

UNIVERZITA KARLOVA

Filozofická fakulta

Katedra psychologie



BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Eliška Cvrkalová

Postoje k eutanázii

Attitudes towards euthanasia

Praha 2019

Vedoucí práce: Ing. Mgr. Marek Vranka

Poděkování

Děkuji především Ing. Mgr. Marku Vrankovi za cenné podněty a věcné rady. V druhé řadě všem ostatním, kteří mě podporovali.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou 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 13. 5. 2019

.....

Eliška Cvrkalová

Abstrakt

Eutanázie a asistované umírání obecně jsou aktuálními společenskými tématy. V literárně přehledové části tato práce sumarizuje poznatky o argumentech pro a proti asistovanému umírání a o sociodemografických, osobnostních a situačních faktorech ovlivňujících postoje lidí k této problematice. V práci jsou také analyzovány skutečné důvody, které nejčastěji vedou pacienty k žádosti o eutanázii. V rámci výzkumného projektu uvádí návrh studie, která si klade za cíl prohloubení porozumění jednotlivým určujícím faktorům rozhodujících o akceptaci či neakceptaci eutanázie a jejího hodnocení. Navržena je zde i možnost dalšího zkoumání.

Klíčová slova

Eutanázie, lékařem asistovaná sebevražda, sociodemografické ukazatele, osobnostní faktory, situační faktory

Abstract

Euthanasia and assisted dying in general are current social issues. In the literary review, this thesis summarizes the arguments for and against assisted dying and socio-demographic, personality and situational factors influencing people's attitudes to this topic. As a part of the research project, it outlines a study that aims to deepen understanding of the determinants of acceptance or non-acceptance of euthanasia and its evaluation. It also suggests the possibility of future research.

Keywords

Euthanasia, physician-assisted suicide, sociodemographic indicators, personality factors, situational factors

Obsah

Úvod	6
Literárně přehledová část.....	8
1. Vymezení základních pojmů týkajících se eutanázie	8
1.1 Legální provádění eutanázie	10
1.2 Etické problémy spojené s eutanázií.....	12
1.3 Alternativy	13
2 Argumenty pro a proti	14
2.1 Argumenty pro	15
2.2 Argumenty proti.....	15
3 Faktory ovlivňující postoje k eutanázii.....	17
3.1 Osobnostní vlastnosti.....	19
3.2 Sociodemografické charakteristiky.....	19
3.2.1 Pohlaví	20
3.2.2 Věk.....	20
3.2.3 Země původu	20
3.2.4 Zaměstnání.....	21
3.3 Religiozita.....	21
3.4 Faktory související s pacientem	22
3.4.1 Asistence	23
3.4.2 Asistent	23
3.4.3 Nemoc	24
3.4.4 Dětsí pacienti	25
3.5 Ostatní potenciální faktory.....	25
3.6 Výzkum důvodů žádostí o eutanázii	26
3.6.1 Subjektivní míra vnímaného utrpení.....	28

3.6.2	Deprese u pacientů.....	30
3.6.3	Religiozita u pacientů	31
3.6.4	Ostatní potenciální faktory u pacientů	31
	Návrh výzkumného projektu	32
4	Cíle výzkumu, výzkumné otázky a hypotézy.....	32
5	Design výzkumného projektu.....	33
5.1	Typ výzkumu	33
5.2	Výzkumný soubor a metody získávání dat	34
5.3	Metody zpracování a analýzy dat	36
5.4	Etika výzkumu	37
6	Diskuze.....	37
	Závěr	39
	Seznam použité literatury	41
	Seznam tabulek.....	51
	Seznam zkratk.....	52
	Příloha 1.....	I

Úvod

Aspekty lidského života, které jsou všem společné a vymezují jej, jsou narození a smrt. Tyto události se ve většině průmyslově vyspělých zemí staly medicinalizované (je na ně pohlíženo z lékařského hlediska). To má vliv na celkové vnímání umírání a samotné smrti (Hinman, 2009). Smrt je tabuizovaná a vše s ní související je v dnešní, převážně sekularizované společnosti chápáno jako něco nechtěného a znepokojujícího (Bartůněk, 2012). Eutanázie v určitých ohledech narušuje zažitě představy, jednou z nich je bezpochyby ta náboženská. Náboženství jako takové dříve bylo v naší kultuře zakotveno, dnes přetrvává jen v určitých kulturách a schopnost vyrovnávat se se smrtí se tak stává vzácnější. U pacientů se dnes častěji vyskytují emoční těžkosti spojené se smrtí a umíráním (Kübler-Ross, 2015). Samotný proces umírání bývá často spojen s obavami z bolesti a utrpení, i kvůli tomu se někdy na první pohled může zdát smrt z milosrdenství jako adekvátní řešení (Haškovcová, 2000).

Medicínský pokrok spolu se zvětšujícím se důrazem na práva jednotlivce a jeho svobodu bezpochyby katalyzují diskuze týkající se eutanázie (Ptáček & Bartůněk, 2012). Především možnosti dnešní medicíny dovolují lékařům pečovat o pacienty, kteří jsou i přes různé zdravotní obtíže schopni se dožít pokročilého stáří. Mnozí jsou však v rámci vitalistických tendencí (kdy je cílem udržení pacienta při životě za každou cenu) udržováni spíše na hranici mezi životem a smrtí, např. v bezvědomí za pomoci přístrojů. Technologický pokrok se zapříčinil o to, že v mnoha případech je prodloužen život jedinců, kteří by bez zákroku zemřeli podstatně dříve. V praxi to tak může znamenat protahované a bolestné umírání (Munzarová, 2005). V neposlední řadě do debat ohledně eutanázie vstupují hromadné sdělovací prostředky, které podněcují diskuze o problematických otázkách. Eutanázie je však velmi komplikovaná a emotivní a v rámci těchto diskuzí se o ní nedá debatovat jinak než povrchně, takže přínos těchto médií je diskutabilní. Navíc názory, které nevycházejí z jakékoliv odborné znalosti, mohou být prezentovány na stejné úrovni jako ty expertní (Pollard, 1996). Eutanázie pacientů s nesnesitelným tělesným utrpením budí etickou debatu, ještě silnější emoce však budí eutanázie pacientů s nesnesitelným psychiatrickým utrpením (Thienpont et al., 2015).

Cílem této bakalářské práce je shrnout aspekty potenciálně ovlivňující postoje k eutanázii, její morální hodnocení či její opodstatněnost. Bakalářská práce je rozdělena na dvě hlavní části. Tou první je přehledová část vycházející z odborné literatury. V její první kapitole jsou vymezeny základní pojmy týkající se problematiky eutanázie. Ve zkratce

jsou uvedeny státy, kde je možné ji legálně provést. Jsou zmíněny etické problémy, které eutanázii doprovázejí. Tuto kapitolu uzavírají alternativní řešení péče o umírající. V druhé kapitole je pozornost věnována argumentům pro i proti eutanázii. Třetí kapitola obecně shrnuje faktory, které se podílejí na postojích k eutanázii. Jsou zohledněny osobnostní vlastnosti, sociodemografické charakteristiky (pohlaví, věk, země původu, zaměstnání), religiozita, faktory související se stavem pacienta (asistence, asistent, nemoc, dětští pacienti) a ostatní potenciální faktory. Poslední podkapitola se zaměřuje na výzkum důvodů žádostí o eutanázii. Je zde uvedena subjektivní míra vnímaného utrpení, deprese u pacientů a ostatní potenciální faktory rozhodujících u pacientů žádajících o eutanázii.

Navrhovaný výzkumný projekt si klade za cíl prohloubit poznání týkající se diverzity postojů veřejnosti k eutanázii a navržení oblasti pro další výzkum. V rámci navrhované studie by byly mapovány osobnostní rysy a byly by uváděny do spojitosti se situačními faktory, sociodemografickými indikátory, religiozitou a rozdílem mezi pacienty se somatickým a psychologickým (psychiatrickým) onemocněním.

Práce čerpá z odborné literatury především kvůli ucelenosti tématu a ze zdrojů uvádějících stanoviska stran zastávajících argumenty pro i proti. Pro účely této práce byly využity studie postojů či hodnocení eutanázie a zároveň lékařem asistované sebevraždy, jelikož jsou často prováděny simultánně a nabízí široké spektrum otázek, které následně mohou být podrobeny dalšímu zkoumání. V práci je citováno podle normy APA (2010).

Literárně přehledová část

1. Vymezení základních pojmů týkajících se eutanázie

Munzarová (2005) upozorňuje na nejasnost samotného pojmu eutanázie, která vede ke zkreslujícím datům. Pokud dotazovaný nemá jasnou představu o významu, nemůže se přiklánět na žádnou stranu spektra. Uvádí, že lidé považují za dva póly škály pouze možnost zemřít v bolestech, nebo naopak dočkat se milosrdného ukončení života, za které bývá eutanázie nezdědka považována. Podle Haškovcové (2000) není vnímání eutanázie jako jediné adekvátní formy řešení, jak chránit umírajícího (zejména před bolestí a utrpením), správné. Je podle ní důležité znát alternativní možnosti péče. Pro nalezení nejlepší možné cesty v této otázce je nejprve nutné se probrat nejasnými definicemi, nepřehlednou terminologií, nepochopením a přizpůsobováním faktů (Pollard, 1996).

Eutanázie je definovaná jako záměrné ukončení pacientova života podáním léku život ukončujícího na jeho explicitní žádost (Smets et al., 2009). Munzarová (2005) uvádí často užívanou holandskou definici eutanázie, která ji vymezuje jako úmyslné ukončení lidského života na vlastní žádost někým jiným než člověkem samotným, nejčastěji lékařem. Munzarová uvádí definici Světové lékařské asociace, která eutanázii definuje jako:

„Vědomé a úmyslné provedení činu s jasným záměrem ukončit život jiného člověka za následujících podmínek: subjektem je kompetentní informovaná osoba s nevléčitelnou chorobou, která dobrovolně požádala, aby její život byl ukončen; jednající ví o stavu této osoby a o jejím přání zemřít a páchá tento skutek s prvořadým úmyslem ukončit život této osoby; a skutek je proveden se soucitem a bez osobního zisku.“ (Munzarová, 2012, str. 32–33)

Munzarová (2005) eutanázii rozděluje na aktivní a pasivní. Aktivní podle jejího výkladu znamená zásah, který vede ke smrti (= zabití). Kdežto pasivní je ukončení léčebných procesů či nepokračování v nich. Nezasáhnutí do léčby s úmyslem usmrtit pacienta je pro ni však ekvivalentem aktivního usmrcení. Hranice mezi těmito pojmy je nejasná i podle jiných autorů. Aktivní eutanázie bývá brána jako více soucitná, a tudíž morálně upřednostňovaná. Možným příkladem je podání léků pacientovi trpícímu bolestmi. Ty ho usmrtí, ale od bolesti mu uleví. V kontrastu s tím je jejich nepodání, kdy pacient umírá v bolestech (Hinman, 2009). Označení pasivní je často bráno jako nesprávné, zejména v případech ukončení léčby,

jelikož prvotním úmyslem nebývá pacientovo usmrcení jako spíše fakt, že původní léčba se stala zbytečným utrpením. Respondenti v tomto případě spíše podporovali pasivní formu (Ho, 1999). Odmítnutí léčby je na místě v momentě, kdy neexistuje naděje na zlepšení pacientova stavu a/nebo se pro pacienta stává zatěžující (i v případě naděje na zlepšení) (Munzarová, 2005). Pojem pasivní eutanázie se tak možná stává nadbytečným, a proto někteří autoři navrhují jeho neužívání (Pollard, 1996).

Eutanázii je též možné rozdělit na dobrovolnou, nedobrovolnou a protivolní. Dobrovolnou v tom smyslu, že si jedinec sám vybere možnost zemřít. Nedobrovolná pak znamená, že smrt pacienta nastane bez jeho rozhodnutí, což zahrnuje případy, kdy jedinec např. nemůže vyjádřit své přání. Také se však může jednat o usmrcení přímo navzdory pacientovu přání, tedy proti jeho vůli. V běžném jazyce by tento případ mohl být označen za vraždu (Loucks et al., 2009). Nabízí se tak, že nejvíce ohroženými skupinami jsou pacienti bez možnosti vyjádřit jejich názor, tedy např. v kómatu, ale i třeba nemluvnata. Obdobně je eutanázie rozdělována na vyžádanou, nevyžádanou a nedobrovolnou (Pollard, 1996). Eutanázie je v tomto rozdělení pojatá jako záměrné ukončení jedincova života, jehož motivem je soucit. Vyžádaná eutanázie je chápána jako dobrovolná, pokud o ni žádá osoba sama pro sebe. Nevyžádaná v tomto případě znamená, že daná osoba o ni nepožádala sama, jelikož není dospělá nebo mentálně způsobilá, v krajním případě je způsobilá, ale nebyla tázána. Nedobrovolná eutanázie je taková, která byla provedena i navzdory pacientově žádostem, aby k ní nedošlo.

Často se hovoří o lékařem asistované sebevraždě (dále jen LAS). V tomto případě jsou lékařem obstarány prostředky (např. léky) pro vlastní usmrcení pacientem, který o tuto formu požádal (Pollard, 1996). Jedná se o záměrnou asistenci lékaře u sebevražedného pokusu pacienta nebo jeho informování o způsobech ukončení života (Smets et al., 2009).

Nesnesitelné utrpení je veřejností často vnímáno jako důvod žádostí o eutanázii, proto je dobré tento pojem přiblížit. Někteří autoři jej provizorně definovali jako hluboce osobní zkušenost opravdového nebo vnímaného bezprostředně blížícího se ohrožení jedincovy integrity nebo jeho života, které má podstatně dlouhé trvání a ústředním místem je jedincova mysl (M. Dees, Vernooij-Dassen, Dekkers, & van Weel, 2010). Utrpení lze definovat jako distres spojený s tím, co ohrožuje jedincovu nedotknutelnost. Utrpení se objevuje v momentě, kdy jedinec vnímá hrozící poškození. Škoda nebo ztráta mohou být ve spojitosti s jedincovou historií, kulturními nebo společenskými vazbami, rolami, žádanou budoucností

nebo spirituálním životem (Cassell, 1998). Posouzení nesnesitelnosti utrpení je však velmi subjektivní. Samotní pacienti zmiňovali i bolest jako příčinu utrpení, ale důvody, proč bylo utrpení nesnesitelné, byly spíše ne-tělesné, a to např. závislost (nebo alespoň strach z ní), nemožnost dále se účastnit každodenních aktivit nebo mentální utrpení způsobené zhoršováním stavu. Zdá se, že podle lékařů je snazší definovat nesnesitelnost utrpení v případě, kdy je přítomná fyzická bolest (Pasman, Rurup, Willems, & Onwuteaka-Philipsen, 2009).

Pro pochopení postojů k eutanázii a LAS je důležité rozlišovat mezi skupinami pacientů v závislosti na povaze utrpení souvisejícího s jejich onemocněním. Fyzické utrpení bývá ve spoustě případů redukováno na bolest. Psychologické utrpení bývá doprovázeno psychologickou nebo psychiatrickou diagnózou. A zmiňováno bývá i utrpení mentální, které v sobě skrývá existenciální, spirituální či emocionální utrpení. Jelikož je nejhůře objektivně posouditelné, a tedy diagnostikovatelné, bývá nejčastěji nepřijímané jako validní opodstatnění žádosti o eutanázii. V rámci této bakalářské práce spadá mentální utrpení pod utrpení psychologické. Utrpení je důležité vnímat jako určité kontinuum, nelze říci, že pacient trpí buď fyzicky, nebo psychologicky či mentálně (Raus & Sterckx, 2015). Kvalitativní studie ukázala, že nesnesitelné utrpení obecně vycházelo ze zdravotních symptomů pacientova onemocnění. Pacienti s psychiatrickou (doprovodnou) diagnózou uváděli neustávající nesnesitelné utrpení (M. K. Dees, Vernooij-Dassen, Dekkers, Vissers, & van Weel, 2011). V rámci Evropy je utrpení doprovázející ať somatické, či mentální onemocnění bráno jako validní důvod žádosti v Belgii, Nizozemsku a Lucembursku (McCormack & Fléchais, 2012).

1.1 Legální provádění eutanázie

Provedení eutanázie je legální v několika zemích. Z evropských zemí se jedná o Nizozemsko, Belgii a Lucembursko. Ve Spojených státech se to týká Washingtonu, Oregonu, Montany, Vermontu a Kalifornie. Dále je provedení eutanázie legální v Kolumbii a v kanadské provincii Québec (Verhofstadt, Thienpont, & Peters, 2017). Následuje přehled evropských zemí a povolení eutanázie či LAS (Bello, 2018).

Tabulka 1: Evropské země – eutanázie a LAS

Země	Eutanázie	LAS
Belgie	✓	✓
Finsko	X	✓
Lucembursko	✓	✓
Německo	X	✓
Nizozemsko	✓	✓
Rakousko	X	✓
Švýcarsko	X	✓

Legislativa týkající se eutanázie bývá spjata s nesnesitelným utrpením lidí, kteří jsou nevléčitelně nemocní. Pouze v Belgii, Lucembursku a Nizozemsku mohou požádat o eutanázii nevléčitelně nemocní stejně jako ti, jejichž utrpení je vyhodnoceno jako neléčitelné a nesnesitelné (Steck, Egger, Maessen, Reisch, & Zwahlen, 2013). Belgie a Nizozemsko jsou jedinými zeměmi, kde zákon explicitně specifikuje povahu a původ utrpení. Definuje jej jako fyzické a/nebo psychologické utrpení, které nemůže být zmírněno a jeho zdrojem je nevléčitelné onemocnění způsobené nemocí nebo nehodou. Utrpení je validním důvodem pro žadatele o eutanázii. Jeho samotná kritéria jsou však stále v procesu tvorby, jelikož je utrpení subjektivně hodnoceno pacientem, a tudíž velice obtížné pro objektivní posouzení. U pacientů, kteří nejsou nevléčitelně nemocní, je nutností přizvat další dva lékaře, z nichž jeden musí být psychiatr nebo specialista na danou chorobu. Děje se to tak z důvodu evaluace mentální kapacity pacienta v kontextu prožívání utrpení spojeného s jeho (psycho)patologií (Verhofstadt et al., 2017). Belgická legislativa sice umožňuje žádosti i pacientům s psychiatrickým onemocněním, postup však není nijak specifikován (Naudts et al., 2006). Pro explicitnost případů je v zemích nutno vést oficiální dokumentaci, např. v Nizozemsku a Belgii musí praktikové předkládat případy komisi, čímž by mělo docházet ke kontrole nad praxí. Transparentnost případů (v Nizozemsku) by měla ulehčit kontrolu jednotlivých případů (oproti určité anonymitě, která je zachovávána v Belgii) (Smets et al., 2009).

1.2 Etické problémy spojené s eutanázií

Celé odvětví etiky se neustále rozvíjí. Psychologie i medicína díky rostoucímu pokroku (především technologickému) čelí stále novým výzvám a úkolům. To dalo prostor pro vznik specializovaného odvětví, kterým je bioetika. V této oblasti je věnován prostor tématům ohledně počátku a konce života člověka, kam spadá právě eutanázie (Šturma, 2017). Právě proto, že v sázce je lidský život, je jádro problému etické. Soudit však jednotlivé případy je velice obtížně především proto, že každý je unikátní. Rozhodování je ovlivněno názorem jedince činícího toto rozhodnutí, navíc zkušeností posuzovatele a jeho přesvědčeními (Kořenek, 2002). V momentě, kdy by bez zásahu lékaře daný člověk zemřel přirozeně už dříve, je otázka povolení eutanázie aktuální. Navyšuje se totiž počet lidí, kteří se o ukončení života rozhodují, ať to jsou sami pacienti, nebo rodinní příslušníci rozhodující o udržování při životě za pomoci přístrojů (Hinman, 2009).

Ve zdravotnictví je kladen zvýšený důraz na lidskou důstojnost, integritu a práva. Tento obrat se udál také kvůli zkušenosti s totalitními režimy v minulosti (Šturma, 2017). Lidská důstojnost v sobě zahrnuje ochranu člověka před neodpovídajícím zacházením především tehdy, kdy se člověk sám o sobě již rozhodovat nemůže (Ptáček, Kuželová, & Honzák, 2012). Lékaři v České republice se zavazují k dodržování Etického kodexu České lékařské komory, který eutanázii nepřipouští, stejně jako asistované suicidium. U nevléčitelně nemocných je úkolem lékařů tišit bolest, dbát na důstojnost pacienta a minimalizovat jeho utrpení. Není úkolem lékařů prodlužovat život za každou cenu, eutanázie ani asistované suicidium nejsou přípustné (Etický kodex České lékařské komory). Etické principy povolání lékaře jsou také uvedeny v Hippokratově přísaze, při které se lékař zavazuje k nepodání smrtícího léku, i kdyby o to byl pacientem požádán. Také by nic v tomto smyslu nikomu neměl doporučit. Tato formulace tak vylučuje eutanázii i asistované suicidium (Ptáček & Bartůněk, 2012, str. 222–223). Česká legislativa však za určitých podmínek povoluje např. potraty, které se s Hippokratovou přísahou stejně tak vylučují. Podle Haškovcové (2012) je důležité zastávat jednotné stanovisko. Není podle ní jasné, podle čeho by se určovalo, kdo je „lepší“ lékařem: zdali ten, kdo uznává rozhodnutí pacienta, nebo ten, kdo uznává život jako nejvyšší hodnotu.

Dřívější paternalistický vztah lékaře a pacienta je dnes rozvolněn (Haškovcová, 2000). Od lékařů se očekává, že identifikují ten nejvhodnější plán pro pacienta. Zároveň by mělo být bráno v potaz jeho přání, jak se životem naložit, avšak do té doby, do jaké je pacient způsobilý. Může se ale stát, že pacientovo přání je v rozporu se samotným morálním

přesvědčením ošetřujícího lékaře. Ten je zavázán diskutovat rozhodnutí s pacientem, přesvědčit se, že je pacient obeznámen se všemi možnostmi léčby a že jeho přání je jasně verbalizované (Etický kodex České lékařské komory). Potenciální riziko je také v racionalizování lékařova rozhodnutí o pacientovi. Pokud bychom pacientovi umožnili svobodné rozhodnutí, je stejně tak na místě lékaři ponechat možnost odmítnout asistovat. Jelikož ten, kdo se pro čin rozhodl, není poté ten, kdo jej vykoná, což s sebou nese etické nejasnosti. Člověk, který se svobodně může rozhodovat, nese zpravidla za své činy odpovědnost, v tomto případě se však nejedná o tutéž osobu (Haškovcová, 2012).

1.3 Alternativy

Nejčastěji uváděnou alternativou bývá paliativní (útěšná) medicína nabízející naději pro umírající a jejich rodiny. Péče bývá poskytována ve specifických zařízeních zvaných hospice (Haškovcová, 2000). Dobrá paliativní péče nabízí kontrolu tělesných symptomů, z nichž nejobávanější je bolest. Pokud se nedaří bolest zcela eliminovat, je vyvíjena snaha redukovat ji na pacientem snesitelnou. Paliativní péče dále poskytuje oporu, která je potřebná při emocionální úzkosti. Vyžaduje lidské pochopení a podporu. Klade se zde důraz na upřímnou komunikaci především proto, aby pacient nebyl klamán, a je dbáno na kvalitu života. Jsou respektována přání pacienta, který může kdykoliv odmítnout jakoukoliv léčbu, jak je tomu podle zvykového práva. Nezpochybnitelnou výhodou paliativní péče je, že využívá multidisciplinarity a týmové práce. Na péči o pacienta se podílí i několik lékařů za asistence dalších zdravotnických specialistů a ošetřovatelů. U nevléčitelných onemocněních je běžné, že je do jednotlivých kroků zapojována rodina. Jednotliví členové rodiny v takových situacích často sami potřebují odbornou pomoc při vyrovnávání se s terminální chorobou blízké osoby. V ideálním světě by kvalitní paliativní péče znamenala eliminaci jakékoliv potřeby eutanázie (Pollard, 1996). K zefektivnění paliativní péče by měl přispět výzkum specifických důvodů pacientů žádajících o eutanázii (Maessen et al., 2010).

Možností je též předem psaná forma vlastních přání ohledně (ne)léčby na sklonku života, též označovaná jako pokročilé směrnice, dříve vyslovená přání nebo varianty DNR = Do Not Resuscitate (neresusцитовat). V české legislativě je též metodika k uplatnění těchto přání (zákon č. 372/2011, o zdravotních službách), i když norma umožňuje více interpretací (Haškovcová, 2012). Lze polemizovat o racionalitě takovýchto rozhodnutí v momentě, kdy je nemocný člověk ovlivňován emocemi, jako je např. strach z bolesti nebo utrpení. Nezpochybnitelným rizikem je také možná manipulace okolím. Na otázku, jak moc si jsou respondenti jistí tím, že by lékař respektoval jejich přání ohledně konce života, odpověděla

většina, že si je docela až velmi jistá. Mladší respondenti si tím byli ale méně jistí než starší (Rurup, Onwuteaka-Philipsen, van der Heide, van der Wal, & Deeg, 2006). Výzkum veřejných postojů (ve Velké Británii) ukazuje, že v případě hrozící demence po infarktu by si přálo být resuscitováno méně než 40 % respondentů, téměř tři čtvrtiny by chtěly mít právo zemřít pasivně a téměř 60 % souhlasilo s LAS. Respondenti by spíše chtěli udržet při životě své partnery než sami sebe. Pokud by se jednalo o eutanázii, spíše by byli pro provedení v jejich vlastním případě než v případě jejich partnera (Williams, Dunford, Knowles, & Warner, 2007).

Významným přispěním do problematiky je osobnost psychologa. Kvalitní péče by mohla vést k tomu, že by žádostí nebylo třeba. K profesi psychologa by měla patřit celková péče o pacienta, následná péče o ty, kteří byli součástí procesu a bezpochyby výzkum a vzdělávání v dané oblasti (Sanson et al., 1998). Stejně tak by k snížení počtu žádostí o usmrcení mohla vést kvalitní spirituální péče skrze zvyšování míry tolerance vůči utrpení doprovázejícího terminální stavy (Kalvínská, 2012).

2 Argumenty pro a proti

Eutanázie budí silné, často polarizované, reakce. Argumenty obou stran se mohou zdát poněkud složité, v konečném důsledku matoucí, a vyvolávají tudíž spíše nelibost. Diskuze se tak neustále točí v kruhu. Zaujetí stanoviska vycházejícího z racionální úvahy je důležité pro to, aby vzbudilo pozornost a hypoteticky vyvolalo souhlas většiny. Diskuze se také často omezuje na usmrcení, o které požádá sám pacient. Přitom aktuální by bylo diskutovat i o pacientech, kteří požádat nemohou, o těžce defektních novorozencích a jedincích s těžkou duševní poruchou či retardací, v neposlední řadě o osobách v bezvědomí (Pollard, 1996). Před samotnou justifikací argumentů je vhodné vyzdvihnout typické skupiny lidí, kterých se problematika týká, a to tedy novorozenci s vrozenou vadou, dospělí s významně sníženou kvalitou života a ti, kteří jsou v terminální a bolestivé fázi nevléčitelné nemoci (Hinman, 2009). Na takto závažnou otázku se podle odpůrců nedá odpovědět pouhým ano, či ne. Nedají se používat slova jako možná, někdy, v některých případech, jelikož by to nevyhnutelně vedlo ke zneužívání. Pomyslné dobro, které by eutanázie mohla přinést, by bylo iluzorní. Morální, právní ani sociální opodstatnění pro legalizaci podle názoru některých neexistuje, důsledky tohoto procesu by pro společnost mohly být hrůzyplné (Munzarová, 2005). Nejedná se však o objektivní a empiricky podloženou předpověď. Proto si v následující části dovoluji uvést argumenty zastávající obě strany.

2.1 Argumenty pro

Eutanázie bývá ospravedlňována snahou milosrdně zbavit člověka utrpení a dostat lidským právům (zejména co se týče respektování individuální autonomie). Černý (2018) uvádí teorii, která je postavená na myšlence, že lidský život je dobrý do té míry, dokud jedinec vnímá svoje preference jako naplněné. Tato teorie se nazývá teorie splněné touhy (preferencializmus, desire-fulfilment theory). Nevyléčitelně nemocný pacient často nemůže naplňovat svoje tužby. Jakmile dojde k jeho usmrcení, dochází také k uspokojení jeho preferencí. Ve prospěch eutanázie bývá uváděno osvobození pacienta od nízké kvality života, která je pro jedince nepřijatelná. Vyzdvihuje se i potřeba přiblížit zákon vzhledem k obecným úvahám (někdy však i nelegálním praktikám). Argumentuje se regulací vynaložených finančních prostředků na zdravotní péči (Pollard, 1996). Vácha (2012) uvádí výtoky dnešní doby v souvislosti s prodlužováním života za každou cenu, což by podle něj mělo s sebou nést i možnost eutanázie. Dále poukazuje na autonomii jednotlivce, který je svobodný ve volbě o jeho vlastním životě (avšak do doby, kdy nezasahuje do svobody druhého člověka). Další skupinou argumentů je podle něj hrozba ztracené důstojnosti a jakkoliv protrahované bolesti, což je synonymem špatného umírání. Ne vždy je ale jasné, v jakém kontextu je pojmu důstojné smrti užíváno. V kontextu umírání se odkazuje k pohodlí, pohodě, klidu nebo jasnosti situace či čistoty. Z hlediska povahy některých úmrtí je toto nedosažitelným standardem. Důstojnost také odkazuje k určité ceně a hodnotě, což je následně vykládáno jako úcta k pacientům a k jejich neodmyslitelné hodnotě jako lidí. To může být projevováno i jako snaha mírnit jejich utrpení, respektování jejich přání a v bytí jim oporou. Podle některých autorů je právě to pravým opakem usmrcení (Pollard, 1996). Vácha (2012) argumentuje, že eutanázie je tak jako tak všudypřítomná a nabízí se lepší varianta, a to její uzákonění. Jako poslední nabízí úvahu, proč je ukončení utrpení zvířete bráno jako přijatelné, kdežto ukončení trápení člověka i s jeho výslovným přáním, není stále legální možností. Tyto argumenty podle některých autorů zrcadlí strach veřejnosti z utrpení, stejně tak jako obavy týkající se ztráty sebekontroly či nespokojenosti se způsobem, kterým se lékaři snaží bojovat s terminálními chorobami (Pollard, 1996).

2.2 Argumenty proti

V lékařské praxi by měla vždy být možnost pacienta zbavit fyzické bolesti na úkor usmrcení. Veřejnost není dostatečně informována o možnostech postupu, proto se uchyluje k přijímání eutanázie jako jediného řešení od bolesti a utrpení, což není správná racionální úvaha (Pollard, 1996). Lze se ale ptát, zdali pacienti v případech, kdy jsou pod silnými sedativy,

tak jako tak nepřicházejí o svou autonomii. Dále je třeba upozornit na potenciální převrat z práva zemřít na povinnost zemřít. Mohla by v takovém případě nastat situace, kdy pacient bude chtít bojovat za možnost žít nadále i přes podmínky, které okolí považuje za neutěšené (M. O. Vácha, Königová, & Mauer, 2012). Vácha (2012) ukazuje na fakt, že právo zemřít jako takové neexistuje, a předkládá argument, že pravidla mají smysl a neměli bychom se nechat unášet jednotlivými kazuistikami. V globálním měřítku by to mohlo znamenat nárůst případů jako takových, které by nemusely mít tak explicitní opodstatnění jako v mediálně známých případech. V uzákonění vidí hrozbu šikmé plochy. Šikmá plocha (slippery slope) je pojem pro případy zneužívání eutanázie, ke kterému může dojít při vysoké toleranci a uzákoněné beztrestnosti aktivní eutanázie. Možnou konsekvencí je zvýšení počtu nedobrovolné a nechtěné formy eutanázie, popřípadě by se možnost požadovat milosrdnou smrt stala přípustnou pro nezletilé (Ptáček et al., 2012, str. 238). Protiargumentem k nebezpečnosti šikmé plochy jsou analýzy právních dokumentů zemí, kde je eutanázie či LAS legální, v tomto případě ve státě Oregon a v Nizozemsku. Tyto analýzy neukazují na zvýšený risk pro zranitelné skupiny (senioři, ženy, nepojištění, lidé s nízkým socioekonomickým statusem, chudí, tělesně nebo chronicky postižení, nezletilí, pacienti s psychiatrickými onemocněními, rasové či etnické minority). Jedinou skupinou, kde se ukázal zvýšený risk, byli lidé s AIDS. Autoři pacienty, kterým byla udělena eutanázie, neoznačují za nijak privilegované (např. ekonomicky) (Battin, van der Heide, Ganzini, van der Wal, & Onwuteaka-Philipsen, 2007). Jedním z následujících argumentů je pro Váchu (2012) spíše otázka, zdali je eutanázie opravdovým protikladem nedůstojné smrti. Proč by jí nemohla být kvalitní paliativní péče, kde by pacient byl obklopen laskavým opatrováním. Polemizuje o autonomii člověka, který je ve svém rozhodování obtěžkán samotným vyrovnáváním se s umíráním. Člověk sám pak nemusí být schopen objektivně posoudit svůj stav. V tom, že se volá po eutanázii, je viděn spíše nedostatek v jiné oblasti, kde zaostává péče o pacienta, na kterého není nahlíženo v jeho komplexnosti. Konfrontuje sám argument všudypřítomnosti eutanázie a srovnává jej např. s všudypřítomností vražd nevinných, které jsou ale z evidentního důvodu zákonem ošetřené. Obhájí rozdíl mezi člověkem a zvířetem a nestaví je do stejné pozice. V uzákonění vidí hrozbu pro vnímání hodnoty života jako takového. Člověk by mohl získat pocit, že jeho život nemá význam a je od něj spíš očekáváno, že se rozhodne zemřít, aby tak ulevil společnosti. Eutanázii vnímá především jako etický problém.

V řešení otázky eutanázie se objevují chyby, které znemožňují racionální úvahy. Podle Haškovcové (2012) je první takovou chybou soustředění se na intelektuální aspekty umírání, např. na tolik proklamovaná lidská práva, jelikož dle jejích úvah je dostatečným projevem svobodné vůle člověka možnost odmítnout léčbu nebo intervenci, která by mohla život zachránit. U autorky je vidět silná opozice směrem k eutanázii, jelikož život jako takový má podle ní větší hodnotu než svoboda člověka. Objevují se také ničím neopodstatněná radikální tvrzení či užívání eufemismů, které zakrývají skutečnou podstatu řešeného problému. Nedostatečná znalost současné péče o umírající může postoj jedince taktéž zkreslit. V neposlední řadě je nutné si přiznat, že některé aspekty eutanázie jsou i přes dlouhotrvající úvahy stále nerozřešené. (Pollard, 1996).

3 Faktory ovlivňující postoje k eutanázii

Existují hypotézy potenciálně vysvětlující postoje k eutanázii. První skupinou jsou hypotézy týkající se individuálních charakteristik jedinců. Tu reprezentuje náboženská hypotéza, že nevěřící bude pravděpodobně eutanázii hodnotit pozitivněji v porovnání s věřícím. Na jmenovanou hypotézu navazuje hypotéza ohledně vyznání předpokládající, že muslimové budou více v opozici k eutanázii než ortodoxní křesťané a katolíci, zatímco protestanti budou směrem k eutanázii nejvíce shovívaví. Hypotéza šikmé plochy navrhuje, že lidé nepatřící do zranitelných skupin se budou pravděpodobně méně obávat zneužití eutanázie, a tím pádem budou jejich postoje spíše směřovat k přijetí. Hypotéza ohledně autonomie vychází z argumentu, že lidé by se měli rozhodnout sami ohledně jejich života a smrti a predikuje tak, že lidé, kteří prosazují autonomii a k tomu jsou vysoce vzdělaní, budou spíše pro přijetí. Hypotéza zahrnující argument důstojné smrti předpokládá, že lidé, kteří byli osobně svědky fyzického utrpení, budou více shovívaví směrem k akceptování eutanázie (Verbakel & Jaspers, 2010).

Členové zdravotnického personálu bývají často svědky fyzického utrpení. Tudíž by měl existovat rozdíl v postojích mezi nimi a veřejností. Ovlivňujícími faktory by měly být lékařské výcviky, zkušenosti, religiozita, místo kontroly a charakteristiky pacientů, jako jsou věk, míra bolesti či počet žádostí o eutanázii (Hains & Hulbert-Williams, 2013). Tyto faktory jsou ale ve velké míře uváděny i v souvislosti s postoji nezdravotníků. Profesionálové setkávající se se smrtí mohou ve svých postojích být ovlivňováni dobou a jejím paradigmatem, což souvisí i s aktuálními tendencemi medicíny, která smrt považuje za prohru (Haškovcová, 2000).

Druhou skupinou jsou hypotézy zaměřující se na charakteristiky zemí. Hypotéza náboženského kontextu očekává, že lidé žijící ve více nábožensky zaměřených zemích budou nejspíše oponovat více než lidé ze svěštějších zemí. Hypotéza tradičního vyznání očekává, že muslimské země budou nejvíce odmítat přijetí eutanázie, v pomyslném středu spektra by se nacházeli ortodoxní křesťané a katolíci a nejvíce schvalující eutanázii by byli obyvatelé zemí s převažujícím protestanstvím. Následuje hypotéza zohledňující kvalitu zdravotnického systému v dané zemi. Obyvatelé zemí, kde je ve zdravotnictví zohledňován respekt pro lidskou důstojnost, by měli vykazovat vyšší míru schvalování eutanázie. Země, ve kterých je drahocennou hodnotou osobní autonomie, by lidé měli spíše inklinovat k přijetí eutanázie. Argument důstojné smrti by se měl stát výraznější v momentě, kdy jsou lidé pozorovateli větší míry utrpení. Jednotlivé země se liší prevalencí bolestivých, nevléčitelných či nesnesitelných nemocí a také v míře, v jaké lze toto utrpení mírnit. Jako jeden z indikátorů utrpení může být jako nejextrémnější forma řešení považována sebevražda. Z těchto předpokladů pak vychází hypotéza nezdravé populace a hypotéza míry sebevražednosti, které predikují vyšší míru schválení eutanázie v zemích s vyššími hodnotami fyzického utrpení a vysokou mírou sebevražd. Mezi rozdíly v individuálních a národních postojích k eutanázii vstupují zákony a ostatní národní podmínky, které mohou redukovat individuální rozdíly (Verbakel & Jaspers, 2010).

Metodologickým nedostatkem měření postojů a posuzování morálního hodnocení respondentů je komplexnost otázky. Vznikají nesrovnalosti kvůli nejasné terminologii. Zaměňuje se aktivní eutanázie a LAS/eutanázie, kdy participantů mezi těmito výrazy nerozlišují (Ho, 1998). Ve výzkumech se zaměřují na prostý fakt, že se jedná o ukončení pacientova života. V rámci výzkumu morálního hodnocení LAS se výzkumníci snaží nalézt odpovědi na otázky, zdali religiozita, konzervatismus a autoritářství mohou být s postoji asociovány a zdali se toto hodnocení dá predikovat na základě rysů Velké pětky (Bulmer, Böhnke, & Lewis, 2017). Pokud bychom se např. ptali, jak by respondent hodnotil následující tvrzení: „Pokud člověk trpí nevléčitelným onemocněním, myslíte si, že by lékaři měli na základě zákona mít možnost ukončit určitým způsobem pacientův život, pokud by si to pacient a jeho rodina přáli?“, narazili bychom na problém, že by respondent mohl odpovídat na několik otázek najednou. V případě zamítavé odpovědi bychom nemohli posoudit, zdali je v opozici k eutanázii obecně, pouze v případě nevléčitelných onemocnění, mohl by toto přání mít pacient, ale rodina by se na něm nemusela podílet apod. (J. Wasserman, Clair, & Ritchey, 2005).

Následující faktory jsou především spojené s postoji veřejnosti, popřípadě lékařů, nikoliv ale samotných pacientů. Faktory spojené s pacienty jsou rozepsány v podkapitole Výzkum žádostí o eutanázii.

3.1 Osobnostní vlastnosti

Osobnostní vlastnosti mohou být zobecněny jako pozorované projevy chování člověka, také jako vnitřní rysy určující jeho chování (Blatný, 2010). Teoretici zabývající se osobností se pokoušeli objektivně definovat pramenné rysy osobnosti, tedy skutečné vnitřní determinanty lidského chování pomocí faktorové analýzy (Nakonečný, 2009). Osobnostní faktory jako poctivost-pokora a otevřenost vůči zkušenosti byly konzistentně prediktivními faktory ve vzorku amerických a iránských studentů, kterým byly během akademického roku dávány dotazníky. Autoři využívali revidovanou 20 položkovou škálu postojů k eutanázii, 60 položkový osobnostní inventář HEXACO-60 a sebeuposuzovací 6 položkovou škálu spirituality. Autoři předpokládají, že respondenti nechápali eutanázii jako politický, nýbrž morální problém, což dokládali přidáním spirituální dimenze, která převážila poctivost-pokoru jako faktor. (J. A. Wasserman, Aghababaei, & Nannini, 2016). Otevřenost vůči zkušenosti ve studii s iránskými studenty pozitivně korelovala s jejich postoji k eutanázii, zároveň to byli jedinci nízko skórující v religiozitě, spiritualitě, poctivosti-pokoře, přívětivosti a extraverci. Extraverze byla negativně spojena s postojem k asistované smrti (Aghababaei, Wasserman, & Hatami, 2014). Pozitivní spojitost mezi vyšší mírou extraverce a větší akceptací LAS v jiné studii ukazuje, že závisí na zvolené metodě – v této studii bylo využito 10 položkové TIPI (Ten Item Personality Inventory). Autoři studie upozorňují především na nutnost dalšího zkoumání osobnostních vlastností (Bulmer et al., 2017). Pokud hodnocení postoje k eutanázii vycházelo z hodnocení pouze jednoho výroku na škále od 1 do 7 a osobnostní vlastnosti byly měřeny minidotazníkem (Mini-IP-IP6), pak lidé vykazující vyšší známky extraverce, svědomitosti a neuroticismus, byli spíše pro přijetí. Na rozdíl od lidí vysoce skórujících na přívětivost, poctivost, pokoru, kteří byli méně podporující (C. H. Lee, Duck, & Sibley, 2017).

3.2 Sociodemografické charakteristiky

Na rakouském vzorku nebyl nalezen signifikantní rozdíl v hodnocení eutanázie v závislosti na pohlaví, věku, politické orientaci, sebeuposouzení vlastního zdraví ani ve zkušenosti s péčí o nevléčitelně nemocného pacienta. Naopak pozitivní korelace se v průzkumu ukázala v závislosti na počtu dětí v domácnosti, zkušenosti s péčí o vážně nemocného člověka, konzervativním přesvědčením a stupněm vzdělání (Ruiz-Canela et al., 2013). V rámci

postojů veřejnosti bylo přijetí typičtější pro obyvatele měst, pracující a bezdětné. Naopak nižší přijetí bylo patrné pro obyvatele s nižším příjmem, vyšší deprivací, nižším vzděláním a socioekonomickým statusem (C. H. Lee et al., 2017). Další studie však neukazují silné vztahy mezi pohlavím, věkem, rodinným stavem a žádostmi o eutanázii v paliativní péči (Guirimand, Dubois, Laporte, Richard, & Leboul, 2014). Toto lze doplnit o úroveň vzdělání, socioekonomický status a výši příjmu v postoji k aktivní/pasivní eutanázii, které, zdá se, také nevykazují přímou spojitost (Ho & Penney, 1992).

3.2.1 Pohlaví

V porovnání 33 zemí se ukázal mírný rozdíl v akceptaci eutanázie mezi pohlavími, kdy se muži nepatrně více přikláněli ve prospěch eutanázie. Rozdíly mezi pohlavími jsou však diskutabilní, na rakouském vzorku nebyl nalezen signifikantní rozdíl (Ruiz-Canela et al., 2013), ani tak ve výzkumech faktorů ovlivňujících rozhodnutí o ukončení života (Ho, 1999; Ho & Penney, 1992).

3.2.2 Věk

Na Novém Zélandu se ukázala tendence, že spíše mladí lidé byli pro přijetí (C. H. Lee et al., 2017). Akceptace eutanázie téměř lineárně klesala s věkem (Cohen et al., 2006). Věk posuzovatele se ve většině studií neukazuje jako stabilně prediktivní faktor jako např. v Rakousku, kde se neukázal žádný rozdíl v posuzování eutanázie v závislosti na věku (Ruiz-Canela et al., 2013).

3.2.3 Země původu

V rámci mezinárodního porovnání se ukazuje, že se postoje lidí v jednotlivých zemích liší. Nejvíce odmítavé postoje byly zaznamenány na Maltě (10 % vyjádřilo souhlas). Následovalo Rumunsko, Turecko, Irsko, Portugalsko a Polsko. V opačném spektru se objevovalo Nizozemsko (okolo 70 % populace se vyjádřilo ve prospěch eutanázie). Bylo následováno Dánskem a Švédskem (pro se vyjádřilo okolo 60 %). Stále se však pracuje s tím, že rozdíly v postojích v jednotlivých zemích souvisejí s individuálními charakteristikami jedinců, kterými jsou vysvětlovány (Cohen et al., 2006; Verbakel & Jaspers, 2010).

Celkově by se Evropa dala pomyslně rozdělit, podle metaanalýzy evropských hodnot z roku 2008 západní země ukazovaly relativně vysokou míru přijetí eutanázie. V porovnání s rokem 1999 byla patrná polarizace postojů na obou stranách spektra. Nejvyšší míru shovívavosti mělo Dánsko, následováno Belgií, Francií, Nizozemskem a Švédskem. Nejnižší míra přijetí byla nalezena u zemí jako Kosovo, Kypr, Turecko, Gruzie a Arménie.

Nejvyšší nárůst zaznamenalo Španělsko, Portugalsko, Velká Británie, Německo a Itálie. Největší pokles se objevil u Ruské federace, Ukrajiny, Řecka, Slovenska a Běloruska. Mezi mírou přijetí a religiozitou byl nalezen mírný až silný inverzní lineární vztah, tedy vyšší stupeň přijetí znamenal nižší stupeň religiozity. Z tohoto vzoru se vymykalo pouze Česko a Estonsko (Cohen, Van Landeghem, Carpentier, & Deliens, 2014).

Hypotéza náboženského vyznání je podpořena daty na národní úrovni. Shovívavost k eutanázii je menší u jedince nezávisle na jeho vyznání, pokud žije v zemi, kde převažuje silné náboženské přesvědčení. Co se týče převažujícího náboženství v dané zemi, jsou méně shovívavé římskokatolické a východní ortodoxní země v porovnání s protestanskými. Turecko, ve vzorku jako jediné zastupující muslimskou zemi, nemělo od protestantských ani jiných zemí signifikantní odchylku (Verbakel & Jaspers, 2010).

3.2.4 Zaměstnání

Akceptace eutanázie byla vyšší pro nemanuálně pracující společenské třídy a byla nižší pro lidi pracující v agrikulturním sektoru (Cohen et al., 2006). Celkově byla typičtější akceptace eutanázie pro zaměstnané (C. H. Lee et al., 2017). Zároveň však v těchto výzkumech nejsou skupiny zaměstnaných a nezaměstnaných porovnávány ve stejném věku či se stejným socioekonomickým statutem. Na základě výsledků nelze tudíž předpokládat přímou souvislost mezi zaměstnaností a postoji k eutanázii.

3.3 Religiozita

Religiozita je jedním z nejstabilnějších prediktivních faktorů, který je, zdá se, klíčový. Náboženské vyznání je silným faktorem pro hodnocení eutanázie v porovnání s ostatními faktory (Verbakel & Jaspers, 2010). Mnoho jedinců s náboženským přesvědčením věří, že pouze Bůh může rozhodnout o životě a smrti, což je nutí stavět se do opozice (Macdonald, 1998). Sekularizace (zesvětštění) života vede k vytrácení zažitých hodnot a ideálů. Život není již brán jako dar, ale jako předmět ve vlastnictví (Munzarová, 2005).

Religiozita jako prediktivní faktor posuzování etičnosti eutanázie a celkových postojů k eutanázii se může ale v jednotlivých studiích lišit. Spojitost mezi náboženským vyznáním a bytím v opozici směrem k LAS by mohla souviset s dodržováním náboženské nauky nebo by se dala připsat k psychologickým charakteristikám spojeným s religiozitou, jako je například rigidita směrem ke změně, tradicionalismus, autoritářství (Altemeyer & Hunsberger, 1992).

Podle zásad křesťanství by mělo trpícím člověku být ulevováno. Jeho zabití je ale v rozporu s naukou, jelikož člověk život nevlastní, ale je darem od Boha. Není však v rozporu odstoupit od léčby, která by utrpení prodlužovala (M. Vácha, 2008). Odmítavé postoje jsou patrné i mezi judaisty. Židé chrání život, který směřuje ke konci. V islámu je eutanázie brána jako provinění se proti Alláhově vůli, který může jako jediný rozhodnout o délce lidského života (Munzarová, 2005). Napříč náboženstvími se ukazuje, že lidé vyznávající islám jsou v silné opozici, následováni jsou katolíky, dále protestanty a nejvíce shovívaví se jeví ortodoxní křesťané (Verbakel & Jaspers, 2010).

Náboženské přesvědčení může ovlivnit i rozhodnutí a chování na straně profesionála (Caddell & Newton, 1995). Postoje k aktivní dobrovolné eutanázii a LAS mezi 1 238 doktory variovaly významně s vlastním náboženským příčleněním. Ti, kteří se přiřadili k ne-teistům, sympatizovali s aktivní dobrovolnou eutanázií a uvedli, že ji praktikovali. U ne-teistů byla až 1,6krát vyšší pravděpodobnost praktikování eutanázie než u teistů. Také měli vyšší povědomí o ostatních lékařích praktikujících eutanázií a spíše inklinovali k názorům, že by tento postup mohl být za určitých podmínek správný. Mezi těmi, co se označili za věřící, nejvíce oponující postoje směrem k aktivní dobrovolné eutanázii uváděli katolíci. I z této skupiny ale 18 % respondentů uvedlo, že učinili aktivní kroky vedoucí ke smrti pacientů (Baume, O'Malley, & Bauman, 1995).

Postoje k dobrovolné eutanázii se mohou lišit napříč náboženstvími v závislosti na vnímání obrazu Boha jako takového. Jedinci, kteří si představují Boha jako otce (pána) či krále, mívají negativní postoje. Spojitost mezi vnímáním Boha jako soudce nebyla identifikována. V rámci zkoumání religiozity jako prediktivního faktoru postoje k dobrovolné eutanázii by tedy bylo dobré rozlišovat asociace ohledně stejného náboženského objektu, které mohou vyústit do jiného postoje či chování (Sharp, 2017).

3.4 Faktory související s pacientem

V Nizozemsku jsou eutanázie a LAS za určitých podmínek akceptovatelnou lékařskou procedurou. Podle tamního soudu nesouvisí závažnost utrpení s příčinou utrpení. Tímto rozhodnutím odmítá rozdělování mezi pacienty, jejichž utrpení je fyzického (somatického) a mentálního původu. V některých případech je pomoc pacientovi se závažným a rozsáhlým onemocněním na základě jeho dobrovolné a dobře rozmyšlené žádosti, považováno za etické (v Nizozemsku také legální) (Berghmans, Widdershoven, & Widdershoven-Heerding,

2013). Debata ohledně akceptace v případě závažných a neustupujících mentálních onemocněních je tedy na místě.

Na vzorku 514 rezidentů státu Ohio bylo zkoumáno, jak se liší postoje k eutanázii napříč kategoriemi situačních faktorů (typ asistence, typ asistenta, typ nemoci, věk pacienta). Výsledky navrhuji, že závěry reflektují obavy o zajištění pacientovy autonomie v procesu rozhodování a kontrolu procedury dobrovolné eutanázie (Macdonald, 1998). Respondenti byli spíše pro v případě 80letého pacienta, který zažíval fyzické bolesti a neměl žádné děti, nežli v případě 30letého pacienta trpícího depresí, který děti měl. Respondenti spíše byli pro, pokud byl pacient v manželském svazku nežli nezadaný. Více lidí vyjádřilo podporu LAS v porovnání s rodinou asistovanou sebevraždou (Frey & Hans, 2016).

3.4.1 Asistence

Kritickým aspektem je problém kontroly nad procesem způsobujícím smrt. LAS je méně aktivní, jelikož lékař nečiní přímé kroky k usmrcení ve srovnání s eutanázií, během které dojde k usmrcení pacienta přímo lékařem. Lékař tak může asistovat např. pouhým doporučením literatury, jak sebevraždu provést relativně nebolestivým způsobem. Člověk, který si přeje zemřít, má v takovém případě větší kontrolu. Bylo však indikováno, že navzdory těmto poznatkům veřejnost podporuje spíše aktivní formu eutanázie, pouze s výjimkou věřících (Macdonald, 1998). Postoje k aktivní eutanázii byly zkoumány na 32 pacientech s rakovinou, 13 rodinných příslušnících, 13 zdravotních sestřích a 13 lékařích ve Finsku pomocí obsahové analýzy strukturovaných rozhovorů. Více než polovina účastníků (především rodinných příslušníků a sester) by podle nich dokázala eticky obhájit opodstatnění eutanázie. Hlavními důvody bylo terminální onemocnění, přítomnost utrpení a bolesti a pacientova vlastní žádost. Druhá skupina zastávala názor, že člověk nemůže rozhodovat o smrti jiného člověka, je možné její potenciální zneužití, lze zpochybnit nevyléčitelnost onemocnění, tudíž by mohla existovat možnost na zlepšení stavu, je potenciálně zneužitelná a mohlo by dojít k ovlivnění pacienta (Kuuppelomaki, 2000).

3.4.2 Asistent

V některých případech dobrovolné eutanázie nejsou asistenty lékaři, nýbrž přátelé nebo rodinní příslušníci (Humphry, 1991). Nicméně např. u amerických občanů se zdá, že preferují asistenci lékaře. Devatenáct procent dotazovaných Američanů, kteří by hypoteticky byli nemocní bez vyhlídky na vyléčení, by lékaře požádali o smrtelnou dávku léku. Pouze 11 % by požádalo přítele nebo člena rodiny o pomoc ukončit jejich život. Tento

vzorec, který není prozatím statisticky signifikantní, ukazuje, že Američané preferují autoritativní kontrolu (Blendon, Szalay, & Knox, 1992). Lidé, kteří nejsou silně přesvědčení o tom, že život je v rukou Boha, spíše tíhnou k LAS než eutanázii (Macdonald, 1998).

3.4.3 Nemoc

Respondenti jsou až dvakrát častěji podporovateli LAS u pacientů zažívajících fyzickou bolest než u pacientů trpících depresí. V případě rodinou asistované sebevraždy, přijetí respondentů bylo vyšší v případě, ve kterém pacient zažíval fyzickou bolest (v kontrastu k depresi) a pokud pacientův partner podporoval jeho přání zemřít (ne v opačném případě, kdy jeho přání nepodporoval) (Frey & Hans, 2016). Devadesát procent lékařů v Belgii, kteří byli pravděpodobně zapojeni do péče o umírající, souhlasili s eutanázií v momentě extrémní nekontrolovatelné bolesti (Smets et al., 2011). U pacientů trpících rakovinou je větší pochopení pro žádost o eutanázií než v porovnání s pacienty trpícími Alzheimerovou chorobou, což bývá vysvětlováno rychlostí progresu nemoci a nesnesitelným utrpením, které nemoc přináší (Macdonald, 1998). Pacientovo povědomí o stavu a jeho schopnost uvažovat, komunikovat a porozumět, vyvolává pochybnosti o autonomii jeho rozhodování vzhledem k pokročilým stádiím mentálně degenerujících onemocnění. Na místě je nejistota týkající se schopnosti v pozdějších stádiích nemocí rozhodnout o uvědomované žádosti o eutanázií.

V případě, že se jednalo o staršího člověka, který je unaven životem, ale bez vážných zdravotních komplikací, se ve prospěch vyjádřilo 26 %. Ti, kteří se vyjadřovali kladně v těchto případech, byli výše vzdělaní, nevěřící, měli slabou víru v lékaře a upřednostňovali jejich vlastní rozhodování o zdravotních záležitostech (Raijmakers et al., 2015).

Analýza žádostí o eutanázií rok po založení kliniky pro asistované umírání v Nizozemsku ukázala na rozdíl v přijímání žádostí. Z celkových 645 žádostí pacientů bylo 162 přijato, 300 zamítnuto, 124 pacientů zemřelo dříve, než o jejich případě bylo rozhodnuto a 59 pacientů svou žádost stáhlo. Pacienti se somatickými obtížemi (113 z 344) a pacienti s poklesem kognitivních schopností (21 z 56) měli nejvyšší procento garantovaných žádostí. Pacienti s důvodem vycházejícím z jejich psychického stavu měli nejnižší procento přijatých žádostí (pouze 6 ze 121 žádostí od těchto pacientů bylo schváleno). Jedenáct ze 40 žádostí bylo přijato od pacientů, kteří byli unaveni životem (Snijdewind, Willems, Deliens, Onwuteaka-Philipsen, & Chambaere, 2015). Některé studie navrhují, že akceptace eutanázie nebo LAS mezi lékaři, sestrami i širší veřejností je na mnoha místech vysoká (Cohen et al., 2006), ovšem to se netýká případů mentálního utrpení (ani tam, kde je toto validním důvodem)

(Kouwenhoven et al., 2013). Počet pacientů, kterým je poskytnuta eutanázie z důvodu mentálního utrpení, je nízký (Onwuteaka-Philipsen et al., 2012).

Opodstatněním rozdílu mezi vnímáním utrpení pocházejícího z fyzické bolesti a deprese bylo odpověďmi respondentů směřováno k tomu, že podle nich je deprese léčitelná a lze dojít ke zlepšení stavu, proto nebyli v těchto případech pro přijetí. Vyhlídky vyléčení jsou důležitým faktorem pro přijetí žádosti o smrt (Frey & Hans, 2016). Na druhou stranu ale není mentální utrpení méně závažné než fyzické (Deschepper, Distelmans, & Bilsen, 2014).

3.4.4 Dětsí pacienti

Dobrovolná eutanázie, pokud jde o děti, má menší podporu ve srovnání s dospělými. Kritickou otázkou je, zda terminálně nemocné děti mohou autonomně, a tudíž dobrovolně, rozhodovat, zdali si přejí urychlení jejich smrti. Rozhodování úzce souvisí s jejich intelektuální kapacitou (Macdonald, 1998). V rámci průzkumu 10 hypotetických případů dětí trpících rakovinou bylo dotazováno 63 dětských lékařů. Ochotno podat smrtící lék na žádost dítěte, pokud souhlasili rodiče, bylo 48–60 % z nich (výsledky variovaly v závislosti na věku dítěte). Pokud žádali rodiče o ukončení života dítěte, které bylo v bezvědomí, 37–42 % pediatriů bylo ochotných. Pokud rodiče nesouhlasili s přáním svého dítěte, bylo ochotných 13–28 % z dotázaných. Obecně však pediatrii nejsou ztotožnění s věkovou hranicí 12 let (Vracking et al., 2005). Za více etické jsou považovány hypotetické případy zahrnující mladší dospělé. Hodnotiteli však byli především mladí dospělí a autoři to zmiňují jako významný vliv (Mastro & Mason, 2017).

3.5 Ostatní potenciální faktory

Potenciálním faktorem je postoj člověka k otázce, zdali má lékař (rodinný příslušník v případě rodinou asistované sebevraždy) povinnost informovat (ostatní) rodinné příslušníky ohledně pacientova přání zemřít. Respondenti se ve značné míře shodují na povinnosti informovat (netrvali na tom natolik v případě, že je pacient bezdětný, ale toto stanovisko nelze očekávat v celkové populaci) (Frey & Hans, 2016).

Zajímavým fenoménem je rozhodování respondentů ohledně samotného žadatele. Respondenti by v případě pacienta trpícího bolestmi podpořili eutanázii nejvíce, pokud by se jednalo o ně samotné, méně už, pokud by se jednalo o jejich partnera, a ještě méně obecně jakéhokoli člověka. Menší míra podpory se objevovala, pokud pacientovy podmínky ovlivňovaly rodinu (Ho, 1999). Účastníci výzkumu signifikantně více podpořili dobrovolnou eutanázii, pokud se jednalo o člověka obecně, a ne o důležitého druhého, stejný

vzorec se opakoval u nedobrovolné eutanázie. V případě trýznivé bolesti podpořili eutanázii, když by pacientem měli být oni sami spíše než důležitý druhý či člověk obecně. Obdobné to bylo v případě, že jejich tělo by bylo naprosto nezpůsobilé nebo by se měli stát zátěží pro rodinu (Ho & Chantagul, 2015).

Možným faktorem, kterým by se daly vysvětlit odlišnosti v rámci kultur, je dimenze individualismus-kolektivismus, navrhuující, že spíše v individualistické společnosti budou tázání pro eutanázii (J. A. Wasserman et al., 2016). Ve Spojených státech se po korelaci indexu kolektivismu daného státu a postojů podporujících LAS ukazuje, že v individualistických státech je podpora LAS nejvyšší, kdežto ve státech, které jsou tradičně kolektivistické, je podpora nejnižší (Kimmelmeier, Wiczorkowska, Erb, & Burnstein, 2002).

Podporu v datech má i hypotéza týkající se autonomie. Středně a vysoce vzdělaní lidé jsou spíše pro eutanázii stejně jako ti, kteří přikládají osobní autonomii vyšší hodnotu (Verbakel & Jaspers, 2010). Odůvodněním přijetí eutanázie bývá i argument, že dospělý člověk by měl mít právo rozhodnout se podle svého přání (Frey & Hans, 2016). Respekt k osobní autonomii v rámci země pozitivně ovlivňuje názor populace na eutanázii (Verbakel & Jaspers, 2010). Přijímání eutanázie se zvyšovalo s vyšším stupněm vzdělání (Cohen et al., 2006). Hlavní studijní obor se neukázal jako signifikantní faktor posuzování etičnosti jednotlivých případových studií u studentů vysokých škol. Bylo by zajímavé porovnat mediky se studenty např. ekonomických škol (Mastro & Mason, 2017).

Pokud bychom odhlédli od toho, že eutanázie bývá nejčastěji chápána jako morální otázka, a zaměřili bychom se na otázku eutanázie jako na politickou, bývají osobnostní vlastnosti z dimenze poctivost-pokora (které mohou být spojené s kladnými postoji k eutanázii) pozitivně asociovány s liberálními politickými ideologiemi (Chirumbolo & Leone, 2010).

3.6 Výzkum důvodů žádostí o eutanázii

Kvalitativní studie bývají založeny na zkoumání psaných nebo nahraných výpovědí pacientů ohledně jejich motivace stojící za žádostí o ukončení života a jejich subjektivní hodnocení nesnesitelného utrpení. Je to zejména z důvodu vytvoření větší půdy pro koncept a definici nesnesitelného utrpení. Z hlediska efektivity je dbáno na přínos pro terapii pacientů, kde by vhodná péče mohla pomoci dříve, než se utrpení stane nesnesitelným (Verhofstadt et al., 2017). Nejčastějším zmíněným důvodem žádosti bývá u pacientů bezpředmětné utrpení,

ztráta důstojnosti a slabost. Důvodem zamítnutí žádostí bývá nižší stupeň způsobilosti a nižší míra nesnesitelného a beznadějného utrpení (Jansen-van der Weide, Onwuteaka-Philipsen, & van der Wal, 2005). V případě pacientů, kteří explicitně zažádali o eutanázii, se v 94 % objevily nesnesitelné příznaky bez signifikantního rozdílu mezi fyzickými, psychologickými, společenskými nebo existenciálními symptomy. Významnou položkou bylo unavení životem (Ruijs, van der Wal, Kerkhof, & Onwuteaka-Philipsen, 2014). Ukazuje se, že mezi pacienty, je větší procento žadatelek, které si přejí zemřít (Guirimand et al., 2014) a tendence žádat jsou nižší u pacientů starších 65 let (Emanuel, 2000).

V Nizozemsku relativně větší procento pacientů trpících amyotrofickou laterální sklerózou (dále jen ALS) umírá kvůli eutanázii nebo LAS (ve srovnání s onkologickými pacienty, či pacienty po srdečním selhání). Nejčastějšími důvody pacientů s ALS byl strach z udušení a závislosti na ostatních. Mezi zmiňované důvody pacientů s rakovinou patřila bolest a (duševní) vysílení. U pacientů po srdečním selhání se objevil strach z dušnosti a závislosti. U onkologických pacientů a pacientů se srdečním onemocněním se při žádostech o eutanázii objevují somatické známky jako nositelé nesnesitelného utrpení (Maessen et al., 2010). Ačkoliv mohou symptomy být samotné jako takové zdrojem utrpení, je to právě až psychoemocionální či existenciální kontext, který jej činí podle pacientů nesnesitelným. Utrpení jako takové může být srozumitelné pouze v souvislosti s pacientovou minulostí, současností a zároveň i jejich očekávání v budoucnosti (M. K. Dees et al., 2011). Onkologickým pacientům je eutanázie udělena častěji v porovnání s pacienty trpícími jinou nebo žádnou závažnou chorobou (Rurup, Onwuteaka-Philipsen, Jansen-van der Weide, & van der Wal, 2005).

V hypotetických případech bylo 60,2 % onkologických pacientů pro eutanázii, doopravdy by ji zvažovalo 10,6 %. Docházelo u nich také ke změně názoru po několika měsících (Emanuel, 2000). V paliativní péči se 62,8 % onkologických pacientů vyjádřilo, že by eutanázie nebo LAS měly být uzákoněné. Tyto možnosti by zvažovalo 39,8 % dotázaných. V případě, že by se jednalo o legální možnost, ihned by zažádalo 5,8 % dotázaných (Wilson et al., 2007). Pouze minorita pacientů tedy o eutanázii skutečně zažádá (Onwuteaka-Philipsen, Rurup, Pasma, & van der Heide, 2010). Je dobré si být vědomi toho, jak emoční složka může ovlivnit samotné rozhodnutí pacienta a nepodceňovat ji (Deschepper et al., 2014; Honzák, 2012).

Z průzkumu případů LAS ve Švýcarsku se ukázala spojitost s ženskými žadatelkami a celkově situacemi, které byly spojené s vyšší mírou vulnerability (lidé žijící o samotě, rozvedení). Nejčastějším důvodem byla rakovina, v obou věkových skupinách (25–64, 65–95 let, analýzy probíhaly odděleně) byly častější případy žen. A spíše se případy týkaly pacientů bez náboženského vyznání nežli protestantů či katolíků. Vyšší míra LAS byla u pacientů s vyšším vzděláním, pocházející z městského prostředí (ve srovnání s vesnickým) a s vyšším socioekonomickým postavením. Ve starší věkové skupině byli pacienti častěji rozvedeni nežli v manželském svazku. V mladší skupině se objevila spojitost mezi rodičovstvím a nižší mírou LAS (Steck et al., 2014).

U pacientů označovaných jako psychiatři, kteří o eutanázii žádali, byla nejfrekventovanější diagnózou deprese a porucha osobnosti. Také byli diagnostikováni s posttraumatickou stresovou poruchou, schizofrenií či jinou psychotickou poruchou, poruchou příjmu potravy, zneužíváním návykových látek a poruchami úzkostnosti. Autoři studie upozorňují na potřebu dalšího zkoumání zejména kvůli porozumění pacientům s psychiatrickým onemocněním, kteří o eutanázii žádají kvůli nesnesitelnému psychologickému utrpení (Thienpont et al., 2015).

3.6.1 Subjektivní míra vnímaného utrpení

Velkou úlohu hraje v míře vnímaného utrpení především beznaděj. Studie naznačuje, že základní rozdíl by mohl existovat mezi pacienty s tělesným onemocněním a pacienty trpícími mentálním onemocněním. Pouze pacienti s psychiatrickou diagnózou nebo s psychiatrickou diagnózou a zároveň trpící tělesným onemocněním spíše charakterizovali své utrpení jako neustálé (M. K. Dees et al., 2011). Výzkum s psychiatrickými pacienty, kteří jsou už zatíženi onemocněním, není ze sociální a etické perspektivy příliš otevřený, je zde uplatňován princip, že nejsou sbírána nová data, dokud to není naprosto nutné (Verhofstadt et al., 2017). Nabízí se pět kategorií reprezentujících dimenze nesnesitelného utrpení vnímanou psychiatrickými pacienty žádajícími o eutanázii. Jedná se o zdravotně související utrpení, intrapersonální utrpení, utrpení spojené s interpersonální interakcí, utrpení spojené s jedincovým postavením a interakcí ve společnosti a existenciální utrpení (Verhofstadt et al., 2017). Porozumění původcům nesnesitelného utrpení by mohlo být esenciální pro pochopení postojů samotných pacientů k eutanázii.

V souvislosti se zdravotně souvisejícím utrpením se pacienti spadající do této kategorie potýkali s řadou psychologických symptomů spjatých s danou poruchou. Z obecnějších

symptomů byly uváděny např. stres, zoufalství a stud. Specifické symptomy byly uváděny např. gastrointestinální poškození nebo stížnosti ohledně vizuálních a auditorních vad, někdy obecně orgánová dysfunkce. Z tělesných symptomů byly uváděny bolest, poškození nervů, nevolnost, malátnost, bolest hlavy a celková únava, zřídka nedostatek sexuální touhy a symptomy způsobující mentální a estetický distres (např. ekzém). Co se týče kognitivní stránky, jednalo se např. o poruchy paměti. Tyto symptomy se objevovaly v různých kombinacích a často v nízkém věku. Pacienti uváděli, že se na jejich utrpení podílela také neochota lékařů s nimi o možnosti eutanázie diskutovat, stejně jako neefektivnost léčby, kterou podstupovali. Jednalo se tedy o nahromadění mnoha pocitů, především zoufalosti, snížení nebo ztráta kontroly a pocitu pokusných králíků, pokud byli během léčení sexuálně, fyzicky a/nebo mentálně zneužití (Verhofstadt et al., 2017).

Intrapersonálního utrpení vycházelo např. ze zkušenosti s traumatickým prostředím v pacientově historii. Mohlo se jednat o trauma psychologické (pokus o sebevraždu, obtížné dětství) nebo sexuální povahy (různé typy sexuálního zneužití). Pacienti uváděli sebepoškozující myšlenky a aktivity (řezání, popalování), také aktivity související se zneužíváním nebo nadužíváním substancí až po sebevražedné myšlenky. Sebevražda obecně byla vnímána jako bolestivá, úděsná a ponižující, ale stále jako možnost u pacientů, kterým nemohla eutanázie být udělena. Pacienti vnímali následky svých potenciálních rozhodnutí a uvědomovali, že jejich rozhodnutí ovlivní např. členy rodiny (Verhofstadt et al., 2017).

Výpovědi spojené s interpersonální interakcí poukazovaly na vážné konflikty nebo narušení vztahu s důležitými blízkými (rodiče, partner, děti), jejich ztrátu (smrt) či nedostatek sociální podpory nebo porozumění ze strany blízkých. Pacienti uvedli utrpení také jako následek zatajování informací před jejich blízkými, báli se například přiznat situace, které pro ně byly extrémně bolestivé nebo zahanbující (znásilnění, diskuze o tabu jako neúspěšný pokus o sebevraždu). Důvodem takového zatajování byla pro ně myšlenka, že nenajdou porozumění či budou stigmatizováni (Verhofstadt et al., 2017).

Pokud bylo utrpení spojené s jedincovým postavením a interakcí ve společnosti, týkaly se výpovědi tří hlavních socioekonomických problémů. Prvním byl tlak na vydělávání na živobytí tam, kde neexistovala jakákoliv finanční podpora od ostatních. Dále problémy spojené s pojištěním (z důvodů nedostatečné zdravotnické péče následující po nehodě) a/nebo nízký příjem, kvůli kterému byla nutná úvaha nad proveditelností dalších zákroků. V problémech spojených s prací se objevily např. těžkosti s nalezením odpovídající práce

nebo nevhodné pracovní podmínky, které nepřímo vedly ke ztrátě zaměstnání. Fyzické nebo mentální zdravotní obtíže také mohly přímo vést k (trvalé) pracovní neschopnosti, která byla následována rezignací. Pacienti cítili, že ve společnosti musí nosit pomyslnou masku, aby na ně nebylo nahlíženo jako na vysoce citlivé. Někteří pacienti si připadali jako přítěž pro společnost, ale zároveň docházelo k obviňování společnosti, že dává přemíru peněz na udržování při životě pacientů, kteří chtějí zemřít. Takové peníze by podle nich šly využít na lidi, kteří chtějí zůstat naživu. Dalším aspektem byly pocity osamělosti. Sociální izolace, kterou si pacienti někdy vybrali, pramenila ze zkušenosti, že si připadali sociálně nebo emocionálně izolovaní od ostatních a ze společnosti odstranění. Pacienti tak minimalizovali jakýkoliv kontakt (Verhofstadt et al., 2017).

Poslední ze zkušeností byly spojeny především z existenciálního strachu ze života (existenciální utrpení), ve kterém se nedala najít kvalita. Utrpení bylo spojováno s nedostatkem nebo naprostou ztrátou kontroly nad symptomy onemocnění. Někteří pacienti si zažili devaluaci jejich osobní integrity, cítili se jako loutky. Jako třetí byla uváděna (symbolická) smrt pacientů, jejich Já nebo jejich sebe-reprezentace, nebo naprosto ztráta jejich já ve smyslu transcendentním (Verhofstadt et al., 2017).

3.6.2 Deprese u pacientů

Deprese klasifikovaná jako porucha nálady bývá spojená s pocity smutku, beznadějnosti, frustrace, bezcennosti či myšlenkami na smrt, pokud je situace pro člověka neúnosná. Myšlenky, které jsou výhradně pesimistické, interferují do každodenního života (Orel, 2016). Mezi nevyléčitelně nemocnými pacienty trpícími rakovinou existovala korelace mezi depresivními symptomy a jejich přáním urychlené smrti (Tiernan et al., 2002). Bylo navrženo, že žádost o eutanázii je symptomem deprese a ta by tak měla být léčena před tím, než bude eutanázie pacientovi udělena (Block & Billings, 1995). K tomuto jsou i nesouhlasná vyjádření, že nelze tyto dvě věci spojovat. Rakovinou trpící pacienti žádají o eutanázii z pozice, ve které akceptují jejich bezprostředně blížící se smrt. Není to tedy řízeno skrytou psychiatrickou poruchou. Tím pádem je zde předpoklad, že pacienti žádající o eutanázii mohou být naopak méně depresivní (M. L. van der Lee et al., 2005). Pacienti, kteří si jsou vědomi jejich limitované očekávané délky dožití a jsou zároveň schopni se o tom bavit, častěji hovoří otevřeně o svém přání o eutanázii (Seale, Addington-Hall, & McCarthy, 1997). Dále bylo navrženo, že pacienti, kteří odmítají prognózu nebo jsou nejistí ohledně blížící se smrti, mohou být více depresivní nebo úzkostní (Chochinov, Tataryn, Wilson, Ennis, & Lander, 2000). Depresivní symptomy či užívání antidepresiv byly faktorem, který

vedl spíše ke zvažování eutanázie (Guirimand et al., 2014), zároveň byla u depresivních pacientů častější změna jejich rozhodnutí (Emanuel, 2000). Neexistuje však jasné stanovisko, jestli jsou pacienti s depresemi schopni se uváženě rozhodnout (Deschepper et al., 2014), i když se ukazuje, že pacienti diagnostikovaní s psychiatrickým onemocněním dokáží spolehlivě posuzovat kvalitu jejich života (Baumstarck et al., 2013).

3.6.3 Religiozita u pacientů

Co se týče samotných pacientů, jejich postoje k smrti jsou variabilní v souvislosti s religiozitou. Na jedné straně je člověk, který je nevléčitelně nemocný a čelí otázce, zdali se má poddat (čímž by bylo i nepokračování v léčbě), nebo bojovat všemi silami proti blížící se smrti. Na druhé straně je člověk, který by pravděpodobně i bez léků žil dále, ale rozhodne se, že by svůj život chtěl ukončit. Bylo navrženo, že tohle je podstatný rozdíl pro vnímání odlišnosti skupin fyzicky a psychicky nemocných (Peck, 2001).

3.6.4 Ostatní potenciální faktory u pacientů

Životní spokojenost by měla být předvídatelná skrze vnímanou míru potěšení, angažovanosti a smysluplnosti (Peterson, Park, & Seligman, 2005). Pokud tyto hodnoty souvisely přímo s životní spokojeností, lidé, kteří by vykazovali nízkou úroveň ve všech těchto složkách, by mohli být ohrožení v rámci vnímání smysluplnosti života, a tedy potenciálními žadateli.

Individuální rozdíly mohou být určující i na základě vnímaného místa kontroly v závislosti na tom, jak jedinci vnímají osobní účinnost v rámci událostí, které se jim dějí. Jedinci s interním místem kontroly inklinují k negativním postojům vůči eutanázii kvůli jejich touze překonat danou nepřízeň osudu, jakou je např. nemoc (Hains & Hulbert-Williams, 2013). Z hypotézy šikmé plochy vychází, že lidé, kteří se cítí zranitelní, jsou výrazněji proti. Stejně tak lidé, kteří cítí nízkou míru kontroly nad tím, jak se vyvíjí jejich život, starší lidé a lidé, kteří nejsou společensky aktivní, jsou méně shovívaví směrem k eutanázii (Verbakel & Jaspers, 2010).

Návrh výzkumného projektu

Návrh výzkumného projektu navazuje na literárně přehledovou část této bakalářské práce, která se věnovala postojům k eutanázii. Úkolem výzkumného projektu je navržení vhodné studie, která by vycházela z identifikovaných faktorů podílejících se na hodnocení eutanázie a propojovala by je s postoji veřejnosti k této otázce. Na základě předcházející části by návrh směřoval ke kvantitativnímu šetření postojů pomocí dotazníku, ve kterém by bylo variováno se situačními faktory. Výsledky by byly uvedeny ve spojitosti s individuálními charakteristikami zjištěnými pomocí inventáře HEXACO-PI-R. Zaznamenávány by byly sociodemografické ukazatele.

4 Cíle výzkumu, výzkumné otázky a hypotézy

Studie by měla propojovat dosud známé poznatky a hypotézy týkající se spojitosti postojů a osobnostních a situačních faktorů. Obecným cílem by bylo rozšíření poznání v oblasti spojené s postoji veřejnosti k eutanázii a prohloubení pochopení diverzity těchto postojů. Ve výzkumu by byly mapovány osobnostní rysy ve snaze vysvětlit hodnocení eutanázie ve spojitosti s jednotlivými dimenzemi, jelikož z předchozích výzkumů nevychází jednotné závěry. K tomuto účelu by bylo využito inventáře HEXACO-PI-R, které mapuje následující dimenze: poctivost-pokora, emocionalita, extraverte, přívětivost, svědomitost a otevřenost vůči zkušenosti. Dále by byla zohledněna religiozita, pohlaví, vzdělání a status respondenta. Zkoumalo by se hodnocení eutanázie v závislosti na povaze nemoci pacienta a příčině jeho utrpení.

Výzkum by se zabýval porovnáváním postojů k eutanázii v závislosti na osobnostních rysech respondentů. Srovnávány by byly skupiny dle pohlaví, napříč jednotlivými věkovými kohortami, podle nejvyššího dosaženého vzdělání a ve spojitosti s respondentovým statutem (student/pracující/nezaměstnaný/v důchodu). Postoje by dále byly mapovány v souvislosti s religiozitou (určení by proběhlo respondentovým sebeuposouzením na škále).

Následující výzkumné otázky jsou tedy základem, ze kterého by výzkum vycházel:

- **Jak se liší hodnocení eutanázie v závislosti na osobnostních charakteristikách hodnotitele vycházejících z dimenzí měřených inventářem?**
- Jak se liší hodnocení napříč jednotlivými skupinami?
- Jak se liší hodnocení eutanázie v závislosti na situačních faktorech?

- Kdy je žádost o eutanázii vnímaná jako opodstatněná?
- Souvisí hodnocení s povahou pacientova onemocnění?

Hypotézy se zakládají na výsledcích předchozích výzkumů. Následující hypotézy jsou pro větší přehlednost rozděleny v souvislosti s osobnostními rysy, sociodemografickými ukazateli a povahou onemocnění pacienta.

Dimenze **otevřenost vůči zkušenosti** by měla predikovat vyšší míru akceptace eutanázie. Dimenze **poctivost-pokora** by měla být rozhodující u méně religiózních jedinců (J. A. Wasserman et al., 2016). Očekáván by byl negativní vztah s **religiozitou**, jelikož je dle studií jedním z klíčových prediktorů hodnocení eutanázie a jednotlivé dimenze by mohla převažovat (Verbakel & Jaspers, 2010). U ostatních osobnostních dimenzí se nedaří podpořit jednotné souvislosti s hodnocením eutanázie a nelze tedy přímo na jejich základě usuzovat.

V souvislosti s mapovanými sociodemografickými charakteristikami by bylo předpokládáno, že v souvislosti s **pohlavím** by mírně mohli v akceptaci převažovat muži (Cohen et al., 2006), ale není to jasným předpokladem. **Věk** by neměl být určujícím pro hodnocení eutanázie. Mohla by se však objevit klesající tendence akceptace eutanázie se zvyšujícím se věkem (Cohen et al., 2006) a celkové vyšší přijetí mladými lidmi (C. H. Lee et al., 2017). V rámci zjišťovaného **statusu** by lidé aktivně pracující mohli být spíše pro eutanázii (C. H. Lee et al., 2017), stejně tak ale i studenti, když to spojíme s předpokladem ohledně věku.

Studie by se zaměřovala i na **rozdíl** mezi somatickým a psychologickým (psychiatrickým) onemocněním. Posuzovala by, zdali by nemoci způsobující vyšší míru fyzické bolesti byly obecně více akceptovány (Frey & Hans, 2016) ve srovnání s těmi, které způsobují vyšší míru utrpení jiného charakteru (např. subjektivní pocit ztracené důstojnosti).

5 Design výzkumného projektu

5.1 Typ výzkumu

Projekt by byl založen na korelační studii, která by propojovala inventářem zjištěné osobnostní charakteristiky s postoji k eutanázii a jejím hodnocením na základě dotazníku. Zkoumala by těsnost vztahu mezi proměnnými.

5.2 Výzkumný soubor a metody získávání dat

Respondenti by byli rekrutováni na základě spolupráce s některou z výzkumných agentur, která by zajišťovala reprezentativnost vzorku výběrem ověřených respondentů v prostředí internetu. Aby byla zajištěna diverzita postojů, bylo by vhodné dosáhnout většího počtu respondentů. Jednalo by se o jednu skupinu, členěnou dle sociodemografických charakteristik. Jelikož téma eutanázie může být zatěžující, kritériem by byl minimální věk 18 let. Ze závěrečné analýzy dat by byli vyčleněni respondenti, kteří by nepodepsali informovaný souhlas, nedokončili celý proces, nesplnili věkovou hranici. Administrace by probíhala online na počítačích.

Výzkum by byl rozdělen do několika dílčích částí:

- 1) Informovaný souhlas
- 2) Sociodemografické charakteristiky
 - a. Pohlaví (muž/žena)
 - b. Věk
 - c. Nejvyšší dosažený stupeň vzdělání (základní/střední/vysokoškolské)
 - d. Status (student/pracující/nezaměstnaný/v důchodu)
 - e. Religiozita (sebeposouzení na škále 1–7)
- 3) Osobnostní inventář HEXACO-PI-R
- 4) Dotazník zjišťující postoje
- 5) (Rozhovor)
- 6) Debriefing (popř. skupinový rozhovor)

Vzhledem k časové náročnosti testů zjišťujících **osobnostní vlastnosti** vycházející z dimenzí Big Five by studie využila zkrácenou verzi takovýchto testů, a to konkrétně sto položkové HEXACO-PI-R po konzultaci s autory českého překladu (Alena Plháková, Tereza Zášková), jehož kvalitu ověřovali např. Zášková a Dostál (2016). Kratší verze, jakou je např. desetipoložkové TIPI (Ten Item Personality Inventory), by možná byly vhodné v rámci úspory času, ale ne v případě, kdy jsou právě osobnostní charakteristiky jedním z hlavních zájmů studie.

Postoje by byly vyhodnoceny na základě nestandardizovaného dotazníku (viz níže), ke kterému by nejprve byla získána zpětná vazba od potenciálních respondentů. Byl by tak testován na malém vzorku a mohl by být následně upraven a byla by posouzena relevance položek. Dále by byly připraveny instrukce k jeho vyplňování. Z uvedených **situačních**

faktorů, které by byly v dotazníku zohledněny, by se jednalo např. o diagnózu pacienta, předpokládanou délku dožití či povahu utrpení. **Hodnocení postojů** by probíhalo na škálách podle projevené míry souhlasu (1–5) s daným tvrzením. Pro návrh dotazníku bylo využito studie zabývající se interindividuálními rozdíly a charakteristikami symptomů ve spojitosti s lékařem asistovaným umíráním (Bahník, Vranka, & Trefná, 2019).

Dotazník by byl rozdělen na dvě části, které by se pojily k hypotetickému scénáři. V první části by se zaměřil na opodstatněnost žádosti o eutanázii. Otázky 1–5 se váží především k fyzickému utrpení, otázky 6–10 spíše k utrpení jiného charakteru. Relevance otázek (především 11–13) by byla ještě zvažena. Druhá část by se soustředila na morální hodnocení výroků souvisejících se způsobem ukončení pacientova života.

Hypotetický scénář: *Představte si pacienta, pro kterého je život utrpením zejména kvůli nevléčitelnosti symptomu, který doprovází jeho onemocnění. Pacient už několikrát vyjádřil přání zemřít.*

Ve kterém z následujících případů vnímáte jeho žádost o asistenci při umírání jako opodstatněnou? Hodnocení: 1 (naprosto neopodstatněná) – 5 (naprosto opodstatněná).

1. Pacient je v terminální fázi onkologického onemocnění.
2. Pacient trpí dušností.
3. Pacient trpí srdečním onemocněním.
4. Pacient je kvadruplegik.
5. Pacient trpí silnými bolestmi.
6. Pacient trpí těžkými depresiemi.
7. Pacient trpí demencí.
8. Podle pacienta se nejedná o důstojný život.
9. Pacient je unavený životem.
10. Pacient se cítí jako přítěž.
11. Pacient již nechce snášet vedlejší účinky léčby.
12. Podle lékaře pacientovi zbývá přibližně rok života.
13. Podle lékaře neexistuje naděje na zlepšení stavu.

Jak morálně přijatelné vnímáte následující tvrzení? Hodnocení: 1 (naprosto nepřijatelné) – 5 (naprosto přijatelné).

1. Pacient spáchá sebevraždu.
2. Pacient spáchá sebevraždu sám na základě rady lékaře.
3. Pacient spáchá sebevraždu smrtelnou dávkou léků, které mu předepsal lékař.
4. Rodinný příslušník asistuje pacientovi při sebevraždě.
5. Lékař pacientovi podá smrtelnou dávku léků na přání pacienta.
6. Lékař pacientovi podá smrtelnou dávku léků na základě vlastního úsudku.

Doplňující částí výzkumu by mohly být kvalitativní **rozhovory** s respondenty. Náhodná část účastníků kvantitativní studie by byla oslovena a za doplňující rozhovor by jim byla nabídnuta odměna. Počet oslovených by se odvíjel od počtu celkově získaných respondentů v kvantitativní části výzkumu. V otázkách by se mohly objevit především faktory jako je věk pacienta, míra asistence, kterou potřebuje pacient k usmrcení, vyhlídky na zlepšení stavu a typ asistenta (rodinný příslušník, lékař, přítel). Především by rozhovory měly vést respondenty k rozklíčování jejich rozhodování. Rozhovory by tudíž byly s jakýmsi návodem, kde by byla předem specifikovaná témata, ale zároveň by respondent mohl s tématem přijít. Možné otázky (či témata) jsou inspirovány studií postojů směrem k dobrovolné eutanázii, v původním znění zohledňující typ asistence, typ asistenta a typ nemoci (Macdonald, 1998). Jsou uvedeny v příloze práce.

5.3 Metody zpracování a analýzy dat

Nejprve by byly zpracovány sociodemografické údaje. Z výsledných dat by byli vyřazeni respondenti, kteří by nevyhovovali účelům výzkumu. Bylo by zjištěno procentuální zastoupení jednotlivých skupin. Bylo by zanalyzováno věkové rozložení a procentuální zastoupení mužů a žen. Byly by vypočteny prvky deskriptivní statistiky.

Byl by vyhodnocen osobnostní test. Jednotlivé dimenze by byly korelovány s hodnotami vycházejících z dotazníků. Jednotlivé položky dotazníku by byly skórovány v závislosti na míře projeveného opodstatnění žádosti o eutanázii či jejího morálního hodnocení. Hrubý skór „13“ by tedy znamenal nejnižší možnou opodstatněnost eutanázie v kterémkoliv z případů (opakem by byl hrubý skór „65“). Co se týče morálního hodnocení v druhé části dotazníku, skóre „6“ by znamenalo nejnižší možnou přijatelnost (naopak „30“ nejvyšší projevenou míru přijatelnosti). Bylo by nutné nejprve stanovit adekvátní statistické metody pro vyhodnocení těchto dat, které propojují více proměnných.

Pokud by došlo ke zrealizování podpůrné části výzkumu, tedy kvalitativním rozhovorům, byly by nejprve přepsány a následně obsahově zanalyzovány a vyhodnoceny.

5.4 Etika výzkumu

Respondenti by do účasti ve výzkumu vstupovali dobrovolně, byli by dopředu poučeni o možnosti kdykoliv z něj vystoupit. Před samotnou účastí by podepsali informovaný souhlas (popřípadě odsouhlasili podmínky studie), kde by byl popsán účel výzkumu (prohloubení znalosti o postojích veřejnosti k eutanázii) a možná rizika účasti. Zároveň by byli upozorněni, že mohou být vybráni pro kvalitativní část výzkumu, stejně tak by však zde byla možnost se nezúčastnit. Evidovaná data (jako je pohlaví či věk respondenta) by byla využita pouze pro účely výzkumu, tedy jeho vyhodnocení. Data by byla anonymizována a dále předávána pouze způsobem, který by neumožňoval identifikaci jednotlivých respondentů. V případě pochybností by respondenti mohli kontaktovat etickou komisi.

Přínosem pro respondenty by mohlo být zamyšlení nad jejich vlastními postoji, popřípadě výsledná zpráva z výzkumu. Možnými riziky pro respondenty je náročnost tématu. Vhodné by bylo zrealizování **debriefingu**, např. jako skupinového rozhovoru, kde by byly ošetřeny potenciálně vzniklé negativní emoce a podány doplňující informace o výzkumu. Avšak při získávání respondentů napříč Českem je forma skupinového rozhovoru problematická. I přes to by byl stanoven určitý počet setkání v různých částech Česka. V případě, že by se respondent nemohl těchto setkání osobně zúčastnit, byla by zde snaha nabídnout mu alternativní řešení, např. individuální konzultaci prostřednictvím internetu.

6 Diskuze

Předpokládám, že by navrhovaná studie podpořila již notoricky známé faktory jako je religiozita (jakožto rozhodující faktor v postoji k eutanázii), pravděpodobně i hypotézu o odlišném vnímání tělesně či mentálně trpících pacientů či tendenci klesající akceptace eutanázie se stoupajícím věkem. Jejím přínosem by tak mohla být podpora již vícekrát zkoumaných faktorů, a tudíž motivace pro výzkumníky hledat nové, potenciálně rozhodující faktory, které by mohly vyvstat např. z rozhovorů s respondenty. Pokud by se podařilo zrealizovat rozhovory, vnímám jako limit náročnost tématu či nemožnost vždy adekvátně převést to, co si myslíme, do mluvené řeči.

V navrhované studii nebyly zdaleka vyčerpány všechny potenciálně rozhodující faktory o povaze postoje k eutanázii zmiňované v literárně přehledové části práce. Dovoluji si zmínit

např. rodinný stav respondenta (popř. počet dětí), zkušenost s péčí o nevléčitelně nemocného nebo místo kontroly. Stejně tak mohlo být zahrnuto více druhů onemocnění. Je také možné, že ne všichni respondenti vnímají eutanázii jako morální problém, který by tak hodnotili dle morální „správnosti“. V neposlední řadě, je otázkou, zdali chceme zohlednit efekt pořadí jednotlivých položek, či dávat respondentům dotazník všem v unifikované podobě.

Jako značný nedostatek vnímám celkovou laxnost v definování pojmů užívaných v rámci studia postojů k eutanázii. Autoři definují jednotlivé pojmy s drobnými odlišnostmi, které by ale mohly mít za následek odlišnosti v samotných postojích. Bylo by podle mne tedy přínosné dovést debaty k jasné shodě ohledně definic, což by mělo usnadnit zkoumání postojů k eutanázii. Limity jsou patrné i v samotném používání jazykových formulací, je možný rozdíl ve vnímání aktivních sloves (lékař podá lék) a sloves spíše budících dojem pasivní formy eutanázie (lék je podán). Klíčové je samotné porozumění tvrzením dotazníku, u čehož bez doptávání nemůžeme mít jistotu. Nedostatkem dotazníku je absence definic užívaných slov, jako je usmrcení, asistovaná sebevražda, ale je zde primárně předpokládáno porozumění samotným tvrzením. Pokud by účastníkům bylo řečeno, že se jedná o zkoumání postojů k eutanázii, pak by bylo dobré uvést i její definici.

Výhodou počítačově administrovaného dotazníku by byla finanční úspora, větší potenciální dosah a větší anonymita. Nevýhodou především nemožnost doptávání se. U vedených rozhovorů by ovlivňujícím faktorem byla přítomnost tazatele, odpovědi, které by mohly být žádoucí podle respondenta a snížená anonymita respondenta (byl by mu ale náhodně přidělen kód).

Nabývám dojmu, že v rámci povolení eutanázie jsou uváděny především případy pacientů s diagnostikovaným onemocněním nebo nějak stanovenou příčinou jejich utrpení. Je tedy otázkou, jaké postoje by byly zaujímány ve spojitosti s pacienty bez diagnostikovatelné nebo pojmenovatelné příčiny ovlivňující jejich motivaci za žádostí o urychlení smrti. Bylo by velice zajímavé analyzovat méně obvyklé důvody žádostí o eutanázii, ze kterých by se mohlo později ve výzkumech vycházet.

Samotná povaha postojů, které se mohou v čase měnit, je limitem nejen návrhu studie, nýbrž celkově eutanázie a měření jejího hodnocení. Proto jako nejvíce nosné vnímám prohlubování porozumění jednotlivým postojům a dílčím stranám zastávajícím ať už pro, či proti argumenty.

Závěr

Eutanázie není specificky ohraničený problém, ale spíše jakýsi komplex problémů či spíše řešených otázek, které jsou jak morální, tak i politické či právní. To vysvětluje, proč ve velké míře není eutanázie ve světě legalizována. Avšak je to téma společensky významné a velmi emotivní. Především s technologickým pokrokem dnešní medicíny si běžný člověk může dovolit úvahy o ukončení života způsobem, který chce on sám. To s sebou však nese otázky o míře autonomie a svobody spojené s jeho rozhodováním. Na místě jsou úvahy v případě pacientů, kteří určitým způsobem o autonomii přicházejí (např. následkem dopravní nehody, po které jsou odkázáni na pomoc druhých), jsou zasaženi nevléčitelností jejich onemocnění nebo je jejich utrpení nesnesitelné (ať už je jakékoliv povahy).

Pokud by našim cílem bylo dovést debaty ke konsenzu, je především klíčové sjednotit definice týkající se problematiky eutanázie a stanovit výsledek, ke kterému chceme dojít. Je nezbytné porozumět postojům veřejnosti, která by se na případném přijetí eutanázie bezpochyby musela podílet např. formou referenda. Vnímám jako nebezpečné se do takto ambiciózních kroků pouštět před tím, než bude u této problematiky vytvořen silnější podklad vycházejících z výsledků studií zaměřujících se na postoje ovlivňující akceptaci eutanázie. Klíčové je porozumění argumentům obou stran, které zastávají podporující či odmítající postoje směrem k asistovanému umírání. Dobrým příkladem by mohly být země, kde je eutanázie či LAS legalizována. Předmětem zkoumání by mohly být dokumentované případy, jejichž analýzou by bylo možné dojít k tomu, co se ukazuje jako funkční a co jako problematické.

Tato bakalářská práce měla za cíl uvést argumenty pro a proti eutanázii a představit faktory, které souvisí s jejím hodnocením. Z vybraných studií prezentovaných v této práci vyplývá, že se jako prediktivní ukazují jednotlivé dimenze osobnosti. Síla predikce je však závislá na metodě, která byla zvolená ke zjišťování jejich zastoupení u respondentů. K rozdílným závěrům dochází studie využívající šesti, deseti či šedesáti položkové metody. Religiozita se naopak ukazuje jako silně prediktivní faktor, který je, zdá se, klíčový pro hodnocení eutanázie. Velká variabilita se objevuje i v souvislosti se sociodemografickými údaji, kde se pohlaví ani věk nedaří dát do přímých souvislostí s hodnocením eutanázie. Země původu jako rozhodující faktor silně souvisí s mírou religiozity v dané zemi. Větší akceptace eutanázie a LAS vycházela u lidí, kteří byli zaměstnaní, ale výsledky nevycházely z odděleného zkoumání skupin zaměstnaných a nezaměstnaných. V práci byly zohledněny i faktory související se stavem pacienta. Jako podstatná se zde jevila především povaha

onemocnění, kde přítomnost fyzické bolesti byla rozhodující pro hodnocení. Příčina utrpení pacienta, která byla psychického charakteru (např. deprese), byla považována za méně validní důvod žádosti o eutanázii.

Pro komplexní pochopení postojů jsou důležité i výzkumy se samotnými pacienty především o důvodech, které je vedou k žádání o urychlení smrti. Ukazuje se, že ne vždy je pro pacienty klíčový aspekt nevléčitelnosti onemocnění, který bývá podstatný pro hodnocení ze strany veřejnosti, ale spíše to, co doprovází jejich onemocnění. Tím bývá např. pocit ztracené důstojnosti či autonomie, pocit, že je pacient zátěží či celková kvalita života, kterou pacient nevnímá jako uspokojivou.

Navrhovaná empirická studie si klade za cíl podpoření hypotéz o rozhodujících faktorech asociovaných s hodnocením eutanázie. Její nejpodstatnější částí je zkoumání vztahů mezi osobnostními rysy respondentů a jejich hodnocením eutanázie. Mohla by ukázat, jak silnými prediktory hodnocení eutanázie osobnostní rysy jsou a potenciálně ukázat na klíčové aspekty hodnocení eutanázie. Přínosem by bylo hlubší porozumění diverzitě postojů veřejnosti.

Seznam použité literatury

- Aghababaei, N., Wasserman, J. A., & Hatami, J. (2014). Personality Factors and Attitudes Toward Euthanasia in Iran: Implications for End-of-Life Research and Practice. *Death Studies, 38*(2), 91–99. <https://doi.org/10.1080/07481187.2012.731026>.
- Altemeyer, B., & Hunsberger, B. (1992). Authoritarianism, Religious Fundamentalism, Quest, and Prejudice. *International Journal for the Psychology of Religion, 2*(2), 113–133. https://doi.org/10.1207/s15327582ijpr0202_5.
- Bahník, Š., Vranka, M., & Trefná, K. (2019). *What makes euthanasia justifiable* [Preprint]. <https://doi.org/10.31219/osf.io/n627v>.
- Bartůněk, P. (2012). Eutanazie – kontroverzní téma. In *Eutanazie – pro a proti* (1.vydání, s. 22–23). Praha: Grada.
- Battin, M. P., van der Heide, A., Ganzini, L., van der Wal, G., & Onwuteaka-Philipsen, B. D. (2007). Legal physician-assisted dying in Oregon and the Netherlands: evidence concerning the impact on patients in "vulnerable" groups. *Journal of Medical Ethics, 33*(10), 591–597. <https://doi.org/10.1136/jme.2007.022335>.
- Baume, P., O'Malley, E., & Bauman, A. (1995). Professed religious affiliation and the practice of euthanasia. *Journal of Medical Ethics, 21*(1), 49–54. <https://doi.org/10.1136/jme.21.1.49>.
- Baumstarck, K., Boyer, L., Boucekine, M., Aghababian, V., Parola, N., Lançon, C., & Auquier, P. (2013). Self-reported quality of life measure is reliable and valid in adult patients suffering from schizophrenia with executive impairment. *Schizophrenia Research, 147*(1), 58–67. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2013.03.008>.
- Bello, C. (2018, květen 10). Where in Europe is assisted dying legal? *euronews*. Získáno z <https://www.euronews.com/2018/02/14/where-in-europe-is-assisted-dying-legal->
- Berghmans, R., Widdershoven, G., & Widdershoven-Heerding, I. (2013). Physician-assisted suicide in psychiatry and loss of hope. *International Journal of Law and Psychiatry, 36*(5–6), 436–443. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2013.06.020>.
- Blatný, M. (2010). *Psychologie osobnosti: hlavní témata, současné přístupy*. Praha: Grada.
- Blendon, R. J., Szalay, U. S., & Knox, R. A. (1992). Should physicians aid their patients in

- dying? The public perspective. *JAMA*, 267(19), 2658–2662.
- Block, S. D., & Billings, J. A. (1995). Patient Requests for Euthanasia and Assisted Suicide in Terminal Illness. *Psychosomatics*, 36(5), 445–457. [https://doi.org/10.1016/S0033-3182\(95\)71625-5](https://doi.org/10.1016/S0033-3182(95)71625-5).
- Bulmer, M., Böhnke, J. R., & Lewis, G. J. (2017). Predicting moral sentiment towards physician-assisted suicide: The role of religion, conservatism, authoritarianism, and Big Five personality. *Personality and Individual Differences*, 105, 244–251. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2016.09.034>.
- Caddell, D. P., & Newton, R. R. (1995). Euthanasia: American attitudes toward the physician's role. *Social Science & Medicine*, 40(12), 1671–1681. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(94\)00287-4](https://doi.org/10.1016/0277-9536(94)00287-4).
- Cassell, E. J. (1998). The Nature of Suffering and the Goals of Medicine. *Loss, Grief & Care*, 8(1–2), 129–142. https://doi.org/10.1300/J132v08n01_18.
- Cohen, J., Marcoux, I., Bilsen, J., Deboosere, P., van der Wal, G., & Deliens, L. (2006). European public acceptance of euthanasia: Socio-demographic and cultural factors associated with the acceptance of euthanasia in 33 European countries. *Social Science & Medicine*, 63(3), 743–756. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.01.026>.
- Cohen, J., Van Landeghem, P., Carpentier, N., & Deliens, L. (2014). Public acceptance of euthanasia in Europe: a survey study in 47 countries. *International Journal of Public Health*, 59(1), 143–156. <https://doi.org/10.1007/s00038-013-0461-6>.
- Černý, D. (2018). Eutanazie a dobrý život: proč je eutanazie (někdy) morální. *Vnitřní lékařství*, 64(3), 236–244.
- Dees, M. K., Vernooij-Dassen, M. J., Dekkers, W. J., Vissers, K. C., & van Weel, C. (2011). "Unbearable suffering": a qualitative study on the perspectives of patients who request assistance in dying. *Journal of Medical Ethics*, 37(12), 727–734. <https://doi.org/10.1136/jme.2011.045492>.
- Dees, M., Vernooij-Dassen, M., Dekkers, W., & van Weel, C. (2010). Unbearable suffering of patients with a request for euthanasia or physician-assisted suicide: an integrative review. *Psycho-Oncology*, 19(4), 339–352. <https://doi.org/10.1002/pon.1612>.

- Deschepper, R., Distelmans, W., & Bilsen, J. (2014). Requests for Euthanasia/Physician-Assisted Suicide on the Basis of Mental Suffering: Vulnerable Patients or Vulnerable Physicians? *JAMA Psychiatry*, *71*(6), 617. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.185>.
- Emanuel, E. J. (2000). Attitudes and Desires Related to Euthanasia and Physician-Assisted Suicide Among Terminally Ill Patients and Their Caregivers. *JAMA*, *284*(19), 2460. <https://doi.org/10.1001/jama.284.19.2460>.
- Frey, L. M., & Hans, J. D. (2016). Attitudes toward Assisted Suicide: Does Family Context Matter? *Archives of Suicide Research*, *20*(2), 250–264. <https://doi.org/10.1080/13811118.2015.1004477>.
- Guirimand, F., Dubois, E., Laporte, L., Richard, J.-F., & Leboul, D. (2014). Death wishes and explicit requests for euthanasia in a palliative care hospital: an analysis of patients files. *BMC Palliative Care*, *13*(1), 53. <https://doi.org/10.1186/1472-684X-13-53>.
- Hains, C.-A. M., & Hulbert-Williams, N. J. (2013). Attitudes toward euthanasia and physician-assisted suicide: a study of the multivariate effects of healthcare training, patient characteristics, religion and locus of control. *Journal of Medical Ethics*, *39*(11), 713–716. <https://doi.org/10.1136/medethics-2012-100729>.
- Haškovcová, H. (2000). *Thanatologie: nauka o umírání a smrti* (1. vyd). Praha: Galén.
- Haškovcová, H. (2012). Co má větší hodnotu: život člověka, nebo jeho svoboda? In *Eutanazie – pro a proti* (s. 24–30). Praha: Grada.
- Hinman, L., M. (2009). Euthanasia: an Introduction to the Moral Issues. In *Why we kill: understanding violence across cultures and disciplines* (s. 99–111). Hendon, London [England]: Middlesex University Press.
- Ho, R. (1998). Assessing attitudes toward euthanasia: an analysis of the subcategorical approach to right to die issues. *Personality and Individual Differences*, *25*(4), 719–734. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(98\)00108-1](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(98)00108-1).
- Ho, R. (1999). Factors influencing decisions to terminate life: conditions of suffering and the identity of the terminally ill. *Australian Journal of Social Issues*, *34*(1), 25–41. <https://doi.org/10.1002/j.1839-4655.1999.tb01068.x>.

- Ho, R., & Chantagul, N. (2015). Support for Voluntary and Nonvoluntary Euthanasia: What Roles Do Conditions of Suffering and the Identity of the Terminally Ill Play? *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 70(3), 251–277. <https://doi.org/10.1177/0030222815568958>.
- Ho, R., & Penney, R. K. (1992). Euthanasia and Abortion: Personality Correlates for the Decision to Terminate Life. *The Journal of Social Psychology*, 132(1), 77–86. <https://doi.org/10.1080/00224545.1992.9924690>.
- Honzák, R. (2012). Eutanazie ano, eutanazie ne. In *Eutanazie – pro a proti* (s. 64–77). Praha: Grada.
- Humphry, D. (1991). *Let me die before I wake: Hemlock's book of self-deliverance for the dying* (1991 rev. ed., large type ed). Eugene, Or., U.S.A. : Secaucus, NJ: Hemlock Society ; Distributed by Carol Pub. Group.
- Chirumbolo, A., & Leone, L. (2010). Personality and politics: The role of the HEXACO model of personality in predicting ideology and voting. *Personality and Individual Differences*, 49(1), 43–48. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2010.03.004>.
- Chochinov, H. M., Tataryn, D. J., Wilson, K. G., Ennis, M., & Lander, S. (2000). Prognostic awareness and the terminally ill. *Psychosomatics*, 41(6), 500–504.
- Jansen-van der Weide, M. C., Onwuteaka-Philipsen, B. D., & van der Wal, G. (2005). Granted, undecided, withdrawn, and refused requests for euthanasia and physician-assisted suicide. *Archives of Internal Medicine*, 165(15), 1698–1704. <https://doi.org/10.1001/archinte.165.15.1698>.
- Kalvínková, E. (2012). Poskytování spirituální péče jako podpora při řešení otázky eutanazie? In *Eutanazie – pro a proti* (s. 176–185). Praha: Grada.
- Kimmelmeier, M., Wiczorkowska, G., Erb, H.-P., & Burnstein, E. (2002). Individualism, Authoritarianism, and Attitudes Toward Assisted Death: Cross-Cultural, Cross-Regional, and Experimental Evidence¹. *Journal of Applied Social Psychology*, 32(1), 60–85. <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.2002.tb01420.x>.
- Kořenek, J. (2002). *Lékařská etika*. Praha: Triton.
- Kouwenhoven, P. S., Raijmakers, N. J., van Delden, J. J., Rietjens, J. A., Schermer, M. H.,

- van Thiel, G. J., ... van der Heide, A. (2013). Opinions of health care professionals and the public after eight years of euthanasia legislation in the Netherlands: A mixed methods approach. *Palliative Medicine*, 27(3), 273–280. <https://doi.org/10.1177/0269216312448507>.
- Kübler-Ross, E. (2015). *O smrti a umírání: co by se lidé měli naučit od umírajících* (J. Královec, Přel.).
- Kuuppelomaki. (2000). Attitudes of cancer patients, their family members and health professionals toward active euthanasia. *European Journal of Cancer Care*, 9(1), 16–21. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2354.2000.00184.x>.
- Lee, C. H., Duck, I. M., & Sibley, C. G. (2017). Demographic and psychological correlates of New Zealanders support for euthanasia. *The New Zealand Medical Journal*, 130(1448), 9–17.
- Loucks, N., Holt, S. D. S., & Adler, J. R. (Ed.). (2009). *Why we kill: understanding violence across cultures and disciplines*. Hendon, London [England]: Middlesex University Press.
- Macdonald, W. L. (1998). Situational factors and attitudes toward voluntary euthanasia. *Social Science & Medicine*, 46(1), 73–81. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(97\)00146-9](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(97)00146-9).
- Maessen, M., Veldink, J. H., Berg, L. H., Schouten, H. J., Wal, G., & Onwuteaka-Philipsen, B. D. (2010). Requests for euthanasia: origin of suffering in ALS, heart failure, and cancer patients. *Journal of Neurology*, 257(7), 1192–1198. <https://doi.org/10.1007/s00415-010-5474-y>.
- Mastro, C. A., & Mason, S. E. (2017). Ethical issues and attitudes towards euthanasia. *Modern Psychological Studies*, 22(2), 28–36.
- McCormack, R., & Fléchais, R. (2012). The Role of Psychiatrists and Mental Disorder in Assisted Dying Practices Around the World: A Review of the Legislation and Official Reports. *Psychosomatics*, 53(4), 319–326. <https://doi.org/10.1016/j.psych.2012.03.005>.
- Munzarová, M. (2005). *Eutanazie, nebo paliativní péče?* Praha: Grada.

- Munzarová, M. (2012). Lékařská etika a eutanazie. In *Eutanazie – pro a proti*. Praha: Grada.
- Nakonečný, M. (2009). *Psychologie osobnosti*. Praha: Academia.
- Naudts, K., Ducatelle, C., Kovacs, J., Laurens, K., Van Den Eynde, F., & Van Heeringen, C. (2006). Euthanasia: the role of the psychiatrist. *British Journal of Psychiatry*, *188*(05), 405–409. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.105.010256>.
- Onwuteaka-Philipsen, B. D., Brinkman-Stoppelenburg, A., Penning, C., de Jong-Krul, G. J. F., van Delden, J. J. M., & van der Heide, A. (2012). Trends in end-of-life practices before and after the enactment of the euthanasia law in the Netherlands from 1990 to 2010: a repeated cross-sectional survey. *Lancet (London, England)*, *380*(9845), 908–915. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61034-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61034-4).
- Onwuteaka-Philipsen, B. D., Rurup, M. L., Pasman, H. R. W., & van der Heide, A. (2010). The Last Phase of Life: Who Requests and Who Receives Euthanasia or Physician-Assisted Suicide? *Medical Care*, *48*(7), 596–603. <https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e3181d8ea75>.
- Orel, M. (2016). *Psychopatologie: nauka o nemocech duše*.
- Pasman, H. R. W., Rurup, M. L., Willems, D. L., & Onwuteaka-Philipsen, B. D. (2009). Concept of unbearable suffering in context of ungranted requests for euthanasia: qualitative interviews with patients and physicians. *BMJ*, *339*(nov16 1), b4362–b4362. <https://doi.org/10.1136/bmj.b4362>.
- Peck, M. S. (2001). *Odmítnutí duše: duchovní a lidské perspektivy eutanazie a umírání*. Praha: Pragma.
- Peterson, C., Park, N., & Seligman, M. E. P. (2005). Orientations to happiness and life satisfaction: the full life versus the empty life. *Journal of Happiness Studies*, *6*(1), 25–41. <https://doi.org/10.1007/s10902-004-1278-z>.
- Pollard, B. (1996). *Eutanazie - ano či ne?* (E. Masnerová, Přel.). Praha: Dita.
- Ptáček, R., & Bartůněk, P. (2012). *Eutanazie – pro a proti*. Praha: Grada.
- Ptáček, R., Kuželová, H., & Honzák, R. (2012). Eutanazie – Vybrané pojmy. In *Eutanazie – pro a proti* (s. 235–242). Praha: Grada.

- Raijmakers, N. J. H., van der Heide, A., Kouwenhoven, P. S. C., van Thiel, G. J. M. W., van Delden, J. J. M., & Rietjens, J. A. C. (2015). Assistance in dying for older people without a serious medical condition who have a wish to die: a national cross-sectional survey. *Journal of Medical Ethics*, *41*(2), 145–150. <https://doi.org/10.1136/medethics-2012-101304>.
- Raus, K., & Sterckx, S. (2015). Euthanasia for Mental Suffering. In M. Cholbi & J. Varelius (Ed.), *New Directions in the Ethics of Assisted Suicide and Euthanasia* (Roč. 64, s. 79–96). https://doi.org/10.1007/978-3-319-22050-5_6.
- Ruijs, C. D., van der Wal, G., Kerkhof, A. J., & Onwuteaka-Philipsen, B. D. (2014). Unbearable suffering and requests for euthanasia prospectively studied in end-of-life cancer patients in primary care. *BMC Palliative Care*, *13*(1), 62. <https://doi.org/10.1186/1472-684X-13-62>.
- Ruiz-Canela, M., Burgo, C. L., Carlos, S., Calatrava, M., Beltramo, C., Osorio, A., & de Irala, J. (2013). Observational research with adolescents: a framework for the management of the parental permission. *BMC Medical Ethics*, *14*(1). <https://doi.org/10.1186/1472-6939-14-2>.
- Rurup, M. L., Onwuteaka-Philipsen, B. D., Jansen-van der Weide, M. C., & van der Wal, G. (2005). When being ‘tired of living’ plays an important role in a request for euthanasia or physician-assisted suicide: patient characteristics and the physician’s decision. *Health Policy*, *74*(2), 157–166. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2005.01.002>.
- Rurup, M. L., Onwuteaka-Philipsen, B. D., van der Heide, A., van der Wal, G., & Deeg, D. J. H. (2006). Frequency and determinants of advance directives concerning end-of-life care in The Netherlands. *Social Science & Medicine*, *62*(6), 1552–1563. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.08.010>.
- Sanson, A., Dickens, E., Melita, B., Nixon, M., Rowe, J., Tudor, A., & Tyrrell, M. (1998). Psychological Perspectives on Euthanasia and the Terminally Ill: An Australian Psychological Society Discussion Paper. *Australian Psychologist*, *33*(1), 1–11. <https://doi.org/10.1080/00050069808257255>.
- Seale, C., Addington-Hall, J., & McCarthy, M. (1997). Awareness of dying: prevalence, causes and consequences. *Social Science & Medicine* (1982), *45*(3), 477–484.

- Sharp, S. (2017). Traditional God Images and Attitudes Towards Voluntary Euthanasia. *Review of Religious Research*, 59(4), 529–545. <https://doi.org/10.1007/s13644-017-0304-7>.
- Smets, T., Bilsen, J., Cohen, J., Rurup, M. L., De Keyser, E., & Deliens, L. (2009). The medical practice of euthanasia in Belgium and The Netherlands: Legal notification, control and evaluation procedures. *Health Policy*, 90(2–3), 181–187. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2008.10.003>.
- Smets, T., Cohen, J., Bilsen, J., Van Wesemael, Y., Rurup, M. L., & Deliens, L. (2011). Attitudes and Experiences of Belgian Physicians Regarding Euthanasia Practice and the Euthanasia Law. *Journal of Pain and Symptom Management*, 41(3), 580–593. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2010.05.015>.
- Snijdwind, M. C., Willems, D. L., Deliens, L., Onwuteaka-Philipsen, B. D., & Chambaere, K. (2015). A Study of the First Year of the End-of-Life Clinic for Physician-Assisted Dying in the Netherlands. *JAMA Internal Medicine*, 175(10), 1633. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2015.3978>.
- Stavovský předpis ČLK č. 10: Etický kodex České lékařské komory. Dostupné z <https://www.lkcr.cz/stavovske-predpisy-clk-212.html>.
- Steck, N., Egger, M., Maessen, M., Reisch, T., & Zwahlen, M. (2013). Euthanasia and Assisted Suicide in Selected European Countries and US States: Systematic Literature Review. *Medical Care*, 51(10), 938–944. <https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e3182a0f427>.
- Steck, N., Junker, C., Maessen, M., Reisch, T., Zwahlen, M., & Egger, M. (2014). Suicide assisted by right-to-die associations: a population based cohort study. *International Journal of Epidemiology*, 43(2), 614–622. <https://doi.org/10.1093/ije/dyu010>.
- Šturma, J. (2017). Etika ve zdravotnické psychologii. In *Psycholog ve zdravotnictví*.
- Thienpont, L., Verhofstadt, M., Van Loon, T., Distelmans, W., Audenaert, K., & De Deyn, P. P. (2015). Euthanasia requests, procedures and outcomes for 100 Belgian patients suffering from psychiatric disorders: a retrospective, descriptive study. *BMJ Open*, 5(7), e007454. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-007454>.
- Tiernan, E., Casey, P., O'Boyle, C., Birkbeck, G., Mangan, M., O'Siorain, L., & Kearney,

- M. (2002). Relations between desire for early death, depressive symptoms and antidepressant prescribing in terminally ill patients with cancer. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 95(8), 386–390.
- Vácha, M. (2008). *Místo, na němž stojíš, je posvátná země: o kruhu úcty k člověku, přírodě a celému vesmíru*. Brno: Cesta.
- Vácha, M. (2012). Eutanazie pro a proti. In *Eutanazie – pro a proti* (s. 120–125). Praha: Grada.
- Vácha, M. O., Königová, R., & Mauer, M. (2012). *Základy moderní lékařské etiky*. Praha: Portál.
- van der Lee, M. L., van der Bom, J. G., Swarte, N. B., Heintz, A. P. M., de Graeff, A., & van den Bout, J. (2005). Euthanasia and Depression: A Prospective Cohort Study Among Terminally Ill Cancer Patients. *Journal of Clinical Oncology*, 23(27), 6607–6612. <https://doi.org/10.1200/JCO.2005.14.308>.
- Verbakel, E., & Jaspers, E. (2010). A Comparative Study on Permissiveness Toward Euthanasia: Religiosity, Slippery Slope, Autonomy, and Death with Dignity. *Public Opinion Quarterly*, 74(1), 109–139. <https://doi.org/10.1093/poq/nfp074>.
- Verhofstadt, M., Thienpont, L., & Peters, G.-J. Y. (2017). When unbearable suffering incites psychiatric patients to request euthanasia: qualitative study. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 211(4), 238–245. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.117.199331>.
- Vrakking, A. M., van der Heide, A., Looman, C. W. N., van Delden, J. J. M., Onwuteaka-Philipsen, B. D., van der Maas, P. J., & van der Wal, G. (2005). Physicians' willingness to grant requests for assistance in dying for children: A study of hypothetical cases. *The Journal of Pediatrics*, 146(5), 611–617. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2004.12.044>.
- Wasserman, J. A., Aghababaei, N., & Nannini, D. (2016). Culture, Personality, and Attitudes Toward Euthanasia: A Comparative Study of University Students in Iran and the United States. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 72(3), 247–270. <https://doi.org/10.1177/0030222815575280>.
- Wasserman, J., Clair, J. M., & Ritchey, F. J. (2005). A Scale to Assess Attitudes toward

Euthanasia. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 51(3), 229–237. <https://doi.org/10.2190/FGHE-YXHX-QJEA-MTM0>.

Williams, N., Dunford, C., Knowles, A., & Warner, J. (2007). Public attitudes to life-sustaining treatments and euthanasia in dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22(12), 1229–1234. <https://doi.org/10.1002/gps.1819>.

Wilson, K. G., Chochinov, H. M., McPherson, C. J., Skirko, M. G., Allard, P., Chary, S., ... Clinch, J. J. (2007). Desire for euthanasia or physician-assisted suicide in palliative cancer care. *Health Psychology*, 26(3), 314–323. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.26.3.314>.

Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). Dostupné z https://ppropo.mpsv.cz/zakon_372_2011.

Záškodná, T., Dostál, D. (2016). Šestifaktorový model osobnosti a psychometrické vlastnosti Revidovaného osobnostního inventáře HEXACO. *Psychologie a její kontexty*, 7(2), 31-42. Dostupné z http://psychkont.osu.cz/fulltext/2016/Zaskodna-Dostal_2016_2.pdf.

Seznam tabulek

Tabulka 1: Evropské země – eutanázie a LAS	11
--	----

Seznam zkratek

AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome (syndrom získaného selhání imunity)
ALS	Amyotrofická laterální skleróza
APA	American Psychological Association
ČLK	Česká lékařská komora
HEXACO-PI-R	HEXACO Personality Inventory Revised
LAS	Lékařem asistovaná sebevražda
Mini-IP--IP6	(Mini) International Personality Item Pool
TIPI	Ten Item Personality Inventory

Příloha 1.

Možné otázky k rozhovoru dle (Macdonald, 1998):

Doktorům by mělo být ze zákona umožněno poskytovat informace, jak spáchat sebevraždu, pacientům s nevléčitelným onemocněním, kteří o ně zažádají.

Doktorům by mělo být ze zákona umožněno poskytovat léky nebo prostředky nutné ke spáchání sebevraždy pacientům s nevléčitelným onemocněním, kteří o ně zažádají.

Doktorům by mělo být za zákona umožněno ukončit život pacienta, pokud trpí nevléčitelným onemocněním a požádá lékaře o podání smrtelné dávky.

Pokud si člověk s nevléčitelným onemocněním přeje spáchat sebevraždu, jeho přítel by měl mít ze zákona možnost mu v tom asistovat.

Pokud si člověk s nevléčitelným onemocněním přeje spáchat sebevraždu, rodinný příslušník by měl mít ze zákona možnost mu v tom asistovat.

Pokud si člověk s nevléčitelným onemocněním přeje spáchat sebevraždu, doktor by měl mít ze zákona možnost mu v tom asistovat.

Doktoři by měli mít legální možnost pomoci pacientům s mentálně degenerativní nemocí (jako je Alzheimerova) spáchat sebevraždu.

Zákon by neměl povolovat lékařům pomáhat onkologickým pacientům trpícím silnými bolestmi spáchat sebevraždu.