

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE**

**FAKULTA SOCIÁLNÍCH VĚD**

*Institut sociologických studií*

**Katedra Sociologie**

**Lenka Dražd'áková**

**Dva pohledy na důstojné umírání**

*Bakalářská práce*

Praha 2008

Autor práce: **Lenka Dražd'áková**

Vedoucí práce: **MUDr. Petr Háva, CSc.**

Datum obhajoby: **červen 2008**

## **Bibliografický záznam**

DRAŽDÁKOVÁ, Lenka. *Dva pohledy na důstojné umírání*. Praha: Univerzita Karlova, Fakulta sociálních věd, Institut sociologických studií, 2008. 51s., 4s. příloh.

Vedoucí bakalářské práce MUDr. Petr Háva, CSc.

## **Anotace**

Každý rok v České republice umírá přes 100 000 lidí, a proto by problematika péče o umírající měla být více diskutována. Lékařská věda udělala obrovský pokrok, který ale kromě nadšení, vzbudil i vlnu obav. V 60. letech 20. století je představena světu moderní hospicová a paliativní péče, která pracuje s konceptem celkové bolesti, jenž upozorňuje na skutečnost, že pacient má kromě fyzických potřeb také potřeby sociální, duševní a spirituální. Téměř ve stejnou dobu se do širšího povědomí lékařů, právníků a etiků dostává také eutanazie ve smyslu pacientem dobrovolně vyžádané smrti. Eutanazie vyvolala řadu diskusí, v poslední době se o ní velmi intenzivně hovoří i v České republice. Přestože mnoho lidí o eutanazii mluví, neznamená to, že plně rozumí dané problematice, která je velmi komplexní. V předkládané práci jsou eutanazie a paliativní péče chápány jako dvě možné alternativy konce života, které jsou prosazovány různými aktéry. V České republice je paliativní péče aktivně prosazována zejména hospicovým hnutím. Oproti tomu mezi zastánce eutanazie patří někteří politici, lékaři a podle průzkumů veřejného mínění i většina laické veřejnosti. V předkládané práci je analyzován vývoj hospicového hnutí a veřejného diskurzu o eutanazii v České republice.

## **Annotation**

More than 100 000 people die every year in the Czech Republic. That is the reason why the care at the end of one's life should be discussed more. The medical science has made a great progress. This improvement made many people feel very enthusiastic but also scared. In the 1960s the approach of a modern hospice and palliative care was introduced to the world. This care is based on a concept of total pain, which points out the fact that patients do not have only physical needs. Their needs have more dimensions: psychological, social, emotional and spiritual. Almost at the same time doctors, lawyers and persons conversant with ethics are getting to know the modern view of euthanasia – a death voluntarily requested by the patient. The topic of euthanasia evoked a lot of discussion. The debate about euthanasia has started to be very intensive even in the Czech

Republic recently. Although many people talk about euthanasia, it does not mean that they understand this subject entirely. In the submitted thesis euthanasia and palliative care are comprehended as two alternatives of the end of one's life. These alternatives are supported by different groups. In the Czech Republic the palliative care is actively supported mainly by the hospice movement. On the other hand protagonists of euthanasia are some politicians, doctors and due to the poll also the general public. In the submitted work the evolution of hospice movement and the public discourse in the Czech Republic are being analyzed.

### **Klíčová slova**

Umírání, potřeby pacienta, hospicové hnutí, paliativní péče, eutanazie, Česká republika.

### **Keywords**

Dying, patient's needs, hospice movement, palliative care, euthanasia, Czech Republic.

## **Prohlášení**

1. Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu.
2. Souhlasím s tím, aby práce byla zpřístupněna veřejnosti pro účely výzkumu a studia.

V Praze dne 20.5.2008

Lenka Draždáková

## **Poděkování**

Na tomto místě bych ráda poděkovala MUDr. Petru Hávovi, CSc. za jeho odborné a inspirativní vedení.

# OBSAH

<b>1. Úvod</b> .....	<b>10</b>
<b>2. Cíle a výzkumné otázky</b> .....	<b>12</b>
Cíle .....	12
Výzkumné otázky .....	12
<b>3. Teoretická východiska</b> .....	<b>12</b>
3.1 <i>Pacient, jeho potřeby a reakce na vážnou nemoc</i> .....	12
3.2 <i>Umírání</i> .....	14
3.2.1 Domácí model umírání .....	15
3.2.2 Institucionální model umírání .....	16
3.2.3 Dystanazie .....	17
3.3 <i>Hospicové hnutí</i> .....	18
3.3.1 Hospic a hospicová péče .....	19
3.3.2 Koncept celkové bolesti .....	20
3.4 <i>Paliativní medicína</i> .....	21
3.5 <i>Eutanazie</i> .....	22
3.5.1 Aktivní eutanazie .....	23
3.5.2 Pasivní eutanazie .....	23
3.5.3 Asistovaná sebevražda .....	24
3.5.4 Legalizace eutanazie ve světě .....	24
<b>4. Metodologie a zdroje dat</b> .....	<b>26</b>
<b>5. Analýza vývoje hospicového hnutí a diskurzu o eutanazii v ČR</b> .....	<b>27</b>
5.1 <i>Analýza vývoje hospicového hnutí v ČR</i> .....	28
5.1.1 Historie hospicového hnutí .....	28
5.1.2 Aktéři rozvoje hospicového hnutí, jejich aktivity a snahy .....	29
5.1.3 Hlavní úspěchy hospicového hnutí .....	31
5.1.4 Výzvy hospicového hnutí do budoucna .....	32
5.2 <i>Analýza veřejného diskurzu o eutanazii v ČR</i> .....	33
5.2.1 Diskuse o eutanazii .....	33
5.2.1.1 Problémy s terminologií .....	34
5.2.1.2 Postoje vybraných aktérů .....	35
5.2.1.3 Shrnutí hlavních argumentů v diskusi o eutanazii v ČR .....	37
5.2.2 Diskuse o legalizaci eutanazie v ČR .....	38
5.2.2.1 Návrhy a postoje Borise Šťastného .....	38
5.2.2.2 Návrhy a postoje Milana Hamerského .....	40
5.2.2.3 Diskuse o uzákonění eutanazie v ČR .....	41
<b>6. Závěr</b> .....	<b>43</b>
<b>7. Resumé</b> .....	<b>44</b>
<b>8. Summary</b> .....	<b>44</b>
<b>7. Použitá literatura a zdroje</b> .....	<b>45</b>
<b>8. Přílohy</b> .....	<b>48</b>
Příloha č.1: Faktory ovlivňující kvalitu života .....	48
Příloha č.2: Vývoj hospicového hnutí v ČR .....	49
Příloha č.3: Klíčoví aktéři neziskového sektoru .....	50
Příloha č.4: Názory poslanců na legalizaci eutanazie v ČR v srpnu 2007 .....	51

## Důstojné umírání

(projekt bakalářské práce)

### **1. Uvedení do výzkumného problému**

Postoj lidí ke stáří a smrti se v průběhu let velmi změnil. Dříve byli staří lidé respektováni. Dnes díky tomu, že hlavními hodnotami současné společnosti jsou mládí, zdraví, kariéra a úspěch, jsou odsouváni na okraj společnosti [Munzarová 2005; 66-68]. Ze společnosti se postupně vytratila úcta ke stáří.

I pohled na smrt je v dnešní době specifický. Zatímco dříve byla smrt chápána jako přirozená součást lidského života, dnes se jí lidé ze svých životů snaží vytěsnit. [Haškovcová 2007; 21].

V České republice není respektováno přání většiny lidí prožít závěr svého života důstojně, bez bolesti a v okruhu svých blízkých. Přes 70 % lidí u nás umírá v nemocnicích, léčebnách dlouhodobě nemocných či v jiných institucích - často nedůstojně a osamoceně [Umírání a paliativní péče v ČR: situace, reflexe, vyhlídky 2004; 20].

A právě strach z bolesti, osamění a ztráty důstojnosti může vést lidi k tomu, že žádají o eutanazii, která se stala nedílnou součástí diskusí o konci života.

Eutanazie často ale nevyjadřuje skutečnou touhu po smrti, je spíše pacientovým voláním o pomoc. Voláním o pomoc člověka, který má již zmiňovaný strach. [Munzarová 2005b; 79].

Nedostatkem „vítězné medicíny“ je skutečnost, že se zaměřuje jen na tělesné potřeby pacienta. Potřeby psychické, sociální a duchovní buď úplně opomíjí či podceňuje, což zejména v závěrečných stádiích života představuje velký problém. Tento nedostatek se snaží napravovat paliativní neboli útěšná medicína, která reprezentuje ucelený systém pomoci umírajícím a jejich rodinám [Haškovcová 2007; 37].

V Evropě bylo v roce 1999 uzákoněno Parlamentním shromážděním Rady Evropy právo pacienta na komplexní paliativní péči v dokumentu nazvaném “Ochrana lidských práv a důstojnosti nevyléčitelně nemocných“. V roce 2003 bylo poté schváleno doporučení Výboru ministrů Rady Evropy členských států „O organizaci paliativní péče“ [Koncepce paliativní péče v ČR: pracovní materiál k odborné a veřejné diskusi 2004; 12].



## 2. Cíle

- 1) Reflexe vývoje přístupů české společnosti k procesu umírání v kontextu změn zdravotní péče.
- 2) Analýza vývoje hnutí za paliativní péči v ČR .
- 3) Analýza diskuse o eutanazii.

## 3. Výzkumné otázky

1. Jak se vyvíjí hnutí za paliativní péči v ČR, kdo jsou jeho aktéři a jaké jsou jejich postoje?
2. Jaké jsou výsledky paliativního hnutí v ČR?
3. Jak probíhá mediální diskurz k otázkám umírání, jaká témata zde dominují?
4. Jaké jsou postoje lidí v ČR k eutanazii a paliativní péči?

## 4. Teoretická východiska

- umírání
- eutanazie
- paliativní péče a její formy
- ageismus

## 5. Metodologie

- a) Rešerše a studium dokumentů
  - knihovní fond domácího hospice Cesta domů
- b) Aktuální analýza postojů široké a odborné veřejnosti v ČR
  - prostřednictvím internetových stránek aktérů paliativní péče, propagátorů eutanazie
  - média, vybrané články z denního tisku
- c) Polostrukturované rozhovory
  - s pracovníky Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče
  - se zastánci eutanazie

## 6. Literatura

*Euthanasie: Víme, o čem mluvíme?* Praha: Hospicové občanské sdružení Cesta domů, 2006.

GÜNTER, V. *Žít až do konce: etika umírání, smrti a eutanazie*. Praha : Vyšehrad, 2000.

HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. Praha: Galén, 2000.

*Hospice care on the international scene*. Kolektiv autorů. New York: Springer Publishing Company, 1997.

*Koncepce paliativní péče v ČR: pracovní materiál k odborné a veřejné diskusi.* Kolektiv autorů. Praha: Hospicové občanské sdružení Cesta domů, 2004.

MUNZAROVÁ, M. *Eutanazie nebo paliativní péče?* Praha: Grada, 2005a.

MUNZAROVÁ, M. *Zdravotnická etika od A do Z.* Praha: Grada, 2005b.

*Standardy hospicové paliativní péče.* Kolektiv autorů. Praha: Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče, 2006.

SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a Umění doprovázet.* Praha: Ecce homo, 2003.

SVATOŠOVÁ, M. *Hospic slovem a obrazem.* Praha: Ecce homo, 1998.

*Umírání a paliativní péče v ČR: situace, reflexe, vyhlídky.* Kolektiv autorů. Praha: Hospicové občanské sdružení Cesta domů, 2004.

***Internetové zdroje***

<http://www.cestadomu.cz>

<http://www.umenidoprovazet.cz>

<http://www.umirani.cz>

<http://www.hospice.cz>

## 1. Úvod

Postoj lidí ke stáří, umírání a smrti se v průběhu let velmi změnil. Stárnutí bylo dříve vnímáno jako proces, během kterého člověk dosahuje praktické moudrosti, a proto byla starším lidem ve společnosti přisuzována zvláštní čestná pozice. Dnes místo aby si společnost vážila starších lidí pro jejich moudrost a zkušenosti, dívá se na ně optikou mladé generace. Byl vytvořen ideál aktivního stáří, který vnímá hodnotu důchodu jako doby, kdy se lze věnovat aktivitám mládí. Paradoxně je tedy stáří považováno za cenné, jedině v případě, že jsou staří lidé schopni naplnit náš kulturní ideál mládí [Agich In Thomasna 2000; 153]. Ze společnosti se vytratila úcta ke stáří.

Téma umírání a smrti se ale netýká jen starých lidí, ze dne na den se může týkat každého z nás.

Pohled na smrt je v dnešní době specifický. Zatímco dříve byla smrt chápána jako přirozená součást lidského života, dnes se jí lidé ze svých životů snaží vytěsnit. Odmítají o ní mluvit, ba dokonce o ní pouze přemýšlet. Avšak nejen laická, ale částečně i odborná veřejnost přijala názor, že smrt se nehodí do našeho úspěšného života a že je vadou na kráse úspěšné medicíny. Smrt je v dnešní době vnímána jako selhání techniky i lékařů. [Haškovcová 2007; 21-22].

V České republice není respektováno přání většiny lidí prožít závěr svého života důstojně, bez bolesti a v okruhu svých blízkých. Přes 70% lidí u nás umírá v nemocnicích, léčebnách dlouhodobě nemocných či v jiných institucích - často nedůstojně a osamoceně [*Umírání a paliativní péče v ČR: situace, reflexe, vyhlídky* 2004; 20].

A právě strach z osamění, ztráty důstojnosti a bolesti může vést až k tomu, že lidé chtějí zemřít dříve než přijde jejich čas, žádají o eutanazii, která se stala nedílnou součástí diskusí o konci života.

Přestože se o eutanazii často mluví, neznamená to, že by samotný pojem byl dostatečně objasněn a tedy došlo k pochopení podstaty problému. Laická veřejnost se často domnívá, že existují jen dvě možnosti, jak prožít konec svého života a to buď umírat v nesnesitelných bolestech a nebo milosrdně ukončit život a tím i utrpení [Munzarová 2005a; 48].

Žádost o eutanazii nemusí vyjadřovat skutečnou touhu po smrti, ale lze ji chápat i jako pacientovo volání o pomoc. Volání o pomoc člověka, který má již zmiňovaný strach a cítí se osamocen. Toto tvrzení dokládá i skutečnost, že v Holandsku, kde je

eutanazie legalizovaná, jen asi čtvrtina nemocných uvedla jako důvod žádosti o eutanazii nesnesitelnou fyzickou bolest. Ukazuje se tedy, že ulehčíme-li nemocnému v jeho ostatních strastech, pak i bolest fyzická se stává snesitelnou. Mnoho nemocných by ovšem ani fyzickou bolestí nemuselo trpět, pokud by byla řádně zvládnuta léčba bolesti [Munzarová 2005b; 79].

Nedostatkem „vítězné medicíny“ je skutečnost, že se zaměřuje jen na tělesné potřeby pacienta. Potřeby psychické, sociální a duchovní buď úplně opomíjí či podceňuje, což zejména v závěrečných stádiích života představuje velký problém. Tento nedostatek se snaží napravovat paliativní neboli útěšná medicína, která reprezentuje ucelený systém pomoci umírajícím a jejich rodinám [Haškovcová 2007; 37].

V Evropě bylo v roce 1999 uzákoněno Parlamentním shromážděním Rady Evropy právo pacienta na komplexní paliativní péči v dokumentu nazvaném „Ochrana lidských práv a důstojnosti nevléčitelně nemocných“. V roce 2003 bylo poté schváleno doporučení Výboru ministrů Rady Evropy členských států „O organizaci paliativní péče“ [*Koncepce paliativní péče v ČR: pracovní materiál k odborné a veřejné diskusi* 2004; 12].

Význam dlouhodobého rozvoje paliativní medicíny nepochybně umocňují nastávající demografické změny ve vyspělých státech, které jsou charakterizovány prudkým nárůstem počtu starých osob v populaci [*Koncepce paliativní péče v ČR: pracovní materiál k odborné a veřejné diskusi* 2004; 12]. Díky stárnutí populace začíná být péče o staré lidi a umírající stále aktuálnějším problémem.

V České republice každoročně umírá přes 100 000 lidí. Péče o terminálně nemocné a umírající by tedy měla být významným tématem veřejného zdravotnictví. Způsob a úroveň péče o terminálně nemocné je zásadně ovlivňován celkovým společenským klimatem, tedy vztahem společnosti k otázkám umírání a smrti, rovněž i způsobem, jak je tato péče na úrovni zdravotní politiky státu deklarována a na úrovni fungování zdravotnického systému organizována [*Umírání a paliativní péče v ČR: situace, reflexe, vyhlídky* 2004; 10].

Podle Evy Černé, která je generální sekretářkou Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče, se v současné době odpovídající paliativní péče dostane pouze asi 1,5% lidí v ČR.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> <[http://www.rozhlas.cz/cro6/stop/\\_zprava/387756](http://www.rozhlas.cz/cro6/stop/_zprava/387756)>

## **2. Cíle a výzkumné otázky**

### **Cíle**

Hlavním cílem mé bakalářské práce je reflexe vývoje přístupů české společnosti k procesu umírání v kontextu změn zdravotní péče. Dílčími cíli potom jsou (1) analýza vývoje hospicového hnutí v ČR a (2) analýza veřejného diskurzu o eutanazii v ČR.

### **Výzkumné otázky**

1. Jak se vyvíjí hospicové hnutí v ČR, kdo jsou jeho aktéři a jaké jsou jejich postoje?
2. Jaké jsou dosavadní výsledky (legislativa, informovanost veřejnosti) hospicového hnutí v ČR?
3. Jak probíhá veřejný diskurz k otázkám umírání, jaká témata zde dominují?
4. Jaké jsou postoje odborné a laické veřejnosti v ČR k eutanazii a paliativní péči?
5. Jakým způsobem je laická veřejnost seznamována s tématem umírání (péče o umírající), které je v naší společnosti do značné míry tabu?

## **3. Teoretická východiska**

V této části své práce se nejprve zaměřím na samotného pacienta, jeho potřeby a reakce na vážnou nemoc. Právě pochopení role pacienta a zároveň porozumění fázím, jimiž těžce nemocní procházejí, hraje klíčovou roli v poskytování adekvátní péče umírajícím a přímo tedy souvisí i se zajištěním důstojného umírání. Dále definuji klíčové pojmy a koncepty související s umíráním, hospicovým hnutím, paliativní péčí a eutanazií.

### **3.1 Pacient, jeho potřeby a reakce na vážnou nemoc**

Nemoc ohrožující život zpravidla mění vyhlídky osob, jež postihne a zároveň omezuje jejich možnosti. Samozřejmost, se kterou lidé vnímají život a očekávání téměř neomezené budoucnosti, mizí a s prohlubujícím se fyzickým nebo duševním úpadkem zapříčiněným nemocí se pomalu dostavuje sociální izolace, dosažené role se mění a nakonec opouštějí. Nejlépe lze tyto skutečnosti doložit na příkladu zaměstnání. Právě zaměstnání poskytuje člověku hodně příležitostí, včetně finanční jistoty, vzájemných

interakcí a sociálních vztahů se spolupracovníky, sociálního statusu, moci či zvyšování sebeúcty. Přestože ne všechny pracovní zkušenosti zvyšují kvalitu života, opuštění práce z důvodu nemoci je zvláště nápadným příkladem toho, jak smrtelná nemoc nakonec vede k přechodu od aktivity k pasivitě. Obdobným způsobem může také docházet k rozpadu základních rysů individuality [Payneová 2007; 22].

Nemocný člověk mnoho ztrácí, a proto může reagovat na nastalou situaci agresí, úzkostí, depresí či změnou chování. Přestože jsou reakce lidí na těžké životní situace různé a závisí na celé řadě okolností, Elizabeth Kübler-Rossová na základě svých mnohaletých zkušeností popsala **pět fází, jimiž těžce nemocní pacienti procházejí**. První fází je negace. Pacient je v šoku z diagnózy, a proto dochází k popírání dané situace. Nemocný si často myslí, že došlo k záměně výsledků či jinému omylu. Další fází je agrese, pro kterou je charakteristický hněv a vzpoura. Nemocný má zlost na zdravotníky i na zdravé lidi a má pocit, že osud je k němu nespravedlivý. Poté následuje smlouvání, kdy se pacient snaží hledat zázračné léky a léčitele, kteří by ho uzdravili. Je ochoten vyzkoušet a zaplatit cokoliv. Obvykle také činí velké sliby, které by naplnil, kdyby došlo k uzdravení. Pak přichází deprese, která pramení ze smutku z utrpěné ztráty či z hrozící ztráty, svou roli rovněž hraje strach z účtování a strach o zajištění rodiny. Nakonec přichází fáze smíření, kdy se člověk vyrovná s danou situací, je pokorný a pomalu se začíná loučit. Fáze smíření rozhodně neznamená rezignaci, a proto je nutné tyto dva stavy od sebe odlišovat. Zmíněnými fázemi ovšem neprochází jen pacient, ale také jeho nejbližší, kteří spolu s ním trpí. I když jsou dané fáze seřazeny tak, jak obvykle přicházejí, neznamená to, že musí být vždy zachován tento sled. Naopak, často se stává, že se některé z nich opakovaně vracejí a střídají či je možné, že dojde k prolínání některých fází v jediném dni. Výše zmíněné fáze nejsou stejně dlouhé a někdy dojde i k tomu, že některá z nich chybí [Svatošová 1995; 27-29].

Někteří odborníci upozorňují, že nemoc ale nemusí být jen o pacientových ztrátách. Delší nemoc mívá i svoji významnou pozitivní stránku a to proto, že bývá velikou příležitostí, nejen pro nemocného, ale i pro celé jeho okolí. Vážná nemoc většinou vede člověka k přehodnocení jeho dosavadního žebříčku hodnot a následně i změně pohledu na život. Je-li tedy tato příležitost správně pochopena a zúročena, může být nemoc velmi plodným a cenným úsekem života. Stále ještě není pozdě na urovnání

vztahů a vyřešení důležitých věcí, které daný jedinec dlouho odkládal [Svatošová 1995; 38].

### 3.2 Umírání

Pojem umírání je v lékařské terminologii synonymem terminálního stavu, tedy postupného a nevratného selhávání lidského organismu s následkem smrti individua. Terminální stav si lze představit jako vlastní umírání, a proto bývá časově ohraničen dobou několika hodin, dnů, popřípadě týdnů [Haškovcová In Vorlíček 2004; 435].

Ovšem bylo by chybou přemýšlet o umírání jen v tomto úzkém smyslu slova. V širších souvislostech je umírání časově mnohem delším úsekem.

Na skutečnost, že pojem umírání není možné redukovat jen na terminální stav, poukazují i někteří němečtí autoři, kteří používají výraz „zum Tod arbeitender“, který lze přeložit jako ke smrti pracující, aby zdůraznili naléhavost komplexní péče o umírající. Jiní odborníci rozlišují tři fáze umírání: fázi pre finem, fázi in finem a fázi post finem [Haškovcová In Vorlíček 2004; 435].

**Fáze pre finem** může být velmi dlouhá a časově zahrnout nejen několik měsíců, ale i let. Za počátek této fáze je možné považovat okamžik, kdy je diagnostikována vážná dlouhodobá nemoc, která je perspektivně neslučitelná se životem. Po celé toto období je nutné usilovat o vymizení či alespoň zmírnění obtíží nemocného a zároveň ho citlivě vést úskalími nemoci a zajistit mu potřebnou pomoc. Haškovcová zdůrazňuje, že je nezbytné ochránit nemocného od psychické a sociální smrti. Právě psychická rezignace pacienta, která je provázena intenzívně prožívanou beznadějí a zoufalstvím, bezesporu usnadňuje vstup fyzické smrti. Sociálním umíráním je možné označit stavy, kdy člověk, přestože žije, je odtržen od společnosti a to díky vyvázání ze sociálních a interpersonálních vztahů [Haškovcová 2002; 205-206].

V průběhu této fáze mnohdy dochází k tomu, že nemocný je nucen revidovat své plány a cíle. Svůj život musí přizpůsobit svému momentálnímu zdravotnímu stavu, což není snadné, a proto je nutné, aby nemocnému byla zajištěna nejen lékařská, ale i psychologická pomoc.

**Fáze in finem** představuje umírání ve vlastním smyslu slova, jedná se tedy o již výše zmíněný terminální stav. Právě v tomto období se setkáváme se společensky aktuální problematikou ritualizace smrti, odstoupení od léčby a eutanazie. Těmito tématy se moje práce zabývá v dalších samostatných částech.

Probíhající teoretické diskuse o umírání se zaměřují na změnu převažujícího odosobněného přístupu zpět k podobě umírání jako sociálního aktu, kdy jsou lidé smířeni a vyrovnáni s tím, že smrt je součástí života. Praktické naplnění tohoto principu znamená hledání nového lidsky přijatelného rituálu, který by respektoval kombinaci tradičního, domácího modelu umírání a moderní lékařské formy péče [Haškovcová 2002; 208-211].

**Fáze post finem** je charakteristická péčí o mrtvé tělo, rovněž ale zahrnuje i péči o pozůstalé. Přestože by bylo velmi žádoucí věnovat větší pozornost problematice zármutku a žalu, úloha zdravotníků většinou v této fázi končí již zmiňovanou péčí o mrtvé tělo [Haškovcová In Vorlíček 2004; 436].

### **3.2.1 Domácí model umírání**

Po staletí umírali lidé zpravidla doma v blízkosti rodiny. A i přesto, že dnes je domácí model umírání idealizován a tudíž se zapomíná na skutečnost, že nemalá část lidí umírala bez jakékoliv pomoci, je možné přijmout model domácího umírání jako určitou ideální normu [Haškovcová In Vorlíček 2004; 437-8].

Jedním z důvodů, proč v dnešní době dochází ke glorifikaci modelu domácího umírání je fakt, že lidé, kteří měli rodinu, neumírali opuštěni. Umírání bylo sociálním aktem, pro který existoval určitý ritualizovaný scénář. Rodinní příslušníci si mezi sebe rozdělili pečovatelské role. Psychickou oporu jim v těžké životní situaci poskytovala osobní víra, dále kněz a mnohdy také sousedé. Ale i sám umírající svou roli znal. Dříve také bezpochyby platilo, že čím méně bylo odborných prostředků, tím spíše se nešetřilo vlídnými slovy [Haškovcová 2000; 27-28]. A tak psychická podpora a pomoc byla zajištěna nejen rodinným příslušníkům, ale i samotnému umírajícímu.

Ovšem i domácí model měl své nevýhody, kterými byly zejména značně omezené možnosti odborné pomoci. Lékař jako reprezentant odbornosti vstoupil na scénu domácího umírání teprve před 200 lety, kvalitní ošetrovatelská péče neexistovala



a o praktické ošetřování nemocných i umírajících, jak již bylo výše nastíněno, se starali laičtí příbuzní. Ale i když lékař samotnému umírání přítomen byl, mohl bolestný závěr života nemocných ovlivňovat zpravidla pouze morfinem [Haškovcová In Vorlíček 2004; 438].

Pokud bychom chtěli srovnávat domácí model umírání s dnešní situací umírajících, je důležité připomenout, že dříve se každý člen rodiny v průběhu svého života setkal s umíráním a poté i s mrtvým tělem. Každý proto věděl, jak vypadá umírání a smrt zblízka. Lidé uměli předpovídat jednotlivé fáze umírání a také ovládali tradiční laické ošetřovatelské úkony. Modernímu člověku tyto zkušenosti a znalosti chybí. Zpravidla je také přesvědčen, že umírající by měl být výlučně v péči profesionálních zdravotníků. Vzhledem k tomu, že konfrontace se smrtí bývá v dětství a v dospělosti v dnešní době vzácná, první setkání s umírajícím je provázeno panickým strachem, bezradností a nejistotou, která bývá natolik ochromující, že brání v osvojení si potřebných pečovatelských dovedností, i když ochota starat se o umírajícího existuje [Haškovcová 2007; 28-29].

### **3.2.2 Institucionální model umírání**

Institucionální model umírání se vyvíjel postupně. Nejdříve byl kladen důraz na to, aby každému umírajícímu, který neměl rodinu, bylo zajištěno čisté lůžko, teplo, jídlo a tekutiny. Nemocní byli většinou umístováni do chorobinců, později do špitálů a nemocnic. Pro všechna jmenovaná zařízení byly charakteristické velké pokoje, kde bývalo mnoho postelí. Vzhledem k tomu, že umírajícím, jako specifické skupině nemocných, nebyla dlouhou dobu věnována zvláštní pozornost, lidé umírali mezi ostatními ošetřovanými, v podstatě bez soukromí. Ve snaze zlepšit situaci umírajících a ochránit ostatní pacienty, kteří se stávali nechtěnými svědky procesu umírání, byla zavedena praxe bílé plenty. Bílá zástěna se začala pravidelně používat od 20.let 20.století [Haškovcová 2007; 29-30].

Se zlepšující se situací zdravotnických systémů později docházelo k vyčlenění jednoho zvláštního pokoje pro umírající. Postupně moderní medicína také začala vítězit nad nemocemi a nemocní lidé začali věřit v zázrak. Pacientovu víru v zázrak lékaři ještě přiživovali milosrdnou lží, která daného člověka nechávala v nevědomosti. Navíc zavládlo všeobecné přesvědčení, že nemocní potřebují přísný klid a pořádek, čehož bylo docíleno tak, že příbuzní byli vyloučeni z péče o těžce nemocné a umírající. Od vyčleňování speciálních pokojů pro nemocné se nakonec upustilo, protože tato praxe

měla negativní dopad nejen na samotného umírajícího, který poslední chvíle svého života prožíval v naprostém osamění, ale i na jeho spolupacienty, kteří se báli, že je brzy potká stejný osud [Haškovcová 2007; 30-31].

Člověk v dnešní době umírá osamocen, v pokoji plném ostatních pacientů a nebo za bílou plentou v péči profesionálních zdravotníků, kteří jsou ale pro něj, stejně tak jako on pro ně, jen cizí lidé. Lidé odsouvají své známé a příbuzné do nemocnic s nadějí, že vítězná medicína, zabráni smrti či zajistí důstojný odchod. Minimálně o to první se lékaři snaží, avšak někdy až s moc velkým nasazením, a proto dochází k dystanázii. V druhém případě vítězná medicína zatím selhává [Haškovcová 2007; 31].

### **3.2.3 Dystanazie**

Dystanazie neboli zadržaná smrt je umělé a násilné prodlužování přirozeného procesu umírání léčbou, jejíž nevýhody z pohledu pacienta nebo jeho blízkých převažují nad jejími výhodami. Dystanazie je tak nepříjemným důsledkem uplatňování postupů vítězné medicíny v situacích, kdy potřeby umírajícího vyžadují paliativní přístup.<sup>2</sup>

Vývoj lékařské vědy v posledních desetiletích v mnoha směrech pokročil. Nemoci, na které lidé dříve umírali, jsou dnes vyléčitelné či alespoň léčitelné. Pokrok v této oblasti ovšem vzbuzuje nejen obdiv, ale i obavy. A jednou z obav, která současného pacienta děsí, je bezesporu právě dystanazie.

Je nepochybným paradoxem, že lehká smrt je v dnešní době méně častá než v minulosti. Děje se tomu tak proto, že dobře míněné terapeutické intervence mají za následek oddalování smrti. Stav, kdy návrat do života je již nereálný a kdy zemřít je „nemožné“, je těžce prožíván nejen umírajícím, ale také všemi zúčastněnými [Haškovcová In Vorlíček 2004; 444].

Reakcí na hrozbu dystanazie jsou postupy DNR (do not resuscitate), které dovolují za určitých podmínek, popřípadě s přihlédnutím k přání nemocného, jež formuloval dopředu formou living will, a s použitím systému medicínských kritérií pro ukončení mimořádných terapií zastavit léčbu. Programy DNR jsou používány převážně na anesteziologicko-resuscitačních odděleních. V poslední době se rovněž diskutují kritéria, která by pomohla objektivizovat marnou léčbu a tedy umožnila její ukončení i v méně vypjatých situacích klinické praxe [Haškovcová In Vorlíček 2004; 445].

---

<sup>2</sup> <<http://www.hospice.cz/hospice1/seznamy.php?sez=2>>

### 3.3 Hospicové hnutí

Hospicové hnutí existuje ve světě desítky let, během kterých prošlo určitým vývojem. Přestože se péče zdokonaluje, metody a prostředky na zvládání bolesti a ostatních obtíží se vybrušují, cíl tohoto hnutí zůstává stále stejný a to doprovázet umírajícího a jeho rodinu na jejich nelehké cestě.

Za zakladatelku hospicového hnutí je považována Dr. Cicely Saundersová, která v roce 1967 založila první hospic moderního typu a to hospic sv. Kryštofa v Londýně. O prvním moderním hospici lze hovořit z toho důvodu, že zde došlo k propojení vynikající lékařské péče, vzdělávání v oblasti paliativní medicíny i výzkumu. Vzhledem k tomu, že jeho úspěchy v oblasti péče o umírající byly prokazatelné, hospicové hnutí a jeho myšlenky se brzy rozšířily z Velké Británie do celého světa. Postupně také došlo k přijetí a následně i prosazování názoru, že principy hospicové péče mohou být uplatňovány na mnoha různých místech, například v domácí péči či na speciálních nemocničních jednotkách, tedy nejen v lůžkových hospicích. Pozornost se také soustředila na definici hospicové péče, která se vyvíjela, tak jako samotná péče. V definicích se začal postupně stále častěji objevovat termín paliativní péče [Clark 2005; 2].

Dnes ve světě existuje přes 2500 hospiců. Ukázalo se, že v zemích, kde hospice vznikly, se s odstupem času výrazně zlepšil přístup celé společnosti k problematice umírání [Svatošová In Vorlíček 2004; 511].

Všude ve světě hospice začínaly tím, že řešily skutečnosti, které byly na první pohled nejnaléhavější a také nejkritičtější. Řešily problémy pacientů s pokročilým nádorovým onemocněním. Postupem času se ale pacienti v hospicích stávaly a stávají i nemocní, jejichž diagnózou je nenádorové onemocnění. Dnes je také v porovnání s ostatními formami hospicové péče více preferovaná domácí péče. Hlavním důvodem, proč tomu tak je, je skutečnost, že tato péče je nejčastěji upřednostňovaná i samotným pacientem. Mnohdy však naráží na hranice svých možností, a proto není možné k ní vždy přistoupit. Již výše jsem se zmínila o trendu prosazování myšlenky hospice i mimo zdi hospice. Z těchto důvodů je také v pregraduální i postgraduální výchově lékařů a zdravotníků kladen důraz na vzdělávání v oblasti paliativní medicíny.<sup>3</sup>

---

<sup>3</sup> < [http://hospice.cz/hospice1/data/php07\\_historie.doc](http://hospice.cz/hospice1/data/php07_historie.doc) >

### 3.3.1 Hospic a hospicová péče

Myšlenka hospice vychází z úcty k člověku jako jedinečné a neopakovatelné bytosti a plně respektuje všechny potřeby pacienta. Hospic nemocnému zaručuje, že nebude trpět nesnesitelnou bolestí, v každé situaci bude respektována jeho lidská důstojnost a v závěru života nezůstane osamocen. Myšlenku hospice je možné za předpokladu splnění určitých podmínek realizovat všude tam, kde lidé umírají. Důraz je kladen hlavně na kvalitu života nemocného a to až do konce jeho dnů. Jedná se o doprovázení nemocného, ale i jeho blízkých, kteří zde hrají velmi významnou a do určité míry nezastupitelnou roli [Svatošová 1995; 123].

Existují tři formy hospicové péče: domácí hospicová péče, stacionární hospicová péče a lůžková hospicová péče.

**Domácí hospicová péče** je pro nemocného ve většině případů nejvíce vítaným řešením, ale ne vždy je dostačující. Pečující rodině pomáhá zvládat péči o umírajícího tým kvalifikovaných pracovníků, kteří rodině poskytují psychickou podporu, vhodné pomůcky, léky a pod jejich vedením se také členové rodiny naučí potřebné ošetrovatelské úkony. Domácí péče má ale své hranice, ať už se jedná o rodinné zázemí, které nemusí být vyhovující a nebo se časem vyčerpá, prostorové nedostatky či nedostatečnou odbornost pečujících [Svatošová 1995; 126-127].

**Stacionární hospicová péče** bývá v zahraničí velmi oblíbená, protože oddaluje hospitalizaci a umožňuje nemocnému pobývat v domácím prostředí. Péče o nemocného bývá omezena na několik hodin (např. aplikaci infúzí), případně den. Pacient je do stacionáře přijat ráno a v odpoledních či podvečerních hodinách se opět vrací domů. Dopravu nemocnému zajišťuje rodina [Haškovcová 2007; 31].

Poslední formou hospicové péče je **lůžková hospicová péče**. Pokud je pacient do hospice přijat, neznamená to, že zde musí i zemřít. Někteří nemocní využívají hospic velice účelově a přicházejí na krátkodobé, zpravidla opakované pobyty. S pacientem v hospici mohou pobývat jeho blízcí či ho rodina může kdykoliv navštívit. Přestože se od návštěvy neočekává, že bude nemocného ošetřovat, je jí to v případě zájmu umožněno. I když v hospici probíhají obdobně jako v nemocnici lékařské vizity, režim dne je zde jiný. Pokud je to možné, režim dne si pacient určuje sám a je tedy v mnohém volnější než v nemocnici. Nikdo ho ráno nebudí s teploměrem, může spát tak dlouho,

jak potřebuje. Rovněž se myje, podle své potřeby a jí tehdy, kdy si to sám přeje. V rámci možností jsou mu také připravována jídla, která má rád. Rovněž má vždy možnost si o svých problémech s někým promluvit. Prostředí hospice je v mnoha směrech vlídnější než prostředí nemocnice. Hospic by měl nemocnému, co nejvíce připomínat domácí prostředí, a proto i jeho vnitřní vybavení je tomuto požadavku přizpůsobeno. Nemocný zde má k dispozici ale i pomůcky, které mu usnadňují každodenní život, například polohovací lůžka, zvedáky, pojízdné koupací vany [Svatošová 1995; 129-130]. V hospici jsou potřeby a přání pacienta na prvním místě.

Do lůžkového hospice je zpravidla přijímán nemocný, který splňuje následující podmínky: postupující choroba ohrožuje nemocného na životě; potřebuje paliativní a to zejména symptomatickou léčbu a péči; v daný moment nepotřebuje akutní nemocniční ošetření a nestačí nebo není možná domácí péče [Svatošová In Vorlíček 2004; 512].

### 3.3.2 Koncept celkové bolesti

Cicely Saundersová již v roce 1964 přichází s konceptem celkové bolesti, který vznikl jako reflexe příběhů jejích pacientů. Na základě zkušeností samotných pacientů dochází k závěru, že bolest má více dimenzí a na její utlumení aplikace klasické lékařská péče nestačí. Bolest je v tomto konceptu chápána jako klíč, který otvírá dveře k celé řadě dalších problémů. Celková bolest se skládá z více vzájemně provázaných položek, jež jsou odrazem jednotlivých dimenzí člověka. Za pojmem celková bolest se skrývají bolesti fyzické, sociální, emoční a spirituální. Po otevření hospice sv. Kryštofa, byl tento koncept dále zkoumán a poté hrál významnou roli při formování principů paliativní medicíny. Koncept celkové bolesti je zatím jediným původním konceptem, který hospicová a paliativní péče vytvořila a následně představila světu [Clark 2005; 135-137].

**Bolest fyzickou** je možné rozpoznat a alespoň do určité míry definovat snadněji než ostatní složky. Její kvantitativní hodnocení je ale obtížné. Téměř vždy je vnímání bolesti doplněno kognitivním úsilím, pokud se jedná o zdroj a smysl bolesti. Smysl ovlivňuje původní zprávu, vědomá interpretace a modulace zde hraje zásadní roli, a proto je hodnocení bolesti mnohdy záležitostí subjektivní. Příčinou **sociální bolesti** je ztráta. Jedná se o utrpení spojené s předtuchou ztráty a nebo i se skutečným odloučením od rodiny a přátel či se ztrátou sociální role. **Bolest duševní** (emoční) je pocitový komplex, který zahrnuje celou škálu emocí. Již výše jsem popsala, jakými fázemi podle

Elizabeth Kübler-Rossové nevyléčitelně nemocní během svého smířování se s chorobou procházejí. Poslední složkou celkové bolesti je **bolest spirituální** (duchovní). Právě tato bolest je v kontextu umírání velmi významná, avšak definovat ji je nejobtížnější. Je možné souhlasit s tím, že se jedná o utrpení spojené s odcizením od svého nejhlubšího já, které je mnohdy prožíváno jako strach z neznáma a jako pocit ztráty smyslu [Munzarová 2005a; 13-14].

### 3.4 Paliativní medicína

Ve své práci, vzhledem k jejímu rozsahu a výše vymezeným cílům, nebudu detailně rozebírat různé postupy paliativní medicíny, ale zaměřím se pouze na její základní filosofii, pomocí které je možné pochopit principy paliativní léčby a péče.

U zrodu konceptu moderní paliativní péče stál kanadský chirurg Balfour Mount. Poté, co v roce 1973 navštívil hospic sv. Kryštofa, vrátil se do Montrealu, aby zkoumal, jakým způsobem je možné myšlenku hospice realizovat v podmínkách akutní nemocniční péče. V roce 1975 bylo v Royal Victoria Hospital v Montrealu založeno první oddělení paliativní péče [Clark 2005; 2-3].

Termín paliativní péče zvolil doktor Mount proto, aby předešel nedorozuměním, která byla spojena s pejorativními konotacemi slova hospic v některých jazycích [Clark 2005; 11]. Pojem paliativní pochází z latinského pallium, které v překladu znamená maska, pokrytí či zakrytí pláštěm. V této etymologii je možné nalézt pravou podstatu paliativní péče. Jejím cílem je maskovat účinky nevyléčitelné choroby a zakrýt pláštěm ty trpící, kterým nemohlo být pomoci léčbou kurativní [Munzarová 2005a; 62]. Ovšem bylo by chybou se domnívat, že paliativní léčba znamená zejména omezení, zmenšení či zjednodušení léčby v případě, kdy přestane být naděje na uzdravení nemocného. Rozpoznání, že je pacientovo onemocnění nevyléčitelné, není v žádném případě důvodem k minimalizaci léčby. Paliativní péče je bezesporu léčbou aktivní [Vorlíček 2004; 27].

Paliativní medicína je ve většině zemí Evropy povinnou součástí pregraduální přípravy lékařů i sester. V některých zemích je uznána i jako samostatný lékařský obor, k těmto zemím se od roku 2004 řadí i Česká republika. Poskytovatelé paliativní péče jsou zpravidla sdruženi v národních odborných společnostech. Jejich volným sdružením

je Evropská asociace paliativní péče (EAPC), jež pravidelně pořádá kongresy a vydává *European Journal of Palliative care* [Vorlíček 2004; 22].

Moderní paliativní medicína přejala nejlepší aspekty hospicového hnutí [Vorlíček 2004; 23], její základní principy je možné shrnout v několika bodech. Paliativní péče [Sláma 2007; 25]:

- usiluje o prodloužení a zachování života, jenž bude svou kvalitou<sup>4</sup> pro pacienta přijatelný;
- chrání a respektuje důstojnost nevléčitelně nemocných;
- vychází z přání a potřeb pacientů a respektuje jejich hodnotové priority;
- snaží se vytvořit podmínky, aby pacient mohl závěrečné období svého života prožít ve společnosti svých blízkých, v důstojném a přívětivém prostředí;
- chápe umírání jako součást života, kterou každý člověk prožívá jedinečně;
- nabízí všestrannou účinnou podporu příbuzným i přátelům umírajících a pomáhá jim zvládat jejich zármutek i po smrti blízkého člověka.

Paliativní péče je charakteristická svou interdisciplinarností. Využívá expertní znalosti lékařů z různých oborů, předpokládá úzkou týmovou spolupráci lékařů a ošetřovatelů, zároveň se ale také spoléhá na spolupráci zdravotníků a psychologů, sociálních pracovníků a poradců, duchovních, rovněž předpokládá i zapojení rodiny a blízkých přátel nemocného a v neposlední řadě využívá dobrovolnické služby [Sláma 2007; 26].

### **3.5 Eutanazie**

Samotné slovo eutanazie je řeckého původu, kdy „eu“ znamená dobrá a „thanatos“ smrt. Původním obsahem pojmu byla tedy dobrá smrt, která byla spojována s představou lehké smrti, jež přichází po dlouhém spokojeném životě a to rychle, bezbolestně, případně ve spánku. V průběhu let došlo k interpretačnímu posunu a termínem eutanazie se dnes obvykle rozumí smrt z milosti či soucitu a nebo útrpnosti [Haškovcová 2007; 120]. Do širšího povědomí lékařů, právníků a etiků se eutanazie ve smyslu pacientem dobrovolně vyžádané smrti dostává v 60. letech 20. století. Bývá vnímána jako reakce na nástup převratných léčebných technologií, které začaly

---

<sup>4</sup> Tabulka s faktory, které určují kvalitu života viz příloha č.1

vyvolávat snahy na změny etických paradigmat, či rovněž jako reakce zvýšeného prosazování lidských práv na kvalitu života [Kořenek 2002; 161].

### **3.5.1 Aktivní eutanazie**

Pojem aktivní eutanazie znamená usmrcení nevléčitelně nemocného pacienta, trpícího nesnesitelnými bolestmi na jeho vlastní opakovanou uvážlivou žádost. Vykonavatelem aktivní eutanazie je vždy lékař. Vzhledem k tomu, že je zde kladen důraz na aktivní roli lékaře, bývá někdy tato forma eutanazie nazývána strategií přeplněné stříkačky [Haškovcová 2007; 120].

Jednou z variant aktivní eutanazie je eutanazie nevyžádaná, kdy pacient není schopen předepsaným způsobem o urychlení smrti požádat. Je však možné předpokládat, že kdyby mohl, s eutanazií by souhlasil. V tomto případě se tedy jedná o eutanazii nevyžádanou, ale v zásadě chtěnou. Může ale také nastat situace, kdy eutanazie je nejen nevyžádaná, ale i nechtěná. Protože ani v prvním (nevyžádaná eutanazie), ani v druhé případě (nechtěná eutanazie) nelze validně doložit, zda si daný pacient eutanazii přál či nikoliv, hovoříme v obou případech o eutanazii nedobrovolné [Haškovcová 2007; 120].

### **3.5.2. Pasivní eutanazie**

Pasivní eutanazie je ekvivalentem pro přerušeni léčby či odepření dalších léčebných postupů, které by nemocného neúměrně zatěžovaly. Nejedná se však o ukončení péče. Bývá mnohdy označována jako strategie odkloněné stříkačky, která je vnímána jako právo na přirozenou smrt [Haškovcová 2007; 120-121].

Pod pojmem pasivní eutanazie je možné schovat dva diametrálně odlišné postupy. Na jedné straně se může jednat o nezasáhnutí s úmyslem zabít. A na druhé straně lze hovořit o nepodání léčby nebo ustoupení od dalších postupů tehdy, jsou-li již zcela zbytečné a zatěžující a přinášejí-li nevléčitelně nemocnému pacientovi jen další utrpení v jeho umírání. Na odmítnutí takovýchto postupů má navíc pacient právo [Munzarová 2005a; 48-49].



### 3.5.3. Asistovaná sebevražda

Asistovaná sebevražda představuje zvláštní formu eutanazie. Jedná se o situaci, kdy pacient si přeje zemřít, protože je nevléčitelně nemocný, trpí nesnesitelnými bolestmi a jeho onemocnění má neblahou prognózu. Nemocný žádá lékaře o pomoc, která může mít podobu metodické rady či konkrétního prostředku, jenž mu pomůže realizovat odchod ze života [Haškovcová 2007; 122].

### 3.5.4. Legalizace eutanazie ve světě

Jen velmi stručně nastíním, jaká situace panuje ohledně legalizace eutanazie a asistované sebevraždy ve světě či spíše ve vybraných státech. Následující přehled však považuji za nezbytný vzhledem k tomu, že v analytické části své práce budu analyzovat situaci v České republice, kde mnozí zastánci eutanazie obhajují své názory a postoje na základě zkušeností ze zahraničí, konkrétně z Holandska, Belgie, Švýcarska a Oregonu.

Základní podmínky, podle kterých dochází k aktivní eutanazii, jsou jasně formulované. Odpovědnost za rozhodnutí nese pacient, protože je to právě on, kdo opakovaně žádá o urychlení své smrti. Pacient sice opravdu může nejlépe zhodnotit svou situaci a v návaznosti na lidská práva, a hlavně na právo na sebeurčení, vyjádřit svou vůli, ale žádný lékař není povinen ji automaticky vyplnit. K eutanazii, při splnění určitých podmínek, je tedy zapotřebí souhlasu minimálně dvou lidí a to pacienta a lékaře. Lékař však může mít určité pochybnosti, což je důvodem, proč aktivní eutanazie není nikde na světě uzákoněna. V této souvislosti je nutné si uvědomit existenci rozdílu mezi uzákoněním a beztrestností eutanazie. Pokud by byla aktivní eutanazie uzákoněna, její případné neprovedení by bylo trestné. Lékař by tedy neměl možnost žádosti o eutanazii nevyhovět. Jediným státem, kde došlo k přechodnému uzákonění aktivní eutanazie, bylo Severní teritorium Austrálie. Zde byl zákon přijat na základě lidového hlasování k dané otázce. V červnu 1996 zákon vstoupil v platnost, ovšem již v říjnu téhož roku byl pozastaven a v březnu 1997 následně zrušen [Haškovcová 2007; 125-127].

Asi nejliberálnější přístup k eutanazii panuje v **Nizozemí**. V roce 1969 zde holandský lékař Jan Henrik van den Berg vydal knihu Lékařská moc a lékařská etika, ve které prezentoval svůj názor, že by lékaři měli být ochotni své nemocné, umírající a

pacienty ve vegetativním stavu, i usmrtit. Kniha předznamenala směr, kterým se diskuse a následné kroky v této problematice budou ubírat. V roce 1973 proběhl soudní proces se ženou, jež usmrtila svou inkontinentní a na vozíček upoutanou matku, údajně na základě její opakované žádosti. Žena v tomto případě od soudu odešla pouze s podmíněným jednotýdenním trestem. Výsledek soudního procesu byl jasným signálem i pro ostatní holandské lékaře. Od té doby byla eutanazie v Nizozemí prováděna. Následně zde byla přijata rotterdamská kritéria, která vymezila podmínky, za kterých je možné eutanazii připustit [Munzarová 2005a; 32-33]. Vzhledem k tomu, že se praxe usmrcení na žádost rozšiřovala, v roce 1993 došlo k novelizaci zákona o pohřebnictví, ve kterém byla nově zakotvena beztrestnost pro lékaře, který vykoná eutanazii podle stanovených pravidel. K další liberalizaci v této problematice došlo v roce 2001 poté, co byl schválen návrh zákona pod názvem Prověření ukončení života na žádost pacienta a pomoc při sebezabití [Haškovcová 2007; 125-127]. Přes výše zmíněné postupy a jejich následná schválení či uzákonění je paradoxem, že v Holandsku stále platí zákon, podle kterého je eutanazie trestným činem, za který hrozí odnětí svobody až na 12 let. Rovněž podněcování a pomáhání ke spáchání sebevraždy je trestným činem, v tomto případě hrozí dotyčnému až 3 roky odnětí svobody [Munzarová 2005a; 34]. Způsob, jakým je eutanazie prováděna a legislativně ošetřena, bývá v literatuře nazýván holandským modelem.

Od roku 2001 dochází i v **Belgii** k zákonem (Euthanasia-Belgium Bill, 2002) tolerované eutanazii. Definice eutanazie je stejná jako v Holandsku, jedná se tedy o úmyslné ukončení života jinou osobou než osobou samotnou a to na žádost této osoby. Na rozdíl od Nizozemí je zde však jasně stanoveno, že za určitých podmínek se nejedná o trestný čin. V zákoně je rovněž zahrnuta možnost se o úmyslném ukončení svého života rozhodnout předem. Po provedení eutanazie musí lékař vyplnit příslušný formulář a v průběhu čtyř pracovních dnů po usmrcení nemocného jej odeslat Federální kontrolní a hodnotící komisi [Munzarová 2005a; 50-51].

**Švýcarsko** a jeho přístup k eutanazii je v mnoha směrech velmi specifický. V této zemi již řadu let působí organizace Exit a od roku 1998 také Dignitas, které poskytují asistovanou sebevraždu těm, kteří o ni požádají. Obě organizace se odkazují na skutečnost, že podle švýcarské ústavy není pomoc k sebevraždě trestným činem,

jestliže za ní nestojí egoistické zájmy. Služeb zmiňovaných organizací využívají nejen švýcarští obyvatelé, ale i cizinci [Haškovcová 2007; 129].

V **Oregonu** docházelo ke snaze o uzákonění asistované sebevraždy už od roku 1991, zejména díky politické aktivitě Hemlockovy společnosti. Když v roce 1994 proběhlo občanské hlasování na toto téma, 51% hlasů bylo pro uzákonění asistované sebevraždy. Následně byl připraven protokol The Oregon Death With Dignity Act, jehož legalizace byla ale díky námitkám ze strany soudů oddalována. V roce 1997 došlo k obnově jednání a také k dalšímu hlasování. Nakonec byla legalizace asistované sebevraždy 27.října 1997 schválena [Munzarová 2005a; 50].

#### **4. Metodologie a zdroje dat**

Zdroje poznatků pro přehled teoretických východisek jsem čerpala převážně z české knižní produkce, která již vytváří v současné době uspokojivý přehled. Jenom okrajově jsem doplnila tyto poznatky zahraniční literaturou. Podstatným zdrojem pro mne byl knižní fond občanského sdružení Cesta domů.

Volbu okruhu použitých metod jsem odvíjela zejména od Hendlovi (2005) publikace o kvalitativních metodách. Zásadním kvalitativním přístupem byl výzkum dokumentů.

K analýze vývoje hospicového hnutí využívám historické analýzy vybraných událostí a analýzy jednání aktérů tohoto hnutí. Abych zjistila, jak se projevují a formují postoje české společnosti k eutanazii a paliativní péči, využívám diskurzivní analýzy [Schiffrin; 2003] a následně i kritické diskurzivní analýzy [van Dijk; 2003].

Diskurz je v mé práci využit jako určitý model veřejné komunikace nad paliativní péčí a eutanazií. Tento model zahrnuje vedle vybraných částí politického a mediálního diskurzu také část teoretického diskurzu s využitím odborných publikací. Diskurz utváří společnost a kulturu a lze ho chápat jako druh sociálního jednání. Analýza veřejného a teoretického diskurzu byla provedena s využitím internetových stránek a publikací aktérů hospicové a paliativní péče, internetových stránek propagátorů eutanazie, publikací českých lékařů z oblasti lékařské etiky, vybraných článků z denního tisku, rozhlasových rozhovorů, výsledků realizovaného průzkumu

veřejného mínění agenturou CVVM a výzkumu Mladé fronty Dnes o postojích poslanců vůči legalizaci eutanazie v ČR.

Kritická analýza diskurzu se zpravidla zaměřuje na sociální problém, je interpretační a vysvětlující. Já jsem se ve své práci zaměřila na problém důstojného umírání a refleктоvala jsem, co si pod tímto pojmem představují zastánci eutanazie a jeho odpůrci, kteří upřednostňují paliativní péči. Rovněž jsem se snažila poukázat na skutečnost, že politický diskurz může být i manipulující.

Po postupně rozšiřovaném výzkumu dokumentů a odborných prací, jsem nakonec nepřistoupila k provedení polostrukturovaných rozhovorů s pracovníky Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče a zastánci eutanazie, jak jsem si stanovila v projektu bakalářské práce. K tomuto kroku jsem se rozhodla proto, že po zpracování použitých materiálů, jsem byla schopna identifikovat postoje vybraných aktérů a odpovědět na mnou položené výzkumné otázky.

## **5. Analýza vývoje hospicového hnutí a diskurzu o eutanazii v ČR**

Výzkumným problémem mé práce je formování postojů současné české společnosti k novým formám péče o umírající.

Identifikuji klíčové aktéry rozvoje hospicového hnutí v České republice a způsob, jakým se na prosazování hospicové a paliativní myšlenky podílejí. Následně zhodnotím výsledky aktivit hospicového hnutí a upozorním na cíle, ke kterým směřuje.

Poté se zaměřím na tvorbu veřejného diskurzu o eutanazii u nás. V této souvislosti poukáži na jedince, kteří podporují myšlenku eutanazie či stojí za prosazováním uzákonění eutanazie v ČR. Jejich názory budu konfrontovat s argumenty odpůrců eutanazie, mezi které patří i hospicové hnutí.

Ačkoli tématu eutanazie v ČR a následné diskusi o ní věnuji ve své práci více prostoru než hospicové a paliativní péči, neznamená to, že bych osobně myšlenku eutanazie upřednostňovala. Činím tak jen z čistě praktických důvodů. Koncept paliativní péče a hospicového hnutí je jasně formulován a v zásadě nemá příliš odpůrců. Výhrady se zpravidla soustředí na uvedení hospicové a paliativní myšlenky do praxe. Oproti tomu problematika eutanazie má více dimenzí.

## 5.1 Analýza vývoje hospicového hnutí v ČR

Hospicové hnutí hraje klíčovou roli při boření tabu smrti a umírání v české společnosti. A přestože u nás existuje již 15 let, ani zdaleka není u konce svého snažení, které vzhledem k silícím snahám o legalizaci určitých forem eutanazie v ČR bude muset být stále intenzivnější.

### 5.1.1 Historie hospicového hnutí

Historie hospiců a vůbec samotného hospicového hnutí je v České republice oproti Velké Británii, kde toto hnutí vzniklo, relativně krátká. První pokusy zlepšit péči o umírající se váží k roku 1990, kdy se lékařka Marie Svatošová na půdě České katolické charity s několika sestrami pokoušela o budování sítě mobilních hospiců. Domácí péče se zdála být nejžádanější a její realizace byla relativně snazší než uskutečnění ostatních forem hospicové péče. Brzy se ale ukázalo, že domácí hospicová péče má své objektivní limity.<sup>5</sup>

V roce 1993 vzniklo sdružení *Ecce homo*, u jehož zrodu stála opět Marie Svatošová. Toto sdružení si za svůj hlavní cíl stanovilo, aby se začalo o umírání a smrti nahlas mluvit. Zaměřilo se na předávání zkušeností z hospice veřejnosti prostřednictvím seminářů, stáží, přednášek a publikací a zároveň se podílelo na vybudování prvního českého hospice. I jejich zásluhou byl v roce 1995 otevřen Hospic Anežky České v Červeném Kostelci, první hospic v České republice. Nejen *Ecce homo*, ale i celé hospicové hnutí si hned při svém zrodu stanovilo sice vzdálený, ale velmi ambiciózní cíl, který odpovídá nastoleným světovým trendům v této oblasti. Tímto cílem je myšlenku hospice prosadit všude tam, kde lidé umírají.<sup>6</sup>

Od roku 1993 prošlo hospicové hnutí řadou změn. Nejzásadnější z nich je skutečnost, že dnes stojí na mnohem širších základech, více lidí se snaží prosazovat myšlenku hospice v praxi a postupně jsou dané principy zapracovávány i do české legislativy.<sup>7</sup>

---

<sup>5</sup> <[http://hospice.cz/hospice1/php07\\_rozcestnik.php](http://hospice.cz/hospice1/php07_rozcestnik.php)>

<sup>6</sup> <[http://hospice.cz/hospice1/php07\\_rozcestnik.php](http://hospice.cz/hospice1/php07_rozcestnik.php)>

<sup>7</sup> Vývoj hospicového hnutí v ČR viz příloha č.2

### 5.1.2 Aktéři rozvoje hospicového hnutí, jejich aktivity a snahy

Na základě analýzy relevantních dokumentů a rozhovorů vybraných představitelů hospicového hnutí jsem identifikovala čtyři klíčové aktéry pro rozvoj hospicové péče v ČR. Jsou jimi nestátní neziskové organizace, stát, poskytovatelé hospicové a paliativní péče a také média, jejichž role je poněkud diskutabilní.

Naprosto zásadním aktérem rozvoje hospicové péče jsou u nás **nestátní neziskové organizace**. Je tomu tak proto, že hospice, tak jako všude ve světě i u nás, vznikaly „zdola“, tedy zásluhou lidí, kteří touto myšlenkou byli velmi nadšení, dobře znali neutěšenou situaci umírajících a chtěli ji změnit.

Skutečnost, že u nás hospice vznikaly iniciativou zdola, ale neznamená, že se jednalo či jedná o cosi amatérského. Všichni zřizovatelé hospiců vycházeli ze zahraničních zkušeností, zpravidla těch britských, a zároveň byli podporováni našimi předními odborníky v paliativní medicíně, například prof. MUDr. Jiřím Vorlíčkem, CSc. a MUDr. Ondřejem Slámou.<sup>8</sup>

Nestátní neziskové organizace provozují informačně-poradenské portály, zabývají se ediční a edukační činností, shánějí sponzory na nejrůznější projekty, včetně provozování hospiců a nákupu pomůcek, někteří představitelé rovněž vyjednávají legislativní podporu a existují i občanská sdružení, která kromě výše zmíněných aktivit poskytují také určitou formu hospicové péče. Nestátní neziskové organizace tedy plní funkci advokační i servisní. Za hlavní aktéry neziskového sektoru považují občanská sdružení *Ecce homo*, *Cestu domů*, *Asociaci poskytovatelů hospicové a paliativní péče* a *nadační fond Umění doprovázet*.<sup>9</sup> Právě tyto aktéři se podle mého názoru, díky svým projektům, publikacím a vystupování v médiích, nejvíce zasloužily o propagaci hospicové a paliativní myšlenky v ČR. Vzhledem k tomu, že nestátní neziskové organizace nedisponují reálnou mocí ani dostatkem finančních prostředků, aby své projekty mohly realizovat či je zakotvit v legislativě, potřebují pomoc státu.

---

<sup>8</sup> < [http://hospice.cz/hospice1/data/php07\\_historie.doc](http://hospice.cz/hospice1/data/php07_historie.doc) >

<sup>9</sup> V příloze č.3 je detailněji rozpracováno fungování těchto organizací.

**Státní správa**, přesněji řečeno ministerstvo zdravotnictví uhradilo téměř u všech hospiců 60-70% nákladů na jejich výstavbu.<sup>10</sup> Ministerstvo zdravotnictví tedy aktivně podporuje hospicové hnutí ve snaze vybudovat rovnoměrnou síť lůžkových hospiců po celé České republice.

Stát se podílí nejen na výstavbě hospiců, ale také na zajištění jejich provozu. Přibližně 60% provozních nákladů je hrazeno z veřejného zdravotního pojištění a dalších 20% do roku 2006 hradilo ministerstvo práce a sociálních věcí.<sup>11</sup> Stát také přispívá na nejrůznější projekty související s hospicovou a paliativní péčí.

Přestože pomoc státu je neoddiskutovatelná a do budoucna nezbytná, existují oblasti, kde by stát či spíše zákonodárci mohli pomoci více. Je nutné, aby byly přijaty v souvislosti s problematikou hospicové a paliativní péče v České republice potřebné zákony.

Dalším výrazným aktérem hospicového hnutí jsou bezesporu **poskytovatelé hospicové a paliativní péče**. Právě oni se starají o zajišťování kvalitní péče o umírající a také o jejich rodiny. Propagují a uskutečňují tedy hospicovou a paliativní myšlenku v praxi. Rodinám a nemocným kromě samotné péče poskytují rovněž poradenství a umožňují jim i zapůjčení potřebných zdravotních pomůcek. Výsledkem jejich snažení je, že smrtelně nemocní pacienti i závěrečné období svého života prožívají, v rámci možností, naplno. Rovněž i jejich rodinám je umožněno či spíše pomoheno lépe se s nastalou situací vyrovnat.

Výzvou do budoucna je mobilní hospicová péče.

Posledním důležitým aktérem jsou **média**. Právě ona zprostředkovávají názory a postoje ostatních aktérů. Na jedné straně díky tomu, že jsou představitelé hospicové a paliativní péče zváni do nejrůznějších pořadů, jsou s nimi dělány rozhovory a je informováno o jejich aktivitách, dochází k boření mýtů ohledně umírání a smrti. Na druhé straně je nutné upozornit na to, že v novinách, rozhlasu a televizi jsou zpravidla prezentována témata, která jsou více atraktivní. Jedním z takových témat je bezesporu i eutanazie. Díky „neatraktivitě“ paliativní a hospicové péče jsou mnohdy témata spojená s touto problematikou odsouvána do pozadí, nezůstává prostor a ani chuť o nich informovat. Umírání patří mezi mimořádně citlivá témata, a proto je rovněž obtížné či

---

<sup>10</sup> <[http://hospice.cz/hospice1/data/php07\\_historie.doc](http://hospice.cz/hospice1/data/php07_historie.doc)>

<sup>11</sup> <[http://hospice.cz/hospice1/data/php07\\_postaveni\\_hospicu.ppt#23](http://hospice.cz/hospice1/data/php07_postaveni_hospicu.ppt#23)>

spíše v současné situaci nemožné, přilákat zájem veřejnosti určitou formou reklamy či marketingové kampaně.

### 5.1.3 Hlavní úspěchy hospicového hnutí

Téma umírání a smrti již v české společnosti není tak velkým tabu jako dříve, začalo se o něm nahlas mluvit a tak dochází k upozorňování občanů na skutečnost, že toto téma se dotýká každého z nás a je nutné o něm přemýšlet. Přesto ale pro mnohé tato problematika stále tabu zůstává.

Došlo k pokroku v oblasti výstavby lůžkových hospiců. Podle údajů Info Centra Asociace poskytovatelů hospicové a paliativní péče v ČR existuje celkem 11 hospiců (310 lůžek).<sup>12</sup>

V oblasti vzdělávání nejen laické, ale i odborné veřejnosti lze rovněž mluvit o úspěších hospicového hnutí. Ač tyto úspěchy nejsou hmatatelné či snadno viditelné, projevují se ve změně přístupu společnosti k umírání.

Jak jsem již výše uvedla představitelé hospicového hnutí pořádají pravidelně přednášky, semináře či stáže. Vzdělávání laické veřejnosti ale probíhá i formou edukace rodinných příslušníků. Právě edukace rodinných příslušníků může vést ke zlepšení péče o umírající. Lze předpokládat, že zmiňovaní rodinní příslušníci při umírání dalšího člena rodiny se odváží své blízké doprovázet doma a tím se bude postupně těžiště péče o terminálně nemocné pacienty přesouvat z nemocnic opět do domácího prostředí. se Lůžkové hospice se soustavnou edukací rodinných příslušníků výrazným způsobem podílí na budoucí úspoře finančních prostředků v resortu zdravotnictví.<sup>13</sup>

Za úspěch lze také považovat legislativní úpravy související s touto problematikou. V roce 2006 díky novele Zákona č.48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění byl do zmiňovaného zákona přidán §22a Zvláštní ústavní péče - péče paliativní lůžková ve znění: „Léčba paliativní a symptomatická o osoby v terminálním stavu poskytovaná ve speciálních lůžkových zařízeních hospicového typu.“<sup>14</sup> V říjnu 2007 prezident Václav Klaus podepsal zákon o stabilizaci veřejných rozpočtů, který obsahuje

---

<sup>12</sup><<http://www.asociacehospicu.cz/index.php?op=luzka&lang=cz&PHPSESSID=dd3cb805b8ff191a03e7026435408d0b>>

<sup>13</sup> < [http://hospice.cz/hospice1/data/php07\\_historie.doc](http://hospice.cz/hospice1/data/php07_historie.doc) >

<sup>14</sup> <[http://www.vzp.cz/cms/internet/cz/Vseobecne/legislativa/zakon\\_48\\_1997\\_sb.html](http://www.vzp.cz/cms/internet/cz/Vseobecne/legislativa/zakon_48_1997_sb.html)>



i další novelu Zákona o veřejném zdravotním pojištění, v níž jsou do §22 vloženy dvě důležité věty pro financování mobilní paliativní péče: „Hrazenou péčí je i (...) *paliativní péče, poskytovaná pojištěncům v terminálním stavu, v jejich vlastním sociálním prostředí*; tato péče se poskytuje jako domácí zdravotní péče, pokud je poskytována na základě doporučení registrujícího praktického lékaře, registrujícího praktického lékaře pro děti a dorost nebo ošetřujícího lékaře při hospitalizaci *nebo na základě doporučení ošetřujícího lékaře, jde-li o paliativní péči o pojištěnce v terminálním stavu, (...)*“<sup>15</sup> Zákon sice financování této péče nezajistí, ale pomůže ve vyjednávání o financování mobilních hospiců z veřejného zdravotnictví. Financování lůžkových hospiců je od 1. ledna 2007 vyřešeno o poznání lépe a řídí se ustanoveními č.619 a 620/2006 Sb. V seznamu zdravotních výkonů je hospicům přiřazen samostatný ošetřovací den č.00030 s bodovou hodnotou 798 bodů.<sup>16</sup>

#### 5.1.4 Výzvy hospicového hnutí do budoucna

Přestože české hospicové hnutí čerpá ze zahraniční zkušenosti a s obrovským úsilím se snaží prosazovat trendy, které se v této problematice s postupem času formují, ne vždy se to představitelům hnutí daří, mnohdy narážejí na nepochopení, ať už z řad našich zákonodárců či laické a nebo odborné veřejnosti.

Přes výše zmíněné úspěchy v oblasti osvěty, je v této oblasti stále mnoho, co zlepšovat. Podle Marie Svatošové je největším paradoxem, že vysvětlit samotným lékařům, co je hlavním posláním hospiců, je často nadlidský úkol.<sup>17</sup> I z toho důvodu APHPP předložila v prosinci 2007 na ministerstvo zdravotnictví žádost o dotaci na dvouletý projekt, který nese název „Regionální vzdělávání lékařů a sester v problematice obecné paliativní péče“.<sup>18</sup>

Představitelé hospicového hnutí si rovněž uvědomují, že není možné jednorázově a navíc plošně oslovit celou společnost, protože koho se dané téma bezprostředně nedotýká, ten nebude chtít naslouchat. Ovšem ve své snaze nepolevují a jsou přesvědčeni, že je v jejich silách postupně celou širší veřejnost oslovit a tedy informovat o dané problematice.<sup>19</sup>

---

<sup>15</sup> <[http://www.vzp.cz/cms/internet/cz/Vseobecne/legislativa/zakon\\_48\\_1997\\_sb.html](http://www.vzp.cz/cms/internet/cz/Vseobecne/legislativa/zakon_48_1997_sb.html)>

<sup>16</sup> <[http://hospice.cz/hospice1/data/php07\\_postaveni\\_hospicu.ppt#19](http://hospice.cz/hospice1/data/php07_postaveni_hospicu.ppt#19)>

<sup>17</sup> <<http://www.ct24.cz/chat/116-hospic/>>

<sup>18</sup> <[http://hospice.cz/hospice1/data/php07\\_historie.doc](http://hospice.cz/hospice1/data/php07_historie.doc)>

<sup>19</sup> <[http://hospice.cz/hospice1/data/php07\\_historie.doc](http://hospice.cz/hospice1/data/php07_historie.doc)>

Světová zdravotnická organizace uvádí, že minimální počet hospicových lůžek na 100 000 obyvatel je 5. Tento počet lůžek je ale ještě podmíněn fungující sítí domácí hospicové péče, která v České republice až na výjimky neexistuje. Vzhledem k tomu, že u nás žije přes 10 miliónů obyvatel, mělo by být k dispozici přes 500 lůžek.<sup>20</sup> Jak jsem se již výše zmínila v ČR existuje 11 hospiců, jejichž celková kapacita je ale pouhých 310 lůžek. K dobudování sítě lůžkových hospiců tedy zbývá zajistit zřízení okolo 200 hospicových lůžek.

Mnoho cílů se také soustředí na legislativní podporu hospicového hnutí. Zatím není systémově vyřešeno financování mobilních hospiců a i to je jedním z důvodů, proč mobilní hospice v ČR až na výjimky neexistují. V této souvislosti je snaha prosadit do sazebníku pojišťoven odpovídající kódy pro tuto péči. Vzhledem k tomu, že financování hospiců musí být vícezdrojové, je momentálně také velkým problémem zákon o sociálních službách (Zákon č.108/2006Sb.), který hospicovou péči nezahrnuje. Hospice tedy na rozdíl od jiných zařízení nemohou žádat o dotace na sociální služby. Jediným možným řešením je snaha o novelu tohoto zákona.

## **5.2 Analýza veřejného diskurzu o eutanazii v ČR**

Do vytváření veřejného diskurzu o eutanazii se zapojují teoretici výzkumu, etici, lékaři, představitelé hospicového hnutí, duchovní i politici. Svými knihami, výroky i aktivitami ovlivňují utváření pohledu české společnosti nejen na eutanazii, ale i na samotné umírání. Svou roli zde rovněž hrají média a způsob, jakým o probíhající diskusi informují.

### **5.2.1 Diskuse o eutanazii**

Diskuse o eutanazii s různou mírou intenzity probíhají v České republice již několik let. Intenzita diskuse se zpravidla zvyšovala v době, kdy docházelo k legalizaci určitých forem eutanazie v některých zemích či se ukázalo, že mezi turisty, kteří si jezdí do Švýcarska pro smrt, jsou i čeští občané. Další důležitou událostí, která opět rozvířila vlnu diskusí a to naprosto úmyslně, bylo prohlášení Borise Šťastného v létě 2007, že uvažuje o návrhu zákona, který by v České republice v budoucnu legalizoval asistovanou sebevraždu.

---

<sup>20</sup> <<http://www.hospice.cz/hospice1/data/Hospice%20ZDN%207-07.doc>>

Přestože v České republice má na problematiku eutanazie většina laické veřejnosti jasný názor, jak ukazují průzkumy veřejného mínění, nemusí to nutně znamenat, že by dané problematice plně porozuměli. V některých oblastech se v souvislosti s eutanazií neshodují ani odborníci.

V diskusích o eutanazii se velmi často objevuje termín hospicová a paliativní péče, která představuje jakousi protiváhu eutanazie či spíše jinou cestu, po které se nevléčitelně nemocný pacient může vydat.

### **5.2.1.1 Problémy s terminologií**

Nepřesné či zavádějící používání pojmů patří k nejčastějším prohřeškům, které se v diskusích o eutanazii vyskytují. Neinformovanost či nedostatečné vysvětlení termínů může vést aktéry diskuse k mylným závěrům.

Zastánci i odpůrci eutanazie z řad odborné veřejnosti připouštějí nejasnost v terminologii v souvislosti s eutanazií a jejími formami. Nejvíce problematický se jeví termín pasivní eutanazie. Odborníků, kteří nesouhlasí s používáním tohoto pojmu a upozorňují na nutnost pojmenovávání nastalých situací pravými jmény, je relativně mnoho, a proto představím názory jen některých z nich.

Svatošová se domnívá, že tradiční dělení eutanazie na aktivní a pasivní vyhovovalo v době, kdy debata na toto téma se odehrávala převážně na akademické půdě a od lékaře tedy nikdo smrt nežádal. Dnes je ale situace jiná, a proto tradiční dělení nevyhovuje. Podle Svatošové by bylo nejjednodušší, kdyby pojem eutanazie označoval jen úmyslné ukončení života, ať už pomocí stříkačky plné a nebo odkloněné.<sup>21</sup>

Munzarová má podobný názor. Domnívá se, že pojem pasivní eutanazie by měl být z terminologie odstraněn. Naše jednání by podle jejího názoru mělo být posuzováno podle úmyslu jednajícího, a proto eutanazii chápe jako úmyslné zabití člověka, ať už aktivním či pasivním způsobem, někým jiným než člověkem samotným na jeho vlastní žádost [Munzarová 2005a; 49].

Rovněž Tomáš Halík, tedy sociolog, psycholog a duchovní v jedné osobě, se domnívá, že pojem pasivní eutanazie je problematický. Přerušení léčby, která je zjevně neúčinná a nebo ustoupení od využití mimořádných prostředků, které by vedly pouze

---

<sup>21</sup> < <http://www.hospice.cz/hospice1/data/euthanasie.rtf> >

k prodlužování umírání tam, kde již není možný návrat k obnově vědomí, je podle něj eticky zdůvodnitelné. Myslí si, že trend, který klade důraz více na důstojnost života, než na jeho délku, je smysluplný.<sup>22</sup>

Ani Ladislavovi Kabelkovi, tedy primáři Domu léčby a bolesti s hospicem v Rajhradě, se pojem pasivní eutanazie nelíbí. Termín pokládá za naprosto přežitý a v oblasti lékařské etiky dnes již nepoužívaný. Je podle něj nutné diskutovat o obsahu pojmů odstupování od neúčinné či neefektivní léčby.<sup>23</sup>

Představitel České lékařské akademie Vladimír Beneš je v názoru na pasivní eutanazii také velmi nekompromisní. Podle jeho slov pasivní eutanazie neexistuje.<sup>24</sup>

### 5.2.1.2 Postoje vybraných aktérů

V české diskusi o eutanazii lze identifikovat dva pomyslné tábory aktérů. Jedni jsou proti a před eutanazií upřednostňují prosazování paliativní a hospicové myšlenky, druzí jsou naopak myšlenky eutanazie nakloněni, což ale neznamená, že paliativní péči zavrhnou.

Jak zastánci paliativní péče, tak zastánci eutanazie často mluví o důstojném umírání, ovšem každý z nich si pod tímto pojmem představuje něco jiného. Odlišné názory mají především na schopnosti a možnosti lékařů zvládat bolest, roli samotných lékařů při léčbě pacienta, morálku či etiku a na právo pacienta se svobodně rozhodnout.

**Lékaři** v otázce eutanazie nejsou jednotní. Důkazem jejich nejednotnosti je i skutečnost, že zatímco předseda etické komise a člen představenstva České lékařské komory Miroslav Pětihlas je pro eutanazii, jeho kolega Milan Kubko, který je prezidentem lékařské komory, se staví proti eutanazii.<sup>25</sup> Jedni se odvolávají na Hippokratovu přísahu, kterou ani dnes nepovažují za souhrn zastaralých pouček, ale jako trvalou inspirační základnu pro další profesní lékařské kodexy a etická doporučení [Kořenek 2002; 11] a argumentují tím, že lékař, který při promoci sliboval, že bude život za všech okolností chránit, nemůže dnes pomáhat smrti [Kořenek 2002; 161]. Druzí sice připouští, že eutanazie je v rozporu s Hippokratovou přísahou, ale zároveň dodávají, že se za svou praxi setkali s případy, kdy u pacienta nebylo možné utlumit bolest a pacient prožíval obrovské utrpení. A právě v těchto případech by podle nich

---

<sup>22</sup> <<http://www.milanhamersky.cz/download/konference080311prepis.rtf>>

<sup>23</sup> <[http://www.rozhlas.cz/cro6/stop/\\_zprava/433581](http://www.rozhlas.cz/cro6/stop/_zprava/433581)>

<sup>24</sup> <<http://www.milanhamersky.cz/download/konference080311prepis.rtf>>

<sup>25</sup> <<http://www.respekt.cz/clanek.php?fidCLANKU=2240&fidROCNIKU=2007>>

mělo být přání pacienta respektováno.<sup>26</sup> V opozici k tomuto názoru stojí tvrzení, že je v lékařské moci bolest zvládnout. A pokud ji nezvládne onkolog či jiný lékař, existují centra léčby bolesti, kde pracují odborníci na danou problematiku a je možné se s nimi poradit.<sup>27</sup> Ti lékaři, kteří eutanazii odmítají, cítí, že i v případě zákonem povolené možnosti by se prováděním eutanazie nenapravitelně porušil vztah mezi lékařem a jeho pacientem, protože nemocný by si již nemohl být jistý, zda se mu od lékaře dostane vždy odpovídající léčby [Kořenek 2002; 163].

**Hospicové hnutí** je ve svém názoru na eutanazii jednotné, je zásadně proti. Jedním z důvodů je nepochybně i skutečnost, že má křesťanské kořeny. Další důvody, proč myšlenku eutanazie nepodporovat, nacházejí představitelé tohoto hnutí přímo při výkonu své praxe. Na základě prostudovaných materiálů jsem došla k závěru, že lidé pracující v hospicích a na místech, kde je paliativní péče řádně aplikována, se s žádostí o eutanazii zpravidla nesetkávají, pacient nemá důvod o ni žádat, protože veškeré jeho potřeby jsou uspokojeny.

Jak jsem se již výše zmínila názor **laické veřejnosti**, na který lze nahlížet jako na **názor potenciálního pacienta**, je poměrně jednoznačný, alespoň podle průzkumu CVVM z května loňského roku, ve kterém se tazatelé respondentů ptali: „Souhlasíte s tím, aby náš právní řád umožňoval ukončení života nevléčitelně nemocného člověka (tzv. eutanazii)? Rozhodně souhlasíte, spíše souhlasíte, spíše nesouhlasíte, rozhodně nesouhlasíte.“<sup>28</sup> Ze vzorku 1132 občanů ČR starších 15 let s eutanazií rozhodně či spíše souhlasí 57,6% dotázaných, tedy téměř dvě třetiny. Naopak nesouhlas s eutanazií vyjádřila necelá jedna třetina, přesněji řečeno 27,8% respondentů. Podle CVVM s eutanazií častěji nesouhlasili věřící a lidé, kterým je 60 a více let.<sup>29</sup>

Proč s eutanazií nesouhlasí věřící je zřejmé, tvrdí, že život je dar od Boha a člověk nemá právo si ho vzít. Zajímavé zjištění ale je, že s eutanazií rovněž více nesouhlasí starší lidé. Tento výsledek je možné interpretovat tak, že lidé, jejichž život se pomalu chýlí ke konci, pocítují stále silnou touhu žít a jsou vděční za každý nový den.

---

<sup>26</sup> <<http://www.prolife.cz/eutanazie/?id=305>>

<sup>27</sup> <<http://www.prolife.cz/eutanazie/?id=305>>

<sup>28</sup> <[http://www.cvvm.cas.cz/upl/zpravy/100695s\\_ov70608.pdf](http://www.cvvm.cas.cz/upl/zpravy/100695s_ov70608.pdf)>

<sup>29</sup> <[http://www.cvvm.cas.cz/upl/zpravy/100695s\\_ov70608.pdf](http://www.cvvm.cas.cz/upl/zpravy/100695s_ov70608.pdf)>

Potřeby a názory **pacienta** by měly v diskusi o eutanazii hrát zásadní roli, avšak nemyslím si, že tomu tak je. Větší váhu zatím mají názory potenciálních pacientů. Jedním z důvodů může být i skutečnost, že názor pacientů je velmi proměnlivý. Odvíjí se od kvality péče, která jim je poskytována, v jaké fázi nemoci se nacházejí a jak sami momentálně vnímají svůj zdravotní stav. Zatím se ukazuje, že na místech, kde je pacientům poskytována hospicová a paliativní péče, jsou pacienti spokojeni.

### 5.2.1.3 Shrnutí hlavních argumentů v diskusi o eutanazii v ČR

Vzhledem k tomu, že názory na eutanazii jsou založeny na osobních postojích, které v podstatě vypovídají o přístupu daných jedinců k životu a následně i k umírání a rovněž se opírají o osobní zkušenosti, nelze všechny protagonisty diskuse jedinouše zařadit do určitých kategorií a poté prezentovat jejich názor. Na postoje vybraných aktérů uvedených výše jsem upozornila proto, že právě oni by v budoucnu mohli být přímými účastníky eutanazie a nebo by její prosazení ohrozilo jejich několikaleté snažení. Kromě jejich názorů se ale v diskusi objevují i další argumenty, které v následujícím přehledu také zohledním.<sup>30</sup>

<i>Zastánci eutanazie</i>	<i>Odpůrci eutanazie</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- v některých případech není možné ztlumit bolest (mluví o fyzické bolesti), pacient prožívá obrovské utrpení</li> <li>- pacient má právo se svobodně rozhodnout, nemají za něj rozhodovat náboženské, lékařské či etické komise</li> <li>- doprovázení ke smrti v duchu hospicové myšlenky není pro každého, je nutná alternativa</li> <li>- Hippokratova přísaha je zastaralá</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- současná medicína je pacienta schopná zbavit bolesti, každý nemocný se může bez bolesti vyspat i odpočívat</li> <li>- rozhodování umírajícího není úplně svobodné, je ovlivněno okolnostmi a různými nátlaky</li> <li>- eutanazie je voláním pacienta o pomoc; usmrtit ho, je špatné řešení nastalé situace, je nutné zjistit, proč pacient strádá</li> <li>- lékař je vázán pečovat o zdraví a život, nebyl vyškolen k tomu, aby se podílel na zabíjení</li> <li>- eutanazie je proti Hippokratově přísaze</li> <li>- eutanazie není morálně přípustná</li> <li>- dar života je velmi cenný</li> </ul>

<sup>30</sup> Zdroje mých dat: <<http://www.prolife.cz/eutanazie/?id=305>>, <<http://www.ct24.cz/chat/116-hospic>>, <<http://www.respekt.cz/clanek.php?fIDCLANKU=2240&fIDROCNIKU=2007>>, <<http://www.milanhamersky.cz/download/konference080311prepis.rtf>> = <http://www.eutanazie-dobrasmrt.cz/>>, <<http://www.hospice.cz/hospice1/data/euthanasie.rtf>>, <[http://www.rozhlas.cz/cro6/stop/\\_zprava/433581](http://www.rozhlas.cz/cro6/stop/_zprava/433581)>

Na základě analýzy veřejného diskurzu lze říci, že zastánci hospicové a paliativní péče si pod pojmem důstojné umírání představují umírání, které je přirozené, tedy není nadměru prodlužováno a člověku je v opodstatněných případech dovoleno zemřít. V procesu umírání by pacientovi měla být nápomocna rodina i lékaři, kteří řádně tlumí bolest a starají se nejen o pacientovy fyzické potřeby. Lékaři by včas měli pacientovi sdělit jeho diagnózu, aby si stihl vyřídit vše, co potřebuje. Umírající by neměl být sám, ale měl by být ke smrti doprovázen.

V pojetí zastánců eutanazie je důstojné umírání velmi individuální, nade vše staví autonomii člověka a jeho právo se rozhodnout. Záleží na jedinci, kdy se rozhodne, že situace, ve které se ocitl je již pro něj neúnosná a nechce ji nadále snášet. Neptají se, proč se tak rozhodl, ale respektují jeho rozhodnutí.

## **5.2.2 Diskuse o legalizaci eutanazie v ČR**

O legalizaci určitých forem eutanazie se v České republice začalo vážně mluvit v létě 2007. Poslancem, který otevřel diskusi na toto téma byl Boris Šťastný. Ovšem není jediným výrazným aktérem této diskuse, přestože lze bezesporu říci, že je jejím iniciátorem. Diskusi také velmi ovlivnilo zveřejnění (srpen 2007) návrhu na paragrafované znění zákona o eutanazii prostřednictvím Milana Hamerského, který je předsedou Liberální reformní strany.

### **5.2.2.1 Návrhy a postoje Borise Šťastného**

Boris Šťastný se domnívá, že v souvislosti s možným uzákoněním určitých forem eutanazie, sám prosazuje legalizaci asistované sebevraždy a odmítá aktivní eutanazii, by se mělo postupovat ve dvou krocích. Nejprve by v České republice mělo být lidem umožněno se vyjádřit ve věci jejich budoucí léčby prostřednictvím testamentu. Pacientovými přáními, které by v tomto dokumentu byly uvedeny, by se poté lékaři měli řídit v případě, že by se samotný pacient k jeho léčbě nemohl v dané chvíli jakýmkoliv způsobem vyjádřit. Šťastný také upozorňuje, že tato možnost byla již zapracována do věcného návrhu zákona o zdravotnických službách. Testament či living will, jak bývá tento dokument někdy označován, chápe Šťastný jako rozšíření práv a svobod pacienta. Zároveň ale zdůrazňuje, že se jedná pouze o možnost, která by lidem

v České republice měla být v budoucnu nabídnuta. A bude záležet na každém z nás, zda tuto možnost využijeme či nikoliv.<sup>31</sup>

Dalším krokem by poté mohl být zákon, který by legalizoval asistovanou sebevraždu. Zákon by podle Šťastného mohl vzniknout až poté, co by proběhla dlouhá a dostatečně odborná diskuse, do které by se zapojila celá společnost. Není podle něj možné zákon předložit po půl roce, čímž jistě naráží na aktivity Liberální reformní strany. Nechce nic uspěchat, protože si myslí, že na důkladné seznámení se s danou problematikou bude potřeba několik let.<sup>32</sup>

V této oblasti je možné si u Borise Šťastného všimnout určitého vývoje v názorech na problematiku uzákonění eutanazie v ČR, která se týká časového horizontu, kdy by daný zákon mohl být předložen. Zatímco v listopadu roku 2007 sliboval, že nechá minimálně rok odborníkům a veřejnosti na diskusi, než předloží svůj návrh zákona sněmovně<sup>33</sup>, dnes lze usuzovat na základě jeho výše zmíněného názoru z března roku 2008, že návrh zákona předloží později než původně zamýšlel.

Za nejvyšší hodnotu v životě člověka považuje Šťastný možnost svobodného rozhodnutí, a proto si dokáže představit, že by stát za přesně definovaných podmínek mohl nevléčitelně nemocnému člověku pomoci s dobrovolným odchodem ze života. Za minimální podmínky potřebné k uvažování o asistované sebevraždě považuje následující skutečnosti: (1) Pacient je zletilý, není stížen duševní chorobou a musí jednat ve stavu přičetnosti. (2) Pacient je způsobilý k právním úkonům. (3) Pacient se nachází v konečném a nezvratném stádiu závažné nevléčitelné choroby vedoucí k blízké smrti. (4) Pacient prožívá nesnesitelné utrpení. (5) Vůle pacienta je pevná a nezvratná, projevená opakovaně a to písemně, navíc úředně ověřeným způsobem. (6) Jestliže to umožňuje stav pacienta, mělo by být prokázáno, že mu byla nabídnuta alternativa v podobě paliativní péče. (7) Rovněž u pacientů ve stavu nevratné mozkové smrti by mělo být respektováno pacientovo přání vyjádřené v testamentu. Řádné splnění všech náležitostí by podle Šťastného posuzovala státní komise složená z odborníků. Na druhé straně i právo lékařů nepomáhat nevléčitelně nemocnému při asistované sebevraždě, by bylo zajištěno.<sup>34</sup>

---

<sup>31</sup> <<http://www.rozhlas.cz/cro6/stop/zprava/433581>>

<sup>32</sup> <<http://www.rozhlas.cz/cro6/stop/zprava/433581>>

<sup>33</sup> <<http://www.respekt.cz/clanek.php?fIDCLANKU=2240&fIDROCNIKU=2007>>

<sup>34</sup> <<http://www.ct24.cz/chat/111-boris-stastny/archiv/2/>>



Přestože Boris Šťastný vyčítá zejména médiím, že je pojem eutanazie používán zjednodušeně<sup>35</sup>, sám se podle mého názoru určitého zjednodušení této problematiky také dopouští. Často používá pojem pasivní eutanazie, který v dnešní době, jak jsem již výše uvedla mnozí odborníci považují za přežitý a nehodící se do dnešní diskuze o eutanazii. Je to pojem zavádějící. Rovněž tvrzení Šťastného, že v našem právním řádu je již uzákoněna pasivní eutanazie<sup>36</sup> je matoucí. Jediný postup, který česká legislativa připouští je odstoupení od neúčinné, neúčinné léčby. Tento postup je podporován i stanovisky stavovských organizací, mezi které například patří Etický kodex ČLK z 1. ledna 1996. Obdobně vyznívají i platné dokumenty jak právní závaznosti (Úmluva o ochraně lidských práv a důstojnosti člověka s ohledem na aplikaci biologie a medicíny), tak rovněž i mezinárodní doporučení (Doporučení Rady Evropy O ochraně lidských práv a důstojnosti nevyléčitelně nemocných a umírajících). Odstoupení od léčby respektuje přirozený vývoj choroby, jež je nevyléčitelná a spěje ke smrti [Sláma 2007; 322].

#### 5.2.2.2 Návrhy a postoje Milana Hamerského

Milan Hamerský je předsedou Liberální reformní strany (LiRA), která uzákonění eutanazie dlouhodobě podporuje. Poté, co Boris Šťastný diskusi na dané téma v létě 2007 otevřel, LiRA se do ní okamžitě aktivně zapojila. Provozuje webové stránky, které se zmiňovanou problematikou zabývají a jejichž hlavní heslo zní: „eutanazie-dobrá smrt“.<sup>37</sup> Na těchto stránkách je také od květnu 2008 uveřejněn dokument, na jehož základě je možné se připojit k petici podporující brzké projednávání a následné schválení zákona o „důstojné smrti“ v ČR.<sup>38</sup>

LiRA zvolila poněkud jinou strategii než poslanec Boris Šťastný, který chce svůj návrh zákona předložit až po celospolečenské diskusi. V srpnu 2007 představila LiRA konkrétní návrh zákona o důstojné smrti<sup>39</sup> Návrh počítá s tím, že by v ČR měla být v budoucnu legalizovaná nejen asistovaná sebevražda, ale i aktivní eutanazie. Jedinec by svou vůli, jakou léčbu si přeje, mohl také vyjádřit dopředu.

---

<sup>35</sup> < <http://www.rozhlas.cz/cro6/stop/zprava/433581> >

<sup>36</sup> < <http://www.rozhlas.cz/cro6/stop/zprava/433581> >

<sup>37</sup> < <http://www.eutanazie-dobrasmrt.cz/> >

<sup>38</sup> Petice je dostupná online <<http://www.eutanazie-dobrasmrt.cz/?akce=aktualne&id=109>>

<sup>39</sup> Návrh zákona je dostupný online <<http://www.eutanazie-dobrasmrt.cz/?akce=paragraf&id=6>>

Hlavním důvodem Liberální reformní strany pro předložení zmiňovaného návrhu zákona, je snaha o posílení svobody a jistoty jednotlivce. Podle Hamerského chce jeho strana touto iniciativou vnést pravidla do rozhodování o konci života.<sup>40</sup>

V březnu 2008 Hamerský prohlásil, že již uzrál čas, aby se situace umírajících začala řešit. Přijde mu cynické a do jisté míry i bezcitné, abychom umírající žádali, aby počkali až se věci vydiskutují. Podle mého názoru je zase cynické, jakým způsobem o možném návrhu zákona o eutanazii mluví. Hamerský se domnívá, že: „Úkol nebo cíl manažerský, který nemá termín, prostě neexistuje, takže pokud my bychom nestanovili si určité termíny, (...), tak by nikdy ta diskuse [diskuse o eutanazii, L.D.] neskončila.“<sup>41</sup> Podle Hamerského se ukazuje, že přesvědčení odpůrci eutanazie svůj názor nezmění, zrovna jako ho nezmění LiRA, a proto není důvod k prodlužování diskuse. Mělo by dojít k předložení návrhu a následně by měla být vyvinuta snaha k jeho schválení.<sup>42</sup>

Výše zmíněným výrokem Hamerský odhalil svůj přístup k celé problematice eutanazie. Zjevně jeho hlavním cílem není, aby veřejnost byla s celou problematikou detailně seznámena a lidé věděli, jaké mají v souvislosti s umíráním alternativy. Hamerského v této souvislosti lze označit za populistu.

LiRA byla také společně se senátorkou Václavou Domšovou iniciátorem veřejného semináře nazvaného Důstojná smrt, který se uskutečnil 11. března 2008 v Senátu České republiky. Cílem této konference bylo otevření věcné diskuse o legalizaci určitých forem eutanazie na parlamentní půdě.

### **5.2.2.3 Diskuse o uzákonění eutanazie v ČR**

Diskuse o uzákonění eutanazie je zpravidla samostatnou kapitolou v odborných diskusích o eutanazii. Laická veřejnost podle mého názoru příliš nerozlišuje mezi eutanazií a jejím uzákoněním v ČR, a proto jsem její názor představila již výše. Není podmínkou, že by zastánci eutanazie byli zároveň i zástánci legalizace eutanazie u nás.

Podle průzkumu Mladé fronty Dnes ze srpna 2007, zákon legalizující eutanazii by v Poslanecké sněmovně nebyl schválen. Přestože bylo kontaktováno všech 200 poslanců, ne všichni se průzkumu zúčastnili. Mladá fronta Dnes shromáždila odpovědi

---

<sup>40</sup> <[http://www.rozhlas.cz/cro6/stop/\\_zprava/433581](http://www.rozhlas.cz/cro6/stop/_zprava/433581)>

<sup>41</sup> <[http://www.rozhlas.cz/cro6/stop/\\_zprava/433581](http://www.rozhlas.cz/cro6/stop/_zprava/433581)>

<sup>42</sup> <[http://www.rozhlas.cz/cro6/stop/\\_zprava/433581](http://www.rozhlas.cz/cro6/stop/_zprava/433581)>

186 z nich, které ukazují, že 92 poslanců by bylo proti legalizaci eutanazie a 60 by hlasovalo pro eutanazii. Poslanců, kteří neví, jak by hlasovali, bylo ve výzkumu 34.<sup>43 44</sup>

Hlavní argumenty, které se vykytují v diskusích o legalizaci eutanazie v ČR, jsou uvedeny v následující tabulce.<sup>45</sup>

<i>Zastánci uzákonění eutanazie v ČR</i>	<i>Odpůrci uzákonění eutanazie v ČR</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- nutnost posílení svobody jednotlivce, pacient má mít právo volby</li> <li>- dochází k nelegální eutanazii, je nutné vnést do dané oblasti pravidla</li> <li>- díky neuzákonění eutanazie dochází k dystanazii</li> <li>- zahraniční zkušenost: zákony legalizují určité formy eutanazie ukazují, že je možné vnést do počínání lékařů řád a kontrolovat ho</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- stát by měl chránit život a ne legalizovat jeho likvidaci</li> <li>- zákon by byl velmi zneužitelný</li> <li>- nejasnost v terminologii</li> <li>- ČR není na zákon připravená, nejprve je nutné výrazně zlepšit a zpřístupnit paliativní péči</li> <li>- zahraniční zkušenost: zákony spíše chrání lékaře než pacienty</li> </ul>

<sup>43</sup> <<http://mfdnes.newtonit.cz/default.asp?cache=443340>>

<sup>44</sup> Jak by poslanci hlasovali viz příloha č.4

<sup>45</sup> Zdroje mých dat: <<http://www.rozhlas.cz/cro6/stop/zprava/433581>>, <<http://www.prolife.cz/eutanazie/?id=305>>, <<http://www.milanhamersky.cz/download/konference080311prepis.rtf> = <http://www.eutanazie-dobrasmrt.cz/>>, <<http://www.respekt.cz/clanek.php?fIDCLANKU=2240&fIDROCNIKU=2007>>

## 6. Závěr

Smrt a umírání byla dlouho tématy, o kterých se nemluvilo nahlas. Dnes už je situace v naší společnosti v mnoha ohledech jiná. Existuje zde hospicové hnutí, jehož představitelé se nebojí o umírání otevřeně mluvit. Mluví o něm se svými pacienty, s jejich příbuznými, rovněž vystupují v médiích. Své zkušenosti a dovednosti předávají nejen laické, ale i odborné veřejnosti. Prostřednictvím ediční a edukační činnosti se snaží o vysvětlování principů hospicové a paliativní péče. Rovněž usilují o to, aby podmínky pro poskytování hospicové a paliativní péče byly v naší republice dostatečné a péče byla dostupná všem, kdo jí potřebují.

Přes všechny výše zmíněné snahy a aktivity, znalost termínů paliativní a hospicové péče není v České republice pro mnoho lidí samozřejmostí. Tato skutečnost je nejspíš způsobena tím, že lidé mají pocit, že se jich daná problematika nedotýká, a proto se o ní nezajímají. Mnoho lidí nezná pojem paliativní péče, ale všichni bezesporu slyšeli o eutanazii. I to je jedna z charakteristik současných diskusí o konci života v ČR. V diskusích o umírání jsou často zmiňována následující témata: bolest a její tlumení, zapojení rodiny do péče o nemocného, autonomie člověka, potřeby pacienta či informovanost. Právě téma informovanosti je v mnoha ohledech klíčové. Je důležité, aby laická veřejnost věděla, že i když jim bude diagnostikována nevléčitelná nemoc, mají několik možností, jak se s danou skutečností vyrovnat. Ale jedině na základě relevantních informací se člověk může správně rozhodnout. Nejprve by měla být vedena diskuse o paliativní péči a jejích možnostech a až poté o eutanazii.

V odborných diskusích o eutanazii je pomalu upouštěno od tradičního dělení eutanazie na pasivní a aktivní. Ukazuje se, že pojem pasivní eutanazie je velice zavádějící. V diskusích o uzákonění eutanazie v ČR se přesto často vyskytuje, používají ho i hlavní zastánci uzákonění určitých forem eutanazie u nás, tedy Boris Šťastný a Milan Hamerský. Laická veřejnost není v jednoduché pozici, je zde bohužel patrná snaha o její manipulaci.

Diskuse o eutanazii a jejím uzákonění není ale jen o umírání, je také o přístupu k životu, o postojích a hodnotách každého z nás, a proto je tak složitá.

## 7. Resumé

Bakalářská práce se zabývá problematikou umírání a péče o umírající. Hlavním cílem práce byla reflexe vývoje přístupů české společnosti k procesu umírání v kontextu změn zdravotní péče. V práci byl analyzován vývoj hospicového hnutí a veřejného diskurzu o eutanazii v České republice.

Hospicové hnutí působí v České republice 15 let a za dobu své existence si zde vytvořilo zázemí, které ale stále není dostatečné. Jeho cílem je, aby umírající byli ke smrti doprovázeni a jejich bolesti byly řádně tlumeny. Představitelé hospicového hnutí a jeho příznivci jsou hlavními odpůrci eutanazie v České republice. Zastánci eutanazie na rozdíl od hospicového hnutí se příliš nezajímají o kvalitu péče, která je nevyлéčitelně nemocným poskytována. Hlavní důraz je kladen na právo jedince se svobodně rozhodnout, zda chce za dané situace nadále žít či nikoliv. Česká diskuze o eutanazii a jejím možném uzákonění je poznamenána účelově používanými pojmy, které jsou zavádějící. Existující nejasnosti v terminologii mohou být příčinou mylných závěrů některých aktérů. Snahy hospicového hnutí medializovat problematiku umírání nejsou zcela úspěšné. Někteří lidé v České republice stále nejsou dostatečně informováni o principech paliativní péče. Část české společnosti považuje umírání a smrt stále za tabu.

## 8. Summary

The submitted thesis deals with the problems of dying and the end of life care. The main goal of this work was to reflect the evolution of Czech approaches to the process of dying in a connection with the improvement of health care. In this report the evolution of hospice movement and the public discourse in the Czech Republic had been analyzed.

The hospice movement was established 15 years ago in the Czech Republic. This movement was able to create itself a background, which however is still not satisfactory. Its main goal is to accompany terminally ill people towards death and to relieve their pain properly. Protagonists of the hospice movement are the main enemies of euthanasia in the Czech Republic. Supporters of euthanasia, unlike the hospice movement, are not really concerned with the quality of care that terminally ill patients receive. They emphasize patient's right to decide whether he wants to live or not. The Czech discussion about euthanasia and the possibility of its legalization is stigmatized by an inaccurate terminology. Misleading information can be one of the reasons for

people's wrong conclusions. The activities of hospice movement that try to give the topic of death and dying more publicity are not completely successful. Some people in the Czech Republic are still not very well informed about the principles of the palliative care. Part of the society still sees dying as a taboo.

## 7. Použitá literatura a zdroje

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

CLARK, D., et al. *A bit of heaven for the few? An oral history of the hospice movement in the United Kingdom*. 1. vyd. Lancaster: Observatory Publications, 2005. ISBN 0-9544192-0-0

HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*. 3. rozšířené vyd. Praha : Karolinum, 2002. ISBN 80-7262-132-7

HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. 2., přeprac. vydání. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-471-3

HAŠKOVCOVÁ, H. Umírání a smrt. In VORLÍČEK, J., ADAM, Z., POSPÍŠILOVÁ, Y. a kolektiv: *Paliativní medicína*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha : Grada, 2004. ISBN 80-247-0279-7

HENDL, J. *Kvalitativní výzkum : základní metody a aplikace*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-040-2

*Koncepce paliativní péče v ČR: pracovní materiál k odborné a veřejné diskusi*. Kolektiv autorů. Praha: Hospicové občanské sdružení Cesta domů, 2004. ISBN 80-239-4330-8

KOŘENEK, J. *Lékařská etika*. 1. vyd. Praha: TRITON, 2002. ISBN 80-7254-235-4

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

MUNZAROVÁ, M. *Zdravotnická etika od A do Z*. Praha: Grada, 2005b. ISBN 80-247-1024-2

PAYNEOVÁ, S., SEYMOUROVÁ, J., INGLETONOVÁ, CH. *Principy a praxe paliativní péče*. 1. vyd. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007. ISBN 978-80-87029-25-1

SCHIFFRIN,D.,TANNEN,D., HAMILTON,H. *The handbook of discourse analysis*. 3.vyd. Oxford: Blackwell Publishing, 2003. ISBN 0-631-20596-9

SLÁMA, O., KABELKA, L., VORLÍČEK et al. *Paliativní medicína pro praxi*. 1.vyd. Praha: Galén, 2007. 362 str. ISBN 978-80-7262-505-5

SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a Umění doprovázet*. 3. vyd. Praha: Ecce homo, 1995. ISBN 80-902049-0-2

*Umírání a paliativní péče v ČR: situace, reflexe, vyhlídky*. Kolektiv autorů. Praha: Hospicové občanské sdružení Cesta domů, 2004.

VAN DIJK, T. Critical discourse analysis. In SCHIFFRIN,D.,TANNEN,D., HAMILTON,H. *The handbook of discourse analysis*. 3.vyd. Oxford: Blackwell Publishing, 2003. ISBN 0-631-20596-9

VORLÍČEK, J., ADAM, Z., POSPÍŠILOVÁ, Y. a kolektiv. *Paliativní medicína*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha : Grada, 2004. ISBN 80-247-0279-7

### **Internetové zdroje**

ČERMÁK,M. *Naděje na dobrou smrt*. Zdravotnické noviny 7/2007.[online]. URL<<http://www.hospice.cz/hospice1/data/Hospice%20ZDN%207-07.doc>> [citováno 10.12.2007]

HUNEŠ,R. *Postavení hospiců ve zdravotním a sociálním systému ČR*. Prezentace. [online]. URL<[http://hospice.cz/hospice1/data/php07\\_postaveni\\_hospicu.ppt#23](http://hospice.cz/hospice1/data/php07_postaveni_hospicu.ppt#23)> [citováno 6.2.2007]

HROCHOVÁ, K., JANÁČ, M. *Názory na eutanazii v České republice*.Rozhovor. [online]. URL<<http://www.prolife.cz/eutanazie/?id=305>> [citováno 3. 2. 2007]

JIRÁSKOVÁ, T. *Světový den hospice a paliativní péče*. Rozhovor. [online]. URL<[http://www.rozhlas.cz/cro6/stop/\\_zprava/387756](http://www.rozhlas.cz/cro6/stop/_zprava/387756)> [citováno 1.12. 2007]

JIRÁSKOVÁ, T. *Euthanasie v České republice - ano či ne*. Rozhovor. [online]. URL<[http://www.rozhlas.cz/cro6/stop/\\_zprava/433581](http://www.rozhlas.cz/cro6/stop/_zprava/433581)> [citováno 1.12. 2007]

SVATOŠOVÁ, M. *Eutanazii se neubráníme slovy, jsou nutné činy*. [online]. URL<<http://www.hospice.cz/hospice1/data/euthanasie.rtf>> [citováno 30.1.2008]

SVATOŠOVÁ, M. *Stručný přehled historie hospicového hnutí v ČR, stav současný a cílový*. [online]. URL<[http://hospice.cz/hospice1/data/php07\\_historie.doc](http://hospice.cz/hospice1/data/php07_historie.doc)> [citováno 30.1.2008]

TŘEŠŇÁK, P. *Eutanazie: bezbolestné pokušení*. Respekt. 46/2007. [online]. URL<<http://www.respekt.cz/clanek.php?fIDCLANKU=2240&fIDROCNIKU=2007>> [citováno 5.3.2008]

***Internetové stránky***

<http://www.cestadomu.cz>

<http://www.ct24.cz>

<http://www.cvvm.cz>

<http://www.eutanazie-dobrasmrt.cz/>

<http://www.hospice.cz>

<http://mfdnes.newtonit.cz/>

<http://www.prolife.cz>

<http://www.umenidoprovazet.cz>

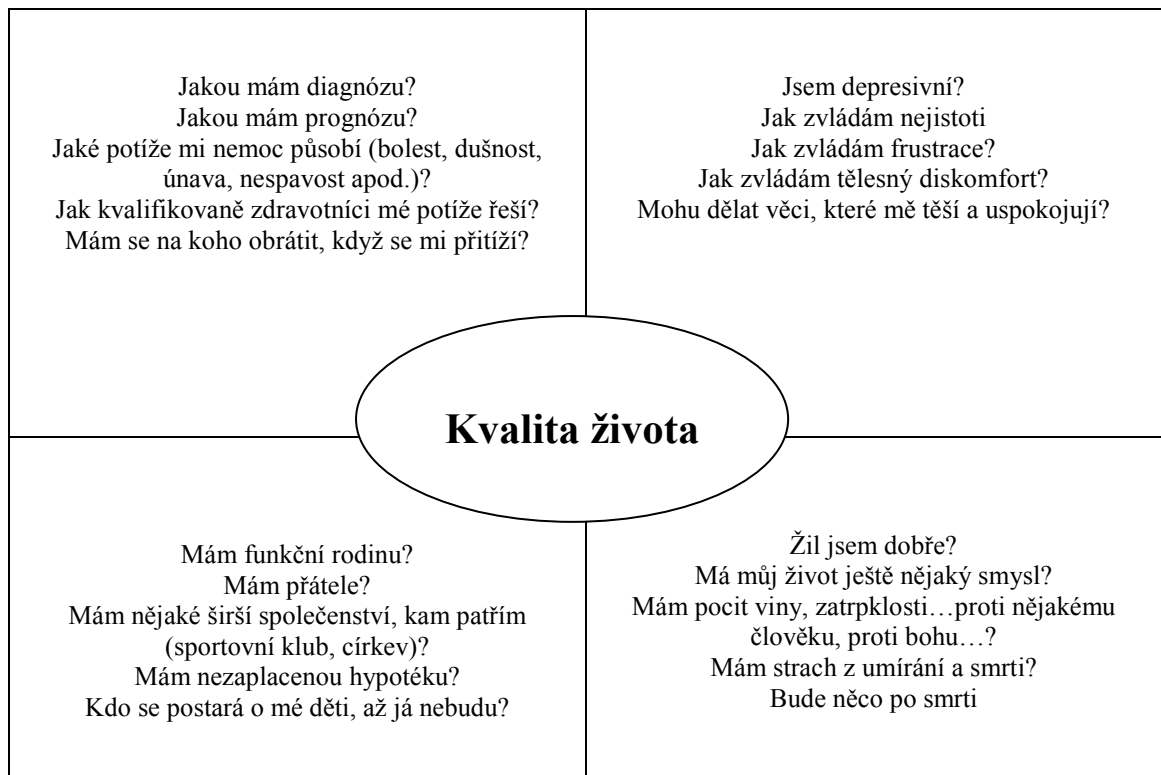
<http://www.umirani.cz>

<http://www.vzp.cz>



## 8. Přílohy

### Příloha č.1: Faktory ovlivňující kvalitu života



[Zdroj: Sláma, 2007]

## Příloha č.2: Vývoj hospicového hnutí v ČR

<i>Rok</i>	<i>Události</i>
1990	- první pokusy o budování sítě mobilních hospiců
1993	- vznik občanského sdružení Ecce homo
1995	- otevření 1. českého hospice – Hospic Anežky České v Červeném Kostelci (v lednu 1996 přijetí prvního pacienta)
1998	- otevření Hospice Štrasburk (domácí hospicová péče je v rámci možností poskytována od 1. 10. 2001) - otevření Hospice sv. Lazara - vznik Sdružení poskytovatelů hospicové péče v ČR (sdružení dnes již neexistuje)
1999	- založení Hospicového hnutí Vysočina - otevřen Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa
2000	- vznik Nadačního fondu Klíček (přeregistrování Nadace Klíček, která vznikla v roce 1991) → snaha o vybudování 1. dětského hospice v ČR
2001	- vznik občanského sdružení Cesta domů - otevření Hospice sv. Štěpána
2002	- otevření Hospice na Svatém Kopečku
2003	- zahájení provozu domácího hospice Cesta domů - založení občanského sdružení Smíření (cílem je vybudovat hospic v Chrudimi) - zahájení projektu Mobilní hospicové jednotky v Ostravě - zahájení provozu Hospice Citadela
2004	- vznik samostatného specializační obor Paliativní medicína a léčba bolesti - otevření Hospice sv. Alžběty v Brně
2005	- založení Asociace poskytovatelů hospicové a paliativní péče - založení portálu www.umirani.cz - otevření lůžkové části Hospice v Mostě (domácí hospicová péče je poskytována od 2.6.2003) - zahájení provozu Hospice sv. Jana N. Neumanna - založen Mobilní hospic Ondrášek (Ostrava)
2006	- novela Zákona č. 48/1997Sb. o veřejném zdravotním pojištění (§22a nově zavádí termín hospic a paliativní péče) - založení Nadačního fondu umění doprovázet
2007	- od ledna financování hospiců v ČR dle Vyhlášek č. 619 a 620/2006 Sb.

[Zdroj: Autorka 2008 s využitím internetových stránek aktérů hospicového hnutí]

### Příloha č.3: Klíčoví aktéři neziskového sektoru

<i>Název</i>	<i>Vznik</i>	<i>Vedení</i>	<i>Poslání a cíle</i>	<i>Aktivity</i>
Ecce homo	1993	Předsedkyně: MUDr. Marie Svatošová	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Přispívat k humanizaci medicíny.</li> <li>2. Podporovat rozvoj domácí péče a hospicové hnutí v ČR.</li> <li>3. Získané zkušenosti využívat i mimo budovy hospice.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• přispělo k vybudování a otevření 1. hospice v ČR</li> <li>• pořádání seminářů, přednášek, kurzů, diskusních besed</li> <li>• spolupráce s hospici</li> </ul>
Cesta domů	2001	Ředitelka: Martina Špinková	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Snaha o společenské a legislativní změny, které by umožnily rozšíření kvalitní péče o umírající v ČR.</li> <li>2. Podpora rozvoje paliativní péče v ČR.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• nositelem projektu paliativní péče v ČR 2003-2004</li> <li>• domácí hospic</li> <li>• garantem provozu portálu umírání.cz</li> <li>• vlastní webové stránky</li> <li>• veřejná odborná knihovna</li> <li>• Nezavírejte oči – kampaň na podporu paliativní péče v ČR</li> <li>• Klub Podvečer</li> <li>• ediční a edukační činnost</li> </ul>
APHPP	2005	Prezidentka: MUDr. Marie Svatošová  Víceprezidenti: Ing. Miloslav Běťák, Ing. Josef Heller MBA Mgr. Robert Huneš  Generální sekretářka: Mgr. Eva Černá	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. prosazování a podpora hospicové a paliativní péče</li> <li>2. podporovat kolegiální spolupráci a korektní vztahy mezi poskytovateli hospicové péče</li> <li>3. snaha přispět k pozitivní proměně vztahu ke smrti a umírání v ČR</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• zastřešení a koordinace činnosti zařízení poskytující hospicovou a paliativní péči</li> <li>• činnost propagační, poradenská a informační</li> <li>• podpora vzdělávání v oblasti hospicové a paliativní péče</li> <li>• vydání Standardů hospicové paliativní péče</li> <li>• webové stránky</li> </ul>
Nadační fond Umění doprovázet	2006	Zřizovatelé: Hana Haráková Ing. Bohumil Harák  Správní rada: Hana Haráková, MUDr. Marie Svatošová Ing. Bohumil Harák, Jiřina Šimůnková  Revizor: Miloslav Slaba	Podpora rozvoje hospicového hnutí v ČR, která zahrnuje: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. zlepšení informovanosti veřejnosti o hospicích a hospicovém hnutí v ČR</li> <li>2. materiální podpora stávajících a nově vznikajících hospiců v ČR</li> <li>3. podpora vzdělávání odborného personálu v oblasti hospicové a paliativní péče</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• webové stránky projekty:</li> <li>• Právo umírat bezbolestně</li> <li>• Hospic Čerčany</li> <li>• Vzdělávání odborného personálu v hospicích</li> <li>• Vědomí blízkosti smrti</li> <li>• Přístroje a zdravotní pomůcky</li> <li>• Hospic sv. Štěpána v Litoměřicích - sociální bydlení</li> <li>• Mediální kampaň ke zlepšení povědomí veřejnosti o hospicích</li> <li>• Kulturní, vzdělávací a školící centrum při Hospici sv. Jana N. Neumanna v Prachaticích</li> <li>• Středisko hospicové péče - Vysočina</li> <li>• Příprava provozu hospice Dobrého Pastýře v Čerčanech</li> <li>• Palia Cup 2008</li> <li>• Světový den hospice a paliativní péče 2008</li> </ul>

#### Příloha č.4: Názory poslanců na legalizaci eutanazie v ČR v srpnu 2007

Politická strana	Pro/Spíše pro eutanazii	Proti/spíše proti eutanazii	Neví
<b>ODS</b>	František Dědič, Eva Dundáčková, Dana Filipi, Tomáš Kladívko, Jan Klas, Jaroslav Klein, Petr Krill, Jaroslav Krupka, Ivan Langer, Zdeněk Lhota, Miloš Patera, Daniel Petruška, Ondřej Plašil, Aleš Rádl, Pavel Suchánek, Pavel Svoboda, Milan Šmíd, Vladimír Šoltys, Jan Špika, Boris Šťastný, Lucie Talmanová, Tom Zajíček	Walter Bartoš, Marek Benda, Petr Bratský, Martin Doktor, Tomáš Dub, Petr Gandalovič, Vladimír Hink, Michael Hrbata, Pavel Hrnčíř, Josef Ježek, Jozef Kochan, František Laudát, Helena Mallotová, Dagmar Molendová, Jan Morava, Petr Nečas, Jiří Papež, Alena Páralová, Jaroslav Plachý, Petr Pleva, Zdeněk Prosek, Juraj Raninec, Daniel Reisiegel, Daniel Rován, Jana Rybínová, Aleš Řebíček, Martin Říman, Jan Schwippel, David Šeich, Petr Tluchoř, Mirek Topolánek, Tomáš Úlehla, Jan Vidim, Vladislav Vilímec, Oldřich Vojř	Jan Bauer, Zdeněk Boháč, Jan Bürgermeister, Jiří Čepelka, Vladimír Dlouhý, Radim Fiala, Tomáš Hasil, Zdenka Horníková, Radim Chytka, David Kafka, Miroslav Krajíček, Václav Mencl, Miroslava Němcová, Jiří Pospíšil, Karel Sehoř, František Sivera, Lubomír Suk, Vlastimil Tlustý
<b>ČSSD</b>	Josef Čerňanský, Petr Červenka, Jaroslav Fiala, Václav Grüner, Jan Hamáček, Jaromír Chalupa, Gabriela Kalábková, Václav Klučka, Jaroslav Krákora, Jiří Krátký, Karel Kratochvíle, Pavol Kubuš, Stanislav Křeček, Ivan Ohlídal, Jiří Paroubek, Břetislav Petr, David Rath, Antonín Sed'a, Ladislav Skopal, Evžen Snitilý, Miloslav Soušek, Petr Sunkovský, Miroslav Svoboda, Hana Šedivá, Ladislav Šinčl, Milan Urban, Miloslav Vlček, Cyril Zapletal, Ladislava Zelenková	Vlastimil Aubrecht, Jan Babor, Vlasta Bohdalová, František Bublan, Kosta Dimitrov, Richard Dolejš, Robert Dušek, Michal Hašek, Vítězslav Jandák, Miloslav Kala, Rudolf Kufá, Jan Látka, Lenka Mazuchová, Marcela Mertinová, Hana Orgoníková, Jiří Petrů, Pavel Ploc, Bohuslav Sobotka, Zdeněk Škromach, Karel Šplíchal, Jeroným Tejc, Martin Tesařík, Miroslav Váňa, Petr Wolf, Petr Zgarba	Robin Böhnisch, Karel Černý, Anna Čurdová, Zdeněk Jičínský, Karel Korytář, Zdeněk Kotouš, Vladimíra Lesenská, Radko Martínek, Petr Rafaj, Josef Řihák, Josef Smýkal, Václav Šlajs, Václav Votava
<b>KSČM</b>	Zuzka Bebarová-Rujbrová, Petr Braný, Milada Halíková, Pavel Hojda, Vladimír Koníček, Ivana Levá, Miroslav Opálka, Karel Šidlo Strana zelených: Věra Jakubková	Milan Bičík, Alexander Černý, Jiří Dolejš, Václav Exner, Jiřina Fialová, Vojtěch Filip, Stanislav Grospič, Kateřina Konečná, Pavel Kováčik, Zdeněk Maršíček, Ladislav Mlčák, Václav Snopek, Josef Šenfeld	Marta Bayerová, Soňa Marková, Miloslava Vostrá
<b>KDU-ČSL</b>		Libor Ambrozek, Jiří Carbol, Jiří Hanuš, Ludvík Hovorka, Miroslav Kalousek, Jan Kasal, Tomáš Kvapil, Vlasta Parkanová, Pavel Severa, Cyril Svoboda, Milan Šimonovský, Michaela Šojdrová, Ladislav Šustr	
<b>Strana zelených</b>		Martin Bursík, Kateřina Jacques, Ondřej Liška, Olga Zubová Nezařazení: Michal Pohanka	

Politická strana	Neozvali se/odmítli odpovědět
<b>ODS</b>	Pavel Bohatec, Ladislav Libý, Libor Ježek, Zdeněk Mach, Zbyněk Novotný, Jiří Polanský
<b>ČSSD</b>	Alfréd Michalík, František Novosad, Jindřich Valouch, Pavel Vanoušek, Lubomír Zaorálek
<b>KSČM</b>	Miroslav Grebeníček, Josef Vondruška
<b>Strana Zelených</b>	Přemysl Rabas
<b>Nezařazení</b>	Miloš Melčák

[Zdroj dat: <<http://mfdnes.newtonit.cz/default.asp?cache=578167>>]