

Názory společnosti na eutanazii v České republice

Bc. Petra Blahová

Diplomová práce
2018



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav pedagogických věd

akademický rok: 2017/2018

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Petra Blahová**

Osobní číslo: **H160241**

Studijní program: **N7507 Specializace v pedagogice**

Studijní obor: **Sociální pedagogika**

Forma studia: **kombinovaná**

Téma práce: **Názory společnosti na eutanazii v České republice**

Zásady pro vypracování:

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.

Vymezení pojmů a teoretických východisek vztahujících se k eutanazii, paliativní péči, sociální práci, sociální pedagogice a etice.

Příprava metodiky a výzkumné části.

Realizace kvantitativního výzkumu formou dotazníkového šetření.

Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.

Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.

Rozsah diplomové práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

HATOKOVÁ, Mária. Sprevádzanie chorých a zomierajúcich: dobrovoľníctvo v nemocniciach a paliatívnych zariadeniach. 2. upr. vyd. Košice: Equilibria, 2013, 244 s. ISBN 978-80-8143-125-8.

LOUČKA, Martin, Štěpán ŠPINKA a Martina ŠPINKOVÁ. Eutanazie: víme, o čem mluvíme?. 2., přepracované vydání. Praha: Cesta domů, 2015, 51 s. ISBN 978-80-88126-08-9.

MATĚJEK, Jaromír. Dříve projevená přání pacientů: výhody a rizika. Praha: Galén, c2011, 189 s. ISBN 978-80-7262-850-6.

MUNZAROVÁ, Marta. Lékařský výzkum a etika. Praha: Grada, 2005, 120 s. ISBN 80-247-0924-4.

VÁGNEROVÁ, Marie. Obecná psychologie: dílčí aspekty lidské psychiky a jejich orgánový základ. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2016, 413 s. ISBN 978-80-246-3268-1.

Vedoucí diplomové práce:

PhDr. Helena Skarupská, Ph.D.

Ústav pedagogických věd

Datum zadání diplomové práce:

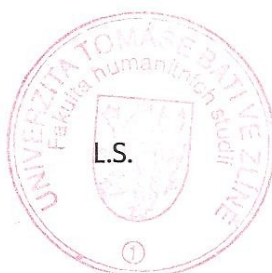
1. prosince 2017

Termín odevzdání diplomové práce:

20. dubna 2018

Ve Zlíně dne 1. prosince 2017


doc. Ing. Anežka Lengalová, Ph.D.
děkanka




Mgr. Jakub Hladík, Ph.D.
ředitel ústavu

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 ¹⁾;
- 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 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ 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 ³⁾ 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.

Ve Zlíně 13.4.2018

Blahová

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 vzdělávacímu zařízení (školní dílo).

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

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.

3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

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

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

ABSTRAKT

Tato diplomová práce je zaměřena na názory společnosti na eutanazii v České republice. Práce je složena ze dvou hlavních částí, a to teoretické a empirické. Teoretická část se zaměřuje na základní pojmosloví vztahující se k eutanazii, dělení eutanazie a její historický vývoj. Jsou zde také popsány potřeby člověka v terminálním stádiu života. Další teoretická východiska se týkají legislativního rámce České republiky a mezinárodních dokumentů zabývajících se možností eutanazie. V neposlední řadě jsou zde uvedeny také argumenty pro a proti legalizaci eutanazie a možnost využití paliativní a hospicové péče, jakožto zdravotnicko-sociálního zařízení pro osoby trpící nevléčitelným onemocněním. Empirická část diplomové práce má kvantitativní charakter a je realizována pomocí dotazníkového šetření. Výzkum se zaměřuje na postoje společnosti ve vztahu k umírání, smrti a možnosti eutanazie. Získaná data jsou zpracována a postupně analyzována. Výstupy jsou následně prezentovány formou tabulek a grafů. Stanovené hypotézy výzkumu jsou statisticky vyhodnoceny a poté verifikovány nebo falzifikovány.

Klíčová slova: eutanazie, thanatologie, umírání, smrt, paliativní péče, hospicová péče, etika, důstojnost člověka

ABSTRACT

The master thesis is focused on opinions about euthanasia in the society of Czech Republic. The thesis is divided in two main parts, theoretical and empirical. The theoretical part debates basic word conception relating to euthanasia, division of euthanasia and its historical development. There are needs of human described in the terminal stage of life. Other theoretical recourses refer to the legislative frame of the Czech Republic and international documents debating the question of euthanasia. Last but not least, there are even arguments stated for and against legalization and feasibility of palliative and hospice care as health and social facility for people suffering incurable illnesses. The empirical part of thesis is of quantitative nature and is realized with the means of questionnaire research. The research is focused on attitudes of the society in relation to dying, death and euthanasia feasibility. The obtained data are elaborated and gradually analysed. The outputs are consequently presented in the way of tables and graphs. The stated hypotheses of research are statistically analysed and later verified and falsified.

Keywords: euthanasia, thanatology, dying, death, palliative care, hospice care, ethics, human dignity

Poděkování:

Děkuji tímto paní PhDr. Heleně Skarupské, Ph.D. za odborné vedení, věcné připomínky a cenné rady při psaní této diplomové práce. Děkuji také zúčastněným respondentům, bez kterých by tato práce nemohla vzniknout.

Ráda bych poděkovala Bc. Michaela Blahové za jazykovou korekturu.

Velké díky patří nepochybně celé mé rodině, která mi byla po celou dobu studia oporou, a měla se mnou vždy dostatek trpělivosti.

„Existuje tisíce způsobů, jak zabít čas, ale žádný, jak ho vzkřísit.“

Albert Einstein

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

OBSAH

ÚVOD	10
I TEORETICKÁ ČÁST	12
1 ZÁKLADNÍ CHARAKTERISTIKA EUTANAZIE	13
1.1 POJMOSLOVÍ.....	13
1.1.1 Eutanazie	14
1.1.2 Asistovaná sebevražda	15
1.1.3 Dystanazie	15
1.1.4 Orthothanasie	16
1.1.5 Sociální eutanazie.....	16
1.1.6 Paliativní péče	17
1.1.7 Sociální smrt.....	17
1.2 DĚLENÍ EUTANAZIE	17
1.2.1 Aktivní/ pasivní eutanazie.....	17
1.2.2 Vyžádaná/ nevyžádaná/ nedobrovolná eutanazie.....	18
1.3 HISTORIE EUTANAZIE	18
2 POTŘEBY PACIENTA V OBDOBÍ UMÍRÁNÍ	22
2.1 FYZICKÉ SOUVISLOSTI.....	23
2.2 PSYCHOLOGICKÉ SOUVISLOSTI.....	23
2.3 SOCIÁLNÍ SOUVISLOSTI	24
2.4 SPIRITUÁLNÍ SOUVISLOSTI.....	25
3 POHLED NA EUTANAZII Z LEGISLATIVNÍHO A SPOLEČENSKÉHO HLEDISKA	26
3.1 LEGISLATIVA ČESKÉ REPUBLIKY V SOUVISLOSTI S EUTANAZIÍ.....	26
3.1.1 Mezinárodní dokumenty	28
3.2 EUTANAZIE Z POHLEDU ČESKÉ SPOLEČNOSTI	30
3.2.1 Argumenty pro legalizaci eutanazie.....	30
3.2.2 Argumenty proti legalizaci eutanazie.....	31
4 PALIATIVNÍ A HOSPICOVÁ PÉČE	33
4.1 PALIATIVNÍ PÉČE	33
4.1.1 Formy paliativní péče.....	35
4.2 HOSPIC	36
4.2.1 Historie hospicové péče	36
4.2.2 Formy hospicové péče.....	37
4.2.2.1 Nemocnice	37
4.2.2.2 Pobytová zařízení hospiců	38
4.2.2.3 Domácí hospicová péče	38
4.3 PALIATIVNÍ A HOSPICOVÁ PÉČE URČENÁ DĚTEM	38
4.4 PRACOVNÍCI V HOSPICOVÉM ZAŘÍZENÍ	39
4.5 PRÁCE S POZŮSTALÝMI	41
II PRAKTICKÁ ČÁST	42
5 METODOLOGIE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	43

5.1	VÝZKUMNÝ PROBLÉM	44
5.2	VÝZKUMNÉ CÍLE A HYPOTÉZY	44
5.2.1	Hypotézy výzkumného šetření	44
5.3	VÝZKUMNÝ SOUBOR	45
5.4	TECHNIKA A METODA SBĚRU DAT	46
5.5	STATISTICKÉ VYHODNOCENÍ	47
6	VYHODNOCENÍ DAT	48
6.1	DESKRIPTIVNÍ ANALÝZA ZÍSKANÝCH DAT	48
6.1.1	Informovanost společnosti o základních pojmech eutanazie	50
6.1.2	Smýšlení lidí o posledních chvílích života.....	52
6.1.3	Názory společnosti na legalizaci eutanazie v České republice	55
6.2	STATISTICKÉ TESTOVÁNÍ HYPOTÉZ.....	58
7	INTERPRETACE DAT	63
7.1	DISKUZE.....	67
7.2	DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	69
	ZÁVĚR	70
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	72
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	75
	SEZNAM GRAFŮ	76
	SEZNAM TABULEK.....	77
	SEZNAM PŘÍLOH.....	78

ÚVOD

Každý člověk je samostatnou autonomní bytostí s vlastní vůlí a specifickou osobností. Je jen na jeho uvážení, kdy a za jakých okolností se rozhodne ukončit svůj život. Existují však případy, kde lze takové rozhodnutí u jedinců zpochybnit. Jedná se zejména o osoby vážně nemocné nebo lidi s nevléčitelnou nemocí, protože na ně často působí různé vedlejší faktory, které mohou toto rozhodování výrazně ovlivnit. Důležitou roli zde hraje tedy emocionální stránka člověka, která má velký vliv na psychiku.

Velmi významnými faktory při volbě zda pokračovat nebo nepokračovat v další léčbě, jsou zcela jistě i nejbližší osoby nemocného (rodina, přátelé), ale i finanční zabezpečení rodiny (náklady na léčbu). K ukončení léčby se spíše přiklání lidé s finančními potížemi, kteří ve smrti vidí vysvobození ze své životní situace.

V souvislosti s eutanazií můžeme hovořit o pojmu s ní souvisejícím, a to je asistovaná sebevražda. Zjednodušeně řečeno jde u ukončení svého života za asistence druhé osoby. K této variantě se přiklání zejména lidé unavení každodenní rutinou i svým dosavadním „nesmyslným“ životem. Naštěstí existuje v dnešní době celá řada institucí, které nám pomohou ve svízelných situacích nebo při rozhodování (psychologické poradny, poradny pro rodiny atp.).

Stárnutí, umírání a smrt jsou nedílnou součástí života a čekají jednou každého z nás. Někdy přijde smrt náhle a bezbolestně, jindy bývá doprovázena bolestí a nemocemi. Ve většině případů umírají osoby spíše staršího věku, či osoby s nevléčitelnou nemocí. Je důležité, aby byla v době umírání zachována lidská důstojnost a co možná nejméně bolestné dožití života.

Dnešní doba je plná stresu, násilí a shonu. Bohužel s aktuální snadnou dostupností k různým informacím, zbraním či lékům zbytečná úmrtnost neustále narůstá. Proto bychom se měli zamyslet, zda je eutanazie či asistovaná sebevražda tím nejvhodnějším řešením problémů a situací. Ne vždy je to jediné nebo správné řešení. A navíc řešení definitivní.

Toto téma bylo vybráno za účelem zjistit názory různých skupin na problematiku eutanazie (podle pohlaví, věku, vzdělání, vyznání), což je hlavním cílem této práce.

Teoretická část diplomové práce zahrnuje základní pojmosloví z oblasti eutanazie a asistované sebevraždy. Dále se zaměřuje na názory společnosti ohledně legalizace

eutanazie v České republice, zejména na filozofické, psychologické a fyziologické faktory, které s touto problematikou úzce souvisí. Popisuje také legislativní ukotvení eutanazie v České republice, paliativní péči a hospicovou péči.

Praktická část diplomové práce se zaměřuje zejména na informovanost týkající se eutanazie a případnou možnost její legalizace na území České republiky. Cílem výzkumu bylo také zjistit samotné přemýšlení lidí nad svou smrtí, zda z ní mají strach a jak by si přáli dožít poslední chvíle svého života.

Jak již bylo zmíněno, na člověka denně působí mnoho různých faktorů a skutečností, které ovlivňují jeho rozhodování a jednání. Hlavním přínosem této práce by proto mělo být rozšíření informovanosti o této problematice a snaha přimět společnost k hlubšímu zamýšlení nad smrtí a umíráním. Přece i toto téma se týká každého z nás, a nemělo by být opomíjeno.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 ZÁKLADNÍ CHARAKTERISTIKA EUTANAZIE

Ukončování života na žádost pacienta je v dnešní době stále častěji diskutovaným tématem, a to ve všech možných podobách. Někteří lidé zastávají názor, že každý člověk má právo rozhodnout, jak naloží se svým životem. Jiní naopak tvrdí, že člověk je dílo Boží, a proto by měl každý život podléhat svému předurčenému osudu.

Stále častější diskuze o umírání a smrti jsou spojeny zejména s vědeckými a technickými pokroky dnešní společnosti. Medicína umožňuje léčit dříve nevléčitelné nemoci a umí prodlužovat život nemocných. Ne vždy je ovšem postup prodlužování života pro pacienta a jeho nejbližší zcela vhodný. Stav, kdy je člověk odkázán na přístroje a není schopen komunikovat se svým okolím, působí destruktivně na tělo pacienta prostřednictvím neustálého přísunu léků tlumících bolest, ale i na psychiku celé rodiny. Pohled na blízkého ve stavu, kdy jeho tělo vykonává pouze biologické funkce, může být psychicky zdrcující. Často však u příbuzných přetrvává víra v jeho uzdravení.

Měl by mít tedy člověk právo rozhodnout se zemřít nebo by mělo toto rozhodnutí být i v souladu s názory nejbližších? Existuje mnoho otázek, které si v souvislosti s tímto tématem můžeme položit, ale ne všechny můžeme s jistotou a správností zodpovědět.

Posláním každého lékaře v České republice je pomáhat a chránit nemocné. V případě nevléčitelné nemoci má pacient sám možnost volby, zda pokračovat v léčbě nebo ne. Jelikož je v České republice ukončení života jinou osobou (tzv. eutanazie či asistovaná sebevražda) nelegální, existuje zde možnost tzv. paliativní péče, tedy ukončení léčby a klidné dožití života umírajícího.

Jestliže se pacient nachází ve stavu, kdy není schopen se sám za sebe rozhodnout pro pokračování nebo ukončení léčby, je toto rozhodnutí v rukou lékařů. Důležitý je zde dokument Doporučení představenstva České lékařské komory, který přesněji určuje postup při rozhodování lékaře mezi intenzivní a paliativní léčbou (Ptáček a Bartůněk, 2012, s. 18).

1.1 Pojmosloví

Pojem eutanazie je v dnešní společnosti často diskutovaným tématem. V souvislosti s touto problematikou ovšem existuje mnoho dalších pojmů, které jsou pro společnost již méně známé. Proto je nutno se nejdříve s těmito výrazy blíže seznámit, a objasnit si pravou podstatu těchto slov:

1.1.1 Eutanazie

Eutanazie je často diskutovaným tématem, jež v mnohých lidech vyvolává negativní emoce. Měli bychom si tedy nejprve ujasnit základní pojmosloví vztahující se k této problematice. Existuje nespočet definic, určující obsah eutanazie, proto si v této práci uvedeme alespoň některé z nich.

Jedna z definic vychází z historického pojetí, konkrétně ze slov řeckého původu, která můžeme volně přeložit jako „dobrá smrt“ („eu“ = dobrý, „thanatos“ = smrt). Eutanazie byla tedy považována za dobrou nebo krásnou smrt završující dlouhý a spokojený život, která se odehrávala rychle a bez bolesti - nejlépe ve spánku (Haškovcová, 2007, s. 120).

Postupem času se význam eutanazie mění a dnes je chápána jako smrt z milosti. Mohli bychom tedy říci, že se jedná o záměrné usmrcení člověka podmíněné soucitem jiné osoby (Pollard, 1996, s. 23). Právě předpona „eu“ dodává tomuto pojmu význam usmrcení s dobrým úmyslem (tedy z milosti), aby se umírající vyhnul bolesti a utrpení (Loučka, 2015, s. 12).

Další definice vychází z holandského modelu, kdy je eutanazie považována za „úmyslné ukončení života člověka někým jiným než člověkem samotným (= lékařem), na jeho vlastní žádost“ (Munzarová, 2005a, s. 49).

Světová zdravotnická organizace (WHO) nahlíží na eutanazii jako na záměrné ukončení života jiného člověka. Takové jednání je úmyslné, přičemž subjekt tohoto činu trpí nevyлéčitelnou nemocí, je o svém zdravotním stavu informován a plně souhlasí s ukončením jakékoliv další léčby. Osoba, která má za úkol život jiného člověka ukončit je rovněž informována o zdravotním stavu nemocného a jedná na základě vysloveného přání člověka, který se takto rozhodl zemřít. Eutanazie by měla být uskutečněna se soucitem a neměla by probíhat za účelem jakéhokoliv zisku (Ptáček a Bartůněk, 2012, s. 17).

Naopak Parlamentní shromáždění Rady Evropy jasně a striktně eutanazii označuje za úmyslné zabití jednoho člověka jinou osobou v domnění, že je tento skutek konán v dobrém úmyslu. Toto jednání však Rada Evropy označuje za nezákonné a mělo by být trvale zakázáno (Ptáček a Bartůněk, 2012, s. 33).

1.1.2 Asistovaná sebevražda

Asistovaná sebevražda je vykonána přímo člověkem, který si přeje zemřít. Jedná se tedy o sebevraždu, avšak hraje zde roli i druhá osoba, která se ne přímo podílí na takové sebevraždě. Pomoc spočívá např. v poskytnutí informací nebo prostředku, jakým je tento čin poté vykonán (Ptáček a Bartůněk, 2012, s. 17). Bývá definována také jako asistované suicidium neboli suicidium za přítomnosti lékaře. Z tohoto pojmu je nám známo, že člověk ukončí svůj život sám za asistence lékaře (Munzarová, 2005a, s. 49).

V některých zemích je tato forma usmrcení přijatelnější, protože je lékař zbaven odpovědnosti za smrt člověka. Jiné země nahlíží na toto tvrzení jako na formu určitého alibismu a je zde tedy považována za totéž co eutanazie a stejně tak je i odsuzována (Loučka, 2015, s. 16). V České republice se jedná podle trestního zákoníku o trestný čin, jakožto účast na sebevraždě (Zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník).

1.1.3 Dystanazie

Tento pojem označuje stav, kdy je vážně nemocný pacient lékaři léčen za každou cenu a jeho smrt je medicínou neustále oddalována, tedy opak eutanazie. Lékař je v takovém případě zaměřen hlavně na diagnózu nemocného a na léčbu člověka už není kladen takový důraz (Funk, 2014, s. 111).

Hlavní příčinu umožňující prodloužení života zaznamenala medicína ve dvacátých letech devatenáctého století, kdy byla objevena nová léčiva a nové léčebné postupy (transplantace, chirurgie). Oddalování smrti je sice pozoruhodné, ale popírání koloběhu života završeným smrtí je nezodpovědné.

Prioritou lékařů je udržet pacienta při životě za každých okolností. Jsou nám umožněny všemožné lékařské postupy, které dokážou udržet tělo při životě o něco déle, i když má léčba na pacienta mnohdy spíše devastující účinek. Takovému jednání, kdy jde o zadržování smrti, říkáme dystanazie. Právě nejbližší osoby pacienta bývají ti, kteří tento postup prosazují, doufajíc v zázrak uzdravení. Často si však neuvědomují, že nemocnému svou nadějí spíše ubližují (Haškovcová, 2007, s. 32 - 33). Z lékařského hlediska bychom tedy hovořili o tzv. **marné a neúčelné léčbě pacienta**, která je pro něj už spíše zbytečná a bolestivá, není tedy v zájmu nemocného (Doporučení představenstva ČLK č. 1/2010). Hippokratovy myšlenky staví lékaře do pozice jakéhosi rozhodce o tom, zda už je léčba marná a je vhodné o člověka nadále už jen pečovat a tlumit jeho bolest. Podle něj lékař

nedokáže vždy uzdravit, ale pečovat o pacienty by měl za každých okolností (Munzarová, 2005a, s. 91).

1.1.4 Orthothanasie

V případě dystanzie je člověk udržován při životě všemi možnými léčebnými postupy. Nejčastěji je pacient napojen na přístroje, které zajišťují jeho vitální funkce. Naopak orthothanasie znamená odpojení od takovýchto přístrojů, což vede téměř k okamžité smrti (Haškovcová, 2007, s. 121).

Prostřednictvím Doporučení představenstva České lékařské komory (ČLK) č. 1/2010 k postupu při změně léčby intenzivní na léčbu paliativní, je akt odpojení pacienta od přístrojů vymezen jako nepokračování léčby, tudíž v České republice přípustný. Dle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotnických službách má každý člověk právo sepsat tzv. předem vyslovené přání, které by mělo určit další postup léčby. Narážíme zde ovšem na překážku, jež se vztahuje k možnosti odpojení pacienta od přístrojů, a to konkrétně v §36 ods. 5 písm. D), kdy nelze respektovat předem vyslovené přání, jež by vedlo k aktivnímu způsobení smrti.

Mezi českými odborníky na toto téma existují rozdílné názory. Profesor Lékařské fakulty Karlovi univerzity Karel Cvachanec je v případě rozhodování o udržování/ odpojení nemocného od přístrojů spíše zdrženlivý a odvolává se na postupy, jež určuje zákon. Naopak doktor Jan Payne (neurolog a etik) zastává názor, že v případě, kdy by udržování vitálních funkcí života pomocí přístrojů nevyčísitelně nemocného ohrožovalo život jiného člověka, u něhož je naděje na přežití, byl by akt prodlužování života pomocí přístrojů zcela amorální (Mezi životem a smrtí: Kdy odpojit pacienta v kómatu? © 2014).

1.1.5 Sociální eutanazie

Tento pojem souvisí s omezením zdrojů medicíny v různých koutech světa. I když se medicína neustále vyvíjí, ne všude se může dostat člověku ideální zdravotní péče. Každá země má své rozdílné ekonomické možnosti, na kterých dále závisí rozvoj vzdělanosti a možných lékařských postupů. Sociální eutanazií se rozumí ukončení léčby, jež nepřináší žádné známky zlepšení zdravotního stavu pacienta a následný přechod na paliativní léčbu. Je tak učiněno, i když je nám známo, že v jiném koutě světa by takový zdravotní stav mohl být vyléčen. (Haškovcová, 2007, s. 122).

1.1.6 Paliativní péče

Světová zdravotnická organizace definuje paliativní péči jako péči o nevyléčitelně nemocné osoby, přičemž by měla být zaměřena zejména na tlumení bolesti pacientů nejen fyzických, ale i psychických, sociálních a spirituálních. Prioritou je zajistit co možná nejlepší podmínky pro poslední chvíle života nejen pacientovi, ale i jeho rodině (Munzarová, 2005a, s. 62).

1.1.7 Sociální smrt

Tento pojem se začal objevovat až v posledních letech v souvislosti s expanzí institucí zaměřených na dlouhodobá onemocnění, následnou péči, stáří atp. V dnešní době se častěji setkáváme s případy, kdy rodina popř. nejbližší příbuzní raději přenechají starosti o „umírajícího“ na jiných specializovaných institucích, jako jsou nemocnice nebo hospic. I když chceme pro milovanou osobu jen to nejlepší, neuvědomujeme si, že v těchto zařízeních může začít citově strádat.

Dříve byl akt umírání spojen s celou rodinou v podobě různých rituálů a loučení s nemocným. Naproti tomu dnes většina lidí umírá v samotě, odcizena od společnosti, kterou byli po celá léta obklopeni. Mohli bychom tedy nazvat sociální smrt jako nějaké sociální vyloučení v době umírání, kdy je nemocný odkázán sám na sebe a na své vlastní myšlenky a pocity (Funk, 2014, s. 112 - 113).

1.2 Dělení eutanazie

Eutanazii můžeme posuzovat z několika hledisek a to zejména podle úmyslu činu (aktivní, pasivní) nebo na základě rozhodnutí „umírajícího“ (vyžádaná, nevyžádaná, nedobrovolná).

1.2.1 Aktivní/ pasivní eutanazie

Aktivní eutanazii (přímou) se rozumí ukončení života pacienta lékařem s úmyslem ho v co nejkratší době usmrtit, aby dále netrpěl. Je prováděna nejčastěji podáním usmrcující látky, či užitím jiného lékařského postupu, jež vede téměř k okamžité smrti - např. odpojení od přístrojů (Munzarová a kol., 2008, s. 21).

Pasivní eutanazie (nepřímá) je stejně jako aktivní eutanazie vykonávána v lékařském prostředí, avšak není realizována přímo usmrcujícími prostředky a postupy. Uskutečňuje se zejména v případech, kdy další léčba nejeví žádné známky zlepšení zdravotního stavu pacienta. Taková diagnóza vede lékaře k zastavení léčby a léčebných postupů, a pacient

postupně na základě svého zhoršujícího se zdravotního stavu umírá (Ptáček a Bartůněk, 2012, s. 34). V souvislosti s pasivní eutanazií úzce souvisí i paliativní péče. I když tato péče spadá pod určitou formu eutanazie, nejedná se o trestný čin. Naopak jestliže tento pojem chápeme ve slova smyslu „nejednat“ při léčbě pacienta (v případě, že lékař neshledává již další známky zlepšení), a tudíž nepodá pacientovi další léky, pak se jedná o trestný čin. Odmítnout neefektivní léčbu má právo každý pacient, přičemž musí být zachována důstojnost pacienta a lékařská etika. Právě tímto se vyznačují postupy paliativní péče (Munzarová a kol., 2008, s. 21).

Z mravního hlediska někteří autoři nepovažují pasivní eutanazii, ve smyslu „nechat člověka zemřít“ za formu eutanazie. Člověk umírá v důsledku jeho vážného zdravotního stavu či choroby, nikoliv za pomoci lékaře. Na rozdíl od aktivní eutanazie, kdy ukončení života lékařem může mít v případě špatné diagnózy velmi vážné důsledky. Může se tudíž jednat o zbytečné usmrcení člověka (Virtl in Munzarová, 2005, s. 83).

Aktivní eutanazie se dle mého názoru jeví jako méně drastický a rychlý způsob ukončení života. Dotyčný na rozdíl od pasivní eutanazie příliš dlouho netrpí, jelikož smrt nastává téměř okamžitě. Při pasivní eutanazii trpí více ne jen sám pacient, ale také celá jeho rodina, a to jak psychicky tak i finančně.

1.2.2 Vyžádaná/ nevyžádaná/ nedobrovolná eutanazie

Vyžádaná eutanazie závisí na dobrovolném rozhodnutí samotného člověka, na kterém má být provedena (Pollard, 1996, s. 22).

Nevyžádaná eutanazie bývá uplatňována v případě, že daný jedinec o tento zákrok nemůže sám požádat (z důvodu mentální nezpůsobilosti, věku atd.). O tomto zákroku tedy rozhoduje jeho zákonný zástupce (Pollard, 1996, s. 22).

Nedobrovolná eutanazie znamená poslední a protiprávní možnost, kdy je člověk usmrcen bez možnosti vlastního vyjádření (Pollard, 1996, s. 23).

1.3 Historie eutanazie

Pojem eutanazie pochází z řeckého původu. V širším slova smyslu se jednalo o dobrou smrt, která vyplývala z dobře prožitého života. Antika nahlížela na dobrou smrt jako na rychlou smrt bez bolesti a utrpení, která nenese problémy stárnutí a stáří. Byla tedy považována za vrchol života každého člověka a často byla doprovázena hrdinskými činy

(např. úmrtí mladého člověka v bitvě o svou vlast či obrana svých nejbližších). Postupem času se toto stanovisko změnilo a dobrou smrtí bylo považováno přijetí smrti takové, jaká je, s důstojností a vnitřní vyrovnaností (Loučka, 2015, s. 9 – 10).

Počátky úvah o ukončení života na základě svobodného rozhodnutí sahají již do období dávné antiky, tedy do dob významných filozofických myslitelů.

Pythagorejci na tuto problematiku pohlíželi velmi negativně. Jejich přesvědčení sahalo do duchovních hodnot, kde každý život je završen smrtí. Pokud je smrt doprovázena bolestí a utrpením, je to jen trest za předchozí hříchy (Munzarová, 2005a, s. 25). Z těchto myšlenek vychází i Hippokrates ve své přísaze, jež se později stala etickým kodexem lékařů. Tvrdí, že: *„nepodám nikomu smrtící látku, i kdyby ji ode mne žádal, a ani nikomu tuto možnost nenavrhnú“* (Munzarová, 2005b, s. 19).

Sokrates naopak považoval utrpení za zbytečné a ve smrti shledával jakýsi přechod do bezesného spánku, díky němuž se můžeme znovu setkat s lidmi, kteří již zemřeli. Byl přesvědčen, že smrt nikomu neuškodí, proto nebyl zastáncem zbytečného prodlužování nesmyslné a mnohdy bolestivé léčby. S těmito myšlenkami se rovněž později ztotožňoval i jeho žák Platon (Munzarová, 2005a, s. 25 - 26).

Aristoteles striktně vystupoval proti ukončení života nemocného člověka. Takové jednání bylo podle něj jen důkazem zbabělosti a unáhlenosti člověka, i když se nacházel v terminálním stádiu svého života (Munzarová, 2005a, s. 26).

Stoikové zastávali alternativnější názor k této problematice. Předčasné usmrcení zcela nezavrhovali, avšak toto jednání podléhalo určitým podmínkám. Požadavek k takovému činu musel být jasně opodstatněný (např. nevyléčitelný zdravotní stav) a vše muselo být důkladně zhodnoceno vzhledem k odpovědnosti vůči zúčastněným na tomto činu. Tyto podmínky sloužily především jako prevence proti unáhlenému rozhodnutí pacienta, který si přeje zemřít. Dostávalo se mu tedy dostatečného času pro důkladnější zhodnocení svého stavu a následného rozhodnutí (Munzarová, 2005a, s. 27).

Ve středověku bylo na smrt pohlíženo jako na vrchol lidského bytí. Sloužila převážně jako spojovací článek mezi životem a posmrtným životem, tedy shledáním se s Bohem (Loučka, 2015, s. 11).

Počátek novověku sebou přinesl nový pohled na pojem eutanazie, a to v užším slova smyslu. K tomu výrazně přispěl rozvoj medicíny a lékařských možností. Zde se objevily

první myšlenky eutanazie ve spojitosti s lékaři. Nejednalo se tedy jen o dobrou smrt, která závisela na celkovém životě člověka, ale vyvstávaly zde i otázky, do jaké míry by mohli lékaři pomoci člověku v situaci, kdy je na pokraji smrti. V období osvícenství se ve velké míře kladl důraz na jedinečnost každého člověka, na jeho osobnost a silnou vůli, tedy důraz na vlastní volbu, jak nakládat se svým životem (Loučka, 2015, s. 11 - 12).

Drastickou podobu nabyl pohled na eutanazii v nacistickém Německu, které zastávalo názor „silnější jedinci přežijí“, tedy sociálního darwinismu (Loučka, 2015, s. 12). Počátky rasové hygieny byly zaznamenány ještě před nástupem Adolfa Hitlera k moci, kdy tato myšlenka ovládla německé lékařství a lékařské univerzity (Munzarová, 2005a, s. 30).

Nejdříve se eutanazie začala provádět na duševně a tělesně postižených dětech pomocí smrtící injekce. Později bylo Hitlerem vydáno nařízení aplikovat myšlenku čisté rasy i na lidech žijících na území Říše (Eutanazie 1939 – 1941, © 2011).

V letech 1940 – 1941 bylo v Německu zřízeno šest ústavů k výkonu eutanazie. Celý proces, nazýván jako Program T4, byl přísně tajný. Vraždění byli lidé slabomyslní, psychicky narušení, či tělesně postižení. Židovská rasa byla „nálepkována“ jako psychicky narušená, tudíž nevyhovující a odsouzena k likvidaci (Eutanazie 1939 – 1941, © 2011).

Období holocaustu bylo nepochybně nejmasovějším vyvražďováním nevinných lidí v dějinách Evropy. Německé procesy oslabily ve 20. století důvěru společnosti vůči lékařským postupům. Pochyby byly spjaty se zneužíváním eutanazie a vedly k vytvoření moderní lékařské etiky (Čáp, Palenčár a Kurucová, 2016, s. 157).

Současná doba nahlíží na eutanazii jako na jednání lékaře, které vede k ukončení života druhého člověka. Vše je předem domluveno mezi pacientem a lékařem, přičemž nemocný si je plně vědom svého zdravotního stavu. Ve smyslu dobré smrti se zde rozumí smrt bez bolesti a utrpení, která je uskutečněna pouze za dobrým úmyslem nemocnému pomoci (Loučka, 2015, s. 12 – 13). Nesmíme však zapomínat, že taková přání zemřít by neměla být v rozporu s profesionální etikou lékaře. V opačném případě by se totiž lékařství mohlo zvrhnout v zabíjení psychicky slabších pacientů na přání (Kupka, 2014, s. 142).

Zákona č. 372/2011 o zdravotnických službách uvádí povinnost lékaře postupovat podle pravidel lékařské vědy, přičemž by takový postup měl být krytý souhlasem pacienta (ve výjimečných případech i bez souhlasu a to dle §38 tohoto zákona). Ne vždy však

provedený zákrok (i ve stavu nouze) zaručuje lékaři jeho beztrestnost (Krejčíková, 2014, s. 25).

Trestní zákoník České republiky (40/2009 Sb.) upravuje v §150 možné trestní sankce v případě neposkytnutí pomoci osobě v ohrožení života, nebo osobě vykazující vážné zdravotní potíže. V případě že pomoc neposkytne lékař či jiná profesně pověřená osoba, hrozí jí trest odnětí svobody až na tři roky, nebo zákaz činnosti. Odpovědnost lékaře je dle tohoto paragrafu větší, a tudíž hrozí za jeho porušení také větší trest než jiným lidem.

2 POTŘEBY PACIENTA V OBDOBÍ UMÍRÁNÍ

V dřívějších dobách kladla psychologie důraz zejména na uspokojování biologických potřeb (potřeba jíst, pít, vyměšovat, popř. sexuálně žít). Jejich uspokojení bylo poté chápáno jako naplnění všech životních potřeb člověka. Tuto teorii zastával např. Sigmund Freud (Collin, 2014, s. 138).

Později získala tato problematika širší úhel pohledu. Průkopníkem byl nepochybně Abraham Maslow, psychoterapeut a zakladatel humanistické psychologie, který zastával názor, že biologické potřeby jsou sice nejzákladnějšími potřebami jedince, avšak neslouží jako jediné k naplnění smyslu života. Vytvořil proto hierarchii potřeb (tzv. Maslowova pyramida hodnot), v níž kromě fyziologických potřeb (biologických) zdůrazňuje také potřeby sociální (potřeba bezpečí), psychologické (potřeba lásky a sounáležitosti) a spirituální (potřeba sebehodnocení), díky nimž jako celku dává náš život smysl (Collin, 2014, s. 138 - 139).

Hodnotový systém je součástí života každého člověka, a v průběhu času se postupně mění. I na sklonu života může nedostatek těchto potřeb přerůst v určitou formu frustrace, kterou bychom neměli jen tak přehlížet. Je třeba dbát na uspokojování těchto potřeb i v době umírání.

Ve spojení s umíráním hovoříme o čtyřech základních typech bolesti:

- *fyzickou bolest* mohou lékaři díky vyspělé medicíně do určité míry rozpoznat, a snažit se ji utišit pomocí léků;
- *sociální bolest* je spojena s pocitem, že se blíží náš konec a odloučíme se od své rodiny;
- *emocionální bolest* neboli duševní bolest se vyznačuje negativním prožíváním přicházejícího konce, přičemž v lepším případě vede hněv, smutek a popírání smrti až ke smíření s danou skutečností;
- *spirituální bolest* souvisí s duchovnem člověka samého a jeho smyslu bytí. Nebere se zde v potaz víra (Munzarová, 2005a, s. 13 - 14).

2.1 Fyzické souvislosti

Jedním z argumentů, proč by měla být eutanazie zlegalizována, bývá mnohdy strach z bolesti, který může pacienta psychicky ubíjet více než je skutečná realita. Medicína je na mnohem vyspělejší úrovni než tomu bylo dříve, a proto je možnost fyzickou bolest tlumit pomocí léků a lékařských postupů. Přesto se setkáváme s případy, kdy bolest není léčena správně, a proto je zde strach opodstatněný (Loučka, 2015, s. 33).

Ve vyspělých zemích je možné udržovat vitální funkce člověka pomocí přístrojů, kterými jsou nemocnice a zdravotnická zařízení vybavena. Stejně tak jsou zdravotníci schopni tlumit bolest, kterou je nemoc doprovázena. Je mnoho případů, kdy za pacienta dýchají přístroje, rozhání jim tělem krev, tedy nutí tělo k aktivitě. To vše, je medicína schopna zajistit, hovoříme-li o pobytu přímo ve zdravotnickém zařízení nemocnice. Horší je to poté s ostatními potřebami člověka, jako je ticho, klid, vlídné slovo, důstojný odchod z tohoto světa (Svatošová, 2012, s. 22).

2.2 Psychologické souvislosti

Eutanazie by mohla být považována za důstojnější dožití života. I když důstojnost vychází přímo z jedinečnosti osobnosti každého z nás, a je součástí člověka po celý život (tedy od narození až po smrt), je potřeba, aby byla strážena i v době umírání. Strach ze ztráty důstojnosti mnohdy souvisí i s přesvědčením, že bude nemocný svému okolí jen na obtíž. (Loučka, 2015, s. 34).

Mezi etické zásady každého lékaře patří jednání v nejlepším zájmu pacienta, spravedlivost a v neposlední řadě respekt k autonomii člověka. Vystává zde ovšem otázka ohledně rozhodování o sobě samém v pokračování/ ukončení léčby. Je možné, aby člověk v době umírání, kde hraje velkou roli stres, hněv a jiné negativní emoce, mohl uvažovat o svém následujícím životě racionálně? I když by lékař měl respektovat rozhodnutí pacienta, je v této chvíli právě on tím, kdo by měl nemocného podporovat v jeho jedinečnost, nikoliv hned přistupovat na prosbu smrti (Munzarová, 2005a, s. 40 - 41).

Někdy také může být člověk ovlivněn samotnou léčbou (např. sedativy, medikamenty). Psychika zde mnohdy vítězí nad fyzickou bolestí, kterou jsme dnes schopni tlumit. Negativní pocity, spojeny s pokračováním léčby, mohou vyvolávat obavy, že bude pacient svému okolí na obtíž (Ptáček a Bartůněk, 2012, s. 36 - 37).

2.3 Sociální souvislosti

V období umírání jsou pacienti velmi zranitelní a dají se lehce ovlivnit jinými lidmi. Lékař je v pozici, kdy by měl nemocnému nabídnout terapii v podobě paliativní péče a myšlenky na rychlou smrt jej naopak zbavit. Tím si u pacienta buduje důvěru a možnou budoucí spolupráci, přičemž eutanazie by vedla spíše k nejistotě a porušovala by veškeré Hippokratovské myšlenky „neškodit, ale pomáhat“. Ne každá žádost pacienta by tedy měla být brána jako zásadní a konečná, ale je třeba s takovými úvahami dále pracovat a analyzovat je (Munzarová, 2005a, s. 43).

Každý člověk je jedinečná bytost, která disponuje vlastním životem. S tímto životem si může nakládat, jak nejlépe uzná za vhodné. Znamená to tedy, že život každého člověka je jen v jeho rukou, a sám si určuje, kam jeho další kroky budou směřovat. Takovým směrem můžeme rozumět i smrt (způsob provedení, načasování). Ovšem nesmíme zapomínat, jak je tomu v právním rámci. I zde platí, že naše práva končí tam, kde začínají práva jiných. Proto se v případě žádosti skončit náš život nemůžeme spoléhat vždy na to, že jsme jedineční, neohrožení a za každou cenu nám musí být vyhověno (Loučka, 2015, s. 27).

I přesto všechno je potřeba podotknout, že pro umírající je velmi důležitá přítomnost blízkých osob. Pacient má plné právo sám si rozhodnout, koho a jak často chce v posledních chvílích života vidět. Toto přání by mělo být plně respektováno (Svatošová, 2012, s. 22 - 23).

V dnešní moderní uspěchané době není už kladen takový význam na akt umírání, a s tím spojenou smrt, jako tomu bylo dříve. Tomu velmi napomáhá rozvoj médií, v nichž bývá smrt stále častěji zlehčována. Je zcela běžné sledovat v televizi zabíjející se a umírající lidi, stejně tak je tomu např. při počítačových hrách. Toto masové medium v nás otupuje hodnotu a smysl života. Se smrtí se setkáváme prostřednictvím televize snad ve všech možných podobách a smrt bereme jako něco samozřejmého a rychlého. Realita je však naprosto jiná a poslední chvíle života nás vždy zaskočí. Toto období může být pro někoho stresující a plné utrpení, ale některé tato doba může podnítit k naplnění nesplněných přání a cílů, urovnání dávno porušených vztahů a smíření se s přicházející smrtí (Funk, 2014, s. 104 - 106).

2.4 Spirituální souvislosti

Většina lidí si myslí, že spirituální neboli duchovní potřeby mohou mít jen lidé vyznávající nějakou víru. Je to však záležitost „věřících“, ale i „nevěřících“. Jedná se o potřebu najít svůj smysl života. Nemocní potřebují vědět, že jejich život byl naplněn. Jestliže takové pocity ze smysluplnosti života člověk postrádá, většinou se snaží v posledních chvílích života „dohnat“, co zameškal - snaží se kontaktovat blízké, se kterými se roky neviděl; chce se omluvit za své hříchy; urovnat narušené vztahy atd. Důstojné umírání by mělo být doprovázeno smířením se s životem takovým, jaký byl, včetně úspěchů či neúspěchů (Svatošová, 2012, s. 23).

K naplnění duchovních potřeb může přispět značnou mírou sám pacient. Důležité je, aby si nemocný uvědomil, co vše v životě prožil, s kým se kdy setkal, jaká dělal rozhodnutí, a na základě toho začal být svému životu vděčný. Hovoříme o pozitivních, ale i negativních zkušenostech, ze kterých plyne vždy nějaké ponaučení. V této souvislosti je důležité v posledních chvílích života odpustit lidem, kteří nemocnému někdy ublížili, a poprosit sami o odpuštění. Uleví se tak jeho duši (Marková, 2010, s. 87 - 88).

Mezi základní typy duchovní bolesti patří:

- *„potřeba odpustit;*
- *odpuštění přijmout;*
- *ztráta smyslu;*
- *strach ze stresu;*
- *strach z neznámého;*
- *pocit marnosti“* (Svatošová, 2012, s. 64).

Neuspokojení spirituálních potřeb může postupně vést k lékařské diagnóze nazývané jako duchovní tíseň. Jedná se o sníženou schopnost prožívat a integrovat smysl svého života ve vztahu k sobě samému ale i svému okolí nebo k vyšší moci, tedy k Bohu. Prevencí před výskytem této tísně je zejména přístup ošetřovatele k nemocnému, který by měl respektovat jeho postoje a hodnoty. Nedílnou součástí je také aktivní naslouchání a snaha podporovat nemocného při zapojení do uměle vytvořených aktivit – meditace, relaxace apod. (Čáp, Palenčár a Kurucová, 2016, s. 108 - 109).

3 POHLED NA EUTANAZII Z LEGISLATIVNÍHO A SPOLEČENSKÉHO HLEDISKA

V souvislosti s eutanazií existuje ve světě nespočet právních předpisů, které upravují vztah lékaře a pacienta, hlavně tedy v zemích, kde je eutanazie legální. V tomto případě je zcela jasné vymezení na místě a je potřeba ujasnit si roli lékaře, jakožto člověka, který „zabije“; okolnosti za jakých je možno eutanazii podstoupit a možné důsledky.

V České republice je provedení eutanazie či asistované sebevraždy nelegální, a je dle právních norem charakterizováno jako trestný čin.

Právě možnost legalizace eutanazie v České republice vyvolává v lidech mnohdy rozporuplné emoce a názory.

V této kapitole se tedy zaměříme jak na legislativní ukotvení eutanazie v České republice, tak na argumenty společnosti v otázkách možné legalizace (její přínos, možnosti zneužití, strach z nedomyšlených důsledků apod.).

3.1 Legislativa České republiky v souvislosti s eutanazií

V právních normách České republiky nejsou přímo specifikovány zákony týkající se eutanazie, ovšem nalezneme zde mnoho paragrafů, které s touto problematikou úzce souvisí. Nejvíce norem budeme hledat v trestním a občanském zákoníku, a nesmíme opomenout některé mezinárodní dokumenty, jež byly přijaty Českou republikou.

Jedinou variantou eutanazie, která je v České republice přípustná, je forma paliativní péče. Mnoho zastánců, ale i odpůrců eutanazie nemá o této péči nejmenší ponětí (Haškovcová, 2007, s. 157 - 158).

Mezi nejdůležitější zákony České republiky patří nepochybně **Listina základních práv a svobod** (zákon č. 2/1993 Sb.), která v prvním oddílu uvádí základní lidská práva a svobody. Článek 6 říká, že „každý má právo na život. Lidský život je hoden ochrany již před narozením.“ Je zde také zmíněno, že by nikdo neměl být zbaven života, což úzce souvisí právě s asistovanou sebevraždou, eutanazií a trestem smrti, který je v ČR rovněž vyloučen. V článku 7 je upraveno zacházení s člověkem, které by nemělo být kruté a nelidské. Měla by být tedy řádně zachována důstojnost člověka.

Podle §140 odst. 2 **trestního zákoníku** (č. 40/2009) je eutanazie hodnocena jako vražda, tudíž se jedná o trestný čin a hrozí za ni pachateli až 12 let odnětí svobody nepodmíněně, popř. výjimečný trest. Asistovaná sebevražda je podle tohoto zákoníku hodnocena jako účast na sebevraždě, a to dle §144 odst. 1 zákona č. 40/2009 Sb.

V České republice musí být každý lékař členem České lékařské komory (ČLK), která dodržuje tzv. **Etický kodex České lékařské komory** (stavovský předpis č. 10/2011). Kodex jasně stanovuje klíčové úkoly lékaře, které vyplývají z různých situací, se kterými se lékaři při práci setkávají. Je zde také uvedeno, že úkolem lékaře je ochránit zdraví a život člověka a zmírnit jeho utrpení, a to bez ohledu na věk, pohlaví, národnost, sexuální orientaci, náboženské vyznání apod. V § 2 čl. 7 dokument jasně stanovuje, že eutanazie a asistovaná sebevražda jsou na území České republiky zcela nepřijatelné. Umírajícímu nebo pacientovi s nevléčitelnou nemocí je poskytována léčba tišící jeho bolest a utrpení, a to v souladu s důstojností nemocného.

Často se setkáváme s případy, kdy je pacient v takovém zdravotním stavu, že není schopen za sebe sám rozhodnout. Proto je možno svůj souhlas či nesouhlas s další léčbou vyjádřit s předstihem. Hovoříme zde o předem vysloveném přání pacienta. Možnost vyslovit takové přání je upraveno v dokumentu **Konvence o ochraně lidských práv a důstojnosti člověka s ohledem na aplikaci biologie a medicíny**, konkrétně v článku č. 9. Zkrácený název této konvence je Úmluva o lidských právech a biomedicíně (2011), a patří po Ústavě České republiky a Listině základních práv a svobod k nejdůležitějším právním předpisům České republiky v této oblasti.

Dříve vyslovené přání je více specifikováno v zákoně č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách. Podle § 36 tohoto zákona ho má právo uplatnit každý zletilý svéprávný občan České republiky. Podoba takového přání musí být vždy písemná a musí obsahovat poučení o důsledcích rozhodnutí. Je nutno aby dokument disponoval úředně ověřeným podpisem pacienta. Takové rozhodnutí každého člověka vzhledem k jeho zdravotnímu stavu by mělo být respektováno a upřednostňováno před všemi ostatními rozhodnutími. Existují zde ovšem i výjimky. Pokud je přání sepsáno se starším datem a v průběhu času byly vyvinuty nové lékařské postupy pro potřebnou léčbu, pak v tomto případě nemusí lékař rozhodnutí respektovat (Zákon č. 372/2011 Sb.).

V roce 2010 byl přijat dokument **Doporučení představenstva České lékařské komory č. 1/2010**, jenž se vyjadřuje **k postupu při rozhodování o změně léčby intenzivní na léčbu**

paliativní u osob v terminálním stádiu života, které za sebe nemohou samy rozhodnout. Krom základní terminologie se tento dokument zaměřuje zejména na základní východiska, principy a doporučení pro klientskou praxi této problematiky.

V roce 2016 byl skupinou šesti poslanců podán návrh zákona, který by v České republice připouštěl možnost asistované sebevraždy. Byl by nazýván jako **zákon o důstojné smrti** a měl by pomoci trpícím lidem s nevléčitelnou chorobou. V takovém případě by lékař zastával primárně pozici pomocníka, nikoliv však přímého aktéra.

Tento zákon by měl obsahovat 20 paragrafů, v nichž by měly být vymezeny pojmy důstojné smrti a asistované sebevraždy. Dále by měl obsahovat možnost předem vysloveného přání, které lze kdykoliv zrušit a zbavení trestní odpovědnosti lékaře. Zákon o důstojné smrti je stále v jednání a popř. by měl nabýt účinnosti dnem jeho vyhlášení (návrh zákona Nový zákon o důstojné smrti).

Řada poslanců se staví proti schválení tohoto návrhu. Zejména je kladen důraz na možné zneužití eutanazie např. pro „uvolnění“ lůžek v nemocnicích nebo na velký tlak ze strany příbuzných nemocného. Tento návrh odmítá i ministerstvo zdravotnictví a ministerstvo vnitra (Vláda zřejmě odmítne uzákonění eutanazie, kvůli možnému zneužívání, © 2016).

Dle odborníků má tento návrh zákona mnoho nedostatků a mohlo by tedy docházet k různým spekulacím. V jednom z paragrafů např. hovoří o právu předem požádat o důstojnou smrt v případě, že by to dále neumožňoval zdravotní stav pacienta. Není zde však více rozvedeno, za jakých podmínek. Toto není jediný problém, díky němuž zákon působí málo či nepřesně propracovaně (Doležal, 2016).

3.1.1 Mezinárodní dokumenty

Lisabonská deklarace o právech pacientů byla přijata Světovou lékařskou asociací (WMA) roku 1981 v Lisabonu. Postupem času byla deklarace pozměněna a více rozpracována. Dokument jasně stanovuje poslání lékaře: jednat podle svého nejlepšího svědomí a vždy v souladu s nejlepším zájmem pacienta. Původní verze dokumentu hovoří o šesti základních právech pacienta:

„Pacient má právo

- a) na svobodnou volbu lékaře;*

- b) být ošetřován lékařem, který je svoboden v činění klinických a etických rozhodování, bez jakéhokoliv zásahu zvenčí;
- c) přijmout nebo odmítnout léčbu poté, co byl adekvátním způsobem informován;
- d) očekávat, že jeho lékař bude respektovat důvěrný charakter všech jeho lékařských a osobních podrobných údajů;
- e) zemřít v důstojnosti;
- f) přijmout nebo odmítnout spirituální a morální útěchu, včetně pomoci duchovního patřičného vyznání“ (Kutnohorská, 2007, s. 134).

K problematice eutanazie se vztahují zejména tři z výše uvedených práv pacienta – přijetí či odmítnutí léčby, důstojnost v době umírání a přijetí nebo odmítnutí morální a spirituální útěchy.

Ochrana lidských práv a důstojnosti smrtelně nemocných a umírajících neboli **Charta práv umírajících** je mezinárodní dokument vydán Radou Evropy, jež se později také stal součástí českého zákonného rámce. Zaměřuje se na zákonem umožňující paliativní péči, která je v souladu s pacientovou důstojností a mravními a etickými postupy lékařů. Připouští možnost svobodného rozhodnutí o průběhu další léčby, avšak možnost eutanazie (tedy zabití) striktně zavrhuje (Munzarová, 2005a, s. 77 - 78).

Deklarace o eutanazii byla přijata shromážděním Světové lékařské asociace (WMA) v říjnu 1987. Naposledy byla diskutována a znovu potvrzena na zasedání v norském Oslu v dubnu 2015. Deklarace uvádí, že *„eutanazie je záměrné, úmyslné ukončení života pacienta na jeho zvláštní žádost nebo na žádost jeho blízkých a je neetické. Nezabráňuje to však lékaři, aby respektoval pacientovo přání dožít důstojně dožít pacienta zbývající část života v terminálním stádiu“* (WMA, ©2018, Declaration on Euthanasia).

Světová zdravotnická organizace (WMA) se také zabývá i asistovanou sebevraždou ve svém **Prohlášení o asistované sebevraždě** z roku 1992, schváleném ve Španělsku a rovněž znovu potvrzeným na zasedání v Oslu roku 2015. Překlad definice zní: *„Asistovaná sebevražda je prováděna za pomoci lékaře, stejně jako v případě eutanazie, je neetická a musí být odsouzena lékařskou profesí. Pokud pomoc lékaře spočívá v pomoci umožnění ukončit někomu jeho život, je toto chování neetické. Ovšem pacient má právo odmítnout léčbu, když takové rozhodnutí vede k jeho smrti, mělo by být lékařem respektováno, lékař se tedy nedopouští neetického jednání“* (WMA, ©2018, Statement on Physician Assisted Suicide).

Můžeme si tedy povšimnout, že Světová lékařská asociace (WMA) je striktně proti možnosti legalizace eutanazie a asistované sebevraždy. Řídí se právem na život a možnost důstojného konce života pacienta. Upřednostňuje tedy za každých okolností možnost paliativní péče jakožto prioritní řešení nevléčitelného stavu pacienta.

3.2 Eutanazie z pohledu české společnosti

Eutanazie je dnes stále diskutovanějším tématem. Z velké části k tomu přispívají právě media, která nám umožňují nahlížet na tuto problematiku hlouběji a to jak v pozitivním, tak negativním slova smyslu. Lehce si dnes můžeme na internetu vyhledat veškeré informace týkající různých nemocí a jejich léčby, průběh onemocnění, další možnosti léčby, témata spojená s umírání, péči o umírající atd.

Toto téma již není tabuizováno a má mezi námi mnoho příznivců, odpůrců, ale i těch, kteří by eutanazii za určitých okolností přece jen připustili.

Pro legalizaci se přiklánějí spíše mladí lidé, jenž nezažili vážnější onemocnění nebo ztrátu blízké osoby. Vše se s příchodem jedné nebo druhé situace mnohdy rychle změní. Naopak opatrní jsou v argumentaci pro nebo proti eutanazii lidé, kteří již zažili (osobně, nebo na blízkém) překvapivý zvrát zdravotního stavu (Haškovcová, 2007, s. 157).

3.2.1 Argumenty pro legalizaci eutanazie

Argumenty pro legalizaci eutanazie se z většinové části schovávají za humánnějším odchodem ze života (rychlým a bezbolestným). Nemocní nepřipouští zneužití eutanazie, jelikož se domnívají, že lékaři jsou schopni jasně stanovit diagnózu a vyvodit i budoucí prognózu. Stejně tak je v pozadí racionální rozhodování těžce nemocného člověka (Haškovcová, 2007, s. 157).

Umírání a smrt s sebou nese mnoho obav a strachu pacienta ale i jeho nejbližších. Toto období je vymezeno jako jakési uvědomění si sebe sama, naší křehkosti a zranitelnosti. Je těžké se s danou skutečností smířit a většinou si poté nevíme rady, jak v takovém období reagovat a jednat, ať už se vážný zdravotní stav týká přímo nás nebo našich nejbližších. Nejsme schopni rozpoznat psychickou bolest trpícího a pomoci mu tuto bolest zmírnit. Eutanazie by se zde mohla jevit jako jediné správné řešení. Jedná se ovšem jen o ospravedlnění naší neznalosti a nepřipravenosti v době umírání (Loučka, 2015, s. 30).

Poměrnou část svého života zastáváme úlohu rodiče - staráme o své děti, krmíme je, přebalujeme je, vychováváme je, chráníme je. Když nás však zaskočí špatný zdravotní stav našich vlastních rodičů, a je potřeba se o ně podobným způsobem postarat, často si nevíme s danou situací rady. V takových případech mohou lidé pohlížet na eutanazii jako na něco, co je oprostí od fáze umírání vlastních rodičů a tuto vnitřní bolest a utrpení rychle ukončí (Loučka, 2015, s. 36).

Péče o dlouhodobě a těžce nemocného bývá mnohdy zdlouhavá a velmi náročná a v neposlední řadě je nízká i informovanost o možnosti využití paliativní péče, proto se pacienti spíše přiklání k názoru ukončit svůj život pomocí eutanazie (Loučka, 2015, s. 34 - 35).

Problém financování léčby se nejčastěji spojuje se stavem těžkého dlouhodobého komatu pacienta, jehož vitální funkce jsou závislé na přístrojích. Léčba nepřináší žádné pozitivní výsledky, ba naopak někdy se ještě více zhorší stav vědomí pacienta, které může vést až k mozkové smrti a člověk se tím stává jen jakousi „živoucí“ mrtvolou. Průběh takové léčby bývá náročný a to jak finančně, tak i psychicky, zejména tedy pro „pozůstalé“ pacienta. Tyto aspekty mohou také hrát důležitou roli v rozhodování, zda ukončit život pacienta nebo doufat v zázrak jeho uzdravení (Krejčíková, 2014, s. 119 - 120).

3.2.2 Argumenty proti legalizaci eutanazie

Existuje ale i protistrana, která v těžkých chvílích neztrácí sebemenší naději v uzdravení. K tomuto názoru se přiklání spíše lidé věřící, kteří tvrdí, že člověka stvořil Bůh, který zároveň určil jeho další životní cesty. I lidé věřící v hodnotu rodiny zastávají častěji tuto variantu, a argumentují zejména úctou k vlastním rodičům. Přece matka a otec pro nás byli v tomto světě vždy oporou a bylo by tedy sobecké požadovat po lékaři vlastní smrt a promarnit tak léta jejich lásky a péče (Haškovcová, 2007, s. 157 - 158).

Někteří lidé se domnívají, že by legalizace eutanazie negativně ovlivnila českou společnost. Je třeba si uvědomit etické a morální hodnoty, mezi které rozhodně nepatří zabití jiného člověka (i když se nachází v konečné fázi svého života). Avšak uzákoněním eutanazie by tyto hodnoty zcela ztratily svůj význam, jelikož by pověřené osoby (zejména lékaři) dostali oprávnění „zabíjet“ (Kabelka, 2017, s. 78).

České zdravotnictví není na legalizaci eutanazie zcela připraveno. Lékař by měl být profesionál nejen v určování diagnóz, ale měl by být odborníkem také po psychologické

stránce. Mnohdy umírající lidé trpí spíše duševní a spirituální bolestí, proto je potřeba být pacientovi i psychickou oporou. Eutanazie by byla jen rychlým únikem od problému. Zároveň by byly také porušeny všechny myšlenky Hippokratovy přísahy, což by bylo v rozporu s celým lékařstvím vůbec (Munzarová, 2005a, s. 51 - 52).

Jak již bylo zmíněno, v době umírání lze pacienta lehce ovlivnit v jeho názorech. V případě legalizace by tedy měl lékař velkou moc, jelikož by mohl pacientovi výrazně ovlivnit postoje k průběhu další léčby, přičemž zákonem by byl sám ochráněn (Munzarová, 2005a, s. 51 - 52). Stejně tomu je, i pokud bychom se bavili o eutanazii jakožto smrti ze soucitu. Jak se může lékař vcítit do pocitů pacienta v terminálním stádiu jeho života? Smýšlení zdravého člověka by zcela jistě vedlo k urychlení smrti, aby se nemocný netrápil. Nejedná se o soucit, nýbrž o lítost. Eutanazie porušuje ovšem důstojné dožívání posledních chvil života, na které má každý člověk právo (Munzarová, 2005a, s. 51 - 53).

Nesmíme opomenout také sociální vazby pacienta. Členové rodiny mohou mít mnohdy různé názory na danou situaci a její řešení. Někteří mohou zastávat rychlou a bezbolestnou smrt, jiní doufají v uzdravení nebo alespoň o něco delší čas strávený se svým blízkým (Munzarová, 2005a, s. 54).

Legalizace eutanazie by tedy postupně mohla být zneužívána a vést k negativním důsledkům. Zejména neúctou k důstojnému životu, manipulací lékaře vůči rozhodnutí pacienta přistoupit na eutanazii a s tím související postupná nedůvěra ke zdravotnickému personálu. Negativní vliv by mohl být i na kvalitu stávající péče o smrtelně nemocné, kterou by nemuselo být důležité již nadále zkvalitňovat. Legalizace by mohla zasáhnout i zdravotnictví, ve kterém by se mohlo upustit od hledání nových léčebných postupů na některé choroby, což by mělo fatální důsledky pro celou společnost (Čáp, Palenčár a Kurucová, 2016, s. 159).

I když je v České republice eutanazie považována za trestný čin a úmyslné zabití, řada lékařů přiznává, že existuje jakási „skrytá“ forma eutanazie, která je i přes veškeré zákony na českých pacientech přeci jen prováděna. Může mít podobu např. větší dávky morfia pacientovi trpícímu rakovinou. Lékař Zdeněk Kalvach se k tomuto faktu veřejně vyjadřuje: *„Říká se tomu divoká eutanázie a znamená, že lékař vědomě vede léčbu pacienta ke smrti. Cílem je ukončit utrpení nemocného“* (Petrášová, 2009).

4 PALIATIVNÍ A HOSPICOVÁ PÉČE

Člověk moderní společnosti má pocit, že může se svým životem nakládat, jak se mu zlíbí. Na straně druhé se však v případě krizové situace snaží přenést zodpovědnost na druhé. Ne jinak je tomu i v případě řešení vážných zdravotních problémů. Naštěstí dnes existují v České republice různé instituce, v nichž působí také odborný personál, který nám v době umírání pomůže utlumit bolest nejen fyzickou, ale i psychickou (Loučka, 2015, s. 29).

Doporučení představenstva České lékařské komory (ČLK) zastává názor, že žádnému člověku se nemá úmyslně ublížit a každý jedinec má svou důstojnost, kterou je potřeba zachovat i v případě nevyléčitelné nemoci. Proto připouští, že intenzivní léčba může být změněna na léčbu paliativní, která umožňuje nemocnému dožít svůj život důstojně a v co nejmenších bolestech (Ptáček a Bartůněk, 2012, s. 34).

4.1 Paliativní péče

Existuje mnoho definic paliativní péče, přičemž většinou se jejich významy víceméně shodují. Z latinského významu slova „pallium“ (neboli plášť), je tedy zřejmé, že se jedná o jakousi ochranu nemocného (prostřednictvím ochranného pláště) v době „umírání“ (Haškovcová, 2007, s. 37).

Tato péče se zaměřuje na potřeby pacienta a jeho blízkých, přičemž jejím cílem je zvýšení či udržení kvality života nemocného. Léčebné a paliativní postupy na sebe mohou navzájem navazovat v závislosti na předem stanoveném plánu dalších kroků. V případě, kdy léčba nejeví známky zlepšení, je potřeba od ní upustit a přistoupit ryze na paliativní péči. Tento krok musí být důkladně zkonzultován specialisty a musí být v souladu s rozhodnutím pacienta (Kabelka, 2017, s. 24).

Dle Světové zdravotnické organizace (WHO) je to „*aktivní celková péče o nemocné, jejichž choroba neodpovídá na léčbu kurativní. Prvořadým úkolem je kontrola bolesti nebo jiných symptomů a psychologických, sociálních a spirituálních problémů. Cílem paliativní péče je dosažení nejlepší možné kvality života pro nemocné a pro jejich rodiny*“. Postupem času je kladen také větší důraz na prevenci, časné zjištění marné léčby a následné zaměření na fyzické, psychosociální a spirituální problémy nemocného (Munzarová, 2005a, s. 62). Tato definice klade důraz na nemocného a jeho rodinu jako jeden na kontinuální celek. Jestliže má být paliativní péče kvalitní, měla by přistupovat k oběma těmto stranám stejně a neměla by tedy jednu z těchto stran více či méně upřednostňovat (Marková, 2010, s. 19).

Paliativní péče je zaměřena na kvalitu nejen života člověka v terminálním stádiu, ale také na jeho nejbližší rodinu. Zásady, jimiž se tato péče řídí:

- netrpět nesnesitelnými bolestmi;
- nezůstat v posledních chvílích svého života osamocen;
- za každých okolností bude zachována jeho důstojnost (Funk, 2014, s. 114).

Světová zdravotnická asociace (WMA) stanovuje několik charakteristických znaků paliativní medicíny:

- *„poskytuje úlevu od bolesti a jiných forem utrpení;*
- *přisvědčuje životu a chápe umírání jako přirozený proces;*
- *neusiluje ani o urychlení, ani o nepřiměřené zadržování smrti;*
- *integruje psychologické a spirituální aspekty péče o pacienty;*
- *nabízí systematickou podporu pacientům, která jim dovoluje žít přiměřeně aktivní život až do smrti;*
- *nabízí rovněž systematickou podporu rodinám nemocných, která jim umožňuje vyrovnat se s pacientovým onemocněním i s vlastním zármutkem;*
- *pěstuje týmový přístup, který umožňuje účinně reagovat na potřeby pacientů a jejich rodin, včetně konzultací v době zármutku, jsou-li zapotřebí;*
- *podporuje kvalitu života a může pozitivně ovlivňovat průběh onemocnění;*
- *je použitelná i v časně fázi onemocnění současně s jinými způsoby léčení, které jsou určeny k prodloužení života, jako je chemoterapie či radioterapie, a zahrnuje všechna vyšetření nezbytná k lepšímu pochopení a ovlivňování závažných klinických komplikací způsobujících utrpení“ (Haškovcová, 2007, s. 38).*

V rámci toho tématu se můžeme setkat také s pojmem **paliativní sadace**. Jedná se o výjimečné řešení situace u pacientů v terminálním stádiu života, kde k utlumení bolesti nepomáhají žádné lékařské postupy. Paliativní sadace je akt, kdy je takový pacient pomocí silných léků uveden do umělého spánku, ve kterém poté bezbolestně dožije zbytek svého života. Tento postup je používán pouze v krajních případech a je konzultován s pacientem popř. s příbuznými. Záměrem zde není ukončení života člověka, jako v případě eutanazie, ale bezbolestné dožití pacienta v jeho nevědomí. Na rozdíl od eutanazie může být

paliativní sadace ukončena a pacient může být z hlubokého spánku opět probuzen. (Loučka, 2015, s. 17)

Mezi paliativní péčí a eutanazií je značný rozdíl. Zásadní roli zde hraje morálka. Eutanazie stojí zcela v rozporu se všemi morálními zásadami lékařů, jelikož se jedná o čin s úmyslem zabít. Naopak úmysl paliativní péče je jednat v dobrém zájmu pacienta a umožnit mu kvalitní konec života, tedy morálně přijatelná varianta léčby (Kabelka, 2017, s. 77).

4.1.1 Formy paliativní péče

Obecná paliativní péče by měla být součástí každého zdravotnického zařízení. Jedná se o formu, která je obecně známá z běžných definic. Lékaři by měli být schopni rozpoznat možnosti další léčby, zda přináší nějaký pokrok či nikoliv, popř. přistoupit na paliativní péči, tedy kvalitní dožití života člověka. Tato terapie je samozřejmě konzultována mezi lékaři a přistupuje se na ni pouze se souhlasem pacienta (Marková, 2010, s. 20).

Specializovaná paliativní péče se odehrává ve specializovaných zařízeních, jejichž hlavním popisem práce je právě doprovázení smrtelně nemocných. Tato zařízení by měla disponovat speciálně školenými profesionály v daném oboru a měla by zajišťovat příslušný počet zaměstnanců v poměru k pacientům (Marková, 2010, s. 21).

V České republice existují tyto formy specializované paliativní péče:

- *oddělení paliativní péče* vykonávána v jiných zařízeních mimo hospice (např. nemocnice, stacionáře);
- *ambulantní paliativní péče* poskytovaná mimo lůžková zařízení – o nemocného pečuje specializovaný lékař a cílem je zajistit zejména domácí ošetrovatelskou péči, dostupnost pečovatelské služby, sociální poradenství, podporu psychologa nebo spirituálního poradce. Výstupním dokumentem bývá plán paliativní péče, který vychází ze stávajícího zdravotního stavu pacienta, dalších prognóz a přání, která mohou mít podobu např. předem vysloveného přání (Kabelka, 2017, s. 290);
- *mobilní paliativní péče (domácí hospice)* je forma ambulantní paliativní péče poskytovaná pomocí multidisciplinárního paliativního týmu v domácím prostředí nemocného, a to nepřetržitě 24 hodin denně (Kabelka, 2017, s. 291);
- *lůžkové hospice* jakožto zařízení pro osoby v terminálním stádiu života;
- *konziliární týmy paliativní péče*, které jsou součástí každého zdravotnického zařízení;

- *denní stacionáře;*
- *zvláštní zařízení paliativní péče* jako jsou např. poradny, tísňové linky, půjčovny pomůcek atd. (Marková, 2010, s. 21).

4.2 Hospic

Hospic je zdravotnicko-sociální zařízení sloužící osobám v terminálním stádiu života. Jedná se o pobytové zařízení, v němž je zajištěna péče o smrtelně nemocné. Je tak zajištěno důstojné dožití umírajícího (APHPP, ©2010, Poslání asociace). Mimo lékařské péče je zde poskytováno také sociální poradenství a pomoc těžce nemocným, jejich rodinám, ale i pozůstalým. Prioritně se tedy zabývá uspokojování potřeb umírajícího na úrovni psychické, sociální, spirituální a fyzické, ve smyslu tišení bolesti komplexně (Marková, 2010, s. 27).

V České republice existuje od roku 2005 **Asociace poskytovatelů hospicové a paliativní péče**, která je členem **Evropské asociace paliativní péče**. Zaměřuje se mimo jiné na osvětu ve společnosti a sdružuje také organizace poskytující lůžkovou nebo mobilní hospicovou péči.

Ve spolupráci s ministerstvem zdravotnictví byly vytvořeny první *Standardy kvality hospicové a paliativní péče* (APHPP, ©2010, Poslání asociace).

Cílem hospicové a paliativní péče není urychlení ani oddalování smrti, ale na proces umírání se pohlíží jako na přirozenou součást života. Spočívá tedy zejména na psychické a sociální podpoře pacienta a jeho nejbližších (APHPP, ©2010, Poslání asociace).

4.2.1 Historie hospicové péče

Pojem hospic vznikl původně v Anglii a znamenal jakési *útočiště* či *útulek*. Označovaly se tak domy odpočinku pro unavené poutníky, aby nabrali znovu své síly (Haškovcová, 2007, s. 45 – 46).

V devadesátých letech minulého století byl tento pojem chápán spíše ve významu *hostinců* či *hostů*. Pracovníci byli průvodci nemocných (hostů) v posledních chvílích jejich života. Nejednalo se však o nemocnici či sanatorium, domov důchodců ani o léčebnu pro dlouhodobě nemocné. Poskytovala se zde paliativní lékařská péče pacientům, kteří podstoupili léčbu nepřinášející žádné pozitivní úspěchy (Funk, 2014, s. 113 - 114).

Historie hospiců v České republice je poměrně krátká. Velký vliv na rozvoj paliativní a hospicové péče u nás měla nepochybně možnost vycestovat do jiných Evropských zemí, kde byla tato péče na zcela jiné úrovni a bylo možno čerpat informace a inspirovat se v této oblasti. V roce 1992 bylo otevřeno první oddělení paliativní péče v nemocnici v Babicích nad Svitavou poblíž Brna. Jako druhý v pořadí byl uveden do provozu Hospic Anežky České v Červeném Kostelci. Postupně se začala zřizovat další hospicová zařízení, a dokonce i zařízení mobilní hospice zaměřující se na domácí hospicovou péči - např. nezisková organizace Cesta domů (Peřina, 2016).

4.2.2 Formy hospicové péče

Hospicovou péči poskytují:

- *lůžková zařízení* např. nemocnice či hospic;
- *stacionáře a pobytová zařízení hospiců;*
- *formy domácí hospicové péče* (Haškovcová 2007, s. 48).

4.2.2.1 Nemocnice

Právě v nemocnicích se nejčastěji rozhoduje o aktivní léčbě nebo včasném stanovení možnosti paliativní medicíny. V rámci každého nemocničního zařízení by měl fungovat tzv. konziliární paliativní tým, který by měl být jakýmsi mezičlánkem mezi aktivní lékařskou péčí a následnou paliativní péčí (Kabelka, 2017, s. 290).

Nemocnice by měla být útočištěm pro všechny, kteří mají nějaký zdravotní problém, ať už lehčího nebo vážnějšího charakteru. Moderní vybavení sice zajišťuje určitou formu komfortu pro pacienty, ovšem pro smrtelně nemocné zde stále nejsou vytvořeny nejpříznivější podmínky pro důstojné dožití života. Existují speciální lůžková oddělení a oddělení pro dlouhodobě nemocné (LDN), avšak stále jich je v České republice nedostatek. Na základě malých kapacitních možností nemocnic není možno nechat každého umírajícího pacienta na pokoji samotného a zajistit mu tím klidný, a ničím nerušený odpočinek. Stejně tak je tomu i v případě osobního kontaktu s nejbližšími, kdy tedy není zajištěno adekvátní soukromí. Negativní vliv může mít na umírajícího i zdravotnický personál, který může působit dojmem nedostatečného zájmu. V mnoha případech věnují lékaři větší pozornost pacientům, u kterých je naděje v uzdravení. Naopak pacienty s nevyлéčitelnou nemocí staví spíše na druhou kolej a zájem o ně klesá. Často je tedy nemocný odkázán jen na tlumení bolesti a podporu vitálních funkcí (Funk, 2014, s. 154).

4.2.2.2 *Pobytová zařízení hospiců*

Vztahy v pobytových zařízeních bývají mnohdy jen povrchní, a konverzace mezi klienty jsou běžné a stěží nacházíme pestřejší komunikaci. Je to ovlivněno právě samotným zařízením, ve kterém jsou lidé umístěni za stejným účelem. Je proto důležité, aby člověka umístěného v pobytovém zařízení chodil navštěvovat někdo blízký a poskytl mu tak zajímavější rozhovor. Důležitá je také blízkost někoho, koho má ubytovaný rád, aby se necítil osamocen a odstrčen. Takoví lidé jsou většinou odkázáni na pomoc jiného člověka, proto je pro ně rovnocenný vztah velmi důležitý (Funk, 2014, s. 63).

4.2.2.3 *Domácí hospicová péče*

Rodiny by se chtěli o své těžce nemocné příbuzné postarat i sami, ale mnohdy nevědí, jak na to. K tomu slouží ambulantní hospicová péče, tedy domácí péče, která je prováděna za asistence zkušených zdravotních sester. Domácí prostředí a blízkost milovaných je pro těžce nemocného člověka velmi důležitým aspektem a přispívá k psychické pohodě nemocného.

Rozlišujeme péči, která je prováděna laiky (**home help** - domácí pomoc) a profesionální péči (**home care** - domácí péče), přičemž v České republice je systém domácí péče založen na spolupráci lékařů a pracovníků sociálních služeb (sociálních pracovníků), kde lékař určuje rozsah zdravotní péče a sociální pracovník poté náplň poskytovaných služeb (Haškovcová, 2007, s. 59).

Domácí péče je vždy vítanější variantou než, pobyt v lůžkovém zařízení. Existují ale i vážné důvody, které vedou blízké k umístění nemocného do specializovaného zařízení. Nejčastějšími z nich jsou vyčerpání, další závažné problémy v rodině (např. nemoc pečujícího), odborná náročnost péče a prostorové omezení bydlení pro další možnou starost o nemocného (Svatošová in Haškovcová, 2007, s. 60).

4.3 **Paliativní a hospicová péče určená dětem**

První hospic v České republice, který je určen pro děti s vážným onemocněním, se nachází v Malejovicích. Byl zřízen Nadačním fondem Klíček, manželi Markétou a Jiřím Královcovými. Jako první se začali aktivně zajímat a posléze budovat zázemí pro těžce nemocné děti, jejichž diagnóza stanovuje blízkou smrt - práce s umírajícím dítětem je specifická a vyžaduje jiné pečovatelské postupy, než je tomu u starších osob. Původně se mělo jednat o venkovské zařízení pomáhající co nejvíce naplnit život v přirozeném (ne

ústavním) prostředí venkova. Během cestování po Anglii měli manželé tu čest seznámit se s Frances Dominica, zakladatelkou prvního dětského hospice Helen House v Oxfordu a dospěli k názoru spojit část venkovních a zábavních prostor také s ošetřujícím střediskem, což ve své podstatě dospělo ke zřízení hospice pro děti. Od roku 2004 funguje jako odlehčovací služba pro rodiče s dětmi, které vyžadují intenzivní ošetrovatelskou péči. Jedna část budovy, která je přístupná aktivitám zdravých dětí je již po kolaudaci a v plném provozu. Naopak druhá část budovy, která by měla disponovat přímo zdravotní péčí, je kvůli nedostatkům financí stále v rekonstrukci (www.klicek.org).

Stěžejním pracovníkem dětského hospice je herní terapeut, který zde má za úkol:

- postupně seznamovat dítě a rodiče s nemocničním prostředím, aby zmírnil pocity nejistoty;
- vysvětlit dítěti, co jej čeká za lékařské zákroky a jejich přínos;
- komunikovat s rodinou dítěte a s ošetřujícím personálem;
- zajišťovat přiměřenou náplň volného času;
- koordinovat případné dobrovolníky (Haškovcová, 2007, s. 73).

4.4 Pracovníci v hospicovém zařízení

Doprovázení nemocných není nikdy jednoduchý úkol. Umírají lidé různého věku, vzdělání a mentálních schopností. Proto se péči o člověka v posledních chvílích jeho života nelze jen tak naučit podle nějakých jasně stanovených pravidel a postupů. Pracovníci musí ke všem přistupovat individuálně jakožto k jedinečným bytostem se svými osobitými potřebami a problémy (Svatošová, 2012, s. 67).

Americká psycholožka Kübler-Rossová na základě svého výzkumu vymezila pět základních fází, díky nimž se umírající lidé vyrovnávají se svým nevyléčitelným onemocněním. Ne vždy pacienti prožívají všechna tato období, avšak připouští alespoň dvě z nich, které se mohou cyklicky opakovat. Stávají se ale i případy, kdy se nemocný „zasekne“ v první fázi popírání, se kterou nakonec opustí tento svět. Konkrétní vymezení jednotlivých fází bývá uváděno jako:

1. *popírání* skutečného zdravotního stavu jakožto obranný mechanismus;
2. *hněv*, který často brání v komunikaci s nemocným;
3. *smlouvání* (někdy i s „vyšší duchovní mocí“) jako forma naděje v zázrak uzdravení;

4. *deprese* z jasně blížícího se konce života (může vést k hluboké frustraci, kterou je třeba tlumit psychofarmaky);
5. *smíření* se s blízkým koncem. V této fázi ustupuje úzkost a nemocný je schopen spolupracovat a komunikovat se svým okolím (Kübler-Rossová in Kabelka, 2017, s. 270 - 271).

S tímto vymezením dále pracuje Vymětal, který uvádí, že hněv pacienta musí brát pečovatel se značnou rezervou. Tento stav postupem času přechází v další (výše uvedené) fáze (Vymětal in Kupka, 2014. S. 95).

V každé této fázi by mělo být k nemocnému přistupováno určitým způsobem. Nejdříve by měl pečovatel s pacientem navázat kontakt a získat si jeho důvěru. Agresi a hněv je třeba nechat nemocného vyventilovat, aby se mu ulevilo, a v případě smlouvání by měl být pečovatel trpělivý. Dále je potřeba pacientovi naslouchat a snažit se mu pomoci urovnat např. nepříznivé vztahy s rodinou (jestliže si to ovšem sám přeje). Pokud je pacient smířen s tím, že se blíží jeho smrt, je úkol pečovatele být na blízku nemocnému (popř. rodině), aby se v posledních chvílích života necítil osaměle (Svatošová, 2012, s. 67).

Kvalifikovaní pracovníci musí disponovat značnou mírou empatie. Každým dnem se setkávají s náročnými úkoly ve své práci, jako je např. hygiena pacientů, krmení pacientů apod. Stejně tak je důležitá i spolupráce s okruhem nejbližších osob. Zejména komunikace s pozůstalými může být mnohdy obtížná (Funk, 2014, s. 142).

Pečovatel by neměl pacienta zatěžovat přehnanými fakty o jeho zdravotním stavu, ale měl by mu hlavně umět naslouchat. Jestliže se ale nemocný na toto sám zeptá, mělo by mu být odpovězeno pravdivě, aby fungovala mezi oběma stranami vzájemná důvěra. Neverbální komunikace je také důležitá, neboť řečí těla druhou osobu nikdy neoklame. Pracovníci v hospicových zařízeních hovoří např. o výrazu v obličeji umírajícího člověka, který vypovídal o smíření se smrtí a klidný odchod na onen svět (Svatošová, 2012, s. 32).

Někdy se ve vzájemné komunikaci mohou projevit překážky, které mohou být ze strany nemocného, ale i pečujícího. Pacient má mnohdy obtíže svěřit se svými problémy cizí osobě. Proto je nedílnou součástí efektivní spolupráce zejména snaha budovat si s pacientem dobré vztahy, které jsou založeny především na vzájemné důvěře. Takovou důvěru lze zpochybnit v případě, kdy se pečovatel není schopen oprostít od svých postojů a přesvědčení, které jsou v rozporu s názory a postoji umírajícího člověka. Hlavním úkolem

odborníků by mělo být aktivní naslouchání a vnímání emocionálních projevů pacienta. Vyvarovat by se měli hlavně konverzaci vztahující se pouze ke zdravotnímu stavu nemocného (O'Connor a Aranda, 2005, s. 32 - 34).

Mimo jiné by se měl zdravotník zaměřit na duchovní potřeby člověka, díky nimž bývají poté naplněny potřeby psychické i sociální. Aby byl zdravotník adekvátně připraven na spolupráci s pacientem, je potřeba, aby si byl vědom sám svých duchovních hodnot. Pokud pacient vycítí z pečujícího nejistotu k sobě samému, nebude schopen si k němu budovat důvěru a stáhne se sám do sebe (Svatošová, 2012, s. 40).

Součástí profesionálního zdravotníka je vcítit se do starostí, které mu vypráví pacient. Je jasné, že ne vždy je to zcela možné, ale pečující si danou situaci či problém může vztáhnout na své zkušenosti. Nesmí si však pacientovi stěžovat na osobní problémy - od toho tam nemocný rozhodně není (Svatošová, 2012, s. 41).

4.5 Práce s pozůstalými

Po smrti pacienta práce zdravotníků zdaleka nekončí. Jsou zde ještě nejbližší osoby nemocného, o které je potřeba se po smrti pacienta postarat. I když je prognóza smrti zcela jasná a nezvratná, smrt je přesto vždy šokující. Pozůstalí trpí duchovní bolestí, ve vážnějších případech dokonce chronickou. Může se vyskytnout tzv. komplikované truchlení, což se projevuje patologickými reakcemi, které se více stupňují. Smutek, deprese a úzkost může přetrvávat nepřiměřeně dlouhou dobu a může vést až k patologické frustraci (O'Connor a Aranda, 2005, s. 232).

Až když je člověk po smrti si začnou blízcí vyčítat, co nemocnému nestihli říci nebo proč mu naopak řekli něco, čeho teď litují. Avšak pokud se o tyto starosti a bolest svěří personálu zdravotnického zařízení, často se jim uleví (Munzarová, 2005a, s. 64).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

5 METODOLOGIE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Eutanazie je ve společnosti stále diskutovanější téma a to bez ohledu na věk, pohlaví, rasu, náboženské vyznání atd. Z historického hlediska prošla eutanazie mnoha podobami, až dospěla k té dnešní, která ji chápe jako usmrcení pacienta na jeho žádost.

Lidé si představují smrt jako završení života, ovšem když na ni přijde, uvědomí si často svou zranitelnost a podléhají moci osudu. I když je medicína mnohem vyspělejší a lékaři jsou schopni vyléčit nemoci, na které se dříve běžně umíralo, stále existují některé závažné diagnózy, se kterými si věda neví rady. Pomocí lékařské vědy je tedy možno nemocného či vážně zraněného člověka udržovat déle při životě. Vyvstává zde otázka, zda je to vždy tím nejlepším řešením. Zamýšlíme se nad vlastním životem - kdy, jak a jakým způsobem chceme z tohoto světa odejít. Možnost eutanazie je pro některé rychlým řešením své stávající situace. Rozhodování bývá ovlivněno mnoha faktory, např. finanční náročnost léčby, starosti našich nejbližších spojeny s tímto stavem, fyzická bolest léčby a s tím související celkově utrpení člověka (Ptáček a Bartůněk, 2012, s. 19 - 20).

V České republice není eutanazie uzákoněna, a proto diskuze o této možnosti bývají mnohdy pestré ba až kontroverzní. Mnohdy si neuvědomujeme negativní důsledky, které by v případě legalizace eutanazie na našem území mohly nastat. Inspirací pro nás mohou být některé státy Evropy, v nichž se jedná o běžnou praxi. I zde se však objevují mezery v zákonech, které svým způsobem směřují ke zneužívání eutanazie, a mnohdy v těchto zemích zemře ročně mnoho nevinných lidí bez ohledu na jejich přání.

Možnost provedení eutanazie zasahuje oblast etickou, psychologickou, sociální i politickou. Spojitost se sociální pedagogikou je stěžejní zejména v oblasti péče o nevyлéčitelně nemocné pacienty. Společnost se sice zabývá otázkami spojenými s umíráním a se smrtí, přesto se stále většina přiklání k variantě rychlého ukončení života, tedy eutanazii. Hospicová a paliativní péče se postupně dostává do povědomí lidí, ovšem ne každý je o těchto službách informován.

5.1 Výzkumný problém

Teoretická východiska popsána v první části diplomové práce sloužily jako podklad k našemu výzkumnému problému:

Zjistit názory společnosti na eutanazii v České republice.

5.2 Výzkumné cíle a hypotézy

Záměrem diplomové práce bylo zjistit názory společnosti na eutanazii v České republice.

V této souvislosti jsme stanovili dílčí výzkumné cíle:

- 1) Zjistit informovanost o základních pojmech eutanazie.
- 2) Analyzovat smýšlení společnosti o posledních chvílích života.
- 3) Zjistit názory společnosti na legalizaci eutanazie v České republice.

5.2.1 Hypotézy výzkumného šetření

Hypotézy jsou obecné předpoklady, které jsou součástí kvantitativního výzkumu. Na základě výzkumného šetření a statistického ověření získaných dat nemůžeme danou hypotézu jasně potvrdit nebo ji prohlásit za nepravdivou. Empirickým zkoumáním lze tento předpoklad pouze verifikovat (připustit) jako možnou variantu a popř. zobecnit a doporučit pro praxi. V opačném případě hypotézu můžeme falzifikovat, nikoliv zcela zamítnout jako chybnou (Chráška, 2007, s. 17).

V rámci našeho výzkumu jsme si stanovili sedm hypotéz, které byly následně statisticky ověřeny. Pomocí výsledků statistického vyhodnocení byly hypotézy verifikovány nebo falzifikovány.

Plné znění věcných hypotéz této diplomové práce:

H₁: Mladí lidé mají větší obavy z umírání a smrti než lidé staršího věku.

H₂: Názory na důstojné umírání mezi lidmi v závislosti na náboženském vyznání jsou rozdílné.

H₃: Lidé s nižším dosaženým vzděláním by spíše upřednostnili poslední chvíle života v kruhu nejbližší rodiny než lidé s vyšším dosaženým vzděláním.

H₄: Muži častěji souhlasí s legalizací eutanazie v České republice než ženy.

H₅: Lidé se zdravotnickým vzděláním mají větší obavy ze zneužití eutanazie než lidé jiného vzdělání.

H₆: Názory na přistoupení k eutanazii v závislosti na náboženském vyznání jsou rozdílné.

5.3 Výzkumný soubor

Abychom zjistili názory společnosti na eutanazii v České republice, byla k účasti na výzkumu oslovena široká veřejnost. Výběrový soubor naší diplomové práce tvořili lidé starší 18 let. Výzkumný soubor pro naše šetření byl vybrán na základě náhodného výběru, kde každý občan pobývající na území České republiky ve věku od 18 let měl stejnou možnost zúčastnit se tohoto výzkumu. Data získána pomocí internetového dotazníku měla zajistit co možná největší reprezentativnost výběrového souboru různé věkové kategorie, místa bydliště, vzdělání apod. Forma tištěného dotazníku byla cílena zejména na osoby staršího věku a nesla v tomto případě znaky dostupného výběru zkoumaného vzorku, jelikož byly dotazníky rozdány cíleně do zařízení určené starším osobám v nejbližším okolí (Gavora, 2010, 75 - 80).

Technika sběru dat byla uskutečněna prostřednictvím klasické tištěné formy dotazníku a internetovou podobou totožného dotazníku.

Prostřednictvím internetového dotazníku, bylo možno zjistit, že námi vytvořený dotazník byl shlédnut celkem 514 respondenty. Vyplněných dotazníků bylo odesláno 468. Zde byla všechna získaná data v pořádku a nebylo nutno žádné odpovědi vyřadit.

Dále bylo rozdáno 150 dotazníků v tištěné podobě, které byly cíleny zejména na respondenty spadající do vyšší věkové kategorie nad 60 let. Zde se nám vrátilo celkem 92 vyplněných dotazníků, přičemž 33 z nich muselo být vyřazeno pro neúplné či špatné vyplnění. K další analýze dat bylo tedy použito 74 dotazníků s náležitě vyplněnými odpověďmi.

Z původního počtu 664 rozdaných dotazníků, byla celková návratnost zajištěna pomocí 542 (82%) dotazníků, které byly vyplněny na základě stanovených kritérií.

5.4 Technika a metoda sběru dat

Výzkum této práce byl orientován kvantitativně. Data byla získávána dotazovací metodou, technikou dotazníkového šetření.

Nejdříve byla provedena pilotáž na malém výzkumném vzorku respondentů, abychom se vyhnuli případným problémům a nejasnostem při vyplňování dotazníků. Předvýzkum byl uskutečněn na vzorku 20 respondentů v našem nejbližším okolí. Všechny dotazníky se vrátily zpět bez vážnějších problémů při vyplňování, proto jej bylo možno použít k získávání dat pro empirickou část diplomové práce.

Metoda sběru dat byla realizována prostřednictvím internetového dotazníku vytvořeným na webové stránce *survio.com*, a tištěnou podobou dotazníku rozdanou mezi respondenty. Sběr dat probíhal v období měsíce ledna roku 2018.

Internetová podoba jevila pozitivní známky zejména ve způsobu tvorby dotazníku a poté způsobu vyplnění respondenty. Pomocí nastavení možností odpovědí na jednotlivé otázky v dotazníku nebylo možno na některou z daných otázek odpovědět více možnostmi, či neodpovědět vůbec – tedy dotazníky byly v této podobě vráceny plnohodnotně vyplněny. Nepochybně výhodou byla i možnost touto formou „oslovit“ širokou veřejnost prostřednictvím sociálních sítí, ale i webových portálů, internetových stránek různých škol a organizací, přičemž byla zajištěna anonymita respondentů.

Abychom získali i zastoupení respondentů vyššího věku, byl sběr dat realizován i prostřednictvím tištěných dotazníků. V tomto případě jsme shledali papírovou formu jako vhodnější variantu, jelikož jsme předpokládali, že internetová forma bude zastoupena nejvíce mladšími lidmi pod 60 let věku. Dotazníky byly tedy mimo jiné rozdány na místa větší koncentrace seniorů, zejména do domovů s pečovatelskou službou a do domovů pro seniory.

Dotazník byl v obou podobách zcela totožný a skládal se ze tří důležitých částí. Nejprve byli respondenti osloveni s prosbou o vyplnění dotazníku. Zároveň byli seznámeni s autorem a názvem výzkumného problému diplomové práce. První část sloužila k celkovému seznámení i s obsahem samotných otázek v dotazníku.

Stěžejní část dotazníku byly samotné otázky dotazníkového šetření. Celkem se jednalo o 18 položek, z toho 2 byly formulovány pomocí otevřených otázek. Stanovený počet otázek měl zajistit co nejvíce a správně vyplněných dotazníků.

Součástí zkoumání bylo zjistit určité charakteristiky respondentů (věk, pohlaví, nejvyšší dosažené vzdělání, náboženské vyznání). Další položené otázky v dotazníku nám pomohly objasnit stanovené cíle našeho výzkumu.

Na závěr patřilo poděkování respondentům za ochotu a jejich čas, který věnovali pro vyplnění dotazníku.

5.5 Statistické vyhodnocení

Pro zpracování získaných dat z dotazníkového šetření a jejich následné statistické vyhodnocení byl použit tabulkový editor Microsoft Office Excel 2007.

Nejprve byla získaná data zaznačena do tabulky, kde řádky označovaly jednotlivé respondenty a sloupce konkrétní otázky v dotazníku. Z tohoto záznamu odpovědí bylo možno vytvořit tabulky absolutních a relativních četností a následně z těchto tabulek vytvořit grafy odpovídajících hodnot.

Dále byly tyto dotazníky s odpověďmi vytríděny na základě jednotlivých charakteristik respondentů (pohlaví, věk, vzdělání, náboženské vyznání), což nám výrazně pomohlo při další analýze a statistickém testování hypotéz.

Pomocí neparametrických statistických metod jsme ověřovali stanovené hypotézy výzkumu. Při vyhodnocování jsme použili Test nezávislosti chí-kvadrát pro kontingenční tabulku a Test nezávislosti chí-kvadrát pro čtyřpolní tabulku.

6 VYHODNOCENÍ DAT

Tato část diplomové práce se zabývá celkovým popisem a vyhodnocením dat, která byla získána dotazníkovým šetřením. Po důkladné analýze jsme byli schopni výsledky výzkumu předložit pomocí deskriptivní analýzy v podobě grafického znázornění odpovědí na jednotlivé otázky.

V rámci vyhodnocování výsledků dotazníkového šetření byla data také vyříděna na základě stanovených charakteristik respondentů. Tyto konkrétní výsledky vlastního výzkumu jsou uvedeny v přílohách diplomové práce, a pomohly nám k objasnění stanovených cílů našeho výzkumu a při statistickém testování hypotéz.

Pro lepší přehlednost ověřování hypotéz bylo použito tabulkové zpracování dat.

Součástí vyhodnocení dat je také závěrečná interpretace zjištěných výsledků celého výzkumného šetření. Důležité bylo zodpovědět na stanovené cíle a hypotézy, a uvést doporučení pro praxi, které plyne z průzkumných výsledků.

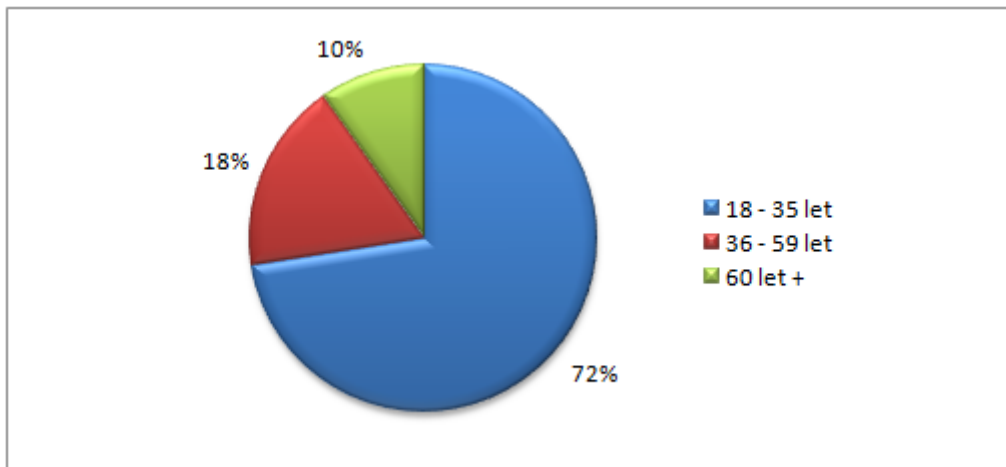
6.1 Deskriptivní analýza získaných dat

Deskriptivní typ analýzy je založen na popisu získaných dat a jejich přehledného znázornění pomocí grafů.

Nejprve jsme se zaměřili na celkové složení respondentů, kteří se podíleli na našem výzkumu. Vyhodnocování dat bylo cíleno na osobnostní charakteristiky účastníků - na pohlaví, věk, vzdělání a náboženské vyznání. Poté jsme v popisné analýze věnovali pozornost otázkám, které nám pomohly objasnit stanové cíle výzkumu.

Dotazníkového šetření se zúčastnilo celkem 542 respondentů ve složení 427 (79%) žen a 115 (21%) mužů. Následující grafy popisují základní informace o našem výzkumném souboru.

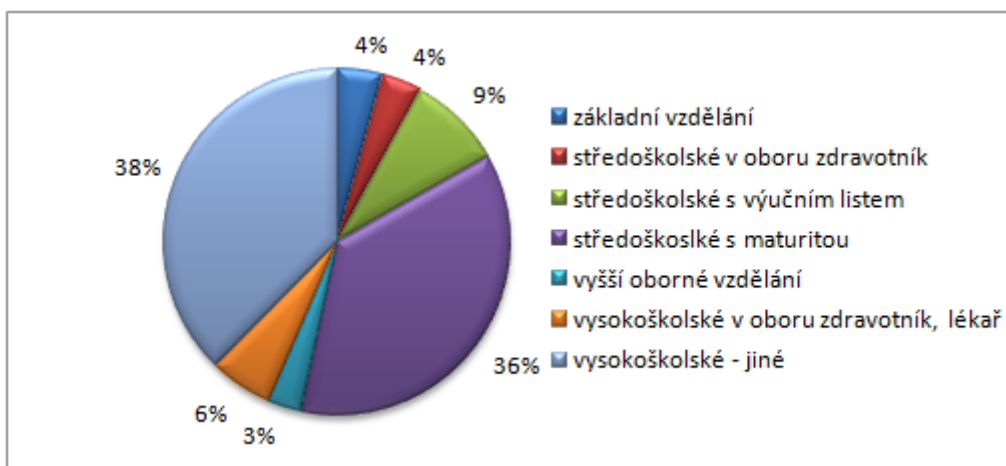
Graf č. 1: Složení respondentů podle věku



Zdroj: Vlastní výzkum

Nejpočetnější skupinou z hlediska věkového složení tvořili respondenti ve věku od 18 do 35 let a to konkrétně v počtu 393 (72%). Ve věku od 36 do 59 let se jednalo celkem o 96 (18%) dotazovaných, a skupina nejstarších respondentů od 60 let a více tvořilo 53 (10%) výzkumného vzorku.

Graf č. 2: Složení respondentů podle nejvyššího dosaženého vzdělání



Zdroj: Vlastní výzkum

Výzkumu se zúčastnilo celkem 23 (4%) respondentů se základním vzděláním, 20 (4%) se středoškolským vzděláním v oboru zdravotnictví, 48 (9%) se středoškolským vzděláním završeným výučním listem a 198 (36%) respondentů středoškolského vzdělání zakončeným maturitou. Dále se výzkumný vzorek skládal ze 17 (3%) respondentů

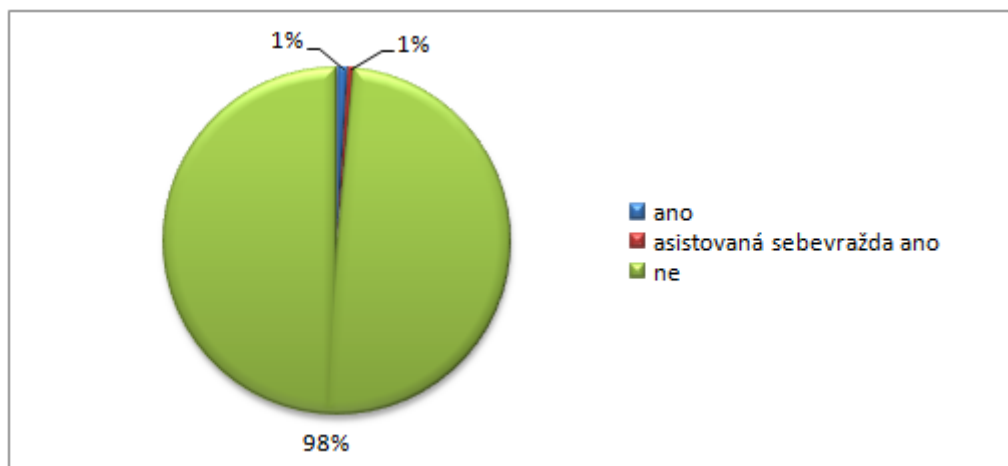
s vyšším odborným vzděláním, 32 (6%) s vysokoškolským vzděláním v lékařském oboru a 204 (38%) respondentů s vysokoškolským vzděláním jiného zaměření než lékařství.

Celkem 171 (32%) respondentů vyznává nějakou náboženskou víru a 371 (68%) se řadí mezi nevěřící.

6.1.1 Informovanost společnosti o základních pojmech eutanazie

Na otázku zda lidé znají pojem eutanazie, odpověděli všichni účastníci výzkumu, tedy 542 (100%) respondentů, kladně. Pro ověření byla v dotazníku stanovena i otevřená otázka, kde měli respondenti uvádět, co tedy tento pojem podle jejich názoru znamená. Nejčastěji respondenti odpovídali, že se jedná o ukončení života na žádost pacienta nebo o chtěnou smrt za asistence jiné osoby. Avšak našlo se i 7 respondentů, jejichž otevřené odpovědi nebyly příliš objasněny vzhledem k položené otázce. Eutanazii popsali tři lidé jako usmrcení člověka, přičemž není zcela jasné, zda se jedná o myšlenku „vraždy“ nebo „eutanazie“, tedy usmrcení na žádost nemocného. Dva lidé odpověděli, že se jedná o vysvobození, což by mohlo souviset ve smyslu zkrácení trápení (tedy smrt), které uvedl jeden z respondentů. Objevila se i odpověď, že eutanazie je něco nepřirozeného.

Graf č. 3: Odpovědi respondentů na otázku, zda je eutanazie v České republice legální

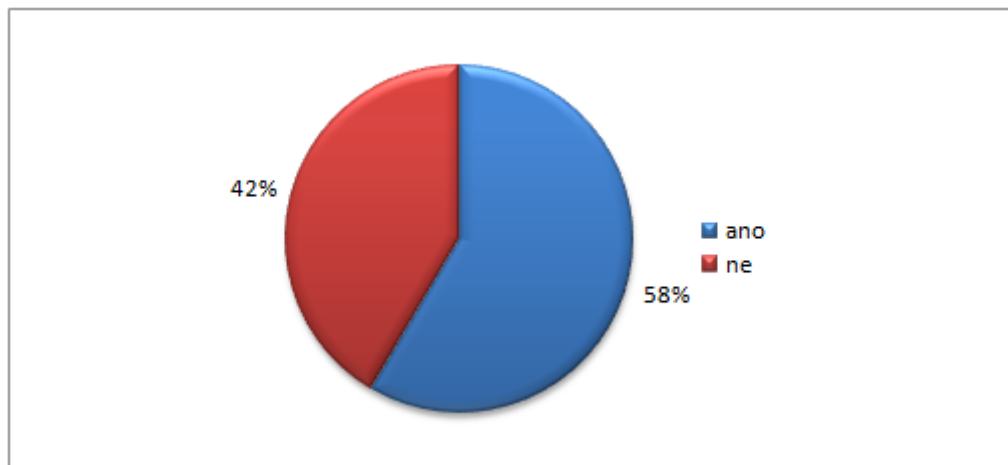


Zdroj: Vlastní výzkum

Na otázku, která se zaměřovala na informovanost o eutanazii z hlediska legislativního rámce České republiky, odpověděli téměř všichni respondenti 534 (98%) správně, že eutanazie zde legální není. Respondentů, kteří si myslí, že je eutanazie v České republice

uzákoněna bylo 5 (1%) a 3 (1%) dotazovaní se nejspíš nechali zmást odpovědí, že je uzákoněna ale pouze v případě, jedná-li se o asistovanou sebevraždu.

Graf č. 4: Odpovědi respondentů na otázku, zda mají povědomí o paliativní péči



Zdroj: Vlastní výzkum

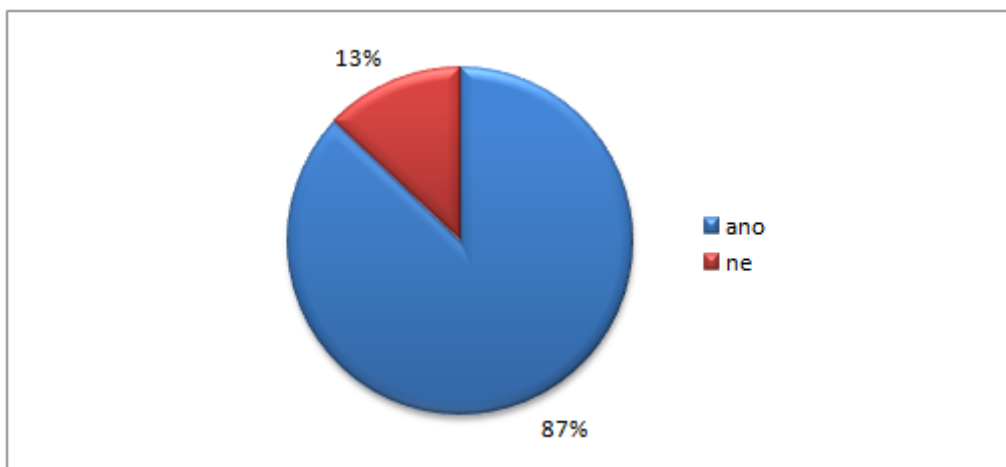
Pojem paliativní péče pozná více než polovina všech respondentů 317 (58%). Naopak 225 (42%) respondentů uvedlo, že o něm nemají povědomí. Stejně jako tomu bylo v případě znalosti eutanazie (graf č. 5), i zde jsme si v rámci dotazníkového šetření stanovili kontrolní otevřenou otázku, kde měli respondenti tento pojem vlastními slovy vysvětlit.

Respondenti, kteří uvedli, že pojem znají, jej nejčastěji uváděli jako péči o umírajícího, zajišťující důstojně dožití života. Všechny otevřené odpovědi na tuto otázku zde byly v souladu s definicí paliativní péče nebo byly v její úzké souvislosti. Význam tohoto pojmu tedy respondenti svými slovy vždy vystihli.

Zbylá část respondentů, kteří uvedli neznalost paliativní péče, nejčastěji odpovídali, že vůbec netuší, co znamená a nikdy o ní neslyšeli. Našli se i takové odpovědi, ve kterých se respondenti sami přiznali, že si tento pojem a jeho význam vyhledali na internetu, aby se informovali, oč se tedy jedná.

6.1.2 Smýšlení lidí o posledních chvílích života

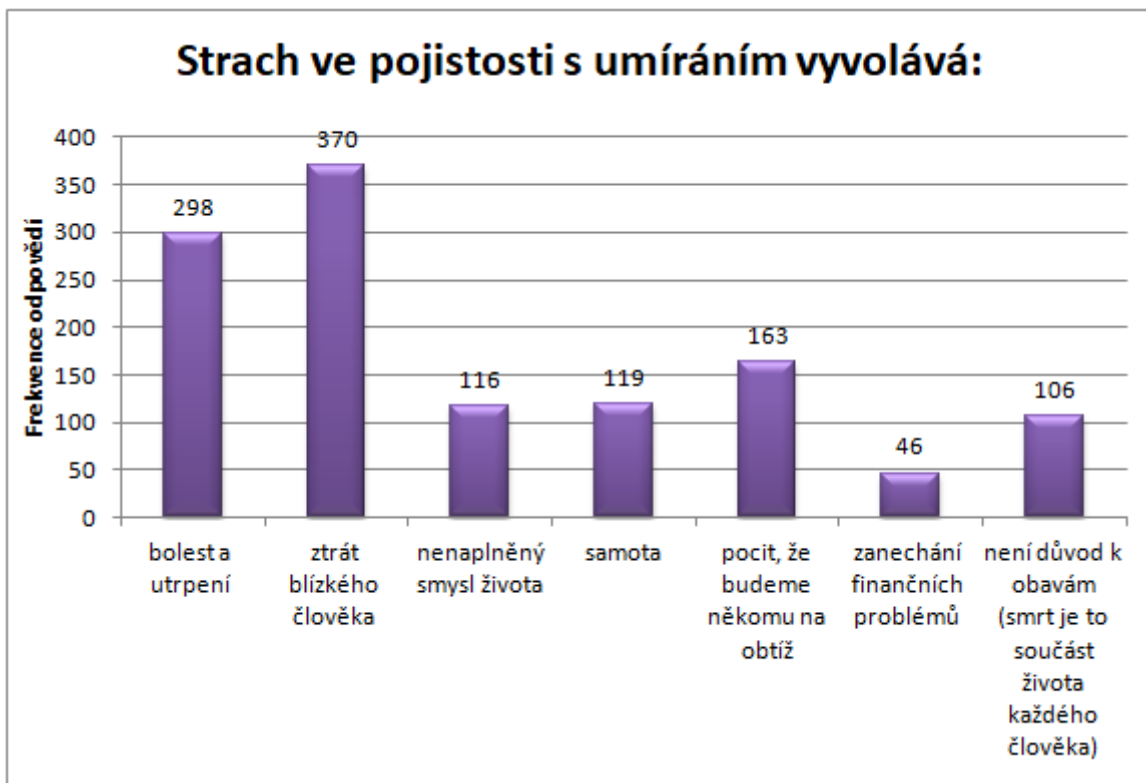
Graf č. 5: Respondenti se již někdy zamýšleli nad smrtí



Zdroj: Vlastní výzkum

Více než 3/4 všech respondentů 427 (87%) se někdy zamýšlelo nad smrtí. Menší část 134 (13%) odpovídajících takto nepřemýšlela.

Graf č. 6: Strach ve spojitosti s umíráním vyvolává

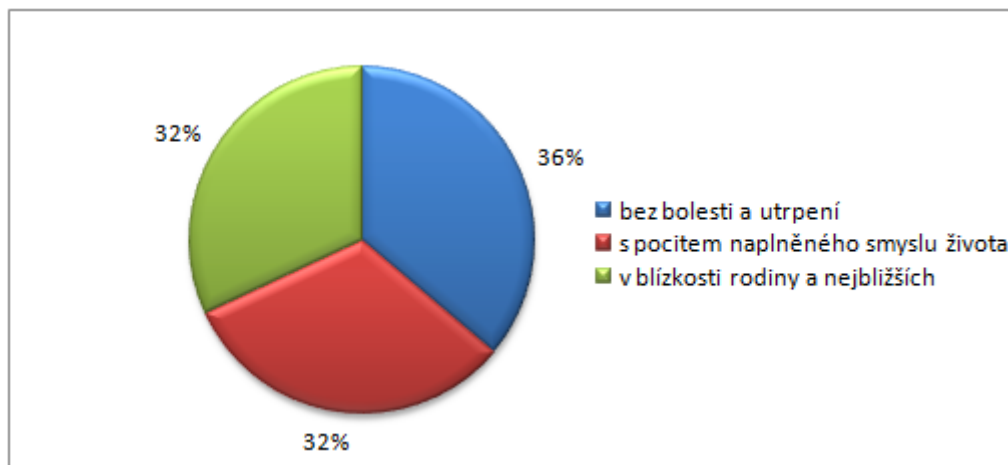


Zdroj: Vlastní výzkum

Sloupcový graf znázorňuje četnosti odpovědí respondentů na otázku, co v nich vyvolává největší strach ve spojitosti s umíráním. Jako odpověď zde mohli respondenti zvolit více možností, proto jsme zvolili jako vhodnější zobrazení právě sloupcový graf srovnávající absolutní četnosti jednotlivých odpovědí. Procentuální vyjádření se rovná podílu mezi absolutní četností konkrétní odpovědi a celkovým počtem odevzdaných dotazníků ($n = 542$).

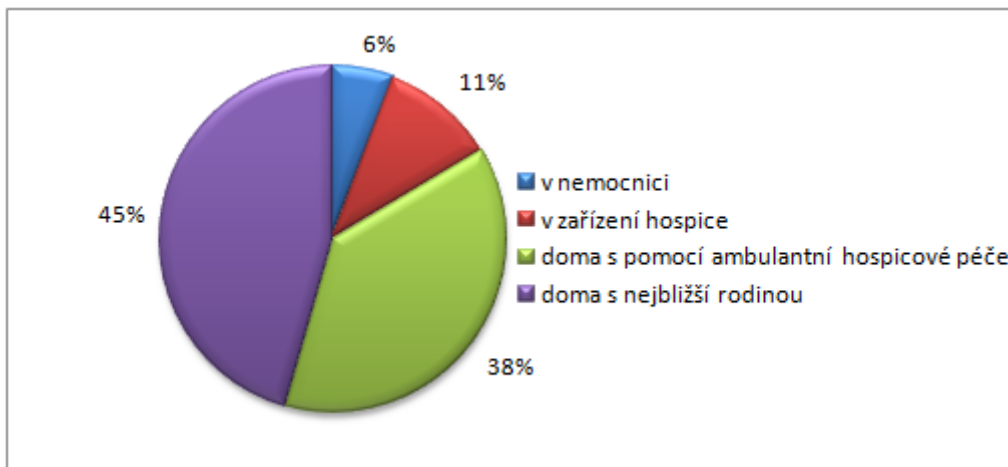
Největší obavy mají lidé nepochybně ze ztráty blízké osoby. Tuto možnost označilo celkem 370 (68%) respondentů. Na druhém místě byla bolest a utrpení v zastoupení 298 (55%) odpovědí. Četnost zbylých odpovědí výrazně klesla na 163 (30%) respondentů, kteří připustili možný strach, že by v období blížící se smrti byli někomu na obtíž. Dále byly téměř stejným počtem odpovědí zastoupeny dvě následující možnosti: strach ze samoty - v zastoupení 119 (22%), a strach z nenaplněného smyslu života - v zastoupení 116 (21%) odpovědí. Celkem 106 (20%) respondentů je s umíráním a smrtí smířeno, tudíž v nich nevyvolávají negativní emoce. Nejméně lidé uváděli odpověď, že mají strach z finančních nesrovnalostí vůči případným pozůstalým. Tuto možnost připustilo pouze 46 (8%) dotazovaných.

Graf č. 7: *Důstojné umírání pro respondenty znamená*



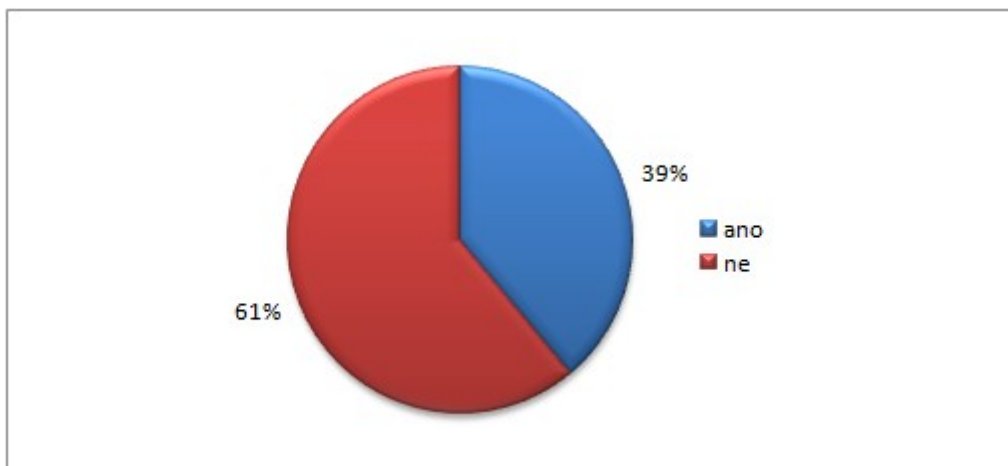
Zdroj: Vlastní výzkum

Na otázku, jak si lidé představují důstojné umírání, byly odpovědi rozloženy téměř stejnými třetinami. Bezbolestné umírání odpovědělo 196 (36%) respondentů. Zbylé dvě odpovědi, tedy důstojná smrt jako naplněný smysl života a důstojné umírání v okruhu nejbližších, uvedl zcela totožný počet respondentů 173 (32%).

Graf č. 8: *Přání respondentů prožít konec svého života*

Zdroj: Vlastní výzkum

Poslední chvíle svého života by lidé nejraději prožili doma v kruhu nejbližších 247 (45%). Druhá nejpočetnější skupina odpovídajících 206 (38%) by v domácí péči uvítala také pomoc ambulantní paliativní péče. Menší zastoupení odpovědí zde bylo zaměřeno na institucionální zařízení jako je hospic 58 (11%) a nemocnice 31 (6%).

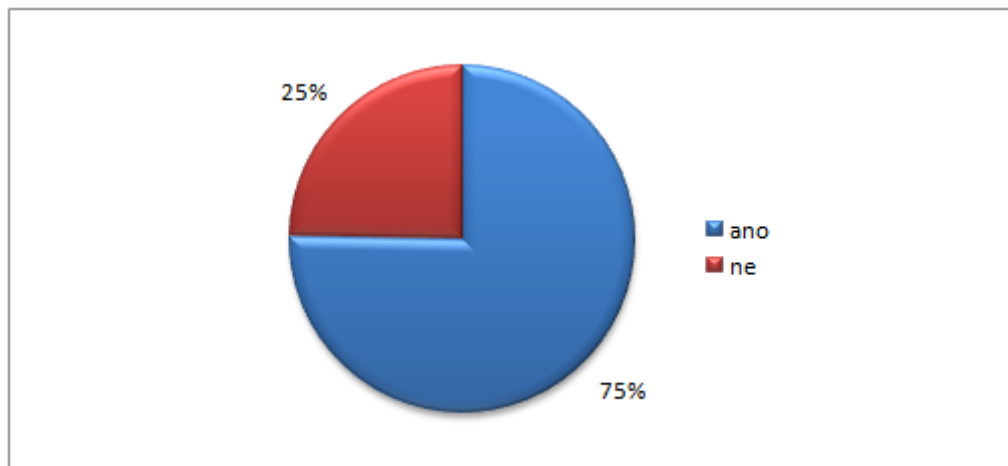
Graf č. 9: *Zamýšlení respondentů o předem vysloveném přání*

Zdroj: Vlastní výzkum

Lidé spíše nepřemýšlejí o možnosti sepsání předem vysloveného přání, ve kterém by bylo uvedeno, jak by si člověk přál postupovat/ nepostupovat v léčbě za předpokladu, že by se dostal do stavu, který by již takové přání neumožňoval nemocnému vyslovit. Více než polovina respondentů 331 (61%) o tuto možnost nejevila větší zájem. Naopak 211 (39%) odpovídajících možnost sepsání předem vysloveného přání připustilo.

6.1.3 Názory společnosti na legalizaci eutanazie v České republice

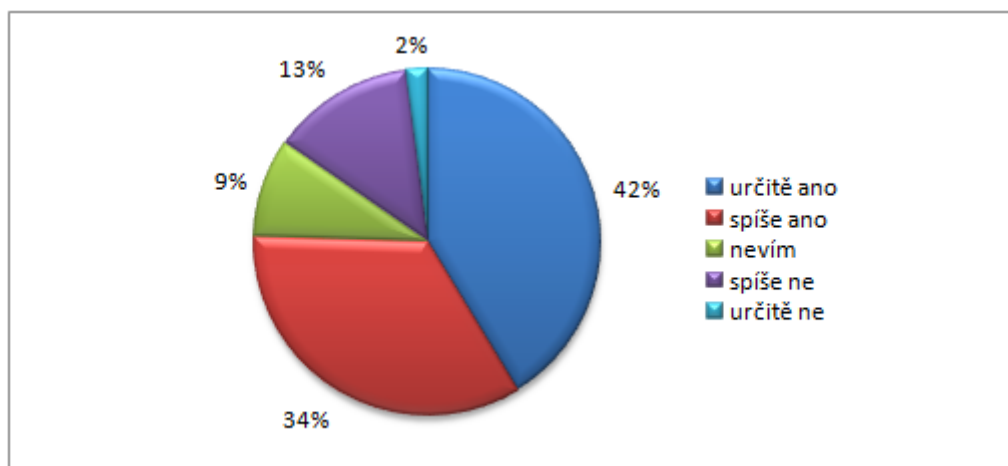
Graf č. 10: *Odpovědi respondentů na otázku, zda by měla být eutanazie na území České republiky uzákoněna*



Zdroj: Vlastní výzkum

Rovně 3/4 všech respondentů, tedy 408 (75%), zastávají názor legalizace eutanazie v České republice. Proti takové možnosti se staví 134 (25%) respondentů.

Graf č. 11: *Názory respondentů na možnost zneužití eutanazie*

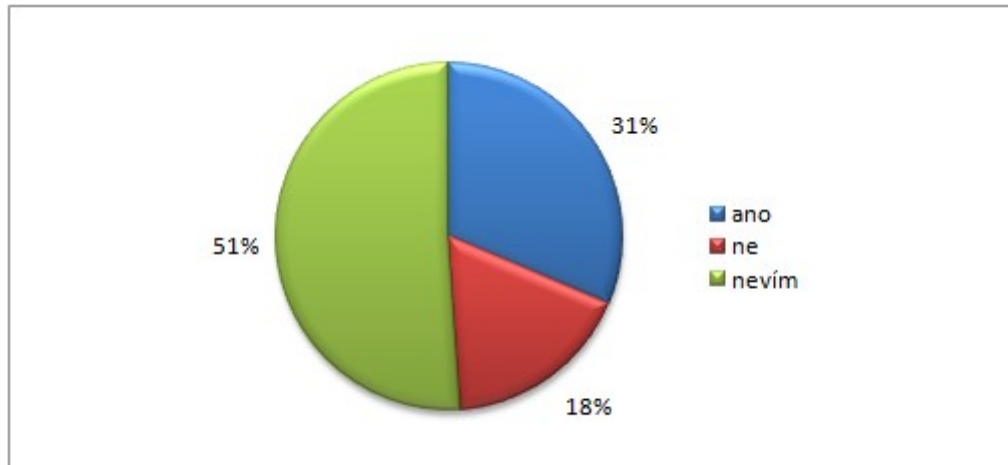


Zdroj: Vlastní výzkum

Na základě získaných dat jasně vyplývají obavy lidí z možného zneužití eutanazie. Celkem 224 (42%) respondentů uvedlo, že by eutanazie mohla být zcela určitě zneužita a 185 (34%) tuto možnost rovněž připustilo. Naopak jen 11 (2%) odpovídajících možnost zneužití eutanazie striktně vylučuje a dalších 72 (13%) si myslí, že by spíše nemohla být

eutanazie zneužita než ano. Zbýlých 50 (9%) respondentů se k odpovědi nedokázali rozhodnout.

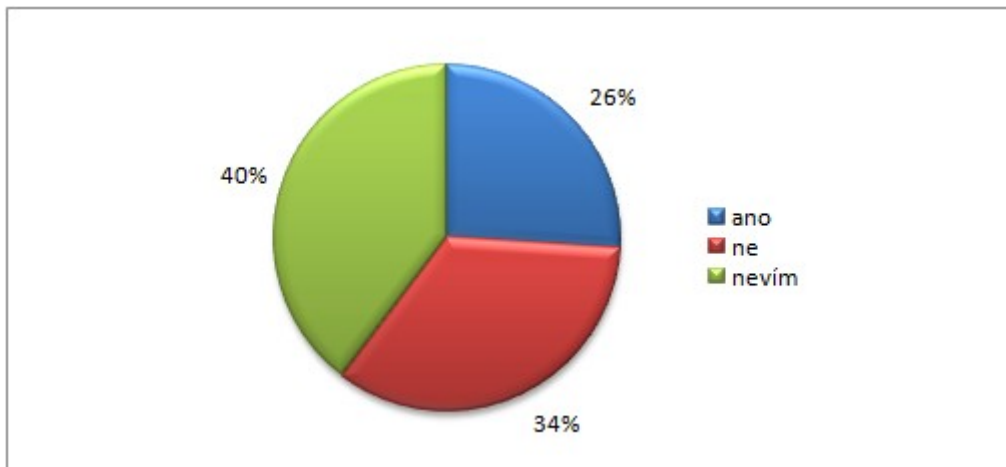
Graf č. 12: *Odpovědi respondentů na otázku, zda by z důvodů nepříznivého zdravotního stavu chtěli podstoupit eutanazii*



Zdroj: Vlastní výzkum

Za předpokladu, že by se lidé ocitli ve vážném zdravotním stavu nebo ve stavu smrtelné nemoci se polovina všech respondentů 277 (51%) nedokázala rozhodnout, zda by v takovém případě přistoupili k možnosti eutanazie nebo ne. Rychlé ukončení svého života touto cestou připustilo 170 (31%) odpovídajících a zbylých 95 (18%) by takto svůj život rozhodně neukončili.

Graf č. 13: Odpovědi respondentů na otázku, zda by dokázali rozhodnout o výkonu eutanazie na blízké osobě



Zdroj: Vlastní výzkum

Stejně jako tomu bylo v předchozí otázce (graf č. 15), byli lidé dotazováni o možnosti rozhodnout se, zda nechat provést eutanazii v případě vážného zdravotního stavu či nevléčitelné nemoci, ovšem ne sami na sobě nýbrž na blízké osobě. I zde bylo nejvíce respondentů, kteří by se v dané situaci nedokázali rozhodnout 215 (40%). I přes vážný zdravotní stav by 186 (34%) respondentů nedopustilo provedení eutanazie na jim blízké osobě. Celá 1/4 všech respondentů 141 (26%) by za takových okolností souhlasila s rychlým ukončením života blízké osoby.

6.2 Statistické testování hypotéz

Při testování hypotézy H_1 , H_2 , H_3 a H_6 jsme použili Test nezávislosti chí-kvadrát pro kontingenční tabulku. Pomocí Testu nezávislosti chí-kvadrát pro čtyřpolní tabulku jsme statisticky vyhodnotili hypotézy H_4 a H_5 .

Výpočty byly prováděny na hladině významnosti $\alpha = 0,05$ a na základě výsledků tohoto testování bylo možno dané hypotézy verifikovat nebo falzifikovat.

H_1 : Mladí lidé mají větší obavy z umírání a smrti než lidé staršího věku.

H_0 : Neexistuje statisticky významný rozdíl v obavách ze smrti v závislosti na věku.

H_A : Existuje statisticky významný rozdíl v obavách ze smrti v závislosti na věku.

Hypotézy byly testovány pomocí 2. otázky z dotazníku, která se zabývala věkovým složením respondentů a otázkou č. 13 zaměřenou na možné obavy z umírání.

Tabulka č. 1: *Pozorované a očekávané četnosti pro H_1*

	Ano	Ne	Σ
18 – 35 let	334 (316,14)	59 (76,86)	393
36 – 59 let	72 (77,225)	24 (18,775)	96
60 let +	30 (42,635)	23 (10,365)	53
Σ	436	106	542

Zdroj: Vlastní výzkum

$$\chi^2 = 26,112 > \chi^2_{0,05}(2) = 5,991$$

Hodnota testového kritéria χ^2 byla vyšší, než kritická hodnota chí-kvadrátu na hladině významnosti 0,05 a stupně volnosti 2.

→ Přijímáme alternativní hypotézu.

H_2 : Názory na důstojné umírání mezi lidmi v závislosti na náboženském vyznání jsou rozdílné.

H_0 : Neexistuje statisticky významný rozdíl mezi názory respondentů na důstojné umírání v závislosti na náboženském vyznání.

H_A : Existuje statisticky významný rozdíl mezi názory respondentů na důstojné umírání v závislosti na náboženském vyznání.

Hypotézy byly testovány pomocí otázky č. 4 z dotazníku, která zjišťovala složení respondentů v závislosti na náboženském vyznání, a otázkou č. 14, kde byli respondenti dotazováni, v čem podle nich spočívá důstojné umírání.

Tabulka č. 2: *Pozorované a očekávané četnosti pro H_2*

	Bezbolestná smrt	Naplněný smysl života	Blízkost nejbližších	Σ
Věřící	49 (61,838)	56 (54,581)	66 (54,581)	171
Bez vyznání	147 (134,162)	117 (118,419)	107 (118,419)	371
Σ	196	173	173	542

Zdroj: Vlastní výzkum

$$\chi^2 = 7,437 > \chi^2_{0,05}(2) = 5,991$$

Hodnota testového kritéria χ^2 byla vyšší, než kritická hodnota chí-kvadrátu na hladině významnosti 0,05 a stupně volnosti 2.

→ Přijímáme alternativní hypotézu.

H₃: Lidé s nižším dosaženým vzděláním by spíše upřednostnili poslední chvíle života v kruhu nejbližší rodiny než lidé s vyšším dosaženým vzděláním.

H₀: V názorech na trávení posledních chvil života v závislosti na vzdělání neexistuje statisticky významný rozdíl.

H_A: V názorech na trávení posledních chvil života v závislosti na vzdělání existuje statisticky významný rozdíl.

Hypotézy byly testovány pomocí otázky č. 3 z dotazníku, která zjišťovala složení respondentů v závislosti na nejvyšším dosaženém vzdělání a otázky č. 18, kde by si respondenti přáli dožít poslední chvíle svého života.

Z identifikační položky nejvyššího dosaženého vzdělání jsme vytvořili dvě kategorie. První skupinu tvořili respondenti se základním vzděláním až po středoškolské vzdělání ukončeného maturitou – skupina s nižším dosaženým vzděláním. Druhá skupina se skládala z respondentů s vyšším odborným vzděláním a s vysokoškolským vzděláním – skupina s vyšším dosaženým vzděláním.

Tabulka č. 3: *Pozorované a očekávané četnosti pro H_3*

	Nemocnice	Hospic	Doma za pomoci ambulantní paliativní péče	Doma s nejbližší rodinou	Σ
ZŠ + SŠ	22 (16,53)	33 (30,926)	96 (109,841)	138 (131,703)	289
VOŠ + VŠ	9 (14,47)	25 (27,074)	110 (96,159)	109 (115,297)	253
Σ	31	58	206	247	542

Zdroj: Vlastní výzkum

$$\chi^2 = 8,558 > \chi^2_{0,05}(3) = 7,815$$

Hodnota testového kritéria χ^2 byla vyšší, než kritická hodnota chí-kvadrátu na hladině významnosti 0,05 a stupně volnosti 3.

→ Přijímáme alternativní hypotézu.

H₄: Muži častěji souhlasí s legalizací eutanazie v České republice než ženy.

H₀: Neexistuje statisticky významný rozdíl mezi názory mužů a žen na legalizaci eutanazie v České republice.

H_A: Existuje statisticky významný rozdíl mezi názory mužů a žen na legalizaci eutanazie v České republice.

Hypotézy byly testovány pomocí otázky č. 1 v dotazníku, která zjišťovala složení respondentů dle pohlaví a otázky č. 10, v níž byli respondenti dotazováni, zda by byli pro legalizace eutanazie v České republice.

Tabulka č. 4: *Pozorované četnosti pro H_4*

	Ano	Ne	Σ
Ženy	339	88	427
Muži	69	46	115
Σ	408	134	542

Zdroj: Vlastní výzkum

$$\chi^2 = 18,305 > \chi^2_{0,05}(1) = 3,841$$

Hodnota testového kritéria χ^2 byla vyšší, než kritická hodnota chí-kvadrátu na hladině významnosti 0,05 a stupně volnosti 1.

→ Přijímáme alternativní hypotézu.

H₅: Lidé se zdravotnickým vzděláním mají větší obavy ze zneužití eutanazie než lidé jiného vzdělání.

H₀: Neexistuje statisticky významný rozdíl na názory zneužití eutanazie v ČR v závislosti na vzdělání.

H_A: Existuje statisticky významný rozdíl na názory zneužití eutanazie v ČR v závislosti na vzdělání.

Hypotézy byly testovány pomocí otázky č. 3 v dotazníku, která zjišťovala složení respondentů na základě nejvyššího dosaženého vzdělání a otázky č. 11, kde byli respondenti dotazováni, zda si myslí, že by mohla být eutanazie v případě legalizace zneužívána.

Jelikož jsme zde testovali osoby se zdravotnickým vzděláním a osoby jiného vzdělání, byly vytvořeny dvě kategorie. První skupinu tvořili všichni respondenti zdravotnického vzdělání a druhou skupinu pak respondenti jiného vzdělání.

Z odpovědí na otázku č. 11 byly rovněž vytvořeny kategorie a to na: „ano“, „ne“ a „nevím“. Odpověď „nevím“ byla ze statistického vyhodnocování vynechána, jelikož její zastoupení bylo ze strany osob zdravotnického vzdělání velmi malé. Důležitá pro nás byla zejména jasná rozhodnutí, tedy „ano“, „ne“. Celkový počet odpovídajících v tomto případě byl 492.

Tabulka č. 5: *Pozorované četnosti pro H₅*

	Ano	Ne	Σ
Zdravotníci	45	4	49
Jiné vzdělání	364	79	443
Σ	409	83	492

Zdroj: Vlastní výzkum

$$\chi^2 = 2,942 < \chi^2_{0,05}(1) = 3,841$$

Hodnota testového kritéria χ^2 byla nižší, než kritická hodnota chí-kvadrátu na hladině významnosti 0,05 a stupně volnosti 1.

→ Přijímáme nulovou hypotézu.

H_6 : Názory na přistoupení k eutanazii v závislosti na náboženském vyznání jsou rozdílné.

H_0 : Neexistuje statisticky významný rozdíl mezi názory k přístupu na eutanazii v závislosti na náboženském vyznání.

H_A : Existuje statisticky významný rozdíl mezi názory k přístupu na eutanazii v závislosti na náboženském vyznání.

Tyto hypotézy byly testovány pomocí otázky č. 4 v dotazníku, která zjišťovala složení respondentů v závislosti na náboženském vyznání a pomocí otázky č. 8, ve které byli respondenti dotazováni, zda by v případě nepříznivého zdravotního stavu podstoupili eutanazii.

Rovněž jsme hypotézy testovaly i pomocí otázky č. 9 v dotazníku, která zjišťovala, zda by v případě nepříznivého zdravotního stavu byli respondenti schopni odsouhlasit provedení eutanazie na blízké osobě.

Tabulka č. 6: *Pozorované a očekávané četnosti pro H_6 v souvislosti s otázkou č. 8*

	Ano	Ne	Nevím	Σ
Věřící	39 (53,635)	53 (29,972)	79 (87,393)	171
Bez vyznání	131 (116,365)	42 (65,028)	198 (189,607)	371
Σ	170	95	277	542

Zdroj: Vlastní výzkum

$$\chi^2 = 32,86 > \chi^2_{0,05}(2) = 5,991$$

Tabulka č. 7: *Pozorované a očekávané četnosti pro H_6 v souvislosti s otázkou č. 9*

	Ano	Ne	Nevím	Σ
Věřící	31 (44,485)	77 (58,683)	63 (67,832)	171
Bez vyznání	110 (96,515)	109 (127,317)	152 (147,168)	371
Σ	141	186	215	542

Zdroj: Vlastní výzkum

$$\chi^2 = 14,83 > \chi^2_{0,05}(2) = 5,991$$

Hodnota testového kritéria χ^2 byla zde v obou případech vyšší, než kritická hodnota chí-kvadrátu na hladině významnosti 0,05 a stupně volnosti 2.

→ Přijímáme alternativní hypotézu.

7 INTERPRETACE DAT

Výzkumu se zúčastnilo celkem 542 osob ve věku od 18 let. Konkrétně se jednalo o 427 žen a 115 mužů. Nejpočetnější skupinu tvořili respondenti do 35 let a s narůstajícím věkem počet účastníků výzkumu klesal, což se také odrazilo na celkovém složení věřících a nevěřících osob. K náboženskému vyznání se nejvíce hlásili právě lidé ve věku nad 60 let, kterých bylo v našem výzkumu nejméně. Jasně tedy ve výzkumném vzorku převažovaly osoby bez náboženského vyznání.

V úzké souvislosti s věkovým složením respondentů bylo rovněž jejich nejvyšší dosažené vzdělání. Mladí lidé ve věku do 35 let se řadili do kategorie středoškolského vzdělání s maturitou a vysokoškolského vzdělání, tudíž nejpočetnějšího zastoupení našeho výzkumu. Podobně tomu bylo i u osob střední dospělosti, kde bylo zároveň významné zastoupení lidí vyučených v oboru. Senioři měli nejčastěji středoškolské vzdělání s výučním listem a základní vzdělání. Všechny tyto aspekty jsou podmíněny historickým vývojem společnosti a s ním spojenými celkovými změnami hodnot a postojů společnosti.

Cílem našeho výzkumu bylo zjistit názory společnosti na eutanazii v České republice, zejména informovanost široké veřejnosti o této problematice a její postoje, které zaujímá k umírání a samotné možnosti provedení eutanazie v České republice.

Eutanazii se ve společnosti jeví jako obecně známý pojem. Její podstatu dokázali vystihnout všichni účastníci výzkumu. Přes to však prokázal náš výzkum malé nedostatky z hlediska znalostí právního rámce České republiky. Celkem 5 respondentů si myslelo, že je zde eutanazie legální. Další tři odpovídající se nejspíše nechali „nachytat“ a označili jako legální asistovanou sebevraždu. Chybně odpovídaly osoby středoškolského maturitního a vysokoškolského vzdělání. Příčinou této chyby mohla být neznalost nebo nepozornost při čtení otázky v dotazníku. Jelikož se jednalo o pouhé 2% ze všech respondentů, můžeme tyto odpovědi považovat za téměř zanedbatelné.

S problematikou eutanazie úzce souvisí i paliativní péče, která je zákonem považována jako přijatelná forma pasivní „eutanazie“, tedy nepokračování v léčbě. Tato péče byla známa 58% odpovídajícím a pro ostatní byla zcela novým pojmem. Výsledky šetření poukázaly na nedostatky informovanosti i mezi zdravotníky a lékaři, kteří bývají mnohdy prvními lidmi, kteří by paliativní péči měli nemocnému poskytnout.

Můžeme tedy říci, že z hlediska informovanosti problematiky eutanazie a paliativní péče nacházíme stále mezery, které mohou reálné představy o tomto tématu zkreslovat.

Další cíl výzkumného šetření byl zaměřen na celkové postoje lidí k blížíící se smrti, nad kterou se téměř všichni respondenti někdy zamýšleli. Jen třetina přemýšlela o možnosti sepsání předem vysloveného přání, které by mělo určit další postup léčby. Avšak v České republice se nejedná o každodenní praxi, a mnoho okolností respekt vůči takovému přání může zrušit, tudíž se může jevit spíše zbytečnou formalitou.

Největší strach při představě smrti vyvolávala ztráta blízké osoby a na druhém místě bolest a utrpení. Jednalo se zejména osoby spadajících do věkové kategorie od 18 do 59 let. Senioři nejčastěji uváděli, že mají strach být někomu na obtíž a druhou nejčastější odpovědí bylo pozitivní přijetí smrti, jakožto nedílnou součástí života. Tito lidé mívají mnohdy více zdravotních problémů, díky nimž jsou odkázáni na pomoc jiné osoby. Dále strach ze ztráty blízkého člověka s narůstajícím věkem klesal.

Naše výsledky byly ovlivněny psychickým vývojem člověka, který prochází určitými fázemi. Erick Erickson popsal osm stádií tohoto vývoje. Do období mladé dospělosti zasahuje předchozí stádium *hledání vlastní identity* (tedy kdo jsem a kam směřuji) a následuje období *intimity*, tedy hledání lásky a pochopení. Tato stádia pomáhají člověku najít smysl života a dále ho utvářet a prohlubovat. Pro období stáří Erickson vymezil stádium *ego integrity*, tedy pocitu smíření (Collin, 2014, s. 273). Mladí lidé do 35 let, na třetím místě (po možnosti ztráty blízkého; bolesti a utrpení) ve spojitosti s umíráním uváděli nejčastěji právě strach z nenaplněného smyslu života, kdežto senioři byli se smrtí smíření. Nacházíme tedy souvislosti mezi výsledky našeho výzkumu a touto teorií.

Statistické vyhodnocení **potvrdilo hypotézu H₁**: *Mladí lidé mají větší obavy z umírání a smrti než lidé staršího věku. Zde vycházíme z poznatků uvedených výše, že lidé staršího věku dosahují stádia smíření se s životem a blížíící se smrt očekávají. Kdežto mladí lidé mají svůj život stále před sebou a objevují se u nich doposud nenaplněné potřeby zažít věci, které doposud nezažili či potřeba založit rodinu a být pro někoho důležitým.*

Potvrzena byla také **hypotéza H₂**: *Názory na důstojné umírání mezi lidmi v závislosti na náboženském vyznání jsou rozdílné. Odpovědi respondentů na otázku, co si pod důstojností umírání představují, byly odpovědi rozloženy téměř stejnými třetinami. Významný rozdíl v odpovědích se nacházel v závislosti na náboženském vyznání, kdy nevěřící lidé nahlíželi na důstojné umírání jako bezbolestné a bez utrpení. Věřící lidé se přikláněli k důstojnému*

dožívání života doma s milovanou rodinou. Náboženství má za úkol lidi spojovat a pomáhat utvářet lepší vztahy prostřednictvím různých tradic a zvyků. Lidé vyznávající náboženství tak mnohdy mají jiné priority (zejména duchovní), než nevěřící. Hodnota rodiny, tedy spirituální potřeba lásky a pochopení v období umírání, převládá nad strachem z fyzické bolesti.

Rovněž byla **potvrzena i hypotéza H₃**: *Lidé s nižším dosaženým vzděláním by spíše upřednostnili poslední chvíle života v kruhu nejbližší rodiny než lidé s vyšším dosaženým vzděláním.* Celkové výsledky odpovědí na otázku trávení posledních chvil svého života, z většinové části upřednostňovaly domácí prostředí, ovšem lidé nižšího vzdělání nejčastěji uváděli pouze okruh nejbližší rodiny. Vliv na tyto výsledky mohla mít nízká informovanost o paliativní a hospicové péči. Právě v souvislosti s vyšším dosaženým vzděláním rostla také informovanost o kvalitním doprovázení na konci života a tito respondenti častěji připouštěli poslední chvíli života dožité v domácím prostředí za pomoci pracovníků ambulantní paliativní péče.

Dle zákona č. 40/2009 Sb., trestního zákoníku je provedení eutanazie považováno za trestný čin, za nějž hrozí trest odnětí svobody. Celé 3/4 všech respondentů by eutanazii zařadili do právního řádu České republiky. Tento názor zastávali nejvíce mladí lidé. Naopak lidé s vysokoškolským lékařským vzděláním byli v odpovědích opatrnější, což nepochybně ovlivnila jejich lékařská praxe, etika lékaře a jeho poslání – pomáhat a neškodit. Statistická analýza **potvrdila i hypotézu H₄**: *Muži častěji souhlasí s legalizací eutanazie v České republice než ženy.* Tradiční model společnosti popisuje muže jako vůdce rodu a živitele rodiny. Postupem času se situace změnila a ženy začaly být více emancipované, což vedlo k celkovým změnám v životním stylu a společenských hodnotách. Ovšem hrdost a nebojácnost v mužích přežívá ve větší míře dodnes. Toto se potvrdilo i při otázce důstojného umírání – necelá polovina všech mužů považovala nejdůležitější naplněný smysl svého života, menší důraz byl kladen na bezbolestnou smrt a rodinu. Potvrzený předpoklad může být ovlivněn právě mužskou hrdostí, která nepřipouští možnosti být odkázán na péči jiné osoby, projevování slabosti atd. Legalizace by tedy tyto obavy ze ztráty hrdosti mohla rychleji vyřešit. Ženy zastávaly spíše názor proti legalizaci eutanazie. Tradiční model je označuje jako pečovatelky o rod a dodnes jsou to z větší části právě ženy, které tvoří příjemné domácí prostředí („krb domova“) a pečují o děti. Hodnoty rodiny a soudržnosti se projevíly i ve výsledcích této hypotézy.

S možnou legalizací eutanazie jsou na místě také pochyby o jejím zneužívání. Stejný počet respondentů (jako v případě pro legalizaci) uvedlo obavy z možného zneužití. V této souvislosti jsme předpokládali, že vyhraněný názor zde budou zastávat zejména lékaři a lidé zdravotnického vzdělání. Stanovili jsme si **hypotézu H₅**: *Lidé se zdravotnickým vzděláním mají větší obavy ze zneužití eutanazie než lidé jiného vzdělání.* Ovšem **nebyla potvrzena**. Tedy významná souvislost na názor možného zneužití eutanazie v závislosti na vzdělání respondentů nebyla prokázána.

Tato práce zjišťovala také postoje společnosti vůči eutanazii samotné a na základě statistického vyhodnocení byla **potvrzena hypotéza H₆**: *Názory na přistoupení k eutanazii v závislosti na náboženském vyznání jsou rozdílné.* Většina respondentů v otázkách týkající se přistoupení na eutanazii byla spíše nerozhodná. Lidé náboženského vyznání, dále nejčastěji zamítali možnost provést eutanazii na sobě, ale i na blízké osobě. Věřící lidé vyznávají život jako dar Boží, podléhající dále svému osudu. Jsou mnohdy přesvědčeni, že nemáme právo zasahovat do přirozených zákonitostí života, můžeme měnit jen jeho průběh a směr. Člověk je předurčen zemřít, a je jen v rukou „vyšší moci“ kdy a jak se to stane.

Tabulka č. 8: *Výsledky statistického testování hypotéz*

H₁	Mladí lidé mají větší obavy z umírání a smrti než lidé staršího věku.	Potvrzena
H₂	Názory na důstojné umírání mezi lidmi v závislosti na náboženském vyznání jsou rozdílné.	Potvrzena
H₃	Lidé s nižším dosaženým vzděláním by spíše upřednostnili poslední chvíle života v kruhu nejbližší rodiny než lidé s vyšším dosaženým vzděláním.	Potvrzena
H₄	Muži častěji souhlasí s legalizací eutanazie v České republice než ženy.	Potvrzena
H₅	Lidé se zdravotnickým vzděláním mají větší obavy ze zneužití eutanazie než lidé jiného vzdělání.	Nepotvrzena
H₆	Názory na přistoupení k eutanazii v závislosti na náboženském vyznání jsou rozdílné.	Potvrzena

Zdroj: Vlastní výzkum

7.1 Diskuze

Ve srovnání s určitými Českými výzkumy byly některé naše výsledky ve vzájemné shodě, avšak vyskytly se i menší zvláštnost. Níže budeme tyto výzkumy srovnávat, přičemž se zaměříme zejména na výstupy související s těmi našimi.

Centrum pro výzkum veřejného mínění (CVMV) provádělo v květnu roku 2017 v rámci pravidelného výzkumného šetření výzkum *Veřejné mínění o interrupci a eutanazii*. Z výsledků vyplynulo, že 2/3 všech dotazovaných (63%) by souhlasili s uzákoněním eutanazie v České republice, 1/4 respondentů (27%) by stála proti takovému návrhu a zbylých 11% občanů nemělo na tuto problematiku vyhraněný názor. Od roku 2011 se tyto výsledky nijak výrazně neměnily.

K téměř stejnému výsledku jsme dospěli i v našem zkoumání, které obsahovalo jen polovinu dotazovaných (než výzkum CVMV), v rozmezí věkové hranice od 18 let (v CVMV od 15 let).

Bylo zjištěno, že 3/4 všech respondentů (75%) by souhlasilo s legalizací eutanazie, naopak 1/4 (25%) by byla proti. Jelikož nebyla možnost v našem případě „nerozhodnost“ dotazovaných, lze konstatovat, že se oba výzkumy vzájemně shodovaly.

CVMV také uvedl, že lidé nevyznávající žádnou víru spíše souhlasili s možností legalizace eutanazie, což se také shodovalo s našimi výsledky (CVVM, © 2017).

Výzkum veřejného mínění *Umírání a péče o nevléčitelně nemocné* probíhal v několika etapách a realizovaly ho nezisková organizace Cesty domů, z.ú. a agentura STEM/MARK. Zkoumal témata umírání ve smyslu prvotních úvah a rozhovorů o smrti. Konkrétně se zaměřil na hlubší zamyšlení nad průběhem umírání, péčí o umírající, otázkami týkajícími se předem vysloveného přání a paliativní péčí.

Jelikož je okruh výzkumu veřejného mínění velmi široký, zaměřili jsme se pouze na vybrané části výsledků, které jsme srovnávali s těmi našimi.

Výzkum z roku 2013 byl zaměřen na českou společnost od 15 let a data týkající se otázek umírání byla získána, ve srovnání s našim výzkumem, dvojnásobným počtem respondentů. Výsledky našeho šetření byly téměř shodné s výsledky výzkumu veřejného mínění.

Dle obou z nich by poslední chvíle svého života více jak 3/4 lidí nejraději prožívali doma. Dále vyplynulo, že v případě dožívání života v zařízení by se mělo jednat spíše o hospic, oproti nemocnici, kterou spíše uváděli respondenti výzkumu veřejného mínění.

Stejně tak se shodovali i odpovědi ve spojitosti strachu v období umírání – nejvíce se lidé bojí bolesti a odloučení od svých blízkých, přičemž muži častěji odpovídali, že se smrti nebojí.

Pod pojmem důstojné umírání i většina respondentů obou výzkumů představovala umírání bez bolesti a bez utrpení.

Rozdíl se vyskytl až v otázkách zaměřených na paliativní péči. Vyplynulo, že informovanost o této problematice byla méně než čtvrtinová (21%). Náš výzkum ukázal, že se informovanost v této oblasti od roku 2013 značně zvedla - na více než polovinu dotazovaných (58%). Příčinou může být zejména vyšší věková hranice, které se lidé v dnešní době dožívají. Velký vliv má nepochybně i snadnější přístup k médiím a internetovým zdrojům, z nichž se dozvídáme, jak pečovat o těžce nemocné blízké a jakých služeb můžeme v dnešní době využívat. I tak je však paliativní péče známější především u osob s vysokoškolským vzděláním.

Výzkum z roku 2015 byl zaměřen také na českou společnost od 15 let a data týkající se předem vysloveného byla získána zhruba stejným počtem respondentů jako v roce 2013.

Na otázku, zda by si dokázali představit, že by takové přání sepsali, souhlasila více než polovina dotazovaných. Právě naopak tomu bylo v našem výzkumu, kdy větší polovina o této možnosti nikdy nepřemýšlela.

Výsledky obou výzkumů se rozcházejí nejspíše z toho důvodu, že výzkum veřejného mínění *Umírání a péče o nevléčitelně nemocné* řešil problematiku předem vysloveného přání více do hloubky a respondentům byly předkládány krom otázek také konkrétní případy z praxe. To značí i výsledky poukazující na neznalost lidí, oč se jedná – někteří si předem vyslovené přání pletou s poslední vůlí.

Na výsledky výzkumu mohl mít také vliv věkové složení respondentů, Oba se rovněž rozcházejí ve věkovém složení respondentů, kteří odpovídali kladně. V našem výzkumu se jednalo nejvíce o dotazované ve věku 60 let a více, kdežto výzkum *Cesty domů* měl takové zastoupení zejména z řad mladších a lidí do 45 let. Tento fakt může rovněž souviset s nejasností obecného výkladu tohoto pojmu (*Cesta domů*, 2017)

7.2 Doporučení pro praxi

Výsledky našeho výzkumu poukazují na nedostatky hlubší informovanosti této problematiky. I když je eutanazie sice často diskutované téma, debaty o ní bývají spíše povrchní a je evidentní, že si lidé nedomýšlí její možné důsledky. Již několik let se společnost přiklání k možné legalizaci eutanazie na území České republiky – z našeho šetření se jednalo o 3/4 všech respondentů. Avšak naše výsledky zároveň prokázaly, že v případě zásadního rozhodnutí o přistoupení na výkon eutanazie (sami na sobě nebo na blízké osobě), převládaly nerozhodné a záporné odpovědi. Rovněž byla prokázána procentuální shoda mezi názory pro legalizaci eutanazie v České republice a obavami z jejího možného zneužití. Tyto výsledky jsou znepokojující a vyvstává zde otázka: Proč bychom měli podporovat něco, o čemž jsme přesvědčeni, že by mohlo být vůči nám zneužito? Názory podporující eutanazii se tedy jeví spíše jako unáhlené a nepromyšlené. Dále jsme zjistili, že pojem paliativní péče se sice dostává čím dál více do povědomí veřejnosti, ovšem stále se najde mnoho osob, které o ní neví vůbec nic a eutanazii tedy mohou vidět jako snadné řešení zdravotního problému.

Jako doporučení do budoucna pokládáme za důležité více informovat širokou veřejnost o možnosti využití paliativní péče jakožto alternativu eutanazie. Bylo by vhodné se tematikou umírání a smrti více zabývat i ve školním vzdělávání a to nejen ve vybraných studijních oborech, jelikož se tato problematika týká každého z nás. Dále je potřeba více upozorňovat na možná rizika spojená s uzákoněním eutanazie. Česká společnost není zcela připravena učinit tento krok, který by mohl vyvolat zmatek z hlediska nedostatečně propracovaného právního rámce a způsobit by chaos ve zdravotnictví ale i ve společnosti. Paliativní péče je stále pro mnohé jednou velkou neznámou, proto by její principy a postupy měly být více propagovány nejen mezi těžce nemocnými, ale i širokou veřejností. Zároveň by byla potřeba ze strany státu větší podpora (zejména finanční) hospicových zařízení, kterých je v České republice nedostatek. S tímto souvisí i podpora kvalifikovaných pracovníků, a motivace těch potencionálních.

ZÁVĚR

Moderní medicína je v současnosti na velmi kvalitní úrovni, a proto jsme schopni většinu nemocí léčit, ovšem ne vždy vyléčit. Proto před lékaři stojí různá dilemata, která souvisí při rozhodování, zda s léčbou pokračovat, či ji ukončit. I když je pacient se svým zdravotním stavem seznámen, někdy se stává, že si danou skutečnost sám nechce připustit a věří v uzdravení. Lékař je povinen takového pacienta léčit a udržovat jej při životě, i když samotná léčba má spíše destruktivní dopady na tělo pacienta a šance na uzdravení je téměř mizivá. V jiných případech může být právě možnost provedení eutanazie vnímána společností jako rychlé vysvobození od bolesti a utrpení. Zde se tato varianta jeví jako rychlá a bezbolestná, avšak je v České republice považována za trestný čin a z lékařského hlediska je zcela neetická - nezajišťuje totiž nemocnému důstojné dožití jeho života. Společensky přijatelnou variantou je odstoupení od kurativní léčby na léčbu paliativní, která nemocnému zajišťuje krom tlumení fyzické bolesti, také uspokojení psychických, sociálních a spirituálních potřeb prostřednictvím kvalifikovaných pracovníků. Tento postup je uskutečněn až po důkladné konverzaci mezi pacientem a lékaři (popř. blízkými nemocného), přičemž nemocný musí být smířen se svým zdravotním stavem a je ochoten na paliativní péči sám přistoupit. Jedná se zejména o zajištění duševní pohody umírajícímu.

Diplomová práce byla tedy zaměřena na teoretická východiska z oblasti eutanazie, zejména pojmosloví, které s ní úzce souvisí. Objasnění pojmů sloužilo pro lepší porozumění celého tématu. Byl zde věnován prostor také pro potřeby nemocného v období umírání a argumenty pro a proti legalizaci eutanazie. Dále se teoretická část zaměřila na eutanazii z hlediska právního řádu České republiky a v neposlední řadě zde byl vysvětlen pojem paliativní medicíny a možnosti využití hospicového zařízení. Teoretický základ nám sloužil jako podklad k empirické části práce, která měla zjistit názory společnosti na eutanazii v České republice, zejména na informovanost a kladné či záporné postoje k této problematice. Cílem práce bylo také zjistit postoje společnosti k období umírání.

Témata související s umíráním a smrtí by neměla být tabuizována, jelikož se jedná o celospolečenský problém, se kterým jsme se vždy setkávali, a budeme se s ním setkávat i nadále. V dnešní době se neustále obracíme na svou jedinečnost a svá práva, ovšem musíme brát v úvahu fakt, že naše práva končí právě tam, kde začínají práva jiných. Bylo by od nás tedy sobecké žádat o eutanazii jiného člověka (lékaře), jehož poslání je pomáhat

a neškodit. V takovém případě bychom narušili jeho etické zásady a v první řadě ohrozili jeho trestní odpovědnost. Jako důstojnou alternativou eutanazie máme v České republice možnost využití paliativní péče a to nejen v pobytových zařízeních. Bouřlivé debaty pro legalizaci eutanazie vyvolává nejspíše nízká informovanost o této péči, což vplynulo právě z našeho výzkumu. Lidé mají obavy, co přijde, až se nebudou schopni sami o sebe postarat a budou odkázáni na péči jiné osoby. Stejně tak je tomu i ve vztahu k blízké osobě, o kterou se většinou rodina nedokáže postarat ve smyslu zajištění důstojného dožití života. Právě poslední chvíle strávené na tomto světě jsou pro umírajícího velmi důležité, a je potřeba, aby z tohoto světa odcházel člověk s pocitem, že jeho život měl nějaký smysl a že na něm nebyl zcela sám.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. COLLIN, Catherine, 2014. *Kniha psychologie*. Vyd. 1. Praha: Knižní klub, Universum (Euromedia Group), 352 s. ISBN 978-80-242-4316-0
2. ČÁP, Juraj, Marián PALEŇČÁR a Radka KURUCOVÁ, 2016. *Ľudská dôstojnosť v kontexte smrti a umierania*. Martin: Osveta, 185 s. ISBN 978-80-8063-448-3
3. FUNK, Karel, 2014. *Provázení stáří a umíráním, aneb, O prolínání obou světů*. Praha: Malvern, 319 s. Adam a Eva. ISBN 978-80-87580-70-7
4. GAVORA, Peter, 2010. *Úvod do pedagogického výzkumu*. 2., rozš. české vyd. Brno: Paido. ISBN 978-80-7315-185-0
5. HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2007. *Thanatologie. Nauka o umírání a smrti*. 2. vyd. Praha: Gallen, 244 s. ISBN 978-80-7262-471-3
6. CHRÁSKA, Miroslav, 2007. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. Praha: Grada, 265 s. Pedagogika. ISBN 978-80-247-1369-4
7. KABELKA, Ladislav, 2017. *Geriatrická paliativní péče*. Praha: Mladá fronta, 317 s. Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-4225-3
8. KREJČÍKOVÁ, Helena, 2014. *Ukončování léčby pacienta a trestní odpovědnost lékaře*. Praha: Galén, 143 s. Theatrum medico-iuridicum. ISBN 978-80-7492-167-4
9. KUPKA, Martin, 2014. *Psychosociální aspekty paliativní péče*. Praha: Grada, 216 s. Psyché. ISBN 978-80-247-4650-0
10. KUTNOHORSKÁ, Jana, 2007. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 163 s. Sestra. ISBN 978-80-247-2069-2
11. LOUČKA, Martin, Štěpán ŠPINKA a Martina ŠPINKOVÁ, 2015. *Eutanazie: víme, o čem mluvíme?*. 2., přepracované vydání. Praha: Cesta domů, 51 s. ISBN 978-80-88126-08-9
12. MARKOVÁ, Monika, 2010. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada, 128 s. Sestra. ISBN 978-80-247-3171-1
13. MUNZAROVÁ, Marta, 2005a. *Eutanazie, nebo paliativní péče?*. Praha: Grada, 108 s. ISBN 80-247-1025-0
14. MUNZAROVÁ, Marta, 2005b. *Zdravotnická etika od A do Z*. Praha: Grada Publishing, 153 s. Avicenum. ISBN 80-247-1024-2
15. MUNZAROVÁ, Marta, a kol, 2008. *Proč NE eutanázii aneb Být či nebýt?*. 2. vyd. Dačice: Karmelitánské nakladatelství, 87 s. ISBN 978-80-7195-304-3

16. O'CONNOR, Margaret a Sanchia ARANDA, 2005. *Paliativní péče: pro sestry všech oborů*. Vyd. 1. české. Praha: Grada, 324 s. Sestra. ISBN 80-247-1295-4
17. POLLARD, Brian, 1996. *Eutanazie – ano či ne?* 1. vyd. Praha: Dita, 210 s. ISBN 80-85926-07-5
18. PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK, 2012. *Eutanazie - pro a proti*. Praha: Grada, 256 s. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-247-4659-3
19. SVATOŠOVÁ, Marie, 2012. *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?*. Praha: Grada, 109 s. ISBN 978-80-247-4107-9

Internetové zdroje:

20. APHPP: Asociace poskytovatelů hospicové a paliativní péče [online]. *Poslání asociace*. APHPP, ©2010 [cit. 2017-12-15]. Dostupný z: <http://www.asociacehospicu.cz/poslani-asociace>
21. *Centrum pro výzkum veřejného mínění* [online]. CVVM, ©2017 [cit. 2018-03-27]. Dostupný z: <https://cvvm.soc.cas.cz/cz/tiskove-zpravy/ostatni/vztahy-a-zivotni-postoje/4363-verejne-mineni-o-interruptci-a-eutanazii-kveten-2017>
22. DOLEŽAL Tomáš [online]. *Je návrh zákona o důstojné smrti důstojný?*. Zdravotnické právo a bioetika, 2016. [cit. 2018-01-03]. Dostupný z: <https://zdravotnickepravo.info/je-navrh-zakona-o-dustojne-smrti-dustojny/>
23. *Doporučení představenstva ČLK č. 1/2010* [online]. Česká lékařská komora LKCR, ©2011 [cit. 2018-01-18]. Dostupné z: www.lkcr.cz/doc/cms_library/dop-1-2010-31.pdf
24. *Eutanazie 1939 – 1941* [online]. 26. 9. 2011 [cit. 2018-03-22]. Dostupný z: <https://www.holocaust.cz/dejiny/udalosti/eutanazie-1939---1941/>
25. *Historie paliativní péče* [online]. Cesta domů, [2017] [cit. 2018-02-12]. Dostupný z: <http://www.umirani.cz/clanky/historie-paliativni-pece>
26. *Mezi životem a smrtí: Kdy odpojit pacienta v kómatu?* [online] Česká televize, ©1996-2018 [cit. 2018-03-26]. Dostupné z: <http://www.ceskatelevize.cz/ct24/svet/1053899-mezi-zivotem-a-smrti-kdy-odpojit-pacienta-v-komatu>
27. Nadační fond Klíček [online]. *Náš projekt*. Nadační fond Klíček, ©2010 [cit. 2018-02-12]. Dostupný z: <http://www.klicek.org/hospic/projekt.html>
28. *Nejnovější data o postojích veřejnosti a zdravotníků k umírání a smrti* [online]. Cesta domů, [2017] [cit. 2018-03-77]. Dostupný z: <http://www.umirani.cz/data#>

29. *Nový zákon o důstojné smrti* [online]. Parlament České republiky, poslanecká sněmovna, © 2016 [cit. 2018-01-05]. Dostupný z:
<http://www.psp.cz/sqw/text/tiskt.sqw?o=7&ct=820&ct1=0#prilohy>
30. PETRÁŠOVÁ Lenka [online]. *V Česku je eutanazie zakázána, přesto se provádí*. In iDnes.cz 26. 8. 2009. MAFRA, a. s., [cit. 2018-01-03]. Dostupný z:
https://zpravy.idnes.cz/v-cesku-je-eutanazie-zakazana-presto-se-provadi-f50-/domaci.aspx?c=A090825_221351_domaci_vel
31. *Stavovský předpis č. 10 České lékařské komory: Etický kodex* [online]. Česká lékařská komora LKCR, ©2011 [cit. 2017-10-12]. Dostupný z:
www.lkcr.cz/doc/cms_library/10_sp_c_10_eticky_kodex-100217.pdf
32. *Úmluva o lidských právech a biomedicíně* [online]. Česká lékařská komora LKCR, ©2011 [cit. 2017-10-12]. Dostupný z: http://www.lkcr.cz/doc/cms_library/96-2001-umluva-o-lid-pravech-a-biomedicine-100419.pdf
33. *Vláda zřejmě odmítne uzákonění eutanazie, kvůli možnému zneužívání* [online]. In Deník.cz. 19. 6. 2016. Vltava Labe media a.s., [cit. 2018-02-12]. Dostupný z:
https://www.denik.cz/z_domova/vlada-zrejme-odmitne-uzakoneni-eutanazie-kvuli-moznemu-zneuzivani-20160619.html
34. WMA: The World Medical Association [online]. *Declaration on Euthanasia*. WMA, ©2018 [cit. 2018-02-19]. Dostupná z: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-on-euthanasia>
35. WMA: The World Medical Association [online]. *Statement on Physician Assisted Suicide*. WMA, ©2018 [cit. 2018-02-19]. Dostupný z: <https://www.wma.net/policies-post/wma-statement-on-physician-assisted-suicide/>

Legislativní dokumenty:

36. Zákon č. 2 ze dne 16. prosince 1992 Listina základních práv a svobod. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 1993, částka 1. Dostupný z:
<http://www.psp.cz/docs/laws/listina.html>
37. Zákon č. 40 ze dne 8. ledna 2009 trestní zákoník. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2009, částka 11. Dostupný z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2009-40>
38. Zákon č. 372 ze dne 6. listopadu 2011 o zdravotních službách. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2011, částka 131. Dostupný z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

CVVM Centrum pro výzkum veřejného mínění

ČLK Česká lékařská komora

LDN Léčebna dlouhodobě nemocných

WHO World Health Organization

WMA World Medical Association

SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1: Složení respondentů podle věku.....	49
Graf č. 2: Složení respondentů podle nejvyššího dosaženého vzdělání	49
Graf č. 3: Odpovědi respondentů na otázku, zda je eutanazie v České republice legální.....	50
Graf č. 4: Odpovědi respondentů na otázku, zda mají povědomí o paliativní péči	51
Graf č. 5: Respondenti se již někdy zamýšleli nad smrtí.....	52
Graf č. 6: Strach ve spojitosti s umíráním vyvolává	52
Graf č. 7: Důstojné umírání pro respondenty znamená.....	53
Graf č. 8: Přání respondentů prožít konec svého života	54
Graf č. 9: Zamýšlení respondentů o předem vysloveném přání.....	54
Graf č. 10: Odpovědi respondentů na otázku, zda by měla být eutanazie na území České republiky uzákoněna	55
Graf č. 11: Názory respondentů na možnost zneužití eutanazie	55
Graf č. 12: Odpovědi respondentů na otázku, zda by z důvodů nepříznivého zdravotního stavu chtěli podstoupit eutanazii.....	56
Graf č. 13: Odpovědi respondentů na otázku, zda by dokázali rozhodnout o výkonu eutanazie na blízké osobě	57

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1: <i>Pozorované a očekávané četnosti pro H_1</i>	58
Tabulka č. 2: <i>Pozorované a očekávané četnosti pro H_2</i>	59
Tabulka č. 3: <i>Pozorované a očekávané četnosti pro H_3</i>	60
Tabulka č. 4: <i>Pozorované četnosti pro H_4</i>	60
Tabulka č. 5: <i>Pozorované četnosti pro H_5</i>	61
Tabulka č. 6: <i>Pozorované a očekávané četnosti pro H_6 v souvislosti s otázkou č. 8</i>	62
Tabulka č. 7: <i>Pozorované a očekávané četnosti pro H_6 v souvislosti s otázkou č. 9</i>	62
Tabulka č. 8: <i>Výsledky statistického testování hypotéz</i>	66

SEZNAM PŘÍLOH

PŘÍLOHA P I: Výsledky podrobné analýzy výzkumného šetření

PŘÍLOHA P II: Dotazník výzkumného šetření

PŘÍLOHA P I: VÝSLEDKY PODROBNÉ ANALÝZY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

V rámci dotazníkového šetření byla data vyříděna a zpracována v programu Microsoft Office Excel 2007. Obsahem přílohy je podrobná analýza výsledků na základě námi stanovených charakteristik.

V podrobné analýze dat neuvádíme odpovědi na otázku, zda lidé znají pojem eutanazie, jelikož zde byla otázka ve 100% pozitivním zastoupení, tedy pro podrobnou analýzu v závislosti na charakteristikách respondentů bez rozdílů.

Absolutní četnosti jednotlivých odpovědí v závislosti na určité charakteristice jsou zapsány v tabulkách. Řádky nám znázorňují odpovědi na konkrétní otázky z dotazníkového šetření v závislosti na určité charakteristice, která je uvedena v prvním sloupci tabulky (tedy na začátku každého řádku tabulky). Výsledky jsou zaznamenány pomocí absolutních četností, přičemž v závorkách jsou uvedeny četnosti relativní, a to v procentovém čísle.

Relativní četnosti se týkají vždy konkrétní charakteristiky respondentů (např. z celkového počtu odpovídajících žen, mužů, lidí od 18 do 35 let atd.).

Nulové hodnoty jsou v této analýze uváděny pouze číslem absolutní četnosti.

Na otázku, čeho se lidé nejvíce bojí ve spojení s umíráním, měli respondenti možnost odpovídat více odpovědí, proto jsme zde zvolili vhodnější variantou použití grafu ke srovnání jednotlivých odpovědí. Tento graf znázorňuje hodnoty v % čísle jakožto podíl absolutní hodnoty konkrétní odpovědi a celkovým počtem respondentů vyznačující se určitou charakteristiku. Pro lepší přehlednost jsme zde zvolili sloupcový graf.

Nejprve jsou uvedeny výsledky v závislosti na pohlaví respondentů, dále na základě věkového složení a dle nejvyššího dosaženého vzdělání. Poslední analýza je provedena v závislosti na náboženském vyznání.

Analýza dat v závislosti na pohlaví respondentů

Výzkumu se zúčastnilo celkem 427 (79%) žen a 115 (21%) mužů.

Složení respondentů podle věku

	18 – 35 let	36 – 59 let	60 let +
ženy	319 (75%)	71 (16%)	37 (9%)
muži	74 (64%)	25 (22%)	16 (14%)

Složení respondentů podle nejvyššího dosaženého vzdělání

	ZŠ	SŠ zdravotník	SŠ s výučním listem	SŠ s maturitou	VOŠ	VŠ zdravotník, lékař	VŠ - jiné
ženy	18 (4%)	16 (4%)	28 (7%)	160 (37%)	12 (3%)	26 (6%)	167 (39%)
muži	5 (4%)	4 (4%)	20 (18%)	38 (33%)	5 (4%)	6 (5%)	37 (32%)

Složení respondentů v závislosti na náboženském vyznání

	věřící	bez vyznání
ženy	137 (32%)	290 (68%)
muži	34 (30%)	81 (70%)

Odpovědi respondentů na otázku, zda je eutanazie v České republice legální

	ano	asistovaná sebevražda ano	ne
ženy	4 (1%)	2 (1%)	421 (98%)
muži	1 (1%)	1 (1%)	113 (98%)

Odpovědi respondentů na otázku, zda by z důvodů nepříznivého zdravotního stavu chtěli podstoupit eutanazii

	ano	ne	nevím
ženy	135 (31%)	67 (16%)	225 (53%)
muži	35 (31%)	28 (24%)	52 (45%)

Odpovědi respondentů na otázku, zda by dokázali rozhodnout o výkonu eutanazie na blízké osobě

	ano	ne	nevím
ženy	108 (25%)	140 (33%)	179 (42%)
muži	33 (29%)	46 (40%)	36 (31%)

Odpovědi respondentů na otázku, zda by měla být eutanazie na území České republiky uzákoněna

	ano	ne
ženy	339 (21%)	88 (79%)
muži	69 (40%)	46 (60%)

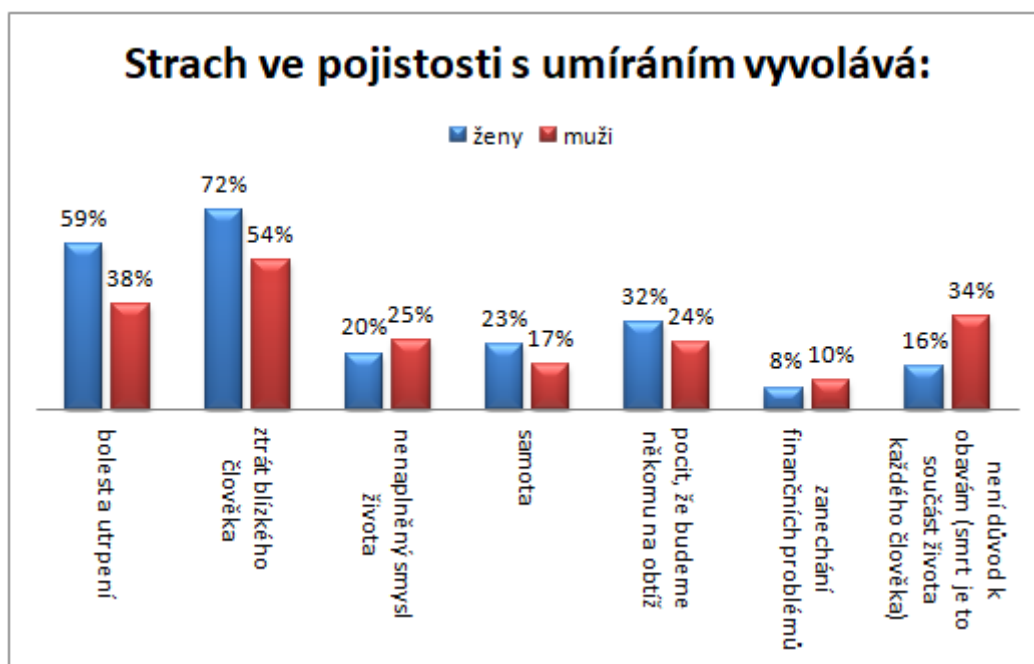
Názory respondentů na možnost zneužití eutanazie

	určitě ano	spíše ano	nevím	spíše ne	určitě ne
ženy	177 (41%)	149 (35%)	44 (10%)	55 (13%)	2 (1%)
muži	47 (41%)	36 (31%)	6 (5%)	17 (15%)	9 (8%)

Respondenti se již někdy zamýšleli nad smrtí

	ano	Ne
ženy	374 (88%)	53 (12%)
muži	98 (85%)	17 (15%)

Strach ve spojitosti s umíráním vyvolává



Důstojné umírání pro respondenty znamená

	bez bolesti a utrpení	s pocitem naplněného smyslu života	v blízkosti rodiny a nejbližších
ženy	164 (39%)	121 (28%)	142 (33%)
muži	32 (28%)	52 (45%)	31 (27%)

Odpovědi respondentů na otázku, zda mají povědomí o paliativní péči

	ano	ne
ženy	263 (62%)	54 (38%)
muži	54 (47%)	61 (53%)

Zamýšlení respondentů o předem vysloveném přání

	ano	ne
ženy	166 (39%)	261 (61%)
muži	45 (39%)	70 (61%)

Přání respondentů prožít konec svého života

	v nemocnici	v hospicovém zařízení	doma za pomoci ambulantní hospicové péče	doma s nejbližší rodinou
ženy	20 (5%)	46 (11%)	169 (39%)	192 (45%)
muži	11 (10%)	12 (10%)	37 (32%)	55 (48%)

Analýza dat v závislosti na věku respondentů

Výzkumu se zúčastnilo celkem 393 (73%) respondentů ve věku od 18 do 35 let, 96 (18%) respondentů ve věku od 36 do 59 let a 53 (10%) respondentů ve věku 60 let a více.

Složení respondentů dle pohlaví

	ženy	muži
18 – 35 let	319 (81%)	74 (19%)
36 – 59 let	71 (74%)	25 (26%)
60 let +	37 (70%)	16 (30%)

Složení respondentů podle nejvyššího dosaženého vzdělání

	ZŠ	SŠ zdrav.	SŠ s výučním listem	SŠ s maturitou	VOŠ	VŠ zdravotník, lékař	VŠ - jiné
18 – 35 let	10 (3%)	14 (4%)	10 (3%)	163 (41%)	15 (4%)	22 (5%)	159 (40%)
36 – 59 let	1 (1%)	5 (5%)	21 (22%)	27 (28%)	1 (1%)	3 (3%)	38 (40%)
60 let +	12 (23%)	1 (2%)	17 (32%)	8 (15%)	1 (2%)	7 (13%)	7 (13%)

Složení respondentů v závislosti na náboženském vyznání

	věřící	bez vyznání
18 – 35 let	96 (24%)	297 (76%)
36 – 59 let	40 (42%)	56 (58%)
60 let +	35 (66%)	18 (34%)

Odpovědi respondentů na otázku, zda je eutanazie v České republice legální

	ano	asistovaná sebevražda ano	ne
18 – 35 let	3 (1%)	3 (1%)	387 (98%)
36 – 59 let	1 (1%)	0	95 (99%)
60 let +	1 (1%)	0	52 (99%)

Odpovědi respondentů na otázku, zda by z důvodů nepříznivého zdravotního stavu chtěli podstoupit eutanazii

	ano	ne	nevím
18 – 35 let	111 (28%)	62 (16%)	220 (56%)
36 – 59 let	38 (39%)	18 (19%)	40 (42%)
60 let +	21 (40%)	15 (28%)	17 (32%)

Odpovědi respondentů na otázku, zda by dokázali rozhodnout o výkonu eutanazie na blízké osobě

	ano	ne	nevím
18 – 35 let	104 (26%)	133 (34%)	156 (40%)
36 – 59 let	23 (24%)	29 (30%)	44 (46%)
60 let +	14 (27%)	24 (45%)	15 (28%)

Odpovědi respondentů na otázku, zda by měla být eutanazie na území České republiky uzákoněna

	ano	ne
18 – 35 let	315 (80%)	78 (20%)
36 – 59 let	65 (68%)	31 (32%)
60 let +	28 (53%)	25 (47%)

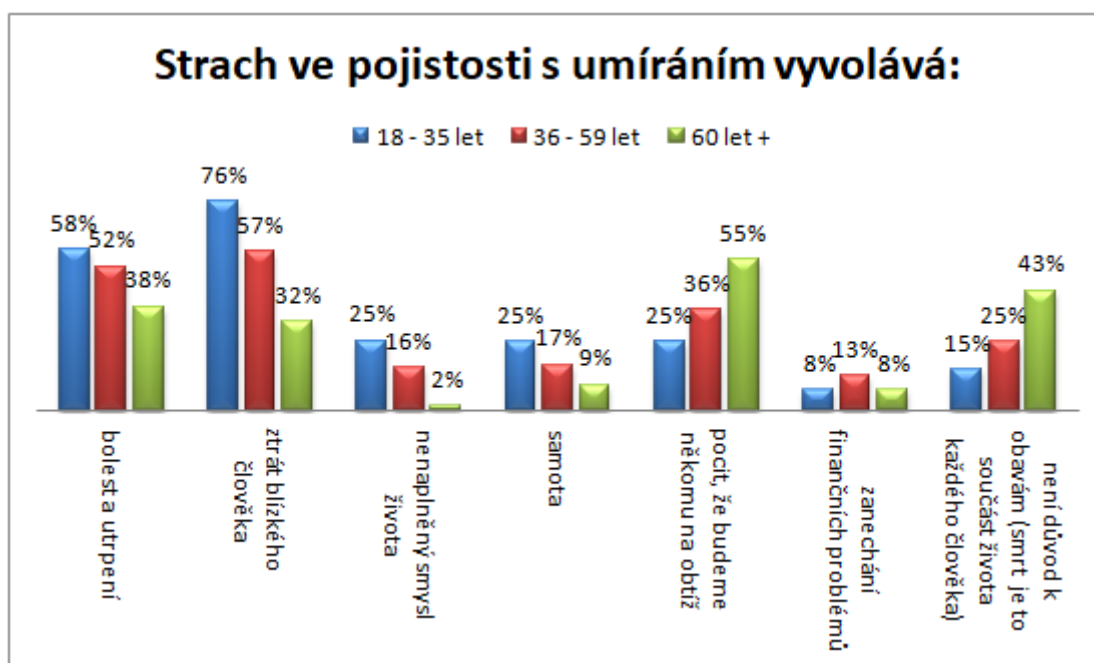
Názory respondentů na možnost zneužití eutanazie

	určitě ano	spíše ano	nevím	spíše ne	určitě ne
18 – 35 let	169 (43%)	138 (35%)	28 (7%)	53 (14%)	5 (1%)
36 – 59 let	32 (33%)	33 (34%)	11 (12%)	16 (17%)	4 (4%)
60 let +	23 (43%)	14 (26%)	11 (21%)	3 (6%)	2 (4%)

Respondenti se již někdy zamýšleli nad smrtí

	ano	ne
18 – 35 let	339 (86%)	54 (14%)
36 – 59 let	86 (90%)	10 (10%)
60 let +	47 (89%)	6 (11%)

Strach ve spojitosti s umíráním vyvolává



Důstojné umírání pro respondenty znamená

	bez bolesti a utrpení	s pocitem naplněného smyslu života	v blízkosti rodiny a nejbližších
18 – 35 let	133 (34%)	138 (35%)	122 (31%)
36 – 59 let	41 (43%)	23 (24%)	32 (33%)
60 let +	22 (41%)	12 (23%)	19 (36%)

Odovědi respondentů na otázku, zda mají povědomí o paliativní péči

	ano	ne
18 – 35 let	222 (56%)	171 (44%)
36 – 59 let	66 (69%)	30 (31%)
60 let +	29 (55%)	24 (45%)

Zamýšlení respondentů o předem vysloveném přání

	ano	ne
18 – 35 let	142 (36%)	171 (64%)
36 – 59 let	42 (44%)	54 (56%)
60 let +	27 (51%)	26 (49%)

Přání respondentů prožít konec svého života

	v nemocnici	v hospicovém zařízení	doma za pomoci ambulantní hospicové péče	doma s nejbližší rodinou
18 – 35 let	16 (4%)	35 (9%)	153 (39%)	189 (48%)
36 – 59 let	6 (6%)	12 (12%)	38 (40%)	40 (42%)
60 let +	9 (17%)	11 (21%)	15 (28%)	18 (34%)

Analýza dat v závislosti na nejvyšším dosaženém vzdělání respondentů

Respondentů bylo dle nejvyššího dosaženého vzdělání:

23 (4%) se základním vzděláním;

20 (4%) se středoškolským vzděláním v oboru zdravotnictví;

48 (9%) se středoškolským vzděláním završeno výučním listem;

198 (36%) středoškolským vzděláním zakončeným maturitou;

17 (3%) s vyšším odborným vzděláním;

32 (6%) s vysokoškolským vzděláním v oboru lékařství;

204 (38%) s vysokoškolským vzděláním jiného zaměření než je oblast zdravotnictví.

Složení respondentů v závislosti na pohlaví

	ženy	muži
ZŠ	18 (78%)	5 (22%)
SŠ v oboru zdravotník	16 (80%)	4 (20%)
SŠ s výučním listem	28 (58%)	20 (42%)
SŠ s maturitou	160 (81%)	38 (19%)
VOŠ	12 (71%)	5 (29%)
VŠ v oboru zdravotník, lékař	26 (81%)	6 (19%)
VŠ – jiné	167(82%)	37 (18%)

Složení respondentů podle věku

	18 – 35 let	36 – 59 let	60 let +
ZŠ	10 (44%)	1 (4%)	12 (52%)
SŠ v oboru zdravotník	14 (70%)	5 (25%)	1 (5%)
SŠ s výučním listem	10 (21%)	21 (44%)	17 (35%)
SŠ s maturitou	163 (82%)	27 (14%)	8 (4%)
VOŠ	15 (88%)	1 (6%)	1 (6%)
VŠ v oboru zdravotník, lékař	22 (69%)	3 (9%)	7 (22%)
VŠ – jiné	159 (78%)	38 (19%)	7 (3%)

Složení respondentů v závislosti na náboženském vyznání

	věřící	bez vyznání
ZŠ	14 (61%)	9 (39%)
SŠ v oboru zdravotník	7 (35%)	13 (65%)
SŠ s výučním listem	28 (58%)	20 (42%)
SŠ s maturitou	57 (29%)	141 (79%)
VOŠ	6 (35%)	11 (65%)
VŠ v oboru zdravotník, lékař	10 (31%)	22 (69%)
VŠ – jiné	49 (24%)	155 (76%)

Odpovědi respondentů na otázku, zda je eutanazie v České republice legální

	ano	asistovaná sebevražda ano	ne
ZŠ	0	0	23 (100%)
SŠ v oboru zdravotník	0	0	20 (100%)
SŠ s výučním listem	0	0	48 (100%)
SŠ s maturitou	3 (1%)	1 (1%)	194 (98%)
VOŠ	0	0	17 (100%)
VŠ v oboru zdravotník, lékař	0	0	32 (100%)
VŠ – jiné	2 (1%)	2 (1%)	200 (98%)

Odpovědi respondentů na otázku, zda by z důvodů nepříznivého zdravotního stavu chtěli podstoupit eutanazii

	ano	ne	nevím
ZŠ	11 (48%)	4 (17%)	8 (35%)
SŠ v oboru zdravotník	9 (45%)	4 (20%)	7 (35%)
SŠ s výučním listem	17 (35%)	10 (21%)	21 (44%)
SŠ s maturitou	65 (33%)	30 (15%)	103 (52%)
VOŠ	3 (18%)	4 (23%)	10 (56%)
VŠ v oboru zdravotník, lékař	8 (25%)	7 (22%)	17 (53%)
VŠ – jiné	57 (28%)	36 (18%)	111 (54%)

Odpovědi respondentů na otázku, zda by dokázali rozhodnout o výkonu eutanazie na blízké osobě

	ano	ne	nevím
ZŠ	6 (26%)	6 (26%)	11 (48%)
SŠ v oboru zdravotník	9 (45%)	5 (25%)	6 (30%)
SŠ s výučním listem	11 (23%)	15 (31%)	22 (46%)
SŠ s maturitou	50 (25%)	73 (37%)	75 (38%)
VOŠ	6 (35%)	4 (24%)	7 (41%)
VŠ v oboru zdravotník, lékař	8 (25%)	15 (47%)	9 (28%)
VŠ – jiné	51 (25%)	68 (33%)	85 (42%)

Odpovědi respondentů na otázku, zda by měla být eutanazie na území České republiky uzákoněna

	ano	ne
ZŠ	15 (65%)	8 (35%)
SŠ v oboru zdravotník	14 (70%)	6 (30%)
SŠ s výučním listem	27(56%)	21 (44%)
SŠ s maturitou	155 (78%)	43 (22%)
VOŠ	16 (94%)	1 (6%)
VŠ v oboru zdravotník, lékař	17 (53%)	15 (47%)
VŠ – jiné	164 (80%)	40 (20%)

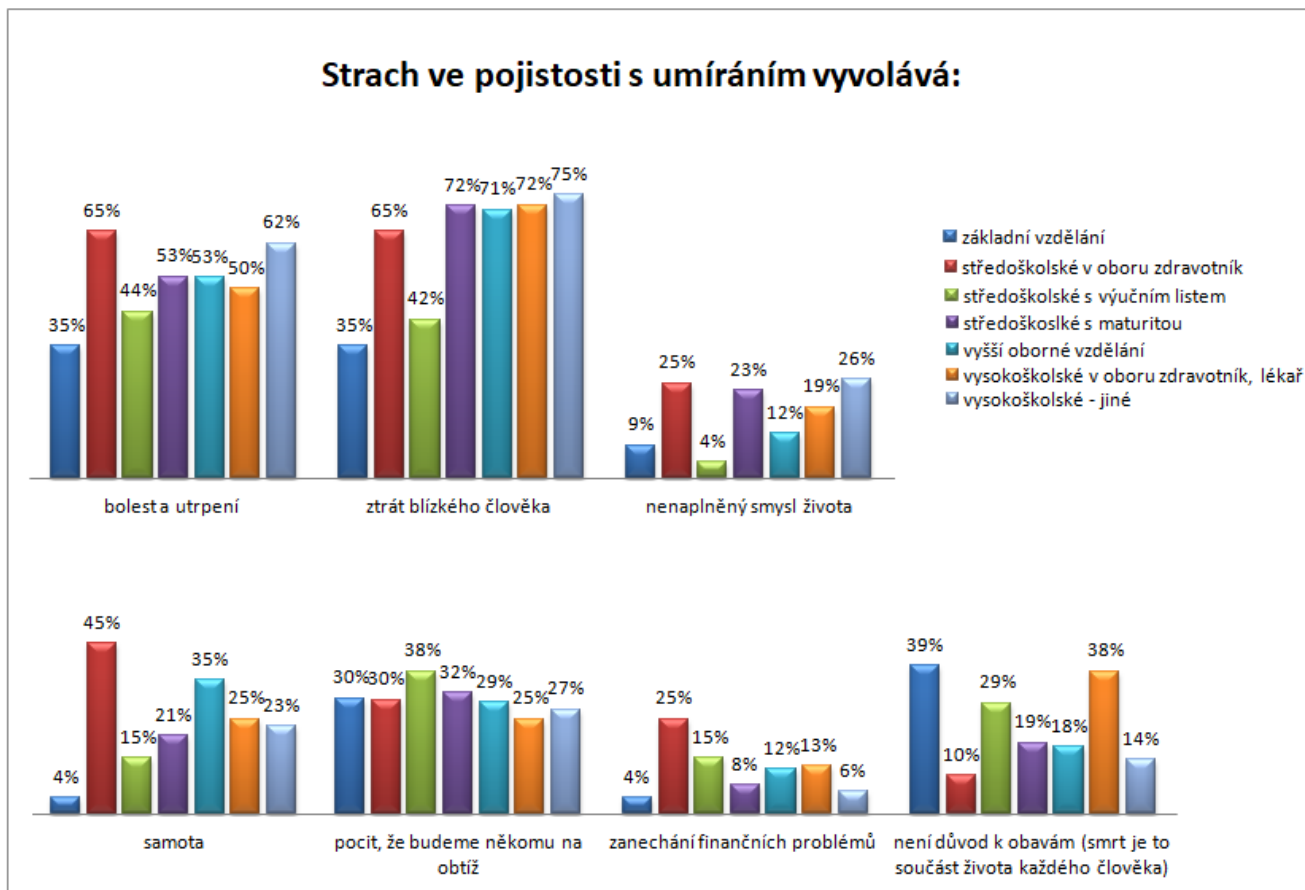
Názory respondentů na možnost zneužití eutanazie

	určitě ano	spíše ano	nevím	spíše ne	určitě ne
ZŠ	5 (22%)	9 (39%)	7 (30%)	2 (9%)	0
SŠ v oboru zdravotník	8 (40%)	8 (40%)	0	4 (20%)	0
SŠ s výučním listem	19 (40%)	9 (19%)	8 (17%)	6 (12%)	6 (12%)
SŠ s maturitou	78 (39%)	75 (38%)	12 (6%)	30 (15%)	3 (2%)
VOŠ	8 (47%)	4 (23%)	1 (6%)	2 (12%)	2 (12%)
VŠ v oboru zdravotník, lékař	23 (72%)	6 (19%)	3 (9%)	0	0
VŠ – jiné	83 (41%)	74 (36%)	19 (9%)	28 (14%)	0

Respondenti se již někdy zamýšleli nad smrtí

	ano	ne
ZŠ	19 (83%)	4 (17%)
SŠ v oboru zdravotník	17 (85%)	3 (15%)
SŠ s výučním listem	39 (81%)	9 (19%)
SŠ s maturitou	173 (87%)	25 (13%)
VOŠ	13 (76%)	4 (24%)
VŠ v oboru zdravotník, lékař	30 (94%)	2 (6%)
VŠ – jiné	181 (89%)	23 (11%)

Strach ve spojitosti s umíráním vyvolává



Důstojné umírání pro respondenty znamená

	bez bolesti a utrpení	s pocitem naplněného smyslu života	v blízkosti rodiny a nejbližších
ZŠ	8 (35%)	6 (39%)	9 (26%)
SŠ v oboru zdravotník	12 (60%)	5 (25%)	3 (15%)
SŠ s výučním listem	23 (48%)	10 (21%)	15 (31%)
SŠ s maturitou	71 (36%)	62 (31%)	65 (33%)
VOŠ	3 (18%)	4 (23%)	10 (59%)
VŠ v oboru zdravotník, lékař	8 (25%)	15 (47%)	9 (28%)
VŠ – jiné	71 (35%)	68 (33%)	65 (32%)

Odpovědi respondentů na otázku, zda mají povědomí o paliativní péči

	ano	ne
ZŠ	9 (39%)	14 (61%)
SŠ v oboru zdravotník	18 (90%)	2 (10%)
SŠ s výučním listem	18 (37%)	30 (67%)
SŠ s maturitou	100 (51%)	98 (49%)
VOŠ	13 (76%)	4 (24%)
VŠ v oboru zdravotník, lékař	31 (97%)	1 (3%)
VŠ – jiné	128 (63%)	76 (37%)

Zamýšlení respondentů o předem vysloveném přání

	ano	ne
ZŠ	12 (52%)	11 (48%)
SŠ v oboru zdravotník	11 (55%)	9 (45%)
SŠ s výučním listem	21 (44%)	27 (56%)
SŠ s maturitou	61 (31%)	137 (69%)
VOŠ	4 (24%)	13 (76%)
VŠ v oboru zdravotník, lékař	19 (59%)	13 (41%)
VŠ – jiné	83 (41%)	121 (59%)

Přání respondentů prožít konec svého života

	v nemocnici	v hospicovém zařízení	doma za pomoci ambulantní hospicové péče	doma s nejbližší rodinou
ZŠ	5 (22%)	5 (22%)	2 (8%)	11 (48%)
SŠ v oboru zdravotník	1 (5%)	2 (10%)	11 (55%)	6 (30%)
SŠ s výučním listem	6 (12%)	9 (19%)	9 (19%)	24 (50%)
SŠ s maturitou	10 (5%)	17 (9%)	74 (37%)	97 (49%)
VOŠ	0	2 (12%)	7 (41%)	8 (47%)
VŠ v oboru zdravotník, lékař	0	4 (13%)	17 (53%)	11 (34%)
VŠ – jiné	9 (5%)	19 (9%)	86 (42%)	90 (44%)

Analýza dat v závislosti na náboženském vyznání respondentů

Výzkumu se zúčastnilo celkem 171 (32%) respondentů, kteří se hlásí k náboženskému vyznání a 313 (68%) nevyznávajících žádnou víru.

Složení respondentů dle pohlaví

	ženy	muži
věřící	137 (80%)	34 (20%)
bez vyznání	290 (78%)	81 (22%)

Složení respondentů podle věku

	18 – 35 let	36 – 59 let	60 let +
věřící	96 (56%)	40 (23%)	35 (21%)
bez vyznání	297 (80%)	56 (15%)	18 (5%)

Složení respondentů podle nejvyššího dosaženého vzdělání

	ZŠ	SŠ zdrav.	SŠ s výučním listem	SŠ s maturitou	VOŠ	VŠ zdravotník, lékař	VŠ - jiné
věřící	14 (8%)	7 (4%)	28 (16%)	57 (33%)	6 (4%)	10 (6%)	49 (29%)
bez vyznání	9 (2%)	13 (4%)	20 (5%)	141 (38%)	11 (3%)	22 (6%)	155 (42%)

Odpovědi respondentů na otázku, zda je eutanazie v České republice legální

	ano	asistovaná sebevražda ano	ne
věřící	2 (1%)	0	169 (99%)
bez vyznání	3 (1%)	3 (1%)	365 (98%)

Odpovědi respondentů na otázku, zda by z důvodů nepříznivého zdravotního stavu chtěli podstoupit eutanazii

	ano	ne	nevím
věřící	39 (23%)	53 (31%)	79 (46%)
bez vyznání	131 (35%)	42 (11%)	198 (54%)

Odpovědi respondentů na otázku, zda by dokázali rozhodnout o výkonu eutanazie na blízké osobě

	ano	ne	nevím
věřící	31 (18%)	77 (45%)	63 (37%)
bez vyznání	110 (30%)	109 (29%)	152 (41%)

Odpovědi respondentů na otázku, zda by měla být eutanazie na území České republiky uzákoněna

	ano	ne
věřící	102 (60%)	69 (40%)
bez vyznání	306 (82%)	65 (18%)

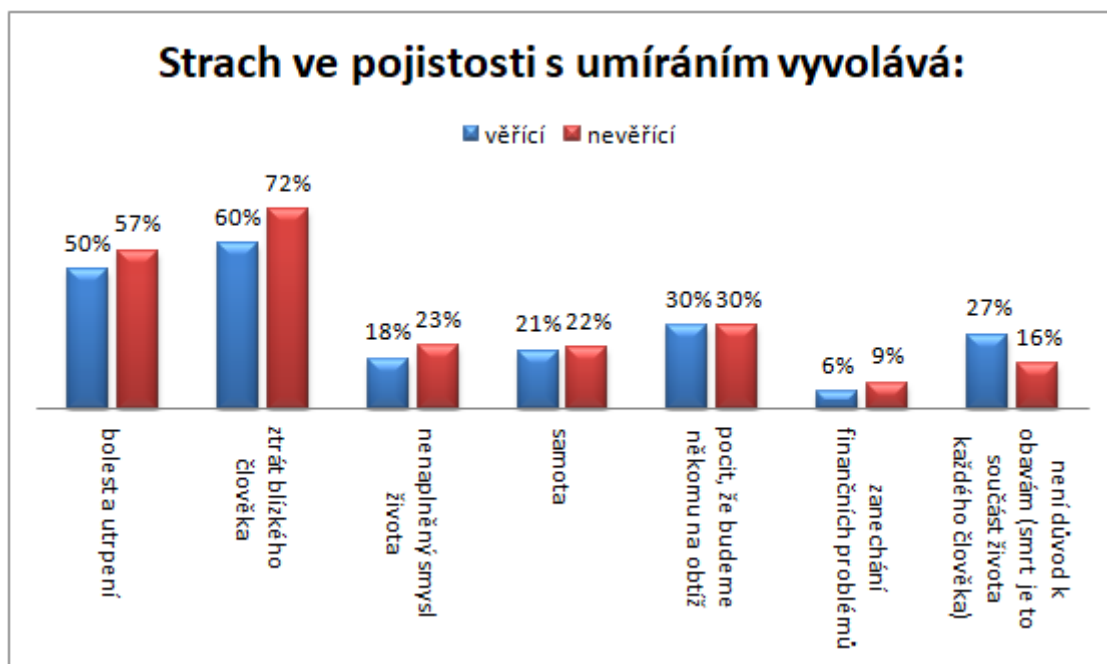
Názory respondentů na možnost zneužití eutanazie

	určitě ano	spíše ano	nevím	spíše ne	určitě ne
věřící	76 (45%)	52 (30%)	22 (13%)	17 (10%)	4 (2%)
bez vyznání	148 (40%)	133 (36%)	28 (7%)	55 (15%)	7 (2%)

Respondenti se již někdy zamýšleli nad smrtí

	ano	ne
věřící	152 (89%)	320 (11%)
bez vyznání	19 (86%)	51 (14%)

Strach ve spojitosti s umíráním vyvolává



Důstojné umírání pro respondenty znamená

	bez bolesti a utrpení	s pocitem naplněného smyslu života	v blízkosti rodiny a nejblížešich
věřící	49 (29%)	56 (33%)	66 (38%)
bez vyznání	147 (40%)	117 (31%)	107 (29%)

Odpovědi respondentů na otázku, zda mají povědomí o paliativní péči

	ano	ne
věřící	106 (62%)	211 (38%)
bez vyznání	65 (57%)	160 (43%)

Zamýšlení respondentů o předem vysloveném přání

	ano	ne
věřící	55 (32%)	156 (68%)
bez vyznání	116 (42%)	215 (58%)

Přání respondentů prožít konec svého života

	v nemocnici	v hospicovém zařízení	doma za pomoci ambulantní hospicové péče	doma s nejbližší rodinou
věřící	10 (6%)	18 (10%)	60 (35%)	83 (49%)
bez vyznání	21 (6%)	40 (11%)	146 (39%)	164 (44%)

PŘÍLOHA P II: DOTAZNÍK VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Dotazník

Dobrý den,

jmenuji se Petra Blahová a jsem studentkou 2. ročníku magisterského studia oboru Sociální pedagogika na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně. Obracím se na Vás s prosbou o vyplnění dotazníku, který slouží jako podklad k mé diplomové práci, která nese název „Názory společnosti na eutanazii v České republice“. Dotazník je anonymní a obsahuje 18 otázek. Jedná se zejména o uzavřené otázky, na které je možno odpovědět pouze jednou odpověď. Výjimkou je otázka č. 13, kde je možnost více odpovědí.

Předem děkuji za Váš čas.

1) Pohlaví:

- a) Žena
- b) Muž

2) Věk:

- a) 18 – 35 let
- b) 36 – 59 let
- c) 60 let +

3) Vaše nejvyšší dosažené vzdělání:

- a) Základní
- b) Středoškolské vzdělání v oboru zdravotník
- c) Středoškolské s výučním listem
- d) Středoškolské s maturitou
- e) Vyšší odborná škola
- f) Vysokoškolské v oboru zdravotník, lékař
- g) Vysokoškolské – jiné

4) Jste věřící?

- a) Ano
- b) Ne

5) Znáte pojem „eutanazie“?

- a) Ano
- b) Ne

6) Popište ve zkratce, co podle Vás znamená pojem „eutanazie“:

.....
.....

- 7) **Je eutanazie v České republice legální?**
- a) Ano
 - b) Pouze v případě, jedná-li se o asistovanou sebevraždu
 - c) Ne
- 8) **Kdyby Vám bylo diagnostikováno těžké a nevyléčitelné onemocnění, chtěl/a byste ukončit svůj život pomocí eutanazie?**
- a) Ano
 - b) Ne
 - c) Nevím
- 9) **Dokázal/a byste rozhodnout, aby byla eutanazie provedena na Vám blízké osobě?**
- a) Ano
 - b) Ne
 - c) Nevím
- 10) **Myslíte, že by měl být člověk na území ČR trestně stíhán za to, kdyby dopomohl jinému člověku na jeho přání ukončit jeho život?**
- a) Ano
 - b) Ne
- 11) **Myslíte, že by mohla být eutanazie zneužita?**
- a) Určitě ano
 - b) Spíše ano
 - c) Nevím
 - d) Spíše ne
 - e) Určitě ne
- 12) **Přemýšlel/a jste někdy nad smrtí?**
- a) Ano
 - b) Ne
- 13) **Z čeho máte strach, když se řekne slovo „umírání“? (možnosti více odpovědí)**
- Z bolesti a utrpení
 - Ze ztráty blízkého člověka
 - Z nenaplněného smyslu svého života
 - Strach ze samoty
 - Strach, že bych byl/a někomu na obtíž
 - Strach zanechat finanční nesrovnalosti blízkým osobám
 - Umírání a smrti se nebojím, je to součást života

14) Důstojně zemřít pro Vás znamená:

- a) bezbolestně a bez utrpení
- b) s pocitem naplnění smyslu svého života
- c) v blízkosti rodiny a mých nejbližších

15) Znáte pojem „paliativní péče“?

- a) Ano
- b) Ne

16) Popište ve zkratce, co podle Vás znamená pojem „paliativní péče“:

.....
.....

17) Uvažovali jste někdy, že byste sepsali tzv. předem vyslovené přání? (Písemný, úředně ověřený dokument, ve kterém je uvedeno Vaše přání pokračovat/ nepokračovat v léčbě v případě, kdy už byste nemohl/a toto přání na základě vážného zdravotního stavu vyslovit.)

- a) Ano
- b) Ne

18) V konečné fázi života byste svůj život chtěl/a dožít:

- a) v nemocnici, kde nade mnou budou mít neustálý dohled odborníci a je zde stále nepatrná možnost uzdravení
- b) ve specializovaném zařízení, kde probíhá paliativní péče - hospic
- c) v rodinném prostředí za pomoci pracovníků ambulantní hospicové péče
- d) v rodinném prostředí jen se svými blízkými

*Ještě jednou děkuji za ochotu a Váš čas při vyplňování dotazníku.
S přáním hezkého dne, Petra Blahová.*