

Česká zemědělská univerzita v Praze

Provozně ekonomická fakulta

Katedra humanitních věd



Bakalářská práce

Historické a současné pojetí eutanazie a paliativní péče

Tereza Škočová

ČESKÁ ZEMĚDĚLSKÁ UNIVERZITA V PRAZE

Provozně ekonomická fakulta

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Tereza Škochová

Hospodářská a kulturní studia

Název práce

Historické a současné pojetí eutanazie a paliativní péče

Název anglicky

Historical and contemporary concept of euthanasia and palliative care

Cíle práce

Cílem bakalářské práce je zjistit, jaký má dnešní dospělá populace povědomí o eutanazii a zda by byla pro její legalizaci na území České republiky.

Metodika

V bakalářské práci byl aplikován kvantitativní výzkum formou standardizovaného dotazníku. Dotazník obsahoval 17 uzavřených otázek, byl zcela anonymní a oslovoval dospělou část populace České republiky.

Doporučený rozsah práce

30 – 40 stran.

Klíčová slova

eugenika, eutanazie, legalizace, lidská důstojnost, paliativní péče

Doporučené zdroje informací

KUNG, H. Dobrá smrt? 1 vyd. Praha: Vyšehrad, 2015. ISBN 978-80-7429-549-2

MUNZAROVÁ, M. Eutanazie nebo paliativní péče? 1.vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2005. ISBN 80-247-1025-0

ŠPINKOVÁ, M., ŠPINKA, Š. Eutanazie-Víme o čem mluvíme? 1 vyd. Praha: Cesta domu, 2007.

VÁCHA, M. Místo, na kterém stojíš, je posvátná země. 1 vyd. Brno: Cesta, 2008. ISBN 987-80-7295-104-8

Předběžný termín obhajoby

2015/16 LS – PEF

Vedoucí práce

Mgr. Jan Brabec, Ph.D.

Garantující pracoviště

Katedra humanitních věd

Elektronicky schváleno dne 7. 3. 2016

**doc. PhDr. Michal Lošťák,
Ph.D.**

Vedoucí katedry

Elektronicky schváleno dne 7. 3. 2016

**Ing. Martin Pelikán,
Ph.D.**

Děkan

V Praze dne 10. 3. 2016

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že svou bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pod vedením vedoucího bakalářské práce a s použitím odborné literatury a dalších informačních zdrojů, které jsou citovány v práci a uvedeny v seznamu použitých zdrojů na konci práce. Jako autorka uvedené bakalářské práce dále prohlašuji, že jsem v souvislosti s jejím vytvořením neporušila autorská práva třetích osob.

V Praze dne 2. 3. 2016

Tereza Škočová

Poděkování

Ráda bych touto cestou poděkovala Mgr. Janu Brabcovi, PhD. za vstřícné vedení mé bakalářské práce, jeho užitečné rady a inspirativní připomínky. Děkuji také sestře MUDr. Barboře Škochové a jejím kolegům za pomoc při dotazníkovém šetření v praktické části, jako i neposledně všem zúčastněným respondentů.

Historické a současné pojetí eutanazie a paliativní péče

Souhrn

Tato bakalářská práce se zabývá tématem eutanazie. Vymezuje její vývoj od Antiky, přes středověk, novověk až do současné eutanazie 21. století. Dále se věnuje vymezení základních pojmů, problematikou její diferenciaci, legislativě a legalizaci na území Evropy jako i ve zbylém světě. Její další kapitoly jsou věnovány názorům světové lékařské asociace či přímo názorům české lékařské komory. Neopomíjí ani pohled na eutanazii z různých úhlů zvolených náboženství nebo vybrané nejpádňější argumenty pro či proti její samotné legalizaci. Neposledně přibližuje i alternativní možnosti péče v podobě paliativní a hospicové, které jsou považovány za přijatelnou odpověď na stejnou životní situaci. Vlastní práce přináší zanalyzované výsledky dotazníkového šetření, jehož úkolem bylo potvrzení či vyvrácení stanovených hypotéz.

Klíčová slova: Asistovaná sebevražda, eugenika, eutanazie, hospicová péče, legalizace, lidská důstojnost, paliativní péče, smrt.

Historical and contemporary concept of euthanasia a palliative care

Summary

This bachelor thesis focuses on topic of euthanasia. It defines a development from antiquity, the Middle Ages, modern times until the present euthanasia in today's century. It also discusses the basic concepts, issues with the differentiation, and legislation and legalization in Europe as well as in the rest of the world. Next chapters are devoted to the views of the World Medical Association or Czech Medical Chamber. This thesis also does not neglect a viewpoint on euthanasia from various angles of religions and selects the strongest arguments for or against the legalization itself. It also approaches an alternative care options in the form of palliative and hospice care, which are considered as an acceptable response to the same situation. The experimental portion of the thesis brings analyzed the results of the survey, whose task was to confirm or refute hypotheses.

Keywords: Assisted suicide, death, eugenics, euthanasia, legalization, hospice care, human dignity, palliative care.

Obsah

1. Úvod.....	7
2. Cíl práce a metodika	8
2.1 Cíl práce	8
2.2 Metodika	8
3. Teoretická východiska	10
3.1 Eutanazie	10
3.1.1 Pohled do historie	10
3.1.1.1 Antika	10
3.1.1.2 Středověk a Novověk	13
3.1.1.3 19. Století.....	14
3.1.1.4 Eutanazie v Třetí říši, národní socialismus v Německu	17
3.2 Eutanazie v dnešní době.....	19
3.2.1 Vymezení pojmů.....	20
3.2.1.1 Šedá zóna aktivní a pasivní eutanazie	22
3.2.2 Legislativa ve světě.....	22
3.2.2.1 Holandsko.....	22
3.2.2.2 Belgie.....	25
3.2.2.3 Francie	26
3.2.2.4 Spojené státy americké	27
3.2.3 Světová lékařská asociace a eutanazie.....	27
3.2.4 Česká lékařská komora a eutanazie	29
3.3 Postoj náboženství k eutanazii	29
3.3.1 Judaismus.....	29
3.3.2 Křesťanství.....	30
3.3.3 Islám.....	31
3.4 Paliativní péče	32
3.4.1 Počátek paliativní péče	33
3.4.2 Rozvoj moderní paliativní péče	34
3.4.3 Vymezení pojmu paliativní péče	35
3.4.4 Psychická odezva na příchod a rozvoj nevléčitelné nemoci.....	38
3.4.4.1 Šok a popření	38
3.4.4.2 Hněv a Zloba	39
3.4.4.3 Smlouvání.....	39

3.4.4.4	Akceptace	40
3.4.4.5	Naděje.....	41
3.5	Hospice.....	41
3.5.1	Počátky hospicového hnutí	42
3.5.2	Hospicová péče v současnosti.....	44
4.	Vlastní práce	46
4.1	Dotazníkové šetření.....	46
4.1.1	Stanovení výzkumných problémů	46
4.1.2	Stanovení výzkumných hypotéz	47
5.	Výsledky a diskuse	48
5.1	Zpracování výsledků	48
5.1.1	Identifikační údaje anonymních respondentů	48
5.1.2	Vyhodnocení dotazovaných odpovědí	49
5.2	Závěr výsledků výzkumu	70
6.	Závěr.....	72
7.	Seznam použitých zdrojů	74
7.1	Seznam použití literatury	74
	Seznam použité cizojazyčné literatury	74
	Seznam elektronických zdrojů	75
	Seznam tabulek a grafů.....	76
7.2	Seznam tabulek	76
7.3	Seznam grafů.....	77
7.4	seznam příloh	77
	Přílohy.....	78

1. Úvod

Otázka spojená se skoncem lidského života zajímala lidstvo již od samotné nepaměti, kterou řešili již i nejstarší společnosti a dávno zaniklé civilizace. Vždy se objevila převážně v kontrastu k pojmu tzv. dobrého hodnotného lidského života, hledání jeho smyslu, nalezení spokojenosti, klidu, míru, existenčního naplnění nebo pozemského štěstí či životní moudrosti. Ne nadarmo se mnohými považuje právě toto „hledání“ za zdroj a počátek takových ohromných prvků jako jsou etika, filozofie či samotné náboženství. A současná postmoderní doba není jiná.

Život se zrychluje a prodlužuje, do popředí vstupují i jiné elementy jako kariéra, bohatství, úspěch. Lidé jsou poháněni a postrkováni po stupnici svých zvolených životních hodnot, kariérním a společenském žebříčku, ale otázky spojené s koncem života a nástupem smrti se pro jedince moderní doby nestaly o nic méně naléhavými. Dalo by se předpokládat, že v důsledku neustále modernizující se zdravotní péče, léčebných metod a prohlubující se kvality lékařské péče jaksi odsunuly více do pozadí. I tak je však lidská bytost 21. století stále a neodvratně smrtelná, ačkoliv se nás dnešní kinematografie snaží přesvědčit o opaku. Dříve či později každý z nás bude čelit svému konci a bude nucen se zamyslet nad skutečnými hodnotami a způsoby odchodu na věčnost.

Nacházíme se v době, ve které se objevují stále více hnutí za tzv. právo zemřít s důstojností a důvody jsou zjevné. Vymoženosti dnešní medicíny, jejichž úkolem je udržet člověka při životě za každou cenu, vyvolávají v široké populaci strach a úzkost. Má-li člověk právo na život, nemá tedy automaticky i právo na smrt? Kde stojí samotná hranice etického problému, který je přímo v rozporu s první generací základních lidských práv a svobod člověka?

Následující stránky se pokouší nabídnout základní obeznámení o této složité etické problematice.

2. Cíl práce a metodika

2.1 Cíl práce

Cílem bakalářské práce je zjistit, jaký má dnešní dospělá populace názor a povědomí o eutanazii a zda by byla pro její samotnou legalizaci na území České republiky. Jak vypadá zákon o „důstojné smrti“ v zahraničí a zda by dnešní populace o eutanazii uvažovala ve svém vlastním případě nemohoucnosti.

2.2 Metodika

Práce je rozdělena na sedm částí, z čehož konkrétně teoretické východisko a vlastní práce obsahují metody výzkumu.

V teoretickém východisku byla použita metoda sběru dat pro sběr jak obecných informací o zvoleném tématu, tak i konkrétních dat a informací k prohloubení zkoumané problematiky. Jejím hlavním úkolem bylo získání primárních, sekundárních a charakterově adekvátních informací, jejichž účelem je vyobrazení pravdivých faktů o stavu dané problematiky v současné situaci. Čerpala jsem z publikované bibliografie, publikované cizojazyčné bibliografie nebo elektronických zdrojů.

Ve vlastní práci byly aplikovány metody kvantitativního výzkumu, a to konkrétní formou standardizovaného dotazníku. Dotazník byl stylizován formou uzavřených otázek a zcela anonymní. Tato metoda je vhodná pro numerický náhled do zkoumané problematiky. Mezi její pozitiva patří rychlý a přímočarý sběr dat spolu s názorným zobecněním daných výsledků. Dále jsou data převážně nezávislá na výzkumníkovi a velmi lehce ověřitelná. Sestavila jsem dotazník o 17 otázkách, na který respondenti mohli odpovídat vždy z několika předem stanovených možností. K danému výzkumu byly využity názory dospělé populace České republiky a názory profesionálních lékařů, jež jsem oslovila formou elektronického dotazníku přes portál survio.com. Dostupného na webové adrese: <http://www.survio.com/survey/d/O2F3Y2B6B8H4J8U6B>

Primárním cílem bylo zjištění charakteru názorů na eutanazii, její legalizaci a její alternativní péče v závislosti na pohlaví, věku, dosaženého vzdělání a druhu profese či studia respondenta.

3. Teoretická východiska

3.1 Eutanazie

Termín eutanazie má počátky a samotný základ v řečtině. „*Euthanasie*“ je kombinací řeckých slov *eu-* dobrá a *thanatos-* smrt, což v překladu doslovně znamená „dobrá smrt“, případně se může zaměřovat i za krásnou smrt. Dnes se spíše o ní polemizuje jako o zabití ze soucitu nebo jako o usmrcení na žádost nemocného. Jedná se v podstatě o jednání nebo zanedbání, které vede k úmyslnému usmrcení pacienta. Hnacím motivem tohoto jednání je eliminovat fyzické, duševní či spirituální utrpení. Často je tento název považován za pouhé zkreslení skutečnosti pro cynickou odezvu zoufalého volání o pozornost, lásku a soucit nebo sobeckým vyhnutím se vlastní bolesti, utrpení a strachu, které přichází ruku v ruce s doprovázením nemocného na jeho poslední finální cestě. Pro mnohé je také eutanazie prostředek, kterým stát zajišťuje nejlevnější formu takzvané „péče.“

3.1.1 Pohled do historie

Rozporuplné názory ohledně eutanazie lze nalézt již v antice. Už tehdy zdrojem svárů a polemiky byla neurčitá definice toho, co je dobrá smrt. Názory se různily v samotné představě, která smrt je považována za dobrou, což přímo vycházelo ze skutečnosti, co bylo pokládáno za dobrý život.¹

3.1.1.1 Antika

Starověká antika nemůže termín daného slova uvést ve smyslu, jakým by ho pochopil člověk dnešní doby. Za eutanazii byla v té době považována rychlá smrt postrádající jakékoliv větší utrpení, zánik, který uniká nástrahám spojeným s procesem stárnutí a skonem mysli, či konec života spjatý se slastným naplněním bytí. Smrt byla chápána jako vyvrcholení života promítající se často do představ hrdinské smrti na bitevním poli. Později tato představa byla zaměněna pádem za vlast při obraně rodného kraje nebo přímo mučednickou smrtí, která se oslavovala s rozvíjejícím se křesťanstvím.

¹ ŠPINKOVÁ, M., ŠPINKA, Š. *Eutanazie-Víme o čem mluvíme?*, s. 4.

Od klasických dob se za znak eutanazie považuje nepokrytě schopnost jedince přijmout a hlavně nést svůj úděl. Člověk umírá dobrou smrtí, pokud ji vítá s vnitřní vyrovnaností a důstojností, což je pokládáno za přirozený výsledek života, který byl stráven hledáním skutečné vnitřní moudrosti.²

O eutanazii se z medicínského hlediska v antice ani středověku nemluví, protože v dané době dobrá smrt není chápána v souvislosti s lékařskou pomocí. Tradice vycházející z Hippokratovy přísahy totiž nebyla donedávna sebemeně zpochybňována. Nelze to však chápat v souvislosti diskuze o asistenci lékaře při smrti a umírání. Již v dané době se debatovalo o dilema, zda má lékař léčit nemocné trpící nevléčitelnou chorobou a problematice zneužití lékařských znalostí. Tehdy to však bylo chápáno jako účast lékaře v procesu travičství, nikoli eutanazie v dnešním moderním pojmu slova.³

I hlediska mnoha významných filozofů tehdejší doby se neshodovaly. Následovníci Pythagora (572-497 př. n. l.) zvaní pythagorejci ji zásadně odmítali, a to převážně z náboženských důvodů. *„Podle nich pozemská existence člověka je spojená s bolestí a snad i s těžkou smrtí proto, že se jedná o potrestání za předchozí hříchy. Vtělená duše má bohy určenou dobu trvání a předčasné ukončení života je hrubým přestupkem proti božimu řádu.“*⁴

Sokrates (470-399 př. n. l.) pohlížel na strach ze smrti jako na něco nemoudrého a nerozumného. V utrpení a bolesti nevléčitelné nemoci vnímal důvod neulpívat na vyprchávacím se životě a namítal proti snahám lékařů prodlužovat průběh skonu života. Byl velkým zastáncem boha lékařství Asklepiea, který by podle jeho slov jistě netoužil protahovat nehodné životy a navrhoval, aby lékaři úmyslně nezasahovali do odchodu zničené a nevléčitelné duše.⁵

Platon (427-347 př. n. l.) na sebevraždu pohlížel spíše záporně. Schvaloval ji jedině v případě mučedně zničující a devastující choroby. Člověk trpící těžkou chorobou byl totiž zcela neprospěšný jak pro sebe tak hlavně i pro stát. Ve svém díle *„Faidon“* si vskutku pohrává s myšlenkou, kdy jedinec dobrovolně může zvolit odchod na věčnost, není-li jiného zbylí a konec je v blízké budoucnosti nevyhnutelný. Vytríbenější názor si vyhrazuje dále ve svém spise *„Politeia“*. Vystupuje zde s daleko radikálnějšími názory. Podle jeho

² ŠPINKOVÁ, M., ŠPINKA, Š. *Eutanazie-Víme o čem mluvíme?*, s. 4.

³ ŠPINKOVÁ, M., ŠPINKA, Š. *Eutanazie-Víme o čem mluvíme?*, s. 5.

⁴ MUNZAROVÁ, M. *Eutanazie nebo paliativní péče?*, s. 25.

⁵ MUNZAROVÁ, M. *Eutanazie nebo paliativní péče?*, s. 26.

hlediska nemusí být člověk za svůj život vděčný bohům, což vedlo k vyústění, že má právo sám si rozhodnout, kdy a jak by chtěl svoji existenci ukončit.⁶

Platonův žák Aristoteles (384-322 př. n. l.) se svým mistrem v tomto ohledu nesoouhlasil. Jednoznačně vystupoval proti násilnému ukončení života, a to i v případech nesnesitelné těžkosti. (Aristoteles, 1996, kniha třetí, 1116a):

„Přivoditi si však smrt, abychom se vyhnuli chudobě nebo hoři lásky anebo vůbec nějakému zármutku, nenáleží člověku statečnému, nýbrž spíše zbabělci, jest totiž změkčilost vyhýbati se protivenstvím, i nepodstupuje sebevrah smrt proto, že jest to krásné, nýbrž proto, že se vyhýbá zlu.“⁷

Zdůrazňoval, že povinností každého občana je zůstat a být prospěšný státu, a to co nejdéle. Jedinec musí nést své břímě a postavit se čelem vůči svému konci. Tyto názory nestavěl na náboženském principu a samotnou eutanazii považoval za odsouzeníhodnou. Nejenom že je vrcholem naprosté zbabělosti a nejvyšším stupněm prudkosti a nerozvážnosti, ale připravuje společnost v podobě státu o své drahocenné členy. Umírání má být o odvaze. Je nejvyšší morální etapou každého mravního a ctnostného jedince.⁸

Sokratova smrt vyličená Platonem se stala vzorem stoického pojetí dobré neboli spíše vyrovnané smrti. Stoikové připouštěli samotnou možnost eutanazie. Byla pro ně přípustná tehdy, pokud se život jedince už nenacházel v harmonii s individuálními citovými potřebami a pochopením sama sebe, vzhledem k nemoci, strasti, bolu nebo tělesným abnormalitám. Eutanazii podřizovali dvěma základním podmínkám. Za prvé pro ně motivace musela být odpovídající skutečnosti. Požadovali jistotu, že nedojde k eutanazii díky rozmarům a přáním marnivé duše, která se snaží uniknout strastem a povinnostem života. Za druhé vše muselo být podřízeno zodpovědnosti vůči ostatním, a nejen individuální vůli k odchodu z tohoto světa.⁹

V Hippokratově přísaze datované přibližně v rozmezí 3. až 5. stol. př. n. l. leží: *„Nepodám nikomu smrtící látku, i kdyby ji ode mne žádal, a ani nikomu tuto možnost nenavrhnu.“* Daný výrok je považovaným důkazem, že autorem těchto slov musel být jednoznačně stoupenec pythagorejců. Tato slova se stala základem lékařských kodexů a

⁶ MUNZAROVÁ, M. *Eutanazie nebo paliativní péče?*, s. 26.

⁷ MUNZAROVÁ, M. *Eutanazie nebo paliativní péče?*, s. 26.

⁸ MUNZAROVÁ, M. *Eutanazie nebo paliativní péče?*, s. 26.

⁹ MUNZAROVÁ, M. *Eutanazie nebo paliativní péče?*, s. 27.

principy v ní ztvárněné přetrvávají neporušené do dnešních časů. Právě na základě souladu i Etický kodex České lékařské komory považuje eutanazii a asistovanou sebevraždu za zcela nepřípustnou.¹⁰

3.1.1.2 Středověk a Novověk

Středověká kultura neuznávala jakýkoliv náznak sympatií s termíny eutanazie, jakožto milosrdné usmrcení, zabití ze soucitu, usmrcení na žádost nemocného nebo přímo právo člověka na sebevraždu. Velkým milníkem se stal nepokrytě fakt, že se věřilo a počítalo s posmrtným životem a smrt se tedy stala důležitým momentem a počátkem přechodu na věčnost. Zánik života se stal jedním z největších tajemství lidského života vyplývající z vědomí, že v daný okamžik nás něco přesahuje. Věřilo se, že do daného tajuplného tajemství nemůže člověk vkročit svými lidskými prostředky spolu s důvody, které byly považovány za neadekvátní, a zasáhnout tak do přirozeného chodu dění.¹¹

Novověk sebou přináší termín eutanazie, kterým jej chápeme v dnešním slova smyslu. Na celé novověké pojetí eutanazie má nedožrnný vliv především přínos dvou myslitelů a to jest Thomase Mora a Francise Bacona.

Thomas More (1478- 1535 n. l.) byl anglický spisovatel, právník a politik žijící svého času na anglickém dvoře krále Jindřicha VIII. z rodu Tudorovců. Myšlenku eutanazie líčí v rámci utopické představy společnosti ve svém díle „*Utopie*“. Dílo vyobrazuje ostrovní království, které je vrcholem ideálu společnosti, kde mohou občané sami či s pomocí druhých dobrovolně a svobodně ukončit své utrpení, pokud jsou nevyléčitelně a neodvratně nemocní. Není však známo, zda se v díle odráží samotné názory autora na eutanazii nebo zdali se jedná o pouhou fiktivní fantazii.¹²

Francis Bacon (1561-1626 n. l.) anglický filozof a vědec, který aplikoval prvotně termín eutanazie od římských dob v souvislosti s bezbolestnou smrtí, se nejvíce zaobíral právě otázkou, zda má lékařská věda své místo v procesu úmrtí. Věřil, že je zapotřebí využít všech dostupných tehdy moderních možností a prostředků, které medicína k utišení bolesti a utrpení nabízí. O těchto prostředcích potom hovořil jako o jakési „vnější eutanazii“ (euthanasia exteriér), která nemá vliv a neovlivňuje vlastní „vnitřní eutanazii

¹⁰ MUNZAROVÁ, M. *Eutanazie nebo paliativní péče?*, s. 27.

¹¹ ŠPINKOVÁ, M., ŠPINKA, Š. *Eutanazie-Víme o čem mluvíme?*, s. 6.

¹² DOWBIGGIN, I. *A concise history of Euthanasia*, s. 22.

(euthanasia interior). Vnitřní eutanazie potom představuje tradiční celoživotní postoj jedince ke smrti. K danému přístupu musí docílit čistě sám za sebe bez jakékoliv lékařské či farmakologické pomoci. Baconova koncepce eutanazie stojí na rozmezí. Na jedné straně je antické a středověké pojetí s koncepcí dobré smrti a na straně druhé eutanazie moderního vymezení. Moderní pojetí však stále není totožné s chápáním eutanazie dnešní doby. Dosud se jedná pouze o utlumení bolesti, které přichází ruku v ruce s odchodem na věčnost. Francis Bacon nicméně prosazuje tezi, v níž dobrá smrt je taková smrt, která je zbavena utrpení.¹³

Nepochybný vliv na novověké vymezení eutanazie mělo osvícenství a jeho pojetí autonomie člověka a sociální darwinismus, který se dostal do popředí již v druhé polovině devatenáctého století. Teorie o rasové hygieně stála u zrodu děsivé podoby eutanazie známé z nacistického Německa.¹⁴

3.1.1.3 19. Století

3.1.1.3.1 Eugenika od 19. století po sekvenci lidského genomu

Termín eugenika jako první roku 1883 použil bratranec Charlese Darwina, britský vědec a matematik Francis Galton (1822-1911 n. l.) Skládající se z kombinace slov známé eu -neboli dobré, správné, pravé a genus- znamenající rod. Spojením vytváří možnost pro vznik úsilí o tvorbu zdravého, správného či dobrého lidského rodu. Rozlišuje dva své směry. *Pozitivní eugenika* má jako hlavní cíl rozmnožování „vhodné“ populace. *Negativní eugenika* má cíl opačný. Usiluje o znemožnění rozmnožování „nevhodných.“ Vše je postaveno na základě, že vládnoucí skupina disponující značným bohatstvím je jistě vhodnou cílovou třídou, má totiž jistě ty vhodné geny. Neboť kdyby je neměla, nebyla by v pozici vládnoucích a bohatých. Protipólem je kategorie „feeble-mindedness“, do níž patří jedinci mentálně postižení spolu se zločinci a prostitutkami.

Charles Darwin (1809-1882 n. l.) roku 1859 vydává své dílo *O původu druhů*, v němž deklaruje princip přirozeného výběru, neboli přežívají ti nejsilnější, nejzdatnější a slabší jedinci jsou vybiti. Darwin nebyl zdaleka prvním vědcem, který měl o danou teorii zájem, nicméně patří mezi první, kterým se podařilo na dané téma sesbírat dostatek

¹³ ŠPINKOVÁ, M., ŠPINKA, Š. *Eutanazie-Víme o čem mluvíme?*, s. 7.

¹⁴ ŠPINKOVÁ, M., ŠPINKA, Š. *Eutanazie-Víme o čem mluvíme?*, s. 7-8.

materiálu. V dané knize Darwin nepíše zatím o člověku. Daný fakt napravil rokem 1871 spolu s vydanou publikací *Descent of Man*, Původ člověka. V tomto díle poukazuje na skutečnost, že lékaři a zdravotní personál svým posláním neodvratně poškozují kvalitu lidstva. Léčením totiž vracejí do života a do oběhu rozmnožování ty jedince, které by za normálních okolností přirozený výběr již dávno vyčlenil.

William Graham Sumner (1840-1910 n. l.) profesor Yalské univerzity patřil mezi jednoho z vůdčích představitelů sociálního darwinismu. Domníval se, že přechod majetku z bohaté vrstvy na chudé by byl proti principům svobody a snaha o zahlazení chudoby by byla pomocí o přežívání těch méněcenných. Bylo tedy zapotřebí zabránit v rozmnožování špatným jedincům. Prvním návrhem byla segregace. Izolace zločinců a nebezpečných psychopatů. Druhým návrhem se stala sterilizace. Tento návrh kastrace mentálně postižených a zločinců uvedlo v zákon třicet států USA mezi roky 1907-1930, z nichž převážně Kalifornie sterilizovala více lidí než všechny ostatní státy dohromady. Celkem do roku 1963 bylo v USA znemožněno počít potomka více než 60 000 mentálně postiženým lidem.

Adolf Hitler (1889-1945 n. l.) byl oslavován jako politik, který se nebojí závěry aplikované biologie včlenit do politické praxe. Postoupil však dále a to přímo ke genocidě.

Leonard Darwin (1850-1943 n. l.) roku 1924 přihází s návrhem, aby se dětem z nižších společenských vrstev odmítalo poskytovat stipendium. Umožňuje jim to totiž studovat a postupovat po společenském řebříčku výš, kde nebylo běžné mít početnější rodiny. Tento jedinec by byl tudíž mnohem společnosti prospěšnější, kdyby do vyšší ekonomické třídy nikdy nevstoupil, měl více dětí, a tím pádem zvýšil předanou kvantitu svých dobrých genů.

Jedním z nejprominentnějších eugeniků ve Spojených státech se stal profesor na univerzitách v Harvardu a Chicagu Charles Davenport (1866 -1944 n. l.), známý také jako ředitel eugenické společnosti Eugenics Record Office sídlící v Cold Spring Harboru. Spolu se svými spolupracovníky přijal plně Mendelův koncept dědičnosti a očekával tedy, že každý jeden rys lidského chování je způsoben jedním genem. Jeho cílem bylo genealogickým výzkumem vyhledat genealogickou cestu takových rysů, jako je kriminalita, umělecký talent nebo intelektuální nadání. Vešel ve známost svým varováním, před nesledovaným rozmnožováním, které názorně předvedl na příkladu známý jako případ rodiny Jukesových.

Tento případ sloužil jako příkladný demonstrativní vzorek, jaké břímě může způsobit jedna osoba pro společnost. Margaret Jukesová byla pouliční prostitutka a matka zločinců. Davenport uvádí, že dědičné rysy této ženy rozšiřující se na její potomstvo, bude v budoucnosti následujících 75 let stát státní pokladnu kolem 1.25 milionů dolarů. Eugenika se postupně zaměřovala také proti rozdílům mezi rasami. Existovalo mnoho experimentálních dat, jejímž cílem bylo dokázat, že mezi jednotlivými lidskými rasami existují biologické nerovnosti ve vrozené mentální výkonnosti.

„Názory současných eugeniků se odvíjejí – podle mého názoru zcela mylně – od role inteligence v kvalitě lidského rodu a od faktu, že inteligence je do značné míry dědičná. Zde jsou argumenty v kostce:

- 1. Inteligence člověka je do značné míry dědičná.*
- 2. Civilizace zcela závisí na vrozené inteligenci. Bez vrozené inteligence by nikdy nevznikla. Když zaniká inteligence, zaniká i civilizace.*
- 3. Čím vyšší úroveň civilizace, tím je na tom populace lépe. Čím je civilizace na vyšším stupni, tím se má každý občan lépe. Úroveň civilizace ovlivňuje životní úroveň každého občana.*
- 4. V současnosti se naše civilizace vyvíjí tak, že se v každé nové generaci stáváme méně a méně inteligentními. Proč tomu tak je? Jednoduše proto, že méně inteligentní lidé mají více dětí.*
- 5. Pokud tento trend nezarazíme nebo neobrátime, úroveň naší civilizace bude nevyhnutelně klesat. Úpadek civilizace pak způsobí adekvátní vzrůst bídy.¹⁵*

Objevila se ovšem ale i díla, která nerovnosti v kapacitě IQ na základě ras zpochybňovala.

Otto Klineberg (1899- 1992 n. l.) roku 1935 publikoval dílo zvané *Race Differences*, v níž metodicky a systematicky testoval hypotézu o nadřazenosti nordické rasy vůči rase afroamerické. Rozdíly mezi rasami Klineberg bez sebemenších potíží vysvětlil jako působení prostředí bez genetického základu.

Ve 30. letech si vědci již uvědomovali, že neexistuje přímá závislost genu a jeho behaviorálního projevu. Došli k názoru, že znaky jako je inteligence, morální chování nebo osobnost jsou výsledkem kombinací mnoha genů spolu s vlivem environmentálním.

¹⁵ VÁCHA. M. *Místo na němž stojíš, je posvátná země*, s. 163.

Sociální darwinismus nabízel mnoho možností i pro komunismus. Zalíbilo se mu, že z přírody vyčleňuje teologii a plán.

Karl Marx (1818-1883 n. l.) německý filozof, kritik klasické ekonomie a teoretik dělnického hnutí, komunismu a socialismu neopomněl, že darwinismus mu může z velké části pomoci v boji proti odvěkému nepříteli v podobě organizovaného náboženství. Moderní darwinismus uvádí v existenci univerzální lidskou esenci, tedy společné geny celého lidstva. Tvrdí, že důsledkem rozpadu Sovětského bloku, je právě tato esence a konkrétně její vyjádření. Sovětský člověk nikdy totiž nebyl dostatečně tvárný. S dopadem druhé světové války se termín eugenika stává zakázaným. Daný termín znovu přihází na přetřes až v 80. letech spolu s myšlenkou sekvence genomu člověka. Se známostí sekvence bude totiž snadné určit ty nežádoucí a nechtěné alely¹⁶.

„Krása člověka spočívá v tom, že každá lidská bytost je krásná jiným směrem. Na rozdíl od krav ideální člověk neexistuje, není zde nikde žádný cíl, ke kterému bychom měli směřovat. A pokud není cíl, nemá cenu člověka šlechtit – není na co. Moderní eugenika se tak hroučí, protože pokud neexistuje cíl, nelze se vydat na cestu, neboť nevíme, kterým genetickým směrem jít a zda vůbec někam vycházet.“¹⁷

3.1.1.4 Eutanazie v Třetí říši, národní socialismus v Německu

Neslavná kapitola lidských dějin, která skrývala pod závojem eutanazie masové vraždění. Celá situace nacismu nás seznamuje s pojmem lékařské etiky známého jako „*kluzký svah*.“ Jeden malý sporný případ, při kterém dojde jen k mizivému ústupu etických principů, je nepokrytě prvním malým krůčkem po kluzkém svahu.¹⁸

V polovině 20. let minulého století se skupina stoupců rasové hygieny identifikovala s národním socialismem. Roku 1930 byl Hitler považován lékařem celého německého národa, ceněn jako politik nedozírného formátu, který začlenil rasovou hygienu do středu státní politiky. Mluvílo se o národním socialismu jako o podobě aplikované biologie. Lékařská liga národního socialismu se rapidně rozrůstala a roku 1937 čítala sedmkrát více lékařů, než činil průměr všech zaměstnaných mužů. Zakládaly se všestranně podporované ústavy, kde se vyhotovovaly genetické registry. Tyto registry se staly

¹⁶ VÁCHA. M. *Místo na němž stojíš, je posvátná země*, s. 152-165.

¹⁷ VÁCHA. M. *Místo na němž stojíš, je posvátná země*, s. 165.

¹⁸ VÁCHA. M. *Místo na němž stojíš, je posvátná země*, s. 117.

pomocným prvkem v razii na Židy, jehož praktickým zakončením byly zákony o sterilizaci, Norimberské zákony nebo zásah zvaný „Akce eutanazie“

Případ, který započal celý program eutanazie je datován na počátek roku 1939. Tohoto roku otec dítěte, které se narodilo slepé, mentálně retardované a nemělo část ruky a celou nohu, písemně požádal dle slov osobního lékaře samotného Hitlera, Karla Brandta o zbavení jej dítěte. Tímto případem byl započat v dějinách „program dětské eutanazie“. Hitler pověřuje lékaře Karla Brandta a funkcionáře Philippa Bouhlera v ostatních případech jednat obdobně, jelikož životy těchto dětí nebyly pokládány za hodné žití. Poprvé dochází k užití termínu „lebensunwertes Leben“ znamenající život nehodný života.

„Oběžník vydaný říšským ministerstvem vnitra v srpnu 1939 nařizoval, aby byli evidováni všichni novorozenci, u nichž bylo podezření na následující postižení:

- 1) *Idiocie a mongolismus (obzvláště ve spojení se slepotou a hluchotou)*
- 2) *Mikrocephalie*
- 3) *Hydrocephalus (výraznější stupně nebo progresivní povahy)*
- 4) *Deformity všech druhů, obzvláště chybějící končetiny, spina bifida atd.)*
- 5) *Obrny, včetně Littleovy choroby“¹⁹*

Tři lékaři rozhodují a rozdávají buď červené či modré znaménko.

„Červený křížek znamenal rozhodnutí dítě zabít, modré minus znamenalo rozhodnutí proti zabítí. Pokud bylo rozhodnutí lékařů nejednoznačné, dítě bylo dáno na pozorování a později opět podrobena dalšímu rozhodnutí. Pokud si dítě na konec vysloužilo tři modrá minus, bylo zachráněno. Pokud dostalo tři červené křížky, nastala pro rodiče zlá situace. Pak totiž museli podepsat jeden ze dvou dokumentů. V prvním vyjádřili souhlas s tím, aby bylo dítě odvezeno na speciální kliniku, kde se mu dostane všestranné lékařské péče a ošetření. Ve druhém případě si rodiče sice mohli nechat dítě doma, ale podepsali, že se vzdávají nároků na lékařskou péči jako takovou!“²⁰

„Speciální dětské kliniky“ byly místem, kde dané děti byly odsouzeny ke smrti hladem či jim byla podána smrtící injekce nebo zemřely následkem nemoci vyvolané důsledkem silné podvýživy. Odhaduje se, že tímto způsobem přišlo o život až nad 5000 dětí. S odlišnou organizací přichází další krok po svahu. Program eutanazie dospělých započal až po zahájení války prohlášením již zmíněného Filipa Bouhlera. Jejím účelem byl

¹⁹ MUNZAROVÁ, M. *Eutanazie nebo paliativní péče?*, s. 30.

²⁰ VÁCHA, M. *Místo na němž stojíš, je posvátná země*, s. 118-119.

prý boj proti genetickým chorobám nikoliv touha zbavit se jedinců, jejichž životy nebyly hodny žití.

„Nastává program, který vejde do dějin jako program „T4“, podle vilky, kde byl vymyšlen- dům se nachází na ulici Tiergartenstraße 4. Na území Německa je vytipováno šest míst, kde bude program probíhat (Brandenburg u Berlína, Grafeneck u Stuttgartu, Hartheim i Linze v Rakousku, Sonnenstein/Pirna u Drážďan, Bernburg u Magdeburgu, Hadamar u Koblenzu) Program vycházel z matematického vzorce 1000:10:5:1. Na tisíc obyvatel Německa je deset pacientů, kteří kdy byli léčeni na psychiatrii, z nichž pět muselo být upoutáno na lůžko a z nichž jeden měl být zařazen do programu.“²¹

23. srpna 1941 v den ukončení programu bylo zabito 70 273 převážně mentálně postižených lidí. Impuls pro ukončení daného programu vzešel překvapivě od münsterského katolického arcibiskupa Clemense Augusta von Galena nikoliv od lékařů. Právě díky technickým zařízením, které sloužily při zabíjení psychiatrických pacientů, se objevil fenomén komínů s nasládlým černým kouřem. Nejdříve se pro tyto účely užíval oxid uhličitý, který byl později nahrazen Cyklonem B. Plynové komory sloužily v Majdanku, Osvětimi a v Treblince. Následně v Norimberském procesu bylo souzeno celkově 23 lékařů. Mnozí z nich se navrátili nepotrestáni do svých praxí.²²

„Osvětimský příslušník SS, doktor Fritz Klein byl dotázán, jak si mohl jako lékař, vázaný Hippokratovou přísahou, srovnat osvětimské černé komíny se slibem ochrany života.“ Samozřejmě, jsem doktor a chci chránit život,“ odpověděl Klein, „a právě z respektu k lidskému životu bych odstranil zanícený appendix z nemocného těla. A Židé jsou zaníceným appendixem na těle lidstva.“²³

3.2 Eutanazie v dnešní době

Problematika eutanazie je jedním z nejvíce diskutovaných témat dnešní lékařské etiky. Rozdíl od prostého zabití jedince se nachází v oné drobné předponě „eu“. Eutanazie je totiž zásadně prováděna na základně dobrého úmyslu či dobrého motivu tak, aby takto

²¹ VÁCHA. M. *Místo na němž stojíš, je posvátná země*, s. 119.

²² MUNZAROVÁ, M. *Eutanazie nebo paliativní péče?*, s. 29-31.

VÁCHA. M. *Místo na němž stojíš, je posvátná země*, s. 117-127.

²³ VÁCHA. M. *Místo na němž stojíš, je posvátná země*, s. 127.

navozená smrt byla nazývána dobrou smrtí. Do současného pojetí se včleňují motivy na základě novověkých a moderních vlivů.

1. „novověké přesvědčení, že utrpení nemá smysl a že je možné ho eliminovat
2. - rostoucí role medicíny, která si nejen osvojuje stále účinnější prostředky, ale také přebírá některé role, které jí dříve nebyly vlastní, a soustřeďuje ve svých rukou ohromnou moc
3. - osvícenecké přesvědčení o klíčové roli sebeurčení a autonomii člověka
4. –více či méně skryté představy a blahodárných schopnostech „sociálního inženýrství“ a „optimalizace“ jak jednotlivého lidského života, tak také života státu, ba i celého lidstva.“²⁴

Pro pochopení rozsáhlosti záležitosti je zapotřebí vymezení nejdůležitějších pojmů: eutanazie, asistované suicidium a nezhájení další život udržující léčby nebo ustoupení od ní.

3.2.1 Vymezení pojmů

Současné moderní pojetí má pro eutanazii velmi specifickou a vyhraněnou situaci. Za eutanazii se považuje jen a jedině aktivní čin lékaře na aktivní žádost pacienta. Lékařské jednání, které vede k navození nebo uspíšení skonu druhého člověka. Velmi jí blízká je situace nazývána lékařem tzv. asistovaná sebevražda. Rozumí se tím stav, kdy lékař zprostředkuje nemocnému jed nebo jiný účinný smrtící prostředek, který si nemocný již aplikuje sám bez jakékoliv pomoci lékaře. Odstoupení od léčby s následkem smrti je situací, při níž lékař poskytuje pacientovi veškerou psychologickou, spirituální a ošetrovatelsky dostupnou péči spolu s léčbou bolesti, nicméně zanechává a odstupuje od takových lékařských zásahů, které by zapříčinily umělé prodloužení pacientova života. Je zajímavé, že proti *letting die*, nemá námitky žádné náboženství nebo filozofická škola, což logicky vychází z faktu, že pro věřícího není smrt nic definitivního a zaručujícího absolutní konec, nýbrž pouhou pomyslnou přestupní zastávkou na předlouhé cestě.

²⁴ ŠPINKOVÁ, M., ŠPINKA, Š. *Eutanazie-Víme o čem mluvíme?*, s. 8-9.

Dále se vymezují tři nejvýznamnější pojmové dvojice eutanazie - eutanazie aktivní a „pasivní,“ druhou dvojicí je přímá a „nepřímá“ eutanazie a neposledně eutanazie dobrovolná a nedobrovolná.

Rozdíl v aktivní a „pasivní“ eutanazii spočívá v jednání a zanechání jednání. Hrubě přeloženo, právě aktivní eutanazie je eutanazií v jejím smyslu. „Pasivní eutanazií je chápáno nejednání či nepřistoupení k určitému jednání, které by mělo a může vést k uspíšení skonu druhého člověka. Daná eutanazie se týká skupiny lidí, kteří nejsou schopni samostatného života, jejichž životy jsou upoutány na přístroje, které jim zajišťují základní životní funkce. Rozlišení těchto dvou pojmů bývá velmi často velmi obtížné. Je totiž všeobecně pokládáno, že nejednání též vychází z našeho rozhodnutí, za které se nese stejný podíl zodpovědnosti, jako za rozhodnutí jednat.

Odpojení od přístrojů, jež nahrazují vitální funkce, bývá velmi často svárem diskuzí. Proto v některých státech byla zavedena možnost předem stanovit, které zákroky si pacient nepřeje, aby na něm v budoucnu byly prováděny. Týká se to možností známých jako tzv. „living will“ nebo přání „DNR“ znamenající *do not resuscitate*, tj. neresuscitovat. Zákony daných zemí také umožňují ustanovení jiné osoby, která je v případě nutnosti oprávněna za druhého rozhodovat v situacích, kdy již jedinec nebude schopen svou vůli vyjádřit.

V případě přímé a „nepřímé“ eutanazie by se o eutanazii mělo mluvit pouze ve spojitosti s přídavným jménem přímá. V tomto případě je totiž hlavní cíl uspíšení a navození smrti. V její druhé možnosti je smrt či její uspíšení pouze vedlejší původně nezamýšlený dopad. Primárním cílem jednání bylo, totiž zbavit nemocného pouze bolesti. Jedná se tu o případy podání vysoké dávky analgetik a bolesti tišících prostředků v terminálních fázích nemoci.

Třetí polarita je rozlišení dobrovolné a nedobrovolné eutanazie. Dobrovolná se provádí na základě žádosti pacienta. Nedobrovolná eutanazie se týká nekompetentních pacientů na žádost rodiny. Usmrcení pacienta bez explicitní žádosti spolu s rozhodnutím lékaře, který je přesvědčen, že život pacienta není hoden toho, aby byl prožit.²⁵

²⁵ ŠPINKOVÁ, M., ŠPINKA, Š. *Eutanazie-Víme o čem mluvíme?*, s. 11-14.

3.2.1.1 Šedá zóna aktivní a pasivní eutanazie

Hans Kung tvrdí, že nelze v praxi mezi pasivní a aktivní eutanazií tak snadno rozlišovat, jak je tomu v jejich abstraktním pojetí. Hranice mezi těmito právními pojmy se totiž nachází v tzv. rozmlžené šedé zóně praktického života.

Eticko-právní oblast šedé zóny v Německu představuje protipóly. Někteří lékaři se domnívají, že už pouhé přerušení umělé výživy by mělo být považováno za nedovolenou „aktivní“ eutanazii. Švýcarská Akademie lékařských věd však zase jako „pasivní“ tedy dovolenou eutanazii považuje, nejen zastavení umělého přívodu výživy, ale i samotného kyslíku. Vzniká tak na území Německa dvojí morálka. „Aktivní“ eutanazie se provádí jen z čistého milosrdenství, ale mluvit se o ní nesmí. Veřejně se jakákoliv „aktivní“ eutanazie odmítá, ale v soukromí se pacientům poskytuje. Dvě třetiny Německa by podle Kunga chtěly mít možnost své utrpení v případě velmi vážného onemocnění ukončit. Lékaři se však obávají postihu ze strany konzervativní Německé lékařské komory, která jim tento krok zakazuje, ačkoliv to podle Kunga stát a národ podporuje.²⁶

3.2.2 Legislativa ve světě

Eutanazie a asistovaná sebevražda je v současné době legalizována v Holandsku, Lucembursku a v Belgii. Dále také ve Spojených státech amerických, kde ovšem eutanazie není legalizována na federální úrovni, ale pouze ve státech Oregonu, Washingtonu a Vermontu. Je třeba ale vymezit, že ukončení života jedince druhým člověkem na jeho žádost je stále považováno za trestný čin a tvrdě perzekuováno. Výjimka se uděluje pouze v případech, kdy dojde k terminaci života druhého člověka výsadně lékařem a to stále jen za určitých podmínek. Výjimku také tvoří z evropských zemí Švýcarsko, kde eutanazie sice legální není, ale asistované suicidium legalizované je.²⁷

3.2.2.1 Holandsko

První evropskou zemí, která legalizovala eutanazii, se stalo Nizozemí. Zákon nabyt účinnosti dne 1. dubna 2002 vyčleňující tyto podmínky legalizace eutanazie:

²⁶ KUNG, H. *Dobrá smrt?*, s. 77-79.

²⁷ DOKTORKA.CZ: ČTK. *Země, ve kterých je legální eutanazie*[online]. 2014 [cit. 26. 2. 2016]. Dostupný z WWW: <http://cestovani.doktorka.cz/zeme-ve-kterych-je-legalni-eutanazie/>.

- „lékař se ujistil, že pacientova žádost je dobrovolná a dobře uvážená a že pacientovo utrpení je nesnesitelné a není naděje na jeho zlepšení,
- lékař informoval pacienta o jeho situaci,
- lékař společně s pacientem dospěl k názoru, že se nenabízí žádná rozumná alternativa k eutanazii,
- lékař konzultoval jednoho nezávislého lékaře, který musel vidět pacienta, a který podepsal prohlášení, že výše zmíněné podmínky byly splněny,
- lékař ukončil pacientův život s náležitou lékařskou péčí.“²⁸

Jak už bylo zmíněno, utrpení se nemusí čistě týkat pouze fyzického charakteru, ale může nabývat i psychické povahy. Je také možné vyhovět tomuto přání, jedná-li se o nezletilého jedince staršího šestnácti let, splní-li se podmínka konzultace s rodiči nezletilého. U pacientů v rozmezí dvanácti až šestnácti let je zapotřebí nejenom konzultace, ale i samotný souhlas rodičů dítěte.²⁹

3.2.2.1.1 Praxe eutanazie dle holandského modelu

Za mezník novověkých dějin eutanazie je považován rok 1969. Tehdy holandský psychiatr Jan Hendrik van der Berg (1914-2012 n. l.) ve své knize *Lékařská moc a lékařská etika* přichází s návrhem, v němž lékaři mají přijmout následky technických vymožeností doby a být svolní zabít své trpící pacienty ve vegetativním stavu. Následně roku 1971 dochází k případu, který je označován za první uvedení praktické eutanazie do praxe.

Daný případ líčí osud lékařky Geertruidy Postmaové, která podala vysokou dávku morfinu své inkontinentní matce upoutané na vozíčku. Následně se dcera udává sama na policii a přichází s tvrzením, že matka opakovaně a naléhavě žádala o ukončení svého utrpení. V roce 1973 pak následně došlo v Leeuwardenu, v hlavním městě nizozemské provincie Frísko, k prvnímu soudnímu procesu, který se týkal lékařem provedené aktivní eutanazie. Byla odsouzena k podmíněnému jednotýdennímu trestu s roční podmínkou. Tedy trestu, který se měl udát, až po roční zkušební době, dopustí-li se dalšího trestného přestupku. Od té doby začínají holandsští lékaři eutanazii uplatňovat, ačkoliv je stále

²⁸ ŠPINKOVÁ, M., ŠPINKA, Š. *Eutanazie-Víme o čem mluvíme?*, s. 18.

²⁹ ²⁹ ŠPINKOVÁ, M., ŠPINKA, Š. *Eutanazie-Víme o čem mluvíme?*, s. 18-19.

trestná. Nicméně i ostatní případy, které skončily před soudem, byly posuzovány stejným blahosklonným způsobem. V 80. letech již situace byla kritická, proto se roku 1982 ustanovila Vládní komise pro eutanazii, která spolu s Ústřední komisí Královské holandské lékařské asociace vytváří tzv. Rotterdamská kritéria. Jedná se o pětibodovou směrnici, která získala své jméno podle rozhodnutí jednoho soudu v Rotterdamu, a která lékařům zaručuje beztrestnost. S dodržением těchto pěti bodů, lékař nebude po přešetření situace, stíhán před soudem v případech praktikování eutanazie a za příčinu smrti bude v záznamech vedena jednoslovně eutanazie. Pět kritérií bylo následujících:

1. *„Pacient musí být kompetentní a žádost musí být zcela dobrovolná a úmyslná.*
2. *Pacientova žádost musí být dobře uvážená, jasná a opakovaná.*
3. *Pacient musí nesnesitelně trpět (ne nutně fyzicky) a eutanazie musí být poslední možností, jiné možnosti ulehčit situaci nemocnému již byly vyzkoušeny a shledány neúčinnými.*
4. *Eutanazii musí provést jedině lékař.*
5. *Lékař musí vše konzultovat s jiným nezávislým lékařem, který již má v této oblasti zkušenosti.*³⁰

Roku 1990 se rada Královské lékařské asociace dohodla i na postupu povinného hlášení, jenž má být následné:

1. *„Lékař provádějící eutanazii a asistovanou suicidium nepodá hlášení o přirozené smrti, nýbrž informuje místního lékařského revizora pomocí vyplněného rozsáhlého dotazníku.*
2. *Místní revizor podá prohlášení okresnímu právnímu zástupci.*
3. *Tento pak rozhodne, zda případ předá k soudnímu trestnímu stíhání či nikoliv.*³¹

Dalším následným krokem se stala roku 1991 tzv. Remmelinkova komise, která dostala za úkol prošetřit všechna úmrtí na území Holandska. Jejím cílem bylo vědění, jaká situace se v zemi nachází. Komise docílila k těmto výsledkům:

„V roce 1990 zemřelo v Holandsku celkem 128 786 osob:

- *2300 (1,8 %) případů eutanazie na vlastní žádost*
- *400 (0,3%) případů asistované suicidia*
- *1000 (0,8%) ukončení bez specifické žádosti*³²

³⁰ VÁCHA, M. *Místo na němž stojíš, je posvátná země*, s. 130.

³¹ MUNZAROVÁ, M. *Eutanazie nebo paliativní péče?*, s. 35.

Výstražnými se stalo právě oněch 1000 pacientů se statutem „without explicit request“, bez explicitní žádosti pacienta. Daná skupina zahrnovala převážně pacienty s neschopností artikulace, kteří byli usmrceni pouze na základě domněnek lékaře, že jejich život již není hodný života. Právě daný bod je nejvíce transparentním argumentem odpůrců eutanazie. Poukazují na zřejmý fakt, že daná situace je typický příklad kluzkého svahu, při němž nejsou dodržena ani Rotterdamská kritéria.³³

3.2.2.2 Belgie

Druhou zemí, která zlegalizovala zákon o eutanazii, se stala Belgie a to dne 23. září roku 2002. Belgická právní úprava eutanazie je holandské velmi podobná, ale stanovuje částečně jiný postup. Pacienti usilující o skončení svého života formou eutanazie v Belgii musí splnit tyto podmínky:

- Smrt mohou přijmout jen rukou lékaře a to pouze ti pacienti, kteří jsou diagnostikováni s nevléčitelnou chorobou, a kteří jsou dennodenně vystavováni nesnesitelnému a nepotlačitelnému fyzickému, psychickému a spirituálnímu utrpení.
- Zájemci o skončení svého života formou eutanazie musí být také plnoletí a přičetní.
- Je nezbytností, aby lékař pacienta neprodleně informoval o jeho zdravotním stavu a možných vyhlídkách a nadějích na uzdravení.
- Zájemce musí dvakrát sám vyslovit žádost o eutanazii a být si hluboce vědom, jakých důsledků tato žádost může nabývat.
- V případech, ve kterých se pacient nenachází v terminálním stádiu choroby, je nezbytností, aby bylo vypracováno lékařské stanovisko pojednávající o zdravotním stavu a prognóze nemocného.
- Každá provedená eutanazie musí být nahlášena speciální komisi. Jejím úkolem je ověření správného postupu lékaře podle zákonů belgického práva.

³² VÁCHA, M. *Místo na němž stojíš, je posvátná země*, s.. 131.

³³ MUNZAROVÁ, M. *Eutanazie nebo paliativní péče?*, s. 32-36.

ŠPINKOVÁ, M., ŠPINKA, Š. *Eutanazie-Víme o čem mluvíme?*, s. 8-17.

VÁCHA, M. *Místo na němž stojíš, je posvátná země*, s.. 127-132.

- Daná komise musí být sestavena ze čtyř lékařů, čtyř profesorů medicíny, čtyř právníků a neposledně čtyř osob, jež jsou v blízkém kontaktu s nemocným pacientem.

Prvním úkolem této komise je vyhotovení speciálního formuláře, který každý lékař, který aplikoval eutanazii, musí neprodleně vyplnit a odeslat komisi k ověření. Skládá se ze dvou částí.

První část formuláře ukládá lékaři uvedení povinných identifikačních údajů o pacientovi a o konzultovaných osobách s případem spojených. Tato část je zcela anonymní. Výjimkou se stává okamžik, ve kterém komise pojme podezření o správné zákonnosti postupu. Tato chvíle opravňuje speciální komisi k nahlédnutí do formuláře a zmocňuje je k prošetření takto nahlášené eutanazie. V druhé části potom lékař dopodrobna popisuje diagnostiku pacientova stavu a uvádí způsob, kterým se lékař ujistil, že daný pacient o eutanazii žádá zcela dobrovolně, vědomě a bez sebemenšího tlaku vnějšího okolí. Dále je také v této části povinen seznámit komisi se samotným průběhem provedeného zákroku.³⁴

Dne 13. 2. roku 2014 belgický parlament zašel ještě dále než holandský a schválil návrh zákona, jenž umožňuje eutanazii dětí bez ohledu na jejich věkovou hranici. Dětsí pacienti se musí nacházet v bezvýchledné neutišitelné zdravotní situaci a musí být natolik dostatečně psychicky vyspělí, aby se dalo předpokládat, že zcela a plně chápou rozsah důsledků své žádosti. Psychický stav dítěte bude posuzovat profesionální psycholog s dlouholetou praxí, lékařský tým pacienta, a neposledně je samozřejmostí i písemný souhlas rodičů dítěte.³⁵

3.2.2.3 Francie

V listopadu roku 2004 bylo dolní komorou a v roce 2005 senátem ve Francii legalizována pasivní eutanazie. Jak už bylo zmíněno, jedná se o zákrok tzv. přerušeni

³⁴ DOKTORKA.CZ: ČTK. *Země, ve kterých je legální eutanazie* [online]. 2014 [cit. 26. 2. 2016]. Dostupný z WWW: <http://cestovani.doktorka.cz/zeme-ve-kterych-je-legalni-eutanazie/>.

EPRÁVO.CZ: BERKA, V. SUM, T. *Eutanazie ve světě* [online]. 2005 [cit. 26. 2. 2016]. Dostupný z WWW: <http://www.epravo.cz/top/clanky/eutanazie-ve-svete-33479.html>

³⁵ ZDRAVOTNÍCKÉ PRÁVO A BIOTIKA: ČERNÝ, D. DOLEŽAL, A. *Eutanazie dětí v Belgii* [online]. 2014 [cit. 26. 2. 2016]. Dostupný z WWW: <http://zdravotnickepravo.info/eutanazie-deti-v-belgii-2/>.

léčby, jež udržuje pacienta při životě. Daný zákon nekriminalizuje ty případy eutanazie, při kterých došlo k odstoupení léčby, která neměla již jiný účinek kromě umělého udržování pacienta při životě. Pokud se daný pacient nachází ve vědomém stavu bytí, je povinností lékaře informovat pacienta o důsledcích jeho vlastního rozhodnutí. Je-li však pacient ve stavu vegetativním, je lékař v těchto případech oprávněn řídit se pouze poslední vůlí nemocného.

Daný zákon byl schválen spolu s většinovým souhlasem francouzské populace. Tento ohlas vyvolal roku 2003 případ Marie Humbertové. Tato žena bojovala za právo zemřít pro svého postiženého syna, kterého od přístrojů nakonec odpojil doktor Frederic Chaussoy, který byl následně za tento čin obviněn.

Podobně jako ve Francii je dnes pasivní eutanazie legální dále v Dánsku, Finsku, Indii, Kolumbii, Mexiku, Irsku, Itálii a Německu.³⁶

3.2.2.4 Spojené státy americké

Prvním státem legalizující eutanazii na území USA se stal roku 1998 Oregon. Tento zákon se vyčleňuje pro osoby, jež se nacházejí pouze v posledních šesti měsících nevléčitelné smrtelné nemoci pacienta. Tento stav musí potvrdit neposledně dva doktoři. Jako i v evropských zemích, i zde se pacient musí nacházet v přijatelném psychickém stavu a plně si být vědom následků svého přání. Danou žádost je nutné podat jednou písemnou formou a dvakrát ústní, jež lze vyslovit s minimální propadnou lhůtou dvou týdnů. Požaduje se i přítomnost dvou svědků, jejímž úkolem je dosvědčení nenásilného vnějšího okolí a výlučně dobrovolného rozhodnutí nemocného.³⁷

3.2.3 Světová lékařská asociace a eutanazie

53. Valné shromáždění WMA (World Medical Association) přijalo ve Washingtonu v USA v říjnu roku 2002 a následně potvrdilo menší revizi podle 194. zasedání Rady WMA na Bali v Indonésii v dubnu roku 2013 tuto rezoluci:

³⁶ DOKTORKA.CZ: ČTK. *Země, ve kterých je legální eutanazie* [online]. 2014 [cit. 26. 2. 2016]. Dostupný z WWW: <http://cestovani.doktorka.cz/zeme-ve-kterych-je-legalni-eutanazie/>.

EPRÁVO.CZ: BERKA, V. SUM, T. *Eutanazie ve světě* [online]. 2005 [cit. 26. 2. 2016]. Dostupný z WWW: <http://www.epravo.cz/top/clanky/eutanazie-ve-svete-33479.html>

³⁷ EPRÁVO.CZ: BERKA, V. SUM, T. *Eutanazie ve světě* [online]. 2005 [cit. 26. 2. 2016]. Dostupný z WWW: <http://www.epravo.cz/top/clanky/eutanazie-ve-svete-33479.html>

1) Deklarace Světové lékařské asociace o eutanazii, která byla přijata na 38. Shromáždění WMA v Madridu ve Španělsku v říjnu 1987, a následně potvrzena na 170. zasedání Rady WMA v Divonne-les-Bains ve Francii v květnu roku 2005 konstatuje:

*„Eutanazie, to je čin promyšleného ukončení života pacienta, byť i na pacientovu žádost nebo na žádost blízkých příbuzných, je neetická. To nezabraňuje lékaři, aby respektoval přání nemocného nechat proběhnout přirozený proces umírání a sledovat jeho průběh v termální fázi choroby“.*³⁸

2) WMA vyjádření o asistované sebevraždě s pomocí lékaře, které bylo přijato na 44. Shromáždění WMA v Marbelle ve Španělsku v září 1992, a následně znovu potvrzeno také na 170. zasedání Rady WMA v Divonne-les-Bains ve Francii v květnu roku 2005 obdobně prohlašuje:

*„Asistované suicidium za pomoci lékaře, stejně tak jako je tomu v případě eutanazie, je neetické a musí být odsouzeno lékařskou profesí. Lékař jedná neeticky tehdy, je-li jeho asistence úmyslná a promyšlená a cílem umožnit jedinci ukončit svůj vlastní život. Nicméně právo odmítnout léčbu je základním právem nemocného a lékař nejedená neeticky dokonce ani tehdy, když respektování tohoto přání má za následek smrt pacienta.“*³⁹

3) Světová lékařská asociace přijala na vědomí, že praxe aktivní eutanazie za pomoci lékaře byla přijata v zákonech některých světových zemí.

4) Budiž dáno:

(1) *„Světová lékařská asociace znovu potvrzuje své pevné přesvědčení, že eutanazie je v konfliktu se základními etickými principy lékařské praxe.*

(2) *Světová lékařská asociace silně povzbuzuje všechny Národní lékařské asociace a lékaře, aby odmítli účast při eutanazii a to i tehdy, pokud by ji národní zákon povolil anebo za určitých podmínek dekriminalizoval.“*⁴⁰

Názor WMA je vůči eutanazii jednoznačně a nepopíratelně negativní.⁴¹

Podobný postoj zastává i Hippokratova přísaha:

³⁸ MUNZAROVÁ, M. *Eutanazie nebo paliativní péče?*, s. 56.

³⁹ MUNZAROVÁ, M. *Eutanazie nebo paliativní péče?*, s. 56.

⁴⁰ MUNZAROVÁ, M. *Eutanazie nebo paliativní péče?*, s. 56.

⁴¹ WMA: The World medical association . *WMA Resolution on Euthanasia* [online]. 2016 [cit. 21. 2. 2016]. Dostupný z WWW:<http://www.wma.net/en/30publications/10policies/e13b/>.

„...Nepodám nikomu smrtící látku, i kdyby ji ode mne žádal, a ani nikomu tuto možnost nenavrhnou. Podobně nepodám ženě abortivní prostředek. V čistotě a posvátnosti budu střežit svůj život a své umění...“⁴²

3.2.4 Česká lékařská komora a eutanazie

Česká lékařská komora je orgán, který zastupuje odbornost a etiku lékařské profese a v Etickém kodexu České lékařské komory je naprosto jednoznačně konstatováno vyjádření:

„Lékař u nevléčitelně nemocných a umírajících účinně tiší bolest, šetří lidskou důstojnost a mírní utrpení. Vůči neodvratitelné a bezprostředně očekávané smrti však nemá být cílem lékařova jednání prodlužovat život za každou cenu. Eutanazie a asistované suicidium nejsou přípustné.“⁴³

Vyjadřuje názor, že lékař nemá sice prodlužovat utrpení nemocného, který trpí nevléčitelnou chorobou, nicméně eutanazii a asistovanou sebevraždu pokládají za zcela nepřípustné. Považují je za dvě možnosti projevu selhání. Upínají se proto, k možnostem dnešní doby, které umožňují již takovou péči v léčení bolesti a jiných fyzických symptomů nebo psychického, sociálního a duchovního utrpení, že eutanazii nepovažují za adekvátní. Stát disponuje finančními prostředky znalostmi schopnostmi, a neposledně i léky a přístrojovým vybavením, aby civilizovaný stát mohl chránit svůj lid, a ne legalizovat jeho likvidaci.⁴⁴

3.3 Postoj náboženství k eutanazii

3.3.1 Judaismus

Židovsko-křesťanská tradice, jež dominuje na našem území po celá staletí, a která vždy ctěla zásady hippokratovy přísahy, se od samotného počátku k nepřírozenému odchodu ze světa stavěla jednoznačně negativně. Život a čas v židovské tradici znamenají dar od Boha. Nenáleží člověku, ale Bohu a nelze tedy s ním nakládat a rozhodovat o něm

⁴² VÁCHA, M. *Místo na němž stojíš, je posvátná země*, s. 152.

⁴³ VÁCHA, M. *Místo na němž stojíš, je posvátná země*, s. 152.

⁴⁴ MUNZAROVÁ, M. *Eutanazie nebo paliativní péče?*, s. 58-59.

podle vlastního uvážení. Pouze Bůh má toto právo. Pouze Bůh může rozhodnout, kdy, kde a na co člověk skoná.

Židé byli vždy považováni za největší zastánce práva na život a jelikož život je dar, člověk nemá naprosto žádné právo ukončit život svůj, ani život druhého. Spíše naopak. Povinnost chránit život patří v judaismu mezi jedno z nejpřednostnějších příkazů. Nepřekonává pouze takové příkazy, jako jsou zákazy modlářství, incestu, vraždy či cizoložství.

Jejich náboženská tradice jim ukládá povinnost zachraňovat život, a to i v případech tzv. beznadějných stavů. Jedinou výjimkou je snad pouze a jedině stav bezprostředně nastupující smrti, neboli „*gešisah*“, který umožňuje odstranit vše, co by mohlo bránit smrti. Podobně není ani zakázána modlitba, jejímž cílem a přáním je jedině blízký příchod vysvobozujícího konce. Jakmile se totiž pacient stává umírajícím, neboli „*goses*“, veškeré léčebné zákroky, jejímž cílem je prodloužení života nebo zpomalení umírání, by měly být vyloučeny.⁴⁵

3.3.2 Křesťanství

Co se týče křesťanství, je v základních otázkách o způsobu skonu života, zcela shodné s judaismem. V rámci jeho zásad a etiky se na první místo uvádí tzv. „princip správcovství“. Jeho podstatou je, že život nám daný pochází od Boha a člověk je tedy pouze jeho vyvoleným správcem a ne jeho vlastníkem, jak by se nám zamlouvalo. Jeho celoživotním úkolem je tedy o tento dar řádně a důkladně pečovat. Na tuto zásadu rovněž navazuje i „princip posvátnosti a nedotknutelnosti lidského života“.

Oproti židovství je zde však malý rozdíl. Křesťanská tradice je mnohem důrazněji vyostřena ve vyjádření dichotomie duše a těla. V židovství je silným imperativem pohřbívání mrtvých neboli zemřelého člověka. Křesťanství se však loučí s pouhou tělesnou schránkou, jakousi skořápkou nebožtíka, jehož duše již opustila dané tělo.

Toto náboženství se hlásí více k filozofii ontologického personalismu, jenž představuje názor, že člověk je osobou již od rané zygoty po konečnou smrt. Umírající pacient je tak chápán jako osoba úctyhodná a důstojná, jakou se jen člověk může v průběhu svého žití stát.

⁴⁵ MUNZAROVÁ, M. *Eutanazie nebo paliativní péče?*, s. 28.
VÁCHA, M. *Místo na němž stojíš, je posvátná země*, s. 148.

Dále křesťanství velmi rozlišuje i dichotomii mučedníka a sebevraha. Oba umírají sice dobrovolně, nicméně rozdíl je jednoznačný. Mučedník překoná svůj strach ze smrti a poukazuje tak na fakt, že existují i důležitější věci, než je biologický život. Sebevrah svůj strach ze života naopak nepřekoná a vzdává se krásy života, vesmíru nebo vztahů.

Vácha toto však uvádí pouze z teoretického hlediska a sám se přiznává, že si netroufá žádného sebevraha odsuzovat. Vyjadřuje názor, že jelikož sám nikdy nezažil silné a nesnesitelné deprese, není tedy oprávněn soudit a mluvit o něčem, čemu zcela nerozumí.

Zabití je povoleno pouze v případech legitimní ochrany rodiny a dětí. Pokud totiž dojde k ohrožení rodiny, je právem, ba i dokonce povinností křesťana chránit ji i za nevyhnutelnou cenu zabití druhého útočníka. Nenahlíží se na tuto situaci jako na pomstu či nutkání zabít, ale jako na legitimní obranu těch životů, jež byly křesťanovi svěřeny. Právě tímto argumentem se následně ospravedlňují případy obranných válek.

Podobně se pohlíží i na trest smrti. Křesťanství v samotném základě trest smrti odmítá, avšak bere se na vědomí páté přikázání desatera. Stát, jehož ekonomická a politická situace je nesnadná, kde chudoba a korupce vládne a vězení nejsou dostatečně hlídána, může uvažovat o trestu smrti jako o legitimní obraně zbytku národa, protože stát není dostatečně silný a nemá dostatek prostředků, které by zajistily udržení zločinců na doživotí ve vězení.⁴⁶

3.3.3 Islám

Islám eutanazii nepřijímá. Myšlenka „milosrdenství není považována za povolený důvod k zabití. Stejně jako obě předchozí náboženství, i islám považuje život za dar od Boha, který má být chráněn a střežen. Akt zabití je omilostněn jen v případech neodpustitelných hříchů spáchaných proti zásadám islámu, jako jsou například hřích cizoložství či dezerce v době svaté války. Ukončení utrpení by rovněž bylo podle islámu považováno za vzájemné prolínání se s odčiněním hříchů.⁴⁷

„V České republice vydali 9. prosince 2005 zástupci tří náboženství, židovství, křesťanství a islámu, společné prohlášení k návrhu zákona a eutanazii:

⁴⁶ MUNZAROVÁ, M. *Eutanazie nebo paliativní péče?*, s. 28.

VÁCHA. M. *Místo na němž stojíš, je posvátná země*, s. 148-150.

⁴⁷ MUNZAROVÁ, M. *Eutanazie nebo paliativní péče?*, s. 28-29.

Plně soucítíme s člověkem, který trpí, a vnímáme utrpení jako obtížnou situaci nejen pro umírajícího, ale i pro jeho okolí. Současně však nesouhlasíme se snahou tuto situaci, která s sebou nese pocity zoufalství, bezmoci a prázdna, odstranit usmrcením nemocného člověka pomocí smrtelného prostředku. To ovšem neznamená, že jsme pro udržování každého života za každou cenu. Uvědomujeme si konečnost lidského života a meze možností léčby.

Chceme upozornit na nebezpečí, která by byla s uzákoněním eutanazie spojena, a sice její provedení proti vůli pacienta či na základě přání vynuceného situací. Dále je nepřijatelné, aby byl u někoho vytvářen pocit, že je již jen břemenem, a on se musel sám před sebou či před druhými omlouvat, že ještě vůbec žije. Taková zákonná úprava by také podkopávala důvěru vůči zdravotnímu personálu v nemocnicích, léčebnách pro dlouhodobě nemocné, v domovech důchodců a dalších zařízeních. Eutanazii nepovažujeme za možnost volby ve výjimečných případech, ale za znevážení lidského života.

Arcibiskup Jan Graubner, Česká biskupská konference.

Pavel Černý, Ekumenická rada církví v ČR.

Karol Sidon, vrchní pražský a zemský rabín.

Vladimír Sánka, Ústředí muslimských obcí v ČR. ⁴⁸

I v ostatních kulturách a tradicích, které bývají stavěny mezi kultury „náboženské“ převažuje patrný nesouhlas, či neuvedení jasného důvodu pro omilostnění činu spojený se zabitím nemocných jedinců. Hinduismus nestaví smrt do protikladu vůči životu, ale vůči zrození nového života. Buddhismus; zase pohlíží na vysvobození člověka z utrpení jako na něco bezvýznamného, jelikož jeho karma utrpení stále přetrvává. Lidský život dle buddhismu totiž nekončí smrtí fyzickou, ale pokračuje ve věčnosti. Karma ať už dobrá či špatná stále putuje s duší do budoucnosti. Utrpení nekončí tedy smrtí, ale lze ji změnit k lepšímu a tím vymizí.⁴⁹

3.4 Paliativní péče

Paliativní péče je jednou z nejvíce stěžejních součástí lékařské a sociální péče, protože se věřilo, že klíčovým prvkem každé lékařské péče vždy bylo a bude snaha utiшит

⁴⁸ VÁCHA, M. *Místo na němž stojíš, je posvátná země*, s. 150.

⁴⁹ MUNZAROVÁ, M. *Eutanazie nebo paliativní péče?*, s. 29.

bolest a jiné formy utrpení. Cílem této péče je nejenom poskytnout pacientovi úlevu od bolesti, ale také převážně útěchu. Definice paliativní péče podle Rady Evropy zní:

„Paliativní péče je aktivní, na kvalitu života orientovaná péče poskytovaná nemocným, kteří trpí nevyléčitelnou chorobou v pokročilém nebo terminálním stadiu.“⁵⁰

Jejím cílem není vyléčení pacienta, ale hlavně prevence a zmírnění bolesti spolu s dalším tělesným nebo duševním utrpením. Zachovává principy pacientovy důstojnosti a podporuje i potřeby blízké rodiny pacienta.⁵¹

3.4.1 Počátek paliativní péče

Devatenácté století se stalo dobou založení mnoha nemocnic, ale zájem o umírání a převážně o ty jedince, kteří stojí na prahu života, byl stále nevelký. Stali se nevídanou součástí medicíny, protože byli považováni za selhání. Došlo k jejich vyčlenění z oboru medicínské praxe a díky tomu mnoho filantropických a charitativních organizací začaly vytvářet zvláštní instituce, jež někdy byly nazývány hospice. Tyto ústavy měly za úkol poskytovat péči a útočiště lidem, kteří se přibližují ke svému konci. Od počátku devatenáctého století lze tedy určit některé směry vývoje paliativní péče.

Roku 1842 mladá vdova jménem Jeanne Garnierova spolu s dalšími ženami v obdobné situaci založila v Lyonu L'Association des Dames du Calvaire, neboli spolek pro umírající. Vliv této ženy zapříčinil vznik dalších šesti podobných zařízení nejenom na území Francie, ale i na půdě amerického New Yorku.

Ve věku pětadvaceti let, Irka Mary Aikenheadová z Corku, se stala sestrou Mary Augustinou, a následně představenou nově vzniklého řádu irských milosrdných sester. Tři z těchto sester následně odešly do Paříže, aby nabyly praxe a pomáhaly v nemocnici Hôpital Notre Dame de la Pitié a mohly později v irském Dublinu otevřít Nemocnici sv. Vincenta. Ostatní milosrdné sestry se tímto příkladem nechaly inspirovat a pomohly zřídit mnoho hospiců jak v Anglii, Skotsku či vzdálené Austrálii, jež existují dodnes.

První institucionální příbytek pro pacienty na prahu života byl však zřízen v Londýně, až roku 1885 Franceskou Davidsonovou. Byl znám jako „Friedenheim, neboli místo míru pro jedince na konci života“ a byl vyhraněn převážně pro pacienty

⁵⁰ ŠPINKOVÁ, M., ŠPINKA, Š. *Eutanazie-Víme o čem mluvíme?*, s. 32.

⁵¹ ŠPINKOVÁ, M., ŠPINKA, Š. *Eutanazie-Víme o čem mluvíme?*, s. 31-32.

diagnostikované s tuberkulózou. Dalším velmi důležitým bodem se stalo zřízení Božího útulku. Tento domov vedly anglikánské sestry Služebniců sv. Jakuba, jež byly roku 1896 nahrazeny sestrami sv. Markéty původně z East Grinsteadu. Nyní se tento domov jmenuje Trinity Hospice a reprezentuje nejdéle fungující zařízení paliativní péče v celé Velké Británii.

Rose Hawthornová je zase považována údajně za zakladatelku tzv. prvního domova bezplatné péče o „nevléčitelné a zbídačelé oběti rakoviny“ v USA. Byla představitelkou skupiny žen známé jako Služebnice úlevy od nevléčitelné rakoviny a později vstoupila do duchovního stavu a jako Matka Alfonsie založila řád Dominikánských sester Rose Hawthornové.

Ačkoliv se Jeanne Garnierová, Mary Aikenheadová, Frances Davidsonová a Rose Hawthornová nikdy nepodkaly, měly stejný cíl. Celý život zasvětily péči o umírající v bíděné situaci, založily instituce, které se staly inspirací pro vznik dalších hospiců a domovů i o několik desítek let později. Nelze však považovat tato zařízení za místa, která umírajícím poskytovala skutečně kvalifikované lékařské služby. Výsledky jejich prací kladly silný důraz na péči o duši a staly se základem moderní hospicové a paliativní péče.⁵²

3.4.2 Rozvoj moderní paliativní péče

Paliativní péče vznikla a mohutně se začala rozvíjet v druhé polovině dvacátého století. Její vývoj byl ovlivněn několika faktory, z nichž za nejhlavnější je považována změna hlavních příčin způsobující smrt, které prodloužily přirozenou délku života jedince. Na začátku 21. století se dožíváme již průměrně daleko vyššího věku a žijeme více v mnoha ohledech komfortněji. Rozvoj moderní paliativní péče je chápán jako pokus o znovuzrození starého povědomí o potřebě a smyslu kvalitní péče o nevléčitelného člověka. Paliativní péče se rodí na jedné straně z vědomí, že možnosti moderní medicíny se stávají neomezené, a zároveň se opírá o nedozírné pokroky, kterých medicína v léčbě bolesti dosáhla.⁵³

„Rychle se prohlubovaly specializace, šířily se nové léčebné metody a stále větší důraz se kladl na uzdravování a rehabilitaci. Zároveň se stávala normou smrt nikoli doma,

⁵² PAYNEOVÁ, S., SEYMOUROVÁ, J., INGLETOVÁ, CH. *Principy a praxe paliativní péče*, s. 48-51.

⁵³ ŠPINKOVÁ, M., ŠPINKA, Š. *Eutanazie-Víme o čem mluvíme?*, s. 32.

ale v nemocnici. Umírající pacienti či „beznadějně případy“ byli často pokládáni za selhání medicínské praxe.⁵⁴

Průkopnice raného hospicového hnutí se staly inspirací pro Cicely Saundersovou. Ovlivnily ji nejen v oblastech jejího výzkumu, ale také se staly její inspirací v trvalé úloze vedoucí osobnosti při budování Hospice sv. Kryštofa, který založila roku 1967 v Londýně. Tento hospic se později stal podnětem pro tvorbu mnoha podobných míst po celém světě a dalo by se říci, že se stal pomyslnou první fází moderního hospicového hnutí. Vydala v časopise *Nursing Times* mimo jiné řady šesti článků, které popisovaly principy péče o umírající, a které byly považovány za pomyslné vodítko v praxi, jenž učinilo ze Cicely Saundersové zakladatelku moderní paliativní péče.⁵⁵

3.4.3 Vymezení pojmu paliativní péče

Paliativní péče se zaměřuje kompletně na člověka včetně jeho celého života, který je považován za hodnotný od začátku až do konce. Jejím specifikem je ochrana důstojnosti člověka, která se snaží převážně o to, aby člověk mohl žít svůj život naplněně až do samotného konce. Uskutečňuje to především kvalitní léčba bolesti a dalších příznaků, které provázejí umírání. Zaměřuje se také na přání a životní hodnoty nemocného a úzce spolupracuje a komunikuje s rodinou nemocného, kterým poskytuje pomoc i po smrti pacienta.⁵⁶

V posledních desetiletích se tato péče rozvíjela díky prozíravosti, zapálení a nasazení dámy Cecilie Saundersové (1918-2005 n. l.) Tato ohromná žena zasvětila život péči o pacienty, kteří trpí pokročilou a terminální chorobou a je uznávána jako zakladatelka moderní paliativní péče. Její učení spočívalo na základě, že každý nemocný je jedinečný. Každý pacient a jeho rodina mají své zvláštní a ojedinělé potřeby. Saundersová tvrdila, že je nutné všechny tyto strážně a trápení odhalit. Věřila, že jinak nelze pacientovi a jeho rodině odlehčit v nesení tohoto těžkého břemene v době umírání nemocného či následné době truchlení. Máme na tuto péči pohlížet jako na filozofii, která se může upotřebit nejen v hospicích, ale i v různých nemocničních zařízeních či dokonce přímo v domácím zázemí. Nemůžeme na ni pohlížet odlišně od jiných oblastí zdravotní péče, protože má na ně

⁵⁴ PAYNEOVÁ, S., SEYMOUROVÁ, J., INGLETOVÁ, CH. *Principy a praxe paliativní péče*, s. 52.

⁵⁵ PAYNEOVÁ, S., SEYMOUROVÁ, J., INGLETOVÁ, CH. *Principy a praxe paliativní péče*, s. 51-53.

⁵⁶ ŠPINKOVÁ, M., ŠPINKA, Š. *Eutanazie-Víme o čem mluvíme?*, s. 32-33.

právem nedozírný vliv. Ovlivňuje její formy týkající se duševní i spirituální bolesti. V minulosti byla tato péče spojována převážně jenom s terminální fází nevléčitelné choroby, kde je nutno si i dnes připustit její ohromné nedostatky.

Termín paliativní péče pochází z původně latinského slova „*pallium*“ představující masku nebo pokrytí či zakrytí pláštěm. V této etymologii se ukrývá její pravá podstata, jejímž cílem je maskovat účinky „nevléčitelných“ chorob a poskytnout plášť trpícím. Zahrnuje a využívá patřičných chirurgických, radioterapeutických nebo chemoterapeutických postupů, které ovlivňují chorobu nebo tlumí symptomy léčbou způsobené. Za nejdůležitější cíl je však považována rehabilitace nemocného a umožnit pacientovi co nejkvalitnější způsob života.

Světová zdravotnická organizace (WHO) ctí vše výše uvedené a roku 1990 definovala paliativní péči jako: „*aktivní celkovou péči o nemocné, jejichž choroba neodpovídá na léčbu kurativní. Prvořadým úkolem je kontrola bolesti nebo jiných symptomů a psychických, sociálních a spirituálních problémů. Cílem paliativní péče je dosažení nejlepší možné kvality pro nemocné a pro jejich rodiny.*“⁵⁷ Tato definice je zaměřena na nemocného a plně zahrnuje i charakter lidské existence.

Novější definice WHO z roku 2002 však zahrnuje i větší důraz na prevenci utrpení. „*Paliativní péče je takový přístup, který zlepšuje kvalitu života nemocného a jejich rodin a který čelí problémům spojeným se život-ohrožujícími chorobami pomocí prevence a úlevy utrpení; a to jeho časným zjištěním, dokonalým zhodnocením a léčbou bolesti a ostatních problémů fyzických, psychických a spirituálních.*“⁵⁸

Dodatečně vyčleňuje i základní principy této péče:

1. „*Zajišťuje úlevu od bolesti a od jiných symptomů.*“
2. *Prisvědčuje životu a dívá se na umírání jako na normální proces.*
3. *Nemá v úmyslu urychlit ani odsunovat smrt.*
4. *Integruje do péče pacienta i psychologické a spirituální aspekty.*
5. *Nabízí takové uspořádání podpory, které pomůže nemocným, aby žili tak aktivně, jak je to jen možné, až do smrti.*
6. *Nabízí takové uspořádání podpory, které pomůže rodině vyrovnávat se s chorobou pacienta a se svým vlastním zármutkem.*

⁵⁷ MUNZAROVÁ, M. *Eutanazie nebo paliativní péče?*, s. 62.

⁵⁸ MUNZAROVÁ, M. *Eutanazie nebo paliativní péče?*, s. 62.

7. *Používá takový přístup v řešení potřeb nemocných a jejich rodin, včetně poradenství a v případě truchlení, je-li to indikováno.*
8. *Snází se o zlepšení kvality života a může také pozitivně ovlivnit průběh choroby.*
9. *Je aplikovatelná již v častých fázích choroby v propojení se škálou jiných léčebných postupů, které mají za cíl prodlužovat život, jako je chemoterapie a radioterapie, a zahrnuje taková zkoumání, která jsou potřebná k lepšímu pochopení a zvládnání nebezpečných klinických komplikací.*⁵⁹

Roku 2003 byla vytvořena studie holandských propagátorů eutanazie, jejímž cílem bylo dokázat, že příbuzní nemocných, kteří zemřeli díky eutanazii, netrpí po jejich skonu více, než blízcí nebožtíka, který odešel přirozenou smrtí. Byla to první studie, která se zabývala symptomy truchlení a stresu u rodiny zemřelého. Snaha vyvrátit názor, že eutanazie ponechává příbuzné pacienta v utrpení, nejistotách a výčitkách svědomí měla překvapivě pozitivní výsledek. Autoři však později uznávají, že neprozkoumali kvalitu vztahů v rodinách obou skupin. Tím je tedy přípustné uvažovat o možnosti, že právě tento fakt je důvodem, proč nemocní žádali o eutanazii a jejich smrt neměla dostatečný dopad na bolestné truchlení jejich blízkých.

Člověk, který se vyskytuje na konečné fázi své cesty, není jen zbytkem své biologické hmoty. Je třeba pamatovat, že zůstává stále osobou s celkovou svou důstojností, a že je i ve své „nevyléčitelnosti“ svým způsobem léčitelný. Munzarová proto upozorňuje na to, že zdravotníci si musí být vědomi toho, že i samotné lékařství má své meze. Klade důraz na to, aby přehnaně neaplikovali zbytečnou a pro pacienty více zatěžující léčbu a uvědomili si, že i tzv. „čisté lékařství“ je v tomto těžkém období nedostačující. Nedokonalá péče o nemocné, která je provázena zbytečným utrpením, vede podle Munzarové jen k zvětšující se podpoře snah o legalizaci eutanazie.

Respekt o autonomii, dobročinní, neškození a spravedlnost jsou dnes nejvíce citované a zdůrazňované čtyři principy lékařské etiky. V kontextu paliativní péče jsou však stále nedostačující, a proto etika péče klade důraz i na jiné aspekty jako je otevřenost, důvěra, zodpovědnost a spolehlivost.⁶⁰

⁵⁹ MUNZAROVÁ, M. *Eutanazie nebo paliativní péče?*, s. 62-63.

⁶⁰ MUNZAROVÁ, M. *Eutanazie nebo paliativní péče?*, s. 61-65.

Paliativní péče nemá být považována za primární alternativu k eutanazii, je však brána za odpověď na stejnou situaci. Rozdíl tkví jen v jejich zkratkovitosti. Kung vyjadřuje názor, že se paliativní medicína a eutanazie nesmí stavět jedna proti druhé. Nemůžou se považovat za konkurenční podniky. Eutanazie a paliativní medicína jsou pro lékaře přirozeně otázkou jeho vlastního osobního vývoje. Problematika, ke které musí dozrát jediné pomocí praxe.⁶¹

3.4.4 Psychická odezva na příchod a rozvoj nevléčitelné nemoci

Prof. MUDR. Elizabeth Kübler-Rossová (1926-2004 n. l.) byla švýcarská lékařka a psychiatrická žijící na území Kalifornie. Tato ohromná žena věnovala téměř celý svůj život péči o termálně nemocné pacienty a byla považována za jednu z největších odbornic v oboru thanatologie, neboli nauce o umírání a smrti. Je autorkou knihy *On Death and Dying*, jež vypráví o stovkách smrtelně nemocných pacientů, a která celosvětově vzbudila velkou pozornost. Kolegy byla nazývána „dámou umírání a smrti, protože se jí podařilo jako první identifikovat a určit pět fází, kterými jedinec prochází na své cestě ke smrti. Popsala detailně psychickou odezvu na příchod a rozvoj nevléčitelné terminální nemoci. Křivka je dnes považována za klasickou, zobrazující fáze, které se mohou překrývat. Jsou vymezeny pěti stádii - popírání, odmítání, které probudí hněv, smlouvání a akceptace, která vyvrcholí v naději. Na úplném počátku si Kübler-Rossová totiž uvědomila, že studenti medicíny jsou nervózní, strojení či přímo akademičtí, jakmile stojí tváří v tvář k pacientovi s nevléčitelnou nemocí. Přijala vědomí, že smrt je velké téma, o které je zapotřebí se zajímat, a které dosud bylo nespravedlivě a neopodstatněně odmítáno. Byla toho názoru, že z neznalosti se smrti děsíme více, než je nutné.⁶²

3.4.4.1 Šok a popření

Za první stádium dle Kübler-Rossovové je považován šok. V dané situaci běžnými výroky lidí, kteří se náhle a nečekaně ocitli v roli nemocného pacienta, jsou typu: „Proč se to stalo?“, „Proč právě mě?“, následujícím „Proč právě teď?“. Všechny tyto vyjádření

⁶¹ KUNG, H. *Dobrá smrt?*, s. 59-60.

ŠPINKOVÁ, M., ŠPINKA, Š. *Eutanazie-Víme o čem mluvíme?*, s. 33.

⁶² KÜBLER-ROSSOVÁ, E. *Odpovědi na otázky o smrti a umírání*, s. 14-15
KUNG, H. *Dobrá smrt?*, s. 46.

vedou k pouze jedinému, a to popření faktu nemoci a k stáhnutí se do izolace před skutečností. Většina pacientů následně reaguje se slovy: „To nemůže být pravda“; „To se určitě netýká mne, zcela jistě se musí jednat o omyl“; „Určitě to má nějaké přijatelné vysvětlení“.

Odmítání a popírání reality si lze představit jako pomyslný nárazník, jehož úkolem je utlumit účinky ze šokující zprávy. Umožňuje a dává pacientovi čas se vzchopit a zmobilizovat v sobě jiné méně extrémní strategie.⁶³

3.4.4.2 Hněv a Zloba

Stádium hněvu a zloby je obdobím značně náročným, a to převážně pro rodinné příslušníky či v případě hospitalizace i samotný zdravotní personál. Jeho důležitým, avšak obtížným aspektem je porozumění. Pacientův hněv je totiž nekonečný a dochází k jeho ventilaci na všechny strany a takřka na kohokoli. Tento časový úsek je bohatý na výpady, křik, zlost a frustraci. Pacient v každém možném aspektu shledává svůj vlastní konec, skon a zoufalství. K výraznému uklidnění situace lze docílit jen pomocí trpělivosti a pozornosti. Jen velmi málo této nenávisti je totiž ve skutečnosti určeno osobám, proti kterým se obrací. Jedná se pouze o skrytou formu vnitřně prožívané krize.⁶⁴

3.4.4.3 Smlouvání

Třetím stádiem je období nazývané smlouvání, kdy se pacient nachází ve stavu vyjednávání. Tato fáze je škálou pestrosti nejrůznějších přání a tužeb, často spojené s jediným omezujícím prvkem, a to časem. Je bohatý na výroky typu: „Třeba se ještě dožiji léta.“; či například „Kéž bych se dožil dceřiny promoce.“ Paleta přání a tužeb se čistě odvíjí od individuálních hodnot pacienta, toho co je pro něj samotného důležité. Jedná se o jakési smlouvání s Bohem, snaha o vyjednání dohody, jejímž cílem je nejčastěji právě více času. Mezi další možnosti může patřit třeba i například prosba pár dní bez bolestí a jiných fyziologických potíží.

⁶³ KÜBLER-ROSSOVÁ, E. *Odpovědi na otázky o smrti a umírání*, s. 15.
KÜBLER-ROSSOVÁ, E. *O smrti a umírání*, s. 35-44.

⁶⁴ KÜBLER-ROSSOVÁ, E. *Odpovědi na otázky o smrti a umírání*, s. 15.
KÜBLER-ROSSOVÁ, E. *O smrti a umírání*, s. 45-51.

Bod zlomu nastává ve chvíli, kdy se pacient ocitne v bodě, kdy už nelze nemoc dále odmítat. Ten fakt je doprovázen pocitem velké ztráty, jež má mnoho různých podob, ale stejný výsledek. Se stále zvyšujícím se smutkem přicházejí deprese. Ty vyobrazují jakýsi „přípravný smutek“, kterým se pacient připravuje na konečné rozloučení s tímto životem a světem.

Na základě tohoto pohledu lze tyto depresivní stavy rozdělit na deprese reakční a přípravné, z nichž lze rychle určit příčiny prvního typu. Příkladem mohou být ženy, jež přišly díky rakovině prsu o své ženské křivky a pocit jisté femininní podstaty. Východiskem této situace se nabízejí různé prsní implantáty a následné povzbuzení sebevědomí a sebeúcty.⁶⁵

3.4.4.4 Akceptace

V tomto stádiu dochází k prostému avšak nelehkému úkolu a to přijetí pravdy o nemoci, jež má vážný a hlavně nevléčitelný ráz. Pacient se nachází ve stavu téměř stálého spánku, do kterého střídavě upadá v krátkodobých intervalech. Nejedná se o typ spánku, kterým pacient procházel v těžkém období depresí, ani typ spánku, jenž má za úkol vysvobodit pacienta od dané reality nebo bolesti, ale dle Kübler-Rossově si ho lze představit jako opak spánkového režimu u novorozeneckých dětí. Jinými slovy v dané fázi dochází téměř ke konstantní ztrátě vědomí, při němž bitva je dobojována a přichází čas na poslední odpočinek. Nemocný nachází svůj vnitřní klid a je to převážně rodinné příbuzenstvo, kdo v dané fázi vyžaduje nejvíce podpory, útěchy a porozumění.

Autorka je také toho názoru, že přijetím pravdy dochází obvykle k nastolení důstojného klidu, nicméně mohou se vyskytovat i méně časté varianty jako jsou rezignace či přímo zoufalství. Na tyto dva typy Kübler-Rossová zvláště upozorňuje, jelikož můžeme v dané situaci přemírou povzbuzování pacientovi spíše způsobit více bolesti, než užitku. Dostanou se do stavu jakési marnosti a jakékoliv úsilí se bude pacientovi zdát zbytečné a marnotratné. Umírání tak vykvete jen v bolestný poslední zážitek, před dlouhou cestou.⁶⁶

⁶⁵ KÜBLER-ROSSOVÁ, E. *Odpovědi na otázky o smrti a umírání*, s. 15.
KÜBLER-ROSSOVÁ, E. *O smrti a umírání*, s. 35-44.

⁶⁶ KÜBLER-ROSSOVÁ, E. *Odpovědi na otázky o smrti a umírání*, s. 15.
KÜBLER-ROSSOVÁ, E. *O smrti a umírání*, s. 99-105.

3.4.4.5 Naděje

V závěrečné kategorii se pojednává o naději. Ukázalo se totiž, že i ti charakterově nejvíce realističtí pacienti, u kterých se zdálo, že se s diagnostikou své choroby a blízcího se konce vyrovnávali relativně snadno, dochází k pozoruhodnému stavu – přetrvávající naději. I ti největší skeptikové se do poslední chvíle upínají k možnostem zázraku v podobě objevení účinného léku, magické léčby nebo zásahu vyšší boží vůle. Na tuto fázi, dle autorky, nemá být pohlíženo jako na něco špatného či smutného, protože jakmile nastane chvíle beznaděje, indikuje pouze blížící se neodvratný konec.

Ve stádiu naděje může docházet ke dvěma příčinám konfliktů. První možností je zoufalství, do kterého postupně s prodlužující se neměnnou situací upadá ošetřující personál či rodinní příslušníci, ve chvílích kdy pacient stále potřebuje jejich podporu a neutuchající víru. Druhá situace je přímo opačná. Rodina není ochotna přijmout a smířit se s danou situací a stále se přiklání k posledním záchvěvům naděje, ačkoliv nemocný je již připravený odejít dál.

Vyskytuje se i malá skupina pacientů s tzv. „pseudoterminálním syndromem“. Jedná se o kategorii nemocných, která se uzdraví, ačkoliv jim lékaři nedávali velké naděje. Jsou nazýváni žijícím paradoxem či žijícím zázrakem. Často sami pacienti považují svoje štěstí za druhou šanci na život nebo za tzv. „zapůjčený“ život, a proto autorka pěti fází umírání výslovně poukazuje na chybu, která se nesmí vyskytovat. Je naprosto nepřipustné kdykoliv v jakékoliv fázi nemoci k pacientovi přistupovat jako k nevyléčitelnému jedinci, jehož případ je již dávno ztracen. Jakmile se totiž z okolí pacienta vytratí naděje, je těžké potom očekávat, že se k ní sám bude upínat a stále bojovat.⁶⁷

3.5 Hospice

Hospice spolu s hospicovým hnutím patří mezi jedny z nejvíce pádných proti argumentům v debatách o eutanazii. Jedná se o specializovaná zařízení, jež poskytují paliativní péči. Péči, jak už bylo zmíněno, specializovanou na úlevu od bolesti spjatou s nemocí, jejímž cílem není na rozdíl od standardní lékařské tzv. kurativní péče vyléčení dané nemoci. Život se zde neprodlužuje, což je považovaným cílem nemocničních

⁶⁷ KÜBLER-ROSSOVÁ, E. *O smrti a umírání*, s. 121-125.

zařízení, ale ani nezkracuje, z čehož je pro změnu osočována zase eutanazie. Pokud se jedinec ocitne v hospicovém domě, znamená to jediné, že již byly vyčerpány všechny dosud dostupné možnosti léčby dané nemoci. Toto je základní princip všech hospicových zařízení, jež jsou určeny pro termálně nemocné pacienty. Neznamená to ovšem, že tato zařízení berou naději na uzdravení. Nedávají slib vyléčení, ale přislubují možnost léčitelnosti. Vácha je toho názoru, že pokud by vůbec nějaká smrt měla být považována za dobrou a důstojnou smrt, pak by si tento název zaslouhovala na rozdíl od eutanazie, smrt právě v hospicovém zařízení.⁶⁸

3.5.1 Počátky hospicového hnutí

Hospice, neboli *hospitium* či *hospitia* existovaly již za dob Antiky. Vyskytovaly se za Římské říše i později ve středověku. V těchto dobách se však jednalo spíše o primitivní útulky a jednoduché přístřešky na cestách, jež vedly do Svaté země. V těchto útulcích se poutníkům dostalo odpočinku, nemocní zde mohli na chvíli spočinout hlavu, posílit se a dále pokračovat v cestě nebo v klidu zemřít. Těhotné ženy zde mohly porodit, zotavit se z porodu a dítěti se dostalo základní tehdy dostupné ošetřovatelské péče.

Moderní hnutí za obnovu hospicových domů, jejichž cílem bylo klidné umírání nemocných jedinců, začalo v Anglii se jménem již zmíněné Dr. Cecilie Sundersové, která založila v Londýně roku 1967 Hospic sv. Kryštofa. Dostalo se jim dobré úlevné péče v mnoha oblastech, nejen fyzické, ale i duchovní a citové. Tím bylo pacientovi dáváno najevo, že není na obtíž, že je milován okolím, a že je stále velmi důležitou součástí života. Hnutí se následně velmi brzo rozrostlo po celé Anglii, a i do mnoha jiných vzdálených zemí. Inspirovala svým dílem více jak 95 dalších států a přes stovku hospiců ve Velké Británii.

Cecilie Sundersová byla neuvěřitelně charismatickou ženou, která svou silnou osobností a nadáním pro navazování důležitých styků a přátelství dokázala ovlivnit miliony lidí. Stala se ojedinělým inovátorem v léčebných praktikách jak fyzických, tak i psychologických aspektů strádání. Byla členkou Královské společnosti zdravotních sester,

⁶⁸ HOSPICE.CZ: KOUBA, J. *Co je to hospic* [online]. 2010 [cit. 24. 2. 2016]. Dostupný z WWW: <http://www.hospice.cz/otazky-a-odpovedi/co-je-hospic/>.

VÁCHA. M. *Místo na němž stojíš, je posvátná země*, s. 147.

Královské britské společnosti lékařů a i neposledně Královské společnosti chirurgů. Setkání s dvěma pacienty ve své lékařské praxi ji ovlivnilo k vytvoření jejího celoživotního díla.

Prvním byl David Tasmov, uprchlík z varšavského ghetta, kterého potkala při své praxi jako sociální pracovnice v nemocnici sv. Thomase. Byl to povoláním číšník, osamocený pacient umírající v důsledku nádorového onemocnění, bez přátel či rodiny, jehož příběh upozornil Cicely na fakt, že spirituální a psychologické potřeby pacientů jsou stejně důležitou součástí léčby, jako léčba fyziologických problémů.

Druhou osobností se stal polák Antoni Michniewicz. Na jeho případu Cicely poznala, že umírání stejně jako láska potřebuje veškerou základnu podpory a porozumění. Jeho smrt ji inspirovala právě k založení St. Christopher's hospice, který nechala pojmenovat po svatém patronu všech poutníků. Současný Hospic sv. Kryštofa poskytuje ročně kvalitní péči více než 2000 pacientům a jejich blízkým, a zároveň vyškolil dohromady více než 60 000 profesionálů, kteří pomáhají a poskytují kvalitní paliativní péči po celém světě.

K největšímu uznání její práce došlo ve chvíli, kdy anglická Královská lékařská společnost přijala oblast paliativní medicíny za samostatný lékařský obor.

S postupem času se začalo i čerpat a vycházet z učení již taky zmíněné Elizabeth Kübler-Rossové, jež se stalo významnou pomocí pro ty, kteří pacienta na jeho cestě nejbližší doprovázejí.

Na území České republiky je za tzv. „českou Saundersovou“ považována MUDr. Marie Svatašová, která nechala vybudovat roku 1995 první hospic pojmenovaný Hospic Svaté Anežky České v Červeném Kostelci. Díky jejímu úsilí dnes na území naší republiky vyrostly desítky hospiců a stále přibývají.⁶⁹

⁶⁹ HOSPIC SV. JANA N. NEUMANNA, PRACHATICE: *Zakladatelka moderního hospicového hnutí Cicely Saunders* [online]. 2005 [cit. 24. 2. 2016]. Dostupný z

WWW:<http://www.hospicpt.cz/prachatice/zakladatelkahospicu>.

MUNZAROVÁ, M. *Eutanazie nebo paliativní péče?*, s. 69-70.

VÁCHA, M. *Místo na němž stojíš, je posvátná země*, s. 147.

3.5.2 Hospicová péče v současnosti

Dnešní myšlenka hospicových domů je stále založena na účtě k člověku, jež je chápán jako ojedinělá a neopakovatelná bytost.

„Hospic nemocnému garantuje, že:

- *nebude trpět nesnesitelnou bolestí*
- *bude vždy respektována jeho lidská důstojnost*
- *v posledních chvílích nezůstane osamocen*“⁷⁰

Základní filozofie požaduje lidský a zároveň velmi profesionální přístup. Práce je založená převážně na týmové spolupráci všech zúčastněných jedinců a také včetně všech dobrovolníků, kteří jsou pokládáni za neoddělitelnou součást týmu. Každý hospicový dům klade velký důraz na duchovní stránku péče, a proto je standardem i profesionální pomoc sociálních pracovníků, psychologů a neposledně i teologů. Například v Anglii se dobrovolníkům říká „*listeners*“, neboli naslouchající. Vyobrazuje se zde velmi důležitý aspekt nenahraditelné duchovní potřeby být vyslyšen. Přijímání jsou všichni pacienti a neklade se důraz na směr vyznání nemocného.

Ve světě se hospicová péče rozděluje standardně do tří forem:

1) Domácí hospicová péče

Domácí hospicová péče je z pravidla považována za nejideálnější možnost hospicové péče. Bohužel není v mnoha ohledech dostačující nebo v mnoha případech ani dostupná. Je založená na určité úrovni domácího prostředí, které často není k dispozici nebo časem dojde k jeho vyčerpání. V mnoha případech se také stává, že daná forma péče je pro rodinu nemocného příliš náročná a nad jejich síly.

2) Stacionáře, denní pobyty

V této formě hospicové péče dochází k tomu, že pacient pravidelně dojíždí do hospicového domu. Je obvykle přijímán ráno nebo odpoledne, ale na večer se zase vrací do poklidného prostředí svého domova. Tato forma vyžaduje jedině, aby se domov pacienta nacházel v bezprostřední blízkosti hospice.

3) Lůžková hospicová péče

⁷⁰ SVATAŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*, s. 115.

Lůžková péče je nezbytná právě v případech, kdy obě dvě předchozí formy se stanou nedostačující nebo nedostupné. Jakmile ale nastane zlepšení pacientova stavu, není problém, aby se nemocný navrátil do původního typu své hospicové péče.

Jaká forma hospicové péče se v každém státě vyvine, bohužel záleží na zákonech dané země a způsobu financování zdravotnické péče. V Čechách a na Slovenku není zatím příliš rozvinutá domácí hospicová péče, jež je velmi nákladná a časově náročná.⁷¹

⁷¹ HOSPICE.CZ: KOUBA, J. *Co je to hospic* [online]. 2010 [cit. 24. 2. 2016]. Dostupný z WWW: <http://www.hospice.cz/otazky-a-odpovedi/co-je-hospic/>

4. Vlastní práce

4.1 Dotazníkové šetření

V praktické části své bakalářské práce se zaměřuji na to, jaké má dnešní dospělá populace všeobecné mínění o eutanazii, zda vůbec chápou definici daného slova nebo či jsou pro anebo proti její samotné legalizaci na území našeho státu. Zajímalo mě i samotný názor úzké skupiny profesionálních lékařů na dané téma a neposledně i povědomí o kvalitě paliativní péče.

4.1.1 Stanovení výzkumných problémů

Byly stanoveny tyto výzkumné problémy:

- VP1. Mají respondenti povědomí o tom, co se pod pojmem eutanazie doopravdy ukrývá?
- VP2. Mají dotazovaní vědomí o tom, v jakých státech Evropy je eutanazie legální?
- VP3. Domnívají se dotazovaní, že existuje hranice mezi hodnotným a nehodnotným životem?
- VP4. Ovlivnil život s terminální nemocí nebo prožitek s terminálně nemocným blízkým člověkem touhu ovládnout vlastní smrt?
- VP5. Zdali jsou respondenti ochotni zvažovat možnost eutanazie ve vlastním případě?
- VP6. Jsou muži více než ženy ochotni respektovat přání nemocného na úkor vlastní tužby?
- VP7. Jsou profesionální lékaři pro legalizaci eutanazie?
- VP8. Jsou profesionální lékaři ochotni aplikovat eutanazii v praxi?
- VP9. Uznávají profesionální lékaři eutanazii?
- VP10. Podporují respondenti legalizaci eutanazie na území České republiky?
- VP11. Jaký je všeobecný názor na eutanazii?
- VP12. Mají respondenti vědomí o kvalitě dostupné paliativní péče na území našeho státu?
- VP13. Z čeho by dotazovaní nejraději financovali paliativní péči?

VP14. Patří věřící mezi nejhlavnější odpůrce eutanazie?

4.1.2 Stanovení výzkumných hypotéz

Na základě stanovených výzkumných problémů, jsem docílila těchto výzkumných předpokladů:

- VH1 Dotazovaní mají povědomí o tom, co se pod pojmem Eutanazie doopravdy ukrývá.
- VH2 Dotazovaní mají dostatečné vědomí, v kterých státech Evropy je eutanazie legální.
- VH3 Dotazovaní se domnívají, že existuje hranice mezi hodným a nehodným životem.
- VH4 Život s termální nemocí nebo zkušenost s termální nemocí u blízké osoby ovlivnil touhu ovládnout vlastní smrt.
- VH5 Respondenti by o eutanazii ve vlastním případě neuvažovali.
- VH6 Muži jsou více než ženy ochotni respektovat přání nemocného.
- VH7 Profesionální lékaři jsou proti legalizaci eutanazie.
- VH8 Profesionální lékaři nejsou ochotni aplikovat eutanazii v praxi.
- VH9 Profesionální lékaři neuznávají eutanazii.
- VH10 Dotazovaní se domnívají, že by o eutanazii druhé osoby měl rozhodovat pouze pacient.
- VH11 Respondenti podporují legalizaci eutanazie na území České republiky.
- VH12 Všeobecný názor na eutanazii je spíše pozitivního charakteru.
- VH13 Dotazovaní se domnívají, že je na našem území paliativní péče nedostatečná.
- VH14 Respondenti by paliativní péči financovali nejraději ze zdravotního pojištění.
- VH15 Věřící patří mezi nejhlavnější odpůrce eutanazie.

5. Výsledky a diskuse

5.1 Zpracování výsledků

Při zpracovávání a vyhodnocování výsledků dotazníkového šetření bylo využito tabulkového procesoru programu Microsoft Excel. Podařilo se získat názor celkově 98 dotazovaných respondentů, což vymezuje konkrétní počet 63 žen a 35 mužů. Také se podařilo získat odborný názor 10 lékařů na dané téma, což sice nelze považovat za reprezentativní vzorek výzkumu, ale poslouží aspoň částečně jako názorná možná ukázka.

5.1.1 Identifikační údaje anonymních respondentů

Za základní identifikační údaje a pro částečné představení anonymních respondentů byly zvoleny údaje o pohlaví, věku, nejvyššího dosaženého vzdělání a zaměření profese nebo studia respondenta.

Tabulka 1: Základní informace o respondentech

Pohlaví dotazovaných	Počet	%
Žena	63	64
Muž	35	36
Věk respondentů	Počet	%
20 - 25 let	38	39
26 - 35 let	36	37
36 - 55 let	15	15
56 - a více	9	9
Dosažené vzdělání respondentů	Počet	%
Základní	0	0
Středoškolské	54	55
Vysokoškolské	44	45
Zaměření profese či studia dotazovaných	Počet	%
Humanitní	19	20
Přírodovědné	5	5
Ekonomické	43	44
IT (informační technologie)	3	3
Lékař	10	10
zdravotnické, ale lékař nejsem	2	2
Jiné	16	16

5.1.2 Vyhodnocení dotazovaných odpovědí

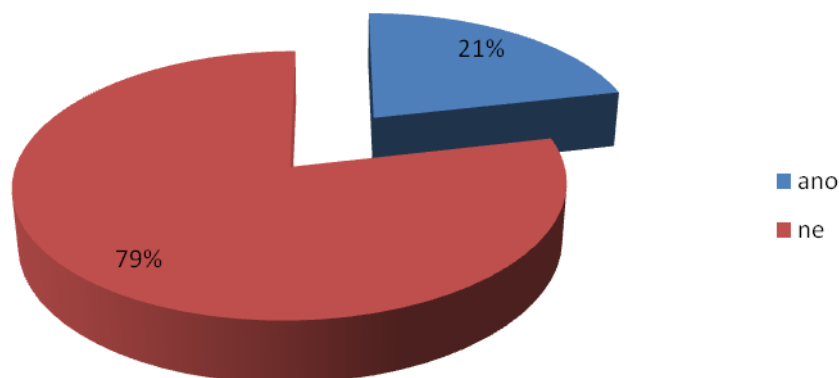
Otázka č. 1: Jste věřící?

Tabulka 2: Údaje ke grafu otázky: Jste věřící?

	Počet	%
Ano	21	21
Ne	77	79

Tabulka 3: Údaje k předpokladu VH14: Věřící patří mezi nehlavnější odpůrce eutanazie.

	Počet	%
Ano	13	62
Ne	8	38



Graf 1: Jste věřící?

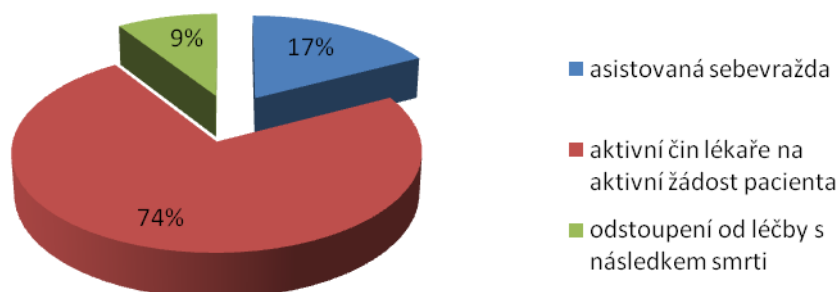
Cílem bylo zjistit a potvrdit zvolený předpoklad, že k nehlavnějším oponentům eutanazie a její legalizace patří převážně věřící část populace. Předpoklad byl zvolený na základě základních principů křesťanství a judaismu, jelikož se předpokládalo, že většina respondentů bude tohoto vyznání. Jak je z grafu patrné, celých 21 % respondentů zaškrtnulo, že je věřících, což představuje i konečné číslo 21 jedinců. Z těchto 21 respondentů se však pouze 38% respondentů vyslovilo proti legalizaci eutanazie a zbylých 62 % představující číslo 13 respondentů zaškrtnulo její legalizaci na našem území. Níže uvedený graf č. 11

k otázce samotné legalizace zobrazuje údaje, že celých 27 dotazovaných se vyjádřilo proti legalizaci. Z těchto 27 jedinců pouze 30% tvoří skupina věřících.

Otázka č. 2: Eutanazie je?

Tabulka 4: Údaje ke grafu otázky: Eutanazie je?

	Počet	%
Asistovaná sebevražda	17	17
Aktivní čin lékaře na aktivní žádost pacienta	72	74
Odstoupení od léčby s následkem smrti	9	9



Graf 2: Eutanazie je?

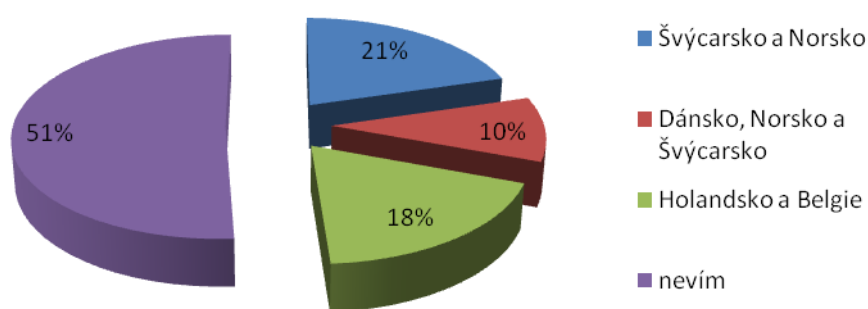
Záměrem dané otázky bylo zjistit, zda respondenti mají ponětí o tom, co termín eutanazie ve skutečnosti znamená a zda vědí, s čím by případně souhlasili při její samotné legalizaci. Poznamenávám, že respondenti měli k dispozici i definice daných možných termínů. Jak je z grafu patrné, většina respondentů reprezentující 74 % na danou otázku odpověděla správně a zaškrtnulo aktivní čin lékaře na aktivní žádost pacienta. 17 jedinců si eutanazii spletlo s asistovanou sebevraždou, jež je termín velmi podobný a celých 9 jedinců si jej milně spletlo s odstoupením od léčby s následkem smrti. Znovu se odkazují na graf č. 11, kde legalizaci eutanazie zaškrtnulo celých 71 respondentů. Na základě této statistiky by se dalo očekávat, že situace je pozitivní a dotazující mají povědomí o tom, s čím by v případě legalizace souhlasili. Muselo by se ovšem počítat s předpokladem, že všech 71 jedinců ze 72 správně odpovídajících respondentů zaškrtnulo odpověď pro legalizaci eutanazie. Výsledky jsou bohužel více alarmující. Z 27% špatně odpovídajících

respondentů se pro legalizaci eutanazie vyslovila nadpoloviční většina odpovídajících, a to přesně 19 dotazovaných a 7 jich zůstalo proti.

Otázka č. 3: Eutanazie je legální na území těchto evropských států?

Tabulka 5: Údaje ke grafu otázky: Eutanazie je legální na území těchto evropských států?

	Počet	%
Švýcarsko a Norsko	20	21
Dánsko, Norsko a Švýcarsko	10	10
Holandsko a Belgie	18	18
nevím	50	51



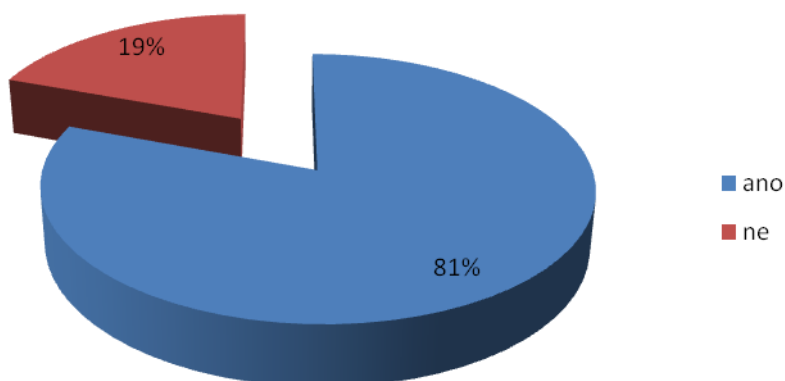
Graf 3: Eutanazie je legální na území těchto evropských

Úkolem tohoto dotazu bylo potvrzení předpokladu, že respondenti mají znalost o tom, kde je eutanazie v dnešní době legální. Předpoklad byl zvolený na základě pouze osobního pocitu o předpokládané odpovědi. Dotazníkové šetření vyhodnotilo, že respondenti nemají dostatečné vzdělání o tom, kde v Evropě je eutanazie legální. Pouze 18% respondentů na danou otázku odpovědělo správně a zaškrtnulo Holandsko a Belgie. Většina respondentů představující nadpoloviční hodnotu 51% volila unikovou odpověď a zvolili si možnost nevím. Dále 20 jedinců, reprezentující 21% a představující druhou nejčastěji zvolenou možnost, riskovalo a milně se domnívá, že eutanazie je legální i na území severního Norska a 10 jedinců volilo s Norskem i další špatnou odpověď Dánsko, kde je legalizovaná pouze pasivní eutanazie.

Otázka č. 4: Myslíte si, že existuje bod, od kterého již nemá cenu dál žít?

Tabulka 6: Údaje k otázce: Myslíte si, že existuje bod, od kterého již nemá cenu dál žít?

	počet	%
ano	79	81
ne	19	19



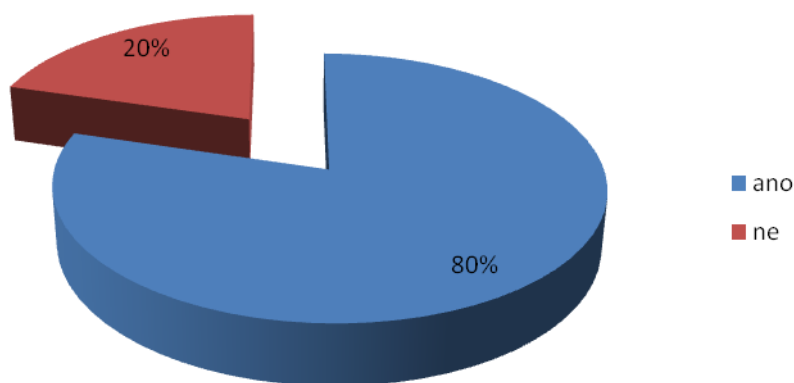
Graf 4: Myslíte si, že existuje bod, od kterého nemá cenu dál žít?

Tento dotaz měl poukázat na možnost existujícího mezníku mezi hodnotným a nehodnotným životem, neboli jinak řečeno bodu, od kterého již by nemělo cenu dál žít. Zvolený předpoklad byl určen znovu pouze na základě osobního cítění. S ohromnou nadpoloviční jistotou celých 81 % dotazovaných na danou otázku odpovědělo kladně. Pouze 19 respondentů si myslí, že neexistuje mezník určující hranici hodnotného života. Předpokládalo se, že těchto 19% dotazovaných by k danému názoru mohlo vést jejich náboženského přesvědčení. Nicméně dotazníkové šetření ukázalo, že z daných 19 jedinců je pouze 7 z nich věřících a zbylých 63% k danému názoru vedou jiné, bohužel pro nás neznámé, pohnutky.

Otázka č. 5: Chtěl/a byste mít tu možnost ovlivnit, kdy a jakým způsobem odejdete z tohoto světa?

Tabulka 7: Údaje k otázce: Chtěl/a byste mít tu možnost ovlivnit, kdy a jakým způsobem odejdete z tohoto světa?

	počet	%
ano	78	80
ne	20	20



Graf 5: Chtěl/a byste mít tu možnost ovlivnit, kdy a jakým způsobem odejdete z tohoto světa?

Tento dotaz byl zařazen do seznamu otázek v kombinaci s dotazem, zda mají respondenti osobní zkušenosti s terminální nemocí i sebe či osoby blízké. Cílem bylo zjistit, zda osobní prožitek takové události ovlivnil touhu ovládnout vlastní smrt. Celých 78 respondentů vyjádřilo, že by danou událost chtěli mít možnost ovlivnit, a pouze 20% dotazovaných jedinců na tuto otázku odpovědělo záporně. Je tedy patrné, že hojný počet kladných odpovědí není pouze odezvou osobní zkušenosti ze smrti, ale má i jiné důvody. Zajímavostí je také poukázat na fakt, že celých 45% záporně odpovídajících respondentů je zároveň i věřících, jež k danému rozhodnutí mohlo vést jejich vyznání víry.

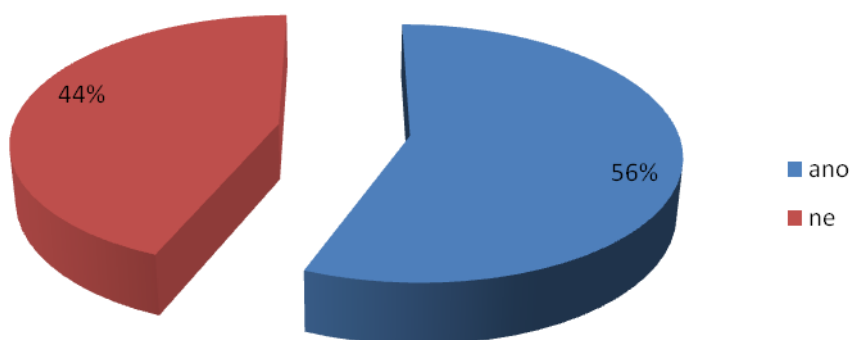
Otázka č. 6.: Máte zkušenosti s dlouhodobě nevléčitelnou nemocí u sebe či osoby blízké?

Tabulka 8: Údaje k otázce: Máte zkušenosti s dlouhodobě nevléčitelnou nemocí u sebe či osoby blízké?

	počet	%
ano	55	56
Ne	43	44

Tabulka 9: Údaje k předpokladu VH4: Život s termální nemocí nebo zkušenost s termální nemocí u blízké osoby ovlivnil touhu ovládnout vlastní smrt.

	počet	%
ano	44	75
ne	11	25



Graf 6: Máte zkušenosti s dlouhodobě nevléčitelnou nemocí u sebe či osoby blízké?

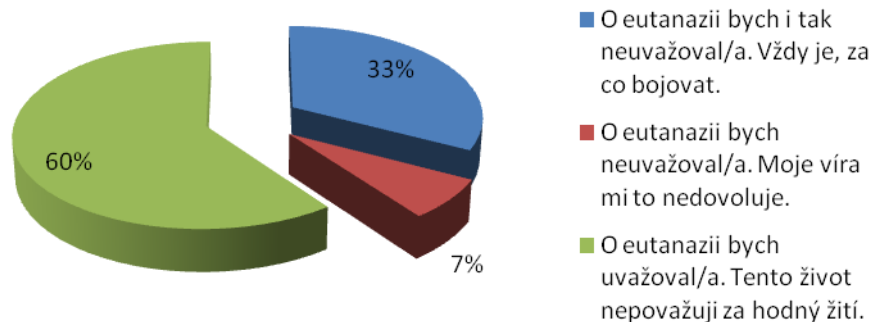
Jak už bylo zmíněno, cílem této otázky bylo vyvrácení či potvrzení předpokladu, že osobní zkušenost se smrtelnou nemocí u sebe či osoby blízké vyvolá touhu ovládnout vlastní smrt. Předpoklad byl stanoven čistě na základě vlastní zkušenosti. Kladně na daný dotaz odpověděla mírně nadpoloviční většina, a to s konečným celkovým číslem 55 dotazovaných respondentů. Záporně se vyjádřilo s celkovou hodnotou celých 44 % dotazovaných, kteří takovou zkušenost nemají. Z těchto 56% odpovídajících, jich 44 zaškrtnulo i kladnou odpověď v předchozí otázce, tvoří tedy celých 75%, které potvrzují stanovený předpoklad. Záporně se vyjádřil pouze minimální počet respondentů, jež tvoří

25% odpovědí. Zajímavostí může být jako v předchozí otázce poukázat na fakt, že celých 6 respondentů, odpovídajících záporně na touhu ovládnout svou smrt, a zároveň kladně na otázku osobní zkušenosti se smrtelnou nemocí, je věřících, a je tedy možné předpokládat, že je k dané odpovědi vedl stejný důvod jako v otázce předchozí.

Otázka č. 7: Představte si modelovou situaci: Jste temperamentní osoba středního věku, bezdětný/á a pohyb je každodenní součástí vašeho dne. Vážná nehoda vás jednoho osudového dne však upoutala nezvratně na lůžko. Nejste schopen/na vůlí pohnout sebemenší částí vašeho těla až na malý cit na prstech. Váš mozek nicméně funguje zcela v pořádku. Diagnózy lékařů nejsou bezproblémové, ale jinak vám předpovídají vcelku dlouhodobý život. Veškeré vaše bytí je však odkázáno na pomoc druhých, a to včetně těch nejtímnějších potřeb. Tělo se stalo vaším vězením. O eutanazii?

Tabulka 10: Údaje k otázce č. 7

	Počet	%
O eutanazii bych i tak neuvažoval/a. Vždy je za co bojovat.	32	33
O eutanazii bych neuvažoval/a. Moje víra mi to nedovoluje.	7	7
O eutanazii bych uvažoval/a. Tento život nepovažuji za hodný žití.	59	60



Graf 7: K otázce č. 7

Cílem dané otázky bylo zjistit a potvrdit či vyvrátit předpoklad, že respondenti by ve vlastních případech nemohoucnosti o eutanazii neuvažovali. Předpoklad nebyl stanoven na základě osobního názoru, ale pouze na základě očekávaného výsledku. Celých 60 % respondentů se však vyjádřilo opačným názorem a o eutanazii by v modelové situaci

sami uvažovali. 33 % dotazovaných potvrdilo předpoklad, že by se v dané situaci i tak snažili vidět něco hodnotného a celých 7 % dotazovaných odpovědělo, že jim jejich víra nedovoluje o eutanazii uvažovat. Zajímavostí může být následně fakt, že se 1 respondent vyhnul odpovědi a zvolil nejméně zaškrťávanou možnost, ačkoliv sám zatrhnul, že se neřadí mezi věřící. Nelze však vyvrátit fakt, že k danému názoru mohl dojít na základě osobní životní filozofie.

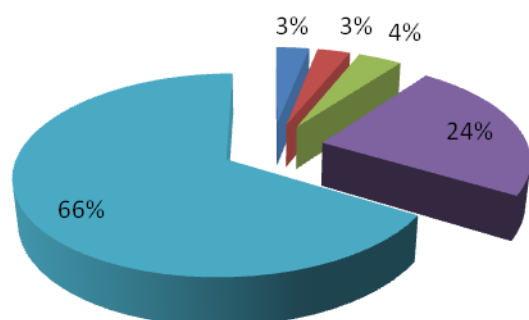
Otázka č. 8: Představte si, že obdobná situace postihla vašeho velmi blízkého člověka, kterého milujete více než cokoliv jiného na světě. On/Ona se však dožaduje eutanazie. Nechce již dále prodlužovat svoje utrpení. Co uděláte?

Tabulka 11: Údaje k otázce č. 8

	Počet	%
Jsem lékař. Provedl/a bych eutanazii sám/a	3	3
Jsem lékař. Eutanazii neuznávám a neprovedl/a bych ji	3	3
Jsem lékař. Eutanazii uznávám, ale neprovedl/a bych ji	4	4
Eutanazie nepřipadá v úvahu. Celý život zasvětim tomu, abych mu/ji to vynahradil/a. Najdu důvod, pro co může žít	23	24
Budu respektovat jeho/její přání, ačkoliv mě to zlomí	65	66

Tabulka 12: Údaje k předpokladu VH6: Muži jsou více než ženy ochotni respektovat přání nemocného.

	počet	%
Ženy	45	76
Muži	20	69



- Jsem lékař. Provedl/a bych eutanazii sám/a.
- Jsem lékař. Eutanazii neuznávám a neprovedl/a bych ji.
- Jsem lékař. Eutanazii schvaluji, ale neprovedl/a bych ji sám/a.
- Eutanazie nepřipadá v úvahu. Celý život zasvětim tomu, abych mu/ji to vynahradil/a. Najdu důvod, pro co může žít.
- Budu respektovat jeho/její přání, ačkoliv mě to zlomí.

Graf 8: K otázce č. 8

Daná otázka je cílem hned třech zvolených a stanovených výzkumných předpokladů, jež byly následující: Muži jsou více než ženy ochotni respektovat přání nemocného, profesionální lékaři nejsou ochotni aplikovat eutanazii v praxi a profesionální lékaři neuznávají eutanazii.

S potěšením můžu konstatovat, že se podařilo získat názor hned 10 profesionálních lékařů. Jelikož se jedná o velmi choulostivé téma konkrétně zaměřené i na případ milující osoby, bylo nabídnuto lékařům vybírat hned ze tří možností. Nejedná se o reprezentativní vzorek úzké skupiny doktorů, který by nám mohl potvrdit či vyvrátit daný předpoklad, nicméně je patrné z dané ukázky, že ani samotní profesionální lékaři nemají na dané téma jednotný ucelený názor.

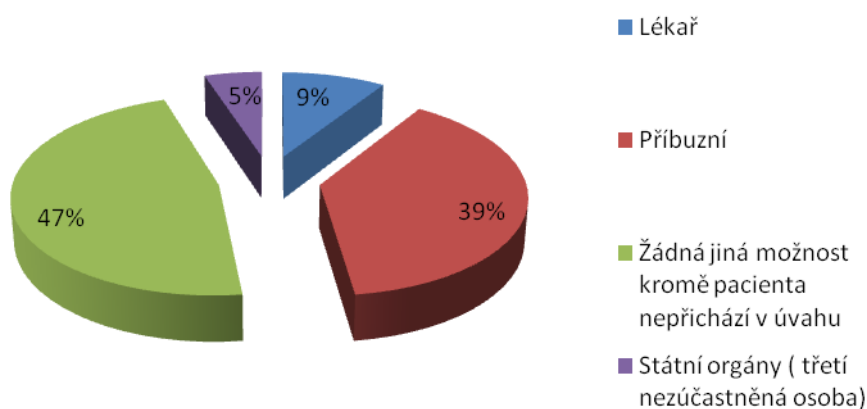
Celých 70 % lékařů eutanazii jako medicínský zákrok uznává, ale jenom 30% by jich bylo daný zákrok ochotno vlastnoručně provést. 3 lékaři jsou toho názoru, že eutanazii neuznávají ani jako medicínský zákrok a tím pádem nejsou ochotni eutanazii aplikovat v praxi. 40% lékařů eutanazii jako medicínský zákrok uznává, ale v případě dané situace by i tak eutanazii vlastnoručně neprovedli. Spolu 30% možností, která neuznává eutanazii vůbec, tvoří tedy celkové číslo 7 lékařů, kteří nejsou ochotni eutanazii aplikovat v praxi. Zároveň také s potěšením konstatuji, že celých 100 % respondentů, jež zaškrtili v dotazníkovém šetření profesi lékaře, mají znalost o tom, co se pod pojmem eutanazie doopravdy skrývá.

Daný předpoklad, že muži jsou více než ženy ochotni respektovat přání nemocného, vychází z přesvědčení, že muži jsou, na rozdíl od žen, méně emocionální stvoření a nenechávají se v takové situaci tolik ovládnout svými city. Z celkového počtu respondentů na tuto otázku mohlo odpovídat celkově 88 dotazovaných, z toho bylo konkrétně 59 žen a 29 mužů. Odpověď, že jedinec bude respektovat přání nemocného, zaškrtilo celých 66 % respondentů a zbytek představující číslo 23 dotazovaných se vyjádřilo opačným přáním. Z těchto 66% tvořilo celkový konečný stav 65 respondentů, z nichž celkově žen bylo 45 a 20 mužů. V procentuálních hodnotách celých 76 % žen z celkového počtu ženských respondentů zaškrtilo danou předpokládanou odpověď, což dává tedy o 7 % více než konečný stav 69 % mužských respondentů. Z daného výsledku se dá tedy usuzovat, že ženy jsou sice více emocionální stvoření, ale právě jejich empatie jim dovolí se více vcítit do pocitů nemocného člověka a pochopit jejich bezvýhodnou situaci.

Otázka č. 9: Kdo si myslíte, že by měl o eutanazii rozhodovat v případech, kdy je samotný pacient v kómatu, či je jinak nezpůsobilý vyjádřit svůj vlastní názor?

Tabulka 13: Údaje k otázce: Kdo si myslíte, že by měl o eutanazii rozhodovat v případech, kdy je samotný pacient v kómatu, či je jinak nezpůsobilý vyjádřit svůj vlastní názor?

	Počet	%
Lékař	9	9
Příbuzní	38	39
Žádná jiná možnost kromě pacienta nepřipadá v úvahu	46	47
Státní orgány (třetí nezúčastněná osoba)	5	5



Graf 9: Kdo si myslíte, že by měl o eutanazii rozhodovat v případech, kdy je samotný pacient v kómatu, či je jinak nezpůsobilý vyjádřit svůj vlastní názor?

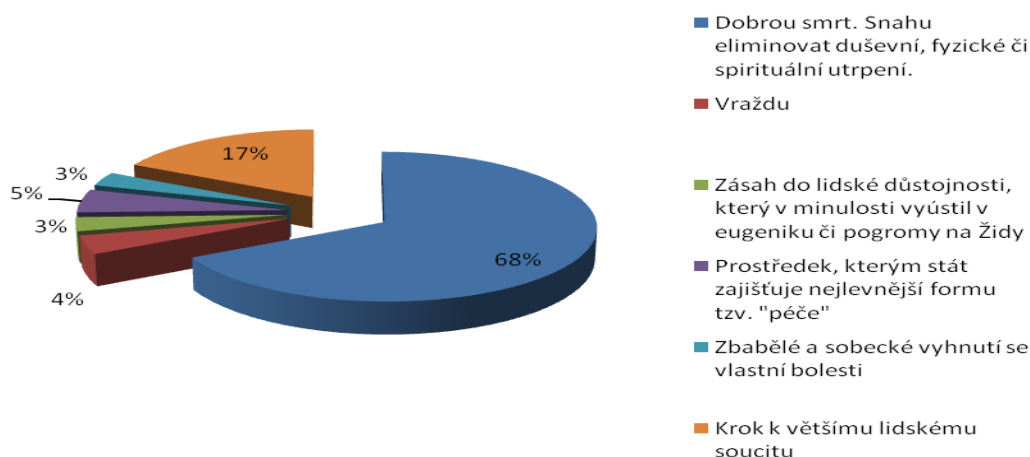
Daná otázka měla referovat o jednom z nejzákladnějších argumentů proti eutanazii, která prý dává přílišnou moc do rukou lékařů. Jako předpoklad bylo stanoveno, že dotazovaní se budou přiklánět k možnosti, kdy o eutanazii druhé osoby nemůže rozhodovat nikdo jiný, jen sám pacient. Předpoklad byl stanoven na základě osobní domněnky o jediné správné odpovědi. Výsledky jsou však více alarmující. Pro daný předpoklad se vyslovila většina, ale představuje pouze 47% respondentů. Hned v úzkém zástupu byl názor, že o pacientově eutanazii by měli rozhodovat jeho příbuzní, který se vyšplhal do konečného stavu 38 dotazovaných tvořící 39% respondentů. V menšině byl potom následný argument,

když se pro odborníka v oboru rozhodlo pouze 9% dotazovaných a pro čtvrtou alternativu představující třetí nezávislou osobu v podobě státní instituce se rozhodlo překvapivě až 5 dotazovaných jedinců.

Otázka číslo 10: Eutanazii vnímám jako?

Tabulka 14: Údaje k otázce: Eutanazii vnímám jako?

	Počet	%
Dobrou smrt. Snahu eliminovat duševní, fyzické či spirituální utrpení.	66	68
Vraždu	4	4
Zásah do lidské důstojnosti, který v minulosti vyústil v eugeniku či pogromy na Židy	3	3
Prostředek, kterým stát zajišťuje nejlevnější formu tzv. "péče"	5	5
Zbabělé a sobecké vyhnutí se vlastní bolesti	3	3
Krok k většímu lidskému soucitu	17	17



Graf 10: Eutanazii vnímám jako?

Zde jsem si chtěla ověřit předpoklad, že eutanazie je širokou veřejností vnímána spíše pozitivně. Respondenti měli k dispozici hned šest možných odpovědí, z nichž ale pouze dvě byly s pozitivním nádechem. Nadpoloviční většina představující názor 66 dotazovaných jako vjem eutanazie označila její skladbu slova. Považují eutanazii za dobrou smrt. V zástupu byl se 17% respondentů názor, že eutanazie je dalším krokem k rozvinutí lidského soucitu. Dané dvě nejvíce volené možnosti, obě pozitivního charakteru, tvoří z celkového čísla celých 85 % názorů a potvrzují předpoklad. Celých 5% považuje eutanazii za státem zajišťovanou nejlevnější formu „péče“. V úzkém zástupu je

hned názor, že eutanazie není nic jiného než lékařem provedená vražda, což představuje názor hned 4 dotazovaných respondentů a neposledně na stejné úrovni reprezentující každý názor 3% dotazovaných jsou postoje zobrazující eutanazii jako zásah do lidské důstojnosti a zbabělé, sobecké vyhnutí se bolesti.

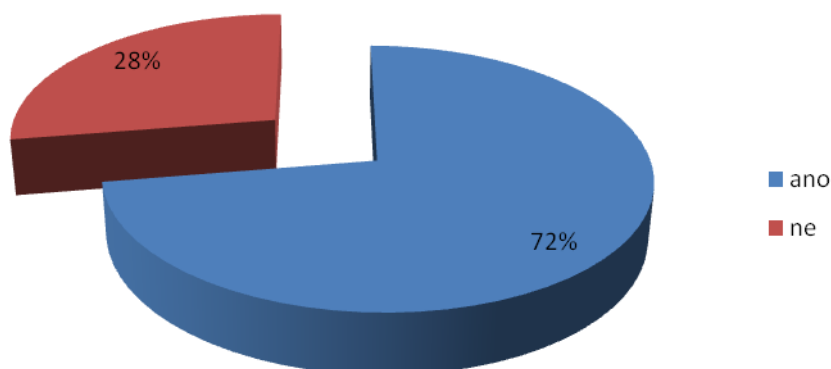
Otázka č. 11: Jste pro legalizaci eutanazie v České republice?

Tabulka 15: Údaje k otázce: Jste pro legalizaci eutanazie v České republice?

	počet	%
ano	71	72
ne	27	28

Tabulka 16: Údaje k předpokladu VH7: Profesionální lékaři jsou proti legalizaci eutanazie.

	počet	%
ano	1	10
ne	9	90



Graf 11: Jste pro legalizaci eutanazie v České republice?

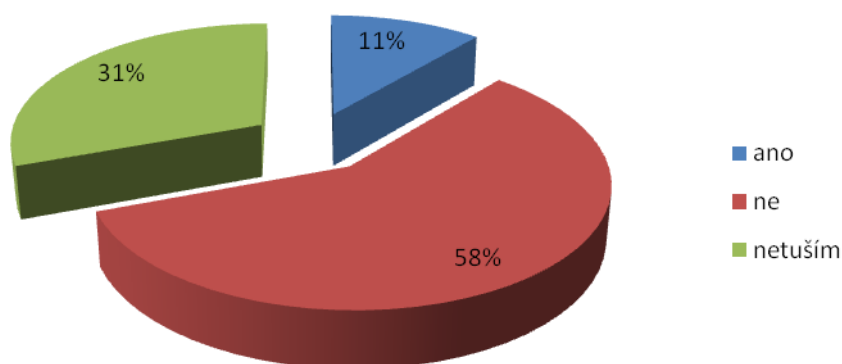
Cílem tohoto dotazu bylo potvrzení či vyvrácení dvou výzkumných předpokladů, jež jsou že, respondenti podporují legalizaci eutanazie na území České republiky a naopak lékaři jsou proti její legalizaci. Ačkoliv byl stanoven předpoklad legalizace eutanazie, došlo k jeho až hodnotově překvapivému skoro jednotnému potvrzení. S ohromnou nadpoloviční převahou se většina respondentů představující celých 72 % dotazovaných vyslovila pro legalizaci eutanazie na území našeho státu. Pouhých zbylých 27 jedinců zastává opačné stanovisko, a to z daného počtu hned 9 jedinců jsou profesí lékaři. Proti legalizaci eutanazie se tedy z široké laické společnosti vyslovilo pouze 18 odpovídajících jedinců. Také již bylo v předchozí otázce zmíněno, že celých 7 jedinců proti legalizaci

eutanazie nechápou zcela správně pojem a význam eutanazie samotné, což nás přivádí na alarmující hodnotu pouze 11 plně informovaných a oponentních dotazovaných osob. Pouze jediný lékař se vyslovil pro legalizaci eutanazie a není ani překvapením, že tento jedinec nejenom eutanazii jako medicínský zákrok uznává, ale byl by ji ochotný i aplikovat sám v praxi.

Otázka č. 12: Myslíte si, že je u nás v současné době dostupná péče o terminálně nemocné pacienty nebo seniory dostatečná?

Tabulka 17: Údaje k otázce: Myslíte si, že je u nás v současné době dostupná péče o terminálně nemocné pacienty nebo seniory dostatečná?

	počet	%
ano	11	11
ne	57	58
netuším	30	31



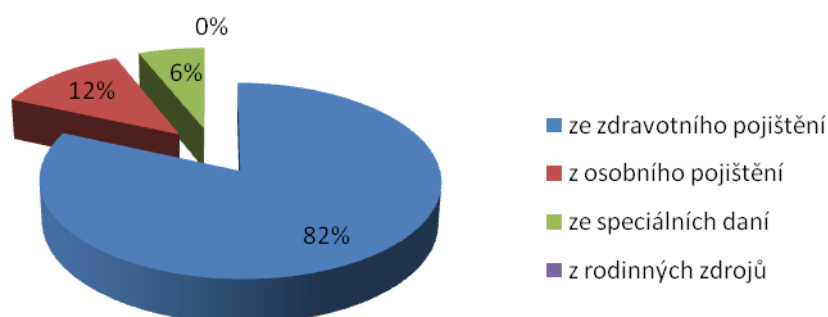
Graf 12: Myslíte si, že je u nás v současné době dostupná péče o terminálně nemocné pacienty nebo seniory dostatečná?

Cílem daného dotazu bylo zjistit, zda mají respondenti vědomosti o tom, jestli je na území České republiky péče o smrtelně nemocné pacienty nebo seniory dostatečná. Za zvolený předpoklad bylo stanoveno, že respondenti dostupnou paliativní péči budou považovat za nedostačující. Celých 58 % respondentů se domnívá, že v současné době na území České republiky dostupná paliativní péče je nedostačující a tím potvrzuje námi zvolený předpoklad. Oponentního názoru je pouze 11 jedinců, jež reprezentuje 11 % dotazovaných. V následné otázce byla respondentům nabídnuta i úniková možnost ve formě nevím. Danou odpověď zvolilo celých 31 % respondentů, reprezentující celkem velkou neinformovanost ohledně daného tématu.

Otázka č. 13: Z jakých zdrojů by podle vás měla být kryta paliativní péče? (péče poskytovaná nemocným, kteří trpí nevléčitelnou chorobou v pokročilém nebo terminálním stádiu.)

Tabulka 18: Údaje k otázce: Z jakých zdrojů by podle vás měla být kryta paliativní péče?

	počet	%
Ze zdravotního pojištění	80	82
Ze speciálních daní	6	6
Z osobního pojištění	12	12
Z rodinných zdrojů	0	0



Graf 13: Z jakých zdrojů by podle vás měla být kryta paliativní péče?

Předpokladem dané otázky bylo, že respondenti budou volit volbu financování paliativní péče ze zdravotního pojištění. Daná otázka byla zvolena na základě cílené skupiny dotazovaných, u nichž se předpokládalo, že většina je již výdělečně činná a má tedy možnost aktivně ovlivnit financování takovéto péče. Daný předpoklad se podařilo potvrdit s ohromnou až 82 % přesností. Druhou nejčastěji volenou opovědí se stala volba osobního pojištění, kterou by volilo celkově 12 respondentů. 6 dotazovaných, jež představují 6 % respondentů, jsou naopak toho názoru, že by paliativní péče měla být hrazena ze speciálních daní. Další prvenství tato otázka získala i v minimálním počtu zvolené možnosti. Celých 0 % respondentů by paliativní péči rádi hradilo z rodinných zdrojů.

5.2 Závěr výsledků výzkumu

Z dotazníkového šetření je patrné, že dnešní dospělá populace má relativní povědomí o eutanazii a její názory se pohybují ve sféře pozitivního charakteru. Většina dotazovaných by byla i pro její samotnou legalizaci na území našeho státu, a dokonce by o ní uvažovala v situaci vlastní nemohoucnosti a bezmocnosti, jelikož takový život nepovažují za hodný žití.

Byly potvrzeny tyto hypotézy:

- Dotazovaní mají povědomí o tom, co se pod pojmem eutanazie doopravdy ukrývá.
- Dotazovaní se domnívají, že existuje hranice mezi hodným a nehodným životem.
- Život s termální nemocí nebo zkušenost s termální nemocí u blízké osoby ovlivnil touhu ovládnout vlastní smrt.
- Dotazovaní se domnívají, že by o eutanazii druhé osoby měl rozhodovat pouze pacient
- Respondenti podporují legalizaci eutanazie na území České republiky.
- Všeobecný názor na eutanazii je spíše pozitivního charakteru.
- Dotazovaní se domnívají, že je na našem území paliativní péče nedostatečná.
- Respondenti by paliativní péči financovali nejraději ze zdravotního pojištění

Následující výzkumné hypotézy nelze **jednoznačně potvrdit ani vyvrátit:**

Částečně byly potvrzeny:

- Profesionální lékaři jsou proti legalizaci eutanazie.
- Profesionální lékaři nejsou ochotni aplikovat eutanazii v praxi.

Částečně byly vyvráceny:

- Profesionální lékaři neuznávají eutanazii.

Dané předpoklady nelze zařadit mezi potvrzené, ale ani mezi vyvrácené, vzhledem k faktu, že se nepodařilo získat jednoznačný reprezentativní vzorek úzké skupiny profesionálních lékařů.

Byly vyvráceny tyto hypotézy:

- Dotazovaní mají dostatečné vědomí, ve kterých státech Evropy je eutanazie legální.
- Respondenti by o eutanazii ve vlastním případě neuvažovali.
- Muži jsou více než ženy ochotni respektovat přání nemocného.
- Věřící patří mezi nejhlavnější odpůrce eutanazie.

6. Závěr

V závěru mé bakalářské práce si kladu otázku, zda se mi podařilo splnit předem stanovený cíl práce. V teoretickém východisku jsem charakterizovala legalizaci zákonu o důstojné smrti a to hned ve dvou zemích nejdéle praktikujících právo „milosrdné smrti“ v Evropě. Dále metodou dotazníkového šetření se podařilo zodpovědět na otázky, zda dnešní dospělá vzdělaná populace má povědomí o eutanazii, jakého je jejich názor charakteru a zda jsou pro její či proti její legalizaci na území České republiky. Podařilo se také docílit odpovědi, zda by tato část populace o eutanazii uvažovala ve svém vlastním případě a tím byl stanovený cíl práce **splněn**.

Dnešní dospělá populace má rámcové vědomosti o eutanazii a její názory se nadpolovičně pohybují ve sféře pouze pozitivního charakteru. Většina dotazovaných by byla i pro její samotné uzákonění na území našeho státu, a dokonce by o ní uvažovala v situaci vlastní nemohoucnosti a bezmocnosti. Jelikož takový život nepovažují za hodný žití a domnívají se, že existuje mezník určující hranici hodnotného a nehodnotného života.

Z celého mého textu je patrné, že nelze bez rizika nabourat a ohnout jedno z nezakladnějších a nejdéle zabudovaných práv první generace listiny základních práv a svobod člověka. Argument kluzkého svahu tu byl a bude i nadále, stejně jako fakt, že samotná eutanazie dává lékaři značný prostor pro zneužití jeho pravomocí nebo skutečnost, že eutanazie existovala již v minulosti a bude existovat i v budoucnosti, ať už legální či nikoliv. Otázkou následně potom zůstává, co je vlastně horší cesta? Jestli zlegalizovat zákon o důstojné smrti a přijmout s tím i fakt, že je možné ho obejít a zneužít. Nebo zavřít před tímto problémem oči, ať je, či není legální a v mnoha nelegálních případech zůstává i nepotrestána.

Přiznávám se, že na začátku psaní této bakalářské práce jsem plně zastávala názor legalizace eutanazie a její uzákonění v legislativě České republiky. Odepírat nemocnému možnost sám rozhodnout o svém osudu, životě a smrti, nutit ho zůstat a trpět na tomto světě, ačkoliv on sám již se rozhodl, že tu nechce být, mi připadal jako nehumánní a naprosto odsouzeníhodný způsob jednání. A tento názor stále zastávám.

Přiznávám se také, že s prohloubením dané problematiky, nahlédnutím do všech argumentů a zákoutí tohoto etického problému, prostudováním skutečných případů legální či nelegální eutanazie, jsem byla také nucena uznat pádnost protiargumentů důstojné smrti. Po zvážení všeho výše zmíněného, jsem nakonec docílila názoru, že eutanazie jako taková

je příliš riziková a její zneužití příliš pravděpodobné a vysoké. Zároveň jsem se ale nechtěla vzdát víry a naděje pro ty jedince, jejichž modlitby směřují tímto směrem a uchýlila se k možnosti asistovaného suicidia, jež považuji za zlatou střední cestu.

7. Seznam použitých zdrojů

7.1 Seznam použití literatury

KBÜLER-ROSSOVÁ, E. *Odpovědi na otázky o smrti a umírání*, Praha: H & H Jihočany, 1995. ISBN 0-02-098150-4

KÜBLER-ROSSOVÁ, E. *O smrti a umírání*, 1 vyd. Trutnov: Arica, 1993. ISBN 80-900134-6-5

KUNG, H. *Dobrá smrt?* 1 vyd. Praha: Vyšehrad spol. s.r.o., 2015. ISBN 978-80-7429-549-2

MUNZAROVÁ, M. *Eutanazie nebo paliativní péče?* 1.vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2005. ISBN 80-247-1025-0

PEYNEROVÁ, S. SEYMOUROVÁ, J, INGLETONOVÁ, CH. *Principy a praxe paliativní péče*. 1 vyd. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007. ISBN 978-80-87029-25-1

SVATAŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*. 6 vyd. Český Těšín: Karmelitánské nakladatelství v Kostelním Vydří, 2009. ISBN 978-80-7195-307-4

ŠPINKOVÁ, M., ŠPINKA, Š. *Eutanazie-Víme o čem mluvíme?* 1 vyd. Praha: Cesta domu, 2007.

VÁCHA, M. *Místo, na kterém stojíš, je posvátná země*. 1 vyd. Brno: Cesta, 2008. ISBN 987-80-7295-104-8

Seznam použité cizojazyčné literatury

DOWBIGGIN, I. *A consice history of Euthanasia: life, dech, God and medicine*. 1st ed. Lanham: Rowman & Littlefield Publishers, 2007. ISBN 9780-7425-3111-6

Seznam elektronických zdrojů

DOKTORKA.CZ: ČTK. *Země, ve kterých je legální eutanazie* [online]. 2014 [cit. 26. 2. 2016]. Dostupný z WWW: <http://cestovani.doktorka.cz/zeme-ve-kterych-je-legalni-eutanazie/>.

EPRÁVO.CZ: BERKA, V. SUM, T. *Eutanazie ve světě* [online]. 2005 [cit. 26. 2. 2016]. Dostupný z WWW: <http://www.epravo.cz/top/clanky/eutanazie-ve-svete-33479.html>

HOSPICE.CZ: KOUBA, J. *Co je to hospic* [online]. 2010 [cit. 24. 2. 2016]. Dostupný z WWW: <http://www.hospice.cz/otazky-a-odpovedi/co-je-hospic/>

HOSPIC SV. JANA N. NEUMANNA, PRACHATICE: *Zakladatelka moderního hospicového hnutí Cicely Saunders* [online]. 2005 [cit. 24. 2. 2016]. Dostupný z WWW: <http://www.hospicpt.cz/prachatice/zakladatelkahospicu>

ZDRAVOTNÍCKÉ PRÁVO A BIOTIKA: ČERNÝ, D. DOLEŽAL, A. *Eutanazie dětí v Belgii* [online]. 2014 [cit. 26. 2. 2016]. Dostupný z WWW: <http://zdravotnickepravo.info/eutanazie-deti-v-belgii-2/>.

WMA: The World medical association . *WMA Resolution on Euthanasia* [online]. 2016 [cit. 21. 2. 2016]. Dostupný z WWW: <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/e13b/>

Seznam tabulek a grafů

7.2 Seznam tabulek

Tabulka 1: Základní informace o respondentech.....	48
Tabulka 2: Údaje ke grafu otázky: Jste věřící?	49
Tabulka 3: Údaje k předpokladu VH14: Věřící patří mezi nehlavnější odpůrce eutanazie.	49
Tabulka 4: Údaje ke grafu otázky: Eutanazie je?	51
Tabulka 5: Údaje ke grafu otázky: Eutanazie je legální na území těchto evropských států?	53
Tabulka 6: Údaje k otázce: Myslíte si, že existuje bod, od kterého již nemá cenu dál žít?.	54
Tabulka 7: Údaje k otázce: Chtěl/a byste mít tu možnost ovlivnit, kdy a jakým způsobem odejdete z tohoto světa?	55
Tabulka 8: Údaje k otázce: Máte zkušenosti s dlouhodobě nevléčitelnou nemocí u sebe či osoby blízké?	56
Tabulka 9: Údaje k předpokladu VH4: Život s termální nemocí nebo zkušenost s termální nemocí u blízké osoby ovlivnil touhu ovládnout vlastní smrt.	56
Tabulka 10: Údaje k otázce č. 7.....	58
Tabulka 11: Údaje k otázce č. 8.....	60
Tabulka 12: Údaje k předpokladu VH6: Muži jsou více než ženy ochotni respektovat přání nemocného.	60
Tabulka 13: Údaje k otázce: Kdo si myslíte, že by měl o eutanazii rozhodovat v případech, kdy je samotný pacient v kómatu, či je jinak nezpůsobilý vyjádřit svůj vlastní názor?	62
Tabulka 14: Údaje k otázce: Eutanazii vnímám jako?	64
Tabulka 15: Údaje k otázce: Jste pro legalizaci eutanazie v České republice?	66
Tabulka 16: Údaje k předpokladu VH7: Profesionální lékaři jsou proti legalizaci eutanazie.	66
Tabulka 17: Údaje k otázce: Myslíte si, že je u nás v současné době dostupná péče o terminálně nemocné pacienty nebo seniory dostatečná?	68
Tabulka 18: Údaje k otázce: Z jakých zdrojů by podle vás měla být kryta paliativní péče?	69

7.3 Seznam grafů

Graf 1: Jste věřící?	49
Graf 2: Eutanazie je?.....	51
Graf 3: Eutanazie je legální na území těchto evropských států?	53
Graf 4: Myslíte si, že existuje bod, od kterého nemá cenu dál žít?	54
Graf 5: Chtěl/a byste mít tu možnost ovlivnit, kdy a jakým způsobem odejdete z tohoto světa?	55
Graf 6: Máte zkušenosti s dlouhodobě nevléčitelnou nemocí u sebe či osoby blízké?	56
Graf 7: K otázce č. 7	58
Graf 8: K otázce č. 8	60
Graf 9: Kdo si myslíte, že by měl o eutanazii rozhodovat v případech, kdy je samotný pacient v kómatu, či je jinak nezpůsobilý vyjádřit svůj vlastní názor?	62
Graf 10: Eutanazii vnímám jako?	64
Graf 11: Jste pro legalizaci eutanazie v České republice?	66
Graf 12: Myslíte si, že je u nás v současné době dostupná péče o terminálně nemocné pacienty nebo seniory dostatečná?	68
Graf 13: Z jakých zdrojů by podle vás měla být kryta paliativní péče?	69

7.4 seznam příloh

Příloha 1- Dotazník	78
---------------------------	----

Přílohy

Příloha 1- Dotazník

1. Jsem
 - a) Žena
 - b) Muž
2. Věk:
 - a) 20-25 let
 - b) 26-35 let
 - c) 36-55 let
 - d) 56 a více
3. Moje nejvyšší dosažené vzdělání je?
 - a) základní
 - b) středoškolské
 - c) vysokoškolské
4. Zaměření mé profese či studia je?
 - a) humanitní
 - b) přírodovědné
 - c) ekonomické
 - d) IT (Informační technologie)
 - e) lékař
 - f) zdravotnické, ale lékař nejsem
 - g) jiné
5. Jste věřící?
 - a) ano
 - b) ne
6. Eutanazie je?
 - a) Asistovaná sebevražda: Situace, kdy lékař zprostředkuje nemocnému smrtící prostředek, který si nemocný již aplikuje sám.
 - b) Aktivní čin lékaře na aktivní žádost pacienta: Lékařské jednání, které vede k navození či uspíšení smrti druhého člověka na jeho vlastní žádost.
 - c) Odstoupení od léčby s následkem smrti: Situace, při které lékař zanechá takových zásahů, které uměle prodlužují pacientův život.

7. Eutanazie je legální na území těchto evropských států?
- Švýcarsko a Holandsko
 - Dánsko, Norsko a Švýcarsko
 - Holandsko a Belgie
 - nevím
8. Myslíte si, že existuje bod, od kterého již nemá cenu dál žít?
- ano
 - ne
9. Chtěl/a byste mít tu možnost ovlivnit, kdy a jakým způsobem odejdete z tohoto světa?
- ano
 - ne
10. Máte zkušenosti s dlouhodobě nevléčitelnou nemocí u sebe či osoby blízké?
- ano
 - ne
11. Představte si modelovou situaci: Jste temperamentní osoba středního věku, bezdětný/á a pohyb je každodenní součástí vašeho dne. Vážná nehoda vás jednoho osudového dne však upoutala permanentně na lůžko. Nejste schopen/na vůlí pohnout sebemenší částí vašeho těla až na malý cit na prstech. Váš mozek nicméně funguje zcela v pořádku. Diagnózy lékařů nejsou bezproblémové, ale jinak vám předpovídají vcelku dlouhodobý život. Veškeré vaše bytí je však odkázáno na pomoc druhých, a to včetně těch nejintimnějších potřeb. Tělo se stalo vaším vězením. O eutanazii
- Bych i tak neuvažoval/a. Vždy je, za co bojovat.
 - O eutanazii bych neuvažoval/a. Moje víra mi to nedovoluje.
 - O eutanazii bych uvažoval/a. Tento život nepovažuji za hodný žití.
12. Představte si, že obdobná situace postihla vašeho velmi blízkého člověka, kterého milujete více než cokoli jiného na světě. On/Ona se však dožaduje eutanazie. Nechce již dále prodlužovat svoje utrpení. Co uděláte?
- Jsem lékař. Provedl/a bych eutanazii sám/a.
 - Jsem lékař. Eutanazii neuznávám a neprovedl/a bych ji.
 - Jsem lékař. Eutanazii schvaluji, ale neprovedl/a bych ji sám/a.

- d) Eutanazie nepřipadá v úvahu. Celý život zasvětim tomu, abych mu/jí to vynahradil/a. Najdu důvod, pro co může žít.
 - e) Budu respektovat jeho/její přání, ačkoliv mě to zlomí.
13. Kdo si myslíte, že by měl o eutanazii rozhodovat v případech, kdy je samotný pacient v kómatu, či je jinak nezpůsobilý vyjádřit svůj vlastní názor?
- a) Lékař
 - b) Příbuzní
 - c) Žádná jiná možnost kromě pacienta nepřipadá v úvahu
 - d) Státní orgány (třetí nezúčastněná osoba)
14. Eutanazie vnímám jako?
- a) Dobrou smrt. Snahu eliminovat duševní, fyzické či spirituální utrpení
 - b) Vraždu
 - c) Zásah do lidské důstojnosti, který v minulosti vyústil v eugeniku či pogromy na Židy
 - d) Prostředek, kterým stát zajišťuje nejlevnější formu tzv. "péče"
 - e) Zbabělé a sobecké vyhnutí se vlastní bolesti
 - f) Krok k většímu lidskému soucitu
15. Jste pro legalizaci eutanazie na území České republiky?
- a) ano
 - b) ne
16. Myslíte si, že je u nás v současné době dostupná péče o terminálně nemocné pacienty nebo seniory dostatečná?
- a) ano
 - b) ne
 - c) netuším
17. Z jakých zdrojů by podle vás měla být kryta paliativní péče?(péče poskytovaná nemocným, kteří trpí nevléčitelnou chorobou v pokročilém nebo terminálním stádiu.)
- a) Ze zdravotního pojištění
 - b) Ze speciálních daní
 - c) Z rodinných zdrojů
 - d) Z osobního pojištění