

Univerzita Hradec Králové
Ústav sociální práce

Asistovaná sebevražda a eutanazie - úvahy de lege ferenda
Bakalářská práce

Autor: Nikola Kozová
Studijní program: B6731 Sociální politika a sociální práce
Studijní obor: Sociální a charitativní práce
Vedoucí práce: JUDr. Miroslav Mitlöhner, CSc.

2015/2016

Hradec Králové



Zadání bakalářské práce

Autor: Nikola Kozová

Studium: U13176

Studijní program: B6731 Sociální politika a sociální práce

Studijní obor: Sociální a charitativní práce

Název bakalářské práce: **Asistovaná sebevražda a eutanazie - úvahy de lege ferenda**

Název bakalářské práce AJ: Assisted suicide and euthanasia - Reflections de lege ferenda

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

Definice základních pojmů asistovaná sebevražda a eutanazie. Jak tento systém funguje v jiných vybraných zemích. Role sociálního pracovníka. Etické otázky. Výzkum a závěr. Zvolené metody a techniky: strukturovaný rozhovor s dotazníkovým archem, studium dokumentů.

SKŘIVANOVÁ-BOŠKOVÁ, V., Eutanazie, nebo "komfort" pro pacienty? PRAHA: V. BOŠKOVÁ, 2012
PROKOFJEV, SERGEJ, O., Chránit život. HRANICE: FABULA, 2013. KUPKA, M., Psychologické aspekty paliativní péče. OLOMOUC: UNIVERZITA V OLOMOUCI, 2011

Garantující pracoviště: Katedra sociální práce a sociální politiky,
Ústav sociální práce

Vedoucí práce: JUDr. Miroslav Mitlöhner, CSc.

Oponent: JUDr. Olga Sovová, Ph.D.

Datum zadání závěrečné práce: 4.12.2014

Prohlášení

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

V Hradci Králové dne

Nikola Kozová

Poděkování

Velmi děkuji svému vedoucímu bakalářské práce panu JUDr. Miroslavu Mitlöhnerovi, CSc. za příjemnou spolupráci, která mi poskytla nesčetné podmínky. Za poskytnuté materiály a cenné rady. Také děkuji paní Mgr. Veronice Halamové za inspiraci. Všem respondentům, kteří zodpověděli mé otázky.

Abstrakt

KOZOVÁ, Nikola. *Asistovaná sebevražda a eutanazie - úvahy de lege ferenda*. Hradec Králové, 2015/2016. 64 s. Bakalářská práce. Univerzita Hradec Králové, Ústav sociální práce.

Vedoucí práce: JUDr. Miroslav Mitlöhner, CSc.

Ve své práci se zabývám problematikou eutanazie a asistované sebevraždy. V první kapitole jsem se zaměřila na onemocnění, terminální fázi nemoci a autonomii člověka. V této oblasti je neopomenutelná spiritualita člověka a jeho potřeby. V druhé kapitole je zmíněna návazná péče, která je v České republice na vysoké úrovni. Paliativní péče a hospicová péče je poskytována pacientovy i doma. Zabývám se celkovým osvětlením pojmu eutanazie a asistovaná sebevražda. Začleněny jsou zde i argumenty pro a proti eutanazii. Neopomenutelným člověkem v této práci je Kevorkian, který dal jako první možnost volby člověku pro asistovanou sebevraždu. Nastínila jsem zde legislativu vybraných zemí. Ať už v podobě usmrcení lékařem či asistovanou sebevraždu. Jako poslední mám zmínku o naší zákonné úpravě.

V empirické části jsem použila strukturovaný rozhovor s dotazníkovým archem. Zaměřila jsem se na obyvatele Hradce Králové. Dotazovaných respondentů bylo celkem 103 a jejich výběr byl zcela náhodný. Dotazník začal identifikačními otázkami a postupoval ke konkrétním otázkám týkajících se ukončení života. Konkrétně mě zajímalo, zda mají věřící lidé jiný postoj k předčasnému ukončení života než ateisté. Zda dotazovaní vědí, co znamená pojem eutanazie a asistovaná sebevražda. Stěžejní pro mě byla otázka týkající se práva na život a smrt. A také mě zajímalo, zda se účastníci rozhovoru setkali s osobou, která se nacházela v takovém stavu, že by přímé ukončení života využila.

Klíčová slova: autonomie, paliativní péče, hospicová péče, eutanazie, legislativa

Abstract

KOZOVÁ, Nikola. *Assisted suicide and euthanasia - Reflections de lege ferenda*. Hradec Králové, 2015/2016. 64s. Bachelor thesis. University of Hradec Králové, Institute of Social Work. Thesis supervisor JUDr. Miroslav Mitlöhner, CSc.

In my work I deal with the issue of euthanasia and assisted suicide. In the first chapter, I focused on the disease, end-stage disease and human autonomy. In this area are inalienable human needs and spirituality. In the second chapter I write about the care, which is in the Czech Republic at a high level. Palliative care and hospice care are provided in the patient's home. I deal with the insight concept of euthanasia and assisted suicide. I included the arguments for and against euthanasia. Indispensable man in this work is Kevorkian, who gave the first option for human assisted suicide. I outlined here legislative selected countries. Whether in the form of killing by doctor or assisted suicide. As the last I mention our statutory framework.

In the empirical part I used a structured interview with questionnaire sheet. I focused on the residents of Hradec Kralove. I had 103 respondents, and their choice was totally random. The questionnaire started identifying issues and proceeded to specific issues regarding the end of life. Specifically, I wonder if religious people have different attitude to the premature termination of life than atheists. Whether respondents know what the notion of euthanasia and assisted suicide means. Crucial for me was the question regarding to the right to life and death. And I wonder whether the participants met a person who has been in such condition to use such end of the life.

Keywords: autonomy, palliative care, hospice care, euthanasia, legislation

Obsah

Úvod	3
1 Fáze onemocnění a komunikace	5
1.1 Fáze onemocnění	5
1.2 Fáze kontrolovaného onemocnění	5
1.3 Fáze zlomu	5
1.4 Terminální stádium života	5
1.5 Komunikace	6
1.6 Fáze smutku	7
1.7 Čtyři dimenze člověka	8
1.8 Autonomie člověka	8
1.9 Spiritualita.....	9
2 Paliativní a hospicová péče	10
2.1 Paliativní péče.....	10
2.2 Hospicová péče	11
2.3 Domácí hospicová péče	11
2.4 Sociální oblast.....	12
2.5. Sociální práce s umírajícími	12
2.6 Postavení v hospicovém týmu	13
2.7 Role sociálního pracovníka.....	13
2.8 Úkoly sociálního pracovníka	13
3 Eutanazie a asistovaná sebevražda	15
3.1 Eutanazie.....	15
3.2. Nové trendy ve vývoji lékařství.....	17
3.3 Asistovaná sebevražda	17
3.4 Zastánci volby smrti a argumenty proti	18
3.5 Euthanasie a Etický kodex České lékařské komory	20
4 Vybrané státy povolující eutanazii a jejich legislativa	22
4.1 Nizozemí.....	22
4.2 Belgie	24
4.3 Oregon	25

4.4 Kolumbie	26
4.5 Švýcarsko	28
5 Legislativa v České republice	30
5.1 Legislativa v České republice	30
5.2 Základní listina práv a svobod	31
6 Metodická část	32
6.1 Formulace výzkumných otázek	32
6.2 Metodologie výzkumu	33
6.3 Výběr respondentů	33
6.4 Předvýzkum	33
6.5 Realizace výzkumu	33
6.6 Interpretace dílčích otázek	34
6.7 Dílčí výzkumné otázky	34
6.8 Ověření výzkumných cílů	54
Závěr	58
Seznam použité literatury	60
Seznam tabulek	63
Seznam grafů	64
Seznam příloh	65

Úvod

Mnoho prací se zabývá tématem eutanazii. Pohybujeme se na velmi tenkém ledu. Předčasné ukončení života je téma aktuální, podstatné a důležité. Ve spoustě publikací se dočteme o historii eutanazie. Osobně se však domnívám, že důležitější než tato fakta, je sjednocení výkladu pojmu. Rozebrat termíny, co je nemoc, terminální stav pacienta a lidská autonomie. Eutanazie člověka se netýká pouze oblasti právní, ale především etické. Etika je náročný obor, který se prolíná všemi aspekty našeho života. Na zřetel musíme vzít i lékařskou přísahu. Neopomenutelným aspektem je i morálka člověka. Není v našem zájmu usmrtit nevyлéčitelně nemocné pacienty, ale dát jim možnost o svém životě rozhodnout. V České republice se vedou již dlouho dobu diskuze o zlegalizování možnosti volby zemřít. Nespočet autorů píše argumenty pro i proti. Většinou nalezneme kvalitní názory, z kterých si veřejnost může utvořit vlastní. Vždy je důležité argumenty posoudit a ke kladným zdůraznit ty záporné a naopak. Bohužel, nejsou zcela sjednocené definice eutanazie. Což považuji za největší problém v celé problematice. Jelikož právě definice je nejdůležitější fakt. Obyvatelé by měli mít konkrétní představu, co pojem znamená, aby se mohli zorientovat a utvořit si vlastní názor. Potřebují jasné podklady. Neboť demokratická společnost by měla o této problematice rozhodnout.

Stojí před námi složitá otázka, zda legalizovat přímé usmrcení člověka na jeho vlastní žádost, která vyžaduje důkladné rozebrání a osvětlení laické veřejnosti. O předčasném ukončení života člověk bychom měli hovořit především v souvislosti s nevyлéčitelnou nemocí v konečné fázi života člověka. Měli bychom se zaměřit na autonomii pacienta. Služby, které pacientovi můžeme poskytnout, jako paliativní a hospicovou péči.

Uvažujme však, zda by někteří pacienti místo léčby nezvolili usпíšení smrti. Jelikož v tomto okamžiku je smrt nezvratná. Odmítá-li pacient léčbu, je si vědom následků, ty vedou k jisté smrti. Musíme se ptát: není odmítnutí taktéž předčasné ukončení života?

Vybrané země již mají zákony, ve kterých je eutanazie zakotvena. Najdeme v nich jak úpravu pro usmrcení lékařem, tak asistovanou sebevraždu. Považuji za optimální jejich legislativu prostudovat a zjistit, jak v praxi funguje. Máme velkou výhodu, že se můžeme poučit z nedostatků, které jsou zřejmé.

Nejprve se musíme zaměřit, do jaké míry jsou řešena práva pacientů. Jakým způsobem jsou zajištěny návazné služby. Na rozdíl od ostatních zemí nemáme zákon o

nemocnicích a ošetrovatelských ústavech, nemáme k dispozíci nezávislé zástupce pacientů pro vyřizování stížností pacientů upoutaných na lůžko. Bohužel v porovnání s nimi toho v našem právním rámci chybí mnoho. Důležité je nejprve zkvalitnit služby, které máme. Následně se můžeme zabývat otázkou eutanazie či asistované sebevraždy v rovině návrhu zákona de lege ferenda.

1 Fáze onemocnění a komunikace

1.1 Fáze onemocnění

Pro kapitolu fáze onemocnění jako první definuji pojem zdraví a poté nemoc. Zdraví je stav úplné fyzické, psychické a sociální pohody nejenom nepřítomnost choroby nebo poruchy funkce. Nemoc nastává, když je změněna či porušena stavba či funkce jednoho nebo více orgánu.

V knihách zabývajících se tématem nevléčitelných onemocnění se vyskytují často tři pojmy: pokročilé onemocnění, nevléčitelné onemocnění a terminální stav pacienta. Tyto termíny charakterizují pokročilost onemocnění u pacienta a léčebných možností.

1.2 Fáze kontrolovaného onemocnění

V kombinaci kauzální a symptomatické léčby udržujeme projevy onemocnění pod kontrolou. Stav pacienta je na dobrém stupni. Tato fáze trvá různě dlouho dobu, několik let i řadu měsíců. Taktéž pacienty může ohrožovat i jiné onemocnění současně.

1.3 Fáze zlomu

U pacienta přestává reakce na kauzální léčbu, dochází k postupnému selhávání. Zhoršuje se stav, jeho funkční zdatnost. Je třeba přehodnotit léčbu. Tato fáze je pro člověka velmi náročná. Mění se jeho život. Má oprávněné obavy, klade si nespočet otázek.

1.4 Terminální stádium života

„K životu neodlučitelně patří kratší či delší stádium – terminální stádium. Většinou je chápáno zcela negativně – spíše jako část smrti než jako funkční část životní dráhy.“
(Langmeier, Krejčířová, 2006, s.214)

Definici umírání čili terminální fázi lze vyjádřit, jako poslední dny a hodiny života pacienta. Kdy dochází k nevratnému selhávání organismu. Selhává dýchání, metabolismus, oběhová soustava. Jedná se o konečnou etapu lidského života. Člověka musíme vnímat komplexně ve všech jeho dimenzích. Nestačí tlumit pouze bolest fyzickou a psychickou.

K terminálnímu stavu může u člověka dojít jak z plného zdraví, náhle a nečekaně. V jiném případě to může být fáze očekávaná. Přichází s nevratným zhoršením, pokročením neléčitelné nemoci. Obvykle to jsou poslední týdny a dny nemoci.

Samotné smrti předchází zhoršení klinického stavu pacienta. Zhoršení může trvat minuty, ale i hodiny. V některých případech bohužel i několik dní. V této fázi postupně dochází k nevratnému zhoršování celkového stavu. V důsledku závažného selhávání funkčních systémů.

Cílem léčby je minimalizovat negativní příznaky, které onemocnění působí. Nikoliv oddalování smrti, pouze o důstojné umírání.

Bohužel, v České republice existuje stav, kdy pacient vyjádří svůj názor na svou léčbu, je dokumentovaný. Avšak lékaři se tímto názorem řídí spíše výjimečně!

1.5 Komunikace

„Do komunikace vždy vkládáme svoji osobnost.“ (Venglářová, Mahrová, 2006, s. 14)
Jedná se přenos informací. *„Komunikace je nástrojem uspokojování potřeb člověka.“* (Venglářová, Mahrová, 2006, s. 21) Právě ve chvílích, kdy člověk onemocní, stává se jednou z nejdůležitějších podstat. Sdělování diagnóz a prognóz. Kladení a zodpovídání otázek. Z tohoto hlediska je neopominutelný otevřený dialog s ošetřujícím lékařem, kdy význam sdělení záleží i na intonaci. Není jednoduché špatné zprávy sdělovat. Natož je přijmou a vyrovnat se s nimi. Záleží na zvoleném přístupu. Jedním z používaných je přístup orientovaný na člověka, takzvaný Rogersovský přístup. Klade důraz na naslouchání, autentičnost i empatii.

Základním principem paliativní medicíny je otevřená komunikace mezi pacientem, rodinou a zdravotníky. Zdravotník by měl být profesionální a podávat dostatek informací. Především pacient, a v neposlední řadě rodina by v něj měli mít důvěru. V rámci péče o nevléčitelně nemocné nastávají specifické situace. Je řada obecně platných komunikačních postupů. Nelze použít stejný pro všechny, což je samozřejmostí. Každý je individuální. Vhodné je mluvit otevřeně o onemocnění i o případném ukončení léčby. Téma hovoru necháváme vždy udávat nemocného. Neutěšujeme ho nereálnými výroky, nesmíme zpochybňovat jeho pocity!

Pacienti kladou spoustu otázek, na které chtějí znát odpověď. Lékař musí srozumitelným způsobem popsat reálné možnosti. Ověřit, zda pacient chce opravdu znát informaci o jeho prognóze.

Rozhovor s pacientem, který vyřkl přání, že chce zemřít, je třeba brát naprosto vážně! Může to být známka toho, že není léčen komplexně. Může to být i prosba o eutanazii, nebo volání o pomoc.

Komunikace je prostředek k rozhovoru, podpoře, vyrovnávání se s danou situací. Prostřednictvím vyřčených otázek i přání můžeme slyšet to, co pacient opravdu potřebuje. Každý potřebuje podporu, pokud ji cítí, stává se silnějším. Lépe zvládá krizové situace. V případě, že se můžeme podělit o své pocity, je nám lépe. Neutěšujeme pacienta výrokem, to bude dobrý, protože nám sděluje své pocity a my je tím nesmíme shazovat. On sám nejlépe ví, jak mu je, co potřebuje. Naším úkolem je naslouchat.

1.6 Fáze smutku

Reakce lidí na sdělenou diagnózu různé. Záleží na vnějších vlivech, osobnosti jedince. Pacient prochází několika fázemi po sdělení špatné zprávy. Jednotlivé fáze nemusí dodržovat níže uvedený sled. Nakonec jsem zvolila popsané fáze z příručky Rady pro závěr života od autorů Sláma a Plátová. Také jsem přečetla rady od dr. Elisabeth Kübler-Rossové, která je zpracovala do přehledné tabulky. Zvolila jsem fáze popisované v příručce Slámy a Plátové, kde píší, že první fází je šok a popírání. Jedná se stav, kdy pacient popírá svou nemoc, domnívá se, že došlo k omylu, k záměně výsledků. Nevěří sděleným informacím. Druhou fází je agrese a zlost. Nemocný se hněvá na zdravotníky, okolní svět i rodinu. Má pocit nespravedlnosti. V této fázi je důležité, pokud nemocný má zlost na pečujícího, aby si pečující uvědomil, že zlost není konkrétně na něho. Pak by mohl ztratit motivaci pečovat o nemocného. Třetí fází je smlouvání a vyjednávání. Pacient hledá alternativní možnosti léčby, dělá plány do budoucna. Čtvrtou fází je pocit deprese a smutku. Můžeme ji vnímat tak, že nemocný svůj boj vzdává. A však prožívá strach ze své budoucnosti, co nastane s jeho rodinou rodiny. Přemýšlí, co bude na světě, až on tu nebude... Jako poslední je fáze smíření a akceptace, kdy nemocný svou diagnózu přijímá, přijímá svou nemoc. (Sláma a Plátová, 2014) V tomto okamžiku se člověk raduje z maličkostí. Využívá všech svých chvil k vyřešení potřebných věcí. Loučí se s blízkými. Dochází k smíření. Existuje otázka,

zda pacient snese pravdivou diagnózu. Všichni reagujeme různě. Nepochybně je dobré, aby pacient prošel všemi fázemi. Neboť vyústí ke smíření. Stejnými fázemi prochází většinou rodin i osoby pečující. Problém nastává, když nemocný je v odlišné fázi než pečující. Například, nemocný je smířený, ale pečující je ve fázi smlouvání. Všichni by měli do fáze smíření dojít společně, poté mohou být vzájemnou oporou. Jsou i situace, bohužel, kdy pacient do fáze smíření nedospěje. Výše uvedené fáze se mohou i zacyklovat, opakovat.

1.7 Čtyři dimenze člověka

„Aby nemocný mohl zemřít v důstojnosti, pak musíme vnímat všechny jeho vzájemně provázané a neoddělitelné dimenze, máme-li mu zajistit „právo na spirituální a morální útěchu“, pak bychom si měli i této jeho nouze být plně vědomi.“ (Munzarová, 2005, s. 16)

Lidská bytost je sestavená z vnějšího a vnitřního prostoru. Vnitřní prostor má čtyři dimenze.

- Spirituální, což je potřeba uznání a sebeúcty
- Sociální, potřeba lásky, přijetí a spolupatříčnosti
- Psychologická, potřeba bezpečí a jistoty
- Fyziologická, základní tělesné funkce

Spirituální potřeba je potřeba po smyslu. Pokud má člověk smysl života jako pro co či koho žít, jestli-že opravdu toto má, vše lépe zvládá. Především krizové situace. V kontextu tohoto tématu je duchovní dimenze nanejvýš významná. Sociální potřeba je především rodina, přátelé i sociální síť. Především v situacích, kdy je sdělena pacientovi závažná diagnóza. Má strach, kvůli odloučení od rodiny i přátel a ze ztráty ekonomické soběstačnosti. Psychologická potřeba se odvíjí od toho, jak se člověk cítí vnitřně naplněný. Fyziologická od toho zda se člověk cítí v pořádku, nic ho nebolí a nemá žádné psychické obtíže. Bolest fyzickou lze rozpoznat, je viditelná a lze ji do určité míry i popsat.

1.8 Autonomie člověka

Člověk je celek a jako celek ho musíme vnímat za každé situace. Má nezczitelnou lidskou důstojnost. Chceme-li se člověku věnovat, musíme pracovat se všemi jeho

dimenzemi. Každý člověk je vztahovou bytostí. Musíme se umět naladit na rovinu smyslu nemocného člověka. V případě role sociálního pracovníka na rovinu našeho klienta. Nesmíme jeho svět napadat ani ho zpochybňovat. Musíme do něj proniknout. Klient na prvním místě potřebuje chápajícího partnera. Cecilie Saundersová mluví o celkové bolesti především v období konce života, zdůrazňuje bolest fyzickou, sociální, emoční a spirituální. Stránky člověka vzájemně provázané a neoddělitelné. (Svatošová, 2003)

1.9 Spiritualita

Právě tento pojem není jednoduché vymezit. Spiritualita v pomáhajících profesích může pomoci k lepšímu pochopení lidí, jejich životní situace. Také jim může nabídnout jiné zdroje řešení. Právě spiritualita nám pomáhá v porozumění sobě samým, ostatním i lidskému prožívání. *„Spiritualita, neboli duchovno, bývá spojována se zážitkem, svobodným rozvojem a individuální tvořivostí ve světě. Může být součástí sebepojetí a to i s minimální znalostí v oblasti náboženství. Duchovno nenalzáme pouze v náboženství, ale i v psychologii. Na spiritualitu nemůžeš pohlížet nadšenecky či si ji idealizovat, protože její projevy mohou být i násilné činy.“* (Vojtíšek, Dušek, Motl, s. 231)

2 Paliativní a hospicová péče

2.1 Paliativní péče

„Musíme si uvědomit, že lékařská věda může hodně, ale není všemocná. Lpění na cíli nereálném musí dříve nebo později skončit zklamáním.“ (Svatošová, 2003, s. 150)

„Dnešní alarmující statistiky, dokazují, že u mnoha nemocných není bolest řádně tlumena, je třeba brát nesmírně vážně.“ (Munzarová, 2005, s. 14)

Jako první definuju klíčové slovo, což je pacient. Kdy pacient je nemocný člověk, který je léčen ve zdravotnickém zařízení, případně v sociálním zařízení, které má zdravotní prvky.

Pojem paliativní medicína nemá vymezený žádný konkrétní obsah. Každý člověk si onen pojem vykládá individuálně. Samozřejmě má několik definic. Lze ji definovat takto: aktivní péče poskytovaná nemocnému, jenž trpí nevléčitelným onemocněním, které je v pokročilém či konečném stádiu. Paliativní péče předchází a zmírňuje veškeré aspekty utrpení. Zahrnuje všechny dimenze pacienta – psychickou, fyzickou, spirituální i sociální. Tato péče se ovšem dá aplikovat již v začátku nemoci. Lze ji propojit s jinými léčebnými postupy. Paliativní péče usiluje o zachování a prodloužení života pacienta, tak aby byl pro pacienta přijatelný a přiměřeně kvalitní. Jejím cílem není prodlužování života za každou cenu, nebo naopak jeho zkracování. Důsledně vychází z přání pacientů a jejich potřeb. Péče neopomíná ani rodinu a blízké pacienta, kdy jim poskytuje potřebnou pomoc a podporu. Pro pacienta vytváří prostředí, kde může být ve společnosti svých blízkých. Paliativní péče chápe umírání jako součást života.

Z paliativní péče mohou mít prospěch pacienti, kteří patří do diagnostických skupin onkologická onemocnění, konečná stadia chronického srdečního selhání, jaterní cirhózy, onemocnění ledvin, neurologická onemocnění, roztroušené sklerózy, imobilizační syndromy, pacienti v perzistentním vegetativním stavu.

Paliativní péče je někdy vnímána negativně. V takovýchto případech je spojována s myšlenkou, že člověk pokud není léčen kurativně, není léčen v podstatě vůbec. Někteří lidé dokonce vnímají paliativní léčbu stejně jako eutanazii, jelikož mezi těmito pojmy nevidí rozdíl. Jediné co vnímají je v konečné fázi smrt. Ale rozdíl v těchto

přístupech je více než zásadní. Můžeme si klást otázky, co je pro pacienta lepší volbou. Zdali paliativní péče, či eutanazie?

2.2 Hospicová péče

Je speciální zdravotnické zařízení pro nevléčitelně nemocné a umírající. O pacienta pečují tým zdravotníků. Specialisté na paliativní medicínu, zdravotní sestry, ošetřovatelky, psycholog, sociální pracovník i duchovní. V neposlední řadě v některých zařízeních i dobrovolníci. Hospicová péče klade důraz, aby pacient netrpěl bolestí, aby měl své soukromí a pociťoval respekt ke své důstojnosti a individualitě. V některých zařízeních je možné, aby byl blízký člověk ubytován s ním na pokoji. V hospici, jsou umožněny blízkým návštěvy čtyřadvacet hodin denně.

Lékaři vědomě v těchto zařízeních upouští od léčebných zákroků i postupů, které nezlepšují kvalitu života.

Zdravotní péče je hrazena z veřejného zdravotního pojištění. A však na hrazení sociálních aspektů péče musí pacient přispívat. Kdy výše příspěvku se pohybuje okolo dvou set až pět set korun denně. Přijetí nemocného do tohoto zařízení probíhá na základě žádosti od ošetřujícího lékaře. O vypsání žádosti může pacient svého ošetřujícího lékaře požádat.

Zakladatelkou hospicové péče v České republice je MUDr. Marie Svatošová. Hospicová péče je poskytována především v lůžkových zařízeních. Některá zařízení poskytují i odlehčovací služby. Nyní se postupně rozvíjí specializovaná služba, paliativní péče u nemocného doma, která poskytuje výše uvedené služby přímo v domácím prostředí.

2.3 Domácí hospicová péče

Nabízí komplexní služby. Jak zdravotní, sociální, psychologické i duchovní. Podporu jak nemocným, tak jejich rodinám. V domácím prostředí vytvoří rodina a členové týmu hospicové péče pracoviště hospicového typu se všemi aspekty. Výhodou je prostředí, kde nemocný může zůstat až do konce svého života. Služba mu je poskytována dvacet čtyři hodin denně. Podmínkou přijetí je nevléčitelná choroba v pokročilém stádiu a jeden příslušník rodiny nebo blízká osoba, která je připravena pečovat po celý den.

Zdravotní sestra přichází do domácnosti i několikrát denně. Kontroluje zdravotní stav, podává léky, může poskytnout infuzi či injekci. Po konzultaci s lékařem může podat i opiáty. Převazuje rány, měří fyziologické funkce a radí pečující osobě ohledně stravování.

Jak se o nemocného starat ukazuje pečujícím kompetentní personál. Poskytuje odborné poradenství, jak v oblasti sociálně právní, tak v oblasti sociálních služeb a možnostech zdravotní péče.

Lékař této služby pomáhá rodinám s rozhodnutím, zda nechat nemocného v domácí péči. Předepisuje opiáty, pomáhá léčit příznaky dušnosti, nevolnosti a dalších obtíží.

Pacient se v domácím prostředí cítí lépe, než v lůžkovém zařízení. Je v prostředí, které důvěrně zná. Není stresován změnou. Služba domácí hospicové péče je poskytována za příspěvek.

2.4 Sociální oblast

Sociální služby se řídí zákonem č 108/2006 Sb., o sociálních službách. Dle tohoto zákona se sociální služby dělí na:

1. Sociální poradenství – poradny a půjčovny pomůcek
Poradny poskytují odborné sociální poradenství ohledně informací o sociálně právním systému, jako jsou typy dávek státní sociální podpory a péče, důchodové pojištění, a o sociálních službách poskytovaných v regionu.
2. Služby sociální péče – pečovatelské služby, odlehčovací služby, osobní asistence a další, jsou určeny spíše pro jinou cílovou skupinu
3. Služby sociální prevence – jsou určeny pro jinou cílovou skupiny jako služby sociální péče

2.5. Sociální práce s umírajícími

Hospicové hnutí se u nás rozvinulo bez účasti sociálních pracovníků. Matoušek zmiňuje, že i dnes práci sociálního pracovníka většinou nahrazují zdravotní sestry. Říká, že máme dva důvody. Prvním důvodem je představa zdravotníků, že sociální pracovník je pouze úředník. Druhým je nedostatek financí. (Matoušek, 2010)

2.6 Postavení v hospicovém týmu

Postavení sociálního pracovníka v hospicovém týmu by mělo být od začátku péče. Kdy dle Matouška v týmu bude zaujímat odpovídající postavení. Pracovník by měl navázat kontakt se sociálním odborem na příslušném okresním úřadě i dobrovolnými organizacemi v daném regionu. Výběr sociálního pracovníka na svou pozici by měl splnit několik pravidel. Vypsání řádné výběrové řízení, členem konkurzní komise by měl být jiný pracovník, jenž tuto práci vykonává v jiném hospicovém zařízení. Nejprve by novému pracovníkovi měla být umožněna stáž, poté až zácvik. (Matoušek, 2010)

2.7 Role sociálního pracovníka

Pracovník se zaměřuje na sociální situaci konkrétní osoby. Právě v tom je jeho hlavní přínos pro práci v multidisciplinárním týmu. Dle Matouška nabízí jak praktickou, tak emoční pomoc nemocným i pečujícím. Pracovník musí být schopen pomoci i ve složitých situacích, kdy potřeby pacienta a pečujících osob jsou v konfliktu. Dále musí mít přehled o dostupnosti volných služeb pro podporu terminálně nemocných pacientů a jejich rodin. Co nabízí státní i nestátní sektor a pracovat s lidmi, kteří utrpěli ztrátu. (Matoušek, 2010)

2.8 Úkoly sociálního pracovníka

Tyto úkoly ve své knize, Sociální práce v praxi, skvěle popisuje Oldřich Matoušek. Matoušek píše, že pracovník se musí seznámit s potřebami pacienta i jeho rodiny. Zhodnotit emoční, sociální, praktické a finanční potřeby. Posoudit sílu a schopnost pacienta i jeho rodiny danou situaci zvládnout. V případě potřeby jim taktně nabídnout různé způsoby pomoci. (Matoušek, 2010) Pracovník vytváří optimální podmínky nemocnému, rodině, pečujícím, aby mohli vyjádřit své pocity. Velmi důležité je chápat etnické a náboženské vlivy, které ovlivňují či jsou ovlivňovány nemocí, nebo zármutkem. Především si musí všimnout nejzranitelnějších, zcela závislých, dětí, adolescentů, starých příbuzných. Měl by předvídat potíže s učením u školáků a podobně. Určitě má možnost pomoci překonat rodině komunikační obtíže, urovnat konflikt a dobře využít čas, který zbývá. Smíření je velmi důležitá fáze, ale bohužel jak jsem již výše zmínila, často k ní nedojde. Situace je stále se měnící. Pracovník dále pomáhá s vyřizováním žádostí o dávky. Rodina nemusí být orientovaná v této

problematicke, tudiz potrebuje radu kompetentního cloveka. V neposlední řadě pomáhá pozůstalým zajistit vše potřebné a zprostředkovat pomoc okolí.

3 Eutanazie a asistovaná sebevražda

3.1 Eutanazie

Spoustu lidí má v podvědomí tento pojem, ale mnoho z nich neví, jak eutanazii definovat. Myslím, že je více než důležité ho vyjasnit. V knihách, publikacích a článcích nalezneme mnoho definic a vysvětlení, která jsou rozdílná. Bohužel někteří dělí eutanazii na pasivní a aktivní. Jiní takovéto výroky kritizují a považují je za dřívější terminologii. „*V literatuře se, patrně opodstatněně, kritizuje rozlišování pasivní a aktivní euthanasie jako umělé, neboť rozdíl je dán často pouze nahodilou okolností, zda daný pacient zrovna nutně potřebuje nějaký lékařský zákrok či zda bez něj může ještě nějakou dobu přežít.*“ (Císařová, Sovová, 2004). Pro potřeby právní analýzy je takovéto rozlišování neopominutelné. „*Pasivní je přístupem „odkloněné stříkačky“, tzn. Na přání a se souhlasem nevyлéčitelně nemocného již nejsou prováděny další kurativní zásahy, neboť přicházející smrt podstatně neoddláí. Smrt je nezvratná, další cesta kurativní péče není pro kvalitu života přínosná, nebo ji dokonce ovlivňuje negativně.*“ (Císařová, Sovová, 2004, s. 102). Pacient má právo na odmítnutí, musí si být vědom toho, že na sebe přebírá odpovědnost za důsledky, jaké plynou z jeho rozhodnutí. „*Aktivní euthanasie je strategií „přeplněné stříkačky“. Belgické právo ji definuje jako úmyslné jednání jiné osoby než pacienta, vedoucí k ukončení života pacienta na jeho vlastní žádost.*“ (Císařová, Sovová, 2004)

S eutanazií se setkáváme již v historii. Bez pochyb toto slovo pochází z řečtiny. Skládá se ze dvou částí. Eu, což v překladu znamená dobrý a Thanatos je smrt. Tudíž ji lze přeložit jako dobrou smrt, také je překládána jako smrt milosrdná, lehká a krásná.

Avšak terminologicky je vnímán pojem eutanazie jako usmrcení ze soucitu. Nejjednodušší definice zní, usmrcení na žádost. Kdy nám vyvstává otázka na čí žádost? Kdo usmrtí nemocného? Mnoho autorů se v dnešní době ztotožňuje s holandskou definicí. „*Eutanazie je úmyslné ukončení života člověka někým jiným než člověkem samotným (=lékařem), na jeho vlastní žádost.*“ (Munzarová, 2005, s. 49) Zde se omezují autoři pouze na aktivní vyžádanou eutanazii, tudíž dřívější terminologii. Proto je nutné do kompletní definice zahrnout i prvek pasivní. „*Eutanazie je úmyslné zabití člověka, ať již aktivním nebo pasivním způsobem, někým jiným než člověkem samotným (=lékařem) na jeho vlastní žádost.*“ (Munzarová, 2005, s. 49) Toto vysvětlení více

odpovídá logice mravního posuzování skutků dle úmyslu jednajícího a jasně vidíme, kdo o ukončení života může žádat a také kdo ho provádí.

V naší společnosti máme jak odpůrce, tak zastánce přímého ukončení života. Zajisté odpůrci mají pravdu, že eutanazie může být zneužitelná. Člověk má právo na život. Na druhou stranu je to výzva pro zákonodárce, aby vypracovali takovou legislativu, která by zneužití bránila. Podle mnohých občanů má člověk právo se autonomně rozhodnout o svém životě, v tomto případě smrti.

V naší zemi jsou vedené diskuze na toto téma. Bohužel do nich není zapojena široká veřejnost. Probírané by měli být zejména aspekty, za jakých podmínek by obyvatelé naší země byli ochotni přijmout zákon upravující přímé ukončení života. Zda by měl život nemocného ukončit lékař nebo by bylo přijatelnější, aby pacient zemřel vlastní rukou, tudíž zvolil asistovanou sebevraždu. Druhá varianta by lékaře jakýmsi způsobem ochránila, v možnosti přímého usmrcení, kdy by nebyla porušena Hippokratova přísaha přímo. Protože asistence v takovém případě je předepsání smrtící látky. Samozřejmě by měl mít zdravotník možnost, žádost člověka odmítnout a případ předat jinému odborníkovi, který by usmrcení vykonal. Další pojem, který můžeme v literatuře čítat je pasivní eutanazie. Odmítnutí indikované léčby nemocným. Lékař nekoná, v případě nesouhlasu s léčbou, odvolání souhlasu v průběhu léčby. Také zjistí-li se v průběhu léčby onemocnění další a souhlas dán není. Smrt je uspišena nezahájením léčby či jejím přerušením. Oproti tomu aktivní usmrcení, jednání jiné osoby než pacienta, vede k ukončení života na jeho vlastní žádost. Smrt je uspišena zákrokem osoby třetí, například ošetřujícím lékařem. Nepřímá eutanazie je vedlejší účinek léčby indikované lékařem formou zvyšování dávek prostředků tišících bolest. Zvyšování dávek je nevyhnutelné, neboť účinek některých léků časem klesá. Je přespříliš otázek právních a především etických a nespočet negativních a pozitivních názorů. Zajisté se ale nic nezmění, pokud nebudeme o takto závažném tématu informovat a hovořit.

Paliativní péči, která ulevuje v případě bolesti, může využít každý. O formě této léčby, jsem se zmiňovala již na začátku své práce. Také jsem rozebrala autonomii člověka a jeho volbu, rozhodnout se svobodně. Musíme si uvědomit, že pokud nejsme v situaci člověka, který má neléčitelné onemocnění, nemůžeme ho soudit pro jeho rozhodnutí a také ho ani nemusíme pochopit. Je-li stav je neléčitelný a smrt je nezvratitelná, možnost volby by tu měla být. Důležité je podotknout, že i v případě, kdy je takový stav

umožněn, nemusí jí využít mnoho pacientů. Což předpokládám, vzhledem k vysoké kvalitě paliativní péče.

Ted' je na odbornících, kteří by měli určit hranici. Moment, kdy by pacientova diagnóza dovolovala onu možnost. Tudíž terminální stav onkologických onemocnění, amyotrofická laterální skleróza, Alzheimerova choroba v konečném stádiu a podobně. A na zákonodárcích, kteří by měli navrhnout legislativu zabraňující zneužití. V zemích, kde je ukončení života možné zákony upravuje ministerstvo zdravotnictví spolu s ministerstvem spravedlnosti.

3.2. Nové trendy ve vývoji lékařství

Lékařství se v čase vyvíjí a je na stále lepší úrovni. Díky lékařským poznatkům se dá oddálit okamžik smrti pacienta. Měli bychom přemýšlet o myšlence, že za daných okolností lékař vědomě upustí od tohoto oddalování. Tím pádem musíme zodpovědět otázku, zda má lékař právo aktivně ukončit život, jenž pokládá za nehodný žití nebo udržování hodný. Je logické, že medicínské poznatky pokročily. Bohužel, stále některé nemoci léčit nelze, lze je pouze zpomalit nebo tišit bolest. I léky, které tlumí bolest, mají různé vedlejší účinky...

Ve své práci budu hovořit o aktivní eutanazii, právě o usmrcení na přání pacienta jinou osobou. O aktivní eutanazii se dozvídáme již v historii. Přírodní národy měly obyčej usmrcovat nemocné a přestárlé, čímž byli uchráněni před utrpením a zároveň tím ulehčovali společenství. Naopak Hippokratova přísaha eutanazii přísně zakazuje. A Platón ji v Ústavě hodnotí pozitivně. Podle Suetonia si Augustus přál rychlou a bezbolestnou smrt pro sebe i své blízké, jež pojmenoval „euthanasia“. V knize Právo na smrt Lescoart považuje soucit za zdroj morálky. Nevyléčitelně nemocný má právo na sebevraždu či usmrcení na jeho žádost. U lidí duševně nemocných měl právo rozhodnout stát. Usmrcení mohlo být vykonáno, jestliže diagnóza zněla nevyléčitelný.

My dnes žijeme v moderní společnosti a není našim cílem usmrcovat přestárlé a nemocné pacienty, abychom ulehčili naší společnosti.

3.3 Asistovaná sebevražda

„Záměrné jednání osoby spočívající v napomáhání při sebevraždě jiné osoby nebo navedení druhé osoby k tomuto jednání.“ (Císařová, Sovová, 2004, s. 108)

Legalizována pouze ve Švýcarsku. Sebevraždu za asistence poskytují dvě společnosti. Exit a Dignitas. Taková asistence může mít několik podob. Například příprava smrtící látky, jiného vybavení pro ukončení lidského života i jiné nezbytné úkony. Při sebevraždě si pacient připraví smrtící látku nebo mu pomáhá licencovaný pracovník. Zmíněná situace nastává pouze v případě, že pacient je v takovém stavu, že jeho onemocnění mu neumožňuje přípravu vlastní rukou. Pro zamezení zneužití je celý postup konání nahráván na video. Pacient musí vlastní rukou podepsat souhlas o tom, že dobrovolně chce svůj život ukončit, a souhlas zopakovat na kameru. Asistent je u aktu přítomen po celou dobu. V jeho kompetenci je zajistit prostory – pouze ve výše jmenovaných společnostech. Vyzvednout smrtící látku z lékárny. Je vydána na předpis, který vystaví žadateli o usmrcení lékař na základě žádosti, kdy proběhne rozhovor, samozřejmostí je vyšetření, nezbytnou součástí jsou i pacientovy lékařské zprávy od jiných odborníků. Aby nebylo sporu o tom, že pacient se nemohl svobodně rozhodnout, je nezbytné, že smrtící látku vypije sám. Kdykoliv si svůj záměr může rozmyslet a ustoupit z něj.

3.4 Zastánci volby smrti a argumenty proti

„Zastánci euthanasie se neustále odvolávají na kvalitu života jako hledisko důležitější než hledisko nedotknutelnosti života. Jeho hodnotu posuzují z hlediska biologického, psychického a společenského. To jsou hlediska, která o životě nerozhodují.“ (Zwoliński, 2013, s. 219)

„Argumentem práva na eutanazii je také „kontrola smrti“ jako element hodnoty člověka. Přiklání se víc k právu zemřít s hodnotou, mlčky je nejčastěji vázáno s právem k realizaci vlastní smrti (způsobením si smrt) vlastním konáním nebo konáním druhých lidí ve shodě se svým přáním.“ (Zwoliński, 2013, s. 219)

Jedním ze zastánců smrti je Kevorkian. Usiloval o legalizování asistované sebevraždy. Je známý také jako „doktor Smrt“. Narodil se roku 1928v Mitchiganu. Byl lékařem, patologem. Především bojovníkem za eutanazii. Prosazoval uzákonění práva pacientů na asistovanou smrt. V této otázce měl své odpůrce avšak i příznivce. Kevorkian měl osobitý pohled na smrt. Smrt postiženého člověka vnímal jako naději. Na život pro ty, kterým mohli být transplantovány orgány zesnulého. Nyní máme přinejmenším dva pohledy na ukončení života. Eutanazii, jako autonomní volbu člověka rozhodnout se zemřít. Druhou rovinu darování orgánů zemřelého. Aktivně přesvědčoval politiky,

k zavedení legislativy, týkající se darování orgánů popravených vězňů ve prospěch potřebných.

V 80. letech vyvinul Kevorkian sebevražedný stroj. Sestrojil ho z hliníkového odpadu - autíčka na hraní a dalšího odpadového materiálu. Stroj smrti nazval „mercitron“. Sloužil osobám, které se chtěly trvale osvobodit od svého utrpení. Snažil se o reklamu v Medical Society Bulletin v Oklandu. Představenstvo ji zamítlo. Našel ale publicitu v médiích a v talk show, kterou potřeboval. I přes jeho nekončící snahu nebyl jeho záměr nikdy povolen. Usmrtil několik desítek lidí. (Halamová, 2014)

„Tradiční západní etika, která řídila naše uvažování a naše rozhodnutí o životě a smrti po téměř dva tisíce let, se zhroutila.“ (DeMarco, Wiker, 2011, s. 290)

Australský aktivista a filosof Peter Singer napsal knihu Přehodnocení života a smrti, kde vítá novou tradici. Ta je založena na „kvalitě života“. Údajně nahradí ustupující morálku, založenou na „posvátnosti života“. Podle slov Wesleyho J. Smitha by kniha mohla být oprávněně označena za Mein Kampf čili hnutí propagující eutanazii. Objevuje se v ní mnoho eufemismů společných spisům podporujících eutanazii. Včetně potvrzení toho, co ve skutečnosti eutanazie znamená – zabítí.

Zájmová skupina „Not Dead Yet“ v překladu ještě nejsme mrtví, hájící postižené, ostře protestovala proti jeho názorům na eutanazii.

Filosof však mezi nacistickou ideologií a svou etickou teorií života nehodného žití spatřuje významný rozdíl! Nacisté pravomoc rozhodovat o tom, jaký život je hodný a nehodný žití delegovali státu. Zatímco Singler ji vyhrazuje pouze osobám, kterých se to týká. Můžeme si klást otázku, zda je rozdíl dostatečný. Názory neimplikují, že je přípustné postižené usmrcovat, tudíž se jeho názorů na etiku obávat nemusí. Nejsme oprávněni usmrcovat bytosti, jež si přejí žít. Názory, kterých má filosof mnoho, by dali na samostatnou práci. Nejvíce jsou kritizovány jeho výroky na usmrcování postižených novorozených dětí. Většina kritiků je z řad handicapovaných. Pokud se díváme na postižené dítě z úhlu kvality jeho života, je zde zřetelný rozdíl, než pokud se díváme na stejné dítě z ekonomického hlediska. To je nutné si uvědomit a tato fakta zohlednit.

„Dalo by se říct, že je humanista, protože chce, aby lidé prožívali svou životní situaci lépe a šťastněji.“ (DeMarco a Wiker, 2011, s. 297)

Šimek vidí problém v tom, že argumentace pochází z odlišných životních postojů, a proto argumenty jedné strany nepřesvědčují tu druhou. (Šimek, 2015)

V rozhovoru pro Magazín Právo o eutanazii vyjádřil plicní chirurg Pavel Pafko. Pafko není pro ani proti. Zmiňuje, že chce pouze to, aby občané o problému přemýšleli. Nejvyšší hodnotou je pro něj člověk. Možnost se svobodně rozhodnout, když svým rozhodnutím neovlivňujeme svobodu jiných. Nezaujímá jednoznačný postoj k eutanazii v obecné rovině. Zmiňuje, že eutanazie je svobodné rozhodnutí pacienta v terminálním stavu nevléčitelného onemocnění. Mezi eutanazií a vraždou je právě největší rozdíl ve svobodném rozhodnutí. Je si vědom zneužití, ale kvalitně argumentuje tím, že vše co bylo dosud vymyšleno v prospěch lidstva, bylo nakonec zneužito, jako atomová energie například. (Farná, 2016)

Pro Magazín Právo vyjádřil svůj postoj prezident České lékařské komory Milan Kubek: lékař studuje proto, aby pomáhal, nikoli zabíjel Česká lékařská komora je zásadně proti eutanazii říká Kubek. Organizovali několik konferencí s kvalifikovanými přednášejícími napříč obory, jako lékařskými, právníckými, filosofickými i odborníky na etiku. Nejvíce se obávají zneužití v případě legalizace. Řeší otázku vyloučení vlivu rodiny a okolí na člověka, který nechce být na obtíž svým příbuzným, kteří by se ho například rádi zbavili. Také, že v tíživé situaci se člověk nemá často možnost rozhodnout svobodně. Zdůrazňuje paliativní léčbu, která je stále na lepší úrovni. Však v první řadě vnímá zábrany morální, zmíněné výše, že lékař studuje proto, aby pomáhal, zmírňoval utrpení a zachraňoval životy, ne zabíjel. Také v rozhovoru bylo zmíněno téma, které jsem zmiňovala v předchozích řádcích, že i kdyby byla eutanazie legální, nedovede si Kubek představit, kdo by je nutil k ukončování životů. To je téma také aktuální, ale vzhledem k tomu, že je přímé ukončování života legální v jiných zemích, zřejmě všichni lékaři s tímto úkonem nemají problém. Vždyť plní pouze rozhodnutí člověka, který je plně při smyslech a ví, co následuje po tomto rozhodnutí. Smrt. (Farná, 2016)

3.5 Euthanasie a Etický kodex České lékařské komory

Etický kodex ČLK je stavovský dokument č. 10. Novelizovaná podoba nabyla účinnosti 1. 1. 1996. Tento dokument obsahuje určité zásady, kterými se musí lékaři při výkonu svého povolání řídit a které musí respektovat. Z hlediska euthanasie je relevantní především § 2 odstavec 7: Lékař u nevléčitelně nemocných a umírajících účinně tiší

bolest. Šetří lidskou důstojnost a mírní utrpení. Vůči neodvratitelné a bezprostředně očekávané smrti však nemá být cílem lékařovo jednání prodlužovat život za každou cenu. Avšak eutanazie a asistované suicidium nejsou přípustné. (Novela stavovského dokumentu)

Ovšem je třeba připomenout, že je zde zachycena tzv. aktivní přímá euthanasie. Nikoli aktivní nepřímá euthanasie nebo pasivní euthanasie, jsou tolerovány a celkem běžně praktikovány. V tomto ustanovení je rovněž akcentována potřeba zajistit paliativní léčbu poté, co již kurativní léčba selhala. Rovněž je zde kladen důraz na zachování lidské důstojnosti u nevléčitelně nemocných a umírajících pacientů. Z výše uvedeného je tedy naprosto zřejmé, že aktivní přímá euthanasie je podle české lékařské komory nepřípustná a zavrženíhodná. Uvedené jsou argumenty jako narušení důvěry pacientů a veřejnosti k lékařům. Tlak rodiny na nemocného, obchod s orgány i celková míra korupce v naší společnosti. Neopominutelná je obava ze zneužití.

4 Vybrané státy povolující eutanazii a jejich legislativa

4.1 Nizozemí

Někdy nesprávně označováno termínem Holandsko. Žije zde přes 16 milionů obyvatel. V současné době je Nizozemsko konstituční monarchie a parlamentní demokracie. Ústavním zákonem v roce 1815 byl zaveden systém dvoukomorového parlamentu, což je srovnatelné s českou poslaneckou sněmovnou a senátem. Král zde sdílí výkonnou moc s Radou ministrů prostřednictvím státní Rady. Je zde uznáván systém *tria politica*, rozdělení moci do tří skupin. Moc zákonodárná, výkonná a soudní.

Nizozemí bylo první zemí v Evropě, kde byl umožněn dobrovolný odchod pacienta ze světa za lékařské asistence. První zemí na světě byla Austrálie, stát Severní Teritorium. V tomto státě o právech smrtelně nemocných měli zákon v roce 1995, legalizoval aktivní eutanazii. V platnosti byl pouhých devět měsíců, neboť v březnu roku 1997 byl zrušen federálním australským parlamentem. V západních zemích zákony týkající se života a smrti připravuje zpravidla ministerstvo zdravotnictví, jež zajišťuje kvalitu zdravotní péče společně s ministerstvem spravedlnosti, které má kvalifikované odborníky pro zaručení právních jistot občanům. Zákon o ukončení života na žádost a asistované sebevraždě (*Termination of Life on Request and Assisted Suicide act*) vstoupil v Nizozemí v platnost dne 1. dubna roku 2002. V úvodu zákona jsou uvedeny požadavky na lékaře. Ty musí být splněny před tím, než smí přistoupit na žádost pacienta o eutanazii či asistované sebevraždě, pod hrozbou trestního stíhání. Lékař nemá být trestně stíhán, pokud provede ukončení života, případně umožní výkon „práva na smrt“ nemocnému, budou-li splněny specifické a konkrétně dané podmínky. Zdravotník musí mít důkaz, že klientova žádost o vyvolání smrti je dobrovolná, být přesvědčen, že utrpení nemocného je neúnosné a že neexistuje žádná jiná možnost na zlepšení jeho zdravotního stavu, ve kterém se nachází. Pacient má veškeré informace o své diagnóze a prognóze, vývoji stavu a o rizicích přípravku se smrtelnými následky. Lékař musí své rozhodnutí konzultovat s jiným, nezávislým odborníkem, který pacienta vyšetřil a poskytl svůj písemný názor týkající se splnění veškerých zákonných požadavků. Samotný výkon musí být proveden s nejvyšší péčí. Lékař musí být přítomen, při uskutečnění posledního kroku.

Byly vydány vzory pro žádost o ukončení života formou eutanazie i asistované sebevraždy. Informace o nich mají nezávislé neziskové organizace zpravidla obhajující zájmy pacientů – často vedené právníky.

Podmínky, které musí pacient splňovat, aby mohl žádat o dobrovolné ukončení života. Musí být starší dvanácti let. U pacientů starších dvanácti let a mladších šestnácti let je třeba souhlas rodičů. Mezi šestnáctým a osmnáctým rokem věku života, lze žádost o ukončení života, nebo asistovanou sebevraždu odmítnout, pokud nebyli rodiče zapojeni do rozhodování pacienta.

Je-li pacient starší šestnácti let a stal se nezpůsobilým vyjádřit svou vlastní vůli, ale předtím, než se do takového stavu dostal, vyslovil se, aby byl jeho život předčasně ukončen, ošetřující lékař může jednat ve shodě s žádostí.

Pokud provedení eutanazie nesplní podmínky stanovené v zákonu, tak se stále jedná o trestný čin. Pro kontrolu provádění ukončení života a asistovaných sebevražd zákon stanovil pravomoc Místních kontrolních výborů (Regional review committees). Komise jsou složeny z lichého počtu. Členy komise vyjmenovává zákon. V čele komise je právník, dalším členem lékař a odborník z oblasti etiky nebo odborných oblastí. Ti mají své zástupce. Všichni členové jsou jmenováni ve shodě s ministerstvem spravedlnosti i ministerstvem pro zdraví, sociální zabezpečení a sport. Taktéž má komise tajemníka a sekretáře ti musejí mít právní vzdělání a podléhají předpisům pro státní a veřejnou správu. Kontrolní výbor na základě hlášení úmrtí určí, zda lékař jednal v souladu s požadavky. Výbor může od lékaře požadovat doplnění jeho zprávy písemně či ústně. Případně mu může klást otázky koroner, který provedl pitvu. Konzultant, nebo poskytovatel zdravotní péče, kvůli zhodnocení jednání lékaře. Rovněž může výbor podat podnět na Radu generálních prokurátorů (Board of Procurators General) pokud měl za to, že lékař selhal při poskytování péče. Tehdy informuje příslušné správní orgány, které mají na starost správu v oblasti zdravotní péče.

V Nizozemí musí ministři v parlamentu ve stanovených cyklech informovat veřejnost o tom, jak se zákon promítá v praxi. V případě zjištěných nedostatků činit nápravná opatření. Mimo jiné zajistila vláda rozsáhlejší nařízení navazující na zákon s detailnějšími podmínkami, ty se průběžně novelizují. Opatření je zajištěno i pro situace narození zdravotně velmi poškozeného dítěte, kdy je nemoc neslučitelná se životem a lze brzy očekávat smrt. Nesmějí však existovat pochybnosti o diagnóze a

prognóze. Lékař i rodiče dítěte se musí shodnout. Právě rodiče poskytují souhlas s prokázáním jejich plné informovanosti o stavu dítěte a nejméně jeden další nezávislý lékař musí dítě vyšetřit a potvrdit písemně jeho stav.

Od roku 2012 mohou pacienti podstoupit eutanazii i u sebe doma, nikoliv pouze v nemocnici. Nizozemská legislativa umožnila vznik mobilních lékařských týmů, které mohou ukončit lidský život ambulantně bez potřeby pacientovy hospitalizace. O ukončení života může požádat sám pacient, či někdo z jeho rodiny. Dle zákona lékař vyhoví pouze těm, kteří trpí nevléčitelnou nemocí, mají bolesti a není naděje, že se jejich stav zlepší a neexistuje alternativa v pacientově léčbě. Pokud pacient žádá o eutanazii, musí být v plném psychickém pořádku. Každý případ eutanazie bude posléze šetřit jedna z pěti speciálních komisí. Cílem je ověřit, zda byla dodržena všechna kritéria.

4.2 Belgie

S právní úpravou týkající se aktivní přímé eutanazie se v Belgii setkáváme dne 25. října roku 2001. Zákon týkající se eutanazie stanovil, že lékař, aby se vyhnul trestní odpovědnosti za provedení eutanazie, musí splnit především následující podmínky. Pacient je v okamžiku žádosti zletilý a způsobilý k právním úkonům. Žádost musí být sepsána pacientem osobně, neumí-li psát, sepíše za něj žádost nestranná zletilá osoba před přítomným lékařem. Další podmínkou je dlouhodobý opakovaný požadavek pacienta na ukončení jeho života. Usmrcení lze provést u nemocného, nacházejícího se ve stavu, kterým trpí trvale nesnesitelně fyzicky nebo duševně. Přičemž toto utrpení nelze zmírnit. Stav je závažný a neléčitelný. Dle zákona je třeba splnit další podmínky. Zejména informovanost pacienta, potvrzení diagnózy nezávislými lékaři, vedení dokumentace a podobně. Tyto podmínky jsou obdobné jako v Nizozemí.

Lékař, kterého o ukončení života pacient požádal, smí odmítnout. Ze zákona musí lékařskou dokumentaci předat jinému lékaři, který je ochoten zákrok vedoucí ke smrti učinit. Belgické právo umožňuje lékařům zřici se provádění takovýchto zákroků.

V roce 2014 Belgie legalizovala zákon týkající se dětské eutanazie bez věkového omezení. Volba usmrcení bude v Belgii v případě dětí vyhrazena jen pro ty pacienty, jejichž smrt se čeká v krátké době. Tento fakt v zákoně pro dospělé chybí. Dle zákona musí poté, co dětský pacient vysloví přání svůj život ukončit, s dítětem hovořit dětš

pediatři či psychologové, aby posoudili, zda dítě „dokáže rozlišit“, o co vlastně žádá. Potřeba bude písemný záznam o tomto skutku. Rozhodnutí bude muset být potvrzeno kolegiem odborníků a rodiče budou muset prohlásit, že proti jejich názoru nic nenamítají.

4.3 Oregon

Americký stát Oregon má zákon o ukončení života s důstojností Death with Dignity Act) od roku 1997. Schválení podpořilo zhruba 60 procent voličů v referendu, tento moment byl rozhodující pro zákonodárce. Zákon zakazuje eutanazii, lékař nesmí usmrtit pacienta vlastní rukou. Povoluje však asistovanou sebevraždu, kdy pacient získá od lékaře recept na smrtící přípravek. Nemocný si smrtící přípravek musí aplikovat sám, často doma.

Zákon předpokládá, že o asistovanou sebevraždu smí žádat jedině občan žijící v tomto státu, platící daně a má svůj majetek na území Oregonu. Ve věku nejméně osmnácti let, právně způsobilý a trpí nevyлéčitelným onemocněním v konečné fázi, neboli úmrtí pacienta se očekává do půl roku. Tento občan smí dobrovolně při plné informovanosti požádat lékaře o předepsání smrtící látky.

Ministerstvo zdravotnictví odbor státní správy příslušný pro zdravotnictví a sociální oblast musí sbírat veškerá data o všech případech asistované sebevraždy a publikovat výroční zprávy. V zákoně je zakotvena povinnost činit trestní oznámení, podnítit jiné formy šetření včetně disciplinárního postihu, při podezření na porušení zákona.

V USA jsou lékaři nejen ve vztahu k asistované sebevraždě, ale jde i kontrolu jejich celkových profesních povinností na úrovni jednotlivých států pod dohledem kontrolního orgánu, kde jsou členy právník, zástupce státu, soudní znalec z oblasti medicíny, někdy je zde i zástupce občanů.

Jsou zajištěny tiskopisy pro lékaře i pacienta. Protokol, který pacient vyplní je zpravidla založen u lékaře, který ho léčí v terminální fázi jeho života. Nemocný musí potvrdit, že získal všechny potřebné informace od svého lékaře jako svou diagnózu, prognózu, alternativy péče, rizika a další. Uvést své údaje a samozřejmě svůj podpis. Mimo jiné v protokolu ztvrdzuje, že mezi poskytnutými informacemi byl i fakt, že po aplikaci smrtícího přípravku může umírání někdy trvat dlouho, ve většině případů nastává úmrtí do tří hodin. Lékař má konzultovat stav pacienta s dalším nezávislým odborníkem.

V případě pochybnosti o pacientově psychickém stavu doporučit psychologické nebo psychiatrické vyšetření.

Žádost nemocného o ukončení života musí ve stejném protokolu potvrdit i nestranní svědci. Nejméně dva, kdy se nemá jednat o příbuzné nemocného, kteří by měli prospěch z jeho smrti. Také se nesmí jednat o osobu spjatou s lékařem, zdravotnickým či sociálním zařízením. Alespoň jeden ze svědků nesmí být s pacientem v příbuzenském či obdobném vztahu – adopte. Ošetřující lékař pacienta nesmí být svědkem nikdy. Svědci svými podpisy ztvrdí přání nemocného, které je dobrovolné a z čistého úsudku.

Ošetřující lékař ověřuje, dokumentuje nevléčitelnost onemocnění a terminální fázi. Potvrzuje spolu s pacientem komplexní informovanost a dobrovolnost rozhodnutí, taktéž schopnost úsudku.

Nejdůležitější je, že nemocný musí být informovaný o faktu, že svůj záměr může kdykoli odvolat. Poté dostane nejméně patnáct dní na rozmyšlenou. Před samotným předepsáním přípravku s letálními účinky se musí opět potvrdit, že je žadatel schopen činit rozhodnutí o sobě svobodně a uváženě. Tato schopnost se ověřuje opakovaně. S jeho souhlasem lékař informuje lékárnu. Zdravotnická zařízení mohou svým zaměstnancům a spolupracovníkům zakazovat poskytnutí pomoci při samotné sebevraždě v prostorách zdravotnického zařízení, ale nemohou zakázat účast mimo tyto prostory. Za nedodržení předpisů hrozí trest odnětí svobody až na šedesát let. Obdobnou legislativu má i stát Washington od roku 2009, kdy se pacient taktéž usmrcuje sám. Zákon Death with Dignity Act (RCW 70.245) je upraven dle stejné osnovy jako v Oregonu.

4.4 Kolumbie

Jediná latinskoamerická země povolující ukončení života. Ministerstvo zdravotnictví za vlády prezidenta Juana Manuela Santose v květnu roku 2015 vydalo instrukce pro nemocnice, které od té chvíle mohou vykonávat eutanazii ve výjimečných případech. Kritici převážně z řad duchovních a věřících však poukazují na to, že o eutanazii nikdy nehlasoval parlament.

Ústavní soud Kolumbijské republiky v rozhodnutí T-970 z roku 2014 vyslovil nutnost úpravy eutanazie z důvodu, že právo na důstojný život v sobě zahrnuje také právo důstojně zemřít. Svým rozhodnutím může Ústavní soud Kolumbijské republiky dát

přímý pokyn Ministerstvu zdravotnictví, aby vydalo právní předpis, který upravuje postup poskytovatelů zdravotní péče při žádosti o ukončení života.

Ministerstvo zdravotnictví a sociální ochrany Kolumbijské republiky vydalo právní úpravu eutanazie v Kolumbii. Ta se stala za dodržení podmínek uvedeného nařízení č.00001216 z roku 2015 legální. V nařízení jsou definovány pojmy, z kterých je nejdůležitější určení, že se jedná o pacienta v terminálním stádiu života. Žadatelovo onemocnění je nevléčitelné a konec jeho života je nezvratný. Nastanou-li pochybnosti, je nutné si vyžádat další názor nebo znalecký posudek. Pacienti mají nárok na paliativní péči, přičemž možnost úlevy touto péčí musí předcházet rozhodnutí o důstojné smrti. Toto právo je považováno za základní lidské právo a pacient musí být schopen samostatného rozhodnutí. Žádost nemocného o důstojnou smrt je autonomní vyjádření vůle a k tomuto rozhodnutí musí být přistupováno nestranně. Právo na důstojnou smrt musí posoudit znalecká komise. Tu je povinen vytvořit poskytovatel zdravotní péče, taktéž ji i jmenuje. Je tvořena třemi členy. Specialistou na pacientovo onemocnění, který nesmí být pacientův ošetřující lékař, dále právníkem a psychiatrem či klinickým psychologem. Jakoukoliv podjatost členové komise musí oznámit. Nesmějí mít výhrady svědomí k možnému ukončení života. Komise musí přezkoumat rozhodnutí ošetřujícího lékaře, týká-li se pacientova přání na důstojnou smrt. Také je nutné přezkoumat, zda nemocnému byla nabídnuta nebo je mu poskytována paliativní péče.

Od ustanovení komise ve lhůtě dvaceti čtyř hodin musí své názory a námítky vznést ošetřující lékař. Ve lhůtě deseti dní musí komise rozhodnout. Od okamžiku kdy jí pacient adresuje své přání. Odpovídá za to, že eutanazie proběhne tehdy, kdy si pacient přeje nebo ve lhůtě patnácti dní po té, kdy pacient vyslovil své přání znovu. Komise monitoruje celý proces. Odpovědnost má i za fakt, že důstojná smrt probíhá v souladu s kritérii stanovenými v rozhodnutí 970 z roku 2014. Předkládá Ministerstvu veškeré podklady, které ji vedli k rozhodnutí. Také provádí žadatele i jeho rodinu celým procesem a zajišťuje dodržení mlčenlivosti o celém případě. Na svém rozhodnutí se musí komise dohodnout všemi hlas pro. Nařízení obsahuje podrobný popis fungování komise i technického a administrativního zázemí.

Postup při plnění přání důstojné smrti, kdy požadavkem je svobodný, informovaný a zřetelně vyslovený souhlas dospělé a plně svéprávné osoby. Rovněž se uznává předem vyslovené přání. Je-li pacient neschopen vyslovit své přání z důvodu právní

nezpůsobnosti nebo jiných důvodů, mohou požádat osoby, které jsou oprávněny k zástupnému souhlasu při zdravotní péči. Avšak za předpokladu, že nemocný toto přání vyslovil již předem nebo za zřetelných okolností. V případě, kdy obdrží ošetřující lékař toto přání, musí informovat pacienta a jeho blízké o možnosti paliativní péče. Dojde-li ošetřující lékař k závěru, že onemocnění je nevléčitelné, pacient je způsobilí ke svému rozhodnutí. Zdravotník zajistí svolání komise. Své přání může pacient odvolat v jakémkoliv okamžiku. Do dokumentace se zaznamenávají veškeré postupy a rozhodnutí. Lékař má právo se odvolat na výhradu svědomí a nepokračovat v postupech vedoucích k důstojné smrti. Citovaná rozhodnutí jsou dostupná na webu Ústavního soudu kolumbijské republiky C 329/1997 v anglickém jazyce. Ve španělském jazyce pak jako T 970/2014.

4.5 Švýcarsko

V této zemi jsou nekonečné diskuze i spory ve vztahu k eutanazii a asistované sebevraždě. Švýcarsko má přímou demokracii, což znamená, že sami občané rozhodnou v lidovém referendu o tom, zda určité klíčové zákony zejména pro zdravotnictví po jejich schválení vládou a parlamentem skutečně vstoupí v platnost. Švýcarský trestní zákoník v § 114 zakazuje eutanazii – usmrcení na žádost, i v případě soucitu a na naléhavé a vážně míněné přání dotčené osoby. Zde hrozí trest odnětí svobody až na tři roky. Pomoc při sebevraždě upravuje § 115, kdy hrozí trest odnětí svobody až na pět let, jestliže by byla vedena zjištěnými pohnutkami. Z toho vyplývá, že je tolerována asistovaná sebevražda bez zjištěných důvodů.

Švýcarský spolkový stát tvoří dvacet šest členských států – kantonů. Některé kantony oznámily svůj záměr, vydat vlastní zákon týkající se problematiky eutanazie. K tomu mají širší pravomoc, byť kantonální právo na spolkové právo musí navazovat. Jednotlivé kantony rozhodují o zdravotní péči, jenž je provázána se zákonem o právech pacientů. Zde je zdůrazněno právo pacienta rozhodnout se o neuplatnění či odstoupení od život udržujících či prodlužujících opatření. Také si pacient může vyžádat vyšší dávky léčiv, které tlumí bolesti s vědomím, že nepřimo uspíší jeho smrt.

Lékaři není dovoleno se vlastní rukou podílet na uspíšení smrti. Pouze pacient sám se může vzdát života udržujících či prodlužujících opatření. Vzhledem k faktu, že má právo na sebeurčení. „Švýcarsko je důkazem toho, že pokud společnost řekne některé zforem „uspíšení smrti“ ANO, pak musí následovat důkladný zákon s dalšími

doplňujícími předpisy zejména s důkladnějšími kontrolními mechanismy, kdy lze využít např. kombinaci nizozemského a washingtonského zákona.“ (Bošková, 2012, s. 31)

Ve Švýcarsku může pacient zahrnout své přání pro budoucí zdravotní péči do průkazu pojištěnce, aniž by se musel radit s lékařem, právníkem. Sám si může vymínit úkony, které chce nebo naopak nechce podstupovat. Včetně práva na vyšší dávky přípravků pro tlumení bolesti. Nastane-li případ osamělého pacienta, bez testamentu lékař se v takovém případě má obrátit na soud.

Role Švýcarské akademie lékařských věd. Určitou roztržičnost předpisů jednotlivých kantonů pro zdravotní a navazující péči zatím velmi dobře vyvažuje Švýcarská akademie lékařských věd řízená zákonem. V takovéto činnosti se dobře promítá spolupůsobení významných osobností z oblasti práva. Akademie lékařských věd přijala spoustu směrnic a doporučení pro různé situace týkající se zdravotní a navazující péče v posledním desetiletí. Tyto směrnice jsou vynikajícím vzorem pro poskytování péče v jakýchkoliv situacích. Například v léčebnách pro dlouhodobě nemocné, zvyšování dávek přípravku tlumícího bolest, odpojení od přístrojů. Novela zákona z roku 2013 navazuje na směrnice Akademie lékařských věd, národně sjednocené upřesnění práv nemocných a postupů zejména lékařů, vymahatelné ze zákona, včetně sjednocení zdravotní dokumentace v klíčových či kritických situacích. Mimo jiné se zdůrazňuje, že zástupce pacienta pro rozhodování o zdravotní péči musí skutečně hájit jeho zájmy, jeho známá či pravděpodobná přání a nikoliv vlastní názory, při pochybnostech musí existovat soudní kontrola v případě nedokonalé péče, je lékař povinen odvrátit rizika pro pacienta a vyčkat na stanovisko soudu. Nelze činit žádný nátlak na pacienta. V úvahu musíme brát i názor úsudku neschopného pacienta. Švýcarsko je jedinou zemí, kde je eutanazie umožněna zahraničním občanům, přičemž tato možnost vyvolává velkou vlnu kritiky. Každoročně sem míří ukončit svůj život desítky cizinců. Což se příliš nelíbí jednotlivým Švýcarským vládám. Podmínky této země jsou neobvykle benevolentní. Umožňují aplikaci za dozoru nelékařského, ale pouze licencovaného personálu. Spolková demokratická unie a Evangelická lidová strana Švýcarska prosadili referendum o znemožnění této „turistiky“, ale voliči návrh odmítli. Společnost Dignitas využívá mnoho cizinců, pro ukončení svého života.

5 Legislativa v České republice

5.1 Legislativa v České republice

V současné době náš zákon neupravuje pojem eutanazie. Usmrcení člověka je v naší zemi trestným činem. Trestným činem je protiprávní čin, který trestní zákon označuje za trestný, který vykazuje znaky uvedené v takovém zákoně. (Trestní předpisy, 2014) Trestní zákoník upravuje trestné činy proti životu a zdraví.

Svolení poškozeného, kdo jedná na základ svolení osoby, jejíž zájmy, o nichž tato osoba může než omezení oprávněně rozhodovat, jsou činem dotčeny. Zákon zachycuje účast na sebevraždě v §144, kde je psáno, že kdo jiného pohne k sebevraždě nebo jinému k sebevraždě pomáhá, bude potrestán, došlo-li aspoň k pokusu sebevraždy. Trestní sazba se liší dle oběti. (Zákon č. 40/2009 Sb., Trestní zákoník)

V oblasti trestnosti eutanazie je výbornou knihou TRESTNÍ PRÁVO A ZDRAVOTNICTVÍ od paní Císařové, Sovové a kolektivu. Vše je popsáno a vysvětleno v kapitole VI. Euthanasie, konkrétně Právní kvalifikace jednání. Vysvětleny jsou tu pojmy eubiosie, paliativní léčba a jiné alternativy. Pasivní euthanasie, usmrcení jiného ze soucitu formou nezahájení či přerušování životně důležité léčby. Informovaný souhlas a nesouhlas s léčbou. Kdy nesouhlas můžeme považovat za formu sebevraždy, jelikož si je pacient plně vědom následků, v tomto případě smrti. Autoři se zabývají informovaným souhlasem a asistovanou sebevraždou. V případě, že je člověk schopen usmrtit se sám, jedná se o sebevraždou, která není protiprávní ani trestná.

Například v Polsku účast na sebevraždě nestíhají. „*Vychází z uplatňovaného principu akcesority účastenství, kdy pomoc k činu nemůže být trestná, z hledem k tomu, že čin sám není trestný.*“ (Kodex karny, 1997, s. 60)

„*V Polsku koncem roku 2009 na základě anket vycházelo, že 61% obyvatelstva jsou zastánci eutanazie. Z výsledků vyplývá argument, že demokracie je povinná zohlednit hlas většiny a neskryvat se za žádosti menšiny.*“ (Zwoliński, 2013, s. 221)

V České republice existuje závazek v rámci koaliční dohody, že eutanazie zavedena nebude, potvrdil ministr zdravotnictví Němeček. On sám není jejím příznivcem. Domnívá se, že bychom jejím zavedením překročili hranici, kterou bychom překračovat

neměli. Své vyjádření poskytl Svatopluk Němeček pro ČT, což zveřejnil webový portál Zdravotnictví a medicína.

5.2 Základní listina práv a svobod

Postavení eutanazie v České republice lze vysledovat z Listiny základních práv a svobod člověka a výše zmíněného trestního zákona. Listina základních práv a svobod zaručuje ve svém článku šest právo na život každému člověku. Kdy zaručení práva na život je nejzákladnější právo vůbec. Nejde pouze o otázku legalizace dobrovolného usmrcení občana na vlastní žádost, ale i o zakotvení tohoto pojmu do právního řádu. Nutné je konkrétní vymezení. (Zákon č. 2/1993 Sb., Listina základních práv a svobod)

6 Metodická část

V České republice jsou odpůrci i zastánci přímého ukončení života. Mě zajímalo, jak se v problematice orientuje veřejnost. Zaměřila jsem se na Hradec Králové. Kde žije 94 318 obyvatel (statistická ročenka rok 2015 – www.hkcity.cz).

6. 1 Formulace výzkumných otázek

Hlavním cílem praktické části je zjistit postoje respondentů k problematice o ukončení života. Zda se liší v závislosti na pohlaví, víře. Také zda by respondenti respektovali přání osoby blízké zemřít.

Výzkumné cíle

Cíl: 1. Zjistit zda ženy dosahují vyšší míry nesouhlasu s eutanazií než muži.

Cíl: 2. Zda vysokoškolsky vzdělaní lidé, dosahují vyššího povědomí o eutanazii než ostatní respondenti.

Cíl: 3. Jaký podíl respondentů by dokázal akceptovat volbu pro ukončení života svého blízkého člověka.

Cíl: 4. Zda vykazují věřící lidé vyšší míru nesouhlasu s eutanazií než ateisté.

Výzkumné otázky

1. Dosahují ženy vyšší míry nesouhlasu s eutanazií než muži?
2. Mají vysokoškolsky vzdělaní lidé vyšší povědomí o pojmu eutanazie než ostatní respondenti?
3. Dokázal by respondent akceptovat rozhodnutí blízkého člověka pro eutanazii?
4. Vykazují věřící lidé vyšší míru nesouhlasu s eutanazií než ateisté?

6.2 Metodologie výzkumu

Zvolila jsem kvalitativní metodu, konkrétně strukturovaný rozhovor s dotazníkovým archem. Klíčové jsou předem připravené otázky. Otázky jsou kladeny všem respondentům stejně. Výhodou strukturovaného rozhovoru je osobní kontakt s dotazovanými. Vytvořila jsem vlastní dotazník, na webové stránce survio.cz, který sloužil jako podklad pro rozhovor.

6.3 Výběr respondentů

Z počtu obyvatel města jsem vyřadila děti do 14 let věku života, neboť můj dotazník byl koncipován pro lidi od patnácti let. Tudíž jsem z 82 025 lidí udělala výzkumný vzorek 103 respondentů což je 0,125% . Jejich výběr byl náhodný, ale oslovení museli splnit podmínku, že jsou z Hradce Králové. Dotazníky jsem vyplňovala v Hradci Králové na veřejných místech, pomocí tabletu s internetovým připojením. Díky této metodě, jsem měla veškeré záznamy okamžitě uloženy ke zpracování. Údaje jsem zpracovala do přehledných tabulek, které jsem doplnila grafy. Využila jsem grafy koláčové a sloupcové. Byla jsem si vědoma etických rizik, jelikož téma eutanazie je citlivé. Bohužel v současné době trpí nevléčitelnou nemocí mnoho lidí a tudíž jsem nemohla vědět, zda dotazovaní nemají osobní zkušenost.

6.4 Předvýzkum

Nejprve jsem uskutečnila pilotáž, která byla provedena s pěti dobrovolníky. Právě pilotáž odhalí vhodnost výběru výzkumné metody. Oslovení zodpověděli mé otázky. Vzhledem k tomu, že chápali obsah a záměr otázek, mohla jsem přistoupit k výběrovému šetření.

6.5 Realizace výzkumu

Výzkum byl realizován na veřejných místech Hradce Králové. Kdy dotazovaní nejprve museli zodpovědět otázku, zda jsou obyvateli Hradce. V případě kladné odpovědi jsme občany seznámila s informacemi o mém výzkumu. Pokud s rozhovorem stále souhlasili, přestoupili jsme k identifikačním otázkám. Rozhovory byly vedeny individuálně. Otázky jsem mohla podle potřeby upřesnit.

6.6 Interpretace dílčích otázek

Zde budu interpretovat jednotlivé otázky, které jsem pokládala. Každá otázka bude doplněna přehlednou tabulkou a grafem.

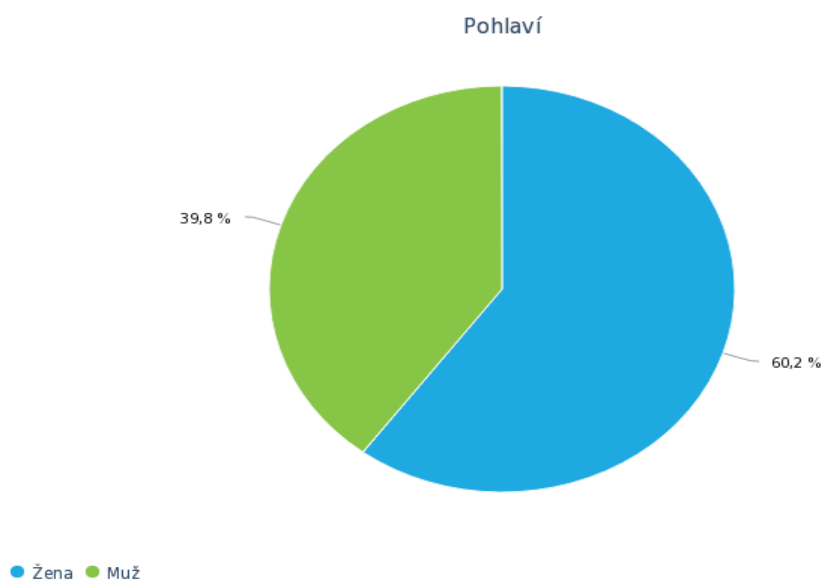
6.7 Dílčí výzkumné otázky

1. Pohlaví

Tabulka č. 1

Možnost odpovědi	Responzí	Podíl
Žena	62	60,2%
Muž	41	39,8%

Graf k tabulce č. 1



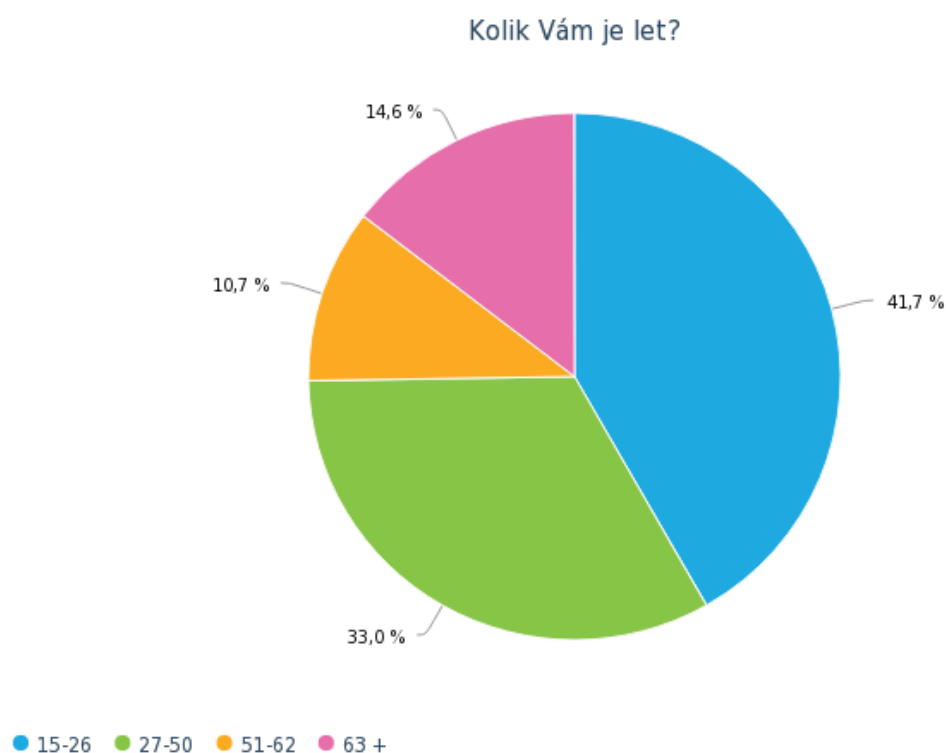
Žen odpovídalo více (60,2%) než mužů (38,9%).

2. Věkové složení

Tabulka č. 2

Možnost odpovědi	Responzí	Podíl
15-26	43	41,7%
27-50	34	33,0%
51-62	11	10,7%
63 +	15	14,6%

Graf k tabulce č. 2



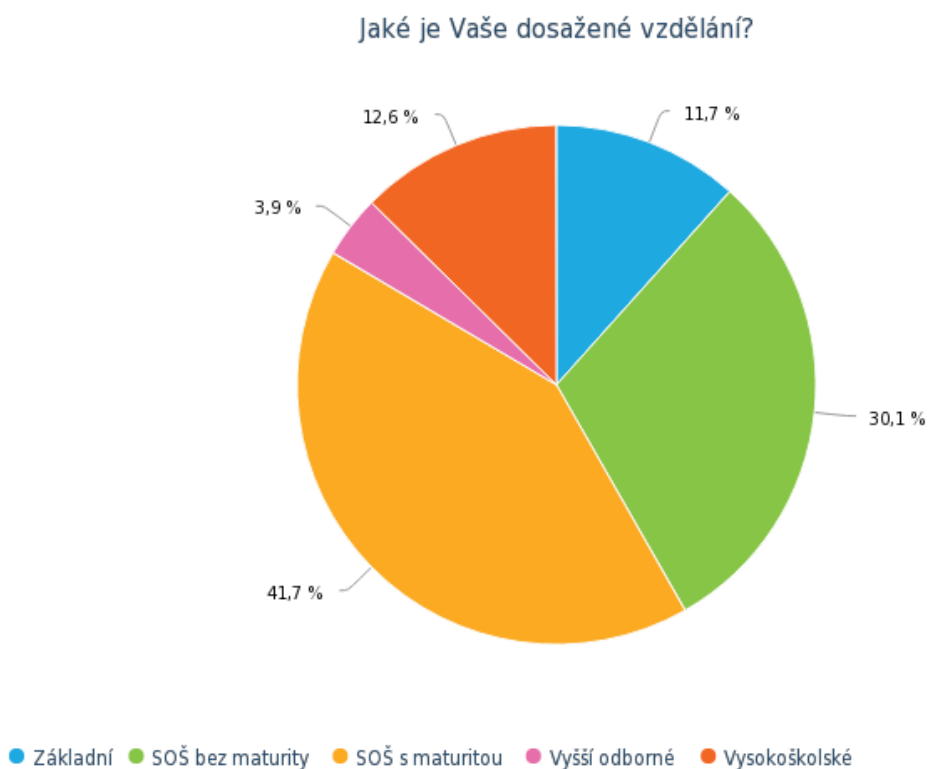
Nevětší zastoupení má věková kategorie 15 až 26 let, která tvořila 41,7%. Druhá byla 27 – 50 let (33,0%). Kategorie 51 – 62 let byla zastoupena 11 responďentů (10,7%) a 63 + měla 15 dotazovaných (14,6%).

3. Vzdělání

Tabulka č. 3

Možnost odpovědi	Responzí	Podíl
Základní	12	11,7%
SOŠ bez maturity	31	30,1%
SOŠ s maturitou	43	41,7%
Vyšší odborné	4	3,9%
Vysokoškolské	13	12,6%

Graf k tabulce č. 3



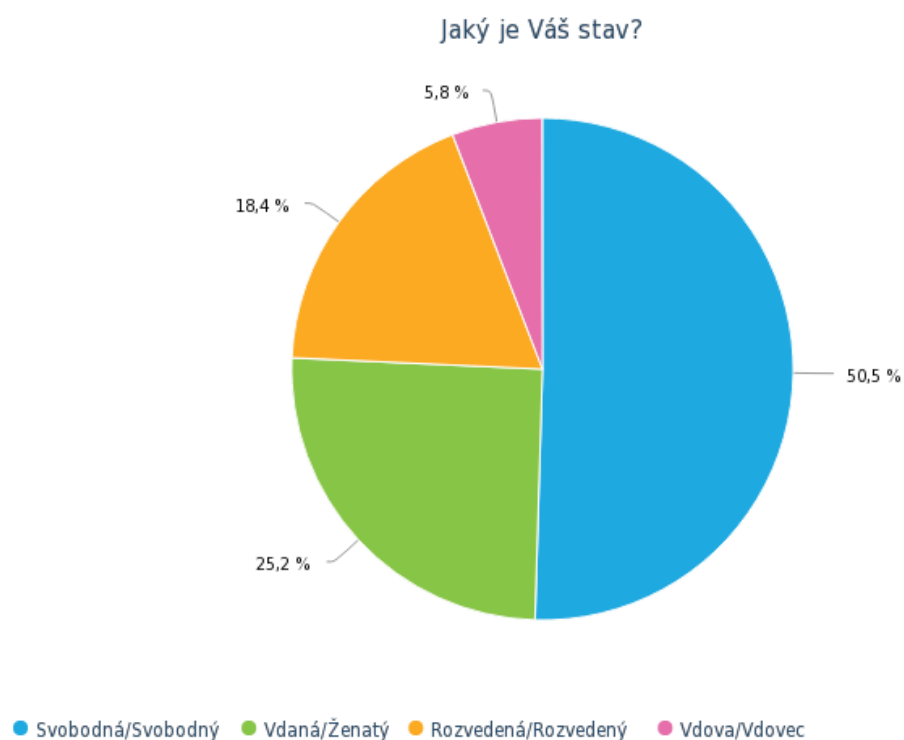
Nejvíce zde byli zastoupeni respondenti s maturitou, kterých bylo 41,7%. Bez maturity bylo (30,1%). Základní (11,7%) a vysokoškolské (12,6%) vzdělání bylo zastoupeno zhruba stejně. Nejméně bylo respondentů s vyšším odborným vzděláním (3,9%).

4. Jaký je Váš stav?

Tabulka č. 4

Možnost odpovědi	Responzí	Podíl
Svobodná/Svobodný	52	50,5%
Vdaná/Ženatý	26	25,2%
Rozvedená/Rozvedený	19	18,4%
Vdova/Vdovec	6	5,8%

Graf k tabulce č. 4



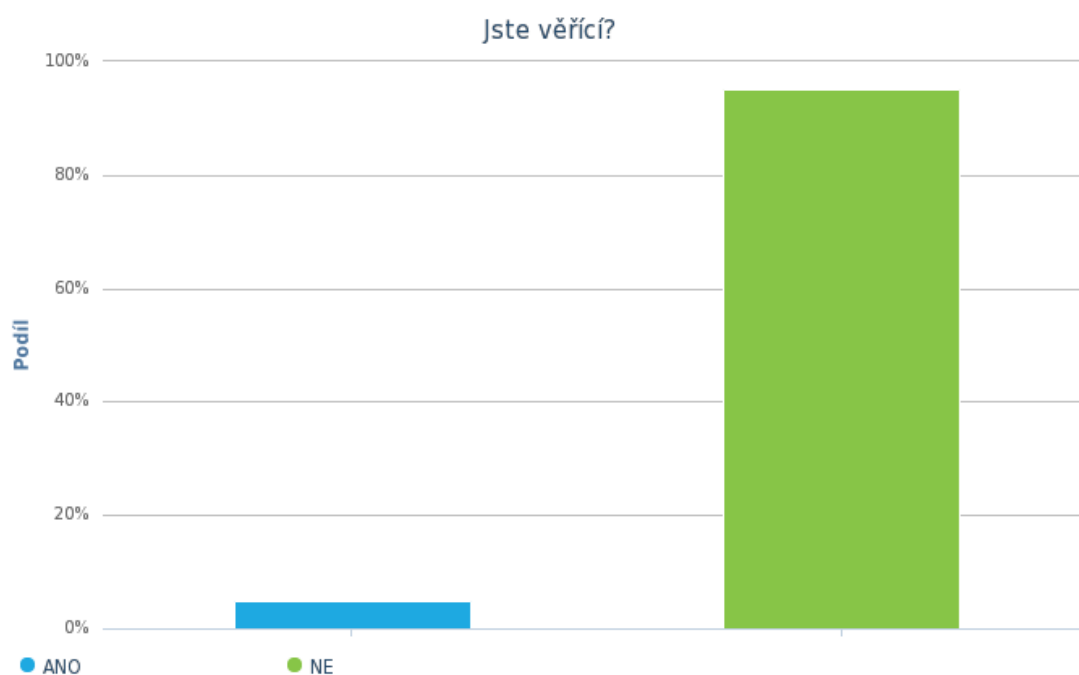
Polovina respondentů byla svobodných (50,5%), (25,2%) v manželství, (18,4%) rozvedených dotazovaných a ovdovělých (5,8%).

5. Jste věřící?

Tabulka č. 5

Možnost odpovědi	Responzí	Podíl
Ano	5	4,9%
Ne	98	95,1%

Graf k tabulce č. 5



Ateistů byla většina (95,1%), věřících velice málo (4,9%)

6. Jaké je Vaše vyznání (církve)? Jakou formu (podobu) má praktikování Vaší víry?

Tabulka č. 6

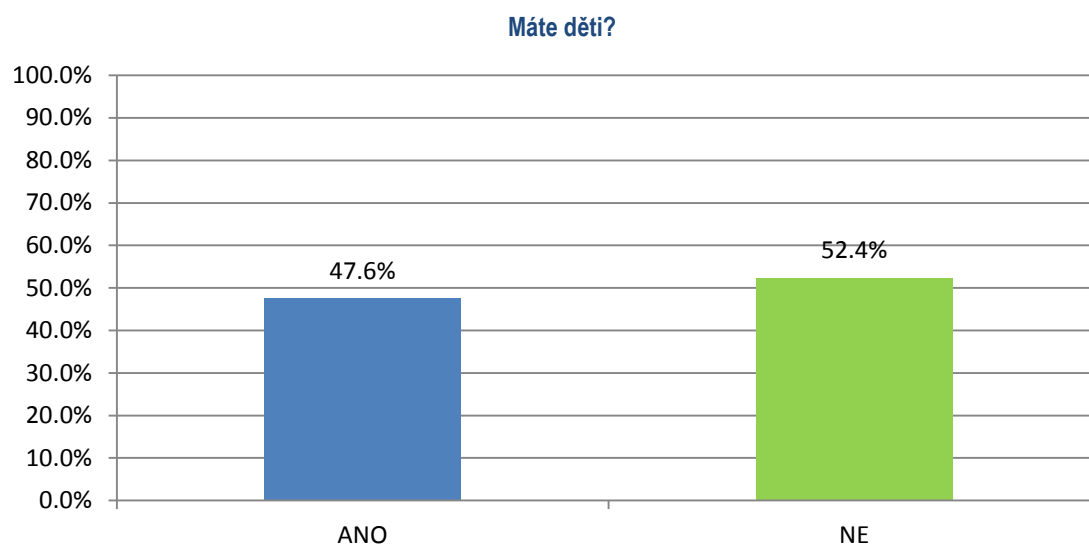
Vyznání	Praktikování víry	Počet respondentů	Má Vaše víra vliv na ukončení života
Římskokatolická	Modlím se doma každý den	1	Má víra nemá vliv na ukončení života, v případě volby by to bylo mé svobodné rozhodnutí
Katolická	Modlím se doma, kostel nenavštěvuji	1	Nemá
Československá husitská	Modlím se kdekoliv	1	Nemá, jsem pro eutanazii
Neřadím se k žádné církvi	Občasné poprosení, modlím se, rozmlouvám s Bohem	2	Má víra tuto otázku neovlivňuje

7. Máte děti?

Tabulka č. 7

Možnosti odpovědi	Responzí	Podíl
ANO	49	47,6%
NE	54	52,4%

Graf k tabulce č. 7



Převážili dotazovaní, kteří neměli děti (52,4%) a však nikoli výrazně, protože (47,6%) respondentů děti mělo.

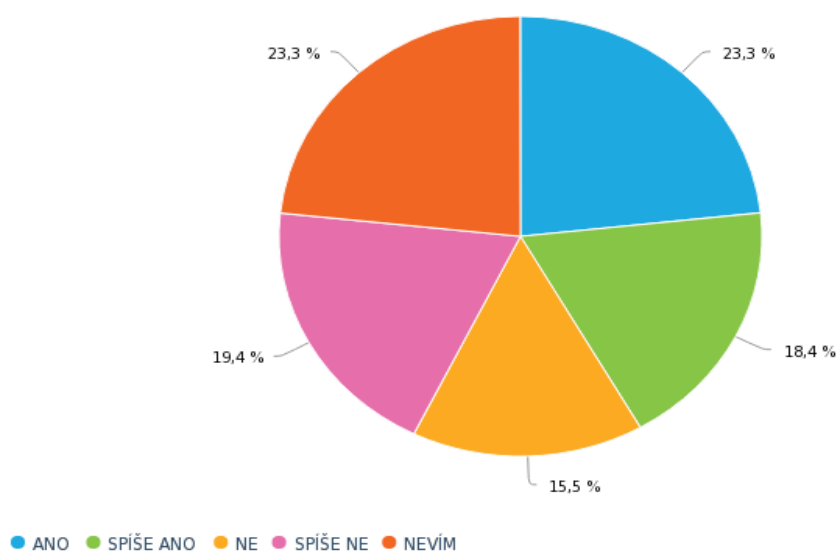
8. Ovlivňoval by Vás fakt, že máte děti v rozhodování o ukončení vlastního života?

Tabulka č. 8

Možnosti odpovědi	Responzí	Podíl
ANO	24	23,3%
SPÍŠE ANO	19	18,4%
NE	16	15,5%
SPÍŠE NE	20	19,4%
NEVÍM	24	23,3%

Graf k tabulce č. 8

Ovlivňoval by Vás fakt, že máte děti v rozhodování o ukončení vlastního života?



Vyrovnané byly odpovědi ano a nevím (23,3%). Následovala odpověď spíše ne (19,4%). Spíše ano (19,4%). Striktní odpověď ne mněla nejméně odpovědí (15,5%).

9. Jste soběstační ve smyslu fyzické nezávislosti na druhých?

Tabulka č. 9

Možnosti odpovědi	Responzí	Podíl
ANO	101	98,1%
NE	2	1,9%

Graf k tabulce č. 9



Soběstační byli téměř všichni dotazovaní (98,1%), péči druhých potřebovali pouze dva respondenti (1,9%).

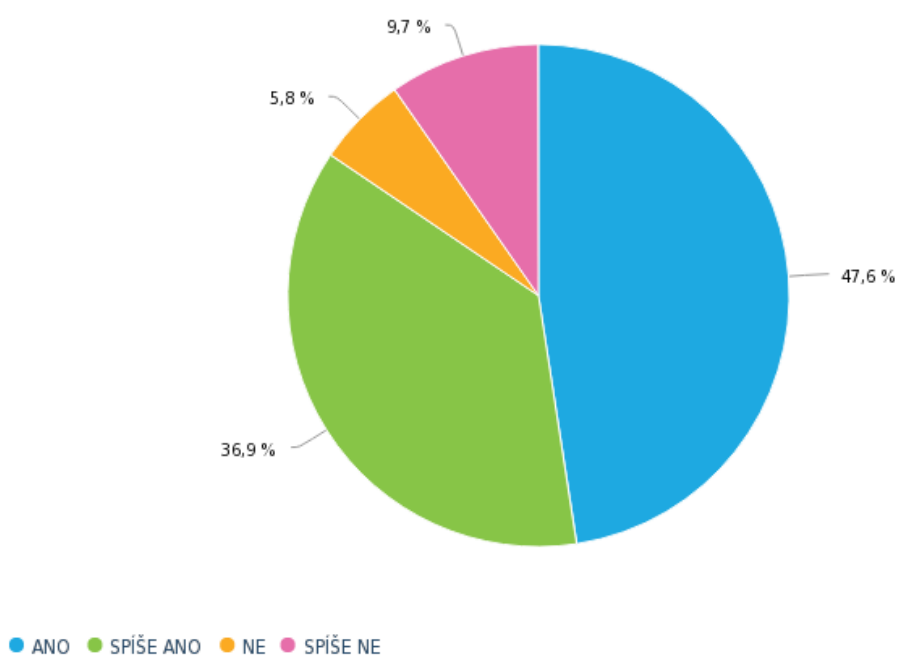
10. Myslíte si, že je přípustné za určitých okolností, jako je nevléčitelné onemocnění, ukončit život člověka?

Tabulka č. 10

Možnosti odpovědi	Responzí	Podíl
ANO	49	47,6%
SPIŠE ANO	38	36,9%
NE	6	5,8%
SPIŠE NE	10	9,7%

Graf k tabulce č. 10

Myslíte si, že je přípustné za určitých okolností, jako je nevléčitelné onemocnění, ukončit život člověka?



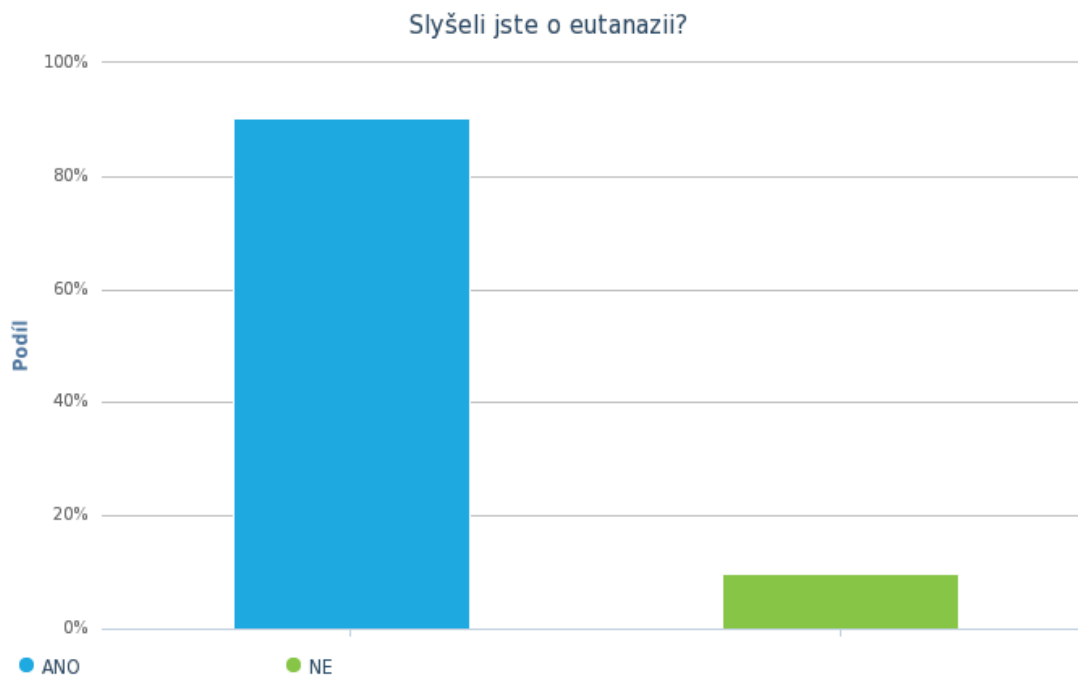
Téměř polovina lidí se domnívá, že je přípustné za určitých okolností ukončit život člověka (47,6%), spíše ano (36,9%), což je většina dotazovaných. Záporné odpovědi spíše ne (9,7%) a striktní NE (5,8%) nevyslovilo příliš mnoho respondentů.

11. Slyšeli jste o eutanazii?

Tabulka č. 11

Možnosti odpovědi	Responzí	Podíl
ANO	93	90,3%
NE	10	9,7%

Graf k tabulce č. 11



O eutanazii lidé mají povědomí (90,3%). Zbytek o eutanazii neslyšel (9,7%).

12. Co pojem eutanazie znamená?

Tabulka č. 12

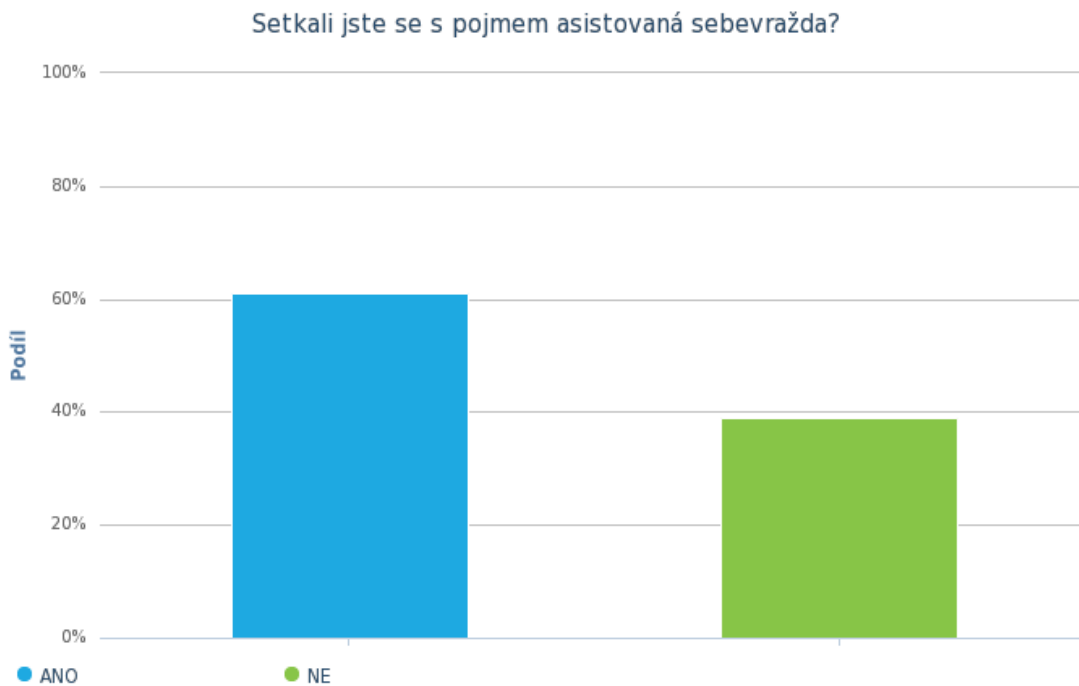
Počet odpovědí	Názory respondentů, týkající se významu pojmu eutanazie – všechny odpovědi, by si čtenář mohl utvořit představu.
1	ukončení života u nevléčitelně nemocného, který trpí bolestí a sám si přeje svůj život ukončit
1	usmrcení člověka v případě, že on sám si smrt přeje
7	ukončení života
5	usmrcení na žádost
1	vědomé ukončení života na žádost
3	usmrcení člověka
2	předčasné ukončení života
1	asistované ukončení života
1	usmrcení člověka na jeho vlastní žádost
1	odborná pomoc při dobrovolném ukončení života
1	odpojení od života udržujících přístrojů
5	dobrovolné ukončení života
1	přerušení léčby
1	úmyslné přerušení života
1	odpojení od přístrojů, bez kterých pacient není schopen žít
1	ukončení života na žádost
1	ukončení života trpícího člověka
1	ukončení života na žádost pacienta
1	ukončení života na žádost prostřednictvím lékaře
1	dobrovolný odchod ze života
1	svévolné ukončení života na základě zdravotního stavu
2	usmrcení na žádost nevléčitelně nemocného člověka
1	ukončení života člověka třetí osobou pod odborným dohledem, lékařem
1	usmrcení na žádost, tedy se svolením poškozeného
1	usmrcení na vlastní žádost
1	usmrcení člověka na jeho žádost ať již aktivně nebo pasivně, například přerušením léčby
6	Usmrcení
4	smrt na žádost
1	ukončení života na žádost onoho člověka
1	chtěné ukončení života
2	ukončení života lékařem
1	dobrovolné asistované ukončení života
1	usmrcení člověka na jeho žádost nebo na žádost jeho rodiny
3	Zabití
1	smrt člověka, který o to žádá
1	ukončení života pacienta, který je nevléčitelně nemocen
1	usmrcení člověka lékařem na jeho přání
1	dobrovolné usmrcení
1	člověk zažádá, aby ho lékař usmrtil
1	usmrcení člověka vykonané lékařem
1	odpojení od přístrojů nebo neprodlovování života
3	usmrcení lékařem
1	ukončení života, který je neaktivní
1	usmrcení, kdy člověk o tento akt žádá lékaře
1	smrt rukou lékaře
1	usmrcení člověka na vlastní žádost
1	lékař usmrtí nevléčitelně nemocného
1	lékař ukončí život pacienta
1	lékař ukončí nevhodný život
1	lékař ukončí život nemocného člověka
1	pacientovi lékař ukončí jeho život
1	usmrcení nemocného člověka na jeho výslovné přání
2	přerušení života
1	lékař vyvolá smrt dotyčného
1	usmrcení v případě, kdy o to člověk požádá
1	ukončení života, u kterého je smrt nezvratitelná
1	smrt v důsledku zásahu lékaře
1	aktivní ukončení života
1	ukončení života – usmrcení
1	předčasné přerušení života
1	ukončení života člověka, kdy tento úkon vykoná lékař

13. Setkali jste se s pojmem asistovaná sebevražda?

Tabulka č. 13

Možnosti odpovědi	Responzí	Podíl
ANO	63	61,2%
NE	40	38,8%

Graf k tabulce č. 13



Pojem asistovaná sebevražda nebyl již tak znám, dotazovaní, kteří volili ano (61,2%). Ostatní neměli představu, co pojem znamená (38,8%).

14. Co znamená asistovaná sebevražda?

Tabulka č. 14

Počet opovědí	Názory respondentů, vypsané všechny, aby si mohl čtenář opět vytvořit vlastní představu.
1	pacient ukončí svůj život sám, za pomoci zdravotníka
1	člověk se rozhodl zemřít a druhá osoba mu asistuje
1	ukončení života, kdy se člověk usmrtí sám, lékař předepíše pouze smrtící látku
1	vědomé ukončení života za pomoci druhé osoby
1	usmrcení pod dohledem
1	sám pacient asistuje při ukončení svého života
1	poskytnutí smrtící látky, kdy si ji osoba aplikuje sama
1	usmrcení podáním utišujících a zároveň smrtících léků
1	člověk zemře za pomoci jiného člověka
1	ukončení života s pomocí, ve smyslu poskytnutí smrtící látky
1	ukončení života pacienta pod dohledem lékaře
1	sebevražda pod dohledem lékaře
1	ukončení života vlastní rukou
1	pomoc nemožícímu člověku ukončit jeho život
1	člověk ukončí svůj život sám
1	jedná se o sebevraždu pomocí jiné osoby
1	spáchání sebevraždy s pomocí jiné osoby
1	pověřená osoba ukončí můj život
1	ukončení života s pomocí jiné osoby
1	usmrcení vlastní rukou
1	sebevražda pod dohledem třetí osoby
1	sebevražda za pomoci jiné osoby
1	podání látky, která ukončí život
1	člověk se usmrtí vlastním přičiněním, lékař mu pouze poskytne smrtící látku
1	pomoc k sebevraždě
1	pomoc při umírání
1	lékař předepíše žadateli lék, ten ho aplikuje sám
1	pomoc jiného člověka při usmrcení
1	člověk se sám zabije
1	pacient se sám usmrtí jedem, který mu předepíše lékař
1	asistence při usmrcení
1	lékař poskytne smrtící lék, člověku který chce zemřít
1	usmrcení, kdy se dotyčný sám usmrtí
1	smrt vlastním přičiněním, kdy lékař poskytne onu látku
1	člověk se usmrtí sám, kdy v případě, že je nemožící mu pomáhá osoba druhá
1	východisko pro člověka, který je nevyлéčitelně nemocný
1	člověk se usmrtí sám za přítomnosti jiného člověka
1	usmrcení pod dohledem jiné osoby, kdy sebevrah se usmrtí sám
1	člověk usmrtí sám sebe za dohledu druhé osoby
1	usmrcení za pomoci druhé osoby
1	pomoc ukončit život někomu jinému s jeho vědomím
1	pacient si podá přípravek sám

Počet opovědí	Názory respondentů
1	dobrovolné usmrcení vlastním přičiněním
1	lékař poskytne lék, kterým se sám žadatel usmrtí
1	smrt rukou nemocného za dohledu druhé osoby
1	usmrcení druhou osobou, zákonné ve Švýcarsku
1	asistence při sebevraždě
1	druhý člověk pomáhá k usmrcení nemocného
2	pomoc při ukončení života
1	druh eutanazie, kdy člověk zemře vlastní rukou, za asistence druhé osoby
1	znamená, že se člověk sám usmrtí, ale za asistence někoho dalšího
1	usmrcení, kdy lékař předepíše smrtící látku, ale dotyčný ji sám požije
1	asistence při ukončení života
1	napomáhání k usmrcení, kdy člověku jenž chce zemřít pomáhá druhý člověk
1	dobrovolné ukončení života, smrtící látkou na předpis lékaře
1	člověk asistuje jinému při usmrcení
1	člověk sám sebe usmrtí za pomoci druhé osoby, tuto možnost má zákonnou Švýcarsko
1	jedinec ukončí svůj život, ale asistuje mu osoba další, například v přípravě smrt navozujícího přípravku

Respondenti, kteří odpověděli výše ANO, měli většinou představu správnou. Pro bližší představu jsou výše vypsané konkrétní odpovědi všech dotazovaných.

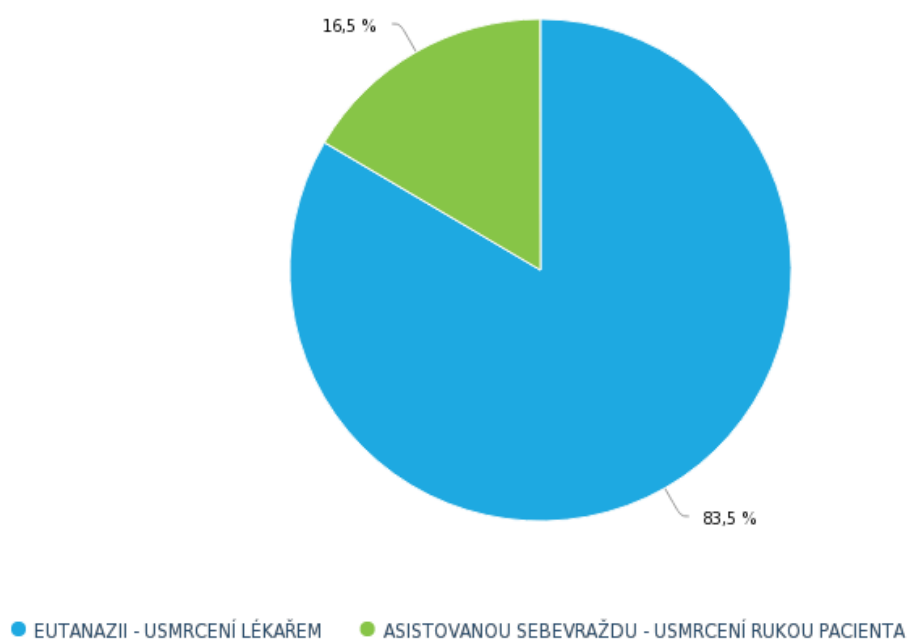
15. Jakou formu by aktivní ukončení života mělo mít?

Tabulka č. 15

Možnosti odpovědi	Responzí	Podíl
EUTANAZII-USMRCENÍ LÉKAŘEM	86	83,5%
ASISTOVANOU SEBEVRAŽDOU-USMRCENÍ RUKOU PACIENTA	17	16,5%

Graf k tabulce č. 15

Jakou formu by aktivní ukončení života mělo mít?



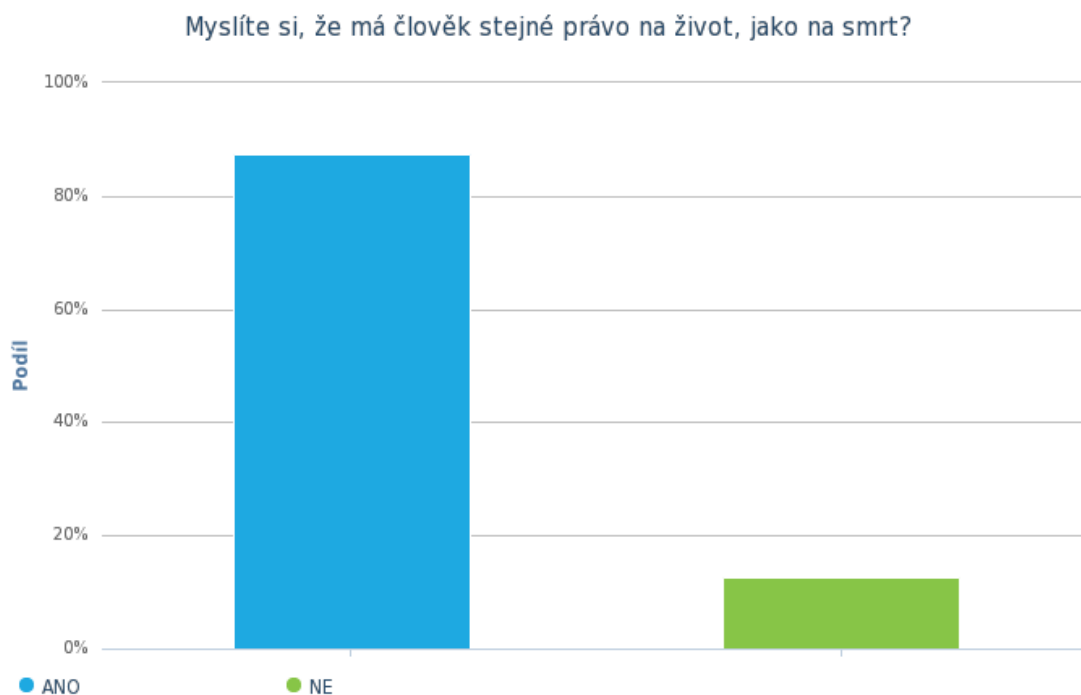
Usrčení lékařem by bylo přípustné pro většinu dotazovaných (83,5%), ukončit život vlastní rukou by zvolilo pouze několik lidí (16,5%). Z tohoto výsledku vyplývá, že většina respondentů upředostňuje usmrcení lékařem, jakožto kompetentní osobou.

16. Myslíte si, že má člověk stejné právo na život, jako na smrt?

Tabulka č. 16

Možnosti odpovědi	Responzí	Podíl
ANO	90	87,4%
NE	13	12,6%

Graf k tabulce č. 16



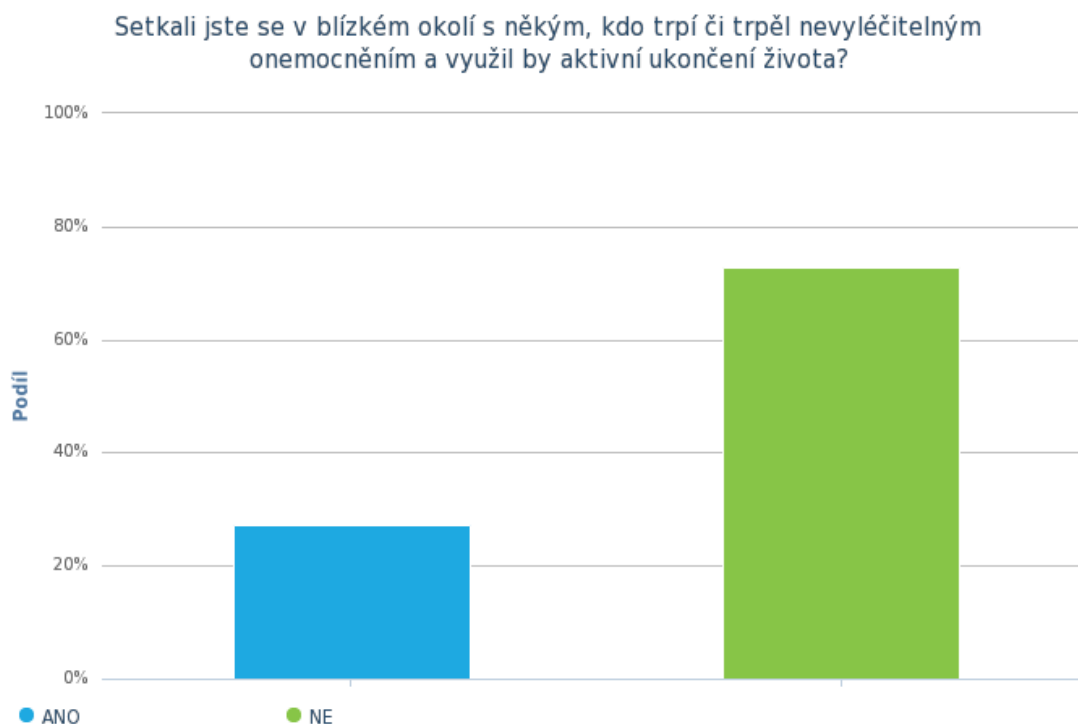
Překvapilo mě, že (87,4%) dotazovaných okamžitě zvolilo odpověď ANO. Respondenti, kteří zvolili variantu NE (12,6%), přemýšleli podstatně déle.

17. Setkali jste se v blízkém okolí s někým, kdo trpí či trpěl nevléčitelným onemocněním a využil by aktivní ukončení života?

Tabulka č. 17

Možnosti odpovědi	Responzí	Podíl
ANO	28	27,2%
NE	75	72,8%

Graf k tabulce č. 17



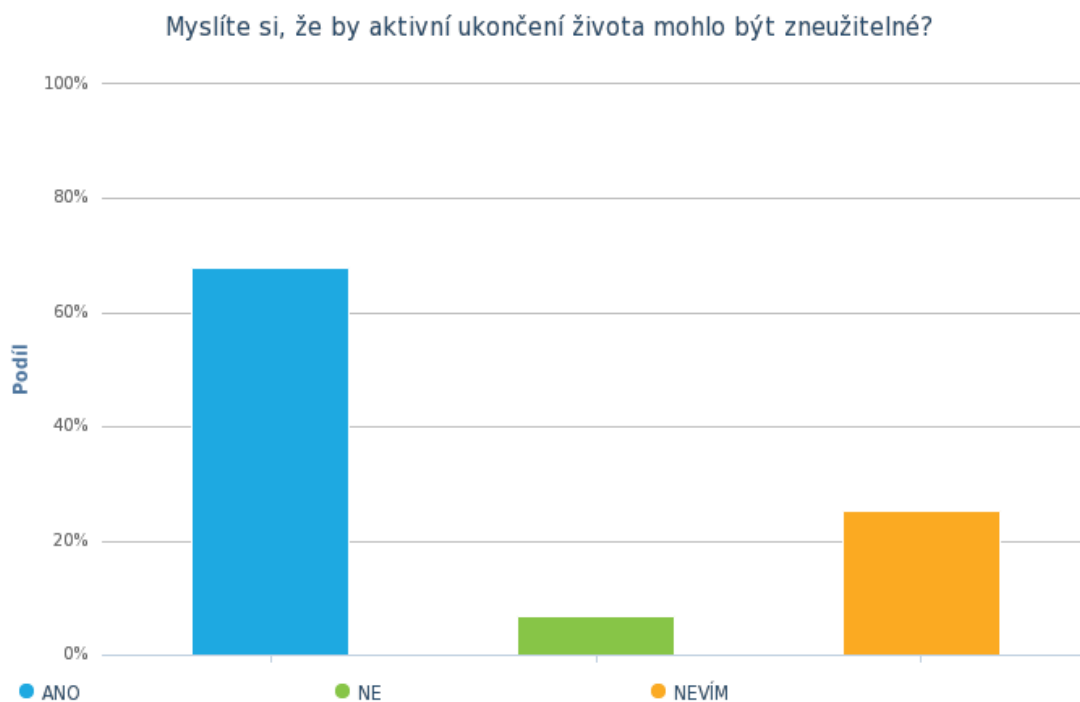
Tuto otázku jsem zařadila vzhledem k dnešní situaci vážných nevléčitelných onemocnění, pro utvoření představy, kolik lidí by v potencionální situaci o rozhodnutí vlastního života mohlo být. Občanů, kteří znají nevléčitelně nemocné (27,2%), ostatní nemají povědomí o nevléčitelně nemocných (72,8%), kteří by možnost využili.

18. Myslíte si, že by aktivní ukončení života mohlo být zneužitelné?

Tabulka č. 18

Možnosti odpovědi	Responzí	Podíl
ANO	70	60,0%
NE	7	6,8%
NEVÍM	26	33,2%

Graf k tabulce č. 18



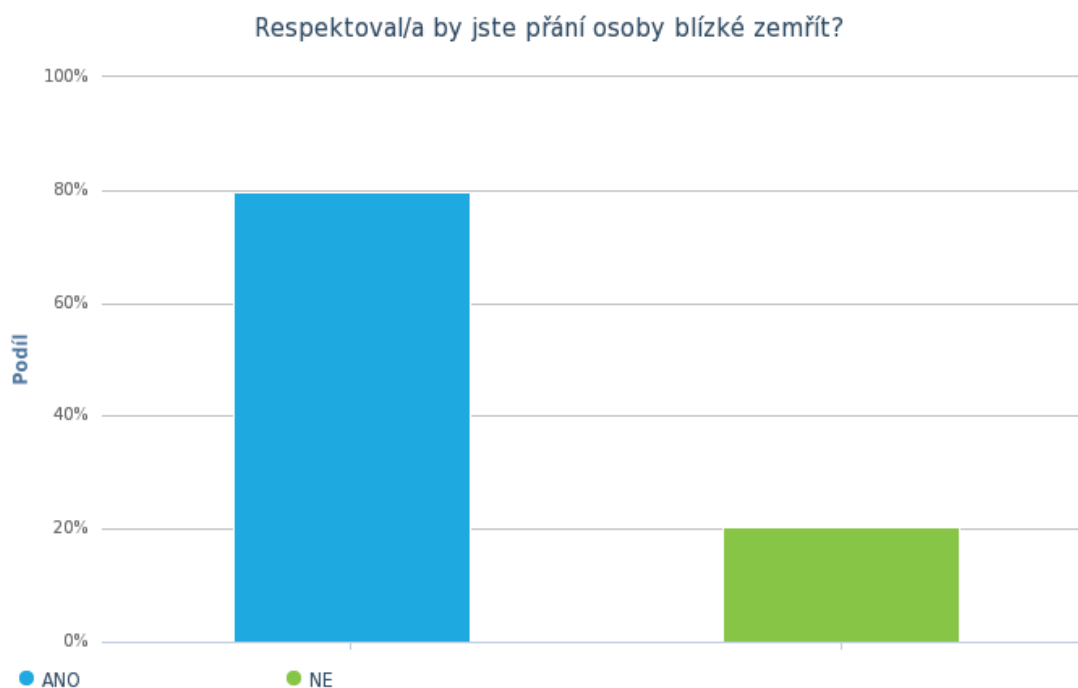
Obávaného zneužití si je vědomo (60,0%) lidí. Respondenti také věřili v kvalitu zákonů a volili NE (6,8%). Ostatní si byli vědomi zneužití a nedokázali odhadnout kvalitu legislativy a proto volili variantu NEVÍM (33,2%).

19. Respektoval/a by jste přání osoby blízké zemřít?

Tabulka č. 19

Možnosti odpovědi	Responzí	Podíl
ANO	82	79,6%
NE	21	20,4%

Graf k tabulce č. 19



Závažnou otázku respondenti uchopili správně. Mnoho z nich muselo přemýšlet, než dospělo k rozhodnutí. Názor, že respektovat rozhodnutí druhých je samozřejmost, i když je to někdy velice těžké zvolilo (79,6%). Respondenti, kteří by rozhodnutí blízké osoby respektovat nedokázali bylo (20,4%).

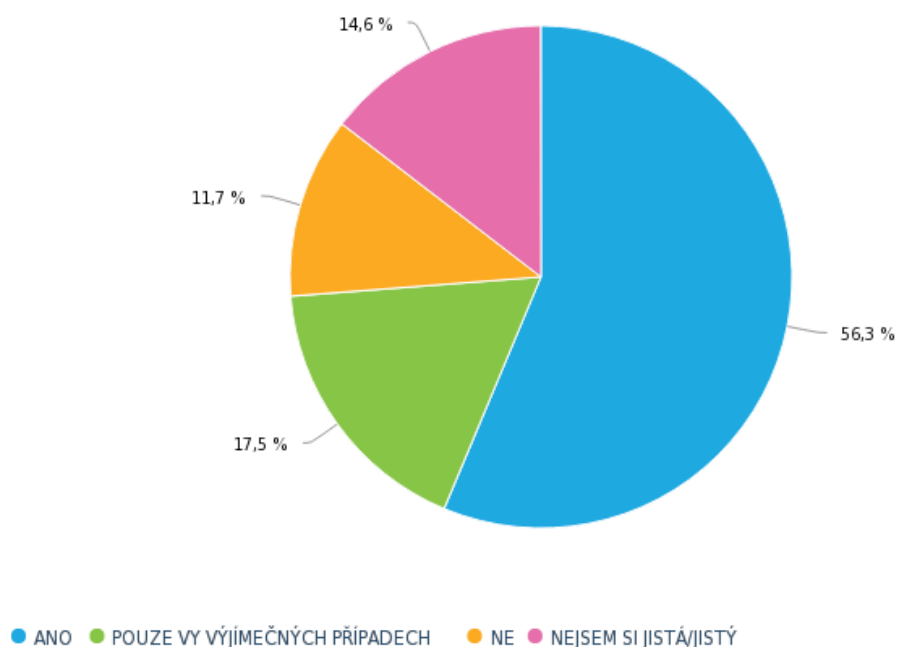
20. Myslíte si, že by mělo být aktivní ukončení života legální v případě nevléčitelného onemocnění? (Za předpokladu zákonné úpravy)

Tabulka č. 20

Možnosti odpovědi	Responzí	Podíl
ANO	58	56,3%
POUZE VE VYJÍMEČNÝCH PŘÍPÁDECH	18	17,5%
NE	12	11,7%
NEJSEM SI JISTÁ/JISTÝ	15	14,6%

Graf k tabulce č. 20

Myslíte si, že by mělo být aktivní ukončení života legální v případě nevléčitelného onemocnění? (Za předpokladu zákonné úpravy.)



Striktní ANO (56,3%), více než polovina dotazovaných. Variantu pouze ve výjmečných případech zvolilo (17,5%). Striktní NE (11,7%). Respondentů, kteří si nebyli jistí legalizací bylo (14,6%).

6.8 Ověření výzkumných cílů

1. Zda ženy dosahují vyšší míry nesouhlasu s eutanazií než muži.

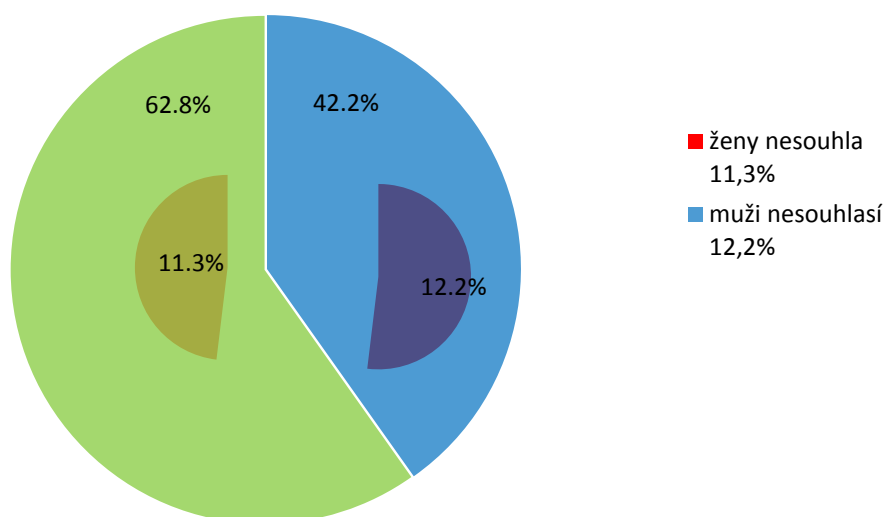
Tabulka č. 21

Nesouhlas s eutanazií	Odpověď NE	Podíl
ŽENY – z celkového počtu 62	7	11,3%
MUŽI – z celkového počtu 41	5	12,2%

Vyhodnocením výsledků z náhodně vybraného vzorku ve výše uvedené tabulce, je zřejmé, že ženy dosahují nepatrně menší míry nesouhlasu než muži.

Graf k tabulce č. 21

Vykazují ženy vyšší míru nesouhlasu s eutanazií než muži?



Shrnutí:

Z tabulky a grafu je patrné, že ženy, z mého vzorku respondentů, mají vyšší míru tolerance k předčasnému ukončení života než muži.

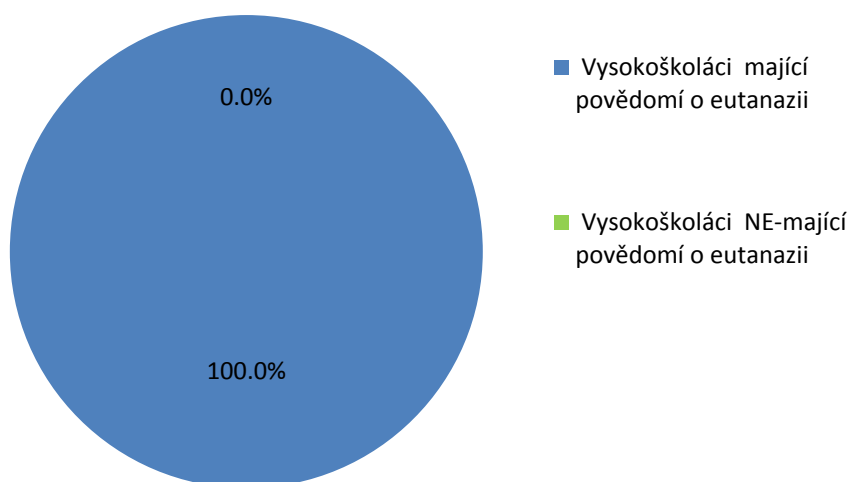
2. Zda vysokoškolsky vzdělaní lidé dosahují vyššího povědomí o eutanazii, než ostatní respondenti?

Tabulka č. 22

Vzdělání VŠ	Počet	Podíl	Bez VŠ vzdělání	Počet	Podíl
ANO	13	100,0%	ANO	80	88,9%
NE	0	0%	NE	20	11,1%
Celkem:	13	100%	Celkem:	90	100%

Grafy k tabulce č. 22

Zda vysokoškolsky vzdělaní respondenti dosahují vyššího povědomí o eutanazii



Shrnutí:

Přesně podle mého předpokladu z výše uvedených dat plyne, že vysokoškolsky vzdělaní respondenti mají stoprocentní přehled o předčasném ukončení života, než lidé s nižším dosaženým vzděláním.

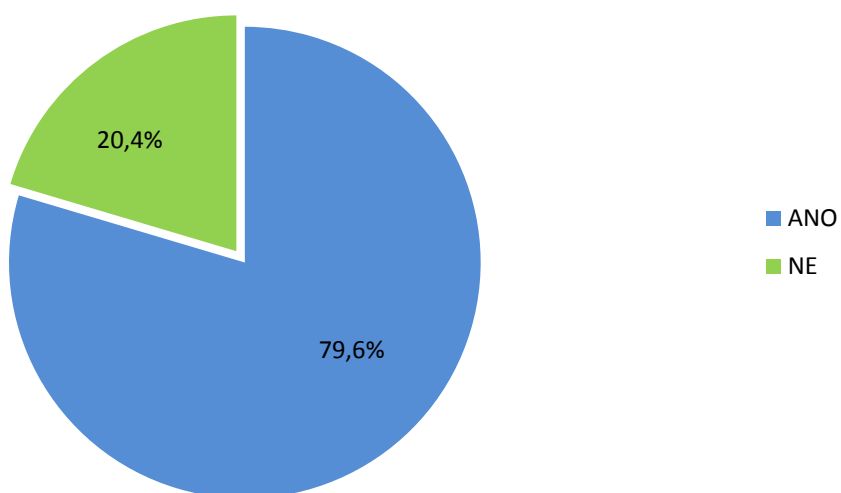
3. Jaký podíl respondentů by dokázal akceptovat volbu pro ukončení života osoby blízké.

Tabulka č. 23

Respektoval/a by jste přání osoby blízké zemřít?	Responzí	Podíl
ANO	82	79,6%
NE	21	20,4%

Graf k tabulce č. 23

Akceptace ukončení života u osoby blízké



Shrnutí:

Z grafu jasně vyplývá, že 79,6% respondentů by dokázalo akceptovat volbu blízkého člověka pro ukončení jeho života.

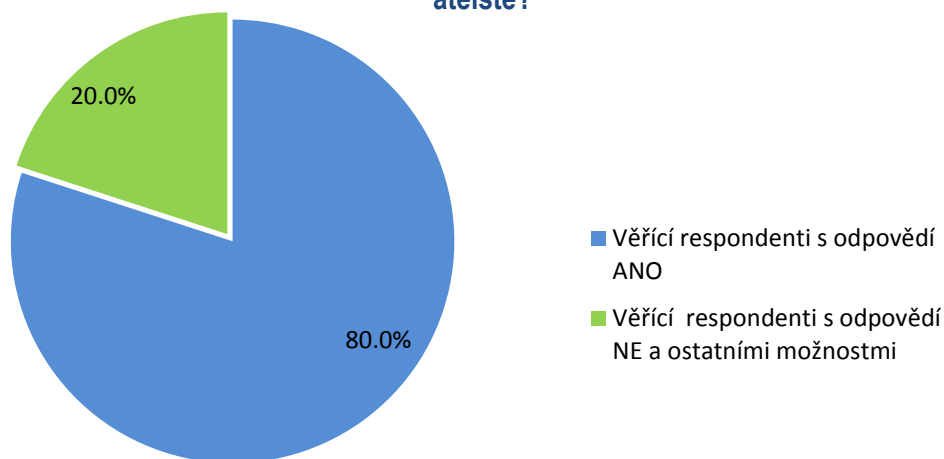
4. Vykazují věřící lidé vyšší míru nesouhlasu s předčasným ukončením života než ateisté? (Vybrala jsem respondenty s odpovědí ryze ANO a dotazované s ostatními možnostmi odpovědí.)

Tabulka č. 24

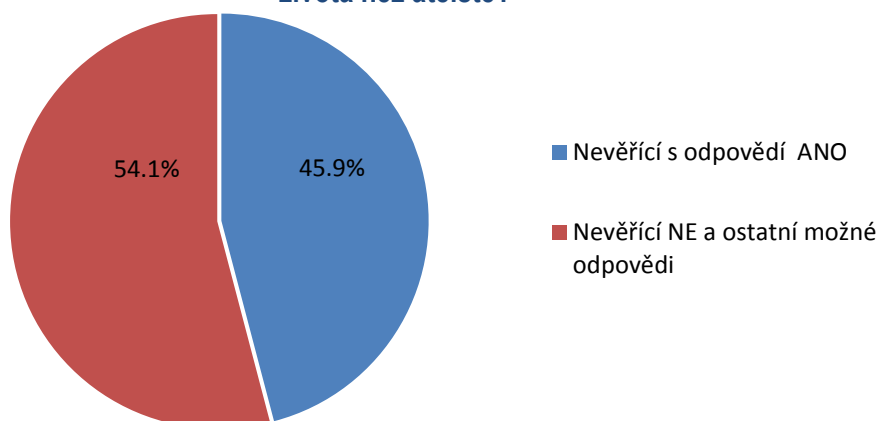
Věřící	Počet	Podíl	Bez vyznání	Počet	Podíl
ANO-eutanazii	4	80,0%	ANO-eutanazii	45	45,9%
NE- eutanazii	1	20,0%	NE- eutanazii	53	54,1%
Celkem:	5	100%	Celkem:	98	100%

Grafy k tabulce č. 24

4a. Vykazují věřící lidé vyšší míru nesouhlasu s ukončením života než ateisté?



4b. Vykazují věřící lidé vyšší míru nesouhlasu s ukončením života než ateisté?



Shrnutí:

Je zřejmé, že věřící lidé nevykazují vyšší míru nesouhlasu. Proti ukončení života bylo z řad věřících pouhých 20% oproti ateistům, kteří tvořili 54,1%.

Závěr

Bylo těžké získat názory respondentů, ale rozhodně tyto rozhovory byli velmi podnětné a inspirující. Výzkum trval zhruba dva týdny. Hovořila jsem s více než sovku lidí, kteří měli odlišné názory. Je zřejmé, že toto téma je aktuální. Respondenti ve většině případů pojem eutanazie znají. Pro ověření jasnosti pojmu byl v dotazníku prostor pro otevřenou odpověď. Ženy vykazují menší míru nesouhlasu s ukončením života ve srovnání s muži. Jaké faktory jejich pohled ovlivňují? Jasně vyplynulo, že vysokoškolsky vzdělaní lidé mají větší přehled o eutanazii. Celkem 90 dotazovaných z celkového počtu 103 se s pojmem eutanazie setkalo. A celkem přesně ho umělo vysvětlit. Méně známý pro odpovídající byl pojem asistovaná sebevražda, kdy pouhých 63 lidí znalo jeho význam. Nejzajímavější otázka pro respondenty byla, zda si myslí, že máme stejné právo na život, jako na smrt. Překvapilo mě velice, že se lidé nezamýšleli nikterak dlouho a okamžitě odpověděli. Kdy v drtivé většině tedy v 87,4% odpověděli ano. Z čehož plyne, že by člověk měl mít právo se o svém životě autonomně rozhodnout, aspoň tedy dle mého výzkumného vzorku. Také přání osoby blízké zemřít by respektovalo 82 dotazovaných. Opět značný počet. Ano, nejspíše nikdo dotazovaných nebyl ve zmíněné situaci, ale pokud racionálně víme, že stav pacienta je nezvratný a prognóza jasná, málo kdo bude „věřit“ v zázrak. Obava ze zneužití je na místě. Lidská bytost zneužívá vše, čemuž může zabránit kvalitní legislativa. Návrh zákona by mělo dělat ministerstvo zdravotnictví s ministerstvem spravedlnosti, jako to dělali ve výše uvedených zemích. Více než polovina dotazovaných byla pro legalizaci usmrcení člověka na jeho vlastní žádost. Zamysleme se. Nepochybuji o tom, že dostane-li se člověk do situace, kdy mu lékař sdělí diagnózu neléčitelného onemocnění, jeho myšlenky nepovedou k ukončení života. Zajisté bude chtít „bojovat“ a svůj boj vyhrát. Vyzkouší veškerou léčbu. Asi nejvíce mě oslovil kanadský dokument výlet za sebevraždou od Johna Zaritskiho, kde se svého života vzdá devětapadesátiletý Craig Ewert. Na konci svého života říká, že by se takto nerozhodl, kdyby měl jinou možnost. Podotýkám, že Craig měl milující rodinu a především manželku, která se o něj s láskou starala. On se však rozhodl život ukončit dřív, než ho ukončí jeho nemoc. Pro ukončení života se jistě nerozhodnout všichni pacienti. Většina využije léčbu. Medicína bohužel neumí vyléčit všechny nemoci. Umí však tlumit bolest a v návaznosti s paliativní péčí na vysoké úrovni, která je dostupná. Bohužel v některých případech je i tato péče nedostačující. Nezbyvá nám než dále diskutovat. Sjednotit pojmy eutanazie v jeden, který bude srozumitelný a užívaný

v odborné literatuře. Zlepšit legislativu týkající se zdravotnictví. A čekat na návrh zákona, aby nemocný, který si je vědom toho, co jeho rozhodnutí znamená, měl možnost zemřít dříve, než ho usmrtí jeho vlastní nemoc.

Seznam použité literatury

- BURDA, František. Člověk ve čtveré dimenzi. [přednáška] *Úvod do teorie charitativní práce*, Hradec Králové 14. 4. 2014.
- CÍSAŘOVÁ, Dagmar a Olga SOVOVÁ. *Trestní právo a zdravotnictví*. 2., upr. a rozš. vyd. Praha: Orac, 2000, 183 s. Studijní texty (Orac). ISBN 80-86199-75-4.
- Česko. Zákon č. 40. ze dne 8. ledna 2009, Trestní zákoník. Sbíрка zákonů ČR [online]. 2015, (částka 37, s. 1257–1289 [cit. 14. 7. 2012]. ISSN 1211-1244). Dostupné z: <http://zakony.centrum.cz>
- Česko. Zákon č. 108 ze dne 14. března 2006, o sociálních službách. Sbíрка zákonů ČR [online]. 2015, (částka 37, s. 1257–1289 [cit. 14. 7. 2012]. ISSN 1211-1244.) Dostupné z: <http://zakony.centrum.cz>
- DEMARCO, Donald a Benjamin WIKER. *Architekti kultury smrti*. Vyd. 1. Praha: Res Claritatis, 2011, 322 s. ISBN 978-80-904143-1-0.
- HALAMOVÁ, Veronika. Etické aspekty konce života. [přednáška] *Bioetika*, Hradec Králové 27. 11. 2014.
- HIRSCH, Arthur. „Professor’s Views on Bioethics Anger Disabled“. Hratford Courant.
- Kodeks karny (1997)
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Jak si navzájem lépe porozumíme: kapitoly z psychologie sociální komunikace*. 1.vyd. Praha: Svoboda, 1988, 235 s. Členská knihovnice (Svoboda).
- KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *Hovory s umírajícími*. 1. vyd. Nové Město nad Metují: Signum unitatis, 1992, 135 s. ISBN 80-85439-04-2.
- LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ. *Vývojová psychologie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2006. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1284-9
- LESCROART, John T. *Právo na smrt*. 1. vyd. v čes. jaz. Praha: BB art, 1999, 444 s. ISBN 80-7257-064-1.
- MATOUŠEK, Oldřich; PAZLAROVÁ, Hana. *Podpora rodiny: manuál pro pomáhající profese*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2014, 171 s. ISBN 978-80-262-0697-2.
- MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2005, 351 s. ISBN 80-7367-002-x.

- MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2003, 287 s. ISBN 80-7178-549-0.
- MUNZAROVÁ, Marta. *Eutanazie, nebo paliativní péče?* Praha: Grada 2005, 108 s., ISBN 80-247-1025-0.
- NEŠPOR; Zdeněk R a Dušan LUŽNÝ. *Sociologie náboženství*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2007, 232 s. ISBN 978-80-7367-251-5.
- PARKES, Colin Murray, Marilyn RELF a Ann COULDRICK. *Poradenství pro smrtelně nemocné a pozůstalé*. 1. vyd. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007, 180 s. Paliativní péče. ISBN 978-80-87029-23-7.
- SINGER, Peter. *Rethinking Life and Death: The Collapse of Our Traditional Ethics*. New York: St. Martin's Press, 1995.
- SKŘIVOVÁ – BOŠKOVÁ Vladimíra. *EUTANÁZIE, nebo „KOMFORT“ PRO PACIENTY?* Praha 2012, 51 s., ISBN 978-80-260-2989-2.
- SLÁMA, Ondřej; KABELKA, Ladislav a VORLÍČEK, Jiří. *Paliativní medicína pro praxi*. 2., nezměn. vyd. Praha: Galén, 2011, 363 s. ISBN 978-80-7262-849-0.
- SLÁMA, Ondřej a PLÁTOVÁ, Ludmila. *Rady pro závěr života*. Vyd. 1. Praha: Diakonie ČCE, 2014, 61 s. Rady pro pečující. ISBN 978-80-87953-03-7.
- SVATOŠOVÁ Marie. *Hospice a umění doprovázet*, Praha 2003, 150 s., ISBN 80-902049-4-5.
- ŠIMEK, Jiří. *Lékařská etika*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2015, 222 stran. ISBN 978-80-247-5306-5.
- ŠTĚPÁNKOVÁ, Naděžda. *Krizová intervence pro praxi*, Praha: Grada 2004, 197 s., ISBN 80-247-0586-9.
- THE, Anne-Mei. *Paliativní péče a komunikace*. 1. vyd. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007, 241 s., ISBN 978-80-87029-24-4.
- VENGLÁŘOVÁ, Martina, Gabriela Mahrová. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada, 2005. ISBN 9788024712628.
- *Úplné znění zákona č. 40/2009 Sb., trestní zákoník*. Vyd. 6. Praha: Armex, 2015. Edice kapesních zákonů. ISBN 978-80-87451-36-6.
- Ústava ČR (Zákon č.1/1993 Sb.)
- VOJTÍŠEK, Zdeněk; DUŠEK, Pavel a MOTL, Jiří. *Spiritualita v pomáhajících profesích*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2012, 231 s. ISBN 978-80-262-0088-8.

- *Výlet za sebevraždou* [dokumentární film]. Scénář a režie John ZARITSKY. Kanada, 2007. (Citační norma ČSN ISO 690:2011 – bibliografická citace)
- Zwoliński, Andrzej, *Samobójstwo*, Krakow: Wydawnictwo WAM 2013, ISBN 978-83-7767-826-9, s. 219 a násl.

Seznam použitých odborných časopisů

- Farná, K., Eutanazie aneb Smrt jako zvaný host, *Magazín právo*, 9/1/2016
- Jahnsová, A., Kuča, R., „Právní aspekty euthanasie“, *Právní rozhledy*, 7/1997

Internetové odkazy

- *Česká televize: Nizozemsko zavedlo rozvor eutanazie až do domu* [online]. 2012,3 (1) [cit. 2016-02-09]. Dostupné z: <http://www.ceskatelevize.cz/ct24/svet/1187791-nizozemsko-zavedlo-rozvoz-eutanazie-az-do-domu>
- *Hradec Králové City: Počet obyvatel Hradec Králové* [online]. 2016 [cit. 2016-02-19]. Dostupné z: <http://www.hkcity.cz/pocet-obyvatel-hradec-kralove/>
- *PRAVO-MEDICINA.SK: EUTANÁZIA – PRÁVO NA SMRTĚ?* [online]. 2009, 8 (30) [cit. 2016-02-23]. Dostupné z: <http://www.pravo-medicina.sk/aktuality/18/eutanazia--pravo-na-smrt>
- *iDNES.cz/Zprávy: Děti v Belgii si rozhodnou o smrti samy. Politici schválili eutanazii*[online]. 2013, 11 (27) [cit. 2016-02-23]. Dostupné z: http://zpravy.idnes.cz/belgie-schvaluje-detskou-eutanazii-d6g-/zahranicni.aspx?c=A131127_150455_zahranicni_tp

Právní předpisy

- Ústavní zákon č. 2/1993 Sb., Listina základních práv a svobod, dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/1993-2>
- Zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník, dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2009-40>
- Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>

Seznam tabulek

- Tabulka č. 1 Pohlaví, s. 32
- Tabulka č. 2 Věkové složení, s 33
- Tabulka č. 3 Vzdělání, s 34
- Tabulka č. 4 Stav, s 35
- Tabulka č. 5 Víra, s. 36
- Tabulka č. 6 Církev, s. 36
- Tabulka č. 7 Mají respondenti děti, s. 37
- Tabulka č. 8 Ovlivnění faktem, že má dotazovaný děti, s, 38
- Tabulka č. 9 Soběstačnost, s. 39
- Tabulka č. 10 přípustnost ukončit život za určitých okolností, s. 40
- Tabulka č. 11 Vědí respondenti co je eutanazie, s. 41
- Tabulka č. 12 Význam pojmu eutanazie, s. 42
- Tabulka č. 13 Zda respondenti znají asistovanou sebevraždu, s. 43
- Tabulka č. 14 Význam pojmu asistovaná sebevražda, s 45
- Tabulka č. 15 Forma ukončení života, s. 46
- Tabulka č. 16 Stejně právo na život jako na smrt, s. 47
- Tabulka č. 17 Osoba trpící nevléčitelným onemocněním, s. 48
- Tabulka č. 18 Zneužití ukončení života, s. 49
- Tabulka č. 19 Respektování přání osoby blízké zemřít, s. 50
- Tabulka č. 20 Legálnost aktivního ukončení života, s. 51
- Tabulka č. 21 Vyšší míra žen nesouhlasu s eutanazií, s. 52
- Tabulka č. 22 Vyšší povědomí o eutanazii u vysokoškoláků, s. 53
- Tabulka č. 23 Akceptování volby, s 54
- Tabulka č. 24 Vyšší míra nesouhlasu, s. 55

Seznam grafů

- Graf k tabulce č. 1 Pohlaví, s. 32
- Graf k tabulce č. 2 Věkové složení, s. 33
- Graf k tabulce č. 3 Vzdělání, s. 34
- Graf k tabulce č. 4 Stav, s. 35
- Graf k tabulce č. 5 Víra, s. 36
- Graf k tabulce č. 6 Církev, s. 36
- Graf k tabulce č. 7 Mají respondenti děti, s. 37
- Graf k tabulce č. 8 Ovlivnění faktem, že má dotazovaný děti, s. 38
- Graf k tabulce č. 9 Soběstačnost, s. 39
- Graf k tabulce č. 10 přípustnost ukončit život za určitých okolností, s. 40
- Graf k tabulce č. 11 Vědí respondenti co je eutanazie, s. 41
- Graf k tabulce č. 12 Význam pojmu eutanazie, s. 42
- Graf k tabulce č. 13 Zda respondenti znají asistovanou sebevraždu, s. 43
- Graf k tabulce č. 14 Význam pojmu asistovaná sebevražda, s. 45
- Graf k tabulce č. 15 Forma ukončení života, s. 46
- Graf k tabulce č. 16 Stejně právo na život jako na smrt, s. 47
- Graf k tabulce č. 17 Osoba trpící nevyléčitelným onemocněním, s. 48
- Graf k tabulce č. 18 Zneužití ukončení života, s. 49
- Graf k tabulce č. 19 Respektování přání osoby blízké zemřít, s. 50
- Graf k tabulce č. 20 Legálnost aktivního ukončení života, s. 51
- Graf k tabulce č. 21 Vyšší míra žen nesouhlasu s eutanazií, s. 52
- Graf k tabulce č. 22 Vyšší povědomí o eutanazii u vysokoškoláků, s. 53
- Graf k tabulce č. 23 Akceptování volby, s. 54
- Grafy k tabulce č. 24 Vyšší míra nesouhlasu, s. 55

Seznam příloha

Příloha A: Dotazník

Příloha A

1. Pohlaví
 - Žena
 - Muž

2. Kolik je Vám let?
 - 15 - 26
 - 27 - 50
 - 51 - 63
 - 63+

3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
 - Základní škola
 - Učiliště
 - Střední škola
 - Vyšší odborná škola
 - Vysoká škola

4. Jaký je Váš stav?
 - Svobodná/Svobodný
 - Vdaná/Ženatý
 - Rozvedená/Rozvedený
 - Vdova/Vdovec

5. Jste věřící?
 - ANO
 - NE

6. Jaké je Vaše vyznání (církve)?

--

7. Jakou podobu (formu) má praktikování vaší víry? (navštěvuji kostel, modlím se doma, víru neproktikuji, ...)

8. Má Vaše víra vliv na ukončení života? Jak konkrétně Vaše víra ovlivňuje tuto otázku?

9. Máte děti?

- ANO
- NE

10. Ovlivňoval by Vás fakt, že máte děti v rozhodování o ukončení vlastního života?

- ANO
- SPÍŠE ANO
- NE
- SPÍŠE NE
- NEVÍM

11. Jste soběstační ve smyslu fyzické nezávislosti na druhých?

- ANO
- NE

12. Myslíte si, že je přípustné, za určitých okolností, jako je nevléčitelné onemocnění, ukončit život člověka?

- ANO
- SPÍŠE ANO
- NE
- SPÍŠE NE

13. Slyšeli jste o eutanazii?

- ANO
- NE

14. Co pojem eutanazie znamená?

15. Setkali jste se s pojmem asistovaná sebevražda?

- ANO
- NE

16. Co znamená asistovaná sebevražda?

17. Jakou formu by aktivní ukončení života mělo mít?

- EUTANAZII – USMRCENÍ LÉKAŘEM
- ASISTOVANOU SEBEVRAŽDU – USMRCENÍ RUKOU PACIENTA

18. Myslíte si, že má člověk stejné právo na život, jako na smrt?

- ANO
- NE

19. Myslíte si, že by aktivní ukončení života mohlo být zneužitelné?

- ANO
- NE
- NEVÍM

20. Respektoval/a byste přání osoby blízké zemřít?

- ANO
- NE

21. Myslíte si, že by mělo být aktivní ukončení života legální v případě nevléčitelného onemocnění? (Za předpokladu zákonné úpravy)

- ANO
- POUZE VE VÝJMEČNÝCH PŘÍPADECH
- NE
- NEJSEM SI JISTÁ/JISTÝ