicíně se dá ledasco napravit. Pokud lékař naordinuje léčbu, které na pacienta nezabírají, zkusí se něco dalšího. U eutanazie to neplatí.

Z českých odpůrců eutanazie mě velmi zaujaly názory doktorky Munzarové, specialistky na hospicovou péči. Ze světových bych jmenovala anesteziologa doktora Pollarda. Oba se shodují v tom, že více než na eutanazii bychom se měli zaměřit na hospicovou péči. Zvyšovat kvalitu péče o umírající, nikoliv přímo usmrctvat nemocné. Pokud se totiž zlepšuje péče o umírající po stránce biologické, psychologické, sociální a duchovní, tak ubývá z jejich strany žádostí o předčasné ukončení života. Také upozorňují, jestli je žádost o smrt skutečně dobrovolná a učiněná svobodně, pokud nemocný trpí.

Nesmíme si myslet, že většina těžce nemocných pacientů si přeje smrt. Opak je pravdou. Času je málo, tak proč si ho ještě zkracovat? Větší procento umírajících se své naděje na uzdravení nevzdává do posledních okamžiků. Bojují o svůj život. O každý den navíc. Podstupují opakovaně náročné cykly chemoterapie a radioterapie, zakoušejí experimentální léčbu. Při léčbě každého onemocnění je nesmírně důležitý přístup pacienta. U pacientů s optimistickým přístupem a takřka smrtelnou diagnózou jsou čas od času zaznamenány případy téměř zázračného uzdravení. Nemoc také mění priority, ukazuje co je opravdu důležité. Často jsem byla svědkem naprosté změny osobnosti nemocného k lepšímu.

Do chirurgické ambulance na Masarykův onkologický ústav docházela dvaapadesátiletá žena pravidelně k odstraňování kožních naevů. Prakticky vždy měla problém, nelíbilo se jí dlouhé čekání atd. V rozhovoru si také neustále stěžovala na celou svoji rodinu. Po jednom odstranění znaménka a histologickém rozboru přišla nepříznivá diagnóza – maligní melanom. Tehdy jsem na vlastní oči viděla neuvěřitelnou změnu. Z nepříjemné ženy se stala ohromná bojovnice. Sekala jsem se s ní ještě několikrát, když byla hospitalizována k reoperaci a chemoterapii. Byla milá, svoji rodina si nemohla vynachválit a dokonce ještě dodávala odvalu ostatním pacientkám. Tehdy mi také přiznala, že jí až těžká nemoc otevřela oči. Nedávno u nás byla na pravidelné kontole. Onemocnění je zatím stabilizováno, přesto ještě nemá vyhráno. Přesto si ani jedinkrát nepostěžovala.

Ne, nechci těžké onemocnění idealizovat. Nikomu nepřeji, aby jej prožil. Chci jen upozornit na to, že na nemoc nesmíme pohlížet skrz tmavé brýle. Důležité je zmobilizovat všechny síly a pokusit se vzdorovat co nejdéle je to možné. A až v krajním případě přemýšlet nad dobrovolným odchodem ze života.

Další okolností je to, že pacient sice nemá nárok na eutanazii, ale způsob k urychlení své smrti má. Má nárok na ukončení léčby či její nezahájení.

To je právo, které nikdo z odborníků nezpochybňuje. Často se k tomuto kroku uchylují klienti, u nichž opakované série chemoterapie a hospitalizací nevedou k zástavě rakovinného bujení. Více je totiž vyčerpává náročná a drastická léčba než nemoc sama. Jedna pacientka mi právě po takovém kroku řekla, že raději bude žít o měsíc méně, než aby ten měsíc života navíc strávila zvracející na nemocniční toaletě.

2. 2 Proč ano

Jedním z nejzákladnějších lidských práv je právo na život a na sebeurčení. To nám zaručuje Listina základních práv a svobod.¹ Pokud máme právo na život, zákonitě bychom měli mít právo na důstojnou smrt. Navíc nikdo by neměl rozhodovat o tom, jak máme žít či zemřít. Naše doba s sebou přináší velkou svobodu. Pravděpodobně největší, jaké se lidem kdy dostalo. Máme ústavy a listiny základních lidských práv. Řídíme svůj život dle našeho nejlepšího vědomí a svědomí a neseme za svá rozhodnutí odpovědnost. Proč by tomu tedy mělo být jinak v posledních okamžicích našeho života?

Často si s eutanazií veřejnost automaticky spojuje nejružnější typy nádorového onemocnění. Už méně laická veřejnost vidí jiná onemocnění. Například ta, která patří do skupiny neurodegenerativních chorob. Způsobují postižení centrální nervové soustavy, to znamená celkový úpadek jak těla tak mysli. Alzheimerova či Huntingtonova choroba jsou pro mě osobně větší strašáci než rakovina.

Alzheimerova choroba postihuje zejména starší populaci a je typem demence. Vede k naprosté devastaci kognitivních funkcí. Mezi takto postižené patří například spisovatel

¹ Ústava - zákon č.2/1993, Sb. Listina základních práv a svobod, čl. 6.

Terry Pratchett. Ten sám se v rozhovorech často vyjadřuje pro podporu eutanazie. Sám je k takovému kroku prý odhodlán, jakmile se nemoc stane neúnosnou.

Huntingtonova nemoc způsobuje postupnou ztrátu kontroly nad všemi svaly. Dochází k mimovolným pohybům, následně dochází k rozpadu osobnosti. Mezi postižené patří mladí lidé.

Prováděla jsem ošetrovatelskou péči u pacientů s výše zmíněnými onemocněními. Bylo to pro mě psychicky náročnější než u pacientů s onkologickou diagnózou. Tyto nemoci totiž přinášejí to, čeho se obává každý člověk. Ztrátu soběstačnosti a naprostý rozpad osobnosti. Nejhorší je ale to, že pacienti si tuto situaci uvědomují až do pokročilých stádií obou nemocí.

Pacientka s Huntingtonovým syndromem již v anamnéze měla pokus o sebevraždu. Nebylo jí ještě ani třicet let, měla manžela a dítě. Přesto s vidinou toho, jaká fyzická troska se z ní stává, chtěla své trápení ukončit. Nechtěla také, aby si ji pamatovali její muž a dcera ve stavu, kdy se sama nenají a nedojde si na toaletu. Kdy bude třeba i agresivní na své nejbližší.

Právě u těchto typů onemocnění chápu zájemce o eutanazii. Kdo může těmto lidem něco přikazovat, když sám není v tomto stavu? Když neví, jaké utrpení nemoc přináší? My zdraví bereme spoustu věcí jako samozřejmost. Připravit si a zkonsumovat jídlo je přece snadné. I osobní hygiena či oblékání. Představme si ale situace, kdy by tyto úkony nebyly v našich silách. Kdybychom byli neustále odkázáni na druhé. Na rodinu. Na cizí ošetrovatelku. Jak dlouho bychom zvládli takový kvalitně výrazně snížený život? Během mé práce v nemocnici jsem se setkala s třiatřicetiletým klientem. Ochrnul od krku dolů poté, co u něj došlo ke krvácení do mozku z neznámé příčiny. K tomuto krvácení u něj došlo v pouhých dvaadvaceti letech (!). Když jsem se s ním setkala, byl odkázán na druhé deset let. Měl podporu rodiny, kvalitní lékařskou, ošetrovatelskou i psychologickou pomoc. Přesto mi jednou řekl, že to není život ale přežívání. Tenkrát jsem nevěděla, co mu na to odpovědět. A nevím to dodnes.

Další argument pro eutanazii je stejný, jaký mají odpůrci. Ano, je to výše zmiňovaný pokrok v medicíně.

Pokud každý den medicína překračuje hranice svých možností, dokáže připustit, že na něco nestačí? Že smrt může být vysvobození? V době, kdy máme přístroje, které dovedou udržet roky při "životě" klienty při prokázané klinické smrti? Ale je to život?

Všechno musí mít své hranice. „*Lékaři nejenže mohou, ale především musí dovolit zemřít, ale rozhodně nesmí úmyslně zabít*“¹. To ale bývá problém. Lékaři někdy nechtějí dovolit zemřít. Dochází k situacím, kdy se provádí zbytečné a zatěžující vyšetření či zákroky. I u pacientů, u kterých je odchod z tohoto světa nevyhnutelný a kvapem se blíží. Tito lidé si přejí odejít v poklidu a ne do poslední chvíle absolvovat zákroky, které je nevyléčí, ale jen o pár dnů oddálí nevyhnutelné.

2. 3 Historie eutanazie

V následující kapitole se zaměříme na vývoj názorů na eutanazii v dějinách lidstva. Kdy to všechno začalo? Kdy se lidé přikláněli k názorům těch, co jsou pro legalizaci asistované dobrovolné smrti?

Pravěk

V prehistorických dobách se lidé tímto problémem nezaobírali. Právo silnějšího bylo jediným praktikovaným pravidlem. Nemůžeme jim to mít za zlé v dobách, kdy představovalo úspěch dožít se třicítky. Většina poranění a onemocnění končila smrtí.

A pokud ne, tlupa je nechala napospas svému osudu. S pohřbíváním se zpočátku také nenadělalo příliš vědy. Ale nakonec k tomu začalo docházet. Je to snad zrod prvního sociálního citění u lidí? Postarat s totiž o své nemocné a mrtvé, patří k základním pilířům lidské společnosti.

Antika

Antika se vyznačovala až posvátným uctíváním dokonalosti a krásna. Všeobecně je známo o házení slabých či nemocných spartských dětí ze skály. Eutanazie byla praktikována, otázkou je nakolik dobrovolná.

Mezi přívržence „dobré smrti“, jak ze staré řečtiny překládáme, patřili velcí filosofové Sokrates a Platón².

¹ Kořenek, J., *Lékařská etika*. Praha: Triton, 2002. S. 165. ISBN 80-7254-235-4

² Ondok, J., *Bioetika*. Praha: Triton, 2005. S. 45. ISBN 80-7254-486-1

Musíme si uvědomit, že přes všechn rozkvět kultury, to byla léta válek. Hlavní cenu pro společnost měli muži schopní válečného řemesla. Slabí by představovali přítěž rozvíjejícím se městským státům. Ale nesmíme antickému Řecku jen křivdit, právě zde má svůj původ Hippokratova přísaha, hlavní pilíř etiky v medicíně.

Antický Řím také neviděl nic špatného na zbavování se slabých novorozenců a jiného předčasného ukončování života.

Středověk

K názorovému obratu dochází nejprve v židovsko - křesťanské tradici. Stejně jako dnes i tenkrát je kladen větší důraz na záchranu života než na přání pacienta.

Nesmíme zapomínat na desatero a hlavní přikázání: „Nezabiješ!“. Od středověku až do současnosti katolická církev a ortodoxní židé brojí proti sebevraždám, interrupcím a eutanazii. Tyto akty patří ke smrtelným hříchům. Upozorňují, že život je dar od boha a jedině on o něm může rozhodovat¹.

Přesto nebo právě proto měli lidé ve středověku k umírání a smrti kladnější vztah než nyní. Že smrt není konec, ale začátek bylo bráno jako samozřejmost. Víra slibovala (a slibuje) za čestný život mnohem lepší život po smrti.

Moderní doba

První kniha o tabuizovaném tématu vyšla v roce 1890. Autorem byl německý spisovatel Jorst. Jeho kniha Právo zemřít nevyvolala přílišný zájem. Na rozdíl od knihy „Poskytnutí souhlasu k ukončení života, který životu není hoden“ německých autorů Bindiga a Hocha². Tato kniha bohužel neprošla bez povšimnutí. Právě naopak. Kniha a tematika byla zneužita nacisty. Již před vypuknutím války docházelo v Německu k hromadným vraždám lidí s tělesným či duševním postižením. Zvrácená nacistická ideologie začala vytvářet svůj vzor ideálního člověka. Árijsky čistý národ patřil k základním myšlenkám nacistické ideologie. Roku 1930 začíná propagace eutanazie a jejích výhod. Po celém Německu jsou šířeny letáky, na kterých je uváděna finanční částka, kolik stojí stát a společnost péče o člověka s postižením. Na propagačních materiálech je uváděna částka 60 000 říšských marek za rok péče o jednoho člověka s postižením. To byla suma, za kterou se tehdy daly postavit 4 byty³.

¹ Kutnohorská, J., *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2007. S. 30. ISBN 978-80-247-2069-2

² Pollard, B., *Eutanazie Ano či ne?*. Praha: Dita, 1996. S. 67. ISBN 80-85926-07-5

³ Horák, V. *Akce T4*. Epocha, 2012. S. 14 – 15. 2. číslo. ISSN 1214-9519

Nucená eutanazie v masovém měřítku začíná spolu s vypuknutím války. Stanovisko nacistických vůdců zní jasně – místo v nemocnicích je potřeba pro zraněné vojáky, ne pro handicapované. Vzniká Výbor pro vědeckou evidenci postižených v čele s doktorem Karlem Brandtem. Ten působí také jako lékař Adolfa Hitlera. Hlavní náplní Výboru je schvalování žádostí o zabíjení dětí s postižením. Práce má více než dost. Zejména po tom, co je v Německu uzákoněna povinnost hlásit na tento úřad narození každého dítěte s handicapem. O dalším osudu takových dětí rozhoduje porota. Stačí souhlas tří (!!!) odborných členů a o smrti je rozhodnuto. Pokud rodina s takovým verdiktem nesouhlasí, neznamená to víc než nic. Výbor rodinně dítě odebere a umístí jej do sanatoria, kde o ně má být „dobře“ postaráno. Po pár měsících dostávají rodiče zprávu, že dítě zemřelo na zápal plic. V průběhu norimberských procesů vyšlo najevo, že zápal plic byla lež. Děti byly ve skutečnosti vražděny aplikací fenolové injekce.

Dále vzniká na území Třetí říše Registr lidí s duševními poruchami nebo tělesným postižením. Masové vraždy dospělých začínají také se začátkem války. Spolu s dobytým územím a podrobováním dalších národů nucené eutanazie přibývá. Injekce již nestačí. A navíc jsou drahé. Povinné eutanazie, tak vraždění označují sami nacisté, dostává jméno Akce T4. Vedoucím projektu je Viktor Brack, dále Brandt a Philipp Bouhler. Fenolové injekce jsou nahrazeny oxidem uhelnatým. Povinná eutanazie se jeho používáním urychluje a nabývá ještě obudnějších rozměrů. Mezi místa, kdy byla praktikována patří například klinika Hadamar (14 494 usmrcených), hrad Sonnenstein (asi 14 051 usmrcených) nebo zámek Hartheim (více jak 8000 zavražděných)¹. V Německu a v ostatních zemích se proti programu T4 zvedla vlna protestů a kritiky. Vždyť jen v roce 1940 bylo v Německu usmrceno 70 000 osob s postižením. Program je tedy v roce 1941 oficiálně ukončen. Ve skutečnosti však pokračuje. Německo má však další úkoly. Holocaust Židů a genocidu Slovanů.

Toto jednání nelze považovat za eutanazii. Vhodnějším termínem je masová vražda. Za celou nacistickou diktaturu se tento počet zavražděných nemocných zvyšoval. Odborníci konečné číslo odhadují na 275 000 usmrcených². Samozřejmě nesmíme zapomínat na další miliony lidí s nevhodným neárijským původem či politickým názorem.

¹ Horák, V. *Akce T4*. Epoque, 2012. S. 14 – 15. 2. číslo. ISSN 1214-9519

² Kořenek, J. *Lékařská etika*. Praha: Triton, 2002. S. 161. ISBN 80-7254-235-4

Současnost

Po hrůzách druhé světové války se tematika eutanazie opět otvírá v 60. letech 20. století a přetrvává prakticky dodnes¹. Diskuze se vede v nejrůznějších úrovních – mezi odborníky ale i mezi laickou veřejností. Konečné či snad správné stanovisko však neočekávejme. U tak závažné problematiky nelze dospět k jasnému stanovisku. Otázku eutanazie musíme posuzovat případ od případu. A musíme si uvědomit, že ve většině zemí je eutanazie považována za vraždu.

2. 4 Eutanazie v Nizozemí a Švýcarsku

S legalizovanou eutanazií se v Evropě můžeme setkat v Belgii, Švýcarsku, Lucembursku a v Holandsku. V mé práci se zaměřím na holandský a švýcarský model.

Holandsko je zvláštní země ve střední Evropě. Je charakteristické určitým volnomyšlenkářstvím. Je zde legalizovaná prostituce i tzv. „lehké“ drogy. A také je Nizozemí státem, který legalizoval lékařem asistovaný odchod nevléčitelně nemocných ze života. Stalo se tak v roce 2001.

Již před tím byla eutanazie za určitých podmínek tolerována. Historie této tolerance sahá až do roku 1973. V tomto roce se jedna lékařka přiznala, že provedla eutanazii u své umírající matky, která ji opakovaně o to prosila. Soud ji shledal vinnou, odsoudil ji však podmíněčně na jeden týden odnětí svobody.

V následujících letech docházelo v obdobných případech také k podmíněčným trestům bez větší odezvy laické veřejnosti. Veřejné mínění se však rozdělilo v případě z roku 1988. Několik ošetřovatelek, pečujících o pacienty v bezvědomí na jednotce intenzivní péče, usmrcovalo právě pacienty v bezvědomí. Prováděly to tak, že injekčně vpravovaly nemocným látku způsobující smrt. Protože pacienti v bezvědomí o eutanazii nežádali, je otázka, zda takové jednání označovat pojmem eutanazie. Přesto si ošetřovatelky od soudu vyslechly opět podmíněčný trest. Později však byla nevyžádaná eutanazie holandskými úřady označena za zločin².

Výše popsanou cestou se dostáváme až do onoho roku 2001. Zákonodárci, jenž se podíleli na legalizaci usmrcování nemocných na vlastní žádost, zdůvodňují svoje

¹ Ondok, J., *Bioetika*. Praha: Triton, 2005. ISBN 80-7254-486-1

² Pollard, B., *Eutanazie Ano či ne?*. Praha: Dita, 1996. S. 148. ISBN 80-85926-07-5

rozhodnutí tím, že se eutanazie dostane pod lepší kontrolu. Minimalizuje se riziko zneužití a zvýší se dohled ze strany úřadů. Jestli je tomu skutečně tak, je otázkou. Lidé umí zneužít prakticky cokoliv, proč by tomu u eutanazie mělo být jinak¹.

Asistovaná sebevražda je ve Švýcarsku povolena od 40. let 20. století. Nesmí ji provádět osoba, která je lékařem a která by na smrti dotyčného měla zvláštní zájem². Právě ve Švýcarsku vznikají kliniky specializující se na eutanazii. A opět zde se začíná rozšiřovat „sebevražedná turistika“. Míří sem nevyléčitelně nemocní z celého světa s jediným cílem – zemřít. Tato služba není zadarmo. Nemocní si platí pobyt a později i usmrcení. To na celou věc vrhá stín etických pochybností. Nestává se z eutanazie byznys namísto pomoci trpícím? Ale na straně druhé, jakou jinou možnost mají umírající, kteří si eutanazii skutečně přejí? Mohou se zabít sami. To ale není tak jednoduché. Navíc sebevražda se nemusí podařit a jediné co zůstane, jsou trvalé zdravotní následky. To by pro umírající znamenalo „z bláta do louže“. Těžko můžeme soudit tak závažnou situaci, když jsme ji nikdy nezažili na vlastní kůži.

S legální eutanazií si musíme přiblížit ještě pojmy „šikmá plocha“ a „kluzký svah“. Oba v literatuře, která se zabývá medicínskou etikou, vyjadřují totéž. Po legalizaci eutanazie a jejím provádění se můžeme dostat do situace, kdy se celá věc zvrtné do obludných a těžko obhajitelných měřítek. Je to situace, kdy při legalizaci eutanazie stojíme na pomyslném „kluzkém svahu“³. Stačí nepatrný krok a už jedeme morálním bahnem dolů a není cesty zpět. Pokud se usmrcování nemocných stane běžnou rutinou, kde bude hranice? Kdo zabrání tomu, aby zdravotníci neprováděli i eutanazii nevyžádanou? Mě osobně při té představě běhá mráz po zádech. Některé morální zábrany nesmí padnout.

Nesouhlasím s legalizací eutanazie. Také se mi nezamlouvá situace, kdy všichni ostatní říkají umírajícím, co smí a co ne. Musíme posuzovat případ od případu. Smrt a umírání je vysoce individuální, proto postupujme individuálně.

¹ Pollard, B., *Eutanazie Ano či ne?*. Praha: Dita, 1996. S. 148. ISBN 80-85926-07-5

² Pollard, B., *Eutanazie Ano či ne?*. Praha: Dita, 1996. S. 151. ISBN 80-85926-07-5

³ Kořenek, J., *Lékařská etika*. Praha: Triton, 2002. S. 163. ISBN 80-7254-235-4

2. 5 Eutanazie a právo

Eutanazie taktéž zasahuje do oblasti práva. Není divu. Právo totiž slouží jako nástroj společnosti k ochraně důležitých hodnot společnosti. A lidský život je nejvyšší prioritou. Základem práva by měla být etika. Všichni známe poučku, která označuje právo za minimum morálky. Základním rozdílem mezi etikou a právem je to, že právo je vymahatelné státními orgány.

Současný rozvoj lidských práv a důraz na lidskou svobodu přináší novou škálu závažných otázek. Lidé jsou dnes přesvědčeni o tom, že mají právo rozhodovat sami o všech aspektech svého života. Právo a zákony často nevnímají jako ochranu ale spíše jako omezení své autonomie. Jak je to tedy s vývojem práva a právního náhledu v otázce eutanazie?

Usmrcení druhého člověka je dle českého právního řádu považováno za vraždu. V letech 2005 – 2006 byla iniciativa o vytvoření nového trestního zákona, podle kterého by bylo usmrcení umírajícího na jeho vlastní žádost upraveno jako nová skutková podstata trestného činu. Týkalo se to § 115 Usmrcení na žádost, za který by byla nižší trestní sazba (maximálně 6 let odnětí svobody). Nic z výše uvedeného však nebylo schváleno. To je zatím poslední legislativní pokus v České republice o úpravu práv ohledně eutanazie.

Náš právní systém je zaměřen zejména na ochranu života. Právo na život nalezneme jak v Ústavě (zákon č.2/1993, Sb. Listina základních práv a svobod, čl. 6). Stejně jako právo na důstojnost (článek 10 Listiny základních práv a svobod). Nesmíme zapomínat ani na mezinárodní úmluvy, ke kterým se ČR zavázala. Mezi ty nejzákladnější patří všeobecná deklarace o lidských právech a Úmluva o ochraně lidských práv a základních svobod.

Ve většině zemí je situace obdobná jako u nás. Eutanazie je klasifikována jako vražda a upravují ji trestní kodexy jednotlivých států. Zaměříme se nyní na angloamerické země, které se mimo jiné, liší právním systémem. Ten například v USA umožňuje sepsat v plném zdraví testament, který určí postup lékařů v případě¹ závažného onemocnění. Člověk může tak odmítnout potencionální resuscitaci či odmítnout budoucí udržování životních funkcí prostřednictvím přístrojů. Důležité je,

¹Matochová, S., *Etika a právo v kontextu lékařské etiky*. Brno: MU/nakladatelství, 2009. S. 150 - 152. ISBN 978-80-2210-4757-0

že toto jednání se nepovažuje za eutanazii. Na straně druhé i v USA jsou případy nejednoznačné a sporné právně i morálně. Nyní si to představíme na asi nejznámějším případě Američanky Terri Schiavo. Ta upadla do stavu vegetativního kómatu. To je stav, kdy pacient není při vědomí, přesto jsou u něj zachovány základní reflexy. Také bývají přítomny pohyby očí. Přesto pacienti nevnímají. Je to závažný stav těžkého bezvědomí. V tomto stavu se Terri Schiavo nacházela. Lékaři nedávali dobré prognózy. Manžel projevil zájem o odpojení manželky od přístrojů. Rodina jeho ženy byla proti. Vše skončilo u soudů a celý případ se vedl téměř 10 let. Nejvyšší soud se celým případem odmítl zabývat a vrátil ho nižšímu soudu. Ten dal nakonec v roce 2005 souhlas k odpojení.¹ Tento případ nemůžeme také označit za eutanazii, protože Terri Schiavo nerozhodla sama o sobě.

Kromě práva se nároky pacientů zabývají také různé etické kodexy. Bohužel, zatím nejsou uzákoněny jako takové. Přesto jsou závazné. Mezi nejzákladnější patří Etický kodex práv pacientů:

Pacient má právo na ohleduplnou odbornou zdravotnickou péči prováděnou s porozuměním kvalifikovanými pracovníky.

Pacient má právo znát jméno lékaře a dalších zdravotnických pracovníků, kteří ho ošetřují. Má právo žádat soukromí a služby přiměřené možnostem nemocnice, stejně i možnost denně se stýkat se členy své rodiny či s přáteli. Omezení takového způsobu (tzv. kontinuálních) návštěv může být provedeno pouze ze závažných důvodů.

Pacient má právo získat od svého lékaře údaje potřebné k tomu, aby mohl před zahájením každého dalšího nového diagnostického a terapeutického postupu zasvěceně rozhodnout, zda s ním souhlasí. Vyjma případu akutního ohrožení na zdraví má být náležitě informován o případných rizicích, která jsou s dalším postupem spojena. Pokud existuje více alternativních postupů nebo pokud pacient vyžaduje² informace o léčebných alternativách, má na seznámení s nimi právo. Má rovněž právo znát jména osob, které se na nich účastní.

¹ Matochová, S., *Etika a právo v kontextu lékařské etiky*. Brno: MU/nakladatelství, 2009. S. 151. ISBN 978-80-2210-4757-0

² Kořenek, J., *Lékařská etika*. Praha: Triton, 2002. S. 76. ISBN 80-7254-235

Pacient má v rozsahu, který povoluje zákon, právo odmítnout léčbu ale musí být současně informován o zdravotních důsledcích svého rozhodnutí.

V průběhu ambulantního i nemocničního vyšetření, ošetření a léčby má nemocný právo na to, aby byly v souvislosti s programem léčby brány maximální ohledy na jeho soukromí a stud. Rozbory jeho případu, konzultace vyšetření a léčba jsou důvěrnou věcí a musí být prováděny diskrétně. Přítomnost osob, které nejsou na léčbě přímo zúčastněny, musí odsouhlasit nemocný, a to i ve fakultních zařízeních, pokud si tyto osoby nemocný sám nevybral.

Pacient má právo očekávat, že veškeré zprávy a záznamy týkající se jeho léčby jsou považovány za důvěrné i v případě počítačového zpracování.

Pacient má právo očekávat, že nemocnice musí podle svých možností přiměřeným způsobem vyhovět pacientovým žádostem o poskytování péče v míře, odpovídající povaze onemocnění. Je-li to nutné, může být pacient předán jinému léčebnému ústavu, případně tam převezen poté, kdy mu bylo poskytnuto úplné zdůvodnění a informace o nezbytnosti tohoto předání a ostatních alternativách, které při tom existují.

Pacient má právo očekávat, že jeho léčba bude vedena s přiměřenou kontinuitou, má právo vědět předem, jací lékaři, v jakých ordinačních hodinách a na jakém místě jsou mu k dispozici. Po propuštění z nemocnice má právo očekávat, že jej bude lékař informovat o tom, jak bude o něj dále pečováno.

Pacient má právo na podrobné a jemu srozumitelné vysvětlení v případě, že se lékař rozhodl k nestandardnímu postupu či experimentu. Písemný vědomý souhlas nemocného je podmínkou k zahájení neterapeutického i terapeutického výzkumu. Pacient může kdykoli, a to i bez uvedení důvodu, z experimentu odstoupit, když byl poučen o případných zdravotních důsledcích takového rozhodnutí.

Nemocný v závěru života má právo na citlivou péči všech zdravotníků, kteří musí respektovat jeho přání, pokud tato nejsou v rozporu s platnými zákony¹.

¹Kořenek, J. Lékařská etika. Praha: Triton, 2002. S. 76. ISBN 80-7254-235

Pacient má právo a povinnost znát a řídit se platnými předpisy instituce, kde se léčí (tzv. nemocniční rád). Pacient bude mít právo kontrolovat svůj účet a vyžadovat zdůvodnění jeho položek bez ohledu na to, kým je účet placen.

Tato práva pacientů byla prohlášena Centrální etickou komisí Ministerstva zdravotnictví 25. února 1992.¹

Mezi další důležité eticky závazné dokumenty patří také Charta práv umírajících.

Doporučení Rady Evropy č. 1418 / 1999 "O ochraně lidských práv a důstojnosti nevléčitelně nemocných a umírajících" ("Charta práv umírajících"): „Posláním Rady Evropy je chránit důstojnost všech lidí a práva, která z ní lze odvodit.

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.

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.

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.

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 zřetele na psychologické, sociální a spirituální potřeby².
- Umělým prodlužováním procesu umírání buď nepřiměřeným používáním medicínských postupů, nebo pokračováním v léčbě bez souhlasu nemocného.

¹Kořenek, J., *Lékařská etika*. Praha: Triton, 2002. S. 76. ISBN 80-7254-235

² Čerpáno ze směrnice „O právech umírajících“ na mém pracovišti

- 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 nevyлéčitelně nemocných nebo umírajících.
- Sociální diskriminací, která je vlastní umírání a smrti.
- 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, že jsem sociální zátěží.
- Omezováním život udržující léčby (life-sustaining) z ekonomických důvodů.
- Nedostatečným zajištěním financí a zdrojů pro adekvátní podpůrnou péči terminálně nemocných nebo umírajících.

Shromáždění proto doporučuje, aby Výbor ministrů vyzval členské státy Rady Evropy, aby ve všech ohledech respektovaly a chránily důstojnost nevyлéčitelně¹ nemocných nebo umírajících lidí, a to tím, že uznají a budou hájit nárok nevyлéčitelně

¹ Čerpáno ze směrnice „O právech umírajících“ na mém pracovišti

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, ošetrovatelskou 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 thanatologii¹.

¹ Čerpáno ze směrnice „O právech umírajících“ na mém pracovišti

- 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.
- Aby se prosadilo právo nevyléčitelně 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 nevyléčitelně nemocná nebo umírající osoba možnost konzultovat ještě jiné lékaře než svého pravidelného ošetřujícího.
- Aby bylo zajištěno, že žádná nevyléčitelně 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 zvážena 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" nevyléčitelně 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, 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 rozhodnutí¹, 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.

¹ Čerpáno ze směrnice „O právech umírajících“ na mém pracovišti

- 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.

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.¹

Bohužel, práva umírajících (stejně jako práva nemocných) nejsou v ČR uzákoněna. Zatímco práva nemocných se již dostávají do povědomí široké veřejnosti, o právech umírajících je informovanost menší. Obdobná situace je i s dodržováním této charty v nemocnicích. Snad ke změně k lepšímu přispěje nový Zákon č. 372/2011 Sb., O zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). Ten vstupuje v účinnost od 1. dubna 2012 a obsahuje některá shodná práva s výše uvedenými Právy pacientů a umírajících (například právo na úctu, ohleduplnost, respektování soukromí, znát jména zdravotnického personálu²...).

¹ Doporučení Rady Evropy č. 1418 / 1999 "O ochraně lidských práv a důstojnosti nevléčitelně nemocných a umírajících" – čerpáno z interní směrnice „O právech umírajících“ na mém pracovišti

² Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování

Je nesmírně důležité, abychom si uvědomili, že nemocní i umírající mají svá práva. Dbejme na jejich respektování nejen u zdravotníků ale i v celé společnosti. To, že někdo je nemocný nebo umírá, není důvod pro vyloučení ze společnosti. Přesto někdy dochází k tomu, že na staré, nemocné či jedince s postižením pohlíží společnost jako na méněcenné. Pro ukázkou nemusíme chodit daleko. Když se před časem rozšiřoval park u Masarykova onkologického ústavu, vyskytly se protesty od několika „zdravých“ lidí. Argumentovali tím, že nechtějí chodit do parku s lidmi s onkologickým onemocněním. Nad tím zůstává rozum stát. Ideál moderní společnosti je mladý, zdravý a silný jedinec. Dle mého názoru by však společnost a úroveň její kultury měla být hodnocena právě podle toho, jak pečuje o své nejslabší.

3. Bioetika

Každý alespoň přibližně ví, co to je etika. Je to filosofická disciplína, zabývající se lidským chováním z pohledu dobra a zla v různých situacích. Co to je ale bioetika? Jak název napovídá, velice úzce souvisí s etikou. Mohli bychom ji označit za mladší sestru etiky.

Zaměřuje se na širší okruh problémů než lékařská etika. Zabývá se totiž nejen etickými otázkami lidského života v praktické medicíně, ale také etickými dilematy ve výzkumu a souvisejících oborech – biologii, genetice, embryologii, farmacii, chemii... Bioetika se také zabývá ekologií a souvisejícími etickými problémy života na naší planetě¹.

3.1 Vývoj

Jak již bylo zmíněno výše, pokrok v medicíně je téměř neuvěřitelný a zdá se nezastavitelný. V posledních desetiletích se medicína proměnila mnohem více než v předchozích dvou tisíciletích. V roce 1895 byl vynalezen rentgen. V roce 1901 začíná medicína objevovat krevní skupiny. Následuje zjištění o významu penicilinu a antibiotik. Nesmíme zapomenout na transplantace orgánů. Jaký je to rozdíl od pouštění žilou a užívání projímadel či dávidel jako všeléku ještě během 19. století. To jsou jen střípky z úspěchů novodobé medicíny. Výsledky tohoto úspěchu jsou všudypřítomné. Průměrná délka lidského života se zvyšuje. Umíme léčit těžká onemocnění ale i úrazy. K úmrtí rodiček a novorozenců dochází v ojedinělých případech. Péče o nedonošené děti s velmi nízkou porodní váhou je na špičkové úrovni. Ale každý pokrok s sebou přináší množství etických otázek a problémů. A v medicíně to platí dvojnásob. Proto je tu bioetika. Tu odborníci dále dělí dle toho, z čeho vychází při řešení bioetických problémů. Uvedeme si dvě základní dle Ondoka.

Deontologismus představuje odpovědnost a povinnost. Vychází z Kantova kategorického imperativu². Ten bychom mohli parafrázovat na poučku: jednej vždy tak, aby se tvé chování zároveň stalo obecným zákonem. Bioetika v něm nalézají přístup k eticky obtížným otázkám.

¹ <http://www.bioetika.ktf.cuni.cz/>

² Ondok, J. P. *Bioetika, biotechnologie a biomedicína*. Praha: Triton, 2005. S. 55. ISBN 80-7254-486-1

Teologické východisko bioetiky (křesťansko-židovská) - víra ukazuje náš svět, lidskou existenci a její smysl v jiném světle a dodává morální hloubku tam, kde pouze racionální hodnocení selhává. To má svůj význam u problémů, kterými se zabývá bioetika¹.

3. 2 Vznik

Pojem bioetika poprvé užil americký lékař V.R. Potter v roce 1970. Vyvinula se z lékařské etiky, která někdy už nestačila na morální hlediska v biologii a medicíně. Funguje jako studium lidského chování a jednání v oborech, které se přímo dotýkají lidského života a zdraví. Má úzký vztah k medicíně ale také biologii a ekologii. Problematické otázky z těchto vědních oborů se bioetika snaží posuzovat z morálních hledisek. Snaží se nalézat odpovědi na nové otázky, které před nás klade pokrok v medicíně. Rozhodují lékaři zodpovědně a nezávisle o životě a léčbě pacientů? Jak je to s experimentováním v medicíně? Bioetika jde do hloubky problematiky ohledně lidské existence, života a smrti.

Bioetika podněcuje diskusi mezi lékaři, teology, biology a filosofy. Diskuze v bioetické morální problematice nesmí ustát. Mezi základní princip bioetiky patří důraz na lidskou důstojnost a kvalitu lidského života.

3. 3 Bioetika a eutanazie

Bioetika slouží jako návod k rozhodování v eticky problematických situacích. Tou problematickou situací je bezpochyby také eutanazie. Bioetika neříká, že každá eutanazie je špatná nebo dobrá. Upozorňuje na velkou variabilitu nejrůznějších situací, které mohou nastat. Rozhodně však eutanazii nepodporuje. Vychází z principů prospěšnosti, neškodit, spravedlnosti a autonomie.²

Princip neškodit znamená zákaz jakéhokoliv poškození či ublížení druhému člověku. Princip prospěšnosti představuje konání dobra pro každého bližního člověka.

¹ Ondok, J. P., *Bioetika, biotechnologie a biomedicína*. Praha: Triton, 2005. S. 21. ISBN 80-7254-486-1

² Ondok, J. P., *Bioetika, biotechnologie a biomedicína*. Praha: Triton, 2005. S. 12. ISBN 80-7254-486-1

Princip autonomie znamená respektovat svobodu každého člověka v rozhodování o sobě samotném¹.

Stejně tak nepodporuje zdlouhavé udržování při životě umírajících pacientů. To je totiž další extrém, se kterým se v medicíně setkáváme. To si nyní ukážeme na případě z roku 1965, který ve své knize popsal doktor Peck.

Dvaatřicetiletý pacient s inoperabilním nádorem mozku podstoupil sérii radioterapie. Růst nádoru se tím však nezpomalil a prorůstal hluboko do mozkového kmene. Muž upadl do kómatu a všechny životní funkce byly narušeny. Byl připojen na respirátor, přestože neexistovala naděje, že dojde ke zlepšení stavu. Později se přidaly problémy s krevním tlakem. Příčina byla v narušení mozkového kmene vlivem nádoru. Přesto byly pacientovi podávány vysoké dávky léků na stabilizaci tlaku krve. Nyní byl pacient alespoň zdánlivě stabilizovaný. Objevily se proleženiny a hnisavá sekrece z okolí tracheotomie. Přesto byl nadále udržován při „životě“. Ale byl to ještě život? Lékaři několikrát nedovolili zemřít v situaci, kdy měli. Autor ve své knize popisuje, jak už tomuto bránění smrti nemohl přihlížet. Proto snížil rychlost u infuze, která nepřetržitě pumpovala vysoké dávky léku na úpravu krevního tlaku. Patří toto jednání do kategorie eutanazie? Autor si myslí, že ne. Celá situace neměla dojít tak daleko, aby doktor Peck musel upravit podávání léku. Své jednání označuje termínem „vytažení zátky“².

Toto je případ z dřívější doby. Před nedávnou dobou mi ale moje kamarádka, zdravotní sestra na jednotce intenzivní péče, popisovala obdobný případ. Tentokrát to ale bylo o něco složitější v tom, že se nad umírajícím starším mužem v terminálním stadiu, sešli dva rozdílně uvažující lékaři. Mladší lékař byl rozhodnut udržovat fyziologické funkce umírajícího za každou cenu. Neustále zvyšoval medikaci, která bránila odchodu umírajícího (tou dobou již v kómatu). Oproti tomu starší lékař vždy, když měl službu, medikaci snižoval. Celá situace byla velmi komplikovaná, stav umírajícího byl jako na houpačce – podle toho, který lékař měl zrovna službu. Trpěla tím samozřejmě celá rodina nemocného. Na jednotce intenzivní péče vládla napjatá atmosféra. Sestry se většinou ztotožňovaly s názorem staršího lékaře. Nemohly ale

¹ Ondok, J. P., *Bioetika, biotechnologie a biomedicína*. Praha: Triton, S. 51. 2005. ISBN 80-7254-486-1

² Peck, M.S., *Odmítnutí duše*. Praha: Pragma, 2001. S. 12 - 15. ISBN 80-7205-757-X

neuposlechnout ordinací mladšího lékaře. To by znamenalo velmi vážné profesní pochybení a vyšetřování celého incidentu. Pacient nakonec zemřel po dvanácti dnech.

Ponaučení z těchto případů je zřejmé. „...*odpojení umělých vnějších přístrojů nebo ukončení radikálních opatření v okamžiku, kdy neexistují sebemenší pochybnosti, že je pacientův stav finální, nejen oprávněné, ale v podstatě slušné a správné*“¹. Obdobný názor můžeme nalézt i v lékařské etice: „*Lékaři nejenže mohou, ale především musí dovolit zemřít, ale rozhodně nesmí úmyslně zabít*“².

Při čtení a psaní těchto řádků nemohu nevzpomenout na sedmdesátiletou pacientku s karcinogenním onemocněním a rozsáhlými metastázemi v dutině břišní. Prodělala operaci i chemoterapii, nicméně šíření onemocnění se tím nezpomalilo. Žena věděla, že umírá a byla smířená. Prožila dobrý život, její rodina jí byla oporou. Její dcera se o ni starala doma a byla rozhodnuta pečovat o maminku až dokonce. Metastázy však zasáhly ledviny a žena byla se selháním ledvin hospitalizována na interně. Lékař se rozhodl pro invazivní operační řešení. Rodina ani žena tomu nebyli příliš nakloněni. Celková anestezie mohla být příliš velkou zátěží. Přesto byla provedena operace, která pacientku velmi oslabilo. Před operací byla schopna krátkých procházek. Po operaci se stala nesoběstačnou a byla odkázána na pomoc druhých čtyřadvacet hodin denně. To velmi zhoršilo její psychický stav. Zemřela asi za měsíc.

Často v nemocnicích nastávají situace, které lékaři hodnotí nevhodně. Smrt berou jako protivníka, proti kterému je třeba využít všech dostupných prostředků. V tomto boji se ale někdy zapomíná na umírajícího a na to, že smrt není nepřítel. Smrt a život jsou rozdílné strany téže mince.

Prodlužování odchodu ze života u umírajících degraduje lidský život stejně tak, jako by tomu bylo u legalizace eutanazie.

Ano, legalizací eutanazie a jejím plošným praktikováním by dle mého názoru došlo k znevážení a degradaci lidského života. U koho praktikují lidé „dobrou smrt“? U svých

¹ Peck, M.S. , *Odmítnutí duše*. Praha: Pragma, 2001. S. 22. ISBM 80-7205-757-X

² Kořenek, J. , *Lékařská etika*. Praha: Triton, 2002. S. 165. ISBN 80-7254-235

domácích zvířat. Je běžné utratit svého starého a nemocného psa. Přáli bychom si, aby něco podobného bylo prováděno s lidmi?

Koho je dnes možné v některých zemích podle zákona usmrtit? Nejtěžší zločince. Trest smrti je nejvyšší formou trestu. A přesto se vede celosvětová polemika o oprávněnosti udělení takového trestu. Je správné popravovat zločince? Pokud se svět neshodne v této otázce, nemůže si eticky zdůvodnit usmrcování nemocných, kteří si zemřít přejí, ale ničím se neprovinili proti společnosti. Svět se v oprávněnosti trestu smrti neshodne, protože se stejně jako eutanazie zabývá nezákladnější otázkou lidského bytí. Stejně tak se svět neshodne v otázce eutanazie. A možná, že je to dobře.

Jaké požadavky by tedy mělo splňovat bioetické umírání? Zejména důstojnost umírajícího člověka a neporušitelnost jistých etických norem. Je pro to však v Českém zdravotnictví dostatečný prostor? Nebo musíme hledat v jiných zařízeních?

3. 4 Hospicová péče

Odpůrci eutanazie z řad odborné veřejnosti se shodují v tom, že spíše než diskuzím o eutanazii bychom se měli věnovat tomu, jak zlepšit péči o umírající. Ta je i přes značné pokroky stále opomíjena.

Zemřít doma nebo v nemocnici? To zní téměř jako být či nebýt. Existuje však kompromis, který si nyní blíže přiblížíme – hospic.

První kliniku hospicového typu založila v Dublinu roku 1879 Mary Aickenhead. Za novodobou propagátorku a zakladatelku hospicové péče bývá také označována C. Saunders. Ta založila hospic v roce 1967 v Londýně s cílem usnadnit (ne urychlit) umírání a způsobila šíření hospicového hnutí¹.

Česká republika si v dobách totality mohla o hospici nechat jen zdát. Místo hospiců existovaly tzv. Léčebny dlouhodobě nemocných (LDN). Ty neměly příliš dobrou pověst a vzpomínka na ně je mezi laiky dosud v živé paměti. Někdy chybně označují hospic za léčebnu dlouhodobě nemocných a vidí v něm jakési odkladiště umírajících. Léčebny dlouhodobě nemocných u nás stále existují. Přestože se podmínky v nich zlepšily, stále

¹ Student, J. a kol., *Sociální práce v hospici a paliativní péče*. Praha: H&H, 2006. S. 27. ISBN 80-7319-059-1

je co zlepšovat. Jsou mezi nimi velmi dobré ale i velmi špatné. V Brně bohužel převládají ty špatné. Oddělení pro dlouhodobě nemocné v nemocnici U Milosrdných bratří a U sv. Anny by mohly sloužit jako odstrašující případy. Od dob totality se nezměnilo naprosto nic. Přeplněné pokoje, zastaralé zařízení a personál není příliš ochotný. Takhle vypadá slepá kolej medicíny. Tak je někdy i dnes nahlíženo na péči o umírající. Obě oddělení jsem několikrát navštívila a o důstojném umírání nemohla být řeč.

Česká republika si na první hospic v pravém slova smyslu musela počkat do roku 1996. Čekání se ale vyplatilo. Tím prvním byl hospic Anežky České v Červeném Kostelci. Zakladatelkou byla paní doktorka Marie Svatošová, česká propagátorka a zakladatelka hospicového hnutí. Nyní je hospicová péče u nás na velmi vysoké úrovni. Bohužel však poptávka po péči v hospici převyšuje nabídku. Není dostatek lůžek, přestože průměrná doba hospitalizace nebývá dlouhá.

Hospic je nestátní zdravotnické zařízení. Za cíl si klade důstojné umírání a péči o umírajícího po biologické, psychologické ale i duchovní stránce¹.

¹ Svatošová, M. , *Hospice a umění doprovázet*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství. 2007. S. 10. ISBN 978-80-7195-307-4

4. Výzkum

Cílem mého výzkumu je zjistit skutečné názory na problematiku eutanazie. Chci zjistit, zda se názory na eutanazii liší mezi zdravotnickým personálem a laickou veřejností. Zda si pod pojmem eutanazie představí skutečně to, co vyjadřuje. A souhlasí s ní? Jaké mají zkušenosti se smrtí a umíráním? Co si myslí o nemocniční péči o umírající?

Jako formu výzkumu jsem si zvolila cestu kvalitativní výzkum a provedla jsem sérii rozhovorů.

Otázky, na které dotazovaní odpovídali:

- 1) Co si představíte pod pojmem EUTANAZIE?
- 2) Bojíte se smrti?
- 3) Bojíte se umírání?
- 4) Máte osobní zkušenost se smrtí? Jestli ano, jakou?
- 5) Myslíte si, že je v nemocnicích dobře postaráno o umírající?
- 6) Souhlasíte s uzákoněním eutanazie v ČR?
- 7) Proč souhlasíte/nesouhlasíte?
- 8) Požádal Vás někdy někdo o ukončení svého života?

J. V., žena, 35 let, lékařka na chirurgii

Ad 1:

„Pod termínem eutanazie si představím asistovanou smrt, přesněji volbu nevyлéčitelně nemocného pacienta zemřít ze své vůle za účasti druhé osoby.“

Ad 2:

„Smrti se bojím asi většina z nás, ani mě představa nutného konce není příjemná, ale zatím si ho nepřipouštím. Pokud se smrti bojím, tak se to týká spíše strachu ze smrti svých blízkých, popřípadě o to, kdo a jak by se postaral o mé děti v případě smrti mé vlastní.“

Ad 3:

„Jestliže pojmu smrt jako vysvobození z umírání, pak se vlastně není třeba bát tolik smrti jako spíše umírání. Asi záleží na tom, jakým způsobem a jak dlouho člověk umírá. Myslím si, že je to mnohdy v podmínkách, které jsou z mého pohledu nedůstojné. Takže pokud se bojím umírání, tak jen nedůstojného umírání. K tomu bohužel někdy dochází.“

Ad 4:

„Se smrtí jsem se setkala mnohokrát. Několik let jsem pracovala jako lékařka na lůžkovém oddělení chirurgické nemocnice.“

Ad 5:

„Na otázku, zda je v našich nemocnicích dobře postaráno o umírající lidi nedovedu dát jednoznačnou odpověď. Myslím si, že naše zdravotnictví je na velice dobré úrovni, zároveň jsem ale toho názoru, že všechno záleží na lidech. Zjednodušeně, pokud někdo umírá na oddělení s dobrým personálem, dá-li se to tak říct, umírá se mu asi lépe. Na druhou stranu taky vím, že ani dobrý personál není mnohdy schopen, z důvodu fyzické a časové náročnosti, zajistit umírajícím adekvátní péči. Týká se to zejména některých typů zdravotnických zařízení a lůžkových oddělení, které pečují o nevyлéčitelně či chronicky nemocné pacienty a seniory. Stále větší nároky na administrativní část sesterské a lékařské práce tuto skutečnost, pokud vím, ještě zhoršují.“

Ad 6:

„S uzákoněním eutanazie v České republice, a to i přesto, že všem lidem svobodnou volbu zemřít přeju, nesouhlasím. My lékaři máme léčit a ne zabíjet.“

Ad 7:

„Myslím si, že v naší společnosti dochází velmi často k nerespektování norem a nedodržování schválených zákonů. Obávám se toho, že by byla možnost eutanazie v některých případech zneužívána. Zejména na oddělení, která jsou z většiny obsazeny ležáky a kde je personál velmi vytížen a z většiny na pokraji syndromu vyhoření.“

Ad 8:

„O ukončení života mě dosud nikdo nepožádal. Setkala jsem se však mnohokrát s řeči typu: Už aby byl konec...“

A. H., žena, 20 let, zdravotní sestra na cévní chirurgii

Ad 1:

„Usmrcení nevyléčitelně nemocných na jejich žádost zdravotnickým personálem. Eutanazii považují jako poslední možnost v rámci paliativní péče, kde už není jiná možnost jak pacientovi zmírnit bolesti nebo ulehčit jeho poslední dny, měsíce...“

Ad 2:

„Smrti se bojím. Každý máme vrozený pud sebezáchovy, strach z toho, že člověk neví, co bude, ale zároveň může být vysvobozením.“

Ad 3:

„Nikdy jsem nad tím nepřemýšlela, ale ano. Mám strach, z toho, že budu umírat dlouho v bolestech v důsledku nějaké nevyléčitelné nemoci.“

Ad 4:

„Na praxi, můj první exitus. Naštěstí na oddělení, kde teď pracuji, prakticky není.“

Ad 5:

„Všechno je o lidech. Záleží na týmu zdravotníku a na tom, zda svou práci berou zodpovědně.“

Ad 6:

„Ano.“

Ad 7:

„Myslím si, že pokud by byl tento zákon správně formulován, ulevilo by se některým nemocným. Souhlasila bych se schvalováním sestavenou lékařskou komisí, pokud by jeden člen nesouhlasil, byl by návrh zamítnut. O eutanazii by měl požádat sám nemocný nebo jeho rodina.“

Ad 8:

„Ne.“

I. Š., 40 let, zdravotní sestra

Ad 1:

„Ukončení života pomocí někoho jiného, měla by být dobrovolná a pouze u nevléčitelně nemocných trpícími nesnesitelnými bolestmi.“

Ad 2:

„Ani ne, doufám, že budu připravena – svátost smíření.“

Ad 3:

„Bojím se bolesti a samoty. A že nebudu připravena.“

Ad 4:

„Ještě jsem nezemřela. Zemřel mi tcháneček, dědeček a obě babičky. Jedna babička a tchán zemřeli v hospici, byli s nimi jejich blízcí a bylo o ně velmi lidsky a důstojně postaráno. Druhá babička zemřela v nemocnici, byla v kómatu, sama a asi to nebylo příjemné. Děda taky zemřel v nemocnici, nic moc, ale naštěstí obojí netrvalo dlouho. U babičky to bylo horší.“

Ad 5:

„Vím, že ne. Babička, která zemřela v hospicu byla na klasickém nemocničním oddělení úplně mimo zájem ošetřujícího personálu a myslím, že to přispělo k tomu, že to vzdala a zemřela. Do hospice se dostala až na úplný konec a rozdíl v péči se dal téměř hmatat. Babička, co byla v kómatu, byla úplně sama, v hospici nebylo místo a mě to doteď moc mrzí. Dědu nutili v nemocnici močit do plenek, přivazovali ho k posteli, sestry odměřené jak metr...tak to vzdal.“

Ad 6:

„Ne. Souhlasím s maximální podporou a vytvořením takového systému zdravotní a sociální péče, aby nebylo o strach být starý a nemocný. Rozvoj hospicové péče, paliativní péče a důstojné modely péče o lidi s psychiatrickým onemocněním.

Pokud uzákonit tak zdůraznit, že pokud lékař nechce provádět eutanazii, tak ho k tomu nikdo nesmí tlačit (finance, ztráta zaměstnání...).“

Ad 7:

„Život má pro mne vždy vyšší cenu než smrt. Pracovala jsem na onkologii a na interně a viděla jsem umírat poměrně velký počet lidí a s urychlováním smrti nesouhlasím. Taky se bojím zneužitelnosti.“

Ad 8:

„Ano. A byl to přesně ten případ, kdy pán ovdověl, syn neměl čas a on byl sám, bezradný a smutný. Pak jsme se mu v rámci domácí péče věnovali a dostal se z toho.“

H. D., 25 let, kadeřnice

Ad 1:

„Milosrdná smrt, ukončení života legální cestou. Vlastně není legální v Česku, ale někde jinde jo.“

Ad 2:

„Ano. Před nedávnem jsem měla těžký úraz. Spadla jsem z koně a zlomila si několik obratlů. Naštěstí všechno dobře dopadlo, protože jsem neochrnula. V nemocnici jsem si ale uvědomila, že smrt nemusí být něco, co přijde třeba až za šedesát let.“

Ad 3:

„Pouze umírání v bolestech.“

Ad 4:

„Pamatuju si, jak těsně po tom pádu ležím na zemi a špatně se mi dýchá. V první chvíli to bylo hrozné, myslela jsem, že umřu. Necítila jsem nohy a ruce mi brněly. Napadlo mě, že možná budu ochrnutá. A pak najednou se mě zmocnil zvláštní klid a cítila jsem se dobře. Bylo mi jedno, že třeba umírám nebo že necítím nohy. Nedokážu říct, jak dlouho to trvalo, myslím, že to byly okamžiky. Moje sestra říkala, že sanitka přijela za 10 minut. Pak si toho moc nepamatuju, probrala jsem se až v nemocnici.“

Ad 5:

„Záleží na úhlu pohledu, ale snad ano.“

Ad 6:

„Nevím, nejsem si jistá.“

Ad 7:

„Nejsem si sice jistá, ale každý má právo na odchod dle svého uvážení.“

Ad 8:

„Naštěstí ne.“

L. M., 42 let, prodavačka

Ad 1:

„Pod pojmem eutanazie si představím asistovanou pomoc nevyléčitelně nemocným a trpícím rychlým a bezbolestným odchodem ze života na vlastní přání.“

Ad 2:

„Ano.“

Ad 3:

„Pokud bude rychlé - ne. Pokud bude nedůstojné, plné bolesti a utrpení, pak ano.“

Ad 4:

„Ne.“

Ad 5:

„Ne.“

Ad 6:

„Ano“.

Ad 7:

„Souhlasím proto, že každý, jehož bolest a utrpení jsou tak silné, že chce umřít, by měl mít možnost se rozhodnout sám.“

Ad 8:

„Ne.“

Shrnutí výzkumu

Přestože rozhovory byly prováděny v dobré atmosféře, vždy byla patrná neochota hovořit o tak citlivém tématu smrti a umírání. Vzhledem k tabuizaci smrti a umírání, které jsem si vědoma v naší společnosti, jsem to do určité míry očekávala. Byla jsem ale překvapena tím, že o smrti neradi hovoří i zdravotníci. Co mě však udivilo ještě více je to, že většina zdravotníků se snaží nad smrtí nepřemýšlet a ignoruje ji. Mě osobně moje zkušenosti donutily nad smrtí přemýšlet už asi od šestnácti let.

Přesto jsem ale ráda, že jsem zvolila metodu kvalitativního výzkumu. Potvrdil se fakt, že lidé se bojí umírání v bolestech a že v paliativní nemocniční péči je stále co zlepšovat.

Někteří dotazovaní se přece jen rozpovídali a přiblížili mi své zkušenosti se smrtí ale také své zážitky s žádostí o usmrcení od druhé osoby. Ani v jednom z uváděných skutečných zážitků se nejednalo o žádost o eutanazii v pravém slova smyslu. Obě žádosti byly důsledkem deprese a poukazyvaly na to, že něco není v pořádku. Ale co když je to tak s každou žádostí o eutanazii? Co když je to jen volání o pomoc? Pokud zlepšíme péči o umírající v nemocnicích po stránce biologické, psychologické, sociální a duchovní, budou umírající žádat o eutanazii?

Myslím, že při názoru na eutanazii nehrálo roli to, zda dotazovaný byl zdravotník či laik. V názoru na eutanazii se více projevuje osobnost člověka, jeho hodnotový systém a zkušenosti.

Závěr

Argumenty zastánců i odpůrců eutanazie mají stejnou hloubku a vychází ze stejně hlubokého přesvědčení a silných argumentů.. To jsem ve své práci zrekapitulovala.

Eutanazii nemůžeme zatracovat ale ani velebit. Je to vždy vysoce individuální akt trpícího člověka. Její uzákonění a plošné provádění by však dle mého názoru vedlo po bioetické stránce k degradaci lidského života. Lidský život je nejvyšší hodnota. Proto je chráněn Ústavou a dalšími zákony. Také se obávám možného zneužití, ke kterému by dříve či později začalo docházet.

Musíme se zaměřit na zlepšení péče o všechny aspekty lidské osobnosti v nemocnicích a LDN u umírajících. Nesmíme zapomínat na to, že i jako nemocní či umírající máme práva na plnohodnotnou péči. Podporovat domácí a hospicovou péči. To by jistě vedlo ke snížení žádostí o eutanazii.

Podobným problémem je ale i udržování umírajících při životě za každou cenu. Pokud by se nám toto v medicíně podařilo minimalizovat, jistě by ubylo žádostí o milosrdnou smrt.

Bioetika je mladou, ale nesmírně důležitou etickou disciplínou. K eticky závažným problémům nám má co říci. V otázce eutanazie ukazuje zlatou střední cestu – klade důraz na přání pacienta ale jen v mezích zákona.

Ve výzkumu jsem zjišťovala a zaznamenala individuální mínění lidí o umírání, smrti a eutanazii. Potvrdilo se mi, že lidé o smrti neradi hovoří a považují ji za něco, o čem se nehovoří. Dále jsem zaznamenala nejednotnost názorů na eutanazii.

Strach ze smrti, umírání či vážného onemocnění je naprosto přirozený. Nikdy se jej zcela nezbavíme. Musíme však přestat s tabuizováním smrti a umírání. Smrt a umírání bychom neměli považovat za zlo. Je to totiž neoddelitelná součást našich životů. Čím dříve to pochopíme tím lépe. Jak řekl J. Rostand: „*Umřít znamená přejít na stranu většiny.*“

Správný a jediný názor na eutanazii neexistuje. Jsou situace, kdy je oprávněná a morálně obhajitelná. Jindy se stává vraždou. Rozhodně ale není černobílá, přestože většina z nás na ni tak nahlíží.

Resumé

Má práce je rozdělena na čtyři větší kapitoly a několik podkapitol.

V první kapitole se zabývám a definuji smrt. Souvisejících podkapitol jsou zaměřeny na umírání, tabu tohoto tématu a na psychologické etapy umírání.

Druhá kapitola je zaměřena na eutanazii. V podkapitolách se zabývám argumenty pro a proti, historií eutanazie, současnou praxi v Nizozemí a Švýcarsku a konečně právem a eutanazií.

Ve třetí kapitole se zabývám bioetikou. V podkapitolách přibližuji její vznik, vývoj, vztah k eutanazii a hospicovou péči.

Čtvrtá kapitola je kapitolou praktickou. Představuje můj kvalitativní výzkum mezi zdravotnickým personálem a neodbornou veřejností s cílem zjistit jejich skutečné názory na eutanazii.

Anotace

V bakalářské práci se zabývám bioetikou a eutanazií. Popisuji nejdůležitější argumenty zastánců a kritiků eutanazie. Zabývám se problematikou umírání a smrti. Hledám vztah mezi bioetikou a eutanazií. Ve výzkumu jsem ověřovala skutečná stanoviska lidí k usmrcování z milosti.

Klíčová slova

Smrt, umírání, strach ze smrti, eutanazie, bioetika, práva pacientů, práva umírajících, hospic

Annotation

The thesis deals with bioethics and euthanasia. I describe the most important arguments of proponents and critics of euthanasia. I deal with the issue of dying and death. I looking for a relationship between bioethics and euthanasia. In my research I examined the real opinions of people to the killing of grace.

Keywords

Death, dying, fear of death, euthanasia, bioethics, patient rights, the rights of the dying, hospice

Literatura a prameny

Zákony, právní předpisy, vyhlášky:

Ústava - zákon č.2/1993, Sb. Listina základních práv a svobod

Zákon č. 372/2011 Sb. O zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách)

Doporučení Rady Evropy č. 1418 / 1999 "O ochraně lidských práv a důstojnosti nevyлéčitelně nemocných a umírajících" – čerpáno z interní směrnice „O právech umírajících“ na mém pracovišti

Knihy:

HAŠKOVCOVÁ, H. Lékařská etika. Praha: Galén, 2002. 230 stran.

ISBN 80-7262-132-7.

KOŘENEK, J. Lékařská etika. Praha: Triton, 2002. 280 stran.

ISBN 80-7254-235-4.

KUTNOHORSKÁ, E. Etika v ošetrovatelství. Praha: Grada, 2007. 164 stran.

ISBN 978-80-247-2069-2.

MARKOVÁ, M. Sestra a pacient v paliativní péči. Praha: Grada, 2007.

ISBN 978-80-247-3171-1.

MUNZAROVÁ, M. Eutanazie, nebo paliativní péče? Praha: Grada, 2005. 108 stran.

ISBN 80-2471-025-0.

ONDOK, J. P. Bioetika, biotechnologie a biomedicína. Praha: Triton, 2005. 216 stran.

ISBN 80-7254-486-1.

PECK, M.S.Odmítnutí duše. Praha: Pragma, 2001. 239 stran. ISBN 80-7205-757-X.

POLLARD, B. J. Eutanazie - ano či ne? Praha: Dita, 1996. 210 stran.

ISBN 80-85926-07-5.

STUDENT, J. a kol. Sociální práce v hospici a paliativní péče. 162 stran. Praha: H&H,

2006. ISBN 80-7319-059-1.

SVATOŠOVÁ, M. Hospice a umění doprovázet. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství. 2007. 152 stran. ISBN 978-80-7195-307-4

THEOVÁ, A. Paliativní léčba a komunikace. Praha: Společnost pro odbornou literaturu, 2007. 248 stran. ISBN 978-80-87029-24-4.

VONDRÁČEK, L., Wirthová, V. Právní minimum pro sestry. 95 stran. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-3132-2.

Časopisy:

HORÁK, V. Akce T4. Epoque, 2012, 2. ISSN 1214-9519.

Internetové zdroje:

<http://www.bioetika.ktf.cuni.cz/>