

**UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI**

**PEDAGOGICKÁ FAKULTA**

Katedra psychologie a patopsychologie

**Diplomová práce**

Bc. Lucie Zajícová

Postoj k eutanazii u budoucích učitelů

## **PROHLÁŠENÍ**

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma Postoj k eutanazii u budoucích učitelů vypracovala samostatně a použila jsem jen takové prameny, které cituji a uvádím.

Diplomová práce je školním dílem a může být použita ke komerčním účelům jen se souhlasem vedoucího diplomové práce a děkana Univerzity Palackého v Olomouci.

dne.....

podpis studenta.....

## **PODĚKOVÁNÍ**

Touto cestou bych velmi ráda poděkovala vedoucí mé diplomové práce paní Doc. PhDr. Ireně Plevové, Ph.D. za podnětné rady, vstřícnost, ochotu a odborné vedení při vypracování diplomové práce.

Mé poděkování patří i ochotným respondentům, díky kterým jsem mohla vypracovat praktickou část mé práce.

# OBSAH

Úvod .....	6
1 Eutanazie .....	8
1.1 Vývoj a význam slova eutanazie.....	8
1.2 Světová lékařská asociace (World Medical Association = WMA) .....	10
1.3 Vymezení základních pojmů .....	11
1.4 Důvody žádosti o eutanazii.....	13
1.5 Hrozba zneužití eutanazie.....	15
1.6 Argumenty pro eutanazii .....	18
1.7 Argumenty proti eutanazii .....	19
2 Legalizace eutanazie a právní otázka léčby pacienta .....	22
2.1 Právní otázka a odpovědnost lékaře.....	22
2.2 Možnosti pacienta .....	23
2.3 Vývoj eutanazie a situace ve světě a v České republice .....	26
2.4 Podmínky a způsoby provedení eutanazie.....	31
3 Smrt .....	33
3.1 Vymezení pojmu smrt.....	33
3.1.1 Druhy smrti .....	34
3.1.2 Co následuje po smrti?.....	35
3.1.3 Poslední odpočinek .....	36
3.2 Konfrontační techniky se smrtí.....	36
3.3 Umírání .....	39
3.3.1 Fáze umírajícího.....	41
3.3.2 Péče a potřeby umírajícího.....	42
3.3.3 Závěť .....	43
3.4 Interdisciplinární přístup ke smrti a umírání.....	44

3.4.1	Thanatologie.....	44
3.4.2	Thanatopsychologie .....	44
3.4.3	Thanatosociologie .....	45
3.4.4	Thanatohistorie.....	45
4	Paliativní péče .....	47
4.1	Vymezení pojmu a principy paliativní péče .....	47
4.2	Členění paliativní péče.....	48
4.3	Charta práv umírajících .....	53
5	Výzkum .....	56
5.1	Cíl výzkumu.....	56
5.2	Zvolená metoda.....	56
5.3	Zpracování a vyhodnocení.....	57
6	Diskuze.....	63
	Závěr .....	66
	Seznam pramenů a literatury .....	67
	Seznam zkratk .....	71
	Seznam tabulek.....	72
	Seznam grafů .....	73
	Seznam příloh .....	74

## ÚVOD

Samozřejmostí každého lidského života je smrt. Člověk se jí nevyhne, i když diskutím na toto ne příliš příjemné téma se snaží během svého bytí vyhýbat obloukem. Současná moderní medicína se snaží život prodlužovat. Ale stojí o delší život každý z nás? Lze předpokládat, že zdravý jedinec by odpověděl kladně.

Pojďme se ale zamyslet. Jak by zněla odpověď smrtelně nemocného člověka? Dokážeme se vcítit do takové obtížné situace? Dokážeme se vžít do pocíťování každodenních nesnesitelných bolestí, vytyčeného konce života a pocíťování pro své blízké? Tyto okolnosti a indicie mohou měnit kladnou odpověď v pravý opak. Z mého pohledu bychom se nemohli ani divit, i když dnešní paliativní péče se snaží poslední fázi života ulehčovat a zpříjemňovat, ne vždy je to dostačující.

Podívejme se na případy, kdy je člověk dlouhodobě udržován přístroji a o skutečném životě neví. Je to smysluplné? Odpovědi rozporuplné, stejně jako celá otázka eutanazie, kterou si v práci přiblížíme. Seznámíme se s vývojem eutanazie, s formy eutanazie, s možnými riziky či zneužitím eutanazie, s právním hlediskem, s argumentací, s důvody podání žádosti o vykonání aktu a možným postupem. *„Existence eutanazie nám byla vždy samozřejmě patrná. To, že se o ní nemluvílo, neznámá, že jsme si jí nebyli vědomi, pouze jsme o ní nechtěli veřejně diskutovat“* (Peck, 2001, s. 9). Mnozí odborníci či laici se snaží nacházet podněty o vyvolání diskuzí na toto téma a současná debata na téma „milosrdná smrt“ získává více a více na popularitě. „Rychlá smrt“ má své zatáaté odpůrce i zastánce. Znamená zvolení eutanazie selhání člověka či společnosti? Proč si to někteří můžou myslet?

Sama přemýšlím, na kterou stranu se přiklonit. I když odpověď je jednoslovná, zároveň nese velkou obtížnost a závaznost. Její vyřčení bez poznání problematiky je neadekvátní. Proto bych tuto složitou situaci poznala lépe, což mě vedlo ke zvolení si právě tohoto tématu k diplomové práci.

Dále obsahem práce je přiblížení se smrti, nahlédneme na možné konfrontace se smrtí, na fázi umírání a potřeb umírajících. Zaměříme se i na otázku paliativní péče, její formy, její výhody či nevýhody a možné mýty, které kolují mezi veřejností.

Cílem práce v praktické části je získání aktuálních názorů na eutanazii u studentů vysokých škol - budoucích učitelů. V závěrečné části budou použity i informace získané

z výzkumu z roku 2008, který se konal ve 47 zemích a který přinesl odpověď na míru přijatelnosti eutanazie pro jednotlivé země.

# 1 EUTANAZIE

Slovo eutanazie nese velmi složitý, často až problematický proces, díky kterému se naskýtá celá řada otázek a zároveň rozporuplných odpovědí. Víme všichni, co pojem eutanazie znamená a co obnáší? Často slýcháme z masmédií různá stanoviska a úlomky pravdy, které nás nechávají stále více na pochybách, na kterou stranu se přiklonit. Ve mně se stále více uskutečňuje transformace především k otázce, kdy a za jakých podmínek může být u nás eutanazie možná. Věřím, že nejen tato otázka tkví v mnoha lidech nejen v naší republice, nýbrž i v dalších státech. Cesta ke společné dohodě se neuskuteční bez objasnění si základních faktů a termínů s touto problematikou spojených, a člověku nejasně a do hloubky podávaných. Proto si uvedeme terminologii, pojmy a argumentace s ní spojené.

## 1.1 Vývoj a význam slova eutanazie

Pojem eutanazie má původ v řeckých slovech *eu* – eu a *θάνατος* – thanatos. Eu se dá přeložit jako dobrá a thanatos jako smrt, doslovně tedy dobrá smrt [1]. Užitím slov podobných můžeme eutanazii označit jako smrt, která přijde rychle, bezbolestně či ve spánku a je lehká. Postoje k lehké či dobré smrti se samozřejmě již od počátku rozcházejí a stále rozcházejí. *„Důležité však je, že představa o tom, která smrt je dobrá, vycházela z toho, co bylo pokládáno za dobrý život. Eu-thanasia, dobrá smrt, vždy nějak odpovídala představám o tom, co znamená dobře žít, eu-zein“* (Špinková a Špinko, 2006, s. 4).

Nyní se seznámíme s chápáním eutanazie od antiky po současnost (Špinková a Špinko, 2006). V antice dobrá smrt představuje více možností. Především je to rychlá smrt bez útrap či při příležitosti slasti. Smrt zapříčiněná při obraně své vlasti či svých příbuzných rukou nepřítele – tedy smrt hrdinská, vidíme kvalitu člověka. Dobrá smrt však nemusí být představována jen honosným hrdinstvím, ale důležité je, aby člověk během svého života přišel k vnitřnímu vyrovnání a moudrosti.

V tomto období se nespojuje dobrá smrt s oborem lékařství, ani samotným lékařem. On ji nedokáže ovlivnit. Dobrá smrt se odvíjí přímo od člověka samotného, který je způsobilý se během života na smrt připravit. To však nevylučuje možnost, že lékař se může na eutanazii podílet, jako asistent člověka.

Středověk ještě nechápe eutanazii v pojetí, které je známo pro dnešní dobu. Částečně je ovlivněno křesťanstvím. Smrt je *„chápána jako velká šance a příležitost“* (Špinková a



Špinka, 2006, s. 6). Příležitostí se myslí, že smrt a její průběh včetně utrpení, přibližuje poznání stvoření dějin – Ježíšovo utrpení. Člověk má sám vyzkoušet, jaké to je – jakýsi posvátný rituál. Podle středověkých tradic se člověk má na smrt připravovat celý život, jelikož je to jakési rozmezí mezi jednou fází – životem a druhou fází - posmrtným životem. Smrt je vyvrcholením života a přináší přechod do druhé etapy.

Novověk přináší chápání eutanazie přibližující se dnešnímu významu. Otázkou eutanazie se zabývají dvě osobnosti, Thomas Moor a Francis Bacon. Zkoumají, jak může být ovlivněna smrt medicinou. Bacon zastává teorii, že smrt má být nebolestná a je pro podávání zklidňujících prostředků „cestou ke smrti“, když je moderní medicína nabízí. Člověk by neměl trpět, je tedy rozdílného názoru, který byl prezentován středověkem. Ovšem musíme zdůraznit, že se od dnešního pojetí liší v tom, že se nejedná o uspíšení smrti, nýbrž o zmírnění bolesti, které jsou průvodcem smrti. Novověk tedy oponuje středověku a hlásá, že utrpení a bolest jsou zbytečné, a staví se proti rituálům spojeným se smrtí Ježíše.

*„Důležitý vliv na novověké pojetí euthanasie i na současnou diskusi mělo nepochybně osvícenství a jeho zdůraznění konceptu autonomie člověka. Neměli bychom však také zapomínat na velmi důležitou roli sociálního darwinismu, který navázal na starší novověké utopické tradice. Tento sociální darwinismus byl například v úvahách o rasové hygieně nesmírně vlivný již v druhé polovině devatenáctého století a stál také u zrodu děsivých extrémních podob euthanasie, které známe z nacistického Německa“ (Špinková a Špinka, 2006, s. 7).*

V dnešní době se význam slova eutanazie rapidně zúžil, přesto pojmem eutanazie označujeme celou řadu situací. A však jedno zůstává stejné jako v antice – vztah mezi „dobrým životem“ a „dobrou smrtí“ je velmi důležitý. Vztah k eutanazii se odvíjí v každém člověku jinak, záleží na samotném pojetí života, smrti a porozumění. Co pro každého jednoho z nás znamená dobrý život či dobrá smrt?

Jak je chápána eutanazie dnes? Jedná se především o lékařskou činnost, která má za následek uspíšení smrti druhého člověka. Důležité je rozlišovat eutanazii a zabití. Nepřehlédnutelnost se skrývá v malé předponě „eu“, která nám jednoznačně říká, že na rozdíl od zabití nese eutanazie dobrý čin. Toto jednání můžeme nyní chápat jako smrt z milosti.

Současné chápání eutanazie je ovlivněno několika moderními vlnami. Hlavní vlny jsou:

- „novověké přesvědčení, že utrpení nemá smysl a že je možné ho eliminovat,
- rostoucí role medicíny, která si nejen osvojuje stále účinnější prostředky, ale také přebírá některé role, které jí dříve nebyly vlastní, a soustřeďuje ve svých rukou ohromnou moc,

- *osvícenecké přesvědčení o klíčové roli sebeurčení a autonomie člověka,*
- *více či méně skryté představy o blahodárných schopnostech sociálního inženýrství a optimalizace jak jednotlivého lidského života, tak také života celého státu, ba i celého lidstva“ (Špinková a Špinko, 2006, s. 8).*

Bývalý papež Jan Pavel II. označuje eutanazii „*za symptom kultury smrti. Poukazuje na to, že se člověk činí pánem nad životem a smrtí, když smrt způsobuje předčasně a sám sobě nebo jiným tak šetrným způsobem ukončuje život – způsobuje sladký konec“* (Virt, 2000, s. 25).

## **1.2 Světová lékařská asociace (World Medical Association = WMA)**

Světová lékařská asociace definuje eutanazii jako „*vědomé a úmyslné provedení činu s jasným záměrem ukončit život jiného člověka za následujících podmínek: subjektem je kompetentní informovaná osoba s nevléčitelnou chorobou, která dobrovolně požádala, aby její život byl ukončen; jednající ví o stavu této osoby a o jejím přání zemřít a páchá tento skutek s prvořadým úmyslem ukončit život této osoby; a skutek je proveden se soucitem a bez osobního zisku“* (Munzarová, 2008, s. 19).

WMA je organizace, jejíž náplní je dohled na etiku lékařského povolání. Vystupuje proti eutanazii a vyzývá i lékaře, aby byli stejného názoru. Hlásá, že lékař nemůže přece zabíjet, díky etickým závazkům.

Světová lékařská asociace stanovila zásadní body, v kterých by se případně eutanazie mohla aplikovat (Munzarová, 2008):

- **Úmysl zabít**  
Asociace rozlišuje dvojí úmyslné zabití. Jako příklad uvádí řidiče, který v prvním případě si umane, že srazí chodce a udělá tak úmyslně. V druhém případě vystupuje takový řidič, který vlivem špatných podmínek také srazí chodce, ale neúmyslně. I když jsou oba chodci bohužel mrtví, druhý řidič by měl být nevinný. Stejně tak na tom je lékař. Ten, který přistoupí k eutanazii, i když ho sám pacient požádá, jde do aktu s úmyslem, což asociace odmítá. Ale lékař, který nepřistoupí k eutanazii a nepředepíše nevléčitelně nemocnému pacientovi další léčbu a léčebné postupy, jedná neúmyslně a nejedná se o

úmýslné zabití. Nemocnému „jen“ neprotahuje bolestné útrapy a následky nemoci, ten umře v důsledku své nemoci. Zřejmě rychleji než kdyby mu nebyla léčba pozastavena, ale ne rukou lékaře.

- Zabití

Samozřejmostí je, že zabití je závažný, trestný a odsouzeníhodný čin ve společnosti. Jelikož WMA není zastáncem eutanazie a považuje ji za zabití, nabádá lidi, aby si zvolili jen takové lékaře pro svou léčbu, u kterých si jsou jisti, že eutanazii – tedy zabití nezvolí jako vhodnou možnost pro jejich případné nevyléčitelné onemocnění.

- Žádost nemocného

Příznivci eutanazie se obhajují tím, že každý má právo rozhodnout o svém životě. Otázkou však zůstává, do jaké míry je toho člověk v těžkých a ovlivňujících podmínkách racionálně schopen. Jaké těžké a ovlivňující podmínky jsou myšleny? V důsledku smrtelného onemocnění je člověk často psychicky skleslý, cítí se opuštěně, nenachází smysl života, připadá si velkou zátěží pro své blízké. Může proto vidět jedině východisko ve zvolení eutanazie.

### 1.3 Vymezení základních pojmů

Přesto, že se dnešní pojetí eutanazie oproti původnímu velmi ztenčilo, stále se vyskytuje mnoho typů a forem eutanazie, které je zapotřebí si objasnit.

#### **Aktivní eutanazie a pasivní eutanazie**

Rozlišení mezi aktivní a pasivní eutanazií závisí na rozlišení mezi jednáním a zanecháním jednání.

Aktivní eutanazie (aktive voluntary euthanasia = AVE) má za úkol co nejdříve přivolat smrt danému nemocnému člověku a je označována jako smrt z milosti, vystihuje tedy nejvíce dnešní chápání pojmu eutanazie. Lékař vykonává akt trpícímu člověku na jeho vlastní žádost. Tato forma uspíšení smrti je často označována jako strategie přeplněné stříkačky, jelikož aktivním činitelem je lékař, díky kterému se označuje jako aktivní (Haškovcová, 2007).

Opakem se rozumí pasivní eutanazie, často označována jako strategie odkloněné stříkačky. Je spojena s přerušением nebo odepřením léčby, která by nemocného jen zatěžovala. Pacienti jsou napojeni na přístroje, které plní jejich životní funkce, jelikož nejsou schopni

samostatného života. Toto „pasivní“ jednání či nejednání lékaře udržuje člověka jaksi stále při životě, a nemusí vést přímo k uspíšení smrti pacienta. Přístroje plnící životní funkce je však možné nebo dokonce nutné jednoho dne přerušit. Pokyny, které uvádějí časové odpojení přístrojů, jsou předepsány (Haškovcová, 2007; Ulrichová, 2009; Virt, 2000).

### **Nevyžádaná eutanazie**

Tento typ eutanazie spadá pod aktivní eutanazii. Lze ji definovat jako takovou, kdy pacient není schopen o uspíšení smrti požádat požadovaným způsobem. Lze se však domnívat, že kdyby mohl, tak by o ni požádal a souhlasil by s ní (Pollard, 1996).

### **Přímá eutanazie a nepřímá eutanazie**

Rozlišit přímou a nepřímou eutanazii není vůbec jednoduché, jako celá diskuze na obsáhlé téma eutanazie. První varianta směřuje primárně tak, aby hlavním cílem bylo uspíšení smrti pacienta.

Kdežto nepřímá eutanazie navození rychlé smrti staví jako vedlejší úkol a možný důsledek jednání. Hlavním cílem je oprostění, zmírnění a tlumení bolestí a utrpení nemocného za pomoci tisíců léků a jiného (Špinková a Špinko, 2006).

### **Dobrovolná eutanazie a nedobrovolná eutanazie**

Dobrovolná nebo nedobrovolná eutanazie se týká pohledu od pacienta či příbuzného. Co se týká rozlišení těchto dvou variant, může se zdát, že se jedná o jasné rozdělení. Z hlediska etiky dochází však k nejasnostem a často kladeným otázkám. Chtěl/a ji? Zažádal/a by o ni? Stále by na ni trval/a?

Dobrovolná eutanazie představuje samotné zažádání pacienta, který je o ní přesvědčený a je schopen o ni zažádat.

Opakem k samostatnému zažádání však stojí nedobrovolná eutanazie, jež je taky více diskutovaná. Není možné předložit, zda by dotyčný k uspíšení smrti přistoupil, zda by o ni stál či nikoliv. Toto rozhodnutí se odvíjí od přístupu rodiny, příbuzných nebo lékaře. V silách pacienta není možné z jakéhokoliv důvodu rozhodnout. Lékař si musí být natolik jistý, že nemocný je na tom tak špatně, aby u něj mohlo být svoleno a rozhodnuto k eutanazii (Špinková a Špinko, 2006).

## **Prenatální eutanazie**

Pod pojmem prenatální eutanazie se rozumí interrupce ze sociální příčiny. Lékaři nejsou o ní přesvědčeni a nepreferují ji, jelikož si nenarozený jedinec o ni sám nemůže požádat, přirozeně to není v jeho silách. Rozhodnutí je tedy na matce a to odepírá dítěti právo na život, které přísluší každému člověku. Odborníci interrupci nezastávají i z následujících důvodů – jedinec netrpí bolestmi ani žádnou nemocí, to znamená, že se nejedná o smrt z milosti. Ale vyzdvihují, že se používá pojem prenatální eutanazie v souvislosti s interrupcí, jelikož si slibují, že ne příliš příjemný pojem eutanazie může nastávající rodičky obměkčit v rozhodování (Haškovcová, 2007).

## **Sociální eutanazie**

Sociální eutanazie souvisí s ekonomickými zdroji, geografickou polohou a úrovní vzdělanosti. Tyto faktory ovlivňují nabízenou léčbu pacientovi. Bohužel ne vždy a všude je nemocnému poskytnuto takové řešení, které by v dnešní době mohlo. Musíme přiznat, že ekonomické hledisko je často podhodnoceno a špičkovou péčí, kterou by si zasloužil nemocný, zbrzdňuje (Ulrichová, 2009).

## **Asistovaná sebevražda**

Asistovaná sebevražda (physician assisted suicide = PAS) je blízkou formou aktivní eutanazie, u které již víme, že ji provádí lékař na žádost pacienta. U této zvláštní formy eutanazie realizuje přímý odchod ze světa sám pacient. Trpí nevléčitelnou chorobou, svírá se nesnesitelnými bolestmi a žádá o rychlou smrt. Po domluvě se svým lékařem, který mu vysvětlí postup – návod k vysvobození - a poskytne smrtící lék, vykonaná tento akt sám. Lékař je v tomto případě jakýmsi asistentem (Haškovcová, 2007).

## **1.4 Důvody žádosti o eutanazii**

Dovede se zdravý člověk vcítit do člověka smrtelně nemocného? Chápe jeho pocity, rozpoložení a možná rozhodnutí? Někdo odpoví ano, někdo ne. Myslíme si, že i když jedinec může tvrdit, že ví, co nemocný zažívá, nemusí tomu tak být. Podle nás si člověk musí projít stejnou nebo podobnou zkušeností, aby to pochopil se vším všudy. Tato podkapitola má zdravého člověka přiblížit k tomu, proč smrtelně nemocný může žádat milosrdnou smrt. Jaké

důvody a příčiny ho k tomu vedou? Čeho všeho se může smrtelně nemocný bát (Špinková a Špinko, 2006)?

- Strach z bezmoci

Bezmoc – slovo, při němž nám běhá mráz po zádech. Nejhorší je, když člověk něco chce změnit, ale nedokáže – není to již v jeho silách. Nemocný nedokáže ovládat svůj život, nedokáže ho směřovat, nedokáže ho řídit. Má před sebou jedinou vidinu – smrt. Je bezmocný s tím něco dělat, i když může sebevíce chtít. Proto se může chtít uchýlit k jisté formě osvobození – eutanazii.

- Strach z bolesti

Bolest – všichni ten pocit známe a každý si jistou formou bolesti již prošel. Pocit nepříjemný a nežádoucí. Tento bod se nejvíce spojuje s vykonáváním eutanazie. Hájí se tím, že člověk trpí bezmeznou bolestí a smrt z milosti je pro něj vysvobození. Vystupuje taky možnost, že se dají používat tisíce přípravky dnešní moderní medicíny, ale ty však nemusí dostatečně působit. Nastává otázka. V dnešní době stále neexistuje stoprocentní medikament, který by odstranil bolesti? Jsou správně poskytnuty zdravotnické postupy, aby se těžce nemocný nemusel uchýlovat k eutanazii?

- Strach ze ztráty důstojnosti

Co znamená lidská důstojnost? Jak ji lze ztratit? „*Pokud o ní vážně uvažujeme, vidíme, že vychází z naší podstaty, z toho, že jsme samostatnými, jedinečnými bytostmi. Přirozeně jimi chceme zůstat až do konce svého života. Tuto důstojnost, bytostnou důstojnost člověka, však sotva lze snadno ztratit tím, že jsme trvale odkázáni na invalidní vozík nebo nemocí upoutáni na lůžko, že nás souží bolest, že vypadáme nevzhledně, že nejsme schopni plně kontrolovat své fyziologické funkce či že nemůžeme dělat vše, co jsme byli zvyklí dělat dřív. Důstojnost nemůžeme ani vyvozovat z toho, že o sobě dokážeme rozhodovat. Důstojnost člověka je naopak výzvou k tomu, abychom ji střežili a zachovali i tehdy, kdy člověk zestárne, zeslábne, trpí a potřebuje zřetelně pomoci*“ (Špinková a Špinko, 2006, s. 27).

- Strach z přítěže pro své blízké

Možná je to dnešní dobou, neustálým spěchem a shonem. Nemocný člověk se bojí, že bude další nevyhledávanou zátěží pro zdravého jedince v rychle jdoucím světě. Musíme přiznat, že z rozhovorů, které zaslechneme na ulici,

v dopravním prostředku či při obědě v restauraci, je patrné, že starání se o nemocného člověka je často pro zdravého jedince velkým závazkem a zátěží. Proto se mnoho z nich rozhodne pro hospicovou péči. I když by si měl uvědomit, že pro nemocného toto rozhodnutí je skličující a upadající. Ten by si přál poslední týdny či měsíce strávit s nejbližšími a zároveň mít pocit „nepřekážení“. Není se čemu divit, že pacient se bojí reakce své rodiny a může volit rychlou smrt.

- Strach ze strachu

Život člověka se skládá z jistých hodnot. Těm kladným, jako je krása, láska a narození, necháváme otevřená vrátka. Pro nás nepříjemné události dál pouštět nechceme – umírání, smrt, smutek. Máme z nich strach. Strach proto, že je nedokážeme a nedovolíme si poznat. Bojíme se mluvit s nemocným člověkem, nevíme, jak s ním nejlépe navodit konverzaci, jak o něj pečovat a učinit ho šťastným a spokojeným i v jeho poslední fázi života.

## 1.5 Hrozba zneužití eutanazie

Asi největší obavou k tématu eutanazie je hrozba z jejího zneužití. Naskytá se nespočetně otázek. Kdo má právo určit, že pacientovi může být povolena eutanazie? Rozhodne dotyčný správně? Ekonomicky se může zdát, že eutanazie vychází pro nemocnici, pojišťovnu a podobné zařízení levněji a výhodněji. Bude tedy případně lékař rozhodovat podle svého nejlepšího svědomí? Nalézt správnou odpověď může být zapeklitě složité a nejednoznačné. Vykonání eutanazie je akt, který se nedá vrátit. Rozhodnutí pro ni, ať už samotným pacientem, lékařem nebo rodinou, musí být stoprocentní a jisté. Lze předpokládat, že obavy stále ale budou. Výrazné příklady, které vedou k obavám z možnosti zneužití a které si nyní v této podkapitole přiblížíme, sepsala profesorka Haškovcová (Haškovcová, 2007).

### Holandský kluzký svah

I když je v Holandsku eutanazie povolena, samotní lékaři nevyjadřují jednotný názor. Je zapotřebí brát velký ohled a promýšlet možné důsledky vykonání tohoto aktu, neboť vlastně lékař má velkou moc nad svým pacientem. Pečlivě se musí u každého jednoho případu sledovat, zda nemůže dojít ke zneužití.

Dříve provádění eutanazie zahrnovalo složitou cestu, na rozdíl od současnosti. Po vykonání aktivní eutanazie musí lékař tuto skutečnost oznámit příslušnému úřadu. V dřívější době bylo poté zahájeno trestní stíhání a vyšetřování. V případě nepochybení lékaře se stíhání ukončilo a lékař byl označen jako beztrestný. Zjednodušení přinesla novelizace zákona z roku 2001 a tím se v dnešní době dostáváme k pojmu kluzký svah (slippery slope). Jedná se o neklidný a nejasný přístup lidí k vykonávání eutanazií v Holandsku. Po přijetí novelizace zákona, která měla „jen“ zjednodušit obtížné a zdlouhavé vyšetřování, vystupují na povrch možná zneužívání eutanazie. Od roku 2001 se zvýšily počty nedobrovolných eutanazií a eutanazií u nezletilých. Což vyvolává v lidech rozrušenost a neklid. Dokonce se objevují hlasy občanů, kteří jsou za zakázání vykonávání milosrdné smrti, nebo alespoň zpřísnění. Je zapotřebí zmínit, že Holandsko bylo prvotním státem, který přijal legalizaci a byl považován za zemi, která má situaci pod kontrolou.

### **Případ Kevorkian alias Dr. Smrt**

Tato druhá „hrozba“ nás zavede na americký kontinent. Jack Kevorkian, označovaný jako Dr. Smrt, byl lékařem specializující se na patologii. Svou praxi vykonával v různých nemocnicích a setkal se s kritikou od svých kolegů, díky svým kontroverzním postojům ke smrti. Řadu let se věnoval plánové smrti – hlásal kladný postoj k eutanazii, především k asistované sebevraždě, a sám ji i prováděl pomocí přístroje s názvem Mercitron. Postup, který měl přímo navádět pacienta k aktu asistované sebevraždy, popsal jako medicidu.

Myšlenka plánové smrti, kterou označil svým názvem jako obitatrii, zaměstnávala Kevorkiana již od mládí. Byl velkým zastáncem milosrdné smrti a nechápal, proč tento typ smrti má mnoho odpůrců. Propagoval a schvaloval rychlost, bezbolestnost a skončení útrap nemocného, což eutanazie přináší. Své jednání ale přeháněl a často ho nedokázal ovládnout, přesahovalo jej. Díky tomu mu byla i odebrána lékařská licence, několikrát byl souzen. Svým jednáním naváděl k činu i lidi, kteří sice byli nevléčitelně nemocní, ale nemoc je výrazně na životě neomezovala. Za ukázkou nahrávky, která obsahovala přímo vykonávání obitatrie, byl obviněn z vraždy. Nahrávkou chtěl rozpoutat živelnou konverzaci na téma eutanazie. Kevorkianovou smůlou však bylo, že díky jeho činům umírali i lidé, kteří umírat ještě nemuseli, i když „praxi“ prováděl ve státech legalizujících eutanazii.

Dr. Smrt ve své „poslání“ věřil a snažil se jej zjednodušit a vylepšit, aby pro pacienty bylo co „nejpříjemnější“. Prvním umírajícím člověkem pod přístrojem Mercitron byla žena, která trpěla Alzheimerovou chorobou. Sama plánovanou smrt požadovala. Tímto stylem bylo odvedeno na jiný svět dalších 37 lidí.



Kevorkian se neztotožňoval s Hippokratovou přísahou, považoval ji za protichůdnou. Na jedné straně se v ní píše o mírnění bolestí, na druhou stranu o dlouhém životě. Jaký život čeká člověka, který trpí nesnesitelnými bolestmi? Měl promyšlené i to, že orgány zemřelých by se daly dále využívat – transplantovat. Tady se dá odporovat, neboť na transplantaci by orgány nemocného člověka vhodné nebyly.

Zkoumáním Kevorkianovy činnosti se zabýval lékař Pavel Vodvářka (Haškovcová, 2007), který sepsal tyto body:

- *„Metody eutanazie či asistované sebevraždy, které aplikuje Kevorkin, nezaručují lehkou smrt.*
- *Mezi nemocnými je vysoký podíl osob bez partnerů, tedy bez funkčního rodinného či přátelského zázemí.*
- *U řady z nich hraje v žádosti o ukončení života rozhodující roli strach a deprese, případně osamění.*
- *Kevorkian se řídí vlastními etickými zásadami, které však důsledně nedodržuje (Haškovcová, 2007, s. 47).*

### **Jo Romanová**

Jo Romanová byla americkou psycholožkou a výtvarnicí, která si sáhla na život úplně sama – sebevraždou. Trpěla nevléčitelným onemocněním, nechtěla dospět do fáze, kdy bude trpět nesnesitelnou bolestí a žít v útrapách a poutech své nemoci. Tento případ ukazuje, že některý nemocný je rozhodnutý pro smrt, v provedení spoléhá sám na sebe a nečeká ani na odsouhlasení eutanazie a pomoc druhého. Své stanoviska a pocity sepsala v knize, která byla po jejím „odchodu“ vydána. Svůj život plánovaně ukončila poté, co více jak třem stům svých známých rozeslala rozlučkový list. Dobrovolné ukončení života považuje jako projev svobodné vůle člověka.

### **Terri Shiavo a další trpící**

Terri Shiavo byla Američanka, kterou v mladém věku postihlo poškození mozku, které bylo trvalé. Patnáct let byla připojena na přístroje, které ji udržovaly „při životě“. Staral se o ni manžel a její rodiče. Manžel jednoho dne přišel s tím, že by chtěl své ženě dopřát milosrdnou smrt, samozřejmě rodiče byli striktně proti a nechtěli ji povolit za žádných podmínek. Situace byla projednávána i soudně. Manželův návrh přišel proto, jelikož se sama Terri před úrazem vyslovila, že by nechtěla být udržovaná při umělém životě nebo trpět

bolestmi v případě, že by ji taková tragédie jednou postihla. Písemně to však nikde nezaznamenala, proto měl její manžel těžký úkol v dokazování. Nakonec k rychlému usmrcení přišlo a to tak, že Terri postupně byla odepírána umělá strava.

Tento případ poukazuje na několik zásad. Na to, že i když si člověk může přát eutanazii, v případě, kdy o ni sám nemůže zažádat, je těžké to dokázat. A naopak. Může dojít i ke zneužití – nemocný ji nemusí vůbec chtít, ale osoba blízká může tvrdit, že ano. Zároveň se podívejme, kolik takových případů kolem nás existuje, a jak jsou vyřešeny? Uvádí se, že v USA tímto stavem trpí více jak 300 000 lidí, v České republice číslo k dispozici není. V neposlední řadě měl případ rozpoutat jakousi diskuzi, která by vedla k zamyšlení každého člověka nad takovou situací, kdyby se do ní dostal on sám, jak by chtěl, aby byla vyřešena. A na závěr k vyjádření názoru a postoji k eutanazii lidstva.

## 1.6 Argumenty pro eutanazii

- Argument na základě autonomie člověka  
*„Tato argumentace říká, že člověk je autonomní bytost a že v rámci určitých mezí má svrchované právo nakládat se svým životem tak, jak uzná za dobré. Autonomie je skutečně jedním z důležitých základů naší současné západní pluralitní společnosti a argumentaci z ní vycházející není možné jednoduše odbýt. Na druhé straně je však bohužel pravda, že v současné diskusi o euthanasii se autonomie používá velmi často v nesmírně zjednodušené až zkarikované podobě. Autonomií se totiž rozumí prosté právo nebýt omezován jakýmikoli nároky či obecnými zákony, tedy jakási svoboda od všech předem daných či vnějších určení. V nejjednodušší podobě pak právo dělat to, co se člověku zlíbí“* (Špinková a Špinko, 2006, s. 21).
- Argument na základě volání o pomoc  
Situace, která představuje bolest, zoufalství, ztrátu smyslu života, nejistotu a obavy. Nevyléčitelně nemocný člověk se dostává do stádia strachu, kdy nevidí žádné jiné východisko než je dobrá smrt. Je zapotřebí nemocnému porozumět, vyslechnout důvod žádosti a být mu oporou (Špinková a Špinko, 2006).
- Argument na základě kvality života  
Tento argument stojí k opozici k níže uvedenému argumentu v souvislosti s paliativní péčí.

Tady nastává otázka k přístupu každého jednotlivce ke kvalitě života. Co znamená kvalitní život pro mě, nemusí představovat kvalitu pro jiného. V jednom myslím, že bychom se shodli – kvalitní život si představujeme hlavně bez trápení, bolestí, obav a strachu. I když paliativní péče přichází s přesvědčením o tom, že se nemocný těmto komplikacím do jisté míry vyhne, zastánci eutanazie mají jasno – ani paliativní péče v poslední fázi života nezajistí kvalitu života (Ptáček a Bartůněk, 2012).

- Argument skryté eutanazie

I když eutanazie (bez ohledu na formu) je povolena jen ve zlomku zemí světa, ve skryté formě je vykonávána mnohem častěji i jinde. Je tomu opravdu tak? Dá se nějak prokázat? Tuto informaci jsem objevila na internetových stránkách českého lékaře [2], který v rozhovoru s PhDr. et PhDr. Radkem Ptáčkem, Ph.D., položil otázku o postoji k eutanazii. Pan Ptáček sdělil, že bylo zjištěno při výzkumech, že až 70% lékařů provádí skrytou eutanazii.

Tento argument si hájí zastánci tím, že již nějaká forma eutanazie je prováděna tajně, tak by bylo zapotřebí legalizace, aby zákon stanovil přesná pravidla.

## 1.7 Argumenty proti eutanazii

- Argument na základě důstojnosti

Důstojnost je odvozená od latinského slova dignitas. Otázkou důstojnosti se zabývalo již v minulosti mnoho osobností, až se dospělo k rozdělení důstojnosti na inherentní a kontingentní. První výraz spočívá v tom, že je každému člověku dána stejná důstojnost, to znamená, že každý člověk již při narození získává důstojnost – lidskou důstojnost. Všichni jsme si rovni. Kontingentní důstojnost si člověk získává během svého života, musí se o ni zasloužit svou prací, svým chováním či svými schopnostmi (Ptáček a Bartůněk, 2011).

Odpůrci eutanazie argumentují tím, že zabití, o které člověk požádá ze zoufalství a ze ztráty naděje, je nedůstojné a ponižující (Munzarová, 2008).

- Argument na základě Hippokratovy přísahy  
Tento argument se hájí tím, že porušení Hippokratovy přísahy ze strany lékaře je nepřípustné (Munzarová, 2008). Přece lékař nemůže zabít člověka, když jeho povinností je složit přísahu a poté ji dodržovat. Jak se na lékaře budou dívat ostatní pacienti? Budou mu důvěřovat?
- Argument na základě provázanosti  
Tento argument se opírá o to, že vykonání činu eutanazie nemá vliv pouze na nemocného, ale i na jeho rodinu, přátele a posléze celou společnost. Co jim způsobí eutanazie – tedy zabití? Jak psychicky snesou, že jejich známý byl zabit? Jelikož odpůrci eutanazie ji berou jako vraždu (Munzarová, 2008).
- Argument na základě „kluzkého svahu“  
Pojem „kluzký svah“ jsem již popsala v této kapitole výše. Pro přiblížení se jedná o nejasné eutanazie prováděné především v liberálním Holandsku. O tomto pojmu by se dalo debatovat dlouhé hodiny, odpůrci v něm vidí velké ohrožení a zneužití v počtu vykonávání eutanazií, čemuž se nelze snad ani divit. S tímto argumentem vystupuje Munzarová (Munzarová, 2008).
- Argument na základě obrany psychiky lékaře  
Milosrdná smrt představuje ustoupení bolesti a útrap nemocného. Ale co lékař? Je schopen a chce nést na ramenou něčí smrt, kdyby mohl být považován za vraha? Jak se s tím vyrovná on? Tento argument je založen na obranu lékařů, jejich psychiky a možných důsledků. Docent lékařské psychologie, klinický psycholog a soudní znalec Radek Ptáček [2] uvádí, že jakýkoliv podíl či asistence lékaře na smrti pacienta působí na lékaře neblaze. Dokonce uvádí, že profese lékaře má sklon k sebevražedným pomyšlením až o 70 % více a profese lékařky až o 250 % více oproti ostatním povoláním.
- Argument na základě moci lékaře - legalizace  
V případě legalizace dostává lékař do rukou mocný nástroj – rozhodovat o životě člověka. Protože by mohlo být uzákoněno, že právě ošetřující lékař dostane tuto pravomoc (Pollard, 1996).
- Argument potřeby paliativní péče  
Tento argument argumentuje tím, že dnešní paliativní péče jde rychlým krokem kupředu a že odborníci jsou schopni zajistit nevyлéčitelně nemocnému člověku téměř bezbolestnou poslední fázi života. Eutanazii proto považují za

zbytečnou a neuváženou z pohledu nenávratnosti. Když se člověk rozhodne pro dobrou smrt, nemá cesty zpět. Kdežto paliativní péče je jiná – umožňuje nemocnému se zajištěním potřebné a odpovídající péče dobré umírání a kvalitní zbytek života, nikoli rychlou smrt bez přípravy (Munzarová, 2008).

- Argument na základě zranitelnosti

Pacient je v souvislosti se svou nevyлéčitelnou nemocí více zranitelnější a citlivější, proto jeho rozhodnutí nemusí být adekvátní. Často je zavalen tíhou přítěže pro ostatní, zahanbením a opuštěností, proto vidí jediné schůdné řešení právě v eutanazii. Pod tímto tlakem vidí jen jedno řešení z nastalé situace a to odpůrci odsuzují (Pollard, 1996).

- Argument na základě práva na život

Každý má právo na život. Tato věta je uvedena v několika důležitých dokumentech, jako jsou Listina základních práv a svobod, Evropská úmluva o lidských právech, Všeobecná deklarace lidských práv, Mezinárodní pakt o občanských a politických právech, Listina základních práv Evropské unie. Z toho čerpají odpůrci eutanazie a jakékoliv narušení práva na život považují za nepřijatelné a za narušení integrity člověka.

## **2 LEGALIZACE EUTANAZIE A PRÁVNÍ OTÁZKA LÉČBY PACIENTA**

Legalizace eutanazie je velmi dlouhý a citlivý proces, který je zapotřebí důkladně promyslet, i proto existuje jen zlomek zemí na světě, kde prošla schválením. Přiblížíme si státy, ve kterých je pacientovi umožněno podat žádost o vykonání eutanazie a které jsou s pojmem „dobrá smrt“ nejvíce spojovány.

Každá léčba nemocného člověka je právně ošetřena, proto nahlédneme na možnosti pacienta, které může využít.

### **2.1 Právní otázka a odpovědnost lékaře**

Pro každého člověka jsou jasně vymezená určitá práva a povinnosti, která ve svém životě má. Povinnost je od toho, aby se plnila, kdežto právo by mělo patřit mezi ty pozitivnější a příjemnější stránky života. Je tomu ale vždycky tak?

Mezi základní práva jedince v souvislosti s tématem diplomové práce patří právo na život, právo na osobní nedotknutelnost, právo na zachování lidské důstojnosti a právo na ochranu zdraví a na zdravotní péči. Svou deklaraci mají v mezinárodních i vnitrostátních dokumentech o lidských právech.

Otázka ukončení léčby pacienta přináší řadu otázek, často velmi těžko zodpovězených a mimořádně složitou problematiku z hlediska právního. Nastává otázka, kdo má rozhodovat o životě pacienta, který trpí těžkou nevléčitelnou chorobou? Jak řešit takové rozkoly, které nastanou v odlišujících se představách pacienta a lékaře, případně příbuzného. Z hlediska práva odpovědi nejednoznačné a obtížné. I když o životě, zdraví, osobní nedotknutelnosti a lidské důstojnosti, jakožto nejvyšších hodnotách člověka, pojednává několik zákonů – trestní zákoník, zákon o zdravotních službách, zákon o specifických službách, zákon o zdravotnické záchranné službě, občanský zákoník, Úmluva Rady Evropy o biomedicíně, nelze přesvědčivě rozhodnout (Krejčíková, 2014). Bude lepší volit ukončení léčby pacienta nebo další léčbu pacienta? Do rozporu se dostanou i dvě hodnoty – práva, které jsme vyjmenovávali, že na ně má každý člověk nárok. Na jedné straně právo na život, ochranu zdraví a proti tomu stojí lidská důstojnost. Nelehké je rozhodnout, kdy léčba

pacientovi ještě do jisté míry prospívá a naopak, kdy mu je zátěž. Ukončování léčby znamená neposkytnutí další léčby, ale také nepokračování v té dosavadní.

Lékař se ve svém povolání pohybuje na velmi tenkém ledě, kde jeho špatné rozhodnutí může stát člověka život či zdraví a je nezvratné. V případě pochybení – porušení povinnosti poskytovat zdravotní péči na úrovni, poskytování zdravotní péče v rozporu se zákonem a právy pacienta, špatně stanovená diagnóza, neposkytnuta okamžitá první pomoc každému – může sám pacient nebo jeho blízký žádat právní postih. Při poskytování zdravotní péče obecně ze zákona platí, že trestní odpovědnost je domáhána za takové jednání:

- *„které je zaviněné alespoň z nedbalosti,*
- *které je v rozporu s povinností poskytovat péči v souladu s pravidly zdravotnické profese, ať již stanoveným právním předpisem nebo vyplývajícími ze soudobého stavu medicínského poznání (typicky: povinnost postupovat lege artis),*
- *jehož trestněprávně relevantní následek je s tímto jednáním v příčinné souvislosti“* (Krejčíková, 2014, s. 19).

Eutanazie je ve zdravotnickém právu považována za typické a neupokojující téma. Jen když slyšíme pojem eutanazie, většina lidí neví, jestli ano nebo ne. Přijmout ji nebo ne? I v různých zemích je různě právně definována a přijímána. Kdežto v německém právu ji, díky holokaustu, nevzdávají největší hold a je dokonce nahrazována jiným výrazem než mezinárodním „eutanazie“, v Belgii, Nizozemí a Lucembursku ji označují jako zákon o přezkumu ukončení života na žádost a pomoci při sebevraždě nebo podmíněné beztrestné jednání spočívající v ukončení života na žádost.

## **2.2 Možnosti pacienta**

Člověk, který se dostane do těžké životní situace, kdy ho postihne onemocnění, ať už smrtelné či vyléčitelné, má svá práva či možnosti, která může v rámci léčby uplatňovat či nikoliv. V této podkapitole se seznámíme s informovaným souhlasem, s nesouhlasem s léčbou a s dříve vysloveným přáním.

## Souhlas s léčbou, informovaný souhlas

Souhlas s léčbou [3] je nutnost, která je podpořena zákonem. Pacient musí být předem obeznámen se svým stavem od lékaře a musí nebo lépe řečeno je v jeho pravomoci vyslovit své stanovisko – souhlas s léčbou na vzniklou situaci. Existují výjimky, se kterými se seznámíme níže.

Děti a osoby, které nejsou způsobilé k právním úkonům, mají k dispozici své zákonné zástupce.

Souhlas s léčbou musí být opřen o svobodné vyjádření pacienta a jeho informovanost ze strany lékaře – informovaný souhlas. Lékař musí sdělit typ onemocnění, projevy, stav, prognózu a vše nutné o daném onemocnění. Nepostradatelnou potřebou nemocného je vědět typ léčby, možná rizika, důsledky a jiné. Souhlas s léčbou je pacientem odvolatelný. Může být tak učiněno ještě před zahájením léčby, či v jejím průběhu. Nikdy však až po ukončení léčby či následně.

Americký psychiatr a spisovatel Peck (Peck, 2001) uvádí, že lidé jsou sice o výše vyjmenovaných skutečnostech informováni, ale pouze z lékařského hlediska. Tvrdí, že chybí potřebná a dostatečná duchovní informovanost, neboť lékaři nezískávají žádnou průpravu v teologii. Tato informovanost může pacienta ovlivňovat v názoru na eutanazii a v její následné žádosti o ni. Dále se Peck věnuje otázce, kdo má tedy podávat nemocnému člověku vhodné duchovní informace. *„Odpověď zní, vykonavatelé pastorační činnosti, kterých je přehršle“* (Peck, 2001, s. 213). Zároveň upozorňuje, že ne všichni jsou vhodní a je potřeba správně vybírat.

Přístup ke každému pacientovi, který se rozmýšlí nad žádostí milosrdné smrti, musí být jedinečný a promyšlený, nelze tedy vytvořit přesný návod, jak se smrtelně nemocným jednat. Peck sepsal opěrné body - otázky, o které by se měl vybraný pastorační pracovník opírat:

- *„Otázky o nemoci, jejím průběhu, postupu a prognóze; pacientovy pocity z ní a představy, které se mu s ní pojí; pocity a představy o smrti a umírání.*
- *Důvody pro žádost o eutanazii.*
- *Rodina a podpora okolí; spory, které by se mohly urovnat; s kým se chce rozloučit.*
- *Náboženské přesvědčení: Měl někdy nějaký mystický zážitek? Má osobní vztah k Bohu? Věří v posmrtný život, představuje si ho nějak? Jak může být eutanazie v souladu či nesouladu s jeho vírou?*



- *Pokud smýšlí světsky, přijímal bych to tak, ale ptal bych se po představě duše a jeho názoru, proč někteří nábožensky založení lidé eutanazii podporují, zatímco jiní ji ostře odsuzují.*
- *Čeho by mohl litovat? Dovede si představit, že by se něčemu naučil, pokud by zemřel přirozenou smrtí? Existuje vůbec ještě něco, čemu by se rád naučil?*
- *Má nějakou zkušenost s péčí hospice, a co o ní ví?*
- *Je něco, na co by se mě rád zeptal? Chce popřemýšlet o některých věcech, o kterých jsme mluvili? Jaký má pocit z našeho setkání?*
- *Chtěl by se se mnou ještě někdy setkat? “ (Peck, 2001, s. 213)*

### **Nesouhlas s léčbou**

Český právní řád uvádí, že léčba a hospitalizace nemocného je bez jeho souhlasu protiprávní. Díky přijetí zákona o zdravotních službách je možné léčit pacienta v přesně daných případech i bez jeho souhlasu:

- *„bylo-li mu soudně nařízeno ochranné léčení (anal. i zabezpečovací detence);*
- *je-li nařízeno opatření dle zákona o ochraně veřejného zdraví;*
- *je-li soudně nařízeno vyšetření zdravotního stavu;*
- *ohrožuje-li pacient bezprostředně a závažným způsobem sebe nebo své okolí a jeví známky duševní poruchy nebo touto duševní poruchou trpí nebo je pod vlivem návykové látky a hrozbu pro pacienta či jeho okolí nelze odvrátit jinak;*
- *jeho stav vyžaduje poskytnutí neodkladné péče a zároveň neumožňuje pacientovi vyslovit souhlas“ (Krejčíková, 2014, s. 79).*

### **Dříve vyslovená přání**

Každý zletilý a právně způsobilý člověk má právo na dříve vyslovené přání. Jedná se o čin, který se týká zdraví a průběhu zdravotní péče pacienta a nese jasně stanovená pravidla a postupy, jejichž popis a dodržování je zákonem dané. Člověk – případný budoucí pacient má několik kroků, které musí dodržet a respektovat. Z časového hlediska má na dříve vyslovené přání dvě možnosti [4].

V prvním případě, že jej písemně zformuluje již před neočekávanou událostí pro případ jistoty, aby byla dodržena jeho přání v době, kdy svůj souhlas či nesouhlas nebude schopen dát. Pozor si však musí dát na platnost dokumentu, která je maximálně pět let od úředně ověřeného podpisu. V případě, že se pacient dostane do zdravotních komplikací či

obtíží, které se přibližují dříve sepsanému dokumentu, je lékař povinen brát dřívější přání nemocného na zřetel a podle něj jednat. Situace ale nemusí být jednoznačná, pacient může vyslovit nové přání až při současné obtíži, pokud mu to však jeho zdravotní stav dovolí. Důležitou poznámkou k dokumentu je, že musí obsahovat poučení od ošetřujícího lékaře, který bude pacienta informovat o následcích svého dříve vysloveného přání.

Druhou variantou dříve vysloveného přání je, že pacient své přání o zdravotních službách vysloví až během svého pobytu v nemocničním zařízení. Jeho přání musí být zadokumentováno ve zdravotnické dokumentaci, kterou pacient podepíše spolu se zdravotnickým pracovníkem. Nutností aktu je přítomnost svědka. K zapotřebí totiž není úředně ověřený podpis pacienta, jakož tomu je u varianty předchozí.

Spousta zákonů, spisů a pravidel obsahuje výjimky, jinak tomu není ani u dříve vysloveného přání. Pacient se může dostat do takové situace, kdy jeho přání nebude moct být respektováno. V roce 2011 schválil totiž Parlament ČR zákon o zdravotních službách, který předpisuje, kdy není možné brát dříve vyslovené přání na zřetel. Může nastat situace, která by, v případě respektování dříve vysloveného přání pacienta, ohrozila jiné lidi. Lékař se nezaručí za vykonání přání ani v případě, že během doby od podpisu do současnosti, dojde k postupu medicíny a bude objeven nový postup či medikament, kdy má pacient reálnou šanci na zlepšení zdravotního stav. V jistých případech se dokument s dříve vysloveným přáním může lékaři dostat do rukou až v době, kdy už u pacienta bude započata nějaká léčba, jejíž přerušování by znamenalo smrt. To znamená, že lékař v léčbě musí pokračovat, aby důsledkem přerušování nebyla okamžitá smrt, a respektování dokumentu pacienta jde stranou (4; Krejčíková, 2014).

Závěrem k dříve vyslovenému přání – velkou důležitost a pozornost musí brát lékař na to, aby se přání pacienta týkalo nyní a stálo na platnosti.

## **2.3 Vývoj eutanazie a situace ve světě a v České republice**

Před první světovou legalizací eutanazie se uskutečnily mnohé události a pokusy o ni. První uzákonění eutanazie prošlo dlouhou cestou, jelikož antické národy vzdávaly velkou úctu stáří, poté v míře silného zatvrzení proti stálo křesťanství se svým přikázáním „nezabiješ“.

Odstartování diskuzí na téma eutanazie přinesla až v roce 1895 v Německu kniha s názvem Právo zemřít[5; 6]. Populárnější publikací se stalo Poskytnutí souhlasu ke zničení

života, který žití není hoden. V roce 1920 se o ni zasloužili německý právník a lékař. Poznatky z ní využívali v té době především nacisté, což ukazuje rozporuplnost myšlenky eutanazie. Chápeme ji jako smrt z milosti, ochranu před bolestmi a utrpením, kdežto nacisté ji používali k zabíjení nevyléčitelných a duševně nemocných pacientů především z ekonomického hlediska. Hitler dokonce zřídil Říšský výbor pro vědeckou evidenci závažných dědičných a vrozených těžkých chorob, kde bylo zabito až osm tisíc novorozeňat z důvodů, které nese název výboru. Dále založil ještě tři „organizace“, které měly krýt zabíjení a zabývaly se převozem pacientů, finanční stránkou atd. Akce Hitlera nesla hromadné označení jako „T4“ a usmrtila až devadesát tisíc lidí, předpokládá se však, že číslo je mnohem vyšší. Kolem roku 1941 vznikala obrovská křesťanská vzpoura a bylo zapotřebí procesy utlumit. Eutanazie byla tedy spjata s neblahými příklady, později se víceméně tajně vykonávala pasivní eutanazie (Haškovcová, 2007).

I když současnost přináší obsáhlé a vytrvalé diskuze na téma eutanazie, k širšímu schválení se nedostalo.

### **První legalizace eutanazie na světě**

První světovou zemí, kde došlo k legalizaci eutanazie, byla v roce 1996 Austrálie, aby za pár měsíců byla stejně zrušena. Požádat o ni mohl ten občan, který byl duševně způsobilý a vlastnil zprávu alespoň od dvou lékařů, kde byla stejná smrtelná diagnóza. Během devíti měsíců platnosti byla využita čtyřmi osobami [5; 6].

### **Nizozemí neboli Holandský model**

Prvenství v legalizaci v Evropě drží Nizozemí, nyní se vedou spekulace o tom, že ne všichni lékaři dodržují oznamovací povinnost, která je ve státě v souvislosti s jakoukoliv formou eutanazie povinností (Haškovcová, 2007).

Na úvod malý exkurz do historie aneb jak se k eutanazii v Nizozemí přicházelo. Prvním podnětem k tomu tématu byla publikace Lékařská moc a lékařská etika (1969) od lékaře Jana Henrika van de Berga, která nabádala lékaře, aby svým smrtelně nemocným pacientům povolili rychlý odchod ze života. O čtyři roky později byla sepsána rotterdamská pravidla, která umožňují usmrtit trpícího člověka. Poptávka po eutanazii sílila, proto v roce 1993 došlo k novelizaci zákona o pohřebnictví, z kterého jednoznačně vyplývá, že lékař se vykonáním tohoto aktu nedopouští trestního činu. Samozřejmě musí postupovat podle zákonem stanovených bodů.

Lékař musí zákrok ohlásit regionálnímu výboru, který vede zkoumací řízení a dále jej posouvá státnímu zastupitelství, které rozhodne, zda vykonavatel postupoval správně. Před samotnou eutanazií musí pacienta informovat o jeho možné budoucnosti, musí si být jistý, že pacient podává žádost na základně svobodné vůle, že jeho stav je smrtelný a nenachází žádné reálné východisko ke zlepšení situace. Lékař nesmí opomnět, že tu stejnou diagnózu musí stanovit i další nezávislý kolega.

V roce 2001 bylo schváleno, že i nezletilí mohou žádat o milosrdnou smrt, podmínkou však je souhlas zákonného zástupce. Nastává jistá legalizace eutanazie za podpory tehdejší ministryně zdravotnictví E. Borstové. O tři roky později dokonce vyšel Groningenský protokol, který přináší eutanazii i novorozencům. *„Protokol obsahuje pět podmínek: novorozené dítě musí velmi trpět, není naděje, že mu pomohou léky nebo operace, rodiče musí se zamýšleným ukončením jeho života souhlasit a postup musí schválit ještě nezávislí lékaři“* (Haškovcová, 2007, s. 128). Uvádí se, že tato možnost je využita ročně až v patnácti případech.

Od roku 2012 je nizozemským pacientům poskytnuto podstoupit smrt z milosti v domácích podmínkách. Jelikož ne všichni lékaři asistovanou sebevraždu preferují a často mají obavy z provedení, vznikly mobilní lékařské týmy – Konec života, které dojíždějí přímo k pacientům domů [7; 8]. Nemocný nebo příbuzný nemocného mohou zavolat telefonicky. Podmínky provedení jsou stejné jak u eutanazie v nemocničních zařízeních, tedy přísné zkoumání.

Na Holandský model je nahlíženo dosti liberálně a každoročně jej podstoupí asi tři tisíce pacientů.

## **Belgie**

Sousední Belgie s přijetím legalizace dlouho neotálela, se zpožděním pár měsíců oproti Nizozemí ji taktéž schválila. Má svá přísná pravidla a předpisy, mezi která patří (lépe řečeno patřila) plnoletost a přičetnost pacienta, který je omezen a svírán nepředstavitelným utrpením. Jedinec musí znát dopodrobna svůj zdravotní stav, být informován o možném řešení a žádost o milosrdnou smrt podat dvakrát, aby bylo jisté, že je o ní hluboce přesvědčen. Lékař po vykonání aktu je povinen jej oznámit k prozkoumání (Haškovcová, 2007).

Je známo, že je ročně provedeno v Belgii asi 500 eutanazií, musíme však podotknout, že číslo může být mírně vyšší z důvodu neohlášení všech prováděných činů. Nekonají se však žádné velké „nájezdy“ provádění smrti z milosti, jak mnozí očekávali.

V roce 2014 schválili belgičtí poslanci zákon, který povoluje eutanazii dítěti, které je smrtelně nemocné. Žádný věk není překážkou k vykonání tohoto činu [9].



Obr. 1 – Státy Evropy s legalizovanou eutanazií. [2016-06-01]. Dostupné z: <http://dennik.hnonline.sk/svet/251151-britska-tinedzerka-vyhrala-pravo-na-smrt>

## Oregon

Třetím, zároveň posledním státem s legalizovanou eutanazií, je Oregon – stát v USA, a to od roku 1998 (Skřivanová-Bošková, 2012). Komu může být povolena? Pacientům, kteří obdrží stejnou smrtelnou předpověď od dvou nezávislých lékařů a byla jim vyřknuta doba života kratší než šest měsíců. Psychicky zdravý (nutnost potvrzení alespoň dvěma svědky) žadatel přijde nejdříve dvakrát s žádostí ústně, poté jednou písemně. “Lék“ si aplikuje sám. Oregon nepociťuje velký nával žádostí o eutanazii, je spíše nevyhledávanou zemí, na rozdíl od Švýcarska, kterému se budeme věnovat dále.

## Další státy

Švýcarsko nepatří k zemím se schválenou legalizací eutanazie, přesto se asistovaná sebevražda uskutečňuje, díky toleranci, kterou zde vlastní (opěrný bod má v zákoně z roku 1942, kde se píše, že pomoc při sebevraždě bez zjištěného důvodu není trestným činem). Pro výkon milosrdné smrti jsou určeny dvě organizace – Exit a Dignitas, které jsou žadatelem obeznámeny o situaci s potřebnou dokumentací (Skřivanová-Bošková, 2012). Poté pacient

dostane smrtící nápoj a v prostorách organizace „odchází“. Tento „obor“ se stal populárním i pro cizince, kteří asistovanou sebevraždu ve Švýcarsku využívají. Občas nastávají obavy, aby se země nestala lákadlem pro cizince z hlediska smrti.

Smrtelný akt má ve Švýcarsku své zastánce i zařaté odpůrce. Často je diskutováno, zda má hrát stát nějakou úlohu ve vykonávání smrti, nebo má být provedeno referendum a případné uzákonění. Zastánci hlásají, ať se asistovaná sebevražda může poskytnout i lidem s duševním onemocněním (ne jen „tělesným“) a hájí to, že o smrti má právo rozhodnout sám pacient a ne stát. Stát má úlohu „kontrolora“ v dodržování stanovených pravidel.

Ve Francii a Dánsku je povolena pouze pasivní eutanazie - pacientovi může být ukončena léčba, která není nijak produktivní a efektivní a pacient je udržován při životě pouze uměle (Haškovcová, 2007). Francie čeká na legalizaci aktivní eutanazie, která při průzkumech u veřejnosti má zelenou. V Dánsku je aktivní eutanazie trestána vazbou, ale je povoleno zastavení léčby na žádost pacienta.

Možná nastává otázka, jak se k otázce eutanazie staví Německo, jako vyspělý evropský stát. Odpověď vcelku jednoduchá – snaží se ji obcházet a nevytahovat na veřejnost. Možností odstupuje je i neblahá minulost spojená s nacistickým režimem.

## **Česká republika**

České právo chápe eutanazii jako ukončení života na žádost nebo pomoc při sebevraždě. V prvním případě jde o to, že se jedná o naplnění některého trestného činu proti životu, a to vraždu. Druhý pojem chápeme jako účast na sebevraždě. V tomto případě stojí za vším do posledního okamžiku sám pacient, kdežto u první varianty je lékař hybatelem celého procesu (Haškovcová, 2007).

Žádná forma eutanazie v České republice legalizací doposud neprošla. Jisté pokusy se však již uskutečnily. V letech 1926 a 1937 padly návrhy o snížení sazby nebo upuštění trestu v případě vykonání eutanazie, zákonem ale neprošly. Přibývaly případy smrtelně nemocných pacientů, kteří požadovali milosrdnou smrt, proto se postupně rozvíjela vlna diskuze mezi veřejností na toto ne příliš příjemné téma.

V roce 2005 byla připravena v ČR novelizace trestního zákona, a to ve znění, že vykonání eutanazie se bude řídit sníženou trestní sazbou, mimořádně i beztrestní, ale bude kvalifikována jako trestní čin (Krejčíková, 2014). V případě uskutečnění se, je lékař obviněn z trestného činu. Trest za vraždu je v trestním zákoníku „oceněn“ až třiceti lety vězení, novelizace by vykonání ismrt z milosti ohraničila na maximálně šest let, ale jak už víme, může být i beztrestnost. Při vykonání a následném hodnocení eutanazie je nutností, aby soud

dohlížel, zda pacientovi bylo více než 18 let, nebyl zbaven právních úkonů, trpěl smrtelnou somatickou nemocí a byl si plně vědom svého činu o rozhodnutí dále nežít. Dokazování by nebylo vůbec jednoduché a možná i proto novelizace schválením neprošla. A také měla velký odpor u veřejnosti. Jednoznačná stanoviska nepřinesli ani odborníci, jejich názory se liší a každý si je hájí svými argumenty. Jak je možno vidět v předchozích kapitolách.

Od roku 2005 nebyl připraven žádný podobný ani jiný návrh, jelikož jsou obavy, že by dopadl stejně – neúspěšně. Výsledkem tedy stále zůstává – legalizace eutanazie v České republice není. Myslíme si, že by bylo zapotřebí otázku eutanazie řešit a ne se jí vyhýbat. Z našeho pohledu občané nemají dostatečné informace a neví, co slovo eutanazii může všechno přinést. Často je v něm viděna „jen“ smrt – odchod ze života.

## 2.4 Podmínky a způsoby provedení eutanazie

Jelikož se Holandsko stalo průkopnickou zemí v povolení eutanazie, tak i odsud pocházejí základní podmínky pro uskutečnění aktivní eutanazie. Další země z principů čerpají ve stejné míře nebo podobné míře. Body shrnula v roce 1984 Holandská královská lékařská asociace a věta zní následovně:

- *„Nevyléčitelně nemocný*
  - *duševně způsobilý a dospělý člověk,*
  - *s bezesporně neblahou prognózou,*
  - *který trpí nesnesitelnými a nezvladatelnými bolestmi,*
  - *bez jakékoliv naděje na úlevu*
  - *a který opakovaně, v určeném čase a určeným způsobem,*
  - *žádá o milosrdnou smrt,*
  - *může zemřít rukou lékaře,*
  - *který dal celou situaci posoudit nejméně ještě jednomu nezávislému konziliáři“*
- (Munzarová, 2005).

Nyní některé podmínky rozvedeme obšírněji. První bod „nevléčitelně nemocný“ je vysoce respektován při rozhodnutí vykonat eutanazii. Smrt z milosti se bere v úvahu, když pacientovi je předpovídána neblahá prognóza s tím, že smrt má přijít do šesti měsíců. Tady nastávají však valné diskuze, proč člověku brát život, když má před sebou ještě měsíce a jeho nemoc se nemusí výlučně vylučovat s životem po tu dobu. Nastávají obavy, že pacient může

žádat o zkrácení z důvodu ztráty smyslu života či deprese. Ke kladným podmínkám pro eutanazii se počítají nesnesitelné a nezvladatelné bolesti, což je pochopitelné. Každý člověk má míru bolesti jinde a lékaři se často hájí tím, že s bolestí lze pracovat – utlumovat ji. S tímto nastává princip dvojího efektu, kdy na jedné straně bolest je tlumena, ale na druhou stranu tisíce léky mohou urychlit odchod ze života. V takovém případě se často hovoří o nepřímé eutanazii.

Co se týká bodu, kdy pacient žádá sám o eutanazii – nastávají opět rozkoly. Je sice hlášáno, že nemocný má právo rozhodnout o svém životě svobodně, ale dělá to pod tíhou nemoci svobodně? Odpůrci oponují tím, že nemocný nemůže být schopen rozhodnout o svém stavu, i když mu jej lékař popisuje a že jinak se rozhoduje v případě „kdyby“ a v případě již nastalé situace. Tato situace je označována jako living will – člověk mění své názory na základě nastalé situace.

Může člověk zemřít rukou lékaře? Odpůrci vystupují s tím, že právě lékař má člověka uzdravovat či mu napomáhat v překonávání zdravotních obtíží a ne mu pomáhat a podílet se na odchodu ze života. Samozřejmě někteří lékaři jsou pro aktivní eutanazii, jiní naopak.



### 3 SMRT

*„Smrt je odpoutáním od všech bolestí a hranic, kterou naše utrpení již nepřekročí.  
Smrt nás ukládá do toho klidu, kde jsme spočívali před svým narozením.“*

Seneca [10]

Smrt je spojena se ztrátou, ať už se jedná o člověka, zvíře či jiné. Pozůstalému přináší velký smutek, se kterým se většinou těžko vyrovnává. Mnoho pozůstalých se snaží být neustále něčím zaměstnáno, aby nemuselo přemýšlet a myslet na neblahou událost. Jiní se vyrovnávají se ztrátou lépe.

#### 3.1 Vymezení pojmu smrt

Na smrt, latinsky exitus, můžeme nahlížet z různých pohledů a určit jednu správnou či přesnou definici není možné, jelikož různé oblasti akceptují různá stanoviska smrti.

*„Smrt je individuální zánik organismu, tedy také člověka. V jistých slova smyslu se dá říci, že člověk umírá od narození. Geneze smrti je podmíněna životem a život je umožňován smrtí. Biologové hovoří o programu života, který je střídán smrtí, anebo o programu smrti, k jehož spuštění dojde poté, kdy byl vyčerpán program života“ (Haškovcová, 2007, s. 89).*

*„Jedná se o zánik živého organismu, k němuž dochází buď přirozeně, v důsledku uplatnění biologických zákonitostí, nebo v důsledku násilného zásahu do živého organismu, který nezvratně poškozuje a rozkládá jeho funkce“ (Velký sociologický slovník, 1996, s. 1001).*

*„Zánik organismu jako celku, trvalé ireverzibilní zastavení všeho dění v těle. Jednotlivé tkáně těla odumírají postupně podle citlivosti na nedostatek kyslíku, u mozku nastává odumírání za 3-4 minuty. Smrt se zpravidla ztotožňuje se zastavením činnosti srdeční a dýchání“ (Ilustrovaný encyklopedický slovník, 1982, s. 324).*

### 3.1.1 Druhy smrti

Můžeme rozlišovat různé druhy smrti. Pohlíží se na více okolností: v jakém věku smrt přijde, zda je očekávána, zda je následkem nemoci či úrazu, kým je způsobena atd. Smrt člověka je často kombinací více druhů smrti, zřídka ji lze označit jen jedním pojmem či definicí.

- Biologická smrt je konečnou fází života, kdy jsou ukončeny všechny projevy života a nastanou známky smrti (Ulrichová, 2009).
- Klinická smrt nastává v okamžiku, kdy přijde k zástavě srdeční činnosti či životních funkcí, které je však možné resuscitovat a zvrátit. Je to čas, který nastává mezi zástavou srdce a znovu uvedení v činnost. Klinická smrt se označuje jako bezvědomí, kdy musí do čtyř minut dojít k znovu navození činnosti srdce, jinak dochází k porušení mozku, protože se neprokrvuje – nedostává kyslík. V případě neúspěšné resuscitace nastává smrt biologická (Ulrichová, 2009).
- Smrt mozku = cerebrální smrt znamená, že jedinec nemá činnost mozku, kdežto ostatní funkce se mohou přístrojově udržovat. Často označována jako smrt individua, jelikož mozek tvoří podstatu člověka (Ulrichová, 2009).
- Smrt z hlediska věku (Špaténková, 2014):
  - Přirozená smrt je často označována jako smrt sešlostí věkem.
  - Přiměřená smrt je často označována jako smrt v pozhnaném věku. Stejně jako s předchozím druhem smrti jasně vyplývá, že smrt přichází ve vyšším věku, tedy důchodovém. V tomto období se dá víceméně předpokládat. Z celkového počtu umírajících ročně v České republice je 75% lidí starších šedesáti pěti let. Mezi nejčastější důvody smrti ve vysokém věku jsou řazeny především kardiovaskulární onemocnění, infekční onemocnění, úrazy a demence.
  - Předčasná smrt je opakem přiměřené smrti. Nahlížíme tedy na věk mrtvého, kdy člověk umírá v mladém věku.
- Smrt z hlediska připravenosti (Špaténková, 2014):
  - Lékařská smrt nastává očekávaně, příčinou je nemoc ve starším věku, o které člověk ví a dá se v tomto věku předpokládat. Ve většině

případů jsou to lidé, o které je postaráno v zařízeních k tomu určených.

- Avizovaná smrt je smrt, o které víme, že přijde. Ohlášená či očekávána smrt. U nemocného se projevuje nejrůznějšími obtížemi a znaky dané nemoci.
- Neavizovaná smrt neboli neočekávaná smrt je taková, kdy pacient dané nemoci zdárně čelí a nastává zlepšení stavu. Existují velké naděje na vyléčení, kdy pak přijde nečekaná rána a stav se razantně rychle zhorší a nastane smrt.
- Náhlá smrt nastane maximálně do šesti hodin. Je to smrt, která přijde rychle, bez ohlášení a bez jakéhokoliv předpokladu. Neexistují předchozí chorobné příznaky, jelikož ji může zapříčinit autonehoda či úraz, často nese označení jako smrt tragická.
- Rychlá smrt je často zaměňována s náhlou smrtí. Společným znakem jím je, že obě smrti jsou velkým negativním překvapením pro pozůstalé, to je však vše. Rozdílem je, že není spojena s úrazem či poraněním, nýbrž nastává např. při infarktu.
- Smrt způsobena jedincem samotným (Haškovcová, 2007):
  - Sebezabití je neúmyslné zabití člověkem samotným.
  - Sebevražda představuje úmyslné zabití se. Důvodů pro sebevraždu může mít jedinec mnoho. Chce utéct před zodpovědností, ztratil smysl života a jiné.

### 3.1.2 Co následuje po smrti?

Lze přepokládat, že téměř každý člověk se alespoň jednou v životě zamyslel, co existuje po smrti. Kam člověk nově vchází? Přichází do nového života? Odpovědí je mnoho a žádná není potvrzena a ověřena jako správná. Smrt je opojena velkým tajemstvím a člověk si může ve svých představách probírat své varianty. Ani odborníci se neshodují v jedné variantě – zda život po životě existuje či nikoliv.

Neblahou jistotou po smrti člověka zůstává, že pozůstalí lidé zůstávají v prvních minutách v kleštích bezradnosti a obrovského utrpení. Ať už se jedná o smrt, o které věděli a mohli se na ni připravit, nebo o smrt, která přišla nenadále, a nepočítali s ní. Reakce každého

jedince je odlišná. Někdo potřebuje být sám a tiše přemýšlet, jiný vyhledává společnost a potřebuje se vypovídat.

Smrt musí prohlásit kompetentní osoba, tedy lékař. S mrtvým tělem je zapotřebí ihned udělat náležité kroky, o tělo „pečuje“ zdravotní sestra. Ta má za úkol provést celou řadu úkonů – od svlečení těla, sejmutí všech šperků, přichystání těla k převozu až k administrativní činnosti.

### **3.1.3 Poslední odpočinek**

Místo posledního odpočinku (Virt, 2000) je místem, které si může člověk již dopředu vybrat nebo je mu vybráno v případě nevyjádření se. Je to místo, kam je uloženo jeho tělo po smrti. Místo a rituály se odvíjí od pojetí a vyznávání kultury. Pohřbívání v dřívějších dobách bylo velmi pestré a oslavované.

Ve starém Římě dávali přednost kolumbáriu, které se dochovalo až do současnosti. Představuje malé výklenky ve tvaru čtverců poskládaných vodorovně a svisle. Jsou součástí hřbitovů. K dispozici má pohřbívající i speciální louky, které jsou určeny na rozptýl popela.

Pohanské pohřbívání je představováno pojmem sacrilegia a nese velkou tradici. Zemřelý byl pohřben na libovolném místě, kde se kolem něj lidé veselili a hlídali jeho hrob po danou dobu. Starý Egypt je znám tím, že mrtvolám dával do hrobů literaturu a ty si podle ní vybíraly směr posmrtné cesty. Řekové obdarovávali své mrtvé příbuzné penězi. Slované využívali k pohřbívání mohyly a vkládali na ně oblíbené věci zemřelého. Slovanský národ věřil, že z mrtvého těla odchází duše přeměněná v nějakého ptáka či zvíře. Křesťané své těla pohřbívali do labyrintových pohřebišť a nazývali je katakomby. Jednalo se o podzemní chodby.

Dnešní rakve a jejich ukládání do hrobů se objevilo až v pozdějších dobách, asi v šestnáctém století. Nese spojení vzpomínky na zemřelého a společné setkání příbuzných na oslavu památky zemřelého (Špaténková, 2014; Virt 2000).

## **3.2 Konfrontační techniky se smrtí**

Setkání se smrtí bývá v mnoha případech nečekané a rychlé. Denně vidíme v médiích, že osobní konfrontace člověka se smrtí je v mnoha případech náhlá a jedinec nemá možnost se na ni připravit. Přiznejme si, že společnost téma smrti obchází, nerada se mu věnuje a má

z něj strach. Přiblížíme si, jak je možné na smrt nahlížet a jak se na smrt určitým způsobem připravit (Haškovcová, 2007):

- Smrt Ivana Iljiče

Konfrontační technika, která je lehce proveditelná a zájemcům lehce pochopitelná. Doporučována je lidem od patnácti let výše a najednou se jí může účastnit až dvacet lidí.

Hlavní pomůckou je literární předloha, používá se zejména dílo Smrt Ivana Iljiče od L. N. Tolstého, ale nevyklučují se ani předlohy podobného rázu. Člověk se má vžít do situace, která je obsahem díla, kdy Iljič se dozví, že je nemocný (smrtné onemocnění je mu však zatajeno). Respondenti si mají za úkol celý text přečíst a poté zhruba hodinu diskutovat o jejich názorech, jejich chápání díla a jak by reagovali oni. Poznají, jaká to může být bezmoc při obdržení takové nepříjemné zprávy.

- Narys životní linie

Konfrontační metoda lehkého rázu pro větší počet zájemců s délkou trvání asi jedné hodiny. Cílem je uvědomění si, kde člověk dosáhl úspěchu a kde byl naopak neúspěšný. Důležitost je kladena na cíle, které si jedinec klade, jestli je schopen jich dosáhnout a plní je.

Hodina je rozdělena na dvě části – na život od narození po nyníšek a na život od nyníška po smrt. Každý účastník si má nakreslit rovnou čáru, kde vyznačí nejdříve narození a současnost, poté zaznamená do toho rozsahu data či události, které považuje za primární ve svém životě. Nastává uvědomění si druhé části života – života od současnosti po smrt – zakreslí konečný bod, smrt. Co chce ještě stihnout? O co se pokusí, než odejde z tohoto světa?

- Metoda her

Oblíbená a velmi přínosná metoda, která pojme až patnáct lidí a je známa již od roku 1972. Spočívá v tom, že se vyberou ze skupiny dva lidé – jeden představuje lékaře, druhý pacienta a je stanoven typ onemocnění se smrtelným podtextem. Výběr nemoci není ničím limitován a vedoucí má volnou ruku. „Lékař“ a „pacient“ si vyřikávají své argumenty ke stanovené diagnóze a ostatní přisedící poslouchají a doplňují argumenty, které si myslí, že mají smysl. Poté nastává vyřikávání a odůvodnění, proč co zaznělo a jestli by to bylo správné v dané situaci.

- Metoda konfrontace se smrtí I

Tato konfrontace se týká toho, že si člověk má uvědomit případnou ztrátu svého blízkého. Ztrátou se rozumí smrt.

Konfrontace se může účastnit až patnáct lidí, kdy všichni sedí v kruhu. Po jednom začnou odcházet lidé do vedlejší místnosti, až zůstane sedět pouze jeden, který si má uvědomit, že může přijít o své blízké či blízkého a připravovat se na takovou situaci. Jak se asi cítí, když sedí opuštěně a kolem něj nikdo?

- Metoda konfrontace se smrtí II

Prožití vlastní smrti. Spadá do obtížnější úrovně. Časové ohraničení je opět hodina. Vedoucí kurzu musí být pozorný a dbát na psychické rozpoložení svých svěřenců.

Osoby, sedící v kruhu v klidné atmosféře, si mají představit vlastní smrt – jak by k ní mohlo dojít, jak by reagovalo okolí, jak by probíhalo pohřbívání atd. Po vizuálních představách nastává diskuze.

- Metoda nekrologu

Metoda, která se řadí mezi méně náročné a nevádí ani větší počet účastníků.

Každý má napsat vlastní nekrolog. V čem spočívá? Jedná se především o hodnotu, kterou můžeme mít pro jiného člověka a co znamenáme pro druhého. Nekrolog obsahuje zásluhy, kladné vlastnosti, přínos atd. Poté opět diskuze. Cílem této metody je uvědomění si své hodnoty pro jiné a svou konečnost.

- Technika mít a být

Metoda, která se řadí na těžší úroveň a vyhovující počet účastníků je do dvanácti osob. Lidé sedí v kruhu v příjemně vytvořené atmosféře a každý má k dispozici šestnáct malých prázdných lístečků a psací potřeby. Metoda je rozdělena na dvě části – rozdělení lístečků na osm a osm. V první části účastníci kurzu dostanou za úkol, že mají napsat na každý papír jeden hmotný předmět, o který by neradi přišli. Lístečky seřadí od nejvíce oblíbeného. Při společné konzultaci a výzvě vedoucího odhazují postupně napsané hmotné předměty – nakonec nezbude nic – každý účastník si má uvědomit neboli prožít ztrátu, aby si uvědomil, jaké to je.

Druhá část je ještě náročnější, jedná se totiž o vztahy a činnosti, které jsou nejdůležitější pro daného účastníka. Předešlý postup se praktikuje i nyní. Když

se vžijeme do této metody, musíme přiznat, že je hodně psychicky náročná. Uvědomme si, že když člověk odhodí poslední lísteček, nezbude mu nic. Ztratil vše. Může se cítit velmi špatně. Prožívání více labilního jedince může být dosti náročné. Člověk si v tu chvíli fakt uvědomí, jaké je přijít o vše. Nastane bezmoc. Cílem této metody tedy je prožití ztráty toho nejcennějšího dosti obtížným a reálným přístupem.

Všechny metody se dají libovolně kombinovat. Vedoucí kurzu musí být zkušený a musí vědět, komu danou metodu na přiblížení se smrti či prožití smrti může nabídnout.

Při pročitání a psaní jsem si jednotlivé metody představovala – jak asi probíhají. Některé pronikaly přímo do mého těla a má hlava si je vynucovala představovat. Hodně jsem přemýšlela, jak bych kurzy zvládla já a co v člověku zanechají. Změní se člověk? Přemýšlí poté o životě jinak? A jak? Přijdou mi zajímavé, ale psychicky velmi náročné.

### 3.3 Umírání

Umírání představuje pro většinu lidí období nejistoty, strachu a obav. Je to doba, která je z časového hlediska nejasně ohraničitelná, záleží na druhu nemoci a taky na tom, jak se nemocný k ní postaví. Je to fáze života, která může trvat dny, týdny, měsíce ba dokonce roky. Odborníci toto období rozčleňují do tří etap (Ulrichová, 2009):

- Období pre finem

Toto období se označuje jako období před umíráním. Pacientovi je sdělena diagnóza a následná prognóza. Je to tedy čas, který začíná povědomostí o vážné nemoci, která přinese v nejbližší budoucnosti smrt.

Důležité je, aby s pacientem příbuzní komunikovali a podporovali ho. Jeho strach je v tomto období největší a rapidní, proto by neměl zůstat sám.

- Období in finem

Toto období je označováno jako období vlastního umírání. Jsou to okamžiky, které jsou spojené s konečnou fází umírání. Jsou to poslední dny, hodiny, minuty, kdy nemocný už jen stěží chytá dech. Prioritní je, aby u sebe měl své nejmilovanější a dokázal odejít v klidu.

Velmi častým jevem je, že pár dní před smrtí může nastat u pacienta pocit „znovuzrození“ – má tendenci žít. Ta se však záhy obrátí a nastává odchod ze života.

- Období post finem

V překladu období po smrti, které začíná smrtí jedince a počítá se do něj péče o mrtvé tělo a strádání pozůstalých. Co obnáší péče o pozůstalé? Pro pozůstalé nastává těžké a velmi bolestivé období, proto často většina z nich potřebuje pomoc, ať už ve formě vypovídání se, vyplakání se nebo odborné. Naděžda Špaténková ve svém díle Zármutek a pomoc pozůstalým (Špaténková, 2001) popsala tři etapy, kterými by si měl pozůstalý projít, aby jeho truchlení neneslo záporné známky, nýbrž kladné:

- Období otřesu je charakteristické obrovským nesmířením se s odchodem svého blízkého. Pozůstalý nedokáže pochopit a ani pochopit nechce, že mu odešla ze života blízká osoba, je zmatený. Dokonce nechce přijímat kondolence.
- Období intenzivního žalu můžeme charakterizovat tím, že pozůstalý dokáže již vnímat a přijmout realitu takovou, jaká je. Nebrání se přijímání kondolencí, jeho rozpoložení je však jako na houpačce – jednou má dobrou náladu, z toho může přijít opak. Z časového hlediska je toto období ohraničeno asi jedním rokem, kdy pozůstalý vnímá velmi citlivě různé rodinné oslavy, jelikož mu tyto příležitosti přivodí vzpomínku na zemřelého. Přemýšlí, jaké by to bylo, kdyby se daných příležitostí mohl také účastnit atd.
- Období akceptace je charakteristické tím, že pozůstalý je schopen žít bez zemřelého. Začíná znovu žít, může si najít nového partnera, nový smysl života, obrátit se na nové aktivity a objevovat svět jiným směrem než doposud. Pozůstalý si je zcela vědom, že jeho blízký – zemřelý - s ním již nebude sdílet zážitky života a otevírá se novým věcem. Je schopen je víceméně bezproblémově přijímat. Jak už název tohoto období napovídá, pozůstalý akceptuje nastalou situaci, která může trvat až několik let.



### 3.3.1 Fáze umírajícího

Smrtelně nemocný člověk si během své cesty umírání projde pěti psychickými stádii, které odborníci označují a charakterizují následovně (Ulrichová, 2009; Kübler-Ross, 1992):

- Fáze šoku

Je to první fáze, kdy je pacientovi sdělena jeho současná diagnóza. Člověk se dostává do paniky, nastává zděšení a leknutí. Zažívá přímo šok, zvláště pak v případech, které nepřipravují pacienta na danou situaci a skutečnost je vyřknuta ihned. To otřese nejen se slabší povahou.

V této fázi si nemocní pacienti snaží nepřipustit a bojovat s ní, chtějí ji od sebe „odlákat“ a doufají, že se jim to podaří. Danou realitu si ještě příliš neuvědomují.

- Fáze zloby a hněvu

Nastává fáze uvědomění si reality, tedy onemocnění. Pacient je často plný hněvu a zlosti, nechápe, proč trpí právě on tou nemocí. Stále dokola si pokládá otázky. Proč se to stalo právě mně? Zasloužil/a jsem si to? Má snahu hádat se všemi, koho potká a obviňovat celý svět. Uvědomuje si, že musí změnit dosavadní zaběhnutý způsob života a nastává pro něj nové – ne příliš jednoduché období, které bude mít dopad i na jeho blízké.

V této fázi může nemocný obviňovat z nevyлéčení i lékaře a zdravotníky, má často pocit, že jejich práce není dostatečná, že pro daného člověka nedělají maximum. Což samozřejmě nebývá pravda.

- Fáze smlouvání a vyjednávání

Když se v předchozí fázi nemocnému nepodařilo z pochopitelných důvodů nikoho obvinít ze současné situace, tak přichází fáze smlouvání, ve které se snaží dotyčný s lékaři vyjednat. Žádá oddálení úmrtí z důvodu dožití se důležitých aktů v jeho životě. Důvodů je velké množství – jedná se o dožití se svatby dítěte, o dožití se dokončení školy dítěte, o dožití se prvního vnuka a jiné. Nemocný začíná smlouvat, ale z reálného hlediska je jasné, že lékař není tím, který rozhoduje o příchodu smrti a tak není přímo v jeho rukou, aby zabezpečil pacientovi dožití se požadovaných situací. V nemocném jedinci se i přesto vytvoří tento pokus.

- **Fáze deprese a žalu**  
Nastává období, kdy pacient je nucen přijmout své onemocnění díky příznakům, které se začínají projevovat a díky nim postupně přicházejí větší a větší omezení v životě. Člověk není schopen vykonávat zaměstnání, upouští od denních povinností, je zapotřebí se o něj starat, stále častěji navštěvuje nemocniční zařízení, nastávají změny ve stereotypních každodenních zvycích rodiny, je vynakládáno více financí. Přicházející smrt jedinec pocítuje i na svém zevnějšku, který upadá a negativně se mění, proto se dostávají časté deprese.
- **Fáze akceptace a přijmutí reality**  
Poslední fáze života, blíží se příchod smrti. Člověk nebojuje, rezignoval, nesmlouvá, žádná z těchto činností již není v silách nemocného a také si je již plně vědom toho, že to nemá smysl. Cítí se vyrovnaně. Díky své velké únavě často upadá do spánku, potřebuje kolem sebe klid, nechce se mu promlouvat s ostatními lidmi. Stačí mu, když vedle něj v tichosti a klidu sedí milující člověk.

### 3.3.2 Péče a potřeby umírajícího

I když nebo právě proto, že smrtelně nemocného člověka čeká za nedlouho smrt, je potřeba, aby mu byla poskytnuta opora a pomocná ruka, jak od blízkých, tak od odborníků. Na nemocného se nesmí zapomínat, musíme ho naopak povzbuzovat, aby svůj již odměřený zbytek života prožil a ne jen přežil. Velkou pomoc a podržení potřebuje zejména v psychické stránce, od níž se odvíjí celkový postoj k nastalé situaci. Profesorka Haškovcová shrnula potřeby umírajících do následujících bodů a ty zní:

- *„potřeba nezůstat sám, komunikovat s druhými, při zhoršení stavu být alespoň v přítomnosti druhých,*
- *potřeba soukromí a intimity (vyjádření něžnosti od nejbližších příbuzných a přátel),*
- *potřeba hovořit o své situaci pravdivě, ale vždy s přítomnými prvky naděje,*
- *potřeba hovořit o smyslu svého dosavadního života (co jsem udělal dobrého, co jsem pokazil, co jsem měl udělat),*
- *potřeba vyjádřit svou úzkost, bolest a někdy i beznaděj,*
- *potřeba hledání odpovědi na otázku, zda má utrpení nějaký smysl,*

- *potřeba hovoru o své »vině« na vzniku a rozvoji vážné nemoci (platí zejména v případě mladých a mladších umírajících)*
- *potřeba ujištění, že příbuzní unesou bolest ze ztráty (v případě, že má umírající nezaopatřené děti, je jeho prioritní potřebou vědět, kdo se o ně postará a být ujištěn, že »život půjde dál«),*
- *potřeba truchlit (zaplakat si),*
- *potřeba připravit se na svou vlastní smrt (pokud je čas) a »vnitřně« jejímu příchodu nebránit,*
- *potřeba rituálů (rozloučení, u věřících modlitby a náboženské úkony),*
- *potřeba ujištění, že smrt »nebude bolet«, resp., že všichni udělají vše, aby tomu tak bylo“ (Haškovcová, 2007, s. 163).*

### 3.3.3 Závěť

Závěť neboli poslední vůle je dokument, který si přeje sepsat člověk na vlastní žádost z důvodu jasnosti o přidělení svého majetku po své smrti. Tento „papír“ jasně určí, kdo se stane dědicem. Tuto možnost využívá v dnešní době stále více lidí. V mnoha případech se nemocný pacient o jejím vzniku rozhodne právě v nemocničním zařízení.

Ze zákona jsou stanoveny podmínky, které se musí při sepisování striktně dodržovat. Nejdůležitější podmínkou je, aby pacient byl způsobilý k právním úkonům. Nesmí být pod tlumící léky.

Jakými způsoby se dá závěť sepsat [11]? Nejjistějším způsobem je navštívení notáře nebo přivolání notáře – zkrátka přítomnost notáře, který přesně ví, co dokument musí obsahovat, a tak se nemůže stát, že se něco opomene a poslední závěť nebude platná. Velkou výhodou notářského zápisu je, že sám notář ji nechá v úschově.

Druhou možností je vlastnoruční sepsání. To znamená, že se dárce rozhodne sepsat poslední vůli vlastní rukou. Nesmí zapomenout na datum a vlastní podpis.

Pokud se nemocný již obává, že jeho čitelnost nebude akceptovatelná a notář není k dispozici, rozhodne se pro poslední možnou variantu, která je zákonem nabízena k sepsání závěti. Tou je sepsání závěti před svědky s možností využití psacího zařízení. Spis je vytvořen tedy na počítači či stroji s datem a vlastnoručním podpisem nemocného. Nesmí se opomenout na podpisy minimálně dvou svědků, kteří v případě nejasností dosvědčí, že pacient byl schopen sepsat poslední vůli. Svědci by měli být nezávislí, nestranní a ne blízcí či příbuzní.

Sepsání závěti není jednoduchou záležitostí, jak by se mohlo zdát. Je důležité dodržovat přesné náležitosti a být ve střehu.

## 3.4 Interdisciplinární přístup ke smrti a umírání

### 3.4.1 Thanatologie

*„Thanatologie se snaží pojmout problematiku smrti v nejrůznějších souvislostech a vytvořit na ni holistické nazírání. Smrt je v současnosti pojímána především medicínsky, mluvíme o medicinalizaci, resp. medializaci smrti. Lékaři se v jistém ohledu stávají pány nad životem a smrtí. Se smrtí a umíráním bojují svými zbraněmi – dlouhodobou, intenzivní léčbou, včetně farmakoterapie. Smrt pacienta je pro mnohé z nich důkazem jejich neúspěchu“* (Špaténková, 2014, s. 19).

Smrt je součástí každého života, i když převážná většina dnešních lidí si ji nepřipouští. V médiích o ní sice slyšíme každodenně, ale nepřemýšlíme nad ní a snažíme se ji vytěsnit. Možná i proto, že vyspělý svět připouští smrt v pokročilejším věku, neboť „věk smrti“ se zvyšuje. Člověk si ji uvědomí, až ji stojí tváří v tvář. Možná to bude i tím, že uspěchaná doba nedává člověku příliš prostoru se na smrt připravit a přemýšlet o ní.

V souvislosti s vytěsněním smrti můžeme mluvit o dvojitým pojetí, a to individuálním a sociálním. Individuální vytěsnění představuje to, že jedinec nerad slyší o jakékoliv smrti, jelikož má z ní obavy a bojí se jí, že ho zasáhne. Sociální vytěsnění je chápáno především nedostatkem přirozené a nenucené poklony zemřelému či pozůstalému (Špaténková, 2014).

### 3.4.2 Thanatopsychologie

Zakladatelem thanatopsychologie je Sigmund Freud. Disciplína, která je kombinací thanatologie a psychologie, se zabývá:

- vlivem smrti na chování a prožívání člověka;
- psychikou jednotlivce a způsobem vypořádání se s umíráním, se smrtí a truchlením;
- procesem utváření povědomí smrti v lidské psychice.

Povědomí smrti v lidské psychice lze rozdělit (Špaténková, 2014):

- Otevřené povědomí  
Smrtelně nemocný i jeho rodina ví o blížící se smrti. S lékařem otevřeně debatují o nemoci a tématu se nevyhýbají. Všichni zúčastnění mají informace o prognóze a mohou se na danou situaci a smrt připravit. I když připravit se na smrt se dá velmi těžko, ale nebudou zaskočeni a překvapeni.
- Smíšené povědomí  
Pacient i příbuzní jsou o nemoci informováni, ale nejsou s ní smířeni a jsou vůči jakýmkoliv debatám ohledně tohoto tématu uzavřeni. Nejsou schopni a nechtějí se připravit na přicházející smrt. Proto ji mohou hůře snášet.
- Ne-povědomí  
Pacient ani rodina o situaci nejsou informováni. Na smrt se nemůžou jakkoliv připravit. Tato skutečnost – neinformovanost snad v naší zemi není ani možná.

### 3.4.3 Thanatosociologie

Thanatosociologie je disciplína, která stojí mezi thanatologií a sociologií. Jak už slovo sociologie napovídá, důležitou roli hraje společnost. Hlavním úkolem thanatosociologie je, jak společnost vnímá smrt. Bojí se jí? Upouští od tohoto tématu? Víme, že smrt není příjemná, ale je potřeba ji lidem přibližovat.

*„Thanatosociologie prezentuje sociologické perspektivy fenoménu smrti. Smrt je problémem pro každou společnost. Na jedné straně ji společnost musí akceptovat, protože lidé prostě umírají. Na druhé straně ji odmítá proto, aby lidé žili naplno a neodevzdávali se pouze pasivnímu čekání na smrt a neupadli tak do stavu totální anomie“ (Špaténková, 2014, s. 23). „Sociální anomie je stav, kdy se ve společnosti rozpadá hodnotový a normativní řád, stav, který nepochybně indikuje sociální úpadek“ (Špaténková, 2004, s. 93).*

Tato mladá, ne příliš rozšířená disciplína, se zabývá dále rituály, které souvisejí se smrtí. Současné rituály kritizuje a považuje za neosobní a naprosto prázdné, chybí v nich citlivost, cit a jistý smysl.

### 3.4.4 Thanatohistorie

Thanatohistorie představuje vývoj postoje ke smrti. Philippe Ariés zachytil ve svém díle Dějiny smrti (Ariés, 2000) smrt od středověku po dnešní dobu a to tak, jak na ni nazírá západní Evropa. Smrt přibližuje ve vývoji v několika modelech:

- **Smrt ochočená**  
Tento model představuje smrt, která je společností a člověkem samotným chápána jako spánek či odpočinek. V období od pátého století téměř do osmnáctého století lidé se na smrt připravovali, veřejně o ní mluvili a nebáli se jí. Byla spjata s obrovskými oslavnými rituály a účastí široké veřejnosti, jaké jsou známy ze středověku. Proto je možné mluvit o smrti ochočené, protože nebyla lidem cizí a byli s ní smíření.
- **Smrt sebe sama**  
Tento model je opakem smrti ochočené. Rituály nejsou vítány, lidé se smrti obávají a nechtějí se na ni připravovat a mluvit o ní. Téma smrt se stává jakýmsi tabu. Člověk miluje život, chce žít, užívat si a o posmrtný život nejeví zájem. Smrt sebe sama je smrtí individuální a ne určenou pro oslavování veřejnosti, mrtví si nechávají překrývat tváře látkou.
- **Smrt vzdálená i blízká**  
Člověk si uvědomuje, že je smrtelný. Na jednu stranu ví, že smrt jednou přijde, ale ve větší míře si ji nepřipouští.
- **Smrt blízkého**  
Tento model je spjat s obdobím válek, kdy člověk pociťuje hlavně ztráty na životech svých blízkých. Jde o období velkého citu a citlivosti, které z časového hlediska můžeme vyměřit na devatenácté století. Aries toto období označuje jako dobu krásných smrtí, jelikož ji i sami lidé tak brali a své blízké pohřbívali na lesních hřbitovech, tedy krásných místech.
- **Smrt neviditelná**  
Na smrt neviditelnou nazíráme z více stran. Díky první a druhé světové válce, kdy nebyl čas a prostor na posmrtné rituály, se smrt odehrávala tak rychle, že ji můžeme označit jako neviditelnou. K tomuto modelu řadíme i smrt, která nastala v nemocnicích a zdravotnických zařízeních, kde lidé nechávali své těžce nemocné příbuzné, aby o ně personál pečoval. O umírajícího se tedy nepečuje v domácích podmínkách, ale odpovědnost ve většině případů přebírají odborníci a instituce. Vytrácí se dříve tolik preferované rituály a pozůstali své truchlení dávají neradi najevo.

## 4 PALIATIVNÍ PÉČE

Paliativní péče doprovází nemocného člověka v jeho posledních měsících, týdnech, dnech a hodinách. Kladně ji hodnotí především odpůrci eutanazie, kdežto pro příznivce eutanazie představuje spíše nepříznivou část života, ve které neshledávají velký smysl.

### 4.1 Vymezení pojmu a principy paliativní péče

Paliativní péči nelze vyměřit jednou striktní definicí. Pro získání dostatečné orientace o tomto pojmu a uvedení do problematiky, citujeme tři definice z publikace Paliativní medicína (Adam a Vorlíček, 1998).

*„Paliativní medicína je celková léčba a péče o nemocné, jejichž nemoc nereaguje na kurativní léčbu. Nejdůležitější je léčba bolesti a dalších symptomů, stejně jako řešení psychologických, sociálních a duchovních problémů nemocných. Cílem paliativní medicíny je dosažení co nejlepší kvality života nemocných a jejich rodin“* (Adam a Vorlíček, 1998, s. 19). Takpaliativní péči vymezila Světová zdravotnická organizace.

*„Hospicový program je koordinovaný program paliativních a podpůrných služeb prováděných doma i za hospitalizace, který zajišťuje léčbu a psychologickou, sociální a spirituální péči pro umírající osoby a jejich rodiny. Služby jsou zajišťovány lékařsky řízeným interdisciplinárním týmem profesionálů i dobrovolníků. Po smrti nemocného je k dispozici péče o pozůstalé (bereavement)“* (Adam a Vorlíček, 1998, s. 19). Definice od National Hospice Organisation Arlington, Virginia, USA.

Poslední mnou uvedené vymezení paliativní péče pochází z Velké Británie. *„Paliativní medicína se zabývá léčbou a péčí o nemocné s aktivním, progredujícím, pokročilým onemocněním. Délka je už těchto nemocných omezená a cílem léčby a péče je kvalita jejich života“* (Adam a Vorlíček, 1998, s. 19).

Definice z odborných literatur jsou postaveny víceméně na stejné či podobné struktuře a charakteristice. Společným cílem je poskytnutí pomoci nemocnému, který je vystaven smrti, aby jeho zbývající část života byla v rámci možností kvalitní a bezbolestná, přičemž pomoc je poskytována i příbuzným.

*„Světová zdravotnická organizace (WHO) dále konstatuje, že paliativní péče:*

- *podporuje život a považuje umírání za normální proces*
- *ani neurychluje, ani neoddaluje smrt*

- poskytuje úlevu od bolesti a jiných svízelných symptomů
- začleňuje do péče o pacienta psychické a duchovní aspekty
- vytváří podpůrný systém, který pomáhá rodině vyrovnat se s pacientovou nemocí a zármutkem po jeho smrti“ [12]

Paliativní péči můžeme také lépe přiblížit popsáním hlavních obecných principů (Pollard, 1996) této péče, kterou jsou:

- kladné zvládnání nepříjemných bolestí a komplikací u pacienta, které přicházejí s nevléčitelnou nemocí
- kvalitní prožití zbývajících života dle možností nemoci
- respektování osobnosti jedince – jeho priorit, hodnot, práv, přání a potřeb
- spolupráce více oborů s interdisciplinárním pohledem na nemocného (lékařské, psychologické, sociální, existenciální a spirituální aspekty)
- přijetí smrti v čase, který si sama vybere
- spolupráce s rodinou kvůli pacientovi – přirozený a neomezený kontakt nemocného se svými blízkými a milujícími
- spolupráce s rodinou z pohledu pomoci blízkým po smrti (zvládnání zármutku)

## 4.2 Členění paliativní péče

Podle toho, kde se paliativní péče uskutečňuje a v jaké míře, tak ji dělíme na obecnou paliativní péči a specializovanou paliativní péči (Sláma, Kabelka a Vorlíček, 2007).

Obecná paliativní péče tvoří větší část paliativní péče a její poskytnutí by se člověku mělo dostat od všech lékařů. Pacientovi, ve stádiu pokročilé smrtelné nemoci, by se mělo dostat vstřícné a odborné komunikace s lékařem o své nemoci, účinné odbourávání bolesti spojených s jeho nemocí a tím „zkvalitnění“ poslední fáze svého života.

Mezi specializovanou paliativní péči se řadí odborníci, kteří tuto oblast mají vystudovanou a mají odpovídající zkušenosti, které jsou pro nemocného a jeho rodinu přínosem.



Formy specializované paliativní péče jsou:

- Hospic neboli lůžková část

*„Anglický výraz hospic znamená útulek nebo útočiště. Termín byl původně používán ve středověku pro tzv. domy odpočinku. Vyhledávali je zejména unavení poutníci směřující do Palestiny. Pobyli v nich zpravidla několik dní, aby nabrali čerstvé síly na další úsek obtížné a daleké cesty. Řádně se vyspali, najedli, napili a ošetřili své bolavé nohy“ (Haškovcová, 2007, s. 45).*

Razantní rozvoj hospiců, který směřoval na dnešní linii, nastal až ve dvacátém století v Anglii. Tamější zdravotní sestra měla potřebu zajistit smrtelně nemocným lidem příslušnou péči, která se odlišuje od klasické „nemocniční“ a tak bojovala za zřízení domů pro pacienty. To se jí podařilo a první hospic byl nazván po ní. V současné době existuje přes dva tisíce hospiců po celém světě a můžeme je charakterizovat jako zařízení, která poskytují komplexní péči těžce nemocným pacientům.

Vznik hospiců v České republice přišel později. První hospic byl otevřen před jedenácti lety v Červeném Kostelci. V současnosti je otevřeno až patnáct hospiců, které poskytují odbornou péči nemocným. Rozvoj paliativní péče je aktuální, pořádají se různá sezení, semináře, osvěty a zakládají sdružení.

Klasický lůžkový hospic je tvořen budovou, která má lůžkovou část, vzdělávací centrum, modlitebnu a přísluší k němu i stacionář, jehož systém popisujeme níže. Do hospice může být přijatý člověk, který trpí smrtelnou nemocí, nepotřebuje však nemocniční péči a péče v domácích podmínkách není možná. Nezbytnou podmínkou k tomu, aby člověk mohl do takového zařízení nastoupit, je podepsání informovaného souhlasu. Jedná se o to, že nemocný podepíše souhlas o přijetí do hospice, přijímání paliativní péče a o seznámení se s fungováním hospice. Jeho rozhodnutí musí být svobodné. V případě, že jeho stav již neumožňuje vyjádření se, přechází tento skutek na příbuzného. Když se pacient dostane do hospice, nemusí to znamenat, že tam musí setrvat do konce života. Kdykoliv se může situace pozměnit a může nastat domácí hospic[12].

Personální obsazenost hospice je následovní: v čele sedí lékař, mezi další důležitý personál patří lékaři, zdravotní sestry, rehabilitační pracovníci, ošetřovatelky, sociální pracovníce, psycholog, kněz, pastorační asistent a laičtí dobrovolníci. Pro stoprocentní péči je nutností, aby jednotliví zaměstnanci

fungovali jako jeden tým, který spolupracuje a doplňuje se (Haškovcová, 2007).

Jaká práva má nemocný v hospici? Personál, ani nikdo jiný nemůže zatajit před pacientem informace o jeho zdravotním stavu, má tedy právo vědět svůj zdravotní stav. Návštěva duchovního či rodiny je samozřejmostí. Personál hospice by měl být naslouchaví a zármutek či obavy pacientů přijímat a mluvit s nimi o tom.

Velký důraz je kladen na splnění přání nemocného a vytvoření co nejlepších podmínek pro jeho život zde. „Hospicovní“ personál pohlíží na člověka jinak než ten nemocniční. V nemocnici se odborníci především soustředí na problém, se kterým je člověk hospitalizován. Hospic nahlíží na člověka více celistvě, ne „jen“ na jeho nemoc, ale na celou bytost a osobnost člověka. V žádném případě by neměl zapomínat na rodinu, ve většině případů jsou oboustranně vytvořené podmínky, které vedou ke vzájemné spolupráci, respektování se a otevřenosti.

I když o smrti a umírání veřejnost moc nemluví, mají před těmito tématy respekt, občas se mnohým z nás podaří zaslechnout na ulici, ve vlaku, v autobuse nebo v nákupním centru rozhovor (spíše pár slov) o tom, že se známý dostal do hospice a už tam určitě zemře. Samozřejmě to tak vidí mnoho lidí, z velké části je to i pravdivé, ale musíme si přiznat, že člověk, který se právě do hospice dostane, je na tom po zdravotní stránce špatně. I když cílem hospice je ulehčení poslední fáze života, nikoliv uzdravení, existuje veřejnost, která to tak nevidí. Chtějí více – nemožné. Proto vznikají různé mýty a otázky spojené s péčí v hospicích, které krásně vyjádřila Haškovcová ve svém díle *Thanatologie* (Haškovcová, 2007):

- „Hospic je dům smrti“

Mezi veřejností panuje názor, že hospic „zabíjí“ – každý, kdo se do něj dostane, zemře. Ano, může to být ve většině případů pravdivé tvrzení, ale v hospici se pohlíží na kvalitu zbývajících života. Nikoliv žádná výrazná prodloužení života či dokonce uzdravení.

- „Hospic se hodí pro všechny umírající“

Tento výrok je taky jen mýtus. Paliativní hospicová péče není vhodná pro všechny umírající. Pro přijetí není zapotřebí pacientovi poskytovat primární nemocniční léčbu, nemá k dispozici domácí paliativní péči a naopak potřebuje hospicovou péči.

- „Hospic je jen pro věřící“  
 Jelikož na vytvoření hospiců se podílejí převážně církve, panuje jistý mýtus, že nevěřící nedostane povolení k pobytu v hospici. Ano, je to mýtus. Hospice nabízí péči všem lidem (musí splňovat podmínky pro přijetí, viz výše) bez ohledu na jejich víru či nevíru.
- „Hospicové hnutí je u nás v plenkách, na Západě je rozvinuté“  
 Jak již může vyplynout z předešlých řádků, veřejnost není dostatečně o fungování hospiců a paliativní péči informována. Bylo by zapotřebí, aby se rozvíjela osvěta o principu hospicové péče a laická veřejnost lépe poznala celou cestu a práci personálu, kterou vynakládají při svém zaměstnání již nyní.
- Domácí hospic či mobilní hospic  
 Pro nemocného člověka je velmi důležité místo, kde je. Všechny okolnosti mají velký vliv na jeho psychické rozpoložení a naladění. Není to jiné ani u smrtelně nemocného člověka, který již bohužel ví, že jeho stav se nezvrátí, i když může stále bojovat. Není proto divu, že převážná většina lidí si chce svého příbuzného nemocného ponechat v domácí péči, to znamená, že se o něj chtějí starat pomocí svých sil. Každý pacient potřebuje správně mířenou starostlivost a péči, proto odborníci příbuzným poskytují potřebné informace o starostlivosti a učí je, jak s nemocným „zacházet“.  
 Domácí hospic nebo některými odborníky více používaný pojem domácí paliativní péče je založen na domácí péči, ta může být prováděna buď příbuznými – tedy laiky nebo přímo odborníky, která se nazývá home care. Laickou péči označujeme jako home help.  
 Domácí péči [13] můžeme rozčlenit na tři formy, podle toho jak, kde, proč a kým je vykonávána:
  - Tato forma funguje na základě návštěv lékařů, zdravotních sester a pracovníků sociálních služeb. Lékaři a sestry jsou k dispozici, aby navštívili nemocného v případě zhoršení stavu či podobné potřeby. Nemocný zůstává v domácím klidném prostředí, nemusí nikam přejíždět. O jeho péči se střídavě dělí rodina s předem domluveným sociálním pracovníkem.
  - Druhá forma je neobvyklá a ne příliš praktikována, jelikož je příliš obtížná po všech stránkách. V omezené míře se provádí v USA,

Japonsku a Anglii. Podstatou je, že nemocný člověk je i za okolností, které předpovídají hospitalizaci v nemocnici, doma. Není to asi příliš šťastné řešení, přináší spoustu složitostí, ale někteří i přesto na domácí hospitalizaci trvají.

- Třetí, tedy poslední formu domácí péče, tvoří osvěta a prevence na činnosti, které ve vyspělých zemích člověk bere za samozřejmost. Praktikuje se v zaostalejších částech světa, kde zkušený odborník napomáhá dojít k pochopení tamějším lidem, aby dbali na správnou hygienu, stravu a podobné záležitosti. V jejich vykonávání a přibližování jsou jim nápomocní určení zkušení pracovníci.

Jak funguje domácí péče a domácí hospic v České republice? Systém péče je tvořen spoluprací lékaře, pracovníků sociálních služeb a příslušníků rodiny. Důležité slovo má lékař pacienta, který stanoví jeho léčbu, sociální pracovník poté doplní, v jakém rozsahu nemocný potřebuje sociální služby. Ty jsou prováděny sociálním pracovníkem, dostatečnou část domácí péče poté vykonávají příbuzní či jeden příbuzný. Jedná se ve většině případů tedy o laiky a můžeme tuto službu označit, jak už jsme výše uvedli, jako home help.

Velmi nepříznivá situace nastane, když nemocný musí z nejrůznějších důvodů ukončit domácí péči. Důvody mohou být nejrůznější. Mezi nejčastější patří, že rodina péči již nezvládá – může jít o více a více náročnější práci jak z hlediska odbornosti, tak lidských a psychických sil. Rodina nemusí mít dostatek financí na uzpůsobení nevyhovujícího bytu a jiné.

- Paliativní jednotky

Oddělení paliativní jednotky je rozšířené převážně v zahraničí, Česká republika tuto službu nabízí jen minimálně. Prozatím. Jedná se oddělení, která jsou vybudována přímo u nemocnic.

- Hospicový stacionář či denní stacionář

Tato forma paliativní péče je oblíbená a její působiště je vytvořeno u hospiců. Každý člověk tráví svůj čas raději v domácích podmínkách než v nemocničním či zdravotnickém zařízení. Nemocný člověk, o kterého je potřeba pečovat a starat se, je značnou zátěží pro jeho blízké. Denní stacionář je ideálním

spojením, aby nemocnému byla poskytnuta odborná péče a zároveň svůj zbytek života mohl trávit v rodinném kruhu.

Fungování je zajištěno následovně. Rodina či blízký člověk pacienta ho ráno odveze do stacionáře, kde nemocný dostane potřebnou léčbu a odpoledne bude zase vyzvednut a přivezen domů. Jak již z názvu „denní stacionář“ vypovídá, člověk může zde vytrvat v kuse nejdéle jeden den. Příbuzný má čas na vyřízení si potřebných věcí a má možnost vykonávat zaměstnání.

### 4.3 Charta práv umírajících

Na závěr této kapitoly si uvedeme dokument, který je obsahem Doporučení Rady Evropy č. 1418/199 „O ochraně lidských práv a důstojnosti nevléčitelně nemocných a umírajících“ a byl přijat 25. června 1999 (Špinková a Špinko, 2006):

*„ 1. Posláním Rady Evropy je chránit důstojnost všech lidí a práva, která z ní lze odvodit.*

*2. Pokrok medicíny umožňuje v současné době léčit mnohé dosud neléčitelné nebo smrtelné choroby, zlepšení lékařských metod a rozvoj resuscitačních technik dovolují prodloužení života lidského jedince a odsouvání okamžiku jeho smrti. V důsledku toho se však často nebere ohled na kvalitu života umírajícího člověka a na osamělost a utrpení jak pacienta, tak jeho blízkých a těch, kdo o něj pečují.*

*3. V roce 1976 v rezoluci č. 613 deklarovalo Parlamentní shromáždění, „že umírající nemocný si nejvíce ze všeho přeje zemřít v klidu a důstojně, pokud možno v pohodlí a za podpory své rodiny a přátel.“ V Doporučení číslo 779 z roku 1976 k tomu dodalo, že „prodloužení života by nemělo být jediným cílem medicínské praxe, která se musí současně zabývat i úlevou od utrpení.“*

*4. Konvence o ochraně lidských práv a lidské důstojnosti s ohledem na aplikaci biologie a medicíny od té doby vyjádřila důležité zásady a připravila cestu, aniž se explicitně věnovala specifickým potřebám nevléčitelně nemocných nebo umírajících lidí.*

*5. Povinnost respektovat a chránit důstojnost všech nevléčitelně nemocných a umírajících osob je odvozena z nedotknutelnosti lidské důstojnosti ve všech obdobích života. Respekt a ochrana nacházejí svůj výraz v poskytnutí přiměřeného prostředí, umožňujícího člověku důstojné umírání.*

6. Je třeba tato opatření uskutečňovat zvláště v zájmu nejzranitelnějších členů společnosti, jak v minulosti i současnosti ukázaly mnohé zkušenosti s utrpením. Tak jako lidská bytost začíná svůj život ve slabosti a závislosti, stejně tak potřebuje ochranu a podporu, když umírá.

7. Základní práva odvozená z důstojnosti nevyléčitelně nemocných nebo umírajících osob jsou dnes ohrožena mnoha faktory:

- nedostatečnou dostupností paliativní péče a dobré léčby bolesti,
- častým zanedbáváním léčby fyzického utrpení a tím, že se nebere zřetel na psychologické, sociální a spirituální potřeby,
- umělým prodlužováním procesu umírání buď nepřiměřeným používáním medicínských postupů, nebo pokračováním v léčbě bez souhlasu nemocného,
- nedostatečným kontinuálním vzděláváním a malou psychologickou podporou ošetřujícího personálu činného v paliativní péči,
- nedostatečnou péčí a podporou příbuzných a přátel terminálně nemocných či umírajících osob, kteří by jinak mohli přispět ke zmírnění lidského utrpení v jeho různých dimenzích,
- obavami nemocného ze ztráty autonomie, že bude závislý na rodině i institucionálním prostředí, které by mu umožňovalo pokojné rozloučení s příbuznými a přáteli,
- nedostatečnou alokací prostředků a zdrojů pro péči a podporu nevyléčitelně nemocných nebo umírajících,
- sociální diskriminací, která je vlastní umírání a smrti.

8. Shromáždění vyzývá členské státy, aby ve svých zákonech stanovily nezbytnou legislativní i sociální ochranu, aby se zabránilo těmto nebezpečím a obavám, se kterými mohou terminálně nemocní nebo umírající lidé být v právním řádu konfrontováni, a to zejména:

- umírání s nesnesitelnými symptomy (např. bolesti, dušení atd.),
- prodlužování umírání terminálně nemocného nebo umírajícího člověka proti jeho vůli,
- umírání o samotě a v zanedbání,
- strachu umírajícího, že se stane sociální zátěží,
- omezování život udržující léčby (life-sustaining) z ekonomických důvodů,

- *nedostatečným zajištěním financí a zdrojů pro adekvátní podpůrnou péči terminálně nemocných nebo umírajících.*

*9. Shromáždění proto doporučuje, aby Výbor ministrů vyzval členské státy Rady Evropy, aby ve všech ohledech respektovaly a chránily důstojnost nevléčitelně nemocných nebo umírajících lidí, a to tím, že:*

- *uznají a budou hájit nárok nevléčitelně nemocných nebo umírajících lidí na komplexní paliativní péči, a že přijmou opatření,*
- *budou chránit právo nevléčitelně nemocných a umírajících osob na sebeurčení, a že pro to přijmou nutná opatření,*
- *zachovají předpis zakazující úmyslné usmrcení nevléčitelně nemocných nebo umírajících osob“ (Špinková a Špinko, 2006, s. 35).*

## 5 VÝZKUM

### 5.1 Cíl výzkumu

Cílem výzkumu bylo zjištění aktuálního postoje k eutanazii u studentů vysokých škol – budoucích učitelů.

Výzkumu se celkem zúčastnilo 112 respondentů, z toho 89 žen (79%) a 23 mužů (21%).

### 5.2 Zvolená metoda

V metodologickém výběru jsme se inspirovali článkem (Cohen, Landeghem, Carpentier, Deliens, 2013). K výzkumu byla využita tedy Likertova škála, která je vhodná ke zkoumání a měření postojů respondentů. Výzkum proběhl písemným zaznamenáváním na vytištěné dokumenty. Sběr dat se uskutečnil v Ostravě, v Brně a v Olomouci.

#### Nezávislé proměnné

Respondenti byli seznámeni s důvodem vypracování dotazníku a jeho zaměřením. Výzkum začíná dvěma nezávisle proměnnými, které se týkají pohlaví a víry respondentů.

#### Závislé proměnné

Podstatu výzkumu tvoří jedna otázka, která zní **„Jaká je Vaše míra přijatelnosti eutanazie?“** a která nám má zodpovědět cíl diplomové práce. Respondenti měli vyjádřit svou míru přijatelnosti na Likertově škále od 1 do 10, kde první číslo představovalo míru přijetí eutanazie „nikdy“ a pod číslem 10 byla odpověď „vždy“.



### 5.3 Zpracování a vyhodnocení

Získané informace jsme zaznamenávali do grafů s uvedením procentuálního znázornění a do tabulek, kam jsme zapisovali absolutní četnost a relativní četnost. Dále jsme data počítali aritmetickým průměrem váženým a následně porovnávali získané hodnoty.

#### Symbolika použitá při zpracování a vyhodnocení dotazníků:

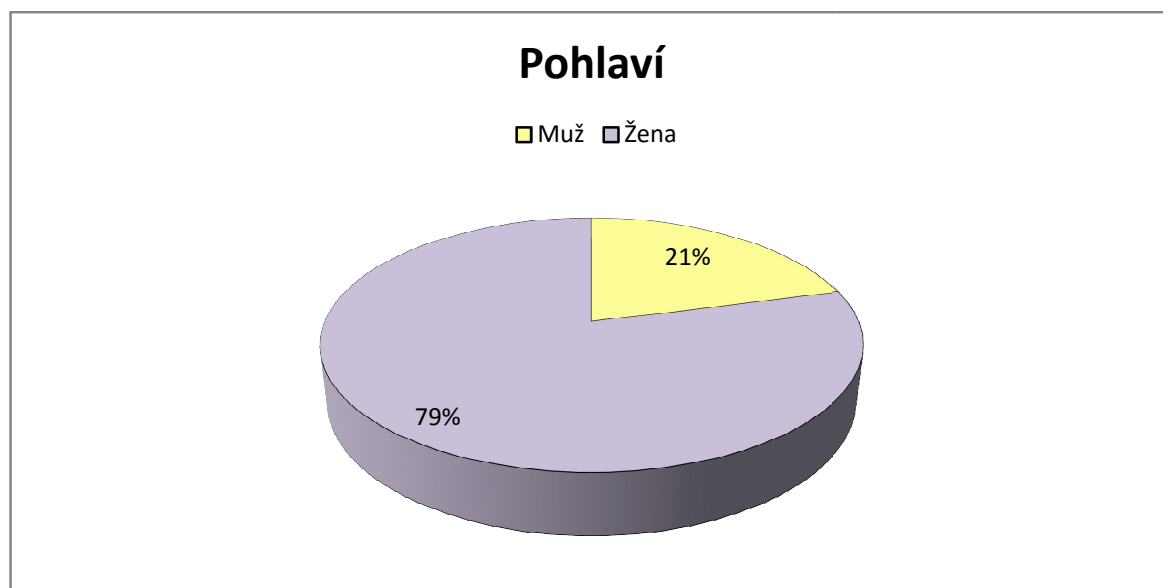
Jednotlivé hodnoty na Likertově škále	$x_i$
Absolutní četnost	$n_i$
Celkový počet daného souboru	$n$
Relativní četnost (výpočet)	$n_i/n$

#### 1. Pohlaví respondentů

Tabulka č. 1 – Pohlaví respondentů

	<b>Muž</b>	<b>Žena</b>	<b>n</b>
<b>Absolutní četnost (<math>n_i</math>)</b>	23	89	112
<b>Relativní četnost</b>	0,21	0,79	1

Graf č. 1 – Pohlaví respondentů



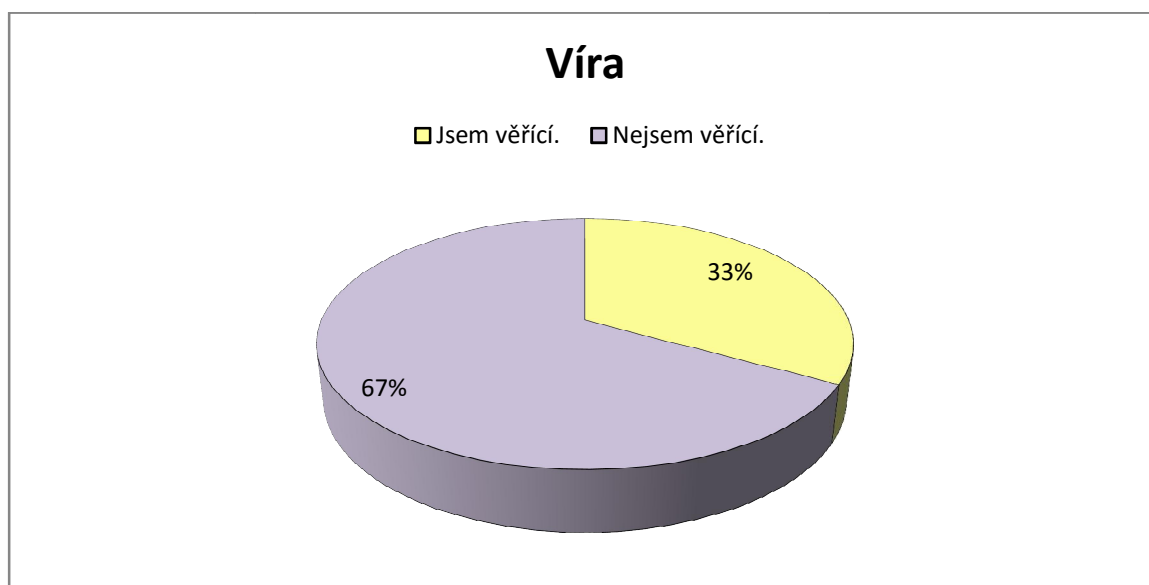
**Komentář:** Výzkumu se celkem účastnilo 112 respondentů, z toho 89 žen (79%). Muži byli v zastoupení poměrně menším, a to s počtem 23 respondentů (21%).

## 2. Víra

**Tabulka č. 2 - Víra**

	Jsem věřící.	Nejsem věřící	n
<b>Absolutní četnost (ni)</b>	37	75	112
<b>Relativní četnost</b>	0,33	0,67	1

**Graf č. 2 - Víra**



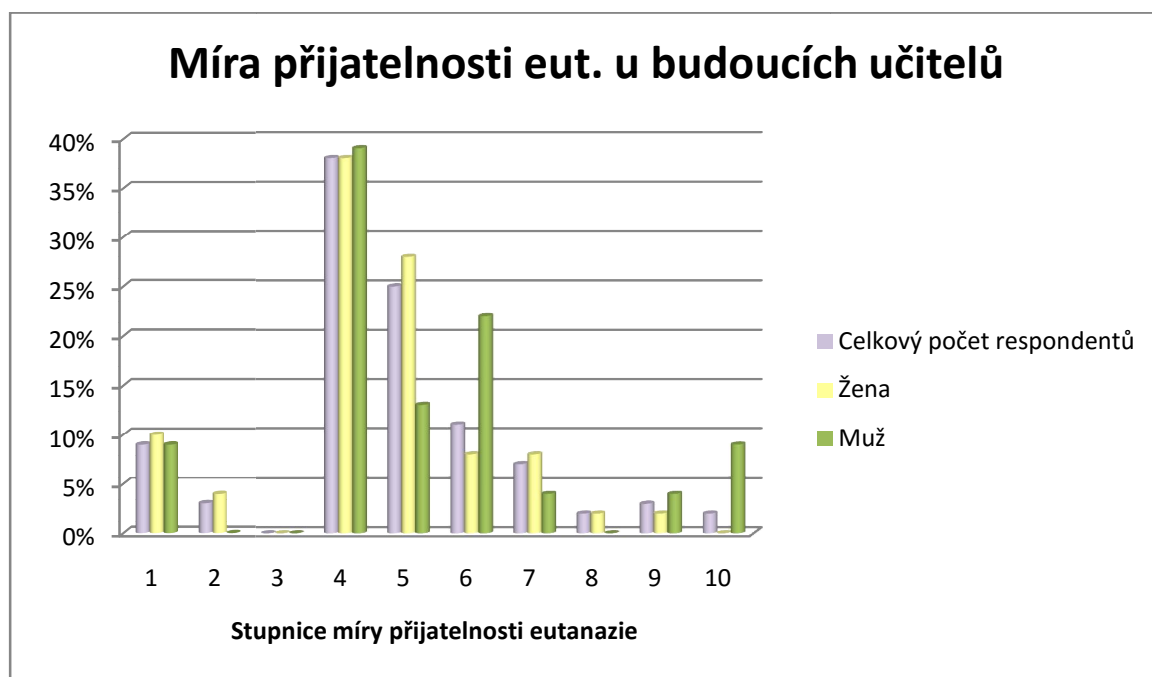
**Komentář:** Tabulka č. 2 a graf č. 2 ukazují počet věřících respondentů a počet nevěřících respondentů. Převážná většina se staví na stranu nevěřících, a to 75 respondentů (67%). 37 respondentů (33%) se vyjádřilo, že patří mezi věřící.

### 3. Míra přijatelnosti eutanazie - pohlaví

Tabulka č. 3 – Míra přijatelnosti eutanazie u budoucích učitelů (1 – nikdy, 10 – vždy)

xi		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	n
Žena	Ab.č. (ni)	9	3	0	34	25	7	7	2	2	0	89
	Rel.č.	0,1	0,04	0	0,38	0,28	0,08	0,08	0,02	0,02	0	1
Muž	Ab.č. (ni)	2	0	0	9	3	5	1	0	1	2	23
	Rel.č.	0,09	0	0	0,39	0,13	0,22	0,04	0	0,04	0,09	1
Celkový počet resp.	Ab.č. (ni)	11	3	0	43	28	12	8	2	3	2	112
	Rel.č.	0,09	0,03	0	0,38	0,25	0,11	0,07	0,02	0,03	0,02	1

Graf č. 3 – Míra přijatelnosti eutanazie u budoucích učitelů



**Komentář:** Tabulka č. 3 a graf č. 3 ukazují, jaká je míra přijatelnosti eutanazie celkově u všech respondentů a jaká je míra přijatelnosti eutanazie – muži x ženy.

**Ženy:** Nejčastěji byla ženami označována volba č. 4 s počtem 34 respondentů (38%). Následuje volba č. 5, kterou označilo 25 žen (28%). Dále volba č. 1, kterou označilo 9

žen (10%). Volby č. 6 a č. 7 byly označeny stejnoměrně – 7 žen (8%). Volbu č. 2 označily 3 ženy (4%). Volbu č. 8 označily 2 ženy (2%), stejně tak byla označena i volba č. 9. Volby č. 3 a č. 10 nebyly voleny ani jednou.

Muži: Nejčastěji byla muži označována volba č. 4 s počtem 9 respondentů (39%). Následuje volba č. 6, kterou označilo 5 mužů (13%). Dále volba č. 5, kterou označili 3 muži (13%). Volby č. 1 a č. 10 byly označeny stejnoměrně – 2 muži (9%). Volbu č. 7 označil 1 muž (4%), stejně tak byla označena i volba č. 8. Volby č. 2, č. 3 a č. 8 nebyly voleny ani jednou.

Celek: Nejčastěji byla respondenty označována volba č. 4 s počtem 43 respondentů (38%). Následuje volba č. 5, kterou označilo 28 respondentů (25%). Dále volba č. 6, kterou označilo 12 respondentů (11%). Volbu č. 1 označilo 11 respondentů (9%). Volba č. 7 byla označena 8 respondenty (7%). Volby č. 2 a č. 9 byly označeny stejnoměrně – 3 respondenti (3%). Volbu č. 8 označili 2 respondenti (2%), stejně tak byla označena i volba č. 10. Volba č. 3 nebyla volena ani jednou.

#### 4. Míra přijatelnosti eutanazie – víra

**Tabulka č. 4 – Míra přijatelnosti eutanazie u budoucích učitelů z hlediska víry (1 – nikdy, 10 – vždy)**

xi		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	n
Jsem věřící.	Ab.č. (ni)	9	3	0	10	3	8	2	1	1	0	37
	Rel.č	0,24	0,08	0	0,27	0,08	0,22	0,05	0,03	0,03	0	1
Nejsem věřící.	Ab.č. (ni)	2	0	0	33	25	4	6	1	2	2	75
	Rel.č.	0,03	0	0	0,44	0,33	0,05	0,08	0,01	0,03	0,03	1

**Graf č. 4 – Míra přijatelnosti eutanazie u budoucích učitelů z hlediska víry**



**Komentář:** Tabulka č. 4 a graf č. 4 ukazují, jaká je přijatelnost eutanazie z pohledu víry respondentů (věřící x nevěřící).

**Věřící respondenti:** Nejčastěji byla věřícími respondenty označována volba č. 4, s počtem respondentů 10 (27%). Následuje volba č. 1, kterou označilo 9 respondentů (24%). Dále volba č. 6, kterou označilo 8 respondentů (22%). Volby č. 2 a volby č. 5 byly označeny stejnoměrně – 3 respondenti (8%). Volbu č. 7 označili 2 respondenti (5%). Volbu č. 8 označil 1 respondent (3%), stejně tak byla označena i volba č. 9. Volba č. 3 a volba č. 10 nebyly voleny ani jednou.

**Nevěřící respondenti:** Nejčastěji byla nevěřícími respondenty označována volba č. 4, s počtem respondentů 33 (44%). Následuje volba č. 5, kterou označilo 25 respondentů (33%). Dále volba č. 7, kterou označilo 6 respondentů (8%). Volbu č. 6 volili 4 respondenti (5%). Volba č. 1, volba č. 9 a volba č. 10 byly označeny stejnoměrně – 2 respondenti (3%). Volbu č. 8 označil 1 respondent (1%). Volba č. 2 a volba č. 3 nebyla volena ani jednou.

### **Použití aritmetického průměru váženého**

Použitím aritmetického průměru váženého jsme zjišťovali volbu, která byla respondenty na Likertově škále volena průměrně. Průměrná volba míry přijatelnosti eutanazie u celého souboru respondentů, kdy  $n = 112$ , je **4, 64**. Průměrná volba u věřících, kdy  $n = 37$ , je **4, 03**. Průměrná volba u nevěřících, kdy  $n = 75$ , je **4, 95**. Průměrná volba u žen, kdy  $n = 89$ , je **4, 51**. Průměrná volba u mužů, kdy  $n = 23$ , je **5, 17**.

## 6 DISKUZE

Diplomová práce je zaměřena na otázku eutanazie. Eutanazie je velmi citlivé a náročné téma pro veřejnost i odborníky, proto je zapotřebí si jej více přiblížit, seznámit se s kladnou i zápornou stránkou eutanazie a uspořádat si své dojmy a poznatky, které povedou k ustálení vlastního postoje k tomuto tématu. Tyto argumenty mě vedly k tomu, že jsem si jako téma diplomové práce vybrala eutanazii a jelikož jsem studentkou pedagogické fakulty, tak jsem se rozhodla pro výzkum mezi studenty. Tímto spojením se dostáváme k názvu diplomové práce: „Postoj k eutanazii u budoucích učitelů“.

Cílem diplomové práce bylo zjištění aktuálního postoje k eutanazii u studentů vysokých škol – budoucích učitelů. Získaná data jsme porovnávali s výsledky, které jsou známy z roku 2008, kdy se uskutečnil výzkum na přijatelnost eutanazie ve 47 evropských zemích.

Diplomová práce je rozdělena na teoretickou a praktickou. Na úvod teoretické části jsme se seznámili s historickým vývojem pojmu eutanazie, s čím byla eutanazie spojována v dřívějších dobách a s chápáním významu slova eutanazie dříve a dnes. Uvedli jsme si, jak eutanazii chápe bývalý papež Jan Pavel II. a jak Světová lékařská asociace, která zároveň stanovila body, ve kterých by se mohla eutanazie případně vykonávat. Dále jsme si vysvětlili pojmy a terminologii, která je s tématem eutanazie spojována. Objasnili jsme si důvody, které mohou vést pacienta k žádosti o vykonání tohoto aktu a zároveň poukázali na hrozby zneužití, které mohou bohužel nastat. První kapitolu jsme uzavřeli argumenty příznivců a odpůrců eutanazie.

Nepostradatelným procesem, kterým musí eutanazie projít, aby mohla být legálně vykonávaná, je legalizace, na kterou jsme se zaměřili v druhé kapitole. Přiblížili jsme si události a činy, které se odehrály před první světovou legalizací, která se uskutečnila v roce 1996 v Austrálii, aby za pár měsíců byla opět zrušena. Země, které mají eutanazii legalizovanou, jsme si uvedli. Popsali jsme si systém fungování jednotlivých zemí, který je zákonem podmíněný a seznámili se s podmínkami, za kterých může být eutanazie provedena. Důležitou roli v pacientově životě nepochybně hraje lékař, jehož zodpovědnost a trestní odpovědnost jsme si zde přiblížili. V právech pacienta je vyjádření souhlasu či nesouhlasu s léčbou a právo na dříve vyslovené přání, jejíž náležitosti a formy jsme si uvedli.

V třetí kapitole jsme nastínili ne příliš oblíbené téma smrt a umírání. Objasnili jsme si pojmy – biologická smrt, klinická smrt, cerebrální smrt, smrt z hlediska věku, smrt z hlediska

připravenosti a smrt způsobenou jedincem samotným. Podívali jsme se, jak se na smrt můžeme připravit formou konfrontačních technik se smrtí, co následuje po smrti a na možná místa posledního odpočinku. Umírání je pro pacienta a příbuzné dobou nejistoty, strachu a obav, tak jsme si uvedli rozčlenění tohoto období – období pre finem (člověk se dozvídá diagnózu a prognózu), období in finem (poslední dny, hodiny a minuty člověka), období post finem (strádání pozůstalých). Na nemocného člověka se nesmí zapomínat a měli bychom si uvědomit, že i v tomto období nebo právě v tomto období vyžaduje důstojnou péči a má své potřeby, na které nesmíme zapomínat – jejichž seznam je zaznamenán v této kapitole. Na závěr kapitoly jsme se věnovali disciplínám, které mají ke smrti a umírání blízko – thanatologie, thanatopsychologie, thanatosociologie a thanatohistorie.

Teoretickou část diplomové práce uzavírá kapitola s názvem „Paliativní péče“. Pro těžce nemocného člověka nepostradatelná součást jeho posledních měsíců, týdnů, dnů... Přiblížili jsme si podstatu paliativní péče, pojmy s ní spojené a principy. Věnovali jsme se rozčlenění paliativní péče na obecnou paliativní péči a specializovanou paliativní péči, na kterou jsme se zaměřili detailněji. Seznámili jsme se s fungováním hospice – lůžkové části, domácího hospice, paliativní jednotky a hospicového stacionáře. Za vhodnou součást teoretické části jsme se rozhodli uvést dokument, který chrání lidská práva a důstojnost smrtelně nemocných pacientů. Charta práv umírajících uzavírá teoretickou část diplomové práce.

V praktické části jsme zjišťovali, jaký mají postoj k eutanazii budoucí učitelé – studenti vysokých škol. Výzkum proběhl písemným zaznamenáváním respondentů na vytištěné podklady, které obsahovaly dvě nezávislé proměnné a jednu závislou proměnnou. Nezávislou proměnnou tvořilo pohlaví a víra respondentů. Závislá proměnná byla otázka na respondenty: „Jaká je Vaše míra přijatelnosti eutanazie?“. Respondenti svou volbu označovali na Likertově škále od 1 do 10, kde číslo 1 představovalo míru eutanazie „nikdy“ a poslední číslo „vždy“.

Výzkumu se celkem zúčastnilo 112 respondentů, z toho 89 žen (79%) a 23 mužů (21%), což vyplývá z grafu č. 1 a z tabulky č. 1. Co se týká zastoupení respondentů z pohledu víry, převážná většina se řadila k nevěřícím (viz graf č. 2 a tabulka č. 2), a to 75 respondentů (67%). Proto nás zajímalo, zda se průměrná volba v míře přijetí eutanazie věřících a nevěřících respondentů bude značně lišit.

*Je míra přijatelnosti eutanazie vyšší u nevěřících než u věřících?* Předpokládali jsme, že míra přijatelnosti vzhledem k víře se bude značně lišit. Zaznamenaná data z výzkumu na grafu č. 4 a v tabulce č. 4 ukazují, že rozdíl mezi věřícími a nevěřícími respondenty je



minimální. Použitím aritmetického průměru váženého jsme dostali volby, které byly na Likertově škále ze strany věřících a nevěřících respondentů průměrně označovány. Překvapivě se rozdíl liší jen v desetinných číslech. Oběma skupinami byla volena průměrná volba 4 – přesněji uvádíme, že věřícím patří volba 4, 03 a nevěřícím 4, 95.

Zaměřili jsme se i na volbu míry přijatelnosti u žen a u mužů. *Je míra přijatelnosti eutanazie u mužů vyšší než u žen?* Ano, je. Průměrná volba u žen byla 4, 51, kdežto u mužského pohlaví byla průměrná volba zaznamenána „číslem“ 5, 17. Muži v našem výzkumu z hlediska průměrné volby přijatelnosti eutanazie, jako jediná skupina, překročili „číslo“ 5 na Likertově škále.

Poslední oblastí, kterou využijeme ke srovnání, je průměrná míra přijatelnosti eutanazie celku, tedy všech 112 respondentů. Průměrnou volbu celé skupiny respondentů srovnáme s článkem, jenž popisuje výzkum, který proběhl v roce 2008 ve 47 evropských zemích a jeho zjišťování se týkalo stejné otázky (Cohen, Landeghem, Carpentier, Deliens, 2013). *Koresponduje míra přijatelnosti eutanazie mezi studenty s mírou přijatelnosti zajištěnou výzkumem z roku 2008?* Česká republika se ve výsledku umístila na třináctém místě s průměrnou volbou 5, 33. Náš výzkum mezi studenty přinesl průměrnou volbu nižší, a to 4, 64. Tato volba se dá srovnat s Estonskem, které zabírá dvacáté místo s mírou přijatelnosti 4, 67. Pro zajímavost si uvedme nejvyšší míry přijatelnosti, které má Dánsko (6, 79), Belgie (6, 75), Francie (6, 75) a Nizozemí (6, 67). Míru přijatelnosti nad „číslem 6“ má ještě Švédsko, Lucembursko a Španělsko.

Na závěr je nutno uvést, že námi uskutečněný výzkum uvádí, že průměrná míra přijatelnosti u všech skupin, se pohybuje kolem volby č. 5. Volba č. 5 znamená střed na Likertově škále, kterou respondenti měli k dispozici. Z toho nám vyplývá, že naši respondenti zřejmě v postoji k eutanazii nemají naprostou jistotu a jsou nerozhodnuti, na kterou stranu se přiklonit.

Po celou dobu sbírání materiálů k diplomové práci a při psaní samotném jsem přemýšlela, jakou možnost bych volila já. Čím dál více jsem si uvědomovala, že je neadekvátní a obtížné přiklonit se na jednu či druhou stranu bez poznání podstaty eutanazie, jejího fungování a bez uvědomění si argumentů a hrozeb. Proto není divu, že výsledek výzkumu se pohybuje ve středu na Likertově škále. I nyní pro mě není lehké stavět se na stranu příznivců či odpůrců eutanazie. Víím, že eutanazii neodsuzuji. Pokud by bylo nutností rozhodnout se, přiklonila bych se na stranu pro, a však za předpokladu, že by otázka eutanazie byla dostatečně zákonem ošetřena.

## ZÁVĚR

Smrt je součástí každého života. Mladý zdravý člověk si ji nepřipouští a vidí ji vzdáleně. Stárím či těžkou nemocí přichází její uvědomování. Všichni víme, že přijmout smrt není vůbec jednoduché, ale musíme se tomuto citlivému tématu postavit. V práci jsme se seznámili s technikami, kterými se můžeme do pocitu blížící se smrti, vžít.

Eutanazie má dlouhou historii, prošla si různým chápáním a pojetím. Častokrát se úmyslně vytěsňovala a diskuze o ní byly nevyhledávaným tématem. Současná doba dává diskuzím o eutanazii více prostoru. Samozřejmě má své příznivce a odpůrce, jejichž argumenty jsme si v práci více přiblížili.

Obsahem diplomové práce je i opak k tématu eutanazie, a to paliativní péče, kde jsme se seznámili s fungováním této péče, jejími principy a možnostmi.

Otázka eutanazie není populaci reprodukována do hloubky a v mnoha případech odpověď na ni není jednoznačná, o čemž jsme se přesvědčili ve výzkumu. Proto budu moc ráda, pokud po přečtení mé práce se člověk nad tímto nelehkým tématem zamyslí a dokáže si upřesnit argumenty, jež ho povedou k vyjasnění si svého postoje k eutanazii.

## SEZNAM PRAMENŮ A LITERATURY

1. ADAM, Zdeněk a Jiří VORLÍČEK. *Paliativní medicína*. Praha: Grada, 1998. ISBN 80-7169-437-1.
2. ARIÈS, Philippe. *Dějiny smrti*. Překlad Danuše Navrátilová. Praha: Argo, 2000. Každodenní život, sv. 7. ISBN 80-7203-286-0.
3. COHEN, Joachim; VAN LANDEGHEM Paul; CARPENTIER Nico; DELIENS Luc. *Public acceptance of euthanasia in Europe: a survey study in 47 countries*. 2013. Dostupné z: <http://eds.a.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=1&sid=04e961ad-ca36-4675-904e-f4ccd7d2fff4%40sessionmgr4001&hid=4211&bdata=JnNpdGU9ZWRzLWxpdmU%3d#AN=23558505&db=cmedm>
4. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. 2., přeprac. vyd. Praha: Galén, c2007. ISBN 978-80-7262-471-3.
5. Ilustrovaný encyklopedický slovník. Praha: Academia, 1982.
6. KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *O životě po smrti: jedinečná svědectví o nesmrtelnosti duše*. Turnov: Arica, 1992. Esotera.
7. KREJČÍKOVÁ, Helena. *Ukončování léčby pacienta a trestní odpovědnost lékaře*. 1. vyd. Praha: Galén, c2014. Theatrum medico-iuridicum. ISBN 978-80-7492-167-4.
8. MUNZAROVÁ, Marta a kol. *Proč NE eutanazii aneb Být, či nebýt?*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, c2008. ISBN 978-80-7195-258-9.
9. PECK, M. Scott. *Odmítnutí duše: duchovní a lidské perspektivy eutanazie a umírání*. Praha: Pragma, c2001. ISBN 80-7205-757-X.

10. POLLARD, B. J. *Eutanazie - ano či ne?*. Překlad Eva Masnerová. Praha: Dita, 1996. ISBN 80-85926-07-5.
11. PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮŇEK. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada, 2011. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-247-3976-2.
12. PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮŇEK. *Eutanazie - pro a proti*. Praha: Grada, 2012. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-247-4659-3.
13. PROKOF'JEV, Sergej Olegovič a Peter SELG. *Chránit život: napomáhání k sebevraždě a lékařská etika: úvaha z anthroposofického hlediska*. Hranice: Fabula, 2013. ISBN 978-80-87635-06-3.
14. SKŘIVANOVÁ-BOŠKOVÁ, Vladimíra. *Eutanázie, nebo "komfort" pro pacienty?: zkušenosti Nizozemí, Oregonu, Švýcarska a dalších*. Praha: V. Bošková, 2012. ISBN 978-80-260-2989-2.
15. SLÁMA, Ondřej, Ladislav KABELKA a Jiří VORLÍČEK. *Paliativní medicína pro praxi*. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-505-5.
16. ŠPATENKOVÁ, Naděžda. *Zármutek a pomoc pozůstalým*. Praha: ISV, 2001. Sociologie (ISV). ISBN 80-85866-82-X.
17. ŠPATENKOVÁ, Naděžda. *O posledních věcech člověka: vybrané kapitoly z thanatologie*. Praha: Galén, c2014. ISBN 978-80-7492-138-4.
18. ŠPATENKOVÁ, Naděžda. *Krize: psychologický a sociologický fenomén*. Praha: Grada, 2004. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0888-4.
19. ŠPINKOVÁ, Martina a Štěpán ŠPINKA. *Euthanasie: víme, o čem mluvíme?*. Praha: Cesta domů, c2006. ISBN 80-239-8592-2.
20. ULRICHOVÁ, Monika. *Různé tváře smrti: vybrané kapitoly z thanatologie : [monografie]*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2009. ISBN 978-80-7041-743-0.

21. *Velký sociologický slovník*. Praha: Karolinum, 1996. ISBN 80-7184-164-1.
22. VIRT, Günter. *Žít až do konce: etika umírání, smrti a eutanazie*. Praha: Vyšehrad, 2000. Cesty (Vyšehrad). ISBN 80-7021-330-2.

## Internetové zdroje

- [1] Wikipedie: Otevřená encyklopedie. *Eutanazie* [online]. [cit. 2016-06-01]. Dostupné z: <https://cs.wikipedia.org/wiki/Eutanazie>
- [2] MUDr. Zbyněk Mlčoch, na našem webu najdete všechno...a ještě něco navíc. *Eutanazie pohledem českých lékařů a České lékařské komory* [online]. [cit. 2016-06-01]. Dostupné z: <http://www.zbynekmlcoch.cz/informace/medicina/nemoci-lecba/eutanazie-pohledem-ceskych-lekaru-a-ceske-lekarske-komory>
- [3] Umírání. cz: Informační portál pro nemocné, pečující a pozůstalé. *Souhlas s léčbou* [online]. [cit. 2016-06-01]. Dostupné z: <http://www.umirani.cz/rady-a-informace/komunikace-s-lekari-a-rozhodnuti-o-sve-lecbe/souhlas-s-lecbou>
- [4] Umírání.cz: Informační portál pro nemocné, pečující a pozůstalé. Dříve vyslovená přání [online]. [cit. 2016-06-01]. Dostupné z: <http://www.umirani.cz/rady-a-informace/komunikace-s-lekari-a-rozhodnuti-o-sve-lecbe/drive-vyslovena-prani>
- [5] Epravo.cz. *Eutanazie ve světě* [online]. [cit. 2016-06-01]. Dostupné z: <http://www.epravo.cz/top/clanky/eutanazie-ve-svete-33479.html>
- [6] Epravo.cz. *Legalizace eutanazie* [online]. [cit. 2016-06-01]. Dostupné z: <http://www.epravo.cz/top/clanky/legalizace-eutanazie-75641.html>
- [7] Česká televize. *Nizozemci si mohou přivolat smrt telefonem* [online]. [cit. 2016-06-01]. Dostupné z: <http://www.ceskatelevize.cz/ct24/svet/1188492-nizozemci-si-mohou-privolat-smrt-telefonem>

[8] Deník.cz. *Nizozemsko chystá novou službu: eutanazii na zavolání* [online]. [cit. 2016-06-01]. Dostupné z:

[http://www.denik.cz/zdravi/eutanazie\\_nizozemi\\_sluzba.html](http://www.denik.cz/zdravi/eutanazie_nizozemi_sluzba.html)

[9] Česká televize. *Belgie jako první země posvětila neomezenou dětskou eutanazii* [online]. [cit. 2016-06-01]. Dostupné z:

<http://www.ceskatelevize.cz/ct24/svet/1048464-belgie-jako-prvni-zeme-posvetila-neomezenou-detskou-eutanazii>

[10] Citáty slavných osobností. *Citáty o smrti* [online]. [cit. 2016-06-01]. Dostupné z:

<http://citaty.net/citaty-o-smrti/?page=2>

[11] Nový občanský zákoník. *Dědické právo – závěť* [online]. [cit. 2016-06-01].

Dostupné z: <http://obcanskyzakonik.justice.cz/index.php/dedicke-pravo/konkretni-zmeny/zavet>

[12] Hospice. cz: *O Důstojném životě terminálně nemocných. Co je paliativní léčba, péče a medicína* [online]. [cit. 2016-06-01]. Dostupné z:

<http://www.hospice.cz/otazky-a-odpovedi/co-je-paliativni-lecba-pece-a-medicina/>

[13] Osobní asistence. *O hospicích a umírání* [online]. [cit. 2016-06-01]. Dostupné z:

<http://www.osobniasistence.cz/?tema=5&article=6>

[14] Osobní asistence. *Co je to paliativní péče* [online]. [cit. 2016-06-01]. Dostupné z:

<http://www.osobniasistence.cz/?tema=5&article=6>

## **SEZNAM ZKRATEK**

WMA (World Medical Association) -Světová lékařská asociace

WHO (World Health Organization) - Světová zdravotnická organizace

AVE (aktive voluntary euthanasia) - aktivní eutanazie

PAS (psysician assisted suicide) – asistovaná sebevražda

Atd. – a tak dále

Resp. – respektive

Tzv. – tak zvaně

Č. - číslo

## **SEZNAM TABULEK**

Tabulka č. 1 - Pohlaví respondentů

Tabulka č. 2 - Víra

Tabulka č. 3 - Míra přijatelnosti eutanazie u budoucích učitelů

Tabulka č. 4 – Míra přijatelnosti eutanazie u budoucích učitelů z hlediska víry



## **SEZNAM GRAFŮ**

Graf č. 1 – Pohlaví respondentů

Graf č. 2 – Víra

Graf č. 3 – Míra přijatelnosti eutanazie u budoucích učitelů

Graf č. 4 – Míra přijatelnosti eutanazie u budoucích učitelů z hlediska víry

## **SEZNAM PŘÍLOH**

Příloha č. 1 – Dotazník

Příloha č. 2 – Hippokratova přísaha



## **Příloha č. 2 – Hippokratova (lékařská) přísaha**

*„Přisáhám a volám Apollona, lékaře, a Asklepieia a Hygieiu a Panakeiu a všechny bohy a bohyně za svědky, že budu dodržovat tuto přísahu a tuto smlouvu podle svých schopností a podle svého poznání.*

*Toho, který mě tomuto umění naučil, budu ctít jako své rodiče, nechám ho účastnit se vyučování, které budu udílet, dám mu ze svého, dostane-li se do nouze, budu pokládat jeho potomky jakoby za své bratry a naučím je tomuto umění, budou-li o to žádat, bez zaplacení a bez smlouvy. Nechám účastnit se předpisů, přednášek a všeho ostatního vyučování své syny a syny svého učitele a ty žáky, kteří jsou smluvně zavázáni a složili přísahu podle lékařského mravu, jinak však nikoho.*

*Budu konat lékařské úkony a dávat doporučení ve prospěch nemocných podle svých schopností a svého úsudku, vystříhám se však toho, abych jih používal ke škodě nebo nesprávným způsobem.*

*Nepodám také nikomu smrtící jed, ani kdybych byl o to naléhavě žádán, a nikomu také nedám radu v tom směru; také nepodám žádné ženě prostředek pro potrat.*

*Zachovám svůj život a své lékařské umění v čistotě a ve zbožnosti.*

*Nebudu řezat, dokonce ani ne ty, kteří trpí kameny, nýbrž to přenechám mužům, kteří takové řemeslo vykonávají.*

*Do všech domů, do nichž přijdu, budu vstupovat pro prospěch nemocných, zdržím se každého vědomého bezpráví a každého zlého skutku, zvláště se vystříhám každého pohlavního zneužití žen a mužů, svobodných a otroků.*

*Cokoli uvidím a uslyším při léčení nebo také mimo svou praxi ve styku s lidmi, co se nesmí dále sdělovat, o tom pomlčím a budu to uchovávat jako tajemství.*

*Jestliže tuto přísahu dodržím a neporuším ji, budiž mi dáno, abych činil pokroky ve svém životě a ve svém lékařském umění, získávaje vážnost u všech lidí po všechny časy; jestliže však tuto přísahu poruším, nechť mě potká opak“ (Prokofjev a Selg, 2013, s. 23).*

## ANOTACE

<b>Jméno a příjmení:</b>	Bc. Lucie Zajícová
<b>Katedra:</b>	Psychologie a patopsychologie
<b>Vedoucí práce:</b>	Doc. PhDr. Irena Plevová, Ph.D.
<b>Rok obhajoby:</b>	2016

<b>Název práce:</b>	Postoj k eutanazii u budoucích učitelů
<b>Název v angličtině:</b>	Future teachers' attitudes towards euthanasia
<b>Anotace práce:</b>	<p>Diplomová práce pojednává o postoji k eutanazii u budoucích učitelů – studentů pedagogické fakulty.</p> <p>V teoretické části je popsána eutanazie – vývoj eutanazie, její formy, hrozby zneužití, argumentace pro/proti a legalizace. Dále se teoretická část věnuje smrti a umírání – jsou zde vymezeny základní pojmy, konfrontační techniky se smrtí, fáze umírání, potřeby umírajících a interdisciplinární přístup ke smrti a umírání. Teoretickou část uzavírám přiblížením významu paliativní péče, jejími principy a členěním.</p> <p>V praktické části se zabývám zpracováním dotazníků, které přináší odpovědi na otázku postoje k eutanazii u budoucích učitelů.</p>
<b>Klíčová slova:</b>	Eutanazie, milosrdná smrt, legalizace, paliativní péče, hospic, smrt, umírání, argumenty.
<b>Anotace v angličtině:</b>	<p>The diploma thesis deals with the attitudes of students of faculty of education towards euthanasia.</p> <p>In theoretical part there are important facts about euthanasia written - development of euthanasia, forms of euthanasia, threats of abuse of euthanasia, arguments for and against its legalization. Theoretical part also deals with death and dying - definitions of basic concepts, confrontational techniques</p>

	<p>coping with the death, stages of dying. Theoretical part is concluded by information about importance of palliative care, its principles and division.</p> <p>Practical part deals with the production and processing of questionnaires which provide answer to the question of future teachers' attitudes towards euthanasia.</p>
<b>Klíčová slova v angličtině:</b>	Euthanasia, merciful death, legalization, palliative care, hospice, death, dying, arguments.
<b>Přílohy vázané v práci:</b>	<p>Příloha č. 1 – Hippokratova (lékařská) přísaha</p> <p>Příloha č. 2 - Dotazník</p>
<b>Rozsah práce:</b>	128 000 znaků (včetně mezer), 78 stran
<b>Jazyk práce:</b>	Čeština