

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI  
Pedagogická fakulta  
Ústav speciálně pedagogických studií

**JAN NOVÁK**  
II. ročník – kombinované studium

Obor: Speciálně pedagogická andragogika

**EUTANÁZIE – ROZDÍLY V INFORMOVANOSTI DOSPĚLÝCH A  
ADOLESCENTU**  
**Diplomová práce**

Vedoucí práce: PhDr. Kamila Holásková Ph.D.

OLOMOUC 2010

*Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracoval samostatně a použil jen uvedených pramenů a literatury.*

V Olomouci 28.06.2010

.....  
Jan Novák

*Beru na vědomí, že tato diplomová práce je majetkem Olomoucké univerzity (autorský zákon č. 121/2000 Sb., § 60 odst. 1), bez jejího souhlasu nesmí být nic z obsahu práce publikováno.*

V Olomouci 28.06.2010

.....  
Jan Novák

**MOTTO :**

„Smrt není porážka, jako ani život není vítězství“

Reinhard Abeln

Děkuji PhDr. Kamile Holáskové Ph.D., za odborné vedení práce, poskytování rad a materiálových podkladů k práci. Dále chci poděkovat oponentovi této práce, a v neposlední řadě i všem dotazovaným respondentům průzkumné sondy za spolupráci.

# OBSAH

<b>ÚVOD</b>	str. 6
<b>TEORETICKÁ ČÁST</b>	str. 8
Aktivní a pasivní eutanázie	str. 8
1. EUTANÁZIE – AKTUÁLNÍ PROBLÉM SPOLEČNOSTI	str. 8
2. K HISTORII EUTANÁZIE	str. 11
3. DŮVODY ŽÁDOSTÍ PACIENTŮ O EUTANÁZII	str. 13
3.1 Psychické prožívání těžké nevléčitelné choroby	str. 13
3.2 Příčina žádosti o eutanázii	str. 15
4. JAK PEČOVAT O NEMOCNÉ, ABY NEŽÁDALI EUTANÁZII	str. 17
4.1 Pravda na nemocničním lůžku	str. 17
4.2 Fyzická, psychická, sociální a spirituální péče	str. 18
4.3 Prostor k životu	str. 20
4.4 Ritualizace smrti	str. 21
5. PROBLEMATIKA EUTANÁZIE V ČESKÉ REPUBLICE	str. 25
5.1 Eutanázie v České republice z právního hlediska	str. 26
6. EUTANÁZIE ANO ČI NE?	str. 28
- názory současné odborné veřejnosti	str. 28
7. EUTANÁZIE V ZAHRANIČÍ	str. 31
7.1 Eutanázie v Holandsku	str. 31
7.2 Německo a nacistický program „Akce eutanázie“	str. 34
7.3 USA	str. 36
7.3.1 Kontroverzní praxe Jacka Kevorkiana alias Dr. Smrti	str. 37
7.4 Austrálie	str. 38
7.5 Velká Británie – první hospic na světě	str. 39
7.6 Eutanázie v Belgii	str. 39
7.7 Ostatní státy k otázce eutanázie	str. 40
7.8 Eutanázie ve Švýcarsku	str. 41
7.9 Eutanázie v Lucembursku	str. 42
7.10 Eutanázie a Svatý otec	str. 43
8. PALIATIVNÍ MEDICÍNA	str. 44
8.1 Paliativní péče	str. 44
8.1.1 Principy paliativní péče	str. 44
8.1.2 Charta práv umírajícího	str. 46
8.2 Umění doprovázet	str. 47
8.3 Hospic jako naděje	str. 48
8.3.1 O hospicovém hnutí	str. 48
8.3.2 Hospicová péče	str. 50
<b>PRAKTICKÁ ČÁST</b>	str. 52
1. CÍL PRÁCE	str. 52
2. POPIS METODY	str. 53
3. STANOVENÉ HYPOTÉZY	str. 54
4. POPIS VZORKU	str. 55
5. „EUTANÁZIE – DISKUTOVANÝ PROBLÉM SPOLEČNOSTI – ŠETŘENÍ“	str. 56
5.1 Vyhodnocení dotazníků	str. 57
5.2 Srovnání šetření dospělá populace x adolescenti	str. 62
5.3 Shrnutí šetření	str. 64
6. „VEŘEJNOST K OTÁZCE EUTANÁZIE“ - VÝZKUM IVVM A CVVM	str. 64
6.1 Výzkum CVVM 2009	str. 67
6.2 Srovnání výzkumu CVVM s vlastním šetřením k otázce legalizace eutanázie	str. 68
7. SMRT, UMÍRÁNÍ A EUTANÁZIE – ROZHOVORY	str. 71
7.1 Osnova rozhovoru	str. 71
7.2 Záznamy rozhovorů	str. 72
7.3 Shrnutí rozhovorů	str. 84
8. DISKUS	str. 86
<b>ZÁVĚR</b>	str. 88

<b>POUŽITÁ LITERATURA</b>	str. 90
<b>PŘÍLOHY</b>	str. 94
1. ROOMING – IN PŘI UMÍRÁNÍ	str. 94
2. DOTAZNÍK - informovanost ...	str. 96
3. DOTAZNÍK – rozdílly ...	str. 98
4. HOSPIC ANEŽKY ČESKÉ V ČERVENÉM KOSTELCI	str. 100
5. JACK KEVORKIAN – DOKTOR SMRT	str. 101
6. STRUKTURA HOSPICOVÉ PÉČE – SCHÉMA	str. 102
7. STRATEGIE HOSPICOVÉ PÉČE – SCHÉMA	str. 103
8. PROŽÍVÁNÍ NEMOCI V PSYCHICKÉ ÚROVNI – SCHÉMA	str. 104
9. VÝZKUM INSTITUTU PRO VÝZKUM VEŘEJNÉHO MÍNĚNÍ – „JE PRO VÁS PŘIJATELNÁ LEGALIZACE EUTANÁZIE?“	str. 105
<b>ANOTACE</b>	str. 106

## SONET – LXVI

*Jsem unavený, nechce se mi žít,  
když lumpovi se metál připíná  
a nuzná nicka chce se dobře mít  
a čistou víru každý proklíná  
a zlatý věnec zdobí ničemu  
a dobro k veslu zla se přikulí:  
vším znavený bych lehce měl smrt brát,  
však opustil bych i to, co mám rád.*

W. SHAKESPEARE

## ÚVOD

Lidský život, stejně jako vůbec každý život, má nejen svůj začátek, ale i konec. Stejně jako narození patří k životu smrt. Lidé od pradávna truchlili nad svou smrtelností, toužili po tom, aby jí unikli a hledali určitou naději na věčný život. Jediní vědí, že musí zemřít, jediní oplakávají své mrtvé, pohřbívají své mrtvé a vzpomínají na ně. Smrtelnost je do té míry považována za znak lidskosti. Člověk je jedinou bytostí, která si je vědoma nevyhnutelnosti své smrti. V homérském Řecku bylo slovo „smrtelník“ používáno jako synonymum pro člověka, který je postaven do protikladu nesmrtelnosti bohů.

Otázky umírání a smrti jsou téměř nevyčerpatelné a je možné na ně odpovídat z různých úhlů pohledu. V posledních letech se v úvahách o smrti objevila myšlenka nová, která úzce souvisí s naší dobou, s její velikostí, ale i tragikou. Jedná se o výraz, který obohatil etický slovník, ale na druhé straně vyvolal živé diskuse jak odborníků – lékařů, etiků, tak široké veřejnosti. Jedná se o eutanázii.

Eutanázie je dnes chápána jako zabití z milosti, ukončení nevléčitelné, dlouhodobé choroby s obrovskými bolestmi, je s ní spojována důstojná smrt. Myšlenka milosrdné smrti je stará jako lidstvo samo, přesto by její oživení mohlo způsobit odstrčení umírání a smrti, rychlé zbavení se smrti, zahlazení jejich stop. A tak by smrt a umírání bylo vytěsněno z našich životů. Přitom úkol by měl být právě opačný: odtabuizovat, zlidštit a ritualizovat umírání a smrt. Během života provádíme řadu rituálů, od narození dítěte přes jeho křest k událostem jako maturita, promoce, svatební obřad ..., umírání a smrt přeskočíme a pak, až je člověk po smrti, koná se ritualizované rozloučení s mrtvým a pohřeb. Nebylo by snad lepší vrátit toto rozloučení do života?

Eutanázii dnes lidé často vyzdvihují, neboť se obávají umírání v bolestech, utrpení, samozřejmě samotné smrti a také opuštěnosti a samoty v posledních chvílích života. Na jedné straně se řeší eutanázie a její dopad na lidskou společnost, na druhé straně se bojuje o zpřístupnění paliativní péče a o rozvoj hospicového hnutí.

Je několik důvodů, proč právě v dnešní době je eutanázie znovu otevírána: vědecké pokroky zaznamenaly v lékařství netušené úspěchy, a tak je dnes možno zachraňovat a prodlužovat životy, které byly v dřívějších letech odsouzeny k zániku. Dochází k prodlužování lidského věku, avšak se všemi průvodními znaky fyzického i psychického chřadnutí. To vše vede ke strachu a úzkosti z vlastní budoucnosti. Dalším důvodem je důraz „západní“ společnosti na autonomii každého jednotlivce. Každý je nejlepším posuzovatelem svých zájmů, hodnot a ideálů. I vlastní smrt tedy musí být záležitostí každého, do níž nikdo nemá co mluvit. Diskutabilní je také „kvalita života“. Může být život člověka redukován pouze na biologické funkce? Není základem lidského života něco hodnotnějšího? ...

V těchto souvislostech jsou otevírány i jiné otázky: Patří nám život skutečně do té míry, abychom i s jeho ukončením mohli libovolně zacházet? Jaká jsou omezení naší vlastní svobody?

V dnešní době proniká tato diskuse i do naší země. Eutanázie má celou řadu nesmírných kladů, ale pro samotný lidský život přináší obrovská rizika. Veřejné sdělovací prostředky se snaží zmapovat názory, ale ani novináři ani dotazovaní si neuvědomují, že řeší úmyslné zabití, vidí pouze pomoc bližnímu v utrpení. Otázkou zůstává, zda se na eutanázii takto dívají a budou dívat všichni a ona opravdu zůstane pouze pomocí a nesmírnou úlevou nevléčitelně nemocnému člověku s obrovskými bolestmi. Eutanázie - praktické ukončení života poznamenaného nepřijatelným utrpením, zabití z milosti, je problematika, na kterou má většina lidí rozporuplný názor, vyhraněný postoj je velmi vzácný a vychází většinou z nevědomosti.

Ve své práci bych chtěl zmapovat problematiku umírání v dnešní společnosti, snažím se popsat situaci člověka na konci života. Budu se snažit vysvětlit pojem eutanázie, její podstatu a možný přínos pro trpící jedince. Neopomínám ani paliativní medicínu. V praktické části jsem se zaměřil na zjištění stavu informovanosti dospělých jedinců o eutanázii, zjištění postoje k eutanázii u nás. Myslím si, že naše veřejnost je s problematikou eutanázie dobře obeznámena. Velké rozdíly ve vnímání eutanázie vidím u zdravotníků a ostatní populace. Jsou to ale pouze mé domněnky, které bych rád prostřednictvím této práce potvrdil či vyvrátil.

*„Život může být tak příjemný a krásný, jak si to jen dokážete představit, a přece by byl velmi nešťastný, kdyby neměl konce.“*

*K. ŠVÉDSKÁ*

## TEORETICKÁ ČÁST

### Aktivní a pasivní eutanázie

#### 1. Eutanázie – aktuální problém společnosti

Pojem eutanázie pochází z řeckého eu = dobře a thanatos = smrt. Poprvé byl použit v Suetoniových životopisech dvanácti císařů při líčení smrti císaře Augusta, v novodobém smyslu je za autora považován Francois Bacon. Dříve eutanázie znamenala všestrannou pomoc umírajícímu člověku, zejména šlo o pomoc při úlevě bolestí tělesných, duševních i duchovních. Dnes se usmrcením z útrpnosti, eutanázií, rozumí takové jednání, jehož cílem je zkrácení života, který je obtížný, jehož prodlužování by vedlo k dalšímu utrpení a na jehož změnu k lepšímu není naděje. Rozhodující roli hraje soucit s trpícím (Kratochvílová – Hiedzgarová, 1996).

Problém eutanázie nevyvolává pouze sporné otázky medicínské, rovněž etické, filosofické, právní, náboženské, ale také ekonomického charakteru. Při diskusi těchto problémů si lidstvo pokládá otázky morální vyspělosti společnosti ve vztahu k rozhodování o životech jiných, otázky týkající se posouzení míry utrpení a kvality života jiných osob ve vztahu k možnostem legislativy, tj. jak a podle kterých kritérií lze objektivně posoudit kvalitativní prožitky jiných osob při vyloučení zneužití eutanázie.

Možnosti moderní medicíny, zejména resuscitace, transplantologie, gerontologie, porodnictví, genetika a mnoho dalších, dokázaly odsunout hranice smrti daleko za meze dříve předpokládaných možností, ale mnohdy za cenu náročných postupů a ekonomických nákladů. To vedlo k vyvolání diskusí o přípustnosti a účelnosti eutanázie a o právu na důstojnou smrt. Stále častěji a důrazněji se prosazují požadavky pacientů na zakotvení co nejširších práv, zejména v zemích, kde nejsou uzákoněna etická pravidla medicíny. Každý člověk cítí rozdíl mezi vraždou spáchanou ze surovosti,



sadismu nebo ziskuchtivosti a mezi eutanázií, usmrcením nevléčitelně nemocného z útrpnosti, zpravidla na jeho žádost. Tento rozdíl je patrný i v trestním zákonodárství některých zemí. Většina právních řádů se však výslovně o eutanázii nezmiňuje - včetně našeho právního řádu, který ji považuje za vraždu, ale umožňuje mírnější trest.

Pojem eutanázie souhrnně označuje celou řadu různých situací. Nejčastěji se termínem eutanázie rozumí smrt z milosti (z milosrdenství, z útrpnosti). Většina lidí asociuje pojem smrti z milosti s aktivní eutanázií, s aktem, který vykoná lékař u nevléčitelně nemocného, trpícího nesnesitelnými bolestmi na jeho vlastní uvážlivou a svobodnou žádost. Jednou z variant aktivní eutanázie je eutanázie nevyžádaná, kdy pacient není schopen „předepsaným“ způsobem požádat o urychlený vstup smrti. Lze však předpokládat, že kdyby mohl, s eutanázií by souhlasil.

Pasivní eutanázie koresponduje s odnětím nebo přerušením léčby. Zatím nejsou definovaná kritéria, kdy se tak může stát. Prakticky k tomu dochází zejména tehdy, když byly vyčerpány dosažitelné formy pomoci. Výjimku tvoří pacienti napojeni na celou řadu přístrojů, které je nejen možné, ale i nutné jednoho dne „vypnout“ (Haškovcová, H., 2000). Pravidla pro odpojení jsou známá a používaná. Pasivní eutanázie bývá chápána jako korelát práva na tzv. přirozenou smrt. Toto právo by perspektivně mohlo být naplňováno buď se souhlasem nemocného, nebo i bez něj. Klíčovým problémem je systém kritérií, který by umožnil „přirozenou smrt“ a zabránil zneužití. V odborné zahraniční terminologii se hovoří o programu DNR – do not resuscitate. Zastavení léčby ale podle Briana Pollarda nemůžeme považovat za eutanázii. Ve své knize „Eutanázie - ano či ne?“ píše: *„Taková počínání nejsou formou eutanázie, protože tu neexistoval žádný úmysl usmrtit, nebylo učiněno nic, co by usmrtilo, a to, co se udělalo, nezpůsobilo smrt. Další používání výrazu pasivní eutanázie není k ničemu dobré, protože připouští domněnku, že lékaři již dělají určité nepatřičné věci, aby pacienta usmrtili“* (Pollard, B., 1996).

Zvláštní formu eutanázie reprezentuje asistovaná sebevražda. Pacient si přeje zemřít, protože je nevléčitelně nemocný, strádá nesnesitelnými bolestmi a onemocnění má špatnou prognózu. Lékař obstará na žádost tohoto pacienta prostředky k usmrcení, který jich užije pro sebe. I když lékař sám usmrcení neprovádí, je jeho záměrem, aby poskytnutými prostředky došlo k smrti.

Diskutabilním pojmem je prenatální eutanázie označující interrupce ze sociálních důvodů. Mnozí odborníci jej odmítají s odkazem, že nechtěné dítě není nemocné, o nesnesitelných bolestech se nedá hovořit a o milosrdnou smrt nás nežádá ani žádat

nemůže. Někdo silnější – matka – zástupně rozhoduje o jeho bytí a nebytí, a tím mu upírá základní právo na život. Jiní odborníci, vědomi si souvislosti mezi pojmy prenatalní eutanázie a interrupce, uvádějí, že jej lze účelně používat právě pro vysoký emocionální náboj a docílit tím upuštění od zamýšleného interrupčního výkonu nebo donutit veřejnost k hlubokému zamyšlení nad problematikou ochrany nenarozeného dítěte (Haškovcová,H.,2000).

V současné době se objevil nový pojem v souvislosti s eutanázií – sociální eutanázie, který je, bohužel, v České republice velmi málo používán. Bylo by etické, spravedlivé a žádoucí, aby každý občan obdržel kdykoli a kdekoli takovou péči, která odpovídá současným poznatkům vědy a špičkové medicíny. Prakticky se však lidem může dostat jen redukováno péče s ohledem na omezené ekonomické, geografické a vzdělanostní zdroje. Je pravděpodobné, že při dostatku financí by byly geografické i vzdělanostní bariéry odstraněny.

## 2. K historii eutanázie

Eutanázie je lidstvu známá od nepaměti. Pravěká společnost žijící v krajně drsných podmínkách byla prakticky nucena zbavovat se jedinců, kteří byli na obtíž. V antickém Řecku byl kladen důraz spíše na způsob umírání. Základní otázka zněla – postaví se člověk dobrovolně ke smrti s pokojem v duši a s minimálním utrpením? (Munzarová, M., 1997). Bylo důležité, aby člověk umíral „dobrou smrtí“, ve vyrovnaném stavu mysli, v klidu a za sebekontroly. A tak bylo možné i lidský život zkrátit proto, aby došlo ke smrti s uvedenými vlastnostmi. Tento čin Řekové a Římané nevnímali záporně, nebyla zde spojitost s vraždou.

Jednotliví filosofové pohlíželi na to, co dnes nazýváme aktivní eutanázií, různě. Pythagorovci s ní zásadně nesouhlasili z náboženských důvodů a apelovali na respekt k lidskému životu. Pozemská existence je podle nich spojená s bolestí a třeba i s těžkou smrtí proto, že se jedná o potrestání za předchozí hříchy. Předčasné ukončení života je hrubým přestupkem proti božskému řádu. Platon měl poměrně mírnější názor. V zásadě byl proti, v případě ničující choroby by však v některých případech ukončení života schvaloval. Odmítá názor, že člověk vděčí za svůj život bohům a že tedy nemá právo takto ukončit utrpení. Ve svém díle O ideálním státě říká: „*Obec mají tvořit jednotlivci duševně a tělesně zdraví.*“ Ostatní se mají podle Platona nechat zemřít. Člověk s těžkou duševní chorobou je neužitečný jak pro sebe, tak pro stát. S Platonovým názorem nesouhlasil jeho žák – Aristoteles. Zdůrazňoval, že občané musí pro dobro státu zůstat produktivními co nejdéle. Člověk by se měl postavit chrabře vůči smrti i v případě všech uvedených těžkých okolností. Eutanázie je podle Aristotela odsouzení hodná nejen proto, že společnost předčasně zbavuje svých členů, ale současně je takovýto čin typickou ukázkou ukvapenosti a zbabělosti. Stoikové chápali eutanázii jako právo na dobrovolný odchod ze života, když nemoc, staroba nebo jiné okolnosti už nedovolovaly důstojný život. V Římě Seneka děkuje přírodě, že nám dala tisícero cest, jak odejít ze světa.

Naproti tomu antická lékařská etika od počátku odmítala spolupůsobení lékaře při ukončení útrap nemocného. Tento postoj je patrný i z textu Hippokratovy přísahy: „*Ani prosbami se nedám pohnout k podání smrtícího léku, ani sám k tomu nedám nikdy podnět.*“ (Marečková, E. – Reichová, 1997). Proti eutanázii byl i Plinius, později Tomáš Akvinský či V.I. Lenin.

S rozšířením křesťanství se objevil nový pohled na svět. Křesťanství přineslo bezvýhradné odsouzení sebevraždy i jakékoli účasti na usmrcení druhého. Křesťanství život chápe jako Boží dar a člověk nemá právo proti tomuto daru zasáhnout. Tento pohled se ve většině států udržuje dodnes.

Během renesance došlo k návratu antického pojetí eutanázie. Zejména v dílech T. Moora a F. Bacona je požadavek vysvobození nevyléčitelného člověka z utrpení. V utopistickém díle „Nová Atlantida“ Bacon požaduje pro lékaře právo vysvobodit nevyléčitelného pacienta z utrpení.

Pozdější doba přinášela stále více diskusí nad problematikou eutanázie s nejrůznějšími názory filosofických a etických škol. Toto téma se také stávalo stále častěji námětem pro literární tvorbu.

## 3. Důvody žádostí pacientů o eutanázii?

### 3.1 Psychické prožívání těžké nevléčitelné choroby

Poznat, proč se někdy těžce nemocný zdá relativně klidný a smířený se svou nemocí, a příště naopak sklíčený, pomůže bližší seznámení se s psychikou nemocného. Krok k detailnějšímu poznání psychického prožívání, příchodu a rozvoje vážné nebo nevléčitelné nemoci učinila Elisabeth Kübler-Rossová, autorka švýcarského původu, působící v USA. V roce 1969 vydala knihu *Rozhovory s umírajícími*, ve které zobecnila prožitky nemocných a formulovala křivku prožívání nemoci v psychické úrovni (příloha č.7). Autorka zobecnila tyto prožitky na základě rozhovorů s více než čtyřmi sty nevléčitelně nemocnými, které sledovala po dobu až pěti let před smrtí. V průběhu dalších let řada odborníků opakovaně „kübler-rossovskou“ křivku psychického prožívání nemoci ověřovala a došla k závěru, že tato křivka opravdu platí.

První stádium po zjištění diagnózy těžké nevléčitelné choroby charakterizovala Kübler-Rossová jako *šok* – duševní bolest, v níž převládá strach, panika, zděšení, zhroucení všech životních nadějí. Běžné výroky lidí, kteří náhle nebo pozvolna onemocněli těžkou chorobou, zní: „Proč se to stalo?“, „Proč právě teď?“, „Proč právě mně?“. Všechny vedou k jedinému - k *popření* faktu nemoci a následně ke *stažení se do izolace*. Nejčastější reakce jsou: „To nemůže být pravda“, „Zcela jistě se jedná o omyl“, „Určitě se to nějak vysvětlí“, „Nechte mě být, nic mi není“. Popření je jakási „první pomoc“, nouzové opatření k udržení psychické rovnováhy. Nelze s ním dlouho vystačit, ale umožňuje zmobilizovat naději, nejhlubší a nejmocnější sílu, která člověka de facto neopouští.

Následuje období *zloby* a *hněvu*. Toto období je náročné zejména pro okolí nemocného, popřípadě pro ošetřující personál. Je nutné si uvědomit, že časté výpady vůči zdravým jsou pouze zastřenou formou vnitřně prožívané životní krize. A tak výtky typu: „Zase ten čaj není dobrý“, „Přinesli mi pozdě můj lék“, „Nikdo se neusměje“ si nesmí člověk brát osobně. Musí se vcítit do rozpoložení nemocného, věnovat mu pozornost a čas a pacient se brzy uklidní.

Další období je nazýváno *smlouvání*. V této fázi si pacient uvědomuje nebo alespoň tuší dlouhodobost nebo trvalost své nemoci a začíná zvažovat své individuální cíle s ohledem na tuto nemoc. Hlavním přáním nemocného je skoro vždy prodloužení

života, a tak smlouvá o čas: „Třeba se ještě dožiji léta“; „Kéž bych se dočkal promoce svého syna“; „Hlavně abych se dožil vnoučat“. Pacient hledá zázračné léky, léčitele, věří pověrám. Je ochoten za prodloužení života cokoli zaplatit.

Následuje fáze, která je označována jako *deprese*. Těžce nemocný prožívá depresi dvojí. Jedna plyne z utržené ztráty - pacient trpí změnou zevnějšku, např. žena s rakovinou prsu. Nebo pacientka s rakovinou dělohy vidí, že přestává být ženou. Dále si nemocný uvědomuje drahou léčbu spojenou s pobytem v nemocnici. Druhý druh deprese plyne z hrozící ztráty. A tuto depresi je jistě mnohem obtížnější zvládnout. Pacient se totiž musí vyrovnávat s velkou bolestí a myslet na svůj definitivní odchod ze světa. Jak důležitá je v této fázi psychologická pomoc, není nutné připomínat.

Závěrečnou fází je *smíření*, tedy *přijetí pravdy*, přijetí role vážně nemocného. Kübler-Rossová je přesvědčena, že po přijetí pravdy nastává buď nastolení *důstojného klidu*, ale mnohem častěji nemocný *rezignuje* či upadá do *zoufalství*. Samozřejmě, že uchránit nemocného od rezignace a zoufalství je profesionální i lidskou povinností. Možné to je, a proto mnoho dalších odborníků zdůrazňuje, že pacient především nesmí zůstat s pravdou sám.

Úplně poslední fází je *vlastní umírání*. Podle naší přední odbornice v otázkách smrti a umírání Heleny Haškovcové „kübler-rossovská“ křivka probíhá lineárně jen výjimečně. Vyrovnání se smrtí probíhá často velmi těžce, pacient se vrací k předcházejícím fázím, které už jednou překonal, někdy dokonce i k prvnímu, nesnesitelnému stádiu šoku. Mnohem častěji se fáze zloby, hněvu a především deprese a smlouvání opakují a prolínají. Některé mohou být zesíleny, jiné zeslabeny, za určitých okolností může některé období chybět. Proto Haškovcová celé období, počínaje zlobou a hněvem a konče přijetím pravdy o své situaci, nazývá *tápáním*. V závěru tápání je již postižený člověk psychicky připraven na úplné pravdivé sdělení ze strany lékaře a milosrdná lež v této situaci je nefunkční a je spíš škodlivá. Mnozí dokládají, že není možné, aby pacient „nic“ nevěděl a aby byl tedy milosrdnou lží uchráněn psychických traumat.

Důležitou roli sehrává fenomén naděje. Naděje je téměř vždy přítomna v každé fázi, kterými člověk prochází. Naděje dokonce musí být přítomna v průběhu celé nemoci, protože beznaděj znamená vzdát se a to už je jen krůček k tomu, aby pacient poprosil o smrt. Samozřejmě, že když pacient přirozenou cestou dospěje k blízkosti smrti, tak známky naděje zřejmě zmizí. V tomto případě to však znamená, že umírající je již připraven zemřít, smrti se nebojí a skutečně během jednoho dne pak umírá.

Je důležité mít tyto fáze psychologické křivky, kterými nemocný prochází, dobře prostudované. Člověk potom ví, jak nejlépe k pacientovi v jednotlivých případech přistupovat. Bude-li nemocný vidět, že je o něj pečováno s láskou, ochotou, i s náležitou profesionalitou, nikdy o eutanázii nepožádá (<http://hledej.idnes.cz>).

### **3.2 Příčina žádosti o eutanázii**

V této kapitole se budu zabývat pouze lidmi, kteří jsou schopni o eutanázii požádat. Nebudu tedy zmiňovat jedince, kteří za sebe nezodpovídají (postižení novorozenci, malé děti, pacienti v komatu, mentálně postižení jedinci).

Dlouhodobá nebo nevyлéčitelná nemoc obvykle rozbíjí dosavadní způsob života člověka, s tím souvisí i změna uvažování a změna základní hierarchie hodnot nemocného. Někteří nemocní nejsou schopni adaptace na složitou životní situaci a tím, že žádají o eutanázii, odmítají život s nemocí. Jsou neochotni, neschopni přijmout omezený, spoutaný a pro ně „bezcestný“ život za svůj. Tito pacienti se obvykle dostanou do stádia rezignace a skutečně už nechtějí dál žít, protože mají pocit, že jejich život už nemá žádný účel a smysl. V podmínkách moderní medicíny není složité se do této situace dostat. Umírání a smrt, hlavně u starých lidí, jsou v současné době neúměrně institucionalizovány. Lidé umírají v nemocnicích, ústavech. Doprovod na konci života místo nejbližších dělají člověku cizí profesionálové. Profesionality je potřeba, ale nesmí vytlačit potřebnou empatii.

Důvodem, že člověk zoufale vykřikne, aby byl usmrcen, může být i nesnesitelná fyzická bolest. Ve studii publikované 4.června 1997 Americkým lékařským institutem se píše, že dlouhodobá lékařská péče zaměřená na tišení bolesti není většině Američanů dostupná a třetina z nich umírá v bolestech, které by bylo možné zmírnit. Změní-li se tato skutečnost, určitě klesne počet žádostí o sebevraždu s lékařskou asistencí.

Přání zemřít může být také spojeno se strachem ze ztráty kontroly nad sebou samým. Nemocní mají strach ze ztráty samostatnosti, že se nebudou schopni o sebe sami postarat, že ztratí svou lidskou důstojnost. Chtějí kontrolovat svůj život a odejít dříve, než začnou být na obtíž sobě i svému okolí.

Nemocní v terminálním stádiu často trpí depresemi a úzkostnými stavy. Právě deprese ze ztráty smyslu života, z nevyřešených otázek důležitých pro život mohou vést k žádosti o eutanázii.

Důležitou roli pro nemocného hraje naděje, která pomáhá překonávat týdny i měsíce utrpení. Pacient musí mít naději alespoň na možnost zlepšení zdravotního stavu. Je důležité nedopustit, aby důvodem k žádosti o eutanázii byla beznaděj. Je důležitý postoj lékaře a jaký způsob lékař zvolí ke sdělení diagnózy pacientovi. Říci nemocnému: „Už pro vás nemůžeme nic udělat,“ je velmi nešetrné a veškerou naději u pacienta lékař svým sdělením zabije. Na druhou stranu se pacientům nesmí dávat příliš mnoho nespelnitelných nadějí a přeceňovat jejich zdravotní stav. Tito pacienti mají tendence z ničeho nic se vzdát a odmítají další léčbu (<http://hledej.idnes.cz>).



## 4. Jak pečovat o nemocné, aby nežádali eutanázii

### 4.1 Pravda na nemocničním lůžku

Jeden z prvních okamžiků, kdy těžce popřípadě nevléčitelně nemocný pomyslí na žádost o nějakou „milosrdnou“ injekci, nastává tehdy, když se dozví o vážnosti svého stavu, nebo se sám dobře pravdy. Právo na informaci o svém zdravotním stavu je součástí Etického kodexu práv pacientů. Tento kodex není sice dán právně, ale z etického hlediska by se jím lékaři měli řídit a brát ho i jako pomocníka při péči o nemocné. Samozřejmě, že užitečný je tento kodex i pro nemocné, kteří se z něj mohou dozvědět, jaká jsou jejich práva. V České republice byla definitivní verze práv pacientů formulována a vyhlášena Centrální etickou komisí Ministerstva zdravotnictví 25. února 1992 (<http://www.mzcr.cz>).

Sdělit plnou pravdu nemocnému, jedná-li se o běžné onemocnění, lékaři zpravidla potíže nedělá. Jedná-li se však o vážné či nevléčitelné onemocnění, zde je situace, zda sdělit pravdu či nesdělit, komplikovanější. Je nutné postupovat podle toho, co cítíme, že pacient požaduje. V České republice je lékař podle zákona povinen poskytnout informace, ale je zdůrazněn požadavek „rozhášené šetrnosti“. Rozhodující je „zájem pacienta“. Je-li v zájmu nemocného sdělit pravdu, a ta skutečně někdy osvobozuje z úzkostně prožívaných nejistot, pak sdělena být musí. Je-li v zájmu nemocného „sladká nevědomost“, pak je vhodnější některé informace zeslabit nebo zamlčet. Není ale zrovna jednoduché tento „zájem pacienta“ rozpoznat. V každém případě je však nezbytné s nemocným hovořit a taktně a s porozuměním ho provádět úskalími vážné nemoci.

Praxe milosrdné lži byla lehčeji proveditelná v minulosti, pacienti byli málo vzdělaní a svému lékaři věřili takřka „na slovo“. Postupem času se situace mění a dnes, kdy je často rozhodující aktivní účast pacienta na léčbě, kdy je vyšší úroveň vzdělanosti pacientů a vysoký respekt k autonomii, právu na sebeurčení a k lidské individuální svobodě, je jasné, že milosrdná lež musí ustoupit pravdivému sdělení. Prakticky je nemožné udržet pacienta v celkové nevědomosti, o to víc je proto důležité, jakým způsobem, kdy a co pacientovi sdělit. Milosrdná lež má své opodstatnění i v dnešní době, má však jinou formu a je uplatňována jen v určitých, „jemnějších“ úrovních. Pravdivé informace se nesdělují tehdy, pokud si je nemocný výslovně a opakovaně

nepřeje vědět. Dále, když somaticky nemocný trpí ještě závažným psychickým onemocněním. Sdělit pravdu není možné, je-li pacient v kritickém stavu, má porušené nebo zcela zastřené vědomí. Složitější situace je také u dětí, adolescentů a duševně nemocných.

Velký posun k pravdě nastal v poválečných letech, u nás byl v tomto směru vývoj zbrzděn a pravdu u nás sdělují lékaři mnohem častěji až po roce 1989. Důraz je kladen na to, že každý dospělý člověk má v roli nemocného právo na pravdivou informaci, která musí být sdělena šetrně a srozumitelně. Měl by být respektován psychický stav nemocného, měly by být brány v úvahu fáze psychického prožívání příchodu a rozvoje vážné nemoci, jak je popsala Elisabeth Kübler-Rossová.

## **4.2 Fyzická, psychická, sociální a spirituální péče**

Mnoho odborníků se shoduje v názoru, že dobře vedená fyzická, psychická, sociální a spirituální péče může zajistit prožitek určité spokojenosti se životem, a to i v podmínkách zdravotně mimořádně komplikovaných. Platí zásada, že nikdo by neměl zemřít dříve psychicky než fyzicky a že vždy existuje někdo nebo něco, pro co stojí za to žít i nemocí spoutaný život.

Jednou z věcí, které se těžce nemocní nejvíce obávají, je bolest. V dnešní moderní medicíně, by neměl být problém poskytnout odpovídající léky a tišící prostředky. Smutnou skutečností však je, že v mnohých případech jsou lékaři neschopní fyzické bolesti odstranit. A přitom zvládnout fyzické potřeby nemocného by mělo být v podmínkách vyspělé technické medicíny to nejsnazší. Když už tedy nemoc nelze zlikvidovat, mělo by být prioritou, tišit její útoky, zmírnit její trýzeň a likvidovat bolest. Lékař považuje za svůj nejdůležitější úkol zachránit pacienta somaticky, a pak mu teprve poskytuje ostatní všestrannou pomoc. Ale lze-li pacienta zachránit už jen částečně, je třeba současně považovat za aktuální i pomoc psychologickou, sociální a lidskou. V celém nemocí spoutaném životě potřebují nemocní právě tak léky jako hřejivá slova. Nedostatečná psychologická péče se stala součástí moderní odlidštěné medicíny. Lékaři i ošetřující jakoby se soustředili pouze na terapii těla a zapomínali na terapii duše. „*Jako nahý v trní se cítí nemocný při sérii léčebných procedur a nemůže přiznat, že má obavy, strach a pláč na krajičku*“ (Haškovcová, 1996). Síla psychologické pomoci byla dlouhá léta opomíjena a vztahování se k vážně, chronicky a nevléčitelně nemocným bylo redukováno nebo schováváno za praxi „čisté lékařské péče“. Dnešní

lékaři si, doufejme, tuto skutečnost dostatečně uvědomují a docenují vliv psychologické péče o nemocné. V nejsoučasnější medicíně se hovoří o její „psychologizaci“. O tomto problému se tedy ví, pořádají se i semináře na toto téma a také dnešní studenti medicíny jsou v tomto směru lépe vzděláváni. Většina pacientů potřebuje mnohem víc než recept na medikament a také to očekává. Rozpoznání pacientovy psychické nouze a pomoc při jejím odstranění jsou pro dobrého lékaře stejně důležité jako diagnostika a terapie somatické choroby. Být s pacientem v kontaktu, v permanentním dialogu by mělo být také součástí léčby.

Pocity a potřeby pacientů vystihl David Anderson, magistr farmacie z USA, tvůrce pravděpodobně prvního kodexu Práv pacientů z roku 1971. V preambuli textu se praví: *„Já, pacient, chci být léčen jako jedinec. Nejsem číslo, nejsem kus papíru, nejsem zboží na prodej, ... Nejsem stroj, ze kterého lze donekonečna vysávat další informace, ... jsem dýchající živá bytost, která má svá přání, své starosti, své obavy a svůj strach, ... Chci s vámi (tj. lékaři) spolupracovat, ale jen do té míry, pokud já a mně podobní pacienti mohou očekávat z vašeho počínání opravdu prospěch.“* V další části textu autor zdůrazňuje: *„Mluv se mnou! ... Bud' se mnou, stůj při mně! ... Nenechávej mě (lékaři) samotného a pouze se sáčkem pestrobarevných léků!“* (Haškovcová, 1985). Anderson už ve své době velmi dobře reagoval na „medicínu mlčení“, na stav, kdy pro pacienta bylo sice vykonáváno hodně, ale bylo s ním zacházeno více jako s předmětem než se subjektem. Anderson zdůraznil právo nemocného na respekt, autonomii, seburčení a individuální přístup. O tom, jak léčit somatické onemocnění a tlumit fyzickou bolest, rozhoduje hlavně lékař. Ale na psychologické pomoci se kromě lékaře, psychologa, dalších zdravotníků a teologa, mohou podílet i laičtí dobrovolníci, přátelé nemocného a hlavně jeho rodina, kterou nemocný potřebuje nejvíce.

Nevyléčitelně nemocný potřebuje svůj vnitřní bol ukázat navenek, potřebuje uvolnit vysoké vnitřní napětí. A to se mu podaří, jestliže bude mít možnost s někým hovořit o své nemoci, o své situaci. Nemocný chce volně mluvit o všem, co má na srdci, o svých starostech, představách, obavách ... . Rozhovor o těchto věcech opravdu působí léčivě a otevřený žal se snáší mnohem lehčeji. Ztrátou postižený člověk má právo na to, aby otevřeně plakal. Ukázáním bolesti navenek se tak zahajuje proces dlouhodobé obnovy fyzických i psychických sil. Nejenže se potřebuje nemocný vypovídat o své nemoci a bolesti, ale klade si i otázky ohledně své budoucnosti: „Co bude dál, je vůbec možné, aby bylo nějaké dál?“, „Jak bude vypadat ona budoucnost, která se náhle, bolestně a časově zřetelně sevřela?“, „Jakou bude mít můj další život kvalitu? Bude

vůbec za něco stát?“ Lékaři a pacientovi blízcí jsou ti, kteří by měli pomoci s odpovědí na tyto otázky. Měli by pacientovi pomoci hledat smysl jeho nemocného života, brát na vědomí, že vážná a nevyléčitelná nemoc vždycky rozbíjí dosavadní životní styl člověka a téměř vždy dochází ke změně hodnotové hierarchie nemocného. A s vědomím této změněné situace by měli společně s nemocným konstruovat jeho nový, respektive jiný, nemocí změněný život. Ukažme nemocným, že je možné najít kvalitu života, i když jinou a jinak.

Propadá-li nemocný opět depresi, odmítá-li znovu spolupracovat a vzdává-li zase boj s nemocí a oddává se beznaději, je třeba jej znovu a znovu citlivě upozornit na to, že jsou stále ještě cíle, které jsou dosažitelné a o které je možné bojovat. Podstatné přitom není, zda k realizaci cíle dojde, ale podstatné jsou odvozené prožitky a síla, která z takového těšení pro nemocného plyne (<http://hledej.idnes.cz>).

### 4.3 Prostor k životu

Respektovat komplikovaný fyzický stav nemocného je nutné. Stejně tak nutné je ale vyslyšet oprávněné a naléhavé volání nemocného po prostoru k životu. Mít prostor k životu, moci se realizovat, to je to hlavní, co pomáhá najít smysl nemocí spoutaného života. Nedopusťme, aby nemocní byli nuceni nám říkat následující slova: *„Nezacházejte s námi jako s malomocnými, jedněte s námi normálně,... nevyhánějte nás ze života dřív, než doopravdy odejdeme,... ponechte nám možnost něco dělat“* (Haškovcová,1985). Zdraví lidé zahánějí nemocné do ústraní a samoty výzvami typu: *„Prosím tě buď rád, že jsi doma a že nemusíš do práce!“* *„Nic nedělej, hlavně ať se uzdravíš!“* (Haškovcová,H.,1985). Nemocný ale chce něco dělat, hájí si tvrdě prostor pro vlastní realizaci, odmítá „umřít za živa“. Většina nevyléčitelně nemocných odmítá nečinnost, odmítá soucit a chce být plnohodnotně přijímána. Nemocní oceňují prostor k životu, v němž mohou pro jiné, a tím i pro sebe, něco udělat. Potřebují mít cíle a také pocit opravdovosti v boji o dosažení těchto vytyčených cílů. A každou, i malou práci ocenit, je balzámem pro jejich duši. Naopak, nabídne-li nemocný několikrát „své služby“, ať již komukoliv, a není-li jeho snaha opakovaně přijata, vzdá svůj marný boj. Nejen s ostatními, ale často i se svou nemocí.

Naše společnost se proto musí naučit přijímat práci nevyléčitelně nemocného člověka, doceňovat ji a současně respektovat redukované možnosti tohoto člověka.

## 4.4 Ritualizace smrti

K tomu, abychom se nebáli smrti, abychom byli schopni ji přijmout takovou jaká je a nežádali o smrt předčasnou, pomůže, když se téma smrti nebude odsouvat, ale budeme brát smrt jako součást reality, budeme o ní hovořit a ritualizovat ji.

*„Žijeme ve světě, kde otázka smrti nahání strach, ve světě, který se od ní odvrací. Civilizace před námi se statečně dívaly smrti do tváře. Konci lidského osudu dávaly lesk a smysl. Snad nikdy vztah ke smrti nebyl tak ubohý jako v těchto dobách duchovní vyprahlosti, kdy lidé, hnáni existencí, zdá se, že obcházejí tajemství smrti. Neuvědomují si, že takto vysoušejí jeden ze základních pramenů radosti žít“*(Haškovcová,1985) - názor Marie de Hennezel, psychologky na oddělení paliativní péče, na dnešní pohled na smrt. Jistě je více těch, kteří tento názor sdílí s ní(Hennezel de,1997).

Naše společnost, aniž by si to chtěla uvědomovat, vlastně dělá ze smrti mnohem větší tragédii, než ve skutečnosti je. Tato skutečnost by se měla změnit. Proč skrývat smrt, jako by byla špinavá a hanebná, vidět v ní jen hrůzu, absurdnost, zbytečné a nepříjemné utrpení a nesnesitelné pokoření? Vždyť smrt je vrcholným okamžikem života, jeho dovršením. To smrti dodává smysl a hodnotu.

Problematika ritualizace smrti v moderních, zejména institucionálních podmínkách, je závažná a naléhavá. *„Ve vyspělých zemích umírá až 80 % lidí v nemocnicích, tedy institucionalizovaně“*(Haškovcová,1997). Umírání a smrt se tak odehrávají mimo naši pozornost. Člověk se uklidňuje tím, že umírajícím je v náručí profesionálů lépe. Společnost odsunuje umírajícího do instituce a tam je profesionálně opět odsunut. Podléháme iluzi, že o umírající a smrt jednotlivce by se měl starat kolektiv k tomu speciálně vyškolených odborníků. Všichni známe tendence přeložit „neperspektivního“ nemocného z běžných oddělení do léčeben pro dlouhodobě nemocné. Všechny aktivity, jejichž podstatou je „odsun“, prozrazují především úzkost profesionálů a tendenci vytěsnit smrt. Nejen profesionálové, ale i ostatní lidé smrt vytěsňují. Ve svém běžném a uspěchaném životě se nezamýšlí nad problémem své konečnosti, kterou rozumově sice přijali, ale současně emočně vytěsnili. A čím více se blíží ke smrti, tím více ji ze svého vědomí vytěsňují. Člověk ví, že je smrtelný, ale smrt se zdá ležet v nekonečnu, a tak žije, jako by tu měl být věčně a nepřipouští si svou vlastní fyzickou zranitelnost a existenční konečnost. Potlačovat myšlenku na vlastní smrt se daří člověku nejen po celý život, ale více či méně i po celou dobu vážné nebo nevléčitelné nemoci. Tato zastírací metoda se však příliš nevyplácí, výsledkem je totiž nepřipravenost na umírání

a smrt. A tak se pak může lehce stát, že se toho všeho chceme rychle zbavit, což by v tomto případě mohlo i znamenat zbavit se sama sebe. Tato situace zajisté není žádoucí a je nutno se jí bránit.

Je třeba zabývat se problémem lidské konečnosti. Vyrovnat se, pokud je to možné, s faktem smrti a snažit se, aby umírání opět získalo charakter sociálního aktu. Smrt totiž patří k životu. Vrátime-li jí všechny náležité atributy, pak nebude tak obtížné zaujmout přiměřený vztah k umírajícímu a především poskytnout mu náležitou pomoc, ať už se jedná o pomoc laickou, nebo profesionální.

Kay Blumenthal-Barby, někdejší šéf pracovní skupiny perimortální medicíny při Německé společnosti klinické medicíny k tomuto tématu podotkl: „*Nikdo nemá na smrt příslušné vzdělání, ale každý má nejen právo, ale i mravní a lidskou povinnost zaujmout stanovisko ke svému budoucímu umírání a ke své sice vzdálené, ale jisté smrti*“ (Haškovcová, 1996). Zejména prací „na sobě“, ale také ritualizací smrti lze změnit současný neutěšený stav odosobněného a traumatizujícího umírání.

Dříve mělo umírání svůj řád. Pravidly s pevným kodexem chování se umírání nepochybně zlidšťuje. Jistá regulace chování toho, kdo ze světa odchází, a těch, kteří u jeho smrti sekundují, však nemá v současné době obecně uznávanou a konkretizovanou podobu. Nevíme, co máme dělat, jak se chovat, co říkat. Dnes si kolem umírání a smrti nejsme jisti ničím, a proto nás zahltil strach tak velký, že zabraňuje střízlivému pohledu a konstruktivnímu počínání, tedy tomu procesu, který je nazýván ritualizací umírání a smrti. Základní model, který by dovolil umírajícímu „přiměřeně“ se chovat a který by umožnil totéž jeho okolí, stále chybí.

Rituál (z latinského rituale) znamená řád obřadu neboli obřadnictví. Každý rituál vlastně určitým způsobem kodifikuje chování lidí a je jím upravena, popřípadě snížena vysoká emotivita. Určitý rituál vykonáváme například při zrození, křtu, vstupu do manželství a výjimkou by určitě nemělo být umírání a smrt. Rituály se liší, ale jejich jádro je společné: v emotivně vypjatých situacích, ať již kladných či záporných, umožňuje předepsaný nebo zvyklostně uznávaný scénář přiměřeného chování zúčastněných (Haškovcová, 1985).

Podívejme se do minulosti, jak lidé dříve vnímali smrt a chovali se k umírajícím. Dříve pečovala o nemocné a umírající především rodina, péče tedy byla převážně laická. Umírání doma mělo po staletí téměř stejný scénář: každý věděl, jaká je jeho role. Syn či vnuk sekundovali u lůžka umírajícího otce či děda, pomáhali mu podle svých sil a nejlepšího svědomí ulehčit poslední hodinku a současně se „mimoděk“ učili, že

historie se jednou bude opakovat a až přijde čas převezmou štafetu pomoci vlastní potomci. Z generace na generaci přecházela nejen zkušenost jak pečovat, ale také prožitek, co je to umírání a smrt zblízka. Životem proškolený jedinec tak uměl bez ohledu na své vzdělání to, co bychom dnes nazvali adekvátním přístupem k umírajícímu. Nemusel si klást speciální otázky pravdy na nemocničním lůžku, ani se zabývat zvláštnostmi psychické podpory umírajícího. To proto, že si byl v tomto vzorci chování jistý. Smrti se také samozřejmě bál, ale jeho strach snižovala jistota, že nebude opuštěn a že se mu jednou dostane péče v takové kvalitě a formě, jakou už vícekrát poskytoval on sám. Smrt tedy nastala po ritualizovaném rozloučení. Nepřicházela asi hned, ale spíše za určitou, individuálně různou dobu, kdy však umírající už byl smířen se stavem věcí a čekal v náručí milujících a milovaných osob na „kmoťříčku smrt“ (Haškovcová,1985).

Ovšem takto popsany, tzv. „tradiční model umírání“ nebyl pravidlem. To, že chyběla profesionální pomoc, to souviselo s dobou. Avšak problémem tohoto klasického modelu byl předpoklad, že umírající má rodinu. Ne vždycky tomu tak bylo a tak mnoho z nich umíralo v nuzných a nedůstojných podmínkách na ulici, pod mostem, ve špíně a bez jakékoliv péče. Nevýhody tradičního modelu umírání byly motivem ke změnám, a tak se postupně péče o nemocné přesunula do nemocnice a nabyla především odborného charakteru, hovoříme o tzv. „moderním modelu umírání“. V dnešní době má každý kam „složit hlavu“, ovšem spokojenost opět nezavládla. Jak už bylo uvedeno, chybí v tomto modelu hlavně lidský kontakt, umírání ztratilo charakter sociálního aktu. V této praxi je časté osamění. Moderní člověk už nemá žádnou osobní zkušenost s pomocí umírajícím. Nemůžeme ale umírajícího a tím i smrt izolovat, musíme ji totiž zlidštit. Je třeba hledat nový rituál. Těžko se lze vrátit k tradičnímu modelu umírání, ale lze jeho výhody kombinovat s výhodami modelu moderního. A jak by tedy mohl vypadat aktuální přístup k umírajícím? Umírající by mohl zůstat doma, ale pak by mu musela být bezpodmínečně zajištěna i zde kvalitní odborná péče, nebo naopak by mohla být přijata rodina, nebo alespoň jeden člen rodiny do nemocnice a tím by se obohatila chladná profesionální péče o hřejivé vztahy (Haškovcová,1997).

Překážkou u těchto řešení by byly ekonomické a organizační nároky. Příkladem již realizovaných zařízení je hnutí hospice.

Aktuální forma ritualizace procesu umírání musí respektovat požadavky na bio-psycho-sociální i spirituální pohodu. Umírající má právo být ušetřen nesnesitelného utrpení ve všech jmenovaných oblastech. Dnešní medicína by se měla naučit chápat

trpícího jako „celého člověka“ a o laskavý doprovod se musí postarat jak psychologové, sociální pracovníci, teologové, tak členové rodiny, a to za vydatné pomoci lékaře, který by měl hrát roli „dirigenta“. Je třeba „pouze“ určit kdo, co, kdy, kde a jak bude ve prospěch umírajícího dělat. Společným jmenovatelem všech činností necht' je motto: „*Důstojnost až do konce!*“(<http://hledej.idnes.cz>).



## 5. Problematika eutanázie v České republice

První návrhy, týkající se eutanázie v Československu, byly podány v období první republiky v letech 1926 a 1937. Od roku 1927 bylo možné za eutanázií snížit trest pod dolní hranici sazby nebo zastavit trestní stíhání. Podle návrhu z roku 1937, kdo usmrtil někoho na jeho žádost, aby urychlil jeho neodvratnou smrt a osvobodil ho od krutých bolestí, proti kterým není trvalé pomoci, se měl stíhat za přečin, a ne za trestný čin (Drgonec,1989). Tento návrh se ale v konečném znění zákona nakonec neobjevil.

Z období socialismu je na dané téma velmi málo odkazů. Z napsaného vyplývá, že tišení krutých bolestí a neprodužování agónie v terminálním stádiu, i kdyby to vedlo ke zkrácení života, není v rozporu s medicínskou etikou ani právem. Josef Charvát řekl: *„Za určitých okolností může být prodlužování života protilidské, jak vůči nemocnému, tak vůči rodině. Dilema dnešní medicíny je, zda lze v takových případech nikoli usmrtit, ale zdržet se umělého udržování vegetativních funkcí a dopřát člověku pokojnou smrt“*(Štěpán,1974).

V květnu 1996 zveřejnily deníky v České republice zprávu, že tehdejší ministr spravedlnosti Jiří Novák (ODS) se chce zabývat otázkou eutanázie a to v její prospěch. Postupně byly podány asi tři návrhy, jak by se měl problém eutanázie řešit (MFDnes,1996):

- Měl by být vypracován zvláštní zákon, který by stanovil podmínky, za niž bude moci lékař beztrestně ukončit život beznadějně nemocného pacienta.
- Lékař, který by usmrtil nevléčitelně nemocného člověka ze soucitu, by byl stíhán stejně, jako kdyby spáchal vraždu, a trestní zákon by se o eutanázií vůbec nezmiňoval.
- Lékaři by hrozil jen mírný trest od jednoho do pěti let odnětí svobody.

Po zveřejnění těchto zpráv se rozvířila živá diskuse o eutanázií. O této otázce se vyjadřovali lékaři, politici, právníci, církve,... Mnozí lékaři Nováka kritizovali za to, že chce vyvolat diskuse pře volbami a obvinili ho z populismu. *„O smrti naše společnost nic neví. Chtít v této situaci zvláštní zákon o eutanázií je šílenství,“* řekl předseda Centrální etické komise při ministerstvu zdravotnictví Jan Payne (MFDnes,1996). Tehdejšímu předsedovi lidovců Josefu Luxovi se také nelíbilo, že chtěl Novák otevřít tuto diskusi před volbami. Dále poukazoval na nebezpečí zneužití eutanázie. I Česká

lékařská komora považuje za nepřijatelné, aby lékaři mohli beztrestně pomáhat zemřít nevyléčitelně nemocným lidem, kteří smrt chtějí.

Na výtky Novákův resort reagoval a hájil se tím, že chtěl pouze vyvolat diskusi. „*Nechceme hned zlegalizovat eutanázii,*“ uvedl tehdejší Novákův mluvčí. „*Záleželo by na parlamentu, zda by speciální zákon chtěl*“ (MFDnes, 1996).

Situace se postupně uklidnila, ale problém eutanázie u nás stále zůstává. Právně a politicky je u nás eutanázie zakázána. Čeští lékaři se snaží řešit otázku pomoci umírajícím spíše prostřednictvím paliativní péče, chtějí porozumět fyzickým, duševním i duchovním problémům a potřebám pacienta. Postupně se jim daří přecházet od paternalistického vztahu z období socialismu k partnerskému.

## **5.1 Eutanázie v České republice z právního hlediska**

České právo eutanázii nezná. Etický kodex České lékařské komory stanoví, že eutanázie a asistované suicidium neboli pomoc k sebevraždě jsou pro lékaře nepřijatelné. Naproti tomu nemá být cílem lékařova jednání prodlužovat lidský život za každou cenu. Lékař je povinen u smrtelně nemocných a umírajících účinně tišit bolest, šetřit lidskou důstojnost a mírnit utrpení nevtíravou ochotou chápat a sdílet pacientovy pocity až do konce.

Ze zákonných a etických lékařských předpisů tedy vyplývá, že každý má právo na ochranu zdraví. Trestné je úmyslné usmrcení neboli vražda, úmyslné i nedbalostní ublížení na zdraví, které má za následek smrt, a konečně i účast na sebevraždě, tedy takové jednání, kdy někoho buď úmyslně k sebevraždě přiměje, anebo v ní napomáhá. Proti těmto jednoznačným předpisům stojí ústavní práva na nedotknutelnost osobnosti a jejího soukromí a z toho plynoucí právo žádat nebo naopak nepožadovat léčebné úkony, na osobní svobodu, což znamená, že se každý může svobodně rozhodnout, zda se podrobí pravidlům pobytu v léčebných zařízeních, a na důstojnost, osobní čest, dobrou pověst a ochranu jména, kam spadá i právo na důstojnou smrt. Těmto ustanovením Listiny základních práv a svobod odpovídají i paragrafy občanského zákoníku týkající se ochrany osobnosti. Každá fyzická osoba má právo na ochranu své osobnosti, zejména života a zdraví, občanské cti a lidské důstojnosti, soukromí, jména a projevů osobní povahy (Zpravodajové MF Dnes, MF Dnes 1996).

Po smrti fyzické osoby mohou nároky z práv na ochranu osobnosti podle občanského zákoníku uplatňovat i pozůstalí, a také mají právo požadovat zadostiučinění u soudu,

budou-li mít za to, že k úmrtí jejich blízkého došlo tím, že mu nebyla věnována dostatečná péče.

Právně složitý je případ, kdy pacient v konečném stadiu nemoci trpí nesnesitelnými bolestmi, které lze zmírnit jen tak silnými dávkami analgetik, že by mohly pacienta zabít. Otázkou je, kam až se lékař odváží zajít. Kdyby bylo jeho úmyslem usmrtit pacienta, porušil by zákon. Co však přesně znamená úmysl? Právo zná i nepřímý úmysl: člověk zodpovídá za následky svého jednání, jestliže si byl vědom, že k těmto následkům může dojít, a doufal, že k nim nedojde... Na druhé straně léčení není bez rizika a lékař je povinen pomáhat! – Nemocný není v rukou zákona, ale v rukou člověka (Říčan,1990).

Eutanázie je tedy právně rozporuplná záležitost. Přestože ponechávat člověka při životě, když mu to působí utrpení a on sám si přeje zemřít, samozřejmě není správné, všeobecné povolení nebo legalizování účasti na jeho smrti by mohlo být zneužíváno.

V České republice sílí úsilí za legalizaci eutanázie. Loni v červenci senátorka Václava Domšová za SNK ED předložila zákon "o důstojné smrti", má nevléčitelně nemocným lidem umožnit za pomoci lékaře ukončit život. Tento návrh senát tento návrh zamítl.

V roce 2009 se rozjely práce na novém návrhu zákona o eutanázii – „zákon o důstojné smrti“

## 6. „Eutanázie ano či ne?“

### - názory současné odborné veřejnosti

V poslední kapitole teoretické části bych chtěl srovnat názory a postoje kompetentních osob u nás i ve světě na dané téma.

Čeští odborníci eutanázii většinou považují za selhání medicíny. Přesněji lékaře, který nedokáže pacientovi pomoci od nesnesitelných bolestí. „*Jsem proti eutanázii, žádost o ukončení života vlastně znamená, že pacient trpí,*“ řekl profesor Jiří Vorlíček z hematologické kliniky Fakultní nemocnice Brno – Bohunice. Vorlíček dále tvrdí, že v České republice je špatně léčená bolest až u 80 procent pacientů s nádory. Pacienti trpí chronickou bolestí, ačkoli léčbou je nezvladatelných jen pět procent případů. Názor Vorlíčka podpořila profesorka pražské Husitské teologické fakulty Helena Haškovcová. „*Prosba o smrt je často prosbou o lepší péči. Alternativou eutanázie je paliativní, neboli útěšná, provázející medicína,*“ řekla Haškovcová a zdůraznila, že o eutanázii nelze hovořit jako o humánní a úžasné věci, která situaci nemocných vyřeší. „*Moderní člověk se panicky bojí bolesti, ale ona patří k životu stejně jako smrt. Jestliže naše společnost vyznává mládí, krásu a úspěch, v tomto kontextu se zdá, že eutanázie je jediným možným humánním řešením. To opravdu ne,*“ řekla.

Primář Centra pro léčení a výzkum bolestivých stavů Fakultní nemocnice Motol Jiří Kozák připomněl, že už ve starém Egyptě, 4 000 let před Kristem, byli specialisté na léčbu bolesti. Bolest však byla dlouho považována za průvodní jev, například porodu či operačního výkonu. Příčiny nedostatečné léčby vidí Vorlíček v tom, že pro společnost není léčení bolesti prioritou, na rozdíl například od transplantací srdce. Nedostatečné je podle něj i vzdělávání zdravotníků v tomto oboru. „*Zdravotníci nechtějí dávat pacientům opioidy spolehlivě utišující bolest, protože se obávají vzniku závislosti, a tvrdí, že urychlují smrt a mají řadu nežádoucích účinků. Pacienti se obávají, že když opioidy dostanou, brzy zemřou, také oni a jejich rodiny se bojí závislosti. To se ale neprokázalo,*“ shrnul Vorlíček (Večerník Praha, 19.12.2000).

Odborná veřejnost v naší republice se podle výzkumů staví spíše proti eutanázii. K jedním z mnoha argumentů patří upozornění na dostatečné množství léků v současné době, kterými lze utrpení nemocných podstatně zmírnit.

Ve světě proti eutanázii nejvíce bojuje Vatikán. V březnu 1994 zde byla založena Akademie pro život jako nástroj boje církve proti umělému přerušování těhotenství,

eutanázii a antikoncepci. O rok později, v roce 1995, papež Jan Pavel II. zveřejnil encykliku *Evangelium života*, která shrnula doktrínu církve v otázkách práva na život. Papež v ní zintenzívnil své tažení proti umělému přerušení těhotenství a eutanázii. Papež konstatoval, že demokracie, které povolují „kulturu smrti“, směřují k totalitě. Vatikánský mluvčí Joaquín Navarro – Vallse řekl: *„Prvním problémem, jenž zákon nastoluje, je velmi závažná otázka svědomí, které budou muset lékaři čelit. Jsme opět postaveni před státní zákon, který stojí proti přírodnímu zákonu lidského svědomí. Pro Nizozemsko je velmi smutné, že se stalo první zemí, která chce schválit zákon jdoucí proti lidské důstojnosti.“* Na druhé straně dr. Admiraal tvrdí, že má sám o sobě jasno: *„Pokud nevyлéčitelně onemocním a v utrpení stanu mezi lékařem, který mi slíbí udělat všechno pro to, aby můj život prodloužil, a druhým, který mi slíbí udělat všechno pro to, aby ukončil mé trápení, pak zvolím toho druhého. Neboť on je dobrým lékařem“* (Večerník Praha, 19.12.2000).

K otázce eutanázie se vyjadřuje také Doc. MUDr. Marta Munzarová, CSc., vedoucí oddělení lékařské etiky LF MU v Brně. V červnu roku 1994 se zúčastnila v Maastrichtu konference o eutanázii a asistovaném suicidiu v Nizozemí. Cílem konference bylo informovat o všech aspektech souvisejících s eutanázií a asistovaným suicidiem a uvažovat o tom, zda by holandský model mohl být „exportovatelný“. Představitelé ostatních zemí Evropského společenství v naprosté většině ani zdaleka nepodporovali myšlení holandského modelu. Výjimkou byli ti, kteří byli členy hnutí „za právo na smrt s důstojností“ (např. Y. Kenis – Belgie). Ve většině zemí však není eutanázii věnováno mnoho pozornosti a jasný zákaz takového postupu je formulován v trestních zákonících. Příspěvkem konference byly také zkušenosti z akce Eutanázie z období nacismu. V Německu, právě z tohoto důvodu, je velký odpor proti znovu otvírání otázky eutanázie a jsou tam patrné i výrazně militantní postoje proti eutanázii a asistovanému suicidiu s obrovskou zásobou argumentů, svědčících pro kluzký svah. Většina jednotlivých zemí vznesla spoustu otázek (Jak došlo k dekriminlizaci těchto jasných provinění? Jak se slučuje zabíjení nekompetentních nemocných s lidskými právy? Jak se vyloučí zevní tlak zvenčí v tomto směru na lidi těžce nemocné, umírající a staré? Má vůbec člověk právo na „sebeurčení“ až ke smrti? Existuje vůbec „právo na smrt“?), na které se z holandské strany většinou nedočkaly odpovědi anebo odpověď byla nejednoznačná a velice rozpačitá. Ani z řad Holanďanů však nebyly názory jednotné. Značný prostor v přednáškách byl věnován paliativní péči (Praktický lékař 74/9, 1994).

MUDr. Radkin Honzák, CSc., vedoucí Oddělení lékařské psychologie, psychoterapie a psychosomatiky 1.LF UK v Praze má k otázce „Eutanázie ano či ne?“ velmi vyhraněný postoj. Říká: „*Ne! Ne! A znovu NE! Kdyby bylo jakékoliv ANO, musel by se na lékařských fakultách vyučovat předmět nazvaný ZABÍJENÍ PACIENTŮ, protože vše je nutno provozovat s profesionální dokonalostí. Medicína by měla vědět, kde jsou její meze: má léčit nemocné a trpící, má bádát a hledat cesty jak léčit a rehabilitovat lépe a má působit ve smyslu dobré výchovy všech na cestě ke zdraví. Myslím, že by neměla chtít vládnout nad životem a smrtí, protože jí tato omnipotence nepřísluší. Pokud po tom někdo prahne, měl by si ujasnit, jaké skutečné motivy ho k tomu vedou.*“

Názory na problematiku eutanázie se liší i ve světě odborníků. V každé zemi se najdou horliví zastánci a protagonisté eutanázie, které velmi kritizuje církev a odpůrci „zabíjení z milosti“(<http://hledej.idnes.cz>).

## 7. Eutanázie v zahraničí

### 7.1 Eutanázie v Holandsku

Diskuse o eutanázii v Holandsku začaly v roce 1969 po uveřejnění knihy lékaře Jana Hendrika van den Berga („Lékařská moc a lékařská etika“), v níž navrhoval, že by lékaři měli přijmout následky technických vymožeností a měli by být ochotni své trpící a umírající nebo ty, kteří žijí jen ve vegetativním stavu, i zabít. V roce 1973 potom došlo k praxi s velmi benevolentním posuzováním soudy. Soudní proces se týkal aktivní eutanázie provedené lékařem: v říjnu 1971 dcera (lékařka) aplikovala své matce, s úmyslem zabít, morfiiovou injekci. Matka byla inkontinentní, připoutána na invalidní vozík, žila v pečovatelském domě. Zemřela několik minut po podané injekci. Dcera udávala, že matka opakovaně a naléhavě žádala, aby bylo její trápení ukončeno. Lékařka byla odsouzena pouze podmíněně na dobu jednoho týdne. V obhajobě v její prospěch zaznělo, že učinila pouze to, co už běžně dělají, třebaže neoficiálně, mnozí lékaři. Od tohoto soudního procesu byla eutanázie holandskými lékaři prováděna a pokud některé případy skončily u soudu, byly také posuzovány velmi mírně.

V roce 1982 byla ustanovena Vládní komise pro eutanázii, která se podílela na určování podmínek a okolností, za nichž je možno eutanázii provádět. Poprvé tato tematika byla zveřejněna Ústřední lékařskou komisí v srpnu 1984. Lékaři byli vyzýváni, aby eutanázii uváděli jako příčinu smrti (což dříve nedělali, a proto počty takto ukončených životů chybí). Komise rovněž zaručovala, že budou-li se lékaři řídit jejími pravidly, nebudou trestáni. Nejdůležitější z nich, tzv. rotterdamská kritéria, jsou následující (Munzarová, 1997) :

- Pacient musí být kompetentní a žádost zcela dobrovolná a úmyslná.
- Pacientova žádost musí být dobře uvážena, jasná a opakovaná.
- Pacient musí nesnesitelně trpět (ne nutně fyzicky) a eutanázie musí být poslední možností. Jiné možnosti ulehčit situaci nemocného již byly vyzkoušeny a shledány neúčinnými.
- Eutanázii může provádět jedině lékař.
- Lékař musí vše konzultovat s jiným nezávislým lékařem, který již má zkušenost v této oblasti.

Již v roce 1988 bylo popsáno, že ročně umírá díky zásahu lékaře asi 6 000 lidí. V roce 1991 Vládní komise pro eutanázii provedla tzv. Remmelinkovu studii, která se sestává ze tří průzkumů. Rozbor lékařských rozhodnutí, které nepřímo nebo přímo souvisely s ukončením života je následující (Praktický lékař 74/9,1994) :

17,5% - tlumení bolesti zvyšujícími se dávkami opiátů, které však mohly život zkrátit;

17,5% - rozhodnutí neléčit;

1,8 % - eutanázie na pacientovu žádost (podání smrtící dávky léků);

0,3 % - asistované suicidium (tj. úmyslné předepsání nebo poskytnutí letální dávky léků, které pacient sám požil;

0,8 % - úmyslné ukončení života, aniž byla splněna vytčená kritéria pro provádění eutanázie.

Procenta se vztahují k počtu všech úmrtí v Holandsku v roce 1990, tj. 128 786 úmrtí. Výsledky této práce byly podkladem k diskusi o uzákonění eutanázie a asistovaného suicidia. V únoru 1993 byl návrh zákona (č.22572) schválen druhou komorou parlamentu, v listopadu také komorou první – senátem. V platnost vstoupil v roce 1994. Tento zákon je velmi rozporuplný. Na jedné straně zůstávají tyto aktivity trestné (trestní zákoník, sekce 293: *Kdokoliv vezme jinému na jeho vlastní a vážnou žádost život, bude potrestán odnětím svobody maximálně na 12 let nebo pokutou páté kategorie*; *trestní zákoník, sekce 294: Každý, kdo uváženě podněcuje jiného ke spáchání suicidia, asistuje mu při tom, nebo mu poskytne prostředky a suicidium se uskuteční, bude potrestán odnětím svobody maximálně na tři roky nebo pokutou čtvrté kategorie*). Na druhé straně jsou vytyčeny zásady, jejichž dodržení prakticky zaručuje beztrestnost. Zákonodárci dospěli k názoru, že ačkoliv je eutanázie a asistované suicidium trestné a ačkoliv nejsou součástí běžné lékařské péče, je možné uznat situaci „force majeure“, v níž lékař musí jednat. Lékař je konfrontován s konfliktními povinnostmi. Vzhledem k pacientovi jako ten, kdo poskytuje péči a tato péče je jeho profesionální povinností, a vzhledem k zákonu jako „civil“. Jeho profesionální povinnost jej nutí, aby jednal proti formálním nařízením zákona v souladu s explicitním přáním pacienta. Pokud jsou tedy splněny určité podmínky stanovené radou Královské lékařské asociace již v roce 1984 a stvrzované rozhodováním soudů, lékař může eutanázii či asistované suicidium provést.

V roce 1990 se rada Královské lékařské asociace shodla na postupu povinného hlášení (Praktický lékař 74/9,1994) :



- Lékař provádějící eutanázii nepodá hlášení o přirozené smrti, ale informuje místního lékařského revizora pomocí vyplněného rozsáhlého dotazníku.
- Místní revizor podá hlášení okresnímu právnímu zástupci.
- Tento pak rozhodne, zda případ předá k soudnímu trestnímu stíhání či nikoliv.

Vyhověl –li lékař všem výše uvedeným podmínkám z roku 1984, je jisté, že trestán nebude.

Termín eutanázie je v současnosti v Holandsku jasně redukován a vymezen takto: Jedná se o úmyslné ukončení života osoby na její explicitní žádost někým jiným než osobou samotnou. Tato definice zahrnuje tři důležité body:

1. Eutanázie je čin (skutek, udělání něčeho, obvykle podání „léku“) a nezahrnuje tedy ustoupení od aktivity (např. ukončení léčby).
2. Eutanázie je záležitostí chtěnou ze strany nemocného a nelze tedy pod tento pojem zahrnovat takové aktivity, jako je ukončování života novorozenců nebo pacientů v kómatu.
3. Eutanázie je záměrné ukončení života, ukončení je v úmyslu jednajícího (pojem se tady nevztahuje na nezamyšlené ukončení života, například při tlumení bolesti opiáty, kdy se – z mravního hlediska – uplatňuje princip dvojího efektu).

Ačkoliv legální důsledky eutanázie a asistovaného suicidia jsou rozdílné, mravní rozdíl zde shledán není a v obou případech musí lékař respektovat stejná nařízení. Pokud jde o ostatní rozhodnutí o ukončení života, vláda souhlasí s Rimmelinkovou studií v tom smyslu, že většina z nich může být považována za normální, běžné lékařské postupy (přerušování zbytečné léčby nebo její nepodání na žádost nemocného a tlumení bolesti vysokými dávkami opiátů navzdory možnému zkrácení života).

Odpůrci eutanázie v Holandsku tvrdí, že její kontrola není v pořádku. Výzkum prováděný mezi čtyřmi sty nizozemskými lékaři potvrdil, že přísná kritéria pro dobrovolný odchod na onen svět jsou hrubě porušována. „*U dvaceti případů eutanázie se pacient nevyjádřil jednoznačně ve prospěch tohoto řešení,*“ říká lékař Henk Jochemsen, jeden z autorů studie. V sedmnácti procentech případů podle odborníků existovala reálná naděje na vyléčení. „*Je smutnou skutečností, že ve velké většině případů se odehrává dobrovolný odchod ze života bez jakýchkoli záznamů,*“ uvedl Jochemsen. „*Oficiálně předepsaná opatření se míjejí s realitou.*“ Odborný časopis Journal of Medical Ethics shrnuje rozsáhlý výzkum slovy, že závazná doporučení jsou

široce ignorována. Příznivci eutanázie naopak tvrdí, že uvedené výsledky vycházejí z chybné interpretace statistik. „*Většina Holanďanů bude souhlasit, že eutanázie je krokem vpřed,*“ říká doktor Michael Irwin. Eutanázie je v Nizozemsku již delší dobu legální a veřejností pozitivně přijímána. Pacienti mají právo se pro ni rozhodnout za bezvýchodné situace, kdy trpí nesnesitelnými bolestmi. Podezření na nedodržení předepsané procedury jsou však stále předmětem trestního stíhání. „*Téměř dvě třetiny uskutečněných případů eutanázie navíc nejsou vůbec zaznamenány,*“ říká lékař John Keown. Podle průzkumu by rovněž 74% pacientů souhlasilo s dobrovolnou smrtí, pokud by věděli, že u nich neexistuje nejmenší naděje na vyléčení; 56% by se tak chtělo případně vyhnout „nedůstojné životní situaci“ a 47% dotázaných uvedlo, že by tak předešli „pozdějšímu utrpení“. Autoři studie se podle těchto výsledků domnívají, že pouhá pacientova žádost nemůže být zcela bezvýhradně respektována. „*Musí být od základů zpochybněn názor, že subjektivní domněnka pacienta má působit na chování lékařů,*“ uvedli (MFDnes,1999).

## **7.2 Německo a nacistický program „Akce eutanázie“**

Pojem eutanázie se v Německu víceméně nepoužívá, ačkoliv se její moderní historie začíná na konci 19. století právě zde. Je totiž úzce spojena s nacistickými rasovými zločiny. Nacistické ideologie se při zdůvodňování nutnosti eutanázie jako prostředku na očistu rasy opírala o práce z dvacátých let právníka Karla Bindiga a psychiatra Alfreda Hocheho. Pod eutanázií rozuměli nacisté zabití prázdných života nehodných lidských schránek a rasu zatěžujících existencí (MFDnes,1996).

Němečtí badatelé, aplikující Darwinovo učení na společnost, se obávali degenerace lidské rasy a snažili se prosazovat nový druh hygieny – rasovou hygienu. Adolf Hitler byl již v roce 1930 oceňován jako „první politik skutečně velkého formátu, který zabudoval rasovou hygienu jako důležitý prvek do státní politiky“ a chválen jako „velký lékař německého národa“. Na německých univerzitách byly postupně zakládány a všestranně podporovány ústavy, věnující se rasové hygieně, a tento obor se stal vyučujícím předmětem, a to vše se odehrálo ještě dávno před nástupem Hitlera k moci. Praktickým vyústěním rasové hygieny byly zákony o sterilizaci, Norimberské zákony a „Akce eutanázie“.

Zpočátku vydávali nacisté eutanázii za blahodárnou sociální reformu pro beznadějně nemocné a mentálně postižené. Toto údajně soucitem motivované dobrodíní, které se provádělo v nemocnicích bez vyžádání pacienta, bylo dokonce Židům odíráno.

Počátkem roku 1939 se odehrál případ, který celý program eutanázie urychlil. Otec dítěte, které se narodilo slepé a jemuž chyběla noha a část ruky a které, podle slov osobního lékaře Hitlera Karla Brandta „vypadalo jako idiot“, požádal písemně Hitlera, aby jej dítěte zbavil. Na základě tohoto případu zahájil Hitler „dětský program eutanázie“. Pověřil Brandta a vysokého nacistického funkcionáře Filipa Bouhlera, aby i v ostatních analogických případech postupovali podobně. Životy těchto dětí nebyly pokládány za hodné žití. Oběžník vydaný říšským ministerstvem vnitra v srpnu 1939 nařizoval, aby byli evidováni všichni novorozenci, u nichž bylo podezření na následující postižení:

- Idiocie a mongoloismus (obzvláště ve spojení s hluchotou a slepotou).
- Mikrocephalie
- Hydrocephalus (výraznějšího stupně nebo progresivní povahy).
- Deformity všech druhů, obzvláště chybějící končetiny, spina bifida atd.
- Obrny, včetně Littleovy choroby.

Některé z těchto dětí byly vybrány a převáženy na speciální dětské kliniky, kde byly buď odsouzeny k smrti hladem, nebo jim byla podána smrtící injekce anebo zemřely následkem nemoci, způsobených podvýživou. Pokud rodiče převoz dítěte odmítli, museli podepsat, že nechtějí, aby jejich dítěte bylo vůbec hospitalizováno, a tím na ně byl vykonáván značný nátlak. Odhaduje se, že do konce války takto přišlo o život 5 000 dětí.

Program eutanázie dospělých měl odlišnou organizaci a historii. Začal prohlášením Bouhlera, že účelem eutanázie není jen zbavit se životů, jež nejsou hodny žití, a tím bojovat proti genetickým chorobám, ale současně uvolnit lůžka v nemocnicích a ulehčit zdravotnímu personálu v začínající válce. Na schůzi vedoucí skupiny v říjnu 1939 byl uvedený účel převeden také na ekonomickou rovinu s jasným výpočtem množství lidí, kteří mají být zabiti. K číslu se došlo na základě výpočtu poměru 1 000 : 10 : 5 : 1. To znamená, že z tisíce lidí deset vyžaduje psychiatrickou péči, z těchto je pět hospitalizováno. Z hospitalizovaných bude jeden zahrnut do programu. Počítalo se s 65 – 75 000 případy. Akce eutanázie (nazývaná T4) probíhala podle plánu. Do konce srpna 1941, kdy Hitler vydal na základě četných protestů především z řad církevních hodnostářů rozkaz k jeho zastavení, bylo zabito 70 273 především mentálně postižených

lidí. Ke konci programu se eutanázie začala praktikovat i u některých menších defektů – například u senilních jedinců včetně válečných veteránů.

Eutanázie proto dnes není na veřejnosti frekventovaným diskusním tématem a všeobecně se s touto problematikou používá pojem „Sterbehilfe“ ( pomoc při umírání). Většina Němců dnes nemá k eutanázii jednoznačný postoj, ale drtivá většina ji považuje za zločin. Diskuse se koncentrují jen na odborné kruhy a církve. Ani pro média není lukrativním tématem.. Speciální zákon k eutanázii v Německu neexistuje. Případné přečiny spadají pod trestní právo jako trestný čin usmrcení. Německé právo ale rozlišuje pasivní a aktivní eutanázii. Aktivní je jednoznačně protizákonná. Pasivní eutanázie je slučitelná se zákonem, což potvrzuje i soudní praxe. Žádný lékař nesmí být nucen zákonem zachraňovat za každou cenu vyhasínající lidský život. Podobně mu nelze zakázat respektovat vůli pacienta zemřít. Proto není lékař povinen se rozhodovat na základě technicky možného, ale je povinen respektovat lidský život v jeho důstojnosti (MFDnes,1996).

V současné době i v německu, stejně jako v mnohých jiných zemích sílí snahy o legalizaci eutanázie ( MFDnes 2009).

### 7.3 USA

Zainteresovaní jedinci v problematice eutanázie založili v USA v roce 1938 první Národní společnost pro legalizaci eutanázie. První zákon, který předložila, navrhoval eutanázii „především v případech defektních novorozenců než pro normální osoby, které zubožila terminální choroba“(Pollard,1996). Tato společnost se setkávala stále se značnou opozicí. Kongres beztrestnost eutanázie nikdy neschválil. V roce 1967 začali členové společnosti prosazovat tzv. „životní vůli“. Ve své „životní vůli“ se lidé mají vyjádřit, za jakých okolností si nepřejí prodlužovat léčbu. Dnes můžeme říci, že se Národní společnosti tato aktivita zdařila, protože „životní vůle“ je legální ve většině států federace.

Jediným státem v USA, kde byl referendem schválen „Zákon o důstojné smrti“, je Oregon. Tento zákon však nikdy nenabyl platnosti, protože federální soud měl k němu výhrady. V listopadu 1997 vyvolali odpůrci eutanázie k této otázce plebiscit, ale neuspěli. Plebiscit skončil v poměru 60:40 ve prospěch zachování zákona o eutanázii. Tento zákon stanovuje: „*Pacient trpící smrtelnou chorobou, který je občanem státu Oregon a který si přeje zemřít, musí svého lékaře požádat o předepsání prostředků*

*k navození smrti jak ústně, tak písemně. Žádost musí mít dva svědky, z nichž jeden nesmí být na výsledku rozhodnutí nijak finančně zainteresován (svědek nesmí být pacientovým příbuzným, nesmí mít nárok zdědit nic z jeho majetku a nesmí být v žádném vztahu k instituci, kde se pacient léčí). Tato podmínka má zajistit skutečnou dobrovolnost žádosti pacienta. Po první, ústní žádosti musí pacient podstoupit vyšetření u dalšího lékaře a 15 dní čekat, než dostane lékařský předpis. Po předložení písemné žádosti je nutné čekat na smrt alespoň 48 hodin. Aktivní eutanázie je v Oregonu výslovně zakázána“ (Kamenická, 1997).*

V roce 1991 vydala americká společnost „Bolehlav“ knihu s názvem „Konečný odchod“. Kniha obsahuje obchodní názvy vhodných léků i s dávkováním, návody k jejich získání, návody na sebevraždu domácími prostředky (např. sebeudušení pomocí igelitového sáčku). Kniha se stala bestsellerem a její důsledky se daly předpokládat. S knihou na nočním stolku byli nacházeni mrtví a v jejich řadách také lidé, kteří nebyli téměř nebo vůbec fyzicky nemocní, lidé velmi mladí, kteří prožili jen jedno z mnoha zklamání. Po této události se začala po celé Americe řešit otázka, jestli má mít člověk právo rozhodovat o ukončení svého života, velmi razantně.

### **7.3.1 Kontroverzní praxe Jacka Kevorkiana alias Dr. Smrti**

Jeden z nejznámějších zastánců eutanázie, patolog Jack Kevorkian (příloha č.4) - přezdívaný „Doktor Smrt“, žije v současné době v USA. Po návratu z Holandska se Kevorkian rozhodl pomáhat nevléčitelně nemocným spáchat sebevraždu. V devadesátých letech se věnoval zabíjení nemocných pomocí speciálního přístroje nazývaného Mercitron, který sám sestavil. Přiznává, že od roku 1990 asistoval při sebevraždách více než 120 smrtelně nemocných lidí, převážně žen, kteří si sami přáli ukončit svůj život. Jako důvod udávali Kevorkianovi „pacienti“ většinou silné bolesti, strach ze ztráty důstojnosti a kontroly nad sebou samým či zkušenosti, jež zažili při smrti svých blízkých. Bylo ale zjištěno, že většina z nich netrpěla nevléčitelnou chorobou a těla některých z nich nejevila žádné známky nemoci. Mnozí byli invalidé, kterým pouze scházela náležitá péče. Vrcholem Kevorkianovi „kariéry“ byl rok 1997 – 30 obětí.

Teprve v roce 1999 se podařilo prokázat, že přinejmenším v jednom případě z roku 1998 zabíjel sám, bez pacientovi spolupráce. Soudkyně okresního soudu v severomichiganském Oaklandu uzavřela svůj rozsudek slovy: „*Nikdo, pane, nestojí*

*nad zákonem, nikdo z nás. ... Měl jste odvahu jít do celonárodní televize, ukazovat světu, co jste udělal, a provokovat právní systém, ať si jen zkusí Vás zastavit. Takže, pane – oznamuji Vám, že jste skončil“*(MFDnes,2001). Kevorkian byl odsouzen, ale spor o eutanázii v USA pokračuje.

Americký lékař Jack Kevorkian, přezdíváný doktor Smrt, a bojovník za zrušení trestu smrti právník Bryan Stevenson se rozdělí o stotisícovou humanitární cenu Gleitsmanovy nadace za sociální aktivity (MF Dnes,2000).

## 7.4 Austrálie

Severní teritorium Austrálie je jediným státem na světě, kde byla zákonem povolena aktivní eutanázie. Zákon byl přijat většinou obyvatelstva tohoto území na základě plebiscitu (lidové hlasování). „Zákon o právech smrtelně nemocných“ byl v platnosti jen krátce, od června 1996 do března 1997. Během této doby spáchali sebevraždu za asistence lékaře čtyři pacienti trpící rakovinou bez možnosti zlepšení stavu, s velikými bolestmi.

Tento zákon obsahoval několik přísných klauzulí:

- Pacient musel být starší 18ti let, musel trpět nevléčitelnou chorobou, na kterou by bez mimořádné zdravotnické péče zemřel.
- Pacient musel prodělat vyšetření u dvou nezávislých plně kvalifikovaných lékařů a psychiatra, aby bylo jisté, že netrpí léčitelnou klinickou depresí.
- Pokud je dostupná dostatečná léčba bolesti tišícími prostředky, lékař nesměl na žádost o smrt přistoupit.
- Pacient musel po oznámení svého přání zemřít 1 týden počkat, než podepsal souhlas. Formulář musel být podepsán také dvěma lékaři. Po jejich podpisu musel pacient ještě počkat 48 hodin.
- Lékař u pacienta musel zůstat až do okamžiku smrti.

Přes všechny tyto přísné podmínky byl v říjnu 1996 podán návrh na zrušení tohoto zákona a v březnu 1997 byl tento zákon pozastaven.

I Austrálie má svého „Doktora Smrt“. Je jím Dr. Nitschke, který má celou videotéku lidí, kterým pomohl zemřít. Tyto kazety ho mají chránit před možným procesem. Nitschke pomohl zemřít devatenácti lidem, z toho jen čtyřem v době platnosti „Zákona o právech smrtelně nemocných“. Nitschke by chtěl otevřít kliniku, která by poskytovala

lékařskou pomoc těm, jimž pro velké utrpení nezbývá nic jiného, než si objednat sebevraždu od lékaře.

Austrálie přestává odmítat eutanazii, a povolila ochrnutému zemřít. Devětačtyřicetiletý těžce postižený Christian Rossiter může zemřít, rozhodl australský soud. Verdikt je pro Austrálii přelomový, země se totiž dosud k asistované sebevraždě stavěla odmítavě (MF Dnes,2009). I zde se nálada pomalu obrací na stranu legalizace eutanázie

## **7.5 Velká Británie – první hospic na světě**

V roce 1930 byla v Anglii založena „Společnost pro vyžádanou eutanázii“, která byla později přejmenovaná na „Exit“. Jejím současným cílem je legalizace vyžádané eutanázie. V roce 1992 rozvířily dva soudní případy důležité etické otázky a podnítily Sněmovnu lordů k vytvoření zvláštního parlamentního výboru, aby se zaměřil na eutanázii a péči, která se týká konce života. Výsledky byly zveřejněny roku 1994. Tato zpráva striktně odmítla legalizaci vyžádané eutanázie. Proti se postavili téměř všichni, kteří před parlamentním výborem vypovídali, včetně vlády, Britské lékařské asociace, Královské ošetřovatelské koleje.

Velká Británie ve svých dějinách eutanázii nikdy nelegalizovala. Je první zemí, která se snaží najít jiné řešení, jak umírajícím v jejich těžkých chvílích psychicky i fyzicky pomoci, aniž by se usilovalo o uspíšení nebo oddálení smrti. V šedesátých letech zde vzniká první hnutí útulků - hospiců, jejichž cílem je zabránit tomu, aby se vůbec lidé dostávali do situací, kdy ze zoufalství prosí o dopomoc k smrti. Svou činností tak přispívají k důstojnějšímu konci lidského života (<http://hledej.idnes.cz>, 2009).

V současnosti dochází k posunu v otázce eutanázie, ale jen pomalu. Konzervativní Velká Británie jen nerada mění své zvyklosti.

## **7.6 Eutanázie v Belgii**

Experti na úrovni Rady Evropy došli k závěru, že dobrovolná Eutanázie je právně možná pouze v jediném státě – v Belgii. Nizozemský zákon o ukončení života na žádost pacienta zařadili do jiné škatulky . Právní nuance mezi belgickou a holandskou legislativou obyčejnému smrtelníkovi unikají. V Nizozemí zřejmě musí být před aplikací letální injekce více prokázáno, že utrpení pacienta nelze zvládnout jinými

metodami, zatímco v Belgii se inklinuje k tomu, aby si člověk mohl „svobodně vybrat“ letální dávku léčiv místo paliativní medicíny. Zároveň však Rada Evropy ve své studii potvrzuje, že eutanázie i asistovaná sebevražda ani v těchto zemích nejsou vyjmuty z trestních postihů, to znamená, že zůstávají žalovatelné, pokud by se vyskytlo podezření na porušení pravidel.

V prvním roce platnosti zákona dovolujícího lékaři beztrestně v mimořádných případech ukončit bolestnou agónii pacienta, bylo v Belgii nahlášeno 170 případů eutanázie. Experti odhadují, že skutečnost je dvakrát až třikrát vyšší.

Zákon nevyvolal pohromu ani nevedl k automatickému usmrcení na přání, jak se někteří obávali. Předseda komise Wim Distebmans ujišťuje, že se Belgie nestala terčem „turistiky za Eutanázií“.

Eutanázie umožňuje důstojnější smrt – „Řečí čísel se eutanázie může zdát okrajovým problémem, ale jde o nejzávažnější případy nejhoršího utrpení a nejkrutějších bolestí. Nemůže být okrajové, když se umožní několika stovkám lidí dočkat se klidnějšího a důstojnějšího konce“ říká profesor Englert.

Belgie v roce 2002 následovala Nizozemsko a jako druhá země na světě umožnila legální eutanázii. Zákon byl přijat v květnu, v platnost vstoupil 23.09.2002 (<http://hledej.idnes.cz>, 2009).

## **7.7 Ostatní státy k otázce eutanázie**

Eutanázie je jedním z nejobtížnějších problémů celé společnosti, a téměř žádný legislativní systém eutanázii nepovoluje. Pokud k ní ale dojde, je většinou její vykonavatel posuzován mírně a často je i omilostněn. Nejtypičtější je tato situace v USA, Velké Británii, Francii, Švédsku,... Mnohé země zjišťují, že legalizace eutanázie by pro ně mohla být přijatelný model. Politici sledují holandský model s podezřívavým odstupem. Opakují se výhrady proti možnému zneužití eutanázie, ale v průzkumech mezi lidmi naopak převažuje souhlas s eutanázií. V Belgii podporuje eutanázii 72% obyvatelstva. Dne 25.října 2001 schválil belgický senát Zákon o legalizaci eutanázie. Nyní se očekává, že rozporuplnou právní normu podpoří při konečném hlasování před koncem roku také druhá komora parlamentu – PS.

Po opakovaných a trvalých žádostech pacienta, které jsou oproštěny od vlivu příbuzenstva a známých, je možné k eutanázii přistoupit v Německu, Švýcarsku, Dánsku a samozřejmě v Holandsku. Novozélandský zákonodárce se vyjádřil, že



eutanázie dává právo volby. „*Myslím si, že holandský zákon je velice citlivý a humanistický. Zajišťuje určitá pravidla proti zneužití, současně dává svobodu těm, kdo příliš trpí,*“ řekl Chris Carter (MF Dnes,2001).

Za trestný čin se eutanázie považuje v Norsku a Itálii. Tvrdě eutanázii odsoudili politici a katolická církev v Polsku. „*Podobnou selekci prováděli nacisté v koncentračních táborech,*“ řekl biskup Tadeusz Pieronek. Jde podle něj o snahu protivit se Bohu. „*Lidský život není v našich rukách,*“ řekl (MF Dnes,2001).

O povolení eutanázie se uvažovalo v SSSR. V roce 1922 byl podán návrh na beztrestnost za usmrcení ze soucitu na naléhavou žádost nemocného. Toto stanovisko ale bylo odmítnuto.


V Japonsku rozhodl místní soud v roce 1997, že eutanázie není zločin, ale s daným postojem nesouhlasí japonské lékařství. V Japonsku stále přetrvává praxe, že pacientům se jen minimálně sděluje, že trpí smrtelnou chorobou.

O eutanázii se hodně diskutuje také v přelidněné Číně. Zbytek světa tato otázka moc nezajímá, protože v chudých státech není problém zemřít, ale jak přežít.


## 7.8 Eutanázie ve Švýcarsku

Švýcarsko se svým liberálním postojem k otázce eutanázie stalo zemí zaslíbenou pro turistiku za smrtí. I v samotném Švýcarsku nejsou jednoznačné postoje k asistované sebevraždě a jejímu umožňování cizincům.

Asistovanou sebevraždu ve Švýcarsku zajišťují čtyři specializované organizace. Cizincům je otevřena právě Dignitas, která má po světě zhruba 4 500 členů. Ze Švýcarska jich pochází jen asi 700 (MF Dnes 2007). Ostatní jako např. dům pro seniory Humanitas, v Riehen u neprijímají k asistovaným sebevraždám cizince.

Nejkontroverznější z nich je Dignitas  - česky „Důstojnost“. Mnohdy se ale příliš důstojně nechová. Sídlí ve Forchu poblíž Curychu a od roku 1998 pomáhá nevyčísitelně nemocným zájemcům o odchod na onen svět. Koktejl s jedem už namíchala stovkám lidí (MF Dnes 2007). Za eutanázii je ovšem nutno zaplatit předem, služby neposkytují pouze členům spolku „Dignitas“, členství stojí 200 franků.

Firma Dignitas usmrcuje roztokem látky **pentobarbital**. Ta vypadá jako bílá sůl. Po jejím požití člověk usne a už se neprobudí. **Po vypití smrtelné dávky už nelze člověka nijak zachránit.** Smrt není bolestivá (MF Dnes 2007).

V  curyšském domě zemřelo 700 lidí. Mezi nimi byli i dva z Česka.



Z důvodu různých podezření švýcarská policie vyšetřuje dům smrti. Švýcarská policie vyšetřuje firmu Dignitas, má podezření, že pracovníci Dignitas přinejmenším jednomu ze svých klientů vstříkli jed do žil injekční stříkačkou.

A to už není podle švýcarských zákonů povolená pomoc při sebevraždě (jako podání poháru s jedem, který pacient sám vypije), ale aktivní zabití. Žalobce Andreas Brunner má navíc podezření, že firma prováděla asistované sebevraždy kvůli zisku, a to je také zakázáno zákonem (MF Dnes 2007).

Švýcarsko připravuje zpřísnění podmínek eutanázie. Švýcarské sdružení pro dobrovolnou smrt Exit spolu s prokurátory stanovilo přesná pravidla, kterými se budou řídit takzvané asistované sebevraždy. Skupina Exit předpokládá, že se regulemi budou řídit všechny angažované instituce v zemi. Lidé ze zahraničí, kteří hledají ve Švýcarsku pomoc, to však podle skupiny Dignitas budou mít mnohem složitější (MF Dnes 2007).

Švýcarsko chce omezit řízenou sebevraždu. Švýcarská vláda přišla se dvěma návrhy omezení možnosti asistovaných sebevražd, Chce tak zabránit takzvané sebevražedné turistice, tedy tomu, aby do Švýcarska jezdili ukončit svůj život cizinci. První návrh zpřísňuje pravidla pro asistovanou sebevraždu, druhý ji úplně zakazuje. Švýcarské zákony umožňují nevyléčitelně nemocným lidem ukončit s pomocí speciálních organizací. Cizincům poskytuje služby hlavně sdružení Dignita. O návrzích bude rozhodnuto příští rok (MF Dnes 2009).

## 7.9 Eutanázie v Lucembursku

Další zemí, ve které došlo k legalizaci eutanázie je Lucembursko. Lucemburský parlament schválil návrh zákona o eutanazii. Tato právní norma má umožnit takzvanou asistovanou smrt za přísně stanovených podmínek, kdy k případu musejí zaujmout odborné stanovisko nejméně dva lékaři.

V historickém hlasování zvedlo pro kontroverzní normu ruku 31 poslanců, 26 zákonodárců bylo proti a tři se zdrželi hlasování. Rozhodnutí parlamentu se ale ještě může zvrátit. V únoru stejný zákon vrátila do Poslanecké sněmovny zpátky k prvnímu čtení s mnoha připomínkami Státní rada, která je poradním orgánem panovníka, zejména pro otázky legislativní a správní. Ta má nyní rozhodnout, zda bude nutné i druhé čtení.

Jednání o uzákonění eutanazie se v Lucembursku neobešlo bez problémů. Země je konstituční monarchií a její formální vládce velkovévoda Jindřich počátkem tohoto měsíce oznámil, že zákon nepodepíše. Norma by pak nemohla nabýt platnosti. Minulý týden ale parlament pravomoci vévody omezil. Úprava ústavy ustanovuje, že panovník už nebude zákony přijaté parlamentem "schvalovat", nýbrž jen "vyhlášovat". Proti legalizaci v Lucembursku se vyslovil i sám papež (MF Dnes 2009).

## 7.10 Eutanázie a Svatý otec

Přímo k otázce eutanázie se vyjadřuje i papež Jan Pavel II., který schválil „Deklaraci o eutanázii“ - vydána 5. května 1980. Říká se v ní: *„Lidská bolest má zvláštní místo v plánu boží spásy, hlavně v posledních okamžicích života“*(Kratochvílová – Miedziová,1996). Svatý otec připouští, že když se blíží smrt, kterou nelze dostupnými prostředky odvrátit, je dovoleno s léčením přestat. Nesmí ale dojít k přerušení obvyklého ošetřování, které se v těchto případech nemocným poskytuje. Eutanázii jako takovou v žádném případě nepovoluje. Ve své poslední třinácté encyklice Jan Pavel II. tvrdí, že zastavení provádění potratů a eutanázie je v zájmu všech lidí. Také na návštěvě v USA koncem ledna 1999 hovoří o tom, že si máme vážit života a nemáme provádět potraty a eutanázii.

Jeho vánoční poselství *Urbi et orbi* bylo výzvou celému světu. *„Je ohrožena samotná existence člověka,“* tvrdí Jan Pavel II. Svá slova odůvodnil vážnými obavami, s jakými sleduje vývoj dnešního světa. Mezi nepřijatelnými jevy, které ničí harmonii a řád věcí, je podle něj i eutanázie, schválená v Nizozemsku. *„Člověk by si chtěl zosobňovat právo rozhodovat svévolně o svém narození a smrti, jako by život nebyl darem Božím,“* vyjádřil se. *„Stíny smrti ohrožují člověka v každé etapě jeho života,“* varoval. Toto nebezpečí podle něj pociťují výrazně zejména děti a staří lidé (MF Dnes,2000).

## 8. Paliativní medicína

Nepochopení smrti a její odmítání vede do tří slepých uliček. K úvahám spatřující řešení v eutanázii (zabití nemocného na jeho žádost), k náruživé léčbě (oživování za každou cenu), k opuštění (nechat člověka dožít konec života v osamění). Paliativní medicína je reakcí na toto odmítání smrti a na tři zmíněné slepé uličky. Za místo jejího zrodu lze pokládat Velkou Británii, kde kolem roku 1960 vzniklo hospicové hnutí.

Obsah pojmu paliativní medicína není ustálen, a tak se v odborné literatuře setkáváme s celou řadou definic, jejichž obsah se víceméně překrývá. Podle Světové zdravotnické organizace je „...*paliativní medicína, 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*“ (Vorlíček, – Adam, 1998).

### 8.1 Paliativní péče

Paliativní péče nastupuje ve chvíli, kdy nemoc již nelze vyléčit. Snaží se udělat všechno pro zajištění blaha nemocného v závěru jeho života, a myslí také na jeho blízké. Podstatné je, že důraz je kladen na kvalitu života, na holistický (celkový) přístup k nemocnému i k jeho rodině. Kurativní péče ustupuje do pozadí, přesto dojde-li k nečekanému a příznivému zvratu ve vývoji nemoci, musí být specifická paliativní péče změněna na kurativní.

Důležité je také odlišení paliativní a terminální péče, která je časově poslední kvalifikovanou službou umírajícímu.

#### 8.1.1 Principy paliativní péče

Světová zdravotnická organizace podporuje paliativní medicínu a 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 pacientům žít co nejaktivnější život až do smrti
- vytváří podpůrný systém, který pomáhá rodině vyrovnat se s pacientovou nemocí a zármutkem po jeho smrti (Haškovcová,2000).

Ve zprávě Světové zdravotnické organizace O zmírňování bolesti při rakovině a paliativní péči, která byla zveřejněna v Ženevě v roce 1990, se dočteme, že politiku zmírňování bolesti u terminálně nemocných přijaly vlády Austrálie, Francie, Japonska a Švédska. Rovněž v Itálii byl vydán zvláštní výnos, který toleruje a upravuje podávání dostatečných dávek opiátů.

Jednotlivé národní společnosti paliativní medicíny sdružuje Evropská společnost paliativní medicíny. V České republice byla ustanovena Sekce paliativní medicíny v rámci Společnosti pro výzkum a léčbu bolesti České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně. Vzhledem k tomu, že paliativní medicína dostala v České republice prostor až po roce 1989, je neustále co dohánět.

Principy paliativní péče korelují s potřebami umírajících a zahrnují tyto základní cíle:

- symptomatickou léčbu
- zmírňující péči
- efektivní terapii somatické a psychické bolesti
- emotivní podporu
- spirituální pomoc
- sociální zázemí
- aktivní nebo aktivizační individuální program pro umírající
- doprovodnou odbornou pomoc rodině umírajícího (Haškovcová,2000).

Koncept paliativní péče se opírá o tři pilíře. Jednak je to filosofické přesvědčení, že smrt je součástí života, druhá je etická dimenze – bezpodmínečná úcta k člověku jako k jedinečné a komplexní bytosti; třetím pilířem je praktická péče o fyzické pohodlí a psychologická podpora, která se poskytuje nasloucháním nemocnému. „*Dnes panuje všeobecná shoda v tom, že nemocní nejsou povinováni podstupovat léčbu, která je zbytečná, a lékaři nejsou povinováni takovouto léčbu zahajovat, anebo v ní pokračovat*“ (Jakoubková,1998). Kauzální terapie může být podle okolností ukončena, ale současně nikdy nesmí končit péče.

V centru pozornosti stojí i rodina, která se na jedné straně může účinně angažovat ve prospěch umírajícího, jemuž poskytuje především emotivní podporu, ale která na druhé straně potřebuje také účinnou pomoc. Té se jí dostává jak v průběhu péče o umírajícího, tak i po jeho smrti. Péče o pozůstalé je propracována, a to s respektem k zákonitostem procesu zármutku a žalu.

### 8.1.2 Charta práv umírajícího

Práva pacientů, ať v obecné nebo specializované verzi, vyjadřují opodstatněné potřeby a přání nemocných. Pro svou opodstatněnost jsou povýšeny na mravní normy, které vyzývají k naplnění. Příkladem potřeb umírajícího je *Charta práv umírajícího* sestavena na jednom z amerických kurzů pro doprovázející (USA – Kanada):

- Mám právo na to, aby se mnou až do smrti zacházelo jako s lidskou bytostí.
- Mám právo na naději a vůbec nezáleží na tom, zda se mění moje životní perspektiva.
- Mám právo vyjádřit své pocity a emoce týkající se blízkosti mé smrti.
- Mám právo podílet se na rozhodnutích týkajících se péče o mě.
- Mám právo na stálou zdravotnickou péči, přestože se cíl „uzdravení“ mé nemoci mění v „zachování pohodlí a kvality života“.
- Mám právo nezemřít opuštěn.
- Mám právo být ušetřen bolesti.
- Mám právo na poctivé odpovědi na mé otázky.
- Mám právo nebýt klamán.
- Mám právo na pomoc od rodiny a na pomoc pro rodinu v souvislosti s přijetím mé smrti.
- Mám právo zemřít v klidu a důstojně.
- Mám právo uchovat si svou individualitu a nebýt souzen pro některá má rozhodnutí, která se přičítají přesvědčením ostatních.
- Mám právo být ošetřován pozornými, citlivými a zkušenými lidmi, kteří se pokusí rozumět mým potřebám a jimž bude zadostiučiněním, když mi budou pomáhat tváří v tvář smrti (Pichaud, – Tharenová, 1998).

V jednotlivých vyspělých státech světa vznikaly analogické dokumenty. 130 účastníků pracovního zasedání Umírání v Rakousku formulovalo výzvu pod názvem

Rooming – in při umírání (příloha č.1) a zaslalo ji s datem 27.3. 1992 rakouské vládě. Tento dokument se stal výchozím materiálem pro vznik závažného dokumentu Práva umírajících a terminálně nemocných, který byl 26.6. 1999 schválen parlamentem Rady Evropy.

## 8.2 Umění doprovázet

Starý a vážně nemocný člověk myslí na smrt dlouho předtím, než nastane. Je to přirozené a žádoucí. Francouzský spisovatel La Rochefoucauld říkal: „*Na slunce ani na smrt se nelze dlouho dívat přímo.*“ Staří lidé mluví nebo se nějak zmiňují o smrti – o své smrti. Hledají příležitost o ní mluvit. Okolí ale toto téma nerado probírá a mnohdy si myslíme, že pro staré lidi není zdravé mluvit o smrti. A tak je často umlčujeme. Mluvit o smrti je zakázané a důsledkem toho mnohdy lidé čelí konci života sami.

Doprovázení umírajících a péče s tím spojená směřují k uspokojování specifických potřeb lidí, kteří dospěli ke konci své existence. Doprovázení umírajících předpokládá, že přijmeme postoj naslouchajících, tedy těch, kdo jsou k dispozici. Zásadní je při příjemném doprovázení ztišení bolesti. Pokrok medicíny v boji proti bolesti je nadějný, protože praktikovaná léčba pacientovi nejen uleví, ale také účinně zasahuje proti vzniku bolestí nových.

Nasloucháním a navázáním vztahu s nemocným musí ošetřující, a zvláště lékaři, umožnit pacientovi vyjádřit jeho pocity a jakékoliv žádosti a otázky včetně těch, jež se týkají jeho smrti.

Obecně je nezbytné, aby se, pokud možno, neměnilo prostředí, ve kterém byl nemocný ošetřován – paliativní péče musí být poskytována doma i ve zdravotnických či sociálních zařízeních.

Žít se starými lidmi znamená doprovázet je, žít v jejich společnosti na základě rovnosti a vzájemnosti. Dávat jim, ale také od nich přijímat to, co sami ještě mohou dát.

Doprovázet znamená jít stejným krokem, zlidšťovat, personalizovat veškerou naši činnost. Pomoc lidem na konci života vyžaduje hlavně schopnost lidských vztahů (MF Dnes, 1999).

## 8.3 Hospic jako naděje

V současné době se budují různá speciální zařízení pro umírající a snad nejznámějším příkladem mohou být tzv. hospice. Hospic je anglický výraz a znamená útočiště nebo útulek. Ve středověku byla hospicem označována místa, kde se mohl unavený poutník, jehož cílem cesty byla Svatá země, najíst, napít a kde mohl i nocovat. Pokud to potřeboval byl v tomto zařízení také ošetřen a povzbuzen. V dnešním pojetí bychom řekli, že hospic představoval místo, kde se strádajícímu poskytl jistý bio-psycho-sociální komfort. Myšlenka všestranné péče znovu ožila a dnes znamená hospic především naději, že ve svízelné situaci bude kvalifikovaně a účastně pomoheno umírajícím, právě tak jako jejich rodinám (MF Dnes,1999).

### 8.3.1 O hospicovém hnutí

Novodobé hospice se začali budovat nejprve v Anglii. Na počátku 20. století otevřela Charita irských sester St. Joseph's Hospice v Hackney ve východní části Londýna. V tomto zařízení pracovala po druhé světové válce Cecilie Saundersová, která má nepopíratelné zásluhy o rozvoj moderního hospicového hnutí. Saundersová v roce 1967 otevřela vlastní St. Christopher Hospic (Eads,1997).

Cecilie Saundersová zdůrazňuje, že prioritní je mírnit fyzické i psychické bolesti umírajících a zajistit materiální i sociální komfort. V žádném případě nelze připustit izolaci nemocného. Návštěvy příbuzných a přátel jsou povolovány trvale. Pacient může i opustit na několik hodin nemocnici, je-li toho schopen, vždy ovšem v doprovodu další osoby. Každý pacient je vyzýván, aby řekl, co si přeje, je tázán na to, koho si přeje vidět a co případně chce a může udělat. Je usilováno o to, aby pacient žil pohodlně a úměrně svým možnostem s tím, že možnost smrti je v určité době reálná. Praktikuje se vlastně zásada, kterou lze vyjádřit heslem: důraz na přítomnost a naděje drobností (Haškovcová,1996).

Léta plynula, program specializované péče o umírající doznal řady změn, zlepšení a konkretizovaných forem. Dnes je celé úsilí o kvalitní péči všech, kteří se ocitli v závěru života, nazýván hospicovým hnutím. Kromě Anglie se nejprve rozšířily hospice také v Irsku, Americe a v současné době jsou v transformované podobě zřizovány také v Německu, Rakousku, Itálii a dalších zemích Evropy. Podle odhadu existuje ve světě celkem asi 2 000 hospiců (Haškovcová,1996). I v České republice jsou již vybudovány první hospice. V naší republice se začalo s budováním hospiců až



v devadesátých letech, protože za socialistické éry, byla „segregace umírajících“ důrazně, i když pouze formálně odmítána. Speciální forma péče o umírající byla ostře kritizována a hospice označeny za tzv. domy smrti. Tento názor je však nutné vyloučit. Na druhé straně ale nemůže být systém hospice považován za ideální řešení situace pro všechny umírající. Nejde prostě, aby nemocnice léčily a beznadějně pacienty pak posílaly na poslední chvíli jinam. I v nemocnicích se umírá a i tam je možné zlidštit proces umírání, například přenesením některých myšlenek a praktik z hospicového programu. Problémem hospiců je také nedostatečný počet míst, což v našich podmínkách znamená asi hlavně problém ekonomický.

Dále je nutno také uvést, že ne všichni lidé jsou vhodní pro hospicovou péči. Přijetí nemocného do hospicového programu se řídí určitými pravidly. Hlavně nehledejme v hospici jen lepší, nebo dokonce luxusní variantu léčebny pro dlouhodobě nemocné. V hospici může dožít starý nemocný člověk, ale hospicová péče vyhovuje a je přínosem především pro onkologicky nemocné středního a staršího věku a pro HIV-pozitivní pacienty. Platí zásada, že nemocný může být předán do hospicového programu až po té, kdy je s vysokou pravděpodobností zřejmé, že zbývající čas života činí maximálně půl roku. Ne všichni pacienti jsou schopni tuto informaci přijmout a tato okolnost může být příčinou jejich dalšího setrvání v nemocnici, neboť nemůže být splněna podmínka písemného informovaného souhlasu. Je jasné, že ne všichni umírající mohou a chtějí dožít svůj život právě v hospici. A hnutí hospice si ani nedělá nárok, aby tomu tak bylo, protože to není jediná cesta řešení. Ovšem typ péče, který hospice nabízejí „*není nic, co by se nedalo přenést do stávajícího systému zdravotní péče*“, jak podotýká Samuel Klasburn, ředitel hospice Ketonah (USA), (Haškovcová,1996). Kontrolu bolesti a domácí typ péče uvítají všichni dlouhodobě nemocní. Hlavně nesmíme připustit stanovisko: „*Tady už nemůže medicína nic dělat*“, ale musíme ho nahradit optimističtější, pravdivějším a lidštější postojem: „*Medicína musí pacientovi pomoci zemřít v komfortu a důstojnosti, a to není málo*“ (Haškovcová,1996).

Hnutí hospice v sobě nezahrnuje jen uzavřené systémy zařízení, může zde patřit i kombinovaná forma péče, což znamená, že jde o otevřená poradní centra koordinující pomoc umírajícím v domácí, nebo dokonce i jiné institucionální péči. Ošetřovatelky nebo laičtí reprezentanti těchto zařízení pomáhají trpícím tím, že je navštěvují a starají se tak hlavně o opuštěné umírající a zastupují rodinu v případech, kdy sama nestačí.

„*Cílem všech zařízení hnutí hospice není prodlužování života „za každou cenu“, nýbrž kvalita života*“, což zdůraznil ředitel českého hospice nebo lépe „Domu léčby

bolesti s hospicem“, jak zní celý název tohoto ústavu v Rajhradu u Brna, MUDr. Zdeněk Bystřický. Umírajícímu je poskytována kvalitní paliativní léčba, respektována jeho lidská důstojnost a garantováno, že v posledních chvílích nebude osamocen.

### 8.3.2 Hospicová péče

Myšlenka hospice vychází z úcty k životu a z úcty k člověku jako jedinečné, neopakovatelné bytosti.

Hospic nemocnému garantuje, že:

1. nebude trpět nesnesitelnou bolestí,
2. v každé situaci bude respektována jeho lidská důstojnost,
3. v posledních chvílích života nezůstane osamocen.

Právo každého člověka na důstojnou smrt je chápáno jako základní etický princip. Vystávají tu ale dvě základní otázky: KDE?, JAK?. Jde o to naplnit dny životem, nikoli život naplnit dny. Důraz je kladen na kvalitu života nemocného. Jde o doprovázení nemocného, ale také jeho blízkých. Hospice nepouštějí rodinu ze zřetele ani po smrti nemocného a je-li to potřeba, věnují se jí i dlouhodobě.

Jsou poskytovány tři formy hospicové péče:

1. Domácí hospicová péče. Je pro nemocného zpravidla ideální, ale ne vždy dostačující. Na hranice jejích možností se narazí tam, kde rodinné zázemí schází, nebo se časem vyčerpá - dojdou síly. Důvody mohou být i jiné, např. prostorové. Dalším omezujícím faktorem je odbornost.
2. Stacionární hospicová péče (denní pobyty). Pacient je do hospicového stacionáře přijat ráno a odpoledne nebo k večeru se vrací domů. Dopravu nemocného zařizuje buď rodina nebo hospic. Důvod k pobytu: diagnostický důvod, léčebný důvod, psychoterapeutický důvod, azylový důvod.
3. Lůžková hospicová péče. Není možné každodenní dojíždění nemocného (zdravotní stav, vzdálenost od bydliště). Nemocní přicházejí na krátkodobé, zpravidla opakované pobyty zcela svobodně a dobrovolně, tehdy, kdy oni sami cítí, že je to pro ně dobré. Když vidí, že doma se to už dobře nezvládá a pobyt v nemocnici není nutný.

Hospicová péče se z časového hlediska dělí do tří období:

1. období = prae finem  $\Rightarrow$  péče a doprovázení nemocného a jeho blízkých od okamžiku zjištění závažné diagnózy až po nástup terminálního stavu.

2. období = in finem  $\Rightarrow$  péče a doprovázení nemocného i jeho blízkých během terminálního stavu, tj. umírání v užším slova smyslu.
3. období = post finem  $\Rightarrow$  kromě péče o tělo zemřelého, doprovázení pozůstalých podle potřeby i dlouhodobě, zpravidla po dobu 1 roku.

Chybou by bylo chápat hospic pouze jako péči v období „in finem“! (MF Dnes, 1998).

*Délka života závisí na vnějších věcech a nikoli na mně. Na mně jen záleží, jak přežiji čas, který mi byl určen. “*

SENECA

## PRAKTICKÁ ČÁST

### 1. Cíl práce

- I. Zjistit stav informovanosti naší společnosti o eutanázii.
- II. Zjistit rozdíly v informovanosti o eutanázii mezi dospělou populací a adolescenty.

Eutanázie je téma, které se dostává stále více do podvědomí naší společnosti. Svádí boj s ustálenými normami a hodnotami, které naše společnost vyznává a snaží se dodržovat. Na legální úrovni v naší republice je proto možné o eutanázii pouze diskutovat. Tyto diskuse se poměrně často objevují v denním tisku, různých magazínech, jsou jim věnovány diskusní pořady a televizní talkshow, instituce mapující veřejné mínění provádějí šetření, která mají zjistit postoj k eutanázii a názor na její možnou legalizaci veřejnosti u nás.

## 2. Popis metody

V praktické části své diplomové práce se snažím srovnat šetření své absolventské práce s novým šetřením mezi adolescenty. K zmapování této problematiky ve své absolventské práci jsem použil dvě z empirických metod : dotazník (výsledky svého šetření srovnávám s celorepublikovým výzkumem na stejné téma) a rozhovor. Pomocí těchto metod se snažím získat informace, které vyvrátí či potvrdí mnou stanovené hypotézy.

K zmapování této problematiky ve své diplomové práci jsem rovněž použil dvě z empirických metod : dotazník (výsledky svého šetření srovnávám s celorepublikovým výzkumem na stejné téma) a rozhovor. Pomocí těchto metod se snažím získat informace, které vyvrátí či potvrdí mnou stanovené hypotézy a srovnají obě šetření.

### **3. Stanovené hypotézy**

- I. Naše společnost je o eutanázii dobře informována.
- II. Výrazný rozdíl v názorech na eutanázii se objevuje mezi zástupci dospělé populace a adolescentů.

## 4. Popis vzorku

Ve svém původním šetření jsem oslovil 200 respondentů, z nichž 100 zastupovalo laickou a druhých 100 odbornou veřejnost. Dotazník (příloha č.2), obsahoval devět otázek a byl určen pro osoby starší patnácti let.

Pro metodu rozhovoru jsem oslovil osm laiků a pět odborníků z oblasti zdravotnictví. Rozhovor byl směřován k cíli : zjistit názor na konec lidského života, smrt a eutanázii. U odborníků jsem se dále zastavil nad problematikou uzákonění eutanázie, a zda by byli schopni eutanázii v případě její legalizace vykonávat.

V novém šetření jsem oslovil rovněž 200 respondentů z nichž 100 zastupovalo adolescenty mužského pohlaví a 100 zastupovalo adolescenty ženského pohlaví. Pro rozhovor jsem oslovil 10 adolescentů s cílem zjistit jejich názor na eutanázii, dobrovolný odchod ze světa a konec lidského bytí.

## **5. „Eutanázie – diskutovaný problém společnosti“- šetření**

Své šetření jsem prováděl za účelem zjistit názor veřejnosti na eutánzii, zda ji legalizovat, kdy poskytnout a kdo by ji měl vykonávat. Odpovědět na tyto otázky mi měl pomoci mnou vypracovaný dotazník (příloha č.2). Dotazníky jsem vyhodnocoval z hlediska odbornosti. Jednu část dotazníků jsem předložil laické veřejnosti a druhou vyplnili respondenti, kteří pracují ve zdravotnictví nebo sociálních službách a otázka eutanázie jim je nejen známá, ale také bližší, než nám – laikům. Některé otázky jsem hodnotil podle uvedených věkových kategorií, protože z tohoto hlediska byly názory velmi rozdílné. Nově jsem provedl šetření pomocí dotazníku u adoušcentů.

Ve svém šetření jsem oslovil 200 respondentů, z nichž jedno sto zastupovalo laickou a druhých sto odbornou veřejnost. Dotazník obsahoval devět otázek a byl určen pro osoby starší patnácti let. V hodnocení uvádím pouze základní data, dílčí rozbor je jen u některých otázek. Také nebudu prezentovat odpovědi na všech devět otázek.

Ve svém novém šetření jsem oslovil 200 respondentů z řad adolescentů, z nichž jedno sto zastupovalo mužskou a druhých sto ženskou část. Dotazník obsahoval rovněž devět otázek a byl určen pro adolescenty. V hodnocení uvádím pouze základní data, dílčí rozbor je jen u některých otázek. Také nebudu prezentovat odpovědi na všech devět otázek.

V další části chci srovnat informovanost dospělé populace a adolescentů na základě šetření z roku 2004 a 2009.



## 5.1 Vyhodnocení dotazníků

**Otázka č. 4:** „Eutanázie by měla být legalizována: ...“ - šetření 2004

Tabulka č. 1

	%	
	laici	odborníci
rozhodně ano	30	34
spíše ano	48	50
spíše ne	14	16
rozhodně ne	0	0
Nevím	8	0

81% dotázaných je pro legalizaci eutanázie. Na straně odborné veřejnosti je kladných odpovědí o několik procent více než u laiků.

Z hlediska věkové kategorie tato otázka dopadla velmi podobně:

Tabulka č. 2

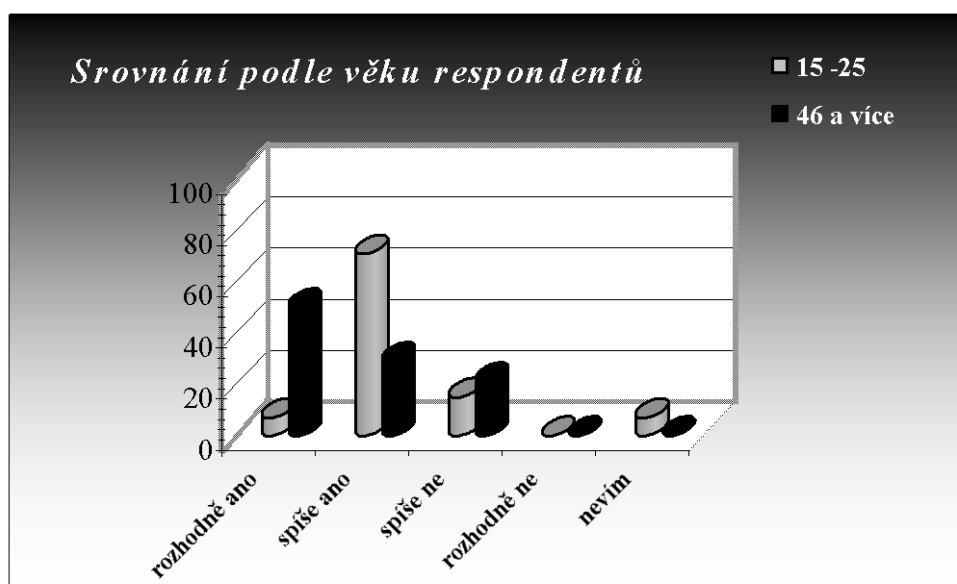
věková kategorie	%		
	15–30	30–50	50 a více
rozhodně ano	7	34	50
spíše ano	71	47	29
spíše ne	15	6	21
rozhodně ne	0	0	0
Nevím	7	13	0

Srovnám-li odpovědi nejmladších a nejstarších respondentů, jsou zde patrné větší rozdíly v odpovědích, zejména v možnostech „rozhodně ano“ a „spíše ano“ (viz graf č.1).

Zástupci mladé generace se výrazně přiklání k variantě kladné, jelikož možnost řešit svoji zdravotní situaci prostřednictvím eutanázie není v bezprostřední blízkosti, zdá se být velmi vzdálená. U mladé generace je tak patrná větší liberalita v postoji k eutanázii a k její legalizaci.

Starší generace má názory již ujasněné. Se smrtí a s utrpením, které ji může doprovázet, se již setkali častěji, a tak se u nich vlivem okolností vytvořil vyhraněnější postoj. Proto je u starších respondentů větší procento odpovědí „rozhodně ano“.

Graf č.1:



**Otázka č. 4:** „Eutanázie by měla být legalizována: ...“ šetření 2009

Tabulka č. 1

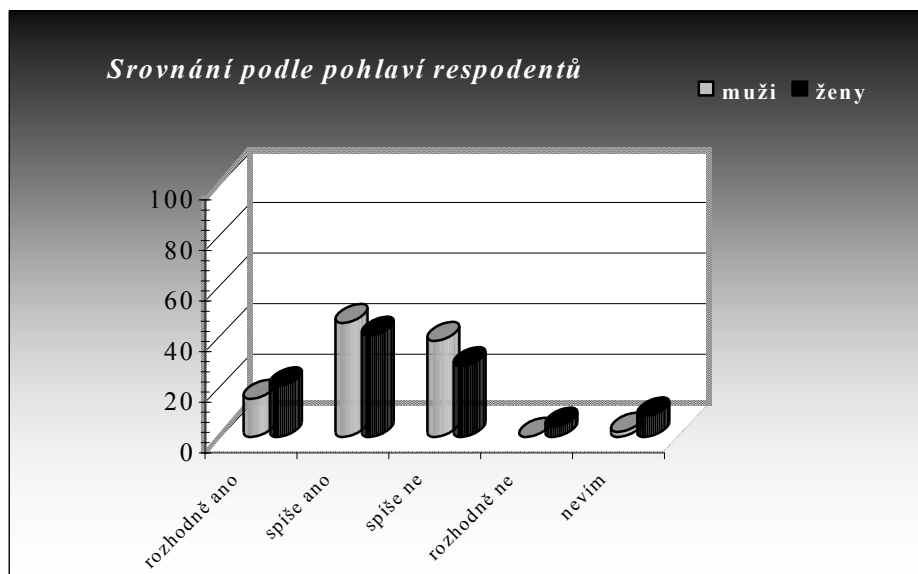
	%	
	muži	ženy
rozhodně ano	15	20
spíše ano	45	40
spíše ne	38	28
rozhodně ne	0	4
Nevím	2	8

60% dotázaných adolescentů je pro legalizaci. Na straně žen je kladných odpovědí o několik procent více než u mužů.

Srovnám-li dále odpovědi žen a mužů, jsou patrné větší rozdíly v odpovědi „spíše ne“ (viz graf č.1).

Zástupci adolescentů se přiklání o něco více k variantě kladné, proto ještě nemusí řešit svou zdravotní situaci prostřednictvím eutanázie. Názory Adolescentů dle pohlaví jsou vcelku vyrovnané s nepatrnými výkyvy.

Graf č.1:



**Otázka č. 5:** „Eutanázii by měl poskytovat:...“ - šetření 2004

Tabulka č. 3

	%	
	laici	odborníci
<b>Lékař</b>	68	100
<b>nemocný jedinec za přítomnosti odborníka</b>	18	0
<b>Příbuzný</b>	2	0
<b>Jiná odpověď</b>	12	0

U této otázky se 100% shodli zástupci odborné veřejnosti, kteří tvrdí, že vykonavatelem eutanázie by měl být v každém případě lékař, u laické veřejnosti odpověď „lékař“ převažuje, ale objevují se také jiné názory. Respondenti, kteří zvolili možnost „jiná odpověď“, v 50% uvedli, že nejsou schopni odpovědět a u 30% záleží na vůli nemocného, koho si zvolí. Zbýlých 20% byly velmi různorodé odpovědi.

**Otázka č. 5:** „Eutanázii by měl poskytovat:...” - šetření 2009

Tabulka č. 3

	%	
	muži	ženy
<b>Lékař</b>	95	80
<b>nemocný jedinec za přítomnosti odborníka</b>	5	10
<b>Příbuzný</b>	0	2
<b>Jiná odpověď</b>	0	8

U této otázky jsou názory vcelku vyrovnané, kdy muži preferují lékaře a nemocného za přítomnosti odborníka. U žen převažuje lékař a nemocný za přítomnosti odborníka, ale mají i jiné názory, 10% respondentů ženského pohlaví poskytlo velmi různorodé odpovědi.

**Otázka č. 6:** „Eutanázie by měla být poskytnuta...” - šetření 2004

Tabulka č. 4

	%	
	laici	Odborníci
<b>se souhlasem nemocného</b>	43	50
<b>se souhlasem nemocného a jeho rodiny</b>	40	34
<b>Stačí souhlas rodiny</b>	0	0
<b>Pokud se kolektiv lékařů shodne, že není možnost zlepšení a nemocný má obrovské bolesti</b>	17	16

**Otázka č. 6:** „Eutanázie by měla být poskytnuta...” - šetření 2009

Tabulka č. 4

	%	
	muži	ženy
<b>se souhlasem nemocného</b>	40	50
<b>se souhlasem nemocného a jeho rodiny</b>	55	32
<b>Stačí souhlas rodiny</b>	0	0
<b>Pokud se kolektiv lékařů shodne, že není možnost zlepšení a nemocný má obrovské bolesti</b>	5	18

**Otázka č. 9:** „Pokud by byla eutanázie legalizovaná, ...“ - šetření 2004

Tabulka č. 5

Chtěl bych mít právo na eutanázii	%	
	laici	odborníci
Ano	58	82
Ne	42	18

**Otázka č. 9:** „Pokud by byla eutanázie legalizovaná, ...“ - šetření 2004

Tabulka č. 5

Chtěl bych mít právo na eutanázii	%	
	muži	ženy
Ano	54	70
Ne	46	30

Podle tabulky č. 5 je patrné, že respondenti nevztahují eutanázii pouze ke starým občanům, ale pojí ji s životem, který je poznamenán utrpením v důsledku nemoci a bolestmi, které s danou chorobou souvisejí. K eutanázii se více kloní odborníci, postoj laické veřejnosti je více ovlivněn vírou v boha. Tato otázka souvisí s odpovědí na otázku č. 3.: „**Pod pojmem eutanázie si představuji ...**“, kde **65%** respondentů uvedlo „ukončení života člověka, který je poznamenán nepřijatelným utrpením“, **33%** zvolilo „ukončení života smrtelně nemocného člověka“ a pouhá **2%** si pod eutanázií představují „ukončení života starého člověka“.

Rovněž respondenti z řad adolescentů nevztahují eutanázii pouze ke starým občanům, ale pojí ji s životem, který je poznamenán utrpením v důsledku nemoci a bolestmi, které s danou chorobou souvisejí. Adolescenti mužského i ženského pohlaví se k eutanázii staví zhruba stejně. Jen v otázce práva na eutanázii u žen převažuje odpověď ano, a to 70% ku 30%. Postoj adolescentů není tolik ovlivněn vírou v boha. K víře v boha se v dotazníku přihlásilo 29% z celkového počtu dvou set respondentů. Zde mají patrně daleko větší vliv média a sdělovací prostředky.

## 5.2 Srovnání šetření dospělá populace x adolescenti

Otázka č. 4: „Eutanázie by měla být legalizována: ...“

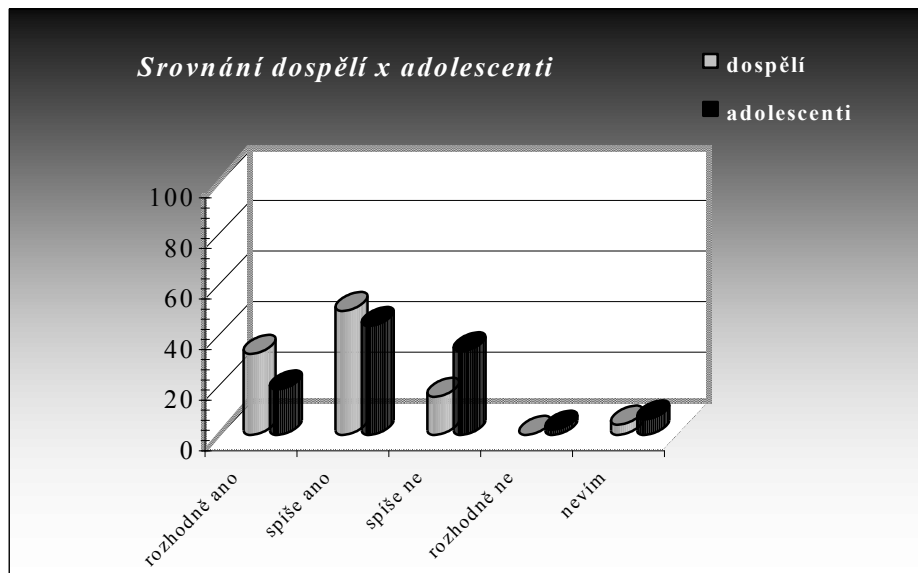
Tabulka č. 1

	%	
	dospělí	adolescenti
rozhodně ano	32	18
spíše ano	49	43
spíše ne	15	33
rozhodně ne	0	2
Nevím	4	4

71% dotázaných je pro legalizaci eutanázie. Na straně dospělé populace je kladných odpovědí o několik procent více než u adolescentů.

Srovnám-li dále odpovědi dospělé populace a adolescentů jsou rozdíly v odpovědi „spíše ano“ a „spíše ne“ (viz. Graf 1).

Graf č.1:



**Otázka č. 5:** „Eutanázii by měl poskytovat:...”

Tabulka č. 3

	%	
	dospělí	adolescenti
<b>Lékař</b>	84	88
<b>nemocný jedinec za přítomnosti odborníka</b>	9	8
<b>Příbuzný</b>	1	1
<b>Jiná odpověď</b>	6	4

U této otázky se jsou názory dospělé populace a adolescentů velmi vyrovnané. Obě skupiny se shodly, že vykonavatelem eutanázie by měl být v každém případě lékař nebo nemocný za přítomnosti odborníka. Po 1% příbuzný, zbylých 5% ve skupině „jiná odpověď” jsou velmi různorodé odpovědi.

**Otázka č. 6:** „Eutanázie by měla být poskytnuta...”

Tabulka č. 4

	%	
	dospělí	adolescenti
<b>se souhlasem nemocného</b>	47	45
<b>se souhlasem nemocného a jeho rodiny</b>	37	44
<b>Stačí souhlas rodiny</b>	0	0
<b>Pokud se kolektiv lékařů shodne, že není možnost zlepšení a nemocný má obrovské bolesti</b>	17	12

**Otázka č. 9:** „Pokud by byla eutanázie legalizovaná, ...”

Tabulka č. 5

<b>Chtěl bych mít právo na eutanázii</b>	%	
	dospělí	adolescenti
<b>Ano</b>	70	62
<b>Ne</b>	30	38

### 5.3 Shrnutí šetření

Z provedeného šetření je patrné, že většina dotázaných je zásadně pro legalizaci eutanázie, která by měla být prováděna lékařem se souhlasem nemocného. Z vyhodnocování dotazníků, jež byli předloženy odborníkům, vyplynulo, že jejich názory se téměř nerozcházejí, jak tomu bylo u laické veřejnosti.

Z dotazníků vyplývá, že respondenti nevztahují eutanázii pouze ke starým občanům, ale pojí ji s životem, který je poznamenán utrpením v důsledku nemoci a bolestmi, které s danou chorobou souvisejí. K eutanázii se více kloní odborníci, postoj laické veřejnosti je více ovlivněn vírou v boha, u adolescentů medií.

Dospělá populace i adolescenti zaujímají k otázce eutanázie skoro stejný postoj, jen v otázce legalizace eutanázie jsou výraznější rozdíly v odpovědi „ rozhodně ano“ a „spíše ne“. Dospělí u odpovědi „ rozhodně ano“ dávají 32%, kdežto adolescenti jen 18%. U odpovědi „spíše ne“ dospělí jen 15% a adolescenti 33%.

## 6. „Veřejnost k otázce eutanázie“ – výzkum IVVM a CVVM

Ve dnech 4.1. – 11.1. 1999 uskutečnil Institut pro výzkum veřejného mínění své měsíční šetření. Celkem bylo dotázáno 925 osob reprezentujících obyvatelstvo ČR starší 15ti let.

Respondenti se měli vyjádřit k některým hlediskům, která souvisela s problémem eutanázie. Otázky stejného znění byly položeny již v roce 1995 a 1996.

V roce 2000 došlo k přejmenování Institutu pro výzkum veřejného mínění na Centrum pro výzkum veřejného mínění Sociologického ústavu Akademie věd České republiky a pod tímto názvem provádělo CVVM ve dnech 5.2. – 12.2. 2001 opakovaně výzkum „Veřejnost k otázce eutanázie.“ V tomto roce bylo dotázáno 994 osob reprezentujících populaci ČR starší 15-ti let.

Odpovědi na otázku „**Co si myslíte o možnosti trpícího, nevléčitelně nemocného člověka požádat o ukončení života – o smrti ze soucitu?**“ jsou zaznamenány v tabulce č. 1:



Tabulka č.1:

	%							
	1999				2001			
	rozhodně souhlasí	spíše souhlasí	spíše nesouhlasí	rozhodně nesouhlasí	rozhodně souhlasí	spíše souhlasí	spíše nesouhlasí	rozhodně nesouhlasí
Přineslo by to pomoc nevléčitelně nemocným a trpícím	34	43	10	3	30	46	12	6
Znamenalo by to nebezpečí zneužití příbuznými, lékaři a jinými lidmi	24	38	21	6	26	43	21	5
Člověk nemá právo zasahovat do těchto věcí, ukončit svůj život	12	19	30	26	21	36	19	14
Každý lpí na životě, i nevléčitelně nemocní a trpící	20	37	21	5	24	38	18	6

Řádková procenta, dopočet do 100% odpovědi „nevím“

V roce 1999 názory dotázaných svědčí spíše ve prospěch této možnosti – více než tři čtvrtiny dotázaných ji považuje za pomoc trpícím a nevléčitelně nemocným lidem. S tím souvisí i odmítavý postoj více než poloviny dotázaných k tezi, že člověk (v této situaci) nemá právo ukončit svůj život. Současně je rozšířeno vědomí rizik spojených s eutanázií – téměř dvě třetiny lidí zdůraznilo i možnost zneužití příbuznými, lékaři či jinými lidmi. Více než polovina dotázaných se přiklonilo k myšlence, že na životě lpí i nevléčitelně nemocní lidé.

K podobným výsledkům došlo také v roce 2001, kdy se o eutanázii, jako způsobu pomoci nevléčitelně nemocným, vyjádřilo příznivě 76% veřejnosti. Téměř 70% současně souhlasí se stanoviskem, že může vzniknout nebezpečí spojené se zneužitím ze strany příbuzných, lékařů, nebo jiných lidí. Více než 60% si uvědomuje, že nevléčitelně nemocní a trpící lpí na životě a o něco méně než 60% přiznává, že člověk nemá právo do těchto věcí zasahovat.

Názory jednotlivých věkových skupin nejsou příliš odlišné, s výjimkou nejmladších dotázaných do 19ti let, kteří se poměrně častěji domnívají, že by eutanázie přinesla pomoc nevléčitelně nemocným (82%, 60ti letí a starší 74%). S myšlenkou, že na životě lpí i nevléčitelně nemocný souhlasilo ve věkové kategorii 15 – 19 let 48%, kdežto v seniorské kategorii to bylo 67%. V případě možného zneužití eutanázie jsou však názory téměř shodné.

Tabulka č.2: Vývoj názorů na eutanázii od roku 1995

	%							
	SOUHLASÍ				NESOUHLASÍ			
	1995	1996	1999	2001	1995	1996	1999	2001
znamenaloby to nebezpečí zneužití příbuznými, lékaři a dalšími lidmi	56	61	62	69	35	27	27	26
přineslo by to pomoc nevléčitelně nemocným a trpícím	79	77	77	76	12	12	13	17
člověk nemá žádné právo zasahovat do těchto věcí, ukončit svůj život	39	42	31	57	47	41	56	33
každý lpí na životě i nevléčitelně nemocní a trpící	*)	55	57	62	*)	26	26	24

Dopočet do 100% ve dvojici údajů pro příslušný rok tvoří odpovědi „nevím“; velikost náhodné statistické chyby +/- 3%; \*)Teze nebyla v roce 1995 posuzována.

Od roku 1995 je zaznamenán určitý nárůst souhlasných odpovědí, v nichž se respondenti zamýšlejí nad možností zneužití eutanázie. V roce 1999 v porovnání s předcházejícími roky výrazně stoupl nesouhlas s myšlenkou, že člověk nemá právo ukončit svůj život (oproti roku 1996 o + 15%). V roce 2001 je patrné výrazné snížení počtu odpovědí na tuto myšlenku. Výsledky dvou zbývajících variant zůstávají stabilní.

V souvislosti s tezí o lpění na životě i mezi nevléčitelně nemocnými narostl za poslední dva roky o 5 procentuálních bodů.

Poprvé byla v roce 1999 položena otázka legalizace eutanázie.

**„Byla by pro Vás přijatelná legalizace eutanázie?“**

Tabulka č.3:

	%	
	1999	2000
<b>Rozhodně ano</b>	12	12
<b>spíše ano</b>	35	34
<b>spíše ne</b>	18	20
<b>Rozhodně ne</b>	17	17
<b>Nevím</b>	18	17

Necelá polovina respondentů by uzákonění eutanázie akceptovala (46%). Více než třetina dotázaných vyjádřila svůj nesouhlas (37%). Téměř každý šestý člověk uvedl nerozhodnou odpověď.

S uzákoněním eutanázie častěji souhlasili muži (51%) než ženy (44%), častěji odsouhlasili myšlenku legalizace eutanázie obyvatelé jižních a východních Čech (56%) a méně často Středočeši (39%) a lidé ze severní Moravy (38%). K legalizaci eutanázie se negativně postavili zejména lidé nad 60 let (46%). Nižší souhlas byl také patrný u sympatizantů KDU-ČSL (21%). Z věřících se vyjádřilo k eutanázii kladně 33% a 53% bylo proti. Mezi ateisty je poměr podpory a odmítnutí eutanázie 55% : 27%.

Přesto, že se častěji než v minulosti objevují obavy ze zneužití eutanázie, podíl stoupců a odpůrců její legalizace zůstává nezměněný.

*Shrnutí výzkumu: Myšlenku eutanazie veřejnost spíše přijímá, je si však vědoma i možnosti zneužití. Legalizace eutanazie by byla přijatelná pro necelou polovinu dotázaných, svůj nesouhlas vyjádřila více než třetina respondentů (MFdnes 2000).*

## 6.1 Výzkum CVVM 2009


Souhlasíte s tím, aby náš právní řád umožňoval ukončení života nevléčitelně nemocného člověka? (CVVM 11.5.2009)

Ano (spíše ano) (62%)

Ne (spíše ne) (27%)

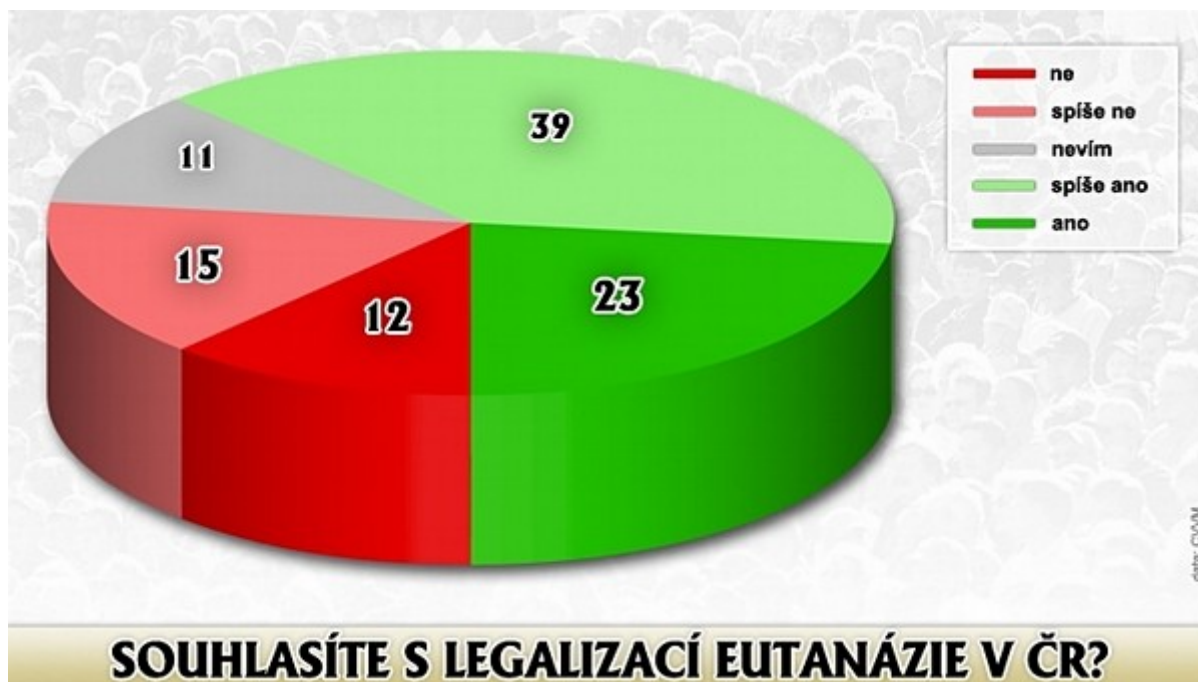
Neví (11%)

V otázce ukončení života nevléčitelně nemocného člověka se více než tři pětiny (62 % při součtu odpovědí „rozhodně souhlasí“ a „spíše souhlasí“) oslovených kloní k názoru, že náš právní řád by měl eutanazii umožňovat. S uzákoněním eutanazie nesouhlasí 27 % respondentů a přibližně každý desátý se k tomuto tématu nedovede vyjádřit.

 Bezmála čtvrtina (23 procent) respondentů deklarovala, že s eutanázií rozhodně souhlasí a dalších 39 procent je tomuto názoru kladně nakloněna. Proti tomu se postavilo 27 procent dotázaných a dalších 11 procent lidí nemá na citlivé téma žádný názor.

Výsledky letošního průzkumu jsou téměř shodné s výsledky z loňska. Nápadně se jen změnil počet lidí pevně rozhodnutých o oprávněnosti eutanázie, jejich řady se za poslední dva roky rozšířily o osm procent. S eutanázií vyjadřují nesouhlas mnohem

častěji lidé římskokatolického vyznání než příslušníci jiných církví nebo lidé bez vyznání. (www.Novinky.cz)



Průzkumu se začátkem května zúčastnilo 1132 lidí starších 15 let. S eutanazií rozhodně souhlasí 14,6 procent z nich, dalších 43 procent s ní spíše souhlasí. Rozhodně proti tomu, aby nevléčitelně nemocný člověk mohl ukončit svůj život, je deset procent Čechů. Spíše proti pak 17,8 dotázaných. Každý desátý občan se k tomuto tématu nedovede vyjádřit. S eutanazií častěji nesouhlasí věřící a lidé, jimž je šedesát a více let, rozhodný souhlas častěji vyjadřovali muži (CVVM 11.5.2009)

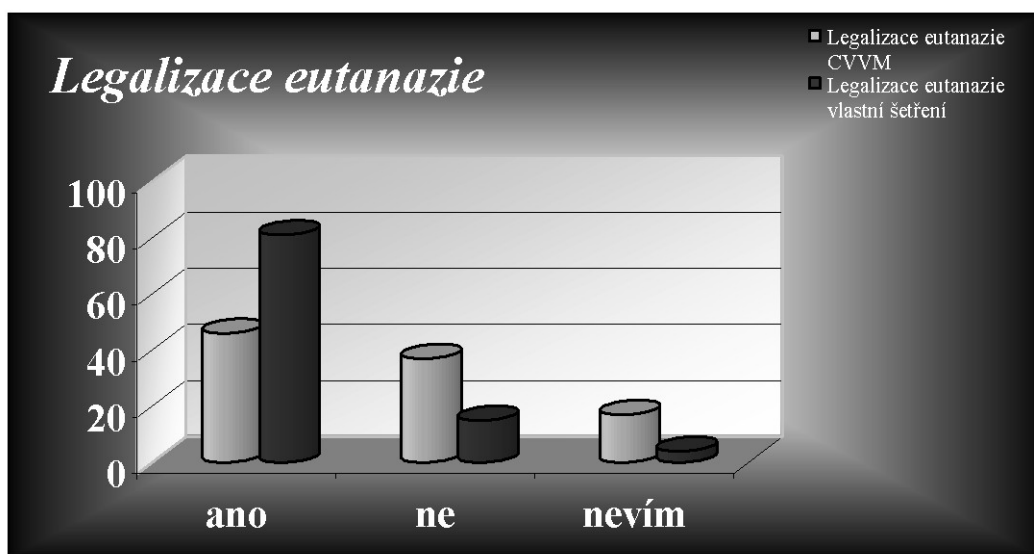
## 6.2 Srovnání výzkumu CVVM s vlastním šetřením v

### otázce eutanázie

V této kapitole srovnám odpovědi na otázku legalizace eutanázie. V obou výzkumech byla respondentům položena stejná otázka: „Byla by pro Vás přijatelná legalizace eutanázie?“

Tabulka:

	%	
	CVVM	vlastní šetření
rozhodně ano	12	32
spíše ano	34	49
spíše ne	20	15
Rozhodně ne	17	0
Nevím	17	4

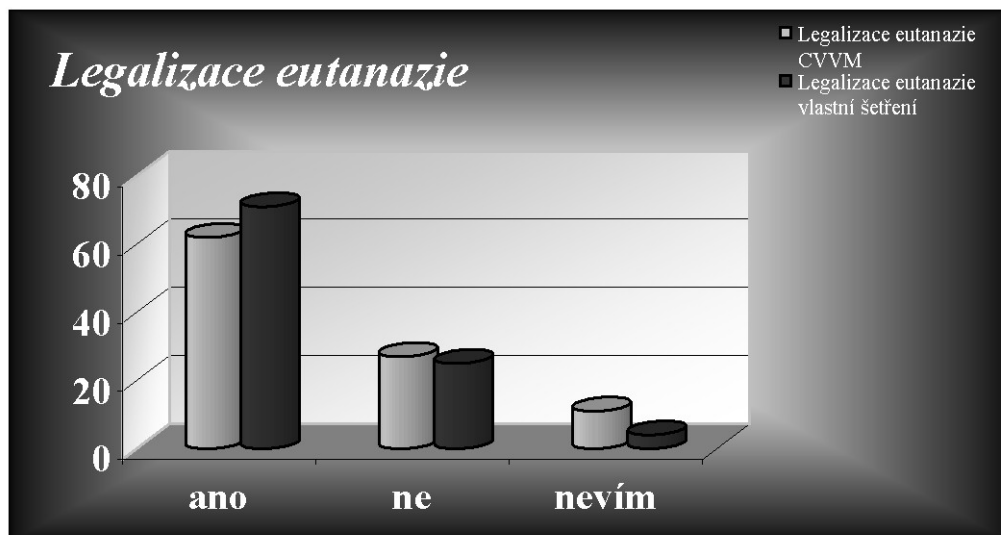


Graf:

V tomto srovnání jsou patrné velké procentuální rozdíly v odpovědích respondentů CVVM a mého šetření. Je nutné zde vzít v úvahu jedno ze základních zkreslení při výzkumu, a to redukce populace na vzorek, ke kterému dochází vždy, ale čím menší je počet respondentů, tím nabývá větších hodnot.

Tabulka: 2009

	%	
	CVVM	vlastní šetření
rozhodně ano	23	25
spíše ano	39	46
spíše ne	15	24
Rozhodně ne	12	1
Nevím	11	4



*Graf:*

V tomto srovnání již nejsou patrné velké procentuální rozdíly v odpovědích respondentů CVVM a mého šetření. Dochází ke zvyšování informovanosti populace. Již nedochází k tak velkému zkreslení při výzkumu, které způsobuje redukce populace na vzorek. Čím menší je počet respondentů, tím zkreslení nabývá větších hodnot.

## 7. Smrt, umírání a eutanázie - rozhovory

V této kapitole jsem použil metodu rozhovoru, jejímž cílem je zjistit názor na konec lidského života, smrt a eutanázii. U odborníků jsem se dále zastavil nad problematikou uzákonění eutanázie, a zda by byli schopni eutanázii v případě její legalizace vykonávat.

### 7.1 Osnova rozhovoru

1. Pohled na smrt.
  2. Vyrovnání se se svojí konečností.
  3. Kde, jak a s kým si přejete strávit poslední chvíle života.
  4. Postoj k opakované resuscitaci.
  5. Jste pro legalizace eutanázie – ano či ne?; Kdo by ji měl provádět a jakým způsobem?
  6. Pokud by byla eutanázie legalizována, byl(a) byste ochot(e)n(a) ji provádět, či alespoň asistovat u sebevraždy pacienta.\*
  7. Trest za „pomoc ze světa“ – podle trestního řádu nebo snížená sazba?\*
  8. Názor na paliativní medicínu\*
- \*) otázky č. 6, 7 a 8 jsou pouze pro odborníky

### **Osnova rozhovoru - Eutanázie – rozdíly v informovanosti dospělých a adolescentů.**

1. Pohled na smrt.
2. Vyrovnání se se svojí konečností.
3. Kde, jak a s kým si přejete strávit poslední chvíle života.
4. Postoj k opakované resuscitaci.
5. Jste pro legalizace eutanázie – ano či ne?; Kdo by ji měl provádět a jakým způsobem?

## 7.2 Záznamy rozhovorů

*Smrt, umírání a eutanázie našim pohledem*

### Rozhovor č. 1

**pohlaví:** muž

**rok narození:** 1981

**vzdělání:** středoškolské

1. „Ze smrti jako takové mám špatný pocit. Těžce se vyrovnávám se ztrátou člověka ve svém okolí, vždy mě potom přepadá strach o mé blízké.“
2. „Vím, že jednou umřít musím, ale mám strach.“ (Proč?) „Protože najednou nebudu vědět, co se tady bude dít.“
3. „Určitě s nejbližší rodinou, někde, kde to mám rád. Chtěl bych umřít doma, ale pokud bych měl obrovské bolesti, které se nedají doma potlačit, raději umřu v nemocnici, ale bezbolestně.“
4. „Pokud se jedná o vážně nemocné, nechal bych je v klidu odejít, bez opakovaných oživování. Pokud si za živa přál, aby nebyl resuscitován, určitě bych jeho přání respektoval.“
5. „Eutanázii bych určitě legalizoval u lidí, kteří fyzicky trpí a nejde jim pomoci od bolesti. Měla by být také u hodně postižených novorozeňat, která budou pouze přežívat. Měla by být poskytována na žádost pacienta, ale pokud mu jeho zdravotní stav nedovoluje požádat, třeba když je po havárii, tak po dohodě rodinných příslušníků a skupiny lékařů, kteří pacienta ošetřují. Nejnepříjemněji bych viděl, kdyby eutanázii vykonával lékař, a to injekcí do žíly.“

### Rozhovor č. 2

**pohlaví:** žena

**rok narození:** 1978

**vzdělání:** středoškolské

1. „Smrti se nebojím, ale chtěla bych umřít bezbolestně.“



2. „Vím, že tady nejsem napořád, jednou budu muset umřít, ale chtěla bych vědět, jak půjde život dál, beze mě.“
3. „Doma, se svými nejbližšími. Rozhodně ne v nemocnici.“
4. „Pokud mu zachrání život, který bude i potom kvalitní, jak na normálu, tak určitě opakovat.“
5. „Určitě legalizovat jako pomoc pro ty, kdo fyzicky trpí neutišitelnými bolestmi a u defektních miminek. Kromě nich určitě se souhlasem nemocného.“ „Asi injekcí od ošetřujícího lékaře.“

### Rozhovor č. 3

**pohlaví:** žena

**rok narození:** 1981

**vzdělání:** středoškolské

1. „Smrt rozhodně patří k životu. Myslím si, že každý se ji malinko bojí, na druhou stranu je dost často obrovským vysvobozením. Bez smrti by náš život nebyl „ono“.“
2. „Vyrovnanost se svou konečností je, podle mého názoru, divná otázka, protože se domnívám, že každý poví: Jsem vyrovnan(a)..., ale ruku na srdce! Také jsem vyrovnaná se svou konečností, a přitom nejsem schopná říci, jak se budu chovat a jak vyrovnaná budu, až přijde hodina H.“
3. „Strašně ráda bych zemřela doma, obklopena nejbližší rodinou. Pokud ale budu v tak špatném zdravotním stavu a rodina by péči o mě nezvládala nebo budu trpět velikými bolestmi a mé „utrpení“ by se přeneslo i na mé blízké, chtěla bych zemřít v nemocnici. Jestli budu umírat sama, chtěla bych slyšet laskavé slovo a zažít něžné pohlazení alespoň od ošetřujícího personálu.“
4. „Odpovědět na tuto otázku není možné, protože vždycky záleží na mnoha dalších okolnostech. Pokud resuscitace zachrání člověku život, který přinese řadu dalších radostí a nebude pro jedince přítěží, tak určitě resuscitovat - i několikrát. Pokud je resuscitace beznadějná či člověk po oživení pozbude rozumu, možnosti postarat se o sebe,.....tak bych neresuscitovala. Jestliže se k otázce ožívání během svého života vyjádřil záporně, tak bych jeho přání respektovala v každém případě.“

5. „K otázce eutanázie také není jednoduché vyjádřit se jednoznačně. Eutanázii bych realizovala u lidí, kteří jsou dlouhou dobu v komatu a není naděje na probrání se nebo pokud je samotný lidský život odkázán pouze na pomoc přístrojů. Eutanázii defektních novorozenců bych neschválila. Myslím si, že většina těžkých defektů je rozpoznatelná již v počátku těhotenství a matka tak může podstoupit interrupci. Vady, které se nepoznají, nejsou tak „tragické“ a toto narozené dítě může svým rodičům přinést spoustu radosti a dát jim spoustu lásky. Nehledě na to, že příroda si velmi často pomůže s vadami plodu sama. A pokud jde o nevléčitelně nemocné, jsem přesvědčena, že něco velmi blízkého „eutanázii“ mnozí lékaři, kteří nemají srdce, se dívají na utrpení svých pacientů, dávno vykonávali, vykonávají a doufám, že vždy vykonávat budou. A bude – li i do budoucna dostatek „lidských lékařů“, nevidím důvod, proč by měla být schválena legalizace eutanázie.“

#### Rozhovor č.4

**pohlaví:** muž

**rok narození:** 1980

**vzdělání:** středoškolské

1. „Hned na rovinu mohu odpovědět, že své smrti se nebojím. Víš, kdybych měl mít strach ze smrti a jen čekat, kdy mě přepadne, tak bych ani nemusel žít. To bych žil jen pro tu smrt. A v tom já smysl života opravdu nevidím. Víím, že jednou to potká nejen mě, ale bohužel i všechny ostatní. A já bych si přál, abych při tom nijak netrpěl, aby to bylo bezbolestné. Na druhou stranu mám strach ze smrti svých příbuzných a přátel. Strachem se to ani nazvat nedá, spíše obavou. Ano, obava je to správné a výstižné slovo. Víš, já jsem člověk velmi citlivý uvnitř a s takovou ztrátou bych se jen těžce vyrovnával. A už dost o smrti, vždyť ještě žijeme. Možná, až se mě zeptáš za 30 let, tak ti v něčem odpovím jinak, protože už ke smrti budu mít podstatně blíž a možná se mě už ani nezeptáš.“
2. „Se svou konečností jsem se, teda aspoň myslím, už vyrovnal jako většina ostatních lidí. Prostě už je to tady tak „zařízený“ a jednou tam musíme všichni, jen nevíme kdy a jak.“

3. „Odpovídat na tuto otázku je pro mě velmi těžké. Nedokážu žít s vědomím, že za chvíli už tady nemusím být, že budu žít jen určitou dobu. A ani bych to nikdy nechtěl pocítit. Než –li to vědět, tak bych raději zemřel nečekaně, kdy by to překvapilo i mě samotného. Nevím, ale nedokážu strávit ten pocit, jak se každý dívá, jak umírám a při tom mě lituje. Ale abych odpověděl na otázku. Když by se něco takového mělo stát, tak někde, kde budu moct být úplně sám. Zavzpomínal bych si na ty šťastné a krásné chvíle v životě, které jsem prožil s nejbližšími a přáteli. Myslím, že hned by se mně „umíralo lépe“.
4. „To je otázka, na kterou se nedá jednoznačně odpovědět ano x ne. Záleží to na mnoha okolnostech, na konkrétní situaci. Ale jsem zastáncem toho názoru, že pokud mu to zachrání život a on si bude dál užívat života a radovat se z něho, potom jednoznačně ano. Jiná situace nastane, když si to sám postižený už předem nepřeje. Ztratil tak to, co pro něj představuje smysl života, tak proč ho dál „trápit“? I když je pravda, že úloha lékařů je životy zachraňovat.“
5. „Já jsem určitě pro legalizaci eutanázie, i když to má také kromě kladů své zápor. Některým jedincům to určitě ulehčí smrt. Problém vidím ve zneužívání, ale ani tak mě to neodradí a jsem jednoznačně pro eutanázii. Určitými prostředky by se dalo zneužívání zabránit. A kdo by ji měl provádět a jak? Pravděpodobně odborně „vyškolený“ člověk podáním injekce do žíly.“

## Rozhovor č.5

**pohlaví:** žena

**rok narození:** 1953

**vzdělání:** vyučená

1. „Je to naprosto přirozená věc. Je přirozené, že se lidé rodí a stejně tak je přirozené, že umírají. Ale důležité je, v jakém věku. Nejhorší na smrti je, pokud je zbytečná (války, tragédie). Pokud je člověk nemocný, je pro něj smrt určitým vysvobozením.“
2. „Čím je člověk starší, tím se to srovnání se s vlastním osudem stává horší. Jako mladá jsem se s tím vyrovnávala absolutně bez potíží. Teď mám více než ze smrti strach z nepotřebnosti na konci života. Pokud je člověk nepotřebný, plnohodnotný život tak končí mnohem dříve než přijde samotná smrt, konec lidského bytí.“

3. „Každý by nejraději umíral s rodinou. Pokud to ale není možné a neměl by si zachovat poslední zbytky lidské důstojnosti, tak v nemocnici. Velký přínos vidím třeba v hospicích, kde se pacientovi věnují ve dne v noci a v každou denní i noční hodinu tam s ním mohou být přítomni členové rodiny. Bohužel nejbližší hospic od nás je vzdálený přes 70 km, což je vzdálenost, kterou není možné zdolávat každý den. Takže z toho hlediska je pro mnohé rodiny nedostupný.“
4. „Pokud je šance na záchranu „kvalitního“ života, tak určitě resuscitovat.“
5. „V tom nemám úplně jasno. Pokud je stoprocentně jasné, že jedinec ztratil poslední zbytky důstojnosti, trpí nesnesitelnými bolestmi, jeví se zkrátka jako „živá mrtvola“, tak by se mu mělo, podle mého názoru, ze světa pomoci. Žádný člověk si takové utrpení nezaslouží. Nejen pro sebe, ale pro všechny lidské bytosti bych si přála milosrdnou a klidnou smrt. Otázkou je, zda by se toho nezneužívalo. V každém případě by zde měl mít rozhodující úlohu lékař, který by pomohl injekcí.“

## Rozhovor č. 6

**pohlaví:** muž

**rok narození:** 1938

**vzdělání:** vysokoškolské

1. „Mohu říci, že už jsem se se smrtí párkrát setkal tváří v tvář a ne vždy to byl zrovna příjemný pohled. Ne, že bych byl zrovna přítomen v okamžiku, kdy mně blízký člověk umíral, ale viděl jsem ho ve velmi krátké chvíli před samotnou smrtí. Jedná se o lidi, kteří byli v posledním stádiu rakoviny nebo po prodělané mozkové příhodě. Určitě pro ně byla smrt vysvobozením a okolí se s tím musí smířit, protože je to samozřejmost a pokud se jedná o lidi s bolestmi, o lidi vážně nemocné, tak jim člověk tu úlevu ze srdce přeje. Zkrátka je smrt velmi samozřejmá věc, bez které lidský život nemůže vůbec existovat.“
2. „Určitě jsem vyrovnán, ale doufám, že mám ještě mnoho let času, kdy se mě to nebude týkat a nebudu o tom muset uvažovat ne jen ve skrytu duše, ale ve skutečnosti.“

3. „Zatím neuvažuji o nějakém konkrétním místě, hlavně aby mi tam bylo příjemně a nebyl jsem tam úplně sám.“
4. „Myslím si, že každý lékař by měl resuscitovat tolikrát a tak dlouho, dokud je reálná šance na obnovení všech důležitých funkcí. Pro ukončení resuscitace jsem až tehdy, pokud je jistá smrt pacienta.“
5. „S eutanázií jednoznačně nesouhlasím. Myslím si, že se dá velmi snadno zneužít. Doufám, že se nedožiji doby, kdy o odchodu ze života bude moci rozhodovat sám člověk.“

## Rozhovor č.7

**pohlaví:** žena

**rok narození:** 1953

**vzdělání:** základní

1. „Nad takovou otázkou jsem nikdy nepřemýšlela, opravdu ne. Ale určitě mám ze smrti takový nepopsatelný pocit, který ve mně vzbuzuje strach.“
2. „Vyrovnaná jsem, ale jsem moc ráda, že nevím, kdy to přijde, protože bych se musela celý ten zbývající čas bát.“
3. „Určitě s rodinou. Ale kde? To nevím. Pokud bych neměla žádné potíže, tak bych ráda zemřela doma.“
4. „Záleží na perspektivě toho obnoveného života do budoucnosti, na jeho kvalitě. Pokud si někdo přeje, aby nebyl resuscitován, tak by se jeho přání mělo akceptovat, ale pouze u osob starších 18ti let. Za děti by to měl vždy rozhodnout lékař a ne rodiče.“
5. „Pokud ten život, který člověk žije, už k životu „není“, tak jsem určitě pro legalizaci eutanázie i u nás. Podepsala jsem i petici, která podporovala legalizaci eutanázie. Měl by ji za všech okolností provádět lékař po domluvě s trpícím, způsob by měl být jakýkoliv, nejdůležitější je, aby u toho jedinec netrpěl.“

**pohlaví:** muž

**rok narození:** 1954

**vzdělání:** středoškolské

1. „Smrt je samozřejmá součást lidského života, které není, podle mého názoru, potřeba se bát. Byla vždy součástí koloběhu života, a i když se ji vědcům v dnešním „vědeckém“ světě podařilo hodně oddálit, určitě jeho součástí i nadále zůstane.“
2. „Osobně si myslím, že člověk pozná, když se blíží jeho okamžik a bohatě stačí, vyrovná –li se se svou konečností během této doby, proto nyní o tom vůbec nepřemýšlím. V každém případě jsem si vědom, že tu jsem jen na určitou, omezenou dobu.“
3. „Umírat bych chtěl někde, kde se budu cítit příjemně a bude tam přítomen „božský klid“, aby člověk po věčném shonu v životě také na chvíli „vypnul“. Nevím, jestli bych chtěl, aby u mého smrtelného lůžka stála rodina. Asi by záleželo na mém stavu. Nechtěl bych, kdybych měl velké bolesti nebo na mě nebyl hezký pohled, aby tam byla. Chtěl bych ji toho „ušetřit“.“
4. „Resuscitovat by se mělo i opakovaně, pokud je naděje na záchranu života, který bude mít základní hodnoty a kvality, bude vnímat okolí a nebude na ně zcela odkázán. Myslím si, že by to měl lékař vždy posoudit. Přání neresuscitovat bych nebral v potaz. Důležité je to, co jsem řekl, kvalita života a ne nějaké přání člověka, který mnohdy ani neví, co si přeje.“
5. „Legalizace eutanázie je velmi složitá problematika. Určitě je to oblast, která by byla v naší zemi zneužívaná, to stoprocentně. Na druhou stranu by mnoha lidem mohla pomoci od nedůstojného života s bolestmi. Já bych si přál, aby mi bylo od utrpení pomoheno, ale je to tak závažný problém, který si netroufám rozhodnout za ostatní lidi, a tím by schválení eutanázie bylo, když by tady byla možnost i pro ty, kteří s eutanázií nesouhlasí. Takže nevím, jestli legalizovat nebo ne. Pokud by k její legalizaci došlo, měl by ji provádět určitě lékař po shodě týmu odborníků a se souhlasem nemocného. Nejlepší by byla aplikace nějaké látky do žíly.“

**pohlaví:** žena

**rok narození:** 1976

**vzdělání:** středoškolské

**povolání:** zdravotní sestra na neurologickém oddělení

1. „Smrt jako taková je pro mě velmi složitý pojem, na který se dívám z více stran. Víím, že se jedná o něco přirozeného, o něco, bez čeho by nemohla naše společnost existovat. I když si to člověk v běžné, každodenní rutině neuvědomuje, je smrt naší součástí. Smrt z tohoto pohledu považuji za samozřejmou, prostě se děje. Pro nemocného někdy bývá smrt úlevou a velmi se na ni těší a modlí se za ni k Bohu. Na druhou stranu je smrt nelítostná. Přijde náhle, bez varování a mnohdy zbytečně. V tomto okamžiku začnu přemýšlet, zda nešlo ještě něco udělat, změnit. Napadá mě otázka, jestli to byla opravdu jediná možná cesta. Pak je opravdu těžké smířit se s odchodem člověka. Ještě hůře se člověk vyrovnává se smrtí blízkého a sám často hledá sílu žít dál. Myslím si, že ze smrti má každý člověk strach, protože nikdo neví, co přesně ho čeká. A člověk má vždy strach z neznáma.“
2. „I když víím, že jednou zemřu, jsem ráda, že nevím kdy. Rozhodně se nepovažuji za připravenou zemřít. Nesouvisí to jen s tím, že jsem mladá, mám malé dítě a manžela. Celkově žiji spokojeným životem. Jsem přesvědčena, že každý chce žít, co nejdéle to jde. Nikomu se nechce zemřít a opustit tento svět. Nejednou jsem se setkala se situací, kdy i nemocný s velkými, nesnesitelnými bolestmi chtěl žít a byl vděčen za každé prodloužení jeho odchodu na onen svět. I kdyby byl jeho život prodloužen jen o pouhou hodinu, byl by za ni ochoten zaplatit cokoli.“
3. „Pokud bych si mohla sama naplánovat svůj odchod, vypadalo by to asi takhle: Byla bych u svých šťastně žijících dětí, odtud bych nic netušící šla s manželem domů, večer bych šla spát a ráno bych se už neprobrala.“
4. „Resuscitace by se měla provádět tak dlouho, dokud je možné obnovit životní funkce člověka bez následného poškození. Je však velmi těžké posoudit, kdy už k takovému postižení došlo. Určitě je nutné brát zřetel na více okolností, každý

případ je jejich vlivem jiný. V každém případě, pokud resuscituje laik, měl by vydržet až do příchodu lékaře. V nemocnici rozhoduje, zda resuscitovat nebo ne, odborný lékař, který by měl současně přihlížet k přání pacienta, rodiny a ostatním okolnostem.“

5. „Podle jedné definice je eutanázie záměrné ukončení života motivované soucitem. S tím soucitem bych, ovšem, tak úplně nesouhlasila. Já to vidím spíše tak, že v dnešní pokrokové době nejsme schopni zajistit důstojné a bezbolestné umírání. Proto chápu, že někteří s eutanázií souhlasí. Není nic horšího, než bezmocně přihlížet, jak někdo umírá za hrozivých bolestí a není mu pomoci. Na druhou stranu jsem přesvědčena, že bude – li eutanázie legalizována, najde se někdo, kdo ji zneužije, neboť naše společnost už je taková, že někteří mají potřebu všeho zneužívat ke svému prospěchu. Ale není to důvod zamítnout legalizaci eutanázie. Rozhodně se musí přihlížet k práhu bolestivosti každého jedince. Pokud by k legalizaci došlo, měl by ji provádět kolektiv lékařů aplikací injekce do žíly.“
6. „Já určitě ne. Myslím si, že by to měl být zvlášť připravovaný odborník s určitým zaměřením a specializací.“
7. „Pokud není eutanázie legalizována, jedná se v každém případě o zabití, takže trestní sazba by měla být podle trestního řádu.“
8. „Myslím, že je škoda, že paliativní medicína u nás není více rozšířena do praxe. Těch pár hospiců, které se u nás nachází, je málo. Nepokryjí jejich potřebnost v naší zemi. Určitě jsem zastáncem názoru, že pokud bude paliativní medicína užívána, určitě nebude potřeba eutanázie.“

## Rozhovor č.2

**pohlaví:** žena

**rok narození:** 1948

**vzdělání:** vysokoškolské

**povolání:** praktický lékař (většina pacientů patří mezi seniory)

1. „Nevím. Je to velmi složité. Těžce se s ní vyrovnávám. Pokaždé je to jiné; podle mého vlastního rozpoložení i podle pacienta. Jinak se na smrt dívám u devadesátiletého dědečka a jinak u paní, které je třicet sedm a během jejího ošetřování kolem Vás pobíhají její děti.“



2. „Jsem si vědoma, že můj život jednoho dne skončit musí. Ale jelikož jsem zatím ve fyzické i psychické pohodě, zavalena spoustou práce, tak svou konečnost v současné situaci neřeším. Až tento okamžik přijde, tak tu zkrátka bude.“
3. „Určitě v kruhu rodiny. A pokud jen to bude možné, tak bez bolestí.“
4. „Jako lékařka se snažím zachránit každý život. Nikdy nic není úplně ztracené a dokud je i minimální šance na záchranu, tak jsem určitě pro resuscitaci.“
5. „Určitě jsem stoprocentně proti eutanázii. Nikdy pro ni nebudu a stejně jasně vím, že ji nikdy nebudu provádět. A rozhodně si nejsem vědoma okolností, které by mohly způsobit změnu mého postoje k této problematice, k eutanázii.“
6. „Ne, nikdy. Mé stanovisko vyplývá již z předešlé otázky.“
7. „To také není jednoduché. Určitě se to musí velmi pečlivě prošetřit a zjistit, co k zabití vedlo. Myslím si, že vždy se jedná o zneužití a nejde jen o zabití z milosti, o snahu ukončit utrpení, vždy jsou tam nějaké postranní úmysly. A jelikož celkově nejsem pro eutanázii, neschvaluji ani snížení trestu za její spáchání, ať už jsou pohnutky pachatele ušlechtilé jak jen mohou být.“
8. „Rozhodně by se měla útěšná medicína přenést z teorie do praxe, do podvědomí všech lidí, nejen k nemocným či starým, ale také do jejich okolí. Pokud by byly známé její kladné stránky, určitě by z podvědomí naší společnosti vytlačila myšlenky na eutanázii. Nemocného musíme vnímat do posledního okamžiku jeho života jako člověka. Nikdy nesmíme dopustit, abychom jej viděli jen jako lidskou trosku, která je sužována obrovskými bolestmi. Za nemocí je vždycky pouze a jenom člověk. A eutanázie je zabití tohoto člověka, což není čin hoden lidské bytosti. Kdežto ošetřovat pacienta, být mu přítelem a pomocníkem až do osudné chvíle, to jsou činy, které jsou hodny člověka.“

### Rozhovor č.3

**pohlaví:** muž

**rok narození:** 1969

**vzdělání:** vysokoškolské

**povolání:** lékař anesteziologicko – resuscitačního oddělení

1. „Smrt je podle mě nutný stav, ke kterému dochází a stále docházet bude. Dříve smrt přišla, pokud lidský život již dohořival. Dnešní medicína dokáže

i dohasínající život dlouho bránit před smrtí, a proto je důležité posuzovat kvalitu života. V každém případě u každého je smrt jinak přijímána a jinak ji přijímá okolí umírajícího. Vždy je to velmi individuální. Nějaký ucelený pohled na ni si nedokážu představit.“

2. „Se svojí konečností jsem vyrovnán, ale přesto jsem rád, že nevím, kdy přesně tento okamžik přijde.“
3. „Rád v blízkosti svých nejbližších. Pokud bude můj stav natolik kritický, že domácí prostředí nebude dostačující, nebudu se bránit umírání v nemocnici. Velmi nerad bych zemřel v nějaké neosobní léčebně pro dlouhodobě nemocné.“
4. „Podle §207/2 zákona o poskytnutí první pomoci může lékař za nedostatečnou první pomoc dostat podle trestního řádu ČR 2 roky nepodmíněně. Do nedostačující péče o pacienta spadá také resuscitace. Podle zákona je lékař povinen resuscitovat vždy. I tehdy, jedná – li se např. o příslušníka Svědků Jehovových, který má u sebe notářsky ověřenou žádost o neresuscitování. Přesto nedochází k resuscitaci vždy, i když je velká šance na obnovu srdeční akce. Mezi tyto případy patří, trpí – li pacient smrtelnou chorobou (např. terminální stadium rakoviny) nebo byla – li prokázána smrt mozku. Smrt mozku se zjišťuje opakovanou angiografií v odstupu půl hodiny a musí ji potvrdit anesteziolog, neurolog a rentgenolog. Ostatní případy neresuscitace pacienta jsou trestné.“
5. „V zásadě jsem pro legalizaci eutanázie i v naší zemi, ale musely by být stanoveny velmi přísné podmínky, které by zabránily jejímu zneužití. V rozsahu korupce, která se u nás velmi rozmáhá, by se určitě nejednalo jen o ukončení života těžce nemocného člověka. Mohu zodpovědně říci, že „eutanázie na černo“ se v naší zemi provádí, ale nepublikuje se tato situace na veřejnosti. Tyto skutky jsou souzeny pouze na odborných fórech lékařů, nejsou postaveny před zákonodárce, jsou čistě na vrub svědomí lékaře. Všechny tyto „eutanázie“ probíhají za souhlasu rodiny a po shodě mnoha odborníků. K takovýmto situacím dochází maximálně 6 až 7 za rok, ale dochází. Netroufám si říci, zda je to dobře či nikoli, ale určitě se v těchto případech jedná pouze v zájmu pacienta. Pokud by eutanázie byla legalizována, měl by ji v každém případě provádět lékař. Nejvíce vhodný mi přijde způsob, teď to bude znít divně, poprav ve Spojených státech, kdy se odsouzenému podají intravenózně tři látky vysoké koncentrace, které jedince uspí, následně dojde k ochrnutí dýchacího centra

v prodloužené míše a nakonec následuje srdeční zástava. Tato koncentrace je tak vysoká, že následně není možnost oživení jedince. Smrt nastává ve spánku a jedinec nic nepocítuje. Tento způsob smrti mi přijde velmi lidský a morální. Neříkám tím ale, že bych schvaloval trest smrti. To určitě ne. V dnešní medicíně se aplikují tři základní terapie: plná, nerozšířená a bazální. Nerozšířená a bazální terapie balancují na hranici s protizákonnou eutanázií. Ve svém důsledku mohou být jako eutanázie chápány.“

6. „O této situaci jsem již mnohokrát přemýšlel, ale stále jsem nepřišel na jednoznačnou odpověď. Záleží na jednotlivých případech. Lékař, který podá smrtící látku, je si této skutečností vědom do konce svého života. Opravdu, těžko říci.“
7. „Jelikož není eutanázie legalizována, měl by člověk za její provedení dostat sazbu podle zákona. Podle mentality naší společnosti by uznané polehčující okolnosti byly souhrnně použity proti všem lékařům. Ve většině případů ale provedení eutanázie neprosakuje na veřejnost.“
8. „Paliativní medicína je podle mě ošetrovatelská práce a měla by být přístupná úplně všem a to v maximálních možnostech. Samozřejmě sem spadají hospice, které nabízí pomoc na vysoké profesionální úrovni a přece zde nechybí kontakt pacienta s pracovníky, pracují na rodinné bázi. Velký problém ale v této oblasti představují finance.“

#### Rozhovor č.4

**pohlaví:** žena

**rok narození:** 1961

**vzdělání:** vysokoškolské

**povolání:** lékařka na neurologickém oddělení

1. „Myslím si, že není potřeba se smrti bát. Stejně nás všechny čeká. Cílem zdravotníků musí být, aby pro každého člověka byla důstojná, aby člověk na sklonku života netrpěl a nebyl vyřazen ze společnosti. Smrt je přirozená jako život sám.“
2. „O vlastní konečnosti člověk nepřemýšlí, když je mlád. Ve středním věku vyvolává úzkost podle zdravotního stavu jedince a podle situací, kdy se smrti ocitl na blízku u rodiny či blízkých přátel, známých. Začíná vyvolávat úzkost,

kteřá ale není stále přítomna. Ve stáří se člověk začíná smířovat se svým osudem, který je u každého z nás nevyhnutelný. Za sebe mohu říct, že o své konečnosti nepřemýšlím a neuvažuji. Je to ještě hodně daleká budoucnost. Nebo alespoň doufám.

3. „To vždy záleží, co okolnosti dovolí. Umírat v rodině je za všech okolností příjemnější.“
4. „Přání neresuscitovat nesmí být u nás ze zákona splněno. Resuscitujeme vždy opakovaně, dokud je nějaká šance na obnovení životně důležitých funkcí. Pokud jsou známky dechové aktivity a srdeční akce, jsem zastávce resuscitovat za každou cenu každého. Neprovádět resuscitaci je rozumné u pacientů, kde selhává oběh, či došlo ke krvácení do mozku či vnitřních orgánů.“
5. „Eutanázie by neměla být. Určitě by byla zneužívána. Kdyby byla legalizována, musela by být schválena týmem lékařů, každého z jiného oboru. Určitě by zde neměl mít místo individuální, subjektivní názor. Na způsobu provedení je několik možností: ukončit resuscitaci, odpojit od životně důležitých léčiv či podpůrných přístrojů. Určitě nejsem zastáncem vpravení jedu do žíly. To je vždy vražda, i kdyby byla eutanázie schválena.“
6. „Jelikož nejsem zastáncem eutanázie, tak bych, samozřejmě, nebyla ochotna, a myslím si, že ani schopna eutanázii provádět.“
7. „Prozatím je eutanázie nelegální, a proto jakákoliv pomoc ze světa, jak říkáte, by měla být podle zákona souzena. Ale každý případ musí být pečlivě prošetřen. Vždy jsou pohnutky k takovému činu individuální a když jsou polehčující okolnosti u zabití v sebeobraně, je možné, že by se nějaké užili i v takovémto případě. V každém případě záleží na soudci.“
8. „Určitě v některých oborech, jako např. v onkologii, je paliativní medicína na vynikající úrovni. Myslím si, že je u nás dostatečně rozšířená a přístupná všem bez rozdílu.“

### **7.3 Shrnutí rozhovorů**

Stejný pohled jsem nenašel ani u dvou respondentů, vždy tam byly nějaké odlišnosti a je nutné přečíst si kapitolu rozhovorů pozorně. Já předložím pouze několik faktů.

Zmíněné rozhovory se dají rozdělit do tří skupin, respondenti spadají do mladé generace, do střední a staré generace. Poslední skupinu tvoří pracovníci ve zdravotnictví. Pohled na smrt : U mladých lidí smrt vyvolává nepříjemný pocit, pojí li se se strachem o své blízké. Starší lidé ji berou jako přirozenou, samozřejmou věc, která k životu patří a pokud se jedná o nemocného člověka s bolestmi, chápou ji jako vysvobození. Odborná veřejnost ji také vidí jako naprosto přirozenou věc a jejich pohled na ni závisí na okolnostech.

Vyrovnaní se se svojí konečností : Mladí lidé svou konečnost chápou převážně z racionální stránky, vnitřně vyrovnaní nejsou, starší občané se snaží o své konečnosti nepřemýšlet, jsou rádi že neví, kdy jejich okamžik přijde. Se staršími se ztotožňují i názory odborníků.

Kde, jak a s kým si přejete strávit poslední chvíle svého života : U této otázky se shodla většina respondentů. Umírat by chtěli doma, v kruhu svých blízkých. S nemocnicí se smiřují pouze v tom případě, vyžadoval – li by to jejich zdravotní stav. Postoj k opakované resuscitaci : U této otázky se shodli laikové, kteří jsou pro opakování resuscitace v tom případě, pokud by byla i po obnovení všech životně důležitých funkcí zachována určitá kvalita života. Odborníci by většinou opakovaně resuscitovali tehdy, pokud by byly obnoveny všechny životní funkce bez poškození, poukazovali na zákon u nás.

Eutanázie a její legalizace: Zde se laikové většinou shodli pro legalizaci eutanázie, měl by ji provádět lékař se souhlasem nemocného, intravenózně. Všichni se ale obávají zneužívání eutanázie. Odborníci se obávají zneužívání, pokud by byla legalizována, měla by být vykonána po shodě týmu různě specializovaných lékařů. Převládal názor na intravenózní podání smrtící látky.

Jednotně se odborná veřejnost shodla, že by nebyla ochotna eutanázii provádět a u „pomoci ze světa“ v současnosti by schvalovala trest podle trestního řádu za trestní čin zabítí. Paliativní medicína by měla být více rozšířena do praxe.

S politováním zde musím uvést, že adolescenti jsou ochotni vyplnit dotazník, ale nejsou ochotni vést na toto téma rozhovor. Z třiceti mnou oslovených adolescentů nebyl žádný ochoten vést na toto téma rozhovor.

## 8. Diskuse

Ve své práci jsem měl stanoveny dvě hypotézy. Obě hypotézy mohu potvrdit. Praktickou část předkládám také jako zdroj ucelených názorů naší populace na eutanázii a otázky, které se k ní pojí (legalizace, kdo by ji měl provádět a jakým způsobem, se souhlasem pacienta či nikoli,...).

### **Hypotéza č.1: Naše společnost je o eutanázii dobře informována.**

65% respondentů správně označilo odpověď, která nejpřesněji charakterizovala, co je eutanázie: „*Eutanázie je ukončení života člověka, který je poznamenán nepřijatelným utrpením.*“ Pouhá 2% chápala eutanázii „...*jako ukončení života starého člověka.*“

### **Názor na eutanázii a její legalizaci se s věkem mění.**

*Otázka legalizace eutanázie dopadla z hlediska věku respondentů velmi odlišně, největší rozdíly se projevíly v první (15 – 30) a druhé (50 a více) věkové kategorii. Nejradikálněji se názory rozcházejí u možností rozhodně ano a spíše ano (viz tabulka).*

Legalizace eutanazie	%	
	15 – 30	50 a více
Rozhodně ano	7	50
Spíše ano	71	29
Spíše ne	15	21
Rozhodně ne	0	0
Nevím	7	0

**Hypotéza č.2: Výrazný rozdíl v názorech na eutanázii se objevuje mezi zástupci dospělé populace a adolescentů.**

*81% dospělých je pro legalizaci eutanazie (rozhodně ano, spíše ano), 15% volilo ne (rozhodně ne, spíše ne) a 4% „nevím“. U adolescentů 61% zvolilo variantu ano (rozhodně ano, spíše ano), 35% zvolilo variantu ne (rozhodně ne, spíše ne), a zbývající 4% připadly na odpověď „nevím“ (viz tabulka).*

Legalizace eutanazie:	%	
	dospělí	adolescenti
Ano	81	61
Ne	15	35
Nevím	4	4

Naše společnost je o eutanázii dobře informována , protože média přináší o této problematice dostatek informací a dospělá populace i adolescenti nad tímto tématem přemýšlejí. Dospělí se touto problematikou zabývají více, adolescentům je vzhledem k věku toto téma vzdálenější. Rozdíl činí 20 %. Pro legalizaci eutanazie je 81 % dospělých a 61 % adolescentů. Proč? Protože mladý člověk teprve začíná žít a smrt a utrpení se jej zdánlivě tolik netýká? Dospělý člověk má ke smrti blíže, umírají jeho rodiče, známí a přátelé. Často slyší o utrpení a vidí je. Začíná tudíž uvažovat o tom, že nechce, „až to přijde“, trpět. Starý člověk naopak, i přesto, že trpí nemocemi a vážnými chorobami, chce žít a k eutanázii se staví odmítavě. Vrací se k ní až jsou utrpení a bolesti příliš velké a nesnesitelné. Problematika eutanazie je téma složitě. Je proto třeba důkladně zvážit všechna „pro“ a „proti“ při případném zvažování legalizace eutanazie a způsobu jejího provedení

*„Poslední list se třese na platanu,  
neboť on dobře ví, že co je bez chvění, není pevné.  
Třesu se, Bože můj, neboť tuším,  
že brzy umřu a pevný bych měl být.  
Z každého stromu spadne i ten nejposlednější list,  
neboť on není bez důvěry k zemi.  
Z každého člověka spadne i ta poslední přetvářka,  
neboť prkno v márnici je docela prosté.  
List nemusí, tě Bože, prosit o nic,  
dal jsi mu růst a on to nepokazil.*

*Ale já...“*

V. HOLAN

## ZÁVĚR

Eutanázie je problém více než složitý a určitě není náhodou, že až na výjimky nebyla legalizována. Její povolení by znamenalo odklon od tradičních morálních a právních principů.

Nedokáží si představit, co by řetězové povolování eutanázie způsobilo. Naše generace by si snad ještě zachovala patřičnou úctu k životu, ale co ti, kteří by se již rodili do společnosti, kde by bylo ukončování nevinných lidských životů normální praxí?

Záměrné usmrcování člověka, i když jeho život spěje ke smrti, nebude asi nikdy domyšleno do důsledků. Naše společnost není ideální a bezúhonná a vždycky se zneužívalo a zneužívá toho, co na svém počátku sloužilo lidem k dobru, sloužilo pro dobrou věc. A že ke zneužívání eutanázie docházelo, když už někde byla povolena, je dokázaným faktem. Příklad? – Nacistické Německo. Zneužívání eutanázie v Holandsku je také dokázanou skutečností.

Proč ale řešit otázku, jak provádět eutanázii, když ještě nebyla dořešena otázka, jak se o umírající starat? Do eutanázie by se neměla zahrnovat tzv. pasivní eutanázie, protože nenechat zemřít umírajícího, který ke smrti jednoznačně spěje, je neetické. V žádném případě to ale nesmí být impuls k tomu, aby přestala o pacienta veškerá péče. Podle mého názoru by měl být pacient například odpojen od přístrojů, ovšem dále by mu byla poskytována vyživovací péče, psychická podpora, tišící prostředky, zabraňováno dehydrataci,... Odpojení od přístrojů by mělo být i běžnou praxí



u pacientů v bezvědomí, u kterých byla jednoznačně prokázána smrt mozku. V těchto případech se doslova nejedná o eutanázii, umožňuje se pouze příchod přirozené smrti. Co se týká novorozenecké eutanázie, s tou nesouhlasím. V dnešní době se velké množství vad již pozná v těhotenství matky a vady, které nejsou v těhotenství diagnostikovány, nebývají tak závažné a narozené dítě rodičům přináší velké množství lásky a pocity štěstí. Pokud jsou u gravidní matky nějaké závažné poruchy zjištěny, určitě by žena měla mít právo se rozhodnout, zda si dítě ponechá a donosí je nebo pro potrat.

Otázka aktivní eutanázie a asistovaného suicidia je velmi složitá. Dnešní doba má možnost zachraňovat životy, které dříve byly odsouzeny k zániku. Bohužel se ale jedná o životy, které mnohdy pozbyly svou původní kvalitu. V souvislosti s eutanázií se jedná o jedincích, kteří se nacházejí v terminálním stádiu některé nevyléčitelné choroby, o pacientech, jež trpí stařeckou demencí, jedná se o těžkých mentálních, tělesných a duševních postiženích. Vždy jde ale o člověka, u kterého není možné přesně určit hranici, kdy už je pro něj život nesnesitelný, u kterého není jistota, že nedojde k nějakému zlepšení jeho stavu. Mnoho lidí si řekne, že rakovina v posledním stádiu nemůže dojít zlepšení, přesto jsou známy případy, kdy ustoupila. Pacient po automobilové havárii se probрал po dvou letech z kómatu,...

Myslím si, že paliativní medicína je dostatečným řešením pro umírající a jde jen o to, seznámit s ní co nejširší okolí.

Podle mého názoru, nejdále, kam by mohlo sahat právo na sebeurčení, na osobní autonomii, ... je odmítnutí léčby. Eutanázie vždy zůstane zabitím, všechna tato práva přesahuje a je v přímém rozporu práva na život. Hrozba zneužití eutanázie je obrovská a neodstranitelná a hranice, kdy by mohla být provedena a kdy ne, je neurčitelná.

# POUŽITÁ LITERATURA

1. DIGIULIO, R. – KRANZOVÁ, R. *O smrti*. Praha: NLN, 1997. ISBN 80-7106-210-3.
2. HAMILTON, I. S. *Psychologie stárnutí*. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-274-2.
3. HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. Praha: Panorama, 1990. ISBN 80-7038-158-2.
4. HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*. Praha: Galén a Nakladatelství UK – Karolinum, 1997. ISBN 80-85824-54-X.
5. HAŠKOVCOVÁ, H. *Práva pacientů*. Havířov: Nakladatelství Aleny Krtilové, 1996. ISBN 80-902163-0-7.
6. HAŠKOVCOVÁ, H. *Spoutaný život*. Praha: Panorama, 1974.
7. HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie. Nauka o umírání a smrti*. Praha: Galén, 2000. ISBN 80-7262-034-7.
8. HAYFLICK, L. *Jak a proč stárneme*. Praha: Columbus, 1997. ISBN 80-7176-536-8.
9. HENNEZEL DE, M. *Smrt zblízka, umírající nás učí žít*. Praha: ETC Publishing, 1997. ISBN 80-86006-15-8.
10. HODOVSKÝ, I. – DOPITA, M. *Etika a sociální deviace*. Olomouc: Nakladatelství Olomouc, 2002. ISBN 80-7182-049-0.
11. JAKOUBKOVÁ, J. *Paliativní medicína. Trendy soudobé onkologie Sv.1*. Praha: Galén, 1998. ISBN 80-85824-78-7.
12. KALVACH, Z. a kol. *Vybrané kapitoly z geriatric a medicíny chronických stavů II.díl*. Praha: Univerzita Karlova, 1995. ISBN 80-7184-366-0.
13. KOLEKTIV AUTORŮ. *Velký domácí právník – Průvodce bludištěm českých zákonů*. Praha: Reader's Digest Výběr, 1999. ISBN 80-86196-04-6.
14. KRATOCHVÍLOVÁ – MIEDZGOVÁ, J. *Etika pro střední školy*. Praha: Kvarta, 1996. ISBN 80-85570-73-4.
15. POLLARD, B. *Eutanazie ano či ne?*. Praha: Dita, 1996. ISBN 80-85926-07-5.
16. MAREČKOVÁ, E. - REICHOVÁ, H. *Úvod do lékařské terminologie*. Brno: Masarykova univerzita, 2000. ISBN 80-210-2415-1.

17. MUNZAROVÁ, M. *Úvod do studia lékařské etiky a bioetiky*. Brno: Masarykova univerzita, 1995. ISBN 80-210-1057-6.
18. MUNZAROVÁ, M. *Vybrané kapitoly z lékařské etiky 1 - smrt a umírání*. Brno: Masarykova universita, 1997. ISBN 80-210-1610-8.
19. PACOVSKÝ, VI. – HEŘMANOVÁ, H. *Gerontologie*. Praha: Avicenum, 1981.
20. PICHAUD, C. - THAREAUOVÁ, J. *Soužití se staršími lidmi*. Praha: Portál, 1998. ISBN 80-7178-184-3.
21. PŘÍHODA, V. *Ontogeneze lidské psychiky*. Praha: SPN, 1974.
22. ŘÍČAN, P. *Cesta životem*. Praha: Panorama, 1990. ISBN 80-7038-078-0.
23. SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*. Praha: ECCE HOMO, 1995. ISBN – nemá.
24. SIŘIŠŤOVÁ, E. *Člověk v kritických životních situacích*. Praha: Univerzita Karlova, 1992. ISBN 80-7066-599-8.
25. ŠTĚPÁN, J. *Právo a moderní lékařství*. Praha: Panorama, 1974.
26. VORLÍČEK, J. - ADAM, Z. *Paliativní medicína*. Praha: Grada Publishing, 1998. ISBN 80-7169-437-1.

**Novinová a časopisecká tvorba:**

27. BENEŠ, V. *Co není eutanázie*. MF Dnes, 2001.
28. DRGONEC, J. *Otázky eutanázie*. P a S 13, 1989.
29. EADS, B. *Povolení zabít*. Reader's Digest Výběr – listopad, 1997.
30. FREIOVÁ, M. *Kevorkian: veřejnoprávní propagace smrti*. MF Dnes, 2001.
31. HAŠKOVCOVÁ, H. *Smrt nemůže být komukoliv vyměřena záměrně*. Lékařské listy, číslo 12 ročník XLIX, 2000.
32. HAŠKOVCOVÁ, H. *Řecké slovo eutanázie v původním významu znamenalo dobrou, tedy lehkou smrt*. Lékařské listy, číslo 12 ročník XLIX, 2000.
33. HONZÁK, R. *Stanovisko k polemice na téma Eutanázie - ano či ne?*. Praktický lékař 74/9, 1994.
34. KAMENICKÁ, R. *Poslední práva člověka. Současný spor o eutanázii*. Proglas - srpen, 1997.
35. KAŠPAR, J. *Svět potřebuje více citu, míní Jan Pavel II*. MF Dnes, 2000.
36. KRAUSS, M. *Nová evropská kultura eutanázie*. MF Dnes, 2000.
37. MUNZAROVÁ, M. *Eutanázie a asistované suicidium*. Praktický lékař 74/9, 1994.

38. MUNZAROVÁ, M. *Paliativní péče ve vztahu k eutanázii*. Praktický lékař 77/5, 1997.
39. NOVÁK, J. *Německo udělalo tragickou zkušenost*. MF Dnes, 1996.
40. REDAKČNÍ RADA. *Generace seniorů*. Praha: Život 90, 2001.
41. SLÁDEK, J. *Když smrt zapomene*. MF Dnes, 2001.
42. SLÁDEK, J. *Kontrola eutanázie krutě selhává, tvrdí odborníci*. MF Dnes, 1999.
43. SVATOŠOVÁ, M. *Hospic Anežky České se představuje*. ECCE HOMO, Praha 1999.
44. ZELINGER, D. *V Rakousku byl obžalován údajný spoluviník nacistické eutanázie*. MF Dnes, 1999.
45. ZPRAVODAJOVÉ MF Dnes. *A chtěl by eutanázii také svět?*. MF Dnes, 2001.
46. ZPRAVODAJOVÉ MF Dnes. *Lékař odmítá eutanázii*. MF Dnes, 2001.
47. ZPRAVODAJOVÉ MF Dnes. *Nizozemci nebudou eutanázii soudit*. MF Dnes, 1999.
48. ZPRAVODAJOVÉ MF Dnes. *Novák má tři návrhy, jak se vyrovnat s euthanásií*. MF Dnes, 1996.
49. ZPRAVODAJOVÉ VEČERNÍKU PRAHA. *Čeští odborníci většinou považují eutanázii za selhání medicíny*. Večerník Praha, 2000.
50. ZPRAVODAJOVÉ VEČERNÍKU PRAHA. *Evangelium života*. Večerník Praha, 2000.
51. ŽIVOT 90- Humanitární dobrovolnické sdružení. *Výroční zpráva za rok 2000*. Praha: Život 90, 2001.

### **Internet**

52. Eutanázie a asistovaná sebevražda – výťah z jednání Evropského zdravotnického výboru.
53. eutanázie.prolife.cz – Hnutí Pro Život ČR
  - *Názory na eutanázii v České republice*. Radiožurnál.25.04.2001
  - *Co bychom měli vědět o eutanázii*
  - *Eutanázie – poznámky o teorii a praxi*. Zdravotnické noviny,15.11.2002.
  - *Eutanázie – útok na život psa*.
  - *Eutanázie je legální zabíjení*. Lidové noviny, 05.12.2000.
  - *Paliativní medicína a dobrá smrt*. Zdravotnické noviny, 29.06.2001.

- *Hospice v České republice.* Rádio Svobodná Evropa – Studio STOP, 14.09.2001.
  - *Eutanázie je projevem generační války.*
  - *Minianketa o eutanázii.* Zdravotnické noviny, 02.02.2001.
  - *Eutanázie – nejčastější otázky a odpovědi*
54. Internetové stránky ministerstva vnitra 1999.
55. Infojet.cz
- *Eutanázie se nesmí stát evropskou normou.* 03.12.2000.
56. Novinky .cz – on line magazín deníku PRÁVO
- ZA první rok legální eutanázie v Belgii hlášeno 170 případů
  - Francouzský anděl smrti odmítá desetiletý trest.
  - Anděl smrti přiznal čtyři ze sedmi vražd.
  - Brit si nechal ve Švýcarsku vpíchnout smrtící injekci.
57. UK v Praze, farmaceutická fakulta v Hradci Králové – 20.11.2000
- Současné teorie stárnutí
  - Vývoj gerontologie
  - Stárnutí v číslech
  - Proti stárnutí
  - Gerontologické organizace
58. [J.Krivohlavý@volný.cz](mailto:J.Krivohlavý@volný.cz)- články prof. Jaro krivohlavého
59. Oficiální stránka katolické církve
- Společné vyhlášení k problému Eutanázie.
60. [www.eutanazie-dobrasmrt.cz](http://www.eutanazie-dobrasmrt.cz)

+ výzkum Dr. Elišky Rendlové č.14/64 – „Veřejnost k otázce eutanázie“ zpracovaný IVVM v roce 1999

+ výzkum Jána Mišoviče č.14/9 – „Veřejnost k otázce eutanázie“ zpracovaný CVVM SoÚ AV ČR v roce 2001

# PŘÍLOHY

## **Příloha 1.**

*Roaming – in při umírání.*

### **Výzva spolkové vládě Rakouska ze dne 27. března 1992**

*Každý člověk má právo na důstojnou smrt, na svobodnou volbu místa úmrtí a na přiměřenou péči. To jsou základní myšlenky výzvy, kterou zformulovalo přibližně 130 účastníků dvoudenního zasedání Umírání v Rakousku, které se konalo 27. března 1992. Tohoto zasedání, které organizovalo ministerstvo zdravotnictví, se zúčastnilo 130 zástupců zdravotnických a sociálních profesí, církví, náboženských společností, zájmových sdružení a svépomocných skupin z celého Rakouska. V současnosti umírá 70% Rakušanů ve zdravotnických zařízeních nebo v jiných institucích. Příslušné instituce přitom nevyhovují v dostatečné míře. Humánní umírání musí být v budoucnosti zajištěno na reformní bázi. Po důkladných jednáních zformulovaly zúčastněné strany některé teze. Účastníci konference vyzvali rakouskou spolkovou vládu, aby náplň jejich usnesení uvedla v platnost, a to v co nejbližší době. Příslušná opatření jsou shrnuta v 10 bodech, které mohou být chápány jako práva pacientů, rodinných příslušníků a pečujících.*

1. Právo na shrnující a srozumitelné objasnění, na všezahrnující úpravu všech práv pacienta. Informace o právech pacienta by měly být obsaženy v jediné publikaci. Tato „příručka“ by měla obsahovat veškerá práva pacientů, která jsou v současnosti roztržštěně a nepřehledně obsažena v mnoha zákonech. Mezi práva pacientů patří např. právo na svobodné rozhodování, právo na důstojné zacházení a právo na uznání a respektování projevů vůle (tj. svobodné zamezení opatřením prodlužujícím život „za každou cenu“), právo na bezbolestné umírání, právo na informace a podporu při zajišťování a uplatňování práv pacienta.
2. Pacienti mají právo na svobodnou volbu místa umírání (doma, v hospici, v nemocnici). K zajištění tohoto práva musí být vybudována integrovaná zdravotnická a sociální zařízení na celostátní úrovni a měly by být rozšířeny již existující veřejné a soukromé služby.
3. Pacient má právo na přiměřenou péči v nemocnici, pečovatelském ústavu, hospici nebo doma.

4. Staří lidé, trpící, umírající a jejich blízcí mají právo na lidskou solidaritu. Předpokladem toho je způsobilost k morálně a eticky odpovědnému a důstojnému zacházení s těmito osobami. Tento požadavek je kladen na každého člověka, který pracuje se staršími, umírajícími či trpícími osobami.
5. Právo na rooming – in přísluší také rodinným příslušníkům umírajících, což znamená, že v zařízeních k tomu určených musí být pro rodinné příslušníky vytvořena možnost zůstat „v kritické době“ umírání se svým blízkým až do konce. Předpokladem toho je kvalitativní standardizace paliativních stanic, hospiců, zařízení pečujících o umírající a nevyléčitelně nemocné a přestavba hierarchické struktury v těchto zařízeních tak, aby byla podporována interdisciplinární týmová práce a mezioborová komunikace.
6. V zájmu pacientů se musí pracovníci ve zdravotnických a sociálních profesích učit zacházet s těžce nemocnými, umírajícími, a to nejen během svého vzdělávání, ale také po dobu svého dalšího profesionálního růstu.
7. K problémům souvisejícím s umíráním a se smrtí by měla media přistupovat zodpovědným způsobem.
8. „Pomoc při umírání“ nesmí být zaměněna s „pomocí ke smrti“. Eutanázie se odmítá v každé formě. Musí být však usnadněno včasné použití látek k utišení bolesti.
9. Rituály jsou cennou pomocí při zvládnutí těžké situace umírání. To platí stejně tak pro dobu před smrtí, jako pro dobu truchlení. Každý pacient a jeho rodinní příslušníci mají právo na rituály podle vlastní víry a vyznání. Význam tohoto ustanovení roste se stále stoupající migrací a nutností soužití různých kultur.
10. Integrita osobnosti musí být zachována i po smrti. Pitva by neměla být prováděna jako samozřejmost při každém úmrtí, ale jen tehdy, je – li to nutné a odůvodněné.

*Zapsal Werner Wanschura, zveřejněno ve sborníku z uvedeného zasedání.*

## Příloha 2.

### DOTAZNÍK: Eutanázie – informovanost dospělého jedince o ní a názory na ni.

#### Vážený respondente,

Dostává se Vám do rukou dotazník, který by měl zmapovat Vaši informovanost o problematice v dnešní době tak aktuální - o eutanázii.

Získané informace budou použity v praktické části závěrečné bakalářské práce na téma „Informovanost dospělého jedince o eutanázii“.

Všechny Vaše informace jsou anonymní a nebudou zneužity.

Za poskytnuté informace děkuje student UP v Olomouci – pedagogická fakulta

Jan NOVÁK.

#### Charakteristika respondenta

Pohlaví:	muž		žena		
Věk:	15 – 30		30 – 50		nad 50
Vzdělání:	ZŠ	OU	SŠ	VOŠ	VŠ
Bydliště:	vesnice		město		
Povolání:	zdravotníci		ostatní veřejnost		
Náboženské přesvědčení:	věřící		nevěřící	*	

!Prosím o zvolení jen jedné varianty!

1. Chtěl bych, aby eutanázie v naší zemi byla legální?

- a) ANO
- b) NE
- c) NEVÍM

2. Problematika „eutanázie“:

- a) o této problematice jsem nikdy nepřemýšlel (a)
- b) tato problematika je mi známa
- c) jiná odpověď: .....

3. Pod pojmem eutanázie si představuji

- a) ukončení života smrtelně nemocného člověka
- b) ukončení života člověka, který je poznamenán nepřijatelným utrpením
- c) ukončení života starého člověka
- d) jiná odpověď: .....

4. Eutanázie by měla být legalizována

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

5. Eutanázii by měl poskytovat

- a) lékař
- b) nemocný jedinec za přítomnosti odborníka
- c) příbuzný
- d) jiná odpověď: .....

6. Eutanázie by měla být poskytnuta:

- a) se souhlasem nemocného
- b) se souhlasem nemocného a jeho rodiny
- c) stačí souhlas rodiny



d) pokud se kolektiv lékařů shodne, že není možnost zlepšení a nemocný má obrovské bolesti

7. Myslíte si, že je eutanázie zneužitelná?

- a) ANO
- b) NE

8. Největšími riziky „eutanázie“ vidím:

.....

9. Chtěl bych mít právo na eutanázii ?

- a) ANO
- b) NE

- otázku není nutno zodpovědět

### Příloha 3.

#### DOTAZNÍK: Eutanázie – rozdíly v informovanosti dospělých a adolescentů.

##### Vážený respondente,

Dostává se Vám do rukou dotazník, který by měl zmapovat Vaši informovanost o problematice v dnešní době tak aktuální - o eutanázii.

Získané informace budou použity v praktické části diplomové práce na téma „Eutanázie – rozdíly v informovanosti dospělých a adolescentů“.

Všechny Vaše informace jsou anonymní a nebudou zneužity.

Za poskytnuté informace děkuje student UP v Olomouci – pedagogická fakulta

Bc. Jan NOVÁK.

##### Charakteristika respondenta

Pohlaví:	muž		žena
Věk:	14 – 20		12 – 18
Vzdělání:	ZŠ	OU	SŠ
Bydliště:	vesnice		město
Povolání (jste-li již zaměstnán, uveďte druh povolání):			
Náboženské přesvědčení: věřící			nevěřící *

!Prosím o zvolení jen jedné varianty!

1. Chtěl bych, aby eutanázie v naší zemi byla legální?

- a) ANO
- b) NE
- c) NEVÍM

2. Problematika „eutanázie“:

- a) o této problematice jsem nikdy nepřemýšlel (a)
- b) tato problematika je mi známa
- c) jiná odpověď: .....

3. Pod pojmem eutanázie si představuji

- a) ukončení života smrtelně nemocného člověka
- b) ukončení života člověka, který je poznamenán nepřijatelným utrpením
- c) ukončení života starého člověka
- d) jiná odpověď: .....

4. Eutanázie by měla být legalizována

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

5. Eutanázii by měl poskytovat

- a) lékař
- b) nemocný jedinec za přítomnosti odborníka
- c) příbuzný
- d) jiná odpověď: .....

6. Eutanázie by měla být poskytnuta:

- a) se souhlasem nemocného
- b) se souhlasem nemocného a jeho rodiny
- c) stačí souhlas rodiny

d) pokud se kolektiv lékařů shodne, že není možnost zlepšení a nemocný má obrovské bolesti

7. Myslíte si, že je eutanázie zneužitelná?

- a) ANO
- b) NE

8. Největšími riziky „eutanázie“ vidím:

.....  
9. Chtěl bych mít právo na eutanázii ?

- a) ANO
- b) NE

• otázku není nutno zodpovědět

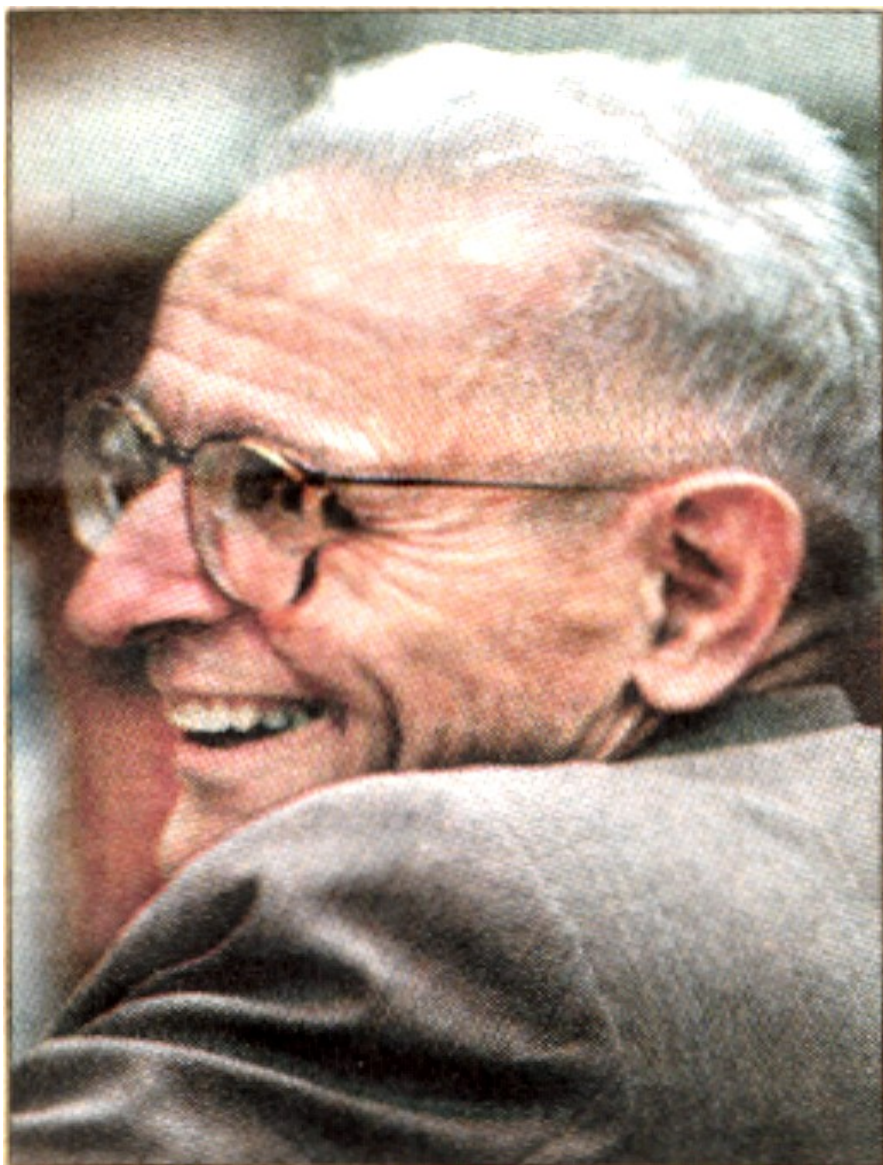
**Příloha 4.**

*Hospic Anežky České v Červeném Kostelci*



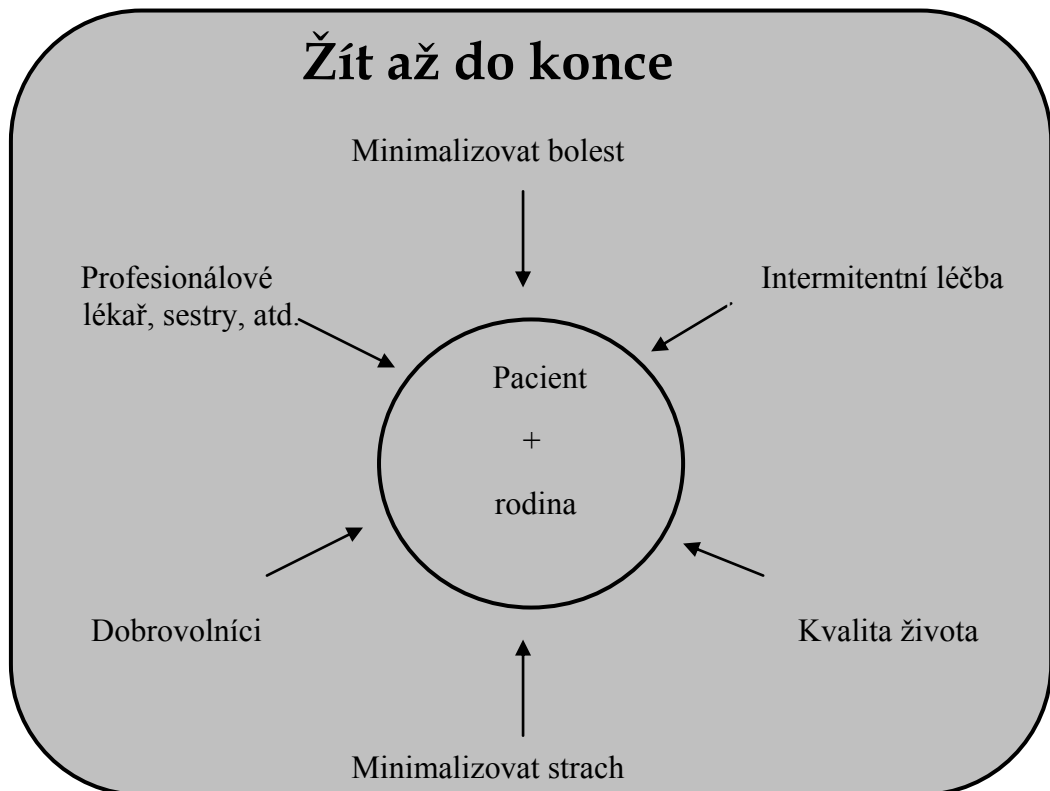
**Příloha 5.**

*Jack Kevorkian – Doktor Smrt*



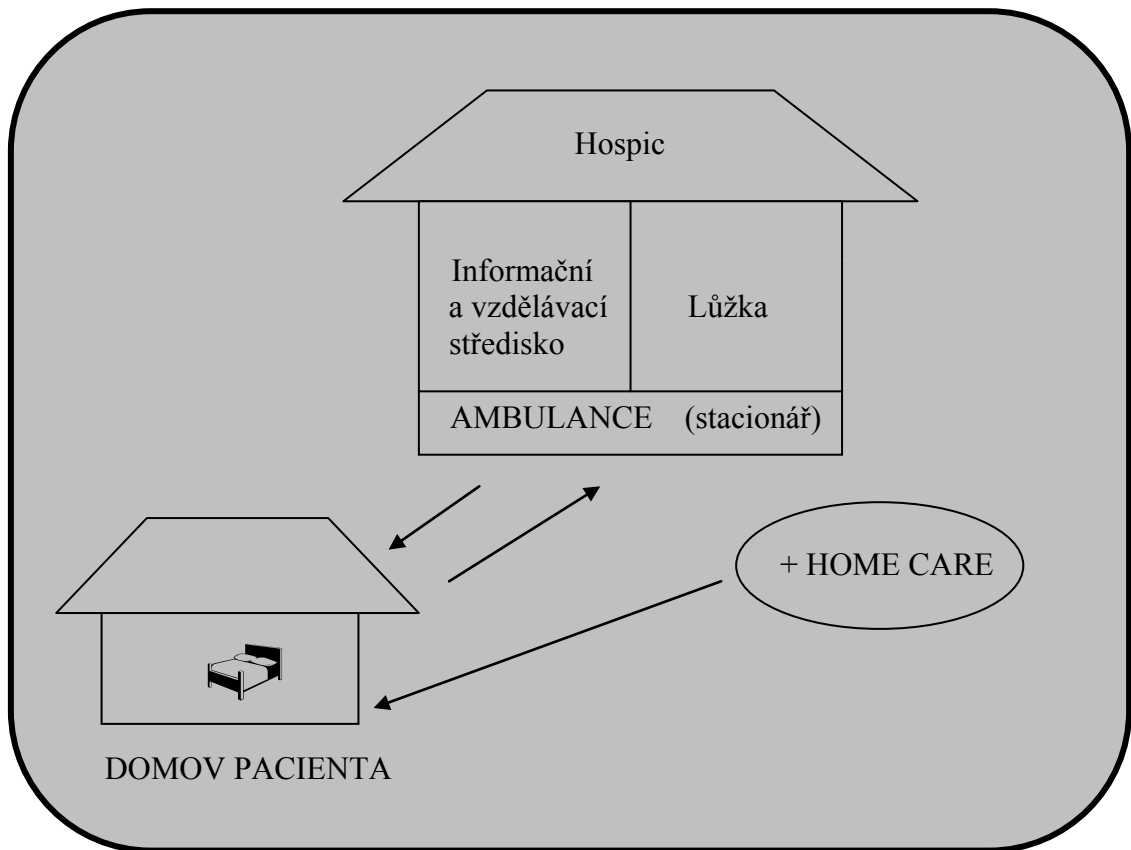
## Příloha 6.

*Struktura hospicové péče – schéma*



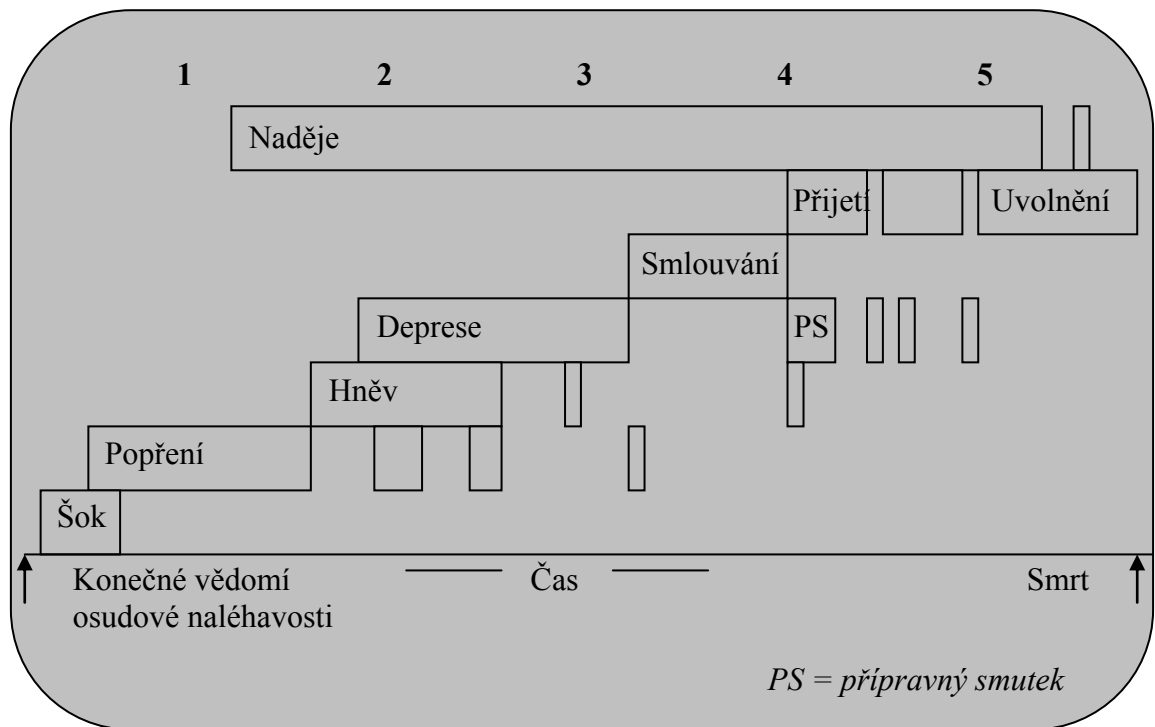
**Příloha 7.**

*Strategie hospicové péče – schéma*



## Příloha 8.

Prožívání nemoci v psychické úrovni – schéma

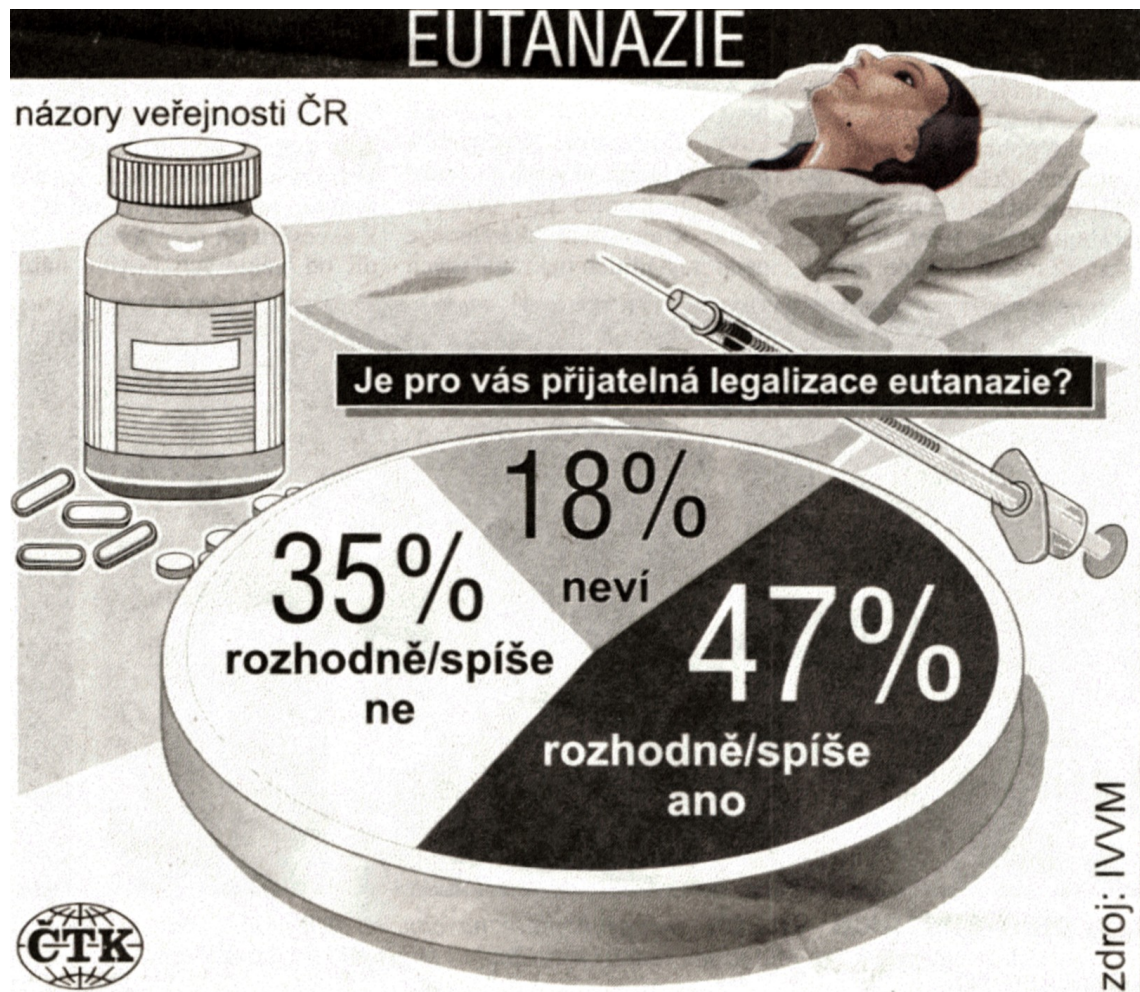


\*) Autorkou schématu je Elisabeth Kübler-Rossová (Poslední chvíle života – *Les derniers instants de la vie*)



**Příloha 9.**

Výzkum institutu pro výzkum veřejného mínění - „Je pro Vás přijatelná legalizace eutanázie?“



## ANOTACE

<b>Jméno a příjmení:</b>	Jan Novák
<b>Katedra:</b>	Ústav speciálně pedagogických studií PdF UP Olomouc
<b>Vedoucí práce:</b>	PhDr. Kamila Holásková Ph.D. - KPS
<b>Rok obhajoby:</b>	2010

<b>Název práce:</b>	Eutanázie – rozdíly v informovanosti dospělých a adolescentů.
<b>Název v angličtině:</b>	Euthanasia – differences in informing adults and adolescents
<b>Anotace práce:</b>	Závěrečná diplomová práce je zaměřena na informovanost dospělého jedince o eutanázii. Práce je zaměřena na problematiku eutanázie, paliativní medicíny. Vlastním šetřením pomocí dotazníků bylo zjištěno, že dospělá populace naší společnosti je o eutanázii dobře informována. Kladný nebo záporný vztah k eutanázii závisí na věku, místě bydliště, vzdělání a v neposlední řadě na víře v boha. Největším problémem eutanázie je hrozba jejího zneužití.
<b>Klíčová slova:</b>	Eutanázie, aktivní a pasivní eutanázie, psychologie prožívání nevyléčitelných chorob, paliativní medicína, hospicové hnutí, charta práv umírajícího, dospělý, adolescent, informovanost.
<b>Anotace v angličtině:</b>	The final thesis is focused on awareness of adult euthanasia. Work is focused on the issue of euthanasia, palliative medicine. Own investigations using questionnaires, it was found that the adult population of our society is well informed about euthanasia. Positive or negative relationship to euthanasia depends on age, place of residence, education, and not least a belief in God. The biggest problem of euthanasia is a threat to its abuse.
<b>Klíčová slova v angličtině:</b>	Euthanasia, active and passive euthanasia, psychology experiencing incurable disease, palliative medicine, hospice movement, Charter of Rights dying, adult, adolescent, awareness
<b>Přílohy vázané v práci:</b>	1. ROOMING – IN PŘI UMÍRÁNÍ 2. DOTAZNÍK - informovanost ... 3. DOTAZNÍK – rozdíly ... 4. HOSPIC ANEŽKY ČESKÉ V ČERVENÉM KOSTELCI 5. JACK KEVORKIAN – DOKTOR SMRT 6. STRUKTURA HOSPICOVÉ PÉČE – SCHÉMA 7. STRATEGIE HOSPICOVÉ PÉČE – SCHÉMA 8. PROŽÍVÁNÍ NEMOCI V PSYCHICKÉ ÚROVNI – SCHÉMA 9. VÝZKUM INSTITUTU PRO VÝZKUM VEŘEJNÉHO MÍNĚNÍ – „JE PRO VÁS PŘIJATELNÁ LEGALIZACE EUTANÁZIE?“
<b>Rozsah práce:</b>	106 str.
<b>Jazyk práce:</b>	český

