

Univerzita Hradec Králové

Filozofická fakulta
Ústav sociální práce

Eutanazie z pohledu sociálního pracovníka a veřejnosti

Bakalářská práce

Autor: Tereza Lisá
Studijní program: B6731 - Sociální politika a sociální práce
Studijní obor: Sociální práce ve veřejné správě
Vedoucí práce: JUDr. Miroslav Mitlöhner, CSc.



Zadání bakalářské práce

Autor:	Tereza Lisá
Studium:	U16061
Studijní program:	B6731 Sociální politika a sociální práce
Studijní obor:	Sociální práce ve veřejné správě
Název bakalářské práce:	Eutanazie z pohledu sociálního pracovníka a veřejnosti
Název bakalářské práce AJ:	An Euthanasia from a social worker and a random person point of view

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

Obsahem bakalářské práce je popsat a vysvětlit pojem eutanazie a asistovaná sebevražda a objasnění jaké jsou její alternativy v podání paliativní a hospicové péče a jaké jsou podmínky pro umírání doma a fáze umírání. Práce se bude zabírat historií eutanazie, fungováním a právní úpravou eutanazie v jednotlivých evropských zemích, kde již eutanazie je legalizovaná a zda by bylo možné zařadit zákon o důstojném umírání do našeho právního řádu a jaké již byly pokusy o legalizaci u nás. Bakalářská práce si klade za otázku, jaké jsou důvody pro a proti eutanazii. Cílem praktické části bude, porovnat a zjistit, jaký je rozdíl ve vnímání eutanazie z pohledu sociálního pracovníka a veřejnosti, zejména zjistit, zda veřejnost ví o možnostech a způsobu léčby nevléčitelných nemocí a za jakých podmínek by eutanazii legalizovali a jestli jsou vůbec pro zavedení eutanazie u nás. K naplnění cíle praktické části práce bude použita metoda kvantitativní výzkumné strategie formou dotazníků. Celý průzkum bude proveden v Praze.

Vozár J.: Eutanázia, právne aspekty, Pezinok, nakl. Formát, 1995
Munzarová M.: Eutanazie, nebo paliativní péče? Praha, Grada Publishing, 2005
Loučka M.: Eutanazie. Víme, o čem mluvíme? Praha, Cesta domů 2015
Kerecman, P.: Eutanázia, asistovaná samovražda právne aspekty. Eurounion, Bratislava, 1999

Garantující pracoviště:	Ústav sociální práce, Filozofická fakulta
Vedoucí práce:	JUDr. Miroslav Mitlöhner, CSc.
Oponent:	Mgr. Jan Hloušek, Ph.D.
Datum zadání závěrečné práce:	29.6.2018

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala samostatně pod vedením vedoucího bakalářské práce a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu.

V Praze dne 11. 4. 2019

Tereza Lisá

Poděkování

Děkuji vedoucímu bakalářské práce, JUDr. Miroslavu Mitlöhnerovi, CSc., za odborné rady, konzultace a veškerou pomoc při vypracování této práce

Abstrakt

LISÁ, Tereza. *Eutanazie z pohledu sociálního pracovníka a veřejnosti*. Praha, 2019. 77 s. Bakalářská práce. Univerzita Hradec Králové, Ústav sociální práce.

Vedoucí práce: JUDr. Miroslav Mitlöhner, CSc.

Ve své bakalářské práci se zabývám problematikou eutanazie z pohledu sociálního pracovníka a veřejnosti. V první kapitole definuji pojmy eutanazie a asistovaná sebevražda, ale také ne příliš známý pojem předem vyslovených přání. Následně se krátce zmíním o eutanázii z historického pohledu a také legislativu ve vybraných zemích, kde jsou legalizované různé formy eutanazie. Ve třetí kapitole jsou definovány pojmy hospicová a paliativní péče. Mezi další kapitoly je zařazena i otázka jakou roli hrají v této oblasti sociální pracovníci. V neposlední řadě je uvedena i kapitola zabývající se dosavadními návrhy k zákonu o důstojné smrti.

Ve výzkumné části jsem použila metodu kvantitativního výzkumu formou dotazníkového archu. Dotazovaných respondentů bylo celkem 309, rozděleny na pracovníky sociálních služeb a veřejnost. Prvních 6 otázek se týkalo identifikačních údajů a následovaly konkrétní otázky na téma legalizace eutanazie. Konkrétní výzkumné otázky mířily vždy na obě posuzované skupiny a týkají se otázek na vztah české široké veřejnosti a pracovníků sociálních služeb k možnosti legalizace eutanazie. Mezi další otázky, které mě zajímaly, patří například náboženské vyznání respondentů, zda respondenty nějak v názoru na eutanazii ovlivnila jejich zkušenost s osobou nevyлéčitelně nemocnou nebo jestli v případě možnosti by zvolili hospicovou péči před možností eutanazie.

Klíčová slova: eutanazie, paliativní péče, hospicová péče, sociální pracovník, umírání

ABSTRACT:

LISÁ, Tereza. *An Euthanasia from a social worker and a random person point of view*. Prague, 2019. 77 p. bachelor thesis. University Hradec Králové, Institut of social work.

This bachelor thesis focuses on euthanasia from the social worker and public person point of view. There are definitions of euthanasia, assisted suicide and concept of spoken word within the first chapter. The history of euthanasia follows together with legislation of selected countries, where the euthanasia is fully or partially allowed. The third chapter defines hospice and palliative care as well as the role of social workers within the hospice and palliative care. The following chapter deals with current (or past) proposals for introduction of the right to a dignified death.

The practical part of this bachelor thesis is using the quantitative research technique based on questioners. There were 309 respondents, either social workers or public persons. The first six questions identifies the responder, following with questions dealing with euthanasia legalization. Some questions are also asking about responder's religion or whether the responder has some experience with incurable disease and if yes if it influences his/her opinion about euthanasia. One of question also asks whether hospice care would be preferred option than an euthanasia in case the dying people could choose.

Key words: euthanasia, palliative care, hospice care, social worker, dying

Obsah

Úvod.....	8
1 Vymezení pojmu eutanazie.....	10
1.1 Formy eutanazie.....	11
1.2 Asistovaná sebevražda.....	11
1.3 Předem vyslovená přání.....	12
2 Historický exkurz.....	14
2.1 Eutanazie v nacistickém Německu.....	14
2.2 Úprava eutanazie v Evropě.....	14
2.2.1 Švýcarsko.....	15
2.2.2 Nizozemsko.....	15
2.2.3 Belgie.....	16
2.3 Eutanazie v mimo evropských zemích.....	16
2.3.1 Oregon.....	16
2.3.2 Stát Washington, Montana.....	17
3 Paliativní a hospicová péče.....	18
3.1 Paliativní péče.....	18
3.2 Místa výkonu paliativní péče.....	19
3.2.1 Paliativní péče doma.....	19
3.2.2 Paliativní péče v nemocnicích.....	20
3.2.3 Paliativní péče v lůžkových hospicích.....	20
3.3 Hospicová péče.....	21
3.4 Formy hospicové péče.....	22
3.4.1 Mobilní (domácí) hospice.....	22
3.4.2 Stacionární hospicová péče.....	23
3.4.3 Lůžková hospicová péče.....	23
3.5 Postavení sociální pracovníků a jejich úkoly.....	23

3.5.1	Role sociálního pracovníka.....	24
3.5.2	Postavení sociálního pracovníka.....	24
3.5.3	Úkoly sociálního pracovníka	25
3.6	Vnímání smrti a její fáze	25
3.6.1	Fáze umírání	26
3.7	Autonomie člověka	27
3.8	Spiritualita.....	28
3.8.1	Pastorační péče	28
4	Vybrané právní a sociální názory na eutanazii	29
4.1	Etický kodex české lékařské komory.....	29
4.2	Eutanázie v trestním zákoníku	29
4.3	Ekonomický pohled na umírání	30
4.4	Návrh zákona o důstojné smrti.....	31
4.5	Argumentace pro a proti eutanazii	32
4.6	Křesťanství a eutanázie	34
5	Metodická část.....	35
5.1	Definování výzkumných otázek.....	35
5.2	Metodologie výzkumu	36
5.3	Výběr respondentů	36
5.4	Předvýzkum.....	36
6	Výsledky výzkumu	37
6.1	Vyhodnocení otázek z dotazníků	37
6.2	Shrnutí výsledků výzkumu.....	65
	Seznam literatury	70
	Seznam tabulek.....	74
	Seznam grafů	76
	Seznam příloh	78

Úvod

Téma mé bakalářské práce, které jsem si vybrala si myslím, že je v dnešní době velmi aktuální, populace stárne a lidí na zemi je stále více. Zdravotní technologie jde sice kupředu, ale i tak stále nedokáže vyléčit nebo předejít nemocím či fázím života, které jsou nevyhnutelné. Člověk již od pradávna toužil po nesmrtelnosti, ale podle mého mínění celá tato touha pramení ve strachu a nevědomosti z toho co přijde, až tu jednou nebude. Možné jsou také obavy, co se stane s jeho pozemskou tělesnou schránkou, ale nastává i otázka, co se stane s jeho duší.

Jak jsem se již zmínila, medicína není všemocná, ačkoli se k téměř všemocnosti blíží a je otázkou času, čeho všeho se my, naše děti, nebo děti jejich dětí dočkají. Já však zastávám názor, že naše působnost na zemi je omezená a jedinou jistotu, kterou máme, je smrt. Měli bychom o ní mluvit připravit se na tento okamžik, protože jednou přijde. Myslím si, že společnost začíná pomalu měnit a téma smrti již není zcela tabu, ale i přesto si myslím, že jako vyspělý stát bychom si měli brát příklad z jiných vyspělých zemí a pokusit se je následovat, učit se z jejich nezdarů a brát si příklad z jejich úspěchů.

V dalších bodech mé práce uvedu příklady zemí, které již eutanázii mají zakotvenou v zákonech. Můžeme se podívat, jak a kde funguje eutanazie a vzít si z nich ty dobré a špatné příklady. Země jako například Švýcarsko, bývá kritizováno, že provádí turistiku smrti.

Jako hlavním důvodem, proč jsem se rozhodla pro téma eutanazie je moje dobrovolnická činnost na oddělení geriatry ve Všeobecné fakultní nemocnici v Praze. Když jsem se účastnila školení v organizaci Lékořice, musela jsem se rozmyslet, zda chci pracovat s dětmi nebo se seniory. Moc dlouho jsem neváhala a rozhodla jsem se pro seniory, neboť si myslím, že se na staré nemocné lidi, kteří jsou upoutáni na lůžka leckdy již v poslední fázi života, se zapomíná. Často jsem slyšela od pacientů, že už tu nikoho nemají, že už nemají pro koho žít a jediné co chtějí je už umřít. Jejich život jim nedával smysl.

I na základě mých zkušeností z nemocnice jsem si stanovila jako cíl mé závěrečné práce objasnit pojmy eutanazie, asistovaná sebevražda a pohled na hospicovou a paliativní

péči a více se zamyslet nad chápání veřejnosti a jejich úsudků o těchto tématech, zda vlastně vědí, jaké jsou možnosti a rozdíly v této terminologii a posoudit to s názory pracovníků v oblasti sociální práce, kteří jsou v každodenním kontaktu s lidmi, kteří by nad ukončením svého života uvažovali nebo uvažují.

Jsem si vědoma, že problematika eutanázie je velmi obsáhlá a zabývá se jí několik vědeckých oborů, jako je lékařství, náboženství, etika, právo, sociální práce a v neposlední řadě i ekonomie. Ráda bych do každé oblasti pronikla a zdůvodnila pro a proti argumentaci na eutanázii.

Závěrem mé práce v metodické části bych ráda pomocí dotazníků provedla průzkum ze dvou skupin občanů tj. veřejnost a oblast sociálních pracovníků, jak vnímají a jaké jsou jejich postoje k problematice eutanázie. Následně bych chtěla posoudit, zda se názor sociálních pracovníků liší, jakožto lidí, kteří mají k problematice eutanázie pracovníě blíže než laická veřejnost

1 Vymezení pojmu eutanazie

Úplně na začátek bych chtěla uvést slovo eutanázie a jeho vznik. Myslím si, že se o tomto pojmu mluví mezi veřejností velmi často, aniž by lidé věděli přesné vymezení, o čem mluví. Možná nevědomost a špatná interpretace může vyvolat spoustu otázek k pojmu eutanazie a asistovaná sebevražda. Proto bych se v následujících kapitolách ráda věnovala objasnění těchto dvou pojmů a rozšíření chápání slova eutanázie další možnosti eutanázie.

Slovo eutanazie vychází z řeckého slova *euthanasia* a znamená dobrou či krásnou smrt. Již v antice se řešilo co je to vlastně dobrá smrt a tyto názory se často rozcházely. Jak uvádí Loučka (2015) *eu-thanasia*, dobrá smrt, vždy nějak odpovídala představám o tom, co znamená dobře žít, *eu-zein*. Můžeme tedy konstatovat, že od dob antiky se dobrý život pojil s pohledem na dobrou smrt, umírání.

Zatímco však v antice se dobrá smrt spojovala se smrtí, která byla provázena hrdinským činem nebo smrtí v boji s nepřítelem dnes se pojem eutanázie používá v mnohem užším významu a označuje se tím lékařské ukončení života těžce nemocného člověka na jeho vlastní žádost (Loučka, 2015).

Podle Munzarové (2005, s. 49), která se ztotožňuje s holandskou definicí je eutanazie: „*úmyslné ukončení života člověka někým jiným než člověkem samotným (=lékařem), na jeho vlastní žádost.*“ Pro úplnost je však potřebné dodat i definici pro úmysl zabít tzv. pasivní eutanazie. „*Eutanazie je úmyslné zabití člověka, ať již aktivním nebo pasivním způsobem, nějakým jiným než člověkem samotným (=lékařem) na jeho vlastní žádost.*“

Jako nejčastější důvody proč lidé volí eutanazii je především bolest a utrpení fyzické, ale mezi další důvody, které lidé uvádějí je:

- Pocit osamělosti
- Pocit, že jsou obtíží pro ostatní
- Pocit ztráty smyslu života
- Strach z umírání a ze smrti

1.1 Formy eutanazie

Abychom se lépe orientovali v problematice pojmu eutanazie, rozdělila bych ji do několika skupin, tak jak bývá nejčastěji v různých literaturách dělena. Rozlišujeme tedy následné formy eutanazie:

- **Vyžádaná eutanazie** – k eutanazii dojde na základě vlastní žádosti pacienta
- **Nevyžádaná eutanazie** – eutanazie člověka, který ještě nebo již není schopný vyjádřit své přání
- **Nedobrovolná eutanazie** – eutanazie bez ohledu na názor pacienta, ale v jeho prospěch, může znamenat totéž co vražda. Podle Virta (2000) se tím může rozumět usmrcování lidí, kteří nejsou schopni rozlišovat mezi životem a smrtí (nevléčitelně nemocní) a následkem nemoci již nemohou o sobě odpovědně rozhodovat.
- **Aktivní eutanazie** – (přímá) lékař záměrně usmrtí pacienta (killing) např. podání jedu
- **Pasivní eutanazie** - (nepřímá) lékař ponechá pacienta zemřít (letting die) tím, že přeruší léčbu a to na jeho žádost. Pacient léčbu odmítne a dále nechce podnikat další kroky v léčbě. Jde zejména o nepodání léků, které by jinak prodloužily život pacienta a tím se urychlí umírání. (Zimek, 1995)

Může se zdát absurdní polemizovat mezi aktivní a pasivní eutanazií, protože výsledkem obou případů je smrt. „ *A smrt je smrt, ať už v důsledku aktivního usmrcení, nebo pasivního „nechat zemřít“.* (Singer, 1994 cit. dle Virt, 2000, s. 24)

1.2 Asistovaná sebevražda

O asistované sebevraždě se mluví také jako o „milosrdné smrti“ a jedná se o další způsob eutanazie tzv. lékařsky asistovanou sebevraždu neboli také sebeusmrcení pacienta za asistence lékaře.

Asistovaná sebevražda se považuje jako morálně přijatelnější, jelikož lékař není sám ten, co pacienta usmrtí, ale jen mu poskytne lék a pacient si sám vybere, jestli ho použije nebo ne.

Také v médiích jsme v nedávné době mohli zaznamenat příběh 104 letého australského vědce, který se rozhodl svůj život ukončit pomocí asistované sebevraždy ve Švýcarsku, kde mu byla aplikovaná infuze s látkou Nembutal, tento proces však musel spustit tlačítkem sám a od té doby to do usmrcení trvalo 20 minut. Stejně tak jako u nás není v Austrálii legalizovaná jakákoliv forma eutanázie (ct24.cz, 2018)

Počet zemí kde je asistovaná sebevražda legalizovaná:

- USA – pouze několik států (Oregon, Washington, Vermont, Kalifornie)
- Švýcarsko od roku 1942
- Kanada od roku 2016
- Německo – omezeně a není právně ošetřeno. Nejsou legalizované organizace pro vykonávání činnosti, avšak lékař není trestně postihnutelný, poskytne-li asistovanou sebevraždu (Loučka, 2015)

Švýcarsko je jedinou zemí, kde je možné přicestovat z jiné země a vykonat na zdejších klinikách tento úkon.

1.3 Předem vyslovená přání

Ačkoli v České republice, není legalizovaná jakákoliv forma eutanázie, je možné využít možnosti institutu předem vyslovených přání, který v ČR funguje od roku 2001. Loučka definoval dříve projevená přání jako: “ *projev vůle pacienta, jakou léčbu si do budoucna přeje nebo nepřeje, pokud by ztratil schopnost rozhodování. Je upraveno platnými českými zákony.* “(Loučka, 2015, s. 18)

Stačí, když pacient napíše požadavek a pak ho nechá úředně ověřit. Lékaři by se tímto rozhodnutím měli řídit. Jedná se však o relativně novou záležitost a velmi malá část veřejnosti o ní ví. Zatím neexistuje žádná databáze, proto je důležité, aby pacient svoji žádost předal lékaři nebo ji měl neustále u sebe.

Podle Matějky (2011) problematika projevených přání v České republice zatím nejasná a to už jen názvoslovím. Nejprve se používal termín „pacientova závěť“ od toho se upustilo z důvodu zažitého jiného významu tohoto slova. Další náměty byly například „poslední pořízení vyjadřované předem“ (Munzarová in Matějka, 2011) či „předběžné stanovisko pacienta k druhu poskytované péče“ (Lajkep in Matějka, 2011) nebo dokonce jako termín „NR- nerescitovat“ (Hašková in Matějka, 2011). Nakonec se přiklonilo k výrazu „projevit se“, protože více zdůrazňuje přání pacienta.

Mach uvádí, že pokud pacient uvede přání „DNR“ tedy neresuscitovat a upadne do kómatu, musí být jeho přání vyslyšeno a tudíž nepodstupovat další léčbu o záchranu jeho života. Jako příklad můžeme uvést bývalého prezidenta USA R. Nixona, který projevily dříve vyslovené přání – DNR – a po mozkové mrtvici nebyl udržován v umělém spánku a pokojně zemřel. (Mach in Ptáček, 2012)

2 Historický exkurz

2.1 Eutanazie v nacistickém Německu

Začátky novodobé historie eutanázie v Německu můžeme datovat do první poloviny 20. století, kdy se postupně k moci dostávají nacisté potažmo A. Hitler. Vědečtí pracovníci a badatele postupují podle učení Darwina a začínají se obávat degradace lidské rasy. Proto se snažili prosazovat nový druh hygieny tzv. rasovou hygienu. Hitler měl s tímto konceptem velký úspěch a v roce 1930 byl za to oceněn jakožto první politik prosazující budování rasové hygieny a byl titulován „lékařem německého národa“. Jelikož se nacistická ideologie šířila velmi rychle a bez ohledu na vzdělání jí podlehl téměř celé Německo (Munzarová, 2005).

Podle svědectví lékaře Karla Branta, který byl Hitlerovým osobním lékařem, vše vyústilo, když otec slepého dítěte, kterému chyběla jedna noha a část ruky, požádal Hitlera o ukončení života jeho syna, Hitler nařídil, aby se dítě zbavil. Od roku 1939 se vedla evidence narozených dětí, u kterých se projevovala podezření na postižení, ač tělesná tak i psychická. Část dětí byla posílána do „speciálních dětských klinik“, kde však našli smrt vyhladováním nebo aplikací smrtící injekce.

Eutanázie u dospělých osob byla zdůvodněna uvolněním lůžek v nemocnicích z důvodu začínající války, aby bylo kam umístit poraněné vojáky. Lidé byli zabití pomocí plynu, ale také vyhladováním a neposkytnutím léků. Dnes již můžeme konstatovat, že program eutanazie a konečného řešení je odstrašující případ a měli bychom proto pečlivě zvažovat, jak právně ošetřit legalizaci eutanazie (Munzarová, 2005).

2.2 Úprava eutanazie v Evropě

V Evropě není příliš zemí, které se rozhodly pro legalizaci eutanazie. Možná i proto se o Švýcarsku traduje, že se tam jezdí za „turistikou smrti“. Lidé by tam jezdit nemuseli, kdyby jim jejich země umožnila svobodně rozhodnout, jak si přeje se svým životem naložit. Některé země si jasně stanovily, za jakých okolností lze o eutanazii požádat. Například v Belgii můžeme sledovat tzv. efekt „kluzkého svahu“, kdy se stanovilo, že eutanazie se bude provádět jen osobám v případě nesnesitelného utrpení a nevléčitelných

nemocí. Praxe se ukázala však taková, že se eutanazie prováděla i u pacientů, kteří nemají nevyléčitelné nemoci (European Institute of Bioethics, 2012, cit. Loučka 2015).

2.2.1 Švýcarsko

Švýcarsko patří mezi nejvíce otevřené země, které podporují eutanazii v podobě asistované sebevraždy. Existují zde organizace, u kterých si můžeme za poplatek svojí smrt objednat, jedná se o organizaci Exit a Dignitas. Jedná se o jedinou zemi, kde může umírajícímu pomoci lékař i laik. Dle švýcarské úmluvy se nejedná o trestný čin, pokud osoba pomůže při sebevraždě a nejedná-li z egoistických zájmů, tímto se odvolávají na zákon z roku 1942. Nemocný před smrtí musí vykonat nezbytné úkony. V praxi to vypadá tak, že člověk přijde do již zmíněných organizací a podepíše žádost o asistovanou sebevraždu. Celý tento proces probíhá v sídle společnosti. Pacient je ubytován, a u jeho posledních chvil může být celá jeho rodina. V kalíšku s vodou je rozpuštěna smrtící látka, tu pacient sám vypije nebo mu je zavedena sonda do žaludku, nemůže-li ze zdravotního důvodu sám látku vypít (eurozpravy.cz,2017).

2.2.2 Nizozemsko

Zákon o ukončení života na žádost a asistovaná sebevražda vstoupil v platnost 1. 4. 2002 a stává se první evropskou zemí, která legalizuje eutanazii pro ty, kteří jsou nevyléčitelně nemocní, lékaři proto nemohou být trestně stíhaní, pokud provedou tento akt, musí si však důkladně ověřit na základě pacientovi žádosti o vyvolání smrti, že se jedná o akt dobrovolný a že neexistuje žádná možnost zlepšení jeho zdravotního stavu, legislativa taktéž jako v Belgii umožňuje asistovanou sebevraždu u nezletilých pacientů (Berka, V., Sum, T., 2005).

Od roku 2012 mohou podstupovat eutanazii doma nikoli jen v nemocnicích. K tomuto účelu jsou zřízeny mobilní lékařské týmy. Aby nedocházelo ke zneužívání ze strany lékařů, je založena komise, která kontroluje, zda byly dodrženy všechny postupy dle zákona.

2.2.3 Belgie

Právní úprava eutanazie se v Belgii datuje k 25. 10. 2001 a podmínky pro beztrestnost lékařů v zásadě odpovídají těm Nizozemským.

- Pacient je zletilý a způsobilý k právním úkonům
- Opakující se požadavek na ukončení života
- Žádost musí být podepsána osobně před lékařem
- Jeho zdravotní stav je neléčitelný
- Informovanost pacienta o jeho diagnóze

Belgie je jedinou zemí na světě, kde smí o asistovanou sebevraždu požádat i dítě mladší 12 let. Nezletilý pacienti mohou od roku 2014 požádat o asistovanou sebevraždu a to důvodů závažných a nevléčitelných nemocí. Dítě musí samo o eutanazii zažádat a následně být posouzeno lékařem a psychologem (idnes.cz, 2016).

2.3 Eutanazie v mimo evropských zemích

2.3.1 Oregon

Ve státě Oregon byl legalizován zákon o důstojném umírání roku 1997, za určitých okolností umožňuje tzv. asistovanou sebevraždu lékařem. Pacient musí být v akceptovatelném psychickém stavu, aby chápal důsledky jeho rozhodnutí. Svoji žádost podává dvakrát ústně a jedenkrát písemně před dvěma svědky. Celý proces eutanazie provádí dva lékaři a smrtící látku si pacient aplikuje sám (Kutnohorská, 2007).

Podmínky asistované sebevraždy:

- Pacient musí podat v rozmezí 15dnů třikrát po sobě žádost k svému lékaři
- Jeho písemnou žádost musí potvrdit dva svědci
- Pacient musí být plnoletý a svéprávný
- Obyvatel Oregonu
- Sebevraždu může provést jen pacient svojí rukou
- Lékař musí každý případ asistované sebevraždy ohlásit příslušnému ministerstvu, úřad bude následně údaje analyzovat a ověřovat

- Lékař smí předepsat smrtící látku pouze v případě, že si je jistý tím, že by pacient do šesti měsíců zemřel. Předtím, než je mu nabídnuta možnost asistované sebevraždy, musí být pacient informován i o jiných možnostech léčby např. umělý spánek, tlumící léky

Statistiky uvádějí, že mezi lety 1998-2007 zvolilo tento způsob ukončení svého života 341 pacientů. Nejčastěji a to v 82% se jednalo o pacienty s nějakou formou rakoviny, 86% pacientů bylo již v hospicové péči. Jako nejčastější důvod, proč pacienti volí možnosti asistované sebevraždy je „ztráta autonomie“ dále uvádějí, že „nejsou schopni dělat věci, které jim dělají radost ze života“ a v neposlední řadě je to „ztráta důstojnosti“. V roce 2011 se počet pacientů, kteří ukončili svůj život asistovanou sebevraždou, navýšil na 525. (Pierce a Randels in Vácha a kol., 2012)

2.3.2 Stát Washington, Montana

Jedná se o druhý a třetí americký stát USA, kde byla legalizována asistovaná sebevražda a to v roce 2008 ve Washingtonu. V Montaně je legalizovaná od roku 2009.

3 Paliativní a hospicová péče

3.1 Paliativní péče

Cílem této kapitoly je seznámit se s pojmem paliativní a hospicová péče a jaké jsou jejich formy a rozdíl na jaké cílové skupiny míří. Jaké mají zásady a jak postupují v práci s pacientem. Po přečtení této kapitoly bychom měli lépe chápat, proč pracovníci těchto služeb nesouhlasí s legalizací eutanazie.

Paliativní medicína se více začala rozvíjet v druhé polovině dvacátého století. Hlavním důvodem rozmachu tohoto oboru bylo především prodloužení věku dožití a také velký pokrok v moderní medicíně. Paliativní medicína, tak znovu otevřela otázku, jak zkvalitnit život člověka, který je nevléčitelně nemocný?

„Paliativní péče je komplexní, aktivní a na kvalitu života orientovaná péče poskytovaná pacientovi, který trpí nevléčitelnou chorobou v pokročilém nebo terminálním stádiu. Cílem paliativní péče je zmírnit bolest a další tělesná a duševní strádání, zachovat pacientovu důstojnost a poskytnout podporu jeho blízkých“ (Špinková, Špinka, 2004, s. 11)

Význam slova paliativní pochází s latinského slova *pallium* (maska, pokrytí, zakrytí pláštěm) a cílem je doslova *„maskovat účinky 'neléčitelné' choroby a zakrýt pláštěm ty trpící, kteří nemohou být ponecháni v chladu tehdy, pokud jim nemohlo být pomoci léčbou kurativní.“* (Munzarová, 2005, s. 62)

Principy paliativní péče podle Špinkové a Špinky:

- a) chápe umírání jako součást života a souhlasí s tím, že člověk na konci života prožívá všechny fyzické, psychické, sociální i duchovní aspekty individuálně
- b) chrání důstojnost nemocného člověka a důraz je kladen na kvalitu života
- c) vychází z přání pacienta a jeho rodiny
- d) tlumí a ulevuje od bolesti v závěrečných stádiích nemoci
- e) propojuje spolupráci s oblastí psychologie, sociální a spirituální
- f) v poslední fázi umírání umožňuje pacientovi být se svojí rodinou

- g) pomáhá zvládat náročné období během nemoci, ale i po smrti ostatním členům rodiny pomocí psychologické péče
- h) neustálé zvyšování kvality paliativní péče a zvedání nároku pacienta na tuto péči

Část veřejnosti si myslí, že paliativní péče je alternativa k eutanazii, Loučka však toto myšlení vyvrací a konstatuje, že: *„Na rozdíl od eutanazie však není odpovědí zkratkovitou, ale snaží se pomoci nemocným a jejich rodinám, aby i přes břímě nemoci dokázali využít čas, který jim společně zbývá. Zkušenosti z hospiců a ambulancí paliativní péče ukazuje, že tento čas nemusí být jen čekáním na smrt, ale může být hlubokým a svým způsobem krásným obdobím, kdy se obracíme k tomu, co má v našich životech opravdu smysl.“* (Loučka, 2015, s. 41)

K tomu dodává Firthová, že na paliativní péči je důležité pohlížet nejen jako na práci s nemocným, ale rovněž také péče o pozůstalé. Mezi služby poskytované pozůstalým patří individuální návštěvy, skupinová setkání nebo telefonní kontakt, jako velmi zajímavý způsob připomínky na zemřelé jsou vzpomínkové slavnosti. (Firth P., Luff G., Oliviere D., 2007)

3.2 Místa výkonu paliativní péče

3.2.1 Paliativní péče doma

Z hlediska psychosociálního se jedná o nejlepší formu paliativní péče. Z výzkumů, které probíhali na téma umírání jasně ukazuje na to, že si respondenti přejí zemřít doma a jedná se o jejich představu dobré smrti. Podle Markové (2010) je důležité pro poskytování domácí paliativní péče splňovat následující:

- Rodina – alespoň jeden člen musí být schopen zajistit celodenní péči o nemocného
- Nemocný musí s formou této péče souhlasit
- Tým lékařů/odborníků – musí být schopen 24 hodin a 7 dní v týdnu řešit náhlé vzniklé komplikace a taktéž je jeho prací podpora rodin a těžkých životních situacích.

Ačkoli je tento typ péče jako nejvyhledávanější, znalost praktických lékařů o tom jak mají léčit a tlumit bolesti a jak pracovat s nemocnými v poslední fázi života je nedostačující, stejně tak jako nedostatek agentur zajišťující ošetrovatelskou péči. Velmi často se setkáváme s případy, kdy si pacient přeje zemřít doma v rodinném prostředí, ale v případě komplikací je převezen do nemocnice, kde následně umírá.

3.2.2 Paliativní péče v nemocnicích

Špinková, Špinka (2004) uvádějí, že více než 75% občanů České republiky, nechtějí zemřít v nemocnicích či léčebnách dlouhodobě nemocných a domovech důchodců. Realita, ale ukazuje, že 75% lidí právě v takových zařízeních umírá.

Umírání v nemocnicích již dávno není fenoménem doby, během několika dekad se zdravotnictví, jako obor, velmi zmodernizovalo. Jako jeden z problémů kvalitní péče poskytovaných v nemocničních zařízeních je nedostatek kvalifikovaného personálu. Ideální poměr nelékařského personálu k počtu pacientů je 1:3. (Marková, 2010)

Mezi další faktory, které mají vliv na paliativní péči v nemocnicích, patří:

- Včas rozpoznat, kdy je již třeba rozhodnout pro postup paliativní péče
- Kvalita vzdělání lékařů a sester v oblasti paliativní medicíny
- Práce více oborů v jedné problematice – multidisciplinární tým
- Týmová komunikace
- Komunikace s pozůstalými

3.2.3 Paliativní péče v lůžkových hospicích

Hospice a jejich rozvoj datujeme od šedesátých let 20. století ve Velké Británii, kdy tyto specializované pracoviště poskytovaly lůžkovou péči a umožňovaly pobyt nemocného i s jeho rodinou. V zařízeních pracují kvalifikovaní vysoce proškolení pracovníci, kteří umí nejlépe pomoci a poradit po stránce fyzické i psychické poskytují tak tu nejdůležitější podporu. V USA a Kanadě nabízí většina hospiců jen domácí péči. V České republice se do povědomí vžil koncept lůžkových oddělení, která řadíme do zdravotně sociální zařízení. Hlavním úkolem hospiců je péče o umírající a napomoci k dobrému umírání. Důležité je

řící, že nemusí každý pacient umístěný do hospice zemřít. Přibližně jedna třetina nemocných se po zlepšení zdravotního stavu vrací do domácí péče. (Marková, 2010)

3.3 Hospicová péče

Podle Matouška je hospicová péče definována jako: „*Forma komplexní ústavní péče založená na paliativní medicíně, navíc zohledňující psychické, duchovní a vztahové potřeby pacienta. Klade důraz na kvalitu života a zahrnuje i péči o jeho blízké. Do popředí se dostávají potřeby psychické a duchovní.*“ (Matoušek, 2003, s. 77-78)

První hospice byly k nalezení již v Říši římské, sloužily však jinému účelu a to především k odpočinku pocestných, porodům, nebo přechodnému pobytu nemocných, ale i těch, kteří zde umřeli. Novodobá koncepce hospicové péče začala v Londýně a její zakladatelkou je Dr. Cecilie Saundersová, která zprovoznila hospic sv. Kryštofa v r. 1967. Za zakladatelku hospicové péče u nás je považována MUDr. Marie Svatošová, která se v roce 1995 zasloužila o zprovoznění prvního hospice a tím je hospic Svaté Anežky české v Červeném Kostelci.

Abych tedy lépe porovnal rozdíl mezi hospicovou a paliativní péčí, protože tyto dva pojmy se mohou zdát totožné ve svém významu, tak hospicová péče je poskytovaná pouze pacientům v terminální fázi umírání. Není tomu tak, že by v hospicích pacienti pouze čekali na smrt, i zde se využívají prvky paliativní péče. Personál v hospicích dává prostor rodině, která chce trávit čas se svým blízkých, aby mohl prožít poslední své chvíle co možná nejpříjemněji. V hospicích je možné navštěvovat svého blízkého čtyřicet hodin denně.

Do hospicové péče je doporučen pacient:

- Jehož vývoj nemoci ohrožuje na životě
- Který potřebuje paliativní léčbu, ale není potřeba hospitalizace v nemocnici
- U kterého není možná domácí péče
- Který se svévolně rozhodne pro tuto možnost

Podle Marie Svatošové rozdělujeme hospicovou péči na tři fáze:

1. **Období prae finem** – toto období může trvat i několik let, pacient si je vědom, že umírá, příbuzní se vyrovnávají s nevyhnutelnou ztrátou svého blízkého. Pacient v této době ambulantně dochází do hospicové péče.

2. **Období in finem** – krátké období, kdy pacient přichází o psychickou i fyzickou sílu, je slabý a nemá zájem o své okolí. Těžké období i pro příbuzné a vyžadují psychologickou péči.

3. **Období post finem** – rozloučení se zemřelým, vystavení pohřbu, doprovázení pozůstalých podle jejich potřeb u každého jedince může trvat rozdílnou dobu.

3.4 Formy hospicové péče

Každé hospicové středisko je unikátní přesto mají stejný cíl a formy hospicové péče, kterou poskytují. Můžeme tedy dle Svatošové hospicovou péči strukturovat do tří základních forem (Svatošová, 1995):

1. **Mobilní (domácí) hospicová péče**
2. **Stacionární hospicová péče**
3. **Lůžková hospicová péče**

3.4.1 Mobilní (domácí) hospice

První možnou formou hospiců jsou mobilní hospice. O tuto službu mají zájem lidé, kteří nechtějí poslední chvíle života strávit mimo svůj domov a jeho rodina je schopná zajišťovat stejnou péči jako zdravotnický personál. Zdravotníci, psychologové, ale i duchovní do těchto rodin pravidelně dojíždí a předepisují opiáty a léky, které pomáhají uvolnit od nevolností.

Pacient se v domácím prostředí cítí lépe. Známe to asi každý, kdo někdy musel nějaký čas strávit v nemocnici na lůžku, snad každý, by raději zvolil variantu domácí péče. Nutno dodat, že služba mobilního hospice je poskytována za poplatek. Domácí zdravotní péče je formulována v zákoně o zdravotních službách.

Ošetřující práci vykonává zdravotní sestra, které bývají zaměstnány nestátním zdravotnickým poskytovatelem. Domácí péče je hrazena ze zdravotního systému, pokud ji předepíše lékař. K roku 2010 v České republice nabízelo domácí péči 464 pracovišť, ve kterých pracují okolo 3 tisíc odborných zdravotnických pracovníků. (Tomeš a kol., 2015)

3.4.2 Stacionární hospicová péče

Jedná se o formu denního pobytu, kdy pacient ráno přijede do zařízení a večer se opět vrací domu. Převoz zařizuje buď rodina pacienta, nebo hospic. Tento druh péče využívají především pacienti, kteří svoji bolest potřebují tlumit, nedokážou ji sami zvládat nebo si jen o své nemoci chtějí popovídat a naleznout pochopení. Stacionární péče pomáhá i rodinám, které se o nemocné starají a mohou, tak tento čas využít na zajištění svých povinností, které jinak z důvodu vytížení v péči o příbuzného nemohou stihnout. (Svatošová, 2008)

3.4.3 Lůžková hospicová péče

Lůžková péče přichází v případě, že domácí ani stacionární péče nestačí. Není tomu však tak, že zde pacient zemře, je možné, že léčba ho stabilizuje a vrátí se zpět například do domácí péče. Svatošová (1995) uvádí, že lůžková hospicová péče je určena pro nejtěžší případy nemocných, u kterých je třeba použít řadu nejnovějších technologických pomůcek, které pacientovi usnadní jeho obsluhu, např. elektronická lůžka.

Zaměstnanci hospicové péče jsou jednak lékaři, zdravotní sestry, ošetřovatelky, rehabilitační sestry, sociální pracovnice, psycholog, ale i dobrovolníci, kteří jsou nedílnou součástí hospicového, personálního uskupení, a nemělo by se na jejich nezištnou práci zapomínat.

3.5 Postavení sociální pracovníků a jejich úkoly

Ve slovníku sociální práce Matoušek uvádí, že sociální pracovník je osoba vykonávající mimo jiné sociální šetření, dále osoba, která řeší sociálně právní agendu, poskytuje sociální poradenství a sociální rehabilitaci aj. Vymezení pojmu sociální pracovník upravuje zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. (Matoušek, 2003).

Dle zákona dělíme tyto služby:

1. **Sociální poradenství** – poradny poskytují odborné sociální poradenství, může pomoci se zorientovat v systému sociálních dávek, důchodového pojištění a o dalších sociálních službách, které může ve svém okolí využít

2. **Služby sociální péče** – mezi tyto služby považujeme pečovatelskou, odlehčovací službu a také je v nabídce osobní asistence

3. **Služby sociální prevence** – zejména určeny pro jinou cílovou skupinu

3.5.1 Role sociálního pracovníka

Jakou součástí multidisciplinárního týmu, je pracovní náplní sociálního pracovníka (Matoušek, 2005):

1. Koordinace
2. Zastupování pacientů před úřady
3. Doprovázení

3.5.2 Postavení sociálního pracovníka

Role sociálního pracovníka při péči s lidmi v hospicích nebo při výkonu paliativní péče je velmi složitá. Velká nevýhoda je, že sociální pracovník často není u počáteční péče a musí se rychle zorientovat, aby byl pacientovi nápomocen. Myslím si, že stále není dostatečně oceněna působnost této profese, ačkoli sociální pracovník musí mít velký rozptyl vědomostí, silné sociální citění a empatii dále je nutné, aby sociální pracovník měl přehled v dostupnosti volných služeb pro podporu nemocného i jeho rodinu.

Matoušek (2005) uvádí, že by měl být brán velký zřetel při výběru sociálního pracovníka, neboť jeho práce je velmi emočně náročná. Prospěšné by bylo, kdyby sociální pracovník prošel výběrovým řízením a následně byl proškolen a v nácvicích si vyzkoušel vzniklé situace. Následně by jeho pozice měla být uznávanou součástí celého týmu.

3.5.3 Úkoly sociálního pracovníka

Úkoly sociálního pracovníka ve své knize Sociální práce v praxi, definuje O. Matoušek a uvádí, že se musí pracovník seznámit s potřebami pacienta i jeho rodiny. Zanalyzovat emoční, sociální, praktické a finanční potřeby. Mezi přední úkoly je posoudit a schopnost rodiny, jaké jsou jejich možnosti danou situací ustát a nabídnout jim pomoc. Vytváří podmínky pro nemocného i jeho rodinu, aby mohli vyjádřit své pocity. Porozumět etnické a náboženské vlivy, které ovlivňují nebo jsou ovlivňovány terminální nemocí nebo zármutkem. Sociální pracovník si musí všimnout nejzranitelnějších a to především dětí, adolescentů a starých příbuzných. U dětí by mohl předvídat, že je možnost zhoršení prospěchu ve škole. Poskytuje podporu a řeší komunikační problémy a konflikty pozůstalých a měl by nabídnout, aby využili s nemocným čas, který mu zbývá. Radit, asistovat a zajišťovat kontakt s jinými organizacemi vyžaduje-li to situace, také může pomoci s vyřízením dávek. Zařizuje prostředníka v komunikaci mezi úřady, školou, zaměstnavateli a v poslední fázi pozůstalým zprostředkovat potřebnou pomoc. (Matoušek, 2005)

3.6 Vnímání smrti a její fáze

V dnešním moderním a vyspělém světě, kdy medicína dokáže zázraky, vnímáme smrt jako velké tabu a bojíme se o ní i mluvit. Děláme, jako by snad smrt ani neexistovala, je vytvořena jakási idea nekonečného života a při tom jsme zcela vytěsnili pojem umírání. O smrti se nemluví na veřejnosti, před dětmi a raději se vyhýbáme i kontaktu se smrtelně nemocnými. Dokonce slovo smrt nahrazujeme jinými slovy, místo abychom řekli „zemřel“ nahrazujeme slovem „odešel“. Pohltit nás svět moderních technologií, technika, peníze a neuvědomujeme si, že života tady na zemi je časově omezený. Měli bychom si uvědomit, že smrt je součástí života a naučit se o ní mluvit a akceptovat ji. (Heřmanová, 2015)

A čeho se vlastně bojíme, na to odpovídá Loučka, ve své knize Eutanazie víme, o čem mluvíme? Kde popisuje, že se především bojíme utrpení, osamělosti a bezmoci. Strach z bolesti nás proto přivádí na myšlenku eutanazie. Pro část lidí je neakceptovatelné, že přijdou o svou důstojnost a budou jen zátěží pro svou rodinu a blízké a v neposlední řadě je tu opět ten strach z konce. (Loučka, 2015)

Strach je obecně definován jako negativní velmi nepříjemný citový prožitek. Člověk ztrácí kontrolu nad sebou samotným

3.6.1 Fáze umírání

Podle modelu lékařky Kübler-Rossové se můžeme naučit, jak pracovat s umírajícím člověkem. Jednotlivé fáze nemusí jít za sebou, ale mohou se opakovat nebo v jeden den může pacient projít několika fázemi. Ve stejné fázi, jako je nemocný se může ocitnout i pozůstalý a proto je důležitá funkce doprovázení, kterou zastává duchovní, sociální pracovnice, sestra, nebo dobrovolník hospice. Tyto povolání však musí získat nejprve důvěru, aby s pacientem a jeho rodinou mohl dál pracovat a pomoci jim. (Matoušek, 2005)

Rozdělení fází (Kübler-Rossová in Kutnohorská, 2007):

1. Negace, šok, popírání

Fáze, kdy pacienti zavírají oči před samou skutečností. Autorka popisuje nemoc, jako šok. Po vyřčení diagnózy pacient popírá tento stav. Reakce bývají nejčastěji slovy: „Já? To není možné“ Pacient nevěří, že diagnóza byla stanovena správně a dožaduje se často dalších vyšetření. Postupem času se stahuje do izolace.

2. Agrese, hněv, vzpoura

Nemocný cítí zlost vůči téměř všem, lékařům, rodině, zdravím přátelům odmítá jakoukoliv pomoc. Ptá se: „Proč právě já? Proč ne tamten?“ Pacient je plný zloby, jedná se o velmi náročné období pro rodinu, ale i pro ošetřující personál. V této fázi se doporučuje nemocnému naslouchat a jeho nepřiměřené reakce zvládnout.

3. Smlouvání, vyjednávání

Fáze, ve které si pacient uvědomuje svou nemoc, ale začne vyjednávat s „Bohem“ o přidělení více času. Lidé začnou prosit o prodloužení života.

4. Deprese, smutek

Nemocný se vyrovnává s bolestí. Trpí depresivními stavy a bojí se o svou rodinu, jak to tu bez něj zvládnout. Důležitá je podpora rodiny, neboť nemocný si uvědomuje, že ztrácí vše, co miloval.

5. Akceptace, smíření, souhlas

Poslední fáze, kdy už pacient nemá zájem o informace, používá gesta místo slov. Potřebná je podpora rodiny, aby pacient neodcházel z tohoto světa sám. Důležitá je následná pomoc pro rodinu, která se vyrovnává s brzkým odchodem člena rodiny nebo blízkého.

6. Reznice

Tento krok může přijít místo fáze smíření. Stane se tak neúmyslnou chybou doprovázejícího. Elisabeth Kübler-Ross popisuje, že pacienti, kteří nedošli smíření, mají ve tváři zahořklost a v jejich výrazu je marnost.

3.7 Autonomie člověka

Mezi čtyři nejdůležitější principy moderní lékařské etiky patří respekt k autonomii, dobročinnost, neškození a princip spravedlnosti (Beauchamp in Munzarová, 2005)

Nejvíce je však zdůrazňován respekt k autonomii. Autonomie se rozumí: *„schopnost osoby kriticky reflektovat a poté se pokusit přijmout nebo změnit své preference, přání, hodnoty a ideály.“* (Munzarová, 2005, s. 40)

Autonomní model je zdůrazňován především ve spojitosti se smrtí a umíráním, cílem má být odejmout pacienta od strachu z léčby a zbavit pacienta strachu ze ztráty kontroly nad sebou samým, především je důležitá práce s lidskou důstojností. Munzarová (2005) uvádí, že je nutné respektovat člověka v jeho celosti a ošetřovat všechny jeho dimenze, nejlépe tuto nutnost lze předvést v kontextu léčby bolesti.

Celková bolest se skládá z několika složek:

- **Bolest fyzická** – jedná se o bolest, kterou do určité míry umíme popsat a můžeme ji tlumit, bolest se stává snesitelnou
- **Bolest sociální** – spojená se ztrátou a odloučením od rodiny, ztráta postavení, role.
- **Bolest emoční** – obsahuje hněv, smutek, smlouvání, úzkosti
- **Bolest spirituální** – strach z neznáma

3.8 Spiritualita

Spiritualita jako taková, je velmi komplikované téma budeme-li se bavit o vztahu k pomáhajícím profesím, může pomoci k lepšímu pochopení lidí a jejich životní situace, ve které se nacházejí. O spirituální péči o nemocné nemluvíme pouze jen v oblasti křesťanské péče a charakterizujeme ji takto: „*Spirituální péče v širokém slova smyslu rozumíme takové jednání s nemocným člověkem, ve kterém ho respektujeme v jeho jedinečnosti, vnímáme jeho existenciální i ryze duchovní otázky a problémy, doprovázíme ho v jeho obtížích, nemoci, utrpení či umírání a pomáháme mu k lidsky důstojnému prožívání a zvládnutí jeho životní situace až ke smrti a s úctou přitom respektujeme jeho světonázorovou orientaci a jeho potřeby.*“ (Opatrný, 2017, s. 17)

3.8.1 Pastorační péče

Oblast pastorační péče je často špatně interpretována. Především panuje takový chybný názor, že pastorační se rozumí jen práce kněze, nebo jako správcovství farnosti. Pastorační péčí se rozumí soubor čtyř úkolů, které se prolínají:

- Svědectví, hlásání (martyria)
- Služba potřebným (diakonia)
- Liturgie, bohoslužba (leiturgia)
- Péče o společenství (koinonia)

Na rozdíl o spirituální péče se ta pastorační zaměřuje na péči církve o věřící a můžeme ji definovat: „*V širším slova smyslu rozumíme takové jednání s člověkem, ve kterém ho respektujeme v jeho jedinečnosti, přistupujeme k němu z pozice věřících křesťanů, doprovázíme ho v jeho obtížích, nemoci, utrpení či umírání a pomáháme mu k lidsky důstojnému zvládnutí jeho životní situace včetně smrti, a to na jeho dostupné úrovni víry s perspektivou jejího možného rozvoje.*“ (Opatrný, 2017, s. 17)

4 Vybrané právní a sociální názory na eutanazii

4.1 Etický kodex české lékařské komory

Od pradávna zásadou lékařství bylo „léčit a uzdravovat“ a je-li to možné, pečovat o pacienta a nikdy nezabíjet. Každý lékař skládá Hippokratovu přísahu, která zní: „*Nepodám nikomu smrtící látku, i když ji ode mne žádal, a ani nikomu možnost nenavrhnou*“.
(Munzarová, 2005, s. 27) Tato přísaha se stala základem lékařského kodexu, který taktéž nepřipouští eutanazii ani asistovanou sebevraždu, jako možné řešení.

Konkrétně lékařský etický kodex dokument novelizován k 1. 1.1996, §2 odstavec 7 uvádí: „Lékař u nevyлéčitelně nemocných a umírajících účinně tiší bolest, šetří lidskou důstojnost a mírní utrpení. Vůči neodvratitelně a bezprostředně očekávané smrti však nemá být cílem lékařova jednání prodlužovat život za každou cenu. Eutanazie a asistované suicidium nejsou přípustné.“ (Novela stavovského dokumentu, lkcr.cz)

Dále ČLK uvádí, že pracují s úctou k pacientovi a při rozpoznání neodvratného ukončení léčby, nemá dále prodlužovat trápení nemocného, přesto je nepřipustné uvažovat o asistované sebevraždě či eutanazii. Eutanazie i asistovaná sebevražda je nepřipustná za každé situace. V dnešní lékařské péči lze využít celou řadu podpůrných služeb v léčbě bolesti, tak aby nemuselo docházet k usmrcení.

Já si však myslím, že se tím jen prodlužuje čekání na smrt a to s podporou tlumících léků a ten, na jehož názoru záleží primárně, jak chce se svým životem zacházet, by měl být vždy pacient.

4.2 Eutanázie v trestním zákoníku

V dosavadní historii českého trestního práva se speciálně problém eutanázie neobjevuje. Za 1. republiky byly navrženy dvě znění trestního zákona, ta první z roku 1926 předpokládalo jednak usmrcení na žádost, kdy umožňuje snížení trestu tomu, kdo spáchal čin podléhající mimořádnému nátlaku nebo v přechodném omluvitelném mimořádném stavu, a jednak usmrcení ze soucitu, kdy může soud trest mimořádně zmírnit nebo od potrestání upustit v případě, usmrtil-li viník úmyslně jiného ze soucitu, aby uspíšil jeho neodvratnou smrt.

V roce 1937 pak padly návrhy s tím, že by tzv. usmrcení na žádost z útrpnosti mělo být stíháno pouze jako přečin, nicméně tyto návrhy neprošly. V nynější trestněprávní praxi je tak eutanázie de lege lata zpravidla kvalifikována jako trestný čin vraždy podle § 219 odst. 1 zák. č. 140/61 Sb. (www.epravo.cz, 2004) V aktuálně době v České republice žádný zákon neupravuje pojem eutanázie. Proto usmrcení člověka je brán jako trestný čin. Trestným činem je protiprávní čin, který trestní zákon označuje za trestný, to znamená, že vykazuje znaky uvedené v zákoně (Jelínek a kol., 2016).

Eutanázie, jakožto ukončení života na žádost nebo jako jednání k pomoci při sebevraždě, naplňuje dle zákonů České republiky skutkovou podstatu trestného činu proti životu dle ust. § trestního zákoníku se jedná o vraždu, § 143 trestního zákoníku mluví o účasti na sebevraždě. Rozdíl je chápán v tom, že při vraždě je stav definitivní a následuje smrt pacienta a při účasti na sebevraždě je hlavním účastníkem pacient, který ovlivňuje celý proces. (Peterková in Ptáček, 2012)

Jak uvádí Josef Vozár je hlavně důležité, nestavět lékaře do role soudců. Lékař by měl jen vykonávat vůli pacienta a nic jiného mu nepřísluší. Přeje-li si pacient zemřít a ani utěšující léky nezabírají, měl by mít lékař právo zastavit bolest, i když svým jednáním způsobí smrt. Jeho konáním není usmrcení, ale ukončení bolesti (Vozár, 1995)

4.3 Ekonomický pohled na umírání

Je udržitelné neustálé (a často umělé) prodlužování života? Tuto otázku si pokládají nejen filozofové, doktoři, vědci, ale v poslední době více a více běžní lidé. Z ekonomického úhlu pohledu je odpověď jednoznačná – NE. Hodnota lidského života je nevyčíslitelná, ale hodnota lidského života, který přežívá na přístrojích již vyčíslitelná je. Jeden den na anesteziologickoresuscitačním oddělení, dle webových stránek OZP, vyjde na 28 000 Kč.

Na základě této informace si daná čísla můžeme dát do jednoduchého výpočtu. Průměrný plat, dle českého statistického úřadu v ČR (3Q 2018) v hrubém vyjádření je 31 516 Kč (czso.cz, 2018). Celkový odvod z této částky do zdravotnictví, ze strany zaměstnance i zaměstnavatele je 4 256 Kč. Průměrný zaměstnanec si tak (při zachování dnešních cen a platů) „naspoří“ na 54 dnů (4256 x 12 měsíců x 32 let – minimální doba

práce v ČR) připojení na přístrojích a to pouze v případě, že během svého života ani jednou nenavštíví doktora, zubaře, nebo nebude na nemocenské. V opačném případě se tato doba snižuje. Dovolím-li si však být připojen déle, než na co jsem si „naspořil“ začíná vznikat jakási díra v pojištění, která musí být něčím zacelena. Nejprve to půjde na vrub nemocnicím, snižování lůžkové péče je již fenomén, často sledovatelný, dalším krokem pak budou omezené služby doktorů, popřípadě nemalé dotace ze strany státního rozpočtu.

Na základě výše zmíněného tedy není jenom udržování pacientů při životě nevýhodné, ale je to destruktivní záležitost pro celý zdravotní systém, v jehož důsledku budou trpět ti, kteří ho ještě podporují.

Když to celé shrnu, tak můj názor je takový, že umělým udržováním lidí při životě se dostáváme do ekonomické spirály, která má jediný efekt – absolutní chaos a destrukci zdravotnictví tak jak ho známe dnes a to pouze z důvodu, že zdravotnictví dělalo co má – drželo při životě ty, kteří již neměli být mezi námi.

4.4 Návrh zákona o důstojné smrti

V České republice se již dvakrát pokoušelo prosadit zákon o důstojné smrti. Návrh senátorky Václavy Domšové vycházel z belgického modelu, primárně tento návrh zákona mluvil o beztrestnosti v případě asistovaného sebeusmrcení. V odst. 2 byla možnost ukončení života pacienta na vlastní žádost jinou osobou tedy aktivní eutanazie. Návrh zákona sice měl velkou podporu ve veřejnosti, ovšem z politických řad nebyl tento zákon dostatečně právně podepřen a nakonec se nenašla politická vůle zákon podpořit.

Druhý návrh na téže zákon podal Mgr. Milan Hamerský, obsahově odpovídal návrhu senátorky Domšové z roku 2008. Návrh zákona obsahoval zjevné chyby a nejasnou interpretaci výkladu, taktéž byl zamítnut.

Dalším zásadním důvodem, proč je těžké prosazení legalizace eutanazie, je Listina základních práv a svobod, která je součástí ústavního pořádku České republiky. Listina článek 6 deklaruje:

„(1) Každý má právo na život. Lidský život je hoděn ochrany již před narozením.

(2) Nikdo nesmí být zbaven života.

(3) Trest smrti se nepřipouští.

(4) Porušením práv podle tohoto článku není, jestliže by někdo zbaven života v souvislosti s jednáním, které podle zákona není trestné.“ (Zákon č. 2/1993 Sb., Listina základních práv a svobod, čl. 6)

Také v Evropské úmluvě o ochraně lidských práv a základních svobod v článku č. 2 odst. 1 je uvedené: *„Právo každého na život je chráněno zákonem. Nikdo nesmí být úmyslně zbaven života kromě výkonu soudem uloženého trestu následujícího po uznání viny za spáchání trestního činu, pro který zákon ukládá tento trest.“* (platné od 1. června 2010)

4.5 Argumentace pro a proti eutanazii

Jako v každé vyspělé demokratické zemi je i za tímto účelem důležitá diskuze a respektování obou stran, té co je na straně legalizace tak i té co je proti ní. Nelze jednoznačně otázku eutanazii přijmou ani odmítnou. Měli bychom si vzít příklad v zemích, kde eutanazii legalizovali, protože se jedná o jedny z nejvyspělejších zemí v Evropě a pokud mezi tyto země chceme také patřit, měli bychom také eutanazii legalizovat. Myslím si, že eutanazie je otázkou vyspělosti. Přistoupím přímo k několika bodům pro a proti eutanazii.

Argumenty proti eutanazii (Ptáček, Bartůněk, a kol., 2012):

1. Současný stav morální vyspělosti společnosti. Jedná se o tzv. „kluzký svah“ a možnost zneužití v rozhodování za ty, kteří již nejsou schopni se vyjádřit.
2. Emoční rozhodování o eutanazii u bezmocných pacientů.
3. Depresivní porucha pacienta, která je nerozpoznatelná. Jedná se spíše o pacienty s méně závažným onemocněním
4. Dehumanizace člověka i medicíny

Vácha (in Ptáček, 2012) uvádí další důvody:

1. Neexistuje právo na zabití člověka jiným člověkem
2. Někdy není důvod proti provedené eutanazie a chybí argumentace
3. Opět situace „kluzkého svahu“. Není možné, že by byla eutanazie použita jen pro dobré a zdůvodněné případy.
4. Eutanazii nepovažuje za důstojný způsob umírání, důstojným považuje hospicovou a paliativní péči
5. Umírající o sobě nemůže sám rozhodnout z důvodu, že je umírající.
6. Žádost o eutanazii naznačuje, že bio-psycho-socio-spirituální potřeby nejsou uspokojeny
7. Jak by bylo uzákoněné zneužití eutanazie?
8. Oslabení sociálního respektu k životu, zvláště u mladé generace

Argumenty pro eutanazii

1. Prodlužování života za každou cenu. Takto si moderní medicína představuje jako cíl technologií. K této odpovědnosti patří i uzákonění eutanazie
2. Důraz na autonomii člověka. Každý člověk by si měl sám rozhodnout jaká bolest je pro něj ještě snesitelná a naložit se svým životem dle jeho uvážení.
3. Strach ze ztráty důstojnosti, a strach z bolesti
4. Eutanazie není novým pojmem, byla tu vždy, jen je třeba ji spravovat zákonem. Eutanazie je tak, jako tak, prováděna například zvýšením dávek morfia. Proto je lepší vyvést tuto problematiku z tzv. šedé zóny a uzákonit, co povolené je a co již nikoliv.
5. V některých případech může mít protizákonné nechat trpět zvíře, proč nemůžeme pomoci trpícím lidem, mají-li takové přání?
6. Vynaložené finanční prostředky na péči o smrtelně nemocné by se daly vynaložit u akutních případů.
7. Každý člověk je vlastníkem svého těla a nejlépe ho zná. Proto by s ním mělo zacházet podle svého nejlepšího úsudku a to i v případě, kdy už ho tělo přestane „těšit-poslouchat“.

4.6 Křesťanství a eutanazie

O křesťanství mluvíme, jako o jednom z nejvíce se rozšiřujících, nejstarších náboženství. Jedná se o monoteistické náboženství (víra v jednoho Boha), které navazuje na judaismus. Vzniká v 1. – 2. st.n.l. a je spojeno s postavou Ježíše Krista, který je chápán jako Syn Boží, Prorok a Spasitel (Pavlicová, 1994).

Jistě je všem znám negativní přístup církve, která v žádném případě nedovoluje jakoukoli formu eutanazie, jelikož je to proti jejich víře. V následujících odstavcích uvedu, na základě čeho pramení jejich přesvědčení.

Jako hlavní argument, na základě kterého křesťané odsuzují eutanazii je Desatero Božích přikázání, konkrétně v pátém přikázání zní „Nezabiješ“. Jako hlavní knihu, ze které jedno z nejrozšířenějších náboženství vychází je Starý a Nový zákon a i v něm je několik veršů věnováno sebevraždě a to v případě Saula, který žádal svého zbrojnoše o smrt, nakonec spáchal sebevraždu. Křesťanská komunita však sebevraždu odsuzuje a lidský život chápou jako správcovství od Boha, který jim dal právo na život a oni o něj musí řádně pečovat (Munzarová, 2005). Bolest, kterou podstupují, má pro věřící význam spojující je s Kristovým utrpením a věří, že na konci jejich utrpení se s Kristem setkají.

Papež Jan Pavel II. v Deklaraci kongregace pro doktrínu víry jasně odsuzuje zabíjení nemocných, ale také podotýká, že každý má právo, odmítnou léčbu, která vede pouze k bolestivému prodlužování života (Munzarová, 2005).

Lidský život je chráněn od samého začátku a to již od početí. Bůh vložil život do člověka, protož je nepřípustné uvažovat o umělém přerušení těhotenství a křesťané tento čin považují taktéž za usmrcení a jedná se o těžký hřích (Rotter, 1999). Tento názor je jeden z nejvíce diskutovaných v dnešní době a to především v katolické zemi jako je Polsko. Následkem tohoto církevního zákazu je to, že ženy jezdí na potraty do zemí, kde umělé přerušení těhotenství povoleno je.

5 Metodická část

S ohledem na často probírané téma eutanázie jsem se rozhodla provést výzkum mezi veřejností a pracovníky sociálních služeb a porovnat názory těchto dvou skupin. Výzkum jsem prováděla v Praze, ale dle mého názoru by výsledky výzkumu v Praze mohly být odlišné od názoru mimopražských a proto jsem se rozhodla výzkum rozšířit i mimo Prahu a dílčí výsledky z Prahy a mimo Prahu porovnat.

5.1 Definování výzkumných otázek

Hlavním cílem v metodické části je zjistit, zda je v České republice široká veřejnost a pracovníci v sociálních službách pro legalizaci eutanázie. Zda pohlaví, víra a jiné atributy ovlivňují jejich vyslovení v otázce eutanázie.

Výzkumné cíle:

Cíl: 1. Zjistit, jaký je vztah v České republice široké veřejnosti a pracovníků v sociálních službách k možnosti legalizace eutanázie.

Cíl: 2. Zjistit, jaký je rozdíl v názoru na eutanazii mezi věřícími a nevěřícími lidmi

Cíl: 3. Zjistit, zda-li je pro veřejnost a pro pracovníky v sociálních službách lepší volba eutanázie nebo hospicová péče.

Cíl: 4. Zjistit, odlišnost názoru na eutanazii u lidí, kteří měli v rodině osobu smrtelně nemocnou umírající v bolestech.

Cíl: 5. Zjistit, zda-li názor na realizaci eutanázie ovlivňuje dosažené vzdělání.

Hypotézy:

H: 1. Eutanazii bude preferovat veřejnost oproti sociálním pracovníkům.

H: 2. Věřící nebudou preferovat eutanazie naproti tomu, nevěřící budou pro legalizaci eutanázie.

H: 3. Sociální pracovníci budou preferovat hospicovou péči a laická veřejnost eutanazii

H: 4. Lidé, kteří měli smrtelně nemocného člena v rodině, budou preferovat eutanazii

H: 5. U laické veřejnosti bude v otázce legalizace eutanázie záležet na vzdělání (čím vyšší vzdělání tím více budou pro eutanazii) u pracovníků sociálních služeb nebude záležet

na výši dosaženého vzdělání, jelikož vycházejí ze svých pracovních zkušeností, budou proti eutanazii.

5.2 Metodologie výzkumu

Pro svůj výzkum jsem zvolila kvantitativní metodu, kterou jsem prováděla prostřednictvím anonymního dotazníkového šetření. Dotazník obsahoval třiatdvacet výzkumných otázek z toho jedna otázka otevřená zbylé otázky uzavřené. Respondent měl v uzavřených otázkách možnost výběru minimálně ze tří odpovědí. Respondent měl možnost zaškrtnout pouze jednu odpověď, kromě jedné otázky, kde byla možnost vybrat z uvedených odpovědí více možností. Dotazníkové šetření jsem prováděla po dobu dvou týdnů a již po prvním dnu jsem zaznamenala extrémní zájem o tento dotazník. Dotazník jsem vytvořila pomocí stránek www.survio.cz. Dotazník pro obě zkoumané skupiny tj. veřejnost a pracovníky v sociálních službách jsem použila tentýž dotazník.

5.3 Výběr respondentů

Z oblasti respondentů veřejnosti i sociálních pracovníků jsem zařadila obyvatele starší 18 let, neboť si myslím, že se jedná o velmi obtížné téma a je potřeba mít základní povědomí o tématu, aby byla možnost odpovědět na otázky. Znamená to, že jsem pracovala se 309 respondenty celkem, tzn. pražští a mimo pražští respondenti. Při vyhodnocení dotazníků bylo zjištěno 179 respondentů z Prahy a 130 respondentů mimo pražských. Výběr respondentů byl náhodný, ale na začátku dotazníku museli vyplnit, zda pracují v Praze nebo ne a jestli pracují v oblasti sociálních služeb nebo ne. Z toho bylo 69 respondentů z oblasti sociálních služeb a 240 respondentů z veřejnosti. 100% dotazníku bylo vyplněno správně a mohly být využity do výzkumu.

5.4 Předvýzkum

Než jsem dotazník spustila přes internetové prostředí, ověřila jsem si srozumitelnost otázek a dotazník jsem vytiskla deseti lidem z mé rodiny a deseti kolegům v práci. Dotazníky se mi vrátili řádně vyplněné, proto jsem je zařadila do výzkumu.

6 Výsledky výzkumu

V této kapitole praktické části budu detailně popisovat vyhodnocení mého dotazníkového šetření, k lepší interpretaci budu data prezentovat pomocí tabulek a grafů.

6.1 Vyhodnocení otázek z dotazníků

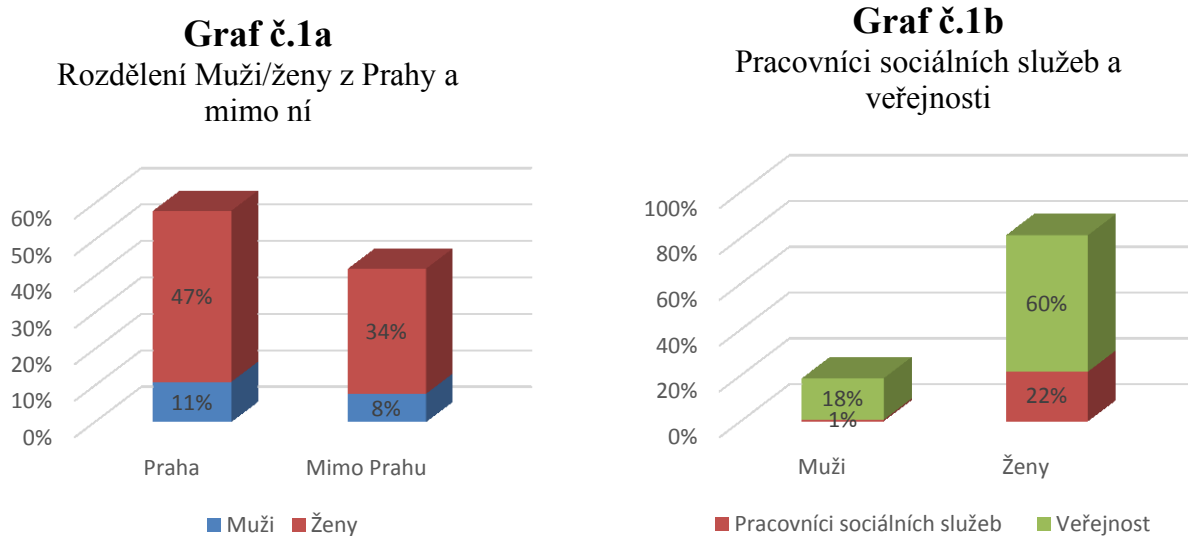
Otázka č. 1: Pohlaví respondentů

Tabulka č. 1: Rozdělení respondentů podle pohlaví

Tabulka č. 1	Praha	Zbytek ČR	Pracovníci sociálních služeb	Veřejnost
Muži	34	24	2	56
Ženy	145	106	67	184
Celkem	179	130	69	240
Celkem všech	309		309	

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 1: Rozdělení respondentů podle pohlaví



Zdroj: vlastní výzkum

Komentář:

Z vyhodnocených dotazníků je zřejmé, že dotazovaných respondentů z oblasti sociálních pracovníků bylo 67 (22%) žen a pouze 2 (1%) mužů, to poukazuje na to, jak málo mužských pracovníků v této oblasti v České republice pracuje, to může být dáno předsudkem, že pečovatelskou činnost mají vykonávat pouze ženy. Z druhé zkoumané

oblasti – veřejnosti odpovědělo 56 (18%) mužů a 184 (60%) žen. Celkem odpovídalo 309 respondentů. Dle grafu č.1a můžeme vidět, že v Praze odpovídalo 145(47%) žen a 34 (11%) mužů. Respondentů mimo Prahu bylo 106 (34%) žen a 24 (8%) mužů.

Otázka č. 2: Věk respondentů

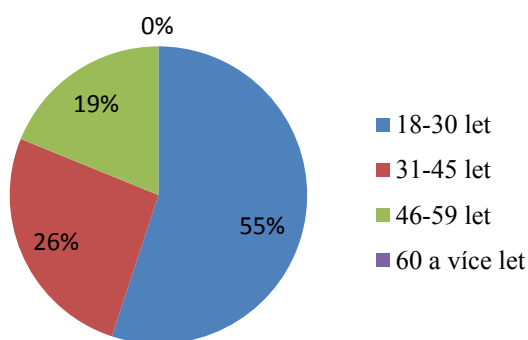
Tabulka č. 2: Rozdělení respondentů podle věku

Tabulka č. 2	Pracovníci sociálních služeb	Veřejnost	Praha	Mimo Prahu	Celkem v dané věkové skupině
18-30 let	38	96	44	90	134
31-45 let	18	68	44	42	86
46-59 let	13	60	29	44	73
60 a více let	0	16	13	3	16

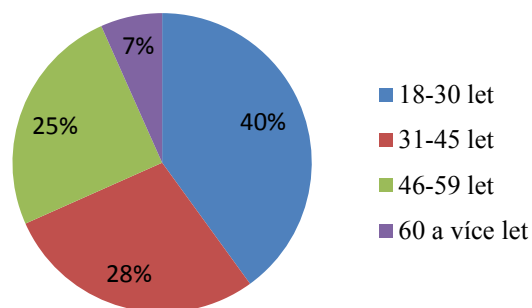
Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 2: Rozdělení respondentů podle věku

Graf č.2a
Pracovníci sociálních služeb



Graf č. 2b
Veřejnost



Zdroj: vlastní výzkum

Komentář:

V následujících tabulkách je vidět rozdělení respondentů dle věku. Z obou řad dotazovaných skupin je zřejmé, že nejvíce dotazovaných je z nejmladší skupiny respondentů 18-30let, v řad veřejnosti je to 96 (40%) respondentů v sociálních službách v této kategorii odpovídalo 38 (55%) respondentů. Druhou nejpočetnější kategorií je věková kategorie 31-45 let. V této druhé nejpočetnější skupině odpovídalo 28% respondentů z veřejnosti a 26% z řad pracovníků sociálních služeb. Sama jsem očekávala nejvíce respondentů z kategorie 46-59 let, jelikož je všeobecně známo, že obor sociální práce není příliš atraktivní pro mladé lidi. Jak ukazuje rozdělení respondentů dle věku, je zřejmé, že odpovídalo více respondentů z nejmladší kategorie, kam i já sama patřím a nejvíce jsem v kontaktu s lidmi v tomto věkovém rozptylu.

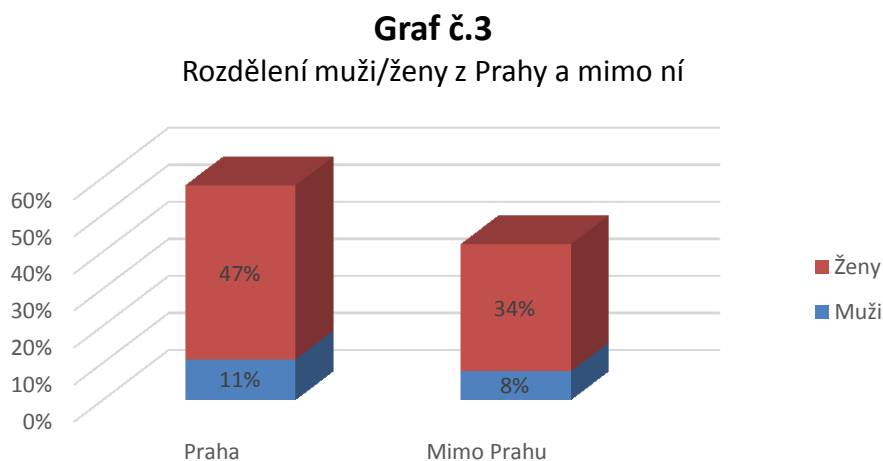
Otázka č. 3: Bydlíte v Praze?

Tabulka č. 3: rozdělení respondentů podle bydliště

Tabulka č. 3	Praha	Zbytek ČR	Pracovníci sociálních služeb	Veřejnost
Muži	34	24	2	56
Ženy	145	106	67	184
Celkem	179	130	69	240
Celkem všech	309		309	

Zdroj: vlastní průzkum

Graf č. 3 rozdělení respondentů podle místa bydliště



Zdroj: vlastní průzkum

Komentář:

Pro znázornění otázky č. 3 použijí stejnou tabulku i graf jako v otázce č. 1. Jedná se o průnik otázek. Z celkového počtu 251 (81%) žen a 58 (19%) mužů z obou kategorií, bylo 145 (47%) žen z Prahy a 34 (11%) respondentů bylo mužů z Prahy. Respondentů mimo Prahu bylo 106 (34%) žen a 24 (8%) mužů. Opět zde můžeme vidět větší zájem ze strany žen. Větší počet respondentem může být taktéž ovlivněn sociální skupinou, ve které se pohybují.

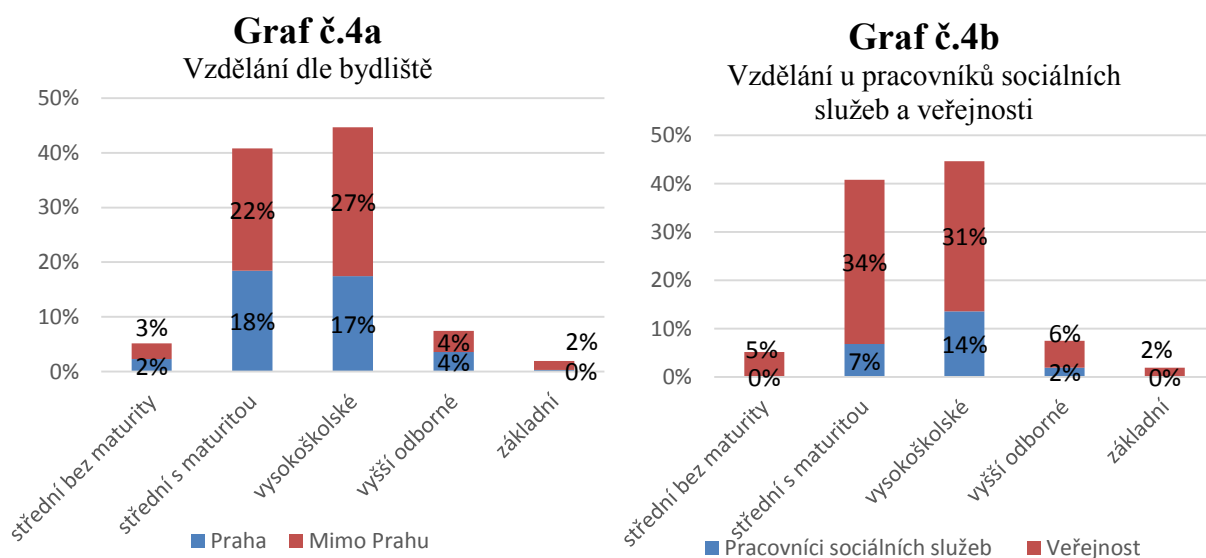
Otázka č. 4: Nejvyšší dosažené vzdělání

Tabulka č. 4: rozdělení respondentů podle dosaženého vzdělání

Tabulka č.4	Praha	Mimo Prahu	Pracovníci sociálních služeb	Veřejnost
střední bez maturity	7	9	0	16
střední s maturitou	57	69	21	105
vysokoškolské	54	84	42	96
vyšší odborné	11	12	6	17
základní	1	5	0	6

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 4: rozdělení respondentů podle dosaženého vzdělání



Zdroj: vlastní výzkum

Komentář:

Podle uvedených grafů vidíme, že u pracovníků v sociálních službách z celkového počtu 69 respondentů má 42 pracovníků vysokoškolské vzdělání, což poukazuje na to, jaké jsou kladeny vysoké požadavky na vzdělání pro výkon tohoto povolání. Druhou nejpočetnější skupinou jsou respondenti s ukončeným středoškolským vzděláním a maturitou těch je 21. Vyšší odborné vzdělání uvedlo 6 respondentů. U respondentů z řad pracovníků sociálních služeb nemám žádného respondenta se základním nebo středoškolským vzděláním bez maturity. Z oblasti veřejnosti z celkového počtu 240 respondentů jich nejvíce uvedlo středoškolské vzdělání s maturitou 105 respondentů, následovalo vysokoškolské vzdělání s 95 respondenty. Zajímavostí může být 6 respondentů se základním vzděláním, které se u pracovníků v sociálních službách nevyskytuje vůbec.

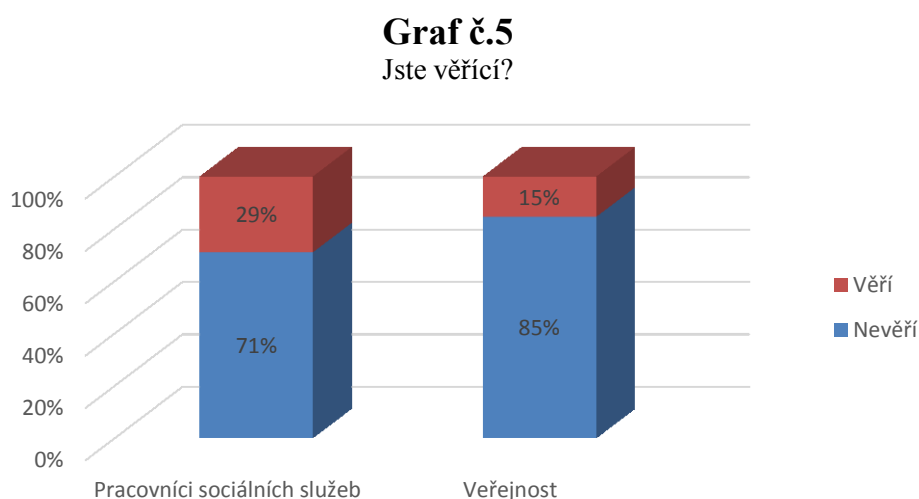
Otázka č. 5: Jste věřící?

Tabulka č. 5: rozdělení respondentů podle víry

Tabulka č. 5	Pracovníci sociálních služeb	Veřejnost
Nevěřící	49	203
Věří	20	37
Celkem	69	240

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 5: rozdělení respondentů podle víry



Zdroj: vlastní výzkum

Komentář:

Podle přiložené tabulky je v obou posuzovaných oblastech nadvláda nevěřících. Z oblasti pracovníků sociálních služeb to tvoří 71% respondentů u veřejnosti 85% respondentů. Potvrzuje to jen známé statistické údaje, které uvádějí, že jsou Češi ateistickým národem.

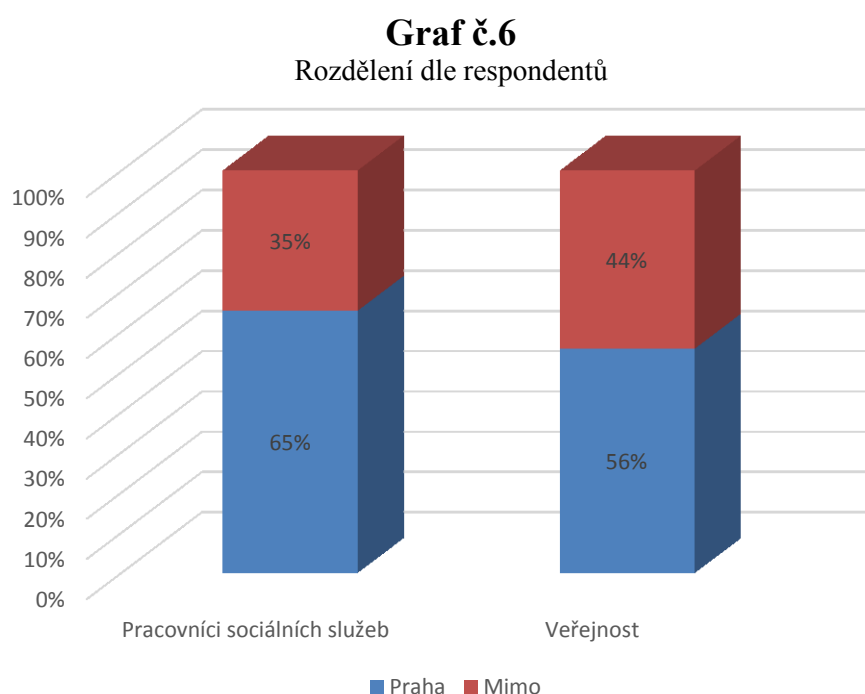
Otázka č. 6: Pracujete v oblasti sociálních služeb?

Tabulka č. 6: Rozdělení respondentů podle oblasti pracovníků sociálních služeb a respondentů z veřejnosti

Tabulka č. 6	Pracovníci sociálních služeb	Veřejnost
Praha	45	134
Mimo Prahu	24	106
Celkem	69	240

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 6: Rozdělení respondentů podle oblasti pracovníků sociálních služeb a respondentů z veřejnosti



Zdroj: vlastní výzkum

Komentář:

Dle přiložené tabulky na dotazník odpovědělo celkem 69 respondentů z oblasti sociální práce z toho 45 (65%) dotazovaných bylo z Prahy. Z řad veřejnosti odpovědělo 240 respondentů, z Prahy bylo 134 (56%) respondentů.

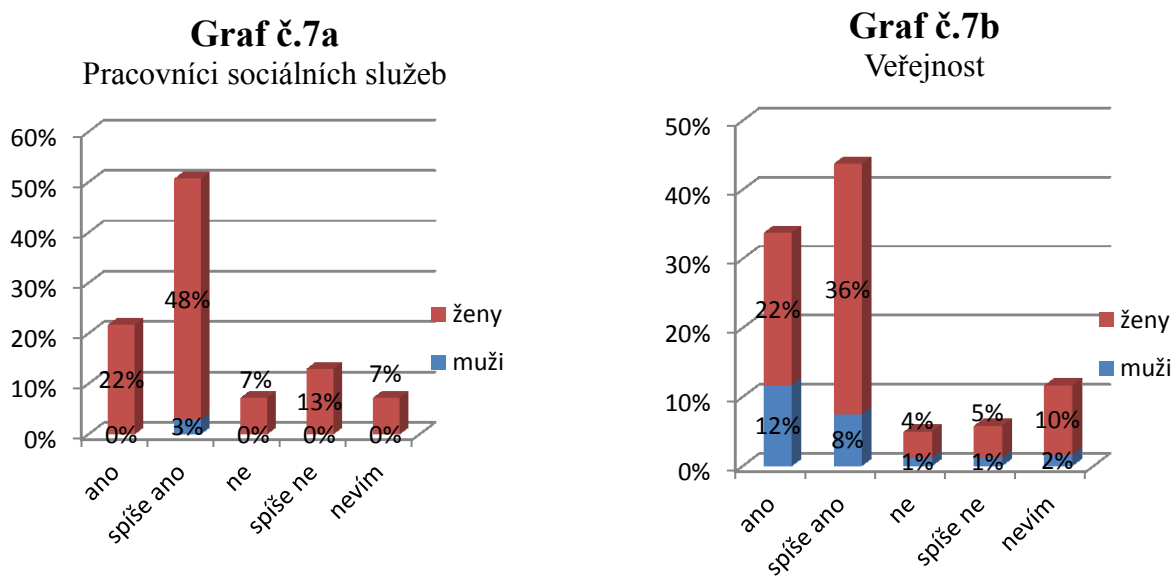
Otázka č. 7: Myslíte si, že by měla být v České republice eutanazie beztrestná?

Tabulka č. 7: Názor respondentů na beztrestnost eutanazie

Tabulka č. 7	Pracovníci sociálních služeb	Veřejnost
ano	15	81
spíše ano	35	105
ne	5	12
spíše ne	9	14
nevím	5	28
Celkem	69	240

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 7: Názor respondentů na beztrestnost eutanazie



Zdroj: vlastní výzkum

Komentář:

Tabulka s grafy dokládá, že obě posuzované skupiny odpověděli, že by měla být eutanazie beztrestná a to z celkového počtu 69 respondentů sociální pracovníků se vyslovilo pro ano a spíše ano 50 (63%) respondentů, ne a spíše ne uvádí 14 (20%) respondentů pouze 5 (7%) uvedlo odpověď nevím. U veřejnosti odpovídalo celkem 240 respondentů a 186 (78%) by bylo pro ano a spíše ano v otázce beztrestnosti eutanazie v České republice. Naopak proti uvádí 26 (11%) respondentů a 28 (12%) respondentů uvedlo, že neví, jak by rozhodli.

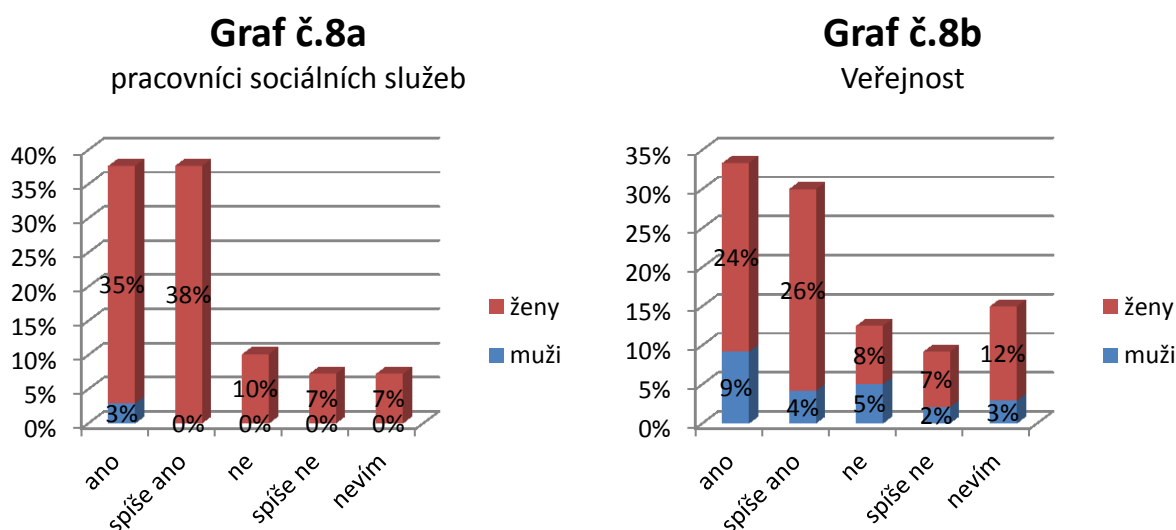
Otázka č. 8: V případě, že by eutanazie byla trestným činem, měl by být za ni mírnější postih?

Tabulka č. 8: Názor respondentů na mírnější postih za eutanazie.

Tabulka č.	Pracovníci sociálních služeb	Veřejnost
ano	26	80
spíše ano	26	72
ne	7	30
spíše ne	5	22
nevím	5	36
Celkem	69	240

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 8: Názor respondentů na mírnější postih za eutanazii



Zdroj: vlastní výzkum

Komentář:

Podle výsledků respondentů jsou obě dotazované skupiny jednoznačně pro mírnější postih a to 52 (76%) z 69 pracovníků v sociálních službách a 152 (63%) respondentů z veřejnosti. Zde se projevuje otázka eutanazie a jejích možnostech, o které bychom měli mluvit. Pouze 12 (17%) respondentů pracovníků sociálních služeb jsou proti mírnějšímu postihu za provedení eutanazie. Veřejnost uvádí 52 (22%) respondentů proti. Z obou řad dotazovaných uvedlo 41 (22%) respondentu, že neví jak se v této otázce vyjádřit.

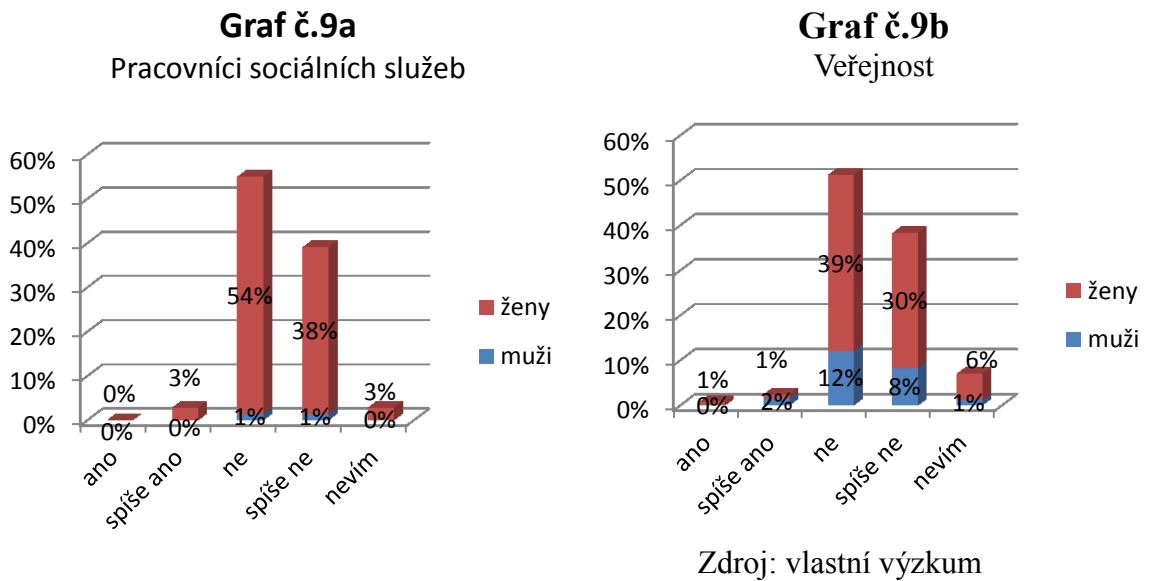
Otázka č. 9: Myslíte si, že je v České republice dostatečně medializované téma eutanazie?

Tabulka č. 9: Názor respondentů, zda je téma eutanazie dostatečně medializované

Tabulka č. 9	Pracovníci sociálních služeb	Veřejnost
ano	0	2
spíše ano	2	6
ne	38	123
spíše ne	27	92
nevím	2	17
Celkem	69	240

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 9: Názor respondentů, zda je téma eutanazie dostatečně medializované



Komentář:

Z výsledků publikované v této tabulce je patrné, že si obě dotazované skupiny myslí, že téma eutanazie je nedostatečně medializované a to celkem 65 (94%) respondentů z pracovníků sociálních služeb z celkového počtu 69 dotazovaných a 215 (89%) respondentů z veřejnosti z celkového počtu dotazovaných 240. Výsledkem této otázky je, že by respondenti požadovali téma eutanazie více medializovat, aby si na dané téma mohli udělat jasnější názor.

Otázka č. 10 Z jakého zdroje jste se o eutanazii dozvěděli? (označte všechny možné odpovědi)

Tabulka č. 10: Názor respondentů z jakého zdroje se o eutanazii dozvěděli

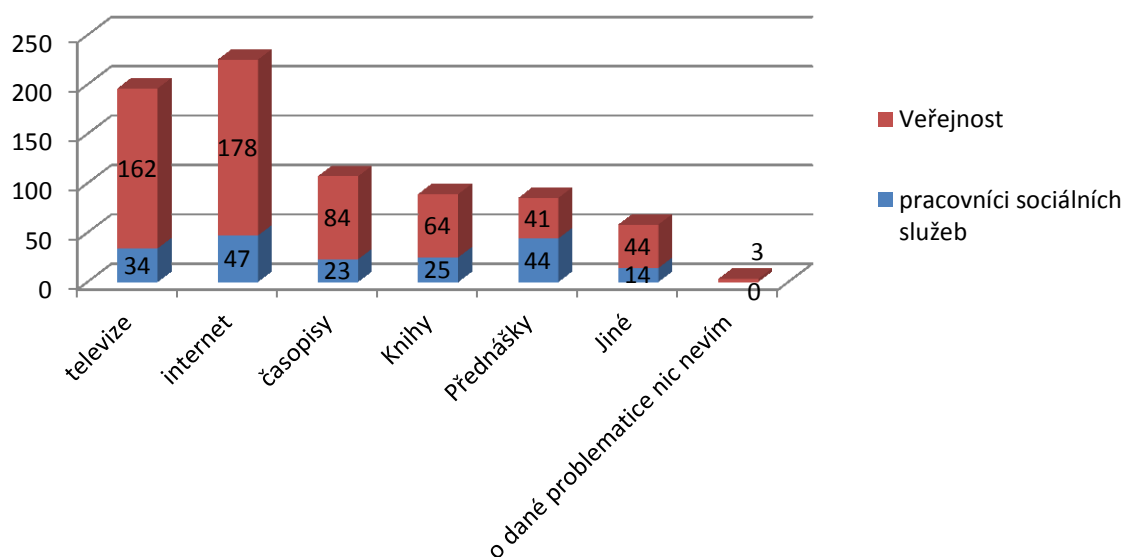
Tabulka č. 10	Pracovníci sociálních služeb	Veřejnost
Televize	34	162
Internet	47	178
Časopisy	23	84
Knihy	25	64
Přednášky	44	41
Jiné	14	44
O dané problematice nic nevím	0	3

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 10: Názor respondentů z jakého zdroje se o eutanazii dozvěděli

Graf č.10

Pracovníci soc.služeb a veřejnost



Zdroj: vlastní výzkum

Komentář:

Z tabulky lze vyčíst, že nejvíce odpovědí je u možnosti internet. Tuto odpověď uvedlo celkem 225 respondentů. Je patrné, že si na téma eutanazie musí informace sami vyhledávat, což je spojené s otázkou medializace eutanazie, kde si většina respondentů myslí, že je nedostatečná informovanost na dané téma. Další nejvíce uvádějí odpověď byla, že se o eutanazii dozvěděli skrze televizi 196 respondentů. Pouze 3 respondenti z řad veřejnosti uvedli, že o daném tématu nic neví.

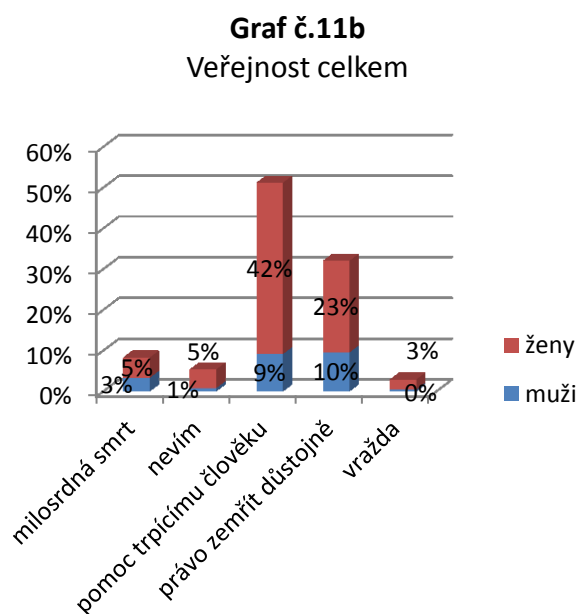
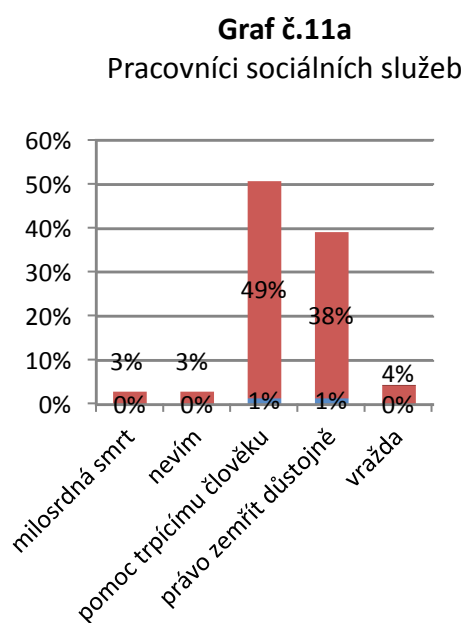
Otázka č. 11: Jaký je váš názor na eutanazii?

Tabulka č. 11: Názor respondentů na eutanazii

Tabulka č. 11	Pracovníci sociálních služeb	Veřejnost
milosrdná smrt	2	20
pomoc trpícímu člověku	35	123
právo zemřít důstojně	27	77
vražda	3	7
nevím	2	13
Celkem	69	240

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 11: názor respondentů na eutanazii



Zdroj: vlastní výzkum

Komentář:

Z tabulky lze vyčíst, že nejvíce převládá názor na eutanazii, jako pomoc trpícímu člověku u pracovníků sociálních služeb takto odpovědělo 35 (50%) respondentů, jako druhou nejčastější odpověď bylo, že se jedná o právo zemřít důstojně 27 (39%) respondentů. Veřejnost odpovídala také nejčastěji, že se jedná o pomoc trpícímu člověku, odpovědělo tak 123 (51%) respondentů a právo na důstojnou smrt uvedlo 77 (33%) respondentů z řad veřejnosti. Ze všech 309 dotazovaných respondentů odpovědělo 10 (7%) respondentů, že eutanazii považují za vraždu.

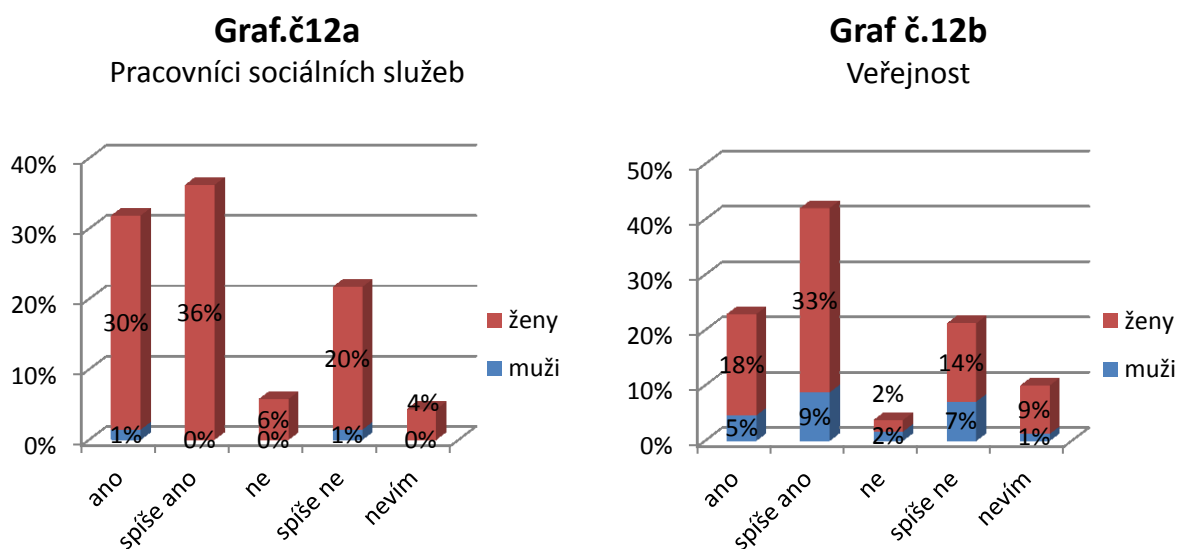
Otázka č. 12: Kdyby byla eutanazie legalizovaná, myslíte si, že by hrozilo zneužití?

Tabulka č. 12: Názor respondentů na možnost zneužití legalizace eutanazie

Tabulka č. 12	Pracovníci sociálních služeb	Veřejnost
Ano	22	55
spíše ano	25	101
ne	4	9
spíše ne	15	51
nevím	3	24
Celkem	69	240

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 12: Názor respondentů na možnost zneužití legalizace eutanazie



Zdroj: vlastní výzkum

Komentář:

Z této tabulky je patrné, že drtivá většina obou posuzovaných skupin uvedlo, že si myslí, že v případě legalizace eutanazie by hrozilo zneužití. U pracovníků sociálních služeb, tak uvedlo z celkového počtu 69 respondentů 67%. Veřejnost z celkového počtu 309 respondentů projevila tuto obavu 65% respondentů tj. 156 dotazovaných. Obavu o zneužití uvedlo 19 respondentů z pracovníků sociálních služeb a 60 respondentů z veřejnosti. Zajímavé je, že na otázku č. 7, zda by měla být eutanazie beztrestná, odpovědělo celkem 236 všech respondentů, že by měla být eutanazie beztrestná, zároveň, ale panuje velká obava o její zneužití.

Otázka č. 13: V případě přípustnosti (legalizace) by euthanasii v ČR realizoval:

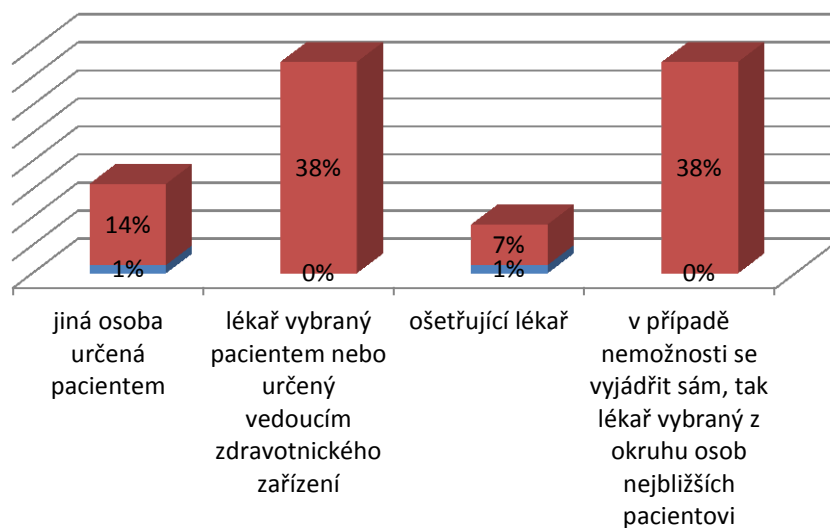
Tabulka č. 13: Názor respondentů, kdo by měl v případě legalizace, euthanasii realizovat

Tabulka č. 13	Pracovníci sociálních služeb	Veřejnost
ošetřující lékař	6	52
lékař vybraný pacientem nebo určený vedoucím zdravotnického zařízení	26	98
v případě nemožnosti se vyjádřit sám, tak lékař vybraný z okruhu osob nejbližších pacientovi	26	69
jiná osoba určená pacientem	11	21
Celkem	69	240

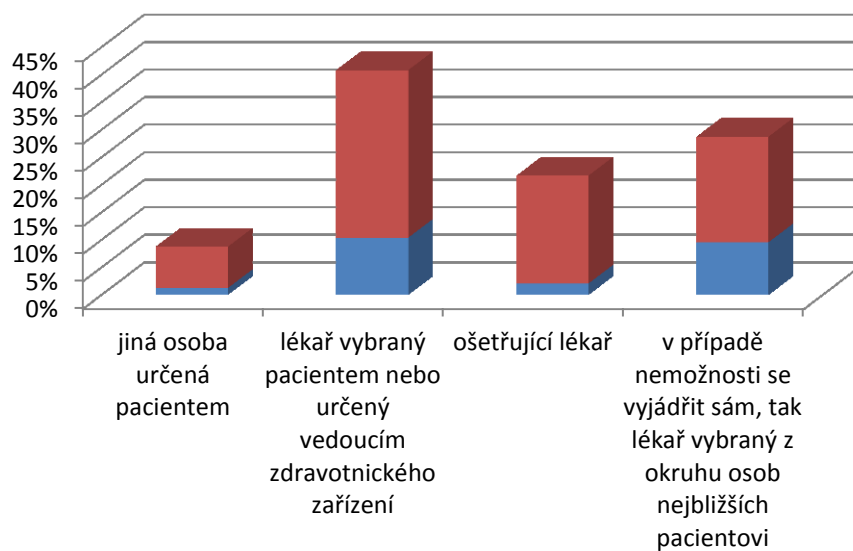
Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 13: Názor respondentů, kdo by měl v případě legalizace, euthanasii realizovat

Graf č.13a
Pracovníci sociálních služeb



Graf č.13b
Veřejnost



Zdroj: vlastní výzkum

Komentář:

Nejvíce respondentů odpovědělo, že by realizovat eutanazii měl lékař vybraný pacientem nebo určeným vedoucím zdravotnického zařízení a to 90 (40%) respondentů z

veřejnosti z oblasti dotazovaných z řad pracovníků sociálních služeb toto odpověď zvolilo 26 (38%) respondentů stejný počet (38%) respondentů uvedlo odpověď, že v případě nemožnosti se vyjádřit sám, tak provede lékař vybraný z okruhu osob nejbližších pacientovi. Překvapujícím výsledkem je, že pracovníci sociálních služeb by zvolili pouze v 8% svého ošetřujícího lékaře, aby realizoval eutanazii.

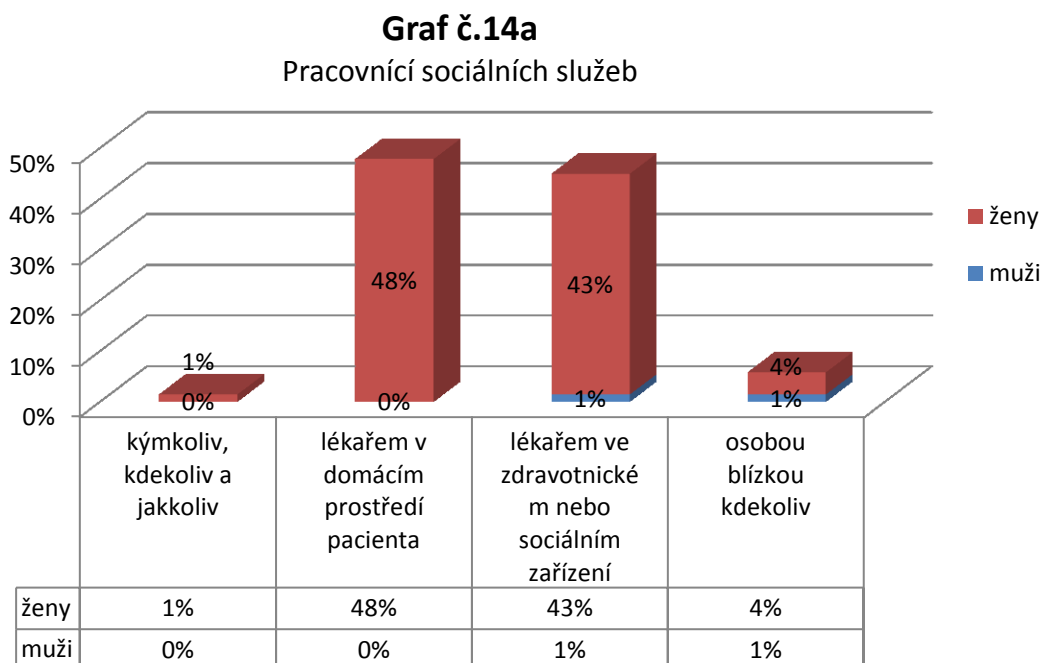
Otázka č. 14: Měla by být realizace eutanazie přípustná:

Tabulka č. 14: Náзор respondentů na realizaci eutanazie

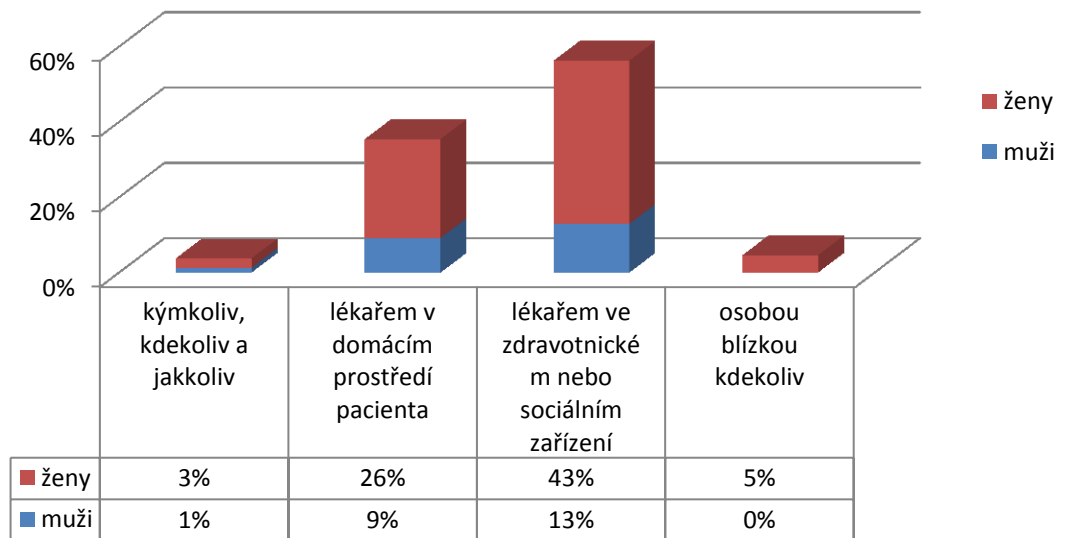
Tabulka č. 14	Pracovníci sociálních služeb	Veřejnost
lékařem ve zdravotnickém nebo sociálním zařízení	31	135
lékařem v domácím prostředí pacienta	33	85
osobou blízkou kdekoliv	4	11
kýmkoliv, kdekoliv a jakkoliv	1	9
Celkem	69	240

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 14: Náзор respondentů na realizaci eutanazie



Graf č.14b
Veřejnost



Zdroj:vlastní výzkum

Komentář:

U této otázky se názor posuzovaných skupin velmi mění. Zatímco pracovníci sociálních služeb nejčastěji volí možnost, že by eutanazie měla být přípustná lékařem v domácím prostředí pacienta, uvedlo tak 33 (48%) respondentů, tak 135 (56%) respondentů z oblasti veřejnosti uvedli, že by eutanazie měla být přípustná lékařem ve zdravotnického nebo sociálním zařízením.

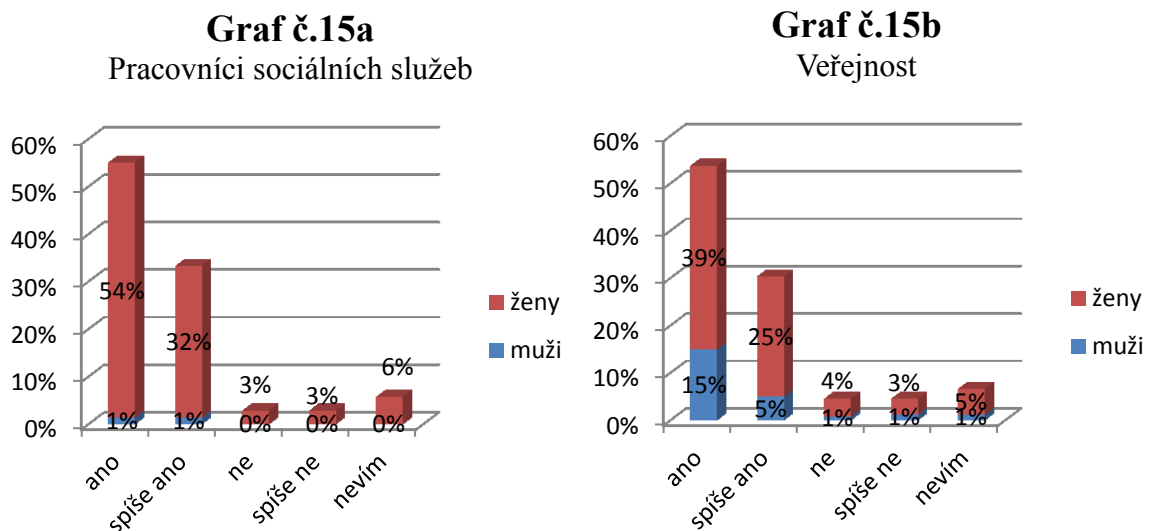
Otázka č. 15: Má člověk právo na rozhodnutí o své smrti stejně, tak jako má právo na život?

Tabulka č. 15: Názor respondentů na rozhodnutí o svém životě a smrti

Tabulka č. 15	Pracovníci sociálních služeb	Veřejnost
ano	38	129
spíše ano	23	73
ne	2	11
spíše ne	2	11
nevím	4	16
Celkem	69	240

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 15: Názor respondentů na rozhodnutí o svém životě a smrti



Zdroj: vlastní výzkum

Komentář:

Z dotazovaných respondentů pracovníků sociálních služeb odpovědělo 88% jednoznačně, že člověk má právo na rozhodnutí o své smrti stejně tak, jako rozhoduje o svém životě. 84% respondentů z veřejnosti taktéž uvedlo stejný názor. Z této otázky je patrné, že by si respondenti přáli o své smrti rozhodovat sami.

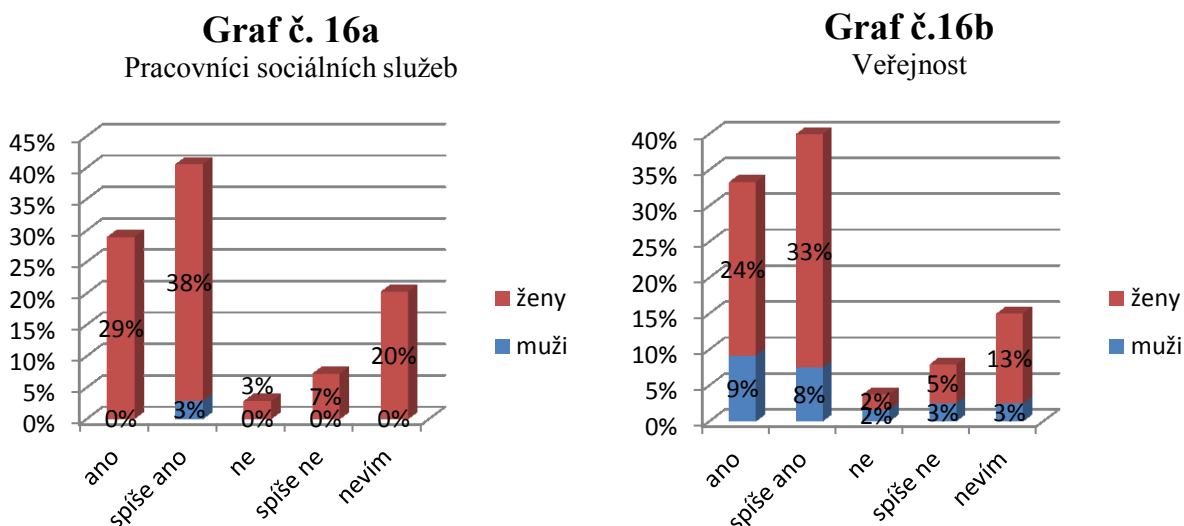
Otázka č. 16: Respektoval/a byste rozhodnutí vašeho blízkého, který vyslovil přání zemřít?

Tabulka č. 16: Názor respondentů na rozhodnutí blízké osoby k vyslovení přání zemřít

Tabulka č. 16	Pracovníci sociálních služeb	Veřejnost
ano	20	80
spíše ano	28	96
ne	2	9
spíše ne	5	19
nevím	14	36
Celkem	69	240

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 16: Názor respondentů na rozhodnutí blízké osoby k vyslovení přání zemřít



Zdroj: vlastní výzkum

Komentář:

Z této tabulky je patrné, že obě posuzované skupiny respondentů jsou v otázce rozhodnutí své blízké osoby přání zemřít velmi tolerantní. Pracovníci sociálních služeb uvedli, že by respektovali toto rozhodnutí, uvedlo tak 48 (67%) respondentů z celkového počtu 69. Veřejnost také respektuje toto rozhodnutí, uvedlo tak 176 (74%) respondentů z celkového počtu 240 respondentů. Naopak 27% pracovníku sociálních služeb není zcela rozhodnuto, jak se k této otázce vyjádřit. U veřejnosti tuto možnost udalo 16% respondentů.

Otázka č. 17: Jaká je podle vás nejčastější motivace, která vede člověka k uvažování o eutanazii?

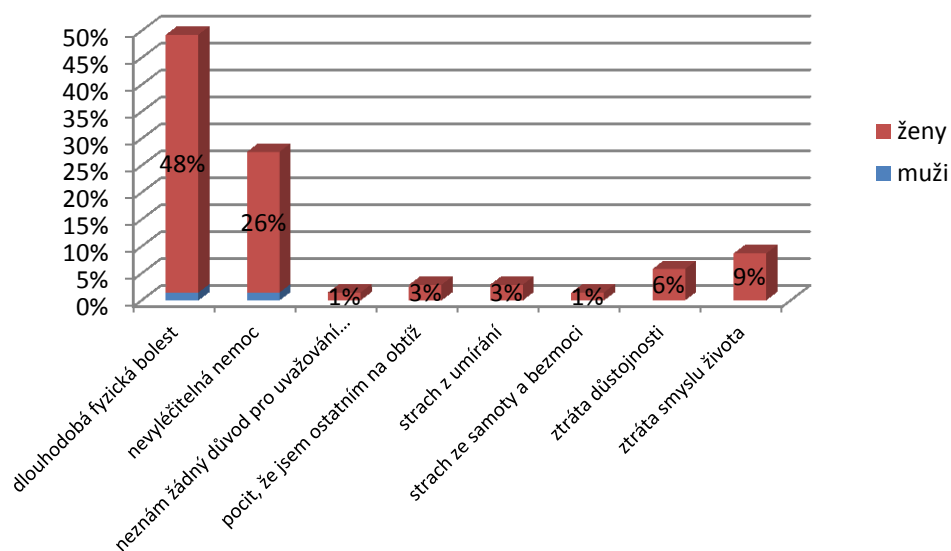
Tabulka č. 17: Názor respondentů na nejčastější motivaci k uvažování nad eutanazií

Tabulka č. 17	Pracovníci sociálních služeb	Veřejnost
dlouhodobá fyzická bolest	34	102
nevléčitelná nemoc	19	84
strach ze samoty a bezmoci	1	4
ztráta smyslu života	6	9
pocit, že jsem ostatním na obtíž	2	7
ztráta důstojnosti	4	23
strach z umírání	2	3
neznám žádný důvod pro uvažování	1	8
Celkem	69	240

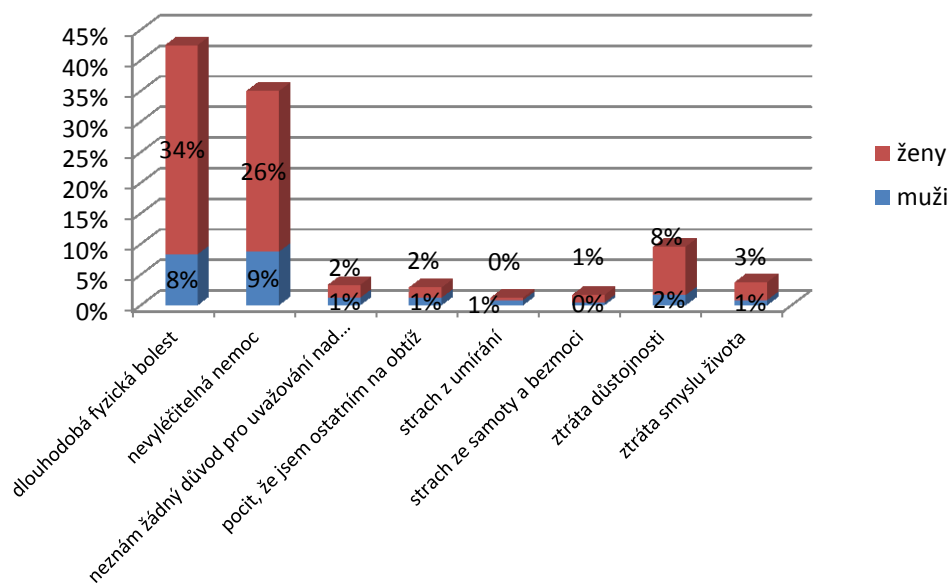
Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 17: Názor respondentů na nejčastější motivaci k uvažování nad eutanazií

Graf č.17a
pracovníci sociálních služeb



Graf č.17b
Veřejnost



Zdroj: vlastní výzkum

Komentář:

Respondenti uvedli jako nejčastější motivaci, která vede člověka nad uvažováním o eutanazii dlouhodobou fyzickou bolest. Uvedlo tak 34 (49%) respondentů z řad pracovníků sociálních služeb a z veřejnosti tak uvedlo 102 (42%) respondentů.

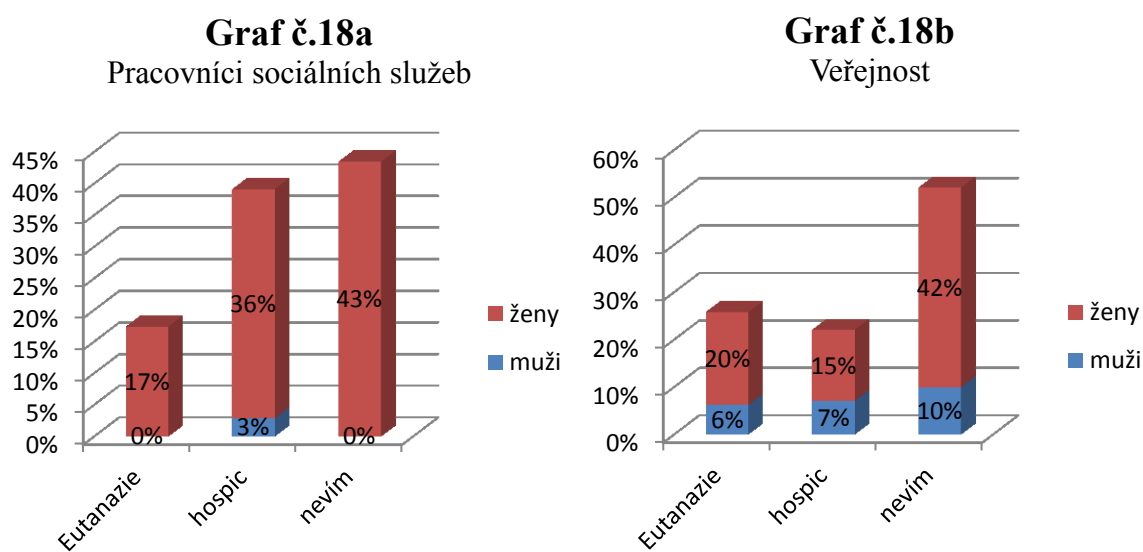
Otázka č. 18: Zvolili byste si v případě výběru hospicovou péčí nebo eutanazii?

Tabulka č. 18: Náзор respondentů na výběr mezi hospicovou péčí a eutanazii

Tabulka č. 18	Pracovníci sociálních služeb	Veřejnost
Eutanazie	12	62
Hospic	27	53
Nevím	30	125
Celkem	69	240

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 18: Názor respondentů na výběr mezi hospicovou péčí a eutanazií



Zdroj: vlastní výzkum

Komentář:

Z tabulky pro tuto otázku je patrné, že se respondenti nemohli rozhodnout, pracovníci sociálních služeb z celkového počtu 69 respondentů, uvedlo 30 (43 %) nerozhodnou odpověď, druhá nejčastější odpověď těchto respondentů byla volba hospiců, uvedlo tak 27 (39%) respondentů. Veřejnost uvedla neurčitou odpověď- nevím v 52% tj. 125 respondentů z celkových 240 respondentů. Na rozdíl od pracovníků sociálních služeb by však před hospicovou péčí dalo přednost eutanazii, uvedlo tak 62 (26%) respondentů.

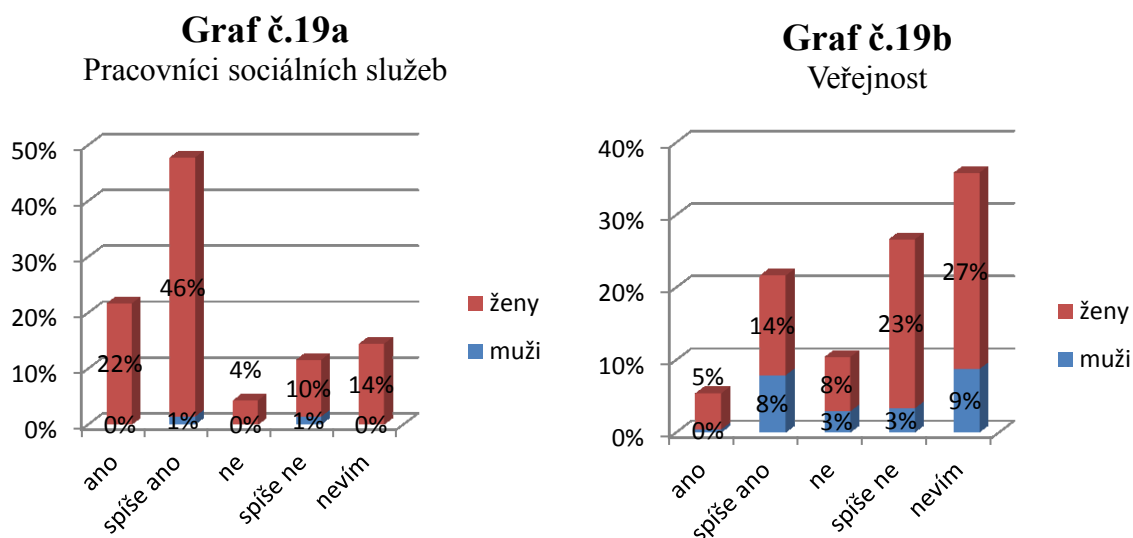
Otázka č. 19: Myslíte si, že je v České republice kvalitně prováděna hospicová péče?

Tabulka č. 19: Náзор respondentů na kvalitu hospicové péče

Tabulka č. 19	Pracovníci sociálních služeb	Veřejnost
Ano	15	13
Spíše ano	33	52
Ne	3	25
Spíše ne	8	64
Nevím	10	86
Celkem	69	240

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 19: Náзор respondentů na kvalitu hospicové péče



Zdroj: vlastní výzkum

Komentář:

Z tabulky a grafů je patrné, rozdílné názory na kvalitu hospicové péče v České republice. Pracovníci sociálních služeb věří, že je hospicová péče prováděna kvalitně v 69% tj. 48 respondentů. Naopak veřejnost 89 (37%) respondentů uvedla, že si nemyslí, že hospicová péče je prováděna kvalitně.

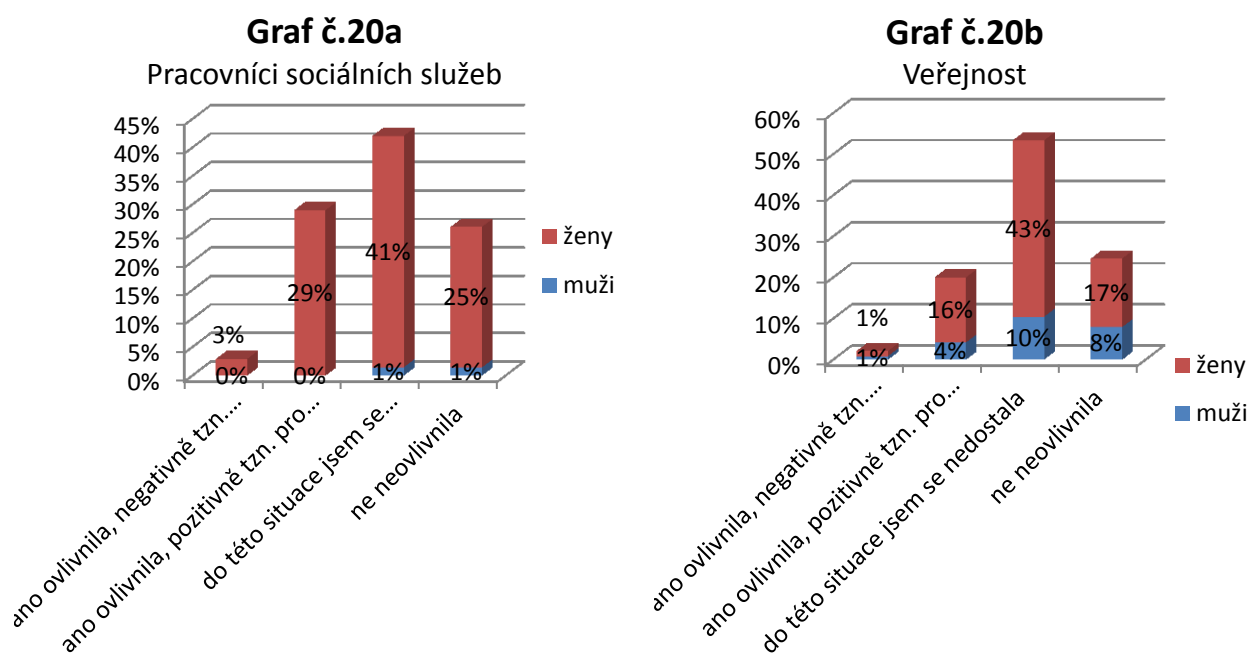
Otázka č. 20: Ovlivnil váš názor na eutanazii zkušenost ve vašem okolí s dlouhodobě umírajícím?

Tabulka č. 20: Názor respondentů na eutanazii z pohledu jejich zkušeností s umírajícími

Tabulka č. 20	Pracovníci sociálních služeb	Veřejnost
ano ovlivnila, negativně tzn. proti eutanazii	2	5
ano ovlivnila, pozitivně tzn. pro eutanazii	20	48
do této situace jsem se nedostala	29	128
ne ovlivnila	18	59
Celkem	69	240

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 20: Názor respondentů na eutanazii z pohledu jejich zkušeností s umírajícími



Zdroj: vlastní výzkum

Komentář:

Nejvíce respondentů na tuto otázku odpovědělo, že se do takové situace, aby jejich názor na eutanazii byl ovlivněn, ještě nedostali. Celkem tak zvolilo 128 (53%) respondentů z řad veřejnosti z celkového počtu 240 respondentů a 29 (42%) pracovníků sociálních služeb z celkového počtu 69 respondentů. Takto zvolená odpověď může být ovlivněna nízkým věkem respondentů, viz tabulka č. 2: Věk respondentů. V kategorii 18-30 let je 40% respondentů sociální práce a 55% respondentů veřejnosti. U takto mladých respondentů je pravděpodobné, že se ještě nesetkali s dlouhodobě umírajícím člověkem. Odpověď, že jejich názor na eutanazii, byl pozitivně ovlivněn, tzn. pro eutanazii, uvedlo 20 (29%) pracovníků sociálních služeb a 48 (20%) respondentů z veřejnosti

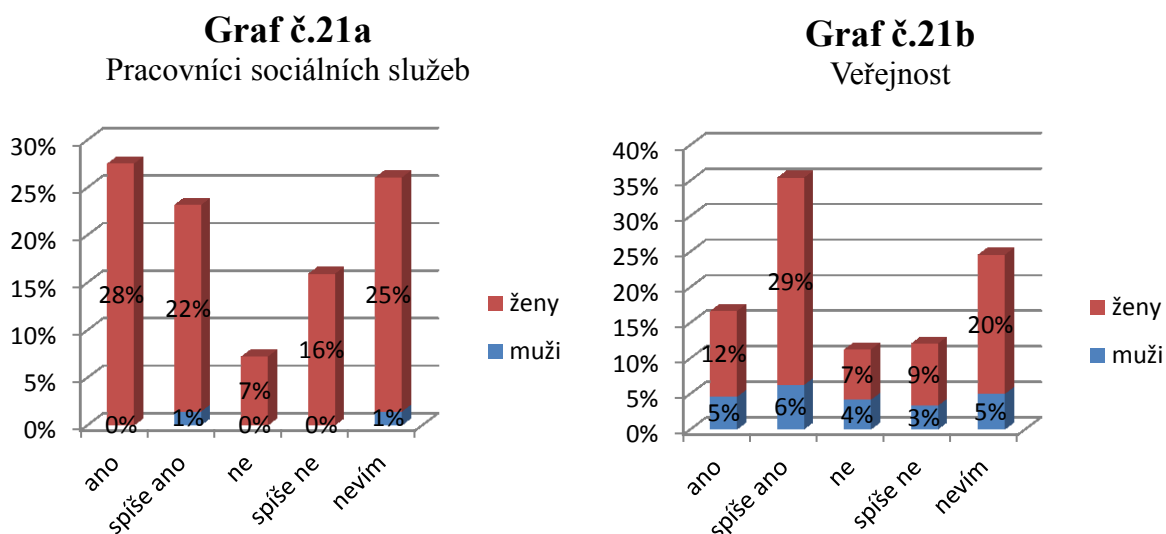
Otázka č. 21: Přemýšleli byste o eutanazii jako řešení, kdyby vy nebo někdo ve vašem okolí byl smrtelně nemocný?

Tabulka č. 21: Názor respondentů na úvahu o eutanazii v případě nemoci své nebo u osoby blízké

Tabulka č. 21	Pracovníci sociálních služeb	Veřejnost
Ano	19	40
spíše ano	16	85
Ne	5	27
spíše ne	11	29
Nevím	18	59
Celkem	69	240

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 21: Názor respondentů na úvahu o eutanazii v případě nemoci své nebo u osoby blízké



Zdroj: vlastní výzkum

Komentář:

Z uvedené tabulky a grafů můžeme vidět, že nejvíce respondentů z pracovníků sociálních služeb uvedlo odpověď ano či spíše ano a to 35 (51%) respondentů. Veřejnost také nejčastěji odpovídala ano či spíše ano uvedlo tak 125 (52%) respondentů. 25% respondentů z veřejnosti neudalo jasnou odpověď. Můžeme to být důsledek, že téma eutanazie u nás není příliš medializováno a respondenti nemají povědomí o problematice eutanazie.

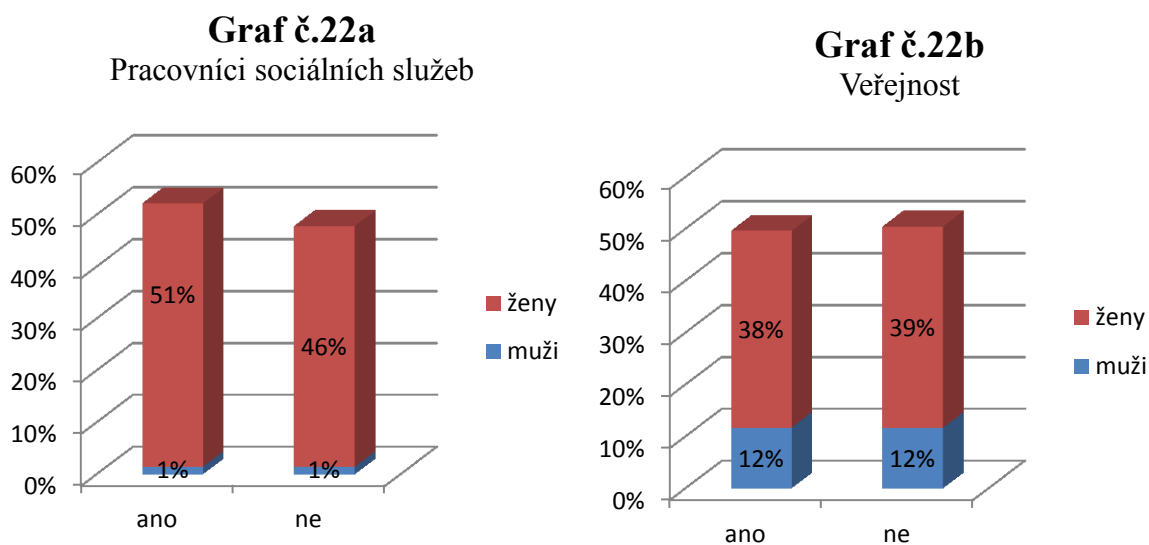
Otázka č. 22: Máte děti?

Tabulka č. 22: Rozdělení respondentů podle toho, zda mají děti či nikoliv

Tabulka č. 22	Pracovníci sociálních služeb	Veřejnost
Ano	36	119
Ne	33	121
Celkem	69	240

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 22: Rozdělení respondentů podle toho, zda mají děti či nikoliv



Zdroj: vlastní výzkum

Komentář:

Rozdělení respondentů podle toho, zda mají děti je velmi vyrovnané. 36 (52%) respondentů pracovníků sociálních služeb uvedlo, že děti mají. Z veřejnosti uvedlo 119 (50%) respondentů, že děti mají a 121 (61%) respondentů uvedlo, že děti nemají.

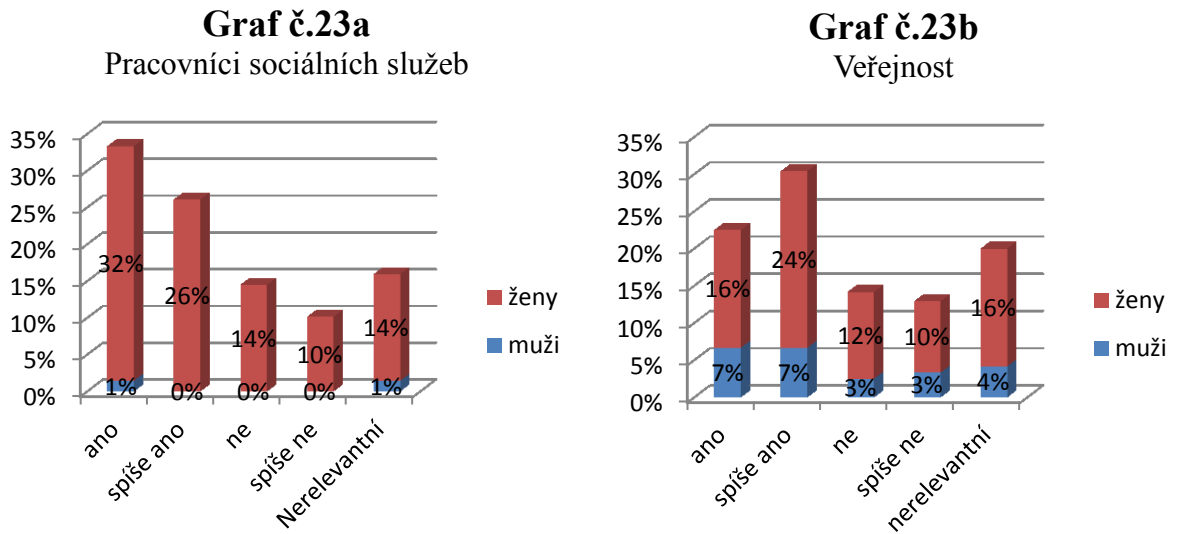
Otázka č. 23: Myslíte si, že rodičovství ovlivňuje rozhodnutí o ukončení života (kohokoliv)

Tabulka č. 23: Názor respondentů na rozhodnutí o ukončení života z pohledu rodičovství

Tabulka č. 23	Pracovníci sociálních služeb	Veřejnost
ano	23	54
spíše ano	18	73
ne	10	34
spíše ne	7	31
nevím	11	48
Celkem	69	240

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 23: Názor respondentů na rozhodnutí o ukončení života z pohledu rodičovství



Zdroj: vlastní výzkum

Komentář:

Podle uvedené tabulky a grafů můžeme říci, že většina respondentů z obou posuzovaných skupin si myslí, že rodičovství ovlivňuje rozhodnutí o ukončení života. Uvedlo tak 41 (59%) respondentů z řad pracovníků sociálních služeb. Jednání o ukončení života (kohokoliv) neovlivňuje fakt, že jste rodič 24% respondentů podle pracovníků sociálních služeb. Veřejnost uvedla, že si také myslí, že rodičovství ovlivňuje rozhodnutí o ukončení života, uvedlo tak 127 (54%) respondentů.

6.2 Shrnutí výsledků výzkumu

Výzkumná část začala stanovením výzkumných otázek, na které bych v závěru této části chtěla odpovědět.

1. Jaký je vztah v České republice široké veřejnosti a pracovníků v sociálních službách k možnosti legalizace eutanazie?

Z výsledků průzkumu vyplynulo, že obě posuzované skupiny respondentů jsou pro legalizaci eutanazie v České republice. Nepotvrdila se tedy má hypotéza, že eutanazii bude preferovat veřejnost před pracovníky sociálních služeb. Naopak jen 14 pracovníků sociálních služeb z 69 dotazovaných si myslí, že by eutanazie neměla být legalizována. Zároveň většina všech respondentů uvedla, že téma eutanazie není dostatečně medializované. Na základě diskuze, které se k dotazníkům vznesla, jsem zjistila, že lidé nemají přehled ve výkladu slova eutanazie a zaměňují ji s asistovanou sebevraždou. Myslím si, že by se měla vznést velká diskuze na toto téma a informovat občany o možnostech ukončení svého života.

2. Jaký je názoru na legalizaci eutanazie mezi věřícími a nevěřícími?

Dotazníkový výzkum došel k závěru, že u věřících je vyšší zastoupení lidí, kteří by eutanazii nelegalizovali konkrétně 32% respondentů, nevěřících respondentů je naproti tomu jen 9%. Překvapivé je však vyjádření, že skoro 60% věřících respondentů by bylo pro, nebo spíše souhlasilo s legalizací eutanazie. U nevěřících toto číslo přesahuje dokonce 80%. Tento překvapivý fakt, může být ovlivněn tím, že v české republice nemá náboženství, tak silný vliv, respondenti, kteří se považují za věřící, nepraktikují aktivně svojí víru, tak jak je to v jiných silně věřících zemích. Ovlivňujícím faktem může být i to, že největší část respondentů (134) byla z nejmladší věkové kategorie 18-30 let a jejich duchovní hodnoty jsou jiné než jejich rodičů.

3. Jaká je volba pracovníků sociálních služeb a veřejnosti mezi eutanazií a hospicovou péčí?

Na základě průzkumu lze říci, že sociální pracovníci jednoznačně preferují hospicovou péči před možnou volbou eutanazie. Důležité je však říci, že na danou problematiku nemá jasný názor 50% respondentů, kteří nejsou rozhodnuti, jak by se rozhodli. To může být ovlivněno nedostatečnou informovaností, jak na straně veřejnosti

tak i pracovníků sociálních služeb. Veřejnost by upřednostnila eutanazii před hospicovou péčí, především i proto, že hospicovou péčí nepovažuje za kvalitně prováděnou službu, uvedlo tak 89 (37%) respondentů. Mohu tedy potvrdit hypotézu, kdy pracovníci sociálních služeb preferují hospicovou péči před eutanazií.

4. Jaký je názor na eutanazii u lidí, kteří měli v rodině osobu smrtelně nemocnou umírající v bolestech?

Na základě zkoumaného vzorku respondentů lze potvrdit, že lidé se zkušeností s dlouhodobě nemocným člověkem skutečně (hypotéza č. 4) podporují legalizaci eutanazie z 79%. Proti eutanazii je pouze 14% respondentů, zbylých 7% respondentů mělo nejasný názor.

Na druhou stranu, 74% respondentů bez zkušenosti s péčí o člověka dlouhodobě smrtelně nemocného také podporuje eutanazii.

Za předpokladu, že náhodně vybraný vzorek respondentů odpovídá náhodnému vybranému vzorku občanů České republiky lze říci, že tři čtvrtiny respondentů podporují legalizaci eutanazie bez ohledu na zkušenost s osobou smrtelně nemocnou umírající v bolestech.

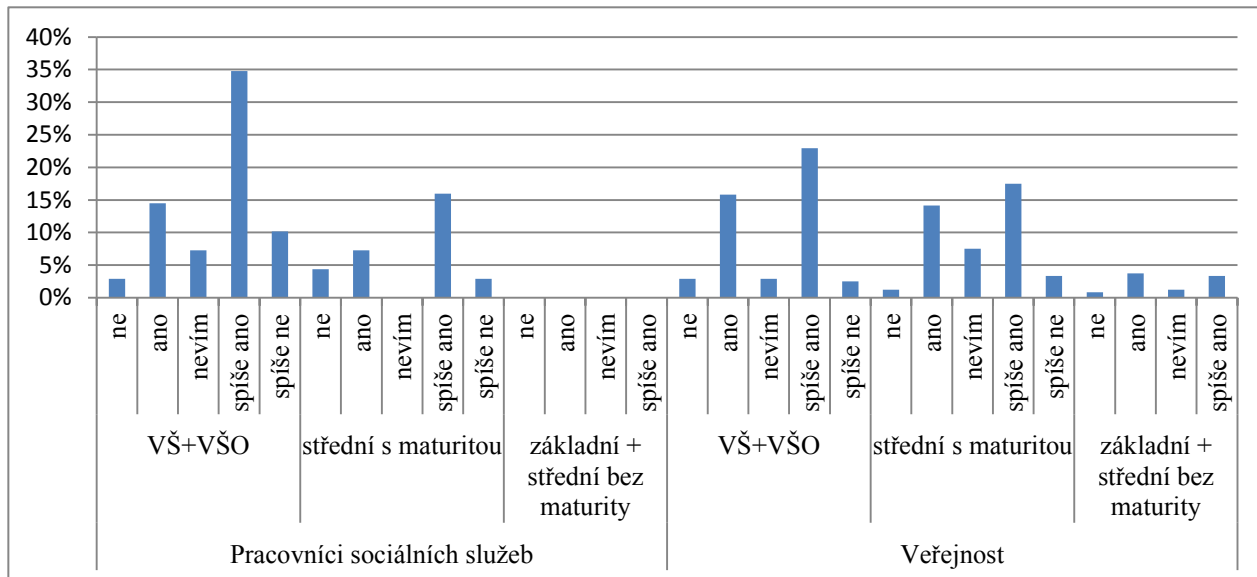
Z výsledků mého dotazníkového šetření nelze jednoznačně prokázat, že osoba se zkušeností s péčí o dlouhodobě smrtelně nemocnou osobou nebo bez této zkušenosti má v České republice rozdílný názor na legalizaci eutanazie.

5. Jak se liší názor na eutanazii s dosaženým vzděláním?

Pracovníci sociálních služeb															Celkem
VŠ+VŠO					střední s maturitou					základní + střední bez maturity					
n	An	neví	spíše	spíše	n	an	neví	spíše	spíše	n	an	neví	spíše	spíše	ne
e	o	m	ano	ne	e	o	m	ano	ne	e	o	m	ano	ne	
2	10	5	24	7	3	5	0	11	2	0	0	0	0	0	69
48					21					0					
Veřejnost															Celkem
VŠ+VŠO					střední s maturitou					základní + střední bez maturity					
n	An	neví	spíše	spíše	n	an	neví	spíše	spíše	n	an	neví	spíše	spíše	ne
e	o	m	ano	ne	e	o	m	ano	ne	e	o	m	ano	ne	
7	38	7	55	6	3	34	18	42	8	2	9	3	8	0	240
113					105					22					
celkem VŠ a VŠO					celkem s maturitou					Celkem základní a bez maturity					Celkem
161					126					22					

Tabulka č. 24: vliv dosaženého na názor legalizace eutanazie

Zdroj: vlastní výzkum



Graf č. 24: vliv dosaženého na názor legalizace eutanazie

Zdroj: vlastní výzkum

Kvůli lepší přehlednosti následující otázky příkládám tabulku a graf. Lze jednoznačně říci, že dosažené vzdělání ovlivňuje názor na legalizaci eutanazie. Vysokoškolsky vzdělaní lidé preferují eutanazii z 49% u pracovníků sociálních služeb a 39% respondentů veřejnosti. Tím se potvrzuje hypotéza č. 5.

Souhrnně lze říci, že s rostoucím vzděláním (bez ohledu na pracovní zaměření) roste podpora eutanazie. Tento graf je, mimo jiné, ovlivněn i skutečností, že pracovníci v sociálních službách musejí dosahovat vyššího vzdělání než je běžné v české populaci, což je prokázáno výše v této práci (Tabulka č. 4).

Výzkum dále potvrzuje, že veřejnost je k otázce eutanazie více neutrální, což je reprezentováno odpovědí „nevím“ 12% vs. 7%u sociálních pracovníků.

ZÁVĚR

V první části bakalářské práce jsem se snažila přiblížit základní pojmy k problematice eutanazie a vysvětlit je. Myslím si, že celá otázka eutanazie je především o správné formulaci pojmů, protože během zpracování této práce jsem se setkala od mnoha lidí ať již z oblasti sociální práce, tak i veřejnosti špatného výkladu eutanazie se záměnou pojmu asistovaná sebevražda. Lidé často na toto téma vůbec nemají žádný názor vytvořený. Stále je v České republice smrt, jako velké stigma, o kterém se nemluví. Smrt je brána jako něco špatného, co se stane v nemocnici a tam vše končí. Máme tu však i jiné varianty a podobě paliativní a hospicové péče. Například mobilní hospicová péče je volbou čím dál častěji pro lidi, kteří chtějí zemřít doma nikoli v nemocnici nebo jiném sociálním zařízení. Medicína opravdu umí zázraky a její vývoj je neuvěřitelný. V některých případech, ale stále nabízí jen tlumení bolesti ve formě paliativní léčby.

Ve své bakalářské práci jsem se snažila přiblížit názory respondentů z oblasti pracovníků sociálních služeb a veřejnosti na legalizaci eutanazie. Zjistit, zda se odpovědi mění u věřících respondentů oproti nevěřícím, další otázkou bylo, zda dosažené vzdělání poukazuje na výsledek legalizace eutanazie nebo zda je pro respondenty lepší volba eutanazie či hospic. V neposlední řadě jsem posuzovala, jestli respondenti, kteří měli v rodině smrtelně nemocného člověka, jsou spíše pro vyslovení legalizace eutanazie než ti, kteří žádnou zkušenost nemají.

V průběhu celého výzkumu jsem došla k závěru, že legalizace eutanazie je možná pouze tam, kde je společnost vyspělá a věří v to, že v jejich zemi by tak důležité rozhodnutí nebylo možné zneužít. To bohužel, zatím podle získaných odpovědí z dotazníků v naší zemi nepředpokládají. Zneužití hrozí kdekoli, kde chybí dobrá legislativa. Spoluprací několika ministerstev by mělo dojít ke kompromisu, tak jako k němu došli i v jiných Evropských, ale i mimo Evropských zemích.

Seznam literatury

Seznam použité literatury:

FIRTH, Pam, Gill LUFF a David OLIVIERE, ed. *Ztráta, změna a zármutek v kontextu paliativní péče*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007. Paliativní péče. ISBN 978-80-87029-21-3.

HEŘMANOVÁ, Daria. *Co bychom měli vědět, než odejdeme*. Čerčany: [Daria Heřmanová], 2015. ISBN 978-80-260-7669-8.

JELÍNEK, Jiří a kolektiv. *Trestní právo hmotné: obecná část, zvláštní část*. 5. aktualizované vydání. Praha: Leges, 2016. ISBN 978-80-7502-120-5.

KUTNOHORSKÁ, Jana. *Etika v ošetrovatelství*. 2007. Praha: Grada Publishing, a.s, 2007. ISBN 978-80-247-2069-2.

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

MARKOVÁ, Monika. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada, 2010. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3171-1.

MATĚJEK, Jaromír. *Dříve projevená přání pacientů: výhody a rizika*. Praha: Galén, c2012. ISBN 978-80-7262-850-6.

MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ, ed. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-x.

MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-71-78-549-0.

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

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

OPATRNÝ, Aleš. *Spirituální péče o nemocné a umírající*. Červený Kostelec: Pavel Mervart, 2017. Bibliotheca theologica. ISBN 978-80-7465-269-1.

PAVLINCOVÁ, Helena. *Slovník: Judaismus : Křesťanství : Islám*. Praha: Mladá fronta, 1994. ISBN 80-204-0440-6.

PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK. *Eutanazie - pro a proti*. Praha: Grada, 2012. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-247-4659-3.

ROTTER, Hans. *Důstojnost lidského života: [základní otázky lidské etiky]*. Praha: Vyšehrad, 1999. Cesty (Vyšehrad). ISBN 80-7021-302-7.

SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospice a umění doprovázet*. 6., dopl. vyd., (V KNA 1.). V Kostelním Vydří: APHPP, 2008. ISBN 978-80-7195-307-4.

SVATOŠOVÁ, M., *Hospice a umění doprovázet*. 1.vyd. Praha: Ecce homo, 1995

ŠEVČÍK. *Eutanazie - ano, či ne? Aktuální medicínské, filozofické a právní perspektivy*. Praha: Středisko společných činností AV ČR, v.v.i., pro Kancelář Akademie věd ČR, 2015. Strategie AV21. Špičkový výzkum ve veřejném zájmu.

ŠPINKOVÁ, Martina a Štěpán ŠPINKA. *Standardy domácí paliativní péče: podklady pro práci týmů domácí paliativní péče*. Praha: Cesta domů, 2004. ISBN 80-239-4329-4.

TOMEŠ, Igor, Eva DRAGOMIRECKÁ, Katarina SEDLÁROVÁ a Daniela VODÁČKOVÁ. *Rozvoj hospicové péče a její bariéry*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2015. ISBN 978-80-246-2941-4.

VÁCHA, Marek, Radana KÖNIGOVÁ a Miloš MAUER. *Základy moderní lékařské etiky*. 1. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-7367-780-0.

VIRT, Günter. *Žít až do konce: etika umírání, smrti a eutanazie*. Praha: Vyšehrad, 2000. Cesty (Vyšehrad). ISBN 80-7021-330-2.

VOZÁR, Jozef. *Eutanázia: právne aspekty*. Pezinok: Formát, 1995. ISBN 80-967469-2-8.

Odborné periodika:

Věda a výzkum: Etika, řešení dilemat budoucnosti. Praha: Středisko společných činností AV ČR, 2018, 2018(4). ISSN 2533-784X.

Internetové odkazy

Česká televize: *104letý vědec ve Švýcarsku podstoupil asistovanou sebevraždu* [online]. 2018, [cit. 2019-01-28]. Dostupné z: <https://ct24.ceskatelevize.cz/svet/2475151-104lety-vedec-ve-svycarsku-podstoupil-asistovanou-sebevrazdu-rodna-australie-mu-odchod>

Novinky.cz/koktejl: *Stroj na eutanazii lze po částech vytvořit 3D tiskárnou a pak sestavit* [online]. 2018 [cit. 2019-01-28]. Dostupné z: <https://www.novinky.cz/koktejl/457428-stroj-na-eutanazii-lze-po-castech-vytvorit-3d-tiskarnou-a-pak-sestavit.html>

EuroZprávy.cz. *Právo na smrt - eutanazie: Kde je asistovaná sebevražda povolena?* [online]. 2017 [cit. 2019-01-28]. Dostupné z: <https://eurozpravy.cz/veda-a-technika/veda/77965-pravo-na-smrt-eutanazie-kde-je-asistovana-sebevrazda-povolena/>

STK a idnes.cz. *První dítě v Belgii podstoupilo eutanazii, o smrt samo požádalo lékaře* [online]. 2016 [cit. 2019-01-28]. Dostupné z: https://www.idnes.cz/zpravy/zahranicni/detska-eutanazie-belgie.A160917_114435_zahranicni_mlb

czso.cz. Průměrné mzdy - 3. čtvrtletí 2018 [online]. 2018 [cit. 2019-01-31]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/cri/prumerne-mzdy-3-ctvrtleti-2018>

Idnes.cz/Finance. Kalkulátor čisté mzdy [online]. 2018 [cit. 2019-01-31]. Dostupné z: <https://kalkulacky.idnes.cz/kalkulacky.aspx?typ=mzdova>

Stavovský předpis č. 10 ČLK. [online]. [cit. 2018-10-28]. Dostupné z: <https://www.lkcr.cz/stavovske-predpisy-clk-212.html>

BERKA, Vít a Sum TOMÁŠ. *Eutanazie ve světě*, 2005, [online], [cit. 2019-01-28] <https://www.epravo.cz/top/clanky/eutanazie-ve-svete-33479.html>

Patients Rights Council, *Assisted Suicide Laws in the United States* [online]. 2017 [cit. 2019-01-28]. Dostupné z: <http://www.patientsrightscouncil.org/site/assisted-suicide-state-laws/>

Evropský soud pro lidská práva. Evropská úmluva o ochraně lidských práv [online]. 1. června 2010 [cit. 2019-01-30]. Dostupné z: https://www.echr.coe.int/Documents/Convention_CES.pdf

Právní předpisy:

Zákon č.372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), dostupné z: <https://zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>

Zákon č.108/2006 Sb., o sociálních službách, dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108/>

Ústavní zákon č. 2/1993 Sb. Listina základních práv a svobod, dostupné z: <https://zakonyprolidi.cz/cs/1993-2>

Seznam tabulek

Tabulka č. 1: Rozdělení respondentů podle pohlaví, s. 37

Tabulka č. 2: Rozdělení respondentů podle věku, s. 38

Tabulka č. 3: rozdělení respondentů podle bydliště, s. 49

Tabulka č. 4: rozdělení respondentů podle dosaženého vzdělání, s. 40

Tabulka č. 5: rozdělení respondentů podle víry, s. 41

Tabulka č. 6: Rozdělení respondentů podle oblasti pracovníků sociálních služeb a respondentů z veřejnosti, s. 42

Tabulka č. 7: Názor respondentů na beztrestnost eutanazie, s. 43

Tabulka č. 8: Názor respondentů na mírnější postih za eutanazie s. 44

Tabulka č. 9: Názor respondentů, zda je téma eutanazie dostatečně medializované, s. 45

Tabulka č. 10: Názor respondentů z jakého zdroje se o eutanazii dozvěděli, s. 47

Tabulka č. 11: Názor respondentů na eutanazii, s. 48

Tabulka č. 12: Názor respondentů na možnost zneužití legalizace eutanazie, s. 49

Tabulka č. 13: Názor respondentů, kdo by měl v případě legalizace, euthanasii realizovat, s. 50

Tabulka č. 14: Názor respondentů na realizaci eutanazie, s. 52

Tabulka č. 15: Názor respondentů na rozhodnutí o svém životě a smrti, s. 54

Tabulka č. 16: Názor respondentů na rozhodnutí blízké osoby k vyslovení přání zemřít, s. 55

Tabulka č. 17: Názor respondentů na nejčastější motivaci k uvažování nad eutanazii, s. 56

Tabulka č. 18: Názor respondentů na výběr mezi hospicovou péčí a eutanazii, s. 57

Tabulka č. 19: Názor respondentů na kvalitu hospicové péče, s. 59

Tabulka č. 20: Názor respondentů na eutanazii z pohledu jejich zkušeností s umírajícími, s. 60

Tabulka č. 21: Názor respondentů na úvahu o eutanazii v případě nemoci své nebo u osoby blízké, s. 61

Tabulka č. 22: Rozdělení respondentů podle toho, zda mají děti či nikoliv, s. 62

Tabulka č. 23: Názor respondentů na rozhodnutí o ukončení života z pohledu rodičovství, s. 63

Tabulka č. 24: Vliv dosaženého na názor legalizace eutanazie, s. 67

Seznam grafů

Graf č. 1: Rozdělení respondentů podle pohlaví, s. 37

Graf č. 2: Rozdělení respondentů podle věku, s. 38

Graf č. 3: rozdělení respondentů podle místa bydliště, s. 39

Graf č. 4: rozdělení respondentů podle dosaženého vzdělání, s. 40

Graf č. 5: rozdělení respondentů podle víry, s. 41

Graf č. 6: Rozdělení respondentů podle oblasti pracovníků sociálních služeb a respondentů z veřejnosti, s. 42

Graf č. 7: Názor respondentů na beztrestnost eutanazie, s. 43

Graf č. 8: Názor respondentů na mírnější postih za eutanazii, s. 44

Graf č. 9: Názor respondentů, zda je téma eutanazie dostatečně medializované, s. 46

Graf č. 10: Názor respondentů z jakého zdroje se o eutanazii dozvěděli, s. 47

Graf č. 11: názor respondentů na eutanazii, s. 48

Graf č. 12: Názor respondentů na možnost zneužití legalizace eutanazie, s. 49

Graf č. 13: Názor respondentů, kdo by měl v případě legalizace, euthanasii realizovat, s. 51

Graf č. 14: Názor respondentů na realizaci eutanazie, s. 53

Graf č. 15: Názor respondentů na rozhodnutí o svém životě a smrti, s. 54

Graf č. 16: Názor respondentů na rozhodnutí blízké osoby k vyslovení přání zemřít, s. 55

Graf č. 17: Názor respondentů na nejčastější motivaci k uvažování nad eutanazii, s. 56,57

Graf č. 18: Názor respondentů na výběr mezi hospicovou péčí a eutanazii, s. 58

Graf č. 19: Názor respondentů na kvalitu hospicové péče, s. 59

Graf č. 20: Názor respondentů na eutanazii z pohledu jejich zkušeností s umírajícími, s. 60

Graf č. 21: Názor respondentů na úvahu o eutanazii v případě nemoci své nebo u osoby blízké, s. 62

Graf č. 22: Rozdělení respondentů podle toho, zda mají děti či nikoliv, s. 63

Graf č. 23: Názor respondentů na rozhodnutí o ukončení života z pohledu rodičovství, s. 64

Graf č. 24: Vliv dosaženého na názor legalizace eutanazie, s. 67

Seznam příloh

Příloha A – dotazník

Příloha A

Výzkumné otázky:

1) Pohlaví:

- a) muž
- b) žena

2) Věk:

- a) 18-30
- b) 31-45
- c) 46-59
- d) 60 a více

3) Bydlíte v Praze?

- a) ano
- b) ne

4) Nejvyšší dosažené vzdělání:

- a) základní
- b) střední bez maturity
- c) střední s maturitou
- d) vyšší odborné
- e) vysokoškolské

5) Jste věřící? Pokud ano, vypište jakého vyznání, pokud jste nevěřící, vypište nerelevantní.

--

6) Pracujete v oblasti sociální služeb?

a) ano

b) ne

7) Myslíte si, že by měla být v České republice eutanazie beztrestná?

a) ano

b) spíše ano

c) ne

d) spíše ne

e) nevím

8) V případě, že by eutanazie byla trestným činem, měl by být za ni mírnější postih?

a) ano

b) spíše ano

c) ne

d) spíše ne

e) nevím

9) Myslíte si, že je v České republice dostatečně medializované téma eutanazie?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) ne
- d) spíše ne
- e) nevím

10) Z jakého zdroje jste se o eutanazii dozvěděli? (označte všechny možné odpovědi)

- a) televize
- b) internet
- c) časopisy
- d) knihy
- e) přednášky
- f) jiné
- g) o dané problematice nic nevím

11) Jaký je váš názor na eutanazii?

- a) milosrdná smrt
- b) pomoc trpícímu člověku
- c) právo zemřít důstojně
- d) vražda
- e) nevím

12) Kdyby byla eutanazie legalizovaná, myslíte si, že by hrozilo zneužití?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) ne
- d) spíše ne
- e) nevím

13) V případě přípustnosti (legalizace) by euthanasii v ČR realizoval

- a) ošetřující lékař
- b) lékař vybraný pacientem nebo určený vedoucím zdravotnického zařízení
- c) v případě nemožnosti se vyjádřit sám, tak lékař vybraný z okruhu osob nejbližších pacientovi
- d) jiná osoba určená pacientem

14) měla by být realizace euthanasie přípustná

- a) lékařem ve zdravotnickém nebo sociálním zařízení
- b) lékařem v domácím prostředí pacienta
- c) osobou blízkou kdekoliv
- d) kýmkoliv, kdekoliv a jakkoliv

15) Má člověk právo na rozhodnutí o své smrti stejně tak jako má právo na život?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) ne
- d) spíše ne
- e) nevím

16) Respektoval/a byste rozhodnutí vašeho blízkého, který vyslovil přání zemřít?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) ne
- d) spíše ne
- e) nevím

17) Jaká je podle vás nejčastější motivace, která vede člověka k uvažování o eutanazii? (označte všechny možné odpovědi)

- a) dlouhodobá fyzická bolest
- b) nevyléčitelná nemoc
- c) strach ze samoty a bezmoci
- d) ztráta smyslu života
- e) pocit, že jsem ostatním na obtíž
- f) ztráta důstojnosti
- g) strach z umírání
- h) neznám žádný důvod pro uvažování nad tímto rozhodnutím

18) Zvolili byste si v případě výběru hospicovou péči nebo eutanazii?

- a) eutanazie
- b) hospic
- c) nevím

19) Myslíte si, že je v České republice kvalitně prováděná hospicová péče?

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

20) Ovlivnil váš názor na eutanazii zkušenost ve vašem okolí s dlouhodobě umírajícím?

- a) ano ovlivnila, pozitivně tzn. pro eutanazii
- b) ano ovlivnila, negativně tzn. proti eutanazii
- b) ne ovlivnila
- c) do této situace jsem se nedostala

21) Přemýšleli byste o eutanazii jako řešení, kdyby vy nebo někdo ve vašem okolí byl smrtelně nemocný?

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

22) Máte děti?

- a) ano
- b) ne

23) Myslíte si, že rodičovství ovlivňuje rozhodnutí o ukončení života (kohokoliv).

a) ano

b) spíše ano

c) ne

d) spíše ne

e) nerelevantní