

UNIVERZITA KARLOVA

Filozofická fakulta

Katedra psychologie



DIPLOMOVÁ PRÁCE

Bc. Eliška Cvrkalová

**Determinanty postojů k eutanazii a jejího
morálního hodnocení**

**Determinants of attitudes towards
euthanasia and its perceived morality**

Praha 2021

Vedoucí práce: Mgr. Ing. Marek Vranka

Poděkování

Děkuji Mgr. Ing. Marku Vrankovi za veškeré podněty, rady a trpělivost.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 25.7.2021

.....

Bc. Eliška Cvrkalová

Abstrakt

Diplomová práce se zaměřuje na postoje k eutanazii a shrnuje vlivné faktory pro její morální hodnocení. V kontextu opakovaně probíhající veřejné diskuze o její legalizaci je klíčové těmto prediktorům porozumět. Obsahem teoretické části je stručná definice užívaných pojmů, přehled některých zemí s legislativou umožňující asistované umírání a jeho alternativy. Prostor je také věnován metodologickým aspektům výzkumů a konzistentnosti postojů. V rámci empirické části je představen výzkum, který se zaměřoval na dopad jednotlivých faktorů na míru přijatelnosti eutanazie v hypotetických případech. Zkoumanými faktory byly především typ onemocnění, typ a míra utrpení, způsob usmrcení, osoba provádějící eutanazii, věk pacienta, prognóza onemocnění, země původu respondenta a osobnostní charakteristiky respondenta. Byly sledovány demografické koreláty a respondenti odpovídali na doplňující otázky o případech. Výsledky ukazují na signifikantní rozdíl v hodnocení mezi způsoby usmrcení pacienta a osobou, která se na něm podílí. A dále také v závislosti na věku pacienta a očekávané délce dožití. Morální hodnocení se významným způsobem lišilo i v porovnání země původu, politické orientace a religiozity respondentů.

Klíčová slova

eutanazie, prediktory postoje, morální hodnocení

Abstract

The diploma thesis focuses on attitudes towards euthanasia and summarizes the influential factors for its evaluation. It is crucial to understand these predictors in the context of the ongoing public debate on its legalization. The content of the theoretical part is a brief definition of used terms, an overview of some countries with legislation allowing assisted dying and its alternatives. There is a part devoted to methodological aspects of research and consistency of attitudes. The empirical part presents a research that is focused on the impact of individual factors on the level of acceptability of euthanasia in hypothetical cases. The factors examined were mainly type of disease, type and degree of suffering, type of euthanasia, person performing euthanasia, age of the patient, prognosis of their disease, respondent's country of origin and respondent's personality characteristics. Demographic correlates were monitored and respondents answered additional questions about the cases. The results show a significant difference in evaluation between the type of euthanasia and the person involved in the process. It also depended on patient's age and life expectancy. Moral evaluation also varied significantly in comparison of the country of origin, political orientation, and respondent's religiosity.

Keywords

euthanasia, predictors of attitudes, moral evaluation

Obsah

Úvod	7
LITERÁRNĚ PŘEHLEDOVÁ ČÁST	9
1. Problematika eutanazie.....	9
1.1. Terminologické vymezení	10
1.2. Legalizace asistovaného umírání	11
1.2.1. Asistované umírání ve světě.....	11
1.2.2. Argumenty proti legalizaci eutanazie	12
1.2.3. Argumenty pro legalizaci eutanazie	13
1.3. Alternativní přístupy	14
1.3.1. Paliativní péče	14
1.3.2. Paliativní sedace	15
1.3.3. Dříve vyslovená přání.....	15
2. Determinanty postojů	16
2.1. Sociodemografické koreláty	17
2.1.1. Věk	17
2.1.2. Pohlaví.....	17
2.1.3. Vzdělání a příjem.....	18
2.1.4. Religiozita.....	18
2.1.5. Země původu a místo trvalého pobytu	19
2.1.6. Rasa	20
2.1.7. Rodinný stav	20
2.1.8. Politická orientace	20
2.2. Osobnostní charakteristiky	21
2.3. Etiologie nemoci	22
2.3.1. Mentální a somatické onemocnění	23
2.3.2. Depresivní porucha.....	25

2.3.3.	Onkologické onemocnění	26
2.3.4.	Demence	26
2.3.5.	Amyotrofická laterální skleróza	26
2.3.6.	Paréza.....	27
2.4.	Další faktory související s konečným postojem	27
2.4.1.	Postoje pacientů.....	27
2.4.2.	Profesní zkušenost	28
2.4.3.	Dětský pacient	29
2.4.4.	Přirozená smrt a prognóza onemocnění.....	30
2.4.5.	Faktory spojené se zdravím	30
3.	Morální hodnocení eutanazie.....	31
3.1.	Postoje a jejich konzistence	31
3.2.	Nedostatky sbíraných dat.....	33
	VÝZKUMNÁ ČÁST.....	35
4.	Výzkumný problém, cíle výzkumu a hypotézy nebo výzkumné otázky.....	35
4.1.	Výzkumný problém	35
4.2.	Cíle výzkumu.....	36
4.3.	Výzkumné otázky a hypotézy	36
5.	Design výzkumného projektu.....	38
5.1.	Typ výzkumu	38
5.2.	Metody získávání dat	38
5.3.	Metody zpracování a analýzy dat	40
5.4.	Etika výzkumu	40
6.	Deskriptivní statistika výzkumného souboru	41
7.	Výsledky.....	42
7.1.	Typ onemocnění a utrpení	42
7.2.	Způsob usmrcení.....	43

7.3. Administrace	43
7.4. Věk pacienta	44
7.5. Prognóza	45
7.6. Země původu respondenta	45
7.7. Osobnostní charakteristiky	46
7.8. Demografické koreláty	47
7.9. Další sledované proměnné	47
8. Diskuze	50
Závěr	55
Seznam použité literatury	57
Seznam grafů	72
Seznam tabulek	73
Seznam zkratk	74
Příloha 1. – TIPI	I
Příloha 2. – Hypotetické scénáře	II
Příloha 3. – Doplnující otázky	III

Úvod

Prodlužování délky lidského života s sebou přináší zvýšení důležitosti debat o rozhodnutích týkajících se jeho konečné fáze. Medicínská paradigmatata mění směr z prodlužování života za každou cenu na zvyšování jeho kvality. Z paternalistického přístupu se pomalu přesouvají k přístupu více zaměřenému na pacientovu autonomii (Cohen et al., 2006). Eutanazie je proto nejen v Evropě stále více diskutovaným tématem. Napříč akademickými sférami (od lékařských, přes právní, až po humanitní obory jako je antropologie či sociologie) je termín eutanazie používán s vysokou mírou lehkovážnosti. Jeho nejasné a nejednoznačné užívání způsobuje zmatení i na straně širší veřejnosti (Merchán-Price, 2019). Termín eutanazie nadále nebývá jasně definován a kategoricky odlišován od asistované sebevraždy, asistovaného umírání či přání neresuscitovat. K eutanazii se více než k paliativní péči, a to eticky i právně, váže také terminální sedace pacienta (Razmetaeva & Sydorenko, 2020).

Práce si klade za cíl syntetizovat poznatky týkající se klíčových determinantů postojů k eutanazii a jejího morálního hodnocení. V literárně přehledové části je krátce věnován prostor obecnému úvodu do problematiky eutanazie. V první kapitole je obsažena stručná definice jednotlivých termínů se snahou o jejich minimalizaci z důvodu snazšího rozlišování mezi nimi. Dále jsou uvedeny příklady zemí, kde je jistá forma eutanazie legislativně zanesena do právního řádu, jsou shrnuty argumenty pro a proti legalizaci eutanazie a pro celistvost jsou zahrnuty i alternativy eutanazie. Ve druhé kapitole je uveden výčet faktorů stojících za konečným postojem respondentů, a to jednotlivé sociodemografické koreláty, osobnostní charakteristiky či faktory spojené s povahou nemoci. Ve třetí kapitole je věnován prostor morálnímu hodnocení a konzistentnosti postojů, se kterou jsou spojeny uvedené problematické oblasti týkající se sběru dat.

V empirické části je prezentován výzkum založený na experimentálním designu online dotazníkového šetření. Tento výzkum cílil především na identifikaci závislosti konečného morálního hodnocení na typu onemocnění, typu a míře prožívaného utrpení, způsobu usmrcení pacienta, osobě provádějící eutanazii, věku pacienta a prognóze jeho onemocnění. Výsledné vztahy byly dány do souvislosti s osobnostními a demografickými charakteristikami respondentů a jejich posuzováním doplňujících charakteristik hypotetických případů. Výzkum měl přispět k hlubšímu porozumění faktorům, které vlivným způsobem vstupují do konečné míry přijatelnosti hypotetických případů eutanazie.

Poukázat měl na komplexnost zkoumaného tématu. Porozumění determinantům postoje je podstatným zdrojem informací pro potenciální legalizaci eutanazie.

V práci je čerpáno primárně ze zahraniční literatury z důvodu nedostatečného pokrytí tématu domácí literaturou a scházejícími empirickými podklady. Práce navazuje na mou bakalářskou práci *Postoje k eutanázii* (Cvrkalová, 2019), kterou podstatně rozšiřuje o aktuální výzkumné poznatky. V práci je citováno dle normy APA.

LITERÁRNĚ PŘEHLEDOVÁ ČÁST

1. Problematika eutanazie

V mnoha evropských zemích se v posledních několika letech znásobují debaty týkající se přijatelnosti a regulace eutanazie. Ve velké míře k tomu vede zkvalitnění lékařské péče, nárůst možností léčby a nových technologií prodlužujících život. Citlivost populace, která je akceptovatelností eutanazie polarizována, se k otázkám týkajícím se rozhodnutí na konci života zvyšuje a na pomyslné právo na smrt je nahlíženo z mnoha různých úhlů pohledu. To, že k eutanazii dochází i bez její regulace, vede ke zvýšení obav. Tudíž také ke zvýšení potřeby porozumění, co stojí v pozadí jejího provádění a jak lze zaručit co nejbezpečnější praxi (Cohen et al., 2006). Na jedné straně jsou lidé, kteří nepovažují svůj život za hodný žití. Ti budí v ostatních soucit s jejich utrpením, který prokazují skrze úctu k jejich rozhodnutí ukončit svůj život. Na druhé straně je zde však stále přítomná otázka, zdali je správné ukončit něčí život na základě jeho žádosti (Greif, 2019)? Téma eutanazie je však mnohem komplexnější.

K eutanazii se váží minimálně tři aspekty – medicínský, právní a etický. Medicínský se zaměřuje na nové inovativní možnosti, jak zkvalitnit péči a prodloužit lidský život. Stejně tak se soustředí na zmírňování utrpení (což je součástí např. paliativní péče) a bolesti, která často konečná stadia života doprovází. Právní aspekt vymezuje přípustné druhy eutanazie a celkově se snaží o její terminologické vymezení. K aspektům spadajícím do této skupiny dále patří informovaný souhlas, lidská práva a prevence zneužití eutanazie s ohledem na rostoucí technologický rozvoj. V mnoha jurisdikcích je prozatím eutanazie srovnatelná s prostým zabitím či vraždou spáchanou za polehčujících okolností (z milosti). Někde je naopak vnímána jako legální lékařský postup, který je dostupný všem jednotlivcům nebo alespoň těm, kteří splňují daná kritéria. I v zemích, kde je tento postup legalizován, se však právní ukotvení významně liší. Etický aspekt se mimo jiné dotýká morálních argumentů týkajících se hodnoty lidského života, autonomie či důstojnosti (Razmetaeva & Sydorenko, 2020).

Nemůže být překvapením, že samotné téma, veřejné diskuze i veškeré snahy o legalizaci eutanazie budí určitou míru kontroverze. Samotná morálnost a morální hodnocení eutanazie je doménou filozofické disciplíny metaetiky, která zkoumá povahu etických pojmů, postojů a soudů. Neodpovídá pouze na otázky, jestli je něco dobré, či špatné.

Obecně se na morální problémy spojené s tématy jako je eutanazie soustředí bioetika (Trčka, 2020).

1.1. Terminologické vymezení

Koncept eutanazie je celkově spojován s několika termíny, které jsou nejednoznačné a častokrát zastaralé. Pro exaktnost a jednoduchost se nedoporučuje užívat nadále rozdělení eutanazie na aktivní a pasivní, stejně tak jako na přímou či nepřímou a dobrovolnou a nedobrovolnou (Merchán-Price, 2019). Pro účely této práce je však smysluplné definovat rozdíl mezi jednotlivými formami. **Aktivní eutanazií** je myšleno úmyslné ukončení pacientova života (Terkamo-Moisio et al., 2017). **Pasivní eutanazie** je upuštění od způsobu léčby udržující pacienta při životě (De Hert et al., 2015). **Dobrovolná eutanazie** znamená, že pacient explicitně projevuje přání zemřít (R. Ho & Chantagul, 2015) nebo dává souhlas ke svému usmrcení (Hosseinzadeh & Rafiei, 2019). Kdežto při **nedobrovolné eutanazii** se pacient nejprve výslovně vyjadřuje, aby nebyl zabit (Potter, 2019).

Subjekty, které se na urychlení pacientovy smrti podílejí, bývají nazývány jako **aktivní a pasivní**. Aktivním subjektem je ten, kdo zabíjí. Pasivním subjektem je pak ten, kdo žádá o usmrcení, o asistenci při zkrácení délky života, o to, aby jej nechali zemřít, nebo je v posledním případě zabit bez vlastního souhlasu (Merchán-Price, 2019).

Způsoby vedoucí k urychlené smrti pacienta by bylo možné rozdělit do dvou kategorií. Do první kategorie by spadaly všechny způsoby, které pacienta **přímo usmrtí** – aktivní eutanazie, asistovaná sebevražda, vražda, vražda z milosti. Druhá kategorie by obsahovala způsoby, které vedou k pacientově smrti, ale spíše „**nechají pacienta zemřít**“, kam bychom mohli zařadit odmítnutí léčby nebo případně odstoupení od léčby, která již byla započata. Hranice mezi jednotlivými skupinami bývá v některých případech obtížně pozorovatelná. Z přísně medicínského pohledu je jakýkoliv způsob urychlení pacientovy smrti brán jako nesprávný, pokud je v silách medicíny pacienta při životě udržet. Odmítnutí léčby či odstoupení od ní nelze v pravém slova smyslu označit za eutanazii, jakkoliv pravděpodobně povede k urychlené smrti pacienta. V případě odmítnutí léčby či odstoupení od ní je evidentní, k čemu se váže tolikrát uváděná autonomie pacienta, který má právo naložit se svým životem dle vlastního uvážení. Etický problém ale nastává např. v momentě, kdy je pacient v bezvědomí (Merchán-Price, 2019).

Pojem **eutanazie** je v následujícím textu užíván především jako úmyslné zkrácení pacientova života na jeho vlastní žádost, ukončující jeho nevléčitelné a nesnesitelné utrpení

(Minerva & Sandberg, 2017). **Lékařem asistovaná sebevražda (LAS)** je forma sebevraždy, která probíhá pod supervizí licencovaného lékaře. Má za cíl ulevit od nadměrné zátěže jako je fyzická bolest nebo utrpení, ne uspokojit psychologické potřeby jedince (Chintakrindi & Porter, 2016). Ve studiích se často objevuje souhlasná tendence spíše s LAS než s eutanazií, což bývá vysvětlováno nutností přímého zásahu a zapojení třetí strany do procesu eutanazie, a to pak v mnohem vyšší míře nežli v případě LAS (Hains & Hulbert-Williams, 2013). Práce se snaží brát v potaz odlišnost konceptu LAS, jakkoliv bývají s pojmem eutanazie častokrát zaměňovány (Potter, 2019).

V práci je pak ve velké míře využíváno nadřazeného pojmu **asistované umírání**. To v sobě zahrnuje dohromady několik výše zmíněných způsobů usmrcení. Pokud to je žádoucí, je v textu způsob usmrcení blíže určen a definován. Pokud je v práci odkazováno na jednotlivé studie, je zachován termín užívaný výzkumníky. Práce je zaměřená obecně na tematiku asistovaného umírání, nejde do hloubky všech potenciálních situací jako je např. prenatální eutanazie (interrupce), sociální eutanazie (daná nedostupnou či neadekvátní péčí), dystanazie (zadržovaná smrt, kdy je život udržován jen pomocí přístrojů) ani orthothanazie (jakožto následné ukončení života).

1.2. Legalizace asistovaného umírání

Nejvíce podporovanou možností jsou případy asistovaného umírání pro dospělé pacienty splňující kritéria nevléčitelného onemocnění a neustávajícího utrpení, které způsobuje beze-smyslnost jejich života. Respektování jejich přání a podpora v život ukončujícím rozhodnutí je v těchto případech nejméně kontroverzní pro občany především liberálnější západní demokracie (Schuklenk & van de Vathorst, 2015). Celkově bývají přijímány žádosti zejména pacientů se somatickým onemocněním (Chintakrindi & Porter, 2016). Ve veřejných debatách, které jsou podkladem pro legalizaci, jsou vyjadřovány názory zastánců a odpůrců. V těchto projevech jsou jako příklady nejčastěji užívány konkrétní případy nebo legislativní postupy fungující v jiných zemích (Verbakel & Jaspers, 2010), což však není ultimátním řešením a samozřejmě s sebou nese značná rizika.

1.2.1. Asistované umírání ve světě

Téměř 20 let po uzákonění aktivní dobrovolné eutanazie a LAS ve státech jako je Nizozemsko, Oregon či Belgie, je celosvětově debata na toto téma stále opakovaně obnovována. Dalšími státy, které uzákonily alespoň jeden ze způsobů usmrcení a šly v podobných stopách, jsou např. Lucembursko a Kanada, dále pak některé federální státy

USA jako Washington, Vermont, Montana, Kalifornie, Havaj, Maine, New Jersey, Nové Mexiko, Colorado a Washington, D.C. (Attell, 2020; Cheung et al., 2020). Asistované umírání je nyní možné i v australském státě Viktorie (Klampfer, 2019). Nejaktuálnější je odhlasování uzákonění možnosti asistovaného umírání ve španělském parlamentu, což ze Španělska činí čtvrtou zemi Evropské unie, kde bude tato možnost legální (Rada, 2021). Na Novém Zélandu by na základě referenda mělo být asistované umírání legalizováno v listopadu 2021 („New Zealand Euthanasia“, 2020).

Eutanazie je legálně prováděna v Nizozemsku, Belgii, Lucembursku, Kolumbii a Kanadě. V Kanadě a Lucembursku musejí pacienti splňovat podmínku plnoletosti. V Nizozemsku jde o eutanazii požádat již od 12 let. V Belgii lze žádat v jakémkoliv věku, pokud je splněna podmínka, že pacient svému rozhodnutí rozumí (Emanuel et al., 2016). Jsou-li pak splněna kritéria, jednotlivé případy posuzuje výbor, ve kterém se nacházejí např. lékaři, etici a právníci (Roelands et al., 2015). Lékař musí nevyhléčitelnost nemoci a nesnesitelnost utrpení (fyzického i psychického) konzultovat s nezaujatým kolegou (Demedts et al., 2018).

Obecnou podmínkou pro přijetí žádosti o usmrcení bývá nesnesitelné utrpení bez vyhlídky na zlepšení. Žádost musí být dále dobrovolná, dobře zvážená, vytrvalá. Cílem je snížení utrpení pacientů a jednotlivé vyhlášky mají za cíl redukovat možné újmy. V rámci minimalizace utrpení je nutné respektovat pacientovu autonomii, zohlednit právo doktora odmítnout provedení eutanazie a neopomenout rodinu, která je součástí celého procesu. Tyto oblasti jsou kruciální pro minimalizaci sekundárních etických problémů. V zemích, kde je eutanazie proveditelná, je nutné legislativně chránit i lékaře, kteří ji provádějí nebo při usmrcení asistují (Chintakrindi & Porter, 2016).

1.2.2. Argumenty proti legalizaci eutanazie

Lékaři bývají nejčastěji označováni za ty, kteří by eutanazii měli provádět. Urychlování pacientovy smrti se však se základními principy medicíny vylučuje, což je argumentem odpůrců jejího zavedení, především pak ze strany samotných lékařů (DePergola, 2018; Merchán-Price, 2019). Je zde potenciální nebezpečí, že by provádění eutanazie bylo vnímáno jako porušení Hippokratovy přísahy a zvýšilo by to nedůvěru veřejnosti k lékařské profesi, což by celkově mohlo vést ke zvýšení nedůvěry v terapeutickém vztahu pacient-lékař (Potter, 2019).

Jedním z nejvýraznějších protiargumentů legalizování eutanazie je tzv. argument šikmé plochy, na kterou bychom se po malých nenápadných krocích mohli dostat. Znamenalo by to první krok společnosti do morální propasti, zneužívání a narušování práv těch nejslabších a nejzranitelnějších skupin obyvatel. Nárůst tlaku ukončovat život někdy i předčasně zvyšuje strach ze zneužívání, zejména u pacientů starších, zdravotně postižených, chronicky nemocných a těch s nedostatkem autonomie (Poli, 2018). Zároveň z existujících dat nelze tento předpoklad potvrdit. Není zde evidentní důvod věřit tomu, že jako společnost jsme v morální propasti, nebo se do ní dříve či později propadneme (Klampfer, 2019; Potter, 2019). Strach ze zneužití může pramenit už ze zkušeností jednotlivých zemí se zdravotní péčí, pokud není kvalitní a dostupná (Verbakel & Jaspers, 2010). Někteří autoři polemizují, zdali není bezpečnější zůstat u současného stavu, kdy eutanazie legalizována není, jakkoliv je riziko zneužití dosud nejisté.

Podmínka terminálního onemocnění je relativní už z toho pohledu, že jednoduše nelze určit s naprostou jistotou, jaká bude opravdová délka života oproti očekávané délce života (Kious & Battin, 2019). Víra ve zlepšení stavu tak vede k odmítání eutanazie. Proto kritici eutanazie navrhují zvyšování kvality pacientova života spíše než přijetí jeho žádosti o eutanazii (Greif, 2019).

1.2.3. Argumenty pro legalizaci eutanazie

Častokrát lidé nerozhodují o své smrti. Ať už zemřeli kvůli nemoci, úrazu, nehodě, pokročilému věku či dokonce zabití, lze předpokládat, že by chtěli odejít jimi více preferovaným způsobem a také později, jestliže by se jim naskytla možnost rozhodnout o podmínkách své smrti. Ve světle této úvahy, pokud lze díky dnešní medicíně lidem dát způsob, jak lze rozhodnout o své smrti, mělo by jim to být umožněno. Společnost jako taková zdá se neodsuzuje lidi dobrovolně riskující a nasazující své zdraví a životy, ani lidi ohrožující své zdraví volbou životního stylu. Za špatné ale často označuje situace, kdy dochází k přímému ukončení života (Greif, 2019). Je tedy otázkou, kde je vůbec hranice naší vlastní svobody rozhodování.

Argument šikmé plochy se na základě empirických dat nedá považovat za adekvátní. Bývá formulován např. tak, že legalizace LAS nutně povede k akceptaci i dalších forem eutanazie, ať už se bude jednat o eutanazii dobrovolnou či nedobrovolnou. Pro takové tvrzení neexistuje evidence a není pro něj opodstatněné. Tento trend nebyl vysledován a neměl by tak sloužit v pokračující obhajobě právního zákazu eutanazie (Potter, 2019). Tam, kde je

eutanazie legální, neexistuje jasná evidence, která by dokazovala, že by docházelo ke zneužívání eutanazie u zranitelných skupin jako jsou nezletilí. Typický pacient žádající o eutanazii je (dle vlastního popisu) běloch, s vyšším vzděláním a kvalitním pojištěním, často pak již v péči zařízení poskytujícím paliativní péči (Emanuel et al., 2016). Narůstající číslo hlášených případů nemusí být nutně známkou, že sklouzáváme k šikmé ploše, nýbrž toho, že tato možnost se stává více vyhledávanou (Schuklenk & van de Vathorst, 2015).

Pacient žádající o eutanazii nemá sice jistotu naprosté správnosti prognózy, nicméně rozhodnutí provádí na základě dostupných informací a lékařských znalostí, což by k rozhodnutí mělo stačit. Lze si pokládat i otázku, proč je za morálně hodnotnější považováno žít déle, než se vyhnout bolesti (Greif, 2019).

1.3. Alternativní přístupy

Medicínský pokrok s sebou nese schopnost „odložit“ smrt nevléčitelně nemocných pacientů a otevírá tím tak nové otázky týkající se etičnosti spojené se zacházením s pacienty v terminálních fázích života. K přístupům na konci života, které bývají respondenty přijímány, patří zejména kontrola bolesti nebo zastavení léčby udržující pacienta při životě (Yun et al., 2018). Nelze tedy nezmínit alespoň některé postupy považované za alternativní možnosti k asistovanému umírání. Mezi těmito alternativami lze zmínit např. paliativní péči, paliativní sedaci či dříve vyslovené přání pacienta.

1.3.1. Paliativní péče

Paliativní péče zahrnuje širokou škálu aktivit. Jednou z nich je zvládání bolesti, která z převážné části pacienty zatěžuje a je spojená s lidským utrpením. O pacienty se stará multidisciplinární tým, který se však stará nejen o zdravotní stav, ale pečuje také o psychologické, sociální a spirituální potřeby pacienta. Paliativní péče staví na základních aspektech medicíny, jako taková tak prochází neustálou modernizací, proto má také vývoj paliativní péče, co se kvality týče, stoupající tendenci. Lékařské zákroky, které mají za cíl ulevit od tíživé bolesti spojené s chronickými onemocněními, mohou však dosáhnout vyčerpání možností léčby, tehdy se pak stejně opět objevuje otázka o morálnosti jednotlivých následných řešení (DePergola, 2018). Nicméně zvyšující se morbidita populace v důsledku rakoviny (a jiných chronických onemocnění) a populačního stárnutí bezpochyby zesiluje potřebu kvalitní paliativní péče (Leppert et al., 2013).

Eutanazie bývá příznivci označována za dobrou (někdy důstojnou) smrt, nicméně její odpůrci označují právě paliativní péči za způsob, jak lze důstojně zemřít (DePergola, 2018).

Charakteristiky dobré smrti však silně podléhají subjektivní zkušenosti. Poskytovatelé paliativní péče se alespoň snaží zvýšit povědomí o život ohrožujících onemocněních a pokoušejí se prosadit tuto péči jako základní lidské právo. Paliativní péče by měla být přístupná všem pacientům, kteří by z její dostupnosti mohli profitovat (Gwyther et al., 2009). Žádosti o eutanazii či LAS bývají dle odborníků vyústěním tragických okolností a situací, kdy se předpokládá, že je důvodem nedostupná paliativní péče. V centru zájmu je pak prevence takovýchto žádostí. V hospicích ani v jiných zařízeních, které jsou poskytovateli paliativní péče, však neklesnul počet žádostí o eutanazii či LAS na nulu (DePergola, 2018).

1.3.2. Paliativní sedace

Dnešní pokročilá medicína dokáže ve většině případů zmírnit symptomy spojené s terminálními stadii. Existují však symptomy, které nelze nijak ovlivňovat. Takové pak nelze léčit bez změny stavu pacientova vědomí (Claessens et al., 2008). Paliativní sedace je využití sedativních léků k úlevě od refrakterních symptomů, tedy těch, které neodpovídají na jakoukoliv léčbu (Maltoni et al., 2009). Lékaři se liší v názorech, zdali musí být pacient při sedaci uveden do úplného stavu bezvědomí, terapie totiž může využívat odlišnou úroveň sedace (DePergola, 2018). Paliativní sedace není respondenty považována za vyložené urychlení smrti pacienta, pokud je využívána k ulevení od refrakterních symptomů. Není tudíž ekvivalentem přímého usmrcení pacienta (Russell et al., 2010) a nepotřebuje tak takové etické ospravedlnění jako eutanazie (Maltoni et al., 2009). Podpora paliativní sedace se může lišit i v rámci odlišných diagnóz. Z výzkumu postojů neurologů vyplynulo, že nejvíce podporovanou je paliativní sedace onkologických pacientů, dále pacientů trpících amyotrofickou laterální sklerózou (ALS) a nejméně pak kvadruplegiků, u kterých nehrozilo bezprostřední riziko smrti (Russell et al., 2010).

1.3.3. Dříve vyslovená přání

Další z variant, jak lze přistupovat k otázkám na konci života, je dříve vyslovené přání. V tomto psaném dokumentu pacient explicitně uvádí instrukce k poskytované léčbě při terminálním onemocnění, během kterého by přišel o možnost komunikovat (Mercadante et al., 2016). Může se tedy předem vyjádřit, jak chce být (ne)léčen. Tento způsob je metodicky ošetřen např. i v české legislativě (*Zákon č. 372/2011, Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách)*, 2011), stejně tak to ale není možnost bez jakýchkoliv nedostatků. Možným rizikem je manipulace okolí nebo zpochybnitelnost racionality samotného rozhodnutí. Tudíž ani tuto možnost nelze označit za univerzální řešení.

2. Determinanty postojů

Studie zkoumající postoje k asistovanému umírání hrají důležitou roli pro další formování debat veřejnosti, tvorbu vyhlášek či plnou dekriminální (Magelssen et al., 2016). Zkoumání demografických, sociálních a psychologických determinantů pomáhá porozumět etiologii postojů k takto komplexní otázce (Bulmer et al., 2017). Porozumění klíčovému společenskému indikátorům postojů je základem pro legislativní ukotvení asistovaného umírání (Proulx & Savage, 2020). Definování podmínek, při kterých by byla eutanazie oprávněná a konsenzuálně přijata většinou, prozatím absentuje. Morální rozlišování mezi jednotlivými praktikami (eutanazie, asistovaná sebevražda nebo paliativní sedace) je důležité pro pochopení vztahu jednotlivých metod k legálním medicínským postupům (DePergola, 2018). Jednotlivé případy však nejsou hodnoceny jako rovnocenné, a tudíž stejně morálně ospravedlnitelné. Převládá názor, že eutanazie má být primárně určená pacientům trpícím nesnesitelnou a neustálou bolestí (Emanuel, 2005). Přitom z analýz vyplývá, že pro pacienty silná bolest nemusí být primárním důvodem žádosti (Emanuel, 2002).

Nejasné definice zkoumaných pojmů mnohokrát způsobují misinterpretace výsledků výzkumů. Porozumět ukazatelům rozhodování (jako jsou psychologické a emocionální aspekty, sociální normy, hodnoty, kulturní pozadí, politická ideologie a další) je podstatné pro zodpovězení otázky, které mechanismy řídí a ovlivňují vnímanou morálnost eutanazie. Dále pro interdisciplinární srovnávání postojů respondentů a v budoucnu pak pro potenciální legislativní ukotvení asistovaného umírání. Empirické doplnění stávajících teoretických modelů je zapotřebí pro aplikaci a generalizaci výsledků a porozumění psychosociálním faktorům, které tvoří základ demografických korelátů eutanazie a sebevražd (Proulx & Savage, 2020), které byly obecně více zkoumány průřezovými studiemi (Attell, 2020). Z longitudinálních analýz je evidentní to, že se postoje v čase mění a liší se v jednotlivých zemích významným způsobem (Inglehart et al., 2021). Postoje bývají sledovány v kontextu pacientů trpících již zmíněnou nesnesitelnou a nepřestávající bolestí, je ale sledována i korelace s jinými příčinami postojů. Ta se jako silná ukazuje u snížené kvality života, fyzického utrpení, ztráty soběstačnosti a pocitu zatěžování ostatních (Bahník et al., 2021).

Práce v další části uvádí významné prediktory postojů respondentů.

2.1. Sociodemografické koreláty

Dle tradičního modelu zkoumání postojů k eutanazii (a jejich předvídatelnosti) jsou postoje často dávány do souvislosti s demografickými ukazateli jako je věk, pohlaví, úroveň vzdělání a religiozita. Výzkumníci upozorňují, že toto zkoumání má své limity a zdůrazňují specifickou individualitu hodnot, které by mohly pomoci dané postoje lépe interpretovat. Pro další zkoumání navrhuje model zdůrazňující autonomii a model, který na postoj nahlíží skrze strach ze smrti (a umírání jakožto procesu) (Terkamo-Moisio et al., 2017). Nicméně postoje spojené s eutanazií se také velmi liší v závislosti na hlubším kulturním kontextu, ekonomických ukazatelích, náboženských a zdravotních faktorech. Vlivem světové globalizace dochází k prolínání těchto faktorů a rostoucí kulturní rozmanitosti (Inglehart et al., 2021), která může zachycení signifikantních výsledků komplikovat. Níže jsou uvedeny sledované demografické charakteristiky, které jsou neopomenutelné pro komplexní pochopení postojů.

2.1.1. Věk

Věk je jedním z prediktorů, který není stabilním prediktivním faktorem pro konečný postoj. Z některých výzkumů vychází souvislost vyššího věku hodnotitele s celkovým negativním postojem k eutanazii (Poli, 2018; Sharp, 2019a). Mladší skupiny respondentů bývají naopak charakterističtější pozitivnějšími postoji k asistovanému umírání (Castelli Dransart et al., 2021; Evenblij et al., 2019; Lee et al., 2017; Magelssen et al., 2016). Pokud je věk zkoumán v kontextu pacienta, kterého se týká eutanazie, bývají respondenti v případě mladších pacientů více v opozici urychlování umírání (Frey & Hans, 2016). Další zkoumání mezigeneračního rozdílu postojů v rámci jednotlivých věkových kohort je potřeba pro vysvětlení lineárního růstu přijatelnosti eutanazie (Proulx & Savage, 2020).

2.1.2. Pohlaví

Dalším z faktorů, který bývá zpravidla vždy ve výzkumech sledován, je pohlaví. Signifikantní rozdíl v závislosti na genderu nebyl v některých studiích nalezen (Saadat et al., 2018). Což však může být v důsledku častých nedostatečně velkých populačních vzorků. V některých byla naopak prokázána tendence, v rámci níž jsou mužští hodnotitelé signifikantně více pro urychlení smrti v porovnání s ženami (DeCesare, 2000; Chintakrindi & Porter, 2016; Sharp, 2019a).

2.1.3. Vzdělání a příjem

Velmi častým ukazatelem je vzdělání a příjem respondentů. Čím nižší je vzdělání respondenta, tím negativnější může být jeho postoj (Sharp, 2019a). A lze tuto závislost vypořádat i v opačném směru, čím vyšší je respondentovo vzdělání, tím silnější může být míra akceptace eutanazie (Castelli Dransart et al., 2021; Cohen et al., 2006; Verbakel & Jaspers, 2010). Vyšší vzdělání může následně odrážet společenské postavení, při kterém je pravděpodobnější lepší přístup k lékařské péči (DeCesare, 2000). Překvapivě k těmto poznatkům vyšla studie na Novém Zélandu, kde vyšší vzdělání a vyšší sociální status znamenaly u respondentů nižší míru přijetí kteréhokoliv způsobu asistovaného umírání (Lee et al., 2017).

Vyšší příjem je silným prediktorem pro žádost u samotného respondenta a ukazuje se jako silnější než samotné vzdělání a status zaměstnanosti (Chintakrindi & Porter, 2016). Rezidenti s vyššími příjmy považovali eutanazii za více ospravedlnitelnou (Inglehart et al., 2021). Postoje se stávají pozitivnějšími v bohatších zemích, nicméně tato tendence může být alterována např. koronavirovou krizí (Inglehart et al., 2021), jejíž dopady ještě nejsou známy.

2.1.4. Religiozita

Není neobvyklé, že je religiozita ve studiích využívána jako silný explanatorní faktor pro daný postoj k eutanazii (Verbakel & Jaspers, 2010). Na základě dřívějších zjištění lze obecně říci, že respondent z více náboženského prostředí (v kontextu celých zemí) byl méně nakloněn eutanazii (Chakraborty et al., 2017; Pitt, 2014; Rudnev & Savelkaeva, 2018; Verbakel & Jaspers, 2010). Že je religiozita klíčová pro postoj k eutanazii, se ukazuje ve více výzkumech (Brzostek et al., 2008; Bulmer et al., 2017; Emanuel et al., 2000; Sabriseilabi & Williams, 2020). Respondenti, kteří označují svá náboženská přesvědčení jako silná, jsou signifikantně méně pro přijetí eutanazie (Burdette et al., 2005; Chintakrindi & Porter, 2016). Čím vyšší je religiozita skupiny, tím více negativně byla eutanazie vnímána (Green et al., 2020). Podobně byla nalezena negativní korelace religiozity a eutanazie v jiných studiích (Barnett et al., 2020; Bendiane et al., 2009; Gielen et al., 2011; Mercadante et al., 2018).

Zaměstnanci hospice, kteří se hlásili k silnějšímu respektování náboženských závazků, byli signifikantním rozdílem proti přijetí aktivní eutanazie (Barnett et al., 2020). Ti, kteří věří v posmrtný život, méně schvalují požádání lékaře o léčbu, která by bezbolestně

urychlila jejich smrt (Miltiades, 2021; Sharp, 2019a). Ateisté reprezentují skupinu nejvíce přijímající eutanazii (Baume et al., 1995; Burdette et al., 2005). Náboženství stanovuje morální pravidla, a tak určuje i postoje k tomu, co je správné a co je špatné. Lidé vnímající víru jako velmi důležitou tak mohou více zaujímat nesouhlasné postoje k činům spojeným s posvátností lidského života (tudíž např. k sebevraždě, potratům a právě eutanazii). Sekundárně mohou jejich postoje ovlivnit i respondenty, kteří se k víře nehlásí, nicméně jsou spolu v přímé interakci. Z tohoto pohledu postojům ještě nebyl věnován dostatečný prostor (Pitt, 2014).

Religiozita však není osamostatněný faktor, je doplněna kulturními a sociálními vlivy daného prostředí (Cohen et al., 2006). Ve více sekularizovaném západním světě bývá morální opozice k eutanazii postavena na odlišných motivech jako ochrana slabých či respekt k autonomii (Deak & Saroglou, 2015). Tradiční religiozita a hodnota autonomie mohou mít silný dopad na postoj na individuální úrovni, na národní úrovni se jako signifikantní potom jeví především religiozita. Nicméně globální pokles tradiční religiozity může v budoucnu zdůraznit roli hodnot v regulaci morálních postojů (Rudnev & Savelkaeva, 2018).

2.1.5. Země původu a místo trvalého pobytu

Většina použitých studií se podobá sociodemografickými charakteristikami Česku, i co se kulturního pozadí týče, opírá se o podobné základy. V rámci srovnání zemí byla nalezena nejvyšší míra akceptace v Nizozemsku (Inglehart et al., 2021), dále pak vysoká míra v Dánsku, Francii a ve Švédsku (Cohen et al., 2006). Odlišné postoje k eutanazii se objevují v zemích jako je např. Turecko (Karaahmetoglu & Kutahyalioğlu, 2019), Rumunsko, Malta (Cohen et al., 2006), Irán (Alborzi et al., 2018) nebo Jordánsko, kde byla míra přijetí nejnižší (Inglehart et al., 2021). V těchto zemích jsou religiózní a kulturní odlišnosti silnými prediktory postoje. Data podporují hypotézu zohledňující religiozitu v rámci národního srovnání. Rozdílné postoje se ukazují u přímého porovnávání skupin z různých zemí, u amerických studentů je přijetí eutanazie vyšší než u iránských (Wasserman et al., 2016).

Místo trvalého pobytu může ovlivnit výsledný postoj i ve spojitosti se životem v malé nebo velké komunitě v rámci jednotlivých zemí, kde je ukazatelem počet obyvatel. Obyvatelé větších měst mohou být většími podpůrci asistovaného umírání (Leppert et al.,

2015). Nicméně i obyvatelé venkovských oblastí mohou být tou více přívětivou skupinou (Lee et al., 2017).

Výsledky studií demonstrují, že v Evropě neexistuje jeden společný postoj. V pozadí jednotlivých postojů stojí mimo kulturního pozadí také veškeré historické události a s ohledem na ně je nutné dané postoje interpretovat. Výzkumy jsou těžce využitelné pro srovnání jednotlivých zemí, jelikož jsou zaměřeny na odlišné potenciálně ovlivňující faktory (často jsou navíc omezeny pouze na jednotlivé faktory) (Cohen et al., 2006), ale mohly by fungovat jako ukazatele dalšího možného směru výzkumů.

2.1.6. Rasa

V některých výzkumech figuruje rasa jako další zkoumaný a potenciálně důležitý faktor. Z výzkumů plyne, že Afroameričané mohou být v porovnání s bělochy většími odpůrci přijetí eutanazie (DeCesare, 2000; Emanuel et al., 2000; Chintakrindi & Porter, 2016; Sharp, 2019a), což lze historicky spojit s nedůvěrou k lékařským profesím (DeCesare, 2000).

2.1.7. Rodinný stav

Je možné, že lidé, kteří jsou svobodní, jsou v porovnání s těmi v manželství nebo v partnerském vztahu méně pro přijetí eutanazie (Chintakrindi & Porter, 2016), není to však konzistentní výsledek výzkumů (Sharp, 2019a). Rozhodujícím faktorem mohou být děti. Respondenti, kteří jsou bezdětní, jsou více pro možnost eutanazie (Lee et al., 2017; Sharp, 2019a). Respondenti jsou více pro, jakmile je potenciální žadatel bezdětný (Frey & Hans, 2016). Postoj je však tvarován rodinnými a komunitními vlivy. Ti, kteří mohli být potenciálními zprostředkovateli, brali v potaz možné postoje rodinných příslušníků, partnerů, prarodičů i dětí (Pesut et al., 2020). Podpora rodiny je žádoucí, jednotliví členové by měli být zapojeni do procesu (Frey & Hans, 2016).

2.1.8. Politická orientace

U zaměstnanců hospice se snižovalo přijetí aktivní eutanazie se silnějším tíhnutím ke konzervativní sociální ideologii. Sociálně orientovaná ideologie jako taková nehrála však signifikantní roli v postoji k pasivní eutanazii (Barnett et al., 2020). Respondenti, kteří své smýšlení označují za liberální, jsou více pro přijetí eutanazie než ti označující se za konzervativce (Bulmer et al., 2017; Chintakrindi & Porter, 2016; Stronegger et al., 2013). Teorie za těmito výsledky je taková, že pohled liberála je progresivnější ve smyslu dbání na individualitu a lidská práva. Naopak u konzervativců převažuje víra v morální hodnoty

a dodržování např. náboženských dogmat přímo odmítajících jakoukoliv formu sebevraždy (Chintakrindi & Porter, 2016). V zemích východní Evropy, které zažily oživení náboženství až po pádu sovětského komunismu, se ukazuje, že jsou postoje k eutanazii méně příznivé. Naznačuje to spojitost nejen religiozity s těmito postoji, ale i samotné politické ideologie (Norris & Inglehart, 2011).

2.2. Osobnostní charakteristiky

Osobnost může korigovat postoje a stejně tak i chování, pokud se na ně díváme jako na rysy určující toto chování. Měření osobnostních konstruktů tak poskytuje věrnější profil respondenta (Wasserman et al., 2016). Pozitivní postoj k asistovanému umírání je nacházen u otevřenosti (k novému) (Aghababaei et al., 2014; Wasserman et al., 2016). Někteří výzkumníci našli pozitivní spojení také u extravertze (Bulmer et al., 2017; Lee et al., 2017) a neuroticismu (Lee et al., 2017). Vyšší míra svědomitosti souvisela s vyšším přijetím (Lee et al., 2017), ale i se silnějším odmítáním (Aghababaei, 2014; Aghababaei & Wasserman, 2013). Vyšší míra psychoticismu souvisela s případy, kdy respondent posuzoval vlastní usmrcení jako morální. Posuzování usmrcení druhých jako morálního pak souviselo s nižšími hodnotami neuroticismu (Lester et al., 1990).

Negativní souvislost byla nalezena u přívětivosti (Aghababaei et al., 2014; Lee et al., 2017; Wasserman et al., 2016), u celkové životní spokojenosti (Aghababaei & Wasserman, 2013) a u dimenze poctivost-pokora, která se zaměřuje na vlastnosti jako altruismus, férovost, nechamtivost nebo skromnost (Aghababaei & Wasserman, 2013; Lee et al., 2017) a bývá charakterizována obavami o well-being druhých. Altruismus jako podstatná vlastnost zahrnující v sobě ochotu pomáhat druhým a neochotu ubližovat druhým je spojován s nepřijatelností eutanazie pro respondenta a i po kontrole faktorů pohlaví, religiozity a dalších osobnostních faktorů dokáže vysvětlit varianci napříč odpověďmi (Aghababaei, 2014).

Další výzkum je potřebný zejména proto, že se liší země, ve kterých byly prozatím osobnostní charakteristiky jako prediktor postoje zkoumány (USA / Irán), stejně tak se liší i metody měření daných charakteristik (HEXACO / TIPI), což může způsobovat diametrální odlišnosti (Bulmer et al., 2017). Zjišťování osobnostních charakteristik časově i položkově nenáročnými metodami (např. 10položkové TIPI) s sebou nese rizika, která jsou přijatelná v momentě, kdy by mělo dojít k úplné absenci jejich měření z důvodů časových omezení

(Rammstedt & Beierlein, 2014). Je taky možné, že omezení se na metody mapující pět základních dimenzí osobnosti není jediný směr, kterým by se výzkum mohl ubírat.

Právě zaměření se na osobnostní charakteristiky by mohlo být další nosnou částí porozumění celkovému postoji respondenta. Studie zahrnující osobnostní charakteristiky by mohly mít potenciál pro vysvětlení mezikulturních rozdílů v této otázce (Aghababaei et al., 2014). Teoreticky by se mohlo jednat o určující faktor, který je mediátorem mezi dalšími (sociodemografickými nebo religiózními) charakteristikami a výsledným postojem. Bylo poukázáno např. na souvislost faktoru přívětivosti a svědomitosti a religiozity, avšak velikosti efektů bývají velmi malé. Stejně tak bylo poukázáno na souvislost s jinými osobnostními faktory, které jsou však ovlivněny měřenou dimenzí religiozity. Dala by se předpokládat souvislost mezi extravertzí (a jejími fasetami např. z osobnostního dotazníku NEO-PI-R jako je srdečnost, družnost a pozitivní emoce), otevřeností ke zkušenosti či emocionální stabilitou (Saroglou, 2002).

Příslušnost ke skupině (a další sociologické faktory) může vést k vytvoření dispozičních tendencí reagovat určitým způsobem a ty manifestují potom jako konkrétní postoje. Avšak měření individuálních postojů ve spojitosti se zkoumáním osobnostních charakteristik může poskytnout věrnější vysvětlení než samotné sociodemografické faktory, bohužel však chybí dostatečné empirické podložení (Aghababaei et al., 2014).

2.3. Etiologie nemoci

Potenciálně důležitou skupinou faktorů ovlivňujících postoj respondenta je samotná nemoc pacienta. A to její etiologie, jednotlivé symptomy i prognózy. Schválení eutanazie může být diametrálně odlišné u pacientů trpících mentálním a somatickým onemocněním. (Levin et al., 2020). Porozumění v tomto ohledu by bylo přínosné pro další posun debaty na téma legalizace eutanazie a zodpovězení otázky, za jakých podmínek by její provedení mohlo být legální. Většina empirických dat, co se postojů týče, je typicky zaměřená na terminální somatická onemocnění. Psychologické charakteristiky byly převážně zkoumány v souvislosti s dopady nemocí, a to především s depresí (Castelli Dransart et al., 2021). Diskuze o psychiatrických pacientech, o pacientech trpících demencí nebo celkovou kumulací zdravotních problémů, si pomalu ale jistě získává své místo ve veřejné debatě (Evenblij et al., 2019). Výzkumy se snaží neopomíjet ani méně časté diagnózy (virus HIV nebo amyotrofická laterální skleróza), nicméně zde vládne velký nepoměr (Emanuel et al., 2000).

2.3.1. Mentální a somatické onemocnění

Morální dilema se týká také psychiatrických pacientů. Pokud je LAS možná v případě pacienta s terminálním onemocněním, lze argumentovat, že by takové umírání mělo být umožněno lidem trpícím kvůli mentálnímu onemocnění. Zejména proto, že mentální utrpení může být srovnatelné s tím somatickým, co se závažnosti týče. Nicméně je na takové případy nahlíženo diametrálně odlišně. Jedním z vysvětlení je i celkový pohled psychiatrie, která na asistované umírání nahlíží jako na formu sebevraždy, proti které se snaží bojovat (Kious & Battin, 2019). Vztah mentálního onemocnění a sebevraždy je nepopíratelný. Jediný pohled na souvislost eutanazie a sebevraždy nabízí například údaj, že v Nizozemsku se uvádí asi nejvyšší procento sebevražedných skutků na počet obyvatel, a to nejen ze zemí, kde je legální asistované umírání (OECD, 2021). V rámci programů ochrany veřejného zdraví zůstává prevence sebevražd důležitou součástí, proto je však podstatné ošetřit to, aby asistované umírání nebylo „pouze“ dalším způsobem, jak sebevraždu uskutečnit (Calati et al., 2021).

Co se týče psychiatrických diagnóz, z nizozemského výzkumu vyplývá, že pacienti mívají chronické a závažné stavy, v jejich historii jsou dohledatelné suicidální pokusy a psychiatrické hospitalizace. Většina by se dala označit za trpící poruchami osobnosti s nejčastějším symptomem sociální izolace. Primárně se v této problematice zmiňují depresivní poruchy, které bývají velice časté, nicméně nejde opomenout ani jiné stavy. A to například psychotické stavy, stavy spojené s posttraumatickým stresem a anxiétou, somatoformní poruchy, neurokognitivní poruchy, poruchy příjmu potravy, prodloužené truchlení a poruchy autistického spektra (Kim et al., 2016). Pacienti s poruchami osobnosti vyzkoušeli alespoň nějakou formu psychoterapie, ne všem se však dostalo evidence-based přístupů. Většina těchto diagnóz nebývá vzata v potaz ve výzkumech ani ve vytváření legislativy. Ta aktuálně neadekvátně odpovídá probíhající praxi a je založena na nedostatečném porozumění psychopatologie těchto poruch (Mehlum et al., 2020).

Přijetí eutanazie mentálně nemocných pacientů je trvale nižší než pacientů s onemocněním somatickým (Levin et al., 2020). Přijatelnost eutanazie mentálně nemocných je ovlivněná vnímanou autonomií pacienta a jeho schopností činit rozhodnutí, možnou kontrolou symptomů a postupování nemoci, stereotypy ohledně nemoci a sociálním přijetím pacienta. Ukazuje se, že záleží nejen na typu nemoci (deprese, schizofrenie či rakovina), ale i na tom, zdali o usmrcení žádá sám pacient nebo je na přání rodinných příslušníků (Levin et al., 2020).

Pokud převažuje názor, že je utrpení dostatečným důvodem pro asistované umírání (v tomto případě LAS), mělo by být mentální utrpení také validním důvodem. Jestliže pacient plánuje ukončit svůj život a následoval by pravidla, která jsou legislativně stanovená pro LAS, měla by mu být umožněna (Yager et al., 2018). Utrpení má charakter mnohočetného původu, ne pouze toho somatického. Důvody, které mohou motivovat terminálně nemocné pacienty k ukončení jejich života, jsou např. vyhnutí se bolesti, touha kontrolovat okolnosti své smrti, obavy ze ztráty nezávislosti, pokles kvality života nebo neschopnost starat se sám o sebe (Ganzini et al., 2009). Z jiné studie vychází, že pacienti žádají z důvodu nesnesitelného a nepolevujícího utrpení. To je základem pro další důvody, jako např. prožívanou bolest, slabost, funkční poškození, závislost na druhých, pocity, že jsou zátěží, beznaděj, nedůstojnost, intelektuální úpadek, pocit ztráty sebe sama a vlastní autonomie a celková únava ze života (Dees et al., 2010).

Intenzita psychického utrpení u pacientů s afektivními poruchami by měla být zohledněna. Pokud se např. jedná o farmakorezistentní depresi, k jejíž léčbě již byly využity adekvátní prostředky (kromě farmak např. elektrokonvulzivní terapie či chirurgický zákrok), nabízí se možnost eutanazie jako obhajitelná (Ogilvie & Potts, 1994). Omezení její možnosti někteří autoři označují za diskriminující (Schuklenk & van de Vathorst, 2015). Tento argument vychází z předpokladu parity somatických a mentálních onemocnění, což je argument relativně jednoduchý, nicméně jeho obhajování je komplexnější (Kious & Battin, 2019). Protiargumenty k eutanazii pacientů s mentálními onemocněními jsou jednak ty spojené s relevantností označování těchto onemocnění jako terminálních. A za druhé ty argumenty, které zpochybňují mentální kapacitu pacientů v procesu rozhodování, jelikož jejich úsudek je ovlivněn jejich trápením.

Právě jednou z podmínek eutanazie často bývá, že pacientův úsudek nemůže být zhoršen kvůli mentálnímu onemocnění. Tito pacienti bývají odkazováni k poradenství (Kious & Battin, 2019). Pokud bychom zohlednili tvrzení, že mentální onemocnění ochromuje úsudek a kapacitu k rozhodování, i tak platí, že mentální onemocnění mívají epizodický průběh. Jiní autoři u mentálních onemocnění nijak nezpochybňují subjektivitu a vážnost utrpení, ale upozorňují na mentální onemocnění vzniklá špatnými sociálními podmínkami, které by při změně mohly zvrátit celkový průběh a zmírnit utrpení (A. Ho & Norman, 2019).

Pokud je účelem asistovaného umírání ulevit od utrpení, mělo by mentální onemocnění být alespoň srovnatelně validním důvodem, pokud je splněna podmínka dostatečné mentální kapacity k učinění takového rozhodnutí (Kious & Battin, 2019). V Belgii je od roku 2002 za přísných podmínek možné provést eutanazii při nesnesitelném mentálním utrpení. Děje se tak ve velmi ojedinělých případech, ale frekvence žádostí je vzrůstající v horizontu posledních let (Calati et al., 2021) – i více než polovina psychiatrických sester se setkala s žádostmi o eutanazii (De Hert et al., 2015) a v Nizozemsku se za poslední dvě dekády odhaduje až desetinásobný nárůst počtu provedených eutanazií psychiatrických pacientů (Kim et al., 2016). To však může být důsledkem rozšíření kritérií, za kterých lze asistované umírání provádět (Möller, 2021). Za alternativu žádosti o eutanazii je považováno plné sociální zotavení, nicméně tato varianta ne vždy nabízí řešení pacientovy tíživé situace. Psychiatrické sestry eutanazii pacientů v některých případech nesnesitelného mentálního utrpení považují za opodstatněnou (Demedts et al., 2018).

2.3.2. Depresivní porucha

Často zastoupenou diagnózou spadající pod mentální onemocnění je deprese. Z těchto poruch může být až téměř třetina rezistentní na léčbu (Souery et al., 2006), tedy pacienti nereagují na běžné terapeutické prostředky. Pacienti ve stavu schopném činit rozhodnutí trpící léčbě-rezistentní depresivní poruchou by měli mít stejně výchozí předpoklady pro asistované umírání jako jinak nevléčitelně nemocní pacienti. V Kanadě a Nizozemsku výzkumy indikovaly poznatky, že jsou respondenti proti, aby se těmto pacientům dostalo možnosti asistovaného umírání (Schuklenk & van de Vathorst, 2015). Dopady těžké depresivní poruchy a jí způsobené utrpení není pro veřejnost v současné době srovnatelné s utrpením způsobeným somatickým onemocněním. Deprese nepochybně má velký vliv na stav pacienta, možná ho dokonce determinuje v rozhodnutích, nicméně to nelze přímo spojovat s neschopností se rozhodovat. Zatím se nepodařilo výzkumně demonstrovat předpoklad, že depresivní pacienti jsou nekompetentní hodnotit své vyhlídky, tudíž k tomu není jistá evidence (Schuklenk & van de Vathorst, 2015). U pacientů s depresivními symptomy může být ale více pravděpodobné, že si rozmyslí svou žádost o urychlení umírání (Emanuel et al., 2000). Depresivní symptomatika pak samozřejmě provází i mnohá somatická onemocnění.

2.3.3. Onkologické onemocnění

Onkologické onemocnění bývá snad nejčastěji studovanou diagnózou ve spojitosti s eutanazií, také je pravděpodobně nejvíce slyšitelným důvodem pro legalizaci eutanazie. Nese s sebou nevyhnutelnou diskuzi o péči v případném terminálním stadiu, to samozřejmě především se samotným pacientem. Navzdory zvyšující se kvalitě paliativní péče nejsou pacienti ve všech případech adekvátně informováni o jejích možnostech. S narůstajícími obtížemi pak logicky potřeba informovanosti stoupá (Beernaert et al., 2018). Pro hodnotitele se pak eutanazie ukazuje jako nejvíce opodstatněná, pokud pacient zažívá fyzickou bolest. Méně potom u přítomnosti pocitů, že jsou pacienti zátěží nebo že postrádají životní smysl. Tudíž i zde je patrné, že hodnotitelé vnímají izolované somatické příznaky jako přijatelnější důvod pro eutanazii (Emanuel et al., 1996). V praxi není ale somatické onemocnění naprosto oddělitelné od psychických dopadů.

2.3.4. Demence

V nizozemském průzkumu byly srovnávány postoje lékařů a veřejnosti k eutanazii pacientů v pokročilém stadiu demence. Ze strany veřejnosti byla více než polovina respondentů toho názoru, že by pacientům v pokročilém stadiu měla být eutanazie umožněna. Procento se ještě zvýšilo (na 83 %) v momentě, kdy by k eutanazii došlo na základě dříve napsaného přání. Lékaři byli pro přijetí více při raných fázích demence, kdy byl pacient ještě kompetentnější k rozhodování. Ve velmi pokročilém stadiu už eutanazii shledávala více než polovina za nemyslitelnou (Brinkman-Stoppelenburg et al., 2020). Diskrepance v postoji veřejnosti k eutanazii pacientů s demencí a postojem lékařů k provedení této eutanazie může mít původ už v odlišnosti samotné otázky výzkumu. Zástupci veřejnosti byli tážaní, zdali by lidé s demencí měli mít možnost eutanazie, pokud vlastně nerozumí aktuální situaci, ale dříve o ni už požádali. Kdežto lékařů se výzkumníci ptali, zdali by zvažovali provedení eutanazie pacientů ve stadiu pokročilé demence bez závažných komorbidit na základě jimi dříve vysloveného přání. V praxi je tento závěr výzkumu ale pozorovatelný a srovnatelný se situací, kdy se nesetkají očekávání rodiny pacienta a lékařův postoj k situaci, což může způsobit napětí. Zákonem ošetřené je asistované umírání v případě demence např. v Nizozemsku („Euthanasia", 2020).

2.3.5. Amyotrofická laterální skleróza

Amyotrofická laterální skleróza (ALS) spadá svou povahou do skupiny nevléčitelných onemocnění s progresivním vývojem, během kterého dochází ke ztrátě autonomie, zhoršené komunikaci a omezení životně důležitých funkcí (Thurn et al., 2019).

Pacienti svá rozhodnutí týkající se konce života vztahují často ke ztracené kontrole (Foley et al., 2014). Od stanovení diagnózy se doporučuje přístup na principech paliativní péče, diskuze o péči na konci života je tak aktuální od začátku této nemoci (Bede et al., 2011). Psycho-existenciální utrpení je dostatečným důvodem pro pochopení pacientova přání urychlit umírání. Lékaři se pokouší vyjít vstříc pacientům, ale zdráhají se ujmout proaktivnější role v rozhodování o procesu umírání (Thurn et al., 2019). Lékaři mohou svým názorem ovlivnit i ten pacientův, např. k ventilaci (Moss et al., 1993), a tím mít vliv na celkové konečné rozhodnutí pacienta. Odpojení od přístrojů, jakkoliv silné je to pacientovo přání, je pro lékaře prakticky, eticky i emocionálně náročné, zvláště pro ty méně zkušené (Faull et al., 2014).

2.3.6. Paréza

Často zmiňovanou skupinou jsou také pacienti trpící tělesným postižením (ochrnutím). Postoje personálu (např. fyzioterapeuti nebo pečovatelé) starajícího se o parétycké pacienty, kteří potřebují neustálou péči, by mohly být modifikovány specifitou tohoto kontaktu. Ukazuje se, že každodenní kontakt s pacienty trpícími parézou může zvyšovat konzervativní postoje směrem k eutanazii, a to především u pečovatelů (Glebocka, 2017).

2.4. Další faktory související s konečným postojem

2.4.1. Postoje pacientů

Porozumět žádostem o urychlenou smrt nelze bez znalosti širšího pacientova kontextu, a to včetně osobnostního a sociokulturního pozadí, které tvoří základ morálního porozumění přání urychlit smrt (Rodríguez-Prat & van Leeuwen, 2018). U pacientů v pokročilém stadiu nemoci není neobvyklé, že žádají o urychlení umírání (Monforte-Royo et al., 2011). Porozumět žádosti pacienta je nutné skrze porozumění tomu, co se touto žádostí opravdu snaží sdělit (Rodríguez-Prat et al., 2017). Převládá pohled, že za žádostí o eutanazii (popř. sebevraždou) stojí iracionální přesvědčení často způsobené nemocí psychologické povahy (Proulx & Savage, 2020). Někteří výzkumníci však dokládají, že myšlenka na sebevraždu nebo eutanazii může být racionálním a kalkulovaným rozhodnutím (Savage, 2016). Z výzkumu postojů k asistovanému umírání vycházelo, že terminálně nemocní pacienti jsou pro přijetí (Emanuel et al., 2000; Hizo-Abes et al., 2018). Z těchto pacientů 32,7 % podpořilo přijetí i v případě, že by se nejednalo o pacienty trpící bolestí, ale pacienty, kteří si připadají jako zátěž. Doplnujícím výsledkem byly postoje pečovatelů, ze kterých

58,7 % bylo pro přijetí eutanazie a LAS u pacientů trpících bolestí a 29,1 % pečovatelů u pacientů připadajících si jako zátěž (Emanuel et al., 2000). Dalšími faktory vstupujícími do rozhodování o eutanazii u pacientů jsou obavy z budoucnosti, hypotetické nebo podmíněné reakce na bolest, obavy týkající se kvality života a beznadějnost týkající se naděje na přežití. Smrt se nabízí jako rychlé řešení obav z nastávajícího stavu a bolestí s ním spojených (Johansen et al., 2005). Byla vyzorována tendence většího přijetí u pacientů, kteří jsou již zapojeni do systému paliativní péče (Hizo-Abes et al., 2018).

Pečovatelé by měli být schopni porozumět pacientovým očekáváním týkajícím se jeho stavu, aby mohli adekvátně jeho potřebám vyhovět a alespoň do určité míry vrátit vnímanou ztrátu důstojnosti (Rodríguez-Prat & van Leeuwen, 2018). Pacienti, kteří projeví přání zemřít, si byli více vědomi jejich terminální prognózy, zažívali bolesti, stavy deprese a pocity ztráty životního smyslu (Cheung et al., 2020). Může se u nich objevovat psychiatrický stav, v některých případech vedoucí až k suicidii – tzv. demoralizační syndrom, jehož diagnostickými kritérii jsou např. pocity existenciální tísně a beznaděje, pesimismus, ztráta motivace, sociální izolace a délka trvání alespoň dva týdny (O'Connor & Aranda, 2005).

Avšak žádosti (již zemřelých) pacientů s psychiatrickými diagnózami, s demencí a s kumulovanými zdravotními problémy byly relativně vzácné. Částečně to výzkumníci vysvětlovali domněnkou, že v některých případech nebyla zajištěna či vůbec dostupná adekvátní podpůrná péče a že je obecně méně pravděpodobné, že pak tyto pacienti o eutanazii zažádají (Evenblij et al., 2019). Navíc právě u těchto pacientů vyplývá z výzkumů, že jsou lékaři méně ochotní provést eutanazii (Bolt et al., 2015).

2.4.2. Profesionální zkušenost

Lékaři na jednotkách intenzivní péče se musí často rozhodovat mezi pokračováním a ukončením život udržující léčby. Mohou se držet instrukcí, jak v daných situacích postupovat, nicméně z psychologického i etického hlediska se ukazuje, že ukončení léčby je náročnější než její pokračování. Z dotázaných lékařů 93 % souhlasilo s tvrzením, že by lékař měl vyhovět žádosti pacienta, který je kompetentní k rozhodnutí léčbu ukončit. Více než polovina lékařů uvedla, že je psychicky náročnější od léčby odstoupit než v ní pokračovat a také že je to eticky problematictější. Tyto postoje byly ovlivněny náboženskými přesvědčeními, lékařskou specializací a zkušeností s péčí o umírající pacienty (Chung et al., 2016). Důležitou implikací pro praxi je potřeba lékařů být si vědomi svých postojů

a předsudků směrem k chronicky nemocným pacientům, aby bylo možné předcházet zkreslení u jednotlivých případů (Frey & Hans, 2016). Od lékařů se očekává, že pro pacienta najdou nejvíce prospěšný léčebný plán, že budou respektovat jeho přání, pokud je kompetentní k rozhodování. Pacientovo přání však může způsobit konflikt spojený s lékařovými vlastními (morálními) přesvědčeními (Mastro & Mason, 2017).

Zdravotnický personál, který zvažoval vlastní participaci v procesu usmrcení, uváděl jako faktory vlivné kolegy (kteří mohou v procesu rozhodování být silným morálním vlivem), klinické zkušenosti (přihlížení ke smrti a nemožnost ulevit pacientům od bolesti), blízkost k samotnému procesu usmrcení (a přímé usmrcování) a vlastní osobní a profesní hodnoty. Respektována byla především pacientova volba, kontrola nad situací a její definitivnost, porozumění, že situace není o personálu, ale o pacientovi, konzistentnost vlastního postoje, postoje k posmrtnému životu a k rodině umírajícího (Pesut et al., 2020). Do procesu rozhodování však vždy vstupuje i osobnost a jiné charakteristiky lékaře, který je neopomenutelnou součástí na pacienta zaměřené péče. Osobní víra a hodnoty lékaře jsou klíčové pro setkání se s pacientovými očekáváními (Balslev van Randwijk et al., 2020).

Psychiatri v Belgii, kde je možnost eutanazie psychiatrických pacientů, jsou pro zachování této možnosti, nicméně jejich vlastní motivace participovat v tomto procesu je limitovaná. Úplně nejnižší je pak v přímém podání smrtící dávky léku (Verhofstadt et al., 2020). Pokud někdy dříve byli samotní lékaři svědky až zázračného uzdravení pacienta, bylo to negativně asociováno s jejich postojem k asistovanému umírání, i přes kontrolu sociodemografických a osobnostních faktorů včetně religiozity (Sharp, 2019b).

Studenti medicíny obecně podpořili asistované umírání, dokázali si představit, že by pacientům poskytovali prostředky vedoucí ke smrti. Klíčovým faktorem byla pacientova autonomie. Upozornili také na potřebu speciálního vzdělávání, které by se zaměřovalo na legální, komunikační a technické aspekty asistovaného umírání (Bator et al., 2017), které bude v budoucnu potřeba, pokud poroste počet žádostí o něj (Miltiades, 2021).

2.4.3. Dětský pacient

První zemí s možností legální eutanazie dětských pacientů bez věkového limitu je od roku 2014 Belgie, kde ji schvaluje až 72 % respondentů. Nejsilnějšími argumenty podporujícími tento pozitivní postoj jsou vyhnutí se utrpení dítěte a právo zvolit si moment smrti. Tyto argumenty blízce kopírují argumenty pro eutanazii dospělých pacientů. Nesouhlas s eutanazií těchto pacientů je pak spojen s religiozitou, kolektivistickým

přístupem, prosociálními dispozicemi, nízká flexibilita v existenciálních otázkách, vysoká empatie a generozita (Deak & Saroglou, 2017).

2.4.4. Přirozená smrt a prognóza onemocnění

Na eutanazii lze v některých případech nahlížet jako na jakousi protiváhu přílišné medicinalizace umírání (Wasserman et al., 2016). Nabízí se myšlenka, že je eutanazie hodnocena jako morálně přijatelnější v momentě, kdy se okolnosti smrti co nejlíže podobají takovým, které by nastaly v případě přirozené smrti. Tento argument sám o sobě však (pasivně nedobrovolnou) eutanazii jako takovou neoznačuje za morálně akceptovatelnou (Varelius, 2016). Potenciálně se do rozhodování a konečného postoje může projekovat prognóza pacientova onemocnění a s ním spojená očekávaná délka dožití. Zdá se, že čím je kratší, tím více může být eutanazie považována za akceptovatelnou (platí i v opačném směru) a přání zemřít za přijatelné (Vranka et al., 2020).

Eutanazie bývá potom více přijímána ve srovnání se sebevraždou, jakkoliv oba způsoby vedou nevyhnutelně k urychlení smrti. Možným důvodem je stigma doprovázející sebevraždu a vkládání větší důvěry do způsobu sebevraždy, který obnáší dohled lékaře (Attell, 2020). V porovnání se sebevraždou je při prezentování eutanazie více dbáno na expozici pozitivních témat, tyto dva akty se od sebe tak již více odlišují a společností je eutanazie v některých případech považována za přijatelnější (Proulx & Savage, 2020).

2.4.5. Faktory spojené se zdravím

Respondenti ze zemí, kde je zdravotní péče méně efektivní a méně dostupná, jsou více v opozici k eutanazii (Verbakel & Jaspers, 2010). Systém zdravotní péče je dnes pod velkým tlakem v důsledku celosvětové pandemie spojené s onemocněním COVID-19. Roste tak důraz na poskytování péče na konci života. Bude zajímavé, jestli tato pandemie bude mít dopad na diskuzi ohledně eutanazie (Fusi-Schmidhauser et al., 2020). Z výzkumů vyplývá, že dlouhodobá prevalence nemocí a krátkodobé obavy z nemoci také významně ovlivňují hodnotové systémy (Inglehart et al., 2021).

3. Morální hodnocení eutanazie

Morální dilemata mohou vyvstávat z pochybností ohledně správnosti prováděných postupů. Respondent si není jist podstatou problému ani tím, jaké etické principy na daný problém aplikovat. V neposlední řadě si hodnotitel není jist tím, jak se má v konkrétní situaci zachovat, jelikož si je vědom toho, že jeho rozhodnutí může být nesprávné. A k tomuto se následně přidává pocit nemorálního chování, marnosti situace a bezmoci (Dorman & Raffin Bouchal, 2020). Situace, kdy si není hodnotitel jist svým rozhodnutím, mohou být zejména ty, kde je nerovnováha moci, nedostatečná komunikace nebo příliš silná emocionální reakce (Barlem et al., 2013). Nejistota pramení i v obtížnosti samotného rozhodnutí, jelikož opravdové následky činu jsou buďto neznámé nebo mohou být nežádoucí. Vnitřní konflikt hodnot pak u respondenta vede k obtížnému hledání odpovědi. Ambivalence postoje může mít vlastní následky, jako je pocit ztráty kontroly, nerozhodnost, neschopnost činit morální rozhodnutí, diskomfort, stres, vztek, frustrace, deprese, úzkost nebo komplexnější následky jako je pochybování o lidské či profesní kompetentnosti (Dorman & Raffin Bouchal, 2020; Rushton et al., 2013).

Zkoumanými proměnnými, které také mohou určovat směr morálního hodnocení eutanazie, jsou kupříkladu možnost svobodného pacientova rozhodnutí a respektování jeho autonomie, čímž pacient získává kontrolu nad situací. Pokud hodnotitel srovnává svůj postoj k eutanazii např. se svým postojem k potratům, je možné, že se bude snažit o jistou konzistentnost svých odpovědí. Do procesu hodnocení vstupují dále názory na posmrtný život a nebo vděčnost a smíření demonstrované pacienty a jejich rodinami (Pesut et al., 2020).

3.1. Postoje a jejich konzistence

Postoj odráží respondentův vztah k určité otázce, je jistou predispozicí reagovat pozitivně či negativně k položené otázce. Jako získaná dispozice je charakteristický značnou setrvačností. Je nutno jej posuzovat s ohledem na jeho směr (k předmětu, jevu, osobě apod.), intenzitu (kladný – záporný a v jaké míře) a délku trvání (zdali podléhá dlouhodobému působení více podnětů). Je třeba si především uvědomit, že odpověď na otázku studie nemusí nutně odrážet realitu jedincova postoje (Janoušek et al., 1993). Stejně jako chování je ovlivněn názory ostatních a jejich očekáváními směrem k němu. (Ohnsorge et al., 2012). Zkoumání postojů je důležité zejména pro jejich explanační sílu při popisu příčin daného chování (Výrost et al., 2019).

Sledovat změny a konzistentnost postojů, stejně tak jako longitudinální hodnocení eutanazie, je důležité pro komplexní porozumění faktorům stojícím za rozhodnutím respondenta i pro porozumění preferencím pacientů. Zvláště z toho hlediska, že eutanazie je v konečném důsledku nezvratným procesem. Sledování celého procesu by stálo za informacemi, zdali je hodnotitel primárně pro, nebo proti eutanazii, jestli zvažuje tento proces sám pro sebe a jestli k usmrcení nakonec došlo. Tyto informace jsou zatím velmi relativní. Ani u pacientů zvažujících urychlení smrti nelze dokázat, že kolika provedením eutanazie skutečně došlo (Emanuel et al., 2000).

Jednotlivé posuzované (hypotetické) případy týkající se postupů na konci života je obtížné posuzovat kvůli jejich unikátnosti. Najít tak společné faktory, které by určovaly a dokázaly správně interpretovat respondentův postoj, je náročné. Vstupuje tam několik proměnných, např. životní zkušenost nebo vlastní přesvědčení (Mastro & Mason, 2017). Zaměření se na podskupiny odhalilo, že odpověď na abstraktní otázku je odlišná od otázky směřující ke konkrétnímu případu. Může to být důsledek faktu, že odpověď na abstraktní otázku je založena na kognitivních přesvědčeních, které korelují s příslušností do určitých sociálních skupin. V případě otázek odkazujících na konkrétní situace je možný silnější vliv emocionální složky, kterou lze vysvětlit spíše motivací respondenta než izolovanými sociodemografickými faktory (Stronegger et al., 2013).

Postoje jsou formovány i metodologickými aspekty studií. Mezi tyto aspekty patří samotná formulace výzkumných otázek (Schwarz, 2007), aktuální afektivní stav respondenta (Fedorikhin & Cole, 2004) nebo touha uvádět konzistentní odpovědi (Guadagno & Cialdini, 2010). Výzkumníci by měli při interpretaci studií brát v potaz, nakolik výsledky může ovlivnit efekt pořadí a znění otázek, který se ukazuje jako signifikantní (Magelssen et al., 2016). Neopomenutelným faktorem rozhodujícím o konečném respondentově postoji je i samotný design výzkumu. Odpovědi o morální přijatelnosti eutanazie mohou být ovlivnitelné výběrem ilustrativních příkladů. Eutanazie je v hypotetickém scénáři více morálně přijatelná, pokud pacient trpí bolestmi (v porovnání s únavou) (Bahník & Vranka, 2021). K výslednému postoji se připisuje i to, jakou škálou je měřen. Z používání jednopoložkových měření postoje plyne určitá limitace (Bulmer et al., 2017), nelze např. jasně a přímo odlišit postoj k různým typům usmrcení, nechává to prostor především pro respondenta si interpretovat opravdovou podstatu otázky.

Respondenti zastávající přijetí asistovaného umírání především v případě splnění podmínky nevléčitelnosti onemocnění by měli být nejspíše konzistentní v tomto postoji napříč diagnózami souvisejícími s pacientovým stavem. Nicméně se zde nabízí otázka, proč jsou pak tedy nevléčitelná mentální onemocnění spíše brána jako nevalidní důvod žádosti o urychlení smrti? Lze to asociovat s nedostatečnou edukací širší veřejnosti o možných závažných dopadech mentálních onemocnění, které mohou být svou vahou srovnatelné s těmi somatickými? Lze v tom spatřit postoj, že mentální onemocnění nevede nevyhnutelně ke smrti, zatímco například rakovina nejspíše ano? V hypotetické otázce týkající se přijetí eutanazie bude mít respondent pravděpodobně na mysli jako první katastrofický scénář, který nutně v blízké budoucnosti povede ke smrti pacienta. Bude soucítit s pacientem činícím rozhodnutí na konci života v pozdní fázi onkologického onemocnění, v tomto případě se nabízí respektování pacientovy volby (Schuklenk & van de Vathorst, 2015).

Neshody v tomto posuzování by se daly vysvětlit např. vnímaným časovým horizontem (prognózou), který činí jeden z nepochybných rozdílů mezi onemocněními. Pacient trpící léčbě-rezistentní depresivní poruchou může nadále žít (nezávisle na kvalitě tohoto života), kdežto pacient v terminální fázi rakoviny pravděpodobně zemře v kratším časovém úseku. V tomto konkrétním případě je navíc jednoduše vyšší šance (a naděje), že se podaří najít léčbu pro depresivní poruchu ještě během pacientova života. Rozdíl je tedy mezi chronickým a terminálním (Schuklenk & van de Vathorst, 2015).

3.2. Nedostatky sbíraných dat

Dostupná data týkající se postojů k eutanazii jsou problematická zejména proto, že jsou získávána velmi odlišnými metodami. Výsledkem je potom nerovnováha kvality porovnávaných dat, a tedy téměř až jejich neporovnatelnost a nemožnost generalizace. Z tohoto vyplývá i složitost aplikovatelnosti závěrů do budoucnosti a stejně tak nejde s jistotou říct, jaké jsou vůbec dlouhodobé efekty eutanazie ve státech, kde je legalizovaná. A pokud nejsou dlouhodobá rizika jasně definována, přiklání se hodnotitelé často k odmítání eutanazie. Ačkoliv bývá tento argument častý, fakticky nejde doložit skutečnost, že dochází ke zneužívání a narušování práv nejvíce ohrožených skupin, což je často zmiňovaným potenciálním rizikem spojeným s uzákoněním eutanazie (Castelli Dransart et al., 2021; Klampfer, 2019).

Nekonzistentnost výsledků bývá dána složitostí empiricky zachytit několik různě působících faktorů najednou jedním měřením (Proulx & Savage, 2020). Zároveň je

nedostatkem právě směřování předchozích výzkumů pouze k vlivu izolovaných faktorů než k jejich vzájemné interakci (Hains & Hulbert-Williams, 2013). Vznikají nesrovnalosti už na základě nejasně definované terminologie, která je napříč výzkumy používána rozdílným způsobem. Nemusí být jasné, nakolik respondenti rozdílům mezi možnými způsoby usmrcení rozumějí.

Pro další výzkumy je doporučováno využívat komplexnější metody měření. A to především, pokud se bavíme např. o zjišťování psychologických determinantů (Makransky et al., 2013; Rammstedt & Beierlein, 2014). Mělo by tímto být dosaženo větší přesnosti určování vztahu mezi danými charakteristikami a určitým postojem. Silné prediktory postojů vycházející z výzkumů častokrát samy o sobě nedokáží rozlišit v extrémnějších částech populace a nelze jimi interpretovat silně pozitivní (ani silně negativní) postoj (Bulmer et al., 2017).

Ve výzkumech chybí diverzita komunit (Castelli Dransart et al., 2021), respondenti reprezentují často tzv. WEIRD skupinu (respondenty ze západní, vzdělané, industrializované, bohaté a demokratické společnosti (Henrich et al., 2010). Pokud však výzkumníci a zákonodárci chtějí plně porozumět všem perspektivám, nelze ostatní skupiny ignorovat (Inglehart et al., 2021). Mezikulturní srovnání je v tomto případě obecně velice obtížné.

Pro budoucí výzkumy se nabízí jako vhodné pokračování posuzování interakce mezi jednotlivými prediktory, ne pouze jejich izolované zkoumání, také porovnání napříč etnickými a národnostními skupinami (Canetto, 2019). Je doporučováno, aby se v dalším zkoumání používal spíše mnohonásobný výběr odpovědí než pouhé položení otázky s např. otevřeným koncem. Tento formát by mohl podpořit vyšší míru odezvy respondentů a stejně tak lépe určit důvody, proč jsou některé scénáře hodnoceny jako etické, nebo naopak neetické (Mastro & Mason, 2017). Je obtížné získat celkový postoj respondenta založený pouze na jediné otázce. A namísto výběru mezi ano/ne (dichotomickými) odpověďmi se nabízí jako vhodnější řešení škála Likertova typu (Cohen et al., 2006).

VÝZKUMNÁ ČÁST

4. Výzkumný problém, cíle výzkumu a hypotézy nebo výzkumné otázky

Empirická část navazuje na teoretickou část – je zaměřena na prozkoumání vybraných determinantů souvisejících s postojem k eutanazii a jejím morálním hodnocením. Nezahrnuje všechny výše popisované potenciální faktory. Snaží se odpovědět na otázku, v kterých případech je pro respondenty nejvíce morálně ospravedlnitelné ukončit pacientův život a zdali se liší hodnocení v souvislosti se sociodemografickými, situačními a osobnostními korelátů. Snaží se o identifikaci faktorů vstupujících do celkového hodnocení eutanazie a kvantifikaci toho, do jaké míry je jimi výsledný postoj ovlivněn.

4.1. Výzkumný problém

Z popisovaných výzkumů vyplývá, že obecně je asistované umírání nejvíce považováno za opodstatněné u dospělých pacientů splňujících další kritéria (Schuklenk & van de Vathorst, 2015). Somatické onemocnění je opakovaně bráno jako validnější důvod pro usmrcení pacienta ve srovnání s mentálním onemocněním (Levin et al., 2020), avšak i to bývá někdy bráno jako opodstatněné (Demedts et al., 2018). Pro hodnotitele se ukazuje jako zásadní, zda pacientův stav doprovází fyzická bolest (Emanuel et al., 2016) a celkově jsou přijímány více způsoby péče, které se na konci pacientova života starají o kontrolu symptomů zahrnujících bolest (Yun et al., 2018). Co se týče jednotlivých způsobů usmrcení, paliativní sedace pak bývá v některých případech brána jako nejvíce obhajitelná, ačkoliv se přijetí může napříč diagnózami ještě dále lišit (Russell et al., 2010). Lékaři jsou zpravidla označováni za subjekty, které by měly provádět asistované umírání (Merchán-Price, 2019). A v neposlední řadě může i samotná prognóza pacientova stavu ovlivnit akceptovatelnost eutanazie (Vranka et al., 2020). A právě z těchto konkrétních teoretických východisek vyplývají níže popsané výzkumné otázky a dílčí hypotézy.

Několikere výzkumy popisované v teoretické části práce ukazují na důležitost izolovaných faktorů. A to na straně pacienta (např. typ onemocnění) či v rámci individuálních charakteristik respondentů (např. religiozita). Ne vždy se daří dosáhnout významných velikostí efektů (např. při zkoumání osobnostních vlastností), nejsou opakovaně nalézány souhlasné tendence v hodnocení napříč výzkumy (např. u pohlaví) a nedaří se podchytit vysvětlení pro mezikulturní rozdíly ve vnímání přijatelnosti jednotlivých případů. Realizovaný výzkum se proto snaží obsáhnout vícero proměnných. Systematicky

se snaží odlišit druh nemoci a utrpení, aby mohly být adekvátně srovnány následné postoje. Zaměřuje se pak na jednotlivé potenciální mediátory, efekty vybraných faktorů (jako je způsob usmrcení, administrátor, věk pacienta nebo jeho prognóza), porovnání v rámci několika zemí, odlišné osobnostní charakteristiky a jednotlivé demografické prediktory, které jsou zpravidla mapovány i v ostatních studiích. U některých charakteristik, jako je religiozita respondenta, očekáváme podporu dosavadní evidence, že je podstatným faktorem. U jiných naopak doufáme, že budou mít potenciál interpretovat dané výsledky. Diplomová práce by tak měla přinést hlubší pochopení v rámci této problematiky.

4.2. Cíle výzkumu

Hlavním cílem výzkumu je **identifikace situačních a individuálních charakteristik**, které ovlivňují přijatelnost eutanazie. Cílem je určit, do jaké míry přijatelnost determinují jednotlivé situační faktory (typ nemoci, typ utrpení, způsob usmrcení, administrátor, věk pacienta, prognóza onemocnění). A do jaké míry ovlivňují postoj rozdílů na úrovni jednotlivce (geografický původ, osobnostní charakteristiky, demografické prediktory).

4.3. Výzkumné otázky a hypotézy

Jednotlivé výzkumné otázky ohledně postoje jsou založené na poznacích popisovaných v teoretické části této práce. Pozornost byla více zaměřená na ty nejednoznačné, nedostatečně prozkoumané, ale z druhé strany i na ty, které se ukazují jako zásadní. Avšak z hlediska možné obsáhlosti výzkumu byly některé potenciální faktory vynechané.

VO1: Je vnímání přijatelnosti eutanazie závislé na *typu onemocnění pacienta*? (Liší se hodnocení eutanazie ve srovnání somatického a mentálního onemocnění?). Tato otázka souvisí s hypotézou **H1:** *akceptovatelnost eutanazie je vyšší u somatického typu onemocnění.*

VO2: Je vnímání přijatelnosti eutanazie závislé na *druhu pocíťované bolesti*? (Liší se hodnocení, pokud pacient zažívá bolest fyzickou, mentálního původu nebo obě zároveň?) Tato otázka pak souvisí s hypotézou **H2:** *v případě, kdy pacient prožívá fyzickou bolest, je konečná míra akceptovatelnosti eutanazie vyšší než u zažívání mentálního utrpení.*

VO3: Je vnímání přijatelnosti eutanazie závislé na *typu pacientova usmrcení*? (Liší se hodnocení ve srovnání případů, kdy je pacient usmrcen smrtelnou dávkou léků, nebo

paliativně sedován?) Tato otázka souvisí s hypotézou **H3**: *vyšší míra akceptace je u paliativní sedace.*

VO4: Je vnímání přijatelnosti eutanazie závislé na *subjektu*, který usmrcení provádí? (Liší se hodnocení ve srovnání, kdy je administrace provedena lékařem, samotným pacientem, jeho rodičem, nebo přítelem?)

VO5: Je vnímání přijatelnosti eutanazie závislé na *věku pacienta*? (Liší se hodnocení ve srovnání usmrcení 15letého, 30letého, 50letého a 80letého pacienta?)

VO6: Je vnímání přijatelnosti eutanazie závislé na *vnímané naději na zlepšení pacientova stavu*? Pokud onemocnění a z něj plynoucí stav přímo ohrožuje pacienta na životě, bude hodnocení eutanazie závislé na *očekávané délce dožití*? (Bude se lišit ve srovnání 1 měsíce, 1 roku, 10 let nebo rozmezí mezi 1 měsícem až 10 lety?)

VO7: Je vnímání přijatelnosti eutanazie závislé na *zemi původu hodnotitele*? Pro účely výzkumu byly na základě literatury vybrány tři země (Nizozemsko, Polsko, Španělsko), které měly reprezentovat spektrum postojů. Tyto země budou v rámci analýzy porovnávány.

VO8: Souvisí vnímání přijatelnosti eutanazie s *osobnostními rysy hodnotitele*? Pokud ano, jak?

5. Design výzkumného projektu

Předmětem této kapitoly je detailní popis výzkumného projektu. Je zde zdůvodněn zvolený typ studie, popsán průběh realizace, použité metody získávání dat, jejich následný způsob analýzy a jsou zde zahrnuty etické aspekty výzkumu.

5.1. Typ výzkumu

Z povahy výzkumu plyne potřeba kontrolovat podmínky (systematicky manipulovat s nezávisle proměnnými) a nalézat příčiny dílčích postojů respondentů, proto byl zvolen experimentální design v kombinaci s online dotazníkovým šetřením.

5.2. Metody získávání dat

Dotazníkové šetření proběhlo během července 2021. Respondenti byli rekrutováni online přes platformu Prolific. Ke sběru dat byt využit nástroj Qualtrics. Celý výzkum probíhal ve spolupráci s experimentální laboratoří PLESS (Prague Laboratory for Experimental Social Sciences). Výzkum probíhal v anglickém jazyce, a to z důvodů vybraných zemí, ve kterých výzkum probíhal. Respondenti byli nejdříve osloveni. Poté byli uvedeni do výzkumu a jeho zaměření. Po odsouhlasení jeho podmínek přešli respondenti k samotnému výzkumu, jehož první částí bylo vyplnění sebe posuzovacího osobnostního (10položkového) inventáře TIPI (Gosling et al., 2003) (viz příloha 1). Tento inventář měří pět základních dimenzí osobnosti (otevřenost, svědomitost, extraverci, přívětivost, neuroticismus). Takto krátký inventář byl zvolen zejména kvůli časové limitovanosti studie.

Následovala část, ve které každý respondent dostal jeden ze šesti hypotetických scénářů (jejich původní znění viz příloha 2). Tyto scénáře se lišily v následujících podmínkách, které reprezentovaly **nezávisle proměnné**:

- *typ onemocnění*, se kterým byl pacient diagnostikován. Onemocnění bylo buď chronické somatické, nebo chronické mentální. Ve scénářích bylo uvedeno, že se jedná o onemocnění, které pacienta upoutává na lůžko.
- *typ utrpení*. Pacient zažíval buď fyzickou bolest, mentální utrpení, nebo se u něj vyskytovalo obojí zároveň.

V této části bylo uvedeno, že onemocnění přímo neohrožuje pacienta na životě. Nicméně zde není naděje na zlepšení jeho stavu v blízké budoucnosti. Pacient má mentální kapacitu na zvážení svých možností. Několikrát explicitně vyjádřil přání ukončit svůj život. Hlavní **závisle proměnnou** byla *míra přijatelnosti eutanazie* v jednotlivých posuzovaných

případech. Tato míra byla hodnocená na škále od 1 (absolutně morálně nepřijatelné) do 7 (absolutně morálně přijatelné), se střední hodnotou 4 odpovídající možnosti ani morálně nepřijatelné, ani morálně přijatelné.

Respondent následně odpovídal na otázky (viz příloha 3) související s(e):

- *odhadem míry pacientova fyzického utrpení.*
- *odhadem míry pacientova mentálního utrpení.*
- *odhadem míry přání zemřít.*
- *odhadem míry únavy ze života.*
- *bytím zátěží pro ostatní.*
- *ztrátou důstojnosti.*
- *ztrátou osobní identity.*
- *ztrátou soběstačnosti.*
- *pacientovou schopností racionálně uvažovat.*
- *pacientovou změnou osobnosti k horšímu.*
- *pacientovou zhoršenou kvalitou života.*

Tyto položky byly také hodnoceny na 7stupňové škále (1 – vůbec, 4 – středně, 7 – velmi). Jejich funkcí byl zisk dodatečných proměnných. Ve vztahu k nim pak byla také posuzována konečná míra přijetí. Mezi tyto otázky byla vložena **kontrolní položka**, jejímž účelem bylo zajištění pozornosti a eliminace náhodných odpovědí. V této položce měl respondent vybrat předem danou možnost. Po vyplnění těchto otázek byly dále specifikovány podmínky pacientova stavu a byla opět sledována míra hodnocení jednotlivých případů. Respondenti v této části již hodnotili všechny možnosti. Rozdíl byl pak sledován ve srovnání:

- *typu usmrcení.* Pacientovi by byla podána smrtelná dávka léku. V druhém případě by byl sedován do takové míry, ve které by zemřel při ztrátě vědomí.
- *subjektu usmrcení.* Administrátorem by byl lékař, samotný pacient, jeho rodič, nebo přítel.
- *věku pacienta.* Pacient by byl 15letý, 30letý, 50letý, 80letý.
- *naděje na dožití pacienta.* Pacientovi by zbýval 1 měsíc života, 1 rok života, 10 let života, nebo rozmezí 1 měsíce až 10 let.

V závěru respondenti uvedli základní demografické položky. K těmto položkám patřil věk, pohlaví, země původu, nejvyšší dosažené vzdělání. Politická orientace byla hodnocena stupnicí, kam by se v rámci politického spektra sám respondent umístil. Respondent také zhodnotil míru důležitosti náboženství v jeho životě. Na úplném konci byla poskytnuta možnost jakéhokoliv doplnění, kterou využilo jen několik málo respondentů.

5.3. Metody zpracování a analýzy dat

Nejprve byly zkompletovány úplné odpovědi. Dále byly vyhodnoceny dimenze osobnostního inventáře. Veškerá data byla převedena do formy umožňující jejich statistickou analýzu. Ta byla provedena v programu Jamovi. K zodpovězení výzkumných otázek a testování jednotlivých hypotéz byly využity především ANOVA, analýza rozptylu pro opakovaná měření (repeated measures ANOVA), díky které byl zkoumán vliv jednotlivých faktorů, jež byly prezentovány respondentům postupně, na hlavní závislou proměnnou (míru přijatelnosti eutanazie) a regresní analýza. Předem zvolená hladina významnosti = 0,05. Zvolené metody jsou specifikovány v rámci prezentace jednotlivých zkoumaných faktorů.

5.4. Etika výzkumu

Respondenti byli na začátku upozorněni na povahu výzkumu. Jako účel byla uvedena explorační studie směřem k otázkám týkajícím se zdraví. Poskytnutí sociodemografických údajů, včetně pohlaví a věku, bylo podmínkou účasti a jejich potvrzení plnilo funkci informovaného souhlasu. Všechna data, zahrnující odpovědi a osobní údaje, byla plně anonymizována. Respondentům bylo sděleno, že data budou analyzována, potenciálně využita dále a sdílena s dalšími výzkumníky. Výzkum dodržel zásadu dobrovolnosti, respondenti byli informováni, že svou účast mohou kdykoliv ukončit a jejich odpovědi by byly v tomto případě smazány. Respondenti byli upozorněni na citlivost tématu a některých otázek, nicméně žádné závažné negativní dopady z účasti ve výzkumu neměly plynout. Respondentům byl poskytnut kontakt. Na závěr byl také ponechán prostor pro připomínky k výzkumu.

6. Deskriptivní statistika výzkumného souboru

Počet respondentů, kteří dokončili celý výzkum a byli tak po základním pročištění zahrnuti do analýzy dat, je 451. Věkové rozložení respondentů se pohybuje od 18 do 75 let ($M = 27.5$, $SD = 9.36$). Z tohoto vzorku je 274 mužů (60,8 %), 173 žen (38,4 %) a 4 respondenti (0,9 %) zvolili možnost jiné. Zastoupení respondentů z jednotlivých zemí je následující: Španělsko – 150 (33,3 %), Nizozemsko – 149 (33 %), Polsko – 150 (33,3 %), jiné – 2 (0,4 %). Tito dva respondenti byli následně dodatečně vyfiltrováni ze statistické analýzy, jelikož země původu figurovala jako jeden z faktorů. Nejvyšší dosažené vzdělání, politická orientace a míra důležitosti náboženství jsou uvedeny v následujících tabulkách.

Nejvyšší dosažené vzdělání:

Úroveň	Počet	% z celku	Kumulativní četnost
Nedokončené středoškolské (základní)	12	2.7 %	2.7 %
Středoškolské (jeho obdoby)	101	22.4 %	25.1 %
Vysokoškolské vzdělání (bez titulu)	95	21.1 %	46.1 %
Bakalářské vzdělání	142	31.5 %	77.6 %
Magisterské vzdělání	91	20.2 %	97.8 %
Postgraduální, doktorské	10	2.2 %	100.0 %

Tabulka 1: Nejvyšší dosažené vzdělání

Politická orientace (1 chybějící odpověď):

Úroveň	Počet	% z celku	Kumulativní četnost
Velmi konzervativní	4	0.9 %	0.9 %
Konzervativní	24	5.3 %	6.2 %
Mírně konzervativní	30	6.7 %	12.9 %
Středová	99	22.0 %	34.9 %
Mírně progresivní	69	15.3 %	50.2 %
Progresivní	166	36.9 %	87.1 %
Velmi progresivní	58	12.9 %	100.0 %

Tabulka 2: Politická orientace

Míra důležitosti náboženství ($M = 2.19$, $SD = 1.97$):

Úroveň	Počet	% z celku	Kumulativní četnost %
1 (Vůbec není důležité; bez víry)	279	61.9 %	61.9 %
2	48	10.6 %	72.5 %
3	43	9.5 %	82.0 %
4	14	3.1 %	85.1 %
5	20	4.4 %	89.6 %
6	19	4.2 %	93.8 %
7	16	3.5 %	97.3 %
8	7	1.6 %	98.9 %
9 (Extrémně důležité; víra je centrem života)	5	1.1 %	100.0 %

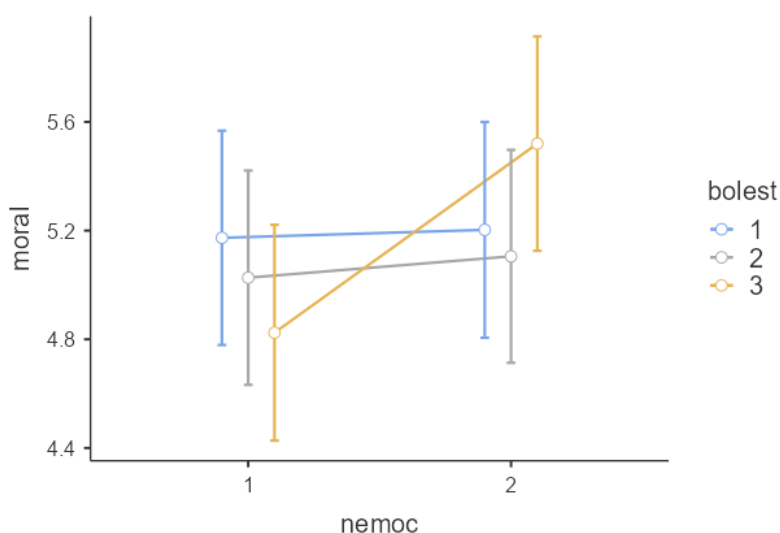
Tabulka 3: Míra důležitosti náboženství

7. Výsledky

Obsahem této kapitoly je prezentace výsledků vztahujících se k jednotlivým výzkumným otázkám a hypotézám, které byly podrobeny statistické analýze. Je zde snaha o popis jednotlivých analýz v určité logické návaznosti. Nejprve je popsána závislost na typu onemocnění a typu bolesti, poté způsobu usmrcení, osobě podílející se na procesu, věku pacienta a prognóze jeho onemocnění. Dále jsou výsledky porovnány napříč zeměmi. Jsou zohledněny osobnostní charakteristiky a demografické koreláty. Na závěr jsou uvedeny doplňující otázky a jejich vyhodnocení.

7.1. Typ onemocnění a utrpení

Jako první byla pozornost zaměřena na **VO1, VO2** (závislost na typu onemocnění, typu pociťované bolesti) pomocí analýzy rozptylu. Faktor onemocnění (chronické somatické/chronické mentální) se nejeví jako signifikantní (při zvolené hladině významnosti $\alpha = 0,05$), $F(1, 443) = 2.668, p = .103, \eta^2p = .006$ a faktor bolesti (fyzická bolest/mentální utrpení/obojí) také ne, $F(2, 443) = 0.219, p = .803, \eta^2p = .001$. Jejich interakce pak také není významná, $F(2, 443) = 1.704, p = .183, \eta^2p = .008$. Z grafu níže je nejvíce viditelná tendence hodnotit jako morálnější případ, kdy je u somaticky nemocného přítomná jak bolest, tak mentální utrpení. Nebyl však nalezen dostatek evidence pro **H1** (akceptovatelnost eutanazie je vyšší u somatického typu onemocnění) ani **H2** (v případě, kdy pacient prožívá fyzickou bolest, je konečná míra akceptovatelnosti eutanazie vyšší než u zažívání mentálního utrpení).

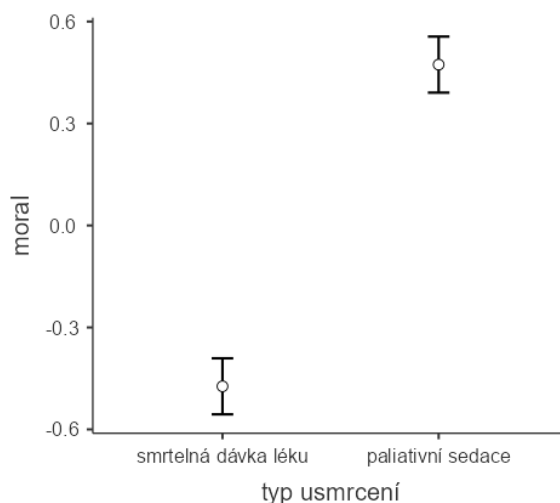


Graf 1: Typ onemocnění a utrpení

Vysvětlivky: nemoc 1 = mentální onemocnění; nemoc 2 = somatické onemocnění; bolest 1 = fyzická bolest; bolest 2 = mentální utrpení; bolest 3 = přítomnost fyzické bolesti i mentálního utrpení; moral = morální hodnocení.

7.2. Způsob usmrcení

Dále byl analyzován vztah týkající se VO3 (*závislost na typu usmrcení*), kde na jedné straně bylo usmrcení smrtelnou dávkou léku a na straně druhé sedace pacienta. V rámci analýzy opakovaných měření byl nalezen signifikantní výsledek, $F(1,448) = 127, p < .001, \eta^2p = .221$. Tímto výsledkem byla podpořena hypotéza H3 (*vyšší míra akceptace je u paliativní sedace*). Výsledek je prezentován grafem, kde je tento patrný rozdíl:



Graf 2: Způsob usmrcení

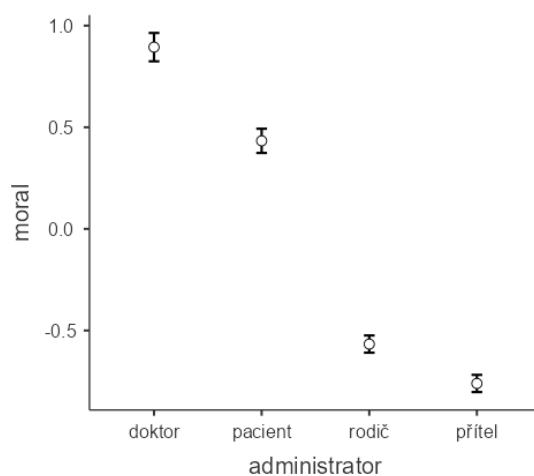
7.3. Administrace

Závislost na osobě, která eutanazii provádí, reprezentuje VO4 (*závislost na subjektu*). Otázkou bylo, jak se bude lišit hodnocení mezi osobami podílejícími se na eutanazii. Zdali by se lišilo mezi lékařem, samotným pacientem, rodičem či přítelem pacienta. Data byla analyzována pomocí ANOVY pro opakovaná měření, která odhalila signifikantní výsledek. Mauchlyho test sféricity vyšel signifikantně ($p < .001$), proto byla na data použita Huynh-Feldtova korekce ($\epsilon = 0.763$), $F(2.29, 1026.06) = 157, p < .001, \eta^2p = .260$.

	Mauchly's W	p	Greenhouse-Geisser ϵ	Huynh-Feldt ϵ
administrátor	0.469	<.001	0.759	0.763

Tabulka 4: Test sféricity (administrátor)

Z následujícího grafu je pak patrné, v jakém pořadí byly osoby hodnoceny. Nejvíce přijatelně byl hodnocen lékař, poté samotný pacient, dále rodič a na závěr přítel pacienta.



Graf 3: Administrace

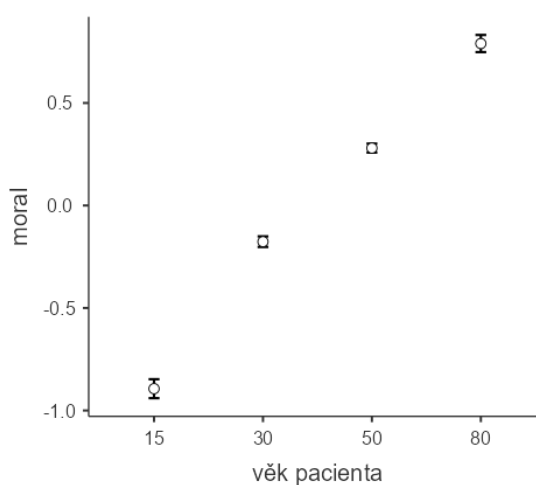
7.4. Věk pacienta

Dále respondenti hodnotili přijatelnost případů, které se lišily věkem pacientů žádajících o eutanazii, čehož se týká VO5 (závislost na věku pacienta). Mauchlyho test vyšel i u tohoto faktoru signifikantně ($p < .001$), byla opět využita Huynh-Feldtova korekce ($\epsilon = 0.588$). Výsledek je u faktoru věku signifikantní, $F(1.77, 790.91) = 305, p < .001, \eta^2p = .405$.

	Mauchly's W	p	Greenhouse-Geisser ϵ	Huynh-Feldt ϵ
věk pacienta	0.254	< .001	0.586	0.588

Tabulka 5: Test sféricity (věk pacienta)

Výsledek je vyjádřen pomocí následujícího grafu. Z toho je patrné, že nejvíce morálně přijatelnou možností je eutanazie 80letého pacienta, poté 50letého, dále 30letého a nejméně přijatelnou je pak eutanazie 15letého pacienta.



Graf 4: Věk pacienta

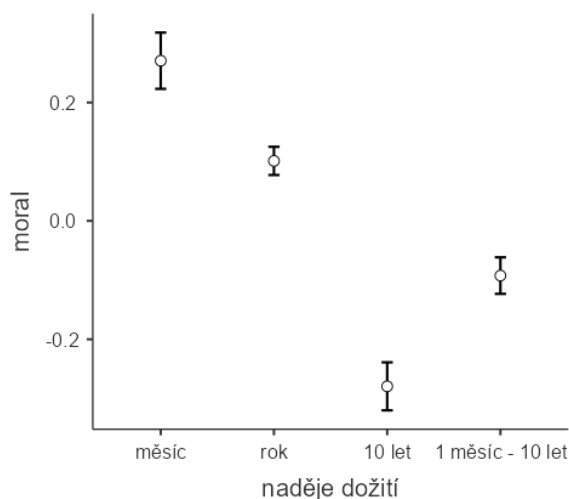
7.5. Prognóza

Pro zodpovězení VO6 (*závislost na očekávané délce dožití*) byla opět využita ANOVA pro opakovaná měření. Mauchlyho test se signifikantním výsledkem ($p < .001$) indikoval užití Huynh-Feldtovy korekce ($\epsilon = 0.535$). Očekávaná délka života se na základě dat jeví jako signifikantní faktor, $F(1.60, 718.50) = 31.4, p < .001, \eta^2p = .065$.

	Mauchly's W	p	Greenhouse-Geisser ϵ	Huynh-Feldt ϵ
naděje dožití	0.256	<.001	0.533	0.535

Tabulka 6: Test sféricity (prognóza)

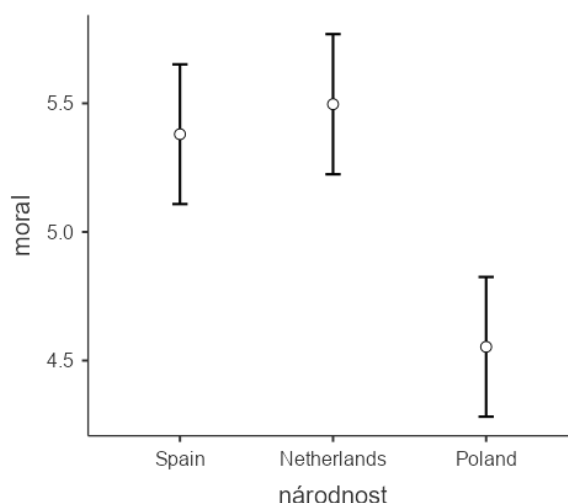
Z následujícího grafu je zjevné, že nejvíce přijatelným případem eutanazie je ten, ve kterém je odhadovaná délka života pacienta 1 měsíc. Dále pak 1 rok, poté rozmezí 1 měsíce až 10 let. Nejméně podpořenou možností je ta, ve které pacientovi zbývá až 10 let života.



Graf 5: Prognóza

7.6. Země původu respondenta

Na základě literatury byly vybrány 3 země – Nizozemsko, Polsko, Španělsko, které by v ideálním případě demonstrovaly postoje z opačných stran spektra. Pro nalezení odpovědi na VO7 (*závislost na zemi původu hodnotitele*) byla zvolena jednofaktorová ANOVA. Výsledek byl signifikantní, $F(2, 446) = 13.8, p < .001, \eta^2p = .058$. Největší rozdíl je patrný v porovnání Španělska a Nizozemska s Polskem, ve kterém respondenti projevili nejnižší míru akceptovatelnosti eutanazie. Výsledek je patrný z grafu níže.



Graf 6: Země původu respondenta

Vysvětlivky: Spain = Španělsko; Netherlands = Nizozemsko; Poland = Polsko.

7.7. Osobnostní charakteristiky

Pro prozkoumání VO8 (*souvislost s osobnostními rysy hodnotitele*) byla využita lineární regresní analýza, díky které měla být kvantifikována míra, se kterou jednotlivé zkoumané osobnostní charakteristiky (extraverze, otevřenost, přívětivost, svědomitost, neuroticismus) zvyšují, nebo zmenšují pravděpodobnost, že bude eutanazie hodnocena jako morální. Žádná z osobnostních vlastností se na základě dat v signifikantní míře nepodílí na vysvětlení variability hodnocení jednotlivých případů.

Model	R	R ²	Adjusted R ²
1	0.0897	0.00804	-0.00316

Tabulka 7: Diagnostika modelu (osobnost)

Hodnoty jednotlivých osobnostních charakteristik jsou pro přehlednost uvedeny v následující tabulce.

Predictor	Estimate	SE	t	p
Intercept	5.19094	0.1241	41.8208	< .001
EXT	0.01907	0.0487	0.3917	0.695
NEU	-0.08666	0.0508	-1.7059	0.089
AGREE	-0.05667	0.0703	-0.8067	0.420
CON	-0.03618	0.0537	-0.6744	0.500
OPEN	-0.00160	0.0638	-0.0251	0.980

Tabulka 8: Regresní analýza (osobnost)

Vysvětlivky: EXT = extraverze; OPEN = otevřenost; AGREE = přívětivost; CON = svědomitost; NEU = neuroticismus.

7.8. Demografické koreláty

Sledovanými demografickými údaji byly věk, pohlaví, národnost, nejvyšší dosažené vzdělání, politická orientace a religiozita. Faktor národnosti byl již zkoumán výše, byl proto z této analýzy vynechán. Lineární regresní analýza pak ukázala na významnost politické orientace, $b = .22$, $p < .001$ a religiozity, $b = -.23$, $p < .001$.

Model	R	R ²	Adjusted R ²
1	0.384	0.147	0.137

Tabulka 9: Diagnostika modelu (demografické údaje)

Predictor	Estimate	SE	t	p
Intercept	4.18255	0.46000	9.093	< .001
pohlaví	-0.02924	0.15625	-0.187	0.852
vzdělání	0.11093	0.07181	1.545	0.123
politická orientace	0.21631	0.06118	3.536	< .001
religiozita	-0.23474	0.04203	-5.585	< .001
věk	0.00101	0.00904	0.111	0.911

Tabulka 10: Regresní analýza (demografické údaje)

7.9. Další sledované proměnné

Respondenti odpovídali na doplňující otázky, které souvisely s odhadem míry fyzického a mentálního utrpení. S tím, jak moc si pacient přeje zemřít, jak moc je unaven ze života, jak moc si připadá jako zátěž pro ostatní. Posuzovali míru ztráty důstojnosti, osobní identity a soběstačnosti. Hodnotili pacientovu schopnost racionálně uvažovat, změnu jeho osobnosti a míru zhoršení kvality života (původní znění otázek viz příloha 3). S vnímanou mírou přijatelnosti eutanazie souvisely (na základě lineární regresní analýzy) především položky týkající se přání zemřít ($b = .24$, $p = .003$), racionality pacientova myšlení ($b = .23$, $p < .001$), snížené kvality života ($b = .26$, $p < .001$) a změny jeho osobnosti ($b = -.16$, $p < .001$)

Model	R	R ²	Adjusted R ²
1	0.480	0.230	0.211

Tabulka 11: Diagnostika modelu (další proměnné)

Predictor	Estimate	SE	t	p
Intercept	-0.11309	0.6285	-0.1799	0.857
fyzické utrpení	0.02534	0.0396	0.6407	0.522
mentální utrpení	0.05851	0.0415	1.4083	0.160
přání zemřít	0.24283	0.0803	3.0234	0.003
únava životem	0.08702	0.0781	1.1144	0.266
zátěž pro ostatní	0.05884	0.0528	1.1138	0.266
důstojnost	0.01491	0.0452	0.3295	0.742
identita	0.00456	0.0523	0.0871	0.931
soběstačnost	0.06857	0.0593	1.1554	0.249
racionálnost	0.23217	0.0464	5.0083	<.001
kvalita života	0.25692	0.0764	3.3624	<.001
změna osobnosti	-0.15784	0.0458	-3.4478	<.001

Tabulka 12: Regresní analýza (další proměnné)

Na základě původního předpokladu, že jako signifikantní vyjde např. i prožívání bolesti (fyzické utrpení, mentální utrpení), což se však nepotvrdilo, jsme začali uvažovat o tom, jak moc tyto položky souvisí s ostatními. Byla vytvořena korelační matice. Fyzické a mentální utrpení spolu korelují negativně, $r = -.31$, $p < .001$. Fyzické utrpení pak pozitivně koreluje s přáním zemřít ($r = .10$, $p = .030$), se ztrátou soběstačnosti ($r = .11$, $p = .021$), se schopností racionálně uvažovat ($r = .21$, $p < .001$) a se sníženou kvalitou života ($r = .12$, $p = .011$). Mentální utrpení pozitivně koreluje s únavou ze života ($r = .11$, $p = .021$), se ztrátou důstojnosti ($r = .13$, $p = .005$), se ztrátou osobní identity ($r = .14$, $p = .004$) a se změnou osobnosti ($r = .10$, $p = .027$). Negativně koreluje se schopností racionálně uvažovat, $r = -.19$, $p < .001$. Korelace ostatních položek jsou znázorněny v následující tabulce.

		fyzičné utrpení	mentální utrpení	přání zemřít	únava životem	zátěž pro ostatní	důstojnost	identita	soběstačnost	racionálnost	změna osobnosti	kvalita života
fyzičné utrpení	Pearson's r	—										
	p-value	—										
mentální utrpení	Pearson's r	-0.309	—									
	p-value	<.001	—									
přání zemřít	Pearson's r	0.102	0.036	—								
	p-value	0.030	0.447	—								
únava životem	Pearson's r	0.075	0.109	0.520	—							
	p-value	0.114	0.021	<.001	—							
zátěž pro ostatní	Pearson's r	0.008	0.063	0.179	0.219	—						
	p-value	0.870	0.185	<.001	<.001	—						
důstojnost	Pearson's r	0.066	0.132	-0.007	0.137	0.329	—					
	p-value	0.166	0.005	0.879	0.004	<.001	—					
identita	Pearson's r	0.027	0.136	0.036	0.233	0.262	0.469	—				
	p-value	0.569	0.004	0.441	<.001	<.001	<.001	—				
soběstačnost	Pearson's r	0.109	-0.012	0.238	0.273	0.228	0.257	0.378	—			
	p-value	0.021	0.792	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001	—			
racionálnost	Pearson's r	0.211	-0.186	0.155	0.098	0.091	0.020	-0.058	0.150	—		
	p-value	<.001	<.001	<.001	0.038	0.055	0.680	0.217	0.001	—		
změna osobnosti	Pearson's r	-0.035	0.104	-0.019	0.097	0.207	0.252	0.300	0.063	-0.226	—	
	p-value	0.454	0.027	0.682	0.041	<.001	<.001	<.001	0.185	<.001	—	
kvalita života	Pearson's r	0.119	0.056	0.289	0.326	0.201	0.076	0.215	0.326	0.158	0.114	—
	p-value	0.011	0.238	<.001	<.001	<.001	0.109	<.001	<.001	<.001	0.016	—

Tabulka 13: Korelační matice (další proměnné)

8. Diskuze

Výše popsaný výzkum se snažil odhalit, které prediktory jsou významné pro hodnocení hypotetických scénářů v konečném důsledku jako přijatelnějších. V diskuzích týkajících se potenciálního legalizování eutanazie je podstatné, aby byl prostor věnován příznivcům, stejně tak jako jejím odpůrcům. Je to z důvodu, aby jednoduše byly zahrnuty argumenty obou stran, ať už by upozorňovaly na možné benefity, nebo rizika a úskalí. Na tak komplexní záležitost musí být nahlíženo z maximálního počtu možných úhlů pohledu. Stejně tak by tuto potřebu měly kopírovat výzkumy. Ve studiích je vynakládáno úsilí zachytit větší množství silných prediktivních faktorů. Není dostačující vysvětlovat negativní postoj např. jenom vyšší mírou religiozity a opomíjet ostatní faktory, které by tento postoj mohly mediovat.

V prezentovaných výsledcích nebyl nalezen dostatek evidence pro tvrzení, že je významný rozdíl mezi přijatelností chronického somatického a chronického mentálního onemocnění. Tento předpoklad byl stanoven především na základě literatury, že jsou somatická onemocnění brána jako validnější důvod pro eutanazii (Levin et al., 2020). Právě tak nebyl zjištěn významný rozdíl v typu prožívaného utrpení. Zdá se, že hodnocení nebylo závislé na tom, zdali pacient prožívá fyzickou bolest, mentální utrpení nebo obojí zároveň. Tento výsledek lze asociovat s relativně mladým výzkumným souborem, ve kterém převládalo spíše progresivnější politické smýšlení. Výsledky mohou naznačovat, že pro mladší a liberálnější respondenty již není natolik klíčové, jakým typem onemocnění pacient trpí. Nerozlišují již tolik mezi diagnózami a jejich postoje jsou možná globálnější a méně diferenciované. Z části si snad lze tento trend vysvětlit i celkovou osvětou týkající se mentálních onemocnění a jejich dopadů. Snaha destigmatizovat mentální onemocnění je v posledních letech značně viditelná a témata spojená s psychologickými aspekty zdraví již nejsou tak silně opomíjeny na úkor těch somatických.

V tomto kontextu musím podotknout, že v posledním českém vládním návrhu (*Návrh zákona o paliativní péči, rozhodování na konci života a eutanázii*, 2020) jsem tuto tendenci vůbec nepostřehla. Na základě mediální prezentace jsem získala přesvědčení, že hlavní motivací poslankyně (přímo se podílející na jeho vzniku) byla osobní zkušenost a fakt, že v rodině je typickou příčinou úmrtí onkologická diagnóza. Nemyslím si, že toto je patřičným argumentem pro plošné legalizování asistovaného umírání a na straně veřejnosti takovéto proklamace mohou velmi významně uškodit. K tématu jako legalizace eutanazie

by se mělo přistupovat podstatně odpovědnějším a objektivnějším způsobem, který není založený na kazuistických případech.

U vnitrosubjektových efektů byly výsledky některých faktorů signifikantní a díky designu se dají označit za silnější. Signifikantní výsledek byl objeven u způsobu usmrcení, kde přijatelnější možností byla paliativní sedace pacienta. Ta obecně není vnímána jako přímý ekvivalent eutanazie (Russell et al., 2010). Mechanismem za tímto hodnocením může být to, že motivací respondentů je pacientům ulevit od prožívané bolesti. Tuto možnost pak zvolí na úkor způsobu, který by pacienta přímo usmrtil a který by bylo nutné více morálně ospravedlnit. Troufám si tvrdit, že pojem paliativní sedace není obecně širší veřejnosti až tak známý jako pojem eutanazie či LAS.

Co se týče osoby, která se podílí na procesu eutanazie, byl také zjištěn signifikantní výsledek. Nejvíce podpořenou možností byl lékař, což může reprezentovat obecnou důvěru v tuto profesi nebo představu, že se na procesu eutanazie podílí především zdravotnický personál. Poté samotný pacient, což může reflektovat snahu o respektování jeho autonomie a právo na to činit rozhodnutí o své smrti. Teoreticky mohly být možnosti, že se na pacientově smrti bude podílet rodič nebo přítel, brány jako zatěžující. Na pozici rodiče či přítele by se možná mohli někteří respondenti ocitnout pravděpodobněji.

Významnost rozdílu se objevila i u věku pacienta. Nejmenší přijetí bylo pro 15letého pacienta (dále 30letého, 50letého, 80letého). Zajímavé je, že třetina respondentů pocházela z Nizozemska, kde lze o eutanazii zažádat i před plnoletostí, avšak přímá souvislost s tímto faktorem nebyla detailněji prozkoumána. V případě nezletilých (a celkově) mladších pacientů je zde stále očekávání, že se jejich stav může zlepšit, bude nalezena léčba či prostředky na ulevení od refrakterních symptomů nebo ještě nebylo dosaženo plné kapacity činit takováto rozhodnutí adekvátním způsobem.

Očekávaná délka života vstupuje do vnímané morality eutanazie. Kratší prognózy mohou být spojeny s vyšší mírou přijetí eutanazie a naopak, jak již bylo navrženo dříve (Vranka et al., 2020). Předpokladem je, že zde nejistota figuruje jako mechanismus, který ovlivňuje konečné rozhodnutí, spolu s vnímanou závažností onemocnění a nadějí na zlepšení. Prognózy lékařů však ani v reálném životě nemusí být vždy odpovídající. Signifikantní výsledky kopírovaly zčásti tento předpoklad, nejvíce přijatelným případem byl ten s očekávanou délkou života 1 měsíc (poté 1 rok, rozmezí 1 měsíc – 10 let, nejméně pak 10 let).

Ve srovnávaných zemích bylo významněji negativním přístupem charakterizované Polsko, které je obecně považováno za religiózní zemi, s čímž může tento postoj úzce souviset. Je zajímavé, že španělští respondenti se hodnocením podobali více těm nizozemským, ačkoliv je Španělsko zemí méně sekulární a legalizace eutanazie zde nemá několikaletou tradici.

Osobnostní charakteristiky respondentů nebyly klíčovými prediktory pro morální hodnocení eutanazie. K tomuto výsledku se pojí jeden z limitů studie, a to sice zvolená metoda měření. Inventář je velmi krátký a byl zvolen především na úkor úplné absence měření osobnostních charakteristik. Pro další výzkum by bylo žádoucí propojit hypotetické scénáře s komplexnější metodou měření osobnostních charakteristik. Bylo by také možné výzkum orientovat mírně odlišným způsobem. Namísto klasického pětidimenzionálního modelu osobnosti by bylo možné využít např. škály zkoumající vnímanou naději, smysl života či místo kontroly.

Z demografických údajů, které byly sledovány, regresní analýzou vyplynula významnost politické orientace a religiozity. V rámci Evropy obecně nepanuje jeden společný postoj (Cohen et al., 2006). Liberálnější (progresivnější) smýšlení je bráno za důvod většího přijetí eutanazie ve smyslu silnějšího dbání na individualitu a lidská práva (Chintakrindi & Porter, 2016). A religiozita figuruje jako velice častý prediktivní faktor (Verbakel & Jaspers, 2010), její významnost tak není překvapujícím zjištěním. Více než polovina (61,9 %) respondentů v tomto výzkumu ale religiozitu vůbec neoznačuje jako zásadní pro jejich život (označení bez víry). Obecně tak liberálnější sekulárnější země mohou být charakteristické větším přijetím eutanazie. Pokud bychom výzkum realizovali v českém prostředí, předpokládala bych, že religiozita nebude právě tím faktorem, který by měl nejvyšší explanační potenciál. Náboženské argumenty jsou spíše podkladem pro diskuzi, nicméně v mnoha státech již nejsou brány v potaz při tvorbě legislativy.

Z dalších sledovaných proměnných se ukázalo, že je podstatné, jak respondent hodnotí touhu zemřít, do jaké míry si myslí, že pacient je schopen přemýšlet racionálně, zdali se změnila jeho osobnost nebo se zhoršila kvalita života. Bylo překvapivé, že fyzické ani mentální utrpení nevyšlo signifikantně, nicméně je možné, že položky se překrývají a souvisí i s dalšími, např. s kvalitou života. Z dřívějších studií vyplynulo, že respondenti eutanazii hodnotí jako opodstatněnější, pokud za žádostí o ni stojí snížená kvalita života, fyzické utrpení, ztráta soběstačnosti a bytí zátěží pro ostatní (Bahník et al., 2021). Bývá

dáváno do souvislosti, že pro respondenty je důležitější vnímání především somatických faktorů, avšak ty psychologické nelze opomenout, jelikož ty zase často bývají důležitým faktorem pro samotné pacienty. Mezi nimi je právě pocit, že jsou zátěží pro ostatní (Emanuel et al., 2000), obecné obavy o budoucnost či zhoršení kvality života (Johansen et al., 2005).

Ráda bych zde uvedla další limity představené studie. Zvolené faktory byly vybírány na základě pečlivého studia literatury, avšak mohlo dojít k jakémukoliv zkreslení a zkoumání jiných faktorů by pro celkové porozumění bylo významnější. V literatuře bylo náročné identifikovat izolované faktory, jejichž zkoumání by bylo jasně prioritní. Bylo možné do hypotetických scénářů zahrnout i jiné charakteristiky, než je onemocnění a míra utrpení, a to např. rodinný stav pacienta.

Dále se jedná o samotnou administraci, která proběhla online. Tímto byl výzkum potenciálně ochuzen např. o debriefing s respondenty. Tento nedostatek byl alespoň částečně ošetřen vytvořením prostoru pro připomínky a doplnění, čehož však bylo využito minimálně. Výzkum proběhl v rámci pouze tří zemí, což nezajišťuje plnou reprezentativitu vzorku a výsledky tak nelze přímo aplikovat na naše prostředí a bylo by potřebné další zkoumání. Provést obdobný výzkum v Česku by mohlo být jedním z potenciálních rozšíření. Také zvolená metoda pro měření osobnostních charakteristik je velmi krátká, její využití již bylo zdůvodněno výše. V celkovém morálním hodnocení se objevuje efekt stropu, respondenti často volili extrémnější hodnoty.

Samotné hypotetické scénáře byly velmi abstraktní a byly popsány příliš stručně. Zde se tak do výsledného hodnocení mohly promítnout ještě další faktory, které nebyly v analýze zohledněny. Jelikož celkový stav pacienta je tvořen vícero faktory (nejen izolovaně somatickými, nebo čistě psychologickými), mohly by být důvody, proč je upoután na lůžku, více specifikovány. Právě tento argument spolu s velmi obecným popisem se objevil u doplňujících komentářů. Bylo uvedeno, že vágní formulace komplikovala rozhodnutí v takto komplexní otázce. Jednotlivé dopady na stav pacienta pak mohou spolu souviset, fyzická bolest bude pravděpodobně spojena s nižší kvalitou života nebo mentální utrpení s mírou změny osobnostních vlastností apod. Je tak otázkou, jak moc prediktivní sílu poté jednotlivé faktory izolovaně mají. Z těchto úvah by mohly vzniknout výzkumné otázky pro tvorbu dalších hypotéz týkajících se konečného hodnocení eutanazie. Ke změně vnímané přijatelnosti jednotlivých případů by mohlo vést i vynechání explicitní formulace, že si pacient přeje zemřít, která byla uvedena na konci každého scénáře.

Samozřejmě na hodnocení mohla mít vliv i samotná formulace a použitá slovní zásoba. Důraz byl kladen na to, aby výzkum neobsahoval nejasné věty, ve kterých by respondent odpovídal na několik věcí zároveň. Musíme mimo jiné předpokládat, že respondenti porozuměli otázkám ve výzkumu. Jelikož výzkum probíhal v angličtině, která není ani pro jednu ze zvolených zemí primárně užívaným jazykem, musíme spoléhat na to, že jejich jazykové dovednosti byly dostačující pro adekvátní vyplnění dotazníku.

Přínos v tomto výzkumu shledávám pak v tom, že je založen na velkém počtu předložených studií, snažil se postihnout širší spektrum faktorů a do jisté míry byl užitečný pro hlubší porozumění a orientaci v otázce přijatelnosti asistovaného umírání.

Závěr

V práci byly předloženy několikere studie prezentující aktuální výzkumné poznatky týkající se determinantů morálního hodnocení eutanazie, a to za účelem jejich syntetizace a identifikace těch podstatných. Byly terminologicky vymezeny užívané pojmy, byla shrnuta legalizace asistovaného umírání ve světě a byl poskytnut přehled argumentů pro a proti eutanazii. Krátce byl věnován prostor alternativním přístupům k péči v terminálních fázích života. Výčet determinantů postojů byl předložen především v rámci druhé kapitoly teoretické části práce. Na tuto kapitolu bylo navázáno metodologickými aspekty studií zkoumajících morální hodnocení eutanazie a problematikou měření postojů a jejich konzistence. Cílem bylo přispět k porozumění klíčovým situačním a individuálním faktorům, které mohou vstupovat do výsledného postoje k asistovanému umírání.

Tento cíl se snažila reflektovat popsaná studie zkoumající pomocí online dotazníkového šetření závislost morálního hodnocení na několika prediktorech. Zkoumané faktory zahrnovaly typ onemocnění, typ a míru prožívaného utrpení, způsob usmrcení pacienta, osobu provádějící eutanazii, věk pacienta, prognózu onemocnění. Sledovány byly osobnostní charakteristiky respondentů. Mapovány byly demografické ukazatele, a to pohlaví, věk, národnost, nejvyšší dosažené vzdělání, politická orientace a vnímaná míra religiozity. Významný rozdíl byl shledán u způsobu usmrcení, osoby podílející se na procesu, věku pacienta a prognózy onemocnění. Podstatně se lišily i země, ve kterých výzkum proběhl. Významný rozdíl byl objeven také u politické orientace a religiozity. Významný výsledek vyšel dále u doplňujících položek, a to konkrétně hodnocení přání zemřít, schopnosti racionálně uvažovat, kvality života a změny osobnosti.

Eutanazie je jen těžce ohraničitelným výzkumným problémem, který nelze postihnout pouze výše uvedenými faktory. Zahrnuje mnoho aspektů, ať už se jedná o ty medicínské, právní či etické. Právě její komplexnost do jisté míry vysvětluje, proč ve většině zemí světa není jako taková legalizována. Neexistuje prozatím jeden konsenzuální názor pro to, co je správné, co funguje a jakým směrem je vhodné se vydat. I v zemích, kde je možná kterákoliv z forem asistovaného umírání, není ještě dostatek evidence pro jasné závěry.

Pro mnoho lidí zůstává asistované umírání stále velmi kontroverzní téma, někdy až tabuizované. Obnáší obzvlášť zvýšenou míru obezřetnosti, pokud bychom se v budoucnu snad i v našem prostředí chtěli pokusit o její plošné zlegalizování. Výsledky naznačují, že pozornost by měla být věnována jednotlivým způsobům usmrcení a důraz by měl být kladen

na to, aby od sebe byly jednotlivé způsoby jasně terminologicky odlišeny a jasně z nich plynuly etické souvislosti. Zkoumání postojů by nemělo být izolováno na vliv jednotlivých faktorů na konečný postoj, ale spíše by se mělo zaměřit na jejich interakci a propojení.

Seznam použité literatury

Aghababaei, N. (2014). Attitudes towards euthanasia in Iran: The role of altruism. *Journal of Medical Ethics*, 40(3), 173–176. <https://doi.org/10.1136/medethics-2012-101004>

Aghababaei, N., & Wasserman, J. A. (2013). Attitude Toward Euthanasia Scale: Psychometric Properties and Relations With Religious Orientation, Personality, and Life Satisfaction. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine®*, 30(8), 781–785. <https://doi.org/10.1177/1049909112472721>

Aghababaei, N., Wasserman, J. A., & Hatami, J. (2014). Personality Factors and Attitudes Toward Euthanasia in Iran: Implications for End-of-Life Research and Practice. *Death Studies*, 38(2), 91–99. <https://doi.org/10.1080/07481187.2012.731026>

Alborzi, J., Sabeti, F., Baraz, S., Miladinia, M., Saidkhani, V., & Sharhani, A. (2018). Investigating of the Moral Distress and Attitude of Toward Euthanasia in the Intensive Care Unit Nurses (AICU/NICU). *International Journal of Pediatrics, Online First*. <https://doi.org/10.22038/ijp.2018.28177.2439>

Attell, B. K. (2020). Changing Attitudes Toward Euthanasia and Suicide for Terminally Ill Persons, 1977 to 2016: An Age-Period-Cohort Analysis. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 80(3), 355–379. <https://doi.org/10.1177/0030222817729612>

Bahník, Š., & Vranka, M. A. (2021). Consistency and contrast effects in moral evaluation of euthanasia. *Current Psychology*, 40(2), 822–830. <https://doi.org/10.1007/s12144-018-0012-7>

Bahník, Š., Vranka, M. A., & Trefná, K. (2021). What makes euthanasia justifiable? The role of symptoms' characteristics and interindividual differences. *Death Studies*, 45(3), 226–237. <https://doi.org/10.1080/07481187.2019.1626945>

Balslev van Randwijk, C., Opsahl, T., Assing Hvidt, E., Bjerrum, L., Kørup, A. K., & Hvidt, N. C. (2020). Association Between Danish Physicians' Religiosity and Spirituality and Their Attitudes Toward End-of-Life Procedures. *Journal of Religion and Health*, 59(5), 2654–2663. <https://doi.org/10.1007/s10943-020-01026-3>

Barlem, E. L. D., Lunardi, V. L., Tomaschewski, J. G., Lunardi, G. L., Lunardi Filho, W. D., & Schwonke, C. R. G. B. (2013). Moral distress: Challenges for an autonomous

nursing professional practice. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 47(2), 506–510.
<https://doi.org/10.1590/S0080-62342013000200033>

Barnett, M. D., Cantu, C., & Galvez, A. M. (2020). Attitudes toward euthanasia among hospice nurses: Political ideology or religious commitment? *Death Studies*, 44(3), 195–200. <https://doi.org/10.1080/07481187.2018.1539050>

Bator, E. X., Philpott, B., & Costa, A. P. (2017). This moral coil: A cross-sectional survey of Canadian medical student attitudes toward medical assistance in dying. *BMC Medical Ethics*, 18(1), 58. <https://doi.org/10.1186/s12910-017-0218-5>

Baume, P., O'Malley, E., & Bauman, A. (1995). Professed religious affiliation and the practice of euthanasia. *Journal of Medical Ethics*, 21(1), 49–54.
<https://doi.org/10.1136/jme.21.1.49>

Bede, P., Oliver, D., Stodart, J., van den Berg, L., Simmons, Z., O Brannagáin, D., Borasio, G. D., & Hardiman, O. (2011). Palliative care in amyotrophic lateral sclerosis: A review of current international guidelines and initiatives. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 82(4), 413–418. <https://doi.org/10.1136/jnnp.2010.232637>

Beernaert, K., Haverbeke, C., Van Belle, S., Deliens, L., & Cohen, J. (2018). Information needs about palliative care and euthanasia: A survey of patients in different phases of their cancer trajectory. *Patient Education and Counseling*, 101(1), 132–138.
<https://doi.org/10.1016/j.pec.2017.06.034>

Bendiane, M. K., Bouhnik, A.-D., Galinier, A., Favre, R., Obadia, Y., & Peretti-Watel, P. (2009). French hospital nurses' opinion about euthanasia and physician-assisted suicide: A national phone survey. *Journal of Medical Ethics*, 35(4), 238–244.
<https://doi.org/10.1136/jme.2008.025296>

Bolt, E. E., Snijdewind, M. C., Willems, D. L., van der Heide, A., & Onwuteaka-Philipsen, B. D. (2015). Can physicians conceive of performing euthanasia in case of psychiatric disease, dementia or being tired of living? *Journal of Medical Ethics*, 41(8), 592–598.
<https://doi.org/10.1136/medethics-2014-102150>

Brinkman-Stoppelenburg, A., Evenblij, K., Pasman, H. R. W., Delden, J. J. M., Onwuteaka-Philipsen, B. D., & Heide, A. (2020). Physicians' and Public Attitudes Toward

Euthanasia in People with Advanced Dementia. *Journal of the American Geriatrics Society*, 68(10), 2319–2328. <https://doi.org/10.1111/jgs.16692>

Brzostek, T., Dekkers, W., Zalewski, Z., Januszewska, A., & Górkiewicz, M. (2008). Perception of Palliative Care and Euthanasia Among Recently Graduated and Experienced Nurses. *Nursing Ethics*, 15(6), 761–776. <https://doi.org/10.1177/0969733008095386>

Bulmer, M., Böhnke, J. R., & Lewis, G. J. (2017). Predicting moral sentiment towards physician-assisted suicide: The role of religion, conservatism, authoritarianism, and Big Five personality. *Personality and Individual Differences*, 105, 244–251. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2016.09.034>

Burdette, A. M., Hill, T. D., & Moulton, B. E. (2005). Religion and Attitudes Toward Physician-Assisted Suicide and Terminal Palliative Care. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 44(1), 79–93. <https://doi.org/10.1111/j.1468-5906.2005.00266.x>

Calati, R., Olié, E., Dassa, D., Gramaglia, C., Guillaume, S., Madeddu, F., & Courtet, P. (2021). Euthanasia and assisted suicide in psychiatric patients: A systematic review of the literature. *Journal of Psychiatric Research*, 135, 153–173. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.12.006>

Canetto, S. S. (2019). If physician-assisted suicide is the modern woman's last powerful choice, why are White women its leading advocates and main users? *Professional Psychology: Research and Practice*, 50(1), 39–50. <https://doi.org/10.1037/pro0000210>

Castelli Dransart, D. A., Lapierre, S., Erlangsen, A., Canetto, S. S., Heisel, M., Draper, B., Lindner, R., Richard-Devantoy, S., Cheung, G., Scocco, P., Gusmão, R., De Leo, D., Inoue, K., De Techterman, V., Fiske, A., Hong, J. P., Landry, M., Lepage, A.-A., Marcoux, I., ... Wyart, M. (2021). A systematic review of older adults' request for or attitude toward euthanasia or assisted-suicide. *Aging & Mental Health*, 25(3), 420–430. <https://doi.org/10.1080/13607863.2019.1697201>

Claessens, P., Menten, J., Schotsmans, P., & Broeckert, B. (2008). Palliative Sedation: A Review of the Research Literature. *Journal of Pain and Symptom Management*, 36(3), 310–333. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2007.10.004>

Cohen, J., Marcoux, I., Bilsen, J., Deboosere, P., van der Wal, G., & Deliens, L. (2006). European public acceptance of euthanasia: Socio-demographic and cultural factors

associated with the acceptance of euthanasia in 33 European countries. *Social Science & Medicine*, 63(3), 743–756. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.01.026>

Cvrkalová, E. (2019). *Postoje k eutanázii* [Bakalářská práce]. Univerzita Karlova.

De Hert, M., Van Bos, L., Sweers, K., Wampers, M., De Lepeleire, J., & Correll, C. U. (2015). Attitudes of Psychiatric Nurses about the Request for Euthanasia on the Basis of Unbearable Mental Suffering(UMS). *PLOS ONE*, 10(12), e0144749. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0144749>

Deak, C., & Saroglou, V. (2015). Opposing Abortion, Gay Adoption, Euthanasia, and Suicide: Compassionate Openness or Self-Centered Moral Rigorism? *Archive for the Psychology of Religion*, 37(3), 267–294. <https://doi.org/10.1163/15736121-12341309>

Deak, C., & Saroglou, V. (2017). Terminating a Child's Life? Religious, Moral, Cognitive, and Emotional Factors Underlying Non-Acceptance of Child Euthanasia. *Psychologica Belgica*, 57(1), 59–76. <https://doi.org/10.5334/pb.341>

DeCesare, M. A. (2000). Public attitudes toward euthanasia and suicide for terminally ill persons: 1977 and 1996. *Biodemography and Social Biology*, 47(3–4), 264–276. <https://doi.org/10.1080/19485565.2000.9989022>

Dees, M., Vernooij-Dassen, M., Dekkers, W., & van Weel, C. (2010). Unbearable suffering of patients with a request for euthanasia or physician-assisted suicide: An integrative review. *Psycho-Oncology*, 19(4), 339–352. <https://doi.org/10.1002/pon.1612>

Demedts, D., Roelands, M., Libbrecht, J., & Bilsen, J. (2018). The attitudes, role & knowledge of mental health nurses towards euthanasia because of unbearable mental suffering in Belgium: A pilot study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 25(7), 400–410. <https://doi.org/10.1111/jpm.12475>

DePergola, P. A. (2018). Euthanasia, Assisted-Suicide, and Palliative Sedation: A Brief Clarification and Reinforcement of the Moral Logic. *Online Journal of Health Ethics*, 14(2). <https://doi.org/10.18785/ojhe.1402.04>

Dorman, J. D., & Raffin Bouchal, S. (2020). Moral distress and moral uncertainty in medical assistance in dying: A simultaneous evolutionary concept analysis. *Nursing Forum*, 55(3), 320–330. <https://doi.org/10.1111/nuf.12431>

- Emanuel, E. J. (2002). Euthanasia and physician-assisted suicide: A review of the empirical data from the United States. *Archives of Internal Medicine*, *162*(2), 142–152. <https://doi.org/10.1001/archinte.162.2.142>
- Emanuel, E. J. (2005). Depression, Euthanasia, and Improving End-of-Life Care. *Journal of Clinical Oncology*, *23*(27), 6456–6458. <https://doi.org/10.1200/JCO.2005.06.001>
- Emanuel, E. J., Daniels, E. R., Fairclough, D. L., & Clarridge, B. R. (1996). Euthanasia and physician-assisted suicide: Attitudes and experiences of oncology patients, oncologists, and the public. *The Lancet*, *347*(9018), 1805–1810. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(96\)91621-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(96)91621-9)
- Emanuel, E. J., Fairclough, D. L., & Emanuel, L. L. (2000). Attitudes and Desires Related to Euthanasia and Physician-Assisted Suicide Among Terminally Ill Patients and Their Caregivers. *JAMA*, *284*(19), 2460. <https://doi.org/10.1001/jama.284.19.2460>
- Emanuel, E. J., Onwuteaka-Philipsen, B. D., Urwin, J. W., & Cohen, J. (2016). Attitudes and Practices of Euthanasia and Physician-Assisted Suicide in the United States, Canada, and Europe. *JAMA*, *316*(1), 79. <https://doi.org/10.1001/jama.2016.8499>
- Euthanasia: Dutch court expands law on dementia cases. (2020, duben 21). *BBC News*. <https://www.bbc.com/news/world-europe-52367644>
- Evenblij, K., Pasman, H. R. W., van der Heide, A., Hoekstra, T., & Onwuteaka-Philipsen, B. D. (2019). Factors associated with requesting and receiving euthanasia: A nationwide mortality follow-back study with a focus on patients with psychiatric disorders, dementia, or an accumulation of health problems related to old age. *BMC Medicine*, *17*(1), 39. <https://doi.org/10.1186/s12916-019-1276-y>
- Faull, C., Rowe Haynes, C., & Oliver, D. (2014). Issues for palliative medicine doctors surrounding the withdrawal of non-invasive ventilation at the request of a patient with motor neurone disease: A scoping study. *BMJ Supportive & Palliative Care*, *4*(1), 43–49. <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2013-000470>
- Fedorikhin, A., & Cole, C. A. (2004). Mood Effects on Attitudes, Perceived Risk and Choice: Moderators and Mediators. *Journal of Consumer Psychology*, *14*(1), 2–12.

Foley, G., Timonen, V., & Hardiman, O. (2014). Exerting control and adapting to loss in amyotrophic lateral sclerosis. *Social Science & Medicine*, *101*, 113–119.

<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.11.003>

Frey, L. M., & Hans, J. D. (2016). Attitudes toward Assisted Suicide: Does Family Context Matter? *Archives of Suicide Research*, *20*(2), 250–264.

<https://doi.org/10.1080/13811118.2015.1004477>

Fusi-Schmidhauser, T., Preston, N. J., Keller, N., & Gamondi, C. (2020). Conservative Management of COVID-19 Patients—Emergency Palliative Care in Action. *Journal of Pain and Symptom Management*, *60*(1), e27–e30.

<https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.03.030>

Ganzini, L., Goy, E. R., & Dobscha, S. K. (2009). Oregonians' Reasons for Requesting Physician Aid in Dying. *Archives of Internal Medicine*, *169*(5), 489.

<https://doi.org/10.1001/archinternmed.2008.579>

Gielen, J., Van Iersel, T., Van den Branden, S., & Broeckaert, B. (2011). The Diverse Influence of Religion and World View on Palliative-Care Nurses' Attitudes towards Euthanasia. *Journal of Empirical Theology*, *24*(1), 36–56.

<https://doi.org/10.1163/157092511X571169>

Glebocka, A. (2017). Attitudes towards euthanasia in the context of fear of death among physiotherapists and caregivers of patients with paresis. *Medical Science Pulse*, *11*(3), 15–20.

Gosling, S. D., Rentfrow, P. J., & Swann, W. B. (2003). A very brief measure of the Big-Five personality domains. *Journal of Research in Personality*, *37*(6), 504–528.

[https://doi.org/10.1016/S0092-6566\(03\)00046-1](https://doi.org/10.1016/S0092-6566(03)00046-1)

Green, G., Reicher, S., Herman, M., Raspaolo, A., Spero, T., & Blau, A. (2020). Attitudes toward euthanasia—dual view: Nursing students and nurses. *Death Studies*, 1–8.

<https://doi.org/10.1080/07481187.2020.1716887>

Greif, A. (2019). The Morality of Euthanasia. *Organon F*, *26*(4).

<https://doi.org/10.31577/orgf.2019.26404>

- Guadagno, R. E., & Cialdini, R. B. (2010). Preference for consistency and social influence: A review of current research findings. *Social Influence, 5*(3), 152–163.
<https://doi.org/10.1080/15534510903332378>
- Gwyther, L., Brennan, F., & Harding, R. (2009). Advancing Palliative Care as a Human Right. *Journal of Pain and Symptom Management, 38*(5), 767–774.
<https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2009.03.003>
- Hains, C.-A. M., & Hulbert-Williams, N. J. (2013). Attitudes toward euthanasia and physician-assisted suicide: A study of the multivariate effects of healthcare training, patient characteristics, religion and locus of control. *Journal of Medical Ethics, 39*(11), 713–716.
<https://doi.org/10.1136/medethics-2012-100729>
- Henrich, J., Heine, S. J., & Norenzayan, A. (2010). Beyond WEIRD: Towards a broad-based behavioral science. *Behavioral and Brain Sciences, 33*(2–3), 111–135.
<https://doi.org/10.1017/S0140525X10000725>
- Hizo-Abes, P., Siegel, L., & Schreier, G. (2018). Exploring attitudes toward physician-assisted death in patients with life-limiting illnesses with varying experiences of palliative care: A pilot study. *BMC Palliative Care, 17*(1), 56. <https://doi.org/10.1186/s12904-018-0304-6>
- Ho, A., & Norman, J. S. (2019). Social Determinants of Mental Health and Physician Aid-in-Dying: The Real Moral Crisis. *The American Journal of Bioethics, 19*(10), 52–54.
<https://doi.org/10.1080/15265161.2019.1654025>
- Ho, R., & Chantagul, N. (2015). Support for Voluntary and Nonvoluntary Euthanasia: What Roles Do Conditions of Suffering and the Identity of the Terminally Ill Play? *OMEGA - Journal of Death and Dying, 70*(3), 251–277.
<https://doi.org/10.1177/0030222815568958>
- Hosseinzadeh, K., & Rafiei, H. (2019). Nursing Student Attitudes toward Euthanasia: A Cross-Sectional Study. *Nursing Ethics, 26*(2), 496–503.
<https://doi.org/10.1177/0969733017718393>
- Chakraborty, R., El-Jawahri, A. R., Litzow, M. R., Syrjala, K. L., Parnes, A. D., & Hashmi, S. K. (2017). A systematic review of religious beliefs about major end-of-life

issues in the five major world religions. *Palliative & Supportive Care*, 15(5), 609–622.
<https://doi.org/10.1017/S1478951516001061>

Cheung, G., Martinez-Ruiz, A., Knell, R., O’Callaghan, A., & Guthrie, D. M. (2020). Factors Associated With Terminally Ill People Who Want to Die. *Journal of Pain and Symptom Management*, 60(3), 539-548.e1.
<https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.04.003>

Chintakrindi, S., & Porter, J. (2016). Assisted Suicide and the Death Penalty: Examining Attitudes towards State Sanctioned Death. *Kriminologija & socijalna integracija*, 24(2), 1–23. <https://doi.org/10.31299/ksi.24.2.1>

Chung, G. S., Yoon, J. D., Rasinski, K. A., & Curlin, F. A. (2016). US Physicians’ Opinions about Distinctions between Withdrawing and Withholding Life-Sustaining Treatment. *Journal of Religion and Health*, 55(5), 1596–1606.
<https://doi.org/10.1007/s10943-015-0171-x>

Inglehart, R. C., Nash, R., Hassan, Q. N., & Schwartzbaum, J. (2021). Attitudes Toward Euthanasia: A Longitudinal Analysis of the Role of Economic, Cultural, and Health-Related Factors. *Journal of Pain and Symptom Management*, S0885392421000300.
<https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2021.01.009>

Janoušek, J., Hoskovec, J., & Štikar, J. (1993). *Psychologický výkladový atlas*. Karolinum [u.a.].

Johansen, S., Hølen, J. Chr., Kaasa, S., Kaasa, S., Loge, J. H., & Materstvedt, L. J. (2005). Attitudes towards, and wishes for, euthanasia in advanced cancer patients at a palliative medicine unit. *Palliative Medicine*, 19(6), 454–460.
<https://doi.org/10.1191/0269216305pm1048oa>

Karaahmetoglu, G. U., & Kutahyalioğlu, N. S. (2019). Attitudes Toward Euthanasia Among Turkish University Students. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 79(2), 174–190. <https://doi.org/10.1177/0030222817729616>

Kim, S. Y. H., De Vries, R. G., & Peteet, J. R. (2016). Euthanasia and Assisted Suicide of Patients With Psychiatric Disorders in the Netherlands 2011 to 2014. *JAMA Psychiatry*, 73(4), 362–368. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2015.2887>

- Kious, B. M., & Battin, M. (Peggy). (2019). Physician Aid-in-Dying and Suicide Prevention in Psychiatry: A Moral Crisis? *The American Journal of Bioethics*, *19*(10), 29–39. <https://doi.org/10.1080/15265161.2019.1653397>
- Klampfer, F. (2019). Euthanasia Laws, Slippery Slopes, and (Un)Reasonable Precaution. *Prolegomena*, *2*, 121–147. <https://doi.org/10.26362/20190106>
- Lee, C. H., Duck, I. M., & Sibley, C. G. (2017). Demographic and psychological correlates of New Zealanders support for euthanasia. *The New Zealand Medical Journal*, *130*(1448), 9–17.
- Leppert, W., Forycka, M., Buss, T., & Majkowicz, M. (2015). Attitudes of Medical Students from Two Polish Universities Towards Euthanasia Based on Their Permanent Place of Residence. *Revista Romana de Bioetica*, *13*(2), 302–320.
- Leppert, W., Gottwald, L., Majkowicz, M., Kazmierczak-Lukaszewicz, S., Forycka, M., Cialkowska-Rysz, A., & Kotlinska-Lemieszek, A. (2013). A Comparison of Attitudes Toward Euthanasia Among Medical Students at Two Polish Universities. *Journal of Cancer Education*, *28*(2), 384–391. <https://doi.org/10.1007/s13187-012-0414-4>
- Lester, D., Hadley, R. A., & Lucas, W. A. (1990). Personality and a pro-death attitude. *Personality and Individual Differences*, *11*(11), 1183–1185. [https://doi.org/10.1016/0191-8869\(90\)90031-L](https://doi.org/10.1016/0191-8869(90)90031-L)
- Levin, K., Bradley, G. L., & Duffy, A. (2020). Attitudes Toward Euthanasia for Patients Who Suffer From Physical or Mental Illness. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, *80*(4), 592–614. <https://doi.org/10.1177/0030222818754667>
- Magelssen, M., Supphellen, M., Nortvedt, P., & Materstvedt, L. J. (2016). Attitudes towards assisted dying are influenced by question wording and order: A survey experiment. *BMC Medical Ethics*, *17*(1), 24. <https://doi.org/10.1186/s12910-016-0107-3>
- Makransky, G., Mortensen, E. L., & Glas, C. A. W. (2013). Improving Personality Facet Scores With Multidimensional Computer Adaptive Testing: An Illustration With the Neo Pi-R. *Assessment*, *20*(1), 3–13. <https://doi.org/10.1177/1073191112437756>
- Maltoni, M., Pittureri, C., Scarpi, E., Piccinini, L., Martini, F., Turci, P., Montanari, L., Nanni, O., & Amadori, D. (2009). Palliative sedation therapy does not hasten death:

- Results from a prospective multicenter study. *Annals of Oncology*, 20(7), 1163–1169. <https://doi.org/10.1093/annonc/mdp048>
- Mastro, C. A., & Mason, S. E. (2017). Ethical issues and attitudes towards euthanasia. *Modern Psychological Studies*, 22(2), 28–36.
- Mehlum, L., Schmahl, C., Berens, A., Doering, S., Hutsebaut, J., Kaera, A., Kramer, U., Moran, P. A., Renneberg, B., Ribaudi, J. S., Simonsen, S., Swales, M., Taubner, S., & di Giacomo, E. (2020). Euthanasia and assisted suicide in patients with personality disorders: A review of current practice and challenges. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 7(1), 15. <https://doi.org/10.1186/s40479-020-00131-9>
- Mercadante, S., Costanzi, A., Marchetti, P., & Casuccio, A. (2016). Attitudes Among Patients With Advanced Cancer Toward Euthanasia and Living Wills. *Journal of Pain and Symptom Management*, 51(4), e3–e6. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2016.01.001>
- Mercadante, S., Masedu, F., Degan, G., Marinangeli, F., & Aielli, F. (2018). Physicians' Attitudes Toward Euthanasia and Assisted Suicide in Italy. *Journal of Pain and Symptom Management*, 56(6), e1–e3. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2018.09.007>
- Merchán-Price, J. (2019). Eutanasia, matar y dejar morir. Desambiguación del concepto de eutanasia y consideraciones bioéticas esenciales. *Persona y Bioética*, 23(2), 207–223. <https://doi.org/10.5294/pebi.2019.23.2.4>
- Miltiades, H. B. (2021). Factors Affecting California College Students' Attitudes Toward Assisted Dying. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 82(4), 623–631. <https://doi.org/10.1177/0030222819829314>
- Minerva, F., & Sandberg, A. (2017). Euthanasia and cryoethanasia. *Bioethics*, 31(7), 526–533. <https://doi.org/10.1111/bioe.12368>
- Möller, H.-J. (2021). The ongoing discussion on termination of life on request. A review from a German/European perspective. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 25(1), 2–18. <https://doi.org/10.1080/13651501.2020.1797097>
- Monforte-Royo, C., Villavicencio-Chávez, C., Tomás-Sábado, J., & Balaguer, A. (2011). The wish to hasten death: A review of clinical studies. *Psycho-Oncology*, 20(8), 795–804. <https://doi.org/10.1002/pon.1839>

- Moss, A. H., Casey, P., Stocking, C. B., Roos, R. P., Brooks, B. R., & Siegler, M. (1993). Home ventilation for amyotrophic lateral sclerosis patients: Outcomes, costs, and patient, family, and physician attitudes. *Neurology*, *43*(2), 438–438.
<https://doi.org/10.1212/WNL.43.2.438>
- Návrh zákona o paliativní péči, rozhodování na konci života a eutanázii*, (2020).
<https://www.pirati.cz/assets/pdf/z-o-eutanazii.pdf>
- New Zealand euthanasia: Assisted dying to be legal for terminally ill people. (2020, říjen 30). *BBC News*. <https://www.bbc.com/news/world-asia-54728717>
- Norris, P., & Inglehart, R. (2011). *Sacred and secular: Religion and politics worldwide*. Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511894862>
- O'Connor, M., & Aranda, S. (2005). *Paliativní péče: Pro sestry všech oborů*. Grada.
- OECD. (2021). *Suicide rates (indicator)* [Text]. https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/suicide-rates/indicator/english_a82f3459-en
- Ogilvie, A. D., & Potts, S. G. (1994). Assisted suicide for depression: The slippery slope in action? *BMJ*, *309*(6953), 492–493. <https://doi.org/10.1136/bmj.309.6953.492>
- Ohnsorge, K., Keller, H. R. G., Widdershoven, G. A., & Rehmann-Sutter, C. (2012). ‘Ambivalence’ at the end of life: How to understand patients’ wishes ethically. *Nursing Ethics*, *19*(5), 629–641. <https://doi.org/10.1177/0969733011436206>
- Pesut, B., Thorne, S., Storch, J., Chambaere, K., Greig, M., & Burgess, M. (2020). Riding an elephant: A qualitative study of nurses’ moral journeys in the context of Medical Assistance in Dying (MAiD). *Journal of Clinical Nursing*, *jocn.15427*.
<https://doi.org/10.1111/jocn.15427>
- Pitt, C. M. (2014). “Thou Shall Not Kill”: Abortion, Euthanasia, Suicide, and Religious Context. *Journal of Cultural and Religious Studies*, *2*(4). <https://doi.org/10.17265/2328-2177/2014.04.007>
- Poli, S. (2018). Attitudes Toward Active Voluntary Euthanasia Among Community-Dwelling Older Subjects. *SAGE Open*, *8*(1), 215824401775386.
<https://doi.org/10.1177/2158244017753868>

Potter, J. (2019). The psychological slippery slope from physician-assisted death to active euthanasia: A paragon of fallacious reasoning. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 22(2), 239–244. <https://doi.org/10.1007/s11019-018-9864-8>

Proulx, D., & Savage, D. A. (2020). What Determines End-of-Life Attitudes? Revisiting the Dutch Experience. *Social Indicators Research*, 152(3), 1085–1125. <https://doi.org/10.1007/s11205-020-02475-9>

Rada, A. G. (2021). Spain will become the sixth country worldwide to allow euthanasia and assisted suicide. *BMJ*, n147. <https://doi.org/10.1136/bmj.n147>

Rammstedt, B., & Beierlein, C. (2014). Can't We Make It Any Shorter?: The Limits of Personality Assessment and Ways to Overcome Them. *Journal of Individual Differences*, 35(4), 212–220. <https://doi.org/10.1027/1614-0001/a000141>

Razmetaeva, Y., & Sydorenko, O. (2020). EUTHANASIA IN THE DIGITAL AGE: MEDICAL AND LEGAL ISSUES AND CHALLENGES. *Georgian Medical News*, 298, 175–180.

Rodríguez-Prat, A., Balaguer, A., Booth, A., & Monforte-Royo, C. (2017). Understanding patients' experiences of the wish to hasten death: An updated and expanded systematic review and meta-ethnography. *BMJ Open*, 7(9), e016659. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-016659>

Rodríguez-Prat, A., & van Leeuwen, E. (2018). Assumptions and moral understanding of the wish to hasten death: A philosophical review of qualitative studies. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 21(1), 63–75. <https://doi.org/10.1007/s11019-017-9785-y>

Roelands, M., Van den Block, L., Geurts, S., Deliens, L., & Cohen, J. (2015). Attitudes of Belgian Students of Medicine, Philosophy, and Law Toward Euthanasia and the Conditions for Its Acceptance. *Death Studies*, 39(3), 139–150. <https://doi.org/10.1080/07481187.2014.920433>

Rudnev, M., & Savelkaeva, A. (2018). Public support for the right to euthanasia: Impact of traditional religiosity and autonomy values across 37 nations. *International Journal of Comparative Sociology*, 59(4), 301–318. <https://doi.org/10.1177/0020715218787582>

- Rushton, C. H., Kaszniak, A. W., & Halifax, J. S. (2013). A Framework for Understanding Moral Distress among Palliative Care Clinicians. *Journal of Palliative Medicine, 16*(9), 1074–1079. <https://doi.org/10.1089/jpm.2012.0490>
- Russell, J. A., Williams, M. A., & Drogan, O. (2010). Sedation for the imminently dying: Survey results from the AAN Ethics Section. *Neurology, 74*(16), 1303–1309. <https://doi.org/10.1212/WNL.0b013e3181d9edcb>
- Saadat, P., Golpour, R., & Shafaie, S. F. (2018). Attitude of Patients towards Euthanasia Attending Neurology Clinic: A Pilot Study in Iran. *JOURNAL OF CLINICAL AND DIAGNOSTIC RESEARCH*. <https://doi.org/10.7860/JCDR/2018/28227.11257>
- Sabriseilabi, S., & Williams, J. (2020). Dimensions of religion and attitudes toward euthanasia. *Death Studies, 1*–8. <https://doi.org/10.1080/07481187.2020.1800863>
- Saroglou, V. (2002). Religion and the five factors of personality: A meta-analytic review. *Personality and Individual Differences, 32*(1), 15–25. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(00\)00233-6](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(00)00233-6)
- Savage, D. A. (2016). Those left behind: Euthanasia, suicide and other regarding preferences. *Rationality and Society, 28*(4), 439–452. <https://doi.org/10.1177/1043463116658871>
- Sharp, S. (2019a). Belief in Life After Death and Attitudes Toward Voluntary Euthanasia. *OMEGA - Journal of Death and Dying, 79*(1), 72–89. <https://doi.org/10.1177/0030222817715755>
- Sharp, S. (2019b). Witnessing and Experiencing Miraculous Healings and Attitudes Toward Physician-Assisted Suicide. *Review of Religious Research, 61*(2), 157–167. <https://doi.org/10.1007/s13644-019-00363-4>
- Schuklenk, U., & van de Vathorst, S. (2015). Treatment-resistant major depressive disorder and assisted dying. *Journal of Medical Ethics, 41*(8), 577–583. <https://doi.org/10.1136/medethics-2014-102458>
- Schwarz, N. (2007). Cognitive aspects of survey methodology. *Applied Cognitive Psychology, 21*(2), 277–287. <https://doi.org/10.1002/acp.1340>

Souery, D., Papakostas, G. I., & Trivedi, M. H. (2006). Treatment-resistant depression. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *67 Suppl 6*, 16–22.

Stronegger, W. J., Burkert, N. T., Grossschädl, F., & Freidl, W. (2013). Factors associated with the rejection of active euthanasia: A survey among the general public in Austria. *BMC Medical Ethics*, *14*(1), 26. <https://doi.org/10.1186/1472-6939-14-26>

Terkamo-Moisio, A., Kvist, T., Laitila, T., Kangasniemi, M., Ryyänänen, O.-P., & Pietilä, A.-M. (2017). The Traditional Model Does Not Explain Attitudes Toward Euthanasia: A Web-Based Survey of the General Public in Finland. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, *75*(3), 266–283. <https://doi.org/10.1177/0030222816652804>

Thurn, T., Borasio, G. D., Chiò, A., Galvin, M., McDermott, C. J., Mora, G., Sermeus, W., Winkler, A. S., & Anneser, J. (2019). Physicians' attitudes toward end-of-life decisions in amyotrophic lateral sclerosis. *Amyotrophic Lateral Sclerosis and Frontotemporal Degeneration*, *20*(1–2), 74–81. <https://doi.org/10.1080/21678421.2018.1536154>

Trčka, M. (2020). The limits of libertarianism in debates over euthanasia and the application of moral fictionalism in bioethics. *Ethics & Bioethics*, *10*(1–2), 30–39. <https://doi.org/10.2478/ebce-2020-0004>

Varelius, J. (2016). Mental Illness, Natural Death, and Non-Voluntary Passive Euthanasia. *Ethical Theory and Moral Practice*, *19*(3), 635–648. <https://doi.org/10.1007/s10677-015-9664-7>

Verbakel, E., & Jaspers, E. (2010). A Comparative Study on Permissiveness Toward Euthanasia: Religiosity, Slippery Slope, Autonomy, and Death with Dignity. *Public Opinion Quarterly*, *74*(1), 109–139. <https://doi.org/10.1093/poq/nfp074>

Verhofstadt, M., Audenaert, K., Van den Broeck, K., Deliëns, L., Mortier, F., Titeca, K., Pardon, K., & Chambaere, K. (2020). Belgian psychiatrists' attitudes towards, and readiness to engage in, euthanasia assessment procedures with adults with psychiatric conditions: A survey. *BMC Psychiatry*, *20*(1), 374. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02775-x>

Vranka, M., Bahník, Š., & Pomareda, C. (2020). *Length of survival*. osf.io/gsbjn

Výrost, J., Slaměník, I., & Sollárová, E. (2019). *Sociální psychologie: Teorie, metody, aplikace*.

Wasserman, J. A., Aghababaei, N., & Nannini, D. (2016). Culture, Personality, and Attitudes Toward Euthanasia: A Comparative Study of University Students in Iran and the United States. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 72(3), 247–270.
<https://doi.org/10.1177/0030222815575280>

Yager, J., Ganzini, L., Nguyen, D. H., & Rapp, E. K. (2018). Working With Decisionally Capable Patients Who Are Determined to End Their Own Lives. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 79(4). <https://doi.org/10.4088/JCP.17r11767>

Yun, Y. H., Kim, K.-N., Sim, J.-A., Yoo, S. H., Kim, M., Kim, Y. A., Kang, B. D., Shim, H.-J., Song, E.-K., Kang, J. H., Kwon, J. H., Lee, J. L., Nam, E. M., Maeng, C. H., Kang, E. J., Do, Y. R., Choi, Y. S., & Jung, K. H. (2018). Comparison of attitudes towards five end-of-life care interventions (active pain control, withdrawal of futile life-sustaining treatment, passive euthanasia, active euthanasia and physician-assisted suicide): A multicentred cross-sectional survey of Korean patients with cancer, their family caregivers, physicians and the general Korean population. *BMJ Open*, 8(9), e020519.
<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-020519>

Zákon č. 372/2011, Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), (2011). <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>

Seznam grafů

Graf 1: Typ onemocnění a utrpení.....	42
Graf 2: Způsob usmrcení	43
Graf 3: Administrace	44
Graf 4: Věk pacienta.....	44
Graf 5: Prognóza.....	45
Graf 6: Země původu respondenta	46

Seznam tabulek

Tabulka 1: Nejvyšší dosažené vzdělání	41
Tabulka 2: Politická orientace	41
Tabulka 3: Míra důležitosti náboženství.....	41
Tabulka 4: Test sféricity (administrátor)	43
Tabulka 5: Test sféricity (věk pacienta)	44
Tabulka 6: Test sféricity (prognóza).....	45
Tabulka 7: Diagnostika modelu (osobnost).....	46
Tabulka 8: Regresní analýza (osobnost).....	46
Tabulka 9: Diagnostika modelu (demografické údaje)	47
Tabulka 10: Regresní analýza (demografické údaje)	47
Tabulka 11: Diagnostika modelu (další proměnné).....	47
Tabulka 12: Regresní analýza (další proměnné).....	48
Tabulka 13: Korelační matice (další proměnné)	49

Seznam zkratk

AGREE	Přívětivost
ALS	Amyotrofická laterální skleróza
APA	American Psychological Association
CON	Svědomitost
EXT	Extraverze
HEXACO	HEXACO Personality Inventory
LAS	Lékařem asistovaná sebevražda
NEO-PI-R	Revised NEO Personality Inventory
NEU	Neuroticismus
OPEN	Otevřenost
PLESS	Prague Laboratory for Experimental Social Sciences
TIPI	Ten Item Personality Inventory
USA	Spojené státy americké

Příloha 1. – TIPI

Ten-item measure of the Big Five 1

Ten-Item Personality Inventory-(TIPI)

Here are a number of personality traits that may or may not apply to you. Please write a number next to each statement to indicate the extent to which you agree or disagree with that statement. You should rate the extent to which the pair of traits applies to you, even if one characteristic applies more strongly than the other.

Disagree strongly (1) – Disagree moderately (2) – Disagree a little (3) – Neither agree nor disagree (4) – Agree a little (5) – Agree moderately (6) – Agree strongly (7)

I see myself as:

1. _____ Extraverted, enthusiastic.
2. _____ Critical, quarrelsome.
3. _____ Dependable, self-disciplined.
4. _____ Anxious, easily upset.
5. _____ Open to new experiences, complex.
6. _____ Reserved, quiet.
7. _____ Sympathetic, warm.
8. _____ Disorganized, careless.
9. _____ Calm, emotionally stable.
10. _____ Conventional, uncreative.

TIPI scale scoring (“R” denotes reverse-scored items): Extraversion: 1, 6R; Agreeableness: 2R, 7; Conscientiousness: 3, 8R; Emotional Stability: 4R, 9; Openness to Experiences: 5, 10R.

Příloha 2. – Hypotetické scénáře

1. *The patient is diagnosed with a serious chronic physical illness that makes him bedridden. It also causes him a great amount of pain. However, he is not experiencing mental anguish because of his situation.*
2. *The patient is diagnosed with a serious chronic physical illness that makes him bedridden. It also causes him severe mental anguish. However, his condition is not painful.*
3. *The patient is diagnosed with a serious chronic physical illness that makes him bedridden. It also causes him a great amount of pain and severe mental anguish.*
4. *The patient is diagnosed with a serious chronic mental illness that makes him bedridden. It also causes him a great amount of pain. However, he is not experiencing mental anguish because of his situation.*
5. *The patient is diagnosed with a serious chronic mental illness that makes him bedridden. It also causes him severe mental anguish. However, his condition is not painful.*
6. *The patient is diagnosed with a serious chronic mental illness that makes him bedridden. It also causes him a great amount of pain and severe mental anguish.*

The illness is not life threatening by itself, but there is no prospect of improvement in the foreseeable future. The patient is of sound mind and after consideration of his condition, the patient repeatedly expressed his wish to end his life.

Příloha 3. – Doplnující otázky

- 1. How much does the patient suffer physically?*
- 2. How much does the patient suffer mentally?*
- 3. How much does the patient wish to end his life?*
- 4. How much has the patient become tired of living?*
- 5. How much has the patient become a burden to others?*
- 6. How much has the patient lost his dignity?*
- 7. How much has the patient lost his sense of personal identity?*
- 8. How much has the patient lost his self-reliance?*
- 9. How much is the patient able to think rationally?*
- 10. How much has the patient's personality changed for the worse?*
- 11. How much has the quality of the patient's life decreased?*