



Pedagogická
fakulta
Faculty
of Education

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Pedagogická fakulta

Katedra pedagogiky a psychologie

Bakalářská práce

**Eutanazie – názorové rozdíly z pohledu středoškoláků a lidí
o generace starších**

Vypracovala: Ing. Ivana Kocábová

Vedoucí práce: doc. PhDr. Miluše Vítečková, Ph.D.

České Budějovice, 2020

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Milevsku dne 20. června 2020.

Ing. Ivana Kocábová

Poděkování

Děkuji doc. PhDr. Miluši Vítečkové, Ph.D. především za trpělivost, odborné vedení a rady, které mi poskytla v průběhu zpracovávání bakalářské práce. Děkuji paní Haně Vyternové z Nemocnice Písek, a. s. za pomoc při shánění dostupné literatury na téma eutanazie a neméně tak děkuji zdravotní sestře Věře Zvonařové za získání dostatečného množství vyplněných dotazníků. Velký dík samozřejmě patří mé milované rodině za duševní podporu a vytvoření optimálních podmínek pro práci.

Abstrakt

Eutanazie je v České republice stále aktuální a velmi kontroverzní téma. Z jednoho pohledu – tedy argumentace pro – jsou vnímány jako žádost o usmrcení z lítosti a zbavení se utrpení, naproti tomu z pohledu druhého – tedy argumentace proti – jsou více spojována s vírou a obavami o její zneužití. Teoretická část bakalářské práce obsahuje rešerše z dostupných zdrojů. Praktická část ilustruje názory různých věkových skupin na problematiku eutanazie. Výzkumné šetření bylo realizováno dotazníkovou metodou. Cílem bakalářské práce bylo zjistit, jak na toto téma nahlíží žáci středních škol, jejich rodiče, prarodiče a popř. praprarodiče.

Klíčová slova

Eutanazie; umírání; smrt; důstojná smrt; bolest; utrpení; etika; lékařská etika; legislativa.

Abstract

Euthanasia is still a topical and highly controversial issue in the Czech Republic. On the one hand - that is, the argumentation for - is perceived as a request for killing out of regret and get rid of suffering, on the other hand - the argument against it - is more associated with belief and fear of its abuse. The theoretical part of the bachelor thesis contains researches from available sources, the practical part illustrates opinions of different age groups on euthanasia issues. The research was conducted using the questionnaire method. The aim of the bachelor thesis was to find what they think about this the students of secondary schools, as well as their parents and possibly grandparent.

Keywords

Euthanasia; dying; death; dignified death; pain; suffering; ethics; medical ethics; legislation.

OBSAH

ÚVOD	8
1 VYSVĚTLENÍ POJMŮ	10
2 SMRT	12
2.1 Základní fakta.....	12
2.2 Význam smrti	13
2.3 Hovořit o smrti.....	13
3 UMÍRÁNÍ.....	14
3.1 Definice.....	14
3.2 Strach z bolesti při umírání	15
3.3 Úzkost ze smrti	16
3.4 Jak to bylo v minulosti?.....	16
3.5 Jaká je současnost?.....	17
3.6 Hospicová péče	19
3.7 Paliativní péče.....	20
3.8 Formy paliativní péče.....	21
3.9 Tanatologie	22
4 EUTANAZIE.....	23
4.1 Přístroje místo nás	23
4.2 Přestat léčit, dovolit umřít	24
4.3 Eutanazie – argumentace pro	24
4.4 Eutanazie – argumentace proti.....	26
5 SITUACE V ČESKÉ REPUBLICCE	27
5.1 Legislativa	27

6	SITUACE V ZAHRANIČÍ	28
6.1	Minulost.....	28
6.2	Současnost.....	28
7	METODIKA	30
8	VYHODNOCENÍ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	32
8.1	Vyhodnocení předpokladů k výzkumným otázkám	42
9	DISKUZE	44
	ZÁVĚR.....	47
	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	48
	SEZNAM PŘÍLOH	50
	Příloha č. 1: Dotazník	50
	Příloha č. 2: Odpovědi na otevřené otázky	52

ÚVOD

Jako bývalá zdravotní sestra a nyní i jako fyzioterapeutka jsem se s umíráním a se smrtí „tváří v tvář“ vždy potkávala a potkávám se dál. Úvahy o životě, umírání, bolesti, naději, utrpení a smrti mi proto nejsou cizí. Když mi bylo, jak se říká dvacet, převažovaly ty krásné, optimistické a lehkovážné názory typu: „Život je tak krásný, já jsem mladá, zdravá, plná elánu, mám vitální rodiče, prostě smrt je mi naprosto vzdálená, umírají přece staří a nemocní lidé...“

S přibývajícím věkem a získaných zkušeností jsem si čím dál více uvědomovala a uvědomuji si dál, že to tak není. Vnímání a přijetí skutečnosti smrti musíme čelit všichni. A to, bohužel, napříč generacemi. Mají mladí lidé stejný názor jako já, když jsem byla hodně mladá? A co jejich rodiče a prarodiče?

Již delší dobu si kladu otázku, zdali má člověk, který trpí bolestí, a to nejen fyzickou (přes veškerou analgetickou, tedy léčbou proti bolesti), ale především i psychickou, kdy je zcela odkázán na permanentní, tedy 24hodinovou péči a jehož sužuje nevléčitelná nemoc s vyhlídkou pomalého umírání, právo na vysvobození v podobě eutanazie nebo tzv. asistované smrti? Anebo má přijmout paliativní a hospicovou péči? Současná medicína dokáže za pomoci nejrůznějších přístrojů, postupů a zákroků nejen život zachránit, ale také jej dlouhodobě udržovat, a to bez ohledu na jeho kvalitu.

Rozpoznat moment, kdy je třeba přestat léčit, ale přijmout fakt blížící se smrti, je pro nemocné, jejich blízké i lékaře velmi náročná situace. Faktem je, že do určité míry máme jako pacienti takovou volbu ve vlastních rukách, např. jsme-li schopni léčbu odmítnout. Jak uvádí například Nezbeda (2016, s. 127), je ale nutné položit sami sobě a svým blízkým nepříjemné otázky typu: „Přáli by si použití všech dostupných zákroků k udržení života, nebo by naopak chtěli v dalších pokusech nepokračovat, protože by to bylo na úkor důstojnosti a kvality jejich života?“

Pravdou je, že od doby, kdy byla zákony ustanovena paliativní péče, můžeme připustit, že snaží-li se lékař a ostatní personál milosrdně ulehčit umírajícím neodvratitelný konec jejich života, nejedná se o nic neetického a protizákonného.

„Stejně jako nemá lékař právo na „nemístně neústupnou vytrvalost“, nesmí odhlížet od pacientovy svobodné vůle. Hippokrates odpovídá dosti jasně: *Budu mít v úctě všechny lidi a budu respektovat jejich svobodnou vůli bez ohledu na jejich majetek, společenské postavení a názorové přesvědčení. Zastanu se jich, budou-li slabí či zranitelní nebo bude-li ohrožena jejich osoba nebo lidská důstojnost. Ani pod hrozbou či nátlakem nepoužiji svých znalostí v rozporu se zákony lidskosti*“ (Chaussoy, 2005, s. 131).

Přála bych si umřít důstojně, tedy rychle, žádné pomalé umírání, když šance na přežití je menší než nulová. A v případě nesmyslně umělého udržování mého života na úkor jeho kvality a kvality života mých nejbližších, kteří by mě do nějakého zařízení smutní a nešťastní chodili navštěvovat, či mě dokonce měli doma permanentně ošetřovat s nevysloveným přáním „ať už to všechno skončí“! Říkám ne. Nelpím na životě za každou cenu cestou tlumení velkých bolestí, pomalého umírání, a hlavně protrahovaného smutnění mé milované rodiny, která má žít. Jsem věřící fatalista.

Z výše uvedeného mě zajímá, jak o umírání a smrti smýšlejí mladí lidé, konkrétně středoškoláci a lidé o generace starší, tedy jejich rodiče, prarodiče a popř. praprarodiče.

*„Až umřu, nic se na tomto světě nestane a nezmění,
jenom několik srdcí se zachvěje v rose jak k ránu květiny,
tisíce umřeli, tisíce umrou, tisíce na smrt jsou znavení,
neboť v smrti i zrození nikdo nezůstal jediný.“*

Jiří Wolker (1900–1924)

1 VYSVĚTLENÍ POJMŮ

Eutanazie

Eutanazie – z řeckého *eu* = dobrý a *thanatos* = smrt – tedy „dobrá smrt“. Dle definice Světové zdravotnické organizace jde o vědomé a úmyslné provedení činu s jasným záměrem ukončit život jiného člověka za následujících podmínek: subjektem je kompetentní informovaná osoba s nevléčitelnou chorobou, která dobrovolně požádala, aby její život byl ukončen. Jednající ví o stavu této osoby a o jejím přání zemřít a páchá tento skutek s prvořadým úmyslem ukončit život této osoby a skutek je proveden se soucitem a bez osobního zisku (Ptáček, Bartůněk et al., 2012). Podle Nezbedy (2016) se však aktivní eutanazie často považuje za vraždu (Nezbeda, 2016).

Eutanazie se také prezentuje jako problém lidských práv a někdy se vyzdvihuje jako příklad pokrokového reformního úsilí. Ve svém úhrnu se však jedná o složitý komplex problémů, který zahrnuje jak mnoho nesnadných a kontroverzních aspektů náboženských, morálních, lékařských a ošetrovatelských, tak tři složky práva, tj. právo zvykové či obyčejové, právo statutární (kodifikované) a patrně i mezinárodní právo, dále pak společenský život a kulturní rozdílnost (Pollard, 1996).

Asistovaná sebevražda

Asistovaná sebevražda je od eutanazie odlišná. Jde o situaci, kdy jedna osoba poskytne druhé informaci, radu či prostředek, kterým je sebevražda spáchána. Jde o poskytnutí pomoci osobě, která chce ukončit život, nikoli o přímé ukončení života. Asistovaná sebevražda je v našem zákoně hodnocena jako trestný čin účast na sebevraždě a za trestný čin je považována, ať byla sebevražda dokonána a došlo k úmrtí, stejně jako při pokusu o sebevraždu, při kterém k úmrtí nedošlo (Ptáček, Bartůněk et al., 2012).

Pasivní eutanazie

S pojmem pasivní eutanazie se můžeme setkat v souvislosti s ustoupením lékařů od aktivity – odpojení od přístrojů, ukončení léčebných postupů – pokud rozhodli, že už je to nesmyslné. V takovém případě se nejedná o zabití, protože člověk umírá přirozeně na progresi své choroby. Často však jde o diskutabilní rozhodnutí, pro která mnohdy chybí právní precedens (Nezbeda, 2016).

Dystanazie

Dystanazie = zadržaná smrt je nezamýšleným vedlejším a bolestným „efektem“ obdivuhodné moderní medicíny a dělá starost všem zainteresovaným. To proto, že být svědky dlouhodobého utrpení a bolesti nemocného není snadné ani pro lékaře a další profesionály, ani pro laiky, kteří se o něj starají a v posledních fázích života ho doprovázejí (Ptáček, Bartůněk et al., 2012).

Přes veškerý pokrok v lékařských technologiích se nedaří odstranit soužení umírajících a také, z mého pohledu především, jejich nejbližších, kteří „jsou nuceni“ se dívat na pomalé umírání milované osoby. Sofistikované přístroje dokážou uměle udržovat nejdůležitější životní funkce, přestože smrt již nelze odvrátit, pouze oddálit, pacient je dlouhodobě v kómatu, tedy v hlubokém bezvědomí a neschopen cokoli ovlivnit, změnit.

Vigilní kóma

Vigilní (z latinského *vigilia* = bdění) kóma je extrémní druh poruchy vědomí, způsobený poškozením mozkové kůry. Pacient působí lucidním, tedy bdělým dojmem, takže má oči otevřené, avšak jeho pohled je prázdný, nedokáže jej fixovat, nesleduje, očima tzv. bloudí, nekomunikuje, reaguje pouze reflexně (Friedlová, 2007). Někdy pacienti sledují pohybující se objekty ve svém okolí a vzbuzují tak falešný dojem vnímání, avšak chybí spontánní řeč a reakce na slovní podněty, nejsou schopni vyhovět jednoduchým výzvám, jíst ani žvýkat, neudrží moč ani stolici (Bartoš, 2004). Vytejková (2013, s. 240) nazývá tento stav „sociální smrtí“ – stav, kdy se jedná o částečné odumření mozku, bývají tedy zachovány jeho nižší řídicí části pro krevní oběh a dýchání.

Pacient nedýchá nosem ani pusou, ale pomocí tracheostomie, což je odborně provedený vývod z hrtanu. Nevíme, co cítí, jestli trpí a jak moc. V takovémto případě je kvalita života rovna nule, bytost je „živá mrtvola“.

2 SMRT

2.1 Základní fakta

„Smrt je skutečně jediná fakticita, která je v životě jistá. Člověku je život dán s podmínkou smrti“ (Haškovcová, 1975, s. 33).

Lidský život je vymezen zrozením a smrtí. Před a po je sféra, kterou nelze zkušeností zakusit a jako takovou ji nelze ani pochopit. Život je šance, která je člověku zrozením dána, a je pouze na člověku, jak ji využije a jestli ji vůbec využije. V tomto smyslu tvoří život pole možností a svobody, přestože člověk ne zvolil podmínky, za jakých se jeho konkrétní život bude realizovat. Tak jako člověk nemůže volit své zrození, nemůže volit svoji nesmrtelnost. Smrt je závěr lidské existence, kterému se žádná živá bytost nemůže vyhnout a je také jedinou jistotou v životě člověka. Současně je smrt největší neznámou celé lidské existence. Jevy, stavy, situace, lidé a věci, které neznáme, v nás vyvolávají úzkost a strach, což je vrozená reakce lidské bytosti. Jedním z nejsilnějších prožitků v tomto kontextu je strach a úzkost z umírání. Fenomén smrti, proces umírání a s ním spojená péče o nemocného v závěru života vždy oslovovaly a nadále oslovují každého člověka, každou kulturu, civilizaci. Smrt ovlivňuje myšlení jedince bez ohledu na skutečnost, zda je ochoten její realitu přijmout, nebo se jí snaží vytěsnit (Kisvetrová, 2018).

Smrt není jen fyzický konec těla, ale konec všech našich plánů, nadějí, předsevzetí, možností cokoliv změnit, ovlivnit a konec vztahů s ostatními lidmi. Vše končí okamžikem smrti (Šiklová, 2013).

Smrt, při které se zastaví srdeční a dechová činnost se označuje jako klinická. Okamžitou resuscitací se daří tyto funkce obnovit. Za smrt konečnou se od roku 1968 považuje smrt mozku, kdy Světová zdravotnická organizace stanovila biologickou smrt mozku jako závazné kritérium smrti. Mozková smrt odpovídá stavu, kdy přístroj pro zjištění elektrické aktivity mozku (EEG) ukazuje, že nejdůležitější mozkové funkce nefungují (Kelnarová, 2007).

„Smrt nelze uspokojivě definovat, protože by to znamenalo definovat život“ (Haškovcová, 1975, s. 33).

2.2 Význam smrti

Jak uvádí Haškovcová (2007), jestliže si člověk bude často připomínat konečnost svého bytí, bude pak jinak a zodpovědněji zacházet s drahocenným časem, který je mu pro život na tomto světě dán.

Pokud jsme schopni připustit a prožít, že jednou umřeme, dokážeme realisticky zvážit svou situaci a nebudeme se zabývat malichernými starostmi. Můžeme pochopit, že život běží velmi rychle a začneme si více vážit času, a hlavně dělat jen to, co je opravdu důležité. Chceme-li najít cestu vnitřním i vnějším světem, měli bychom být pozorní, všímaví a uvědomit si, že nebudeme žít věčně, a tak můžeme vstoupit do důvěrnějšího vztahu se světem. A k tomu potřebujeme všechny smysly (Kupka, 2016).

„Kdokoliv učí lidi jak zemřít, učí je současně jak žít.“ (Montaigne 1533–1592)

2.3 Hovořit o smrti

O smrti nikdy nemluví se svými blízkými třetina populace. Současně však lidé vědí, že by měli o smrti a umírání hovořit častěji. Z průzkumu agentury StemMark v roce 2011 66 % dotázaných odpovědělo, že to nedělají zejména kvůli obavám z vlastního konce, a podle 59 % se toto téma dlouhodobě v rodinách opomíjí (Šiklová, 2013).

Smrt je v současné české společnosti tabu. Takové tvrzení je přinejmenším nepřesné. Tabu je termín pro něco zakázaného a nepřípustného. My však na smrt nahlížíme jinak. Podle Nezbedy (2016) ji vytěsňujeme ze svého vědomí, vylučujeme ji z rozhovorů, ze života jsme ji vyhostili. Ovšem ne jako něco zakázaného, ale spíše jako něco nepříjemného, co nechceme, aby se nás to týkalo, co je nám vzdálené. Vyhoštění smrti a tím i pátrání po smyslu života se obvykle dávají do souvislosti se ztrátou víry v Boha a s rostoucím rozvojem moderní, „dokonalé“ medicíny. Přesto ale i přesvědčený ateista se koncem života a jeho smyslem musí nutně zabývat.

Mnohdy se uvádí, že k tabuizaci smrti vedl strach z ní umocněný válkami 20. století (Kutnohorská, 2007). V české společnosti dochází v posledních dvaceti letech k detabuizaci umírání a smrti a s tím i rostoucímu zájmu zdravotníků o intervence, které by umožnily mírnit existenciální a emocionální utrpení pacientů v závěru jejich života (Kisvetrová, 2018).

3 UMÍRÁNÍ

3.1 Definice

Pojem umírání je v lékařské terminologii skutečně synonymem terminálního stavu. Definice tohoto stavu uvádí, že dochází k postupnému a nevratnému selhávání důležitých, vitálních funkcí tkání a orgánů, jehož důsledkem je zánik individua. Umírající se vědomě nebo nevědomě vyrovnává se skutečností, že je u konce sil, že jeho život končí. Díky pokroku vědy a techniky se prodloužila délka života člověka, problematika umírání a péče o umírající však na významu neztratila. Před smrtí se diferencovaně uplatňuje časový faktor umírání, proces, který má různou délku, podobu, je různě prožíván, je zcela individuální, jedinečný. Konec umírání zůstává osobní zkušeností, které se nemůže zúčastnit nikdo jiný (Kelnarová, 2007).

Umírání má mnoho podob a není snadné určit, kdy člověk umře. Někoho nemoc před smrtí změní k nepoznání, u jiného se v jeho vzezření neprojeví. Někteří zažívají fáze akutního zhoršení, mezi nimiž se cítí relativně dobře, jiní umírají pomalu a setrvale. Zvláštním fenoménem je vědomí smrti – jsou lidé, kteří si před odchodem ze světa „počkají“ na okamžik vytoužené návštěvy blízkého. Pak umírající v takových chvílích prožívají podivné zážitky a vidění, jenž nelze racionálně vysvětlit. Vidí své blízké, zažívají pocity laskavosti a srdečnosti (Nezbeda, 2016).

Fáze umírání

Kutnohorská (2007, s. 72-73) popisuje tyto fáze umírání:

První fáze – negace: V této fázi pacient odmítá vzít na vědomí fakt smrtelnosti, nechce na smrt myslet, není připraven.

Druhá fáze – agrese: Nemocný je vzteklý a závistivý. Zlobí se na všechno a na všechny. V této fázi by okolí jeho hněv mělo pochopit a dovolit.

Třetí fáze – vyjednávání: Nemocný hledá jinou možnost, slibuje a obrací se k Bohu.

Čtvrtá fáze – deprese: Nastupuje zápas se smrtí a strach o rodinu.

Pátá fáze – smíření: Je to doba klidu a nezájmu o informace. Nemocný místo slov používá gesta. V této fázi je přítomnost jeho blízkých velmi důležitá.

Stadium smíření – přijetí je nutno rozlišit od rezignace. Pacienti, kteří svůj osud přijali, mají osobitý výraz vyrovnanosti a míru. Jedinci, kteří na svůj osud rezignovali, tento výraz postrádají, a naopak v jejich tvářích lze spatřovat zahořklost a duševní trýzeň jako výraz marnosti, zbytečného úsilí a chybějícího míru.

3.2 Strach z bolesti při umírání

Snad, vlastně určitě máme strach z bolesti při umírání. Lékaři nás ujišťují, že v současné době je bolest zvládnutelná, či alespoň odstranitelná na přijatelný stupeň. Co je však neodstranitelné, je podle Šiklové (2013) úzkost a děs.

Haškovcová (1975) uvádí, že strach je opakovaně zažíván vždy, když mu bolest, ať psychická či fyzická, umožňuje cestu. Zvláště obavy před tělesným utrpením stupňují strach ze smrti. Kruté poznání bolesti, která se většině z nás nikomu nevyhne, vyústí v pocity strachu o konci vlastního já. Většinou ale vítězí naděje, že bolest přejde.

Nejčastější příčinou, proč se bojíme umírání, je bolest. Každý prožívá utrpení jedinečným způsobem, poněvadž se lišíme jinou výškou prahu bolesti i v tom, jak ji dokážeme tolerovat. Zatímco práh bolesti je neurofyzilogická veličina a spíše geneticky daná, tolerance bolesti je kulturně podmíněná. Je vyjádřením intenzity bolesti, která do jeho života začne vstupovat a ovlivňovat jeho prožívání. Podle výzkumů i zkušeností lékařů s paliativní léčbou je to právě tolerance bolesti, která ovlivňuje, nakolik dokážeme svoji nemoc a umírání přijmout (Nezbeda, 2016).

Naše doba jaksi zapomněla na jednu důležitou a odvěkou lidskou zkušenost. Že totiž skutečná lidská osobnost se neutváří svými úspěchy a výkony, natož pak množstvím příjemností, ale naopak mírou starostí, nesnází, protivenství a utrpení, která dokázala překonat. Ty jsou patrně nutnou podmínkou a jedinečnou příležitostí, kde může vzniknout lidská velikost (Ptáček, Bartůňek et al., 2012).

3.3 Úzkost ze smrti

Úzkost ze smrti obnáší podvědomé i vědomé složky strachu. Zahrnuje například strach z vlastního okamžiku smrti, z procesu umírání, fyzického utrpení, ze zániku. Může to být i strach z osamělosti a konfrontace s neznámem. S narůstajícím věkem, kdy se jedinec přibližuje ke své smrti, je obava ze stárnutí spojena i s obavou z blížícího se konce (Kisvetrová, 2018).

Podle Šiklové (2013), je úzkost strach, který se nedá rozumem pochopit, proti ní nelze bojovat ani jí vzdorovat. Dočasně se dá potlačit medikamenty. Děs je strach z ničeho, resp. z toho, že člověk sám sebe ztratí, nebude, že bude „nic“.

Kupka (2014) tvrdí, že primární zdroj úzkosti je přítomen již v raném dětství a po celý život zůstává. Život se nedá žít a smrti čelit bez úzkosti. Může ukazovat cestu k realizaci smyslu života. Badatelé, kteří tento problém zkoumají, předpokládají, že strach ze smrti se skládá z několika menších, oddělených strachů: už nebudu moci dále prožívat (konec vědomí); mé plány definitivně končí; umírání může být bolestivé; ponechám tu bez mé pomoci ty, na kterých mi záleží a potřebují mě; bojím se možných následků, jestli existuje kontinuita smrti; bojím se toho, jak bude zacházeno s mým posmrtným tělem.

3.4 Jak to bylo v minulosti?

Ještě před sto či sto padesáti lety umírali lidé v části světa, které dnes říkáme střední Evropa, především v dětství. Většina narozených se nedožila ani deseti let svého života. Úmrtí malého dítěte bylo běžné. Úmrtí až ve stáří bylo v minulosti výjimkou a výsadou těch, kteří odolávali nejen nemocem, ale dovedli i bojovat, postarat se sami o sebe, založili rodiny a měli hodně dětí, z nichž alespoň některé se o ně nakonec i ve stáří postaraly (Šiklová, 2013).

Každé umírání znamená loučení. Loučení se vším, co měl člověk rád, a se všemi, které měl rád. Bylo by odvážné a možná nesprávné tvrdit, že se lidé v minulosti nebáli smrti. Vhodnější je připustit, že se jí báli jinak. Oni prostě odcházeli z tohoto světa s přesvědčením, že je už nic horšího potkat nemůže. Relativní útěchou byla všeobecně sdílená víra v život po smrti, který už nebude sužován útrapami, bolestí a nemocemi.

Při vysoké dětské a kojenecké úmrtnosti rodiče reálně počítali se smrtí některých svých dětí, a proto do nich neinvestovali tolik citu. Tím ale není řečeno, že je neměli rádi (Haškovcová, 2007).

Podle Kelnarové (2007) došlo v 19. století k relativnímu poklesu úmrtnosti. Podstatné změny snížení úmrtnosti nelze vysvětlit jen pokrokem v medicíně. Nastal celý komplex změn ve způsobu života. Kromě zlepšení lékařské péče a zmiňovaného medicínského pokroku prodloužila člověku život také stále bohatší a pestřejší strava, jejíž složení se zlepšilo. Velmi významné bylo znovuobnovení důležitosti kojení. Přesto existovala sociální nerovnost před smrtí. Na straně jedné byli bohatí, kteří před epidemiemi unikali na svá letní sídla, do lázní, na straně druhé byli chudí, kteří často umírali v bídě, protože neměli možnost uniknout z nezdravého prostředí.

Každý věděl, jak vypadá umírání a smrt zblízka. Lidé dokonce uměli předpovídat jednotlivé fáze umírání. Synonymy přicházející smrti se staly výrazy jako „už se špičatí“, má „záclonky v očích“, které patřily do běžné slovní zásoby obyčejných lidí. Ti také ovládali tradiční laické a pro ně samozřejmé ošetřovatelské úkony: nabízeli umírajícímu, který již stěží polykal tuhou stravu, polévkový vývar a pak jen tekutiny, především bylinkové čaje. Zesláblého umírajícího jeho nebližší přikrývali vrstvami pokrývek, protože správně tušili, že vysílený umírající pociťuje zimu především na končetinách. V místnosti udržovali pološero, a když dotyčný zemřel, zpravidla nejstarší syn mu zatlačil oči, jiný z přítomných otevřel okno, aby duše zemřelého mohla odlétnout. K tomu přispěly i zkušenosti hygienické. V klidu pak postát a v úctě se pomodlit, tělo omýt, podvázat bradu a obléci mrtvého bylo samozřejmou dovedností (Haškovcová, 2007).

3.5 Jaká je současnost?

Smrt se do současného pojetí života v euroamerické kultuře začleňuje obtížně. Pro dnešního člověka je samozřejmostí žít dlouho, úspěšně a šťastně. Chce se bavit a nemá zájem zaobírat se strastí, nemocí, stářím, utrpením a smrtí. Spoléhá na lékaře a obdivuhodnou technickou vyspělost medicíny. V takovémto kontextu je velmi obtížné zemřít (Kupka, 2014).

Institucionalizace procesu umírání je fenomén dnešní doby. K základním právům každého jedince patří kvalitní péče v závěru života, ať už v domácím nebo institucionálním prostředí, která mu zajistí důstojné umírání (Kisvetrová, 2018). Stinné stránky institucionálního modelu umírání jsou jasné: chladná profesionální péče. Ta, která tolika lidem pomohla a pomáhá a kterou současně odsuzujeme ve chvílích, kdy přichází smrt (Haškovcová, 2007). Izolovat umírajícího od okolí se datuje od 30. let 20. století. Tehdy převládalo přesvědčení o správnosti takového umírání, odůvodněné tím, že umírajícímu je zajištěn potřebný klid. V 50. letech 20. století bílá plenta u pacienta byla chápána jako něco, co umocňuje pocity osamění. Smrt zabstraktněla. V současné době se hledají, a ještě dlouho budou hledat alternativy nového rituálu umírání: ponechat umírajícího doma v kruhu rodiny a zajisti odbornou péči, přijmout rodinu umírajícího do nemocnice, kombinace obou variant, hospicová péče (Kutnohorská, 2007).

Díky vědě a technice se otevřel obrovský prostor pro pokusy o překonání fatální odcizenosti, kdy život nabývá monstrózní podoby, jíž je člověk vydán všanc. Věda a technika sice zaručuje jeho relativní bezpečí při různých úkonech, nejsou však platné tomu, kdo se ptá, jaký dát svému životu řád, aby to mělo smysl (Šimek a Špalek, 2003).

Oddalovat smrt je ušlechtilý a vysoce hodnotný čin. Nebrat na vědomí konečnost lidského osudu je však projevem lidské i profesionální neodpovědnosti, která se vymstí, a to nejméně dvakrát. Poprvé tehdy, když nejsou-li včas a náležitě zohledněny potřeby umírajícího člověka. Tam moc vítězné medicíny končí a je nutná pomoc v podobě paliativní léčby. Podruhé tehdy, bývají-li zdravotníci v dobrém úmyslu hyperaktivní. Jsou totiž školení na vítězný boj s nemocí. Stále intervenují ve prospěch života, který ale nezadržitelně odchází, a používají všechny nejnovější metody a techniky, ale ve své podstatě a prakticky nenechají člověka v klidu zemřít (Haškovcová, 2007).

Tak jako ve většině evropských států i v České republice umírají lidé nejčastěji ve zdravotnických a sociálních zařízeních. Zhruba 20 % úmrtí u nás je v domácím prostředí. Nutno dodat, že převážně se tak děje z důvodů náhlého úmrtí. Pouze 5–10 % úmrtí doma lze označit jako očekávaná. Až 80 % pacientů umírá na chronická

onemocnění či jejich komplikace v nemocnici nebo v zařízeních dlouhodobé péče. V posledních desetiletích se společnost začíná vracet k akceptaci umírání a snaží se umírajícímu a jeho nejbližším poskytnout adekvátní péči, umožňující zajistit co možná nejlepší kvalitu žití v jeho závěru, a to v bio-psycho-socio-spirituální dimenzi (Kisvetrová, 2018).

3.6 Hospicová péče

Pojmenování „hospicová péče“ je převzato z německého *Hospitz* – noclehárna spravovaná církví. Název lze odvodit i z latinského *hospitium* – hostinec, pohostinství, přátelské přijetí. První hospic byl založen v Londýně v roce 1967 zdravotní sestrou Cicely Saunders, jejímž cílem bylo kultivovat péči o umírající (Kutnohorská, 2007).

Hospicovou péči lze definovat jako péči, která se zabývá člověkem na konci jeho života v jeho celistvosti. Znamená to tedy, že má za cíl naplnit všechny jeho potřeby na konci života – potřeby fyzické, psychické (emocionální), sociální a popř. i spirituální. Hospic se snaží nabídnout umírajícímu především úlevu od velké fyzické i psychické bolesti, klidné a důstojné umírání (Kisvetrová, 2018).

Mezi pacienty hospice převažují onkologicky nemocní, a to především proto, že u těchto chorob oproti jiným lze zcela jednoznačně vyjádřit, že kurativní přístup nepřináší žádný pozitivní výsledek. Ne každý nemocný v hospici umírá. Zhruba třetina pacientů se vrací do domácího ošetřování (Marková, 2010).

Existuje řada speciálních hospicových poraden, které nabízejí telefonické, internetové i přímé konzultace pro pacienty, jejich pečující a pozůstalé.

„... když náš milovaný umírá a chce zemřít doma, kolik potřebujeme důkazů pro to, že je nutné zajistit kvalitní a dostupnou domácí péči?“ (O'Connor, Aranda, 2005, s. 21).

3.7 Paliativní péče

Ocitá-li se člověk v těžké životní situaci, kdy je nevléčitelně nemocný, tedy jeho život se krátí, umírá, cílem medicíny je, poskytnout mu takovou péči, která odpovídá jeho bio-psycho-socio-spirituálním potřebám.

Adjektivum „paliativní“ je odvozeno z latinského slova *pallium* = rouška, plášť. Anglické slovo *palliate* znamená mírnit, tišit. Tato etymologie naznačuje, co je úkolem paliativní péče: „zakrýt“ hojivou rouškou účinky nevléčitelné nemoci, či poskytovat plášť těm, kteří byli ponecháni na mrazu, protože jim kurativní (= běžná lékařská) léčba nemůže pomoci (Bužgová, 2015).

Jak uvádí Marková (2010), definic paliativní péče je několik, ale jedno přece jen mají společné. A to je důraz na kvalitu života, řešení obtížných syndromů a specifické potřeby pacientů, kteří jsou příjemci takové péče. Paliativní medicína je celková léčba a péče o nemocné, jejichž nemoc nereaguje na kurativní, tedy běžnou lékařskou léčbu. Nejdůležitější je tlumení nesnesitelných bolestí a dalších symptomů, stejně jako řešení psychologických, sociálních a duchovních potřeb nemocných. Cílem paliativní medicíny je dosažení co nejlepší kvality života nejen nemocných ale i jejich rodin.

Paliativní péči poskytuje specializovaný multidisciplinární tým, vedený lékařem specialistou v oboru paliativní medicína a ve spolupráci s dalším lékařem, středním zdravotnickým personálem, sociálním pracovníkem, klinickým psychologem, spirituálním pracovníkem a dalšími poskytuje konziliární službu u pacientova lůžka (Rusinová, Červenková, Čepelíková a Kopecký, 2018).

Paliativní medicína v České republice dostala svůj prostor po roce 1989. Vůbec první oddělení paliativní péče bylo otevřeno v Babicích nad Svitavou u Brna v roce 1992 v rámci oddělení tuberkulózy a respiračních onemocnění. O vznik prvního samostatného hospice se zasloužila lékařka Marie Svatošová, průkopnice hospicového hnutí v České republice, která v roce 1993 založila občanské sdružení *Ecce homo* pro podporu domácí péče a hospicového hnutí (Polívka, 2018).

Představenstvo České lékařské komory přijalo, jak uvádí Marková (2010, s. 26), v roce 2010 doporučení k postupu při rozhodování o změně léčby intenzivní na léčbu

paliativní u pacientů v terminálním stadiu onemocnění, kteří nejsou schopni vyjádřit svoji vůli. Toto doporučení je zaměřeno na poměrně malé skupiny pacientů hospitalizovaných převážně na jednotkách intenzivní péče, u kterých přes „maximální podpornou léčbu či náhradu orgánových funkcí dochází k trvalému zhoršování stavu a kde vyvolávající příčina či její důsledky nejsou léčebně ovlivnitelné, nebo pacientů v hlubokém bezvědomí bez odůvodněného předpokladu obnovení integrity mozkových funkcí z důvodu přítomnosti známek ireverzibilního poškození centrálního nervového systému.“

3.8 Formy paliativní péče

Kupka (2016) popisuje tyto formy paliativní péče:

- Lůžkový hospic: má mít spíše charakter domácího prostředí, tedy podobat se domovu než nemocnici. Obvykle nabízí jednolůžkové pokoje s přistýlkou pro blízkého umírajícího.
- Domácí hospic: takovouto péči lze realizovat pouze v případě, kdy existuje funkční rodinné zázemí. Představuje optimální formu péče o umírajícího, který je ošetřován v důvěrně známém prostředí. Tato péče může představovat pro rodinu velkou psychickou, fyzickou i ekonomickou zátěž.
- Ambulance paliativní medicíny a konziliární paliativní tým: skládá se minimálně z lékaře, zdravotní sestry a sociálního pracovníka. Přináší expertní znalost paliativní medicíny do ostatních lůžkových zařízení. V tomto případě pacient zůstává na jakémkoli oddělení.
- Oddělení paliativní péče: nabízí v rámci zdravotnického zařízení komplexní péči o nemocné, kteří potřebují komplexnost nemocnice jak pro diagnostiku, tak léčbu.
- Stacionární paliativní péče: funguje tak, že pacient je přijat ráno a odpoledne nebo k večeru se vrací domů. Dopravu zajišťuje buď rodina, nebo hospic.

3.9 Tanatologie

Pro soubor znalostí a dovedností, které jsou spojeny s problematikou umírání a smrti, bývá používán termín thanatologie, a to proto, že v řecké báji se bůh smrtelného spánku a smrti jmenoval Thanatos (Haškovcová, 2007).

Jak popisuje Kelnarová (2007), z pohledu lékařského, psychologického, filozofického, teologického a právního řeší otázky jako klinická smrt, ožívování, pomoc při umírání, stanovení a vysvětlení smrti, zážitky při umírání, víra v posmrtný život a jiné. V USA, kde tanatologie vznikla, podnítil velký zájem o tento obor i fenomén rostoucího pocitu viny za smrt jiných – Hirošima, Nagasaki.

Do multidisciplinárního oboru tanatologie jsou, dle Šiklové (2013), zahrnuty různé další, jako je medicína, biologie, psychologie, psychiatrie, psychoterapie, sociologie, teologie a nepřímo i znalosti z etnografie, zabýváme-li se rozdíly umírání v různých kulturách. Tanatologie byla u nás dlouho zanedbávána a do značné míry tomu tak stále je. Příčinou bylo vytěsnění této problematiky minulým režimem, kdy byl chápán jako málo ateistický a kdy se církve neměly těmito otázkami příliš zabývat. Protože se nyní jedná o otázky existenciální, je samozřejmé, že v tanatologii se můžeme setkat s různými tématy a přístupy k nim u odlišných církví či náboženských vyznání. Ale jako obecná věda je shodná pro všechny. Tanatologie zahrnuje i praktické rady. Kromě způsobů péče o umírající je návodem, jak řešit problémy pozůstalých: psaní závěti, jednání s institucemi, pohřebními ústavami aj.

4 EUTANAZIE

Pojem eutanazie byl již zmíněn v první kapitole, ale protože jde o hlavní téma bakalářské práce, je mu vyčleněna tato kapitola.

Eutanazie je velmi komplexní téma týkající se medicínské legislativy, bioetiky a filozoficko-náboženských úvah. Diskuze se postupně modifikují a rozvětvují především vlivem neustálého pokroku medicíny, jejich možností, vlivem stárnutí populace ve vyspělých zemích, zvyšováním autonomie jedinců/pacientů, jejich nároky na životní styl, osobní úroveň a důstojnost. Rozhodování a přání pro dobu budoucí jsou ovlivňovány multikulturním prostředím, snahou žít a aktivně dožít svůj vlastní život bez stresu, bolesti a utrpení. Podle filozoficko-náboženského přesvědčení v případě, že jedinec považuje toto své základní právo i zásadní přání na nadále neuskutečnitelné a svůj další život za subjektivně nepřijatelný, zvažuje i aktivní odchod z tohoto světa, často tzv. do „jiné reality“ (Drábková a Hájková, 2018).

4.1 Přístroje místo nás

Jediná smrt, proti níž doposud nebyl nalezen lék, je smrt mozková – mozek nelze znova nastartovat tak, aby fungoval. Co však lze, je udržovat srdeční činnost a spontánní (mimovolní) dýchání za pomoci tracheostomie (vývod průdušnice), někdy i s podporou umělého dýchání, a to s častým odsáváním hlenů. Samozřejmostí současné medicíny je v tomto stavu i sofistikovaná umělá výživa. Pochopitelně, že za takových okolností se dá okamžik, kdy člověk vydechne naposledy, oddálit na měsíce i dlouhé roky.

V souvislosti s výše uvedeným Chaussoy (2005, s. 100) předkládá otázky a názory typu: „Tak kdo je vlastně živý a kdo je mrtvý? Je třeba odpojovat ony skvělé „aparatury na život“? Proč a za jakých okolností kdo rozhodne? Zákon jasně říká: „Žádná nemístně neústupná vytrvalost“. Kdo ale určí, kdy je vytrvalost nemístná a kdy nikoli? Jak docílit jednotného názoru?“

4.2 Přestat léčit, dovolit umřít

Mnoho pacientů jistě může zbytečně trpět tím, že žijí déle, než tomu bylo dříve, a to díky dnešní vyspělé medicíně. Bohužel, mnoho lékařů se stále domnívá, že je vždy žádoucí využít všech dostupných prostředků v boji o život či k jeho prodlužování. Nutno ale dodat, že lékař je mnohdy k takovému stanovisku tlačěn samotným pacientem, který chce přežít za každou cenu s vyzkoušením všech dostupných možností, aniž by si dokázal představit, co bude muset podstupovat. A podobný nátlak v některých případech vyvíjí i pacientova rodina. Za všemi těmito okolnostmi můžeme hledat více motivů. Lékař se například může obávat odpovědnosti za smrt pacienta, velká část lékařů ji chápe jako vlastní prohru a někdy může být užití všech život udržujících prostředků nejjednodušším řešením v tom smyslu, že se lékař vyhne těžkému rozhodování o možnostech další léčby (Kupka, 2014).

O tom, za jakých okolností může lékař nechat pacienta zemřít v jeho terminálním stavu choroby, shody společnosti zatím dosaženo nebylo, je předmětem debaty. Pokud bychom tedy dále označovali neposkytnutí povinné péče a ponechání pacienta zemřít formou pasivní eutanazie, debata by nemohla dospět ke zdárnému konci (Šimek, 2015).

4.3 Eutanazie – argumentace pro

Ptáček, Bartůněk et al. (2012, s. 121-122) uvádění tyto argumentace pro:

- *Prodlužovat život za každou cenu se stává obsesí moderní medicíny. Lékaři by měli přijmout odpovědnost za vznik technologií, umožňujících neustálé prodlužování života dál a dál. K těmto technologiím patří i uzákonění šance na eutanazii.*
- *Důraz na autonomii člověka znamená: Můj život mi patří jako jakákoli jiná věc, tedy mohu si s ním dělat, co chci a je mým právem rozhodnout, kdy, kde a za jakých okolností zemřu.*
- *Strach ze ztráty důstojnosti či za nezbytečné prodlužování bolesti, strach ze ztráty kontroly nad sebou, strach ze života příliš dlouhého. Existuje dobré a špatné umírání. Pokud jde o tu druhou variantu, měl by mít pacient právo je aktivně zkrátit.*

- *Eutanazie tu vždy byla*, je proto lépe ji regulovat cestou zákona.

Čeledová a Holčík (2017, s. 159) uvádějí tyto argumentace pro:

- strach z nesnesitelné bolesti;
- ztráta lidské důstojnosti;
- strach z opuštěnosti;
- strach ze ztráty kontroly nad sebou;
- strach z bezmoci;
- strach ze zátěže pro rodinu a okolí.

Doktor Jack Kevorkian (1928–2011, Michigan), později přezdívaný jako doktor Smrt byl člověk, který věřil ve své poslání a chtěl pomáhat lidem dobrovolně odejít z tohoto světa. Smrt ho fascinovala a vždy ji viděl jako přirozenou součást života. Často zmiňoval právo na důstojnou smrt. „Od doby, kdy jsem viděl trpící pacienty, jsem stále cítil, že lidé mají právo zemřít“. MUDr. Kevorkian propagoval eutanazii jako „dobrou“ či „šťastnou“ smrt. Neměl k dispozici sofistikované a drahé přístroje, pracoval se soustavou nástrojů pro domácnost. Za necelých třicet dolarů tak sestrojil přístroj, který ukončoval život rychle, tiše a bezbolestně. Nazval jej sebevražedným nástrojem „Mercitron“ (*mercy = slitování, milosrdenství*). Událostí, která jej k tomu přiměla, bylo fatální utkání jistého zápasníka, posléze smrtelně nemocného, nehybného pacienta, který žádal, aby byl odpojen od přístrojů fungujícího za něj (Brovinsová a Oehmke, 1996).

Přístroj Mercitron byl připraven k použití v roce 1989. Týž rok Kevorkian provedl první asistovanou sebevraždu u pacientky trpící Alzheimerovou chorobou. Stal se tak velmi kontroverzním. Ve svých činech pokračoval dál s následkem opakovaných soudních procesů, jeho věznění a propuštění. Jak známo, měl se podílet na zhruba 130 sebevražďách.

Ukázalo se, že 60 % jeho pacientů, kterým dopomohl ke smrti, nebylo nevléčitelně nemocných a trpících bolestí, ale velká část z nich byli lidé osamělí a nešťastní (Ptáček, Bartůňek et al., 2012). Problematika k dalšímu zamyšlení...

4.4 Eutanazie – argumentace proti

Ptáček, Bartůněk et al. (2012, s. 122-124) uvádějí tyto argumentace proti:

- *Právo zabít jednoho člověka jiným člověkem, byť na jeho vlastní žádost, neexistuje.*
- *Jednotlivé kazuistiky (popisy příběhů nevléčitelně nemocných, trpících, se ztrátou kvality života, neschopných cokoliv udělat, prosících o usmrcení) působí přesvědčivě a v mnoha případech nelze uvést ani jeden argument proti zavedení eutanazie. Argumenty kazuistik jsou obecně velmi odlišné a mají svoji váhu na obou stranách sporu. Ovšem sporné případy tvoří špatné zákony.*
- *Uzákoněním eutanazie se dostaneme do „kluzkého svahu“. Bylo by naivní domnívat se, že společnost pak bude ochotna investovat do výzkumu paliativní léčby. Nehledě na to, že takové uzákonění se může stát silným vzkazem mladé generaci...*
- *Ať je eutanazie cokoli, určitě není „důstojnou smrtí“. Proč by měla být? Významným příspěvkem k vyřešení tohoto problému je kvalitní paliativní medicína a hospicová péče. Jinak řečeno, utrpení pacienta nemůžeme zbavit tím, že ho zabijeme.*
- *Umírající je vulnerabilní, může být okolím k rozhodnutí pro eutanazii manipulován a míra jeho autonomie je vždy sporná.*
- *Volání po eutanazii je znamením, že nějaký rozměr pacienta není dostatečně, komplexně ošetřen. Člověk je přece mnohorozměrná bytost podle známého rozdělení bio-psycho-socio-spirituální entity. Odtud se odvíjejí i čtyři typy bolesti, a všechny mají různé stupně; fyzický i spirituální.*

Čeledová a Holčík (2017, s. 159) uvádějí tyto argumentace proti:

- *Eutanazie ovlivňuje nejen pacienta ale i jeho okolí.*
- *Odpovědí na dlouhé umírání je paliativní a hospicová péče.*
- *Eutanazie nemůže být nikdy regulována.*
- *Eutanazii můžeme přirovnat ke strmému svahu, na který, když někdo vstoupí, tak začne sestupovat níže a níže. Tím je řečeno, že okruh usmrcených se začne rozšiřovat o další zranitelné skupiny.*
- *A mezi důvody proti na vykonání eutanazie se může zařadit např. ekonomický tlak.*

5 SITUACE V ČESKÉ REPUBLICE

5.1 Legislativa

Každý lékař vykonávající lékařské povolání na území České republiky musí být ze zákona členem České lékařské komory (dále jen ČLK) a je povinen dodržovat Etický kodex ČLK, který praví: „Úkolem lékaře je chránit zdraví a život, mírnit utrpení, a to bez ohledu na národnost, rasu, barvu pleti, náboženské vyznání, politickou příslušnost, sociální postavení, sexuální orientaci, věk, rozumovou úroveň a pověst pacienta či osobní pocity lékaře. Ten nemá prodlužovat utrpení nemocného s nevléčitelnou chorobou, avšak eutanazie a sistovaná sebevražda jsou nepřístupné a projevem selhání. Dnes lze zajistit takovou péči v léčení bolestí a ostatních fyzických symptomů, psychického, sociálního a duchovního utrpení tak, aby k žádosti o usmrcení nemuselo docházet.“ Eutanazie je v České republice trestný čin a je hodnocena jako vražda. (Ptáček, Bartůněk et al., 2012, s. 17).

Pokus o změnu – rok 2008

Zastánci eutanazie oficiálně navrhli její uzákonění. Návrh zákona, který měl do českého právního řádu zavést pojem důstojná smrt neboli eutanazie, připravila senátorka Václava Domšová (1957–2014). Zákon měl umožnit nevléčitelně nemocným trpícím lidem možnost ukončit svůj život cestou asistované sebevraždy, nebo aktivní eutanazie. Navrhovatelka předložila koncept, který měl dát pacientovi nacházejícího se ve stavu trvalého fyzického a psychického utrpení možnost, aby si sám za pomoci lékaře mohl sám zvolit důstojnou smrt. V návrhu byla ošetřena i taková eventualita, kdy si lidé mohli o eutanazii požádat předem, budou-li se v budoucnu nacházet ve stavu nezměnitelného bezvědomí (vigilním kómatu), tedy by nebyli schopni sami vyjádřit svoji vůli. Žádost o eutanazii měla být součástí pacientovi dokumentace s tím, že ji mohl vzít kdykoli zpět (Ministerstvo vnitra české republiky, 2008).

6 SITUACE V ZAHRANIČÍ

6.1 Minulost

Spojené státy americké

První Národní společnost pro legalizaci eutanazie byla založena v roce 1938 a k jejím členům patřili i významní lékaři, právníci a spisovatelé. První zákon, který předložila, navrhoval eutanazii v případech narození defektních novorozenců než pro pacienty, kteří se nacházeli v terminálním stavu nemoci. Zpočátku se tedy orientovala na nevyžádané usmrcení. To se však setkalo s takovou nevolí, že už následující rok Národní společnost omezila svůj cíl na vyžádanou eutanazii (Pollard, 1996).

Velká Británie

Společnost pro nevyžádanou eutanazii byla založena v roce 1930, později svůj název změnila na Exit. Jejím současným oficiálním cílem je legalizace vyžádané eutanazie, ale v jejích písemných prohlášeních se opakovaně objevuje poukazování na žádoucí nevyžádané usmrcování. Od roku 1936 byly v Anglii předloženy tři návrhy zákona k legalizaci eutanazie, žádný však neprošel (Pollard, 1996).

Evropa

Evropská asociace pro paliativní péči prohlásila v roce 1994 provádění eutanazie za neetické a přičítá se nejlepším principům péče o ty, kteří čelí život ohrožující nemoci (Pollard, 1996).

Austrálie

Návrh zákona, který by povolil legalizaci vyžádané eutanazie a za určitých okolností také nevyžádané, byl předložen parlamentu v roce 1993. Tento návrh byl vzhledem k síle opozičních hlasů stažen (Pollard, 1996).

6.2 Současnost

Ze států Evropské unie lze do výčtu těch, které umožnily díky přesně definovaným zákonným opatřením přijmout eutanazii, lze zařadit pouze Holandsko, Belgie a Lucembursko. Ve Švýcarsku je legální asistovaná sebevražda. Mezi státy mimo Evropskou unii, kde je eutanazie možná, patří Japonsko, které k ní má však svébytný

přístup. Ve Spojených státech amerických je možné provádět asistovanou sebevraždu za přesně definovaných podmínek. A to pouze ve státech Oregon, Washington a Montana (Kupka, 2014).

Čeledová a Holčík (2017, s. 159-160) uvádějí přehled těchto zemí s legalizovanou s eutanazií nebo asistovanou sebevraždou:

Belgie – od roku 2002 je v této zemi eutanazie legalizovaná. A v roce 2014 byl přijat zákon o eutanazii pro nezletilé. O asistovanou sebevraždu tak zde mohou požádat děti mladší 12 let se souhlasem jejich rodičů, a to jako v jediné zemi na světě. Lékaři předkládají žádosti komisi, která posuzuje jejich oprávněnost a splnění podmínek daných zákonem.

Lucembursko – zde byla eutanazie povolena v roce 2009, trvalo to tedy delší dobu než ve zbývajících zemích Beneluxu, přestože podmínky provádění jsou shodné.

Nizozemsko – v roce 1982 byla přijata Rotterdamská kritéria, která zaručovala lékařům beztrestnost, pokud dodrželi následující:

- Pacient musí být kompetentní a jeho žádost dobrovolná, jasná a opakovaná.
- Pacient musí být ve stavu nesnesitelného utrpení a pro utišení tohoto utrpení neexistuje žádná alternativa.
- Eutanazii musí provést pouze lékař a do rozhodovacího procesu musí být zahrnut další lékař, který má s prováděním eutanazie praxi.

Zákon přijatý v roce 2002 eutanazii legalizoval a v současné době je povolena pro nezletilé od 12 let.

Švýcarsko – legalizovaný přístup k eutanazii oproti jiným zemím je odlišný v tom, že zde je povolena asistovaná sebevražda.

USA – na federální úrovni je eutanazie nelegální, ovšem asistovaná sebevražda je povolena ve státech: Oregon (1998), Washington (2008), Vermont (2013).

Kanada – od roku 2016 je zde povolena asistovaná sebevražda Nejvyšším soudem za daných podmínek.

7 METODIKA

Téma výzkumného šetření

Tématem výzkumného šetření je eutanazie a s ní další, úzce související témata jako: umírání, bolest, nevyléčitelná nemoc, smrt, hospicová péče, legalizace eutanazie u nás a ve světě, a to z pohledu žáků středních škol a lidí o generace starších.

Cíl práce

Cílem práce je zjistit, jaké povědomí o eutanazii mají lidé napříč generacemi, jak ji vnímají a zdali mezi nimi existují názorové rozdíly na tuto problematiku, úzce související s pojmy jako je umírání, bolest, hospicová péče, smrt atd. Pakliže ano, v čem tedy lze tyto rozdíly spatřovat.

Výzkumné otázky

Výzkumná otázka č. 1: Jaké představy mají lidé o pojmu eutanazie a úvahy o ní na základě jejich životních zkušeností?

Výzkumná otázka č. 2: Jaké je mezi lidmi povědomí o legalizaci eutanazie v jiných zemích a jaké názory sdílejí na její uzákonění v ČR?

Výzkumná otázka č. 3: Jaké je mezi lidmi povědomí o pojmu hospicová péče a představy o takové péči?

Výzkumná otázka č. 4: Jak by se lidé zachovali v případě jejich nevyléčitelné nemoci, trvalé bolesti a odkázání na péči druhých?

Výzkumná otázka č. 5: Jaká existuje souvislost mezi eutanazií a náboženstvím?

Výzkumná otázka č. 6: Jak lidé smýšlejí o smrti?

Předpoklady k výzkumným otázkám

Předpoklad č. 1: Představy o pojmu eutanazie a úvahy o ní na základě životních zkušeností budou rozdílné u žáků středních škol oproti jejich rodičům a prarodičům.

Předpoklad č. 2: Názory na uzákonění eutanazie v ČR a povědomí o její legalizaci v jiných zemích a názory na její uzákonění v ČR budou odlišné u žáků středních škol oproti jejich rodičům a prarodičům.

Předpoklad č. 3: Povědomí o pojmu hospicové péče budou mít především rodiče, méně pak prarodiče a nejméně bude znám žákům středních škol. Podobně na tom budou představy o takové péči.

Předpoklad č. 4: O situaci, kdy se člověk ocitá ve stavu nevléčitelně nemocného s postupným umíráním žáci středních škol nebudou přemýšlet, rodiče nebudou mít jasnou odpověď a prarodiče si budou přát svůj život co nejdříve ukončit.

Předpoklad č. 5: Eutanazie s náboženstvím souvisí; věřící lidé o sobě nemohou rozhodnout, jsou v rukách Božích či jiných...

Předpoklad č. 6: Studenti a prarodiče berou smrt jako přirozenou součást života, rodiče ze smrti mají obavy a strach.

Způsob výzkumného šetření

Pro výzkumné šetření bylo využito metody dotazníku, jde tedy o kvantitativní šetření. Dotazník obsahoval deset otázek jak uzavřených, tak otevřených – viz Příloha č. 1. Osloveni byli žáci středních škol napříč odbornému zaměřením, jejich rodiče, prarodiče a popř. i praprarodiče, kteří by projevili zájem dotazník vyplnit. Celkem bylo distribuováno 150 dotazníků každé generaci.

8 VYHODNOCENÍ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

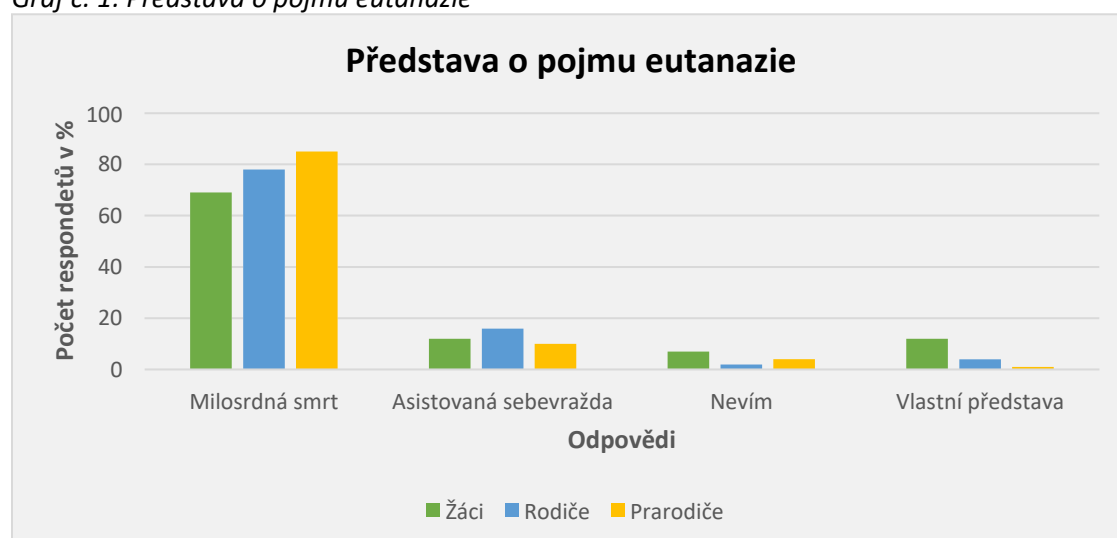
Návratnost řádně vyplněných dotazníků byla 75 %, tedy 113 dotazníků. Dotazníky tak vyplnilo 113 žáků středních škol ve věku 15–19 let, 113 rodičů ve věku 33–54 let a 113 prarodičů ve věku 66–84 let. Nikdo z prarodičů neprojevil zájem dotazník vyplnit. Odpovědi na otevřené otázky – viz příloha č. 2 jsou citovány doslova, tedy včetně gramatických a pravopisných chyb. Odpovědi na otázky z vyplněných dotazníků jsou zpracovány v tabulkách a pomocí grafů.

Otázka č. 1: Co si představujete pod pojmem eutanazie?

Tabulka č. 1: Představa o pojmu eutanazie

Odpověď	Žáci		Rodiče		Prarodiče	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
Milosrdná smrt	78	69	88	78	96	85
Asistovaná sebevražda	14	12	18	16	11	10
Nevím	8	7	2	2	5	4
Vlastní představa	13	12	5	4	1	1

Graf č. 1: Představa o pojmu eutanazie



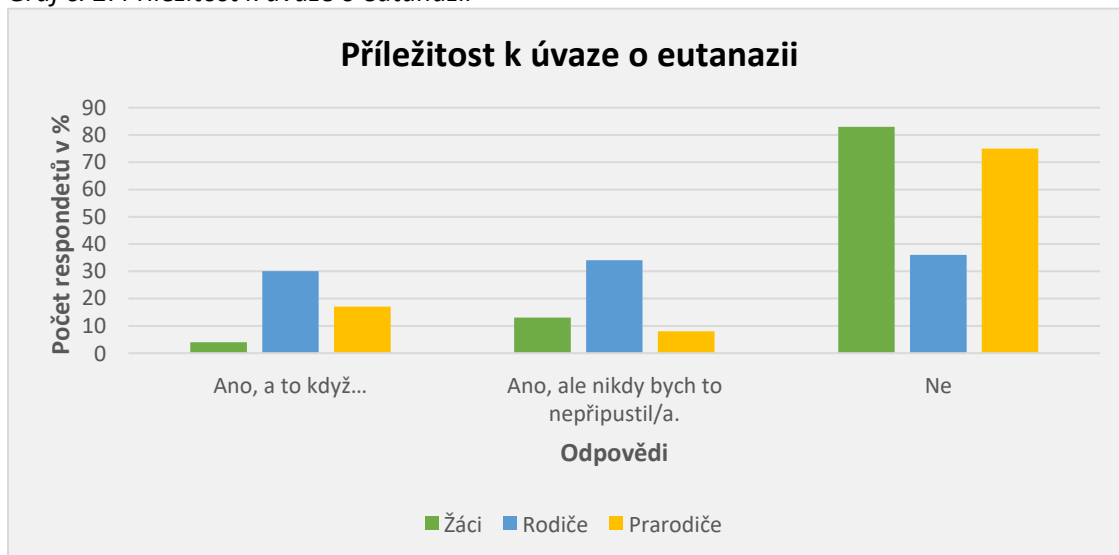
Pod pojmem eutanazie si 69 % žáků, 78 % rodičů a 85 % prarodičů představovalo milosrdnou smrt. 12 % žáků, 16 % rodičů a 10 % prarodičů ji považovalo za asistovanou sebevraždu. O pojmu eutanazie nemělo ponětí 7 % žáků, 2 % rodičů a 4 % prarodičů. Vlastní představu mělo 12 % žáků, 4 % rodičů a 1 % prarodičů – viz příloha č. 2.

Otázka č. 2: Nacházeli jste se Vy či Vaši blízcí v situaci, kdy jste o eutanazii přemýšleli?

Tabulka č. 2: Příležitost k úvaze o eutanazii

Odpověď	Žáci		Rodiče		Prarodiče	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
Ano, a to když...	5	4	34	30	19	17
Ano, ale nikdy bych to nepřipustil/a.	15	13	38	34	9	8
Ne	93	83	41	36	85	75

Graf č. 2: Příležitost k úvaze o eutanazii



Příležitost k úvahám o eutanazii byla zjištěna u 4 % žáků, 30 % rodičů a 17 % prarodičů. 13 % žáků, 34 % rodičů a 8 % prarodičů sice příležitost k takovým úvahám

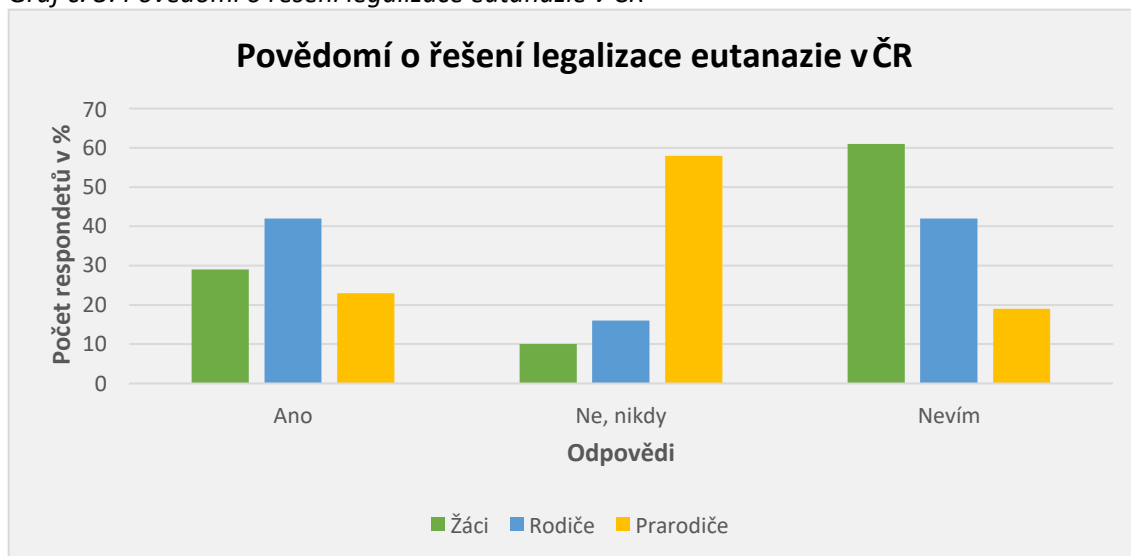
mělo ale bez přípustnosti eutanazie. 83 % žáků, 36 % rodičů a 75 % prarodičů se nenacházela v situacích, kdy by eutanazie byla zvažována.

Otázka č. 3: Řešila se někdy v ČR legalizace eutanazie?

Tabulka č. 3: Povědomí o řešení legalizace eutanazie v ČR

Odpověď	Žáci		Rodiče		Prarodiče	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
Ano	33	29	48	42	26	23
Ne, nikdy	11	10	18	16	66	58
Nevím	69	61	47	42	21	19

Graf č. 3: Povědomí o řešení legalizace eutanazie v ČR



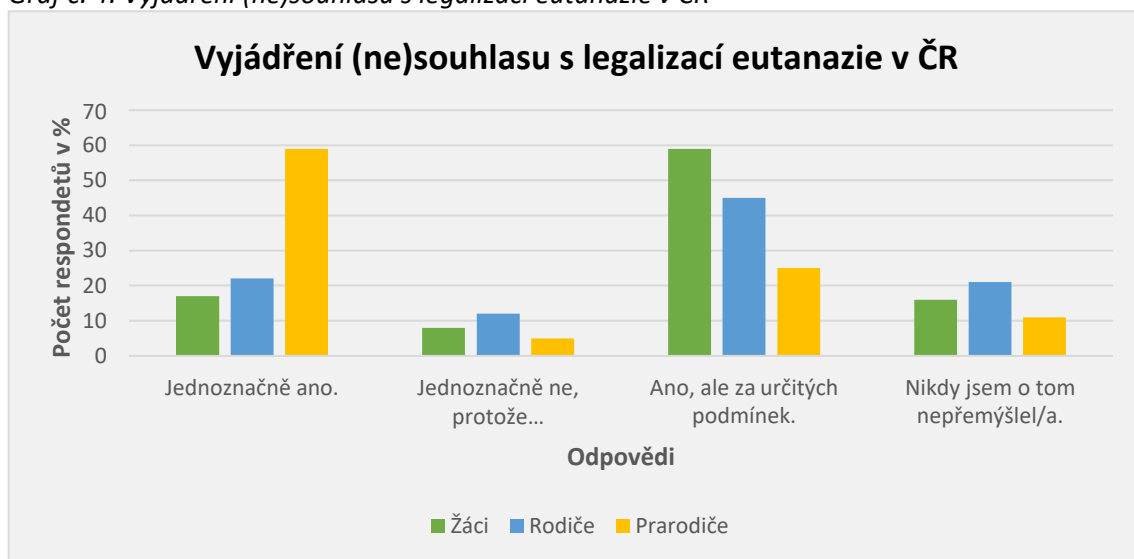
Znalost o tom, zdali byla někdy řešena legalizace eutanazie v ČR mělo 29 % žáků, 42 % rodičů a 23 % prarodičů. Oproti tomu 10 % žáků, 16 % rodičů a 58 % prarodičů tvrdilo opak, tedy že nikdy. Odpověď „nevím“ se vyskytovala u žáků v 61 %, u rodičů ve 42 % a u prarodičů v 19 %.

Otázka č. 4: Souhlasil/a byste s legalizací eutanazie v ČR?

Tabulka č. 4: Vyjádření (ne)souhlasu s legalizací eutanazie v ČR

Odpověď	Žáci		Rodiče		Prarodiče	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
Jednoznačně ano.	19	17	25	22	67	59
Jednoznačně ne, protože...	9	8	13	12	5	5
Ano, ale za určitých podmínek.	67	59	51	45	28	25
Nikdy jsem o tom nepřemýšlel/a.	18	16	24	21	13	11

Graf č. 4: Vyjádření (ne)souhlasu s legalizací eutanazie v ČR



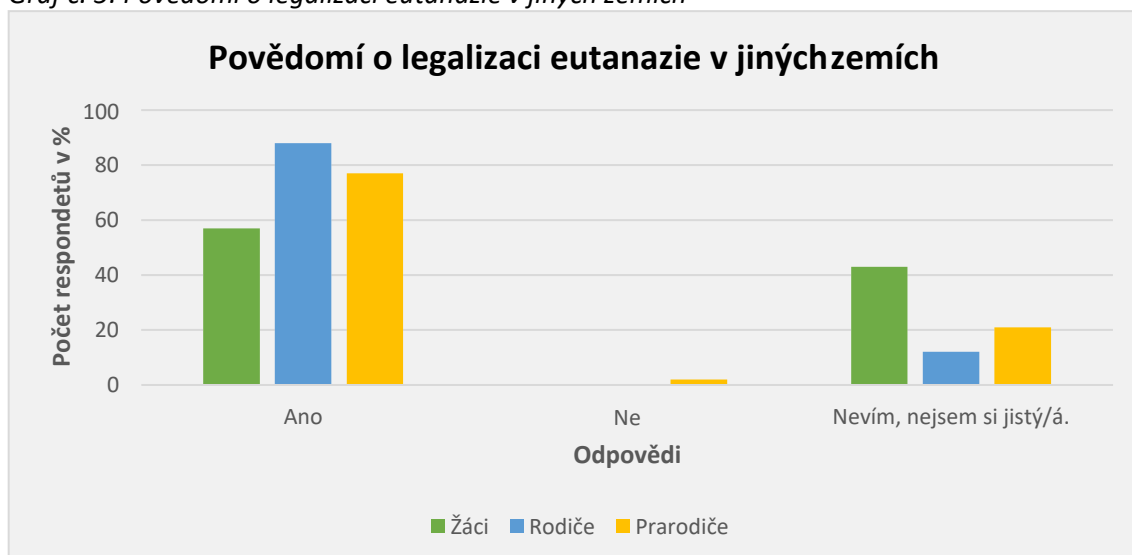
S legalizací eutanazie jednoznačně souhlasilo 17 % žáků, 22 % rodičů a 59 % prarodičů. S legalizací eutanazie jednoznačně nesouhlasilo s možností udání důvodů 8 % žáků, 12 % rodičů a 5 % prarodičů. S legalizací eutanazie za určitých podmínek souhlasilo 59 % žáků, 45 % rodičů a 25 % prarodičů. Nikdy o legalizaci eutanazie nepřemýšlelo 16 % žáků, 21 % rodičů a 11 % prarodičů.

Otázka č. 5: Je (jsou) země, kde je eutanazie legální?

Tabulka č. 5: Povědomí o legalizaci eutanazie v jiných zemích

Odpověď	Žáci		Rodiče		Prarodiče	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
Ano	64	57	99	88	87	77
Ne	0	0	0	0	2	2
Nevím, nejsem si jistý/á.	49	43	14	12	24	21

Graf č. 5: Povědomí o legalizaci eutanazie v jiných zemích



Povědomí o legalizaci eutanazie v jiných zemích mělo 57 % žáků, 88 % rodičů a 77 % prarodičů. Pouhá 2 % prarodičů popřela legalizaci eutanazie v jiných zemích. Jistých si nebylo 43 % žáků, 12 % rodičů a 21 % prarodičů. Všechny generace spíše věděli, že existují země, kde je legalizace eutanazie legální, ale jen někteří je dokázali jmenovat či jen tipovat.

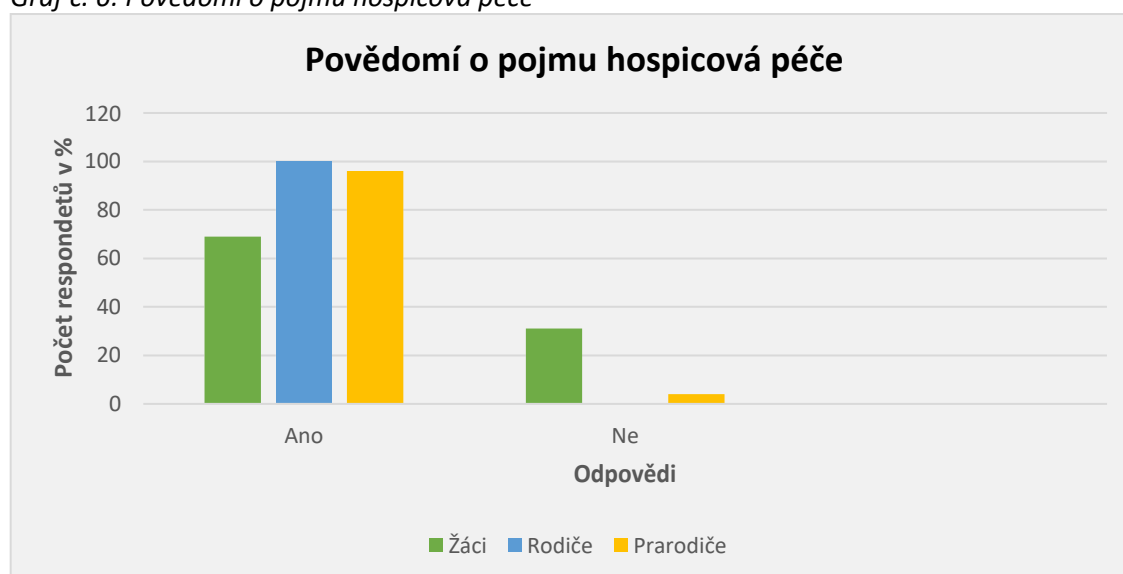
Napříč generacemi byly nejčastěji uváděny tyto země: Švýcarsko, následovalo Holandsko, pak Belgie, státy USA a sporadicky Lucembursko a Kanada.

Otázka č. 6: Setkal/a jste se někdy s pojmem hospicová péče?

Tabulka č. 6: Povědomí o pojmu hospicová péče

Odpověď	Žáci		Rodiče		Prarodiče	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
Ano	78	69	113	100	108	96
Ne	35	31	0	0	5	4

Graf č. 6: Povědomí o pojmu hospicová péče



S pojmem hospicová péče se setkalo 69 % žáků, 100 % rodičů a 96 % prarodičů.

Záporná odpověď se vyskytla v 31 % u žáků a ve 4 % u prarodičů.

Otázka č. 7: Co si představujete pod pojmem hospicová péče?

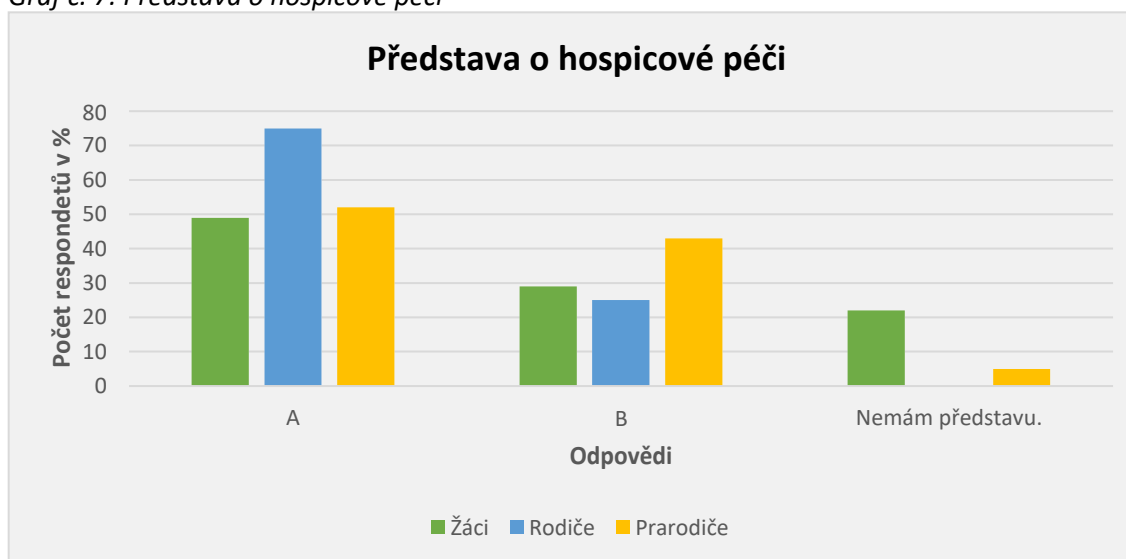
Tabulka č. 7: Představa o hospicové péči

Odpověď	Žáci		Rodiče		Prarodiče	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
A	55	49	85	75	59	52
B	33	29	28	25	49	43
Nemám představu.	25	22	0	0	5	5

A = Péče v prostředí připomínající domácí, s profesionálním personálem pro důstojné dožití.

B = Podobná péče a prostředí jako v nemocnici či v jiném sociálním zařízení s pečovatelskou službou.

Graf č. 7: Představa o hospicové péči



Hospicovou péči přirovnalo k té domácí, navíc s profesionálním personálem, 49 % žáků, 75 % rodičů a 52 % prarodičů. Rovnocenné srovnání hospicové péče s nemocniční či s péčí v jiném sociálním zařízení uvedlo 29 % žáků, 25 % rodičů a 43 % prarodičů. Představu o takové péči nemělo 22 % procent žáků a 5 % prarodičů.

Otázka č. 8: Kdybyste byl/a nevléčitelně nemocný/á, trpěl/a bolestmi a byl/a odkázaný/á na péči druhých s vědomím dlouhého umírání, jak byste uvažoval/a?

Tabulka č. 8: Osobní vnímání umírání

Odpověď	Žáci		Rodiče		Prarodiče	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
A	44	39	39	35	67	59
B	4	3	9	8	5	5
C	45	40	15	13	23	20
D	20	18	50	44	18	16

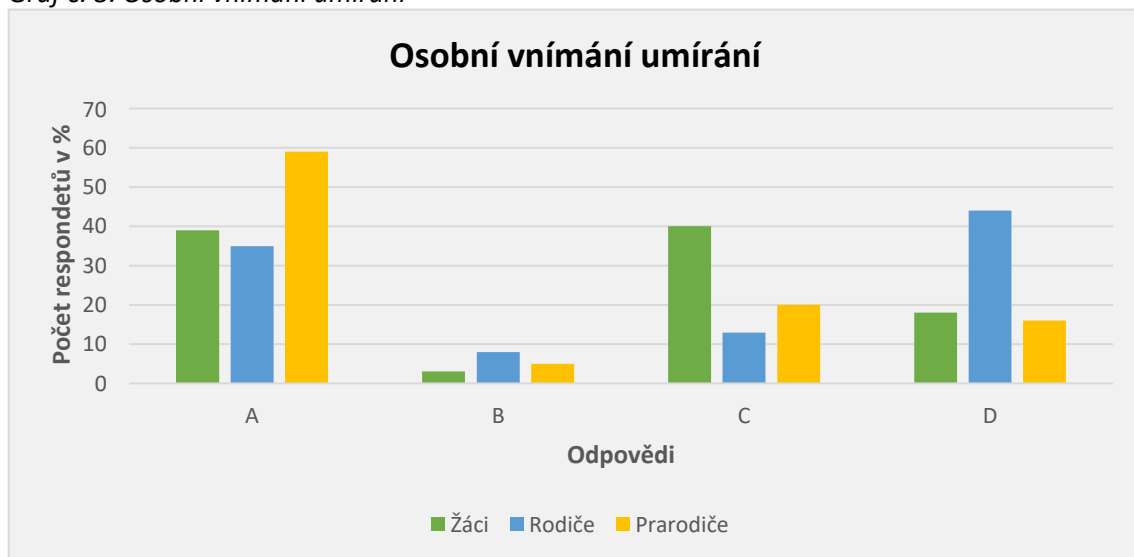
A = Přál/a bych si co nejdříve život ukončit.

B = Život mi nebyl dán, nemám tedy právo si jej vzít.

C = Doufal/a bych v uzdravení – i zázraky se dějí.

D = Takovou situaci si neumím představit, takže nevím, jak bych přemýšlel/a.

Graf č. 8: Osobní vnímání umírání



Přání život co nejdříve ukončit v případě nevléčitelné nemoci s odkázaním na péči druhých a dlouhým umíráním uvedlo 39 % žáků, 35 % rodičů a 59 % prarodičů. S názorem, že život nám nebyl dán, tedy nemáme právo si jej vzít, se ztotožnily 3 %

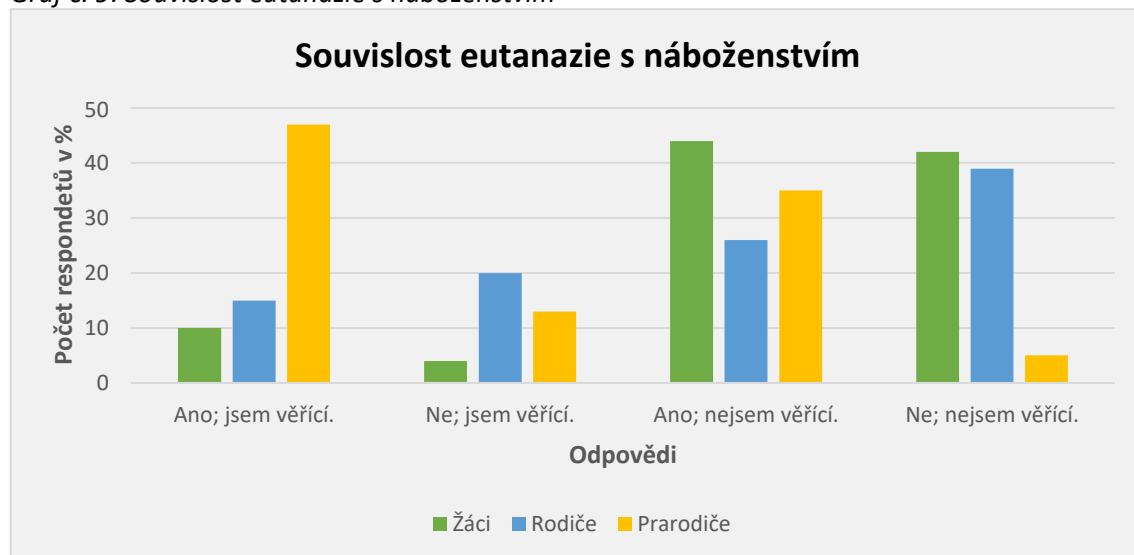
žáků, 8 % rodičů a 5 % prarodičů. V uzdravení a zázrak doufalo 40 % žáků, 13 % rodičů a 20 % prarodičů. Takovou situaci si neumělo představit 18 % žáků, 44 % rodičů a 16 % prarodičů.

Otázka č. 9: Souvisí podle Vás eutanazie s náboženstvím?

Tabulka č. 9: Souvislost eutanazie s náboženstvím

Odpověď	Žáci		Rodiče		Prarodiče	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
Ano; jsem věřící.	11	10	17	15	53	47
Ne; jsem věřící.	4	4	23	20	15	13
Ano; nejsem věřící.	50	44	29	26	40	35
Ne; nejsem věřící.	48	42	44	39	5	5

Graf č. 9: Souvislost eutanazie s náboženstvím



Názor na to, že eutanazie souvisí s náboženstvím, mělo 10 % žáků, 15 % rodičů a 47 % prarodičů; všichni věřící. Totéž uvedlo 44 % žáků, 26 % rodičů a 35 % prarodičů; všichni

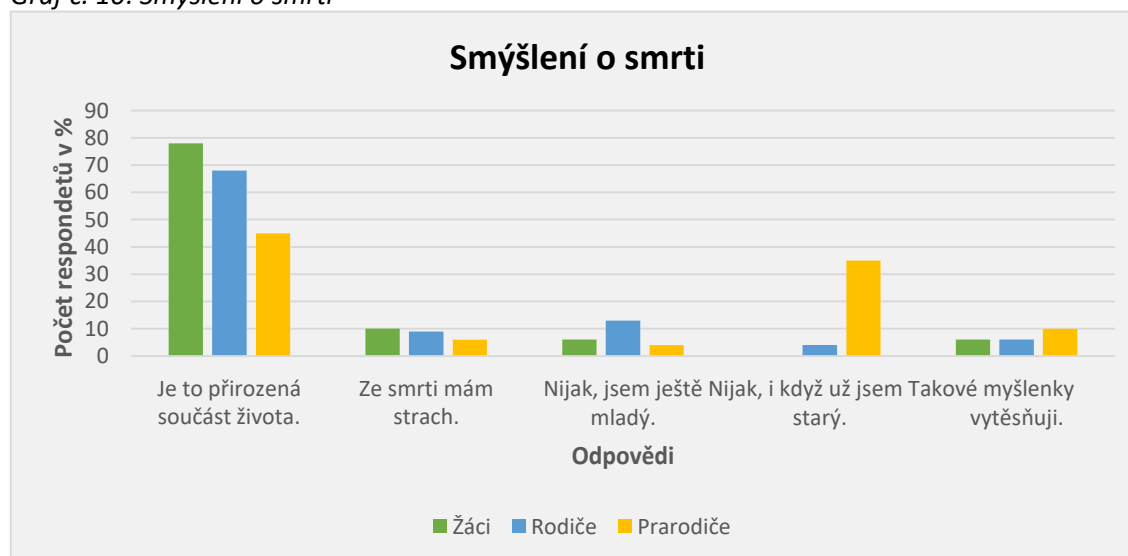
nevěřící. Názor, že eutanazie nesouvisí s náboženstvím, mělo 4 % žáků, 20 % rodičů a 13 % prarodičů; všichni věřící. Totéž uvedlo 42 % žáků, 39 % rodičů a 5 % prarodičů; všichni nevěřící.

Otázka č. 10: Jak smýšlíte o smrti?

Tabulka č. 10: Smýšlení o smrti

Odpověď	Žáci		Rodiče		Prarodiče	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
Je to přirozená součást života.	88	78	77	68	51	45
Ze smrti mám strach.	11	10	10	9	7	6
Nijak, jsem ještě mladý.	7	6	15	13	5	4
Nijak, i když už jsem starý.	0	0	5	4	39	35
Takové myšlenky vytěšňuji.	7	6	4	6	11	10

Graf č. 10: Smýšlení o smrti



Smrt jako přirozenou součást života vnímá 78 % žáků, 68 % rodičů a 45 % prarodičů. Souhlasnou odpověď na otázku strachu ze smrti mělo 10 % žáků, 9 % rodičů a 6 % prarodičů. O smrti nepřemýšlelo, protože se cítí mladí 6 % žáků, 13 % rodičů a 4 % prarodičů. O smrti nepřemýšlela, i když už se cítí staří, 4 % rodičů a 35 % prarodičů. Myšlenky na smrt vytěsnilo 6 % žáků, 6 % rodičů a 10 % prarodičů.

8.1 Vyhodnocení předpokladů k výzkumným otázkám

Níže uvedené závěry vycházejí pouze z absolutních/relativních činností, předpoklady nebyly statisticky vyhodnocovány.

Předpoklad č. 1: Představy o pojmu eutanazie a úvahy o ní na základě životních zkušeností budou rozdílné u žáků středních škol oproti jejich rodičům a prarodičům.

Tento předpoklad se potvrdil. Žáci středních škol nejméně považovali eutanazii za milosrdnou smrt oproti jejich rodičům a především prarodičům, a nejvíce tak popsali vlastní představu. Také jen velmi malé procento z nich se nacházelo v životní situaci, kdy o eutanazii přemýšlelo.

Předpoklad č. 2: Názory na uzákonění eutanazie v ČR a povědomí o její legalizaci v jiných zemích a názory na její uzákonění v ČR budou odlišné u žáků středních škol oproti jejich rodičům a prarodičům.

Tento předpoklad se potvrdil. Téměř polovina žáků středních škol si nebyla jista legalizací eutanazie v jiných zemích na rozdíl od převážné většiny rodičů a prarodičů. Nejmladší generace také nejméně vyjádřila jednoznačný souhlas s uzákoněním eutanazie v ČR a nejvíce se přikláněla k volbě ano, ale za určitých podmínek.

Předpoklad č. 3: Povědomí o pojmu hospicové péče budou mít především rodiče, méně pak prarodiče a nejméně bude znám žákům středních škol. Podobně na tom budou představy o takové péči.

Tento předpoklad se potvrdil. S pojmem hospicová péče se setkalo plných 100 % rodičů, méně pak prarodičů a nejméně byl znám žákům. Nejvíce se s takovou představou o hospicové péči, která se snaží přiblížit té domácí, navíc s profesionálním personálem, ztotožnili rodiče. Představu neměli pouze žáci a mizivé procento prarodičů.

Předpoklad č. 4: O situaci, kdy se člověk ocitá ve stavu nevléčitelně nemocného s dlouhým umíráním žáci středních škol nebudou přemýšlet, rodiče nebudou mít jasnou odpověď a prarodiče si budou přát svůj život co nejdříve ukončit.

Tento předpoklad se nepotvrdil. U žáků překvapivě převládala naděje v uzdravení, následovalo přání život co nejdříve ukončit a nejméně bylo těch, kteří si takovou situaci neuměli představit, tedy o tom nepřemýšleli. I tato odpověď byla zaznamenána nejvíce u rodičů, o něco méně z nich si přáli život co nejdříve ukončit, následovala víra v uzdravení. Oproti tomu prarodiče skutečně potvrdili volbu život co nejdříve ukončit, a o mnoho méně doufali v zázrak uzdravení. Zajímavé je, že téměř se stejným počtem odpovědí se shodli se žáky v tom, že o takové situaci nepřemýšleli. Nejméně se všechny generace ztotožnili s tvrzením, že když nám nebyl život dán, nemáme právo si jej vzít. A z toho nejpočetnější skupinou byli rodiče.

Předpoklad č. 5: Eutanazie s náboženstvím souvisí; věřící lidé o sobě nemohou rozhodnout, jsou v rukách Božích či jiných...

Tento předpoklad se potvrdil, a to nejvíce u věřících prarodičů a nevěřících žáků, další početnou skupinou byli nevěřící prarodiče a rodiče. Předpoklad se nepotvrdil u značného procenta především nevěřících žáků, následovali nevěřící rodiče a překvapivě rodiče věřící.

Předpoklad č. 6: Žáci a prarodiče berou smrt jako přirozenou součást života, rodiče ze smrti mají obavy a strach.

Tento předpoklad se nepotvrdil. Sice nejpočetnější skupinou byli žáci považující smrt za přirozenou součást života, ovšem hned za nimi následovali rodiče, pak teprve prarodiče. Překvapivě vysoké procento dosáhli prarodiče, kteří odpověděli, že o smrti nepřemýšlejí, i když už jsou staří. Strach ze smrti mělo téměř stejné procento žáků a rodičů, o něco méně pak prarodičů.

9 Diskuze

Vnímání umírání, smrti a její urychlení v podobě eutanazie je velmi subjektivní a snad lze tvrdit, že i odlišné v závislosti na věku a prožitých zkušenostech. V čem lze tedy spatřovat názorové rozdíly na tuto problematiku z pohledu tří generací? Dá-li se to tak říci, žáci středních škol projevili více hloubavosti nad pojmem eutanazie, o čemž svědčí fakt, že uvedli nejvíce otevřených odpovědí na tuto otázku (*Co si představujete pod pojmem eutanazie?*) oproti jejich rodičům a prarodičům (viz příloha č. 2). Na druhou stranu tyto vlastní představy, resp. formulace se často přibližují nabízeným odpovědím v dotazníku. Nejvýstižněji vyjádřil svoji vlastní představu jeden z rodičů: „Dobrovolný odchod za nedobrovolných okolností.“

Zajímavé jsou výsledky odpovědí na otázku, zdali se respondenti někdy ocitli v situaci, kdy o eutanazii přemýšleli. Možná by se dalo očekávat, že v kladných odpovědích prvenství zaujmou prarodiče. Spekulovat bychom mohli o důvodech jako je pokročilá stáří, sociální odcizení (nepotřebnost), nemoc, samota apod. Ale byli to rodiče, kteří v životě prožili situace, kdy se nad eutanazií zamýšleli nejvíce. Hlavním důvodem byla péče o nemocné a umírající rodiče. Co je příčinou takového uvažování právě u rodičů? Nabízí se jedna z odpovědí. Žijeme v době tzv. „sandwichové generace“. Co to znamená? Jedná se především o muže a ženy v produktivním věku, kteří se starají nejen o své ještě nezaopatřené děti ale navíc i o stárnoucí a nemocné rodiče. A k tomu připočtete práci, o kterou nechtějí a v jistých případech ani nemohou z existenčních důvodů přijít. Dojemná a současně vypovídající odpověď byla od seniorky, kdy prosila o smrt, protože přežila svoji dceru (viz příloha č. 2). Asi není nic horšího než přežít svoje dítě. Požádal by tedy rodič o eutanazii vlastního dítěte?

Jednoznačný souhlas s legalizací eutanazie v ČR vyjádřila převážně generace prarodičů, což je tak trochu paradox s ohledem na předešlé výsledky; konkrétně v tom, že se spíše neocitali v životní situaci, kdy o eutanazii přemýšleli. Překvapili žáci středních škol, jejichž početná část souhlasila s uzákoněním eutanazie u nás, ale za určitých podmínek. A ty jsou popisovány osobitým způsobem (viz příloha č. 2). Oproti tomu Ptáček, Bartůňek et al. (2012) považují souhlas a prosazování eutanazie ve společnosti za znamení, že „některý rozměr pacienta není dostatečně, komplexně ošetřen“.

Upozorňují na člověka jako bio-psycho-socio-spirituální bytost. Nejistota o vědomosti legalizace eutanazie v jiných zemích se nejvíce ukázala u žáků středních škol, ale více než polovina z nich potvrdila, a dokonce správně jmenovala země, kde je eutanazie legální. V tomto případě se můžeme domnívat, že výsledek jejich odpovědí koreluje s přechozím; tedy i že tato polovina souhlasila s uzákoněním eutanazie v ČR za určitých podmínek.

Proč právě rodičům byl nejvíce znám pojem hospicová péče? Proč ani jeden z této generace dotázaných neodpověděl, že jim není znám? Opět jedním z důvodů může být současná doba „sandwichové generace“. Snad většina těchto respondentů v produktivním věku by rádi pečovali o své nemocné a umírající rodiče v jejich domácím prostředí tak, jak popisuje Haškovcová (2007). Je to ale vůbec možné, když mají nezaopatřené děti, které také potřebují péči ve všech jejích podobách? Jako alternativa se tak rodičům nabízí ke zvážení hospicová péče, suplující tu domácí. Nelze se tedy divit, že generace rodičů měla větší představu o tom, jak taková péče v reálu vypadá. Tím však nelze upřít tutéž představu u žáků středních škol a jejich prarodičů, i když ve výrazně menším zastoupení. V této souvislosti lze souhlasit s názorem Kutnohorské (2007), že se hledají a dlouho budou hledat alternativy nového rituálu umírání.

Zajímavým zjištěním může být fakt, že u žáků středních škol v odpovědích na otázku, jak by uvažovali v případě vlastní nevléčitelné nemoci s postupným umíráním, převládali dvě možnosti s téměř stejným počtem odpovědí. A to: přání život co nejdříve ukončit a víra v zázrak uzdravení. Spíše by se dalo očekávat, že nejmladší generace o takové situaci nepřemýšlí. A právě tento postoj zaujmula převážná část rodičů; situaci si neuměli představit, nepřemýšleli o ní. Důvody mohou být různé. Za obdivuhodný optimismus lze považovat významný počet prarodičů (pouze o polovinu méně než u žáků středních škol), kteří by za těchto závažných okolností také věřili v zázrak uzdravení.

Odpovědi na souvislost eutanazie s náboženstvím ukázaly, že nejmladší dotazovaná generace byla převážně nevěřící, opak dokázala početná skupina věřících prarodičů. Že by se víra a náboženství do dnešní doby nehodily? A přesto se i nevěřící lidé

v kritických životních situacích obracejí k Bohu a prosí o pomoc a milosrdenství. Nezbeda (2016) má tedy pravdu v tom, že i přesvědčený ateista se koncem života a jeho smyslem musí nutně zabývat.

Smrt je přirozená součást života. Tato odpověď převládala u všech tří generací, což se neshoduje s tvrzením Nezbedy (2016), že na smrt nahlížíme jinak, vytěsňujeme ji ze svého vědomí, a dokonce jsme ji ze svého života vyhostili. Smrt asi nemusí být takovým strašákem, jak se mnohdy jeví a zdá. Na druhou stranu, kdyby otázka byla formulována jinak a specifikována, např. tedy zohledněn věk umírajících počínaje nejmenšími dětmi, možná by pak odpovědi postrádali slovíčko přirozené. Jak uvádí Šiklová (2013), úmrtí malého dítěte před sto či sto padesáti lety bylo sice běžné, ale v současné době přece nelze hovořit o „běžném“ jevu.

Závěr

Eutanazie je tak složité téma, že neexistuje jednoznačná odpověď na to, zdali je správná a akceptovatelná či naopak špatná a zavrženíhodná. V každé společnosti se najdou její zastánci a odpůrci. Každý se s umíráním a smrtí vypořádává sám; některé názory jsou sdílené, jiné rozdílné, rozporuplné, ale uchopitelné jen v konkrétních životních situacích. Tím, že žijeme ve velmi vyspělé době 21. století, kdy medicína díky nejmodernějším technologiím dokáže zázraky, tedy to, co se ještě před desítkami let mohlo zdát jako „sci-fi“, můžeme věřit, že tomu tak bude i nadále. Musíme doufat, že tento fakt úzce spojený s lékařskou etikou bude eliminovat úvahy a diskuze o eutanazii. A pakliže začneme hovořit o oprávněnosti eutanazie, měli bychom si být jisti, že žádným jiným způsobem včetně paliativní léčby nelze konkrétním lidským životům pomoci od psychického a fyzického utrpení. A to je velmi nesnadný úkol.

*„Věřím, že až já budu umírat,
budu myslet na ty chvíle,
kdy jsem byla v míru sama se sebou,
s jinou lidskou bytostí nebo s tímto světem.*

Elisabeth Küblerová – Rossová (1926–2004)

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

BARTOŠ, Aleš. *Diagnostika poruch vědomí v klinické praxi*. V Praze: Univerzita Karlova, 2004. ISBN 80-246-0921-5.

BROVINS, Joan M a Thomas HOEHMKE. *Vražda, nebo milosrdenství: Dr. Smrt: [důvěrná zpráva o radikálním propagátorovi a praktikovi eutanazie]*. Praha: Brána, 1996. ISBN 80-85946-45-9

BUŽGOVÁ, Radka. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života*. Praha: Grada, 2015. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5402-4.

ČELEDOVÁ, Libuše a Jan HOLČÍK. *Nové kapitoly ze sociálního lékařství a veřejného zdravotnictví*. Praha: Univerzita Karlova, Nakladatelství Karolinum, 2017. ISBN 978-80-246-3809-6.

DRÁBKOVÁ, Jarmila a Soňa HÁJKOVÁ. *Následná intenzivní péče*. Praha: Mladá fronta, 2018. Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-4470-7.

FRIEDLOVÁ, Karolína. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. Praha: Grada, 2007. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-1314-4.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Rub života-líc smrti*. 1975. Praha: Orbis. ISBN 505-21-825.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. 2., přeprac. vyd. Praha: Galén, c2007. ISBN 978-80-7262-471-3.

CHAUSSOY, Frédéric. *Nejsem vrah: strhující příběh lékaře postaveného před osudovou volbu eutanazie*. Frýdek-Místek: Alpress, 2005. Klokan (Alpress). ISBN 80-7362-154-1.

KELNAROVÁ, Jarmila. *Tanatologie v ošetrovatelství*. Brno: Littera, 2007. ISBN 978-80-85763-36-2.

KISVETROVÁ, Helena. *Péče v závěru života*. Praha: Maxdorf, [2018]. ISBN 978-80-7345-496-8.

KUPKA, Martin. *Psychosociální aspekty paliativní péče*. Praha: Grada, 2014. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4650-0.

- KUTNOHORSKÁ, Jana. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2007. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2069-2.
- MARKOVÁ, Monika. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada, 2010. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3171-1.
- NEZBEDA, Ondřej. *Průvodce smrtelníka: prakticky o posledních věcech člověka*. V Praze: Paseka, 2016. ISBN 978-80-7432-747-6.
- O'CONNOR, Margaret a Sanchia ARANDA. *Paliativní péče: pro sestry všech oborů*. Vyd. 1. české. Praha: Grada, 2005. Sestra (Grada). ISBN 80-2471295-4.
- POLLARD, B. J. *Eutanazie - ano či ne?*. Praha: Dita, 1996. ISBN 80-85926-07-5.
- Polívka, J.: hospic – pokračující péče během života pacienta. *Časopis lékařů českých*. 2018, roč. 157, č. 1, 4. ISSN 0008-7335.
- PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK. *Eutanazie-pro a proti*. Praha: Grada, 2012. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-247-4659-3.
- Rusinová, K., Červenková, M., Čepelíková, Z., Kopecký, O: perioperační paliativní péče: role mezioborového konziliárního týmu v perioperačním období a v prostředí intenzivní péče. *Časopis lékařů českých*. 2018, roč. 157, 30. ISSN 0008-7335.
- ŠIKLOVÁ, Jiřina. *Vyhoštěná smrt*. Praha: Kalich, 2013. ISBN 978-80-7017-197-4.
- ŠIMEK, Jiří a Vladimír ŠPALEK. *Filozofické základy lékařské etiky*. Praha: Grada, 2003. ISBN 80-247-0440-4.
- ŠIMEK, Jiří. *Lékařská etika*. Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-5306-5.
- VYTEJČKOVÁ, Renata. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné II: speciální část*. Praha: Grada, 2013. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3420-0.
- MVCR. Senát – návrh na zákonné ošetření eutanázie. MVCR, © 2019 [cit.2019-06-06]. Dostupné z <https://www.mvcr.cz/clanek/senat-navrh-na-zakonne-osetreni-eutanazie.aspx>

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: Dotazník

DOTAZNÍK

Pro ŽÁKY STŘEDNÍCH ŠKOL, JEJICH RODIČE, PRARODIČE, popř. i PRAPRARODIČE

Obracím se na Vás s prosbou o vyplnění krátkého dotazníku, který mi velmi pomůže při zpracovávání bakalářské práce na téma **eutanazie**. Prosím, odpovědi zakroužkujte, popř. i doplňte. Předem srdečně děkuji. Ing. Ivana Kocábová

Věk dotazovaného:Jsem: a) žák střední školy, b) rodič, c) prarodič

1/ Co si představujete pod pojmem eutanazie?

- a) milosrdná smrt
- b) asistovaná sebevražda
- c) nevím
- d) vlastní představa; jaká?:

2/ Nacházeli jste se Vy či Vaši blízcí v situaci, kdy jste o eutanazii přemýšleli?

- a) ano, a to když:
- b) ano, ale nikdy bych to nepřipustil/a
- c) ne

3/ Řešila se někdy v ČR legalizace eutanazie?

- a) ano
- b) ne, nikdy
- c) nevím

4/ Souhlasil/a byste s legalizací eutanazie v ČR?

- a) jednoznačně ano
- b) jednoznačně ne, protože:
- c) ano, ale za určitých podmínek; jakých?:
- d) nikdy jsem o tom nepřemýšlel/a

5/ Je země, kde je eutanazie legální?

- a) ano; které?:
- b) ne
- c) nevím, nejsem si jistý/á

6/ Setkal/a jste se někdy s pojmem hospicová péče?

- a) ano
- b) ne

7/ Pod pojmem hospicová péče si představuji:

- a) péči v prostředí připomínající domácí, s profesionálním personálem pro důstojné dožití
- b) podobná péče a prostředí jako v nemocnici či v jiném sociálním zařízení s pečovatelskou službou
- c) nemám představu

8/ Kdybych byl/a nevléčitelně nemocný/á, trpěl/a bolestmi a byl/a odkázaný/á na péči druhých s vědomím dlouhého umírání

- a) přál/a bych si co nejdříve život ukončit
- b) život mi nebyl dán, nemám tedy právo si jej vzít
- c) doufal/a bych v uzdravení – i zázraky se dějí
- d) takovou situaci si neumím představit, takže nevím, jak bych přemýšlel/a

9/ Souvisí podle Vás eutanazie s náboženstvím?

- a) ano; jsem věřící
- b) ne; jsem věřící
- c) ano; nejsem věřící
- d) ne; nejsem věřící

10/ Jak smýšlíte o smrti?

- a) je to přirozená součást života
- b) ze smrti mám strach
- c) nijak, jsem ještě mladý/á
- d) nijak, i když už jsem starý/á
- e) takové myšlenky vytěsňuji

Příloha č. 2: Odpovědi na otevřené otázky

Odpovědi na otázku č. 1: Vlastní představa o eutanazii

Jako vlastní představu **žáci** uvedli, že eutanazie je něco mezi milosrdnou smrtí a asistovanou sebevraždou. Další jejich představy-doslovné citace:

- „když se prostě nechce žít“,
- „umělé usmrcení“,
- „je to jen o dost ulehčený způsob, jak se dostat dál“,
- „způsob, jak hodit na jiné břemeno svého rozhodnutí“,
- „chápu, že pro některé je to ukončení trápení, ale na druhou stranu smrt je ta úplně poslední a nezvratná možnost, a to si musí každý řádně uvědomit“,
- „asistované ukončení života – dobrovolné“,
- „důstojný odchod“,
- „smrt na požádání“,
- „asistovaná vražda“.

Doslovné citace vlastních představ **rodičů** o eutanazii:

- „záleží na kontextu“,
- „dobrovolný odchod za nedobrovolných okolností“,
- „dobrá smrt, pokud je 100 % potvrzeno od více doktorů, že se nedá vyléčit“,
- „samozřejmost rozhodnutí si sám o sobě ve chvíli, kdy se stávám živou mrtvolou“.

Doslovná citace vlastní představy **jednoho prarodiče**:

- „dobrovolná smrt se záměrem vyhnout se nedůstojné péče rukama cizích lidí“.

Odpovědi na otázku č. 2: Příležitost k úvahám o eutanazii

Doslovné citace tří generací v případě úvah o eutanazii s ohledem na prožité události-odpověď *Ano, a to když*:

Žáci:

- „moje prababička začala přicházet o rozum a bolesti cítila téměř každý den“,
- „kamarád se pokusil o sebevraždu oběšením, která se mu nepovedla, je to hnusný...“,
- „jsem si přečetla, že mladý holce ujel vlak nohu“,
- „dědu zachránili po mrtvici asi, ale stejně se nehýbe, nemluví a nejí, jen kouká“,
- „chci být lékařkou, takže k tomu takové úvahy patří“.

U většiny **rodičů** se příležitosti k úvahám o eutanazii s ohledem na prožité události týkaly jejich nevléčitelně nemocných rodičů.

Citace rodičů:

- „maminka mě držela za ruku, plakala, ať jí necháme odejít, že už nechce“,
- „v nemoci“,
- „umíral otec na rakovinu“,
- „12 let jsem se starala o mamku“,
- „asi mám rakovinu“,
- „jsem viděl otce žlutýho, napojenýho na hadičky ani nemluvil“,
- „jsem se dlouho léčila a líčím se dál na rakovinu prsu, přišla o něj i o manžela“,
- „jsem se dozvěděl, že známé syn hýbe pouze hlavou, jinak nic“,

Většina prarodičů pouze označila odpověď *Ano, a to když*, bez komentáře.

Citace prarodičů:

- „moje maminka měla rakovinu prosila o smrt“,
- „syn umíral na rakovinu“,

- „chodila jsem za kamarádkou do nemocnice a v duchu si říkala, ať už umře“,
- „já prosím o smrt, ať je tady moje dcera!!!“,
- „často uvažuji, i když jsem zdravý. Proboha věnujme peníze a veškeré prostředky na něco jiného než na nesmyslné udržování života bez života!“

Odpovědi na otázku č. 4: Souhlas s legalizací eutanazie

Doslovné citace jednotlivých generací v případě odpovědi *Jednoznačně ne, protože...*:

Většina žáků, rodičů i prarodičů s legalizací eutanazie nesouhlasilo bez udání důvodu.

Doslovné komentáře-citace s udáním důvodu:

Žáci:

- „je to stále vražda“,
- „myslím si, že jde pouze jen o unáhlenou úvahu. Člověk uvažuje nad eutanázií kvůli nějakým špatným pocitům, či špatným situacím, které se ale časem zlepší.“

Rodiče:

- „by to mohlo být zneužito“,
- „češi vždycky všechno využijou, zneužijou“,
- „bude se prostě zabíjet“,
- věřím,
- to si budeme hrát na Pánaboha?

Prarodiče:

- „v této společnosti ne; jiná úroveň společnosti“,
- „Bůh neodnímá břemena, ale posiluje ramena“,
- „trpět k životu patří“,
- „Koho Bůh miluje, toho křížem navštěvuje“.

Většina žáků, rodičů i prarodičů s legalizací eutanazie souhlasilo bez udání podmínek.

Doslovné komentáře-citace s udáním podmínek (za jakých okolností):

Žáci:

- „když je na tom někdo špatně a sám to chce“,
- „člověk sám chce, není schopen života, bolesti, samota“,
- „pouze pro lidi, kteří jsou staří a ulevilo by se jim“,
- „přísné podmínky, které by byly vymezeny zákonem, např. závažnost nemoci, věk atd...“,
- „člověk s nemocí, která se nedá vyléčit“,
- „dlouhodobě neléčitelná nemoc, velmi pokročilý věk, ...“,
- „když by s tím dotyčný souhlasil nebo kdyby to bylo nezbytně nutné“,
- „jestliže je to pro člověka vysvobození“,
- „vyšetření psychiky pacienta který o ní žádá“,
- „kdyby ten člověk byl těžce nemocný“,
- „jen v některých případech“,
- „že člověku už není pomoci a sám trpí obrovskými bolestmi“,
- „jen pokud by se to týkalo lidí v poslední fázi života“,
- „když je člověk fyzicky postižený a je už jistý, že tak bude žít už do smrti“,
- „i rodina to musí (?-nečitelné písmo) a vyříkat“,
- „kdyby byly stanoveny podmínky, které by omezovalo to, komu bude eutanázie umožněna, aby jí nikdo z psychických důvodů nezneužíval k sebevraždě“,
- „jedinec by musel být plnoletý a podstoupil psychologické vyšetření, měl by podstoupit psychologické šetření/sezení po určitou časovou lhůtu“,
- „když osoba se ve svém životě opravdu trápí nebo má smrtelné onemocnění, tak pro ní je lepší eutanázie než čekat třeba 10let v bolestech na přirozenou smrt“,
- „pro smrtelně nemocné“,

- „dle závažnosti mé vady“,
- „pokud se pacient nachází v tak závažné zdravotní situaci, že i pouhé žití je pro něj bolestivé“,
- „když vážně nemá člověk smysl života kvůli těžké nemoci/postižení a byl by odkázán na druhé, kteří by to nezvládli atd.,
- „např. když je člověk nemocný, je závislý pouze na druhých, život ho nebaví a nic ho nečeká, kdyby pro něj byla smrt vysvobozením“,
- „aby se to hlídalo a pak by někdo nemohl být nařčený z vraždy a nebo člověka zabít a říct, že to nebyla vražda, ale eutanázie“,
- „pouze v případě, že je daný člověk v extrémních bolestech a fyzicky neschopen udělat to sám, když už to vzdal, neměl by to házet na ostatní“,
- „když jsou lidé opravdu nemocní a nelze jim už pomoci, tak pro jejich vysvobození. Ale aby se eutanázie nezneužívala.“

Rodiče:

- „spíš ano/nutné stanovisko medicínské a právní – za podmínek v otázce č. 8...“,
- „jasně vymezené podmínky, bez možného porušení“,
- „bolestivá nezvratitelná smrt – člověk je dostatečně při smyslech a rozhodne se sám“,
- „jasně vymezené podmínky (kdo, kdy) jasné lékařské zprávy (nezávislé) alespoň od dvou odborníků“,
- „bdělá smrt; v kómatu (dlouhodobě)“,
- „svéprávnost pacienta“,
- „souhlas jeho, jeho rodiny, a lékař“,
- „záleželo by na lékaři který by rozhodli že léčba už není řešení“,
- „dotyčný by musel sám požádat“,
- „při terminální fázi onemocnění“,
- „jasně nastavená pravidla“,

- „neřešitelná dg, samota člověka, kruté bolesti, bez péče“,
- „plné vědomí dotyčného“,
- „nevléčitelná nemoc, souhlas pacienta“.

Prarodiče:

- „se souhlasem nemocného“,
- „závažná, nevléčitelná nemoc v rozvinuté fázi“,
- „bez zneužití“,
- „kdybych to sama už chtěla“,
- „určitá pravidla, aby nedocházelo k zneužití“,
- „pokud je člověk nevléčitelný“,
- „přání velmi těžce nemocného (nevléčit.)“,
- „nevléčitelná nemoc s velkými bolestmi, souhlas pacienta“.