

**Univerzita Karlova v Praze**

**Filozofická fakulta**

**Katedra sociologie**

# **DIPLOMOVÁ PRÁCE**

Mgr. Lenka Honsová

**Pohled společnosti na problematiku  
legalizace eutanazie**

**The society's view of the problems of  
legalization of euthanasia**

**Praha 2012**

**Vedoucí práce: PhDr. Jiří Vinopal, Ph.D.**

Poděkování:

Na tomto místě bych chtěla poděkovat PhDr. Jiřímu Vinopalovi, Ph.D. za odborné vedení mé práce a poskytnutí cenných rad a připomínek. Dále bych také chtěla poděkovat všem respondentům, díky nimž jsem mohla realizovat svůj výzkum, a rovněž patří díky těm, kteří mi pomáhali s distribucí dotazníků.

*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 1.12.2012*

.....  
*Mgr. Lenka Honsová*

## **Abstrakt**

Diplomová práce se zaměřuje na pohled společnosti na problematiku legalizace eutanazie. Práce je rozdělena do dvou hlavních částí, a to teoretické a empirické. Teoretická část je tvořena základními pojmy souvisejícími s danou problematikou, dále pak historickým vývojem eutanazie, zeměmi, ve kterých je eutanazie legalizována, argumenty zastánců a odpůrců eutanazie a paliativní péči. Praktická část navazuje na teoretické poznatky a zabývá se analýzou dat získaných dotazníkovým šetřením a interpretací jednotlivých zjištění týkajících se obecného povědomí respondentů o eutanazii a rozdílů v pohledu na eutanazii mezi laickou a odbornou veřejností. V závěru práce jsou na základě obdržených informací navržena konkrétní doporučení v budoucích diskuzích o eutanazii.

## **Klíčová slova**

Eutanazie, asistovaná sebevražda, legalizace, paliativní péče, hospicová péče

## **Abstract**

The diploma thesis is focused on the society's view of the problems of legalization of euthanasia. The thesis is divided into two main parts, the theoretical and the empirical one. The theoretical part consists of the basic terms related to the given problems, further of historical development of euthanasia, countries where euthanasia is legalized, arguments of proponents and opponents of euthanasia and paliative care. The practical part follows after theoretical information and deals with analysis of data gained by a questionnaire research and interpretation of individual findings relating to respondents' general awareness of euthanasia and differences in the view of euthanasia between lay public and professionals. At the end of the thesis, the concrete recommendations in future discussions about euthanasia are proposed on the basis of gained information.

## **Key words**

Euthanasia, assisted suicide, legalization, paliative care, hospice care

## Obsah

1. Úvod .....	7
2. Uvedení do problematiky eutanazie .....	9
2.1 Pojetí smrti ve společnosti a jeho proměny .....	9
2.2 Eutanazie v kontextu sociologie medicíny .....	10
2.3 Vztah mezi lékařem a pacientem .....	13
2.4 Vymezení pojmu eutanazie .....	14
2.5 Stručný historický vývoj eutanazie .....	17
3. Vliv historie na současný přístup k eutanazii .....	20
3.1 Legalizace eutanazie ve světě .....	20
3.2 Postoj české odborné veřejnosti k otázce legalizace eutanazie .....	23
3.3 Argumenty pro povolení eutanazie .....	27
3.4 Argumenty proti povolení eutanazie .....	29
4. Paliativní péče a hospice .....	31
4.1 Definice a cíle paliativní péče .....	31
4.2 Z historie paliativní péče .....	32
4.3 Druhy paliativní péče .....	34
4.4 Vznik a vývoj hospiců .....	35
5. Metodologie práce .....	38
5.1 Cíle šetření .....	38
5.2 Metody sběru dat a výzkumný vzorek .....	38
5.3 Organizace výzkumu a zpracování dat .....	39
6. Výsledky empirického šetření .....	40
6.1 Interpretace výsledků týkajících se identifikačních údajů respondentů .....	40
6.1.1 Pohlaví respondentů .....	40
6.1.2 Věk respondentů .....	41
6.1.3 Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů .....	42

6.1.4 Náboženské vyznání respondentů .....	44
6.1.5 Bydliště respondentů .....	45
6.2 Interpretace výsledků týkajících se samotné problematiky eutanazie .....	47
6.2.1 Povědomí o eutanazii a asistované sebevraždě .....	47
6.2.2 Znalost zemí, ve kterých je eutanazie beztrestná .....	49
6.2.3 Důvody vedoucí k žádosti o eutanazii .....	50
6.2.4 Osoba oprávněná podat žádost o eutanazii .....	51
6.2.5 Osoba oprávněná rozhodnout o eutanazii .....	52
6.2.6 Osoba oprávněná provést eutanazii .....	53
6.2.7 Souhlas s legalizací eutanazie v České republice .....	54
6.2.8 Zkušenost s umíráním blízké osoby a její vliv na názor na legalizaci eutanazie .....	56
6.2.9 Riziko zneužívání eutanazie .....	60
6.2.10 Povědomí o dříve vysloveném přání .....	61
6.2.11 Povědomí o paliativní péči .....	63
6.2.12 Povědomí o hospici .....	64
6.3 Vyhodnocení a návrhy na řešení .....	65
7. Závěr .....	68
8. Seznam použité literatury .....	71
8.1 Seznam použité literatury .....	71
8.2 Seznam použitých internetových zdrojů .....	72
9. Přílohy .....	75
9.1 Příloha č. 1 .....	75
9.2 Příloha č. 2 .....	77

## 1. Úvod

Euthanasie. Jste pro, nebo proti? S touto otázkou se pravděpodobně každý z nás dříve či později setká. Ale pro co či proti čemu doopravdy máme být? Víme to či pouze tušíme, co se za slovem eutanazie skrývá? Rozumíme motivům, které nás vedou k legalizaci eutanazie či naopak jejímu odmítání?

O problematice eutanazie jsem začala hlouběji uvažovat na základě osobní zkušenosti s umíráním blízké osoby z důvodu nevléčitelné nemoci. Před zvolením daného tématu diplomové práce jsem se zajímala v okolí svých známých, zda by souhlasili s možností eutanazie v České republice. Odpovědi byly převážně kladné. Smutným faktem bylo, že velmi často nevěděli, pro co či proti čemu svůj postoj vyjadřují. Chceme-li vyjadřovat kladné či negativní stanovisko k takto závažné otázce, je nutné mít v dané problematice jasno.

Záměrem diplomové práce *Pohled společnosti na problematiku legalizace eutanazie* je nabídnout čtenáři orientaci v této relativně složité problematice. Současně tak si v práci kladu za cíl získat informace o tom, jaký názor má na eutanazii nejen laická, ale i odborná veřejnost. V neposlední řadě se pokusím osvětlit, zda existují rozdíly v postojích k eutanazii v laické a odborné veřejnosti.

Diplomová práce má teoreticko-empirický charakter. Po obsahové stránce je každá kapitola rozdělena na více částí. Teoretickou část práce lze rozdělit do třech hlavních celků. V prvním celku se nejdříve stručně zaměřuji na historické proměny pojetí smrti ve společnosti. Postupně zasazuji téma eutanazie do kontextu sociologie medicíny, připomínám Parsonsovo pojetí role nemocného a lékaře a dostávám se ke společenskému vývoji vztahu mezi lékařem a pacientem. Podstatnou část prvního celku věnuji objasnění pojmu eutanazie a dalším termínům pojících se s danou problematikou. Skrze stručný historický vývoj eutanazie přecházím k dalšímu celku, ve kterém zmiňuji země povolující eutanazii. Hlouběji pak pronikám do analýzy argumentů zastánců a odpůrců eutanazie. V posledním celku teoretické části seznamuji čtenáře s problematikou paliativní péče a hospiců. Cílem paliativní péče je prodloužení a zachování života, který bude pro pacienta svou kvalitou přijatelný. Respektuje a chrání důstojnost nevléčitelných. Vychází z přání a potřeb nemocných, snaží se vytvořit podmínky, aby pacienti mohli poslední období svého života prožít ve společnosti svých blízkých, v důstojném a vlném prostředí. Současně také nabízí všestrannou účinnou oporu příbuzným a přátelům umírajících



a pomáhá jim zvládat jejich zármutek i po smrti blízkého člověka.<sup>1</sup> Nabízí se zde otázka, „*jaký je rozdíl mezi eutanazií a paliativní péčí, když nemocný stejně nakonec umírá?*“. Paliativní péče bere vážně nevyhléditelný charakter onemocnění. Vychází z přesvědčení, že bez ohledu na stupeň pokročilosti onemocnění lze vždy něco udělat pro zlepšení kvality zbývajících života. Paliativní péče smrt neurychluje, ale ani za každou cenu neoddaluje. Eutanazie, o které práce pojednává, je aktivní usmrcení pacienta lékařem na jeho vlastní žádost. Rozdíl mezi eutanazií a paliativní péčí je tak podstatný.<sup>2</sup> Dovolím si tvrdit, že paliativní péče představuje určitou „alternativu“ vůči eutanazii. V porovnání s eutanazií se však veřejně o paliativní péči téměř vůbec nehovoří. Z tohoto důvodu považuji za podstatné čtenáře s danou „alternativou“ seznámit.

Prostřednictvím kvantitativní výzkumné sondy realizované formou dotazníkového šetření se pokusím zjistit, jaké má laická a odborná veřejnost povědomí o pojmu eutanazie a jinými termíny souvisejícími s danou problematikou. Dále zamýšlím zmapovat, jaké je v české společnosti povědomí o zemích, ve kterých je eutanazie povolena. Za další cíl si kladu zjistit postoj veřejnosti k souhlasu s legalizací eutanazie v České republice a zda daný postoj ovlivňuje zkušenost s umíráním blízké osoby a znalost paliativní péče. V nespoleční řadě věřím, že získám odpověď na otázku, zda se názory na eutanazii liší mezi odbornou a laickou veřejností

V závěru práce shrnuji celkový pohled na problematiku legalizace eutanazie v České republice. Na základě práce s literaturou a výsledků empirické sondy jsou zmíněny pozitivní aspekty dané problematiky, zároveň však i nedostatky, na které je třeba v budoucích diskuzích o eutanazii pamatovat.

---

<sup>1</sup> Sláma, O. - Kabelka, L. - Vorlíček, J. et al. *Paliativní medicína pro praxi*, s. 25.

<sup>2</sup> Sláma, O. - Kabelka, L. - Vorlíček, J. et al. *Paliativní medicína pro praxi*, s. 27.

## 2. Uvedení do problematiky eutanazie

### 2.1 Pojetí smrti ve společnosti a jeho proměny

Lidský život je podmíněn smrtí a smrt je podmínkou života. Každý z nás je podřízen biologickým zákonitostem, které nelze změnit a je nutno naučit se je respektovat. Skutečnost, že lidský život je omezený, si lidé uvědomovali vždycky. V historickém vývoji lze však sledovat velké proměny týkající se akceptace smrti.

V tradičních společnostech bylo pojetí smrti založeno na náboženských principech. Lidé věřili v posmrtný život a vnímali tak smrt jako předěl mezi krátkým pozemským a věčným posmrtným životem. Pro mnoho jedinců smrt dokonce představovala vstup do lepšího života, do života bez chudoby a nejistoty. V sociologickém kontextu byla dobrá smrt součástí každodenního života, kterou bylo nutné respektovat. Smrt se odehrávala veřejně a týkala se celé komunity, do níž jednotlivec náležel. Ve chvíli, kdy umírající rozpoznal, že nastal okamžik jeho „poslední hodinky“, nechal svolat všechny členy rodiny, aby mohl vyslovit své poslední přání a důstojně se s nimi rozloučit. Následně kněz za pomoci zvonu dával na vědomí všem ze vsi, že došlo k úmrtí. Každý tak věděl, jak vypadá umírání a smrt zblízka. Odchod člena z komunity byl doprovázen rituálem kolektivního pohřbívání, prostřednictvím kterého se mohli se zemřelým rozloučit nejen příbuzní, ale i sousedé.<sup>3</sup>

K zásadní změně v pohledu na smrt a umírání došlo v průběhu 16. a 17. století. Zejména 17. století s sebou přineslo nárůst individualismu, kdy jedinec začínal vnímat sám sebe jako na kolektivu nezávislou entitu. Psychická příprava na smrt již neprobíhala kolektivně, ale závisela zejména na samotném jedinci. Aries zmiňuje, že i přes přetrvávající náboženské vnímání světa a rituální praktiky pohřbívání se stále více v tomto období začal upřednostňovat pohled vědecký. Středověké období tzv. „ochočené smrti“, ve kterém smrt byla očekávaná, viditelná a veřejná, postupně vystřídalo období tzv. „smrti sebe sama“, ve kterém bylo na smrt pohlíženo jako na sociální problém, který je třeba vytlačit.<sup>4</sup> V souvislosti s tím docházelo k zakládání nemocnic a k rozvoji institucionálního modelu umírání.

Pro 20. století byly smrt a umírání primárně záležitostmi medicíny. Aries argumentuje, že společnost kladla větší důraz na kvalitu a kvantitu života v pozemském

---

<sup>3</sup> Haškovcová, H. *Thanatologie: Nauka o umírání a smrti*, s. 23-29.

<sup>4</sup> Ariés in Howarth, G. *Death & Dying: A sociological introduction*, s. 21.

životě před štěstím v životě posmrtném. Roli kněží zcela převzali lékaři, kteří se snažili prodloužit život nemocnému za pomoci léků.<sup>5</sup> Podle Rileyho tento proces postupně vyústil v pohled na smrt jako na nemoc, kterou lze vyléčit.<sup>6</sup>

K vyvrcholení myšlenky smrti jako záležitosti soukromé došlo v době postmoderní. O smrti se běžně nemluví, smrt je tabu. Většina jedinců v dnešní době umírá právě v nemocnicích, sami a opuštěni. Moderní člověk tudíž nepřichází do styku se smrtí. I když mnozí z nás by byli ochotni o umírajícího pečovat, neinformovanost nám v tom brání. Zastáváme proto názor, že péče o umírajícího a samotná smrt jsou záležitostmi lékařské péče. Ellias, Illich, Glaser či Strauss tvrdí, že za současným modelem umírání v tichosti a o samotě stojí samotné nemocnice. Lékaři se zaměřují více na vyléčení jedince než na samotnou paliativní péči<sup>7</sup>. Jiní, jako např. Gorer či Aries, spatřují problematiku osamocenému modelu umírání ve ztrátě tradičních hodnot.<sup>8</sup> Jak tvrdí Helena Haškovcová, důležité je, aby se proces umírání stal opět sociálním aktem, na kterém budou participovat nejen lékaři, ale všichni zúčastnění.<sup>9</sup>

## 2.2 Eutanazie v kontextu sociologie medicíny

Velmi závažnou otázkou umírání je problematika eutanazie. Vzhledem k tomu, že se eutanazie odehrává v medicínském prostředí a za účasti lékařských profesionálů, v následující části práce se blíže podíváme na stručný vývoj sociologie medicíny a zejména pak na vztah mezi lékařem a pacientem.

Sociologie medicíny (či také sociologie zdravotnictví, lékařství, sociologie zdraví a nemoci apod.) představuje jednu z nejmladších sociologických subdisciplín. Předmětem sociologie medicíny je zkoumat sociální vlivy na zdraví, na vznik a průběh nemoci a pochopit možnosti a hranice medicínských výkonů a jejich dopadů na jedince a celou společnost.<sup>10</sup> Co se týče historického vývoje, kořeny této disciplíny spadají do období 50. let 20. století. Nejprve se sociologie medicíny rozvíjela ve velké Británii a Spolkové republice Německo, počátkem 60. let také v Polsku a Československu. Podněty ke zkoumání vlivů industrializace a urbanizace na zdraví jedince přicházely zejména ze Spojených států amerických. Ze sociologů, kteří se hlouběji zabývali problematikou

---

<sup>5</sup> Ariés, P. *Dějiny smrti II.*, s. 326-330.

<sup>6</sup> Riley in Howarth, G. *Death & Dying: A sociological introduction*, s. 22.

<sup>7</sup> Blíže v kapitole Paliativní péče a hospice, s. 31.

<sup>8</sup> Howarth, G. *Death & Dying: A sociological introduction*, s. 30.

<sup>9</sup> Haškovcová, H. *Thanatologie: Nauka o smrti a umírání*, s. 29.

<sup>10</sup> Siegrist in Bártlová, S. *Sociologie zdravotnictví a medicíny*, s. 15.

sociologie medicíny, je nutné připomenout především amerického sociologa Talcotta Parsonse a jeho dílo *The Social System*.

Americký sociolog chápal medicínu jako nástroj sociální kontroly a zasloužil se tak o její užší propojení se sociologií. Na problematiku nemoci pohlížel jako na sociální fenomén, který je nutno společensky regulovat. Kontrolu nad nemocí zajišťuje dle Parsonse lékař. Parsons v souvislosti s koncepcí plnění rolí vnímá nemoc jako ohrožení (deviaci), které brání člověku plnit role vyplývající z jeho zařazení do určitých sociálních vztahů. Role nemocného má dle Parsonse čtyři charakteristické rysy:

1. Nemocný je osvobozen od plnění obvyklých společenských rolí.
2. Nemocný je osvobozen od pocitu viny za vznik svého stavu.
3. Povinností nemocného je vyhledat lékařskou pomoc.
4. Povinností nemocného je dávat najevo vědomí nežádoucnosti svého stavu a jeho přechodnosti.<sup>11</sup>

Parsons vymezil nejen práva a povinnosti plynoucí z role nemocného, ale i lékaře. K základním charakteristikám lékařské role patří:

1. Univerzálnost - lékař poskytuje zdravotní péči všem nemocným, kteří ji vyžadují.
2. Funkční specifičnost - lékař oplývá odbornými znalostmi v určité oblasti medicíny.
3. Afektivní (emocionální) neutralita - lékař musí léčit pacienty bez rozdílu sympatií či antipatií.
4. Kolektivní orientace - smyslem lékařské profese je orientace na druhé, nikoliv na vlastní zájmy.<sup>12</sup>

Podíváme-li se na definici nemoci, můžeme ji chápat jako stav narušení zdraví<sup>13</sup>. Ze sociologického hlediska lze vymezit čtyři fáze nemoci, pro které je charakteristické následující:

- V první fázi se objevují první symptomy nemoci a dotyčný si začíná uvědomovat své nové postavení.
- Ve druhé fázi pacient vyhledá pomoc od jiné osoby - lékaře.
- Ve třetí fázi dochází k akceptování choroby, kdy dotyčný pohlíží na sebe jako na nemocného, je srozuměn s rolí pacienta.

---

<sup>11</sup> Annandale, E. *The Sociology of Health and Medicine: A Critical Introduction*, s. 9-10.

<sup>12</sup> Bártlová, S. *Sociologie zdravotnictví a medicíny*, s. 106-109.

<sup>13</sup> Zdraví je stav fyzické, psychické a sociální pohody.

- Pro poslední, čtvrtou fázi nemoci, je charakteristický návrat k dřívějším sociálním rolím.<sup>14</sup>

Nutné je si uvědomit, že v některých případech jsou důsledky onemocnění natolik závažné, že k návratu k původním sociálním rolím nedojde. V takovém případě je úlohou lékaře informovat pacienta o jeho nevléčitelné nemoci. Glaser a Strauss vymezili způsoby, jak lékaři informují pacienty o jejich nadcházející smrti. Patří mezi ně:

- Uzavřené uvědomění - pacient nemá tušení o nevléčitelné nemoci, lékař ano.
- Podezřívavé uvědomění - pacient má podezření, že bude muset zemřít, aniž by o tom byl lékařem informován.
- Uvědomění oboustranného klamání - pacient i lékař ví o stavu umírání, ale vzájemně o stavu nehovoří.
- Otevřené uvědomění - pacient i lékař znají skutečný stav a vzájemně o něm hovoří.<sup>15</sup>

Umírající pacient nese pro lékaře ambivalentní rysy. Na jedné straně se řídí povinností nasazení všech dostupných technik a prostředků k léčbě, na straně druhé prožívá nemožnost jít dále než po hranice svých možností. Pohled lékařů na smrt je v současné době ovlivněn „paradigmatem doby a strategie vítězné medicíny, která chápe smrt člověka jako prohru, ve které není prostor pro smíření“.<sup>16</sup> Pravděpodobně i z tohoto důvodu se většina lékařů v současné době přiklání namísto sdělení pravdy o nemoci v jejím plném znění k systému milosrdné lži či tzv. polopravdě.

Rozvoj lékařské vědy ve 20. a 21. století s sebou bezesporu přináší vítané pokroky v možnostech pomoci nemocným. Stinnou stránkou úspěchů medicíny je narůstající manipulace lékařů s lidskými životy: „Ti, kteří mají lékařské znalosti, mohou zneužít této moci nad těmi, kteří je nemají.“<sup>17</sup> Prostřednictvím moderních technologií a medikamentů jsou lékaři schopni oddálit smrt pacienta o několik měsíců, ovšem ne vždy za podmínek zcela lidských. Společnost se tak musí vypořádat s myšlenkou, že v některých případech lékař upustí od další léčby<sup>18</sup> a umožní pacientovi připravit se v klidu a pokoji na smrt.

<sup>14</sup> Bártlová, S. *Sociologie zdravotnictví a medicíny*, s. 47-49.

<sup>15</sup> Glaser - Strauss in Howarth, G. *Death & Dying: A sociological introduction*, s. 126-127.

<sup>16</sup> Haškvcová, H. *Thanatologie: Nauka o umírání a smrti*, s. 16.

<sup>17</sup> „Those with medical knowledge are able to exert power over those without it.“ Howarth, G. *Death & Dying: A sociological introduction*, s. 119.

<sup>18</sup> Upuštěním od léčby či také „necháním zemřít“ pacient umírá v důsledku choroby a nikoliv v důsledku zásahu lékaře. Úmysl upuštění od léčby spočívá v respektu k přechodu ze života ke smrti, kterému je třeba

V posledních letech v souvislosti s upuštěním od léčby narůstají diskuse o možnosti práva lékařů aktivním zákrokem ukončit život pacienta.<sup>19</sup>

Ačkoliv nelze předpokládat jednoznačnou shodu laické a odborné veřejnosti na otázku eutanazie, jedno zůstává jisté: „Pokud se eutanazie jednou připustí, pak je velmi těžké a v praxi zjevně zcela nemožné stanovit přesnou dělicí čáru mezi případy, kdy pacient žádá o pomoc při umírání naprosto svobodně, a případy, kdy tato svoboda již není úplná nebo kdy o smrti člověka rozhodují zcela jednoznačně druzí.“<sup>20</sup>

## 2.3 Vztah mezi lékařem a pacientem

Vztah mezi lékařem a pacientem prošel za poslední desítky let velkou proměnou. Původně paternalistický vztah byl založen na otevřené komunikaci mezi lékařem a pacientem. Lékař představoval pro pacienta autoritu a nemocný nebyl zvyklý s lékařem diskutovat či mu dokonce odporovat: „Pacient se lékaři svěřil a očekával, že lékař rozhodne podle svého nejlepšího vědomí a svědomí v jeho prospěch. Přesunul tak nejen právní, ale i praktickou odpovědnost na lékaře. Svůj názor neprosazoval, protože jej často nebyl schopen sám formulovat.“<sup>21</sup> Haškovcová dodává, že v paternalistickém vztahovém modelu bylo vhodné, aby lékař vážně nemocnému pacientovi pravý stav nemoci zamlčel (tzv. strategie milosrdného klamání). Zdůrazňuje však, že nejen pacienti, ale i samotné rodiny nemocného byli s uvedeným přístupem srozuměni.<sup>22</sup> V souvislosti s rozvojem medicíny, informačních technologií a vyšší vzdělaností pacientů se paternalistický vztah přetřansformoval v průběhu druhé poloviny 20. století do vztahu partnerského. Partnerský model klade mnohem větší důraz na pacientovu autonomii, na jeho svobodné právo rozhodnout se o všem, co se týká jeho zdravotního stavu, zdravotní péče a tělesné integrity. Zároveň má nemocný plné právo odmítnout léčbu i v takových situacích, které ohrožují jeho život.<sup>23</sup>

V České republice se partnerský model začal rozvíjet v 90. letech 20. století. Jako první zachycuje moderní práva pacienta etický kodex *Práva pacientů* z roku 1992. O čtyři roky později (1996) vyzdvihuje partnerský vztahový model mezi lékařem a pacientem

---

poskytnout čas a prostor. Lékař je v případě „nechání zemřít“ srozuměn s omezeností života pacienta a omezeností vlastních možností, jak zasahovat. Munzarová, M. *Eutanazie, nebo paliativní péče?*, s. 83.

<sup>19</sup> Rotter, H. *Důstojnost lidského života*, s. 93.

<sup>20</sup> Rotter, H. *Důstojnost lidského života*, s. 93.

<sup>21</sup> Haškovcová, H. *Lékařská etika*, s. 72-74.

<sup>22</sup> Haškovcová, H. *Lékařská etika*, s. 141.

<sup>23</sup> Těšinová, J. - Žďárek, R. - Polícar, R. *Medicínské právo*, s. 5.

i *Etický kodex České lékařské komory*. Skutečnost, že prvotně je kladen důraz na lidskou důstojnost a vůli pacienta před ochranou života a zdraví, dokládají následující výňatky ze samotného kodexu: „...povinností lékaře je péče o zdraví jednotlivce i celé společnosti v souladu se zásadami lidskosti, v duchu úcty ke každému lidskému životu (...) a se všemi ohledy na důstojnost lidského jedince. (...) Lékař v rámci své odborné způsobilosti (...) je povinen respektovat v co největší možné míře vůli nemocného (nebo jeho zákonného zástupce). (...) Lékař se má vzdát paternalitních pozic v postojích vůči nemocnému a respektovat ho jako rovnocenného partnera se všemi občanskými právy i povinnostmi, včetně zodpovědnosti za své zdraví.“<sup>24</sup> Těšínová k tomu dodává, že přechod od paternalistického k partnerskému modelu na české půdě není přechodem přirozeným, ale „násilnou interakcí moderních práv pacientů převzatých ze systémů s tradicí k respektu člověka jako osobnosti s právy... Fakticky je koncepce partnerství stále ve velké míře zdravotnickými pracovníky odmítána.“<sup>25</sup>

## 2.4 Vymezení pojmu eutanazie

Problematika eutanazie je nejčastěji formulována v podobě *Jste pro, nebo proti eutanazii?* Vzhledem k tomu, že tento výraz v sobě skrývá řadu různých obsahů, je nutné si uvědomit, pro co či proti čemu máme být. Podívejme se proto nyní hlouběji na význam slova eutanazie a některé další pojmy s ním spojené.

Slovo eutanazie pochází z řeckého slova *eu* - dobrý a *thanatos* - smrt. V původním významu byla eutanazie chápána jako *dobrá smrt*. Hart spojuje dobrou smrt s důstojností, mírem, připraveností, uvědoměním a vyrovnáním se člověka s umíráním.<sup>26</sup> Přáním každého z nás je prožít klidnou, bezbolestnou, popřípadě krásnou smrt. Paradoxem je, že většina lidí umírá v dnešní době způsobem opačným. Termínem eutanazie se proto v současné době rozumí *smrt z milosti*.<sup>27</sup>

Většina autorů vymezuje eutanazii jako úmyslné ukončení života osoby na její explicitní žádost někým jiným než osobou samotnou (lékařem).<sup>28</sup> Světová zdravotnická asociace eutanazii pojímá jako „vědomé a úmyslné provedení činu s jasným záměrem ukončit život jiného člověka za následujících podmínek:

---

<sup>24</sup> „*Etický...*“ 2012

<sup>25</sup> Těšínová in Těšínová, J. - Žďárek, R. - Polícar, R. *Medicínské právo*, s. 6.

<sup>26</sup> Hart et al. in Howarth, G. *Death & Dying: A sociological introduction*, s. 137.

<sup>27</sup> Haškovcová, H. *Thanatologie: Nauka o umírání a smrti*, s. 120; Vorlíček, J. - Adam, Z. - Pospíšilová, Y. et al. *Paliativní medicína*, s. 444.

<sup>28</sup> Munzarová, M. *Eutanazie, nebo paliativní péče?*, s. 35.

- subjektem je kompetentní informovaná osoba s nevléčitelnou chorobou, která dobrovolně požádala, aby její život byl ukončen,
- jednající ví o stavu této osoby a o jejím přání zemřít a páchá tento skutek s prvořadým úmyslem ukončit život této osoby,
- skutek je proveden se soucitem a bez osobního zisku.<sup>29</sup>

Z uvedených definic vyplývá, že eutanazie je aktivním činem, o který záměrně žádá nemocný jedinec, jehož přáním je zemřít.

Autoři zabývající se problematikou eutanazie upozorňují, že smrt z milosti nabývá několika různých podob. Martina a Štěpán Špinkovi hovoří o aktivní a pasivní eutanazii, přímé a nepřímé eutanazii a dobrovolné a nedobrovolné eutanazii.<sup>30</sup> V případě **aktivní eutanazie** se jedná o čin, který vykonává lékař u nevléčitelně nemocného pacienta trpícího nesnesitelnými bolestmi na jeho vlastní uvážlivou žádost. **Pasivní eutanazie** je ekvivalentem k přerušení či odnětí léčby. Munzarová upozorňuje na nutnost oprostit se od terminologie pasivní eutanazie proto, že v sobě skrývá dva naprosto odlišné postupy, a to:

1. Nejednání s úmyslem zabít (nepodání léku); v tomto případě jde po mravní stránce o totéž jako v případě aktivní eutanazie, tedy trestný čin.
2. Nepodání určité léčby nebo ustoupení od dalších postupů, pokud jsou nadměrně zatěžující, přinášejí umírajícímu jen další utrpení a jsou-li zbytečné a marné, tzn. není při jejich aplikaci naděje na trvalejší a podstatné zlepšení stavu pacienta. Jinými slovy řečeno se nejedná o eutanazii, ale o odstoupení od marné léčby, přičemž nemocný pacient má plné právo takové postupy odmítnout.<sup>31</sup>

V případě **přímé eutanazie** je hlavním cílem uspíšení nebo navození smrti druhého člověka. Naproti tomu u **nepřímé eutanazie** je snahou zbavit jedince bolesti a utrpení, přičemž smrt je pouze druhotným důsledkem takového jednání.

**Dobrovolnou (vyžádanou) eutanazií** se rozumí ukončení života na základě žádosti pacienta. **Nevyžádaná eutanazie** je variantou aktivní eutanazie. Rozdíl mezi nimi spočívá v tom, že u nevyžádané eutanazie o ni pacient z důvodu nedospělosti či mentální

<sup>29</sup> Munzarová, M. et al. *Proč Ne eutanazii aneb Být, či nebýt?*, s. 19.

<sup>30</sup> Špinková, M. - Špinka, Š. *Euthanasie: Víme, o čem mluvíme?*, s. 11.

<sup>31</sup> Munzarová, M. et al. *Proč Ne eutanazii aneb Být, či nebýt?*, s. 21. K neposkytnutí léčby si dovolím připomenout slova papeže Jana Pavla II. z roku 1980: „Při bezprostředně nastupující smrti, která nemůže být odvrácena používanou léčbou, je dovoleno rozhodnout se ve svědomí a odmítnout takovou léčbu, která může vést jedině k nejistému a k bolestnému prodlužování života... v žádném případě však nelze přerušit běžnou péči, kterou tito nemocní potřebují.“ Munzarová, M. *Zdravotnická etika od A do Z*, s. 125.



nezpůsobilosti nežádá, případně na ni není způsobilý pacient vůbec tázán. **Nedobrovolná eutanazie** se děje na přání rodiny či z rozhodnutí lékaře, který považuje život pacienta za nehodný žití. Jinými slovy řečeno, nedobrovolná eutanazie je realizována i přes žádost, aby se neprováděla.<sup>32</sup>

V rámci problematiky eutanazie se setkáváme s dalšími pojmy jako např. dystanázie, postupy DNR (do not resuscitate), asistovaná sebevražda, nepokračování v léčbě či nezahajování léčby. **Dystanázie** nebo-li zadržaná smrt je umělé a násilné prodlužování života. V důsledku rozvoje medicíny se mnoho lékařů snaží „za každou cenu“ udržet pacienta při životě a nebere tak v úvahu možnosti paliativní péče.<sup>33</sup> K nejčastějším důvodům takového jednání patří obavy z prohry a z odpovědnosti za smrt pacienta. **Postupy DNR** (v České republice používané pod zkratkou NR = neresuscitovat) dovolují za určitých podmínek zastavit léčbu. Nejčastěji jsou uplatňovány v situacích, kdy léčba nepřináší pacientovi žádný užitek a je pro něj zatěžující jak po fyzické, tak i psychické stránce. S neresuscitováním úzce souvisí **tzv. living will**<sup>34</sup> nebo-li životní vůle. Životní vůle je písemným vyjádřením vůle nemocného pro situace, kdy dotyčný nebude vzhledem k závažnému zdravotnímu stavu schopen posoudit svou situaci ani vyjádřit svá přání. V tomto dokumentu autor písemně vyjádří, které zákroky odmítá k prodloužení života a zajistí tak ochranu lékařů před trestním stíháním. Úskalím této vůle je, že člověk uvažuje jinak v situaci „kdyby se něco stalo“ a „když se něco stane“: „Je známo, že i ti lidé, kteří byli radikálními zastánci eutanazie, zmírňují nebo zcela mění svůj názor v době vážné nemoci a bojují doslova do písmene o každý příští den.“<sup>35</sup> Z tohoto důvodu je platnost living will odbornou veřejností zpochybňována. **Asistovanou sebevraždou** (asistované suicidium, sebevražda za lékařské asistence) se rozumí situace, kdy lékař zajistí prostředky k vlastnímu usmrcení pro člověka, který o ně požádal a který jich pro sebe následně použije. Ačkoliv lékař neprovádí samotný akt usmrcení, jeho záměrem je smrt

---

<sup>32</sup> Špinková, M. - Špinková, Š. *Euthanasie: Vím, o čem mluvíme?*, s. 12.; Pollard, B. *Eutanazie - ano či ne?*, s. 23.

<sup>33</sup> „Slovník...“ 2012

<sup>34</sup> V mnoha amerických státech existuje v dnešní době dokument pod názvem the Durable Power of Attorney for Health Care. V tomto dokumentu jedinec svým podpisem pověřuje jinou osobu k rozhodování o jeho další zdravotní péči pro případy, kdy by dotyčný nebyl schopen sám činit rozhodnutí. Dokument se ovšem týká pouze pasivní eutanazie. Humphry, D. *Final Exit: The Practicalities of Self-Deliverance and Assisted Suicide for the Dying*, s. 5-6.

<sup>35</sup> Haškovcová, H. *Thanatologie: Nauka o umírání a smrti*, s. 141.

dotyčné osoby. Sebevraždu za lékařské asistence proto považujeme za ekvivalent aktivní eutanazie.<sup>36</sup>

Z výše uvedených termínů si lze uvědomit, jak široká je problematika eutanazie. Nutné je pamatovat, že **eutanazie není**:

- podání léků za účelem kontroly symptomů, včetně strachu, bolesti či úzkosti,
- nepodání nebo odstoupení od zbytečně zatěžující léčby v případě, že pacient již není schopen léčbu přijímat.<sup>37</sup>

Jádrem současných diskusí je legalizace dobrovolné eutanazie, tedy usmrcení lékařem na žádost pacienta a dále pak legalizace asistované sebevraždy.

## 2.5 Stručný historický vývoj eutanazie

Počátky problematiky eutanazie spadají do období antiky. Důležité je si uvědomit, že *dobrá smrt* nebyla primárně spojována s lékařstvím, popřípadě s vraždou. Mnohem větší důraz byl kladen na osobní přijetí smrti: „Bylo důležité, aby člověk umíral „dobrou smrtí“, ve vyrovnaném stavu myslí, v klidu a za sebekontroly.“<sup>38</sup> Názory odborníků na *dobrou smrt* se již v tomto období významně lišily. Tak například pythagorejci (následovníci Pythagora) zastávali negativní postoj k dobré smrti z důvodů náboženských. Pozemská existence je dle nich spojená s bolestí a těžkou smrtí z důvodu potrestání člověka za předchozí hříchy. Pythagorejci považovali předčasné ukončení života za přestupek proti božímu řádu proto, že délku lidského života určují bohové. Sokrates přirovnával smrt k bezesnému spánku, kterého není třeba se bát. Zastával názor, že v případě bolestné nemoci je třeba ponechat člověka zemřít a neprotahovat jeho utrpení. Podobného názoru byl i Platon, který souhlasil s ukončením života u nevléčitelně nemocných. Na sebevraždu však pohlížel negativně. Aristoteles naopak vystupoval proti ukončování života v případech nejrůznějších těžkostí a považoval eutanazii za odsouzeníhodnou.<sup>39</sup> Antická kultura celkově odmítala podíl lékařů na ukončení životů pacientů. Dokladem antického smýšlení je i Hippokratova přísaha, jejímž autorem byl pravděpodobně některý představitel pythagorejců: „Lékařské úkony budu konat v zájmu a ve prospěch nemocného, dle svých schopností a svého úsudku. Vystříhám se všeho, co by bylo ke škodě a co by nebylo

<sup>36</sup> Pollard, B. *Eutanazie - ano či ne?*, s. 23.

<sup>37</sup> Prokop - Kabelka in Sláma, O. - Kabelka, L. - Vorlíček, J. et al. *Paliativní medicína pro praxi*, s. 322.

<sup>38</sup> Munzarová, M. *Eutanazie, nebo paliativní péče?*, s. 25.

<sup>39</sup> Munzarová, M. *Eutanazie, nebo paliativní péče?*, s. 25-27.

správné. Nepodám nikomu smrtící prostředek, ani kdyby mne o to kdokoli požádal a nikomu také nebudu radit jak zemřít.“<sup>40</sup>

S rozvojem křesťanství dochází k negativnímu přístupu k násilnému ukončování života: „Pravidlo zakazující zabití vychází z křesťanského postoje vyjádřeného přikázáním „nezabiješ“... Na život se pohlíželo jako na dar od Boha, o nějž musí lidé denně pečovat.“<sup>41</sup> Z teologického hlediska je tedy nutné, aby lidé přijali smrt jako boží úděl. Avšak ani v náboženském prostředí nelze dosáhnout jednotného výkladu eutanazie jako něčeho zcela nepřipustného. Z významných křesťanských zastánců eutanazie lze jmenovat např. Martina Luthera.

Počátek novověku s sebou poprvé přináší pojem eutanazie ve smyslu *smrt z milosti*. Z významných představitelů tohoto období, kteří se věnovali problematice eutanazie, lze připomenout zejména Francise Bacona. Bacon zdůrazňoval, že je potřeba využít veškerých dostupných prostředků medicíny k tišení bolesti a utrpení. Důležité je, že Bacon spojoval tyto prostředky s tzv. vnější eutanazií, která neznehodnocuje vnitřní eutanazii. Vnitřní eutanazii pak pojímá jako celoživotní přípravu člověka na smrt. Z výše uvedeného lze spatřit, že Baconovo pojetí eutanazie tvoří přechod mezi tradičním antickým a středověkým pojetím eutanazie jako *dobré smrti* a eutanazií v současném užívání.<sup>42</sup>

Moderní historie eutanazie začíná na konci 19. století. V roce 1885 vyšla v Německu kniha **Adolfa Jorsta** *Právo zemřít*. V této publikaci se objevily konkrétní návrhy na formy usmrcení z milosrdenství. Mnohem významnější a do obsahu závažnější se stal německý spis autorů **Karla Bindinga** a **Alfreda Hocha** s názvem *Poskytnutí souhlasu ke zničení života, který žití není hoden* (1920). Autoři považovali za jedince nehodné žití nevléčitelně nemocné a nenapravitelně slabomyslné. Bindingovo a Hocheho dílo inspirovalo ideology fašistického Německa k etnickému zabíjení, které vyústilo dne 1.9. 1939 Hitlerovým nařízením o rozšíření pravomocí jmenovaných lékařů k provádění smrti z milosti u nevléčitelně nemocných. Akce eutanazie si tak do roku 1941 vyžádala téměř 71 000 obětí z řad dětí i dospělých. V následujících čtyřech letech však probíhala tzv. „skrytá“ eutanazie prostřednictvím léků a vyhladovění, při které zemřelo dalších

---

<sup>40</sup> Pavlíček, M. „Hippokratova...“ 2012.

<sup>41</sup> Admiraal in Thomasma, C. D. - Kushnerová, T. *Od narození do smrti: Etické problémy v lékařství*, s. 214.

<sup>42</sup> Špinková, M. - Špinko, Š. *Euthanasie: Víme, o čem mluvíme?*, s. 7.

70 000 lidí. To, co se zpočátku jeví jako možnost pomoci v utrpení nemocným, velmi rychle přerostlo v něco mnohem zhoubnějšího.<sup>43</sup>

---

<sup>43</sup> Haškovcová, H. *Thanatologie: Nauka o umírání a smrti*, s. 124; Munzarová, M. *Eutanazie, nebo paliativní péče?*, s. 31; Pollard, B. *Eutanazie - ano či ne?*, s. 68.

### 3. Vliv historie na současný přístup k eutanazii

Na základě výše zmíněných událostí v souvislosti s pojetím eutanazie za 2. světové války se nelze divit, že po jejím skončení byly diskuse na toto téma minimální. Teprve od 60. let 20. století se postupně začínají opět objevovat názory na pomoc při umírání. Brian Pollard zmiňuje, že na sílící zájem o eutanazii měly vliv rozvoj lékařských znalostí, dovedností a technologických schopností, narušení tradičních náboženských hodnot a sdělovací prostředky.<sup>44</sup> Na základě provedených výzkumů v Americe, Anglii či SRN se ukázalo, že nejen u laické veřejnosti, ale i u lékařů začaly převažovat tendence k pozitivnímu hodnocení eutanazie. Nutno podotknout, že opoziční názory nadále přetrvávaly.

#### 3.1 Legalizace eutanazie ve světě

Legislativní úpravy eutanazie jsou velmi pestré. Ačkoliv **aktivní eutanazie není uzákoněna nikde na světě**, v některých státech je legalizována její beztrestnost. Současně tak jsou státy, kde je povolena asistovaná sebevražda. U pasivní eutanazie je stanovisko jednotlivých národů víceméně tolerantní. V problematice eutanazie je nutné zohledňovat a nezaměňovat pojmy „uzákonění“ a „bездrestnost“.<sup>45</sup> V následující části práce se nyní zaměřím na země, ve kterých je určitá forma eutanazie povolena.

##### **Holandsko**

Myšlenka možnosti legalizovat eutanazii se zrodila v roce 1973 v Holandsku v souvislosti se soudním procesem vedeným s lékařkou, která o dva roky dříve s úmyslem zabít aplikovala vysokou dávku morfinu své imobilní a inkontinentní matce, která několik minut poté zemřela. Lékařka byla odsouzena k symbolickému podmíněnému trestu v délce trvání jednoho týdne. Na základě výše uvedeného případu byla v roce 1982 ustanovena Vládní komise pro eutanazii, která rozhodla o tom, že „lékař, který ukončí život pacienta na jeho výslovné přání, nemá být nadále trestán, pokud byly dodrženy stanovené podmínky“<sup>46</sup>. Podmínky, které je třeba dodržovat při provádění eutanazie, určila Vládní komise spolu s Ústřední komisí Královské holandské lékařské asociace. Úředního zveřejnění se dočkaly v roce 1984 pod názvem **rotterdamská pravidla**. K nejdůležitějším z nich patří:

---

<sup>44</sup> Pollard, B. *Eutanazie - ano či ne?*, s. 17-18.

<sup>45</sup> Vorlíček, J. - Adam, Z. - Pospíšilová, Y. et al. *Paliativní medicína*, s. 445.

<sup>46</sup> Driesse in Pollard, B. *Eutanazie - ano či ne?*, s. 148-149.

1. Pacient musí být kompetentní a jeho žádost zcela dobrovolná a úmyslná.
2. Pacientova žádost musí být dobře uvážená, jasná a opakovaná.
3. Pacient musí nesnesitelně trpět (nikoliv pouze fyzicky) a eutanazie musí být poslední možností. Jiné možnosti ulehčit situaci nemocného již byly vyzkoušeny a shledány neúčinnými.
4. Eutanázii může provádět jedině lékař.
5. Lékař musí konzultovat vše s dalším nezávislým lékařem, který má zkušenosti v této oblasti.<sup>47</sup>

V následujících letech došlo k výraznému nárůstu usmrcených osob na vlastní žádost. V roce 1991 Vládní komise pro eutanazii oznámila, že v předchozím roce bylo provedeno cca 2 300 případů eutanazie na vlastní žádost, 400 případů asistovaného suicida, 1000 případů ukončení života bez předložené žádosti a téměř 16 000 případů ukončení života podáním vyšších dávek léků či z důvodu nenasazení/vysazení léčby. Poměrně vysoký počet jedinců usmrcených bez předložené žádosti je dokladem toho, jak vysoké je riziko zneužití eutanazie.<sup>48</sup>

Zákon o uzákonění beztrestnosti eutanazie a asistované sebevraždy byl navrhnut v roce 1993 a v platnost vešel o rok déle. Královská lékařská asociace zároveň stanovila povinnost hlášení každé provedené eutanazie či sebevraždy za lékařské asistence, a to následujícím způsobem:

1. Lékař, který provede eutanazii nebo asistovanou sebevraždu, nevydává doklad o přirozené smrti. Namísto toho informuje místní lékařský nadřízený orgán tak, že vyplní rozsáhlý dotazník.
2. Lékařský nadřízený orgán oznámí smrt příslušnému státnímu zástupci.
3. Ten pak rozhodne, zda by mělo být zahájeno trestní stíhání lékaře. Jsou-li dodržena výše uvedená pravidla, státní zástupce trestní stíhání nezahájí. V opačném případě hrozí lékaři až 12 let vězení.<sup>49</sup>

V průběhu několika let proběhly určité úpravy zákona a v roce 2001 byl schválen návrh zákona pod názvem *Prověření ukončení života na žádost pacienta a pomoc při sebezabití*. Zásadní změna tohoto zákona spočívá v možnosti zabíjení nezletilých, přičemž u dvanácti až patnáctiletých je nutný souhlas rodičů a u šestnácti a sedmnáctiletých je

---

<sup>47</sup> Munzarová, M. *Eutanazie, nebo paliativní péče?*, s. 33.

<sup>48</sup> Blíže v podkapitole Argumenty proti povolení eutanazie, s. 29.

<sup>49</sup> Munzarová, M. *Eutanazie, nebo paliativní péče?*, s. 35; Vorlíček, J. - Adam, Z. - Pospíšilová, Y. et al. *Paliativní medicína*, s. 445.

zapotřebí spolurozhodnutí rodičů. Haškovcová dodává, že „i když se v žádném případě nejedná o legalizaci eutanazie a napomáhání k dobrovolné smrti, neboť obě formy ukončení života na žádost zůstávají trestné, **určitě se jedná o rozšíření možností požádat o vlastní smrt.**“<sup>50</sup>

### **Belgie**

V roce 2001 byla beztrestnost eutanazie legalizována i v Belgii. Na rozdíl od Holandska belgická právní úprava zpřesňuje některé podmínky, za kterých je možno o eutanazii žádat. První z nich říká, že o smrt z rukou lékaře mohou žádat pouze lidé nevyléčitelně nemocní, kteří jsou dlouhodobě vystaveni nesnesitelnému a nepotlačitelnému psychickému nebo fyzickému utrpení. Druhá podmínka udává, že žádat o usmrcení mohou pouze osoby plnoleté a přičetné. Další podmínka stanovuje povinnost informovat pacienta o jeho zdravotním stavu a nadějích na vyléčení. Poslední, čtvrtá podmínka se týká délky trvání žádosti. Každý, kdo chce v Belgii podstoupit eutanazii, musí o ni předem dvakrát žádat. V neposlední řadě je lékař povinen každou provedenou eutanazii oznámit speciální komisi k tomu zřízenou, která vyhodnotí, zda lékař postupoval v souladu s belgickým právem.<sup>51</sup>

### **Lucembursko**

Lucembursko je třetí evropskou zemí, kde je beztrestnost eutanazie legalizována, a to od března roku 2009. Zákon uvádí, že lékaři provádějící eutanazii a asistované suicidium nemají být trestně stíháni.<sup>52</sup>

### **Švédsko**

Ve Švédsku je povolena pasivní eutanazie od roku 2010 za podmínky, že pacient je informován o eutanazii lékařem a ví o následcích svého rozhodnutí.<sup>53</sup>

### **Švýcarsko**

Ve Švýcarsku, jediné zemi v Evropě, se nachází kliniky Exit a Dignitas (Důstojnost), které poskytují zájemcům možnost asistované sebevraždy.<sup>54</sup> Švýcarská ústava nepovažuje pomoc k sebevraždě za trestný čin, pokud za ní nejsou egoistické

---

<sup>50</sup> Haškovcová, H. *Thanatologie: Nauka o umírání a smrti*, s. 128; zvýraznění v originále.

<sup>51</sup> Berka, V. - Sum, T. „*Eutanazie...*“ 2012.

<sup>52</sup> Mediafax. „*Eutanazie...*“ 2012.

<sup>53</sup> „*Švédsko...*“ 2012

<sup>54</sup> Klinika Dignitas je zároveň jedinou klinikou, která je přístupná zahraničním zájemcům asistované sebevraždy.

zájmy. Praxe těchto klinik spočívá v tom, že umírající jedinec kontaktuje lékaře z jedné z klinik, po rozhovoru s ním podepíše žádost o asistovanou sebevraždu a na základě receptu je mu zajištěna smrtící látka. Samotný akt asistované sebevraždy je učiněn v prostorách kliniky.<sup>55</sup> Eutanazie je ve Švýcarsku zakázána.

## USA

V rámci Spojených států amerických byl Oregon prvním státem, ve kterém došlo k legalizaci asistovaného suicida (od 1. ledna 1998). Zájemce musí o daný zákrok požádat dvakrát ústně a jednou písemně, a to vždy s dvoutýdenním odstupem. Současně dotyčný musí být v takovém psychickém stavu, že si je vědom důsledků své žádosti. Žádost musí být potvrzena dvěma svědky žádajícího a dvěma lékaři.<sup>56</sup>

Asistované suicidium je od roku 2009 uzákoněno i ve Washingtonu.<sup>57</sup>

## Kolumbie

V Kolumbii byla eutanazie povolena pro terminálně nemocné lidi v roce 1997.<sup>58</sup>

### 3.2 Postoj české odborné veřejnosti k otázce legalizace eutanazie

Česká republika patří k většině států, kde eutanazie není povolena a je kvalifikována jako trestný čin vraždy dle § 219 odst. 1 tr. zák.<sup>59</sup> Přesto je nutné vědět, že i v naší republice byly snahy o její uzákonění.

Z hlediska legislativních návrhů eutanazie se pro českou veřejnost stal stěžejní rok 2004. V tomto roce předložila vláda sněmovně nové znění trestního zákoníku, které v otázce eutanazie obsahovalo následující: „Kdo ze soucitu usmrtí nevyлéčitelně nemocnou osobu, která trpí somatickou nemocí, na její vážně míněnou a naléhavou žádost, bude potrestán odnětím svobody **až na šest let.**“<sup>60</sup> Hlavním cílem požadované změny bylo rozlišit mezi „normální“ vraždou a vraždou z milosti a zejména pak snížit hranici trestnosti za vraždu z milosti. Výše uvedená podoba návrhu zákona nakonec nebyla schválena.

O čtyři roky později (na podzim roku 2008) Václava Domšová předložila senátu návrh zákona *O důstojné smrti*. Senátorka Domšová si jako předlohu zákona zvolila

---

<sup>55</sup> Haškovcová, H. *Thanatologie: Nauka o umírání a smrti*, s. 129.

<sup>56</sup> Berka, V. - Sum, T. „Eutanazie...“ 2012.

<sup>57</sup> „Assisted...“ 2012

<sup>58</sup> Hillyard, D.- Dombrink, J. *Dying Right: The death with dignity movement*, s. 227.

<sup>59</sup> Podle § 219 odst. 1 tr. zák. je trest za vraždu v rozmezí od 10 do 30 let.

<sup>60</sup> Sum, T. „Eutanazie...“ 2012; zvýraznění autorky.



belgickou právní úpravu.<sup>61</sup> Zákon vycházel z myšlenky umožnit nevyлéčitelně nemocným lidem **ukončit vlastní život za pomoci lékaře**. V případě, že by se pacient nacházel ve stavu nezměnitelného bezvědomí a požádal o důstojnou smrt předem, dovoloval by zákon provést **usmrcení pacienta samotným lékařem**. Zákon by zároveň povoloval vyvolat důstojnou smrt i u těch pacientů, kteří by nebyli ve stavu nezměnitelného bezvědomí a zároveň nebyli schopni si důstojnou smrt vyvolat sami.<sup>62</sup> Návrh zákona *O důstojné smrti* byl horní komorou odmítnut. Proti předloze se postavila řada odborníků. **Tomáš Julínek** - v době předlohy návrhu zákona *O důstojné smrti* ministr zdravotnictví - se k návrhu zákona vyjádřil tak, že by představoval „licenci na zabíjení“: „To nemusí dělat lékař, to může dělat šikovný vrah, který zabije opravdu důstojně.“<sup>63</sup> **Jan Rakušan** - v době předlohy návrhu zákona *O důstojné smrti* místopředseda Senátu - uvedl, že eutanazie je zneužitelná a jako lékař považuje za neoprávněné komukoliv dar života odejmout.<sup>64</sup>

V listopadu roku 2011 schválila Poslanecká sněmovna vládní návrh zákona o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, který nabyl účinnosti 1. dubna 2012.<sup>65</sup> Součástí zákona je ustanovení § 36 „*Dříve vyslovené přání*“, které umožňuje pacientovi v případě, že se dostane do takového zdravotního stavu, že nebude schopen vyslovit souhlas nebo nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb a způsobem jejich poskytnutí, tento souhlas nebo nesouhlas předem vyslovit. Dříve vyslovené přání bude respektováno pouze tehdy, bylo-li učiněno na základě písemného poučení pacienta o důsledcích jeho rozhodnutí lékařem v oboru všeobecné praktické lékařství. Dříve vyslovené přání musí mít písemnou podobu, musí být opatřeno úředně ověřeným podpisem pacienta a jeho platnost je 5 let. Dříve vyslovené přání nelze respektovat v takových případech, kdy by nabádalo k postupům vedoucím k aktivnímu způsobení smrti a pokud byly v době, kdy pacient neměl k dispozici dříve vyslovené přání, započaty zdravotní postupy, jejichž přerušením by došlo k aktivnímu usmrcení pacienta. Dříve vyslovené přání nelze uplatnit v případech, jedná-li se o nezletilé pacienty nebo pacienty zbavené způsobilosti k právním úkonům.<sup>66</sup>

---

<sup>61</sup> Viz str. 22.

<sup>62</sup> „Senát...“ 2012

<sup>63</sup> „Eutanázie...“ 2012

<sup>64</sup> „Eutanázie...“ 2012

<sup>65</sup> Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, nabývá účinnosti k 1.4. 2012.

<sup>66</sup> „Zákon...“ 2012

Další úpravu výše uvedeného zákona o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování chystala v době psaní této diplomové práce místopředsedkyně Senátu a víceprezidentka Svazu pacientů České republiky Alena Gajdůšková. Cílem novely bylo umožnit před svědky nevléčitelně nemocných pacientů písemné stvrzení toho, že si „nepřejí, aby jejich léčba pokračovala za každou cenu“.<sup>67 68</sup>

Názory odborné veřejnosti na legalizaci eutanazie se rozcházejí. Podívejme se nyní blíže na názory odborníků zabývající se problematikou eutanazie, jimiž jsou zejména odborníci v oblasti lékařství a teologie. Současně tak zmíníme názory některých kandidátů na prezidenta České republiky pro období 2013-2017.<sup>69</sup>

**Prof. PhDr. Tomáš Halík, Th.D.** (teolog, sociolog) - se k zákonnému řešení eutanazie staví negativně zejména z důvodu nepřesného terminologického vymezení eutanazie. Podle Halíka se neustále směřuje pasivní eutanazie s eutanazií aktivní. Sociolog dodává, že za určitých okolností je pasivní eutanazie eticky přípustná. Aktivní eutanazii považuje za neakceptovatelnou zejména z důvodu možnosti jejího strašlivého zneužití.<sup>70</sup>

**MUDr. Marie Svatošová**, lékařka a zakladatelka Hospicové hnutí v České republice, je proti eutanazii: „Místo zákona o eutanazii potřebujeme kvalitní péči a uzdravení mezilidských vztahů.“<sup>71</sup>

**Doc. MUDr. Marta Munzarová, CSc.** (profesorka, přednostka Ústavu lékařské etiky Lékařské fakulty Masarykovy univerzity v Brně) - je radikálním odpůrcem eutanazie. Podle ní je důležité proti těžkému umírání bojovat rozvojem paliativní péče a hospicového hnutí: „Měli bychom pevně a bezvýhradně oponovat legalizaci eutanazie, která by byla nejen zbytečnou, ale i nebezpečnou. Spíše bychom měli důsledně podporovat programy k výchově v paliativní medicíně a v paliativní péči a ne se slepě přidávat k hysterickým snahám o dekriminlizaci eutanazie.“<sup>72</sup>

---

<sup>67</sup> „Gajdůšková...“ 2012

<sup>68</sup> K datu vyhotovení této práce daná novela nenabyla účinnosti.

<sup>69</sup> Názory některých kandidátů přikládám proto, že občany České republiky čeká v lednu příštího roku první přímá volba prezidenta od roku 1918. Jejich volba tak může ovlivnit další vývoj problematiky legalizace eutanazie v České republice.

<sup>70</sup> Jirásková, T. „Euthanasie...“ 2012 a dále osobní e-mailová korespondence s Prof. PhDr. Tomášem Halíkem, Th.D.

<sup>71</sup> Moravec, V. „Marie...“ 2012.

<sup>72</sup> Munzarová, M. *Vybrané kapitoly z lékařské etiky I: Smrt a umírání*, s. 53.

**Prof. MUDr. Pavel Pafko, DrSc.** (přední český chirurg) podporuje svobodné rozhodování v otázce smrti: „Je rozdíl mezi úmyslným zabitím člověka, to je vražda, a eutanazií, kdy jde o ukončení života pacienta na jeho přání. Člověk má ukončit svůj život, když se pro to rozhodne.“<sup>73</sup>

**Prof. PhDr. RNDr. Helena Haškovcová, CSc.** (bioložka, filosofka, profesorka lékařské a zdravotnické etiky) vnímá celou diskusi o eutanazii za chaotickou: „Eutanazie je souhrnný pojem pro celou řadu naprosto rozdílných situací. Souhlasím s tím, že mnoho lidí trpí, někteří dokonce zbytečně, a že dívat se na jejich utrpení není jednoduché. To je možná ten důvod, proč někteří volají po eutanázii. Já jsem naopak pro šíření myšlenek paliativní pomoci a paliativní péče. Pak by možná lidé tolik nehorovali pro eutanázii. Z etického hlediska považuji za vrcholnou nemravnost, aby člověk v mírových podmínkách prosil o svou smrt.“<sup>74</sup>

**Česká lékařská komora:** „Lékař u nevléčitelně nemocných a umírajících účinně tiší bolest, šetří lidskou důstojnost a mírní utrpení. Vůči neodvratitelné a bezprostředně očekávané smrti však nemá být cílem lékařova jednání prodlužovat život za každou cenu. Eutanazie a asistované suicidium nejsou přípustné. (...) Eutanazie i asistované suicidium jsou projevem selhání. (...) Civilizovaný stát musí chránit život a ne legalizovat jeho likvidaci.“<sup>75</sup>

**Mgr. Jiří Dienstbier** (politik, senátor, místopředseda ČSSD, kandidát na prezidenta ve volbách pro rok 2013) - jako jeden z mála kandidátů na prezidenta zastává pozitivní stanovisko k otázce eutanazie: "Nemocný a trpící člověk by měl mít právo na rozhodnutí a neměli bychom ho za to příkře soudit."<sup>76</sup>

**Ing. Jan Fischer, CSc.** (statistik a politik, kandidát na prezidenta ve volbách pro rok 2013): „Jde o nesmírně citlivé téma. Nikomu nepřeji, aby se díval na utrpení blízkých, jež se zdá být k nesnesení. Přesto pro eutanazii nejsem, nedovedu se odpoutat od děsivých příkladů jejího zneužití v minulém století.“<sup>77</sup>

---

<sup>73</sup> Petrášová, L. - Dolejší, V. „Eutanazie...“ 2012.

<sup>74</sup> Štráfeldová, M. „Eutanazie...“ 2012.

<sup>75</sup> Munzarová, M. *Eutanazie, nebo paliativní péče?*, s. 58-59.

<sup>76</sup> Trachtová, Z. - Topinková, M. „Franz...“ 2012.

<sup>77</sup> „Kandidáti...“ 2012

**Karel Schwanzerberg** (ministr zahraničí, předseda strany TOP 09, kandidát na prezidenta ve volbách pro rok 2013): „Nevidím možnost legalizace eutanazie. Jsou však případy, kde je opravdu na svědomí a odpovědnosti lékaře, kdy přestává mít smysl uměle udržovat život.“<sup>78</sup>

Vzhledem k tomu, že problematika eutanazie je nejčastěji diskutována v rovině ANO či NE, je nutné se hlouběji zaměřit na argumenty PRO a PROTI eutanazii.

### 3.3 Argumenty pro povolení eutanazie

Argumentů pro legalizaci eutanazie existuje celá řada. Nejčastěji je myšlenka *smrti z milosti* ospravedlňována ze dvou důvodů, a to **autonomie lidské bytosti** a **pomoci druhému člověku**.

Princip autonomie vychází z tvrzení, že člověk je bytostí, která má v určitých mezích svrchované právo zacházet se svým životem tak, jak považuje za vhodné. Jednou z mezí je, že člověk nemůže se svým životem nakládat takovým způsobem, aby omezoval druhé. Zásadním problémem je zúžené chápání výše uvedeného významu autonomie, a to ve smyslu „nebýt omezován jakýmikoli nároky či obecnými zákony, ...“<sup>79</sup>. Günter Virt upozorňuje, že v rámci současných diskusí o autonomii nabýváme dojmu, že je třeba chápat jakákoliv přání člověka a že pacient může lékaře považovat za vykonavatele svých přání.<sup>80</sup> Domnívám se proto, že na jedné straně člověk chce mít svůj život ve vlastních rukách, na straně druhé se však snaží odpovědnost za své činy přenést na jiné. Hovoříme-li o autonomii v rámci eutanazie, dle Pollarda je nutné mít na paměti, že nelze uplatňovat následující práva:

1. právo jedné osoby zabít druhou, na požádání
2. právo žádat někoho jiného, aby se zaměřil na ukončení něčího života
3. právo zabít nezpůsobilou osobu
4. uplatňovat právo jednoho člověka rozhodovat jménem jiné osoby.<sup>81</sup>

Brian Pollard zmiňuje, že jelikož žádost o vlastní usmrcení není závazná, člověk, který o ni byl požádán jako subjekt samostatné morální odpovědnosti, se musí autonomně rozhodnout, zda žádost podstoupí. Z tohoto důvodu má „eutanazie máloco společného

---

<sup>78</sup> „Kandidáti...“ 2012

<sup>79</sup> Špinková, M. - Špinko, Š. *Euthanasie: Víme, o čem mluvíme?*, s. 21.

<sup>80</sup> Günter, V. *Žít až do konce: Etika umírání, smrti a eutanazie*, s. 19.

<sup>81</sup> Pollard, B. *Eutanazie - ano či ne?*, s. 92.

s autonomií toho, kdo ji žádá, a **vždycky závisí na autonomii toho, kdo ji poskytne.**<sup>82</sup> Günter Virt dodává, že je nesmyslné argumentovat autonomií ve prospěch eutanazie proto, že by usmrcení na přání pacienta muselo být vyhověno vždy a nejen v případech neléčitelných a těžko snesitelných chorob.<sup>83</sup>

Pomoc jinému člověku je druhým nejčastějším argumentem zastánců eutanazie. Právě tento argument dosvědčuje, že eutanazie není záležitostí individuální, ale vztahovou, a to proto, že jsme v životě provázáni s druhými. Lidé nacházející se ve stavu nevléčitelné nemoci prožívají velmi často strach, úzkost, depresi, nejistotu a bolesti<sup>84</sup>. Volání nemocných o pomoc pak vede k soucitu s pacienty. Problémem je, že žádost o eutanazii je jen u menšiny pacientů míněna doslova. Podle zkušených lékařů se naopak jedná o žádost o lepší pomoc. Chceme-li předcházet žádostem o eutanazii, je důležité si zodpovědět následující otázky: „*O jaký typ pomoci nemocný volá?*“, „*Jaké je jeho skutečné přání?*“, „*Naslouchali jsme nevysloveným úzkostem pacienta?*“, „*Neexistuje možnost vhodnější a lepší péče pro nemocného?*“, „*Nevnucujeme mu vlastní řešení, o které nemá zájem?*“. Helena Haškovcová tvrdí, že kdyby pacienti byli více informováni o paliativní péči, s velkou pravděpodobností by nepřemýšleli o „rychlém“ a „elegantním“ ukončení lidského života.<sup>85</sup> Zároveň upozorňuje, že soucitem nemusí být postižen pouze ten, koho nemocný prosí, ale právě sám trpící vůči pečujícím. Špinkovi spatřují zásadní problém v tom, že jsme smrt vyhnali ze svého života, a proto si nevíme rady s vlastní konečností a smrtelností a zároveň neumíme dobře naslouchat a rozumět přáním a potřebám trpících a umírajících.<sup>86</sup> Podle Marie Svatošové stojí za žádostmi o „rychlou smrt“ nezájem a neúcta k člověku jako jedinečné a neopakovatelné bytosti.<sup>87</sup>

Mezi další argumenty ve prospěch povolení eutanazie jsou řazeny např. právo zemřít či finanční náklady na léčbu. Pollard uvádí: „Chtít ukončit životy lidí jako úspěšné opatření, to dává volání po soucitu trpkou a otrlou příchuť. Fyzicky a emocionálně postižení lidé stojí společnost jenom zlomek výdajů, které na ni uvalují osoby znetvořené

---

<sup>82</sup> Pollard, B. *Eutanazie - ano či ne?*, s. 92; zvýraznění autorky.

<sup>83</sup> Günter, V. *Žít až do konce: Etika umírání, smrti a eutanazie*, s. 19.

<sup>84</sup> Mnozí odborníci se shodují, že většinu nesnesitelných bolestí lze v dnešní době terapeuticky zvládnout a jen u malé části pacientů přetrvávají tzv. nezvladatelné bolesti. Haškovcová, H. *Thanatologie: Nauka o umírání a smrti*, s. 140.

<sup>85</sup> Haškovcová, H. *Thanatologie: Nauka o umírání a smrti*, s. 135.

<sup>86</sup> Špinková, M. - Špinková, Š. *Euthanasie: Víme, o čem mluvíme?*, s. 24.

<sup>87</sup> Svatošová, M. *Hospice a umění doprovázet*, s. 36.

morálně.<sup>88</sup> Odvrácenou stránkou je skutečnost, že i v České republice jsou zveřejňovány statistické údaje o tom, jak jsou finanční náklady na péči v závěru života vysoké. Není tedy překvapující, že argumenty tohoto typu podněcují veřejnost ke zkratkovitému řešení.

### 3.4 Argumenty proti povolení eutanazie

Nebezpečí pramenící z legalizace eutanazie je spojováno nejčastěji s tzv. **kluzkým svahem**. Již v samotném termínu je vystižen obsah významu, že každý vstup na kluzký svah vede k dalšímu uklouzávání. V případě eutanazie to znamená, že umožníme-li lékařům ukončovat životy pacientů na jejich vlastní přání, rozhodně tato možnost povede k jejímu rozšíření. Existuje totiž riziko, že eutanazie bude zneužita a využívána k ukončení života těžce postižených novorozenců, lidí senilních či mentálně retardovaných. Nebezpečí kluzkého svahu je obsaženo v prohlášení nizozemského Ministerstva zahraničí z roku 2001: „Ukončení života pacienta, jehož utrpení je především rázu psychického nebo jehož schopnost vyjádřit řádně uváženou žádost by mohla být ochromena, např. depresí nebo počínající demencí, by mělo být hlášeno v souladu s procedurou pro ukončování života bez explicitní žádosti nemocného. Toto se rovněž uplatňuje, pokud byl nemocný dítětem.“<sup>89</sup> Nejenže se zde jedná o jinou formu hlášení, která není v souladu s výše uvedenými zásadami<sup>90</sup>, ale zároveň se tím oslabuje tolik vyzdvihované dobro nemocného a respekt k jeho autonomii.

Řada odpůrců eutanazie se zároveň odvolává na hrůzné nacistické činy první poloviny dvacátého století. Argumentují, že jako tehdy i dnes se jedná o rozhodování o tom, kdo bude žít a kdo nikoliv. Současně tak poukazují na skutečnost, že jako za nacismu i dnes rozhoduje kvalita života. Tam, kde kvalita není, lze uvažovat o zabití. Marta Munzarová zdůrazňuje, že v dnešní době je nutné myslet na slova bostonského neurologa a psychiatra Lea Alexandra, poradce a pozorovatele na Norimberském soudu s lékaři v letech 1946-1947: „Ať již tyto zločiny doznaly jakýchkoliv rozměrů, bylo všem, kteří je vyšetřovali, jasné, že **vždy začínaly v nepatrných počátcích**. (...) Vše začínalo přijetím postoje, podstatným v akci eutanazie, že totiž existuje život nehodný života. Tento postoj se zpočátku týkal pouze těžce a chronicky nemocných. Postupně se sféra těch, kteří byli zahrnováni do téže kategorie, rozšiřovala o lidi neproduktivní, ideologicky nežádoucí, rasově nežádoucí a nakonec všechny ne-Němce. Ale **je třeba si uvědomit, že právě oním**

---

<sup>88</sup> Pollard, B. *Eutanazie - ano či ne?*, s. 106.

<sup>89</sup> Munzarová, M. *Zdravotnická etika od A do Z*, s. 123.

<sup>90</sup> Viz kapitola Legalizace eutanazie ve světě, s. 20.

**prvním krokem, z něhož další celý způsob myšlení získal impuls, byl postoj k nevléčitelně nemocnému.** A je to právě tento zdánlivě nevelký posun v důrazu na postoj lékaře, který je třeba pečlivě zkoumat...<sup>91</sup>.

Na závěr problematiky legalizace eutanazie provádím shrnutí důvodů bránících uzákonit eutanazii kdekoli na světě.

1. Právo na eutanazii nevychází z právní vědy.
2. I kdyby došlo k prohlášení práva na eutanazii za legální, vždy by zůstalo nemorálním.
3. Každý důležitý lékařský problém zahrnuje i složku mravní. Je povinností lékařské profese, aby zaručila odborný přístup k nemocným a umírajícím. Pak se eutanazie stane zbytečnou. Na druhé straně by nemocný měl mít plné právo odmítnout léčbu, která vede k protahování umírání.
4. Eutanazie není autonomním výběrem, jelikož nemocní jsou mnohem více ochotni akceptovat nápady druhých.
5. Uzákonění eutanazie by znamenalo posílit lékařskou moc.
6. Eutanazie není „smrtí milosrdnou“ ani „soucitnou“.
7. Kluzký svah není pohádkou. Byl jednoznačný v rámci eutanazie jak za nacismu, tak v době postmoderní.
8. Eutanazie není smrtí důstojnou.
9. Eutanazie není soukromou záležitostí.
10. Eutanazie je v přímém protikladu s náplní lékařství.<sup>92</sup>

---

<sup>91</sup> Munzarová, M. et al. *Proč Ne eutanazii aneb Být, či nebýt?*, s. 39-40; zvýraznění autorky.

<sup>92</sup> Pellegrin in Munzarová, M. *Eutanazie, nebo paliativní péče?*, s. 51-55.

## 4. Paliativní péče a hospice

### 4.1 Definice a cíle paliativní péče

V povědomí společnosti má těžce nemocný a umírající jedinec dvě možnosti. V prvním případě bude umírat v nesnesitelných bolestech a trápení, ve druhém bude milosrdným způsobem zabit a unikne tak utrpení. Vzhledem k tomu, že o třetí možnosti v podobě paliativní péče se uvažuje minimálně, je nutné se s ní blíže seznámit.

Termín paliativní péče pochází z latinského *pallium* - maska, pokrytí, zakrytí pláštěm. Cílem této péče je „maskovat účinky „neléčitelné“ choroby a poskytnout plášť těm trpícím, kterým nemohlo být pomoheno léčbou kurativní (léčba, která vede k vyléčení).“<sup>93</sup> Na základě výše uvedeného se nabízí otázka, kdy se má s kurativní léčbou přestat. Johannes Bonelli, ředitel Nemocnice sv. Alžběty ve Vídni a přednosta interního oddělení této nemocnice, stanovil podmínky, za kterých je možné ukončit léčbu kurativní:

1. Léčba nemá dále smysl, pokud nedává opravdovou šanci na uzdravení ani na prodloužení života.
2. Léčba nemá dále smysl, když vynaložené úsilí přestává být úměrné očekávanému výsledku léčby.
3. Léčba nemá smysl, když pacient umírá, tedy v situaci, kdy bezprostředně a nevyhnutelně nastává smrt. Prodlužování života by v takovém případě znamenalo prodlužování procesu umírání.<sup>94</sup>

Podle definice Rady Evropy z roku 1999 je paliativní péče „aktivní, na kvalitu života orientovaná péče poskytovaná nemocným, kteří trpí nevléčitelnou chorobou v pokročilém nebo terminálním<sup>95</sup> stádiu.“<sup>96</sup> Světová zdravotnická organizace vymezuje paliativní medicínu jako „aktivní a komplexní lékařskou a ošetrovatelskou péči a doprovázení pacientů od chvíle, kdy jejich choroba již nereaguje na terapeutické zásahy. Pak převládá význam léčby bolesti a zvládnání dalších doprovodných symptomů a zmírňování psychických, sociálních a duchovních problémů. Hlavním cílem paliativní medicíny a paliativní péče je tedy realizace co možná nejlepší kvality života pro pacienta i jeho blízké... Chce pacienta podporovat, aby mu umožnila pokud možno autonomní život

---

<sup>93</sup> Munzarová, M. et al. *Proč Ne eutanazii aneb Být, či nebyt?*, s. 41.

<sup>94</sup> Bonelli in Šipr, K. - Mičo, M. - Krumpolc, E. *Aktuální bioetické texty: Deklarace o eutanazii*, s. 33.

<sup>95</sup> V terminálním stádiu dochází k postupnému nevratnému zhoršování celkového stavu v důsledku selhávání jednoho nebo více funkčních systémů. Terminálním stádiem rozumíme poslední dny a týdny nemoci.

<sup>96</sup> Špinková, M. - Špinka, Š. *Euthanasie: Víme, o čem mluvíme?*, s. 32.



až do smrti, a stát po boku jeho blízkým, aby se mohli lépe vyrovnat s nemocí a smutkem.<sup>97</sup> K základním úkonům paliativní péče patří:

1. Zajistit úlevu od bolesti a od jiných symptomů.
2. Pohlížet na smrt jako na součást života.
3. Integrovat psychologické a spirituální aspekty do péče o pacienta.
4. Podporovat umírající v jejich aktivitách až do smrti.
5. Podporovat rodiny umírajících.
6. Snažit se o zlepšení kvality života umírajících.
7. Neurychlovat ani neodsunovat smrt.
8. Používat týmový přístup v řešení potřeb nemocných a jejich rodin.
9. Aplikovat paliativní péči v časných fázích choroby v propojení s řadou jiných léčebných postupů, jejichž cílem je prodlužovat život (např. chemoterapie, radioterapie).<sup>98</sup>

Uvedené definice dokazují, že význam paliativní péče dostal určitého rozšíření, a to zejména v oblasti spektra chorob a rozšíření časového úseku v průběhu nemoci. V současné době není paliativní péče zaměřena pouze na pacienty s onkologickým onemocněním, ale na všechny, kteří trpí progresivní chronickou nemocí. Současně tak je kladen důraz na to, že je třeba paliativní péči zahájit nikoliv až v posledních dnech a týdnech života, ale u všech pacientů s onemocněním ohrožujícím jejich život.<sup>99</sup>

## 4.2 Z historie paliativní péče

I přesto, že paliativní medicína patří k nejstarším lékařským oborům, je na ni pohlíženo jako na novou disciplínu. Důvodem tohoto faktu je, že až do novověku medicína reflektovala, že její možnosti vyléčit nemocné jsou omezené. Současně tak si ale byla vědoma, že je třeba mírnit fyzické a psychické utrpení pacienta. Druhá polovina dvacátého století s sebou přinesla obrovské úspěchy v lékařství. V souvislosti s daným pokrokem se rozšířilo spektrum nemocí, které je v dnešní době možno vyléčit. Odvrácenou stránkou moderní medicíny je, že „na rozdíl od technického pokroku v diagnóze a terapii se často nevěnuje pozornost oblasti psychologie a komplexního přístupu k lidské osobnosti.“<sup>100</sup> Z výzkumu veřejného mínění zaměřeného na problematiku péče o nevyléčitelně nemocné

---

<sup>97</sup> Virt, G. *Žít až do konce: Etika umírání, smrti a eutanazie*, s. 39-40.

<sup>98</sup> Munzarová, M. *Eutanazie, nebo paliativní péče?*, s. 62.

<sup>99</sup> Kalvach, Z. et al. *Umírání a paliativní péče v ČR (situace, reflexe, vyhlídky)*, s. 8.

<sup>100</sup> Rotter, H. *Důstojnost lidského života*, s. 11.

a umírající pacienty v českém zdravotnictví, který byl realizován v roce 2003 a jehož se zúčastnilo 1283 respondentů, vyplývá, že 66 % dotázaných nepovažuje za dostatečnou věnovanou pozornost psychosociálnímu strádání nemocných a jejich rodinám. Pouze necelá 4 % dotázaných zastává názor, že péče o psychickou stránku terminálně nemocných a umírajících je skutečně dostatečná.<sup>101</sup>

Základní principy a postupy moderní paliativní péče byly stanoveny v 60. a 70. letech 20. století. V té době došlo k velkému nárůstu kritiky lékařů a nemocničních zařízení za jejich špatnou péči o nemocné v terminální fázi onemocnění. Reakcí na sílící nespokojenost bylo v roce 1967 otevření prvního moderního Hospice svatého Kryštofa v Londýně (St. Christopher's Hospice), o jehož založení se zasloužila Cicely Saundersová. Hospic svatého Kryštofa se stal prvním všem dostupným hospicem zajišťující komplexní paliativní péči. Ve vyspělých zemích světa se začalo stále častěji pohlížet na paliativní péči jako na závažné zdravotnické téma. V roce 1999 Rada Evropy publikovala deklaraci s názvem *O ochraně lidských práv a důstojnosti nevyléčitelně nemocných a umírajících (Charta práv umírajících)*, v níž jsou stanovena práva pacienta na celkovou paliativní péči. Deklarace zároveň vyzývá vlády a politiky členských zemí k podpoře rozvoje vzdělávání a výzkumu v oblasti paliativní péče. Světová zdravotnická organizace v roce 2002 prohlásila paliativní péči za prioritní oblast rozvoje ve zdravotnictví. Současně tak se zvyšoval zájem o výstavbu podobných zařízení jako v Londýně. Odhaduje se, že v současné době existuje ve více jak 90 zemích světa zhruba 7000 zařízení hospicové a paliativní péče.<sup>102</sup>

V České republice se paliativní péče začala rozvíjet teprve na počátku 90. let 20. století v souvislosti s výstavbou prvního oddělení paliativní péče v rámci Nemocnice tuberkulózy a respiračních nemocí v Babicích nad Svitavou u Brna (1992). V říjnu roku 1995 se v Brně konal první brněnský den paliativní medicíny. Od roku 2001 působí ve Fakultní nemocnici Brno Sekce paliativní medicíny v rámci Společnosti pro výzkum a léčbu bolesti. V roce 2004 došlo k ustanovení samostatného oboru *Paliativní medicína a léčba bolesti*. I přesto, že v současné době existuje v naší zemi kvalitní paliativní péče, je dostupná pouze minimálnímu počtu občanů. Z tohoto důvodu je podle Slámy a Špinky třeba podporovat změny v následujících oblastech:

1. Vzdělávání zdravotníků a dalších pečujících profesí.

---

<sup>101</sup> Kalvach, Z. et al. *Umírání a paliativní péče v ČR (situace, reflexe, vyhlídky)*, s. 30.

<sup>102</sup> Kalvach, Z. et al. *Umírání a paliativní péče v ČR (situace, reflexe, vyhlídky)*, s. 11.

2. Působení na odbornou veřejnost prostřednictvím lékařských společností.
3. Podpory rozvoje různých forem péče o umírající osoby v odlišných prostředích (domácí paliativní péče, specializované lůžkové paliativní péče atp.).
4. Sledování a vyhodnocování péče o terminálně nemocné a umírající.
5. Soustavné popularizace moderní paliativní péče.
6. Využívání osvědčených postupů ze zahraničí.<sup>103</sup>

### 4.3 Druhy paliativní péče

Z hlediska komplexnosti péče potřebné k zachování dobré kvality života se paliativní péče dělí na obecnou a specializovanou.

Obecná paliativní péče je zajišťována pacientům v pokročilém stádiu onemocnění všemi zdravotníky v rámci jejich jednotlivých odborností. K základním úkolům obecné paliativní péče patří sledování, rozpoznání a ovlivňování všech aspektů majících dopad na kvalitu pacientova života (např. citlivá a empatická komunikace s pacientem a jeho rodinou, respekt k pacientově autonomii apod.).

Specializovaná paliativní péče je interdisciplinární péče poskytována týmem odborníků (lékař, sestry, sociální pracovník, fyzioterapeut aj.) speciálně vyškolených v otázkách paliativní medicíny. Specializovaná paliativní péče je poskytována v následujících zařízeních:

- Zařízení domácí paliativní péče (domácí hospic) zajišťuje specializovanou paliativní péči v domácím prostředí formou návštěv lékaře, sester, ošetřovatelů a dalších odborníků. Předpokladem pro kvalitní domácí péči je dobré rodinné zázemí. Problematika domácí péče spočívá v tom, že velmi často dochází k vyčerpání sil pečující rodiny.
- Denní stacionář paliativní péče - péče spočívá v tom, že pacient je přijat do stacionáře ráno a odpoledne či k večeru se vrací domů. Dopravu pacienta zajišťuje rodina či stacionář. Tato forma péče je vhodná pro nemocné v místě stacionáře nebo v jeho blízkém okolí.

---

<sup>103</sup> Sláma, O. - Špínka, Š. *Koncepce paliativní péče v ČR: Pracovní materiál k odborné a veřejné diskusi*, s. 15-16.

- Hospic (samostatně stojící lůžkové zařízení) poskytuje specializovanou paliativní péči pacientům v preterminální a terminální fázi onemocnění v případě, že není možná domácí či stacionární péče.
- Oddělení paliativní péče v rámci jiných zdravotnických zařízení (nemocnice, léčebny) - v České republice poskytují tento typ paliativní péče pouze 2 oddělení, a to oddělení paliativní péče v rámci Nemocnice tuberkulózy a respiračních nemocí v Babicích nad Svitavou u Brna (od roku 1992) a oddělení paliativní péče v nemocnici Milosrdných sester sv. Karla Boromejského v Praze (od roku 2011).
- Konziliární tým paliativní péče v rámci zdravotnického zařízení (nemocnice, léčebny)
- Zvláštní zařízení specializované paliativní péče (specializované poradny, tísňové linky, aj.)<sup>104</sup>

Nabídka a dostupnost specializované paliativní péče v České republice je stále velmi nízká.

#### 4.4 Vznik a vývoj hospiců

V současné době dochází v souvislosti s bojem za dobrou a důstojnou smrt k rozvoji hospicového hnutí. Cílem hospicového hnutí je spolu s paliativní péčí pomoci nemocným a jejich rodinám v oblastech usnadnění umírání, přijetí smrti a vyrovnání se se ztrátou blízkého člověka. Cíle hospicové hnutí jdou ruku v ruce s cíli paliativní péče.

První hospice vznikaly již v samotném středověku. V té době však představovaly útulky pro poutníky, kteří využívali hospice jako místo odpočinku. V polovině 18. století založila Mary Aikdenheadová v Dublinu a Corcu nemocnici pro umírající, která byla nazvána Hospic. Na počátku 20. století došlo k otevření St. Joseph's Hospice (Hospic svatého Josefa) v Hackney (Londýně). K rozvoji hospicového hnutí výrazně přispěla v polovině 20. století Angličanka Cicely Saundersová, která se zasloužila o otevření prvního moderního hospice (Hospic Svatého Kryštofa). Od založení Hospice svatého Kryštofa v Londýně prošlo hospicové hnutí obrovským vývojem.<sup>105</sup>

<sup>104</sup> Sláma, O. - Špinka, Š. *Koncepce paliativní péče v ČR: Pracovní materiál k odborné a veřejné diskusi*, s. 24-25.

<sup>105</sup> Haškovcová, H. *Thanatologie: Nauka o umírání a smrti*, s. 45-46; Vorlíček, J. - Adam, Z. - Pospíšilová, Y. et al. *Paliativní medicína*, s. 511.

V počátcích bylo na hospice pohlíženo jako na „něco méně než nemocnice“. S rozvojem paliativní péče se však smýšlení o hospicích proměnilo na „něco více než nemocnice“ zejména proto, že hospice oproti nemocnicím poskytují možnost zvolit personál, který se dovede postarat o umírající a který vytvoří ovzduší lásky, péče, uznání a naděje. Marie Svatošová uvádí, že umírající potřebují jak nemocnice, tak i hospice, a to proto, že se k prospěchu pacienta vzájemně doplňují: „V určité fázi onemocnění se pacient bez nemocnice neobejde. Potřebuje vysoce odborné vyšetření a léčení.... (...) V určité fázi onemocnění však nemocniční pobyt ztrácí smysl. Je to tehdy, když doporučenou léčbu, např. paliativní, (...) lze aplikovat i doma.“<sup>106</sup>

Pojem hospic je velmi často asociován s „domem smrti“. Marie Svatošová k tomu dodává, že je zásadním omylem si myslet, že nemocný, který si přichází lehnout na hospicové lůžko, musí na něm i zemřít. Samozřejmě může, ale nemusí. Myšlenka hospice dle Svatošové vychází z úcty k životu a úcty k člověku jako jedinečné, neopakovatelné bytosti. Pacient nacházející se v hospici ví, že nebude trpět nesnesitelnou bolestí, za každých okolností bude respektována jeho důstojnost a v posledních chvílích života nezůstane osamocen. Filozofie hospiců spočívá v tom, aby poslední dny pacienta byly naplněny životem. Pracovníci hospiců kladou důraz na kvalitu života až do konce života pacienta, doslova až do posledního vydechnutí.<sup>107</sup>

Historie hospiců v České republice je vcelku krátká. Za úspěchy rozvoje hospiců u nás vděčíme Marii Svatošové. Marie Svatošová založila v roce 1993 občanské sdružení *Ecce homo*, jehož cílem je podporovat domácí péči a hospicové hnutí. První úspěchy slavilo občanské sdružení v roce 1995, kdy došlo k otevření prvního českého hospice s názvem Hospic Anežky české v Červeném Kostelci. V současné době nabízí hospicovou péči<sup>108</sup> v České republice 15 lůžkových hospiců. Zároveň se rozvíjí domácí (mobilní) hospicová péče.<sup>109</sup>

---

<sup>106</sup> Svatošová, M. *Hospice a umění doprovázet*, s. 126.

<sup>107</sup> Svatošová, M. *Hospice a umění doprovázet*, s. 123, 129.

<sup>108</sup> Hospicová péče je „forma paliativní péče, kterou tvoří souhrn lékařských, ošetrovatelských a rehabilitačně-ošetrovatelských činností, poskytovaných preterminálně a terminálně nemocným, u kterých byly vyčerpány možnosti kauzální léčby, ale pokračuje léčba symptomatická s cílem minimalizovat bolest a zmírnit všechny obtíže vyplývající ze základní diagnózy i jejich komplikací a zohledňující bio-psycho-spirito-sociální potřeby nemocného.“ „*Slovník...*“ 2012; Někteří autoři (např. Marie Svatošová) považují paliativní a hospicovou péči za jedno a totéž. Marta Munzarová naopak tvrdí, že „péče paliativní je pojem širší než péče hospicová, která je určena výhradně pro nemocné v konečném stavu choroby.“ Munzarová, M. et al. *Proč Ne eutanazii aneb Být, či nebýt?*, s. 42.

<sup>109</sup> Seznam lůžkových a domácích hospiců uveden v příloze č. 1, str. 75.

Na závěr problematiky paliativní péče a hospiců v kontextu legalizace eutanazie si dovolím připomenout slova Marty Munzarové: „Zatímco v Anglii (kolébce hospicového hnutí) se prakticky nevyskytují žádosti o eutanazii, v Nizozemí, kde hospicová péče donedávna nebyla vůbec rozvinuta, lékaři každoročně zabíjejí tisíce pacientů. (...) Legalizace eutanazie by byla nejen zbytečná, ale i nebezpečná. Uvažování o pouhé dvojí protichůdné možnosti, buď o smrti v bolestech anebo o eutanazii, se mohlo zdát pravdivým v době před rozvojem moderních metod paliativní péče. (...) Civilizované řešení spočívá v urychlení splnění programů paliativní péče a ne v rezignaci vůči tlakům pro eutanazii. (...) Výzvou naší civilizace je změnit péči o trpícího a umírajícího a ne legalizovat skutek, který by velmi snadno mohl nahradit schopnost paliace, soucitu a solidarity, vše to, co lidská bytost potřebuje v nejtěžších okamžicích života.<sup>110</sup> Podobné stanovisko zastává Brian Pollard: „Pokud by lékaři dobře komunikovali s pacienty a rodinami, respektovali pacientovu volbu, co se týče léčby, věděli, kdy nepokračovat s léčbou, která k ničemu dobrému nevede a/nebo je nechtěná, a byli dobře obeznámeni s principy paliativní péče, sotva by bylo vůbec třeba diskutovat o eutanazii.“<sup>111</sup>

---

<sup>110</sup> Munzarová, M. *Eutanazie, nebo paliativní péče?*, s. 70, 75-76.

<sup>111</sup> Pollard, B. *Eutanazie - ano či ne?*, s. 136.

## 5. Metodologie práce

Podíváme-li se na definici výzkumu, chápeme jej jako proces systematického zkoumání přírodních nebo sociálních jevů s cílem získat poznatky, jež popisují a vysvětlují svět kolem nás.<sup>112</sup> V následující části se proto pokusím zdůvodnit cíle svého výzkumu, výběr kvantitativní metody výzkumu, dále pak metody sběru dat a volbu výzkumného vzorku. V neposlední řadě seznámím čtenáře se zpracováním dat a závěry výzkumu.

### 5.1 Cíle šetření

V současné době se problematika eutanazie stává stále více diskutovanou. Prvotním cílem diplomové práce na téma Pohled společnosti na problematiku legalizace eutanazie bylo proto zjistit, jaké má společnost povědomí o eutanazii a jaký postoj k ní zaujímá. Výzkumné šetření by mělo odpovědět na otázku, jaká část veřejnosti s uzákoněním eutanazie souhlasí. Dále by mělo zmapovat, zda se názory na legalizaci eutanazie liší z hlediska náboženského vyznání, bydliště a věku. V neposlední řadě se šetření pokusí odhalit, zda osobní zkušenost s umíráním blízké osoby má vliv na souhlas s legalizací eutanazie. Druhým úkolem práce bylo zmapovat, zda se povědomí o problematice eutanazie a postojích k ní liší mezi laickou veřejností a zdravotníky.

### 5.2 Metody sběru dat a výzkumný vzorek

Pro získání názorů na problematiku legalizace eutanazie byla zvolena technika anonymního dotazníku. Výhodou dotazníkového šetření je, že nám umožňuje v poměrně krátkém čase získat velké množství informací. Nevýhodou techniky dotazování je velmi nízká návratnost dotazníků. Současně tak s sebou dotazování nese riziko, že otázky jsou zodpovězeny osobou, která nespadá do výzkumného vzorku. V neposlední řadě je dotazník nespolehlivý z toho důvodu, že je pro respondenty velmi snadné nechat některé otázky nezodpovězeny.<sup>113</sup>

Vlastní dotazník byl sestaven z 22 otázek.<sup>114</sup> Otázky dotazníku lze rozdělit do dvou částí. První část obsahuje 17 otázek týkajících se samotného tématu eutanazie. Druhá část dotazníku se týká identifikačních údajů respondentů.

---

<sup>112</sup> Hendl, J. *Přehled statistických metod zpracování dat: Analýza a metaanalýza dat*, s. 19.

<sup>113</sup> Disman, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost*, s. 141.

<sup>114</sup> Celé znění dotazníku je obsahem přílohy č. 2, s. 77.

Výzkumný vzorek tvořili respondenti starší 15 let. Respondenti byli dále rozčleněni na laiky a zdravotníky. Z důvodu zajištění variability výzkumného vzorku bylo záměrem práce vybrat respondenty z velkoměsta, středního města a venkova. Sběr dat proběhl v Praze (Středočeský kraj), Tachově (Plzeňský kraj) a Nové Roli (Karlovarský kraj). Šetření bylo realizováno ve výše uvedených lokalitách z důvodu jejich lepší přístupnosti. Výběr respondentů z řad laiků a odborníků byl proveden náhodně. Dotazníky byly distribuovány osobně či prostřednictvím rodinných příbuzných v obáčkách. Tento způsob distribuce byl zvolen z důvodu předpokladu vyšší návratnosti, která je srovnatelná s rozhovorem.<sup>115</sup> Respondenti měli na vyplnění 2 dny a poté jsem si opět osobně či za pomoci rodinných příslušníků dotazníky v obáčkách převzala.

### **5.3 Organizace výzkumu a zpracování dat**

Výzkumné šetření probíhalo ve dvou etapách. V tzv. pilotáži, která probíhala od 10. do 20. dubna 2012, bylo respondentům rozdáno 10 dotazníků (4 dotazníky zdravotníkům, 6 dotazníků laikům). Cílem pilotáže bylo zjistit, zda respondenti rozumí daným otázkám a zda je počet možných odpovědí k daným otázkám dostatečný. Vzhledem k tomu, že dotazník se ukázal jako funkční a nebylo třeba upravovat otázky, bylo všech 10 dotazníků zahrnuto do samotného výzkumu. Dotazníkové šetření probíhalo od 25. dubna 2012 do 30. května 2012. Celkem bylo rozdáno 330 dotazníků, vráceno 247. Celková návratnost tedy činí 74,8 %. Z důvodu neúplného vyplnění bylo vyřazeno 30 dotazníků. Do analýzy bylo celkem zahrnuto 217 dotazníků, které považuji za 100%.

Po shromáždění dat byla data z dotazníků kódována a následně uspořádána do datové matice ve statistickém programu SPSS 16.0. Poté proběhla podrobná analýza, při které byla data hodnocena za pomoci třídění prvního a druhého stupně<sup>116</sup>. Ke zpracování grafů byl použit program Microsoft Excel.

---

<sup>115</sup> Disman, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost*, s. 142.

<sup>116</sup> Ve svém šetření jsem si pro testování hypotéz zvolila hladinu  $\alpha = 0,05$  (5 %).

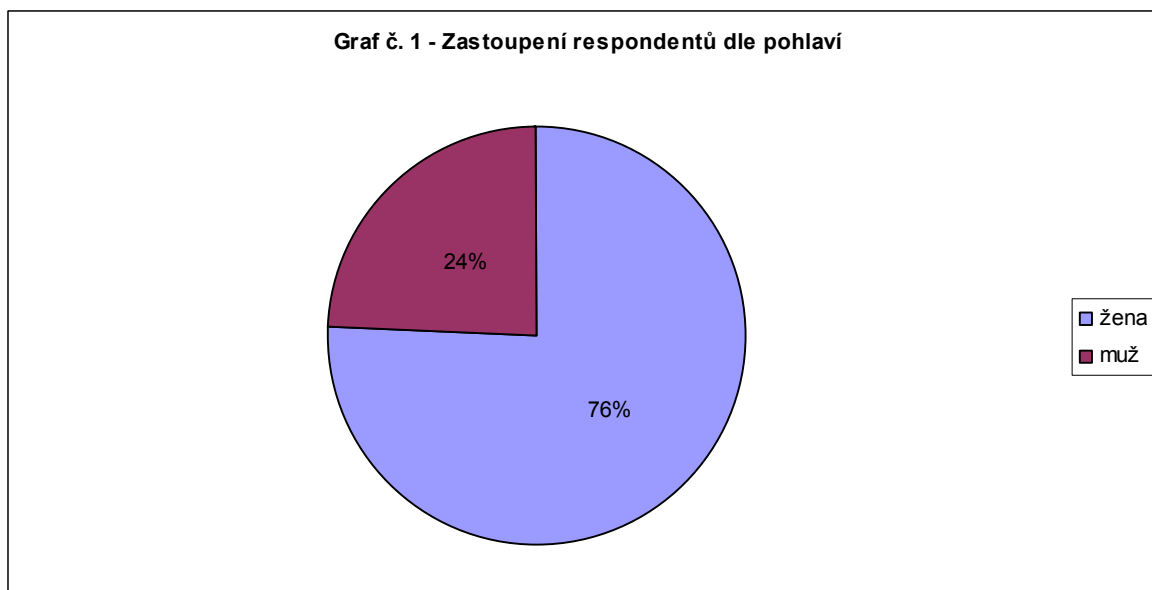


## 6. Výsledky empirického šetření

### 6.1 Interpretace výsledků týkajících se identifikačních údajů respondentů

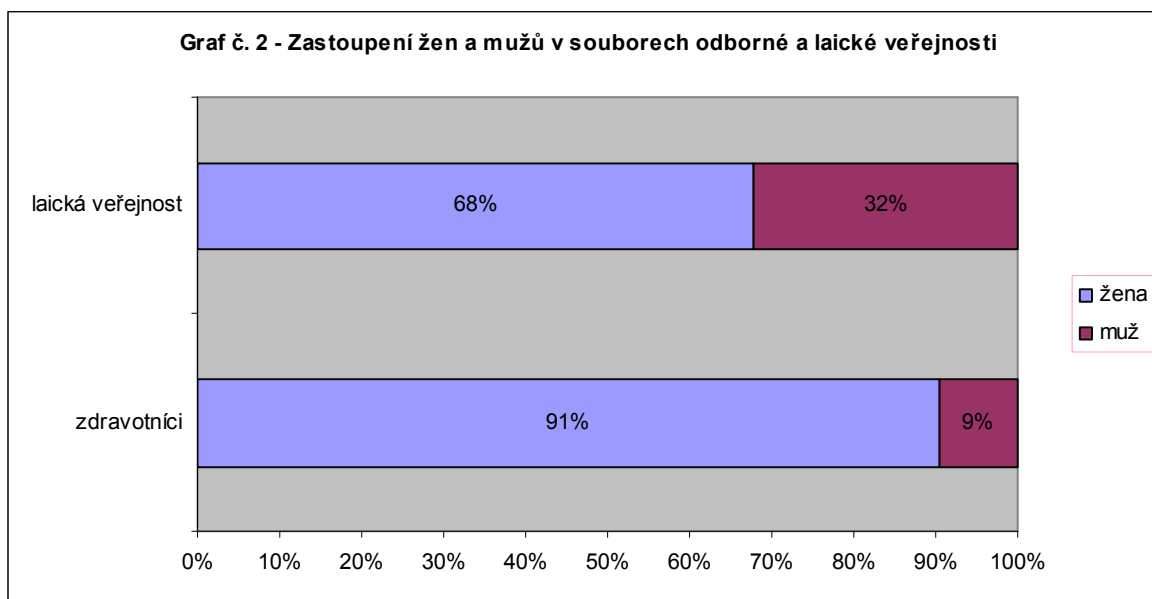
#### 6.1.1 Pohlaví respondentů

Z hlediska pohlaví byly v souboru jednoznačně více zastoupeny ženy. Z celkového počtu 217 respondentů bylo 76 % žen, mužů pak 24 %.



Zdroj: dotazníkové šetření (N = 217)

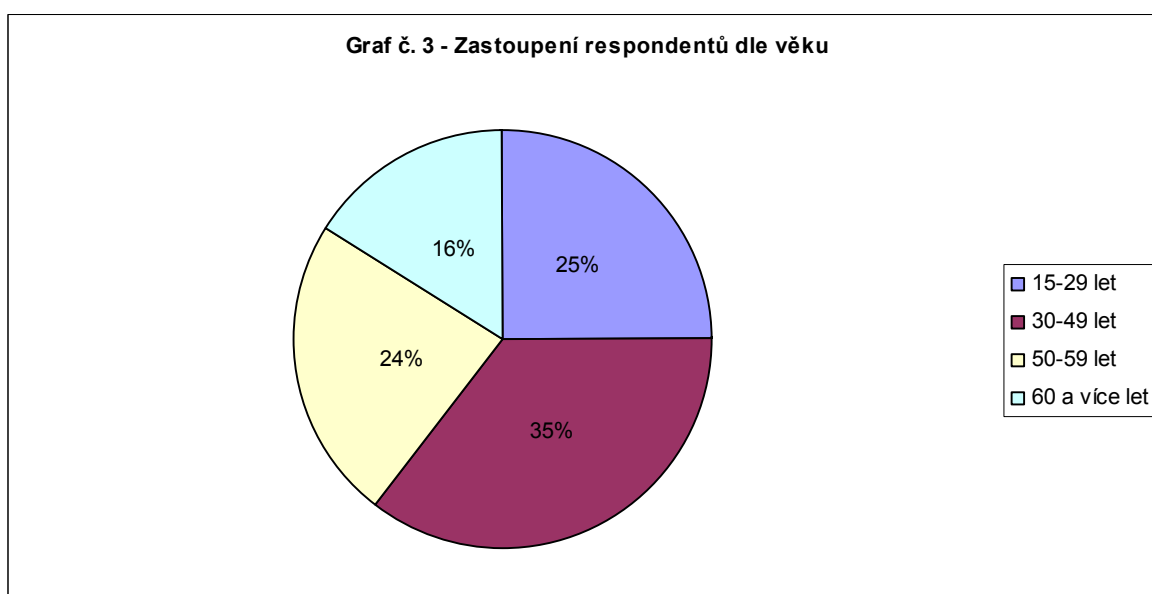
Graf č. 2 znázorňuje podíl žen a mužů v odborné a laické veřejnosti. Laická veřejnost byla v souboru zastoupena v 68 % případů ženami a ve 32 % případů muži. Odborná veřejnost byla reprezentována z 91 % ženami a z 9 % muži. Převaha žen ve skupině laiků je dána jejich větší ochotou ke spolupráci při vyplňování dotazníků oproti mužům. Ve skupině zdravotníků lze převahu žen zdůvodnit zejména charakterem povolání.



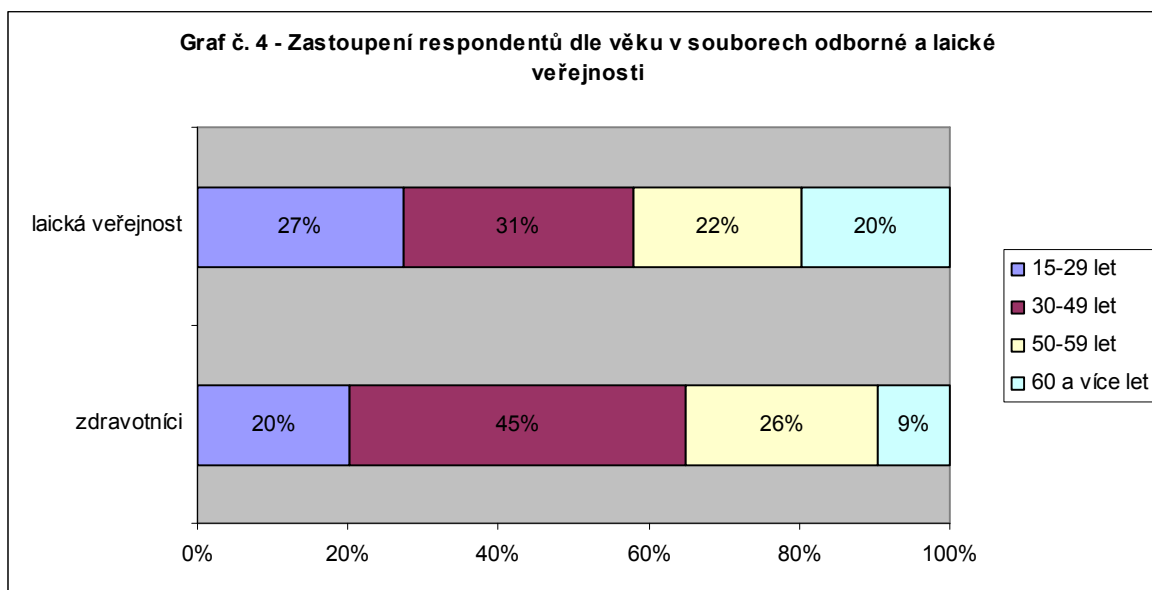
Zdroj: dotazníkové šetření (laická veřejnost: N = 143; zdravotníci: N = 74)

### 6.1.2 Věk respondentů

Věkové zastoupení respondentů je patrné z grafu č. 3 a 4. Šetření se zúčastnilo nejvíce respondentů ve věkové skupině 30 - 49 let, nejméně dotázaných bylo ve věku 60 a více let.



Zdroj: dotazníkové šetření (N = 217)

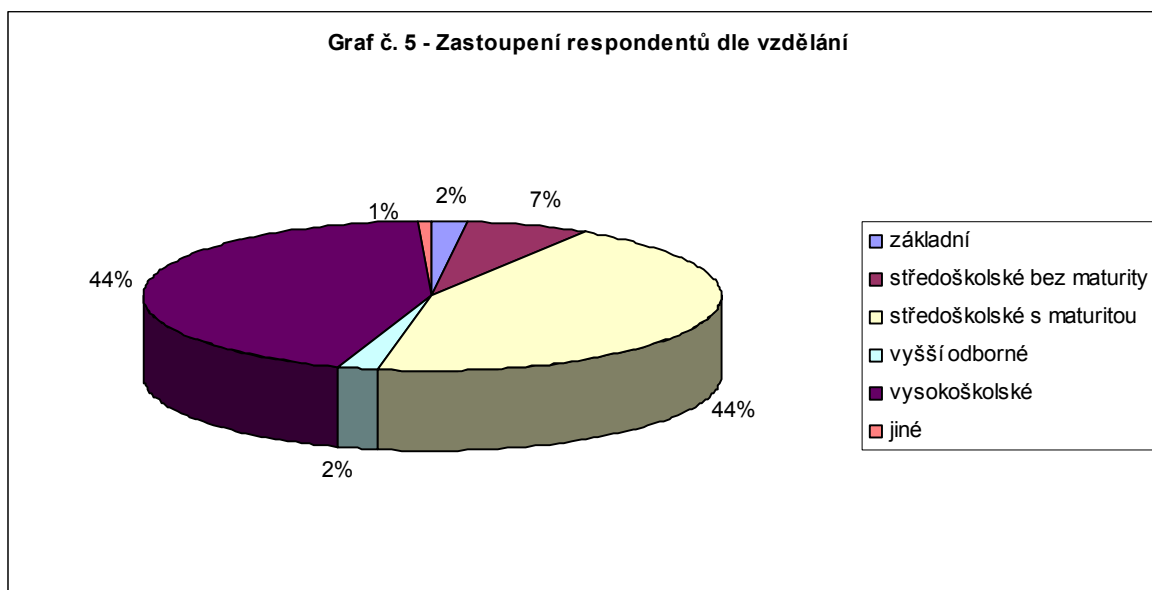


Zdroj: dotazníkové šetření (laická veřejnost: N = 143; zdravotníci: N = 74)

Pro analýzu možné souvislosti věku respondentů a jejich stanoviskem k možnosti eutanazie v ČR bylo nutné rekódovat proměnnou věku, neboť s původní proměnnou klesly očekávané četnosti ve 3 polích (25 %) příslušné kontingenční tabulky pod 5, což je porušením jednoho ze zásadních předpokladů chí-kvadrát testu, jenž měl být použit k analýze tabulky. Nicméně sloučením početně méně zastoupených věkových kategorií 50 - 59 let a 60 a více let byl tento problém odstraněn. Avšak ani po sloučení věkových kategorií chí-kvadrát test nulovou hypotézu v tomto případě nezamítl.

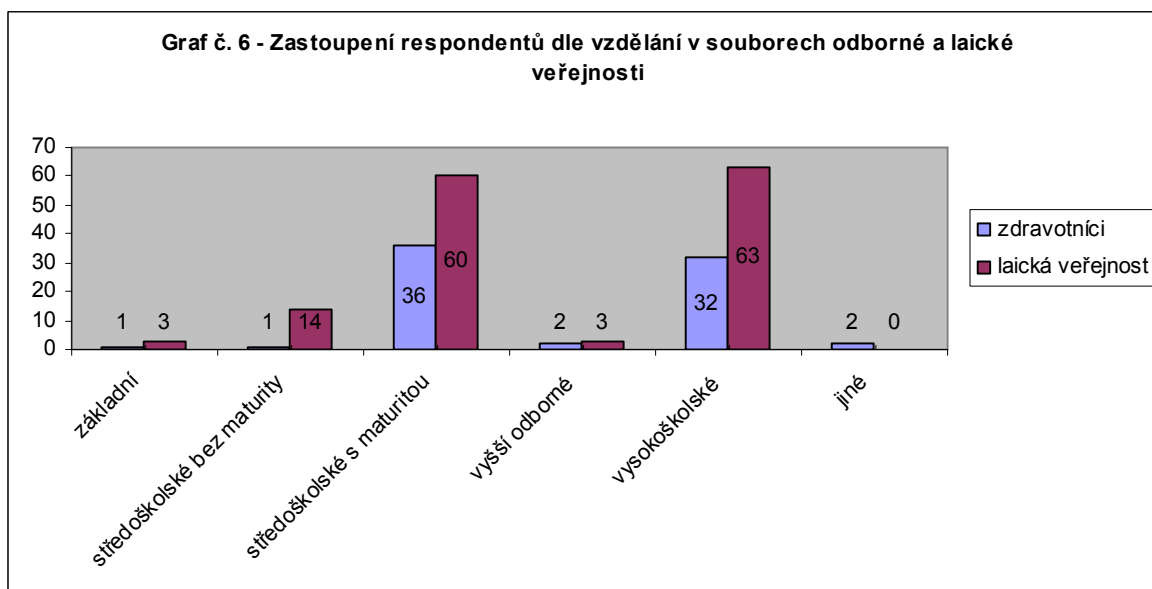
### 6.1.3 Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů

Graf č. 5 zobrazuje rozložení respondentů z hlediska nejvyššího dosaženého vzdělání. Nejvíce zastoupeni byli vysokoškolsky vzdělání respondenti (44 %) spolu s respondenty mající středoškolské vzdělání s maturitou (44 %).



Zdroj: dotazníkové šetření (N = 217)

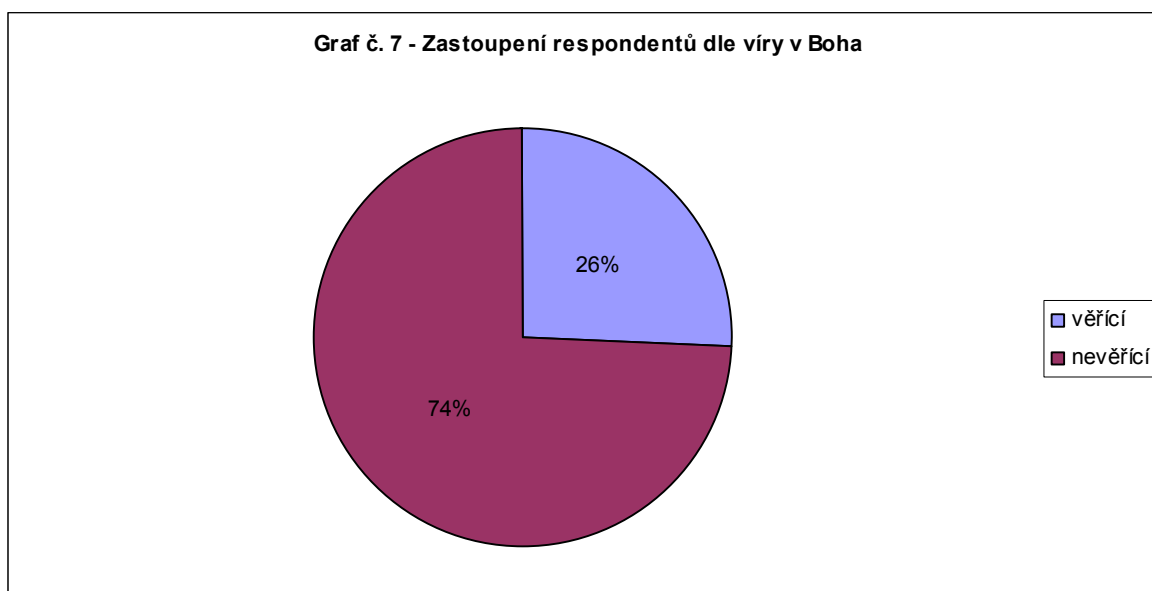
Graf č. 6 přibližuje zastoupení respondentů dle vzdělání v souborech laické a odborné veřejnosti. Pro lepší přehlednost jsou údaje v tomto grafu uvedeny v absolutních hodnotách. Relativně vysoký počet odborné veřejnosti se středoškolským vzděláním (36 respondentů ze 74) poukazuje na fakt, že dotazníky byly pravděpodobně vyplněny nejen z řad lékařů, ale i zdravotních sester.



Zdroj: dotazníkové šetření (laická veřejnost: N = 143; zdravotníci: N = 74)

#### 6.1.4 Náboženské vyznání respondentů

Z hlediska náboženského vyznání byl soubor respondentů zastoupen velmi nerovnoměrně. Z 217 respondentů bylo pouze 26 % věřících.

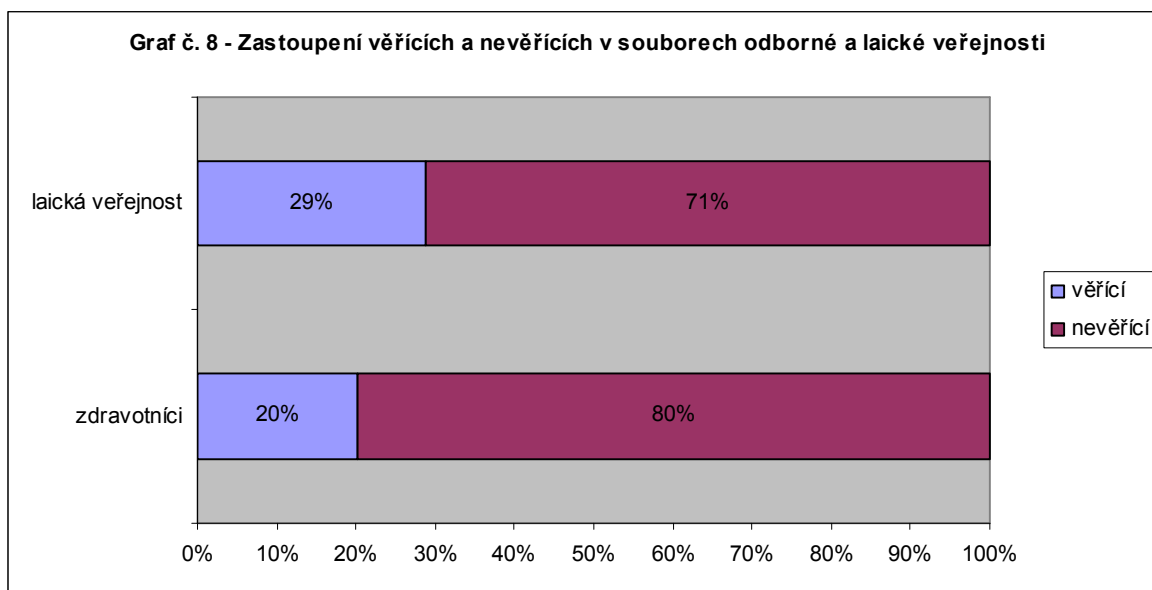


Zdroj: dotazníkové šetření (N = 217)

Mezi laickou veřejností bylo 29 % věřících, u odborné veřejnosti pak 20 %. Nízké zastoupení respondentů v kategorii *věřící* lze zdůvodnit faktem, že v České republice se na základě sčítání lidu v roce 2011 k víře hlásilo zhruba 21 % obyvatel.<sup>117</sup> Rozložení odpovědí je znázorněno v grafu č. 8.

---

<sup>117</sup> „Obyvatelstvo...“ 2012

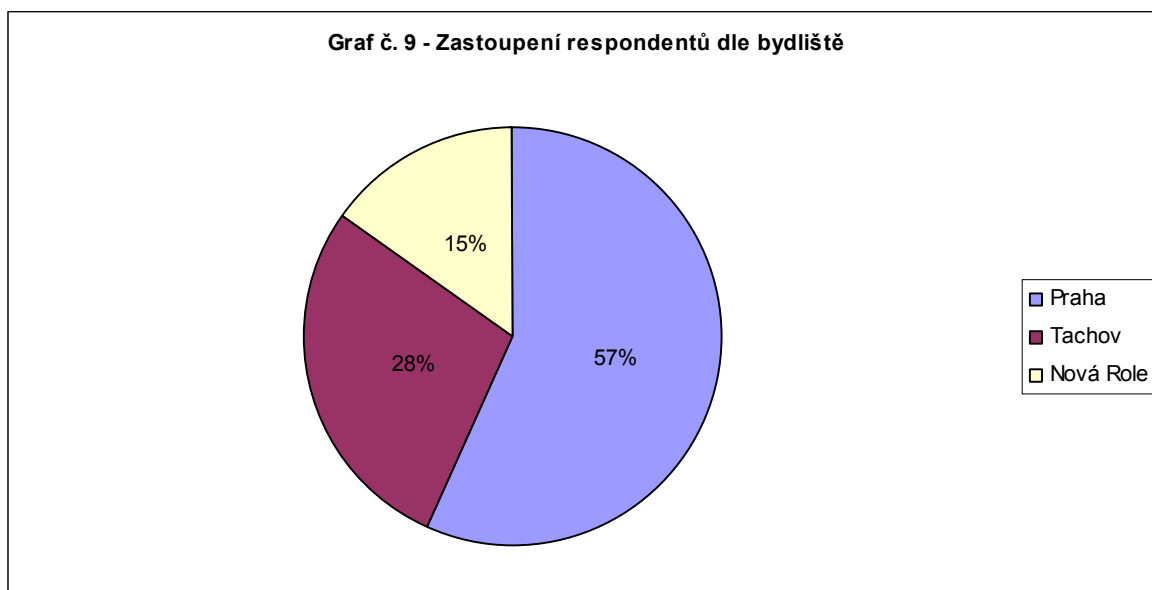


Zdroj: dotazníkové šetření (laická veřejnost: N = 143; zdravotníci: N = 74)

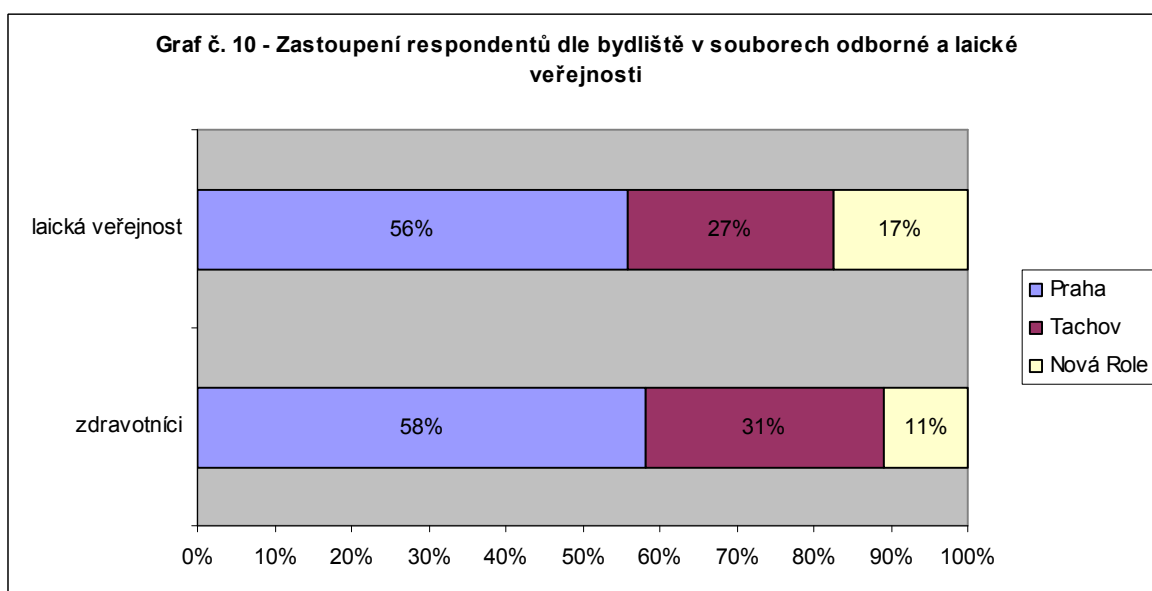
Ve zkoumaném souboru existuje podle všeho jistá souvislost mezi náboženským vyznáním respondentů a tím, zda souhlasí se zavedením možnosti eutanazie v ČR či nikoliv. Nezávislost proměnných byla zamítnuta na hladině významnosti  $\alpha=0,05$ . Vztah mezi proměnnými můžeme označit jako středně silný ( $C_r=0,292$ ,  $\alpha=0,05$ ). Projevuje se zejména v základních kategoriích souhlasu a nesouhlasu s možností eutanazie. Respondenti, kteří se považují za věřící, jsou s větší pravděpodobností proti umožnění eutanazie v ČR, kdežto respondenti nevěřící se častěji přiklánějí k souhlasu. Zajímavé je, že věřící také častěji než nevěřící volili možnost „nevím“, i když rozdíl zde není tak patrný jako v souhlasu či nesouhlasu. Roli v tomto, řekněme, váhání, může hrát konkrétní náboženské vyznání.

### 6.1.5 Bydliště respondentů

Z celkového počtu 217 dotázaných se šetření zúčastnila více jak polovina respondentů (57 %) z Prahy, více jak čtvrtina z Tachova (28 %) a 15 % dotázaných pocházelo z Nové Role. Rozložení respondentů dle jednotlivých lokalit je uvedeno v grafu č. 9 a 10.



Zdroj: dotazníkové šetření (N = 217)



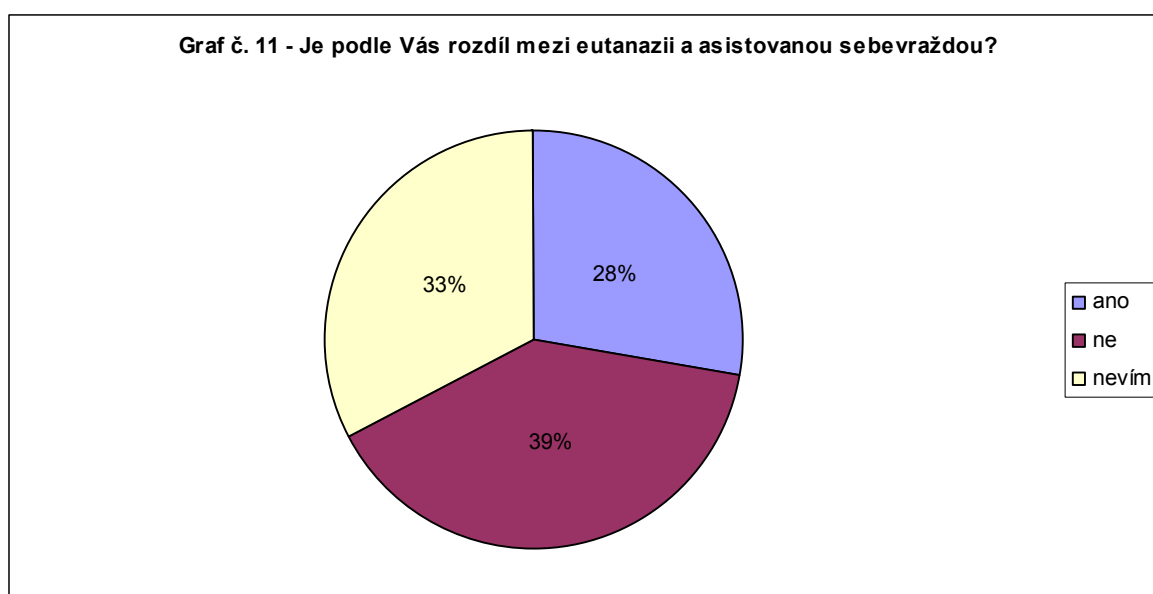
Zdroj: dotazníkové šetření (laická veřejnost: N = 143; zdravotníci: N = 74)

Při zkoumání vztahu mezi bydlištěm respondentů a jejich postojem k možnosti legalizace eutanazie v České republice se ukázalo, že očekávané četnosti klesly ve 2 polích (22,2 %) dané kontingenční tabulky pod 5 a došlo tak k porušení jedné z podmínek chí-kvadrát testu. Pro to, aby mohl být chí-kvadrát test pro analýzu použit, došlo k rekódování proměnné bydliště. Sloučeny byly početně méně obsazené kategorie, konkrétně kategorie Tachov a Nová Role. Nicméně ani po sloučení kategorií chí-kvadrát test nulovou hypotézu nezamítl

## 6.2 Interpretace výsledků týkajících se samotné problematiky eutanazie

### 6.2.1 Povědomí o eutanazii a asistované sebevraždě

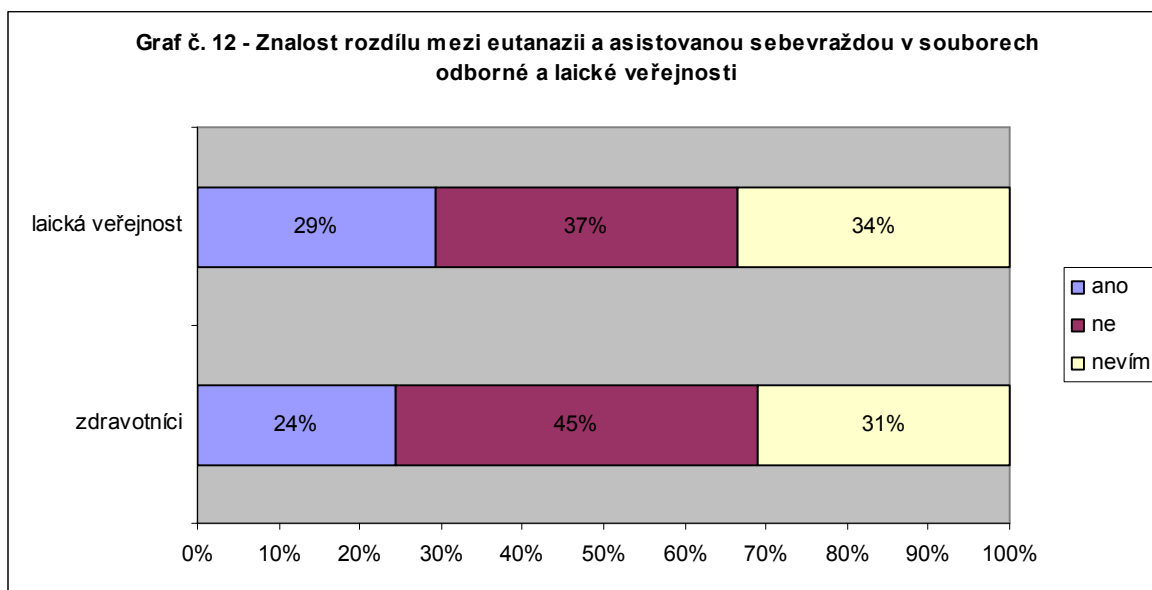
Skutečnost eutanazie jako tématu diskutovaného dokládají samotné výsledky šetření. Z hlediska povědomí o pojmu eutanazie se soubor jeví jako jednoznačně konzistentní. Všechny 217 respondentů uvedlo, že ve svém životě o tomto pojmu slyšelo. Na druhé straně z odpovědí vyplývá, že většina dotázaných nezná přesný význam daného pojmu. Z 217 respondentů vnímá rozdíl mezi eutanazií a asistovanou sebevraždou pouze 28 % respondentů. Výsledky jsou zobrazeny v grafu č. 11.



Zdroj: dotazníkové šetření (N = 217)

Graf č. 12 nám zobrazuje rozložení odpovědí týkající se znalosti rozdílu mezi eutanazií a asistovanou sebevraždou u odborné a laické veřejnosti. Zvláštní pozornost je třeba věnovat především odborné veřejnosti, kde více jak tři čtvrtiny dotázaných nepovažují eutanazii a asistovanou sebevraždou za odlišné či neví, zda je mezi nimi rozdíl. Tato skutečnost může poukazovat na nedostatečné vzdělávání odborné veřejnosti.





Zdroj: dotazníkové šetření (laická veřejnost: N = 143; zdravotníci: N = 74)

V případě, že respondenti na otázku týkající se existence rozdílu mezi eutanazií a asistovanou sebevraždou odpověděli *ano*, měli uvést, v čem konkrétně rozdíl spočívá. Této možnosti využilo 43 respondentů z 60.<sup>118</sup> Odpovědi jsou uspořádány do jednotlivých skupin v tabulce č. 1.<sup>119</sup>

**Tabulka č. 1**

<b>Skupiny rozdílu mezi eutanazií a asistovanou sebevraždou dle respondentů</b>			
<b>Rozdíl spočívá v tom, že:</b>	<b>Celý soubor</b>	<b>Laická veřejnost</b>	<b>Zdravotníci</b>
eutanazii vykonává lékař, asistovanou sebevraždu sám pacient za asistence lékaře	22	16	6
asistovaná sebevražda je na žádost pacienta, eutanazie nikoliv	6	5	1
eutanazie osvobozuje od utrpení fyzického, asistovaná sebevražda od utrpení psychického	6	5	1
eutanazie je legální, asistovaná sebevražda nelegální	4	3	1
jiné	5	5	0
<b>Celkem respondentů</b>	<b>43</b>	<b>34</b>	<b>9</b>

Zdroj: dotazníkové šetření

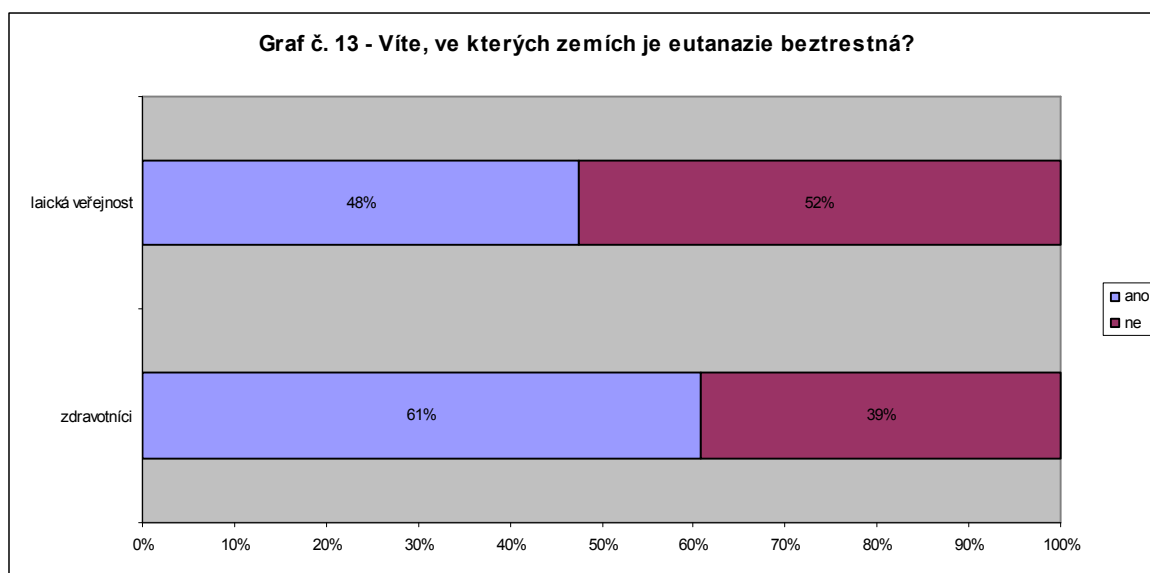
<sup>118</sup> Zůstává otázkou, zda ostatních 17 respondentů skutečně vědělo, zda je rozdíl mezi eutanazií a asistovanou sebevraždou.

<sup>119</sup> Pro lepší přehlednost jsou údaje uvedeny v absolutních hodnotách.

Do skupiny *jiné* spadá: *Jiné důvody vedoucí k eutanazii a asistované sebevraždě* (2 respondenti), *náboženské hledisko, věk a eutanazie není vražda*.

### 6.2.2 Znalost zemí, ve kterých je eutanazie beztrestná

V porovnání se znalostí významu pojmu eutanazie byla mezi respondenty větší informovanost o zemích, kde je eutanazie beztrestná. Znalost zemí umožňující provedení eutanazie potvrdilo celkem 52 % respondentů. Ostatních 48 % respondentů nevědělo, kde lze eutanazii beztrestně podstoupit. Z laické veřejnosti má povědomí o zemích umožňující eutanazii 48 % dotázaných, u zdravotníků pak 61 %. Na základě Pearsonova chí-kvadrát testu můžeme říci, že mezi skupinou odborníků a laiků není rozdíl ve znalostech zemí, kde je eutanazie beztrestná. Rozložení odpovědí je znázorněno v následujícím grafu č. 13.



Zdroj: dotazníkové šetření (laická veřejnost: N = 143; zdravotníci: N = 74)

I u této otázky měli respondenti v případě kladné odpovědi svou volbu doložit uvedením jednoho či dvou států. Dané možnosti využilo 108 dotázaných ze 113.<sup>120</sup> V tabulce č. 2 jsou znázorněny nejčastější odpovědi.<sup>121</sup>

<sup>120</sup> Zůstává otázkou, zda ostatních 5 respondentů opravdu vědělo, ve kterých zemích je eutanazie beztrestná.

<sup>121</sup> Pro lepší přehlednost jsou údaje uvedeny v absolutních hodnotách.

**Tabulka č. 2**

<b>Země, ve kterých je dle respondentů eutanazie beztrestná</b>			
<b>Země</b>	<b>Celý soubor</b>	<b>Laická veřejnost</b>	<b>Zdravotníci</b>
Holandsko	55	29	26
Švýcarsko	26	16	10
Belgie	9	5	4
USA	4	3	1
jiné	14	8	6

Zdroj: dotazníkové šetření

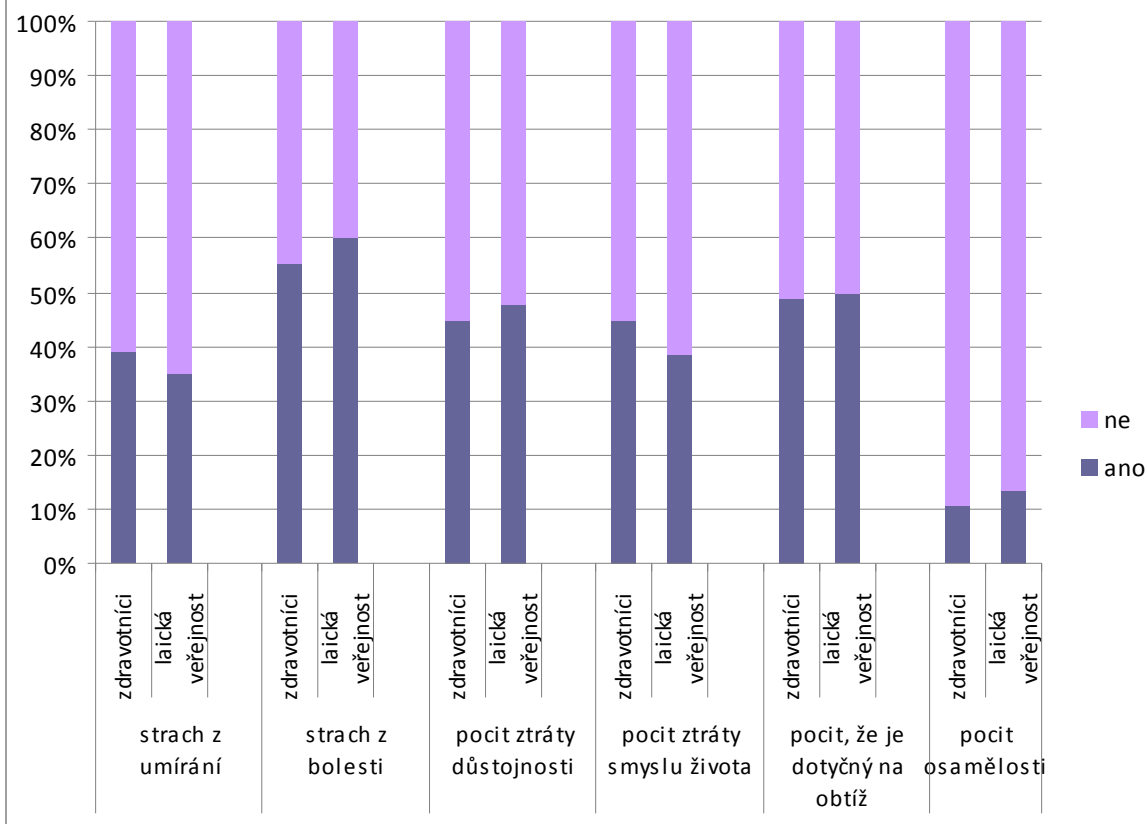
Jako *jiné* byly uváděny tyto země:

- mezi zdravotníky: *Česká republika, Dánsko, Irsko, Norsko, Švédsko, Austrálie*
- mezi laiky: *Chorvatsko, Švédsko, Lucembursko.* .

### **6.2.3 Důvody vedoucí k žádosti o eutanazii**

Mezi nejčastější důvody vedoucí k žádosti o eutanazii patří dle dotázaných strach z bolesti (uvedlo 59 % respondentů), pocit, že je dotýčný na obtíž pro okolí (uvedlo 49 % respondentů) a pocit ztráty důstojnosti (uvedlo 46 % respondentů). Nejméně má dle respondentů na žádost o eutanazii vliv pocit osamělosti (uvedlo 12 % respondentů). Na základě asociační analýzy se neprokázaly statisticky významné rozdíly v pohledu na nejčastější důvody eutanazie mezi odbornou a laickou veřejností. Odpovědi dotázaných jsou uvedeny v grafu č. 14.

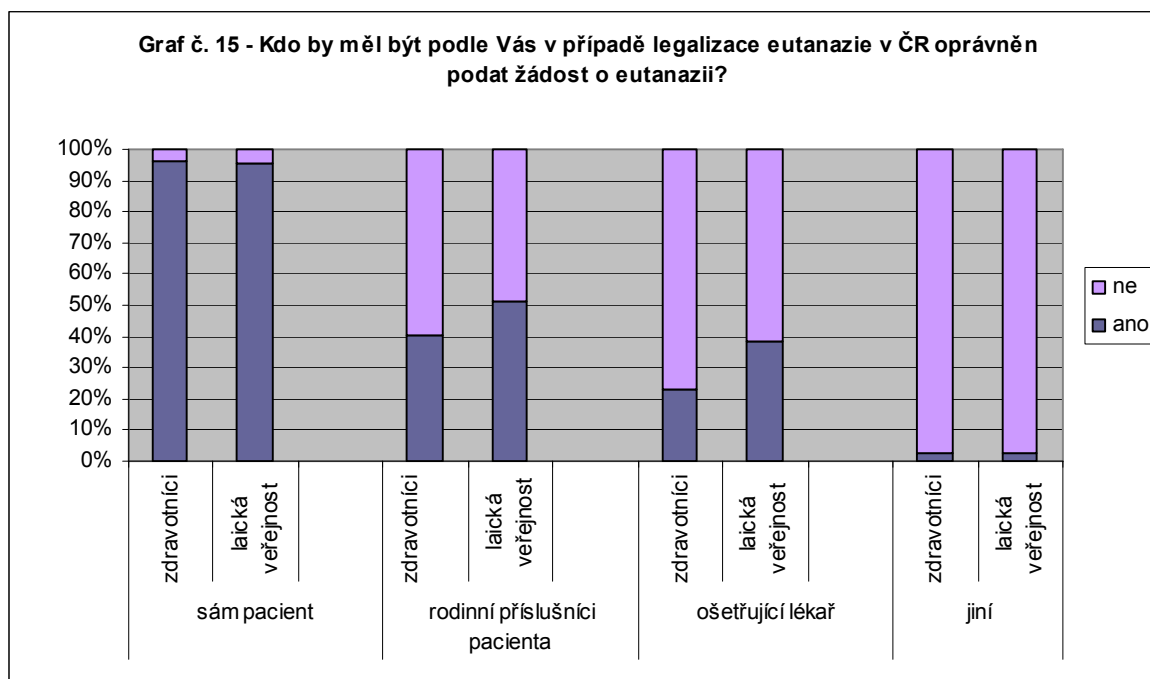
**Graf č. 14 - Jaké jsou podle Vás nejčastější důvody žádosti o eutanazii?**



Zdroj: dotazníkové šetření (laická veřejnost: N = 143; zdravotníci: N = 74)

#### 6.2.4 Osoba oprávněná podat žádost o eutanazii

Naprostá většina dotázaných - mezi zdravotníky (96 %) a laiky (96 %) - se domnívá, že v případě legalizace eutanazie by o ni měl žádat samotný pacient. Rodinní příslušníci měli podporu u laické veřejnosti v 51 % případů a u zdravotníků ve 41 %. Nejmenší právo na podání žádosti o eutanazii by pro obě skupiny dotázaných připadlo ošetřujícímu lékaři (uvedlo 23 % zdravotníků a 39 % laiků). Možnost *jiní* uvedlo pouze 6 dotázaných, jejichž odpovědi byly: *lékařská komise* (3 respondenti), *pacientem pověřená osoba* (3 respondenti). Rozložení odpovědí respondentů týkajících se podání žádosti o eutanazii je uvedeno v grafu č. 15.

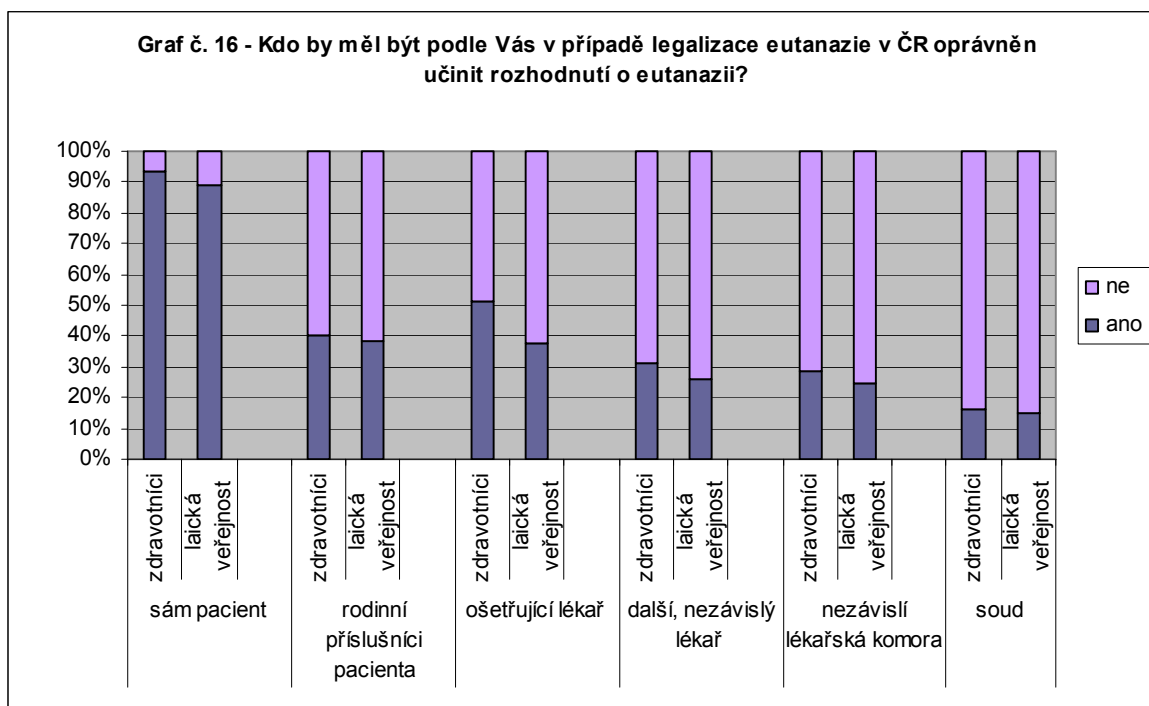


Zdroj: dotazníkové šetření (laická veřejnost: N = 143; zdravotníci: N = 74)

Při zhodnocení závislosti rozdílů mezi odbornou a laickou veřejností z hlediska osoby oprávněné podat žádost o eutanazii se tyto dva soubory statisticky významně liší v pohledu na *ošetřujícího lékaře* jako osoby oprávněné podat žádost o eutanazii. Naopak mezi odbornou a laickou veřejností nebyly zjištěny statisticky významné rozdíly v názoru na *samotného pacienta* a *rodinné příslušníky pacienta* jako osob oprávněných podat žádost o eutanazii.

### 6.2.5 Osoba oprávněná rozhodnout o eutanazii

Nejen u podání žádosti, ale i v případě rozhodnutí o eutanazii se dotázaní shodují, že by dané právo mělo výsadně náležet samotnému pacientovi ( uvedlo 93 % zdravotníků a 89 % laiků). Rodinným příslušníkům pacienta by umožnilo o eutanazii rozhodnout 41 % zdravotníků a 39 % laiků. Zajímavé je rozložení odpovědí u kategorie *ošetřující lékař*, kterému by umožnilo rozhodnout o eutanazii 51 % zdravotníků a 38 % laiků. V porovnání s podáním žádosti o eutanazii se tedy více zdravotníků přiklání k právu lékaře v případě rozhodnutí o eutanazii a naopak méně zdravotníků by umožnilo lékařům podat žádost o eutanazii. Nejméně respondentů (16 % zdravotníků a 15 % laiků) by rozhodnutí o eutanazii ponechalo na soudu. Rozložení odpovědí je uvedeno v grafu č. 16.

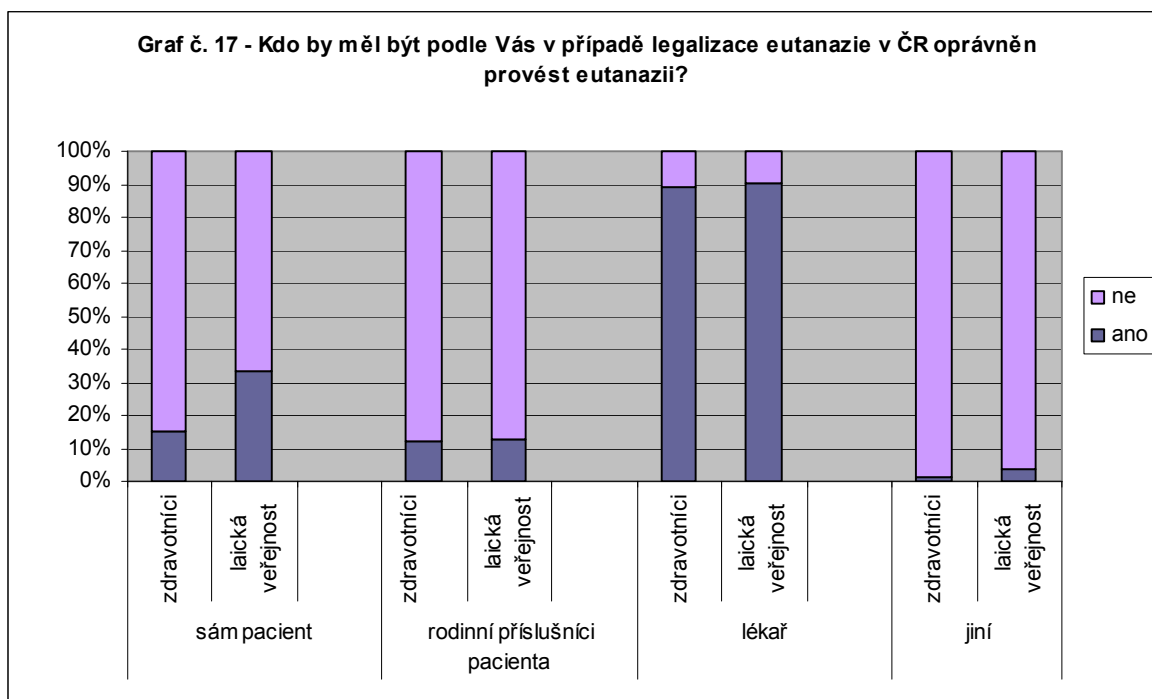


Zdroj: dotazníkové šetření (laická veřejnost: N = 143; zdravotníci: N = 74)

Názor na to, zda o eutanazii může rozhodnout *ošetřující lékař*, je na základě asociační analýzy ovlivněn profesí zdravotníka. Statisticky významné rozdíly nebyly naměřeny mezi odbornou a laickou veřejností v názoru na *samotného pacienta*, *rodinné příslušníky pacienta*, *dalšího, nezávislého lékaře*, *nezávislou lékařskou komoru* a *soud*.

### 6.2.6 Osoba oprávněná provést eutanazii

Co se týče provedení eutanazie, shodují se zdravotníci s laickou veřejností, že by k tomuto činu měl být oprávněn výhradně lékař (jak u laiků, tak zdravotníků tuto kategorii zvolilo 90 % zkoumaných). Možnost provést eutanazii samotným pacientem zvolilo 15 % zdravotníků a 34 % laiků. Rodinné příslušníky pacienta uvedlo jako vykonavatele eutanazie pouze 13 % laiků a 12 % zdravotníků. Možnost *jini* zodpovědělo 6 respondentů. Jejich odpovědi byly: *komise lékařů* (5 respondentů), *osoba pověřená pacientem* (1 respondent). Graf č. 17 zobrazuje rozložení odpovědí týkajících se osoby oprávněné provést eutanazii.

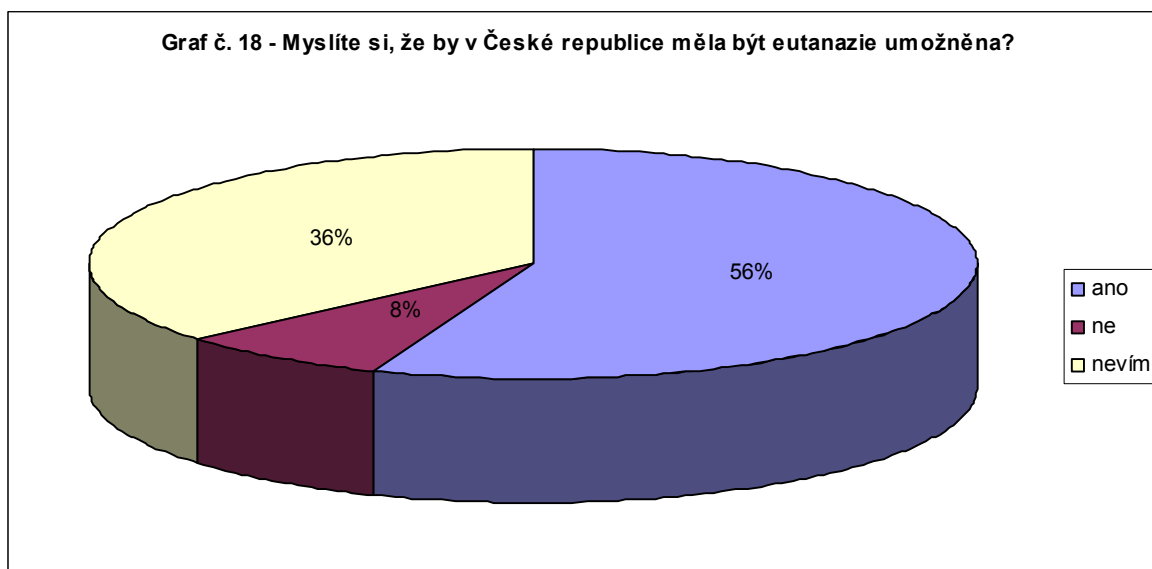


Zdroj: dotazníkové šetření (laická veřejnost: N = 143; zdravotníci: N = 74)

V případě osoby oprávněné provést samotný čin usmrcení byly naměřeny statisticky významné rozdíly mezi odbornou a laickou veřejností u *samotného pacienta*. Zdravotníci se neliší od laiků v názoru na *lékaře a rodinné příslušníky pacienta* jako osob, které by eutanazii neměli provádět.

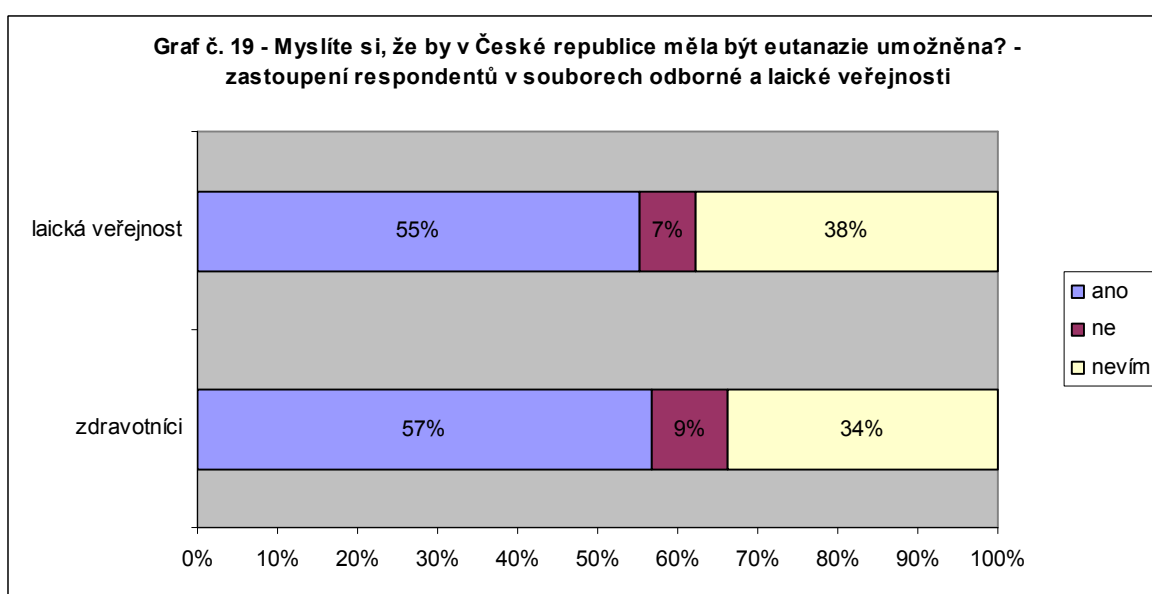
### 6.2.7 Souhlas s legalizací eutanazie v České republice

Z grafu č. 18 je patrné, že nadpoloviční většina respondentů (56 %) souhlasí s tím, aby eutanazie byla v České republice umožněna. Pouze 8 % dotázaných má negativní postoj k legalizaci eutanazie. Jedním z důvodů, proč je legalizace eutanazie v české společnosti často a stále diskutovaným tématem, může být skutečnost, že 36 % respondentů nemá v dané problematice jasné stanovisko.



Zdroj: dotazníkové šetření (N = 217)

Graf č. 19 přibližuje názory na souhlas s legalizací eutanazie mezi laickou a odbornou veřejností. Za pozornost stojí, že i mezi zdravotníky je většina zastánců eutanazie. Určitou roli v tomto postoji odborné veřejnosti může hrát fakt zjištění, že medicína není všemocná a v určitých případech je lepší život nemocného člověka ukončit. Důvodem, proč sami zdravotníci podporují legalizaci eutanazie, může být i neznalost paliativní péče. Na základě testování rozdílů mezi odbornou a laickou veřejností z hlediska souhlasu s legalizací eutanazie lze předpokládat, že mezi těmito skupinami neexistují statisticky významné rozdíly v souhlasu s legalizací eutanazie



Zdroj: dotazníkové šetření (laická veřejnost: N = 143; zdravotníci: N = 74)



Respondenti měli u této otázky svoji kladnou či zápornou volbu zdůvodnit. Ze 138 respondentů (64 %) udalo zdůvodnění 95 (44 %). Odpovědi byly rozděleny do jednotlivých skupin tak, aby podstata výpovědi zůstala zachována. Skupiny odpovědí jsou uvedeny v tabulce č. 3.<sup>122</sup>

**Tabulka č. 3**

<b>Skupiny odpovědí, proč dle respondentů umožnit/neumožnit eutanazii v ČR</b>			
	<b>Celý soubor</b>	<b>Laici</b>	<b>Zdravotníci</b>
<b>Umožnit z důvodu:</b>			
úlevy od pacientovy bolesti	33	22	11
důstojného ukončení života	19	16	3
dlouhodobě nevléčitelných nemocí	13	7	6
práva člověka na rozhodování o svém životě	12	7	5
jiné	7	5	2
<b>Celkem</b>	<b>84</b>	<b>57</b>	<b>27</b>
<b>Neumožnit z důvodu:</b>			
zneužití	9	4	5
důstojného ukončení života	2	2	0
<b>Celkem</b>	<b>11</b>	<b>6</b>	<b>5</b>

Zdroj: dotazníkové šetření

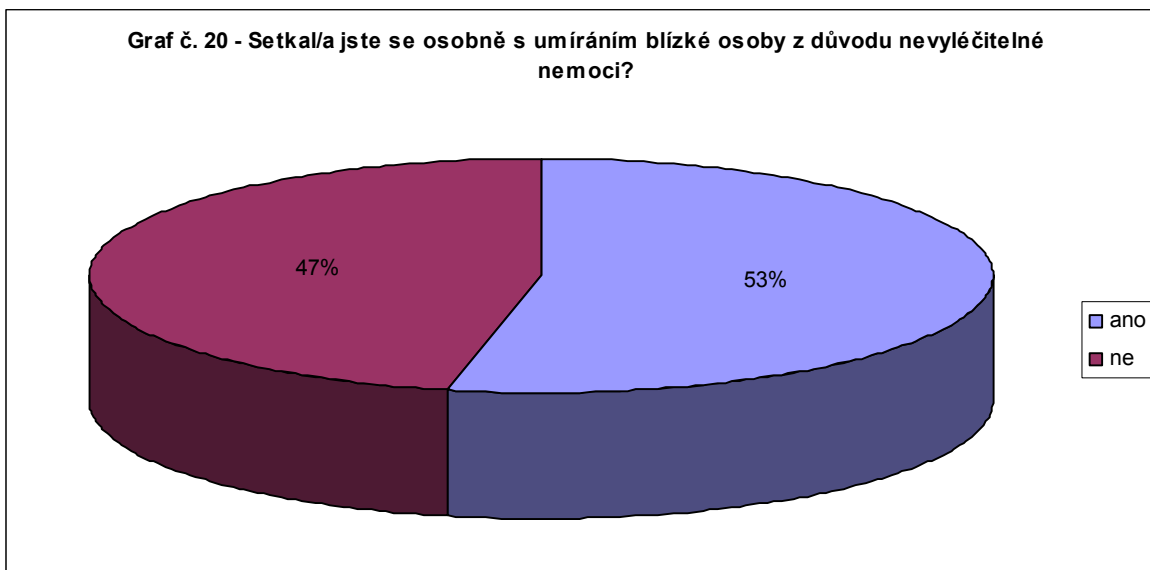
Jako *jiné* byly uváděny odpovědi:

- mezi zdravotníky: *vysvobození, urychlit blížící se konec bez šance na vyléčení*
- mezi laiky: *neúnosná situace pro okolí pacienta, náklady pro zdravotnictví*

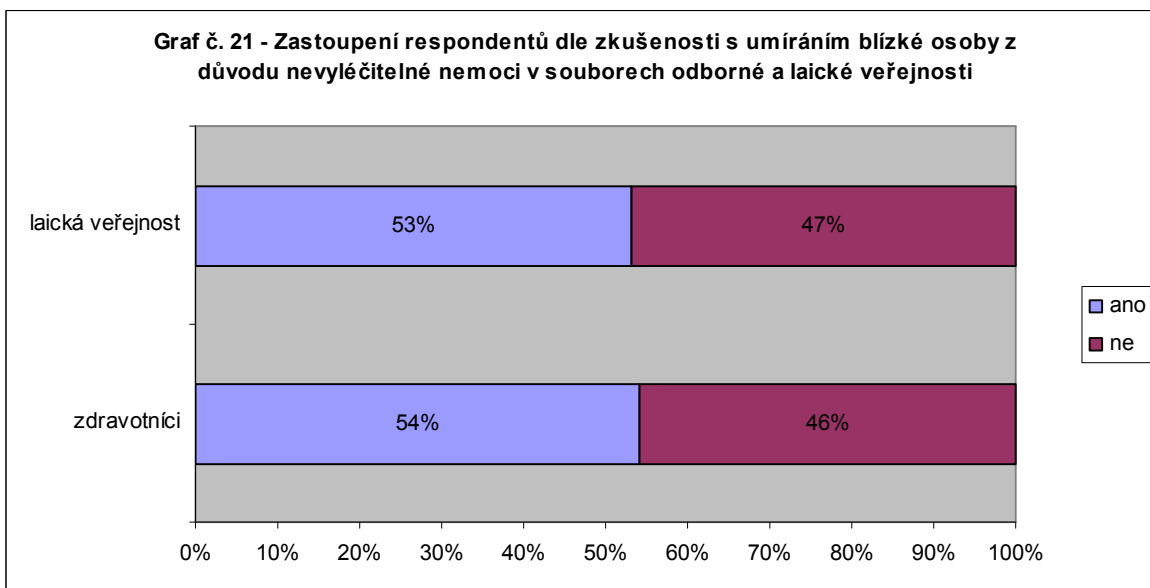
### **6.2.8 Zkušenost s umíráním blízké osoby a její vliv na názor na legalizaci eutanazie**

Poměr respondentů majících/nemajících zkušenost s umíráním blízké osoby byl velmi vyrovnaný. Zkušenost s umíráním blízké osoby z nevléčitelné nemoci udalo 53 % respondentů, zbylých 47 % dotázaných se s danou životní situací nesetkalo. Rozložení respondentů dle zkušenosti s umíráním blízké osoby je uvedeno v grafu č. 20 a 21.

<sup>122</sup> Pro lepší přehlednost jsou údaje uvedeny v absolutních hodnotách.

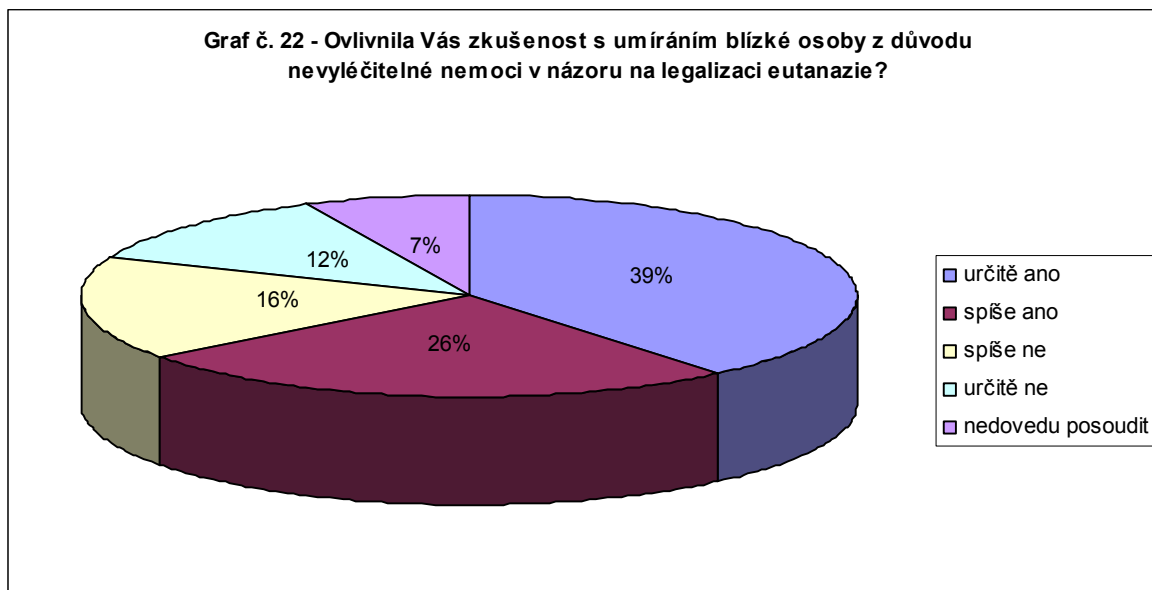


Zdroj: dotazníkové šetření (N = 217)



Zdroj: dotazníkové šetření (laická veřejnost: N = 143; zdravotníci: N = 74)

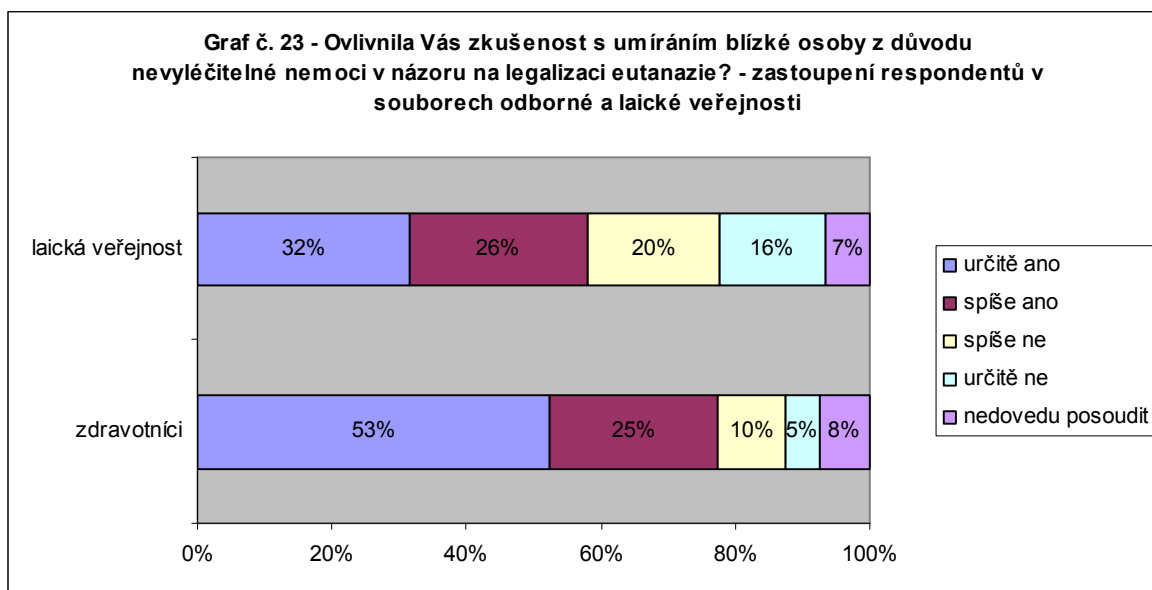
Skutečnost, že zkušenost s umíráním blízké osoby z důvodu nevléčitelné nemoci má vliv na postoj k legalizaci eutanazie, uvedlo 65 % dotázaných. Dvacet osm procent respondentů se domnívá, že je tato zkušenost v názoru na legalizaci eutanazie neovlivnila a 7 % zúčastněných nedovede danou situaci posoudit. Rozložení odpovědí je uvedeno v grafu č. 22.



Zdroj: dotazníkové šetření (N = 116)

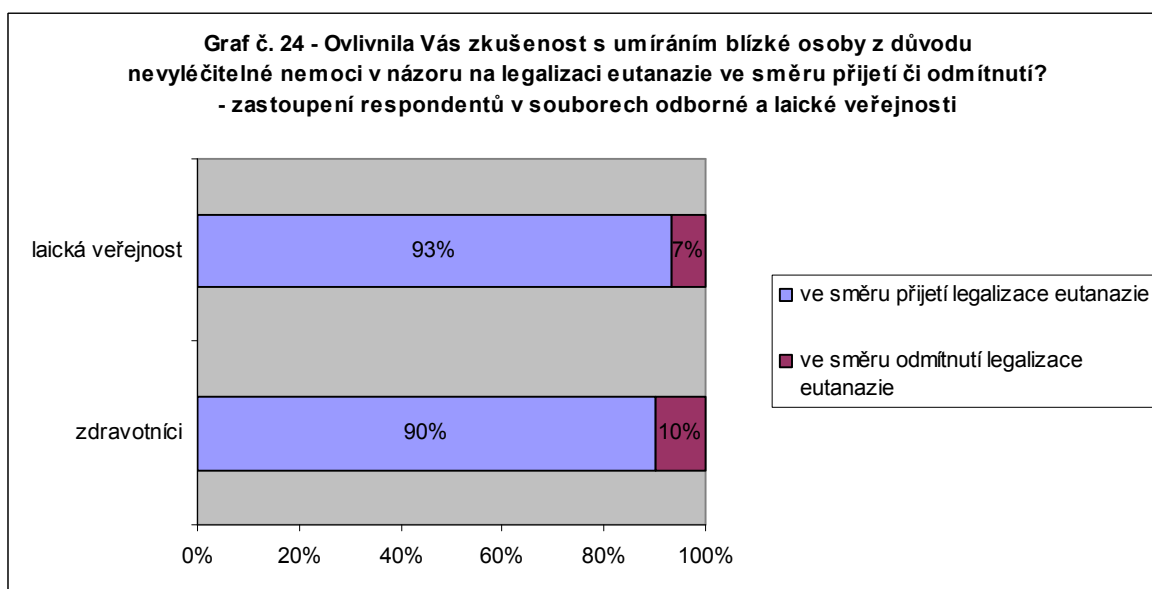
Při analýze možné souvislosti mezi zkušeností respondentů s umíráním blízké osoby z důvodu nevléčitelné nemoci a tím, zda se daná zkušenost projevuje v souhlasu, respektive nesouhlasu s legalizací eutanazie v České republice, se neprokázala mezi proměnnými souvislost. Zjištění nezávislosti mezi zkušeností s umíráním blízké osoby a souhlasu/nesouhlasu v přijetí eutanazie lze považovat za překvapivé. Domnívala jsem se, že dotázaní mající zkušenost s umíráním blízké osoby z důvodu nevléčitelné nemoci budou legalizaci eutanazie nakloněni více než respondenti nemající tuto zkušenost.

Z následujícího grafu je patrné, že respondenti v souboru laická veřejnost byli do určité míry danou zkušeností ovlivněni v 58 % případů a dotázaní v souboru odborná veřejnost v 78 %. Při testování rozdílů mezi laickou a odbornou veřejností v názoru na eutanazii z hlediska osobní zkušenosti s umíráním blízké osoby nebyly mezi těmito dvěma skupinami respondentů naměřeny statisticky významné rozdíly.



Zdroj: dotazníkové šetření (laická veřejnost: N = 76; zdravotníci: N = 40)

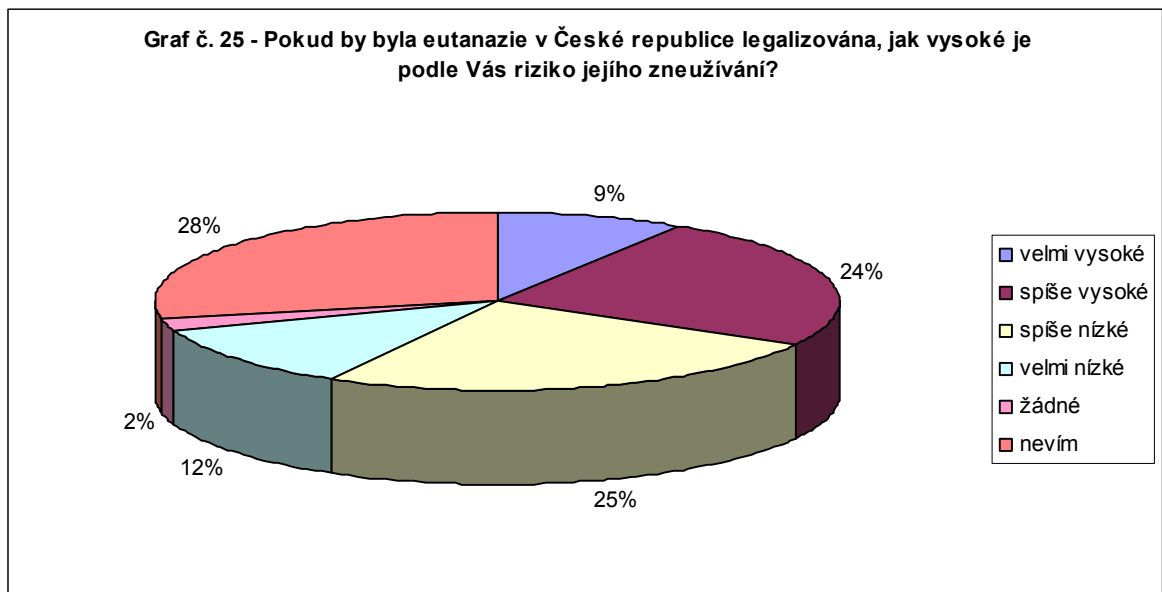
Respondenti, kteří na otázku *Ovlivnila Vás zkušenost s umíráním blízké osoby z důvodu nevyléčitelné nemoci v názoru na legalizaci eutanazie?* odpověděli *určitě* či *spíše ano*, měli uvést, zda je daná zkušenost ovlivnila ve směru přijetí, respektive nepřijetí legalizace eutanazie. Zdravotníci a laická veřejnost se jednoznačně ve svých odpovědích shodují v názoru, že zkušenost s umíráním blízké osoby je ovlivnila ve směru přijetí legalizace eutanazie.



Zdroj: dotazníkové šetření (laická veřejnost: N = 44; zdravotníci: N = 31)

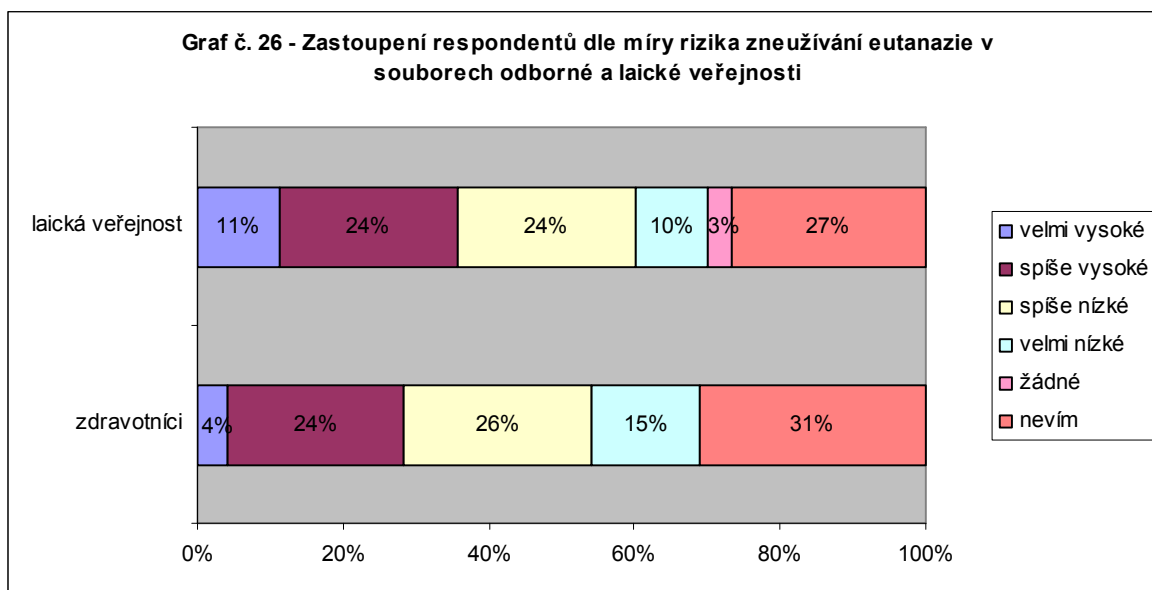
### 6.2.9 Riziko zneužívání eutanazie

Z grafu č. 25 je patrné, že riziko zneužívání eutanazie v případě její legalizace je *velmi a spíše vysoké* pro 33 % zkoumaných a *spíše a velmi nízké* pro 37 % dotázaných. Nebezpečí možnosti zneužití eutanazie dokládá fakt, že pouze 2 % respondentů se domnívá, že legalizace eutanazie nepředstavuje *žádné* riziko zneužití. Za pozornost stojí, že poměrně značná část respondentů (28 %) nedovede posoudit výši rizika zneužívání eutanazie v případě její legalizace.



Zdroj: dotazníkové šetření (N = 217)

Analýza asociace neodhalila rozdíly v pohledu na riziko zneužívání eutanazie v České republice mezi odbornou a laickou veřejností. Rozložení odpovědí týkajících se míry rizika zneužívání eutanazie v odborné a laické veřejnosti uvádí následující graf.

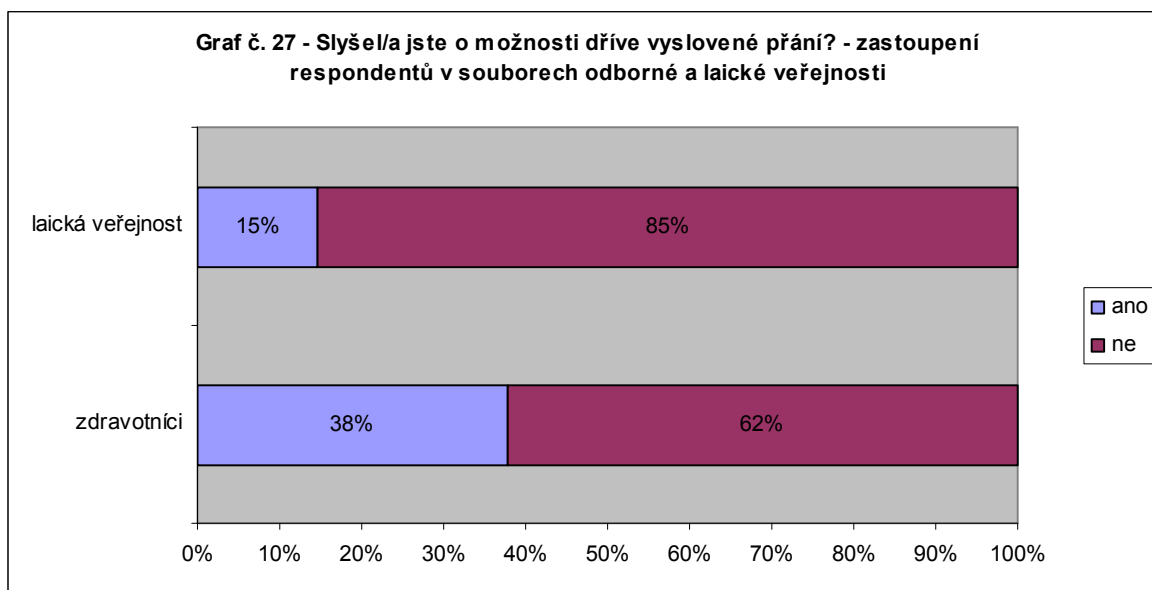


Zdroj: dotazníkové šetření (laická veřejnost: N = 143; zdravotníci: N = 74)

### 6.2.10 Povědomí o dříve vysloveném přání

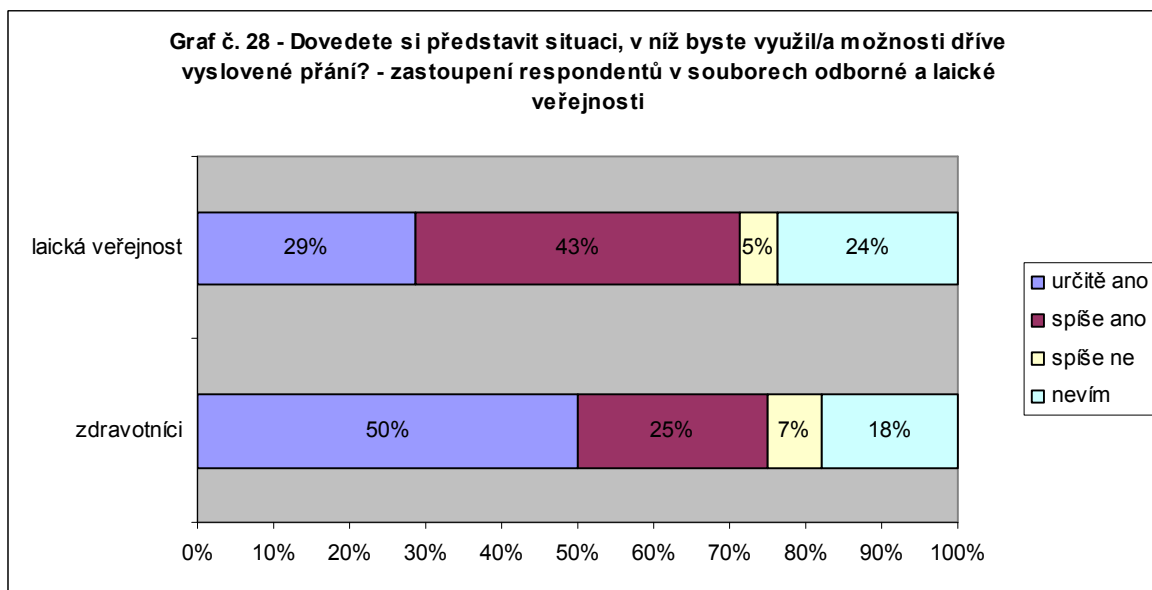
Z dotazníkového šetření jednoznačně vyplývá, že zdravotníci ani laici nejsou informováni o možnosti dříve vyslovené přání. O dané možnosti slyšelo pouze 23 % respondentů, ostatních 77 % dotázaných se s tímto termínem nesetkalo. Za nízkou informovaností o dříve vysloveném přání může stát fakt, že se jedná o relativně novou možnost pro pacienty.<sup>123</sup> Na základě asociační analýzy můžeme říci, že mezi zdravotníky a laiky byly naměřeny statisticky významné rozdíly v povědomí o dříve vysloveném přání. Pravděpodobně z důvodu charakteru povolání byla informovanost o dříve vysloveném přání vyšší u zdravotníků (38 %) než u laické veřejnosti (15 %).

<sup>123</sup> Viz. podkapitola Postoj české odborné veřejnosti k otázce legalizace eutanazie, s. 23.



Zdroj: dotazníkové šetření (N = 217)

V případě znalosti *dříve vysloveného přání* měli respondenti uvést, zda si dovedou představit situaci, ve které by této možnosti využili. Z grafu č. 28 je patrné, že většina dotázaných v souborech laické a odborné veřejnosti by dané možnosti *určitě* či *spíše* využila. Žádný z dotázaných neuvěděl, že by dané možnosti *určitě* nevyužil.

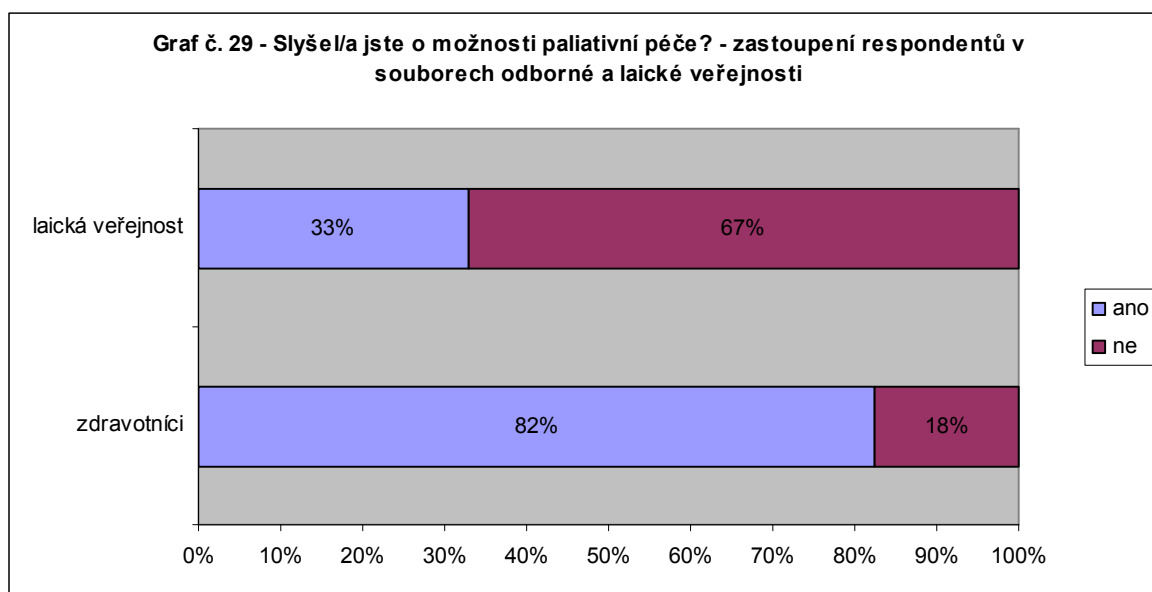


Zdroj: dotazníkové šetření (laická veřejnost: N = 21; zdravotníci: N = 28)

Analýza asociace neodhalila rozdíly mezi zdravotníky a laiky v představě situace, za které by mohli možnosti dříve vysloveného přání využít.

### 6.2.11 Povědomí o paliativní péči

S problematikou paliativní péče bylo seznámeno 50 % respondentů. Při zkoumání závislosti mezi odbornou a laickou veřejností a znalostí paliativní péče se prokázaly statisticky významné rozdíly mezi těmito dvěma skupinami respondentů. Lze se domnívat, že značně vyšší povědomí o paliativní péči mezi zdravotníky může souviset s výkonem jejich povolání. Graf č. 29 znázorňuje rozložení odpovědí.

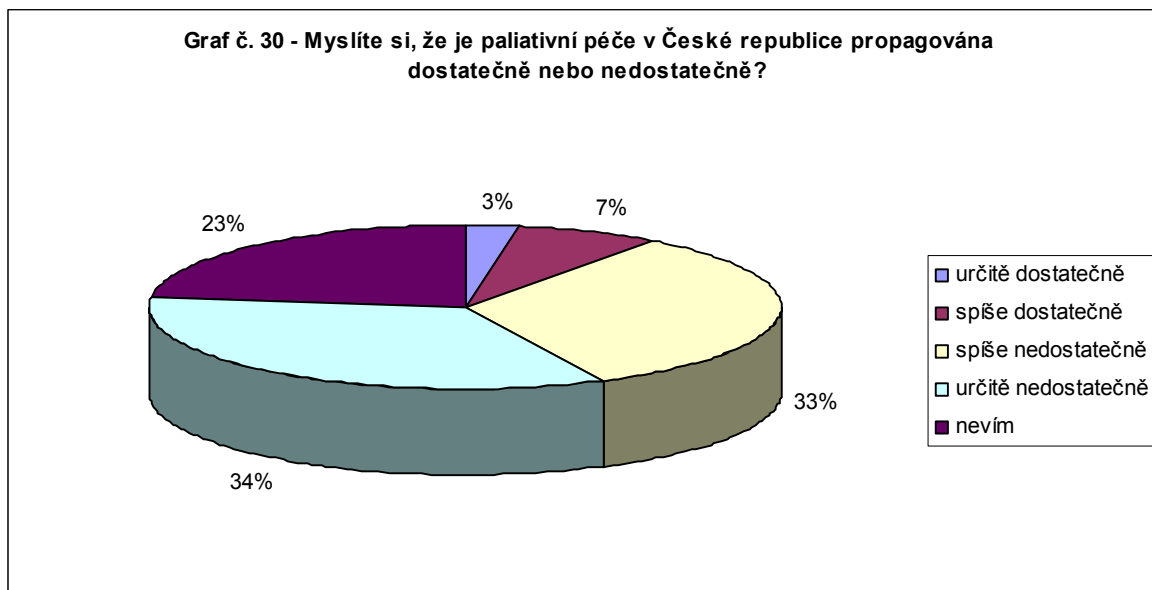


Zdroj: dotazníkové šetření (laická veřejnost: N = 143; zdravotníci: N = 74)

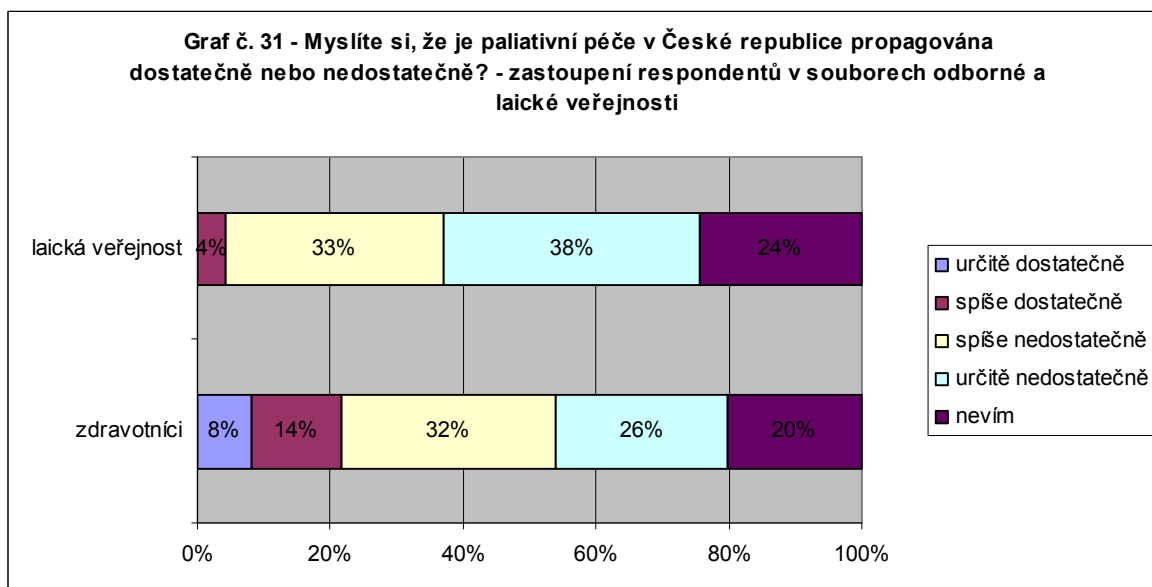
Současně tak se při zkoumání závislosti mezi znalostí pojmu paliativní péče a postojem k legalizaci eutanazie ukázala tendence, že respondenti znalí pojmu paliativní péče mají negativnější postoj k eutanazii oproti respondentům neznalým.

V souvislosti s povědomím o paliativní péči se většina respondentů (67 %) domnívá, že tento druh péče je propagován nedostatečně. Chí-kvadrát test nám v daném případě udává statisticky významné rozdíly mezi skupinou zdravotníků a laiků v míře propagace paliativní péče. Pouze 10 % dotázaných považuje šíření paliativní péče za dostatečné, a to především respondenti z řady zdravotníků. Rozložení odpovědí je uvedeno v grafech č. 30 a 31.





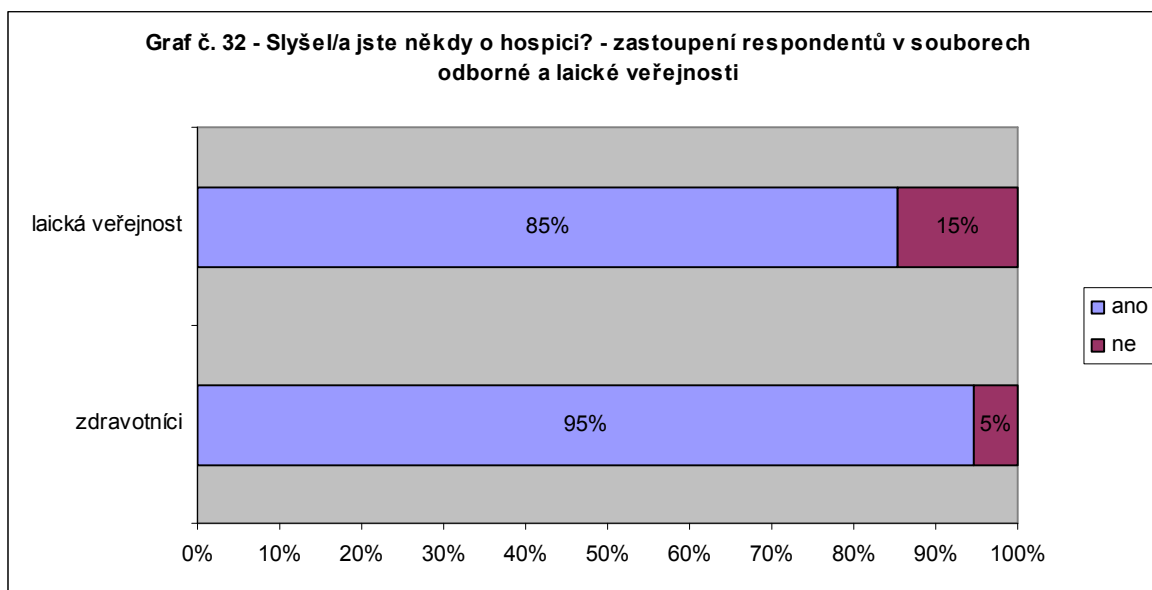
Zdroj: dotazníkové šetření (N = 217)



Zdroj: dotazníkové šetření (N = 217)

### 6.2.12 Povědomí o hospici

V porovnání s paliativní péčí je znalost pojmu hospic mnohem vyšší. O hospici někdy slyšelo 88 % dotázaných. Výsledkem chí-kvadrát testu je, že na hladině významnosti  $\alpha=0,05$  byla nulová hypotéza zamítnuta, tzn., že mezi odbornou a laickou veřejností byly zjištěny statisticky významné rozdíly ve znalosti termínu hospic. Graf č. 32 dokládá, že informovanost o specializovaném zařízení poskytující tzv. paliativní péči je vyšší u zdravotníků. I v tomto případě stojí za touto skutečností s velkou pravděpodobností charakter povolání.



Zdroj: dotazníkové šetření (laická veřejnost: N = 143; zdravotníci: N = 74)

### 6.3 Vyhodnocení a návrhy na řešení

Diplomová práce se věnuje pohledu společnosti na legalizaci eutanazie v České republice a dalším otázkám s touto problematikou spojených. Současně tak se práce zaměřuje na to, zda existují rozdíly v názorech na danou problematiku mezi odbornou a laickou veřejností.

Prostřednictvím vyhodnocení analýzy dat získaných dotazníkovým šetřením a jejich následnou interpretací bylo zjištěno, že pojem eutanazie je znám všem zúčastněným respondentům. Skutečnost, že problematika eutanazie je nejčastěji formulována „*Jste pro či proti eutanazii*“ a nevědomí toho, co se pod daným termínem skrývá, ukázalo samotné dotazníkové šetření. Z 217 respondentů pouze 28 % dotázaných potvrdilo znalost rozdílu mezi eutanazií a asistovanou sebevraždou. Dovolím si zde poznamenat, že procento respondentů znajících skutečný význam termínu eutanazie je mnohem nižší. K tomuto postoji mne vede fakt, že respondenti měli v případě znalosti rozdílu mezi pojmem eutanazie a asistovaná sebevražda uvést, v čem konkrétně odlišnost spočívá. Z 60 respondentů tak učinilo 43 dotázaných (72 %). Podíváme - li se však do tabulky č. 1<sup>124</sup> na výpovědi respondentů v souborech odborné a laické veřejnosti, zjistíme, že **pouze 22 respondentů (37 %) zná skutečný význam slova eutanazie**. Co se týče znalosti zemí, ve kterých je eutanazie legalizovaná, 52 % respondentů uvedlo, že ví, kde

<sup>124</sup> Viz str. 48

lze eutanazii podstoupit. Avšak i v tomto případě je nutné zmínit, že skutečné procento respondentů je nižší, a to z toho důvodu, že byly v některých případech uváděny země, kde eutanazie není povolena.<sup>125</sup> Z dotazníkového šetření vyplývá, že chceme-li hovořit o možnosti legalizace eutanazie, je nutné v první řadě vyjasnit si, pro co či proti čemu máme hlasovat. K zamyšlení zůstává, že i velká část dotázaných zdravotníků nezná přesný význam rozdílu mezi eutanazií a asistovanou sebevraždou.

Znalost paliativní péče potvrdilo 50 % dotázaných. Větší informovanost byla v souboru zdravotníků (88 %). V souboru laické veřejnosti se s paliativní péčí setkalo pouze 33 % dotázaných. Z hlediska propagace se zkoumaní shodují, že paliativní péče je uváděna ve všeobecnou známost *spíše* či *velmi nedostatečně*.

Znalost pojmu hospic potvrdilo 88 % všech respondentů. Domnívám se, že za relativně vysokým povědomím o tomto termínu stojí celkový rozvoj hospicového hnutí.

Co se týče možnosti *dříve vysloveného přání*, slyšelo o ní pouze 23 % všech zkoumaných. Respondenti, kteří se setkali s termínem dříve vyslovené přání, by ve většině případů dané možnosti využili (75 % zdravotníků, 72 % laiků).

Jako nejčastější důvody žádosti o eutanazii byly jak v odborné, tak i laické veřejnosti uváděny strach z bolesti (uvedlo 59 % respondentů), pocit, že je dotčený na obtíž pro okolí (uvedlo 49 % respondentů) a pocit ztráty důstojnosti (uvedlo 46 % respondentů). Za pozornost stojí, že i mezi zdravotníky převládá názor o bolesti jako nejčastějším důvodem žádosti o eutanazii. Literatura přitom uvádí, že v 90 % případů lze bolest u onkologicky nemocných zvládat. Na druhé straně pouze u 50 až 80 % případů jsou bolesti tlumeny nepřiměřeným způsobem.<sup>126</sup> Domnívám se, že by zdravotníci měli zvážit možnosti tlumení bolesti, a to zejména v podobě paliativní péče.

Samotného pacienta jako osobu **oprávněnou podat žádost** o eutanazii by volilo 96 % dotázaných z řady laické veřejnosti a stejné procento dotázaných ze zdravotníků. Naopak ošetřujícímu lékaři by tuto možnost povolilo 23 % zdravotníků a 39 % laiků. **Rozhodnutí o eutanazii** by ponechalo 93 % zdravotníků a 89 % laiků na samotném pacientovi. Co se týče ošetřujícího lékaře, pravomoc rozhodnout o eutanazii by mu dalo 51 % zdravotníků a 38 % laiků. Skutečnost, že více zdravotníků oproti laikům by umožnilo podat žádost o eutanazii a rozhodnout o eutanazii samotnému lékaři, může naznačovat

---

<sup>125</sup> Viz tabulka č. 2, str. 50.

<sup>126</sup> Vorlíček, J. - Adam, Z. - Pospíšilová, Y. et al. *Paliativní medicína*, s. 38.

určitou snahu zdravotníků přejímat pravomoce nad pacienty. Současně tak bychom se měli zamyslet nad tím, zda výpovědi zdravotníků nesignalizují určité tendence eutanazii zneužívat jimi samotnými.

K **provedení eutanazie** by měl mít výhradní právo lékař - uvedlo 90 % respondentů zdravotníků a 90 % dotázaných z laické veřejnosti. Co se týče pacienta, provést eutanazii by mu umožnilo 15 % zdravotníků a 34 % laiků.

S legalizací eutanazie by souhlasilo 56 % respondentů, 36 % nemá v dané otázce jasno a pouze 8 % respondentů by legalizaci eutanazie v České republice nepovolilo. Nejasný postoj k legalizaci/nelegalizaci eutanazie může být zapříčiněn nedostatečnou či nepřesnou informovaností o dané problematice. Nejčastějším důvodem, proč by dotázaní byli pro zavedení eutanazie v České republice, byla úleva od pacientovy bolesti a možnost důstojného ukončení života.<sup>127</sup> Na základě dotazníkového šetření a následné analýzy dat bylo zjištěno, že respondenti mající povědomí o paliativní péči se častěji k legalizaci eutanazie staví negativně oproti respondentům, kteří se s tímto typem péče neselekali.

Osobní zkušenost s umíráním blízké osoby z důvodu nevyléčitelné nemoci mělo 53 % dotázaných. Tato zkušenost ovlivnila 65 % dotázaných (58 % laiků a 78 % zdravotníků). Většina zkoumaných byla danou zkušeností ovlivněna ve směru přijetí legalizace eutanazie v České republice.

V případě legalizace eutanazie by v úvahu přicházela možnost rizika jejího zneužívání pro 33 % respondentů. Více než čtvrtina zkoumaných nedovede míru rizika zneužívání eutanazie posoudit. Skutečnost, že určitá míra rizika zneužití zde existuje, dokládá fakt, že pouze 2 % zkoumaných se domnívá, že se zavedením eutanazie by nehrozilo žádné riziko zneužití.

---

<sup>127</sup> Viz tabulka č. 3, str. 56.

## 7. Závěr

Legislativa České republiky klasifikuje eutanazii jako trestný čin vraždy. Přesto, či právě proto, se odborná a laická veřejnost v posledních letech velmi intenzivně zaobírá myšlenkou možnosti její legalizace. Jedním z nejčastějších důvodů těchto diskusí je problematika zadržené smrti, která je u profesionálů zapříčiněna obavou z prohry a z odpovědnosti za pacientovu smrt. U laické veřejnosti se pak jedná zejména o strach z bolesti a o pocity zklamání, že medicína nedovedla zachránit jejich příbuzného. Na nárůst debat týkajících se umožnění eutanazie mají též z velké části vliv samotná média, která přichází s aktualitami o zemích, ve kterých se problematika eutanazie řeší.

Zastánci i odpůrci legalizace eutanazie se shodují, že závěr lidského života by měl každý z nás prožít důstojně. Pro příznivce eutanazie znamená důstojné umírání rychlou smrt bez bolesti a často i bez možnosti rozloučení se nemocného s rodinou. Naopak pro odpůrce eutanazie představuje důstojné umírání možnost zajistit všechny potřeby a přání nemocného a pečovat o něho až do samotného konce. Na základě práce s literaturou a dotazníkového šetření se domnívám, že legalizace eutanazie by představovala riziko pro nevyléčitelně nemocné. K tomuto postoji mě vede skutečnost, že v případě možnosti volby smrti by nemocní cítili potřebu rozhodnout se pro eutanazii z důvodu, že nechtějí být na obtíž pro okolí. Zároveň v mém stanovisku neopomím skutečnost, že lékaři nadále představují pro pacienty autority, jejichž názory je třeba respektovat. Bude-li lékař nakloněn eutanazii, pacient bude s velkou pravděpodobností s jeho stanoviskem souhlasit.

V počátcích psaní této práce jsem sama sebe řadila mezi ty, kteří by s legalizací eutanazie souhlasili. Mé stanovisko bylo ovlivněno zejména osobní zkušeností s umíráním blízké osoby. Na základě proniknutí do problematiky paliativní péče, se kterou jsem se do té doby nikdy předtím nesešla, se můj názor změnil.

V diplomové práci jsem se věnovala otázce, jaký pohled zaujímá společnost k problematice legalizace eutanazie. Záměrem předkládané práce bylo v její teoretické části na základě literární rešerše objasnit terminologii pojící se s danou problematikou. Jednalo se primárně o termíny eutanazie, asistovaná sebevražda, paliativní péče a hospic. Jelikož se eutanazie týká medicínského prostředí, považovala jsem za důležité analyzovat historické proměny vztahu mezi lékařem a pacientem. Současně tak jsem v práci věnovala pozornost historickým změnám v postojích k problematice eutanazie a následně analyzovala nejen země, v nichž je eutanazie povolena, ale zároveň důvody, proč někde

eutanazie je a jinde není umožněna. Součástí práce je analýza paliativní péče, která **je v případě otázky legalizace eutanazie její nedílnou součástí**. Na rozdíl od euthanasie není odpověď zkratkovitou, ale snaží se nám pomoci najít cestu k tomu, jakým způsobem mohou být poslední dny lidského života naplněny. Cílem praktické části bylo za pomoci dotazníkové šetření zjistit, jaké má společnost povědomí o problematice eutanazie a zda existují rozdíly v názorech na eutanazii mezi odbornou a laickou veřejností.

Z dotazníkového šetření bylo zjištěno, že většina respondentů nezná skutečný význam slova eutanazie. Stejně tak většina dotázaných nevěděla, ve kterých zemích je eutanazie legalizována. O paliativní péči byla zpravena polovina respondentů a o hospici více jak tři čtvrtiny zúčastněných. Co se týče nejčastějších důvodů žádostí o eutanazii, patří mezi ně strach z bolesti, pocit, že je dotyčný ostatním na obtíž a pocit ztráty důstojnosti. Naprostá většina zúčastněných respondentů se domnívá, že k podání žádosti o eutanazii a k jejímu rozhodnutí by měl být oprávněn sám nemocný, v případě provedení samotného činu by mělo právo náležet lékařům. Dotazníkové šetření ukázalo, že nadpoloviční většina by možnost eutanazie v České republice uvítala. Poměrně velká část respondentů v otázce legalizace eutanazie nemá jasno. Většina dotázaných, kteří mají zkušenost s umíráním blízké osoby a jsou touto zkušeností ovlivněni, uvedla, že je daná zkušenost ovlivnila ve směru přijetí legalizace eutanazie. Naprostá většina zúčastněných připouští v případě legalizace eutanazie určité riziko jejího zneužívání. Možnost dříve vysloveného přání není prozatím mezi respondenty známa. Přesto byla většina dotázaných, která si dovedla představit situaci, ve které by této možností využila.

Ve zkoumaném souboru existuje podle všeho jistá souvislost mezi náboženským vyznáním respondentů a tím, zda souhlasí se zavedením možnosti eutanazie v ČR či nikoliv. Ve vztahu vzdělání, bydliště a zkušenost s umíráním blízké osoby na možnost eutanazie souvislost prokázána nebyla. Názory odborné a laické veřejnosti se statisticky významně liší v povědomí o paliativní péči, o hospici, o dříve vysloveném přání, dále pak v pohledu na osobu, která by měla být oprávněná podat žádost o eutanazii, rozhodnout o eutanazii a provést eutanazii. Naopak rozdíly mezi těmito dvěma skupinami nejsou v povědomí o zemích, ve kterých je eutanazie beztrestná, důvodech vedoucích k eutanazii, v souhlasu s legalizací eutanazie a v míře rizika zneužívání eutanazie.

V problematice eutanazie bezesporu za dobré považují nejen to, že je natolik rozšířené povědomí o takto citlivém tématu, ale zejména fakt, že je zde vědomí o možnosti rizika jejího zneužívání. Současně kladně hodnotím povědomí odborné a laické veřejnosti

o termínu hospic. Za alarmující naopak považují neznalost pravého významu slova eutanazie a obecnou neznalost termínu paliativní péče. V budoucích diskuzích o eutanazii by se měla věnovat větší pozornost problematice paliativní péče, a to z toho důvodu, že „dobrá a systematická paliativní péče (...) může **sehrát mimořádně přínosnou roli:** jednak pro konkrétního nemocného, jednak pro veřejnost. Nemocnému umožní zemřít „snadnou“ smrtí a veřejnost nabude přesvědčení, že důstojný odchod ze života podmíněný odbornou péčí i laskavým doprovodem **je vhodnějším řešením než volání o po urgentních řešeních.**“<sup>128</sup>

---

<sup>128</sup> Vorlíček, J. - Adam, Z. - Pospíšilová, Y. et al. *Paliativní medicína*, s. 447; zvýraznění autorky.

## 8. Seznam použité literatury

### 8.1 Seznam použité literatury

- Annandale, E. *The Sociology of Health and Medicine: A Critical Introduction*. Cambridge: Polity Press, 2009.
- Ariés, P. *Dějiny smrti II*. Praha: Argo, 2000.
- Bártlová, S. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2003.
- Disman, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. Praha: Karolinum, 2002.
- Haškovcová, H. *Lékařská etika*. Praha: Galén, 1994.
- Haškovcová, H. *Thanatologie: Nauka o umírání a smrti*. Praha: Galén, 2007.
- Hendl, J. *Přehled statistických metod zpracování dat. Analýza a metaanalýza dat*. Praha: Portál, 2004.
- Hillyard, D. - Dombrink, J. *Dying Right: The Death with Dignity Movement*. London: Routledge, 2001.
- Howarth, G. *Death & Dying: A sociological introduction*. Cambridge: Polity Press, 2007.
- Humpry, D. *Final Exit: The Practicalities of Self - Deliverance and Assisted Suicide for the Dying*. New York: Dell, 1991.
- Kalvach, Z. et al. *Umírání a paliativní péče v ČR (situace, vyhlídky, reflexe)*. Praha: Cesta domů, 2004.
- Munzarová, M. *Vybrané kapitoly z lékařské etiky I: Smrt a umírání*. Brno: Masarykova univerzita, 2002.
- Munzarová, M. *Eutanazie, nebo paliativní péče?* Praha: Grada Publishing, 2005.
- Munzarová, M. *Zdravotnická etika od A do Z*. Praha: Grada Publishing, 2005.
- Munzarová, M. et al. *Proč Ne eutanazii aneb Být, či nebýt?* Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2008.
- Pollard, B. *Eutanazie - ani či ne?* Praha: Dita, 1996.
- Rotter, H. *Důstojnost lidského života*. Praha: Vyšehrad, 1999.
- Sláma, O. - Kabelka, L. - Vorlíček, J. et al. *Paliativní medicína pro praxi*. Praha: Galén, 2011.
- Sláma, O. - Špinko, Š. *Koncepce paliativní péče v ČR: Pracovní materiál k odborné a veřejné diskusi*. Praha: Cesta domů, 2004.



Svatošová, M. *Hospice a umění doprovázet*. Praha: Ecce Homo, 2011.

Šipr, K. - Mičo, M. - Krumpolc, E. 2005. *Aktuální bioetické texty: Deklarace o eutanazii*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005.

Špínková, M. - Špínka, Š. *Euthanasie: Víme, o čem mluvíme?* Praha: Cesta domů, 2006.

Těšínová, J. - Žďárek, R. - Polícar, R. *Medicínské právo*. Praha: C. H. Beck, 2011.

Thomasma, C. D. - Kushnerová, T. *Od narození do smrti: Etické problémy v lékařství*. Praha: Mladá fronta, 2000.

Virt, G. *Žít až do konce: Etika umírání, smrti a eutanazie*. Praha: Vyšehrad, 2000.

Vorlíček, J. - Adam, Z. - Pospíšilová, Y. et al. *Paliativní medicína*. Praha: Grada Publishing, 1998.

## 8.2 Seznam použitých internetových zdrojů

„Adresář hospiců v ČR.“ [online]. Verze neuvěděna. [cit. 20. 6. 2012]. Dostupné z: <<http://www.osobniasistence.cz/?tema=3&article=6#domhosp>>.

Berka, V. - Sum, T. „Eutanazie ve světě.“ [online]. Verze z 20. 5. 2005. [cit. 23. 4. 2012]. Dostupné z: <<http://www.epravo.cz/top/clanky/eutanazie-ve-svete-33479.html>>.

Česká lékařská komora. „Etický kodex české lékařské komory.“ [online]. Verze neuvěděna. [cit. 10. 4. 2012]. Dostupné z: <<http://www.clk.cz/oldweb/zakpred/predpis10.html>>.

Česká tisková kancelář. „Eutanazie v ČR zatím uzákoněna nebude.“ [online]. Verze z 18. 9. 2008 [cit. 10. 5. 2012]. Dostupné z: <[http://www.lidovky.cz/eutanazie-v-cr-zatim-uzakonena-nebude-d8i-/zpravy-domov.aspx?c=A080918\\_193317\\_ln\\_domov\\_mel](http://www.lidovky.cz/eutanazie-v-cr-zatim-uzakonena-nebude-d8i-/zpravy-domov.aspx?c=A080918_193317_ln_domov_mel)>.

Český statistický úřad. „Obyvatelstvo podle náboženské víry podle krajů - podrobné údaje.“ [online]. Verze z 11. 10. 2012 [cit. 10. 11. 2012]. Dostupné z: <<http://www.czso.cz/sldb2011/redakce.nsf/i/tabulky>>.

Ecce Homo. „Adresář hospiců.“ [online]. Verze z 17. 6. 2010. [cit. 20. 6. 2012]. Dostupné z: <<http://www.hospice.cz/adresar-hospicu/>>.

Ecce Homo. „Slovník pojmů.“ [online]. Verze z 18. 6. 2010. [cit. 18. 4. 2012]. Dostupné z: <<http://www.hospice.cz/slovník-pojmu/>>.

Jirásková, T. „Euthanasie v České republice – ano či ne.“ [online]. Verze z 13. 3. 2008. [cit. 20. 5. 2012]. Dostupné z: <<http://eutanazie-dobrasmrť.bluefile.cz/?akce=media&id=308>>.

„Kandidáti na prezidenta o eutanázii.“ [online]. Verze z 15. 3. 2012. [cit. 8. 11. 2012]. Dostupné z: <<http://eutanazie-dobrasmrt.bluefile.cz/?akce=aktualne&id=157>>.

Mediafax. „Eutanazie je již v Lucembursku legální.“ [online]. Verze z 17. 3. 2009. [cit. 23. 4. 2012]. Dostupné z: <<http://zahranicni.eurozpravy.cz/evropa/386-eutanazie-je-jiz-v-lucembursku-legalni/>>.

Ministerstvo vnitra České republiky. „Senát - návrh na zákonné ošetření eutanazie.“ [online]. Verze neuvejena. [cit. 10. 5. 2012]. Dostupné z: <<http://www.mvcr.cz/clanek/senat-navrh-na-zakonne-osetreni-eutanazie.aspx>>.

Ministerstvo zdravotnictví České republiky. „Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách).“ [online]. Verze z 10. 4. 2012 [cit. 12. 5. 2012]. Dostupné z: <[http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/zdravotni-sluzby\\_6102\\_1786\\_11.html](http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/zdravotni-sluzby_6102_1786_11.html)>.

Mladá fronta Zdravotnické noviny ZDN. „Švédsko povolilo pasivní eutanazii.“ [online]. Verze z 28. 4. 2010. [cit. 23. 4. 2012]. Dostupné z: <<http://zdravi.e15.cz/clanek/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-zdn/svedsko-povolilo-pasivni-eutanazii-451344?category=ze-zahranici>>.

Mladá fronta Zdravotnické noviny ZDN. „Gajdušková chystá zákon upravující mimo jiné odmítnutí léčby.“ [online]. Verze z 6. 1. 2012. [cit. 12. 5. 2012]. Dostupné z: <<http://zdravi.e15.cz/denni-zpravy/z-domova/gajduskova-chysta-zakon-upravujici-mimo-jine-odmitnuti-lecby-462868>>.

Moravec, V. „Marie Svatošová v Impulsech Václava Moravce.“ [online]. Verze z 13. 8. 2008. [cit. 20. 5. 2012]. Dostupné z: <<http://www.impuls.cz/clanek/marie-svatosova-v-impulsech-vaclava-moravce/220532>>.

Patients Right Councils. „Assisted Suicide Laws in the United States.“ [online]. Verze z 2. 6. 2012. [cit. 15. 7. 2012]. Dostupné z: <<http://www.patientsrightscouncil.org/site/assisted-suicide-state-laws/>>.

Pavlíček, M. „Hippokratova přísaha.“ [online]. Verze z 23. 10. 2010. [cit. 23. 4. 2012]. Dostupné z: <<http://euromedicine.eu/cze/clanky/detail/64/>>.

Petrášová, L. - Dolejší, V. „Eutanazie se dá zneužít, varují odborníci.“ [online]. Verze z 23. 5. 2007. [cit. 20. 5. 2012]. Dostupné z: <[http://zpravy.idnes.cz/eutanazie-se-da-zneuzit-varuji-odbornici-fpl-/domaci.aspx?c=A070522\\_221014\\_domaci\\_ost](http://zpravy.idnes.cz/eutanazie-se-da-zneuzit-varuji-odbornici-fpl-/domaci.aspx?c=A070522_221014_domaci_ost)>.

Sum, T. „Eutanazie v právním řádu ČR.“ [online]. Verze z 20. 10. 2004. [cit. 10. 5. 2012]. Dostupné z: <<http://www.epravo.cz/top/clanky/eutanazie-v-pravnim-radu-cr-28721.html>>.

Štráfěldová, M. „Eutanázie znovu vyvolává spory.“ [online]. Verze z 2. 12. 2005. [cit. 20. 5. 2012]. Dostupné z: <<http://www.radio.cz/cz/rubrika/udalosti/eutanazie-znovu-vyvolava-spory>>.

Trachtová, Z. - Topinková, M. „Franz chce adopce dvěma otci, Dienstbier eutanazii, Bobošíková popravu.“ [online]. Verze z 23. 9. 2012. [cit. 8. 11. 2012]. Dostupné z: <[http://zpravy.idnes.cz/postoje-prezidentskych-kandidatu-dr9-/domaci.aspx?c=A120918\\_152922\\_domaci\\_zt](http://zpravy.idnes.cz/postoje-prezidentskych-kandidatu-dr9-/domaci.aspx?c=A120918_152922_domaci_zt)>.

## 9. Přílohy

### 9.1 Příloha č. 1

#### Seznam lůžkových a domácích hospiců<sup>129</sup>

##### Hospice:

- Hospic Štrasburk v Praze
- Hospic Dobrého Pastýře v Čerčanech
- Hospic sv. Jana N. Neumanna v Prachaticích
- Hospic sv. Lazara v Plzni
- Hospic sv. Štěpána v Litoměřicích
- Hospic v Mostě
- Hospic Anežky České v Červeném Kostelci
- Hospic Chrudim
- Hospic sv. Alžběty v Brně
- Hospic na Svatém Kopečku v Olomouci
- Hospic Citadela ve Valašském Meziříčí
- Hospic Hvězda ve Zlíně
- Hospic sv. Lukáše v Ostravě
- Hospic Frýdek Místek
- Hospic Chrudim

##### Domácí (mobilní) hospice:

- Hospicová péče sv. Zdislavy v Liberci
- Hospicové občanské sdružení Duha v Hořicích
- Hospicové hnutí Vysočina v Novém Městě na Moravě
- Domácí hospic Cesta domů
- Domácí hospic - Uherské Hradiště
- Domácí hospic Jordán v Táboře
- Domácí hospicová péče - Jihlava
- Domácí hospicová péče - Žďár nad Sázavou
- Domácí hospicová péče - Třebíč
- Mobilní hospic Dobrého pastýře v Benešově

---

<sup>129</sup> Svatošová, M. *Hospice a umění doprovázet*, s. 142-145; „*Hospice...*“ 2012; „*Adresář...*“ 2012.

- Mobilní hospic Most k domovu v Praze
- Mobilní hospic Ondrášek v Ostravě.

## 9.2 Příloha č. 2

### Dotazník

Vážená paní/Vážený pane,

jsem studentkou magisterského studia oboru Sociologie na Filozofické fakultě Univerzity Karlovy. Obracím se na Vás s prosbou o vyplnění **anonymního dotazníku**, který bude sloužit pouze jako podklad pro vypracování mé diplomové práce na téma Pohled společnosti na problematiku legalizace eutanazie. Dotazník je oboustranný a obsahuje 22 otázek. Vyplnění dotazníku Vám zabere zhruba 3 minuty. U každé otázky zakroužkujte prosím jednu odpověď (pokud není uvedeno jinak), případně odpověď napište.

Děkuji Vám za Váš čas a spolupráci

Lenka Honsová

1. **Slyšel/a jste někdy o eutanazii? (úmyslném ukončení života osoby na její výslovnou žádost někým jiným, např. lékařem)**
  - a) Ano
  - b) Ne
  
2. **Jaké jsou podle Vás nejčastější důvody vedoucí k žádosti o eutanazii? Vyberte nejvýše tři možnosti.**
  - a) Strach z umírání
  - b) Strach z bolesti
  - c) Pocit ztráty důstojnosti
  - d) Pocit ztráty smyslu života
  - e) Pocit, že je dotyčný na obtíž pro okolí
  - f) Pocit osamělosti, opuštěnosti
  
3. **Je podle Vás rozdíl mezi eutanazií a asistovanou sebevraždou?**
  - a) Ano (uved'te prosím, v čem) .....
  - b) Ne
  - c) Nevím
  
4. **Víte, ve kterých zemích je eutanazie beztrestná?**
  - a) Ano (uved'te prosím jeden či dva státy) .....
  - b) Ne

**5. V případě, že by byla eutanazie v České republice legalizována, kdo by měl podle Vás být oprávněn podat žádost o eutanazii? (u každé odpovědi zakroužkujte *ano* nebo *ne*)**

- Sám pacient ANO x NE
- Rodinní příslušníci pacienta ANO x NE
- Ošetřující lékař ANO x NE
- Jiní (uved'te) .....

**6. V případě, že by byla eutanazie v České republice legalizována, kdo by měl podle Vás učinit rozhodnutí o eutanazii? (u každé odpovědi zakroužkujte *ano* nebo *ne*)**

- Sám pacient ANO x NE
- Rodinní příslušníci pacienta ANO x NE
- Ošetřující lékař ANO x NE
- Další, nezávislý lékař ANO x NE
- Nezávislá lékařská komora ANO x NE
- Soud ANO x NE

**7. V případě, že by byla eutanazie v České republice legalizována, kdo by měl dle Vašeho názoru být oprávněn provést eutanazii? (u každé odpovědi zakroužkujte *ano* nebo *ne*)**

- Sám pacient ANO x NE
- Rodinní příslušníci pacienta ANO x NE
- Lékař ANO x NE
- Jiní (uved'te) .....

**8. Myslíte si, že by v České republice měla být eutanazie umožněna?**

- a) Ano (zdůvodněte prosím) .....
- b) Ne (zdůvodněte prosím) .....
- c) Nedovedu posoudit

**9. Setkal/a jste se osobně s umíráním blízké osoby z důvodu nevléčitelné nemoci? (v případě odpovědi *ne* přejděte k otázce číslo 12)**

- a) Ano
- b) Ne

**10. Ovlivnila Vás zkušenost s umíráním blízké osoby z důvodu nevléčitelné nemoci v názoru na legalizaci eutanazie?**

- a) Určitě ano
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Určitě ne
- e) Nedovedu posoudit

11. V případě, že jste na předchozí otázku odpověděl/a *určitě ano* nebo *spíše ano*, v jakém směru Vás tato zkušenost ovlivnila v názoru na eutanazii?
- a) Ve směru přijetí legalizace eutanazie
  - b) Ve směru odmítnutí legalizace eutanazie
12. Pokud by byla eutanazie v České republice legalizována, jak vysoké je podle Vás riziko jejího zneužívání?
- a) Velmi vysoké
  - b) Spíše vysoké
  - c) Spíše nízké
  - d) Velmi nízké
  - e) Žádné
  - f) Nedovedu posoudit
13. Slyšel/a jste o možnosti dříve vyslovené přání, která je ukotvena v *zákoně o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování*? (v případě odpovědi *ne* přejděte k otázce číslo 15)
- a) Ano
  - b) Ne
14. Dovedete si představit situaci, v níž byste využil/a této možnosti?
- a) Určitě ano
  - b) Spíše ano
  - c) Spíše ne
  - d) Určitě ne
  - e) Nevím
15. Slyšel/a jste o možnosti paliativní péče? (péče, která zlepšuje kvalitu života nemocných a jejich rodin a která zajišťuje úlevu od bolesti a ostatních problémů fyzických, psychosociálních a spirituálních)
- a) Ano
  - b) Ne
16. Myslíte si, že je paliativní péče v České republice propagována dostatečně nebo nedostatečně?
- a) Určitě dostatečně
  - b) Spíše dostatečně
  - c) Spíše nedostatečně
  - d) Určitě nedostatečně
  - e) Nevím
17. Slyšel/a jste někdy o hospici? (specializovaném zařízení, poskytující tzv. paliativní péči)
- a) Ano
  - b) Ne
18. Jste žena či muž?
- a) Žena
  - b) Muž



**19. Která z následujících věkových kategorií Vám odpovídá?**

- |              |              |
|--------------|--------------|
| a) 15-29 let | b) 30-49 let |
| c) 50-59 let | d) 60 a více |

**20. Otázka náboženského vyznání**

- |           |             |
|-----------|-------------|
| a) Věřící | b) Nevěřící |
|-----------|-------------|

**21. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?**

- |                              |                               |
|------------------------------|-------------------------------|
| a) Základní                  | b) Středoškolské bez maturity |
| c) Středoškolské s maturitou | d) Vyšší odborné              |
| e) Vysokoškolské             | f) Jiné (uveďte) .....        |

**22. Máte zdravotnické vzdělání?**

- |        |       |
|--------|-------|
| a) Ano | b) Ne |
|--------|-------|

**23. Jaké je Vaše bydliště?**

- |              |           |
|--------------|-----------|
| a) Praha     | b) Tachov |
| c) Nová Role |           |

Děkuji Vám za spolupráci při vyplnění