

UNIVERZITA TOMÁŠE BATI VE ZLÍNĚ
FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ
Institut mezioborových studií Brno

EUTANÁZIE – ANO, ČI NE?

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Vedoucí diplomové práce:
MUDr. Peter Kováčik

Vypracovala:
Bc. Zuzana Blahová

Brno 2008

**Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci vypracovala samostatně a uvedla v ní veškerou použitou literaturu i ostatní zdroje.
Souhlasím současně s užitím práce ke studijním účelům.**

V Brně dne

Podpis.....

PODĚKOVÁNÍ

MUDr. Petru Kováčikovi, za odborné vedení a konzultace, jeho cenné rady a připomínky.

Manželu Miroslavu Blahovi a synu Tomáši Blahovi, za pochopení, pomoc a trpělivost při tvorbě této závěrečné diplomové práce.

Panu Vladimíru Příbylovi za technickou pomoc.

Motto:

**...Není – li nic po smrti, pak není nutné ani uvažovat o pozdější odpovědnosti vůči svým
skutkům.....**

OBSAH

Úvod	str. 6
1. Co je to eutanázie?	
1.1 Vymezení pojmu	str. 8
1.2 Dělení typů	str. 8
1.3 Příčiny současné diskuze o legalizaci eutanázie	str. 9
1.4 Argumentace pro a proti legalizaci eutanázie	str. 10
2. Historie eutanázie	str. 12
3. Smrt	str. 16
3.1 Smrt fyzická, psychická, sociální	str. 17
3.2 Umírání	str. 17
4. Eutanázie ve světě	
4.1 Evropské státy	str. 19
4.2 Americké státy	str. 19
4.3 Austrálie	str. 20
4.4 Asijské státy	str. 20
5. Názory a postoje k otázce eutanázie v některých složkách společnosti v ČR	
5.1 Politikové	str. 21
5.2 Zdravotníci	str. 23
5.3 Církev	str. 24
6. Eutanázie v právním řádu ČR	str. 26
7. Hospice a paliativní medicína versus eutanázie	
7.1 Hospicová péče	str. 31
7.2 Záměry a cíle paliativní medicíny	str. 33
8. Průzkum v oblasti názorů a mínění veřejnosti k otázkám eutanázie	
8.1 Cíle práce	str. 35
8.2 Metodika výzkumu	str. 37
8.3 Výsledky šetření, vyhodnocení	str. 38
8.4 Shrnutí výsledků výzkumu	str. 72
Závěr	str. 79
Resumé	str. 80
Anotace	str. 81
Seznam literatury	str. 82
Seznam tabulek a grafů	str. 84
Seznam příloh	str. 88
Seznam zkratk	str. 89

ÚVOD

Problematika eutanázie a diskuze o ní čas od času zachvátí naši odbornou i laickou veřejnost. I když tato debata probíhá prakticky již po staletí, je nutno konstatovat, že jsme se téměř nepohnuli z místa. Stále nové diskuze jsou však nutné, protože pokrok lékařské vědy a techniky nám umožnil prodlužovat život těžce nemocných za podmínek, které vyvolávají otázku po smyslu takových opatření.

Eutanázie – humánní usmrcení ze soucitu, zbavení člověka utrpení, dobrá smrt – to jsou fráze, kterými nás neustále „masírují“ média a sdělovací prostředky, čas od času zveřejní naše nejčtenější deníky výsledky provedených anket a výzkumů, téměř s vždy velmi podobnými výsledky, že více než polovina občanů by byla pro legalizaci eutanázie. To, jak je eutanázie tedy popisována, se musí zákonitě projevit i v názoru na ni. V naší společnosti se pomalu, ale jistě vytváří atmosféra pro její přijetí jako něčeho normálního, běžného a dokonce dobrého, či humánního. Jedná se však o velmi závažnou problematiku, ve které jde tzv. „o všechno“, totiž o lidský život. Jako největší problém týkající se diskuze kolem eutanázie je fakt, že lidé mnohdy ani nevědí, co to v podstatě eutanázie je, jaká jsou rizika spojená s její legalizací, zda jsou i jiné možnosti řešení těžkého a bolestného umírání.

Již dlouho předtím, než jsem se rozhodla psát diplomovou práci na téma eutanázie, jsem o ní často přemýšlela. Pracuji ve zdravotnictví, kde se velmi často setkávám s lidmi (častěji, než bych si sama přála), kteří se ocitají v situaci, kdy onemocní závažnou chorobou a během několika málo měsíců či dokonce jen týdnů jsou v tzv. terminální fázi tohoto onemocnění. Vidím jejich utrpení: fyzické i psychické, bolest a utrpení jejich rodin, problémy spojené s péčí o ně atd.. Sama jsem již mnohokrát přemýšlela, zda bych s legalizací eutanázie souhlasila. Abych si mohla utvořit svůj názor, rozhodla jsem se s touto tematikou a problematikou hlouběji a podrobněji seznámit a to mě vedlo k tomu, abych si eutanázii vybrala jako téma diplomové práce.

Prostřednictvím zpracování této práce jsem chtěla zjistit, jak dalece jsou lidé informováni o problematice eutanázie, zda je v jejich názorech ovlivňuje např. věk, pohlaví, vzdělání, příslušnost k víře atd.. Zajímaly mě jejich argumenty pro a proti a faktory ovlivňující jejich názor. Chtěla jsem také zjistit, zda jsou lidé informováni o možnostech hospicové a paliativní péče, které jsou pokládány za jakýsi protiklad eutanázie, pomáhají totiž umírajícím důstojně a bezbolestně dožít a život záměrně nezkracovat. S tím souvisel i záměr prozkoumat a zhodnotit informovanost zdravotníků, kteří především by měli být tím, kdo rodině, či samotnému terminálně nemocnému tuto variantu poradí a přiblíží. Podnět k tomu mi dala nedávná zkušenost, kdy jsem na odborném semináři pro zdravotní sestry zjistila při běžném hovoru, že spousta sester nemá v těchto termínech jasno a že je nezná.

K tomuto záměru byly stanoveny následující cíle:

1. zjistit, zda faktory, jako jsou pohlaví, věk, úroveň vzdělání a víra významným způsobem ovlivňují názor na legalizaci či zákaz eutanázie
2. zjistit a zmapovat nejčastější argumenty zamítavého, ale i souhlasného postoje k zavedení (povolení) eutanázie v České republice
3. zjistit, zda se prokáže významná názorová rozdílnost k otázce legalizace eutanázie u nás mezi těmito skupinami: zdraví lidé x lidé se závažným (těžkým) onemocněním; skupina zdravotníků x laická veřejnost
4. zjistit, zda výsledky a data získaná dotazníkovým šetřením k otázce povolení (legalizace), či nepovolení eutanázie v našem státě budou korelovat s výsledky celostátních průzkumů z května a června 2007 zveřejněných v médiích
5. zjistit úroveň informovanosti laické veřejnosti, ale i zdravotníků o možnostech hospicové péče a paliativní medicíny.

K daným cílům byly vytvořeny následující hypotézy:

Hypotéza k cíli 1:

Předpokládá se, že mezi skupinou mužů a žen nebude podstatná názorová rozdílnost, ale věk ovlivní názor podstatným způsobem, souhlasné stanovisko k legalizaci eutanázie je očekáváno od mladších respondentů. Úroveň vzdělání nebude zřejmě významným faktorem pro názorovou různorodost, ale příslušnost k víře podstatným způsobem ovlivní názor – u věřících respondentů bude převažovat názor zamítavý.

Hypotéza k cíli 2:

Předpokládá se, že nejsilnějším argumentem pro zavedení eutanázie bude ukončení bolesti a utrpení nevléčitelně nemocného člověka. Argument proti bude převažovat ten, který ctí náboženskou tradici – nedotknutelnost a posvátnost života (vliv oblasti jižní Moravy, kde jsou náboženské tradice ještě stále velmi silné a významné).

Hypotéza k cíli 3:

Při srovnání skupin zdravých a těžce nemocných respondentů bude kladné stanovisko převládat u skupiny zdravých, záporné stanovisko naopak ve skupině těžce nemocných respondentů. Významným faktorem při porovnávání skupiny zdravotníků a laiků je skutečnost, že zdravotníci budou mít daleko více zkušeností a poznatků ohledně umírání a smrti, jelikož se s tímto problémem setkávají téměř denně díky svému povolání. Proto je zde významný předpoklad, že ve skupině zdravotníků bude silně převažovat podpora zavedení eutanázie, u skupiny laiků již zřejmě tolik souhlasných odpovědí nebude tak významné procento.

Hypotéza k cíli 4:

Předpokládá se, že dílčí výsledky dotazníkového šetření nebudou korelovat s celostátními výzkumy, jelikož zde byl použit podstatně menší vzorek respondentů a výzkum byl pouze oblastní, nikoliv celostátní.

Hypotéza k cíli 5:

Předpokládá se, že v oblasti hospicové péče a paliativní medicíny budou ve skupině zdravotníků znalosti velmi dobré, jelikož tato témata jsou prezentována a diskutována na různých vzdělávacích a školicích akcích. Ve skupině laiků je předpoklad, že znají problematiku hospicové péče, ale znalosti paliativní medicíny budou minimální.

Práce se tedy bude věnovat přiblížení pojmu eutanázie, seznámí čtenáře s její historií. Přiblíží problematiku smrti a umírání a představí alternativní řešení důstojného umírání a smrti, což jsou hospicová a paliativní péče. Bude zde také nastíněna situace kolem eutanázie ve světě a současná právní úprava platná v našem státě. Neméně zajímavá bude i prezentace výroků známých politických osobností, lékařů a zástupců církve u nás.

Výstupem této práce by měla být empirická stať, která by čtenářům - laikům, přiblížila více a hlouběji problematiku legalizace eutanázie, rizika spojená s touto legalizací, možná jiná alternativní řešení. Věřím, že pomůže několika lidem utvořit si názor, zda legalizace eutanázie je opravdu tím nejlepším řešením péče o terminálně nemocné.

Při hledání vhodné literatury jsem zjistila, že k eutanázii je dostupných jen velmi málo knižních titulů. Spousta knih, které byly k této tématice napsány, jsou již zastaralé a neaktuální. Informace, články a stati nalezené na internetových stránkách se zdály být velmi neodborné a povrchně zpracované, byly sice přečteny, ale valného přínosu pro tuto práci neměly. Postupně jsem zjistila, že aktuálně o této tématice nejvíce u nás publikuje MUDr. Marta Munzarová, prof. MUDr., PhDr., RNDr. Helena Haškovcová a MUDr. Marie Svatošová (zakladatelka hospicového hnutí u nás – viz. příloha č.7) a jejich knihy se staly tzv. stěžejními při čerpání potřebných informací.

1. CO JE TO EUTANÁZIE?

1.1 VYMEZENÍ POJMU

Slovo „eutanázie“ má původ v Řecku. Pochází ze dvou řeckých slov: eu (dobrý) a thanatos (smrt). Ve své nejneutrálnější formě znamená slovo „euthanasia“ dobrou, bezbolestnou a šťastnou smrt. Toto slovo poprvé použil anglický filozof Francis Bacon (1561 – 1626).

Protože většina z nás by dobrou smrt chtěla, z tohoto aspektu eutanázii neprovází v současné době mnoho rozepří. Spory ohledně tématu eutanázie pramení spíše z pohledu sociálních, kulturních a náboženských hodnot, které se dostávají do vzájemného konfliktu s naší povinností zemřít dobře a s povinností druhých, aby nám v tom pomohli. Podobné problémy a rozpory provázely tuto ideu dobré smrti vždy.

Diskutujeme-li o čemkoli, pak je důležité nejprve si jasně vymezit pojmy. Bohužel pojem eutanázie není řadě lidí řádně objasněn a proto, aby se mohli přidat na jakoukoli stranu diskuze, nemusí být jejich názor v souladu s pravou podstatou problému a s jejich vlastním přesvědčením. Navíc se ještě domnívají, že jsou jen dvě možnosti: buď umírat v nesnesitelných bolestech, anebo ukončit život a tak utrpení zabránit.

1.2 DĚLENÍ TYPŮ

Dřívější rozdělení:

Aktivní eutanázie:

Jedná se o tzv. „strategii přeplněné stříkačky“. Aktivní eutanázie je zabití z útrpnosti na vyslovené přání trpícího. Znamená to tedy, že lékař úmyslně podá smrtící preparát pacientovi. Byla a je odsuzována a zákonem trestána.

Pasivní eutanázie:

Jedná se o strategii tzv. „odkloněné stříkačky“, kdy jsou tolerováno přání nemocného neprovádět nadále léčbu a lékařské výkony, přestože by tyto mohly smrt prokazatelně oddálit.

Asistovaná sebevražda:

Zde je sebevrahem pacient a lékař mu jako spolupachatel vědomě napomáhá např. poskytnutím prostředků nebo rad k vykonání sebevraždy.

Jiné rozdělení typů eutanázie:

Eutanázie aktivní, vyžádaná, provedená lékařem – pacient je ve stavu, který sám vnímá jako neperspektivní, požádá lékaře o ukončení života a ten aktivně ukončuje pacientův život.

Eutanázie aktivní, nevyžádaná, provedená lékařem – pacient je ve stavu, který je lékařem posouzen jako neperspektivní a ten také aktivně ukončuje život.

Eutanázie aktivní, vyžádaná, provedená nelékařem – někdo na žádost pacienta nějakým způsobem ukončí jeho život.

Eutanázie aktivní, nevyžádaná, provedená nelékařem – někdo na základě svého posouzení a rozhodnutí ukončí nějakým způsobem pacientův život.

Eutanázie pasivní, vyžádaná, provedená lékařem – pacient je ve stavu, který sám vnímá jako neperspektivní, žádá lékaře o „neudržování“ života a ten tedy neprovádí to, co mu současná věda, technologie i medicína samotná dovolují.

Eutanázie pasivní, nevyžádaná, provedená lékařem – pacient je ve stavu, který je lékařem posouzen jako neperspektivní a ten tedy neprovádí to, co mu současná věda, technologie i medicína samotná dovolují.

Eutanázie pasivní, vyžádaná, provedená nelékařem – někdo na žádost pacienta přestane poskytovat péči.

Eutanázie pasivní, nevyžádaná, provedena nelékařem – někdo na základě svého posouzení a rozhodnutí přestane poskytovat pacientovi péči.

Současné dělení:

Eutanázie – úmyslné usmrcení člověka na jeho explicitní opakovanou žádost někým jiným, než pacientem samotným. Především se jedná o aktivní čin, smrt u konkrétního pacienta by nepřišla samovolně, ale je zapříčiněna zásahem druhé osoby, v tomto případě vždy lékařem. Eutanázie je chtěným činem, pacient musí své vlastní usmrcení požadovat. Ona žádost musí být opakovaná, kompetentní – tedy vědomá, pacient musí být při vědomí a nesmí na něj být vyvíjen nátlak. Eutanázie je čin sociálního rozměru a to ve dvou rovinách – individuálně a celospolečensky. V individuální rovině je myšleno to, že se vždy jedná o akt, na kterém musí být účastni minimálně dva lidé. Pacient, který žádá provedení usmrcení a druhý člověk, který eutanázii provede – toho se to individuálně a konkrétně týká. Pacient chce vlastní smrt a na druhé straně stojí společnost, která mu v tom různým způsobem brání. O eutanázii se hovoří jako o sociálním aktu, širší rozměr je celospolečenský.

Asistované suicidium (sebevražda) – je úmyslné usmrcení sebe sama na opakovanou žádost za pomoci druhé osoby. Zásadní rozdíl mezi eutanázií a asistovanou sebevraždou tkví v technickém provedení usmrcení pacienta. Role lékaře v tomto případě spočívá v uzpůsobení okolností tak, aby se mohl pacient rozhodnout, kdy sám ukončí svůj život. Lékař je do usmrcení vtažen stejně, jako by sám smrtící látku pacientovi aplikoval. Oba výše zmíněné přístupy jsou v České Republice nezákonné a trestné.

Odstoupení od léčby – jedná se o postup „lege artis“. Na odstoupení od léčby má pacient právo v Dokumentu Práva kriticky nemocných (viz příloha č.5). V praxi se jedná o takový postup, kdy po dohodě s pacientem po jeho náležitém poučení o následcích jeho rozhodnutí, se nezahájí, nebo nebude pokračovat léčba, která by pacienta měla udržovat při životě. Odstoupení od léčby plně respektuje pacienta jako osobu hodnou důstojné smrti.

1.3 PŘÍČINY SOUČASNÉ DISKUZE O LEGALIZACI EUTANÁZIE

Současná mezinárodně aktuální diskuze má několik příčin:

- lékařský konflikt, který způsobuje citlivá problematika dystanázie (tzv. zadržené smrti)
- nedostatečná nebo chybná komunikace mezi lékařem a pacientem, která je způsobena často velkým důrazem na techniku či invazivní medicínský postup spolu s direktivou ze strany lékaře
- důraz na invazivní vyšetřovací postupy a malá důvěra v „prosté“ doprovázení starých lidí ke smrti
- nedostatečná informovanost lékařů či laiků o možnostech léčby bolesti a z toho plynoucí mnohdy zbytečné utrpení pacientů v terminálních stádiích u např. nádorových onemocněních

- člověk není vnímán jako jedinečná, neopakovatelná lidská bytost a jeho život není chápán ve svém celku jako dar a úkol
- ve všech sférách společnosti narušená mezilidská komunikace, špatné rodinné vztahy, sobectví, nedostatek otevřenosti k oběti a lásce k bližnímu
- celosvětový trend směřující k uznání hodnoty člověka pouze na základě výkonu s dokonalého zdraví
- strach z bolesti a umírání (opět jako důsledek nedostatečné informovanosti a duchovního vedení každého člověka)
- rozšířená praxe „milosrdné lži“, která v opravdových koncích lidského života pacienta i jeho blízké nemilosrdně zraňuje
- vnímání smrti jako něčeho nepřirozeného, co život člověka „narušuje“ a co je negativním prvkem s lidským bytím souvisejícím

1.4 ARGUMENTACE PRO A PROTI POVOLENÍ EUTANÁZIE

Obě názorově rozdílné skupiny (zastánci a odpůrci) se shodují v tom, že je potřeba poskytnout umírajícím prožít závěr života v důstojnosti a stejně tak důstojně zemřít. Rozdíl mezi oběma tábory nastává ve chvíli, kdy je potřeba pojem „důstojnost“ definovat. Pro zastánce eutanázie je důstojnost definována usmrcením, po krátkém rozloučení s rodinou nebo i bez něj. Pro odpůrce eutanázie je důstojností myšleno zajištění všech potřeb umírajícího, dokonalá péče o všechna jeho přání a především odstranění jakéhokoli trápení: fyzického i psychického.

Zastánci eutanázie jsou lidé, kteří jsou zpravidla sekularizovaní a velmi ovlivnění společností, kde je jednou z hlavních hodnot zisk. Nepřímo argumentují tím, že i pro společnost je podání smrtící injekce nevyléčitelně nemocnému levnější, než dlouhodobé zajištění léčby a péče. Zdůrazňují proces stárnutí evropských národů a předpovídají problematické finanční zajištění všech starých obyvatel v následujících desetiletích. Místo pomoci, či přesněji jako pomoc nabízejí smrt jako všelék na bolesti stáří a nemoci. Jejich volání po eutanázii může být často výsledkem špatné osobní zkušenosti s péčí o umírající. K hlavním argumentům, kterými je eutanázie často ospravedlňována, patří milosrdné zbavení člověka utrpení, ke kterému je člověk veden upřímným soucitem. Zastánci eutanázie chtějí dát také průchod právu na respektování osobní autonomie, respektování práva zemřít, práva na soukromé rozhodnutí. Zastánci si právo zemřít vykládají ve významu práva být usmrcen na požádání. Takové právo však neexistuje. Nezanedbatelným argumentem je i regulace finančních nákladů na „zbytečnou“ zdravotní péči.

Odpůrci eutanázie si uvědomují, že v sázce je především lidský život a myslí si, že eutanázie je v protikladu vůči nedotknutelnosti života; porušuje tabu – nezabiješ! Právo na eutanázii není právem, které by vycházelo z právní vědy, protože takové právo by porušovalo základní právo na život. Zároveň je nebezpečí, že právo usmrcovat nemocné by dalo lékařům nesmírnou moc a odtud by už byl jen krůček k zneužití; dalo by se zbavovat „nepohodlných“ pacientů. Dále tvrdí, že eutanázie není soukromá věc, jelikož by měla dopad nejen na jednotlivce, ale na celou společnost. Eutanázie není autonomním výběrem, nemocní v terminální fázi života jsou velmi zranitelní a ovlivnitelní a přijímají proto snadno rozhodnutí a nátlak jiných.

Chování lékařů v případě provádění eutanázie by bylo nemravné a neetické; eutanázie není smrtí milosrdnou, ani soucitnou, natož důstojnou, lidé mají svou důstojnost proto, že jsou

lidmi. A tak lze uzavřít, že neexistuje žádné morální, legální nebo sociální opodstatnění pro legalizaci eutanázie.

2. HISTORIE EUTANÁZIE

Problém eutanázie je starý jako lidská kultura. O tématu ukončení života se diskutuje věčně a názory na tuto otázku nikdy nebyly a nejsou shodné ani dnes. Eutanázie je jedním z nejaktuálnějších problémů lékařské etiky dneška.

Již pravěká společnost, žijící v krajně drsných podmínkách, byla nucena, z praktických důvodů pro možnost přežití, zbavovat se jedinců, kteří jim byli na obtíž. Jednalo se členy tlupy, kteří se z nějakého, většinou zdravotního důvodu (staří, nemocní, zranění...) nebyli schopni přizpůsobit se momentálním potřebám společenství.

V antické kultuře, podobně jako v mnoha orientálních kulturách, nebyla odsuzována sebevražda ani usmrcení z útrpnosti. Platon a Sokrates považovali utrpení v důsledku bolestivé nemoci za dostatečný důvod k ukončení života sebevraždou. Je všeobecně známo, že sám Sokrates zemřel na otravu bolehlavem, nikoli však kvůli bolestivé nemoci, ale ze vznešeného důvodu, aby bylo naplněno výsostné pravidlo zákona, jímž byl odsouzen k smrti. „Na rozdíl od Platona a Sokrata Aristoteles tvrdil, že sebevražda není projevem odvahy, nýbrž útokem proti státu. Svě přesvědčení nestavěl na náboženském základu, ale zdůrazňoval, že občané musí zůstat pro dobro státu produktivními co nejdéle. Člověk by se měl podle něj chrabře postavit vůči smrti. Eutanázie je odsouzeníhodná nejen proto, že předčasně zbavuje společnost svých členů, ale také proto, že tento počin je typickou ukázkou nejvyššího stupně ukvapenosti a zbabělosti. Umírání v odvaze, ale ne poddání se smrti i v případě terminální, vyčerpávající a bolestné choroby, je významným mravním testem ctnostného člověka.“ (Munzarová M. Eutanázie, nebo paliativní péče?, 2005, str.26)

„Sebevraždu odsuzovali rovněž i Pythagoras a Epicures. Přesto byla v některých městských státech antického Říma povolena. Obecní správy uchovávaly zásoby jedu pro každého, kdo si přál zemřít. Tato skutečnost však stála proti tolik uznávané přísaze Hippokratových lékařů, kteří patřili k reformnímu hnutí lékařů ovlivněných pythagorejskou etikou.“ (Thomasma, Kushnerová, Od narození do smrti, 2000, str. 214)

„Pozdější filozofická větev antického Řecka a poté Říma – stoicismus, akceptoval volbu sebevraždy, jestliže již život nebyl z jakéhokoli závažného důvodu přijatelný, tzn. nebyl již v souladu s individuálně pociťovanými potřebami a poznáním sebe sama, díky bolesti, chorobě anebo tělesným abnormalitám. Aby eutanázie mohla být ospravedlněna jako rozumný čin, bylo třeba splnit nejméně dvě podmínky: motivace musela být odpovídající a vše muselo být zváženo i vzhledem k odpovědnosti vůči ostatním. Stoikové tedy vyžadovali jistotu, že eutanázie nebude schvalována jen díky impulzivním přáním uniknout povinnostem života.“ (Munzarová M. Eutanázie, nebo paliativní péče? 2005, str.27)

S rozvojem křesťanství v římském císařství tento postoj postupně vymizel. Pod rostoucím vlivem křesťanství a po jeho přijetí za oficiální náboženství Říma za Konstantinovy vlády nebyla již sebevražda přijatelná. Pravidlo zakazující zabití vycházelo z křesťanského postoje vyjádřeného přikázáním „nezabiješ. Na život se pohlíželo jako na dar od Boha, o nějž lidé musí denně pečovat. Okamžik smrti byl v božích rukou a přisvojovat si jej byl hříšný akt pýchy, odmítnutím boží moci nad lidským životem. Osoby, které spáchaly sebevraždu, byly obvykle pohřbívány za městskými hradbami, na křižovatkách, kde kříž měl odvrátit ďábla. „Nárůst netolerance k sebevraždě pokračoval, v roce 553 koncil orleánský oficiálně odepřel pohřební rituály komukoli, kdo se sám zabil a koncil v Toledo 693 vyhlásil exkomunikaci jako trest za sebevražedný pokus. Od dávných dob osoby, které sebevraždu dokonaly, nemohly být pochovány na hřbitově. Tato intolerance kulminovala ve 13. století u svatého

Tomáše Akvinského. Tento významný teolog tvrdil, že sebevražda je nejnebezpečnější hřích, a to nejen proti božímu zákonu, ale i proti zákonům přírody (pud sebezáchovy). Jeho názory pochopitelně odrážely neporušenou tradici křesťanského nazírání na sebevraždu a jakékoli napomáhání k ní.“ (Thomasma, Kushnerová, Od narození do smrti, 2000, str. 215)

V myšlení islámu nebyla eutanázie nikdy přijímána, „milosrdenství“ nebylo a není důvodem k zabití. Zabití je přípustné jen v případě cizoložství, za opuštění islámu a tedy Boha z jakéhokoli důvodu. Hinduismus nestavěl smrt do protikladu vůči životu, nýbrž narození. V buddhismu pak i v případě zabití trpícího člověka karma utrpení dosud existuje. Je zde přijímána představa, že lidský život nekončí smrtí fyzickou. Pokračuje dále ve věčnosti a karma, jak dobrá tak špatná, je s ním nesena dále do budoucnosti. Z toho vyplývá, že utrpení každého nekončí jeho smrtí a vymizí až tehdy, změní-li jedinec tuto karmu k lepšímu.

„Některé mírnější názory se objevily v renesanci po hrozném čtrnáctém století, kdy mor vyhubil třetinu evropské populace. Smrt byla všude, dotkla se každého. Byly rehabilitovány dřívější „pohanské“ hodnoty. Například za reformace se Luther eutanázii zastával a nejspíš si také sám přivodil smrt, když se vydal na dlouhou procházku, přestože věděl, jak moc má nemocné srdce. Sir Thomas More, slavný světec a mučedník katolické církve a protivník anglického krále Jindřicha VIII., publikoval v roce 1516 ve své „Utopii“ potřebu dobrovolné eutanázie pro terminálně nemocné pacienty. V ideální společnosti, jak si ji představoval, to bylo přijatelné opatření ke zvládnutí utrpení.

Myšlenka se dařilo mezi seriózními mysliteli a lékaři. V roce 1742 byla ve Skotsku publikována esej „O sebevraždě“ filozofa D. Huma. V roce 1794 lékař Paralysis doporučoval ve své stati „Projev o eutanázii“ snadnou smrt pro nevléčitelného a trpícího pacienta. Značný zájem o eutanázii pokračoval později v devatenáctém století v Evropě i v USA. Knihy o eutanázii a společnosti pro eutanázii včetně návrhu legislativy existovaly na obou místech již před více než sto lety. K. Mary ve své „Lékařské eutanázii“ kritizoval lékaře, kteří léčí nemoci namísto pacientů a sliboval větší úlevu od utrpení. Takže koncem devatenáctého a začátkem dvacátého století hovořili lékaři o možnosti eutanázie otevřeně. Na základě pruského ekvivalentu státního zdravotního plánu probíhala dokonce otevřená diskuze o potřebě, aby stát poskytoval eutanázii lidem, kteří ztratili schopnost o ni požádat.“ (Thomasma, Kushnerová, Od narození do smrti, 2000, str. 215)

V roce 1931 publikoval zdravotní rada Leicestru v Anglii dr. Miliard „Návrh legalizace dobrovolné eutanázie“, který se probíral pět let, ale v roce 1936 byl Sněmovnou lordů zamítnut. Rok před tím v roce 1935 byla jako první na světě založena Britská společnost pro dobrovolnou eutanázii. Krátce poté zahájila činnost podobná organizace v USA. Před druhou světovou válkou byla eutanázie právně povolena ve dvou státech USA, v Ohio a Iowě. V Ohio měli nevléčitelně nemocní trpící krutými bolestmi možnost vyžádat si k eutanázii povolení zvláštní komise. Zákon státu Iowa připouštěl dokonce selektivní usmrcování postižených lidí. Návrh na přijetí podobného federálního zákona však v americkém kongresu neprošel.

V Československu byly v období první republiky předloženy dva zákony, týkající se problematiky eutanázie, jeden v roce 1926 a druhý o jedenáct let později. Nikdy tyto zákony schváleny nebyly.

Události v Německu před druhou světovou válkou a během ní měly jasný vliv na hnutí za eutanázii. V roce 1929 byla založena Lékařská liga národního socialismu a měla velký úspěch; lékaři se přidávali k nacistické straně dříve a větším počtu než jiné profesní skupiny

a již v roce 1937 byli lékaři zastoupeni v SS sedmkrát více, než činil průměr všech zaměstnaných mužů. Na německých univerzitách byly postupně zakládány a všestranně podporovány ústavy věnující se rasové hygieně. Tento obor se stal vyučovacím předmětem to ještě před nástupem Hitlera k moci.

Nacistické představy o nutnosti rasové hygieny a očisty nebyly realizovány pouze pronásledováním jiných národnostních skupin. V německé lékařské vědě a praxi již delší dobu sílily teze o možnosti rozhodování o tom, či život je z hlediska rasového škodlivý a či nikoli. Od nástupu nacistů k moci bylo cílem vytvoření homogenního "panského národa", který bude duševně i tělesně nadřazen dalším národům. Toho mělo být dosaženo na jedné straně podporou rozmnožování údajné rasové elity, na straně druhé eliminací "rasově odlišných", slabých a nemocných. Toto propojení lékařství a rasové politiky totalitního režimu, kdy politici přistupovali ke společnosti jako k organismu na operačním stole a lékaři posuzovali pacienty z jiných podle jiných než lékařských kritérií, patří k nejvíce odstrašujícím rysům nacistického Německa.

V nacistickém Německu byla rozšířená praxe nucené sterilizace duševně nemocných a dalších "méněcenných", stejně jako praxe jejich izolace od zbytku společnosti. Pojem eutanázie označoval systematické vraždění duševně nemocných a jinak postižených pacientů v německých ústavech. Eutanázie probíhala v utajení, neměla dokonce oporu ani v nacistickém právu. Od srpna 1939 probíhala registrace duševně a tělesně postižených dětí, z nichž bylo do roku 1945 - většinou smrtící injekcí - zavražděno zhruba 5 až 10 tisíc. Bezprostředně po útoku na Polsko bylo na obsazených územích a v Pomořansku povražděno zhruba 10 tisíc pacientů.

V říjnu 1939 vydal Hitler tajný výnos (datovaný k 1. září 1939) opravňující jeho tělesného lékaře Karla Brandta a Philipa Bouhlera z vůdcova kancléřství k rozšíření eutanázie na pacienty v ústavech na území Říše. Program eutanázie byl přísně tajný a byl označován jako T4 (podle berlínské adresy své centrály: Tiergartenstraße 4). Celkem existovalo v Německu šest středisek, v nichž byli pacienti vražděni v plynových komorách vydávaných za sprchy. Do září 1941 bylo takto usmrceno zhruba 70 - 90 tisíc lidí, které speciálně vybraní lékaři označili jako "lebensunwerte" - tedy nehodné života. Z psychicky nemocných byli systematicky vražděni židé a údajní nevléčitelní zločinci, dále pak většinou slabomyslní, epileptici a schizofrenici.

Informace o vraždění v takovém rozsahu nebylo možné utajit. Příbuzní obětí často nevěřili vymyšleným důvodům smrti, které jim byly sdělovány. Po protestech veřejnosti a především ze strany církve Hitler v září 1941 akci T4 oficiálně zastavil. Specialisté na vraždění plynem byli nyní z velké části nasazeni na východě, kde se mimo jiné podíleli na masovém zabíjení židů. Proces eutanázie tak byl významným krokem na cestě ke "konečnému řešení židovské otázky". I přes oficiální ukončení akce T4 pokračovalo vraždění psychicky a tělesně postižených i nadále, především v době leteckých náletů na Německo v letech 1943 - 1944, kdy byla řada ústavů vyklizena. Také na obsazených sovětských územích bylo zavražděno velké množství pacientů. Přesný počet obětí eutanázie není znám - na norimberském procesu byl však odhadnut na 275 tisíc osob.

Po válce diskuze o eutanázii pokračovala, ale například od iniciativy zahrnout právo na eutanázii do Charty spojených národů se upustilo v důsledku narůstání odhalování nacistických zvěrstev. Strany účastníci se debaty se vzájemně odcizovaly. Objevovali se noví zastánci, ale především stále jasněji vyznívala odsouzení náboženských odpůrců. V roce 1956 papež zopakoval názor, že eutanázie, stejně jako potrat odporují „božímu řádu“, na mezinárodním kongresu lékařů. Ale v roce 1957, kdy hovořil k jiné mezinárodní lékařské skupině, akceptoval možnost případného zkrácení života užitím léků, jako je morfium

k odstranění nesnesitelné bolesti, protože zde není příčinné spojení mezi jejich účinkem (smrt) a záměrem (odstranit utrpení). Myšlenka pasivní eutanázie se tak ocitla v centru diskuze. „Od roku 1960 významně ovlivňují diskuzi další objevy, došlo k nevídané revoluci a explozi v rozvoji lékařské vědy a k významným objevům a vynálezům, které měly kumulativní účinek na ochranu života proti nemocem a které prodlužovaly život o mnohem delší dobu, než to bylo možné dříve (např. transplantace). Smrt a umírání byly popírány čím dál víc. Postoj pacientů samotných k těmto technologiím však přinášel i rozčarování, prodlužování života často vedlo i k prodlužování utrpení.“ (Thomasma, Kushnerová, Od narození do smrti, 2000, str. 217)

Opozice nicméně pokračovala, mnoho lékařů se stavělo proti všem formám eutanázie, dokonce i pasivní. Světová lékařská asociace přijala v roce 1968 rezoluci proti eutanázii. V roce 1973 byla v Holandsku shledána vinnou doktorka Postmová za to, že z milosti zabila svou matku. Byla však odsouzena pouze k suspendování v trvání jednoho týdne a k roční podmínce. V téže roce byla založena Holandská společnost pro dobrovolnou eutanázii, která poskytuje patřičné informace o eutanázii a funguje jako prostředník mezi lékařem a pacientem.

V roce 1975 začal být soudní systém shovívavější k formám eutanázie. V roce 1980 byl v Americe založen spolek, který pomáhal lidem naučit se, jak spáchat bezbolestně sebevraždu v případě terminální nemoci. Ve stejném roce se z 27 skupin v 18 zemích zformovala Světová federace sdružující společnosti za právo zemřít. Debata se tak přestěhovala z akademických kruhů na veřejnost a do organizovaných celosvětových hnutí. Současná situace v některých zemích je popsána v kapitole „Eutanázie ve světě“.

3. SMRT

„Smrti se nebojím, smrt není zlá, smrt je jen kus života těžkého, co strašné je, co zlé je, to umírání je.“ *Jiří Wolker*

Jsme zrozeni mimo jiné také k tomu, abychom jednou zemřeli. Tuto skutečnost si možná v každodenním shonu neuvědomujeme a většina z nás ji nerada slyší, ale je realitou neodmyslitelně spjatou s naším životem.

Poměrně rozšířeným postojem ke smrti je její tabuizace – smrt patří ke kulturním tabu, o nichž se nehovoří a případný hovor o ní je vnímán jako něco nenáležitého. Z psychologického hlediska jde o vytěsnění. Smrt má místo určené v nevědomí, děláme jako že není a chováme se, jako by nebyla. Odsouvání problému smrti může být projevem určitého provizorního přístupu: tento problém není na pořadu dne, otázku smrti teď zatím nemusíme řešit.

S rozvojem moderní, technologicky vyspělé a často velmi úzce specializované medicíny vzrůstá počet léčitelných onemocnění, ale na druhé straně vyvstává řada neobjasněných a otevřených otázek. Vzhledem k proniknutí techniky do medicíny je aktuální otázka humanizace smrti neboli humánního umírání. Kde je hranice mezi prodlužováním života a prodlužováním utrpení?

Vzhledem k neustálému závrtnému růstu znalostí a technických vymožeností současné medicíny dochází i k mnoha novým morálním problémům. Způsob, jakým se v naší společnosti většinou umírá, je považován za nehumánní. Podle statistik se sice dožíváme v průměru o 20 let více, ale někdy se objevuje dotaz: „Přidali jsme léta života životu?“

„Všichni se musíme vyrovnat s tím, že přijde hodina H - okamžik smrti. Je třeba o smrti hovořit, je třeba ji vzít jako fakt, na který je třeba se připravit v průběhu života. Budoucnost, která stojí před umírajícím, tedy jeho smrt a naše bezmocnost jakkoliv tuto budoucnost změnit, ovlivňují výrazně lidské myšlení a jednání. Umírání a smrt člověka se v moderní době stále více institucionalizuje. Méně se již umírá doma, ale stále častěji v ústavech.“ (Haškovcová, H. Thanalogie – Nauka o umírání a smrti, 2007, s. 73)

Současný člověk se každý den setkává se smrtí na televizních obrazovkách, v knihách, v počítačových hrách atd. Jedná se však o smrt hranou. Setkání se skutečnou smrtí nás naopak uvádí do šoku, zmatku. Chybí nám zkušenost našich předků, kteří podobu smrti znali od dětství a byla součástí jejich života, viděli doma umírat své blízké a znali rituál umírání. Dnes se nenabízí filozofická, etická nebo psychologická podpora lidem, kteří umírají, kteří stojí tváří v tvář smrti. Být oddělen od života je částí lidského dramatu, které se může odehrát na všech úrovních lidské existence. Více nebo méně silně prožívá člověk v naší kultuře oddělení jako strach být vydán napospas své vlastní smrti. Všemi možnými prostředky se snaží člověk průmyslové společnosti utlumit strach ze smrti. Přes všechny triky a fenty se nedá příroda ovlivnit. Věčný proces vznikání a zanikání bude pokračovat, i když jej člověk nechce vzít na vědomí.

„Jak pro lidstvo jako celek, tak pro každého jednotlivce je poznání nevyhnutelnosti smrti pouhým počátkem otázek se smrtí souvisejících. Proč lidé umírají? Je smrt skutečně záležitostí konečnou? Je smrt věcí dobrou nebo špatnou? Je vůbec lidský život smysluplný, končí-li smrtí? Častým vyústěním filosofických úvah je názor, že smrt není zničením vlastního já, nýbrž jeho přeměnou do jiné formy existence.“ (Jan Pavel II, Encyklika: O životě, který je nedotknutelné dobro, 1995, s.29)

3.1 SMRT BIOLOGICKÁ, PSYCHICKÁ A SOCIÁLNÍ

Smrt biologická je úplná, trvalá a nezvratná ztráta vědomí. Je to stav, kdy nefunguje žádná část mozku.

Smrt psychická je naprostou psychickou rezignací, intenzivně prožívanou beznadějí a zoufalstvím, které nepochybně usnadňuje vstup smrti biologické.

Smrt sociální je stav, kdy člověk žije, ale je nezvratně vyvázan z důležitých sociálních a mezilidských vztahů.

„Musíme si uvědomit, že smrti biologické velmi často předchází smrt psychická a sociální. Nikdo by neměl umřít dříve psychicky a sociálně než biologicky. Opuštění domova, blízkých, prostředí, ve kterém jsme žili svůj život, „odsun“ do prostředí neznámého, obvykle do nemocnice nebo pečovatelského domu a ztráta lásky a naděje představuje první fázi umírání - počátek smrti psychické a sociální.“

(Kudlová, P. Ošetřovatelství - perspektivní věda i umění, 2004, s. 45)

3.2 UMÍRÁNÍ

Použijeme-li slov Elizabeth Kübler - Ross, je umírání v širším slova smyslu především proces, kdy nevléčitelně nemocný člověk v relativně dlouhém čase žije pod znamením hrozící a nakonec realizující se smrti.

„Ničeho se člověk nebojí tolik jako smrti, tedy toho, že přestane existovat se všemi důsledky. Stejně, ne-li více, se bojí umírání. Pojem umírání je synonymem terminálního stavu, kdy dochází k postupnému a nevratnému selhávání důležitých životních funkcí a tkání a orgánů, jehož důsledkem je smrt.“ (Kübler –Ross, E. *O životě po smrti* , 1992, s. 12)

Proces umírání je rozdělen do tří částí:

- pre finem - období před umíráním,
- in finem - období umírání,
- post finem - období po smrti.

Období pre finem:

Toto období umírání není spojeno pouze s terminálním stavem. Postupné stárnutí organismu, vyhasínání energie a sil způsobuje jak věk a onemocnění, tak stav spojený s absencí psychosociálních podnětů, jež tuto fázi umírání zrychluje.

Období in finem:

Jedná se o umírání v užším slova smyslu, tedy o fázi lidského života, která bezprostředně hraničí s fyzickou smrtí.

Období post finem:

Toto období začíná smrtí člověka a nese s sebou péči o tělesnou schránku umírajícího a psychické strádání pozůstalých.

Umírání a smrt je nejnáročnější životní situace v životě člověka. Málo témat u nás vyvolává tolik děsu jako právě umírání a smrt. Je to způsobeno řadou důvodů, mezi nejdůležitější asi patří následujícími tři:

1. U nás umíráme utajeně a izolovaně - umírající jsou kryti před zrakem veřejnosti.
2. Umírající je obelháván a zbavován svéprávnosti.
3. Zrušení smutku - smuteční rituály a zvyky hrají stále menší roli. Pro bezprostřední smutek je u nás kvůli přípravám na pohřeb málo času.

To vše má za následek, že umírání a smrt vyvolává celou řadu emočních reakcí a to nejen u umírajících, ale i u jejich nejbližších a pochopitelně také u ošetřujícího personálu. Bohužel, v naší české společnosti přetrvává nezáměr o smrt a umírání stále. Ve společnosti, která vyznávala materialistický světový názor, se uznává za reálné jen to, co se dá změřit a zvážit a místo pro duchovnost jakéhokoliv druhu je stále ještě potlačováno. Průmyslový svět má tendenci odstraňovat nemocné a umírající lidi do nemocnic a hospiců. Důraz je kladen spíše na podporu životních systémů a mechanické prodloužení života, často nad rozumný rámec, než na kvalitu prostředí.

Ve střetu s koncem života získává značný význam medicína. Jenže medicína chápaná jako čistá přírodní věda považuje smrt za porážku. Medicína bojuje o to, aby smrt byla co nejvíce oddálená a v tomto boji už dosáhla značných úspěchů. Mnoho lidí se však obává, že díky této moderní technické medicíně jim bude (proti jejich vůli) zabráněno důstojně zemřít. Místo toho, aby jim byla poskytnuta úleva lidským porozuměním, empatií a napojením na člověka, dostává se jim napojení na přístroje a úlevu jim mají přinášet medikamenty. Je obecně známo, že velmi mnoho lidí stále ještě umírá o samotě a nepochopených.

Lidé si začínají uvědomovat, že nelze strávit poslední úsek života v osamocení, že je dobré, pokud těžce nemocného někdo doprovází. Doprovázet umírajícího by měl člověk, který si uvědomuje, že umírání patří k životu. Doprovázení umírajících vyžaduje hodně vnitřní síly a konfrontuje doprovázejícího s vlastní konečností. Ten, kdo doprovází umírajícího, by měl vědět o posledních a možná nejdůležitějších úkolech, s nimiž se musí každý člověk při svém umírání vyrovnat. Umírání ukládá člověku specifické morální úkoly. Mezi nejdůležitější patří:

- I umírající člověk je morálně odpovědný.
- Jednejme s ním až do poslední chvíle jako se svéprávnou bytostí.
- Umírání poskytuje možnost objevit smysl uplynulého život jako celku.
- Věnujte tomuto objevování čas.
- Umírající se chce smířit se svým uplynulým životem.
- Věřící chtějí uvést do pořádku svůj vztah k Bohu.

K problémům, kterým je třeba věnovat pozornost, patří mimo jiné i nehumánnost umírání, která se dnes často kritizuje. Anonymita smrti v nemocnici se často dává do kontrastu ke „zdravému světu“ minulých dob, kdy byl člověk dobře připravený na smrt a umíral uprostřed určitého společenství (např. rodina, vojenská jednotka), k němuž patřil. Každá epocha i ta naše je konfrontována se smrtí a stále znovu a znovu je nutno se s ní vypořádat. Ve středověku se hovořilo o umění dobré smrti a prostřednictvím rituálů a obyčejů, které souvisejí s umíráním, smrtí a pohřbem jsme s nimi stále trochu spjati. Je třeba i v dnešním přetechnizovaném světě hledat model dobré smrti.

4. EUTANÁZIE VE SVĚTĚ

4.1 EVROPSKÉ STÁTY

Nizozemsko: od 70. let 20. století zde soudy eutanázii a asistovanou sebevraždu tolerovaly. Je to první stát v Evropě, který v roce 2000 většinovým hlasováním holandského dolního parlamentu odsouhlasil zákon, který v některých případech umožňuje nevléčitelně nemocným pacientům pod lékařským dohledem dobrovolně odejít ze života. Čekalo se na schválení horní komory a pak už nic nebránilo přijetí zákona 10.4. 2001. Tento zákon je však svázán přísnými pravidly: pacient musí trpět nesnesitelnou a nevléčitelnou chorobou a ještě za plného vědomí musí o zákrok opakovaně požádat. Probíhají opětovné porady mezi pacientem a lékařem a konzultace s dalším lékařem. Každý případ provedení eutanázie je lékařem hlášen zvláštní komisi. Klientem smí být pouze holandský občan.

Belgie: zákon umožňující legální eutanázii byl přijat v květnu 2002 a v platnost stoupil 23. září téhož roku. Eutanázii upravuje samotný zákon, nejde o asistovanou sebevraždu, ale poslední „lék“ podá pacientovi sám lékař. Pacient musí být při vědomí a svou žádost musí vyjádřit dobrovolně, opakovaně a písemně. Žádost o povolení eutanázie posuzuje dvanáctičlenná komise (čtyři právníci; čtyři profesori lékařství; čtyři osoby, které jsou v kontaktu s nemocným). Zvláštností Belgie je, že eutanázie je povolována i nezletilým, kteří jsou při té příležitosti zplnoletěni; musí jim být však minimálně 15 let.

Švýcarsko: v tomto státě trestní zákon toleruje asistovanou sebevraždu, pokud ji někdo nedělá ze zjištěných důvodů. Pacient musí splňovat spoustu požadavků jako například duševní způsobilost a musí být schopen pít. Jakákoliv přímá asistence je zakázána, poslední krok musí udělat sám pacient. K usmrcení dochází na základě požití „smrtícího koktejlu“ a smrt přichází rychle – pouhých pět minut po vypití nastává kóma a po dalších dvaceti minutách smrt. Do Švýcarska v posledních letech přijíždí „za smrtí“ mnoho pacientů z Velké Británie a Německa. Vyskytl se dokonce i případ Čecha, který se tímto způsobem nechal usmrtit. „Žadatelé o smrt“ musí zaplatit 3500 dolarů za předepsaný koktejl a administrativní poplatky. Politici však připravují větší regulaci tohoto „trhu“.

Německo: v tomto státě zákony umožňují tzv. pasivní eutanázii, tedy zastavení péče zaměřené na umělé prodlužování života. Aktivní eutanázie, tedy podání léku působícího smrt, je v Německu, stejně jako v drtivé většině ostatních zemích Evropy nezákonná a je pokládána za vraždu. Pro německou společnost je problematika dopomoci ke smrti citlivým tématem, neboť za nacismu se stala předmětem rasistické politiky a byla prováděna na pacientech bez jejich souhlasu a bez vědomí jejich rodin. Nacisté tak chtěli očistit německý národ od rasově podřadných prvků, mezi něž patřili i nevléčitelně nemocní lidé.

Švédsko: zde není pomoc při eutanázii trestným činem, ale přestupkem, který musí být nahlášen úřadům.

Albánie: jediná z východních zemí, kde se v roce 1999 prosadila eutanázie.

4.2 AMERICKÉ STÁTY

Oregon: zde je takzvaná „důstojná smrt“ možná jako v jediném státě Spojených států amerických od roku 1997 pouze jako asistovaná sebevražda. Ve zdejším modelu si nejvíce

berou příklad čeští zastánci eutanázie, protože ji zde absolutně dopodrobna upravuje zákon. V Oregonu mají pacienti k dispozici přístroj, pomocí kterého si ve chvíli, kdy se rozhodnou zemřít, vpraví jed do žíly.

Kolumbie: od roku 1997 je zde eutanázie tolerována, nikoli uzákoněna.

4.3 AUSTRÁLIE

Austrálie: v Severním teritoriu Austrálie byla povolena aktivní eutanázie tzv. „Zákonem o právech smrtelně nemocných“ z června 1996. Tento zákon byl přijat většinou obyvatelstva tohoto území tzv. lidovým hlasováním. Platil však jen krátce a to od června 1996 do března 1997, kdy byl přehlasován federálním parlamentem. Tento zákon obsahoval několik konkrétních a přísných klausulí: pacient ve věku nad 18 let; pacient musel trpět nevyléčitelnou chorobou, na kterou by bez mimořádné zdravotnické péče zemřel; pacient musel být konzultován třemi kvalifikovanými lékaři, z nichž jeden musel být psychiatr, aby byla vyloučena léčitelná deprese. Pokud byla dostupná dostatečně adekvátní léčba bolesti tisíci prostředky, lékař nesměl na žádost o smrt přistoupit. Poté, co pacient své přání zemřít oznámil, musel týden čekat, než směl podepsat souhlas, pak musel být formulář podepsán dvěma lékaři. Po podepsání formuláře musel opět pacient čekat dalších 48 hodin, než mohla být eutanázie vykonána. Další podmínkou bylo ještě setrvání lékaře u pacienta až do okamžiku smrti. Za dobu platnosti tohoto zákona spáchali sebevraždu za asistence lékaře čtyři pacienti, kteří trpěli smrtelnou formou rakoviny.

4.4 ASIJSKÉ STÁTY

Japonsko: formálně je zde eutanázie zatím nelegální, ale existují dva precedentní rozsudky z 90. let, které určily kritéria, při jejichž dodržení nebude lékař za zabití pacienta trestán.

Čína a Vietnam: zde je problematika uzákonění eutanázie hodně diskutována (velmi přelidněné státy), ale zatím je trestná. Je zde velký tlak proti díky náboženským kulturám (buddhismus, hinduismus ...), které se staví k eutanázii odmítavě.

5. NÁZORY A POSTOJE K OTÁZCE LEGALIZACE EUTANÁZIE V NĚKTERÝCH SLOŽKÁCH SPOLEČNOSTI ČR

5.1 POLITIKOVÉ

Poslanec Boris Šťastný (ODS) – původní profesí lékař, je pro, aby se Česká republika přiřadila k zemím, kde je povolena eutanázie a připravil v tomto duchu zákon „O pomoci při dobrovolném odchodu ze života nevyléčitelně nemocného“, který představil 9.7.2007.

Carbol Jan – KDU-ČSL: „Debatě lidovci nechtějí bránit, budeme argumentovat a přesvědčovat kolegy. Chceme mluvit spíš o smyslu života.“
„Domnívám se, že člověk nemá právo si sám vzít život.“

Dundáčková Eva – členka ústavněprávního výboru (ODS): „Na půdě sněmovny není vůle, aby byla eutanázie umožněna v takové podobě, jak bylo navrženo.“

Fialová Jiřina – KSČM má obavy, že je to příliš zneužitelný nástroj. „Naše společnost není ještě tak vyspělá, aby to nezneužívala.“

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

Hovorka Ludvík – poslanec KDU-ČSL: „Je to složité a citlivé téma na dlouhou diskuzi. Eutanázie je pro lidovecké poslance tabu, pokud je šance člověka oživit i v jeho terminálním stadiu, pak by se v udržování života mělo pokračovat.“

Jacques Kateřina – předsedkyně poslaneckého klubu SZ: „Neprodłużování života na přístrojové nebo lékové bázi je námět, který zelení vnímají jako vcelku přijatelné opatření. Určitě nejsme proti.“

Jakubková Věra – SZ: „Já bych pro takový zákon hlasovala. Mám za sebou zkušenost s umíráním tří blízkých lidí a vím, že péče o umírající u nás není na dost vysoké úrovni.“

Kalousek Miroslav – KDU-ČSL: „Jde o přímý útok na lidský život.“
„Je to nebezpečný návrh, který může být zneužit bez možnosti nápravy. Budeme (KDU-ČSL) vždy velmi ostře vystupovat proti tomu, aby se lidský jedinec stal pánem nad životem a smrtí jiného člověka.“

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

Krátký Jiří – ČSSD: „Moje nemocná matka se deset let trápila. Myslím si, že kdyby si mohla vybrat, volila by tento způsob.“

Kvapil Tomáš – poslanec (KDU-ČSL): „Naše strana by měla s přijetím normy, která by obsahovala eutanázii, kardinální problém. Jde víc o sociální problém, než zdravotní. Moderní medicína tiší bolest účinně.“

Merinová Marcela – ČSSD: „O smyslu eutanázie jsem mnohokrát přemýšlela. Ale člověk, který žádá vlastní smrt, už není ve stavu, kdy by jeho mysl byla zdravá. Myslím, že každý je rád, že do poslední chvíle žije. Proto jsem proti.“

Parkanová Vlasta – ministryně obrany (KDU-ČSL): „Povolení eutanázie znamená „legalizaci obchodu se smrtí“.“

Pospíšil Jiří – ministr spravedlnosti (ODS): „V několika západních zemích je tento nebo podobný prvek součástí právního řádu. Ministerstvo spravedlnosti je připraveno odborně se podílet na daném návrhu. Připomínám, že dosud je nepodání léku nebo nezapojení život zabezpečujícího přístroje trestným činem. Osobně nejsem dokonce ani odpůrcem eutanázie. Jako právník však vnímám velká rizika a kladu si otázku, zda lze vůbec najít úpravu proti zneužití, takže jsem i vůči právu odmítnout léčbu zdrženlivý.“

Polanský Jiří – poslanec (ODS): „Nejsme zatím dost zralí na tento problém.“

Rath David – poslanec, exministr zdravotnictví (ČSSD): „V tuto chvíli nejsem schopen vysypat z rukávu nějaký hotový názor. Naše strana má k eutanázii celkem vstřícné stanovisko, ale netuším, s čím nyní přijde ministr Julínek. Tyto věci jsou natolik citlivé, že záleží na každé jednotlivé formulaci. Můžete souhlasit s principem, může vám ale vadit něco konkrétního v textu. S myšlenkou práva odmítnout léčbu obecně problémy nemám.“

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

Šidlo Karel – KSČM: „Po zkušenostech se zdravotním stavem své matky bych byl pro. Někteří lidé musí zažít něco, co bych nepřál ani největšímu nepříteli. Jsou nemoci, kdy se z člověka stane ležák, který už jen toužebně čeká na zápal plic.“

Šojdrová Michaela – šéfka klubu KDU-ČSL: „Je pro mě eticky nepřijatelné, aby člověk ukončil život svůj, nebo někoho jiného.“

„Takzvaná „milosrdná smrt“ znamená „plíživé zlo“ pro celou společnost a nebezpečí pro všechny, kteří se ocitnou v nemoci, bolesti, stresu, bezvýchodné situaci. Nynější zacházení s nevléčitelnými pacienty nepotřebuje speciální legislativní úpravu.“

Šťastný Boris – poslanec ODS: „Zabývám se tím (eutanázií) proto, že jsem bytostně přesvědčený o tom, že neexistuje nic vyššího, než svobodné rozhodnutí člověka o jeho vlastním životě. Není žádné síly, není to stát, není to hospic, není to příbuzný, lékařská komise, ministerstvo zdravotnictví, nejsem to já a nejste to ani vy, kdo by měl právo říkat člověku, jak rozhodne o svém životě. Já rozumím tomu, že hospicová péče s tímto tématem souvisí a jsem strašně rád, že se diskuze otevřela. Ale člověk, který se rozhodne skončit se svým životem z důvodu nevléčitelné nemoci, by měl od státu dostat šanci, aby toto své rozhodnutí mohlo dokonat.“

„Jde mi o to, aby se v Česku spolu s eutanázií začalo mluvit i o dalších tabuizovaných tématech.“

„Myslel jsem, že u nás je víc lidí, kteří považují možnost důstojně zemřít za základní svobodu jednotlivce. Je překvapující, že takto smýšlejí spíše sociální demokraté a komunisté.“

5.2 ZDRAVOTNÍCI

prof. MUDr., PhDr., RNDr. Haškovcová Helena, CSc. – profesorka lékařské etiky FHS UK v Praze: „Celá diskuze o eutanázii v české republice je chaotická a nerespektuje to, že eutanázie je souhrnný pojem pro celou řadu naprosto rozdílných situací. Souhlasím s tím, že mnoho lidí trpí, někteří dokonce zbytečně, a že dívat se na jejich utrpení není jednoduché. To je možná ten důvod, proč někteří volají po eutanázii. Já jsem naopak pro šíření myšlenek paliativní pomoci a paliativní péče. Pak by možná lidé tolik nehorovali pro eutanázii. Z etického hlediska považuji za vrcholnou nemravnost, aby člověk v mírových podmínkách prosil o svou smrt.“

MUDr. Hyžák Antonín, CSc. – primář hospice na Svatém Kopečku u Olomouce, odborný asistent II. interní kliniky LF UP v Olomouci : „Je to přístup, který se neshoduje s lékařským cítěním, i když mnoho lidí, mnoho lékařů ve světě s tím souhlasí a mají k eutanázii kladný poměr. Já si myslím, že v dnešní době má medicína už tolik kvalitních prostředků, kterými může ovlivnit nepříjemné subjektivní pocity nemocných a zvládnout je natolik, že se může vyhnout přímé likvidaci života těchto lidí. Navíc by to bylo precedentem, kdy by se tohoto přístupu mohlo vážně zneužít v neprospěch nejen těžce nemocných lidí, ale třeba i lidí nepohodlných.“

prof. MUDr. Klener Pavel, DrSc. – odvolaný šéf Ústavu hematologie a krevní transfuze v Praze: „Nejsem zastáncem eutanázie, byl jsem vychován k úctě k lidskému životu a také studia mě vedla k tomu, abych pacienty zachraňoval. Z vlastní praxe vím, že pacienti s těžkými onkologickými onemocněními jeden den řeknou, že by už vše chtěli ukončit. Druhý den, kdy se jim přitíží, ale lpí na životě takovým způsobem, že je to v naprostém rozporu s jejich původními slovy.“

„Medicína je na takové úrovni, že existují prostředky, které zbaví bolesti. To, že je lékaři neumějí používat a nedokáží s pacientem jednat a dodat mu útěchu, to neospravedlňuje eutanázii.“

prof. MUDr. Koutecký Josef, DrSc. – přednosta dětské onkologie FN Motol v Praze: „V dětské onkologii se v posledním období situace mnohem zlepšila, žádné dítě dnes nemusí trpět většími bolestmi. Máme prostředky, jimiž lze zajistit i důstojné umírání včetně péče v domácím prostředí. Situaci mimo naši kliniku nemohu objektivně posoudit.“

doc. MUDr. Munzarová Marta, CSc. – vedoucí Oddělení lékařské etiky LF MU v Brně: „Jsem radikálním odpůrcem eutanázie. Současně jsem si však velmi dobře vědoma toho, že bolestná a těžká umírání existují. Je však třeba proti nim bojovat úplně jiným způsobem: dobrou paliativní péčí a rozvojem hospicového hnutí.“

„Pokud lékař podá nemocnému preparát s úmyslem zabít, nebo odstoupí od léčby, která by mohla mít naději na úspěch, je to nepřijatelné. Začnou-li lékaři zabíjet, tak se poveze všechno a žádný nemocný si nikdy nebude jistý, zda nejsem jeho popravčím.“

Jiná situace je, pokud bych pomocí špičkových přístrojů a náročných medicínských postupů jen protahovala bolestné umírání. To není náplň medicíny.

Pokud vím, že je to k ničemu, tak mohu po mravní stránce od léčby upustit. Ale musím zajistit, aby nemocný netrpěl ani fyzicky, ani psychicky. A to je rozdíl. V prvním případě zabijím, ve druhém ustupuji před vítězstvím smrti. Lékařství není bezmezné, takže smrt musíme nějak přijmout.“

prof. MUDr. Pařko Pavel, DrSc. – přednosta II. chirurgické kliniky 1. LF UK v Praze: „Je rozdíl mezi úmyslným zabitím člověka, to je vražda a eutanázií, kdy jde o ukončení života pacienta na jeho přání. Člověk má právo ukončit svůj život, když se pro to rozhodne.“

MUDr. Procházka Roman – ředitel hospice Štrasburk v Praze: „Za sedm let, co jsem v hospici, jsem se s žádostí o eutanázií neseťkal. Místo eutanázie bychom měli rozvíjet léčbu bolesti, rozvíjet paliativní medicínu a pomáhat budovat hospice.“

Mgr. Prokop Jiří, PhD. – ředitel hospice v Rajhradě u Brna, odborný asistent III. LF UK v Praze: „Podle průzkumu chce umřít z důvodu nesnesitelné bolesti třetina pacientů. Ostatní chtějí odejít ze života proto, že se cítí být opuštěni a na obtíž.“

prof. MUDr. Raboch Jiří, DrSc. – přednosta psychiatrické kliniky 1. LF UK v Praze: „Smrt má být vždy důstojná, bez bolesti a pokud možno v kontaktu s nejbližšími. Úkol lékaře je zmírnit a zbytečně neprodlužovat trápení. Ani psychiatrickí pacienti se nemohou svobodně, pro svůj změněný duševní stav, rozhodnout.“

MUDr. Svatošová Marie – zakladatelka hospicového hnutí v České republice: „Naše společnost objektivně disponuje dostatečnými finančními prostředky, znalostmi, dovednostmi, léky i přístrojovým vybavením, aby nemocný u kterého kurativní léčba vyčerpala všechny dostupné možnosti, byla poskytnuta odpovídající léčba paliativní. Tento přístup je schopen nemocnému zajistit nejlepší možnou kvalitu zbytku života, včetně doprovázení k důstojné smrti bez bolesti, psychického, fyzického, sociálního a duchovního utrpení. A civilizovaný stát musí chránit život a nelegalizovat jeho likvidaci.“

doc. MUDr. Šetina Marek – přední český kardiolog: „Je to svobodné rozhodnutí každého z nás. Smrt je někdy vysvobození.“

(Mates, J. *Poslanci a eutanázie: kdo viděl umírání je pro*. Mladá Fronta Dnes 20.8. 2007;
Placák, P. *Státní smrt neboli eutanázie*. Mladá Fronta Dnes 18.12. 2007)

5.3 CÍRKEV

Černý Pavel – předseda Ekumenické rady církví: „Aktivní eutanázie není slučitelná s lékařskou etikou, Hippokratovou přísahou, aktivní eutanázie je zabití.“

Vlk Miloslav – kardinál: „Zastáváme se života, to je naše povinnost. Katolická církev není však pro umělé udržování života, pokud by to bylo jen přispěním přístrojů. V případech, kdy je jasně zjištěno, že se život nemůže vrátit, je dovoleno přístroje odpojit.“

(Placák, P. *Státní smrt neboli eutanázie*. Mladá Fronta Dnes 18.12. 2007)

Prohlášení církví a náboženských společností v ČR k problematice eutanázie a doprovázení umírajících (z tiskové konference 9.12. 2005 v Praze)

Otázka eutanázie a doprovázení umírajících se stává stále více předmětem celospolečenské diskuse. Jsme hluboce přesvědčeni o závažnosti tématu, které se týká kohokoliv z nás, protože každý člověk je ohrožen nemocí, bolestí, opuštěností a smrtí. Proto se k této diskusi chceme připojit i my.

V centru naší pozornosti je člověk a jeho život, který chápeme jako dar od Boha. Tento dar nezpochybňujeme ani ve chvíli nemoci a umírání. Umírání přijímáme jako součást života, proto je všestranná pomoc umírajícímu pomocí životu. Hájíme právo na důstojné umírání. Lidská důstojnost je pro nás zakotvena ve víře v Boha a v božský akt stvoření.

Plně soucítíme s člověkem, který trpí, a vnímáme utrpení jako obtížnou situaci nejen pro umírajícího, ale i pro jeho okolí. Současně však nesouhlasíme se snahou tuto situaci, která s sebou často nese pocity zoufalství, bezmoci a prázdna, odstranit usmrcením nemocného člověka pomocí smrtícího prostředku. To ovšem neznamená, že jsme pro udržování každého života za každou cenu. Uvědomujeme si konečnost lidského života i meze možností léčby.

Chceme upozornit na nebezpečí, která by byla s uzákoněním eutanázie spojena, a sice její provedení proti vůli pacienta či na základě přání vynucené situací. Dále je nepřípustné, aby byl u někoho vytvářen pocit, že je již jen břemenem, a on se musel sám před sebou či před druhými omlouvat, že ještě vůbec žije. Taková zákonná úprava by také podkopávala důvěru vůči zdravotnímu personálu v nemocnicích, léčebnách pro dlouhodobě nemocné, v domovech důchodců a dalších zařízeních. Eutanázii nepovažujeme za možnost volby ve výjimečných případech, ale za znevážení lidského života.

Vyzýváme k integrální péči o umírající a o ty, kteří je doprovázejí. Četné studie ze zemí, ve kterých byla eutanázie uzákoněna, zkušenosti zdravotního personálu i dalších asistujících osob ukazují, že lidé žádají takovéto řešení především z obavy ze ztráty důstojnosti a ze závislosti na druhých. Důvody, proč lidé často žádají eutanázii, nejsou pouze lékařské, nýbrž i sociální. V těchto zemích také narůstá počet usmrcení pacientů bez jejich souhlasu. Paliativní medicína je schopna odstranit bolest nebo ji alespoň zmírnit na snesitelnou míru. Proto je třeba pro důstojné umírání zprostředkovat umírajícímu vědomí, že zůstává naším bližním, že není ponechán sám sobě a není opuštěn. Je důležité vytvořit mu rodinné prostředí, kde se cítí být doma, zasazen do osobních vztahů.

Navrhujeme proto věnovat větší pozornost integrální péči o umírající v nemocnicích, léčebnách pro dlouhodobě nemocné, domovech důchodců a dalších zařízeních. Tuto péči poskytuje nejen zdravotní a ošetřující personál, ale také rodina a další blízké osoby. Cennou zkušeností takového integrálního přístupu je hospicová péče, která se v České republice rozvíjí a potřebuje větší podporu, včetně domácí hospicové péče. Navrhujeme vzdělávání a doprovázení dobrovolníků, kteří jsou ochotni těžce nemocné a umírající doprovázet. Rovněž je třeba poskytnout finanční a legislativní podporu rodinám o umírající pečujícím.

*arcibiskup Jan Graubner, Česká biskupská konference
Pavel Černý, Ekumenická rada církví v ČR
Karol Sidon, vrchní pražský a zemský rabín
Vladimír Sánka, Ústředí muslimských obcí v ČR*

6. EUTANÁZIE V PRÁVNÍM ŘÁDU ČR

V dosavadní historii českého trestního práva se speciálně problém eutanázie neobjevuje. Za 1. republiky byly navrženy dvě znění trestního zákona, přičemž to první z roku 1926 předpokládalo jednak usmrcení na žádost, kdy umožňuje snížení trestu tomu, kdo spáchal čin podléhající mimořádnému nátlaku nebo v přechodném omluvitelném mimořádném stavu a jednak usmrcení ze soucitu, kdy mohl soud trest mimořádně zmírnit nebo od potrestání upustit v případě, usmrtí-li viník úmyslně jiného ze soucitu, aby uspíšil jeho neodvratnou smrt. V roce 1937 pak padly návrhy s tím, že by tzv. usmrcení na žádost z útrpnosti mělo být stíhán pouze jako přečin, nicméně oba tyto návrhy nebyl nikdy schváleny a přijaty.

Dle našeho současného právního řádu je v současnosti eutanázie kvalifikována jako trestný čin vraždy podle § 219 trestního zákona:

§ 219 Vražda

(1) Kdo jiného úmyslně usmrtí, bude potrestán odnětím svobody na deset až patnáct let.

(2) Odnětím svobody na dvanáct až patnáct let nebo výjimečným trestem bude pachatel potrestán, spáchá-li čin uvedený v odstavci 1

- a) na dvou nebo více osobách,
- b) zvlášť surovým nebo trýznivým způsobem,
- c) opětovně,
- d) na těhotné ženě,
- e) na osobě mladší než patnáct let,
- f) na veřejném činiteli při výkonu nebo pro výkon jeho pravomoci,
- g) na jiném pro jeho rasu, příslušnost k etnické skupině, národnost, politické přesvědčení, vyznání nebo proto, že je bez vyznání, nebo
- h) v úmyslu získat majetkový prospěch nebo v úmyslu zakrýt nebo usnadnit jiný trestný čin, anebo z jiné zvlášť zavrženíhodné pohnutky.

Dále za trestně odpovědné jednání lze kvalifikovat i účast na sebevraždě podle § 230 trestního zákona, kde skutková podstata předpokládá jednání, které je způsobilé vyvolat v jiné osobě rozhodnutí sáhnout si na život. Může jít o přemlouvání, poučení o možnosti spáchat sebevraždu, schvalování takového činu, vše v úmyslu vzbudit u jiné osoby rozhodnutí tento čin spáchat. Stejně trestně odpovědná je i přímá fyzická pomoc k sebevraždě, jako např. opatřování prostředků, odstraňování překážek, včetně pomoci psychické, kterou lze kvalifikovat jako radu, utvrzování v předsevzetí čin realizovat apod..

§ 230 Účast na sebevraždě

(1) Kdo jiného pohne k sebevraždě nebo jinému k sebevraždě pomáhá, bude potrestán, došlo-li alespoň k pokusu sebevraždy, odnětím svobody na šest měsíců až tři léta.

(2) Odnětím svobody na dvě léta až osm let bude pachatel potrestán, spáchá-li čin uvedený v odstavci 1 na osobě mladší než osmnáct let, na těhotné ženě nebo na osobě stížené duševní poruchou nebo duševně nedostatečně vyvinuté.

(Jelínek, J. a kol. *Trestní zákon a trestní řád*, 2007)

V neposlední řadě je nezbytné zdůraznit, že součástí ústavního pořádku České republiky je listina základních práv a svobod, která ve druhé hlavě, prvním oddílu, článku 6/2 uvádí, že „nikdo nesmí být zbaven života“, což vylučuje aplikaci eutanázie. Z právního hlediska je eutanázie naprosto protiprávní jednání.

Dne 21. 7. 2004 předložila vláda sněmovně nové znění trestního zákoníku. Mezi řadou novot v něm obsažených vzbudilo značnou odezvu jak mezi odbornou, tak laickou veřejností zejména tolik diskutované téma eutanázie, resp. otázka jejího případného trestně právního postihu. Tato skutečnost byla zohledněna a obsažena v dikci ustanovení § 11 zákonného návrhu jako tzv. usmrcení na žádost, jenž bylo obsaženo v hlavě I zvláštní části návrhu zákona „Trestné činy proti životu a zdraví“ v dílu 1 „Trestné činy proti životu“. Tento zákon nebyl dosud projednáván.

§ 118 Usmrcení na žádost

(1) Kdo ze soucitu usmrtí nevyлéčitelně nemocnou osobu, která trpí somatickou nemocí, na její vážně míněnou a naléhavou žádost, bude potrestán odnětím svobody až na šest let.

(2) Vážně míněnou a naléhavou žádostí se rozumí svobodný a určitý projev vůle osoby starší osmnácti let, která není zbavena ani omezena ve způsobilosti k právním úkonům a není stížena duševní poruchou, jednoznačně a důrazně směřující k jejímu vlastnímu usmrcení.

9. července 2007 byl předložen návrh zákona o důstojné smrti – předkladatelem byl MUDr. Boris Šťastný (zajímavostí této předlohy je fakt, že se v něm vůbec neobjevuje slovo eutanázie), na pořadí projednávání by se tato předloha zákona mohla dostat v létě tohoto roku.

Návrh zákona:

§ 1

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

(2) Důstojnou smrtí se pro účely tohoto zákona rozumí rovněž úmyslné ukončení života osoby (pacienta) na její vlastní žádost jinou osobou, pokud není možné použít postup dle odst. 1.

§ 2

(1) Důstojné smrti může být podle tohoto zákona nápomocen, případně ji vyvolat pouze lékař, a to za podmínek stanovených tímto zákonem a prováděcími předpisy.

(2) Lékař, který je nápomocen důstojné smrti nebo ji vyvolá, není odpovědný za tento skutek podle předpisů trestního práva, pokud splní podmínky tohoto zákona a prováděcích předpisů a postupuje v souladu s postupy v nich stanovenými.

(3) Žádný lékař však nemůže být k nápomoci důstojné smrti či k jejímu vyvolání nucen.

(4) Pokud to stav pacienta dovoluje, použije se přednostně před vyvoláním důstojné smrti pomoc k ní.

§ 3

O důstojnou smrt může pacient žádat předem pro případ, že by v budoucnu nebyl schopen vyjádřit svoji vůli.

Žádost pacienta

§ 4

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

(2) pokud pacient nemůže číst nebo psát, nebo je nevidomý, může svoji žádost o důstojnou

smrt učinit před třemi současně přítomnými svědky v listině, která musí být hlasitě přečtena a přítomnými svědky podepsána. Přitom pacient musí před svědky potvrdit, že listina obsahuje jeho žádost o důstojnou smrt. Pisatelem i předčítatelem může být i svědek; pisatel však nesmí být zároveň předčítatelem.

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

(4) Osoby neslyšící, které nemohou číst nebo psát, mohou projevit žádost o důstojnou smrt před třemi současně přítomnými svědky, ovládající znakovou řeč, a to v listině, která musí být tlumočena do znakové řeči.

(5) V listině podle odst. 4 musí být uvedeno, že pacient nemůže číst nebo psát, kdo listinu napsal a kdo nahlas přečetl a jakým způsobem pacient potvrdil, že listina obsahuje jeho žádost o důstojnou smrt. Obsah listiny podle odst. 4 musí být po jejím sepsání přetlumočen do znakové řeči; i toto musí být v listině uvedeno. Listinu musí svědci podepsat.

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

§ 5

Žádost o důstojnou smrt může pacient vzít kdykoli zpět.

§ 6

Žádost o důstojnou smrt se zakládá do zdravotnické dokumentace pacienta. V případě jejího zpětvzetí je žádost ze zdravotnické dokumentace okamžitě vyňata a zničena.

§ 7

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

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

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

Postup lékaře

§ 8

Pokud pacient požádá o pomoc k důstojné smrti či o její vyvolání, musí být před samotnou pomocí nebo vyvoláním důstojné smrti současně splněny následující podmínky:

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

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

c) ošetřující lékař musí s pacientem vést o jeho žádosti o důstojnou smrt nejméně tři časově přiměřené oddělené rozhovory, aby se ujistil o trvání fyzického nebo psychického utrpení pacienta a o jeho opakované vůli.

§ 9

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

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

(3) Pokud některý z konzultovaných lékařů vyjádří pochybnost o odůvodněnosti vyvolání důstojné smrti, je ošetřující lékař povinen konzultovat postupem dle odst. 1 dalšího lékaře.

(4) Při splnění podmínek tohoto ustanovení ošetřující lékař postupuje dále podle § 12.

Postup lékaře v případě žádosti učiněné předem

§ 10

Důstojnou smrt lze za podmínek tohoto zákona vyvolat i u pacienta, který o důstojnou smrt požádá způsobem stanoveným tímto zákonem předem.

§ 11

(1) Pokud pacient požádal o vyvolání důstojné smrti předem, musí být před samotným vyvoláním důstojné smrti současně splněny následující podmínky:

a) pacient trpí vážnou a nevléčitelnou nemocí

b) pacient se nachází ve stavu nezměnitelného bezvědomí

c) zdravotní stav pacienta je s ohledem na stav lékařské vědy v té době nevratný

d) ošetřující lékař musí konzultovat jiného lékaře, kterého zevrubně informuje o zdravotním stavu pacienta. Tento lékař musí být nezávislý ve vztahu k pacientovi i ošetřujícímu lékaři a musí splňovat další podmínky stanovené prováděcím předpisem. Konzultovaný lékař přezkoumá lékařské záznamy, vyšetří pacienta a sdělí, zda podle jeho názoru jsou splněny podmínky pís. a) až c).

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

(3) Pokud některý z konzultovaných lékařů vyjádří pochybnost o odůvodněnosti vyvolání důstojné smrti, je ošetřující lékař povinen konzultovat postupem dle pís. d) dalšího lékaře.

(4) Při splnění podmínek tohoto ustanovení ošetřující lékař postupuje dále podle § 12.

§ 12

Lékařské postupy pro pomoc k důstojné smrti a pro její vyvolání stanoví ministerstvo vyhláškou.

§ 13

Lékař, který byl nápomocen k důstojné smrti nebo ji vyvolal, musí vyplnit formulář sestavený ministerstvem a doručit jej ministerstvu do 5 pracovních dnů od vyvolání nebo pomoci k důstojné smrti. Ve formuláři musí být uvedeno pohlaví, místo a datum narození pacienta; datu, místo a hodina úmrtí; povaha utrpení, které bylo trvalé; zda byl pacient v nezměnitelném bezvědomí; důvody, které vedly k přesvědčení, že vzhledem ke všem okolnostem neexistovalo žádné jiné rozumné řešení situace pacienta a že žádost pacienta byla zcela

dobrovolná; datu sepsání žádosti o důstojnou smrt; data a výsledky konzultací s jinými lékaři, případně se členy ošetřujícího lékařského týmu.

§ 14

Ministerstvo formulář uvedený v § 13 nejpozději do 3 pracovních dnů postoupí komisi zřízené při úřadu veřejného ochránce práv a složené z lékařů, právníků expertů na oblast důstojné smrti, která na základě údajů ve formuláři přezkoumá, zda byly v daném případě splněny podmínky tohoto zákona. V případě pochybností si komise může vyžádat od ošetřujícího lékaře údaje ze zdravotní dokumentace pacienta vztahující se k vyvolání důstojné smrti, zejména zprávy z veškerých konzultací, které byly učiněny v rámci postupu stanoveného tímto zákonem. Ošetřující lékař má povinnost vyžádanou dokumentaci komisi poskytnout.

§ 15

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

§ 16

Pokud komise dospěje v rozhodnutí k názoru, že při pomoci k důstojné smrti nebo při jejím vyvolání nebyly splněny podmínky stanovené tímto zákonem, postoupí případ místně příslušnému státnímu zástupci.

§ 17

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

§ 18

Členové komise jsou povinni zachovávat mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozvědí v souvislosti s činností v komisi. Tím není dotčena povinnost uvedená v § 16. Rovněž ustanovení zvláštních zákonů o zproštění mlčenlivosti touto zásadou nejsou dotčena. Členové komise rovněž důsledně dbají ochrany osobních údajů.

§ 19

Ministerstvo stanoví prováděcím předpisem bližší podmínky, které musí splňovat lékař konzultovaný v souvislosti se žádostí o důstojnou smrt, sestaví formulář uvedený v § 13 tohoto zákona a určí početní zastoupení odborníků v komisi podle § 14 tohoto zákona.

7. HOSPICE A PALIATIVNÍ MEDICÍNA VERSUS EUTANÁZIE

7.1 HOSPICOVÁ PÉČE

Hospic je zařízení, kde se pečuje o pacienty v terminální fázi jejich onemocnění. Poskytuje paliativní lékařskou péči těm, u nichž medicína vyčerpala všechny své možnosti.

WHO definuje hospicovou péči jako aktivní komplexní péči o pacienty, jejichž onemocnění již nereaguje na kurativní léčbu. Stěžejní je kontrola bolesti a dalších symptomů, psychologických, sociálních a duchovních potíží. Cílem paliativní péče je dosažení nejlepší možné kvality života pacientů a jejich rodin. Jinými slovy hospic přichází na řadu ve chvíli, kdy pacienty nemoc bezprostředně ohrožuje na životě, nemocnice jim nemá dále co nabídnout a není možná či postačující domácí péče.

„Hospice existovaly již za Římské říše a ve středověku. Jednalo se u útulky nebo přístřešky při cestách v nichž si mohli poutníci odpočinout, těhotné ženy porodit a nemocní se buď trochu uzdravit a dále pokračovat v cestě, nebo v klidu zemřít.“ (Munzarová M. Eutanázie, nebo paliativní péče? 2005, str.69)

„Novodobou průkopnicí hospicového hnutí byla doktorka Cecilie Saundersová, která v roce 1967 založila první hospic a to hospic sv. Kryštofa v Londýně. Nemocní zde byli zaopátráni dobrou úlevnou léčbou a péčí a to nejen při potížích fyzického rázu. Mohli se svými blízkými řešit i různé citové a duchovní problémy, napravovat nesrovnalosti a konflikty, smířovat se se svým údělem. Navíc nemocní viděli, že nejsou ostatním na obtíž, ale naopak jsou milováni, a že jsou pro své blízké důležití. Jejich přechod ze života ke smrti byl učiněn co nejschůdnějším. Hnutí se brzy rozšířilo nejen po celé Anglii, ale i do jiných zemí.“ (Munzarová M. Eutanázie, nebo paliativní péče? 2005, str.69)

Zakladatelka hospicového hnutí u nás MUDr. Marie Svatošová výstižně uvádí: „Hospic je „umění doprovázet“, v žádném případě není léčebnou pro dlouhodobě nemocné, není domovem důchodců, není nemocnicí a také není sanatoriem“. (Svatošová, M. O naději s Marií Svatošovou, 2003, s. 32)

Hospic je tedy výhradně určen pro lidi terminálně nemocné, který těmto lidem neslibuje vyléčení, ovšem také jim v žádném případě nebere naději. Při přijetí je pacientovi garantováno, že nebude trpět nesnesitelnou bolestí, v poslední chvíli nezůstane osamocen a za každých okolností zůstane zachována jeho lidská důstojnost. V hospici působí kvalifikované multidisciplinární týmy zaměstnanců, který tvoří lékaři, zdravotní sestry, ošetřovatelé, psycholog a pokud si to nemocný přeje je součástí týmu i duchovní. Cílem hospice není člověka v něčem omezovat, něco mu nařizovat, upoutat na lůžko; za cíl si naopak klade vysokou kvalitu života až do jeho konce, vycházet nemocnému i jeho rodině všemožně vstříc. „Přítomnost blízké osoby je vždy velmi vítána a umožněn kdykoli, proto je každý pokoj vybaven přistýlkou. Režim návštěv je přizpůsoben potřebám pacienta 24 hodin denně a 365 dnů v roce.“ (Svatošová, M. Hospice a umění doprovázet, 1999, s. 87)

Ideálem je, aby zde člověk umíral bez bolesti fyzické, psychické, sociální a spirituální. Idea hospice vychází z úcty k člověku jako neopakovatelné lidské bytosti, proto zde nikdy nebude umožněna eutanázie.

S budováním hospiců u nás se začalo až v devadesátých letech minulého století, s čímž souvisí neustálý problém nedostatečného počtu míst pro umírající u nás. Do dnešního dne u nás funguje zatím pouze deset těchto zařízení.

Pod souhrnným označením hospicová péče se skrývají tři rozdílné koncepce spojené shodnou myšlenkou – respektování přání pacientů v možné míře.

Lůžková hospicová péče

U nás zatím nejznámější forma, která by měla přijít na řadu, až už není z nějakého vážného důvodu možná domácí péče. Nabízí pacientovi i jeho rodině a přátelům možnost společného pobytu a návštěv. Vzhledem ke snaze vnímat smrt jako přirozený proces, při kterém je důležité být se svými blízkými, považuje se přítomnost rodinných příslušníků či přátel za stěžejní. Vždyť opuštěnost v těchto chvílích představuje jednu z největších bolestí, kterou v ostatních zařízeních pacienti běžně zažívají. Prostředí hospice se maximálně blíží domácím podmínkám, ať už chodem provozu nebo vybavení, zvláště však atmosférou vytvářenou kvalitním týmem pracovníků. Režim dne je tu výrazně odlišný od režimu nemocničního, přizpůsobuje se v maximální možné míře potřebám jednotlivců. Pacient se pohybuje po domě i mimo něj ve svém vlastním oblečení a pokud mu to jeho zdravotní stav dovolí, chodí volně na procházky. Dokonce může i pobyt v hospici načas přerušit.

Domácí hospicová péče

Ve světě představuje nejrozšířenější typ, stejným směrem by se měl ubírat i vývoj u nás. Nabízí nemocným, aby zůstávali i v posledním období svého života doma a přitom měli zajištěnou stejně kvalitní péči jako kdyby svůj čas trávili přímo v prostorách hospice.

Stacionář

Je určen pacientům, kteří mohou většinu svého času trávit doma, ale nemůže být o ně dostatečně postaráno po celý den, nebo potřebují léčbu, kterou již doma poskytnout nelze. Tento druh hospicové péče není v ČR příliš rozvinutý, ale ve světě jej nemocní často vyhledávají. Stacionář totiž umožňuje setkání podobně postižených lidí, čímž dává prostor ke vzájemnému naslouchání a podpoře. Nemocní se totiž často i přes dobrou domácí péči cítí se svými problémy osamoceni. Často nechtějí zaneprázdněné blízké obtěžovat, nebo vnímají, že o jejich problému se rodina bojí mluvit. V takových případech je role stacionáře nenahraditelná.

Filozofie hospice vyžaduje hluboce lidský a současně profesionální přístup stejně tak, jako i týmovou práci všech zúčastněných.

7.2 ZÁMĚRY A CÍLE PALIATIVNÍ MEDICÍNY

Slovo „paliativní“ pochází z latinského slova „palium“ a znamená plášť, příkrývku. Evokuje představu, že když nemůžeme ránu vyléčit, tak ji alespoň přikryjeme, aby trpícímu bylo teplo, netrápili ho bolesti a měl pocit naší účasti.

Paliativní péče je aktivní, na kvalitu života orientovaná péče poskytovaná nemocným, kteří trpí nevléčitelnou chorobou v pokročilém nebo terminálním stádiu. Jejím cílem není primárně vyléčení pacienta či prodloužení jeho života, ale prevence a zmírnění bolesti a dalších tělesných i duševních strádání, zachování pacientovy důstojnosti a podpora jeho blízkých.

Moderní paliativní péče

- se neodvrací od nevléčitelně nemocných, ale chrání jejich důstojnost a klade hlavní důraz na kvalitu života
- dokáže úspěšně zvládat bolest a další průvodní jevy závěrečných stadií smrtelných onemocnění
- je založena na interdisciplinární spolupráci a na celostním pohledu na nemocného člověka, a integruje proto v sobě lékařské, psychologické, sociální, existenciální a spirituální aspekty
- vychází důsledně z individuálních přání a potřeb pacientů, respektuje jejich hodnotové priority a chrání právo pacienta na sebeurčení
- zdůrazňuje význam rodiny a nejbližších přátel nemocných, nevytrhává nemocné z jejich přirozených sociálních vazeb, ale umožňuje jim, aby poslední období života prožili v důstojném a vlídném prostředí a ve společnosti svých blízkých
- nabízí všestrannou účinnou oporu příbuzným a přátelům umírajících a pomáhá jim zvládat jejich zármutek i po smrti blízkého člověka
- vychází ze zkušenosti, že existuje zásadní rozdíl mezi špatnou a kvalitní péčí o umírající a že umírání nemusí být provázeno strachem, nesnesitelnou bolestí a nesmyslným utrpením

Paliativní péče v širokém slova smyslu byla vždy jednou ze stěžejních součástí lékařské a sociální péče. Medicína vždy do větší či menší míry refletovala, že její možnosti vyléčit nemocné či alespoň prodloužit jejich život jsou omezené, zároveň si však byla vědoma, že její možnosti ani zdaleka nekončí tam, kde končí její schopnost uzdravit či zásadním způsobem prodloužit život, ale že zcela klíčovou součástí lékařské péče je také tišit bolest a jiné formy utrpení a poskytnout nemocnému v tomto utrpení útěchu.

„Dějiny moderní paliativní péče jsou oproti tomu poměrně krátké. Vznik a rozvoj paliativní péče v druhé polovině dvacátého století byl přitom zásadním způsobem ovlivněn několika významnými faktory. Jedním z nich byla změna hlavních příčin úmrtí a radikální prodloužení života v průběhu posledního století, způsobené mimo jiné terapeutickými úspěchy moderní medicíny. Tato proměna s sebou však nesla také poněkud paradoxní důsledky.“ (Bártlová, S. Sociologie medicíny a zdravotnictví, 2004, s.112)

„Na začátku 21. století sice žijeme v průměru výrazně déle a v mnohém ohledu pohodlněji než před sto lety. Platíme však za to nemalou daň: déle (a často vůbec ne lehčeji) také umíráme. Moderní medicína, začala přitom na tento stav efektivně reagovat až se značným zpožděním. Povědomí o potřebě a významu paliativní péče bylo totiž do značné míry zastíněno zaměřením medicíny na léčbu a uzdravení a velkými úspěchy, které toto zaměření přinášelo. Naděje, které tyto v mnohém ohledu slibné výsledky přinesly, totiž často vedly k tomu, že nebyly dostatečně hluboko reflektovány meze tohoto terapeutického zaměření a problémy, který tento vývoj přinesl. Na tomto pozadí je moderní paliativní péči možné pochopit jako pokus o znovuoživení starého povědomí o potřebě a významu paliativní

péče. Tento pokus na jedné straně vyrůstá z reflexe mezi terapeutických možností moderní medicíny, na druhé straně se však opírá o významné pokroky, kterých moderní medicína především v léčbě bolesti a zvládnání dalších symptomů dosáhla.“ (Vorlíček, a kol. Paliativní medicína pro praxi, 2007, s. 207)

Paliativní medicína bývá často veřejností považována za novou disciplínu, ve skutečnosti je však asi nejstarším lékařským oborem, protože až do novověkého pokroku medicíny byly jen u mála nemocí k dispozici skutečně účinné prostředky léčby. Paliativní medicína jde ruku v ruce s hospicovým hnutím. Tvoří spolu koordinovaný program paliativních a podpůrných služeb prováděných za hospitalizace, ale i doma, na němž se podílí lékařsky řízený mezioborový tým profesionálů i dobrovolníků.

Přestože byla již v roce 1995 založena Společnost paliativní medicíny při Lékařské společnosti J. E. Purkyně, rozsah paliativní péče je v našem státě stále nedostatečný. Zavedení komplexního programu péče o terminálně nemocné pacienty by bylo civilizovanou odpovědí na debatu o legalizaci eutanázie.

8. PRŮZKUM V OBLASTI NÁZORŮ A MÍNĚNÍ VEŘEJNOSTI K OTÁZKÁM EUTANÁZIE

8.1 CÍLE PRÁCE

Výzkumné kvantitativní dotazníkové šetření bylo zaměřeno na oblast problematiky eutanázie. Prostřednictvím tohoto výzkumného šetření mělo být zjištěno, do jaké míry jsou lidé s tímto tématem obeznámeni, zda se o tuto problematiku zajímají a jaké jsou jejich zkušenosti a znalosti tohoto problému, který je velmi citlivou a poměrně často diskutovanou otázkou posledních několika let. Proto byly stanoveny tyto cíle:

CÍLE VÝZKUMNÉHO DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ:

Cíl 1: Zjistit, zda faktory, jako jsou pohlaví, věk, úroveň vzdělání a víra výrazným způsobem ovlivňují názor na legalizaci či zákaz provádění eutanázie v ČR.

Cíl 2: Zjistit a zmapovat nejčastější argumenty zamítavého, ale i souhlasného postoje k zavedení (povolení) eutanázie v České republice.

Cíl 3: Zjistit, zda se prokáže významná názorová rozdílnost k otázce legalizace eutanázie u nás mezi těmito skupinami:

zdraví lidé	x	lidé se závažným (těžkým) onemocněním
skupina zdravotníků	x	laická veřejnost.

CÍL 4: Zjistit, zda výsledky a data získaná dotazníkovým šetřením k otázce povolení (legalizace), či nepovolení eutanázie v našem státě budou korelovat s výsledky celostátních průzkumů z května a června 2007 zveřejněnými v médiích.

CÍL 5: Zjistit úroveň informovanosti laické veřejnosti, ale i zdravotníků o možnostech hospicové péče a paliativní medicíny.

HYPOTÉZY K DANÝM CÍLŮM:

Hypotéza k cíli 1:

Předpokládá se, že mezi skupinou mužů a žen nebude podstatná názorová rozdílnost, ale věk ovlivní názor podstatným způsobem, souhlasné stanovisko k legalizaci eutanázie je očekáváno od mladších respondentů. Úroveň vzdělání nebude zřejmě významným faktorem pro názorovou různorodost, ale příslušnost k víře podstatným způsobem ovlivní názor: u věřících respondentů bude převažovat názor zamítavý.

Hypotéza k cíli 2:

Předpokládá se, že nejsilnějším argumentem pro zavedení eutanázie bude ukončení bolesti a utrpení nevyléčitelně nemocného člověka. Argument proti bude převažovat ten, který ctí náboženskou tradici – nedotknutelnost a posvátnost života (vliv oblasti jižní Moravy, kde jsou náboženské tradice ještě stále velmi silné a významné).

Hypotéza k cíli 3:

Při srovnání skupin zdravých a těžce nemocných respondentů bude kladné stanovisko převládat u skupiny zdravých, záporné stanovisko naopak ve skupině těžce nemocných respondentů. Významným faktorem při porovnávání skupiny zdravotníků a laiků je skutečnost, že zdravotníci budou mít daleko více zkušeností a poznatků ohledně umírání a smrti, jelikož se s tímto problémem setkávají téměř denně díky svému povolání. Proto je zde významný předpoklad, že ve skupině zdravotníků bude silně převažovat podpora zavedení eutanázie, u skupiny laiků již zřejmě tolik souhlasných odpovědí nebude tak významné procento.

Hypotéza k cíli 4:

Předpokládá se, že dílčí výsledky dotazníkového šetření nebudou korelovat s celostátními výzkumy, jelikož zde byl použit podstatně menší vzorek respondentů a výzkum byl pouze oblastní, nikoliv celostátní.

Hypotéza k cíli 5:

Předpokládá se, že v oblasti hospicové péče a paliativní medicíny budou ve skupině zdravotníků znalosti velmi dobré, jelikož tato témata jsou prezentována a diskutována na různých vzdělávacích a školicích akcích. Ve skupině laiků je předpoklad, že znají problematiku hospicové péče, ale znalosti paliativní medicíny budou minimální.

8.2 METODIKA PRÁCE

Kvantitativní výzkumné šetření, týkající se úrovně informovanosti obyvatel v oblasti problematiky eutanázie a s tím spojené problematiky hospicové a paliativní péče, probíhalo v měsících listopadu a prosinci 2007, formou dotazníkového šetření. Dotazník obsahoval 20 dotazníkových položek, které byly uzavřeného a polouzavřeného typu. Dotazník byl vlastní a byl sestaven speciálně pro tento výzkum. Srozumitelnost dotazníku byla vyzkoušena pilotní studií, kde bylo zjištěno, že respondenti nemají s vyplněním problému a rozumí otázkám, které jsou jim pokládány v dotazníku.

Systematickým náhodným výběrem, který zaručoval reprezentativnost vzorku, bylo vybráno 150 osob ve věku 20 – 80 let. Zastoupení mužů a žen bylo početně stejné (75 : 75). Ve vzorku byla podmnožina záměrně vybraných osob – skupina 30 zdravotníků, která byla podstatná a důležitá k cíli č. 3.

Dotazníkové šetření bylo zcela anonymní, z důvodu velkého počtu respondentů, byly určeny ještě čtyři další styčné osoby, které distribuovaly a předávaly dotazníky respondentům, informovaly je o významu výzkumného šetření, prováděly kontrolu úplnosti vyplnění a samotný sběr dotazníků. Jejich hlavním úkolem bylo tedy navázat kontakt s vybraným respondentem a přesvědčit ho k účasti na výzkumném dotazníkovém šetření. Nesměly se však podílet na vyplňování dotazníku, ani respondenta žádným způsobem ovlivňovat. Dotazníků bylo rozdáno 150 ks a návratnost byla také 150 ks, tedy 100%.

Zkoumaný soubor:

1. **Muži a ženy (75 : 75) ve věku 20 – 80 let.**
2. **Lidé pracující ve zdravotnictví v počtu 30 osob.**
3. **Lidé žijící v jednom okrese.**
4. **Osoby žijící spořádaným životem (vyřazení bezdomovci, alkoholici atd.).**

ad 1 – Poměr mužů a žen byl vybrán záměrně shodný z důvodu objektivit srovnání názorů v obou vzorcích pohlaví pro cíl č.1. Věk byl omezen věkovou hranicí 20 – 80 let. Spodní hranice byla zvolena záměrně, jelikož je již v tomto věku již předpoklad zralosti osobnosti (zejména mladí muži). Rozpětí činilo 60 let, z důvodu dobré možnosti rozdělení na dvě věkové skupiny, což bylo důležité pro část cíle č. 3.

ad 2 – Záměrný vzorek 30 zdravotníků byl v tomto výzkumném dotazníkovém šetření použit pro srovnání názorové rozdílnosti či shody s laickou veřejností, což je záměrem cíle č. 3. Figuruje zde fakt, že zdravotníci díky svému povolání mají zřejmě s tématem eutanázie a umírání specifické zkušenosti a bylo záměrem zjistit, zda se to projeví v celkovém výzkumu.

ad 3 – Bydliště ve stejném okrese zaručuje, že informovanost těchto osob bude přibližně stejná (regionální kabelová televize, regionální tisk atd.) a tímto jsou eliminovány možnosti větších rozdílností v odpovědích.

ad 4 – Vyřazeny byly osoby s patologickými sociálními rysy jako jsou např. bezdomovci a alkoholici, jelikož jejich názory by byly značně zkresleny vlivem jejich způsobu života a téma eutanázie by pro ně nebylo vhodným tématem pro výzkumné šetření.

8.3 VÝSLEDKY DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

Údaje, týkající se výsledků dotazníkového šetření, byly získány zpracováním a vyhodnocením 150 kusů vyplněných dotazníků anonymními respondenty. Dotazník byl vlastní a byl specificky sestaven pro tento výzkum. Po vyhodnocení a následné komparaci jsou výsledky zpracování jednotlivých položek dotazníku prezentovány tabulkami, slovně i grafickým znázorněním. Výsledky jsou seřazeny podle pořadí položek v dotazníku. Výsledky šetření pro jednotlivé cíle budou uvedeny následně stejným způsobem a formou.

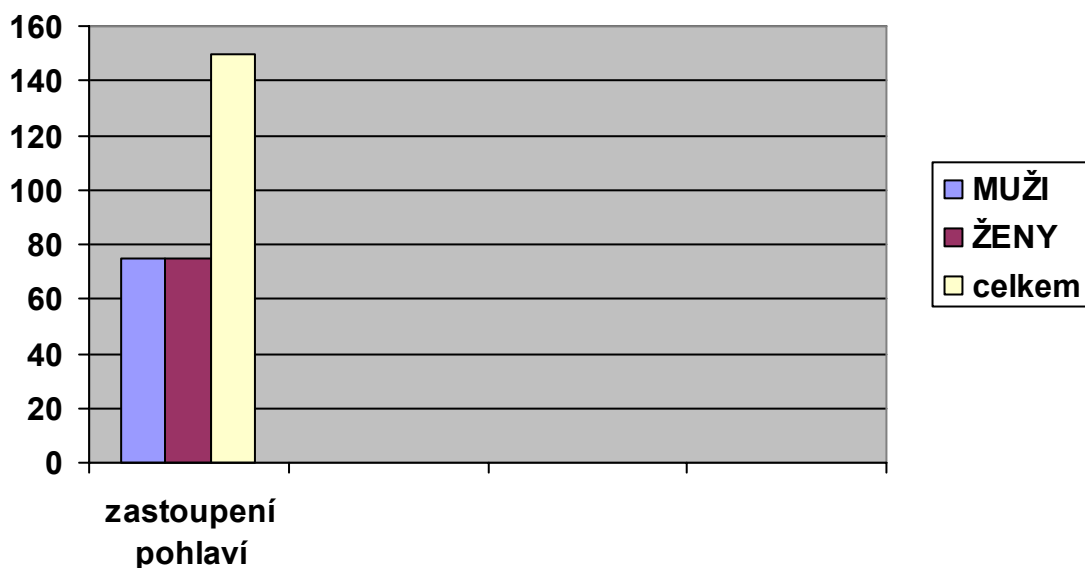
Položka 1 – Pohlaví

Tabulka 1: Zastoupení mužského a ženského pohlaví u respondentů

Položka dotazníku - pohlaví	Absolutní četnost N	Relativní četnost
muž	75	50 %
žena	75	50 %
Celkem Σ	150	100 %

Z celkového počtu 150 respondentů bylo zastoupení mužů 50 % (75) a zastoupení žen také 50 % (75), tedy rovnoměrné. Toto zastoupení bylo vybráno záměrně z důvodu objektivizace pro porovnávání obou pohlaví.

Graf 1: Poměr zastoupení mužů a žen mezi respondenty výzkumného šetření



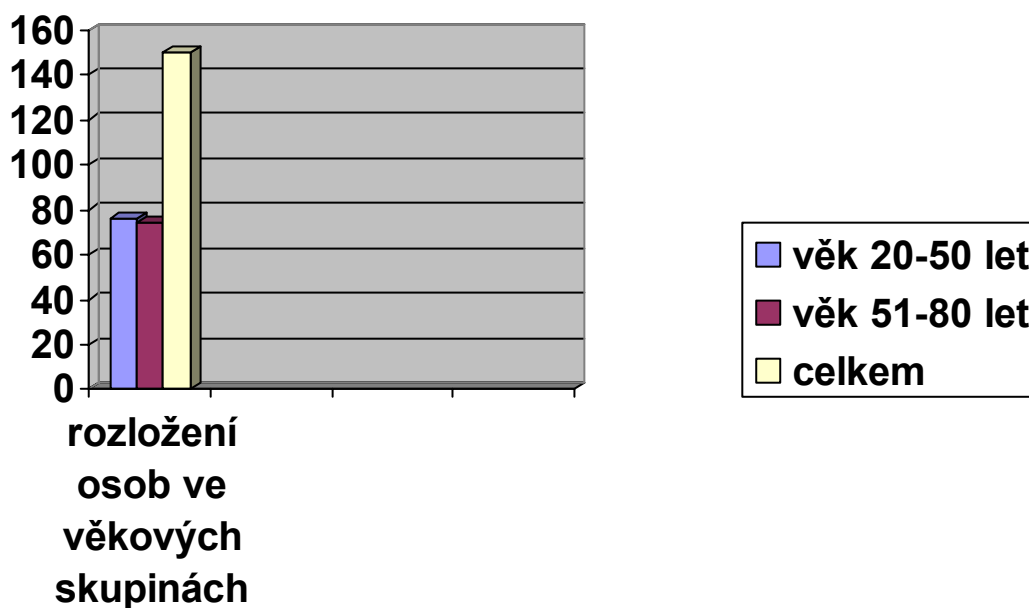
Položka 2 – Věk

Tabulka 2: Věkové rozložení respondentů

Položka dotazníku - věk	Absolutní četnost N	Relativní četnost
věk 20 – 50 let	76	50,6 %
věk 51 – 80 let	74	49,4 %
Celkem Σ	150	100 %

Z celkového počtu respondentů bylo zastoupení osob mladší věkové skupiny 20 – 50 let z celkového počtu respondentů 50,6 % (76) a osob starší věkové skupiny 51 – 80 let 49,4 % (74). Poměr osob se jevil výhodným zvláště pro vzájemné porovnávání těchto skupin, jelikož byl velmi rovnoměrný.

Graf 2: Rozložení poměru osob uvedených věkových kategorií



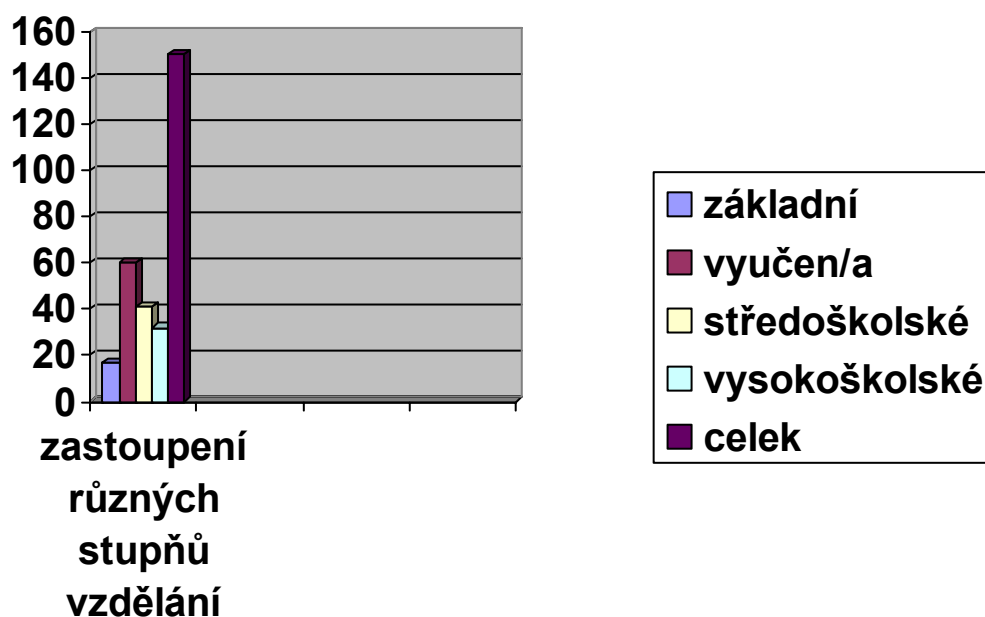
Položka 3 – Vzdělání

Tabulka 3: Dosažený stupeň vzdělání respondentů

Položka dotazníku - vzdělání	Absolutní četnost N	Relativní četnost
základní	17	11,3 %
vyučen/a	60	40,0 %
středoškolské	41	27,3 %
vysokoškolské	32	21,4 %
Celkem Σ	150	100 %

Z celkového počtu 150 respondentů bylo 11,3 % (17) osob pouze se základním vzděláním, dalších 40,0 % (60) osob uvedlo vzdělání učňovské, středoškoláků bylo zastoupeno 27,3 % (41) a lidí s vysokoškolským vzděláním se šetření zúčastnilo 21,4 % (32).

Graf 3: Zastoupení různých stupňů vzdělání mezi respondenty



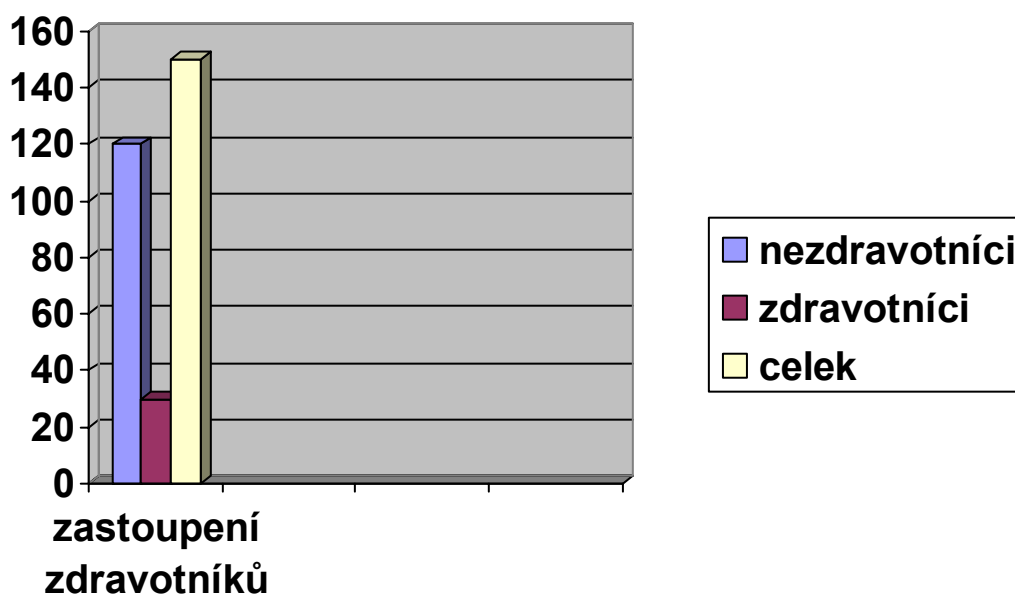
Položka 4 – Zaměstnanost ve zdravotnictví

Tabulka 4: Zastoupení osob z dotazníkového šetření pracujících ve zdravotnictví

Položka dotazníku - práce ve zdravotnictví	Absolutní četnost N	Relativní četnost
ANO	30	20 %
NE	120	80 %
Celkem Σ	150	100 %

Z celkového počtu 150 osob byl záměrně vybrán vzorek osob 20 % (30), kteří pracují ve zdravotnictví, což bylo potvrzeno i jejich odpověďmi v dotazníku. K nezdravotníkům se hlásilo 80 % (120) respondentů.

Graf 4: Zastoupení osob pracujících ve zdravotnictví



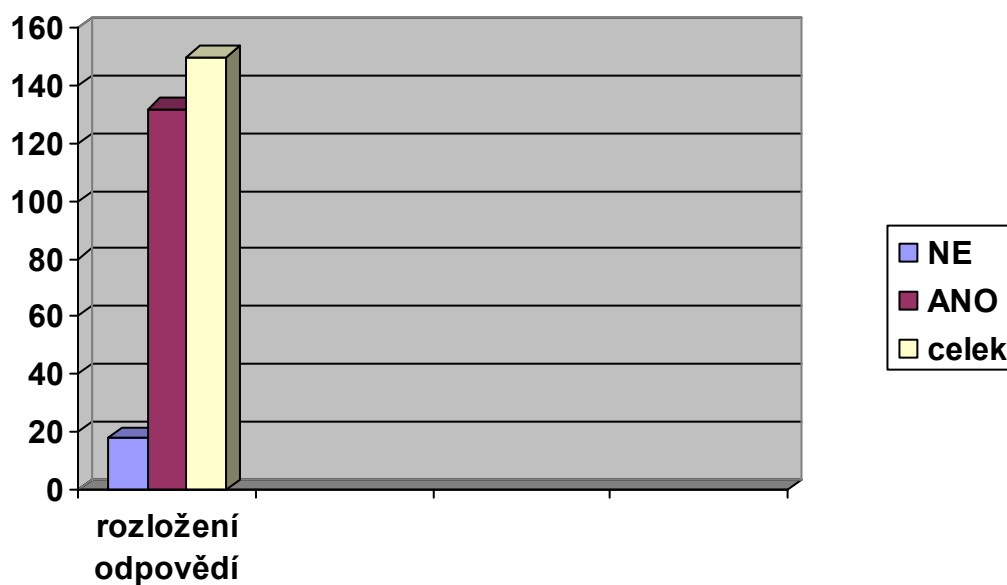
Položka 5 – Znalost pojmu „EUTANÁZIE“.

Tabulka 5: Zastoupení osob v jednotlivých odpovědích na znalost pojmu eutanázie

Položka dotazníku – znalost pojmu eutanázie	Absolutní četnost N	Relativní četnost
ANO	132	88 %
NE	18	12 %
Celkem Σ	150	100 %

Z celkového počtu 150 osob uvedlo kladnou odpověď 88 % (132) respondentů, záporná odpověď tvořila 12 % (18).

Graf 5: Zastoupení jednotlivých skupin respondentů s kladnou a zápornou odpovědí



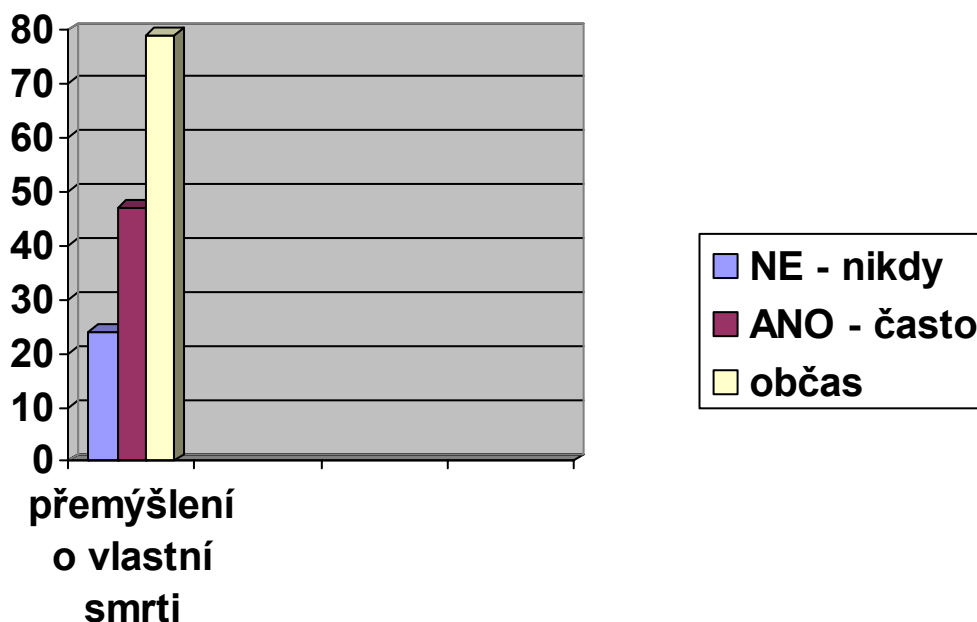
Položka 6 – Myšlenky na smrt

Tabulka 6: Zastoupení jednotlivých respondentů podle jejich vyjádření na otázku týkající se přemýšlení o vlastní smrti

Položka dotazníku – přemýšlení o vlastní smrti	Absolutní četnost N	Relativní četnost
NE - NIKDY	24	16,0 %
OBČAS	79	52,7 %
ANO - ČASTO	47	31,3 %
Celkem Σ	150	100 %

Z celkového počtu 150 respondentů jich 16,0 % (24) uvedlo, že ještě nikdy nepřemýšleli o vlastní smrti, že o tom již občas přemýšleli uvedlo 52,7 % (79) osob, a často na smrt myslí 31,3 % (47) osob dotázaných v šetření.

Graf 6: Rozložení jednotlivých skupin dle odpovědí respondentů v myšlenkách o vlastní smrti



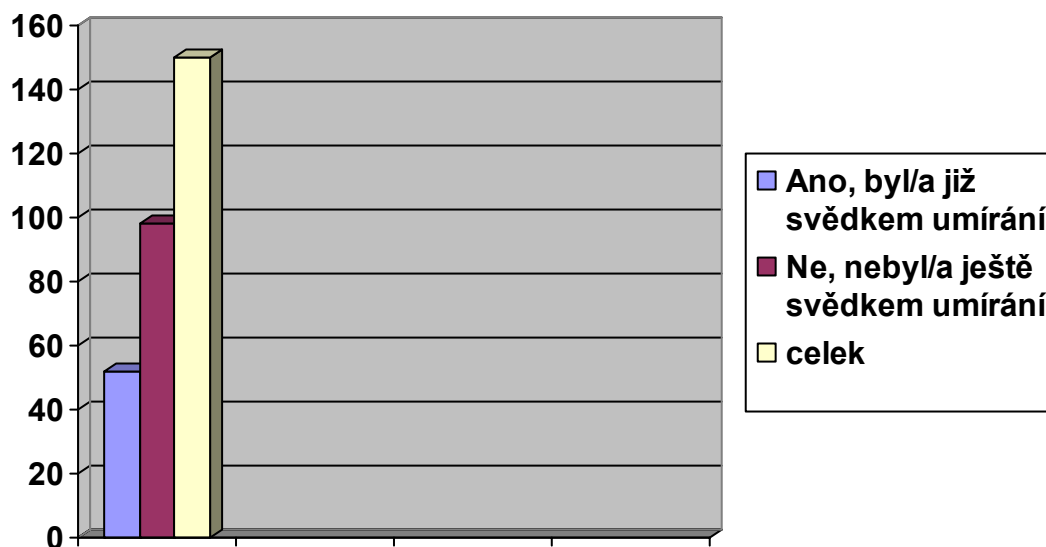
Položka 7 – Byli jste sami svědkem umírání

Tabulka 7: Zastoupení jednotlivých odpovědí, zda respondenti byli již přímými svědky umírání příbuzného, známého, či cizího člověka

Položka dotazníku – svědek umírání	Absolutní četnost N	Relativní četnost
ANO	52	34,7 %
NE	98	65,3 %
Celkem Σ	150	100 %

Z celkového počtu 150 respondentů odpovědělo kladně na otázku, zda byli již někdy přímými svědky umírání člověka 34,7 % (52), zápornou odpověď uvedlo 65,3 % (98) osob zúčastněných v dotazníkovém šetření.

Graf 7: Rozložení jednotlivých odpovědí



Položka 8 – Názor na povolení (legalizaci) eutanázie v ČR

Tabulka 8: Rozložení jednotlivých odpovědí na otázku povolení (legalizace) eutanázie

Položka dotazníku – povolení (legalizace) eutanázie v ČR	Absolutní četnost N	Relativní četnost
rozhodně ANO	67	44,7 %
spíše ANO	32	21,3 %
rozhodně NE	33	22,0 %
spíše NE	18	12,0 %
Celkem Σ	150	100 %

Z celkového počtu se k legalizaci eutanázie v našem státě rozhodně přiklání 44,7 % (67) respondentů, spíše pro bylo 21,3 % (32) respondentů. Kategoricky zamítavou odpověď uvedlo 22,0 % (33) osob a spíše zamítavá odpověď se objevila ve 12,0 % (18).

Graf 8: Rozložení jednotlivých odpovědí na možnost povolení eutanázie



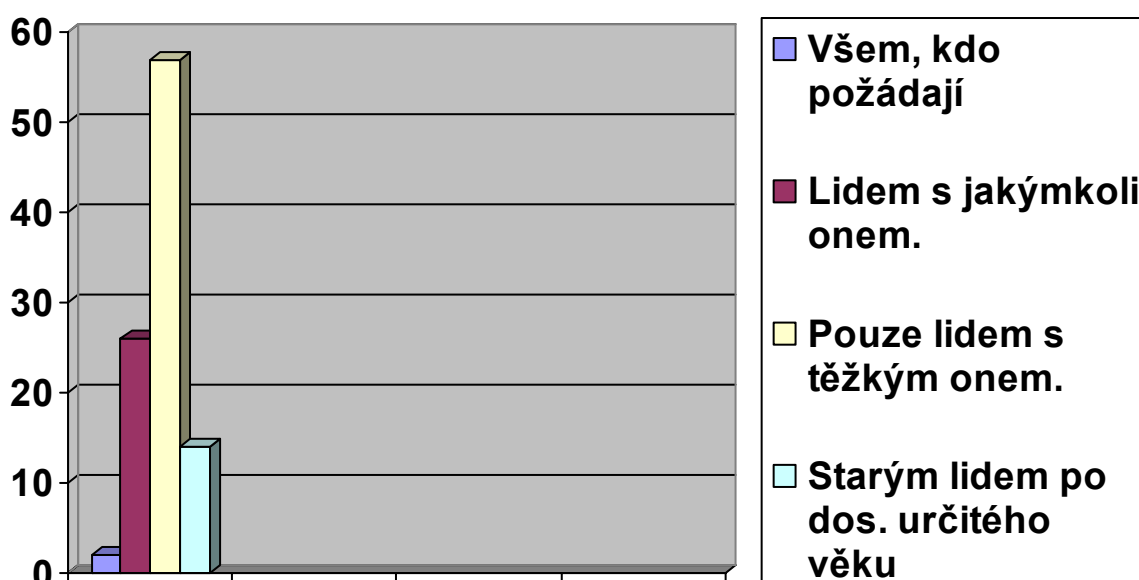
Položka 9 – Jestliže souhlasíte, tak komu povolit eutanázii

Tabulka 9: Zastoupení odpovědí, komu by bylo možno povolit eutanázii

Položka dotazníku – komu povolit eutanázii	Absolutní četnost N	Relativní četnost
všem kdo o ni požádají z jakéhokoli důvodu	2	2,0 %
pouze lidem s jakýmkoli onemocněním	26	26,3 %
pouze lidem s těžkým a nevléčitelným onemocněním v konečném stadiu	57	57,6 %
starým lidem od určité věkové hranice	14	14,1 %
Celkem Σ	99	100 %

Z celkového počtu 99 osob, které odpověděly kladně na předchozí otázku a nyní tvořily celek, souhlasila 2,0 % (2) osob s povolením eutanázie všem, 26,3 % (26) respondentů by eutanázii povolilo všem nemocným bez rozdílu diagnózy a závažnosti onemocnění, 57,6 % (57) by povolilo eutanázii pouze osobám s těžkou nevléčitelnou chorobou v terminálním stadiu a 14,1 % (14) osob by schvalovalo povolení eutanázie po dosažení určité věkové hranice.

Graf 9: Rozložení odpovědí na možnost povolení eutanázie



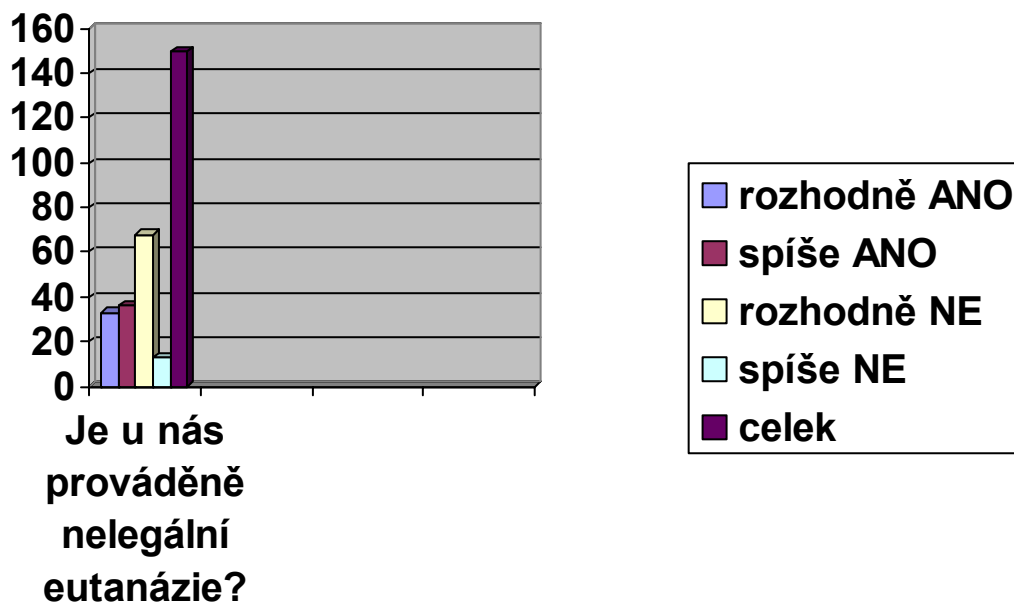
Položka 10 – Nelegální provádění eutanázie (vědomé, nevědomé)

Tabulka 10: Odpovědi na otázku v položce č.10 – zda je u nás prováděna nelegální eutanázie, přes její zákaz

Položka dotazníku – provádění eutanázie (vědomě, nevědomě) u nás přes její zákaz	Absolutní četnost N	Relativní četnost
rozhodně ANO	33	22,0 %
spíše ANO	36	24,0 %
rozhodně NE	68	45,3 %
spíše NE	13	8,7 %
Celkem Σ	150	100 %

Z celkového počtu 150 osob se 22,0 % (33) domnívá, že je rozhodně u nás nelegálně prováděna eutanázie, i když není povolena, 24,0 % (36) se k tomu spíše přiklání. Rozhodně zápornou odpověď uvedlo 45,3 % (68) respondentů a k zamítavé odpovědi se spíše přiklání 8,7 % (13) všech dotázaných osob.

Graf 10: Zobrazení rozložení odpovědí na možnost provádění nelegální eutanázie v našem státě



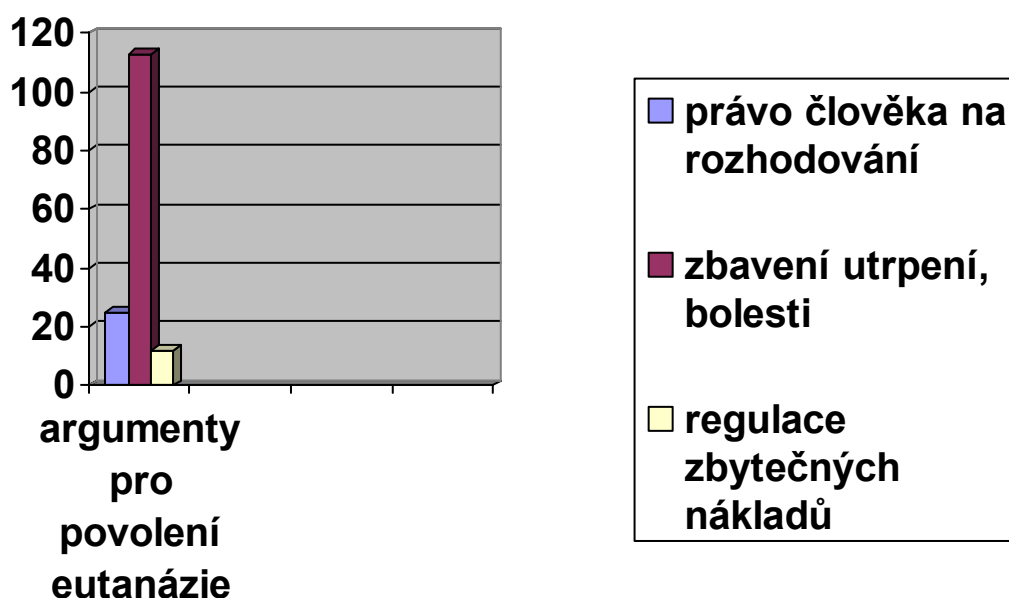
Položka 11 – Argumenty PRO zavedení eutanázie u nás

Tabulka 11: Rozložení jednotlivých odpovědí na otázku argumentů pro zavedení (legalizaci) eutanázie u nás

Položka dotazníku – argumenty pro zavedení eutanázie u nás	Absolutní četnost N	Relativní četnost
respektování práv člověka a jeho osobní autonomie v rozhodování o právu zemřít	25	16,7 %
milosrdné zbavení člověka utrpení a bolesti na jeho přání	113	75,3 %
regulace zbytečných fin. nákladů na zdravotní péči u „beznadějných“ pacientů	12	8,0 %
Celkem Σ	150	100 %

Z celkového počtu 150 respondentů si 16,7 % (25) myslí, že právo člověka na rozhodování by bylo tím nejpádnějším argumentem, velká skupina 75,3 % (113) lidí si myslí, že jedině zbavení člověka bolesti a utrpení by mohlo argumentovat pro a 8,0 % (12) se domnívá, že i regulace finančních nákladů vynaložených za péči o „beznadějně“ pacienty by mohla být dost dobrým důvodem.

Graf 11: Znázornění jednotlivých odpovědí na argumenty pro zavedení eutanázie



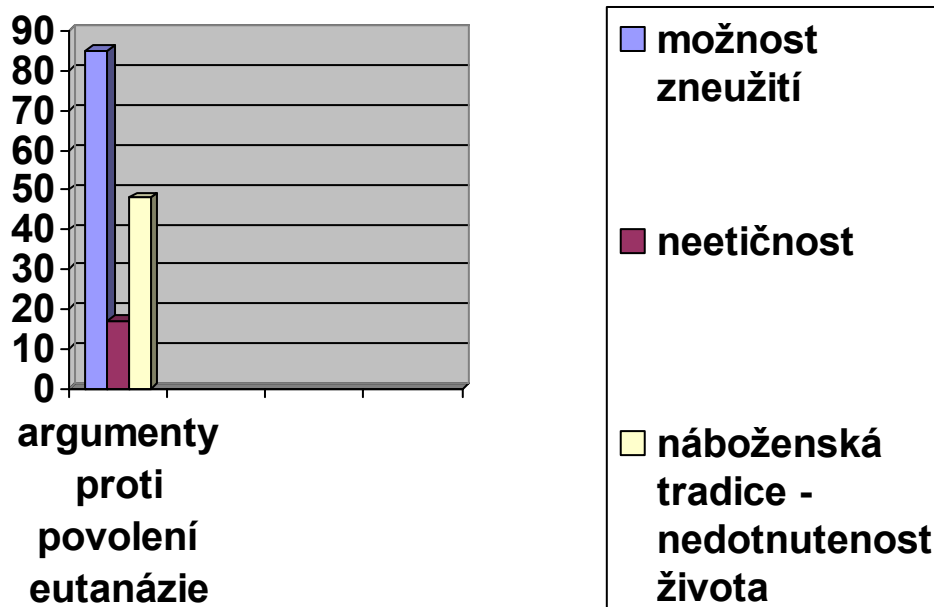
Položka 12 – Argumenty PROTI zavedení eutanázie

Tabulka 12: Rozložení jednotlivých odpovědí na otázku argumentů proti zavedení (legalizaci) eutanázie u nás

Položka dotazníku-argumenty proti zavedení eutanázie	Absolutní četnost N	Relativní četnost
možnost zneužití	85	56,7 %
eutanázie je neetická	17	11,3 %
náboženská tradice – nedotknutelnost a posvátnost života	48	32,0 %
Celkem Σ	150	100 %

Z celkového počtu 150 respondentů si 56,7 % (85) myslí, že možnost zneužití je nejpádnejším argumentem proti zavedení eutanázie, skupina 11,3 % (17) osob argumentuje neetičností eutanázie a 32,0 % (48) se domnívá, že i náboženská tradice hraje velmi důležitou roli v otázce nepovolení eutanázie.

Graf 12: Znázornění jednotlivých odpovědí na argumenty proti zavedení eutanázie



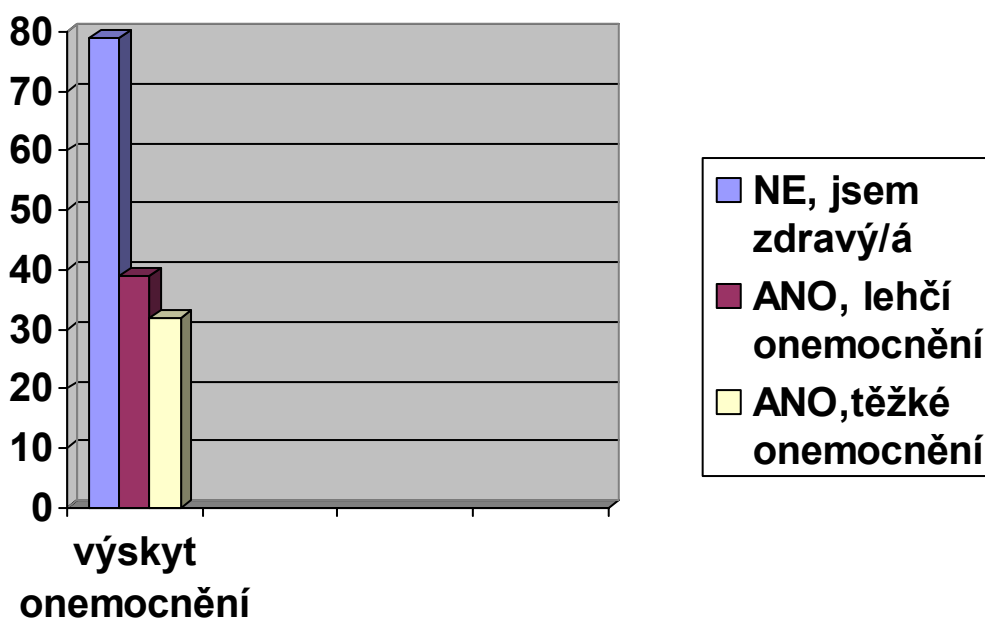
Položka 13 – Jste vy sám/a postižen/a nemocí?

Tabulka 13: Zastoupení odpovědí na položku dle jednotlivých možností v dotazníku

Položka dotazníku – vlastní onemocnění	Absolutní četnost N	Relativní četnost
NE, jsem zdravý/á	79	52,7 %
ANO, trpím méně závažným, dobře léčitelným onemocněním	39	26,0 %
ANO, trpím velmi závažným, těžce léčitelným (nevléčitelným) onemocněním	32	21,3 %
Celkem Σ	150	100 %

Z celkového počtu 15 respondentů jich byla velká skupina 52,7 % (79) zdravých, k lehčímu onemocnění se přihlásilo 26,0 % (39) osob, a velmi závažným onemocněním trpělo 21,3 % (32) lidí.

Graf 13: Znázornění jednotlivých skupin dle výskytu onemocnění



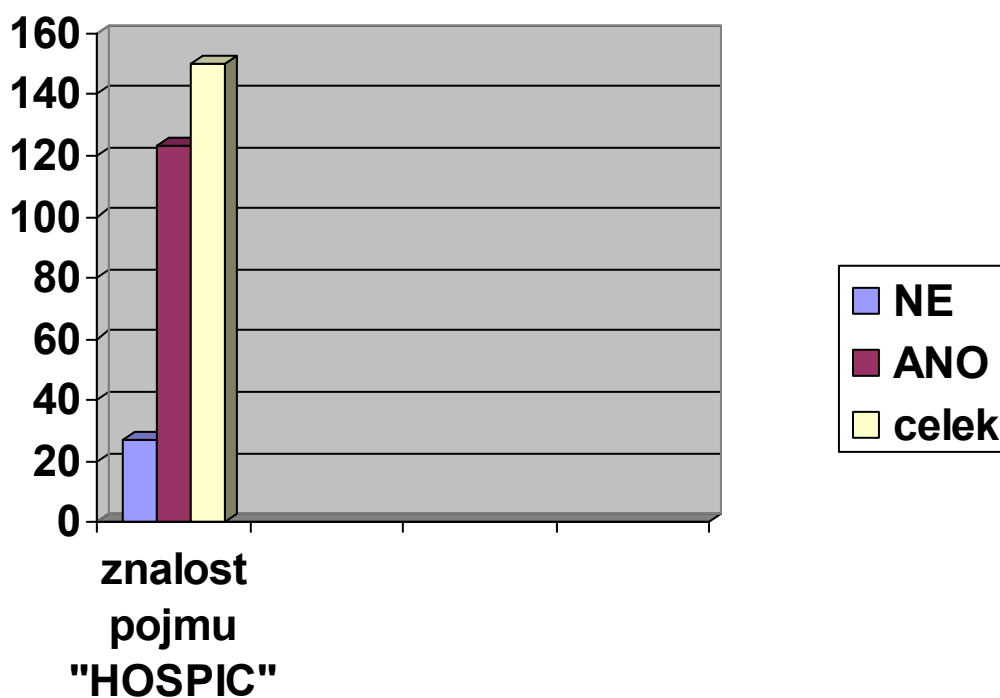
Položka 14 – Znalost pojmu „HOSPIC“

Tabulka 14: Rozložení jednotlivých odpovědí na otázku v položce 14

Položka dotazníku – znalost pojmu hospic	Absolutní četnost N	Relativní četnost
ANO	123	82,0 %
NE	27	18,0 %
Celkem Σ	150	100 %

Z celkového počtu 150 respondentů jich převážná většina 82,0 % (123) tento pojem slyšela a znala, pouze 18,0 % (27) osob uvedlo, že tento pojem neslyšeli a tudíž ho neznají.

Graf 14: Rozložení a znázornění jednotlivých skupin odpovědí na otázku znalosti pojmu



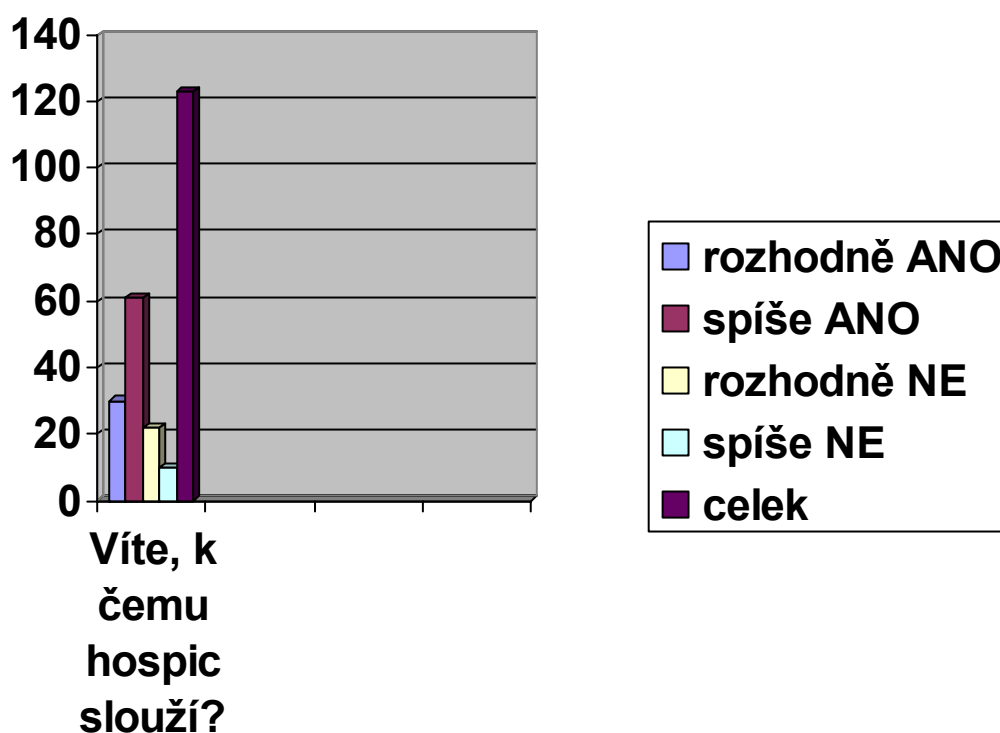
Položka 15 – Jestliže ano (předchozí otázka), víte, k čemu slouží?

Tabulka 15: Rozložení a zastoupení jednotlivých skupin podle odpovědi

Položka dotazníku – jestliže znáte hospic, víte, k čemu slouží?	Absolutní četnost N	Relativní četnost
rozhodně ANO	30	29,4 %
spíše ANO	61	49,6 %
rozhodně NE	22	17,9 %
spíše NE	10	8,1 %
Celkem Σ	123	100 %

Z celkového počtu 123 osob, které kladně odpověděly na předchozí otázku se nyní domnívá 29,4 % (30) z nich, že určitě ví, co k čemu hospic slouží, 49,6 % (61) se přiklání k odpovědi, že asi také ví. Rezolutně záporná odpověď se objevila u 17,9 % (22) respondentů a spíše zápornou odpověď uvedlo 8,1 % (10) z nich.

Graf 15: Rozložení a znázornění jednotlivých skupin dle odpovědi



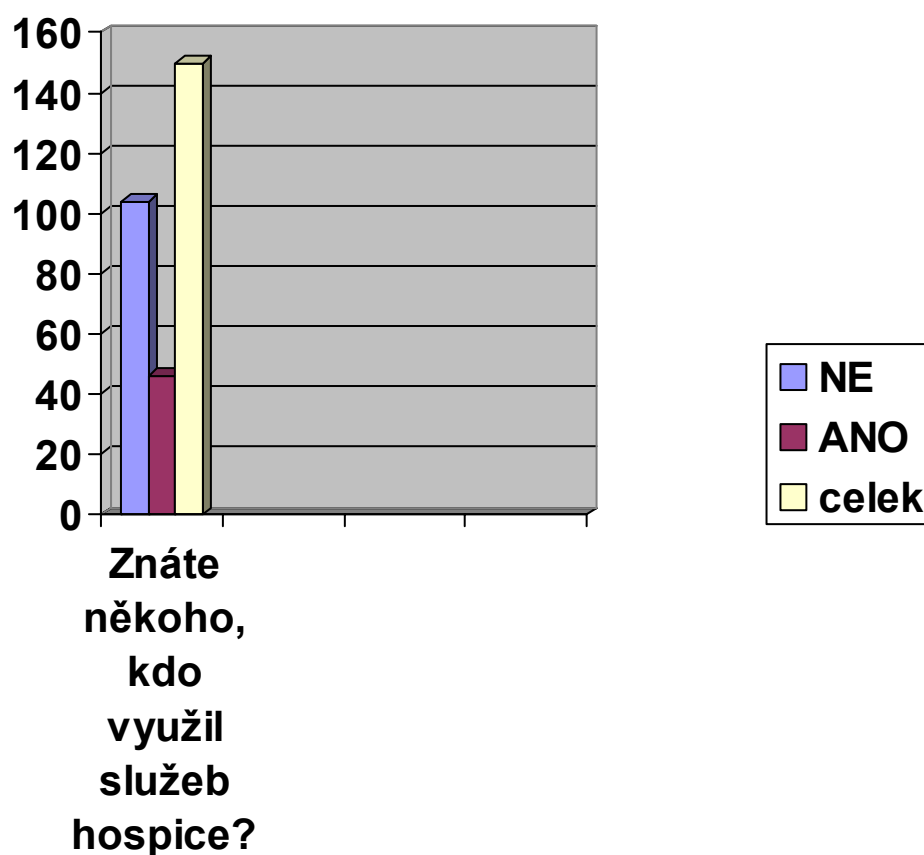
Položka 16 – Víte o někom, kdo by služeb hospice využil?

Tabulka 16: Znázornění jednotlivých skupin odpovědí

Položka dotazníku – znáte někoho, kdo využil služeb hospice?	Absolutní četnost N	Relativní četnost
ANO	46	30,7 %
NE	104	69,3 %
Celkem Σ	150	100 %

Z celkového počtu 150 osob poměrně malé procento 30,7 % (46) přiznalo, že by znali někoho z okolí, kdo využil služeb hospice (skupina byla určitě ovlivněna skupinou zdravotníků, kteří se v praxi s těmito lidmi již všichni určitě setkali), většina 69,3 % (104) nikoho nezná.

Graf 16: Znalost někoho, kdo využil služeb hospice – rozložení odpovědí



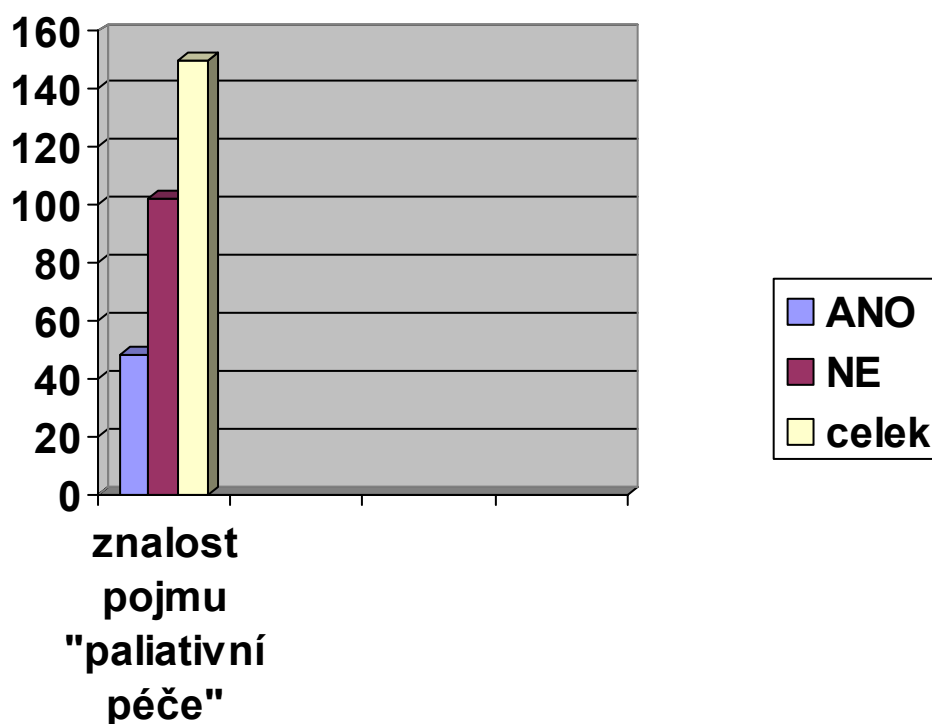
Položka 17 – Znalost pojmu „PALIATIVNÍ PÉČE“

Tabulka 17: Znázornění jednotlivých skupin odpovědí na znalost pojmu

Položka dotazníku – znalost pojmu „paliativní péče“	Absolutní četnost N	Relativní četnost
ANO	48	32,0 %
NE	102	68,0 %
Celkem Σ	150	100 %

Z celkového počtu 150 respondentů zúčastněných v dotazníkovém šetření, jich 32,0 % (48) uvedlo, že znají pojem paliativní péče (opět zřejmě velký vliv skupiny zdravotníků), ale většina 68,0 % (102) jich tento pojem vůbec nezná.

Graf 17: Znázornění rozložení jednotlivých skupin odpovědí na znalost pojmu „paliativní péče“



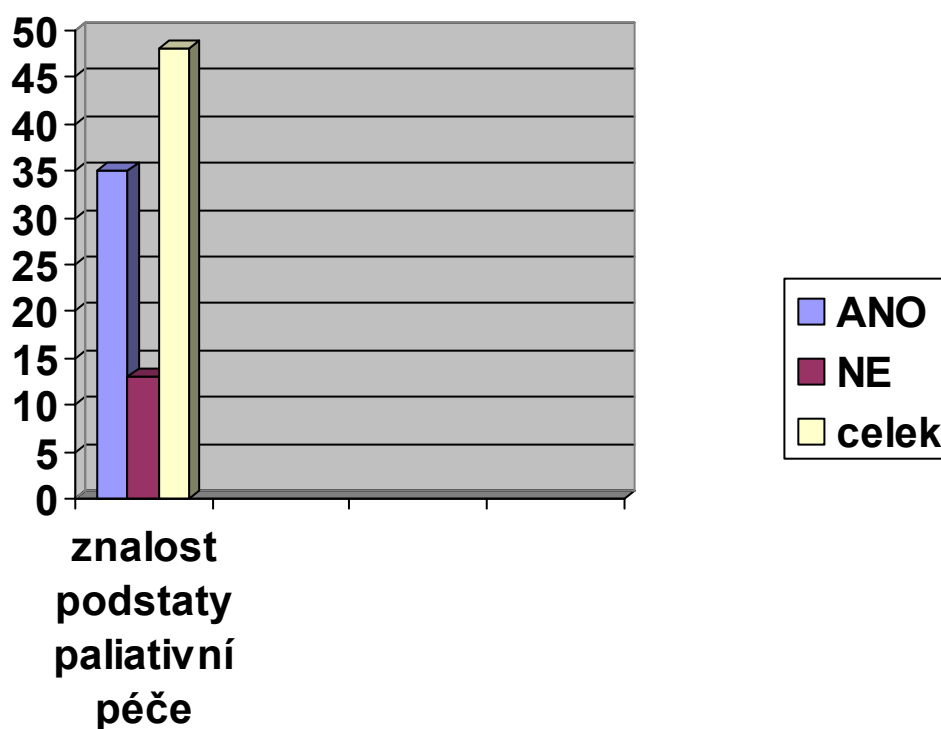
Položka 18 – Jestliže ano (předchozí odpověď), víte, v čem spočívá?

Tabulka 18: Rozložení odpovědí na položku dotazníku týkající se podstaty paliativní péče

Položka dotazníku – víte, v čem spočívá paliativní péče?	Absolutní četnost N	Relativní četnost
ANO	35	72,9 %
NE	13	27,1 %
Celkem Σ	48	100 %

Z celkového počtu 48 kladných odpovědí na předchozí otázku č. 17, což nyní tvořilo celek, uvedlo 72,9 % (35) respondentů, že ví, v čem spočívá paliativní péče (velký vliv skupiny 30 zdravotníků) a 27,1 % (13) nezná podstatu paliativní péče, přestože tento pojem znají.

Graf 18: Grafické znázornění jednotlivých skupin odpovědí respondentů na znalost podstaty paliativní péče



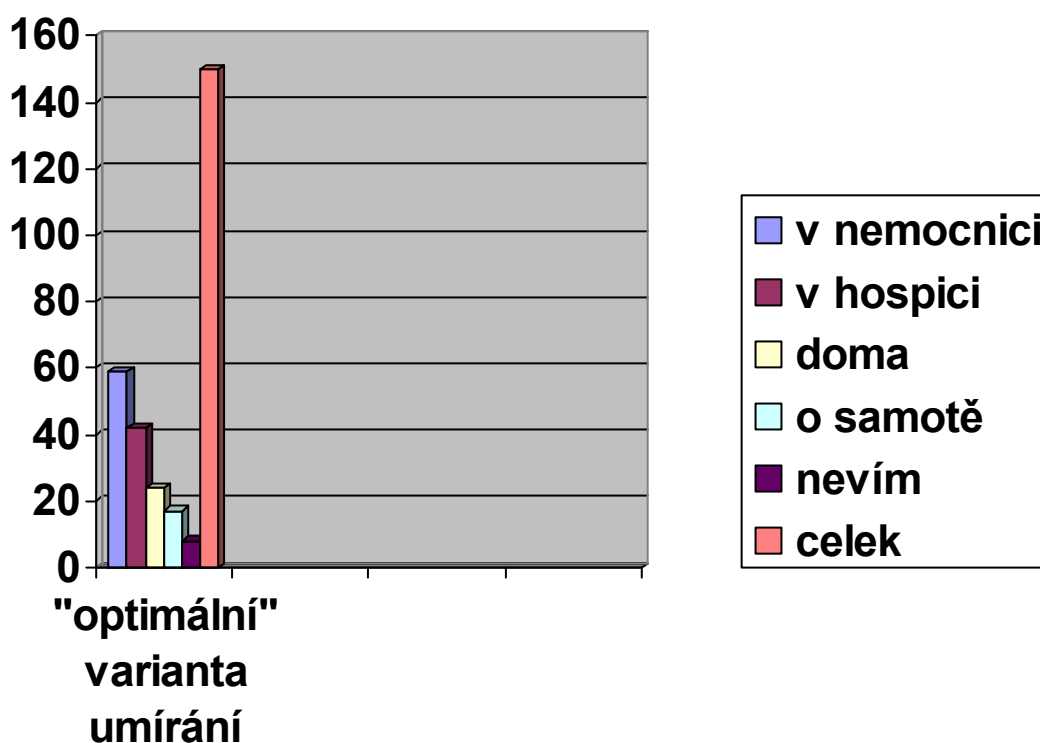
Položka 19 – Kterou „variantu“ umírání považujete podle Vás za „nejlepší“ („nejoptimálnější“ pro umírajícího člověka i jeho okolí)?

Tabulka 19: Rozložení názorů na „optimální“ variantu umírání

Položka dotazníku – „optimální“ varianta umírání	Absolutní četnost N	Relativní četnost
v nemocnici	59	39,3 %
v hospicovém zařízení	42	28,0 %
doma v rodinném kruhu	24	16,0 %
o samotě	17	11,3 %
nevím	8	5,4 %
Celkem Σ	150	100 %

Z celkového počtu 150 osob uvedlo 39,3 % (59) jako „nejoptimálnější“ variantu umírání v nemocnici, 28,0 % (42) respondentů schvaluje hospic (velký vliv skupiny zdravotníků). Umírání doma se jeví jako „optimální“ 16,0 % (24) osobám, umírání v izolaci někde o samotě si vybralo 11,3 % (17) respondentů a 5,4 % (8) neví, kterou z možností by vybrali.

Graf 19: Znázornění názorů na „optimální“ formu umírání člověka pro něho samotného a i jeho okolí



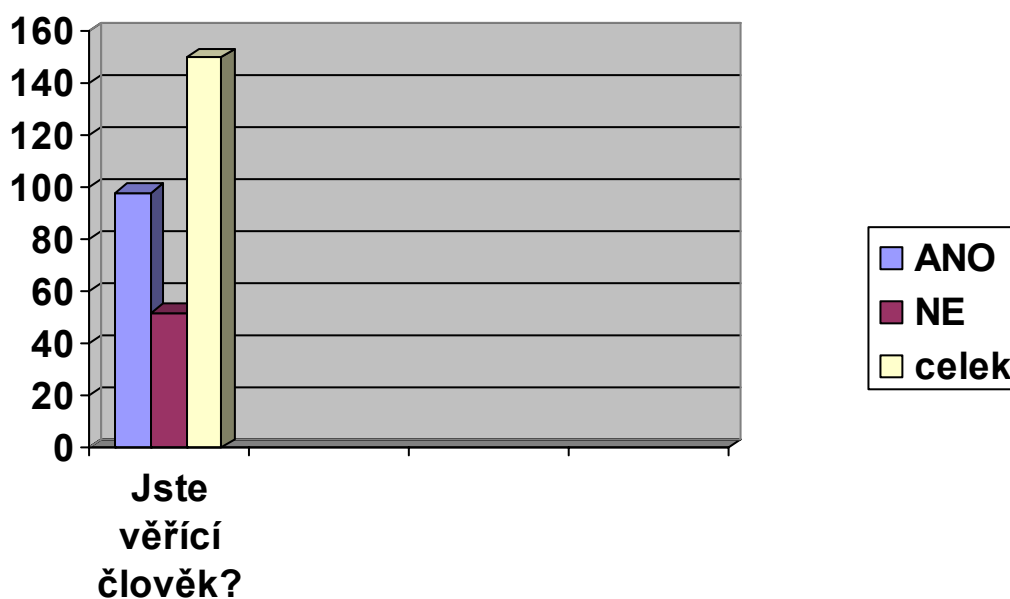
Položka 20 – Jste věřící člověk?

Tabulka 20: Zastoupení věřících respondentů v celkovém počtu zúčastněných na dotazníkovém šetření

Položka dotazník – jste věřící?	Absolutní četnost	Relativní četnost
ANO	98	65,3 %
NE	52	34,7 %
Celkem Σ	150	100 %

Z celkového počtu 150 respondentů dotazníkového šetření se ke skutečnosti, že je věřící hlásilo 65,3 % (98) osob, druhá skupina se hlásila k ateismu 34,7 % (52).

Graf 20: Zastoupení věřících a nevěřících osob v celkovém počtu zkoumaného vzorku respondentů



VÝSLEDKY ŠETŘENÍ PRO CÍL 1

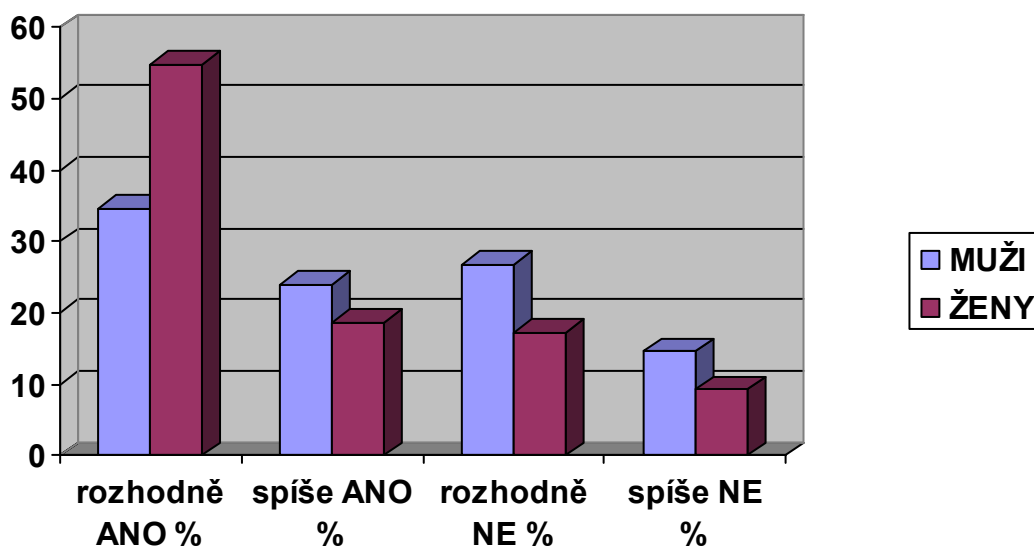
CÍLEM 1 bylo zjistit, zda faktory, jako jsou pohlaví, věk, úroveň vzdělání a příslušnost k víře výrazným způsobem ovlivňují názor na legalizaci či zákaz provádění eutanázie v ČR. K tomuto cíli se vztahovaly dotazníkové položky č. 1, č. 2, č. 3, č. 8, č. 20.

Tabulka 21: Názory na legalizaci či zákaz provádění eutanázie u nás - dle pohlaví

Položka dotazníku:	MUŽI		ŽENY	
	Absolutní četnost N	Relativní četnost	Absolutní četnost N	Relativní četnost
Myslíte si, že by náš právní řád měl umožnit (legalizovat) provádění eutanázie u nás?				
rozhodně ANO	26	34,7 %	41	54,7 %
spíše ANO	18	24,0 %	14	18,7 %
rozhodně NE	20	26,7 %	13	17,3 %
spíše NE	11	14,6 %	7	9,3 %
Celkem Σ	75	100 %	75	100 %

Z celkového počtu 75 mužů, by pro povolení eutanázie bylo jen 34,7 % (26), zatímco žen 54,7 % (41), tedy více než polovina z celkového počtu 75 žen. Spíše ano zvolilo 24,0 % (18) mužů a 18,7 % (14) žen. Rozhodně ne si myslí 26,7 % (20) mužů a 17,3% (13) žen, k názoru spíše ne se přiklonilo 14,6 % (11) mužů a jen 9,3 % (7) žen z celkového počtu.

Graf 21: Znázornění názorů na legalizaci či zákaz provádění eutanázie u nás – dle pohlaví

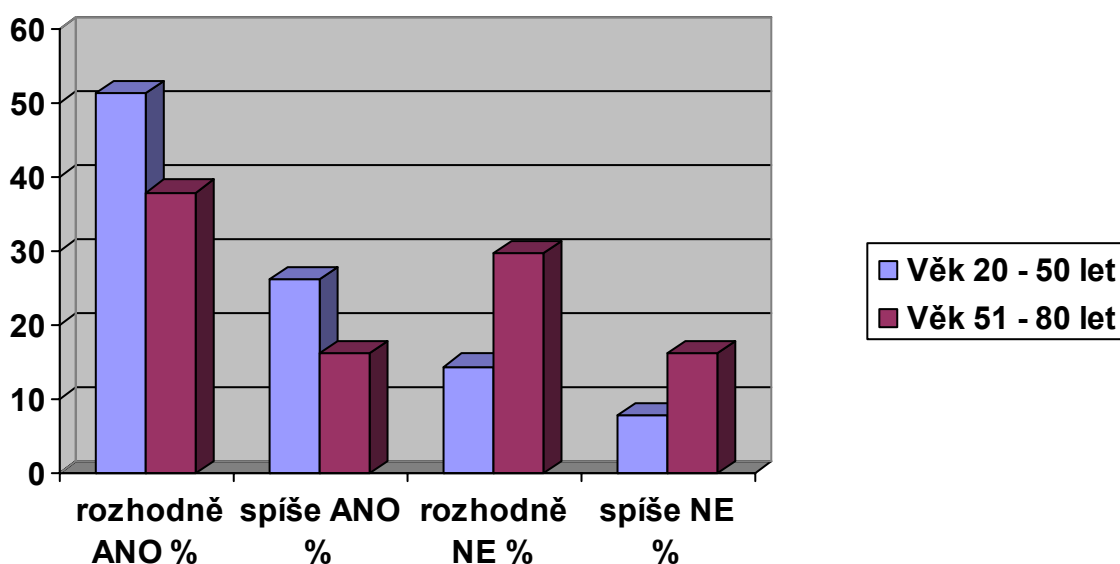


Tabulka 22: Názory na legalizaci či zákaz provádění eutanázie u nás - dle věku

Položka dotazníku:	Věk 20 – 50 let		Věk 51 – 80 let	
Myslíte si, že by náš právní řád měl umožnit (legalizovat) provádění eutanázie u nás?	Absolutní četnost N	Relativní četnost	Absolutní četnost N	Relativní četnost
rozhodně ANO	39	51,3 %	28	37,9 %
spíše ANO	20	26,3 %	12	16,2 %
rozhodně NE	11	14,5 %	22	29,7 %
spíše NE	6	7,9 %	12	16,2 %
Celkem Σ	76	100 %	74	100 %

Z celkového počtu 76 respondentů mladší věkové kategorie bylo rozhodně pro 51,3 % (39), což tvořilo více, než polovinu skupiny, ze starší věkové kategorie se jednomyslně pro vyslovilo 37,9 % (28) z celkového počtu 74 osob. K variantě spíše ano se přiklonilo 26,3 % (20) mladších a 16,2 % (12) starších respondentů. Rozhodně nesouhlasilo 14,5 % (11) osob mladších a 29,7 % (22) starších, spíše ne uvedlo 7,9 % (6) mladších a 16,2 % (12) starších účastníků šetření.

Graf 22: Znázornění názorů na legalizaci či zákaz provádění eutanázie u nás – dle věku



Tabulka 23: Názory na legalizaci či zákaz provádění eutanázie u nás - dle úrovně vzdělání

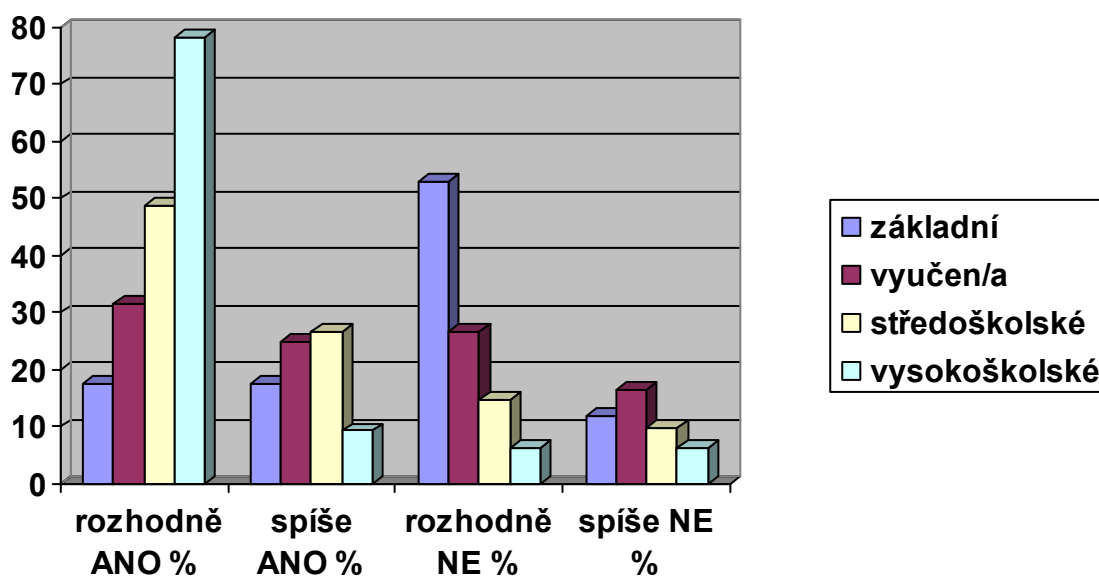
Položka dotazníku:	Základní		Vyučen/a		Středoškolské		Vysokoškolské	
	Abs.č. N	Relat. čet. %	Abs. č. N	Relat. čet. %	Abs.č. N	Relat. čet. %	Abs.č. N	Relat. čet. %
Myslíte si, že by náš právní řád měl umožnit (legalizovat) provádění eutanázie u nás?								
rozhodně ANO	3	17,6 %	19	31,7 %	20	48,8 %	25	78,1 %
spíše ANO	3	17,6 %	15	25,0 %	11	26,8 %	3	9,3 %
rozhodně NE	9	53,0 %	16	26,7 %	6	14,6 %	2	6,3 %
spíše NE	2	11,8 %	10	16,6 %	4	9,8 %	2	6,3 %
Celkem Σ	17	100 %	60	100 %	41	100 %	32	100 %

Z celkového počtu 17 osob se základním vzděláním jich bylo 17,6 % (3) rozhodně pro zavedení eutanázie, stejné procento bylo spíše pro. Proti se postavilo 53,0 % (9) a spíše proti 11,8 % (2) z celkového počtu. Z 60 osob vyučených bylo 31,7 % (19) rozhodně pro, 25,0 % (15) spíše pro. Proti je 26,7 % (16) a spíše proti 16,6 % (10) respondentů.

Středoškoláků bylo celkem 41 a z nich 48,8 % (20) jich bylo rozhodně a 26,8 % (11) spíše pro. Proti bylo 14,6 % (6) a spíše proti 9,8 % (4) respondenti se středoškolským vzděláním.

Celých 78,1 % (25) vysokoškoláků bylo pro, 9,3 % (3) spíše pro zavedení eutanázie. Proti a spíše proti jich v obou případech bylo 6,3 % (2) z celkového počtu 32.

Graf 23: Znázornění názorů na legalizaci či zákaz provádění eutanázie u nás – dle úrovně vzdělání



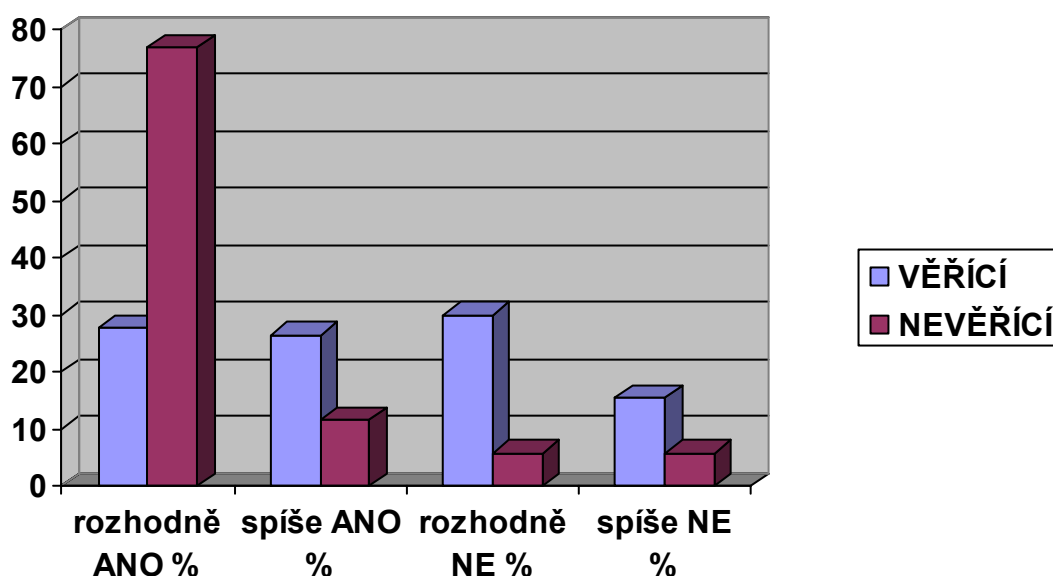
Tabulka 24: Názory na legalizaci či zákaz provádění eutanázie u nás - dle příslušnosti k víře

Položka dotazníku:	VĚŘÍCÍ		NEVĚŘÍCÍ	
	Absolutní četnost N	Relativní četnost	Absolutní četnost N	Relativní četnost
Myslíte si, že by náš právní řád měl umožnit (legalizovat) provádění eutanázie u nás?				
rozhodně ANO	27	27,6 %	40	77,0 %
spíše ANO	26	26,5 %	6	11,6 %
Rozhodně NE	30	30,6 %	3	5,7 %
Spíše NE	15	15,3 %	3	5,7 %
Celkem Σ	98	100 %	52	100 %

Z celkového počtu 98 věřících jich bylo 27,6 % (27) rozhodně pro, 26,5 % (26) spíše pro zavedení eutanázie u nás. Opačný názor – tedy rozhodně ne zastává 30,6 % (30) a spíše ne 15,3 % (15) věřících respondentů.

Z celkového počtu 52 nevěřících jich bylo 77,0 % (40) rozhodně pro, 11,6 % (6) spíše pro zavedení eutanázie. Opačný názor zastává 5,7 % (3) s rozhodným ne a 5,7 % (3) je spíše proti.

Graf 24: Znázornění názorů na legalizaci či zákaz provádění eutanázie u nás – dle příslušnosti k víře



VÝSLEDKY ŠETŘENÍ PRO CÍL 2

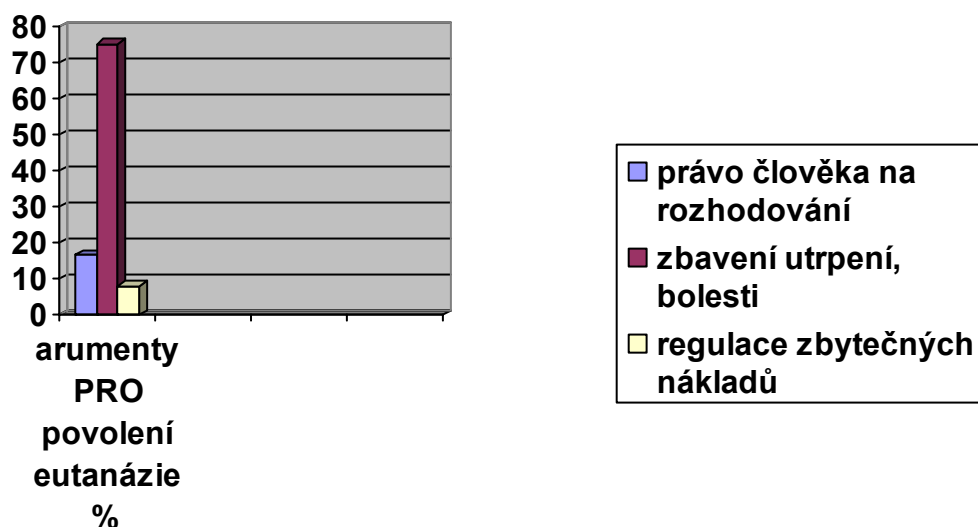
CÍLEM 2 bylo zjistit nejčastěji se vyskytující argumenty PRO a PROTI zavedení (legalizaci) eutanázie v České republice. K tomuto cíli se vztahovaly dotazníkové položky č. 11, č. 12.

Tabulka 25: Rozložení jednotlivých odpovědí na otázku argumentů pro zavedení (legalizaci) eutanázie u nás

Položka dotazníku – argumenty pro zavedení eutanázie u nás	Absolutní četnost N	Relativní četnost
respektování práv člověka a jeho osobní autonomie v rozhodování o právu zemřít	25	16,7 %
milosrdné zbavení člověka utrpení a bolesti na jeho přání	113	75,3 %
regulace zbytečných fin. nákladů na zdravotní péči u „beznadějných“ pacientů	12	8,0 %
Celkem Σ	150	100 %

Z celkového počtu 150 respondentů si 16,7 % (25) myslí, že právo člověka na rozhodování by bylo tím nejpádnějším argumentem, velká skupina 75,3 % (113) lidí si myslí, že jedině zbavení člověka bolesti a utrpení by mohlo argumentovat pro a 8,0 % (12) se domnívá, že i regulace finančních nákladů vynaložených za péči o „beznadějné“ pacienty by mohla být dost dobrým důvodem.

Graf 25: Znázornění jednotlivých odpovědí na argumenty pro zavedení eutanázie

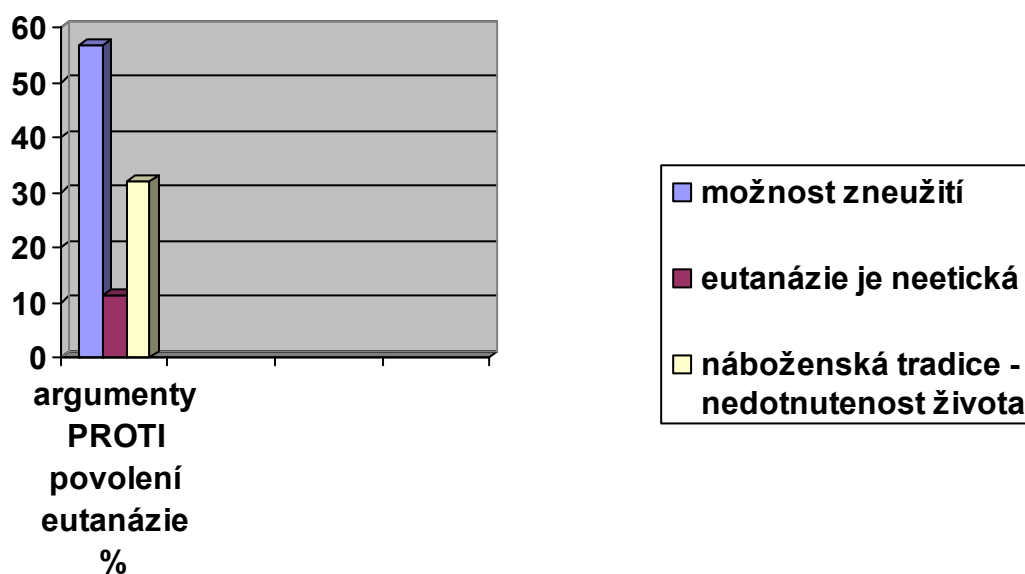


Tabulka 26: Rozložení jednotlivých odpovědí na otázku argumentů proti zavedení (legalizaci) eutanázie u nás

Položka dotazníku-argumenty proti zavedení eutanázie	Absolutní četnost N	Relativní četnost
možnost zneužití	85	56,7 %
eutanázie je neetická	17	11,3 %
náboženská tradice – nedotknutelnost a posvátnost života	48	32,0 %
Celkem Σ	150	100 %

Z celkového počtu 150 respondentů si 56,7 % (85) myslí, že možnost zneužití je nejpádnejším argumentem proti zavedení eutanázie, skupina 11,3 % (17) osob argumentuje neetičností eutanázie a 32,0 % (48) se domnívá, že i náboženská tradice hraje velmi důležitou roli v otázce nepovolení eutanázie.

Graf 26: Znázornění jednotlivých odpovědí na argumenty proti zavedení eutanázie



VÝSLEDKY ŠETŘENÍ PRO CÍL 3

CÍLEM 3 bylo zjistit, zda se prokáže významná názorová rozdílnost k otázce legalizace eutanázie u nás mezi těmito skupinami:

zdraví lidé x **lidé se závažným (těžkým) onemocněním**
skupina zdravotníků x **laická veřejnost.**

K tomuto cíli se vztahovaly dotazníkové položky č. 4, č. 8, č. 13.

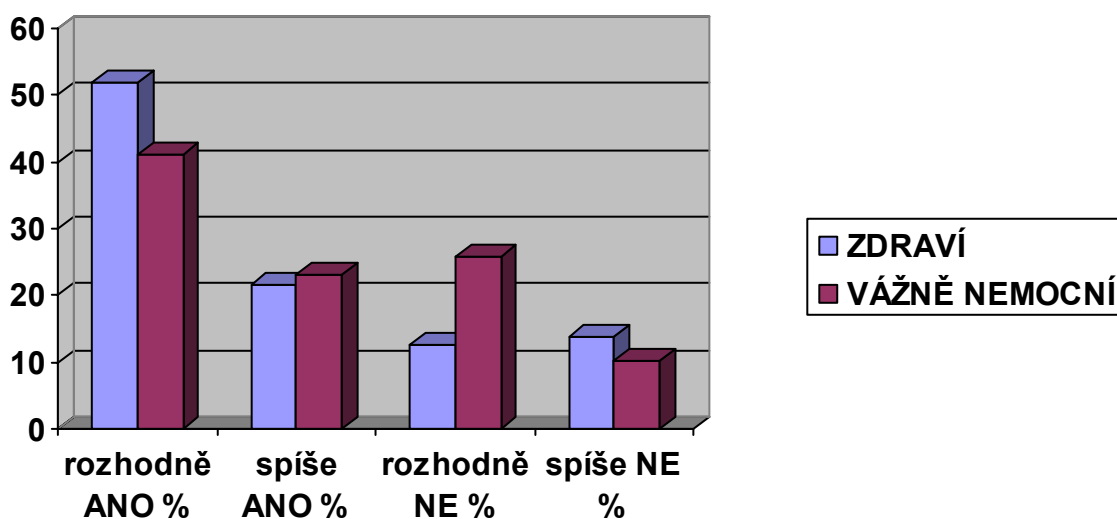
Tabulka 27: Názorová rozdílnost k otázce legalizace eutanázie u nás ve skupinách: zdraví x lidé s vážným (těžkým) onemocněním

Položka dotazníku:	ZDRAVÍ		VÁŽNĚ (TĚŽCE) NEM.	
	Absolutní četnost N	Relativní četnost	Absolutní četnost N	Relativní četnost
Myslíte si, že by náš právní řád měl umožnit (legalizovat) provádění eutanázie u nás?				
rozhodně ANO	41	51,9 %	16	41,0 %
spíše ANO	17	21,5 %	9	23,0 %
Rozhodně NE	10	12,7 %	10	25,7 %
Spíše NE	11	13,9 %	4	10,3 %
Celkem Σ	79	100 %	39	100 %

Z celkového počtu 79 zdravých respondentů se jich vyjádřilo jednoznačně k souhlasu se zavedením eutanázie 51,9 % (41), spíše se k tomu klonilo 21,5 % (17). Rozhodně proti bylo 12,7 % (10) osob a spíše proti 13,9 % (11) zdravých.

Z celkového počtu 39 vážně nemocných bylo 41,0 % (16) rozhodně pro, 23,0 % (9) spíše pro. Rozhodně proti jich pak bylo 25,7 % (10) a spíše proti 10,3 % (4).

Graf 27: Znázornění rozdílnosti k otázce legalizace eutanázie u nás ve skupinách: zdraví x lidé s vážným (těžkým) onemocněním



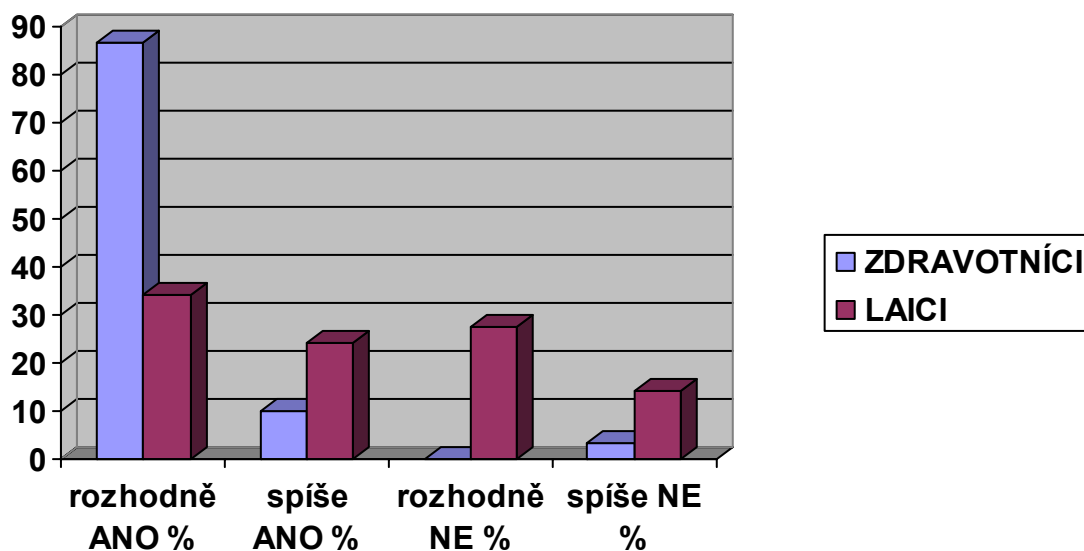
Tabulka 28: Názorová rozdílnost k otázce legalizace eutanázie u nás ve skupinách zdravotníků x laické veřejnosti

Položka dotazníku:	SKUPINA ZDRAVOTNÍKŮ		SKUPINA LAIKŮ	
	Absolutní četnost N	Relativní četnost	Absolutní četnost N	Relativní četnost
Myslíte si, že by náš právní řád měl umožnit (legalizovat) provádění eutanázie u nás?				
rozhodně ANO	26	86,7 %	41	34,2 %
spíše ANO	3	10,0 %	29	24,2 %
Rozhodně NE	0	0 %	33	27,5 %
Spíše NE	1	3,3 %	17	14,1 %
Celkem Σ	30	100 %	120	100 %

Z celkového počtu 30 zdravotníků se rozhodně pro povolení eutanázie vyslovilo 86,7 % (26), spíše pro bylo 10,0 % (3). Rozhodně proti nebyl ani jeden zdravotník a spíše proti bylo 3,3 % (1) člověk.

Z celkového počtu 120 osob z řad laické veřejnosti bylo 34,2 % (41) rozhodně pro, 24,2 % (29) spíše pro. Rozhodně proti bylo 27,5 % (33) osob a spíše proti 14,1 % (17).

Graf 28: Znázornění rozdílnosti k otázce legalizace eutanázie u nás ve skupinách zdravotníků x laické veřejnosti



VÝSLEDKY ŠETŘENÍ PRO CÍL 4

CÍLEM 4 bylo zjistit, zda výsledky a data získaná dotazníkovým šetřením k otázce povolení (legalizace), či nepovolení eutanázie v našem státě budou korelovat s výsledky celostátních průzkumů z května a června 2007 zveřejněnými v médiích. K tomuto cíli se vztahovaly položky č. 1, č. 2, č. 3, č. 8, č. 20.

Průzkum Centra pro výzkum veřejného mínění – 6/ 2007:

Podle téměř dvou třetin obyvatel Česka by měl právní řád umožnit eutanázii.

S eutanázií rozhodně souhlasí 14,6 % lidí, dalších 43,0 % s ní spíše souhlasí. Rozhodně proti tomu, aby nevléčitelně nemocný člověk mohl ukončit svůj život, je 10,0 % Čechů. Spíše proti pak 17,8 % dotázaných.

Proti jsou častěji věřící lidé a lidé, kterým je šedesát a více let.

Rozhodný souhlas častěji vyjadřovali muži.

(Dolejší, V. *Dvě třetiny Čechů jsou pro zavedení eutanázie*. Mladá Fronta Dnes – 10.7. 2007)

Exkluzivní průzkum agentury SC&C pro MF DNES o legalizaci eutanázie – 5/ 2007:

64,0 % lidí je pro, proti je 28,0 %, ostatní nevědí. Podrobnější analýza výsledků průzkumu mezi 2013 respondenty ukazuje, že legalizaci nejvíce odmítají starší lidé, obyvatelé Jihomoravského, Zlínského i Olomouckého kraje a také příznivci KDU-ČSL.

Naopak nejvíce ji žádají mladí, dále lidé s vyššími příjmy, z Prahy, příznivci ODS a částečně také KSČM.

(Dolejší, V. *Většina Čechů by uzákonila eutanázii*. Mladá Fronta Dnes – 8.6. 2007)

Dotazníkové šetření diplomové práce – 11, 12/ 2007:

Z celkového počtu 150 respondentů bylo zastoupení mužů 50 % (75) a zastoupení žen také 50 % (75), tedy rovnoměrné. Toto zastoupení bylo vybráno záměrně z důvodu objektivizace pro porovnávání obou pohlaví.

Z celkového počtu 75 mužů, by pro povolení eutanázie bylo jen 34,7 % (26), zatímco žen 54,7 % (41), tedy více než polovina z celkového počtu 75 žen. Spíše ano zvolilo 24,0 % (18) mužů a 18,7 % (14) žen. Rozhodně ne si myslí 26,7 % (20) mužů a 17,3% (13) žen, k názoru spíše ne se přiklonilo 14,6 % (11) mužů a jen 9,3 % (7) žen z celkového počtu.

Z celkového počtu respondentů bylo zastoupení osob mladší věkové skupiny 20 – 50 let 50,6 % (76) a osob starší věkové skupiny 51 – 80 let 49,4 % (74). Poměr osob se jevil výhodným zvláště pro vzájemné porovnávání těchto skupin, jelikož byl velmi rovnoměrný.

Z celkového počtu 76 respondentů mladší věkové kategorie bylo rozhodně pro 51,3 % (39), což tvořilo více, než polovinu skupiny, ze starší věkové kategorie se jednomyslně pro vyslovilo 37,9 % (28) z celkového počtu 74 osob. K variantě spíše ano se přiklonilo 26,3 % (20) mladších a 16,2 % (12) starších respondentů.

Rozhodně nesouhlasilo 14,5 % (11) osob mladších a 29,7 % (22) starších, spíše ne uvedlo 7,9 % (6) mladších a 16,2 % (12) starších účastníků šetření.

Z celkového počtu 150 respondentů dotazníkového šetření se ke skutečnosti, že je věřící hlásilo 65,3 % (98) osob, druhá skupina se hlásila k ateismu 34,7 % (52).

Z celkového počtu 98 věřících jich bylo 27,6 % (27) rozhodně pro, 26,5 % (26) spíše pro zavedení eutanázie u nás. Opačný názor – tedy rozhodně ne zastává 30,6 % (30) a spíše ne 15,3 % (15) věřících respondentů.

Z celkového počtu 52 nevěřících jich bylo 77,0 % (40) rozhodně pro, 11,6 % (6) spíše pro zavedení eutanázie. Opačný názor zastává 5,7 % (3) s rozhodným ne a 5,7 % (3) je spíše proti.

VÝSLEDKY ŠETŘENÍ PRO CÍL 5

CÍLEM 5 bylo zjistit úroveň informovanosti laické veřejnosti, ale i zdravotníků o možnostech hospicové péče a paliativní medicíny. K tomuto cíli se vztahovaly dotazníkové položky č. 14, č. 15, č. 16, č. 17, č. 18, č. 19.

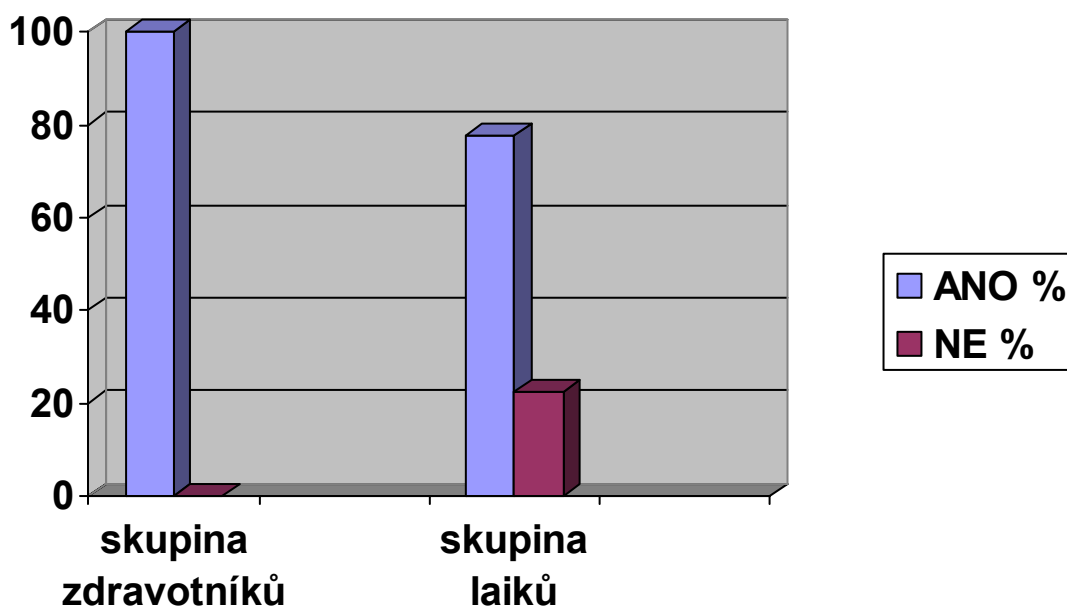
Tabulka 29: Rozložení odpovědí na otázku znalosti pojmu „hospic“

Položka dotazníku:	SKUPINA ZDRAVOTNÍKŮ		SKUPINA LAIKŮ	
	Absolutní četnost N	Relativní četnost	Absolutní četnost N	Relativní četnost
Slyšeli jste již někdy pojem „hospic“?				
ANO	30	100 %	93	77,5 %
NE	0	0 %	27	22,5 %
Celkem Σ	30	100 %	120	100 %

Z celkového počtu 30 zdravotníků vyslovilo souhlasnou odpověď 100 % (30), záporná odpověď se tedy již nevyskytla.

Ze skupiny laické veřejnosti uvedlo kladnou dopověď 75,5 % (93) respondentů a pojem hospic nikdy neslyšelo 22,5 % (27) dotázaných.

Graf 29: Znázornění rozložení odpovědí na otázku znalosti pojmu „hospic“



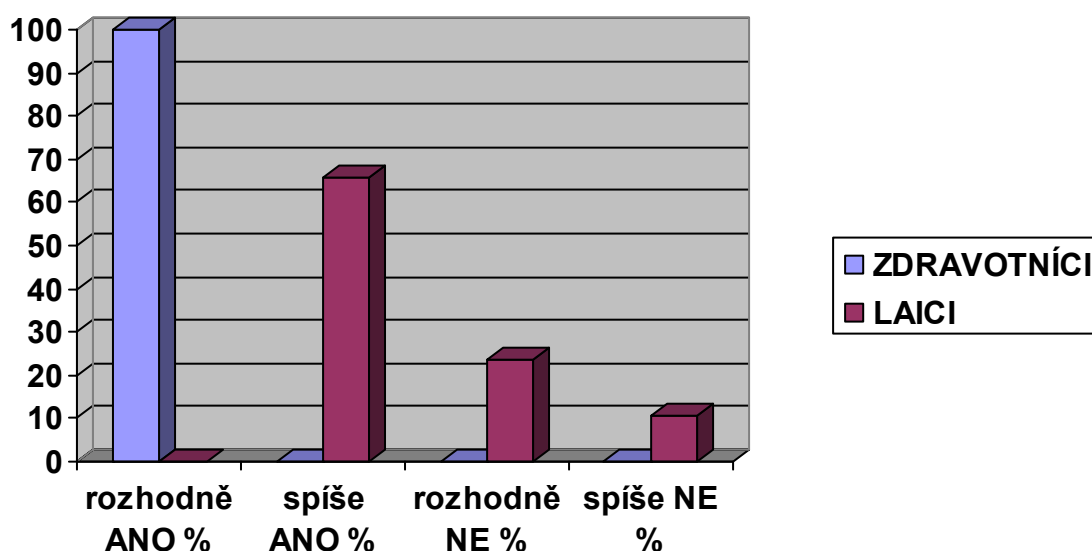
Tabulka 30: Rozložení odpovědí na otázku zda ví, k čemu hospic slouží

Položka dotazníku: Jestliže ano (předchozí odpověď), víte k čemu toto zařízení slouží?	SKUPINA ZDRAVOTNÍKŮ		SKUPINA LAIKŮ	
	Absolutní četnost N	Relativní četnost	Absolutní četnost N	Relativní četnost
rozhodně ANO	30	100 %	0	0 %
spíše ANO	0	0 %	61	65,6 %
rozhodně NE	0	0 %	22	23,7 %
spíše NE	0	0 %	10	10,7 %
Celkem Σ	30	100 %	93	100 %

Z celkového počtu 30 zdravotníků uvedlo 100 % (30), že naprosto přesně ví, k čemu hospice slouží. Jiná odpověď se tedy již v této skupině nevyskytovala.

Ze skupiny laické veřejnosti, se rozhodně kladná odpověď nevyskytla ani jednou, spíše kladnou uvedlo 65,6 % (61) osob z celkového počtu 93 respondentů. Rozhodně zápornou uvedlo 23,7 % (22) lidí a spíše zápornou 10,7 % (10).

Graf 30: Grafické zobrazení rozložení odpovědí na otázku zda ví, k čemu hospic slouží



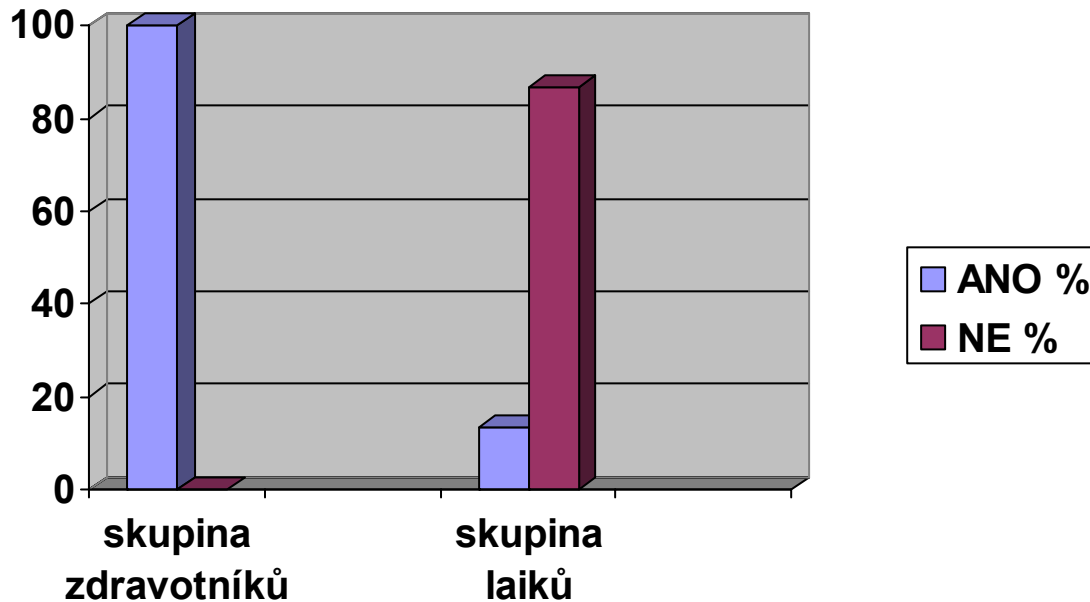
Tabulka 31: Rozložení odpovědí na otázku zda ví o někom z okolí, kdo by služeb hospice využil

Položka dotazníku:	SKUPINA ZDRAVOTNÍKŮ		SKUPINA LAIKŮ	
	Absolutní četnost N	Relativní četnost	Absolutní četnost N	Relativní četnost
Víte o někom ze svého okolí, kdo by služeb hospice využil?				
ANO	30	100 %	16	13,3 %
NE	0	0 %	104	86,7 %
Celkem Σ	30	100 %	120	100 %

Z celkového počtu 30 zdravotníků jich plných 100 % (30) uvedlo kladnou odpověď, záporná odpověď se tedy nevyskytovala.

Z celkového počtu 120 laiků jich pouze 13,3 % (16) uvedlo, že někoho znají, ale celých 86,7 % (104) neví o žádném případě využití hospice.

Graf 31: Znázornění odpovědí na otázku zda ví o někom z okolí, kdo by služeb hospice využil dle skupin



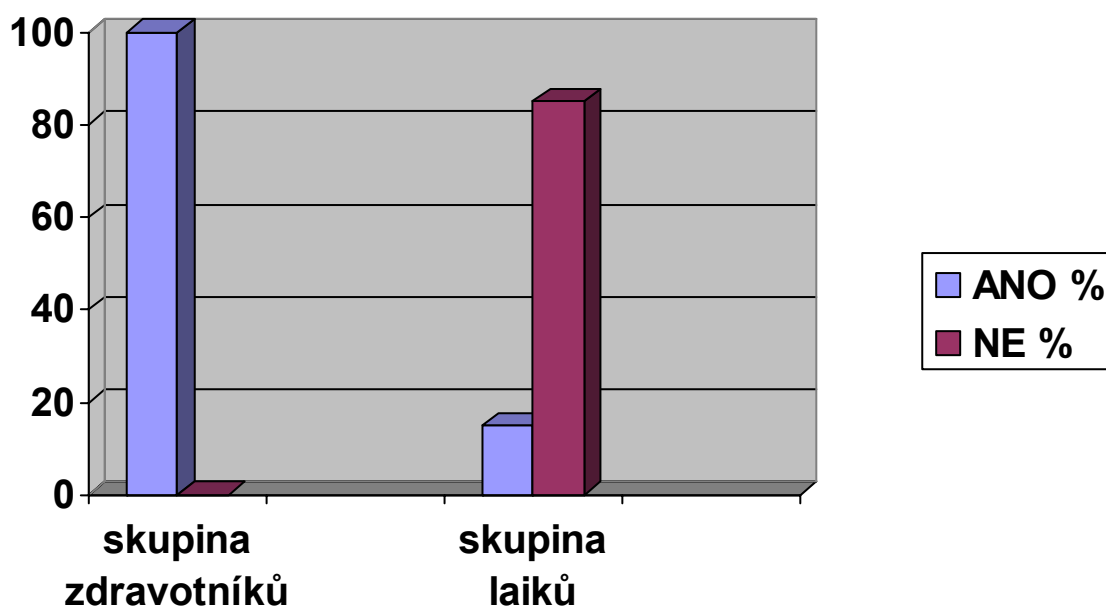
Tabulka 32: Znalost pojmu „paliativní péče“

Položka dotazníku:	SKUPINA ZDRAVOTNÍKŮ		SKUPINA LAIKŮ	
	Absolutní četnost N	Relativní četnost	Absolutní četnost N	Relativní četnost
Znáte pojem „paliativní péče“?				
ANO	30	100 %	18	15,0 %
NE	0	0 %	102	85,0 %
Celkem Σ	30	100 %	120	100 %

Z celkového počtu 30 zdravotníků zná pojem plných 100 % (30) osob, záporná odpověď se v této skupině nevyskytla.

Z celkového počtu 120 laiků jich zná tento pojem pouze 15,0 % (18) a zápornou odpověď, tedy že tento pojem vůbec neznají, uvedlo celých 85,0 % (102) respondentů.

Graf 32: Grafické znázornění znalosti pojmu „paliativní péče“



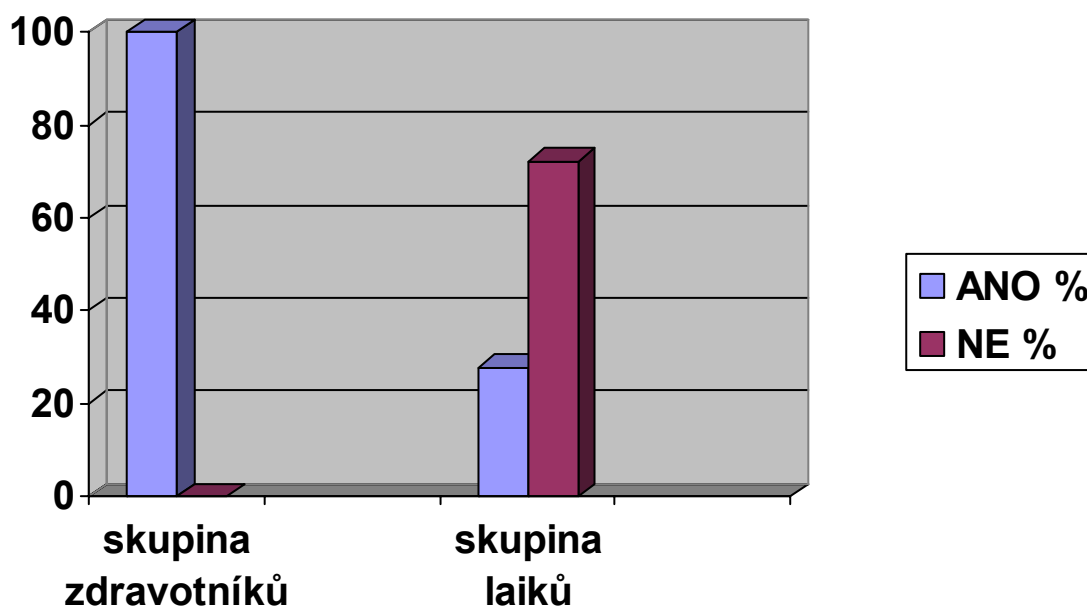
Tabulka 33: Znalost principu paliativní péče

Položka dotazníku:	SKUPINA ZDRAVOTNÍKŮ		SKUPINA LAIKŮ	
	Absolutní četnost N	Relativní četnost	Absolutní četnost N	Relativní četnost
Jestliže ano (předchozí odpověď) víte, v čem spočívá princip této léčby?				
ANO	30	100 %	5	27,8 %
NE	0	0 %	13	72,2 %
Celkem Σ	30	100 %	18	100 %

Z celkového počtu 30 zdravotníků, kteří odpověděli kladně na předchozí otázku jich celých 100 % (30) zná podstatu a princip paliativní péče, záporná odpověď uvedena nebyla.

Z celkového počtu 18 osob skupiny laické veřejnosti s kladnou odpovědí na předešlou otázku jich jen 27,8 % (5) vědělo, v čem spočívá princip paliativní péče a celých 72,2 % (13) tuto skutečnost neví.

Graf 33: Znázornění odpovědí na znalost principu paliativní péče



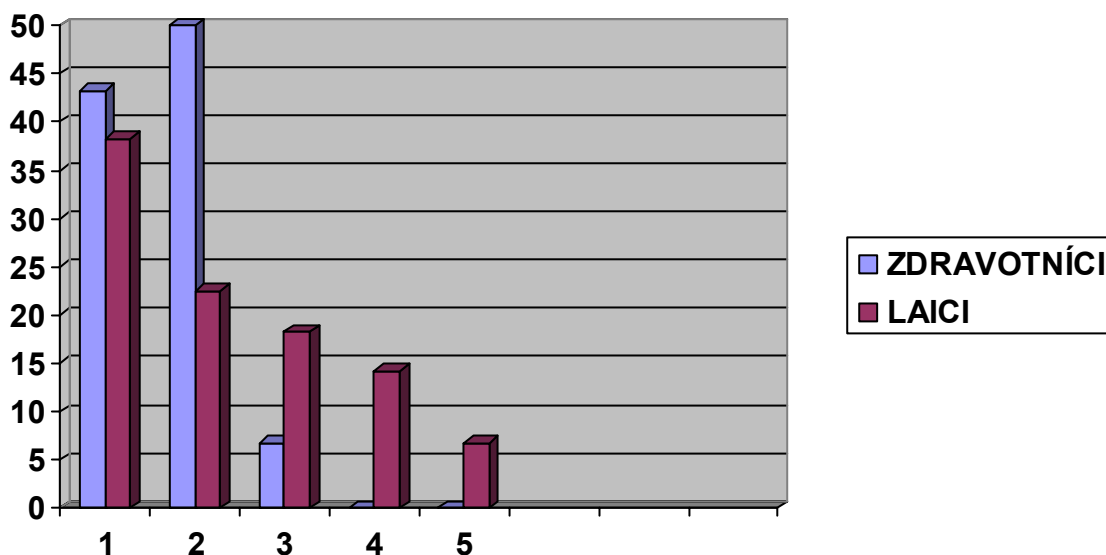
Tabulka 34: Názory na „nejlepší variantu“ umírání pro umírajícího a jeho okolí

Položka dotazníku:	SKUPINA ZDRAVOTNÍKŮ		SKUPINA LAIKŮ	
	Absolutní četnost N	Relativní četnost	Absolutní četnost N	Relativní četnost
Kterou „variantu“ umírání považujete za „nejlepší“ (pro umírajícího i jeho okolí)?				
v nemocnici	13	43,3 %	46	38,3 %
v hospici	15	50,0 %	27	22,5 %
doma v rodinném kruhu	2	6,7 %	22	18,3 %
o samotě	0	0 %	17	14,2 %
nevím	0	0 %	8	6,7 %
Celkem Σ	30	100 %	120	100 %

Z celkového počtu 30 zdravotníků si 43,3 % (13) si myslí, že nejlepším řešením je nemocnice, 50,0 % (15) považuje za nejlepší hospic a 6,7 % (2) považují za „nejlepší variantu“ pro umírání člověka rodinné prostředí. Ostatní odpovědi se v této skupině nevyskytovaly.

Z celkového počtu 120 laiků si 38,3 % (46) myslí, že „nejlepším“ řešením je nemocnice, dalších 22,5 % (27) vybralo hospic, 18,3 % (22) považuje domov a rodinný kruh za „optimální“, 14,2 % (17) si myslí, že i o samotě by to bylo „nejlepší“ a 6,7 % (8) respondentů na tuto otázku neumělo odpovědět.

Graf: 34: Zobrazení rozložení názorů na „nejlepší variantu“ umírání



- 1 – nemocnice %
- 2 – hospic %
- 3 – doma v rodinném kruhu %
- 4 – o samotě %
- 5 – neví %

8.4 SHRnutí VÝSLEDKŮ VÝZKUMU

Prvním cílem práce bylo zmapovat a zjistit, zda faktory, jako jsou pohlaví, věk, úroveň vzdělání a příslušnost k víře výrazným způsobem ovlivňují názor na legalizaci či zákaz provádění eutanázie v ČR.

Pohlaví

Z celkového počtu 75 mužů, by pro povolení eutanázie bylo jen 34,7 % (26), zatímco žen 54,7 % (41), tedy více než polovina z celkového počtu 75 žen. Spíše ano zvolilo 24,0 % (18) mužů a 18,7 % (14) žen. Rozhodně ne si myslí 26,7 % (20) mužů a 17,3% (13) žen, k názoru spíše ne se přiklonilo 14,6 % (11) mužů a jen 9,3 % (7) žen z celkového počtu.

V celkovém součtu tedy převažuje kladná a spíše kladná odpověď ve skupině žen a to 73,4 % (55), zatímco muži kladně a spíše kladně odpovídali jen v 58,7 % (44).

Záporná a spíše záporná odpověď u žen se vyskytovala v 26,6 % (20) z celkového počtu respondentek, ve skupině mužů tvořila záporná a spíše záporná odpověď 41,3 % (31).

V tomto šetření se **nepotvrdila hypotéza**, že pohlaví nebude mít vliv na názor legalizace či zákazu eutanázie. Kladná odpověď významně převažovala ve skupině žen a záporná odpověď ve skupině mužů.

Věk

Z celkového počtu 76 respondentů mladší věkové kategorie bylo rozhodně pro 51,3 % (39), což tvořilo více, než polovinu skupiny, ze starší věkové kategorie se jednomyslně pro vyslovilo 37,9 % (28) z celkového počtu 74 osob. K variantě spíše ano se přiklonilo 26,3 % (20) mladších a 16,2 % (12) starších respondentů.

Rozhodně nesouhlasilo 14,5 % (11) osob mladších a 29,7 % (22) starších, spíše ne uvedlo 7,9 % (6) mladších a 16,2 % (12) starších účastníků šetření.

V celkovém součtu s kladná a spíše kladná odpověď vyskytla v mladší skupině respondentů v 77,6 % (59), ve starší skupině v 44,1 % (40).

Záporná a spíše záporná odpověď v mladší skupině tvořila 22,4 % (17) a ve starší skupině 45,9 % (34).

Šetřením se **potvrdila hypotéza**, že souhlasné stanovisko bude převládat u mladší věkové skupiny a nesouhlas bude vyšší ve skupině starších respondentů.

Úroveň vzdělání

Z celkového počtu 17 osob se základním vzděláním jich bylo 17,6 % (3) rozhodně pro zavedení eutanázie, stejné procento bylo spíše pro. Proti se postavilo 53,0 % (9) a spíše proti 11,8 % (2) z celkového počtu. Z 60 osob vyučených bylo 31,7 % (19) rozhodně pro, 25,0 % (15) spíše pro. Proti je 26,7 % (16) a spíše proti 16,6 % (10) respondentů.

Středoškoláků bylo celkem 41 a z nich 48,8 % (20) jich bylo rozhodně a 26,8 % (11) spíše pro. Proti bylo 14,6 % (6) a spíše proti 9,8 % (4) respondenti se středoškolským vzděláním.

Celých 78,1 % (25) vysokoškoláků bylo pro, 9,3 % (3) spíše pro zavedení eutanázie. Proti a spíše proti jich v obou případech bylo 6,3 % (2) z celkového počtu 32.

V celkovém součtu se u lidí se základním vzděláním kladná a spíše kladná odpověď objevila v 35,2 % (6), zápornou a spíše zápornou uvedlo 64,8 % (11) osob. Z osob vyučených se ke kladné a spíše kladné odpovědi přiklonilo 56,7 % (34) respondentů a k záporné a spíše záporné odpovědi 43,3 % (26) osob.

U středoškoláků tvořily kladné odpovědi celkem 75,6 % (31) a záporné odpovědi 24,4 % (10). Ve skupině lidí s vysokoškolským vzděláním se kladně a spíše kladně pro legalizaci eutanázie vyslovilo 87,4 % (28) a záporně a spíše záporně 12,6 % (4).

Nejvyšší procento souhlasného stanoviska se objevilo ve skupině vysokoškoláků, následovali středoškoláci, učni a nejméně souhlasných odpovědí bylo ve skupině respondentů se základním vzděláním. Nejnižší procento nesouhlasných odpovědí bylo ve skupině vysokoškoláků, pak opět následovali středoškoláci, učni a nejvíce nesouhlasu bylo ve skupině osob se základním vzděláním.

Nepotvrdila se hypotéza, že vzdělání nebude mít vliv na názor, lidé s vyšším vzděláním jsou pro či spíše pro zavedení eutanázie a proti a spíše proti jsou lidé s nižším, či jen základním vzděláním.

Príslušnost k víře

Z celkového počtu 98 věřících jich bylo 27,6 % (27) rozhodně pro, 26,5 % (26) spíše pro zavedení eutanázie u nás. Opačný názor – tedy rozhodně ne zastává 30,6 % (30) a spíše ne 15,3 % (15) věřících respondentů.

Z celkového počtu 52 nevěřících jich bylo 77,0 % (40) rozhodně pro, 11,6 % (6) spíše pro zavedení eutanázie. Opačný názor zastává 5,7 % (3) s rozhodným ne a 5,7 % (3) je spíše proti. Z celkového počtu 98 věřících jich bylo 27,6 % (27) rozhodně pro, 26,5 % (26) spíše pro zavedení eutanázie u nás. Opačný názor – tedy rozhodně ne zastává 30,6 % (30) a spíše ne 15,3 % (15) věřících respondentů.

Z celkového počtu 52 nevěřících jich bylo 77,0 % (40) rozhodně pro, 11,6 % (6) spíše pro zavedení eutanázie. Opačný názor zastává 5,7 % (3) s rozhodným ne a 5,7 % (3) je spíše proti. V celkovém součtu by z věřících osob bylo pro a spíše pro 54,1 % (53) osob a rozhodně proti a spíše proti 45,9 % (45) respondentů. Z celkového počtu osob, které nepřiznaly příslušnost k víře jich bylo pro a spíše pro 88,6 % (46) a proti a spíše proti jen 11,4 % (6).

Hypotéza byla potvrzena, že lidé věřící budou souhlasit v menším procentu, než lidé bez víry. Překvapivým zjištěním ovšem byla skutečnost, že ve skupině věřících převažovaly kladné odpovědi nad těmi zápornými – tedy souhlas pro legalizaci eutanázie převažoval nad nesouhlasem.

Druhým cílem bylo zjistit nejčastěji se vyskytující argumenty PRO a PROTI zavedení (legalizaci) eutanázie v České republice.

Argumenty PRO

Z celkového počtu 150 respondentů si 16,7 % (25) myslí, že právo člověka na rozhodování by bylo tím nejpádnejším argumentem, velká skupina 75,3 % (113) lidí si myslí, že jediné zbavení člověka bolesti a utrpení by mohlo argumentovat pro a 8,0 % (12) se domnívá, že i regulace finančních nákladů vynaložených za péči o „beznadějně“ pacienty by mohla být dost dobrým důvodem.

Byla **potvrzena hypotéza**, že nesilnějším argumentem pro zavedení (legalizaci) eutanázie u nás je zbavení člověka utrpení a bolesti na jeho přání.

Argumenty PROTI

Z celkového počtu 150 respondentů si 56,7 % (85) myslí, že možnost zneužití je nejpádnejším argumentem proti zavedení eutanázie, skupina 11,3 % (17) osob argumentuje neetičností eutanázie a 32,0 % (48) se domnívá, že i náboženská tradice hraje velmi důležitou roli v otázce nepovolení eutanázie.

Nepotvrdila se hypotéza, že s ohledem na oblast, kde bylo šetření prováděno, budou nejčastěji jako argument proti respondenti uvádět náboženskou tradici – nedotknutelnost a posvátnost života.

Třetím cílem bylo zjistit, zda se prokáže významná názorová rozdílnost k otázce legalizace eutanázie u nás mezi těmito skupinami:

zdraví lidí	x	lidé se závažným (těžkým) onemocněním
skupina zdravotníků	x	laická veřejnost.

Skupina zdraví x těžce nemocní

Z celkového počtu 79 zdravých respondentů se jich vyjádřilo jednoznačně k souhlasu se zavedením eutanázie 51,9 % (41), spíše se k tomu klonilo 21,5 % (17). Rozhodně proti bylo 12,7 % (10) osob a spíše proti 13,9 % (11) zdravých.

Z celkového počtu 39 vážně nemocných bylo 41,0 % (16) rozhodně pro, 23,0 % (9) spíše pro. Rozhodně proti jich pak bylo 25,7 % (10) a spíše proti 10,3 % (4).

V celkovém součtu bylo zdravých respondentů spíše pro a rozhodně pro 73,4 % (58), proti a spíše proti jen 26,6 % (21) respondentů. Těžce nemocných osob odpovídalo spíše pro a rozhodně pro 64,0 % (25) a proti a spíše proti bylo 36,6 % (14) z celkového počtu.

I když ve skupině zdravých osob bylo kladných odpovědí procentuálně více, **nebyl tento rozdíl natolik statisticky významný, aby se potvrdila hypotéza**, že ve skupině zdravých budou kladné odpovědi silně převládat nad kladnými odpověďmi ve skupině těžce nemocných. Taktéž záporné odpovědi ve skupině těžce nemocných nebyly významné v převaze nad skupinou zdravých.

Skupina zdravotníci x laická veřejnost

Z celkového počtu 30 zdravotníků se rozhodně pro povolení eutanázie vyslovilo 86,7 % (26), spíše pro bylo 10,0 % (3). Rozhodně proti nebyl ani jeden zdravotník a spíše proti bylo 3,3 % (1) člověk.

Z celkového počtu 120 osob z řad laické veřejnosti bylo 34,2 % (41) rozhodně pro, 24,2 % (29) spíše pro. Rozhodně proti bylo 27,5 % (33) osob a spíše proti 14,1 % (17).

V celkovém součtu bylo 96,7 % (29) zdravotníků pro a spíše pro zavedení eutanázie u nás a 3,3 % (1) byl spíše proti. Ve skupině laiků byla kladná odpověď v 58,4 % (70) případů a záporná se objevila v 41,6 % (50).

Potvrdila se stanovená hypotéza, že ve skupině zdravotníků bude silně převažovat podpora zavedení eutanázie nad kladnými odpověďmi ve skupině laiků.

Čtvrtým cílem bylo zjistit, zda výsledky a data získaná dotazníkovým šetřením k otázce povolení (legalizace), či nepovolení eutanázie v našem státě budou korelovat s výsledky celostátních průzkumů z května a června 2007 zveřejněnými v médiích.

Průzkum Centra pro výzkum veřejného mínění – 6/ 2007:

Podle téměř dvou třetin obyvatel Česka by měl právní řád umožnit eutanázii.

S eutanázií rozhodně souhlasí 14,6 % lidí, dalších 43,0 % s ní spíše souhlasí. Rozhodně proti tomu, aby nevléčitelně nemocný člověk mohl ukončit svůj život, je 10,0 % Čechů. Spíše proti pak 17,8 % dotázaných.

Proti jsou častěji věřící lidé a lidé, kterým je šedesát a více let.

Rozhodný souhlas častěji vyjadřovali muži.

(Dolejší, V. *Dvě třetiny Čechů jsou pro zavedení eutanázie*. Mladá Fronta Dnes – 10.7. 2007)

Exkluzivní průzkum agentury SC&C pro MF DNES o legalizaci eutanázie – 5/ 2007:

64,0 % lidí je pro, proti je 28,0 %, ostatní nevědí. Podrobnější analýza výsledků průzkumu mezi 2013 respondenty ukazuje, že legalizaci nejvíce odmítají starší lidé, obyvatelé Jihomoravského, Zlínského i Olomouckého kraje a také příznivci KDU-ČSL.

Naopak nejvíce ji žádají mladí, dále lidé s vyššími příjmy, z Prahy, příznivci ODS a částečně také KSČM.

(Dolejší, V. *Většina Čechů by uzákonila eutanázii*. Mladá Fronta Dnes – 8.6. 2007)

Dotazníkové šetření diplomové práce – 11, 12 / 2007:

Z celkového počtu 150 respondentů bylo zastoupení mužů 50 % (75) a zastoupení žen také 50 % (75), tedy rovnoměrné. Toto zastoupení bylo vybráno záměrně z důvodu objektivizace pro porovnávání obou pohlaví.

Z celkového počtu 75 mužů, by pro povolení eutanázie bylo jen 34,7 % (26), zatímco žen 54,7 % (41), tedy více než polovina z celkového počtu 75 žen. Spíše ano zvolilo 24,0 % (18) mužů a 18,7 % (14) žen. Rozhodně ne si myslí 26,7 % (20) mužů a 17,3% (13) žen, k názoru spíše ne se přiklonilo 14,6 % (11) mužů a jen 9,3 % (7) žen z celkového počtu.

Z celkového počtu respondentů bylo zastoupení osob mladší věkové skupiny 20 – 50 let z celkového počtu respondentů 50,6 % (76) a osob starší věkové skupiny 51 – 80 let 49,4 % (74). Poměr osob se jevil výhodným zvláště pro vzájemné porovnávání těchto skupin, jelikož byl velmi rovnoměrný.

Z celkového počtu 76 respondentů mladší věkové kategorie bylo rozhodně pro 51,3 % (39), což tvořilo více, než polovinu skupiny, ze starší věkové kategorie se jednomyslně pro vyslovilo 37,9 % (28) z celkového počtu 74 osob. K variantě spíše ano se přiklonilo 26,3 % (20) mladších a 16,2 % (12) starších respondentů.

Rozhodně nesouhlasilo 14,5 % (11) osob mladších a 29,7 % (22) starších, spíše ne uvedlo 7,9 % (6) mladších a 16,2 % (12) starších účastníků šetření.

Z celkového počtu 150 respondentů dotazníkového šetření se ke skutečnosti, že je věřící hlásilo 65,3 % (98) osob, druhá skupina se hlásila k ateismu 34,7 % (52).

Z celkového počtu 98 věřících jich bylo 27,6 % (27) rozhodně pro, 26,5 % (26) spíše pro zavedení eutanázie u nás. Opačný názor – tedy rozhodně ne zastává 30,6 % (30) a spíše ne 15,3 % (15) věřících respondentů.

Z celkového počtu 52 nevěřících jich bylo 77,0 % (40) rozhodně pro, 11,6 % (6) spíše pro zavedení eutanázie. Opačný názor zastává 5,7 % (3) s rozhodným ne a 5,7 % (3) je spíše proti.

Srovnání výzkumů mohlo být provedeno jen v některých položkách, které se objevily v celostátních průzkumech.

Pro a proti – první výzkum hovoří o dvou třetinách obyvatel Česka pro zavedení eutanázie, v našem průzkumu jsou taktéž dvě třetiny pro zavedení eutanázie.

První průzkum hovoří o 14,6 % pro a 43 % spíše pro a proti je 10% a spíše proti 17,8 %.

V našem průzkumu je 44,7 % pro, 21,3 % spíše pro, 22 % rozhodně proti a 12 % spíše ne.

V celkové součtu pak kladné odpovědi v prvním celostátním průzkumu tvoří 57,6 % , záporné odpovědi 27,8 %. Ve druhém průzkumu je 64 % pro a 28 % proti. V našem průzkumu je kladných odpovědi 66 % a záporných odpovědi 34 %, což při tak velkém rozdílu velikosti zkoumaných vzorků respondentů nejsou tak statisticky významně rozdílná čísla. Odvážuji se tedy tvrdit, že v tomto případě výsledky vlastního dotazníkového šetření korelují s výsledky obou celostátních výzkumů.

Věk - první i druhý průzkum uvádějí, že více proti jsou starší lidé, druhý průzkum ještě zmiňuje, že ji více žádají mladí lidé, což bylo potvrzeno i ve výzkumu diplomové práce.

Pohlaví – první průzkum uvádí, že rozhodný souhlas vyjadřovali více muži, v šetření diplomové práce naopak více souhlasily ženy. Výsledky nesouhlasí.

Víra – v prvním průzkumu jsou více proti věřící, pokud bychom příznivce KDU ČSL (odmítající legalizaci) z druhého průzkumu považovali za skupinu věřících, pak bychom zjistili, že jejich výsledek nesouhlasí s výsledkem zjištěným dotazníkovým šetřením diplomové práce, kde naopak ve skupině věřících převládal názor pro legalizaci eutanázie.

Hypotéza, že výsledky dotazníkového šetření diplomové práce nebudou v souladu s výsledky celostátních výzkumů z důvodu podstatného rozdílu velikosti vzorku dotazovaných respondentů a velikosti oblasti, v níž byl výzkum prováděn, **se potvrdila jen z poloviny**, neboť polovina srovnávaných položek měla stejné, nebo alespoň přibližně stejné celkové výsledky a polovina těchto srovnávaných položek se bohužel lišila.

Pátým cílem bylo zjistit úroveň informovanosti laické veřejnosti, ale i zdravotníků o možnostech hospicové péče a paliativní medicíny.

Na otázku zda již někdy pojem hospic, z celkového počtu 30 zdravotníků vyslovilo souhlasnou odpověď 100 % (30), záporná odpověď se tedy již nevyskytla.

Ze skupiny laické veřejnosti uvedlo kladnou odpověď 75,5 % (93) respondentů a pojem hospic nikdy neslyšelo 22,5 % (27) dotázaných.

Na otázku, zda by věděli, k čemu toto zařízení slouží z celkového počtu 30 zdravotníků uvedlo 100 % (30), že naprosto přesně ví. Jiná odpověď se tedy již v této skupině nevyskytovala.

Ze skupiny laické veřejnosti, se rozhodně kladná odpověď nevyskytla ani jednou, spíše kladnou uvedlo 65,6 % (61) osob z celkového počtu 93 respondentů. Rozhodně zápornou uvedlo 23,7 % (22) lidí a spíše zápornou 10,7 % (10).

Na otázku, zda znají někoho z okolí, kdo by služeb hospice využil z celkového počtu 30 zdravotníků jich plných 100 % (30) uvedlo kladnou odpověď, záporná odpověď se tedy nevyskytovala.

Z celkového počtu 120 laiků jich pouze 13,3 % (16) uvedlo, že někoho znají, ale celých 86,7 % (104) neví o žádném případě využití hospice.

Na otázku, zda znají pojem paliativní péče zná tento pojem plných 100 % (30) zdravotníků, záporná odpověď se v této skupině nevyskytla.

Z celkového počtu 120 laiků jich zná tento pojem pouze 15,0 % (18) a zápornou odpověď, tedy že tento pojem vůbec neznají, uvedlo celých 85,0 % (102) respondentů.

Na otázku, zda ví v čem princip paliativní péče spočívá z celkového počtu 30 zdravotníků, kteří odpověděli kladně na předchozí otázku jich celých 100 % (30) zná podstatu a princip paliativní péče, záporná odpověď uvedena nebyla.

Z celkového počtu 18 osob skupiny laické veřejnosti s kladnou odpovědí na předešlou otázku jich jen 27,8 % (5) vědělo, v čem spočívá princip paliativní péče a celých 72,2 % (13) tuto skutečnost neví.

Na otázku, která varianta je pro umírajícího člověka a jeho okolí nejlepší si z celkového počtu 30 zdravotníků si 43,3 % (13) myslí, že nejlepším řešením je nemocnice, 50,0 % (15) považuje za nejlepší hospic a 6,7 % (2) považují za „nejlepší variantu“ pro umírání člověka rodinné prostředí. Ostatní odpovědi se v této skupině nevyskytovaly.

Z celkového počtu 120 laiků si 38,3 % (46) myslí, že „nejlepším“ řešením je nemocnice, dalších 22,5 % (27) vybralo hospic, 18,3 % (22) považuje domov a rodinný kruh za „optimální“, 14,2 % (17) si myslí, že i o samotě by to bylo „nejlepší“ a 6,7 % (8) respondentů na tuto otázku neumělo odpovědět.

Hypotéza k tomuto cíli byla potvrzena, zdravotníci mají o hospicové a paliativní péči velmi dobré znalosti, souvisí to zcela určitě s jejich povoláním, kdy otázku umírání a smrti řeší velmi často a dochází s těmito lidmi a souvisejícími problémy do přímého kontaktu.

Jediným zarážejícím a překvapivým zjištěním byla skutečnost, že přestože zdravotníci ví, že hospice jsou určeny pro lidi umírající a v rámci paliativní péče je jim toto umírání zde ulehčováno, jen 50,0 % (15) jich považuje hospic za nejlepší variantu umírání a poměrně velké procento 43,3 % (13) se ještě kloní spíše k umírání v nemocnici.

ZÁVĚR

Výsledky cílů dotazníkového šetření této diplomové práce, nás přivedly k závěrům, že opravdu více než polovina obyvatel naší republiky je pro legalizaci, čili uzákonění eutanázie. Přestože má tedy eutanázie u nás poměrně masovou podporu obyvatelstva, snahy o její uzákonění budou zřejmě ještě dlouho vycházet naprázdno. Nejsilnějším argumentem proti ní bude možnost zneužití.

Zneužit se totiž dá v dnešní době téměř vše. Ať už by byly vymyšleny složité a dokonalé byrokratické postupy a několikanásobné odborné posudky, nikdy bychom se tohoto rizika nezbavili. Mohli bychom se dostat na tzv. „kluzký svah“, tzn. jednou, když člověk nebo společnost nastoupí určitou kluzkou cestu, již sama gravitace je stahuje dále a dále. V případě eutanázie by to znamenalo, že pokud bychom uznali, že zabíjet nemocné v terminální fázi jejich nemoci na jejich vlastní žádost je záležitostí dobrou, rozhodně u toho nezůstaneme. Budeme stahováni dále a dále. A tak by nepochybně došlo k zabíjení lidí s těžkou chorobou, ale dosud neumírajících, lidí těžce postižených, lidí senilních, lidí v depresi apod..

Závěrem lze konstatovat, že obtížná problematika eutanázie tvoří pověstnou špičku ledovce problémů, které se týkají umírajících bylo by velmi riskantní redukovat závěr lidského života na problém eutanázie. Ta se totiž zdá být elegantní a efektivní metodou řešení pouze na první pohled rizika spojená s jejím zneužitím jsou značná a vysoká. zajistit lidem smrt, byť zdánlivě dle jejich vlastní vůle, nepatří k pozitivním zásluhám společnosti.

Místo nabídky sebevraždy by se měla rozšířit nabídka terapeutická, nabídka lidského pochopení a nabídka hospicového doprovázení těch, jejichž život se chýlí ke svému konci. Snažme se, abychom ve shonu života nepřeslechli ono neustále znějící memento mori. Připomeňme si taky, že cílem pokroku nemůže být zničení údělu smrtelnosti. Každý z nás zemře, ať na tu nebo onu nemoc. Náš smrtelný úděl na nás doléhá nejen svou trpkostí, ale i svou moudrostí. Při veškerých snahách o únik před naší smrtelností můžeme jen jediné: nést toto břemeno s trpělivostí a důstojností.

RESUMÉ:

Práce je zaměřena na jeden z nejaktuálnějších problémů dnešní doby – legalizace eutanázie. Jejím cílem bylo zprostředkovat úvahy na téma života a smrti člověka. Pochopení pojmů eutanázie a hospicová a paliativní péče je nezbytné pro diskuzi o této problematice.

V teoretické části jsou tedy tyto pojmy (eutanázie, smrt, hospicová péče, paliativní medicína) definovány. Je zde shrnuta historie eutanázie, její současná právní problematika u nás a situace ve světě.

V praktické části práce jsou uvedeny výsledky výzkumu, které byly získány dotazníkovým šetřením. Jsou zachyceny a zmapovány názory různých skupin (věk, pohlaví, vzdělání, zdravotníci, laici atd.) týkající se legalizace eutanázie, jejich argumentů pro a proti, znalosti hospiců a paliativní péče.

SUMMARY:

This work is bent on one of most current problems today's time – legalization of euthanasia. Her aim was mediate between thinking themed life and deaths man. Understanding conceptions euthanasia and hospice and lenitixe care is fundamental to symposium about those problems. In theoretic parts are then these notions defineds. Is here lumped story euthanasia, her present - day law problems at our place and situation in the world of.

In practical volume of work are mentioned record research that the were to be gained questionnaire inquiry. Are captured and charted views different groups (age, sex, education, paramedics, laity etc.) concerning authentication euthanasia, their arguments pro and con, knowledge hospices and lenitixe care.

ANOTACE DIPLOMOVÉ PRÁCE

Název práce: EUTANÁZIE – ANO, ČI NE ?

Autorka: Bc. Zuzana Blahová

Vedoucí práce: MUDr. Peter Kováčik

Počet stran: 104

Počet příloh: 7

Rok obhajoby: 2008

Klíčová slova:

eutanázie, smrt, umírání, legalizace eutanázie, dobrovolná smrt, právo na smrt, usmrcení na přání, vražda, asistovaná sebevražda, odstoupení od léčby, důstojná smrt, etika, morálka, hospic, paliativní péče

ANNOTATION OF DIPLOMA WORK

Name of work: EUTHANASIA – YES, OR NO?

Author: Bc. Zuzana Blahová

Supervisor of work: MUDr. Peter Kováčik

Number of pages: 104

Number of supplements: 7

Year defences: 2008

Keydwors:

euthanasia, death, dying, legalization of euthanasia, death voluntary, death privilege, dispatch by request, murder, assistance on the suicide, abdication of treatment, dignified death, ethic, moral, hospice, paliative medicíně

SEZNAM LITERATURY

Knihy:

- 1) Bártlová, S. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 1. vyd. Brno: IDPVZ, 2004. 167 s. ISBN 80-7013-355-4
- 2) Bito, L. *Knihy o dobrej smrti*. 1. vyd. Bratislava: Kalligram, 2006. 272 s. ISBN 80-7149-839-4
- 3) Brovins, J. K., Oehmke, T. *Vražda, nebo milosrdenství?* 1. vyd. Praha: Brána, 1996, 198 s. ISBN 80-85946-45-9
- 4) Callannan, M. *Poslední dary*. 1. vyd. Praha: Vyšehrad, 2005. 221 s. ISBN 80-7221-819-3
- 5) Gidens, A. *Sociologie*. 1.vyd. dotisk Praha: Argo, 2003. 595 s. ISBN 80-7203-124-4
- 6) Gladkij, I. *Úvod do zdravotní politiky, ekonomika a sociologie zdravotnictví*. 2. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2000. 177 s. ISBN 80-244-0176-2
- 7) Gladkij, I., Koldová, Z. *Propedeutika sociálního lékařství*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2001. 180 s. ISBN 80-7235-023-4
- 8) Gladkij, I., Strnad, L. *Zdravotní politika, zdraví a zdravotnictví*. 1. vyd. Olomouc: Vydavatelství UP, 2002. 111 s. ISBN 80-244-0500-2
- 9) Haškovcová, H. *Thanologie – Nauka o umírání a smrti*. 1. vyd. Praha: Galén, 2007. 244 s. ISBN 978-80-7262-471-3
- 10) Chráška, M. *Metody pedagogického výzkumu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 260 s. ISBN 978-80-247-1369-4
- 11) Jan Pavel II, *Encyklika: O životě, který je nedotknutelné dobro*, 1. vyd. Praha: Zvon – České katolické nakladatelství, 1995. 82 s. ISBN 80-7113-139-3
- 12) Jelínek, J. a kol. *Trestní zákon a trestní řád*. 25. vyd. Praha: Linde s.r.o., 2007. 1088 s. ISBN 80-7201-675-4
- 13) Jobánková, J. a kol. *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. 2. vyd. Brno: IDPVZ, 2002. 225 s. ISBN 80-7013-365
- 14) Kerecman, P. *Eutanázia, asistovaná samovražda: právne aspekty*. 1. vyd. Bratislava: Eurounion, 1999. 277 s. ISBN 80-889-840-17
- 15) Klimeš, L. *Slovník cizích slov*. 6. vyd. Praha: SPN – pedagogické nakladatelství a.s., 2002. 862 s. ISBN 80-7235-023-4
- 16) Křivohlavý, J. *Psychologie zdraví*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. 279 s. ISBN 80-7178-5512
- 17) Kříž, J., Andělová, Š. *Postavení prevence ve zdravotní politice*. 1. vyd. Praha: SZÚ, 1999. 96 s. ISBN 80-7071-420-5
- 18) Kubler –Ross, E. *O životě po smrti*. 1. vyd. Praha: Arita, 1992. 68 s. ISBN 80-900132-7-3
- 19) Kudlová, P. *Ošetřovatelství - perspektivní věda i umění*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. 387 s. ISBN 80-247-1156-7
- 20) Misconiová, B. *Péče o umírající – hospicová péče*. 1. vyd. Praha: Národní centrum domácí péče, 1998. 96 s. ISBN
- 21) Munzarová, M. *Eutanázie, nebo paliativní péče?* 1. vyd. Praha: Grada, 2005. 108 s. ISBN 80-247-1025-0
- 22) Munzarová, M. *Vybrané kapitoly z lékařské etiky I – Smrt a umírání*. 2. vyd. Brno: Nakladatelství LFMU, 2002. 75 s. ISBN 80-210-3017-8
- 23) Munzarová, M. *Vybrané kapitoly z lékařské etiky II – Aktuální problematika některých lékařských oborů*. 1. vyd. Brno: Nakladatelství LFMU, 2000. 67 s. ISBN 80-210-2416-x
- 24) Munzarová, M. *Vybrané kapitoly z lékařské etiky III – Kodexy lékařské etiky a jiná etická doporučení*. 1. vyd. Brno: Nakladatelství LFMU, 2000. 56 s. ISBN 80-210-2417-8
- 25) Munzarová, M. *Vybrané kapitoly z lékařské etiky IV – K etické problematice výzkumu za účasti lidských subjektů*. 1. vyd. Brno: Nakladatelství LFMU, 2000. 65 s. ISBN 80-210-2499-2

- 26) Munzarová, M. *Zdravotnická etika od A do Z*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. 153 s. ISBN 80-247-1024-2
- 27) Ohler, R. *Umírání a smrt ve středověku*. 1. vyd. Jinočany, 2001. 409 s. ISBN 80-86022-69-2
- 28) Peck, M. S. *Odmítnutí duše*. 1. vyd. Praha: Pragma, 2001. 239 s. ISBN 80-7205-757-X
- 29) Smith, L. *Smrt konečná stanice*. 1. vyd. Praha: Portál, 1994. 207 s. ISBN 80-85282-85-2
- 30) Suaudeau, J., Oakland, A. *Potrat a eutanázia – zborník prednášok Pápežskej rady pre rodinu*. 1. vyd. Bratislava: Serafín, 2002. 148 s. ISBN 80-88944-54-6
- 31) Svatošová, M. *Hospice a umění doprovázet*. 3. vyd. Praha: Ecce homo, 1999. 144 s. ISBN 978-80-902049-2
- 32) Svatošová, M. *O naději s Marií Svatošovou*. 1. vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2003. 87 s. ISBN 80-7192-833-X
- 33) Tada, J. E. *Eutanázia, dilema života a smrti*. 1. vyd. Bratislava: Lúč, 1997. 275 s. ISBN 80-7114-213-1
- 34) Thomasma, D., Kushnerová, T. *Od narození do smrti – Etické problémy v lékařství*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2000. 389 s. ISBN 80-204-0883-5
- 35) Tinák, B., Midriak, J. *Nechaj žiť, nechaj umrieť*. 1. vyd. Liptovský Mikuláš: Transcius, 1999. 154 s. ISBN 80-7140-190-0
- 36) Virt, G. *Žít až do konce*. 1. vyd. Praha: Vyšehrad, 2000. 95 s. ISBN 80-7021-330-2
- 37) Vorlíček, a kol. *Paliativní medicína pro praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2007. 362 s. ISBN 80-7262-505-5
- 38) Vozár, J. *Eutanázia: právne aspekty*. 1. vyd. Pezinok, 1995. 171 s. ISBN 80-967469-2-8

Noviny a časopisy:

- 39) Dolejší, V. *Dvě třetiny Čechů jsou pro zavedení eutanázie*. Mladá Fronta Dnes – 10.7. 2007. ISSN 1210 – 1162
- 40) Dolejší, V. *Většina Čechů by uzákonila eutanázii*. Mladá Fronta Dnes – 8.6. 2007. ISSN 1210 – 1162
- 41) Mates, J. *Poslanci a eutanázie: kdo viděl umírání je pro*. Mladá Fronta Dnes – 20.8. 2007. ISSN 1210 – 1162
- 42) Placák, P. *Státní smrt neboli eutanázie*. Mladá Fronta Dnes 18.12. 2007. ISSN 1210 – 1162
- 43) Třešňák, P. *Má se eutanázie stát součástí českého zdravotnictví?* Časopis Respekt CZ 14.11. 2007. ISSN 1801 – 1446

Internetové adresy:

- 44) www.gymfry.cz
- 45) www.holocaust.cz
- 46) www.icm.uh.cz
- 47) www.jan-amos.cz
- 48) www.mzcr.cz
- 49) www.pifik.com
- 50) www.prolife.cz
- 51) www.referaty.atlas.sk
- 52) www.szu.cz
- 53) www.tisk.cirkev.cz
- 54) www.umirani.cz
- 55) www.wikipedia.org

SEZNAM TABULEK A GRAFŮ

TABULKY:

Tabulka 1	Zastoupení mužského a ženského pohlaví u respondentů	str. 38
Tabulka 2	Věkové rozložení respondentů	str. 39
Tabulka 3	Dosažený stupeň vzdělání respondentů	str. 40
Tabulka 4	Zastoupení osob z dotazníkového šetření pracujících ve zdravotnictví	str. 41
Tabulka 5	Zastoupení osob v jednotlivých odpovědích na znalost pojmu eutanázie	str. 42
Tabulka 6	Zastoupení jednotlivých respondentů podle jejich vyjádření na otázku týkající se přemýšlení o vlastní smrti	str. 43
Tabulka 7	Zastoupení jednotlivých odpovědí, zda respondenti byli již přímými svědky umírání příbuzného, známého, či cizího člověka	str. 44
Tabulka 8	Rozložení jednotlivých odpovědí na otázku povolení (legalizace) eutanázie	str. 45
Tabulka 9	Zastoupení odpovědí, komu by bylo možno povolit eutanázii	str. 46
Tabulka 10	Odpovědi na otázku v pol. č. 10 - zda je u nás prováděna nelegální eutanázie, přes její zákaz	str. 47
Tabulka 11	Rozložení jednotlivých odpovědí na otázku argumentů pro zavedení (legalizaci) eutanázie u nás	str. 48
Tabulka 12	Rozložení jednotlivých odpovědí na otázku argumentů proti zavedení (legalizaci) eutanázie u nás	str. 49
Tabulka 13	Zastoupení odpovědí na položku dle jednotlivých možností v dotazníku	str. 50
Tabulka 14	Rozložení jednotlivých odpovědí na otázku v položce 14	str. 51
Tabulka 15	Rozložení a zastoupení jednotlivých skupin podle odpovědí	str. 52
Tabulka 16	Znázornění jednotlivých skupin odpovědí	str. 53
Tabulka 17	Znázornění jednotlivých skupin odpovědí na znalost pojmu	str. 54
Tabulka 18	Rozložení odpovědí na položku dotazníku týkající se podstaty paliativní péče	str. 55

Tabulka 19	Rozložení názorů na „optimální“ variantu umírání	str. 56
Tabulka 20	Zastoupení věřících respondentů v celkovém počtu zúčastněných na dotazníkovém šetření	str. 57
Tabulka 21	Názory na legalizaci či zákaz provádění eutanázie u nás – dle pohlaví	str. 58
Tabulka 22	Názory na legalizaci či zákaz provádění eutanázie u nás - dle věku	str. 59
Tabulka 23	Názory na legalizaci či zákaz provádění eutanázie u nás - dle úrovně vzdělání	str. 60
Tabulka 24	Názory na legalizaci či zákaz provádění eutanázie u nás - dle příslušnosti k víře	str. 61
Tabulka 25	Rozložení jednotlivých odpovědí na otázku argumentů pro zavedení (legalizaci) eutanázie u nás	str. 62
Tabulka 26	Rozložení jednotlivých odpovědí na otázku argumentů proti zavedení (legalizaci) eutanázie u nás	str. 63
Tabulka 27	Názorová rozdílnost k otázce legalizace eutanázie u nás ve skupinách: zdraví x lidé s vážným (těžkým) onemocněním	str. 64
Tabulka 28	Názorová rozdílnost k otázce legalizace eutanázie u nás ve skupinách zdravotníků x laické veřejnosti	str. 65
Tabulka 29	Rozložení odpovědí na otázku znalosti pojmu „hospic“	str. 67
Tabulka 30	Rozložení odpovědí na otázku zda ví, k čemu hospic slouží	str. 68
Tabulka 31	Rozložení odpovědí na otázku zda ví o někom z okolí, kdo by služeb hospice využil	str. 69
Tabulka 32	Znalost pojmu „paliativní péče“	str. 70
Tabulka 33	Znalost principu paliativní péče	str. 71
Tabulka 34	Názory na „nejlepší variantu“ umírání pro umírajícího a jeho okolí	str. 72

GRAFY:

Graf 1	Poměr zastoupení mužů a žen mezi respondenty výzkumného šetření	str. 38
Graf 2	Rozložení poměru osob uvedených věkových kategorií	str. 39
Graf 3	Zastoupení různých stupňů vzdělání mezi respondenty	str. 40
Graf 4	Zastoupení osob pracujících ve zdravotnictví	str. 41
Graf 5	Zastoupení jednotlivých skupin respondentů s kladnou a zápornou odpovědí	str. 42
Graf 6	Rozložení jednotlivých skupin dle odpovědí respondentů v myšlenkách o vlastní smrti	str. 43
Graf 7	Rozložení jednotlivých odpovědí	str. 44
Graf 8	Rozložení jednotlivých odpovědí na možnost povolení eutanázie	str. 45
Graf 9	Rozložení odpovědí na možnost povolení eutanázie	str. 46
Graf 10	Zobrazení rozložení odpovědí na možnost provádění nelegální eutanázie v našem státě	str. 47
Graf 11	Znázornění jednotlivých odpovědí na argumenty pro zavedení eutanázie	str. 48
Graf 12	Znázornění jednotlivých odpovědí na argumenty proti zavedení eutanázie	str. 49
Graf 13	Znázornění jednotlivých skupin dle výskytu onemocnění	str. 50
Graf 14	Rozložení a znázornění jednotlivých skupin odpovědí na otázku znalosti pojmu	str. 51
Graf 15	Rozložení a znázornění jednotlivých skupin dle odpovědí	str. 52
Graf 16	Znalost někoho, kdo využil služeb hospice - rozložení odpovědí	str. 53
Graf 17	Znázornění rozložení jednotlivých skupin odpovědí na znalost pojmu „paliativní péče“	str. 54
Graf 18	Grafické znázornění jednotlivých skupin odpovědí respondentů na znalost podstaty paliativní péče	str. 55
Graf 19	Znázornění názorů na „optimální“ formu umírání člověka pro něho samotného a i pro jeho okolí	str. 56

Graf 20	Zastoupení věřících a nevěřících osob v celkovém počtu zkoumaného vzorku respondentů	str. 57
Graf 21	Znázornění názorů na legalizaci či zákaz provádění eutanázie u nás – dle pohlaví	str. 58
Graf 22	Znázornění názorů na legalizaci či zákaz provádění eutanázie u nás – dle věku	str. 59
Graf 23	Znázornění názorů na legalizaci či zákaz provádění eutanázie u nás – dle úrovně vzdělání	str. 60
Graf 24	Znázornění názorů na legalizaci či zákaz provádění eutanázie u nás – dle příslušnosti k víře	str. 61
Graf 25	Znázornění jednotlivých odpovědí na argumenty pro zavedení eutanázie	str. 62
Graf 26	Znázornění jednotlivých odpovědí na argumenty proti zavedení eutanázie	str. 63
Graf 27	Znázornění rozdílnosti k otázce legalizace eutanázie u nás ve skupinách: zdraví x lidé s vážným (těžkým) onemocněním	str. 64
Graf 28	Znázornění rozdílnosti k otázce legalizace eutanázie u nás ve skupinách zdravotníků x laické veřejnosti	str. 65
Graf 29	Znázornění rozložení odpovědí na otázku znalosti pojmu „hospic“	str. 67
Graf 30	Grafické zobrazení rozložení odpovědí na otázku zda ví, k čemu hospic slouží	str. 68
Graf 31	Znázornění odpovědí na otázku zda ví o někom z okolí, kdo by služeb hospice využil dle skupin	str. 69
Graf 32	Grafické znázornění znalosti pojmu „paliativní péče“	str. 70
Graf 33	Znázornění odpovědí na znalost principu paliativní péče	str. 71
Graf 34	Zobrazení rozložení názorů na „nejlepší variantu“ umírání	str. 72

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1	Projekt diplomové práce	str. 90
Příloha 2	Dotazník	str. 95
Příloha 3	Hippokratova přísaha	str. 98
Příloha 4	Originál Hippokratovy přísahy	str. 99
Příloha 5	Práva kriticky nemocného	str. 100
Příloha 6	Etický kodex České lékařské komory	str. 101
Příloha 7	MUDr. Marie Svatošová – zakladatelka hospicového hnutí v ČR	str. 104

SEZNAM ZKRATEK

aj.	a jiné
a kol.	a kolektiv
a.s.	akciová společnost
abs. č.	absolutní četnost
apod.	a podobně
atd.	a tak dále
č.	číslo
ČR	Česká republika
dipl.	diplomová
fin.	finančních
FN	fakultní nemocnice
LF UP	Lékařská fakulta Univerzity Palackého
ks	kus
N	absolutní četnost
nakl.	nakladatelství
např.	například
odst.	odstavec
pís.	písmeno
pol.	položka
s.	stran
s.r.o.	s ručením omezeným
str.	strana
sv.	svatá
tzv.	takzvaný/á
tzn.	to znamená
vyd.	vydání
vyd.	vydavatelství
WHO	Světová zdravotnická organizace

PROJEKT DIPLOMOVÉ PRÁCE

1. Cíl diplomové práce:

Jedno z nejzávažnějších témat dnešní společnosti, dosud tabuizované, totiž názor na eutanázii, popřípadě asistovanou sebevraždu, se během posledních let zásadně otevřelo.

Otázka života se stala pro člověka otázkou bytostní. A nejen pro člověka, ale i pro život jako takový.

Etické, právní, sociální a psychologické problémy, které vyplývají z možnosti zásahu moderní vědy a výzkumné praxe do biologických procesů vznikají s rozvojem moderní medicíny.

Diskuze ne téma eutanázie a umírání se týká protikladu ne jedné straně mezi právem na ochranu života jednotlivce a povinností lékaře život zachraňovat a mezi právem člověka na soukromí a seburčující rozhodování na straně druhé.

Z etického hlediska můžeme vést diskusi v těchto rovinách problému: Má člověk právo disponovat vlastním životem, má zdravotník, či někdo jiný morální právo vyhovět této žádosti, jakou situaci řeší lidé takovým způsobem, dá se tomu zabránit a jak....?

Cílem mé práce bude zmapovat názorovou různorodost mezi skupinou vybraných respondentů z oblasti otázek o eutanázii.

Díky provedenému dotazníkovému šetření bych potom chtěla odpovědět na několik následujících otázek:

1. Zda faktory, jako jsou pohlaví, věk, úroveň vzdělání a víra výrazným způsobem ovlivňují názor na legalizaci či zákaz provádění eutanázie v ČR.

2. Zjistit a zmapovat nejčastější argumenty zamítavého, ale i souhlasného postoje k zavedení (povolení) eutanázie v České republice.

3. Zjistit, zda se prokáže významná názorová rozdílnost k otázce legalizace eutanázie u nás mezi těmito skupinami:

zdraví lidé	x	lidé se závažným (těžkým) onemocněním
skupina zdravotníků	x	laická veřejnost

4. Zjistit, zda výsledky a data získaná dotazníkovým šetřením k otázce povolení (legalizace), či nepovolení eutanázie v našem státě budou korelovat s výsledky celostátních průzkumů z května a června 2007 zveřejněnými v médiích.

5. Zjistit úroveň informovanosti laické veřejnosti, ale i zdravotníků o možnostech hospicové péče a paliativní medicíny.

2. Popis problému

Práce se bude zabývat problematikou eutanázie. Bude zaměřena na zjištění názorových postojů a různorodostí u skupiny osob s poměrně velkým věkovým rozpětím.

V první části bude vysvětleno a vymezeno, co to vlastně eutanázie je, jak dělíme jednotlivé druhy eutanázie.

V další části bude rozebrána a popsána historie eutanázie od dob vzniku lidstva přes římské období, období fašismu až po dnešní dobu.

Následně bude pojednáno o smrti jako takové, jaké mohou být její druhy, fáze vlastního umírání.

S praxí s eutanázií ve světě nás seznámí další část práce. Zaměřím se především na Švýcarsko, Holandsko, Oregon a Austrálii, kde je eutanázie povolena, nebo tolerována.

V další kapitole budou již publikované či jinak zveřejněné názory složek společnosti, které již k tomuto tématu vedly několikrát diskuzi (názory a postoje některých politiků, církve, lékařů). Popsána a přiblížena bude také právní problematika eutanázie, budou zde citovány současné platné zákony a předpisy.

V poslední kapitole bych chtěla přiblížit význam a úkol hospicového hnutí a paliativní péče, což jsou jakési „protiklady“ eutanázie

Praktická část bude představovat vlastní průzkumné dotazníkové šetření. Cílem tohoto šetření bude získat odpovědi a informace na uvedené otázky v dotazníku, čímž bude získán materiál k odpovědím na cíle této práce a bude možno potvrdit či vyvrátit stanovené hypotézy.

3. Osnova (struktura) diplomové práce

Úvod

- 1. Vymezení pojmu „eutanázie“**
- 2. Historie eutanázie**
- 3. Smrt**
 - 3.1 Pojetí smrti v průběhu lidských dějin
 - 3.2 Smrt fyzická, psychická, sociální
 - 3.3 Fáze umírání
- 4. Praxe s eutanázií ve světě**
- 5. Názory a postoje k otázce eutanázie jednotlivých společenských složek u nás**
 - 5.1 Politikové
 - 5.2 Zdravotníci
 - 5.3 Církev
- 6. Eutanázie v právním řádu ČR**
- 7. Paliativní medicína versus eutanázie**

Hospicová péče
Záměry a cíle paliativní medicíny
- 8. Průzkum v oblasti názorů a mínění veřejnosti k otázkám eutanázie**
 - 8.1 Cíle práce
 - 8.2 Metodika výzkumu
 - 8.3 Výsledky šetření, vyhodnocení
 - 8.4 Diskuze

Závěr

Anotace

Resumé

Seznam literatury

Seznam tabulek a grafů

Seznam příloh

Seznam zkratk

4. Metody (techniky) zpracování diplomové práce

V **teoretické části** diplomové práce bude použit systémový přístup. Hlavní metodou zpracování bude systémová analýza dostupných materiálů (odborná literatura, odborný tisk, webové stránky, vlastní znalost) a z ní následně logické a deduktivní vyvození závěrů – stanovení otázek a cílů.

Následně bude sestaven dotazník, který poslouží k provedení anonymního kvantitativního dotazníkového šetření.

V **praktické části** diplomové práce bude provedeno anonymní dotazníkové šetření. Nejprve formou pilotní verze s několika málo respondenty, aby bylo zjištěno, zda je dotazník srozumitelný a všechny položky v něm obsaženy jsou správně pochopeny. Následně proběhne vlastní šetření se 150 respondenty. Dotazník bude vlastní a bude specificky sestaven pro tento výzkum. Položky v dotazníku budou uzavřeného, polouzavřeného i otevřeného typu. Po statistickém vyhodnocení a komparaci budou jednotlivé položky dotazníkového šetření následně prezentovány tabulkami, slovně a graficky. Výsledky budou seřazeny podle pořadí položek v dotazníku.

5. Charakteristika výběrového souboru

K dotazníkovému šetření bude použit náhodný soubor – lidé ve věku od 20 do 80 let v počtu 120 osob a záměrný soubor 30 zdravotníků. Z celkového počtu 150 osob bude polovina žen a polovina mužů. Bude se jednat o občany žijící v jednom okrese.

6. Možnosti praktického využití diplomové práce

Jelikož bude v této práci zpracováno aktuální a velmi často naší společností diskutované téma, chtěla bych zachytit názorovou různorodost k tomuto tématu u občanů stejného okresu, kde sama žiji. Zároveň mě bude zajímat zejména výsledek ze skupiny zdravotníků, jelikož v této oblasti pracuji a sama dosud nemám vyhraněný názor. Díky této práci, kdy musím nastudovat spoustu materiálů k této problematice, posoudit střety jednotlivých názorových skupin, posoudit fakta a argumenty doufám, že si na tuto problematiku konečně názor vytvořím.

Výsledky svého šetření a materiál diplomové práce použiji k vlastní práci (přednášky a semináře pro zdravotní sestry a lékaře) v oblasti podnikového vzdělávání zdravotníků naší organizace.

Stručný souhrn včetně závěrů dotazníkového šetření bych chtěla publikovat jako článek v odborném časopise Sestra.

7. Seznam literatury

Knihy:

Bártlová, S. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 1. vyd. Brno: IDPVZ, 2004. 167 s. ISBN 80-7013-355-4

Bito, L. *Knihy o dobré smrti*. 1. vyd. Bratislava: Kalligram, 2006. 272 s. ISBN: 80-7149-839-4

Callannan, M. *Poslední dary*. 1. vyd. Praha: Vyšehrad, 2005. 221 s. ISBN 80-7221-819-3

Gidens, A. *Sociologie*. 1.vyd. dotisk Praha: Argo, 2003. 595 s. ISBN 80-7203-124-4

Gladkij, I. *Úvod do zdravotní politiky, ekonomika a sociologie zdravotnictví*. 2. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2000. 177 s. ISBN 80-244-0176-2

Gladkij, I., Koldová, Z. *Propedeutika sociálního lékařství*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2001. 180 s. ISBN 80-7235-023-4

- Gladkij, I., Strnad, L. *Zdravotní politika, zdraví a zdravotnictví*. 1. vyd. Olomouc: Vydavatelství UP, 2002. 111 s. ISBN 80-244-0500-2
- Jobánková, J. a kol. *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. 2. vyd. Brno: IDPVZ, 2002. 225 s. ISBN 80-7013-365
- Klimesš, L. *Slovník cizích slov*. 6. vyd. Praha: SPN – pedagogické nakladatelství a.s., 2002. 862 s. ISBN 80-7235-023-4
- Kotulán, J., Hrubá, D., Bencko, V. *Preventivní lékařství 1 – učební text pro lékařské fakulty*. 1. vyd. Brno: Lékařská fakulta MU, 1991. 178 s. ISBN 80-210-0336-7
- Kotulán, J., Hrubá, D. *Preventivní lékařství 2 – učební text pro lékařské fakulty*. 1. vyd. Brno: Lékařská fakulta MU, 1993. 151 s. ISBN 80-210-0563-7
- Křivohlavý, J. *Psychologie zdraví*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. 279 s. ISBN 80-7178-551-2
- Misoniová, B. *Péče o umírající – hospicová péče*. 1. vyd. Praha: Národní centrum domácí péče, 1998. 96 s.
- Munzarová, M. *Eutanázie, nebo paliativní péče?* 1. vyd. Praha: Grada, 2005. 108 s. ISBN 80-247-1025-0
- Munzarová, M. *Vybrané kapitoly z lékařské etiky I – Smrt a umírání*. 2. vyd. Brno: nakladatelství LFMU, 2002. 75 s. ISBN: 80-210-3017-8
- Munzarová, M. *Zdravotnická etika od A do Z*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. 153 s. ISBN: 80-247-1024-2
- Ohler, R. *Umírání a smrt ve středověku*. 1. vyd. Jinočany, 2001. 409 s. ISBN 80-86022-69-2
- Svatošová, M. *Hospice a umění doprovázet*. 3. vyd. Praha: Ecce homo, 1999. 144 s. ISBN 978-80-902049-2
- Winter, P., Kuhse, H. *A companion to Bioethics*. 1. vyd. nakl. Blackwell Publishing, 1998. 512 s. ISBN: 0-631-19737-0
- Svatošová, M. *O naději s Marií Svatošovou*. 1. vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2003. 87 s. ISBN 80-7192-833-X
- Thomas, D. *Od narození do smrti – Etické problémy v lékařství*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2001. 389 s. ISBN: 80-204-0883-5
- Virt, G. *Žít až do konce*. 1. vyd. Praha: Vyšehrad, 2000. 95 s. ISBN: 80-7021-330-2
- Vozár, J. *Eutanázia*. 1. vyd. Pezinok, 1995. 171 s. ISBN 80-967469-2-8

Časopisy:

Bulletin sdružení praktických lékařů
Sestra
Zdravotnické noviny

Internetové adresy:

www.icm.uh.cz
www.mzcr.cz
www.szu.cz
www.umirani.cz

8. Orientační charakteristika příloh

1. Dotazník – vlastní, vytvořený pro účely dotazníkového šetření pro tuto diplomovou práci
2. Práva kriticky nemocných
3. Hippokratova přísaha

9. Časový harmonogram zpracování diplomové práce

- březen 2007 – výběr tématu a vedoucího diplomové práce
- říjen 2007 schválení tématu dipl. práce, zadání rešerše
- říjen – listopad 2007 – studium literatury, formulace hypotéz, dotazníkové šetření
- prosinec 2007 – zpracování výsledků dotazníkového šetření, zpracování teoretické části diplomové práce
- leden 2008 – zpracování praktické části diplomové práce
- únor – březen 2008 – dokončovací úpravy na finální podobě diplomové práce, její odevzdání

DOTAZNÍK

Vážení respondenti, jmenuji se Zuzana Blahová a jsem studentkou 2. ročníku navazujícího kombinovaného magisterského studia Sociální pedagogiky na UTB Zlín. Moje závěrečná diplomová práce se zabývá problematikou eutanázie.

Zkuste se prosím sami zamyslet nad otázkami a fakty tohoto tématu a vlastními názory k němu. Při vyplňování údajů v následujících rubrikách buďte poctiví sami k sobě. Tento dotazník je zcela anonymní a údaje budou použity pouze pro vyhodnocení výzkumného dotazníkového šetření v oblasti eutanázie.

OTÁZKY:

1. pohlaví:

- MUŽ
- ŽENA

2. věk:

- 20 – 50 LET
- 51 – 82 LET

3. vzdělání:

- ZÁKLADNÍ
- VYUČEN/A
- STŘEDOŠKOLSKÉ
- VYSOKOŠKOLSKÉ

4. Pracujete, nebo pracoval/a jste ve zdravotnictví?

- ANO
- NE

5. Víte, co znamená pojem „EUTANÁZIE“?

- ANO
- NE

6. Přemýšleli jste vy sami již o vlastní smrti?

- NE - NIKDY
- OBČAS
- ANO - ČASTO

7. Byli jste vy sami již přímým svědkem umírání někoho z blízkých, přátel, nebo i neznámého člověka?

- ANO
- NE

8. Myslíte si, že by náš právní řád měl umožnit (legalizovat) eutanázii (usmrcení na přání člověka)?

- ROZHODNĚ ANO
- SPÍŠE ANO
- ROZHODNĚ NE
- SPÍŠE NE

9. Jestliže ANO, komu by eutanázie měla být umožněna?

- VŠEM, KDO O NI POŽÁDAJÍ Z JAKÉHOKOLI DŮVODU
- POUZE LIDEM S JAKÝMKOLI ONEMOCNĚNÍM
- POUZE LIDEM S TĚŽKÝM A ZÁVAŽNÝM ONEMOCNĚNÍM V KONEČNÉM STADIU NEMOCI, BEZ NADĚJE NA VYLÉČENÍ
- STARÝM LIDEM OD URČITÉ VĚKOVÉ HRANICE

10. Myslíte si, že je v našem státě ve zdravotnických zařízeních eutanázie prováděna (nevědomě i vědomě), přestože není u nás povolena?

- ROZHODNĚ ANO
- SPÍŠE ANO
- ROZHODNĚ NE
- SPÍŠE NE

11. Který argument je pro Vás nejpádnější pro zavedení (legalizaci) eutanázie?

- RESPEKTOVÁNÍ PRÁV ČLOVĚKA, JEHO OSOBNÍ AUTONOMIE V ROZHODOVÁNÍ O PRÁVU ZEMŘÍT
- MILOSRDNÉ ZBAVENÍ ČLOVĚKA UTRPENÍ A BOLESTI NA JEHO PŘÁNÍ
- REGULACE ZBYTEČNÝCH EKONOMICKÝCH NÁKLADŮ NA LÉČBU U „BEZNADĚJNÝCH“ PACIENTŮ

12. Který argument je pro Vás nejpádnější proti zavedení (legalizaci) eutanázie?

- MOŽNOST ZNEUŽITÍ
- EUTANÁZIE JE NEETICKÁ
- NÁBOŽENSKÁ TRADICE – NEDOTKNUTELNOST A POSVÁTNOST ŽIVOTA

13. Jste Vy sám/a postižena nějakou nemocí?

- NE, JSEM ZRAVÝ/Á
- ANO, TRPÍM MĚNĚ ZÁVAŽNÝM, DOBRĚ LÉČITELNÝM ONEMOCNĚNÍM
- ANO, TRPÍM VELMI ZÁVAŽNÝM, TĚŽCE LÉČITELNÝM (NEVYLÉČITELNÝM) ONEMOCNĚNÍM

14. Slyšeli jste již někdy pojem „HOSPIC“?

- ANO
- NE

15. Jestliže ANO, víte, k čemu toto zařízení slouží?

- ROZHODNĚ ANO
- SPÍŠE ANO
- ROZHODNĚ NE
- SPÍŠE NE

16. Víte o někom ze svého okolí, kdo služeb tohoto zařízení využil?

- ANO
- NE

17. Znáte pojem „PALIATIVNÍ PÉČE“?

- ANO
- NE

18. Jestliže ANO, víte, v čem princip paliativní péče spočívá?

- ANO
- NE

19. Kterou „variantu“ umírání považujete podle Vás za „nejlepší“ („nejoptimálnější“ pro umírajícího člověka i jeho okolí)?

- V NEMOCNICI
- V HOSPICOVÉM ZAŘÍZENÍ (ZAŘÍZENÍ PRO NEVYLÉČITELNÉ, UMÍRAJÍCÍ)
- DOMA V RODINNÉM KRUHU
- O SAMOTĚ
- NEVÍM

20. Jste věřící člověk?

- ANO
- NE

*Děkuji za čas strávený vyplňováním tohoto dotazníku
autorka*

HIPPOKRATOVA PŘÍSAHA


Přisahám a volám Apollóna lékaře a Asképie a Hygieu a Panakiu a všechny bohy a bohyně za svědky, že budu tuto smlouvu a přísahu dle svých možností a dle svého svědomí dodržovat. Toho, kdo mě naučil umění lékařskému, budu si vážit, jako svých rodičů a budu ho ze svého zajištění podporovat. Když se dostane do nouze, dám mu ze svého, stejně jako i jeho potomkům dám a budou stejní jako moji bratři. Pokud znalosti tohoto umění (lékařského) zatouží, budu je vyučovat zdarma a bez smlouvy. Seznámím své syny a syny svého učitele a všechny ustanovené a na lékařský mrav přísahající s předpisy, přednáškami a se všemi ostatními radami. Jinak však s nimi neseznámím nikoho dalšího.

Lékařské úkony budu konat v zájmu a ve prospěch nemocnému, dle svých schopností a svého úsudku. Vystříhám se všeho, co by bylo ke škodě a co by nebylo správné. Nepodám nikomu smrtící prostředek, ani kdyby mne o to kdokoli požádal a nikomu také nebudu radit, jak zemřít. Žádné ženě nedám prostředek k vypuzení plodu. Svůj život uchovám v čistotě a bohabojnosti, stejně tak i své lékařské umění. Nebudu řezat, ani ty, co trpí kameny a tento zákrok přenechám mužům, kteří takovéto řemeslo provádějí.

Do všech domů, kam vstoupím budu vstupovat ve prospěch nemocného, zbaven každého vědomého bezpráví a každého zlého činu. Zvláště se vystříhám pohlavního zneužití žen i mužů, svobodných i otroků. Cokoli, co při léčbě i mimo svou praxi ve styku s lidmi uvidím a uslyším, co nesmí se sdělit, to zamlčím a uchovám v tajnosti.

Když tuto přísahu dodržím a neporuším, nechť ve svém životě i ve svém umění skromně dopředu postoupím. Tak získám si vážnost všech lidí po všechny ty časy. Když ale zákazy přestoupím a přísahu poruším, nechť stane se pravý opak.

Ο ΟΡΚΟΣ ΤΟΥ ΙΠΠΟΚΡΑΤΟΥΣ


 ΜΝΥΜΙ ΑΠΟΛΛΩΝΑ ΙΗΤΡΟΝ ΚΑΙ ΑΣΚΛΗΠΙΟΝ
 ΚΑΙ ΥΓΕΙΑΝ ΚΑΙ ΠΑΝΑΚΕΙΑΝ ΚΑΙ ΘΕΟΥΣ ΠΑΝ
 ΤΑΣ ΤΕ ΚΑΙ ΠΑΣΑΣ ΙΣΤΟΡΑΣ ΠΟΙΕΥΜΕΝΟΣ, ΕΠΙ
 ΤΕΛΕΑ ΠΟΙΗΣΕΙΝ ΚΑΤΑ ΔΥΝΑΜΙΝ ΚΑΙ ΚΡΙΣΙΝ ΕΜΗΝ
 ΟΡΚΟΝ ΤΟΝΔΕ ΚΑΙ ΞΥΓΓΡΑΦΗΝ ΤΗΝΔΕ ΉΓΗΣΑΣΘ
 ΑΙ ΜΕΝ ΤΟΝ ΔΙΔΑΞΑΝΤΑ ΜΕ ΤΗΝ ΤΕΧΝΗΝ ΤΑΥΤΗ
 Ν ΙΣΑ ΓΕΝΕΤΗΣΙΝ ΕΜΟΙΣΙ ΚΑΙ ΒΙΟΥ ΚΟΙΝΩΣΑΣΘΑΙ, Κ
 ΑΙ ΧΡΕΩΝ ΧΡΗΖΟΝΤΙ ΜΕΤΑΔΟΣΙΝ ΠΟΙΗΣΑΣΘΑΙ, Κ
 ΑΙ ΓΕΝΟΣ ΤΟ ΕΞ ΕΥΤΕΟΥ ΑΔΕΛΦΟΙΣ ΙΣΟΝ ΕΠΙΚΡΙΝ
 ΕΕΙΝ ΑΡΡΕΣΙ, ΚΑΙ ΔΙΔΑΞΕΙΝ ΤΗΝ ΤΕΧΝΗΝ ΤΑΥΤΗΝ,
 ΗΝ ΧΡΗΖΩΣΙ ΜΑΘΘΑΝΕΙΝ, ΑΝΕΥ ΜΙΣΘΟΥ ΚΑΙ ΞΥ
 ΓΓΡΑΦΗΣ, ΠΑΡΑΓΓΕΛΙΗΣ ΤΕ ΚΑΙ ΑΚΡΟΗΣΙΟΣ ΚΑΙ ΤΗΣ
 ΛΟΙΠΗΣ ΑΠΑΣΗΣ ΜΑΘΗΣΙΟΣ ΜΕΤΑΔΟΣΙΝ ΠΟΙΗΣΑΣ
 ΘΑΙ ΥΙΟΙΣΙ ΤΕ ΕΜΟΙΣΙ, ΚΑΙ ΤΟΙΣΙ ΤΟΥ ΕΜΕ ΔΙΔΑΞΑΝ
 ΤΟΣ, ΚΑΙ ΜΑΘΗΤΑΙΣΙ ΣΥΓΓΕΓΡΑΜΜΕΝΟΙΣΙ ΤΕ ΚΑΙ ΛΡ
 ΚΙΣΜΕΝΟΙΣ ΝΟΜΩ, ΙΗΤΡΙΚΩ, ΑΛΛΩ, ΔΕ ΟΥΔΕΜΙ.
 ΔΙΑΙΤΗΜΑΣΙ ΤΕ ΧΡΗΣΟΜΑΙ ΕΠ' ΩΦΕΛΕΙΗ, ΚΑΜΝΟ
 ΝΤΩΝ ΚΑΤΑ ΔΥΝΑΜΙΝ ΚΑΙ ΚΡΙΣΙΝ ΕΜΗΝ, ΕΠΙ ΔΗΛΗ
 ΣΕΙ ΔΕ ΚΑΙ ΑΔΙΚΗ, ΕΙΡΞΕΙΝ. ΟΥ ΔΩΣΩ ΔΕ ΟΥΔΕ
 ΦΑΡΜΑΚΟΝ ΟΥΔΕΝΙ ΑΙΤΗΘΕΙΣ ΘΑΝΑΣΙΜΟΝ, ΟΥΔΕ Υ
 ΦΗΓΗΣΟΜΑΙ ΞΥΜΒΟΥΛΙΗΝ ΤΟΙΗΝΔΕ ΟΜΟΙΩΣ ΔΕ ΟΥ
 ΔΕ ΓΥΝΑΙΚΙ ΠΕΣΣΟΝ ΦΘΟΡΙΟΝ ΔΩΣΩ. ΑΓΝΩΣ Δ
 Ε ΚΑΙ ΟΣΙΩΣ ΔΙΑΤΗΡΗΣΩ ΒΙΟΝ ΤΟΝ ΕΜΟΝ ΚΑΙ ΤΕΧΝ
 ΗΝ ΤΗΝ ΕΜΗΝ. ΟΥ ΤΕΜΕΩ ΔΕ ΟΥΔΕ ΜΗΝ ΛΙΘ
 ΙΩΝΤΑΣ, ΕΚΧΛΡΗΣΩ ΔΕ ΕΡΓΑΤΗΣΙΝ ΑΝΔΡΑΣΙ ΠΡ
 ΗΞΙΟΣ ΤΗΣΔΕ. ΕΣ ΟΙΚΙΑΣ ΔΕ ΟΚΟΣΑΣ ΑΝ ΕΣΙΩ,
 ΕΞΕΛΕΥΣΟΜΑΙ ΕΠ' ΩΦΕΛΕΙΗ, ΚΑΜΝΟΝΤΩΝ, ΕΚΤ
 ΟΣ ΕΩΝ ΠΑΣΗΣ ΑΔΙΚΗΣ ΕΚΟΥΣΙΗΣ ΚΑΙ ΦΘΟΡΙΗΣ, Τ
 ΗΣ ΤΕ ΑΛΛΗΣ ΚΑΙ ΑΦΡΟΔΙΣΙΩΝ ΕΡΓΩΝ ΕΠΙ ΤΕ ΓΥ
 ΝΑΙΚΕΙΩΝ ΣΩΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΑΝΔΡΩΙΩΝ, ΕΛΕΥΘΕΡ
 ΩΝ ΤΕ ΚΑΙ ΔΟΥΛΩΝ. Α Δ' ΑΝ ΕΝ ΘΕΡΑΠΕΙΗ,
 Η ΙΔΩ, Η ΑΚΟΥΣΩ, Η ΚΑΙ ΑΝΕΥ ΘΕΡΑΠΗΪΗΣ ΚΑΤΑ Β
 ΙΟΝ ΑΝΘΡΩΠΩΝ, Α ΜΗ ΧΡΗ ΠΟΤΕ ΕΚΛΑΛΕΕΣΘΑΙ
 ΕΞΩ, ΣΙΓΗΣΟΜΑΙ, ΑΡΡΗΤΑ ΗΓΕΥΜΕΝΟΣ ΕΙΝΑΙ ΤΑ ΤΟ
 ΙΑΥΤΑ. ΟΡΚΟΝ ΜΕΝ ΟΥΝ ΜΟΙ ΤΟΝΔΕ ΕΠΙΤΕΛΕ
 Α ΠΟΙΕΟΝΤΙ ΚΑΙ ΜΗ ΞΥΓΧΕΟΝΤΙ, ΕΙΗ ΕΠΑΥΡΑΣΘ
 ΑΙ ΚΑΙ ΒΙΟΥ ΚΑΙ ΤΕΧΝΗΣ ΔΟΞΑΖΟΜΕΝΩ, ΠΑΡΑ Π
 ΔΣΙΝ ΑΝΘΡΩΠΟΙΣ ΕΣ ΤΟΝ ΑΙΕΙ ΧΡΟΝΟΝ ΠΑΡΑΒΑΙ
 ΝΟΝΤΙ ΔΕ ΚΑΙ ΕΠΙΟΡΚΟΥΝΤΙ, ΤΑΝΑΝΤΙΑ ΤΟΥΤΕΩΝ.

PRÁVA KRITICKY NEMOCNÉHO

1. Kriticky nemocní pacienti mají právo na specializovanou péči, aby se minimalizovala rizika smrti nebo trvalé invalidity.
2. Kriticky nemocní pacienti mají právo na pravdivé a přiměřené informace o svém stavu a o léčbě od svého lékaře. Není-li však nemocný je schopen pochopit a když se nevyjádří zamítavě, může lékař informovat bližší příbuzné nebo osoby pověřené péčí o zájmy nemocného, vždy však musí respektovat jeho soukromí.
3. Kriticky nemocní mají právo - je-li to možné - být informováni lékařem před tím, než dají souhlas k navrhované léčbě. Není-li to z důvodů zdravotního stavu pacienta možné, svolení by měla dát jiná osoba v souladu s právními předpisy dané země. V naléhavých situacích však nemusí být možné získat tento souhlas vzhledem k mentální neschopnosti pacienta nebo vzhledem k nedostupnosti osob, které by mohly, v souladu s právními předpisy dané země, dát souhlas ve prospěch pacienta.
4. Kriticky nemocní mají právo léčbu odmítnout. V těchto případech by měl být nemocný poučen o zdravotních důsledcích svého rozhodnutí, toto rozhodnutí by mělo být dokumentováno v plném rozsahu. Lékaři i zdravotní sestry oborů intenzivní medicíny mají povinnost jednat v souladu se zákony dané země.
5. Kriticky nemocní mají právo být léčeni v plně odpovídajících specializovaných zařízeních a být do nich přiměřeným způsobem transportováni.
6. Kriticky nemocní mají právo být navštěvováni svými milovanými v souladu s lékařem každé jednotky intenzivní péče a s ohledem na svůj zdravotní stav.
7. Kriticky nemocní mají právo na duševní nebo morální podporu nebo ji odmítnout. Mají také právo na pomoc v osobních i právních záležitostech.
8. Kriticky nemocní mají právo, aby se všemi informacemi týkajícími se jejich péče zacházelo jako s důvěrnými.
9. Kriticky nemocní mají právo na důstojné zacházení ze strany personálu jednotky intenzivní péče.

ETICKÝ KODEX ČESKÉ LÉKAŘSKÉ KOMORY

I. oddíl

Obecné zásady

1. Povinností lékaře je péče o zdraví každého člověka bez rozdílu v souladu se zásadami lidskosti v duchu úcty ke každému lidskému životu se všemi ohledy na důstojnost lidského jedince.
2. Úkolem lékaře je chránit zdraví a život, mírnit utrpení a to bez ohledu na národnost, rasu, barvu pleti, náboženské vyznání, politickou příslušnost, sexuální orientaci, sociální postavení, věk, rozumovou úroveň a pověst pacienta či osobní pocity lékaře.
3. Lékař má znát zákony a závazné předpisy platné pro výkon povolání a tyto dodržovat s vědomím osobního rizika se nemusí cítit být jimi vázán, pokud svým obsahem, nebo ve svých důsledcích narušují lékařskou etiku, ohrožují základní lidská práva.
4. Lékař je povinen být za všech okolností ve svých profesionálních rozhodnutích nezávislý a odpovědný.
5. Lékař uznává právo každého člověka na svobodnou volbu lékaře.

II. oddíl

Lékař a výkon povolání

1. Lékař v rámci své odborné způsobilosti a kompetence svobodně volí a provádí ty preventivní, diagnostické a léčebné úkony, které odpovídají současnému stavu lékařské vědy a jsou prakticky dostupné, a které považuje pro nemocného za nejvýhodnější. Přitom je povinen respektovat v co největší možné míře vůli nemocného (nebo jeho zákonného zástupce).
2. Každý lékař je povinen v případech ohrožení života a bezprostředního vážného ohrožení zdraví neodkladně poskytnout lékařskou pomoc.
3. Lékař musí plnit své povinnosti v situacích veřejného ohrožení a při katastrofách přírodní nebo jiné povahy.
4. Lékař má právo odmítnout péči o nemocného z odborných důvodů nebo je-li pracovně přetížen nebo je-li přesvědčen, že se nevytvořil potřebný vztah důvěry mezi ním a pacientem. Je povinen doporučit, v případě souhlasu nemocného zajistit vhodný postup v pokračování léčby.
5. Lékař nemůže být donucen k takovému lékařskému výkonu (nebo spoluúčasti na něm), který odporuje jeho svědomí.
6. Lékař nesmí předepisovat léky, na něž vzniká závislost nebo které vykazují účinky dopingového typu, k jiným než léčebným účelům.
7. 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. Eutanázie a asistované suicidium není přípustné.
8. U transplantací se lékař, při odběru orgánů zemřelých řídí příslušnými předpisy. Odběru orgánů nesmí být zneužito ke komerčním účelům.
9. Lékař je v zájmu pacienta povinen důsledně zachovávat lékařské tajemství s výjimkou případů, kdy je této povinnosti souhlasem pacienta zbaven nebo když je to stanovené zákonem.

10. Lékař, který vykonává své povolání, je povinen odborně se vzdělávat.
11. Lékař je povinen při výkonu povolání vést a uchovávat řádnou dokumentaci písemnou nebo jinou formou. Ve všech případech je nutná patřičná ochrana znemožňující změnu, zničení nebo zneužití.
12. Lékař nesmí své povolání vykonávat formou potulné praxe.
13. Lékař nesmí sám nebo po dohodě s jinými ordinovat neúčelně léčebné, diagnostické a jiné úkony ze zjištěných motivů. V rámci své pravomoci nesmí poskytovat odborně neodpovídající vyjádření, z nichž by plynuly občanům neoprávněné výhody.
14. Pokud lékař doporučí ve své léčebné praxi léky, léčebné prostředky a zdravotní pomůcky, nesmí se řídit komerčními hledisky, ale výhradně svým svědomím a prospěchem pacienta.
15. Lékař se podle uvážení účastní na prezentaci a diskusi medicínských témat na veřejnosti, v tisku, v televizi, rozhlasu, musí se však vzdát individuálně cílených lékařských rad a doporučení pro svůj lékařský prospěch.
16. Lékař se musí zdržet všech nedůstojných aktivit, které přímo nebo nepřímo znamenají propagaci nebo reklamu jeho osoby a lékařské praxe a ve svých důsledcích jsou agitační činnosti, cílenou na rozšíření klientely. Nesmí rovněž tyto aktivity iniciovat prostřednictvím druhých osob.
17. Nový způsob léčení je možné použít u nemocného až po dostatečných biologických zkouškách, za podmínek dodržení Helsinské konvence a Norimberského kodexu, pod přísným dohledem a pouze tehdy, pokud pacienta nepoškozuje.
18. Lékař si má být vědom své občanské úlohy i vlivu na okolí.

III. oddíl

Lékař a nemocný

1. Lékař plní vůči každému nemocnému odpovědně a svědomitě své profesionální povinnosti. Vždy včas a důsledně zajistí léčebná opatření, která zdravotní stav nemocného vyžaduje.
2. Lékař se k nemocnému chová korektně, s pochopením a trpělivostí, nesníží se k hrubému, násilnickému nebo nemravnému jednání. Bere ohled na práva nemocného.
3. Lékař se má vzdát paternalistických pozic v postoji vůči nemocnému a respektovat ho jako rovnocenného partnera se všemi občanskými právy i povinnostmi, včetně zodpovědnosti za vlastní zdraví.
4. Lékař je povinen pro nemocného srozumitelným způsobem odpovědně informovat jeho nebo zákonného zástupce o charakteru onemocnění, zamýšlených diagnostických a léčebných postupech včetně rizik, o uvažované prognóze a o dalších důležitých okolnostech, které během léčení mohou nastat.
5. Zadržení informací o nepříznivé diagnóze nebo prognóze je možné individuálně v zájmu nemocného dle úvahy a svědomí lékaře. V těchto případech by měl lékař s pokud nemocný neurčí jinak, informovat rodinné příslušníky pacienta nebo osoby jemu blízké.
6. Lékař nesmí zneužít ve vztahu k nemocnému jeho důvěru a závislost jakýmkoliv způsobem.

IV. oddíl

Vztahy mezi lékaři

1. Základem vztahů mezi lékaři je vzájemně čestné, slušné a společensky korektní chování spolu s kritickou náročností, respektováním kompetence, přiznáním práva na odlišný názor.
2. Lékař v zájmu své stavovské cti i s ohledem na pověst lékařské profese nesmí podceňovat a znevažovat profesionální dovednosti, znalosti i poskytované služby jiného lékaře nebo

lékařů, natož používat ponižujících výrazů o jejich osobách, komentovat nevhodným způsobem

činnost ostatních lékařů v přítomnosti nemocných a nelékařů.

3. Lékař kolegiálně spolupracuje s těmi lékaři, který současně nebo následně vyšetřují či léčí stejného pacienta. Předává-li z důvodných příčin nemocného jinému lékaři, musí mu odevzdat zjištěné nálezy a informovat ho o dosavadním průběhu léčby.

4. Lékař je povinen požádat dalšího nebo další lékaře o konzilium vždy, když si to vyžadují okolnosti a nemocný souhlasí. Je právem lékaře zdůvodnit a navrhnout osobu konzultanta. Závěry konziliárního vyšetření mají být dokumentovány zásadně písemnou formou a je povinností o nich informovat nemocného, se zvláštním důrazem tehdy, pokud se názory lékařů liší, a je právem lékaře vzdát se dalšího léčení, pokud se nemocný přikloní k jinému názoru konzultanta.

5. Lékař musí svou praxi vykonávat zásadně osobně. Zastupován může být jen dočasně a to lékařem vedeným v seznamu lékařské komory a splňujícím potřebné odborné předpoklady.

V. oddíl

Lékař a nelékař

1. Lékař spolupracuje se zdravotnickými pracovníky vyškolenými v specializovaných činnostech. Pověří-li je diagnostickými a léčebnými úkoly a dalšími procedurami, musí se přesvědčit, zda jsou odborně, zkušenostmi i zodpovědností způsobilí tyto úkony vykonávat.

2. Lékaři není dovoleno vyšetřovat nebo léčit s osobou, která není lékařem a nepatří k zdravotnímu personálu. Tyto osoby nesmějí být přítomny ani jako diváci při lékařských výkonech. Výjimkou z uvedených zásad jsou osoby, které se u lékaře vzdělávají nebo pracují v lékařských oborech, a další osoby, s jejichž přítomností pacient souhlasí, pokud není lékařsky zdůvodněných námitek.

MUDr. Marie Svatošová

MUDr. Marie Svatošová je **zakladatelka hospicového hnutí v České republice**. Narodila se 20. 11. 1942 v Hlavňově na Náchodsku.



1961: maturita na Střední zdravotnické škole v Náchodě
1961–2: jeden rok praxe jako zdravotní sestra na Neurochirurgické klinice v Hradci Králové
1968: promoce na Lékařské fakultě UK
1968–1989: lékařská praxe (2 roky Semily, pak Praha)
1971: svatba – vdaná, bezdětná

Od ledna 1990 se zabývá problematikou hospice. V lednu roku 1996 byl díky jejímu úsilí otevřen první hospic Sv. Anežky České v Červeném Kostelci a pomáhala a pomáhá při budování hospiců dalších.

Věnuje se také organizační práci a edukační činnosti pro laickou i zdravotnickou veřejnost. Jsou to především publikace (Hospice a umění doprovázet, Hospic slovem a obrazem), semináře, přednášky, konzultace. Od roku 1993 mj. předsedkyně občanského sdružení Ecce homo.