

# **Postoje k eutanazii a umírání z pohledu osob raného stáří a středního věku**

Petra Rajová, DiS

---

Bakalářská práce  
2016



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií  
Ústav pedagogických věd  
akademický rok: 2015/2016

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Petra Rajová, DiS.**  
Osobní číslo: **H130235**  
Studijní program: **B7507 Specializace v pedagogice**  
Studijní obor: **Sociální pedagogika**  
Forma studia: **kombinovaná**

Téma práce: **Postoje k eutanazii a umírání z pohledu osob raného stáří a středního věku**

Zásady pro vypracování:

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.  
Vymezení terminologie a teoretických východisek z oblasti postojů k eutanazii a umírání z pohledu dvou generací a kompetencí sociálního pedagoga.  
Příprava metodiky empirické části, zpracování projektu výzkumu a stanovení výzkumného problému.  
Realizace kvantitativního výzkumu formou dotazníkového šetření.  
Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.  
Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

**LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ. Vývojová psychologie. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1284-9.**

**MUNZAROVÁ, Marta. Proč NE eutanazii aneb Být, či nebýt? Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2008. ISBN 978-80-7195-258-9.**

**OHLER, Norbert. Umírání a smrt ve středověku. Jinočany: H&H Vyšehradská, 2001. ISBN 80-86022-69-2.**

**SKŘIVANOVÁ-BOŠKOVÁ, Vladimíra. Eutanázie, nebo „komfort“ pro pacienty? Praha: Repromedia, 2012. ISBN 978-80-260-2989-2.**

**VIRT, Gunter. Žít až do konce. Praha: nakladatelství Vyšehrad, 2000. ISBN 80-7021-330-2.**

Vedoucí bakalářské práce:

**PhDr. Hana Včelařová**

Ústav pedagogických věd

Datum zadání bakalářské práce:

**6. ledna 2016**

Termín odevzdání bakalářské práce:

**27. dubna 2016**

Ve Zlíně dne 6. ledna 2016

  
doc. Ing. Anežka Lengálová, Ph.D.  
děkanka



  
Mgr. Jakub Hladík, Ph.D.  
ředitel ústavu

## PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby <sup>1)</sup>;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 <sup>2)</sup>;
- podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně ..... 22/6 16.....

..... Karel Pátek.....

<sup>1)</sup> zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevdělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlázení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.

3). Odpirá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jim dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlíží k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

## **ABSTRAKT**

Bakalářská práce „Postoje k eutanazii a umírání z pohledu osob raného stáří a středního věku“ se zabývá, stále neutuchajícím tématem, eutanazie a umírání z pohledu odlišného věku. Hlavním cílem bakalářské práce bylo srovnat postoje respondentů ve vztahu k uzákonění eutanazie v ČR. Teoretická část je zaměřena na problematiku eutanazie, paliativní péče a historii umírání. Důraz je kladen na mapování postojů k tématu v období raného stáří a středního věku. Praktická část obsahuje výsledky, které byly provedeny kvantitativním způsobem pomocí dotazníkovým šetřením ve Zlínském kraji. Dále nastiňuje postoje tázaných k eutanazii a umírání.

Klíčová slova: rané stáří, střední věk, postoje, eutanazie, paliativní péče, umírání z pohledu možností práce sociálního pedagoga

## **ABSTRACT**

The bachelor thesis „Attitudes toward euthanasia and dying from the viewpoint of early middle age and old age " deals with still unrelenting theme of euthanasia and dying from the perspective of a different age. The main aim of this thesis was to determine the attitude of respondents to the enactment of the legalization of euthanasia in the country. The theoretical part is focused on the issue of euthanasia, palliative care and a history of dying. The emphasis is placed on surveying attitudes on the topic in the early middle age and old age. The practical part contains results whose were carried out by quantitative way with the using questionnaires in the Zlin region. It also outlines attitudes of queried to euthanasia and dying.

Keywords: early age, middle age, attitudes, euthanasia, palliative care, dying from the perspective of social work educator options

Děkuji vedoucí mé bakalářské práce PhDr. Haně Včelařové, nejen za její odborné vedení, cenné rady a připomínky, ale i za její vstřícnost a obětavost, které mi během zpracování bakalářské práce poskytla.

*„Hymna života*

*Život je šance – využij ji  
Život je krása – obdivuj ji  
Život je blaženost – užívej ji  
Život je sen – uskutečni ho  
Život je výzva – přijmi ji  
Život je povinnost – naplň ji  
Život je hra – hrej ji  
Život je bohatství – ochraňuj ho  
Život je láska – potěš se s ní  
Život je záhada – pronikni ji  
Život je slib – splň ho  
Život je smutek – překonej ho  
Život je hymna – zpívej ji  
Život je boj – přijmi ho  
Život je štěstí – zasluj si ho  
Život je život – žij ho.’’*

Matka Tereza

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

# OBSAH

ÚVOD.....	10
TEORETICKÁ ČÁST .....	12
<b>1 VYMEZENÍ VĚKOVÉ KATEGORIE A NÁSTIN POSTOJE .....</b>	<b>13</b>
1.1 VÝVOJOVÉ ETAPY DOSPĚLÉHO ČLOVĚKA.....	14
1.1.1 <i>Období střední dospělosti</i> .....	15
1.1.2 <i>Období raného stáří</i> .....	18
1.2 POSTOJ.....	19
1.2.1 <i>Funkce postojů</i> .....	20
1.2.2 <i>Základní charakteristiky postojů</i> .....	21
1.2.3 <i>Determinanty postojů</i> .....	22
1.2.4 <i>Důsledky postojů</i> .....	23
<b>2 SMRT A UMÍRÁNÍ.....</b>	<b>25</b>
2.1 UMÍRÁNÍ A SMRT V MINULOSTI .....	25
2.2 UMÍRÁNÍ A SMRT DNES .....	26
2.2.1 <i>Domácí model umírání</i> .....	27
2.2.2 <i>Institucionální model umírání</i> .....	28
2.3 POTŘEBY UMÍRAJÍCÍHO .....	28
2.4 ČLOVĚK A SMRT.....	29
2.5 BIOETICKÉ ASPEKTY SMRTI A UMÍRÁNÍ .....	29
2.6 INDIVIDUÁLNÍ POSTOJE K UMÍRÁNÍ .....	29
<b>3 EUTANAZIE A PALIATIVNÍ PÉČE .....</b>	<b>31</b>
3.1 EUTANAZIE .....	32
3.1.1 <i>Eutanazie a antičtí myslitelé</i> .....	33
3.1.2 <i>Eutanazie a náboženství</i> .....	34
3.1.3 <i>Eutanazie za nacismu a dnešek</i> .....	34
3.1.4 <i>Eutanazie v České republice</i> .....	35
3.1.5 <i>Eutanazie v zahraničí</i> .....	36
3.1.6 <i>Eutanazie – ano nebo ne</i> .....	38
3.2 PALIATIVNÍ PÉČE .....	40
3.2.1 <i>Hospic</i> .....	40
<b>PRAKTICKÁ ČÁST .....</b>	<b>42</b>
<b>4 METODOLOGIE VÝZKUMU .....</b>	<b>43</b>
4.1 VÝZKUMNÝ PROBLÉM.....	43
4.2 CÍL VÝZKUMU .....	43
4.3 FORMULACE VÝZKUMNÝCH HYPOTÉZ.....	44
4.4 VÝZKUMNÝ VZOREK.....	45
4.5 METODY VÝZKUMU .....	45
4.6 PŘEDVÝZKUM .....	46
4.7 ZPRACOVÁNÍ VÝSLEDKŮ ŠETŘENÍ.....	46
<b>5 ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ ŠETŘENÍ .....</b>	<b>47</b>
5.1 VYHODNOCENÍ DOTAZNÍKU .....	47
5.2 OVĚŘENÍ STANOVENÝCH HYPOTÉZ .....	72
5.3 INTERPRETACE VÝSLEDKŮ VÝZKUMU A DISKUSE.....	75



5.4 DOPORUČENÍ PRO PRAXI .....	79
<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>80</b>
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....</b>	<b>81</b>
<b>SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK .....</b>	<b>85</b>
<b>SEZNAM GRAFŮ .....</b>	<b>86</b>
<b>SEZNAM TABULEK .....</b>	<b>88</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH .....</b>	<b>89</b>

## ÚVOD

Sotva se člověk narodí, můžeme nadneseně říci, že spěje ke smrti. Lidé jsou po celý svůj život konfrontováni s vědomím vlastní smrtelnosti. Umírání patří neodmyslitelně k životu, přesto nikdo z nás neví, jak jednou zemře. Lidé v poslední fázi svého života nechtějí trpět. Již od 5. století př. Kr. je doložen pojem „dobrá smrt“. Jak mají tedy lidé umírat? Doprovázení laskavou péčí a s pomocí lékařského umění, především paliativní medicíny, nebo odstraňováním eutanazií?

Spousta lidí si myslí, že eutanazie a umírání je jen záležitostí lékařů a zdravotních sester. Co s tím může mít sociální pedagogika společného?

Má nepatrnou, zato významnou roli. Sociální pracovník se může s eutanazií a umíráním setkat v domovech důchodců, jako terénní sociální pracovník, v hospicích apod. Když takhle chvíle nastane a někdo požádá o pomoc či doprovázení, měl by disponovat s určitými poznatky a empatií.

„K sociálnímu doprovázení dochází v případě, kdy se člověk dostává do tíživé sociální situace, kterou není schopen zvládnout sám nebo za podpory a pomoci svých blízkých.“ (Vávrová, 2012, s.76)

Podobný pohled uvádí ve své publikaci Bakošová (2011, s. 13). Vidí úlohu sociální pedagogiky ve spojení s pojmem „životní pomoc“. Chápe ji jako pomoc osobnosti a péči o ni při různých sociálních problémech.

Lidský život – od svého počátku do konce - má určitě smysl. Každý má svou důstojnost a svobodnou vůli. Ačkoli trpí, nebo všechno není v životě ideální, má právo na rozhodnutí o ukončení života?

Bezpochyby je těžké snášet pohled na člověka, který velmi trpí. Ve filmu „HLEDÁNÍ DOBRÉ SMRTI“, který byl v r. 2007 odvysílán na ČT2, zaznívají různé názory, mimo jiné poukazuje na to, že díky paliativní medicíně a hospicové péči, už nelze ve prospěch eutanazie argumentovat pouze bolestí, spíše jde o problém mezilidských vztahů.

Cílem této bakalářské práce je zmapovat a poukázat na postoje k eutanazii, paliativní péči a umírání u respondentů středního věku a raného stáří. Eutanazie je stále živé téma a naopak o přirozeném umírání se moc nemluví.

V první kapitole, pro účely praktické části, vymezujeme věkové kategorie v dospělosti a stáří a pojem postoj.

Druhá kapitola pojednává o smrti a umírání – její historie a současnost. Poukazujeme na důležitost doprovázení v pomáhajících profesích.

Ve třetí kapitole se dostáváme k hlavnímu tématu – eutanazie. Obsahuje vysvětlení nastudovaných pojmů a názorů. Dále zmiňujeme paliativní péči neboli útěšnou medicínu a hospicové hnutí.

V praktické části je obsažen samotný výzkum. Uvádíme zde hlavní výzkumný problém a cíl, a taktéž dílčí výzkumné cíle. Popisujeme výzkumný soubor, realizaci výzkumu, způsob analýzy dat, získané výsledky a jejich interpretaci.

## **I. TEORETICKÁ ČÁST**

## 1 VYMEZENÍ VĚKOVÉ KATEGORIE A NÁSTIN POSTOJE

Tuto kapitolu zde zařazujeme, neboť celá práce se opírá o určenou věkovou kategorii: střední věk a rané stáří. Pro výzkumnou část jsme se opírali o definice dle Vágnerové, neboť v nastudované literatuře se sice autoři převážně shodují v termínech, ale není vymezená přesná hranice. V práci uvádíme pro porovnání více zdrojů.

Lidé nejsou jen neutrálními pozorovateli světa, ale stále hodnotí to, co vidí, slyší a vnímají vůbec. Současným zdrojem hodnocení jsou postoje, které mají značný význam nejen v sociální psychologii, ale i sociologii a dalších humanitních vědách. (Nakonečný, 2005, s.43)

Psychologové Hewstone, Stroebe (2011, s.327) uvádí ve své publikaci „ postoje jsou celkovým hodnocením objektů obsahujícím afektivní, kognitivní a behaviorální komponentu a plní u člověka důležité funkce.“

Postoj vyjadřuje vztah k určité oblasti reality. (Vágnerová, 2004, s.291) My jsme se zaměřili na trochu depresivní, ale stále aktuální problematiku umírání a eutanazie.

Život nás všech probíhá od narození až do smrti v určitých vývojových etapách, jak uvádí Malíková (2011, s.13), z nichž každá má své zákonitosti, které ovlivňují kvalitu, způsob a rozsah našeho života. Každé vývojové období nám nabízí určité možnosti a v něčem zase naopak limituje.

Psychologie dospělého věku a stáří je méně rozvinuta, než psychologie dětství a dospívání (není se čemu divit, neboť v tomto věku probíhá nejvíce změn a je možná účinná praktická aplikace).

Vývoj a stárnutí, neodmyslitelně probíhají během celého lidského života. Počátek stárnutí organismu lze datovat hned od prvních fází jeho života (můžeme tvrdit, již od oplození), i když biologické změny ve stáří jsou jiného druhu.

Vrchol vývoje a dosažení maxima výkonnosti nejsou stejné pro všechny psychické funkce. Stejně jako růst a vyvíjení lidských orgánů probíhá nestejně, je také křivka psychomotorických funkcí rozdílná. I jednotlivé složky inteligence se rozvíjejí odlišně a některé z nich se rozvíjí ještě dlouho v dospělosti.

Stejně jako vývoj, tak i pokles psychických funkcí probíhá u každého jedince individuálně. Například zručnost a síla motorických výkonů klesají poměrně rychle. Růst a pokles funkcí bývá podmíněn psychologickými, sociálními a biologickými determinanty. Složitá podmí-

něnost ontogenetických změn vysvětluje značnou vnitřně individuální proměnlivost. Obzvláště ve stáří jsou individuální rozdíly ještě větší, než rozdíly podmíněné chronologickým věkem. (Langmeier, Krejčířová, 2006, s. 166-16 )

Je jedno kolik nám kalendář ukazuje let, důležité je, na kolik let se cítíme, a jak jej umíme přijmout.

## 1.1 Vývojové etapy dospělého člověka

Bohužel, jednotné rozdělení období neexistuje, Langmeier a Krejčířová (2006, s. 167) uvádí: časnou dospělost zhruba od 20 do 25-30 let, což je přechodné období mezi adolescencí a plnou dospělostí.. Dále střední dospělost člení asi do 45 let. Tohle období je plné výkonnosti a relativní stability. Pozdní dospělost je dobou do začátku stáří ( 40-45 do 60-65 let ) a stáří rozděluje na časně a vysoké.

Ve své publikaci uvádějí hlavní charakteristiky těchto etap:

Časná dospělost – upevnění identity dospělého, identifikace s rolí dospělého, produktivní orientace, upřesnění osobních cílů. Člověk přestává být závislý na rodičích a hledá si partnera k založení vlastní rodiny. Volí si povolání a získává postupnou odpovědnost v profesi.

Střední dospělost – v první fázi se stále upevňuje identita, vrchol produktivity a aktivního vyhledávání životních cílů. Nastává plná odpovědnost v rodině a při výchově dětí. Ve druhé fázi se připravuje na odchod dětí z domova, nové potvrzení manželského vztahu. Může nastat vypětí v povolání před blížícím se odchodem na odpočinek. Období je často spojováno s krizí středního věku, kdy je zproblematizovaná vlastní identita, kladou se otázky vlastní smrtelnosti, někdy se objevuje nespokojenost v manželství, myšlenky na blížící se odchod dětí z domova, nespokojenost s výsledky dosaženými v povolání. (Langmeier a Krejčířová, 2006, s. 168)

Pozdní dospělost - i tady je člověk stavěn před problémy v oblasti práce, manželství, v rodičovství i prarodičovství. Vznikají nové obtíže. Objevují se první známky poklesu výkonnosti. Začínají se hromadit příznaky chronických nemocí (př. ztráta zubů). Dostavuje se ukončení reprodukčního období ženy. Může se objevit tzv. syndrom prázdného hnízda (odchod dětí z domova, ženy často nesou hůře než muži). Většina lidí odchází na konci období do důchodu, to je výrazná změna sociálního zařazení, změní se náplň dne. (Langmeier a Krejčířová, 2006, s. 187-189)

Stáří – pod pojmem stárnutí se rozumí souhrn změn ve struktuře a funkcích organismu. Kdy je vlastně člověk pokládán za starého? V současnosti bývá zpravidla dolní hranice v rozvinutých zemích udávána věkem 65 let, ovšem dnešní gerontologie se spíše soustřeďuje až na věk od 75 let. Mezi hlavní změny patří zhoršující se smyslové vnímání, paměť, pokles inteligence a tvořivosti. Citové vztahy se ve stáří významně nemění. Vlivem prodloužení délky života se nabízí větší počet aktivit pro starší lidi s přihlédnutím možností a přání každého člověka. (Langmeier a Krejčířová, 2006, s. 196-207)

Dále např. Světová zdravotnická organizace (WHO) uvádí následující rozdělení: 30-44 let dospělost, 45 – 59 let střední věk ( též zralý věk ), 60-74 let senescence ( počínající, časné stáří ), 75-89 let kmetství (neboli senium, vlastní stáří ), 90 let a více patriarchum ( dlouhověkost). (Malíková, 2011, s. 14 )

Thorová (2015, s. 10) vymezuje mladou dospělost 20-35 let (krize Kristových let). Střední dospělost 35-50 let, pozdní dospělost 50 – 70 let, stáří a dlouhověkost 70 let a více.

Vágnerová ( 2000, s. 300 ) vymezuje období dospělosti: mladá dospělost (není jednoznačně vymezen specifický mezník počátku, definovatelným faktorem je dosažení právní dospělosti ). Dále ji dělí na střední dospělost 35-45 let. Uvádí, že je to období stabilní profese. Důležitou funkci hraje rodina a s ní spojená zodpovědnost. A období starší dospělosti člení mezi 45-60. rok života.

Životní etapu stáří dělí: 60-75 let ( rané stáří ) a 75 a více let ( období pravého stáří ). Psychické funkce v období pravého stáří jsou zatíženy různými chorobami, bývají méně soběstační a v důsledku toho musí někdy změnit životní prostředí. Staří lidé nemívají obvykle strach ze smrti, ale bojí se umírání, bezmocnosti a dlouhého utrpení. (Vágnerová, 2000, s. 508)

### 1.1.1 Období střední dospělosti

Toto období je považováno za vývojově významný mezník. Někteří autoři mluví o krizi středního věku, kdy dosavadní směřování je signalizováno pocity tísně až depresi, pocitem nedostatku energie, vyhaslosti a osamělosti. Člověk o těchto pocitech uvažuje a snaží se k nim zaujmout nějaký postoj. Dosažení středního věku se dle literatury projevuje dvěma způsoby – bilancováním minulosti (posuzování dosavadního života) a představami o budoucnosti (poslední možnost něco změnit). Mění se postoj k mnoha hodnotám.

Hledá se skutečný smysl dalšího průběhu života. Ožívá problém vlastní identity. (Vágnerová, 2000, s. 375-378)

Takový typický mužský laický prototyp krize středního věku se projevuje navázáním vztahu s 20letou ženou, které muž předává své zkušenosti a finanční jistotu. Dochází do posilovny, na diskotéky, užívá léky na zvýšení potence, prohlíží se v zrcadle, nakupuje oblečení v obchodě pro teenagery, najednou si pořídí motorku či sportovní auto a vrhá se na adrenalinové sporty.

Ženský laický prototyp krize středního věku – stárnoucí žena začne méně času věnovat rodině a domácnosti, začne stejně jako muž cvičit a držet nejrůznější diety. Hubnutí může vykazovat až charakteristiku mentální anorexie. Každá vráska vyvolává zoufalství, tudíž plastické zákroky jí nejsou cizí. Sebevědomí posiluje flirtováním a vztahy s mladšími muži. (Thorová, 2015, s. 451)

Psychický význam je dle Thorové (2015, s. 446) připisován 40. roku života. Milník, který vybízí člověka k přemýšlení, protože reprezentuje polovinu života. Do mysli se může dostávat vtíravá představa, že dosáhl životního vrcholu a nyní začíná sestupovat, a nakonec jej čeká stáří a smrt.

Tělesný vzhled tvoří podstatnou část identity. Vzhled se začíná vlivem involučních změn měnit. S příznaky stárnutí se špatně vyrovnávají samozřejmě osoby, které si na sobě fyzické atraktivitu vysoce cenily. Projevy stárnutí u mužů jsou považovány za důkaz zralosti, žen se dotýká snížení plodnosti. Mezi další příznaky stárnutí patří mírné ubývání fyzické síly, snižuje se kvalita spánku, tělo hůře regeneruje, objevují se prohlubující vrásky, padají vlasy, lidé přibývají na váze a nastávají nové zdravotní potíže, dochází k poklesu sexuální výkonnosti a plodnosti. Na rychlost involučních změn má vliv i správná životospráva (dostatek spánku a odpočinku, pohybu, výživa, absence kouření a střídme požívání alkoholu). (Thorová, 2015, s. 446)

Ženy se spíše zaobírají úbytkem tělesné atraktivitu. Stárnutí postihuje všechny spravedlivě, ale má individuálně rozmanité tempo. Ne všichni umí stárnutí realisticky přijmout. (Vágnerová, 2000, s. 379)

Lidé středního věku jsou schopni získat jakoukoliv společenskou pozici. Mění se postoj k profesi. Pracovní role by měla především uspokojovat vlastní seberealizaci. Ještě stále zde působí zaměření na úspěch, avšak postupně se mění v preferenci pohody a jistoty.



Člověk si potřebuje opět potvrdit správnost svého profesního směřování. Projevuje se tendence k předávání zkušeností. (Vágnerová, 2000, s. 380-381)

Jedinec v tomto věku bývá vnímán společností jako vysoce produktivní, zkušený a zralý člověk. Je schopen dosáhnout vrcholných úspěchů, mistrovství ve vědě a dalších profesních činnostech. Výjimku tvoří sportovní činnosti a těžká fyzická práce (i když se najdou takoví lidé jako např. Jaromír Jágr). Objevuje se konkurence v podobě mladších spolupracovníků, kdy vzniká nutnost uhájit si svou pozici. Souběžně se člověk středního věku věnuje rodině, což bývá zdrojem konfliktů, přetížení a stresu proudící ze sladování pracovních a rodinných povinností. (Thorová, 2015, s. 445)

Ve středním věku často dochází k proměně partnerského vztahu. Bilance vede k přehodnocení významu partnerství. Vztah bývá ovlivněn potřebou zbavit se stereotypu a závislosti a potřebu zkusit naposled dosáhnout hlubší vztahové intimity. Ve vrcholu v tomto období dochází ke druhé krizi manželství a z toho může vyplynout mimomanželský vztah. (Vágnerová, 2000, s. 382-384)

V tomto období se mění obsah rodičovské role, kdy se dospívající děti začínají osamostatňovat. Dle Vágnerové (2000, s. 387) „důležitým znakem krize středního věku je časová shoda rodičovského bilancování a hledání nové identity s obdobím, kdy si svou vlastní identitu vytvářejí i jejich dospívající děti.“ Může nastat potřeba svoje děti manipulovat, ochraňovat, nebo se jim dokonce obětovat. Na druhou stranu dovedou teenageři s rodiči manipulovat svou podrážděností a ignorováním. Partneři mají poslední možnost zplodit dítě a stát se rodičem. (Vágnerová, 2000, s. 387-391)

Tak jako se mění role k dětem, mění se i k vlastním rodičům. Člověk si začíná uvědomovat, že jeho rodiče stárnou a měl by se s tím umět vyrovnat. Staří rodiče se stávají závislými na svých dětech či svému okolí. Mnozí lidé se musí vyrovnat se smrtí rodiče a zvládnout smutek. Tato zkušenost působí jako podnět k uvědomění si vlastní zranitelnosti a omezenosti svého života. (Vágnerová, 2000, s. 392)

Střední věk nemusí provázet žádná psychická krize, ale pozvolná změna hodnot a životního stylu. Může dojít k velkým změnám, které odstartují depresivní poruchu (smrt blízkých, výchovné problémy s dětmi, odchod dospělých dětí z domova). Avšak spousta lidí vnímá toto období jako šťastné, nebo dokonce nejšťastnější období života, etapu psychické i ekonomické stability, osobního a profesionálního růstu. (Thorová, 2015, s. 452)

### 1.1.2 Období raného stáří

Postoj současné společnosti ke stáří a starým lidem je spíše negativní, neboť je často chápáno jako období, kdy člověk chátrá. U většiny lidí v hodnotovém žebříčku zaujímá místo mladistvost, výkonnost. Tuto tendenci podporují i média. (Vágnerová, 2000, s. 443-444)

Stárnutí s sebou nese zhoršení tělesného i duševního stavu. Tento proces bývá individuálně variabilní, závisí na interakci dědičných předpokladů a vlivu prostředí. Mezi základní znaky nemocnosti ve stáří patří polymorbidita (trpí současně větším počtem různých, zpravidla chronických onemocnění). Samozřejmě se viditelným způsobem mění i zevnějšek člověka. Rychlost a míra proměny není u všech lidí stejná. V literatuře se upozorňuje na tzv. Diogenův syndrom, tj. syndrom zanedbaného starce – ztráta motivace k udržování svého zevnějšku či domácnosti. Objevuje se u osamělých lidí, u osob s demencí. (Vágnerová, 2000, s. 448-450)

Fyzické projevy stárnutí – změny v metabolismu, kdy se proces trávení zpomaluje, živiny se hůře vstřebávají, slábne chuť k jídlu. Nastává snížená schopnost termoregulace ( hůře čelí chladu a horku), objevují se změny na kůži, pokožka bledne, objevují se pigmentové skvrny, vlasy šedivějí a řídnou, člověk přichází o zuby. Oslabení smyslových receptorů (zhoršuje se schopnost zaostřit nablízko). Snižuje se výkonnost orgánů (cévní systém ztrácí pružnost, dochází k horšímu okysličování orgánů). Objevuje se involuce endokrinního a rozmnožovacího systému. V důsledku hormonálních změn roste riziko onemocnění prostaty u mužů a prsů u žen, často lidé trpí hypertenzí a osteoporózou. Pokles hormonů vede ke snížení nervosvalové koordinace ( důsledkem bývají pády a následné fraktury, celkové oslabení ). Okolo 50. roku ustává u žen sekrece estrogenu ve vaječnicích, hovoříme o menopauze. Také u mužů klesá hladina testosteronu, slábne plodnost a kvalita genetického materiálu. (Thorová, 2015, s. 455-456)

V období stáří se mění i psychické funkce, které závisí jak na biologických, tak na socio-kulturních vlivech. Např. klesá hmotnost mozku, tloušťka mozkové kůry, zhoršení adaptačních schopností, inteligence. (Vágnerová, 2000, s. 450-451)

Mezi změny poznávacích procesů patří zpomalení (déle se rozhodují). Stáří je spojeno se zhoršováním smyslů (především zrakové a sluchové ostrosti), které mohou vést až k izolaci od společnosti, neboť člověk, který špatně vidí a slyší, nevyhledává sociální kontakt. Dále dochází k celkovému útlumu a zpomalení paměťových procesů (ukládání i vybavování). Snáze upadá aktivita, která není používána. Staří lidé ve větší

míře vzpomínají na minulost (tendence vyprávět příběhy opakovaně), hůře chápou nové situace, dávají přednost rutině a stereotypu. (Vágnerová, 2000, s. 451-454)

Po citové stránce bývají labilnější (sklon k úzkostem a depresím). I v průběhu stáří se může měnit osobnost, nejčastěji dochází ke zdůraznění některých vlastností (př. prohloubení introverze až k samotářství). Staří lidé potřebují sociální kontakt, ale musí být přiměřený. Potřebují i své soukromí, preferují kontakty se svými známými (rodina, přátelé) a vrstevníky. (Vágnerová, 2000, s. 458-460)

Komunikace se staršími lidmi bývá pro nedoslýchavost, leckdy náročná. K tomu ji ztěžuje delší doba, aby sdělenou informaci zpracovali a odpověděli (pomalost narušuje kontakt s mladými lidmi, kteří nemají dost času a trpělivost), hůře si vybavují potřebné slovní výrazy. (Vágnerová, 2000, s. 461-462)

Nastává změna sociální role starého člověka. Sociálně podmíněnou změnou rolí je odchod do důchodu. S tím je spojená ekonomická nezávislost, změna dosavadního životního stylu. Odchod do důchodu mění prožívání, uvažování a chování starého člověka. Ovlivňuje jeho postoj ke světu a k sobě samému. Změna mnoha dalších rolí je podmíněna biologicky – ztráta manželského partnera, získá roli vdovce, může onemocnět a získá roli nemocného či dokonce bezmocného apod. (Vágnerová, 2000, s. 464-466)

Velmi důležitou součástí identity starého člověka je rodina. Kontakt s dětmi a vnuky uspokojuje mnohé psychické potřeby. Ovdovění vede k opuštěnosti a ke zvýšenému pocitu bezvýznamnosti. Sebepojetí starého člověka ovlivňuje i zdravotní stav. Očekávanou smrt můžou chápat jako ohrožení vlastní identity. (Vágnerová, 2000, s. 490)

Osobnost člověka by měla být zralá. Člověk je zkušený v profesním i osobním životě, osvojuje si nové role (tchán/tchýně, prarodič). Aktivní přístup k životu umožňuje lepší adaptabilitu na stárnutí. Za dobrých podmínek jde o velmi stabilní období.

## 1.2 Postoj

Pro účely praktické části jsme zvolili zpracování postojů dle Marie Vágnerové (2004, s. 291-296). V práci uvádíme definice postojů i od jiných autorů.

Postoje dle Průchy (2006, s. 78 – 79) „jsou hodnotící vztahy zaujímané jednotlivcem vůči okolnímu světu, jiným subjektům i sobě samému, které zahrnují i tendenci chovat

se či reagovat určitým relativně stabilním způsobem.“ Jsou vytvářeny již od dětství v rodině a v jiných sociálních prostředcích, kde dítě vyrůstá. Mají svůj specifický obsah v jednotlivých kulturních skupinách.

Vágnerová definuje postoje (2004, s. 291) „jako přetrvávající získané dispozice k určitému hodnocení a z toho vyplývajícímu specifickému způsobu chování v různých situacích, resp. ve vztahu k nějakým objektům.“

### 1.2.1 Funkce postojů

Slouží obvykle ke snadnější orientaci ve světě. Umožňují třídit informace, které člověk získává a tím rychlejší orientaci v realitě, která se zdá být jasnější a srozumitelnější.

Postoje dodávají jistotu v řešení různých problémů. Společnost nějakým způsobem posiluje a stimuluje přijetí určitých postojů. Též slouží jako prostředek autoregulace, který přispívá k sociální integraci jedince. Dále mohou mít ochrannou funkci, mohou sloužit jako obrana před nepříjemnými pocity, nejistotou i ztrátou sebeúcty. (Vágnerová, 2004, s. 291-292)

Pomáhají nám „odhadovat“ objekty a události v našem okolí, přičemž postoj k objektu nám šetří energii, abychom při každém dalším setkání nemuseli přemýšlet, jak se k objektu chovat. Díky nim se můžeme vyvarovat negativním výsledkům a naopak dosahovat pozitivních. Zahrnují funkci sociální identity, což jsou postoje, jenž vyjadřují hodnoty jedince a identifikují se s konkrétní skupinou. Díky postojům si udržujeme sebeúctu (ego-ochranná funkce). (Hewstone, Stroebe, 2001, s. 285-286)

A co může být objektem postoje? Cokoliv, co člověk registruje nebo čím se v mysli zabývá. Předměty jsou konkrétní (př. pizza s tuňákem) nebo abstraktní (př. feminismus), mohou jimi být i neživé věci (př. osobní mobil), osoby nebo skupiny. Některým postojům se přiřazují specifické názvy: postoje ke společenským skupinám, zejména jsou-li negativní, se říká předsudky. Postoje k sobě se studují pod názvem sebehodnocení a postoje k abstraktním entitám (př. svoboda slova) se často nazývají hodnotami. (Hewstone, Stroebe, 2001, s. 283-284)

### 1.2.2 Základní charakteristiky postojů

Složitost postojů je dána tím, že obsahuje tři složky. Jan Průcha (2006, s.78-79) uvádí:

Kognitivní – týká se poznatků a názorů, které jednotlivec má o předmětu svého postoje

Emocionální – týká se emocí, které jednotlivec zaujímá k předmětu postoje

Behaviorální – týká se sklonů k chování vůči předmětu postoje

Psychologické a jiné výzkumy dokládají, že změna již vytvořených postojů je složitý proces, obtížně proveditelný. Také proto, že kognitivní a emocionální složka určitého postoje mohou být v nesouladu. Například, i když budeme apelovat na správnosti znalostí o určitém etniku, negativní emocionální vztahy jen těžce změníme.

Autoři Hewstone a Stroebe (2001, s. 284) předpokládají, že hodnotící tendence nelze přímo pozorovat, ale přitom zasahují do procesu mezi určitými podněty (tj. objekty postoje) a určitými reakcemi, které vycházejí ze zkušenosti a manifestují se různými způsoby. Jejich manifestaci obvykle rozdělují na 3 komponenty a to na kognitivní komponentu, která tvoří přesvědčení o objektu postoje. Emoční komponenta obsahuje emoce a pocity, které objekt vyvolává a behaviorální komponentou je jednání směřující k objektu postoje a úmysl se takto chovat.

Vágnerová ( 2004, s. 292 ) vymezuje postoje taktéž třemi složkami:

Složka kognitivní – souhrn informací a z nich vyplývající názor na situaci či objekt, k němuž jedinec zaujímá nějaký postoj.

Složka citová – u situace či objektu se u jedince projeví emocionální hodnocení, prožitek, jaký tento podnět vyvolá. Může být příjemný i nepříjemný. Afektivní složka postoje může zásadním způsobem ovlivnit rozumové hodnocení.

Složka konativní – vnější projev postoje. Je to tendence jednat určitým způsobem.

Postoje mohou mít různou vnitřní konzistenci (míra souladu složek). Například, pokud by bylo rozumové a emoční hodnocení v rozporu, postoj by mohl po nějakou dobu kolísat, ale nakonec by určitě jedna ze složek převládla, s největší pravděpodobností ta emoční.

Postoje se vytváří sociálním učením. Často jsou přejímány od těch, kteří jsou pro nás nějak emočně významní nebo jsou považováni za autoritu. Lidé přejímají postoje převažující v sociální skupině, k níž patří.

Postoj se může vytvořit i na základě vlastní zkušenosti. K tomu dopomáhá emoční prožitek (zejména z dětství).

Mezi významnou determinantou, ovlivňující rozvoj různých postojů patří potřeby. V průběhu jejich uspokojování se tvoří určitý vztah k objektům. Tento vztah však nemusí být vždy tak jednoznačný, zejména pokud nelze dosáhnout plného uspokojení a člověk musí jednat obrannými mechanismy. (Vágnerová, 2004, s. 295)

Každý člověk si v průběhu života vytváří pod vlivem společnosti, v níž žije, individuální systém postojů. V tomto systému jsou určité postoje centrální (týkají se důležitých objektů, jako jsou děti, partner, rodiče, zaměstnání apod.). Další jsou okrajové (méně významné). Individuálně specifický systém postojů nevyjadřuje jen hodnotový systém, ale přispívá ke stabilitě v zaměření, chování a k udržení vnitřní psychické rovnováhy. Taktéž je potvrzeno, že lidé mají tendenci si zapamatovat spíše to, co je ve shodě s jejich postoji.

Postoje se vyznačují rezistencí ke změně, obtížně se mění. Mnohdy je to proto, že byly přejaty jako hotový motivační vzorec (stejný názor sdílí většina lidí). Extrémní postoje se logicky mění velmi obtížně. Člověk je s ním identifikován a umí si jej proti větší části společnosti, která jej nesdílí, obhájit. Průměrný postoj je snáze ovlivnitelný.

Dle teorie kognitivní disonance může být změna postoje motivována touhou zbavit se nepříjemného napětí způsobeného novým poznatkem, který není v souladu s dřívějším přesvědčením. Ale může nastat i to, že lidé novou rozpornou informaci budou interpretovat nesprávně, jen aby byla ve shodě s původním názorem a nemuseli svůj postoj měnit. (Vágnerová, 2004, s. 294-295)

Specifickou kategorií postojů jsou předsudky. U tohoto druhu postojů je typické, že mají silný emoční náboj a slabou kognitivní složku. Takové postoje se vytvářejí bez dostatečné znalosti a minimální či žádné zkušenosti. Typickým znakem je zaujatost a odolnost vůči rozumovým argumentům. Předsudky bývají přejímány prostřednictvím sociálního učení a často vedou k různým diskriminačním projevům. (Vágnerová, 2004, s. 295)

### 1.2.3 Determinanty postojů

Oblast přesvědčování - jedná se o utváření nebo změnu postojů často v reakci na argumenty nebo další informace o objektu postoje. Procesy přesvědčování vyžadují malé nebo značné úsilí. Mezi malé úsilí patří podmiňování postojů. Na základě předpokladu,

že postoje jsou naučené dispozice, se rané teorie snažily vysvětlit změnu postojů jako výsledek podmiňování. Klasické podmiňování je proces, který neutrální podnět, jenž původně nevyvolával reakci, postupně nabývá schopnost tuto reakci vyvolat cestou opakované asociace s podnětem, který tuto odpověď původně vyvolával.

Při operantním podmiňováním dochází k učení tak, že frekvence reakce vzrůstá, neboť má pozitivní důsledky (posilování), nebo klesá, protože má negativní důsledky (proces zvaný trest).

Taktéž nálady mají vliv na hodnocení postojů. Jedinec při formování postojů spoléhá na subjektivní zkušenost. (Hewstone, Stroebe, 2001, s. 293-295)

Přesvědčování vyžaduje značné kognitivní úsilí. Zde se řadí zpracování obsahu sdělení a přesvědčování. Význam zpracování obsahu sdělení zdůraznil přístup osvojení sdělení. Hlavní zásadou přístupu bylo, že příjem sdělení, tj. pozornost věnovaná sdělení a porozumění jeho obsahu, sám o sobě zprostředkovává persuazi (přesvědčení). Dalším přístupem mohou být kognitivní reakce. Jde o teoretickou orientaci, která předpokládá, že změna postoje je zprostředkována celkovou příznivostí myšlenek, které jedinci generují (utváří), jsou-li vystaveni přesvědčování. Pro zhodnocení zprostředkující role kognitivních reakcí při přesvědčování byla zavedena technika zapisování myšlenek. Kdy při výzkumu byli účastníci vyzváni k zapisování myšlenek, které je napadnou při čtení nebo poslouchání přesvědčivých sdělení. Tyto myšlenky byly později kódovány a analyzovány. (Hewstone, Stroebe, 2001, s. 295-297)

#### 1.2.4 Důsledky postojů

Jak postoje ovlivňují pozornost, percepce, zpracování informací a paměť? Zde nastupuje výběrovost postojů. Lidé selektivně vnímají, zpracovávají a pamatují si informace, které jsou v souladu s jejich postojem. Avšak v každodenním životě se nemůžeme vyhnout protichůdným informacím. V takovém případě je hojně podporována hypotéza, o které se zmiňuje i Vágnerová, že lidé podceňují informace, které zpochybňují jejich pozici (Hewstone, Stroebe, 2001, s. 313-314)

Jedním z hlavních důvodů studia postojů je přesvědčení, že jsou příčinou chování. Lidé často mění své postoje tak, aby byly v souladu s jejich chováním. Různé výzkumy týkající se účinku postojů sledují zpracování informací a především chování. Poukazuje se na to,

že postoje ovlivňují všechna stadia zpracování informací od pozornosti až k vybavování. (Hewstone, Stroebe, 2001, s.327)

Postoje vyjadřují vztah k určité oblasti reality, jak jsme se zmínily na začátku kapitoly, proto ovlivňuje způsob, jakým ji člověk vnímá a hodnotí, jaké v něm vyvolává emoce, jaký má pro něj význam a smysl a jak na ni bude s největší pravděpodobností reagovat. Postoje často vychází ze základní hodnotové hierarchie jedince, lze je zaujmout k čemukoli. (Vágenerová, 2004, s.291)

My jsme se v práci zaměřili na životní oblast určité věkové kategorie, která se týká eutanazie a umírání.



## 2 SMRT A UMÍRÁNÍ

Smrt a umírání je téma, o kterém bychom měli přemýšlet, a to jak v rovině lidské, tak i profesionální ( neplatí jen pro zdravotníky ).

Pokud si bude člověk opakovaně připomínat konečnost vlastního života, bude pak zcela jistě jinak a odpovědněji zacházet s drahocenným časem, jenž mu pro pobyt na tomto světě byl dán. Nepochybně bude též vnímavější k problémům občanů, jenž už stojí na prahu smrti. Ti potřebují nejen blízkost svých bližních, ale i konkrétní pomoc těch vzdálenějších pracovníků (kde můžou nastoupit i sociální pedagogové). Nepřekvapující odklon od všeho, co souvisí se smrtí, brání osvojit si alespoň základní znalosti potřeb těžce nemocných a umírajících.

Lidé stále umírají. Umírají v jiném časoprostoru a jinak než kdysi. Umírající jsou mezi námi a potřebují naši pomoc, a proto bychom se měli ptát, jak jim můžeme usnadnit odchod ze života, který měli v lásce. Jednoduše řečeno, smrt patří do života stejně jako narození. Proces umírání se snažíme v dnešní době do poslední chvíle odvrátit. Kdybychom s pokorou a v uctivé kázni předali žezlo vlády paliativní péči, patrně by se snížil počet těch, kterým v dobrém úmyslu ubližujeme tím, že je nenecháme v klidu a důstojně zemřít. Problematickou situaci komplikují úpěnlivé prosby celé řady příbuzných, kteří nechtějí připustit, že se životní čas konkrétního člověka dovršil. Dystanázie neboli zadržaná smrt působí nepříjemně, hlavně proto, že umírající potřebuje spíše paliativní přístup. (Haškovcová, 2007, s. 15 a s. 23)

### 2.1 Umírání a smrt v minulosti

K výzvam dnešní doby a k problémům, které je třeba řešit patří nehumánnost umírání, jež se dnes často kritizuje. Anonymita smrti v nemocničním prostředí se dává do protikladu ke „zdravému světu“ minulých dob, kdy člověk dobře připravený na smrt, umíral uprostřed společenství, k němuž náležel. Do poč. 20. stol. člověk neumíral sám. Kolem smrtelného lože se shromáždili nejbližší a širší příbuzenstvo, přátelé a sousedi. Bohužel to mělo i své záporné stránky. Těsné spojení zdravých a nemocných bylo živnou půdou pro přenos nakažlivých chorob. Nákaza hrozila i na hřbitově. ( Ohler, 2001, s. 7 a s. 64 )

Vše má své výhody i nevýhody, jak to v životě bývá.

Před příchodem křesťanství, staří a „neužiteční“ lidé byli vylučováni ze společenství a nezdědka i likvidováni. Již ve Spartě shazovali ze skály děti s handicapem a staré lidi. Na Islandu se za třeskutých mrazů a za hladomoru nechávali staří, chromí a nemocní lidé umřít hladu. U starých Prusů otec zabíjel slepé, šilhavé a hrbaté děti, syn zase zabíjel své staré a slabé rodiče. ( Ohler, 2001, s. 237 )

„Od té hodiny, kdy se člověk narodí, je smrti vydán napospas. Fol est qui n'en cognoissance. ( Pošetilý je ten, kdo si to neuvědomuje ).“ ( Ohler, 2001, s. 319 )

Tedy, konečnost si lidé uvědomovali vždycky. Mnohokrát bylo doloženo, že se lidé v minulosti dožívali relativně nízkého věku. Vysoká kojenecká a dětská úmrtnost, zranění, infekce, špatná výživa a chudoba snižovaly šance se dožít dospělosti. V dávných dobách bylo v jistém slova smyslu samozřejmější zemřít než žít. Celé generace byly seznámeny se smrtí. Pozorovali smrt v okolí. Avšak lidé neumírali jen doma, ale také na veřejných prostranstvích, často o hladu, ve špině a bez jakékoliv pomoci. Takovým pomáhala například velmi známá osobnost – Matka Tereza z Kalkaty. Haškovcová, 2007, s. 15 )

## 2.2 Umírání a smrt dnes

Určitě není k zahzení se průběžně připravovat na stáří už od středního věku. Předpokladem je výchova mladého člověka k tomu, aby prokazoval úctu ke stáří. A nejen to, v dnešní době chybí zasvěcování dětí do taje odchodu ze života. Zatímco středověk tabuizoval sexualitu a smrt byla věcí veřejnou, dnes je tomu naopak. (Funk, 2014, s. 29 a s. 107)

Ignorace vůči otázkám smyslu bytí a připouštění posmrtného času je jedním z klíčových problémů nynějšího pyšného a neohrožitelného člověka. Přitom se v televizi denně díváme otrle a nezúčastněně na smrt mnoha lidí. ( Funk, 2014, s. 62 )

Jen malému procentu seniorů je dnes dopřáno umírat doma mezi svými. Smrt je dnes dehumanizována snad nejvíc v lidských dějinách. V posledních desetiletích se znatelně prodloužila doba mezi zjištěním smrtelné nemoci a smrtí. Každý tuto dobu využívá individuálně. Pro někoho jsou to dlouhá léta utrpení, jiný tento čas využívá užitečně (př. vyrovnání dluhů, smíření se s přáteli i Bohem ). Častěji nás provází hrůza ze ztráty soběstačnosti a vlády nad tělem. ( Funk, 2014, s. 104-105 ). Taktéž odkázání na pomoc druhých.

Rozvíjí se různé praktiky thanatologie, kterou můžeme taktéž nazvat etikou umírání. Je výsledkem přírodních a společenských věd a na to navazující sociální péče. Důležité je

si uvědomit, že k důstojnému umírání patří i uznání ostatních, jež umírajícího doprovází. (Funk, 2014, s. 130)

Doprovázet nemusí jen profesionálové, jimiž se stáváme, když se rozhodneme pro některou z pomáhajících profesí. Ovšem, pokud na ně přijde řada, měli by procházet speciální přípravou zaměřenou nejen na práci s klienty na sklonku jejich života, ale především na své vlastní prožívání smrti. (Vávrová, 2012, s. 10 a s.24 )

### 2.2.1 Domácí model umírání

Začal se rozvíjet v posledních dvou stoletích. Do té doby byla spíše laická pomoc či žádná. Problémem společnosti bylo zajistit umírajícímu alespoň minimální základní materiální zázemí. O sociálních otázkách spojených s umíráním a smrtí nemohla být řeč. Vzhledem k tomu, že smrt patřila do běžného života, lidé věděli, jak se k umírajícímu chovat, a dokonce umírající věděl, co se od něj očekává.

Svou roli v minulosti sehrál i fakt, že rodiny neměly na honorář lékařů. Ti, kteří měli rodiny, neumírali opuštěni. Umírání bylo sociálním aktem. Rodinní příslušníci si se samozřejmostí rozdělovali pečovatelské role. Psychickou oporu jim dodávala víra, kněz, sousedé. Lidé uměli „předpovídat“ jednotlivé fáze umírání, např. výrazy – už se špičatí, záclonky v očích. Také ovládali laické ošetrovatelské úkony – při odmítání tuhé stravy nabízeli polévkový vývar, později jen tekutiny, přikrývali umírajícího vrstvou pokrývek, protože správně tušili, že vysílený pacient pocítuje zimu především na končetinách., v místnosti udržovali pološero, neboť věděli, že ostré světlo je nemocnému nepříjemné apod. Pohřby byly vypravovány z domova.

Moderní člověk zpravidla uvedené znalosti nemá, chybí mu i cenné praktické dovednosti a většinou je přesvědčen, že péče o umírající patří jen do kompetence odborníků. Dnešní úsilí by mělo směřovat k tomu, aby byl proces umírání sociálním aktem, v němž se plně projevuje solidarita všech zúčastněných. (Haškovcová, 2007, s. 26-29)

Pacient, který má možnost zemřít v důvěrném rodinném kruhu, se nemusí přizpůsobovat neznámému prostředí. Doma lze někdy např. nahradit uklidňující lék sklenkou vína, známá vůně polévky může povzbudit několika lžicemi, někdy lze množství léků nahradit trpělivostí pečujícího, laskavostí, pohlazením, vyslechnutím. (Funk, 2014, s. 131)

### 2.2.2 Institucionální model umírání

Vyvíjel se postupně. Nejprve bylo nutné zajistit čistou lůžka, teplo, jídlo, pití a základní hygienické zázemí. Nemocní byli většinou umístěováni do azylových domů (dříve chorobince), později do zdravotnických zařízení (špitály, nemocnice). Ve velkých pokojích nebývalo výjimkou mnoho postelí. Pro rychlou orientaci ošetřujících bývala v záhlaví lůžka černá tabule se základními údaji. Později se nahradily podrobnějšími údaji o nemocném, až se dostalo k dnešní elektronické podobě. Ošetřovatelské úkony měly spíše laický charakter. Díky Florence Nightingalové se začalo ošetřovatelství studovat, a tak se začal rozvíjet vzdělaný personál.

V dnešní době Domovy důchodců, LDN,... nahradily domácí péči. Samozřejmě člověk musí zvážit své možnosti a schopnosti, zda se dokáže postarat o těžce nemocného doma. ( Haškovcová, 2007, s. 29-31 )

### 2.3 Potřeby umírajícího

Smrt každého člověka je zcela osobní a jedinečná. Hraje v ní roli mnoho faktorů – věk, osobnost, sociální zázemí, jeho minulost, naplnění života. Každý potřebuje být doprovázen, i ti největší pokrytci. „Doprovázet znamená pomáhat druhému žít(!) v období umírání“ (Matoušek, 2005, s.196 ).

Vždy budou i náhlá úmrtí, jež si mnoho lidí přeje – zemřít bezbolestně. Odstranit ze života utrpení nelze, byla by to utopie. K životu zákonitě patří smrt, i když se ji snažíme oddálit. WHO říká – zdravý je plné tělesné, duševní, sociální a duchovní blaho člověka a z toho se odvíjí potřeby člověka. Bohužel, ve zdravotnictví je spiritualita většinou tabu. Po medicínské stránce bývá chyba lékařů, kteří léčí více a déle, než je pro pacienta dobré.

Dr. E. Kübler – Rossová popsala fáze, kterými nemocní procházejí. Mezi první patří negace, šok, popírání (měli bychom navázat kontakt, získat důvěru), dále agrese, hněv, vzpoura (dovolit odreagování, nepohoršovat se), přichází smlouvání, vyjednávání (potřeba maximální trpělivosti, ale pozor na podvodníky), předposlední fází je deprese, smutek (naslouchat, pomáhat), a nakonec akceptace, smíření, souhlas (zde náleží lidská přítomnost, držení ruky a hlavně nezapomínat na rodinu). Tento sled se nemusí vždy zachovávat, některé fáze se vracejí, střídají, prolínají, chybí. Rodina by měla srovnat krok s nemocným, i když to není lehké. Pokud to nezvládne, potřebuje někoho dalšího doprovázejícího - duchovní,

zkušená sestra, přátelé, sociální pracovník. Není se za co stydět. (Matoušek, 2005, s.196 - 198 )

## 2.4 Člověk a smrt

Člověk mezi ostatními tvory je jedinečný tím, že si svoji smrtelnost uvědomuje a má příležitost se nad svou smrtí zamýšlet, ovšem většina lidí se těmito myšlenkám záměrně vyhýbá. Cesta k bytí v umírání začíná pro mnohé z nás stanovením nemilosrdné diagnózy, ať už vlastní nebo někoho blízkého, např. Alzheimerova choroba, rakovina, ztráta syna ve válce, zastřelením dcery, smrtí horníka zasypaného v dole. ( Halifaxová, 2015, s.11 a 23 )

Smrt je předmět trvalého zájmu v každé kultuře po celém světě. Zajímáme se o ni jinak, než se zajímáme o jiné věci. Je prodchnuta emocemi. ( Davides, 2007, s. 5 )

## 2.5 Bioetické aspekty smrti a umírání

Bioetika se zaměřuje na témata střetu technického pokroku s lidskými hodnotami. Umírání a smrt jsou jedním z hlavních témat. Klade si např. otázky – za jakých podmínek se má udržovat člověk při životě, za jakých podmínek se může život ukončit? (Thorová, 2015, s. 495) Existuje několik témat pozdního 20. století, které je třeba vyřešit, mezi takové patří např. otázka asistované sebevraždy a eutanazie, protože ve veřejném mínění sílí názor, že máme jakési „právo na smrt“. Mezi alternativní názory patří, že jediný Bůh má právo rozdávat život a smrt. Argumentací k asistované sebevraždě bývá využívání pravomocí lékařů, ukončování životů některých pacientů, starých lidí, těch, kteří nebudou chtít být na obtíž své rodině. Stále více lidí sebe sama vnímá jako konzumenta, který má možnost volby a tuto možnost chtějí mít i v souvislosti života a smrti. ( Davides, 2007, s. 164 )

Eutanazie má nejrůznější formy a termíny, jenž jsou považovány za sporné. Například mezi aktivní a pasivní eutanazií dle Thorové (2015, s. 495) není možné jednoznačně definovat hranici. Více o eutanazii v další kapitole.

## 2.6 Individuální postoje k umírání

Se smrtí a strachem z ní se každý vyrovnává individuálně. Studie švýcarských seniorů podpořila humor jako funkční vyrovnávací strategii. Humor je sociologickým fenoménem,

který člověku pomáhá zvládat těžké chvíle. Existují tisíce vtipů týkající se umírání a smrti, ale objevují se i v situacích, kdy jsou lidé ohroženi katastrofami nebo lidským neštěstím – nazýváme jej tzv. černým humorem. Chápání humoru i jeho dopad se liší člověk od člověka. Zatímco jedni považují černý humor za neuroticismus nebo se cítí uraženi, pro jiné je to způsob, jak se bránit teroru masmédií referujících denně o katastrofách. (Thorová, 2015, s. 487-488) Akceptace vlastní smrtelnosti patří mezi psychické vývoje člověka a je označována jako znak zralosti.

### 3 EUTANAZIE A PALIATIVNÍ PÉČE

Otázky života a smrti se i pro současného člověka vůbec nestaly lehčími, anebo méně významnými, než byly pro generace před námi. Pro moderního člověka se stala úniková cesta před smrtí a různým trápením invaze „virtuální smrti“ tzn. masová smrt v TV, novinách, počítačových hrách. Stačí přepnout kanál a všechny tyto obrazy zmizí. I pro naši vlastní smrt či umírání se nabízí „technické řešení“ (injekce, tableta, „přístroj smrti“). Životní řešení nežít se představuje jako reálné východisko, jako právo či milosrdenství. A toto vyvolává diskuse – mediální, veřejné, soukromé, odborné, emocionální. (Munzarová, 2005, s. 7-8)

Máme legalizovat eutanazii – přímé usmrcení pacienta na jeho žádost a asistovanou sebevraždu, kdy sám nemocný si aplikuje smrtící dávku léčiva? Tak jako v zahraničí i u nás se střetávají v diskusích zastánci i odpůrci předčasného ukončení lidského života. (Skřivanová-Boškovská, 2012, s. 3)

Každý z nás je obdařen jakousi vnitřní otevřeností k tomu, co je dobré a správné, a tohle by měli vychovatelé podporovat. Každý by měl být též informován o jakékoliv záležitosti, obzvláště má-li mravní rozměr, a poselze může zaujmout určitý postoj. Je nesmírně důležité, aby si lidé i v tak těžkých otázkách, jako je utrpení, umírání a smrt, rozšířili obzor. (Munzarová a kol., 2008, s. 7-9)

Do diskusí eutanazie byla vtažena i paliativní péče, která představuje ucelený a nadějný systém pomoci umírajícím a jejich rodinám. Nejčastěji se poskytuje v hospicích. V odborné literatuře se setkáváme s celou řadou definic. Dle WHO se jedná o léčbu nemocných, jejichž nemoc nereaguje na kurativní léčbu. Zaměřuje se na léčbu bolesti a dalších symptomů, dále řeší psychologické, sociální a duchovní problémy nemocných a jejich rodin. (Haškovcová, 2007, s. 37)

Paliativní model umírání se dívá na člověka jako na celistvou (holistickou) bytost, kdy bere do úvahy všechny jeho potřeby. Představuje ucelený a nadějný systém pomoci umírajícím a jejich příbuzným.

### 3.1 Eutanazie

Slovo eutanazie je složeno z řeckých slov eu (normální, dobrý) a thanatos (smrt). Obsahem pojmu by měla být dobrá smrt. Avšak Munzarová (2008, s. 19) s tímto nesouhlasí a zároveň poukazuje, jak by pojem eutanazie měl být vnímán: dle Světové lékařské asociace (WMA) je eutanazie „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.“

Nejčastější dělení:

Aktivní eutanazie – akt, který vykonává lékař u nevléčitelně nemocného, trpícího nesnesitelnými bolestmi na jeho vlastní uvážlivou žádost. Aktivní roli hraje lékař, tudíž se někdy tato forma nazývá strategií přeplněné stříkačky.

Pasivní eutanazie – přerušování léčby nebo odepření dalších léčebných postupů, které by nemocného úměrně zatěžovaly. Bývá označovaná i jako strategie odkloněné stříkačky. (Haškovcová, 2007, s. 120)

- Kupka (2014) uvádí, že pasivní eutanazií se rozumí nejednání (zřeknutí se určitého jednání), které má či může mít za následek uspíšení úmrtí druhého člověka. Například neposkytnutí chemoterapie, která se jeví jako zbytečná, odpojení pacienta od přístrojů.

Přímá eutanazie – hlavním cílem je uspíšení či navození smrti druhého člověka.

Nepřímá eutanazie – umožňuje příchod smrti v důsledku jednání, které má jiné cíle, než je smrt sama o sobě. Příkladem z praxe bývá podávání vysokých dávek léků proti bolesti, které mohou vést ke zkrácení života.

Dobrovolná eutanazie – se děje na základě žádosti pacienta.

Nedobrovolná eutanazie – se děje u více či méně nekompetentních pacientů na žádost rodiny a z rozhodnutí lékaře, který je přesvědčen, že život pacienta není dále možný.

Asistovaná sebevražda – situace, kdy lékař opatří nemocnému prostředky, které pacient použije k uskutečnění sebevraždy (př. jed, injekce).



Sociální eutanazie – obsah pojmu souvisí s ekonomickou, geografickou či edukační nedostatečností zdravotnického systému či zdravotníků dané země. Je tak označována smrt, ke které by nemuselo dojít, neboť zdravotní stav dotyčných by bylo možné zlepšit, ale např. v jiném státě.

Prenatální eutanazie – interrupce ze sociálních důvodů. Mnoho odborníků tento termín odmítá, neboť nechtěné dítě není nemocné, o neblahé prognóze a nesnesitelných bolestech se nedá mluvit a o milosrdnou smrt nás samo dítě nežádá. (Kupka, 2014)

Ve zdravotnictví se ještě vyskytuje termín DNR ( do not resuscitate ), kdy se na přání pacienta nepokračuje v ožívování.

### 3.1.1 Eutanazie a antičtí myslitelé

Tradice z Hippokratovy přísahy (viz příloha XI) nebyla donedávna nijak zpochybňována. Avšak z uvedených dokumentů můžeme zjistit, že pro klasické národy to, co my bychom považovali za eutanazii, oni brali jako dobrou smrt.

Pythagorejci apelovali na respekt k lidskému životu. Podle nich je pozemská existence člověka spojená s utrpením proto, že se jedná o potrestání za předchozí hříchy. Vtělená duše má bohy určenou dobu trvání a předčasné ukončení života je hrubé překročení proti božskému řádu.

Sokrates viděl smrt jako bezesný spánek. Věřil, že nic nemůže uškodit člověku dobrému, ať v životě anebo po smrti. V bolesti neviděl důvod lpět na životě a namítal proti tomu, aby lékaři protahovali přirozený proces umírání ( nejednalo se o zabíjení ).

Aristoteles vystupoval především proti ukončování života v případě nejrůznějších těžkostí (př. vyhnutí se chudobě, zármutku, nešťastné lásce). Svě přesvědčení nestavěl na náboženském podkladu. Zdůrazňoval, že občané musí být pro dobro státu co nejdéle produktivní. Eutanazii považoval za zbabělost. Umírání v bolestné chorobě bylo významným mravním testem ctnostného člověka.

Stoikové připouštěli možnost volit eutanazii tehdy, pokud člověk trpěl bolestí, chorobou anebo tělesnými abnormality. Musela být jistota, že eutanazie nebude schvalována jen kvůli impulzivnímu přání. (Munzarová, 2005, s. 25-27)

### 3.1.2 Eutanazie a náboženství

V židovsko-křesťanské tradici se setkáme s naprosto jednoznačným negativním přístupem k násilnému ukončování života. Židé byli vždy největšími zastánci života.

Církev k eutanazii zaujímá odmítavý postoj, zastává ochranu života od početí do přirozené smrti. Eutanazii považuje za mravně nepřijatelnou, stejně tak zákrok nebo opomenutí, které samo od sebe nebo záměrně přivodí smrt, aby se ukončila bolest. Jedná se o zabití, které odporuje důstojnosti lidské osoby a úctě k živému Bohu, jejímu Stvořiteli. (Ptáček, Bartůněk, 2012, s. 197) „Každý je odpovědný za svůj život před Bohem, který mu jej dal. On také zůstává jeho svrchovaným pánem. Život máme přijímat s vděčností a ochraňovat jej k jeho cti a ke spáse svých duší. Jsme správci a ne vlastníky života, který nám Bůh svěřil. Nedisponujeme jím.“ (Ptáček, Bartůněk, 2012, s. 197). Nejedná se jen o názory církve katolické. Představitelé náboženství v České republice, představitel Ekumenické rady církví, vrchní rabín, představitel muslimů a předseda České biskupské konference sepsali v roce 2005 prohlášení, kde eutanazii jednoznačně odmítli. Upozorňují zde také na problematiku možnosti zneužívání eutanazie, vytváření pocitu břemene u umírajících lidí, podkopávání důvěry mezi pacienty, lékaři a ostatním zdravotním personálem. Je v zájmu společnosti zaměřit se na rozvoj paliativní medicíny. (Vlk, 2005) Přerušování léčebných procedur je povoleno v případě, že se s tím nechce přivodit smrt, ale je uznáno, že jí již nelze zabránit. Rozhodnutí musí udělat pacient nebo ti, kteří na to mají právo dle zákona respektujícího zájmy pacienta. (Ptáček, Bartůněk, 2012, s. 197)

Jan Pavel II. v deklaraci kongregace pro doktrínu víry ze dne 5.5. 1980 jednoznačně odsuzuje zabíjení nemocných, současně zmiňuje, že je dovoleno ve svědomí se rozhodnout odmítnout léčbu, která vede k nejistému a bolestnému protahování života. I v ostatních kulturách a tradicích, jež bývají řazeny mezi náboženství, dominuje nesouhlas pro zabíjení. (Munzarová, 2005, s. 28-29)

### 3.1.3 Eutanazie za nacismu a dnešek

Když se bavíme o eutanazii, nesmíme zapomenout na tuto historickou zkušenost, která by měla být varováním do budoucna. Málokdo je o ní informován.

Hitler byl v roce 1930 oceňován jako první politik, který zabudoval rasovou hygienu do státní politiky. Lékaři se přidávali k nacistické straně v hojném počtu. Na německých

univerzitách byly zakládány ústavy věnující se rasové hygieně a zdejší genetické registry byly využity v „zátahu“ na Židy a na nežádoucí obyvatelstvo. Tento obor se stal vyučovacíím předmětem (dokonce před nástupem Hitlera) a z toho vyústily zákony o sterilizaci, „Akce eutanazie“.

Případ otce dítěte, které se narodilo slepé a jemuž chyběla noha a část ruky, který požádal písemně Hitlera, aby jej dítěte zbavil, a tak odstartoval „dětský program eutanazie“. Program eutanazie dospělých měl jiný spád. Chtěli uvolnit lůžka v nemocnicích a ulevit zdravotnickému personálu v počínající válce. Na základě hojných protestů, především z řad církve, musel Hitler program zastavit. Po skončení této akce, kde lidé byli zabíjeni hlavně plynem, ještě stále probíhala „skrytá eutanazie“, a to pomocí vyhladovění a léků. Jak je známo, zemřelo desetitisíce lidí. (Munzarová a kol., 2008, s. 32-35)

Munzarová a kol. (2008, s.35) říká, že zmíněný nacistický program eutanazie nám může právě dnes poskytnout přesvědčivé argumenty proti modernímu hnutí eutanazie. Po pár desítkách let, chceme opět otevřít pandořinu skříňku a koketovat se zabíjením nemocných jejich lékaři (Holandsko, Belgie).

Na holandském modelu lze demonstrovat kluzký svah. Pokud dovolíme ukončovat životy na vlastní žádost, rozhodně to u toho neskončí a postupně bude tato možnost rozšiřována. Budou se ukončovat životy lidí s těžkou chorobou, ale také dosud neumírajících, životy těžce postižených novorozenců, senilních lidí nebo lidí s mentálním postižením apod. (Munzarová a kol., 2008, s. 36-37)

### 3.1.4 Eutanazie v České republice

V listině základních práv a svobod, článek 6 se dočteme:

- (1) Každý má právo na život. Lidský život je hoden ochrany již před narozením.
- (2) Nikdo nesmí být zbaven života.
- (3) Trest smrti se nepřipouští.
- (4) Porušením práv podle tohoto článku není, jestliže byl někdo zbaven života v souvislosti s jednáním, které podle zákona není trestné. (Listina základních práv a svobod, 1993)

Každý lékař vykonávající lékařské povolání na území České republiky, musí být ze zákona členem České lékařské komory a je povinen dodržovat Etický kodex ČLK. (Ptáček, Bartůněk, 2012, s. 17)

„Lékař u nevléčitelně nemocných a umírajících účinně tiší bolest, šetří lidskou důstojnost a mírní utrpení. Vůči neodvratitelné a bezprostředně očekávané smrti však nemá být cílem lékařova jednání prodlužovat život za každou cenu. Eutanazie a asistované suicidium nejsou přípustné.“ (Stavovský předpis č. 4 ČLK, 1991)

Právní systém České republiky tedy pojem eutanazie nezná. Uvedené jednání by bylo hodnoceno jako trestný čin. Trestná je také asistovaná sebevražda. Ta by byla hodnocena jako trestný čin účast na sebevraždě a jde o trestný čin, ať byla sebevražda dokonána a došlo k úmrtí nebo i při pokusu o sebevraždu, při kterém k úmrtí nedošlo. (Doporučení představenstva ČLK č. 1/2010)

Ze zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, pacient v ČR, který je schopen vyjádřit svou vůli, má právo odmítnout léčbu nebo její část.

„Všeobecně přijatým cílem intenzivní péče je vždy zachování života a zdraví pacienta, odstranění vyvolávající příčiny zhoršení zdravotního stavu a poskytování postupů orgánové podpory či náhrady u nemocných se zvratným (nebo předpokládaným zvratným) orgánovým selháním, tj. „udržovat život, ale nikoliv prodlužovat umírání“. V případě, kdy nelze tyto cíle naplnit, je nutné poskytnout pacientovi péči, která vyloučí bolest, dyskomfort a strádání, umožní zachování lidské důstojnosti a uspokojování fyzických, psychických, sociálních a duchovních potřeb. Nezahájení nebo nepokračování marné a neúčelné léčby u pacientů v terminálním stádiu neléčitelného onemocnění anebo s ireverzibilní poruchou integrity orgánových funkcí, kteří nereagují na použité léčebné postupy, je v souladu s etickými principy medicíny a existujícími právními předpisy České republiky. Z hlediska medicínského, právního a etického není rozdíl mezi nezahájením nebo nepokračováním daného léčebného postupu. Nezahájení nebo nepokračování marné a neúčelné léčby jsou při správném odborném posouzení postupy, které nelze zaměňovat za eutanazii či ublížení na zdraví.“ (Doporučení představenstva ČLK č. 1/2010)

### 3.1.5 Eutanazie v zahraničí

Ve všech státech, kde je eutanazie legální, pro ni platí přesná pravidla. Zejména to, že pacient musí „nesnesitelně trpět“ a nemá vyhlídky na zlepšení zdravotního stavu. Tuto diagnózu musí kromě ošetřujícího potvrdit minimálně jeden další nezávislý lékař, pacient mu-

sí být dobře informován o svém zdravotním stavu a musí o usmrcení při plném vědomí a navíc několikrát požádat.

Země, v nichž je povolena aktivní eutanazie (podání smrtícího prostředku na žádost nemocného)

NIZOZEMSKO – Prvním státem, který legalizoval eutanazii, bylo Nizozemí. (viz P: V)

BELGIE - Druhou zemí světa, kde může nemocný člověk za přesně vymezených podmínek přijmout z rukou lékaře smrt na vlastní žádost, se stala 23. září 2002. Dnes parlament velkou většinou přijal zákon umožňující eutanazii u nezletilých. Bude možná u smrtelně nemocných dětí, které by jinak před smrtí trpěly, na návrh lékařů a se souhlasem rodičů. (viz P: VII)

LUCEMBURSKO - Parlament schválil eutanazii v únoru 2008, ale v prosinci 2008 zákon odmítl podepsat lucemburský velkovévoda. Na to reagoval parlament změnou ústavy, takže když v březnu 2009 zákon o eutanazii parlament schválil, podpis velkovévody již k platnosti nebyl potřeba. (viz P: VII)

ŠVÝCARSKO (viz P: VI)

USA - Na federální úrovni je eutanazie nelegální, zákonem ji ale povolili ve státech Oregon (v roce 1994), Washington (2008) a Vermont (2013). Fakticky je možná i v Montaně, kde sice právo asistovanou sebevraždu formálně nepovoluje, ale tamější nejvyšší soud zakázal postih lékařů, kteří se jí za splnění příslušných podmínek zúčastní. Kampaň za prosazení smrti z milosti vedl bývalý patolog Jack Kevorkian, přezdíváný doktor Smrt, jenž asistoval u 130 sebevražd a v roce 1999 byl odsouzen za zabití na 25 let vězení. (viz P: IX)

Země umožňující pasivní eutanazii (přerušeni léčby udržující pacienta naživu):

DÁNSKO (asistovaná sebevražda je ilegální.), FINSKO (je zde umožněna pasivní eutanazie.), FRANCIE , INDIE (pasivní eutanazii umožňuje zákon, který vstoupil v platnost

v březnu 2011), IRSKO (není trestné zastavit léčbu člověku, který si to přeje - zakotveno "právo na smrt"), ITÁLIE (ve výjimečných případech není trestána pasivní eutanazie, například odpojení přístrojů v případě mozkové smrti), KOLUMBIE (za určitých podmínek je eutanazie povolena), MEXIKO (v některých státech zákon umožňuje nevléčitelně nemocnému odmítnout léčbu prodlužující mu život; jde o federální distrikt Mexiko, stát Aguascalientes a stát Michoacán), NĚMECKO (eutanazie je zakázána, ale není trestná pomoc při sebevraždě, když se ten, kdo nemocnému v jeho záměru zemřít pomáhá, do samotného usmrcení přímo nezapojí více v P: VIII. (Země, ve kterých je povolena eutanazie, 2014)

### 3.1.6 Eutanazie – ano nebo ne

Často s eutanazií souhlasí lidé, kteří jsou zdraví a do té doby nebyli konfrontováni s nemocí ani u sebe, ani u člena rodiny nebo naopak mají negativní zkušenosti s nedostatečnou péčí. Tyto postoje jsou však často neobjektivní a nekvalifikované. Diskuze, které probíhají v souvislosti s legalizací, mohou traumatizovat ty občany, kteří jsou na základě svého onemocnění ohroženi ztrátou soběstačnosti. (Kořenek, 2002, s. 171) V souvislosti s legalizací eutanazie vyvstává celá řada otázek, problém je vícevrstevný a složitý. (Haškovcová, 2007, s. 157, 158) Z pohledu a přístupu medicíny, práva, filozofie, etiky, náboženství a v neposlední řadě veřejnosti, se názory rozcházejí a prolínají.

Zastánci se dovolávají humanity a domnívají se, že eutanazie je ochráně před bolestmi, krutým umíráním, bezmocností, tělesným strádáním. Věří, že vůle zemřít je vrcholným právem na sebeurčení a že člověk je schopen odpovědně a nezvratně posoudit svou situaci. (Haškovcová, 2007, s. 157)

Pokud má žena právo ukončit své těhotenství a to za odborné lékařské asistence, proč by neměli mít lidé stejné právo ukončit svůj život? (Peck, 2001, s. 105) Každý lékař je autonomní osobou a stejně jako lékař-gynekolog v případě legalizace interrupce, mohl by i tento lékař odmítnout eutanazii provést.

Mezi obecné argumenty proti eutanazii patří poslání lékaře, které je v přímém rozporu. Lékař, který při promoci slíboval, že bude za všech okolností chránit život, nemůže pomáhat smrti. (Ptáček, Bartůněk, 2012, s. 163)

Navíc, i když je člověk nevléčitelně nemocný a jeho nemoc klasifikována jako smrtelná, může dojít k překvapivému zvratu. (Haškovcová, 2007, s. 157) Lékař může špatně odhadnout terminální stav nemoci. (Ptáček, Bartůněk, 2012, s. 91) Také se udály případy, kdy se uskutečnila eutanazie na základě diagnózy zhoubného nádoru, kterou nemocný ze strachu neunesl, požádal o ukončení života, ale během pitvy se ukázalo, že diagnóza nebyla správná. Zde se jedná o diagnostický omyl. (Kořenek, 2002, s. 164)

V případě nemoci se lidé obávají, že se o ně nebude mít kdo starat nebo naopak pociťují vinu za to, že jsou zátěží pro ostatní. Důvody, proč lidé žádají o eutanazii, jsou tedy často více sociálního charakteru než lékařského. (Ptáček, Bartůněk, 2012, s. 124)

Jestliže existuje právo na život, pak důkazem z opaku je vyloučeno, aby právní řád připouštěl jakoukoli formu práva na smrt. „Právo na život a právo na smrt nemohou existovat vedle sebe.“ (Šnědar, 2008, s. 82)

V případě uzákonění je zde problematika zneužití (tlak rodiny na pacienta, ekonomické aspekty, obchod s lidskými orgány). (Ptáček, Bartůněk, 2012, s. 123) Nezanedbatelná je i míra korupce ve společnosti, která by se mohla promítnout do rozhodování o provedení eutanazie. (Šnědar, 2008, s. 80)

Obor medicíny je v současnosti na vysoké úrovni oproti minulosti. Prodlužuje se délka života. Díky technologiím jako transplantace, resuscitační možnosti, přístrojové vybavení intenzivní péče, se posunuje hranice mezi životem a smrtí. Často se život udržuje pomocí přístrojů. Instrumenty, farmaka a zručnosti lékařů dovolují umíráním manipulovat. Osud umírajícího se dostává do sféry volní – individuální, skupinové i celospolečenské. (Ptáček, Bartůněk, 2012, s.78) Jsou lidé, jež jsou díky pokroku uzdraveni a plně vráceni do života. Lidé, kteří jsou sice zachráněni, ale potrvá jim měsíce, roky, než se znovu naučí mluvit, jíst, pohybovat. A pak jsou tu lidé, kteří jsou o vlásek navraceni do života, ale nikdo neví, v jakém stavu se proberou nebo zda se vůbec proberou. Zůstanou v komatu, mimo svět, dosah. Nebo se proberou, ale to je vše. Stanou se zajatci vlastního těla, ochrnutí, třeba i bez možnosti komunikovat, ale při vědomí. (Chaussoy, 2004, s. 16 a 17)

„Láska a smrt jsou dvě velké konstanty lidského života, které by měly být netknuty a ponechány své vznešenosti, stejně jako Viktoriiny vodopády nebo Himaláje, a člověk by měl jen s pokorou a úžasem přijímat svědectví jejich zázraku a tajemství okamžiků, kdy má jedinečnou možnost přesáhnout sám sebe. Neděje se tak, protože velkolepé věci přinášejí obchodníkům velkolepé peníze a tak stejně jako byly „kšeftařsky“ zneužity přírodní krásy,

jsou ve špatných časech znásilňovány také tyto hodnoty. Smrt se stala zbožím, velice výnosným. (Ptáček, Bartůněk, s.64 )

## 3.2 Paliativní péče

Úlohou paliativní medicíny je zlepšit kvalitu života pacienta, ulevit od bolesti a jiných symptomů, zmírnit utrpení, neurychlovat ani neoddalovat smrt, poskytovat péči nejen nemocnému, nýbrž i jeho blízkým. Je poskytována u nevyлечitelně nemocných během celého průběhu choroby, nejen v terminální fázi. (Hatoková a kol., 2013, s. 43)

Myšlenka paliativní péče vychází z uvědomování si, že umírající je celistvá bytost, která touží po naplnění 4 základních potřeb: biologických, psychologických, sociálních a duchovních. Této úlohy se má ujmout multidisciplinární tým (lékař, zdravotní sestra, sociální pracovník, psycholog, duchovní, rehabilitační pracovník a dobrovolníci). (Hatoková a kol., 2013, s. 10)

Lze ji poskytovat ve zvláštních zařízeních, která se jmenují hospice (útulek). Už ve 4.století byly hospice označovány za domy odpočinku pro poutníky. Až v 19. století můžeme hovořit o vzniku hospiců dnešního typu, tedy hospic, jehož posláním je starostlivost o umírající. (Hatoková a kol., 2013, s. 12)

Když mluvíme o hospicích, nesmíme zapomenout zmínit významná jména jako je Cecilie Saundersová, která zahájila moderní hnutí pro obnovu hospiců. V r. 1976 založila v Londýně Hospic sv. Kryštofa. Hnutí se později rozšířilo i do jiných zemí. Určitě každý slyšel o domech Matky Terezy, jež se věnují umírajícím nemocným s AIDS. U nás vystupuje Marie Svatošová jako zakladatelka prvního hospice. Roku 1995 založila první hospic, Hospic Anežky České v Červeném Kostelci. I nadále pomáhá budovat další hospice. (Munzarová a kol., 2008, s. 42-43)

### 3.2.1 Hospic

Myšlenka hospice vychází z úcty k životu a z úcty k člověku jako jedinečné bytosti. Hospic garantuje, že nemocný nebude trpět nesnesitelnou bolestí, v každé situaci bude respektována jeho lidská důstojnost, v posledních chvílích života nezůstane osamocen. (Svatošová, 2011, s.115)



V současné době dělíme hospicovou péči na 3 formy:

Domácí hospicová péče – je pro nemocného ideální, ale ne vždy dostačující. Klade se důraz na rodinné zázemí, ale i prostorové, neboť každý člen rodiny potřebuje své místo. Dalším omezujícím faktorem může být odbornost, zejména pokud není v dosahu sesterská agentura poskytující domácí či hospicovou péči.

Stacionární hospicová péče (denní pobyty) – kdy je pacient přijat ráno, a odpoledne nebo k večeru se vrací domů. Dopravu zařizuje rodina či zařízení. Velmi dobře funguje jako psychoterapeutický pobyt (hovoření o problémech) a respitní (odlehčovací) pomoc, kdy si pečující může odpočinout a vyřídit potřebné věci.

Lůžková hospicová péče – důležité je si uvědomit, že nemocný, který si přijde lehnout, nemusí na tom lůžku i zemřít! Přichází se zde i na krátkodobé, zpravidla opakované pobyty. (Svatošová, 2011, s. 118-120)

Hospic má připomínat nemocnému spíše domov než nemocnici.

Kromě hospiců se zakládají různá hnutí. Mezi nejznámější patří Hnutí pro – life, tedy hnutí pro život, což je souhrnné označení pro stoupence a iniciativy na ochranu lidského života od početí po přirozenou smrt. Činnost hnutí je velmi pestrá, zahrnuje protestní akce, vzdělávací a osvětové akce, podporu a propagaci pomoci matkám v nouzi, paliativní péči, vydává informační oběžník. Hnutí bývá kritizováno za konzervativně katolický názorový proud. (Hnutí pro život, ©2015)

Munzarová a kol. (2008, s. 45) upozorňuje na umírání a smrt našich blízkých. Máme být na ni připraveni s vědomím, že naše přítomnost u jejich lůžka je jistě mnohem důležitější než přítomnost všemožných odborníků.

## II. PRAKTICKÁ ČÁST

## 4 METODOLOGIE VÝZKUMU

Sociální pedagogika je obor, věda, která pracuje s lidmi a pro lidi. Proto by se měla otázkou eutanazie a umírání zabývat. Eutanazie je dle Munzarové ( 2008, str. 60 ) otázkou veřejnou. Všichni žijeme v nějakém vztahu a otázky života a smrti jsou rozvratné pro celou společnost. Eutanazie je stále neutuchající téma. Přibývá států, kde souhlasí, „alespoň“ s částečnou eutanazií. Podnětem pro výzkumnou část byla moje nynější práce – péče o seniory. Tudíž s umírajícími přicházím často do styku, a taktéž se nevyhnu postojům k tomuto tématu, ať již od kolegů či ze strany rodinných příslušníků.

Teoretická část bakalářské práce se zabývá vymezením věkové kategorie a pojmu postoje. Pro praktické účely výzkumu jsme zvolili vymezení termínů dle Vágnerové ( střední věk a rané stáří ). Dále jsme se krátce zaměřili na smrt a umírání, což neodmyslitelně patří k tématu. Poslední kapitola je věnována eutanazii a paliativní péči.

Praktická část je věnována výzkumnému šetření. Objasňujeme si hlavní výzkumný problém, cíl výzkumu a dílčí cíle. Dále si uvádíme výzkumný vzorek a metodu výzkumu, kterou jsme použili pro sběr dat. Závěr praktické části je věnován analýze a interpretaci zjištěných dat, diskusi a doporučení pro praxi.

### 4.1 Výzkumný problém

Praktická část bakalářské práce zkoumá popisný výzkumný problém. „Deskriptivní (popisné) výzkumné problémy obvykle hledají odpověď na otázku „jaké to je?“. Deskriptivní výzkumný problém zjišťuje a popisuje situaci, stav nebo výskyt určitého jevu.“ (Gavora, 2010, s. 56)

Hlavní výzkumný problém byl stanoven:

Zda a jaké jsou rozdíly v postojích u osob středního věku a raného stáří k uzákonění eutanazie v ČR?

### 4.2 Cíl výzkumu

Z uvedeného výzkumného problému vyplývá, že hlavním cílem je srovnat postoje respondentů ve vztahu k uzákonění legalizace eutanazie v ČR.

Dílčí cíle:

1. Zjistit, jaké emoce, pocity vyvolává pojem eutanazie u respondentů.  
( Položky č. 2, 3, 13, 15, 17, 19 )
2. Zjistit, zda jsou respondenti dostatečně informováni o problematice eutanazie.  
( Položky č. 6, 9, 12, 16, 18, 20 )
3. Zjistit, zda by respondenti využili eutanazii u nevléčitelně nemocného blízkého.  
( Položky č. 7, 8, 10, 11 )

Dílčí výzkumné otázky:

1. Jaké emoce, pocity vyvolává pojem eutanazie u respondentů střední dospělosti a raného stáří?
2. Jsou respondenti střední dospělosti a raného stáří dostatečně informováni o problematice eutanazie?
3. Využili by respondenti střední dospělosti a raného stáří eutanazii u nevléčitelně nemocného blízkého?

Podle Vágnerové (2007, s. 291) „, postoj vyjadřuje vztah k určité oblasti realit, a proto ovlivňuje způsob, jakým ji člověk vnímá a hodnotí, jaké v něm vyvolává emoce, jaký pro něj má význam a smysl a jak na ni bude s největší pravděpodobností reagovat.“

### 4.3 Formulace výzkumných hypotéz

„Hypotézy tvoří jádro klasických (kvantitativně orientovaných) výzkumů. Hypotéza je tvrzení, které je vyjádřeno oznamovací větou. Hypotéza musí vyjadřovat vztah mezi dvěma proměnnými. Proto musí být hypotéza vždy formulována jako tvrzení o rozdílech, vztazích nebo následcích. Hypotézu musí být možno empiricky ověřovat. Proměnné, které v hypotéze vystupují, musí být měřitelné.“ (Chráška, 2007, s. 17-18)

Tyto hypotézy byly stanoveny na základě teoretické části.

**H<sub>0</sub>:** Emoční složka postojů k uzákonění eutanazie obou srovnávaných generací je stejná.

**1H<sub>A</sub>:** Emoční složka postojů k uzákonění eutanazie obou srovnávaných generací je rozdílná.

**2H<sub>0</sub>:** Kognitivní složka postojů k uzákonění eutanazie obou srovnávaných generací je stejná.

**2H<sub>A</sub>:** Kognitivní složka postojů k uzákonění eutanazie obou srovnávaných generací je rozdílná

**3H<sub>0</sub>:** Konativní složka postojů k uzákonění eutanazie obou srovnávaných generací je stejná.

**3H<sub>A</sub>:** Konativní složka postojů k uzákonění eutanazie obou srovnávaných generací je rozdílná

#### 4.4 Výzkumný vzorek

Výzkumný vzorek tvořily osoby středního věku a raného stáří. Pro účel praktické části byl věk vymezený dle Vágnerové období středního věku 35-45 let a období raného stáří 60-75 let.

Střední dospělost patří mezi významný vývojový mezník. Člověk hledá smysl života. Setkává se obvykle se smrtí blízkých, především rodičů, o které je potřeba se postarat a s tím souvisí zvládnutí smutku.

Rané stáří je spojeno s odchodem do důchodu a tudíž změnou dosavadního životního stylu a především polymorbiditou. Dále Vágnerová (2000, s. 375-378)

Výzkumný vzorek probíhal ve Zlínském kraji. Dalo značné úsilí sehnat daný vzorek respondentů v hojném počtu.

#### 4.5 Metody výzkumu

Z důvodu výběru popisného výzkumného problému jsme se rozhodli pro kvantitativní výzkum, konkrétně pro výzkumnou metodu dotazníku. Dotazník je dle Chrásky (2007, s. 163) souborem „předem připravených a pečlivě formulovaných otázek, které jsou promyšleně seřazeny a na které dotazovaná osoba (respondent) odpovídá písemně.“ Výhodou dotazníku je poměrně rychlé shromáždění dat od velkého počtu respondentů. Má i své

nevýhody, mezi které můžeme zařadit menší pružnost, kdy nelze klást doplňující otázky nebo některé otázky nemusí být dostatečně srozumitelné všem. Informace z dotazníkového šetření mohou být zkreslující, jestliže dotazované osoby odpovídaly z neznalosti, zdvořilosti, z nudy, z předstírání nebo nechtějí informovat o svých skutečných názorech a pocitech, a to i v případech kdy dotazník je anonymní.

Dotazník byl vytvářen na základě teoretické části. Skládá se z 21 položek (uzavřené a polouzavřené). Polouzavřené otázky nabízejí možnosti alternativní odpovědi a následně mohou ještě žádat vysvětlení anebo objasnění v podobě otevřené otázky. Polouzavřená otázka dotazníku může nabídnout i otevřenou možnost otázky: jiná (prosím, popište). Uzavřená otázka nabízí hotové alternativní odpovědi, kde dotazovaný označí vhodnou odpověď. (Gavora, 2010)

## 4.6 Předvýzkum

Nejdříve byl proveden předvýzkum, jehož cílem bylo zjistit, zda je dotazník srozumitelný a vhodný pro vlastní výzkum. Gavora (2010, s. 84) předvýzkum označuje jako fázi, kdy se ověřuje funkčnost výzkumného nástroje na malém souboru.

Dotazník byl rozdán 10 respondentům dané věkové skupiny. Zjistili jsme, že je potřeba vytisknout několik dotazníků s větším písmem, neboť by nebylo v mých silách každému předčítat otázky.

## 4.7 Zpracování výsledků šetření

Údaje získané anonymním dotazníkovým šetřením jsou prezentovány procentuálně v grafech a v tabulkách v programu Microsoft Excel. Pro stanovenou hypotézu jsme využili metodu test nezávislosti chí-kvadrát. V našem výzkumu postupujeme dle metodologických východisek Miroslava Chrásky (2007). Údaje, jenž znázorňují odpovědi všech respondentů podle věkové kategorie, doplňujeme vlastním komentářem. Ke konečnému zpracování a vyhodnocení bylo použito 103 dotazníků, přičemž střední věk tvořilo 52 dotazníků, raně stáří 51 dotazníků.

## 5 ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ ŠETŘENÍ

Pro vyhodnocení dat byla použita čárkovací metoda. Jak je výše zmíněno pro vyhodnocení položek, jsme použili grafické znázornění pomocí grafů a tabulek v programu Microsoft Excel, který je pro tento typ práce nejpraktičtější a nejpřehlednější. Výsledky jsou doplněny slovním popisem a vlastním komentářem.

Bylo rozdáno 103 dotazníků a všech 103 dotazníků se vrátilo. Následně budeme analyzovat výsledky každé položky v dotazníku zvlášť. Uvádíme zde vždy přesné znění položky v dotazníku, který byl respondentům předložen.

### 5.1 Vyhodnocení dotazníku

#### Položka č. 1: Věk:

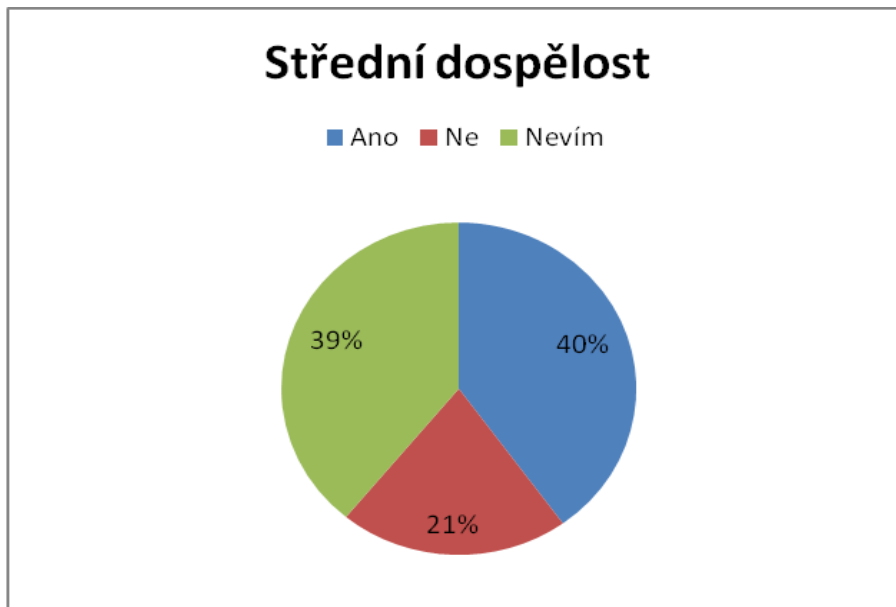
Tabulka č. 1: Věk

Věk	Absolutní četnost	Relativní četnost
35-45	52	50,5%
60-75	51	49,5%
Celkem	103	100%

V první položce bylo potřeba zjistit věk respondentů vzhledem k hlavnímu cíli. Střední dospělost tvořilo 52 respondentů (tj.49,5%), rané stáří tvořilo 51 respondentů (tj. 50,5%). Pro orientaci uvádíme tabulku.

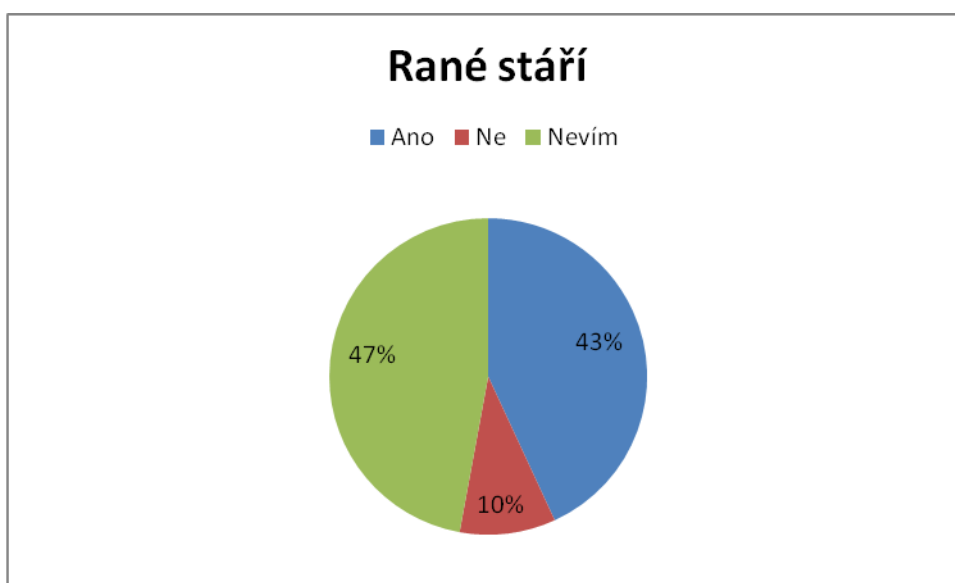
**Položka č. 2: V případě, že byste měl/a možnost rozhodovat o eutanazii ve vztahu k sobě, využít/a byste ji?**

Graf č. 1: Využití eutanazie ve vztahu k sobě – střední dospělost



Ve druhé položce nás zajímal názor na využití eutanazie ve vztahu k sobě. 21(tj.40%) respondentů by využilo eutanazii, kdyby měli takovou možnost a 20 (tj.39%) si nejsou jisti, zda by tuto možnost využili. Odpovědi ano a nevím se od sebe moc neliší. 11 (tj.21%) respondentů by nechtělo tuto možnost využít.

Graf č. 2: Využití eutanazie ve vztahu k sobě – rané stáří

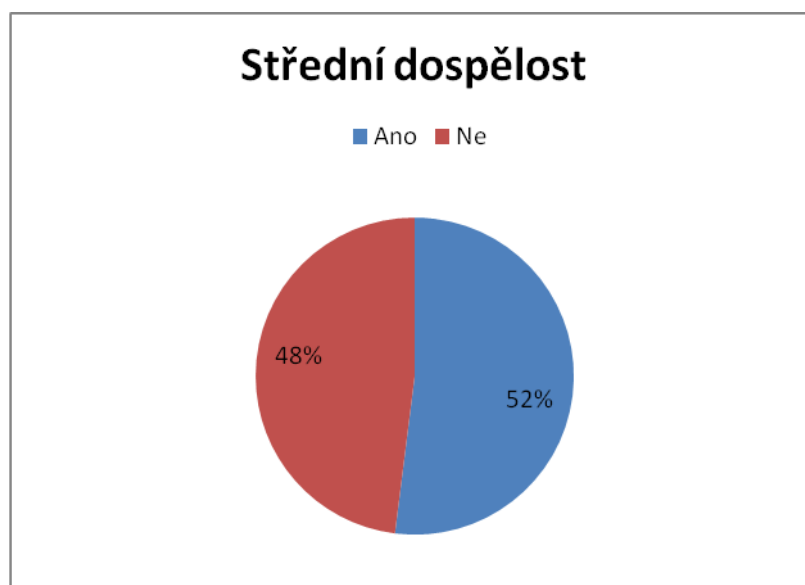




24 (tj.47%) respondentů si není jisto, zda by využilo eutanazii ve vztahu k sobě. 22 (tj.43%) by využilo eutanazii a pouhých 5 (tj. 10%) respondentů se vyjádřilo zápornou odpovědí, což je méně než výsledek u středního věku.

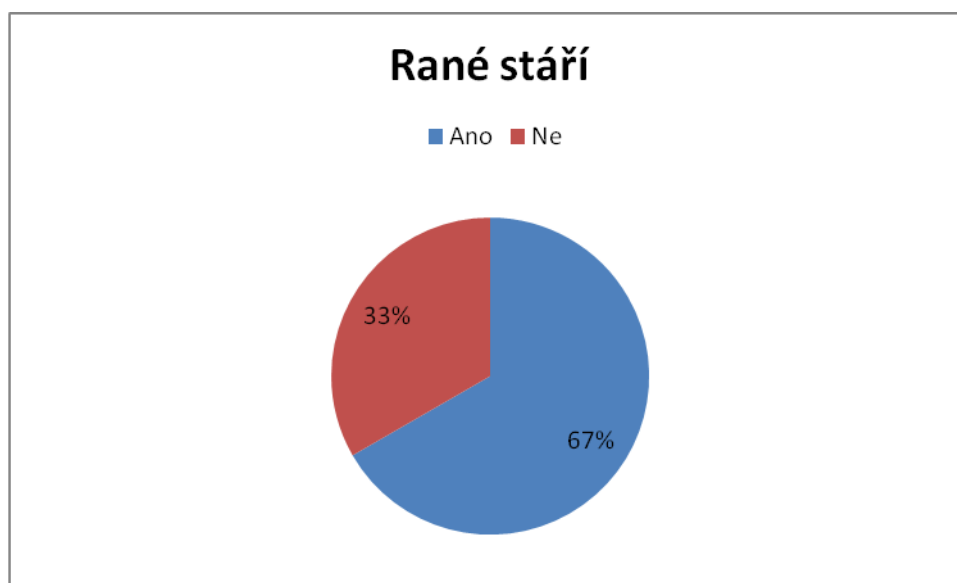
**Položka č. 3: Jste věřící? (hlásíte se k nějakému náboženství)**

Graf č. 3: Vyznání víry – střední dospělost



27 (tj. 52%) respondentů se hlásí, že jsou věřící. Pro naše potřeby nás nezajímalo k jakému náboženství (víře) se hlásí. 25 (tj.48%) respondentů uvedlo, že nejsou věřící (nehlásí se k žádnému náboženství).

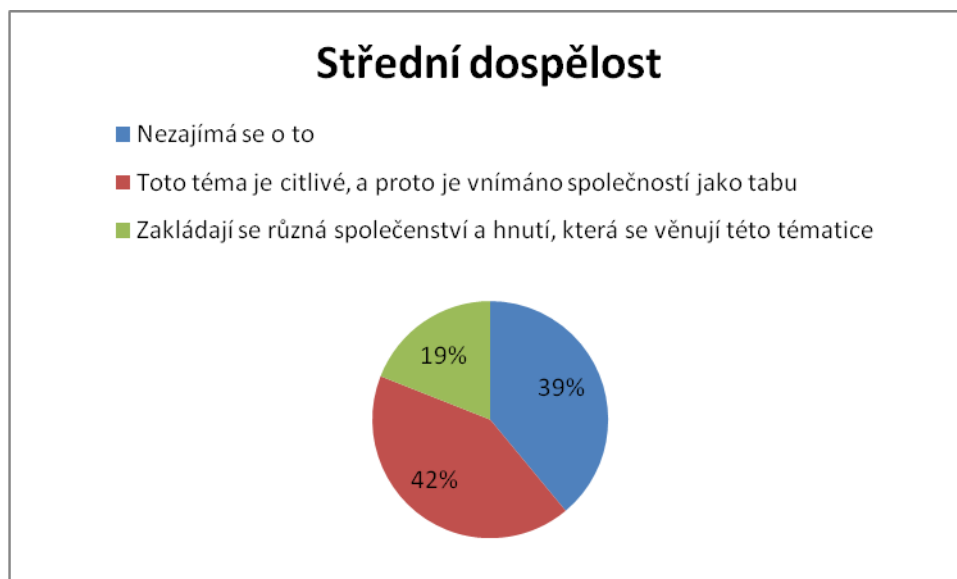
Graf č. 4: Vyznání víry – rané stáří



Více jak polovina respondentů 34 (tj.67%) se hlásí k víře. 17 (tj.33%) respondentů uvedlo, že se nehlásí k žádné víře. Je to méně, než u středního věku. Položka nás zajímala, neboť církve odsuzují provádění jakékoliv eutanazie, a přesto dle výsledků (níže) uvidíme, že věřící respondenti souhlasí s eutanazií.

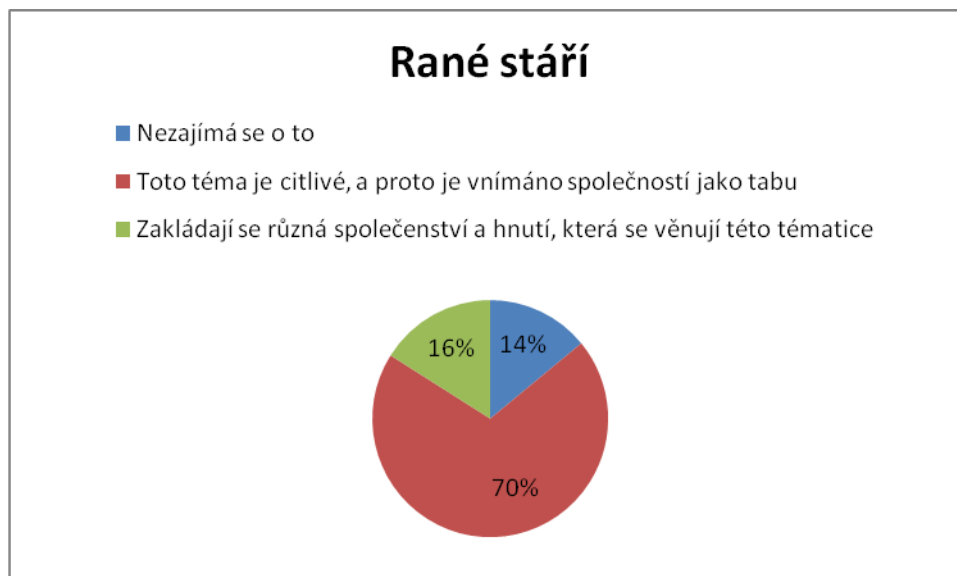
#### **Položka č. 4: Jaký postoj má podle Vás naše společnost na umírající pacienty?**

Graf č. 5: Postoj společnosti na umírající pacienty dle respondentů – střední dospělost



22 (tj.42%) respondentů si myslí, že je toto téma citlivé, a proto je vnímáno spíše jako tabu. 20 (tj.39%) tázaných uvádí, že se o toto téma společnost nezajímá a 10 (tj.19%) uvedlo, že se zakládají různá společenství a hnutí, jež se této tématice věnují.

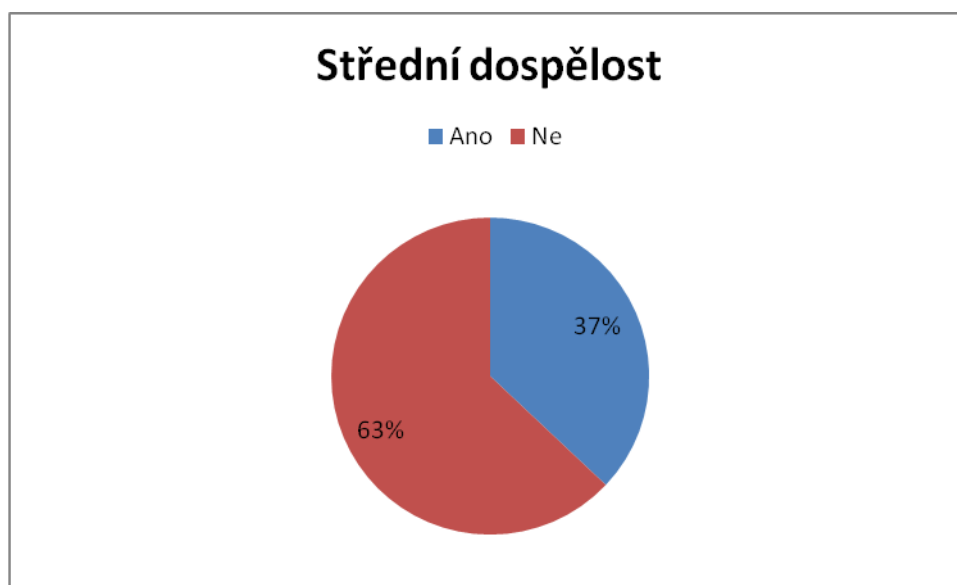
Graf č. 6: Postoj společnosti na umírající pacienty dle respondentů – rané stáří



Až 36 (tj.70%) respondentů uvádí, že je toto téma citlivé. 8 (tj.16% ) uvedlo, že se zakládají společenství a hnutí, která se problematice věnují. Jen 7 (tj.14%) respondentů si myslí, že se společnost o toto téma nezajímá, což je méně než uvedla střední dospělost.

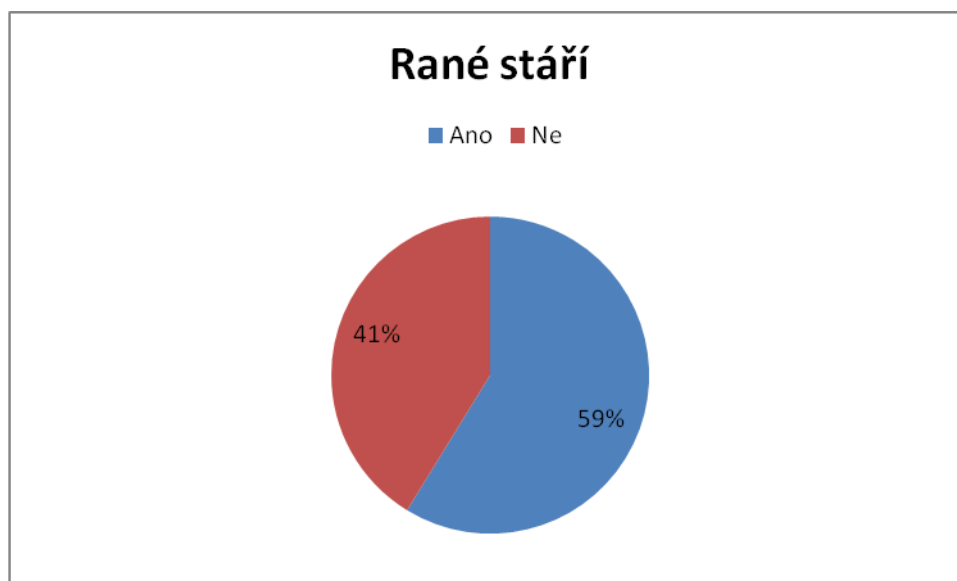
#### **Položka č. 5: Doprovázel/a jste ve Vašem životě umírajícího člověka?**

Graf č. 7: Doprovázení umírajícího člověka – střední dospělost



Více jak polovina, 33 (tj.63%) respondentů ve svém dosavadním životě nedoprovázelo umírajícího člověka. 19 (tj.37%) respondentů uvedlo, že již umírajícího člověka doprovázelo. Při kladné odpovědi jsme požádali napsat, kde se tak uskutečnilo. Mezi nejčastějšími odpověďmi respondentů bylo uvedeno: v nemocnici, doma, v domově pro seniory, v hospici.

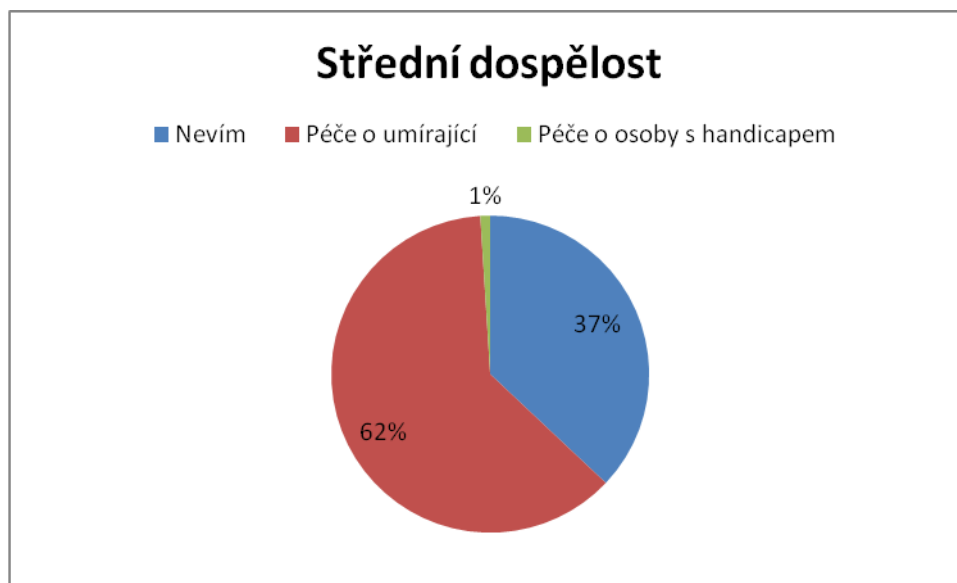
Graf č. 8: Doprovázení umírajícího člověka – rané stáří



30 (tj. 59%) respondentů doprovázelo ve svém životě umírajícího člověka, jako místo doprovázení uvedli též nemocnici, ale především preferovali vlastní domov. 21 (tj. 41%) respondentů raného stáří umírajícího člověka doposud nedoprovázelo.

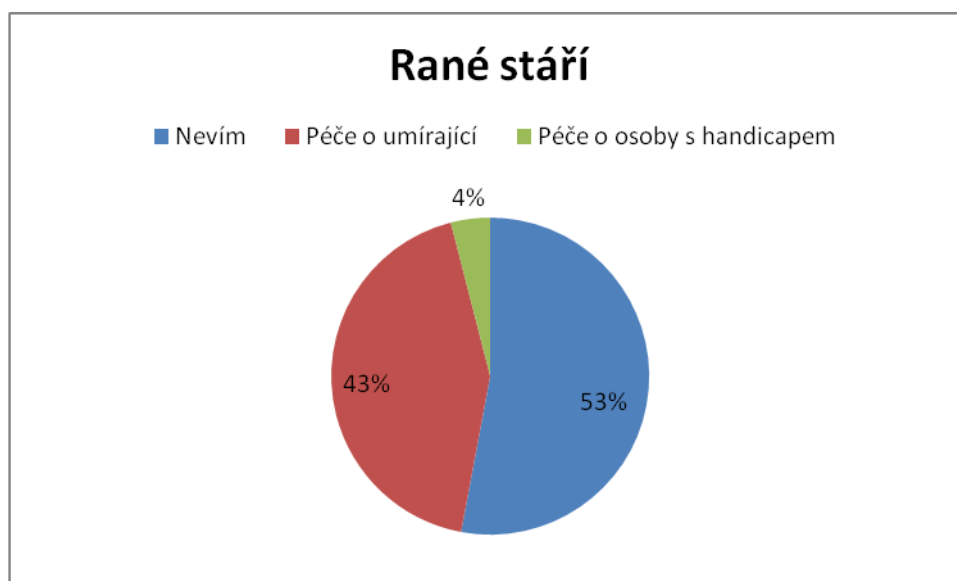
### Položka č. 6: Co je paliativní péče?

Graf č. 9: Paliativní péče – střední dospělost



32 (tj. 62%) respondentů správně uvedlo, že paliativní péče se zabývá péčí o umírající. 1 (tj. 1%) respondent nesprávně uvedl, že se pečuje o osoby s handicapem a 19 (tj. 37%) respondentů neví, čím se zabývá paliativní péče.

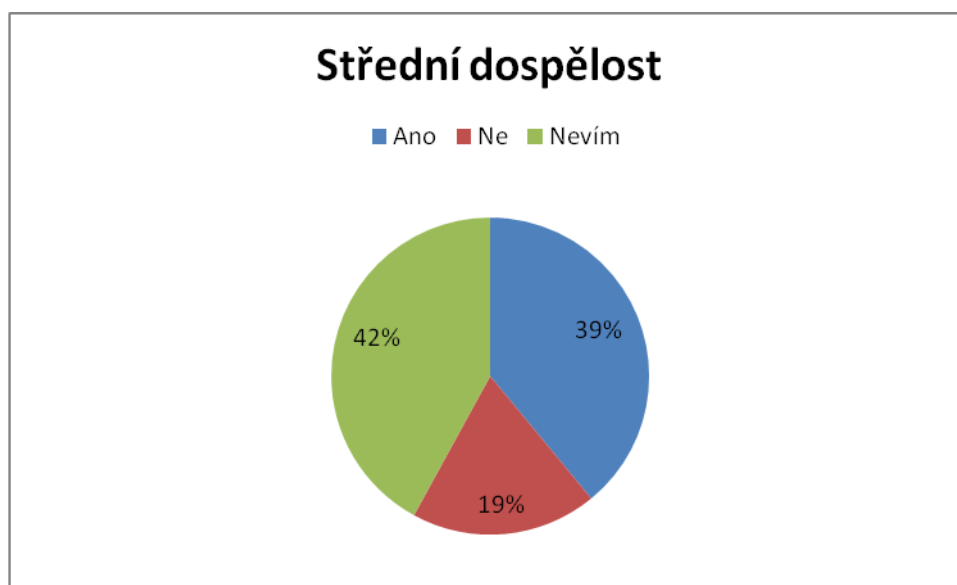
Graf č. 10: Paliativní péče – rané stáří



27 (tj. 53%) respondentů neví, čím se zabývá paliativní péče. 22 (tj. 43%) ví, že se jedná o péči o umírající a 2 (tj. 4) respondenti uvedli, že se zabývá péčí o osoby s handicapem, což je nesprávná volba. S tímto pojmem je více seznámen střední věk.

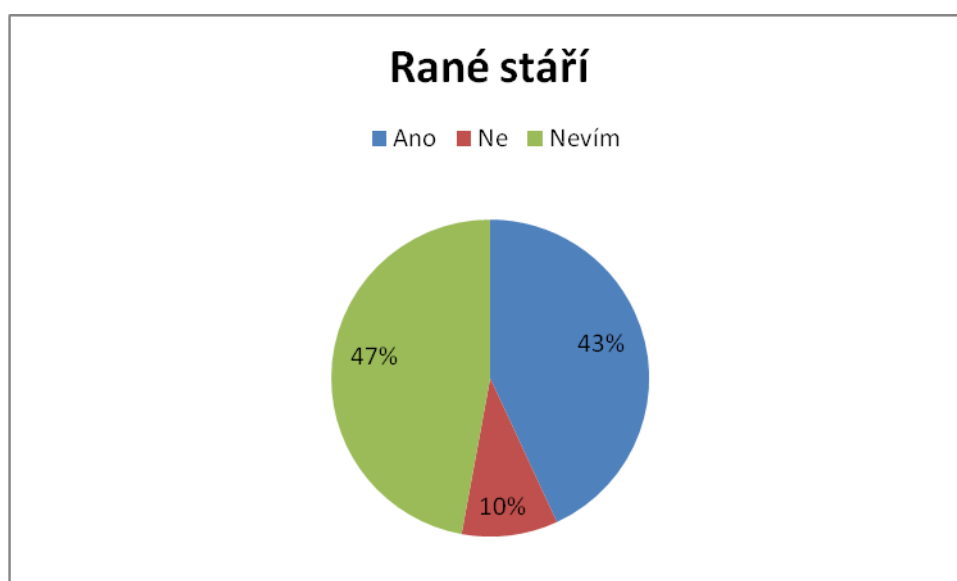
**Položka č. 7: Měl by mít podle Vás člověk právo rozhodovat o své smrti?**

Graf č. 11: Právo rozhodovat o své smrti – střední dospělost



22 (tj. 42%) respondentů se vyjádřilo nerozhodností, 20 (tj. 39%) respondentů uvedlo, že člověk má právo rozhodovat o své smrti a naopak 10 (tj. 19%) respondentů je proti tomuto rozhodování. Když srovnáme tuto položku s položkou č. 2, můžeme spozorovat jen nepatrné rozdíly.

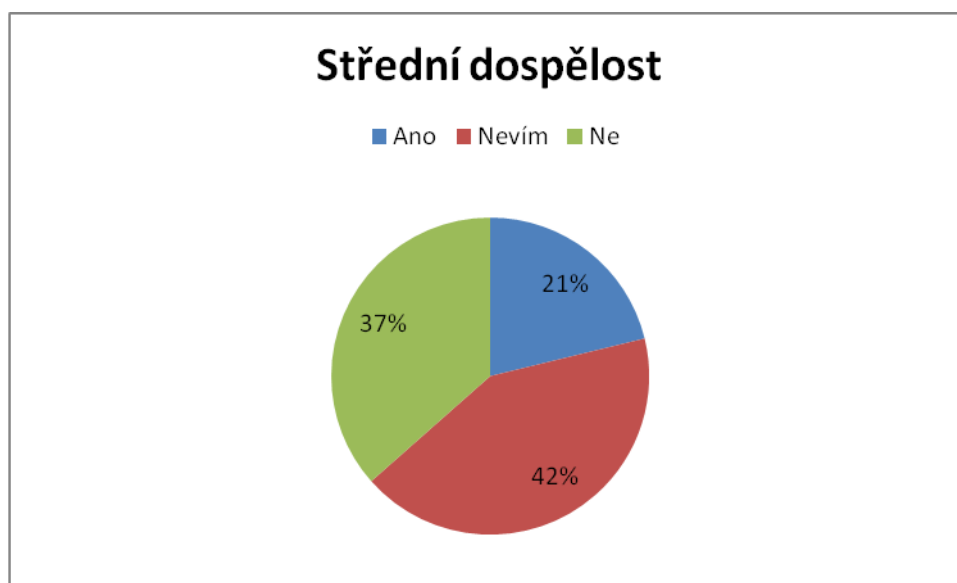
Graf č. 12: Právo rozhodovat o své smrti – rané stáří



24 (tj. 47%) respondentů uvedlo možnost nevím, zda by měl člověk rozhodovat o své smrti. 22 (tj. 43%) respondentů souhlasí s možností rozhodovat o vlastní smrti a 5 (tj. 10%) je zásadně proti rozhodování o vlastní smrti. Při porovnání s položkou č. 2, zjistíme úplně shodné odpovědi. V porovnání se středním věkem nejsou odpovědi výrazně odlišné.

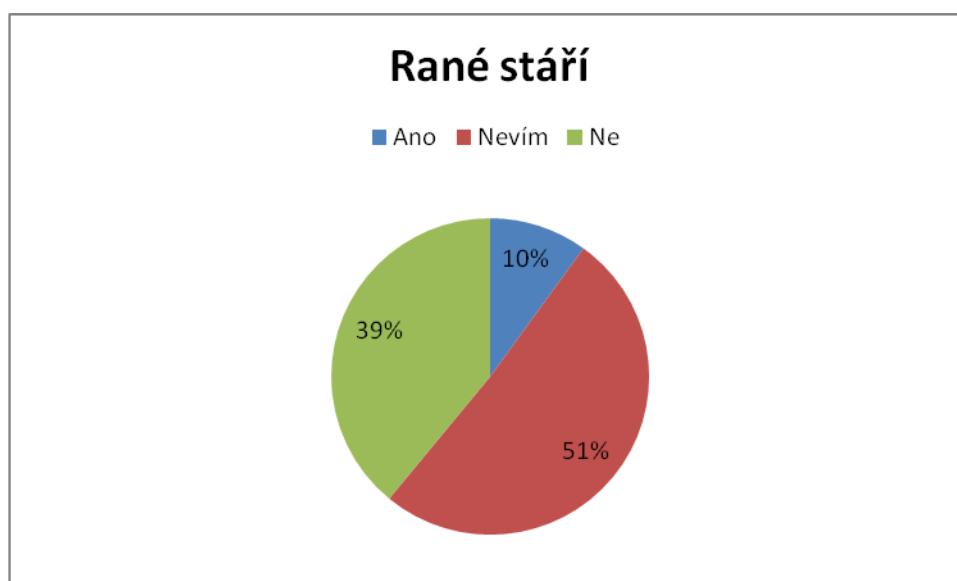
**Položka č. 8: Souhlasili byste s eutanazií u těžce nemocného člověka, který je Vám blízký?**

Graf č. 13: Souhlas s eutanazií u těžce nemocného blízkého – střední dospělost



22 (tj. 42%) respondentů si není jisto, zda by souhlasilo s eutanazií u nemocného blízkého člověka. 19 (tj. 37%) by nesouhlasilo s eutanazií u těžce nemocné blízké osoby a 11 (tj. 21%) respondentů střední dospělosti by souhlasilo s eutanazií u těžce nemocného blízkého člověka.

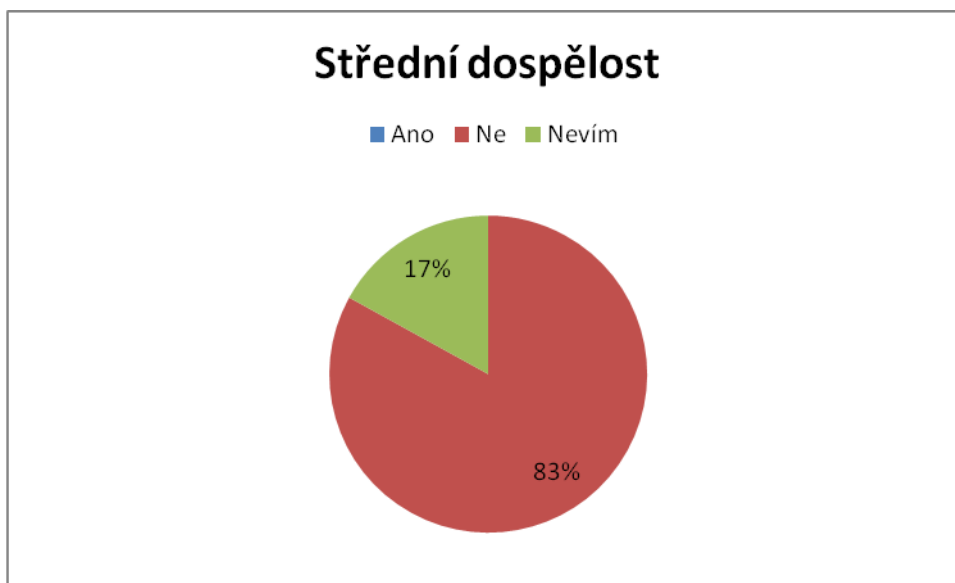
Graf č. 14: Souhlas s eutanazií u těžce nemocného blízkého – rané stáří



Ve srovnání se střední dospělostí, 26 (tj. 51%) respondentů si není jisto, zda by využilo eutanazii u těžce nemocného blízkého. 20 (tj. 39%) respondentů by tuto možnost nevyužilo a pouhých 5 (tj. 10%) by souhlasilo s eutanazií u nemocného blízkého.

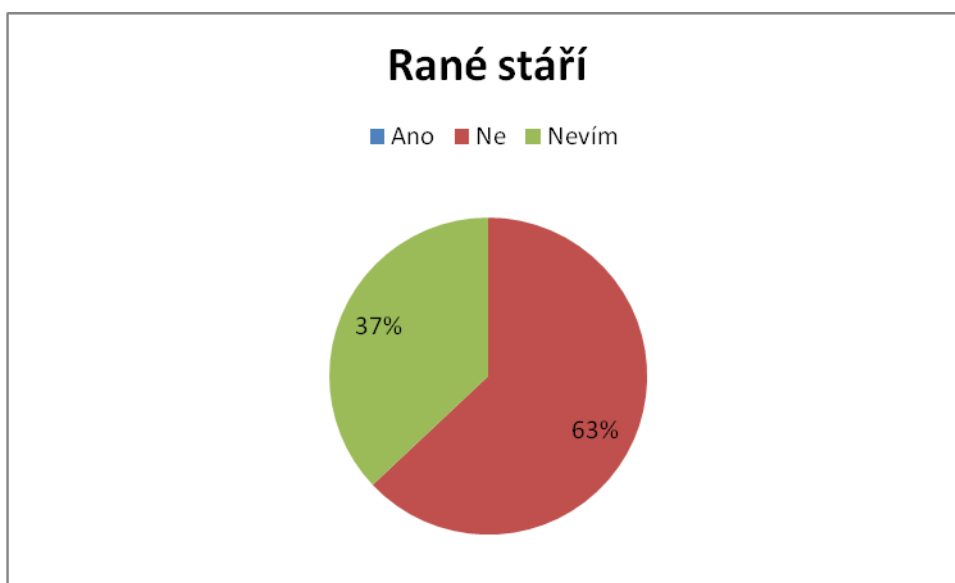
#### **Položka č. 9: Je uzákoněna eutanazie v naší zemi?**

Graf č. 15: Uzákonění eutanazie v ČR – střední dospělost



Téměř všichni dotazovaní, 43 (tj. 83%) respondentů je správně informováno, že v naší zemi není v žádné podobě uzákoněna eutanazie. 9 (tj. 17%) respondentů střední dospělosti si není jisto, zda je u nás eutanazie uzákoněna, nikdo nevedl odpověď ano.

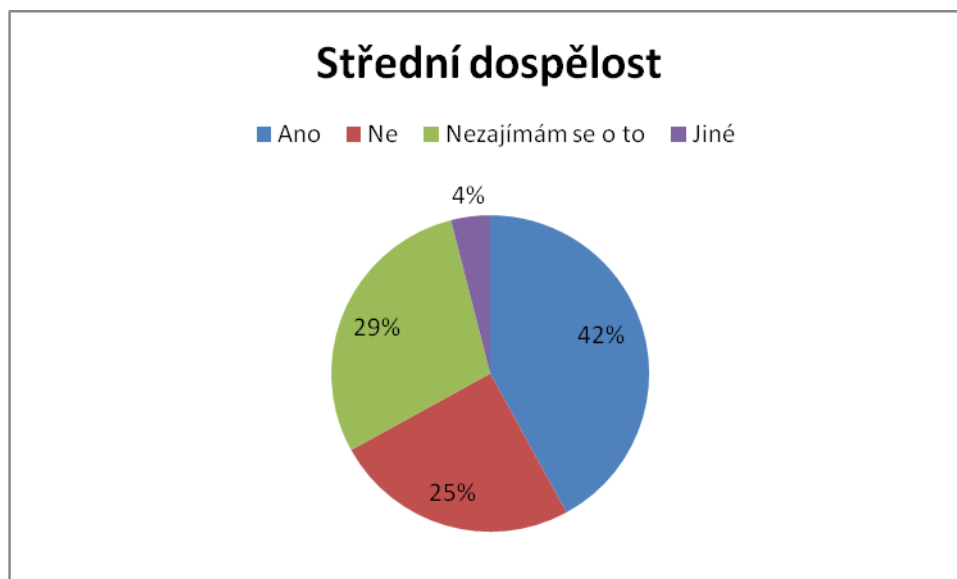
Graf č. 16: Uzákonění eutanazie v ČR – rané stáří



Taktéž jako respondenti střední dospělosti i v raném stáří nikdo neuvedlo odpověď ano. Ovšem ve znalosti o uzákonění eutanazie můžeme spozorovat rozdíly. 19 (tj. 37%) si není jisto, zda je u nás eutanazie povolena, ale 32 (tj. 63%) respondentů správně uvedlo, že eutanazie u nás není povolena a tudíž je trestná.

#### **Položka č. 10: Považujete za správné uzákonění eutanazie v jiných státech?**

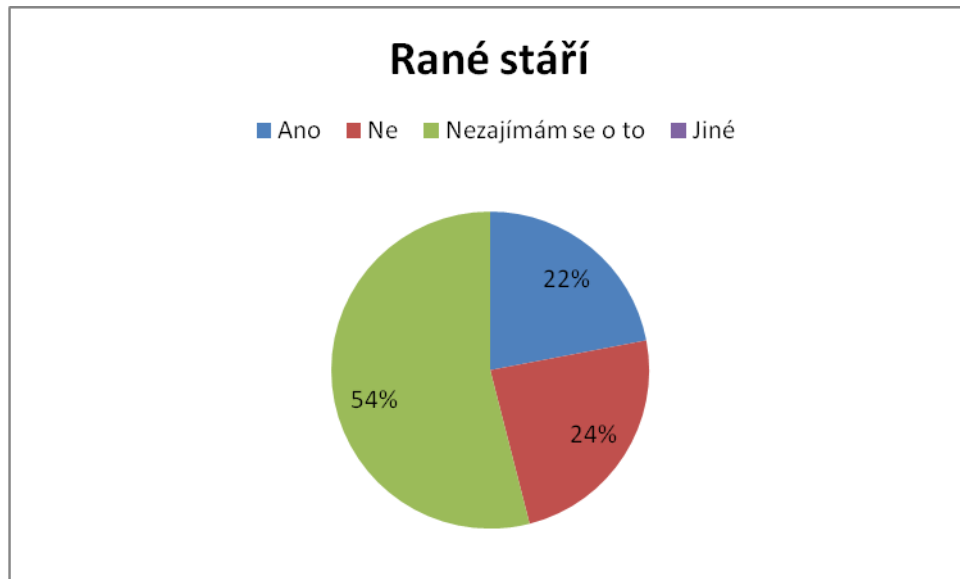
Graf č. 17: Postoj k uzákonění eutanazie v jiných státech – střední dospělost



15 (tj. 29%) respondentů uvedlo, že se o problém uzákonění eutanazie v jiných státech nezajímá. 13 (tj. 25%) respondentů nepovažuje za správné uzákonění eutanazie v jiných státech. 22 (tj. 42%) respondentů považuje za správné uzákonění eutanazie v jiných státech. 2 (tj. 4) respondenti uvedli možnost jiné, tady jsme žádali o upřesnění, napsali: „není to tak jednoduché, ano, ale bojím se zneužití.“



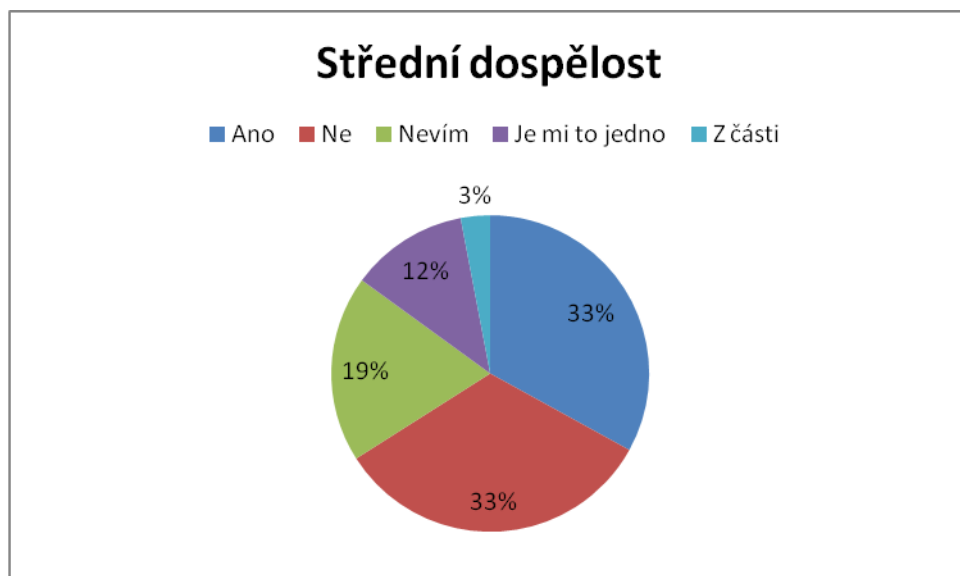
Graf č. 18: Postoj k uzákonění eutanazie v jiných státech – rané stáří



Z respondentů mezi věkem 60-75 let nikdo neuvedl odpověď vlastními slovy. 11 (tj. 22%) respondentů považuje za správné uzákonění eutanazie v jiných státech, což je skoro o polovinu méně, než u respondentů středního věku. 12 (tj. 24%) respondentů nesouhlasí s legalizací eutanazie v jiných státech. Výsledky se liší o 1% oproti výsledkům střední dospělosti. Většina respondentů raného stáří, 28 (tj. 54%) se nezajímá o legalizaci eutanazie v jiných státech.

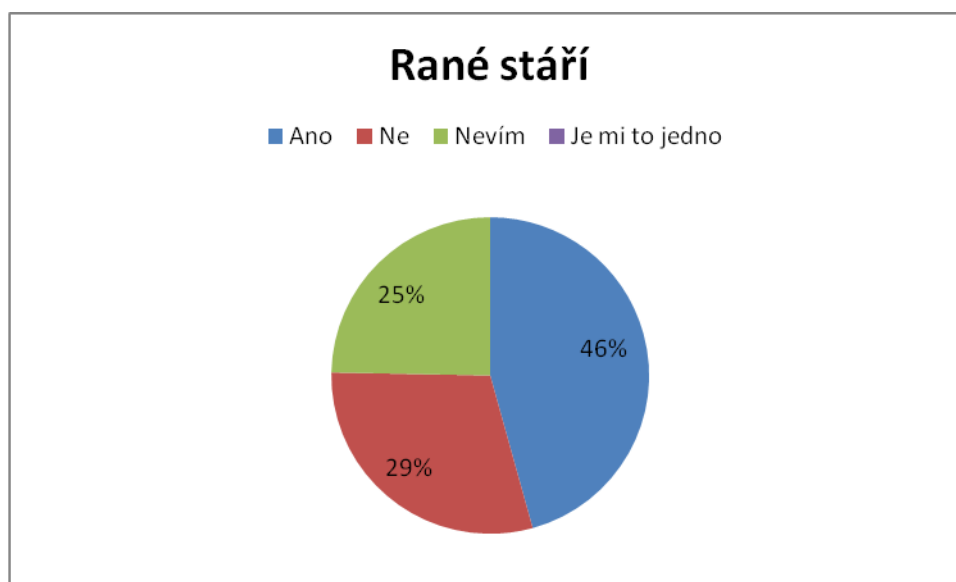
### **Položka č. 11: Jste pro uzákonění eutanazie v České republice?**

Graf č. 19: Uzákonění eutanazie u nás – střední dospělost



Položka směřuje k hlavnímu problému práce, kde jsme se zaobírali, zda a jaké jsou rozdíly v postojích u osob středního věku a raného stáří k uzákonění eutanazie v ČR. 17 (tj. 33%) respondentů střední dospělosti uvedlo, že by souhlasilo s uzákoněním eutanazie v České republice, ovšem též 17 (tj. 33%) dotazovaných respondentů uvedlo, že naopak nesouhlasí s uzákoněním eutanazie v České republice. Dalších 10 (tj. 19%) si není jisto, zda by se eutanazie měla u nás legalizovat. 6 (tj. 12%) odpovědělo, že je jim to jedno, nezajímají se o tento problém a 2 (tj. 3%) dotazovaní uvedli z části, což měli zdůvodnit: „ano, ale bojím se zneužití, ve výjimečných případech...“

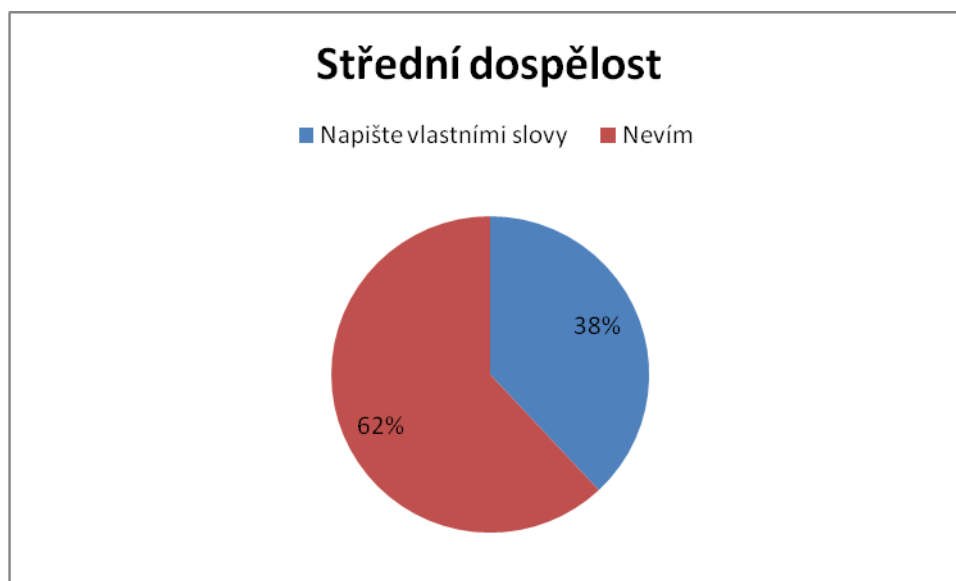
Graf č. 20: Uzákonění eutanazie u nás – rané stáří



S uzákoněním eutanazie v naší zemi by souhlasilo 19 (tj. 37%) respondentů raného stáří, což je více o pouhé 2 hlasy. 12 (tj. 24%) respondentů nesouhlasí s uzákoněním eutanazie v naší zemi. 10 (tj. 20%) si není jisto, zda by s takovým rozhodnutím souhlasilo. 10 (tj. 19%) se vyjádřilo nezájmem o problematiku uzákonění eutanazie.

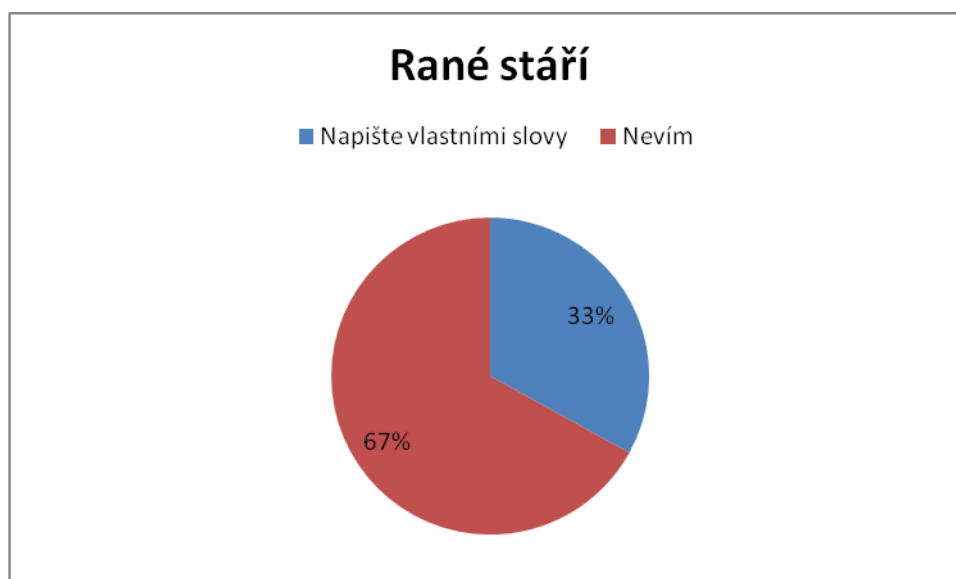
**Položka č. 12: K jakému účelu jsou určeny zařízení typu hospic?**

Graf č. 21: Účel hospiců – střední dospělost



V položce se ptáme, zda respondenti vědí, k jakému účelu jsou zřízeny hospice. Z grafu vidíme, že 32 (tj. 62%) respondentů střední dospělosti neví, k jakému účelu slouží tento typ zařízení. Přičemž jsme se dotazovali na paliativní péči a většina respondentů odpověděla správně. Zřejmě si paliativní péči nespojují s hospicem, kde se pečuje o umírající. 20 (tj. 38%) respondentů psalo odpovědi vlastními slovy. Nejvýstižnější odpověď zní: „zdravotnicko-sociální zařízení, slouží k péči o nevyléčitelně nebo těžce nemocné,“ dále zaznělo: „, zaopatření pro staré a nemocné lidi, pomoc lidem, dochování nemocných, pěkný odchod starých a nemocných.“

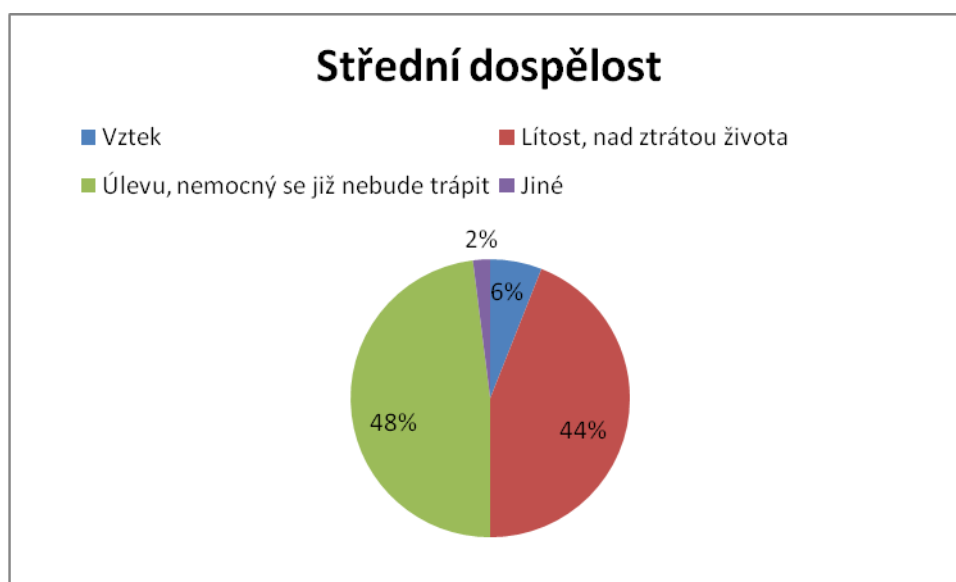
Graf č. 22: Účel hospiců – rané stáří



Výsledky raného stáří jsou podobné jako u střední dospělosti. 34 (tj. 67%) respondentů neví, k čemu slouží zařízení typu hospic. 17 (tj. 33%) odpovědělo vlastními slovy, bohužel většinou špatně, zde uvádíme příklad: „ pro lidi bez přístřeší, pro nezaměstnané, pro nemocné, o které se nemá kdo postarat. Samozřejmě se našlo i několik správných odpovědí jako: „důstojné dožití umírajících v přítomnosti blízkých.“ S položkou, jež se ptala na paliativní péči, jsou výsledky shodné.

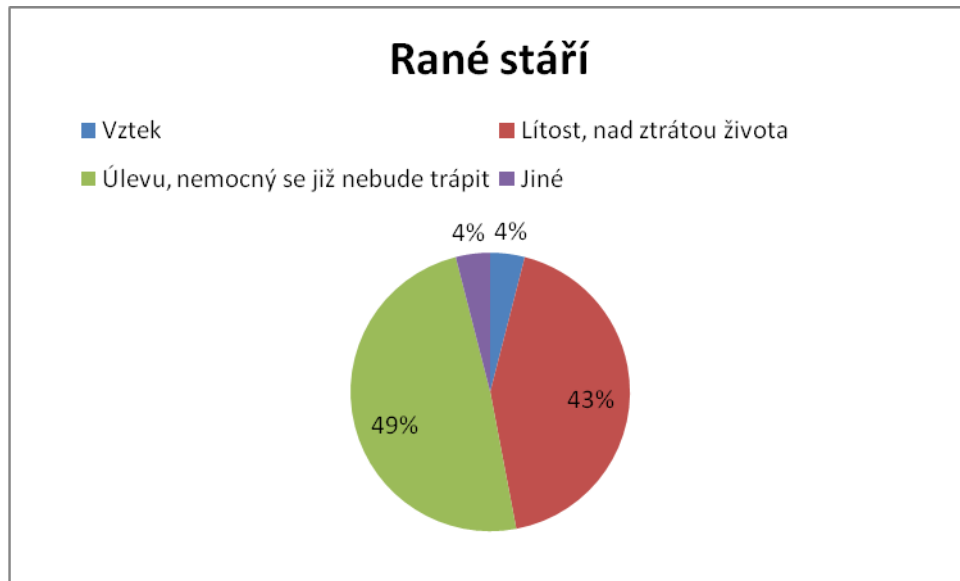
**Položka č. 13: Slyšíte-li ve zprávách o eutanazii, která byla vykonána na žádost umírajícího, tak prožíváte:**

Graf č. 23: Eutanazie vykonána na žádost umírajícího – střední dospělost



Danou položkou se snažíme zjistit emoční složku dotazovaných respondentů. 25 (tj. 48%) respondentů střední dospělosti soucítí s nemocným, cítí úlevu, při vykonání eutanazie na žádost umírajícího, neboť se již nemusí trápit. 23 (tj. 44%) respondentů cítí naopak lítost, nad ztrátou života (většinou tak odpověděli ti, jenž se hlásí k víře, položka č.3). 3 (tj. 6%) respondenti prožívají vztek, když slyší ve zprávách o vykonání eutanazie a 1 (tj. 2%) respondent uvedl vlastními slovy: „člověk by měl zemřít přirozenou cestou, až nadejde jeho čas, soucit, nic.“

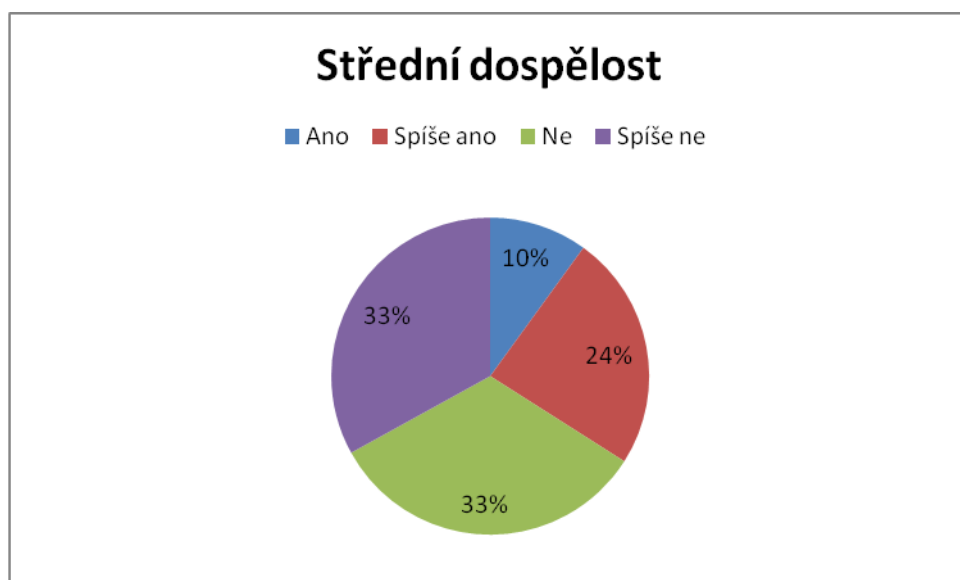
Graf č. 24: Eutanazie vykonána na žádost umírajícího - rané stáří



Odpovědi respondentů raného stáří se moc neliší od odpovědí respondentů středního věku. 24 (tj. 49%) respondentů prožívá úlevu, při vykonání eutanazie na samotnou žádost trpícího. 22 (tj. 43%) naopak lituje předčasnou ztrátu lidského života. 2 (tj. 4%) uvedli vztek a další 2 (tj. 4) napsali vlastními slovy: „ nic, strach, nikdy jsem o ničem takovém neslyšel...“

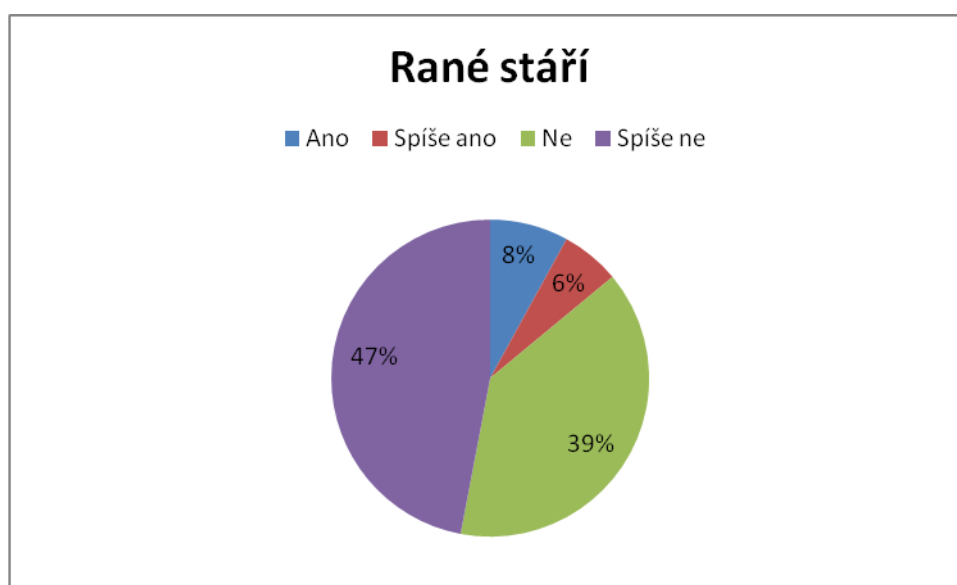
**Položka č. 14: Myslíte, že jste dostatečně obeznámeni s problematikou eutanazie?**

Graf č. 25: Obeznamenost s problematikou eutanazie – střední dospělost



Z grafu lze neodmyslitelně vyčíst, že respondenti nejsou dostatečně obeznámeni s problematikou eutanazie. 17 (tj. 33%) uvedlo jednoznačně odpověď ne a stejně tak 17 (tj. 33%) uvedlo spíše ne. 5 (tj. 10%) respondentů tvrdí, že mají dostatek informací. Odpověď spíše ano, kterou zvolilo 13 (tj. 24%) respondentů střední dospělosti jsou obeznámeni s eutanazií, ale ještě by další informace přivítali. O výsledcích se určitě zmíníme v doporučení pro praxi, neboť nechceme přivírat oči před sociálními problémy.

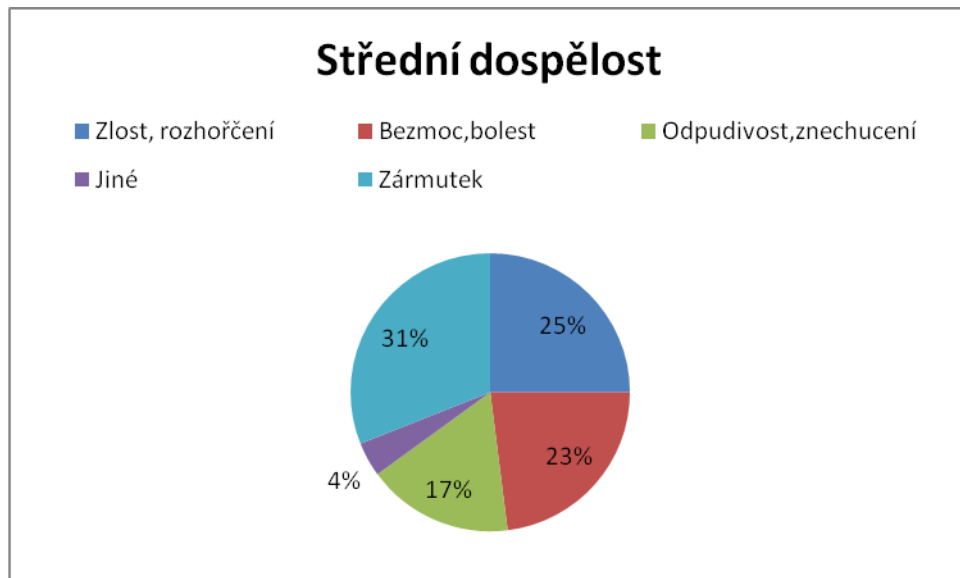
Graf č. 26: Obeznašenost s problematikou eutanazie – rané stáří



Stejně jako u střední dospělosti i u raného stáří vidíme, že chybí informovanost o eutanazii. Možnost spíše ne zvolilo 24 (tj. 47%) respondentů, něco málo o problematice slyšeli, ale není to dostačující. 20 (tj. 39%) respondentů není dostatečně obeznámeno s touto problematikou, 4 (tj. 8%) uvádí, že jsou informováni o eutanazii a 3 (tj. 6%) respondenti uvedli variantu spíše ano.

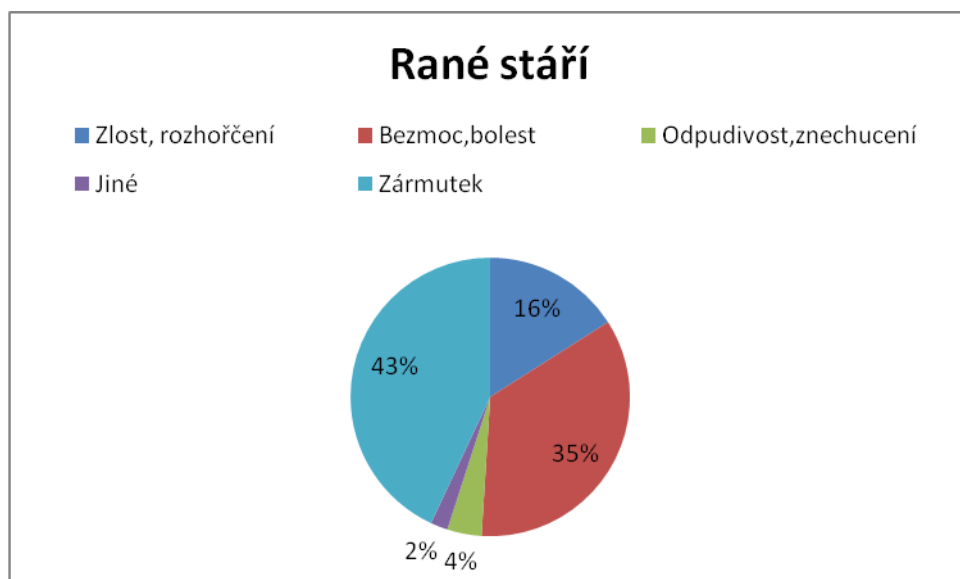
**Položka č. 15: Slyšíte-li o zásahu zdravotníků o vykonání eutanazie bez souhlasu nemocného, pociťujete:**

Graf č. 27: Vykonaná eutanazie bez souhlasu nemocného – střední dospělost



Položka je postavená podobně jako položka č. 13, s tím rozdílem, že tady se ptáme na vykonání eutanazie bez souhlasu nemocného. 16 (tj. 31%) respondentů pociťuje zármutek nad ztrátou života, 13 (tj. 25%) uvedlo zlost, rozhořčení, dalších 12 (tj. 23%) cítí bezmoc, bolest. 9 (tj. 17%) respondentů uvedlo odpudivost, znechucení nad vykonáním eutanazie bez souhlasu nemocného. 2 (tj. 4%) respondenti napsali: „pociťuji otázky, násilí...“

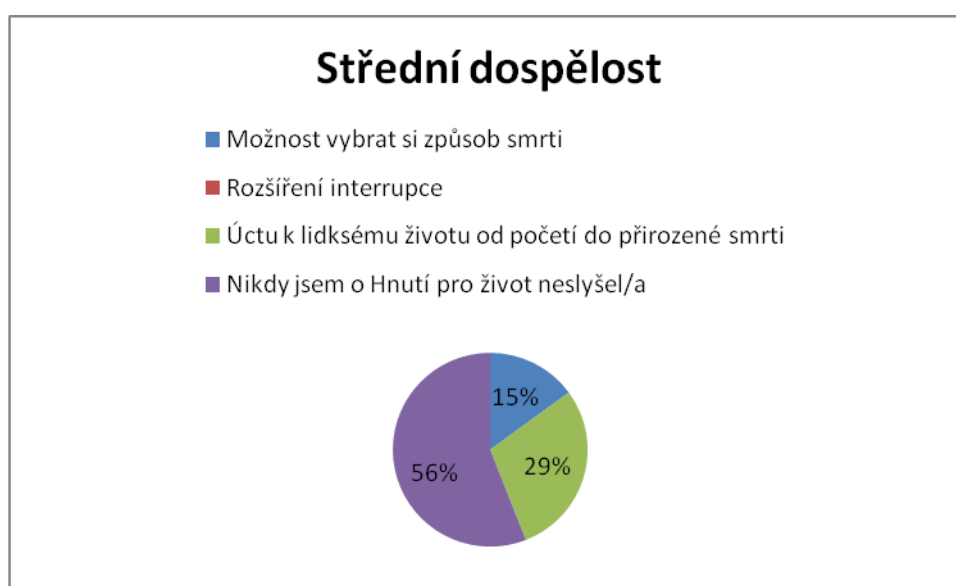
Graf č. 28: Vykonaná eutanazie bez souhlasu nemocného – rané stáří



22 (tj. 43%) respondentů ve věku 60-75 let, pocítuje spíše zármutek nad vykonáním eutanazie bez souhlasu nemocného. 18 (tj. 35%) cítí bezmoc, bolest. 8 (tj. 16%) respondentů raného stáří cítí zlost, rozhořčení nad zásahem zdravotníků, který směřuje k eutanazii. Oproti střední dospělosti jen 2 (tj. 4%) respondenti uvedli odpor a 1 (tj. 2%) napsal, že nepocítuje nic při vykonání eutanazie bez jeho souhlasu.

### **Položka č. 16: Co propaguje organizace Hnutí pro život v ČR?**

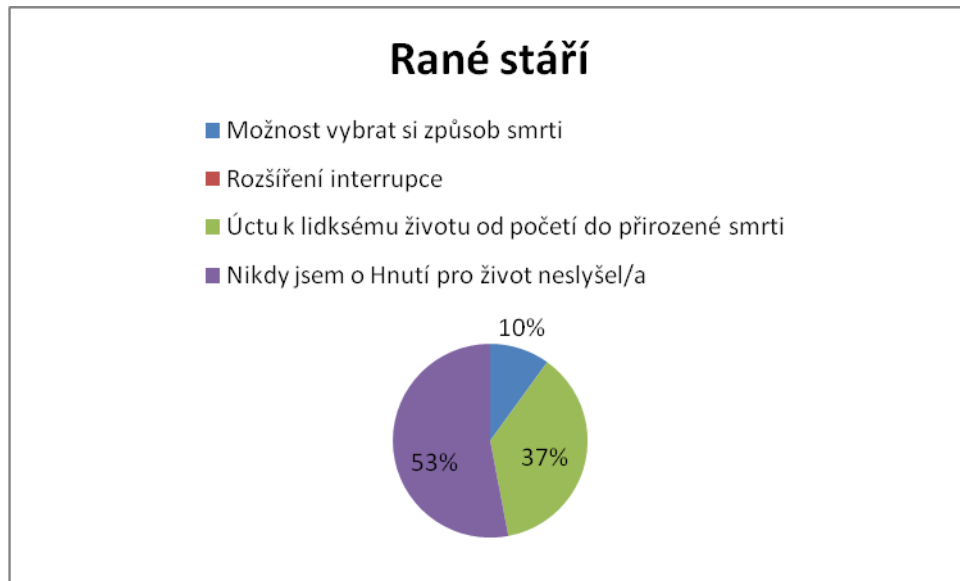
Graf č. 29: Organizace Hnutí pro život propaguje – střední dospělost



Jelikož jsem slyšela o organizaci Hnutí pro život, zajímalo nás, zda i jiní mají ponětí o této organizaci, zejména věřící, neboť se jí zabývá spíše katolický proud. 15 (tj. 29%) respondentů správně odpovědělo, že Hnutí pro život propaguje úctu k lidskému životu od početí do přirozené smrti. 8 (tj. 15%) respondentů se domnívá, že se jedná o možnost vybrání si způsobu smrti. Většina respondentů střední dospělosti, 29 (tj. 56%) o organizaci neslyšelo. Na možnost rozšíření interrupce, nikdo nereagoval.



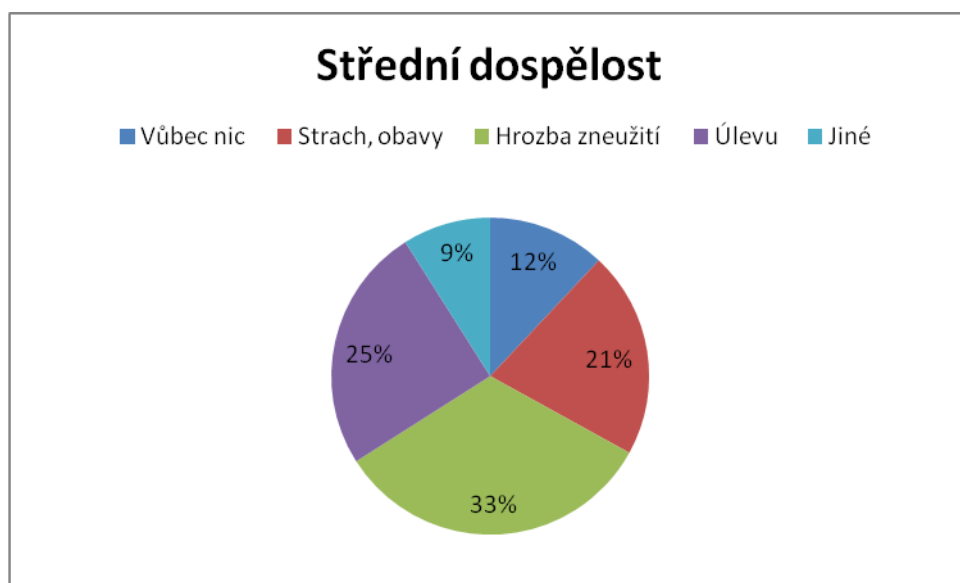
Graf č. 30: Organizace Hnutí pro život propaguje – rané stáří



Stejně jako u střední dospělosti i dotazovaní ve věku raného stáří ne zvolili možnost rozšíření interrupce. Největší část, 27 (tj. 53%) respondentů zaznačilo odpověď nikdy jsem o Hnutí pro život neslyšel/a. 19 (tj. 37%) respondentů správně odpovědělo, že Hnutí pro život propaguje úctu k lidskému životu od početí do přirozené smrti a 5 (tj. 10%) si myslí, že se jedná o možnost vybrat si způsob smrti.

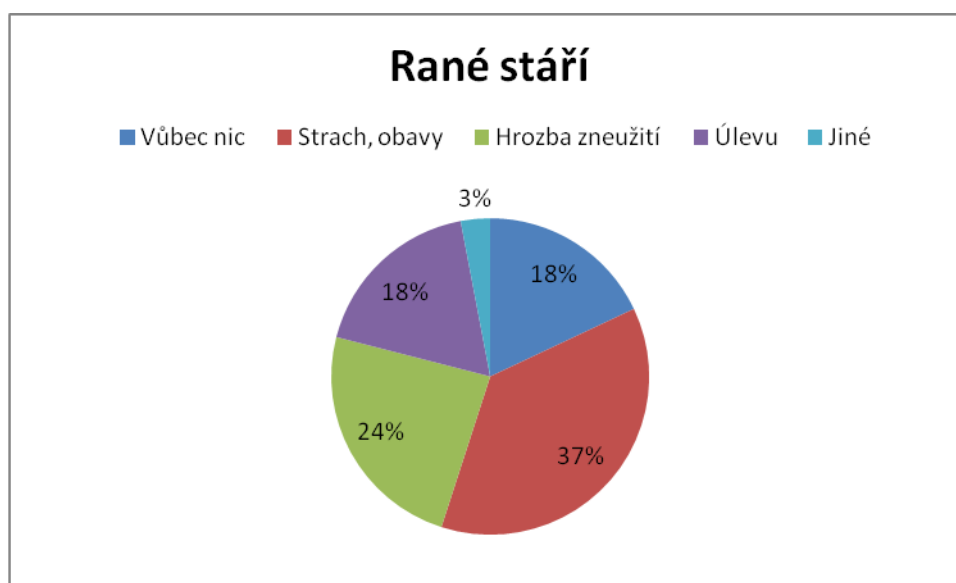
### Položka č. 17: Jaké pocity ve Vás vyvolává slovo eutanazie?

Graf č. 31: Pocity, jež vyvolává slovo eutanazie – střední dospělost



Tato položka je také zaměřena na pocity. 17 (tj.33%) respondentů vidí hrozbu zneužití ve slově eutanazie (jak se již zmínili sami). U 13 (tj. 25%) respondentů vyvolává slovo eutanazie úlevu. Naopak u 11 (tj. 21%) respondentů vyvolává strach, obavy. 6 (tj. 12%) nepocituje vůbec nic při slově eutanazie. Na možnost jiné vypsalo 5 (tj. 9%) respondentů: „hroší kůži, otázky, výmysl dnešní doby, dobrý zákon proti zneužití.“

Graf č. 32: Pocity, jež vyvolává slovo eutanazie – rané stáří



U 19 (tj. 37%) respondentů v raném stáří, eutanazie vyvolává strach, obavy. 12 (tj. 24%) uvedlo, že ve slově eutanazie vidí hrozbu zneužití. 9 (tj. 18%) respondentů pocituje úlevu a u dalších 9 (tj. 18%) respondentů nevyvolává eutanazie nic. 2 (tj. 3%) respondenti napsali: „těžké rozhodnutí, nepřirozené ukončení života.“

**Položka č. 18: Jaký je hlavní rozdíl mezi aktivní eutanazií (dále AE) a pasivní eutanazií (dále PE)?**

Tabulka č. 2: Rozdíl aktivní eutanazie – střední dospělost

<i>Aktivní eutanazie - střední dospělost</i>	AČ	RČ
<b>AE</b> - akt, který vykonává lékař u nevléčitelně nemocného, trpícího bolestmi na jeho vlastní přání	20	38%
<b>AE</b> - asistence lékaře u usmrcování nemocného, který si samotný akt vykonává sám	30	58%
<b>AE</b> - dopomoc k přirozené smrti jakýmkoliv zdravotnickým personálem	0	0%
<b>Nevím</b>	2	4%
<b>Celkem</b>	52	100%

Tato položka byla složitější k vyhodnocení, jelikož respondenti měli na výběr několik možností. Pro lepší orientaci jsme zvolili tabulku. U Tab. č. 2 se zaměřujeme na odpovědi týkající se aktivní eutanazie (dále AE) u střední dospělosti. Správně odpovědělo 20 (tj. 38%) respondentů, tedy AE je akt, který vykonává lékař u nevléčitelně nemocného, trpícího bolestmi na jeho vlastní přání. 30 (tj. 58%) dotazovaných odpovědělo, že se jedná o asistenci lékaře u usmrcování nemocného, který si samotný akt vykonává sám. Takle odpověď je nesprávná, neboť nabízená definice odpovídá pasivní eutanazii. 2 respondenti (tj. 4%) zaznačili neví. Z výsledků vidíme, že většina dotazovaných lidí středního věku neví, co přesně obnáší aktivní eutanazie.

Tabulka č. 3: Rozdíl pasivní eutanazie – střední dospělost

<i>Pasivní eutanazie - střední věk</i>	AČ	RČ
<b>PE</b> - přerušení léčby nebo odepření dalších léčebných postupů, které by nemocného neúměrně zatěžovaly	15	29%
<b>PE</b> - souhlas veřejnosti s eutanazií	4	8%
<b>PE</b> - pacient není již schopen požádat o eutanazii, ale lze předpokládat, že kdyby mohl, tak by souhlasil	8	15%
<b>Nevím</b>	25	48%
<b>Celkem</b>	52	100%

Nejvíce respondentů 25 (tj. 48%) uvedlo, že neví, co znamená pasivní eutanazie (dále PE). 15 (tj. 29%) dotazovaných respondentů středního věku správně odpovědělo, že se jedná o přerušení nebo odepření dalších léčebných postupů, které by nemocného neúměrně zatěžovaly. 4 (tj. 8%) si myslí, že u PE se jedná o souhlas veřejnosti s eutanazií a 8 (tj. 15%) respondentů nesprávně zvolilo, že pacient není již schopen požádat o eutanazii, ale lze předpokládat, že kdyby mohl, tak by souhlasil.

K definování pojmů jsme vycházeli od H. Haškovcové (2007).

Tabulka č. 4: Rozdíl aktivní eutanazie – rané stáří

<i>Aktivní eutanazie – rané stáří</i>	AČ	RČ
<b>AE</b> - akt, který vykonává lékař u nevléčitelně nemocného, trpícího bolestmi na jeho vlastní přání	4	8%
<b>AE</b> - asistence lékaře u usmrcování nemocného, který si samotný akt vykonává sám	6	12%
<b>AE</b> - dopomoc k přirozené smrti jakýmkoliv zdravotnickým personálem	26	51%
<b>Nevím</b>	15	29%
<b>Celkem</b>	51	100%

Jen 4 (tj. 8%) dotazovaní ve věku 60-75let odpovědělo správně, že aktivní eutanazii vykonává lékař u nevyléčitelně nemocného, trpícího bolestmi na jeho vlastní přání. 6 (tj. 12%) respondentů se domnívá, že se jedná o asistenci lékaře u usmrcování nemocného, který si samotný akt vykonává sám. Největší zastoupení měla možnost – dopomoc k přirozené smrti jakýmkoliv zdravotnickým personálem a to 26 (tj. 51%) respondentů. Zbylých 15 (tj. 29%) neví, co znamená aktivní eutanazie.

Tabulka č. 5: Rozdíl pasivní eutanazie – rané stáří

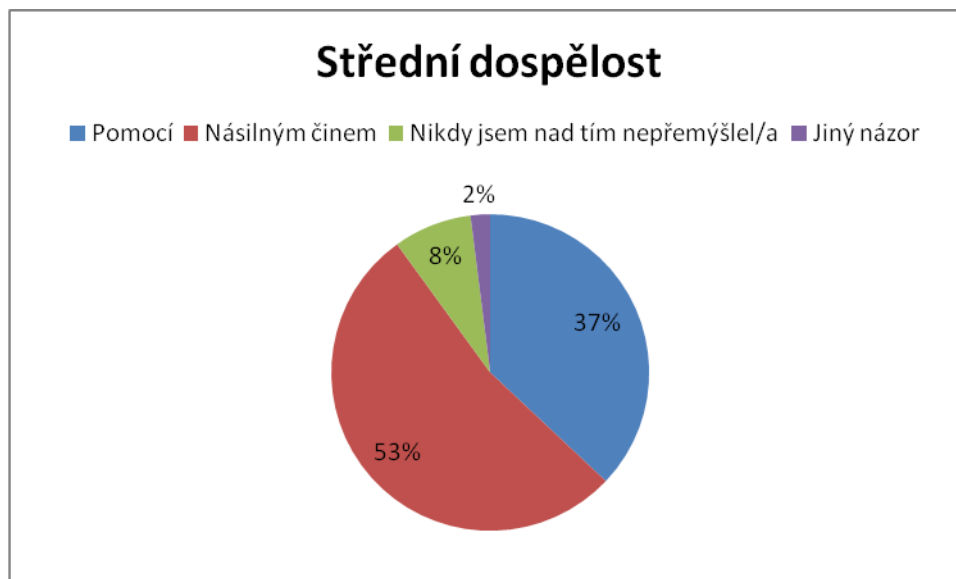
<i>Pasivní eutanazie – rané stáří</i>	AČ	RČ
<b>PE</b> - přerušení léčby nebo odepření dalších léčebných postupů, které by nemocného neúměrně zatěžovaly	1	2%
<b>PE</b> - souhlas veřejnosti s eutanazií	4	8%
<b>PE</b> - pacient není již schopen požádat o eutanazii, ale lze předpokládat, že kdyby mohl, tak by souhlasil	9	18%
<b>Nevím</b>	37	72%
<b>Celkem</b>	51	100%

U pasivní eutanazie jsou poznatky ještě menší. Přičemž z dotazovaných ve věku raného stáří věděl pouze 1 (tj. 2%) respondent, že se jedná o přerušení léčby nebo odepření dalších léčebných postupů, které by nemocného neúměrně zatěžovaly. 4 (tj. 8%) dotazovaní si myslí, že se jedná o souhlas veřejnosti s eutanazií a 9 (tj. 18%) respondentů odpovědělo, že PE se vykonává u pacientů, jež nejsou schopni o ni požádat, ale lze předpokládat, že kdyby mohli, tak by souhlasili. Z výsledků z tabulky vidíme, že nejvíce lidí, což dělá 37 (tj. 72%), v daném období, neví, co znamená pasivní eutanazie.

Když porovnáme výsledky střední dospělosti s raným stářím, vidíme markantní rozdíly ve znalostech v oblasti eutanazie. Dotazovaní ve věku 35-45let mají sice větší povědomí o této problematice než dotazovaní ve věku 60-75 let, avšak výsledky nejsou uspokojivé, neboť znalost by měla být větší. Vždyť se jedná o usmrcení života.

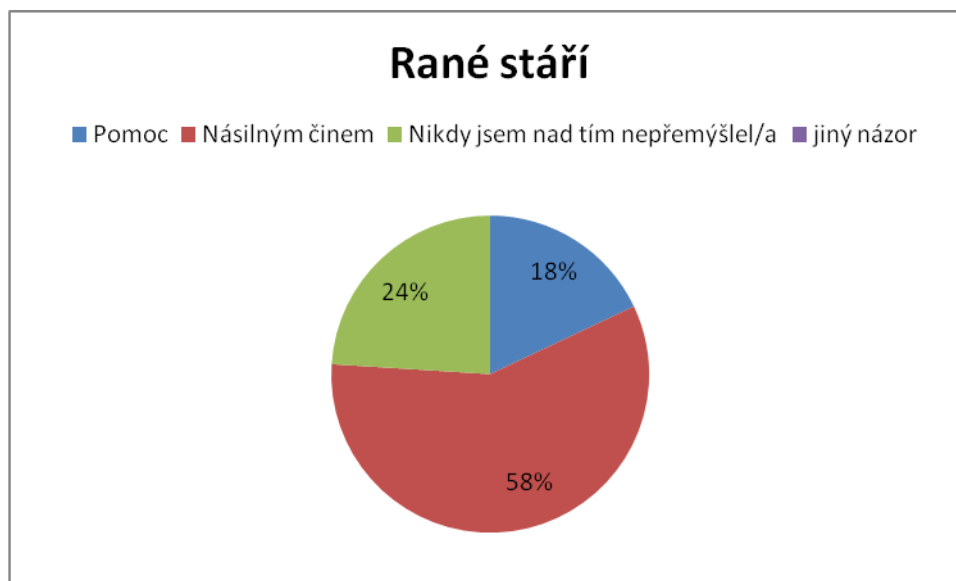
**Položka č. 19: Pojem eutanazie byste spojil/a**

Graf č. 33: Pojem eutanazie byste spojil/a – střední dospělost



Položka navazuje na položku č. 17, kde se ptáme, jaké pocity v lidech vyvolává pojem eutanazie. 28 (tj. 53%) dotazovaných středního věku, si spojuje eutanazii s násilným činem. 19 (tj. 37%) uvedlo pomoc, což se shoduje s odpověďmi u položky č. 17. 4 (tj. 8%) dotazovaní nikdy nad pocity z eutanazie neuvažovalo. A 1 (tj. 2%) uvedl vlastní názor: „dle případu.“

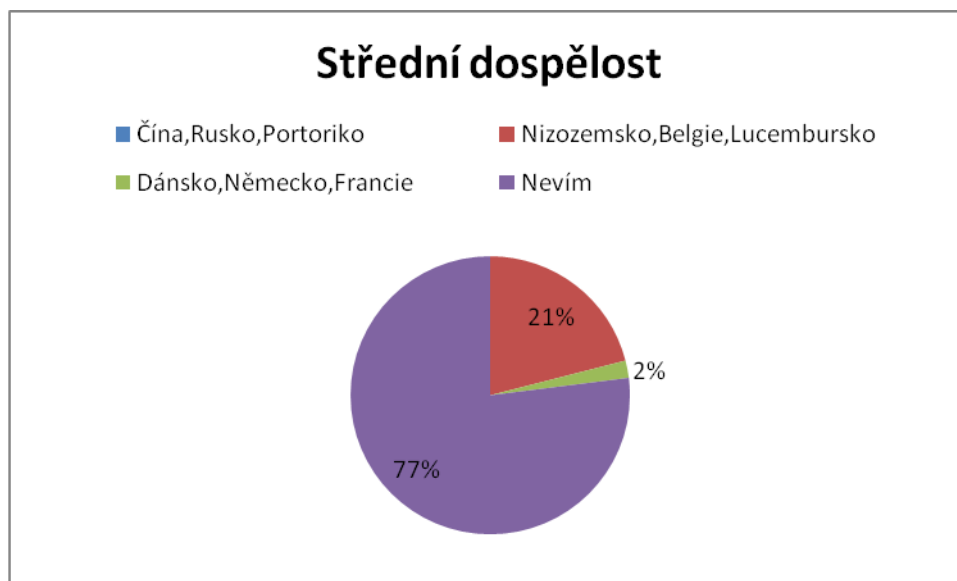
Graf č. 34: Pojem eutanazie byste spojil/a – rané stáří



30 (tj. 58%) dotazovaných raného stáří spojuje eutanazii s násilným činem, což koresponduje i s odpovědí u položky č. 17 a taktéž jsou shodné s odpověďmi střední dospělosti. 12 (tj. 24%) nikdy nepřemýšlelo nad asociací eutanazie a 9 (tj. 18%) spojuje eutanazii s pomocí. Jiný názor nikdo neuvedl.

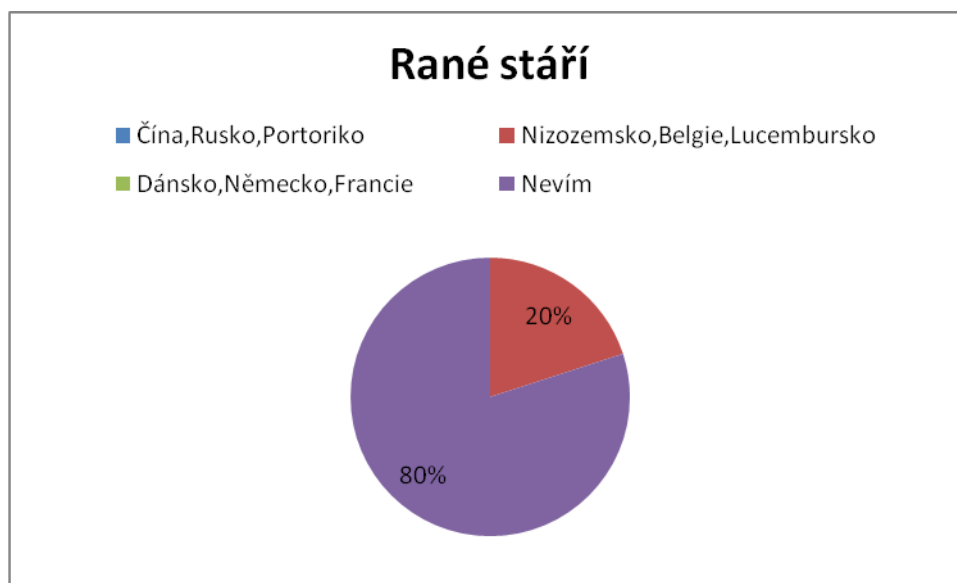
### **Položka č. 20: V kterých zemích je povolena aktivní eutanazie?**

Graf č. 35: Aktivní eutanazie je povolena – střední dospělost



Poslední položkou se informujeme o znalosti povolení aktivní eutanazie. Schválně jsme napsali přímý název eutanazie – aktivní eutanazie. Jak jsme se zmínili v teoretické části, existuje několik možností eutanazie. Domnívali jsme se, že je nejznámější a dle výsledků (viz položka č. 18) si to ověřili. Z grafu vidíme, že pouhých 11 (tj. 21%) respondentů zná země, kde je povolena AE. Jedná se o Nizozemsko, Belgii a Lucembursko. 1 (tj. 2%) odpověděl Dánsko, Německo, Francie, tady sice je povolena eutanazie, avšak ne aktivní, na kterou jsme se dotazovali. Čínu, Rusko a Portoriko neuvedl nikdo, zde není povolen žádný typ eutanazie a 40 (tj. 77%) dotazovaných, tedy většina, neví, v kterých zemích by mohla být povolena aktivní eutanazie.

Graf č. 36: Aktivní eutanazie je povolena – rané stáří



Zde 41 (tj. 80%) respondentů raného stáří si nebylo jisto, v kterých zemích je povolena aktivní eutanazie. Není se čemu divit, neboť dle výsledků položky č. 18 nevěděli, co přesně znamená aktivní eutanazie. 10 (tj. 20%) respondentů správně uvedlo Nizozemsko, Belgie a Lucembursko. Stejně jako u střední dospělosti nikdo nezadal Čínu, Rusko a Portoriko. Taktéž nikdo z respondentů ve věku 60-75 let nezvolil Dánsko, Německo a Francii.

Do dotazníku jsme zvolili na výběr 3 země, ve kterých je povolena aktivní eutanazie.

#### **Položka č. 21: Pohlaví**

Tabulka č. 6: Střední dospělost

35-45 let	AČ	RČ
<b>Žena</b>	29	56%
<b>Muž</b>	23	44%

Tabulka č. 7: Rané stáří

60-75 let	AČ	RČ
<b>Žena</b>	21	41%
<b>Muž</b>	30	59%

Tabulky ukazují zastoupení pohlaví srovnávaných generací.

## 5.2 Ověření stanovených hypotéz

Zvolené hypotézy jsme vypočítali pomocí testu nezávislosti chí-kvadrát.

K ověření hypotézy H1 byla zvolena položka č. 17: Jaké pocity ve Vás vyvolává slovo eutanazie?

**1H<sub>0</sub>**: Emoční složka postojů k uzákonění eutanazie obou srovnávaných generací je stejná.

**1H<sub>A</sub>**: Emoční složka postojů k uzákonění eutanazie obou srovnávaných generací je rozdílná.

Tabulka č. 8: Pocity u slova eutanazie (Test nezávislosti chí-kvadrát)

	Nic	Strach	Hrozbu	Úlevu	Jiné	Σ
35-45 let	6 (7,6)	11 (15,1)	17 (14,6)	13 (11,1)	5 (3,5)	52
60-75 let	9 (7,4)	19 (14,9)	12 (14,5)	9 (10,9)	2 (3,5)	52
	15	30	29	22	7	103

Vypočítaná hodnota testového kritéria je  $\chi^2=5,968$ . Stupně volnosti tabulky  $f=4$ . Při hladině významnosti 0,05 je hodnota testového kritéria pro stupně volnosti  $\chi^2_{0,05}(4) = 9,488$ . Platí  $\chi^2 < \chi^2_{0,05}$  ( $5,968 < 9,488$ ). Z tohoto důvodu přijímáme **nulovou hypotézu**. Můžeme tedy říci, že mezi srovnávanými respondenty, není statisticky významný rozdíl v emoční složce postojů k eutanazii.

Složka citová – u situace či objektu se u jedince projeví emocionální hodnocení, prožitek, jaký tento podnět vyvolá. Může být příjemný i nepříjemný. (Vágnerová, 2004)



K ověření hypotézy H2 byla zvolena položka č. 6: Co je paliativní péče?

**2H<sub>0</sub>:** Kognitivní složka postojů k uzákonění eutanazie obou srovnávaných generací je stejná.

**2H<sub>A</sub>:** Kognitivní složka postojů k uzákonění eutanazie obou srovnávaných generací je rozdílná.

Tabulka č. 9: Znalost pojmu paliativní péče (Test nezávislosti chí-kvadrát)

	Nevím	Péče o umírající	Péče o osoby s handicapem	Σ
35-45 let	19 (23,2)	32 (27,3)	1 (1,5)	52
60-75 let	27 (22,8)	22 (26,7)	2 (1,5)	51
	46	54	3	103

Vypočítaná hodnota testového kritéria je  $\chi^2 = 3,504$ . Stupně volnosti tabulky  $f = 2$ . Při hladině významnosti 0,05 je hodnota testového kritéria pro stupně volnosti  $\chi^2_{0,05}(2) = 5,991$ . Platí  $\chi^2 < \chi^2_{0,05}$  ( $3,504 < 5,991$ ). Z tohoto důvodu přijímáme **nulovou hypotézu**. Lze tedy konstatovat, že v kognitivní složce postojů k uzákonění eutanazie srovnávaných generací není statisticky významný rozdíl. Avšak z tabulky č. 2,3,4,5 můžeme vidět větší neznalost u respondentů raného stáří v pojmech AE a PE.

Termín paliativní péče pochází z latinského pallium (maska, zakrytí pláštěm). Jejím cílem je maskovat účinky „neléčitelné“ choroby a zakrýt pláštěm ty trpící, kterým nelze pomoci kurativní léčbou. (Munzarová a kol., 2008, s. 41) Položkou nás zajímalo, zda společnost zná cestu (možnost) k dobré a důstojné smrti.

K ověření hypotézy H3 byla zvolena položka č. 8: Souhlasili byste s eutanazií u těžce nemocného člověka, který je Vám blízký?

**3H<sub>0</sub>**: Konativní složka postojů k uzákonění eutanazie obou srovnávaných generací je stejná.

**3H<sub>A</sub>**: Konativní složka postojů k uzákonění eutanazie obou srovnávaných generací je rozdílná.

Tabulka č. 10: Souhlas s eutanazií u blízkého nemocného (Test nezávislosti chí-kvadrát)

	Ano	Nevím	Ne	$\Sigma$
35-45 let	11 (8,1)	22 (24,2)	19 (19,7)	52
60-75 let	5 (7,9)	26 (23,8)	20 (19,3)	51
	16	48	39	103

Vypočítaná hodnota testového kritéria je  $\chi^2=2,556$ . Stupně volnosti tabulky  $f=2$ . Při hladině významnosti 0,05 je hodnota testového kritéria pro stupně volnosti  $\chi^2_{0,05}(2) = 5,991$ . Platí  $\chi^2 < \chi^2_{0,05}$  ( $2,556 < 5,991$ ). Z tohoto důvodu přijímáme **nulovou hypotézu**. Konativní složka postojů k uzákonění eutanazie obou srovnávaných generací je stejná.

Složka konativní – vnější projev postoje. Je to tendence jednat určitým způsobem. (Vágnerová, 2004)

Položkou se zajímáme, jak by dotazovaní jednali při rozhodování ve využití eutanazie k blízké osobě.

### 5.3 Interpretace výsledků výzkumu a diskuse

Hlavním cílem bakalářské práce bylo zjistit, zda a jaké jsou rozdíly v postojích u osob středního věku a raného stáří k uzákonění eutanazie v ČR. Dále výzkum zjišťoval, jaké pocity u respondentů vyvolává pojem eutanazie, zda jsou dostatečně informováni o problematice eutanazie a zda by využili eutanazii u nevléčitelně nemocného blízkého.

Dotazníkového šetření se zúčastnilo 103 respondentů, z toho 52 střední dospělosti a 51 respondentů raného stáří ze Zlínského kraje.

Z výsledků bylo zjištěno několik nepatrných rozdílů v postojích mezi danými skupinami. Jelikož u nás zákon nezná pojem eutanazie a jakákoliv činnost vedoucí k eutanazii je trestná, zajímaly nás postoje k této problematice. Většina dotazovaných správně odpověděla, že eutanazie v ČR není uzákoněna, ze střední dospělosti tak uvedlo 43 (tj. 83%) respondentů a z raného stáří 32 (tj. 63%) respondentů a ostatní respondenti z obou srovnávaných generací si nebyli jisti, zda je v naší zemi uzákoněna eutanazie. Dle mého názoru, si trochu pohráváme s PE, určitě by se dalo o tom diskutovat, kde hraničí lékařská pomoc s eutanazií, např. při odpojování od přístrojů? Nikdo neodpověděl, že je v ČR povolena eutanazie, s čímž jsem ani nepočítala. O nedostačujících informacích ohledně eutanazie jsem se mohla přesvědčit již při rozdávání dotazníků, kde se mě osobně některé osoby raného stáří ptaly, co je eutanazie nebo se ujišťovaly tímto termínem, přitom v dotazníku byl hned ve 2. položce pojem jednoduše vysvětlen.

Touto položkou jsme si připravili „půdu“ pro položku č. 11, kde nás zajímal názor pro uzákonění eutanazie v České republice. Zde se vzájemné odpovědi mezi skupinami moc neliší. Se souhlasem uzákonění eutanazie v ČR se vyjádřilo ze střední dospělosti 17 (tj. 33%), z raného stáří souhlasí s legalizací eutanazie u nás 19 (tj. 37%) respondentů. Naopak z legalizací nesouhlasí ze střední dospělosti opět 17 (tj. 33%) dotazovaných, z raného stáří nesouhlasí 12 (tj. 24%). U odpovědi nevím, nejsem si jist/a, jsme zaznamenali, střední dospělost 10 (tj. 19%), rané stáří 10 (tj. 20%). Jen 2 (tj. 3%) respondenti ze střední dospělosti zvolili možnost z části, odpověď zněla: „ano, ale bojím se zneužití, ve výjimečných případech“.

Kromě ČR, nás zajímal názor na ostatní země, kde je povolen jakýkoliv způsob eutanazie. Lidé v dnešní době necestují do zahraničí jen na vysněnou dovolenou. Například Švýcarsko, i když to zní neuvěřitelně, je to země, kam se jezdí za smrtí. V položce č. 10 se ptáme, zda považují respondenti za správné uzákonění eutanazie v jiných státech. Ze střední do-

spělosti souhlasí 22 (tj. 42%) respondentů, nesouhlasí 13 (tj. 25%) a ostatní se nezajímají o dění kolem eutanazie v cizině. 11 (tj. 22%) respondentů raného stáří taktéž souhlasí s uzákoněním eutanazie v jiných státech a 12 (tj. 24%) je proti uzákonění eutanazie v jiných státech, ale myslím si, že těžko něco změní, neboť dle prostudovaných informací, lidé začínají hojně tuto možnost využívat. Vždyť v Belgii je dokonce schválen zákon pro vykonávání eutanazie u nezletilých, samozřejmě se musí splnit určité podmínky.

Když se mluví o usmrcování, určitě to ve většině lidí vyvolává nějaké emoce, pocity. Do dotazníku byla položena otázka ohledně víry, neboť církev k eutanazii zaujímá odmítavý postoj. „Každý je odpovědný za svůj život před Bohem, který mu jej dal. On také zůstává jeho svrchovaným pánem. Život máme přijímat s vděčností a ochraňovat jej k jeho cti a ke spáse svých duší.“ (Katechismus katolické církve, odst. 2280) Přesto jsou státy, kde je povolena možnost využití eutanazie. Z dotazovaných uvedlo 27 (tj. 52%) respondentů střední dospělosti a 34 (tj. 67%) respondentů raného stáří, že jsou věřící (hlásí se k nějakému náboženství). Při vyhodnocování i věřící uvedli, že souhlasí s eutanazií.

Dále nás zajímalo, jaké pocity vyvolává slovo eutanazie. U středního věku nejvíce odpovědi naznačovalo hrozbu zneužití 17 (tj. 33%), dále úlevu 13 (tj. 25%), strach, obavy 11 (tj. 21%) a u 6 (tj. 12%) tázaných nevyvolává vůbec nic, což je trochu děsivé. U možnosti jiné uvedlo 5 (tj. 9%) respondentů středního věku: „hroší kůži, otázky, výmysl dnešní doby, dobrý zákon proti zneužití.“ Odpověď hroší kůže mě zaujala a musím uznat, že je trefná. U raného stáří dostalo nejvíce hlasů strach, obavy 19 (tj. 37%), hrozba zneužití 12 (tj. 24%). Na možnost vůbec nic a úlevu odpovědělo 9 (tj. 18%) respondentů raného stáří a 2 (tj. 3%) dotazovaní napsali vlastními slovy: „těžké rozhodnutí, nepřirozené ukončení života.“ Jako kontrolní otázku jsme položili, s čím by spojili pojem eutanazie. 19 (tj. 37%) respondentů ve věku 35-45 let uvedlo pomoc, 28 (tj. 53%) násilným činem, 4 (tj. 8%) nikdy nad pojmem eutanazie nepřemýšlelo a 1 (tj. 2%) uvedl: „dle případu.“ (Na vysvětlení, v dotazníku byly položeny i položky ohledně vykonání eutanazie na žádost umírajícího, viz položka č. 13, graf 24, 25 a vykonání eutanazie bez souhlasu nemocného, viz položka č. 15, graf 28, 29). U respondentů ve věku 60-75 let uvedlo s převahou 30 (tj. 58%) hlasů, eutanazii jako násilný čin (tady by souhlasily odpovědi u pocitů), 12 (tj. 24%) dotazovaných raného stáří neuvažovalo nad pojmem eutanazie a oproti střední dospělosti pouhých 9 (tj. 18%) osob by pojem eutanazie spojilo s pomocí.

Když se podíváme na položku č. 11 – uzákonění eutanazie v ČR, tak respondenti střední dospělosti uvedli souhlas s legalizací v počtu 17 (tj. 33%), což by mohlo odpovídat vý-

sledkům 19 (tj. 37%), jež spojují eutanazii s pomocí. Naopak dotazovaní ve věku 60 – 75 let uvedli u uzákonění eutanazie v ČR souhlas v počtu 19 (tj. 37%), kdy 9 (tj. 18%) uvedlo eutanazie = pomoc. Ptám se, co ten zbytek? Valná většina, 30 (tj. 58%) tázaných ve věku raného stáří spojuje eutanazii s násilným činem. Z výsledků vzhledem k hlavnímu problému můžeme tedy vyvodit: z respondentů střední dospělosti by 17 (tj. 33%) souhlasilo a 17 (tj. 33%) nesouhlasilo s uzákoněním eutanazie v ČR, zbytek nemá vyhraněný postoj. Jsou zde obavy ze zneužití, 25% cítí úlevu, 37% pomoc. Z respondentů raného stáří by 19 (tj. 37%) souhlasilo s uzákoněním eutanazie v ČR, 12 (tj. 24 %) nesouhlasí s uzákoněním eutanazie, 10 (tj. 20%) respondentů si nejsou jisti uzákoněním a ostatní se zřejmě nezajímají o problematiku eutanazie. Též jako u středního věku i tady se objevuje strach (37%) a hrozba zneužití (24%). Hodně podnětná je publikace Eutanazie – Pro a proti, jejíž hlavní editory jsou Ptáček a Bartůněk. S dalšími autory předkládají odlišné pohledy na eutanazii (př. z pohledu teologie, filozofie, psychologie, etiky).

Co si má člověk představit pod pojmem eutanazie? Většina lidí má zkrácené či nedostačující informace, jak nám výzkum ukázal. 20 (tj. 38%) respondentů střední dospělosti správně odpovědělo, že aktivní eutanazie je akt, který vykonává lékař u nevléčitelně nemocného, trpícího bolestmi na jeho vlastní přání. Zbýlých 30 osob ve věku 35-45 let odpovědělo špatně a 2 (tj. 4%) respondenti zvolili možnost nevím. Pouhých 15 (tj. 29%) osob správně odpovědělo, že pasivní eutanazii se myslí přerušování léčby nebo odeření dalších léčebných postupů, které by nemocného neúměrně zatěžovaly. Teorii jsme si převzali od Heleny Haškovcové (2007, s. 120).

Výsledky u raného stáří jsou velmi neuspokojivé, jen 4 (tj. 8%) z dotazovaných odpověděli správně, co znamená aktivní eutanazie. Zajímavý výsledek se objevil u možnosti dopomoci k přirozené smrti jakýmkoliv zdravotnickým personálem, až 26 (tj. 51%) respondentů raného stáří zvolilo tuto odpověď. U pasivní eutanazie jsou znalosti nejslabší, pouze 1 (tj. 2%) respondent raného stáří odpověděl správně.

Odpovědi souhlasí s položkou č. 14, kde se ptáme na obeznámení s problematikou eutanazie. Kde střední dospělost uvedla celkem ano a spíše ano v počtu 18 (tj. 34%) hlasů a možnost ne, spíše ne uvedlo 34 (tj. 66%) tázaných. Respondenti raného stáří uvedli možnost ano, spíše ano v 7 (tj. 14%) dotaznicích, ne a spíše ne celkem zaznamenalo 44 (tj. 86%) dotazovaných.

Na položku č. 6 co je paliativní péče, jenž se často zmiňuje vedle eutanazie, ze střední dospělosti odpovědělo neví 19 (tj. 37%), správnou odpověď zadalo 32 (tj. 62%). Paliativní medicína pečuje o umírající. Osoby raného stáří většinou nevěděli, co paliativní péče znamená 27 (tj. 23%), 22 (tj. 43%) uvedlo správnou odpověď, což mě překvapilo, očekávala jsem ještě nižší znalost. K paliativní péči jsme ještě přidali položku č. 12 – k jakému účelu jsou určeny zařízení typu hospic, kde měli dotazovaní buďto vypsat vlastními slovy. Při vypisování vlastními slovy (viz graf 22, 23), byla správně pouze polovina odpovědí. Takže výsledkem je, že většina dotazovaných v daném věkovém rozmezí, neví, k čemu slouží hospic. Na poslední informativní položku v dotazníku, kde měli dotazovaní vybrat země, v nichž je povolena aktivní eutanazie, ze střední dospělosti správně uvedlo 11 (tj. 21%): Nizozemsko, Belgie, Lucembursko. Dánsko, Německo, Francii uvedl 1 (tj. 2%) respondent (zde je sice povolena eutanazie, ale ne aktivní). Čínu, Rusko, Portoriko neuvedl žádný respondent a zbylých 40 (tj. 77%) dotazovaných neznalo země, kde je povolena AE.

U raného stáří vybralo 10 (tj. 20%) respondentů správné země s povolením provádět AE a zbylých 41 (tj. 80%) nevědělo, v kterých státech je AE legalizována. Celkově u informativních otázek většina dotazujících „tápala,“ výsledky nejsou mezi věkovými skupinami markantně rozdílné.

V položce č. 2 nás zajímalo, zda by respondenti využili eutanazii ve vztahu k sobě, kdyby měli takovou možnost. Tuto možnost by využilo 21 (tj. 40%) dotazovaných ze střední dospělosti a 22 (tj. 43%) z raného stáří (jak můžeme vidět, nejsou velké rozdíly). Ne, odpovědělo 11 (tj. 21%) ze střední dospělosti a 5 (tj. 10%) z raného stáří. Hojný zástup odpovědí měla možnost neví 39% střední dospělost, 47% rané stáří).

Mezi další konativní položky jsme zařadili, zda by měl mít člověk právo na rozhodování o své smrti. Z období střední dospělosti odpovědělo ano 20 (tj. 39%), ne 10 (tj. 19%) a neví 22 (tj. 42%). Odpovědi se liší o 1 hlas s položkou č. 2, kde se ptáme na eutanazii ke vztahu k sobě. Lidé v období raného stáří, kteří souhlasí s možností rozhodovat o své smrti uvedlo 22 (tj. 43%), nesouhlasí 5 (tj. 10%) a 24 (tj. 47%) neví. Odpovědi jsou totožné s položkou č. 2. Dále nás zajímalo, zda by souhlasili s eutanazií u těžce nemocného blízkého. Odpovědi střední dospělosti – ano 11 (tj. 21%), neví 22 (tj. 42%), ne 19 (tj. 37%). U raného stáří převažuje nejistota, zda souhlasit s eutanazií u nemocného blízkého 26 (tj. 51%), ne uvedlo 20 (tj. 39%) a jen 5 (tj. 10%) by souhlasilo s eutanazií u blízké osoby. Zde vidíme rozdíly, u střední dospělosti je více kladných odpovědí, ale přesto spíše

uváděli nevím, nejistotu. U raného stáří si můžeme odvodit, že by nejspíše (nejsou si jisti) nevyužili možnost eutanazie k blízkým.

Pokud se nemocnému dostává správné a všestranné péče, o urychlení smrti zpravidla ne požádá. Výjimku tvoří duševně nemocní, ale to musí posoudit psychiatr. Vysloví-li nemocný přání skoncovat co nejrychleji se životem, mělo by to pro nás být výzvou ke zpytování svědomí. (Svatošová, 2011, s. 31)

## 5.4 Doporučení pro praxi

Konečným výsledkem bakalářské práce jsme zjistili, že by bylo potřeba seznámit danou věkovou skupinu, již jsme se zabývali, o problematice eutanazie, neboť výsledky nejsou uspokojivé. Většina z nich zodpovídala špatně na dané položky v dotazníku nebo se vyjadřovala nevím. Jak se potom mohou rozhodovat, zda jsou pro či proti eutanazii, když nemají dostatek informací? Domnívám se, že by měla být snaha sociálních pracovníků, respektive pedagogů, vhodně edukovat veřejnost. Úkolem pedagoga není získávat lidi pro sebe, ale získat mladé lidi pro mravní řád, vzdělávat je tak, aby čestně a poctivě pracovali pro dobro společnosti. Aby uměli jednat správně, i když je to těžké.

Myslím, že by měla probíhat zmínka o eutanazii již od vzdělávání (SŠ, VOŠ, VŠ), dále odborníky (nejen z řad sociálních pracovníků) organizovat různé přednášky, besedy, které jsou v této době hojně zastoupeny, aby potom nedocházelo k mylným představám. Např. ve výzkumu dotazování netuší, čím se zabývá paliativní péče, kdyby byli dostatečně obeznámeni, možná by bylo ještě méně pro eutanazii, ale to jsou už jen mé domněnky.

Sociální pracovník, jak se píše v etickém kodexu, má respektovat jedinečnost každého člověka bez ohledu na jeho původ, etnickou příslušnost, rasu, či barvu pleti, mateřský jazyk, věk, zdravotní stav, sexuální orientaci, ekonomickou situaci, náboženské a politické přesvědčení a bez ohledu na to, jak se podílí na životě celé společnosti. (Sociální revue, ©2016)

Určitě bych doporučovala vzdělávat nejen širokou veřejnost. Začala bych u samotných sociálních pracovníků (pedagogů), kteří mají možnost ovlivnit chod ČR.

## ZÁVĚR

Bakalářská práce, která je rozdělena na dvě části (teoretickou a praktickou), se zabývá postoji k eutanazii a umírání z pohledu raného stáří a středního věku, a to především z pohledu sociálního pracovníka, neboť dle etického kodexu sociálních pracovníků ČR, má zasahovat o zlepšení sociálních podmínek a sociální spravedlnosti tím, že pracovník podněcuje změny v zákonech, politice státu i v mezinárodní politice.

Umíráním se zabývá lidstvo od nepaměti. Na smrt se nelze dívat jako na nějakou provozní nehodu. Jako na něco, co by mělo běžet a najednou selhalo, už se to netočí. Je to ale naopak něco, k čemu rosteme, k čemu máme dozrávat. Kráčet a růst ke smrti znamená dozrát.

Mnoho lidí slyšelo slovo eutanazie, ale neví přesně, co takové krátké slovo obsahuje. Mnoho dalších to tuší, ale nechtějí vědět více, protože mají všelijaké obavy a předsudky. Mnoho lidí to ví přesně, ale dělá jako by to slovo neexistovalo. A pak jsou lidé, kteří by nejraději toto slovo vymazali ze slovníku.

Každý má právo na vlastní názor, ale také má právo na solidní informace. A ty podle mého mínění právě lidem, kteří by hlasovali pro eutanazii, velmi často chybí, jak můžeme zjistit z našeho dotazníkového šetření.

Teoretická část je zaměřena na vymezení věkové kategorie a pojmu postoj, dále se věnujeme smrti a umírání jak z historického, tak i dnešního pohledu. Seznamujeme se s problematikou eutanazie, paliativní péči a zmiňujeme zařízení hospic a organizaci Hnutí pro život, která propaguje ochranu života od početí do přirozené smrti.

Hlavním cílem praktické části bylo zjistit, zda a jaké jsou rozdíly v postojích u osob středního věku a raného stáří k uzákonění eutanazie v ČR. Díky výzkumu a analýze jednotlivých dat z dotazníkového šetření, nám byly poskytnuty odpovědi na náš hlavní cíl a ostatní dílčí cíle, které se týkaly citových, kognitivních a konativních složek. Na základě vyhodnocení doporučujeme větší osvětu této problematiky, neboť jsme zjistili, že informace jsou nedostačující.



**SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY**

1. BAKOŠOVÁ, Zlatica, 2011. *Teórie sociálnej pedagogiky:edukačné, socialne a kominukačné aspekty*. Bratislava: Slovenská pedagogická spoločnosť Slovenskej akademie vied. ISBN 978-80-970675-02-2.
2. DOUGLAS,J. Davides, 2007. *Stručné dějiny smrti*. Praha: Volvox globator. ISBN 80-7207-628-4.
3. FUNK, Karel, 2014. *Provázením stářím a umíráním aneb o prolínání obou světů*. Praha: Malvern. ISBN 978-80-87580-70-7.
4. GAVORA, Petr, 2010. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido. ISBN 978-80-7315-185-0.
5. HALIFAXOVÁ, Joan, 2015. *Bytí v umírání*. Praha: Maietra. ISBN 978-80-7500-
6. HATOKOVÁ, Marie a kol., 2013. *Sprevádzanie chorých a zomierajúcich. Dobrocolníctvo v nemocnicích u paliatívnych zariadeniach*. Košice: Equilibria. ISBN 978-80-8143-125-8.
7. HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2007. *THANATOLOGIE. Nauka o umírání a smrti*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-471-3.
8. HEWSTONE, Miles a Wolfgang STROEBE, 2006. *Sociální psychologie*. Praha:Portál. ISBN 80-7367-092-5.
9. CHAUSSOY, Frédéric, 2004. *Nejsem vrah*. Frýdek-Mýstek: Alpress. ISBN 80-7362-154-1.
10. CHRÁSKA, Miroslav, 2007. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-1369-4.
11. KOŘENEK, Josef, 2002. *Lékařská etika*. Praha: TRITON. ISBN 80-7254-235-4.
12. KUPKA, Martin, 2014. *Psychosociální aspekty paliativní péče*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4650-0.
13. LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ, 2006. *Vývojová psychologie*. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-1284-9.
14. MALÍKOVÁ, Eva, 2011. *Péče o seniory v pobytových zařízeních*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3148-3.

15. MATOUŠEK, Oldřich, 2005. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál. ISBN 80-7367-002-X.
16. MUNZAROVÁ, Marta, 2005. *Eutanazie, nebo paliativní péče?* Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-1025-0.
17. MUNZAROVÁ, Marta a kol. 2008. *Proč NE eutanazii aneb Být, či nebýt?* Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství. ISBN 978-80-7195-258-9.
18. NAKONEČNÝ, Milan, 2005. *Sociální psychologie organizace*. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-0577-X.
19. OHLER, Norbert, 2001. *Umírání a smrt ve středověku*. Jinočany: H&H. ISBN 80-86022-69-2.
20. PECK, M. Scott, 2001. *ODMÍTNUTÍ DUŠE. Duchovní a lidské perspektivy eutanazie a umírání*. Praha: PRAGMA. ISBN 80-7205-757-X.
21. PRŮCHA, Jan, 2006. *Multikulturní výchova. Příručka ( nejen ) pro učitele*. Praha: Triton. ISBN 80-7254-866-2.
22. PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK, 2012. *Eutanazie – pro a proti*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-247-4659-3.
23. SKŘIVANOVÁ-BOŠKOVÁ, Vladimíra, 2012. *Eutanazie nebo „komfort pro pacienty“?* Praha: 1. Vyd. ISBN 978-80-260-2989-2.
24. SVATOŠOVÁ, Marie, 2011. *Hospice a umění doprovázet*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství. ISBN 978-80-7195-580-1.
25. ŠNĚDAR, Libor, 2008. *Základy zdravotnického práva*. Praha: LexisNexis. ISBN 978-80-86920-21-4.
26. THOROVÁ, Kateřina, 2015. *Vývojová psychologie*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0714-6.
27. VÁGNEROVÁ, Marie, 2000. *Vývojová psychologie: dětství, dospělost, stáří*. Praha: Portál. ISBN 978-80-246-1318-5.
28. VÁGNEROVÁ, Marie, 2004. *Základy psychologie*. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-0841-3.

29. VÁVROVÁ, Soňa, 2012. *Doprovázení v pomáhajících profesích*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0087-1.

### Internetové zdroje:

1. Belgie jako první země posvětila neomezenou dětskou eutanazii, 2014. *Česká televize* [online]. [cit. 2016-01-16]. Dostupné z: <http://www.ceskatelevize.cz/ct24/svet/1048464-belgie-jako-prvni-zeme-posvetila-neomezenou-detskou-eutanazii>
2. ČESKO. Zákon č. 372 ze dne 6. listopadu 2011 o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. *Zákony pro lidi.cz* [online]. postavení pacienta a jiných osob v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb, hlava I., část čtvrtá [cit. 2016-03-31]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372#cast4>
3. Death with Dignity Acts, ©2016. [cit. 2016-3-16]. Dostupné z: <https://www.deathwithdignity.org/states/washington/>
4. DOLEŽAL, Adam, 2014. Euthanasie ještě jednou-tentokrát z právního hlediska. *Zdravotnické právo a bioetika* [online]. [cit. 2016-2-15]. Dostupné z: <http://zdravotnickepravo.info/euthanasie-jeste-jednou-tentokrat-z-pravniho-hlediska/>
5. Doporučení představenstva ČLK, 1/2010. *Česká lékařská komora* [online]. k postupu při rozhodování o změně léčby intenzivní na léčbu paliativní u pacientů v terminálním stavu, kteří nejsou schopni vyjádřit svou vůli [cit. 2016-03-31]. Dostupné z: [www.lkcr.cz/.../01\\_doporuceni\\_postupu\\_pri\\_rozhodovani\\_zmene\\_lecby-92314.pdf](http://www.lkcr.cz/.../01_doporuceni_postupu_pri_rozhodovani_zmene_lecby-92314.pdf)
6. Hnutí pro život ©2015. [cit. 2015-11-15]. Dostupné z: <http://hnutiprozivot.cz/?a=11&id=9>.
7. Hospicová péče v ČR – adresář, 2010. *Hospic sv. Zdislavy* [online]. [cit. 2016-01-16]. Dostupné z: <http://www.hospiczdislavy.cz/hospicova-pece-v-ceske-republice-adresar/>
8. Listina základních práv a svobod, 1993. *Poslanecká sněmovna parlamentu České republiky* [online]. Ústavní zákon č. 2/1993 Sb. ve znění ústavního zákona č.

- 162/1998 Sb. [cit. 2016-03-31]. Dostupné z: <http://www.psp.cz/docs/laws/listina.html>
9. Oregon Revised Statute ©2015. In: *Oregon.gov* [online]. [cit. 2015-11-16]. Dostupné z: <http://public.health.oregon.gov/ProviderPartnerResources/EvaluationResearch/Deat hwithDignityAct/Pages/ors.aspx>
10. Sjezd delegátů České lékařské komory, 1991. *Česká lékařská komora* [online]. zák. č. 220 / 1991 Sb., o České lékařské komoře, České stomatologické komoře a České lékárnické komoře [cit. 2016-03-31]. Dostupné z: [ik-cr.cz/doc/cms\\_library/s4-k-21112011-100333.pdf](http://ik-cr.cz/doc/cms_library/s4-k-21112011-100333.pdf)
11. Sterbehilfe - Rechtslage in Deutschland, 2016. In: *Lebensschutz in Rheinland-Pfalz* [online]. [cit. 2016-02-16]. Dostupné z: [http://www.cdl-rlp.de/Unsere\\_Arbeit/Sterbehilfe/Rechtslage-Deutschland.html](http://www.cdl-rlp.de/Unsere_Arbeit/Sterbehilfe/Rechtslage-Deutschland.html)
12. Ve Švýcarsku narůstá počet cizinců, kteří chtějí podstoupit eutanazii, 2014. *Zet.cz* [online]. [cit. 2016-01-16]. Dostupné z: <http://www.zet.cz/tema/ve-svycarsku-narusta-pocet-cizincu-kteri-chteji-podstoupit-eutanazii-2929>
13. Věc eutanazie. Za smrtí se jezdí do Švýcarska, 2014. *TÝDEN.cz* [online]. [cit. 2016-01-16]. Dostupné z: [http://www.tyden.cz/rubriky/zdravi/vec-eutanazie-za-smrti-se-jezdi-do-svycarska\\_301856.html](http://www.tyden.cz/rubriky/zdravi/vec-eutanazie-za-smrti-se-jezdi-do-svycarska_301856.html)
14. VLK, Miloslav, 2005. Prohlášení k eutanazii a doprovázení umírajících. *Kardinal.cz* [online]. [cit. 2016-02-15]. Dostupné z: <http://kardinal.cz/index.php?cmd=article&articleID=34>
15. Země, ve kterých je povolena eutanazie, 2014. *Doktorka.cz* [online]. [cit. 2016-02-15]. Dostupné z: <http://cestovani.doktorka.cz/zeme-ve-kterych-je-legalni-eutanazie/>

**SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK**

AČ	Absolutní četnost
AE	Aktivní eutanazie
AIDS	Syndrom získaného selhání imunity
č.	číslo
ČLK	Česká lékařská komora
ČR	Česká republika
dle	podle
DNR	don't resuscitate (neresuscitovat)
LDN	léčebna dlouhodobě nemocných
PE	pasivní eutanazie
poč.	počátek
př.	například
př. Kr.	před Kristem
RČ	relativní četnost
TV	televize
tj.	to je
tzn.	to znamená
sv.	svatý, svatého, svaté
USA	Spojené státy americké
WHO	Světová zdravotnická organizace
WMA	Světová lékařská asociace

**SEZNAM GRAFŮ**

Graf č. 1: Využití eutanazie ve vztahu k sobě – střední věk .....	48
Graf č. 2: Využití eutanazie ve vztahu k sobě – rané stáří .....	48
Graf č. 3: Vyznání víry – střední věk.....	49
Graf č. 4: Vyznání víry – rané stáří .....	49
Graf č. 5: Postoj společnosti na umírající pacienty dle respondentů – střední věk .....	50
Graf č. 6: Postoj společnosti na umírající pacienty dle respondentů – rané stáří .....	50
Graf č. 7: Doprovázení umírajícího člověka – střední věk .....	51
Graf č. 8: Doprovázení umírajícího člověka – rané stáří .....	51
Graf č. 9: Paliativní péče – střední věk .....	52
Graf č. 10: Paliativní péče – rané stáří .....	52
Graf č. 11: Právo rozhodovat o své smrti – střední věk .....	53
Graf č. 12: Právo rozhodovat o své smrti – rané stáří .....	53
Graf č. 13: Souhlas s eutanazií u těžce nemocného blízkého – střední dospělost .....	54
Graf č. 14: Souhlas s eutanazií u těžce nemocného blízkého – rané stáří .....	54
Graf č. 15: Uzákonění eutanazie v ČR – střední dospělost .....	55
Graf č. 16: Uzákonění eutanazie v ČR – rané stáří .....	55
Graf č. 17: Postoj k uzákonění eutanazie v jiných státech – střední dospělost .....	56
Graf č. 18: Postoj k uzákonění eutanazie v jiných státech – rané stáří .....	57
Graf č. 19: Uzákonění eutanazie u nás – střední dospělost .....	57
Graf č. 20: Uzákonění eutanazie u nás – rané stáří .....	58
Graf č. 21: Účel hospiců – střední dospělost .....	59
Graf č. 22: Účel hospiců – rané stáří .....	59
Graf č. 23: Eutanazie vykonána na žádost umírajícího – střední dospělost .....	60
Graf č. 24: Eutanazie vykonána na žádost umírajícího- rané stáří .....	61
Graf č. 25: Obeznamenost s problematikou eutanazie – střední dospělost .....	61

---

Graf č. 26: Obeznamenost s problematikou eutanazie – rané stáří .....	61
Graf č. 27: Vykonaná eutanazie bez souhlasu nemocného – střední dospělost .....	63
Graf č. 28: Vykonaná eutanazie bez souhlasu nemocného – rané stáří .....	63
Graf č. 29: Organizace Hnutí pro život propaguje – střední dospělost .....	64
Graf č. 30: Organizace Hnutí pro život propaguje – rané stáří .....	65
Graf č. 31: Pocity, jenž vyvolává slovo eutanazie – střední dospělost .....	65
Graf č. 32: Pocity, jenž vyvolává slovo eutanazie – rané stáří .....	66
Graf č. 33: Pojem eutanazie byste spojil/a – střední dospělost .....	69
Graf č. 34: Pojem eutanazie byste spojil/a – rané stáří .....	69
Graf č. 35: Aktivní eutanazie je povolena – střední dospělost .....	70
Graf č. 36: Aktivní eutanazie je povolena – rané stáří .....	71

**SEZNAM TABULEK**

Tabulka č. 1: Věk .....	47
Tabulka č. 2: Rozdíl aktivní eutanazie – střední dospělost .....	66
Tabulka č. 3: Rozdíl pasivní eutanazie – střední dospělost .....	67
Tabulka č. 4: Rozdíl aktivní eutanazie – rané stáří .....	67
Tabulka č. 5: Rozdíl pasivní eutanazie – rané stáří .....	68
Tabulka č. 6: Střední dospělost.....	71
Tabulka č. 7: Střední dospělost.....	71
Tabulka č. 8: Pocity u slova eutanazie (Test nezávislosti chí-kvadrát).....	72
Tabulka č. 9: Znalost pojmu paliativní péče (Test nezávislosti chí-kvadrát).....	73
Tabulka č. 10: Souhlas s eutanazií u blízkého nemocného (Test nezávislosti chí-kvadrát).....	74



## SEZNAM PŘÍLOH

P I: Adresář poskytovatelů hospicové paliativní péče

P II: České mýty o hospicích

P III: Charta umírajících

P IV: WHO konstatuje, že paliativní péče

P V: Nizozemí

P VI: Švýcarsko

P VII: Belgie, Lucembursko

P VIII: Německo

P IX: Oregon, Washington, Vermont

P X: Nedostatky v ČR oproti zahraničí

P XI: Hippokratova přísaha

P XII: Nejsem vrah

P XIII: Dotazník

## **PŘÍLOHA P I: ADRESÁŘ POSKYTOVATELŮ HOSPICOVÉ PALIATIVNÍ PÉČE**

Vysvětlivky: L = lůžkový hospic

M = mobilní (domácí hospic)

Logo APHPP = organizace je členem APHPP a splňuje Standardy hospicové paliativní péče.

### *Hl. město Praha*

Hospic Štrasburk – L,M ( Praha 8 – Bohnice)

### *Středočeský kraj*

Hospic Dobrého Pastýře, obč. sdružení TŘI – L,M ( Čerčany )

Nadační fond Klíček – L,M ( Podpora vážně nemocných dětí a jejich rodin, Uhlířské Janovice )

### *Jihočeský kraj*

Hospic sv. Jana N. Neumanna – L ( Prachatice)

### *Plzeňský kraj*

Hospic sv. Lazara – L ( Plzeň )

### *Karlovarský kraj*

LDN Nejdek – lůžkové oddělení pro následnou paliativní a rehabilitační péči – L (Nejdek)

### *Ústecký kraj*

Hospic sv. Štěpána – L,M ( Litoměřice )

Hospic v Mostě – L,M ( Most )

### *Liberecký kraj*

Hospicová péče sv. Zdislavy – M ( Liberec )

### *Královéhradecký kraj*

Hospic Anežky České – L,M ( Červený Kostelec )

Hospicové občanské sdružení Duha – M (Centrum domácí hospicové péče, Hořice)

*Pardubický kraj*

Hospic Chrudim – L,M ( Chrudim IV )

*Vysočina*

Hospicové hnutí – Vysočina – M ( Nové Město na Moravě )

Sdílení o.s. – M ( Telč )

*Jihomoravský kraj*

Hospic sv. Alžběty – L,M ( Brno )

Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa – L,M ( Rajhrad )

Domácí hospic David, Charita Kyjov – M

*Olomoucký kraj*

Hospic na Svatém Kopečku – L ( Olomouc )

*Zlínský kraj*

Hospic Citadela – Diakonie CCE – L,M ( Valašské Meziříčí )

Domácí hospic – Obl. Charita Uh. Hradiště – M

Hospic Hvězda, Obč. sdružení Hvězda – L ( Zlín - Malenovice )

*Moravskoslezský kraj*

Hospic sv. Lukáše – L ( Ostrava – Výškovice )

CHOS a Mobilní hospicová jednotka – M ( Ostrava – Výškovice )

Mobilní hospic Ondrášek – M ( Ostrava – Dubina )

Mobilní hospicová jednotka Pokojný přístav – M ( Opava )

(Hospicová péče v ČR – adresář, 2010)

## **PŘÍLOHA P II: ČESKÉ MÝTY O HOSPICÍCH**

*Hospic je dům smrti.*

Přestože zde nemocný s vysokou pravděpodobností zemře, je třeba uvedený názor korigovat, neboť devaluje ušlechtilé cíle i praktický přístup k trpícím.

*Hospic se hodí pro všechny umírající.*

Indikace pro přijetí se zakládá na: postupující chorobě, jenž ohrožuje pacienta na životě, nemocný toho času nepotřebuje nemocnici (nemá mu už co nabídnout), nemocný potřebuje paliativní péči a nestačí nebo není možná domácí péče. Hospic poskytuje péči a služby především onkologicky nemocným a nemocným v rozvinutém stadiu AIDS. Přijetí ostatních pacientů je možné, ale není typické.

*Hospic je luxusní léčebna pro dlouhodobě nemocné*

Záměna hospiců s jiným zařízením je běžná, ale věcně nesprávná. Někteří staří nemocní nejsou schopni poskytnout informovaný souhlas, který je důležitý. Nesplňují ani limitovanou dobu života. Vzhledem k potřebám je pro ně vhodný tzv. ošetrovatelský ústav. Však samotný věk není kontraindikací k přijetí do aktivního hospicového procesu.

*Hospic je jen pro věřící*

Je pravda, že církve jsou nezřídka zakladateli či částečnými provozovateli hospiců. To zřejmě vede k závěrům, že do hospice patří jen věřící. Rozhodná kritéria jsou daná a nikdo nemůže být vyloučen pro svou nevíru. Jisté je, že v každém hospici je pěstován duchovní rozměr péče, který není nikomu nucen.

*Hospicové hnutí je u nás v plenkách, na Západě je rozvinuté*

V některých státech mají opravdu značné praktické zkušenosti s hospicovým programem (př. Anglie, Rakousko). Česká republika na tom není ve srovnání s jinými zeměmi výrazně špatně, ale určitě je třeba zlepšit osvětu, a to v odborné i laické rovině. (Haškovcová, 2007, s. 76-78)

## **PŘÍLOHA P III: CHARTA UMÍRAJÍCÍCH**

- Mám právo na to, aby se se mnou až do smrti zacházelo jako s lidskou bytostí.
- Mám právo na naději, a nezáleží na tom, že se mění moje životní perspektiva.
- Mám právo vyjádřit své pocity a emoce týkající se blízké smrti.
- Mám právo podílet se na rozhodnutích týkajících se péče o mě.
- Mám právo na stálou zdravotnickou péči, přestože se cíl „uzdravení“ mé nemoci mění na „zachování pohodlí a kvality života.“
- Mám právo zemřít neopuštěn.
- Mám právo být ušetřen bolesti.
- Mám právo na poctivé odpovědi na své otázky.
- Mám právo nebýt klamán.
- Mám právo na pomoc rodiny a na pomoc pro rodinu v souvislosti s přijetím mé smrti.
- Mám právo zemřít v klidu a důstojně.
- Mám právo uchovat si svou individualitu a mám právo na laskavé pochopení svých rozhodnutí a názorů.
- Mám právo být ošetřován pozornými, citlivými a zkušenými lidmi, kteří se pokusí porozumět mým potřebám a kteří budou prožívat zadostiučinění z toho, že mi budou pomáhat v tvář smrti. ( Haškovcová, 2007, s. 42 – 43)

## **PŘÍLOHA P IV: WHO KONSTATUJE, ŽE PALIATIVNÍ PÉČE:**

- poskytuje úlevu od bolesti a jiných forem utrpení,
- přisvědčuje životu a chápe umírání jako přirozený proces,
- neusiluje ani o urychlení, ani o nepřiměřené zadržování smrti,
- integruje psychologické a spirituální aspekty péče o pacienty,
- nabízí systematickou podporu pacientům, která jim dovoluje žít přiměřeně aktivní život až do smrti,
- nabízí systematickou podporu rodinám nemocných, která jim umožňuje vyrovnat se s pacientovým onemocněním i s vlastním zármutkem,
- pěstuje týmový přístup, který umožňuje účinně reagovat na potřeby pacientů a jejich rodin, včetně konzultací v době zármutku, jsou-li zapotřebí,
- podporuje kvalitu života a může pozitivně ovlivňovat průběh onemocnění,
- je použitelná i v časně fázi onemocnění současně s jinými způsoby léčení, které jsou určeny k prodloužení života, jako je chemoterapie či radioterapie, a zahrnuje všechna vyšetření nezbytná k lepšímu pochopení a ovlivňování závažných klinických komplikací způsobujících utrpení. ( Haškovcová, 2007, s. 38 )

## PŘÍLOHA P V: NIZOZEMÍ

Prvním státem, který legalizoval eutanazii, bylo Nizozemí. Je nutno dodat, že předtím, než vešel tento zákon v platnost, Nizozemí vykonávalo řadu postupných změn. Vláda mimo jiné zajistila také rozsáhlé šetření zkušeností lékařů, zdravotníků, pacientů a dalších aktérů. Ukázalo se, že eutanazie i asistovaná sebevražda se vyskytují v praxi, a to ne ojediněle.

Zlomovým případem, který ovlivnil soudní rozhodnutí a rozšířil debatu o možnosti euthanasie, byl případ nizozemské lékařky Geertruidy Postma. Tato žena podala smrtelnou dávku léků své nevléčitelně nemocné matce. Žena byla obviněna a shledána vinnou z trestného činu usmrcení z milosti, ale byl jí udělen pouze týdenní podmíněný trest odnětí svobody. Soud uvedl, že lékař může za určitých podmínek podávat pacientu léky, které tiší bolesti, přitom ale vedou ke smrti pacienta za předpokladu, že cílem léčby je odstranění fyzické nebo psychické bolesti plynoucí z nevléčitelné smrtelné choroby. Vliv měla pravděpodobně i skutečnost, že případ byl hojně sledován veřejností a dotyčné lékařce se dostalo široké podpory také odborné veřejnosti. Za zmínku stojí také skutečnost, že tento čin, tedy usmrcení matky z milosti, by pravděpodobně zůstal orgány činnými v trestním řízení nepovšimnut, kdyby jeho spáchání Geertruida Postma sama neoznámila. (Doležal, 2014)

Již od 90. let se o problému eutanazie hovořilo v celé společnosti. Politici, úředníci, zdravotní pojišťovny a další subjekty zkvalitňovali zdravotní i další péči, včetně paliativní péče. Přesto počet žádostí o eutanazii stále rostl. Usoudilo se, že bude lepší eutanazii a asistovanou sebevraždu upravit zákonem. (Skřivanová-Bošková, 2012, s. 8)

Za určitých přísných podmínek byla tolerována podle zákona platného od 1. ledna 1994. Zákon vstoupil v platnost 1. dubna 2002 pod názvem „Wet Toetsing Levensbeeindiging op verzoeken hulp bij zelfdoding“, Termination of Life on Request and Assisted Suicide (Review Procedures) Act“, zákon o ukončení života na žádost a o asistované sebevraždě. (Skřivanová-Bošková, 2012, s. 8)

Byl upraven nizozemský trestní zákon články 293 a 294. Je zachována trestní odpovědnost lékařů i dalších osob, kteří by ukončili život někoho jiného nebo mu k tomu dopomohli, a to i na výslovnou žádost. Takové osobě hrozí až 12 let odnětí svobody. Další sazby jsou určeny při napomáhání u sebevraždy. V odstavci 2 čl. 293, který se vztahuje i k článku 294 hovořícím o asistujícím na sebevraždě, je dodáno, že tento čin nebude považován za trestný, pokud jej spáchá lékař, který striktně dodrží právní požadavky řádné péče a o provede-

ní tohoto činu informuje patologa daného obvodu v souladu zákona o pohřebních službách. Eutanazie i asistovaná sebevražda tedy nadále jsou trestnými činy, za dodržení zákonných podmínek však nejsou lékaři za jejich provedení trestně odpovědni.

Dle zákona o pohřebních službách je lékař, který provedl euthanasii či pomohl pacientovi při sebevraždě, povinen vyplnit příslušný dokument, který předává patologovi. Účelem této povinnosti je možnost kontroly, zda byla dodržena všechna kritéria. Patolog vypracuje svou zprávu, že pacient nezemřel přirozenou smrtí. Patolog předává zprávu svou a lékařovu státnímu zastupitelství, které dává souhlas s pohřbem. Obě zprávy, jak lékaře, tak patologa se poté dostávají do rukou Regionální komise pro kontrolu euthanasie. Připojuje se i vyjádření nezávislého lékaře, se kterým byl případ konzultován, a písemná žádost zesnulého.

Regionální komise pro kontrolu euthanasie představuje významný kontrolní mechanismus provádění euthanasie a asistovaných sebevražd v Nizozemí. Konzultuje případy, určuje, zda lékař jednal v souladu s požadavky. Pokud komise zjistí nedopatření, je zavázána k informování orgánů činných v trestním řízení a zároveň informuje regionálního inspektora pro zdravotní péči. (Skřivanová-Bošková, 2012, s. 12)

Ministři v parlamentu také musí ve stanovených cyklech informovat o tom, jak se zákon promítá do praxe a v případě nedostatků činit opatření. Existuje také rozsáhlejší nařízení navazující na zákon s detailnějšími podmínkami a ty se průběžně novelizují. (Skřivanová-Bošková, 2012, s. 8)

Co se týká řádné péče, kterou musí lékař dodržet, jedná se o body uvedené v čl. 2 odst. 1 zákona o kontrole a ukončení života na žádost a o kontrole asistovaných sebevražd a jsou následující. Lékař musí být přesvědčen, že žádost pacienta je dobrovolná a velmi dobře zvážená. Pacientovo utrpení je trvalé a nesnesitelné. Pacient drží přesvědčení, že pro něj neexistuje žádné jiné východisko. Lékař jej musí dobře informovat o celkové prognóze, situaci, vyhlídkách. Pacient musí dát svůj písemný souhlas k předchozím stanoviskům. Lékař musí prokonzultovat případ ještě alespoň s jedním dalším lékařem. Život pacienta musí být ukončen s náležitou péčí.

Rozhodnout o ukončení života se můžou i mladiství. Ve věku mezi 12 a 16 lety musí dát souhlas k rozhodnutí i zákonný zástupce. Mezi 16 a 18 lety musí být zákonní zástupci zahrnuti do procesu rozhodování, ale i když nesouhlasí, může být pacientova žádost odsouhlasena. Pacient, který již není schopen vyjádřit svou vůli, ale dříve sepsal písemné pro-



hlášení o tom, že bude chtít ukončit život eutanazií nebo asistovanou sebevraždou, může být k tomuto prohlášení přihlíženo a dle odstavce jedna prověřeno.

Lékař, ale není povinen žádosti o eutanazií vyhovět. Pacient si v tom případě musí sehnat jiného lékaře.

Od 1. března 2012 začaly fungovat mobilní lékařské týmy, které na zavolání zajíždějí provádět eutanazií do domácností. (doktorka.cz, ©2016)

## PŘÍLOHA P VI: ŠVÝCARSKO

Tato země dlouhodobě zažívá nekonečné diskuse, spory a legislativní iniciativy ve vztahu k eutanazii a asistované sebevraždě. Bližší právní úprava zákonů o ukončení života a asistované sebevraždě zde neexistuje.

Švýcarský trestní zákoník zakazuje usmrcení na žádost (eutanazii) za což hrozí trest odnětí svobody. Zákon však umožňuje za jistých podmínek, zcela legálně, asistovanou sebevraždu. Paragraf 115 upravuje pomoc při sebevraždě, za kterou hrozí trest odnětí svobody až na 5 let, pokud by byla provedena skrz zjištěné podmínky. Bez zjištěných důvodů je tolerována. Švýcarsko je jediná země, kde umírajícímu může pomoci jak lékař, tak i laik. (Skřivanová-Bošková, 2012, s. 28, 29)

„Dnes praktikují ve Švýcarsku eutanazii tři společnosti: curyšská Dignitas, bernská Ex International a basilejská Life Circle. Tyto společnosti zaměstnávají desítky specialistů, kteří jednotlivé pacienty pečlivě hodnotí. Tým lékařů podrobně studuje chorobopisy nemocných, kteří si eutanazii přejí, a vybírají jen ty, kteří trpí nevléčitelnou chorobou.“ (Věc eutanazie. Za smrtí se jezdí do Švýcarska, 2014)

Lékař musí ověřit, zda je pacient skutečně schopný úsudku a nepotřebuje psychologickou nebo jinou další pomoc. Personál se má pokoušet bránit pacientovi, nemá ho podporovat v myšlenkách na sebevraždu, ale ani nemá postupovat proti vůli pacienta. Pacient musí získat všechny informace o všech možnostech péče v závěru života. Při podezření na nesvéprávnost má lékař učinit oznámení u soudu. (Skřivanová-Bošková, 2012, s. 29)

„Zvláštní kapitolou jsou duševně nemocné osoby. V únoru 2011 švýcarský Nejvyšší soud rozhodl, že těžká duševní choroba se rovná chorobě fyzické, a otevřel tím cestu k asistované sebevraždě i při tomto typu patologií. V jeho rozhodnutí se uvádí, že vážné duševní choroby, nevléčitelné a trvalého rázu, mohou vyvolávat utrpení srovnatelné s fyzickým. Každý pacient však musí být doprovázen psychiatrem, který potvrdí jeho reálný psychický stav.“

„Pokud je situace pacienta beznadějná či neexistují-li jiné možnosti, lékaři eutanazii doporučí. Všechno musí rozhodovat pacient, nesmí být nijak zvenčí ovlivňován. Švýcarská prokuratura může zasáhnout v případě podezření, že za smrtí vězí osobní a ekonomické zájmy některého příbuzného a že by mohlo jít o navádění k sebevraždě.“ (Věc eutanazie. Za smrtí se jezdí do Švýcarska, 2014)

V souvislosti se Švýcarskem je známý pojem „turistika za smrtí“. V referendu převážil názor, že obyvatele nechťejí zakázat asistovanou sebevraždu ani cizincům. „Studie zveřejněná v britském odborném časopise Journal of Medical Ethics sledovala případy „sebevražedné turistiky“ v letech 2008 až 2012, kdy ve Švýcarsku za lékařské asistence dobrovolně odešlo ze života 611 lidí. Více než 40 procent pocházelo z Německa, pětina z Velké Británie a každý desátý pak z Francie. Podle studie se počet turistů-sebevrahů od roku 2009 do roku 2012 téměř zdvojnásobil. Valná většina z nich si vybrala jako místo dobrovolné smrti zařízení v kantonu Curych a oslovila organizaci Dignitas. Téměř polovina pacientů trpěla podle studie neurologickými chorobami, jako je Parkinsonova nemoc či roztroušená skleróza. Další lidé se rozhodli spáchat asistovanou sebevraždu kvůli onemocnění rakovinou či revmatickému onemocnění.“ (Ve Švýcarsku narůstá počet cizinců, kteří chtějí podstoupit eutanazii, 2014) Trvale se ale vede diskuse. Zmíněné organizace často vyhoví i lidem mladším a zdravějším, tzn. i když netrpí nevléčitelnou nemocí v beznadějném stavu. Do asistované sebevraždy jsou někdy zahrnuti i jedinci s depresí. Švýcarsko je dokladem toho, že pokud některé z forem uspišení smrti dá svolení, měl by následovat důkladný zákon s dalšími předpisy a důkladnými kontrolními mechanismy. (Skřivanová-Bošková, 2012, s. 31)

Je ale také nutno dodat ke Švýcarsku, že v lednu roku 2013 vstoupila v platnost novela občanského zákona, která zpřesňuje práva v oblasti ochrany pacientů na sebeurčení. Mimo jiné jsou zde určeny postupy pro ochranu lidí neschopných úsudku, seniorů, zdravotně handicapovaných. Švýcarská vláda se tak snaží zkvalitňovat medicínsko-paliativní péči a tím bojovat proti sebevražednosti, která je ve Švýcarsku vysoká. (Skřivanová-Bošková, 2012, s. 32)

## **PŘÍLOHA P VII: BELGIE, LUCEMBURSKO**

V Belgii vešel zákon v platnost roku 2002 a dovoluje eutanazii i asistovanou sebevraždu.

V Lucembursku je eutanazie a asistovaná sebevražda povolena od roku 2009.

Belgičtí poslanci schválili jako první země na světě také možnost eutanazie pro nevléčitelně nemocné děti a to bez omezení věku. Eutanazie má být v případě dětí vyhrazena jen pro pacienty, jejichž smrt se čeká v krátké době, na rozdíl od dospělých nebude smět být provedena kvůli psychickému onemocnění. Rozhodnutí bude muset být potvrzeno odborníky a rodiče budou muset prohlásit, že proti jejich názoru nic nenamítají. (Belgie jako první země posvětila neomezenou dětskou eutanazii, 2014)

## **PŘÍLOHA P VIII: NĚMECKO**

Aktivní eutanazie je v Německu zakázána bez ohledu na motivy pachatele. Není trestná pomoc při sebevraždě, pokud se ten, kdo nemocnému pomáhá zemřít, přímo nezapojí do samotného usmrcení a děje se tak bez zjištěných důvodů, v opačném případě, pokud se zapojí do procesu usmrcení, hrozí mu několik let vězení. (Sterbehilfe - Rechtslage in Deutschland, 2016)

## **PŘÍLOHA P IX: OREGON, WASHINGTON, VERMONT**

V Oregonu je v platnosti zákon „Death with Dignity Act“ (zákon o ukončení života). Poprvé byl tento zákon schválen již roku 1994 a roku 1997 jej voliči znovu podpořili, když bylo potřeba dosáhnout určitého počtu hlasů, aby zákon nebyl zrušen.

Zákon zakazuje eutanazii, tedy lékař nesmí pacienta usmrtit vlastní rukou. Povoluje asistovanou sebevraždu, kdy pacient získá od lékaře recept na přípravek se smrtícími účinky, poté si pacient musí přípravek aplikovat sám. (Skřivanová-Bošková, 2012, s. 16)

O eutanazii může požádat pouze dospělý člověk ve věku 18 let a výše, žijící v Oregonu, trpící nemocí v terminálním stádiu, kde se předpokládá smrt do šesti měsíců a dobrovolně vyjádřil své přání zemřít. O ukončení života nelze žádat jen kvůli věku nebo zdravotnímu postižení.

Ministerstvo zdravotnictví sbírá data o všech případech asistované sebevraždy a publikuje roční zprávy. Má také povinnost činit trestní oznámení nebo podnítit jiné formy šetření při podezření porušení zákona. Lékaři jsou pod dohledem kontrolních orgánů s nezávislými osobnostmi, členy jsou právník, zástupce státu, soudní znalec, někdy i zástupce občanů). (Skřivanová-Bošková, 2012, s. 16)

Pacient musí podat žádost, kterou musí potvrdit dva svědci, Jeden ze svědků nesmí být s pacientem v manželském ani příbuzenském svazku, nesmí to být osoba, která by měla nárok na nějaké dědictví, vlastník, provozovatel nebo zaměstnanec zdravotnického zařízení, kde je pacient v péči. Ošetřující lékař nemůže být svědkem nikdy.

Lékař se musí ujistit, že pacient žádá o sebevraždu dobrovolně a musí poté informovat pacienta o diagnóze, prognóze, jiných alternativách, např. hospicové péči, rizika, které mohou nastat s předpisem léků s letálními účinky, informovat, že může kdykoli odstoupit od úmyslu sebevraždy. Doporučit mu, aby se svěřil rodině. Lékař by měl prokonzultovat případ i s dalším lékařem. V případě, že si není jistý pacientovou schopností řádného úsudku, poslat jej k psychologovi. Pacientova schopnost úsudku se ověřuje opakovaně. (Oregon Revised Statute, ©2015)

Pacient musí mimo jiné potvrdit, že po aplikaci přípravku může někdy umírání trvat dlouho, i když ve většině případů dojde k úmrtí do tří hodin. U nizozemského vzoru lze tedy negativně vnímat fakt, že lékař sám svou rukou se podílí na smrti pacienta, zatímco v Oregonu se pacient usmrcuje sám. Ze zjištění oregonského ministerstva ovšem vyplývá,

že někdy umírání pacientů trvá delší dobu, např. někteří pacienti zemřeli až za 30-38 hodin po aplikaci injekce. (Skřivanová-Bošková, 2012, s. 18)

Za nedodržení předpisů hrozí lékařům v Oregonu či dalším osobám trest odnětí svobody až na 60 let. (Skřivanová-Bošková, 2012, s. 18)

Co se týká pacientů, kteří žádají o asistovanou sebevraždu, výroční zprávy v Oregonu hovoří, že se nejedná o „přání z nouze“. Péče o chronicky a nevléčitelně nemocné je v USA dostupná na vysoké odborné úrovni, dobře organizovaná. Jedinci, kteří si podali žádost o asistovanou sebevraždu, byli většinou vzdělanější vrstvy, téměř všichni měli zdravotní pojištění, většinou šlo o bílé obyvatelstvo a trpěli onkologickým onemocněním. Převážně tedy nejde o finanční nouzi, ani nedostatek informací. (Skřivanová-Bošková, 2012, s. 19)

I přes nasazení právníků a kontrolních mechanismů vždy přetrvávají v právních normách nějaké skuliny, které mohou zejména osamělému pacientovi uškodit. Každoroční údaje o eutanazii či asistované sebevraždě ukazují, že vždy se vyskytuje několik případů, kolem nichž panují nejasnosti, např. nejasná příčina smrti, neúplná lékařská dokumentace. (Skřivanová-Bošková, 2012, s. 21)

## Washington

Zákon „Death with Dignity Act“ vešel v platnost v březnu roku 2009 a je upraven dle modelu zákona, který platí v Oregonu. (Death with Dignity Acts, ©2016)

## Vermont

Zde byl zákon přijat v květnu 2013. Vermontský zákon je podobný zákonu platnému v Oregonu a Washingtonu.

Možno dožadovat se asistované sebevraždy za určených podmínek zákonem je povoleno také ve státech Montana a California. V dalších státech USA se o tom jedná. (Death with Dignity Acts, ©2016)

## **PŘÍLOHA P X: NEDOSTATKY V ČR OPROTI ZAHRANIČÍ**

Všechny výše zmíněné země mají velmi dobře propracované zákony zdravotní péče, sociálního resortu a navazujících předpisů s výraznými záruky pro pacienty. (Skřivanová-Bošková, 2012, s. 39)

Zákon o eutanazii a asistované sebevraždě není tedy rozhodnutím na základě nedostatků ve zdravotní péči. Tyto země mají oproti České republice mnohem lépe zajištěné služby. Mají dokonalejší právní prostředí pro oblast zdravotní péče, předpisy pro pojišťovny, nemocnice a další navazující zdravotnická zařízení s posílením práv pacientů. Zatímco např. stát Washington má k hospicové péči speciální zákon a navazující předpisy, v ČR je v zákonech jen velmi malá zmínka o této péči.

Jsou stanoveny tvrdší požadavky na kvalitu zdravotních služeb. Např. americké nemocnice mají povinnost dát pacientovi a jeho blízkým písemné informace o všech existujících navazujících službách v dané lokalitě s podrobným rozebráním odborných služeb, zázemí, finančních otázkách a pomoci tyto služby zajistit. V ČR zpravidla sama rodina shání pomoc. Washingtonské předpisy např. také zakazují lékařům zkoušet dále tišit bolest opiáty, pokud nejsou dobré výsledky, a zavazují ho k zajištění lékaře více specializovaného pro tento úkol (podobně je tomu v Německu, kdy lékaři tlumící bolesti u nevléčitelně nemocných musejí podstupovat speciální školení a získat zvláštní oprávnění k péči o umírající).

ČR potřebuje celkové zlepšení péče prostřednictvím zákonů, jež by to v praxi vymáhaly. (Skřivanová-Bošková, 2012, s. 15, 21, 22, 26)

Chybějí u nás také státem placení profesionální zástupci pacientů. Chybí opatření, kdy ošetřovatelské a pečovatelské ústavy musí soudu nahlásit osamělé osoby, o něž se nikdo nestará a soud pro ně nalezne adekvátní pomoc, např. jim zajistí „zástupce pacienta“ (nespojeného s ústavem) pro spolurozhodování o zdravotní péči (tak je tomu ve Švýcarsku). (Skřivanová-Bošková, 2012, s. 31)

České předpisy potlačují právo pacienta na sebeurčení (když si se mnou zdravotníci celý život dělají, co chtějí, aspoň o konci života si rozhodnu sám). Například v paragrafu 34 zákonodárci opomenuli fakt, že pacient, i umírající, má mít právo odmítat či potvrzovat každý jednotlivý výkon včetně léčiv, odmítání části léčby nesmí být samo o sobě důvodem k propuštění pacienta z nemocnice, u nás znamená odmítnutí léčby revers (ukončení hospitalizace). Mezinárodní právo vyžaduje souhlas před každým jednotlivým výkonem, ať úst-



ní nebo písemný, musí se rozlišit souhlas s hospitalizací od souhlasu s léčebným plánem a od souhlasu s jednotlivými výkony b rámci léčebného plánu. Není tu zákonná ochrana proti chybným rozhodnutím osob pacientovi blízkých, v zahraničí musí lékař spor nebo přání osoby blízké v neprospěch pacienta oznámit soudu. (Skřivanová-Bošková, 2012, s. 35, 36) Bez zajištění výše zmíněných naznačených opatření, zkvalitnění právního a tím i organizačního a finančního prostředí českého zdravotnictví podle zahraničních vzorů ve prospěch pacientů ČR by přání zemřít našich pacientů bylo pouze „přáním z nouze“, nikoli dobrovolné na rozdíl od zahraničí. (Skřivanová-Bošková, 2012, s. 31) Nekvalitní české zákony pro oblast zdravotní péče, tím spíše se lze obávat nekvalitního zákona k uspišení smrti v ČR. (Skřivanová-Bošková, 2012, s. 37)

## **PŘÍLOHA P XI: HIPPOKRATOVA PŘÍSAHA**

„Přisahám při Apollonovi, bohu lékařství, při Aeskulapovi, Hygiei a Panacei i při všech bozích a bohyních a dovolávám se jejich svědectví, že podle svých sil a svědomí budu tuto přísahu a tyto závazky řádně zachovávat. Svého učitele v tomto umění budu ctít stejně jako své rodiče a vděčně mu poskytnu všechno nutné, ukáže-li se toho potřeba; také jeho potomky budu pokádat za bratry a budou-li se chtít naučit tomuto umění, vzdělám je v něm bez nároku na odměnu a jakékoliv závazky. Rovněž umožním jak svým synům a dětem svého učitele, tak žákům, kteří se slavnostně zavázali lékařskou přísahou, aby se podíleli na výuce a přednáškách i celé vědě, jinému však nikomu. Způsob svého života zasvětím podle svých sil a svědomí prospěchu nemocných a budu je chránit před každou úhonou a bezprávím. Ani prosbami se nedám pohnout k podání smrtícího léku, ani sám k tomu nedám nikdy podnět. Stejně tak neposkytnu žádné ženě prostředek k vyhnání plodu; zachovám vždy svůj život i své umění čisté a prosté každé viny. Neprovedu řez u žádného nemocného, který trpí kameny, ale odevzdám ho mužům v tomto oboru zkušeným. Ať přijdu do kteréhokoliv domu, vejdu tam jen ve snaze pomoci nemocným vyhýbaje se všemu podezření z bezpráví nebo z jakéhokoliv ublížení. Stejně tak budu vzdálen touhy po smyslových požitcích se ženami a muži, jak se svobodnými tak s otroky. Uvidím-li nebo uslyším-li při své lékařské praxi nebo v soukromém životě lidí něco, co by mělo být utajeno, pomlčím o tom a zachovám to jako tajemství. Budu-li tuto přísahu zachovávat a řádně plnit, nechť je mi dopřáno žít navždy šťastně, požívat úcty u všech lidí a těšit se z plodů svého umění. Jestliže ji však poruším a poskvřím, staniž se mi pravý opak.“ (Kořenek, 2004, s. 188)

## **PŘÍLOHA P XII: NEJSEM VRAH**

### Nejsem vrah

Vincent Humbert, pocházející z Francie, měl roku 2000 těžkou autonehodu. Prodělal víceúčelovou resuscitaci. Definitivně celkově ochrnul. Po devíti měsících se probudil z komatu. Byl totálně neschopný pohybu v důsledku vážných a nezvratných poškození mozku. Neschopný i polykat, jíst, mluvit. Neschopný vidět víc než jen zřetelné stíny. Po mnoha měsících nehybnosti Vincent pohnul pravým palcem. Jeho matka si s ním vypracovala díky tomu systém dorozumívání. Odříkávala abecedu a on pohnul palcem vždy u písmene, které potřeboval k sestavení slova. 3. května 2002 bylo zaznamenáno, že Vincent oslovil pomocí diktátu lékaře a že tedy znovu nabyl všech svých duševních schopností, ale jinak bylo dosaženo v jeho rehabilitaci maxima. Neexistovala naděje na zlepšení jeho fyzických schopností a lékař navrhl, aby byl Vincent převezen do specializovaného zařízení. Vincent jakmile mohl, vyjadřoval se a diktoval pomocí palce, že chce zemřít. Absolutně odmítal ve svém těle strávit dalších třeba 40 let upoutaný na lůžku, bez pohybu, komunikace, možnosti vidět. Zajatec vlastního těla. Posudky psychiatrů hovořili o tom, že pacient je zcela při smyslech, znovu nabyl všech svých duševních a intelektuálních vědomostí a že žádost o smrt je vědomá a dobrovolná. Vincent byl neoblomný, žádal o smrt matku, příbuzné, francouzského prezidenta. Nebyl vyslyšen. O případ se začali zajímat novináři. Zlomil žádostmi svou matku, která se začala obracet na úřady, tisk, možnosti převezení do Švýcarska nebo jiného státu, kde je legální sebevražda. Nakonec to byla ona sama, kdo podal Vincentovi dávku barbiturátů. Avšak ošetřující personál to zaznamenal a ihned jej resuscitoval. Byl převezen na ARO, kde jej dostal na starost nový ošetřující lékař Frédéric Chaussoy. Mladíka stabilizovali, zachránili po otravě jeho matkou. Avšak doktor si přečetl celý jeho spis, čelil rozčilené rodině, která chtěla splnit Vincentovo přání zemřít. Doktor sám pak po debatě s kolegy a rodinou odpojil respirátor a aplikoval mu injekci chloridu draselného, což mělo za následek smrt. Vincent zemřel 26. září 2003. Doktor byl souzen za vraždu a Vincentova matka za podání toxických látek.

„Smrt nikdy nepřivedí lékař, nýbrž nehoda, nemoc, stáří. Lékař se ujímá lidských bytostí, které opustilo zdraví, a zavazuje se k tomu, že udělá vše, co je v jeho silách pro to, aby jim je co nejdříve navrátil. Hippokrates byl jedním z prvních vědců, který kolem r. 400 před Kristem začal bojovat proti pověrám a prosazovat v celé tehdejší západní civilizaci názor, že medicína se má zabývat především konkrétními, hmatatelnými a měřitelnými aspekty pacientova života, na jejichž základě si bude moci učinit představu o lidském

zdraví. Uprostřed světa, despoticky ovládaného vírou v nejrůznější božstva, došel k názoru, že člověk sám se musí učit, chápat, myšlenkově se vyvíjet, vynalézat a kráčet vpřed, aby mohl zlepšit svůj úděl. To byly naše začátky.“

„Ještě před sedmdesáti lety neexistovala antibiotika, nedokázali jsme zarazit otravu krve, ženy při porodu umíraly, ranění vojáci v hrozných podmínkách podléhali sněti, duševně nemocní byli přikurtováni na lůžko, operovaní byli s potížemi uspávání a s potížemi procitání. Ještě před sedmdesáti lety by byl Vincent těžko mohl řídit auto a těžko by se s ním dostal pod kamion. Kdyby se tak ovšem přece jen stalo, nevyhnutelně by dodýchal, hned jak by ho vytáhli na krajnici. Bylo by tomu tak stejně ještě i před třiceti lety, dokonce snad i před dvaceti. Pokrok, za nímž se lidí od Hippokratových dob hnali, je nakonec doběhl. Dnes dokážeme transplantovat srdce, ledviny i játra, implantovat embrya, zachraňujeme nedonošené děti, „zázračně“ léčíme všemožná zranění...Pokrok odkázal smrt do vzdálenosti, z níž už nemůžeme rozhodovat místo nás. Věci se změnily a zákon se musí přizpůsobit, stejně jako se přizpůsobil antikoncepci, genetickému výzkumu, ale i vývoji morálky. Rozvod již není tabu, ani sebevražda, ani homosexualita Když si dvaadevadesátiletá matka jednoho bývalého francouzského premiéra z vlastního rozhodnutí vzala život, nevyřkla nad ní společnost klatbu. Žádná žena již není stíhána a zostouzena, rozhodne-li se pro potrat. Prarodiče již nežijí v domě svých dětí nebo vnuků a nikdo se nad tím nepozastavuje. Ženy mají volební právo. Chudák Hippokrates by se nestačil zírat!“ (s. 128, 128) „Odpůrce potratu nikdo nenutí potraty provádět nebo je podstupovat, odpůrci homosexuality mohou zůstat heterosexuály, odpůrci rozvodu se nemusejí rozvádět, odpůrci sebevraždy mohou klidně dál žít...Zákony v těchto věcech především nesmějí nikoho k ničemu nutit, pouze k respektování osobní svobody a důstojnosti každého jedince, a musejí definovat celospolečensky přijatelné hranice.“(s. 128)

„Jaký je rozdíl mezi životem a smrtí, kde je hranice? Před sto lety by tato otázka vyvolala pochybnosti o mém zdravém rozumu: živý je přece samozřejmě ten, kdo není mrtvý, a mrtvý je ten, kdo už není naživu. Jenže za sto let jsme učinili nesmírný pokrok, zejména v tom, jak lidem zabránit „nebýt už naživu“. Jediná smrt, proti níž jsme nenalezli léku je smrt mozková – nedokážeme znovu nastartovat mozek, který přestal fungovat. Dokážeme však udržet v činnosti srdce, aby nepřestalo bít, a to značně dlouho. A pomocí dýchání můžeme celé měsíce oddalovat okamžik, kdy člověk naposledy vydechne...Také dokážeme filtrovat krev místo ledvin, život někoho, kdo není schopen samostatně jíst, napájet někoho, kdo nemůže sám pít, dokonce vyvolat umělé kóma u člověka, který by v bdělém

stavu trpěl nesnesitelnými bolestmi. Takže kdo je vlastně živý a kdo je mrtvý? Je třeba odpojovat ony skvělé „aparatury na život“?“ (s. 99, 100)

„ Jak je možné posuzovat něčí zdravotní stav, aniž se přihlédne k tomu, co se odehrává v hlavě nemocného? Jak lze usoudit něčí životaschopnost pouze na základě srovnání s mrtvým?“ (s. 110)

„Komu vlastně náleží lidský život, který se s drzostí nám vlastní pokoušíme na odchodu zadržet proti jeho vůli? Ve jménu čeho vlastně bráníme lidem zemřít při náhodném neštěstí? Za koho se pokládáme, když si dovolujeme uměle přerušit těhotenství, jevící známky rizikovitosti, udržovat při životě smrtelně zraněné, bránit nemoci, aby konala své dílo, nutit k rozběhu zastavená srdce, oživovat sebevrahy? Komu náleží lidský život? Samozřejmě že ne lékařům, stejně tak nenáleží prokurátorům, stoupencům nejružnějších náboženství nebo politikům. Ovšem zrovna tak nenáleží přístrojům na přežití, k nimž jej někdy nesmyslně a natrvalo přivazujeme.“ (s. 111, 112 „A co smrt, komu ta náleží?“ (s. 113)

„Domnívám se, že můj život náleží mně a že pouze já mám právo o něm rozhodovat. Domnívám se též, že i moje smrt náleží mně.“ (s. 115)

„Francouzské zákony jednoznačně stanoví, že život náleží jedinci, který jediný má výhradní právo s ním volně nakládat. Konkrétně to znamená, že sebevražda není zákonem zakázána, avšak je vyhrazena pouze tomu, kdo je jí fyzicky schopen. Nikdo není oprávněn ukončit něčí život ani na jeho výslovnou žádost. Od zrušení trestu smrti nikdo není ze zákona oprávněn někoho z jakéhokoli důvodu zabít. Což je v podstatě dobrá zpráva! Pro Vincenta, Aurélii a mnoho dalších je to však otevřená brána do pekla. Mohou volně nakládat se svým životem, ale nemají možnost jej vlastnoručně ukončit. A nikdo jim nesmí pomoci...“ (s. 120, 121)

Dříve bývala smrt reálná, viditelná, měřitelná, konkrétní, nevyhnutelná. Nemocný umíral doma, všichni bez rozdílu věku si to uvědomovali a umírajícího vyprovázeli na jeho odchodu ze života. Člověk zkrátka umíral, místo aby „odešel“ do nemocnice. (s. 56)

„V průběhu několika desetiletí, během nichž člověk vynalezl neuvěřitelné způsoby, jak posunout hranice lidského života a oddálit utrpení, se smrt stala anonymní a neskutečnou věcí, o níž nikdo nechce nic vědět a již se všichni touží zbavit a odevzdat ji do rukou lékařů na specializovaných nemocničních oddělení.“ (s. 56, 57)

Vynakládáme energii na to, abychom posunuli hranice stáří a dlouhověkosti. „Konec bílým vlasům, povislým ňadrům, plešatosti, menopauze, únavě, vráskám a váčkům pod očima. Všichni jsme nuceni vypadat o deset let mladší. Viagra, Botox, lifting, silikon a všechny možné hormony jsou tu jen proto, aby omladily životem opotřebovaný organismus...“ (s. 58)

(Frédéric Chaussoy, z francouzského originálu *Je ne suis pas un assassin*, vydáno 2004)

## **PŘÍLOHA P XIII: DOTAZNÍK**

Dobrý den,

jmenuji se Petra Rajová a jsem studentkou Fakulty humanitních studií ve Zlíně, obor: sociální pedagogika.

Touto formou bych Vás chtěla požádat o vyplnění následujících položek.

Dotazník je anonymní, získané údaje nebudou použity na jiné účely, než na zpracování bakalářské práce na téma: **POSTOJ K EUTANAZII A UMÍRÁNÍ Z POHLEDU OSOB RANÉHO STÁŘÍ A STŘEDNÍHO VĚKU**

U položek prosím zakroužkujte pouze **1 odpověď** a na označených místech napište odpověď vlastními slovy.

Předem Vám děkuji za Vaši ochotu a čas!

**Položka č. 1:** Věk: a) 35-45

b) 60-75

**Položka č. 2:** V případě, že byste měl/a možnost rozhodovat o eutanazii ve vztahu k sobě, využil/a byste ji? (pro účely dotazníku vysvětlení pojmu **eutanazie**: dle Bartůňka je obvykle definována jako **usmrcení na žádost** )

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

**Položka č. 3:** Jste věřící? ( hlásíte se k nějakému náboženství )

- a) Ano
- b) Ne

**Položka č. 4:** Jaký postoj má podle Vás naše společnost na umírající pacienty?

- a) Nezajímá se o to
- b) Toto téma je citlivé, a proto je vnímáno společností spíše jako tabu
- c) Zakládají se různá společenství a hnutí, která se věnují této tématice

**Položka č. 5:** Doprovázel/a jste ve Vašem životě umírajícího člověka?

- a) Ano, kde (př. v nemocnici, doma).....
- b) Ne

**Položka č. 6:** Co je paliativní péče?

- a) Nevím
- b) Péče o umírající
- c) Péče o osoby s handicapem

**Položka č. 7:** Měl by mít podle Vás člověk právo rozhodovat o své smrti ?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

**Položka č. 8:** Souhlasili byste s eutanazií u těžce nemocného člověka, který je Vám blízký ?

- a) Ano
- b) Nevím
- c) Ne

**Položka č. 9:** Je uzákoněna eutanazie v naší zemi?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

**Položka č. 10:** Považujete za správné uzákonění eutanazie v jiných státech?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nezajímám se o to
- d) Jiné .....

**Položka č. 11:** Jste pro uzákonění eutanazie v České republice ?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím
- d) Je mi to jedno
- e) Z části ( prosím zdůvodnit ) .....



**Položka č. 12:** K jakému účelu jsou určeny zařízení typu hospic?

a) Napište vlastními slovy

.....

b) Nevím

**Položka č. 13:** Slyšíte-li ve zprávách o eutanazii, která byla vykonána na žádost umírajícího, tak prožíváte:

a) Vztek

b) Lítost, nad ztrátou života

c) Úlevu, nemocný se již nebude trápit

d) Jiné .....

**Položka č. 14:** Myslíte si, že jste dostatečně obeznámeni s problematikou eutanazie ?

a) Ano

b) Spíše ano

c) Ne

d) Spíše ne

**Položka č. 15:** Slyšíte-li o zásahu zdravotníků o vykonání eutanazie bez souhlasu nemocného, pociťujete:

a) Zlost, rozhořčení

b) Bezmoc, bolest

c) Zármutek

d) Odpudivost, znechucení

e) Jiné .....

**Položka č. 16:** Co propaguje organizace Hnutí pro život v ČR?

a) Možnost vybrat si způsob smrti

b) Rozšíření interrupce

c) Úctu k lidskému životu od početí do přirozené smrti

d) Nikdy jsem o Hnutí pro život neslyšel/a

**Položka č. 17:** Jaké pocity ve Vás vyvolává slovo eutanazie?

- a) Vůbec nic
- b) Strach, obavy
- c) Hrozba zneužití
- d) Úlevu
- e) Jiné.....

**Položka č. 18:** Jaký je hlavní rozdíl mezi aktivní eutanazií (**dále AE**) a pasivní eutanazií (**dále PE**)? (vybrat správné odpovědi )

- a) **AE** – akt, který vykonává lékař u nevléčitelně nemocného, trpícího bolestmi na jeho vlastní přání
- b) **PE** – přerušeni léčby nebo odeření dalších léčebných postupů, které by nemocného neúměrně zatěžovaly
- c) **AE** – asistence lékaře u usmrcování nemocného, který si samotný akt vykonává sám
- d) **PE** – souhlas veřejnosti s eutanazií
- e) **AE** – dopomoc k přirozené smrti jakýmkoliv zdravotnickým personálem
- f) **PE** – pacient není již schopen požádat o eutanazii, ale lze předpokládat, že kdyby mohl, tak by souhlasil
- g) Nevím

**Položka č. 19:** Pojem eutanazie byste spojil/a s:

- a) Pomocí
- b) Násilným činem
- c) Nikdy jsem nad tím nepřemýšlel/a
- d) Jiný názor .....

**Položka č. 20:** V kterých zemích je povolena *aktivní eutanazie*?

- a) Čína, Rusko, Portoriko
- b) Nizozemsko, Belgie, Lucembursko
- c) Dánsko, Německo, Francie
- d) Nevím

**Položka č. 21:** Pohlaví: a) Muž

b) Žena