

# Bioetika a eutanazie

Bc. Helena Skácelová

---

Diplomová práce

2013



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií



INSTITUT  
MEZIOBOROVÝCH STUDIÍ BRNO

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Institut mezioborových studií Brno  
akademický rok: 2011/2012

## ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Helena SKÁCELOVÁ**  
Osobní číslo: **H118550**  
Studijní program: **N 7507 Specializace v pedagogice**  
Studijní obor: **Sociální pedagogika**

Téma práce: **Bioetika a eutanázie**

Zásady pro vypracování:

Zadané a zvolené téma bude zpracováno podle pokynů obsažených v materiálu IMS „Metodika psaní odborného textu a výzkum v sociálních vědách“ (IMS 2009). Případně podle dalších materiálů, z nichž některé jsou obsaženy v literatuře připojené k tomuto studijnímu textu. Zejména bude dbáno na dodržování zásad publikační etiky a pravidel společenskovedního výzkumu. Průběžné výsledky práce budou pravidelně konzultovány s vedoucím diplomové práce.

S vědomím těchto zásad a pravidel a po konzultaci s vedoucím bude práce zaměřena:

- na etická rizika pramenící ze stále rychleji rozvíjející se vědy, zejména medicíny;
- na hledání odpovědi na otázku, proč dochází ve vztahu člověk - věda k selhání;
- na možnosti sociální pedagogiky při nápravě tohoto stavu.

Součástí práce bude sociologický průzkum (event. drobný sociologický výzkum) zaměřený na zjištění vztahu (věkové, vzdělanosti ..) sociální skupiny k problematice bioetiky a eutanázie.



Rozsah diplomové práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

Haškovcová, H. Thanalogie-nauka o smrti a umírání. Praha: Galén, 2000.

Haškovcová, H. Lékařská etika. Praha: Karolinum, 1997.

Mach, J. Medicína a právo. Praha: C.H.Beck, 2001.

Ondok, J. P. Bioetika, biotechnologie a biomedicína. Praha: TRITON, 2005.

Slipko, T. Hranice života : Dilemy současné bioetiky. Bratislava: Dobrá kniha, 1998.

Radvan, E., Vavřík, M. Metodika psaní odborného textu a výzkumu v sociálních vědách. Brno: IMS, 2009.

Thomasma, D. C., Kushnerová, T., Motlová, L. Od narození do smrti: etické problémy v lékařství. Praha: Mladá fronta, 2000.

Další literatura bude obsažena v Projektu diplomové práce a průběžně doplňována během práce na tomto textu.

Vedoucí diplomové práce:

**PhDr. Mgr. Zdeněk Šigut, Ph.D.**

Skupina managementu a ekonomiky

Datum zadání diplomové práce:

**30. listopadu 2011**

Termín odevzdání diplomové práce:

**31. března 2013**

V Brně dne 30. listopadu 2011

  
prof. PhDr. Pavel Mühlpachr, Ph.D.  
vedoucí ústavu



  
PhDr. Milošlav Jůzl, Ph.D.  
vedoucí katedry

## PROHLÁŠENÍ AUTORA DIPLOMOVÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním diplomové práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby<sup>1)</sup>;
- beru na vědomí, že diplomová práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k prezenčnímu nahlédnutí;
- na moji diplomovou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3<sup>2)</sup>;
- podle § 60<sup>3)</sup> odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60<sup>3)</sup> odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – diplomovou práci – nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování diplomové práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky diplomové práce využít ke komerčním účelům.

HELENA KACÉLOVÁ

Jméno, příjmení studenta

V Brně 7. 3. 2013

Podpis

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlédnutí veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu, k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacího zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst. 3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlížející k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

## **ABSTRAKT**

Diplomová práce se věnuje problematice bioetiky a eutanazie. Popisuje vývoj etiky jako vědy a postupné etablování bioetiky do společnosti, jako jedné z aplikovaných etik. Zabývá se nejčastěji diskutovanými bioetickými tématy současnosti, kterými jsou biomedicínský výzkum na lidech, morální status embrya, asistovaná reprodukce, surrogátní mateřství a transplantace. Největší pozornost je věnována eutanazii a paliativní péči, které jsou spolu často spojovány. Diplomová práce taktéž hledá odpověď na otázku, jaké jsou možnosti sociální pedagogiky v této oblasti. Empirická část vychází z dat získaných na základě dotazníkového šetření, které probíhalo mezi zdravotnickými pracovníky a zjišťovalo jejich postoje a znalosti některých bioetických otázek.

Klíčová slova: asistovaná reprodukce, bioetika, biomedicínský výzkum, dystanazie, etické komise, etika, eutanazie, morální status embrya, paliativní medicína, sociální pedagogika, surrogátní mateřství, transplantace

## **ABSTRACT**

The thesis focuses on the analysis of bioethics and euthanasia. It covers the development of ethics as a scientific field and the gradual integration of bioethics as one of the applied ethics into society. It deals with some of the most discussed contemporary bioethic issues, such as biomedical research conducted on people, the moral status of the embryo, assisted reproduction, surrogate maternity or transplantation. The greatest attention is paid to euthanasia and palliative care, which are often related. The thesis also attempts to estimate the potential of social pedagogy in this field. The empirical part of the thesis is based on the data obtained from a questionnaire survey conducted among health care workers, inquiring about their awareness of some of the current bioethical issues and about their attitude towards them.

Keywords: assisted reproduction, bioethics, biomedical research, dystanasia, ethics, ethics committees, euthanasia, the moral status of the embryo, palliative medicine, social education, surrogate motherhood, transplantation

Děkuji PhDr. et Mgr. Zdeňku Šigutovi, PhD., MPH za vstřícnost, trpělivost a za velmi užitečnou metodickou pomoc a podporu, kterou mi poskytl při zpracování mé diplomové práce.

Také děkuji mamince, sestře a dceři za morální podporu po celou dobu mého studia, které si nesmírně vážím.

Prohlašuji, že odevzdaná verze diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

|                                             |            |
|---------------------------------------------|------------|
| <b>OBSAH</b>                                |            |
| <b>ÚVOD</b>                                 | <b>8</b>   |
| <b>I. TEORETICKÁ ČÁST</b>                   | <b>10</b>  |
| <b>1 BIOETIKA</b>                           | <b>11</b>  |
| 1.1 Etika jako součást filosofie            | 11         |
| 1.2 Etika jako samostatná věda              | 14         |
| 1.3 Medicínská etika                        | 16         |
| 1.4 Vymezení pojmu bioetika a její historie | 24         |
| 1.5 Dílčí závěr                             | 31         |
| <b>2 AKTUÁLNÍ BIOETICKÉ PROBLÉMY</b>        | <b>33</b>  |
| 2.1 Biomedicínský výzkum                    | 33         |
| 2.2 Etické komise                           | 39         |
| 2.3 Bioetika a počátek lidského života      | 44         |
| 2.4 Transplantace                           | 56         |
| 2.5 Dílčí závěr                             | 66         |
| <b>3 EUTANAZIE</b>                          | <b>67</b>  |
| 3.1 Definice a historie eutanazie           | 67         |
| 3.2 Eutanazie po druhé světové válce        | 77         |
| 3.3 Paliativní medicína a hospicová péče    | 87         |
| 3.4 Sociální pedagogika a bioetika          | 97         |
| 3.5 Dílčí závěr                             | 104        |
| <b>II. PRAKTICKÁ ČÁST</b>                   | <b>105</b> |
| <b>4 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ</b>                   | <b>106</b> |
| 4.1 Cíl výzkumu                             | 106        |
| 4.2 Metoda výzkumu                          | 106        |
| 4.3 Charakteristika výběrového vzorku       | 108        |
| 4.4 Dotazníkové šetření                     | 111        |
| 4.5 Vyhodnocení a interpretace výsledků     | 150        |
| 4.6 Dílčí závěr                             | 152        |
| <b>ZÁVĚR</b>                                | <b>153</b> |
| <b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY</b>            | <b>154</b> |
| <b>SEZNAM OBRÁZKŮ</b>                       | <b>170</b> |
| <b>SEZNAM TABULEK</b>                       | <b>172</b> |
| <b>SEZNAM PŘÍLOH</b>                        | <b>174</b> |

## ÚVOD

Ve společnosti se od druhé poloviny 20. století objevuje stále více etických problémů. Souvisejí s rychlým, až revolučním rozvojem biomedicíny a průnikem nejmodernějších biologických a informačních technologií a přístrojové techniky až k lůžku pacienta. V situaci, kdy se exponenciálně zvyšuje efektivnost moderních diagnostických a léčebných metod, rostou možnosti ovlivňovat molekulární a postupně i genetické mechanismy nemocí, které jsou ovšem často spojeny s dosud neznámými zdravotními a také sociálními riziky. Stále více se ozývají hlasy z řad odborníků, ale i laické veřejnosti, o oprávněnosti používání těchto nových poznatků a postupů u člověka. Řešení těchto problémů je složité, i přes značný proces globalizace, z důvodů sociálních nerovností mezi jednotlivými státy světa a také z důvodů nejednotných mravních norem mezi nimi. Mravní postoje každého jedince i celé společnosti ovlivňují jejich jednání ve všech oblastech života. Studium mravní stránky lidského chování se zabývá etika. V několika posledních desetiletích se v rámci etiky rozvinuly různé aplikované etiky, které svou pozornost zaměřují na problémy určité oblasti lidského života. Patří mezi ně i bioetika, která bývá někdy nazývána biomedicínskou etikou. Věnuje se řešení etických problémů, které přináší současný vědecký a technologický pokrok biologických a medicínských věd, a také možné aplikaci jeho výsledků na člověka. Bioetika jako věda je charakteristická spoluprací nejrozličnějších humanitních i přírodovědných vědeckých disciplín a laiků do dialogu o konkrétním etickém problému.

Předkládaná diplomová práce „*Bioetika a eutanazie*“ obsahuje tři kapitoly teoretické a jednu kapitolu, která se zaměřuje na výzkumné šetření. Jednotlivé kapitoly jsou dále členěny na podkapitoly.

Cílem teoretické části diplomové práce je popsat bioetiku jako nově vznikající obor aplikované etiky, zamyslet se nad aktuálními etickými problémy, kterým se bioetika věnuje a zaměřit se zejména na v současnosti často medializovaný etický problém, kterým je diskuze nad legalizací eutanazie.

Úvodní kapitola obsahuje krátký diskurs do historie etiky jako vědy, zabývá se vnímáním etiky v průběhu historie, seznamuje s vývojem a současností lékařské etiky, s nejvýznamnějšími etickými kodexy minulosti a současnosti. Poslední část první kapitoly



je věnována bioetice a to jak jejímu vzniku a postupnému etablování do společnosti, tak i současnosti. Druhá teoretická kapitola diplomové práce se věnuje nejvíce diskutovaným problémům, které jsou v rámci bioetiky řešeny. Jsou jimi etika biomedicínského výzkumu, postavení a úkoly etických komisí. Dále je zde rozebrána oblast bioetiky, která řeší témata související s počátkem lidského života - asistovaná reprodukce, morální status lidského embrya či v dnešní době hodně diskutované náhradní mateřství. Jsou zde také zmíněny etické problémy související s transplantacemi lidských a zvířecích orgánů. Poslední kapitola teoretické části diplomové práce je věnována etickým problémům souvisejícím s eutanazií a paliativní a hospicovou péčí. Významným etickým problémem je totiž také objektivně narůstající potřeba péče o věkově starší pacienty, případně pacienty s chronickými, nevléčitelnými (ale často poměrně dobře léčitelnými) nebo maligními nemocemi. Poslední podkapitola je věnována možnostem uplatnění profese sociálního pedagoga v souvislosti s bioetikou.

Teoretická část diplomové práce je tvořena zejména poznatky získanými z odborných vysokoškolských učebnic a monografií z oblasti filosofie, etiky, medicíny a sociální pedagogiky. Doplňují je informace z odborných časopisů, poznatky, které byly předneseny na mezinárodních či vnitrostátních konferencích a také data, která byla získána z internetových stránek vysokých škol či institucí, které se zabývají bioetikou, medicínou či sociální pedagogikou.

Cílem empirické části diplomové práce je zjistit, jaké jsou názory lékařů i nelékařských zdravotnických pracovníků, zejména pak zdravotních sester na problematiku bioetiky a eutanazie. Potřebná data byla získána dotazníkovým šetřením u 184 zaměstnanců Fakultní nemocnice Brno. Dotazník obsahuje uzavřené, polozavřené a otevřené otázky. Následně byla získaná data statisticky vyhodnocena, dále analyzována a interpretována.

## I. TEORETICKÁ ČÁST

## 1 BIOETIKA

### 1.1 Etika jako součást filosofie

Etika je vědecká disciplína, která je součástí filosofie. Často také bývá označovaná jako filosofie praktická. Zaobírá se především vztahem člověka k jiným lidem, k sobě samému, ke svému životu, ke svojí budoucnosti a také k životním hodnotám.<sup>1</sup> Když se hovoří o etice, většinou je zmiňována i morálka. Stejně to platí i naopak, proto nelze tyto dva pojmy oddělovat. Tak jako morálka začala postupně formovat společnost a regulovat vztahy mezi lidmi, tak se i etika stala důležitým prostředkem ke zkoumání morálky.<sup>2</sup>

Slova etika i morálka pochází z řeckého a latinského pojmenování stejného pojmu. Někdy se uvádí, že etika je teorií morálky a zabývá se tedy teorií, na rozdíl od morálky, která se orientuje na praxi.<sup>3</sup> Pojem etika je odvozen ze starořeckého slova „*ethos*“ a ve starořečtině má několik významů - obydlí, bydliště, byt, vlast, životní způsob člověka, obyčej, mravy, ale i charakter.<sup>4</sup>

Termín morálka má původ v latinském překladu řeckého slova „*ethos*“. Latinský výraz pro „*ethos*“ je „*mos*“, což znamená mrav, chování, charakter, vlastnost nebo i zákon.<sup>5</sup>

Dějiny evropské etiky lze dělit na tři různá období. Prvním z nich je řecké či antické období, které lze považovat za skutečný základ etiky a lze ho zařadit do období mezi roky 500 před naším letopočtem - 500 našeho letopočtu. Středověká etika se rozvíjela mezi lety 500 – 1500 a moderní etika přibližně od roku 1500 do současnosti. V každé této etapě sehráli důležitou úlohu při formování morálky jiné instituce. Antické Řecko a jeho městské státy kladli důraz na občanské povinnosti a člověk, který si je plnil, byl považovaný za dobrého člověka. Ve středověku hrála nejdůležitější roli v životě lidí církev a mravní a dobrý život se rovnal svatému či náboženskému. V dnešní moderní době už stát,

---

<sup>1</sup> HULAN, B., WAGNEROVÁ, S. *Úvod do etiky (Vybrané kapitoly)*. Žilina: Žilinská univerzita, 2007, s. 11.

<sup>2</sup> HULAN, B., WAGNEROVÁ, S. *Úvod do etiky (Vybrané kapitoly)*. Žilina: Žilinská univerzita, 2007, s. 4.

<sup>3</sup> THOMPSON, M. *Přehled etiky*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2004.

<sup>4</sup> SEMRÁDOVÁ, I. *Etika I: Přehled etických teorií*. 1. Vyd. 1. Hradec Králové: Gaudeamus, 1992.

<sup>5</sup> HULAN, B., WAGNEROVÁ, S. *Úvod do etiky (Vybrané kapitoly)*. Žilina: Žilinská univerzita, 2007, s. 4.

ani církev, nemají v oblasti morálky dominující úlohu. Morálka je orientována směrem na svobodného jednotlivce a jeho chování k ostatním lidem.<sup>6</sup>

V nejširším pojetí se etika jako věda zabývá studiem lidského chování. Snaží se rozlišovat co je správné a co je nesprávné, zabývá se mravními rozhodnutími a způsoby, kterými se je snaží odůvodnit. Hledá pojetí dobrého a hledá způsob, jak mají lidé nejlépe žít ve smyslu etickém. Na druhou stranu nezapomíná ve svých rozbořech ani na nejhorší stránky lidské povahy a zahrnuje je do sféry svého působení.<sup>7</sup>

V průběhu staletí se tedy význam toho, co je mravné a co ne, neustále měnilo. Samozřejmě se najdou hodnoty, které jsou neměnné a hluboce zakořeněné v podvědomí lidí. Některé ovšem prošly dlouhým historickým vývojem a dnes jsou již zapomenuté.<sup>8</sup>

Počátky etiky lze vysledovat do období vzniku řecké filosofie, tedy do 6. století před naším letopočtem. Filozofové té doby se v rámci svých filosofických pojednání vyjadřovali i k mravům. Preferovanými vlastnostmi té doby byli zdvořilost, takt, úcta, vděčnost, milosrdenství a soucit. K vlastnostem, které společnost odsuzovala, patřili například přetvářka, podvody a pochlebování. K etice se vyjadřoval i významný filosof Demokritos z Abdér na Chalkidice (460-370 př. n. l.). Dle něho se lze dobru naučit. Člověk, který neví, co je dobré, to neví jen z důvodu, že nezná lepší řešení.<sup>9</sup>

Další z významných řeckých filozofoů Sokrates (469-399 př. n. l.) byl přesvědčený, že konečným předmětem lidského snažení je štěstí a že všechno zlo pochází z nevědomosti. Nezbytným prostředkem, jak štěstí dosáhnout, je dle Sokrata, ctnost, kterou je nutno učit. Žák Sokrata, Platón (427-347 př. n. l.), na rozdíl od svého učitele neviděl ctnost v moudrosti samotné, ale ve spravedlnosti, střídmosti a statečnosti.<sup>10</sup> Za největší přínos Platóna v oblasti etiky lze považovat analýzu mravních pojmů.<sup>11</sup>

Ačkoli Sokrates i Platón se svými názory podíleli na vzniku etiky, za skutečného zakladatele je považován Platónův žák Aristoteles (384-322 př. n. l.). Většina problémů,

<sup>6</sup> GLUCHMAN, V., *Úvod do etiky*. Vyd. 1. Brno: Tribun EU, 2008.

<sup>7</sup> THOMPSON, M. *Přehled etiky*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2004.

<sup>8</sup> BUŽGOVÁ, R. *Etika ve zdravotnictví*. Vyd. 1. Ostrava: Ostravská univerzita, 2008.

<sup>9</sup> tamtéž

<sup>10</sup> *Overview: History of Ethics*. [online]. [cit. 2012-12-17]. Dostupné z: <<http://open-site.org/Society/Philosophy/Ethics/History/>>.

<sup>11</sup> SEMRÁDOVÁ, I. *Etika I: Přehled etických teorií*. 1. Vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 1992.

kteří řeší ve svých filosofických i politických spisech, se úzce dotýká etiky. Na rozdíl od Platóna, který stavěl svoje teorie na myšlenkových operacích, za výchozí bod svých teorií zvolil Aristoteles zkušenosti a pozorování.<sup>12</sup> Dle Semrádové: „*Aristoteles pokládá etiku za vědu praktickou, a sice za jakýsi druh nauky o obci. Jejím předmětem je hledat nejvyšší dobro jako účel lidského snažení a stanovit jednotlivé ctnosti jako prostředky k dosažení tohoto účelu.*“<sup>13</sup> Ve svých spisech rozlišuje ctnosti „*dianoetické*“, což jsou dle něj ctnosti rozumové a ctnosti „*etické*“, které považuje za ctnosti mravní. Dobrým člověkem se stáváme činěním dobra a dobrých skutků, cvikem a zvykem. Hlavním úkolem člověka není dle Aristotela pouze žít, nýbrž žít dobře. Jeho etické úvahy daly základ dalšímu vývoji etiky. Považoval za nutné lidské jednání rozlišit na jednání dobrovolné a nedobrovolné. Toto rozdělení také dle něj může posloužit zákonodárcům v určování odměn a trestů.<sup>14</sup>

Cicero (106-43 př. n. l.) nevypracoval sám žádnou etickou teorii, ale vybral z různých názorů řeckých filozofů konkrétní myšlenky, které dále rozpracoval. Tvrdil, že morální dobro, které je obecně je předmětem všech ctností, spočívá v tom, že se z člověka stane na rozdíl od zvířete rozumná bytost.<sup>15</sup>

Ze soudobých tvůrců etických teorií nelze opomenout názory Nietzscheho (1844 – 1900), který dává do popředí pojem hodnoty. Jeho základní myšleka tkví v přehodnocení všech hodnot. Ke změnám má dojít v oblasti křesťanských hodnot, kterými jsou láska k bližnímu, obrana slabých, altruismus. Tyto hodnoty mají být dle Nietzscheho nahrazeny bezohlednou vládou silných, individualismem a přípravou prostoru pro „*nadčlověka*“. V raných pracích vidí ideál nadčlověka esteticko – aristokratický a tvořivý, později je ve svých názorech brutálnější a jako nejvyšší hodnotu vidí vůli k moci.<sup>16</sup> Dá se říci, že Nietzsche svými názory výrazně ovlivnil morálku a etiku 20. století. Jeho názory lze také považovat za základ ideologií nacismu, fašismu a komunismu.<sup>17</sup>

---

<sup>12</sup> *Overview: History of Ethics.* [online]. [cit. 2012-12-17]. Dostupné z: <<http://open-site.org/Society/Philosophy/Ethics/History/>>.

<sup>13</sup> SEMRÁDOVÁ, I. *Etika I: Přehled etických teorií.* 1. Vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 1992, s. 33.

<sup>14</sup> SEMRÁDOVÁ, I. *Etika I: Přehled etických teorií.* 1. Vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 1992, s. 33-34.

<sup>15</sup> *Overview: History of Ethics.* [online]. [cit. 2012-12-17]. Dostupné z: <<http://open-site.org/Society/Philosophy/Ethics/History/>>.

<sup>16</sup> SEMRÁDOVÁ, I. *Etika I: Přehled etických teorií.* 1. Vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 1992, s. 78 – 79.

<sup>17</sup> POLÁKOVÁ, E., MASARYKOVÁ, Z. *Etika mediální komunikace v on-line prostředí: učebnice pro studenty mediálních studií* : Európsky sociálny fond: moderné vzdelávanie pre vedomostnú spoločnosť. Vyd. 1. Trnava: Fakulta masmediálnej komunikácie UCM, 2011, s. 46.

V průběhu dějin stály velmi často různé etické teorie proti sobě. Jejich vznik provázely polemiky a opoziční názory. Nelze některé teorie zavrhnout a jiné vyzdvihnout. Většinou jedna doplňovala a korigovala druhou. Ani v životě není nic černé nebo bílé nebo determinované jedinou příčinou. Lidské jednání vychází z různých podnětů a situací, na které je nutno při hledání souvislostí myslet.<sup>18</sup>

## 1.2 Etika jako samostatná věda

Etika se jako svébytná vědecká disciplína začala vyvíjet odděleně od filosofie až na počátku 20. století. Jako věda musí mít samozřejmě svůj předmět zkoumání. Je jím chování a jednání lidí mezi sebou, k sobě i k přírodě. Nejčastěji používanou vědeckou metodou je v etice diskuse a nejvíce používanou technikou je argument.<sup>19</sup>

Filozofové dnes obvykle dělí etické teorie do čtyř obecných tematických oblastí. Jsou jimi etika deskriptivní, etika normativní, metaetika a aplikovaná etika.

**1. Etika deskriptivní** popisuje zkoumanou skutečnost, kterou jsou mravní hodnoty a rozhodnutí společnosti a také důvody, k těmto činům vedoucí. Je také základním východiskem pro etiky následující. Za základní rys deskriptivní etiky lze považovat to, že nehodnotí co je správné a co ne. Pouze popisuje daný stav.<sup>20</sup>

**2. Etika normativní** hledá „hledá kritéria pro stanovení podmínek dobrého a špatného jednání, formuluje příkazy a zákazy“.<sup>21</sup> Zkoumá morální normy a principy, kterými se společnost řídí. Normativní etika se taktéž věnuje formování etických kodexů v konkrétních oborech lidské činnosti.<sup>22</sup>

**3. Metaetika** se blíže věnuje rozboru samotných pojmů etiky a diskutuje o jazyku morálky a o tom, jak lze tento jazyk zdůvodnit.<sup>23</sup> Dle Kořenky metaetika rozlišuje čtyři proudy normativního myšlení:

---

<sup>18</sup> SOKOL, J. *Etika a život: pokus o praktickou filosofii*. Vyd. 1. Praha: Vyšehrad, 2010.

<sup>19</sup> BUŽGOVÁ, R. *Etika ve zdravotnictví*. Vyd. 1. Ostrava: Ostravská univerzita, 2008.

<sup>20</sup> THOMPSON, M. *Přehled etiky*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2004.

<sup>21</sup> JEMELKA, P. *Bioetika*. Vyd. 1. Brno: Masarykova univerzita, 2008, s. 9.

<sup>22</sup> KOŘENEK, J. *Lékařská etika*. Vyd. 1. Olomouc: Univerzita Palackého, Lékařská fakulta, 2001, s. 40.

<sup>23</sup> THOMPSON, M. *Přehled etiky*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2004.

„*Etika ctností sleduje především schopnost k hodnotově orientovanému jednání. Člověk dospívá k určitým rozhodnutím na základě stabilních pravidel – ctností.*

*Etika povinnosti vychází z bezpodmínečného požadavku plnění povinností.*

*Etika užitku vychází z principu užitečnosti pro všechny zúčastněné v jednání.*

*Etika odpovědnosti sleduje mravní kompetentnost k určité volbě při rozhodování.*“<sup>24</sup>

**4. Aplikovaná etika** je v současnosti nejdůležitější oblastí etiky. Etice jako vědě, by zajisté v současnosti nebyla věnována taková pozornost, kdyby neexistovaly problémy, které člověka nutí ke zkoumání mravních rozhodnutí a životních hodnot.<sup>25</sup>

Etické přístupy v aplikované etice musí přinejmenším plnit dvě kritéria:

1. musí být konzistentní

2. musí být použitelné.<sup>26</sup>

Aplikovaná etika je oblast, která se pokouší odpovědět na otázku: Proč člověk potřebuje etiku? Proč potřebuje morální normy? Proč se chovat eticky? Historické či tradiční modely etiky často nedokážou uspokojivě vzít v úvahu dnešní svět a jeho problémy. Společnost je vystavována novým morálním dilematům, která přináší genové inženýrství, konflikty civilizačního světa, prohlubující se sociální propast, ekologická krize a mnoho dalších. Při řešení tolika různých problémů nemusí platit jeden jediný morální koncept. Stejně tak tradiční náboženství nemusí umět odpovědět na všechny otázky, na které člověk čeká odpověď. Etika současnosti musí tedy jasně obsahovat rozměr, který nejenom zrcadlí problémy dnešní společnosti, ale musí umět nacházet i alternativní řešení.<sup>27</sup>

V 70. letech 20. století začalo po celém světě mnoho nadšenců praktikovat aplikované etiky a zabývat se jejich realizací v praxi. Tato činnost zákonitě podnítila další odborně – teoretické diskuse o teorii aplikované etiky, jejím postavení a metodách, které používá.

<sup>24</sup> KORENEK, J. *Lékařská etika*. Vyd. 1. Olomouc: Univerzita Palackého, Lékařská fakulta, 2001, s. 41.

<sup>25</sup> THOMPSON, M.. *Přehled etiky*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2004.

<sup>26</sup> Bioethics. IN: *Internet Encyclopedia of Philosophy*. [online]. [cit. 2012-12-18]. Dostupné z: <<http://www.iep.utm.edu/bioethic/#SH5a>>.

<sup>27</sup> MALANKIEVIČOVÁ, S. *Profesijná etika (v súčasných perspektívách aplikovaného diskurzu)*. Prešov: Filozofická fakulta Prešovskej univerzity, 2008.

Svědectvím těchto počinů jsou výstupy z vědeckých konferencí, které se konají po celém světě, aktivity nadnárodních asociací a institucí, které se věnují této oblasti. Vývoj v oblasti aplikovaných etik prošel několika fázemi, ve kterých dominovaly různé přístupy. V současnosti je dle Fobela možno identifikovat šest různých teoreticko – praktických diskursů a tím i aplikovaných etik. Jsou jimi profesní etika, hospodářská a podnikatelská etika, etika techniky, etika médií, sociální etika a bioetika. Podoborem bioetiky je i medicínská etika.<sup>28</sup>

### 1.3 Medicínská etika

Povolání lékaře bylo, i v současnosti je, společností vždy mimořádně ceněno. Důvodem je skutečnost, že lékař chrání hodnoty, které jsou pro lidský život nejdůležitější – život a zdraví. Matochová uvádí: „*Bez nich je ohrožena existence člověka, nemůže realizovat své cíle nebo je musí omezit. Ohrožení života a zdraví navíc staví člověka do situací, které se dotýkají jeho lidské důstojnosti či osobnostních práv, takže na lékaře jsou kladeny i další požadavky týkající se respektu k druhému člověku, důvěrnosti a ochrany informací.*“<sup>29</sup>

Vznik medicíny jako profese a její oddělení od jiných lidských činností je spjat s vytvořením jistého souboru mravních předpisů. Jejich znalost a dodržování se stalo charakteristickým znakem nositelů lékařského povolání. Z tohoto důvodu je etika právem považována za základní a určující součást medicíny a ošetřovatelství a také zásadním předpokladem pro uznání práva na výkon lékařského či zdravotnického povolání jako výrazu důvěry společnosti na požadované odborné a mravní kvality lékaře a zdravotníka.<sup>30</sup> „*Konat dobro a vyhýbat se zlu, je primum principium celé etiky. Všechny etické systémy, včetně etiky lékařské, musí začínat tímto rčením, které znamená, že dobro musí být*

---

<sup>28</sup> FOBELOVÁ, D. *Aplikované etiky v kontextoch súčasnosti*. Vyd. 1. Banská Bystrica: Univerzita Mateja Bela, Fakulta humanitných vied, 2005.

<sup>29</sup> MATOCHOVÁ, S. *Etika a právo v kontextu lékařské etiky*. Brno: Masarykova univerzita 2006. Disertační práce. MU v Brně, Lékařská fakulta, Ústav lékařské etiky.

<sup>30</sup> GLASA, J. Stručný prehľad biomedicínskej etiky pre pracovníkov vo verejnom zdravotníctve. IN: *Medicínska etika a bioetika: časopis Ústavu medicínskej etiky a bioetiky = Medical ethics*. [online]. 2009, 1-2, ISSN 1335-0560. [cit. 2012-12-17]. Dostupné z: <<http://www.bioetika.sk/files/casopis/2009-12.pdf>>.



*ohniskem i cílem jakékoliv teorie nebo profesní aktivity, která se prohlašuje za mravně obhajitelnou“<sup>31</sup>*

Lékařská etika má ve světě dlouhou a pestrou historii. Už ve starověkých domorodých společnostech, které neměly psaný jazyk a více či méně dané hodnoty, byla lékařská péče řízena šamany, exorcisty, čarodějnicemi, kouzelníky, kněžími a porodními asistentkami. Jedním nejčasnějších písemných ustanovení týkající se lékařské praxe je Hammurabiho kodex pocházející z Babylonu asi z roku 1750 před naším letopočtem. Ten obsahuje ustanovení, že pokud lékař používá bronzovou lancetu a při provádění velké operace na představiteli šlechty, která má za následek smrt nebo vede ke ztrátě oka, mu může být odříznuta ruka.<sup>32</sup>

V Evropě lze medicínu jako disciplínu vysledovat až do období starého Řecka. Přestože některé primitivní operace a léčbu bylinkami prováděli Řekové již v Homérově epoše (kolem roku 750 před naším letopočtem), pojímali léčbu spíše nábožensky. Až na konci 6. nebo na počátku 5. století před naším letopočtem začaly vznikat racionálně – spekulativní teorie pro chápání zdraví a nemoci a daly tak vzniknout něčemu, co lze nazývat lékařská profesí. Řekové si začali uvědomovat, že pro výkon lékařské praxe je důležité vědecké vzdělávání, že je nutné k nemocem přistupovat empiricky a racionálně, nikoliv magicky, mysticky či nábožensky. Desakralizace medicíny byla důležitým aspektem řecké kultury, které se šířila po celé oblasti Středomoří. V období helénismu byla přijata Římany, kteří medicínu jako obor dále rozvíjeli. Ani v té době ovšem neexistovaly žádné instituce, které by lékaře vzdělávaly. Stejně tak neexistovaly žádné předpisy, které by určovaly, kdo může získat povolení k výkonu lékařské profese. Každý, kdo si přál být lékařem, mohl toto povolání vykonávat. Svoje znalosti a dovednosti získávali lékaři praxí. V té době neexistovaly žádné profesní standardy pro výkon lékařského povolání a žádné sankce při pochybení lékařů. Ti, kteří se rozhodli praktikovat medicínu, nebyli povinni přijmout a dodržovat žádný formální či neformální etický kodex.<sup>33</sup>

Historicky poprvé byly etické normy a morální principy v oblasti medicíny vyjádřené ve známé „*Hippokratově přísaze*“. Se jménem Hippokrata (460 – 380 před naším

---

<sup>31</sup> PELLEGRINO, E. *The internal morality of clinical medicine: A paradigm for the ethics of the helping and healing professions*. Journal of Medicine and Philosophy, 2001, vol. 26, No 6, p. 559–579.

<sup>32</sup> PRITCHARD, J. B. *Ancient Near Eastern texts: relating to the Old Testament*. 3rd ed., with supplement. Ann Arbor, Mich: UMI, University Microfilms International, 1969.

<sup>33</sup> POST, S. G. *Encyclopedia of bioethics*. 3rd ed. New York: Macmillan Reference USA, 2004.

letopočtem) jako otce medicíny je spojen i zrod profesní lékařské etiky. Byl to řecký lékař, který pocházel z ostrova Kos. Normy a principy chování lékaře, které Hippokrates naformuloval, jsou naplněné obsahem, podmíněnými cíli a úkoly v kontextu lékařské profese, nezávisle na místě a času jejich realizace.<sup>34</sup> Hippokrates je autorem vícero spisů, které jsou známé pod názvem „*Corpus Hippocraticum*“. Toto jeho dílo obsahuje ucelenou a systematickou koncepci jedné z nejstarších řeckých lékařských škol. Hippokrates není ovšem autorem celého díla, ale dílo nese pečeť jeho osobnosti, jeho žáků a také dvou synů Tessala a Drakonta, kteří pracovali jako osobní lékaři v Makedonii a taktéž Hippokratova zetě Polyba, který vyučoval na asklepiadské škole na ostrově Kos.<sup>35</sup>

Spisy byly používány, rozšiřovány a neustále doplňované až do 2. století našeho letopočtu. Dle Hippokrata je lékařské umění rozděleno na 3 části – nemoc, pacienta a lékaře. Pro úspěch léčení je nezbytné, aby pacient s lékařem spolupracoval. Z hlediska etiky je důležité, že Hippokrates klade důraz na chování lékaře k pacientovi a také jeho pasáže o lékařské mlčenlivosti.<sup>36</sup> Ve své době představovala Hippokratova přísaha názor pouze malé skupiny lékařů a filosofů.<sup>37</sup> V současné době se objevují názory, že Hippokratova přísaha vznikla mnohem později – až na začátku období křesťanského. První odkaz totiž pochází až z prvního století našeho letopočtu.<sup>38</sup> Mnohem většího uznání se Hippokratově přísaze dostalo v poněkud pozměněné formě až s nástupem a propojením s křesťanskou tradicí.<sup>39</sup>

Normy a principy chování lékaře, které Hippokrates naformuloval, nejsou pouze odrazem vztahů té doby, ale jsou naplněny obsahem, cíli a úkoly lékařské profese nezávisle na místě a čase. Lze říci, že i dnes jsou stále aktuální a neztrácejí svůj význam.<sup>40</sup>

---

<sup>34</sup> KOVALOVÁ, D. Od Hippokrata k bioetice. (Bio) etické principy a modely s důrazem na sociální práci. IN MÁTEL, A. et al. *Aplikovaná etika v sociální práci a dalších pomáhajících profesích*. Zborník z medzinárodnej vedeckej konferencie. Bratislava: VŠZaSP sv. Alžbety, 2010, s. 161.

<sup>35</sup> NOVOTNÝ R., NOVOTNÁ Z. *Etické reflexie přísahy Hippokrata*. [online]. [cit. 2012-12-18]. Dostupné z: <<http://www.unipo.sk/public/media/16593/Novotn%C3%BD%20R.,%20Novotn%C3%A1%20Z.,.pdf>>.

<sup>36</sup> MÁTEL, A. *Etika sociální práce*. Vyd. 1. Bratislava: Vysoká škola zdravotníctva a sociální práce sv. Alžbety, 2010, s. 23 – 24.

<sup>37</sup> MUNZAROVÁ, M. *Zdravotnická etika od A do Z*. Praha: Grada Publishing s.r.o., 2005, s. 20 – 21.

<sup>38</sup> MUNZAROVÁ, M. *Vybrané kapitoly z lékařské etiky*. Vyd. 1. Brno: Masarykova univerzita, 2000, s. 7.

<sup>39</sup> MUNZAROVÁ, M. *Zdravotnická etika od A do Z*. Praha: Grada Publishing s.r.o., 2005, s. 20 – 21.

<sup>40</sup> KOVALOVÁ, D. Od Hippokrata k bioetice. (Bio) etické principy a modely s důrazem na sociální práci. IN MÁTEL, A. et al. *Aplikovaná etika v sociální práci a dalších pomáhajících profesích*. Zborník z medzinárodnej vedeckej konferencie. Bratislava: VŠZaSP sv. Alžbety, 2010, s. 161.

Křesťanství vzniklo v Palestině v první polovině 1. století našeho letopočtu mezi následovníky Ježíše z Nazaretu, zvaného Kristus, kteří věřili, že je Mesiáš, syn Boha. Přestože první následovníci byli téměř výhradně Židé, křesťanská víra se začala rychle rozšiřovat i v oblasti Středozemního moře. V prvních třech stoletích zůstávala skupina křesťanů malou, ale stále se rozšiřující skupinou. Toto náboženství bylo oficiálně zakázáno římskou imperiální vládou a jeho přívrženci tvrdě perzekuováni. Pronásledování vyvrcholilo v letech 303 – 311 a skončilo až v roce 313, kdy císař Konstantin konvertoval ke křesťanství a vyhlásil ho oficiálním náboženstvím. Lékařské teorie a praxe z období starého Řecka a Říma byly nábožensky neutrální. Křesťanství se ovšem v zásadních principech lišilo od předchozích pohanských náboženství. Otázky zdraví, nemoci, léčení, život, a smrt se staly nedílnou součástí křesťanské teologie. Raná křesťanská lékařská etika si v souladu se svými náboženskými doktrínami musela klást otázku, zda není fyzické zdraví překážkou pro nejvyšší dobro. Církevní otcové zdůrazňovali, že duše je neskonale cennější než tělo, že péče o jedno je v konfliktu s péčí o druhé. Zdraví viděli jako požehnání od Boha a mohlo by být špatné, pokud by dostalo větší pozornost, než si zaslouží. Představitelé církve došli studiem spisů k přesvědčení, že křesťan by se měl radovat v nemoci i ve zdraví. Nemoc může člověka odradit od hříchu, zvýšit jeho trpělivost, snížit jeho hrdost, protože člověk by měl být méně angažovaný a více závislý na Bohu.<sup>41</sup> Haškovcová uvádí: „*V intencích křesťanské morálky vznikl praktický návod jak žít (ars vivendi) a také jak zemřít (ars moriendi).*“ Chování lékaře k nemocným v této době lze charakterizovat pomocí sedmi ctností, kterými jsou: „*víra, naděje, láska, moudrost, spravedlnost, statečnost a skromnost.*“<sup>42</sup>

Nejvýraznějším představitelem lékařské etiky ve středověku byl Paracelsus (1493 - 1541). Narodil v Einsiedelnu ve Švýcarsku a byl současníkem Koperníka a Luthera.<sup>43</sup> Paracelsus, který je považovaný za objevitele chemických léků a empirické psychické léčby, je také představitelem lékařské etiky, která chápe lékařům etický vztah k pacientovi jako důležitou strategii léčby. Na rozdíl od hippokratovského modelu, který se orientuje na získání sociální důvěry pacienta k lékaři, Paracelsus se orientuje na emocionální a psychické

<sup>41</sup> POST, S. G. *Encyclopedia of bioethics*. 3rd ed. New York: Macmillan Reference USA, 2004.

<sup>42</sup> HAŠKOVCOVÁ, H. *Manuálek o etice*. Vyd. 1. Brno: Institut pro další vzdělávání středních zdravotnických pracovníků, 2000, s. 17.

<sup>43</sup> DEBUS, A. G. *Paracelsus and the medici revolution of the renaissance*. [online]. [cit. 2012-12-17]. Dostupné z: <<http://www.nlm.nih.gov/exhibition/paracelsus/index.html>>.

odlišnosti jednotlivce a na duševní a duchovní kontakty pacienta s jeho lékařem a jejich zapojení do léčby.<sup>44</sup>

Základy lékařské etiky, které vycházejí z tradice hippokratovské a v průběhu dějin byly doplňovány a dávány do souladu s tradicemi náboženskými, se staly základem pro tvorbu moderních lékařských přísah a etických kodexů.<sup>45</sup>

Lékařská etika moderní společnosti se vymanila z tradice přirozeného zákona a vydala se směrem přirozených práv člověka.<sup>46</sup> Počátky tohoto směru lze vysledovat až do 17. – 18. století k teorii poznání Locka, Rousseauově společenské smlouvě či Kantově respektu k autonomii osoby.<sup>47</sup> Hlavním úkolem lékařské etiky je nalézt, rozebrat a vyhodnotit vztahy, základní koncepce a zásady morálky zdravotnických pracovníků ve vztahu k pacientům. Jako první pravděpodobně shrnul etické zásady v oblasti medicíny moderní doby britský lékař Percival v roce 1803.<sup>48</sup>

V roce 1847 byla založena ve Spojených státech amerických lékařská asociace. Byla první profesní lékařskou organizací na světě. Členové nově vytvořené organizace se při svém setkání ve Filadelfii věnovali stanovením jednotných standardů pro profesní vzdělávání lékařů. Jednomyslně přijali jako první na světě národní lékařský etický kodex. Už více jak 160 let je tento kodex inspirací pro všechny lékaře. Vystihuje trvalé hodnoty medicíny jako profese.<sup>49</sup>

Za důležitý mezník ve vývoji lékařské etiky lze taktéž považovat činnost nacistických lékařů v průběhu druhé světové války.<sup>50</sup> Výsledkem Norimberského tribunálu, který

---

<sup>44</sup> KOVALOVÁ, D. Od Hippokrata k bioetice. (Bio) etické principy a modely s důrazem na sociální práci. IN MÁTEL, A. et al. *Aplikovaná etika v sociální práci a dalších pomáhajících profesích*. Zborník z medzinárodnej vedeckej konferencie. Bratislava: VŠZaSP sv. Alzbety, 2010, s. 161.

<sup>45</sup> MUNZAROVÁ, M. *Zdravotnická etika od A do Z*. Praha: Grada Publishing s.r.o., 2005, s. 42.

<sup>46</sup> KOŘENEK, J. *Lékařská etika*. Vyd. 1. Olomouc: Univerzita Palackého, Lékařská fakulta, 2001, s. 46.

<sup>47</sup> MUNZAROVÁ, M. *Zdravotnická etika od A do Z*. Praha: Grada Publishing s.r.o., 2005, s. 42.

<sup>48</sup> FRICOVÁ, J.. *Etika a léčba bolesti*. [online]. [cit. 2012-11-12]. Dostupné z:<<http://www.umirani.cz/etika-a-lecba-bolesti.html>>.

<sup>49</sup> *History of AMA Ethics*. [online]. [cit. 2012-11-11]. Dostupné z:<<http://www.ama-assn.org/ama/pub/physician-resources/medical-ethics/code-medical-ethics/history-ama-ethics.page?>>>.

<sup>50</sup> PŘÍHODA, Petr. *Etika: Zrod lékařské etiky*. [online]. [cit. 2012-11-11]. Dostupné z:<<http://www.lf2.cuni.cz/info2lf/ustavy/uzvle/text.html>>.

projednával válečné zločiny, byl Norimberský kodex<sup>51</sup>, který ovšem nebyl závazným dokumentem, nýbrž pouze doporučením v oblasti lékařské etiky.<sup>52</sup>

Na Norimberský kodex navázala v roce 1948 Ženevská deklarace, která byla přijata na 2. všeobecném zasedání Světové lékařské asociace v Ženevě. Světová lékařská asociace (World Medical Association, WMA) vznikla v roce 1945 a jejím posláním je celosvětově koordinovat vědeckou, etickou a profesní činnost tak, aby byla v souladu s lidskými právy. Ženevská deklarace je slibem lékařů, že budou vždy na straně humanitních cílů medicíny, že se budou snažit určitým způsobem zmodernizovat Hippokratovu přísahu. Munzarová uvádí: „*Vliv Hippokratovy přísahy na tento slib je evidentní: úcta k učitelům a bratrství s kolegy, důraz na dodržování lékařského tajemství, výzva k dobřečinění komukoliv bez jakéhokoliv rozlišování, úcta k lidskému životu (jistě implicitně zahrnující „nepodání smrtící látky“)*“.<sup>53</sup> Různě formulována byla Ženevská deklarace poté přijímána legislativami jednotlivými státy světa.<sup>54</sup>

Rozvoj medicíny ve druhé polovině 20. století si vyžádal i inovace v lékařské etice. Po dlouhých diskusích vypracovali v roce 1979 americký filosof Beauchamp a americký filosof a teolog Childress tak zvané „*čtyři principy lékařské etiky*“. Tyto principy se velmi rychle rozšířily. Jsou tvořeny natolik volně, aby byly přijatelné pro všechny. Nedostatkem může být to, že pokud se dva z principů dostanou do konfliktu, může dojít k neřešitelné situaci. Také je nezbytné si dle Váchy uvědomit, že: „*tyto principy zdaleka nevyčerpávají oblast lékařské etiky. Bylo by iluzí se domnívat, že kdo zná zpaměti čtyři principy, zná i lékařskou etiku jako takovou*“.<sup>55</sup>

**Princip beneficence** (dobročinnosti) vyjadřuje požadavek na lékaře, aby jeho jednání bylo vedeno vždy ve směru zájmu o život a zdraví nemocného. Dle Kořenky lze jeho základ najít už ve spisech Hippokrata: „*Salus aegroti suprema lex*“. („*Zdraví nemocného je nejvyšším zákonem*“).

**Princip nonmaleficence** (druhému neškodit) obsahuje požadavek, aby lékař omezil rizika, které mohou vyplynout při zjišťování zdravotního stavu pacienta i při jeho léčbě. Základ

<sup>51</sup> viz kapitola 2. 1 *Biomedicínský výzkum*

<sup>52</sup> MUNZAROVÁ, M. *Zdravotnická etika od A do Z*. Praha: Grada Publishing s.r.o., 2005, s. 112.

<sup>53</sup> MUNZAROVÁ, Marta. *Vybrané kapitoly z lékařské etiky*. Vyd. 1. Brno: Masarykova univerzita, 2000, s. 15 – 16.

<sup>54</sup> ONDOK, J. P. *Bioetika*. Vyd.1. Svitavy: Trinitas ve spolupráci Křesťanskou akademií, Řím, 1999.

<sup>55</sup> VÁCHA, M. et al. *Základy moderní lékařské etiky*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2012, s. 55 – 56.

tohoto principu lze taktéž už v Hippokratově zásadě: „*Nil nocere!*“ („*Především neškodit*“).<sup>56</sup>

**Princip respektování autonomie nemocného** je založen na zájmu lékaře o pacientovu existenci a na snaze lékaře pacientovi co nejsrozumitelněji vysvětlit jeho zdravotní stav. Pacient by totiž neměl být pouze příjemce informací lékaře, ale lékař by měl respektovat i jeho názor a brát ho v úvahu při své činnosti.

**Princip spravedlnosti v poskytování indikované péče** obsahuje širokou problematiku. Žádný zdravotnický systém na světě nedisponuje neomezeným množstvím financí, proto je nutné nedostatek zdrojů spravedlivě rozdělovat.<sup>57</sup> Tento princip vyvolává stále více etických otázek. Vývoj medicíny postupuje velmi rychle a s ním i možnosti, které je současná lékařská věda schopna nabídnout. Bohužel ekonomické možnosti zemí i ekonomicky vyspělých, neumožňují využití nejnovějších léčebných možností (přístroje, léky) pro všechny, kteří je potřebují. V těchto čtyřech principech lze vidět základy současné lékařské etiky. Objevují se však i doplňky a alternativní zdroje založené na ctnostech, péči či kasuistickém přístupu.<sup>58</sup>

Počátky moderní české lékařské etiky jako samostatného oboru lze vysledovat už v období před druhou světovou válkou. Snahy lékaře Cedrycha však přerušila válka. Po válce pokračoval v jeho práci Bouček, který založil v roce 1946 první Deontologický ústav v Praze. Tento ústav však v roce 1952 zanikl a v českém vysokém školství začala výuka marxismu – leninismu. V osnovách tohoto předmětu byla i morálka socialistického lékaře. Je nutno podotknout, že se čeští lékaři snažili i v této politické situaci rozvíjet lékařskou etiku a soustředili se zejména na problémy, bez nichž by byl rozvoj v této oblasti nemožný. Po revoluci v roce 1989, kdy byla zrušena výuka marxismu – leninismu na vysokých školách, se na lékařských fakultách začala v roce 1992 vyučovat lékařská etika a na středních zdravotnických školách etika v ošetrovatelství.<sup>59</sup> Velmi zásadní byla po roce 1989 důležitá pro rozvoj lékařské etiky v České republice pomoc ze zahraničí, zejména v oblasti darů knih. Nejdůležitější pomoc přišla z Hastings centra ve Spojených státech

<sup>56</sup> KOŘENEK, J. *Lékařská etika*. Vyd. 1. Olomouc: Univerzita Palackého, Lékařská fakulta, 2001, s. 53.

<sup>57</sup> VÁCHA, M. et al. *Základy moderní lékařské etiky*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2012, s. 58.

<sup>58</sup> KOŘENEK, J. *Lékařská etika*. Vyd. 1. Olomouc: Univerzita Palackého, Lékařská fakulta, 2001, 149 s. ISBN 80-244-0324-2, str. 54.

<sup>59</sup> HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika dříve a dnes*. [online]. [cit. 2012-12-14]. Dostupné z: <<http://www.advojka.cz/archiv/2007/45/lekarska-etika-drive-a-dnes>>.

amerických. Zakladatel a prezident Hastings centra Callahan byl garantem programu, který organizoval studijní pobyt zájemců z postkomunistických zemí Východní Evropy o studium lékařské etiky v Hastings centru. Navštívil také několikrát Prahu, pořádal přednášky a podílel se na organizaci seminářů a konferencí. Současný rozvoj lékařské etiky v České republice je poznamenán dvěma základními problémy: nedostatkem zájmu veřejnosti o tuto problematiku obecně a nedostatečným institucionálním zázemím pro rozvoj lékařské etiky mimo lékařské fakulty. Nejdůležitějším problémem, který je v současnosti v České republice řešen v rámci lékařské etiky, je informovaný souhlas pacienta. V době totality existoval rozpor mezi právními normami a praxí. Zákon č. 20/1966 Sb., „*O péči a zdraví lidu*“, matně uváděl povinnost lékaře informovat nemocné. Byl to ovšem lékař, na kterém bylo rozhodnutí, zda a jak velké množství informací pacientovi sdělí. Pravdivá informace o zdravotním stavu začala být považována za důležitou hodnotu. Nejvíce progresivní byli v této problematice pediatři a onkologové. Ostatní specialisté i praktičtí lékaři se k nim postupně přidávali a informovanost pacientů se začala postupně zvyšovat. V univerzitních nemocnicích se především díky kontaktům se západoevropskými lékaři začal do pacientovy dokumentace přidávat jeho souhlas se závažnými zákroky a léčebnými procedurami. Od roku 2002 se informovaný souhlas začal objevovat i v menších zdravotnických zařízeních. Pro celorepublikové zavedení informovaného souhlasu byly důležité zejména dva hlavní impulsy. Prvním podnětem byl počátek akreditačních procesů českých nemocnic, kde realizace informovaného souhlasu byla základním prvkem akreditačních požadavků. Druhým, důležitějším, podnětem bylo schválení Evropské úmluvy o lidských právech a biomedicíně v roce 2001. Přijetí tohoto dokumentu mělo za následek změny v legislativě českého zdravotnictví. V 2007 byla schválena vyhláška č. 64/2007 o zdravotnické dokumentaci. Součástí této vyhlášky je i právní předpis, který upravuje informovaný souhlas pacienta. Bohužel zdravotníci chápou informovaný souhlas jako nástroj pro ochranu lékaře. Velmi často je také pacientům formulář předložen při příjmu v nemocnici bez dalšího vysvětlení, pouze jako formalita. Komunikace mezi lékařem a pacientem je obvykle velmi krátká a pacient nemá možnost prodiskutovat všechny podrobnosti a rizika. Na obranu lékařů je ovšem nutno podotknout, že zájem veřejnosti o informovaný souhlas je stále velmi nízký.<sup>60</sup>

---

<sup>60</sup> ŠIMEK, J. et al. Medical Ethics in the Czech Republic – Experiences in the Post-Totalitarian Country. [online]. IN: CLARK, P. A. *Contemporary issues in bioethics*. InTech, 2012. s. 131 – 162. [cit. 2012-12-14]. Dostupné z: <<http://www.intechopen.com/books/contemporary-issues-in-bioethics>>.

Proč je vlastně nutné lékařskou etiku studovat? Pokud je lékař dobrý specialista, tak nezáleží na jeho etickém chování. Etiku je nutné učit v rodině a ne na lékařské fakultě. Etiku se lze naučit pozorováním starších kolegů a ne z knih či přednášek. Etika je určitě důležitá, ale osnovy výuky na lékařských fakultách jsou natolik přeplněné, že nezbyvá prostor pro její výuku. To jsou běžné názory, proč není nutné etiku na lékařských fakultách vyučovat. Samozřejmě každý z těchto názorů je pravdivý, ovšem jenom částečně. Naštěstí většina lékařských fakult na světě si uvědomuje, že je nutné zajistit čas a prostředky pro výuku etiky svých studentů. Etika je totiž v dnešní době nezbytnou součástí lékařské praxe. Autonomie osoby, informovaný souhlas či důvěra pacienta v lékaře jsou základní rysy dnešní medicíny. Výuka lékařské či ošetrovatelské etiky připravuje studenty jak se s konkrétními problematickými a obtížnými situacemi při svém povolání racionálně vyrovnat. Lékařská etika je v poslední době také velmi ovlivněna vývojem v oblasti lidských práv. V pluralitním a multikulturním světě, kde se střetávají různé morální tradice, mohou mezinárodní dohody o lidských právech poskytnout základ pro lékařskou etiku, která přesahuje národní a kulturní hranice. Zdravotní péče náleží totiž k základním lidským právům. Ale etika a právo jsou dvě odlišné věci. Často se stává, že etika stanovuje vyšší standardy chování, než stanovuje zákon a občas také etika vyžaduje, aby lékař neuposlechl zákon, který vyžaduje neetické chování. Navíc zákony jednotlivých zemí se mnohokrát zásadně liší. Proto je velmi důležité a nezbytné šířit mezi lékaři celého světa lékařskou etiku.<sup>61</sup>

#### 1.4 Vymezení pojmu bioetika a její historie

Zatímco tradiční lékařská etika se zabývá především vztahem lékař – pacient, vztahy mezi zdravotníky navzájem a vlastnostmi, které má mít dobrý lékař, bioetika je více otevřená a reflexní. Nejen ve vztahu mezi lékařem a pacientem jde nad rámec lékařské etiky. Jejím cílem není pouze dodržování smluv a pouček, ale především lepší pochopení problematiky. Je připravena klást hluboké filosofické otázky o povaze etiky, o tom, co je to hodnota

---

<sup>61</sup> WILLIAMS, J. R. *Medical ethics manual*. 2nd. ed. Ferney-Voltaire, France: World Medical Association, 2009, s. 10-13.



života, co to je být člověkem a o významu lidské bytosti. Bioetika taktéž zahrnuje otázky veřejného pořádku a také to, jakým směrem se má ubírat věda.<sup>62</sup>

V zahraniční literatuře absentuje jednotná definice bioetiky. Spolu s tímto pojmem se často jako synonyma objevují názvy lékařská, medicínská, biomedicínská etika, etika zdraví, etika péče o zdraví apod. Názory, které ztotožňují bioetiku s lékařskou etikou, mají do určité míry svoje opodstatnění. V období, kdy bioetika vznikala, navazovala především na medicínskou či lékařskou etiku. V první etapě vzniku bioetiky jako vědy se řešily v jejím rámci především otázky jako autonomie člověka, práva pacientů, spravedlnost v dostupnosti lékařské péče, léky a technologie. Tyto otázky vyvstaly z problémů řešení nového vztahu lékařů a pacientů v důsledku velkých vědeckých objevů a jejich využívání v medicíně. K zemím, ve kterých dochází ke ztotožňování pojmu bioetika a lékařská etika, patří mimo jiné (Švýcarsko, Německo, Dánsko, Polsko) i Česká republika. Dalším důvodem, proč často dochází k sjednocování pojmu bioetika a lékařská etika je to, že dle mnoha autorů je lékařská etika subdisciplínou bioetiky, což znamená, že zřejmě dochází k zjednodušování, respektive k zužování pojmu.<sup>63</sup>

Zatímco etika je filozofická disciplína týkající se pojetí dobra a zla, správného a špatného chování vůči jiným lidem, tak bioetikové si kladou více otázek, než poskytují jistých odpovědí: „*Co je správná věc a jaký způsob je správný? Jaké jsou naše závazky vůči sobě navzájem? Kdo je zodpovědný, komu a za co? Jaká je možná na dané morální dilema vzhledem ke kontextu, ve kterém vzniká? Z jakých morálních důvodů jsou tato tvrzení učiněná?*“ Bioetika je taktéž považována za multidisciplinární vědu. Je směsí filozofie, teologie, historie, práva, medicíny, ošetrovatelství, zdravotní politiky a lékařských humanitních věd.<sup>64</sup> Někteří autoři tuto novou vědeckou disciplínu popisují jako průnik etiky a biologických věd, podle jiných se jedná o vědu, jež zkoumá biologické disciplíny a péči o lidské zdraví ve světle hodnot a etických principů, pro jiné bioetika představuje etiku, která se vztahuje na lidský tělesný život: vznik, vývoj, umírání a smrt, zdraví a nemoc lidských bytostí.<sup>65</sup>

---

<sup>62</sup> SINGER, P., KUHSE, H. *A companion to bioethics*. Reprinted. Oxford, UK: Blackwell Publishers, 2001, s. 3-11.

<sup>63</sup> KOVALOVÁ, D. *Aplikované etiky II. Bioetika a medicínska etika*. Vyd. 1. Banská Bystrica, FHV UMB, 2004, s. 23.

<sup>64</sup> *What is bioethics*. [online]. [cit. 2012-11-11]. Dostupné z: <<http://www.practicalbioethics.org/about/what-is-bioethics.html>>.

<sup>65</sup> LEONE, S. *Nuovo manuale di bioetica*. Roma: Città Nuova Editrice, 2007, s. 12.

Munzarová prosazovala názor, že bioetika je: „*systematickým studiem lidského jednání v oblasti biologických věd a v péči o zdraví, toto jednání je potom zkoumané ve světle morálních hodnot a principů*“.<sup>66</sup>

Glasa konstatuje, že: „*bioetika se dnes nejčastěji definuje jako vědecká disciplína, která studuje etické problémy spojené s činností člověka (jednotlivce i lidských společenstev) v oblasti medicíny, zdravotnictví a celé živé přírody. Jde zejména o nové etické otázky, které přináší explozivní nárůst vědeckých poznatků a jejich praktická aplikace v mnohých oblastech života, práce a životního prostředí současného člověka*“.<sup>67</sup>

O bioetice, jako nově vznikající vědě, se široká veřejnost dozvěděla z publikací Pottera, který byl vynikající americký biochemik, který zastával pozici profesora onkologie v McArdleově laboratoři pro výzkum rakoviny na univerzitě ve Wisconsinu. Potter poprvé použil termín bioetika ve svém článku „*Bioethics: The science of survival*“ v roce 1970. Propagoval vznik nové disciplíny, ve které se integruje biologie, ekologie, medicína a lidské hodnoty.<sup>68</sup> Bioetika se dle něj má stát novou disciplínou, která má spojit vědecké biologické poznatky s lidskými hodnotami. Viděl v bioetice most, který může tyto dvě oblasti spojit takový způsobem, aby bylo lidstvo schopno vědecko – technické poznatky využívat k podpoře přežití lidstva a vylepšení života následujících pokolení. Současně s tímto prvotním směřováním bioetiky použil zakladatel známého Kennedyho institutu etiky v Georgetownu Hellegers tento pojem v užším významu. Bioetiku viděl jako aplikovanou etiku v medicíně a biomedicínském výzkumu.<sup>69</sup>

Od šedesátých let 20. století se nebyvalým způsobem dostaly do podvědomí veřejnosti etické problémy ve zdravotnictví a v biomedicínských vědách. Zčásti to bylo výsledkem revolučního vývoje v biomedicínských vědách a v klinické medicíně. Dialyzační stroje, umělé ventilátory a transplantace orgánů nabízejí možnost udržet naživu pacienty, kteří jinak by zemřeli. Fertilizace in vitro a s nimi související techniky umožňují řadu nových možností v rodičovství, včetně narození dětí, které donosili ženy z vajíček od dárkyň. Rozvoj moderní antikoncepce, prenatální testování a dostupnost bezpečných potratů zvýšili

<sup>66</sup> MUNZAROVÁ, M. *Úvod do studia lékařské etiky a bioetiky*. Brno: MU, 1995, s. 2

<sup>67</sup> GLASA, J. Několko pohľadov na súčasnú severoamerickú bioetiku. IN: *Medicínska etika a bioetika*, No 3-4, Bratislava, 2000.

<sup>68</sup> *Bioéticas. Guía internacional de la Bioética*. [online]. [cit. 2012-11-11]. Dostupné z: <<http://www.bioeticas.org/bio.php?articulo52>>.

<sup>69</sup> KOVALOVÁ, D. *Aplikované etiky II. Bioetika a medicínska etika*. Vyd. 1. Banská Bystrica, FHV UMB, 2004.

počty žen a párů, které se rozhodují o počtu a pohlaví dítěte. Tyto technologické objevy však nebyly jediným faktorem rostoucího zájmu o etické problémy této oblasti. Dalším faktorem byly rostoucí obavy o moc lékařů a vědců při rozhodování v oblasti práv pacientů.<sup>70</sup>

Tradiční lékařská etika už nemohla pojmut rozsah a rozmanitost novým problémům týkajících se medicíny. K tomu je nutno dodat, že se z dnešní pluralitní společnosti vytratila jednotnost etických norem a nahradila ji pluralita představ toho, co je hodnotné a správné. Je proto čím dál náročnější najít konsenzus hodnotových představ. V souvislosti s tímto stavem se ve Spojených státech amerických začala na přelomu 60. a 70. let 20. století vyvíjet bioetika jako nová disciplína. Ve Spojených státech amerických začaly vznikat první univerzitní i mimo univerzitní centra a pracoviště tohoto oboru a bioetika se tak postupně rozšířila do celého světa.<sup>71</sup>

Jednou z nejznámějších institucí zabývajících se bioetikou je Hastings Centrum ve Spojených státech amerických. Nezávislý a neziskový výzkumný ústav byl založen v roce 1969. Jeho posláním je zabývat se základními etickými problémy v oblasti zdravotnictví, medicíny a životního prostředí. Výzkum prováděný centrem se dotýká zejména těchto oblastí: péči a rozhodování na konci života, prioritám veřejného zdraví a nově vznikajícím technologiím. Na výzkumu se podílí celosvětová síť odborníků z různých oblastí, včetně zaměstnanců Hastings centra.<sup>72</sup>

Snad první práci z oblasti bioetiky publikoval v roce 1954 Fletcher, který byl americkým episkopálním knězem, jehož kontroverzní přístup k etickým otázkám se více blížil konsekveciální etice<sup>73</sup> než tradičnímu křesťanskému názoru. V souladu s tím později opustil své náboženské přesvědčení. Přestože Fletcher formuloval ve své knize „*Morálka a medicína*“ úvodní diskuse o etických otázkách v medicíně, bioetika se jako studijní obor začala formovat až v 60. letech. Bylo to období významných kulturních a společenských změn. Společnost ovlivňovala válka ve Vietnamu, Kubánská raketová krize, vývoj jaderných zbraní, rozvoj feministického hnutí a otázky práv žen v oblasti reprodukce. Studenti začali naléhat na vedení univerzit, aby se výuka více zaměřovala na sociální

<sup>70</sup> SINGER, P., KUHSE, H. *A companion to bioethics*. Reprinted. Oxford, UK: Blackwell Publishers, 2001.

<sup>71</sup> KOVALOVÁ, D. *Aplikované etiky II. Bioetika a lékařská etika*. Vyd. 1. Banská Bystrica, FHV UMB, 2004.

<sup>72</sup> *The Hastings center*. [online]. [cit. 2012-12-11]. Dostupné z: < <http://www.thehastingscenter.org/>>.

<sup>73</sup> hodnocení mravní kvality člověka podle důsledků jeho činů

problémy té doby. Tato situace vedla k obnovenému zájmu o normativní a aplikovanou etiku. Filozofové, kteří se do té doby zabývali spíše analýzou morálních otázek, stále více začali řešit praktické etické problémy té doby – potraty, eutanazii, válku, tresty, práva zvířat a další. K dalším důležitým podnětům k rozvoji bioetiky patřil bezesporu rozvoj nových lékařských technologií, který přinesl otázky, jež dříve nebylo nutné řešit. První zásadní bioetická otázka, kterou bylo nutno řešit, je spojena s dialýzou. První dialyzační přístroje, které zachraňovali život lidem při selhání ledvin, byly velmi drahé. Nastaly dva druhy problémů. Prvním z nich byla otázka výběru pacientů. Počet žadatelů o dialýzu byl mnohem větší, než bylo k dispozici přístrojů. Bylo nutné rozhodnout koho upřednostnit. Další otázka se týkala ekonomických a finančních kritérií. Samozřejmě ne každý pacient, který dialýzu potřeboval k přežití, byl schopný za svoji léčbu zaplatit. Otázkou tedy bylo, zda je etické dát šanci na život pouze bohatým.<sup>74</sup> Alokační<sup>75</sup> rozhodování je mravním dilematem. Neboť se tu zde dle Příhody „*střetává princip beneficence s principem spravedlnosti a není jiného racionálního řešení než omezení prvního druhým. Etická relevance alokačního rozhodování spočívá v imperativu: rozhodnutí má být spravedlivé. I v tomto případě jde o hledání a nalézání vyššího dobra (oproti nižšímu). Zásady tohoto počínání vytvářejí to, co klasická etika (philosophia moralis) nazývala distribuční spravedlností (justitia distributiva).*“<sup>76</sup>

V souvislosti s problémy, které s rozvojem biotechnologií nastaly, byly ve Spojených státech amerických v roce 1962 po dlouhých diskusích publikovaných v odborných časopisech rozpracovaná a taktéž zformulovaná kritéria výběru těch nemocných, kterým nové vědecké objevy mohly zachránit život. Tento rok je dle Jonsena i dalších bioetiků považován za rok zrodu bioetiky. Kromě výše zmíněných společenských změn a rozvoje biotechnologií se na vzniku bioetiky podíleli podle Kovalové i změny v oblasti terapeutické, ke kterým došlo po skončení 2. světové války. Bylo to používání antibiotik, chemoterapie, ozařování, léčba srdečních a plicních chorob a taktéž rozvoj chirurgie a první transplantační operace. Tento pokrok znamenal obrovský posun v léčbě nemocných, ale také přinesl mnoho otázek.<sup>77</sup>

---

<sup>74</sup> SINGER, P., KUHSE, H. *A companion to bioethics*. Reprinted. Oxford, UK: Blackwell Publishers, 2001.

<sup>75</sup> nakládání s nedostatkovými zdroji

<sup>76</sup> PŘÍHODA, P. *Etika: Zrod lékařské etiky* [online]. [cit. 2012-11-11]. Dostupné z: <<http://www.lf2.cuni.cz/info2lf/ustavy/uzvle/text.html>>.

<sup>77</sup> KOVALOVÁ, D. *Aplikované etiky II. Bioetika a medicínska etika*. Vyd. 1. Banská Bystrica, FHV UMB, 2004.

Bioetiku lze dělit dvěma způsoby:

### 1. Z hlediska obecných sfér zájmu:

a) **Teoretická bioetika** je duchovním základem této problematiky. Jaké jsou kořeny bioetiky? Kde nalézt etické normy pro morální rozhodování ve jménu bioetiky?

b) **Klinická etika** odkazuje na každodenní morální rozhodování v péči o pacienty. Zaměřuje se na jednotlivé případy a snaží se zjistit, co je třeba udělat tady a teď pro pacientovo dobro. Klade si otázky, zda má pacient znát celou pravdu, nebo mu má být například u onkologických onemocnění pravda zatajena? Jednotlivé případy často vedou k morální nejistotě a vyvolávají silné emoce mezi těmi, kteří se podílejí na rozhodování.

c) **Regulační a politická bioetika** má za cíl určovat právní nebo klinická pravidla a postupy pro jednotlivé typy případů i obecnou praxi. Tato oblast bioetiky se začala nejvíce rozvíjet v raných sedmdesátých letech, kdy vznikla nová právní definice klinické smrti a kdy se hodně diskutovalo o používání lidských subjektů v lékařském výzkumu. Regulační etika se obvykle snaží vytvářet zákony, pravidla a předpisy, které budou platit obecně a jejím cílem je užití těchto pravidel v praxi. Hledá řešení pro společenské problémy, které lze eticky obhájit a klinicky provést.

d) **Kulturní bioetika** vymezuje systematické úsilí o hledání souvislostí mezi bioetikou a historickým, ideologickým, kulturním a sociálním kontextem, v němž je vyjádřena. Pohled různých národů na řešení bioetických problémů může být odlišný a analýza poznatků rozdílů v jejich vnímání může pomoci při jejich globálním řešení.<sup>78</sup>

### 2. Z hlediska konkrétnějších tematických okruhů:

a) **Teoretická bioetika**

b) **Bioetika počátku života** (problém lidského embrya a jeho statusu, asistovaná reprodukce, potraty a biotechnologie);

c) **Bioetika konce života** (euthanasie, intenzivní medicína zachraňující život (life sustaining treatment), paliativní léčba, humanizace umírání);

---

<sup>78</sup> POST, S. G. *Encyclopedia of bioethics*. 3rd ed. New York: Macmillan Reference USA, 2004.

d) **Klinická bioetika** (zdraví a choroba, problém bolesti, komunikace s pacientem, informovaný souhlas pacienta, transplantace orgánů, klinické pokusy);

e) **Sociální bioetika** (přerozdělování medicínských zdrojů, drogové závislosti, AIDS-Syndrom získaného selhání imunity, duševní choroby);

f) **Environmentální bioetika** (ekobioetika, rostlinné biotechnologie, bioetika živočichů).<sup>79</sup>

Nové otázky a obavy v oblasti bioetiky přinášejí v dnešní době zejména pokroky genetického inženýrství a biotechnologií. Zdá se, že se naplňují některé z prvků eugenického programu. Termín eugenika použil v novověku poprvé Galton, který v roce 1880 zveřejnil program na „vylepšení“ lidské rasy. Chtěl, aby nejtalentovanější a nejkrásnější měli děti s podobně obdařenými ženami a tím omezit možnosti reprodukce „méně šťastných“. Tato myšlenka eugenických programů byla praktikována zejména v nacistickém Německu. Bohužel už před válkou byly v Evropě i ve Spojených státech amerických prováděny nucené sterilizace žen, které měly za úkol vyčistit „vyčistit genetický fond“ společnosti (např. ve Spojených státech bylo nuceně sterilizováno 60.000 žen, ve Švédsku jich bylo 50.000).<sup>80</sup> Moderním zastáncem eugeniky – tak zvané liberální eugeniky – je autor Agar. Svým výrazem má však na mysli rozšíření reprodukční svobody lidí, jež zahrnuje i svobodnou a moderní biotechnologií umožněnou volbu určitých charakteristik našich potomků (oproti tomu eugenika 20. století, udává Agar, hovořila o vylepšování lidstva striktní regulací reprodukce).<sup>81</sup> Nezanedbatelným jevem je také diskriminace žen, které odmítají podstoupit potrat plodu, u kterého prenatalní testy objevily např. Downův syndrom.<sup>82</sup> Někteří bioetikové ve spojení s eugenikou varují, že bohatí lidé, kteří mají přístup k novým genovým technologiím, budou chtít například vytvářet „druh geneticky nadřazených“ jedinců.<sup>83</sup>

Lze tedy říci, že „objektivní“ věda vyvázaná ze všech hodnotových rámců a morálního hodnocení, která má stále rostoucí možnosti zásahů do samotné podstaty lidského života,

---

<sup>79</sup> tamtéž.

<sup>80</sup> BLACK, E. *War against the weak: eugenics and America's campaign to create a master race*. New York: Thunder's Mouth Pr, 2004.

<sup>81</sup> AGAR, N. *Liberal eugenics: in defence of human enhancement*. Malden, MA: Blackwell Pub., 2005.

<sup>82</sup> BACHIOCHI, E. *The cost of choice: women evaluate the impact of abortion*. 1st ed. San Francisco: Encounter Books, 2004, s. 39 – 49.

<sup>83</sup> SMITH, G. *The genomics age: how DNA technology is transforming the way we live and who we are*. New York, NY: AMACOM--American Management Association, 2005.

což může přinést dalekosáhlé důsledky. V návaznosti na tyto skutečnosti má bioetika 21. století před sebou tři hlavní úkoly:

1. Neustále zvyšovat úroveň vztahů mezi lékaři a pacienty, vyjasňovat povinnosti lékařů k pacientům, věnovat se závažným problémům v klinické medicíně a výzkumu. Zabývat se tématy jako je informovaný souhlas, zda a jakým způsobem sdělovat pacientovi pravdu o jeho zdravotním stavu, důvěrou mezi lékařem a pacientem, eutanazií a přerozdělováním financí na zdravotní péči.

2. Věnovat se novým bioetickým tématům, které vznikají díky rozvoji nových biomedicínských technologií. Bioetika se bude muset potýkat s nejasnostmi v oblasti výzkumu kmenových buněk, v reprodukční medicíně, v genovém inženýrství rostlin i živočichů, ve vývoji nových forem života, v klonování, v oblasti nanotechnologií a xenotransplantací a mnoha dalších.

3. Je nutné, aby v oblasti zájmu bioetiky nechyběly problémy s poskytováním zdravotní péče v zaostalých zemích světa. Patří mezi ně i otázka, zda se při výzkumu terapií či vakcín proti malárii, HIV (virus lidské imunitní nedostatečnosti) nebo Ebole řídit etickými normami těchto zemí nebo západními principy.<sup>84</sup>

## 1.5 Dílčí závěr

Etickými otázkami se lidé zabývali už od pradávna. Názory na to, co je správné, jaké chování lze tolerovat a jaké nikoliv, se však v průběhu časů několikrát změnily. Zásadní vliv v této oblasti měl vznik a následný rozmach křesťanství. Křesťanství a zejména katolická církev určovaly morálku v západním světě ve všech oblastech lidského života, včetně medicíny téměř 2000 let. Slábnoucí vliv církve, který byl způsobený přetrháním sociálních vazeb vlivem průmyslové revoluce a obrovský rozmach vědy a techniky ve 2. polovině 20. století přinesly nejen nové poznatky, ale také nové problémy. Vědci a lidé obecně byli nadšeni z nových možností a výhod, které věda dokázala. Stále více lidí si ovšem začínalo uvědomovat, že věda tak, jak může člověku pomoci, může

---

<sup>84</sup>*Bioethics - History Of Bioethics* [online]. [cit. 2012-12-11]. Dostupné z: <<http://science.jrank.org/pages/8456/Bioethics-History-Bioethics.html>>Bioethics - History Of Bioethics</a>.

i ubližovat. Začaly se ozývat hlasy volající po etické kontrole vědeckých pokusů. Etika, která byla dlouhou dobu opomíjena, se opět dostala do povědomí ve formě aplikovaných etik. Jednou z nich je i bioetika, nově vznikající věda, která klade etické otázky související se zdravím a životem obecně. Má za úkol regulovat vědu a techniku tak, aby pomáhaly a nikoliv ubližovaly.



## 2 AKTUÁLNÍ BIOETICKÉ PROBLÉMY

### 2.1 Biomedicínský výzkum

Jedním z problémů, které přináší moderní medicína a biologie, je medicínský pokus na člověku. Je předmětem zkoumání bioetiky, jež je novou interdisciplinární vědou vytvářející nový světový názor a usilující o spojení postupů, názorů a řešení, které přinášejí prospěch jak jednotlivci, tak celé společnosti. K diskusi o medicínském výzkumu je nutné nejprve vymezit jeho pojem. Lze k tomu využít definice Štěpána, který medicínský výzkum chápe jako: „*cílevědomou lékařskou činnost, která má na živém lidském organismu ověřit danou hypotézu s cílem získání nových, společensky prospěšných poznatků o ochraně a rozvoji zdraví lidí, zejména v oblasti teorie nebo prevence, diagnostiky a léčení nemocí, přičemž aplikovaná metoda není dosud uznána za postup lege artis. K pojmovým znakům experimentu na člověku tak patří, že jím mohou být dotčena práva občana, zejména může vést k ohrožení zdraví či integrity nebo k omezení jednání pokusné osoby.*“<sup>85</sup>

Lékařský výzkum se v České republice i na celém začíná stále více setkávat s etickými problémy. Dle Syky k základním problémovým okruhům bioetiky v lékařském výzkumu patří: „*medializovaná problematika klonování člověka, dále otázka využití lidských embryonálních kmenových buněk v terapii, terapeutické zásahy do lidského genomu, právní ochrana jedince v souvislosti se znalostí jeho genomu, právní, morální a klinické aspekty in vitro fertilizace, využití fetální a embryonální tkáně v terapii obecně, problematika xenotransplantací a problematika vlivu geneticky modifikovaných organismů (GMO) a produktů z nich na zdraví člověka. Nepřímo do oblasti etiky v lékařském výzkumu patří také otázky využití zvířat v lékařském výzkumu.*“<sup>86</sup>

Obecně lze konstatovat, že pojem lékařský výzkum za účasti lidských subjektů je pojmem dosti obsáhlým, komplikovaným a diskutabilním. Na úskalí lékařského experimentování s účastí lidských subjektů podle našeho názoru nejlépe poukazuje Annas, který uvádí,

<sup>85</sup> MOLNÁROVÁ, G. Medicínský pokus na člověku. [online]. IN: *EPRAVO.CZ*, a.s. [cit. 2012-01-17]. Dostupné z: <<http://www.epravo.cz/top/clanky/obcanske-pravo/medicinsky-pokus-na-cloveku-15598.html>>.

<sup>86</sup> SYKA, J. Bioetika a současný lékařský výzkum u nás a v zahraničí. [online]. IN: *zdravi.e15.cz*. [cit. 2012-01-17]. Dostupné z: <<http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/bioetika-a-soucasny-lekarsky-vyzkum-u-nas-a-v-zahranici-139517>>.

že: „Někteří tvrdí, že jakákoliv léčba je vlastně experimentem, jelikož kdykoliv je nemocný léčen, pak terapeutický experiment je nabíledni. Takový pohled by však zpochybňoval „standardní léčbu“ a považoval by všechny lékaře za šarlatány. Je asi nutné vnímat skutečnost, že je evidentní kontinuita mezi léčbou experimentální a standardní. Možná, že nejcharakterističtějším rysem léčby experimentální je rozsah nejistoty, pokud jde o výsledek, při vědomí toho, že každá léčba nebo lékařský postup je určitým stupněm nejistoty zatížen. Nejpatřícnější používání termínu experimentování za použití lidských subjektů (a to nejen v kontextu s léčbou) pak asi zní takto: Lékař experimentuje tehdy, pokud se ve svých postupech vzdaluje od standardní lékařské praxe za účelem získání nového zevšeobecnitelného poznání anebo, snaží-li se ověřit hypotézu za pomoci vědecké metody.“<sup>87</sup>

Problematika biomedicínského výzkumu se objevuje v historii lidstva po dlouhá staletí. Už v době starověkého Egypta či Persie byli k lékařským experimentům využíváni vězni. V novověké historii v roce 1721 bylo v Anglii vězňům nabízeno propuštění na svobodu výměnou za to, že se podrobí aplikaci zkoušené látky. Ve Spojených státech amerických v roce 1800 byli k experimentu, který zkoumal horečku, využíváni otroci. V 19. století docházelo zejména v Evropě k mnoha experimentům, při kterých byly zkoumané osoby záměrně infikovány nejrůznějšími chorobami, a poté se zkoumalo jejich šíření.<sup>88</sup> Anglický praktický lékař Jenner (1749 – 1823) si všiml, že chovatelé skotu, kteří se nakazili kravskými neštovicemi, jsou téměř vždy imunní proti neštovicím pravým. V roce 1796 naočkoval pomocí dvou řezů v rameni známému osmiletému zdravému chlapci hnis z vřídka způsobeného kravskými neštovicemi. Hoch sice onemocněl, ovšem za několik týdnů se uzdravil. O týden později ho Jenner infikoval pravými neštovicemi. U chlapce nedošlo k žádné reakci. Jennerův experiment se tak stal prvním pokusem o vakcinaci. Nyní už ovšem nelze zjistit, zda chlapec s vakcinací souhlasil a nakolik experimentu porozuměl. Během 19. století po celé západní Evropě i ve Spojených státech amerických jednotliví lékaři snažili ke svým experimentům používat osoby ze svého okolí, příbuzné nebo sebe. Nejneobvyklejší experiment 19. století provedl americký lékař Beaumont (1785-1853) na pacientovi, kterému po střelném poranění zůstal otvor (píštěl),

<sup>87</sup> ZÍMOVÁ, P., ZÍMOVÁ, J. Etika v lékařském výzkumu za účasti lidských subjektů z pohledu lékařského a filozofického. [online]. IN: *Časopis zdravotnického práva a bioetiky*, 2011, č. 3. [cit. 2012-01-17]. Dostupné z: < <http://www.ilaw.cas.cz/medlawjournal/index.php/medlawjournal/article/view/17>>.

<sup>88</sup> HUMENÍK, I. Vybrané otázky ochrany súkromia a spracúvania osobných údajov účastníkov klinického skúšania liekov. IN: HUMENÍK, I., SZANISZLÓ, I. M. V. (eds.) *Biomedicínsky výskum právne, eticky, filozoficky*. Žilina: EUROKÓDEX s.r.o., 2012.

který umožňoval přímý přístup k žaludku. Lékař v této anomálii viděl možnost pro studium funkce žaludku a úloze žaludečních šťáv na trávení. Pokud chtěl pokračovat ve výzkumu, bylo nutné s pacientem sepsat dohodu. Ten se zavázal, že za stravu, ubytování a 150 dolarů ročně bude Beaumontovi plně k dispozici pro jeho experimenty. K nejvýznamnějším experimentům 19. století bezesporu patří pokusy prováděné Pasteurem (1822-1895), který také jako jeden z prvních prokázal etické cítění k pokusným osobám. I když si vyzkoušel účinnost protilátky proti vzteklině na zvířatech, váhal s použitím vakcíny na člověka. Nestačil mu jeden úspěšný pokus na zvířeti, ale trval na mnoha. Sám tvrdil, že se mu bude velmi třást ruka, až bude látku aplikovat prvnímu člověku. Osudný okamžik nastal, když jeho pomoc vyhledala zoufalá matka, jejíhož syna pokousal pes, pravděpodobně nakažený vzteklinou. Pasteur se zdráhal provést vakcinaci a nejprve se radil se dvěma kolegy. Teprve jejich naléhání a jistota jisté chlapcovi smrti, jej přinutila k léčbě. Prožíval neskutečnou úzkost až do doby, než se chlapec uzdravil. Jeden z prvních lékařů, kteří se zabývali etikou medicínského pokusu na člověku, byl francouzský profesor medicíny Bernard (1813 -1878). Tvrdil, že povinností lékaře je provést experiment na člověku, pokud mu tím zachrání život nebo ho vyléčí. A naopak by nikdy neměl provádět experiment, který by pacientovi ublížil, i když by byl prospěšný pro vědu či pro zdraví jiných lidí. Dal jasně najevo, že vědecký pokrok nedává důvod pro porušování individuálních práv člověka.<sup>89</sup>

Důležitým okamžikem ve vývoji etiky v oblasti medicínského výzkumu se stala pokusy nacistických lékařů v letech 1933 - 1945. Vláda nacistického Německa vedená Hitlerem, byla utvrzena o biologické nadřazenosti německého národa a legitimovala svoje vědce k očištění německého národa od podřadných etnických skupin v zájmu ohrožení „zdraví“ národa. Pokud by se na pokusy prováděné na věznicích v koncentračních táborech pohlíželo z čistě metodologického hlediska, jednalo by se o zcela racionální výzkumné projekty. Bohužel pokusné osoby se pokusů neúčastnili dobrovolně a tím jim byla upírána jejich základní lidská práva. Příhoda uvádí: „*nebyl brán ohled na jejich vůli, ani na jejich utrpení, a mnozí toto experimentování nepřežili, a pokud ano, zůstali trvale tělesně i psychicky poznamenáni*“. Tribunál norimberského procesu a následně i celá evropská společnost byli zděšeni sebeobhajobou těchto lékařů. Ti se dovolávali utilitaristické

---

<sup>89</sup> POST, S. G. *Encyclopedia of bioethics*. 3rd ed. New York: Macmillan Reference USA, 2004.

morálky, která považuje za nejdůležitější hodnotu užitečnost.<sup>90</sup> Tyto neetické pokusy lze rozdělit do tří kategorií.

První kategorie neetických pokusů byla složena z experimentů zaměřených na usnadnění přežití vojáků na frontě. Jednalo se o pokusy pro letectví, které měly pomoci určit maximální výšku, ze které se může posádka padákem dostat do bezpečí. K dalším pokusům této kategorie patřily experimenty, při kterých byly pokusné osoby vystaveny mrazu, a lékaři hledali účinnou léčbu na podchlazení.

Další skupina experimentů byla zaměřena na vývoj a testování léčiv a léčebných metod pro vojáky, kteří onemocněli nebo utrpěli zranění. V německých koncentračních táborech Sachsenhausen, Dachau, Natzweiler, Buchenwaldu a Neuengamme vědci testovali očkovací látky a séra pro prevenci a léčbu infekčních onemocnění, včetně malárie, tyfu, tuberkulózy, břišního tyfu, žluté zimnice a infekční hepatitidy. V táboře Ravensbrueck byli vězňům do kostí vpravovány různé předměty a zkoumána účinnost nově vyvinutých léků (sulfanilamidu). V Natzweileru a Sachsenhausenu byli vězni podrobeni účinkům jedů (fosgenu a yperitu), aby prověřili možné protijedy.

Třetí kategorie lékařského experimentování měla za úkol urychlit rasové a ideologické principy nacistického světonázoru. Nejvíce známy jsou experimenty Mengeleho v Osvětimi na dvojčatech. Dalšími hrůznými pokusy byly sterilizační experimenty prováděné především v Osvětimi a Ravensbruecku. Vědci tam testovali řadu metod pro efektivní a levný postup pro masové sterilizace Židů, Romů a dalších nacisty považovaných rasově a geneticky nežádoucích skupin.<sup>91</sup>

Zděšení z praktik nacistických vědců a lékařů jasně ukázalo, že nelze striktně oddělovat vědu, výzkum a etické hodnoty. Soudní spis Norimberského tribunálu v letech 1946 až 1947 vyústil v závazné desetibodové doporučení pro použití lidských subjektů při experimentech. Tyto podmínky byly nazvány Norimberským kodexem. V následujících letech nejrůznější mezinárodní organizace vypracovaly řadu dokumentů týkajících se výzkumu za účasti lidských subjektů. Nejznámější z nich je Helsinská deklarace, která

---

<sup>90</sup> PŘÍHODA, Petr. *Etika: Zrod lékařské etiky*. [online]. [cit. 2012-01-11]. Dostupné z: <<http://www.lf2.cuni.cz/info2lf/ustavy/uzvle/text.html>>.

<sup>91</sup> Nazi Medical Experiments. United States Holocaust Memorial Museum. [online]. IN: *Holocaust encyklopedie*. [online]. [cit. 2013-01-04]. Dostupné z: <<http://www.ushmm.org/wlc/en/?ModuleId=10005143>>.

byla přijata roku 1964 v Helsinkách na 18. zasedání Světové lékařské asociace, jejímž posláním a cílem je šířit vědeckou, etickou a profesní lékařskou činnost ve shodě s lidskými právy, dbát na dodržování zásad, jež zdůrazňují úctu k životu, zdraví, svobodě a lidské důstojnosti bez ohledu na etnický původ, sociální postavení či náboženství, politickou orientaci, věk a pohlaví.<sup>92</sup>

Už v roce 1966 zveřejnil Beecher studii, ze které jednoznačně vyplynulo, že v biomedicíně výzkumu neustále dochází k hrubému zanedbávání základních lidských práv.<sup>93</sup> Tato pochybení vedla k opakované novelizaci Helsinské deklarace (Tokio – 1975, Benátky – 1983, Hong Kong - 1989, Somerset West – 1996, Edinburgh – 2000<sup>94</sup>, Washington – 2002, Tokio – 2004, Soul - 2008). Poslední znění dokumentu (přijato v říjnu 2008 v jihokorejském Soulu na 59. konferenci) proto předkládá hlavně lékařům i dalším lidem etická vodítka v oblasti lékařského výzkumu na lidských subjektech. Za nejdůležitější body lze považovat:

1. chránit u pacientů zdraví, důstojnost, soukromí, integritu a právo na sebeurčení
2. výzkum se musí přizpůsobit obecně přijatým vědeckým principům, musí být založen na dosažených expertních znalostech (literatura, adekvátní laboratorní experimenty)
3. plán a průběh bádání musí být zdokumentován, výzkumný protokol by měl obsahovat mj. informace o financování, zúčastněných stranách, potenciálních konfliktech zájmů, kompenzacích pro lidi, které účast na výzkumu poškodí
4. každý člověk, který se stal potenciálním předmětem výzkumu, musí dostat informace o cílech, metodách, financování a možných konfliktech zájmů

Plenární zasedání Světové lékařské asociace, které se konalo od 10. do 13. října 2012 v thajském Bangkoku, zařadilo do svého programu i zprávu z projednávání další revize

---

<sup>92</sup> BLAHOŠ, J. Helsinská deklarace Světové lékařské asociace (WMA). [online]. IN: *Časopis lékařů českých*. [cit. 2013-01-04]. Dostupné z: < <http://www.prolekare.cz/casopis-lekaru-ceskych-clanek/helsinska-deklarace-svetove-lekarske-asociace-wma-15482>>.

<sup>93</sup> LAJKEP, T. Devitalizace - ilustrativní příklad pokusů na lidech v praxi. [online]. IN: *zdravi.e15.cz*. [cit. 2012-01-17]. Dostupné z: < <http://zdravi.e15.cz/clanek/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-zdn/etika-v-praxi-devitalizace-ilustrativni-priklad-pokusu-na-lidech-151833>>.

<sup>94</sup> MUNZAROVÁ, M. *Zdravotnická etika od A do Z*. Praha: Grada Publishing s.r.o., 2005, s. 115.

Helsinské deklarace. Ta by měla být přednesena na setkání Rady Světové lékařské asociace na Bali v dubnu roku 2013.<sup>95</sup>

Stejně tak jako pokusy v období 2. světové války se stal znepokojujícím biomedicínský výzkum ve Spojených státech amerických probíhající v mírových podmínkách od 30. let 20. století. Nejprve to byly menší projekty lékařských výzkumných týmů či jednotlivých doktorů. Roku 1941 například doktor Blake záměrně nakazil roční dítě herpes virem, aby mohl pozorovat efektivitu nové léčby. Lékaři z Univerzity v Michiganu infikovali ze stejného důvodu chřipkou mentálně postižené z místního ústavu a vyvolali u nich onemocnění. Výzkumní pracovníci z porodnice při Univerzitě Vanderbilt podali 800 těhotným ženám stopové množství radioaktivního železa, které bylo ovšem plně dostačující na způsobení zhoubných nádorů u plodu.<sup>96</sup>

Nejvíce odsuzovanou kauzou ve spojení s biomedicínským výzkumem byla studie s oficiálním názvem "The effects of untreated syphilis in the negro male" (Tuskegee Study of Untreated Syphilis, TSUS), kterou financovalo americké veřejné zdravotnictví (U. S. Public Health Service, USPHS) a probíhající v letech 1932 až 1972. Byla také zřejmě nejdelší studií v historii.<sup>97</sup> Taktéž se jedná o celosvětově nejznámější a nejjasnější porušení principů lékařské etiky. Studie se zabývala vývojem neléčené syfilidy na černošském obyvatelstvu v alabamském městě Tuskegee. K výzkumu bylo vybráno 399 afroamerických horníků města se syfilidou v latentním stadiu. Nakaženým mužům nebyla sdělena diagnóza. Bylo jim řečeno, že mají poruchu krve a budou zdarma léčeni a živeni. Už od začátku porušoval takto vedený výzkum několik bodů pozdějšího Norimberského kodexu. Horníci nevěděli, že jsou účastníky výzkumu, nedali k němu dobrovolný souhlas a v neposlední řadě lékaři nevyužívali i tehdy známé metody a léky k redukci utrpení. Od roku 1947 se k léčbě syfilidy začal používat penicilin. Lékaři zbylým žijícím zkoumaným černochům jeho existenci zatajili, pokračovali v experimentu a účastníkům bylo bráněno vyhledat jinou lékařskou pomoc. Studie byla ukončena až po intervencích řadového výzkumníka dr. Buxtona ze San Francisca. Ten se od roku

---

<sup>95</sup> KUBEK, M. *Zpráva z konference WMA – Bangkok, říjen 2012*. [online]. [cit. 2013-01-06]. Dostupné z: <[http://www.lkcr.cz/aktuality-322.html?do\[loadData\]=1&itemKey=cz\\_99360](http://www.lkcr.cz/aktuality-322.html?do[loadData]=1&itemKey=cz_99360)>.

<sup>96</sup> PROKOP, D. *Historie pokusů na lidech (1. díl)*. [online]. [cit. 2012-01-17]. Dostupné z: <<http://www.play.cz/rozhledna/historie-pokusu-na-lidech-1.-dil>>.

<sup>97</sup> Studie, která by neměla být zapomenuta: Tuskegee Study. [online]. IN: *zdravi.e15.cz*. [cit. 2012-01-17]. Dostupné z: <<http://zdravi.e15.cz/clanek/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-zdn/studie-ktera-by-nemela-byt-zapomenuta-tuskegee-study-167672>>.

1966 neúspěšně snažil upozornit na neetičnost výzkumu. Na začátku 70. let ovšem oficiální pokusy vzdal a obrátil se na tisk. V roce 1972 o Tuskegee informovaly noviny Washington Post a New York Times a ještě ten samý rok byla studie Tuskegee na popud amerického senátu ukončena. Z odpovědných pracovníků nebyl ve Spojených státech amerických nikdo potrestán. Jedním z negativních důsledků studie je dlouhodobá nedůvěra rasových menšin v této zemi k eticky poctivému lékařskému výzkumu a přijímání zdravotní péče obecně. To mělo za následek problémy v době největšího rozšíření AIDS (Syndrom získaného selhání imunity) mezi afroamerickou populací. Pozitivním důsledkem bylo zahájení diskuse o dodržování etických standardů v lékařských výzkumech. Mimo jiné vedla k vytvoření Belmontské zprávy. V ní americké ministerstvo zdravotnictví zveřejnilo pravidla pro biomedicínský výzkum, která se podobají Helsinské deklaraci.<sup>98</sup> K základním etickým principům při biomedicínském výzkumu je zde zdůrazněna úcta k osobě zařazované do výzkumu a respektování její autonomie, maximalizace prospěšnosti a minimalizace rizika u dotčených osob výzkumu, spravedlnost (například při zařazování osob do skupin), poctivé podávání informace o účelu a rizicích výzkumu.<sup>99</sup>

## 2.2 Etické komise

Norimberský kodex a Helsinská deklarace Evropě a Belmontská zpráva ve Spojených státech amerických daly podnět pro vznik etických komisí. Už v první revize Helsinské deklarace z roku 1975 obsahuje doporučení, nechat přehlédnout zvláštní komisí všechny výzkumné projekty, kterých se účastní lidské subjekty. Na základě tohoto doporučení se v řadě institucí v západní Evropě a ve Spojených státech amerických etablovaly etické komise, jejichž úkolem je vyjadřovat se k plánovaným výzkumům.<sup>100</sup> Ovšem prototypy etických komisí se etablovaly už v 50. letech 20. století ve Spojených státech amerických.

---

<sup>98</sup> PROKOP, D. *Historie pokusů na lidech (1. díl)*. [online]. [cit. 2012-01-17]. Dostupné z: <<http://www.play.cz/rozhledna/historie-pokusu-na-lidech-1.-dil>>.

<sup>99</sup> KRŠIAK, M. *Etika v lékařské vědě a výzkumu*. [online]. [cit. 2012-01-17]. Dostupné z: <<http://www.lf3.cuni.cz/opencms/export/sites/www.lf3.cuni.cz/cs/fakulta/casopisy/vnr/2011/vnr2-11.pdf>>.

<sup>100</sup> ŠIMEK J., ZAMYKALOVÁ L., MESANYOVÁ M. Ethics committees in the Czech Republic. [online]. IN: *Praktický lékař*. [cit. 2012-01-17]. Dostupné z: <<http://www.prolekare.cz/prakticky-lekar-clanek/eticke-komise-v-ceske-republice-4>>.

V roce 1953 začaly v nemocnicích vznikat komise, jejichž náplní bylo expertní zhodnocení konkrétního výzkumu v dané nemocnici.<sup>101</sup>

V Evropě existují ve většině států dva modely etických komisí – francouzský model a skandinávský model. Ve francouzském modelu jsou etické komise zřizovány státem. Ve skandinávském modelu vznikají etické komise pro jednotlivé případy zvlášť. V ojedinělých případech se bioetické komise etabloují jako mimovládní instituce (Nuffield Council on Bioethics in UK založený v roce 1991). Většina evropských zemí přijala francouzský model vzniku bioetických komisí. Prezident Mitterand stanovil v roce 1983 Celostátní poradní etický výbor (National Consultative Ethics Committee for Health and Life Sciences - CCNE) a další evropské země podle něho vytvořily podobné výbory a dnes má prakticky každá evropská země celostátní bioetický výbor. K jejich úkolům patří společenská diskuse o bioetických otázkách při přípravě příslušné legislativy. Další funkcí je sloužit jako prostředník mezi státní správou, vědci a veřejností. K neméně důležité činnosti patří tvorba prostoru pro odbornou diskusi v bioetice.<sup>102</sup>

Mimo národních bioetických komisí působí v Evropě i celoevropské bioetické komise. Jednou z nich je Evropská etická skupina, která pracuje v rámci Evropské komise od roku 1998 (EGE: European Group on Ethics in Science and New Technologies to the European Commission). Její úloha spočívá v přípravě podkladů pro rozhodnutí Evropské komise v bioetické problematice. Angažovala se také v procesu vzniku evropské ústavy. Rozhodujícím hlasem se podílela na formulaci principů Charty základních práv, která byla zahrnuta jako celek do ústavy. 12 členů skupiny je jmenováno Evropskou komisí na období 4 let. Jsou mezi nimi 3 právníci, lékař, biolog, 2 genetici, interdisciplinarista, lékařský, teologický a křesťanský etik. Podle Evropské etické skupiny patří k základním evropským hodnotám:

1. lidská důstojnost
2. individuální svoboda
3. princip spravedlnosti a dobročinnosti (beneficence)

---

<sup>101</sup> FOBELOVÁ, D. *Všeobecná a aplikované etiky. Část I. Všeobecná etika*. Banská Bystrica: UMB, 2002.

<sup>102</sup> SÝKORA, P. Bioetika, bioetické komise a EÚ. IN: TIMKO, J., PEŤKO, B. *Konferencia o geneticky modifikovaných organizmoch*. Zborník z konferencie v Smoleniciach 3. - 4. 12. 2003. Bratislava: VEDA, 2003, s. 65-71.



4. princip solidarity

5. svoboda bádání chápaná jako svoboda myšlení

6. princip proporcionality – rozumný vztah mezi prostředky a cíli.

Další celoevropskou bioetickou komisí je Dočasný výbor pro lidskou genetiku a jiné nové technologie v medicíně Evropského parlamentu, který vznikl v roce 1991 (Temporary committee on human genetics and other new technologies in modern medicine). K těmto komisím lze řadit i Řídící výbor bioetiky Rady Evropy z roku 1992 (CDBI: Council of Europe's Steering Committee on Bioethics).<sup>103</sup>

Během devadesátých let byl požadavek dohledu etických komisí nad biomedicínským výzkumem postupně v různých státech Evropy implementován do legislativy. Vyvrcholením této snahy je Směrnice Evropské komise 2001/20/EC Evropského parlamentu a Rady Evropy ze dne 4. dubna 2001, o přibližování zákonů nařízení a administrativních ustanovení členských států týkající se správné klinické praxe (Good Clinical Practice) při provádění klinických pokusů s lékařskými výrobky, které jsou určeny lidským uživatelům. Tato směrnice zavázala všechny členské státy Evropské unie, aby do 1. května 2003 přijaly a vydaly zákony a ustanovení, jež by začaly platit nejpozději od 1. května 2004. Výsledkem legislativního úsilí je, že v současné době existují etické komise ve všech státech EU a jsou významnou součástí regulace etické stránky výzkumů prováděných na lidech.<sup>104</sup> Směrnice Evropské komise 2001/20/EC Evropského parlamentu a Rady Evropy vychází z Konvence o ochraně lidských práv a důstojnosti člověka s ohledem na aplikaci biologie a medicíny (dále jen Konvence). Konvence byla přijata Radou Evropy v roce 1997 a je brána jako speciální norma k Všeobecné deklaraci lidských práv a zabývá se právě problematikou medicínského pokusu na člověku.<sup>105</sup> Podle ní jsou zájmy a blaho lidské bytosti nadřazeny zájmům společnosti nebo vědy. Článek 5 Konvence uvádí: „*Jakýkoli zákrok v oblasti péče o zdraví je možno provést pouze za podmínky,*

---

<sup>103</sup> SÝKORA, P. Bioetika, bioetické komise a EÚ. IN: TIMKO, J., PEŤKO, B. *Konferencia o geneticky modifikovaných organizmoch*. Zborník z konferencie v Smoleniciach 3. - 4. 12. 2003. Bratislava: VEDA, 2003, s. 65-71.

<sup>104</sup> ŠIMEK J., ZAMYKALOVÁ L., MESANYOVÁ M. Ethics committees in the Czech Republic. [online]. IN: *Praktický lékař*. [cit. 2012-01-19]. Dostupné z: <<http://www.prolekare.cz/prakticky-lekar-clanek/eticke-komise-v-ceske-republice-4>>.

<sup>105</sup> MOLNÁROVÁ, G. Medicínský pokus na člověku. [online]. IN: *EPRAVO.CZ*, a.s. [cit. 2012-01-17]. Dostupné z: <<http://www.epravo.cz/top/clanky/obcanske-pravo/medicinsky-pokus-na-cloveku-15598.html>>.

že k němu dotčená osoba poskytla svobodný a informovaný souhlas. Tato osoba musí být předem řádně informována o účelu a povaze zákroku, jakož i o jeho důsledcích a rizicích. Dotčená osoba může kdykoli svobodně svůj souhlas odvolat.“ Podle článku 16 této úmluvy lze lékařský vědecký výzkum na člověku provádět pouze tehdy, pokud jsou splněny všechny tyto podmínky:

1. K výzkumu na člověku neexistuje žádná jiná alternativa srovnatelného účinku.
2. Rizika výzkumu, kterým by mohla být vystavena osoba zúčastněná na experimentu, nejsou neúměrně vysoká vzhledem k možnému prospěchu, který výzkum přinese.
3. Výzkumný projekt musí být schválen příslušným orgánem po nezávislém posouzení jeho vědeckého přínosu. Taktéž musí být zhodnocen význam cíle výzkumu a multidisciplinárně posouzena jeho etická přijatelnost.
4. Subjekty výzkumu musí být nezbytně informovány o svých právech a zárukách, které zákon stanovuje na jejich ochranu.
5. Nezbytný souhlas podle článku 5 Konvence byl dán výslovně, konkrétně a je zdokumentován. Takový souhlas může být subjektem výzkumu kdykoliv svobodně odvolán.<sup>106</sup>

Etické komise v Evropské unii jsou tvořeny pěti až dvaceti členy, nejčastěji však deseti až patnácti. Větší polovinu členů tvoří lékaři, respektive odborníci z oblasti medicíny.<sup>107</sup> Dalšími členy jsou také právníci, psychologové, filozofové, teologové, zástupci veřejnosti a laici.<sup>108</sup>

Nejvýznamnějším způsobem činnosti etické komise je její zasedání. Je hlavním prostředkem pro splnění úkolů komise, ke kterým patří analýza etických problémů lékařské či zdravotnické praxe a biomedicínského výzkumu a taktéž posuzování protokolů klinického výzkumu. Existuje několik důvodů, podle kterých lze rozlišovat typ zasedání etické komise.

<sup>106</sup> KRŠIAK, M. *Etika v lékařské vědě a výzkumu*. [online]. [cit. 2012-01-18]. Dostupné z: <<http://www.lf3.cuni.cz/opencms/export/sites/www.lf3.cuni.cz/cs/fakulta/casopisy/vnr/2011/vnr2-11.pdf>>.

<sup>107</sup> ŠIMEK J., ZAMYKALOVÁ L. *Identita etických komisí, identita členů etických komisí*. [online]. [cit. 2012-01-17]. Dostupné z: <<http://www.prolekare.cz/prakticky-lekar-clanek/identita-eticky-komisi-identita-clenu-eticky-komisi-4034>>.

<sup>108</sup> KOŘENEK, J. *Lékařská etika*. Vyd. 1. Olomouc: Univerzita Palackého, Lékařská fakulta, 2001, s. 106.

1. Rozhodovací zasedání je nejčastějším a nejspecifičtějším důvodem pro zasedání etické komise. Důležitou otázkou, kterou si musí členové položit je, zda je vůbec potřebné daný problém řešit.<sup>109</sup> Jak moc je významné etické rozhodnutí, které je od etické komise očekáváno? Kolika osob se bude rozhodnutí dotýkat a co patří k nejzávažnějším důsledkům rozhodnutí? Má někdo kompetence, autoritu či odbornost a zkušenosti rozhodnutí etické komise přijmout? Má samotná etická komise dostatek odbornosti a zkušeností na přijetí rozhodnutí? Jakou míru nesouhlasu se stanoviskem či rozhodnutím etické komise lze u osob, kterých se problém týká, očekávat?<sup>110</sup>

2. Informační zasedání má za úkol poskytnout důležité informace členům komise.

3. Plánovací zasedání předpokládá vypracování plánu činnosti komise jako takové, případně vypracování postupu v konkrétním případě.

4. Kontrolní zasedání vyhodnocuje postup plnění nějakého úkolu etické komise. Může jít o kontrolu plnění termínovaných usnesení nebo realizace opatření dříve přijatých rozhodnutí.<sup>111</sup>

V České republice začaly etické komise vznikat v roce 1990, kdy byla ustanovena Centrální etické komise při ministerstvu zdravotnictví a současně doporučeno všem větším zdravotnickým institucím, aby byly při nich založeny místní etické komise. Během velmi krátké doby vzniklo 20 místních etických komisí a jejich počet se zvyšoval. Práce v etické komisi je dobrovolná, neplacená funkce a hlavní kvalifikací je morální kredit jmenovaných.<sup>112</sup>

---

<sup>109</sup> GLASA, J, GLASOVÁ, M. Zasadnutie etickej komisie – praktické aspekty. [online]. IN: *Medicínska etika a bioetika: časopis Ústavu medicínskej etiky a bioetiky = Medical ethics*. 2012, 1-2. [cit. 2012-01-19]. Dostupné z: <<http://www.bioetika.sk/files/casopis/2012-12.pdf>>.

<sup>110</sup> CRAIG, P. R. et al. *Ethics Committees. A Practical Approach*. Vyd. 1. CHA, St. Louis (MO, USA), 1986.

<sup>111</sup> GLASA, J, GLASOVÁ, M. Zasadnutie etickej komisie – praktické aspekty. [online]. IN: *Medicínska etika a bioetika: časopis Ústavu medicínskej etiky a bioetiky = Medical ethics*. 2012, 1-2. [cit. 2012-01-19]. Dostupné z: <<http://www.bioetika.sk/files/casopis/2012-12.pdf>>.

<sup>112</sup> ŠIMEK J., ZAMYKALOVÁ L., MESANYOVÁ M. Ethics committees in the Czech Republic. IN: *Praktický lékař*. [online]. [cit. 2012-01-19]. Dostupné z: <<http://www.prolekare.cz/prakticky-lekar-clanek/eticke-komise-v-ceske-republice-4>>.

Na lokální úrovni působí v České republice dva typy etických komisí:

**1. etické komise při výzkumných institucích** - mají za úkol zajišťovat morální integritu výzkumu, když projednávají např. konkrétní medicínské a farmakologické výzkumné projekty, rozdělování prostředků na výzkum.

**2. etické komise v nemocnicích, na klinikách a lékařských fakultách** – mají sloužit integritě péče o pacienty a k zlepšování morální kultury dotyčného zařízení.<sup>113</sup>

### 2.3 Bioetika a počátek lidského života

Ve vyspělých zemích celého světa je přibližně 15% párů příčinou neplodnosti nedobrovolně bezdětných.<sup>114</sup> Přičemž neplodnost je v medicíně definovaná jako „*neschopnost počít dítě během jednoho roku nechráněného pohlavního styku s normální frekvencí*“.<sup>115</sup> a zdá se být rostoucím problémem na celém světě. V současnosti se odhaduje, že problémy s plodností nově prožívají asi 2 milióny párů ročně. K nejčastějším důvodům neplodnosti u žen patří: porucha činnosti vaječnicků, chybění či poškození vejcovodů, endometrióza - přítomnost děložní sliznice v sousedních reprodukčních tkáních, anatomické odchylky dělohy, anatomické poruchy děložního hrdla, vývojové anomálie genitálu a záněty pochvy, špatná funkce imunitního systému ve vztahu ke spermiím partnera, vliv psychiky. Za příčiny neplodnosti u mužů jsou považovány: neschopnost pohlavního styku, odchylky ve spermiogramu, pozánětlivé změny a vývojové anomálie. Dalšími faktory ovlivňujícími plodnost jsou bez ohledu na pohlaví: věk partnerů, stále se zhoršující negativní vlivy zevního prostředí, ovzduší, drogy, cigarety, alkohol, vrozené vady a získané nemoci (Diabetes mellitus, onemocnění ledvin, rakovina), psychologický faktor - existuje, je špatně prokazatelný a potencuje všechny příčiny neplodnosti, psychosociální dění, stres, přepracovanost, nervové vyčerpání, necitlivost okolí ze strany rodiny a přátel a stravovací návyky.<sup>116</sup>

Neplodnost lze taktéž chápat jako sociální stigma. Člověk je schopen na sebe prozradit, že má chřipku nebo zlomenou ruku, ovšem o tom, že je neplodný, se hovoří velmi těžko.

<sup>113</sup> Aktuální otázky bioetiky. [online]. [cit. 2012-01-20]. Dostupné z: <<http://www.etf.cuni.cz/OPPA-CZ/vp13.pdf>>.

<sup>114</sup> KOŘENEK, J. *Lékařská etika*. Vyd. 1. Olomouc: Univerzita Palackého, Lékařská fakulta, 2001, s. 117.

<sup>115</sup> VÁCHA, M. et al. *Základy moderní lékařské etiky*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2012, s. 173.

<sup>116</sup> ŠTROBOVÁ, J. Léčba neplodnosti. [online]. IN: *zdravi.e15.cz* . [cit. 2012-01-22]. Dostupné z: <<http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/lecba-neplodnosti-298724>>.

Vnímání sebe sama jako kazového, defektního je provázeno pocitem studu.<sup>117</sup> Zavedení a rozvoj technologií asistované reprodukce i z tohoto důvodu náleží k největším a také k nejvíce diskutovaným objevům medicíny 20. století.

Asistovanou reprodukci se rozumí in vitro fertilizace (IVF) a techniky vyžadující zacházení se zárodečnými buňkami včetně jejich uchování. Jedná se tedy o těsnou spolupráci mezi týmem gynekologů a embryologů.<sup>118</sup> Úvahy o umělém oplodnění se lze vysledovat do středověku, kdy ve 14. století prováděly některé arabské kmeny umělou inseminaci u koní svých protivníků, aby si tímto úskokem zajistily lepší pozici v bojích. V polovině 17. století se pokoušel nizozemský lékař Schwammerdam o umělé oplodnění rybích jiker a o století později italský zakladatel mikrobiologie opat Spallanzani úspěšně vyzkoušel uměle oplodnit žabích vajíčka a poté i psy. K prvnímu umělému oplodnění ženy došlo v roce 1799. Anglický lékař Hunter úspěšně vpravil injekční stříkačkou semeno do pacientčiny pochvy a k prvnímu mimotělnímu spojení lidských pohlavních buněk pak došlo v roce 1944. V roce 1961 dokonce boloňský lékař Petrucci oznámil, že se mu zdařilo uchovat při životě v inkubátoru po dobu 59 dní uměle vytvořené lidské embryo. První pokus umístit po mimotělním oplodnění embryo do matčiny dělohy učinili v roce 1969 dva britští lékaři - gynekolog Steptoe a embryolog Edwards. Úspěšní však byli až o devět let později<sup>119</sup> a od této chvíle se začíná odvíjet historie asistované reprodukce. V roce 1978 se narodilo první dítě ze zkumavky. Je jím Louise Brownová, narozená 25. července 1978.<sup>120</sup> Po tomto průlomu se léčba pomocí IVF rychle rozšířila do celého světa a běžně je prováděna ve většině zemí a díky ní se rodí více než 2% dětí. V České republice se narodilo první dítě po IVF v Brně v porodnici na Obilním trhu v roce 1982 u gynekologa prof. Pilky.<sup>121</sup>

---

<sup>117</sup> VÁCHA, M. et al. *Základy moderní lékařské etiky*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2012, s. 173.

<sup>118</sup> *tamtéž*

<sup>119</sup> HAVLOVÁ, K. Babyboom ve zkumavce. [online]. IN: *zdravi.e15.cz*. [cit. 2012-01-21]. Dostupné z: <<http://zdravi.e15.cz/clanek/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-zdn/babyboom-ve-zkumavce-306452>>.

<sup>120</sup> ŠTROBOVÁ, J. Léčba neplodnosti. [online]. IN: *zdravi.e15.cz*. [cit. 2012-01-22]. Dostupné z: <<http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/lecba-neplodnosti-298724>>.

<sup>121</sup> PILKA, L., RUMPÍK, D., PILKA, R., KOUDELA, M. Některé bioetické otázky asistované reprodukce – literární přehled (Štrasburská konvence, status lidského embrya). [online]. IN: *Praktická gynekologie*. [cit. 2012-01-22]. Dostupné z: <[http://www.praktickagynekologie.cz/prakticka-gynekologie-clanek/nektere-bioeticke-otazky-asistovane-reprodukce-literarni-prehled-strasburska-konvence-status-lidskeho-embrya-34050?confirm\\_rules=1](http://www.praktickagynekologie.cz/prakticka-gynekologie-clanek/nektere-bioeticke-otazky-asistovane-reprodukce-literarni-prehled-strasburska-konvence-status-lidskeho-embrya-34050?confirm_rules=1)>.

Nejčastěji používané metody asistované reprodukce:

### **1. IVF (In Vitro Fertilisation) + ET (Embryo-Transfer)**

Jde o klasické mimotělní oplodnění. Název IVF se odvíjí od základního postupu, při kterém dochází k mísení spermií a vajíček mimo tělo ženy v umělém prostředí. Oplozená vajíčka (zygoty) se po nějaký čas kultivují a v určitém stádiu vývoje jsou vybrána některá embrya pro implantaci. V tomto okamžiku nastupuje metoda ET, během které se embrya zavedou do dělohy. Dříve se z důvodů pro zvětšení jistoty metody implantovalo více embryí (třeba i tři, čtyři), což poté vedlo k častému výskytu nežádoucích mnohočetných těhotenství, která si vynucovala selektivní redukci mnohočetného těhotenství (tedy umělé přerušení vývoje některého embrya). Dnes jsou většinou implantována dvě embrya, stále častěji dokonce jen jedno. Získaná embrya, která nejsou využita v prvním IVF cyklu, je možné zamrazit tekutým dusíkem a následně použít ve zkráceném protokolu - tzv. KET - Kryo-Embryo-Transfer, kdy jsou embrya rozmrazena a následně implantována jako u klasického ET.

### **2. GIFT a ZIFT**

GIFT (Gamete Intrafallopian Transfer) je metoda, která je spojena s transferem pohlavních buněk - gamet (tj. vajíček i spermií) do vejcovodu, kde dojde ke standardnímu oplození vajíček. ZIFT (Zygote Intrafallopian Transfer) je podobná předchozí metodě, ovšem do vaječnicků se transportují již oplozená vajíčka - zygoty. U metod GIFT i ZIFT je snížená kontrola nad četností vzniklého těhotenství (vyšší riziko mnohočetných těhotenství) a dnes jsou prováděny velmi zřídka.

### **3. ICSI (Intracytoplasmic Sperm Injection)**

Metoda intracytoplazmatické injekce spermie, která je v asistované reprodukci používána od devadesátých let, se využívá u závažných poruch spermií, které nejsou schopny provést oplození vajíčka ani v podmínkách in vitro. Při této metodě dojde pomocí mikromanipulačního zařízení k přímé injekci spermie do vajíčka.

#### 4. PGD (Preimplantation Genetic Diagnostics)

Preimplantační genetická diagnostika je speciální diagnostický postup, jež umožňuje otestovat embrya z cytogenetického i molekulárně genetického hlediska v době před jejich implantací. Využívá se zejména u párů, kde je známo genetické riziko. Pro testování je využita jedna buňka (blastomera), případně pólové tělíčko. Obrovskou výhodou této metody možnost implantovat pouze embrya, která příslušnou mutaci nenesou.<sup>122</sup>

Po počátečním nadšení se vynořilo mnoho etických, právních a sociálních otázek spojených s aplikací těchto metod, které vedly k vážným diskusím a častým sporům mezi zaangażovanými lékaři, veřejností a samotným státem. Reprodukci v mnoha částech světa ovlivňují také různá náboženství. V diskusi o etických otázkách spojených s asistovanou reprodukcí nezůstala stranou.<sup>123</sup> Římskokatolická církev ve svých oficiálních prohlášeních považuje léčbu neplodnosti pomocí asistované reprodukce za eticky neospravedlnitelnou. Její morální teologové ovšem začínají diskutovat o možnosti její aplikace v některých partikulárních případech. Protestantské církve jako evangelická církev, anglikáni, východní ortodoxní církve, židovské a islámské náboženství připouštějí etickou ospravedlnitelnost některých individuálně posuzovaných případů.<sup>124</sup> Za více jak třicet let vývoje asistované reprodukce se objevilo mnoho etických dilemat a otázek:

1. postup IVF jako takový (je morálně přípustné zasahovat do reprodukce?)
2. morální postavení embrya
3. zahrnutí třetí strany do procesu reprodukce (darování genetického materiálu, surrogátní rodičovství)
4. zamrazování embryí
5. manipulace a transfer gamet

---

<sup>122</sup> 30 let asistované reprodukce. [online]. [cit. 2012-01-22]. Dostupné z: <<http://www.gate2biotech.cz/let-asistovane-reprodukce/>>.

<sup>123</sup> PILKA, L., RUMPÍK, D., PILKA, R., KOUDELA, M. Některé bioetické otázky asistované reprodukce – literární přehled (Štrasburská konvence, status lidského embrya). [online]. IN: *Praktická gynekologie*. [cit. 2012-01-22]. Dostupné z: <[http://www.praktickagynekologie.cz/prakticka-gynekologie-clanek/nektere-bioeticke-otazky-asistovane-reprodukce-literarni-prehled-strasburska-konvence-status-lidskeho-embrya-34050?confirm\\_rules=1](http://www.praktickagynekologie.cz/prakticka-gynekologie-clanek/nektere-bioeticke-otazky-asistovane-reprodukce-literarni-prehled-strasburska-konvence-status-lidskeho-embrya-34050?confirm_rules=1)>.

<sup>124</sup> ONDOK, J. P. *Bioetika, biotechnologie a biomedicína*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2005, s. 87.

6. pokusy s preembryi
7. kmenové buňky, klonování
8. genetické otázky
9. vícečetné těhotenství
10. prenatální diagnostika<sup>125</sup>

Jednou ze základních etických otázek spojených s asistovanou reprodukcí, je morální status lidského embrya. Podle Schenkera, který je předsedou Výboru pro výzkum etických problémů asistované reprodukce člověka při FIGO (Mezinárodní federace gynekologie a porodnictví), existují v současnosti tři možné názory na morální postavení embrya:

**1. Embryo žádný morální status nemá.** Je směsí nerozlišených buněk, které postrádají individualitu, jeho status se neliší od statusu jakékoli lidské tkáně.<sup>126</sup> Podle názoru americké filosofky a bioetiky Steinbock totiž nepřísluší embryu morální status, nýbrž morální hodnota. Rozdíl mezi morálním statutem a morální hodnotou je totiž velmi významný. Jedinec, kterému náleží morální status, je považován za člena morální komunity. Na morálním statusu staví své argumenty oponenti provádění výzkumu na embryích. Lidský život dle nich začíná spojením vajíčka a spermie a embryo, které tím vznikne má stejný status, jakým je nadán kterýkoli žijící jedinec. Respekt, který si zaslouží, je prováděním výzkumu vedoucího ke zničení embrya nenávratně narušen. Provádění klinického výzkumu na lidech totiž podléhá přísným pravidlům a je vázáno na vyslovení svobodného souhlasného stanoviska jedince, který se má stát účastníkem výzkumu. Steinbock je přesvědčena, že i když embryu nenáleží morální status, zaslouží si citlivý přístup a příslib a naděje na léčení řady závažných onemocnění je dle

---

<sup>125</sup> PILKA, L., RUMPÍK, D., PILKA, R., KOUDELA, M. Některé bioetické otázky asistované reprodukce – literární přehled (Štrasburská konvence, status lidského embrya). [online]. IN: *Praktická gynekologie*. [cit. 2012-01-22]. Dostupné z: <[http://www.praktickagynekologie.cz/prakticka-gynekologie-clanek/nektere-bioeticke-otazky-asistovane-reprodukce-literarni-prehled-strasburska-konvence-status-lidskeho-embrya-34050?confirm\\_rules=1](http://www.praktickagynekologie.cz/prakticka-gynekologie-clanek/nektere-bioeticke-otazky-asistovane-reprodukce-literarni-prehled-strasburska-konvence-status-lidskeho-embrya-34050?confirm_rules=1)>.

<sup>126</sup> LAJKEP, T. Úvaha nad morálním statutem lidského embrya. [online]. IN: *Medicínska etika a bioetika: časopis Ústavu medicínskej etiky a bioetiky = Medical ethics*. 1999, 3-4. [cit. 2012-01-22]. Dostupné z: <<http://www.bioetika.sk/files/casopis/1999-34.pdf>>.



ní dostatečným důvodem, aby byla v nutných případech morální hodnota embrya obětována.<sup>127</sup>

**2. Embryo vlastní plný morální status lidské bytosti**, protože při fertilizaci vznikl nový genotyp a některé buňky se mohou stát lidskými bytostmi. Na toto téma zaznívá v bioetických diskusích několik koncepcí:

a) Preembryo a embryo je plně lidskou bytostí – toto tvrzení vychází z pozice ontologického personalismu, který pokládá za začátek lidského života okamžik koncepcce. Koncepcce předpokládá se, že preembryo či embryo jsou geneticky samostatní jedinci a vlastní všechna práva, která lze přiznat lidské osobě - právo na život, fyzikální a genetická integrita a právo na rodinu. Tato koncepcce má však řadu oponentů.

b) Koncepcce empirického funkcionalismu říká, že lidské bytí se stává osobou v průběhu gestace nebo až v době po porodu.

c) Pozice gradualismu - fetální vývoj je lineárně rovnoměrný a graduální a stejně tak rovnoměrný je morální význam embrya. To znamená, že 32buněčné embryo má větší „morální hodnotu“ než embryo 4buněčné. Z principu morálního gradualismu není ovšem jasné, kde se onen specifický bod nachází. Někteří odborníci jsou názoru, že o osobě lze mluvit až dva týdny po fertilizaci, kdy již není možné, aby došlo k rozdělení buňky na jednovaječná dvojčata. Do této doby by na embryu mohl být povolen i výzkum.<sup>128</sup>

**3. Embryo je potenciální lidská bytost.** Pozice tzv. filozofického utilitarismu, kde např. J. Schenker uvádí, že „*embryo je potenciální lidská bytost, na kterou by se mělo pohlížet s vážností, a jeho specifické postavení by mělo být respektováno, dokud ho nepřeruší jiné společenské nebo mateřské zájmy*“.<sup>129</sup> Tento kompromis je v dnešní době přijímán vědci, lékaři i etiky. Vzhledem k tomu, že se jedná o potenciální lidskou bytost, mělo by

---

<sup>127</sup> STEINBOCK, B. *Life before Birth*. New York: Oxford University Press, 1996. Jun;15(2), s. 154.

<sup>128</sup> PILKA, L., RUMPÍK, D., PILKA, R., KOUDELA, M. Některé bioetické otázky asistované reprodukce – literární přehled (Štrasburská konvence, status lidského embrya). [online]. IN: *Praktická gynekologie*. [cit. 2012-01-22]. Dostupné z: <[http://www.praktickagynekologie.cz/prakticka-gynekologie-clanek/nektere-bioeticke-otazky-asistovane-reprodukce-literarni-prehled-strasburska-konvence-status-lidskeho-embrya-34050?confirm\\_rules=1](http://www.praktickagynekologie.cz/prakticka-gynekologie-clanek/nektere-bioeticke-otazky-asistovane-reprodukce-literarni-prehled-strasburska-konvence-status-lidskeho-embrya-34050?confirm_rules=1)>.

<sup>129</sup> PRUDIL, L.: Status lidského embrya v českém právu. IN: *Status embrya: právní, lékařský, psychologický a etický pohled: sborník k interdisciplinární konferenci*, Brno: Institut pro bioetiku, 1999.

se na embryo pohlížet s vážností a jeho postavení by mělo být respektováno až do okamžiku, dokud ho nepřeruší jiné společenské či mateřské zájmy.<sup>130</sup>

Bioetickým problémem souvisejícím se statutem lidského embrya je problematika embryonálních kmenových buněk. V lidském těle lze nalézt řadu buněk schopných obnovovat jeho poškozené či opotřeбенé části. Jsou označovány jako buňky kmenové. Podělávají buněčné dělení podobně jako jiné buňky, ale v tomto procesu nevznikají z jedné mateřské buňky dvě rovnocenné buňky dceřiné. Výsledkem jejich asymetrického dělení jsou dva diametrálně odlišné typy buněk. Jeden typ se neliší od výchozí mateřské kmenové buňky a je tudíž předurčen k tomu, aby udržoval v těle železnou zásobu kmenových buněk. Druhý typ kmenové buňky je základem pro vznik nových specializovaných buněk, jejichž stavy je třeba obnovit.<sup>131</sup>

Poprvé byly embryonální kmenové buňky člověka izolovány v roce 1998 dr. Thomsonem z Wisconsinské univerzity a dr. Gearhartem z Univerzity Johnse Hopkinse.<sup>132</sup>

Vypěstovali je z buněk týden starých embryí, které ve speciálně navozených laboratorních podmínkách „přemluvili“ k proměně v univerzální buněčnou „surovinu“ schopnou jakékoli specializace. Pomocí diferenčních faktorů lze ovlivnit další vývoj této nediferencované kmenové buňky. V praxi to znamená, že by bylo možné z kmenové buňky vytvořit jakoukoli potřebnou buněčnou tkáň, třeba tkáň srdečního svalu či ledviny. Bylo by možné vypěstovat celé orgány in vitro a tím odstranit problémy spojené s hledáním dárců lidských orgánů pro transplantace. To je ovšem velmi vzdálená perspektiva, v této chvíli nepodložená výsledky vědeckého bádání. V bližší budoucnosti by takový postup, který spočívá v transplantaci řízeně vypěstovaných tkáňových kultur, mohl napomoci při léčbě např. Parkinsonovy nemoci, či cukrovky, ale i závažných míšních lézí.<sup>133</sup> A zde vzniká bioetický problém. Lidské embryo má potenciál vyvinout se v člověka, ovšem

<sup>130</sup> PILKA, L, RUMPÍK, D. PILKA, R., KOUDELA, M. Některé bioetické otázky asistované reprodukce – literární přehled (Štrasburská konvence, status lidského embrya). [online]. IN: *Praktická gynekologie*. [cit. 2012-01-22]. Dostupné z: <[http://www.praktickagynekologie.cz/prakticka-gynekologie-clanek/nektere-bioeticke-otazky-asistovane-reprodukce-literarni-prehled-strasburska-konvence-status-lidskeho-embrya-34050?confirm\\_rules=1](http://www.praktickagynekologie.cz/prakticka-gynekologie-clanek/nektere-bioeticke-otazky-asistovane-reprodukce-literarni-prehled-strasburska-konvence-status-lidskeho-embrya-34050?confirm_rules=1)>.

<sup>131</sup> PETR, J. *Spor o embryonální kmenové buňky*. [online]. [cit. 2012-01-22]. Dostupné z: <<http://www.akademon.cz/source/stcell.htm#k>>.

<sup>132</sup> VÁCHA, M. et al. *Základy moderní lékařské etiky*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2012, s. 209.

<sup>133</sup> SYKA, J. *Bioetika a klonování lidských kmenových embryonálních buněk. Jak vypadá klonování a jaká jsou jeho rizika*. [online]. [cit. 2012-01-22]. Dostupné z: <[http://christnet.cz/clanky/1430/bioetika\\_a\\_klonovani\\_lidskych\\_kmenovych\\_embryonalnich\\_bunek.url](http://christnet.cz/clanky/1430/bioetika_a_klonovani_lidskych_kmenovych_embryonalnich_bunek.url)>.

z embryonální kmenové buňky už člověk nevznikne. Jen jeho „část“. Pro mnoho lidí začíná existence člověka okamžikem početí a embryo je dle nich lidskou bytostí. Jeho změnu v embryonální kmenové buňky vnímají jako „vraždu“. Tento názor je typický pro křesťany a zvláště je prosazován například katolíky nebo americkými konzervativními protestanty.<sup>134</sup>

Dr. Thomson v rozhovoru, který poskytl v roce 2007 listu *The New York Times*, uvedl, že k výzkumu kmenových buněk přistoupil po dlouhých a složitých úvahách. Ačkoli si byl přesvědčen, že výzkum povede k vytvoření potenciálu pro léčbu dosud neléčitelných chorob, uvědomoval si zároveň možné etické problémy z výzkumu tohoto typu vyplývající. Doslova uvedl: „*Pokud nejste z výzkumu na embryonálních kmenových buňkách alespoň trochu nesví, pak jste o něm ještě dostatečně nepřemýšleli*“.<sup>135</sup>

Laická veřejnost se začala o embryonální kmenové buňky zajímat až na sklonku devadesátých let, poté co byly v roce 1998 publikovány dvě práce oznamující vypěstování lidských embryonálních kmenových buněk. Tento objev byl prezentován a přijímán rozporně. Na jedné straně byly lidské embryonální kmenové buňky líčeny jako „živá voda“, na druhé straně byla jejich produkce prohlašována za trestný čin až zločin.<sup>136</sup>

V současné době jsou pro produkci embryonálních kmenových buněk využívána především časná lidská embrya. Nejdostupněji je vědci získávají při tzv. oplození in vitro, tedy při postupu, při kterém je lidské vajíčko oplozováno lidskou spermií v laboratorních podmínkách mimo tělo matky.<sup>137</sup> Jedná se o nadbytečná embrya, která nejsou při asistované reprodukci využita a jsou dle platných zákonů uložena na pracovištích, kde se provádí in vitro fertilizace.<sup>138</sup> Jednou z možností využití těchto embryí je možnost terapeutického klonování. Podle profesorky Sykové, která působí jako ředitelka Ústavu experimentální medicíny Akademie věd v Praze: „*Získávání buněk a tkání klonováním*

<sup>134</sup> PETR, J. Spor o etické buňky. [online]. [cit. 2012-01-22]. Dostupné z: <http://www.osel.cz/index.php?clanek=2079>.

<sup>135</sup> VÁCHA, M. et al. *Základy moderní lékařské etiky*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2012, s. 212.

<sup>136</sup> PETR, J. Spor o embryonální kmenové buňky. [online]. [cit. 2012-01-22]. Dostupné z: <http://www.akademon.cz/source/stcell.htm#k>.

<sup>137</sup> tamtéž

<sup>138</sup> SYKA, J. *Bioetika a klonování lidských kmenových embryonálních buněk. Jak vypadá klonování a jaká jsou jeho rizika*. [online]. [cit. 2012-01-22]. Dostupné z: [http://christnet.cz/clanky/1430/bioetika\\_a\\_klonovani\\_lidskych\\_kmenovych\\_embryonalnich\\_bunek.url](http://christnet.cz/clanky/1430/bioetika_a_klonovani_lidskych_kmenovych_embryonalnich_bunek.url).

*terapeutickým zůstává velkou nadějí pro mnoho nevléčitelně nemocných. Terapeutickému klonování by nebylo etické předem bránit za předpokladu, že nebude ohrožen pacient.*<sup>139</sup>

S využíváním lidského embrya pro vědecké účely souvisí i další významný etický problém. Spotřeba oocystů je při klonování poměrně vysoká a vědci upřednostňují oocysty darované zdravými dárkyněmi. Embrya, která jsou výsledkem stimulace pacientky při léčbě neplodnosti postupy asistované reprodukce, mohou mít nízkou kvalitu. O dárcovství oocystů však mezi ženami není velký zájem. Náhled některých se změní, pokud jsou jim za oocysty nabídnuty peníze. Většina bioetiků ovšem považuje platby dárkyním oocystů za neetické. Celá procedura stimulace dárkyně hormonů a následný odběr dozrálých oocystů je velmi nepříjemná a je doprovázena určitými zdravotními riziky. Po stimulaci hormonů trpí některé ženy psychickými problémy a někdy může dojít i k život ohrožujícím zdravotním komplikacím, například trombóze a embolií. Bioetici namítají, že platba může k dárcovství zlákat i ženy, které se ocitly v tíživé ekonomické situaci a které by se bez vidiny finanční odměny k dárcovství oocystů nikdy neodhodlaly.<sup>140</sup>

Důsledkem etické diskuse kolem terapeutického klonování je podpora výzkumu dospělých kmenových buněk, které mohou nabídnout alternativu umožňující léčbu kmenovými buňkami bez potřeby lidských vajíček, embryí a klonování.<sup>141</sup> Tyto kmenové buňky lze nalézt i v dospělých jedincích. Na rozdíl od embryonálních nejsou pluripotentní, nýbrž multipotentní. To znamená, že mají stejně jako buňky embryonální schopnost diferenciaci, pouze je tato schopnost nižší. Tyto buňky se nacházejí např. v kostní dřeni, v pupečnickové krvi a placentárních vacích, v tukové tkáni či v bazálních vrstvách pokožky.<sup>142</sup>

Poznatky v reprodukční medicíně v posledních desetiletích přinesly neočekávaný, bezprecedentní zájem veřejnosti o určité aspekty lidské reprodukce spolu s požadavky, které dříve neexistovaly a které doprovázejí morální dilemata.<sup>143</sup>

---

<sup>139</sup> PETR, J. Lidské buňky zatím nelze jednoduše terapeuticky klonovat. [online]. IN: *Medical Tribune.cz*. [cit. 2012-01-22]. Dostupné z: <<http://www.tribune.cz/clanek/24396>>.

<sup>140</sup> *Text pro diskusi klonování*. [online]. [cit. 2012-01-24]. Dostupné z: <[http://www.did.deliberating.org/locales/documents/Lessons\\_PartnersCzech\\_Cloning.pdf](http://www.did.deliberating.org/locales/documents/Lessons_PartnersCzech_Cloning.pdf)>.

<sup>141</sup> *Co je terapeutické klonování?*. [online]. [cit. 2012-01-22]. Dostupné z: <<http://www.biotrin.cz/czpages/inf051303g.htm#m06>>.

<sup>142</sup> SADLER, T. W. *Langmanova lékařská embryologie*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2011, s. 51.

<sup>143</sup> PILKA, L. et al. Surogátní mateřství - literární názory a praxe. IN: *Česká gynekologie*. 2009, vol. 74, no. 2, s. 144-147.

S asistovanou reprodukcí je taktéž spojena i problematika surogátního mateřství. Náhradní mateřství není žádnou novinkou, která se vyskytla v moderní společnosti. Tento postup byl využíván už ve starověku. Nejznámějším příkladem je příběh z knihy Genesis, kdy rodiči objednavateli jsou Abraham a Sára a náhradními matkami byly jejich služky, které jim porodily děti Izmaela, Jákoba a Ráchel. Tyto praktiky byly často využívány příslušníky vyšších vrstev z důvodů zachování rodu a majetku.<sup>144</sup>

Za průkopníka myšlenky náhradního mateřství v moderní době je považován právník Kean, který navázal spolupráci lékařem Rinholdem. Jejich myšlenka byla tiskem a představiteli státní politiky Spojených států amerických kritizována. Jejich úsilí bylo ovšem nakonec zakončeno přijetím zákona, který metody náhradního mateřství v některých státech umožňuje.<sup>145</sup>

*Podle Pilky je surogátní matka definována: „jako žena, která odnese plod a porodí dítě pro další osoby, a která souhlasila s tím, že toto dítě dá k adopci. Tento postup může být užít u žen, které mají funkční vaječníky, ale nemají dělohu, ať už v důsledku vrozené vady nebo předchozí hysterektomie. Spermata je odebíráno od manžela příjemkyně.“<sup>146</sup>*

Bioetický aspekt zde spočívá ve třetí osobě, která je zapojena do procesu reprodukce. Jde o ženu, která nosí dítě jiné ženě. Institut náhradní matky spočívá v několika fázích. V první fázi je vyhledána vhodná adeptka na surogátní matku, je s ní učiněna dohoda a do celého procesu vstupuje zdravotnické zařízení, které formou asistované reprodukce zajistí lékařské úkony směřující k vložení oplodněného vajíčka do náhradní matky. Ve druhé fázi proběhne porod a předání dítěte zadávajícímu páru. V poslední fázi celého procesu mohou nastat, jak právní, tak psychické, fyzické nebo etické problémy, neboť mezi strany tohoto procesu vstupuje narozené dítě.<sup>147</sup>

K etickým otázkám surogátního mateřství lze v literatuře najít mnoho rozdílných stanovisek. K nejčastěji diskutovaným problémům týkajících se institutu surogátního mateřství patří vytváření abnormální struktury rodiny, nedostatečné využívání poradenství profesionálních sociálních pracovníků. Postupně je publikováno stále více případů,

<sup>144</sup> SMOLÍKOVÁ, K. Institut matky hostitelky. IN: *Zdravotnictví a právo*. 2009, č. 11, s. 6.

<sup>145</sup> KALVACH, M. Zamyšlení nad problematikou náhradního mateřství. IN: *Zdravotnictví a právo*, 2009, č. 7-8, s. 14.

<sup>146</sup> PILKA, L. et al. Surogátní mateřství - literární názory a praxe. IN: *Česká gynekologie*, 2009, vol. 74, no. 2, s. 144-147.

<sup>147</sup> KNAP, K. Porodím vaše dítě. Chcete?. IN: *MF Dnes – příloha víkend*. 2009, 23. května, s. C2.

kdy zadávající pár odmítá převzít novorozence kvůli vrozené malformaci nebo chromozomální odchylce. Velmi ožehavým tématem je i psychické rozpoložení matek, které mají problémy s přístupem ke svému novému dítěti.<sup>148</sup> Dalším z diskutovaných etických problémů surrogátního mateřství je strach z finančního vykořisťování párů, tedy komercializace náhradního mateřství. Komercializace v této oblasti začíná být velkým etickým problémem zejména ve Spojených státech amerických a částečně i v Indii.<sup>149</sup>

Surogátní mateřství jako jeden ze způsobů asistované reprodukce se setkává s největší kritikou. Těhotenství jako placená služba – „pronájem dělohy“ – je podle mnoha odborníků a bioetiků odcizenou prací a vykořisťováním žen třetího světa, které stále tvoří velkou část náhradních matek.<sup>150</sup> Největší diskusi a odpor ovšem jednoznačně vyvolává využití náhradních matek ženami z vyšších vrstev, které nechtějí kvůli těhotenství přerušovat kariéru či si kazit postavu.<sup>151</sup>

Proč se vůbec žena propůjčuje k tomu, aby přivedla na svět dítě, které poté předá někomu jinému? Motivy náhradních matek jsou různorodé. Některé ženy si chtějí pouze přivydělat, jiné se mohou cítit dobře v roli těhotné ženy. Jsou i takové, které chtějí (stejně jako dárci orgánů) někomu pomoci a chtějí tím odčinit své předchozí „reprodukční prohřešky“. Může jím být potrat či odložení dítěte. Většina z nich má však už své vlastní děti. To také bývá často podmínkou pro využití ženy jako náhradní matky. Snižuje se tím riziko, že se žena dítěte nebude chtít vzdát.<sup>152</sup>

V roce 2008 k problematice surrogátního mateřství vyjádřila svoje stanovisko také Mezinárodní federace gynekologie a porodnictví (FIGO):

1. Neakceptuje metodu surrogátní matky ze sociálních důvodů. Tento způsob asistované reprodukce je možné akceptovat pouze pro medicínské indikace.

---

<sup>148</sup> PILKA, L. et al. Surogátní mateřství - literární názory a praxe. IN: *Česká gynekologie*, 2009, vol. 74, no. 2, s. 144-147.

<sup>149</sup> DRABIÁK, K., WEGNER, C. et al. Ethics, Law, and Commercial Surrogacy: A Call for Uniformity. IN: *J Law Med Ethics*, 2008, p. 300-309.

<sup>150</sup> GOSLINGA - ROY, G. M. Body boundaries, fiction of the female self: An ethnographic perspective on power, feminism, and the reproductive technologies. IN: *Feminist Studies*, 2000, 26 (1): s. 113-141.

<sup>151</sup> tamtéž

<sup>152</sup> ZAMYKALOVÁ, L. Kdo smí participovat na asistované reprodukci. [online]. IN: *Biograf (31)*: 86 odst. [cit. 2012-01-22]. Dostupné z: < <http://www.biograf.org/clanky/clanek.php?clanek=v3103>>.

2. Z důvodu možnosti navázání psychologického vztahu náhradní matky k jejímu těhotenství jménem druhých, je přijatelná pouze možnost, že oba příjemci donošeného dítěte jsou biologičtí rodiče.
3. Je nutné vynaložit veškeré úsilí ke snížení možnosti vícečetného těhotenství s následným rizikem pro surogátní matku a budoucí děti.
4. Ve všech stádiích procesu je třeba respektovat autonomii surogátní matky. Tzn. respektovat její jakéhokoli rozhodnutí těhotenství, i když by mohlo být v rozporu se zájmem pověřujícího páru.
5. Institut surogátního mateřství by neměl být na komerční bázi. Nejlepším řešením by byla jeho organizace neziskovými organizacemi.
6. Zvláštní pozornost je třeba věnovat organizování surogátního mateřství na mezinárodní úrovni. Existuje zvýšené riziko možného stimulování žen z chudých poměrů ženami z bohatých zemí.
7. Zadávacímu páru a potenciální náhradní matce se musí dostat úplných a separátních poradenských služeb, a to nezávisle a před uzavřením dohody.
8. Před zahájením všech kroků je třeba otevřít otázku odhalení skutečnosti dítěti.
9. V zemích, ve kterých neexistuje legislativa upravující institut surogátního mateřství, by měl zadávající pár i náhradní matka hledat nezávislou právní radu. Měli by uzavřít informovanou dohodu, která jasně a konkrétně poukazuje na příslušné kritické otázky, které mohou během celého procesu nastat. Dohoda by měla jasně vymezit práva a odpovědnosti všech stran.
10. V neposlední řadě by mělo být odsouhlaseno disponování eventuálními nadbytečnými embryi.
11. Pokud je surogátní poměr řízen jednotlivým lékařem, by měl být schválen etickým výborem a prováděn za striktně lékařského dohledu.

12. Vždy by měl být brán úplný ohled na zákony příslušné země a účastníci by měli být zcela informováni o všech právech.<sup>153</sup>

Názory a legislativa v oblasti surogátního mateřství se v jednotlivých zemích značně odlišují. Některé mají institut náhradního mateřství legislativně ošetřen, jiné nikoliv. V České republice právní regulace surogátního mateřství prakticky chybí. Prudil a Pilka uvádějí: „Podle novelizovaného zákona o péči o zdraví lidu lze asistovanou reprodukci provést na základě písemné žádosti ženy a muže, kteří tuto léčbu hodljají společně podstoupit (neplodný pár), jestliže je ze zdravotních důvodů málo pravděpodobné nebo zcela vyloučené, aby žena otěhotněla přirozeným způsobem, nebo jestliže existuje prokazatelné riziko přenosu geneticky podmíněných nemocí nebo vad. Zákon tzv. surogátní mateřství výslovně neupravuje, a tedy ani nezakazuje. Problematičtější je pochopitelně následná otázka osvojení narozeného dítěte jinou ženou, neboť za matku dítěte je pokládána žena, která jej porodila.“<sup>154</sup>

Na evropském kongresu o lidské reprodukci v Barceloně v roce 2008 přednesla bioetička van der Akker obecně přijatelné stanovisko: „Společnost začíná akceptovat, že existují alternativní cesty, jak mít rodinu, a lze očekávat, že s postupem času a budou-li se zdůrazňovat pozitivní aspekty rodinného života, bude stigma náhradního mateřství mizet.“<sup>155</sup>

## 2.4 Transplantace

Už od pradávna lidé uvažovali, jakým způsobem by mohli nahradit nefungující či ztracené části lidského těla – ať už orgány, tkáně, části končetin nebo lidskou krev. Historický vývoj transplantací tak lze vysledovat až do období starověku. Písemné záznamy už z 2. století před naším letopočtem obsahují informace o tom, že čínští chirurgové Hua T'ó a Pien Ch'iso se pokoušeli transplantovat tkáně a orgány. Další zmínka o transplantacích ve starověku byla nalezena v indickém textu psaném v sanskrtu (Sushruta Shamhita).

---

<sup>153</sup> PILKA, L. et al. Surogátní mateřství - literární názory a praxe. IN: *Česká gynekologie*, 2009, vol. 74, no. 2, s. 144-147.

<sup>154</sup> PRUDIL, L., PILKA, L. Právní a etické problémy asistované reprodukce - kazuistika. IN: *Česká gynekologie*, Praha, ČLS JEP, 2002, vol. 67, no. 3, s. 174-177.

<sup>155</sup> PILKA, L. et al. Surogátní mateřství - literární názory a praxe. IN: *Česká gynekologie*, 2009, vol. 74, no. 2, s. 144-147.



Jednalo se o transplantaci autologního kožního štěpu. První zmínka o transplantaci v západní medicíně je z 16. století, kdy lékař Tagliacozzi (1547 – 1599) publikoval práci „*O chirurgii zmrzačených částí pomocí transplantace*“.

V roce 1668 provedl holandský lékař van Meereken první úspěšnou transplantaci kosti. Defekt v lebeční kosti vojáka vyplnil tkáňovým štěpem, který získal z lebky psa. Kvůli „*nekřesťanskému*“ způsobu léčby byl pacient vyhoštěn z církve, proto požádal lékaře o vyjmutí štěpu. V té době však byl štěp již zhojen. V roce 1867 zveřejnil francouzský lékař Ollier dílo „*Traté experimental et clinique de la régénération des os*“, které se stalo klasikou v chirurgické literatuře. Prováděl experimenty na zvířatech, na kterých dokazoval životnost autologních<sup>156</sup> kostních štěpů. Významnou osobností spojenou s transplantacemi byl Carrel (1873 – 1951), který je považován za otce vaskulární a transplantační chirurgie. Jeho práce „*Výsledky transplantací krevních cév, orgánů a tkání*“, která byla publikována v roce 1908, znamenala zrození cévní chirurgie. Byl propagátorem myšlenky o zásobách tkání, které by byly okamžitě k dispozici chirurgům, a položil vědecký základ metodám konzervací tkání. Zároveň jeho práce umožnila počátek vzniku tkáňových bank. V roce 1952 vznikla v Hradci Králové první tkáňová ústředna v Evropě.<sup>157</sup>

Transplantace orgánů patří bezpochyby k jednomu z mnoha „*zázraků*“ moderní medicíny. Do té doby nesplnitelný sen nahradit životně důležitý orgán, se stal skutečností 23. prosince 1954, kdy dr. Murray a dr. Merrill v nemocnici Petera Benta v Brighamů transplantovali jednomu z jednovaječných dvojčat ledvinu. Dárce se stal druhý z bratrů. Genetická podobnost dárce i příjemce byla důvodem, proč tělo orgán neodmítlo. Muž s transplantovanou ledvinou žil dalších 8 let.<sup>158</sup>

Historicky první transplantace mezi dvěma lidmi byla ovšem učiněna ukrajinským lékařem dr. Voronjem v roce 1933. Jednalo se o transplantaci ledviny, kdy příjemcem byla mladá žena a dárce šedesátiletý muž, který zemřel v důsledku poranění mozku.<sup>159</sup>

---

<sup>156</sup> pocházející z téhož jedince

<sup>157</sup> *Tkáň - historie transplantací*. [online]. [cit. 2013-01-15]. Dostupné z: <[http://www.kst.cz/web/?page\\_id=2802](http://www.kst.cz/web/?page_id=2802)>.

<sup>158</sup> MURRAY, J. L. IN: WOLSTENHOLME, G. E. W., O'CONNOR, M. eds. *Law and Ethics of Transplantation*. London: JA Churchill, Ltd., 1966, s. 59.

<sup>159</sup> KUSS, R., BOURGET, P. *An Illustrated History of Organ Transplantation, The Great Adventure of the Century*. Rueil-Malmaison: Laboratoires Sandoz 1992.

V České republice byla provedena první transplantace v roce 1961 v nemocnici v Hradci Králové. Chirurgicky dobře zvládnutá operace však nakonec skončila neúspěchem. Důvodem byla rejekce „odmítnutí“ transplantované ledviny imunitním systémem příjemkyně. Nicméně jednalo se o průkopnickou operaci a v roce 1966, byl zahájen transplantační program v Praze. Prvním transplantovaným pacientem byl mladý muž, který dostal ledvinu své matky.<sup>160</sup>

Za tímto úspěchem medicíny stálo mnoho let experimentálních transplantací, které probíhaly zejména na zvířatech. I přes vítězství zůstalo mnoho problémů a to hlavně při transplantacích orgánů mezi osobami, které nebyly geneticky identické. Přesto začala éra transplantací a znamenala mimořádný skok v medicíně a chirurgii.<sup>161</sup> Sám dr. Murray si okamžitě uvědomil, že tento velký úspěch přinesl i nové etické problémy, které medicíny do té doby nemusela řešit.<sup>162</sup>

Etické problémy související s transplantacemi si uvědomovalo čím dál více odborníků, proto byla v roce 1966 uspořádána velká konference v Londýně, která měla za úkol přezkoumat etické problémy této oblasti medicíny. Účastníky konference byly lékaři, vědečtí pracovníci i právníci.<sup>163</sup> Konference se snažila nalézt odpovědi na mnoho otázek. Je etické odebrat jedinci zdravý orgán a transplantovat druhému bez jistoty, zda se orgán uchytí? Kde získat dostatečné množství orgánů pro transplantace? Jakým způsobem získat od žijícího dárce souhlas s odběrem orgánu citlivě a bez nátlaku? Mělo by se dárčům za jejich orgány platit? V případě odebírání orgánů pro transplantace po smrti – jaké jsou vlastně klinické důkazy o tom, že je člověk mrtvý? Jakým způsobem spravedlivě vybírat příjemce orgánů? Jak celý proces transplantace zefektivnit? Jaké množství orgánů je vlastně potřeba, aby byli všichni, kdo transplantaci potřebují, uspokojeni?<sup>164</sup>

3. prosince 1967 se odehrál další velký okamžik v transplantační medicíně. Dr. Barnard transplantoval pacientovi ještě tlukoucí srdce. Pacient po operaci žil s novým srdcem

---

<sup>160</sup> Tkáně - historie transplantací. [online]. [cit. 2013-01-15]. Dostupné z: <[http://www.kst.cz/web/?page\\_id=2802](http://www.kst.cz/web/?page_id=2802)>.

<sup>161</sup> JONSEN, A. R. *The Birth of Bioethics*. New York: Oxford University Press, 1998.

<sup>162</sup> MURRAY, J. L. IN: WOLSTENHOLME, G. E. W., O'CONNOR, M. eds. *Law and Ethics of Transplantation*. London: JA Churchill, Ltd., 1966, s. 59.

<sup>163</sup> WOLSTENHOLME, G. E. W., O'CONNOR, M. eds. *Law and Ethics of Transplantation*. London: JA Churchill, Ltd., 1966.

<sup>164</sup> JONSEN, A. R. *The Birth of Bioethics*. New York: Oxford University Press; 1998.

18 dní. Už o několik týdnů později se dr. Barnard o transplantaci srdce pokusil znovu. Příjemce orgánu žil 594 dnů.<sup>165</sup>

Obě tyto transplantace způsobily nadšení po celém světě a vyvolaly ještě více etických otázek než transplantace ledviny. Odebrání jedné ledviny od žijícího dárce bylo akceptováno pro skutečnost, že ledviny jsou párové orgány a člověk může žít pouze s jednou. Ovšem odstraněním životaschopného srdce je pro člověka definitivním koncem. Tato skutečnost rozpoutala ve vědeckých kruzích diskusi, kdy je vlastně možné člověka prohlásit za mrtvého i když srdce ještě funguje a může být použito k transplantaci? Je možné tvrdit, že je osoba, jejíž mozek přestal fungovat, mrtvá? V roce 1968 učinili vědci z lékařské fakulty v Harvardu odvážný pokus nově definovat smrt. Primárním účelem jejich snahy bylo definovat nevratné kóma jako nové kritérium pro stanovení smrti. Zastaralá kritéria mohla totiž vést k rozporům při získávání orgánů k transplantacím. Vědci uvedli řadu neurologických příznaků (žádné reakce, nedostatek pohybu nebo dýchání, žádné reflexy, negativní nález na encefalografu), které dokládali nevratné bezvědomí a tedy smrt.<sup>166</sup> Zpráva z Harvardské univerzity, která byla vědci široce přijímána, ovšem ve skutečnosti otázku definice smrti nevyřešila. Příznaky, které byly uváděny, nerozlišovaly perzistentní<sup>167</sup> vegetativní stav a smrt. Rozpoutala se bouřlivá diskuse mezi etiky a právníky, která vyvrcholila ve Spojených státech amerických zřízením komise, která zveřejnila definici smrti, jež zahrnovala jak tradiční kardiopulmonální, tak mozkové kritéria: „*Fyzická osoba, která utrpěla buď nevratné zastavení oběhových a dýchacích funkcí, nebo nevratné zastavení všech funkcí celého mozku, včetně mozkového kmene, je mrtvá*“<sup>168</sup>. Zpráva poskytla širší a přesnější soubor klinických kritérií pro identifikaci nevratné ukončení funkce mozkového kmene. Tato jednotná definice byla následně přijata jako právní definice ve všech státech této země.<sup>169</sup>

V posledních letech se však objevuje ovšem kritika toho, že smrt celého mozku znamená smrt člověka. Buňky izolované z „mrtvého“ mozku mohou totiž žít dále. Často bývá

---

<sup>165</sup> JONSEN, A. R. *The Birth of Bioethics*. New York: Oxford University Press; 1998.

<sup>166</sup> A definition of irreversible coma. Report of the Ad Hoc Committee at Harvard Medical School to Examine the Definition of Brain Death. [online]. IN: *JAMA*, 1968;205(6), s. 337-340. [cit. 2012-01-24]. Dostupné z: <<http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=340177>>.

<sup>167</sup> přetrvávající

<sup>168</sup> President's Commission for the Study of Ethics in Medicine and in Biomedical and Behavioral Research. *Defining Death*. [online]. IN: *A Report on the Medical, Legal and Ethical Issues in the Definition of Death*. Washington, DC: US Government Printing Office; 1981: 4. [cit. 2012-01-22]. Dostupné z: <<https://scholarworks.iupui.edu/handle/1805/707>>.

<sup>169</sup> JONSEN, A. R. *The Birth of Bioethics*. New York: Oxford University Press, 1998, s. 110.

zjistitelná jejich minimální elektrická aktivita. To znamená, že malé ostrůvky buněk mozku mohou dále přežívat, i když už nepřispívají k fungování organismu. Dle Munzarové: „je patrné, že jakákoliv definice okamžiku smrti je vždy jen otázkou konsenzu, protože smrt ve smyslu biologickém je proces, nikoliv okamžik. Při vědomí toho je třeba tento konsenzus připustit. Současně je však velice vhodné tolerovat názor člověka, jenž by s uznávanými definicemi nesouhlasil“.<sup>170</sup>

V České republice řeší určení smrti mozku „Výnos Ministerstva zdravotnictví a sociálních věcí ČSR ze dne 6. 10 1989 o podmínkách pro mimořádné odebrání orgánů a tkání z těl mrtvých“. Diagnostickými kritérii jsou:

1. klinické příznaky vyhasnutí funkcí mozku, kterými jsou hluboké bezvědomí, naprostá ztráta reaktivity na vnější i vnitřní podněty, kterou zprostředkovává mozek a nepřítomnost spontánního dýchání
2. příznaky ireverzibility vyhasnutí všech funkcí mozku<sup>171</sup>

Etické diskuse a neúspěchy v přežívání pacientů po transplantacích měly za následek návrat transplantací z klinik zpět na experimentální úroveň. Ovšem už koncem 70. let chirurgové nabyli opět tolik sebevědomí, že se vrátili zpět ke klinickým transplantacím.<sup>172</sup> Důvodem byla také skutečnost, že byl do rutinní imunosupresivní léčby zaveden cyklosporin, který zvyšoval pravděpodobnost přijetí transplantovaného orgánu organismem příjemce.<sup>173</sup>

S počátkem klinických transplantací a pokrokem, který se v medicíně odehrál zejména v průběhu posledních tří desetiletí, včetně rozvoje chirurgických technik, molekulární biologie, imunologie a efektivní imunosuprese (zabraňuje odmítnutí orgánu příjemcem) přišla naděje na druhou šanci na život pro mnoho tisíc pacientů. V současné době existuje na celém světě téměř 1800 transplantačních center a více než 750 000 lidí prodělalo jednu nebo více transplantací. Po transplantaci ledvin jsou někteří z nich naživu již déle než

<sup>170</sup> MUNZAROVÁ, M. *Zdravotnická etika od A do Z*. Praha: Grada Publishing s.r.o., 2005, s. 131.

<sup>171</sup> VÁCHA, M. O. *Odběry orgánů z mrtvých pro účely transplantací*. [online]. [cit. 2013-01-15]. Dostupné z: <http://www.orko.cz/L%E9ka%F8sk%E1%20etika%202012/Odb%ECry%20org%E1n%F9%20z%20mrtv%FDch%20pro%20FA%E8ely%20transplantac%ED%2001.ppt>.

<sup>172</sup> JONSEN, A. R. *The Birth of Bioethics*. New York: Oxford University Press, 1998, s. 201.

<sup>173</sup> *Tkáně - historie transplantací*. [online]. [cit. 2013-01-15]. Dostupné z: [http://www.kst.cz/web/?page\\_id=2802](http://www.kst.cz/web/?page_id=2802).

36 let, 30 let po transplantaci jater, 28 let po transplantaci kostní dřeně a 14 let po transplantaci plic.<sup>174</sup>

Přes všechny tyto úspěchy zůstává průvodním jevem transplantací nedostatek orgánů. Transplantační centra po celém světě se snaží mnoha způsoby o zvýšení přísunu orgánů vhodných k transplantacím. Za velmi důležitý zdroj je považováno dárcovství od příbuzných. Mezi lidmi je šířena osvěta o potřebě a zásluhách darování orgánů na bázi altruismu.<sup>175</sup>

V současnosti existuje několik způsobů k získávání informovaného souhlasu k případnému „darování“ orgánů po smrti:

### **1. Opting-in** (rozhodnutí pro, vyjádření souhlasu s darováním)

V tomto systému jsou lidé nabádáni, aby už za svého života vyjádřili přání, zda chtějí po své smrti darovat orgány. Předpokladem je, aby se přihlásili na určitých místech a doklad o tomto rozhodnutí nosili neustále s sebou. Nevýhodou takového způsobu získávání orgánů k transplantacím je jejich trvalý nedostatek. Většina lidí totiž nemá dostatečnou motivaci, darování orgánů jim může připomínat vlastní smrt, což může být spojeno i s úzkostí a strachem.

### **2. Required request** (povinné požádání)

Zde platí zásada, že každý potencionální dárcce musí být dotázán, zda chce dárcem být. Výhodou tohoto způsobu získávání informovaného souhlasu je naděje, že když budou dotazováni všichni, zvýší se snad i počet potencionálních dárců. Etickou otázkou je, kdy by bylo vhodné se lidí dotazovat a ti, kteří by dotazováni nebyli (např. nesplňují kritéria pro darování orgánů), zda by se necítily špatně z důvodu odvržení, opovržení či stárí). Tento způsob také vylučuje z dárcovství orgánů případy náhlých úmrtí např. při nehodách. Často se jedná o mladé lidi, u kterých je předpoklad, že by byli vhodnými dárci. Tito už ovšem být osloveni nemohou a bylo by velmi neetické a necitlivé pokládat takovou

---

<sup>174</sup> CECKA, J. M., TRASARAKI, P. I. *Clinical Transplantation 2000*. Los Angeles, UCLA Tissue Typing Lab, 2000.

<sup>175</sup> ABOUNA, G. M. The humanitarian aspects of organ transplantation. IN: *Transplant International*, 2001: 14, s. 117–123.

otázku příbuzným společně s informací o nehodě jejich nejbližšího.<sup>176</sup> Skutečnost, že možný dárce je často mladý člověk a rodina nezná jeho názor na dárcovství orgánů, činí tuto otázku v okamžicích stresu a zármutku ještě více znepokojující. I přes vysokou veřejnou podporu dárcovství orgánů je odmítnutí rodin v tomto okamžiku až 50 procent.<sup>177</sup>

### 3. Opting-out (rozhodnutí k neúčasti)

Předpoklad, že každý člověk souhlasí s darováním svých orgánů a pouze pokud nesouhlasí, musí svůj nesouhlas na patřičném místě vyjádřit. Výhodou tohoto způsobu je fakt, že pouze málo lidí se aktivně hlásí k odmítnutí a tím téměř každý člověk, který zemře v nemocnici a splňuje lékařská kritéria, může být smrtí dárce orgánů.

### 4. Routine salvaging (odběry jako běžná praxe)

Všechny orgány by od zemřelých byly odebírány automaticky bez nutného souhlasu z důvodu velkého užitku pro společnost. Tento způsob ovšem popírá jakoukoliv úctu k člověku a jeho volbě.<sup>178</sup>

V řadě zemí světa existují národní registry, které shromažďují vyjádření souhlasu či nesouhlasu s případným darováním orgánů po smrti. V některých zemích je vyjádření k posmrtnému darování orgánů vyznačeno v řidičském průkazu ve zvláštní kolonce. V jiných zemích existují tzv. dárcovské karty. Princip předpokládaného souhlasu s posmrtným darováním orgánů je používán například v Rakousku, Belgii, Slovensku, Finsku, České republice a v některých státech Spojených států amerických. Princip předpokládaného nesouhlasu s darováním orgánů je uzákoněn ve většině zemí Spojených států amerických, Německu, Nizozemí, Švédsku. V některých zemích je právně stanoven princip předpokládaného souhlasu, ale prakticky je používán opačný princip (Španělsko, kde je vždy žádán souhlas rodiny s darováním orgánů, i přestože to zákon nevyžaduje).<sup>179</sup>

<sup>176</sup> SHOTSMANS, P. Harvesting organs from cadavers, *EACME NEWS* (Newsletter of the European Association of Centres of Medical Ethics), October, 1995, No 4, p. 2–6.

<sup>177</sup> VÁCHA, M. O. *Odběry orgánů z mrtvých pro účely transplantací*. [online]. [cit. 2013-01-15]. Dostupné z:

<<http://www.orko.cz/L%20E9ka%20F8sk%20E1%20etika%202012/Odb%20ECry%20org%20E1n%20F9%20z%20mrtv%20FDch%20pro%20FA%20E8ely%20transplantac%20ED%2001.ppt>>.

<sup>178</sup> SHOTSMANS, P. Harvesting organs from cadavers, *EACME NEWS* (Newsletter of the European Association of Centres of Medical Ethics), October, 1995, No 4, p. 2–6.

<sup>179</sup> Právní úprava odběrů orgánů v České republice, diagnostika smrti mozku a medicínská kritéria zemřelého dárce orgánů. [online]. IN: *zdravi.e15.cz*. [cit. 2013-01-15]. Dostupné z: <

Další oblastí, která vyvolává vážné etické otázky je způsob přidělování orgánů lidem na čekacích listinách. Ve Spojených státech amerických byl v souvislosti s neustálým se zvyšováním počtu pacientů čekajících na transplantaci a omezeným zásobám vhodných orgánů vytvořena národní organizace Organ Sharing (UNOS), která vytvořila pravidla pro, z lékařského hlediska vhodné a eticky spravedlivé a přijatelné, přidělování orgánů čekatelům.<sup>180</sup> Prvním kritériem je zeměpisná oblast dárce ve srovnání s bydlištěm příjemce. Orgány jsou k dispozici nejprve místním příjemcům, poté příjemcům v rámci regionu a nakonec jsou nabízeny po celé zemi. Druhým kritériem je stejná krevní skupina a odpovídající histokompatibilita<sup>181</sup> a třetím kritériem je doba čekání na orgán, zdravotní naléhavost a věk pacienta (přednost mají děti mladší 11 let). Systém alokace orgánů se také liší podle druhu. U některých je rozhodujícím kritériem také velikost. Důležité při rozhodování při přidělování orgánů je postupovat pouze podle lékařských kritérií a podle potřeb pacientů. Nesmí být brán ohled na sociální, finanční či politické postavení příjemce. V únoru 2002 rozbouřil veřejnost a pacienty na čekací listině na transplantaci srdce ve Spojených státech amerických případ, kdy byl pro transplantaci vybrán člověk, který byl odsouzen za loupežné přepadení. Místní transplantační centrum se rozhodlo ovšem správně transplantaci z humanitárních důvodů provést, protože pacient by jinak umřel. Dalšími kritériem pro výběr pacienta pro transplantaci by mohla být preference člověka, který sám už nějaký orgán daroval nebo je ochoten v budoucnu darovat.<sup>182</sup>

Nedostatek orgánů k transplantacím a neustále se zvyšující poptávka způsobila rozvoj ilegálního obchodu v této oblasti, pro který je typické, že překračuje hranice jednotlivých zemí a má globální charakter. Díky obrovským rozdílům mezi životní úrovní chudých zemí Třetího světa a bohatými, vyspělými zeměmi plynou z tohoto druhu obchodu velmi vysoké zisky. Ilegální překupníci jsou propojeni se soukromými zařízeními v zemích, kde je minimální nebo žádný státní dohled nad zdravotní péčí. Lidské orgány jsou velmi levně vykupovány od živých dárců ze zemí, jako je Indie, Pákistán, Irán, země Jižní Ameriky, Jižní Afriky, ale i z Moldávie či Rumunska. Posléze jsou prodávány

---

<http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/pravni-uprava-odberu-organu-v-ceske-republice-diagnostika-smrti--410974>>.

<sup>180</sup> United Network for Organ Sharing (UNOS): Policy of Organ Distribution. June 2001

<sup>181</sup> Slučitelnost tkání na základě podobnosti antigenů systému HLA. Je nezbytným předpokladem provedení transplantace. Při jejím nedodržení inkompatibilitě by došlo k odvržení transplantovaného orgánu.

<sup>182</sup> United Network for Organ Sharing (UNOS): 'Update', special edition, Winter 2002.

do vyspělých zemí, jako jsou Spojené státy americké, Kanada, Izrael či do Evropy. Zisky z tohoto obchodu se vyrovnají ziskům z obchodování s narkotiky.<sup>183</sup>

Na základě zkušeností u mnoha pacientů z Kuvajtu a Arabského poloostrova, kteří si koupili ledvinu z Indie, měl tento čin velmi negativní dopad na samotnou transplantaci i na všechny zúčastněné, včetně dárce, příjemce, transplantační program, lékaře a samozřejmě i na morální a etické hodnoty společnosti.<sup>184</sup> Většina bioetiků je přesvědčena, že prodej orgánů vede nejen k potlačování altruismu u lidí, ale útočí na samotnou lidskou důstojnost. K nejdůležitějším důvodům, proč je nutno proti prodeji lidských orgánů bojovat, bezesporu patří to, že prodej podporuje vykořisťování chudých, chamtivost a ego lékařů. Zároveň podporuje nekvalitní péči o dárce, včetně nesprávného nakládání s odebranými orgány, což následně vede k neúspěchům transplantací. Pro tyto důvody je prodej orgánů odsuzován většinou světových náboženství a ve všech vyspělých západních zemích zakázán.<sup>185</sup>

V České republice je problematika transplantací od 1. 9. 2002 upravena zákonem č. 285/2002 Sb. – „*Zákon o darování, odběrech a transplantacích tkání a orgánů a o změně některých zákonů*“ („*transplantační zákon*“) a s ním souvisejícími prováděcími vyhláškami.<sup>186</sup> Zákon respektuje Konvenci na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny.<sup>187</sup> V souladu s celosvětovou praxí je činnost všech transplantačních center v České republice organizována koordinátory transplantačního programu. Jejich pracovní náplní je organizační i odborné lékařské stanovení mozkové smrti dárce a následného odběru orgánů. Diagnózu mozkové smrti nejčastěji provádějí lékaři anesteziologicko – resuscitačního oddělení v místě, kde byla prováděna poslední péče o potenciálního dárce. Zde také nejčastěji prováděn odběr orgánů odběrovými týmy transplantačních center. V současné době existuje v České

---

<sup>183</sup> SÝKORA, P. O potrebe globalnej bioetiky v multikultúrnom svete. IN: *FILozOFIA*, roč. 62, č. 3, 191-202, 2007.

<sup>184</sup> ABOUNA, G. M. Moral, ethical and medical values sacrificed by commercialization in human organs. IN: ABOUNA, G. M., KUMAR, A. G. (eds): *Organ Transplantation*. Norwell: Kluwer Academic Publishers, 1991, pp 543–545.

<sup>185</sup> SHEIL, R. Policy statement from the ethics committee from the Transplantation Society. IN: *Transplant Soc Bull* 1995, 3:3.

<sup>186</sup> Právní úprava odběrů orgánů v České republice, diagnostika smrti mozku a medicínská kritéria zemřelého dárce orgánů. [online]. IN: *zdravi.e15.cz*. [cit. 2013-01-15]. Dostupné z: <<http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/pravni-uprava-odberu-organu-v-ceske-republice-diagnostika-smrti-410974>>.

<sup>187</sup> ŠEVČÍK, P. et al. Intenzivní medicína. Vyd. 1. Praha: Galén, 2000.



republice sedm transplantačních center (Praha – 2 centra, Brno, Plzeň, Hradec Králové, Ostrava, Olomouc).<sup>188</sup>

Výrazný pokrok v oblasti v oblasti transplantací dokázal zlepšit na šance na život a kvalitu života velkému množství pacientů. Bohužel se transplantační chirurgie stala obětí svého vlastního úspěchu. Přesto, že by mnoha lidem dokázala transplantace zachránit život, umírají v důsledku dlouhých čekacích lhůt, které jsou způsobené nedostatkem orgánů vhodných k transplantaci. Je proto pochopitelné, že vědci neustále hledají vhodné alternativy, jak nahradit lidské orgány. Jednou z nich by mohla být xenotransplantace, tzn. transplantace živých buněk, tkání nebo orgánů z jiného živočišného druhu.<sup>189</sup>

Myšlenka transplantovat zvířecí část těla člověku je velmi stará. Již ve starověku se vyprávěly příběhy, ve kterých byla člověku bohy nahrazena část těla zvířecími tkáněmi nebo orgány. První úspěšná xenotransplantace se snad odehrála už v 17. století v Rusku, kdy měli lékaři nahradit část lebeční kosti muže lebeční kostí psa.<sup>190</sup> Mezi lety 1990 – 1995 vědci očekávali, že dokážou během krátké doby transplantovat zvířecí orgány člověku, dnes je většina z nich mnohem pesimističtější. Jako nejvhodnější se ukázaly orgány prasete. Přesto se všechny experimentální operace, které byly uskutečněny, ukázaly v krátkodobém nebo střednědobém horizontu jako neúspěšné. Xenotransplantace jsou spojeny s mnoha infekčními, imunologickými a fyziologickými problémy. Stranou také nezůstávají problémy etické.<sup>191</sup>

Etice v oblasti xenotransplantací se věnuje celá řada mezinárodních a národních etických výborů i jednotlivých vědců. Xenotransplantace vyvolávají otázku, jak dalece, pokud vůbec a jakým způsobem, je pro člověka přijatelné použít zvířata jako zdroj orgánů a tkání pro transplantace. A pokud bychom je nemohli použít k transplantacím, můžeme je vůbec jíst? Dalším problémem může být nebezpečí přenesení zvířecích infekcí do lidské populace, což by mohlo vést k rozsáhlým a nepředvídatelným následkům. Ve světle různých lidských nemocí, které byly přeneseny ze zvířat na lidi (např. Creutzfeldt-Jakobsova choroba nebo AIDS – Syndrom získaného selhání imunity) je velmi složité

<sup>188</sup> ŠEVČÍK, P. et al. *Intenzivní medicína*. Vyd. 1. Praha: Galén, 2000.

<sup>189</sup> *Medical-Ethical Principles on Xenotransplantation Statement of Position of the SAMS*. [online]. [cit. 2012-01-17]. Dostupné z: <[www.samw.ch/dms/en/Ethics/.../e\\_RL\\_Xeno.pdf](http://www.samw.ch/dms/en/Ethics/.../e_RL_Xeno.pdf)>.

<sup>190</sup> *Návrat xenotransplantací*. [online]. IN: *zdravi.e15.cz*. [cit. 2012-01-17]. Dostupné z: <<http://zdravi.e15.cz/clanek/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-zdn/navrat-xenotransplantaci->>>.

<sup>191</sup> *Medical-Ethical Principles on Xenotransplantation Statement of Position of the SAMS*. [online]. [cit. 2012-01-17]. Dostupné z: <[www.samw.ch/dms/en/Ethics/.../e\\_RL\\_Xeno.pdf](http://www.samw.ch/dms/en/Ethics/.../e_RL_Xeno.pdf)>.

rozhodnout, zda je správné pokračovat ve výzkumu xenotransplantací i přes toto nebezpečí. Dalším z etických problémů je považování prasat v některých kulturách (judaismus, islám) za nečisté a země s těmito náboženskými tradicemi jistě xenotransplantace orgánů pocházejících z prasat nepřijmou. Pro mnohé lidi by mohlo být také psychicky nepřijatelné přijmout transplantát ze zvířete.<sup>192</sup> Do popředí zájmu vědců, kteří se zabývají problematikou xenotransplantací, by se tedy měla dostat úcta k lidské osobnosti a otázka biologické bezpečnosti.<sup>193</sup>

## 2.5 Dílčí závěr

Bioetika jako věda se zabývá etickými otázkami souvisejícími s životem a zdravím. V těchto oblastech lze nalézt nepřehledné množství morálních dilemat, které nelze v rámci diplomové práce postihnout. Z literatury ovšem vyplývá, že k nejvíce diskutovaným problémům řešeným v rámci bioetiky, patří období počátku a také konce lidského života. Už samotná otázka, kdy vlastně lidský život začíná, vyvolává mnoho diskusí a názory vědců, lékařů, představitelů církve a právníků jsou často značně protichůdné. K neméně diskutovaným oblastem bioetiky se řadí také biomedicínský výzkum na člověku. Ten byl dokonce impulsem ke vzniku a rozšíření etických komisí, které mají na jeho provádění dohlížet a nedovolit, aby v zájmu vědy a pokroků v medicíně docházelo k etickým pochybením. Jejich prvotním úkolem bylo také dohlížet na etiku poskytované lékařské péče obecně. Bohužel činnost etických komisí, které v dnešní době působí při zdravotnických zařízeních v České republice, se většinou zaměřuje pouze na schvalování klinických studií a není obvyklé, aby se zabývaly etickými pochybeními lékařů či zdravotních sester, ke kterým při péči o pacienta samozřejmě dochází.

---

<sup>192</sup> REISS, M. *Ethics of xenotransplantation* . [online]. [cit. 2012-01-17]. Dostupné z: <[http://www.biotechlearn.org.nz/themes/bioethics/ethics\\_of\\_xenotransplantation](http://www.biotechlearn.org.nz/themes/bioethics/ethics_of_xenotransplantation)>.

<sup>193</sup> *Medical-Ethical Principles on Xenotransplantation Statement of Position of the SAMS* . [online]. [cit. 2012-01-17]. Dostupné z: <[www.samw.ch/dms/en/Ethics/.../e\\_RL\\_Xeno.pdf](http://www.samw.ch/dms/en/Ethics/.../e_RL_Xeno.pdf)>.

### 3 EUTANAZIE

#### 3.1 Definice a historie eutanazie

Slovo eutanazie pochází původně z řečtiny. Je složeno ze slov „eu“ a „thanatos“. „Eu“ lze přeložit jako pravý, dobrý, správný a „thanatos“ znamená smrt. Eu – thanatos (eutanazie) je tedy „dobrá smrt“.<sup>194</sup> Vzhledem k mnohovýznamovosti slova „eu“ by se eutanazie dala interpretovat také jako „pěkná smrt“, „krásná smrt“, „šťastná smrt“ nebo také „mírná smrt“, „nenásilná smrt“ či „bezbolestná smrt“.<sup>195</sup> Myslitelé starověkého Řecka chápali tento pojem ve smyslu klidného a vyrovnaného umírání. Pro splnění těchto podmínek bylo dle nich možno život i ukřátkovat.<sup>196</sup> Časem ovšem došlo k interpretačnímu posunu a pojmem eutanazie se nejčastěji rozuměla smrt z milosti, milosrdenství a útrpnosti.<sup>197</sup> Chápání pojmu eutanazie se totiž měnilo v průběhu dějin v závislosti na kulturních, historických, sociálních a náboženských faktorech.<sup>198</sup>

Snad žádný termín z oblasti zájmu bioetiky není tolik diskutovaný a užívaný v různých významech, jako eutanazie. Současné diskuse o zavedení či zamítnutí eutanazie provází různé představy vědců i politiků o tom, co vlastně eutanazie je a co není.<sup>199</sup>

V literatuře, která se týká lékařské etiky, bioetiky a eutanazie, lze nalézt celou řadu definic eutanazie. Vácha se v roce 2012 v publikaci „Základy moderní lékařské etiky“ snaží tento pojem vyjasnit.

**Aktivní eutanazie** je aktivní čin lékaře, který reaguje na aktivní žádost pacienta. Pro tento typ eutanazie musí být dle Váchy splněny 3 podmínky: „lékař musí mít úmysl zabít, pacient musí o eutanazii aktivně požádat a lékař musí eutanazii provést skutkem nebo nečinněním“. Příkladem skutku může být aplikace dvou injekcí. První z nich je s uspávací

---

<sup>194</sup> VÁCHA, M. et al. *Základy moderní lékařské etiky*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2012, s. 233.

<sup>195</sup> KUŘE, J. *Eutanasia – the „Good death“ controversy in humans and animals*. Vyd. 1. Rijeka: InTech, 2011, s. 6 – 7.

<sup>196</sup> VÁCHA, M. et al. *Základy moderní lékařské etiky*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2012, s. 233.

<sup>197</sup> *Eutanázie*. [online]. [cit. 2012-01-30]. Dostupné z: <[www.zsf.jcu.cz/structure/departments/kkl/.../eutanazie\\_p14.pdf](http://www.zsf.jcu.cz/structure/departments/kkl/.../eutanazie_p14.pdf)>.

<sup>198</sup> KUŘE, J. *Eutanasia – the „Good death“ controversy in humans and animals*. Vyd. 1. Rijeka: InTech, 2011, s. 7.

<sup>199</sup> VÁCHA, M. et al. *Základy moderní lékařské etiky*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2012, s. 233.

látkou (např. barbituráty). Druhá injekce obsahuje látku např. na principu kurare, která má za úkol zástavu svalové činnosti a tím způsobit smrt.

**Nonvoluntární eutanazie** je situace, kdy je zachována podmínka aktivního činu lékaře. Ovšem na rozdíl od aktivní eutanazie zde chybí souhlas pacienta, který z nejrůznějších důvodů nelze získat. Pacient je například v kómatu, příliš senilní, mentálně handicapovaný, po těžkém úrazu mozku nebo se jedná o encefalitického novorozence. V tomto případě se lékař řídí předpokladem, že kdyby mohl pacient svůj požadavek na eutanazii artikulovat, tak by o ni požádal.

**Involuntární eutanazie** je aktivní čin lékaře, kdy pacient je schopen své přání vyslovit, ale neučiní tak. Pacient je tedy lékařem zabit. Tato forma eutanazie je velmi těžko odlišitelná od vraždy.

**Pasivní eutanazie** je situace, kdy lékař neučiní nic, i když by učinit mohl a pacient z toho důvodu umře. Tento typ eutanazie je nutno odlišit od tzv. „*ustoupení smrti*“, kdy lékař také nic nečiní, ovšem z důvodu své bezmoci. U pasivní eutanazie lékař nic nečiní, protože jeho úmyslem je pacienta zabít. Tento typ eutanazie může být eticky velmi problematický. Pokud lékař neučiní nic v případě 80letého pacienta s metastázami, který po dohodě s lékařem odmítl chemoterapii a šel umřít domů, žádný etický systém by nic nenamítal. Pokud by ovšem lékař neučinil nic v případě, že se ocitne u autonehody, nezasáhne a pacient vykrvácí, je jeho pasivita považována za velmi neetickou. Nelze tedy říci, zda je pasivní eutanazie špatná nebo dobrá. Vždy totiž záleží na kontextu a jednotlivých případech.

**Pasivní voluntární eutanazie** je situace, kdy lékař neučiní nic, ovšem s jasným úmyslem zabít. Jedná se o zastavení léčby s úmyslem přivodit smrt pacienta.

**Asistované suicidium** lze definovat jako „*akt úmyslné sebevraždy s asistencí jiného člověka, který vědomě poskytuje znalosti, prostředky, nebo obojí*“.<sup>200</sup>

Objasnění uvedených základních pojmů je „*standardní*“, tzn., že jsou nejčastěji používány v odborné literatuře. Lze ještě doplnit pojem ještě méně používanými pojmy prenatalní eutanazie, což je ekvivalent interrupce, a také pojem sociální eutanazie.

---

<sup>200</sup> VÁCHA, M. et al. *Základy moderní lékařské etiky*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2012, s. 234 - 236.

**Prenatální eutanazie** je odbornou veřejností velmi diskutovaný pojem a mnozí jej odmítají s poukazem na to, že nechtěné dítě není nemocné, o neblahé prognóze se nedá hovořit, o milosrdnou smrt nás nežádá ani žádat nemůže, někdo silnější, tedy matka rozhoduje o jeho bytí či nebytí a upírá mu základní právo na život atd. Jiní odborníci, již si jsou vědomi úskalí používání tohoto termínu, uvádějí, že jej lze účelně využívat právě pro vysokou emocionalitu a docílit tím zamyšlení popř. následného upuštění od zamýšleného interrupčního výkonu.

**Sociální eutanazie** je pojem, který je v České republice málo používán a ještě méně náležitě reflektován. Naléhavost je dána tím, že se nedostane náležitě kauzální léčby lidem, jejichž stav je kurabilní. Důvodem jsou problémy, které lze souhrnně nazvat jako sociální. Konkrétně jde o ekonomickou, geografickou nebo také edukační nedostatečnost konkrétního zdravotnického systému. Sociální eutanazie je ekonomickým, politickým i etickým problémem ve všech zdravotnických systémech světa.<sup>201</sup>

Různých aspektů výkladu pojmu eutanazie a možnosti z toho plynoucího nebezpečí si uvědomuje i Světová lékařská asociace (WMA), jež eutanazii vymezuje takto: „*vědomé a úmyslné provedení činu s jasným záměrem ukončit život jiného člověka za následujících podmínek: subjektem je kompetentní informovaná osoba s nevléčitelnou chorobou, která dobrovolně požádala, aby její život byl ukončen, jednající ví o stavu této osoby a o jejím přání zemřít a páchá tento skutek s prvořadým úmyslem ukončit život této osoby a skutek je proveden se soucitem a bez osobního zisku.*“ WMA sice pojem eutanazie definovala, což ovšem neznamená, že souhlasí s jejím prováděním. Z toho důvodu vydala také deklaraci v říjnu 1987, ve které prohlašuje: „*Eutanazie, čin promyšleného ukončení života pacienta, byť i na pacientovu vlastní žádost nebo na žádost blízkých příbuzných, je neetická. To nezabraňuje lékařům, aby respektovali přání nemocného nechat proběhnout přirozený proces umírání v konečné fázi choroby.*“<sup>202</sup>

---

<sup>201</sup> HAŠKOVCOVÁ, H. Řecké slovo eutanazie v původním významu znamenalo dobrou, tedy lehkou smrt. [online]. IN: *zdravi.e15.cz*. [cit. 2012-02-08]. Dostupné z: <<http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/recke-slovo-eutanazie-v-puvodnim-vyznamu-znamenalo-dobrou-tedy-l-125366>>.

<sup>202</sup> *Aktuální otázky bioetiky*. [online]. [cit. 2012-01-17]. Dostupné z: <<http://www.etf.cuni.cz/OPPA-CZ/vp13.pdf>>.

Bez ohledu na způsob, jakým se pojem eutanazie používá, vzbuzuje toto slovo v lidech silné emoce. Důvodem může být spojení tohoto termínu se smrtí a umíráním.<sup>203</sup>

Umírání a smrt jsou fenomény, o kterých je nutno uvažovat z hlediska filozofického, psychologického, sociálního, medicínského a etického. Budoucnost, která stojí před umírajícím člověkem, tedy jeho smrt a bezmocnost tuto jistotu konce změnit, ovlivňují výrazně lidské myšlení a jednání. Smrt je považována za nejvyhrocenější mez lidské existence<sup>204</sup> a je předmětem zájmu všech kultur po celém světě. Každá civilizace nebo společenství řeší otázky umírání a smrti. Rituály, které smrt doprovázejí, se v jednotlivých civilizacích odlišují a vypovídají o kultuře dané společnosti. Péče, kterou společnost věnuje terminálně nemocným umírajícím, ukazuje na vyspělost kultury společnosti. V průběhu lidských dějin neustále docházelo v jednotlivých etapách i kulturách ke změnám postojů ke smrti a umírání. Ve 20. století se objevuje tak zvaná „převrácená smrt“, která zásadně mění postoj lidí ke smrti. Smrt a umírání provází tabuizace, institucionalizace a deritualizace.<sup>205</sup>

Problematika eutanazie obecně se objevuje v historii lidstva už po dlouhá staletí a je neustále diskutována v lékařské, právní, filosofické i teologické literatuře.<sup>206</sup>

Už pravěcí lidé, žijící v krajně drsných podmínkách, byli nuceni zbavovat se jedinců, kteří jí byli na obtíž. V Mezopotámii byla ovšem eutanazie zakázána. Starověcí Indové topili nevléčitelně nemocné pacienty v řece Ganze. Záznamy dokazují, že i obyvatelé starověké Izraele zabíjeli svoje nevléčitelně nemocné. Později židovská společnost, v návaznosti na Bibli a její šestý příkaz „*Nezabiješ*“ odmítala všechny teorie, které opravňovali ke zkracování života zdravotně postižených lidí. Judaismus považuje život za posvátný a sebevraždu s eutanazií srovnává s vraždou. Dr. Jakobovits, bývalý vrchní rabín Anglie, vysvětluje: „*Mrzáci a idioti mají stejná lidská práva (i když ne nutně právní*

<sup>203</sup> KUŘE, J. *Eutanasia – the „Good death“ controversy in humans and animals*. Vyd. 1. Rijeka: InTech, 2011.

<sup>204</sup> KUTNOHORSKÁ, J. *Etika v ošetrovatelství*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007.

<sup>205</sup> KISVETROVÁ, H., KUTNOHORSKÁ, J. Umírání a smrt v historickém vývoji. IN: *KONTAKT*, 2010:12.

<sup>206</sup> PAPANIMITRIOU, J. D. *Euthanasia and suicide in antiquity: viewpoint of the dramatists and philosophers*. [online]. [cit. 2012-02-02]. Dostupné z: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1761665/>>.

*způsobilost) jako normální osoby... Jeden lidský život je stejně tak vzácný, jako milion životů, každý z nich je nekonečný ve své hodnotě... “.*<sup>207</sup>

V klasickém období starověkého Řecka byli v některých regionech občané nuceni k ukončení života v zájmu společnosti. Důvodem bylo zabránění života v senilitě, slabosti či v nemoci. Ti, kteří takto učinili, byli pokládáni za hrdiny. Postoj k sebevraždě byl obecně ve starověkém Řecku pozitivní. Když Sokrates popisuje smrt Sokrata, který dal přednost vypítí jedu před exilem, poznamenává, že taková Sokratova smrt byla „dobrou smrtí“. Ve starověku lze vysledovat dva různé pohledy na eutanazii. První z nich pochází od Hippokrata a jeho žáků (Corpus Hippocraticum), a druhý je založený na řecké a římské filozofii, zejména na názorech Platóna, Aristotela a stoiků. Hippokratova tradice zakazuje zabíjení lidské bytosti a jakoukoliv podporu sebevraždy (v dnešní terminologii „asistovanou sebevraždu“). Eutanazie, jako přímé usmrcení pacienta, bez ohledu na to, pokud je tak učiněno na jeho žádost nebo bez žádosti ovšem není v přísaze přímo zakázána. Zákaz se dá ovšem odvodit, tím spíše zákaz jakékoliv pomoci k sebevraždě a tím je zákaz eutanazie v souladu s Hippokratovou přísahou nebo její tradicí. Druhý postoj a jeho představitelé Platon, Aristoteles či stoikové, schvalovali eutanazii vážně či nevléčitelně nemocných, protože péče o ně byla drahá, zatěžovala a oslabovala společnost. Komunita by dle nich měla upustit od péče o takové lidi a nechat je zemřít, nebo by měli být zabiti přímo. Podobný osud v zájmu společnosti by měl potkat i postižené či vážně nemocné děti. Tyto postupy jsou zaznamenány i v právních předpisech městského státu Sparta. Novorození chlapci byli přineseni na zkoušku, která měla za úkol prokázat životaschopnost dítěte. Pokud bylo dítě vyhodnoceno jako neživotaschopné, bylo zabito. Dalšími důvody, které mohou dle Platóna ospravedlnit sebevraždu, jsou extrémní utrpení, chudoba či stud.<sup>208</sup> Starověcí učenci schvalovali dobrovolné umírání za předpokladu, že bylo provedeno ze správných důvodů. V městském státě Athény měli soudci stále k dispozici zásobu jedu pro každého, kdo si přál zemřít.<sup>209</sup>

Od pádu Římského impéria a rozmachu křesťanství jsou literární odkazy na dobrovolnou smrt či eutanazii velmi vzácné, což naznačuje, že provádění těchto činů postupně klesalo.

<sup>207</sup> A General History of Euthanasia. [online]. [cit. 2012-02-03]. Dostupné z: <[www.life.org.nz/euthanasia/abouteuthanasia/histo...](http://www.life.org.nz/euthanasia/abouteuthanasia/histo...)>.

<sup>208</sup> KUŘE, J. *Euthanasia – the „Good death“ controversy in humans and animals*. Vyd. 1. Rijeka: InTech, 2011, s. 8 - 9.

<sup>209</sup> *History of Euthanasia and Physician-Assisted Suicide*. [online]. [cit. 2013-02-08]. Dostupné z: <<http://euthanasia.procon.org/view.resource.php?resourceID=000130>>.

V některých zemích Evropy diktovaly zákony potupné jednání se sebevrahy. Jejich mrtvola byla tažena koňmi po ulici, případně přibita k sudu a hozena do řeky. Středověká etika jasně eutanazii i sebevraždu odsuzovala.<sup>210</sup> Smrt jako taková nebyla sice v křesťanském středověku idealizována, ale zároveň je chápána jako šance a příležitost se skrze utrpení a smrt samotnou přiblížit k vrcholnému okamžiku celých dějin stvoření.<sup>211</sup> Ve 13. století Akvinský formuloval argumenty, které podporovaly názory katolické církve na sebevraždu. Odsuzoval sebevraždu v jakékoliv podobě, protože je v rozporu s Boží autoritou nad životem, který je Božím darem. Tento postoj k sebevraždě trval od středověku přes renesanci až k období reformace. Do té doby nebyla možná žádná diskuse, která by sebevraždy či eutanazii podporovala či pouze pochybovala o katolických doktrínách.<sup>212</sup>

Z období renesance stojí za zmínku v souvislosti s eutanazií jméno humanisty Moora (1478-1535). Ve svém spisu „*Utopia*“ z roku 1516 navrhuje eutanazii jeho možnost odchodu ze života pro beznadějně nemocné. Jeho pojetí eutanazie je ovšem odlišné od významu eutanazie ve starověku, kde se pojmem eutanazie rozumí klidná nenásilná smrt. Moore vidí v eutanazii poslední možnost pro pacienty bez jakékoliv naděje na vyléčení, jako soucitnou odpověď na lidské utrpení. Kromě lékařské beznaděje určuje další dvě podmínky pro eutanazii. Eutanazie musí být dobrovolná, tedy se souhlasem pacienta. Další podmínkou jsou dlouhodobé a nesnesitelné bolesti. Žádost o eutanazii může být tedy přijata pouze v situacích, kdy už není žádná naděje na zlepšení stavu pacienta. Nikdo také nemůže být zabit proti svojí vůli.<sup>213</sup>

Jeden z prvních moderních myslitelů, kteří významně ovlivnili pozdější pojetí vědy, a který přišel s novým konceptem eutanazie, byl anglický pozdně renesanční filosof Bacon (1561-1626). Medicína by měla být vědou i uměním, která umožňuje lékaři pomoci pacientovi umřít snadným a přirozeným způsobem. Od eutanazie si Bacon slibuje klidnou

---

<sup>210</sup> tamtéž

<sup>211</sup> ŠPINKOVÁ, M., ŠPINKA, Š. Euthanasie. Víme očem mluvíme? Praha: Cesta domů, s. 6.

<sup>212</sup> *History of Euthanasia and Physician-Assisted Suicide*. [online]. [cit. 2013-02-08]. Dostupné z: <<http://euthanasia.procon.org/view.resource.php?resourceID=000130>>.

<sup>213</sup> KUŘE, J. *Euthanasia – the „Good death“ controversy in humans and animals*. Vyd. 1. Rijeka: InTech, 2011, s. 15-16.



smrt osoby, která ji očekává. Smyslem eutanazie je dle něj zemřít nenásilně, bezbolestně a ve spánku. Spánek je pro něj (stejně jako pro starověk) metaforou smrti.<sup>214</sup>

Významným mezníkem ve vývoji názorů na sebevraždu a eutanazii bylo období osvícenství a jeho zdůraznění konceptu autonomie člověka.<sup>215</sup> Jedním z nejdůležitějších literárních počinů v diskusi o sebevraždě je esej filosofa Huma (1711- 1776) „*Of Suicide*“, která byla ovšem publikována až po jeho smrti (1783). Autor zde kritizuje „*falešné náboženství*“, které nutí člověka k prodlužování utrpení jenom proto, aby neurazil Boha. Dle něj je nepochybné, že utrpení způsobené stářím, nemocí či neštěstím může být mnohem horší než neštěstí způsobené sebevraždou. Tento argument jistě hraje roli v současných diskuzích o etice asistované sebevraždy v lékařském kontextu. Podle Huma existují neštěstí života, proti kterým je nutné použít sebevraždu jako fatální nápravu a je přesvědčen, že sebevražda není žádný přestupek vůči povinnosti k bohu a každý má právo rozhodovat o svém životu. Protipólem k tomuto názoru na sebevraždu je přístup Kanta (1724-1804). Kant je jejím velkým odpůrcem. Jeho hlavním argumentem proti sebevraždě pochází z Kategorického imperativu: sebevražda se nemůže stát principem pro univerzální právní předpisy, protože je v rozporu s přírodním zákonem. Ten, kdo přemýšlí o sebevraždě, by se měl ptát sám sebe, zda může být jeho činnost v souladu s myšlenkou lidstva jako cíl sám o sobě. Každý má dle Kanta povinnost udržovat svůj život, protože je to lidská přirozenost. Kantova argumentace, která vnímá sebevraždu jako porušení povinnosti vůči sobě i vůči Bohu je v souladu s náboženskými důvody, které ji zakazují.<sup>216</sup>

Důležitou skutečností v diskusi o eutanazii byla izolace morfinu na počátku 19. století a jeho široké použití jako léku, který dokáže ulevit od bolesti. Využívání morfinu se velmi rychle rozšířilo. Právnický Williams začal obhajovat jeho používání nejen v léčbě bolesti, ale i pro eutanazii. Jeho návrh získal velkou pozornost lékařů i vědců a rozpoutal diskusi na lékařských konferencích i v literatuře. Přesto většina lékařů v té době zastávala názor, že by morfin měl být podáván pouze k tišení bolesti a ne k uspíšení smrti pacienta.<sup>217</sup>

---

<sup>214</sup> KUŘE, J. *Eutanasia – the „Good death“ controversy in humans and animals*. Vyd. 1. Rijeka: InTech, 2011, s. 16-17.

<sup>215</sup> ŠPINKOVÁ, M., ŠPINKA, Š. *Euthanasie. Víme o čem mluvíme?*. Praha: Cesta domů, s. 7.

<sup>216</sup> KUŘE, J. *Eutanasia – the „Good death“ controversy in humans and animals*. Vyd. 1. Rijeka: InTech, 2011, s. 18-19.

<sup>217</sup> *History of Euthanasia and Physician-Assisted Suicide*. [online]. [cit. 2013-02-08]. Dostupné z: <<http://euthanasia.procon.org/view.resource.php?resourceID=000130>>.

Evoluční teorie z konce 19. století se přinesly nový přístup společnosti k problémům slabých jedinců a nevléčitelných pacientů. Darwin (1809-1892), autor evoluční teorie a jeho následovníci zastávali teorii, že pouze dostatečně silní jedinci jsou schopni pokračovat v evolučním vývoji. Naopak, pro evoluční vývoj jsou nevhodní lidé slabí a nemocní. Evoluční teorie byla později využívána a zneužívána medicínou - např. v rámci eugenické hnutí. Darwinismus přímo ovlivnil názory na eutanazii, kterou zdůvodňoval jako formu lékařem prováděnou bezbolestnou smrt pro slabé, nevhodné či zmrzačené osoby.<sup>218</sup>

Moderní historie eutanazie pravděpodobně začíná vydáním knihy „Právo zemřít“ od spisovatele Jorsta, která byla vydaná v r. 1895 v Německu. Zpočátku byla v eutanazii viděna sociální reforma umožňující se vypořádat s beznadějně nemocnými. Důvodem k oprávnění k provádění eutanazie byl nejčastěji uváděn soucit, nedostatečná kvalita života a možnost omezení nákladů za léčbu.<sup>219</sup>

Historii nacistického programu eutanazie je třeba chápat v kontextu historie eugeniky. Eugenika byla oblastí vědy, která předcházela moderní genetice. Zabývala se v podstatě „rasovou hygienou“ a mezi dvěma světovými válkami byla velmi respektovaným oborem v Evropě i v Americe. V roce 1920 napsali právník Binding a psychiatr Hoche knihu s názvem „Die Freigabe der Vernichtung Lebensunwerten Lebens“, ve které tvrdili, že ve smyslu utilitarismu by byla možno v zájmu společnosti ospravedlnit eutanazii mentálně postižených osob.<sup>220</sup> V této knize se poprvé objevila označení jako „neužiteční jedlíci“ či „balastní existence“, která byla později propagandisticky používána nacisty.<sup>221</sup> Poprvé se Bez ohledu na protesty mnohých vědců, pokračovali v roce 1933 po nástupu k moci v tomto odkazu a zavedli tyto eugenické myšlenky do praxe.<sup>222</sup> V Německu byly dokonce

---

<sup>218</sup> KUŘE, J. *Eutanasia – the „Good death“ controversy in humans and animals*. Vyd. 1. Rijeka: InTech, 2011, s. 20.

<sup>219</sup> HNILICOVÁ, A. *Eutanazie*. [online]. [cit. 2013-02-09]. Dostupné z: < [www.dostojnost.eu/eutanazia/eutanazie.pdf](http://www.dostojnost.eu/eutanazia/eutanazie.pdf)>.

<sup>220</sup> KUŘE, J. *Eutanasia – the „Good death“ controversy in humans and animals*. Vyd. 1. Rijeka: InTech, 2011, s. 20.

<sup>221</sup> BÖHM, B. *Nehodné žití: nacistická "eutanázie" v říšské župě Sudety a protektorátu Čechy a Morava 1939-1945*. Alkoven: Verein Schloss Hartheim, 2008.

<sup>222</sup> *Nazi Euthanasia Program*. [online]. [cit. 2013-02-09]. Dostupné z: < [www.ncas.rutgers.edu/.../nazi-euthanasia-progra](http://www.ncas.rutgers.edu/.../nazi-euthanasia-progra)>.

při vysokých školách zřizovány ústavy pro rasovou hygienu a to ještě před nástupem Hitlera k moci.<sup>223</sup>

Už od počátku 20. století a ještě více ve 30. letech v období trvání hospodářské krize se staly sebevraždy a eutanazie po celém světě velmi diskutovaným tématem. Podle průzkumů, které proběhly v roce 1937, bylo pro eutanazii dětí, které se narodí postižené, až 45% Američanů.<sup>224</sup> Ve Velké Británii byl dokonce ve Sněmovně lordů v roce 1936 projednáván zákon o legalizaci eutanazie, který byl ovšem odmítnut.<sup>225</sup> 16. ledna 1938 byla ve Spojených státech amerických založena Národní společnost pro legalizaci eutanazie (NSLE). V Evropě byla nejznámější společností britská „*League for Voluntary Euthanasia*“ (Liga za dobrovolnou eutanazii) založená roku 1935.<sup>226</sup>

Za počáteční impuls k praktikování tzv. „*eutanazie*“ v nacistickém Německu lze považovat případ, který se odehrál koncem roku 1938 nebo na začátku roku 1939. Otec dítěte, které se narodilo slepé, chyběla mu noha a část ruky a které dle svědectví Hitlerova osobního lékaře Brandta vypadalo „*jako idiot*“, požádal písemně Hitlera, aby ho dítěte zbavil. Tento případ zahájil Hitlerův „*dětský program eutanazie*“. Hitler pověřil Brandta a vysokého nacistického funkcionáře Bouhlera, aby v podobných případech postupovali stejným způsobem. Říšským ministerstvem vnitra byl v srpnu 1939 vydán oběžník, podle kterého měli být evidováni děti, u nichž bylo podezření na různá postižení (např. idiocie, mongolismus, mikrocefalie, hydrocefalus výraznějšího stupně, chybějící končetiny, spina bifida, obrna). Některé děti byly potom převáženy na „*speciální dětské kliniky*“ a likvidovány (smrt hladem, smrtící injekce, smrt na podvýživu a nemoci). Porodní asistentky a lékaři byli povinni registrovat děti do věku tří let. Rozhodnutí o tom, zda bude dítě žít, záleželo na třech odbornících z řad lékařů, kteří se rozhodovali pouze na základě dotazníku, bez jakéhokoliv vyšetření a bez studia zdravotnické dokumentace.<sup>227</sup> Od roku 1939 do konce války tímto způsobem dle odhadu přišlo o život až 5000 dětí.<sup>228</sup>

---

<sup>223</sup> MUNZAROVÁ, M. *Zdravotnická etika od A do Z*. Praha: Grada Publishing s.r.o., 2005, s. 30.

<sup>224</sup> *History of Euthanasia and Physician-Assisted Suicide*. [online]. [cit. 2013-02-08]. Dostupné z: <<http://euthanasia.procon.org/view.resource.php?resourceID=000130>>.

<sup>225</sup> tamtéž

<sup>226</sup> BÖHM, B. *Nehodné žití: nacistická "eutanazie" v říšské župě Sudety a protektorátu Čechy a Morava 1939-1945*. Alkoven: Verein Schloss Hartheim, 2008.

<sup>227</sup> *Brief History of Euthanasia*. [online]. [cit. 2013-02-09]. Dostupné z: <[iands-euthanasia.blogspot.com/.../brief-history-of](http://iands-euthanasia.blogspot.com/.../brief-history-of)>.

<sup>228</sup> MUNZAROVÁ, M. *Zdravotnická etika od A do Z*. Praha: Grada Publishing s.r.o., 2005, s. 30-31.

Hitler plánoval zřídit „zvláštní dětská oddělení“ také v protektorátu. Frank to ovšem v roce 1942 předběžně odmítl.<sup>229</sup>

V říjnu 1939, po vypuknutí 2. světové války, byl program „*eutanazie*“ rozšířen na nemocné a zdravotně postižené dospělé. Dostal název „*organizace T4*“, který se odvíjí od názvu sídla kanceláře kancléře Hitlera Tiergartenstrasse 4 v Berlíně. Program započal prohlášením výše zmíněného Bouhlera, který se vyjádřil, že účel programu není pouze zbavit se životů, které nejsou hodny žití, nýbrž i uvolnit lůžka v nemocnicích a ulehčit práci zdravotnickému personálu, který byl zatížen díky počínající válce.<sup>230</sup> Do psychiatrických léčeben, nemocnic i dalších institucí, které pečovaly o chronicky nemocné, byly distribuovány dotazníky. Bylo do nich značeno, jakou chorobou pacient trpí (schizofrenie, epilepsie, senilita, ochrnutí, syfilitida, retardace, encefalitida, Huntingtonova choroba a jiná neurologická onemocnění), zda je pacient v daném zařízení déle než 5 let, zda má či nemá německé občanství nebo německé předky, zda je žid, černoch nebo Rom.<sup>231</sup> V Německu bylo v letech 1940 – 1941 zřízeno šest ústavů, v nichž měla být prováděna „*eutanazie*“ vybraných jedinců. Jednalo se o budovu bývalé věznice v Brandenburgu a ústavy pro duševně nemocné a postižené v Grafenecku, Hartheimu, Pirně – Sonnenstein, Bernburgu a Hadamaru. Ve všech byly také zřízeny plynové komory. V nich byli pacienti likvidováni oxidem uhelnatým.<sup>232</sup> Do plynových komor, které byly maskovány jako sprchy, byli pacienti přiváděni nazi, většinou i pod vlivem drog. Každé centrum disponovalo i krematoriem, kde byla těla likvidována. Rodinám takto zabitých pacientů byla většinou sdělena příčina smrti srdeční selhání nebo zápal plic. Kouření komínu v centru v Hadamaru a obrovský nárůst úmrtnosti zdravotně postižených vzbudilo podezření a strach. Dne 3. srpna 1941 pronesl katolický biskup von Galen kázání, ve kterém nazval nacistický program „*eutanazie*“ prostým vražděním. Kázání zaslal nacistickému vedení a žádal je o veřejné odsouzení programu.<sup>233</sup> 24. srpna 1941 byl na pokyn Hitlera program zastaven. V rámci „*akce T4*“ bylo ovšem zavražděno

---

<sup>229</sup> BÖHM, B. *Nehodné žití: nacistická "eutanazie" v říšské župě Sudety a protektorátu Čechy a Morava 1939-1945*. Alkoven: Verein Schloss Hartheim, 2008.

<sup>230</sup> MUNZAROVÁ, M. *Zdravotnická etika od A do Z*. Praha: Grada Publishing s.r.o., 2005, s. 31.

<sup>231</sup> *Brief History of Euthanasia*. [online]. [cit. 2013-02-09]. Dostupné z: < [iands-euthanasia.blogspot.com/.../brief-history-of-](http://iands-euthanasia.blogspot.com/.../brief-history-of-) >.

<sup>232</sup> BÖHM, B. *Nehodné žití: nacistická "eutanazie" v říšské župě Sudety a protektorátu Čechy a Morava 1939-1945*. Alkoven: Verein Schloss Hartheim, 2008.

<sup>233</sup> *Brief History of Euthanasia*. [online]. [cit. 2013-02-09]. Dostupné z: < [iands-euthanasia.blogspot.com/.../brief-history-of-](http://iands-euthanasia.blogspot.com/.../brief-history-of-) >.

dle odhadů více než 70 000 osob.<sup>234</sup> Nicméně, nacistický program „*eutanazie*“ tiše pokračoval, ale už bez plynových komor. Místo toho bylo použito hladovění a drogy.<sup>235</sup> Do konce války tak zahynulo přibližně dalších 70 000 osob.<sup>236</sup>

### 3.2 Eutanazie po druhé světové válce

Po 2. světové válce diskuse o eutanazii pokračovaly. Na návrh předsedkyně Komise OSN pro lidská práva Rooseveltové, mělo být dokonce právo na eutanazii zahrnuto do Charty Spojených národů. Po Norimberském procesu, který odhalil nacistické vraždění s názvem „*eutanazie*“, se od tohoto návrhu upustilo.<sup>237</sup>

Od roku 1960 ovlivňuje diskuse o eutanazii nevídaná revoluce a exploze v rozvoji medicíny, která dokáže prodlužovat život mnohem déle, než to bylo možné dříve. Lékaři se stali těmi, kdo rozhodují o tom, kdy život začíná a kdy také končí. Druhým vlivem je právo na sebeurčení, které se stalo celosvětovým hnutím.<sup>238</sup>

Postoje ke smrti a umírání, ale i sama smrt jsou tedy zcela odlišné od toho, jak to bývalo dříve. Díky lékařským technologiím, které prodlužují lidský život a z umírání často dělají dlouhodobý proces častěji než náhlou událost. Lidé se selháním ledvin mohou žít na dialýze klidně i 20 let. Lidé s nevléčitelnou rakovinou mohou žít měsíce i roky díky chemoterapii a ozařování. Život obětí automobilových nehod, které by dříve zemřeli na poranění hlavy, může být nyní zachován díky umělé plicní ventilaci a umělé výživě.<sup>239</sup> Je tedy možno říci, že dříve člověk žil krátký aktivní život, který byl ukončen krátkou nemocí a rychlou smrtí. Dnešní doba se všemi vymoženostmi mírně prodloužila život aktivní, ale výrazně prodloužila dobu stonání a umírání.<sup>240</sup>

---

<sup>234</sup> BÖHM, B. *Nehodné žití: nacistická "eutanázie" v říšské župě Sudety a protektorátu Čechy a Morava 1939-1945*. Alkoven: Verein Schloss Hartheim, 2008.

<sup>235</sup> *Brief History of Euthanasia*. [online]. [cit. 2013-02-09]. Dostupné z: < [iands-euthanasia.blogspot.com/.../brief-history-of-](http://iands-euthanasia.blogspot.com/.../brief-history-of-) >.

<sup>236</sup> MUNZAROVÁ, M. *Zdravotnická etika od A do Z*. Praha: Grada Publishing s.r.o., 2005, s. 31.

<sup>237</sup> KUSHNER, T. K., THOMASMA, D. C. *Od narození do smrti: etické problémy v lékařství*. Vyd. 1. Praha, 2000, s. 217.

<sup>238</sup> KUSHNER, T. K., THOMASMA, D. C. *Od narození do smrti: etické problémy v lékařství*. Vyd. 1. Praha, 2000, s. 217.

<sup>239</sup> End of Life. [online]. IN: *Hastings center*. [cit. 2012-01-17]. Dostupné z: < <http://www.thehastingscenter.org/Issues/Default.aspx?v=244> >.

<sup>240</sup> VÁCHA, M. et al. *Základy moderní lékařské etiky*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2012, s. 236.

V dnešní době touží člověk po rychlé a zároveň bezbolestné smrti. Chce se vyhnout útrapám, které přináší bolestné umírání a osamělost. Ariés v této souvislosti hovoří o tak zvané „zakázané smrti“. Smrt, která byla dříve důvěrně známá a byla součástí života rodiny, se dnes ztrácí v nemocnicích a stává se něčím cizím, neznámým a obávaným.<sup>241</sup> Nejčastějšími důvody, které jsou lidmi například v Holandsku uváděny v žádostech o eutanazii, nejsou bolest a fyzické utrpení, ale mnohem častěji je to pocit opuštěnosti, osamělosti a také pocit, že jsou pro ostatní pouze přítěží. K dalším nejčastějším důvodům patří pocit ztráty smyslu života a strach z umírání a smrti.<sup>242</sup>

Moderní medicína má mnoho možností, jak lidský život uměle prodlužovat na dobu neurčitou. To vede k mnoha právním a morálním diskusím, které se týkají „marné léčby“ (futility medical) a přechodu z intenzivní péče o pacienta na léčbu paliativní.<sup>243</sup> Marná léčba je prastarý koncept. Už Hippokrates jasně uvedl, že lékaři by měli odmítnout léčbu těm, nad kterými nemoc zvítězila a uvědomit si, že už žádné léky nepomohou.<sup>244</sup> Pokud by tedy eutanazie byla „ukončení“ života pacienta lékařem, pak „prodlužování“ života lékařem je nazýváno dystanazií. Eticky nepřipustné je nejen život pacienta zkrátit, ale také neúměrně prodlužovat. Dystanazii neboli „zadržanou smrt“ lze také definovat jako umělé a násilné prodlužování přirozeného procesu umírání léčbou, jejíž nevýhody pro pacienta převažují nad výhodami. To ovšem neznamená, že lékař pacienta úplně opustí. I když není vždy povinen kauzální léčbou, péčí je povinen vždy. Dokonce žádný filozof, filozofická škola či náboženský systém po lékaři nežadají, aby byl pacient vždy a všude léčen za jakoukoli cenu. Právě naopak. Diskuse o eutanazii v dnešní době totiž vznikly mimo jiné právě kvůli těmto pacientům, udržovaným při životě někdy neúměrně a za jakoukoli cenu. V případě ukončení „marné léčby“ se tedy nedá mluvit o eutanazii, protože ta je dnes moderně definována jako aktivní čin lékaře na aktivní žádost pacienta. Dle Váchy: „eticky je velký rozdíl mezi „letting die“ (ponechání zemřít) a mezi „killing“ (zabití), je totiž rozdíl, zda pacienta zabije nemoc, nebo lékař“. V případě, že je pacient schopen komunikovat, chce pokračovat v léčbě a léčba je k dispozici, samozřejmě léčen je. Opačným případem je situace, kdy dospělý kompetentní pacient má právo na vysazení

<sup>241</sup> ARIÈS, P. *Dějiny smrti: zdivočelá smrt*. Vyd. 1. Praha: Argo, 2000.

<sup>242</sup> MUNZAROVÁ, M. Eutanazie a asistované suicidium. Holandsko. IN: *Praktický lékař*, 1994, roč. 74, č. 9, s. 437–438.

<sup>243</sup> KASMAN, D. L. *When Is Medical Treatment Futile?* [online]. [cit. 2012-01-17]. Dostupné z: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1492577/>>.

<sup>244</sup> KASMAN, D. L. *When Is Medical Treatment Futile?* [online]. [cit. 2012-01-17]. Dostupné z: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1492577/>>.

stávající nebo nenasazení nové léčby, i když si je plně vědom, že důsledkem bude jeho trvalé poškození nebo smrt. I toto pacientovo přání je lékař nucen respektovat. Případy pacientů, kteří nejsou schopni své přání vyjádřit, byly řešeny už od druhé poloviny 20. století ve Spojených státech amerických.<sup>245</sup>

Precedentním případem, ve kterém byli lékaři žádáni o ukončení léčby, která byla neefektivní a pouze udržovala životní funkce, byl případ pacientky Quinlanové ve státě New Jersey ve Spojených státech amerických. Tato žena upadla po oslavě narozenin v dubnu 1975 po intoxikaci anxiolytiky, alkoholem a pravděpodobně i barbituráty do spánku. Pacientku se podařilo po delší době rozdychat, ale už nenabyla vědomí. Musela být napojena na podpůrné dýchání a dále zůstávala v hlubokém kómatu („*perzistující vegetativní stav*“). U pacientky ovšem chyběly známky mozkové smrti, protože na EEG byla patrná aktivita mozku.<sup>246</sup> Po třech měsících se otec, po poradě s knězem a dalšími lidmi, rozhodl na základě dceřiných dříve projevených přání, rozhodl podepsat souhlas, který by lékaři umožnil pacientku odpojit od ventilátoru.<sup>247</sup> Nemocnice jeho požadavku nevyhověla a odvoláním na rozhodnutí Americké lékařské společnosti (AMA), jež v té době odpojení respirátoru s cílem „*nechat pacienta zemřít*“ chápala jako formu eutanazie, kterou považovala za vraždu. Otec se poté obrátil na soud, který po roce soudních jednání, požadavek přijal a pacientka byla v květnu 1976 od respirátoru odpojena. Dívka ovšem začala dýchat spontánně a v popsáném stavu strávila dalších deset let, aniž by kdy nabyla vědomí.<sup>248</sup> V roce 1985 dostala pneumonii, kterou se lékaři rozhodli neléčit antibiotiky, protože kvalita jejího života byla natolik nízká, že její léčba byla považována za futilní.<sup>249</sup> Zemřela nakonec až 13. 6. 1986. Tento případ vyvolal odbornou diskusi, která se týkala práv pacientů, především jejich autonomie a jejich rozhodování o tom, jak a kdy si nepřejít být léčeni, resuscitováni či udržováni ve stavu, který téměř neposkytuje šanci na přežití, a když, tak nikoli na kvalitní život.<sup>250</sup> Celá diskuse vyústila v instituci tzv. „*advance directives*“ (česky „*dříve vyslovená přání*“). Pokud pacient chce, může takové přání

<sup>245</sup> VÁCHA, M. *Ukončení zbytečné léčby*. [online]. [cit. 2012-02-09]. Dostupné z: <<http://iforum.cuni.cz/IFORUM-8771-version1.pdf>>.

<sup>246</sup> HONZÁK, R. *Eutanazie - a proč jsem proti*. [online]. [cit. 2012-02-09]. Dostupné z: <<http://granosalis.cz/modules.php?name=News&file=print&sid=763>>.

<sup>247</sup> KUSHNER, T. K., THOMASMA, D. C. *Od narození do smrti: etické problémy v lékařství*. Vyd. 1. Praha, 2000.

<sup>248</sup> HONZÁK, R. *Eutanazie - a proč jsem proti*. [online]. [cit. 2012-02-09]. Dostupné z: <<http://granosalis.cz/modules.php?name=News&file=print&sid=763>>.

<sup>249</sup> VÁCHA, M. et al. *Základy moderní lékařské etiky*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2012, s. 237.

<sup>250</sup> HONZÁK, R. *Eutanazie - a proč jsem proti*. [online]. [cit. 2012-02-09]. Dostupné z: <<http://granosalis.cz/modules.php?name=News&file=print&sid=763>>.

sepsat, případně může určit jinou osobu, která bude mít plnou moc rozhodovat, co se s daným pacientem má stát, až nebude schopen komunikace.<sup>251</sup> Ve formulářích typu „*living will*“, „*advanced directives*“ pacienti určují, jaké formy léčby si nepřejí, případně jaké naopak vyžadují. Např. formulář z r. 1991 obsahuje jednoznačné formulace:

- „*budu-li terminálně nemocný, nepřeji si následující léčbu....*“

- „*budu-li v kómatu nebo v bezvědomí, bez naděje na zlepšení, pak si nepřeji....*“ apod.

Zároveň jsou ve formulářích vybrány příklady léčebných postupů, které může budoucí pacient již předem odmítnout (umělé dýchání, umělá výživa a podávání tekutin, kardiopulmonální resuscitace, antibiotika, krevní transfuze atd.). V podobném formuláři z r. 1997, který využívají v Kanadě, je mezi jinými i formulace: „*V případě, že nebude možnost navrátit mi v dostatečné míře fyzické a mentální schopnosti, nepřeji si být udržován při životě umělými a neadekvátními prostředky. Přeji si, aby mi byly podávány pouze patřičné léky pro účinnou úlevu od bolestí, i kdyby tímto mohlo dojít k uspíšení okamžiku mé smrti*“ a zároveň věta: „*Žádám, abyste se cítili být morálně zavázáni k plnění uvedených návodů...*“.<sup>252</sup> V České republice je institut „*dříve vysloveného přání*“ ošetřen Zákonem č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách.<sup>253</sup> To, že se dříve vyslovené přání má zohlednit ještě ovšem neznamena, že musí být lékařem splněno za každých okolností. Zdravotníci by si měli být jisti, že se dříve vyslovené přání týká jasně současné situace, je stále platné a pacient byl písemně lékařem poučen o důsledcích svého rozhodnutí. Dříve vyslovené přání ze strany pacienta také nelze respektovat, pokud lékaře nabádá k činnostem, které vedou k aktivnímu ukončení života pacienta (např. podání smrtelné dávky léku, náhlé odpojení od přístrojů, náhlá dekanylace či deextubace, bez poskytnutí jakékoli další zdravotní péče, či jiné péče s ohledem na hodnotový žebříček pacienta) nebo byly již dříve započaty takové zdravotní služby, jejichž ukončení by způsobilo aktivní smrt pacienta.<sup>254</sup>

<sup>251</sup> VÁCHA, M. *Ukončení zbytečné léčby*. [online]. [cit. 2012-02-09]. Dostupné z: <<http://iforum.cuni.cz/IFORUM-8771-version1.pdf>>.

<sup>252</sup> MUNZAROVÁ, M. *Právo smrtelně nemocných a umírajících osob na sebeurčení (k dokumentu Parlamentního shromáždění Rady Evropy 1418/1999)*. [online]. [cit. 2012-02-09]. Dostupné z: <<http://www.hospice.cz/wp-content/uploads/oldhosp/pravo.html>>.

<sup>253</sup> Souhlas a rozhodování pacienta. [online]. IN: *Férová nemocnice*. [cit. 2012-02-10]. Dostupné z: <<http://www.ferovanemocnice.cz/souhlas-a-rozhodovani-pacienta-32/drive-vyslovena-prani-2496.html>>.

<sup>254</sup> SKÁCEL, J. Dříve vyslovené přání. Kdy jej respektovat a kdy ne. [online]. IN: *TRIBUNE.cz*. [cit. 2012-02-10]. Dostupné z: <<http://www.tribune.cz/clanek/24816>>.



První zemí světa, ve které byla aktivní eutanazie poprvé legalizována, se stala v roce 1996 Austrálie, předsněji řečeno její teritorium Northern Territory. Už o devět měsíců později ovšem federální parlament kontroverzní zákon eutanazii legalizující zrušil. Za dobu jeho trvání podstoupily eutanazii celkem čtyři osoby. Zákon umožňoval podstoupit eutanazii těm pacientům, kteří se prokázali osvědčením dvou praktických lékařů o tom, že jsou nevléčitelně nemocní, přáli si zemřít a těm, kteří byli na základě hodnocení psychologa k takovému rozhodnutí duševně způsobilí.<sup>255</sup>

V Evropě bylo první zemí, která legalizovala eutanazii, v mnoha ohledech liberální Nizozemí. Zákon, který povoluje aktivní eutanazii a asistovanou sebevraždu, nabyt účinnosti 1. dubna 2002.<sup>256</sup> Tomuto kroku předcházela dlouholetá veřejná diskuse a nelegální provádění eutanazie. V roce 1990 byla nizozemskou vládou nakonec zřízena tzv. „*Remmelinkova komise*“, jejímž úkolem bylo provést celonárodní studii v problematice eutanazie a jiných lékařských rozhodnutí týkajících se konce života. Komise přinesla zjištění, že největší skupinu žadatelů o eutanazii tvoří nevléčitelně nemocní pacienti s rakovinou. Podíl úmrtí na rakovinu v Nizozemí činil v té době 27% a 68% případů eutanazie provedených v Nizozemí tvořili právě tyto nemocní. Další žadatelé byli nemocní s kardiovaskulárními chorobami (9%), s plicními nemocemi (6%), s onemocněním střev (3%), s infekčními chorobami např. s AIDS – Syndrom získaného selhání imunity (2%) a s onemocněním nervového systému (2%). Co nutí tyto pacienty k závěru, že jejich další život je natolik neúnosný, že žádají o eutanazii? Lékaři, kteří se studie účastnili, nahlásili komisi důvody 187 pacientů. V 57% se jednalo o ztrátu důstojnosti, v 46% o strach ze špatného umírání a bolest. Pouze 6% pacientů (10 osob) uvedlo, že nesnesitelná fyzická bolest byla jejich jediným důvodem. Tyto nálezy potvrzují názory holandských lékařů, že pro požadavek na eutanazii pacienty nevede nepřekonatelná fyzická bolest, nýbrž nesnesitelné nebo nesmyslné utrpení celkově.<sup>257</sup> První zpráva „*Remmelinkovy komise*“ byla zveřejněna v Lancetu již v roce 1991 a v roce 1994 vstoupil

---

<sup>255</sup> Eutanazie ve světě. [online]. IN: *EPRAVO.CZ*, a.s. [cit. 2012-02-10]. Dostupné z: <<http://www.epravo.cz/top/clanky/eutanazie-ve-svete-33479.html>>.

<sup>256</sup> tamtéž

<sup>257</sup> SNEIDERMAN, B. *Euthanasia in the Netherlands: A model for Canada?* [online]. [cit. 2012-02-11]. Dostupné z: <[http://www.humanehealthcare.com/Article.asp?art\\_id=379](http://www.humanehealthcare.com/Article.asp?art_id=379)>.

v Nizozemí v platnost rozporuplný zákon (schovaný pod zákonem o pohřbnictví), který při splnění určitých podmínek tuto trestnou činnost netrestal.<sup>258</sup>

Jako další krok bylo v roce 1998 zřízení multidisciplinárních komisí, složených z právníka, lékaře a etika. Tyto komise měly za úkol posuzovat prováděné eutanazie. Komise málokdy zjistila závažné pochybení lékařů, kteří eutanazii provedli. Po dvou desetiletích politických intervencí rozhodl v roce 2001 nizozemský parlament o tom, že by eutanazie měla být legalizována. Počet lidí, kteří souhlasili s legalizací eutanazie v Nizozemí, se totiž zvýšil z 50% v roce 1966 až na 90% v roce 1998. Provedení eutanazie v Nizozemí se řídí těmito pravidly:

1. Pacientova žádost je dobrovolná a promyšlená.
2. Pacientovo utrpení je nesnesitelné a beznadějně.
3. Pacient je informován o svém zdravotním stavu a výhledech do budoucna.
4. Neexistuje žádná jiná alternativa a eutanazie je poslední možností.

K dalším nutným požadavkům patří, že lékař provádějící eutanazii musí každý případ konzultovat s dalším nezávislým lékařem a ukončení života by mělo být provedeno s náležitou lékařskou péčí a pozorností. Holandský model zdravotnictví je totiž z velké části založen na péči praktických lékařů, se kterými mají pacienti dlouhodobý a osobní vztah. To napomáhá lékařům provádějícím eutanazii znát důkladně pacientův zdravotní stav a naplnit tak nutná kritéria pro provedení eutanazie. Každý rok je totiž v Nizozemí podáno přibližně 9000 žádostí o provedení aktivní eutanazie nebo asistované sebevraždy a pouze méně než jedna třetina je schválena a provedena. Zbytek tvoří zamítnuté žádosti či samovolné úmrtí pacienta ještě před projednáním žádosti.<sup>259</sup>

Další zemí, kde byla eutanazie legalizována, se stala, jen o několik měsíců později než Nizozemí, Belgie. Eutanazii zde mohou podstoupit lidé, kteří jsou nevyлéčitelně nemocní, kteří jsou vystaveni stálému nesnesitelnému a nepotlačitelnému psychickému

<sup>258</sup> *Akceptováním eutanazie bychom mohli dospět k tomu, že smrt má větší cenu než život.* [online]. [cit. 2012-02-11]. Dostupné z: <[http://zpravy.idnes.cz/akceptovanim-eutanazie-bychom-mohli-dospet-k-tomu-ze-smrt-ma-vetsi-cenu-nej-zivot-gi3-/kavarna.aspx?c=A110331\\_154735\\_kavarna\\_chu](http://zpravy.idnes.cz/akceptovanim-eutanazie-bychom-mohli-dospet-k-tomu-ze-smrt-ma-vetsi-cenu-nej-zivot-gi3-/kavarna.aspx?c=A110331_154735_kavarna_chu)>.

<sup>259</sup> RIETJENS, J. A. *Two Decades of Research on Euthanasia from the Netherlands. What Have We Learnt and What Questions Remain?.* [online]. [cit. 2012-02-11]. Dostupné z: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2733179/>>.

nebo fyzickému utrpení. Žadatelé o eutanazii musí být plnoletí, přičetní, informováni o svém zdravotním stavu a nadějích na vyléčení. Každý z žadatelů o eutanazii musí o ni dvakrát požádat a být si přitom hluboce vědom důsledků této žádosti. V případě, že žadatel není v konečném stádiu onemocnění, musí být vypracováno lékařské stanovisko o jeho zdravotním stavu a prognóze. Každá provedená eutanazie se musí ohlásit speciální komisi, která přezkoumá, zda lékař provádějící eutanazii postupoval podle platných právních předpisů. Celý proces schvalování je velmi komplikovaný a zdlouhavý. Cílem je omezit zneužití zákona.<sup>260</sup>

Země, ve které je ovšem povolena pouze asistovaná sebevražda a nikoliv aktivní eutanazie, je Švýcarsko. Zde existuje zcela unikátní situace. Žadatel o asistovanou sebevraždu nemusí být terminálně nemocný a nemusí být švýcarským občanem. V souvislosti s těmito skutečnostmi se ve Švýcarsku odehrává jev zvaný „sebevražedný turismus“. Další zvláštností Švýcarska v této problematice je fakt, že asistenci u sebevraždy provádějí sice lékaři, ale nikoliv jako zástupci lékařské profese, nýbrž spíše jako občané státu.<sup>261</sup> Asistované sebevraždy bývají prováděny na soukromých klinikách. Příkladem je klinika Dignitas, která v letech 1998 až 2011 pomohla ke smrti 1169 pacientům ze zahraničí. Přibližně polovina pacientů byla občany Německa. Druhou nejpočetnější skupinu cizinců tvořili občané Velké Británie. Umřít na kliniku přijelo dokonce i několik Čechů.<sup>262</sup>

Jako třetí zemí v Evropě, kde byla eutanazie legalizována, se v dubnu 2009 stalo Lucembursko. Parlament schválil eutanazii v únoru 2008. Zákon ovšem odmítl podepsat lucemburský velkovévoda. Parlament z toho důvodu změnil ústavu, takže když v březnu 2009 zákon o eutanazii parlament schválil, podpis velkovévody už nebyl potřeba.<sup>263</sup>

Na americkém kontinentu je jedinou zemí, kde je eutanazie legalizována, stát Oregon ve Spojených státech amerických. Asistovaná sebevražda je zde legální od roku 1998. O legalizaci rozhodli občané Oregonu nadvakrát v referendu. Pravidla pro provedení

---

<sup>260</sup> Eutanazie ve světě. [online]. IN: *EPRAVO.CZ*, a.s. [cit. 2012-02-10]. Dostupné z: <<http://www.epravo.cz/top/clanky/eutanazie-ve-svete-33479.html>>.

<sup>261</sup> VÁCHA, M. et al. *Základy moderní lékařské etiky*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2012, s. 245.

<sup>262</sup> Asistovaných sebevražd ve Švýcarsku trvale přibývá. [online]. IN: *zdravi.e15.cz*. [cit. 2013-02-11]. Dostupné z: <<http://zdravi.e15.cz/clanek/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-zdn/asistovanych-sebevrazd-ve-svycarsku-trvale-pribyva-464062?category=ze-zahranici>>.

<sup>263</sup> *Země, v nichž je povolena aktivní eutanazie (podání smrtícího prostředku na žádost nemocného)*. [online]. [cit. 2012-02-10]. Dostupné z: <<http://www.toplekar.cz/archiv-clanku/eutanazii-umoznuje-jen-velmi-malo-zemi.html>>.

eutanazie jsou ovšem velmi striktní. Osoba žádající o eutanazii se musí nacházet v terminální fázi choroby (nejvíce šest měsíců před smrtí), což musí potvrdit dva lékaři. Pacient musí nejprve dvakrát ústně a jednou písemně požádat o eutanazii, přičemž každá taková žádost musí následovat nejdříve po dvou týdnech od předcházející. Pacient musí být zároveň v takovém psychickém stavu, aby si byl plně vědom důsledků své žádosti. Dva svědkové musí potvrdit, že je jeho rozhodnutí učiněno dobrovolně a bez vnějšího nátlaku. Smrtící látku předepisuje lékař, ovšem aplikovat si ji smí pouze pacient. Lékaři praktikující v Oregonu mohou tento zákrok provádět i u osob žijících mimo Oregon. Tato možnost však není ve Spojených státech masově prováděna.<sup>264</sup>

V ostatních státech světa je jakákoliv forma aktivní eutanazie či asistované sebevraždy trestná, což ovšem nebrání zastáncům či odpůrcům v intenzivních diskusích, ve kterých předkládají nové a nové argumenty pro legalizaci nebo naopak zákaz eutanazie.

### **Argumenty pro eutanazii**

Argumenty ve prospěch eutanazie lze rozdělit do několika hlavních kategorií:

#### **1. Argumenty založené na právech**

Každý člověk má právo zemřít.<sup>265</sup> Lidé by proto měli mít svobodu volby, včetně práva kontrolovat své vlastní tělo a život a stát by neměl vytvářet zákony, které brání lidem v tom, aby si mohli vybrat, kdy a jak zemřou.<sup>266</sup> Samostatné právo na smrt není nutné, protože právo na smrt patří k základním lidským právům. Smrt je soukromou záležitostí každého jedince, a pokud nenarušuje práva jiných, nemají stát ani ostatní lidé právo zasahovat.<sup>267</sup>

Jedním z nejvíce uveřejňovaných argumentů je fakt, že kdyby byl člověk fyzicky zdatný, nepotřeboval by cizí pomoc v okamžiku, kdy si přeje odejít ze světa a mohl by spáchat sebevraždu, která není trestná. Proto neumožnění eutanazie diskriminuje pacienty

---

<sup>264</sup>Eutanazie ve světě. [online]. IN: *EPRAVO.CZ*. a. s. [cit. 2012-02-10]. Dostupné z: <<http://www.epravo.cz/top/clanky/eutanazie-ve-svete-33479.html>>.

<sup>265</sup> *Overview of pro-euthanasia arguments*. [online]. [cit. 2012-02-11]. Dostupné z: <[http://www.bbc.co.uk/ethics/euthanasia/infavour/infavour\\_1.shtml](http://www.bbc.co.uk/ethics/euthanasia/infavour/infavour_1.shtml)>.

<sup>266</sup> *Euthanasia and assisted suicide – Arguments*. [online]. [cit. 2012-02-11]. Dostupné z: <<http://www.nhs.uk/Conditions/Euthanasiaandassistedsuicide/Pages/Arguments.aspx>>.

<sup>267</sup> *Overview of pro-euthanasia arguments*. [online]. [cit. 2012-02-11]. Dostupné z: <[http://www.bbc.co.uk/ethics/euthanasia/infavour/infavour\\_1.shtml](http://www.bbc.co.uk/ethics/euthanasia/infavour/infavour_1.shtml)>.

se zhoršujícím se fyzickým onemocněním. Což je v rozporu se základními lidskými právy, které diskriminaci člověka zakazují. Za další porušení lidských práv zastánci legalizace eutanazie považují, že není eutanazie umožněna lidem, kteří trpí nesnesitelnou bolestí. Listina základních práv a svobod jasně uvádí, že nikdo nesmí být vystaven nelidskému nebo ponižujícímu zacházení. Neumožnění lidem ukončit svůj život je tak odsuzuje k prodloužení utrpení a ztrátě důstojnosti.<sup>268</sup>

## 2. Pragmatické argumenty

Eutanazii je možno regulovat tak, aby nemohlo docházet k jejímu zneužívání.

Umožnění umřít lidem, kteří jsou v terminální fázi nemoci a kteří si přejí umřít, může uvolnit omezené finanční zdroje ve zdravotnictví a tím pomoci lidem, kteří mají ještě šanci na život.<sup>269</sup> Tento argument je možno slyšet ze strany pojišťoven, než od pacientů samotných. Finance, které jsou vloženy na péči o umírající, mohou pak chybět u akutních případů.<sup>270</sup>

Eutanazie a to zejména pasivní je už velmi rozšířenou praxí a to více, než je přiznáváno. Proto by bylo lepší eutanazii legalizovat a tím ji moci regulovat.<sup>271</sup>

## 3. Filozofické argumenty

Sázka na hédonistickou či utilitaristickou etiku – pokud si je pacient vědom, že leží v posteli, ze které už do konce života nevstane, že zbytek života stráví čekáním na smrt, že už nezažije nic příjemného, není důvod vyčkávat na přirozený příchod smrti. Pokud kyvadlo nelibosti převáží u člověka nad libostí, není důvod přebývat nadále na tomto světě.

Odpovědnost lékaře či jiného člověka za eutanazii a asistovanou sebevraždu neexistuje. Není – li po smrti nic, pak nemůže být za to nic odpovědnost.

---

<sup>268</sup> *Euthanasia: Should It Be Legal?* [online]. [cit. 2012-02-11]. Dostupné z: <[j.whyville.net/smmk/whytimes/article?id=3041](http://j.whyville.net/smmk/whytimes/article?id=3041)>.

<sup>269</sup> tamtéž

<sup>270</sup> VÁCHA, M. et al. *Základy moderní lékařské etiky*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2012, s. 250.

<sup>271</sup> *Euthanasia and assisted suicide – Arguments*. [online]. [cit. 2012-02-11]. Dostupné z: <<http://www.nhs.uk/Conditions/Euthanasiaandassistedsuicide/Pages/Arguments.aspx>>.

Eutanazie je aktem milosrdenství. V některých státech světa (Spojené státy americké nebo Velká Británie) je možné občana soudit, pokud neukrátká život zvířeti, které trpí při výzkumu. Je rozdíl mezi *human animals* a *non – human animals*?<sup>272</sup>

## 2. Argumenty proti eutanazii

Existují čtyři hlavní typy argumentu využívané lidmi, kteří jsou proti eutanazii a asistované sebevraždě. Jsou známy jako:

### 1. Náboženské argumenty

Eutanazii a asistovanou sebevraždu nelze nikdy ospravedlnit z náboženských důvodů, protože jedině Bůh má právo ukončit lidský život. Lidské bytosti jsou posvátné Boží stvoření, tak i lidský život je posvátný. Tyto názory nebo variace na ně jsou sdíleny křesťanskou, židovskou a islámskou vírou. Tato otázka je složitější v hinduismu a buddhismu. Učenci z obou náboženství tvrdí, že eutanazie a asistované sebevraždy jsou v některých případech eticky přijatelné. Tyto názory však nemají všeobecnou podporu mezi praktikujícími hinduisty a buddhisty.<sup>273</sup>

2. Argument „*kluzkého svahu*“ je založen na myšlence, že jakmile lékaři a tím i vláda, začnou zabíjet své vlastní občany, může se to stát nebezpečným precedentem a z eutanazie by se mohlo stát nekontrolovatelné zabíjení nepohodlných lidí.<sup>274</sup> Postupně může totiž dojít k ukončování životů lidí, kteří jsou sice těžce nemocní, ale dosud neumírají, životů lidí, kteří jsou sice nevléčitelně nemocní, ale mohli být ještě dlouho živi. Zabíjení by mohli být postižení novorozenci, lidé trpící senilitou a mentálně postižení. Lze v tom najít určitou logiku. Když umožnit eutanazii lidem umírajícím, proč nezkrátit utrpení i těm, které tyto strasti teprve čekají? A proč nepokračovat dál? Proč nepomoci i těm, kteří své přání nemohou vyslovit, například dětem?<sup>275</sup> Holandští lékaři přiznávají, že v letech 1997 – 2005 bylo zabito 22 dětí „*milosrdnou smrtí*“. Žádný z lékařů, tyto činy provádějící, nebyl z ničeho obviněn.<sup>276</sup>

---

<sup>272</sup> VÁCHA, M. et al. *Základy moderní lékařské etiky*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2012, s. 248.

<sup>273</sup> *Overview of pro-euthanasia arguments*. [online]. [cit. 2012-02-11]. Dostupné z: <[http://www.bbc.co.uk/ethics/euthanasia/infavour/infavour\\_1.shtml](http://www.bbc.co.uk/ethics/euthanasia/infavour/infavour_1.shtml)>.

<sup>274</sup> *Euthanasia and assisted suicide – Arguments*. [online]. [cit. 2012-02-11]. Dostupné z: <<http://www.nhs.uk/Conditions/Euthanasiaandassistedsuicide/Pages/Arguments.aspx>>.

<sup>275</sup> MUNZAROVÁ, M. *Eutanazie, nebo paliativní péče?*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2005.

<sup>276</sup> VÁCHA, M. et al. *Základy moderní lékařské etiky*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2012, s. 253.

### 3. Argumenty lékařské etiky

Žádat lékaře či jiné zdravotnické pracovníky o provedení eutanazie pomoc u asistované sebevraždy by bylo porušením základních principů lékařské etiky. Žádat lékaře, aby porušil Hippokratovu přísahu, by mohlo uškodit vztahu lékař - pacient, který je už od pradávna postaven na vzájemné důvěře. Lidé by si mohli začít myslet, že lékař je raději zabije, než aby na sebe vzal odpovědnost na komplexní a náročnou péči.

Provádění eutanazie by se také časem mohlo pro lékaře stát rutinou a mohlo by vést k nedostatku empatie a soucitu k seniorům, zdravotně postiženým či nevléčitelně nemocným lidem.<sup>277</sup>

### 4. Podpůrné argumenty

Není důvod, proč by měl člověk v terminální fázi onemocnění trpět psychicky či fyzicky, protože jsou k dispozici efektivní prostředky paliativní medicíny. Eutanazie není tedy možností, nýbrž selháním lékaře v péči o pacienta. Podle tohoto argumentu, pokud pacient dostane správnou péči, ve správném prostředí, neměl by mít žádný důvod o eutanazii žádat. Jeho odchod by měl být v tomto případě důstojný, bezbolestný a hlavně přirozený.<sup>278</sup>

### 3.3 Paliativní medicína a hospicová péče

V současné době se stále více dostává do popředí otázka péče o umírající. V celém světě je to jedna z nejmodernějších a nejrychleji se rozvíjející oblastí medicíny. Velký podíl na tomto stavu má vědecko - technický rozvoj, díky kterému byly v posledních několika desítkách let vyvinuty přístroje, které zachraňují lidské životy. Odvrácenou stranou dnešní přetechnizované „vítězné“ medicíny je v některých případech udržování umírajícího, samostatně života neschopného člověka. Dle Vorlíčka: „Žijeme však v době,

---

<sup>277</sup> *Euthanasia and assisted suicide – Arguments*. [online]. [cit. 2012-02-11]. Dostupné z: <<http://www.nhs.uk/Conditions/Euthanasiaandassistedsuicide/Pages/Arguments.aspx>>.

<sup>278</sup> *Euthanasia and assisted suicide – Arguments*. [online]. [cit. 2012-02-11]. Dostupné z: <<http://www.nhs.uk/Conditions/Euthanasiaandassistedsuicide/Pages/Arguments.aspx>>.

*kdy se dominantním cílem lékařů stalo prodlužovat a udržovat život za každou cenu, i když se smrt pokládá za nepatřičnou prohru.*<sup>279</sup>

Jako odpověď na závažné problémy nevléčitelně nemocných a umírajících v 2. polovině 20. století vniklo hospicové hnutí, které je základem pro paliativní medicínu. Pacienti s nevléčitelným onemocněním a umírající se stali z ekonomického hlediska zátěží pro nemocnice a traumatem pro ty lékaře, kteří chtěli být za každou cenu úspěšní v léčbě. Umírající byli v neosobních přetechnizovaných nemocničních zařízeních osamělí a v nejtěžších chvílích svého života odloučení od svých nejbližších.<sup>280</sup> Zde dle Dobříkové existuje hrozba, že by se eutanazie mohla rozšířit i na postižené a nemocné osoby, které netrpí, ale spíše jsou břemenem pro společnost. Nemajetní a nepojištění lidé by mohli být do eutanazie tlačeni, protože zdravotní péče na akutním lůžku je velmi finančně náročná. Umírajícím by byla věnována menší péče, protože smrtící lék by se používal na jakýkoliv problém a nemoc. V neposlední řadě by zanikla důvěra pacienta k lékaři, protože lékař by už nebyl v pozici, kdy pomáhá a léčí, nýbrž v pozici, kdy i „zabíjí“.<sup>281</sup> Na tuto situaci reagovali některé sestry a lékaři zdůrazňováním povinnosti nejenom léčit a vyléčit, ale i účinně pomáhat tam, kde vyléčení už není v silách medicíny a smrt je nevyhnutelná.<sup>282</sup> Jedním z možných řešení tohoto problému se ukázalo zavádění nových přístupů v péči o terminálně nemocné, kterými jsou paliativní péče a hospicové hnutí. Tento typ péče je v současné době rozšířený a aplikovaný v celém kulturním světě. Pokud je realizovaný na patřičné úrovni, stává se tak dle některých odborníků otázka eutanazie bezpředmětnou.<sup>283</sup>

Paliativní a hospicová péče není ovšem žádnou novinkou v péči o nemocné. Péče o umírající je stejně stará, jako lidstvo samo. Na začátku péče probíhala neorganizovaně a neuvědoměle. Prvním písemným záznamem je založení útulku pro tuláky a opuštěné lidi vládcem Indie ve Varani roku 238 před naším letopočtem. Útulek sloužil jako místo

<sup>279</sup> VORLÍČEK, J. et al. *Paliativní medicína*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 1998, s. 90.

<sup>280</sup> KIZÁK, J. *Koncepcia zdravotnej starostlivosti v odbore paliatívna medicína vrátane hospicovej starostlivosti - súčasný stav*. [online]. [cit. 2012-02-11]. Dostupné z: <<http://www.hospice.sk/hospice1/index2.php?id=466>>.

<sup>281</sup> DOBRÍKOVÁ, P. *Eutanázia verzus paliatívna starostlivosť*. [online]. [cit. 2012-02-11]. Dostupné z: <[http://www.pravo-medicina.sk/detail-aktuality?new\\_id=0332d0a7ee9260f5bc](http://www.pravo-medicina.sk/detail-aktuality?new_id=0332d0a7ee9260f5bc)>. 18.9.2011>.

<sup>282</sup> KIZÁK, J. *Koncepcia zdravotnej starostlivosti v odbore paliatívna medicína vrátane hospicovej starostlivosti - súčasný stav*. [online]. [cit. 2012-02-11]. Dostupné z: <<http://www.hospice.sk/hospice1/index2.php?id=466>>.

<sup>283</sup> FABUŠ, S., KULICHOVÁ, M. *Paliatívna a hospicová starostlivosť*. [online]. [cit. 2012-02-11]. Dostupné z: <[www.hospice-martin.szm.com/.../...Podobné](http://www.hospice-martin.szm.com/.../...Podobné)>.



k přežití posledního období života těchto lidí. Po smrti byli zpopelnění a jejich popel vyspán do řeky Gangy.<sup>284</sup> Ve středověku péče o umírající úzce souvisela s křesťanstvím a pod záštitou církve začaly vznikat při kláštorech různé útulky pro nemocné, chudé, opuštěné.<sup>285</sup> Posláním hospiců nebyla pouze léčba a pomoc při umírání, ale také pohostinnost, ochrana, zabezpečení základních životních potřeb, porozumění a přátelství.<sup>286</sup>

Ve spojení s umíráním poprvé použila slovo hospic Mme. Garnierová, která v roce 1842 založila hospic Dames de Calvarie v Lyonu ve Francii. Později byl tento termín použit v Dublinu členkami řádu Sisters of Charity, které otevřely v roce 1879 Our's Lady Hospice. Stejným církevním řádem byl založen i Hospic svatého Josefa v Hackney v roce 1905, který pracoval při Nemocnici svatého Lukáše. Z těchto základů vyrostl první skutečně moderní hospic na světě – St. Christopher's Hospice v Londýně roku 1967. Hlavním motivem jeho provozování byla snaha o humanizaci medicíny pro smrtelně nemocné a umírající.<sup>287</sup> V tomto hospici působila po 2. světové válce nejprve jako sestra a po vystudování medicíny i jako lékařka Saundersová, jejíž jméno je spojeno s rozvojem hospicového hnutí ve 2. polovině 20. století. V 50. letech zde postupně vypracovala zásady lékařské péče přiměřené potřebám a situaci nemocných, které již tehdejší medicína nedokázala vyléčit. V roce 1967 založila v Londýně Hospic sv. Kryštofa, ve kterém je péče o umírající poprvé zajišťována multidisciplinárním týmem.<sup>288</sup>

Při budování hospiců ve 20. století se vycházelo i ze zkušeností lékařky Kübler- Rossové. Její studie jsou velkou pomocí pro ty, kteří se podílejí na péči o umírající. Pro paliativní péči je mimořádně významný její popis stadií, jimiž člověk, který ví nebo tuší, že zemře, prochází (odmítání pravdy – negace; hněv – zloba; smlouvání – vyjednávání; deprese; smíření – přijetí – souhlas) spolu s radami, jak mu lze v každém období pomáhat až

---

<sup>284</sup> tamtéž

<sup>285</sup> VORLÍČEK, J. et al. *Paliativní medicína*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 1998, s. 19.

<sup>286</sup> FABUŠ, S., KULICHOVÁ, M. *Paliativna a hospicová starostlivost*. [online]. [cit. 2012-02-11]. Dostupné z: <[www.hospice-martin.szm.com/.../...Podobné](http://www.hospice-martin.szm.com/.../...Podobné)>.

<sup>287</sup> BYSTRICKÝ, Z. Hospicová péče – organizace a zkušenosti z českých pracovišť. [online]. IN: *zdravi.e15.cz*. [cit. 2012-02-11]. Dostupné z: <<http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/hospicova-pece-organizace-a-zkusenosti-z-ceskych-pracovist-134569>>.

<sup>288</sup> VORLÍČEK, J. et al. *Paliativní medicína*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 1998, s. 19-20.

do žádoucího smíření. Díky ní vzniklo nové „*ars moriendi*“ (umění umírat) v tom nejlepšího slova smyslu.<sup>289</sup>

Moderní hospicové hnutí se rychle začalo šířit do celého světa. Když chtěl v roce 1975 kanadský lékař Mount založit další takové zařízení v Montrealu, uvědomil si riziko určitého nedorozumění v souvislosti se slovem hospic. Tento výraz se totiž ve francouzsky hovořící části Kanady už používal v jiném kontextu. To jej vedlo k zavedení pojmu „*paliativní péče*“. Od té doby existují v oblasti hospicové a paliativní péče na celém světě snahy o nalezení společného jazyka, protože nejednotnost termínů představuje brzdu ve vývoji mezinárodních standardů a norem.<sup>290</sup>

V roce 1987 byla ve Velké Británii vytvořena a přijata první koncepce paliativní medicíny coby lékařské specializace na úrovni ostatních specializací a ihned v roce 1988 byla založena Evropská asociace paliativní péče (European Association for Palliative Care). Tato asociace se výrazně zasloužila o pochopení potřeby paliativní medicíny jako součásti zdravotní péče laickou i odbornou veřejností. Důležitým dokumentem v oblasti paliativní medicíny a hospicové péče je Doporučení Rady ministrů Rady Evropy pro členské státy o organizaci paliativní péče z roku 2003. V Doporučení se mimo jiné uvádí: „*Paliativní péče se nezaměřuje na specifické onemocnění. Zahrnuje období od diagnózy pokročilého onemocnění až po konec truchlení pozůstalých, což může být roky, týdny a zřídka jen dny. Není synonymem terminální péče, ale zahrnuje ji*“.<sup>291</sup>

V roce 2002, tedy 35 let od založení prvního hospicového zařízení, fungovalo již ve více než 100 zemích světa více než 8000 podobných ústavů. Z toho jich bylo asi 3000 v Evropě a 4000 v severní části Amerického kontinentu.<sup>292</sup>

Ve vymezení obsahu termínu „*paliativní medicína*“ ovšem ani v současné době neexistuje všeobecná shoda. Samotný termín pochází z latinského slova „*pallium*“, které lze do češtiny přeložit jako maska, pokrytí, zakrytí pláštěm. Dle Munzarové: „*v této*

---

<sup>289</sup> MUNZAROVÁ, M. *Proč ne eutanazii, aneb, Být, či nebýt?*. Vyd. 2. KostelníVydří: Karmelitánské nakladatelství, 2008, s. 43.

<sup>290</sup> RADBRUCH, K., PAYNE, S. et al. *Standardy a normy hospicové a paliativní péče v Evropě*. Praha: Cesta domů a Česká společnost paliativní medicíny, 2010, s. 7.

<sup>291</sup> KIZÁK, J. *Koncepcia zdravotnej starostlivosti v odbore paliatívna medicína vrátane hospicovej starostlivosti - súčasný stav*. [online]. [cit. 2012-02-11]. Dostupné z: <<http://www.hospice.sk/hospice1/index2.php?id=466>>.

<sup>292</sup> SLÁMA, O., ŠPINKA, Š. *Koncepcie paliativní péče v ČR: pracovní materiál k odborné a veřejné diskusi*. Praha: Cesta domů, 2004, s. 11.

*etymologii lze nalézt pravou podstatu péče paliativní. Jejím cílem je maskovat účinky neléčitelné choroby a zakrýt pláštěm ty trpící, kteří nemohou být ponecháni v chladu tehdy, pokud jim nemohlo být pomůženo léčbou kurativní“.*<sup>293</sup>

Světová zdravotnická organizace definovala paliativní péči v roce 2002 takto: „*Paliativní péče je přístupem, který usiluje o zlepšení kvality života pacientů, kteří čelí problémům spojeným s život ohrožujícím onemocněním. Včasným rozpoznáním, kvalifikovaným zhodnocením a léčbou bolesti a ostatních tělesných, psychosociálních a duchovních problémů se snaží předcházet a mírnit utrpení těchto nemocných a jejich rodin“.*<sup>294</sup>

Podle komplexnosti péče nutné k držení dobré kvality života nevléčitelně nemocných a umírajících je účelné dělit paliativní péči na obecnou a specializovanou.

**Obecná paliativní péče** je dobrou klinická praxe v situaci pokročilého onemocnění, která je poskytována zdravotníky v rámci základních odborností. Zahrnuje rozpoznání, sledování a ovlivňování toho, co je významné pro kvalitu pacientova života v návaznosti na jeho onemocnění. Patří sem základní léčba symptomů, respekt k pacientově autonomii, efektivní komunikace s pacientem a jeho rodinou, organizační zajištění. Obecnou paliativní péči by měli umět poskytovat všichni zdravotníci s ohledem na specifika svých odborností.

**Specializovaná paliativní péče** je aktivní interdisciplinární péče poskytovaná týmem odborníků, kteří jsou v otázkách paliativní péče speciálně vzděláni. Tento tým je tvořen lékařem, zdravotními sestrami, sociálním pracovníkem, psychologem, fyzioterapeutem, pastoračním pracovníkem a dle potřeby i dalšími odborníky (zajištění léčebně – pedagogické činnosti dětem).<sup>295</sup> Specializovaná paliativní péče je poskytována odborníky na paliativní péči v těchto zařízeních:

- hospic jako samostatně stojící lůžkové zařízení poskytující specializovanou paliativní péči
- oddělení paliativní péče v rámci jiných lůžkových zdravotnických zařízení (tj. především v rámci nemocnic a léčeben)

<sup>293</sup> MUNZAROVÁ, M. *Eutanazie, nebo paliativní péče?*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005, s. 62.

<sup>294</sup> VORLÍČEK, J., SLÁMA, O. Paliativní medicína - historie a současnost. [online]. IN: *SANQUIS*. Dostupné z: <<http://www.sanquis.cz/index2.php?linkID=art345>>.

<sup>295</sup> PAYNE, J. *Kvalita života a zdraví*, Praha: Triton, 2005.

- konziliární tým paliativní péče v rámci zdravotnického zařízení (nemocnice nebo léčebny)
- specializovaná ambulance paliativní péče
- denní stacionář paliativní péče („denní hospicový stacionář“)
- zvláštní zařízení specializované paliativní péče (např. specializované poradny a tísňové linky, zařízení určená pro určité diagnostické skupiny atd.)<sup>296</sup>

Jejich úlohou je zejména:

1. zlepšit kvalitu života pacienta až do smrti,
2. poskytnout pacientovi úlevu od bolesti a jiných závažných symptomů, které doprovází jeho zdravotní stav,
3. zmírnit pacientovo utrpení a stabilizovat jeho zdravotní stav,
4. neurychlovat ani neoddalovat smrt,
5. zabezpečit pacientovi komplexní léčbu a péči týmem zdravotnických pracovníků s odbornou erudicí,
6. integrovat psychologické a spirituální aspekty péče o pacienta.<sup>297</sup>

Paliativní péče chápe umírání a smrt jako přirozenou součást lidského života a přitom vychází z toho, že každý člověk prožívá závěrečnou fázi svého života se všemi jeho tělesnými, duševními, sociálními, duchovními a kulturními aspekty zcela individuálně. Paliativní medicína pomáhá chránit zejména důstojnost nevléčitelně nemocných, přičemž klade důraz na kvalitu života. Součástí péče o nevléčitelně nemocné je i nabídka

---

<sup>296</sup> *Paliativní péče.* [online]. [cit. 2012-02-12]. Dostupné z: <<http://www.paliativnimedicina.cz/palmed/paliativni-pece>>.

<sup>297</sup> KIZÁK, J. *Koncepcia zdravotnej starostlivosti v odbore paliatívna medicína vrátane hospicovej starostlivosti - súčasný stav.* [online]. [cit. 2012-02-11]. Dostupné z: <<http://www.hospice.sk/hospice1/index2.php?id=466>>.

všestranné účinné opory příbuzným a přátelům umírajících, kterým pomáhá zvládat jejich zármutek i po smrti blízkého člověka.<sup>298</sup>

**Hospicová péče** je paliativní péče poskytovaná pacientům s nevléčitelným onemocněním a umírajícím pacientům hospicem jako samostatným zdravotnickým zařízením.<sup>299</sup> Termín hospic pochází ze slova „*hospitium*“, které lze vysvětlit jako útulek.<sup>300</sup> Zahrnuje všechny prvky paliativní péče: paliativní medicínu, ošetrovatelskou, psychologickou, spirituální, respitní, sociální a péči o pozůstalé. Může být poskytována formou ústavní či ambulantní (tzv. mobilním hospicem“).<sup>301</sup>

**Respitní péče** je stimulující změna prostředí, která umožňuje vzájemnou podporu a spolupráci osob zapojených do péče o pacienta s nevléčitelným onemocněním a umírajících včetně jejich rodiny. Cílem je eliminovat důsledky psychosociální zátěže, která vyplývá z paliativní péče.<sup>302</sup> Respitní péče může být poskytována v zařízeních poskytujících denní péči (denní stacionář), v lůžkových zařízeních (lůžkový hospic) nebo také prostřednictvím specializovaných služeb určených pro domácí péči (odlehčovací služby v domácnosti pacienta).<sup>303</sup>

**Péče o rodinu** nevléčitelně nemocných a umírajících je součástí paliativní péče a znamená psychosociální podporu rodině pacienta před jeho smrtí, během umírání a i po jeho smrti. Cílem této péče je předcházet psychickým onemocněním, které mohou vzniknout v důsledku nezpracovaných zážitků ze ztráty nejbližšího člověka. Mimořádnou a speciální pozornost vyžadují v těchto situacích zejména děti, které se smutkem a ztrátou blízkého člověka vyrovnávají osobitým způsobem.<sup>304</sup>

---

<sup>298</sup> SKÁLA, B. et al. *Paliativní péče o pacienty v terminálním stádiu nemoci*. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, 2011.

<sup>299</sup> KIZÁK, J. *Koncepcia zdravotnej starostlivosti v odbore paliatívna medicína vrátane hospicovej starostlivosti - súčasný stav*. [online]. [cit. 2012-02-11]. Dostupné z: <<http://www.hospice.sk/hospice1/index2.php?id=466>>.

<sup>300</sup> MUNZAROVÁ, M. *Proč ne eutanazii, aneb, Být, či nebýt?*. Vyd. 2. KostelníVydří: Karmelitánské nakladatelství, 2008, s. 42.

<sup>301</sup> KIZÁK, J. *Koncepcia zdravotnej starostlivosti v odbore paliatívna medicína vrátane hospicovej starostlivosti - súčasný stav*. [online]. [cit. 2012-02-11]. Dostupné z: <<http://www.hospice.sk/hospice1/index2.php?id=466>>.

<sup>302</sup> tamtéž

<sup>303</sup> RADBRUCH, K., PAYNE, S. et al. *Standardy a normy hospicové a paliativní péče v Evropě*. Praha: Cesta domů a Česká společnost paliativní medicíny, 2010, s. 20.

<sup>304</sup> KIZÁK, J. *Koncepcia zdravotnej starostlivosti v odbore paliatívna medicína vrátane hospicovej starostlivosti - súčasný stav*. [online]. [cit. 2012-02-11]. Dostupné z: <<http://www.hospice.sk/hospice1/index2.php?id=466>>.

**Dobrovolníci** představují pro paliativní péči nepostradatelný přínos. Z toho důvodu by služby specializované paliativní péče měly zapojovat dobrovolníky nebo spolupracovat s dobrovolnickými službami.<sup>305</sup> Dobrovolníci jsou organizovanou a školenou skupinou lidí, kteří jsou ochotní svůj volný čas trávit nezištnou pomocí druhým. Neposkytují zdravotní péči, ale vykonávají doplňkové a vedlejší činnosti technického nebo kulturního charakteru s cílem psychosociální podpory pro zdravotnické pracovníky, pacienty a jejich rodiny. Doprovázejí pacienty na procedury, vykonávají pro ně drobné nákupy, organizují kulturní vystoupení, podílejí se na úpravě prostředí, mohou se podílet na získávání finančních zdrojů pro provoz zařízení paliativní péče a podobně.<sup>306</sup> Aby mohli dobrovolníci odpovídajícím způsobem plnit roli partnera v síti paliativní péče, musí být splněno několik předpokladů:

1. dobrovolní pracovníci musejí být vyškoleni, pracovat pod dohledem a odborná veřejnost i společnost je musejí uznávat jako právoplatné členy týmu
2. výcvik je nepostradatelný a je nutné, aby byli dobrovolní pracovníci pečlivě vybíráni
3. dobrovolní pracovníci působí v týmu pod vedením koordinátora
4. koordinátor představuje spojení mezi dobrovolnými pracovníky a osobami pečujícími o pacienta, mezi nemocnicí a příslušným zařízením
5. v multiprofesním týmu dobrovolní pracovníci nenahrazují žádného člena týmu, ale práci týmu doplňují.<sup>307</sup>

V péči o umírající je nesmírně důležité uplatňování základních etických principů. Jedním z nich je i princip autonomie, kdy musí zdravotníci respektovat samostatné a nezávislé konání jedince až do smrti. Autonomie jedince se může projevovat na několika úrovních. Jsou jimi např. aktuální přání, ale i životní preference, které jsou ošetřovatelskému personálu známy již předem. Mohou být vyjádřeny samotným pacientem nebo také jeho blízkými. Dilematická situace nastává v okamžiku, kdy má pacient sníženou schopnost

---

<sup>305</sup> RADBRUCH, K., PAYNE, S. et al. *Standardy a normy hospicové a paliativní péče v Evropě*. Praha: Cesta domů a Česká společnost paliativní medicíny, 2010, s. 46.

<sup>306</sup> KIZÁK, J. *Koncepcia zdravotnej starostlivosti v odbore paliatívna medicína vrátane hospicovej starostlivosti - súčasný stav*. [online]. [cit. 2012-02-11]. Dostupné z: <<http://www.hospice.sk/hospice1/index2.php?id=466>>.

<sup>307</sup> RADBRUCH, K., PAYNE, S. et al. *Standardy a normy hospicové a paliativní péče v Evropě*. Praha: Cesta domů a Česká společnost paliativní medicíny, 2010, s. 46- 47.

racionálního uvažování, která souvisí se změnou kvality vědomí. To ovšem nemá žádný vliv na jeho subjektivní vnímání v úrovni příjemných (bezpečných) či nepříjemných (stresujících) pocitů. Proto je velmi důležité, aby byla ze strany personálu i blízkých zachována ohleduplná a vstřícná komunikace s umírajícím. Důležitou součástí péče je i dostatečná informovanost pacienta, což je předpokladem jeho racionálního uvažování. Zdravotní stav, věk i léky ovlivňují pacientovo vnímání toho, co je mu sdělováno.<sup>308</sup>

Umírání a smrt jdou ruku v ruce společně se strachem. Důvody proč se lidé smrti a umírání bojí, jsou samozřejmě individuální. Často to bývá strach z neznámého a strach z trestu. I když nikdo nikdy nenalezl orgán svědomí v žádném anatomickém atlasu, ani při pitvě, ze zkušeností je ovšem velmi dobře známo, že člověk prostě svědomím vybaven je. Svědomí se zpravidla v závěru života ozývá tím více, čím více bylo v období předcházejícím umlčováno. Bagatelizováním nebo dokonce popíráním těchto skutečností nelze nemocného jeho obav zbavit, proto je nutné ho vzít vážně a chápat ho jako symptom nemocné duše, která stejně jako tělo, potřebuje adekvátní léčbu. Zdravotnický personál musí mít na mysli i pacientův strach z umírání, který mívá velmi konkrétní podobu. Jde o strach z nesnesitelné bolesti, strach ze společenského znemožnění a z toho, že umírání prostě nezvládnou. Velmi často se bojí, že zůstanou při umírání sami - za neblaze pověstnou bílou plentou. Tyto obavy jsou často odůvodněné předchozí zkušeností s umíráním rodičů, prarodičů nebo přátel. Zejména v minulosti bylo běžné direktivní jednání zdravotníků i nezdravotníků v nemocnicích i jinde. Člověk těžko kdy zapomene, že ho k umírající mamince nepustili, protože „už vás stejně nepozná, tak tam nemůžete“. Proto je komunikace s umírajícím velmi důležitá a na konkrétní otázky, byť nevyslovené, je třeba dát nemocnému konkrétní odpověď.<sup>309</sup>

Zdravotníci musí taktéž dodržovat princip beneficence či nonmaleficence, a tedy podle svých možností vždy konat dobro a vyhnout se způsobení škod. Spravedlnost je další důležitý princip, který je neoddělitelnou součástí péče o umírající. Týká se především dostupnosti paliativní medicíny a v neposlední řadě také její kvality.<sup>310</sup>

V České republice se zájem o paliativní medicínu rozvinul až po roce 1989, kdy mělo mnoho našich lékařů a sester možnost navštívit zahraniční pracoviště. Pod vlivem těchto

<sup>308</sup> SLÁMA, O. et al. *Paliativní medicína pro praxi*. Vyd. 2. Praha: Galén, 2011, s. 319-320.

<sup>309</sup> SVATOŠOVÁ, M. Postřehy ze školy, kde vyučují umírající, *Praktický lékař* 78, 1998, č. 4.

<sup>310</sup> SLÁMA, O. et al. *Paliativní medicína pro praxi*. Vyd. 2. Praha: Galén, 2011, s. 319-320.

získaných zkušeností bylo v 90. letech 20. století vybudováno několik hospiců, které působí jako nestátní zdravotnická zařízení.<sup>311</sup> Za průkopnici hospicového hnutí u nás je plným právem považována dr. Svatošová, která se již v roce 1996 zasloužila o otevření prvního hospice Svaté Anežky České v Červeném Kostelci, a která pomáhala a pomáhá v budování dalších hospiců.<sup>312</sup> První oddělení paliativní péče bylo otevřeno v roce 1992 v nemocnici v Babicích nad Svitavou, později přeměněno na léčebnu dlouhodobě nemocných a nakonec zrušeno. Ve Fakultní nemocnici Brno působí od roku 2001 specializovaná ambulance paliativní medicíny v rámci Oddělení léčby bolesti. V posledních letech také vzniklo několik agentur, které se zaměřují na domácí hospicovou péči. Rozvoj tohoto typu péče je však značně limitován stávajícím způsobem úhrad péče ze strany zdravotních pojišťoven. Celkově lze říci, že dynamika rozvoje zařízení specializované paliativní péče je v České republice v porovnání s ostatními srovnatelnými zeměmi (Polsko, Maďarsko) poměrně pomalá a zatím zcela chybí koncepční zdravotní politika v oblasti péče o nevléčitelně nemocné. Nepostradatelnou oblastí pro rozvoj paliativní medicíny je vzdělávání. Paliativní medicína je v naší zemi nejčastěji vyučována v rámci předmětu Lékařská etika a klinická onkologie. Mnohem komplexněji je problematika paliativní medicíny vyučována v bakalářských a magisterských programech ošetrovatelských oborů. Postgraduální vzdělávání je zajišťováno nabídkou kurzů pořádaných Subkatedrou paliativní medicíny IPVZ Praha a Národním centrem ošetrovatelství v Brně. Významnou změnu pro paliativní péči přineslo uznání samostatného oboru Paliativní medicína a léčba bolesti v lednu 2004. Ustavení samostatného oboru vytváří předpoklad pro další rozvoj paliativní medicíny v oblasti vzdělávání, ale také především zlepšení její dostupnosti pro pacienty.<sup>313</sup>

---

<sup>311</sup> VORLÍČEK, J., SLÁMA, O. Paliativní medicína - historie a současnost. [online]. IN: *SANQUIS* . Dostupné z:<<http://www.sanquis.cz/index2.php?linkID=art345>>.

<sup>312</sup> MUNZAROVÁ, M. *Proč ne eutanazii, aneb, Být, či nebýt?*. Vyd. 2. KostelníVydří: Karmelitánské nakladatelství, 2008, s. 43.

<sup>313</sup> VORLÍČEK, J., SLÁMA, O. Paliativní medicína - historie a současnost. [online]. IN: *SANQUIS* . Dostupné z:<<http://www.sanquis.cz/index2.php?linkID=art345>>.



### 3.4 Sociální pedagogika a bioetika

Přetrvávající hodnoty lze v dané společnosti uplatňovat při usměrňování chování pouze do té doby, dokud se nevyskytne nějaká nová situace, dokud nevyvstane konflikt mezi uznávanými závaznými normami a hodnotami, nebo pokud se neukáže, že zásady staré morálky už nejsou vhodné a dostačující ke zvládnutí přicházejících problémů. V této chvíli obvykle začíná proces hledání a zkoumání, jehož výsledkem bývá buď obnova či posílení dosavadních názorů a způsobů jednání, případně vznik nových myšlenkových proudů a způsobů řešení situací. Tyto situace jsou zdrojem nejzávažnějších etických úvah a dilemat. Život je plný těžkostí a člověk je často nešetřně konfrontován s tragickou povahou některých svých rozhodnutí. Bohužel převzatá pravidla ne vždy mohou jedinci pomoci najít správnou cestu a mnohdy se dostává s takovými etickými problémy, že při jejich řešení je nucen sáhnout až na samé dno svých duševních schopností a často ani sám odpověď nenalezne a hledá pomoc u jiných.

21. století přináší obrovský vědecko – technický rozvoj, změny ve společnosti, globalizaci a s nimi i nové etické problémy, se kterými se člověk ještě nesetkal. Moderní věda se svou složitostí vzdaluje člověku, přičemž se pro něho stává méně pochopitelnou.<sup>314</sup> Etické otázky týkající se vědy, výzkumu na lidech, medicíny, životního prostředí jsou proto v dnešní době ve společnosti nejvíce diskutovanými. Pomoci lidem se orientovat v problémech a etických dilematech, které dnešní sekularizovaná a postmoderní společnost přináší, je jednou z oblastí působnosti pomáhajících profesí. Už v antickém Římě se lidé uchýlovali na jeden ze zdejších pahorků (Asylum), kde se jim dostávalo posily od šamanů, léčitelů, kněží či učitelů. Byly to přirozené autority, které pomáhaly pronásledovaným, trpícím a prosícím o pomoc.<sup>315</sup> Složitý proces společenských změn v 19. století vyvolal nutnost rozvoje pomáhajících profesí, jakými jsou poradenství, sociální práce či ošetrovatelství. V průběhu 20. století se vlivem změn funkcí sfinx, stále rostoucímu významu vzdělání a zaměstnání, rozvoje medicíny etablovaly postupně další pomáhající profese a i nyní na počátku 21. století jsou stále na vzestupu. V literatuře se neobjevuje přesný výčet profesí definovaných jako pomáhající.<sup>316</sup> Matoušek v publikaci „*Slovník*

<sup>314</sup> MÜHLPACHR, P. et al. *Sociální pedagogika II*. Brno: IMS, 2011, s. 38.

<sup>315</sup> KRAUS, B. *Základy sociální pedagogiky*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2008, s. 133.

<sup>316</sup> ZÁŠKODNÁ, H., KUBICOVÁ, A. Prosociální chování u pomáhajících profesí. [online]. IN: *KONTAKT-odborný a vědecký časopis pro zdravotně sociální otázky*. ISSN 1804-7122. Dostupné z: < <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/clanky/1~2008/774-prosocialni-chovani-u-pomahajicich-profesi>>.

*sociální práce*“ uvádí, že v širokém pojetí se jedná o profese vycházející z medicíny, psychologie a sociální práce.<sup>317</sup> U všech pomáhajících profesí představuje klíčovou složkou práce pomoc potřebným. Dle Bierhoffa existuje několik forem pomoci: „*pomáhání, prosociální chování, altruismus*“.<sup>318</sup> K pomáhajícím profesím se z těchto výše uvedených skutečností řadí bezesporu i sociální pedagogika.

Kořeny sociální pedagogiky souvisí se sociálním cítěním a konáním v charitativním smyslu až k počátkům křesťanství. Praktickým příkladem je už po několik století činnost některých klášterů a církevních řádů, které zakládali církevní zařízení pro děti a mládež. Jejich úlohou bylo odstraňování morálního úpadku a jeho dalšího šíření. Za přímé předchůdce sociální pedagogiky jsou považováni utopisté Morus (1478 - 1535) či Campanella (1568 - 1639). Ve výchově viděli důležitý prostředek k přeměně tehdejšího společenského systému. Podobný názor na výchovu preferovali i francouzští osvícenští filosofové Helvétius (1715-1771), Diderot (1713-1784) a Voltaire (1649-1778).<sup>319</sup> Obrovský vliv na rozvoj české, ale i světové, pedagogiky měl i Komenský (1592 -1670), který výchovu chápal nejen jako prostředek ke kultivaci jedince, ale také jako prostředek nápravy světa. Na rozvoj sociální pedagogiky měl nepochybně vliv i vznik a vývoj sociologie. Její zakladatel Comte (1798 – 1857) pokládal výchovu za důležitý prostředek socializace. Úkolem výchovy bylo tedy přispívat ke stabilizaci společnosti a chránit ji před rozpadem.<sup>320</sup> Za prvního průkopníka sociální pedagogiky je podle mnohých autorů považován švýcarský pedagog Pestalozzi (1746 – 1827), který položil základy pedagogiky sociální péče jako součást sociální pedagogiky.<sup>321</sup>

Za zakladatele moderní české demokratické pedagogiky a zároveň i sociální pedagogiky lze považovat pedagoga Lindnera (1828-1887). Řešení sociálních problémů viděl ve vzdělání, v mravní výchově, v kladném vztahu k práci a v podpoře slabých a ve svých dílech už používal pojem sociální pedagogika. Taktéž vytvořil předpoklady pro koncepci sociální pedagogiky.<sup>322</sup> V období mezi dvěma světovými válkami se v Československu sociální pedagogice a jejímu postavení v rámci pedagogických věd

<sup>317</sup> MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál, 2008.

<sup>318</sup> BIERHOFF, H. W. *Prosocial Behaviour*. New York: Taylor&Francis, 2002.

<sup>319</sup> LACA, S. *Sociální pedagogika*. Vyd. 1. Brno: IMS, 2011, s. 10.

<sup>320</sup> KRAUS, B. *Základy sociální pedagogiky*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2008, s. 15.

<sup>321</sup> MÜHLPACHR, P. et al. *Sociální pedagogika II*. Brno: IMS, 2011, s. 41.

<sup>322</sup> LACA, S. *Sociální pedagogika*. Vyd. 1. Brno: IMS, 2011, s. 13.

věnoval vysokoškolský pedagog Chlup (1875-1965). Sociální pedagogiku viděl jako: „*normativní vědu, která stanovuje cíle výchovy a jejich sociální dimenzi*“.<sup>323</sup>

Po roku 1948 sociální pedagogika v Československu stagnovala. Sovětské zdroje (encyklopedie, odborné stati) ji označovaly za směr buržoazní pedagogiky, jejímž předmětem jsou „*hraniční sociálně pedagogické problémy*“. Dle nich neexistuje taková oblast výchovy a vzdělání, která by nebyla nějak spjata s životem společnosti, proto je veškerá pedagogika sociální. Není tedy nutné budovat sociální pedagogiku jako samostatnou disciplínu.<sup>324</sup>

Zásadní obrat pro československou sociální pedagogiku znamenala společenská změna po roce 1989. Sociální pedagogika se v návaznosti na společenské změny začala opět rozvíjet.<sup>325</sup> Velký vliv na utváření sociální pedagogiky v České republice měla sociální pedagogika německá a polská. Sociální pedagogika je v těchto zemích historicky starší, institucionalizovaná a má bohatší tradici ve vzdělávání sociálních pedagogů.<sup>326</sup> Německý pedagog Diesterweg (1790-1866) dokonce jako první použil termínu „*sociální pedagogika*“ ve své publikaci „*Rukověť vzdělávání pro německé učitele*“, i když ho dále nevysvětlil. Za zakladatele sociální pedagogiky je proto považován až německý filosof Natorp (1854-1924), který sociální pedagogiku definuje jako vyšší pedagogiku, jejímž úkolem je hledání podstaty lidského bytí. Z toho důvodu do ní zahrnuje i filosofii, etiku, sociologii a sociální politiku.<sup>327</sup>

Polsko patří k zemím, kde má sociální pedagogika nejdelší tradici. K nejvýznamnějším představitelům lze řadit Radlinskou, která sociální pedagogiku definovala jako: „*vědu o člověku, která koncentruje svoji pozornost na vzájemné vztahy jednotlivce a prostředí*“.<sup>328</sup> Další z představitelů polské sociální pedagogiky Lipowski charakterizoval sociální pedagogiku jako součást pedagogických věd, která se věnuje problematice výchovy

---

<sup>323</sup> KLAPILOVÁ, S. *Kapitoly ze sociální pedagogiky*. Olomouc: UP, 1996, s. 10.

<sup>324</sup> *tamtéž*

<sup>325</sup> KRAUS, B. *Základy sociální pedagogiky*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2008, s. 17-18.

<sup>326</sup> BAKOŠOVÁ, Z. Sociální pedagogika a výchova k sociálnosti. IN: *Sborník příspěvků z mezinárodní konference Sociální pedagogikav souvislostech globální krize*. Brno: IMS, 2011, s. 17 – 24.

<sup>327</sup> LACA, S. *Sociální pedagogika*. Vyd. 1. Brno: IMS, 2011, s. 20.

<sup>328</sup> BRAGIEL, J. Miejsce pracy socjalnej w polskiej pedagogice spolcznej. In: *Sociální práce s ostatní spolecenskovední disciplíny*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2002, s. 9.

v závislosti na vznikající proces rozvoje techniky, forem soužití i změnám společenských či právních norem a zásad.<sup>329</sup>

Za nejvýznamnějšího představitele současné sociální pedagogiky v České republice je považován profesor Kraus, který společně s Poláčkovou chápe sociální pedagogiku v širším pojetí jako: „*obor transdisciplinární povahy, který se zaměřuje na roli prostředí ve výchově*“. Od vzniku sociální pedagogiky jako samostatné vědní disciplíny vzniklo velké množství teoretických koncepcí, resp. paradigmat sociální pedagogiky, které ovlivnily i vytváření představy o sociálním pedagogovi jako pomáhající profesi.<sup>330</sup>

V posledních letech se vytvořilo i v České republice několik rozdílných koncepcí a pojetí sociální pedagogiky. K jedné z nich patří i koncepce Institutu mezioborových studií v Brně, kterou lze charakterizovat jako sociální, biodromální a interdisciplinární (transdisciplinární).<sup>331</sup> V návaznosti na tuto koncepci jsou možnosti uplatnění profese sociálního pedagoga v souvislosti s bioetikou mnohostranné.<sup>332</sup>

Podle Bakošové je sociální pedagog odborník teoreticky i prakticky připravený na výkon sociálně - výchovné činnosti při podpoře a pomoci dětem, mládeži i dospělým v situacích vyrovnávání deficitu socializace a hledání možností zlepšení kvality života.<sup>333</sup> Oblastmi jeho působení může být zdravotnictví, sociální sféra či školství.<sup>334</sup>

V resortu zdravotnictví může sociální pedagog působit v organizaci a managementu zdravotnických zařízení, v oblasti poradenství pro pacienty a jejich rodiny, jako konzultant v oblasti zdraví a obtížných životních situací souvisejících s nemocí či jako profesionální koordinátor dobrovolnické činnosti. Z hlediska institucí, ve kterých může sociální pedagog

---

<sup>329</sup> LACA, S. *Sociální pedagogika*. Vyd. 1. Brno: IMS, 2011, s. 24.

<sup>330</sup> LACA, S. *Sociální pedagogika*. Vyd. 1. Brno: IMS, s. 29.

<sup>331</sup> MACHALOVÁ, M., BARGEL, M. Trend vedeckovýskumnej činnosti IMS Brno v oblasti sociálnej pedagogiky. IN: *Sborník příspěvků z mezinárodní konference Sociální pedagogika ve střední Evropě 2010 - Inovace a nové trendy*. Brno: IMS, 2010, s. 54-57.

<sup>332</sup> KRAJČOVÁ, N., PASTERNAKOVÁ, L. Profesia sociálneho pedagóga a možnosti jeho uplatnenia v súčasnosti. IN: *Sborník příspěvků z mezinárodní konference Sociální pedagogikav souvislostech globální krize*. Brno: IMS, 2011, s. 129-134.

<sup>333</sup> KAZANKOVÁ, D. Profesijsná kompetencia sociálneho pedagóga a podnety k jej modelovaniu. IN: *Sborník příspěvků z mezinárodní konference Sociální pedagogika ve střední Evropě 2010 - Inovace a nové trendy*. Brno: IMS, 2010, s. 80-84.

<sup>334</sup> KRAJČOVÁ, N., PASTERNAKOVÁ, L. Profesia sociálneho pedagóga a možnosti jeho uplatnenia v súčasnosti. IN: *Sborník příspěvků z mezinárodní konference Sociální pedagogikav souvislostech globální krize*. Brno: IMS, 2011, s. 129-134.

působit, se jedná zejména o nemocnice, rehabilitační zařízení, sociální ústavy, domy s pečovatelskou službou či hospice.<sup>335</sup>

Dobrovolnictví se v dnešní době už nemůže považovat za „*nahodilé pomáhání*“. Ve většině případů se dnes jedná nezbytnou součástí činnosti organizací či zařízení, které se zabývají sociální problematikou, problematikou výchovy a vzdělávání, environmentální problematikou apod. V souladu s vývojem dobrovolnictví se v posledních letech v České republice etablojí moderní trendy dobrovolné činnosti, které jsou známé především ze Spojených států amerických, kde má dobrovolnictví a dobročinnost dlouholetou tradici. Jde o dva typy dobrovolné činnosti, které významně zasahují také do ekonomického rámce společnosti.<sup>336</sup>

Dobrovolnictví ve zdravotnictví se v České republice začalo postupně, ale systematicky objevovat od roku 2000. Mnoho dobrovolníků dnes působí nejen v lůžkových zdravotnických zařízeních, ale i ve „*zdravotně sociálním terénu*“, kde pomáhají hlavně lidem s různým typem zdravotního postižení. Svou činností jim usnadňují návrat do společnosti i fungování v běžném životě, umožňují zapojit se do aktivit, které by pro ně samotné byly těžko dostupné. Dobrovolníci jsou tak přirozeným mostem, který propojuje zdravotnickou a sociální oblast. V nemocnicích se dobrovolnický program osvědčil jako jeden z nástrojů, který prostřednictvím kontaktu dobrovolníka s pacientem napomáhá aktivizaci, motivaci a psychické podpoře hospitalizovaných pacientů. Dobrovolnictví přispívá k efektivnější organizaci práce a času personálu pro odbornou činnost, ke zlepšení celkové atmosféry nemocnice, což napomáhá ke zvyšování úrovně kvality péče o pacienta. Praktické zkušenosti s dobrovolnickými programy má v naší zemi řada státních i nestátních zdravotnických zařízení, velkých fakultních, krajských i menších oblastních a městských nemocnic. V některých případech spolupracuje zdravotnické zařízení s nestátní neziskovou organizací, jindy si nemocnice řídí celý dobrovolnický program sama.<sup>337</sup>

**Profesionální koordinátor dobrovolnictví** patří k novým profesním pozicím obsahujícím prvky sociální práce a personalistiky. Koordinuje dobrovolnictví v organizaci počínaje

---

<sup>335</sup> *Soziale Arbeit im Gesundheitswesen*. [online]. [cit. 2012-02-16]. Dostupné z: <[http://129.187.84.1/internet/QB/GESU/pdf/Lehrangebot\\_ws06\\_07.pdf](http://129.187.84.1/internet/QB/GESU/pdf/Lehrangebot_ws06_07.pdf)>.

<sup>336</sup> JŮVOVÁ, A. Sociálněpedagogické aspekty dobrovolnictví. IN: *Sborník příspěvků z mezinárodní konference Sociální pedagogikav souvislostech globální krize*. Brno: IMS, 2011, s. 124-128.

<sup>337</sup> KOŘÍNKOVÁ, I. *Dobrovolnictví ve zdravotnictví*. [online]. [cit. 2012-02-16]. Dostupné z: <<http://www.dobrovolnik.cz/oblasti-dobrovolnictvi/dobrovolnictvi-ve-zdravotnictvi/>>.

výběrem dobrovolníků, propagací činnosti organizace přes výcvik dobrovolníků včetně zpracování metodiky a vyhledávání vhodných činností pro dobrovolníky až k zařazování dobrovolníků do chodu organizace. Koordinátor dobrovolníky řídí a hodnotí jejich činnost, řeší vzniklá nedorozumění a problémy, hledá a organizuje příležitosti k poděkování dobrovolníkům, je kontaktní osobou mezi dobrovolníky, zaměstnanci, vedením i klienty organizace, udržuje styk s nejbližším dobrovolnickým centrem, s médii i dalšími organizacemi, zpracovává kodexy či práva a povinnosti dobrovolníků, případně pravidla mlčenlivosti, a vede potřebnou administrativu, jako jsou smlouvy s dobrovolníky, pojistné smlouvy apod. Jeho úkolem je vytvořit z různorodé skupiny dobrovolníků jeden celek, v němž si každý ponechává svoji samostatnost a svébytnost.<sup>338</sup>

Uplatnění sociálního pedagoga v souvislosti s bioetikou ve školství je možné zejména ve spojitosti s etickou či environmentální výchovou. **Etická výchova** byla po dlouhých snahách zavedena do škol jako samostatný předmět v roce 2010.<sup>339</sup> Ministerstvo školství se při zavádění etické výchovy do škol inspirovalo praxí v šestnácti evropských zemích, kde se tento předmět už vyučuje. Například na Slovensku etiku zavedli povinně už v 90. letech.<sup>340</sup>

Vzdělávací obor etická výchova je součástí Rámcového vzdělávacího programu pro základní vzdělávání. Je zařazena mezi doplňující vzdělávací obory a není tedy pro školu povinnou součástí vzdělávacího obsahu. O zařazení předmětu etická výchova do vyučování si školy tedy rozhodují sami.<sup>341</sup> Obsahem předmětu etická výchova je výchovný program. Skládá se z deseti bodů, které podmiňují a podporují pozitivní vývoj osobnosti žáka, a které mají opodstatněnou posloupnost:

1. Mezilidské vztahy a komunikace.
2. Důstojnost lidské osoby. Pozitivní hodnocení sebe.
3. Pozitivní hodnocení druhých.

<sup>338</sup> *Dobrovolnická centra a programy.* [online]. [cit. 2012-02-16]. Dostupné z: <<http://www.dobrovolnik.cz/management-dobrovolnictvi/dobrovolnicka-centra-a-programy/>>.

<sup>339</sup> MÜHLPACHR, P. et al. *Sociální pedagogika II.* Brno: IMS, 2011, s. 231.

<sup>340</sup> MACHÁLKOVÁ, J. *Do škol přichází „etická výchova“. Má naučit děti odmítnout úplatek i drogu.* [online]. [cit. 2012-02-16]. Dostupné z: <<http://zpravy.ihned.cz/cesko-skolstvi/c1-42541420-do-skol-prichazi-eticka-vychova-ma-deti-naucit-odmitnout-uplatek-i-drogu>>.

<sup>341</sup> MÜHLPACHR, P. et al. *Sociální pedagogika II.* Brno: IMS, 2011, s. 231.

4. Kreativita a iniciativa. Řešení problémů a úkolů. Přijetí vlastního a společného rozhodnutí.
5. Komunikace citů.
6. Interpersonální a sociální empatie.
7. Asertivita. Zvládnutí agresivity a soutěživosti. Sebeovládání. Řešení konfliktů.
8. Reálné a zobrazené vzory.
9. Prosociální chování v osobních vztazích. Pomoc, darování, dělení se, spolupráce, přátelství.
10. Prosociální chování ve veřejném životě. Solidarita a sociální problémy.

Dnešní svět přináší řadu problémů do všech oblastí života společnosti. Obsah doplňujícího vzdělávacího oboru proto tvoří i šest aplikačních témat. Díky nim mohou žáci vhodněji a efektivněji realizovat osvojené sociální dovednosti v každodenním životě. K aplikačním tématům patří: etické hodnoty, sexuální zdraví, rodinný život, duchovní rozměr člověka, ekonomické hodnoty a ochrana přírody a životního prostředí. Předností etické výchovy je, že počet a oblasti aplikačních témat nejsou uzavřeny, takže tento doplňující vzdělávací obor je otevřen inovacím, které by reflektovaly a snažily se řešit nové problémy moderního člověka.<sup>342</sup> Z toho vyplývá, že etická výchova ve školách má z hlediska sociální pedagogiky značný potenciál. Výuka předmětu je realizována metodami, které odpovídají sociálně pedagogickému pojetí a navržená témata jsou pro sociální pedagogiku aktuální.<sup>343</sup>

---

<sup>342</sup> *Výchovný program*. [online]. [cit. 2012-02-14]. Dostupné z: <<http://www.etickavychova.cz/program/>>.

<sup>343</sup> MÜHLPACHR, P. et al. *Sociální pedagogika II*. Brno: IMS, 2011, s. 232.

### 3.5 Dílčí závěr

Eutanazie. Už samotné slovo vyvolává v mnoha lidech silné emoce. Prvotní etickou otázkou, která je spojena s tímto termínem, je nepochybně to, zda má člověk vůbec právo rozhodovat o ukončení svého života. Další otázkou je, zda má právo chtít po jiném člověku, aby jeho život ukončil. Jak se má lékař, který po dokončení studia medicíny sliboval, že bude léčit vyrovnat s tím, že vlastně někoho zabije? Co vlastně lidi vede k tomu, že si přejí zemřít? Jsou to nesnesitelné bolesti, beznaděj či další důvody. Je možné člověka, který se pro eutanazii rozhodl, od jeho činu odradit? Podle výzkumů, které probíhaly v Holandsku, tedy v zemi, kde je aktivní eutanazie legalizována, bolest nepatří k důvodům, které žadatelé uvádějí. Jsou jimi strach ze ztráty důstojnosti, strach z pomalého umírání, beznaděj a pocit, že jsou přítěží. Lze toto změnit? Umírání a smrt byly po dlouhou dobu tabuizovány. Umírající byli často uzavřeni v nemocnicích bez kontaktu s rodinou. Při výchově nových generací je nutné lidi opět naučit vnímat smrt jako běžnou součást života. Naučit je, že i v těchto chvílích jejich blízcí potřebují kontakt s běžným životem, dát jim najevo, že jsou s nimi. Snad by toto mohlo patřit k jedné z mnoha oblastí zájmu sociálních pedagogů a možná by ubylo i žádostí o eutanazii.



## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**

## 4 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ

### 4.1 Cíl výzkumu

Cílem empirické části diplomové práce je zjistit, jaké jsou názory lékařů i nelékařských zdravotnických pracovníků, zejména pak zdravotních sester na problematiku bioetiky a eutanazie.

Parciálními cíli empirické části diplomové práce jsou:

1. získat informace o úrovni znalostí o bioetice jako vědě mezi zdravotníky,
2. rozebrat rozdíly ve vnímání problémů souvisejících s aktuálními etickými otázkami v medicíně, v závislosti na věku, pohlaví, vzdělání a také v závislosti na úseku zdravotnictví, ve kterém pracují,
3. zjistit postoj jednotlivců ve zkoumaném výzkumném vzorku na eutanazii,
4. zjistit povědomí zdravotníků o úrovni paliativní péče v České republice.

### 4.2 Metoda výzkumu

Pro naplnění cíle empirické části diplomové práce je použita kvantitativní výzkumná strategie. Cílem kvantitativního výzkumu je získat exaktní a objektivní ověřitelné údaje o zkoumané problematice. Metodou, použitou pro sběr dat, je dotazník. Tato metoda patří mezi jednu z nejčastěji používaných metod ve výzkumu. Používá se ve společenských vědách na hromadné a rychlé zjišťování faktů, názorů, postojů, preferencí, hodnot, motivů atd.<sup>344</sup> Umožňuje oslovit velké množství respondentů během krátkého času, zachovává anonymitu respondentů, což se v případě problematiky eutanazie, která je velmi choulostivým tématem, jeví jako velmi vhodné.

---

<sup>344</sup>GAVORA, P. et al. *Elektronická učebnica pedagogického výskumu*. [online]. [cit. 2012-02-14]. Dostupné z: <<http://www.e-metodologia.fedu.uniba.sk/index.php/kapitoly/dotaznik.php?id=i12>>.

Po důkladném seznámení se s problematikou vztahu bioetiky a eutanazie, bylo stanoveno několik hypotéz, které jsou při vyhodnocování výzkumu verifikovány či falzifikovány. Pro vyhodnocování výsledků empirické části je použita statistická procedura.

**H 1: Zdravotníci neumí správně formulovat pojem bioetika.**

**H 2: Respondenti správně dokážou vysvětlit pojem eutanazie.**

**H 3: Pracovníci ve zdravotnictví se ve své praxi již setkali s žádostí o provedení eutanazie.**

**H 4: Zdravotníci vidí v legalizaci eutanazie možnost jejího zneužití.**

**H 5: Podle respondentů současná úroveň paliativní medicíny v České republice plně zabezpečuje důstojné umírání lidí v terminálním stadiu nemoci.**

K ověřování hypotéz byly použity výzkumné otázky, které byly respondentům předloženy ve formě dotazníku. Dotazník obsahoval uzavřené a polouzavřené otázky.

Před samotnou realizací výzkumu bylo provedeno pilotní odzkoušení dotazníku na 5 respondentech, kteří po vyplnění dotazníku odpověděli na tyto otázky:

- jsou pokyny pro odpovědi srozumitelné?
- jsou otázky jazykově správně formulované?
- jsou otázky lehce pochopitelné?
- nejsou některé otázky nadbytečné?
- jsou položky logicky uspořádané?
- je dotazník dostatečně motivující?

Nikdo z respondentů neměl k dotazníku výhrady, a proto následoval předvýzkum, který byl zaměřen nejen na obsahovou, ale i na formální stránku a jazykovou správnost položek dotazníku. Předvýzkum byl realizován na 20 respondentech z řad lékařů a nelékařských zdravotnických pracovníků, kteří nebyli respondenty konečného výzkumu.

Cílem předvýzkumu bylo odstranění případných chyb, které byly přehlédnuty při pilotáži. Na základě připomínek byl dotazník opraven.

### 4.3 Charakteristika výběrového vzorku

Pro získání dat k naplnění cíle empirické části diplomové práce bylo osloveno 200 respondentů z řad lékařů, jiných vysokoškolských pracovníků a nelékařských zdravotnických pracovníků, kteří jsou zaměstnanci Fakultní nemocnice Brno. Fakultní nemocnice Brno je největším zdravotnickým zařízením na Moravě. Pacientům ve všech věkových kategoriích poskytuje specializovanou a superspecializovanou péči ve všech oborech medicíny, která je v souladu s dostupnými poznatky současné moderní lékařské vědy. Moderní vybavení, týmy složené z erudovaných odborníků, komplexní diagnosticko-léčebné zázemí a vědecko-výzkumná spolupráce s Masarykovou univerzitou v Brně řadí nemocnici k předním zdravotnickým zařízením v České republice.<sup>345</sup> Výzkumné šetření bylo schváleno vedením nemocnice.

Ke spolupráci na vyplňování dotazníků byli přizváni zaměstnanci čtyř klinik Fakultní nemocnice Brno. Jsou to kliniky, na kterých se jejich zaměstnanci mohou setkat s problémy, které jsou řešeny v rámci bioetiky a také se mohou setkat s lidmi, kteří touží po dobrovolném ukončení života.

**Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny** poskytuje anesteziologickou a resuscitační péči nemocným všech věkových skupin. Na lůžkových odděleních je poskytována nejnáročnější intenzivní péče, péče resuscitační. Jsou zde přijímáni nemocní s hrozícím nebo již rozvinutým selháním životních funkcí nebo orgánových systémů. Je prováděna podpora těchto orgánů a jejich funkcí, ať už pomocí léků nebo přístrojů jako jsou ventilátory, přístroje pro dialýzu apod. Anesteziologická péče (anestezie - znecitlivění) zajišťuje především bezpečné a bezbolestné provádění diagnostických či terapeutických výkonů operačního i neoperačního charakteru u klientů nemocnice. Součástí kliniky je i úsek urgentního příjmu. Oddělení urgentního příjmu je v dnešní podobě koncipováno jako příjmové místo pro pacienty s přímým ohrožením vitálních

---

<sup>345</sup> *Vítejte ve Fakultní nemocnici Brno.* [online]. [cit. 2012-02-15]. Dostupné z: <<http://www.fnbrno.cz/vitejte-ve-fakultni-nemocnici-brno/t1915>>.

funkcí. To znamená, že na oddělení jsou přijímáni pacienti, jejichž onemocnění je přímo ohrožuje na životě a to z nejrůznějších příčin.<sup>346</sup>

**Klinika nemocí plicních a tuberkulózy** se věnuje komplexní diagnostice a léčbě plicních nemocí za hospitalizace i ambulantně. Součástí aktivit kliniky je vědeckovýzkumná, přednášková a publikační činnost. Ta je zaměřena na kurativní, podpůrnou a paliativní léčbu nemocných s bronchogenním karcinomem, na problematiku postižení plic u imunokompromitovaných nemocných, na infekční postižení plic, na diagnostickou a léčebnou bronchoskopii.<sup>347</sup>

**Interní hematologická a onkologická klinika** je klinickým pracovištěm, které poskytuje komplexní péči o nemocné s nádorovými chorobami krvevorné tkáně a mízních uzlin, jako jsou různé typy leukemií, lymfomů a mnohočetný myelom. Provádí všechny vyšetřovací a léčebné metody a ošetrovatelskou péči pro pacienty s těmito diagnózami na současné evropské úrovni, a to jak v oblasti léčby kurativní, tak i paliativní. Další specializací kliniky je diagnostika a léčba systémových onemocnění pojivové tkáně (revmatoidní artritida, systémový lupus erythematoses, aj.) a metabolických onemocnění skeletu. Klinika zabezpečuje pregraduální i postgraduální výuku vysokoškoláků i středoškoláků, především studentů Lékařské fakulty Masarykovy univerzity, zdravotních škol a Institutu pro další vzdělávání zdravotníků v Brně. Výzkumné úkoly kliniky se soustřeďují na problematiku nových léčiv, transplantace krvevorných buněk, podpůrnou léčbu v onkologii, léčbu leukemií, lymfomů a myelomu.<sup>348</sup>

**Klinika interní, geriatry a praktického lékařství** je standardní interní lůžkovou péčí pro danou spádovou oblast brněnské aglomerace (téměř 1/3 města). Paleta diagnostických a terapeutických postupů v plné míře odpovídá evropskému standardu a v oblasti geriatry patří klinika ke špičkovým evropským pracovištím zapojeným do sítě geriatrických univerzitních pracovišť. Úroveň péče a výsledky jsou plně srovnatelné s vyspělými zeměmi Evropy. Geriatrická ambulance kliniky má zejména preventivní zaměření. Věnuje péči i pacientům z nižší věkové skupiny – zejména těm v posledním decenniu

---

<sup>346</sup> *Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny*. [online]. [cit. 2012-02-15]. Dostupné z: : <<http://www.fnbrno.cz/klinika-anesteziologie-resuscitace-a-intenzivni-mediciny/k1452>>.

<sup>347</sup> *Klinika nemocí plicních a tuberkulózy*. [online]. [cit. 2012-02-15]. Dostupné z: : <<http://www.fnbrno.cz/klinika-nemoci-plicnich-a-tuberkulozy/k1462>>.

<sup>348</sup> *Interní hematologická a onkologická klinika*. [online]. [cit. 2012-02-15]. Dostupné z: : <<http://www.fnbrno.cz/interni-hematologicka-a-onkologicka-klinika/k1449>>.

produktivního věku s cílem dosažení optimální tělesné duševní a sociální aktivity starého člověka až do období pozdního stáří. Zde jsou zejména dispenzarizováni nemocní raného a pozdního stáří, případně jedinci na konci produktivního věku, kteří jsou nositeli některých vysoce rizikových faktorů procesu stárnutí. Ambulance vede jejich dlouhodobou terapii a klinickou dispenzarizaci v plném slovy smyslu. Geriatrická ambulance není určena pro ležící nemocné, případně pacienty ve velmi těžkém nebo terminálním stavu. Tito by podle obecně platných pravidel měli být hospitalizováni v lůžkových zařízeních města Brna podle platné rajonizace a příslušné odbornosti. Klinika provádí i konziliárně poradenskou činnost pro multimorbidní seniory pro brněnská zařízení sociální péče, praktické lékaře a další lékařské odbornosti <sup>349</sup>

---

<sup>349</sup> *Informace pro pacienty*. [online]. [cit. 2012-02-15]. Dostupné z: <<http://www.fnbrno.cz/nemocnice-bohunice/klinika-interni-geriatrie-a-prakt-lekarstvi/informace-pro-pacienty/t2722>>.

#### 4.4 Dotazníkové šetření

Metodou výzkumného šetření této diplomové práce je dotazník. Vzhledem k tomu, že data, která jsou zjišťována, jsou citlivého charakteru, je použita forma anonymního dotazníku. Na jednotlivé kliniky bylo za pomoci vrchních sester v obálkách distribuováno 200 dotazníků, které obsahují 18 otázek. Otázky 1 – 4 jsou obecné a slouží ke zjišťování věku, pohlaví, vzdělání a pracovního zařazení respondentů. Otázky 5 – 8 se věnují oblasti bioetiky. Odpovědi na otázky 9 – 16 slouží ke zjišťování znalostí a postojů respondentů na eutanazii a otázky 17 – 18 jsou zaměřené na paliativní péči v České republice. Sběr dat probíhal v prosinci 2012 a v lednu 2013. Celkem bylo správně vyplněno 184 dotazníků:

Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny - 60 dotazníků

Interní hematologická a onkologická klinika - 71 dotazníků

Klinika nemocí plicních a tuberkulózy - 31 dotazníků

Klinika interní, geriatrické a praktického lékařství - 22 dotazníků.

Správně vyplněné dotazníky byly dále zpracovány a získaná data statisticky vyhodnocena a použita k verifikaci či falzifikaci hypotéz. Získané údaje jsou uvedeny v konkrétních číslech a v procentech. Pro větší přehlednost jsou některé otázky vyhodnoceny i graficky.

##### 1. Uveďte, prosím, Váš věk:

*Tab. 1 Věk respondentů v podle klinik v číslech*

|              | KIGOPL | KNPT | KARIM | IHOK | celkem     |
|--------------|--------|------|-------|------|------------|
| <b>20-29</b> | 15     | 17   | 29    | 40   | <b>101</b> |
| <b>30-39</b> | 5      | 9    | 28    | 27   | <b>69</b>  |
| <b>40-49</b> | 2      | 3    | 1     | 4    | <b>10</b>  |
| <b>50+</b>   | 0      | 2    | 2     | 0    | <b>4</b>   |

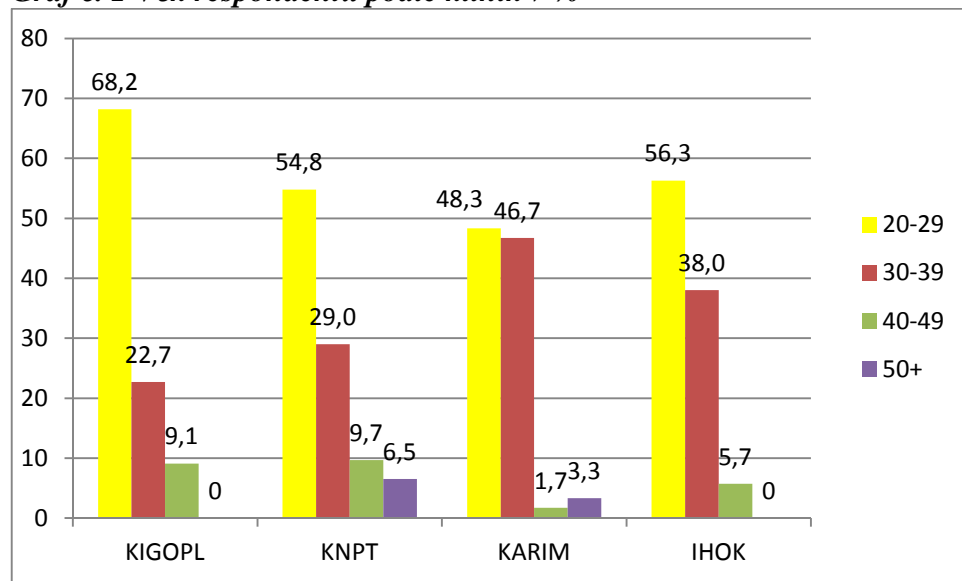
*Zdroj: vlastní*

*Tab. 2 Průměrný věk respondentů v podle klinik v číslech*

|            | KIGOPL | KNPT | KARIM | IHOK | celkem      |
|------------|--------|------|-------|------|-------------|
| <b>věk</b> | 28,9   | 31,0 | 30,5  | 29,3 | <b>29,9</b> |

*Zdroj: vlastní*

Graf č. 1 Věk respondentů podle klinik v %



Zdroj: vlastní

Celkový průměrný věk respondentů byl 29,9 roků. Nejvíce respondentů bylo ve věkové kategorii 20 – 29 let. Pouze 4 respondenti byli starší než 50 let. Nízký věk zvláště u zdravotních sester, je dle rozhovorů s vrchními sestrami jednotlivých klinik, zapříčiněn vysokou fyzickou a psychickou zátěží na vybraných klinikách. Sestry většinou po několika letech odcházejí pracovat na klidnější lůžková oddělení či do ambulantních provozů.



## 2. Pohlaví:

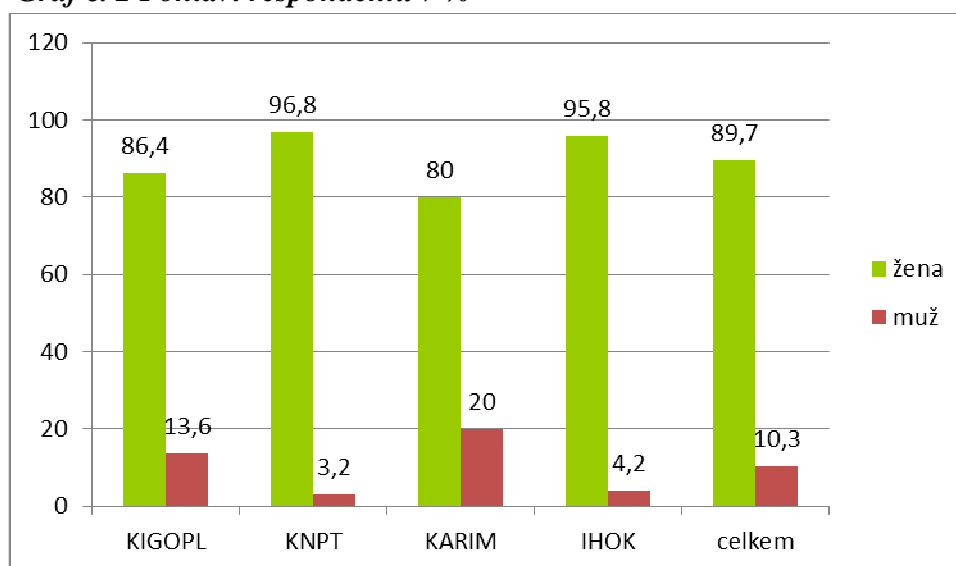
- a) žena
- b) muž

**Tab. 3 Pohlaví respondentů v číslech**

|               | žena       | muž       |
|---------------|------------|-----------|
| <b>KIGOPL</b> | 19         | 3         |
| <b>KNPT</b>   | 30         | 1         |
| <b>KARIM</b>  | 48         | 12        |
| <b>IHOK</b>   | 68         | 3         |
| <b>celkem</b> | <b>165</b> | <b>19</b> |

Zdroj: vlastní

**Graf č. 2 Pohlaví respondentů v %**



Zdroj: vlastní

Mezi respondenty výrazně dominovaly ženy, což odpovídá i statistickým údajům, které prováděl Český statistický úřad v roce 2011. Dle těchto údajů pracovalo v roce 2011 v nelékařských zdravotnických povoláních, jejichž zástupci ve vzorku respondentů převládali, ve zdravotnictví 108 613 žen a pouze 4 476 mužů.<sup>350</sup> Nejvíce mužů z výzkumného vzorku pracuje na Klinice anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny. Práce na této klinice je specifická svojí vysokou fyzickou náročností, která souvisí s častou

<sup>350</sup> Pracovníci ve zdravotnictví: stav k 31. 12. [online]. [cit. 2012-02-22]. Dostupné z: <[http://www.czso.cz/csu/2012edicniplan.nsf/t/F000369199/\\$File/1413122201.pdf](http://www.czso.cz/csu/2012edicniplan.nsf/t/F000369199/$File/1413122201.pdf)>.

manipulací s lidmi v bezvědomí. Dle rozhovorů jsou muži na těchto pozicích vedením klinik vítáni.

**3. Vaše nejvyšší dosažené vzdělání:**

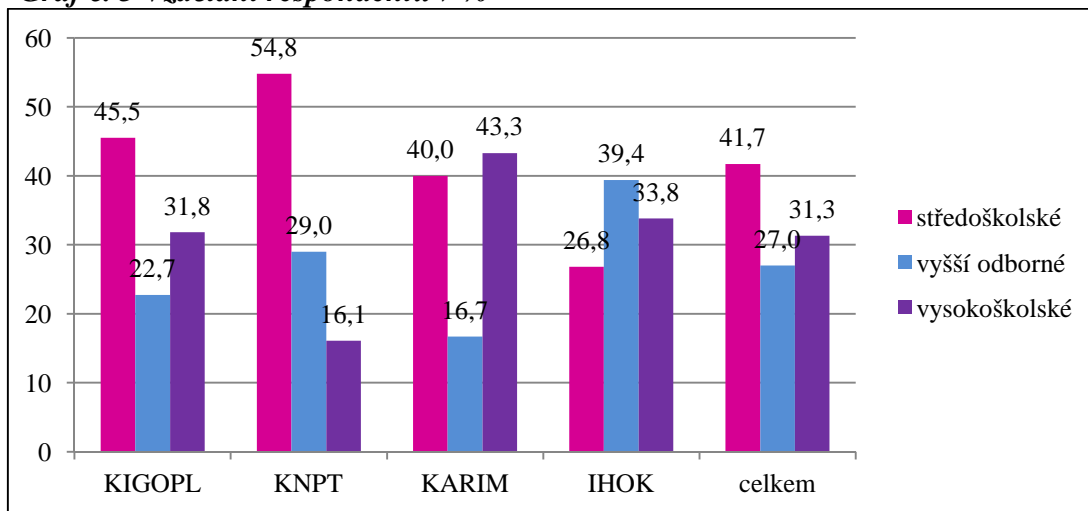
- a) středoškolské
- b) vyšší odborné
- c) vysokoškolské

**Tab. 4 Vzdělání respondentů v číslech**

|               | středoškolské | vyšší odborné | vysokoškolské |
|---------------|---------------|---------------|---------------|
| <b>KIGOPL</b> | 10            | 5             | 7             |
| <b>KNPT</b>   | 17            | 9             | 5             |
| <b>KARIM</b>  | 24            | 10            | 26            |
| <b>IHOK</b>   | 19            | 28            | 24            |
| <b>celkem</b> | <b>70</b>     | <b>52</b>     | <b>62</b>     |

Zdroj: vlastní

**Graf č. 3 Vzdělání respondentů v %**



Zdroj: vlastní

41,7 % respondentů má středoškolské vzdělání, 27% vystudovalo vyšší odbornou školu a 31,3% je vysokoškolsky vzdělaných. Nejvíce vysokoškolsky vzdělaných respondentů pracuje na Klinice anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny a tvoří 43,3%. Na druhém místě se umístila Interní hematologická a onkologická klinika s 33,8% respondentů. Na Klinice nemocí plicních a tuberkulózy pracuje pouze 16,1% respondentů s vysokou školou.

#### 4. Pracujete na pozici:

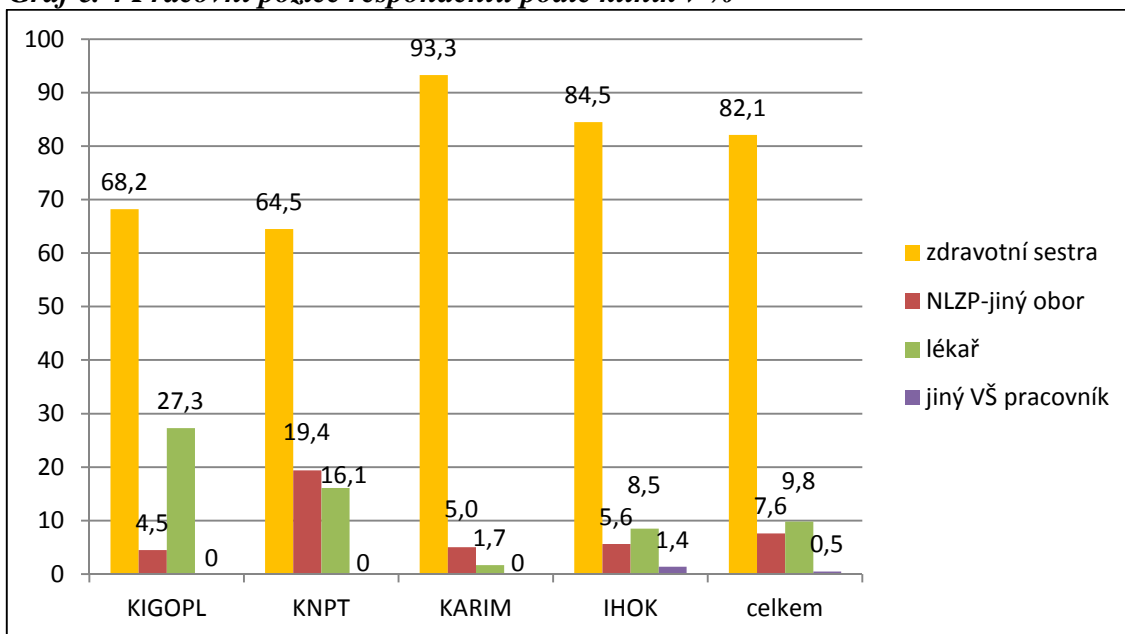
- a) nelékařský zdravotnický pracovník – zdravotní sestra
- b) nelékařský zdravotnický pracovník – jiný obor
- c) lékař
- d) jiný vysokoškolský pracovník

Tab. 5 Pracovní pozice respondentů podle klinik v %

|               | NLZP –<br>zdravotní sestra | NLZP-<br>jiný obor | lékař       | jiný VŠ pracovník |
|---------------|----------------------------|--------------------|-------------|-------------------|
| KIGOPL        | 68,2                       | 4,5                | 27,3        | 0                 |
| KNPT          | 77,4                       | 9,7                | 12,9        | 0                 |
| KARIM         | 93,3                       | 5,0                | 1,7         | 0                 |
| IHOK          | 84,5                       | 5,6                | 8,5         | 1,4               |
| <b>celkem</b> | <b>80,85</b>               | <b>6,2</b>         | <b>12,6</b> | <b>0,35</b>       |

Zdroj: vlastní

Graf č. 4 Pracovní pozice respondentů podle klinik v %



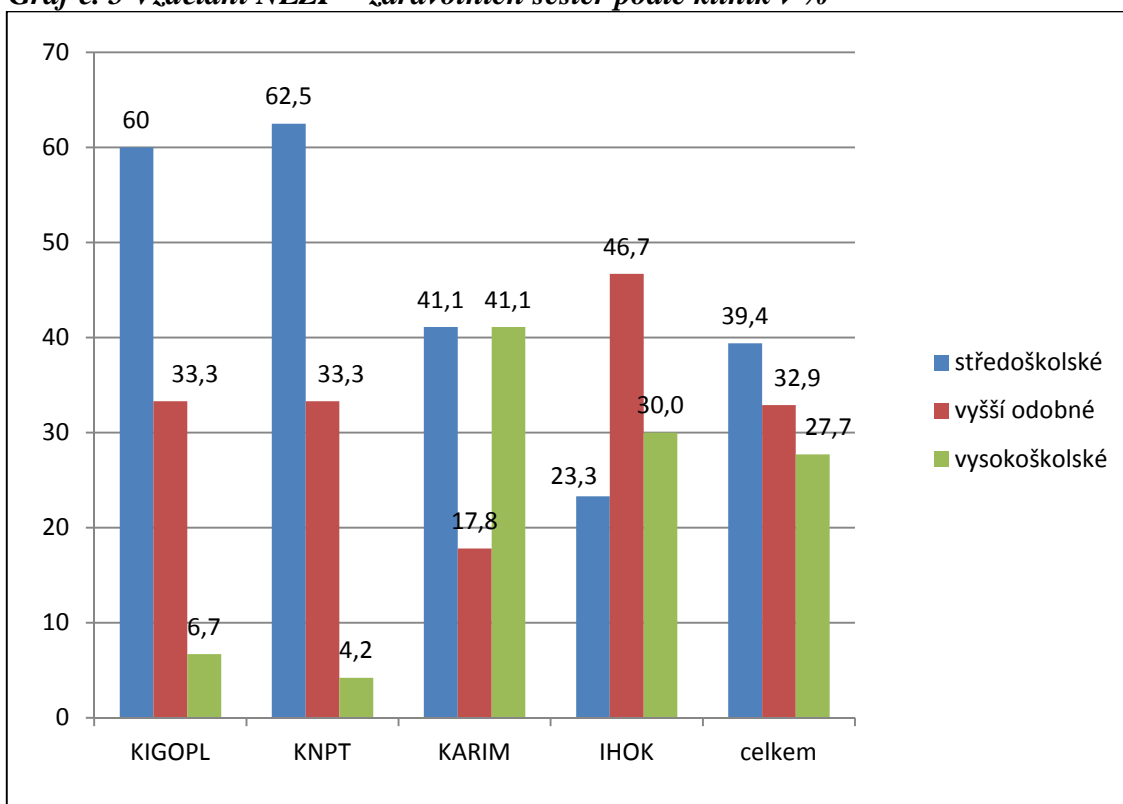
Zdroj: vlastní

Tab. 6 Vzdělání NLZP – zdravotních sester podle klinik v %

|               | středoškolské | vyšší odborné | vysokoškolské |
|---------------|---------------|---------------|---------------|
| <b>KIGOPL</b> | 60,0          | 33,3          | 6,7           |
| <b>KNPT</b>   | 62,5          | 33,3          | 4,2           |
| <b>KARIM</b>  | 41,1          | 17,8          | 41,1          |
| <b>IHOK</b>   | 23,3          | 46,7          | 30,0          |
| <b>celkem</b> | <b>39,4</b>   | <b>32,9</b>   | <b>27,7</b>   |

Zdroj: vlastní

Graf č. 5 Vzdělání NLZP – zdravotních sester podle klinik v %



Zdroj: vlastní

Respondenty výzkumného šetření byli zejména zástupci nelékařských zdravotnických povolání. Tvořili 82,1% celkového počtu zúčastněných. Lékaři byli zastoupeni pouze v 9,8%, což je zřejmě dáno tím, že ochota lékařů k vyplňování dotazníků byla mnohem nižší. Na jednotlivých klinikách nejvyšší procento respondentů z řad lékařů bylo na Klinice interní, geriatrické a praktického lékařství 27,3%. Nejméně ochotní byli lékaři na Klinice anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny, kteří vyplnili pouze 1,7% dotazníků distribuovaných na tuto kliniku. Z šetření vyplynulo, že stále více zdravotních sester se vzdělává na vyšších odborných a vysokých školách. Celkově má takové vzdělání 60,6%

respondentů zaměstnaných na pozicích jako zdravotní sestra. Nejvíce takto vzdělaných sester pracuje na Klinice anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny a na Interní hematologické a onkologické klinice.

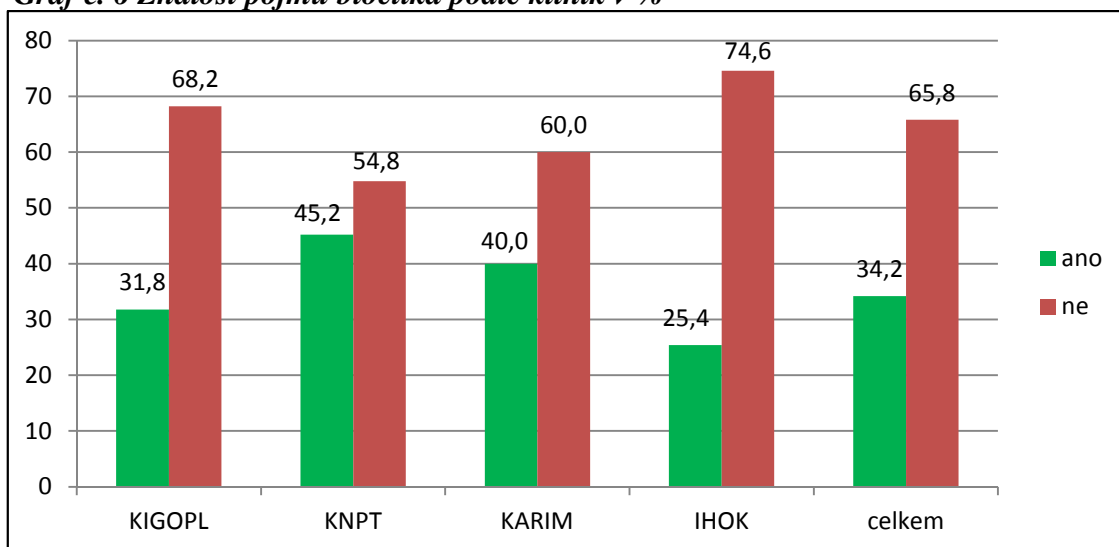
### 5. Setkal/setkala jste se s pojmem bioetika:

a) ano

b) ne

V případě, že jste odpověděl/odpověděla ano, zkuste termín několika slovy vysvětlit:

**Graf č. 6 Znalost pojmu bioetika podle klinik v %**



Zdroj: vlastní

**Tab. 7 Znalost pojmu bioetika podle vzdělání v %**

|               | ano  | ne   |
|---------------|------|------|
| středoškolské | 30,2 | 42,2 |
| vyšší odborné | 17,4 | 33,9 |
| vysokoškolské | 52,4 | 23,9 |

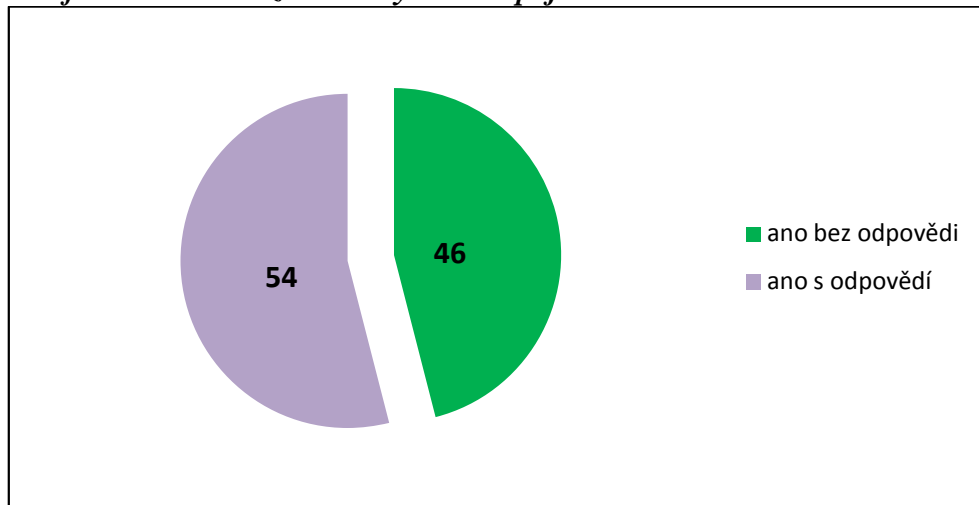
Zdroj: vlastní

**Tab. 8 Znalost pojmu bioetika podle pozice v %**

|                   | ano  | ne   |
|-------------------|------|------|
| zdravotní sestra  | 30,3 | 69,7 |
| NLZP-jiný obor    | 27,3 | 72,7 |
| lékař             | 70,6 | 29,4 |
| jiný VŠ pracovník | 100  | 0    |

Zdroj: vlastní

Graf č. 7 Znalost a zároveň vysvětlení pojmu bioetika celkově v %



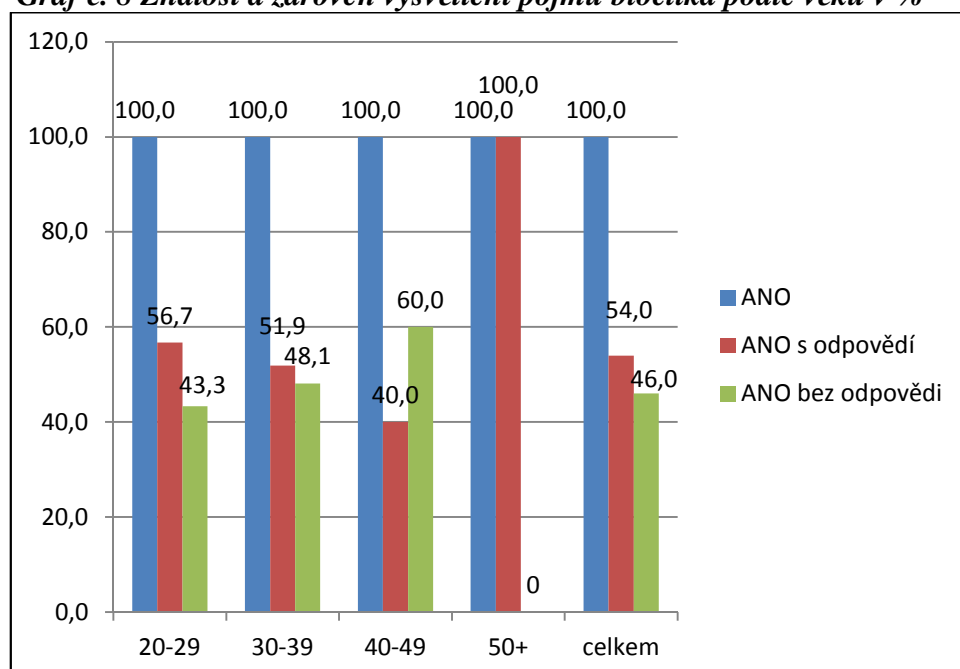
Zdroj: vlastní

Tab. 9 Znalost a zároveň vysvětlení pojmu bioetika podle klinik v číslech a v %

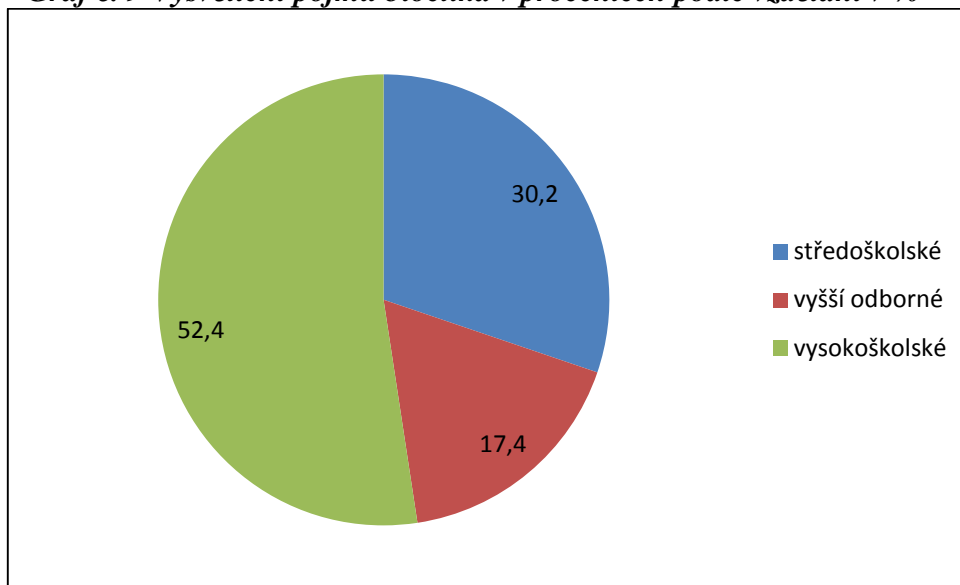
|               | znalost pojmu | znalost pojmu bez vysvětlení | znalost pojmu s vysvětlením |
|---------------|---------------|------------------------------|-----------------------------|
| <b>KIGOPL</b> | 7             | 6                            | 1                           |
| <b>KNPT</b>   | 14            | 6                            | 8                           |
| <b>KARIM</b>  | 24            | 12                           | 12                          |
| <b>IHOK</b>   | 18            | 5                            | 13                          |
| <b>celkem</b> | <b>63</b>     | <b>29</b>                    | <b>34</b>                   |
| <b>%</b>      | <b>100</b>    | <b>46</b>                    | <b>54</b>                   |

Zdroj: vlastní

Graf č. 8 Znalost a zároveň vysvětlení pojmu bioetika podle věku v %



Zdroj: vlastní

**Graf č. 9 Vysvětlení pojmu bioetika v procentech podle vzdělání v %**

Zdroj: vlastní

**Tab. 10 Nejčastěji se opakující vysvětlení pojmu bioetika**

|                                                                             |
|-----------------------------------------------------------------------------|
| etika v medicíně                                                            |
| chování zdravotníků k pacientům                                             |
| aplikovaná etika, jejímž úkolem je výzkum lidského jednání v medicíně       |
| etický přístup k životu v lékařských oborech                                |
| zkoumá etické problémy v oblastech (Bi, BioFy, Ch, Farmacie)                |
| zkoumá lidské chování související s medicínou a nakládání se životem        |
| zkoumá a vymezuje chování v oblasti medicíny                                |
| etika týkající se lidského zdraví                                           |
| zahrnuje všechny morální problémy týkající se života                        |
| ochrana života                                                              |
| etika ve zdravotnictví                                                      |
| ochrana života                                                              |
| etika ve vztahu nakládání s lidským životem, v medicíně                     |
| etika ve zdravotnictví                                                      |
| problematika morálky v biologických oborech, hlavně v medicíně              |
| věda zabývající se etickými otázkami ve vědě a zdravotnictví                |
| sporné otázky v oblasti lidského života, na které je nutné nahlížet citelně |
| zkoumání etických problémů                                                  |
| etický problém se životem, postoj k živému organismu                        |

Zdroj: vlastní

S pojmem bioetika se setkalo pouze 34,2% respondentů. Vysvětlením může být, že dle informací uvedených v teoretické části diplomové práce, patří Česká republika k zemím, kde jsou místo pojmu bioetika častěji používané termíny lékařská, medicínská či ošetrovatelská etika. Toto zmatení pojmů u české veřejnosti dokládají i vysvětlení pojmu bioetika uváděné některými respondenty. Nejčastěji se s pojmem bioetika setkali lékaři v 70,6%. Naopak u zdravotních sester tento termín znalo pouze 30,3%. Z celkového počtu těch, kteří uvedli, že pojem bioetika znají, ho dokázalo nějakým způsobem definovat pouze 46% respondentů.

**6. Od které úrovně vzdělávání je dle Vás vhodné započít s výukou bioetiky na školách:**

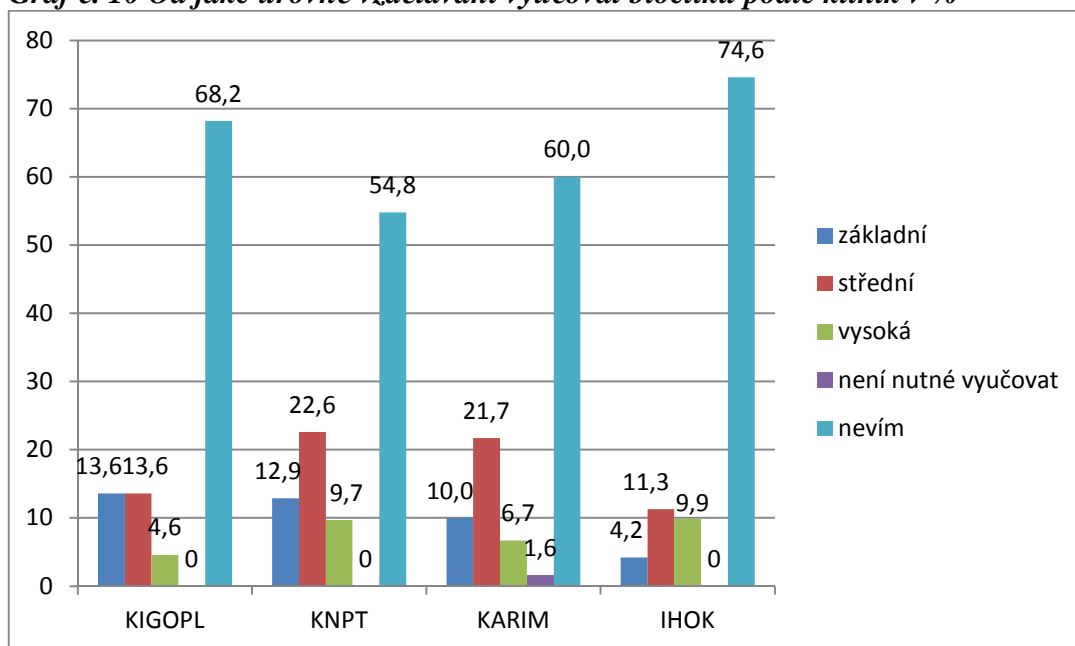
- a) základní škola
- b) střední škola
- c) vyšší odborná škola/ vysoká škola
- d) není nutné bioetiku vyučovat
- e) nevím

*Tab. 11 Od jaké úrovně vzdělávání vyučovat bioetiku podle klinik v číslech*

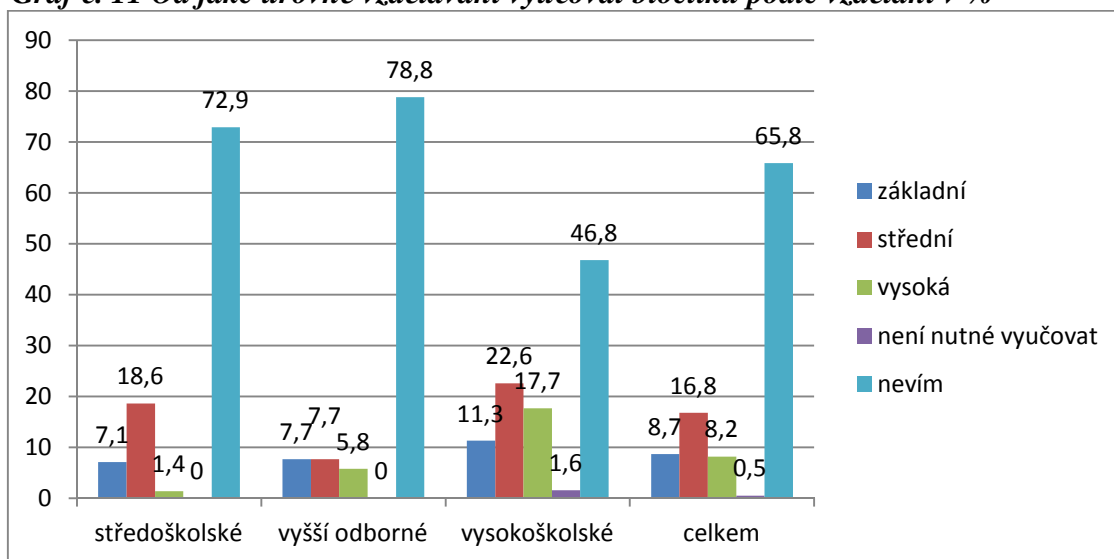
|               | ZŠ        | SŠ        | VOŠ/VŠ    | není nutné vyučovat | nevím      |
|---------------|-----------|-----------|-----------|---------------------|------------|
| <b>KIGOPL</b> | 3         | 3         | 1         | 0                   | 15         |
| <b>KNPT</b>   | 4         | 7         | 3         | 0                   | 17         |
| <b>KARIM</b>  | 6         | 13        | 4         | 1                   | 36         |
| <b>IHOK</b>   | 3         | 8         | 7         | 0                   | 53         |
| <b>celkem</b> | <b>16</b> | <b>31</b> | <b>15</b> | <b>1</b>            | <b>121</b> |

*Zdroj: vlastní*



**Graf č. 10** Od jaké úrovně vzdělávání vyučovat bioetiku podle klinik v %


Zdroj: vlastní

**Graf č. 11** Od jaké úrovně vzdělávání vyučovat bioetiku podle vzdělání v %


Zdroj: vlastní

**Tab. 12** Od jaké úrovně vzdělávání je vhodné bioetiku vyučovat podle věku v %

|               | základní   | střední     | vysoká     | není nutné vyučovat | nevím       |
|---------------|------------|-------------|------------|---------------------|-------------|
| <b>20-29</b>  | 4,9        | 12,9        | 10,9       | 1,0                 | 70,3        |
| <b>30-39</b>  | 11,6       | 23,2        | 4,3        | 0                   | 60,9        |
| <b>40-49</b>  | 20,0       | 20,0        | 10,0       | 0                   | 50,0        |
| <b>50+</b>    | 25,0       | 0           | 0          | 0                   | 75,0        |
| <b>celkem</b> | <b>8,7</b> | <b>16,8</b> | <b>8,2</b> | <b>0,5</b>          | <b>65,8</b> |

Zdroj: vlastní

Na otázku nedokázalo odpovědět 121 respondentů ze 184. Důvodem je zřejmě to, že se s pojmem bioetika ještě nesešli. Druhou nejčastěji volenou variantou bylo započítání výuky bioetiky na střední škole. Výuku bioetiky na vyšších odborných školách a vysokých školách doporučuje pouze 15 respondentů. Tento výsledek opět poukazuje na nezakotvenost vyučovacího předmětu bioetika na lékařských fakultách, středních a vyšších odborných školách pro výuku zdravotnických povolání. Pouze 1 respondent uvedl, že není bioetiku nutno vyučovat vůbec. Překvapující je, že tímto respondentem byl lékař.

**7. Myslíte si, že byla při Vašem vzdělávání věnována dostatečná pozornost výuce bioetiky:**

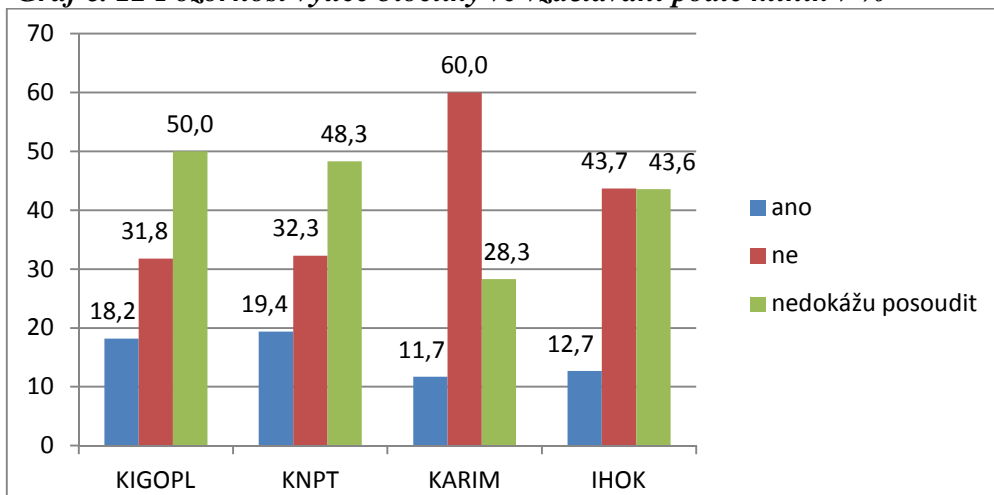
- a) ano
- b) ne
- c) nedokážu posoudit

**Tab. 13 Pozornost výuce bioetiky ve vzdělávání podle klinik v číslech**

|               | ano       | ne        | nedokážu posoudit |
|---------------|-----------|-----------|-------------------|
| <b>KIGOPL</b> | 4         | 7         | 11                |
| <b>KNPT</b>   | 6         | 10        | 15                |
| <b>KARIM</b>  | 7         | 36        | 17                |
| <b>IHOK</b>   | 9         | 31        | 31                |
| <b>celkem</b> | <b>26</b> | <b>84</b> | <b>74</b>         |

Zdroj: vlastní

**Graf č. 12 Pozornost výuce bioetiky ve vzdělávání podle klinik v %**

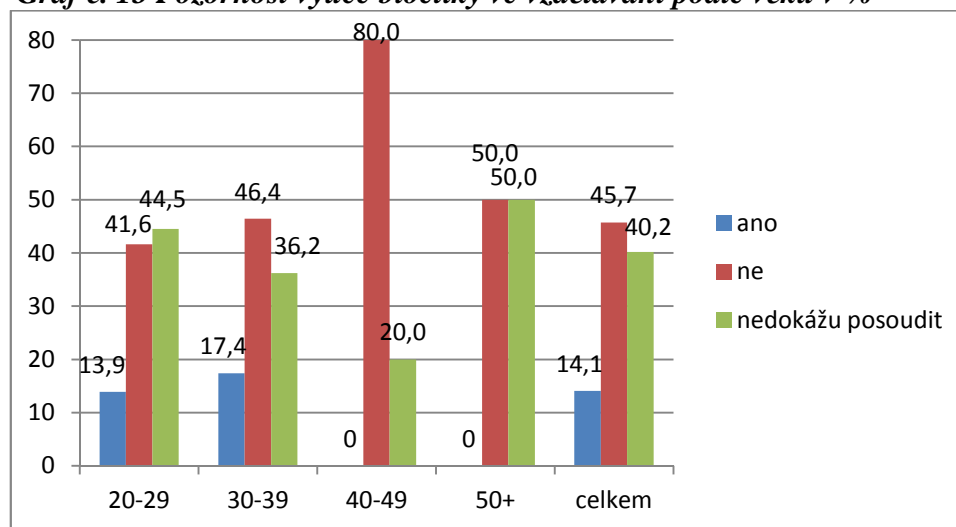


Zdroj: vlastní

**Tab. 14 Pozornost výuce bioetiky ve vzdělávání podle pozice v %**

|                       | ano  | ne    | nedokážu posoudit |
|-----------------------|------|-------|-------------------|
| NLZP zdravotní sestra | 11,6 | 47,7  | 40,7              |
| NLZP jiný obor        | 0    | 36,4  | 63,6              |
| lékař                 | 47,1 | 29,4  | 23,5              |
| jiný VŠ pracovník     | 0    | 100,0 | 0                 |

Zdroj: vlastní

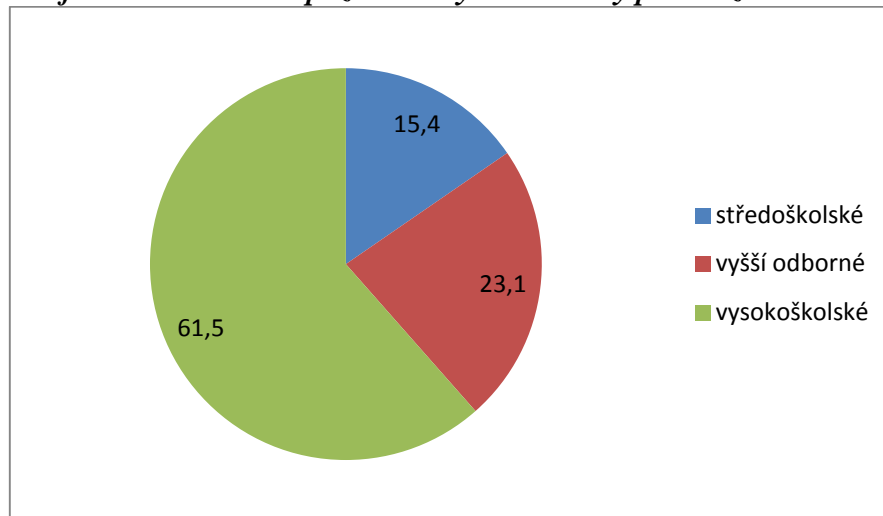
**Graf č. 13 Pozornost výuce bioetiky ve vzdělávání podle věku v %**


Zdroj: vlastní

**Tab. 15 Dostatečná pozornost výuce bioetiky podle vzdělání v %**

|               | <b>ANO</b> |
|---------------|------------|
| středoškolské | 15,4       |
| vyšší odborné | 23,1       |
| vysokoškolské | 61,5       |

Zdroj: vlastní

*Graf č. 14 Dostatečná pozornost výuce bioetiky podle vzdělání v %*

*Zdroj: vlastní*

S výukou bioetiky ve vzdělávání bylo 84 respondentů nespokojeno. Dalších 74 respondentů nedokázalo kvalitu výuky posoudit. Vysvětlením obou těchto výsledků může být, že se s pojmem bioetika ještě nesetkali. Nejvíce spokojeni byli lékaři s 47,1% respondentů. Podle klinik byli nejčastěji spokojeni zaměstnanci KNPT a to s 19,4%. Respondenti s vysokoškolským vzděláním byli spokojeni v 61,5%. Zajímavým zjištěním Ve věkových skupinách 40 – 49 let a 50+ let nebyl spokojen ani jeden respondent, což koresponduje s tím, že bioetika v době jejich studia nebyla v ČR vyučována.

#### **8. V které oblasti vědy či lékařské péče dochází dle Vás k největším etickým pochybením:**

- a) asistovaná reprodukce
- b) potraty
- c) sterilizace
- d) genetické testování
- e) transplantace
- f) otázka využití lidských embryonálních kmenových buněk v terapii
- g) dystanazie – snaha udržet nemocného co nejdéle při životě
- h) eutanazie
- ch) paliativní medicína a hospicová péče
- i) jiná – uveďte:

Tab. 16 Nejčastější etická pochybení podle věku v číslech

|                          | 20-29 | 30-39 | 40-49 | 50+ | celkem |
|--------------------------|-------|-------|-------|-----|--------|
| asistovaná reprodukce    | 10    | 2     | 2     | 0   | 14     |
| potraty                  | 19    | 10    | 5     | 1   | 35     |
| sterilizace              | 8     | 6     | 3     | 0   | 17     |
| genetické testování      | 13    | 11    | 3     | 1   | 28     |
| transplantace            | 6     | 2     | 2     | 0   | 10     |
| využití embryonál. buněk | 11    | 5     | 2     | 0   | 18     |
| dystanazie               | 50    | 34    | 9     | 2   | 95     |
| eutanazie                | 33    | 22    | 6     | 1   | 62     |
| paliativní medicína      | 21    | 14    | 2     | 1   | 38     |
| jiná možnost             | 8     | 0     | 4     | 1   | 13     |

Zdroj: vlastní

Tab. 17 Nejčastější etická pochybení dle pozice v číslech

|                          | NLZP<br>zdravotní sestra | NZPL jiný obor | lékař | jiný VŠ | celkem |
|--------------------------|--------------------------|----------------|-------|---------|--------|
| asistovaná reprodukce    | 11                       | 1              | 2     | 0       | 14     |
| potraty                  | 31                       | 1              | 4     | 0       | 35     |
| sterilizace              | 16                       | 1              | 0     | 0       | 17     |
| genetické testování      | 28                       | 0              | 0     | 0       | 28     |
| transplantace            | 8                        | 1              | 1     | 0       | 10     |
| využití embryonál. buněk | 15                       | 0              | 3     | 0       | 18     |
| dystanazie               | 77                       | 5              | 12    | 1       | 95     |
| eutanazie                | 56                       | 3              | 3     | 0       | 62     |
| paliativní medicína      | 35                       | 1              | 2     | 0       | 38     |
| jiná možnost             | 10                       | 2              | 1     | 0       | 13     |

Zdroj: vlastní

Tab. 18 Nejčastější etická pochybení včetně kombinací podle věku v číslech

|                          | 20-29 | 30-39 | 40-49 | 50+ | celkem |
|--------------------------|-------|-------|-------|-----|--------|
| asistovaná reprodukce    | 2     | 0     | 0     | 0   | 2      |
| potraty                  | 5     | 3     | 0     | 0   | 8      |
| sterilizace              | 2     | 1     | 0     | 0   | 3      |
| genetické testování      | 2     | 2     | 0     | 0   | 4      |
| transplantace            | 0     | 0     | 0     | 0   | 0      |
| využití embryonál. buněk | 2     | 1     | 0     | 0   | 3      |
| dystanazie               | 27    | 20    | 1     | 1   | 49     |
| eutanazie                | 9     | 9     | 1     | 0   | 19     |
| paliativní medicína      | 4     | 2     | 0     | 0   | 6      |
| kombinace                | 40    | 27    | 8     | 2   | 77     |
| jiná možnost             | 8     | 4     | 0     | 1   | 13     |

Zdroj: vlastní

Tab. 19 Nejčastější etická pochybení včetně kombinací dle klinik v číslech

|                       | KIGOPL | KNPT | KARIM | IHOK | celkem |
|-----------------------|--------|------|-------|------|--------|
| asistovaná reprodukce | 0      | 0    | 1     | 1    | 2      |
| potraty               | 3      | 3    | 1     | 1    | 8      |
| sterilizace           | 0      | 0    | 2     | 1    | 3      |
| genetické testování   | 0      | 1    | 0     | 3    | 4      |
| transplantace         | 0      | 0    | 0     | 0    | 0      |
| využití embryonál.    | 0      | 1    | 0     | 2    | 3      |
| dystanazie            | 6      | 10   | 17    | 16   | 49     |
| eutanazie             | 3      | 1    | 6     | 9    | 19     |
| paliativní medicína   | 0      | 1    | 3     | 2    | 6      |
| kombinace             | 10     | 10   | 22    | 35   | 77     |
| jiná odpověď          | 0      | 4    | 8     | 1    | 13     |

Zdroj: vlastní

Tab. 20 Nejčastější kombinace etických pochybení v číslech

| kombinace nejčastějších etických pochybení          | počet |
|-----------------------------------------------------|-------|
| dystanazie + paliativní medicína a hospicová péče   | 9     |
| asistovaná reprodukce + využití embryonálních buněk | 4     |
| eutanazie + paliativní medicína a hospicová péče    | 3     |
| eutanazie + dystanazie                              | 3     |

Zdroj: vlastní

Velké množství respondentů nedokázala jednoznačně odpovědět, ve které oblasti vědy a zdravotní péče dochází nejčastěji k etickým pochybením. 77 respondentů volilo nejružnější kombinace možností. Nejčastěji volenou možností bez ohledu na věk, pracovní pozici či úsek zdravotnictví, na kterém pracují, byla dystanazie. Druhou nejčastěji volenou možností byla eutanazie. Tento výsledek svědčí o tom, že konec života a umírání a s nimi spojené etické rozhodování, patří ve společnosti k nejvíce diskutovaným. Naopak ani jeden z respondentů nevolil jako možnost největších etických pochybení transplantace.

### 9. Víte, co znamená termín „eutanazie“:

- a) ano
- b) ne

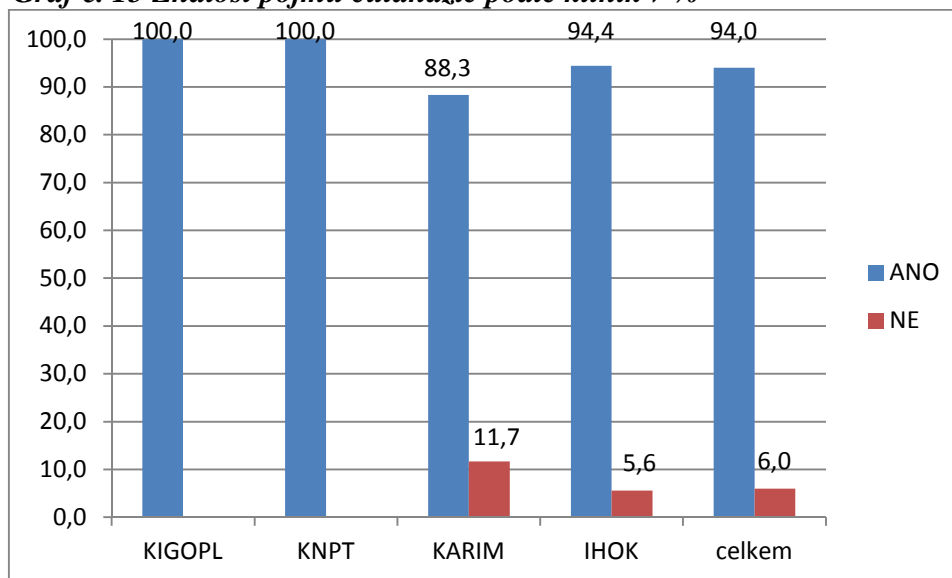
V případě, že jste odpověděl/a ano, zkuste termín několika slovy vysvětlit:

Tab. 21 Znalost pojmu eutanazie podle klinik v číslech

|               | <b>ANO</b> | <b>NE</b> |
|---------------|------------|-----------|
| <b>KIGOPL</b> | 22         | 0         |
| <b>KNPT</b>   | 31         | 0         |
| <b>KARIM</b>  | 53         | 7         |
| <b>IHOK</b>   | 67         | 4         |
| <b>celkem</b> | <b>173</b> | <b>11</b> |

Zdroj: vlastní

Graf č. 15 Znalost pojmu eutanazie podle klinik v %



Zdroj: vlastní

Tab. 22 Znalost pojmu eutanazie podle vzdělání v %

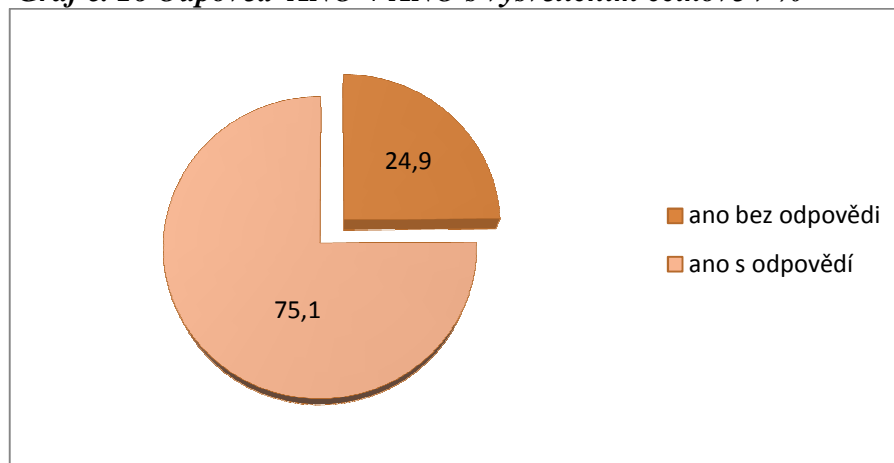
|                      | <b>ANO</b> | <b>NE</b> |
|----------------------|------------|-----------|
| <b>středoškolské</b> | 91,4       | 8,6       |
| <b>vyšší odborné</b> | 96,2       | 3,8       |
| <b>vysokoškolské</b> | 95,2       | 4,8       |
| <b>celkem</b>        | 94,0       | 6,0       |

Zdroj: vlastní

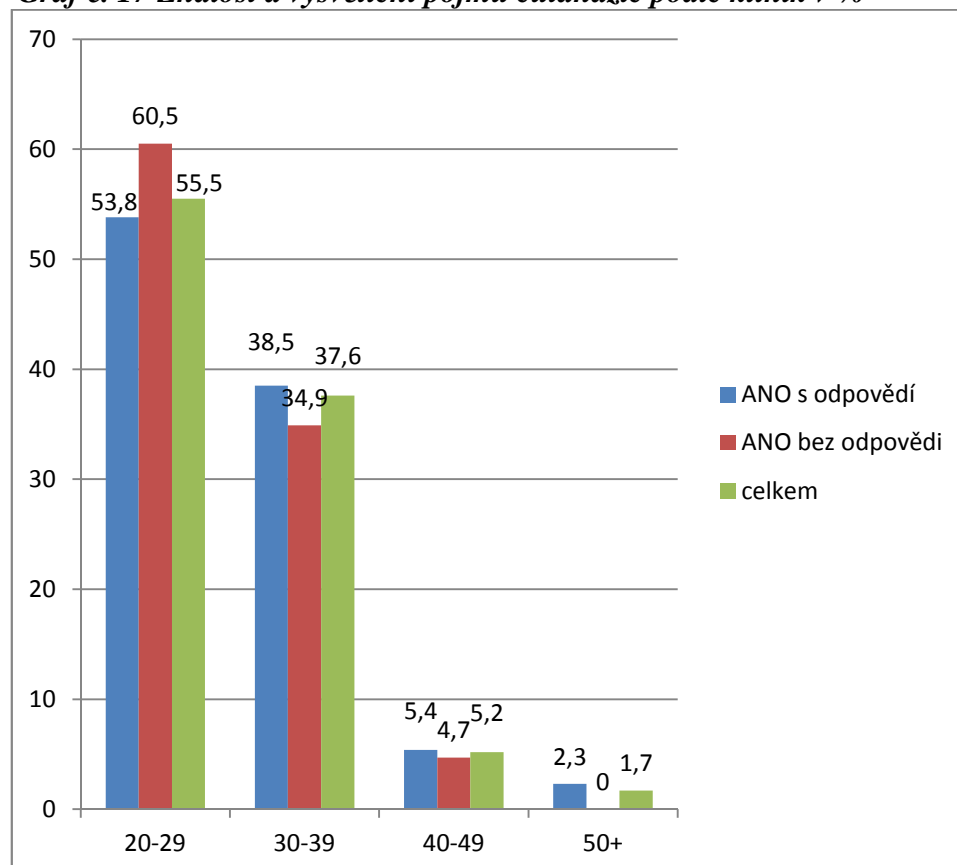
Tab. 23 Znalost pojmu eutanazie podle pozice v %

|                          | <b>ANO</b> | <b>NE</b> |
|--------------------------|------------|-----------|
| <b>zdravotní sestra</b>  | 94,8       | 5,2       |
| <b>NLZP-jiný obor</b>    | 90,9       | 9,1       |
| <b>lékař</b>             | 88,2       | 11,8      |
| <b>jiný VŠ pracovník</b> | 100,0      | 0         |
| <b>celkem</b>            | 94,0       | 6,0       |

Zdroj: vlastní

**Graf č. 16 Odpověď ANO + ANO s vysvětlením celkově v %**

Zdroj: vlastní

**Graf č. 17 Znalost a vysvětlení pojmu eutanazie podle klinik v %**

Zdroj: vlastní



Tab. 24 Znalost a vysvětlení pojmu eutanazie podle klinik v číslech a v %

|               | ano        | ano bez odpovědi | ano s odpovědí |
|---------------|------------|------------------|----------------|
| <b>KIGOPL</b> | 22         | 10               | 12             |
| <b>KNPT</b>   | 31         | 8                | 23             |
| <b>KARIM</b>  | 53         | 14               | 39             |
| <b>IHOK</b>   | 67         | 11               | 56             |
| <b>celkem</b> | <b>173</b> | <b>43</b>        | <b>130</b>     |
| <b>%</b>      | <b>100</b> | <b>24,9</b>      | <b>75,1</b>    |

Zdroj: vlastní

Tab. 25 Nejčastěji se opakující vysvětlení pojmu eutanazie

|                                                                              |
|------------------------------------------------------------------------------|
| asistovaná dobrovolná smrt                                                   |
| asistovaná sebevražda                                                        |
| asistovaná smrt                                                              |
| asistované ukončení života                                                   |
| asistované ukončení života za účelem ukončení utrpení                        |
| cílené usmrcení člověka na jeho opakovanou žádost                            |
| dobrá smrt                                                                   |
| dobrá smrt, pomoc pacientovi ukončit život na přání                          |
| dobrovolná smrt                                                              |
| dobrovolné ukončení života                                                   |
| dobrovolný odchod pacienta s lékařskou pomocí                                |
| dobrovolné ukončení života za pomoci druhé osoby                             |
| dobrovolné ukončení života na základě nevyléčitelné nemoci                   |
| důstojné umírání                                                             |
| lékařské ukončení života                                                     |
| milosrdná smrt                                                               |
| milosrdná smrt pod lékařským dohledem                                        |
| na přání pacienta podání léčiva, které ukončí jeho život                     |
| odchod ze života z vlastní vůle                                              |
| podání smrtící látky jinému člověku na jeho vlastní žádost                   |
| předčasné ukončení života vedené lékaři                                      |
| původně dobrá smrt, u nás asistovaná sebevražda                              |
| rychlá a snadná smrt, pro kterou se člověk sám rozhodl při plném vědomí      |
| ukončení léčby a procedur, které udržují FF člověka                          |
| ukončení života předčasně                                                    |
| ukončení života terminálně nemocného pacienta zdravotníkem na jeho žádost    |
| ukončení života z důvodu pocitu zátěže                                       |
| ukončení života, odbornou lékařskou komisí na přání pacienta nebo příbuzných |
| umělé ukončení života                                                        |
| umožnění člověku zemřít, když chce                                           |
| umírání pomocí léků                                                          |
| umožnění smrti pacientovi na jeho přání z důvodu zmírnění bolesti            |
| úmyslné ukončení života                                                      |
| úmyslné ukončení života se souhlasem pacienta                                |
| usmrcení po vyslovení žádosti o ukončení života                              |
| vědomé ukončení života na přání pacienta/příbuzného                          |
| vyvolaná smrt                                                                |
| usmrcení na žádost pacienta nebo blízké osoby                                |
| usmrcení na žádost                                                           |
| usmrcení na vlastní žádost ve zdravotnickém zařízení                         |

Zdroj: vlastní

173 respondentů ze 184 odpovědělo, že se setkala s pojmem eutanazie. I to, že se s termínem neseťkalo pouze 6% z celkového počtu, je velmi překvapující výsledek, vzhledem k tomu, že respondenty byli zdravotníci a tento pojem je často medializovaný a se zdravotnictvím silně spojený. S pojmem eutanazie se nejčastěji neseťkali respondenti se středoškolským vzděláním. O tom, proč 11,8% lékařů volilo odpověď ne, lze pouze spekulovat. Jen těžko lze totiž uvěřit, že se právě oni s pojmem nikdy neseťkali. 130 respondentů se pokusilo pojem eutanazie vysvětlit, což je 75,1%. Jejich odpovědi byly značně různorodé, ale většinou korespondovali s definicemi pro různé formy eutanazie, které uvádí odborná literatura.

**10. Setkal/ setkala jste se ve své profesi s žádostí pacienta o provedení eutanazie:**

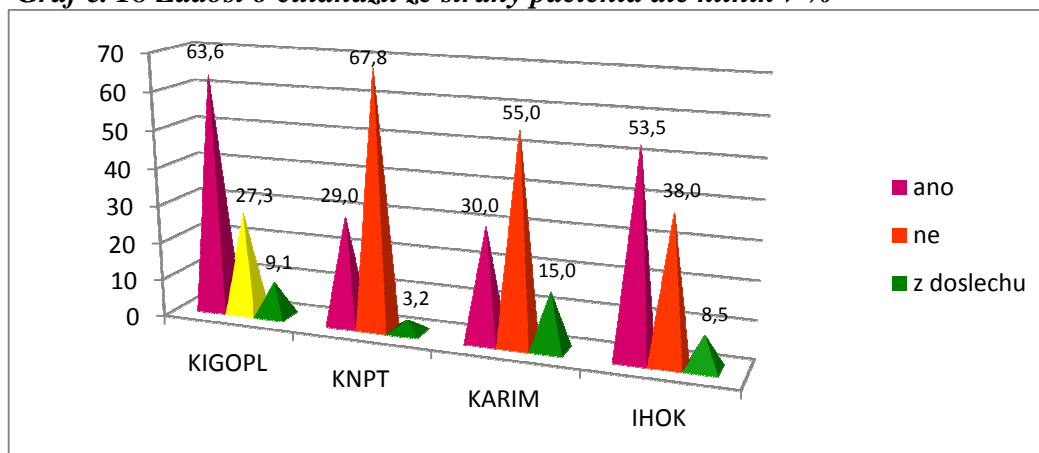
- a) ano
- b) ne
- c) pouze z doslechu

*Tab. 26 Žádost o eutanazii ze strany pacienta dle klinik v číslech*

|               | ano       | ne        | z doslechu |
|---------------|-----------|-----------|------------|
| <b>KIGOPL</b> | 14        | 6         | 2          |
| <b>KNPT</b>   | 9         | 21        | 1          |
| <b>KARIM</b>  | 18        | 33        | 9          |
| <b>IHOK</b>   | 38        | 27        | 6          |
| <b>celkem</b> | <b>79</b> | <b>87</b> | <b>18</b>  |

*Zdroj: vlastní*

*Graf č. 18 Žádost o eutanazii ze strany pacienta dle klinik v %*



*Zdroj: vlastní*

Tab. 27 Žádost o eutanazii ze strany pacienta podle pozice v číslech

|                   | ano | ne | z doslechu |
|-------------------|-----|----|------------|
| zdravotní sestra  | 68  | 72 | 15         |
| NLZP-jiný obor    | 2   | 7  | 2          |
| lékař             | 8   | 8  | 1          |
| jiný VŠ pracovník | 1   | 0  | 0          |

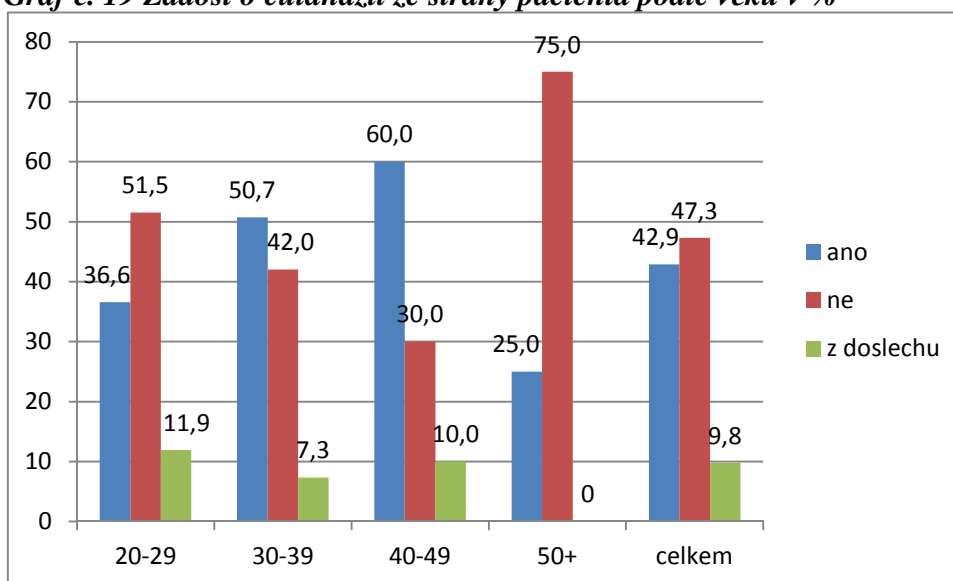
Zdroj: vlastní

Tab. 28 Žádost o eutanazii ze strany pacienta podle pozice v %

|                   | ano   | ne    | z doslechu |
|-------------------|-------|-------|------------|
| zdravotní sestra  | 43,9  | 46,4  | 9,7        |
| NLZP-jiný obor    | 18,2  | 63,6  | 18,2       |
| lékař             | 47,05 | 47,05 | 5,9        |
| jiný VŠ pracovník | 100,0 | 0     | 0          |

Zdroj: vlastní

Graf č. 19 Žádost o eutanazii ze strany pacienta podle věku v %



Zdroj: vlastní

S žádostí o eutanazii ze strany pacienta se setkala 79 respondentů z celkového počtu 184. Nejčastěji to bylo na Klinice interní, geriatrické a praktického lékařství, kde se s žádostí setkala 63,6% respondentů této kliniky. Tento výsledek se dal předpokládat, vzhledem k tomu, že se klinika specializuje na nemocné geriatrické pacienty. Naopak nejméně byli žádáni o tuto službu pacienti Kliniky nemocí plicních a tuberkulózy. Dle výsledků se s žádostí o eutanazii setkávají častěji lékaři než zdravotní sestry. Pacienti si samozřejmě uvědomují, že lékař by mohl jejich přání splnit snadněji než sestra. Při srovnání výsledků

šetření v závislosti na věku respondentů není překvapením, že nejčastěji se s žádostí o eutanazii setkali respondenti ve věkové skupině 40 – 49 let. To je pravděpodobně způsobeno jejich delší praxí u lůžka pacienta, než u mladších kolegů či kolegyně.

**11. Setkal/ setkala jste se ve své profesi s žádostí o provedení eutanazie ze strany blízkého příbuzného pacienta:**

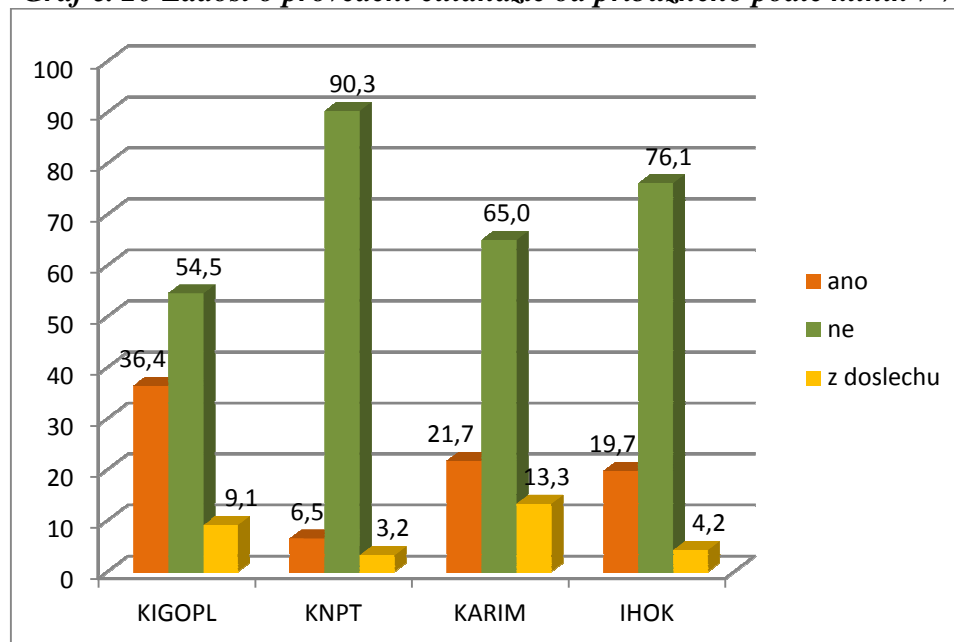
- a) ano
- b) ne
- c) pouze z doslechu

**Tab. 29 Žádost o provedení eutanazie od příbuzného podle klinik v číslech**

|               | ano       | ne         | pouze z doslechu |
|---------------|-----------|------------|------------------|
| <b>KIGOPL</b> | 8         | 12         | 2                |
| <b>KNPT</b>   | 2         | 28         | 1                |
| <b>KARIM</b>  | 13        | 39         | 8                |
| <b>IHOK</b>   | 14        | 54         | 3                |
| <b>celkem</b> | <b>37</b> | <b>133</b> | <b>14</b>        |

Zdroj: vlastní

**Graf č. 20 Žádost o provedení eutanazie od příbuzného podle klinik v %**



Zdroj: vlastní

Tab. 30 Žádost o provedení eutanazie od příbuzného podle pozice v %

|                   | ano  | ne    | z doslechu |
|-------------------|------|-------|------------|
| zdravotní sestra  | 21,3 | 71,6  | 7,1        |
| NLZP-jiný obor    | 0    | 81,8  | 18,2       |
| lékař             | 23,5 | 70,6  | 5,9        |
| jiný VŠ pracovník | 0    | 100,0 | 0          |

Zdroj: vlastní

S žádostmi o eutanazii ze strany blízkých příbuzných se zdravotničtí pracovníci nesetkávají zdaleka tak často, jako s žádostmi od pacientů samých. Celkově se tímto jevem setkalo pouze 37 respondentů přímo a 14 z doslechu. Nejčastěji žádají příbuzní o ukončení života svých blízkých na Klinice interní, geriatrické a praktického lékařství, kde se s tímto setkalo 36,4% respondentů dané kliniky. Je to téměř o polovinu více, než na Klinice anesteziologie, resusitace a intenzivní medicíny s 21,7%, která obsadila druhé místo.

## 12. Jaké jsou dle Vás důvody, které mohou vést k žádosti o provedení eutanazie ze strany pacienta:

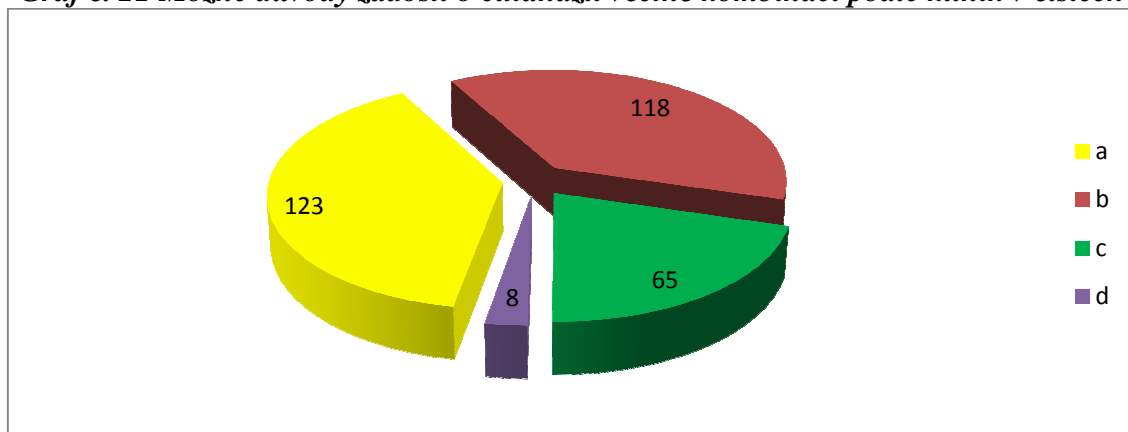
- velké nesnesitelné bolesti
- pocit beznaděje při nevléčitelném onemocnění
- pocit, že je zátěží pro ostatní
- jiný důvod – uveďte:

Tab. 31 Možné důvody žádosti o eutanazii včetně kombinací podle klinik v číslech

|               | velké nesnesitelné bolesti | pocit beznaděje při nevléčitelném onemocnění | pocit, že je zátěží pro ostatní | jiný důvod |
|---------------|----------------------------|----------------------------------------------|---------------------------------|------------|
| KIGOPL        | 16                         | 14                                           | 8                               | 1          |
| KNPT          | 16                         | 19                                           | 12                              | 4          |
| KARIM         | 37                         | 46                                           | 22                              | 2          |
| IHOK          | 54                         | 39                                           | 23                              | 1          |
| <b>celkem</b> | <b>123</b>                 | <b>118</b>                                   | <b>65</b>                       | <b>8</b>   |

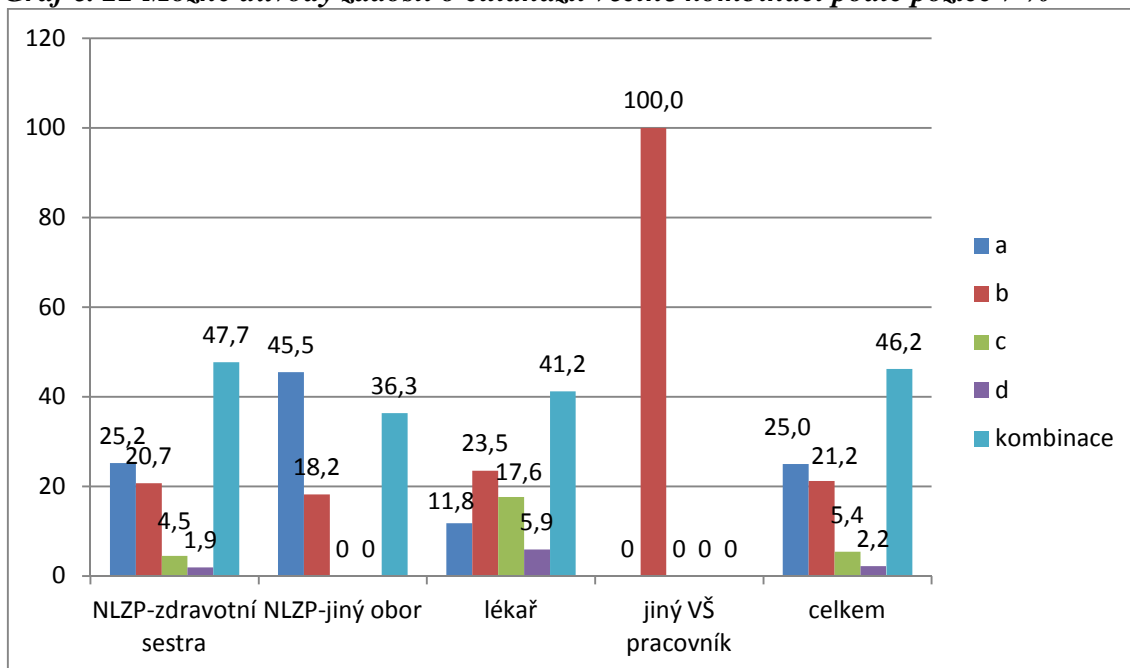
Zdroj: vlastní

Graf č. 21 Možné důvody žádosti o eutanazii včetně kombinací podle klinik v číslech



Zdroj: vlastní

Graf č. 22 Možné důvody žádosti o eutanazii včetně kombinací podle pozice v %



Zdroj: vlastní

Tab. 32 Možné důvody žádosti pacienta o eutanazii celkem včetně kombinací v číslech

|               | nesnesitelné bolesti | pocit beznaděje | pocit, že je zátěž pro ostatní | jiný důvod | kombinace |
|---------------|----------------------|-----------------|--------------------------------|------------|-----------|
| <b>KIGOPL</b> | 4                    | 2               | 3                              | 0          | 13        |
| <b>KNPT</b>   | 6                    | 7               | 2                              | 2          | 14        |
| <b>KARIM</b>  | 10                   | 18              | 1                              | 2          | 29        |
| <b>IHOK</b>   | 26                   | 12              | 4                              | 0          | 30        |
| <b>celkem</b> | <b>46</b>            | <b>39</b>       | <b>10</b>                      | <b>4</b>   | <b>86</b> |

Zdroj: vlastní

**Tab. 33 Kombinace uváděných důvodů v žádosti pacienta o eutanazii číslech**

|               | a         | b         | c         | d        | d (a+b)   | d (a+c)  | d (b+c)  | d (a+b+c) | d (a+b+c+jiný důvod) |
|---------------|-----------|-----------|-----------|----------|-----------|----------|----------|-----------|----------------------|
| <b>KIGOPL</b> | 4         | 2         | 3         | 0        | 8         | 1        | 1        | 2         | 1                    |
| <b>KNPT</b>   | 6         | 7         | 2         | 2        | 2         | 0        | 2        | 8         | 2                    |
| <b>KARIM</b>  | 10        | 18        | 1         | 2        | 8         | 1        | 2        | 18        | 0                    |
| <b>IHOK</b>   | 26        | 12        | 4         | 0        | 11        | 3        | 2        | 13        | 1                    |
| <b>celkem</b> | <b>46</b> | <b>39</b> | <b>10</b> | <b>4</b> | <b>29</b> | <b>5</b> | <b>7</b> | <b>41</b> | <b>4</b>             |

Zdroj: vlastní

**Tab. 34 Nejčastěji uváděné jiné důvody žádosti pacienta o eutanazii**

|                                                          |
|----------------------------------------------------------|
| strach z umírání                                         |
| stav nevléčitelného onemocnění s nesnesitelnými bolestmi |
| poslední stadium rakoviny                                |
| deprese                                                  |

Zdroj: vlastní

Dle respondentů jsou nejčastějším důvodem, který pacient uvádí při žádosti o eutanazii, velké nesnesitelné bolesti. Téměř polovina odpovídajících ovšem volila kombinaci několika možných důvodů. Mezi jinými důvody, které mohli respondenti uvést, se nejčastěji jako možnost objevil strach z umírání.

### 13. Myslíte si, že má člověk právo rozhodovat o ukončení svého života:

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

**Tab. 35 Má člověk právo rozhodovat o svém životě podle klinik v číslech**

|               | ano        | ne        | nevím     |
|---------------|------------|-----------|-----------|
| <b>KIGOPL</b> | 16         | 3         | 3         |
| <b>KNPT</b>   | 18         | 10        | 3         |
| <b>KARIM</b>  | 47         | 2         | 11        |
| <b>IHOK</b>   | 50         | 7         | 14        |
| <b>celkem</b> | <b>131</b> | <b>22</b> | <b>31</b> |

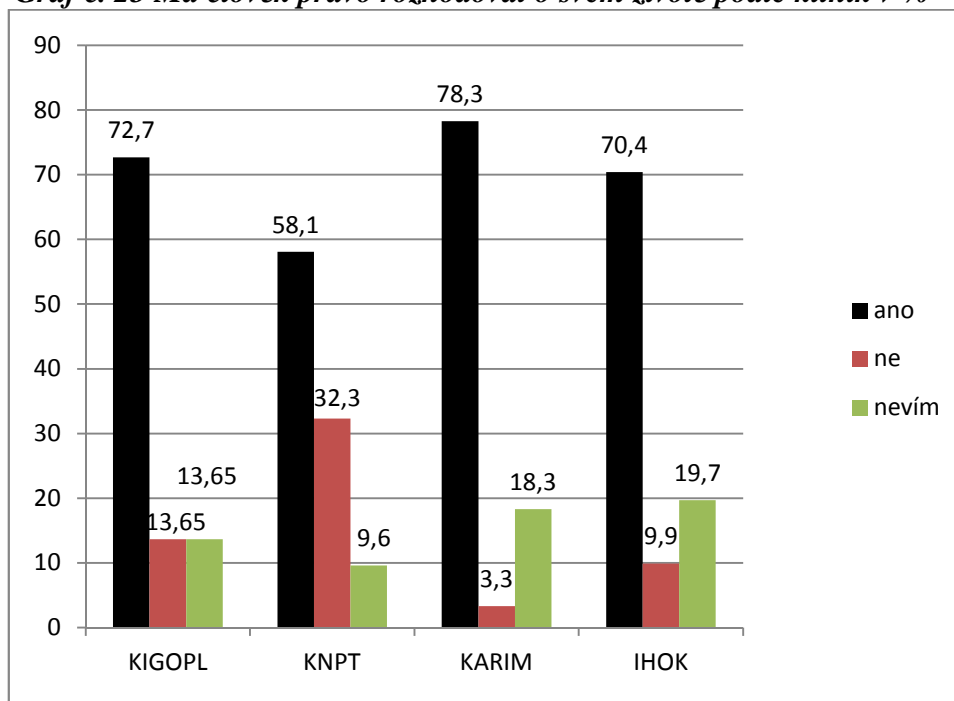
Zdroj: vlastní

Tab. 36 Má člověk právo rozhodovat o svém životě podle klinik v %

|               | ano         | ne          | nevím       |
|---------------|-------------|-------------|-------------|
| <b>KIGOPL</b> | 72,7        | 13,65       | 13,65       |
| <b>KNPT</b>   | 58,1        | 32,3        | 9,6         |
| <b>KARIM</b>  | 78,3        | 3,3         | 18,3        |
| <b>IHOK</b>   | 70,4        | 9,9         | 19,7        |
| <b>celkem</b> | <b>71,2</b> | <b>12,0</b> | <b>16,8</b> |

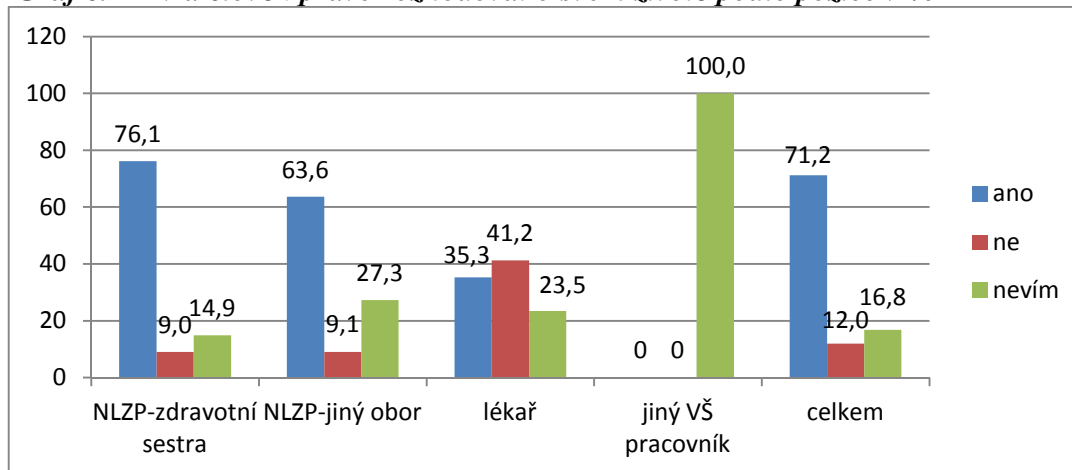
Zdroj: vlastní

Graf č. 23 Má člověk právo rozhodovat o svém životě podle klinik v %



Zdroj: vlastní

Graf č. 24 Má člověk právo rozhodovat o svém životě podle pozice v %



Zdroj: vlastní



131 respondentů z celkového počtu 184 souhlasilo, že člověk má právo rozhodovat o ukončení svého života. Pouze 16,8% nedokázalo na tuto otázku odpovědět a 12% odpovídajících si myslí, že člověk toto právo nemá. Nejčastěji souhlasily s právem člověka na rozhodování o ukončení svého života zdravotní sestry, mezi lékaři si to ovšem myslí pouze 35,3% z nich.

**14. Myslíte, že je možné, v případě legalizace eutanazie a vytvoření striktních pravidel pro její povolování a provádění, její zneužití:**

- a) ano
- b) ne
- c) nedokážu posoudit

V případě, že jste odpověděl/a ano, zkuste vysvětlit kdo a z jakého důvodu by mohl eutanazie zneužít:

**Tab. 37** Možnost zneužití eutanazie i při vytvoření pravidel podle klinik v číslech

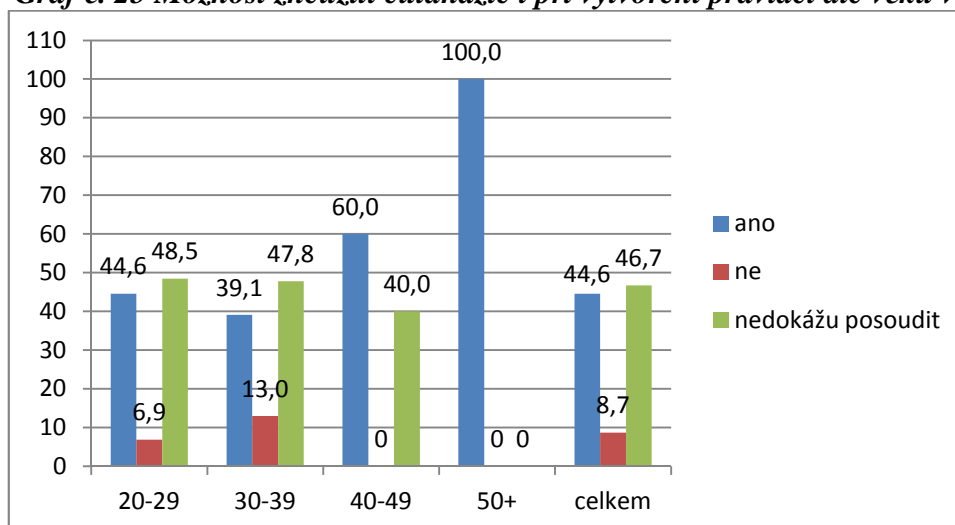
|               | ano       | ne        | nedokážu posoudit |
|---------------|-----------|-----------|-------------------|
| <b>KIGOPL</b> | 12        | 1         | 9                 |
| <b>KNPT</b>   | 13        | 6         | 12                |
| <b>KARIM</b>  | 27        | 4         | 29                |
| <b>IHOK</b>   | 30        | 5         | 36                |
| <b>celkem</b> | <b>82</b> | <b>16</b> | <b>86</b>         |

Zdroj: vlastní

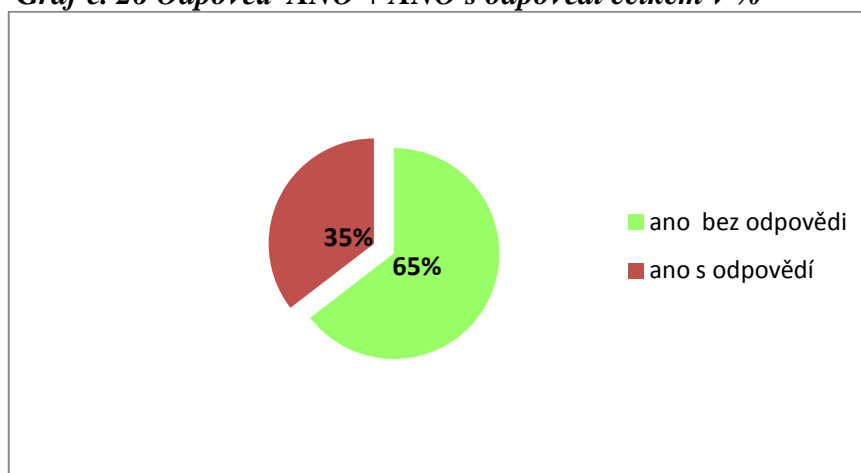
**Tab. 38** Možnost zneužití eutanazie i při vytvoření pravidel podle pozice v %

|                          | ano         | ne         | nedokážu posoudit |
|--------------------------|-------------|------------|-------------------|
| <b>zdravotní sestra</b>  | 43,2        | 7,8        | 49,0              |
| <b>NLZP-jiný obor</b>    | 27,3        | 18,2       | 54,5              |
| <b>lékař</b>             | 64,7        | 11,8       | 23,5              |
| <b>jiný VŠ pracovník</b> | 100,0       | 0          | 0                 |
| <b>celkem</b>            | <b>44,6</b> | <b>8,7</b> | <b>46,7</b>       |

Zdroj: vlastní

**Graf č. 25** Možnost zneužití eutanazie i při vytvoření pravidel dle věku v %


Zdroj: vlastní

**Graf č. 26** Odpověď ANO + ANO s odpovědí celkem v %


Zdroj: vlastní

**Tab. 39** Odpověď ANO + ANO s odpovědí podle klinik v %

|                 | ano        | ano bez odpovědi | ano s odpovědí |
|-----------------|------------|------------------|----------------|
| <b>KIGOPL</b>   | 12         | 7                | 5              |
| <b>KNPT</b>     | 13         | 11               | 2              |
| <b>KARIM</b>    | 27         | 21               | 6              |
| <b>IHOK</b>     | 30         | 14               | 16             |
| <b>celkem</b>   | <b>82</b>  | <b>53</b>        | <b>29</b>      |
| <b>procenta</b> | <b>100</b> | <b>64,6</b>      | <b>35,4</b>    |

Zdroj: vlastní

Tab. 40 Odpověď ANO + ANO s odpovědí podle pozice v %

|                   | ano bez odpovědi | ano s odpovědí |
|-------------------|------------------|----------------|
| zdravotní sestra  | 67,2             | 32,8           |
| NLZP-jiný obor    | 66,7             | 33,3           |
| lékař             | 54,5             | 45,5           |
| jiný VŠ pracovník | 0                | 100,0          |
| <b>celkem</b>     | <b>64,6</b>      | <b>35,4</b>    |

Zdroj: vlastní

Tab. 41 Souhlasí s tím, aby člověk rozhodoval o svém životě, zároveň si myslí, že lze eutanazii zneužít podle klinik v číslech

|               | č. 13 ano  | č. 14 ano | č. 13 + č. 14 ano |
|---------------|------------|-----------|-------------------|
| KIGOPL        | 16         | 12        | 8                 |
| KNPT          | 18         | 13        | 6                 |
| KARIM         | 47         | 27        | 24                |
| IHOK          | 50         | 30        | 22                |
| <b>celkem</b> | <b>131</b> | <b>82</b> | <b>60</b>         |

Zdroj: vlastní

Tab. 42 Nejčastěji uváděné důvody pro zneužití eutanazie

|                                                   |
|---------------------------------------------------|
| černý trh s dárcovskými orgány                    |
| nepohodlný pacient                                |
| kdokoliv                                          |
| lékař                                             |
| lidé, co by měli prospěch ze smrti nemocného      |
| třetí osoba (legální vražda)                      |
| pojišťovna nechce platit náklady spojené s léčbou |
| příbuzní z důvodu dědictví                        |
| rodina – zbavit se zátěže                         |
| rodina - špatné vztahy                            |
| jiné rodinné problémy                             |
| zdravotní pracovníci (nepohodlný pacient)         |

Zdroj: vlastní

44,6% respondentů si myslí, že je možné zneužít eutanazii i při vytvoření striktních pravidel pro její provádění. 46,7% tuto možnost nedokáže posoudit. Nejvíce respondentů, kteří si myslí, že lze eutanazie zneužít, je mezi lékaři a to u 64,7% z nich. Podle věku má obavy z možného zneužití eutanazie nejvíce respondentů ve věkové kategorii 40 – 49 let. 35,4 % respondentů z těch, kteří si myslí, že lze eutanazie zneužít, uvedlo i možné důvody. Celkově 60 respondentů si myslí, že má člověk právo rozhodovat o ukončení svého života, ale zároveň si myslí, že eutanazie lze zneužít.

**15. Souhlasil/a byste se schválením zákona povolujícího eutanazii v ČR:**

- a) ano  
 b) ne  
 c) nevím, nedokážu se rozhodnout  
 d) nevím, nemám dostatek informací

**Tab. 43** *Názor na schválení zákona povolujícího eutanazii podle klinik v číslech*

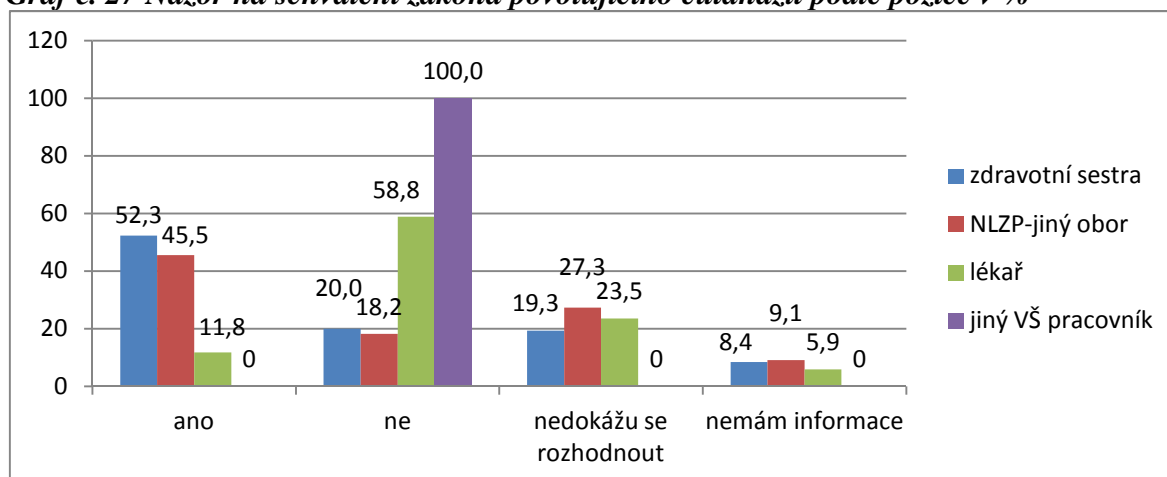
|               | ano       | ne        | nedokážu se rozhodnout | nemám informace |
|---------------|-----------|-----------|------------------------|-----------------|
| <b>KIGOPL</b> | 11        | 4         | 7                      | 0               |
| <b>KNPT</b>   | 14        | 8         | 6                      | 3               |
| <b>KARIM</b>  | 28        | 12        | 9                      | 11              |
| <b>IHOK</b>   | 35        | 20        | 14                     | 2               |
| <b>celkem</b> | <b>88</b> | <b>44</b> | <b>36</b>              | <b>16</b>       |

Zdroj: vlastní

**Tab. 44** *Názor na schválení zákona povolujícího eutanazii podle pozice v %*

|                          | ano  | ne    | nedokážu se rozhodnout | nemám informace |
|--------------------------|------|-------|------------------------|-----------------|
| <b>zdravotní sestra</b>  | 52,3 | 20,0  | 19,3                   | 8,4             |
| <b>NLZP-jiný obor</b>    | 45,5 | 18,2  | 27,3                   | 9,1             |
| <b>lékař</b>             | 11,8 | 58,8  | 23,5                   | 5,9             |
| <b>jiný VŠ pracovník</b> | 0    | 100,0 | 0                      | 0               |

Zdroj: vlastní

**Graf č. 27** *Názor na schválení zákona povolujícího eutanazii podle pozice v %*


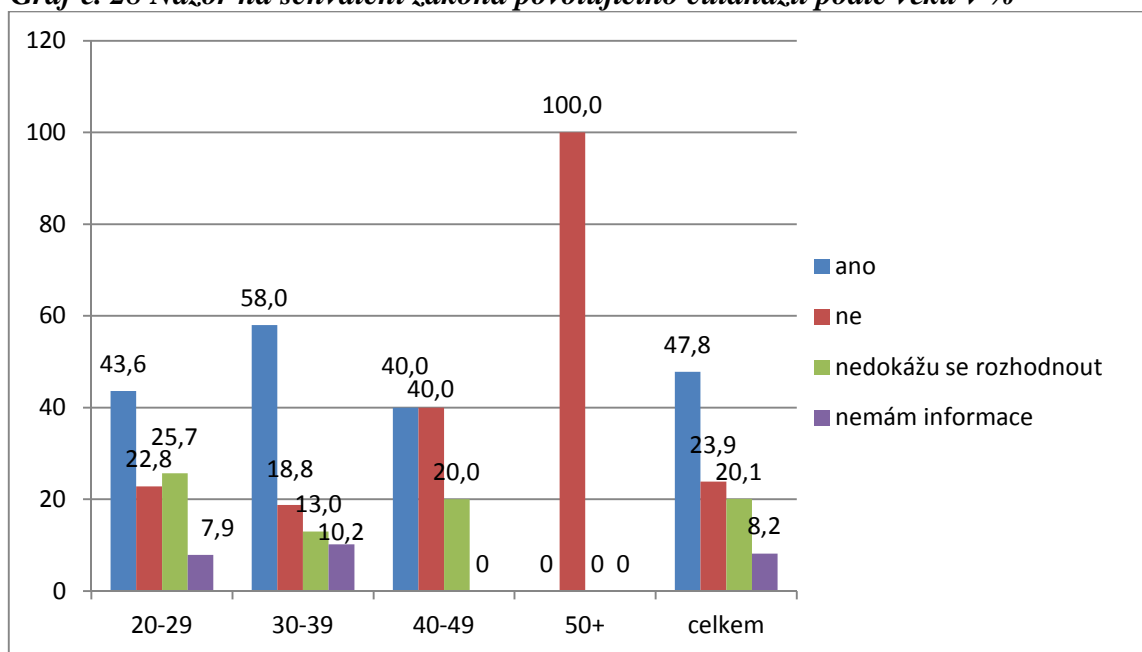
Zdroj: vlastní

Tab. 45 Názor na schválení zákona povolujícího eutanazii podle vzdělání v číslech

|               | ano  | ne   | nedokážu se rozhodnout | nemám informace |
|---------------|------|------|------------------------|-----------------|
| středoškolské | 39,8 | 25,0 | 43,2                   | 53,3            |
| vyšší odborné | 35,2 | 22,7 | 27,0                   | 6,7             |
| vysokoškolské | 25,0 | 52,3 | 29,7                   | 40,0            |

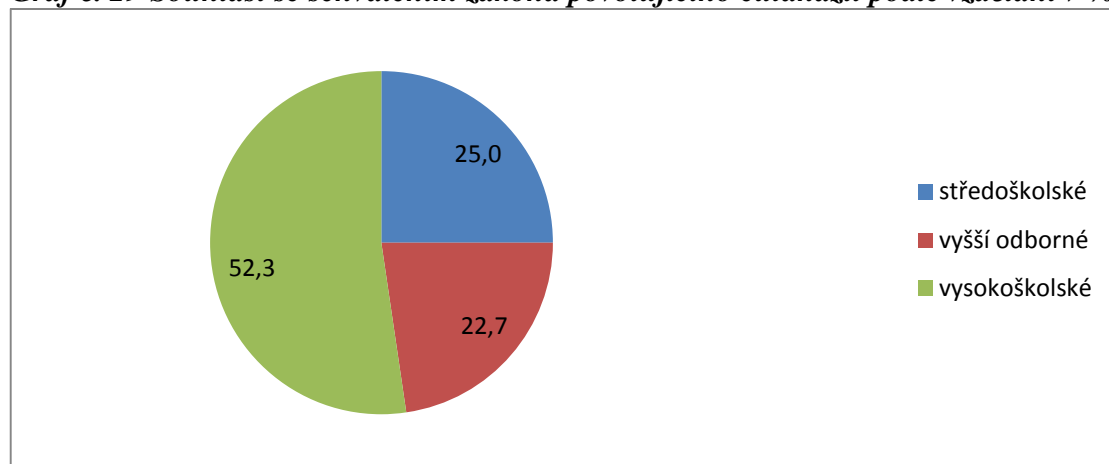
Zdroj: vlastní

Graf č. 28 Názor na schválení zákona povolujícího eutanazii podle věku v %



Zdroj: vlastní

Graf č. 29 Souhlasí se schválením zákona povolujícího eutanazii podle vzdělání v %



Zdroj: vlastní

**Tab. 46** Souhlasí s tím, že eutanazii lze zneužít, ale souhlasí s její legalizací podle klinik v číslech

|               | č. 14 ano | č. 15 ano | č. 14 + č. 15 ano |
|---------------|-----------|-----------|-------------------|
| <b>KIGOPL</b> | 12        | 11        | 8                 |
| <b>KNPT</b>   | 13        | 14        | 6                 |
| <b>KARIM</b>  | 27        | 28        | 10                |
| <b>IHOK</b>   | 30        | 35        | 13                |
| <b>celkem</b> | <b>82</b> | <b>88</b> | <b>37</b>         |

Zdroj: vlastní

88 respondentů souhlasí se schválením zákona povolujícího eutanazii v ČR. Proti zavedení je pouze 44 odpovídajících, 36 se jich nedokáže rozhodnout a 16 má pocit, že nemá o dané problematice dostatek informací. Pro legalizaci eutanazie je 52,3% zdravotních sester, ale pouze 11,8% lékařů, kteří si také nejčastěji myslí, že člověk nemá právo rozhodovat o ukončení svého života. Podle dosaženého vzdělání by s legalizací souhlasili nejčastěji respondenti se středoškolským vzděláním a zdravotníci ve věkové kategorii 30 – 39 let. 37 respondentů si myslí, že lze eutanazie zneužít, přesto by souhlasilo s její legalizací.

**16. Kdo by dle Vás měl rozhodovat o provedení eutanazie:**

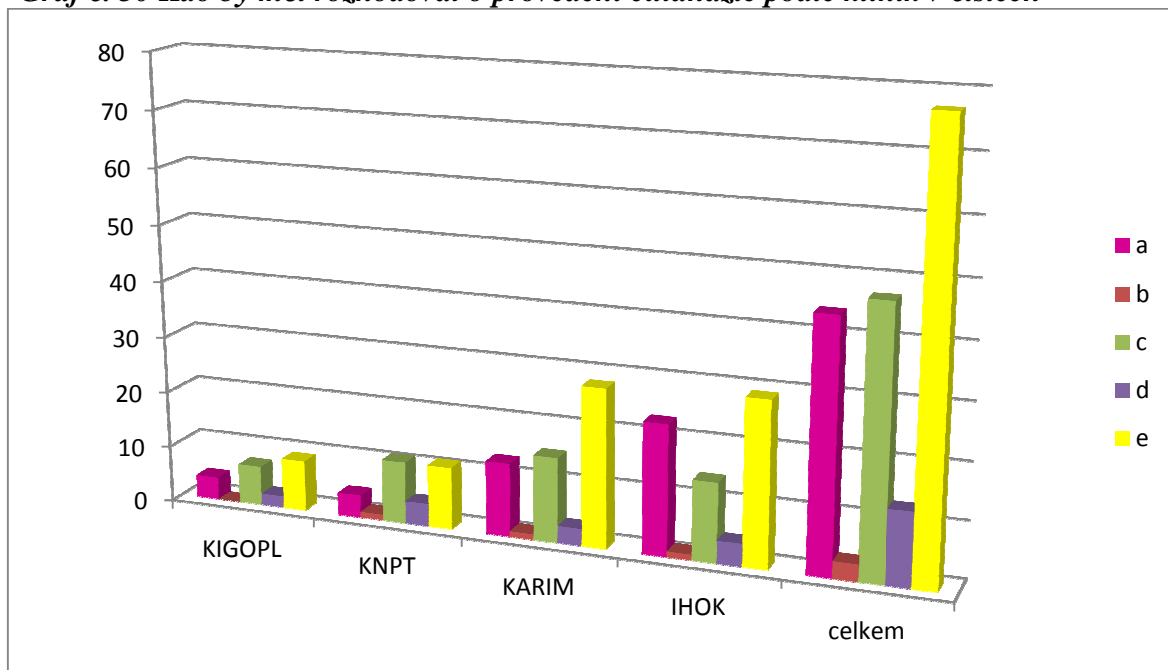
- a) odborná lékařská komise
- b) příbuzní
- c) pouze pacient
- d) soud
- e) jiná možnost – uveďte:

**Tab. 47** Kdo by měl rozhodovat o provedení eutanazie podle klinik v číslech

|               | lékařská komise | příbuzní | pacient   | soud      | jiná možnost |
|---------------|-----------------|----------|-----------|-----------|--------------|
| <b>KIGOPL</b> | 4               | 0        | 7         | 2         | 9            |
| <b>KNPT</b>   | 4               | 1        | 11        | 4         | 11           |
| <b>KARIM</b>  | 13              | 1        | 15        | 3         | 28           |
| <b>IHOK</b>   | 23              | 1        | 14        | 4         | 29           |
| <b>celkem</b> | <b>44</b>       | <b>3</b> | <b>47</b> | <b>13</b> | <b>77</b>    |

Zdroj: vlastní

Graf č. 30 Kdo by měl rozhodovat o provedení eutanazie podle klinik v číslech



Zdroj: vlastní

Tab. 48 Kdo by měl rozhodovat o provedení eutanazie podle pozice v %

|                   | lékařská komise | příbuzní   | pacient     | soud       | jiná možnost |
|-------------------|-----------------|------------|-------------|------------|--------------|
| zdravotní sestra  | 24,5            | 1,9        | 25,2        | 5,2        | 43,2         |
| NLZP-jiný obor    | 27,3            | 0          | 36,3        | 18,2       | 18,2         |
| lékař             | 17,7            | 0          | 23,5        | 11,7       | 47,1         |
| jiný VŠ pracovník | 0               | 0          | 0           | 1          | 0            |
| <b>celkem</b>     | <b>23,9</b>     | <b>1,6</b> | <b>25,5</b> | <b>7,1</b> | <b>41,9</b>  |

Zdroj: vlastní

Tab. 49 Kdo by měl rozhodovat o provedení eutanazie podle vzdělání v %

|               | lékařská komise | příbuzní   | pacient     | soud       | jiná možnost |
|---------------|-----------------|------------|-------------|------------|--------------|
| středoškolské | 21,4            | 1,4        | 35,7        | 7,1        | 34,3         |
| vyšší odborné | 26,9            | 1,9        | 25,0        | 5,8        | 40,4         |
| vysokoškolské | 24,6            | 1,8        | 14,5        | 8,0        | 51,2         |
| <b>celkem</b> | <b>23,9</b>     | <b>1,6</b> | <b>25,5</b> | <b>7,1</b> | <b>41,9</b>  |

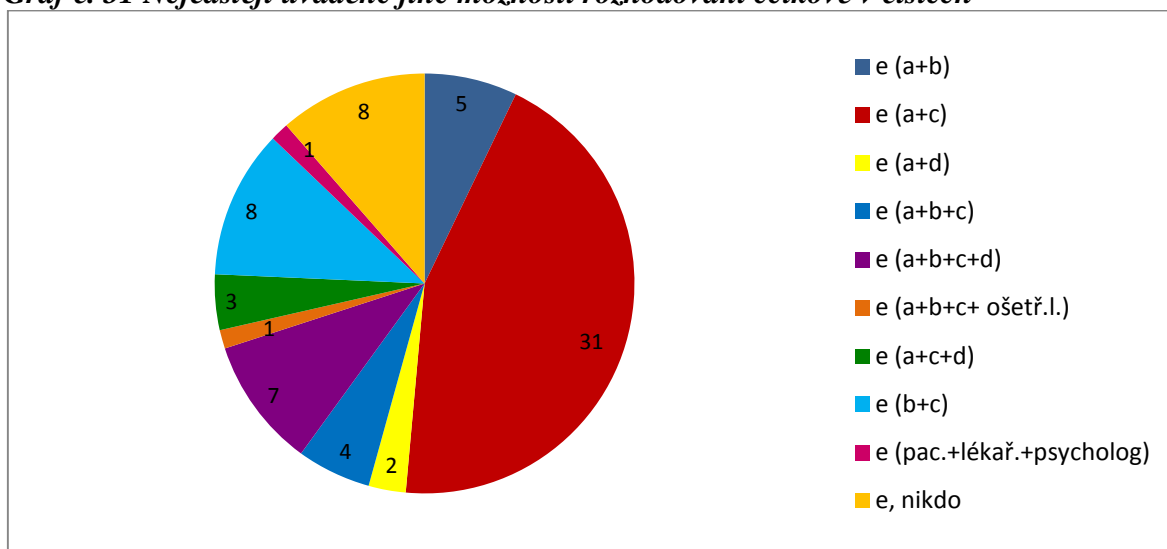
Zdroj: vlastní

Tab. 50 Nejčastěji uváděné jiné možnosti rozhodování podle klinik v číslech

| kombinace možností                             | KIGOPL | KNPT | KARIM | IHOK | celkem |
|------------------------------------------------|--------|------|-------|------|--------|
| komise + příbuzní                              | 0      | 1    | 3     | 1    | 5      |
| komise + pacient                               | 6      | 1    | 16    | 8    | 31     |
| komise + soud                                  | 0      | 0    | 0     | 2    | 2      |
| komise + příbuzní + pacient                    | 0      | 0    | 1     | 3    | 4      |
| komise + příbuzní + pacient + ošetřující lékař | 0      | 0    | 1     | 0    | 1      |
| komise + pacient + soud                        | 0      | 1    | 1     | 1    | 3      |
| příbuzní + pacient                             | 1      | 3    | 1     | 3    | 8      |
| pacient + psycholog + ošetřující lékař         | 0      | 1    | 0     | 0    | 1      |
| nikdo                                          | 0      | 2    | 2     | 4    | 8      |
| všichni uvedení                                | 0      | 0    | 1     | 6    | 7      |

Zdroj: vlastní

Graf č. 31 Nejčastěji uváděné jiné možnosti rozhodování celkově v číslech



Zdroj: vlastní

Nejčastější odpovědí na otázku, kdo by měl rozhodovat o provedení eutanazie, byla kombinace různých druhů možností. Tímto způsobem odpovídalo 77 respondentů ze 184. V těchto kombinacích se nejčastěji objevoval pacient, což také koresponduje s tím, že si většina odpovídajících myslí, že člověk má právo rozhodovat o ukončení svého života. Nejčastěji volili možnost více účastníků při rozhodování lékaři a to v 47,1%. Kombinaci možností také nejčastěji preferovali účastníci s vysokoškolským vzděláním. Nejčastěji uváděnou kombinací je společné rozhodování pacienta a odborné komise.



17. Myslíte si, že paliativní medicína a hospicová péče dokáže plně zabezpečit důstojné umírání:

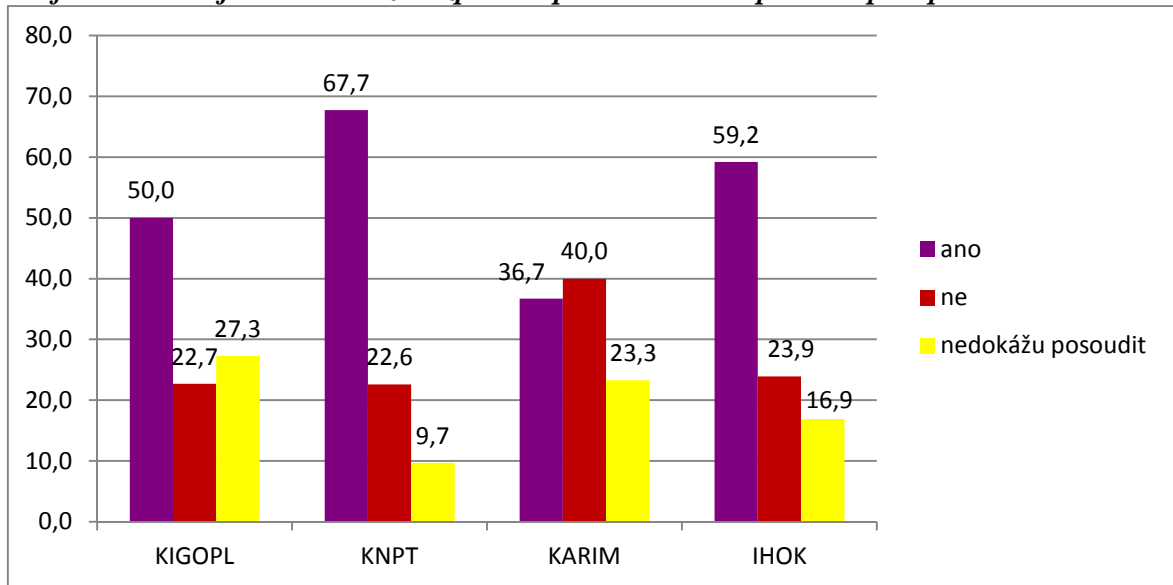
- a) ano
- b) ne
- c) nedokážu posoudit

Tab. 51 Důstojné umírání zabezpečené paliat. a hospicovou péčí podle klinik v číslech

|               | ano       | ne        | nedokážu posoudit |
|---------------|-----------|-----------|-------------------|
| KIGOPL        | 11        | 5         | 6                 |
| KNPT          | 21        | 7         | 3                 |
| KARIM         | 22        | 24        | 14                |
| IHOK          | 42        | 17        | 12                |
| <b>celkem</b> | <b>96</b> | <b>53</b> | <b>35</b>         |

Zdroj: vlastní

Graf č. 32 Důstojné umírání zabezpečené paliativní a hospicovou péčí podle klinik v %



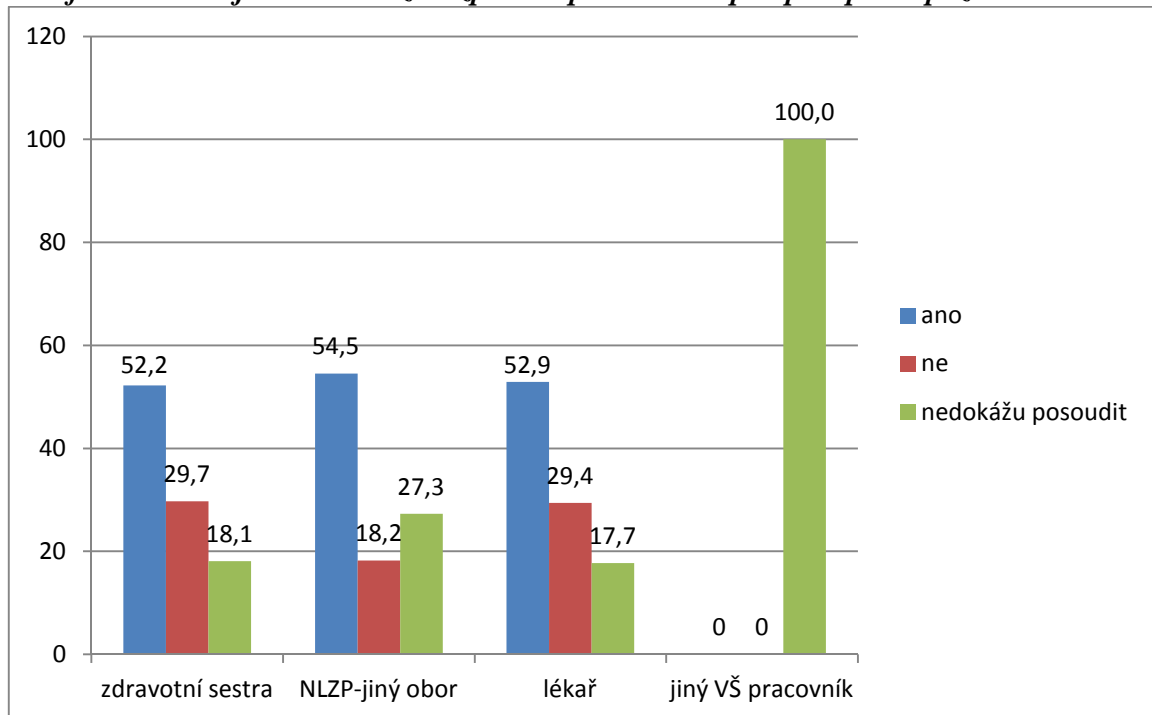
Zdroj: vlastní

Tab. 52 Důstojné umírání zabezpečené paliat. a hospic. péčí podle pozice v číslech

|                   | ano | ne | nedokážu posoudit |
|-------------------|-----|----|-------------------|
| zdravotní sestra  | 81  | 46 | 28                |
| NLZP-jiný obor    | 6   | 2  | 3                 |
| lékař             | 9   | 5  | 3                 |
| jiný VŠ pracovník | 0   | 0  | 1                 |

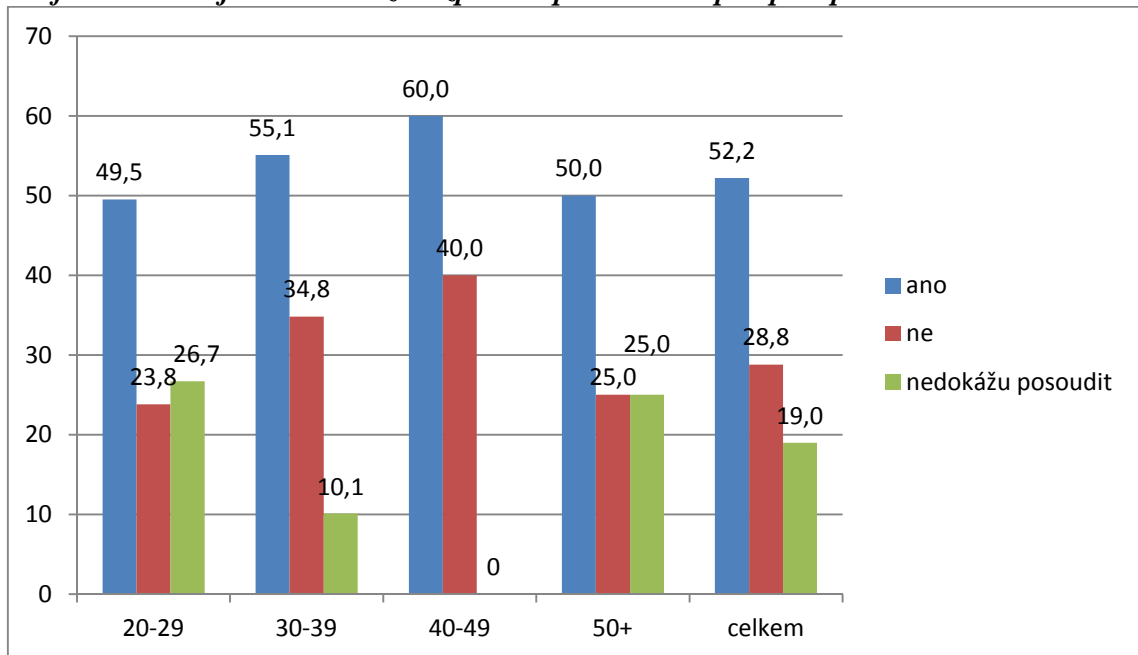
Zdroj: vlastní

Graf č. 33 Důstojné umírání zabezpečené paliat. a hospic. péčí podle pozice v %



Zdroj: vlastní

Graf č. 34 Důstojné umírání zabezpečené paliat. a hospic. péčí podle věku v %



Zdroj: vlastní

*Tab. 53 Souhlasí se schválením zákona o eutanazii a zároveň si myslí, že paliativní medicína dokáže zabezpečit důstojné umírání podle klinik v číslech*

|               | č. 15 ano | č. 17 ano | č. 15 ano $\wedge$ č. 17 ano |
|---------------|-----------|-----------|------------------------------|
| <b>KIGOPL</b> | 11        | 11        | 4                            |
| <b>KNPT</b>   | 14        | 21        | 7                            |
| <b>KARIM</b>  | 28        | 22        | 10                           |
| <b>IHOK</b>   | 35        | 42        | 17                           |
| <b>celkem</b> | <b>88</b> | <b>96</b> | <b>38</b>                    |

*Zdroj: vlastní*

96 respondentů ze 184 je přesvědčeno, že paliativní medicína a hospicová péče dokáže plně zabezpečit důstojné umírání. Nejčastěji si to myslí respondenti Kliniky nemocí plicních a tuberkulózy v 67,7%. téměř stejný názor na tuto otázku sdílejí zdravotní sestry a lékaři, kteří volili odpověď ano v 52,2% a v 52,9%. Nejvíce respondentů, kteří odpověděli ne, je ve věkové kategorii 40 – 49 let a v této věkové kategorii je také nejvíce respondentů, kteří volili možnost ano. V ostatních věkových skupinách bylo totiž určité množství respondentů, kteří na otázku nedokázali odpovědět. Zajímavým zjištěním je, že 38 respondentů je přesvědčeno o tom, že paliativní medicína a hospicová péče dokáže zabezpečit důstojné umírání, ale zároveň je pro legalizaci eutanazie.

**18. Myslíte si, že je paliativní medicína v České republice na takové úrovni, že je diskuse o legalizaci eutanazie zbytečná:**

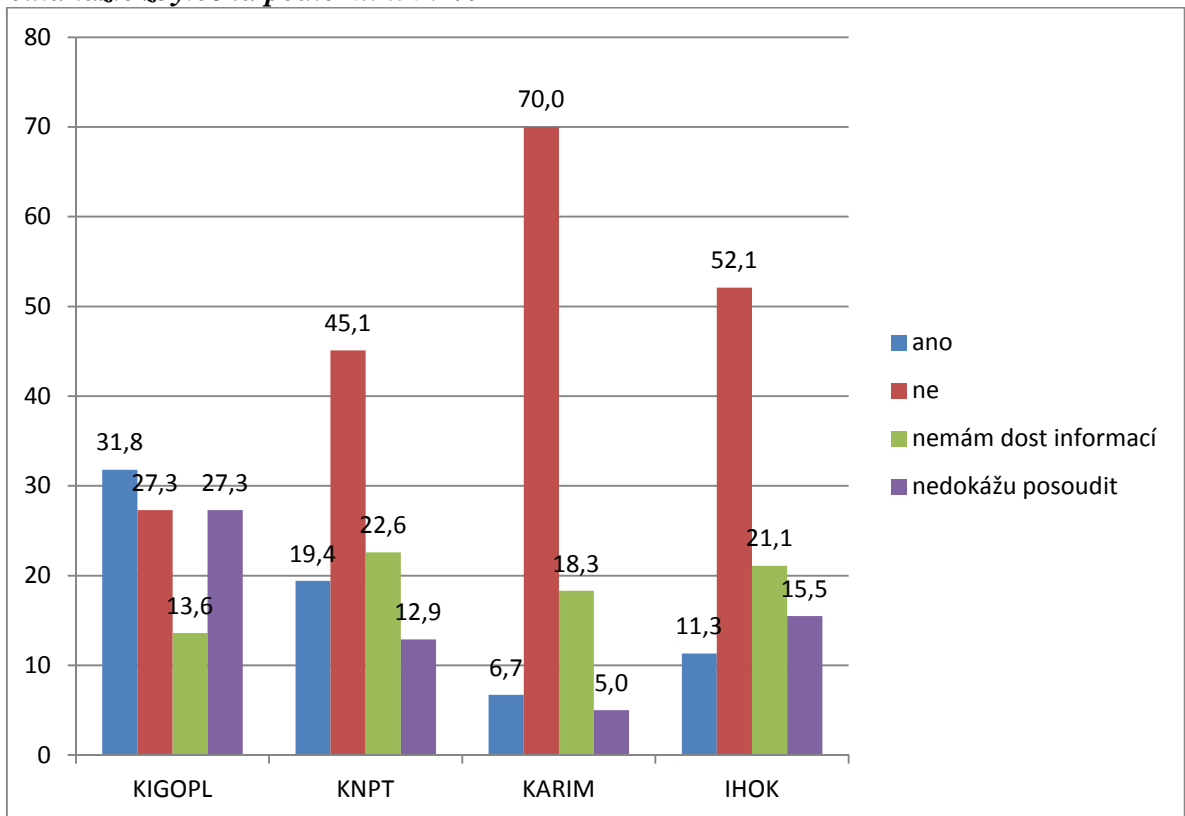
- a) ano
- b) ne
- c) nevím, nemám dostatek informací
- d) nevím, nedokážu se rozhodnout

*Tab. 54 Úroveň paliativní medicíny je v ČR tak vysoká, že je diskuse o legalizaci eutanazie zbytečná podle klinik v číslech*

|               | ano       | ne        | nemám dost informací | nedokážu posoudit |
|---------------|-----------|-----------|----------------------|-------------------|
| <b>KIGOPL</b> | 7         | 6         | 3                    | 6                 |
| <b>KNPT</b>   | 6         | 14        | 7                    | 4                 |
| <b>KARIM</b>  | 4         | 42        | 11                   | 3                 |
| <b>IHOK</b>   | 8         | 37        | 15                   | 11                |
| <b>celkem</b> | <b>25</b> | <b>99</b> | <b>36</b>            | <b>24</b>         |

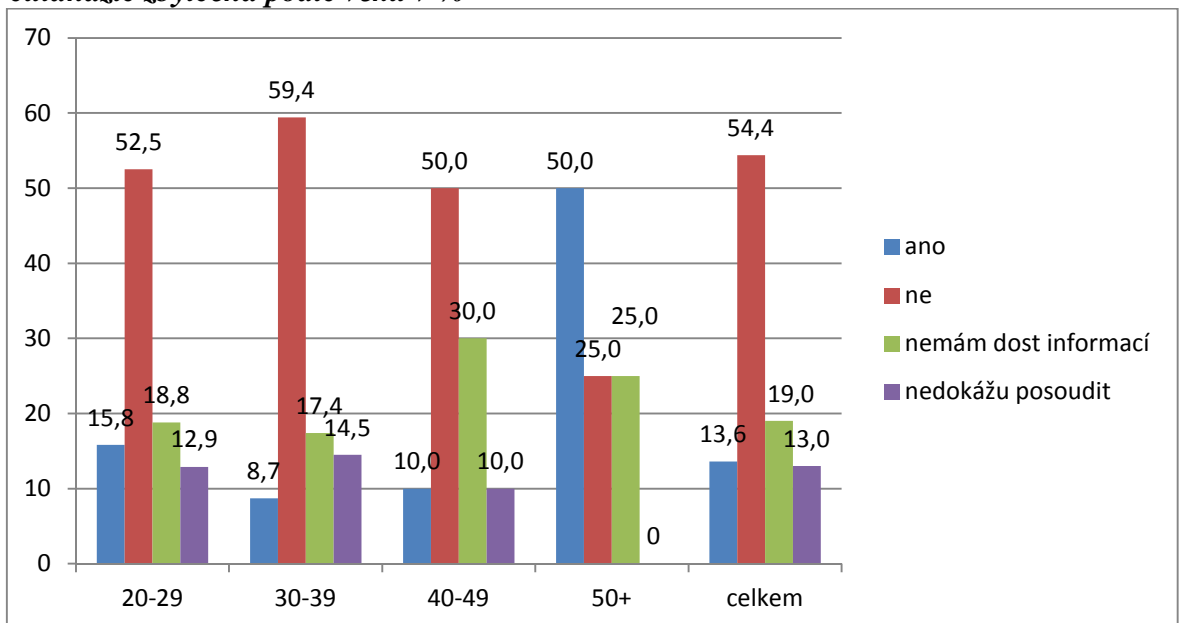
*Zdroj: vlastní*

**Graf č. 35 Úroveň paliativní medicíny je v ČR tak vysoká, že je diskuse o legalizaci eutanazie zbytečná podle klinik v %**



Zdroj: vlastní

**Graf č. 36 Úroveň paliativní medicíny je v ČR tak vysoká, že je diskuse o legalizaci eutanazie zbytečná podle věku v %**



Zdroj: vlastní

*Tab. 55 Myslí si, že paliativní medicína dokáže zabezpečit důstojné umírání a zároveň, že úroveň paliativní medicíny je v ČR tak vysoká, že je diskuse o legalizaci eutanazie zbytečná podle klinik v číslech*

|               | č. 17 ano | č. 18 ano | č. 17 ano $\wedge$ č. 18 ano |
|---------------|-----------|-----------|------------------------------|
| <b>KIGOPL</b> | 11        | 7         | 2                            |
| <b>KNPT</b>   | 21        | 6         | 6                            |
| <b>KARIM</b>  | 22        | 4         | 8                            |
| <b>IHOK</b>   | 42        | 8         | 2                            |
| <b>celkem</b> | <b>96</b> | <b>25</b> | <b>18</b>                    |

*Zdroj: vlastní*

Více jak polovina respondentů (99) si myslí, že úroveň paliativní medicíny v České republice není natolik vysoká, aby se mohlo upustit od diskusí o legalizaci eutanazie, jako jedné z možností, jak zabezpečit důstojný odchod člověka ze života. Nejčastěji takto smýšlejí zaměstnanci Kliniky anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny, kteří odpověděli ne v 70% a skupina respondentů ve věku 30 – 39 let.

## 4.5 Vyhodnocení a interpretace výsledků

### **H 1: Zdravotníci neumí správně formulovat pojem bioetika.**

Cílem bylo ověřit, zda zdravotničtí pracovníci znají pojem bioetika a umí ho správně formulovat. K ověření této hypotézy sloužila otázka č. 5. S pojmem se setkala pouze 34,2% respondentů. 65,8% se s termínem bioetika nikdy nesešlo, což koresponduje s tím, že bioetika jako nově vznikající vědní disciplína není v České republice ještě plně zakotvena, a že naše země patří k zemím, které v problematice etiky ochrany života a zdraví spíše používají termíny lékařská či ošetrovatelská etika. Z 34,2% respondentů se 46% pokusilo bioetiku definovat. Tyto definice potvrzují informace uvedené výše.

**H 1 byla verifikována.**

### **H 2: Respondenti dokážou správně vysvětlit pojem eutanazie.**

Úkolem této hypotézy bylo u respondentů prokázat znalost pojmu eutanazie. K verifikaci či falzifikaci hypotézy sloužila otázka č. 9. S pojmem eutanazie se během svého života setkala 94% respondentů. Pouze 6% dotázaných uvádí, že tento termín nikdo neslyšelo. I tak malé množství je ovšem překvapující, vzhledem k neustálé medializaci této problematiky a samozřejmě i v návaznosti na to, že respondenty byli zdravotníci. O důvodech jejich překvapujících odpovědí lze samozřejmě pouze spekulovat. 130 respondentů se pokusilo pojem eutanazie definovat. Vzhledem k tomu, že otázka nerozlišovala různé druhy eutanazie, lze téměř všechny uvedené definice považovat za správné.

**H 2 byla verifikována.**

### **H 3: Pracovníci ve zdravotnictví se ve své praxi již setkali s žádostí o provedení eutanazie.**

Tato hypotéza měla prověřit, zda se pracovníci vybraných klinik setkávají ve své praxi s žádostí o provedení eutanazie. K ověření předpokladu sloužily otázky 10 a 11. S žádostí o provedení eutanazie ze strany pacienta se přímo setkala 79 dotázaných z celkového počtu 184 respondentů. 87 zdravotníků takovou žádost nikdy od pacienta neslyšelo a 18 se o ní pouze doslechlo. S žádostí o provedení eutanazie z řad blízkých příbuzných pacienta

se setkalo 37 respondentů, 14 o takové žádosti slyšelo pouze z doslechu a 133 nikdy z úst příbuzného takovou žádost neslyšelo.

**H 3 byla verifikována.**

**H 4: H 4: Zdravotníci vidí v legalizaci eutanazie možnost jejího zneužití.**

Cílem této hypotézy bylo ověřit, jak nahlízejí na možnost zneužití eutanazie zdravotníci, kteří se o pacienty starají a vědí, na jakých principech a etických základech funguje péče o pacienta. K verifikaci či falzifikaci této hypotézy sloužila otázka č. 14. Ze 184 respondentů vidí možnost zneužití eutanazie 82 z nich. 8,7% dotázaných si je jisto, že při vytvoření striktních pravidel ke zneužití eutanazie dojít nemůže a 86 zdravotníků tuto možnost nedokáže posoudit. Velké procento nerozhodných je jistě překvapující. Vzhledem k cílové skupině respondentů se dalo předpokládat, že budou mít vyhraněnější názory.

**H 4 byla falzifikována.**

**H 5: Podle respondentů současná úroveň paliativní medicíny v ČR plně zabezpečuje důstojné umírání lidí v terminálním stadiu nemoci.**

Hypotéza měla prověřit názory respondentů na úroveň paliativní medicíny, jako na jednu z možností, jak umožnit pacientům v terminální fázi onemocnění, důstojně a bez bolestí odejít ze života. K potvrzení či vyvrácení předpokladu sloužila otázka č. 17. Paliativní medicína dokáže zabezpečit důstojné umírání podle 52,2%, což je 96 všech respondentů. Zajímavé v této souvislosti ovšem to, že 38 respondentů, kteří souhlasí s legalizací eutanazie, si zároveň myslí, že úroveň paliativní medicíny je na tak vysoké úrovni, že dokáže zabezpečit důstojné umírání.

**H 5 byla verifikována.**

## 4.6 Dílčí závěr

Cílem empirické části diplomové práce bylo zjistit, jaké znalosti, postoje a názory mají zdravotničtí pracovníci na bioetiku a eutanazii na takových úsecích zdravotní péče, kde se každodenně setkávají s lidmi s rakovinou, chorobami krve, lidmi s multiorgánovým selháním a s geriatrickými pacienty. Péče na těchto klinikách vyžaduje nejenom odbornou lékařskou a ošetrovatelskou péči, ale také citlivý a zejména etický přístup. I přes podobné vzdělání, které má většina respondentů, se jejich znalosti, postoje a názory na danou problematiku často odlišují. Překvapujícím zjištěním byla i dosti vysoká nerozhodnost v některých oblastech etického rozhodování respondentů a také to, že mnohem více respondentů vnímá jako velké etické pochybení dystanazii, tedy snahu udržet pacienta co nejdéle při životě, i když je kvalita života takového člověka velmi nízká a léčba tzv. „marná“. To, že dystanazie byla nejčastěji volenou oblastí, kde dle respondentů – zdravotníků, dochází k etickým pochybením, samozřejmě vyvolává další bioetické otázky. Bioetika totiž nemá za úkol na otázky pouze odpovídat, ale má je především klást. Bylo by milé věřit, že už pouhé vyplňování dotazníků přimělo respondenty k zamyšlení a k dalším otázkám.



## ZÁVĚR

Cílem diplomové práce bylo popsat bioetiku jako nově vznikající obor aplikované etiky, zamyslet se nad aktuálními etickými problémy, kterým se bioetika věnuje a zaměřit se zejména na v současnosti často medializovaný etický problém, kterým je diskuze nad legalizací eutanazie. Pro pochopení současné bioetiky jako vědy bylo nezbytné zjistit, jak vlastně etika vznikala, jak na etické problémy týkající se života a zdraví nahlíželi lidé v minulosti. Na každou problematiku je nutné se dívat komplexně a bez znalostí historických souvislostí nelze vytvářet nové pohledy a z toho důvodu, by ani bez znalosti historie etiky, lékařské etiky a vlastně i historie lidstva obecně, vlastně nešlo zjistit, proč vlastně bioetika jako jeden z oborů aplikované etiky vznikla a co způsobilo, že se velmi rychle rozšířila po celém světě. Česká republika patří bohužel k zemím, kde byla bioetika zaregistrována, ale bohužel je stále vědou opomíjenou nebo vnímanou spíše v souvislosti se zdravotnictvím, než jako vědou, která postihuje všechny oblasti života, tedy i přírodu a vše živé kolem nás. Povědomí o bioetice jako vědě i mezi zdravotníky, kteří se ve své profesi věnují péči o nemocné, je dle výsledků empirického šetření této diplomové práce velmi nízké. Lze tedy předpokládat, že informovanost veřejnosti bude ještě menší. Bioetika a její problematika ovšem patří k oblastem lidského života, které se dotýkají všech a téměř pořád. Možnosti sociální pedagogiky v souvislosti s bioetikou jsou díky tomu velmi široké. Tak jako bioetika provází člověka od jeho narození až do smrti, tak i sociální pedagogika má za úkol vést a podporovat člověka na jeho cestě životem. Snad by proto bylo vhodné zamyslet se, nad možností zařazení výuky bioetiky nebo alespoň některých jejích oblastí zájmu do studijního oboru sociální pedagogika a připravit tak budoucí sociální pedagogy na to, aby pomohli při řešení bioetických problémů, se kterými se jejich klienti setkávají.

Bioetika jako věda je natolik komplikovaná a oblast jejího zájmu natolik široká, že nebylo možné v této diplomové práci postihnout všechna témata, kterým se věnuje. Jistě by stálo za pozornost, s ohledem na stále více se rozvíjející globalizaci, srovnání řešení bioetických problémů v různých částech světa v historickém, ideologickém, kulturním a v neposlední řadě i sociálním kontextu. Důležitou součástí bioetiky, kterou tato práce zmiňuje pouze okrajově, je také environmentální etika. Ochrana životního prostředí je totiž v dnešní době stále více aktuální.

## 5 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

### *Právní normy:*

Směrnice Evropské komise 2001/20/EC Evropského parlamentu a Rady Evropy ze dne 4. dubna 2001 o sblížení právních a správních předpisů členských států týkajících se uplatňování správné klinické praxe při provádění klinických hodnocení humánních léčivých přípravků

Ústavní zákon č. 1/1993 Sb. Ústava České republiky

Sbírka mezinárodních smluv ČR č. 96/2001 Úmluva o lidských právech a biomedicíně

Zákon č. 20/1966 Sb. o péči a zdraví lidu

Zákon č. 285/2002 Sb. o darování, odběrech a transplantacích tkání a orgánů a o změně některých zákonů

Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách

Vyhláška č. 64/2007 o zdravotnické dokumentaci

### *Monografie a vysokoškolské učebnice:*

ABOUNA, G. M. Moral, ethical and medical values sacrificed by commercialization in human organs. IN: ABOUNA, G. M., KUMAR, A. G. (eds): *Organ Transplantation 1990*. Norwell: Kluwer Academic Publishers, 1991. ISBN 0-7923-1191-4 .

AGAR, N. *Liberal eugenics: in defence of human enhancement*. Malden, MA: Blackwell Pub., 2005, viii, 205 p. ISBN 14-051-2390-7.

ARIÈS, P. *Dějiny smrti: zdivočelá smrt*. Vyd. 1. Praha: Argo, 2000, 410 s. ISBN 80-720-3293-3.

BACHIOCHI, E. *The cost of choice: women evaluate the impact of abortion*. 1st ed. San Francisco: Encounter Books, 2004, xvii, 180 p. ISBN 15-940-3051-0.

BIERHOFF, H. W. *Prosocial Behaviour*. New York: Taylor&Francis, 2002, 385s. ISBN 086377-773-2.

BLACK, E. *War against the weak: eugenics and America's campaign to create a master race*. New York: Thunder's Mouth Pr, 2004. 550 s. ISBN 15-685-8321-4.

BÖHM, B. *Nehodné žití: nacistická "eutanasie" v říšské župě Sudety a protektorátu Čechy a Morava 1939-1945*. Alkoven: Verein Schloss Hartheim, 2008, 29 s.  
ISBN 978-3-85499-683-5.

BUŽGOVÁ, R. *Etika ve zdravotnictví*. Vyd. 1. Ostrava: Ostravská univerzita, 2008, 104 s.  
ISBN 978-80-7368-501-0.

FOBELOVÁ, D. *Všeobecná a aplikované etiky. Část I. Všeobecná etika*. Banská Bystrica: UMB, 2002, 119 s. ISBN 80-8055-624-5.

FOBELOVÁ, D. *Aplikované etiky v kontextoch súčasnosti*. Vyd. 1. Banská Bystrica: UMB, Fakulta humanitných vied, 2005, 112 s. ISBN 80-808-3141-6.

GLUCHMAN, V., *Úvod do etiky*. Vyd. 1. Brno: Tribun EU, 2008, 176 s.  
ISBN 978-80-7399-552-2.

CRAIG, P. R. et al. *Ethics Committees. A Practical Approach*. CHA, St. Louis (MO, USA), Vyd. 1., 1986, 97 s. ISBN 9780871251107.

HAŠKOVCOVÁ, H. *Manuálek o etice*. Vyd. 1. Brno: Institut pro další vzdělávání středních zdravotnických pracovníků, 2000, 46 s. České ošetřovatelství, 5.  
ISBN 80-701-3310-4.

HULAN, B., WAGNEROVÁ, S. *Úvod do etiky (Vybrané kapitoly)*. Žilina: Žilinská univerzita, 2007, 156 s. ISBN 978-80-8070-723-1.

JEMELKA, P. *Bioetika*. Brno: Masarykova univerzita, 2008, 68 s.  
ISBN 978-802-1046-269.

KLAPILOVÁ, S. *Kapitoly ze sociální pedagogiky*. Olomouc: UP, 1996, 63s.  
ISBN 80-7067-669-8.

KOŘENEK, J. *Lékařská etika*. Vyd. 1. Olomouc: Univerzita Palackého, Lékařská fakulta, 2001. 149 s. ISBN 80-244-0324-2.

KOVAĽOVÁ, D. *Aplikované etiky II. Bioetika a medicínska etika*. Vyd. 1. Banská Bystrica, FHV UMB, 2004, 78 s. ISBN 80-8055-996-1.

KRAUS, B. *Základy sociální pedagogiky*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2008, 215 s.  
ISBN 978-807-3673-833.

KUSHNER, T. K., THOMASMA, D. C. *Od narození do smrti: etické problémy v lékařství*. Vyd. 1. Praha, 2000, 389 s. ISBN 80-204-0883-5.

KUŘE, J. *Eutanasia – the „Good death“ controversy in humans and animals*. Vyd. 1. Rijeka: InTech, 2011, 248 s. ISBN 978-953-307-260-9.

KUSS, R., BOURGET, P. *An Illustrated History of Organ Transplantation, The Great Adventure of the Century*. Rueil-Malmaison: Laboratoires Sandoz, 1992. ISBN 978-290-133-405-7.

KUTNOHORSKÁ, J. *Etika v ošetrovatelství*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, 163 s. ISBN 978-802-4720-692.

LACA, S. *Sociální pedagogika*. Vyd. 1. Brno: IMS, 2011, 211 s.

LEONE, S. *Nuovo manuale di bioetica*. Roma: Città Nuova Editrice, 2007, 392 s. ISBN 978-883-111-628-2.

MALANKIEVIČOVÁ, S. *Profesijná etika (v súčasných perspektívách aplikovaného diskurzu)*. Prešov: Filozofická fakulta Prešovskej univerzity, 2008, 264 s. ISBN 978-80-8068-811-0.

MÁTEL, A. *Etika sociálnej práce*. Vyd. 1. Bratislava: Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, 2010, 183 s. ISBN 978-80-89271-85-6.

MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál, 2008, 272s. ISBN: 978-80-7367-368-0.

MUNZAROVÁ, M. *Eutanazie, nebo paliativní péče?*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2005, 108 s. ISBN 80-247-1025-0.

MUNZAROVÁ, M. *Proč ne eutanazii, aneb, Být, či nebýt?*. Vyd. 2. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2008, 87 s. ISBN 978-807-1953-043.

MUNZAROVÁ, M. *Úvod do studia lékařské etiky a bioetiky*. Brno: MU, 1995, 29 s. ISBN 80-210-1057-6.

MUNZAROVÁ, M. *Vybrané kapitoly z lékařské etiky*. Vyd. 1. Brno: Masarykova univerzita, 2000, 57 s. ISBN 80-210-2417-8.

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

MURRAY, J. L. IN: WOLSTENHOLME, G. E. W., O'CONNOR, M. eds. *Law and Ethics of Transplantation*. London: JA Churchill, Ltd., 1966, ISBN 07-000-1369-5.

ONDOK, J. P. *Bioetika*. Vyd.1. Svitavy: Trinitas ve spolupráci Křesťanskou akademií, Řím, 1999, 134 s. ISBN 80-860-3624-3.

ONDOK, J. P. *Bioetika, biotechnologie a biomedicína*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2005, 214 s. ISBN 80-725-4486-1.

PAYNE, J. *Kvalita života a zdraví*, Praha: Triton, 2005, 630 s. ISBN: 80-7254-657-0.

POLÁKOVÁ, E., MASARYKOVÁ, Z. *Etika mediálnej komunikácie v on-line prostredí: učebnica pre študentov mediálnych štúdií* : Európsky sociálny fond: moderné vzdelávanie pre vedomostnú spoločnosť. Vyd. 1. Trnava: Fakulta masmediálnej komunikácie UCM, 2011, 263 s. ISBN: 9788081052835.

POST, S. G. *Encyclopedia of bioethics*. 3rd ed. New York: Macmillan Reference USA, c2004, 5 v. (lxii, 3062 p.). ISBN 00-286-577-99-5.

PRITCHARD, J. B. *Ancient Near Eastern texts: relating to the Old Testament*. 3rd ed., with supplement. Ann Arbor, Mich: UMI, University Microfilms International, 1969. ISBN 9780691035031.

RADBRUCH, K., PAYNE, S. et al. *Standardy a normy hospicové a paliativní péče v Evropě*. Praha: Cesta domů a Česká společnost paliativní medicíny, 2010, 63 s.

SADLER, T. W. *Langmanova lékařská embryologie*. 1. české vyd. Praha: Grada, 2011, xviii, 414 s. ISBN 978-802-4726-403.

SEMRÁDOVÁ, I. *Etika I: Přehled etických teorií*. Vyd. 1. Hradec Králové: Gaudeamus, 1992, 94 s. ISBN 978-807-0415-405.

SINGER, P., KUHSE, H. *A companion to bioethics*. Reprinted. Oxford, UK: Blackwell Publishers, 2001. ISBN 978-063-1230-199.

SKÁLA, B. et al. *Paliativní péče o pacienty v terminálním stádiu nemoci*. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, 2011, 20s. ISBN 978-80-86998-51-0.

SLÁMA, O., ŠPINKA, Š. *Koncepce paliativní péče v ČR: pracovní materiál k odborné a veřejné diskusi*. Praha: Cesta domů, 2004, 43 s. ISBN 80-239-4330-8.

SLÁMA, O. et al. *Paliativní medicína pro praxi*. Vyd. 2. Praha: Galén, 2011, 363 s. ISBN 978-807-2628-490.

SMITH, G. *The genomics age: how DNA technology is transforming the way we live and who we are*. New York, NY: American Management Association, c2005, vii, 262 p. ISBN 08-144-0843-5.

SOKOL, J. *Etika a život: pokus o praktickou filosofii*. Vyd. 1. Praha: Vyšehrad, 2010, 239 s. ISBN 978-807-4290-633.

STEINBOCK, B. *Life before Birth*. New York: Oxford University Press, 1996, 154 s. ISBN 0 -19- 505494 6.

ŠEVČÍK, P. et al. *Intenzivní medicína*. Vyd. 1. Praha: Galén, 2000, 393 s. ISBN 80-726-2042-8.

ŠPINKOVÁ, M., ŠPINKA, Š. *Euthanasie. Víme o čem mluvíme?*. Praha: Cesta domů, ISBN 80-239-8592-2.

THOMPSON, M. *Přehled etiky*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2004, 167 s. ISBN 80-717-8806-6.

VÁCHA, M. et al. *Základy moderní lékařské etiky*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2012, 302 s. ISBN 978-807-3677-800.

VORLÍČEK, J. et al. *Paliativní medicína*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 1998, 480 s. ISBN 80-716-9437-1.

WILLIAMS, J. R. *Medical ethics manual*. 2nd. ed. Ferney-Voltaire, France: World Medical Association, 2009. 133 s. ISBN 92-990-0281-9.

***Příspěvky ve sbornících:***

BAKOŠOVÁ, Z. Sociálna pedagogika a výchova k sociálnosti. IN: *Sborník příspěvků z mezinárodní konference Sociální pedagogika v souvislostech globální krize*. Brno: IMS, 2011, 910s. ISBN 978-80-87182-16-1.

BRAGIEL, J. Miejsce pracy socjalnej w polskiej pedagogice spolcznej. IN: *Sociální práce s ostatní společenskovední disciplíny*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2002. ISBN 80-7041-113-9.

HUMENÍK, I. Vybrané otázky ochrany súkromia a spracúvania osobných údajov účastníkov klinického skúšania liekov. IN: HUMENÍK, I., SZANISZLÓ, I. M. V. (eds.) *Biomedicínsky výskum právne, eticky, filozoficky*. Žilina: EUROKÓDEX s.r.o., 2012, 336 s. ISBN 978-80-89447-73-2.

JŮVOVÁ, A. Sociálněpedagogické aspekty dobrovolnictví. IN: *Sborník příspěvků z mezinárodní konference Sociální pedagogika v souvislostech globální krize*. Brno: IMS, 2011, 910s. ISBN 978-80-87182-16-1.

KAZANKOVÁ, D. Profesionální kompetencia sociálneho pedagóga a podnety k jej modelovaniu. IN: *Sborník příspěvků z mezinárodní konference Sociální pedagogika ve střední Evropě 2010 - Inovace a nové trendy*. Brno: IMS, 2010, 576s. ISBN 978-80-87182-15-4.

KOVAŘOVÁ, D. Od Hippokrata k bioetice. (Bio) etické principy a modely s dôrazom na sociálnu prácu. IN: MÁTEL, A. et al. *Aplikovaná etika v sociálnej práci a ďalších pomáhajúcich profesiách*. Zborník z medzinárodnej vedeckej konferencie. Bratislava: VŠZaSP sv. Alžbety, 2010. 413 s. ISBN 978-80-89271-89-4.

KRAJČOVÁ, N., PASTERNAKOVÁ, L. Profesia sociálneho pedagóga a možnosti jeho uplatnenia v súčasnosti. IN: *Sborník příspěvků z mezinárodní konference Sociální pedagogika v souvislostech globální krize*. Brno: IMS, 2011, 910s. ISBN 978-80-87182-16-1.

MACHALOVÁ, M., BARGEL, M. Trend vedeckovýskumnej činnosti IMS Brno v oblasti sociálnej pedagogiky. IN: *Sborník příspěvků z mezinárodní konference Sociální pedagogika ve střední Evropě 2010 - Inovace a nové trendy*. Brno: IMS, 2010, 576s. ISBN 978-80-87182-15-4.

PRUDIL, L.: Status lidského embrya v českém právu. IN: *Status embrya: právnický, lékařský, psychologický a etický pohled: sborník z interdisciplinární konference*. Brno: Institut pro bioetiku, 1999, 37 s.

SÝKORA, P. Bioetika, bioetické komisie a EÚ. IN: TIMKO, J., PEŤKO, B. *Konferencia o geneticky modifikovaných organizmoch*. Zborník z konferencie v Smoleniciach 3. - 4. 12. 2003, s. 65-71, Bratislava: VEDA, 2003, ISBN 80-224-0790-9.

***Příspěvky v tištěných časopisech:***

ABOUNA, G. M. The humanitarian aspects of organ transplantation. IN: *Transplant International*, 2001;14:117–123. ISSN 1432-2277.

CECKA, J. M., TRASARAKI, P. I. *Clinical Transplantation 2000*. Los Angeles, UCLA Tissue Typing Lab, 2000. ISSN 1399-0012.

DRABIÁK, K., WEGNER, C. et al. Ethics, Law, and Commercial Surrogacy: A Call for Uniformity. IN: *J Law Med Ethics*, 2008, p. 300-309. ISSN 1073-1105.

GLASA, J. Niekoľko pohľadov na súčasnú severoamerickú biotiku. IN: *Medicínska etika a bioetika*, No 3-4, Bratislava, 2000, ISSN 1335 – 0560.

GOSLINGA - ROY, G. M. Body boundaries, fiction of the female self: An ethnographic perspective on power, feminism, and the reproductive technologies. IN: *Feminist Studies*, 2000, 26 (1): 113-141. ISSN 0816-4649.

KALVACH, M. Zamyšlení nad problematikou náhradního mateřství. IN: *Zdravotnictví a právo*. 2009, č. 7-8, s. 14. ISSN 1211-6432.

KISVETROVÁ, H., KUTNOHORSKÁ, J. Umírání a smrt v historickém vývoji. IN: *KONTAKT*, 2010:12, ISSN 1212-4117.

KNAP, K. Porodím vaše dítě. Chcete? IN: *MF Dnes – příloha víkend*. 2009, 23. května, s C2. ISSN 1210-1168.

MUNZAROVÁ, M. Eutanazie a asistované suicidium. Holandsko. IN: *Praktický lékař*, 1994, roč. 74, č. 9, s. 437–438. ISSN 0032-6739.

PELLEGRINO, E. The internal morality of clinical medicine: A paradigm for the ethics of the helping and healing professions. IN: *Journal of Medicine and Philosophy*, 2001, vol. 26, No 6, p. 559–579. ISSN 0360-5310.

PILKA, L. et al. Surogátní mateřství - literární názory a praxe. IN: *Česká gynekologie*. 2009, vol. 74, no. 2, s. 144-147. ISSN 1210-7832.

PRUDIL, L., PILKA, L. Právní a etické problémy asistované reprodukce - kazuistika. IN: *Česká gynekologie*, Praha, ČLS JEP, 2002, vol. 67, no. 3, s. 174-177. ISSN 1210-7832.

SHEIL, R. Policy statement from the ethics committee from the Transplantation Society. IN: *Transplant Soc Bull* 1995;3:3.

SHOTSMANS, P. Harvesting organs from cadavers, IN: *EACME NEWS* (Newsletter of the European Association of Centres of Medical Ethics), October, 1995, No 4, p. 2–6. ISSN 0269-1485.

SMOLÍKOVÁ, K. Institut matky hostitelky. IN: *Zdravotnictví a právo*. 2009, č. 11, s. 6. ISSN 1211-6432.

SVATOŠOVÁ, M. Postřehy ze školy, kde vyučují umírající. IN: *Praktický lékař* 78, 1998, č. 4. ISSN 0032-6739.

SÝKORA, P. O potrebe globálnej bioetiky v multikultúrnom svete. IN: *FILOZOFIA*, roč. 62, č. 3, 191-202, 2007. ISSN 0046-385 X.



ZÍMOVÁ, P., ZÍMOVÁ, J. Etika v lékařském výzkumu za účasti lidských subjektů z pohledu lékařského a filozofického. IN: *Časopis zdravotnického práva a bioetiky* [online]. 2011, č. 3, ISSN 1804-8137.

***Akademické práce:***

MATOCHOVÁ, S. *Etika a právo v kontextu lékařské etiky*. Brno: Masarykova univerzita 2006. Disertační práce. MU v Brně, Lékařská fakulta, Ústav lékařské etiky.

***Internetové zdroje:***

*30 let asistované reprodukce*. [online]. [cit. 2012-01-22]. Dostupné z: <<http://www.gate2biotech.cz/let-asistovane-reprodukce/>>.

A definition of irreversible coma. Report of the Ad Hoc Committee at Harvard Medical School to Examine the Definition of Brain Death. [online]. IN: *JAMA*, 1968;205(6):337-340. [cit. 2012-01-24]. Dostupné z: <<http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=340177>>.

*A General History of Euthanasia*. [online]. [cit. 2012-02-03]. Dostupné z: <[www.life.org.nz/euthanasia/abouteuthanasia/histo...](http://www.life.org.nz/euthanasia/abouteuthanasia/histo...)>.

*Akceptováním eutanazie bychom mohli dospět k tomu, že smrt má větší cenu než život*. [online]. [cit. 2012-02-11]. Dostupné z: <[http://zpravy.idnes.cz/akceptovanim-eutanazie-bychom-mohli-dospet-k-tomu-ze-smrt-ma-vetsi-cenu-nez-zivot-gi3-kavarna.aspx?c=A110331\\_154735\\_kavarna\\_chu](http://zpravy.idnes.cz/akceptovanim-eutanazie-bychom-mohli-dospet-k-tomu-ze-smrt-ma-vetsi-cenu-nez-zivot-gi3-kavarna.aspx?c=A110331_154735_kavarna_chu)>.

*Aktuální otázky bioetiky*. [online]. [cit. 2012-02-03]. Dostupné z: <<http://www.etf.cuni.cz/OPPA-CZ/vp13.pdf>>.

Asistovaných sebevražd ve Švýcarsku trvale přibývá. [online]. IN: *zdravi.e15.cz*. [cit. 2013-02-11]. Dostupné z: <<http://zdravi.e15.cz/clanek/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-zdn/asistovanych-sebevrazd-ve-svycarsku-trvale-pribyva-464062?category=ze-zahranici>>.

Bioethics. [online]. IN: *Internet Encyclopedia of Philosophy*. [cit. 2012-12-18]. Dostupné z: <<http://www.iep.utm.edu/bioethic/#SH5a>>.

*Bioethics - History Of Bioethics* [online]. [cit. 2012-12-11]. Dostupné z: <<http://science.jrank.org/pages/8456/Bioethics-History-Bioethics.html>>Bioethics - History Of Bioethics</a>.

*Bioéticas. Guía internacional de la Bioética*. [online]. [cit. 2012-11-11]. Dostupné z: <<http://www.bioeticas.org/bio.php?articulo52>>.

BLAHOŠ, J. Helsinská deklaráce Světové lékařské asociace (WMA). [online]. IN: *Časopis lékařů českých*. [cit. 2013-01-04]. Dostupné z: < <http://www.prolekare.cz/casopis-lekaru-ceskych-clanek/helsinska-deklarace-svetove-lekarske-asociace-wma-15482>>.

*Brief History of Euthanasia*. [online]. [cit. 2013-02-09]. Dostupné z: < [iands-euthanasia.blogspot.com/.../brief-history-of-](http://iands-euthanasia.blogspot.com/.../brief-history-of-)>.

BYSTRICKÝ, Z. Hospicová péče – organizace a zkušenosti z českých pracovišť. [online]. IN: *zdravi.e15.cz*. [cit. 2012-02-11]. Dostupné z: < <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/hospicova-pece-organizace-a-zkusenosti-z-ceskych-pracovist-134569>>.

*Co je terapeutické klonování?* [online]. [cit. 2012-01-22]. Dostupné z: <<http://www.biotrin.cz/czpages/inf051303g.htm#m06>>.

DEBUS, A. G. *Paracelsus and the medici revolution of thr renaissance*. [online]. [cit. 2012-12-17]. Dostupné z: <<http://www.nlm.nih.gov/exhibition/paracelsus/index.html>>.

DOBRÍKOVÁ, P. *Eutanázia verzus paliatívna starostlivosť*. [online]. [cit. 2012-02-11]. Dostupné z: <[http://www.pravo-medicina.sk/detail-aktuality?new\\_id=0332d0a7ee9260f5bcit.18.9.2011](http://www.pravo-medicina.sk/detail-aktuality?new_id=0332d0a7ee9260f5bcit.18.9.2011)>.

*Dobrovolnická centra a programy*. [online]. [cit. 2012-02-16]. Dostupné z: <<http://www.dobrovolnik.cz/management-dobrovolnictvi/dobrovolnicka-centra-a-programy/>>.

End of Life. IN: *Hastings center*. [online]. [cit. 2012-01-17]. Dostupné z: < <http://www.thehastingscenter.org/Issues/Default.aspx?v=244>>.

*Eutanazie*. [online]. [cit. 2012-01-30]. Dostupné z: <[www.zsf.jcu.cz/structure/departments/kkl/.../eutanazie\\_p14.pdf](http://www.zsf.jcu.cz/structure/departments/kkl/.../eutanazie_p14.pdf)>.

*Euthanasia and assisted suicide – Arguments*. [online]. [cit. 2012-02-11]. Dostupné z: < <http://www.nhs.uk/Conditions/Euthanasiaandassistedsuicide/Pages/Arguments.aspx>>.

*Euthanasia: Should It Be Legal?* [online]. [cit. 2012-02-11]. Dostupné z: < [j.whyville.net/smmk/whytimes/article?id=3041](http://j.whyville.net/smmk/whytimes/article?id=3041)>.

Eutanazie ve světě. [online]. IN: *EPRAVO.CZ, a.s.* [cit. 2012-02-10]. Dostupné z: < <http://www.epravo.cz/top/clanky/eutanazie-ve-svete-33479.html>>.

FABUŠ, S., KULICHOVÁ, M. *Paliatívna a hospicová starostlivosť*. [online]. [cit. 2012-02-11]. Dostupné z: <[www.hospice-martin.szm.com/.../...Podobné](http://www.hospice-martin.szm.com/.../...Podobné)>.

FRICOVÁ, J.. *Etika a léčba bolesti*. [online]. [cit. 2012-11-12]. Dostupné z: <<http://www.umirani.cz/etika-a-lecba-bolesti.html>>.

GAVORA, P. et al. *Elektronická učebnica pedagogického výskumu*. [online]. [cit. 2012-02-14]. Dostupné z: <<http://www.e-metodologia.fedu.uniba.sk/index.php/kapitoly/dotaznik.php?id=i12>>.

GLASA, J. Stručný prehľad biomedicínskej etiky pre pracovníkov vo verejnom zdravotníctve. [online]. IN: *Medicínska etika a bioetika: časopis Ústavu medicínskej etiky a bioetiky = Medical ethics*. 2009, 1-2, ISSN 1335-0560. [cit. 2012-12-17]. Dostupné z: <<http://www.bioetika.sk/files/casopis/2009-12.pdf>>.

GLASA, J, GLASOVÁ, M. Zasadnutie etickej komisie – praktické aspekty. [online]. IN: *Medicínska etika a bioetika: časopis Ústavu medicínskej etiky a bioetiky = Medical ethics*. 2012, 1-2, ISSN 1335-0560. [cit. 2012-01-19]. Dostupné z: <<http://www.bioetika.sk/files/casopis/2012-12.pdf>>.

HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika dříve a dnes*. [online]. [cit. 2012-12-14]. Dostupné z: <<http://www.advojka.cz/archiv/2007/45/lekarska-etika-drive-a-dnes>>.

HAŠKOVCOVÁ, H. Řecké slovo eutanazie v původním významu znamenalo dobrou, tedy lehkou smrt. [online]. IN: *zdravi.e15.cz*. [cit. 2012-02-08]. Dostupné z: <<http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/recke-slovo-eutanazie-v-puvodnim-vyznamu-znamenalo-dobrou-tedy-l-125366>>.

HAVLOVÁ, K. Babyboom ve zkumavce. [online]. IN: *zdravi.e15.cz*. [cit. 2012-01-21]. Dostupné z: <<http://zdravi.e15.cz/clanek/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-zdn/babyboom-ve-zkumavce-306452>>.

*History of AMA Ethics*. [online]. [cit. 2012-11-11]. Dostupné z: <<http://www.ama-assn.org/ama/pub/physician-resources/medical-ethics/code-medical-ethics/history-ama-ethics.page?>>.

*History of Euthanasia and Physician-Assisted Suicide*. [online]. [cit. 2013-02-08]. Dostupné z: <<http://euthanasia.procon.org/view.resource.php?resourceID=000130>>.

HONZÁK, R. *Eutanazie - a proč jsem proti*. [online]. [cit. 2012-02-09]. Dostupné z: : <<http://granosalis.cz/modules.php?name=News&file=print&sid=763>>.

*Informace pro pacienty*. [online]. [cit. 2012-02-15]. Dostupné z: <<http://www.fnbrno.cz/nemocnice-bohunice/klinika-interni-geriatrie-a-prakt-lekarstvi/informace-pro-pacienty/t2722>>.

*Interní hematologická a onkologická klinika.* [online]. [cit. 2012-02-15]. Dostupné z: <<http://www.fnbrno.cz/interni-hematologicka-a-onkologicka-klinika/k1449>>.

KRŠIAK, M. *Etika v lékařské vědě a výzkumu.* [online]. [cit. 2012-01-17]. Dostupné z: <<http://www.lf3.cuni.cz/opencms/export/sites/www.lf3.cuni.cz/cs/fakulta/casopisy/vnr/2011/vnr2-11.pdf>>.

HNILICOVÁ, A. *Eutanazie.* [online]. [cit. 2013-02-09]. Dostupné z: <[www.dostojnost.eu/eutanazia/eutanazie.pdf](http://www.dostojnost.eu/eutanazia/eutanazie.pdf)>.

*Informace pro pacienty.* [online]. [cit. 2012-02-15]. Dostupné z: <<http://www.fnbrno.cz/nemocnice-bohunice/klinika-interni-geriatrie-a-prakt-lekarstvi/informace-pro-pacienty/t2722>>.

KASMAN, D. L. *When Is Medical Treatment Futile?* [online]. [cit. 2012-01-17]. Dostupné z: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1492577/>>.

KIZÁK, J. *Koncepcia zdravotnej starostlivosti v odbore paliatívna medicína vrátane hospicovej starostlivosti - súčasný stav.* [online]. [cit. 2012-02-11]. Dostupné z: <<http://www.hospice.sk/hospice1/index2.php?id=466>>.

*Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny.* [online]. [cit. 2012-02-15]. Dostupné z: <<http://www.fnbrno.cz/klinika-anesteziologie-resuscitace-a-intenzivni-mediciny/k1452>>.

*Klinika nemocí plicních a tuberkulózy.* [online]. [cit. 2012-02-15]. Dostupné z: <<http://www.fnbrno.cz/klinika-nemoci-plicnich-a-tuberkulozy/k1462>>.

KOŘÍNKOVÁ, I. *Dobrovolnictví ve zdravotnictví.* [online]. [cit. 2012-02-16]. Dostupné z: <<http://www.dobrovolnik.cz/oblasti-dobrovolnictvi/dobrovolnictvi-ve-zdravotnictvi/>>.

KUBEK, M. *Zpráva z konference WMA – Bangkok, říjen 2012.* [online]. [cit. 2013-01-06]. Dostupné z: <[http://www.lkcr.cz/aktuality-322.html?do\[loadData\]=1&itemKey=cz\\_99360](http://www.lkcr.cz/aktuality-322.html?do[loadData]=1&itemKey=cz_99360)>.

LAJKEP, T. *Devitalizace - ilustrativní příklad pokusů na lidech v praxi.* [online]. IN: *zdravi.e15.cz.* [cit. 2012-01-17]. Dostupné z: <<http://zdravi.e15.cz/clanek/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-zdn/etika-v-praxi-devitalizace-ilustrativni-priklad-pokusu-na-lidech-151833>>.

LAJKEP, T. *Úvaha nad morálním statusem lidského embrya.* [online]. IN: *Medicínska etika a bioetika: časopis Ústavu medicínskej etiky a bioetiky = Medical ethics.* 1999, 3-4,

ISSN 1335-0560. [cit. 2012-01-22]. Dostupné z: <<http://www.bioetika.sk/files/casopis/1999-34.pdf>>.

MACHÁLKOVÁ, J. *Do škol přichází „etická výchova“. Má naučit děti odmítnout úplatek i drogu.* [online]. [cit. 2012-02-16]. Dostupné z: <<http://zpravy.ihned.cz/cesko-skolstvi/c1-42541420-do-skol-prichazi-eticka-vychova-ma-deti-naucit-odmitnout-uplatek-i-drogu>>.

*Medical-Ethical Principles on Xenotransplantation Statement of Position of the SAMS*. [online]. [cit. 2012-01-17]. Dostupné z: <[www.samw.ch/dms/en/Ethics/.../e\\_RL\\_Xeno.pdf](http://www.samw.ch/dms/en/Ethics/.../e_RL_Xeno.pdf)>.

MOLNÁROVÁ, G. Medicínský pokus na člověku. [online]. IN: *EPRAVO.CZ*, a.s. [cit. 2012-01-17]. Dostupné z: <<http://www.epravo.cz/top/clanky/obcanske-pravo/medicinsky-pokus-na-cloveku-15598.html>>.

MUNZAROVÁ, M. *Právo smrtelně nemocných a umírajících osob na sebeurčení (k dokumentu Parlamentního shromáždění Rady Evropy 1418/1999)* [online]. [cit. 2012-02-09]. Dostupné z: <<http://www.hospice.cz/wp-content/uploads/oldhosp/pravo.html>>.

MÜHLPACHR, P. et al. *Sociální pedagogika II*. Brno: IMS, 2011, 251 s.

*Návrat xenotransplantací.* [online]. IN: *zdravi.e15.cz*. [cit. 2012-01-17]. Dostupné z: <<http://zdravi.e15.cz/clanek/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-zdn/navrat-xenotransplantaci->>>.

*Nazi Euthanasia Program.* [online]. [cit. 2013-02-09]. Dostupné z: <[www.ncas.rutgers.edu/.../nazi-euthanasia-progra](http://www.ncas.rutgers.edu/.../nazi-euthanasia-progra)>.

Nazi Medical Experiments. United States Holocaust Memorial Museum. [online]. IN: *Holocaust encyklopedie*. [cit. 2013-01-04]. Dostupné z: <<http://www.ushmm.org/wlc/en/?ModuleId=10005143>>.

NOVOTNÝ R., NOVOTNÁ, Z. *Etické reflexe přísahy Hippokrata.* [online]. [cit. 2012-12-18]. Dostupné z: <<http://www.unipo.sk/public/media/16593/Novotn%C3%BD%20R.,%20Novotn%C3%A1%20Z.,.pdf>>.

*Overview of pro-euthanasia arguments.* [online]. [cit. 2012-02-11]. Dostupné z: <[http://www.bbc.co.uk/ethics/euthanasia/infavour/infavour\\_1.shtml](http://www.bbc.co.uk/ethics/euthanasia/infavour/infavour_1.shtml)>.

*Overview: History of Ethics.* [online]. [cit. 2012-12-17]. Dostupné z: <<http://open-site.org/Society/Philosophy/Ethics/History/>>>.

*Paliativní péče.* [online]. [cit. 2012-02-12]. Dostupné z: <<http://www.paliativnimedicina.cz/palmed/paliativni-pece>>.

PAPADIMITRIOU, J. D. *Euthanasia and suicide in antiquity: viewpoint of the dramatists and philosophers*. [online]. [cit. 2012-02-02]. Dostupné z: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1761665/>>.

PETR, J. *Spor o embryonální kmenové buňky*. [online]. [cit. 2012-01-22]. Dostupné z: <<http://www.akademon.cz/source/stcell.htm#k>>.

PETR, J. *Spor o etické buňky*. [online]. [cit. 2012-01-22]. Dostupné z: <<http://www.osel.cz/index.php?clanek=2079>>.

PETR, J. Lidské buňky zatím nelze jednoduše terapeuticky klonovat. [online]. IN: *Medical Tribune.cz*. [cit. 2012-01-22]. Dostupné z: <<http://www.tribune.cz/clanek/24396>>.

PILKA, L., RUMPÍK, D., PILKA, R., KOUDELA, M. Některé bioetické otázky asistované reprodukce – literární přehled (Štrasburská konvence, status lidského embrya). [online]. IN: *Praktická gynekologie*. [cit. 2012-01-22]. Dostupné z: <[http://www.praktickagynekologie.cz/prakticka-gynekologie-clanek/nektere-bioeticke-otazky-asistovane-reprodukce-literarni-prehled-strasburska-konvence-status-lidskeho-embrya-34050?confirm\\_rules=1](http://www.praktickagynekologie.cz/prakticka-gynekologie-clanek/nektere-bioeticke-otazky-asistovane-reprodukce-literarni-prehled-strasburska-konvence-status-lidskeho-embrya-34050?confirm_rules=1)>.

*Pracovníci ve zdravotnictví: stav k 31. 12.* [online]. [cit. 2012-02-22]. Dostupné z: <[http://www.czso.cz/csu/2012edicniplan.nsf/t/F000369199/\\$File/1413122201.pdf](http://www.czso.cz/csu/2012edicniplan.nsf/t/F000369199/$File/1413122201.pdf)>.

Právní úprava odběrů orgánů v České republice, diagnostika smrti mozku a medicínská kritéria zemřelého dárce orgánů. [online]. IN: *zdravi.e15.cz*. [cit. 2013-01-15]. Dostupné z: <<http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/pravni-uprava-odberu-organu-v-ceske-republice-diagnostika-smrti--410974>>.

President's Commission for the Study of Ethics in Medicine and in Biomedical and Behavioral Research. *Defining Death*. [online]. IN: *A Report on the Medical, Legal and Ethical Issues in the Definition of Death*. Washington, DC: US Government Printing Office; 1981: 4. [cit. 2012-01-22]. Dostupné z: <<https://scholarworks.iupui.edu/handle/1805/707>>.

PROKOP, D. *Historie pokusů na lidech (1. díl.)*. [online]. [cit. 2012-01-17]. Dostupné z: <<http://www.play.cz/rozhledna/historie-pokusu-na-lidech-1.-dil>>.

PŘÍHODA, Petr. *Etika: Zrod lékařské etiky*. [online]. [cit. 2012-11-11]. Dostupné z: <<http://www.lf2.cuni.cz/info2lf/ustavy/uzvle/text.html>>.

REISS, M. *Ethics of xenotransplantation*. [online]. [cit. 2012-01-17]. Dostupné z: <[http://www.biotechlearn.org.nz/themes/bioethics/ethics\\_of\\_xenotransplantation](http://www.biotechlearn.org.nz/themes/bioethics/ethics_of_xenotransplantation)>.

RIETJENS, J. A. *Two Decades of Research on Euthanasia from the Netherlands. What Have We Learnt and What Questions Remain?*. [online]. [cit. 2012-02-11]. Dostupné z: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2733179/>>.

SKÁCEL, J. Dříve vyslovené přání. Kdy jej respektovat a kdy ne... [online]. IN: *TRIBUNE.cz*. [cit. 2012-02-10]. Dostupné z: <<http://www.tribune.cz/clanek/24816>>.

SNEIDERMAN, B. *Euthanasia in the Netherlands: A model for Canada?* [online]. [cit. 2012-02-11]. Dostupné z: <[http://www.humanehealthcare.com/Article.asp?art\\_id=379](http://www.humanehealthcare.com/Article.asp?art_id=379)>.

*Soziale Arbeit im Gesundheitswesen*. [online]. [cit. 2012-02-16]. Dostupné z: <[http://129.187.84.1/internet/QB/GESU/pdf/Lehrangebot\\_ws06\\_07.pdf](http://129.187.84.1/internet/QB/GESU/pdf/Lehrangebot_ws06_07.pdf)>.

Souhlas a rozhodování pacienta. [online]. IN: *Férová nemocnice*. [cit. 2012-02-10]. Dostupné z: <<http://www.ferovanemocnice.cz/souhlas-a-rozhodovani-pacienta-32/drive-vyslovena-prani-2496.html>>.

Studie, která by neměla být zapomenuta: Tuskegee Study. [online]. IN: *zdravi.e15.cz*. [cit. 2012-01-17]. Dostupné z: <<http://zdravi.e15.cz/clanek/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-zdn/studie-ktera-by-nemela-byt-zapomenuta-tuskegee-study-167672>>.

SYKA, J. Bioetika a současný lékařský výzkum u nás a v zahraničí. [online]. IN: *zdravi.e15.cz*. [cit. 2012-01-17]. Dostupné z: <<http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/bioetika-a-soucasny-lekarsky-vyzkum-u-nas-a-v-zahranici-139517>>.

SYKA, J. *Bioetika a klonování lidských kmenových embryonálních buněk. Jak vypadá klonování a jaká jsou jeho rizika*. [online]. [cit. 2012-01-22]. Dostupné z: <[http://christnet.cz/clanky/1430/bioetika\\_a\\_klonovani\\_lidskych\\_kmenovych\\_embryonalnich\\_bunek.url](http://christnet.cz/clanky/1430/bioetika_a_klonovani_lidskych_kmenovych_embryonalnich_bunek.url)>.

ŠIMEK, J. et al. Medical Ethics in the Czech Republic – Experiences in the Post-Totalitarian Country. [online]. IN: CLARK, P. A. *Contemporary issues in bioethics*. InTech, 2012. 131 – 162. ISBN 978-953-51-0169-7. [cit. 2012-12-14]. Dostupné z: <<http://www.intechopen.com/books/contemporary-issues-in-bioethics>>.

ŠIMEK J., ZAMYKALOVÁ L. *Identita etických komisí, identita členů etických komisí*. [online]. [cit. 2012-01-17]. Dostupné z: <<http://www.prolekare.cz/prakticky-lekar-clanek/identita-eticky-komisi-identita-clenu-eticky-komisi-4034>>.

ŠIMEK J., ZAMYKALOVÁ L., MESANYOVÁ M. Ethics committees in the Czech Republic. IN: *Praktický lékař*. [online]. [cit. 2012-01-17]. Dostupné z: <<http://www.prolekare.cz/prakticky-lekar-clanek/eticke-komise-v-ceske-republice-4>>.

ŠTROBOVÁ, J. Léčba neplodnosti. [online]. IN: *zdravi.e15.cz*. [cit. 2012-01-22]. Dostupné z: <<http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/lecba-neplodnosti-298724>>.

*Text pro diskusi klonování*. [online]. [cit. 2012-01-24]. Dostupné z: <[http://www.did.deliberating.org/locales/documents/Lessons\\_PartnersCzech\\_Cloning.pdf](http://www.did.deliberating.org/locales/documents/Lessons_PartnersCzech_Cloning.pdf)>.

*The Hastings center*. [online]. [cit. 2012-12-11]. Dostupné z: <<http://www.thehastingscenter.org/>>.

*Tkáně - historie transplantací*. [online]. [cit. 2013-01-15]. Dostupné z: <[http://www.kst.cz/web/?page\\_id=2802](http://www.kst.cz/web/?page_id=2802)>.

*United Network for Organ Sharing (UNOS):'Update'*, special edition, Winter 2002. [online]. [cit. 2012-01-28]. Dostupné z: <<http://www.unos.org/>>.

VÁCHA, M. O. *Odběry orgánů z mrtvých pro účely transplantací*. [online]. [cit. 2013-01-15]. Dostupné z: <<http://www.orko.cz/L%E9ka%F8sk%E1%20etika%202012/Odb%ECry%20org%E1n%F9%20z%20mrtv%FDch%20pro%20FA%E8ely%20transplantac%ED%2001.ppt>>.

VÁCHA, M. *Ukončení zbytečné léčby*. [online]. [cit. 2012-02-09]. Dostupné z: <<http://iforum.cuni.cz/IFORUM-8771-version1.pdf>>.

*Vítejte ve Fakultní nemocnici Brno*. [online]. [cit. 2012-02-15]. Dostupné z: <<http://www.fnbrno.cz/vitejte-ve-fakultni-nemocnici-brno/t1915>>.

VORLÍČEK, J., SLÁMA, O. *Paliativní medicína - historie a současnost*. [online]. IN: *SANQUIS*. Dostupné z: <<http://www.sanquis.cz/index2.php?linkID=art345>>.

*Výchovný program*. [online]. [cit. 2012-02-14]. Dostupné z: <<http://www.etickavychova.cz/program/>>.

*What is bioethics*. [online]. [cit. 2012-11-11]. Dostupné z: <<http://www.practicalbioethics.org/about/what-is-bioethics.html>>.

ZAMYKALOVÁ, L. *Kdo smí participovat na asistované reprodukci*. [online]. IN: *Biograf (31)*: 86 odst. [cit. 2012-01-22]. Dostupné z: <<http://www.biograf.org/clanky/clanek.php?clanek=v3103>>.

ZÁŠKODNÁ, H., KUBICOVÁ, A. *Prosociální chování u pomáhajících profesí*. [online]. IN: *KONTAKT- odborný a vědecký časopis pro zdravotně sociální otázky*. ISSN 1804-



7122. Dostupné z: <<http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/clanky/1~2008/774-prosocialni-chovani-u-pomahajicich-profesi>>.

*Země, v nichž je povolena aktivní eutanazie (podání smrtícího prostředku na žádost nemocného).* [online]. [cit. 2012-02-10]. Dostupné z: <<http://www.toplekar.cz/archiv-clanku/eutanazii-umoznuje-jen-velmi-malo-zemi.html>>.

## SEZNAM OBRÁZKŮ

|                                                                                         |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Graf č. 1 Věk respondentů podle klinik v % .....                                        | 112 |
| Graf č. 2 Pohlaví respondentů v % .....                                                 | 113 |
| Graf č. 3 Vzdělání respondentů v % .....                                                | 114 |
| Graf č. 4 Pracovní pozice respondentů podle klinik v % .....                            | 115 |
| Graf č. 5 Vzdělání NLZP – zdravotních sester podle klinik v % .....                     | 116 |
| Graf č. 6 Znalost pojmu bioetika podle klinik v % .....                                 | 117 |
| Graf č. 7 Znalost a zároveň vysvětlení pojmu bioetika celkově v % .....                 | 118 |
| Graf č. 8 Znalost a zároveň vysvětlení pojmu bioetika podle věku v % .....              | 118 |
| Graf č. 9 Vysvětlení pojmu bioetika v procentech podle vzdělání v % .....               | 119 |
| Graf č. 10 Od jaké úrovně vzdělávání vyučovat bioetiku podle klinik v % .....           | 121 |
| Graf č. 11 Od jaké úrovně vzdělávání vyučovat bioetiku podle vzdělání v % .....         | 121 |
| Graf č. 12 Pozornost výuce bioetiky ve vzdělávání podle klinik v % .....                | 122 |
| Graf č. 13 Pozornost výuce bioetiky ve vzdělávání podle věku v % .....                  | 123 |
| Graf č. 14 Dostatečná pozornost výuce bioetiky podle vzdělání v % .....                 | 124 |
| Graf č. 15 Znalost pojmu eutanazie podle klinik v % .....                               | 127 |
| Graf č. 17 Odpověď ANO + ANO s vysvětlením celkově v % .....                            | 128 |
| Graf č. 16 Znalost a vysvětlení pojmu eutanazie podle klinik v % .....                  | 128 |
| Graf č. 18 Žádost o eutanazii ze strany pacienta dle klinik v % .....                   | 130 |
| Graf č. 19 Žádost o eutanazii ze strany pacienta podle věku v % .....                   | 131 |
| Graf č. 20 Žádost o provedení eutanazie od příbuzného podle klinik v % .....            | 132 |
| Graf č. 21 Možné důvody žádosti o eutanazii včetně kombinací podle klinik v číslech...  | 134 |
| Graf č. 22 Možné důvody žádosti o eutanazii včetně kombinací podle pozice v % .....     | 134 |
| Graf č. 23 Má člověk právo rozhodovat o svém životě podle klinik v % .....              | 136 |
| Graf č. 24 Má člověk právo rozhodovat o svém životě podle pozice v % .....              | 136 |
| Graf č. 25 Možnost zneužití eutanazie i při vytvoření pravidel dle věku v % .....       | 138 |
| Graf č. 26 Odpověď ANO + ANO s odpovědí celkem v % .....                                | 138 |
| Graf č. 27 Názor na schválení zákona povolujícího eutanazii podle pozice v % .....      | 140 |
| Graf č. 28 Názor na schválení zákona povolujícího eutanazii podle věku v % .....        | 141 |
| Graf č. 29 Souhlasí se schválením zákona povolujícího eutanazii podle vzdělání v % .... | 141 |
| Graf č. 30 Kdo by měl rozhodovat o provedení eutanazie podle klinik v číslech .....     | 143 |
| Graf č. 31 Nejčastěji uváděné jiné možnosti rozhodování celkově v číslech .....         | 144 |

|                                                                                            |     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Graf č. 32 Důstojné umírání zabezpečené paliativní a hospicovou péčí podle klinik v %      | 145 |
| Graf č. 33 Důstojné umírání zabezpečené paliat. a hospic. péčí podle pozice v % .....      | 146 |
| Graf č. 34 Důstojné umírání zabezpečené paliat. a hospic. péčí podle věku v % .....        | 146 |
| Graf č. 35 Úroveň paliativní medicíny je v ČR tak vysoká, že je diskuse o legalizaci ..... | 148 |
| Graf č. 36 Úroveň paliativní medicíny je v ČR tak vysoká, že je diskuse o legalizaci ..... | 148 |

## SEZNAM TABULEK

|                                                                                       |     |
|---------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Tab. 1 Věk respondentů v podle klinik v číslech.....                                  | 111 |
| Tab. 2 Průměrný věk respondentů v podle klinik v číslech.....                         | 111 |
| Tab. 3 Pohlaví respondentů v číslech .....                                            | 113 |
| Tab. 4 Vzdělání respondentů v číslech .....                                           | 114 |
| Tab. 5 Pracovní pozice respondentů podle klinik v % .....                             | 115 |
| Tab. 6 Vzdělání NLZP – zdravotních sester podle klinik v % .....                      | 116 |
| Tab. 7 Znalost pojmu bioetika podle vzdělání v % .....                                | 117 |
| Tab. 8 Znalost pojmu bioetika podle pozice v % .....                                  | 117 |
| Tab. 9 Znalost a zároveň vysvětlení pojmu bioetika podle klinik v číslech a v % ..... | 118 |
| Tab. 10 Nejčastěji se opakující vysvětlení pojmu bioetika .....                       | 119 |
| Tab. 11 Od jaké úrovně vzdělávání vyučovat bioetiku podle klinik v číslech.....       | 120 |
| Tab. 12 Od jaké úrovně vzdělávání je vhodné bioetiku vyučovat podle věku v % .....    | 121 |
| Tab. 13 Pozornost výuce bioetiky ve vzdělávání podle klinik v číslech .....           | 122 |
| Tab. 14 Pozornost výuce bioetiky ve vzdělávání podle pozice v % .....                 | 123 |
| Tab. 15 Dostatečná pozornost výuce bioetiky podle vzdělání v % .....                  | 123 |
| Tab. 16 Nejčastější etická pochybení podle věku v číslech.....                        | 125 |
| Tab. 17 Nejčastější etická pochybení dle pozice v číslech.....                        | 125 |
| Tab. 18 Nejčastější etická pochybení včetně kombinací podle věku v číslech .....      | 125 |
| Tab. 19 Nejčastější etická pochybení včetně kombinací dle klinik v číslech.....       | 126 |
| Tab. 20 Nejčastější kombinace etických pochybení v číslech.....                       | 126 |
| Tab. 21 Znalost pojmu eutanazie podle klinik v číslech.....                           | 127 |
| Tab. 22 Znalost pojmu eutanazie podle vzdělání v % .....                              | 127 |
| Tab. 23 Znalost pojmu eutanazie podle pozice v % .....                                | 127 |
| Tab. 24 Znalost a vysvětlení pojmu eutanazie podle klinik v číslech a v % .....       | 129 |
| Tab. 25 Nejčastěji se opakující vysvětlení pojmu eutanazie .....                      | 129 |
| Tab. 26 Žádost o eutanazii ze strany pacienta dle klinik v číslech.....               | 130 |
| Tab. 27 Žádost o eutanazii ze strany pacienta podle pozice v číslech.....             | 131 |
| Tab. 28 Žádost o eutanazii ze strany pacienta podle pozice v %.....                   | 131 |
| Tab. 29 Žádost o provedení eutanazie od příbuzného podle klinik v číslech.....        | 132 |
| Tab. 30 Žádost o provedení eutanazie od příbuzného podle pozice v %.....              | 133 |
| Tab. 31 Možné důvody žádosti o eutanazii včetně kombinací podle klinik v číslech..... | 133 |
| Tab. 32 Možné důvody žádosti pacienta o eutanazii celkem včetně kombinací v číslech   | 134 |

|                                                                                                                                                                                                                     |     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Tab. 33 Kombinace uváděných důvodů v žádosti pacienta o eutanazii číslech .....                                                                                                                                     | 135 |
| Tab. 34 Nejčastěji uváděné jiné důvody žádosti pacienta o eutanazii.....                                                                                                                                            | 135 |
| Tab. 35 Má člověk právo rozhodovat o svém životě podle klinik v číslech.....                                                                                                                                        | 135 |
| Tab. 36 Má člověk právo rozhodovat o svém životě podle klinik v % .....                                                                                                                                             | 136 |
| Tab. 37 Možnost zneužití eutanazie i při vytvoření pravidel podle klinik v číslech .....                                                                                                                            | 137 |
| Tab. 38 Možnost zneužití eutanazie i při vytvoření pravidel podle pozice v % .....                                                                                                                                  | 137 |
| Tab. 39 Odpověď ANO + ANO s odpovědí podle klinik v % .....                                                                                                                                                         | 138 |
| Tab. 40 Odpověď ANO + ANO s odpovědí podle pozice v % .....                                                                                                                                                         | 139 |
| Tab. 41 Souhlasí s tím, aby člověk rozhodoval o svém životě, zároveň si myslí, že lze eutanazii zneužít podle klinik v číslech .....                                                                                | 139 |
| Tab. 42 Nejčastěji uváděné důvody pro zneužití eutanazie.....                                                                                                                                                       | 139 |
| Tab. 43 Názor na schválení zákona povolujícího eutanazii podle klinik v číslech .....                                                                                                                               | 140 |
| Tab. 44 Názor na schválení zákona povolujícího eutanazii podle pozice v % .....                                                                                                                                     | 140 |
| Tab. 45 Názor na schválení zákona povolujícího eutanazii podle vzdělání v číslech .....                                                                                                                             | 141 |
| Tab. 46 Souhlasí s tím, že eutanazii lze zneužít, ale souhlasí s její legalizací podle klinik v číslech .....                                                                                                       | 142 |
| Tab. 47 Kdo by měl rozhodovat o provedení eutanazie podle klinik v číslech.....                                                                                                                                     | 142 |
| Tab. 48 Kdo by měl rozhodovat o provedení eutanazie podle pozice v %.....                                                                                                                                           | 143 |
| Tab. 49 Kdo by měl rozhodovat o provedení eutanazie podle vzdělání v % .....                                                                                                                                        | 143 |
| Tab. 50 Nejčastěji uváděné jiné možnosti rozhodování podle klinik v číslech.....                                                                                                                                    | 144 |
| Tab. 51 Důstojné umírání zabezpečené paliat. a hospicovou péčí podle klinik v číslech .                                                                                                                             | 145 |
| Tab. 52 Důstojné umírání zabezpečené paliat. a hospic. péčí podle pozice v číslech .....                                                                                                                            | 145 |
| Tab. 53 Souhlasí se schválením zákona o eutanazii a zároveň si myslí, že paliativní .....                                                                                                                           | 147 |
| Tab. 54 Úroveň paliativní medicíny je v ČR tak vysoká, že je diskuse o legalizaci .....                                                                                                                             | 147 |
| Tab. 55 Myslí si, že paliativní medicína dokáže zabezpečit důstojné umírání a zároveň, že úroveň paliativní medicíny je v ČR tak vysoká, že je diskuse o legalizaci eutanazie zbytečná podle klinik v číslech ..... | 149 |

## **SEZNAM PŘÍLOH**

### **1. P I D O T A Z N Í K**

## **PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK**

Dobrý den,

jsem studentkou magisterského stupně studia Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, Institutu mezioborových studií v Brně, obor Sociální pedagogika. Na Vás, vážená paní/vážený pane, se obracím s prosbou o vyplnění přiloženého dotazníku. Názory a odpovědi lékařů a jiných pracovníků ve zdravotnictví mi poslouží ke zpracování diplomové práce s názvem „*Bioetika a eutanazie*“. Za Vaše pravdivé a upřímné odpovědi budu velice vděčná. Uvědomuji si, že oblast, které se mé otázky dotýkají, je velmi citlivá, proto volím formu anonymního dotazníku.

Vždy označte, prosím, jednu odpověď, která koresponduje s Vaším názorem nebo je mu nejbližší.

Děkuji za pochopení a Váš čas.

Bc. Helena Skácelová

**1. Uveďte, prosím, Váš věk:**

**2. Pohlaví:**

- a) žena
- b) muž

**3. Vaše nejvyšší dosažené vzdělání:**

- a) středoškolské
- b) vyšší odborné
- c) vysokoškolské

**4. Pracujete na pozici:**

- a) NLZP – zdravotní sestra
- b) NLZP – jiný obor
- c) lékař
- d) jiný VŠ pracovník

**5. Setkal/setkala jste se s pojmem bioetika:**

- a) ano
- b) ne

V případě, že jste odpověděl/odpověděla ano, zkuste termín několika slovy vysvětlit:

**6. Od které úrovně vzdělávání je dle Vás vhodné započít s výukou bioetiky na školách:**

- a) základní škola
- b) střední škola
- c) vyšší odborná škola/ vysoká škola
- d) není nutné bioetiku vyučovat
- e) nevím

**7. Myslíte si, že byla při Vašem vzdělávání věnována dostatečná pozornost výuce bioetiky:**

- a) ano
- b) ne
- c) nedokážu posoudit



**8. V které oblasti vědy či lékařské péče dochází dle Vás k největším etickým pochybením:**

- a) asistovaná reprodukce
- b) potraty
- c) sterilizace
- d) genetické testování
- e) transplantace
- f) otázka využití lidských embryonálních kmenových buněk v terapii
- g) dystanzie – snaha udržet nemocného co nejdéle při životě
- h) eutanazie
- ch) paliativní medicína a hospicová péče
- i) jiná – uveďte:

**9. Víte, co znamená termín „eutanazie“:**

- a) ano
- b) ne

V případě, že jste odpověděl/a ano, zkuste termín několika slovy vysvětlit:

**10. Setkal/ setkala jste se ve své profesi s žádostí pacienta o provedení eutanazie:**

- a) ano
- b) ne
- c) pouze z doslechu

**11. Setkal/ setkala jste se ve své profesi s žádostí o provedení eutanazie ze strany blízkého příbuzného pacienta:**

- a) ano
- b) ne
- c) pouze z doslechu

**12. Jaké jsou dle Vás důvody, které mohou vést k žádosti o provedení eutanazie ze strany pacienta:**

- a) velké nesnesitelné bolesti
- b) pocit beznaděje při nevléčitelném onemocnění
- c) pocit, že je zátěží pro ostatní
- d) jiný důvod – uveďte:

**13. Myslíte si, že má člověk právo rozhodovat o ukončení svého života:**

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

**14. Myslíte, že je možné, v případě legalizace eutanazie a vytvoření striktních pravidel pro její povolování a provádění, její zneužití:**

- a) ano
- b) ne
- c) nedokážu posoudit

V případě, že jste odpověděl/a ano, zkuste vysvětlit kdo a z jakého důvodu by mohl eutanazie zneužít:

**15. Souhlasil/a byste se schválením zákona povolujícího eutanazii v ČR:**

- a) ano
- b) ne
- c) nevím, nedokážu se rozhodnout
- d) nevím, nemám dostatek informací

**16. Kdo by dle Vás měl rozhodovat o provedení eutanazie:**

- a) odborná lékařská komise
- b) příbuzní
- c) pouze pacient
- d) soud
- e) jiná možnost – uveďte:

**17. Myslíte si, že paliativní medicína a hospicová péče dokáže plně zabezpečit důstojné umírání:**

- a) ano
- b) ne
- c) nedokážu posoudit

**18. Myslíte si, že je paliativní medicína v České republice na takové úrovni, že je diskuse o legalizaci eutanazie zbytečná:**

- a) ano
- b) ne
- c) nevím, nemám dostatek informací
- d) nevím, nedokážu se rozhodnout