

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Katedra antropologie a zdravotní vědy

Diplomová práce

Bc. Tomáš Fůrst

Učitelství odborných předmětů pro zdravotnické školy

Eutanazie z pohledu studentů a seniorů

Olomouc 2018

vedoucí práce: Mgr. Andrea Preissová Krejčí, Ph.D.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracoval samostatně a použil jen uvedenou literaturu a zdroje.

Ve Velkém Beranově dne 6.6.2018

.....

Bc. Tomáš Füst

Poděkování

Na tomto místě bych chtěl poděkovat Mgr. Andree Preissové Krejčí, Ph.D. za výborné vedení mé diplomové práce, ke které mi poskytla mnoho cenných rad a především velké množství svého času. Dále bych rád poděkoval praktickým lékařům, kteří mi umožnili realizovat výzkumnou část u svých pacientů.

Obsah

Úvod.....	6
1 Cíle práce	8
1.1 Hlavní cíl diplomové práce	8
1.2 Dílčí cíle diplomové práce	8
1.3 Výzkumné otázky.....	8
1.4 Hypotézy	9
2 Teoretická část	10
2.1 Základní pojmy eutanazie	10
2.1.1 <i>Aktivní eutanazie</i>	10
2.1.2 <i>Pasivní eutanazie</i>	11
2.1.3 <i>Nevyžádaná eutanazie</i>	11
2.1.4 <i>Nedobrovolná eutanazie</i>	11
2.1.5 <i>Dystanazie a marná léčba</i>	11
2.1.6 <i>DNR</i>	12
2.1.7 <i>Living will</i>	12
2.1.8 <i>Asistovaná sebevražda</i>	13
2.1.9 <i>Sociální eutanazie</i>	14
2.1.10 <i>Prenatální eutanazie</i>	14
2.2 Historie eutanazie.....	14
2.2.1 <i>Antika</i>	14
2.2.2 <i>Středověk</i>	16
2.2.3 <i>Novověk</i>	16
2.3 Argumenty pro eutanazii.....	18
2.4 Argumenty proti eutanazii.....	20
2.5 Eutanazie v České republice	21
2.6 Eutanazie ve světě	23
2.6.1 <i>Nizozemsko</i>	23
2.6.2 <i>Belgie</i>	24
2.6.3 <i>Lucembursko</i>	26
2.6.4 <i>Švýcarsko</i>	26
2.6.5 <i>USA</i>	29

2.6.6	<i>Japonsko</i>	30
2.7	Paliativní péče	31
2.7.1	<i>Historie</i>	32
2.7.2	<i>Paliativní péče v ČR</i>	33
2.7.3	<i>Hospicová péče</i>	33
3	Metodika	40
4	Výsledky	42
4.1	Vyhodnocení dotazníkového šetření	42
4.2	Verifikace stanovených hypotéz	60
4.3	Vyhodnocení výzkumných otázek	66
5	Shrnutí výsledků a diskuze	69
	Závěr	75
	Souhrn	78
	Summary	79
	Referenční seznam	80
	Seznam použitých zkratk	86
	Seznam příloh	87
	Příloha 1	88
	Příloha 2	89
	Příloha 3	93
	Příloha 4	95
	Anotace práce	97

Úvod

Všichni musí jednou zemřít. S problematikou smrti se tedy během života setká každý z nás. Někdo zemře náhle, jiný po dlouhé a těžké nemoci. Při hovoru o smrti se většinou lidem vybaví staré osoby, nicméně v důsledku úrazů a nemocí umírají i mladí lidé včetně dětí. Proces umírání trvá u každého jinou dobu. Bohužel se občas stává, že musí blízká rodina sledovat, jak se jim jejich milovaný doslova vytrácí před očima. A je jedno, zda se jedná o někoho v terminálním stádiu onkologického onemocnění, nebo třeba jen o starého člověka. Někdo umírá doma, ale stále více osob tráví své poslední chvíle života v nemocnicích a jiných zařízeních, protože se jejich blízké osoby nedokáží nebo nechtějí o ně postarat. Je nutné si položit otázku, zda si nemocný takový konec života přeje? Chce trávit své poslední dny v nemocnici osamocený? Chce umírat s vědomím, že jeho aktuální stav velmi trápí rodinu? Chce vůbec žít, když vidí, jak se mu vytrácí poslední zbytky sil a stává se z něj postupně troska závislá na pomoci dalších osob? Nechtěl by odejít ze světa ještě s dostatkem sil, aby si ho jeho blízký nepamatovali jako nemohoucí osobu? Jak by se rozhodl, kdyby měl možnost legálně podstoupit eutanazii a zemřít ve chvíli, kdy si to sám přeje?

Eutanazie je v současné době velmi diskutované téma. Má své zastánce, kteří bojují pro její legalizaci, ale i odpůrce. V České republice eutanazie legální není, ale existuje mnoho států, kde je již některá z forem eutanazie povolena.

Téma „Eutanazie z pohledu studentů a seniorů“ jsem si vybral na základě vlastní žádosti. Rozhodl jsem se tak z důvodu svých zkušeností, jelikož pracuji jako zdravotnický záchranář ve výjezdových posádkách zdravotnické záchranné služby a s umíráním a smrtí se při výjezdech setkávám poměrně často. Několikrát jsem byl přítomen tomu, kdy nás nemocný v terminálním stádiu prosil, abychom ho nechali zemřít a nemusel už trpět. A právě na základě těchto zkušeností jsem o tématu eutanazie hodně přemýšlel a nakonec si ho vybral pro svoji diplomovou práci.

Výzkumů a studií ohledně eutanazie proběhlo již velké množství. Většina z nich se zabývala názorem lidí na legalizaci eutanazie a další dílčí témata. Některé výzkumy byly zaměřeny na názory studentů, jiné na postoje seniorů, ale žádný nezkoumal přímé odlišnosti mezi jednotlivými názory a postoji těchto dvou skupin obyvatel. Ve své práci

se tedy zabývám tím, jak moc se liší názory studentů od názorů seniorů na tuto problematiku a v čem jsou největší rozdíly.

Diplomová práce obsahuje dvě části, teoretickou a výzkumnou. Teoretická část poskytuje základní informace týkající se eutanazie a všech jejích forem. Uvádí výčet největších argumentů zastánců i odpůrců a zabývá se současným stavem v České republice, ale i v ostatních zemích světa. Kromě eutanazie okrajově zahrnuje i paliativní a hospicovou péči. Výzkumné šetření bylo provedeno kvantitativní formou pomocí dotazníků, které byly vyplňovány studenty a seniory. Výzkumná část zahrnuje informace o metodologii, prezentuje výsledky šetření formou tabulek a grafů, testuje hypotézy a odpovídá na výzkumné otázky.

1 Cíle práce

Cílem teoretické části diplomové práce je poskytnout čtenářům informace o současné problematice eutanazie, paliativní péči a hospicích. Cílem výzkumné části diplomové práce je získání potřebných dat pro verifikaci stanovených hypotéz a odpovědí na výzkumné otázky.

1.1 Hlavní cíl diplomové práce

- Zjistit, zda se liší názory a postoje vůči eutanazii mezi studenty a seniory.

1.2 Dílčí cíle diplomové práce

- Zjistit, zda se výrazně liší množství studentů a seniorů souhlasících s legalizací eutanazie.
- Zjistit, zda ovlivňuje víra v Boha postoj k legalizaci eutanazie u studentů a seniorů.
- Zjistit, zda se výrazně liší množství studentů, kteří by využili eutanazii k ukončení vlastního života v případě nevléčitelné nemoci, oproti seniorům.
- Zjistit, kdo by podle studentů a seniorů měl eutanazii provádět.
- Zjistit, jak se liší postoj studentů a seniorů na legalizaci eutanazie u dětí.
- Zjistit, zda jsou studenti a senioři dobře informováni o současných možnostech českých občanů na podstoupení eutanazie v jiné zemi.

1.3 Výzkumné otázky

Pro diplomovou práci bylo stanoveno 7 výzkumných otázek:

- **Výzkumná otázka č. 1:** Liší se výrazně množství studentů souhlasících s legalizací eutanazie oproti seniorům?
- **Výzkumná otázka č. 2:** Ovlivňuje víra v Boha postoj k legalizaci eutanazie u studentů a seniorů?
- **Výzkumná otázka č. 3:** Ovlivňuje setkání s umírajícím a nevléčitelně nemocným člověkem postoj k legalizaci eutanazie u seniorů?

- **Výzkumná otázka č. 4:** Liší se výrazně množství studentů, kteří by využili eutanazii k ukončení vlastního života v případě nevyléčitelné nemoci, oproti seniorům?
- **Výzkumná otázka č. 5:** Kdo by podle studentů a seniorů měl eutanazii provádět?
- **Výzkumná otázka č. 6:** Jak se liší názory studentů a seniorů na legalizaci eutanazie u dětí?
- **Výzkumná otázka č. 7:** Jsou studenti a senioři informováni o současných možnostech českých občanů na podstoupení eutanazie v jiné zemi?

1.4 Hypotézy

Pro diplomovou práci byly formulovány 4 nulové hypotézy:

- $H_{0,1}$: Mezi názory studentů na zahrnutí eutanazie do českých zákonů a typu jimi studované školy neexistuje statistická závislost.
- $H_{0,2}$: Mezi názory studentů na zahrnutí eutanazie do českých zákonů a jejich víře v Boha neexistuje statistická závislost.
- $H_{0,3}$: Mezi názory seniorů na zahrnutí eutanazie do českých zákonů a jejich víře v Boha neexistuje statistická závislost.
- $H_{0,4}$: Mezi názory seniorů na zahrnutí eutanazie do českých zákonů a jejich setkáním s umírajícím člověkem neexistuje statistická závislost.

2 Teoretická část

2.1 Základní pojmy eutanazie

Eutanazie je pojem, který má svůj původ v řečtině. První část výrazu, tedy „eu“ znamená v překladu „dobré“ a „thanatos“ lze přeložit jako „smrt“. V doslovném překladu se tedy jedná o „dobrou smrt“. Každý si však pod tímto pojmem může představovat něco jiného. Někdo si dobrou smrt představuje jako bezbolestnou smrt ve spánku, jiný může považovat dobrou smrtí skonání v kruhu rodiny. Je to tedy velmi individuální. Světová lékařská asociace (WMA) definuje eutanazii jako vědomý a záměrný čin, který má jasný cíl ukončit život člověka, který trpí nevyлéčitelnou nemocí a zároveň tento člověk dobrovolně požádal o ukončení života. Dále asociace ve své definici uvádí, že vykonávající osoba zná zdravotní stav pacienta a provádí čin se záměrem ukončit život dané osoby ze soucitu a bez osobního zisku (Kupka, 2014).

Kromě definice WMA je nutné zmínit i definici eutanazie podle pracovní skupiny pro etické záležitosti Evropské asociace paliativní péče (EAPC). Ta charakterizuje eutanazii jako záměrné usmrcení pacienta lékařem, který podá nemocnému léky zajišťující smrt na základě dobrovolné žádosti pacienta. Tato definice zde zahrnuje tedy jasnou pozici lékaře, který má být oním vykonavatelem činu (Šimek, 2015).

V souvislosti s eutanazií se pojí několik základních pojmů.

2.1.1 *Aktivní eutanazie*

Aktivní eutanazie, neboli strategie přeplněné stříkačky, označuje aktivní usmrcení nemocného na jeho vlastní žádost. Tato strategie je charakteristická tím, že při ní hraje hlavní roli lékař, který je aktivním vykonavatelem eutanazie. Pacient by měl být nevyлéčitelně nemocný a měl by trpět nesnesitelnými bolestmi. V České republice je aktivní eutanazie trestným činem. Stejně tak Světová lékařská asociace vyjádřila negativní postoj k aktivní eutanazii a nabádá země, aby tuto formu eutanazie nelegalizovaly (Plevová, 2011).

2.1.2 Pasivní eutanazie

Pasivní eutanazie, respektive strategie odkloněné stříkačky, označuje zřeknutí se určitého jednání, což v konečném důsledku může způsobit urychlení úmrtí pacienta. Řadíme sem například odpojení pacienta od přístrojů, které ho udržují při životě (Kupka, 2014).

2.1.3 Nevyžádaná eutanazie

Nevyžádaná eutanazie je jedna z forem aktivní eutanazie v situacích, kdy o ni není schopen pacient odpovídajícím způsobem požádat s ohledem na svůj zdravotní stav, nicméně lze předpokládat, že pokud by toho byl schopen, tak by tak učinil a o eutanazii požádal (Jankovský, 2003).

2.1.4 Nedobrovolná eutanazie

Nedobrovolná eutanazie označuje situaci, kdy je eutanazie nevyžádaná a zároveň i nechtěná (Jankovský, 2003).

2.1.5 Dystanazie a marná léčba

Dystanazie v podstatě vyjadřuje opak eutanazie. Jedná se o situaci, kdy je pacientův život prodlužován prostřednictvím technologických prostředků. Pacient je tedy uměle udržován při životě, ale zároveň není v možnostech medicíny poskytnout pacientovi takovou pomoc, aby se jeho stav zlepšil, nebo byl vyléčen. Dystanazii lze tedy označit jako zadržování smrti (Bartůněk et al., 2016).

Marná léčba souvisí s dystanazií a označuje minimálně účinnou léčbu, která nevede ke zlepšení stavu. Tato léčba nemůže pacientovi pomoci, naopak ho zatěžuje a může mu způsobit řadu komplikací. Jako příklad lze uvést chemoterapii u pacienta v terminálním stádiu rakoviny, kterého již není možné vyléčit a chemoterapie se svými nežádoucími účinky pacientovi ještě více přitěžuje (Ptáček a Bartůněk, 2012).

2.1.6 DNR

DNR (Do-Not-Resuscitate) znamená pokyn lékaři nezahajovat při zástavě krevního oběhu neodkladnou kardiopulmonální resuscitaci. V minulosti platilo, že tento pokyn vydával pacient, v aktuální době o tom svým způsobem rozhoduje i lékař, který při zástavě krevního oběhu rozhoduje o zahájení, či nezahájení neodkladné resuscitace. Pokud pacient předem písemně odmítne resuscitaci, tak musí lékaři jeho přání respektovat. Pokud nastane situace, kdy pacient resuscitaci neodmítnul, tak rozhodnutí záleží na lékaři. Jestliže se jedná o beznadějnou prognózu, nebo je pacientovi poskytována paliativní péče, tak se většinou resuscitace nezahajuje. V tomto případě se tedy jedná o formu pasivní eutanazie (Bartůněk et al., 2016).

2.1.7 Living will

Living will znamená v překladu pacientem vyjádřenou vůli pro případ, kdy přestane být schopen rozhodovat o dalším poskytování služeb. V České republice je známý spíše pojem „dříve vyslovené přání“. Jedná se o oficiální dokument, kde pacient písemně předem napíše svá přání týkající se zdravotní péče, kterou si přeje nebo nepřeje v budoucnosti dostávat. Tento dokument hraje velkou roli tehdy, pokud pacient není schopen se sám za sebe adekvátně vyjádřit, například pokud by byl v bezvědomí, nebo by měl pokročilou fázi psychické poruchy. Souvisí tedy s dokumentem DNR, ale vztahuje se i na jiné situace a postupy, než pouze na resuscitaci. Pokud takto dříve vyslovené přání splňuje formální požadavky, tak musí být v těchto situacích respektováno (Loučka et al., 2015).

Podle zákona č. 372/2011 Sb., tj. zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, má každý občan v České republice právo tento dokument sepsat. Aby celý dokument byl právně platný, tak musí být dodrženo několik podmínek. Pacient musí být v první řadě písemně poučen lékařem o důsledcích jeho rozhodnutí. Dříve vyslovené přání lze akceptovat pouze v písemné formě a musí obsahovat úředně ověřený podpis pacienta. Dále musí obsahovat prohlášení pacienta, že byl poučen lékařem o všech možných důsledcích jeho rozhodnutí. Pacient může sepsat tento dokument i při přijetí do péče poskytovatelem zdravotní péče, případně v průběhu hospitalizace. Pak není nutné úředně ověřený podpis a postačuje pouze podpis pacienta, zdravotnického pracovníka

a svědka. Takto vytvořené přání se však vztahuje pouze na poskytování služeb tímto konkrétním poskytovatelem zdravotnických služeb. Dříve vyslovené přání není potřeba respektovat v situaci, kdy došlo při poskytování zdravotnických služeb k takovému vývoji stavu, že lze předpokládat fakt, že by pacient souhlasil s jejich poskytnutím. Pokud tato situace nastane, tak se toto rozhodnutí zapisuje, včetně odůvodnění, do zdravotnické dokumentace pacienta. Dále nelze splnit dříve vyslovené přání v případě, kdy nabádá k postupům, které vedou k aktivnímu způsobení smrti, nebo pokud by mohlo ohrozit jiné osoby. Pokud již byly u pacienta započaty zdravotní úkony a teprve poté je předloženo dříve vyslovené přání, tak nemusí být zohledněno tehdy, pokud by přerušení výkonů vedlo k aktivnímu způsobení smrti. Posledním důvodem, kdy nelze uplatnit toto přání, je situace, kdy se jedná o nezletilé osoby nebo pacienty s omezenou svéprávností (zákon č. 372/2011 Sb., v platném znění).

S dříve vysloveným přáním se pojí také právo pacienta zvolit si svého zástupce, respektive opatrovníka. Tato možnost je právně upravena v zákoně č. 89/2012 Sb., tj. občanský zákoník. Opatrovník má pak právo učinit za pacienta rozhodnutí o dalším zdravotním postupu, nebo se vyjádřit k určitému zdravotnímu výkonu. Pacient může jmenovat do této pozice jakoukoliv osobu, nemusí se tedy jednat pouze o člena rodiny (zákon č. 89/2012 Sb., v platném znění).

2.1.8 Asistovaná sebevražda

Asistovaná sebevražda označuje zvláštní formu eutanazie, která spočívá v tom, že pacient zemře „svojí rukou“. Nicméně od klasické sebevraždy se liší faktem, že tato smrt je za asistence lékaře, který pacientovi poskytne „návod ke smrti“. Jednou z nejznámějších zemí, která tuto formu eutanazie poskytuje, je Švýcarsko, kde lékař nebo jím pověřený zdravotnický pracovník poskytne pacientovi přípravek, který ho usmrtí, nicméně tento přípravek pacient sám vypije. Aby byl tento postup v souladu s právním řádem a nejednalo se o trestný čin, tak je celý úkon nahráván na videokameru, lékař nebo zdravotnický pracovník opakovaně poučuje pacienta o tom, že mu tento přípravek způsobí smrt a pacient musí několikrát na videokameru sdělit, že chce tímto způsobem dobrovolně zemřít (Jankovský, 2003).

2.1.9 Sociální eutanazie

Sociální eutanazie znázorňuje situaci, kdy pacient zemře v důsledku toho, že je mu poskytnuta pouze redukováná zdravotnická péče, která je zaviněna ekonomickými, geografickými a edukačními problémy zdravotnického systému a zdravotníků dané země. Jedná se o fakt, že není možné, aby se každému člověku dostalo kdykoliv a v kterémkoli místě světa špičkové lékařské péče. Je to tedy označení smrti, ke které by nemuselo dojít, protože zdravotní stav pacienta by bylo možné zlepšit, pokud by se nacházel například v jiné zemi. Sociální eutanazie patří mezi velmi diskutovaná témata a je otázkou, zda se vůbec dá považovat za formu eutanazie. Lékař zde totiž eutanazii přímo nevykonává, pouze bezmocně akceptuje aktuální stav pacienta, který vede ke smrti (Kupka, 2014).

2.1.10 Prenatální eutanazie

Prenatální eutanazie označuje interrupci, tedy umělé přerušování těhotenství, ze sociálních důvodů. Stejně jako u sociální eutanazie, tak i tady lze polemizovat, jestli se vůbec jedná o formu eutanazie (Haškovcová, 2007).

2.2 Historie eutanazie

Eutanazie není pouze diskutabilní téma dnešní společnosti. O tuto problematiku se zajímali již naši předkové. Pojem eutanazie, respektive dobrá smrt, je znám již od 5. století před naším letopočtem. V té době se pod pojmem skrývalo klidné a lehké umírání, smrt v pravý čas, ale zároveň se za dobrou smrt považovala i smrt na bojišti nebo ve službě vlasti (Virt, 2000).

2.2.1 Antika

V antice se za dobrou smrt považovala rychlá smrt bez většího utrpení. Lidé chápali smrt jako vyvrcholení života. Dobrá smrt byla hrdinská smrt na bitevním poli, stejně tak smrt z rukou nepřátel při obraně vlasti nebo záchraně přátel. V období křesťanství se za dobrou smrt považovala také mučednická smrt (Loučka et al., 2015).

Jako příklad dobré smrti lze uvést Sokrata, který byl obviněn z toho, že jeho filosofie a výroky přivedly Athény k porážce ve válce. Také byl obviněn z bezbožnosti a údajně měl kazit athénskou mládež. Celý proces soudu popsal Sokratův žák, Platón, ve svém díle „Obrana Sokratova“. Sokrates se v rámci soudu bránil proti pomluvám, nicméně obžaloba pro něj navrhla trest smrti. Podle tehdejšího práva si odsouzený mohl navrhnout alternativní trest k návrhu obžaloby. Sokrates byl však přesvědčen, že jeho filosofie je prokazováním dobra, proto si navrhnul doživotní stravování na náklady obce a peněžitou pokutu. Soud se přiklonil k návrhu obžaloby a odsoudil Sokrata k smrti. Poté, co byl rozsudek vynesen, tak jeho přátelé připravili útěk z vězení, nicméně Sokrates odmítl uprchnout s odůvodněním, že nechce nijak škodit, tudíž nemůže vědomě porušit athénské zákony. Sokrates se tedy podřídil rozsudku, přestože byl přesvědčen o tom, že byl špatně aplikován. Raději tedy zemřel, než aby porušil zákon. Jeho smrt byla v té době považována za dobrou smrt (Osborne, 2010).

V antice tedy pojem „eutanazie“ vůbec nesouvisel s dnešním pojetím eutanazie. Nicméně již v té době byly pokládány otázky týkající se asistence lékaře při umírání a smrti. Často diskutovanou otázkou bylo to, zda mají být vůbec nevléčitelně nemocní léčeni. Zároveň byla v té době známá Hippokratova přísaha (viz příloha č. 1), která zavazuje lékaře k tomu, že nikdy nikomu nedají smrtící prostředek, ani nebudou radit, jak může člověk zemřít. Podání léků, které způsobily nemocnému smrt, bylo považováno za travičství (Peck, 2001).

V antice sebevraždu odsuzovalo velké množství činitelů. Jako příklad lze uvést Aristotela, Pythagora a Epikura, kteří byli zásadně proti sebevraždě. Nicméně v antickém Řecku byla v některých městských státech sebevražda povolena a pro tyto účely uchovávaly obecní správy jed, který byl poskytnut každému, kdo chtěl zemřít (Munzarová, 2005a).

Filosofický směr stoicismus taktéž akceptoval volbu sebevraždy, nicméně pouze u osob, jejichž život nebyl v souladu s jejich individuálními potřebami v důsledku bolesti, nemoci nebo tělesných deformit. Zároveň musel být nemocný odpovědný vůči ostatním a nebyla akceptována sebevražda z důvodu úniku před povinnostmi (Kupka, 2014).

Jiná situace byla v antickém Římě, kde byla v některých situacích sebevražda očekávaná, například při zajetí nepřitelem, případně při veřejné potupě. Byla přijatelná, pokud nemocný trpěl bolestí v rámci nevléčitelné nemoci. Tento postoj se však postupně

s časem a příchodem křesťanství měnil. V období vlády císaře Konstantina již sebevražda přijatelná nebyla, protože odporovala pátému přikázání (nezabiješ – nebudeš vraždit). Křesťanství hlásalo, že život je dar od Boha se vším všudy, tedy i s bolestí či utrpením a právo vzít život má pouze Bůh. Lidé, kteří spáchali v tomto období sebevraždu, byli pohřbeni mimo hřbitov (Kupka, 2014).

2.2.2 Středověk

Ve středověku eutanazie taktéž neznamenała to, co dnes. V souvislosti s dobrou smrtí ve středověku sehrálo významnou roli náboženství. V té době byl považován pozemský život jako příprava na posmrtný život, a smrt byla chápána jako hranice mezi těmito dvěma životy, tedy klíčový a důležitý okamžik. Bylo zvykem, že jiná osoba nezasahovala do umírání, pouze byla s velkou citlivostí a úctou podporou umírajícího, ale nepřipadalo v úvahu nijak nemocnému pomoci ke smrti a tím snížit jeho utrpení (Loučka et al., 2015).

Ve středověku nebyla akceptována ani sebevražda, naopak byla považována za jeden z největších hříchů. Tvrdě se proti ní postavil Tomáš Akvinský, který žil ve 13. století. Ten tvrdil, že je to čin proti boží vůli, ale zároveň i proti pudu sebezáchovy. Stejně tak se postavil proti tomu, aby někdo někomu k sebevraždě napomáhal (Kupka, 2014).

2.2.3 Novověk

Na počátku novověku došlo k zásadní změně pohledu na eutanázii. Jednou z výrazných osob, která se eutanazie zastávala, byl na počátku 16. století Martin Luther. Následovaly další osoby, které přicházely s podobným názorem. Nutné je zmínit Thomase Moora, který publikoval ve svém díle „Utopie“ potřebu a možnost dobrovolné eutanazie pro pacienty v terminálním stádiu nemoci (Ptáček a Bartůněk, 2012).

Otázkou eutanazie se zabýval i Francis Bacon, který se snažil přijít na to, jak může lékařská věda pomoci při umírání. Tvrdil, že je zapotřebí použít všechny dostupné prostředky, které medicína v současné době má, k tišení bolesti a tím umírání ulehčit. Bacon formuloval pojmy „vnitřní a vnější eutanazie“. Právě ony tlumící prostředky k tišení bolesti považoval za vnější eutanázii. Vnitřní eutanázii formuloval jako přípravu člověka na smrt, kterou musí každý člověk absolvovat sám. Názory Francise Bacona stojí

tedy někde mezi antickým a středověkým pojetím dobré smrti a eutanazií v moderním pojetí. Oproti dnešnímu významu eutanazie nebylo cílem Bacona urychlit smrt, ale především zmírnit utrpení. Důležitý je fakt, že se Bacon snažil prosadit tvrzení, že součástí dobré smrti nemá být utrpení. Hlavní roli ve zmírnění utrpení má podle něj hrát lékařství. Jeho přístup lze tedy považovat za předchůdce paliativní péče (Loučka et al., 2015).

Myšlenka eutanazie se s postupující dobou postupně rozvíjela. Na konci 18. století se pro její zavedení vyjádřil lékař Paradys, který doporučoval snadnou smrt pro nevléčitelného a trpícího člověka. Na přelomu devatenáctého a dvacátého století již bylo toto téma součástí otevřených diskuzí. Po první světové válce se v Německu objevil spis, který stál za zrodem nacistické myšlenky vyhlazovací akce některých skupin obyvatelstva. Autory spisu byli Karl Binding a Alfred Hoche. Ve spisu bylo uvedeno, že některé lidské životy nejsou plnohodnotné a tito lidé na sebe akorát váží společensky schopné lidi a tím je zatěžují. Binding a Hoche v tomto spisu obhajují zabíjení „odpadových existencí“, protože není možné očekávat od lidské společnosti, že o tyto lidi bude pečovat (Küng, 2015).

V roce 1931 publikoval v Anglii Dr. Millard návrh legalizace dobrovolné eutanazie, jehož součástí byly i návrhy konkrétních podmínek, za kterých by měla být eutanazie povolena. Žádost o povolení eutanazie podle něj může napsat umírající člověk, který byl informován minimálně dvěma lékaři o faktu, že trpí nevléčitelnou nemocí, která mu způsobí smrt, a umírání bude zároveň zdlouhavé a bolestivé. Aby byla žádost platná, tak musí být úředně ověřena a doložena lékařskými zprávami od dvou lékařů. Podle Millarda by existovali tzv. úředníci pro eutanazii, kteří by s pacientem a příbuznými znovu žádost zhodnotili. Následně by žádost putovala k soudu, který by vydal povolení k provedení eutanazie, na jehož základě by ji mohl lékař legálně uskutečnit. Millard zároveň stanovil návrh, aby povolení platilo určitou dobu a během té doby si mohl pacient určit, jestli vůbec, a kdy si ji přeje využít. Millardův návrh byl probírán pět let, ale nakonec ho Sněmovna lordů zamítla (Ptáček a Bartůněk, 2012).

Na začátku druhé světové války začala v německých psychiatrických léčebnách selekce pacientů, která byla nazývána jako tzv. program eutanazie. Jednalo se o program, jehož zrod stál ve spisu Bindinga a Hocheho. Nacisté argumentovali tím, že někteří duševně nemocní lidé velmi trpí, péče o ně vyžaduje velkou námahu ostatních a nemalé

finanční prostředky. Proto je pro tyto duševně nemocné a zároveň i pro společnost lepší, když těmto lidem bude poskytnuta eutanazie. Program nesl označení T4. V ústavech na území Říše zemřelo za dva roky 70-90 tisíc pacientů. Postupně tato nacistická představa zahrнула i jiné skupiny lidí, než jen duševně nemocné. Rozhodovalo se především podle rasy, nikoli podle lékařských kritérií (Kupka, 2014).

Po druhé světové válce diskuze týkající se eutanazie pokračovaly. Teprve zde byl odhalen a popsán program T4, který poskytl odpůrcům eutanazie silné argumenty, především možnost zneužití. V roce 1956 se k této problematice vyjádřil i papež Pius XII., který jménem katolické církve označil eutanazii jako čin, který odporuje božímu řádu. Nicméně o rok později akceptoval zkrácení života užitím léků k odstranění nesnesitelné bolesti (např. morfium). Svým způsobem byl tento postup považován za nepřímou eutanazii, protože vysoké dávky morfia vedou ke smrti, nicméně podle papeže jsou podávány se záměrem odstranit nesnesitelné utrpení. Od této doby se společnost začala postupně rozdělovat na dvě skupiny, zastánce a odpůrce eutanazie. Obě skupiny neustále až do současnosti prezentují své argumenty (Kupka, 2014).

2.3 Argumenty pro eutanazii

Mezi hlavní argumenty pro legalizaci eutanazie je právo každého člověka na sebeurčení. Zastánci tvrdí, že každý může nakládat se svým životem tak, jak uzná za vhodné. Zastánci srovnávají eutanazii a sebevraždu. Sebevražda je trestně nepostihnutelná a nabízí se otázka, pokud člověk může zemřít vlastní rukou na základě svého uvážení, tak proč by mu ke smrti nemohl pomoci lékař (Šimek, 2015)?

Dalším z argumentů je strach ze ztráty lidské důstojnosti. Odpůrci eutanazie tvrdí, že eutanazie není důstojnou smrtí. Zastánci naopak uvádějí, že důstojnou smrtí je, protože hlavním prvkem důstojného umírání je přítomnost blízkého člověka, což eutanazie splňuje (Kozíková, 2012).

Významným argumentem je lidské utrpení. Zastánci zásadně nesouhlasí s tím, aby člověk v závěru života trpěl nesnesitelnou bolestí. V utrpení umírajícího není žádný smysl a podle některých lidí je lepší odejít ze svého života v rychlosti, než trpět a čekat na smrt. Tento čin se dá tedy považovat za akt milosrdenství (Šimek, 2015).

Někteří zastánci porovnávají život člověka se životem zvířete. V některých zemích je člověk souzen, pokud neukrátká život trpícímu zvířeti, ale ve většině zemí bude člověk souzen, pokud ukrátká život trpícímu člověku. Zastánci si kladou otázku, jaký je v tom rozdíl? Pokud je eutanazie poskytnuta například kočce, která v důsledku nádorového onemocnění trpí bolestí a nemá žádnou šanci na vyléčení, tak by měla být poskytnuta i lidem. Lidský život by měl být cennější, než zvířecí, takže prioritně by se mělo zabránit tomu, aby trpěli lidé, nicméně nyní je to naopak (Ptáček a Bartůněk, 2012).

Ekonomika v dnešní době hraje významnou roli. Zasahuje i do argumentů zastánců eutanazie. Finanční náročnost léčby nemocných s nevléčitelnou chorobou je velmi vysoká. Proto eutanazie nejen, že sníží utrpení člověka, ale zároveň ušetří velké finance, které mohou být účelně využity pro jiné pacienty, které může nákladná léčba zcela uzdravit (Haškovcová, 2007).

Mezi další argumenty patří fakt, že se vznikem moderních technologií dochází postupně stále více k prodlužování života. Lidé se dožívají vyššího věku, bohužel někdy na úkor kvality života. Zastánci se domnívají, že se i nadále bude zvyšovat průměrný dožitý věk, což ale v mnoha případech bude pro staré osoby znamenat utrpení v důsledku nemocí, které jsou pro vysoký věk obvyklé. Proto by měla být povolena eutanazie, aby se člověk svobodně mohl rozhodnout, jaké utrpení je pro něj již nepřijatelné, a svůj život ukončit (Ptáček a Bartůněk, 2012).

Řada starých lidí má obavu ze smrti. Bojí se, že budou při umírání trpět nesnesitelnými bolestmi (Kutnohorská et al., 2011). Legalizací eutanazie by se tyto obavy zmírnily. Lidé by věděli, že pokud se dostanou do stavu, kdy budou trpět bez možnosti utrpení zmírnit, tak si mohou požádat o eutanazii. Měli by tedy jakousi jistotu, že jejich odchod ze světa mohou svým způsobem ovlivnit (Loučka et al., 2015).

V neposlední řadě je nutné zmínit fakt, že nelegální poskytování eutanazie se v dnešní době děje. Zastánci jsou toho názoru, že pokud by došlo k legalizaci, tak by se alespoň stanovily přesné podmínky, za kterých je možné tento čin vykonat, a nebylo by nutné, aby někteří lékaři museli obcházet zákon (Ptáček a Bartůněk, 2015).

2.4 Argumenty proti eutanazii

Jedním z hlavních argumentů proti povolení eutanazie je uvědomění si nenahraditelnosti lidského života a definitivnosti smrti. Odpůrci eutanazie tvrdí, že člověk dostal svůj život darem, ať už od Boha nebo od rodičů, a nemá právo tento dar odvrhnout (Munzarová, 2005a).

Mezi další argumenty patří fakt, že se smrt netýká pouze osoby, která zemře, ale především i jeho blízkých a někdy i celé společnosti. Odpůrci zastávají názor, že v důsledku tohoto není soukromou záležitostí pacienta rozhodnout o konci vlastního života (Šimek, 2015).

Velmi silný argument je strach ze zneužití ze strany lékařů, ale i rodiny. Úkolem lékaře má být především ochrana života. Pokud má lékař usmrtit pacienta, tak jedná proti Hippokratově přísaze, ale i proti desateru, Listině základních práv a svobod a konkrétně v České republice i proti Etickému kodexu České lékařské komory (viz příloha č. 2). Někteří lékaři mohou mít s tímto problém. Zároveň dostane lékař obrovskou moc nad svými pacienty. Nastanou situace, kdy bude lékař označován za vraha, někteří lidé budou mít strach chodit k lékařům, protože se budou dívat do očí vrahům a především lékař nemusí unést tíhu těchto činů, což může vést k jeho profesnímu zhroucení (Kozíková, 2012).

Odpůrci také zmiňují obavu, že by v rámci šetření financí mohlo v některých případech dojít k nevyžádané a nedobrovolné eutanazii. Velký soudní proces, týkající se nevyžádané eutanazie, proběhl ve Spojených státech amerických (USA). V roce 2005 zasáhl USA hurikán Katrina. V jedné z nemocnic v New Orleans došlo v důsledku hurikánu ke ztrátě přívodu elektřiny a kyslíku. Na oddělení intenzivní péče, kde byli pacienti dlouhodobě závislí na umělé plicní ventilaci s nepříznivou prognózou, pracovala vedoucí lékařka, která svým šesti pacientům v této situaci aplikovala vysokou dávku morfinu, čímž jim způsobila smrt. Pozůstalé rodiny ji následně žalovaly pro nevyžádanou eutanazii a pro nerespektování autonomie člověka. Lékařka se hájila tím, že neměla možnost pacienty evakuovat a podmínky a počet dostupných lékařů jí neumožnil všechny pacienty ventilovat. Lékařka nakonec odsouzena k odnětí svobody nebyla, ale v důsledku bouřlivého a mediálně sledovaného procesu ztratila odborné i společenské postavení (Ptáček a Bartůněk, 2011).

Dalším tvrzením odpůrců je to, že každé utrpení má v životě svůj význam a je to velká zkušenost, která přispívá k mravnímu rozvoji jedince i jeho okolí (Šimek, 2015).

Někteří odpůrci mají strach, že se legalizací eutanazie prolomí bariéry a postupně bude docházet ke zmiřování podmínek pro poskytnutí eutanazie. Nejdříve bude umožněna eutanazie pouze v případě nesnesitelného fyzického utrpení, následovat bude legalizace i při psychickém utrpení, posléze budou usmrceni lidé, kteří netrpí žádnou nemocí, ale jsou např. po úraze ochrnutí. Dále se odpůrci vyjadřují, že situace může vyhrotit až v takový stav, kdy začne být poskytována eutanazie pacientům i bez jejich žádostí, například mentálně postiženým lidem, tělesně postiženým novorozencům apod. Také může dojít k situacím, kdy na lidi bude kladen vnější nátlak, aby eutanazii podstoupili, protože je ekonomicky méně nákladná, než paliativní péče. Pacienti pak začnou být přesvědčováni lékaři, že je to pro ně ta nejlepší volba a vzhledem k tomu, že nemocní nebudou schopni objektivně posoudit svůj vlastní stav, tak dají na doporučení lékaře (Koudelka, 2014).

V neposlední řadě se odpůrci odkazují na to, že eutanazie není důstojnou smrtí (Ptáček a Bartůněk, 2012).

2.5 Eutanazie v České republice

Problematika eutanazie u nás se začala rozebírat již v období první republiky, kdy byly podány návrhy, aby bylo možné beztréstně usmrtit pacienta ze soucitu na jeho naléhavou žádost. Tyto návrhy se však ve znění zákona neobjevily (Haškovcová, 2015).

Další velká diskuze, týkající se legalizace eutanazie v České republice (ČR), proběhla až v roce 1996, kdy byl ministrem spravedlnosti Jiří Novák, který se chtěl touto otázkou zabývat. Padlo několik návrhů, jak by se měla tato problematika řešit. Postupem času však diskuze a návrhy vyprchaly bez jakéhokoliv účinku (Novák, 2010).

V roce 2004 byl předložen Poslanecké sněmovně ČR návrh nového trestního zákoníku. V novém návrhu se zmiňovalo, že usmrcení na žádost člověka je trestným činem, což nikdy v zákonu nebylo takto přímo definované. Podle návrhu hrozil za toto usmrcení trest odnětí svobody nejvýše po dobu šesti let, minimální hranice nebyla stanovena. Zároveň z návrhu vyplývalo, že k usmrcení na žádost je kompetentní kdokoliv

bez ohledu na zdravotnické vzdělání. Novelizace trestního zákoníku byla odložena až do roku 2009, a tehdy se tam již žádná taková zmínka nevyskytovala, pravděpodobně z důvodu výše uvedených nedostatků (Koudelka, 2014).

V právním systému České republiky se tedy aktuálně pojem eutanazie vůbec nevyskytuje. Jednání, které zahrnuje usmrcení člověka ze soucitu jinou osobou na jeho vlastní žádost, je tedy považováno jako trestný čin (Heřmanová, 2012).

V zákoně č. 40/2009 Sb., tj. trestní zákoník, se uvádí:

„(1) Kdo jiného pohne k sebevraždě nebo jinému k sebevraždě pomáhá, bude potrestán, došlo-li alespoň k pokusu sebevraždy, odnětím svobody až na tři léta.

(2) Odnětím svobody na dvě léta až osm let bude pachatel potrestán, spáchá-li čin uvedený v odstavci 1 na dítěti nebo na těhotné ženě.

(3) Odnětím svobody na pět až dvanáct let bude pachatel potrestán, spáchá-li čin uvedený v odstavci 1 na dítěti mladším patnácti let nebo na osobě stížené duševní poruchou.“ (zákon č. 40/2009 Sb., v platném znění, § 144).

V roce 2016 byl zpracován další návrh zákona, který zahrnoval legalizaci eutanazie a asistované sebevraždy včetně podmínek jejich poskytnutí. V návrhu bylo uvedeno, že by prvotně měla být upřednostňována asistovaná sebevražda a teprve tehdy, když není pacient schopen absolvovat asistovanou sebevraždu, tak by mělo být možné uskutečnit eutanazii. Návrh zároveň stanovil, že obě varianty může vykonat pouze lékař, který musí být celému aktu přítomen, nicméně může odmítnout a v tom případě je povolán jiný lékař. Další podmínkou bylo, že musí být pacientův zdravotní stav beznadějný a musí trvale fyzicky nebo psychicky trpět. Návrh zakazoval poskytnutí asistované sebevraždy a eutanazie u starých a bezmocných lidí. Dále bylo navrhováno, aby čin následoval minimálně 4 týdny po podání žádosti a vůle pacienta byla ověřena třemi rozhovory v časovém odstupu. Taktéž byl stanoven požadavek, aby zdravotní stav pacientů konzultovalo více na sobě nezávislých lékařů. Každou takto provedenou sebevraždu nebo eutanazii by museli lékaři evidovat a každý případ by posuzovala odborná komise z hlediska dodržení výše uvedených podmínek. Pokud by došlo k porušení, byl by případ předán státnímu zástupci (Hron, 2016). Vláda nakonec návrh odmítla (Kopecký, 2016).

V České republice existuje hnutí, které bojuje za legalizaci eutanazie. Toto hnutí podpořilo několik známých osob. Prof. MUDr. Pavel Pafko, Dr.Sc. je jeden

z nejnámějších propagátorů eutanazie v ČR. Zároveň u nás existuje i hnutí proti eutanazii, které taktéž podporují některé známé osoby (Koudelka, 2014).

2.6 Eutanazie ve světě

V současné době je eutanazie nebo asistovaná sebevražda povolena v několika zemích. Co se týče států Evropy, tak eutanazie je aktuálně povolena v Nizozemsku, Belgii a Lucembursku. Ve Švýcarsku je povolena asistovaná sebevražda. Mimo Evropu lze zmínit Japonsko a USA. V Japonsku je povolena eutanazie, nicméně je tam mírně odlišný přístup. V některých státech USA je dle legislativy povolena asistovaná sebevražda (Kupka, 2014).

2.6.1 Nizozemsko

V Nizozemsku převládá liberální přístup k eutanazii. Průkopníkem legalizace eutanazie byl Jan Hendrik van der Berg, což byl psychiatr, který ve své knížce pod názvem „Lékařská moc a lékařská etika“ navrhoval, aby lékaři byli ochotni své umírající a trpící pacienty zabít. V roce 1973 proběhl soudní proces s lékařkou, která aplikovala své matce vysokou dávku morfinu s úmyslem jí zabít, což se jí také podařilo. Je nutné zmínit, že matka lékařky byla inkontinentní a připoutaná na kolečkové křeslo. Dcera se hájila tím, že jí matka opakovaně a naléhavě žádala, aby ukončila její trápení. V té době nebyla eutanazie povolena, nicméně soud ji odsoudil k podmíněnému jednotýdennímu trestu s roční zkušební dobou. Po tomto soudním sporu holandské lékaři prováděli eutanazii, a pokud nějaký případ skončil u soudu, tak byl posuzován podobně mírně. V roce 1982 byla stanovena vládní komise pro eutanazii, jejíž činností bylo určování podmínek, kdy je možné eutanazii provést. Tato komise úzce spolupracovala s ústřední lékařskou komisí. Obě tyto komise působily jako dohled nad těmito činy a vyzývaly lékaře, aby uváděli eutanazii jako příčinu smrti. Komise zaručily lékařům, že pokud dodrží ony podmínky, tak nebudou trestáni. Bohužel se v několika případech prokázalo, že lékař provedl eutanazii, která byla nevyžádaná a nedobrovolná. Postupně během let se podmínky legální eutanazie upravovaly (Munzarová, 2005a).

V současné době je stále aktivní eutanazie v Nizozemsku povolena, pokud je splněno několik podmínek. Pacientovo utrpení musí být nesnesitelné a nesmí být naděje na zlepšení stavu. Žádost nemocného musí být dobrovolná a musí o eutanazii požádat opakovaně. Lékař musí pacienta plně informovat o jeho zdravotním stavu a možnostech léčby. Aby bylo žádosti vyhověno, tak splnění těchto podmínek musí být potvrzeno dvěma na sobě nezávislými lékaři. Není zde tedy specifikováno, že pacient musí být v terminální fázi nemoci. Podmínky sice stanovují, že pacient musí výrazně trpět, nicméně již nespecifikují, že se musí jednat pouze o fyzické utrpení. Eutanazie může být tedy poskytnuta i někomu, jehož utrpení je psychické povahy. Pokud žádost splňuje všechny podmínky a eutanazie je povolena, tak musí být vždy provedena za přítomnosti lékaře a musí proběhnout na základě schváleného odborného postupu. Každý případ je následně přezkoumán zvláštní komisí, které ho buď uzná v souladu s platnou legislativou, nebo jej předá k trestnímu stíhání, tedy pokud najde nějaké pochybení při provedení zákroku (Loučka et al., 2015).

Nizozemsko také umožňuje provedení aktivní eutanazie u dětí. Pokud si eutanazii přeje pacient starší 16 let, tak postačí pouze jeho přání a konzultace s rodiči. Pokud je pacient mezi 12 – 16 lety, tak nestačí pouhá konzultace, ale je nutný souhlas rodičů (Kupka, 2014).

2.6.2 *Belgie*

Systém eutanazie v Belgii je podobný jako v Nizozemsku, tedy při splnění podmínek je povolena jak aktivní eutanazie, tak i asistovaná sebevražda. Co se týče konkrétních podmínek, je oproti Nizozemsku více benevolentní. Pacient musí být v době tohoto rozhodnutí právně kompetentní a při smyslech. Žádost musí být dobrovolná a opakovaná. Na pacienta nesmí být vyvíjen žádný nátlak. Aby byla žádost oprávněná, tak musí být pacient trvale v neúnosném a beznadějném stavu. Stejně jako v Nizozemsku je eutanazie schvalována jak u pacientů trpících fyzicky, tak i u pacientů s psychickou formou utrpení, které není možné zmírnit. Zároveň musí utrpení pramenit z nevléčitelné nemoci nebo ze stavu po nehodě. Stejně jako v Nizozemsku je pacient plně informován o svém zdravotním stavu a možnostech léčby. Stav nemocného taktéž musí být posouzen dvěma na sobě nezávislými lékaři (Peterková, 2012). Žádost vypracovává a podepisuje

sám pacient. Pokud pacient není schopen žádost samostatně sepsat, například v důsledku svého zdravotního stavu, tak určí osobu, která žádost připraví za něj. Zajímavostí je, že tato pověřená osoba nesmí mít žádný zájem na smrti nemocného, nemůže se tedy jednat o některého člena rodiny, který po pacientovi bude dědit. Pokud žádost vypracovává pacientem pověřená osoba, je v žádosti uvedený důvod, proč není pacient způsobilý osobně formulovat svoji žádost. Zároveň musí být při vypracovávání přítomen lékař, jehož jméno je v žádosti uvedeno (Skřivánková-Bošková, 2012). Stejně jako v České republice, tak i v Belgii platí dokument living will se stejnými podmínkami jako v ČR (Peterková, 2012).

V roce 2014 byla v Belgii schválena eutanazie u dětských pacientů (Loučka et al., 2015).

Zajímavostí je, že komise pro kontrolu eutanazie v Belgii uvedla hned ve své první zprávě, že nedokáže kontrolovat všechny případy eutanazie a musí doufat v čestnost zdravotnických pracovníků. Zkoumání případů eutanazie ukázalo, že je poskytována i osobám, které netrpí žádnou smrtelnou nemocí, ale například i seniorům se sníženou schopností pohybu v důsledku artrózy a s poruchou zraku. Někteří kritici eutanazie argumentují, že není stanoveno, jak má vypadat nesnesitelné utrpení. Existují doložené případy z Belgie, kdy byla eutanazie poskytnuta i pacientovi s depresí (Loučka et al., 2015).

Problematikou eutanazie v Belgii z psychických důvodů, nebo z důvodu demence, se zabýval Sigrid Dierickx a kolektiv, jenž výsledky své studie prezentoval v roce 2017 v rámci časopisu „*BMC Psychiatry*“. Ve své práci mimo jiné analyzoval všechny oficiálně hlášené případy eutanazie osob s psychickými poruchami a s demencí v rozmezí let 2002 až 2013. Studie se týkala pouze pacientů, kteří neměli mezi svými diagnózami žádnou fyzickou nemoc, ale podstoupili eutanazii výhradně v důsledku psychického utrpení. Z výzkumu vyplývá, že v rozmezí těchto 12 let podstoupilo v Belgii eutanazii pouze na základě psychické poruchy nebo demence 179 osob. Přitom ve svém výzkumu, díky analýze jednotlivých let, poukazuje Dierickx na postupné navyšování každým rokem. Zatímco v letech 2002-2007 byl průměrný podíl eutanazie z psychických příčin 0,5 % ze všech hlášených případů, tak v roce 2013 tento podíl tvořil již 3 % všech hlášených případů (Dierickx et al., 2017).

2.6.3 Lucembursko

Lucembursko, jakožto další stát Beneluxu, legalizoval eutanazii o několik let později než Belgie a Nizozemsko. V současné době je povolena aktivní eutanazie i asistovaná sebevražda. Lucembursko převzalo podmínky pro uskutečnění eutanazie od Nizozemska a Belgie. Platí podmínky týkající se stavu nemocného i povinnost konzultace všech žádostí s nezávislým lékařem (Kupka, 2014).

2.6.4 Švýcarsko

Ve Švýcarsku je již od období druhé světové války legalizovaná asistovaná sebevražda. Tento stát je v této problematice poměre mediálně známý a to především díky tomu, že ve Švýcarsku je poskytována asistovaná sebevražda i cizincům. Tento proces bývá často označován pojmem „sebevražedná turistika“. Ve Švýcarsku působí více organizací, které asistovanou sebevraždu poskytují, nicméně pouze klinika Dignitas poskytuje tuto formu pomoci cizincům (Kupka, 2014).

Dignitas byla založena Ludwigem Minellim v roce 1998 a má sídlo nedaleko Curychu. Od svého založení pomohla k bezpečné smrti v přítomnosti blízkých osob více než 1700 lidem. Dignitas je známá tím, že nepomáhá ke smrti pouze lidem s nevyléčitelnou chorobou způsobující nesmírné fyzické utrpení, ale umožňuje asistovanou sebevraždu i u lidí s duševní poruchou (Williams, 2017). Při zobrazení webových stránek kliniky je patrné její motto, které v českém překladu znamená „Žít s důstojností, zemřít důstojně“ (Who is DIGNITAS, 2003).

Klinika se stala mediálně známou díky dokumentům, jejichž hlavními aktéry byli zákazníci této kliniky a na video byla natočena jejich smrt na této klinice. Jako příklad lze uvést Craiga Ewerta. Tyto dokumenty podrobně zaznamenávají poslední den života klientů a celý postup závěrečné procedury, někdy i okamžik smrti (Štefan, 2008).

Cizinec, který má zájem o asistovanou sebevraždu, musí absolvovat vícestupňový proces, který začíná tím, že žadatel kontaktuje organizaci s žádostí o pomoc. Na základě jeho žádosti mu jsou poskytnuty veškeré informace a prvním krokem je vyplnění žádosti o členství v organizaci, protože asistovaná sebevražda je poskytována pouze členům. S tím se samozřejmě pojí povinnost uhradit členský poplatek. Následně žadatel poskytne organizaci svoji lékařskou zprávu, ve které musí být uvedeno, že pacient trpí smrtelnou

nemocí nebo má výrazné postižení. Lékařskou zprávu mu vystaví jeho lékař v zemi, jejímž je občanem. Nemusí tedy absolvovat cestu do Švýcarska. Společnost předá lékařskou dokumentaci k posouzení svému nasmlouvanému lékaři. Ten se s dokumentací podrobně seznámí, a pokud usoudí, že je pacient kompetentní pro toto rozhodnutí, má pevnou touhu zemřít a splňuje další zákonná kritéria, tak předepíše léky k ukončení života. Žadatel je zároveň povinen společně s odesláním lékařské zprávy uhradit i nemalý poplatek na zaplacení posuzujícího lékaře. V případě schválení žádosti je s žadatelem dohodnut termín poskytnutí asistované sebevraždy. Obvykle je to minimálně dva měsíce od schválení žádosti, aby měl pacient dostatečný čas na promyšlení svého rozhodnutí. Pokud si to žadatel nerozmyslí, tak se dostaví v uvedený termín do Švýcarska, kde na klinice nebo v pronajatém bytě zemře. Závěrečný proces je celý nahráván na videokameru, aby měla organizace důkazní materiál, že nemocný zemřel dobrovolně a bez nátlaku. Zaměstnanec organizace připraví látku, která způsobí nemocnému smrt. Několikrát během tohoto procesu se pacienta zeptá, zda chce opravdu zemřít. Naposledy tuto otázku položí krátce předtím, než nemocnému podá sklenici se smrtící látkou. Tu pacient vypije sám a v té době již není možné smrt odvrátit. Nemocný po několika minutách usíná a po krátké době i umírá. Až do jeho smrti s ním může být přítomna rodina nebo přátelé. Další postup se už může lišit. Obvykle proběhne přímo ve Švýcarsku kremace, následný popel v urně je předán pozůstalým a ti si ho poté odvezou do své země. V případě zájmu může ve Švýcarsku proběhnout i smuteční obřad (Cholbi, 2017).

Tento postup potvrzuje i reportér MF DNES Jakub Pokorný, který se v rámci sepsání článku vydával v roce 2009 za pacienta trpícího depresemi, který žádá na této klinice asistovanou sebevraždu. Ve svém článku uvádí, že kontaktoval kliniku emailem a již po pár hodinách obdržel odpověď. Cílem reportáže bylo zjistit, zda Dignitas pomůže ke smrti mladému člověku bez smrtelné choroby. Druhým cílem bylo zjistit, kolik přesně smrt na této klinice stojí. V odpovědi kliniky přišlo emailem několik prospektů a po několika dnech poštou přihláška do spolku Dignitas. Zároveň obdržel reportér i složenkou na částku 300 švýcarských franků, což v roce 2009 odpovídalo zhruba 5 tisícům korun. Tato částka byla členský poplatek za vstup do spolku. Zhruba po měsíci byl reportér požádán o lékařské zprávy k posouzení lékařem a součástí byla další složenska, tentokrát na 3000 franků, což odpovídalo zhruba 50 tisícům korun. Tuto částku již reportér nezaplátil a do firmy zavola, že chce sjednat osobní konzultaci. To ale firma

odmítla s odůvodněním, že momentálně není k dispozici lékař vyšetřující pacienty s psychickými poruchami. Přesto se Pokorný do Švýcarska vydal a navštívil majitele organizace L. Minelliho v jeho bydlišti. Ten mu sdělil, že částka 3000 franků je poplatek, aby se společnost vůbec jeho případem začala zabývat. Tuto částku Pokorný již nezaplátil, čímž jeho reportáž skončila (Pokorný, 2009). V jiném článku z roku 2007 Pokorný udává, že za celou proceduru i s pohřbem vyžaduje klinika 7200 franků, což v té době odpovídalo zhruba 120 tisícům korun (Pokorný, 2007).

Ze všech organizací, spojených s asistovanou sebevraždou ve Švýcarsku, je Dignitas jediná, která pravidelně plní titulky novin, avšak ve většině případů v negativním světle. Jedním z důvodů tohoto negativního světa jsou vysoké poplatky, které si společnost za asistovanou sebevraždu účtuje (Harper et al., 2015). S tím souvisí obvinění, že společnost neprovádí asistované sebevraždy ze soucitu, ale především jako výdělek a kvůli tomu umožňuje asistovanou smrt i zdravým lidem. To dokázal v roce 2009 Jakub Pokorný ve svém článku. Ten se však touto společností zabýval již o několik let dříve. V roce 2007 se vydal do sídla firmy s žádostí o asistovanou sebevraždu pro svoji imaginární babičku. Zaměstnankyně firmy mu ochotně odpovídala na otázky. Reportér řekl, že jeho babička nemá žádnou smrtelnou nemoc, ale je pouze stará a postupně s věkem chřadne. Zaměstnankyně firmy mu odpověděla, že určitě nějakou nemoc má. Jako příklad uvedla, že může mít něco s ramenem a v důsledku toho bolesti. Tím poprvé dokázal, že firma minimálně projevuje zájem i o tyto pacienty bez ohledu na zdravotní stav (Pokorný, 2007).

Dalším skandálem, kterým společnost prošla, bylo obvinění z vyhazování urn s ostatky klientů do Curyšského jezera. Urny byly nalezeny náhodou potápěči a bylo jich asi 300. Všechny měly na sobě vyryté logo kliniky Dignitas (Hájek, 2010).

Další kritice čelila organizace v roce 2012, kdy byla obviněna z toho, že smrt některých klientů není rychlá a bezbolestná, ale trvá i několik hodin a lidé prožívají bolest (Suchá, 2012).

2.6.5 USA

Ve Spojených státech amerických je povolena pouze asistovaná sebevražda, nicméně není povolena v celé zemi, ale pouze v některých státech USA. Na konci 20. století byl v Oregonu schválen zákon o důstojné smrti, který byl přijat na základě referenda. Jsou zde však přísnější podmínky na její uskutečnění, než je tomu v Evropě. Asistovanou sebevraždu lze zde provést pouze u dospělých pacientů, kteří trpí nevléčitelným onemocněním a zároveň je zde podmínka, že u těchto pacientů lékař nepředpokládá dožití delší jak šest měsíců. Stejně jako v Evropě musí tuto skutečnost potvrdit dva lékaři a žádost pacienta musí být opakovaná, konkrétně dvakrát ústně a jednou písemně. Pacient musí být v dobrém psychickém stavu a musí mít dva svědky, kteří potvrdí, že nemocný žádost sepsal dobrovolně bez nátlaku. Pokud jsou splněny všechny podmínky, tak smrtelnou dávku léků předepíše lékař, nicméně aplikovat si je musí výhradně sám pacient. Není tedy možná aplikace lékařem, protože aktivní eutanazie je zde zakázaná (Kozíková, 2012).

V souvislosti s eutanazií a USA je nutné zmínit jméno Jack Kevorkian, což byl americký lékař a patolog. Mnoho lidí po celém světě ho zná pod označením „Doktor Smrt“. Jako patolog se nejdříve zabýval problematikou transfuze krve od zemřelých pacientů do živých pacientů. Domníval se, že by armáda mohla využívat tuto metodu pro zraněné vojáky během bitvy, nicméně armáda jeho názory nevyslyšela. Od roku 1987 se začal zabývat problematikou eutanazie, respektive asistované sebevraždy. V rozmezí let 1990-1998 pomohl v úmrtí asi 130 smrtelně nemocným, ale ve všech případech si smrtící dávku léků aplikoval sám pacient. Kevorkian vymyslel mechanismus, kdy pacienta pouze připojil k přístroji, ten následně stisknul tlačítko a tím byla aplikována smrtelná dávka léků. V době, kdy Kevorkian takto pomáhal smrtelně nemocným zemřít, nebyla ještě asistovaná sebevražda legální. Kevorkian se mnohokrát dostal do médií díky tomu, že se úspěšně vyhýbal trestnímu stíhání, a to především díky svému právníkovi. Několikrát byl stíhán za vraždu, ale byl vždy zproštěn obžaloby. Až v roce 1999 bylo prokázáno, že nejméně v jednom případě zabil pacienta sám bez jeho spolupráce a díky tomu byl odsouzen, ale po 8 letech ve vězení ho propustili na svobodu kvůli špatnému zdravotnímu stavu. Byl průkopníkem asistované sebevraždy v USA a na základě toho byl v Oregonu schválen zákon o důstojné smrti. Kevorkian se veřejně vyjadřoval o problematice asistované sebevraždy a na základě toho

86 % amerických obyvatel zastávalo názor, že by měla být sebevražda za asistence lékaře legalizována ve všech státech USA (Nicol a Wylie, 2006).

Jack Kevorkian měl i velké množství kritiků, kteří tvrdili, že někteří jeho pacienti, kterým pomohl zemřít, nebyli smrtelně nemocní. Dokonce bylo zjištěno, že většina z jeho 130 pacientů netrpěla nevyлéčitelnou nemocí a někteří dokonce nejevili vůbec žádné známky nemoci. Část pacientů byli pouze invalidé (Novák, 2010).

V roce 2016, po vzoru svých sousedů, legalizovala asistovanou sebevraždu také Kanada (Loučka et al., 2015).

2.6.6 Japonsko

Právní rámec eutanazie v Japonsku byl stanoven na základě dvou soudních případů. První se odehrál v roce 1962 a týkal se pasivní eutanazie, druhý z roku 1995 se týkal aktivní eutanazie. V obou případech byly v rámci soudního procesu formulovány podmínky, při jejichž splnění může být eutanazie legální. Podmínky při pasivní eutanazii jsou tři. První je, že pacient musí trpět nevyлéčitelnou nemocí, kdy je nepravděpodobné jeho uzdravení a nemoc musí být v závěrečné fázi. Druhá se zabývá souhlasem pacienta, který musí trvat až do smrti. V případě, kdy není ve stavu schopném souhlas poskytnout, tak je akceptován dokument living will. Třetí podmínka stanovuje, že pasivní eutanazie může být provedena pouze zastavením léčby, odpojením od život udržujících přístrojů, ukončením chemoterapie, přerušením dodávání výživy apod. Mezi podmínky, za kterých lze legálně poskytnout aktivní eutanazii, patří nesnesitelná fyzická bolest pacienta, souhlas pacienta (nestačí living will), ale také se musí jednat o stav, kdy je smrt nevyhnutelná, blížící se a zároveň musí být vyčerpány všechny možnosti ke zmírnění bolesti. Těmito dvěma soudními rozhodnutími byl stanoven právní rámec, nicméně případy realizace eutanazie v Japonsku jsou v současné době velmi ojedinělé (Kupka, 2014).

2.7 Paliativní péče

Paliativní péče je ve svém významu odvozena od latinského slova pallium, které v překladu znamená roušku nebo plášť a zároveň z anglického palliate znamenající mírnit a tišit. Definicí pojmu vymezila Světová zdravotnická organizace (WHO), která uvádí, že paliativní péče je aktivní komplexní péče o pacienty, kteří trpí nějakou nemocí nereagující na kurativní léčbu. Dle WHO zahrnuje především léčbu bolesti a dalších symptomů nemoci, dále řešení psychologických, sociálních a duchovních problémů pacientů a jejím cílem je dosažení co nejlepší kvality života nemocných, ale zároveň i jejich rodin. Později se definice WHO mírně pozměnila a kromě výše uvedeného se paliativní péče uvádí jako péče zlepšující kvalitu života pacientům a rodinám, jejichž problémem je život ohrožující nemoc, a to především předcházením a zmírňováním utrpení díky tlumení bolesti a včasné zjištění a vyhodnocení dalších potíží fyzického, psychického, sociálního a duchovního rázu. Hlavní rozdíl v původní a nové definici je především v tom, že původní směřovala na pacienty v posledním stupni péče, naopak nová zahrnuje péči už i u pacientů v brzké fázi nemoci (Bužgová, 2015).

Dle vyjádření WHO by správná paliativní péče měla splňovat několik kritérií. Především by pacientovi měla poskytovat úlevu od bolesti, dále nesmí usilovat o urychlení, ani o zadržování smrti, a také musí do péče zahrnout i psychologické služby. Nevztahuje se pouze na nemocné, ale i na rodiny, a to i po smrti pacienta (Kupka, 2014).

Paliativní péči lze rozdělit na obecnou a specializovanou. Obecná péče je poskytována zdravotníky podle jejich odborností a zahrnuje především včasné rozpoznání nevléčitelného charakteru nemoci a analýzu problémů ovlivňujících kvalitu života pacienta. Primárním kontaktem jsou praktičtí lékaři a následně specialisté, jako například onkologové, neurologové atd. Specializovanou péči poskytuje tým odborníků, kteří disponují vzděláním v oboru paliativní péče a mají potřebné zkušenosti. Zároveň ji poskytují i zařízení, jejichž hlavní činností je poskytování paliativní péče, jako např. hospice (Kabelka, 2017).

V zahraničí, tedy především v USA, jsou vytvořeny 4 hlavní modely specializované paliativní péče poskytované v nemocnici. Prvním modelem je podpůrný tým paliativní péče pracující v rámci nemocnice. Tyto týmy jsou složeny z lékařů, sester, sociálních pracovníků, nemocničního kaplana, psychologa a dle potřeby z dalších odborníků. Pacient zůstává na oddělení, kde byl hospitalizován, a podpůrný tým za ním dochází

a především poskytuje konzultace ošetřujícímu personálu a lékařům, kteří se o pacienta starají. Druhým modelem jsou specializované ambulance paliativní péče, které poskytují služby v domácím prostředí pacientů, dále v zařízeních sociálních služeb, případně pacienti do ambulancí docházejí. Třetí možností jsou oddělení paliativní péče, které existují v rámci nemocnic i v České republice. Čtvrtým modelem jsou jednotky akutní paliativní péče, které jsou obdobou jednotek intenzivní péče, akorát jsou určeny výhradně umírajícím pacientům (Bužgová, 2015).

Paliativní péče nemusí být poskytována pouze v nemocnicích a hospicích. Stále častěji se nyní nabízí možnost této péče v domácím prostředí. Za nemocným domů docházejí pracovníci tzv. mobilních hospiců (Loučka et al., 2015).

2.7.1 Historie

Paliativní péče je nejstarší formou medicíny, protože velmi dlouhou dobu bylo mírnění lidského utrpení a prováděním dobrou smrti hlavním úkolem lékařů a dalších zdravotníků. Na této péči se v minulosti nepodíleli jen zdravotníci, ale i rodina, přátelé a často i duchovní. Od 19. století stále více přibývalo těch, kteří umírali bez zázemí vlastního domova a v přítomnosti rodiny. Tento stav byl způsoben tím, že se stále více lidí stěhovalo z venkova do měst. Postupně začaly vznikat moderní nemocnice, které se kromě léčby nemocí zabývaly i péčí o umírající. V té době bylo prioritou nemocnice poskytnout umírajícímu teplo, čisto a soukromí. Pochopitelně vždy byla snaha o to, aby nemocný mohl zemřít doma v péči svých blízkých za asistence např. ošetřovatelky nebo rodinného lékaře. Toto se však s nástupem moderní doby postupně měnilo a začal se rozvíjet systém, kdy byl umírající léčen až do posledních okamžiků s cílem odvrátit nemoc. Z tohoto důvodu se rapidně zvýšil počet umírajících pacientů v nemocnicích. Bohužel tito pacienti většinou zemřeli v osamění. Ve druhé polovině dvacátého století dochází k významnému rozvoji paliativní medicíny jako samostatného lékařského oboru, což souvisí se vznikem prvních hospiců (Marková, 2010).

2.7.2 Paliativní péče v ČR

Po roce 1989 se i u nás začal rozvíjet systém paliativní péče. První nemocniční oddělení, zaměřené výhradně na poskytování služeb umírajícím pacientů, vzniklo v roce 1992 v Babicích nad Svitavou. O tři roky později vznikl první hospic lůžkového typu v Červeném Kostelci. V České republice převažují zařízení pro smrtelně nemocné pacienty lůžkového typu, avšak v posledních letech dochází k rozvoji mobilních hospiců a denních stacionářů (Tomeš et al., 2015).

Velký rozvoj v oblasti paliativní péče v České republice proběhl také díky Asociaci poskytovatelů hospicové a paliativní péče. Tato asociace byla založena v roce 2005 a hned o dva roky později vydala standardy hospicové paliativní péče, v rámci kterých byly definovány požadavky, které by měli splňovat všichni poskytovatelé paliativní péče v ČR. Tyto požadavky byly stanoveny především kvůli tomu, aby byla paliativní péče v potřebné úrovni a odpovídající kvalitě napříč celou zemí. V roce 2009 došlo k založení České společnosti paliativní medicíny, jejíž hlavním cílem je podpora vzdělání pro pracovníky poskytující specializovanou paliativní péči u umírajících pacientů. Tato společnost pravidelně pořádá odborné konference v oblasti paliativní medicíny. V roce 2014 vzniklo Centrum paliativní péče v Praze, které se zabývá především výzkumnou činností, ale také poskytuje vzdělávání a osvětovou činnost v této problematice (Bužgová, 2015).

2.7.3 Hospicová péče

Pojem hospic pochází z latinského slova „hospitium“ a lze ho přeložit jako útulek nebo útočiště. Tento termín byl známý již v době středověku, tehdy ale označoval domy odpočinku, ve kterých se zastavovali poutníci při cestě do Palestiny, aby se před další cestou zotavili. Vlivem postupného úbytku poutníků tyto domy zanikly. Hospice, které známe v dnešní době, se objevily poprvé v 18. století. Tehdy vznikl v Irsku první hospic, coby zařízení určené umírajícím osobám. Nápad se postupně osvědčil a ve druhé polovině 20. století vznikl velmi známý Hospic Svatého Kryštofa v Londýně, který založila lékařka Cicely Mary Saundersová. Ta byla původně zdravotní sestrou a ihned po dostudování medicíny tvrdila, že umírající lidé potřebují speciální péči. Její postoj byl hodně ovlivněn setkáním s mužem, který v jiném hospici umíral na rakovinu, ale reálně

mu nikdo neřekl, jak je jeho zdravotní stav vážný. Teprve Saundersová mu řekla pravdu a starala se o něj až do konce života. On jí na oplátku věnoval nemalou částku peněz a přál si, aby byly použity na stavbu dalšího hospice a díky tomu mohla svůj hospic otevřít (Kupka, 2014).

Hospic je tedy zařízení, které poskytuje paliativní péči umírajícím osobám a jejich blízkým. Hlavním cílem této péče je prožití závěru života bez bolesti, v bezpečí, a pokud je to možné, tak v přítomnosti druhých lidí, zejména rodiny, ale i profesionálních pracovníků a duchovního (Tomeš et al., 2015).

V České republice působí Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče, která se snaží prosazovat a podporovat hospicovou péči. Tato asociace sdružuje jednotlivé poskytovatele hospicové péče, nicméně členství v asociaci je pro jednotlivé poskytovatele dobrovolné. Pokud má poskytovatel hospicové péče zájem být členem asociace, tak je povinen dodržovat a splňovat standardy hospicové paliativní péče. První standardy byly zveřejněny v roce 2007 a postupně napříč roky docházelo k jejich aktualizaci a změnám. Poslední vydání je z roku 2016. Standardy ve svém úvodu zahrnují obecné definice hospicové a paliativní péče, definují její principy a cílovou skupinu pacientů/klientů, dále uvádějí indikaci k poskytování hospicové paliativní péče, a také svým čtenářům nabízí srovnání a možnosti jednotlivých typů hospiců. Hlavní část standardů je věnována již konkrétní hospicové péči. Velký důraz je kladen na stanovení plánu péče, který by měl být proveden po celkovém zhodnocení stavu a schopností pacienta. Měl by zahrnovat plnění všech individuálních potřeb pacienta a jeho rodiny. Patří sem nejen tlumení příznaků nemoci a základních potřeb, ale také by měl zahrnovat komunikaci a péči o psychologickou stránku pacienta a jeho blízkých. Pokud je to možné, tak by se na plánu péče měl aktivně podílet sám pacient, nebo by měl minimálně vyslovit svá přání a preference. Stejně tak by se na tvorbě měla podílet i rodina a to především tehdy, když se jedná o pacienta s poruchou kognitivních funkcí a vnímání. Plán by měl také obsahovat výčet možných krizových situací, které mohou vzniknout v důsledku onemocnění (např. dušnost, krvácení...). Každá krizová situace by pak měla obsahovat i přesný postup jejich řešení. Každý člen týmu je povinen se s plánem seznámit a dodržovat ho. Standardy dále obsahují okruhy péče, které musí být vždy pacientovi a jeho rodině k dispozici. Patří sem péče o tělesný stav a potřeby, kam je možné kromě základních fyziologických potřeb zahrnout například tlumení bolesti a ostatních

symptomů onemocnění, kdy je cílem, aby byl u pacienta udržen závěr života v přijatelné kvalitě. Dalším okruhem je psychologická péče, kdy by měl být neustále pacientovi a jeho blízkým dostupný odborník přes psychologii. Psychologická péče by neměla končit při úmrtí pacienta, ale měla by být zajištěna i truchlícím a pozůstalým. Do standardů dále spadá sociální péče, která klade důraz na zachování lidské důstojnosti. Tato péče zahrnuje například podporu při řešení konfliktů, pomoc při administrativních záležitostech s úřady, ale také poradenství a asistenci při přípravě pohřbů. Posledním okruhem je spirituální péče, kdy je uveden požadavek, aby členem hospicového týmu byl kvalifikovaný pracovník v oblasti duchovní péče. Vždy musí být respektována náboženská orientace a příslušnost pacienta. Poskytovatel hospicové péče je povinen na základě přání pacienta, nebo jeho blízkých, zprostředkovat kontakt s duchovními jejich víry a s jejich náboženskou komunitou. Standardy dále zahrnují i povinnost dodržovat etické kodexy, úmluvy o právech pacientů a samozřejmě zákonné normy. Zároveň standardy uvádějí i schéma, jak by měla probíhat spolupráce od počátečního kontaktu s poskytovatelem hospicové paliativní péče až po zpracování kompletního plánu péče. Dále je zde uvedeno, co musí obsahovat smlouva o poskytování péče, jak musí být vedena dokumentace, jaké jsou zásady komunikace a jakým způsobem může být péče ukončena. Velmi důležitou částí standardů jsou personální požadavky, kde je přesně uvedeno, kolika pracovníky musí být péče minimálně zajištěna. V závěru jsou uvedeny i minimální materiální a technické požadavky pro jednotlivé typy hospiců (Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče, 2016).

Standardy kladou velký důraz i na komunikaci s pacientem a jeho rodinou. Komunikace s nevléčitelně nemocnými a umírajícími pacienty má svá specifika. Každý pracovník, který se s umírajícími setkává v rámci svého zaměstnání, by měl znát základní pravidla komunikace s těmito pacienty. V první řadě musí brát v potaz aktuální obtíže pacienta, které se jednak týkají fyzického oslabení v důsledku nemoci, ale také psychického oslabení, protože většina pacientů pociťuje strach a nejistotu z toho, co nastane. Mnoho pacientů může pociťovat beznaděj, mohou se u nich vyskytovat deprese nebo i panika. Na všechny tyto možnosti by měli být pracovníci připraveni a při komunikaci s nemocným počítat i s možností neadekvátní reakce. Podle Kübler-Rossové projde většina umírajících pěti fázemi reakce na vzniklou situaci. V první fázi krátce po sdělení faktu, že umírají, dojde u většiny pacientů k popření,

kdy tomuto faktu nevěří. Druhou fází je hněv, který přenáší na své okolí. Posléze začnou smlouvat a snaží se hledat způsob, jak nepříznivou situaci odvrátit. V této třetí fázi často vyhledávají léčitele, šamany a snaží se za každou cenu vyléčit. Čtvrtá fáze značí depresi a v poslední fázi umírající již přijmou fakt, že zemřou a svůj stav akceptují. Každý pacient je specifická bytost, někteří projdou všemi pěti fázemi, jiní jen některými. Fáze nemusí jít postupně, u každého umírajícího probíhají reakce v jiném pořadí. Při komunikaci s umírajícími by jim neměl pracovník dávat falešné naděje, neříkat jim, že to bude dobré, ale spíše je ujistit, že tu je pro ně a bude se jim snažit co nejvíce pomoci. Podstatné je, aby pacienti ošetřujícímu personálu důvěřovali. Do komunikace často zasahují i příbuzní, kteří stejně jako pacient procházejí jednotlivými fázemi dle Kübler-Rossové a zde může dojít k problému, pokud jsou příbuzní v jiné fázi, než pacient. Například pacient je již smířený s tím, že zemře a akceptuje tento stav, ale rodina je teprve ve fázi smlouvání, vodí k jeho lůžku léčitele, kteří dávají pacientovi falešné naděje. To pak negativně ovlivňuje celou situaci. Velkým problémem dnešní doby je malý prostor pro komunikaci. Pokud se bavíme například o lůžkovém hospici, kde má jedna sestra na starosti několik pacientů a k tomu má své další povinnosti, tak nemá prostor s jednotlivými pacienty mluvit tak, jak by oni sami potřebovali. Stejně je to i s dalšími pracovníky. Základním umem každého pracovníka v paliativní hospicové péči by měla být schopnost naslouchat. Pacienti mají krátce před smrtí obvykle potřebu vyzpovídat se. Pracovníci v paliativní péči by měli vždy respektovat názory pacientů a přijímat jejich úvahy o tom, co bude po smrti. Velmi důležité je, aby všichni pracující v tomto odvětví uměli říkat slovo „nevím“. Pokud se pacient zeptá na něco, na co pracovník opravdu nezná odpověď, tak by se neměl snažit ze situace vykrotit, ale v klidu umírajícímu sdělit, že na tuto otázku opravdu nezná odpověď, ale pokud to lze, tak se jí pokusí zjistit. Při komunikaci je velmi důležité, aby pacient neměl pocit, že je podřadný. Často se stává, že ošetřující personál stojí a pacient leží, což u mnoha pacientů může vyvolat pocit nadřazenosti a podřazenosti. Proto by si měl ideálně pracovník sednout vedle postele na židli, aby měl oči ve stejné úrovni, jako pacient, ve kterém to může navodit pocit důvěry. Pracovník komunikující s umírajícím by nikdy neměl pacienta zesměšňovat, vnucovat mu svoje životní postoje, bagatelizovat jeho obtíže, kritizovat ho, ale ani přehlížet jeho prosby a otázky. Velmi důležitá je i komunikace s příbuznými, která má podobné zásady (Ptáček a Bartůněk, 2011).

Hospicová péče je poskytována ve třech formách:

První je domácí hospicová péče, která je pravděpodobně nejideálnější variantou, protože většina umírajících se cítí nejlépe doma. Podmínkou pro tuto péči musí být takový stav nemocného, kdy lze doporučenou léčbu a prostředky k odstranění bolesti aplikovat v domácích podmínkách. Dále musí být splněna podmínka, že se o nemocného může někdo starat. Pokud si rodina není jistá, že péči zvládne, může si najmout ošetřovatele. Nicméně i zde je většinou nutná asistence zdravotníka, protože některé výkony nemůže laik ani ošetřovatel provádět. Existuje mnoho mobilních hospiců, kdy do domácností pravidelně dochází lékař a zdravotní sestra, kteří provádějí potřebné léčebné úkony. Základem domácí hospicové péče je nutnost naučit rodinu o pacienta pečovat, protože přítomnost zdravotníků a ošetřovatelů nemůže být nepřetržitá (Kupka, 2014).

Standarty hospicové paliativní péče uvádějí podmínky na minimální personální zajištění péče. Podle nich by měl každý mobilní hospic, zajišťující péči v okruhu do 35 kilometrů od provozovny s kapacitou 15 pacientů, zahrnovat tolik lékařů, aby jejich úvazek dal dohromady 1,2 úvazku, kdy součástí týmu musí být lékař se zvláštní odbornou způsobilostí v paliativní medicíně v úvazku minimálně 0,2. Lékaři musí být dostupní nepřetržitě. Pro stejný počet pacientů je stanoven i počet nelékařských pracovníků, kdy musí být zaměstnáno tolik všeobecných sester, aby součet jejich úvazků dal dohromady 5,0 úvazku a tolik sociálních pracovníků, aby součet jejich úvazků byl 1,0 úvazku. V případě vyššího nebo nižšího počtu pacientů se minimální personální zabezpečení vypočítává přímo úměrně počtu pacientů, nicméně i v případě velmi malého počtu pacientů musí dát úvazek všeobecných sester nejméně 1,5 úvazku a sociálních pracovníků minimálně 0,5 úvazku. Zároveň musí být sestry i lékař neustále k zastížení. Každý mobilní hospic by dle standardů měl mít odpovídající materiální vybavení, konkrétně na každých 5 pacientů by se mělo jednat o jedno elektrické polohovací lůžko, tři kusy antidekubitních matrací, jeden lineární dávkovač, odsávačku, oxygenátor, pumpu pro podávání výživy a pro každého pacienta dostatek antidekubitních a polohovacích pomůcek, dále musí mobilní hospic mít ve vybavení prostředky pro celkovou koupel, WC židle, chodítka a další vybavení. Hospice musí disponovat i dopravním prostředkem pro přepravu k pacientovi, telefonem pro spojení s pacientem a jeho rodinou a každá

sestra by měla mít k dispozici brašnu se zdravotnickými pomůckami a ampulárium (Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče, 2016).

Druhou formou je stacionární hospicová péče, která je v současné době spíše v pozadí. Péče je založena na tom systému, že pacient ráno přijde do denního stacionáře a večer se vrací domů. Během dne je pacient v péči profesionálů, kteří mohou provádět potřebné zdravotní a léčebné úkony. Zároveň je to jakási úleva pro rodinu, která si může od nepřetržité péče odpočinout a vyhnout se tak vyčerpání a s ním spojeným konfliktům s nemocným (Kupka, 2014).

Třetí variantou je lůžková hospicová péče. Jedná se tedy o zařízení, kde tráví umírající většinu času, tzn. je zde i přes noc a pod neustálým dozorem profesionálů. Pacient může být přijat do lůžkového zařízení na delší období, které je ukončeno smrtí, nebo může přijít jen krátkodobě např. v důsledku úpravy léčebných opatření a posléze se vrací domů. Hospice jsou vybaveny zdravotnickým vybavením, které odpovídá vybavení nemocnice. Stejně tak jsou zde přítomni lékaři, zdravotní sestry, ošetřovatelé a další pracovníci především v sociálních službách. Standardem bývají i služby psychologa nebo duchovního. Režim se od nemocnic liší tím, že si pacient obvykle tvoří svůj den. Má určitou volnost. Rodina má možnost nepřetržitých návštěv a standardně bývá zvykem, že pokud si to rodina přeje, může se nějakým způsobem podílet na péči o pacienta. Bohužel jsou v současné době velmi často hospicová zařízení plně obsazena a na řadu lidí se tedy tato péče nedostane (Kupka, 2014).

Standarty hospicové paliativní péče uvádějí podmínky na minimální personální zajištění péče. Podle nich by měl každý lůžkový hospic s kapacitou 30 pacientů zahrnovat tolik lékařů, aby součet jejich úvazků dal dohromady 1,7 úvazku, kdy součástí týmu musí být lékař se zvláštní odbornou způsobilostí v paliativní medicíně v úvazku minimálně 0,2. Mimo osmihodinovou pracovní dobu a o víkendech nemusí být lékaři přítomni přímo v zařízení, ale musí se v případě potřeby dostavit do 30 minut od zavolání. Pro stejný počet pacientů je stanoven i počet nelékařských pracovníků, kdy musí být zaměstnáno tolik všeobecných sester, aby součet jejich úvazků dal dohromady 11,0 úvazku a tolik sociálních pracovníků, aby součet jejich úvazků byl 1,0 úvazku. Dále musí být přítomno tolik sanitářů nebo ošetřovatelů, aby součet jejich úvazků byl minimálně 5,0 úvazku a tolik pracovníků zajišťujících přímou obslužnou péči, aby součet jejich úvazků byl minimálně 10,0 úvazku. Také musí být zajištěn duchovní, kaplan nebo pastorační asistent

v rozsahu 0,2 úvazku nebo na dohodu o provedení práce. Každý lůžkový hospic by dle standardů měl mít odpovídající materiální vybavení, konkrétně na 30 pacientů by se mělo jednat minimálně o 32 elektrických polohovacích lůžek, 32 antidekubitních matrací, pět lineárních dávkovačů, 2 odsávačky, 6 oxygenátorů nebo centrální rozvod kyslíku, 1 glukometr, 1 přenosné EKG, 2 dávkovače pro podávání výživy a základní vybavení pro neodkladnou resuscitaci. Lůžkový hospic musí disponovat minimálně 10 WC židlemi, jedním chodítkem, pěti pojízdnými křesly a třemi pojízdnými vozíky do sprchy. U každého lůžka musí být zároveň signalizační zařízení pro přivolání zaměstnance. Každé zařízení musí mít k dispozici koupelnu a mycí lůžko nebo vanu. Pro každého pacienta musí být k dispozici dostatek antidekubitních a polohovacích pomůcek (Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče, 2016).

3 Metodika

Diplomová práce je teoreticko-výzkumná a zaměřuje se na rozdíly v názorech a postojích na eutanazii u studentů a seniorů.

V empirické části diplomové práce bylo použito kvantitativního šetření. Z důvodu zajištění anonymity byl zvolen jako nástroj šetření dotazník. Po analýze dat, kdy došlo k vyřazení neúplných dotazníků a dotazníků od respondentů, kteří nesplňovali kritéria výzkumného souboru, byla získaná data statisticky zpracována a následně graficky vyobrazena v programu Microsoft Excel 2013. Po analýze dat proběhlo za asistence statistika testování hypotéz, které je podrobně popsáno v podkapitole 4.2. Dotazník určený studentům obsahoval celkem 16 otázek (viz příloha č. 3), z toho 13 otázek bylo uzavřených, 1 otázka polootevřená a 2 otázky otevřené. Dotazník určený seniorům obsahoval celkem 15 otázek (viz příloha č. 4), z toho 12 otázek bylo uzavřených, 1 otázka polootevřená a 2 otázky otevřené. V tomto dotazníku byla oproti dotazníku pro studenty vynechána otázka o typu studované školy, zbývající otázky byly totožné. Dotazníky se skládaly ze tří částí. První část dotazníků tvořily otázky zaměřené na charakterizaci respondentů. Tyto otázky následně rozdělily respondenty podle věku, víry v Boha a na základě toho, zda se již setkali s nevléčitelně nemocným člověkem a s pojmem eutanazie. Otázky druhé části dotazníku byly zaměřeny na názory a postoje studentů a seniorů na eutanazii a dílčí témata s ní související. Třetí část sloužila k získání informací o vědomostech respondentů na současné možnosti českých občanů podstoupit eutanazii v jiné zemi.

Základní soubor byl tvořen studenty a seniory. Do skupiny studentů byli zahrnuti studenti středních, vyšších odborných a vysokých škol. Věková hranice byla vymezena 15-26 let. Do skupiny seniorů byly zahrnuty osoby od 60 let bez ohledu na další kritéria.

Dotazník pro studenty byl oslovenými respondenty vypisován výhradně elektronicky s využitím internetu a sociálních sítí v rámci celé České republiky. Dotazník pro seniory část zdatnějších respondentů vyplňovala taktéž s využitím internetu. Druhá část respondentů využila tištěnou formu dotazníků.

Pro získání dostatečného počtu respondentů bylo v prvotní fázi osloveno 6 ředitelů domovů důchodců, nicméně ani jeden nebyl ochoten po sdělení tématu umožnit

uskutečnění výzkumného šetření v jejich zařízení. Proto byli následně osloveni 2 praktičtí lékaři, kteří dotazníky rozdávali svým pacientům spadajícím do vymezené věkové kategorie.

Vzhledem k obtížím sehnat dostatek respondentů-seniorů je počet dotazníků od obou skupin nevyvážený, i přesto byl počet vyplněných dotazníků od seniorů dostatečný pro splnění cíle a účelu diplomové práce.

4 Výsledky

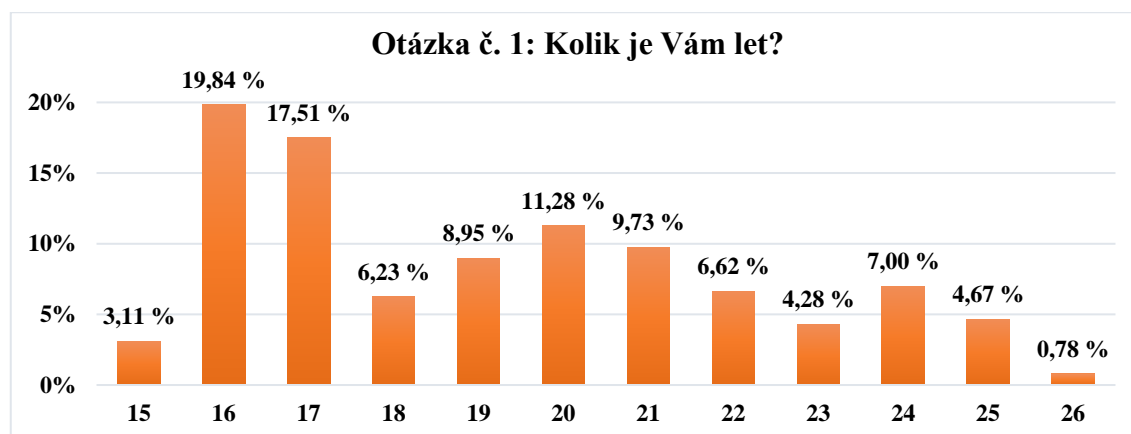
4.1 Vyhodnocení dotazníkového šetření

Výsledky dotazníkového šetření byly získány na základě vyhodnocení dotazníků získaných od respondentů. Pro přehlednost a srozumitelnost jsou výsledky přeneseny do grafů a tabulek.

Otázka č. 1 (studenti): Kolik je Vám let?

Věk	Absolutní četnost n	Relativní četnost %
15	8	3,11
16	51	19,84
17	45	17,51
18	16	6,23
19	23	8,95
20	29	11,28
21	25	9,73
22	17	6,62
23	11	4,28
24	18	7,00
25	12	4,67
26	2	0,78
Celkem	257	100,00

Tabulka č. 1: Věkové rozmezí respondentů – studentů



Graf č. 1: Věkové rozmezí respondentů – studentů

Z celkového počtu 257 respondentů-studentů (100 %) bylo 8 respondentům (3,11 %) 15 let, 51 respondentům (19,84 %) 16 let, 45 respondentům (17,51 %) 17 let,

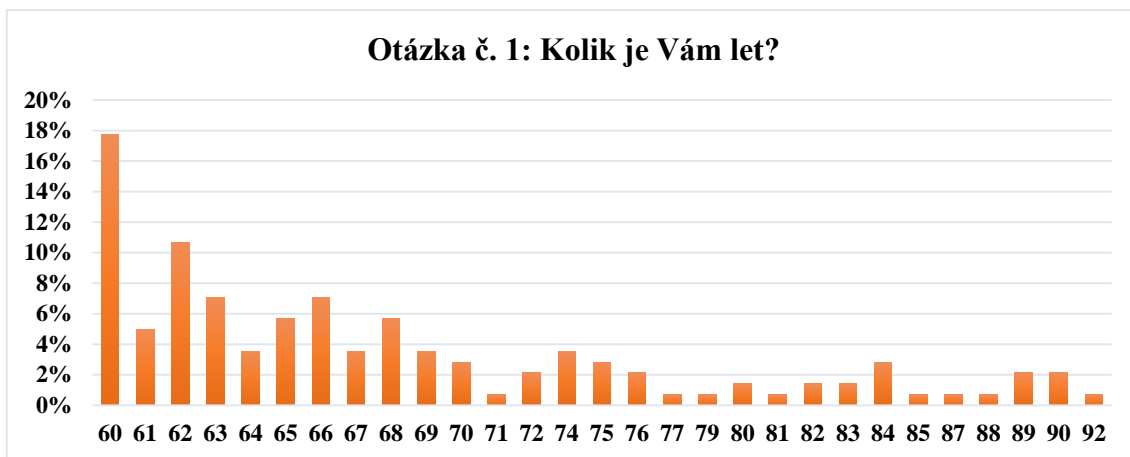
16 respondentům (6,23 %) 18 let, 23 respondentům (8,95 %) 19 let, 29 respondentům (11,28 %) 20 let, 25 respondentům (9,73 %) 21 let, 17 respondentům (6,62 %) 22 let, 11 respondentům (4,28 %) 23 let, 18 respondentům (7,00 %) 24 let, 12 respondentům (4,67 %) 25 let a 2 respondentům (0,78 %) 26 let.

Žádná ze skupin respondentů-studentů rozdělených podle věku nepřevyšovala 20 % z celkového počtu respondentů.

Otázka č. 1 (senioři): Kolik je Vám let?

Věk	Absolutní četnost n	Relativní četnost %
60	25	17,73
61	7	4,97
62	15	10,64
63	10	7,09
64	5	3,55
65	8	5,67
66	10	7,09
67	5	3,55
68	8	5,67
69	5	3,55
70	4	2,84
71	1	0,71
72	3	2,12
74	5	3,55
75	4	2,84
76	3	2,12
77	1	0,71
79	1	0,71
80	2	1,42
81	1	0,71
82	2	1,42
83	2	1,42
84	4	2,84
85	1	0,71
87	1	0,71
88	1	0,71
89	3	2,12
90	3	2,12
92	1	0,71
Celkem	141	100,00

Tabulka č. 2: Věkové rozmezí respondentů – seniorů



Graf č. 2: Věkové rozmezí respondentů – seniorů

Z celkového počtu 141 respondentů-seniorů (100 %) bylo 25 respondentům (17,73 %) 60 let, 15 respondentům (10,64 %) 62 let, po 10 respondentech (7,09 %) byli senioři ve věku 63 a 66 let, po 8 respondentech (5,67 %) byli senioři ve věku 65 a 68 let, 7 respondentům (4,97 %) bylo 61 let, po 5 respondentech (3,55 %) byli senioři ve věku 64, 67, 69 a 74 let, po 4 respondentech (2,84 %) byli senioři ve věku 70, 75 a 84 let, po 3 respondentech (2,12 %) byli senioři ve věku 72, 76, 89 a 90 let, po 2 respondentech (1,42 %) byli senioři ve věku 80, 82 a 83 let a po 1 respondentu (0,71 %) byli senioři ve věku 71, 77, 79, 81, 85, 87, 88 a 92 let.

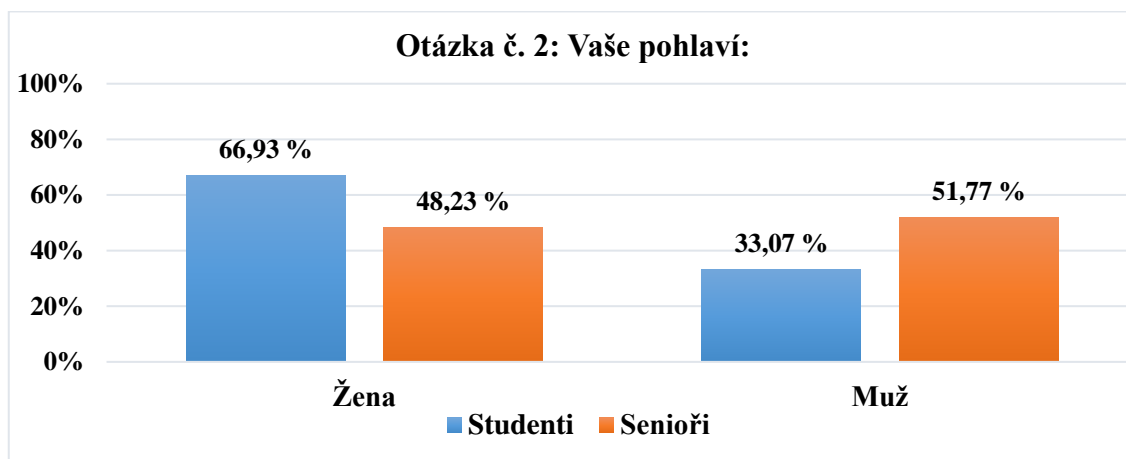
Žádná ze skupin respondentů-seniorů rozdělených podle věku nepřevyšovala 20 % z celkového počtu respondentů.

Otázka č. 2 (studenti): Vaše pohlaví:

Pohlaví	Absolutní četnost n	Relativní četnost %
Žena	172	66,93
Muž	85	33,07
Celkem	257	100,00

*Tabulka č. 3: Pohlaví respondentů – studentů***Otázka č. 2 (senioři): Vaše pohlaví:**

Pohlaví	Absolutní četnost n	Relativní četnost %
Žena	68	48,23
Muž	73	51,77
Celkem	141	100,00

Tabulka č. 4: Pohlaví respondentů – seniorů*Graf č. 3: Pohlaví respondentů*

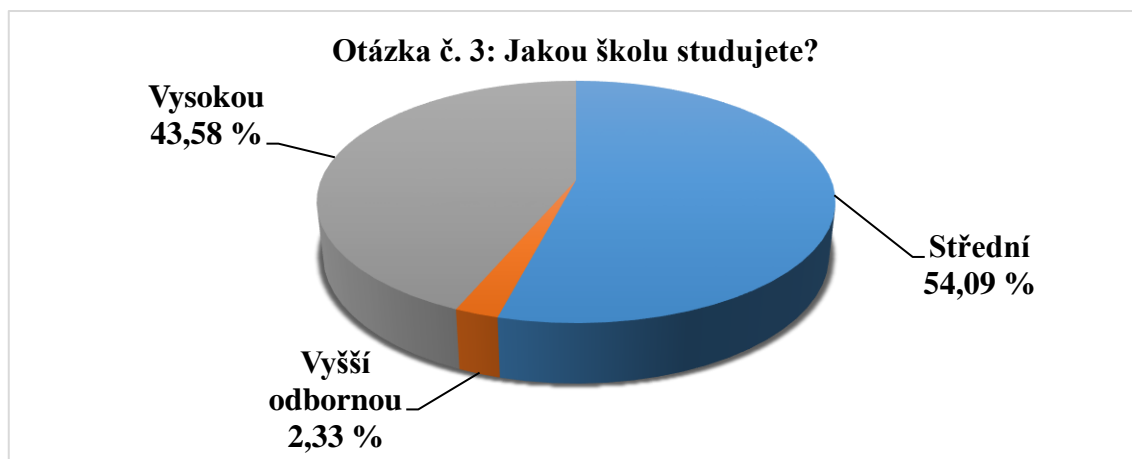
Z celkového počtu 257 respondentů-studentů (100 %) bylo 172 žen (66,93 %) a 85 mužů (33,07 %).

Z celkového počtu 141 respondentů-seniorů (100 %) bylo 68 žen (48,23 %) a 73 mužů (51,77 %).

Otázka č. 3 (studenti): Jakou školu studujete?

Studovaná škola	Absolutní četnost n	Relativní četnost %
Střední	139	54,09
Vyšší odbornou	6	2,33
Vysokou	112	43,58
Celkem	257	100,00

Tabulka č. 5: Rozdělení respondentů – studentů podle typu studované školy



Graf č. 4: Rozdělení respondentů – studentů podle typu studované školy

Z celkového počtu 257 respondentů-studentů (100 %) navštěvovalo 139 z nich (54,09 %) střední školu, 6 z nich (2,33 %) vyšší odbornou školu a zbývajících 112 studentů (43,58 %) studovalo vysokou školu.

Otázka č. 4 (studenti): Věříte v Boha?

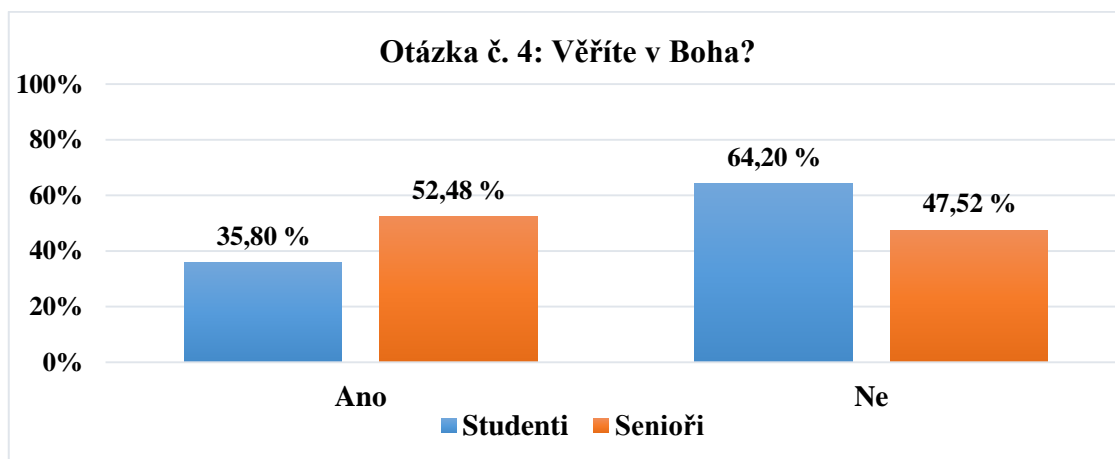
Víra v Boha	Absolutní četnost n	Relativní četnost %
Ano	92	35,80
Ne	165	64,20
Celkem	257	100,00

Tabulka č. 6: Rozdělení respondentů – studentů podle víry v Boha

Otázka č. 4 (senioři): Věříte v Boha?

Víra v Boha	Absolutní četnost n	Relativní četnost %
Ano	74	52,48
Ne	67	47,52
Celkem	141	100,00

Tabulka č. 7: Rozdělení respondentů – seniorů podle víry v Boha



Graf č. 5: Rozdělení respondentů podle víry v Boha

Z celkového počtu 257 respondentů-studentů (100 %) bylo 92 studentů (35,80 %) věřících a 165 studentů (64,20 %) nevěřících.

Z celkového počtu 141 respondentů-seniorů (100 %) bylo 74 seniorů (52,48 %) věřících a 67 seniorů (47,52 %) nevěřících.

Otázka č. 5 (studenti): Setkal/a jste se během života s pojmem eutanazie?

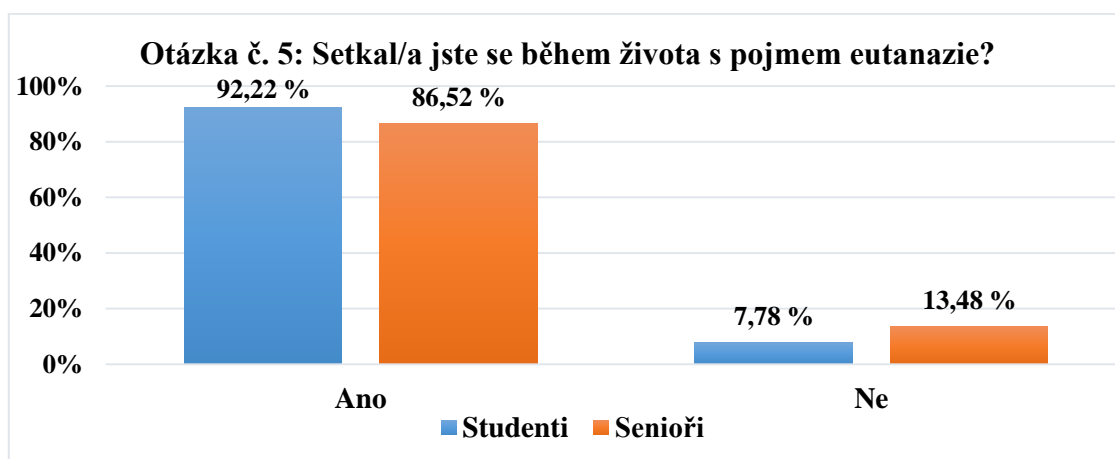
Setkání s pojmem eutanazie	Absolutní četnost n	Relativní četnost %
Ano	237	92,22
Ne	20	7,78
Celkem	257	100,00

Tabulka č. 8: Setkání respondentů – studentů s pojmem eutanazie

Otázka č. 5 (senioři): Setkal/a jste se během života s pojmem eutanazie?

Setkání s pojmem eutanazie	Absolutní četnost n	Relativní četnost %
Ano	122	86,52
Ne	19	13,48
Celkem	141	100,00

Tabulka č. 9: Setkání respondentů – seniorů s pojmem eutanazie



Graf č. 6: Setkání respondentů s pojmem eutanazie

Z celkového počtu 257 respondentů-studentů (100 %) se 237 z nich (92,22 %) již setkalo s pojmem eutanazie a pouze 20 z nich (7,78 %) o tomto pojmu nikdy neslyšelo.

Z celkového počtu 141 respondentů-seniorů (100 %) se 122 z nich (86,52 %) již setkalo s pojmem eutanazie a pouze 19 z nich (13,48 %) o tomto pojmu nikdy neslyšelo.

Otázka č. 6 (studenti): Setkal/a jste se někdy s umírajícím, respektive nevléčitelně nemocným člověkem?

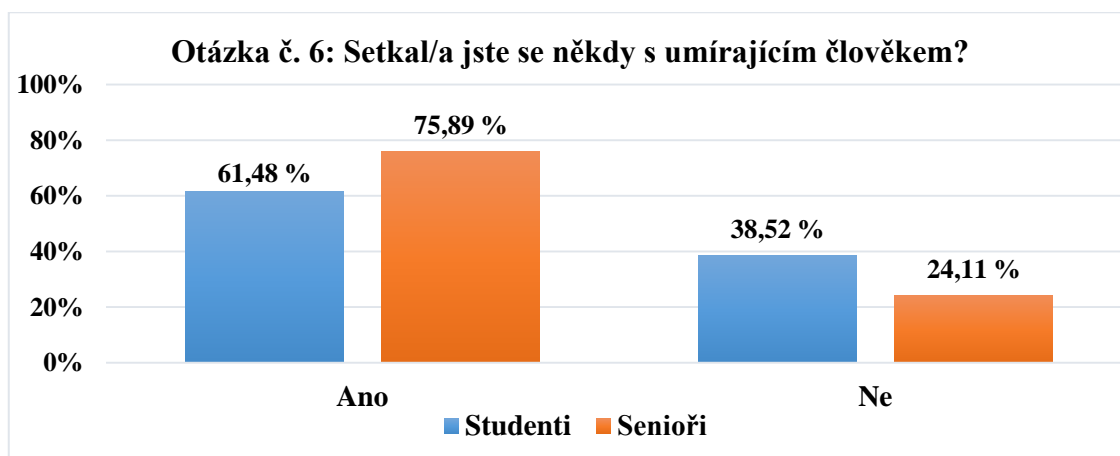
Setkání s umírajícím člověkem	Absolutní četnost n	Relativní četnost %
Ano	158	61,48
Ne	99	38,52
Celkem	257	100,00

Tabulka č. 10: Setkání respondentů – studentů s umírajícím člověkem

Otázka č. 6 (senioři): Setkal/a jste se někdy s umírajícím, respektive nevléčitelně nemocným člověkem?

Setkání s umírajícím člověkem	Absolutní četnost n	Relativní četnost %
Ano	107	75,89
Ne	34	24,11
Celkem	141	100,00

Tabulka č. 11: Setkání respondentů – seniorů s umírajícím člověkem



Graf č. 7: Setkání respondentů s umírajícím člověkem

Z celkového počtu 257 respondentů-studentů (100 %) se 158 z nich (61,48 %) již setkalo s umírajícím člověkem a 99 z nich (38,52 %) se nikdy s umírajícím nesetkalo.

Z celkového počtu 141 respondentů-seniorů (100 %) se 107 z nich (75,89 %) již setkalo s umírajícím člověkem a 34 z nich (24,11 %) se během svého života s umírajícím nesetkalo.

Otázka č. 7 (studenti): Má podle Vás nevléčitelně nemocný člověk právo rozhodnout o ukončení svého života?

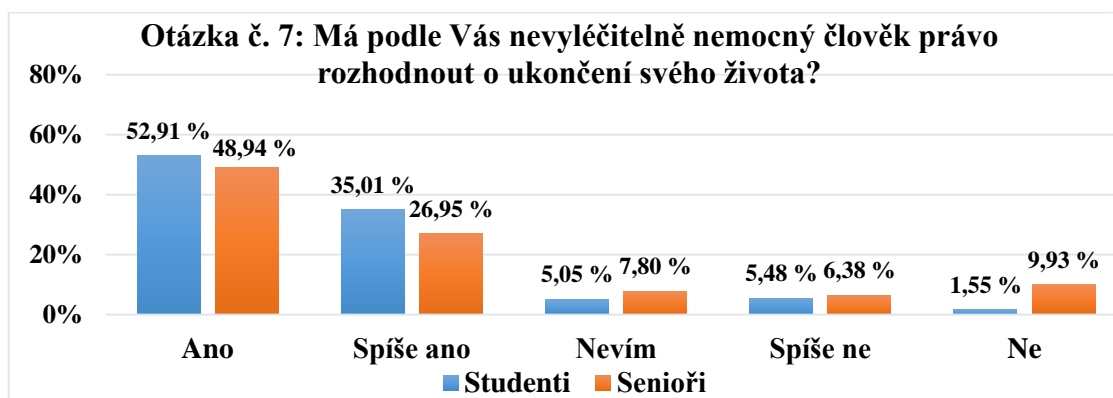
Názor na právo nevléčitelně nemocného ukončit svůj život	Absolutní četnost n	Relativní četnost %
Ano	136	52,91
Spíše ano	90	35,01
Nevím	13	5,05
Spíše ne	14	5,48
Ne	4	1,55
Celkem	257	100,00

Tabulka č. 12: Názor respondentů – studentů na právo nevléčitelně nemocného ukončit svůj život

Otázka č. 7 (senioři): Má podle Vás nevléčitelně nemocný člověk právo rozhodnout o ukončení svého života?

Názor na právo nevléčitelně nemocného ukončit svůj život	Absolutní četnost n	Relativní četnost %
Ano	69	48,94
Spíše ano	38	26,95
Nevím	11	7,80
Spíše ne	9	6,38
Ne	14	9,93
Celkem	141	100,00

Tabulka č. 13: Názor respondentů – seniorů na právo nevléčitelně nemocného ukončit svůj život



Graf č. 8: Názor respondentů na právo nevléčitelně nemocného ukončit svůj život

Z celkového počtu 257 respondentů-studentů (100 %) souhlasí 136 z nich (52,91 %) s tím, že nevléčitelně nemocný člověk má právo rozhodnout o ukončení svého života, 90 studentů (35,01 %) se k tomuto spíše přiklání, 13 osob (5,05 %) neví, 14 respondentů (5,48 %) je spíše proti a 4 studenti (1,55 %) nesouhlasí.

Z celkového počtu 141 respondentů-seniorů (100 %) s tímto souhlasí 69 z nich (48,94 %), 38 seniorů (26,95 %) spíše souhlasí, 11 osob (7,80 %) neví, 9 seniorů (6,38 %) je spíše proti a 14 respondentů (9,93 %) nesouhlasí.

Žádná z možností nepřevyšovala 60 % z celkového počtu odpovědí.

Otázka č. 8 (studenti): Souhlasíte s tím, aby české zákony umožňovaly eutanazii pro nevléčitelně nemocné?

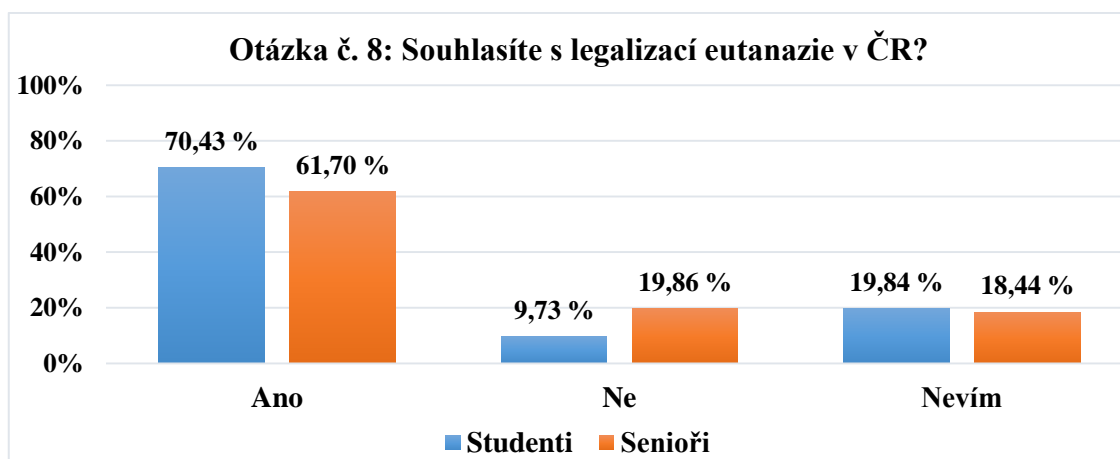
Postoj k legalizaci eutanazie v ČR	Absolutní četnost n	Relativní četnost %
Ano	181	70,43
Ne	25	9,73
Nevím	51	19,84
Celkem	257	100,00

Tabulka č. 14: Postoj respondentů – studentů k legalizaci eutanazie v České republice

Otázka č. 8 (senioři): Souhlasíte s tím, aby české zákony umožňovaly eutanazii pro nevléčitelně nemocné?

Postoj k legalizaci eutanazie v ČR	Absolutní četnost n	Relativní četnost %
Ano	87	61,70
Ne	28	19,86
Nevím	26	18,44
Celkem	141	100,00

Tabulka č. 15: Postoj respondentů – seniorů k legalizaci eutanazie v České republice



Graf č. 9: Postoj respondentů k legalizaci eutanazie v České republice

Z celkového počtu 257 respondentů-studentů (100 %) souhlasí 181 z nich (70,43 %) s legalizací eutanazie v České republice, 25 studentů (9,73 %) s tímto nesouhlasí a 51 respondentů (19,84 %) neví.

Z celkového počtu 141 respondentů-seniorů (100 %) s legalizací eutanazie souhlasí 87 z nich (61,70 %), 28 seniorů (19,86 %) nesouhlasí a 26 osob (18,44 %) neví.

Respondenti, kteří na tuto otázku odpověděli „Ne“, nevyplňovaly dále otázky č. 9-14, ale přeskočili rovnou až na otázku č. 15.

Otázka č. 9 (studenti): Využil/a byste eutanazii k ukončení svého života v případě, že byste trpěl/a nevléčitelnou nemocí?

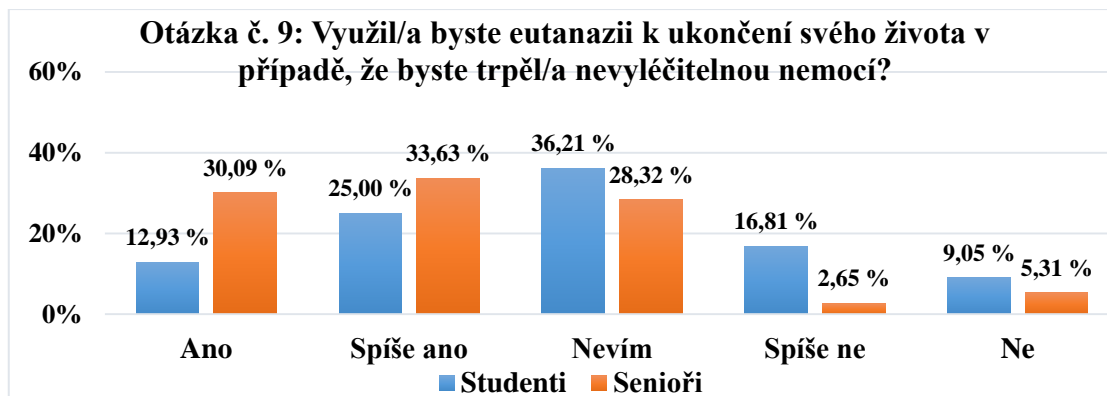
Postoj k využití eutanazie k ukončení vlastního života	Absolutní četnost n	Relativní četnost %
Ano	30	12,93
Spíše ano	58	25,00
Nevím	84	36,21
Spíše ne	39	16,81
Ne	21	9,05
Celkem	232	100,00

Tabulka č. 16: Postoj respondentů – studentů k využití eutanazie k ukončení vlastního života

Otázka č. 9 (senioři): Využil/a byste eutanazii k ukončení svého života v případě, že byste trpěl/a nevléčitelnou nemocí?

Postoj k využití eutanazie k ukončení vlastního života	Absolutní četnost n	Relativní četnost %
Ano	34	30,09
Spíše ano	38	33,63
Nevím	32	28,32
Spíše ne	3	2,65
Ne	6	5,31
Celkem	113	100,00

Tabulka č. 17: Postoj respondentů – seniorů k využití eutanazie k ukončení vlastního života



Graf č. 10: Postoj respondentů k využití eutanazie k ukončení vlastního života

Z celkového počtu 232 respondentů-studentů (100 %) by 30 z nich (12,93 %) určitě využilo eutanazii k ukončení vlastního života v případě nevléčitelné nemoci, 58 z nich (25,00 %) by ji spíše využilo, 84 osob (36,21 %) neví, 39 studentů (16,81 %) by jí pravděpodobně nevyužilo a 21 respondentů (9,05 %) by eutanazii určitě nevyužilo.

Z celkového počtu 113 respondentů-seniorů (100 %) by 34 z nich (30,09 %) určitě využilo eutanazii, 38 z nich (33,63 %) by ji spíše využilo, 32 osob (28,32 %) neví, 3 senioři (2,65 %) by jí spíše nevyužili a 6 respondentů (5,31 %) by ji určitě nevyužilo.

Žádná z možností nepřevyšovala 40 % z celkového počtu odpovědí

Otázka č. 10 (studenti): Kdo by podle Vás měl eutanazii provést?

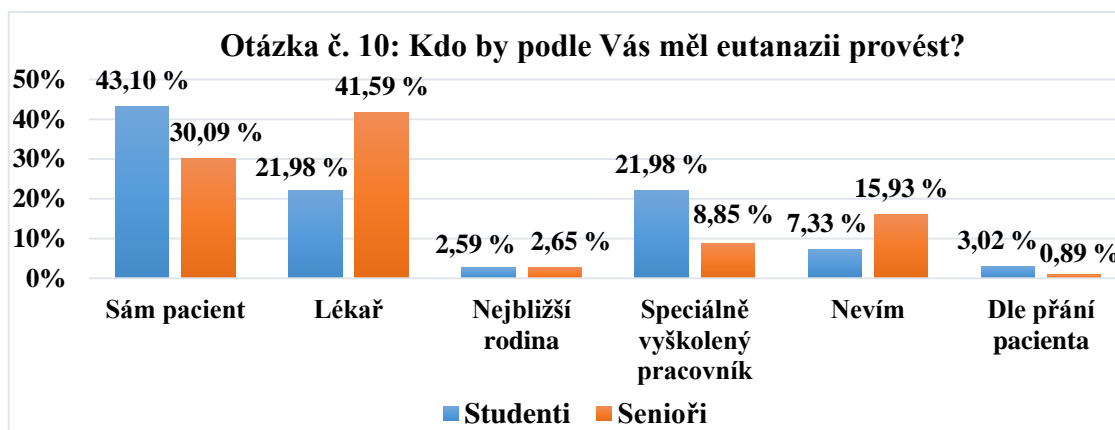
Názor na osobu, která by měla eutanazii provést	Absolutní četnost n	Relativní četnost %
Sám pacient	100	43,10
Lékař	51	21,98
Nejbližší rodina	6	2,59
Speciálně vyškolený pracovník	51	21,98
Nevím	17	7,33
Jiné – dle přání pacienta	7	3,02
Celkem	232	100,00

Tabulka č. 18: Názor respondentů – studentů na osobu, která by měla eutanazii provést

Otázka č. 10 (senioři): Kdo by podle Vás měl eutanazii provést?

Názor na osobu, která by měla eutanazii provést	Absolutní četnost n	Relativní četnost %
Sám pacient	34	30,09
Lékař	47	41,59
Nejbližší rodina	3	2,65
Speciálně vyškolený pracovník	10	8,85
Nevím	18	15,93
Jiné – dle přání pacienta	1	0,89
Celkem	113	100,00

Tabulka č. 19: Názor respondentů – seniorů na osobu, která by měla eutanazii provést



Graf č. 11: Názor respondentů na osobu, která by měla eutanazii provést

Z celkového počtu 232 respondentů-studentů (100 %) si 100 z nich (43,10 %) myslí, že by eutanazii měl provést sám pacient, 51 z nich (21,98 %) uvedlo lékaře, 6 z nich (2,59 %) nejbližší rodinu, 51 z nich (21,98 %) speciálně vyškoleného pracovníka, 17 osob (7,33 %) neví a 7 osob (3,02 %) uvedlo možnost mimo výběr, že by to mělo být podle přání pacienta. Z celkového počtu 113 respondentů-seniorů (100 %) zvolilo samotného pacienta 34 osob (30,09 %), lékaře 47 seniorů (41,59 %), rodinu 3 respondenti (2,65 %), speciálně vyškoleného pracovníka 10 osob (8,85 %), dalších 18 seniorů (15,93 %) neví a 1 respondent (0,89 %) uvedl, že by to mělo být dle přání pacienta. Žádná z možností nepřevyšovala 50 % z celkového počtu odpovědí.

Otázka č. 11 (studenti): Byl/a byste ochoten/na vykonat eutanazii nebo pomoci v sebevraždě osobě s nevléčitelnou nemocí, pokud by to umožňoval zákon?

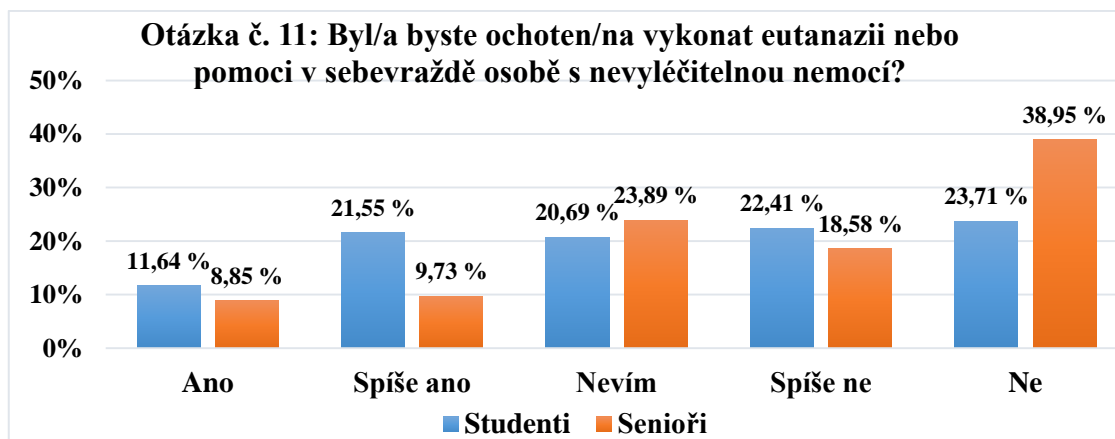
Ochota vykonat eutanazii nebo pomoci v sebevraždě nevléčitelně nemocnému	Absolutní četnost n	Relativní četnost %
Ano	27	11,64
Spíše ano	50	21,55
Nevím	48	20,69
Spíše ne	52	22,41
Ne	55	23,71
Celkem	232	100,00

Tabulka č. 20: Postoj respondentů – studentů k ochotě vykonat eutanazii nebo pomoci v sebevraždě

Otázka č. 11 (senioři): Byl/a byste ochoten/na vykonat eutanazii nebo pomoci v sebevraždě osobě s nevléčitelnou nemocí, pokud by to umožňoval zákon?

Ochota vykonat eutanazii nebo pomoci v sebevraždě nevléčitelně nemocnému	Absolutní četnost n	Relativní četnost %
Ano	10	8,85
Spíše ano	11	9,73
Nevím	27	23,89
Spíše ne	21	18,58
Ne	44	38,95
Celkem	113	100,00

Tabulka č. 21: Postoj respondentů – seniorů k ochotě vykonat eutanazii nebo pomoci v sebevraždě



Graf č. 12: Postoj respondentů k ochotě vykonat eutanazii nebo pomoci v sebevraždě

Z celkového počtu 232 respondentů-studentů (100 %) by 27 z nich (11,64 %) určitě vykonalo eutanazii nebo pomohlo v sebevraždě nevléčitelně nemocnému, 50 z nich (21,55 %) by spíše pomohlo, 48 z nich (20,69 %) neví, 52 z nich (22,41 %) by spíše toto provést nedokázalo a 55 studentů (23,71 %) tuto možnost odmítlo.

Z celkového počtu 113 respondentů-seniorů (100 %) by 10 z nich (8,85 %) určitě pomohlo nemocnému zemřít, 11 z nich (9,73 %) by spíše pomohlo, 27 z nich (23,89 %) neví, 21 z nich (18,58 %) by spíše toto neprovedlo a 44 seniorů (38,95 %) zcela odmítlo.

Žádná z možností nepřevyšovala 40 % z celkového počtu odpovědí.

Otázka č. 12 (studenti): Myslíte si, že by měla být umožněna eutanazie i osobě, která netrpí nevléčitelnou nemocí, ale eutanazii si výslovně přeje (např. staří lidé)?

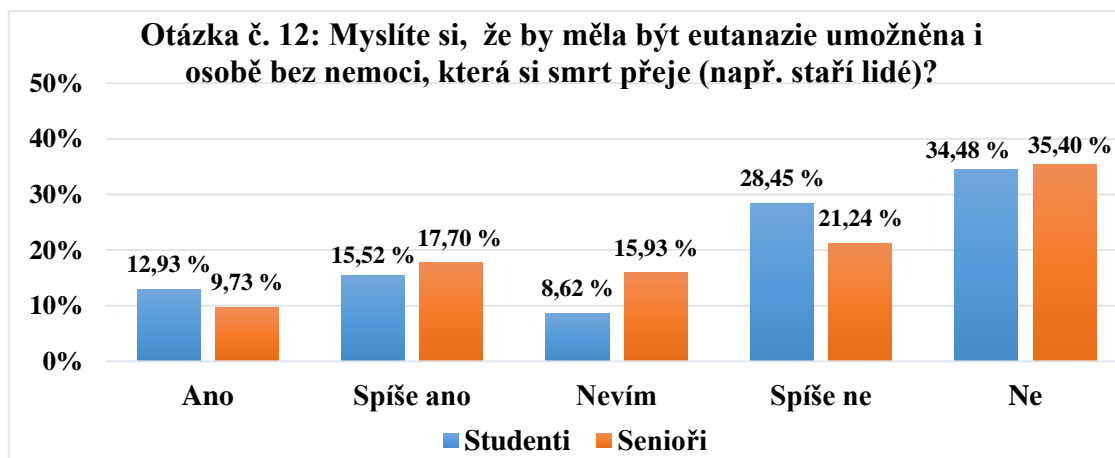
Názor na umožnění eutanazie i osobám bez nemoci na jejich vlastní žádost	Absolutní četnost n	Relativní četnost %
Ano	30	12,93
Spíše ano	36	15,52
Nevím	20	8,62
Spíše ne	66	28,45
Ne	80	34,48
Celkem	232	100,00

Tabulka č. 22: Postoj respondentů – studentů na umožnění eutanazie i osobám bez nemoci na jejich přání

Otázka č. 12 (senioři): Myslíte si, že by měla být umožněna eutanazie i osobě, která netrpí nevléčitelnou nemocí, ale eutanazii si výslovně přeje (např. staří lidé)?

Názor na umožnění eutanazie i osobám bez nemoci na jejich vlastní žádost	Absolutní četnost n	Relativní četnost %
Ano	11	9,73
Spíše ano	20	17,70
Nevím	18	15,93
Spíše ne	24	21,24
Ne	40	35,40
Celkem	113	100,00

Tabulka č. 23: Postoj respondentů – seniorů na umožnění eutanazie i osobám bez nemoci na jejich přání



Graf č. 13: Postoj respondentů na umožnění eutanazie i osobám bez nemoci na jejich přání

Z celkového počtu 232 respondentů-studentů (100 %) souhlasí 30 z nich (12,93 %) s umožněním eutanazie i osobám, které netrpí nevléčitelnou nemocí, ale smrt si výslovně přejí, dalších 36 studentů (15,52 %) spíše souhlasí, 20 respondentů (8,62 %) neví, 66 osob (28,45 %) spíše nesouhlasí a 80 studentů (34,48 %) nesouhlasí.

Z celkového počtu 113 respondentů-seniorů (100 %) souhlasí s tímto 11 z nich (9,73 %), 20 osob (17,70 %) spíše souhlasí, 18 seniorů (15,93 %) neví, 24 respondentů (21,24 %) spíše nesouhlasí a 40 osob (35,40 %) nesouhlasí.

Žádná z možností nepřevyšovala 40 % z celkového počtu odpovědí.

Otázka č. 13 (studenti): Souhlasíte s legalizací eutanazie i pro nevléčitelně nemocné děti?

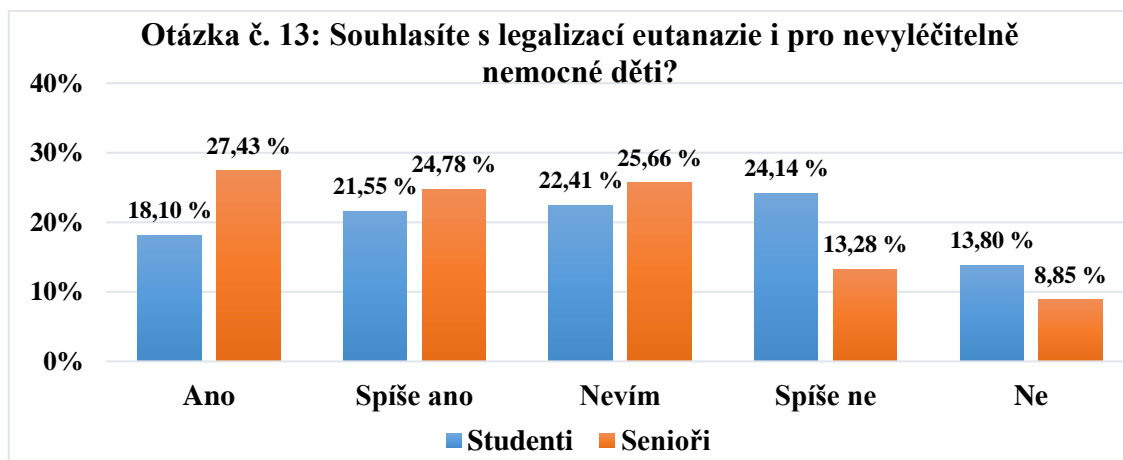
Postoj k legalizaci eutanazie pro nevléčitelně nemocné děti	Absolutní četnost n	Relativní četnost %
Ano	42	18,10
Spíše ano	50	21,55
Nevím	52	22,41
Spíše ne	56	24,14
Ne	32	13,80
Celkem	232	100,00

Tabulka č. 24: Postoj respondentů – studentů k legalizaci eutanazie pro nevléčitelně nemocné děti

Otázka č. 13 (senioři): Souhlasíte s legalizací eutanazie i pro nevléčitelně nemocné děti?

Postoj k legalizaci eutanazie pro nevléčitelně nemocné děti	Absolutní četnost n	Relativní četnost %
Ano	31	27,43
Spíše ano	28	24,78
Nevím	29	25,66
Spíše ne	15	13,28
Ne	10	8,85
Celkem	113	100,00

Tabulka č. 25: Postoj respondentů – seniorů k legalizaci eutanazie pro nevléčitelně nemocné děti



Graf č. 14: Postoj respondentů k legalizaci eutanazie pro nevléčitelně nemocné děti

Z celkového počtu 232 respondentů-studentů (100 %) souhlasí 42 z nich (18,10 %) s legalizací eutanazie pro nevléčitelně nemocné děti, dalších 50 studentů (21,55 %) spíše souhlasí, 52 respondentů (22,41 %) neví, 56 osob (24,14 %) spíše nesouhlasí a 32 studentů (13,80 %) nesouhlasí.

Z celkového počtu 113 respondentů-seniorů (100 %) souhlasí s legalizací 31 z nich (27,43 %), 28 osob (24,78 %) spíše souhlasí, 29 seniorů (25,66 %) neví, 15 respondentů (13,28 %) spíše nesouhlasí a 10 osob (8,85 %) nesouhlasí.

Žádná z možností nepřevyšovala 30 % z celkového počtu odpovědí.

Otázka č. 14 (studenti): Souhlasil/a byste s provedením eutanazie u těžce postiženého novorozence?

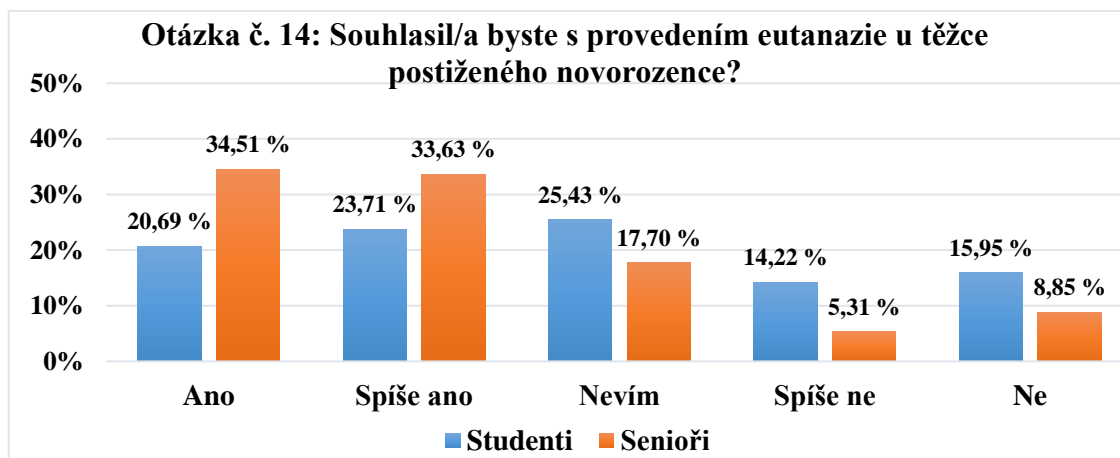
Postoj k provedení eutanazie u těžce postiženého novorozence	Absolutní četnost n	Relativní četnost %
Ano	48	20,69
Spíše ano	55	23,71
Nevím	59	25,43
Spíše ne	33	14,22
Ne	37	15,95
Celkem	232	100,00

Tabulka č. 26: Postoj respondentů – studentů k provedení eutanazie u těžce postiženého novorozence

Otázka č. 14 (senioři): Souhlasil/a byste s provedením eutanazie u těžce postiženého novorozence?

Postoj k provedení eutanazie u těžce postiženého novorozence	Absolutní četnost n	Relativní četnost %
Ano	39	34,51
Spíše ano	38	33,63
Nevím	20	17,70
Spíše ne	6	5,31
Ne	10	8,85
Celkem	113	100,00

Tabulka č. 27: Postoj respondentů – seniorů k provedení eutanazie u těžce postiženého novorozence



Graf č. 15: Postoj respondentů k provedení eutanazie u těžce postiženého novorozence

Z celkového počtu 232 respondentů-studentů (100 %) by 48 z nich (20,69 %) souhlasilo s provedením eutanazie u těžce postiženého novorozence, dalších 55 studentů (23,71 %) by spíše souhlasilo, 59 respondentů (25,43 %) neví, 33 osob (14,22 %) spíše nesouhlasí a 37 studentů (15,95 %) nesouhlasí.

Z celkového počtu 113 respondentů-seniorů (100 %) by 39 z nich (34,51 %) souhlasilo s touto eutanazií, 38 z nich (33,63 %) spíše souhlasí, 20 z nich (17,70 %) neví, 6 seniorů (5,31 %) spíše nesouhlasí a 10 osob (8,85 %) nesouhlasí.

Žádná z možností nepřevyšovala 40 % z celkového počtu odpovědí.

Otázka č. 15 (studenti): Myslíte si, že má v současné době občan České republiky možnost podstoupit eutanazii v jiné zemi?

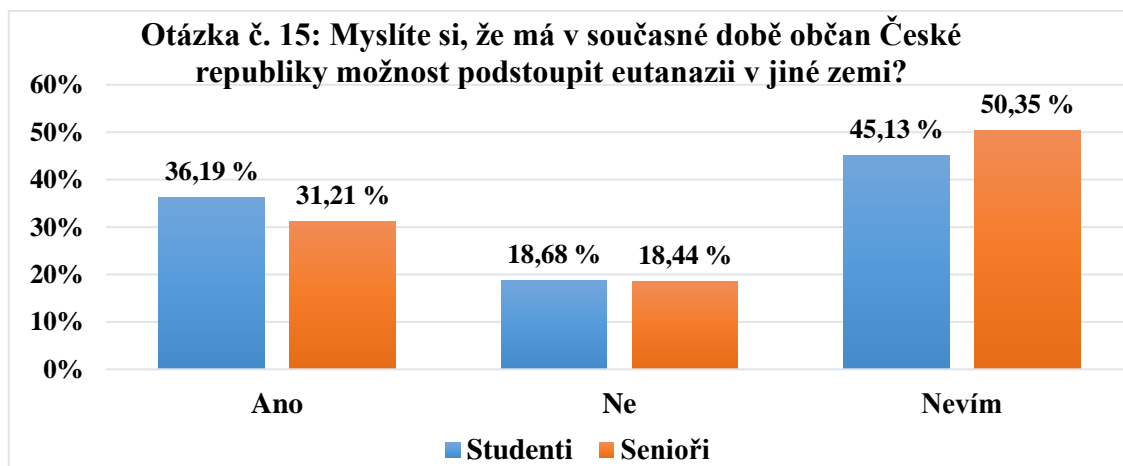
Názor na možnost podstoupení eutanazie pro občany ČR v jiné zemi	Absolutní četnost n	Relativní četnost %
Ano	93	36,19
Ne	48	18,68
Nevím	116	45,13
Celkem	257	100,00

Tabulka č. 28: Názor respondentů – studentů na možnost provedení eutanazie v jiné zemi pro občany ČR

Otázka č. 15 (senioři): Myslíte si, že má v současné době občan České republiky možnost podstoupit eutanazii v jiné zemi?

Názor na možnost podstoupení eutanazie pro občany ČR v jiné zemi	Absolutní četnost n	Relativní četnost %
Ano	44	31,21
Ne	26	18,44
Nevím	71	50,35
Celkem	141	100,00

Tabulka č. 29: Názor respondentů – seniorů na možnost provedení eutanazie v jiné zemi pro občany ČR



Graf č. 16: Názor respondentů na možnost provedení eutanazie v jiné zemi pro občany ČR

Z celkového počtu 257 respondentů-studentů (100 %) si 93 z nich (36,19 %) myslí, že mají občané České republiky možnost podstoupit eutanazii v jiné zemi, naopak 48 studentů (18,68 %) si myslí, že tuto možnost naši občané nemají a 116 respondentů (45,13 %) neví.

Z celkového počtu 141 respondentů-seniorů (100 %) si 44 z nich (31,21 %) myslí, že tuto možnost naši občané mají, 26 z nich (18,44 %) si myslí, že ne a 71 seniorů (50,35 %) neví.

Žádná z možností nepřevyšovala 60 % z celkového počtu odpovědí.

Studenti i senioři, kteří na tuto otázku odpověděli „Ano“, uváděli konkrétní zemi, která eutanazii pro občany ČR umožňuje, v následující otázce.

Otázka č. 16 (studenti): Pokud jste v předchozí otázce odpověděl/a „Ano“, uveďte zemi, která to podle Vás umožňuje.

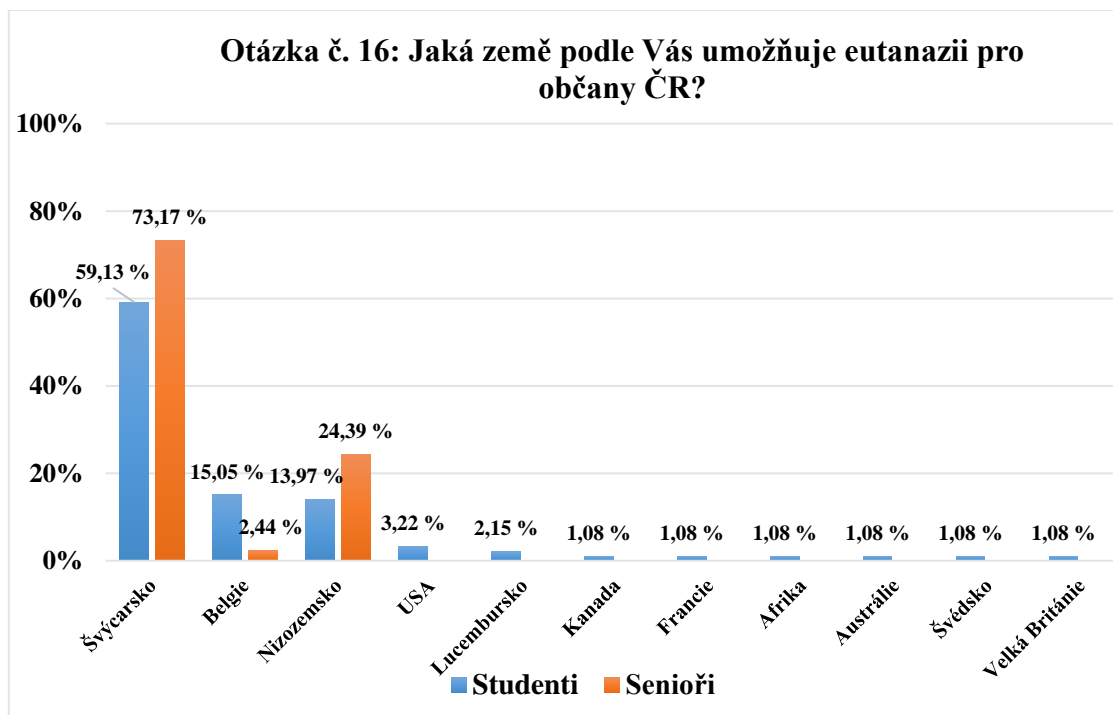
Země, která umožňuje eutanazii pro občany ČR	Absolutní četnost n	Relativní četnost %
Švýcarsko	55	59,13
Belgie	14	15,05
Nizozemsko	13	13,97
USA	3	3,22
Lucembursko	2	2,15
Kanada	1	1,08
Francie	1	1,08
Afrika	1	1,08
Austrálie	1	1,08
Švédsko	1	1,08
Velká Británie	1	1,08
Celkem	93	100,00

Tabulka č. 30: Znalosti respondentů – studentů ohledně země, která umožňuje eutanazii pro občany ČR

Otázka č. 16 (senioři): Pokud jste v předchozí otázce odpověděl/a „Ano“, uveďte zemi, která to podle Vás umožňuje.

Země, která umožňuje eutanazii pro občany ČR	Absolutní četnost n	Relativní četnost %
Švýcarsko	30	73,17
Belgie	1	2,44
Nizozemsko	10	24,39
Celkem	41	100,00

Tabulka č. 31: Znalosti respondentů – seniorů ohledně země, která umožňuje eutanazii pro občany ČR



Graf č. 17: Znalosti respondentů ohledně země, která umožňuje eutanazii pro občany ČR

Z celkového počtu 93 respondentů-studentů (100 %) uvedlo v této otevřené otázce 55 z nich (59,13 %), že občané ČR mají možnost podstoupit eutanazii ve Švýcarsku. Dalších 14 studentů (15,05 %) si myslí, že toto umožňuje Belgie a 13 respondentů (13,97 %) uvedlo Nizozemsko. 3 studenti (3,22 %) si myslí, že možnost podstoupit eutanazii je v USA a 2 studenti (2,15 %) uvedli Lucembursko. Po 1 odpovědi (1,08 %) pak měla Kanada, Francie, Afrika, Austrálie, Švédsko a Velká Británie. Na tuto otázku odpovědělo všech 93 studentů, kteří v předchozí otázce uvedli, že si myslí, že mají v současné době občané ČR možnost podstoupit eutanazii v jiné zemi.

Z celkového počtu 41 respondentů-seniorů (100 %) uvedlo 30 z nich (73,17 %) Švýcarsko jako stát, kde provádí eutanazii pro cizince, 1 respondent (2,44 %) uvedl Belgii a 10 seniorů (24,39 %) si myslí, že je to možné v Nizozemsku. Žádná jiná odpověď se v testech od seniorů nenacházela. Na tuto otázku odpovědělo pouze 41 seniorů, přestože v předchozí otázce uvedlo 44 seniorů, že si myslí, že možnost podstoupení eutanazie pro občany ČR v jiné zemi existuje. 3 respondenti tedy i přes svoji pozitivní odpověď tuto otázku vynechali.

4.2 Verifikace stanovených hypotéz

Pro diplomovou práci byly formulovány 4 nulové hypotézy:

- $H_{0,1}$: Mezi názory studentů na zahrnutí eutanazie do českých zákonů a typu jimi studované školy neexistuje statistická závislost.
- $H_{0,2}$: Mezi názory studentů na zahrnutí eutanazie do českých zákonů a jejich víře v Boha neexistuje statistická závislost.
- $H_{0,3}$: Mezi názory seniorů na zahrnutí eutanazie do českých zákonů a jejich víře v Boha neexistuje statistická závislost.
- $H_{0,4}$: Mezi názory seniorů na zahrnutí eutanazie do českých zákonů a jejich setkáním s umírajícím člověkem neexistuje statistická závislost.

Následně byly stanoveny alternativní hypotézy.

Pro ověření jednotlivých hypotéz byl použit Chí-kvadrát test pro kontingenční tabulku.

Dvě kvalitativní proměnné, na základě kterých má být hypotéza testována, je potřeba dle variant odpovědí roztrdit do kontingenční tabulky. Testovanou hypotézou H_0 je vyslovený výrok, kdy se předpokládá nezávislost proměnných, respektive jejich statistická nevýznamnost, zatímco H_1 je negací hypotézy H_0 , proměnné jsou tedy závislé, respektive statisticky významné. Pravděpodobnost, že dojde k nesprávnému zamítnutí testované hypotézy, se nazývá hladina významnosti α . Její hodnota se nejčastěji volí rovna 0,05.

Chí-kvadrát test pro kontingenční tabulku porovnává empirické a teoretické četnosti, kterých by bylo dosaženo v případě nezávislosti. Empirické četnosti jsou vždy známy, zatímco teoretické je nutno dopočítat jako

$$n'_{ij} = \frac{n_{i.} \cdot n_{.j}}{n},$$

kde $n_{i.}$ jsou marginální četnosti i -té proměnné, respektive součet hodnot v řádku, $n_{.j}$ jsou marginální četnosti j -té proměnné, respektive součet hodnot ve sloupci a n je počet pozorování.

Chí-kvadrát test pro kontingenční tabulku.

$$G = \sum_{i=1}^r \sum_{j=1}^s \frac{(n_{ij} - n'_{ij})^2}{n'_{ij}},$$

kde n_{ij} jsou empirické četnosti i -tého řádku a j -tého sloupce, n'_{ij} jsou teoretické četnosti i -tého řádku a j -tého sloupce, r je počet řádků a s je počet sloupců. Toto testové kritérium má přibližně chí-kvadrát rozdělení s $\nu = (r - 1) \cdot (s - 1)$ stupni volnosti.

Testovaná hypotéza je zamítnuta v případě, kdy hodnota testového kritéria překročí kritickou hodnotu $\chi^2[\nu]$, kterou lze nalézt ve statistických tabulkách či vypočítat pomocí softwaru.

Testovaná hypotéza č. 1

$H_{0,1}$: Mezi názory studentů na zahrnutí eutanazie do českých zákonů a typu jimi studované školy neexistuje statistická závislost.

$H_{1,1}$: non H_0

Empirické četnosti

Typ studované školy/Legalizace	Ano	Nevím	Ne	Celkem
Střední	98	32	9	139
Vyšší odbornou	4	1	1	6
Vysokou	79	18	15	112
Celkem	181	51	25	257

Teoretické četnosti

Typ studované školy/Legalizace	Ano	Nevím	Ne	Celkem
Střední	97,9	27,6	13,5	139,0
Vyšší odbornou	4,2	1,2	0,6	6,0
Vysokou	78,9	22,2	10,9	112,0
Celkem	181,0	51,0	25,0	257,0

Chí-kvadrát test

Typ studované školy/Legalizace	Ano	Nevím	Ne	Celkem
Střední	0,000	0,707	1,512	2,219
Vyšší odbornou	0,012	0,031	0,297	0,340
Vysokou	0,000	0,803	1,547	2,350
Celkem	0,012	1,541	3,356	4,909

Při konfrontaci testového kritéria $G = 4,909$ a kritické hodnoty $\chi_{0,95}[4] = 9,488$ na 5% hladině významnosti nezamítáme testovanou hypotézu H_0 , mezi názory studentů na zahrnutí eutanazie do českých zákonů a typu jimi studované školy neexistuje statistická závislost.

Testovaná hypotéza č. 2

$H_{0,2}$: Mezi názory studentů na zahrnutí eutanazie do českých zákonů a jejich víře v Boha neexistuje statistická závislost.

$H_{1,2}$: non H_0

Empirické četnosti

Víra v Boha/Legalizace	Ano	Nevím	Ne	Celkem
Ano	50	23	19	92
Ne	131	28	6	165
Celkem	181	51	25	257

Teoretické četnosti

Víra v Boha/Legalizace	Ano	Nevím	Ne	Celkem
Ano	64,8	18,3	8,9	92,0
Ne	116,2	32,7	16,1	165,0
Celkem	181,0	51,0	25,0	257,0

Chí-kvadrát test

Víra v Boha/Legalizace	Ano	Nevím	Ne	Celkem
Ano	3,378	1,232	11,287	15,897
Ne	1,883	0,687	6,293	8,864
Celkem	5,261	1,919	17,581	24,761

Při konfrontaci testového kritéria $G = 24,761$ a kritické hodnoty $\chi_{0,95}[2] = 5,991$ na 5% hladině významnosti zamítáme testovanou hypotézu H_0 , mezi názory studentů na zahrnutí eutanazie do českých zákonů a jejich víře v Boha existuje statistická závislost.

Testovaná hypotéza č. 3

$H_{0,3}$: Mezi názory seniorů na zahrnutí eutanazie do českých zákonů a jejich víře v Boha neexistuje statistická závislost.

$H_{1,3}$: non H_0

Empirické četnosti

Víra v Boha/Legalizace	Ano	Nevím	Ne	Celkem
Ano	30	19	25	74
Ne	57	7	3	67
Celkem	87	26	28	141

Teoretické četnosti

Víra v Boha/Legalizace	Ano	Nevím	Ne	Celkem
Ano	45,7	13,6	14,7	74,0
Ne	41,3	12,4	13,3	67,0
Celkem	87,0	26,0	28,0	141,0

Chí-kvadrát test

Víra v Boha/Legalizace	Ano	Nevím	Ne	Celkem
Ano	5,371	2,101	7,226	14,698
Ne	5,932	2,321	7,981	16,234
Celkem	11,302	4,422	15,208	30,932

Při konfrontaci testového kritéria $G = 30,932$ a kritické hodnoty $\chi_{0,95}[2] = 5,991$ na 5% hladině významnosti zamítáme testovanou hypotézu H_0 , mezi názory seniorů na zahrnutí eutanazie do českých zákonů a jejich víře v Boha existuje statistická závislost.

Testovaná hypotéza č. 4

$H_{0,4}$: Mezi názory seniorů na zahrnutí eutanazie do českých zákonů a jejich setkáním s umírajícím člověkem neexistuje statistická závislost.

$H_{1,4}$: non H_0

Empirické četnosti

Setkání s umírajícím/Legalizace	Ano	Nevím	Ne	Celkem
Ano	67	18	22	107
Ne	20	8	6	34
Celkem	87	26	28	141

Teoretické četnosti

Setkání s umírajícím/Legalizace	Ano	Nevím	Ne	Celkem
Ano	66,0	19,7	21,2	107,0
Ne	21,0	6,3	6,8	34,0
Celkem	87,0	26,0	28,0	141,0

Chí-kvadrát test

Setkání s umírajícím/Legalizace	Ano	Nevím	Ne	Celkem
Ano	0,015	0,152	0,027	0,193
Ne	0,046	0,478	0,084	0,607
Celkem	0,060	0,629	0,110	0,800

Při konfrontaci testového kritéria $G = 0,8$ a kritické hodnoty $\chi_{0,95}[2] = 5,991$ na 5% hladině významnosti nezamítáme testovanou hypotézu H_0 , mezi názory seniorů na zahrnutí eutanazie do českých zákonů a jejich setkáním s umírajícím člověkem neexistuje statistická závislost.

4.3 Vyhodnocení výzkumných otázek

Výzkumná otázka č. 1: Liší se výrazně množství studentů souhlasících s legalizací eutanazie oproti seniorům?

Z výzkumného šetření vyplynulo, že se názory na legalizaci eutanazie napříč věkem osob výrazně neliší. V obou zkoumaných skupinách byla většina respondentů pro legalizaci eutanazie v České republice. U studentů tento názor vyjádřilo více jak 70 % respondentů, u seniorů více jak 60 % respondentů. Naopak proti legalizaci eutanazie se vyjádřilo pouze necelých 10 % studentů a necelých 20 % seniorů. Na základě těchto odpovědí lze konstatovat, že názory na legalizaci eutanazie jsou u obou zkoumaných skupin takřka totožné.

Výzkumná otázka č. 2: Ovlivňuje víra v Boha postoj k legalizaci eutanazie u studentů a seniorů?

Z výzkumného šetření a následného statistického ověření hypotéz vyplynulo, že existuje významná statistická závislost mezi vírou v Boha a legalizací eutanazie. Chí-kvadrát test pro kontingenční tabulku u studentů i seniorů prokázal významnou statistickou závislost, kdy v obou případech hodnota testového kritéria několikanásobně převýšila kritickou hodnotu. Velmi patrný je rozdíl mezi věřícími a nevěřícími v tom, kolik z nich odmítá eutanazii. Zde je jasně vidět, že u nevěřících osob odmítá eutanazii pouze několik jedinců, naopak u věřících osob je to několikanásobně větší množství respondentů.

Výzkumná otázka č. 3: Ovlivňuje setkání s umírajícím a nevléčitelně nemocným člověkem postoj k legalizaci eutanazie u seniorů?

Z výzkumného šetření a následného statistického ověření hypotéz vyplynulo, že neexistuje významná statistická závislost mezi setkáním s nevléčitelně nemocným člověkem a legalizací eutanazie. Z výsledků je jasně patrné, že je takřka totožné procento respondentů, kteří se s umírajícím člověkem setkali a souhlasí s legalizací eutanazie a respondentů, kteří se prozatím ve svém životě s umírajícím člověkem neseťkali.

Výzkumná otázka č. 4: Liší se výrazně množství studentů, kteří by využili eutanazii k ukončení vlastního života v případě nevléčitelné nemoci, oproti seniorům?

Z výzkumného šetření jasně vyplývá, že se výrazně liší množství studentů, kteří by využili eutanazii k ukončení vlastního života v případě nevléčitelné nemoci, oproti seniorům. Zatímco u studentů na tuto otázku kladně odpovědělo pouze necelých 38 % respondentů, tak u seniorů to bylo 64 %. Záporně pak odpovědělo u seniorů 8 % respondentů a u studentů 26 % respondentů. Zbývající procenta v jednotlivých skupinách značí odpověď „Nevím“.

Výzkumná otázka č. 5: Kdo by podle studentů a seniorů měl eutanazii provádět?

Z výzkumného šetření vyplynulo, že by studenti preferovali možnost, aby eutanazii provedl sám pacient. Na druhém místě se v jejich žebříčku umístili se stejným počtem hlasů lékař a speciálně vyškolený pracovník pro tyto účely. U seniorů se žebříček liší. Na prvním místě se zde umístil jednoznačně lékař, teprve poté sám pacient a na třetím místě, s výrazně menším procentem hlasů oproti studentům, speciálně vyškolený pracovník. Ani jedna skupina si nedovede představit, že by eutanazii prováděl někdo z nejbližší rodiny, neboť tato odpověď v obou případech nepřesahovala 3 % všech hlasů.

Výzkumná otázka č. 6: Jak se liší názory studentů a seniorů na legalizaci eutanazie u dětí?

Výzkumné šetření ukázalo, že více jak polovina seniorů souhlasí s legalizací eutanazie u nevléčitelně nemocných dětí. Co se týče studentů, tak jich s tímto souhlasí o 13 % méně. Zatímco odpověď „Spíše ano“ zvolilo u obou skupin přibližně stejně velké procento respondentů, tak je hlavní rozdíl v odpovědi „Ano“, kde jasně převažovali senioři.

Výzkumná otázka č. 7: Jsou studenti a senioři informováni o současných možnostech českých občanů na podstoupení eutanazie v jiné zemi?

Na otázku, zda mají čeští občané možnost podstoupit eutanazii v jiné zemi, uvedla v obou skupinách zhruba polovina respondentů, že neví. Odpověď „Ne“ zvolilo chybně v obou skupinách 18-19 % osob. Správnou odpověď „Ano“ zvolila pouze třetina všech respondentů. Ti, kteří odpověděli správně, měli v další, otevřené, otázce uvést konkrétní

stát, který eutanazii pro občany ČR umožňuje. Správnou odpověď zde uvedla v obou skupinách většina z těch, kteří zvolili správnou odpověď i v předchozí otázce. Nicméně i tak lze konstatovat, že povědomí o současných možnostech českých občanů má jen malé množství osob, neboť ve skupinách studentů i seniorů bylo pouze 21 % správných odpovědí na obě tyto otázky.

5 Shrnutí výsledků a diskuze

V diplomové práci na téma „Eutanazie z pohledu studentů a seniorů“ jsem se zaměřil na problematiku eutanazie z pohledu studentů a seniorů. Pro výzkum jsem si stanovil jeden hlavní cíl, a to zjistit, zda se liší názory a postoje vůči eutanazii mezi studenty a seniory.

Výzkum byl kvantitativní prostřednictvím dotazníkového šetření, kdy výzkumný vzorek tvořili studenti středních, vyšších odborných a vysokých škol a seniory.

Při zpracovávání diplomové práce jsem oslovil 6 ředitelů domovů důchodců s žádostí o uskutečnění výzkumného šetření v jejich zařízení, nicméně ve všech 6 případech jsem byl odmítnut s odůvodněním, že toto téma není vhodné pro kategorii seniorů, neboť vede k myšlenkám na smrt, což není pro osoby vyššího věku žádoucí. Byl jsem tedy velmi omezen možnostmi oslovit dostatečný počet respondentů-seniorů.

U skupiny studentů vyplnilo dotazník přes internet 280 osob. Po analýze dat a vyřazení neúplných dotazníků zbylo k vyhodnocení 257 dotazníků. U seniorů bylo zaevidováno 184 dotazníků. Část respondentů vyplnila dotazník v papírové formě a část přes internet. Několik dotazníků v tištěné podobě bylo neúplně vyplněných, naopak přes internet vyplnilo dotazník i několik osob, které nesplňovaly minimální věkovou hranici 60 a více let. Po vyřazení těchto respondentů bylo vyhodnocováno 141 dotazníků.

Věk respondentů-studentů byl poměrně vyvážený, i když mírně převažovala věková skupina 16-17 let, což dokládá i fakt, že více jak 50 % respondentů byli studenti střední školy. Poměr vysokoškoláků tvořil 44 % z celkového množství studentů a zastoupení vyšších odborných škol byl minimální a nepřesahoval 3 %. U skupiny seniorů byla více jak polovina respondentů ve věku 60-66 let, zbývající roky byly zastoupeny mnohem méně. U studentů převažovaly ze dvou třetin respondentky-ženy, u seniorů byl poměr mužů a žen vyvážený.

Pro ověření některých hypotéz bylo velmi důležité oddělení respondentů věřících v Boha od nevěřících a také rozdělení na skupinu těch, kteří se již během svého života setkali s umírajícím člověkem, a těch, kteří ještě žádnou zkušenost s umírajícím, respektive nevléčitelně nemocným nemají. U studentů převažovali ze dvou třetin nevěřící, u seniorů byl tento poměr vyvážený. Zkušenost s umírajícím člověkem má

většina respondentů, u studentů se kladně v této otázce vyjádřily necelé dvě třetiny osob, u seniorů to byly více jak tři čtvrtiny osob. Verifikace hypotéz prostřednictvím Chí-kvadrát testu pro kontingenční tabulku prokázal, že existuje významná statistická závislost mezi vírou v Boha a postojem k legalizaci eutanazie. Naopak bylo dokázáno, že neexistuje statistická závislost mezi setkáním s umírajícím člověkem a postojem k legalizaci eutanazie.

Výzkum ukázal, že se stále mezi námi nachází osoby, které nikdy pojem „eutanazie“ neslyšely. Je zajímavé, že se s tímto pojmem nikdy nesetkalo necelých 14 % seniorů a 8 % studentů. Toto považuji za velmi překvapivé zjištění, neboť problematika eutanazie byla u nás vždy relativně dost medializována. Předpokládal bych, že mladší studenti středních škol, kteří nesledují zprávy a nečtou noviny, tento pojem znát možná nebudou, ale neočekával bych, že se s tímto pojmem nesetkal za svůj život každý sedmý senior.

Mírně odlišné názory byly zjištěny v tom, že 88 % studentů je přesvědčeno o tom, že nevléčitelně nemocný člověk má právo rozhodnout o ukončení svého života. U seniorů je to pouze 76 %. S tím souvisí i to, zda by měla být eutanazie legální v České republice. Ze studentů se pro legalizaci eutanazie vyjádřilo více jak 70 % respondentů, u seniorů to bylo 62 %. Osobně mě trochu překvapilo, že každý pátý respondent na tuto otázku nedokáže odpovědět. Monika Kozíková provedla v roce 2012 v rámci své diplomové práce šetření se studenty středních škol, kde zjišťovala jejich znalosti a postoje ohledně eutanazie. Z jejího výzkumu vyplynulo, že 61 % studentů je pro legalizaci eutanazie a 85 % studentů je přesvědčeno, že nemocný člověk má právo rozhodnout o ukončení svého života, což jsou obdobné výsledky jako v mém výzkumu (Kozíková, 2012). V roce 2015 proběhl v Polsku výzkum pro studenty medicíny, kteří se po absolvování povinných kurzů paliativní medicíny měli vyjádřit, zda jsou pro legalizaci eutanazie, nebo proti. Studii provedl Wojciech Leppert a kolektiv a zúčastnilo se jí 482 studentů z Poznaně a Gdaňsku. Výzkum se primárně zaměřoval na to, zda místo trvalého pobytu na vesnicích a ve městech ovlivňuje znalosti, názory a postoje vůči legalizaci eutanazie. Z výzkumu vyplynulo, že pouze 32 % studentů souhlasí s legalizací eutanazie, 46 % osob je proti a zbývající studenti nevěděli (Leppert et al., 2015). V roce 2014 uskutečnil v Rakousku Erwin Stolz a kolektiv výzkum, který zkoumal postoje rakouských občanů. Studie byla zaměřena na lidi starší 15 let a zúčastnilo se jí 1971 osob. Respondenti měli nastoleno několik případů

a v každém měli určit, zda by s eutanazií souhlasili, nebo nikoliv. Jeden z případů byl člověk trpící onkologickým onemocněním v terminálním stádiu. S eutanazií zde souhlasilo zhruba 55 % respondentů (Stolz et al., 2015). Zajímavé je tedy zjištění, že čeští občané jsou legalizaci eutanazie mnohem více nakloněni, než je tomu u občanů Polska a Rakouska. Lze předpokládat, že zde hraje velkou roli víra v Boha. V Polsku se hlásí k římskokatolické církvi před 90 % občanů, v Rakousku více jak 50 % občanů a v ČR je to dle dat z roku 2011 pouze přes 10 % lidí. Vzhledem k tomu, že byla prokázána statistická závislost mezi vírou v Boha a postojem k legalizaci eutanazie, tak se lze domnívat, že výrazný rozdíl mezi počtem lidí souhlasících s eutanazií v ČR, Rakousku a Polsku tkví právě v náboženství.

Největší rozdíl v postojích studentů a seniorů byl u otázky, kde se měli respondenti zamyslet nad tím, zda by využili eutanazii k ukončení vlastního života v případě nevyléčitelné nemoci. Zatímco u studentů převažovala odpověď „Nevím“ a kladně se vyjádřilo pouze necelých 38 % respondentů, tak u seniorů kladně odpovědělo 64 % dotazovaných. 26 % studentů uvedlo, že by eutanazii nevyužili, ale u seniorů se jednalo pouze o 8 %. Takto výrazný rozdíl může být způsobený například tím, že senioři o tomto již několikrát ve svém věku přemýšleli, zatímco studenti si tuto situaci nedovedou představit. Pro porovnání je zajímavý výzkum Karla Koudelky, který v roce 2014 ve své diplomové práci na základě výsledků dotazníkového šetření konstatuje, že 54 % dospělé populace v ČR by zvolilo eutanazii k ukončení vlastního života (Koudelka, 2014). Je zde tedy velmi patrné, jak se názory napříč roky liší. Zatímco mladí lidé jsou spíše proti, tak postupně během let mění svůj názor. Fakt, že mladí lidé jsou spíše toho názoru, že by ve svém vlastním případě eutanazii nevyužili, potvrzují i zahraniční studie, jelikož stejnou otázku položil v Polsku i Leppert a kolektiv studentům medicíny. Výsledky jsou podobné. 29 % polských studentů medicíny uvedlo, že by eutanazii nebo asistovanou sebevraždu využili, 71 % preferovalo přirozené úmrtí (Leppert et al., 2015). V roce 2013 proběhl v USA výzkum týkající se postojů k eutanazii. Autory byli Frank Bevacqua a Sharon Kurpius. Do výzkumu se zapojilo 89 studentů. Jedna z otázek taktéž směřovala na to, zda by respondenti využili eutanazii v případě vážné nevyléčitelné nemoci. S tím souhlasilo pouze 23 % respondentů (Bevacqua a Kurpius, 2013).

Liší se i názory, kdo by měl být onou osobou, která eutanazii provede. U studentů převládá názor, že by měl eutanazii provést sám pacient, tím pádem se přiklání k asistované sebevraždě, a ne k eutanazii jako takové. Teprve poté se v žebříčku se stejným počtem hlasů umístil lékař a speciálně vyškolený pracovník určený pro tyto účely. U seniorů jasně převládl názor, že by eutanazii měl provést lékař, teprve po něm sám pacient a s malým počtem hlasů speciálně vyškolený pracovník. Obě skupiny se shodly na tom, že by eutanazii neměl provádět nikdo z blízké rodiny, neboť tato možnost získala v obou případech méně jak 3 % odpovědí. Několik málo respondentů uvedlo i možnost nad rámec nabídky, a to, že by si měl pacient sám vybrat. Otázkou je, proč si tak málo respondentů dokáže představit, že by eutanazii provedl někdo z rodiny. Na jednu stranu je pochopitelné, že je těžké „zabít“ někoho blízkého, na druhou stranu je to právě rodina, která nejvíce vidí, jak nemocný trpí a měla by tedy největší motivaci jeho trápení ukončit. Kozíková ve své studii položila stejnou otázku studentům a v jejím případě více jak dvě třetiny respondentů preferovalo možnost lékaře před samotným pacientem (Kozíková, 2012). Zde se tedy výsledky výrazně liší. V dotaznících měli respondenti vyjádřit svůj postoj k tomu, zda by dokázali vykonat eutanazii nebo pomoci v sebevraždě osobě s nevléčitelnou nemocí. Třetina studentů se v tomto případě vyjádřila kladně. U seniorů to bylo pouze 19 % respondentů. V obou případech pětina všech respondentů nevěděla. Koudelka ve své práci uvádí, že by tohoto bylo schopno pouze 17 % dospělé populace (Koudelka, 2014). Leppert a kolektiv provedl v roce 2015 v Polsku studii, kde se dotazoval, zda by byli studenti medicíny ochotni provést eutanazii. V tomto případě se vyjádřilo kladně pouze 20 % z nich, naopak 42 % razantně odmítlo (Leppert et al., 2015). Můžeme si tedy položit otázku, zda by i v případě legalizace eutanazie byli lékaři ochotni ji provádět? Rozhodně jim nikdo nemůže nařizovat, aby zabíjeli své pacienty, když to značně odporuje jejich přesvědčení a Hippokratově přísaze.

Dotazník dále obsahoval otázky, které byly zaměřeny na konkrétní případy, a respondenti měli vyjádřit svůj postoj k tomu, zda by v daných případech souhlasili s poskytnutím eutanazie, či nikoliv. Prvním z případů byla eutanazie pro osobu, která netrpí žádným nevléčitelným onemocněním, ale smrt si výslovně přeje. Jako příklad byl uveden starší člověk, který nevidí smysl v dalším životě. Většina studentů i seniorů byla v tomto případě proti poskytnutí eutanazie. Souhlasilo pouze

28 % respondentů z každé skupiny. Druhá otázka byla zaměřena na legalizaci eutanazie pro nevléčitelně nemocné dítě. S tou souhlasí zhruba 52 % seniorů a 40 % studentů. Více jak pětina osob se nedokázala rozhodnout. Třetí případ byl zaměřený na poskytnutí eutanazie těžce postiženému novorozenci. Zde je patrný výraznější rozdíl mezi postoji studentů a seniorů. Zatímco 68 % seniorů souhlasí, tak u studentů se kladně vyjádřilo pouze 44 % respondentů. Je velmi zajímavé, že z těchto tří případů vyjádřilo svůj souhlas s eutanazií nejvíce osob u těžce postiženého novorozence, tedy u někoho, kdo neumírá, ani netrpí smrtelnou nemocí. Naopak pro provedení eutanazie u dítěte, které umírá a trpí smrtelnou nemocí, se vyjádřilo mnohem méně osob. Lze se jen domnívat, proč tomu tak je, a co k tomuto postoji respondenty vede. Je nutné zmínit, že se novorozenec nemůže bránit, jedná se tedy ještě o eutanazii, nebo o regulérní vraždu? Těžce postižený novorozenec může být svým způsobem pro společnost přítěží, ale má někdo právo ho zabít? Podobné případy zahrnuli do svých výzkumů i další autoři. Geert Pousset a kolektiv uskutečnil v roce 2008 studii, která se týkala názorů studentů z Belgie na provedení eutanazie u dětí. Výzkumu se zúčastnilo 1769 studentů. V rámci výzkumu stanovil 2 situace. Pro porovnání zmiňuji výsledky pouze jedné ze situací, a to názory studentů na poskytnutí eutanazie nezletilé dívce, která trpí rakovinou kostí a má velké bolesti. S poskytnutím eutanazie v tomto případě souhlasilo 61 % respondentů (Pousset et al., 2009), což je o něco více osob, než bylo zjištěno v mém výzkumu. Koudelka ve své práci uvádí, že 66 % českých dospělých občanů je pro legalizaci eutanazie u nevléčitelně nemocných dětí (Koudelka, 2014). Problematikou eutanazie u těžce postiženého novorozence se zabýval Stolz v roce 2014 ve svém výzkumu. Jeho respondenti souhlasili s poskytnutím pouze ve 24 % odpovědí (Stolz et al., 2015). Zde je vidět obrovský rozdíl mezi názory českých a rakouských občanů na stejnou situaci.

Poslední část dotazníku byla zaměřena na znalosti studentů a seniorů na současné možnosti českých občanů podstoupit eutanazii v jiné zemi. Občan České republiky má možnost podstoupit eutanazii, respektive asistovanou sebevraždu, pouze ve Švýcarsku. To byla jediná správná odpověď. Pouze 36 % studentů uvedlo, že český občan má možnost eutanazii v zahraničí podstoupit, u seniorů to bylo ještě o 5 % méně. Z těchto malých skupin sice většina respondentů správně uvedla, že stát, který to umožňuje, je Švýcarsko, nicméně i tak se procento osob, které jsou dobře informováni, a uvedli správnou odpověď, rovná přibližně 21 %. Mezi nejčastější chybné

odpovědi patřilo Nizozemsko a Belgie, což jsou země, které mají eutanazii legální, ale pouze pro své občany. Několik respondentů uvedlo i země, kde eutanazie vůbec legální není.

Výsledky diplomové práce mohou sloužit k zamyšlení, zda je současný systém opravdu ideální.

Závěr

V diplomové práci na téma „Eutanazie z pohledu studentů a seniorů“ jsem se zaměřil na problematiku eutanazie z pohledu dvou věkově rozdílných skupin. Toto téma je v naší společnosti často zmiňováno a probíráno, ale ještě nikdo se nezaměřil na rozdíly v názorech a postojích mezi studenty a seniory. Výzkum proběhl formou dotazníkového šetření se studenty a seniory. Výsledky výzkumného šetření byly pro vizualizaci přeneseny do tabulek a grafů. Stanovené hypotézy byly ověřeny pomocí Chí-kvadrát testu pro kontingenční tabulku.

Pro výzkum jsem si stanovil jeden hlavní cíl, a to zjistit, zda se liší názory a postoje vůči eutanazii mezi studenty a seniory. Tento cíl byl splněn a bylo prokázáno, že se v některých aspektech názory liší. K tomu bylo vytvořeno šest dílčích cílů.

Prvním dílčím cílem bylo zjistit, zda se výrazně liší množství studentů a seniorů souhlasících s legalizací eutanazie. Dílčí cíl byl splněn a z výzkumu vyplývá, že se názory většinou shodují. Pro legalizaci eutanazie je více jak 70 % studentů a 60 % seniorů. Rozdíl činí tedy pouze necelých 9 %.

Druhým dílčím cílem bylo zjistit, zda ovlivňuje víra v Boha postoj k legalizaci eutanazie u studentů a seniorů. Na základě verifikace hypotéz bylo zjištěno, že mezi vírou v Boha a postojem k legalizaci eutanazie existuje výrazná statistická závislost jak u studentů, tak i u seniorů. Cíle bylo tedy dosaženo a je možné konstatovat, že víra v Boha ovlivňuje postoj k legalizaci eutanazie.

Třetí dílčí cíl zjišťoval, zda se výrazně liší množství studentů, kteří by využili eutanazii k ukončení vlastního života v případě nevléčitelné nemoci, oproti seniorům. Na základě výzkumného šetření je nutné konstatovat, že se názory výrazně rozcházejí. Zatímco studenti by využili eutanazii pouze ve 38 %, tak u seniorů se k této možnosti přiklonilo 64 % respondentů. Cíl byl tedy splněn a poukázal na výrazné rozdíly v názorech studentů a seniorů.

Čtvrtý dílčí cíl měl zjistit, kdo by podle studentů a seniorů měl eutanazii provádět. Cíl lze označit za splněný, jelikož výzkumné šetření prokázalo, že by studenti preferovali možnost, aby eutanazii provedl sám pacient a až poté lékař nebo speciálně vyškolený pracovník pro tyto účely. U seniorů se názory mírně liší, neboť tyto respondenti

by preferovali lékaře a pak až samotného pacienta nebo speciálně vyškoleného pracovníka. Velmi malý počet hlasů v obou skupinách měla poté nejbližší rodina.

Dalším dílčím cílem bylo zjistit, jak se liší názor studentů a seniorů na eutanazii u dětí. Výzkum prokázal, že více jak polovina seniorů je pro legalizaci eutanazie. Studentů s touto možností souhlasilo o 13 % méně. Je tedy možné konstatovat, že se postoj studentů oproti seniorům mírně liší, což dokazuje splnění cíle.

Šestý a poslední dílčí cíl měl zjistit, zda jsou respondenti dobře informováni o současných možnostech českých občanů na podstoupení eutanazie v jiné zemi. Na základě odpovědí bylo zjištěno, že pouze pětina osob je dobře informována o možnostech českých občanů podstoupit asistovanou sebevraždu ve Švýcarsku. Řada respondentů uvedla jiné země, které nebyly pravdivé, a zhruba polovina respondentů v obou skupinách nevěděla. Cíle bylo dosaženo a z výsledků je nutné konstatovat, že respondenti nejsou dobře informováni o této možnosti.

Kromě cílů byly stanoveny 4 hypotézy, z nichž dvě souvisely s dílčím cílem a prokázaly statistickou závislost mezi vírou v Boha a postojem k legalizaci eutanazie u studentů i seniorů. Verifikace hypotéz vyloučila statistickou závislost mezi typem studované školy a postojem k legalizaci eutanazie u studentů. Zároveň byla zamítnuta i hypotéza, která zjišťovala závislost mezi zkušenostmi se setkáním s nevléčitelně nemocnými a postoji k legalizaci eutanazie.

Práce by měla poukázat na odlišnosti v některých názorech mezi studenty a seniory. Zároveň práce dokázala, že většina respondentů nesouhlasí se současným systémem a je pro legalizaci eutanazie.

Studie mě dovedla k zamýšlení nad současnou problematikou eutanazie. Zastávám názor, že by každý nevléčitelně nemocný měl mít právo ukončit svůj život za stavu, kdy má ještě dostatek sil, čímž se ztotožňuji i s většinou respondentů. Nejsem zastánce eutanazie, ale po prostudování situace ve Švýcarsku bych se přikláněl k legalizaci asistované sebevraždy, neboť si myslím, že není vhodné, aby se z lékařů stali vrazi. Pokud by v budoucnu došlo v České republice k legalizaci některé z forem eutanazie, tak bude nutné přesně stanovit kritéria, za kterých bude nemocnému poskytnuta, aby nedošlo k jejímu zneužití, jako například v Belgii.

Výsledky výzkumu by mohly sloužit k vyvolání veřejné diskuze nad tím, zda je opravdu současný stav to nejlepší, co může být. Práce by mohla sloužit jako zdroj dat pro

všechny lidi, které tato problematika zajímá, a v neposlední řadě i poslancům a senátorům, neboť oni jediní mají možnost současný stav změnit. Práce je nepochybně zajímavá i pro studenty středních zdravotnických škol, kteří se problematikou eutanazie zabývají v rámci etických předmětů.

Souhrn

Diplomová práce se zabývá problematikou eutanazie, která je již dlouhou dobu hojně diskutovaným tématem. Na celém světě má velké množství zastánců, ale i odpůrců. V České republice je eutanazie zakázaná, ale v některých zemích světa je v nějaké formě legalizována. Teoretická část práce přináší základní pohled na problematiku eutanazie, ale i charakteristiku paliativní a hospicové péče. Výzkumná část poskytuje informace o názorech a postojích studentů a seniorů na problematiku eutanazie. Zaměřuje se především na odlišnosti jejich názorů. Pro zjištění výsledků byl využit dotazník, který se skládal ze tří základních částí. První část tvořily úvodní identifikační otázky o respondentech. Druhá část sloužila k zjištění názorů a postojů studentů a seniorů na eutanazii a dílčí témata s ní související. Závěr tvořily otázky zaměřené na vědomosti respondentů o současných možnostech českých občanů podstoupit eutanazii v jiné zemi. Analýza dat je pro vizualizaci zachycených jevů doplněna grafy a tabulkami. Pro verifikaci hypotéz byl využit Chí-kvadrát test pro kontingenční tabulku. Výsledky ukazují, že většina studentů i seniorů je pro legalizaci eutanazie v České republice, nicméně v řadě věcí se jejich názory a postoje liší.

Klíčová slova: Eutanázie, pasivní a aktivní eutanázie, paliativní medicína, smrt, umírání, postoje, senioři, studenti

Summary

This diploma thesis addresses the issue of euthanasia, which has been a long discussed subject. There are many supporters throughout the world, but also opponents. In the Czech Republic, euthanasia is forbidden, but in some countries of the world it is legalized in various forms. The theoretical part of the thesis provides a basic view of the issue of euthanasia, as well as the characteristics of palliative and hospice care. The research section provides information on the views and attitudes of students and seniors on the topic of euthanasia. It focuses primarily on differences in their views. A questionnaire was used to find out the results, consisting of three basic parts. It began with initial identification questions in the first part about the respondents. The second part aimed to identify the views and attitudes of students and elderly people on euthanasia and partial topics related to it. The conclusion was focused on respondents' knowledge of current possibilities for Czech citizens to undergo euthanasia in another country. Data analysis is accompanied by charts and tables for visualization of captured results. For hypothesis verification, a Chi-square test on the PivotTable was used. The results show that most students and seniors are for legalizing euthanasia in the Czech Republic, but in a number of cases their opinions and attitudes differ.

Key words: Euthanasia, passive and active euthanasia, palliative medicine, death, dying, attitudes, seniors, students

Referenční seznam

1. Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče. 2016. *Standardy hospicové paliativní péče*. [online]. Praha. [cit. 2018-04-16]. Dostupné z: <http://www.asociacehospicu.cz/wp-content/uploads/2017/01/STANDARDY%202016.pdf>
2. BARTŮNĚK, Petr et al. 2016. *Vybrané kapitoly z intenzivní péče*. Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada), 752 s. ISBN 978-80-247-4343-1.
3. BEVACQUA, Frank a KURPIUS Sharon. 2013. Counseling Students' Personal Values and Attitudes toward Euthanasia. *Journal of Mental Health Counseling*. Volume 35, number 2. ISSN 1040-2861.
4. BUŽGOVÁ, Radka. 2015. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života*. Praha: Grada. Sestra (Grada), 168 s. ISBN 978-80-247-5402-4.
5. Česká lékařská komora. 2007. *Stavovský předpis ČLK č. 10 Etický kodex*. [online]. Praha. [cit. 2018-05-11]. Dostupné z: <https://www.lkcr.cz/stavovske-predpisy-clk-212.html>
6. DIERICKX, Sigrid et al. 2017. Euthanasia for people with psychiatric disorders or dementia in Belgium: analysis of officially reported cases. *BMC Psychiatry*. 17:203. ISSN 1471-244X.
7. HÁJEK, Adam. Švýcarská klinika smrti naházela urny s popelem klientů do jezera. *iDNES.cz*. [online]. 27.4.2010 [cit. 2018-02-06]. Dostupné z: https://zpravy.idnes.cz/svycarska-klinika-smrti-nahazela-urny-s-popelem-klientu-do-jezera-1cy-/zahranicni.aspx?c=A100427_182515_zahranicni_aha

8. HARPER, Ian et al. 2015. *The clinic and the court: law, medicine and anthropology*. New York: Cambridge University Press, 305 s. ISBN 978-1-107-07624-2.
9. HAŠKOVCOVÁ, Helena. 2007. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. 2., přeprac. vyd. Praha: Galén, 244 s. ISBN 978-80-7262-471-3.
10. HAŠKOVCOVÁ, Helena. 2015. *Lékařská etika*. Čtvrté, aktualizované a rozšířené vydání. Praha: Galén, 229 s. ISBN 978-80-7492-204-6.
11. HEŘMANOVÁ, Jana. 2012. *Etika v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. Sestra (Grada), 200 s. ISBN 978-80-247-3469-9.
12. HRON, Michal. Nechte mě zabít se. Důstojnou smrtí má být hlavně asistovaná sebevražda. *iDNES.cz*. [online]. 5.6.2016 [cit. 2018-02-06]. Dostupné z: https://zpravy.idnes.cz/navrh-zakona-o-dustojne-smrti-eutanazie-asistovana-sebevrazda-pve-/domaci.aspx?c=A160603_123309_domaci_hro
13. CHOLBI, Michael. 2017. *Euthanasia and assisted suicide: global views on choosing to end life*. Santa Barbara, California: Praeger, an imprint of ABC-CLIO, 409 s. ISBN 978-1-4408-3679-4.
14. JANKOVSKÝ, Jiří. 2003. *Etika pro pomáhající profese*. Praha: Triton, 224 s. ISBN 80-7254-329-6.
15. KABELKA, Ladislav. *Geriatrická paliativní péče*. Praha: Mladá fronta, 2017. Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-4225-3.
16. KOPECKÝ, Josef. Lidovce naštvál návrh poslanců ANO umožnit eutanazii, vláda ho odmítla. *iDNES.cz*. [online]. 22.6.2016 [cit. 2018-02-06]. Dostupné z: https://zpravy.idnes.cz/lidovce-nastval-navrh-umoznit-eutanazii-marksova-si-ji-umi-predstavit-1mx-/domaci.aspx?c=A160622_105038_domaci_kop

17. KOUDELKA, Karel. 2014. *Právo člověka zvolit okamžik konce svého života – problém eutanazie*. Olomouc. Diplomová práce. Pedagogická fakulta UPOL.
18. KOZÍKOVÁ, Monika. 2012. *Postoje a názory studentů středních škol v Olomouci na problematiku umírání a eutanazie*. Olomouc. Diplomová práce. Pedagogická fakulta UPOL.
19. KÜNG, Hans. 2015. *Dobrá smrt?*. Praha: Vyšehrad. Teologie (Vyšehrad), 120 s. ISBN 978-80-7429-549-2.
20. KUPKA, Martin. 2014. *Psychosociální aspekty paliativní péče*. Praha: Grada. Psyché (Grada), 216 s. ISBN 978-80-247-4650-0.
21. KUTNOHORSKÁ, Jana et al. 2011. *Etika pro zdravotně sociální pracovníky*. Praha: Grada, 192 s. ISBN 978-80-247-3843-7.
22. LEPPERT, Wojciech et al. 2015. Attitudes of medical students from two polish universities towards euthanasia based on their permanent place of residence. *Revista Romana de Bioetica*. [online]. Vol 13, Nr.2. [cit. 2018-05-19]. ISSN 2392-8034. Dostupné z: <http://www.bioetica.ro/index.php/arhiva-bioetica/article/view/1087>
23. LOUČKA, Martin et al. 2015. *Eutanazie: víme, o čem mluvíme?*. 2., přepracované vydání. Praha: Cesta domů, 56 s. ISBN 978-80-88126-08-9.
24. MARKOVÁ, Monika. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada, 2010. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3171-1.
25. MUNZAROVÁ, Marta. 2005a. *Eutanazie, nebo paliativní péče?*. Praha: Grada, 108 s. ISBN 80-247-1025-0.
26. MUNZAROVÁ, Marta. 2005b. *Zdravotnická etika od A do Z*. Praha: Grada, 153 s. ISBN 80-247-1024-2.

27. NICOL, Neal a Harry WYLIE. 2006. *Between the dying and the dead: Dr. Jack Kevorkian's life and the battle to legalize euthanasia*. Madison, Wis.: University of Wisconsin Press/Terrace Books, 288 s. ISBN 9780299217105.
28. NOVÁK, Jan. 2010. *Eutanázie – rozdíly v informovanosti dospělých a adolescentu*. Olomouc. Diplomová práce. Pedagogická fakulta UPOL.
29. OSBORNE, Robin. 2010. *Dějiny klasického Řecka*. Přeložil Jan KORDAČ. Praha: Grada Publishing, 239 s. ISBN 978-80-247-3233-6.
30. PECK, M. Scott. c2001. *Odmítnutí duše: duchovní a lidské perspektivy eutanazie a umírání*. Praha: Pragma, 240 s. ISBN 80-7205-757-x.
31. PETERKOVÁ, Helena. 2012. *Role lékaře při ukončení života na žádost a pomoci při sebevraždě*. In Ptáček, R. a Bartůněk, P., *Eutanazie – pro a proti* (s. 138-145). Praha: Grada, 256 s. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-247-4659-3.
32. POKORNÝ, Jakub. *Za eutanazii platte předem, upozorňuje Dignitas*. *iDNES.cz*. [online]. 4.8.2007 [cit. 2018-02-06]. Dostupné z: https://zpravy.idnes.cz/za-eutanazii-platte-predem-upozornuje-dignitas-ftd-/domaci.aspx?c=A070803_211655_domaci_ost
33. POKORNÝ, Jakub. *Jak funguje klinika smrti? Zabijeme vás, až najdeme doktora*. *iDNES.cz*. [online]. 25.8.2009 [cit. 2018-02-06]. Dostupné z: https://zpravy.idnes.cz/jak-funguje-klinika-smrti-zabijeme-vas-az-najdeme-doktora-pzr-/zahranicni.aspx?c=A090824_135356_zahranicni_klu
34. PLEVOVÁ, Ilona. 2011. *Ošetřovatelství II*. Praha: Grada. Sestra (Grada), 224 s. ISBN 978-80-247-3558-0.

35. POUSET, Geert et al. 2009. Attitudes of Flemish secondary school students towards euthanasia and other end-of-life decisions in minors. *Child: care, health and development*. [online]. Volume 35, Issue 3. [cit. 2018-05-19]. ISSN 1365-2214. Dostupné z: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/j.1365-2214.2008.00933.x>
36. PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK. 2011. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada, 528 s. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-247-3976-2.
37. PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK. 2012. *Eutanazie - pro a proti*. Praha: Grada, 256 s. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-247-4659-3.
38. SKŘIVANOVÁ-BOŠKOVÁ, Vladimíra. 2012. *Eutanazie, nebo "komfort" pro pacienty?: zkušenosti Nizozemí, Oregonu, Švýcarska a dalších*. Praha: V. Bošková, 51 s. ISBN 978-80-260-2989-2.
39. STOLZ, Erwin et al. 2015. Determinants of Public Attitudes towards Euthanasia in Adults and Physician-Assisted Death in Neonates in Austria: A National Survey. *PLoS ONE*. DOI:10.1371. ISSN 1549-1277.
40. SUCHÁ, Lucie. Smrt na přání čelí kritice za údajné hodiny v bolestech. *iDNES.cz*. [online]. 20.8.2012 [cit. 2018-02-06]. Dostupné z: https://zpravy.idnes.cz/eutanazie-dignitas-svycarsko-d2h-/zahranicni.aspx?c=A120820_134638_zahranicni_ipl
41. ŠIMEK, Jirí. 2015. *Lékařská etika*. Praha: Grada Publishing, 224 s. ISBN 978-80-247-5306-5.
42. ŠTEFAN, Petr. VIDEO: Britský dokument ukázal eutanazii „v přímém přenosu“. *iDNES.cz*. [online]. 11.12.2008 [cit. 2018-02-06]. Dostupné z: https://zpravy.idnes.cz/video-britsky-dokument-ukazal-eutanazii-v-primem-prenosu-p3l-/domaci.aspx?c=A081211_084944_media_stf

43. TOMEŠ, Igor et al. 2015. *Rozvoj hospicové péče a její bariéry*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 168 s. ISBN 978-80-246-2941-4.
44. VIRT, Günter. 2000. *Žít až do konce: etika umírání, smrti a eutanazie*. Praha: Vyšehrad. Cesty (Vyšehrad), 96 s. ISBN 80-7021-330-2.
45. Who is DIGNITAS. *home* [online]. Copyright © 2003 [cit. 09.02.2018]. Dostupné z: http://www.dignitas.ch/index.php?option=com_content&view=article&id=4&Itemid=44&lang=en
46. WILLIAMS, Victoria. 2017. *Celebrating life customs around the world: from baby showers to funerals*. Santa Barbara, California: ABC-CLIO, 1247 s. ISBN 978-1-4408-3658-9.
47. Zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník, 2009. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 11, s. 354-464. ISSN 1211-1244.
48. Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, 2011. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 131, s. 4730-4801. ISSN 1211-1244.
49. Zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, 2012. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 33, s. 1026-1365. ISSN 1211-1244.

Seznam použitých zkratk

ČR – Česká republika

DNR – Neresuscitovat

EAPC – Evropská asociace paliativní medicíny

USA – Spojené státy americké

WHO – Světová zdravotnická organizace

WMA – Světová lékařská asociace

Seznam příloh

Příloha 1: Hippokratova přísaha

Příloha 2: Etický kodex České lékařské komory

Příloha 3: Dotazník k diplomové práci pro studenty

Příloha 4: Dotazník k diplomové práci pro seniory

Příloha 1

Hippokratova přísaha

„Přisáhám při lékaři Apollonovi a Asklepiovi a Hygiei a Panacei a při všech bozích a bohyních, jež беру za svědky, že budu plnit podle svých schopností a podle svého úsudku tuto přísahu a smlouvu:

Budu považovat toho, který mě naučil tomuto umění, za rovnocenného svým rodičům a budu žít svůj život v partnerství s ním; bude-li mít potřebu peněz, rozdělím se s ním o svůj díl; budu se dívat na jeho potomky tak jako na své bratry v mužské linii a budu je učit tomuto umění – budou-li si přát být tomuto učení, a to bez odměny a bez smluvní listiny; podělím se o předpisy, ústní instrukce a o všechny ostatní vědomosti se svými syny a se syny toho, který mě učil, a s žáky, kteří podepsali závazek a složili přísahu dle lékařského zákona, ale s nikým jiným.

Budu aplikovat dietetická opatření pro dobro nemocných podle svých schopností a podle svého úsudku; budu je chránit před poškozením a před křivdou.

Nepodám nikomu smrtící látku, i kdyby ji ode mne žádal, a ani nikomu tuto možnost nenavrhu. Podobně nepodám ženě abortivní prostředek. V čistotě a v posvátnosti budu střežit svůj život a své umění.

Nepoužiji nože, dokonce ani ne u lidí trpících kameny, ale ustoupím ve prospěch těch, kteří se zabývají touto prací.

Navštívím-li kterýkoliv dům, přijdu pro blaho nemocného a budu prost jakékoliv záměrné nepravosti, veškeré zlomyslnosti a obzvláště sexuálních vztahů, ať se ženami nebo s muži, ať se svobodnými nebo s otroky.

Cokoliv uvidím nebo uslyším v průběhu léčení nebo dokonce mimo léčení v pohledu na život lidí, to, co se v žádném případě nesmí šířit mimo dům, vše si nechám pro sebe; vždyť bych se musel stydět o tom mluvit.

Jestliže splním tuto přísahu a neporuším ji, mohu mít zaručeno, že se budu radovat ze života a z umění a že budu ctěn a proslulý mezi všemi lidmi na všechny časy, které přijdou; jestliže ji však poruším a budu přísahat falešně, ať je opak toho všeho mým údělem.“

Zdroj: MUNZAROVÁ, Marta. 2005b. *Zdravotnická etika od A do Z*. Praha: Grada, 153 s. ISBN 80-247-1024-2.

Příloha 2

Etický kodex České lékařské komory

STAVOVSKÝ PŘEDPIS č. 10 ČESKÉ LÉKAŘSKÉ KOMORY ETICKÝ KODEX ČESKÉ LÉKAŘSKÉ KOMORY

§ 1

Obecné zásady

- (1) Stavovskou povinností lékaře je péče o zdraví jednotlivce i celé společnosti v souladu se zásadami lidskosti, v duchu úcty ke každému lidskému životu od jeho počátku až do jeho konce a se všemi ohledy na důstojnost lidského jedince.
- (2) Úkolem lékaře je chránit zdraví a život, mírnit utrpení, a to bez ohledu na národnost, rasu, barvu pleti, náboženské vyznání, politickou příslušnost, sociální postavení, sexuální orientaci, věk, rozumovou úroveň a pověst pacienta či osobní pocity lékaře.
- (3) Lékař má znát zákony a závazné předpisy platné pro výkon povolání a tyto dodržovat. S vědomím osobního rizika se nemusí cítit být jimi vázán, pokud svým obsahem nebo ve svých důsledcích narušují lékařskou etiku či ohrožují základní lidská práva.
- (4) Lékař je povinen být za všech okolností ve svých profesionálních rozhodnutích nezávislý a odpovědný.
- (5) Lékař uznává právo každého člověka na svobodnou volbu lékaře.

§ 2

Lékař a výkon povolání

- (1) Lékař v rámci své odborné způsobilosti a kompetence svobodně volí a provádí ty preventivní, diagnostické a léčebné úkony, které odpovídají současnému stavu lékařské vědy a které pro nemocného považuje za nejvýhodnější. Přitom je povinen respektovat v co největší možné míře vůli nemocného (nebo jeho zákonného zástupce).
- (2) Každý lékař je povinen v případech ohrožení života a bezprostředního vážného ohrožení zdraví neodkladně poskytnout lékařskou pomoc.
- (3) Lékař musí plnit své povinnosti v situacích veřejného ohrožení a při katastrofách přírodní nebo jiné povahy.
- (4) Lékař má právo odmítnout péči o nemocného z odborných důvodů nebo je-li pracovně přetížen nebo je-li přesvědčen, že se nevytvořil potřebný vztah důvěry mezi ním a pacientem. Je však povinen doporučit a v případě souhlasu zajistit vhodný postup v pokračování léčby.

- (5) Lékař nemůže být donucen k takovému lékařskému výkonu nebo spoluúčasti na něm, který odporuje jeho svědomí.
- (6) Lékař nesmí předepisovat léky, na něž vzniká závislost, nebo které vykazují účinky dopingového typu k jiným než léčebným účelům.
- (7) Lékař u nevléčitelně nemocných a umírajících účinně tiší bolest, šetří lidskou důstojnost a mírní utrpení. Vůči neodvratitelné a bezprostředně očekávané smrti však nemá být cílem lékařova jednání prodlužovat život za každou cenu. Eutanazie a asistované suicidium nejsou přípustné.
- (8) U transplantací se lékař řídí příslušnými předpisy. Odběru tkání a orgánů nesmí být zneužito ke komerčním účelům.
- (9) Lékař je v zájmu pacienta povinen důsledně zachovávat lékařské tajemství, s výjimkou případů, kdy je této povinnosti souhlasem pacienta zbaven nebo když je to stanoveno zákonem.
- (10) Lékař, který vykonává své povolání, je povinen odborně se vzdělávat.
- (11) Lékař je povinen při výkonu povolání vést a uchovávat řádnou dokumentaci písemnou nebo jinou formou. Ve všech případech je nutná přiměřená ochrana znemožňující změnu, zničení nebo zneužití.
- (12) Lékař nesmí své povolání vykonávat formou potulné praxe.
- (13) Lékař nesmí sám nebo po dohodě s jinými ordinovat neúčelné léčebné, diagnostické a jiné úkony ze zjištěných motivů. V rámci své pravomoci nesmí poskytovat odborně neodpovídající vyjádření, z nichž by plynuly občanům neoprávněné výhody.
- (14) Pokud lékař doporučuje ve své léčebné praxi léky, léčebné prostředky a zdravotní pomůcky, nesmí se řídit komerčními hledisky, ale výhradně svým svědomím a prospěchem pacienta.
- (15) Lékař se podle svého uvážení účastní na prezentaci a diskusi medicínských témat na veřejnosti, v tisku, v televizi, rozhlasu, musí se však vzdát individuálně cílených lékařských rad a doporučení ve svůj soukromý prospěch.
- (16) Lékař se musí zdržet všech nedůstojných aktivit, které přímo nebo nepřímo znamenají propagaci nebo reklamu jeho osoby a lékařské praxe a ve svých důsledcích jsou agitační činnosti, cílenou na rozšíření klientely. Nesmí rovněž tyto aktivity iniciovat prostřednictvím druhých osob.
- (17) Nový způsob léčení je možné použít u nemocného až po dostatečných biologických zkouškách, za podmínek dodržení Helsinské konvence a Norimberského kodexu, pod přísným dohledem a pouze tehdy, pokud pacienta nepoškozuje.
- (18) Lékař si má být vědom své občanské úlohy i vlivu na okolí.

§ 3

Lékař a nemocný

- (1) Lékař plní vůči každému nemocnému své profesionální povinnosti. Vždy včas a důsledně zajistí náležitá léčebná opatření, která zdravotní stav nemocného vyžaduje.
- (2) Lékař se k nemocnému chová korektně, s pochopením a trpělivostí a nesníží se k hrubému nebo nemravnému jednání. Bere ohled na práva nemocného.
- (3) Lékař se má vzdát paternalitních pozic v postojích vůči nemocnému a respektovat ho jako rovnocenného partnera se všemi občanskými právy i povinnostmi, včetně zodpovědnosti za své zdraví.
- (4) Lékař je povinen pro nemocného srozumitelným způsobem odpovědně informovat jeho nebo jeho zákonného zástupce o charakteru onemocnění, zamýšlených diagnostických a léčebných postupech včetně rizik, o uvažované prognóze a o dalších důležitých okolnostech, které během léčení mohou nastat.
- (5) Lékař nesmí zneužít ve vztahu k nemocnému jeho důvěru a závislost jakýmkoliv způsobem.

§ 4

Vztahy mezi lékaři

- (1) Základem vztahů mezi lékaři je vzájemně čestné, slušné a společensky korektní chování spolu s kritickou náročností, respektováním kompetence a přiznáním práva na odlišný názor.
- (2) Lékař v zájmu své stavovské cti i s ohledem na pověst lékařské profese nesmí podceňovat a znevažovat profesionální dovednosti, znalosti i poskytované služby jiných lékařů, natož používat ponižujících výrazů o jejich osobách, komentovat nevhodným způsobem činnost ostatních lékařů v přítomnosti nemocných a nelékařů.
- (3) Lékař kolegiálně spolupracuje s těmi lékaři, kteří současně nebo následně vyšetřují či léčí stejného pacienta. Předává-li z důvodných příčin nemocného jinému lékaři, musí mu odevzdat zjištěné nálezy a informovat ho o dosavadním průběhu léčby.
- (4) Lékař je povinen požádat dalšího nebo další lékaře o konzilium vždy, když si to vyžádají okolnosti a nemocný souhlasí. Je právem lékaře navrhnout osobu konzultanta. Závěry konziliárního vyšetření mají být dokumentovány zásadně písemnou formou a je povinností o nich informovat nemocného, se zvláštním důrazem tehdy, pokud se názory lékařů liší, a je právem lékaře vzdát se dalšího léčení, pokud se nemocný přikloní k jinému názoru konzultanta.
- (5) Lékař musí svou praxi vykonávat zásadně osobně. Zastupován může být jen dočasně, a to lékařem vedeným v seznamu České lékařské komory a splňujícím potřebné odborné předpoklady.

§ 5

Lékař a nelékař

(1) Lékař spolupracuje se zdravotními pracovníky vyškolenými v různých specializovaných činnostech. Pověří-li je diagnostickými nebo léčebnými úkoly a dalšími procedurami, musí se přesvědčit, zda jsou odborně, zkušenostmi i zodpovědností způsobilí tyto úkony vykonávat.

(2) Lékaři není dovoleno vyšetřovat nebo léčit s osobou, která není lékařem a nepatří k zdravotnímu personálu. Tyto osoby nesmějí být přítomny ani jako diváci při lékařských výkonech. Výjimkou z uvedených zásad jsou osoby, které se u lékaře vzdělávají, nebo pracují v lékařských oborech a dalších osob, s jejichž přítomností pacient souhlasí, pokud není lékařsky zdůvodněných námitek.

Závěrečná ustanovení

§ 6

Účinnost

(1) Tento Stavovský předpis č. 10 - Etický kodex České lékařské komory nabývá účinnosti dne 1. 1. 1996.

(2) Tento Stavovský předpis č. 10 – Etický kodex České lékařské komory byl novelizován rozhodnutím představenstva ČLK dne 22. 6. 2007 a nabývá účinnosti dne 22. 7. 2007

Zdroj: Česká lékařská komora. 2007. *Stavovský předpis ČLK č. 10 Etický kodex*. [online]. Praha. [cit. 2018-05-11]. Dostupné z: <https://www.lkcr.cz/stavovske-predpisy-clk-212.html>

9) Využil/a byste eutanázii k ukončení svého života v případě, že byste trpěl/a nevléčitelnou nemocí?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Nevím
- d) Spíše ne
- e) Ne

10) Kdo by podle Vás měl eutanázii provést?

- a) Sám pacient (např. lékař dodá smrtící látku, pacient si ji stisknutím tlačítka aplikuje)
- b) Lékař
- c) Nejbližší rodina
- d) Speciálně vyškolený pracovník pro tyto účely
- e) Nevím
- f) Jiné, uveďte:

11) Byl/a byste ochoten/na vykonat eutanázii nebo pomoci v sebevraždě osobě s nevléčitelnou nemocí, pokud by to umožňoval zákon?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Nevím
- d) Spíše ne
- e) Ne

12) Myslíte si, že by měla být umožněna eutanazie i osobě, která netrpí nevléčitelnou nemocí, ale eutanázii si výslovně přeje (například starší osoba, která nevidí smysl v dalším životě)?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Nevím
- d) Spíše ne
- e) Ne

13) Souhlasíte s legalizací eutanazie i pro nevléčitelně nemocné děti?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Nevím
- d) Spíše ne
- e) Ne

14) Souhlasil/a byste s provedením eutanazie u těžce postiženého novorozence?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Nevím
- d) Spíše ne
- e) Ne

15) Myslíte si, že má v současné době občan České republiky možnost podstoupit eutanázii v jiné zemi?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

16) Pokud jste v předchozí otázce odpovídal/a „Ano“, uveďte zemi, která to podle Vás umožňuje:

.....

10) Kdo by podle Vás měl eutanazii provést?

- a) Sám pacient (např. lékař dodá smrtící látku, pacient si ji stisknutím tlačítka aplikuje)
- b) Lékař
- c) Nejbližší rodina
- d) Speciálně vyškolený pracovník pro tyto účely
- e) Nevím
- f) Jiné, uveďte:

11) Byl/a byste ochoten/na vykonat eutanazii nebo pomoci v sebevraždě osobě s nevléčitelnou nemocí, pokud by to umožňoval zákon?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Nevím
- d) Spíše ne
- e) Ne

12) Myslíte si, že by měla být umožněna eutanazie i osobě, která netrpí nevléčitelnou nemocí, ale eutanazii si výslovně přeje (například starší osoba, která nevidí smysl v dalším životě)?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Nevím
- d) Spíše ne
- e) Ne

13) Souhlasíte s legalizací eutanazie i pro nevléčitelně nemocné děti?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Nevím
- d) Spíše ne
- e) Ne

14) Souhlasil/a byste s provedením eutanazie u těžce postiženého novorozence?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Nevím
- d) Spíše ne
- e) Ne

15) Myslíte si, že má v současné době občan České republiky možnost podstoupit eutanazii v jiné zemi?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

16) Pokud jste v předchozí otázce odpověděl/a „Ano“, uveďte zemi, která to podle Vás umožňuje:

.....

Anotace práce

Jméno a příjmení:	Bc. Tomáš Füst
Katedra:	Katedra antropologie a zdravotní vědy
Vedoucí práce:	Mgr. Andrea Preissová Krejčí, Ph.D.
Rok obhajoby:	2018

Název práce:	Eutanazie z pohledu studentů a seniorů
Název v angličtině:	Euthanasia from the point of view of students and seniors
Anotace práce:	<p>Tato teoreticko-empirická diplomová práce zkoumá názory a postoje k eutanazii mezi studenty a seniory. Eutanazie je v aktuální době hodně diskutované téma. Objevuje se řada zastánců, kteří jsou pro její zavedení, ale i odpůrců, kteří s ní zásadně nesouhlasí. Teoretická část práce vysvětluje základní pojmy eutanazie, její historii a hlavní argumenty zastánců a odpůrců, ale také pohled na eutanazii v České republice z legislativního hlediska. Další kapitola přináší informativní přehled o tom, jak je to s eutanazií v některých zemích světa. Také je zde zmíněna paliativní péče a hospice. Empirické šetření je zaměřeno na realizaci kvantitativního výzkumu formou dotazníků u dvou skupin obyvatel: studentů a seniorů. Cílem výzkumu je zjistit, zda se liší názory a postoje vůči eutanazii mezi studenty a seniory. Z výsledků vyplývá, že většina studentů i seniorů je pro legalizaci eutanazie, nicméně v řadě věcí se jejich názory a postoje liší. Analýza dat je pro vizualizaci zachycených jevů doplněna grafy a tabulkami.</p>

Klíčová slova:	Eutanázie, pasivní a aktivní eutanázie, paliativní medicína, smrt, umírání, postoje, senioři, studenti
Anotace v angličtině:	This theoretical-empirical dissertation examines the views and attitudes towards euthanasia among students and senior citizens. Euthanasia is a widely discussed subject at this time. There are a number of supporters who are in favor of it, but also those who disagree strongly. The theoretical part explains the basic concepts of euthanasia, its history and the main arguments of the supporters and opponents, as well as the view of euthanasia in the Czech Republic from the legislative point of view. The next chapter provides an informative overview of how euthanasia is in some countries around the world. Also mentioned is palliative care and hospice care available. The empirical survey focuses on the results of quantitative research through a questionnaire to two groups: students and seniors. The aim of the research is to find out whether opinions and attitudes towards euthanasia differ between students and the elderly. The results show that most students and seniors are for legalizing euthanasia, but in a number of cases their opinions and attitudes differ. Data analysis is accompanied with charts and tables for visualization of pertinent observations.
Klíčová slova v angličtině:	Euthanasia, passive and active euthanasia, palliative medicine, death, dying, attitudes, seniors, students
Přílohy vázané v práci:	4
Rozsah práce:	98 stran
Jazyk práce:	Český jazyk