



**Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně**  
**Fakulta humanitních studií**

**PROBLEMATIKA EUTANAZIE A PALIATIVNÍ PÉČE**  
**OČIMA SPOLEČNOSTI**

Bc. Jakub Joanovič

---

Diplomová práce

2014



**Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně**  
**Fakulta humanitních studií**

  
INSTITUT  
MEZIOBOROVÝCH STUDIÍ BRNO

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Institut mezioborových studií Brno  
akademický rok: 2012/2013

## ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: Bc. Jakub JOANOVÍČ  
Osobní číslo: H128138  
Studijní program: N7507 Specializace v pedagogice  
Studijní obor: Sociální pedagogika

Téma práce: Problematika eutanazie a paliativní péče očima společnosti

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:

- objasnění pojmů eutanazie a paliativní péče,
- vystižení pozitivních a negativních stránek eutanazie a paliativní péče - vzájemná konfrontace,
- možnosti paliativní péče a vývoj hospicového hnutí v ČR.

Součástí práce bude empirické šetření event. realizovaný výzkum (kvantitativní) zaměřený na zjištění názorů/postojů respondentů k legalizaci eutanazie v ČR nebo preference paliativní péče ve vztahu k jejich věku, zaměstnání a náboženskému vyznání.

Rozsah diplomové práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

KALVACH, Z., MAREŠ, J., a kol. Umírání a paliativní péče v ČR (situace, reflexe, vyhlídky). Praha: Cesta domů, 2004.

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

O'CONNOR, M., ARANDA, S. Paliativní péče pro sestry všech oborů. Praha: Grada Publishing, 2005.

SLÁMA, O., KABELKA, L., VORLÍČEK, J. Paliativní medicína pro praxi. Praha: Galén, 2007.

THOMASMA, David C., KUSHNEROVÁ, T. 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 2012**

Termín odevzdání diplomové práce:

**31. března 2014**

V Brně dne 30. listopadu 2012

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



  
doc. PhDr. Miloslav 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 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.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze diplomové práce jsou totožné;
- na diplomové práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Bc. Jakub Joanovič

V Brně, dne 31.3.2014

.....

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 nahlížení 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 výtěžku 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 přihlédne k výši výtěžku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

## **ABSTRAKT**

Abstrakt česky

Diplomová práce „Problematika eutanazie a paliativní péče očima společnosti“ je zaměřena na objasnění teoretických poznatků o této v dnešní době velmi diskutované problematice. Obsahuje historické poznatky eutanazie, charakteristiku jednotlivých pojmů s jejich vzájemnou konfrontací a etické aspekty obou témat. Cílem práce bylo zjistit, jaký postoj zaujímá veřejnost k legalizaci eutanazie či upřednostnění paliativní péče v závislosti na vybraných faktorech jakými jsou věk, zaměstnání, náboženské vyznání a osobní zkušenost s umíráním blízké osoby.

Klíčová slova: eutanazie – umírající nemocný – paliativní péče – hospicová péče - etické aspekty

## **ABSTRACT**

Abstrakt ve světovém jazyce

The thesis "The issue of euthanasia and palliative care by the optics of society" is aimed at clarifying the theoretical concepts of this highly discussed issue. It includes historical knowledge of euthanasia, characteristics of particular terms with their mutual confrontation and ethical aspects of both topics. The objective of the study is to determine the attitude of the public towards the legalization of euthanasia or prioritization of palliative care, depending on the selected factors such as age, occupation, religion and personal experience with dying of close person.

Keywords: euthanasia - a dying patient - palliative care - hospice care - ethical aspects

Touto cestou bych rád poděkoval PhDr. Mgr. Zdeňku Šigutovi, Ph.D. za odborné vedení, cenné rady a připomínky při psaní diplomové práce a všem respondentům a managementu zdravotnických zařízení, kteří se zúčastnili a byli nápomocni při mém dotazníkovém šetření.

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

## **OBSAH**

<b>ÚVOD</b> .....	<b>10</b>
<b>I. TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>12</b>
<b>1 EUTANAZIE</b> .....	<b>13</b>
1.1 Historie eutanazie .....	13
1.1.1 Eutanazie a antičtí myslitelé.....	13
1.1.2 Eutanazie a příchod křesťanství .....	14
1.1.3 Eutanazie a novověk.....	15
1.1.4 Eutanazie a nacistické Německo .....	15
1.2 Definice eutanazie .....	17
1.3 Rozdělení eutanazie .....	17
1.3.1 Aktivní eutanazie.....	18
1.3.2 Pasivní eutanazie .....	18
1.4 Definice asistované sebevraždy .....	19
1.5 Etické aspekty eutanazie.....	19
1.6 Dostupnost eutanazie v ČR.....	21
1.7 Dostupnost eutanazie v jiných zemích .....	23
1.8 Rotterdamská kritéria.....	26
<b>2 PALIATIVNÍ PÉČE</b> .....	<b>27</b>
2.1 Definice paliativní péče .....	27
2.2 Dostupnost paliativní péče.....	28
2.2.1 Paliativní péče v ČR.....	29
2.3 Rozdělení paliativní péče.....	30
2.3.1 Obecná paliativní péče .....	30
2.3.2 Specializovaná paliativní péče .....	30
2.4 Druhy sociálních zařízení pro specializovanou paliativní péči v ČR.....	31
2.4.1 Lůžkové hospice a oddělení paliativní péče.....	31
2.4.2 Ambulantní paliativní péče, domácí hospicová péče a mobilní specializovaná paliativní péče.....	31
2.5 Léčba symptomů u paliativní péče .....	32



2.5.1 Vymezení symptomatologie dle jednotlivých oblastí .....	33
2.6 Etika péče o umírajícího člověka.....	33
2.6.1 Priority umírajících lidí .....	35
2.7 Eutanazie versus paliativní péče .....	36
<b>II. PRAKTICKÁ ČÁST .....</b>	<b>38</b>
<b>3 CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY .....</b>	<b>39</b>
<b>4 METODIKA ŠETŘENÍ A ORGANIZACE PRŮZKUMU .....</b>	<b>40</b>
4.1 Volba výzkumné metody a její zdůvodnění .....	40
4.2 Pilotní šetření .....	41
4.3 Distribuce dotazníků .....	41
4.4 Metodika statistického zpracování dat.....	42
<b>5 ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ .....</b>	<b>44</b>
5.1 Interpretace výsledků jednotlivých položek dotazníkového šetření.....	45
5.2 Testování a ověřování hypotéz ve vztahu k uvedeným cílům.....	58
5.2.1 Ověřování hypotéz k cíli 1 .....	58
5.2.1.1 Testování první hypotézy .....	59
5.2.1.2 Testování druhé hypotézy .....	61
5.2.1.3 Testování třetí hypotézy.....	63
5.2.1.4 Testování čtvrté hypotézy .....	65
<b>6 DISKUZE.....</b>	<b>67</b>
<b>7 NÁVRH NA ŘEŠENÍ ZJIŠTĚNÝCH NEDOSTATKŮ .....</b>	<b>75</b>
<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>78</b>
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....</b>	<b>81</b>
<b>SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....</b>	<b>86</b>
<b>SEZNAM OBRÁZKŮ .....</b>	<b>88</b>
<b>SEZNAM TABULEK.....</b>	<b>89</b>
<b>SEZNAM GRAFŮ .....</b>	<b>91</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>92</b>

## ÚVOD

Téma diplomové práce: „Problematika eutanazie a paliativní péče očima společnosti“, jsem si vybral především pro aktuálnost v dnešní době velmi diskutovaného problému, a také ze své osobní zvědavosti a snaze o vytvoření vlastního názoru. Dnešní společnost je přesycena názory na ukončení života nemocného, nevléčitelného člověka, jistý podíl na rozporuplnosti těchto názorů nesou zdravotníci pracující s nevléčitelně nemocnými, média a ve velké míře i televizní seriály. Na straně jedné je eutanazie považována za „dobrou smrt“ či „usmrcení z milosti“, na straně druhé se o eutanazii hovoří jako o jisté formě zabití, „vraždě“.

Dnešní doba s sebou nese jisté technické zázemí, které je potřeba pro posuzování úrovně poskytované zdravotní péče. Soudobá medicína za vysokých nákladů umí manipulovat s prostředky, jimiž je možné udržovat základní životní funkce nemocného a umožnit i dlouhodobé přežívání těchto jedinců, jež by to bez příslušných prostředků nedokázali. Lékař se ocitá v situaci, kdy je schopen zajistit přežívání doslova proti přírodě. Tento problém úzce souvisí s eutanazií, protože je velmi obtížné najít správnou hranici mezi ještě podporou ohroženého života pomocí technického zázemí, či jeho umělým prodlužováním, což s sebou nese obrovskou zátěž jak pro nemocné, tak jejich příbuzné, kteří pohledem na ně trpí.

Známými argumenty proti zavedení eutanazie jsou náboženské tradice, kodex lékařské etiky, riziko narušení důvěry nemocných vůči lékařům, obtížnost zaručit člověku, že se bude moci svobodně vyslovit ve smyslu souhlasu či odmítnutí. K největším argumentům patří však možnost jejího zneužití ze strany lékařů, tak příbuzných. Eutanazie je rovněž v rozporu se základním právem člověka na život, tzn. právo člověka na to, aby nebylo zasáhnuto nebo zasahováno do jeho tělesné integrity takovým způsobem, který by ve svém důsledku mohl způsobit smrt.

Příznivci eutanazie ospravedlňují tento čin snahou zbavit člověka utrpení a případně osvobození jedince od nedostatečné kvality života. Tito lidé chtějí nevléčitelně nemocnému člověku poskytnout poslední pomoc ve chvíli, kdy selhali jiné dostupné možnosti, ale také usilují o zabránění jejího možného zneužívání. Podívám-li se na tuto situaci z jiného úhlu pohledu, kteří jedinci jsou ti nejčastější zastánci a odpůrci eutanazie? Lékaři, jež často vyčerpali všechny možné způsoby léčby? Zdravotní sestry pečující dnes a denně o nevléčitelně nemocné, upoutané na lůžko, dementní, často nekomunikující, nesoběstačné, plně odkázané na pomoc jiného člověka? Příbuzní, jež pečují o své nemocné

v domácím prostředí, a jež jsou zatíženi jak psychicky, fyzicky, tak i ekonomicky? Mladí občané, případně studenti vysokých škol, kteří propagují něco, o čem nemají často ani sami dost informací a nebyli seznámeni s jinými východiskem péče? Stále dokola si kladu otázku, jak co nejvíce zkvalitnit péči o umírající a ne jak jej co nejbezbolestněji zbavit života. Jak pečovat o nemocné, aby nežádali o eutanazii? Naskýtá se mi odpověď ve formě jistého řešení pomocí paliativní péče. Zároveň si říkám: jsou všichni dostatečně informováni o tomto způsobu léčby? Co si pod tímto pojmem představuje běžná veřejnost? Kde s nástupem eutanazie má ještě smysl Hippokratova přísaha, kterou již po staletí musí každý lékař složit? „*Nepodám nikomu smrtící látku, i kdyby ji ode mne žádal, a ani nikomu tuto možnost nenavrhnou.*“

Cílem při psaní této práce a výzkumné činnosti je pro mě zejména pokusit se odpovědět na tyto, ale i jiné otázky, které s tímto tématem úzce souvisí, objasnit pojmy jako jsou eutanazie, asistovaná sebevražda, paliativní a hospicová péče. Pomocí dotazníkového šetření chci zjistit, jak významnou roli hrají v otázkách legitimity eutanazie či upřednostnění paliativní péče faktory, jakými jsou věk, zaměstnání, duchovní stránka člověka či zkušenost s umíráním blízkého člověka. Věřím, že zjištěné poznatky pomohou mnohým váhavým lidem k přiklonění se k jedné z variant nebo rozšíří obzory o nové poznatky a myšlenky.

Pro naprosté pochopení celého obsahu této práce, jsem vytvořil seznam cizích slov (příl. č. 18, s. 130), kde naleznete objasnění všech neznámých pojmů.

## **I. TEORETICKÁ ČÁST**

## 1 EUTANAZIE

### 1.1 Historie eutanazie

Uvažování o eutanazii by nebylo úplné, pokud by v této práci nebyla zařazena i historická zkušenost, která by měla být jistým způsobem varováním do budoucnosti pro nás pro všechny.

#### 1.1.1 Eutanazie a antičtí myslitelé

Pythagorejci (572 – 497 př. Kr.) s eutanazií z náboženských důvodů zásadně nesouhlasili, respektovali lidský život z představy, že bohové hodnotí každou vtělenou duši. Pozemská existence člověka je dle nich spojená s bolestí a těžkou smrtí proto, že je to potrestání za předchozí hříchy. Vtělená duše má určenou dobu trvání bohy a jakékoliv předčasné ukončení života je hrubým přestupkem proti božskému řádu. (Munzarová, 2005 s. 25)

Sokratův (470 – 399 př. Kr.) názor na smrt je poznamenán zvláštními okolnostmi, které souvisí s předjímáním vlastní smrti a s jeho odsouzením na smrt. Strach ze smrti je dle něj něčím nemoudrým. Smrt je bezesným spánkem, z něhož se buď vzbudíme a tudíž se nemusíme bát, nebo budeme přeneseni tam, kde budeme ve společnosti těch, kteří nás předšli, a to by mělo být důvodem k radosti. Nic nemůže uškodit člověku dobrému, ať v životě nebo po smrti. V nemoci a utrpení viděl dobrý důvod nelpět na životě a namítal proti protahování přirozeného procesu umírání. Navrhoval, aby lékaři nechali zemřít ty, kteří jsou nemocní a zničené, nevyléčitelné duše udělají konec sami sobě. Jak byly však schopni určit, co je život k žádnému dobru či co jsou zničené duše? (Munzarová, 2005, s. 25 - 26)

Platon (427 – 347 př. Kr.) na sebevraždu pohlížel negativně, ale v případech agonizujících a zničujících chorob by ukončení života i schvaloval. Aristoteles (384 – 322 př. Kr.) s jeho názorem nesouhlasil. Přivodit si smrt, abychom se vyhnuli chudobě či zármutku, nenáleží dle něj člověku statečnému, avšak zbabělci. Umírání v odvaze, nepoddání se smrti i v případě terminální, vyčerpávající a bolestné choroby, je mravním testem ctnostného člověka, který se tímto stává příkladem pro ostatní. (Munzarová, 2005, s. 26)

Starověký Řím byl benevolentnější. Seneka (4 př. n. l.) popisuje praxi infanticidy postižených a slabých novorozenců a stoická i epikurejská škola vnímá sebevraždu jako možnou volbu také v případech, kdy ve hře není nezvládnutelné utrpení, ale prostě rozhodnutí odejít ze života. (Černý, ©2013)

Sebevražda byla pro Senecu námětem neustálých úvah způsobených zřejmě odrazem politických poměrů panujících v jeho době. Byl přesvědčen, že člověk svým dobrovolným odchodem zachovává ctnost. Sám zemřel na příkaz Nera sebevraždou (Chmelíková, 2009). V pozadí takového přístupu starověkých Řeků a Římanů k lidské smrti stojí představa, že lidský život sám o sobě není nejvyšší hodnotou. Pokud není možné žít dobrý život, potom je lepší nežít život žádný. (Černý, ©2013)

### 1.1.2 Eutanazie a příchod křesťanství

Situace se radikálně změnila až s příchodem křesťanství. Chápali lidský život jako mimořádný dar od Boha, neboť Bůh stvořil člověka ke svému obrazu (bytost obdařenou svobodnou vůlí a rozumem), čímž mu vtiskl pečeť důstojnosti. Interrupce či infanticida jsou zcela nepřijatelné, jelikož člověk si ponechává svou důstojnost ve všech fázích své existence a bez ohledu na svůj fyzický zjev. Postižený člověk má totiž stejnou důstojnost jako dokonale zdravý. Sebevražda byla chápána jako vážné provinění. Bůh je dárcem života a pouze on může rozhodnout, kdy si svůj dar vezme zpět a povolá člověka zpět k sobě (Černý, ©2013). Tito lidé (sebevrazi) nemohli být pohřbíváni spolu s ostatními jedinci (Ptáček, Bartůněk, 2012, s. 89). Eutanazie je naprosto nepřijatelná, protože člověk musí pokorně snášet vše, co mu Bůh v životě sesílá. Zpočátku církevní otcové odmítali jakékoli zabití lidské bytosti, a to dokonce i v sebeobraně (Černý, ©2013). I když však byla sebevražda na základě Písma Svatého zakázána, existovaly výjimky. Jeroným, Ambrosius a Augustinus tvrdí, že dívky mohou spáchat sebevraždu kvůli záchraně svého panenství. Ve spise O obci boží vychází Augustinus ze skutečnosti, že během plenění Říma docházelo ke znásilňování jeptišek, z nichž některé daly přednost sebevraždě. Tvrdí, že takovým sebevrahům je prokazována pocta jako svatým. (Chmelíková, 2009)

Středověká kultura se ztotožňovala s posmrtným životem a zdůrazňovala význam smrti jako důležitého okamžiku přechodu do věčnosti. Uvědomovala si, že do okamžiků, v nichž se odehrává jedno z největších tajemství lidského života, můžeme vstupovat pouze s citlivostí a úctou (Špinková a Špinko, 2006, s. 6). Máme být nablízku, máme pomoci nést tíhu tohoto přechodu. Pomoc je nesena pokorou vyplývající z vědomí našich omezených možností, z vědomí, že jsme účastni něčeho, co nás přesahuje. Do tohoto křehkého tajemství nemůžeme zasahovat pouze lidskými, svým způsobem velmi primitivními a neadekvátními prostředky. (Špinková a Špinko, 2006, s. 6)

### 1.1.3 Eutanazie a novověk

Pojem eutanazie v dnešním slova smyslu se poprvé objevil až na počátku novověku. V tomto období je velmi důležitým a přínosným významem dvou myslitelů, a to Thomase Moora a Francise Bacona. Moore rozvíjí myšlenku eutanazie v rámci své utopické vize společnosti, Bacon řeší otázku, do jaké míry a jakým způsobem může nově se formující lékařská věda pomoci v takové situaci, jakou je umírání. Bacon se snaží ukázat, že je zapotřebí využít všech, velmi moderních prostředků, které medicína k tišení bolesti a dalších symptomů má. Bacon o těchto prostředcích mluví jako o tzv. „vnější eutanazii“, která nezhodnocuje vlastní „vnitřní eutanazii“. Tu Bacon chápe vcelku tradičně, totiž jako celoživotní přípravu člověka na smrt, kterou každý musí vykonat sám za sebe a při níž žádné farmakologické či jiné prostředky nemohou pomoci. Bacon prosazuje přesvědčení, že dobrá smrt je především ta, která je prosta utrpení. Novověk charakterizuje přesvědčení, že utrpení nemá žádný smysl a má být z lidského života úplně odstraněno. Utrpení je něco, proti čemu se člověk musí postavit. (Špínková a Špinka, 2006, s. 6 - 7)

Důležitý vliv na novověké pojetí eutanazie mělo jistě osvícenství a jeho zdůraznění konceptu autonomie člověka. Zapomínat nesmíme ani na důležitou roli sociálního darwinismu, jež navázal na starší novověké utopické tradice. (Špínková a Špinka, 2006, s. 6 - 7)

### 1.1.4 Eutanazie a nacistické Německo

Sociální darwinismus byl například v úvahách o rasové hygieně nesmírně vlivný již v druhé polovině devatenáctého století a stál u zrodu děsivých extrémních podob eutanazie z nacistického Německa (Špínková a Špinka, 2006, s. 6 - 7). Ve vidině utvoření dokonalé, čisté rasy proběhl holocaust, program T4 a „Eutanazie“, spočívající v masové likvidaci nemocných a postižených osob. (Böhm et al., 2009, s. 7)

Organizace T4, jejíž název byl odvozen od sídla v Berlíně, zřídila v letech 1940 – 41 v Německé říši šest ústavů, v nichž měla být prováděna eutanazie. Ústavní pacienti byli několikrát týdně odtransportováni autobusy a vlaky z domovských ústavů do likvidačních ústavů, kde byli v přijímacích prostorách svlečeni a „vyšetřeni“, kdy se stanovila příčina jejich úmrtí. Dále byly oběti vyfotografovány a pod záminkou sprchování odvedeny do plynové komory. Jejich těla byly spáleny a místní úřad rozeslal úmrtní oznámení a tzv. dopisy útěchy příbuzným, kteří si přes určený hřbitov mohli vyžádat urnu s popelem. (Böhm et al., 2009, s. 10 - 11)

Adolf Jost prosazoval myšlenku, že rozhodování o smrti jednotlivce v terminální fázi života náleží do rukou státu pro zachování zdraví a života společnosti. Jedinci „nehodni života“ byli duševně choré, slabomyslné a retardované děti. Likvidaci těchto jedinců považoval za „ryze léčebné“ a „ozdravné“ dílo. Představovali pro ně „neužitečnou lidskou zátěž s nesmírným ekonomickým dopadem“ (Ščeпонcová a Novotný, 2013, s. 13 - 15). Některé z dětí byly vybrány a převáženy na tzv. „speciální dětské kliniky“, kde byly buď odsouzeny k smrti hladem, nebo jim byla podána smrtící injekce, či zemřely následkem nemocí, způsobených podvýživou. Pokud tento převoz dítěte a poskytnutí tzv. „optimální léčby“ rodiče odmítli, museli podepsat, že nechtějí, aby jejich dítěti byla vůbec hospitalizace poskytována, čímž na ně byl vyvíjen nátlak (Munzarová, 2005, s. 31). Postupem času se rozšiřovaly diagnózy i věkové hranice, které spadaly do programu „Eutanázie“. Oběťmi se stávali i mladiství delikventi zejména židovského původu a mezi zavražděnými dětmi byli i zcela zdraví potomci Židů jako neplnohodnotných lidí (Ščeпонcová a Novotný, 2013 s. 13 - 15). Stejně tak následovalo svévolné zabíjení homosexuálů. Homosexualita byla tehdy pokládána za nevléčitelnou duševní nemoc. (Haškovcová, 2013, s. 167 - 169)

Po r. 1941, kdy Hitler oficiálně tento projekt ukončil, zabíjení dětí pokračovalo nadále a pravděpodobně ještě ve větší míře a bez přesných pravidel. Zdravotníci zúčastnění na projektu „Eutanázie“ argumentovali tím, že měli strach postavit se proti režimu a rovněž ze svých chráněných pozic nechtěli být přemístěni na válečné bojiště. Oficiálně v programu „Eutanázie“ zemřelo až deset tisíc dětí. Reálný počet je pravděpodobně vyšší (Ščeпонcová a Novotný, 2013, s. 13 - 15). Až po druhé světové válce vyšlo teprve plně najevo, co znamenala německá eutanatická akce T 44 a kolik přinesla utrpení. V návaznosti na Norimberský proces byla tato činnost odsouzena a prohlášena za neetickou (Haškovcová, 2013, s. 167 - 169). Téměř dvacet let se pak o eutanazii příliš nehovořilo, stala se odsunutým tématem. Odborníci podlehlí koncepci „vítězné medicíny“ a laici uvěřili, že „zázraky se dějí“. Koncem šedesátých let se objevují nesmělé a sílící úvahy o tom, jak se vyrovnat se stále častějšími případy dystanazie. Je preferována teorie pasivní eutanazie a zdůrazňována aktivní role laiků, jejich právo na sebeurčení v každé situaci, a nezbytnost omezit nákladnou a neefektivní (marnou) léčbu. (Haškovcová, 2013, s. 167 - 169)

Po 2. světové válce za vlády komunistů byly potlačeny církve a problematika eutanazie byla u nás tabu. Až po revoluci r. 1989 se o ní začalo debatovat. Příčinou je zejména vnímání problematiky eutanazie jiným pohledem ze zahraničí a prudký rozvoj medicí-



ny schopné udržet dlouhodobě nemocné při životě (Ptáček, Bartůněk, 2012, s. 89). Je třeba důrazně a odpovědně konstatovat, že v současné době není zákonem povolena aktivní eutanazie nikde ve světě. (Haškovcová, 2013, s. 167 - 169)

## 1.2 Definice eutanazie

Mnoho jedinců neumí definovat správný význam eutanazie. Její pojem může být chápán jiným způsobem a tím dochází k mylné představě o dané problematice. Eutanazie z řeckého překladu euthanasia (eu = dobře, správně, thanatos = smrt) tzn. „dobrá smrt“, je dle Světové zdravotnické organizace 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 koná tento skutek s prvořadým úmyslem ukončit život této osoby. Tento skutek je proveden se soucitem a zároveň bez osobního zisku (Ptáček a Bartůněk, 2012, s. 17). Světová lékařská asociace (World Medical Association, WMA) starající se o etiku lékařského povolání si je vědoma toho, že lékaři jsou těmi, kteří by zabíjeli (či již zabíjejí). Opakovaně proto nabádá lékaře, aby eutanazii nevykonávali, jelikož protirečí etice, a také aby si uvědomili, že etické závazky převažují nad zákonnými povinnostmi. Vyzývá tudíž všechny, aby usilovali o změnu zákonů tolerujících eutanazii tam, kde již existuje. (Munzarová, 2008, s. 20)

Eutanazie má své odpůrce i zastánce. Jedinci se rozdělují z hlediska tří etických zásad na ty, kteří jsou proti lékařem asistované smrti, a na ty, kteří jsou pro. První zásadou je morální rozlišení mezi aktivním urychlením smrti a pasivním připuštěním skonání. Druhou je jak interpretovat Hippokratovu tradici v medicíně s ohledem na lékaři asistovanou smrt a třetí je zda může být lékařem asistovaná smrt účinně regulována. Každá z těchto etických zásad má mnoho pro a proti. (Raudenská a Javůrková, 2011, s. 133)

## 1.3 Rozdělení eutanazie

V souvislosti s etikou umírání a problematikou eutanazie je nutné rozlišovat pojmy, jakými jsou usmrcení (killing) a dovolit zemřít (allowing to die), založené na filozofii jednání a úmyslu. (Munzarová, 2008, s. 20)

### 1.3.1 Aktivní eutanazie

Eutanazie byla přechodně uzákoněna v Austrálii r. 1996, v Holandsku a Belgii ve formě tzv. aktivní eutanazie za předem daných podmínek, kdy o ni sám nemocný trpící nesnesitelnými bolestmi u nevyлéčitelného onemocnění, požádá. Aktivní roli zde zastává lékař. Nevyžádaná eutanazie potom znamená, že pacient není schopen s ohledem na závažnost jeho onemocnění o ni požádat, avšak se předpokládá, že kdyby tohoto rozhodnutí schopen byl, učinil by tak (Raudenská a Javůrková, 2011, s. 133). Nevyžádanou eutanazií se může také rozumět eutanazie nedobrovolná, jež není pod kontrolou vůle pacienta. Nedobrovolná aktivní eutanazie je ve své podstatě zabití nevinného člověka proti jeho vůli (Kuře, 2011, s. 69). Pojem aktivní eutanazie znamená aktivní zásah vedoucí ke smrti (zabití, například podáním smrtelné dávky léku). (Munzarová, 2008, s. 20)

### 1.3.2 Pasivní eutanazie

Pasivní eutanazie má bezprostřední vazbu na odnětí či přerušení léčby nemocného. Ne- ní však z etického hlediska snadné přesně rozlišit, kdy lze pacienta od přístrojů, jež jej udržují často po dlouhou dobu při životě, odpojit a respektovat tak práva na přirozenou smrt. Důvodem takového počínání je situace, kdy byly vyčerpány všechny dosažitelné formy pomoci (Raudenská a Javůrková, 2011, s. 133). Nepodání určité léčby či ustoupení od dalších postupů tehdy, jsou-li nadměrně zatěžující, přinášejí-li nemocnému další utrpení v jeho umírání a jsou-li již zbytečné a marné, kdy není ani při jejich aplikaci naděje na trvalejší, podstatné zlepšení stavu pacienta. Na odmítnutí těchto postupů má nemocný plné právo. On sám může rozhodovat, jak chce žít při svém umírání. Tato situace není eutanazií! Tento postup je plně v souladu s lékařskou etikou a s respektem k důstojnosti umírajícího člověka užívaný pod termínem *letting die* – nechání zemřít. (Munzarová, 2008, s. 21)

Jan Pavel II. se r. 1980 vyjádřil v deklaraci o eutanazii následovně: „*Při bezprostředně nastupující smrti, která nemůže být odvrácena používanou léčbou, je dovoleno rozhodnout se ve svědomí odmítnout takovou léčbu, jež může vést jedině k nejistému a bolestnému prodlužování života. V žádném případě nelze přerušit běžnou péči, kterou tito nemocní potřebují.*“ (Haškovcová, 2007, s. 125) Jedná se o program DNR (do not resuscitate). Vyspělou medicínskou technikou a léčbou lze prodlužovat proces umírání u nevyлéčitelně nemocných. Nelze však udělat seznam procedur rozlišujících terminální stádium od eutanazie. Vždy je zapotřebí posoudit prognózu pacienta. Neexistuje ideální stav, aby se každému dostalo kdykoliv a kdekoliv špičkové lékařské péče (Raudenská a Javůrková, 2011, s. 133).

Pod pojmem pasivní eutanazie by však mohl být schován i jiný diametrálně odlišný postup, a to nejednání s úmyslem zabít. V tomto případě jde po mravní stránce o totéž, jako v případě přístupu aktivního zmiňovaného jako úmyslné „jednání nebo zanedbání“ (Munzarová, 2008, s. 21). V ČR je eutanazie trestným činem. (Raudenská a Javůrková, 2011, s. 133) Země, umožňující pasivní eutanazii viz příl. č. 14, s. 122.

#### 1.4 Definice asistované sebevraždy

Situace, kdy jedna osoba poskytne druhé informaci, radu či prostředek, kterým je sebevražda spáchána. Jedná se o poskytnutí pomoci osobě, která chce ukončit život, nikoli o přímé ukončení života. (Ptáček a Bartůnek, 2012, s. 17)

Mnozí zastánci eutanazie argumentují tím, že jakmile lékaři přesyťí umírajícího člověka různými léky, provádí tím vlastně tzv. „pomalou eutanazii“. Léčení pacienta s pokročilým onemocněním takovým způsobem však povede zcela jistě ke klidné smrti, ale bez jejího urychlení. Pokud tento proces neurychlí smrt nemocného, je nesprávné jej označovat za eutanazii. Tlumení léčivy se používá na konci života u malé skupiny nemocných, kteří trpí symptomy vyžadující takovou cestu pro úlevu. Tato léčba má i svoje úskalí. Nejsme schopni najít způsob léčby, která by neovlivňovala stav vědomí pacienta. Postupným zvyšováním dávek uklidňujících léků nemocného tlumíme. V takových případech se takové léčebné ovlivnění používá až jako poslední možnost léčby. (O'Connor a Aranda, 2005, s. 55)

#### 1.5 Etické aspekty eutanazie

Eutanazie, tedy aktivní ukončení života těžce nemocného pacienta jinou osobou, je tématem, jež rozděluje laickou i odbornou veřejnost. V této otázce má jasno snad jen katolické náboženství. Jejich základní preambule zní ve smyslu takovém, že člověk nemá právo brát si život. Razantně odmítají jak eutanazii, tak jakkoliv motivovanou sebevraždu. Setkáváme se i s názory takovými, že neztížitelná bolest sama o sobě nebo také bolest ve spojení se sociální izolací vede k sebevraždě nebo ukončení života. Jsou přesvědčeni o tom, že kdyby se bolesti v ještě větší míře zmírnily a nemocný byl obklopen láskyplným prostředím, o sebevraždě, ani o ukončení života by neuvažoval. Avšak takový názor nemusí platit obecně. Nemusí to být kruté bolesti a nedostatek lásky blízkých osob, co k takovému pomyšlení vede, ale také neuspokojující kvalita života, s níž se těžce nemocný nechce smířit. (Beran, 2010, s. 26)

Jsou lidé, kteří neberou v potaz náboženské hledisko, ale oni sami se považují těmi, kdo mají právo rozhodovat o tom, jak naloží se svým životem. Nebo lidé, jež mají samotní zkušenosti či se setkali s trpícím umírajícím člověkem, jemuž nebylo možné zásadním způsobem pomoci a který umíral v neosobním prostředí nemocnice, ústavu. (Beran, 2010, s. 27)

Naskýtá se však mnoho otázek, které si jistě zaslouží zamyšlení a nemohou být přehlíženy bez povšimnutí. Co rozhoduje o tom, že podaný lék či výkon je součástí léčby, nebo jde o skrytou aktivní eutanazii? Rozhodujícím se stává úmysl lékaře, který zajisté deklaruje, že šlo o léčbu, nikoliv o trestný čin. Jen on sám ví, s jakým úmyslem danou věc prováděl. S jakým úmyslem jsou podávány vysoké dávky opiátů? Je eutanazie činem, po kterém následuje smrt během hodin, minut, dnů? Jak ji můžeme správně definovat? (Ptáček a Bartůněk, 2012, s. 90) U pasivní eutanazie nepřichází smrt okamžitě, podobně jako u paliativní péče. Obecným argumentem proti eutanazii je porušení autonomie lékaře tím, že byl o eutanazii požádán. Přece každý lékař je autonomní osobou a tento výkon může odmítnout. Další námitkou může být i její zneužití. (Ptáček a Bartůněk, 2012, s. 90)

Ve společnosti, která je eutanazii nakloněna, hrozí nebezpečí jejího provádění bez souhlasu nemocných, a to třeba i proti jejich vůli. Tento nátlak by se tak mohl týkat nejen nevléčitelně nemocných, ale i jiných diskriminovaných osob (např. starých a tělesně postižených aj.) (Bártlová, 2005, s. 76). Při strachu ze zneužití si ani neuvědomujeme, že společnost v dnešní době dává důvěru a pravomoci především do rukou lékařů. Zastáncům eutanazie je vyčítáno, že lékař může špatně odhadnout terminální stav nemoci, ale stejnému lékaři dáváme pravomoc dále pacienta aktivními prostředky neléčit a doporučit jeho přijetí do hospicové péče. Vývoj a respektování autonomního rozhodnutí pacienta je u nás legalizováno a v některých zemích i praktikováno zavedení tzv. living will, což se může překrývat s pojmem pasivní eutanazie. Jak chápat problematiku odmítnutí resuscitace, tedy ukončení života nemocného na jeho přání? Máme právo si život svévolně brát? Jak přistupovat k paliativní léčbě v hospicích? Uměle se zde neprodlužuje život nemocného, dbá se na důstojné podmínky zajištěné při umírání terminálně nemocného klienta, avšak je respektována individualita pacientů? Chtějí všichni takto nemocní ukončit svůj život v hospici? (Ptáček a Bartůněk, 2012, s. 90 - 91)

V minulosti nebylo ani respektováno právo pacienta na pravdivé informace. Často byla důvodem zejména obava zdravotníků či rodinných příslušníků převzít psychologickou péči o smrtelně nemocného, jež je na konci svého života (Kelnarová a Matějková, 2009, s. 54).

Dříve používané „milosrdné lži“ byly vysvětlovány tím, že nemocný by neunesl pravdu. Psychologové však hovoří o tom, že pravdu by mnohdy neunesl zdravotník. Lékaři totiž často brali smrt jako svoji terapeutickou prohru. V současnosti se neřeší otázka, zda nemocnému sdělit pravdu, avšak řeší se kdo, kdy, kde a jakým způsobem. (Kelnarová a Matějková, 2009, s. 54)

Diskuze o eutanazii by zmírnilo, kdyby bylo všeobecně známo, že péče o dlouhodobě těžce nemocné je na perfektní úrovni a není třeba se tedy obávat nedůstojného sklonku života, pokud se člověk o sebe nebude schopen postarat (Beran, 2010, s. 29). Většina zastánců se dovolává práva na sebeurčení a většina renomovaných právníků dokládá, že z práva na sebeurčení nelze odvodit právo na smrt, kterou by navíc provedl někdo jiný (lékař) (Vorlíček et al, 2005, s. 446 – 447). Stejní zastánci eutanazie argumentují také realitou nesnesitelného utrpení. Není sporu o tom, že právě nesnesitelné utrpení, nejčastěji redukováné na nesnesitelné bolesti, je asociováno téměř výhradně s onkologickými chorobami, což není správné. Mnoho jiných nemocných sužuje nesnesitelné utrpení, a to nejen fyzické bolesti, ale i psychické strádání, ztráta autonomie, zánik či omezení důležitých sociálních vazeb aj. Je proto naprosto nezbytné, aby právě onkologové důsledně uplatňovali všechny strategie, jež vedou k zmírnění bolestí a dbali nejen o psychický, ale i sociální komfort nemocného. Nesnesitelné bolesti mohou být odstraněny nebo minimalizovány na snesitelnou hranici. Problémem jistě zůstávají tzv. neovládnutelné bolesti. (Vorlíček et al, 2005, s. 446 – 447)

Dobrá a systematická paliativní péče o onkologicky nemocné může mít mimořádně přínosnou roli, a to nejen pro nemocného, ale i pro veřejnost. Nemocnému umožní zemřít „snadnou“ smrtí a veřejnost nabude přesvědčení, že důstojný odchod ze života s pomocí odborné a laskavé péče je vhodnější, než volání po urgentních řešeních. Paliativní program péče je považován za jedinou rozumnou a realizovatelnou alternativu eutanazie. (Vorlíček et al, 2005, s. 446 – 447)

## 1.6 Dostupnost eutanazie v ČR

Na přelomu let 2005 - 2006 se poslanecká sněmovna zabývala trestním zákonem o legalizaci eutanazie, který asi osm let připravovala skupina odborníků vedená Pavlem Šámalem, v té době soudcem Nejvyššího soudu (Starošítková, 2008, s. 54 - 55). Jakým způsobem bylo znění důstojné smrti v návrhu senátorky Václavy Domšové předloženo, cituji ze zákona o důstojné smrti z r. 2008 na následující straně:

## § 1

(1) „Důstojnou smrtí se pro účely tohoto zákona rozumí ukončení života osoby (pacienta) na její vlastní žádost s vědomou, odbornou pomocí jiné osoby za podmínek stanovených tímto zákonem.

(2) Důstojnou smrtí se pro účely tohoto zákona rozumí rovněž úmyslné ukončení života osoby (pacienta) na její vlastní žádost jinou osobou, pokud není možné použít postup dle odst. 1.“

## § 2

(1) „Důstojné smrti může být dle tohoto zákona nápomocen, případně ji vyvolat pouze lékař, a to za podmínek stanovených tímto zákonem a prováděcími předpisy.

(2) Lékař, který je nápomocen důstojné smrti nebo ji vyvolá, není odpovědný za tento skutek podle předpisů trestního práva, pokud splní podmínky tohoto zákona a prováděcích předpisů a postupuje v souladu s postupy v nich stanovenými.

(3) Žádný lékař však nemůže být k nápomoci důstojné smrti či k jejímu vyvolání nucen.

(4) Pokud to stav pacienta dovoluje, použije se přednostně před vyvoláním důstojné smrti pomoc k ní.

## § 3

*O důstojnou smrt může pacient žádat předem pro případ, že by v budoucnu nebyl schopen vyjádřit svoji vůli.*“ (Domšová, 2008) Zbývající část Senátního návrhu zákona o důstojné smrti viz příl. č. 5, s. 102.

Návrh zahrnující beztrestnost za provedení eutanazie neprošel poslaneckou sněmovnou (Starošítková, 2008, s. 54 - 55). Výsledkem zůstává, že zatímco za vraždu dnes hrozí trest odnětí svobody v délce min. 10 let, v případě eutanazie je tato doba šestiletá (Šámal, 2004).

Tato předloha by podle kritiků, často lékařů, legalizovala vědomé zabíjení, ale neřeší hrozbu jejího zneužívání. Proti předloze se postavili tehdejší ministr zdravotnictví Tomáš Julínek (ODS), i ministryně Džamila Stehlíková (SZ). Návrh dle ní odporuje ústavě a mezinárodním úmluvám o lidských právech, jelikož je v rozporu se základním právem na život. Podle Julínka by tento zákon představoval doslova "licenci na zabíjení". (Lidovky.cz, ©2014)

S ohledem na okolnosti, že eutanazie nevyvolává jen sporné otázky právní, etické, medicínské, náboženské, filozofické či ekonomické, a s nimi plyne nejednotnost názorů společnosti, je problematika uzákonění eutanazie v ČR během na dlouhou trať.

## 1.7 Dostupnost eutanazie v jiných zemích

Holandsko, příp. i Belgie jsou zeměmi, které průkopnický uznaly a realizují aktivní eutanazii ze zákona. V Holandsku byl vypracován systém podmínek, které umožňují provést aktivní eutanazii. Zdravotní stav i neblahou prognózu jedince musí potvrdit ještě alespoň jeden nezávislý lékař (Vorlíček et al., 2005, s. 445 - 446). Pro samotné rozhodnutí o eutanazii je důležité stanovení nesnesitelného utrpení, bolesti. K závěru lze dojít po diskusi lékaře s pacientem, kdy se proberou všechny možné existující varianty léčení, a mohou vést ke zlepšení. Do této oblasti lze zařadit také psychické utrpení u nemocných s psychiatrickou chorobou, jež není způsobeno fyzickým onemocněním. Je velmi nesnadné stanovit, zda žádost o eutanazii je dobrovolná a dobře uvážená. V takových případech lékař kontaktuje dva nezávislé specialisty, z nichž alespoň jeden musí být psychiatr, který nemocného osobně vyšetří. U osob s demencí, nejčastěji Alzheimerovou chorobou s hlavním příznakem zapomnětlivostí, není důvod k ukončení života. (Konšťacký, 2002, s. 19)

Každá provedená aktivní eutanazie musí být ohlášená a proti konajícímu lékaři je zahájeno trestní řízení. Holandský zákon pokládá eutanazii za trestný čin se sankční sazbou až 12 let vězení. Pokud však soudce shledá, že eutanazii lékař provedl dle stanovených pravidel, trestní řízení je zastaveno. V r. 2000 nizozemský parlament projednával a následně i schválil zákonnou úpravu umožňující eutanazii. Jejím závěrem je, že aktivní pomoc při umírání a napomáhání k dobrovolné smrti zůstává sice trestná, ale se stanovenými podmínkami odkriminalizovaná. Nově jsou ustanoveny i podmínky příp. ukončení života nezletilých. (Vorlíček et al., 2005, s. 445 - 446)

Holandská praxe s sebou nese přednosti, i nevýhody. Dobrou pojistkou proti zneužití je vysoká trestní sazba. Další výhodou je, že lékař, jež má jakoukoliv pochybnost či s eutanazií nesouhlasí, nemusí ji vykonat ani přes to, že byly splněny její předepsané podmínky. Nevýhodou jsou stále komplikované procedury přešetřování, jež je podmínka následné beztrestnosti. Mnoho lékařů raději provedení aktivní eutanazie nehlásí, a jako příčinu úmrtí píše něco jiného. Není tajemstvím, že v Holandsku dochází k nehlášeným formám aktivní eutanazie. Mnozí varují před tzv. „kluzkým svahem“, čímž mají na mysli rizika nechtěné či dokonce nedobrovolné eutanazie. (Vorlíček et al., 2005, s. 445 - 446)

Aktuálním tématem ve světě se nabízí problematika dětské eutanazie, kterou belgičtí poslanci jako první na světě schválili, a to bez omezení věku dítěte. Zákon už dříve posvětil tamní Senát a prošel velkou většinou. Konečné rozhodnutí se však ocitá v rukou krále Philippa, jehož podpis norma vyžaduje. V Belgii tento zákon rozpoutal emotivní debaty. Vystoupila proti němu především církev, ale i část lékařů. Tři čtvrtiny obyvatel se zákonem podle dosavadních průzkumů souhlasí. Mnozí odpůrci reagují na celou situaci prostě. Nechat dítě, aby rozhodovalo o svém životě, je velmi špatná myšlenka vzhledem k tomu, že např. šestileté dítě nechápe, co přesně smrt vlastně znamená. (*Dětská eutanazie*, ©2014)

V Nizozemsku je za určitých okolností možná eutanazie už u dětí nad 12 let. Belgický návrh však nemá žádné věkové omezení. Eutanazie má být v Belgii v případě dětí vyhrazena jen pro ty pacienty, jež smrt čeká v krátké době. Rozhodnutí musí být potvrzeno kolegiem odborníků a rodiče budou muset prohlásit, že proti jejich názoru nic nenamítají. (*Dětská eutanazie*, ©2014)

Jediným státem na světě, jež přechodně uzákonil aktivní eutanazii, bylo severní teritorium Austrálie. V platnost vstoupil r. 1996. S použitím tohoto zákona zemřeli dva lidé. Znění zákona však bylo velmi napadáno a v březnu r. 1997 byl zákon zrušen. (Vorlíček et al., 2005, s. 445 - 446)

Ve státě Oregon v USA byl r. 1995 odhlasován tzv. akt důstojné smrti v poměru 51 : 49. Prakticky se jedná spíše o asistovanou sebevraždu než o čistou formu aktivní eutanazie. (Vorlíček et al., 2005, s. 445 - 446)

V různých zemích je odlišná právní úprava ukončení postupu udržujícího vitální funkce nemocného za jeho nízké až trýznivé kvality života bez naděje na jeho budoucí zlepšení. Takovým příkladem může být ukončení řízené ventilace. Ve Velké Británii se stalo precedentem, když soud r. 2002 potvrdil právo „Miss B“, trpící neléčitelným nervosvalovým onemocněním, aby zdravotníci vyhověli její žádosti a přání a odpojili ji od ventilátoru. (Kalvach et al., 2004, s. 486)

Švýcarsko je zemí, kde není trestná asistovaná sebevražda, čehož využívá organizace Dignitas v Curychu, jež ji poskytuje. Holandské zkušenosti po uzákonění eutanazie reflektují i geriatrické otázky: možnost eutanazie, pokud je utrpení podmíněno nemedicínskými důvody i včetně tzv. „unavenosti životem v pokročilém stáří“, či eutanazie na přání rodiny u nekompetentních nemocných (ve stádiu těžké demence) (Kalvach et al., 2004, s. 486).



V obou případech bylo stanovisko v Nizozemsku negativní. Šlo o „případ Brongersma“, kdy 86letý muž požádal o eutanazii pro jeho nízkou kvalitu života ve stáří, a o „případ van Ooijen“, kdy lékař ukončil život nemocného v ošetrovatelském zařízení na žádost jeho rodiny. (Kalvach et al., 2004, s. 486)

Holandské zkušenosti nasvědčují tomu, že pojem utrpení se rozšiřuje ze somatické oblasti (nádorová bolest) na utrpení duševní a spirituální. Kromě objektivně nesnesitelného utrpení, jako je bolest, nehumanizující podmínky života či ztráta důstojnosti přesahující „srozumitelnou“ míru, se nově objevují žádosti o eutanazii podmíněné subjektivní mírou pacientova hodnocení a jeho ochoty a schopnosti danou zátěž zvládat, např. nesmyslnost utrpení, míra závislosti či zmíněná vyčerpanost životem ve stáří. Objevují se i žádosti preventivního charakteru se snahou uniknout postupující deťoriaci či předejít možnému dušeni či očekávané bolesti. Preventivní pojetí eutanazie podpořila oficiálně i nizozemská ministryně zdravotnictví, která označila za moudré, aby lidé v počátečním stádiu demence koncipovali předem žádost o budoucí eutanazii. Důvodem jsou i zmíněné problémy s eutanazií na přání blízkých osob. V Nizozemsku se odhaduje, že kolem 50 % případů eutanazie nespĺňuje kritérium „nezpochybnitelné a trvalé žádosti samotného nemocného“. Jde o rozhodnutí lékařů, často po vzájemné dohodě s rodinou. (Kalvach et al., 2004, s. 486)

Od žádosti o budoucí eutanazii je třeba odlišovat vyjádření vůle pro případ nekompetentnosti u klientů např. v bezvědomí, dementních aj., týkající se zejména odmítnutí kardiopulmonální resuscitace, řízené ventilace či jiných postupů chápané jako trýznivé a prodlužující umírání. Mezi samotnými seniory přibývá pokynů DNR (neresuscitovat), ale mnozí si přejí být zachráněni a v této problematice se jen neorientují. V USA ve studii MEPS-NHC (Medical Expenditure Panel Study- Nursing Home Component) zjistili, že 59 % osob ze zkoumané skupiny klientů dlouhodobé ústavní péče má základní pokyny týkající se úmrtí způsobem DNR a 9 % má rozsáhlejší pokyny týkající se terminální péče (nehospitalizovat, restrikce krmení, podávání léků a jiné léčby). (Kalvach et al., 2004, s. 486)

O různých formách eutanazie se bude jistě nadále diskutovat. Je však nezbytně nutné vypracovat a uvést do praxe či zákona určitá kritéria, za kterých bude možné, vhodné, ekonomicky nutné a morálně ospravedlnitelné ukončit či nezačít léčbu, jež je marná a nemocnému přináší více utrpení než prospěchu. Současně je nutné varovat se proti unáhle- ným snahám uzákonění aktivní eutanazie, poněvadž riziko zneužití je vysoké. (Vorlíček et al., 2005, s. 445 - 446)

## 1.8 Rotterdamská kritéria

V r. 1982 byla ustanovena Vládní komise pro eutanazii, jež se spolu s Ústřední komisí Královské holandské lékařské asociace podílela na určování podmínek a okolností, za nichž je možné eutanazii provádět. Poprvé byla tato tematika zveřejněna Ústřední lékařskou komisí v srpnu r. 1984. Obě komise měly za úkol dohlížet nad tímto děním. Lékaři byli vyzýváni, aby eutanazii uváděli jako příčinu smrti, což však v dřívějších letech nedělali. Počty takto ukončených životů tedy zcela chybí. (Munzarová, 2005, s. 32 - 33)

Komise se zaručovaly, že budou-li lékaři dodržovat určitá kritéria, nebudou trestáni. Nejdůležitější z nich jsou kritéria rotterdamská, nazvaná dle rozhodnutí soudu v Rotterdamu. Jejich znění níže, v tab. 1.

Tab. 1. Rotterdamská kritéria.

<b>Rotterdamská kritéria</b>
1. Nemocný musí být kompetentní a jeho žádost zcela dobrovolná a úmyslná.
2. Žádost nemocného musí být dobře uvážená, jasná a opakovaná.
3. Pacient musí nesnesitelně trpět (ne nutně fyzicky), eutanazie musí být poslední možností. Jiné možnosti byly již vyzkoušeny a shledány neúčinnými.
4. Eutanazii smí provádět jedině lékař.
5. Lékař musí vše konzultovat s jiným nezávislým lékařem, který má v dané oblasti již zkušenosti. (Munzarová, 2005, s. 32 - 33)

V r. 1988 bylo popsáno, že ročně díky zásahu lékaře umírá asi 6000 lidí. Vládní komise pro eutanazii (tzv. Remmelingova komise) v Nizozemsku rozčlenila dle výzkumné činnosti za období jednoho roku povahu úmrtí všech osob. Zjištění byla výmluvná: 2300 případů eutanazie byla provedena na vlastní žádost, 400 případů asistované sebevraždy, 1000 ukončení života bez explicitní žádosti pacienta dle uvážení lékaře, 8100 pacientů zemřelo podáním vyšších dávek analgetik a 7875 zemřelo po ukončení či nenasazení léčby. S největší pravděpodobností i dnes se stává, že lékař bere rozhodnutí o okolnostech smrti pacienta do vlastních rukou a jedná bez jeho vědomí a souhlasu, což je alarmující. (Kalvach et al., 2011, s. 319)

## 2 PALIATIVNÍ PÉČE

V souvislosti s nevléčitelně nemocnými a umírajícími lidmi se objevuje často mylné přesvědčení, že eutanazie je jediným řešením svízelné situace takto postižených lidí (Bártlová, 2005, s. 77). V dnešní době lze zajistit péči v léčení bolesti a ostatních fyzických symptomů, psychického, sociálního a duchovního utrpení tak, aby k žádosti o usmrcení nemuselo docházet. Naše společnost disponuje dostatečnými finančními prostředky, znalostmi, dovednostmi, léky a přístrojovým vybavením, aby nemocným, u kterých kurativní léčba vyčerpala všechny dostupné možnosti, byla poskytnuta odpovídající léčba paliativní. Je schopna nemocnému zajistit nejlepší možnou kvalitu zbytku života včetně doprovázení k důstojné smrti bez bolesti, fyzického, sociálního a duchovního utrpení. (Haškovcová, 2007, s. 127)

### 2.1 Definice paliativní péče

Termín paliativní péče pochází z latinského *pallium* (maska, pokrytí) či *palliare* (pokrýt, zakrýt pláštěm). Dle WHO je paliativní péče přístup zlepšující kvalitu života pacientů a jejich rodin, kteří čelí problémům spojeným s život ohrožující nemocí, a to prostřednictvím předcházení a zmírňování utrpení pomocí včasného zjištění, vyhodnocení a řešení bolesti a ostatních fyzických, psychosociálních a duchovních potíží (Plevová et al., 2011, str. 106). Tato definice vychází z holistického pojetí člověka a obsahuje všechny aspekty péče pro nemocné a jejich rodiny po celou dobu nemoci pacienta. Pokud je léčba nemocného již zbytečná, nevede k žádnému zlepšení zdravotního stavu, může být ukončena. Nikdy však nemůže být ukončena péče. (Plevová et al., 2011, s. 106)

Pacienti s nevléčitelnou nemocí mohou trpět fyzickou bolestí, již nemoc způsobuje, ale také emocionální a psychickou bolestí, která přichází se ztrátou všeho, čím byli, i všeho, čeho chtěli ještě v životě dosáhnout. Utrpení přetrvává, pokud je tělesná bolest člověka ignorována či je označována za nevládnutelnou, nebo pokud není pochopena emocionální bolest pacienta, případně když se pomíjí jako nevyhnutelná. (Byock, 2013, s. 79 – 80).

Podle zkušenosti Byocka bývá osobní, vnitřní utrpení daleko intenzivnější a vyžaduje velmi citlivé zasahování. Právě bolest, kterou si většina nemocných spojuje s umíráním, fyzické utrpení nevléčitelné nemoci, lze obvykle v dnešní době odpovědně zvládnout. Tělesná bolest u nevléčitelně nemocných existuje, poněvadž lékařům chybí vůle, nikoli prostředky. Lékaři, pacienti i jejich rodiny ustupují od potřebného odhodlání k zvládnutí nemoci, jelikož často trpí fobií z užívání opiátů (Byock, 2013, s. 79 – 80).

Rovněž toto úsilí brzdí současný stav lékařského vzdělání, které neučí praktické lékaře adekvátně vyhodnocovat a léčit bolest. V myslích příliš mnoha dnešních lidí je odpovědí a jediným možným řešením nesnesitelné bolesti umírajících asistovaná sebevražda či eutanazie, jako by účinná léčba bolesti vůbec neexistovala (Byock, 2013, s. 79 – 80). Při četbě literatury mě jistým způsobem zaujaly právě úryvky z knihy Dr. Byocka, který se více než 25 let specializuje na oblast péče o umírající a dlouhá léta pracoval jako ředitel hospice v domovském městě. Popisuje své zkušenosti s umírajícími pomocí skutečných příběhů. I Byock věří, že už není daleko den, kdy nebude žádná bolest umírajících považována za neléčitelnou.

Paliativní péče se nevztahuje k žádnému konkrétnímu druhu nemoci, ale může být uplatněna v případě pacientů všech věkových skupin na základě posouzení vývoje jejich zdravotního stavu a jejich individuálních potřeb. Mezi onemocnění a stavy, které v pokročilých stádiích paliativní péči vyžadují, patří již zmiňovaná onkologická onemocnění, neurodegenerativní onemocnění (roztroušená skleróza, Parkinsonova nemoc a jiné typy demence), konečná stádia chronických orgánových onemocnění (chronické srdeční, renální či jaterní selhání), AIDS, polymorbidní geriatričtí pacienti, pacienti v perzistujícím vegetativním stavu aj.. (Plevová et al., 2011, str. 106)

Základní jednotkou pro poskytování paliativní péče je multidisciplinární tým, jež tvoří lékaři, všeobecné sestry, dietní sestra, sociální pracovník, fyzioterapeut, psycholog, duchovní, členové rodiny, přátelé a dobrovolníci. Všichni se vzájemně setkávají a diskutují, jak nejúčinněji individuálně řešit problémy nemocného. (Plevová et al., 2011, s. 107)

## 2.2 Dostupnost paliativní péče

V rámci Evropy existuje značná nerovnoměrnost v dostupnosti paliativních služeb. V posledních letech jsme ve většině zemí Evropy svědky snahy tyto nedostatky v dostupnosti specializované paliativní péče redukovat. Příkladem může být integrace stávajících zařízení paliativní péče do systému zdravotní péče nebo pokusy formulovat koncepční zdravotní politiku v oblasti péče o nevléčitelně a umírající nemocné. Koncepční politika je realizována stanovením minimální sítě a struktury paliativních služeb s podporou jejich rozvoje. Dostupnost zařízení paliativní péče některých evropských zemí viz příl. č. 6, s. 110. Nedílnou součástí provozování paliativní péče je podpora vzdělávání všech zdravotníků v oboru a ve většině zemí Evropy je povinnou součástí pregraduální přípravy lékařů a sester. (Vorlíček et al, 2004, s. 22)

V ČR se studiu paliativní péči nevěnovala přílišná pozornost. Studenti se o ní dozvídali v rámci předmětu lékařská etika a klinická onkologie. Větší zastoupení měla v bakalářských a magisterských programech v oboru ošetrovatelství či pomocí speciálních kurzů poskytování paliativní péče (Vorlíček et al, 2004, s. 22). Od r. 1995 je každoročně pořádán tzv. Brněnský den paliativní medicíny. Významnou změnu přineslo až uznání samostatného oboru „Paliativní medicína a léčba bolesti“ v lednu r. 2004. (Vorlíček et al, 2004, s. 22)

### 2.2.1 Paliativní péče v ČR

Úspěchy otevřeného St. Christopher's Hospice v Londýně Dr. Cicely Saundersovou r. 1967 provádějícím komplexní multidisciplinární paliativní péči, ukázaly cestu k zakládání podobných zařízení všude ve světě. (Vorlíček et al, 2004, s. 23)

V naší republice se zájem o paliativní medicínu rozvinul po r. 1989. Pod vlivem zkušeností, které získala řada lékařů a sester navštívením zahraničních pracovišť, bylo v 90. letech 20. století vybudováno několik hospiců (Vorlíček et al, 2004, s. 22). Hospice jsou nestátními zdravotnickými zařízeními zřízených občanskými sdruženími nebo katolickou Charitou. Právě po r. 1990 u nás začala hospicové hnutí propagovat MUDr. Marie Svatošová, která začala nejdříve se zdravotní péčí v domácnostech nemocných, a v roce 1995 se jí podařilo otevřít první český lůžkový Hospic Anežky České v Červeném Kostelci. (Vorlíček et al, 2004, s. 22)

Při budování hospiců se vycházelo rovněž i ze zkušeností Elisabeth Kübler-Rossové. Její studie jsou pomocí pro ty, kteří nemocné ke smrti doprovázejí. Mimořádně významný je její popis stádií, jimiž člověk, který ví nebo tuší, že zemře, prochází. (Munzarová, 2008, s. 43) Jednotlivá stádia viz příl. č. 7, s. 111.

První oddělení paliativní péče bylo otevřeno r. 1992 v nemocnici v Babicích nad Svítavou, které však bylo před několika lety přeměněno na LDN. Od r. 2001 působí ve FN Brno specializovaná ambulance paliativní medicíny, a to v rámci Oddělení léčby bolesti. V posledních letech vzniklo několik agentur, jež se zaměřují na domácí hospicovou péči. Rozvoj tohoto typu péče je však výrazně limitován stávajícím způsobem úhrad péče zdravotními pojišťovnami. Ve srovnání s jinými srovnatelnými zeměmi je rozvoj zařízení paliativní péče v ČR velmi pomalý. V naší zemi zatím zcela chybí koncepční zdravotní politika v oblasti péče o nevléčitelně a terminálně nemocné. (Vorlíček et al, 2004, s. 22)

## 2.3 Rozdělení paliativní péče

Výbor ministrů rady Evropy rozdělil paliativní péči dle míry její komplexnosti. Členské státy vyzývají k tomu, aby všechna zařízení byla schopna poskytnout obecnou paliativní péči a aby byla zřizována zařízení specializované paliativní péče. (Marková, 2010, s. 20 - 21)

### 2.3.1 Obecná paliativní péče

Tuto formu paliativní péče by mělo umět poskytovat každé zdravotnické zařízení v rámci své specializace. Její součástí je včasné vyhodnocení pacientova stavu, zhodnocení smysluplnosti aktivní léčby, sledování, porozumění a poskytování takové péče a léčby, jaká je důležitá pro jeho kvalitu života. Patří sem především respektování autonomie nemocného, léčba bolesti a dalších symptomů, podpora rodiny, doporučení k dalším odborníkům aj. (Marková, 2010, s. 20 - 21)

### 2.3.2 Specializovaná paliativní péče

Specializovaná zařízení paliativní péče jsou zařízeními, jež se věnují paliativní péči jako své hlavní činnosti. Zajišťuje ji speciálně vyškolený kvalifikovaný personál a větší počet zaměstnanců v poměru k počtu pacientů (Marková, 2010, s. 20 - 21). Služby v těchto zařízeních by měly být dostupné ve všech formách péče a měly by být schopné poskytnout pacientovi podporu, ať je kdekoliv: doma, v nemocnici, v ambulantní péči apod. (Marková, 2010, s. 20 - 21)

Ať už se paliativní péče poskytuje kdekoliv, je založena na následujících hodnotách a principech:

- zachování důstojnosti nemocného a jeho rodiny,
- účastné péči o nemocného a jeho rodinu,
- rovnoprávnosti v přístupu k paliativní péči,
- úctě k nemocnému, jeho rodině a pečovateli,
- obhajobě vyjádřených přání nemocného, rodiny a komunity,
- snaze o dosahování výjimečné úrovně při poskytování péče a podpory,
- odpovědnosti pacientovi, rodině a širší komunitě. (O'Connor a Aranda, 2005, s. 12) Více o principech při poskytování paliativní péče viz příl. č. 8, s. 112.

## 2.4 Druhy sociálních zařízení pro specializovanou paliativní péči v ČR

### 2.4.1 Lůžkové hospice a oddělení paliativní péče

Lůžkové hospice jsou v ČR většinou nestátní zdravotnická zařízení existující samostatně (ne jako součást jiného ZZ). V ČR působí dvě oddělení paliativní péče v rámci jiných zdravotnických zařízení. Financování lůžkové hospicové péče je vícezdrojové. Z veřejného zdravotního pojištění je pokryto až 60 % celkových nákladů, 20 % nákladů pokrývají příspěvky na péči a dotace na sociální péči. 20 % potřebných příjmů musí zajistit hospice z darů a sbírek. Pacienti přispívají na den v lůžkovém hospici 200 - 500 Kč. V současnosti je v ČR 16 hospiců (seznam lůžkových hospiců v ČR viz příl. č. 9, s. 114) a dvě oddělení paliativní péče s kapacitou 460 lůžek (4,5 lůžka na 100 000 obyvatel), s průměrnou dobou hospitalizace 30 dní a mortalitou kolem 80 – 95 %. Většina lůžkových hospiců je sdružena v Asociaci poskytovatelů hospicové paliativní péče. (Sláma et al, 2013)

### 2.4.2 Ambulantní paliativní péče, domácí hospicová péče a mobilní specializovaná paliativní péče

V současnosti v ČR působí 90 ambulancí léčby bolesti (ALB), vedených lékaři s atestací Paliativní medicína a léčba bolesti. ALB pečují převážně o neonkologické pacienty s chronickou bolestí a komplexní paliativní péčí se nezabývají. Ve dvou onkologických centrech (Brno, Hradec Králové) působí ambulance paliativní onkologie, vedené specialisty na paliativní medicínu, kteří poskytují ambulantní paliativní péči onkologickým pacientům. (Sláma et al, 2013)

Od r. 2001 rozvíjí Hospicové občanské sdružení Cesta domů v Praze model tzv. multiprofesní specializované paliativní péče. Vypracovalo standardy této péče a po mnoho let je rovněž iniciátorem jednání se státní správou a VZP o vhodném způsobu její úhrady. Spolu s pražským mobilním hospicem fungují v ČR pouze tři svým rozsahem a komplexností péče srovnatelná zařízení. Cesta domů od r. 2011 provozuje v Praze v rámci projektu Domov pod střechem komplexní mobilní specializovanou paliativní péči klientům pobytového zařízení sociální péče. Je pravděpodobné, že tento vysoce inovativní model mobilní paliativní péče, bude možné, a také vhodné zkusit i na jiných místech ČR (Sláma et al, 2013). Je určen nemocným lidem, kteří si přejí strávit poslední týdny života důstojně a v přívětivém prostředí, jež nemají blízké, kteří by se o ně mohli celodenně doma starat, nebo nemají kde. (*Domov Pod střechem*, ©2014)

Česká společnost paliativní medicíny (ČSPM) ve spolupráci s hospicovým sdružením Cesta domů již několik let pracuje s konceptem „Mobilní specializované paliativní péče“, který předpokládá multiprofesní týmovou spolupráci: ambulanci lékaře specialisty na paliativní péči, speciálně vyškolené sestry a úzkou spolupráci psychologa a sociálního pracovníka. ČSPM r. 2012 formulovala svůj postoj ve stanovisku k otázce poskytování paliativní péče v přirozeném prostředí klienta a r. 2013 ve standardech paliativní péče. (Sláma et al, 2013) Základní principy mobilní paliativní péče viz příl. č. 10, s. 116.

Domácí hospic Cesta domů poskytuje své služby pacientům v pokročilých a terminálních stadiích nevléčitelných onemocnění. Nemocnému, i jeho pečujícím, je zdravotní tým hospice k dispozici 24 hodin denně 7 dní v týdnu. Cílem je umožnit těžce nemocným pacientům strávit konec života v rodinném kruhu, zachovat důstojnost a mít přístup k co nejvyšší kvalitě služeb (*O hospici*, ©2014).

Podporují blízké i v každodenní namáhavé péči. V péči hospice bývá kolem 15 pacientů, ročně jsou služby poskytnuty zhruba 120 pacientům a jejich rodinám. Od svého založení r. 2002 měl Domácí hospic v péči již přes 800 rodin. Doba péče o jednoho pacienta se v průměru pohybuje okolo pěti týdnů. (*O hospici*, ©2014)

I přes možnost a naději pro nemocné, přes zahraniční zkušenosti, kvalifikované výzkumy veřejného mínění a i navzdory ekonomické výhodnosti této péče, Všeobecná zdravotní pojišťovna neshledala mobilní paliativní péči doposud za žádoucí a potřebnou. Zařízení tohoto typu nejsou hrazené z veřejného zdravotního pojištění a existující zařízení se potýkají se základní existenční nejistotou. (Sláma et al, 2013)

## 2.5 Léčba symptomů u paliativní péče

Neléčené symptomy u nemocného jsou jedním z důvodů, proč někteří lidé žádají o eutanazii. Paliativní sestry musí neustále udržovat a rozšiřovat znalosti a dovednosti v léčbě symptomů vyskytujících se u umírajících pacientů. V současnosti je lze úspěšně léčit a podle WHO umíme i nádorovou bolest dobře kontrolovat až u 90 % pacientů. (O'Connor a Aranda, 2005, s. 61)

Paliativní péče zajišťuje podporu při obtížích tělesných, duševních, sociálních i spirituálních. (Kalvach et al, 2010, s. 12)



### 2.5.1 Vymezení symptomatologie dle jednotlivých oblastí

- tělesné obtíže: bolest, dušnost, nauzea, nechutenství, poruchy výživy a hydratace, slabost, chronické rány, problémy s vyprazdňováním, krvácivé projevy, hygiena
- psychické obtíže: úzkost, strach, deprese, osamělost, adaptace/maladaptace na životní prognózu, zmatenost
- sociální obtíže: zabezpečení, hmotná nouze, příspěvky na péči, zabezpečení rodiny, vztahy v rodině, převody vlastnictví a dispozičních práv, poslední vůle
- spirituální obtíže: život a jeho smysl a validace, smíření, posvátné hodnoty, rituály, komunikace s duchovním a náboženské úkony. (Kalvach et al, 2010, s. 12)

Prožívání těchto symptomů je u klientů zcela individuální, ale většina z nich lze dobře léčit či ovlivnit. Vyžaduje holistickou péči zahrnující posouzení a dokumentaci symptomů tak, aby bylo možné průběžně hodnotit účinek léčby. (O'Connor a Aranda, 2005, s. 61)

V paliativní medicíně existují možnosti ovlivnění negativních symptomů nemocného formou paliativní sedace, jež je považována za legitimní v případě, pokud je využívána v oprávněných situacích. Označují se za ně situace s nesnesitelnou zátěží způsobenou fyzickými symptomy (např. krátkodobé použití sedativ pro zátěžové zákroky, na konci života při odpojení od dýchacího přístroje, nasazení v terminální fázi k léčbě nezvladatelných symptomů a podání při psychických a existenciálních krizích), kdy není k dispozici jiné metody, jež by neměla nepříjemné nežádoucí účinky. Určité dávky sedativ mohou způsobit i předčasnou smrt, tudíž problematika jejich podávání je choulostivá vzhledem k možnému zneužívání. (Milfait et al., 2013, s. 320 – 321) Pravidla podání sedativ dle Etické směrnice a doporučení Švýcarské akademie medicínských věd viz příl. č. 11, s. 117.

## 2.6 Etika péče o umírajícího člověka

Pro většinu lidí neexistuje horší bolest, žádné větší utrpení než to, když cítí, že přišli o svoji důstojnost. Umírající člověk se nemusí umět sám obléknout, najíst nebo se vyprázdnit. Může být zcela závislý a odkázaný na každodenní péči svých blízkých či dokonce cizích lidí. Vytrácí se tak identita nemocného, dříve schopného leccos bez potíží udělat, zařídit, dosáhnout úspěchu, uživit rodinu apod. Člověk přestává plnit své role, zaniká pocit vlastní ceny. Ničím prostředí nepříspěvá a navíc se stává břemenem pro lidi, kterým chce sloužit. (Byock, 2013, s. 108)

Ve společnosti panuje silné přesvědčení, že ztráta obvyklých schopností a nezávislosti zanechává člověka v nedůstojném postavení. Lidé považují tělesné známky nemoci nebo pokročilého stáří za degradaci a chátřání těla, místo aby na něj pohlíželi jako na nevyhnutelný vývoj člověka. Když přemýšlíme o nemoci někoho blízkého či nás samotných, máme sklon se domnívat, že demence či slabomyslnost představují naprostou ztrátu důstojnosti (Byock, 2013, s. 108 - 110). Pro umírajícího člověka může být útok bolestnější, když selhávají životně důležité funkce, avšak intelekt zůstává zachovaný (např. u onemocnění ALS či roztroušené sklerózy). Naopak u nemocného ve stádiu pokročilé Alzheimerovy demence důstojnost nemá pro něj žádný význam. Nedůstojností trpí snad jen příbuzní dotyčného, jež už není jejich milovaným člověkem, kterého znali, neboť je jeho chování dětské, později infantilní. (Byock, 2013, s. 108 - 110)

Prvořadé v péči o terminálně nemocného pacienta je zachovávat jeho důstojnost do posledních chvil jeho života a je nesmírně důležité, aby byly v péči uplatňovány základní etické principy. Poskytování zdravotní péče je vymezené čtyřmi etickými principy, jež se vzájemně doplňují, a tak tvoří jednotu. První dva principy byly vyjádřeny již ve starověku myšlenkou neškodit, pomáhat, anebo alespoň neškodit! Tato zásada sjednocuje dvě základní tendence medicínské teorie a praxe, a to princip nejmenšího zla a princip dobrodiní. Základem nové kvality vztahů mezi zdravotníky a pacientem jsou další dva principy: princip autonomie (úcta k autonomní osobnosti pacienta, k jeho lidské důstojnosti a schopnosti o sobě rozhodovat) a princip spravedlnosti (právo každého člověka na dostupnost kvalitní zdravotní péče poskytované bez diskriminace) (Ondřiová a Cinová, 2012, s. 38 - 40). Uplatňování etických principů v mezilidských vztazích (zdravotník x pacient) je zakotveno ve více dokumentech. Např. práva pacientů či etický kodex sestry (viz příl. č. 12, s. 118 a 13, s. 120).

Nejčastějšími obavami při utrpení pacientů je strach, že se stanou přítěží svým blízkým nebo se mnoho lidí děsí více než umírání toho, že zůstanou závislí na příbuzných, kteří o ně budou pečovat a budou mít strach o jejich finanční i tělesné potřeby, či se nevyhnou jejich citovým požadavkům. Pečovat o umírajícího člověka vyžaduje statečnost. Členové rodiny se nepřetržitě věnují uspokojování tělesných potřeb umírajícího, musí ustát a zvládnout nepochopitelné naříkání, hlasitý dech a jiné projevy umírajícího nemocného. Avšak mluvit o této době jako o břemeni zkresluje povahu této zkušenosti. Ikdyž nemocný může mít pocit, že péče a pozornost jsou přehnanou daní a nepříjemnou záležitostí, pečovatelé vnímají vše jinak a považují často tyto chvíle za vzácné (Byock, 2013, s. 188).

Péče o milovaného člověka je příležitostí k vyjádření lásky, oddanosti a úcty. Umožní-li umírající člověk svému blízkému, aby o něj pečoval, poskytne mu tím svůj poslední dar. Péče o tyto nemocné jim může poskytnout i jistou úlevu od žalu. (Byock, 2013, s. 188)

### 2.6.1 Priority umírajících lidí

Priority umírajících lidí jsou variabilní. Liší se dle jednotlivých lidí, jejich osobní situace, onemocnění a adaptace na infaustní prognózu. Zahrnujeme sem běžné potřeby umírajícího a specifické potřeby umírajících a jejich rodin uváděných výzkumy paliativní péče (v tab. 2, str. 35 a tab. 3, str. 35 - 36). (Kalvach et al, 2010, s. 16 - 17)

U neonkologických onemocnění s obtížným odhadem životní prognózy, musí být zajištění podpory a péče podstatně delší dobu nebo někdy jen přechodně při zhoršení stavu či v krizích. V každém případě je zde vždy místo pro podporu velmi komplexní, a to v obtížích jak tělesných, tak duševních, sociálních i spirituálních. (*Úvod do PP*, ©2014)

Tab. 2. Nejčastější potřeby umírajících lidí.

1. nestrádání: tlumení bolesti a utrpení
2. neprodlužování bolestné předsmrtné fáze, nezadržování smrti a odmítnutí dystanázie
3. neodloučenost, umírání v kontaktu a komunikaci s blízkými lidmi, v domácím prostředí či s neomezenými návštěvami v nemocnici či jiném zdravotnickém zařízení
4. kontrola nad děním, autonomie
5. soběstačnost či alespoň sebeobslužnost
6. sebeúcta a důstojnost: „zachovat si tvář“, identitu, kontinuitu životního příběhu, nestát se přítěží a břemenem pro blízké
7. bezpečnost: důvěra v kvalitu, podpůrnou a vstřícnou poskytovanou péči (Kalvach et al, 2010, s. 16 - 17)

Tab. 3. Specifické potřeby umírajících a jejich rodin.

1. kvalifikovaná paliativní zdravotní péče s kvalitním tlumením bolesti a jiného utrpení, a to pokud možno v místě, kde si to umírající přeje (např. doma)
2. neprodlužování bolestné předsmrtné fáze, nezadržování smrti a odmítnutí dystanázie (Kalvach et al, 2010, s. 16 - 17)

3. empatická a otevřená komunikace s rodinou i pečujícími profesemi
4. rozloučení a smíření: umožnění kontaktu s relevantními lidmi
5. spirituální podpora: u věřících lidí komunikace s duchovním, přijetí svátostí
6. neomezený kontakt s blízkými lidmi
7. důstojné zabezpečení s individualizovaným přístupem: kvalitní sociální služby
8. pružná dostupnost krizové intervence a jiné psychoterapeutické podpory
9. respitní podpora pečujících rodin a podpora pozůstalých v době zármutku po úmrtí
10. pomoc s uspořádáním osobních záležitostí včetně poslední vůle nemocného (Kalvach et al, 2010, s. 16 - 17)

## 2.7 Eutanazie versus paliativní péče

V předešlých úsecích této práce jsem se snažil objasnit jednotlivé pojmy dané problematiky se všemi jejich úskalími, ale i výhodami. Je velice těžké utvoření vlastního názoru v této oblasti vzhledem k tomu, že naše politická situace je v podstatě na rozcestí. Nizozemsku trvalo utvoření vlastního názoru a následně legalizaci eutanazie více než 25 let, jak dlouhá etapa čeká asi naši zemi?

Pro mnohé legalizace eutanazie znamená větší nátlak na jedince v terminálním stádiu na podstoupení eutanazie, a to jak vzhledem trápení jedince v očích zdravotníků a blízkých, tak vzhledem i k ekonomické situaci daných zdravotnických zařízení, případně rodin umírajících. Dále odpůrci eutanazie apelují na zničení svobody, kdy tito nemocní, kteří trpí bolestmi, bývají mnohem náchylnější k manipulaci. Proto nelze mluvit o svobodném rozhodnutí pacienta. Důstojnost člověka je dalším mezníkem odpůrců eutanazie. Její „pošlapání“ vede k tomu, že člověk je vlastně ztotožněn se zvířetem. Důstojné umírání není umíráním o samotě, za pomoci sterilní injekce, ale v kruhu milujících lidí. Pakliže lékař je tímto procesem „usmrčení“ pověřen, je naprosto poničena důvěra mezi lékaři a pacienty, kdy lékař se stává pánem nad životem a smrtí, což je dalším nepřijatelným mezníkem zejména křesťanů. Nastane někdy doba, kdy lékaři, kteří budou provedení eutanazie odmítat, nebudou pro oddělení typu LDN, či onkologiích aj. už potřební? Jak budou legalizaci eutanazie vnímat samotní nemocní, jež mají vcelku přiměřenou a efektivní léčbu symptomů, avšak nejsou schopni se s terminálním onemocněním smířit, příp. se ocitají v bídné socioekonomické situaci? Je potřeba pomýšlet na zneužití eutanazie i ze strany samotných

pacientů. Jedním ze snad nejsilnějších argumentů je bezesporu Hippokratova přísaha, která legalizaci ztrácí svůj význam. Dají se vůbec stanovit přesná pravidla, kritéria, jež mají eutanazii po jejich splnění umožnit? Nejsem si zcela jist. Na druhou stranu jsem četl mnoho příběhů a argumentů, kde eutanazii pacienti či jejich rodiny považovali za jediné možné řešení k ulehčení jejich trápení. Jsou v současnosti nesnesitelné bolesti správně a efektivně léčeny ve všech zdravotnických zařízeních? Předpokládám, že v zařízeních, kde je péče na mírnění této symptomatologie právě zaměřena (hospic, oddělení paliativní péče), bude tato léčba vysoce efektivní, ale co standardní běžná oddělení nemocnic, případně pacienti v domácí péči? Myslím si, že právě i díky této nekoordinovanosti léčby často sám nemocný o smrt žádá. Zastánci eutanazie ji chápou jako milosrdné ukončení života, jakýsi projev soucitu a vysvobození. Ale jsou zohledněny zodpovědně všechny oblasti života nemocného? Je chápána tato problematika holisticky? Argumentace, že každý člověk má právo rozhodovat o svém životě a tedy i o smrti? Opět další mezník pro křesťany. Ale myslí si to i ateisté? Myslí si to rodiny nemocných, kteří jsou vděční za každý další den s ním? Z kazuistik pacientů, které jsem četl při studiu literatury, se našly i takové, které můj názor na eutanazii poněkud zpochybnily. Pacienti, nacházející se ve vigilním komatu, mají zachován oběh a dýchání, jež potřebují k životu, rovněž cyklus spánku a bdění, avšak nemá přítomny jakékoliv kognitivní funkce, není schopen komunikovat a chybí jakákoliv aktivita nemocného. Za daných okolností existuje jistá léčba, která zejména u poúrazových stavů může přinést jisté výsledky, avšak po dvanácti měsících trvání tohoto komatózního stavu je možné lege artis bagatelizovat terapeutické postupy a podávat postiženému jen stravu, tekutiny a pokud je to nutné kyslík či zajištění dechu pomocí ventilátoru. Co však nemocní, jejichž naděje na uzdravení je nulová? Už roky není změna k lepšímu? Takový nemocný je ohrožený rizikem vzniku infekce, imobilizačním syndromem apod. Je důstojné a etické ponechávat takto tyto nemocné v řádu klidně i několika let, příp. sledovat, že příčinou jejich smrti je vlastně infekce, nejčastěji pneumonie? Doposud jsem nenašel vhodné argumenty, které by mi tuto problematiku objasnily a upevnily by mne v tom, že můj negativní názor a postoj na legalizaci eutanazie je správný.

Jsem zcela přesvědčen o tom, že možnosti paliativní medicíny jsou v současnosti, a to i na naše poměry, velice vysoké a variabilní, i když není jejich kvalita na stejné úrovni jako u specializovaných zařízení. A jsem si jistý, že pokud budou všichni, jež pečují o nemocného v terminálním stádiu, brát jeho bytost individuálně a s holistickým přístupem, diskuze o legalizaci eutanazie by se zmírnila.

## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**

### 3 CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY

V rámci diplomové práce jsem stanovil následující cíl a k němu přiřadil jednotlivé hypotézy, které formou výzkumného šetření a následného statistického zpracování potvrdím, či nikoli.

#### **Cíl diplomové práce**

*Zjistit, zda faktory, jako jsou věk, zaměstnání, náboženské vyznání a osobní zkušenost s umíráním blízké osoby výrazným způsobem ovlivňují názor respondentů na legalizaci či zákaz provádění eutanazie v ČR nebo preferují paliativní péči.*

#### **Hypotézy**

H1: Respondenti ve věkové kategorii od 18 ti do 40 ti let se přiklánějí k legalizaci eutanazie v ČR více, než respondenti ve věkové kategorii nad 40 let.

H2: Respondenti vykonávající zdravotnickou profesi se přiklánějí k legalizaci eutanazie v ČR a jejímu následnému využívání více, než respondenti laické veřejnosti.

H3: Respondenti věřící v Boha preferují v případě vzniku nevléčitelného onemocnění využití paliativní péče více, než respondenti bez náboženského vyznání, kteří upřednostňují spíše uplatnění eutanazie.

H4: Respondenti s předchozí osobní zkušeností s umíráním blízkého člověka na nevléčitelné onemocnění upřednostňují legalizaci a uplatnění eutanazie v ČR více, než respondenti bez této zkušenosti.

## 4 METODIKA ŠETŘENÍ A ORGANIZACE PRŮZKUMU

Cílem diplomové práce bylo zjistit, zda faktory, jako jsou věk, zaměstnání, náboženské vyznání a osobní zkušenost s umíráním blízké osoby výrazným způsobem ovlivňují názor respondentů na legalizaci či zákaz provádění eutanazie v ČR nebo preferují paliativní péči.

Výzkumné šetření se týkalo respondentů všech věkových skupin od dosažení 18 ti let, zaměstnaných ve zdravotnictví, a to konkrétně lékařů, všeobecných sester, sanitářů, ošetřovatelů, dále respondentů z různých postů z mého zaměstnání PČR, ale také respondentů seniorů z domovů pro seniory či respondentů oslovených z mého blízkého okolí.

Dotazníkové šetření probíhalo pouze na území Jihomoravského kraje ČR. Konkrétně se týkalo Domova pro seniory v sociálních službách Vyškov, příspěvkové organizaci, dále v Domově u zámku, občanském sdružení ve Chvalkovicích na Hané, v Nemocnici Vyškov, příspěvkové organizaci na odděleních ODN A, B a C (oddělení dlouhodobě nemocných) a na (JIP) jednotce intenzivní péče a I., II. a III. interním oddělení, zaměstnanců PČR - Dopravní inspektorát Vyškov a náhodně oslovených respondentů. Etapa distribuce a sběru dotazníků byla nejdelší a časově nejnáročnější z celkového harmonogramu šetření. Předcházela jí široká rešerše odborné literatury a dostupných zdrojů.

Pro získání potřebných údajů jsem zvolil metodu anonymního dotazníku (viz příl. č. 1, s. 93).

### 4.1 Volba výzkumné metody a její zdůvodnění

Nejvýhodnější metodou pro výzkumné šetření se mi jeví již z dřívějšího studia osvědčené použití dotazníku, a to z důvodu, že ze zvolené metody lze v relativně krátkém časovém úseku získat poměrně velké množství dat a následné statistické zpracování mi poskytlo relevantní informace ke zpracování této práce od poměrně velkého počtu respondentů.

Jako možnou nevýhodu zvolené metody šetření považuji nedostatečný osobní přístup při získávání dat a omezenou možnost zajistit pravdivost zvolených odpovědí v dotazníku. Tato metoda však zajišťuje naprostou anonymitu respondentů, a proto věřím, že díky této možnosti plně vyjádřili své pocity, názory či obavy, i když jsem si vědom, že pro mnohé byla otázka umírání a smrti z jakéhokoliv důvodu nepříjemná až mrzutá.

Vlastní šetření probíhalo 2 měsíce v období leden – únor v akademickém r. 2013/2014 a bylo zaměřeno na respondenty všech věkových skupin po dosažení plnoletosti.



Distribuce dotazníkových formulářů probíhala mnou osobně nebo za pomoci managementu zdravotnických zařízení (ZZ), vrchních sester či samotných pečovatelů na daných odděleních či Domovech pro seniory. Všichni zúčastnění byli mnou poučeni o významu a způsobu tohoto šetření a tvořili tak kompetentní prostředníky mezi mnou a dotazovanými respondenty.

V úvodní části dotazníku jsem respondenty seznámil s tématem diplomové práce a účelem anonymního dotazníkového šetření. Uvedl jsem zde rovněž elektronický kontakt na moji osobu, který mohli dotazovaní využít v případě vzniklých nejasností. Následně jsem je už jen požádal o jeho pečlivé a pravdivé vyplnění.

Další část dotazníku obsahuje celkem 18 otázek, kde jsem se zaměřil na získání základních demografických údajů, názorů, zkušeností a postojů respondentů k problematice eutanazie a paliativní péče.

Dotazníky obsahují pouze položky uzavřeného charakteru, polytomické, kde respondenti zvolili jednu z odpovědí, pokud nebylo určeno jinak u dané otázky. Podle převážné většiny respondentů byl tímto dotazník jednodušší na vyplnění a nezatěžoval tak zaměstnance zdravotnických zařízení v jejich pracovních povinnostech a časové tísní.

Ke stanovenému cíli jsou určeny položky v dotazníku č.: 2, 4, 5, 7, 13, 15. Zbylé položky č. 1, 3, 6, 8 – 12, 14, 16 - 18 jsou doplňkové a slouží k utvoření celostního obrazu o dané problematice.

## **4.2 Pilotní šetření**

K vyloučení případných chyb a nesrovnalostí v dotazníkových formulářích, bylo v rámci pilotního šetření rozdáno 7 dotazníků respondentům nad 18 let v mém blízkém okolí.

Všichni účastníci tohoto šetření vyplnili dotazník bez výraznějších potíží a deklarovali, že otázky jsou formulovány jasně a srozumitelně, čímž jsem nabyl jistoty pro jejich následnou distribuci.

## **4.3 Distribuce dotazníků**

Celkový počet distribuovaných dotazníků v Jihomoravském kraji byl 261. Konkrétně ve městě Vyškov a ve Chvalkovicích na Hané. 80 dotazníků bylo rozdáno v Domově pro seniory v sociálních službách Vyškov, 40 dotazníků jsem distribuoval v Domově

u zámku, občanském sdružení ve Chvalkovicích na Hané, 100 dotazníků v nemocnici Vyškov, příspěvkové organizaci na odděleních ODN A, B a C, na JIP, I., II. a III. interním oddělení, 15 dotazníků jsem nabídl k vyplnění v zaměstnání na Dopravním inspektorátu Vyškov a 26 dotazníků jsem získal individuálním vyplněním díky náhodně oslovených respondentů v mém blízkém okolí.

Se získáním respondentů k realizaci výzkumu jsem i při dnešní výzkumy zatížené době neměl větší potíže. Zdravotnická zařízení se šetření podrobila ochotně, i když ne vždy s dostatečnou efektivní výtěžností. Problémem byl zejména nízký počet vyplněných dotazníků z hlediska malého počtu obývajících klientů v Domovech pro seniory, kteří pro zhoršení zdravotního stavu museli být hospitalizováni v nemocničních zařízeních. Další pro mne negativní situací byl poněkud pasivní přístup zejména lékařů k vyplnění tohoto dotazníků, což je dle mého názoru při nejmenším smutné. Informace získané přímo od „zachránců“ životů by byly jistě velmi přínosné.

Po obdržení všech 3 souhlasů s provedením šetření (viz příl. č. 2, 3 a 4, s. 99 - 101) pomocí dotazníkové metody v rámci realizace diplomové práce, a to z jednotlivých zdravotnických zařízení uvedených výše, jsem předal formuláře managementu ZZ, který je následně přidělil k tomuto odpovědným osobám k jejich vyplnění. Managementu ZZ, kde šetření probíhalo, jsem poskytl podrobné informace o cílech diplomové práce a podal instrukce k vyplnění formulářů. Některá ZZ byla ochotná účastnit se dotazníkového šetření týkající se jejich zaměstnanců, či klientů jen za předpokladu, že obdrží získané výsledky šetření. Tato možnost jim také byla poskytnuta. Sběr dat probíhal v období leden - únor v akademickém roce 2013/2014.

#### 4.4 Metodika statistického zpracování dat

Pro statistické zpracování dat byl použit tabulkový editor Microsoft Office Excel 2007. Tento program umožnil vytvoření datové tabulky, kde každý řádek odpovídal popisu jednotlivého respondenta ( $n = 230$ ). Následně byly vytvořeny tabulky absolutní a relativní četnosti a kontingenční tabulky potřebné pro použití při testování hypotéz pomocí tzv. chí-kvadrát testu. Hodnoty Pearsonova chí-kvadrátu, který je nutné použít k potvrzení či zamítnutí dané hypotézy na stanovené hladině významnosti  $\alpha = 0,05$ .

Stanovené hypotézy byly vyhodnocovány pomocí statistické metody  $\chi^2$  testu nezávislosti v kontingenční tabulce (chí-kvadrát test), (viz obr. 1), což je neparametrická statistická

ká metoda, jež umožňuje ověření, zda má náhodná veličina určité předem dané rozdělení pravděpodobnosti.

$$\chi_c^2 = \sum \frac{(O_i - E_i)^2}{E_i}$$

Obr. 1. Vzorec pro výpočet chí-kvadrát testu.

Při testování hypotéz bylo postupováno následovně:

- formulace hypotézy,
- zvolení hladiny významnosti ( $\alpha$ ),
- určení stupně volnosti ( $k$ ),
- zvolení vhodného testovacího kritéria (chí-kvadrát test),
- dosazení pozorovaných hodnot do testovacího kritéria a výpočet testovací charakteristiky,
- pro zvolenou hladinu významnosti  $\alpha$  a počet stupňů volnosti  $k$  nalezení příslušné kritické hodnoty v tabulkách dle Englera (1989),
- porovnání výsledku testovací metody s příslušnou kritickou hodnotou,
- vyslovení závěru o potvrzení či zamítnutí dané hypotézy.

## 5 ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

V této kapitole budou znázorněny výsledky provedeného dotazníkového šetření. K výzkumu bylo použito 230 dotazníkových formulářů, které jsem vyhodnocoval a zpracoval do tabulek a grafů pomocí počítačových programů Microsoft Office Word a Excel. Ke každé otázce z dotazníku je vytvořena položka zahrnující tabulku, ve vhodných případech doplněnou i grafem, kde jsou prezentovány výsledky šetření v absolutní a relativní četnosti.

Celkem jsem v Jihomoravském kraji distribuoval 261 dotazníků. 80 dotazníků bylo rozdáno v Domově pro seniory v sociálních službách Vyškov, 40 dotazníků v Domově u zámku, občanském sdružení ve Chvalkovicích na Hané, 100 dotazníků v nemocnici Vyškov, příspěvkové organizaci na odděleních ODN A, B a C, na JIP, I., II. a III. interním oddělení, 15 dotazníků v mém zaměstnání na Dopravním inspektorátu Vyškov a 26 dotazníků individuálním vyplněním s pomocí oslovených respondentů v mém blízkém okolí.

Celková návratnost byla všech 261 dotazníků, avšak 25 dotazníků se mi vrátilo nevyplněných, 6 vyplněných jen částečně nebo nesprávně. Při analýze výsledků jsem tudíž vycházel z celkového vzorku 230 respondentů ( $n = 230$ ).

## 5.1 Interpretace výsledků jednotlivých položek dotazníkového šetření

Tato část práce obsahuje interpretaci a analýzu výsledků šetření. Výsledky zpracování získaných dat jsou prezentovány prostřednictvím absolutní a relativní četnosti za pomoci tabulek. Celkový počet respondentů byl 230.

### Položka č. 1 Jaké je Vaše pohlaví?

Tab. 4. Pohlaví respondentů.

Pohlaví respondentů	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Žena	186	80,87 %
Muž	44	19,13 %
<b>Celkem</b>	<b>230</b>	<b>100,00 %</b>

Tab. č. 4 poskytuje informace o pohlaví respondentů. Vzhledem k tomu, že v oblasti zdravotnictví pracuje většina pečovatelů ženského pohlaví a častější je i ženské složení klientů v pečovatelských domovech a domovech pro seniory, zastoupení žen v tomto šetření bylo výrazné. Celkem se ho zúčastnilo 186 žen (80,87 %) a 44 mužů (19,13 %).

### Položka č. 2 Jaký je Váš věk?

Tab. 5. Věk respondentů.

Věk respondentů	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Do 40 let	76	33,05 %
41 a více let	154	66,95 %
<b>Celkem</b>	<b>230</b>	<b>100,00 %</b>

Položka zjišťovala informace o věku respondentů. Získaná data jsem rozdělil do 2 kategorií. Ve věkové kategorii respondentů do 40 let odpovídalo na otázky z dotazníku 76 respondentů, (33,05 %). V kategorii 41 a více let bylo jejich zastoupení podstatně vyšší, a to 154 (66,95 %). Přibližně polovina respondentů z n=230 byli respondenti seniorského věku z domovů pro seniory.

**Položka č. 3 Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?**

Tab. 6. Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů.

Nejvyšší dosažené vzdělání	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Základní	27	11,73 %
Vyučen/a	54	23,48 %
Středoškolské	108	46,98 %
Vyšší odborné	10	4,34 %
Vysokoškolské	31	13,47 %
<b>Celkem</b>	<b>230</b>	<b>100,00 %</b>

Tato položka z dotazníku obsahuje nejvyšší dosažené vzdělání respondentů. Z tabulky výše si můžeme všimnout, že nejvíce respondentů bylo v zastoupení středoškolském, a to 108 (46,98 %). Výuční list mělo 54 respondentů (23,48 %), vysokou školu absolvovalo 31 (13,47 %) dotazovaných, 27 (11,73 %) respondentů bylo se základním vzděláním a 10 respondentů se vzděláním vyšším odborným.

**Položka č. 4 Máte odborné zdravotnické vzdělání?**

Tab. 7. Odborné zdravotnické vzdělání respondentů.

Odborné zdravotnické vzdělání	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano - lékař	9	3,91 %
Ano - zdravotní sestra	74	32,17 %
Ano - sanitář, ošetřovatel	32	13,92 %
Ne	115	50,00 %
<b>Celkem</b>	<b>230</b>	<b>100,00 %</b>

Z tabulky výše vyplývá, že dotazníkového šetření se zúčastnili respondenti rovnou polovinou, a to 115 respondentů (50,00 %) zdravotníků ve složení 74 zdravotních sester (32,17 %), 32 sanitářů/ošetřovatelů (13,92 %) a pouze 9 lékařů (3,91 %) a 115 respondentů nezdravotnického povolání.

**Položka č. 5 Věříte v Boha?**

Tab. 8. Náboženské vyznání respondentů.

Víra v Boha	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Určitě ano	63	27,39 %
Spíše ano	59	25,65 %
Spíše ne	61	26,52 %
Určitě ne	47	20,44 %
<b>Celkem</b>	<b>230</b>	<b>100,00 %</b>

Tabulka č. 8 udává informace o náboženském vyznání respondentů. 122 respondentů (53,04 %) v Boha jistým způsobem věří a 108 (46,96 %) je nevěřících.

**Položka č. 6 Co je podle Vás nejčastějším důvodem žádosti o provedení eutanazie?**

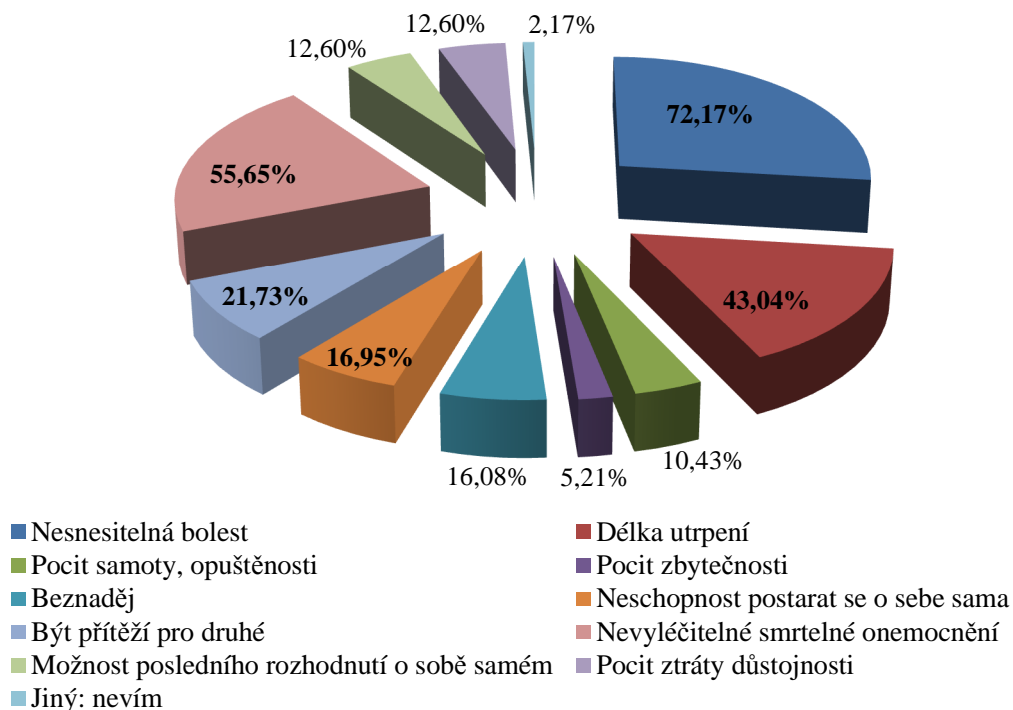
Tab. 9. Nejčastější důvody žádosti o provedení eutanazie z pohledu respondentů.

Nejčastější důvody žádosti o provedení eutanazie	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Nesnesitelná bolest	166	72,17 %
Délka utrpení	99	43,04 %
Pocit samoty, opuštěnosti	24	10,43 %
Pocit zbytečnosti	12	5,21 %
Beznaděj	37	16,08 %
Neschopnost postarat se o sebe sama	39	16,95 %
Být přítěží pro druhé	50	21,73 %
Nevyléčitelné smrtelné onemocnění	128	55,65 %
Možnost posledního rozhodnutí o sobě samém	29	12,60 %
Pocit ztráty důstojnosti	29	12,60 %
Jiný: nevím	5	2,17 %

Položka č. 6 zjišťovala názory respondentů na podle nich nejčastější důvody nevyléčitelně nemocných k umožnění provedení eutanazie. Dříve, než respondenti začali

vyplňovat tuto (odbornou) část dotazníku, byli vyzváni k přečtení definice eutanazie a paliativní péče, aby byli zcela srozuměni s jejich objasněním a pochopili tak vážnost tohoto problému. Respondenti mohli zvolit více možností odpovědí. Podle mého očekávání byla nejčastěji udávaným důvodem u 166 respondentů (72,17 %) nesnesitelná bolest, dále to byl samotný fakt, že nemocný trpí nevléčitelným smrtelným onemocněním, a to ve 128 případech (55,65 %), 99 respondentů (43,04 %) uvedlo, že důvodem pro požádání o eutanazii by byla délka utrpení nemocného, 50 respondentů (21,73 %) uvedlo možnost být přítěží pro druhé, 39 tázaných (16,95 %) jako důvod označilo neschopnost nemocného postarat se dále o sebe sama, tudíž berou zde v potaz spíše sociální, případně socioekonomické faktory nemocného, 37 (16,08 %) jich zvolilo možnost beznadějí nemocného, 29 respondentů (12,60 %) zvolilo za důvod pocit ztráty důstojnosti a nebo zachování jisté autonomie, tedy možnosti posledního rozhodnutí nemocného o sobě samém. 24 tázaných (10,43 %) zvolilo jako důvod žádosti o provedení eutanazie pocit samoty a opuštěnosti nemocného, 12 (5,21 %) pocit zbytečnosti a 5 respondentů (2,17 %) zvolilo možnost jiné odpovědi, a to odpověď nevím. Pro lepší přehled slouží graf 1 níže.

#### Nejčastější důvody žádosti o provedení eutanazie



Graf 1 Nejčastější důvody žádosti o provedení eutanazie z pohledu respondentů.



**Položka č. 7 Máte osobní zkušenost s umíráním blízké osoby na nevléčitelné onemocnění?**

Tab. 10. Osobní zkušenost respondentů s umíráním blízké osoby na nevléčitelné onemocnění.

Osobní zkušenost s umíráním blízké osoby	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	109	47,39 %
Ne	121	52,61 %
<b>Celkem</b>	<b>230</b>	<b>100,00 %</b>

Tabulka č. 10 na předchozí straně znázorňuje osobní zkušenost respondentů s umíráním blízké osoby na nevléčitelné onemocnění. 109 z nich (47,39 %) tuto zkušenost prožila, 121 (52,61 %) nikoliv.

**Položka č. 8 Kde jste zkušenost s umíráním blízké osoby na nevléčitelné onemocnění prožil/a?**

Tab. 11. Místo prožitku umírání blízké osoby respondentů.

Místo prožitku umírání blízké osoby	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Nemocnice	47	43,13 %
Domácí prostředí	51	46,78 %
Hospic	9	8,26 %
Jiné: Domov pro seniory	2	1,83 %
<b>Celkem</b>	<b>109</b>	<b>100,00 %</b>

Tabulka výše znázorňuje místo prožitku umírání blízké osoby respondenta. Na položky v dotazníku 8 – 11 odpovídali pouze ti respondenti, kteří jistou zkušenost s umíráním blízké osoby na nevléčitelné onemocnění mají. Pokud zohledním skutečnost zdravotnického zařízení x domácího prostředí, výsledek dopadl dle mého očekávání. 62 nemocných (53,22 %) prožívá konečnou část života ve zdravotnickém zařízení, ať už jím je nemocniční péče (43,13 %), či jiná forma poskytování ošetrovatelské péče ve formě Domovů pro seniory

(1,83 %) se zdravotnickým personálem či hospici (8,26 %). Zbýlých 51 nemocných (46,78 %) závěr života prožívá doufám se svými blízkými v domácím prostředí.

### Položka č. 9 Podílel/a jste se Vy osobně na péči o nevléčitelně nemocného?

Tab. 12. Podílení se respondentů na péči o nevléčitelně nemocného.

Podílení se na péči o nevléčitelně nemocného	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	82	75,22 %
Ne	27	24,78 %
<b>Celkem</b>	<b>109</b>	<b>100,00 %</b>

Z tabulky č. 12 vyplývá, že 82 respondentů (75,22 %) z n=109 se na péči o nevléčitelně nemocného různou mírou podílelo, zbývajících 27 osob (24,78 %) se na této péči nepodílelo.

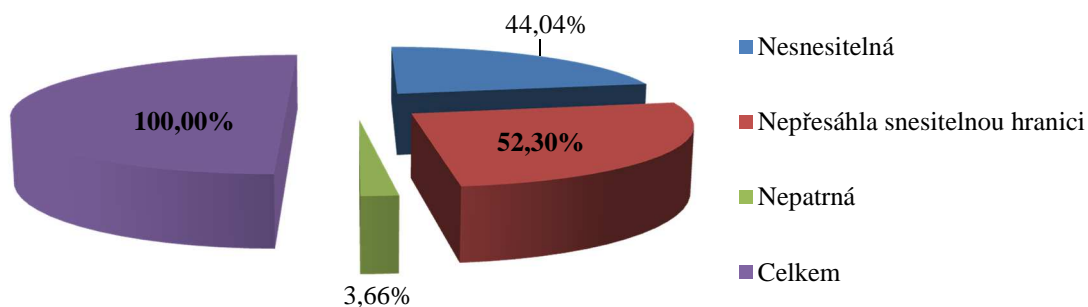
### Položka č. 10 Utrpení tohoto člověka při umírání dle mého názoru:

Tab. 13. Názor respondentů na míru utrpení umírající blízké osoby.

Míra utrpení umírající blízké osoby	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Nesnesitelná	48	44,04 %
Nepřesáhla snesitelnou hranici	57	52,30 %
Nepatrná	4	3,66 %
<b>Celkem</b>	<b>109</b>	<b>100,00 %</b>

Tabulka 13 popisuje názor respondentů na jejich subjektivně vnímanou míru utrpení umírající blízké osoby. 48 respondentů (44,04 %) považuje míru utrpení blízkých osob v terminální fázi života za nesnesitelnou, pro 57 osob (52,30 %) míra utrpení nepřesáhla snesitelnou hranici a pro 4 respondenty (3,66 %) bylo utrpení umírajícího nepatrné. Pro názornější představu slouží graf 2 na následující straně.

## Míra utrpení umírající blízké osoby



Graf 2 Míra utrpení umírající blízké osoby.

## Položka č. 11 Ovlivnila tato zkušenost Váš názor, postoj na problematiku eutanazie?

Tab. 14. Ovlivnění názoru/postoje respondentů k eutanazii po zkušenosti s umíráním blízké osoby.

Ovlivnění názoru/postoje k eutanazii po zkušenosti s umíráním blízké osoby	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano, přiklonil/a bych se k eutanazii	41	37,62 %
Ano, nepřiklonil/a bych se k eutanazii	13	11,93 %
Ne	55	50,45 %
<b>Celkem</b>	<b>109</b>	<b>100,00 %</b>

Tabulkou č. 14 získáváme pohled respondentů na změnu názoru či postoje k eutanazii po získané zkušenosti s umíráním jemu blízké osoby. 41 respondentů (37,62 %) by se po této zkušenosti k provedení eutanazie přiklonila, 13 osob (11,93 %) nikoliv. 55 respondentů (50,45 %) udává, že jejich názor skutečnost umírající blízké osoby nezměnila.

**Položka č. 12 Kdo by měl podle Vás rozhodovat o ukončení života?**

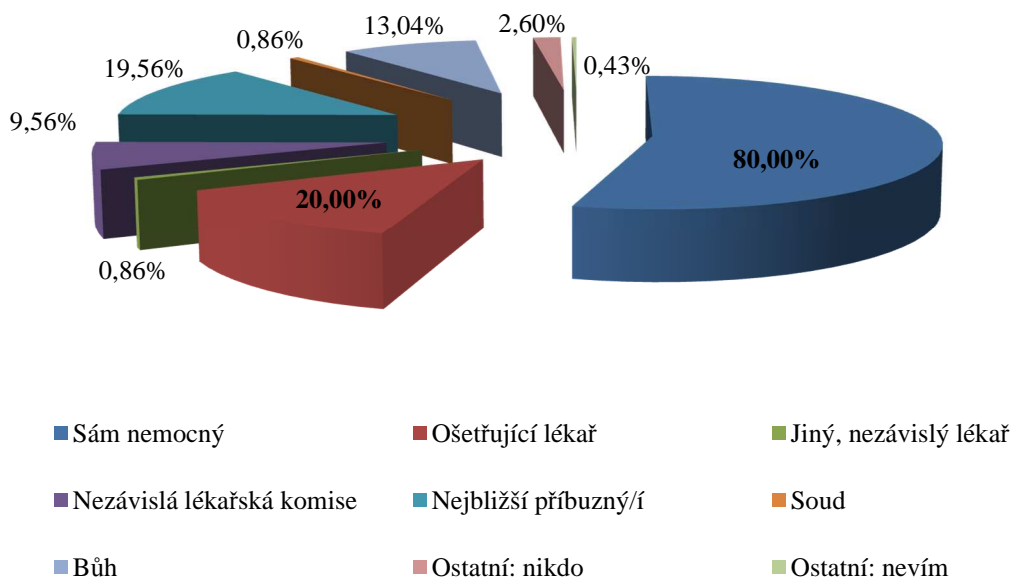
Tab. 15. Názor respondentů na rozhodující osobu/y k ukončení života

smrtelně nemocného člověka.

Názor respondentů - o ukončení života by měl rozhodovat:	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Sám nemocný	184	80,00 %
Ošetřující lékař	46	20,00 %
Jiný, nezávislý lékař	2	0,86 %
Nezávislá lékařská komise	22	9,56 %
Nejbližší příbuzný/í	45	19,56 %
Soud	2	0,86 %
Bůh	30	13,04 %
Ostatní: nikdo	6	2,60 %
Ostatní: nevím	1	0,43 %

Položka č. 12 zjišťovala názory respondentů na osobu/y, které by měly rozhodovat o ukončení života nevléčitelně nemocného člověka. Respondenti zde mohli volit i více možností (viz tab. 15, s. 51). 184 respondentů (80,00 %) udalo, že toto rozhodnutí náleží především samotnému nemocnému, 46 (20,00 %) z nich si myslí, že by se na něm měl podílet i ošetřující lékař nemocného, 45 osob (19,56 %) by dalo tohle rozhodnutí i do rukou nejbližších příbuzných. Osoby s náboženským vyznáním jsou přesvědčeny, že takové rozhodnutí náleží Bohu, v tomto případě se jednalo o 30 respondentů (13,04 %). 22 osob (9,56 %) udalo, že o tomto činu by měla rozhodovat nezávislá lékařská komise, 6 respondentů (2,60 %) využilo odpovědi vlastní, kdy o ukončení života by neměl rozhodovat nikdo a 1 respondent (0,43 %) udal odpověď nevím. Grafické znázornění na následující straně.

### Názor respondentů - o ukončení života by měl rozhodovat:



Graf 3 Názor respondentů - o ukončení života by měl rozhodovat:

### Položka č. 13 Kdybyste byl/a nevléčitelně nemocný/á, rozhodl/a byste se ve fázi ještě Vašeho samostatného rozhodování o provedení eutanazie nebo byste upřednostňoval/a paliativní péči?

Tab. 16. Osobní pohled respondentů na provedení eutanazie či preference paliativní péče při nevléčitelném onemocnění

Osobní pohled respondentů na provedení eutanazie či preference paliativní péče.	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Upřednostňoval/a bych eutanazii	67	29,13 %
Upřednostňoval/a bych paliativní péči	63	27,38 %
Nevím	100	43,47 %
<b>Celkem</b>	<b>230</b>	<b>100,00 %</b>

Tabulka č. 16 podává informace o osobním pohledu respondentů na provedení eutanazie či preference paliativní péče při nevléčitelném onemocnění. 67 respondentů (29,13 %) by provedení eutanazie upřednostňovalo, 63 osob (27,38 %) by preferovalo spíše paliativní

pěči a rovných 100 respondentů (43,47 %) na tuto otázku nemá utvořený ucelený názor – neví.

**Položka č. 14 Souhlasili byste s provedením eutanazie u svých nejbližších v terminálním (konečném) stádiu života?**

Tab. 17. Pohled respondentů na provedení eutanazie u nejbližších příbuzných v konečné fázi života.

<b>Pohled respondentů na provedení eutanazie u nejbližších příbuzných</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost (%)</b>
Určitě ano	24	10,43 %
Spíše ano	55	23,91 %
Spíše ne	41	17,85 %
Určitě ne	37	16,08 %
Nevím	73	31,73 %
<b>Celkem</b>	<b>230</b>	<b>100,00 %</b>

Tabulkou na předchozí straně získáváme pohled respondentů na provedení eutanazie u nejbližších příbuzných v konečné fázi života. Výsledky jsou velice vyrovnané. 79 respondentů (34,34 %) by se k této možnosti přiklánělo (odpovědi určitě ano a spíše ano), 78 respondentů (33,93 %) ne (odpovědi spíše ne a určitě ne). 73 osob (31,73 %) využilo odpovědi nevím, tedy nemá na tuto problematiku ujasněn názor.

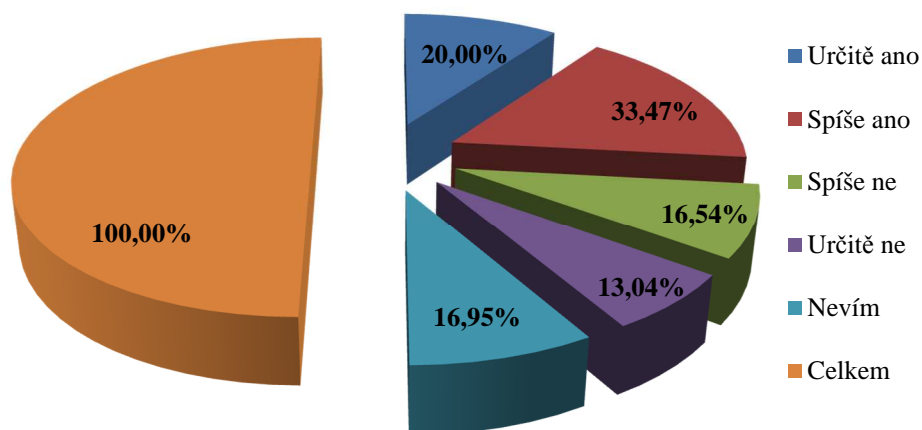
**Položka č. 15 Souhlasíte s legalizací eutanazie a jejím následným využíváním v České republice?**

Tab. 18. Souhlas s legalizací eutanazie a jejím následným využíváním v ČR.

Souhlas s legalizací eutanazie a jejím využíváním v ČR	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Určitě ano	46	20,00 %
Spíše ano	77	33,47 %
Spíše ne	38	16,54 %
Určitě ne	30	13,04 %
Nevím	39	16,95 %
<b>Celkem</b>	<b>230</b>	<b>100,00 %</b>

Položka č. 15 zjišťovala, zda respondenti souhlasí s legalizací eutanazie a jejím následným využíváním v ČR. 123 respondentů (53,47 %) s její legalizací a využíváním souhlasí (odpovědi určitě ano a spíše ano), 68 respondentů (29,58 %) nesouhlasí (odpovědi spíše ne a určitě ne). 39 osob (16,95 %) nemá na tuto možnost utvořen ucelený názor a využilo odpovědi nevím. Grafické znázornění níže.

**Souhlas s legalizací eutanazie a jejím následným využíváním**



Graf 4 Souhlas s legalizací eutanazie a jejím využíváním v ČR.

**Položka č. 16 V případě uzákonění eutanazie, obával/a byste se jejího zneužívání?**

Tab. 19. Obavy ze zneužívání eutanazie v případě její legalizace.

Obavy ze zneužívání eutanazie	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Určitě ano	64	27,82 %
Spíše ano	74	32,19 %
Spíše ne	55	23,91 %
Určitě ne	7	3,04 %
Nevím	30	13,04 %
<b>Celkem</b>	<b>230</b>	<b>100,00 %</b>

Tabulka č. 19 podává informace o možných obavách respondentů ze zneužívání eutanazie v případě jejího uzákonění v ČR. Většina, tedy 138 respondentů (60,01 %) obavy z jejího zneužívání má (odpovědi určitě ano a spíše ano), 62 respondentů nemá (odpovědi spíše ne a určitě ne). 30 osob (13,04 %) využilo odpovědi nevím.

**Položka č. 17 Odkud máte nejvíce informací o eutanazii?**

Tab. 20. Zdroje získávání informací o eutanazii u respondentů.

Zdroje získávání informací	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Televize, rozhlas	147	63,91 %
Tisk	82	35,65 %
Internet	75	32,60 %
Odborná literatura	63	27,39 %
Škola	24	10,43 %
Semináře, školení	51	22,17 %
Jiné: Bible - desatero přikázání	2	0,86 %
Jiné: kněz	1	0,43 %

Položka č. 17 zjišťovala, jakými způsoby respondenti získávají informace o eutanazii. Mohli zvolit libovolné množství odpovědí. Nejvíce informací se respondenti dozvídají z televize a rozhlasu, a to 147 respondentů (63,91 %), 82 osob (35,65 %) využívá tisku, 75 osob (32,60 %) se vzdělává pomocí internetu, 63 (27,39 %) četbou odborné literatury, 51



respondentů (22,17 %) se účastní seminářů a školení, 24 osob (10,43 %) má získané informace o eutanazii ze školy. 3 respondenti zvolili jiné možnosti, a to získávání informací pomocí Bible (0,86 %), kde platí především desatero Božích přikázání, a to zejména přikázání „nezabiješ“ a 1 respondent (0,43 %) získal informace od kněze.

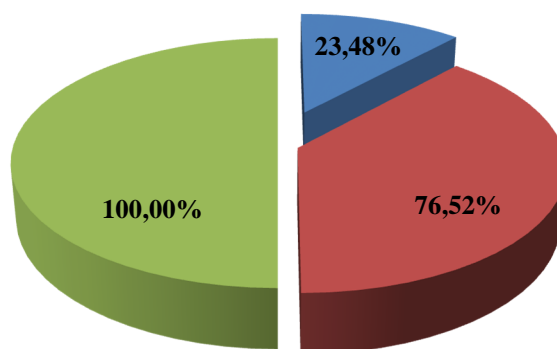
### **Položka č. 18 Myslíte si, že je veřejnost dostatečně informovaná o problematice eutanazie?**

Tab. 21. Názor respondentů na informovanost veřejnosti o problematice eutanazie.

<b>Názor respondentů na informovanost veřejnosti o problematice eutanazie</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost (%)</b>
Ano, dostatečně informovaná	54	23,48 %
Ne, nedostatečně informovaná	176	76,52 %
<b>Celkem</b>	<b>230</b>	<b>100,00 %</b>

Tabulka č. 21 udává informace o názoru respondentů na informovanost veřejnosti o problematice eutanazie. 176 respondentů (76,52 %) je přesvědčeno, že veřejnost o problematice eutanazie informována dostatečně není. Jen 54 osob (23,48 %) uvedlo, že informovanost je dostatečná. Grafické znázornění níže.

#### **Názor respondentů na informovanost veřejnosti o problematice eutanazie**



■ Ano, dostatečně informovaná ■ Ne, nedostatečně informovaná ■ Celkem

Graf 5 Názor respondentů na informovanost veřejnosti o problematice eutanazie.

## 5.2 Testování a ověřování hypotéz ve vztahu k uvedeným cílům

V následující podkapitole uvádím analýzu a prezentaci výsledků testování hypotéz na základě získaných a zpracovaných dat. Výsledky statistického testování jednotlivých hypotéz budou vždy prezentovány ve vztahu k uvedeným cílům práce (viz kapitola 3, s. 39). Pro přehlednost interpretace testování hypotéz jsou statistické výpočty v tabulkách doplněny také grafy v absolutních četnostech.

### 5.2.1 Ověřování hypotéz k cíli 1

#### Cíl 1

**Zjistit, zda faktory, jako jsou věk, zaměstnání, náboženské vyznání a osobní zkušenost s umíráním blízké osoby výrazným způsobem ovlivňují názor respondentů na legalizaci či zákaz provádění eutanazie v ČR nebo preferují paliativní péči.**

K vyhodnocení cíle byly použity výsledky otázek 2, 4, 5, 7, 13 a 15, tedy věk, odborné zdravotnické vzdělání respondentů, jejich náboženské vyznání, osobní zkušenost s umíráním blízké osoby na nevléčitelné onemocnění, provedení eutanazie či upřednostnění paliativní péče v případě vlastní nevléčitelné nemoci a názor respondentů na legalizaci eutanazie v ČR. Pro statistické zpracování dat musely být některé položky sloučeny do dvou kategorií. Konkrétně se jednalo o položku č. 4 - vzdělání respondentů (zdravotnické x nezdravotnické) a 5 – víra v Boha (respondenti s náboženským vyznáním x respondenti bez náboženského vyznání).

Jednotlivé hypotézy v tomto cíli byly zpracovány jako celkový soubor respondentů, a to (n=230). Pro statistický výpočet byla použita data zpracovaná programem Microsoft office Excel. Při zpracování dat bylo počítáno s 95 % kvantilem, který odpovídá kritické hodnotě pro 5% hladinu významnosti, tudíž se nemusela volit jiná varianta vyhodnocení, než metoda chí kvadrát testu.

### 5.2.1.1 Testování první hypotézy

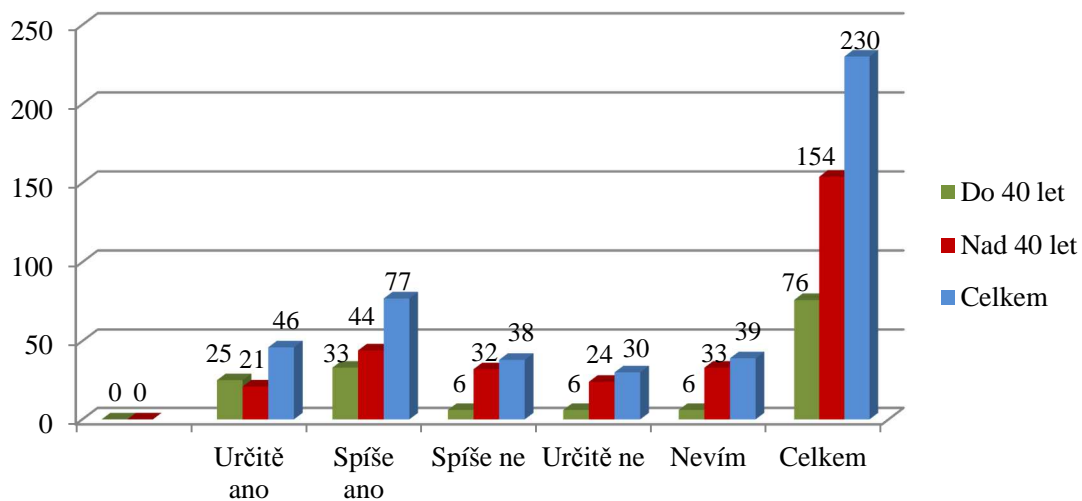
H1: Respondenti ve věkové kategorii od 18 ti do 40 ti let se přiklánějí k legalizaci eutanazie v ČR více, než respondenti ve věkové kategorii nad 40 let.

Zjišťovala se statistická souvislost mezi věkem respondentů (do 40 a nad 40 let) a souhlasem respondentů s legalizací eutanazie v ČR (položky z dotazníku 2 a 15).

Tab. 22. Věková kategorie respondentů 18 – 40 let (nad 40 let) x souhlas s legalizací eutanazie a jejím využíváním v ČR.

Odpověď	Do 40 let		Nad 40 let		Celkem
	a. č.	r. č.	a. č.	r. č.	
Určitě ano	25	15,200	21	30,8000	46
Spíše ano	33	25,443	44	51,5565	77
Spíše ne	6	12,557	32	25,4435	38
Určitě ne	6	9,913	24	20,0870	30
Nevím	6	12,887	33	26,1130	39
<b>Celkem</b>	<b>76</b>	<b>76</b>	<b>154</b>	<b>154</b>	<b>230</b>
Odpověď	$\frac{(a.č. - r.č.)^2}{r.č}$		$\frac{(a.č. - r.č.)^2}{r.č}$		Celkem
Určitě ano	6,3184		3,1182		9,4366
Spíše ano	2,2442		1,1075		3,3518
Spíše ne	3,4236		1,6895		5,1131
Určitě ne	1,5446		0,7623		2,3069
Nevím	3,6805		1,8163		5,4968
<b>Chí-kvadrát</b>					<b>25,7052</b>

Pro zvolenou hladinu významnosti  $\alpha = 0,05$  a počet stupňů volnosti  $k = 4$ , byla v tabulkách nalezena příslušná kritická hodnota **9,49** (Engler, 1989). Kritická hodnota zde byla překročena ( $25,7052 > 9,49$ ), a proto **potvrzují první hypotézu**. Grafické znázornění na následující straně.

**Věk respondentů do 40 let (nad 40 let) x souhlas s legalizací eutanazie a jejím využíváním v ČR**

Graf 6 Věk respondentů do 40 let (nad 40 let) x souhlas s legalizací eutanazie a jejím využíváním v ČR

**Závěr:** *Existuje statisticky významná závislost* mezi věkem respondentů (do 40 a nad 40 let) a souhlasem respondentů s legalizací eutanazie v ČR.

### 5.2.1.2 Testování druhé hypotézy

H2: Respondenti vykonávající zdravotnickou profesi se přiklánějí k legalizaci eutanazie v ČR a jejímu následnému využívání více, než respondenti laické veřejnosti.

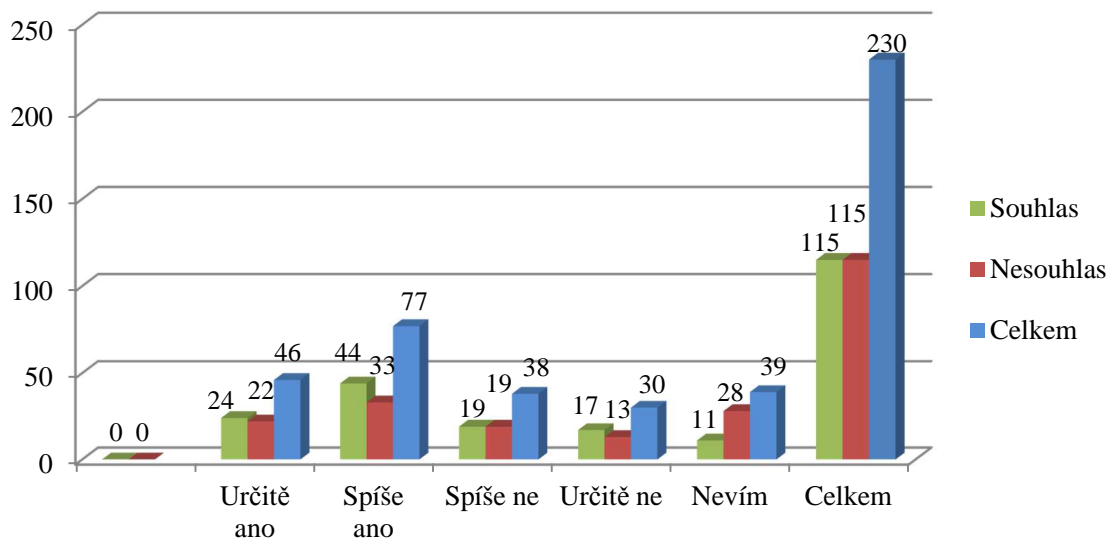
Zjišťovala se statistická souvislost mezi zaměstnáním (zdravotnickým, nezdravotnickým povoláním) respondentů a souhlasem respondentů s legalizací eutanazie v ČR (položky z dotazníku 4 a 15).

Tab. 23. Odborné zdravotnické vzdělání (nezdravotnické vzdělání) x souhlas (nesouhlas) s legalizací eutanazie a jejím využíváním v ČR.

Odpověď	Souhlas		Nesouhlas		Celkem
	a. č.	r. č.	a. č.	r. č.	
Určitě ano	24	23,000	22	23,0000	46
Spíše ano	44	38,500	33	38,5000	77
Spíše ne	19	19,000	19	19,0000	38
Určitě ne	17	15,000	13	15,0000	30
Nevím	11	19,500	28	19,5000	39
<b>Celkem</b>	<b>115</b>	<b>115</b>	<b>115</b>	<b>115</b>	<b>230</b>
Odpověď	$\frac{(a.č. - r.č.)^2}{r.č.}$		$\frac{(a.č. - r.č.)^2}{r.č.}$		Celkem
Určitě ano	0,0435		0,0435		0,0870
Spíše ano	0,7857		0,7857		1,5714
Spíše ne	0,0000		0,0000		0,0000
Určitě ne	0,2667		0,2667		0,5333
Nevím	3,7051		3,7051		7,4103
<b>Chí-kvadrát</b>					<b>9,6020</b>

Pro zvolenou hladinu významnosti  $\alpha = 0,05$  a počet stupňů volnosti  $k = 4$ , byla v tabulkách nalezena příslušná kritická hodnota **9,49** (Engler, 1989). Kritická hodnota zde byla překročena ( $9,6020 > 9,49$ ), a proto **potvrzují druhou hypotézu**. Grafické znázornění na následující straně.

**Odborné zdravotnické vzdělání x souhlas (nesouhlas)  
s legalizací eutanazie a jejím využíváním v ČR**



Graf 7 Odborné zdravotnické vzdělání (nezdravotnické vzdělání) x souhlas (nesouhlas) s legalizací eutanazie a jejím využíváním v ČR

**Závěr:** *Existuje statisticky významná závislost* mezi odborným zdravotnickým vzděláním respondentů a souhlasem respondentů s legalizací eutanazie v ČR.

### 5.2.1.3 Testování třetí hypotézy

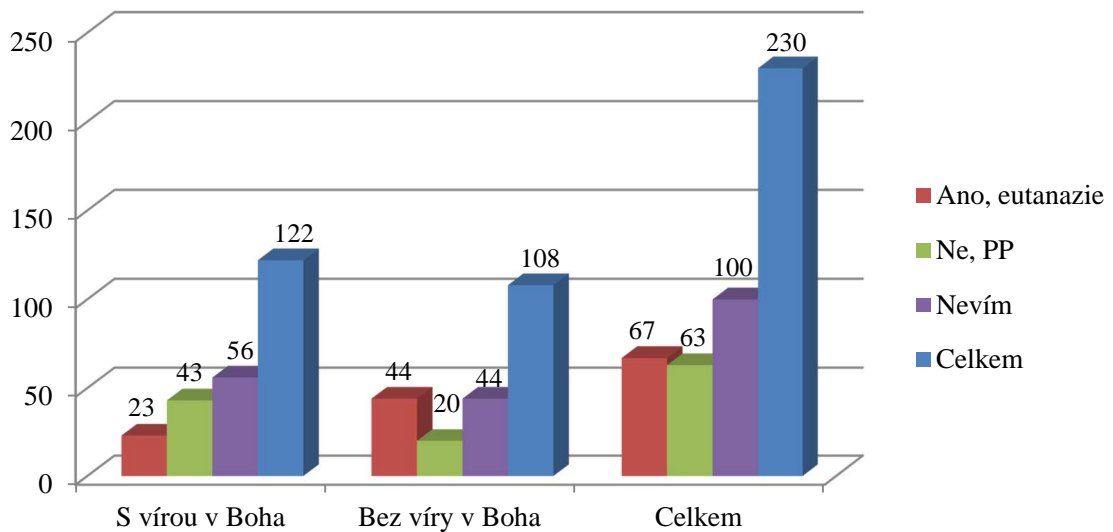
H3: Respondenti věřící v Boha preferují v případě vzniku nevléčitelného onemocnění využití paliativní péče více, než respondenti bez náboženského vyznání, kteří upřednostňují spíše uplatnění eutanazie.

Zjišťovala se statistická souvislost mezi respondenty s náboženským vyznáním (bez náboženského vyznání) a souhlasem respondentů s provedením eutanazie v rámci nevléčitelného onemocnění či preference paliativní péče (položky z dotazníku 5 a 13).

Tab. 24. Respondenti s vírou v Boha (bez víry v Boha) x upřednostnění eutanazie v rámci nevléčitelného onemocnění či preference PP.

Odpověď	S vírou v Boha		Bez víry v Boha		Celkem
	a. č.	r. č.	a. č.	r. č.	
Ano, eutanazie	23	35,539	44	31,461	67
Ne, PP	43	33,417	20	29,583	63
Nevím	56	53,043	44	46,957	100
<b>Celkem</b>	<b>122</b>	<b>122</b>	<b>108</b>	<b>108</b>	<b>230</b>
Odpověď	$\frac{(a.č. - r.č.)^2}{r.č.}$	$\frac{(a.č. - r.č.)^2}{r.č.}$	Celkem		
Ano, eutanazie	4,4241	4,9976	9,4218		
Ne, PP	2,7479	3,1041	5,8519		
Nevím	0,1648	0,1862	0,3509		
<b>Chí-kvadrát</b>				<b>15,6246</b>	

Pro zvolenou hladinu významnosti  $\alpha = 0,05$  a počet stupňů volnosti  $k = 2$ , byla v tabulkách nalezena příslušná kritická hodnota **5,99** (Engler, 1989). Kritická hodnota zde byla překročena ( $15,6246 > 5,99$ ), a proto **potvrzují třetí hypotézu**. Grafické znázornění na následující straně.

**Respondenti s vírou v Boha (bez víry v Boha) x upřednostnění eutanazie v rámci nevléčitelného onemocnění či preference PP**

Graf 8 Respondenti s vírou v Boha (bez víry v Boha) x upřednostnění eutanazie v rámci nevléčitelného onemocnění či preference PP

**Závěr:** *Existuje statisticky významná závislost* mezi respondenty s náboženským vyznáním (bez náboženského vyznání) a souhlasem respondentů s provedením eutanazie v rámci nevléčitelného onemocnění či preference paliativní péče.



#### 5.2.1.4 Testování čtvrté hypotézy

H4: Respondenti s předchozí osobní zkušeností s umíráním blízkého člověka na nevléčitelné onemocnění upřednostňují legalizaci a uplatnění eutanazie v ČR více, než respondenti bez této zkušenosti.

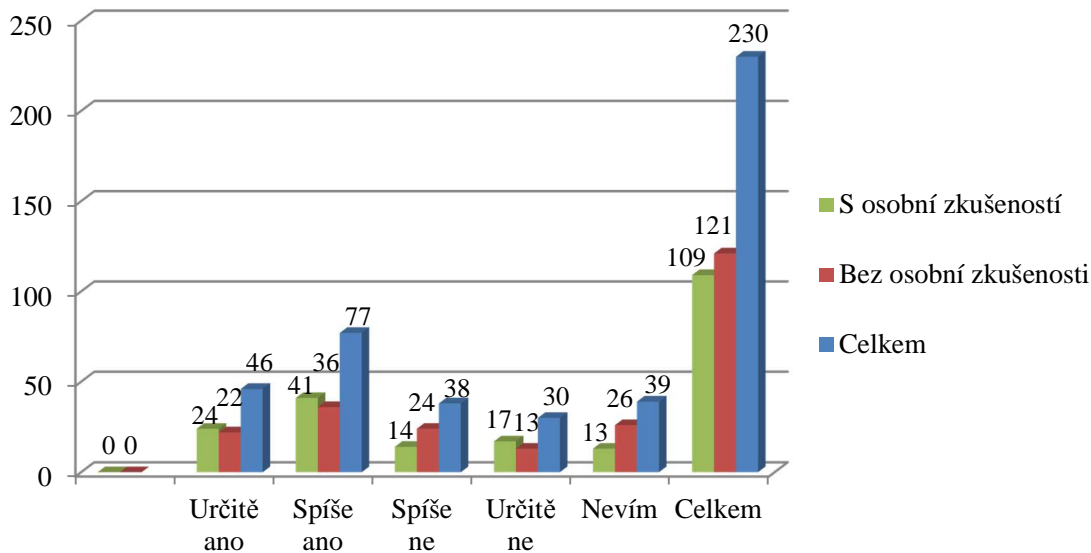
Zjišťovala se statistická souvislost mezi respondenty s osobní zkušeností s umíráním blízkého člověka na nevléčitelné onemocnění (respondenti bez této zkušenosti) a souhlasem respondentů s legalizací a uplatněním eutanazie v ČR (položky z dotazníku 7 a 15).

Tab. 25. Respondenti s osobní zkušeností s umíráním blízké osoby (bez osobní zkušenosti) x souhlas s legalizací eutanazie a jejím využíváním v ČR.

Odpověď	S osobní zkušeností		Bez osobní zkušenosti		Celkem
	a. č.	r. č.	a. č.	r. č.	
Určitě ano	24	21,800	22	24,2000	46
Spíše ano	41	36,491	36	40,5087	77
Spíše ne	14	18,009	24	19,9913	38
Určitě ne	17	14,217	13	15,7826	30
Nevím	13	18,483	26	20,5174	39
<b>Celkem</b>	<b>109</b>	<b>109</b>	<b>121</b>	<b>121</b>	<b>230</b>
Odpověď	$\frac{(a.č. - r.č.)^2}{r.č.}$		$\frac{(a.č. - r.č.)^2}{r.č.}$		Celkem
Určitě ano	0,2220		0,2000		0,4220
Spíše ano	0,5571		0,5018		1,0589
Spíše ne	0,8923		0,8038		1,6962
Určitě ne	0,5446		0,4906		1,0352
Nevím	1,6263		1,4650		3,0914
<b>Chí-kvadrát</b>					<b>7,3037</b>

Pro zvolenou hladinu významnosti  $\alpha = 0,05$  a počet stupňů volnosti  $k = 4$ , byla v tabulkách nalezena příslušná kritická hodnota **9,49** (Engler, 1989). Kritická hodnota zde nebyla překročena ( $7,3037 < 9,49$ ), a proto **čtvrtou hypotézu nepotvrzují**. Grafické znázornění na následující straně.

**Respondenti s osobní zkušeností s umíráním blízké osoby  
(bez osobní zkušenosti) x souhlas s legalizací eutanazie  
a jejím využíváním v ČR**



Graf 9 Respondenti s osobní zkušeností s umíráním blízké osoby (bez osobní zkušenosti) x souhlas s legalizací eutanazie a jejím využíváním v ČR.

**Závěr:** *Neexistuje statisticky významná závislost* mezi respondenty s předchozí osobní zkušeností s umíráním blízkého člověka na nevyléčitelné onemocnění (respondenti bez této zkušenosti) a souhlasem respondentů s legalizací a uplatněním eutanazie v ČR. Zpracovaná data pro statistické výpočty naleznete v přehledných tabulkách viz příl. č. 17, s. 125.

## 6 DISKUZE

Jako téma diplomové práce jsem si zvolil téma Problematika eutanazie a paliativní péče očima společnosti. Termín eutanazie je označován jako dobrovolný odchod ze života nevyлéčitelně nemocného člověka za pomoci lékařů. Diskuze o této v ČR doposud ilegální možnosti odchodu ze života mají své počátky už od 18tého století. Eutanazie zahrnuje stránku právní, kdy v ČR je usmrcení lékařem, a to i na vlastní žádost pacienta, trestným činem a zakazuje ji i mezinárodní Úmluva o lidských právech a biomedicíně. Dalším mezníkem je i stránka etická, kde můžeme zmínit samotnou hodnotu lidského života, základní principy lékařské etiky (především neškodit, pomoci, úcta k autonomii), Hippokratovu přísahu aj. Sebevražda jako taková, není v ČR trestným činem, avšak pokud k ní někdo druhý pomůže, byť jen navede, jedná se o trestný čin. Co se týče legislativních úprav, situace bývá v některých evropských státech benevolentnější na rozdíl od naší země, kde v podstatě neexistuje jednoznačná právní úprava.

Jestliže není legislativně možnost ukončení „utrpení“ nemocného člověka, je nutné zajistit kvalitní paliativní péči, která se stává vysoce efektivní a přínosnou. Zahrnuje komplexní, aktivní a na kvalitu života orientovanou péči pacientovi, trpícímu nevyлéčitelnou chorobou v pokročilém až terminálním stádiu. Jejím cílem je nejen zmírnit bolest a další strádání člověka, ale také zachovat jeho důstojnost a poskytovat podporu jeho blízkým. Umírání člověka přeci nemusí být provázeno nesnesitelnou bolestí, strachem a utrpením. Uvědomují si ale lidé tuto možnost péče dostatečně nebo sahají spíše po radikálnějších řešení, rychlém a nejlépe bezbolestném? Otázka dostatečné informovanosti respondentů o těchto možnostech v mém výzkumu nebyla zahrnuta, touto problematikou se zabývá dostatek bakalářských prací, avšak osobně bych uvítal výzkumný projekt zabývající se oproti legalizaci eutanazie informovaností respondentů v ČR. Informovaností o podstatě PP a eutanazie, co je k jejich názoru vede, jaké přesvědčení a chápou vůbec dostatečně terminologii, na kterou odpovídají? Zda mohou některé faktory ovlivňovat názory osob na legalizaci eutanazie v ČR nebo inklinují spíše k PP, to jsou determinanty, jež se prolínají ve vyhodnocení dotazníkového šetření a následně ve statistickém zpracování získaných dat. Mezi tyto faktory jsem zařadil faktor věku, zaměstnání, náboženského vyznání a osobní zkušenosti respondentů jejich blízkou, nevyлéčitelně nemocnou osobou.

Výzkum byl proveden v rámci dotazníkového šetření u respondentů z Domovů pro seniory, respondentů se zdravotnickým povoláním v nemocnici Vyškov P.O., u skupiny

policistů a respondentů laické veřejnosti. Výzkumného šetření se zúčastnilo 230 osob. Výsledky se pokusím porovnat se studii podobného zaměření. Informace jsem čerpal z knih, publikovaných článků, studií a pomocí internetu.

Věk respondentů je druhou položkou v dotazníku a zároveň věk je jeden z faktorů, obsažený v cíli této práce. Hypotéza H1 zjišťovala, zda existuje statisticky významná závislost mezi věkem respondentů 18 – 40 let x souhlas s legalizací eutanazie a jejím využíváním v ČR. Do 40 let odpovídalo na otázky z dotazníku 76 respondentů, tedy (33,05 %). V kategorii 41 a více let bylo zastoupeno 154 respondentů (66,95 %). Další položkou v dotazníku, se kterou bylo pracováno nejčastěji, je položka č. 15, která zjišťovala, zda respondenti souhlasí s legalizací eutanazie a jejím následným využíváním v České republice. 123 respondentů (53,47 %) s její legalizací a využíváním souhlasí (odpovědi určitě ano a spíše ano), 68 respondentů (29,58 %) nikoliv (odpovědi spíše ne a určitě ne). 39 osob (16,95 %) nemá na tuto možnost utvořen ucelený názor a využilo odpovědi nevím. Statistickým zpracováním dat došlo k překročení kritické hodnoty ( $25,7052 > 9,49$ ), tudíž **první hypotéza byla potvrzena**. Respondenti ve věkové kategorii od 18 ti do 40 ti let se přiklánějí k legalizaci eutanazie v ČR více, než respondenti ve věkové kategorii nad 40 let. Tento výsledek mne nijak nepřekvapil. Respondenti senioři více inklinují k náboženství, než mladší vrstevníci, mají zakotvené jisté tradice, zvyky. Víra v Boha a respektování desatera je jistě jedna z možných příčin takového výsledku stejně tak jako informovanost respondentů o této problematice.

Tento výsledek jen potvrzuje anketa Lidových novin, která zjišťovala, zda by měla být v Česku eutanazie legální. Průzkum se konal od 2. do 9. května 2011 a zúčastnilo se ho 1115 lidí. Minimální věk dotázaných osob byl 15 let. 64 procent dotázaných si myslí, že český právní řád by měl umožňovat dobrovolné ukončení života. S uzákoněním eutanazie nesouhlasí jen 27 % lidí a každý devátý člověk se k této problematice neumí vyjádřit. Věřící a lidé starší 60 let v tomto průzkumu častěji s eutanazií nesouhlasí. (*Průzkum*, ©2014).

Veřejné mínění o interrupci, eutanazii a trestu smrti z května r. 2013 Centra pro výzkum veřejného mínění, Sociologického ústavu AV ČR (CVVM SOÚ AV ČR) vypracovalo projekt s názvem: Naše společnost. Zúčastnilo se jej 1062 obyvatel České republiky ve věku od dosažení 15 ti let. V otázce ukončení života nevléčitelně nemocného člověka se 67 % oslovených (odpovědi rozhodně souhlasí a spíše souhlasí) přiklání k názoru, že náš právní řád by měl tuto variantu usmrcení ze zákona umožňovat (Tuček, 2013).

S uzákoněním eutanazie nesouhlasí 26 % respondentů a 7 % dotázaných se k tomuto tématu neumí vyjádřit. Ze statistického hlediska je nesouhlas s eutanazií častější u věřících lidí (38 %) než u lidí bez náboženského vyznání (20 %). S eutanazií rovněž častěji nesouhlasí lidé nad 60 let (30 %). Výsledky průzkumů tohoto ústavu z předchozích roků jsou si velice podobné. (Tuček, 2013)

Ze zdroje iDNES.cz publikující výzkum, který pro MF DNES provedla agentura Median, se ukázalo, že by ukončení života bylo přijatelné pro každého druhého. Téměř dvě třetiny lidí by uvítaly možnost podepsat prohlášení zvané living will - závěť, kterou dají lékařům ještě za plného vědomí najevo, v jaké situaci už si nepřejí být ožívováni. Podle Ludka Rambouska z agentury Median jsou patrné rozdíly mezi jednotlivými regiony, kdy eutanazie je přijatelnější pro obyvatele velkých měst. Vede Praha a přilehlý Středočeský kraj s 66 % příznivců eutanazie, největší odpor k ní projevila Morava, kde eutanazii podporuje jen 44 % lidí. (*Eutanazie*, ©2014).

Další položkou z dotazníku, jež sloužila ke statistickému vyhodnocení druhé hypotézy, byla položka zjišťující zdravotnické vzdělání respondentů jako jeden z dalších faktorů z cíle DP. Výsledky vyšly rovnou polovinou: 115 respondentů (50,00 %) zdravotníků ve složení 74 zdravotních sester (32,17 %), 32 sanitářů/ošetřovatelů (13,92 %), 9 lékařů (3,91 %) a 115 respondentů nezdravotnického povolání. Tyto údaje byly porovnány opět s položkou č. 15, a to zda respondenti souhlasí s legalizací eutanazie a jejím následným využíváním v ČR. Kritická hodnota zde byla překročena ( $9,6020 > 9,49$ ), a proto i **druhá hypotéza byla potvrzena**. Respondenti, vykonávající zdravotnickou profesi, se přiklánějí k legalizaci eutanazie v ČR a jejímu následnému využívání více, než respondenti laické veřejnosti.

Anketa MF DNES s názvem: Kdo viděl umírání, je pro eutanazii z r. 2007, obsahuje názory na legalizaci eutanazie u politiků jednotlivých politických stran v tomto roce. Lékař Jaroslav Krákora (ČSSD) s její legalizací souhlasí za předpokladu takového legislativního zpracování, aby nebylo možné jejího zneužití. (MFD, ©2014) Jozef Kochan (ODS) léta pracoval na onkologii a zná utrpení umírajících. Tvrdí: „*Stalo se mi i to, že mě pacient žádal, abych mu pomohl zemřít. Nesouhlasím s tím. Vždy jsme se snažili co nejvíc zmírnit bolesti. Jako lékař jsem přísahal léčit, a ne zabíjet. Není to správný přístup. Eutanazie je podle mě zneužitelná.*“ (MFD, ©2014)

Ze stran praktikujících lékařů jsou názory také rozporuplné. V ČR uznávaný chirurg Pavel Pafko se dlouhodobě netají tím, že pro něj stojí svobodné rozhodnutí člověka nad hodnotou lidského života. (HN.IHNED.CZ, ©2014)

Někteří lékaři vidí možný způsob jejího uzákonění v podobě varianty, kterou přijal americký stát Oregon. Lékař na opakovanou žádost pacienta, u kterého se nepředpokládá, že bude žít déle než půl roku, předepíše smrtelnou dávku barbiturátů. Pacient si léky sám vyzvedne v lékárně a poslední okamžiky s ním stráví speciální sociální pracovník, avšak nikoliv lékař. I se smrtelnou dávkou léků v šuplíku se pacient nakonec může rozhodnout jinak. Onkolog Pavel Klener sám tvrdí: „Mnohokrát jsem měl pacienta, který chtěl jeden den vše skončit, ale za pár dní zase získal neuvěřitelnou chuť do života.“ Naopak psychiatr Radkin Honzák míní: „Medicína by neměla postupovat tímto směrem, protože to vede k dehumanizaci.“ (HN.IHNED.CZ, ©2014)

Zpravodajství České televize (ČT24) uvedlo následující příspěvek: Někteří lékaři přiznávají, že i když je v ČR eutanazie oficiálně zakázaná, přesto se provádí. *„Říká se tomu divoká eutanazie a znamená, že lékař vědomě vede léčbu pacienta ke smrti. Cílem je ukončit utrpení nemocného,“* řekl lékař Zdeněk Kalvach, poskytující specializovanou PP pacientům. Je jedním z mála lidí, kteří otevřeně přiznávají, že i v Česku se eutanazie tiše praktikuje. Trpícímu nemocnému se podá např. větší dávka morfia. Podobnou praxi přiznávají i jiní lékaři. Na jednání ČLA r. 2009 zazněla otázka, zda chce někdo tvrdit, že se v Česku eutanazie neprovádí. Žádný z lékařů ruku nezvedl. Lékaři tvrdí, že by bylo třeba vytvořit pravidla pro to, jak nakládat s pacienty směřující ke smrti. (*Eutanazie v Česku*, ©2014). V r. 2004 za úpravu zákona bojoval již zemřelý ortoped Petr Košek. Tehdejšímu ministrovi Jiřímu Pospíšilovi poslal dopis, v němž popsal, že několikrát asistoval u smrti svých pacientů. Vyzval ho proto ke změně zákona. Pospíšil skutečně navrhl, aby pomoc při odchodu ze života v případě nevléčitelného pacienta nebyla považovaná za vraždu. S tímto návrhem u poslanců však neuspěl. (HN.IHNED.CZ, ©2014)

Náboženské vyznání bylo dalším faktorem pro statistické zpracování výsledků. Třetí hypotéza porovnávala víru v Boha x osobní pohled respondentů na provedení eutanazie či preference paliativní péče při nevléčitelném onemocnění. Jednalo se o položky v dotazníku č. 5 a 13. 122 respondentů (53,04 %) v Boha jistým způsobem věří a 108 (46,96 %) nikoliv. Z celkového množství 230 respondentů jich 67 (29,13 %) uvedlo, že by provedení eutanazie upřednostňovalo, 63 osob (27,38 %) by preferovalo spíše paliativní péči a rovných 100 respondentů (43,47 %) na tuto otázku nemá utvořený ucelený

názor – neví. Po statistickém vyhodnocení došlo k překročení kritické hodnoty (15,6246 > 5,99), a proto *byla třetí hypotéza potvrzena*.

Respondenti věřící v Boha preferují v případě vzniku nevléčitelného onemocnění využití paliativní péče více, než respondenti bez náboženského vyznání, kteří upřednostňují spíše uplatnění eutanazie. Některá data související s vírou respondentů, uvádím již při statistickém zpracování první hypotézy, viz str. 67 – 68.

Z Tiskového střediska České biskupské konference podal dne 9.12.2005 společné prohlášení církví a náboženských společností v České republice k problematice eutanazie arcibiskup Jan Graubner společně s Pavlem Černým (Ekumenická rada církví v ČR), Karolem Sidonem (vrchní pražský a zemský rabín) a Vladimírem Sáňkem (Ústředí muslimských obcí v ČR). Církev je hluboce přesvědčena o závažnosti tématu, které se týká kohokoliv z nás, poněvadž každý člověk je ohrožen nemocí, bolestí, opuštěností a smrtí. V centru jejich pozornosti je člověk a jeho život, který chápou jako dar od Boha. Tento dar se nesmí zpochybňovat ani ve chvíli nemoci a umírání. Umírání každý jednotlivec přijímá jako součást života, proto je všestranná pomoc umírajícímu pomocí životu. Církev hájí právo na důstojné umírání, jelikož lidská důstojnost je pro ně zakotvena ve víře v Boha a v božský akt stvoření. Plně soucítí s trpícím člověkem, vnímají jeho utrpení jako obtížnou situaci nejen pro umírajícího, ale i pro jeho okolí. Současně však nesouhlasí se snahou tuto situaci, nesoucí často pocity zoufalství, bezmoci a prázdna, odstranit usmrcením nemocného člověka pomocí smrtícího prostředku. Neznamená to však, že je církev pro udržování každého života za každou cenu. Uvědomují si konečnost lidského života i jisté meze možností léčby. (Graubner et al, ©2014) Více informací o tomto prohlášení viz příl. č. 16, s. 124.

V Písmu svatém můžeme naleznout úplné počátky smýšlení věřících lidí. Starozákonní morálka je vystavena na tzv. Desateru přikázání Božích. K tématu eutanazie se vztahuje přikázání páté, a to „*Nezabiješ!*“ (Ex 20,13; Dt 5,17). Texty novozákonní na Starý zákon odkazují. Můžeme číst: Slyšeli jste, že bylo řečeno otcům: „*Nezabiješ! Kdo by zabil, bude vydán soudu.*“ (Mt 5,21). „*Nezabiješ, nezczizoložíš, nebudeš krást, nevydáš křivé svědectví, nebudeš podvádět, cti svého otce i svou matku!*“ (Mk 10,19 a L 18,20)

Některé výsledky výzkumné části mne osobně velice překvapily. Z celkového množství n=122 respondentů věřících v Boha 23 z nich (18,86 %) by inklinovalo k provedení eutanazie u sebe sama v rámci nevléčitelného onemocnění, tj. v rozporu s desaterem a křesťanským smýšlením vůbec „*lidský život nade vše.*“ 43 osob (35,24 %) by bylo striktně

pro paliativní péči a 56 (45,90 %) jich nemá vůbec vyhraněný názor – neví. Překvapivou a zarážející skutečností je to, že někteří respondenti samotní upřednostňují PP, ale v případě, že by trpěl nevléčitelnou chorobou jejich blízký, preferoval by pro něj eutanazii. Tyto výsledky mě vedly k zamyšlení, proč tomu tak je? Je pro mnohé snadnější přijmout pro své blízké tuto variantu? Převládá u nich strach v případě sebe sama? Proč by byli tedy bez ostychu u příbuzných?

Respondenti s předchozí osobní zkušeností s umíráním blízkého člověka na nevléčitelné onemocnění byli posledním faktorem pro statistické zpracování výsledků. Poslední, čtvrtá hypotéza porovnávala osobní zkušenost s umíráním blízké osoby x souhlas s legalizací eutanazie a jejím využíváním v ČR, položky (č. 7 a 15). 109 respondentů z n=230 (47,39 %) zkušenost s umíráním blízké osoby prožila, 121 (52,61 %) nikoliv. Kritická hodnota při statistickém zpracování nebyla překročena ( $7,3037 < 9,49$ ). **Čtvrtá hypotéza se tudíž nepotvrdila.** Neexistuje statisticky významná závislost mezi respondenty s předchozí osobní zkušeností s umíráním blízkého na nevléčitelné onemocnění a upřednostněním legalizace a uplatnění eutanazie v ČR. I když se hypotéza nepotvrdila, ohlasy lidí jsou jiné. Nasvědčují tomu informace z ankety MFD týkajících se politiků z r. 2007.

Průzkum poukázal na skutečnost, že mnohem více nakloněni k legalizaci asistované sebevraždy jsou ti, kteří na vlastní oči viděli umírat někoho z blízkých. Jan Klas z (ODS) si takovou situaci prošel na vlastní kůži, stejně jako jiní. Podotkl: „*Můj otec umíral dva roky na rakovinu žaludku ve strašných bolestech. Na konci 60. let byly jediným řešením obrovské dávky morfia, ale měl silné srdce a neumíral. Dodnes to mám před očima. Stokilový chlap měl před smrtí 36 kilo. Proto budu kdykoli pro legalizaci eutanazie.*“ Sociální demokrat Jiří Krátký dodává: „*Moje nemocná matka se deset let trápila. Kdyby si mohla vybrat, volila by tento způsob.*“ „*Člověk by měl mít právo říci lékařovi, že chce odejít ze života, pokud se pro něj stal neúnosným,*“ tvrdí stranický kolega Ivan Ohlídal, vycházející z osobního prožitku, kdy viděl umírat lidi na rakovinu. Pro některé není ani bolestná osobní zkušenost dostatečným důvodem ke svolení k ukončení života. Sociální demokratce Marcele Mertinové zemřelo na rakovinu dítě. „*O smyslu eutanazie jsem často přemýšlela. Ale člověk, žádající vlastní smrt, už není ve stavu, kdy by jeho mysl byla zdravá. Myslím, že každý je rád, že do poslední chvíle žije. Jsem proti.*“ „*Po loňských zkušenostech se zdravotním stavem matky bych byl pro. Někteří lidé musí zažít něco, co bych nepřál největšímu nepříteli.* Jsou nemoci, kdy se z člověka stane ležák, který jen toužebně čeká na zápal plic,“ tvrdí komunista Karel Šidlo. (MFD, ©2014)



Tehdejší ministr financí Miroslav Kalousek hovoří o přímém útoku na lidský život a ministryně obrany Vlasta Parkanová zase vidí povolení eutanazie jako „legalizaci obchodu se smrtí“. (MFD, ©2014)

Lékaři a ti, kdo se starají o těžce nemocné, poukazují na to, že aktuálním problémem je nedostatek míst v zařízeních pro nevyлéčitelně nemocné a jejich financování, byť pojišťovny tvrdí, že se situaci snaží řešit (*Eutanazie*, ©2014). Je však financování zařízení typů LDN, ošetrovatelských lůžek, hospiců a ADP dostatečné? Je jejich množství s čím dál více kvalitnějšími medicínskými postupy vedoucí k prodlužování lidského života a tím pádem navyšování počtu často polymorbidních seniorů dostačující? Myslím si, že nikoliv.

Studováním literatury jsem narazil i na jisté praktiky, které se uskutečňují v Belgii, tedy zemi, kde eutanazie uzákoněna je. Někteří lékaři zde začínají propojovat eutanazii se sbíráním kvalitních orgánů pro transplantace. Lékaři na konferenci Belgické královské lékařské akademie v prosinci 2010 referují, že orgány těžce postižených s neuromuskulárními poruchami jsou pro tento účel kvalitní. Snaha o získávání orgánů je jistě vysoce hodnotná, nikoliv však za cenu toho, že někdo je použit jako prostředek k cíli jiného, takovéto počínání je velice nebezpečné. Jak vysvětlit veřejnosti, že smrt postižených má větší smysl než jejich život? Kde se vytratila etická stránka věci? (*Akceptování eutanazie*, ©2014).

Problematika eutanazie zůstává nadále otevřenou otázkou. Mně, jako laickému pozorovateli by snad stačila při rozhodování mého dalšího bytí úprava zákona o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování z r. 2011, kde se v jeho čtvrté části (§ 36) pojednává o již „Dříve vysloveném přání,“ z něhož uvádím malou ukázkou:

(1) Pacient smí pro případ, kdyby se dostal do takového zdravotního stavu, v němž nebude schopen vyslovit souhlas x nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb a způsobem jejich poskytnutí, tento souhlas či nesouhlas předem vyslovit.

(2) Poskytovatel bude brát zřetel na dříve vyslovené přání pacienta, je-li k dispozici, za podmínky, že v době poskytování zdravotních služeb nastala předvídatelná situace, k níž se dříve vyslovené přání vztahuje, a pacient se ocitá v takovém zdravotním stavu, kdy není schopen vyslovit nový souhlas či nesouhlas. Bude respektováno takové dříve vyslovené přání, které bylo učiněno na základě písemného poučení pacienta o důsledcích jeho rozhodnutí, a to lékařem v oboru všeobecné praktické lékařství, u něhož je pacient registrován, nebo jiným ošetrojícím lékařem v oboru zdravotní péče, s níž dříve vyslovené přání souvisí (*Zákon*, ©2014).

(3) Dříve vyslovené přání musí mít písemnou formu a musí být opatřeno úředně ověřeným podpisem pacienta. Platnost dříve vysloveného přání je 5 let. (Zákon, ©2014) Více o tomto zákonu viz příl. č. 15, s. 123.

Uzákonění předem vysloveného přání je zásadním a průlomovým krokem v českém zdravotnictví. Netýká se jen problematiky oživování, kdy nemocný může projevit přání typu DNR – neoživovat, což nemusí být striktně u terminálně nemocných pacientů, ale jeho prostřednictvím může pacient odmítnout jakoukoliv zdravotní péči v případě, že už o sobě nebude schopný dále rozhodovat, a to včetně Alzheimerovy choroby. Tento zákon rozvázal nejen nemocným, ale i lékařům ruce. Díky němu můžete lékařům zakázat konkrétní zákrok či jim dopředu říci, jak by měli postupovat, když se váš stav prudce zhorší a vy již nebudete schopni jim tuto informaci předat. Doposud sice takové přání možné bylo, zdravotníci ho však nemuseli respektovat. Nově jim to ale ukládá již zmiňovaný zákon. Ve světě je již tato možnost běžnou praxí. U nás „dříve vyslovené přání“ je tam reflektováno jako už dříve zmiňované living will, tedy poslední vyjádření vůle vážně nemocného člověka. Někteří lékaři by v rámci tohoto zákona respektovali přání pacienta odpojení od přístrojů, které jej udržují při životě, avšak jen v konkrétně daných situacích. Takovou situací může být např. vegetativní stav nemocného, kdy jeho mozková funkce je nenávratně poškozena. Avšak i tento zákon má své hranice. Jestliže by se jednalo o nemocného v kómatu, nelze přání nemocného respektovat, jednalo by se v tomto případě o úmyslné usmrcení pacienta. Naskýtá se otázka? Je odpojení člověka od přístrojů považováno za jeho aktivní usmrcení? Lékaři tuto skutečnost musí respektovat, ale jsou k ní ochotní všichni? Je tento zákon natolik ošetřen, aby nevznikala právní napadení? Pro zodpovězení těchto otázek by bylo přínosné provedení příp. výzkumného projektu.

## 7 NÁVRH NA ŘEŠENÍ ZJIŠTĚNÝCH NEDOSTATKŮ

Problematika eutanazie a paliativní péče není již v dnešní době považována za úplné tabu. Diskuze na tato témata jsou naopak velice živé, a to už od v podstatě v kterékoliv věkové kategorii, ať už se o ní pojednává při studiích, anketách pro veřejnost, odborné literatuře aj. Je nutné, aby si každý jednotlivec utvořil vlastní názor, avšak takový, který je založen na dostatečných vědomostech o této problematice, respektujících právní, ale i etickou stránku. Bylo provedeno již mnoho výzkumů z převážně Bc. a Mgr. oborů, které se zaměřují na podobné téma mému, tedy osobním postojem, názory respondentů na legalizaci eutanazie či upřednostnění paliativní péče, avšak postrádám zde to nejdůležitější: informovanost. Setkáváme se s touto skutečností zejména u mladých osob, které nemají problém s vyslovením: jsem pro legalizaci eutanazie, ale dokáže vůbec tato osoba tuto terminologii pojmenovat? Rozumí jejich obsahu? Jestliže nikoliv, na čem jsou potom založené veškeré studie a výzkumy? V dotazníkovém průzkumu jsem úmyslně zvolil i variantu otázky související s názorem respondentů na informovanost české veřejnosti o problematice eutanazie. 176 respondentů (76,52 %) je přesvědčeno, že veřejnost o problematice eutanazie není dostatečně informována a jen 54 osob (23,48 %) uvedlo, že informovanost je dle jejich názoru dostatečná (viz tab. č. 21, s. 57).

V rámci mého výzkumu jsem se snažil oslovit zejména respondenty starší 25 let, kdy se jednalo zejména o zdravotnické zaměstnance, kteří se s těmito vážně nemocnými pacienty setkávají v podstatě dennodenně, a také seniory, kteří si postupem svého života mohli již utvořit vlastní ucelený názor. Celkového šetření se zúčastnilo 230 respondentů (n=230).

Na základě zjištěných výsledků z dotazníkového šetření a v rámci studia odborné literatury jsem zjistil jisté nedostatky v oblasti eutanazie a PP. Pro jejich kompenzaci vidím řešení v následujících bodech - doporučeních.

### ***1. Informovat veřejnost.***

- Řádně informovat veřejnost o tom, co eutanazie je a jaká jsou její úskalí.
- Vhodně začlenit problematiku smrti, umírání a s nimi spojenou možnost eutanazie a PP do sylabů výuky pro studenty nejen VŠ se zdravotnickým zaměřením, ale i jiných oborů, včetně sociální pedagogiky.

- Napomocť veřejnosti a vložit jí do povědomí existenci paliativní péče jako formy vysoce odborné a specializované péče o nemocné v terminálním stavu takovým způsobem, aby o možnosti zabití ani neuvažovali. Vymýtit představu, že existují jen varianty umírání s nesnesitelným utrpením či provedení eutanazie.

- Navrhovat a podporovat vzdělávání a doprovázení dobrovolníků, kteří jsou ochotni těžce nemocné a umírající doprovázet.

## **2. Podporovat a propagovat zřízení ZZ pro paliativní péči.**

- Poukazovat na nedostatek míst v zařízeních pro nevléčitelně nemocné.

- Poukazovat na nízký počet lůžek pro následnou péči v zařízeních, jakými jsou LDN, hospice aj.

- Podporovat poskytovatele domácí péče, kteří se často starají o umírající.

- Podporovat v České republice rozvíjející se hospicovou péči, včetně domácí hospicové péče, mobilní hospicové péče.

## **3. Respektovat etický kodex ČLK.**

- Respektovat doporučení představenstva ČLK č. 1/2010 k postupu při rozhodování o změně léčby intenzivní na léčbu paliativní u pacientů v terminálním stavu, kteří nejsou schopni vyjádřit svou vůli.

## **4. Podporovat celoživotní vzdělávání lékařů, všeobecných sester a ostatních pečovateli.**

- Nabádat lékaře ke studiu oboru paliativní péče, a to zejména té specializované, poněvadž pro efektivní zajištění dobré kvality života pacientů, je obecná PP nedostačující.

- Účastnit se konferencí, na kterých je potřebné zvyšovat vzdělanostní úroveň lékařských i nelékařských zdravotníků o problematice smrti, umírání, eutanazie a PP.

- Nebát se diskutovat o této problematice na veřejnosti.

- Upřednostňovat poskytování PP u smrtelně nemocných.

- Zabezpečit, doporučit poskytování péče v domácím prostředí, pokud to zdravotní stav nemocného dovoluje.

- Umět naslouchat a pochopit umírajícího. Zbavit jej pocitu osamělosti a strachu.

- Pomoci nemocnému v udržení pocitu jistoty, sebedůvěry, sebeúcty a důstojnosti, povzbuzovat v něm naději a pomáhat mu při akceptování jeho vlastní ztráty. Věnovat mu dostatek času pro vyslovení jeho přání, obav.
- Informovat nejen pacienty, ale i veřejnost o postupech, díky kterým je nemocnému zajištěno důstojné umírání a smrt jako je PP.
- Sledovat dění kolem problematiky eutanazie a PP ve světě a vytvořit si vlastní objektivní názor.
- Poskytovat zaměstnancům ocenění, uznání a emoční podporu ze strany nadřízených a vytvářet podmínky pro obnovu sil profesionálních pečovatелů.

***5. Poukazovat na potřebu efektivnějšího finančního zajištění PP.***

- Poskytovat pečovatелům o umírající (jejich rodinám) finanční a legislativní podporu.

***6. Zefektivnit lékařskou péči.***

- Zbavit části lékařů neochoty a strachu v předepisování silných opiátů tišící bolest (kvůli možnému zneužití se jejich předepisování přísně kontroluje), aby lidé, umírající na smrtelné onemocnění nemuseli v mnohých ZZ trpět.

## ZÁVĚR

V diplomové práci byl stanoven jeden cíl, který byl splněn na základě vyhodnocení zvolených hypotéz. Závěrem uvádím souhrnné výsledky vyplývající ze statistického testování dat.

## CÍL

**Zjistit, zda faktory, jako jsou věk, zaměstnání, náboženské vyznání a osobní zkušenost s umíráním blízké osoby výrazným způsobem ovlivňují názor respondentů na legalizaci či zákaz provádění eutanazie v ČR nebo preferují paliativní péči.**

### Ověřování hypotézy č. 1

Z matematického zpracování 1. hypotézy (viz tab. č. 22, s. 59) vyplývá, že *existuje statisticky významná závislost mezi věkovou kategorií respondentů 18 – 40 let a souhlasem respondentů s legalizací eutanazie a jejím využíváním v ČR.*

Jak už jsem dříve podotknul, myslím si, že dnešní mladá generace není o této problematice dostatečně informována, mnohdy ani nechápou, co jednotlivé pojmy a definice znamenají. Nasvědčují tomu mnohé výzkumy a ankety, ale k této variantě se přiklání i velká skupina odborníků z daného oboru, zejména oboru paliativní péče a medicíny.

Uvádím malý úryvek z knihy Marty Munzarové, která na tuto skutečnost také upozorňuje díky výzkumného projektu Mladé fronty dnes s názvem: „Studenti čtou a píší noviny“. Studenti se z výsledků většinou dosud nad smrtelností člověka nezamýšleli a mnozí z nich ani neměli žádnou zkušenost s umírajícím a trpícím člověkem. Velká většina z nich souhlasila s možností „pomoci zemřít“ a s legalizací eutanazie. Absolutní neznalost problematiky byla zřetelná. Mnozí studenti vnímali obsah pojmu eutanazie jinak, než zní jeho definice, a směřovali dohromady skutečnosti vzájemně neslučitelné. Domnívali se, že existují jen dvě možnosti: buď člověka zabít, anebo ho nechat trpět. Předpokládali, že člověk trpí čistě „tělesnými“ příznaky, a to především bolestí, kterou není možno zvládnout. Jiné důvody utrpení zmínil málokdo. (Munzarová et al., 2008, s. 8)

### Ověřování hypotézy č. 2

Při ověřování této hypotézy bylo zjištěno, že *existuje statisticky významná závislost mezi respondenty s odborným zdravotnickým vzděláním a souhlasem s legalizací eutanazie a jejím využíváním v ČR* (viz tab. č. 23, str. 61).

Z hlediska zdravotníků, kteří s vážně nemocnými přicházejí do styku v podstatě neustále, jsem tento výsledek očekával. Ne každé zařízení a ne každý lékař, je specializováno/án na poskytnutí kvalitní specializované paliativní péče, která by výrazně eliminovala, až odstranila časté nepříznivé symptomy u takto nemocných. V těchto případech jako laik chápu, že mnozí zdravotníci se na svých odděleních potýkají i s utrpením nemocných, tudíž PP nepovažují za dostatečnou.

### Ověřování hypotézy č. 3

*Existuje statisticky významná závislost mezi vírou v Boha a osobním pohledem respondentů na provedení eutanazie či preference paliativní péče při nevléčitelném onemocnění* (viz tab. č. 24, str. 63). Respondenti věřící v Boha upřednostňují více PP v rámci nevléčitelného onemocnění, než preferenci eutanazie. Je to pochopitelné. Tato skutečnost vychází přímo z Božího slova nejen v podobě směrnic pro způsob života křesťanů, tedy desatera Božích přikázání. Ne všichni respondenti se tímto desaterem ale řídí. Našli se i tací, kteří by legalizaci eutanazie upřednostňovali, případně by souhlasili s takovou možností ukončení jejich života v případě smrtelného onemocnění.

### Ověřování hypotézy č. 4

Z ověřování této poslední hypotézy vyplývá, že *neexistuje statisticky významná závislost mezi osobní zkušeností respondentů s umíráním blízké osoby a jejich souhlasem s legalizací eutanazie a jejím využíváním v ČR* (viz tab. č. 25, str. 65). Moje očekávání se tímto výsledkem nenaplnilo. I přes to, že v mém výzkumu nedošlo k potvrzení této hypotézy, v jiných, již dříve zmiňovaných výzkumech určených pro veřejnost je tato situace faktem.

Na samotný závěr považuji za vhodné umístění kazuistiky ženy s onkologickou diagnózou, vyžadující provedení eutanazie z knihy Marty Munzarové et al. (2008), a jejím příspěvkem od lékařky Violy Svobodové. Její hospitalizací se prolíná především bolest, která však v konečném důsledku není fyzickou, nýbrž duchovní.

Paní K. při svém onkologickém onemocnění nebyla vůbec trpělivá, spolupracovalo se s ní s obtížemi. Jednoho dne začala volat po eutanazii. Sestra jí trpělivě vysvětlovala, že život neumí prodloužit, ale ani ho nezkracují. Patientka začala být agresivní, proto mne přivolali. Patientka nechtěla nic slyšet, používala hrubá slova, prý jsme nelidští, nedala se nikterak uklidnit. Byla jsem si jista, že léčbu bolesti má dostatečně zavedenou a problém musí být jinde. Bylo to na počátku mé praxe v hospici a přiznám se, že jsem se cítila v první chvíli bezradná. Co mohu této těžce nemocné paní říct já, zdravá. Věděla jsem, že v této agresivní fázi nelze člověku nic vysvětlovat, těšit ho, povzbuzovat, radit. V agresivní fázi je třeba být s ním. Přisedla jsem k jejímu lůžku a přiznala jsem, že jí asi nedokážu více pomoci, ale chci tu její bolest sdílet s ní. Ujistila jsem ji, že chápu, že po tak dlouhé době nemá sílu to trápení nést, že bych asi na jejím místě nebyla na tom lépe. Požádala jsem ji o svolení, zda ji mohu vzít za ruku. Protože jsem skutečně před její nevyslovenou bolestí byla bezradná, dovolila jsem si mlčet. To už po smrtící injekci přestala volat. Po delší chvíli začala sama mluvit. „Vy jste ke mně všichni tak hodní, pozorní. Já jsem protivná a Vy mi to nevracíte. Kdysi jsem opatrovala svého muže, který měl rakovinu. Byl také netrpělivý, jako teď já. Nebyl schopen za nic poděkovat a já jsem byla úplně vysílená z té služby ve dne a v noci. A když byl zase nespokojený, ani já jsem na něho už nebyla hodná. Nepodala jsem mu vodu, kterou chtěl.“ Rozplakala se. V tu chvíli jsem poznala, že se vyjevila velká bolest, avšak ne tělesná, ale duchovní. Pocit viny, poznání, že co se stalo, už nemůže napravit. Bylo třeba jí říct, že i tato bolest se dá zahojit. Pošlu za ní odpoledne kněze v civilu. Nemusí se bát. Stačí, když mu řekne jen to, co řekla mně a uvidí, že se pomoc najde. A nepochybně se našla. Když jsem k ní přišla druhý den, vyzvala ona mě, abych si k ní sedla. A chtěla ona mou ruku. Chtěla mi ji políbit, a se slzami v očích řekla: „Paní doktorko, tolik Vám děkuji, že jste mi tu injekci včera nedali.“ Svěřila se mi, že dva roky neviděla svého syna a včera večer za ní syn sám přišel. Měla sílu mu odpustit a oba se smířili. Poslední týden jejího života z ní pokoj a klid jen sálal, o žádnou eutanazii už nežádala. (Munzarová et al., 2008, s. 79 - 80)



## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

### Tištěné zdroje:

1. BÁRTLOVÁ, Sylva, 2005. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. Praha: Grada Publishing a.s. ISBN 978-80-247-6289-0.
2. BERAN, Jiří, 2010. *Lékařská psychologie v praxi*. Praha: Grada Publishing a.s., ISBN 978-80-247-1125-6.
3. BÖHM et al., 2009. *Nehodné žití; Lebens un wert; Not Word living*. Alkoven: Verein Schloss Hartheim. ISBN 978-3-85499-683-5.
4. BYOCK, Ira, 2013. *Dobré umírání*. Praha: Vyšehrad. ISBN 978-80-7429-134-0.
5. ENGLER, Vladimír, 1989. *Stručné základy zdravotnické statistiky pro posluchače LFH UK*. Státní pedagogické nakladatelství Praha. ISBN 17-029-89.
6. HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2007. *Thanatologie. Nauka o umírání a smrti*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-471-3.
7. KALVACH, Zdeněk et al., 2010. *Paliativní péče o umírající pacienty*. Praha: Cesta domů. ISBN 978-80-904516-4-3.
8. KALVACH, Zdeněk et al., 2011. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada Publishing a. s. ISBN 978-80-247-4026-3.
9. KALVACH, Zdeněk et al., 2004. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada Publishing a.s. ISBN 978-80-247-7038-3.
10. KUŘE, Josef, 2011. *Euthanasia - The "Good Death" Controversy in Humans and Animals*. Publisher: InTech. ISBN 978-953-307-260-9.
11. KELNAROVÁ, Jarmila a Eva MATĚJKOVÁ, 2009. *Psychologie a komunikace pro zdravotnické asistenty*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2831-5.
12. MARKOVÁ, Monika, 2010. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3171-1.
13. MILFAIT, René et al., 2013. *Lidská práva osob s postižením, nevyléčitelně nemocných a umírajících*. Vimperka: Akcent. ISBN 978-80-86057-85-9.
14. MUNZAROVÁ, Marta et al., 2008. *Proč NE eutanazii aneb Být, či nebýt?* Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství. ISBN 978-80-7195-304-3.
15. MUNZAROVÁ, Marta, 2005. *Eutanazie, nebo paliativní péče?* Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-1025-0.
16. O'CONNOR, Margaret a Sanchia ARANDA, 2005. *Paliativní péče: pro sestry všech oborů*. Praha: Grada Publishing a. s. ISBN 80-247-1295-4.

17. PLEVOVÁ, Ilona et al., 2011. *Ošetřovatelství II*. Praha: Grada Publishing a.s. ISBN 978-80-247-3558-0.
18. PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK, 2012. *Eutanazie pro a proti*. České Budějovice: PROTISK. ISBN 978-80-247-4659-3.
19. RAUDENSKÁ, Jaroslava a Alena JAVŮRKOVÁ, 2011. *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*. Praha: Grada Publishing a.s. ISBN 978-80-247-2223-8.
20. SVATOŠOVÁ, Marie, 2008. *Hospice a umění doprovázet*. Kostelní vydří: Karmelitánské nakladatelství pro APHPP. 978-80-7195-307-4.
21. VORLÍČEK, Jiří et al., 2004. *Paliativní medicína*. Praha: Grada Publishing a.s., ISBN 978-80-247-6761-1.

### Elektronické zdroje

22. *Akceptování eutanazie*, ©2014. Akceptováním eutanazie bychom mohli dospět k tomu, že smrt má větší cenu než život. *iDNES.cz* [online]. [cit. 2014-2-19]. Dostupné z: [http://zpravy.idnes.cz/akceptovanim-eutanazie-bychom-mohli-dospet-k-tomu-ze-smrt-ma-vetsi-cenu-nez-zivot-gi3/zpr\\_archiv.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/zpr_archiv.aspx?c=A110331_154735_kavarna_chu)
23. ČAS, ©2014. Etický kodex sester. *Cnna.cz* [online]. [cit. 2014-1-20]. Dostupné z: [http://www.cnna.cz/docs/tiskoviny/eticky\\_kodex\\_icn.pdf](http://www.cnna.cz/docs/tiskoviny/eticky_kodex_icn.pdf)
24. ČERNÝ, David, ©2013. Euthanasie a etika. *Ilaw.cas.cz* [online]. [cit. 2013-12-12]. Dostupné z: <http://www.ilaw.cas.cz/medlawjournal>
25. *Dětská eutanazie*, ©2014. Belgie jako první země posvětila neomezenou dětskou eutanazii. *Ceskatelevize.cz* [online]. [cit. 2014-2-18]. Dostupné z: <http://www.ceskatelevize.cz/ct24/svet/262428-belgie-jako-prvni-zeme-posvetila-neomezenou-detskou-eutanazii/>
26. *Eutanazie v Česku*, ©2014. Někteří lékaři přiznávají, že se eutanazie v Česku provádí. *Ceskatelevize.cz* [online]. [cit. 2014-2-18]. Dostupné z: <http://www.ceskatelevize.cz/ct24/domaci/64875-nekteri-lekari-priznavaji-ze-se-eutanazie-v-cesku-provadi/>
27. *Domov pod střechou*, ©2014. Domov Pod střechou. *Cestadomu.cz* [online]. [cit. 2014-1-13]. Dostupné z: <http://www.cestadomu.cz/domov-pod-strechou.html>
28. DOMŠOVÁ, Václava, 2008. *Návrh zákona o důstojné smrti* [online] 14. července 2008 [cit. 2014-1-13] Dostupné z: [http://is.bivs.cz/th/13448/bivs\\_b/Priloha\\_c\\_1.pdf](http://is.bivs.cz/th/13448/bivs_b/Priloha_c_1.pdf)

29. *Fáze smířování*, ©2014. Fáze vyrovnávání se s nemocí. *Umirani.cz* [online]. [cit. 2014-1-13]. Dostupné z: <http://www.umirani.cz/faze-vyrovnvani-se-s-nemoci.html>
30. GRAUBNER, Jan et al., 2005. Prohlášení církví a náboženských společností v ČR k problematice eutanázie a doprovázení umírajících. *Tisk.cirkev.cz* [online]. [cit. 2014-2-13]. Dostupné z: [-spolecnosti-v-cr-k-problematice-eutanazie-a-doprovazeni-umirajicich/](http://www.tisk.cirkev.cz/spolecnosti-v-cr-k-problematice-eutanazie-a-doprovazeni-umirajicich/)
31. HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2002. Eutanázie - nekončící problém? *Postgraduální medicína* [online]. Březen 2002, roč. 4, č. 2, s. 167 – 169 [cit. 2013-12-14]. ISSN 1212-4184. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualnimedicina/eutanazienekonciciproblem-143198>
32. *Harvardský systém*, ©2013. Harvardský systém, jak si poradit s tímto způsobem odkazování v rámci citační normy ISO 690. *Iva.k.utb.cz* [online]. [cit. 2013-12-14] Dostupné z: [http://iva.k.utb.cz/?page\\_id=5845](http://iva.k.utb.cz/?page_id=5845)
33. HN.IHNED.CZ, ©2013. Lékaři řeší, co si počít s eutanazií. Zkrátit život chce čím dál více lidí. *HN.IHNED.CZ* [online]. [cit. 2014-2-13]. Dostupné z: <http://hn.ihned.cz/c1-58851510-lekari-resi-co-si-pocit-s-eutanazii-zkratit-zivot-chce-cim-dal-vice-lidi>
34. CHMELÍKOVÁ, Dana, 2009. Sebevražda. Nahlížení keltské a antické společnosti na dobrovolnou smrt. *Web.ff.cuni.cz* [online]. [cit. 2013-12-12] Dostupné z: <http://web.ff.cuni.cz/ustavy/uprav/pages/semi/chmelikova1.pdf>
35. *Eutanazie*, ©2014. S eutanazií souhlasí každý druhý Čech, nejvíc vysokoškoláci. *iDNES.cz* [online]. [cit. 2014-2-13]. Dostupné z: [http://zpravy.idnes.cz/s-eutanazii-souhlasi-kazdy-druhy-cech-nejvic-vysokoskolaci-pqq-/domaci.aspx?c=A091005\\_205924\\_domaci\\_abr](http://zpravy.idnes.cz/s-eutanazii-souhlasi-kazdy-druhy-cech-nejvic-vysokoskolaci-pqq-/domaci.aspx?c=A091005_205924_domaci_abr)
36. KONŠTACKÝ, Stanislav, 2002. V Holandsku povolili eutanazii za přísných pravidel. *Zdravotnické noviny* [online]. Říjen 2002, roč. 51, č. 37, s. 19 [cit. 2014-1-6]. ISSN 1805-2355. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-zdn/v-holandsku-povolili-eutanazii-za-prisnych-pravidel-148019>
37. LIDOVKY.CZ, ©2014. Eutanázie v ČR zatím uzákoněna nebude. *Lidovky.cz* [online]. [cit. 2014-1-13]. Dostupné z: [http://www.lidovky.cz/eutanazie-v-cr-zatim-uzakonena-nebude-d8i-/zpravy-domov.aspx?c=A080918\\_193317\\_ln\\_domov\\_mel](http://www.lidovky.cz/eutanazie-v-cr-zatim-uzakonena-nebude-d8i-/zpravy-domov.aspx?c=A080918_193317_ln_domov_mel)

38. *Průzkum*, ©2014. Průzkum: Češi schvalují eutanazii i trest smrti. *Lidovky.cz* [online]. [cit. 2014 2 13]. Dostupné z: [http://www.lidovky.cz/pruzkum-cesi-schvaluji-eutanazii-i-trest-smrti-f54-/zpravy-domov.aspx?c=A110628\\_181600\\_in\\_domov\\_kim](http://www.lidovky.cz/pruzkum-cesi-schvaluji-eutanazii-i-trest-smrti-f54-/zpravy-domov.aspx?c=A110628_181600_in_domov_kim)
39. MFD, ©2014. Kdo viděl umírání, je pro eutanazii. *Eutanazie-dobrasmrť.bluefile.cz* [online]. [cit. 2014-2-13]. Dostupné z: <http://eutanazie-dobrasmrť.bluefile.cz/?akce=media&id=284>
40. MPSV, ©2014. Práva pacientů ČR. *MPSV.cz* [online]. [cit. 2014-1-20]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/840>
41. ONDRIOVÁ, Iveta a Janka CINOVÁ, 2012. Uplatňování etických principů v paliativní péči. *Sestra* [online]. Říjen 2012, roč. 22, č. 10, s. 38 - 40 [cit. 2014-1-6]. ISSN 1210-0404. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/uplatnovani-eticky-principu-v-paliativni-peci-467098>
42. *O hospici*, ©2014. O hospici. *Cestadomu.cz* [online]. [cit. 2014-1-13]. Dostupné z: <http://www.cestadomu.cz/cz/o-hospici.html>
43. SLÁMA, Ondřej et al., 2013. Paliativní péče v ČR v roce 2013. *Paliativní medicína.cz* [online]. [cit. 2014-1-5]. Dostupné z: <http://www.paliativnimedicina.cz/aktualita/paliativni-pecce-v-cr-v-roce-2013>
44. *Standardy mobilní PP*, ©2014. Základní principy mobilní specializované paliativní péče. *Umirani.cz* [online]. [cit. 2014-1-13]. Dostupné z: <http://www.umirani.cz/res/data/010/001128.pdf>
45. STAROŠTÍKOVÁ, Alena, 2008. Eutanázie - ano, či ne? *Sestra*. [online]. Prosinec 2008, roč. 18, č. 12, s. 54 – 55 [cit. 2013-12-12]. ISSN 1210-0404. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/eutanazie-ano-ci-ne-398417>
46. ŠÁMAL, Pavel, 2004. *Eutanázie v právním řádu ČR* [online] 20. října 2004 [cit. 2014-1-13] Dostupné z: <http://www.epravo.cz/top/clanky/eutanazie-v-pravnim-radu-cr-28721.html>
47. ŠČEPOŇCOVÁ, Sabina a Zdeněk NOVOTNÝ, 2013. Eutanázie vs. nacistický program „Eutanázie“. *Sestra*. [online]. Listopad 2013, roč. 23, č. 11, s. 13 – 15 [cit. 2013-12-12] ISSN 1210 0404. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/eutanazie-vs-nacisticky-program-eutanazie-472802>

48. TUČEK, Milan, 2013. *Veřejné mínění o interrupci, eutanazii a trestu smrti - květen 2013* [online] 26. června 2013 [cit. 2014-2-13] Dostupné z: [http://cvvm.soc.cas.cz/media/com\\_form2content/documents/c1/a7039/f3/ov130626.pdf](http://cvvm.soc.cas.cz/media/com_form2content/documents/c1/a7039/f3/ov130626.pdf)
49. *Úvod do PP*, ©2014. Úvod do paliativní péče. *Elearning.cestadomu.cz* [online]. [cit. 2014-2-18]. Dostupné z: <http://elearning.cestadomu.cz/uvod-do-paliativni-pece-sp.html>
50. WIKIPEDIE, ©2013. Seznam lůžkových hospiců v České republice. *Cs.wikipedia.org* [online]. [cit. 2014-1-13]. Dostupné z: [http://cs.wikipedia.org/wiki/Seznam\\_l%C5%AF%C5%BEkov%C3%BDch\\_hospic%C5%AF\\_v\\_%C4%8Cesk%C3%A9\\_republice](http://cs.wikipedia.org/wiki/Seznam_l%C5%AF%C5%BEkov%C3%BDch_hospic%C5%AF_v_%C4%8Cesk%C3%A9_republice)
51. *Zákon*, ©2014. Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). *Umirani.cz* [online]. [cit. 2014-2-13]. Dostupné z: [http://www.slu.cz/fvp/cz/uo/docs/zakon-o\\_zdrav\\_sluzbach\\_c\\_372\\_2011](http://www.slu.cz/fvp/cz/uo/docs/zakon-o_zdrav_sluzbach_c_372_2011)
52. ZN, ©2014. Eutanazii umožňuje jen málo zemí světa. *Zdravky.cz* [online]. [cit. 2014-2-15]. Dostupné z: <http://www.zdravky.cz/zpravodajstvi/ze-zahranici/eutanazii-umoznuje-jen-malo-zemi-sveta>

**SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK**

$\alpha$	hladina významnosti
a.č.	absolutní četnost
ADP	Agentura domácí péče
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome; Syndrom získaného selhání imunity
apod.	a podobně
atd.	a tak dále
BP	bakalářská práce
č.	číslo
ČAS	Česká asociace sester
ČLA	Česká lékařská akademie
ČR	Česká republika
ČSSD	Česká strana sociálně demokratická
DP	díplomová práce
DNR	do not resuscitate (neresusitovat)
Dr.	doktor
FN	Fakultní nemocnice
$H_A$	alternativní hypotéza
$H_0$	nulová hypotéza
k	stupeň volnosti
LDN	léčebna dlouhodobě nemocných
lit.	literatura
MF DNES	Mladá fronta DNES
MUDr.	doktor medicíny
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí

např.	například
obr.	obrázek
oš.	ošetřovatelská
ODS	Občanská demokratická strana
PČR	Policie České republiky
P.O.	příspěvková organizace
př. Kr	před Kristem
př. n. l.	před naším letopočtem
příl.	příloha
r.	roku
r.č.	relativní četnost
roč.	ročník
s.	strana
St.	Saint; Svatý
str.	strana
SZ	Strana zelených
tzn.	to znamená
tab.	tabulka
USA	United States of America; Spojené státy americké
viz	vidět (k vidění)
VS	všeobecná sestra
vyš.	vyšetření
VZŠ	Vyšší zdravotnická škola
VŠ	Vysoká škola
VZP	Všeobecná zdravotní pojišťovna
ZZ	zdravotnické zařízení

**SEZNAM OBRÁZKŮ**

Obr. 1. Vzorec pro výpočet chí-kvadrát testu .....	43
Obr. 2. Žádost o poskytnutí informací v Domově u zámku o.s., Chválkovice na Hané .....	99
Obr. 3. Žádost o poskytnutí informací v nemocnici Vyškov, příspěvkové organizaci .....	100
Obr. 4. Žádost o poskytnutí informací v sociálních službách Vyškov, příspěvkové organizaci .....	101



**SEZNAM TABULEK**

Tab. 1. Rotterdamská kritéria .....	26
Tab. 2. Nejčastější potřeby umírajících lidí .....	35
Tab. 3. Specifické potřeby umírajících a jejich rodin .....	35
Tab. 4. Pohlaví respondentů .....	45
Tab. 5. Věk respondentů .....	45
Tab. 6. Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů .....	46
Tab. 7. Odborné zdravotnické vzdělání respondentů .....	47
Tab. 8. Náboženské vyznání respondentů .....	47
Tab. 9. Nejčastější důvody žádosti o provedení eutanazie z pohledu respondentů .....	47
Tab. 10. Osobní zkušenost respondentů s umíráním blízké osoby na nevléčitelné onemocnění .....	49
Tab. 11. Místo prožitku umírání blízké osoby respondentů .....	49
Tab. 12. Podílení se respondentů na péči o nevléčitelně nemocného .....	50
Tab. 13. Názor respondentů na míru utrpení umírající blízké osoby .....	50
Tab. 14. Ovlivnění názoru/postoje respondentů k eutanazii po zkušenosti s umíráním blízké osoby .....	51
Tab. 15. Názor respondentů na rozhodující osobu/y k ukončení života smrtelně nemocného člověka .....	52
Tab. 16. Osobní pohled respondentů na provedení eutanazie či preference paliativní péče při nevléčitelném onemocnění .....	53
Tab. 17. Pohled respondentů na provedení eutanazie u nejbližších příbuzných v konečné fázi života .....	54
Tab. 18. Souhlas s legalizací eutanazie a jejím následném využíváním v ČR .....	55
Tab. 19. Obavy ze zneužívání eutanazie v případě její legalizace .....	56
Tab. 20. Zdroje získávání informací o eutanazii u respondentů .....	56

Tab. 21. Názor respondentů na informovanost veřejnosti o problematice eutanazie .....	57
Tab. 22. Věková kategorie respondentů 18 – 40 let (nad 40 let) x souhlas s legalizací eutanazie a jejím využíváním v ČR .....	59
Tab. 23. Odborné zdravotnické vzdělání (nezdravotnické vzdělání) x souhlas (nesouhlas) s legalizací eutanazie a jejím využíváním v ČR .....	61
Tab. 24. Respondenti s vírou v Boha (bez víry v Boha) x upřednostnění eutanazie v rámci nevyléčitelného onemocnění či preference PP .....	63
Tab. 25. Respondenti s osobní zkušeností s umíráním blízké osoby (bez osobní zkušenosti) x souhlas s legalizací eutanazie a jejím využíváním v ČR .....	65
Tab. 26. Zařízení PP ve vybraných evropských zemích .....	110
Tab. 27. Fáze smířování se se ztrátou dle Elisabeth Kübler-Rossově .....	111
Tab. 28. Seznam lůžkových hospiců v České republice provozovaných církvemi a občanskými sdruženími .....	114

## SEZNAM GRAFŮ

Graf 1. Nejčastější důvody žádosti o provedení eutanazie z pohledu respondentů .....	48
Graf 2. Míra utrpení umírající blízké osoby .....	51
Graf 3. Názor respondentů - o ukončení života by měl rozhodovat .....	53
Graf 4. Souhlas s legalizací eutanazie a jejím využíváním v ČR .....	55
Graf 5. Názor respondentů na informovanost veřejnosti o problematice eutanazie .....	57
Graf 6. Věk respondentů do 40 let (nad 40 let) x souhlas s legalizací eutanazie a jejím využíváním v ČR .....	60
Graf 7. Odborné zdravotnické vzdělání (nezdravotnické vzdělání) x souhlas (nesouhlas) s legalizací eutanazie a jejím využíváním v ČR .....	62
Graf 8. Respondenti s vírou v Boha (bez víry v Boha) x upřednostnění eutanazie v rámci nevyléčitelného onemocnění či preference PP .....	64
Graf 9. Respondenti s osobní zkušeností s umíráním blízké osoby (bez osobní zkušenosti) x souhlas s legalizací eutanazie a jejím využíváním v ČR .....	66

**SEZNAM PŘÍLOH**

P I	Dotazník k diplomové práci .....	93
P II	Žádost o poskytnutí informací v Domově u zámku o.s., Chválkovice na Hané .....	99
P III	Žádost o poskytnutí informací v nemocnici Vyškov, příspěvkové organizaci ..	100
P IV	Žádost o poskytnutí informací v sociálních službách Vyškov, příspěvkové organizaci .....	101
P V	Senátní návrh zákona o důstojné smrti .....	102
P VI	Zařízení paliativní péče ve vybraných evropských zemích.....	110
P VII	Fáze vyrovnávání se s nemocí dle Elisabeth Kübler-Rossově .....	111
P VIII	Základní principy poskytování paliativní péče v zařízeních domácích, následné a dlouhodobé péče .....	112
P IX	Seznam lůžkových hospiců v České republice provozovanými církvemi a občanskými sdruženími .....	114
PX	Základní principy mobilní paliativní péče .....	116
P XI	Pravidla pro podání sedativ v PP dle Etické směrnice a doporučení Švýcarské akademie medicínských věd .....	117
P XII	Práva pacientů ČR .....	118
P XIII	Etický kodex sester .....	120
P XIV	Země, umožňující pasivní eutanazii .....	122
P XV	Zákon o předem vysloveném přání .....	123
P XVI	Prohlášení církví a náboženských společností v ČR k problematice eutanazie a doprovázení umírajících .....	124
PXVII	Statistické výpočty .....	125
PXVIII	Seznam cizích slov .....	130

## Příloha P 1 Dotazník k diplomové práci

### Dotazník k diplomové práci

#### Téma: Problematika eutanazie a paliativní péče očima společnosti

Vážená paní/vážený pane,

studuji 2. rokem na Institutu mezioborových studií v Brně a obracím se na Vás s prosbou o spolupráci s vyplněním tohoto dotazníku. Dotazník je anonymní, slouží jako podklad k vypracování mé diplomové práce. Proto Vás prosím o jeho pravdivé a pečlivé vyplnění. Je složen z 18 otázek uzavřeného charakteru, kde pouze zvolíte (zakroužkujete) jednu z odpovědí, pokud nebude určeno jinak u dané otázky. Děkuji Vám za projevené názory a věnovaný čas při vyplnění dotazníku.

V případě nejasností mě kontaktujte na emailové adrese: jakoubek.j@centrum.cz.

Bc. Jakub Joanovič

#### 1. Jaké je Vaše pohlaví?

- a) žena
- b) muž

#### 2. Jaký je Váš věk?

- a) do 40 let
- b) 41 a více let

#### 3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) základní
- b) vyučen/a
- c) středoškolské
- d) vyšší odborné
- e) vysokoškolské

**4. Máte odborné zdravotnické vzdělání?**

- a) ano - lékař
- b) ano - zdravotní sestra
- c) ano – sanitář, ošetřovatel
- d) ne

**5. Věříte v Boha?**

- a) určitě ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) určitě ne

**Před vyplněním další části dotazníku, přečtěte si prosím následující pojmy:**

**Eutanazie** je úmyslné ukončení života člověka někým jiným (zpravidla lékařem) než člověkem samotným, na pacientovu vlastní žádost.

**Paliativní péče** je komplexní, aktivní a na kvalitu života orientovaná péče poskytovaná pacientovi, který trpí nevyléčitelnou chorobou v pokročilém nebo terminálním stadiu.

**6. Co je podle Vás nejčastějším důvodem žádosti o provedení eutanazie? (Lze označit více možností).**

- a) nesnesitelná bolest
- b) délka utrpení
- c) pocit samoty, opuštěnosti
- d) pocit zbytečnosti
- e) beznaděj
- f) neschopnost postarat se o sebe sama
- g) být přítěží pro druhé

- h) nevléčitelné smrtelné onemocnění
- i) možnost posledního rozhodnutí o sobě samém
- j) pocit ztráty důstojnosti
- k) jiný (*doplňte*).....

**7. Máte osobní zkušenost s umíráním blízké osoby na nevléčitelné onemocnění?**

- a) ano
- b) ne

**Pokud jste v předešlé otázce č. 7 uvedl/a ANO, odpovězte na otázku 8, 9, 10 a 11, pokud NE, přejděte k otázce č. 12.**

**8. Kde jste zkušenost s umíráním blízké osoby na nevléčitelné onemocnění prožil/a?**

- a) v nemocnici
- b) v domácím prostředí
- c) v hospici
- d) jinde, uveďte kde: .....

**9. Podílel/a jste se Vy osobně na péči o nevléčitelně nemocného?**

- a) ano
- b) ne

**10. Utrpení tohoto člověka při umírání dle mého názoru:**

- a) bylo nesnesitelné
- b) nepřesáhlo snesitelnou míru
- c) nebylo patrné

**11. Ovlivnila tato zkušenost Váš názor, postoj na problematiku eutanazie?**

- a) ano,
- přiklonil/a bych se k eutanazii
  - nepřiklonil/a bych se k eutanazii
- b) ne

**12. Kdo by měl podle Vás rozhodovat o ukončení života? (Lze označit více možností).**

- a) sám nemocný
- b) ošetřující lékař
- c) jiný, nezávislý lékař
- d) nezávislá lékařská komise
- e) nejbližší příbuzný/í
- f) soud
- g) Bůh
- h) ostatní (*doplňte*) .....

**13. Kdybyste byl/a nevléčitelně nemocný/á, rozhodl/a byste se ve fázi ještě Vašeho samostatného rozhodování o provedení eutanazie nebo byste upřednostňoval/a paliativní péči?**

- a) ano, upřednostňoval/a bych provedení eutanazie
- b) ne, upřednostňoval/a bych paliativní péči
- c) nevím

**14. Souhlasili byste s provedením eutanazie u svých nejbližších v terminálním (konečném) stádiu života?**

- a) určitě ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne



d) určitě ne

e) nevím

**15. Souhlasíte s legalizací eutanazie a jejím následným využívání v České republice?**

a) určitě ano

b) spíše ano

c) spíše ne

d) určitě ne

e) nevím

**16. V případě uzákonění eutanazie, obával/a byste se jejího zneužívání?**

a) určitě ano

b) spíše ano

c) spíše ne

d) určitě ne

e) nevím

**17. Odkud máte nejvíce informací o eutanazii? (Lze označit více možností).**

a) televize, rozhlas

b) tisk

c) internet

d) odborná literatura

e) škola

f) semináře, školení

g) jiné (doplňte).....

**18. Myslíte si, že je veřejnost dostatečně informovaná o problematice eutanazie?**

a) ano, dostatečně informovaná

b) ne, nedostatečně informovaná

## Příloha P 2 Žádost o poskytnutí informací v Domově u zámku o.s., Chválkovice na Hané

### Žádost o poskytnutí informací v Domově u zámku o.s., Ivanovice na Hané

Vyplňuje žadatel:

Příjmení a jméno žadatele: Bc. Joanovič Jakub

Datum narození: 8.9.1984

Telefon: 777021139 ..... Email: jakoubek.j@centrum.cz

Adresa (pro zaslání vyjádření): Bc. Joanovič Jakub, Lysovice 96, Vyškov, 682 01

Škola/Fakulta: Univerzita Tomáše Bati, Institut mezioborových studií, Fakulta humanitních studií

Obor studia: Sociální pedagogika

**Požadavek (přesná specifikace požadovaných informací):**

Žádám Vás o provedení dotazníkového šetření v rámci diplomové práce, která má název: *Problematika eutanazie a paliativní péče očima společnosti. Dotazník je zaměřen na názory respondentů na problematiku eutanazie a paliativní péče v závislosti na vybraných faktorech.*

**Způsob provedení sběru informací:** *Dotazníkové šetření u respondentů v seniorském věku, distribuce mojí osobou, případně za pomoci zaměstnanců domova pro seniory.*

**Termín sběru informací:** *od 13.1.2014 do 28.2.2014*

**Pracoviště, kde bude sběr informací probíhat:** *Domov u zámku o.s., Ivanovice na Hané*

**Důvod požadovaných informací:** *zjištění, zda faktory jako jsou věk, zaměstnání, náboženské vyznání a osobní zkušenost s umíráním blízké osoby výrazným způsobem ovlivňují názor respondentů na legalizaci či zákaz provádění eutanazie v ČR nebo preferují paliativní péči.*

**Presentace informací:** *Získané informace budou poskytnuty Domov u zámku o.s., Ivanovice na Hané a bude z nich zpracována výzkumná část mé diplomové práce.*

**Požadujete možnost uveřejnění zdroje informací:** X ANO  NE

### Poučení:

Žadatel se zavazuje, že zachová mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozví v souvislosti s prováděným výzkumem a sběrem informací. Presentace výsledků s uvedením Domova u zámku o.s., *Ivanovice na Hané* je možná pouze s jejím souhlasem. *Chválkovice n.H.*

Datum: 10.1.2014 .....

Podpis:.....

Vyplňuje Domov u zámku o.s., *Ivanovice na Hané:*

Vyjádření odpovědného zaměstnance dle organizačního řádu:  ANO  
 NE

**Souhlas s uvedením Domov u zámku o.s., *Ivanovice na Hané:***

ANO  
 NE

Občanské sdružení  
DOMOV U ZÁMKU, o.s.  
Chválkovice na Hané č.11  
683 23 pošta Ivanovice na Hané  
IČ: 228 34 324

*14.1.2014*  
.....  
Datum:

.....  
Podpis a razítko

**Příloha P 3 Žádost o poskytnutí informací v nemocnici Vyškov, příspěvkové organizaci**

**Žádost o poskytnutí informací v nemocnici Vyškov, příspěvkové organizaci**

Vyplňuje žadatel:

Příjmení a jméno žadatele: Bc. Joanovič Jakub

Datum narození: 8.9.1984

Telefon: 777021139 ..... E-mail: jakoubek.j@centrum.cz

Adresa (pro zaslání vyjádření): Joanovič Jakub, Lysovice 96, Vyškov, 682 01

Škola/Fakulta: Univerzita Tomáše Bati, Institut mezioborových studií, Fakulta humanitních studií

Obor studia: Sociální pedagogika

**Požadavek (přesná specifikace požadovaných informací):**

*Žádám Vás o provedení dotazníkového šetření v rámci diplomové práce, která má název: Problematika eutanazie a paliativní péče očima společnosti. Dotazník je zaměřen na názory respondentů na problematiku eutanazie a paliativní péče v závislosti na vybraných faktorech.*

**Způsob provedení sběru informací:** *Dotazníkové šetření u zdravotnických pracovníků (lékaři, všeobecné sestry, sanitáři, ošetřovatelky), kteří pečují mimo jiných i o klienty s onkologickým onemocněním, případně v terminálním stádiu nemoci. Distribuce mojí osobou, případně za pomoci zaměstnanců nemocnice Vyškov, příspěvkové organizace.*

**Termín sběru informací:** *od 13.1.2014 do 28.2.2014*

**Pracoviště, kde bude sběr informací probíhat:** *Pracoviště INTERNÍHO ODDĚLENÍ: JIP, I., II., III. interní oddělení a pracoviště ODN: A, B, C oddělení.*

**Důvod požadovaných informací:** *zjištění, zda faktory jako jsou věk, zaměstnání, náboženské vyznání a osobní zkušenost s umíráním blízké osoby výrazným způsobem ovlivňují názor respondentů na legalizaci či zákaz provádění eutanazie v ČR nebo preferují paliativní péči.*

**Presentace informací:** *Získané informace budou poskytnuty nemocnici Vyškov, příspěvkové organizaci a bude z nich zpracována výzkumná část mé diplomové práce.*

**Požadujete možnost uveřejnění zdroje informací:** ANO NE

**Poučení:**

Žadatel se zavazuje, že zachová mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozví v souvislosti s prováděným výzkumem a sběrem informací. Presentace výsledků s uvedením jména nemocnice Vyškov, příspěvková organizace je možná pouze s jejím souhlasem.

Datum: 10.1.2014 .....

Podpis:.....

**Vyplňuje nemocnice Vyškov, příspěvková organizace:**

Vyjádřením odpovědného zaměstnance dle organizačního řádu:  ANO  NE

**Souhlas s uvedením nemocnice Vyškov, příspěvková organizace:**

ANO  
 NE

Nemocnice Vyškov, příspěvková organizace Putkyřova 36, 682 01 Vyškov IČO: 00639205 DIČ: CZ00839205 tel.: 517 315 111 fax: 517 315 118 194
--

19.1.2014  
.....  
Datum:

.....  
Podpis a razítko

Obr. 3 Žádost o poskytnutí informací v nemocnici Vyškov, příspěvkové organizaci

## Příloha P 4 Žádost o poskytnutí informací v sociálních službách Vyškov, P.O.

### Žádost o poskytnutí informací v sociálních službách Vyškov, příspěvkové organizaci

Vyplňuje žadatel:

**Příjmení a jméno žadatele:** Bc. Joanovič Jakub

**Datum narození:** 8.9.1984

**Telefon:** 777021139 ..... **Email:** jakoubek.j@centrum.cz

**Adresa (pro zaslání vyjádření):** Bc. Joanovič Jakub, Lysovice 96, Vyškov, 682 01

**Škola/Fakulta:** Univerzita Tomáše Bati, Institut mezioborových studií, Fakulta humanitních studií

**Obor studia:** Sociální pedagogika

**Požadavek (přesná specifikace požadovaných informací):**

*Žádám Vás o provedení dotazníkového šetření v rámci diplomové práce, která má název: Problematika eutanazie a paliativní péče očima společnosti. Dotazník je zaměřen na názory respondentů na problematiku eutanazie a paliativní péče v závislosti na vybraných faktorech.*

**Způsob provedení sběru informací:** *Dotazníkové šetření u respondentů v seniorském věku, distribuce mojí osobou, případně za pomoci zaměstnanců domova pro seniory.*

**Termín sběru informací:** *od 13.1.2014 do 28.2.2014*

**Pracoviště, kde bude sběr informací probíhat:** *Domov pro seniory, Vyškov, Brňany.*

**Důvod požadovaných informací:** *zjištění, zda faktory jako jsou věk, zaměstnání, náboženské vyznání a osobní zkušenost s umíráním blízké osoby výrazným způsobem ovlivňují názor respondentů na legalizaci či zákaz provádění eutanazie v ČR nebo preferují paliativní péči.*

**Presentace informací:** *Získané informace budou poskytnuty sociálním službám Vyškov, příspěvkové organizaci a bude z nich zpracována výzkumná část mé diplomové práce.*

**Požadujete možnost uveřejnění zdroje informací:** X ANO  NE

**Poučení:**

Žadatel se zavazuje, že zachová mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozví v souvislosti s prováděným výzkumem a sběrem informací. Presentace výsledků s uvedením sociálních služeb Vyškov, příspěvková organizace je možná pouze s jejím souhlasem.

Datum: 10.1.2014.....

Podpis:.....

**Vyplňují sociální služby Vyškov, příspěvková organizace:**

Vyjádření odpovědného zaměstnance dle organizačního řádu:

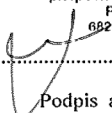
ANO  
 NE

**Souhlas s uvedením sociálních služeb Vyškov, příspěvková organizace:**

ANO  
 NE

SOCIÁLNÍ SLUŽBY VYŠKOV,  
příspěvková organizace,  
Pošt. 1-3  
682 01 Vyškov

.....  
14.1.2014  
Datum:

.....  
  
Podpis a razítko

## Příloha P 5 Senátní návrh zákona o důstojné smrti

### Žádost pacienta

#### § 4

(1) V době vyhotovení žádosti o důstojnou smrt musí být pacient plně způsobilý k právním úkonům a musí být plně při vědomí. Žádost musí být vyhotovena písemně a musí z ní být nade vší pochybnost zřejmé, že pacient dobrovolně a po náležitém zvážení žádá o důstojnou smrt. Pacient musí žádost vlastnoručně sepsat, datovat a podepsat; podpis pacienta musí být úředně ověřen.

(2) Pokud pacient nemůže číst nebo psát, nebo je nevidomý, může svoji žádost o důstojnou smrt učinit před třemi současně přítomnými svědky v listině, která musí být hlasitě přečtena a přítomnými svědky podepsána. Přitom pacient musí před svědky potvrdit, že listina obsahuje jeho žádost o důstojnou smrt. Pisatelem a předčítatelem může být i svědek; pisatel však nesmí být zároveň předčítatelem.

(3) V listině podle odst. 2 musí být uvedeno, že pacient nemůže číst nebo psát, kdo listinu napsal a kdo nahlas přečetl a jakým způsobem pacient potvrdil, že listina obsahuje jeho žádost o důstojnou smrt. Listinu musí svědci podepsat.

(4) Osoby neslyšící, které nemohou číst nebo psát, mohou projevit žádost o důstojnou smrt před třemi současně přítomnými svědky, ovládajícími znakovou řeč, a to v listině, která musí být tlumočena do znakové řeči.

(5) V listině podle odst. 4 musí být uvedeno, že pacient nemůže číst nebo psát, kdo listinu napsal a kdo nahlas přečetl a jakým způsobem pacient potvrdil, že listina obsahuje jeho žádost o důstojnou smrt. Obsah listiny podle odst. 4 musí být po jejím sepsání přetlumočen do znakové řeči; i toto musí být v listině uvedeno. Listinu musí svědci podepsat.

(6) Svědky žádostí o důstojnou smrt uvedených v tomto paragrafu mohou být pouze osoby, které jsou plně způsobilé k právním úkonům. Svědky nemohou být osoby nevidomé, neslyšící, němé, ty, které neznají jazyk, ve kterém se projev vůle činí, a osoby, které by mohly mít na smrti pacienta jakýkoli materiální zájem.

#### § 5

Žádost o důstojnou smrt může pacient vzít kdykoliv zpět.

## § 6

Žádost o důstojnou smrt se zakládá do zdravotnické dokumentace pacienta. V případě jejího zpětvzetí je žádost ze zdravotnické dokumentace okamžitě vyňata a zničena.

## § 7

(1) K důstojné smrti lze na základě jeho žádosti dopomoci nebo ji vyvolat pouze u pacienta, který je v situaci, kdy jeho zdravotní stav je beznadějný, a kdy se nachází ve stavu trvalého utrpení fyzického nebo psychického, které je výsledkem nahodilé nebo dlouhodobé závažné a nevléčitelné nemoci.

(2) K důstojné smrti nelze dopomoci nebo ji vyvolat u osoby pouze na základě stáří nebo bezmocnosti.

(3) K důstojné smrti nelze dopomoci nebo ji vyvolat dříve než 4 týdny od vyhotovení žádosti pacientem.

## **Postup lékaře**

### §8

Pokud pacient požádá o pomoc k důstojné smrti či o její vyvolání, musí být před samotnou pomocí nebo vyvoláním důstojné smrti současně splněny následující podmínky:

a) ošetřující lékař musí podrobně seznámit pacienta s jeho zdravotním stavem, předpokládanou délkou jeho života, možnými léčebnými postupy a utišující léčbou včetně jejích účinků

b) ošetřující lékař musí prodiskutovat s pacientem jeho žádost o důstojnou smrt a musí nabýt přesvědčení, že vzhledem ke všem okolnostem neexistuje žádné jiné rozumné řešení situace pacienta a že žádost pacienta je zcela dobrovolná

c) ošetřující lékař musí s pacientem vést o jeho žádosti o důstojnou smrt nejméně tři časově přiměřeně oddělené rozhovory, aby se ujistil o trvání fyzického nebo psychického utrpení pacienta a o jeho opakované vůli.

### § 9

(1) Před pomocí k důstojné smrti nebo jejím vyvoláním musí ošetřující lékař konzultovat jiného lékaře, kterého zevrubně informuje o zdravotním stavu pacienta. Tento lékař musí být nezávislý ve vztahu k pacientovi i ošetřujícímu lékaři a musí splňovat další podmínky

stanovené prováděcím předpisem. Konzultovaný lékař přezkoumá lékařské záznamy a vyšetří pacienta. Konzultovaný lékař vypracuje o svých zjištěních zprávu, se kterou musí ošetřující lékař seznámit pacienta.

(2) Pokud pacienta pravidelně ošetřuje lékařský tým, ošetřující lékař musí pacientovu žádost o důstojnou smrt konzultovat i se členy tohoto lékařského týmu. Výsledky těchto konzultací je nutno zachytit v písemné formě. Členové ošetřujícího lékařského týmu musejí tento dokument podepsat.

(3) Pokud některý z konzultovaných lékařů vyjádří pochybnost o odůvodněnosti vyvolání důstojné smrti, je ošetřující lékař povinen konzultovat postupem dle odst. 1 dalšího lékaře.

(4) Při splnění podmínek tohoto ustanovení ošetřující lékař postupuje dále podle § 12.

### **Postup lékaře v případě žádosti učiněné předem**

#### § 10

Důstojnou smrt lze za podmínek tohoto zákona vyvolat i u pacienta, který o důstojnou smrt požádal způsobem stanoveným tímto zákonem předem.

#### § 11

(1) Pokud pacient požádal o vyvolání důstojné smrti předem, musí být před samotným vyvoláním důstojné smrti současně splněny následující podmínky:

- a) pacient trpí vážnou a nevléčitelnou nemocí;
- b) pacient se nachází ve stavu nezměnitelného bezvědomí;
- c) zdravotní stav pacienta je s ohledem na stav lékařské vědy v té době nevratný;
- d) ošetřující lékař musí konzultovat jiného lékaře, kterého zevrubně informuje o zdravotním stavu pacienta. Tento lékař musí být nezávislý ve vztahu k pacientovi i ošetřujícímu lékaři a musí splňovat další podmínky stanovené prováděcím předpisem. Konzultovaný lékař přezkoumá lékařské záznamy, vyšetří pacienta a sdělí, zda podle jeho názoru jsou splněny podmínky písm. a) až c).

(2) Pokud pacienta pravidelně ošetřuje lékařský tým, ošetřující lékař musí pacientovu žádost o důstojnou smrt konzultovat i se členy tohoto lékařského týmu. Výsledky těchto konzultací je nutno zachytit v písemné formě. Členové ošetřujícího lékařského týmu musejí tento dokument podepsat.



(3) Pokud některý z lékařů vyjádří pochybnost o odůvodněnosti vyvolání důstojné smrti, je ošetřující lékař povinen konzultovat postupem dle písm. d) dalšího lékaře.

(4) Při splnění podmínek tohoto ustanovení ošetřující lékař postupuje dále podle § 12.

#### § 12

Lékařské postupy pro pomoc k důstojné smrti a pro její vyvolání stanoví ministerstvo vyhláškou.

#### § 13

Lékař, který byl nápomocen k důstojné smrti nebo ji vyvolal, musí vyplnit formulář sestavený ministerstvem a doručit jej ministerstvu do pěti pracovních dnů od vyvolání nebo pomoci k důstojné smrti. Ve formuláři musí být uvedeno pohlaví, místo a datum narození pacienta; datum, místo a hodina úmrtí; povaha utrpení, které bylo trvalé; zda byl pacient v nezměnitelném bezvědomí; důvody, které vedly k přesvědčení, že vzhledem ke všem okolnostem neexistovalo žádné jiné rozumné řešení situace pacienta a že žádost pacienta byla zcela dobrovolná; datum sepsání žádosti o důstojnou smrt; data a výsledky konzultací s jinými lékaři, případně se členy ošetřujícího lékařského týmu.

#### § 14

Ministerstvo formulář uvedený v § 13 nejpozději do 3 pracovních dnů postoupí komisi zřízené při úřadu veřejného ochránce práv a složené lékařů, právníků a expertů na oblast důstojné smrti, která na základě údajů ve formuláři přezkoumá, zda byly v daném případě splněny podmínky tohoto zákona. V případě pochybností si komise může vyžádat od ošetřujícího lékaře údaje ze zdravotní dokumentace pacienta vztahující se k vyvolání důstojné smrti, zejména zprávy z veškerých konzultací, které byly učiněny v rámci postupu stanoveného tímto zákonem. Ošetřující lékař má povinnost vyžádanou dokumentaci komisi poskytnout.

#### § 15

Komise vydává ke každému případu do dvou měsíců od doručení formuláře rozhodnutí o tom, zda byly splněny podmínky tohoto zákona. Na rozhodování komise se přiměřeně použijí ustanovení správního řádu.

§ 16

Pokud komise dospěje v rozhodnutí k názoru, že při pomoci k důstojné smrti nebo při jejím vyvolání nebyly splněny podmínky stanovené tímto zákonem, postoupí případ místně příslušnému státnímu zástupci.

§ 17

Komise je usnášeníschopná, pokud jsou přítomny nejméně dvě třetiny jejích členů.

§ 18

Členové komise jsou povinni zachovávat mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozvědí v souvislosti s činností v komisi. Tím není dotčena povinnost uvedená v § 16. Rovněž ustanovení zvláštních zákonů o zproštění mlčenlivosti touto zásadou nejsou dotčena. Členové komise rovněž důsledně dbají ochrany osobních údajů.

§ 19

Ministerstvo stanoví prováděcím předpisem bližší podmínky, které musí splňovat lékař konzultovaný v souvislosti se žádostí o důstojnou smrt, sestaví formulář uvedený v § 13 tohoto zákona a určí početní zastoupení odborníků v komisi podle § 14 tohoto zákona.

### **Zvláštní část**

K § 1

Návrh zákona v § 1 obsahuje definici důstojné smrti, resp. odděluje pomoc k důstojné smrti (asistovaná eutanázie) a její vyvolání (aktivní eutanázie). Základní variantou je přitom pomoc k důstojné smrti, teprve pokud není možné využít tento postup, přichází na řadu vyvolání důstojné smrti jako takové.

K § 2

Zákon zde vyjímá lékaře, který dopomůže k důstojné smrti nebo ji vyvolá, z působnosti trestních předpisů, a to pouze za předpokladu, že jsou dodrženy podmínky zákona. Zákon rovněž svěřuje pomoc k důstojné smrti nebo její vyvolání pouze lékařům, zároveň však stanoví, že k pomoci k důstojné smrti nebo jejímu vyvolání nemůže být žádný lékař nucen. Je tak ponecháno vždy na konkrétní osobě, zda svoji součinnost v daném případě poskytne či nikoliv.

Toto ustanovení zdůrazňuje pravidlo, že základním způsobem, jímž nastane důstojná smrt, je pouze pomoc k ní. Teprve v případech, kdy to není objektivně možné, zákon umožňuje přímo důstojnou smrt vyvolat.

#### K § 3

Toto ustanovení zákona obsahuje možnost, aby pacient o důstojnou smrt požádal předem, tj. v době, kdy důvod k vyvolání důstojné smrti zatím neexistuje. Situaci, kdy by však důvod k důstojné smrti v budoucnu nastal, pacient může řešit předem, sestavením příslušné žádosti.

#### K § 4

Tento paragraf návrhu zákona o důstojné smrti obsahuje podrobnou úpravu žádosti pacienta. V této souvislosti bylo využito úpravy občanského zákoníku vztahující se na vyhotovení žádosti. Vzhledem k tomu, že zmíněná úprava občanského zákoníku poměrně zevrubně řeší nejrůznější případy, kdy je fyzická osoba při vyhotovování příslušného právního úkonu určitým způsobem znevýhodněná, tj. je například nevidomá, nemůže číst nebo psát, byla ustanovení občanského zákoníku použita i na žádost o důstojnou smrt, neboť je v souvislosti s ní do značné míry pravděpodobné, že žádost bude vyhotovovat právě fyzická osoba zdravotně určitým způsobem postižená.

#### K § 5

V tomto případě se jedná o poměrně běžné ustanovení, výslovně stanovující možnost pacienta se svojí žádostí o důstojnou smrt libovolně nakládat, což zahrnuje i případné zpětvzetí žádosti.

#### K § 6

K tomu, aby bylo možné prokázat, že pacient žádost o důstojnou smrt skutečně sestavil, návrh zákona stanoví, že žádost se vždy zakládá do zdravotnické dokumentace pacienta, případně je z ní po jejím zpětvzetí okamžitě vyňata a zničena.

#### K § 7

Toto ustanovení návrhu zákona omezuje pomoc k důstojné smrti nebo její vyvolání. Předně z možnosti takto ukončit lidský život vyjímá osoby staré nebo bezmocné, které jinak nesplňují podmínky předpokládané tímto zákonem. Dále potom přesně definuje stav pacienta, u něhož je možné důstojnou smrt vyvolat či k ní dopomoci. Konečně zákon pamatuje

na to, že vzhledem ke stanoveným procedurám je nutný určitý čas, a proto určuje, že k důstojné smrti nelze dopomoci nebo ji vyvolat dříve než 4 týdny od zhotovení žádosti.

#### K § 8

Zákon zde stanoví podmínky, jejichž současné splnění je nutnou podmínkou pro pomoc k důstojné smrti nebo její vyvolání.

#### K § 9

Aby bylo zabezpečeno co možná nejobektivnější posouzení konkrétní situace, je třeba dle tohoto ustanovení zákona konzultovat dalšího lékaře, který splňuje podmínky stanovené prováděcím předpisem (konkrétně nezávislost je v tomto kontextu chápána i jako nutnost nepracovat na témže pracovišti jako ošetřující lékař pacienta) a který ke každému konkrétnímu pacientovi poskytne svoje stanovisko. Pokud pacienta pravidelně ošetřuje lékařský tým, musejí být v souvislosti s důstojnou smrtí konzultováni i členové tohoto lékařského týmu. Pro případ, že by některý z konzultovaných lékařů vyjádřil o důstojné smrti pacienta pochyby, zákon stanoví, že musí být konzultován další lékař.

#### K § 10

Toto ustanovení vzhledem ke svému systematickému zařazení znovu opakuje zásadu, podle níž lze důstojnou smrt u pacienta vyvolat i na základě žádosti učiněné předem. Jelikož další úprava operuje již výhradně s podmínkou nezměnitelného bezvědomí, není již v této části návrhu zákona obsažena možnost k důstojné smrti pouze pomoci.

#### K § 11

Paragraf 11, podobně jako paragraf 8 a 9 upravuje postup lékařů, který musí předcházet vyvolání důstojné smrti u pacienta, který žádost o důstojnou smrt učinil dopředu a který se tudíž v dané situaci nachází ve stavu, kdy již není schopen o sobě rozhodovat.

#### K § 12

Vzhledem k vysoké odbornosti lékařských postupů byla konkrétní procedura vyvolání a pomoci k důstojné smrti ponechána na odborně zpracovaném prováděcím předpise.

#### K § 13

K tomu, aby bylo možné tuto citlivou záležitost podrobit patřičné kontrole, je stanoveno, že po pomoci k důstojné smrti nebo jejím vyvolání je lékař, který k důstojné smrti dopo-

mohl nebo ji vyvolal, povinen vyplnit formulář a zároveň se určuje, jaké údaje musí formulář obsahovat.

#### K § 14

K přezkoumání postupu při pomoci k důstojné smrti nebo jejím vyvolání, resp. dodržení podmínek navrhovaného zákona zřídí ministerstvo komisi, která na základě údajů uvedených ve formuláři rozhodne, zda při pomoci k důstojné smrti nebo jejím vyvolání v konkrétním případě byly či nebyly splněny podmínky tohoto zákona. Tato komise by měla být složena z lékařů, právníků a odborníků na oblast důstojné smrti, tj. například psychologů aj. a měla by fungovat v rámci úřadu veřejného ochránce práv.

#### K § 15

Výsledkem rozhodování komise je rozhodnutí, jež je komise povinna vydat do dvou měsíců od doručení formuláře. Je tak zajištěna jistota lékaře, že při vyvolávání nebo pomoci k důstojné smrti dodržel veškeré podmínky stanovené tímto zákonem.

#### K § 16

Zde se jedná o odlišení pomoci (vyvolání) důstojné smrti za podmínek stanovených návrhem zákona, které je vyjmuta z působnosti trestních předpisů, od potenciálního spáchání trestného činu při nedodržení podmínek zákona.

#### K § 17

Technicko - organizační ustanovení, které pouze klade důraz na důležitost přijímání rozhodnutí komise, tudíž pro její usnášenišchopnost stanovuje podmínku účasti alespoň dvou třetin jejích členů.

#### K § 18

Vzhledem k citlivosti záležitosti, jakou důstojná smrt jistě je, a k ochraně osobních údajů zde zákon výslovně na členy komise klade povinnost mlčenlivosti a ochrany osobních údajů.

#### K § 19

Jde o zmocňovací ustanovení, které se vztahuje na případy, u nichž návrh zákona počítá s prováděcím předpisem. (Domšová, 2008)

## Příloha P 6 Zařízení paliativní péče ve vybraných evropských zemích

Tab. 26. Zařízení PP ve vybraných evropských zemích.

Země	BE	DE	IT	NL	ES	ŠE	GB	PL	ČR
Počet obyvatel (mil.)	10,1	82	57,4	15,6	40,0	8,0	57,1	38,6	10,2
Lůžkové hospice	1	64	3	16	1	69	219	22	6
Oddělení paliativní péče	49	50	0	2	23			50	0
Počet paliat. lůžek	358	989	0	119	812	298	3196	758	170
Paliativní lůžka/1 mil. obyvatel	35,4	12,1	0,5	7,6	20,3	33,8	56	19,6	16,7
Konziliární paliat. týmy/ambulace	55	2	0	34	45	41	336	3	1
Domácí paliativní péče	45	582	88	286	75	67	355	149	0
Denní stacionáře	2	9	0	0	0	13	248	8	0

(Vorlíček et al, 2004, s. 21)

Vysvětlivky:

BE – Belgie

DE – Německo

IT - Itálie

NL – Nizozemsko

ES – Španělsko

SE – Švédsko

GB – Velká Británie

PL – Polsko

ČR – Česká republika

## Příloha P 7 Fáze vyrovnávání se s nemocí dle Elisabeth Kübler-Rossové

1. NEGACE: šok, popírání
2. AGRES: hněv, vzpoura
3. SMLOUVÁNÍ: vyjednávání
4. DEPRESE: smutek
5. SMÍŘENÍ: souhlas

Tab. 27. Fáze smířování se se ztrátou dle Elisabeth Kübler-Rossové.

FÁZE	PROJEVY	CO S TÍM
NEGACE ŠOK, POPÍRÁNÍ	„Ne já ne, pro mne to neplatí. „To není možné“. „To je určitě omyl.“ „Zaměnili výsledky.“	Neopustit, zůstat na blízku. Navázat kontakt a získat důvěru.
AGRESE HNĚV, VZPOURA	„Proč zrovna já?“ „Čí je to vina?“ „Vždyť mi nic nebylo.“ Zlost na zdravé lidi příp. zdravotníky.	Dovolit odreagování, nepohoršovat se.
SMLOUVÁNÍ VYJEDNÁVÁNÍ	Hledání zázračných léků, léčitelů či diet. Ochota zaplatit cokoliv. Činí velké sliby.	Maximální trpělivost. Pozor, nenaletět tzv. „uzdravovacím" podvodníkům.
DEPRESE SMUTEK	Smutek z utrpené ztráty. Smutek z hrozící ztráty. Strach o zajištění rodiny.	Trpělivě naslouchat, pomoci urovnat vztahy a pomoci hledat řešení.
SMÍŘENÍ SOUHLAS	Vyrovnání, pokora, skončil boj, je čas loučení. „Dokonáno jest.“	Mlčenlivá lidská přítomnost, držet za ruku, utírat slzu. Rodina často potřebuje pomoc víc než pacient! ( <i>Fáze smířování</i> , ©2014)

## **Příloha P 8 Základní principy poskytování paliativní péče v zařízeních domácí, následné a dlouhodobé péče**

Při zavádění paliativních programů (implementaci paliativní péče) do činnosti dosud nepaliativních zařízení, je užitečné formulovat a dodržovat základní principy, s nimiž by se měl personál ztotožnit dříve, než si začne osvojovat dílčí odborné paliativní dovednosti.

K těmto principům řadíme následující:

1. Smyslem paliativní péče je i v zařízeních domácí, následné a dlouhodobé péče zkvalitnit závěr života, nikoliv však zkrátit umírání.
2. Umírající lidé potřebují dostatečně chráněný prostor, aby byli sami sebou.
3. Vysokou prioritou při poskytování této péče je empatická komunikace a kontakt s rodinou.
4. Umírání nevyklučuje kauzální léčebné intervence komplikací a případně náhodných zdravotních problémů.
5. Očekávané umírání a paliativní péče nevyklučují zanedbání péče.
6. Eutanazie je nelegální, nepřijatelná a především trestná.
7. U kompetentního člověka nesmí být paliativní péče s odstupováním od některých intervencí aplikována bez jeho souhlasu (nutnost informovaného souhlasu).
8. Každý pacient v paliativní péči musí mít svého odborně, eticky a právně zodpovědného ošetřujícího lékaře.
9. V zařízeních dlouhodobé/následné péče, v ústavech sociální péče a domácí péči nesmějí vzniknout tzv. „bezlékařská gheta“, kde by umírající pacienti v „paliativním režimu“ byli v primární zodpovědnosti nelékařského personálu, který by určoval strategii přístupu včetně potřeby kontaktu s lékařem a lékařské intervence obtíží. (Byla by to nepřijatelná diskriminační demedicinace, která nemá nic společného se žádoucí demedicinací ve smyslu podřízení dlouhodobé zdravotní péče kvalitě života a přirozeným životním rolím i podmínkám nemocného.)
10. Mimořádnou pozornost a opatrnost vyžaduje indikace paliativní péče u jiných než onkologických onemocnění u pacientů.



11. Zvláště u křehkých geriatrických nemocných péče kolísá mezi paliací a animací.
12. Vysokou prioritou jsou důstojnost a přání umírajícího člověka a jejich plnění, ale i spokojenost s náplní bdělého času.
13. Lid, jež jsou v bezvědomí či ve vegetativním stavu, mají právo na dlouhodobou kvalitní péči.
14. Je nutno rozlišovat mezi dlouhodobým ošetrovatelstvím a paliativní péčí nezadržující přirozený průběh terminální fáze neléčitelné choroby.
15. Informace o pacientech v paliativním režimu musejí být minimálně 1 × týdně probírány na sezení multidisciplinárního týmu.
16. O pacientech v paliativním režimu musí být v ústavu či v agentuře domácí péče vedený samostatný přehled.
17. Program zavádění paliativní péče v LDN, v jiných ústavních zařízeních či v domácí péči musí být konstruován, vysvětlován a „jištěn“ tak, aby byl bezpečný i v nejhorším ještě přijatelném zařízení daného typu s minimálním povědomím personálu o povaze paliativní medicíny (nepodkročitelné minimum kvality péče) – nesmí optimisticky předpokládat obecně optimální znalosti personálu ani optimální provozní, a také kontrolní mechanismy.
18. Paliativní péče v LDN vyžaduje úhradovou podporu paliativního (příp. hospicového) lůžka s navýšenou režii a paušálem.
19. Cílevědomá paliativní péče v LDN či v rámci domácí péče není totéž, co náhodné umírání v LDN či v rámci domácí péče.
20. Nezbytnou podmínkou poskytování paliativní péče je pečlivá paliativní dokumentace s etapovými analyticko-syntetickými epikrizami a s pravidelnými záznamy lékaře. (Kalvach et al., 2010, s. 29 – 31)

## Příloha P 9 Seznam lůžkových hospiců v České republice provozovaných církvemi a občanskými sdruženími

Tab. 28. Seznam lůžkových hospiců v ČR.

Seznam lůžkových hospiců v ČR				
Název hospice	Místo	Otevření	Provozovatel	Internetové stránky
Hospic Anežky České	Červený Kostelec	1995	Oblastní charita Červený Kostelec	<a href="http://www.hospic.cz/">http://www.hospic.cz/</a>
Hospic sv. Lazara	Plzeň	1998	Hospic svatého Lazara	<a href="http://www.hsl.cz/">http://www.hsl.cz/</a>
Hospic Štrasburk	Praha-Bohnice	1998	Hospic Štrasburk	<a href="http://www.lph.cz/?page_id=10">http://www.lph.cz/?page_id=10</a>
Dům léčby s hospicem sv. Josefa	Rajhrad	1999	Oblastní charita Rajhrad	<a href="http://rajhrad.charita.cz/dum-lecby-bolesti-s-hospicem-sv-josefa1/">http://rajhrad.charita.cz/dum-lecby-bolesti-s-hospicem-sv-josefa1/</a>
Hospic sv. Štěpána	Litoměřice	2001	Hospic sv. Štěpána, občanské sdružení	<a href="http://www.hospiclitomerice.cz/">http://www.hospiclitomerice.cz/</a>
Hospic na Svatém Kopečku	Svatý Kopeček	2002	Hospic na Svatém Kopečku	<a href="http://www.hospickopecek.caritas.cz/">http://www.hospickopecek.caritas.cz/</a>
Hospic sv. Alžběty	Brno	2004	Gabriela o. s.	<a href="http://www.hospicbrno.cz/">http://www.hospicbrno.cz/</a>
Hospic v Mostě	Most	2005	HOSPIC v MOSTĚ, o. p. s.	<a href="http://www.hospic-most.cz/">http://www.hospic-most.cz/</a>
Hospic sv. Jana Nepomuka Neumanna	Prachatice	2005	Hospic sv. Jana N. Neumanna	<a href="http://www.hospicpt.cz/prachatice/">http://www.hospicpt.cz/prachatice/</a>
Hospic sv. Lukáše	Ostrava-Výškovice	2007	Charita Ostrava	<a href="http://ostrava.caritas.cz/hospicove-sluzby/luzkova-hospicova-pece-hospic-sv-lukase/">http://ostrava.caritas.cz/hospicove-sluzby/luzkova-hospicova-pece-hospic-sv-lukase/</a>
Hospic Dobrého pastýře	Čerčany	2008	Občanské sdružení TŘI	<a href="http://www.hospic-cercany.cz/hospic-dobrehopastyre/o-luzkovem-hospicidp">http://www.hospic-cercany.cz/hospic-dobrehopastyre/o-luzkovem-hospicidp</a>
Hospic Chrudim	Chrudim	2009	Smíření – hospicové sdružení pro Pardubický kraj	<a href="http://www.smireni.cz/">http://www.smireni.cz/</a>
Hospic Frýdek-Místek	Frýdek-Místek	2011	Hospic Frýdek-Místek, p. o.	<a href="http://www.hospicfm.cz/">http://www.hospicfm.cz/</a>

Hospic Malovická	Praha-Záběhlice	2011	Hospic Štrasburk	<a href="http://www.lph.cz/?page_id=12">http://www.lph.cz/?page_id=12</a>
Hospic Citadela	Valašské Meziříčí	2011	Diakonie ČCE – hospic Citadela	<a href="http://www.citadela.cz/">http://www.citadela.cz/</a> (Wikipedie, ©2014)

## **Příloha P 10 Základní principy mobilní paliativní péče**

### **Základní principy mobilní paliativní péče**

- pacient a jeho rodina, případně jeho nejbližší přátelé, jsou společnými příjemci péče a zásadním způsobem se podílejí na vytváření plánu poskytované péče
  - tým paliativní péče je multidisciplinární tvoří jej lékaři, zdravotní sestry, sociální pracovník, psycholog, koordinátor dobrovolníků, poradenský pracovník, osobní asistenti, ošetřovatelé, duchovní, dobrovolníci a další pracovníci dle potřeby
  - mobilní paliativní péče je komplexní: pečuje o fyzický, psychický, sociální a spirituální stav pacienta a jeho rodiny
  - integrální součástí paliativní péče je odborná léčba bolesti a dalších specifických symptomů
- provázejících umírání a paliativní tým disponuje náležitým způsobem vyškolenými a zkušenými odborníky na léčbu těchto symptomů
- paliativní tým poskytuje péči i rodině pacienta minimálně po dobu jednoho roku po smrti pacienta nabízí pozůstalým odborně vedenou službu doprovázení v období truchlení
  - tým paliativní péče spolupracuje s praktickými a ošetřujícími lékaři, agenturami domácí ošetrovatelské péče a dalšími poskytovateli zdravotní a sociální péče
  - součástí týmu jsou školení a odborně vedení dobrovolníci. (*Standardy mobilní PP*, ©2014)

## **Příloha P 11 Pravidla pro podání sedativ v PP dle Etické směrnice a doporučení Švýcarské akademie medicínských věd**

- Paliativní péče se zaměřuje na udržení pacientovy schopnosti komunikace.
- Příležitostně se může indikovat časově omezené uklidnění pacienta pomocí podání sedativ, aby se dočasně učinily snesitelnými těžko léčitelné symptomy, dokud nepřinesou žádoucí účinek odpovídající léčebné zákroky. V takovém případě se mají sedativa podávat kvalitativně a časově jen natolik, nakolik je to nutné pro mírnění symptomů.
- U zatěžujících symptomů nereagujících na léčbu, může být žádoucí kontinuální podávání sedativ. Medikamentózně indukované kóma se přitom dovede až do smrti. Takové podání a působení sedativ se musí provádět jen se souhlasem pacienta.
- Probuzení pacienta v mezičase je nutno s ním diskutovat.
- U pacienta, který není způsobilý se rozhodnout, se musí možnost podání a působení sedativ předem projednat nebo se stát obsahem jeho předem projeveného přání. Pro příbuzné nebo ty, kdo pečují, je to někdy těžké vydržet utrpení pacienta. To nesmí být důvodem pro to, aby se podala sedativa, jestliže by to neodpovídalo přání pacienta.
- Doporučuje se vytvořit a dodržovat na klinice protokol o rozhodnutí, který obsahuje i rozhovor s příbuznými a těmi, kdo pečují.
- Ve zvláštní situaci ukončení léčby (extubace na jednotce intenzivní péče), v níž se předvídá smrt pacienta, se může indikovat podání sedativ. Podání sedativ na konci života se nesmí používat ke krácení života, může se vzít ale za určitých okolností v potaz. Odliší se tak od eutanazie. (Milfait et al., 2013, s. 322)

## Příloha P 12 Práva pacientů ČR

### Práva pacientů ČR

1. Pacient má právo na ohleduplnou a odbornou zdravotnickou péči prováděnou s porozuměním kvalifikovanými pracovníky.
2. Pacient má právo znát jméno lékaře a dalších zdravotnických pracovníků, kteří jej ošetřují. Má právo žádat soukromí a služby přiměřené možnostem ústavu, jakož i možnost denně se stýkat se členy své rodiny a s přáteli. Omezení takového způsobu návštěv může být provedeno pouze ze závažných důvodů.
3. Pacient má právo získat od svého lékaře údaje potřebné k tomu, aby mohl před zahájením každého dalšího nového diagnostického či terapeutického postupu rozhodnout, zda s ním souhlasí. Vyjma případů akutního ohrožení má být náležitě informován o případných rizicích, která jsou spojena s uvedeným postupem. Pokud existuje i více alternativních postupů nebo pokud pacient vyžaduje informace o léčebných alternativách, má na seznámení s nimi právo. Má také právo znát jména osob, které se na nich účastní.
4. Pacient má v rozsahu, který povoluje zákon, právo odmítnout léčbu a musí být současně informován o zdravotních důsledcích svého rozhodnutí.
5. V průběhu ambulantního i nemocničního vyšetření, ošetření a léčby, má nemocný právo na to, aby byly v souvislosti s programem léčby brány maximální ohledy na jeho soukromí a stud. Rozbory jeho případu, konzultace a léčba jsou věcí důvěrnou a musí být provedena diskrétně. Přítomnost osob, které nejsou na léčbě přímo zúčastněny, musí odsouhlasit nemocný, a to i ve fakultních zařízeních, pokud si tyto osoby pacient sám nevybral.
6. Pacient má právo očekávat, že veškeré zprávy a záznamy, jež se týkají jeho léčby, jsou považovány za důvěrné. Ochrana informací o nemocném musí být zajištěna také v případech počítačového zpracování.
7. Pacient má právo očekávat, že nemocnice musí dle svých možností přiměřeným způsobem vyhovět pacientovým žádostem o poskytování péče v míře odpovídající povaze onemocnění. Je-li to nutné, může být pacient předán jinému léčebnému ústavu, případně tam převezen po té, když mu bylo poskytnuto úplné zdůvodnění a informace o nezbytnosti tohoto předání a dalších alternativách, které při tom existují. Instituce, jež má nemocného převzít do své péče, musí překlad nejprve schválit.

8. Pacient má právo očekávat, že jeho léčba bude vedená s přiměřenou kontinuitou. Má právo vědět předem, jací lékaři, v jakých ordinačních hodinách a na jakém místě mu jsou k dispozici. Po propuštění má právo očekávat, že nemocnice určí postup, jímž bude jeho lékař pokračovat v informacích o tom, jaká bude další péče pacienta.

9. Pacient má právo na podrobné a jemu srozumitelné vysvětlení v případě, že se lékař rozhodl k nestandardnímu postupu nebo experimentu. Písemný vědomý souhlas pacienta je podmínkou k zahájení neterapeutického i terapeutického výzkumu.

10. Pacient může kdykoliv, a to i bez uvedení důvodu, z experimentu odstoupit, když byl poučen o případných zdravotních důsledcích takového rozhodnutí.

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

11. Pacient má právo a povinnost znát a řídit se platným řádem zdravotnické instituce, kde se léčí (nemocniční řád). Má právo kontrolovat svůj účet a vyžadovat odůvodnění jeho položek bez ohledu na to, kým je účet placen. (MPSV, ©2014)

## **Příloha P 13 Etický kodex sester**

### **1. Sestry a spoluobčan**

- Sestra spoluzodpovídá za péči poskytovanou občanům, kteří ji potřebují.
- Při poskytování ošetrovatelské péče sestra vytváří prostředí, v němž jsou respektována lidská práva, hodnoty, zvyky a duchovní přesvědčení jednotlivce, rodiny i komunity.
- Sestra zaručuje, aby byly jednotlivým osobám poskytnuty dostatečné informace, z nichž může vycházet jejich souhlas s péčí a související léčbou.
- Sestra dodržuje povinnost mlčenlivosti, chrání důvěrné informace pacienta. Tyto informace sděluje dalším lidem jen na základě souhlasu pacienta a lékaře.
- Sestra se spolupodílí na zahájení a podpoře aktivit zaměřených na uspokojování zdravotních a sociálních potřeb občanů, zejména těch, jež patří do ohrožených skupin.
- Sestra je rovněž spoluzodpovědná za zachování přirozeného prostředí a jeho ochranu před znehodnocováním, znečišťováním, úpadkem a ničením.

### **2. Sestry a jejich ošetrovatelská praxe**

- Sestra nese osobní odpovědnost za ošetrovatelské činnosti a za udržování své kvalifikace na potřebné úrovni průběžným celoživotním studiem. Sestra je povinna realizovat co možná nejvyšší úroveň poskytované péče.
- Pečuje o své vlastní zdraví, aby nebyla narušena její schopnost poskytovat péči.
- Posuzuje svou kvalifikaci a své schopnosti při přijímání určité povinnosti a stejně tak posuzuje kvalifikaci a schopnosti osob, které pověřuje plněním určité povinnosti.
- Sestra za všech okolností dodržuje pravidla slušného chování, vytváří profesionální image a prestižní postavení sester ve společnosti, přispívá tak k budování dobré pověsti profese a zvyšuje důvěru občanů.
- Sestra při poskytování péče usiluje o to, aby se při užívání nové techniky a uplatňování vědeckého pokroku dbalo na bezpečnost, důstojnost a lidská práva občanů/pacientů.



### **3. Sestry a profese**

- Sestra hraje rozhodující roli při určování, vytváření, a také realizaci norem ošetrovatelské praxe, řízení, výzkumu a vzdělávání.
- Sestra se aktivně podílí na rozvoji základní soustavy odborných znalostí vycházejících z vědeckého poznání.
- Sestra se prostřednictvím profesní, odborové nebo jiné organizace podílí na vytváření a zachování spravedlivých socioekonomických pracovních podmínek v ošetrovatelství.

### **4. Sestry a jejich spolupracovníci**

- Sestra úzce spolupracuje se všemi spolupracovníky oboru ošetrovatelství a ostatních oborů.
- Sestra je povinná účinně zasáhnout, pokud je péče o nemocného ohrožena jejím spolupracovníkem či kteroukoliv jinou osobou. (ČAS, ©2014)

## **Příloha P 14 Země, umožňující pasivní eutanazii**

Pasivní eutanazie: přerušení léčby udržující pacienta naživu.

### **DÁNSKO**

Zákon o právech pacienta umožňuje od roku 1998 pasivní eutanazii, např. zastavení léčby nevléčitelně nemocného. Aktivní eutanazie a asistovaná sebevražda jsou ilegální.

### **FINSKO**

Pasivní eutanazie je umožněna.

### **FRANCIE**

Zákon o pasivní eutanazii schválil parlament v listopadu 2004 (dolní komora), v dubnu 2005 (Senát); nevléčitelně nemocný pacient musí požádat lékaře o zastavení léčby. Zákon o aktivní eutanazii již několikrát odmítl Senát. Její legalizaci však dlouhodobě podporuje současný prezident Francois Hollande.

### **INDIE**

Pasivní eutanazii umožňuje zákon, který vstoupil v platnost v březnu 2011.

### **IRSKO**

Není trestné zastavit léčbu člověku, který si to přeje: zakotveno "právo na smrt".

### **ITÁLIE**

Ve výjimečných případech není trestána pasivní eutanazie, např. odpojení přístrojů v případě mozkové smrti.

### **KOLUMBIE**

Za určitých podmínek je eutanazie povolena.

### **MEXIKO**

V některých státech zákon umožňuje nevléčitelně nemocnému odmítnout léčbu prodlužující mu život: jde o federální distrikt Mexiko (od ledna 2008), stát Aguascalientes (od dubna 2009) a stát Michoacán (od září 2009).

### **NĚMECKO**

Eutanazie je zakázána, ale není trestná pomoc při sebevraždě, když se ten, kdo nemocnému v jeho záměru zemřít pomáhá, do samotného usmrcení přímo nezapojí.

(ZN, ©2014)

## Příloha P 15 Zákon o předem vysloveném přání

Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách) ze dne 6. listopadu 2011.

Část čtvrtá, § 36 (pokračování ze str. 73)

(4) Pacient může učinit dříve vyslovené přání také při přijetí do péče poskytovatelem nebo kdykoliv v průběhu hospitalizace, a to pro poskytování zdravotních služeb zajišťovaných tímto poskytovatelem. Takto vyslovené přání se zaznamená do zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi; záznam podepíše pacient, zdravotnický pracovník a svědek; v tomto případě se nepostupuje podle odstavce 3.

(5) Dříve vyslovené přání

a) není třeba respektovat, pokud od doby jeho vyslovení došlo v poskytování zdravotních služeb, k nimž se přání vztahuje, k takovému vývoji, že lze důvodně předpokládat, že by pacient vyslovil souhlas s jejich poskytnutím; rozhodnutí o nerespektování dříve vysloveného přání pacienta a důvody, které k němu vedly, se zaznamenají do zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi,

b) nelze respektovat, pokud nabádá k takovým postupům, jejichž výsledkem je aktivní způsobení smrti,

c) nelze respektovat, pokud by jeho splnění mohlo ohrozit i jiné osoby,

d) nelze respektovat, pokud byly v době, kdy poskytovatel neměl k dispozici dříve vyslovené přání, započaty takové zdravotní výkony, jejichž přerušení by vedlo k aktivnímu způsobení smrti.

(6) Dříve vyslovené přání nelze uplatnit, jde-li o nezletilé pacienty či o pacienty zbavené způsobilosti k právním úkonům. (Zákon, ©2014)

## **Příloha P 16 Prohlášení církví a náboženských společností v ČR k problematice eutanazie a doprovázení umírajících**

- Církev upozorňuje na nebezpečí, která by byla s uzákoněním eutanazie spojena, a sice její provedení proti vůli pacienta či na základě přání vynuceného danou situací.

- Je nepřijatelné, aby byl u někoho vytvářen pocit, že je již jen břemenem, a nemocný se musel sám před sebou či před druhými omlouvat, že ještě vůbec žije. Taková zákonná úprava by podkopávala důvěru vůči zdravotnímu personálu v nemocnicích, léčebnách pro dlouhodobě nemocné, v domovech důchodců aj. zařízeních.

- Eutanazii není považována za možnost volby ve výjimečných případech, nýbrž za znevážení lidského života.

- Je nutné zajistit integrální péči o umírající a o ty, kteří je doprovázejí. Četné studie ze zemí, ve kterých byla eutanazie uzákoněna, zkušenosti zdravotního personálu aj. asistujících osob ukazují, že lidé žádají takové řešení především z obavy ze ztráty důstojnosti a ze závislosti na druhých. Důvody, proč lidé často žádají ukončit život, nejsou pouze lékařské, ale i sociální. V těchto zemích narůstá počet usmrcení pacientů bez jejich souhlasu.

- Paliativní medicína je schopna odstranit bolest nebo ji minimalizovat na snesitelnou míru. Je třeba pro důstojné umírání zprostředkovat umírajícímu vědomí, že zůstává naším bližním, není ponechán sám sobě a není opuštěn. Je důležité mu vytvořit rodinné prostředí, kde se cítí být doma, zasazen do osobních vztahů.

- Nezbytností je věnovat větší pozornost integrální péči o umírající v nemocnicích, LDN, domovech důchodců a dalších zařízeních. Takovou péči poskytuje nejen zdravotní a ošetřující personál, ale i rodina a další blízké osoby. Cennou zkušeností takového integrálního přístupu je hospicová péče, která se v České republice rozvíjí a potřebuje větší podporu a to včetně i domácí hospicové péče.

- Nutné je rozvíjet zdělávání a doprovázení dobrovolníků, kteří jsou ochotni těžce nemocné a umírající doprovázet.

- Poskytnout finanční a legislativní podporu rodinám o umírající pečujícím. (Graubner et al, ©2014)

## Příloha P 17 Statistické výpočty

Tabulkové zobrazení dat pro statistický výpočet hypotézy č. 1

Věk respondentů	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Do 40 let	76	33,05 %
41 a více let	154	66,95 %
<b>Celkem</b>	<b>230</b>	<b>100,00 %</b>

Souhlas s legalizací eutanazie a jejím využíváním v ČR	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Určitě ano	46	20,00 %
Spíše ano	77	33,47 %
Spíše ne	38	16,54 %
Určitě ne	30	13,04 %
Nevím	39	16,95 %
<b>Celkem</b>	<b>230</b>	<b>100,00 %</b>

Věk respondentů do 40 let x Souhlas s legalizací eutanazie	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Určitě ano	25	32,89 %
Spíše ano	33	43,44 %
Spíše ne	6	7,89 %
Určitě ne	6	7,89 %
Nevím	6	7,89 %
<b>Celkem</b>	<b>76</b>	<b>100,00 %</b>

Věk respondentů nad 40 let x Souhlas s legalizací eutanazie	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Určitě ano	21	13,63 %
Spíše ano	44	28,58 %
Spíše ne	32	20,79 %
Určitě ne	24	15,58 %
Nevím	33	21,42 %
<b>Celkem</b>	<b>154</b>	<b>100,00 %</b>

Tabulkové zobrazení dat pro statistický výpočet hypotézy č. 2

Odborné zdravotnické vzdělání	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	115	50,00 %
Ne	115	50,00 %
<b>Celkem</b>	<b>230</b>	<b>100,00 %</b>

Souhlas s legalizací eutanazie a jejím využíváním v ČR	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Určitě ano	46	20,00 %
Spíše ano	77	33,47 %
Spíše ne	38	16,54 %
Určitě ne	30	13,04 %
Nevím	39	16,95 %
<b>Celkem</b>	<b>230</b>	<b>100,00 %</b>

Odborné zdravotnické vzdělání x Souhlas s legalizací eutanazie a jejím využíváním v ČR	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Určitě ano	24	20,88 %
Spíše ano	44	38,26 %
Spíše ne	19	16,52 %
Určitě ne	17	14,78 %
Nevím	11	9,56 %
<b>Celkem</b>	<b>115</b>	<b>100,00 %</b>

Nezdravotnické vzdělání (laická veřejnost) x Souhlas s legalizací eutanazie a jejím využíváním v ČR	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Určitě ano	22	19,13 %
Spíše ano	33	28,69 %
Spíše ne	19	16,52 %
Určitě ne	13	11,30 %
Nevím	28	24,36 %
<b>Celkem</b>	<b>115</b>	<b>100,00 %</b>

### Tabulkové zobrazení dat pro statistický výpočet hypotézy č. 3

Víra v Boha	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Určitě ano	63	27,39 %
Spíše ano	59	25,65 %
Spíše ne	61	26,52 %
Určitě ne	47	20,44 %
<b>Celkem</b>	<b>230</b>	<b>100,00 %</b>

Osobní pohled respondentů na provedení eutanazie či preference PP při nevléčitelném onemocnění	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Upřednostňoval/a bych eutanazii	67	29,13 %
Upřednostňoval/a bych paliativní péči	63	27,38 %
Nevím	100	43,47 %
<b>Celkem</b>	<b>230</b>	<b>100,00 %</b>

<b>Respondenti s náboženským vyznáním x Upřednostnění eutanazie v rámci nevléčitelného onemocnění či preference PP</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost (%)</b>
Ano, eutanazie	23	18,86 %
Ne, PP	43	35,24 %
Nevím	56	45,90 %
<b>Celkem</b>	<b>122</b>	<b>100,00 %</b>

<b>Respondenti bez náboženského vyznání x Upřednostnění eutanazie v rámci nevléčitelného onemocnění či preference PP</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost (%)</b>
Ano, eutanazie	44	40,74 %
Ne, PP	20	18,52 %
Nevím	44	40,74 %
<b>Celkem</b>	<b>108</b>	<b>100,00 %</b>

#### Tabulkové zobrazení dat pro statistický výpočet hypotézy č. 4

<b>Osobní zkušenost s umíráním blízké osoby</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost (%)</b>
Ano	109	47,39 %
Ne	121	52,61 %
<b>Celkem</b>	<b>230</b>	<b>100,00 %</b>

<b>Souhlas s legalizací eutanazie a jejím využíváním v ČR</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost (%)</b>
Určitě ano	46	20,00 %
Spíše ano	77	33,47 %
Spíše ne	38	16,54 %
Určitě ne	30	13,04 %
Nevím	39	16,95 %
<b>Celkem</b>	<b>230</b>	<b>100,00 %</b>



<b>Respondenti s osobní zkušeností s umíráním blízké osoby x Souhlas s legalizací eutanazie a jejím využíváním v ČR</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost (%)</b>
Určitě ano	24	22,01 %
Spíše ano	41	37,61 %
Spíše ne	14	12,84 %
Určitě ne	17	15,59 %
Nevím	13	11,95 %
<b>Celkem</b>	<b>109</b>	<b>100,00 %</b>

<b>Respondenti bez osobní zkušenosti s umíráním blízké osoby x Souhlas s legalizací eutanazie a jejím využíváním v ČR</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost (%)</b>
Určitě ano	22	18,18 %
Spíše ano	36	29,76 %
Spíše ne	24	19,83 %
Určitě ne	13	10,74 %
Nevím	26	21,49 %
<b>Celkem</b>	<b>121</b>	<b>100,00 %</b>

## Příloha P 18 Seznam cizích slov

adaptace	přizpůsobení
analgetika	léky tlumící bolest
Alzheimerova choroba	neurodegenerativní onemocnění mozku, při kterém dochází k postupné demenci
Asociace	sdružení
bagatelizovat	podceňovat
barbituráty	deriváty kyseliny barbiturové. Mají vysoký tlumící účinek na centrální nervovou soustavu. V lékařství užívaný jako hypnotikum nebo sedativum.
demence	vážné duševní onemocnění vznikající až po ukončení rozvoje kognitivních funkcí
deteoriace	postupující zhoršení, úbytek
diskriminace	rozlišování (nejčastěji lidí na základě příslušnosti k nějaké obecné skupině bez ohledu na schopnosti konkrétního jedince)
dystanazie	zadržaná smrt, snaha lékařů o udržení nemocného člověka co nejdéle při životě
empatická	mající pochopení, vnímavá, soucítící
explicitní	výslovný, přímý, jasný, zřetelný
fóbie	strach
fyzioterapeut	rehabilitační pracovník
geriatričtí	zejm. pacienti - starší pacienti (70 a více let), jejichž onemocnění je komplikováno dalšími významnými nemocemi a syndromy, jsou ohroženi zejména zhoršením či ztrátou soběstačnosti, kvalitativními poruchami vědomí a dalšími geriatrickými komplikacemi

holisticky	celostně
imobilizační syndrom	syndrom z inaktivity (fyzické nečinnosti), sekundární porucha: příčinou je nehybnost, snížená aktivita
infantilní	nevyspělý, dětinský
infaustní prognóza	nepříznivá předpověď
kazuistika	popis a výklad konkrétních případů, souhrn klinických pozorování průběhu nemoci, popis lékařsky zajímavých případů, chorob
kognitivní funkce	poznávací funkce
lege artis	podle pravidel
living will	poslední vůle, písemné vyjádření svobodné vůle (např. vážně nemocného člověka)
Miss	slečna
mobilní	pohyblivý
multidisciplinární	přístup charakterizovaný spoluprací více vědních (zdravotnických) oborů při péči o klienta
multiprofesní	přítomnost více než jedné profese v týmu. Multiprofesní tým se může skládat z lékařů a sester a celé řady dalších zdravotníků
neurodegenerativní	onemocnění charakterizováno pozvolným (jen zcela výjimečně rychlým) úbytkem neuronů v mozku nebo v míše, přičemž neurony zanikají na základě apoptózy a jsou nahrazovány glií
neuromuskulární	nervosvalový
online	připojené k internetu, k síti
Parkinsonova nemoc	neurodegenerativní onemocnění centrální nervové soustavy, souvisí s úbytkem nervových buněk v části mozku Substantia nigra (černá substance)

perzistující vegetativní stav	Apalický syndrom - zvláštní typ poruchy vědomí. Těžké postižení kůry či subkortikálních struktur při zachované funkci mozkového kmene. Postižený má zachované kmenové reflexy včetně spontánního dýchání a srdeční akce, oči bezděčně sledují okolí, zrakové vjemy postižený nevnímá
pneumonie	zápal plic
polymorbidní	trpící větším počtem závažných chorob a zdravotních komplikací, jež zejména ve stáří bývají obtížně léčitelné a mívají špatnou prognózu
pregraduální příprava	studium na vysokých školách
psychoterapeutické	verbální, neverbální a paraverbální komunikační techniky užívané psychoterapeutem k zvýšení duševního zdraví pacienta či ke zlepšení vztahů uvnitř skupiny (rodiny aj.)
renální	ledvinný
respitní	krátkodobá úlevová péče pro rodinné příslušníky a opatrovníky, jež trvale pečují o nemocnou osobu vyžadující stálou péči
roztroušená skleróza	chronické autoimunitní onemocnění, při kterém lidský imunitní systém napadá centrální nervovou soustavu (mozek a míchu), čímž způsobuje demyelinizaci (rozpad myelinových pochev)
sedace	uklidnění, utišení - většinou farmakoterapeutické (polékové)
spirituální	duchovní
symptom	příznak nemoci
versus	proti