

MASARYKOVA UNIVERZITA

LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Katedra ošetrovatelství

Bc. Ladislava Skácelová

Eutanázie

Diplomová práce

Vedoucí práce: Mgr. Josef Kuře, Dr.phil.

Brno 2009

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedené
informační zdroje.

Brno

.....
Ladislava Skácelová

Ráda bych touto cestou poděkovala lidem, kteří přímo, nepřímo či dokonce nevědomky napomohli vzniku této práce.

Mé poděkování patří:

Mgr. Josefu Kuře, Dr.phil., vedoucímu mé diplomové práce, za odborné vedení, cenné rady, vstřícný a laskavý přístup.

RNDr. Mileně Krškové za pomoc při statistickém zpracování dat.

Mé rodině za velkou podporu, trpělivost a pomoc při péči o syna Jakuba.

Přátelům, známým a všem, kteří se podíleli na sběru dat.

Respondentům za jejich čas a ochotu při vyplňování dotazníků.

OBSAH

ÚVOD	6
1 CÍL PRÁCE A PRACOVNÍ HYPOTÉZY	7
2 TEORETICKÁ VÝCHODISKA	9
2.1 Eutanázie	9
2.1.1 Eutanázie a základní pojmy	10
2.1.2 Stručná historie eutanázie	14
2.1.3 Legalizace eutanázie ve světě	15
2.1.4 Legalizace eutanázie v České republice	19
2.1.5 Argumenty pro povolení eutanázie	23
2.1.6 Argumenty proti povolení eutanázie	25
2.2 Paliativní medicína	28
2.2.1 Stručný historický přehled	28
2.2.2 Pojem paliativní medicína	30
2.2.3 Principy paliativní péče	31
2.2.4 Cílová skupina	32
2.2.5 Cíle paliativní péče v závislosti na stádiu onemocnění	33
2.2.6 Obecná a specializovaná paliativní péče	34
2.2.6.1 Obecná paliativní péče	34
2.2.6.2 Specializovaná paliativní péče	34
2.3 Hospic, hospicové hnutí, hospicová péče	35
2.3.1 Hospicové hnutí	35
2.3.2 Filozofie hospice	35
2.3.3 Hospicová péče	36
2.3.3.1 Formy hospicové péče	37
2.3.3.2 Hospicová péče z časového hlediska	37
2.3.4 Hospice ve světě	38
2.3.5 Hospice v České republice	38
3 METODIKA PRÁCE	40
3.1 Charakteristika výzkumného vzorku	40

3.2	Metody a prostředky šetření	40
3.3	Organizace výzkumného šetření	41
3.4	Matematicko - statistické zpracování dat	42
4	VÝSLEDKY PRŮZKUMU A JEJICH ANALÝZA	43
4.1	Interpretace dat zjišťujících identifikační údaje respondentů	43
4.2	Interpretace dat zabývajících se samotným tématem eutanázie	46
4.3	Testování hypotéz	61
4.3.1	Testování hypotéz týkajících se celého souboru respondentů	63
4.3.2	Testování hypotéz zaměřených na porovnání dvou skupin respondentů – laiků a zdravotníků	71
5	DISKUSE	84
	ZÁVĚR	89
	ANOTACE	92
	LITERATURA A PRAMENY	93
	SEZNAM OBRÁZKŮ	97
	SEZNAM TABULEK	98
	SEZNAM PŘÍLOH	101
	PŘÍLOHY	102

ÚVOD

Eutanázie je pojem, který pro mne v době, kdy jsem si toto téma volila jako téma diplomové práce, znamenal smrt z milosti, tedy smrt nevyléčitelně nemocného, trpícího člověka, který žádá lékaře o ukončení svého života. Důvody žádostí těchto nemocných jsem spatřovala hlavně ve ztrátě smyslu života; beznaději; ztrátě důstojnosti; pocitu samoty, opuštěnosti.

Nikdy jsem se o problematiku eutanázie blíže nezajímala. Zнала jsem ji pouze z médií, což mě přivedlo k tomu, zvolit si ji jako téma závěrečné práce a něco více se o ní dozvědět.

Postupem času jsem však zjišťovala, že tato problematika není vůbec jednoduchá. Autoři píšící o eutanázii, její zastánci i odpůrci, jsou nejednotní v její definici a rozdělení názorově, každý si ji vykládá po svém. Sama jsem se dostala do situace, kdy jsem měla a myslím, že ještě pořád trochu mám, v dané problematice nejasno. Bohužel jsem zjistila, že jsem si nezvolila, pro mne, zrovna šťastné téma, protože jsem dosti dobře neporozuměla různým filozofickým úvahám pojednávajících o eutanázii. I přesto jsem se snažila s daným tématem vypořádat.

V teoretické části jsem se snažila o stručné a jasné objasnění problematiky eutanázie, paliativní medicíny, hospicového hnutí a hospicové péče.

V praktické části jsem se snažila, formou dotazníkového šetření, zjistit, co si veřejnost myslí o eutanázii a jaké má postoje k ní a dalším otázkám s ní spojených a zda existují rozdíly v názorech a postojích k této problematice mezi zdravotníky a laiky.

Stanovila jsem šest hypotéz, které jsem testovala pomocí chí-kvadrát testu.

V současné době probíhají intenzivní diskuse o legalizaci eutanázie v České republice. Z různých anket je zřejmé, že velká část veřejnosti je pro její legalizaci. Nabízí se otázka: Mají všichni v pojmu eutanázie opravdu jasno?

1. CÍL PRÁCE A PRACOVNÍ HYPOTÉZY

Cíl č. 1: *zjistit, jaké smýšlení a jaký postoj zaujímá veřejnost k problematice eutanázie a dalším otázkám s ní spojených.*

Hypotézy:

I. H_0 : Předpokládám, že víra v Boha nebude mít u respondentů vliv na jejich souhlas s legalizací eutanázie v České republice.

H_A : Předpokládám, že víra v Boha bude mít u respondentů vliv na jejich souhlas s legalizací eutanázie v České republice.

II. H_0 : Předpokládám, že osobní zkušenosti respondentů s umíráním blízké osoby na nevyléčitelné onemocnění nemají vliv na jejich souhlas s legalizací eutanázie v České republice.

H_A : Předpokládám, že osobní zkušenosti respondentů s umíráním blízké osoby na nevyléčitelné onemocnění mají vliv na jejich souhlas s legalizací eutanázie v České republice.

III. H_0 : Předpokládám, že nebude významný rozdíl v morální přijatelnosti eutanázie mezi respondenty v Boha věřícími a v Boha nevěřícími.

H_A : Předpokládám, že bude významný rozdíl v morální přijatelnosti eutanázie mezi respondenty v Boha věřícími a v Boha nevěřícími.

Cíl č. 2: *zjistit, zda existují rozdíly ve smýšlení a postoji k problematice eutanázie a dalším otázkám s ní spojených mezi zdravotníky a laiky.*

Hypotézy:

I. H_0 : Předpokládám, že nebude významný rozdíl v souhlasu s legalizací eutanázie v České republice mezi zdravotníky a laiky.

H_A : Předpokládám, že bude významný rozdíl v souhlasu s legalizací eutanázie v České republice mezi zdravotníky a laiky.

II. H_0 : Předpokládám, že nebude významný rozdíl v morální přijatelnosti eutanázie mezi zdravotníky a laiky.

H_A : Předpokládám, že bude významný rozdíl v morální přijatelnosti eutanázie mezi zdravotníky a laiky.

III. H_0 : Předpokládám, že nejčastější důvody žádosti o eutanázii budou stejné u zdravotníků i laiků.

H_A : Předpokládám, že nejčastější důvody žádosti o eutanázii se budou mezi zdravotníky a laiky lišit.

2 TEORETICKÁ VÝCHODISKA

2.1 EUTANÁZIE

Začátek i konec lidského života se stále více stává předmětem lékařské manipulace a tím také etických diskusí. Lékařské umění je schopné čím dál lépe oddalovat okamžik pacientovy smrti, často způsobem, který se zdá být nelidský. Proto je třeba vypořádat se s myšlenkou, že lékař za jistých okolností vědomě upustí od dalšího možného prodlužování lidského života. Nabízí se otázka, zda lékař také nemá právo aktivním zákrokem ukončit život, který snad pokládá za již nehodný žití nebo udržování.¹

Diskuse o eutanázii ukazují zvláště jedno, pokud se eutanázie jednou připustí, je velmi těžké a v praxi zjevně zcela nemožné stanovit přesnou hranici mezi případy, kdy pacient žádá o pomoc při umírání zcela svobodně a případy, kdy o smrti člověka rozhodují zcela jednoznačně druzí.²

Po 2. světové válce bylo, díky šoku z nacistických zločinů, téma eutanázie dlouhou dobu tabu. S odezníváním tohoto šoku se však ukazuje stále silnější tendence k pozitivnímu hodnocení pomoci při umírání nebo smrti na žádost a téma eutanázie se stává stále aktuálnější.

I v dnešní společnosti se umírání na žádost hodnotí pozitivně. Mírné rozsudky v řadě soudních procesů s lékaři, kteří usmrtili pacienta na jeho žádost ukazují, kterým směrem se vývoj ubírá.³

Říci striktně, zda eutanázie ano či ne, není jednoduché. Jde o problém mnohem širší, v kterém lze naléznout mnoho pozitivního i negativního. Je proto důležité získat o celé situaci přehled a vytvořit si vlastní názor.

¹ Srov. ROTTER, H., *Důstojnost lidského života*, s. 93.

² Tamtéž.

³ Tamtéž, s. 96-97.

2.1.1 Eutanázie a základní pojmy

Častou příčinou nedorozumění mezi diskutujícími bývá to, že každý chápe obsah a rozsah pojmu eutanázie po svém. Proto je důležité definovat základní pojmy.

EUTANÁZIE, slovo řeckého původu znamenající dobrou smrt (eu = dobrý, thanatos = smrt). Ekvivalentem dobré smrti je lehká, krásná smrt, která přichází po dlouhém spokojeném životě, rychle, bezbolestně nebo ve spánku. Teprve později došlo k posunu významu a tímto termínem se nejčastěji rozumí smrt z milosti.⁴

Pojmu eutanázie se věnoval např. Vozár, který ji definuje jako „vědomé ukončení života smrtelně nemocného člověka plně způsobilého k právním úkonům na jeho žádost“.⁵

Podobně i Štěpán se zabývá jednáním, „jehož vlastním cílem je zkrácení života, přičemž rozhodujícím motivem je soucit s trpícím“.⁶

Je tedy zřejmé, že termínu eutanázie můžeme přiřadit nejméně dva významy. Jednak bývá interpretován jako milosrdná, dobrá, krásná, lehká smrt, jednak se užívá v souvislosti s usmrcením z útrpnosti či soucitu a je takto i terminologicky vnímán.⁷

Pollard definuje eutanázii (ať aktivní či pasivní) jako „záměrné ukončení života motivované soucitem“, a dělí ji na:

- vyžádanou či dobrovolnou – žádá-li o ni osoba sama pro sebe
- nevyžádanou – když o ni daná osoba nepožádala, protože je nedospělá nebo mentálně nezpůsobilá anebo je způsobilá a nebyla tázána.
- nedobrovolná – když je uskutečněna navzdory žádosti, aby se neprováděla.⁸

⁴ Srov. HAŠKOVCOVÁ, H., *Thanatologie*, s. 120.

⁵ VOZÁR, J., *Pojem euthanasia*, s. 231.

⁶ ŠTĚPÁN, J., *Právo a moderní lékařství*, s. 112-113.

⁷ Srov. HOLČAPEK, T., CÍSAŘOVÁ, D., a kol., *Trestní právo a zdravotnictví*, s. 102.

⁸ POLLARD, B., *Eutanázie ano či ne?*, s. 22-23.

Světová lékařská asociace (WHA) definuje eutanázii jako „vědomé a úmyslné provedení činu s jasným záměrem ukončit život jiného člověka za následujících podmínek:

- subjektem je kompetentní informovaná osoba s nevyléčitelnou chorobou, která dobrovolně požádala, aby její život byl ukončen,
- jednající ví o stavu této osoby a o jejím přání zemřít a páchá tento skutek s prvořadým úmyslem ukončit život této osoby,
- skutek je proveden se soucitem a bez osobního zisku.“⁹

Je nutné dodat, že WMA definovala pojem eutanázie proto, aby byl jednoznačně vymezen a ne proto, že by snad s eutanázií souhlasila. Naopak nabádá lékaře, aby eutanázii nevykonávali.

Podle Holandského modelu je termín eutanázie vymezen takto: „eutanázie je úmyslné ukončení života člověka někým jiným než člověkem samotným (= lékařem) na jeho vlastní žádost.“¹⁰

Pojem eutanázie je tedy nutno používat v případech, jsou-li splněny tři (oběma definicemi) dané podmínky: 1. úmysl zabít

2. zabití

3. dobrovolná, autonomní žádost pacienta.

Dříve byla eutanázie dělena na aktivní a pasivní.

AKTIVNÍ EUTANÁZIE vyjadřovala „aktivní zásah vedoucí ke smrti (= zabití, např. podáním smrtelné dávky léku)“.¹¹

PASIVNÍ EUTANÁZIE znamenala „ustoupení od aktivity – nepokračování v léčebných postupech, což vedlo také ke smrti“.¹²

Pokud pacient eutanázii vyžadoval, jednalo se o tzv. DOBROVOLNOU (VYŽÁDANOU) EUTANÁZII, pokud nikoli, šlo o EUTANÁZII NEDOBROVOLNOU (NEVYŽÁDANOU), tzn. u více či méně nekompetentních pacientů na žádost rodiny nebo z rozhodnutí lékaře, který je přesvědčen, že život pacienta není hoden toho, aby byl žit.¹³

⁹ MUNZAROVÁ, M., a kol., *Proč NE eutanázii aneb Být či nebýt?*, s. 19.

¹⁰ MUNZAROVÁ, M., *Eutanázie nebo paliativní medicína?*, s. 49.

¹¹ MUNZAROVÁ, M., a kol., *Proč NE eutanázii aneb Být či nebýt?*, s. 20.

¹² Tamtéž.

¹³ Srov. ŠPINKOVÁ, M., *Euthanasie, víme o čem mluvíme?*, s. 12.

Bylo možné popsat různé kombinace např. aktivní vyžádaná eutanázie, pasivní nevyžádaná, aktivní nedobrovolná atd.

Pojmy aktivní a pasivní eutanázie je nutné opustit, protože jsou zavádějící a matoucí. Pod pojmem pasivní eutanázie se totiž skrývaly dvě diametrálně odlišné situace:

1. **Nejednání s úmyslem zabít** (nepodání léku); v tomto případě jde po mravní stránce o totéž jako v případě aktivní eutanázie, tj. trestný čin.
2. Nepodání určité léčby nebo ustoupení od dalších postupů, pokud jsou nadměrně zatěžující, přinášejí-li umírajícímu jen další utrpení a jsou-li zbytečné a marné, tzn. není při jejich aplikaci naděje na trvalejší a podstatné zlepšení stavu pacienta. Jednoduše řečeno, **odstoupení od marné léčby** = „dovolit odejít“ nebo „nechat zemřít“. Na odmítnutí takových postupů má nemocný plné právo.

Je nutné zdůraznit, že výše popsaný postup **NENÍ EUTANÁZIE**. Je to postup, který je plně v souladu s lékařskou etikou a s respektem k důstojnosti umírajícího člověka.¹⁴

Další pojmy související s eutanázií:

DYSTANÁZIE tzv. zadržaná smrt, kdy dochází k prodlužování a udržování života „za každou cenu“ a kdy se smrt pokládá za „nepatřičnou prohru“.

Nemocný by už dávno „v klidu“ zemřel, nebýt snah odborníků zvrátit evidentně nepříznivý zdravotní stav nemocného.¹⁵

V mnoha zemích se o prostředcích neúnosně prodlužujících život (např. dodávání tekutin a výživy, odpojení od přístrojů nahrazujících vitální funkce atd.) intenzivně diskutuje. Proto v některých státech existuje možnost předem stanovit, které zákroky si člověk přeje, aby byly prováděny.

Jde např. o možnost tzv. „LIVING WILL“ či přání „DNR“, u nás „NR“ (neresuscitovat).¹⁶

LIVING WILL, životní vůle, je zvláštní forma pro vyjádření svobodné vůle používaná v některých zemích (USA). Jde o písemné vyjádření vůle nemocného

¹⁴ Srov. MUNZAROVÁ, M., a kol., *Proč NE eutanázii aneb Být či nebýt?*, s. 21.

¹⁵ Srov. VORLÍČEK, J., ADAM, Z., a kol., *Paliativní medicína*, s. 357.

¹⁶ Srov. ŠPINKOVÁ, M., *Euthanasie, víme o čem mluvíme?*, s. 13-14.

pro případ, kdy bude v tak vážném zdravotním stavu, že nebude moci posoudit svou situaci ani vyslovit svá přání.

Living will je praktickým výrazem strategie určování svých záměrů předem, ale ukazuje se, že není obecně použitelná. Lidé totiž jinak uvažují, co by chtěli, kdyby se stalo, a jinak, když se stane. Je známo, že lidé, kteří byli radikálními zastánci eutanázie zmírňují nebo zcela mění svůj názor v době vážné nemoci a bojují doslova a do písmene o každý příští den. Proto i řada právníků zpochybňuje platnost living will a je ochotna ji přiznat jen doplňující roli.¹⁷

ORTHOTHANASIE je odpojení od přístrojů, které má za následek skon pacienta,¹⁸ tzn. ukončení dystanázie.¹⁹

ASISTOVANÁ SEBEVRAŽDA je zvláštní forma eutanázie. Nevyléčitelně nemocný pacient strádající nesnesitelnými bolestmi, s neblahou prognózou, si přeje zemřít. Žádá lékaře o pomoc, resp. o metodickou radu či konkrétní prostředek, jak realizovat odchod ze života. Samotný akt nevykoná lékař, nýbrž za jeho asistence sám pacient.

Někdy se v souvislosti s asistovanou sebevraždou hovoří o „návodu k vysvobození“.²⁰

SOCIÁLNÍ EUTANÁZIE. Bylo by žádoucí, aby každý občan obdržel kdykoli a kdekoli takovou péči, která odpovídá současným poznatkům vědy a současné úrovni medicíny. Praxe je však jiná. Z řady důvodů (ekonomických, geografických, kvalifikačních) nemůže libovolné zařízení v republice poskytnout pacientovi nejvyšší možnou péči. Závisí tedy na tom, do kterého zařízení se daný pacient dostane a jak je právě toto zařízení vybaveno (špičkové vybavení, průměrné vybavení, jen nejnutnější vybavení). Pokud by se dostal do jiného zařízení, budou jeho šance jiné. Proto se mluví o tzv. sociální eutanázii. Lékař sociální eutanázii nevykoná, jen akceptuje daný stav a dělá to, co za daných podmínek může udělat.²¹

¹⁷ HAŠKOVCOVÁ, H., *Thanatologie*, s. 140-141.

¹⁸ Tamtéž, s. 121.

¹⁹ VOZÁR, J., *Pojem euthanasia*, s. 221.

²⁰ Srov. HAŠKOVCOVÁ, H., *Thanatologie*, s. 122.

²¹ Tamtéž.

Hlavní diskuse se dnes vedou především o asistované sebevraždě a o legalizaci dobrovolné eutanázie, tedy usmrcení lékařem na žádost pacienta.

2.1.2 Stručná historie eutanázie

Moderní historie eutanázie začíná patrně v Německu roku 1885 vydáním Jorstovy knihy s názvem „Právo zemřít“. Ačkoli se jedná o konkretizovaný návrh jistých forem usmrcení z milosti, nedočkala se zvláštního ohlasu. V roce 1920 se objevila další německá kniha s názvem „Poskytnutí souhlasu ke zničení života, který žití není hoden“, kterou napsali právník Karl Binding a psychiatr Alfred Hoche.²² Kniha se „chytil“ i lékař Bernard Wagner a v roce 1935 se obrátil na Adolfa Hitlera s požadavkem, aby duševně nemocní a defektní pacienti psychiatrických ústavů, včetně dětí, byli usmrcováni. Vůdce souhlasil a idea dostala vznešený název „Program eutanázie“. Zpočátku vydávali nacisté eutanázii za blahodárnou sociální reformu pro beznadějně nemocné a mentálně postižené. Ironicky „dobrodiní“ tohoto osvobození bylo zpočátku odpíráno Židům, považovaných za občany, mající menší práva podílet se na sociálním pokroku. Jako oprávnění eutanázie se původně uváděl soucit, nedostatečná kvalita života a omezení nákladů. Později se indikace rozšířila i na některé menší defekty a na senilní jedince včetně válečných veteránů a to z podnětu lékařů coby „milosrdné usmrcení“.²³ Akce pokračovala a následovalo svévolné zabíjení homosexuálů, schizofreniků, lidí s maniodepresivní psychózou atd. Roku 1939 se eutanázie už tak zneužívala, že se po Hitlerově souhlasu s jejím širším využitím změnila v nástroj genocidy. K „milosrdné smrti“ používali němečtí lékaři injekce s jedem, plyn, experimentovali i s usmrcováním nemocných hlady. To, co zpočátku znamenalo možnost odstranění nechtěných nevléčitelně nemocných, protože se soudilo, že jejich život ztratil svou hodnotu, rychle přerostlo v něco mnohem zhoubnějšího.²⁴ Po válce v letech 1946 – 1947 probíhal snad nejznámější proces všech dob v Norimberku. Po roce 1945 němečtí lékaři zločiny nacistů tabuizovali a dlouhé roky se vyhýbali jakékoliv diskusi na toto téma. Dnes se již na téma eutanázie diskutuje, v souvislosti s touto problematikou se však užívá

²² Srov. POLLARD, B., *Eutanázie ano či ne?*, s. 67.

²³ Tamtéž, s. 67-68.

²⁴ Tamtéž, s. 68.

pojem „Sterbehilfe“ (pomoc při umírání). Většina Němců dnes nemá k eutanázii jednoznačný postoj, ale drtivá většina ji považuje za zločin. V Německu neexistuje speciální zákon k eutanázii. Případné přečiny spadají pod trestní právo jako trestný čin usmrcení. Německé právo ale rozlišuje aktivní a pasivní eutanázii. Aktivní je protizákonná, pasivní je však slučitelná se zákonem, což potvrzuje i soudní praxe. Žádný lékař nesmí být nucen zákonem zachraňovat za každou cenu vyhasínající lidský život.²⁵

2.1.3 Legalizace eutanázie ve světě

„Tabuizovaná a následně »obnažená« smrt, která je nezřídka pomalá a bolestná, zavdala opět důvod k úvahám, zda by nebylo vhodnější umožnit strádajícím milosrdný odchod ze života.“²⁶

Byly formulovány podmínky pro tzv. aktivní eutanázii a odpovědnost za vyjádření žádosti byla přenesena na pacienta, který může nejlépe zhodnotit svou situaci a v návaznosti na lidská práva a zejména na právo sebeurčení, vyjádřit svou vůli.²⁷

AUSTRÁLIE, její Severní teritorium, byla jedinou zemí světa, kde v červnu 1996 legalizovali aktivní eutanázii. O čtyři měsíce později byl zákon pozastaven a v březnu 1997 zrušen. Za dobu jeho platnosti podstoupily eutanázii čtyři osoby. Podle zákona mohli o eutanázii žádat pacienti, kteří se prokázali osvědčením dvou praktických lékařů o tom, že jsou nevléčitelně nemocní a přejí si zemřít a kteří byli podle psychologa k tomuto rozhodnutí duševně způsobilí.²⁸

Zákony se v jednotlivých zemích světa staví k problematice eutanázie a asistované sebevraždy různě: buď ji nezmiňují nebo zakazují nebo ji povolují/tolerují.

Situace se rychle mění díky různým skupinám obyvatelstva či zvláštním

²⁵ Srov. PITRMUCOVÁ, P., *Eutanázie*, <<http://www.gymfry.cz/zmp0304/pitrmuco/nemecko.html>>.

²⁶ HAŠKOVCOVÁ, H., *Thanatologie*, s. 125.

²⁷ Tamtéž.

²⁸ Srov. BERKA, V., SUM, T., *Eutanázie ve světě*, <<http://www.epravo.cz/top/clanky/eutanazie-ve-svete-33479.html>>.

organizacím, které usilují o legalizaci eutanázie a vyvíjí tak značný tlak na veřejné mínění a tím i zákonodárce.

V současnosti je eutanázie nebo asistovaná sebevražda povolena (za různých specifických podmínek) v Holandsku, Belgii, Lucembursku, Švýcarsku a v USA ve státech Oregon a Washington.

HOLANDSKO, jako první evropská země, schválilo zákon s názvem „Zákon o přezkoumání ukončení života na žádost pacienta a pomoc při sebevraždě“. I když bylo zdůrazněno, že se v žádném případě nejedná o legalizaci eutanázie a napomáhání k dobrovolné smrti, neboť obě formy ukončení života na žádost zůstávají trestné, určitě se jedná o rozšíření možností požádat o vlastní smrt.²⁹

Jak je uvedeno výše, ukončení života na žádost je sice trestné, nevede však k trestnímu stíhání, pokud byly splněny stanovené podmínky svědomitosti, které jsou formulovány v zákoně. „Podle nich má tedy jednání lékaře dostatečně vyhovovat následujícím požadavkům:

- a) Musí se přesvědčit, že žádost pacienta je předkládána svobodně, odpovědně, uvážlivě.
- b) Musí dospět k přesvědčení, že se jedná o beznadějné a nesnesitelné utrpení.
- c) Informoval pacienta o jeho situaci a vyhlídkách.
- d) Společně s pacientem došli k přesvědčení, že v jeho situaci není žádné jiné východisko.
- e) Přizval nejméně jednoho dalšího nezávislého lékaře, který pacienta vyšetřil a vytvořil si úsudek (podle odstavců a až d jmenovaných požadavků svědomitosti).
- f) Provedl ukončení života medicínsky svědomitě.“³⁰

Tzv. zkušební výbory přezkoumají jednotlivé případy. Jsou-li názoru, že lékař jednal svědomitě, je případ považován za uzavřený. V případě negativního mínění předkládají případ státnímu zastupitelství.

Zákon obsahuje také ustanovení o přání nezletilého ukončit život a dopomoci k sebevraždě. Pokud se pacient nachází mezi 12. a 16. rokem věku a je schopen

²⁹ HAŠKOVCOVÁ, H., *Thanatologie*, s. 128.

³⁰ Tamtéž, s. 210.

přiměřeného posouzení svých zájmů, může lékař vyhovět jeho žádosti, ale pouze se souhlasem rodičů nebo poručníka. Pokud je ve věku 16 a 17 let a je přiměřeně schopen zvážit své zájmy, může lékař vyhovět jeho žádosti, ale rodiče nebo poručník musí být seznámeni s tímto jeho rozhodnutím.³¹

Koncem roku 2004 byla světová veřejnost seznámena s tzv. Groningenským protokolem vypracovaným holandskými lékaři. Jeho cílem je umožnit eutanázii i u novorozenců. Protokol obsahuje pět podmínek :

- novorozené dítě musí velmi trpět,
- není naděje, že mu pomohou léky nebo operace,
- rodiče musí se zamýšleným ukončením jeho života souhlasit,
- postup musí být schválen nezávislými lékaři,
- ukončení života má být provedeno „šetrně“.

Podle dostupných pramenů je ročně provedeno 10 až 15 případů eutanázie u novorozenců.³²

„Největším problémem je eutanázie u lidí, kteří nejsou schopni svou vůli svobodně vyjádřit, jako jsou duševně postižení, psychiatričtí pacienti v akutní fázi nemoci, děti atd.“³³

BELGIE legalizovala eutanázii o několik měsíců později než Holandsko. Belgická vláda se inspirovala holandským zákonem. Hlavní odlišností je, že písemné vyslovení souhlasu s eutanázií se musí pravidelně obnovovat a lékař musí provedení eutanázie ohlásit přímo u prokurátora.³⁴

Smrt z rukou lékaře mohou v Belgii přijmout jen lidé nevyléčitelně nemocní, kteří jsou vystaveni stálému nesnesitelnému psychickému nebo fyzickému utrpení, musí být plnoletí a přičetní, musí být informováni o svém zdravotním stavu a nadějích na vyléčení.³⁵

Ve **ŠVÝCARSKU** působí řadu let organizace s názvem Exit a Dignitas (Důstojnost), které poskytují asistovanou sebevraždu těm, kteří o ni požádají,

³¹ Srov. CÍSAŘOVÁ, D., SOVOVÁ, O., a kol., *Trestní právo a zdravotnictví*, s. 121.

³² Srov. HAŠKOVCOVÁ, H., *Thanatologie*, s. 128.

³³ KABELA, M., *Holandská současnost*, s. 159.

³⁴ Tamtéž, s. 160.

³⁵ Srov. BERKA, V., SUM, T., *Eutanázie ve světě*,

<<http://www.epravo.cz/top/clanky/eutanazie-ve-svete-33479.html>>.

s poukazem na starý zákon z roku 1942. Podle švýcarské ústavy není pomoc k sebevraždě trestným činem, pokud za ní nestojí egoistické zájmy.³⁶

V praxi to probíhá tak, že umírající projevující zájem o ukončení vlastního života kontaktuje lékaře z organizace Exit nebo Dignitas. Po rozhovoru s ním podepíše žádost o asistovanou sebevraždu a na základě receptu je mu poskytnuta smrtící látka. Vlastní akt probíhá vždy v prostorách organizace. Tuto výše uvedenou praxi uvítali nejen švýcarští občané, ale i cizinci.³⁷

LUCEMBURSKO uzákonilo za striktně definovaných podmínek eutanázii a asistovanou sebevraždu v březnu 2009. Zákon uvádí, že lékař, který vyhoví žádosti o eutanázii nebo se bude podílet na asistované sebevraždě, nebude trestně stíhán ani nijak postihován.³⁸

OREGON, stát v USA legalizující asistovanou sebevraždu. O jejím uzákonění rozhodli v roce 1998 lidé v referendu.

Asistovaná sebevražda je povolena osobám nacházejícím se v posledních šesti měsících smrtelné nemoci, což musí potvrdit dva lékaři. Žádost o zákrok musí proběhnout dvakrát ústně a jednou písemně a to pokaždé v intervalu dvou týdnů. Pacient musí být v takovém psychickém stavu aby si byl plně vědom důsledků své žádosti. To, že je činěno dobrovolně a bez vnějšího nátlaku jsou povinni potvrdit dva svědkové. Smrtelnou dávku předepíše lékař, ale pouze na pacientovi je, aby si ji aplikoval.³⁹

WASHINGTON je druhým státem USA, který legalizoval asistovanou sebevraždu v roce 2008.⁴⁰

³⁶ Srov. HAŠKOVCOVÁ, H., *Thanatologie*, s. 129.

³⁷ Tamtéž.

³⁸ Srov. *Lucembursko přijalo zákon o eutanázii*, <http://www.denik.cz/ze_sveta/eutanazie_lucembursko20090318.html>.

³⁹ Srov. BERKA, V., SUM, T., *Eutanázie ve světě*, <<http://www.epravo.cz/top/clanky/eutanazie-ve-svete-33479.html>>.

⁴⁰ *Assisted Suicide Laws*, <http://www.internationaltaskforce.org/assisted_suicide_laws.htm>.

2.1.4 Legalizace eutanázie v České republice

V České republice je eutanázie i asistovaná sebevražda zakázána, a pokud by byla provedena, bude kvalifikována jako trestný čin vraždy podle § 219 odst. 1 trestního zákoníku.

V současné době se otázce právní úpravy návrhu na uzákonění legální eutanázie v České republice věnuje Liberální reformní strana (LIRA), která ve spolupráci s širokou veřejností, především z řad lékařů a právníků připravila základní legislativní návrh pro veřejnou diskusi ve společnosti, v politických stranách a následně i parlamentu České republiky.⁴¹

Prvním návrhem zákona „o důstojné smrti“ se senátoři v září 2008 odmítli zabývat. Nyní je připraven druhý návrh, který zohledňuje relevantní připomínky z řad odborníků k prvnímu návrhu.⁴²

Předlohou návrhu zákona je právní úprava v Belgii, kde je eutanázie uzákoněna od roku 2002. Domšová uvádí: „Tento zákon by byl jedním z mála zákonů, který nikomu nic, tedy ani lékaři, nepřikazuje, nic nenařizuje. Byl by zákonem, který rozšíří práva občanů o jedno z nejzákladnějších práv, právo projevu svobodné vůle.“⁴³

V důvodové zprávě k návrhu zákona o „důstojné smrti“ se uvádí, že pro účely české právní úpravy byl zvolen koncept, který na první místo klade možnost, aby pacientovi, který trpí vážnou chorobou a jeho zdravotní stav vyvolává trvalé fyzické nebo psychické utrpení, byla poskytnuta pomoc k tomu (součinnost), aby si mohl důstojnou smrt vyvolat za odborné asistence sám. Dále je uvedeno, že návrh zákona nepočítá s tím, že by lékař aktivně smrt pacienta vyvolal, tzn. koncept neklade takovou zátěž na lékaře, neboť ti se v rámci tohoto postupu nebudou přímo podílet na usmrcení pacienta, nýbrž mu k důstojné smrti poskytnou pouze svoji odbornou součinnost. V návrhu je zároveň konstatováno, že je v souladu s ústavním pořádkem České republiky i s předpisy mezinárodního práva, není v rozporu s legislativou Evropských společenství a nejsou v něm obsažena žádná diskriminační

⁴¹ Srov. LIBERÁLOVÉ.CZ, *Návrh II. je připraven k diskuzi*,
<<http://www.eutanazie-dobrasmrt.cz/?akce=aktualne&id=126>>.

⁴² Srov. LIBERÁLOVÉ.CZ, *Asistovaná eutanázie v ČR*,
<<http://www.eutanazie-dobrasmrt.cz/?akce=aktualne&id=122>>.

⁴³ Vyjmutο z úvodní řeči V. Domšové, překladaatelky návrhu zákona o „důstojné smrti“ na plénu senátu 18.9.2008.

ustanovení. Je zde také uvedeno, že dopad na státní rozpočet by byl minimální, neboť výdaje se dotknou pouze zřízení komise pro posuzování případů, kdy došlo k nápomoci k důstojné smrti.⁴⁴

Celé znění návrhu zákona „o důstojné smrti“ je uvedeno v příloze č. 2.

Názory na legalizaci eutanázie v České republice jsou různé, pro i proti. Zde uvádím některé z nich:

MUDr. Boris Šťastný, poslanec (ODS)

„Já osobně jsem bytostně přesvědčen, že není žádné vyšší moci, než je svobodné rozhodnutí člověka, a to včetně rozhodnutí o vlastním životě a smrti. Touto myšlenkou jsou vedeny mé politické úvahy a pro ni jsem se stal propagátorem jisté formy eutanázie v České republice.“⁴⁵

MUDr. David Rath, poslanec (ČSSD), exministr zdravotnictví

„Byl bych pro debatu s belgickými a holandskými kolegy o tom, jak se to u nich osvědčilo. Pokud ty zkušenosti budou dobré, já bych se klonil k zavedení podobné právní úpravy i u nás.“⁴⁶

Miroslav Kalousek, poslanec (KDU-ČSL)

„Jde o přímý útok na lidský život.“⁴⁷

Jan Klas, poslanec (ODS)

„Můj otec umíral dva roky na rakovinu žaludku ve strašných bolestech. Tehdy na konci 60. let byly jediným řešením obrovské dávky morfia, ale on měl silné srdce a neumíral. Sledoval jsem to jako kluk a dodnes to mám před očima. Stokilový chlap měl před smrtí 36 kilo. Z toho důvodu budu kdykoli pro legalizaci eutanázie.“⁴⁸

⁴⁴ LIBERÁLOVÉ.CZ, *Návrh II.*, <<http://eutanazie-dobrasmrť.cz/?akce=paragraf&id=11>>.

⁴⁵ HOŘEJŠÍ, J., *Uzdravíte mě, doktore – nebo mi pomůžete umřít?*, <<http://www.tribune.cz/archiv/mtr/151/4383>>.

⁴⁶ PETRÁŠOVÁ, L., DOLEJŠÍ, V., *Eutanázie se dá zneužít, varují odborníci*, <http://zpravy.idnes.cz/eutanazie-se-da-zneuzit-varuji-odbornici-fpl-/domaci.asp?c=A070522_221014_domaci_ost>.

⁴⁷ MERTINOVÁ, M., *Kdo viděl umírání, je pro eutanázii*, <<http://www.mertinova.cz/view.php?mn=12&cisloaktuality=2007082001>>.

⁴⁸ Tamtéž.

Jan Carbol, poslanec (KDU-ČSL)

„Domnívám se, že člověk nemá právo si sám vzít život.“⁴⁹

Milan Hamerský, předseda Liberální reformní strany

„Pro legalizaci eutanázie existuje mnoho dobrých důvodů jak morálních, tak praktických. Nastolení jasných pravidel umožňuje omezit excesy, zvyšuje důvěru mezi lékaři, nemocnými, jejich příbuznými a v celé společnosti. Morální pohled je zřejmý, každý je pánem svého života, své cesty ke štěstí. Neuvážené ukončení života je stejně zavrženíhodné jako hazardování s ním, či se zdravím. Máme-li se navzájem respektovat, musíme akceptovat rozhodování druhých o nich samotných i když s ním nesouhlasíme. Nabízejme druhým pomocnou ruku a alternativy v krizových chvílích, aby neuvažovali o (asistované) sebevraždě. Pokud však druhý člověk učiní svobodné, vážně míněné rozhodnutí, důstojně je respektujeme a snažme se je pochopit.“⁵⁰

Doc. MUDr. Munzarová Marta, CSc.

„Jsem radikálním odpůrcem eutanázie. Současně jsem si však velmi dobře vědoma toho, že bolestná a těžká umírání existují. Je však třeba proti nim bojovat úplně jiným způsobem: dobrou paliativní péčí a rozvojem hospicového hnutí.“⁵¹

MUDr. Svatošová Marie, zakladatelka hospicového hnutí v ČR

„Já jsem přesvědčená, že to, co potřebujeme, není žádný zákon o eutanázii, ale potřebujeme kvalitní a hlavně komplexní péči. Nestarat se pouze o tělesné potřeby takového pacienta, ale i o ty ostatní – sociální, psychologické, duchovní.“

Prof. MUDr., PhDr., RNDr. Haškovcová Helena, CSc.

„Celá diskuze o eutanázii v České republice je chaotická a nerespektuje to, že eutanázie je souhrnný pojem pro celou řadu naprosto rozdílných situací. Souhlasím s tím, že mnoho lidí trpí, někteří dokonce zbytečně, a že dívat se na jejich utrpení není jednoduché. To je možná ten důvod, proč někteří volají po eutanázii. Já jsem naopak

⁴⁹ MERTINOVÁ, M., *Kdo viděl umírání, je pro eutanázii*,

<<http://www.mertinova.cz/view.php?mn=12&cisloaktuality=2007082001>>.

⁵⁰ HAMERSKÝ, M., *Povolme eutanázii*, <<http://www.liberalnistrana.cz/archiv.php?co=1133245732>>.

⁵¹ MUNZAROVÁ, M., <<http://www.vesmir.cz/clanek/cetli-jsme-na-tema-eutanazie>>.

pro šíření myšlenek paliativní pomoci a paliativní péče. Pak by možná lidé nehorovali pro eutanázii. Z etického hlediska považují za vrcholnou nemravnost, aby člověk v mírových podmínkách prosil o svou smrt.⁵²

Prof. MUDr. Paľko Pavel, DrSc.

„Otázka eutanázie je otázkou filosofickou – jde o osobní rozhodnutí člověka. Jak ji provádět, je nepodstatné. A pokud jde o riziko zneužití – vše, co lidský duch vymyslel, bylo též zneužito – počínaje kuchyňským nožem a konče atomovou energií. Argument, že něco nepřipustím jen proto, aby to nebylo zneužito, je nepřijatelný, neboť lidský duch a lidská společnost by se nikdy nedostali dále.“⁵³

Prof. MUDr. Pavel Klener, DrSc.

„Rozhodně nepatřím mezi zastánce eutanázie, neboť jsem byl vychován k úctě k lidskému životu. Také studia na lékařské fakultě mě vedla k tomu, abych pacientům pomáhal a jejich životy zachraňoval, nikoli abych je ukončoval.“⁵⁴

Prof. MUDr. Zima Tomáš, DrSc., MBA

„Když o tom přemýšlím, převažuje u mne obava z možného zneužití. Nejsem si též zcela jist, do jaké míry může být pacient před svým rozhodnutím skutečně plně informován, do jaké míry této informaci porozumí a jak racionální, pevné a trvalé může rozhodnutí být. Na otázku ano či ne bych nejspíše odpověděl nevím, kloním se však spíše k Hippokratově přesvědčení, že lékařovo povolání by mělo zůstat čisté.“⁵⁵

Prof. RNDr. Pačes Václav, DrSc.

„Myslím, že eutanázie do vyspělé společnosti patří jako výjimečný a přísně kontrolovaný akt. V takovém případě je celkem jedno jakými prostředky se eutanázie realizuje a jestli si například smrtící injekci v bodne sám pacient nebo mu pomůže jemu nejbližší člověk či lékař.

⁵² ŠTRÁFELDOVÁ, M., *Eutanázie znovu vyvolává spory*, <<http://www.radio.cz/cz/clanek/73345>>.

⁵³ HOŘEJŠÍ, J., *Uzdravíte mě, doktore – nebo mi pomůžete umřít?*, <<http://www.tribune.cz/archiv/mtr/151/4383>>.

⁵⁴ Tamtéž.

⁵⁵ Tamtéž.

Obávám se ale, že my, Češi, netvoříme ještě tak vyspělou společnost, abychom eutanázii uzákonili. Je u nás příliš mnoho vražd pro peníze, příliš mnoho mafiánů a miliardových tunelářů, příliš mnoho korupce, příliš často se zjišťuje, že namol opilý lékař léčí. Máme příliš mnoho podivných advokátů. Dokonce i rozhodnutí nejvyšších soudních kapacit vzbuzují leckdy nedůvěru. A hlavně, obrazem společnosti jsou politici, které volíme – a mnozí nám dávají velmi špatný příklad úplatnosti.

Dovedu si docela dobře představit, jak plačící rodina, za asistence uplacených advokátů a lékařů, pomůže milosrdně na onen svět svým prarodičům, aby se pak rychle dělili, případně se rvali o dědictví.

Pres všech tyto úvahy si ale myslím, že stejně lékaři nevyléčitelně nemocným trpícím pacientům mohou život ukončit způsoby, které se eutanázií snad ani nedají nazvat – místo cíleného konání způsobujícímu smrt prostě mohou nekonat.⁵⁶

Nezbývá než doufat, že naši zákonodárci (v případě referenda všichni občané) uvážlivě zváží všechna pro i proti a pečlivě se seznámí s celou problematikou eutanázie, než rozhodnou o přijetí či nepřijetí tohoto zákona, protože v sázce je hodně – lidský život.

2.1.5 Argumenty pro povolení eutanázie

Zastánci eutanázie uvádějí obvykle tyto nejčastější důvody, proč by měla být povolena:

První důvod se týká **autonomie**, tzn. každý člověk má právo rozhodovat sám o sobě, tudíž i o svém životě nebo případné smrti nebo jak uvádí Kass: „každá osoba má právo starat se o své tělo a život, včetně jeho konce“.⁵⁷

Odpůrci eutanázie však vidí problém v tom, že pod právem zemřít si její zastánci představují něco jiného než je zakotveno v lékařské etice. V ní se toto právo vztahuje k právu člověka na patřičnou péči, když umírá, tzn. lidem by se mělo dovolit zemřít, když umírají a když je v jejich zájmu zemřít. Mělo by jim být poskytnuto veškeré pohodlí a jejich umírání by se nemělo zbytečně prodlužovat a zdržovat. Podle odpůrců

⁵⁶ PAČES, V., *O eutanázii*, <<http://blog.aktualne.centrum.cz/blogy/vaclav-paces.php?itemid=4044>>.

⁵⁷ KASS, R., L., „Nepodám žádný smrtící lék“: Proč lékaři nesmějí zabíjet, *Od narození do smrti*, s. 238.

si zastánci eutanázie právo zemřít vykládají ve významu být usmrcen na požádání a ve významu práva druhé osoby usmrtit, je-li o to požádána. Taková práva však neexistují.⁵⁸

Druhý důvodem je **snaha milosrdně zbavit člověka utrpení** (včetně nesnesitelných bolestí).

Odpůrci eutanázie tvrdí, že pomoc při utrpení spočívá ve zmírňování bolesti, dobré komunikaci a dostatečné opoře. Jsou si však vědomi toho, že všechny příčiny utrpení nejdou odstranit, ale mohou se alespoň zmírnit. Nedostatečné léčebné vzdělání vede bohužel k nedostatečnému tlumení bolesti, k dalšímu emocionálnímu soužení a zbytečnému utrpení až se objeví výzvy po potřebě eutanázie.⁵⁹

Třetím důvodem bývá **regulace nákladů na zdravotní péči**.⁶⁰

Haškovcová uvádí: „Hovořit o vztahu ekonomiky a finality života se zdá být neetické, ale zamlčovat existenci těchto vztahů je pokrytecké.“⁶¹ Bohužel finanční náročnost léčby a péče je v závěru života vysoká a zatěžuje omezené zdroje. Všude se šetří a argumenty tohoto typu zastáncům eutanázie nahrávají.

Kuhseová uvádí: „lékařům by mělo být povoleno vykonávat dobrovolnou eutanázii, protože respektují autonomii pacienta a jeho vlastní posouzení utrpení, protože je slučitelná s korektní lékařskou praxí a protože zde neexistují žádné vážné důvody myslet si, že dobrovolná eutanázie bude mít v praxi negativní důsledky“.⁶²

Odpor k eutanázii vidí Kuhseová v náboženské motivaci a dále tvrdí, že neexistuje žádný důkaz o „šikmé ploše“, čímž miní posun k stále nebezpečnějším praktikám, jakmile se mírnější jednou začnou tolerovat.⁶³

⁵⁸ Srov. POLLARD, B., *Eutanázie ano či ne?*, s. 88-89.

⁵⁹ Tamtéž, s. 54.

⁶⁰ Tamtéž, s.26.

⁶¹ HAŠKOVCOVÁ, H., *Thanatologie*, s. 155.

⁶² KUHSEOVÁ, H., Dobrovolná eutanázie a další lékařská rozhodování týkající se konce života: lékařům by mělo být dovoleno podat smrti pomocnou ruku, *Od narození do smrti*, s. 260.

⁶³ Srov. POLLARD, B., *Eutanázie ano či ne?*, s. 28.

2.1.6 Argumenty proti povolení eutanázie

K nejsilnějším argumentům proti povolení eutanázie patří **možnost zneužití** a to, jak ze strany medicíny, tak ze strany příbuzných. Kuhseová však tvrdí, že „nejlepší způsob, jak předcházet zneužití, je zprůhlednit lékařská rozhodnutí o konci života“.⁶⁴

Vliv na odmítnutí eutanázie mají i **náboženské tradice**, opírající se o nedotknutelnost a posvátnost lidského života. Život je darem od Boha a jen Bůh rozhoduje o tom, kdy a jakým způsobem člověk zemře.

Světová lékařská asociace vypracovala **deklarace týkající se eutanázie a asistované sebevraždy**, vyplývá z nich, že eutanázie je neetická, což však nebrání tomu, aby lékař respektoval přání pacienta, aby se ustoupilo přirozeným procesům vedoucím ke smrti. Dále se uvádí, že asistovaná sebevražda je stejně neetická jako eutanázie a musí být odsouzena lékařskou profesí. Nicméně právo odmítnout lékařskou péči je základním právem pacienta a lékař nejedná neeticky, pokud takovéto přání respektuje, i když končí smrtí pacienta. Obdobně i **Etický kodex České lékařské komory** považuje eutanázii a asistovanou sebevraždu za nepřípustné. Stejně i v **Hippokratově přísaze** je eutanázie zakázána,*nepodám nikomu smrtící látku, i kdyby ji ode mne žádal, a ani nikomu tuto možnost nenavrhnu...*⁶⁵

Dalším důvodem proti povolení eutanázie je **Listina základních práv a svobod**, která deklaruje právo na život, které má každý člověk.

Riziko **narušení důvěry veřejnosti k lékařům** je dalším argumentem. Při uznání práva na eutanázii si totiž nemůže být pacient jist, zda v kritické situaci nebude rozhodnuto o konci jeho života. Lidé by mohli mít obavy, že u nich dojde k „usmrcení z útrpnosti“. Kasselová uvádí, že je možné, že ji lékaři již ztrácejí, protože si pacienti myslí, že lékaři nerozumějí záležitostem osobní důstojnosti.⁶⁶

⁶⁴ KUHSEOVÁ, H., Dobrovolná eutanázie a další lékařská rozhodování týkající se konce života: lékařům by mělo být dovoleno podat smrti pomocnou ruku, *Od narození do smrti*, s. 260.

⁶⁵ Srov. HOLČAPEK, T., CÍSAŘOVÁ, D., a kol., *Trestní právo a zdravotnictví*, s. 106-107.

⁶⁶ Srov. CASSELOVÁ, K., CH., Asistovaná sebevražda: pokrok nebo nebezpečí?, s. 233.

Pellegrino přehledně uspořádal deset důvodů, proč nelze souhlasit s povolením eutanázie:

1. Právo na eutanázii není právem, které by vycházelo z právní vědy. Takové právo by pošlapávalo skutečné právo na život a hrubým způsobem by narušovalo integritu jak nemocného, tak lékaře.
2. I kdyby právo na eutanázii bylo prohlášeno za legální a kdyby se ústava změnila, vždy by zůstalo nemorálním. Mravnost nestojí na zákonodárství ani na výsledcích referenda.
3. Každý důležitý lékařský problém zahrnuje i složku mravní. Nejedná se jen o jakýsi výběr, dle volby dotyčného. Je povinností lékařské profese, aby zaručila dokonalý odborný přístup k nemocným a k umírajícím a eutanázie se stane zbytečnou. Na druhé straně by měl mít nemocný plné právo, mravní i legální, přemíru léčby, která vede jen k protahovanému umírání, odmítnout.
4. Eutanázie není autonomním výběrem. Nemocní jsou v pokročilé fázi onemocnění velmi zranitelní a snadno přijímají jakékoliv nápady jiných. Cítí se již být odcizeni vůči zdravým, vinni tím, že jsou zátěží pro ostatní, zahanbeni pro své těžkosti a slabosti, plní nejrozličnějších strachů a velmi citliví vůči různým návrhům.
5. Uzákonění možnosti usmrcovat nemocné by dalo lékařům nesmírnou moc. Není to totiž nemocný, který určuje, že léčba je beznadějná, že utrpení je nesnesitelné a že je již „připraven“ k eutanázii. Právní zajištění proti jakýmkoliv zneužitím v tomto směru je zcela nereálné. Lékař, stejně tak jako kdokoli jiný, nemůže uniknout svým předsudkům, svým hodnotám, svým představám o životě a smrti, svým představám o tom, kolik utrpení by on sám unesl. Veškerá zkušenost pak učí, že pacienti se rozhodují většinou pod vlivem psychických depresí nebo jiných rozlad; jejich léčba naopak často vede ke změně smýšlení, pokud jde o ukončení života.
6. Eutanázie není „smrtí milosrdnou“ ani „smrtí soucitnou“, není provedena vlivem soucitu. Co je to soucit? Je to cit spolutrpení, který však musí podléhat i rozumu. Jednání jen pod vlivem citu totiž nemůže být mravně obhajitelné. Není třeba popírat, že i pro lékaře ošetřujícího trpícího v terminálním stavu choroby je často smrt takového pacienta úlevou v jeho vlastní tísní. Správná cesta je však pomoci nemocnému ke skutečně důstojné, skutečně lidské smrti, a nikoliv k zabití.

7. Kluzký svah není pohádkou. Byl jednoznačný jak v akci eutanázie za nacismu, tak i v dnešních akcích moderních. Zabíjení lidí nekompetentních při neustálém vyhlásování respektu k autonomii nemocného je toho důkazem
8. Eutanázie není smrtí důstojnou. Domníváme se snad, že žádat o zabití v důsledku naprosté beznaděje a být zabit svým lékařem je důstojným postupem? Navíc, když víme, že pacient mohl být lépe a účinně ošetřován dobrou paliativní péčí, takže by o zabití ani nežádal?
9. Eutanázie není soukromou záležitostí. Všichni máme vztahy a různá provázání s jinými. Zabíjení má dopad na nás na všechny, je rozvratné pro celou společnost, pro její vnímání nedotknutelnosti a ceny života. Legalizace eutanázie znehodnocuje cenu životů dlouhodobě nemocných, lidí senilních, lidí narozených s těžkým handicapem.
10. Eutanázie je v přímém protikladu s náplní lékařství. Již od doby Hippokratovy přísahy bylo vždy lékařství spojováno i se závazkem mravním, s důrazem na to, aby život a umění byly v souladu. Zabíjení nemocných by vedlo k rozkladu lékařovy integrity a samozřejmě i k podkopání důvěry v lékaře a v lékařství vůbec. (Citát z Hippokratovy přísahy: „*Nepodám nikomu smrtící látku, i kdyby ji ode mne žádal, a ani nikomu tuto možnost nenavrhnu.*“).⁶⁷

⁶⁷ Srov. MUNZAROVÁ, M., *Eutanazie nebo paliativní péče?* s. 51-54.

2.2 PALIATIVNÍ MEDICÍNA

Paliativní medicínu vnímá veřejnost často jako novou disciplínu, i když je asi nejstarším lékařským oborem, protože až do novověkého pokroku medicíny byla jen u mála nemocí k dispozici skutečně účinná léčba. I dnes má kurativní medicína omezené možnosti, pak se cílem lékařského snažení stává místo terapie zmírňování symptomů.⁶⁸

V současné době je výuka lékařů a sester často zaměřena na technologicky pojatou medicínu převážně orientovanou na jednoznačný cíl – uzdravení nemocného. Každá jiná možnost je pak považována za neúspěch a případné selhání jednotlivce i týmu. Péče o chronicky nemocné a o nemocné v terminální fázi života nebývá v popředí zájmu zvláště mladších zdravotníků. Přitom je nepochybné, že těchto nemocných je většina a potřebují lékařskou a ošetrovatelskou péči nejvíce.⁶⁹

Moderní paliativní péči je možné pochopit jako pokus o znovuoživení starého povědomí o potřebě a významu paliativní péče. Tento pokus na jedné straně vyrůstá z reflexe mezi terapeutických možností moderní medicíny, na druhé straně se však opírá o významné pokroky, kterých moderní medicína především v léčbě bolesti a zvládání dalších symptomů dosáhla.⁷⁰

2.2.1 Stručný historický přehled

Společnost se odjakživa snaží poskytovat svým nemocným a umírajícím péči a podporu na potřebné úrovni. Do poloviny minulého století však měla lékařská věda málo prostředků pro účinnou kontrolu bolesti a symptomů. Až vývoj léků a lepší pochopení psychosociálních a duchovních potřeb umírajících připravil v 50. letech 20. století cestu rozvoji služeb paliativní péče. K většímu rozšíření paliativní péče a jejího uplatňování v praxi došlo v průběhu druhé poloviny 20. století.

⁶⁸ Srov. VIRT, G., *Žít až do konce*, s. 36.

⁶⁹ Srov. VORLÍČEK, J., ADAM, Z., a kol., *Paliativní medicína*, s. 17.

⁷⁰ Srov. *Co je paliativní péče*, <<http://www.cestadomu.cz/index.php?cmd=page&id=20>>.

Dříve poskytovaly paliativní péči různé církevní řády v kláštorech, při nichž vznikaly útulky (hospice, hospitium) pro poutníky, pocestné, zmrzačené a těžce nemocné. První hospice, domy, které poskytovaly péči těžce a nevyléčitelně nemocným vznikají v Evropě díky práci Jeane Garnierové z Lyonu, která zakládá roku 1874 hospic v Paříži a Marie Aikenheadové, která otvírá několik hospiců v Irsku – Dublinu a Corku a následně v roce 1905 v Londýně. Tyto instituce se zabývaly péčí o pacienty v pokročilém stádiu nevyléčitelných nemocí, jejich úsilí o kontrolu nad bolestí a jinými symptomy však bránila nedostatečná znalost povahy těchto symptomů a nedostatek účinných léků.

V 50. letech 20. století se objevila řada důležitých léků (psychofarmaka, antidepressiva, nesteroidní protizánětlivé látky), existovalo lepší povědomí o povaze nádorové bolesti a roli opioidů při její kontrole. Řešení bolesti a dalších symptomů se tak stává účinnější.

Moderní hospic a paliativní péče vděčí za svůj rozvoj do značné míry vizi, odvaze a odhodlání Cecily Saundersové, která je považována za průkopnici moderního hospicového hnutí. Po několikaletých zkušenostech s prací v hospici otvírá v roce 1967 v Londýně Hospic svatého Kryštofa (St. Christopher's Hospice), který se stal prvním moderním hospicovým centrem výuky a výzkumu.⁷¹

„Cecily Saundersová věnovala svůj profesní i osobní život výzkumu a péči o pacienty v pokročilém stádiu progredujících nemocí. Objevila vážné nedostatky v plnění potřeb umírajících pacientů a jejich rodin a začala je řešit. Vždy se zaměřovala na specifické a jedinečné potřeby každého jednotlivého pacienta a každé jednotlivé rodiny. Naučila nás celostní péči o pacienta, o rodinu, péči v období zármutku a skutečně interdisciplinární týmovou práci. Za pozoruhodně krátkou dobu se jí podařilo proměnit tuto oblast zdravotní péče a zpochybnit mnoho zavedených negativních přístupů a předsudků. Stručně řečeno, přinesla převratné změny do způsobu, jímž můžeme naplňovat nejrůznější potřeby umírajících pacientů a jejich rodin.“⁷²

Úspěchy Hospice svatého Kryštofa ukázaly cestu k zakládání dalších podobných zařízení všude ve světě. Studovali zde zdravotníci ze všech kontinentů a své nově nabyté znalosti a dovednosti uplatnili ve svých zemích.

⁷¹ Srov. BYSTRICKÝ, Z., *O organizaci paliativní péče*, 2004, s. 16-17.

⁷² Tamtéž, s. 17.

V České republice se paliativní medicína rozvíjí až po roce 1989, kdy měla řada našich lékařů a sester možnost vycestovat na zahraniční pracoviště zabývající se paliativní medicínou a kde získala mnoho teoretických i praktických poznatků. V 90. letech 20. století byly zahájeny stavby několika hospiců. Jako první byl v roce 1995 otevřen Hospic Anežky České v Červeném Kostelci. První oddělení paliativní péče bylo otevřeno v roce 1992 v nemocnici v Babicích nad Svitavou. Specializovaná ambulance paliativní medicíny v rámci Oddělení léčby bolesti působí od roku 2001 ve Fakultní nemocnici Brno. V posledních letech vznikají i agentury zaměřující se na domácí hospicovou péči.⁷³

2.2.2 Pojem paliativní medicína

Paliativní nebo útěšná medicína pochází z latinského *pallium* a znamená maska, pokrytí, zakrytí pláštěm. „Použití slova paliativní v kombinaci s péčí symbolicky znamená, že cílem je, poskytnout nemocnému ochranu (plášť) v extrémně nepříznivé situaci hrozícího vlastního zániku.“⁷⁴

V odborné literatuře se můžeme setkat s celou řadou definic paliativní medicíny, péče, jejichž obsah se více či méně překrývá nebo doplňuje.

Zde uvádím některé z nich:

„Paliativní medicína znamená aktivní a komplexní lékařskou a ošetrovatelskou péči a doprovázení pacientů od chvíle, kdy jejich choroba již nereaguje na terapeutické zásahy. Pak převládá význam léčby bolesti a zvládání dalších doprovodných symptomů a zmírňování psychických, sociálních a duchovních problémů. Hlavním cílem paliativní medicíny a paliativní péče je tedy realizace co možná nejlepší kvality života pro pacienta i jeho blízké ... Chce pacienta podporovat, aby mu umožnila pokud možno autonomní život až do smrti, a stát po boku jeho blízkých, aby se mohli lépe vyrovnat s nemocí a smutkem.“⁷⁵

⁷³ Srov. VORLÍČEK, J., ADAM, Z., *Paliativní medicína*, s. 18-19.

⁷⁴ HAŠKOVCOVÁ, H., *Thanatologie*, s. 37.

⁷⁵ VIRT, G., *Žít až do konce*, s. 39-40.

„Paliativní medicína se zabývá léčbou a péčí o nemocné s aktivním, progredujícím, pokročilým onemocněním. Délka života je u těchto nemocných omezená a cílem léčby a péče je kvalita jejich života“.⁷⁶

„Hospicový program je koordinovaný program paliativních a podpůrných služeb prováděných doma i za hospitalizace, který zajišťuje léčbu a psychologickou, sociální a spirituální péči pro umírající osoby a jejich rodiny. Služby jsou zajišťovány lékařsky řízeným interdisciplinárním týmem profesionálů i dobrovolníků. Po smrti nemocného je k dispozici péče o pozůstalé“.⁷⁷

„Paliativní péče je profesionální, holistická a interdisciplinární a má být poskytována všem umírajícím pacientům bez ohledu na diagnózu či typ zdravotnického zařízení. Jde o kontinuální péči - od všeobecného přístupu až po specializovanou disciplínu“.⁷⁸

„Paliativní péče je moderní a celosvětově rychle se rozvíjející typ péče, který nabízí umírajícím a jejich blízkým účinnou pomoc tam, kde prostředky běžných lékařských postupů, ale také síly a schopnosti nejbližšího okolí velmi často selhávají. Paliativní péče se zabývá utrpením, potřebami a kvalitou života a důstojností lidí na konci života.“⁷⁹

Uvedené definice obsahují všechny aspekty péče, lékařské i nelékařské, pro nemocného i jeho rodinu a to trvale po dobu nemoci.

2.2.3 Principy paliativní péče

Světová zdravotnická organizace vytyčuje jako dodatek k definici paliativní péče z roku 2002 její základní principy:

- poskytuje úlevu od bolesti a jiných forem utrpení,

⁷⁶ VORLÍČEK, J., ADAM, Z., aj., *Paliativní medicína*, s. 19.

⁷⁷ Tamtéž.

⁷⁸ O' CONNOR, M., a ARANDA, S., *Paliativní péče pro sestry všech oborů*, s. 15.

⁷⁹ KALVACH, Z., MAREŠ, J., a kol., *Umírání a paliativní péče v ČR*, s. 8.

- přisvědčuje životu a chápe umírání jako přirozený proces,
- neusiluje ani o urychlení, ani o nepřiměřené zadržování smrti,
- integruje psychologické a spirituální aspekty péče o pacienty,
- nabízí systematickou podporu pacientům, která jim dovoluje žít přiměřeně aktivní život až do smrti,
- nabízí rovněž systematickou podporu rodinám nemocných, která jim umožňuje vyrovnat se s pacientovým onemocněním i s vlastním zármutkem,
- pěstuje týmový přístup, který umožňuje účinně reagovat na potřeby pacientů a jejich rodin, včetně konzultací v době zármutku, jsou-li zapotřebí,
- podporuje kvalitu života a může pozitivně ovlivňovat průběh onemocnění,
- je použitelná i v časně fázi onemocnění současně s jinými způsoby léčení, které jsou určeny k prodloužení života, jako je chemoterapie či radioterapie, a zahrnuje všechna vyšetření nezbytná k lepšímu pochopení a ovlivňování závažných klinických komplikací způsobujících utrpení.⁸⁰

2.2.4 Cílová skupina paliativní péče

Cílovou skupinu, na kterou je směřována paliativní péče tvoří:

1. **pacient** – paliativní péče je poskytována pacientům bez ohledu na národnost, vyznání, sociální postavení, věk, rasu, pohlaví, sexuální orientaci. Rozhodovat by neměla ani schopnost nemocného na úhradu služeb finančně přispívat. Rozhodujícím kritériem pro poskytování komplexní péče je zdravotní stav klienta, vyplývající z pokročilosti nemoci,
2. **blízké osoby pacienta** – osoby blízké jsou zahrnuty do procesu poskytování péče na jedné straně jako spolupracovníci, na druhé straně jako objekt péče,
3. **pozůstalí** – členové pracovního týmu se snaží pomoci pozůstalým vyrovnat se se smrtí svých blízkých různou formou: osobní návštěva, korespondence, společná setkání pozůstalých s pracovním týmem, bohoslužba apod.,

⁸⁰ Srov. BYSTRICKÝ, Z., *O organizaci paliativní péče*, 2004, s. 22.

4. **široká odborná i laická veřejnost** – zájemci o paliativní péči z řad odborníků i laické veřejnosti mohou získat nové vědomosti, informace i praktické dovednosti při stážích, praxích, školeních a exkurzích.⁸¹

2.2.5 Cíle paliativní péče v závislosti na stádiu onemocnění

Z hlediska prognózy přežití a z toho plynoucích možných cílů léčby lze „paliativní“ pacienty zařadit do jedné z následujících skupin:

1. Fáze kompenzovaného onemocnění

→ prognóza přežití v řádu měsíců a někdy let

Pacienti jsou v klinicky relativně stabilizovaném stavu a cílem léčby je udržení co nejdelšího stavu kompenzace, co nejvyšší funkční zdatnosti a co nejdelší délky života.

V případě akutního zhoršení je indikována plná intenzivní a většinou i resuscitační péče, primární i sekundární prevence kardio a cerebrovaskulárních komplikací (antiagregační, antikoagulační léčba atd.).

2. Fáze nevratně progredujícího onemocnění

→ prognóza přežití v řádu týdnů a měsíců

V případě progresy onemocnění je cílem léčby udržení co nejvyšší kvality života. Opatření, která bezprostředně nepřispívají k udržení nebo zlepšení kvality života přestávají být indikována. V některých případech je indikována standardní intenzivní léčba (je třeba postupovat individuálně). Resuscitační léčba obvykle indikována není.

3. Fáze terminální

→ prognóza přežití v řádu několika týdnů, dnů a hodin

U umírajících pacientů (v terminální fázi) je cílem léčby důstojné umírání – minimalizace dyskomfortu, neprodlužování procesu umírání, maximální respekt k jedinečnosti konce každého lidského života. Intenzivní a resuscitační léčby není obvykle indikována.⁸²

⁸¹ Srov. *Standardy hospicové paliativní péče*, 2006, s. 6.

⁸² Srov. SKÁLA, B., SLÁMA, O., a kol., *Paliativní péče o pacienty v terminálním stádiu nemoci*, s. 2.

2.2.6 Obecná a specializovaná paliativní péče

Podle komplexnosti nabízených služeb bývá paliativní péče dělena na obecnou a specializovanou.

2.2.6.1 Obecná paliativní péče

Lékaři všech odborností by měli tuto péči poskytovat v rámci své rutinní klinické práce. Jejím základem je sledování, rozpoznání a ovlivňování toho, co je významné pro kvalitu pacientova života. Je zajišťována ve spolupráci s rodinou nemocného popř. ambulantními specialisty, agenturou domácí ošetrovatelské péče a domácí pečovatelské služby.

2.2.6.2. Specializovaná paliativní péče

Specializovaná paliativní péče je aktivní interdisciplinární péče poskytovaná týmem odborníků, kteří jsou v oblasti paliativní péče speciálně vzděláni a disponují potřebnými zkušenostmi. Je indikována v případě, že pacient a jeho rodina mají potíže, které svou komplexností přesahují možnosti poskytovatelů obecné paliativní péče.

Přechod mezi obecnou a specializovanou paliativní péčí je plynulý.⁸³

Typy specializované paliativní péče:

1. **Mobilní paliativní péče** (tzv. domácí popř. mobilní hospic) poskytuje specializovanou paliativní péči v domácím nebo náhradním sociálním prostředí pacientů formou návštěv členů mobilního týmu. Garantuje trvalou dostupnost péče po 24 hodin denně 7 dní v týdnu.
2. **Hospic** je samostatně stojící speciální lůžkové zařízení.
3. **Oddělení paliativní péče** v rámci jiných zdravotnických zařízení (nemocnice, léčebny).
4. **Konziliární tým paliativní péče** v rámci zdravotnického zařízení.
5. **Specializovaná ambulance paliativní péče.**
6. **Denní stacionář paliativní péče.**

⁸³ Srov. SKÁLA, B., SLÁMA, O., a kol., *Paliativní péče o pacienty v terminálním stádiu nemoci*, s. 2.

7. **Zvláštní zařízení specializované paliativní péče** (např. specializované poradny, tísňové linky atd.).⁸⁴

2.3 Hospic, hospicové hnutí, hospicová péče

2.3.1 Hospicové hnutí

V současné době dochází k mohutným hospicovým hnutím, která bojují za skutečně dobrou a důstojnou smrt. Jejich cílem je, zcela v duchu dobré paliativní péče, pomoci nemocným a jejich rodinám usnadnit umírání, přijmout smrt a vyrovnat se se ztrátou blízkého člověka.⁸⁵

Za zakladatelku hospicového hnutí je považována Cecily Saundersová, která v Londýně v roce 1967 založila první hospic moderního typu St. Christopher's Hospice (viz kapitola 2.2.1).

Myšlenka hospiců se ve světě rychle ujala a jsou stále více zakládány. Hospic však prochází vývojem. Zpočátku byl chápán jako „něco méně než nemocnice“, v současné době s rozvojem paliativní medicíny a ošetrovatelské péče začíná být chápán i jako „něco více než nemocnice“. Poskytuje totiž kromě odborné péče ještě něco navíc: ovzduší lásky, klidu, pokoje, bezpečí, uznání a naděje. Zároveň se lékaři sestry mohou stát v péči o smrtelně nemocné odborníky, kteří jsou schopni udržet pacienty v dobré tělesné a duševní kondici.⁸⁶

2.3.2 Filozofie hospice

Cecily Saundersová charakterizovala hospic takto: „Je to místo setkání těla a duše, bytí a nebytí, dávání, přijímání. Všechno musí být viděno dohromady. Umírající potřebují podporu společnosti. Společnost potřebuje umírající, aby přemýšlela o základních otázkách života a učila se naslouchat. Stojíme v blízkosti

⁸⁴ Srov. APHPP, *Standardy hospicové paliativní péče*, s.4-5,
< <http://www.asociacehospicu.cz/download/standardy.doc>>.

⁸⁵ Srov. MUNZAROVÁ, M., *Eutanazie nebo paliativní péče?*, s. 69.

⁸⁶ Srov. KELNAROVÁ, J., *Thanatologie v ošetrovatelství*, s. 50.

těch, od kterých se toho můžeme tolik naučit a kterým můžeme věnovat naši plnou pozornost a respekt.“⁸⁷

Svatošová uvádí: „Myšlenka hospice vychází z úcty k životu a z úcty k člověku jako jedinečné neopakovatelné bytosti.“⁸⁸

V hospici jde o doprovázení smrtelně nemocného a jeho blízkých těžkým úsekem života. Hospic poskytuje nemocnému léčbu a péči paliativní, především symptomatickou a současně se snaží uspokojit i jeho potřeby psychické, sociální a spirituální. Priority potřeb se v průběhu nemoci u smrtelně nemocného mění. Na počátku může jít hlavně o potřeby biologické, v závěrečné fázi to mohou být potřeby spirituální. Hospic neslibuje uzdravení, ale také nebere naději, neslibuje vyléčení, slibuje léčitelnost. Jak dále uvádí Svatošová:

„Hospic nemocnému garantuje, že

- nebude trpět nesnesitelnou bolestí,
- v každé situaci bude respektována jeho lidská důstojnost,
- v posledních chvílích života nezůstane osamocen.“⁸⁹

V hospici tedy nejde o prodloužení života, důraz je kladen především na kvalitu života až do konce, do posledního vydechnutí. Jde o to „naplnit dny životem, nikoliv život naplnit dny“.⁹⁰

2.3.3 Hospicová péče

V charakteristice hospicové péče panují mezi autory neshody. Například Munzarová uvádí, že: „Péče paliativní je pojem širší než péče hospicová, která je určená výhradně pro nemocné v konečném stavu choroby.“⁹¹ Naopak pro Svatošovou je hospicová péče synonymem paliativní (viz kapitola 2.3.3.2).

⁸⁷ Srov. IVANOVÁ, K., TUCKEROVÁ, V., a kol., *Kapitoly z lékařské etiky*, s. 33.

⁸⁸ SVATOŠOVÁ, M., *Hospice a umění doprovázet*, s. 123.

⁸⁹ Tamtéž.

⁹⁰ Tamtéž.

⁹¹ MUNZAROVÁ, M., *Proč NE eutanázii aneb Být či nebýt?*, s. 42.

2.3.3.1 Formy hospicové péče

V různých fázích choroby mohou nemocnému střídavě vyhovovat všechny následující formy hospicové péče:

1. Domácí hospicová péče,

pro nemocného ideální, ale ne vždy dostačující. Předpokladem je dobrá úroveň rodinného zázemí, které často schází nebo se dlouhodobou péčí o nemocného unaví a vyčerpá nebo je tato forma pro rodinné příslušníky příliš náročná.

2. Stacionární hospicová péče (denní pobyty),

pacient je v tomto případě přijat ráno a odpoledne nebo večer se vrací domů. Dopravu zajišťuje rodina nebo hospic, záleží na domluvě a místních podmínkách. Tento způsob připadá do úvahy u nemocných z blízkého okolí hospice, pokud u nich nestačí péče domácí.

3. Lůžková hospicová péče,

Je aktuální zejména tehdy, nestačí-li předchozí formy nebo nejsou-li vůbec k dispozici. Nemocný, který si přijde lehnout na hospicové lůžko, na něm nemusí zemřít. Samozřejmě může, ale nemusí. Většina nemocných využívá hospic velice účelně. Přicházejí na krátkodobé, opakované pobyty v době, kdy cítí, že je to pro ně dobré. Když vidí, že situace doma je nezvladatelná a přitom pobyt v nemocnici není nutný.⁹²

2.3.3.2 Hospicová péče z časového hlediska

Představovat si hospicovou péči jen jako péči během terminálního stavu, tj. umírání v užším slova smyslu, by bylo chybou. Z hlediska časového jde někdy o dlouhé období zahrnující tři časové úseky:

1. PRAE FINEM – péče a doprovázení nemocného a jeho blízkých od okamžiku zjištění závažné diagnózy až po nástup terminálního stavu,
– trvá měsíce i roky, nejčastěji formou domácí hospicové péče.
2. IN FINEM – péče a doprovázení nemocného a jeho blízkých během terminálního stavu,
– relativně krátký úsek vlastní péče terminální.
3. POST FINEM – péče o tělo zemřelého a doprovázení pozůstalých (podle potřeby dlouhodobě, zpravidla po dobu jednoho roku).

⁹² Srov. SVATOŠOVÁ, M., *Hospice a umění doprovázet*, s. 127-129.

Z uvedeného vyplývá, že čím dříve nemocný a jeho rodina kontaktují hospic, tím víc pro ně může udělat. Velmi důležitá je také dobrá a včasná spolupráce ošetřujícího lékaře a nemocnice s hospicovým týmem.⁹³

2.3.4 Hospice ve světě

Kolébkou hospicového hnutí je Velká Británie. Cecily Saundersové zde v roce 1967, v Londýně, zakládá St. Christopher's Hospice, dnes známý po celém světě (viz kapitola 2.2.1). Nezůstalo jen při jednom hospici, myšlenka obletěla celý civilizovaný svět, kde podle místních podmínek vznikaly různé formy hospicové péče. Jaká forma se v té které zemi rozvine, záleží na místních zákonech, způsobu financování zdravotní péče a také na výši myšlení lidí, kteří o těchto věcech rozhodují. Tam, kde má kvalita života nemocného přednost před ekonomickým aspektem, se dá předpokládat, že i hospicová péče je rozvinutá více.⁹⁴

„Povzbudivé je i to, že všude, kde vznikly hospice, bylo časem zaznamenáno výrazné zlepšení péče o umírající i v nemocnicích.“⁹⁵

5.3.5 Hospice v České republice

První konstelace hospicového hnutí u nás se datuje od první poloviny 90. let 20. století. V roce 1993 založila MUDr. Marie Svatošová občanské sdružení pro podporu domácí péče a hospicového hnutí Ecce homo. To společně s diecézní charitou v Hradci Králové zřídilo v roce 1995 první hospic v České republice, Hospic Anežky České v Červeném Kostelci.⁹⁶

Výstavba dalších hospiců na sebe nenechala dlouho čekat. V současné době působí v České republice 13 klasických lůžkových hospiců:

1. Hospic sv. Alžběty v Brně
2. Hospic Anežky České v Červeném Kostelci
3. Hospic Citadela ve Valašském Meziříčí
4. Hospic Dobrého Pastýře v Červanech

⁹³ Srov. SVATOŠOVÁ, M., *Hospice a umění doprovázet*, s. 132.

⁹⁴ Tamtéž, s. 133.

⁹⁵ Tamtéž.

⁹⁶ Srov. HAŠKOVCOVÁ, H., *Thanatologie*, s. 47-48.

5. Hospic Hvězda ve Zlíně
6. Hospic sv. Lazara v Plzni
7. Hospic sv. Lukáše v Ostravě
8. Hospic v Mostě
9. Hospic sv. Jana N. Neumanna v Prachaticích
10. Hospic sv. Josefa v Rajhradě
11. Hospic sv. Štěpána v Litoměřicích
12. Hospic sv. Kopeček u Olomouce
13. Hospic Štrasburk v Praze.⁹⁷

Další jsou ve výstavbě nebo projektové fázi.

V České republice se rozvíjí také mobilní hospicové jednotky (mobilní hospice).

V současnosti fungují tyto:

1. Hospicové hnutí Vysočina
2. Charitní hospicová péče Pokojný přístav v Opavě
3. Mobilní hospic Cesta Domů v Praze
4. Mobilní hospic David v Kyjově
5. Mobilní hospic Dobrého Pastýře v Čerčanech
6. Mobilní hospic Charita Ostrava
7. Mobilní hospic Charita Uherské Hradiště
8. Mobilní hospic Ondráček v Ostravě-Porubě.⁹⁸

Podle statistik Světové zdravotnické organizace je třeba pět hospicových lůžek na 100 tisíc obyvatel při plně funkční mobilní hospicové péči. Pro celou Českou republiku je tedy třeba 514 lůžek.⁹⁹

K 31.12. 2008 bylo k dispozici 325 hospicových lůžek, čtyři kraje nemají žádná hospicová lůžka, žádný lůžkový hospic. Jsou to kraje Liberecký, Karlovarský, Pardubický a Vysočina.¹⁰⁰

⁹⁷ KIZÁK, J., *Kde jsou již existující hospice*, <<http://www.hospice.cz/hospice1/org.php>>.

⁹⁸ Info centrum, *seznam – hospice mobilní*, <http://www.asociacehospicu.cz/index.php?op=infocentrum&lang=cz&action=list_kat&kat=2>.

⁹⁹ Srov. ČERNÁ, E., *Hospicový hnutí v Čechách a na Moravě*, <<http://www.umirani.cz/res/data/007/000831.ppt#270,15>>, Dostupnost hospicové péče I.>.

¹⁰⁰ *O hospicích – statistika lůžek*, <<http://www.asociacehospicu.cz/index.php?op=statistika&lang=cz>>.

3. METODIKA PRÁCE

3.1 Charakteristika výzkumného vzorku

Ve svém průzkumu jsem oslovila širokou veřejnost starší 16 let, kterou jsem dále rozdělila do dvou skupin:

1. respondenty se zdravotnickým vzděláním (dále jen zdravotníci)
2. respondenty bez zdravotnického vzdělání (dále jen laici).

Při vyhodnocování získaných dat jsem pak pracovala:

1. s celým souborem respondentů, bez ohledu na zdravotnické vzdělání
2. se dvěma skupinami – zdravotníky a laiky, které jsem mezi sebou porovnávala.

Průzkum byl prováděn zejména na Kroměřížsku, Vyškovsku, Brněnsku, Břeclavsku, Strážnicku a Valašsko-Kloboucku.

Výběr respondentů byl proveden úsudkem (záměrný nepravděpodobnostní výběr).

3.2 Metody a prostředky šetření

Pro svůj výzkum jsem použila metodu anonymního dotazníku. Jde o relativně nejrozšířenější a nejpoužívanější techniku výzkumu, při které jsou informace od respondentů získávány písemně prostřednictvím otázek uvedených na předtištěném formuláři.

Výhodou této metody je jednoznačná formulace otázek bez emocí dotazovaného a možnost rychlého shromažďování a zpracování dat od velkého souboru respondentů. Nevýhodou této techniky je, že při eventuálním nepochopení nelze obvykle nic opravit, doplnit nebo zpřesnit.¹⁰¹

Vlastní dotazník (příloha č. 1) obsahuje celkem 20 otázek a lze jej rozdělit do dvou částí.

¹⁰¹ Srov. BÁRTLOVÁ, S., HNILICOVÁ, H., *Vybrané metody a techniky výzkumu*, s. 31

V první bylo užito pěti položek zjišťujících identifikační údaje respondentů. Jedna uzavřená dichotomická poskytující informaci o pohlaví respondentů a čtyři uzavřené polytomické, s výběrem jedné alternativy odpovědi, poskytující informace o věku, nejvyšším dosaženém vzdělání, odborném zdravotnickém vzdělání a víře v Boha u respondentů.

V druhé části bylo užito 15 položek týkajících se samotného tématu eutanázie. Tyto položky obsahují:

1. Otázky uzavřené dichotomické – položky č. 6-10, č. 20.

U položek č. 6-10, u varianty odpovědi *ano*, byla navíc prosba o doplnění vlastního názoru respondentů na danou věc.

2. Otázky uzavřené polytomické s výběrem jedné alternativy odpovědi – položky č. 13, č. 14, č. 16, č. 17, č. 18.

3. Otázky polouzavřené s výběrem několika alternativ odpovědi – položky č. 11, č. 15, č. 19.

4. Otázka filtrační – položka č. 12.¹⁰²

3.3 Organizace výzkumného šetření

Výzkumné šetření bylo provedeno ve dvou etapách:

1. **Předvýzkum**, který probíhal v červnu 2008 a při kterém bylo rozdáno 30 dotazníků. Jeho cílem bylo zjistit, zda respondenti otázkám v dotazníku rozumí a zda výběr možných variant odpovědí je dostačující. Dotazník se ukázal jako funkční, nebylo třeba nijak výrazně upravovat žádnou položku, proto všech 30 vyplněných dotazníků bylo zařazeno do vlastního výzkumu.

2. **Vlastní výzkum** probíhal od července 2008 do poloviny října 2008.

Celkem bylo rozdáno 350 dotazníků, vráceno 325, tj. 92,86 %. Dva dotazníky byly vyřazeny z důvodu nezodpovězení několika otázek. Do šetření bylo tedy zahrnuto 323 dotazníků, které dále považuji za 100 %.

¹⁰² Srov. BÁRTLOVÁ, S., HNILICOVÁ, H., *Vybrané metody a techniky výzkumu*, s. 32-34

Dotazníky jsem rozdávala osobně nebo prostřednictvím druhých osob – členů rodiny, spolupracovníků, přátel a známých. Pro zachování anonymity respondentů byly dotazníky uloženy v obálkách.

3.4 Matematicko-statistické zpracování dat

Získaná data byla zpracována pomocí počítačového programu Microsoft Excel, byly vytvořeny tabulky četností pro jednotlivé položky dotazníku a provedeno statistické zpracování pomocí programu SPSS 12.0. Statistické zpracování probíhalo ve spolupráci s RNDr. Milenou Krškovou z CVT Univerzity Palackého v Olomouci.

4. VÝSLEDKY PRŮZKUMU A JEJICH ANALÝZA

4.1 Interpretace dat zjišťujících identifikační údaje respondentů

Symboły použité v tabulkách:

Nabsolutní četnost

%relativní četnost v procentech zaokrouhlená na dvě desetinná místa

Σcelkový počet

1. Pohlaví

Tab. 1 - Pohlaví respondentů

	celý soubor		laici		zdravotníci	
	N	%	N	%	N	%
žena	233	72,14	140	66,35	93	83,04
muž	90	27,86	71	33,65	19	16,96
Σ	323	100,00	211	100,00	112	100,00

Z celkového počtu 323 respondentů bylo 72,14 % žen a 27,86 % mužů. Ve skupině laiků byly ženy zastoupeny v 66,35 % a muži v 33,65 %. Důvodem převahy žen byla jejich větší ochota k vyplňování dotazníků, muži se k této činnosti stavěli spíše odmítavě. U zdravotníků se šetření zúčastnilo 83,04 % žen a 16,96 % mužů. Zde se ovšem převaha ženského pohlaví logicky očekávala díky profesi zastoupené zejména ženami.

2. Věk

Tab. 2 - Věk respondentů

	celý soubor		laici		zdravotníci	
	N	%	N	%	N	%
do 30 let	87	26,93	48	22,75	39	34,82
31 – 45 let	117	36,22	68	32,23	49	43,75
46 – 60 let	71	21,98	53	25,12	18	16,07
61 – 75 let	39	12,07	33	15,64	6	5,36
76 a více let	9	2,79	9	4,27	0	0,00
Σ	323	100,00	211	100,00	112	100,00

V celém souboru respondentů i v obou skupinách byly nejvíce zastoupeny první tři věkové kategorie. Nejméně respondentů bylo ve věkové skupině 76 a více let, u zdravotníků se k této přidává ještě věková skupina 61 – 75 let.

3. Nejvyšší dosažené vzdělání

Tab. 3 - Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů

	celý soubor		laici		zdravotníci	
	N	%	N	%	N	%
základní	36	11,15	24	11,37	12	10,71
vyučen/a	60	18,58	56	26,54	4	3,57
středoškolské	135	41,80	80	37,91	55	49,11
vyšší odborné	20	6,19	11	5,21	9	8,04
vysokoškolské	72	22,29	40	18,96	32	28,57
Σ	323	100,00	211	100,00	112	100,00

Celý soubor respondentů měl nejvíce zastoupeno vzdělání středoškolské (41,80 %), vysokoškolské (22,29 %) a vyučen/a (18,58 %). Ve skupině laiků převažovalo vzdělání středoškolské (37,91 %) a vyučen/a (26,54 %). U zdravotníků

bylo největší zastoupení vzdělání středoškolského (49,11 %) a vysokoškolského (28,57 %).

4. Odborné zdravotnické vzdělání

Tab. 4 – Rozdělení respondentů podle odborného zdravotnického vzdělání

	N	%			N	%
laici	211	65,33				
zdravotníci	112	34,67	→	lékař	23	20,54
Σ	323	100,00		zdravotní sestra	56	50,00
				zdravotní sestra- studentka	12	10,71
				jiná profese	21	18,75
				Σ	112	100,00

Z celkového počtu respondentů se šetření zúčastnilo 65,33 % laiků a 34,67 % zdravotníků. Zdravotníci byli dále rozděleni do čtyř skupin podle profesí na lékaře (20,54 %), zdravotní sestry (50,00 %), zdravotní sestry – studentky (10,71 %) a jiné profese (18,75 %). Vzhledem k tomu, že jednotlivé skupiny tvořily velmi malé soubory respondentů, jsem s nimi dále jednotlivě nepracovala a ponechala tak jednu velkou skupinu, skupinu zdravotníků. Pouze v jednom případě, a to spíše pro zajímavost, jsem rozdělení podle profesí použila (viz tabulka 26 a 27).

5. Víra v Boha

Tab. 5 - Víra v Boha u respondentů

	celý soubor		laici		zdravotníci	
	N	%	N	%	N	%
ano	131	40,56	83	39,34	48	42,86
ne	129	39,94	84	39,81	45	40,18
neuvádím	63	19,50	44	20,85	19	16,96
Σ	323	100,00	211	100,00	112	100,00

Ve všech třech skupinách byli respondenti věřící i nevěřící v Boha zastoupeni rovnoměrně. Variantu odpovědi *neuvádím* zaškrtno v celém souboru 19,50 % respondentů, ve skupině laiků 20,85 % a zdravotníků 16,96 % respondentů.

4.2 Interpretace dat zabývajících se samotným tématem eutanázie

1. Víte, co znamená pojem eutanázie?

Tab. 6 – Znalost pojmu eutanázie

	celý soubor		laici		zdravotníci	
	N	%	N	%	N	%
ano	318	98,45	207	98,10	111	99,11
ne	5	1,55	4	1,90	1	0,89
Σ	323	100,00	211	100,00	112	100,00

Znalost pojmu eutanázie potvrdilo 98,10 % laiků a 99,11 % zdravotníků.

U varianty odpovědi *ano* jsem prosila respondenty o vyjádření jejich názoru na pojem eutanázie. Jejich vyjádření jsem pak rozdělila do několika skupin tak, aby podstata jejich myšlenky zůstala stejná.

Jak respondenti odpovídali ukazuje tab. 7, s. 47.

Tab. 7 – Skupiny odpovědí u respondentů celého souboru, laiků a zdravotníků na otázku znalosti pojmu eutanázie

skupiny odpovědí	celý soubor N	laici N	zdravotníci N
Pojem eutanázie znamená:			
dobrovolné ukončení života (dobrovolná smrt)	43	37	6
ukončení života na žádost, přání nemocného	39	28	11
dobrovolné ukončení života s pomocí lékaře popř. jiné osoby	36	22	14
dobrovolné ukončení života těžce nemocného nevyléčitelného člověka (dobrovolné ukončení života v důsledku nevyléčitelné nemoci)	33	23	10
asistovaná sebevražda	26	16	10
ukončení života těžce nemocného nevyléčitelného člověka na jeho žádost lékařem popř. jinou osobou	24	16	8
ukončení života injekcí, podáním medikamentů	17	9	8
usmrcení nevyléčitelně nemocného	11	4	7
milosrdná smrt	11	3	8
smrt	7	3	4
ukončení života (usmrcení) lékařem	7	1	6
pomoc, úleva od nesnesitelných bolestí, trápení a utrpení	6	6	0
předčasné ukončení života	5	5	0
násilné ukončení života	4	2	2
ukončení života nemocného na žádost rodiny, nejbližších příbuzných	2	2	0
odpojení od přístrojů	2	2	0
aby se nechal uspat	2	1	1
legální vražda	2	1	1
písemný souhlas nemocného s neoživováním při nevyléčitelné nemoci	1	0	1
Σ	278	181	97

Z tabulky je vidět, co pro respondenty znamená pojem eutanázie.

Svůj názor neudalo 26 laiků a 14 zdravotníků. Pro lepší přehlednost jsou počty uvedeny jen v absolutních hodnotách.

2. Víte, ve kterých zemích je legalizována eutanázie?

Tab. 8 – Znalost zemí, ve kterých je legalizována eutanázie

	celý soubor		laici		zdravotníci	
	N	%	N	%	N	%
ano	151	46,75	78	36,97	73	65,18
ne	172	53,25	133	63,03	39	34,82
Σ	323	100,00	211	100,00	112	100,00

Ve skupině laiků potvrdilo znalost zemí, ve kterých je legalizována eutanázie, 36,97 % respondentů, zatímco ve skupině zdravotníků 65,18 %.

Stejně jako u předchozí otázky, byla u varianty odpovědi *ano* prosba o doplnění vlastního názoru. Nejčastější odpovědi ukazuje tab. 9.

Tab. 9 – Skupiny odpovědí u respondentů celého souboru, laiků a zdravotníků na otázku znalosti zemí, kde je legalizována eutanázie

skupiny odpovědí	celý soubor N	laici N	zdravotníci N
Eutanázie je legalizována v:			
Holandsko	74	36	38
Holandsko, Švýcarsko	13	5	8
Švýcarsko	14	10	4
Holandsko, Belgie	5	3	2
některé země USA	4	1	3
Holandsko, Belgie, Švýcarsko	3	2	1
Belgie	2	1	1
Dánsko	2	2	0
Švýcarsko, Belgie	2	1	1
Belgie, Holandsko, Švýcarsko, Austrálie	2	2	0
Holandsko a některé státy USA	2	1	1
ostatní	13	5	8
Σ	136	69	67

Laici i zdravotníci uváděli nejčastěji Holandsko, jako zemi, kde je legalizována eutanázie. Do skupiny *ostatní* bylo zařazeno třináct různých kombinací odpovědí, které zněly takto:

- u laiků – Amerika; Amerika a Anglie; Holandsko, Belgie, Lucembursko a Dánsko; Holandsko, Rakousko, Německo a Japonsko; nějaká severská země,
- u zdravotníků – Belgie a některé skandinávské země; Holandsko a Austrálie; Holandsko, Belgie, Švýcarsko a Oregon v USA; Holandsko a Dánsko; Holandsko a Kanada; Holandsko a Švédsko; Dánsko a některé země USA; Holandsko, Dánsko a Švýcarsko.

Svůj názor neudalo 9 laiků a 6 zdravotníků. Pro lepší přehlednost jsou počty uvedeny jen v absolutních hodnotách.

3. Myslíte si, že je rozdíl mezi eutanázií a asistovanou sebevraždou?

Tab. 10 – *Existence rozdílu mezi eutanázií a asistovanou sebevraždou*

	celý soubor		laici		zdravotníci	
	N	%	N	%	N	%
ano	156	48,30	92	43,60	64	57,14
ne	167	51,70	119	56,40	48	42,86
Σ	323	100,00	211	100,00	112	100,00

U laiků, v 56,40 % případů, převažoval názor, že není rozdíl mezi eutanázií a asistovanou sebevraždou. Ve skupině zdravotníků byl názor opačný, existenci rozdílu zde potvrdilo 57,14 % respondentů.

I u této otázky měli respondenti možnost u varianty odpovědi *ano* vyjádřit svůj názor. Jejich odpovědi jsem rozdělila do několika skupin podle podstaty jejich myšlenky.

Jak odpovídaly jednotlivé skupiny respondentů ukazuje tab. 11, s. 50.

Tab. 11 – Skupiny odpovědí u respondentů celého souboru, laiků a zdravotníků na otázku existence rozdílu mezi eutanázií a asistovanou sebevraždou

skupiny odpovědí	celý soubor N	laici N	zdravotníci N
Rozdíl mezi eutanázií a asistovanou sebevraždou je:			
při eutanázii ukončuje život pacient lékař popř. druhá osoba, zatímco při asistované sebevraždě se pacient usmrtí sám za asistence lékaře či jiné osoby, která mu podá smrtící prostředek	48	22	26
eutanázie má důvody zdravotní, asistovaná sebevražda je páchána z důvodů jiných (páchají ji lidé, kteří jsou zdraví)	36	27	9
rozdíl je pouze v legislativě	7	3	4
o eutanázii rozhoduje rodina, někdo jiný; o asistované sebevraždě sám pacient	1	1	0
eutanázie je smrt na přání, asistovaná sebevražda je všude nelegální	2	0	2
eutanázii provádí odborník, asistovanou sebevraždu ne	1	1	0
rozdíl je etický	2	0	2
eutanázie - z důvodu nesnesitelné bolesti a nevléčitelné nemoci, asistovaná sebevražda z důvodu hluboké deprese, pocitu zbytečnosti a samoty	1	1	0
eutanázii provádí lékař, asistovanou sebevraždu psychicky labilní člověk	1	1	0
záleží na úhlu pohledu	1	0	1
eutanázie má za určitých podmínek smysl, asistovaná sebevražda ať už je jakákoliv, žádný smysl nemá	1	0	1
v odborném posouzení nutnosti usmrcení	1	0	1
Σ	102	56	46

Z tabulky je vidět výrazný rozdíl mezi laiky a zdravotníky ve druhé skupině odpovědí, kde u laiků převažuje názor, že eutanázie má důvody zdravotní, zatímco asistovaná sebevražda je páchána z důvodů jiných, ne zdravotních (sociální, kriminální, vztahové atd.).

Svůj názor neudalo 36 laiků a 18 zdravotníků. Pro lepší přehlednost jsou počty uvedeny jen v absolutních hodnotách.

4. Víte, co je hospic?

Tab. 12 – Znalost pojmu hospic

	celý soubor		laici		zdravotníci	
	N	%	N	%	N	%
ano	282	87,31	179	84,83	103	91,96
ne	41	12,69	32	15,17	9	8,04
Σ	323	100,00	211	100,00	112	100,00

Znalost pojmu hospic potvrdilo 84,83 % laiků a 91,96 % zdravotníků.

Také u této otázky měli respondenti možnost napsat, co si pod pojmem představují. Jejich odpovědi jsem opět rozdělila do několika skupin tak, aby podstata jejich charakteristiky pojmu zůstala stejná.

Jak odpovídaly jednotlivé skupiny respondentů ukazuje tab. 13.

Tab. 13 – Skupiny odpovědí u respondentů celého souboru, laiků a zdravotníků na otázku znalosti pojmu hospic

skupiny odpovědí	celý soubor N	laici N	zdravotníci N
Hospic je:			
zařízení pro těžce nemocné umírající pacienty v terminálním stádiu	68	43	25
zařízení pro pacienty s nevyléčitelným onemocněním	57	32	25
zařízení poskytující paliativní péči	44	19	25
zařízení pro staré nemohoucí lidi na dožití	23	21	2
léčebna pro dlouhodobě nemocné	16	13	3
domov důchodců	12	11	1
zařízení pro těžce nemocné	10	6	4
domov pro přestárlé s pečovatelskou službou	4	3	1
ostatní	12	7	5
Σ	246	155	91

Z tabulky je vidět, že většina respondentů, ať již laiků nebo zdravotníků, má pojem hospic spojen s lidmi nevyléčitelně nemocnými a umírajícími. Skupina odpovědí *ostatní* zahrnuje charakteristiky, které se nedaly začlenit do žádné z předchozích skupin. Byly to tyto:

- u laiků – hospitalizovaný cizinec; nezisková organizace – pomoc nemocným; domov, kde o umírající pečují dobrovolníci; soukromá ošetrovna s pobytem; nemocný člověk v nemocnici; drahý penzion pro nemocné seniory; uzdravení,
- u zdravotníků – zařízení, kde se léčí speciální metodou; zařízení starající se o postižené lidi; útulek pro bezdomovce; nemocnice; péče o staré nemocné v domácím prostředí.

Svůj názor neudalo 24 laiků a 12 zdravotníků. Pro lepší přehlednost jsou počty uvedeny jen v absolutních hodnotách.

5. Víte, čím se zabývá paliativní medicína?

Tab. 14 – Znalost náplně činnosti paliativní medicíny

	celý soubor		laici		zdravotníci	
	N	%	N	%	N	%
ano	104	32,20	28	13,27	76	67,86
ne	219	67,80	183	86,73	36	32,14
Σ	323	100,00	211	100,00	112	100,00

86,73 % laiků nevědělo, čím se zabývá paliativní medicína. U zdravotníků byla situace opačná, což se dalo předpokládat díky jejich odbornému vzdělání. Znalost potvrdilo 67,86 % respondentů.

I u této otázky, u varianty odpovědi *ano*, jsem prosila respondenty o doplnění jejich názoru. Odpovědi jsem rozdělila do několika skupin tak, aby podstata charakteristiky pojmu zůstala stejná.

Jak odpovídaly jednotlivé skupiny respondentů ukazuje tab. 15, s. 53.

Tab. 15 – Skupiny odpovědí u respondentů celého souboru, laiků a zdravotníků
na otázku znalosti náplně činnosti paliativní medicíny

skupiny odpovědí	celý soubor N	laici N	zdravotníci N
Paliativní medicína se zabývá:			
léčbou příznaků nevyléčitelné nemoci, především bolesti, neléčí příčinu choroby, snaží se zkvalitnit život umírajícího	74	19	55
léčbou bolesti, ulevuje od bolesti	12	4	8
léčbou nevyléčitelně nemocných	2	0	2
chronickými pacienty bez perspektivy	1	0	1
léčbou dlouhodobě nemocných	1	1	0
babka kořenářka	1	0	1
základní léky, nerozšíření léčby	1	0	1
nechirurgickou medicínou	1	0	1
Σ	93	24	69

Z tabulky je vidět, že většina respondentů, ať již laiků nebo zdravotníků, která vyjádřila svůj názor, věděla, čím se paliativní medicína zabývá.

Svůj názor neudali 4 laici a 7 zdravotníků. Pro lepší přehlednost jsou počty uvedeny jen v absolutních hodnotách.

6. Co je podle Vás nejčastějším důvodem žádosti o eutanázii?

Tab. 16 - Nejčastější důvody žádosti o eutanázii

	celý soubor	laici	zdravotníci
	N	N	N
nesnesitelná bolest	236	145	91
pocit samoty, opuštěnosti	39	17	22
pocit zbytečnosti	29	13	16
beznaděj	94	51	43
neschopnost postarat se o sebe sama	78	45	33
být přítěží, břemenem pro druhé	90	51	39
nevyléčitelné smrtelné onemocnění	254	173	81
možnost posledního rozhodnutí o sobě samém	61	39	22
jiný	7	6	1

U této otázky mohli respondenti označit více možností, proto neuvádím hodnoty relativních četností.

Z tabulky je patrné, že pro laiky je nejčastějším důvodem žádosti o eutanázii nevyléčitelné smrtelné onemocnění a to v 173 případech a nesnesitelná bolest ve 145 případech. U zdravotníků je situace opačná, nejčastějším důvodem žádosti o eutanázii je nesnesitelná bolest v 91 případech a nevyléčitelné smrtelné onemocnění v 81 případech.

U varianty odpovědi *jiný* uváděli respondenti: není víra v Boha (u laiků v 5 případech, u zdravotníků v 1 případě) nebo selhání rodiny (v 1 případě u laiků).

7. Máte osobní zkušenost s umíráním blízké osoby na nevléčitelné onemocnění?

Tab. 17 – *Osobní zkušenost s umíráním blízké osoby na nevléčitelné onemocnění*

	celý soubor		laici		zdravotníci	
	N	%	N	%	N	%
ano	139	43,03	88	41,71	51	45,54
ne	184	56,97	123	58,29	61	54,46
Σ	323	100,00	211	100,00	112	100,00

Z tabulky je zřejmé, že 58,29 % laiků a 54,46 % zdravotníků nemá osobní zkušenost s umíráním blízké osoby na nevléčitelné onemocnění.

8. Pokud jste v předchozí otázce uvedl/a ano, ovlivnilo to Váš názor, postoj na problematiku eutanázie?

Tab. 18 – *Ovlivnění názoru, postoje na problematiku eutanázie vlivem osobní zkušenosti s umíráním blízké osoby na nevléčitelné onemocnění*

	celý soubor		laici		zdravotníci	
	N	%	N	%	N	%
ano	60	43,17	36	40,91	24	47,06
ne	68	48,92	43	48,86	25	49,02
nevím	11	7,91	9	10,23	2	3,92
Σ	139	100,00	88	100,00	51	100,00

Osobní zkušenost s umíráním blízké osoby na nevléčitelné onemocnění ovlivnila 40,91 % laiků a 47,06 % zdravotníků.

9. Myslíte si, že je eutanázie morálně přijatelná?

Tab. 19 - Morální přijatelnost eutanázie

	celý soubor		laici		zdravotníci	
	N	%	N	%	N	%
určitě ano	74	22,91	52	24,64	22	19,64
spíše ano	123	38,08	83	39,34	40	35,71
spíše ne	49	15,17	25	11,85	24	21,43
určitě ne	44	13,62	25	11,85	19	16,96
nevím	33	10,22	26	12,32	7	6,25
Σ	323	100,00	211	100,00	112	100,00

Ve skupině laiků převažovaly na otázku morální přijatelnosti odpovědi spíše ano (39,34 %) a určitě ano (24,64 %), u zdravotníků spíše ano (35,71 %) a spíše ne (21,43 %).

10. Kdo by podle Vás měl o eutanázii rozhodovat?

Tab. 20 – Vykonavatel rozhodnutí o eutanázii

	celý soubor	laici	zdravotníci
	N	N	N
sám nemocný	278	184	94
ošetřující lékař	74	42	32
jiný, nezávislý lékař	20	11	9
nezávislá lékařská komise	90	59	31
nejbližší příbuzný/í	49	32	17
soud	13	9	4
ostatní	26	13	13

U této otázky mohli respondenti označit více možností, proto neuvádím hodnoty relativních četností.

Podle laiků by měl o eutanázii rozhodovat sám nemocný ve 184 případech, nezávislá lékařská komise v 59 případech a ošetřující lékař ve 42 případech. Podle zdravotníků by měl rozhodnout sám nemocný v 94 případech, ošetřující lékař ve 32 případech a nezávislá lékařská komise v 31 případech.

U varianty odpovědi *ostatní* uváděli respondenti: notář (u laiků ve 3 případech, u zdravotníků v 1 případě), nikdo (u laiků v 9 případech, u zdravotníků ve 12 případech) a několik subjektů dohromady, aby nemohla být zneužita (v 1 případě u laiků).

11. Kdybyste byl/a nevyléčitelně nemocný/á, žádal/a byste o eutanázii?

Tab. 21 - Žádost o eutanázii v případě nevyléčitelné nemoci respondenta

	celý soubor		laici		zdravotníci	
	N	%	N	%	N	%
určitě ano	36	11,15	29	13,74	7	6,25
spíše ano	59	18,27	40	18,96	19	16,96
spíše ne	52	16,10	28	13,27	24	21,43
určitě ne	37	11,46	37	17,54	0	0,00
nevím	139	43,03	77	36,49	62	55,36
Σ	323	100,00	211	100,00	112	100,00

V případě nevyléčitelné nemoci by 36,49 % laiků nevědělo, zda žádat o eutanázii, 18,96 % uvedlo odpověď spíše ano. U zdravotníků by ve stejné situaci nevědělo 55,36 % respondentů, 21,43 % uvedlo odpověď spíše ne.

12. Souhlasíte s legalizací eutanázie v České republice?

Tab. 22 - Souhlas s legalizací eutanázie v České republice

	celý soubor		laici		zdravotníci	
	N	%	N	%	N	%
určitě ano	68	21,05	48	22,75	20	17,86
spíše ano	111	34,37	76	36,02	35	31,25
spíše ne	58	17,96	37	17,54	21	18,75
určitě ne	55	17,03	29	13,74	26	23,21
nevím	31	9,60	21	9,95	10	8,93
Σ	323	100,00	211	100,00	112	100,00

Určitě ano a spíše ano odpovědělo na otázku legalizace eutanázie v České republice 55,42 % respondentů celého souboru. U laiků volilo stejné odpovědi 58,77 % respondentů, u zdravotníků 49,11 %.

13. V případě uzákonění eutanázie, obával/a byste se jejího zneužívání?

Tab. 23 - Obava ze zneužívání eutanázie v případě jejího uzákonění

	celý soubor		laici		zdravotníci	
	N	%	N	%	N	%
určitě ano	117	36,22	81	38,39	36	32,14
spíše ano	98	30,34	67	31,75	31	27,68
spíše ne	76	23,53	44	20,85	32	28,57
určitě ne	12	3,72	6	2,84	6	5,36
nevím	20	6,19	13	6,16	7	6,25
Σ	323	100,00	211	100,00	112	100,00

Z tabulky vyplývá, že ve všech skupinách respondentů by v případě uzákonění eutanázie byla obava z jejího zneužívání velmi vysoká. U celého souboru respondentů v 66,56 % případů, u laiků v 70,14 % případů a u zdravotníků v 59,82 % případů.

14. Odkud máte nejvíce informací o eutanázii?

Tab. 24 - *Zdroje informací o eutanázii*

	celý soubor	laici	zdravotníci
	N	N	N
televize, rozhlas	219	166	53
tisk	154	105	49
internet	86	54	32
odborná literatura	53	10	43
škola	51	13	38
jiné	16	7	9

U této otázky mohli respondenti označit více možností, proto neuvádím hodnoty relativních četností.

Z tabulky je patrné, že laici mají nejvíce informací o eutanázii z televize a rozhlasu, tisku a internetu, zdravotníci z televize a rozhlasu, tisku, odborné literatury a školy.

U varianty odpovědi *jiné* respondenti uváděli: církevní spolek (ve 3 případech u laiků), přednášky (u laiků ve 3 případech a u zdravotníků taktéž), semináře (ve 4 případech u zdravotníků), rodina (v 1 případě u laiků), práce (ve 2 případech u zdravotníků).

15. Myslíte si, že je veřejnost dostatečně informovaná o problematice eutanázie?

Tab. 25 – Informovanost veřejnosti o problematice eutanázie

	celý soubor		laici		zdravotníci	
	N	%	N	%	N	%
ano	46	14,24	32	15,17	14	12,50
ne	277	85,76	179	84,83	98	87,50
Σ	323	100,00	211	100,00	112	100,00

Podle respondentů, ať již laiků nebo zdravotníků, není veřejnost o problematice eutanázie dostatečně informována.

16. Souvislost mezi znalostí náplně činnosti paliativní medicíny (viz tab. 15, s. 53) a souhlasem s legalizací eutanázie v České republice (viz tab. 22, s. 58) u laiků a zdravotníků

Tab. 26 - Souhlas s legalizací eutanázie v České republice u respondentů, kteří uvedli, že paliativní medicína se zabývá léčbou příznaků nevyléčitelné nemoci, především bolesti, neléčí příčinu choroby, snaží se zkvalitnit život umírajícího

	laici	zdravotníci			
	N	lékaři	zdravotní sestry	zdravotní sestry - studentky	jiná profese
		N	N	N	N
určitě ano	1	1	5	0	0
spíše ano	2	3	5	0	2
spíše ne	2	6	6	0	4
určitě ne	11	7	11	0	0
nevím	3	4	1	0	0
Σ	19	21	28	0	6

Tab. 27 - Souhlas s legalizací eutanázie v České republice u respondentů, kteří uvedli, že paliativní medicína se zabývá léčbou bolesti, ulevuje od bolesti

	laici	zdravotníci			
	N	lékaři	zdravotní sestry	zdravotní sestry - studentky	jiná profese
		N	N	N	N
určitě ano	0	0	0	0	0
spíše ano	2	0	0	0	0
spíše ne	1	0	2	0	0
určitě ne	1	0	4	0	0
nevím	0	0	2	0	0
Σ	4	0	8	0	0

Z tabulek 26 a 27 je patrné, že respondenti, ať již laici nebo zdravotníci, kteří více či méně věděli, čím se zabývá paliativní medicína, vyjadřovali spíše nesouhlas (odpovědi *spíše ne* a *určitě ne*) s legalizací eutanázie v České republice. Sedm respondentů, kteří měli mylné mínění o náplni činnosti paliativní medicíny, vyjadřovali souhlas (odpovědi *určitě ano* a *spíše ano*) s legalizací eutanázie v České republice. Soubory byly však malé, proto z toho nelze vyvozovat žádné velké závěry. Porovnání bylo provedeno spíše ze zajímavosti.

4.3 Testování hypotéz

Pro testování hypotéz byl použit tzv. **Pearsonův chí-kvadrát test χ^2** . Chí-kvadrát test představuje postup, při kterém rozhodujeme o tom, zda zjištění, které výzkum přinesl, je skutečně významné a nebo způsobené náhodou.

Nejdříve formulujeme tzv. **nulovou hypotézu H_0** , kterou je míněn předpoklad, že mezi proměnnými není žádný významný vztah. H_0 je na základě χ^2 testu buď přijata nebo odmítnuta. Jestliže ji odmítáme, přijímáme tzv. **alternativní hypotézu H_A** , kterou je míněn předpoklad, že výsledky výzkumu jsou významné.

Rozhodování o platnosti H_0 má vždy pravděpodobnostní charakter. Riziko (pravděpodobnost), že neoprávněně odmítáme H_0 a přijímáme H_A se nazývá **hladina významnosti α** . Většinou se používá hladina významnosti 5 % někdy 1 %. Jestliže provedeme test na hladině významnosti 5 %, znamená to, že pravděpodobnost, že neoprávněně přijímáme H_A je 5 % nebo, že H_A přijímáme s jistotou 95 %. **Ve svém šetření jsem zvolila hladinu významnosti 5 %, tedy $\alpha = 0,05$.**

Výsledky získané dotazníkovým šetřením je nutné zapsat do tzv. kontingenčních tabulek, z údajů v nich se vypočtou hodnoty χ^2 testu podle vzorce:

$$\chi^2 = \sum (P - O)^2 / O ,$$

kde Ppozorovaná četnost

Oočekávaná četnost.

Pro posouzení vypočítané hodnoty χ^2 je třeba určit tzv. počet **stupňů volnosti f** v kontingenční tabulce podle vzorce:

$$f = (r - 1) \cdot (s - 1) ,$$

kde rpočet řádků tabulky

spočet sloupců tabulky.

Ve statistických tabulkách pak nalezneme pro danou hladinu významnosti a vypočítaný stupeň volnosti kritickou hodnotu χ^2 testu (χ^2_{krit}), kterou srovnáme s vypočítanou hodnotou χ^2 testu (χ^2). Podle pravidla:

$$\chi^2 < \chi^2_{\text{krit}} \text{ potvrzujeme } H_0$$

$$\chi^2 \geq \chi^2_{\text{krit}} \text{ zamítáme } H_0, \text{ přijímáme } H_A.$$

Předpoklady χ^2 testu jsou následující:

1. Více než 20 % buněk by mělo mít očekávanou četnost větší než 5.
2. Očekávaná četnost pro každou buňku by měla být větší než 1.

Pokud nejsou předpoklady splněny, nelze test použít.¹⁰³

Ke zpracování výsledků mého šetření bylo, ve spolupráci s RNDr. Milenou Krškovou, využito specializovaného počítačového programu, který na základě vložených dat vytvořil kontingenční tabulky, vypočítal hodnotu Pearsonova chí-kvadrát testu (Pearson χ^2), počet stupňů volnosti **f** a hodnotu **p** (oboustranná asymptotická významnost). Pak na základě pravidla:

$$p > \alpha \text{ potvrzujeme } H_0$$

$$p \leq \alpha \text{ zamítáme } H_0, \text{ přijímáme } H_A.$$

¹⁰³ Srov. CHRÁSKA, M., *Empirická pedagogická šetření a jejich statistické vyhodnocování*, s. 22-29.

4.3.1 Testování hypotéz týkajících se celého souboru respondentů

I. H_0 : Předpokládám, že víra v Boha nebude mít u respondentů vliv na jejich souhlas s legalizací eutanázie v České republice.

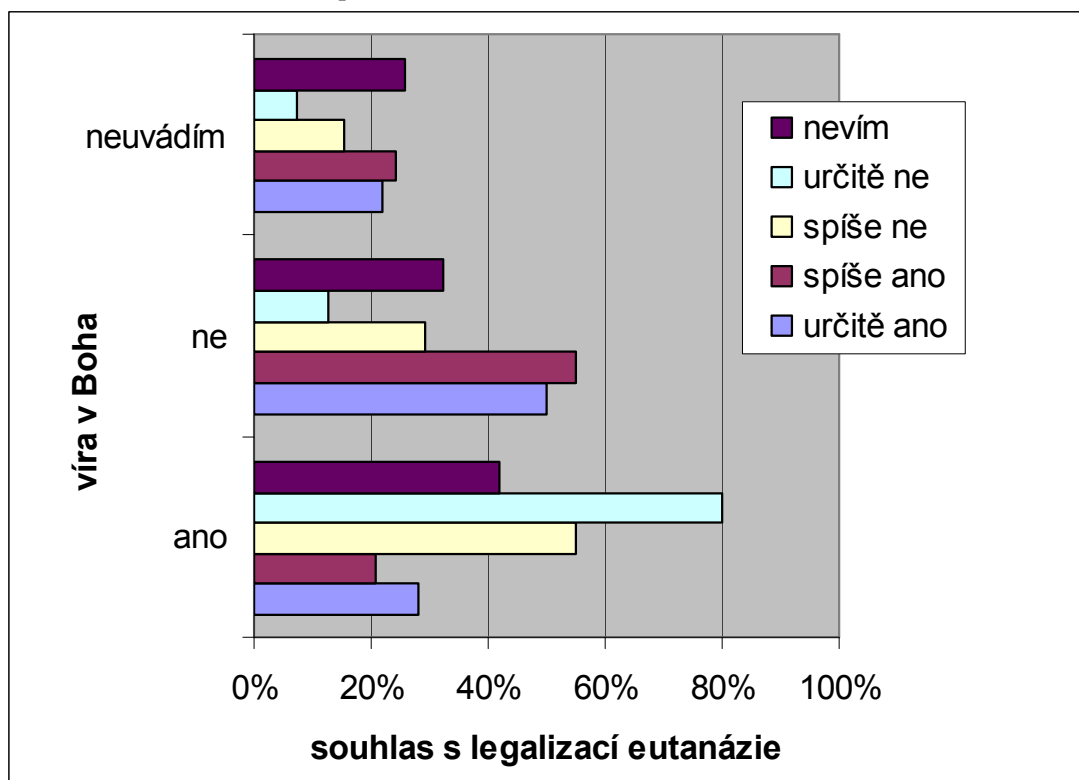
H_A : Předpokládám, že víra v Boha bude mít u respondentů vliv na jejich souhlas s legalizací eutanázie v České republice.

Tab. 28 – Kontingenční tabulka zjišťující vzájemnou souvislost mezi vírou v Boha u respondentů a jejich souhlasem s legalizací eutanázie v České republice

Souhlas s legalizací eutanázie v ČR (dotazník ot. 17)		Věra v Boha (dotazník ot.5)			celkem
		ano	ne	neuvádím	
určitě ano	N	19	34	15	68
	% within ot.17	27,94 %	50,00 %	22,06 %	100,00 %
	% within ot.5	14,50 %	26,36 %	23,81 %	21,05 %
	adjusted residual	-2,4	1,9	0,6	
spíše ano	N	23	61	27	111
	% within ot.17	20,72 %	54,95 %	24,32 %	100,00 %
	% within ot.5	17,56 %	47,29 %	42,86 %	34,37 %
	adjusted residual	-5,3	4,0	1,6	
spíše ne	N	32	17	9	58
	% within ot.17	55,17 %	29,31 %	15,52 %	100,00 %
	% within ot.5	24,43 %	13,18 %	14,29 %	17,96 %
	adjusted residual	2,5	-1,8	-0,8	
určitě ne	N	44	7	4	55
	% within ot.17	80,00 %	12,73 %	7,27 %	100,00 %
	% within ot.5	33,59 %	5,43 %	6,35 %	17,03 %
	adjusted residual	6,5	-4,5	-2,5	
nevím	N	13	10	8	31
	% within ot.17	41,94 %	32,26 %	25,81 %	100,00 %
	% within ot.5	9,92 %	7,75 %	12,70 %	9,60 %
	adjusted residual	0,2	-0,9	0,9	
celkem	N	131	129	63	323
	% within ot.17	40,56 %	39,94 %	19,50 %	100,00 %
	% within ot.5	100,00 %	100,00 %	100,00 %	100,00 %

Pearson $\chi^2 = 64,763$, $f = 8$, $p = 0,000$

Obr. 1 *Vzájemná souvislost mezi vírou v Boha u respondentů a jejich souhlasem s legalizací eutanázie v České republice*



Obr. 1 popisuje výskyt četností jednotlivých odpovědí na otázku souhlasu s legalizací eutanázie v České republice u respondentů v Boha věřících, v Boha nevěřících a těch, kteří se k víře v Boha jednoznačně nevyjádřili (tj. odpověď *neuvádím*).

Závěr: Výsledkem Pearson χ^2 testu je $p < 0,05$; z toho vyplývá, že zamítáme nulovou hypotézu H_0 a přijímáme hypotézu alternativní H_A , tzn., že u respondentů byly zjištěny statisticky významné rozdíly mezi souhlasem s legalizací eutanázie v České republice a vírou v Boha.

Z tabulky vyplývá, že respondenti věřící v Boha uváděli u otázky souhlasu s legalizací eutanázie v České republice nejčastěji odpověď *určitě ne* (v 80,00 % případů), zatímco nejméně volili odpověď *spíše ano* (v 20,72 %). Respondenti v Boha nevěřící volili u otázky souhlasu s legalizací eutanázie v České republice nejčastěji odpověď *spíše ano* (v 54,95 % případů) a nejméně odpověď *určitě ne* (v 12,73 % případů). U respondentů, kteří se k víře v Boha jednoznačně nevyjádřili (odpověď

neuvádím), se u otázky souhlasu s legalizací eutanázie v České republice vyskytuje nejméně odpověď *určitě ne* (v 7,27 % případů).

Výskyt četností nejvíce a nejméně se vyskytujících odpovědí u jednotlivých skupin respondentů ukazuje v tabulce položka s názvem adjusted residual. Červeně vyjádřené hodnoty ukazují na statistickou významnost hodnot.

II. H_0 : Předpokládám, že osobní zkušenosti respondentů s umíráním blízké osoby na nevléčitelné onemocnění nemají vliv na jejich souhlas s legalizací eutanázie v České republice.

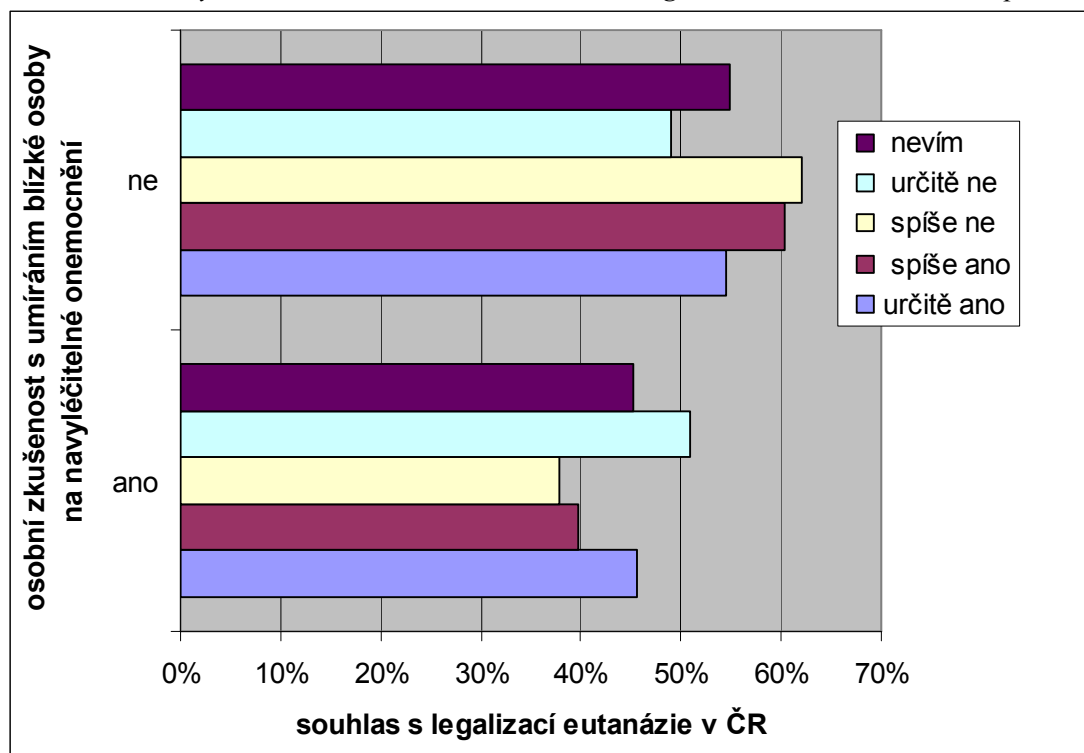
H_A : Předpokládám, že osobní zkušenosti respondentů s umíráním blízké osoby na nevléčitelné onemocnění mají vliv na jejich souhlas s legalizací eutanázie v České republice.

Tab. 29 – Kontingenční tabulka zjišťující vzájemnou souvislost mezi osobní zkušeností respondentů s umíráním blízké osoby na nevléčitelné onemocnění a souhlasem respondentů s legalizací eutanázie v České republice

Souhlas s legalizací eutanázie v ČR (dotazník ot. 17)		Osobní zkušenost s umíráním blízké osoby na nevléčitelné onemocnění (dotazník ot. 12)		celkem
		ano	ne	
určitě ano	N	31	37	68
	% within ot.17	45,59 %	54,41 %	100,00 %
	% within ot.12	22,30 %	20,11 %	21,05 %
	adjusted residual	0,5	-0,5	
spíše ano	N	44	67	111
	% within ot.17	39,64 %	60,36 %	100,00 %
	% within ot.12	31,65 %	36,41 %	34,37 %
	adjusted residual	-0,9	0,9	
spíše ne	N	22	36	58
	% within ot.17	37,93 %	62,07 %	100,00 %
	% within ot.12	15,83 %	19,57 %	17,96 %
	adjusted residual	-0,9	0,9	
určitě ne	N	28	27	55
	% within ot.17	50,91 %	49,09 %	100,00 %
	% within ot.12	20,14 %	14,67 %	17,03 %
	adjusted residual	1,3	-1,3	
nevím	N	14	17	31
	% within ot.17	45,16 %	54,84 %	100,00 %
	% within ot.12	10,07 %	9,24 %	9,60 %
	adjusted residual	0,3	-0,3	
celkem	N	139	184	323
	% within ot.17	43,03 %	56,97 %	100,00 %
	% within ot.12	100,00 %	100,00 %	100,00 %

Pearson $\chi^2 = 2,767$, $f = 4$, $p = 0,597$

Obr. 2 *Vzájemná souvislost mezi osobní zkušeností respondentů s umíráním blízké osoby na nevyléčitelné onemocnění a souhlasem s legalizací eutanázie v České republice*



Obr. 2 popisuje výskyt četností jednotlivých odpovědí na otázku souhlasu s legalizací eutanázie v České republice u respondentů s osobní zkušeností s umíráním blízké osoby na nevyléčitelné onemocnění.

Závěr: Výsledkem Pearson χ^2 testu je $p > 0,05$; z toho vyplývá, že potvrzujeme nulovou hypotézu H_0 , tzn., že u respondentů nebyly zjištěny statisticky významné rozdíly mezi souhlasem s legalizací eutanázie v České republice a osobní zkušeností respondentů s umíráním blízké osoby na nevyléčitelné onemocnění.

III. H_0 : Předpokládám, že nebude významný rozdíl v morální přijatelnosti eutanázie mezi respondenty v Boha věřícími a v Boha nevěřícími.

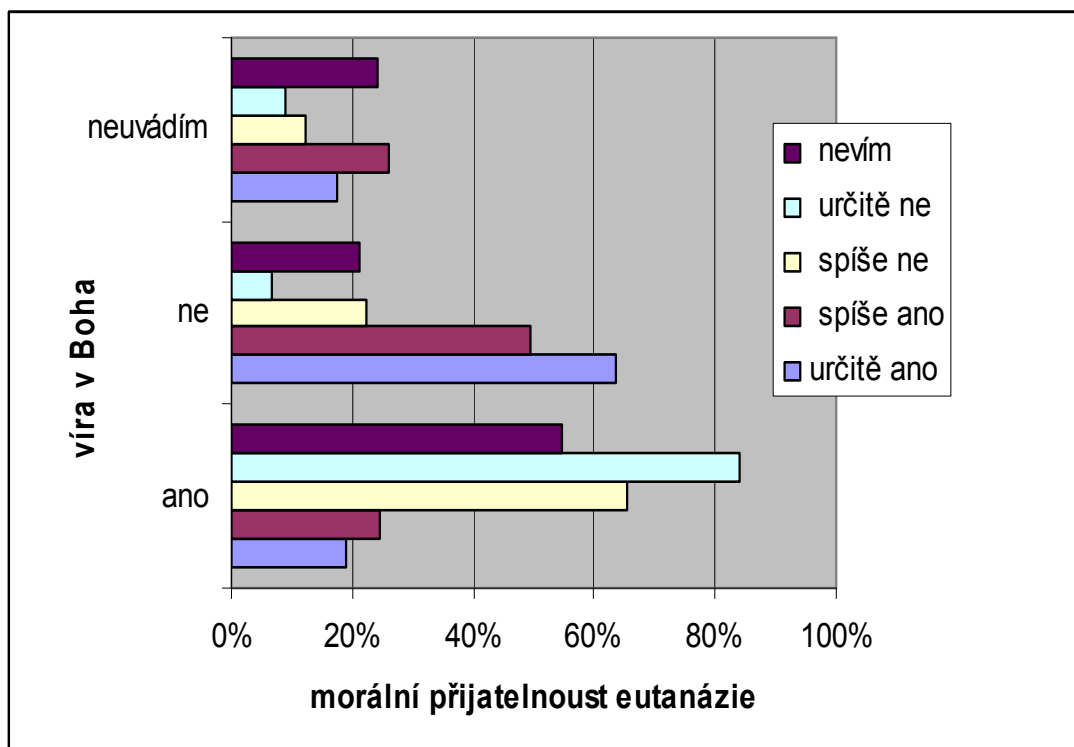
H_A : Předpokládám, že bude významný rozdíl v morální přijatelnosti eutanázie mezi respondenty v Boha věřícími a v Boha nevěřícími.

Tab. 30 – Kontingenční tabulka zjišťující vzájemnou souvislost mezi vírou v Boha u respondentů a morální přijatelností eutanázie

Morální přijatelnost eutanázie (dotazník ot. 14)		Víra v Boha (dotazník ot.5)			celkem
		ano	ne	neuvádím	
určitě ano	N	14	47	13	74
	% within ot.14	18,92 %	63,51 %	17,57 %	100,00 %
	% within ot.5	10,69 %	36,43 %	20,63 %	22,91 %
	adjusted residual	-4,3	4,7	-0,5	
spíše ano	N	30	61	32	123
	% within ot.14	24,39 %	49,59 %	26,02 %	100,00 %
	% within ot.5	22,90 %	47,29 %	50,79 %	38,08 %
	adjusted residual	-4,6	2,8	2,3	
spíše ne	N	32	11	6	49
	% within ot.14	65,31 %	22,45 %	12,24 %	100,00 %
	% within ot.5	24,43 %	8,53 %	9,52 %	15,17 %
	adjusted residual	3,8	-2,7	-1,4	
určitě ne	N	37	3	4	44
	% within ot.14	84,09 %	6,82 %	9,09 %	100,00 %
	% within ot.5	28,24 %	2,33 %	6,35 %	13,62 %
	adjusted residual	6,3	-4,8	-1,9	
nevím	N	18	7	8	33
	% within ot.14	54,55 %	21,21 %	24,24 %	100,00 %
	% within ot.5	13,74 %	5,43 %	12,70 %	10,22 %
	adjusted residual	1,7	-2,3	0,7	
celkem	N	131	129	63	323
	% within ot.14	40,56 %	39,94 %	19,50 %	100,00 %
	% within ot.5	100,00 %	100,00 %	100,00 %	100,00 %

Pearson $\chi^2 = 84,893$, $f = 8$, $p = 0,000$

Obr. 3 Vzájemná souvislost mezi vírou v Boha u respondentů a morální přijatelností eutanázie



Obr. 3 popisuje výskyt četností jednotlivých odpovědí na otázku morální přijatelnosti eutanázie u respondentů v Boha věřících, v Boha nevěřících a těch, kteří se k víře v Boha jednoznačně nevyjádřili (tj. odpověď *neuvádím*).

Závěr: Výsledkem Pearson χ^2 testu je $p < 0,05$; z toho vyplývá, že zamítáme nulovou hypotézu H_0 a přijímáme hypotézu alternativní H_A , tzn., že u respondentů byly zjištěny statisticky významné rozdíly mezi morální přijatelností eutanázie a vírou v Boha.

Z tabulky vyplývá, že respondenti věřící v Boha uváděli u otázky morální přijatelnosti eutanázie nejčastěji odpověď *určitě ne* (v 84,09 % případů), zatímco nejméně volili odpověď *určitě ano* (v 18,92 % případů) a *spíše ano* (ve 24,39 % případů). Respondenti v Boha nevěřící volili u otázky morální přijatelnosti eutanázie nejčastěji odpověď *určitě ano* (v 63,51 % případů) a nejméně odpověď *určitě ne* (v 6,82 % případů). U respondentů, kteří se k víře v Boha jednoznačně nevyjádřili (odpověď *neuvádím*), se u otázky morální přijatelnosti eutanázie vyskytuje nejvíce odpověď *spíše ano* (v 26,02 % případů).

Výskyt četností nejvíce a nejméně se vyskytujících odpovědí u jednotlivých skupin respondentů ukazuje v tabulce položka s názvem adjusted residual. Červeně vyjádřené hodnoty ukazují na statistickou významnost hodnot.

4.3.2 Testování hypotéz zaměřených na porovnání dvou skupin respondentů – zdravotníků a laiků

I. H_0 : Předpokládám, že nebude významný rozdíl v souhlasu s legalizací eutanázie v České republice mezi zdravotníky a laiky.

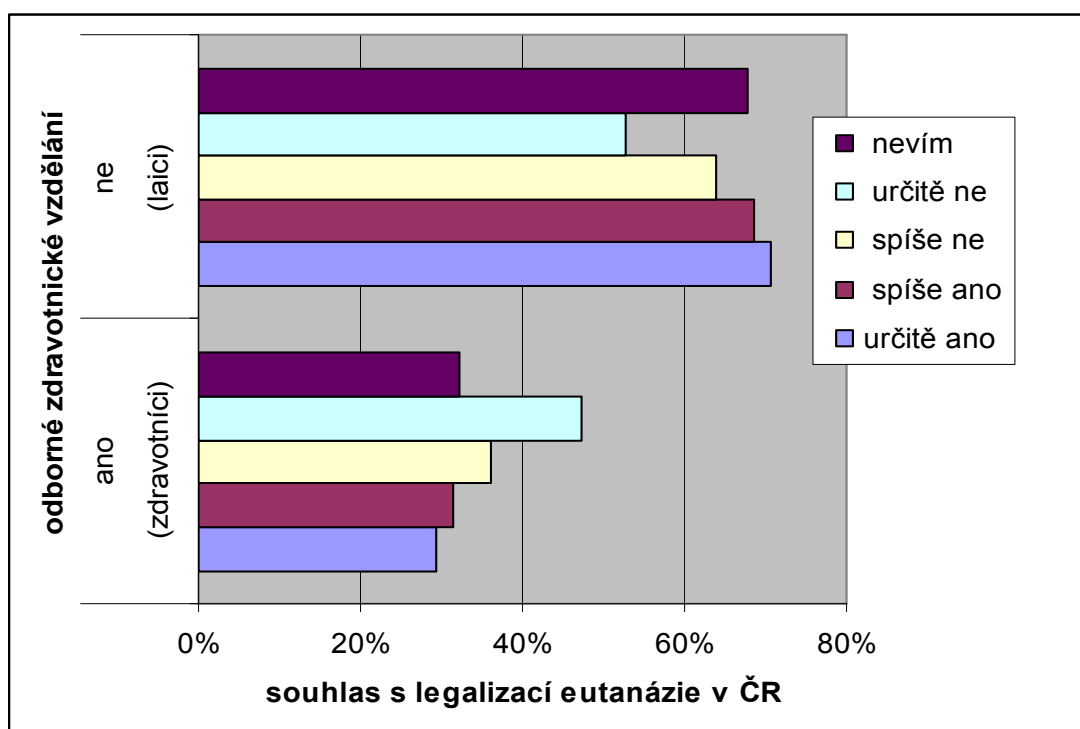
H_A : Předpokládám, že bude významný rozdíl v souhlasu s legalizací eutanázie v České republice mezi zdravotníky a laiky.

Tab. 31 – Kontingenční tabulka porovnávající souhlas s legalizací eutanázie v České republice mezi zdravotníky a laiky

Souhlas s legalizací eutanázie v ČR (dotazník ot. 17)		Odborné zdravotnické vzdělání (dotazník ot.4)		celkem
		ano (zdravotníci)	ne (laici)	
určitě ano	N	20	48	68
	% within ot.17	29,41 %	70,59 %	100,00 %
	% within ot.4	17,86 %	22,75 %	21,05 %
	adjusted residual	-1,0	1,0	
spíše ano	N	35	76	111
	% within ot.17	31,53 %	68,47 %	100,00 %
	% within ot.4	31,25 %	36,02 %	34,37 %
	adjusted residual	-0,9	0,9	
spíše ne	N	21	37	58
	% within ot.17	36,21 %	63,79 %	100,00 %
	% within ot.4	18,75 %	17,54 %	17,96 %
	adjusted residual	0,3	-0,3	
určitě ne	N	26	29	55
	% within ot.17	47,27 %	52,73 %	100,00 %
	% within ot.4	23,21 %	13,74 %	17,03 %
	adjusted residual	2,2	-2,2	
nevím	N	10	21	31
	% within ot.17	32,26 %	67,74 %	100,00 %
	% within ot.4	8,93 %	9,95 %	9,60 %
	adjusted residual	-0,3	0,3	
celkem	N	112	211	323
	% within ot.17	34,67 %	65,33 %	100,00 %
	% within ot.4	100,00 %	100,00 %	100,00 %

Pearson $\chi^2 = 5,309$, $f = 4$, $p = 0,257$

Obr. 4 *Souhlas s legalizací eutanázie v České republice u zdravotníků a laiků*



Obr. 4 popisuje výskyt četností jednotlivých odpovědí na otázku souhlasu s legalizací eutanázie v České republice u zdravotníků a laiků.

Závěr: Výsledkem Pearson χ^2 testu je $p > 0,05$; z toho vyplývá, že potvrzujeme nulovou hypotézu H_0 , tzn., že mezi zdravotníky a laiky nebyly zjištěny statisticky významné rozdíly v souhlasu s legalizací eutanázie v České republice.

II. H₀: Předpokládám, že nebude významný rozdíl v morální přijatelnosti eutanázie mezi zdravotníky a laiky.

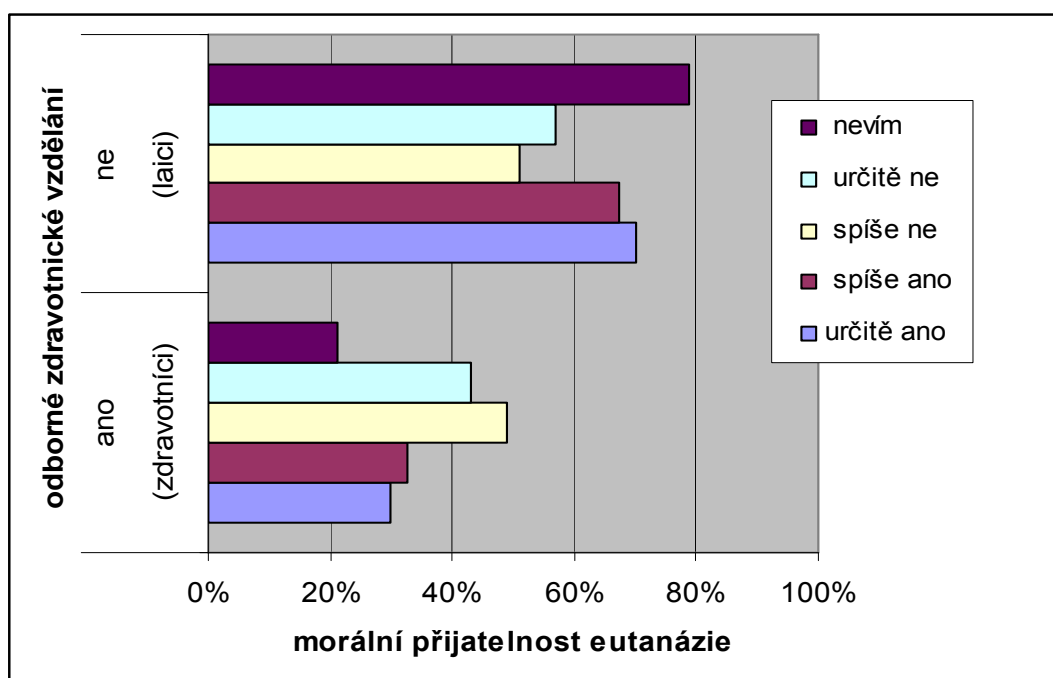
H_A: Předpokládám, že bude významný rozdíl v morální přijatelnosti eutanázie mezi zdravotníky a laiky.

Tab. 32 – Kontingenční tabulka porovnávající morální přijatelnost eutanázie mezi zdravotníky a laiky

Morální přijatelnost eutanázie (dotazník ot. 14)		Odborné zdravotnické vzdělání (dotazník ot.4)		celkem
		ano (zdravotníci)	ne (laici)	
určitě ano	N	22	52	74
	% within ot.14	29,73 %	70,27 %	100,00 %
	% within ot.4	19,64 %	24,64 %	22,91 %
	adjusted residual	-1,0	1,0	
spíše ano	N	40	83	123
	% within ot.14	32,52 %	67,48 %	100,00 %
	% within ot.4	35,71 %	39,34 %	38,08 %
	adjusted residual	-0,6	0,6	
spíše ne	N	24	25	49
	% within ot.14	48,98 %	51,02 %	100,00 %
	% within ot.4	21,43 %	11,85 %	15,17 %
	adjusted residual	2,3	-2,3	
určitě ne	N	19	25	44
	% within ot.14	43,18 %	56,82 %	100,00 %
	% within ot.4	16,96 %	11,85 %	13,62 %
	adjusted residual	1,3	-1,3	
nevím	N	7	26	33
	% within ot.14	21,21 %	78,79 %	100,00 %
	% within ot.4	6,25 %	12,32 %	10,22 %
	adjusted residual	-1,7	1,7	
celkem	N	112	211	323
	% within ot.14	34,67 %	65,33 %	100,00 %
	% within ot.4	100,00 %	100,00 %	100,00 %

Pearson $\chi^2 = 9,524$, $f = 4$, **$p = 0,049$**

Obr. 5 Morální přijatelnost eutanázie u zdravotníků a laiků



Obr. 5 popisuje výskyt četností jednotlivých odpovědí na otázku morální přijatelnosti eutanázie u zdravotníků a laiků.

Závěr: Výsledkem Pearson χ^2 testu je $p < 0,05$; z toho vyplývá, že zamítáme nulovou hypotézu H_0 a přijímáme hypotézu alternativní H_A , tzn., že mezi zdravotníky a laiky byly zjištěny statisticky významné rozdíly v morální přijatelnosti eutanázie.

Z tabulky vyplývá, že zdravotníci volili v otázce morální přijatelnosti eutanázie nejčastěji odpověď *spíše ne* (v 48,98 % případů) a *určitě ne* (v 43,18 % případů), zatímco laici odpovědi *nevím* (v 78,79 % případů), *určitě ano* (v 70,27 % případů) a *spíše ano* (v 67,48 % případů).

Výskyt četností nejvíce a nejméně se vyskytujících odpovědí u jednotlivých skupin respondentů ukazuje v tabulce položka s názvem adjusted residual. Červeně vyjádřené hodnoty ukazují na statistickou významnost hodnot.

III. H_0 : Předpokládám, že nejčastější důvody žádosti o eutanázii budou stejné u zdravotníků i laiků.

H_A : Předpokládám, že nejčastější důvody žádosti o eutanázii se budou mezi zdravotníky a laiky lišit.

V následujících tabulkách jsou všechny uvedené nejčastější důvody žádosti o eutanázii (viz dotazník ot.č. 11) jednotlivě rozebrány.

1. Nesnesitelná bolest

Tab. 33 – Kontingenční tabulka porovnávající uvedení *nesnesitelné bolesti* jako důvodu žádosti o eutanázii mezi zdravotníky a laiky

nesnesitelná bolest (dotazník ot. 11)		Odborné zdravotnické vzdělání (dotazník ot.4)		celkem
		ano (zdravotníci)	ne (laici)	
neuveдена jako důvod žádosti o eutanázii	N	21	66	87
	% within ot.11	24,14 %	75,86 %	100,00 %
	% within ot.4	18,75 %	31,28 %	26,94 %
uvedena jako důvod žádosti o eutanázii	N	91	145	236
	% within ot.11	38,56 %	61,44 %	100,00 %
	% within ot.4	81,25 %	68,72 %	73,07 %
celkem	N	112	211	323
	% within ot.11	34,67 %	65,33 %	100,00 %
	% within ot.4	100,00 %	100,00 %	100,00 %

Pearson $\chi^2 = 5,836$, $f = 1$, $p = 0,016$

Závěr: Výsledkem Pearson χ^2 testu je $p < 0,05$; z toho vyplývá, že zamítáme nulovou hypotézu H_0 a přijímáme hypotézu alternativní H_A , tzn., že mezi zdravotníky a laiky byly zjištěny statisticky významné rozdíly v uvedení nesnesitelné bolesti jako nejčastějšího důvodu žádosti o eutanázii.

Z tabulky vyplývá, že zdravotníci volili nesnesitelnou bolest jako nejčastější důvod žádosti o eutanázii v 38,56 % případů, zatímco laici v 61,44 % případů.

2. Pocit samoty, opuštění

Tab. 34 – Kontingenční tabulka porovnávající uvedení **pocitu samoty, opuštění** jako důvodu žádosti o eutanázii mezi zdravotníky a laiky

Pocit samoty, opuštění (dotazník ot. 11)		Odborné zdravotnické vzdělání (dotazník ot.4)		celkem
		ano (zdravotníci)	ne (laici)	
neuvedena jako důvod žádosti o eutanázii	N	90	194	284
	% within ot.11	31,69 %	68,31 %	100,00 %
	% within ot.4	80,36 %	91,94 %	87,93 %
uvedena jako důvod žádosti o eutanázii	N	22	17	39
	% within ot.11	56,41 %	43,59 %	100,00 %
	% within ot.4	19,64 %	8,06 %	12,07 %
celkem	N	112	211	323
	% within ot.11	34,67 %	65,33 %	100,00 %
	% within ot.4	100,00 %	100,00 %	100,00 %

Pearson $\chi^2 = 9,251$, $f = 1$, **$p = 0,002$**

Závěr: Výsledkem Pearson χ^2 testu je $p < 0,05$; z toho vyplývá, že zamítáme nulovou hypotézu H_0 a přijímáme hypotézu alternativní H_A , tzn., že mezi zdravotníky a laiky byly zjištěny statisticky významné rozdíly v uvedení pocitu samoty, opuštění jako nejčastějšího důvodu žádosti o eutanázii.

Z tabulky vyplývá, že zdravotníci volili pocit samoty, opuštění jako nejčastější důvod žádosti o eutanázii v 56,41 % případů, zatímco laici v 43,59 % případů.

3. Pocit zbytečnosti

Tab. 35 – Kontingenční tabulka porovnávající uvedení **pocitu zbytečnosti** jako důvodu žádosti o eutanázii mezi zdravotníky a laiky

Pocit zbytečnosti (dotazník ot. 11)		Odborné zdravotnické vzdělání (dotazník ot.4)		celkem
		ano (zdravotníci)	ne (laici)	
neuvedena	N	96	198	294
jako důvod žádosti o eutanázii	% within ot.11	32,65 %	67,35 %	100,00 %
	% within ot.4	85,71 %	93,84 %	87,93 %
uvedena	N	16	13	29
jako důvod žádosti o eutanázii	% within ot.11	55,17 %	44,83 %	100,00 %
	% within ot.4	14,29 %	6,16 %	8,98 %
celkem	N	112	211	323
	% within ot.11	34,67 %	65,33 %	100,00 %
	% within ot.4	100,00 %	100,00 %	100,00 %

Pearson $\chi^2 = 5,910$, $f = 1$, **$p = 0,015$**

Závěr: Výsledkem Pearson χ^2 testu je $p < 0,05$; z toho vyplývá, že zamítáme nulovou hypotézu H_0 a přijímáme hypotézu alternativní H_A , tzn., že mezi zdravotníky a laiky byly zjištěny statisticky významné rozdíly v uvedení pocitu zbytečnosti jako nejčastějšího důvodu žádosti o eutanázii.

Z tabulky vyplývá, že zdravotníci volili pocit zbytečnosti jako nejčastější důvod žádosti o eutanázii v 55,17 % případů, zatímco laici v 44,83 % případů.

4. Beznaděj

Tab. 36 – Kontingenční tabulka porovnávající uvedení **beznaděje** jako důvodu žádosti o eutanázii mezi zdravotníky a laiky

Beznaděj (dotazník ot. 11)		Odborné zdravotnické vzdělání (dotazník ot.4)		celkem
		ano (zdravotníci)	ne (laici)	
neuvedena	N	69	160	229
jako důvod žádosti o eutanázii	% within ot.11	30,13 %	69,87 %	100,00 %
	% within ot.4	61,61 %	75,83 %	87,93 %
uvedena	N	43	51	94
jako důvod žádosti o eutanázii	% within ot.11	45,74 %	54,26 %	100,00 %
	% within ot.4	38,39 %	24,17 %	29,10 %
celkem	N	112	211	323
	% within ot.11	34,67 %	65,33 %	100,00 %
	% within ot.4	100,00 %	100,00 %	100,00 %

Pearson $\chi^2 = 7,173$, $f = 1$, **$p = 0,007$**

Závěr: Výsledkem Pearson χ^2 testu je $p < 0,05$; z toho vyplývá, že zamítáme nulovou hypotézu H_0 a přijímáme hypotézu alternativní H_A , tzn., že mezi zdravotníky a laiky byly zjištěny statisticky významné rozdíly v uvedení beznaděje jako nejčastějšího důvodu žádosti o eutanázii.

Z tabulky vyplývá, že zdravotníci volili beznaděj jako nejčastější důvod žádosti o eutanázii v 45,74 % případů, zatímco laici v 54,26 % případů.

5. Neschopnost postarat se o sebe sama

Tab. 37 – Kontingenční tabulka porovnávající uvedení *neschopnosti postarat se o sebe sama* jako důvodu žádosti o eutanázii mezi zdravotníky a laiky

Neschopnost postarat se o sebe sama (dotazník ot. 11)		Odborné zdravotnické vzdělání (dotazník ot.4)		celkem
		ano (zdravotníci)	ne (laici)	
neuveдена	N	79	166	245
jako důvod žádosti o eutanázii	% within ot.11	32,24 %	67,76 %	100,00 %
	% within ot.4	70,54 %	78,67 %	75,85 %
uveдена	N	33	45	78
jako důvod žádosti o eutanázii	% within ot.11	42,31 %	57,69 %	100,00 %
	% within ot.4	29,46 %	21,33 %	24,15 %
celkem	N	112	211	323
	% within ot.11	34,67 %	65,33 %	100,00 %
	% within ot.4	100,00 %	100,00 %	100,00 %

Pearson $\chi^2 = 2,645$, $f = 1$, $p = 0,104$

Závěr: Výsledkem Pearson χ^2 testu je $p > 0,05$; z toho vyplývá, že potvrzujeme nulovou hypotézu H_0 , tzn., že mezi zdravotníky a laiky nebyly zjištěny statisticky významné rozdíly v uvedení neschopnosti postarat se o sebe sama jako nejčastějšího důvodu žádosti o eutanázii.

Z tabulky vyplývá, že zdravotníci volili beznaděj jako nejčastější důvod žádosti o eutanázii v 42,31 % případů, zatímco laici v 57,69 % případů.

6. Byt přítěží, břemenem pro druhé

Tab. 38 – Kontingenční tabulka porovnávající uvedení **bytí přítěží, břemenem pro druhé** jako důvodu žádosti o eutanázii mezi zdravotníky a laiky

Byt přítěží, břemenem pro druhé (dotazník ot. 11)		Odborné zdravotnické vzdělání (dotazník ot.4)		celkem
		ano (zdravotníci)	ne (laici)	
neuvedena	N	73	160	233
jako důvod žádosti o eutanázii	% within ot.11	31,33 %	68,67 %	100,00 %
	% within ot.4	65,18 %	75,83 %	72,14 %
uvedena	N	39	51	90
jako důvod žádosti o eutanázii	% within ot.11	43,33 %	56,67 %	100,00 %
	% within ot.4	34,82 %	24,17 %	27,86 %
celkem	N	112	211	323
	% within ot.11	34,67 %	65,33 %	100,00 %
	% within ot.4	100,00 %	100,00 %	100,00 %

Pearson $\chi^2 = 4,129$, $f = 1$, $p = 0,042$

Závěr: Výsledkem Pearson χ^2 testu je $p < 0,05$; z toho vyplývá, že zamítáme nulovou hypotézu H_0 a přijímáme hypotézu alternativní H_A , tzn., že mezi zdravotníky a laiky byly zjištěny statisticky významné rozdíly v uvedení bytí přítěží, břemenem pro druhé jako nejčastějšího důvodu žádosti o eutanázii.

Z tabulky vyplývá, že zdravotníci volili bytí přítěží, břemenem pro druhé jako nejčastější důvod žádosti o eutanázii v 43,33 % případů, zatímco laici v 56,67 % případů.

7. Nevyléčitelné smrtelné onemocnění

Tab. 39 – Kontingenční tabulka porovnávající uvedení **nevyléčitelného smrtelného onemocnění** jako důvodu žádosti o eutanázii mezi zdravotníky a laiky

Nevyléčitelné smrtelné onemocnění (dotazník ot. 11)		Odborné zdravotnické vzdělání (dotazník ot.4)		celkem
		ano (zdravotníci)	ne (laici)	
neuvedena	N	31	38	69
jako důvod žádosti o eutanázii	% within ot.11	44,93 %	55,07 %	100,00 %
	% within ot.4	27,68 %	18,01 %	21,36 %
uvedena	N	81	173	254
jako důvod žádosti o eutanázii	% within ot.11	31,89 %	68,11 %	100,00 %
	% within ot.4	72,32 %	82,99 %	78,64 %
celkem	N	112	211	323
	% within ot.11	34,67 %	65,33 %	100,00 %
	% within ot.4	100,00 %	100,00 %	100,00 %

Pearson $\chi^2 = 4,072$, $f = 1$, **$p = 0,044$**

Závěr: Výsledkem Pearson χ^2 testu je $p < 0,05$; z toho vyplývá, že zamítáme nulovou hypotézu H_0 a přijímáme hypotézu alternativní H_A , tzn., že mezi zdravotníky a laiky byly zjištěny statisticky významné rozdíly v uvedení nevyléčitelného smrtelného onemocnění jako nejčastějšího důvodu žádosti o eutanázii.

Z tabulky vyplývá, že zdravotníci volili nevyléčitelné smrtelné onemocnění jako nejčastější důvod žádosti o eutanázii v 31,89 % případů, zatímco laici v 68,11 % případů.

8. Možnost posledního rozhodnutí o sobě samém

Tab. 40 – Kontingenční tabulka porovnávající uvedení *možnosti posledního rozhodnutí o sobě samém* jako důvodu žádosti o eutanázii mezi zdravotníky a laiky

Možnost posledního rozhodnutí o sobě samém (dotazník ot. 11)		Odborné zdravotnické vzdělání (dotazník ot.4)		celkem
		ano (zdravotníci)	ne (laici)	
neuveдена jako důvod žádosti o eutanázii	N	90	172	262
	% within ot.11	34,35 %	65,65 %	100,00 %
	% within ot.4	80,36 %	81,52 %	81,11 %
uvedena jako důvod žádosti o eutanázii	N	22	39	61
	% within ot.11	36,07 %	63,93 %	100,00 %
	% within ot.4	19,64 %	18,48 %	18,89 %
celkem	N	112	211	323
	% within ot.11	34,67 %	65,33 %	100,00 %
	% within ot.4	100,00 %	100,00 %	100,00 %

Pearson $\chi^2 = 0,064$, $f = 1$, $p = 0,800$

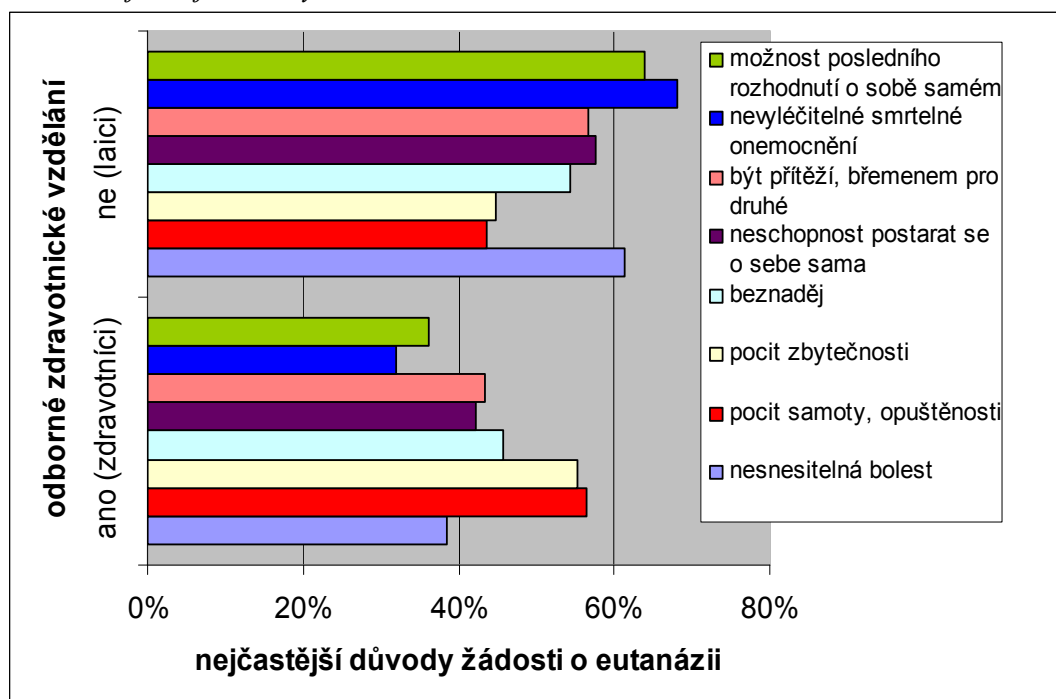
Závěr: Výsledkem Pearson χ^2 testu je $p > 0,05$; z toho vyplývá, že potvrzujeme nulovou hypotézu H_0 , tzn., že mezi zdravotníky a laiky nebyly zjištěny statisticky významné rozdíly v uvedení možnosti posledního rozhodnutí o sobě samém jako nejčastějšího důvodu žádosti o eutanázii.

Z tabulky vyplývá, že zdravotníci volili možnost posledního rozhodnutí o sobě samém jako nejčastější důvod žádosti o eutanázii v 36,07 % případů, zatímco laici v 63,93 % případů.

9. Jiné důvody

U této varianty odpovědi měli respondenti možnost uvést jiné, než výše uvedené, důvody žádosti o eutanázii. Uváděli tyto: není víra v Boha (u laiků v 5 případech, u zdravotníků v 1 případě) nebo selhání rodiny (v 1 případě u laiků).

Obr. 6 Nejčastější důvody žádosti o eutanázii u zdravotníků a laiků



Obr. 6 popisuje výskyt četností nejčastějších důvodů žádosti o eutanázii u zdravotníků a laiků.

5 DISKUSE

Diplomová práce se zabývá smýšlením a postoji veřejnosti k problematice eutanázie a dalšími otázkami s ní spojenými a dále existencí rozdílů mezi laiky a zdravotníky v tomtéž.

Pro průzkum jsem použila metodu anonymního dotazníku, který obsahoval dvacet položek. Pět zjišťovalo identifikační údaje respondentů a patnáct se týkalo samotného tématu eutanázie.

Dotazníkového šetření se zúčastnilo celkem 323 respondentů. Tento celý soubor byl dále rozdělen podle odborného zdravotnického vzdělání na dvě skupiny – laiky (65,33 %) a zdravotníky (34,67 %). Výsledky šetření jsou v závislosti na tomto rozdělení interpretovány na celém souboru respondentů a dále pro porovnání skupiny laiků a zdravotníků.

Některé výsledky mého šetření jsem srovnávala s výsledky bakalářské práce Lucie Novotné¹⁰⁴, diplomové práce Zuzany Blahové¹⁰⁵ a výsledky některých anket zveřejněných na internetu. Srovnání výsledků je prezentováno pouze relativní četností vzhledem k různému počtu odpovídajících respondentů.

Celý soubor tvořilo 323 respondentů, 72,14 % žen a 27,86 % mužů. U laiků i zdravotníků byly v převaze zastoupeny ženy (u laiků 66,35 %, u zdravotníků 83,04 %). Důvodem byla jejich větší ochota k vyplňování dotazníků. Muži se k této činnosti stavěli spíše odmítavě, což bylo, vidno podle jejich reakcí, způsobeno pro ně ožehavým tématem, ke kterému se nechtěli vyjadřovat. U zdravotníků byla převaha žen logicky očekávána díky profesi zastoupené zejména ženami.

Největší zastoupení respondentů ve všech skupinách bylo ve věkové kategorii 31 – 45 let. Nejméně zastoupena byla věková kategorie 76 a více let, ke které se u zdravotníků ještě přidává kategorie 61 – 75 let.

Nejvyšší dosažené vzdělání bylo u laiků nejčastěji středoškolské (37,91 %) a vyučen/a (26,54 %). U zdravotníků převažovalo středoškolské (49,11 %) a vysokoškolské (28,57 %).

¹⁰⁴ Bakalářská práce **Lucie Novotné** na téma „*Pohled laické veřejnosti a zdravotníků na eutanázii a paliativní péči*“ byla obhájena v r. 2008 na Lékařské fakultě, katedře ošetrovatelství, Masarykovy univerzity.

¹⁰⁵ Diplomová práce **Zuzany Blahové** na téma „*Eutanázie – ano či ne?*“ byla obhájena v r. 2008 na fakultě Humanitních studií, Institutu mezioborových studií v Brně, Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně.

Zastoupení respondentů věřících a nevěřících v Boha bylo rovnoměrné, což příkládám oblastem, ve kterých průzkum probíhal (viz kapitola 3.1).

Znalost pojmu eutanázie potvrdilo 98,10 % laiků a 99,11 % zdravotníků. Výsledky jsou srovnatelné s prací Novotné, kde znalost pojmu eutanázie potvrdilo 95 % laiků a 98 % zdravotníků.

Laici charakterizovali eutanázii nejčastěji jako dobrovolné ukončení života; ukončení života na žádost, přání nemocného; dobrovolné ukončení života s pomocí lékaře popř. jiné osoby; dobrovolné ukončení života těžce nemocného nevyléčitelného člověka.

Zdravotníci definovali pojem eutanázie nejčastěji jako dobrovolné ukončení s pomocí lékaře popř. jiné osoby; ukončení života na žádost, přání nemocného; dobrovolné ukončení života těžce nemocného nevyléčitelného člověka; asistovanou sebevraždu (viz tab. 7, s. 47).

Znalost zemí, ve kterých je legalizována eutanázie potvrdilo 36,97 % laiků a 65,18 % zdravotníků.

Laici i zdravotníci uváděli nejčastěji Holandsko; Holandsko a Švýcarsko; Švýcarsko (viz tab. 9, s. 48).

Existenci rozdílu mezi eutanázií a asistovanou sebevraždou potvrdilo 43,60 % laiků a 57,14 % zdravotníků.

Zdravotníci definovali tento rozdíl nejčastěji tak, že při eutanázii ukončuje život pacienta lékař popř. druhá osoba, zatímco při asistované sebevraždě se pacient usmrtí sám za asistence lékaře či jiné osoby, která mu podá smrtící prostředek.

Překvapivě definovali tento rozdíl laici, kteří nejčastěji uváděli, že eutanázie má důvody zdravotní, zatímco asistovaná sebevražda je páchána z důvodů jiných, ne zdravotních (viz tab. 11, s. 50). Z uvedeného by tak mohlo vyplynout, že velká skupina laiků neshledává rozdíl mezi asistovanou sebevraždou a sebevraždou.

Znalost pojmu hospic potvrdilo 87,31 % všech respondentů, 84,83 % laiků a 91,96 % zdravotníků, což je srovnatelné s prací Blahové, která uvádí, že pojem hospic zná 82,0 % respondentů a stejně tak s prací Novotné, kde znalost pojmu hospic potvrdilo 86 % respondentů.

Laici definovali hospic nejčastěji jako zařízení pro těžce nemocné umírající lidi v terminálním stádiu; zařízení pro pacienty s nevyléčitelným onemocněním; zařízení pro staré nemohoucí lidi na dožití; zařízení poskytující paliativní péči.

Zdravotníci se kromě definice „zařízení pro staré nemohoucí lidi na dožití“, v ostatních definicích s laiky shodovali (viz tab. 13, s. 51).

Z uvedeného je patrné, že pojem hospic je mezi lidmi rozšířen a znám, což připisují rozvoji hospicového hnutí, zřizování nových lůžkových a mobilních hospiců, vlastní zkušenosti s tímto zařízením nebo zkušenosti někoho známého.

Znalost náplně činnosti paliativní medicíny potvrdilo 32,20 % všech respondentů, 13,27 % laiků a 67,86 % zdravotníků. V práci Blahové ji potvrdilo 32 % respondentů, což je srovnatelné.

Všichni respondenti, ať již laici nebo zdravotníci, kteří potvrdili znalost náplně činnosti paliativní medicíny, více či méně věděli, čím se zabývá (viz tab. 15, s. 53).

Nejčastějšími důvody žádosti o eutanázii byly u laiků nevyléčitelné smrtelné onemocnění; nesnesitelná bolest; beznaděj; být přítěží, břemenem pro druhé; neschopnost postarat se o sebe sama.

U zdravotníků nesnesitelná bolest; nevyléčitelné smrtelné onemocnění; ostatní pořadí důvodů byla stejná jako u laiků (viz tab. 16, s. 54).

Zajímavé je, že nesnesitelná bolest jako nejčastější důvod žádosti o eutanázii zaujímá u zdravotníků první místo, když literatura uvádí, že bolesti u onkologických nemocných lze v 90 % případů úspěšně zvládat.¹⁰⁶

Nabízí se otázka, zda je bolest dostatečně léčena. Odpověď nalézáme opět v literatuře, kde se uvádí, že při léčbě bolesti dochází k chybám a u 50 až 80 % onkologických nemocných v rozvinutých zemích nejsou bolesti adekvátně tlumeny.¹⁰⁷

Výsledky jsou alarmující a měly by být důvodem k zamyšlení všech zdravotníků.

Osobní zkušenost s umíráním blízké osoby na nevyléčitelné onemocnění mělo 41,71 % laiků a 45,54 % zdravotníků. Tato zkušenost ovlivnila 40,91 % laiků a 47,06 % zdravotníků v názoru, postoji na problematiku eutanázie.

Morálně přijatelná byla eutanázie pro 63,98 % laiků (odpovědi určitě ano a spíše ano) a 55,35 % zdravotníků, zatímco nepřijatelná (odpovědi spíše ne a určitě ne) byla pro 23,70 % laiků a 38,39 % zdravotníků.

¹⁰⁶ Srov. VORLÍČEK, J., ADAM, Z., a kol., *Paliativní medicína*, s. 34.

¹⁰⁷ Tamtéž.

Laici i zdravotníci se shodují v tom, že o eutanázii by měl v první řadě rozhodovat sám nemocný. Dalšími variantami, ve kterých se také obě skupiny shodují, byly nezávislá lékařská komise; ošetřující lékař (viz tab. 20, s. 56).

V případě nevyléčitelné nemoci respondentů by o eutanázii žádalo (odpovědi určitě ano a spíše ano) 32,70 % laiků a 23,21 % zdravotníků, nežádalo (odpovědi spíše ne a určitě ne) 30,81 % laiků a 21,43 % zdravotníků a nevědělo 36,49 % laiků a 55,36 % zdravotníků.

Novotná ve své práci uvádí, že v případě nevyléčitelné nemoci u laiků by s eutanázií souhlasilo 49 %, nesouhlasilo 16 % a nevědělo 35 % respondentů. U zdravotníků by ve stejné situaci souhlasilo 52 %, nesouhlasilo 11 % a nevědělo 37 % respondentů.

Je patrné, že zde se výsledky mého průzkumu s prací Novotné liší. Důvodem může být znění otázky, kdy já se ptám na existenci nevyléčitelné choroby přímo odpovídajícího respondenta (Kdybyste byl/a nevyléčitelně nemocný/á, žádal/a byste o eutanázii?), zatímco Novotná má otázku položenou spíše obecně (Souhlas s eutanázií v případě nevyléčitelné choroby), takže respondent nemusí existenci nevyléčitelné choroby vztahovat přímo na svou osobu.

S legalizací eutanázie v České republice by souhlasilo (odpovědi určitě ano a spíše ano) 55,42 % všech respondentů, 58,77 % laiků a 49,11 % zdravotníků.

Novotná uvádí souhlas s legalizací eutanázie v 63 % u laiků a v 53 % u zdravotníků, Blahová uvádí souhlas (odpovědi rozhodně ano a spíše ano) u 66 % všech respondentů.

Anketa uveřejněná na www.eutanazie-dobrasmrť.cz, zda souhlasíte s tím, aby náš právní řád umožňoval ukončení života nevyléčitelně nemocného člověka, přináší tyto výsledky (zdroj: CVVM 10.6.2008): ano (spíše ano) 62 % dotázaných, ne (spíše ne) 27 % dotázaných a nevím 11 %.

Další anketa zveřejněná na www.hospice.cz (k 15.1.2009), zda byste chtěli v Česku legalizovat eutanázii, přináší tato data: ano 34 %, ne 33 %, nevím 33 %.

Ze všech uvedených výsledků je patrné, že až na anketu uveřejněnou na www.hospice.cz, jsou data srovnatelná, tedy že téměř dvě třetiny Čechů souhlasí s legalizací eutanázie v České republice.

Nabízí se otázka, proč se liší výsledky ankety uveřejněné na www.hospice.cz. Myslím si, že roli hraje zaměření www stránek.

Pokud by byla eutanázie uzákoněna, jejího zneužívání by se obávalo 66,56 % všech respondentů, 70,14 % laiků a 59,82 % zdravotníků.

Je zarážející, že tak velké procento respondentů by se obávalo zneužívání eutanázie a i přesto souhlasí s její legalizací.

Novotná uvádí možnost zneužívání eutanázie v 56,7 % případů, což je srovnatelné s mými výsledky.

Nejvíce informací o eutanázii získali laici z televize a rozhlasu; tisku; internetu, zdravotníci z televize a rozhlasu; tisku; odborné literatury a školy.

Zajímavý je názor respondentů na informovanost veřejnosti o problematice eutanázie. Ve všech skupinách respondentů převažuje názor, že veřejnost je o této problematice informována nedostatečně, u laiků v 84,83 % případů a u zdravotníků v 87,50 % případů.

Někteří autoři (např. Svatošová, Munzarová, Pellegrino) uvádí, že pokud je dobrá paliativní péče, nežádají nemocní o eutanázii. V této souvislosti mě napadlo zjistit, jestli respondenti, kteří více či méně věděli, čím se zabývá paliativní medicína, vyjadřovali spíše souhlas nebo nesouhlas s legalizací eutanázie. Z výsledků vyplynulo, že výše jmenovaní respondenti vyjadřovali spíše nesouhlas (v 55 případech z celkových 86), což je zajímavé zjištění.

21 respondentů vyjadřovalo souhlas a 10 respondentů nevědělo. Soubory byly však malé, proto z toho nelze vyvozovat žádné velké závěry. Porovnání bylo provedeno spíše ze zajímavosti (viz tab. 26, s. 60, tab. 27, s. 61).

ZÁVĚR

Záměrem práce bylo zjistit:

- názor a pochopení pojmů eutanázie, hospic, paliativní medicína,
- znalost zemí, ve kterých je legalizována eutanázie,
- vnímání rozdílu mezi eutanázií a asistovanou sebevraždou,
- nejčastější důvody žádosti o eutanázii,
- existenci osobní zkušenosti s umíráním blízké osoby na nevléčitelné onemocnění a její vliv na problematiku eutanázie,
- názor na morální přijatelnost, možnost zneužívání a legalizaci eutanázie,
- názor na vykonavatele rozhodnutí o eutanázii,
- názor na žádost o eutanázii v případě nevléčitelné nemoci jich samotných.

Záměr práce byl splněn.

Při testování hypotéz týkajících se celého souboru respondentů byly zjištěny tyto výsledky:

1. U respondentů byly zjištěny statisticky významné rozdíly mezi souhlasem s legalizací eutanázie v České republice a vírou v Boha. Byla přijata pracovní hypotéza I. H_A , tzn., že **víra v Boha má vliv na souhlas s legalizací eutanázie**. Respondenti věřící v Boha uváděli u otázky souhlasu s legalizací eutanázie v České republice nejčastěji odpověď *určitě ne* (v 80,00 % případů), zatímco nejméně volili odpověď *spíše ano* (v 20,72 %). Respondenti v Boha nevěřící volili u otázky souhlasu s legalizací eutanázie v České republice nejčastěji odpověď *spíše ano* (v 54,95 % případů) a nejméně odpověď *určitě ne* (v 12,73 % případů).
2. U respondentů nebyly zjištěny statisticky významné rozdíly mezi souhlasem s legalizací eutanázie v České republice a osobní zkušeností s umíráním blízké osoby na nevléčitelné onemocnění. Byla potvrzena pracovní hypotéza II. H_0 , tzn., že **osobní zkušenosti respondentů s umíráním blízké osoby na nevléčitelné onemocnění nemají vliv na souhlas s legalizací eutanázie**.

3. U respondentů byly zjištěny statisticky významné rozdíly mezi morální přijatelností eutanázie a vírou v Boha. Byla přijata pracovní hypotéza III. H_A , tzn., že **existuje významný rozdíl v morální přijatelnosti eutanázie mezi respondenty v Boha věřícími a v Boha nevěřícími.**

Respondenti věřící v Boha uváděli u otázky morální přijatelnosti eutanázie nejčastěji odpověď *určitě ne* (v 84,09 % případů), zatímco nejméně volili odpověď *určitě ano* (v 18,92 % případů) a *spíše ano* (ve 24,39 % případů). Respondenti v Boha nevěřící volili u otázky morální přijatelnosti eutanázie nejčastěji odpověď *určitě ano* (v 63,51 % případů) a nejméně odpověď *určitě ne* (v 6,82 % případů).

Při testování hypotéz zaměřených na porovnání dvou skupin respondentů – zdravotníků a laiků byly zjištěny tyto výsledky:

1. **Mezi zdravotníky a laiky nebyly zjištěny statisticky významné rozdíly v souhlasu s legalizací eutanázie v České republice.** Byla potvrzena pracovní hypotéza I. H_0 .
2. **Mezi zdravotníky a laiky byly zjištěny statisticky významné rozdíly v morální přijatelnosti eutanázie.** Byla přijata pracovní hypotéza II. H_A .

Zdravotníci volili v otázce morální přijatelnosti eutanázie nejčastěji odpověď *spíše ne* (v 48,98 % případů) a *určitě ne* (v 43,18 % případů), zatímco laici odpovědi *nevím* (v 78,79 % případů), *určitě ano* (v 70,27 % případů) a *spíše ano* (v 67,48 % případů).

3. **Mezi zdravotníky a laiky byly zjištěny statisticky významné rozdíly v uvedení těchto nejčastějších důvodů žádosti o eutanázii: nesnesitelná bolest; pocit samoty, opuštěnosti; pocit zbytečnosti; beznaděj; být přítěží, břemenem pro druhé; nevyléčitelné smrtelné onemocnění.** U těchto důvodů byly přijaty alternativní hypotézy III. H_A .

Zdravotníci volili nejčastější důvody žádosti o eutanázii v tomto pořadí: pocit samoty, opuštěnosti (v 56,41 %); pocit zbytečnosti (v 55,17 %); beznaděj (v 45,74 %); být přítěží, břemenem pro druhé (v 43,33 %); nesnesitelná bolest (v 38,56 %) a nevyléčitelné smrtelné onemocnění (v 31,84 %).

U laiků bylo pořadí důvodů opačné: nevyléčitelné smrtelné onemocnění (v 68,11 %); nesnesitelná bolest (v 61,44 %); být přítěží, břemenem pro druhé (v 56,67 %); beznaděj (v 54,26 %); pocit zbytečnosti (v 44,83 %) a pocit samoty, opuštěnosti (v 43,59 %).

V uvedení neschopnosti postarat se o sebe sama a možnosti posledního rozhodnutí o sobě samém jako nejčastějšího důvodu žádosti o eutanázii, nebyly zjištěny statisticky významné rozdíly mezi zdravotníky a laiky. Byly potvrzeny nulové hypotézy III. H_0 .

ANOTACE

Příjmení a jméno autora:	Skácelová Ladislava
Instituce:	Masarykova univerzita, Lékařská fakulta, Katedra ošetrovatelství
Název práce:	Eutanázie
Vedoucí práce:	Mgr. Josef Kuře, Dr.phil.
Počet stran:	111
Počet příloh:	2
Rok obhajoby:	2009
Klíčová slova:	eutanázie odstoupení od marné léčby asistovaná sebevražda legalizace eutanázie paliativní medicína hospic

Eutanázie je téma v současné době často diskutované nejen odbornou, ale i laickou veřejností. Důvodem je snaha o její legalizaci. Cílem práce bylo zjistit, jaký názor a jaký postoj zaujímá veřejnost k problematice eutanázie a otázkám s ní spojených a zda existují rozdíly na tutéž problematiku mezi zdravotníky a laiky. V teoretické části jsem se snažila o objasnění základních pojmů, které se k problematice eutanázie vztahují.

Nowadays euthanasia is a problem discussed by both the health care professionals and the public. The reason is a tendency to legalize euthanasia. The aim of the work was to find out the public's opinion and its attitude towards euthanasia and the questions related to this problem and to search for differences in opinions between health care professionals and the public. The theoretical part describes basic terms, which are related to euthanasia.

LITERATURA A PRAMENY

Assisted Suicide Laws [online], [cit. 2009-03-20]. Dostupné na WWW:

<http://www.internationaltaskforce.org/assisted_suicide_laws.htm>.

BÁRTLOVÁ, Sylva, HNILICOVÁ, Helena. *Vybrané metody a techniky výzkumu. Zjišťování spokojenosti pacientů*. 1. vyd. Brno: IDV ZP, 2000. 118 s. ISBN 80-7013-311-2.

BERKA, Vít, SUM, Tomáš. *Eutanázie ve světě* [online], [cit. 2009-02-01]. Dostupné na WWW: <<http://www.epravo.cz/top/clanky/eutanazie-ve-svete-33479.html>>.

BYSTRICKÝ, Zdeněk. *O organizaci paliativní péče. Doporučení Rec (2003) 24 Výboru ministrů Rady Evropy členským státům*. 1. vyd. Praha: Cesta domů, 2004. 46 s. ISBN 80-239-4332-4.

CASSELOVÁ, K., Christiane. Asistovaná sebevražda: pokrok nebo nebezpečí? In THOMASMA, C., David, KUSHNEROVÁ, Thomasine. *Od narození do smrti*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2000. 392 s. ISBN 80-204-0883-5.

CÍSAŘOVÁ, Dagmar, SOVOVÁ, Olga, a kol. *Trestní právo a zdravotnictví*. 2. vyd. Praha: Orac, 2004. 183 s. ISBN 80-86199-75-4.

Co je paliativní péče? [online], [cit. 2009-01-20]. Dostupné na WWW:

<<http://www.cestadomu.cz/index.php?cmd=page&id=20>>.

ČERNÁ, Eva. *Hospicový hnutí v Čechách a na Moravě* [online], [cit. 2008-11-29].

Dostupné na WWW:

<<http://www.umirani.cz/res/data/007/000831.ppt#270,15>, Dostupnost hospicové péče I.>.

HAMERSKÝ, Milan. *Povolme eutanázii* [online], [cit. 2009-01-20]. Dostupné na WWW: <<http://www.liberalnistrana.cz/archiv.php?co=1133245732>>.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie. Nauka o umírání a smrti*. 2. vyd. Praha: Gallen, 2007. 244 s. ISBN 978-80-7262-471-3.

HOŘEJŠÍ, Jaroslav. *Uzdravíte mě, doktore – nebo mi pomůžete zemřít?* [online], [cit. 2008-11-29]. Dostupné na WWW:

<<http://www.tribune.cz/archiv/mtr/151/4383>>.

CHRÁSKA, Miroslav. *Empirická pedagogická šetření a jejich statistické vyhodnocování*. Olomouc: 1987. 54 s.

- IVANOVÁ, Kateřina, JURIČKOVÁ, Lubica. *Písemné práce na vysokých školách se zdravotnickým zaměřením*. 2. vyd. Olomouc: Univ. Palackého, 2007. 100 s. ISBN 978-80-244-1832-2.
- IVANOVÁ, Kateřina, TUCKEROVÁ, Veronika, a kol. *Kapitoly z lékařské etiky*. 1. vyd. Olomouc: Univ. Palackého, 1998. 83 s. ISBN 80-7067-836-4.
- KABELA, Miroslav. *Holandská současnost*. 1. vyd. Brno: Barrister&Principál, 2001. 214 s. ISBN 80-85947-63-3.
- KALVACH, Zdeněk, MAREŠ, Jan, a kol. *Umírání a paliativní péče v ČR (situace, reflexe, vyhlídky)*. 1. vyd. Praha: Cesta domů, 2004. 103 s. ISBN 80-239-2832-5.
- KASS, R., Leon. „Nepodám žádný smrtící lék“: Proč lékaři nesmějí zabíjet. In THOMASMA, C., David, KUSHNEROVÁ, Thomasine. *Od narození do smrti*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2000. 392 s. ISBN 80-204-0883-5.
- KELNAROVÁ, Jarmila. *Thanatologie v ošetrovatelství*. 1. vyd. Brno: Litera, 2009. 112 s. ISBN 978-80-85763-36-2.
- KIZÁK, Juraj. *Kde jsou již existující hospice* [online], [cit. 2009-02-01]. Dostupné na WWW: <<http://www.hospice.cz/hospice1/org.php>>.
- KUHSEOVÁ, Helga. Dobrovolná eutanázie a další lékařská rozhodování týkající se konce života: lékařům by mělo být dovoleno podat smrti pomocnou ruku. In THOMASMA, C., David, KUSHNEROVÁ, Thomasine. *Od narození do smrti*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2000. 392 s. ISBN 80-204-0883-5.
- LIBERÁLOVÉ.CZ. *Asistovaná eutanázie v ČR* [online], [cit. 2009-02-01]. Dostupné na WWW: <<http://www.eutanazie-dobrasmrt.cz/?akce=aktualne&id=122>>.
- LIBERÁLOVÉ.CZ. *Návrh II. je připraven k diskuzi* [online], [cit. 2009-03-10]. Dostupné na WWW: <<http://www.eutanazie-dobrasmrt.cz/?akce=aktualne&id=126>>.
- Lucembursko přijalo zákon o eutanázii* [online], [cit. 2009-03-19]. Dostupné na WWW: <http://www.denik.cz/ze_sveta/eutanazie_lucembursko20090318.html>.
- MERTINOVÁ, Marcela. *Kdo viděl umírání, je pro eutanázii* [online], [cit. 2008-11-29]. Dostupné na WWW: <<http://www.mertinova.cz/view.php?mn=12&cisloaktuality=2007082001>>.
- MUNZAROVÁ, Marta. *Eutanazie, nebo paliativní péče?* 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005. 108 s. ISBN 80-247-1025-0.

- MUNZAROVÁ, Marta. [online], [cit. 2008-11-29]. Dostupné na WWW:
<<http://www.vesmir.cz/clanek/cetli-jsme-na-tema-eutanazie>>.
- MUNZAROVÁ, Marta, a kol. *Proč NE eutanázii aneb Být či nebýt?* 2. vyd. Dačice: Karmelitánské nakladatelství, 2008. 87 s. ISBN 978-80-7195-304-3.
- O'CONNOR, Margaret, ARANDA, Sanchia. *Paliativní péče pro sestry všech oborů*. 1. vyd, Praha: Grada Publishing, 2005. 324 s. ISBN 80-247-1295-4.
- O hospicích – statistika lůžek* [online], [cit. 2008-11-29]. Dostupné na WWW:
<<http://www.asociacehospicu.cz/index.php?op=statistika&lang=cz>>.
- PAČES, Václav. *O eutanázii* [online], [cit. 2009-01-20]. Dostupné na WWW:
<<http://blog.aktualne.centrum.cz/blogy/vaclav-paces.php?itemid=4044>>.
- PETRÁŠOVÁ, Lenka, DOLEJŠÍ, Václav. *Eutanazie se dá zneužít, varují odborníci* [online], [cit. 2008-11-29]. Dostupné na WWW: <http://zpravy.idnes.cz/eutanazie-se-da-zneužit-varují-odborníci-fpl-/domaci.asp?c=A070522_221014_domaci_ost>.
- PITRMUCOVÁ, Petra. *Eutanazie* [online], [cit. 2009-01-19]. Dostupné na WWW:
< <http://www.gymfry.cz/zmp0304/pitrmuco/nemecko.html> >.
- POLLARD, Brian. *Eutanazie – ano či ne?* 1. vyd. Praha: Dita, 1996. 210 s. ISBN 80-85926-07-5.
- ROTTER, Hans. *Důstojnost lidského života*. 1. vyd. Praha: Vyšehrad, 1999. 112 s. ISBN 80-7021-302-7.
- SKÁLA, Bohumil, SLÁMA, Ondřej, a kol. *Paliativní péče o pacienty v terminálním stádiu nemoci*. 1.vyd. Praha: CDP-PL, 2005. 10 s. ISBN 80-86998-03-7.
- Standardy hospicové paliativní péče*. 1. vyd. Praha: APHPP, 2006 32 s. .
- SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospice a umění doprovázet*. 2. vyd. Praha: Ecce homo, 1995. 144 s. ISBN 80-902049-0-2.
- ŠPINKOVÁ, Martina, ŠPINKA, Štěpán. *Euthanasie. Víme o čem mluvíme?* 1. vyd. Praha: Cesta domů, 2006. 42 s. ISBN 80-239-8592-2.
- ŠTĚPÁN, Jaromír. *Právo a moderní lékařství*. 1. vyd. Praha: Panorama, 1989. 347 s. ISBN 80-7038-068-3.
- ŠTRÁFELDOVÁ, Milena. *Eutanazie znovu vyvolává spory* [online], [cit. 2009-01-19]. Dostupné na WWW: <<http://www.radio.cz/cz/clanek/73345>>.
- VIRT, Günter. *Žít až do konce. Etika umírání, smrti a eutanazie*. 1. vyd. Praha: Vyšehrad, 2000. 96 s. ISBN 80-7021-330-2.

VORLÍČEK, Jiří, ADAM, Zdeněk, a kol. *Paliativní medicína*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1998. 480 s. ISBN 80-7169-437-1.

VOZÁR, Jozef. *Pojem euthanasia*. Právník, 1996, č. 3.

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obr. 1 – Vzájemná souvislost mezi vírou v Boha u respondentů a jejich souhlasem s legalizací eutanázie v České republice	64
Obr. 2 – Vzájemná souvislost mezi osobní zkušeností respondentů s umíráním blízké osoby na nevyléčitelné onemocnění a souhlasem s legalizací eutanázie v České republice	67
Obr. 3 – Vzájemná souvislost mezi vírou v Boha u respondentů a morální přijatelností eutanázie.....	69
Obr. 4 – Souhlas s legalizací eutanázie v České republice u zdravotníků a laiků.....	72
Obr. 5 – Morální přijatelnost eutanázie u zdravotníků a laiků	74
Obr. 6 – Nejčastější důvody žádosti o eutanázii u zdravotníků a laiků	83

SEZNAM TABULEK

Tab. 1 – Pohlaví respondentů	43
Tab. 2 – Věk respondentů	44
Tab. 3 – Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů	44
Tab. 4 – Rozdělení respondentů podle odborného zdravotnického vzdělání	45
Tab. 5 – Víra v Boha u respondentů	46
Tab. 6 – Znalost pojmu eutanázie	46
Tab. 7 – Skupiny odpovědí u respondentů celého souboru, laiků a zdravotníků na otázku znalosti pojmu eutanázie.....	47
Tab. 8 – Znalost zemí, ve kterých je legalizována eutanázie.....	48
Tab. 9 – Skupiny odpovědí u respondentů celého souboru, laiků a zdravotníků na otázku znalosti zemí, kde je legalizována eutanázie.....	48
Tab. 10 – Existence rozdílu mezi eutanázií a asistovanou sebevraždou.....	49
Tab. 11 – Skupiny odpovědí u respondentů celého souboru, laiků a zdravotníků na otázku existence rozdílu mezi eutanázií a asistovanou sebevraždou...	50
Tab. 12 – Znalost pojmu hospic.....	51
Tab. 13 – Skupiny odpovědí u respondentů celého souboru, laiků a zdravotníků na otázku znalosti pojmu hospic.....	51
Tab. 14 – Znalost náplně činnosti paliativní medicíny.....	52
Tab. 15 – Skupiny odpovědí u respondentů celého souboru, laiků a zdravotníků na otázku znalosti náplně činnosti paliativní medicíny.....	53
Tab. 16 – Nejčastější důvody žádosti o eutanázii.....	54
Tab. 17 – Osobní zkušenost s umíráním blízké osoby na nevyléčitelné onemocnění	55
Tab. 18 – Ovlivnění názoru, postoje na problematiku eutanázie vlivem osobní zkušenosti s umírajícím blízké osoby na nevyléčitelné onemocnění	55
Tab. 19 – Morální přijatelnost eutanázie	56
Tab. 20 – Vykonavatel rozhodnutí o eutanázii	56
Tab. 21 – Žádost o eutanázii v případě nevyléčitelné nemoci respondenta	57

Tab. 22 – Souhlas s legalizací eutanázie v České republice	58
Tab. 23 – Obava ze zneužívání eutanázie v případě jejího uzákonění	58
Tab. 24 – Zdroje informací o eutanázii	59
Tab. 25 – Informovanost veřejnosti o problematice eutanázie	60
Tab. 26 – Souhlas s legalizací eutanázie v České republice u respondentů, kteří uvedli, že paliativní medicína se zabývá léčbou příznaků nevléčitelné nemoci, především bolesti, neléčí příčinu choroby, snaží se zkvalitnit život umírajícího	60
Tab. 27 – Souhlas s legalizací eutanázie v České republice u respondentů, kteří uvedli, že paliativní medicína se zabývá léčbou bolesti, ulevuje od bolesti	61
Tab. 28 – Kontingenční tabulka zjišťující vzájemnou souvislost mezi vírou v Boha u respondentů a jejich souhlasem s legalizací eutanázie v České republice	63
Tab. 29 – Kontingenční tabulka zjišťující vzájemnou souvislost mezi osobní zkušeností respondentů s umíráním blízké osoby na nevléčitelné onemocnění a souhlasem respondentů s legalizací eutanázie v České republice	66
Tab. 30 – Kontingenční tabulka zjišťující vzájemnou souvislost mezi vírou v Boha u respondentů a morální přijatelností eutanázie	68
Tab. 31 – Kontingenční tabulka porovnávající souhlas s legalizací eutanázie v České republice mezi zdravotníky a laiky	71
Tab. 32 – Kontingenční tabulka porovnávající morální přijatelnost eutanázie mezi zdravotníky a laiky	73
Tab. 33 – Kontingenční tabulka porovnávající uvedení nesnesitelné bolesti jako důvodu žádosti o eutanázii mezi zdravotníky a laiky	75
Tab. 34 – Kontingenční tabulka porovnávající uvedení pocitu samoty, opuštěnosti jako důvodu žádosti o eutanázii mezi zdravotníky a laiky...	76
Tab. 35 – Kontingenční tabulka porovnávající uvedení pocitu zbytečnosti jako důvodu žádosti o eutanázii mezi zdravotníky a laiky	77
Tab. 36 – Kontingenční tabulka porovnávající uvedení beznaděje jako důvodu žádosti o eutanázii mezi zdravotníky a laiky	78
Tab. 37 – Kontingenční tabulka porovnávající uvedení neschopnosti	

	postarat se o sebe sama jako důvodu žádosti o eutanázii mezi zdravotníky a laiky	79
Tab. 38 – Kontingenční tabulka porovnávající uvedení bytí přítěží, břemenem pro druhé jako důvodu žádosti o eutanázii mezi zdravotníky a laiky.....		80
Tab. 39 – Kontingenční tabulka porovnávající uvedení nevyléčitelného smrtelného onemocnění jako důvodu žádosti o eutanázii mezi zdravotníky a laiky		81
Tab. 40 – Kontingenční tabulka porovnávající uvedení možnosti posledního rozhodnutí o sobě samém jako důvodu žádosti o eutanázii mezi zdravotníky a laiky		82

SEZNAM PŘÍLOH

Příl. 1 – Dotazník	103
Příl. 2 – Návrh zákona „o důstojné smrti“	107

PŘÍLOHY

Příl. 1 – Dotazník

Dotazník

Vážená paní, vážený pane,

jsem studentkou magisterského studia, oboru Ošetrovatelská péče v gerontologii, na LF MU v Brně a pro svou diplomovou práci jsem si zvolila téma „EUTANÁZIE“.

Obracím se na Vás s prosbou o upřímné vyplnění tohoto anonymního dotazníku, který bude sloužit jako podklad k vypracování mé práce.

Děkuji Vám za ochotu a Váš čas.

Ladislava Skácelová

Zakroužkujte prosím jednu z možností eventuálně doplňte odpověď (pokud nebude uvedeno jinak).

1. Pohlaví: a) žena
b) muž

2. Věk: a) do 30 let
b) 31 – 45 let
c) 46 – 60 let
d) 61 – 75 let
e) 76 a více let

3. Nejvyšší dosažené vzdělání: a) základní
b) vyučen/a
c) středoškolské
d) vyšší odborné
e) vysokoškolské

4. Odborné zdravotnické vzdělání: a) ano - lékař
b) ano - zdravotní sestra
c) ano - jiná profese
d) ne

5. Víra v Boha: a) ano
b) ne
c) neuvádím

6. Víte, co znamená pojem eutanázie?

a) ano

doplňte prosím

.....
.....
.....

b) ne

7. Víte, ve kterých zemích je legalizována eutanázie?

a) ano

doplňte prosím

.....
.....

b) ne

8. Myslíte si, že je rozdíl mezi eutanázií a asistovanou sebevraždou?

a) ano

doplňte prosím

.....
.....
.....

b) ne

9. Víte, co je hospic?

a) ano

doplňte prosím

.....
.....
.....

b) ne

10. Víte, čím se zabývá paliativní medicína?

a) ano

doplňte prosím

.....
.....
.....

b) ne

11. Co je podle Vás nejčastějším důvodem žádosti o eutanázii? (můžete označit více možností)

a) nesnesitelná bolest

b) pocit samoty, opuštěnosti

c) pocit zbytečnosti

d) beznaděj

- e) neschopnost postarat se o sebe sama
- f) být přítěží, břemenem pro druhé
- g) nevyléčitelné smrtelné onemocnění
- h) možnost posledního rozhodnutí o sobě samém
- i) jiný (*doplňte*).....
-

12. Máte osobní zkušenost s umíráním blízké osoby na nevyléčitelné onemocnění?

- a) ano
- b) ne

13. Pokud jste v předchozí otázce uvedl/a ano, ovlivnilo to Váš názor, postoj na problematiku eutanázie?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

14. Myslíte si, že je eutanázie morálně přijatelná?

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

15. Kdo by podle Vás měl o eutanázii rozhodovat? (*můžete označit více možností*)

- a) sám nemocný
- b) ošetřující lékař
- c) jiný, nezávislý lékař
- d) nezávislá lékařská komise
- e) nejbližší příbuzný/í
- f) soud
- g) ostatní (*doplňte*)

16. Kdybyste byl/a nevyléčitelně nemocný/á, žádal/a byste o eutanázii?

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

17. Souhlasíte s legalizací eutanázie v České republice?

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

18. V případě uzákonění eutanázie, obával/a byste se její zneužívání?

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

19. Odkud máte nejvíce informací o eutanázii? (můžete označit více možností)

- a) televize, rozhlas
- b) tisk
- c) internet
- d) odborná literatura
- e) škola
- f) jiné (*doplňte*).....

20. Myslíte si, že je veřejnost dostatečně informovaná o problematice eutanázie?

- a) ano
- b) ne

Děkuji za vyplnění.

Příl. 2 – Návrh zákona o důstojné smrti

20. 02. 2009, návrh II.

Zdroj: liberálové.cz.

Nový návrh zákona, který bude v nejbližších týdnech konzultován s experty a následně předložen politikům k projednání a veřejnosti k vyjádření.

N á v r h

ZÁKON

ze dne 2009,

o důstojné smrti

§ 1

(1) Důstojnou smrtí se pro účely tohoto zákona rozumí ukončení života osoby (pacienta) na její vlastní žádost s vědomou, odbornou pomocí jiné osoby za podmínek stanovených tímto zákonem.

(2) Pro účely tohoto zákona se rozumí

a) pacientem osoba, která trpí vážnou a nevyléčitelnou nemocí, v důsledku které se nachází ve stavu trvalého fyzického nebo psychického utrpení a jejíž zdravotní stav je s ohledem na stav lékařské vědy v té době nevratný;

b) smrtící látkou chemická látka nebo jejich kombinace, která – podána ve stanovené koncentraci – vyvolá smrt pacienta. Složení a koncentrace smrtících látek, jejichž užití je dovoleno při nápomoci k důstojné smrti stanoví vyhláškou Ministerstvo zdravotnictví;

c) lékařem osoba se způsobilostí k výkonu zdravotnického povolání lékaře dle příslušných právních předpisů;

d) farmaceutem osoba se způsobilostí k výkonu zdravotnického povolání farmaceuta dle příslušných právních předpisů.

§ 2

(1) Důstojné smrti podle tohoto zákona může být nápomocen pouze lékař a na přípravě smrtící látky se může podílet pouze farmaceut, a to za podmínek stanovených tímto zákonem a prováděcími předpisy.

(2) Osoba uvedená v odst. 1, která je nápomocna ve stanoveném rozsahu důstojné smrti (připraví smrtící látku), není odpovědná za tento skutek podle předpisů trestního práva, pokud splní podmínky tohoto zákona a prováděcích předpisů a postupuje v souladu s postupy v nich stanovenými.

(3) Žádná z osob uvedených v odst. 1 nemůže být k nápomoci k důstojné smrti nucena a může tuto kdykoliv odmítnout.

Žádost pacienta

§ 3

(1) V době vyhotovení žádosti o nápomoc k důstojné smrti musí být pacient plně způsobilý k právním úkonům a musí být plně při vědomí. Žádost musí být vyhotovena písemně a musí z ní být nade vší pochybnost zřejmé, že pacient dobrovolně a po náležitém zvážení žádá o nápomoc k důstojné smrti. Pacient musí žádost vlastnoručně sepsat, datovat a podepsat; podpis pacienta musí být úředně ověřen.

(2) Pokud pacient nemůže číst nebo psát, nebo je nevidomý, může svoji žádost o nápomoc k důstojné smrti učinit před třemi současně přítomnými svědky v listině, která musí být hlasitě přečtena a přítomnými svědky podepsána. Přitom pacient musí před svědky potvrdit, že listina obsahuje jeho žádost o nápomoc k důstojné smrti. Pisatelem a předčitatelem může být i svědek; pisatel však nesmí být zároveň předčitatelem.

(3) V listině podle odst. 2 musí být uvedeno, že pacient nemůže číst nebo psát, kdo listinu napsal a kdo nahlas přečetl a jakým způsobem pacient potvrdil, že listina obsahuje jeho žádost o nápomoc k důstojné smrti. Listinu musí svědci podepsat.

(4) Osoby neslyšící a hluchoslepé, které nemohou číst nebo psát, mohou projevit žádost o nápomoc k důstojné smrti před třemi současně přítomnými svědky, ovládajícími příslušný komunikační systém neslyšících a hluchoslepých osob, a to v listině, která musí být

tlumočena prostřednictvím příslušného komunikačního systému neslyšících a hluchoslepých osob.

(5) V listině podle odst. 4 musí být uvedeno, že pacient nemůže číst nebo psát, kdo listinu napsal a kdo nahlas přečetl a jakým způsobem pacient potvrdil, že listina obsahuje jeho žádost o nápomoc k důstojné smrti. Obsah listiny podle odst. 4 musí být po jejím sepsání přetlumočen prostřednictvím příslušného komunikačního systému neslyšících a hluchoslepých osob; i toto musí být v listině uvedeno. Listinu musí svědci podepsat.

(6) Svědky žádostí o nápomoc k důstojné smrti uvedených v tomto paragrafu mohou být pouze osoby, které jsou plně způsobilé k právním úkonům. Svědky nemohou být osoby nevidomé, neslyšící, němé, ty, které neznají jazyk, ve kterém se projev vůle činí, a osoby, které by mohly mít na smrti pacienta jakýkoli materiální zájem.

§ 4

Žádost o nápomoc k důstojné smrti může pacient vzít kdykoliv zpět.

§ 5

Žádost o nápomoc k důstojné smrti se zakládá do zdravotnické dokumentace pacienta vedené ošetřujícím lékařem. V případě jejího zpětvzetí je žádost ze zdravotnické dokumentace okamžitě vyňata a zničena.

§ 6

(1) K důstojné smrti lze na základě jeho žádosti dopomoci pouze u pacienta, který je v situaci, kdy jeho zdravotní stav je beznadějný, a kdy se nachází ve stavu trvalého utrpení fyzického nebo psychického, které je výsledkem nahodilé nebo dlouhodobé závažné a nevyléčitelné nemoci.

(2) K důstojné smrti nelze dopomoci u osoby pouze na základě stáří nebo bezmocnosti.

(3) K důstojné smrti nelze dopomoci dříve než 4 týdny od vyhotovení žádosti pacientem.

Postup lékaře

§ 7

Pokud pacient požádá o nápomoc k důstojné smrti, musí být před samotnou nápomocí současně splněny následující podmínky:

a) ošetřující lékař musí podrobně seznámit pacienta s jeho zdravotním stavem, předpokládanou délkou jeho života, možnými léčebnými postupy a utišující léčbou včetně jejích účinků

b) ošetřující lékař musí prodiskutovat s pacientem jeho žádost o nápomoc k důstojné smrti a musí nabýt přesvědčení, že vzhledem ke všem okolnostem neexistuje žádné jiné rozumné řešení situace pacienta a že žádost pacienta je zcela dobrovolná

c) ošetřující lékař musí s pacientem vést o jeho žádosti o nápomoc k důstojné smrti nejméně tři časově přiměřeně oddělené rozhovory, aby se ujistil o trvání fyzického nebo psychického utrpení pacienta a o jeho opakované vůli.

§ 8

(1) Před nápomocí k důstojné smrti musí ošetřující lékař konzultovat jiného lékaře, kterého zevrubně informuje o zdravotním stavu pacienta. Tento lékař musí být nezávislý ve vztahu k pacientovi i ošetřujícímu lékaři a musí splňovat další podmínky stanovené prováděcím předpisem. Konzultovaný lékař přezkoumá lékařské záznamy a vyšetří pacienta. Konzultovaný lékař vypracuje o svých zjištěních zprávu, se kterou musí ošetřující lékař seznámit pacienta.

(2) Pokud pacienta pravidelně ošetřuje lékařský tým, ošetřující lékař musí pacientovu žádost o nápomoc k důstojné smrti konzultovat i se členy tohoto lékařského týmu. Výsledky těchto konzultací je nutno zachytit v písemné formě. Členové ošetřujícího lékařského týmu musejí tento dokument podepsat.

(3) Pokud některý z konzultovaných lékařů vyjádří pochybnost o odůvodněnosti žádosti o nápomoc k důstojné smrti, je ošetřující lékař povinen konzultovat postupem dle odst. 1 dalšího nezávislého lékaře. Pokud tento lékař rovněž vyjádří pochybnost o odůvodněnosti žádosti o nápomoc k důstojné smrti, je třeba celý postup dle tohoto paragrafu opakovat, a to nejdříve po uplynutí čtyř týdnů od vyjádření dalšího nezávislého lékaře dle tohoto odstavce.

(4) Při splnění podmínek tohoto paragrafu ošetřující lékař postupuje dále podle § 9.

§ 9

Lékařské postupy pro nápomoc k důstojné smrti stanoví Ministerstvo zdravotnictví vyhláškou.

§ 10

Lékař, který byl nápomocen k důstojné smrti, musí vyplnit formulář sestavený Ministerstvem zdravotnictví a doručit jej Ministerstvu zdravotnictví do pěti pracovních dnů od nápomoci k důstojné smrti. Ve formuláři musí být uvedeno pohlaví, místo a datum narození pacienta; datum, místo a hodina úmrtí; povaha utrpení, které bylo trvalé; důvody, které vedly k přesvědčení, že vzhledem ke všem okolnostem neexistovalo žádné jiné rozumné řešení situace pacienta a že žádost pacienta byla zcela dobrovolná; datum sepsání žádosti o nápomoc k důstojné smrti; data a výsledky konzultací s jinými lékaři, případně se členy ošetřujícího lékařského týmu.

§ 11

Ministerstvo zdravotnictví formulář uvedený v § 10 nejpozději do 3 pracovních dnů postoupí komisi zřízené při Veřejném ochránci práv a složené z lékařů, právníků a expertů na oblast důstojné smrti, která na základě údajů ve formuláři přezkoumá, zda byly v daném případě splněny podmínky tohoto zákona. V případě pochybností si komise může vyžádat od ošetřujícího lékaře údaje ze zdravotní dokumentace pacienta vztahující se k nápomoci k důstojné smrti, zejména zprávy z veškerých konzultací, které byly učiněny v rámci postupu stanoveného tímto zákonem. Ošetřující lékař má povinnost vyžádanou dokumentaci komisi poskytnout.

§ 12

Komise vydává ke každému případu do dvou měsíců od doručení formuláře rozhodnutí o tom, zda byly splněny podmínky tohoto zákona. Na rozhodování komise se přiměřeně použijí ustanovení správního řádu.

§ 13

Pokud komise dospěje v rozhodnutí k názoru, že při nápomoci k důstojné smrti nebyly splněny podmínky stanovené tímto zákonem, postoupí případ místně příslušnému státnímu zastupitelství.

§ 14

Komise je usnášeníschopná, pokud jsou přítomny nejméně dvě třetiny jejích členů.

§ 15

Členové komise jsou povinni zachovávat mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozvědí v souvislosti s činností v komisi. Tím není dotčena povinnost uvedená v § 13. Rovněž ustanovení zvláštních zákonů o zproštění mlčenlivosti touto zásadou nejsou dotčena. Členové komise rovněž důsledně dbají ochrany osobních údajů.

§ 16

Ministerstvo zdravotnictví stanoví prováděcím předpisem bližší podmínky, které musí splňovat lékař konzultovaný v souvislosti se žádostí o důstojnou smrt a sestaví formulář uvedený v § 10 tohoto zákona.

DŮVODOVÁ ZPRÁVA K NÁVRHU ZÁKONA O DŮSTOJNÉ SMRTI

Obecná část

Návrh zákona o důstojné smrti se snaží vyřešit mnohdy neúnosnou situaci pacienta, který trpí vážnou chorobou a jeho zdravotní stav vyvolává trvalé fyzické nebo psychické utrpení. I když český právní řád nijak nepostihuje spáchání sebevraždy, zdá se, že důstojnější

pro řešení shora zmíněných situací by bylo zakotvení podrobně upravené a kontrolovatelné možnosti ukončit život člověka (nacházejícího se ve vážném a neřešitelném zdravotním stavu) na základě jeho dobrovolného rozhodnutí.

K této možnosti již přikročilo nemálo států, za všechny jmenujme například Nizozemí, Belgie či Oregon. Další státy důstojnou smrt neřeší jako takovou zvláštní právní úpravou, její vyvolání však za určitých podmínek nepostihují podle předpisů trestního práva, které by se jinak v dané situaci uplatnily.

Pro účely české právní úpravy byl zvolen koncept, který na první místo klade možnost, aby pacientovi, který se nachází ve zmíněném stavu trvalého fyzického nebo psychického utrpení, byla poskytnuta součinnost, resp. pomoc k tomu, aby si mohl důstojnou smrt vyvolat za odborné asistence sám. Tato možnost je návrhem zákona stanovena jako jediná, tj. návrh zákona nepočítá s tím, že by lékař aktivně smrt pacienta vyvolal. Tento koncept neklade dle názoru autorů takovou zátěž na lékaře, neboť ti se v rámci tohoto postupu nebudou přímo podílet na usmrcení pacienta, nýbrž mu k důstojné smrti poskytnou pouze svoji odbornou součinnost.

Závěrem je třeba konstatovat, že návrh zákona o důstojné smrti je v souladu s ústavním pořádkem České republiky i s předpisy mezinárodního práva. Návrh rovněž není v rozporu s legislativou Evropských společenství a nejsou v něm obsažena žádná diskriminační ustanovení. Dopad na státní rozpočet je možné označit za minimální, neboť výdaje se dotknou pouze zřízení komise pro posuzování případů, kdy došlo k nápomoci k důstojné smrti. K tomu je však nutno dodat, že odměny členů komise nebudou mít na státní rozpočet žádný zásadní dopad.

Zvláštní část

K § 1

Návrh zákona v § 1 obsahuje definici důstojné smrti a definuje rovněž některé zásadní pojmy, které jsou v rámci návrhu zákona používány.

K § 2

Zákon zde vyjímá lékaře, resp. farmaceuta, který dopomůže k důstojné smrti z působnosti trestních předpisů, a to pouze za předpokladu, že jsou dodrženy podmínky zákona. Zákon rovněž svěřuje pomoc k důstojné smrti pouze lékařům (resp. farmaceutovi – pokud jde o přípravu smrtící látky), zároveň však stanoví, že k pomoci k důstojné smrti nemůže být žádný lékař (farmaceut) nucen. Je tak ponecháno vždy na konkrétní osobě, zda svoji součinnost v daném případě poskytne či nikoliv.

K § 3

Tento paragraf návrhu zákona o důstojné smrti obsahuje podrobnou úpravu žádosti pacienta. V této souvislosti bylo využito úpravy občanského zákoníku vztahující se na vyhotovení žádosti. Vzhledem k tomu, že zmíněná úprava občanského zákoníku poměrně zevrubně řeší nejrůznější případy, kdy je fyzická osoba při vyhotovování příslušného právního úkonu určitým způsobem znevýhodněná, tj. je například nevidomá, nemůže číst nebo psát, byla ustanovení občanského zákoníku použita i na žádost o důstojnou smrt, neboť je v souvislosti s ní do značné míry pravděpodobné, že žádost bude vyhotovovat právě fyzická osoba zdravotně určitým způsobem postižená. Přitom byla zohledněna změna zákonné úpravy týkající se komunikačních systémů osob neslyšících a hluchoslepých.

K § 4

V tomto případě se jedná o poměrně běžné ustanovení, výslovně stanovující možnost pacienta se svojí žádostí o důstojnou smrt libovolně nakládat, což zahrnuje i případné zpětvzetí žádosti.

K § 5

K tomu, aby bylo možné prokázat, že pacient žádost o důstojnou smrt skutečně sestavil, návrh zákona stanoví, že žádost se vždy zakládá do zdravotnické dokumentace pacienta, případně je z ní po jejím zpětvzetí okamžitě vyňata a zničena.

K § 6

Toto ustanovení návrhu zákona poněkud omezuje pomoc k důstojné smrti nebo její vyvolání. Předně z možnosti takto ukončit lidský život vyjímá osoby staré nebo bezmocné, které jinak nesplňují podmínky předpokládané tímto zákonem. Dále potom přesně definuje stav pacienta, u něhož je možné nápomoci k důstojné smrti. Konečně zákon pamatuje i na to, že vzhledem ke stanoveným procedurám je nutný určitý čas, a proto určuje, že k důstojné smrti nelze nápomoci dříve než 4 týdny od vyhotovení žádosti.

K § 7

Zákon zde stanoví podmínky, jejichž současné splnění je nutnou podmínkou pro pomoc k důstojné smrti nebo její vyvolání.

K § 8

Aby bylo zabezpečeno co možná nejobjektivnější posouzení konkrétní situace, je třeba dle tohoto ustanovení zákona konzultovat dalšího lékaře, který splňuje podmínky stanovené prováděcím předpisem (konkrétně nezávislost je v tomto kontextu chápána i jako nutnost nepracovat na témže pracovišti jako ošetřující lékař pacienta) a který ke každému konkrétnímu pacientovi poskytne svoje stanovisko. Pokud pacienta pravidelně ošetřuje lékařský tým, musejí být v souvislosti s důstojnou smrtí konzultováni i členové tohoto lékařského týmu. Pro případ, že by některý z konzultovaných lékařů vyjádřil o důstojné smrti pacienta pochyby, zákon stanoví, že musí být konzultován další lékař. V případě pochybností i z jeho strany je pak třeba stanovený postup s odstupem čtyř týdnů opakovat. Teprve po vyloučení všech pochybností je možné přistoupit k nápomoci k důstojné smrti.

K § 9

Vzhledem k vysoké odbornosti lékařských postupů byla konkrétní procedura nápomoci k důstojné smrti ponechána na odborně zpracovaném prováděcím předpise.

K § 10

K tomu, aby bylo možné tuto citlivou záležitost podrobit patřičné kontrole, je stanoveno, že po nápomoci k důstojné smrti má lékař, který k důstojné smrti dopomohl, povinnost vyplnit formulář a zároveň se určuje, jaké údaje musí formulář obsahovat.

K § 11

K přezkoumání postupu při nápomoci k důstojné smrti, resp. dodržení podmínek navrhovaného zákona je zřízena komise, která na základě údajů uvedených ve formuláři rozhodne, zda při pomoci k důstojné smrti v konkrétním případě byly či nebyly splněny podmínky tohoto zákona. Tato komise by měla být složena z lékařů, právníků a odborníků na oblast důstojné smrti, tj. například psychologů aj. a měla by fungovat při Veřejném ochránci práv.

K § 12

Výsledkem rozhodování komise je rozhodnutí, jež je komise povinna vydat do dvou měsíců od doručení formuláře. Je tak zajištěna jistota lékaře, že při nápomoci k důstojné smrti dodržel veškeré podmínky stanovené tímto zákonem.

K § 13

Zde se jedná o odlišení nápomoci k důstojné smrti za podmínek stanovených návrhem zákona, které je vyjmuto z působnosti trestních předpisů, od potenciálního spáchání trestného činu při nedodržení podmínek zákona.

K § 14

Technicko – organizační ustanovení, které pouze klade důraz na důležitost přijímání rozhodnutí komise, tudíž pro její usnášeníschopnost stanovuje podmínku účasti alespoň dvou třetin jejích členů.

K § 15

Vzhledem k citlivosti záležitosti, jakou důstojná smrt jistě je, a k ochraně osobních údajů zde zákon výslovně na členy komise klade povinnost mlčenlivosti a ochrany osobních údajů.

K § 16

Jde o zmocňovací ustanovení, které se vztahuje na případy, u nichž návrh zákona počítá s prováděcím předpisem.

Dostupné na: www.eutanazie-dobrasmrť.cz, staženo a neupraveno.

<<http://www.eutanazie-dobrasmrť.cz/?akce=paragraf&id=11>>.