

Eutanázie a její rozměr v sociálně pedagogických souvislostech

Bc. Jana Popková

Diplomová práce
2019



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav pedagogických věd
akademický rok: 2018/2019

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Jana Popková**
Osobní číslo: **H180236**
Studijní program: **N7507 Specializace v pedagogice**
Studijní obor: **Sociální pedagogika**
Forma studia: **kombinovaná**

Téma práce: **Eutanázie a její rozměr v sociálně pedagogických souvislostech**

Zásady pro vypracování:

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.
Vymezení pojmů a teoretických východisek z oblasti eutanázie, paliativní péče a sociální pedagogiky.
Příprava metodiky výzkumné části.
Realizace kvantitativního výzkumu formou dotazníkového šetření.
Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.
Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.

Rozsah diplomové práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

BAKOŠOVÁ, Zlatica. Sociálna pedagogika ako životná pomoc. Bratislava: Univerzita Komenského, 2008. ISBN 978-80-969944-0-3.

DOLEŽAL, Adam. Eutanazie a rozhodnutí na konci života. Praha: Academica, 2017. ISBN 978-80-200-2687-3.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. Thanatologie: nauka o umírání a smrti. Praha: Galén, 2000. ISBN 80-7262-034-7.

KUBLER-ROSS, Elisabeth. On Death and Dying. New York: Scribner, 2014. ISBN 978-1-4767-7554-8.

MUNZAROVÁ, Marta. Eutanazie, nebo paliativní péče? Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1025-0.

VIRT, Günter. Žít až do konce: etika umírání, smrti a eutanazie. Praha: Vyšehrad, 2000. ISBN 80-7021-330-2.

Vedoucí diplomové práce: **doc. PhDr. Mgr. Jaroslav Balvín, CSc.**
Ústav pedagogických věd

Datum zadání diplomové práce: **21. listopadu 2018**

Termín odevzdání diplomové práce: **18. dubna 2019**

Ve Zlíně dne 21. listopadu 2018

L.S.

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

Mgr. Jakub Hladík, Ph.D.
ředitel ústavu

*

PROHLÁŠENÍ AUTORA DIPLOMOVÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

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

Prohlašuji, že

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

Ve Zlíně

.....

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ABSTRAKT

Diplomová práce se zabývá problematikou eutanázie a termínů s ní spojených. Teoretická část je zaměřena na základní pojmosloví vztahující se k eutanázii, umírání a smrti. Popisuje proměny pojetí smrti ve společnosti, potřeby umírajícího člověka a možnosti paliativní péče. Informuje o argumentech pro a proti legalizaci eutanázie a legislativním vymezení v ČR. Praktická část prezentuje výsledky kvantitativního výzkumu realizovaného za využití techniky dotazníkového šetření. Výzkum je zaměřen na názory a informovanost široké veřejnosti o problematice eutanázie, umírání a smrti. Výsledky jsou prezentovány pomocí grafů a tabulek. Stanovené hypotézy jsou statisticky vyhodnoceny a verifikovány nebo falzifikovány.

Klíčová slova: eutanázie, umírání, smrt, paliativní péče

ABSTRACT

The thesis deals with the issue of euthanasia and the terms associated with it. The theoretical part is focused on basic terminology related to euthanasia, dying process and death. It describes the changes in the concept of death in society, the needs of the dying human and the possibilities of palliative care. It informs about arguments for and against legalization of euthanasia and legislative definition in the Czech Republic. The practical part presents the results of quantitative research realized using the questionnaire survey technique. The research focuses on the views and awareness of the general public about the issues of euthanasia, dying and death. The results are presented using graphs and tables. These hypotheses are statistically evaluated and verified or falsified.

Keywords: euthanasia, dying, death, palliative care

Na tomto místě bych chtěla poděkovat panu doc. PhDr. Mgr. Jaroslavu Balvínovi, CSc. za odborné vedení mé diplomové práce. Za to, že mi vycházel vstříc, a především za to, že mne nechal jít vlastní cestou.

„Celý lidský život je jen cesta ke smrti.“

Lucius Annaeus Seneca

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

OBSAH

ÚVOD.....	9
I TEORETICKÁ ČÁST.....	11
1 K TEORETICKÝM VÝCHODISKŮM A ZÁKLADNÍM POJMŮM	12
1.1 ZKOUMÁNÍ TÉMATU V LITERATUŘE.....	12
1.2 VZTAH TÉMATU K SOCIÁLNÍ PEDAGOGICE.....	13
1.3 K ZÁKLADNÍM POJMŮM.....	15
2 SMRT A UMÍRÁNÍ	18
2.1 PROMĚNY POJETÍ SMRTI VE SPOLEČNOSTI.....	20
2.2 POTŘEBY ČLOVĚKA V OBDOBÍ UMÍRÁNÍ	22
2.3 PALIATIVNÍ PÉČE	24
3 EUTANÁZIE	28
3.1 ARGUMENTY PRO A PROTI EUTANÁZII	29
3.2 ZKUŠENOSTI ZE ZAHRANIČÍ	31
3.3 LEGISLATIVNÍ VYMEZENÍ V ČR.....	33
II PRAKTICKÁ ČÁST	36
4.1 VÝZKUMNÝ PROBLÉM	37
4.2 VÝZKUMNÉ CÍLE A HYPOTÉZY	37
4.3 VÝZKUMNÝ SOUBOR	38
4.4 TECHNIKA A METODA SBĚRU DAT	38
4.5 METODA ZPRACOVÁNÍ DAT	39
5 VYHODNOCENÍ DAT.....	40
5.1 DESKRIPTIVNÍ ANALÝZA ZÍSKANÝCH DAT	40
Informovanost o eutanázii	42
Otázky týkající se umírání a smrti.....	53
5.2 STATISTICKÉ TESTOVÁNÍ HYPOTÉZ.....	57
6 SHRUTÍ VÝZKUMU.....	63
ZÁVĚR	68
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	70
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	74
SEZNAM TABULEK.....	75
SEZNAM GRAFŮ	77
SEZNAM PŘÍLOH.....	78

ÚVOD

Smrt je pro lidstvo záhadou už po staletí. Nikdo z nás neví, jak vypadá a co nás po ní čeká., proto z ní máme obavy. O smrti a umírání nehovoříme rádi, spojujeme je s bolestí, utrpením, bezmocí, nevratností a se strachem z konečnosti. Přítomnost smrti si plně uvědomíme, až těžce onemocníme my nebo naši blízcí. Teprve potom zjišťujeme, jaké jsou možnosti péče jak zdravotní, tak sociální. Všichni bychom si jistě přáli, abychom netrpěli a mohli důstojně zemřít.

Díky vyspělé medicíně a jejím možnostem se lidský život prodlužuje a okamžik smrti se odsouvá. Je otázkou, zda není prodlužování života mnohdy zbytečnou zátěží pro nemocného a jeho blízké a je zachována jeho kvalita. V této souvislosti se objevují debaty o eutanázii jako možnosti milosrdné smrti, která nás zbaví utrpení.

O eutanázii se hovoří již několik století a názory na ni nejsou jednotné. Stále se objevují pochybnosti o její správnosti. Její zastánci zdůrazňují právo člověka rozhodovat o svém životě a také smrti. Odpůrci se obávají jejího zneužívání a řešení vidí ve zkvalitnění paliativní péče.

Problém vidíme v tom, že mnoho lidí stále neví, co eutanázie opravdu znamená, jaké jsou její alternativy a jak by mohla být zneužita. Často tak souhlasí s něčím, o čem nemají relevantní informace. Znalost této problematiky je důležitá především v oborech, kde se s eutanázií můžeme setkat. Netýká se pouze zdravotnických oborů, jak by se mohlo zdát, ale i sociální sféry, kde s tímto tématem můžeme setkat, což se týká také studentů sociální pedagogiky.

K napsání diplomové práce nás inspiroval rozhovor s prof. MUDr. Pavlem Pafkem, DrSc. v časopisu Reflex č. 35/2018 na téma eutanázie, ve kterém srovnává právo na život se svobodou rozhodnutí. Po přečtení tohoto rozhovoru jsme si uvědomili, že tato problematika není černobílá a chceme se jí věnovat více do hloubky. Dalším impulsem byla osobní zkušenost s těžce nemocným, kdy jsme mohli pozorovat úroveň paliativní péče o smrtelně nemocné a pečující osoby v praxi a vidět tak její přínos i nedostatky.

Cílem diplomové práce je proniknout do problematiky eutanázie, umírání a smrti a zaměřit se na názory sociálních pedagogů a široké veřejnosti a jejich informovanost o této problematice.

V teoretické části se zabýváme problematikou umírání, smrti a eutanázie, paliativní péčí, historickým pohledem na tato témata a legislativou v Evropě a České republice.

V praktické části zjišťujeme názory sociálních pedagogů a široké veřejnosti a jejich informovanost o této problematice.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 K TEORETICKÝM VÝCHODISKŮM A ZÁKLADNÍM POJMŮM

Vztah k eutanázii nacházíme v různých vrstvách a profesích ve společnosti. Můžeme na ni nahlížet z medicínského, politického, etického, náboženského pohledu a také z pohledu povrchně informované veřejnosti.

V této kapitole uvádíme publikace, které pojednávají o tématu této diplomové práce. Poté se snažíme vysvětlit, jak téma eutanázie souvisí se sociální pedagogikou.

V neposlední řadě osvětlíme nejdůležitější pojmy, se kterými se budeme v této práci setkávat.

1.1 Zkoumání tématu v literatuře

Při zpracování diplomové práce jsme se převážně inspirovali v literatuře, která pojednává o posledních chvílích života, jejich průběhu a prožívání umírajícími, doprovázejícími i ošetrovatelským personálem, zabývá se pojmem eutanázie, řeší její právní zakotvení a upozorňuje na rizika s tím spojená.

M

Problematikou umírání a smrti se zabývá Helena Haškovcová ve své knize „Thanatologie: nauka o umírání a smrti“. Vysvětluje v ní pojem eutanazie a příbuzné pojmy, postavení eutanazie v České republice i jiných zemích a vysvětluje rizika jejího případného zneužití. Věnuje se vztahům mezi lékaři a pacienty a současnému pojetí medicíny, kde je většinou smrt brána jako prohra a pacientům chybí paternalistický vztah s lékařem. Popisuje potřeby umírajících i doprovázejících, první chvíle po smrti a fáze truchlení.

Z právního hlediska nahlíží na eutanazii publikace Adama Doležala „Eutanázie a rozhodnutí na konci života“. Analyzuje jednotlivé právní úpravy v evropských státech, především však v Belgii, Nizozemí, Švýcarsku i v České republice. Na konkrétních případech demonstruje řešení soudních sporů týkajících se eutanazie. Popisuje přístup a vývoj názorů na eutanazii, zabývá se také otázkou její legalizace v České republice.

Na knize „Eutanázie – pro a proti“ se v čele s Radkem Ptáčkem podílelo více než čtyřicet autorů z různých oborů, kteří se problematice eutanázie, asistované smrti a dalším jevům s tématem souvisejících vyjadřují v medicínských, etických, filosofických, právních, psychologických, sociologických, teologických a duchovních souvislostech.

Nad otázkou, jaké úlohy má člověk zvládnout v poslední fázi svého života se z etického hlediska zamýšlí rakouský profesor Ústavu lékařské etiky Vídeňské univerzity Virt Günter v knize „Žít až do konce: Etika umírání, smrti, eutanázie“. Snaží se najít odpovědi na otázky „Jaké úkoly na nás čekají v poslední fázi našeho života? Jak zacházíme se svou fyzickou, ale i mravní konečností? Jaké odpovědi nám dává křesťanská víra?“.

Publikace Naděždy Špatenkové „O posledních věcech člověka“ pojednává o umírání, smrti, pohřbívání a truchlení z různých hledisek. Vymezuje základní thanatologické pojmy, zabývá se potřebami umírajících i pozůstalých, popisuje představy o důstojné i nedůstojné smrti. Věnuje se i praktickým informacím, které se vztahují k tématu pohřbů a jejich významu, dědictví a pomoci pozůstalým.

Knihy Marty Munzarové „Eutanázie nebo paliativní péče a „Proč NE eutanázii aneb Být či nebýt?“ se zamýšlí nad právem svobodně nakládat s lidským životem, nad jeho hodnotou a důstojností. Klade důraz na právo na život a diskutuje o jeho významu pro člověka.

1.2 Vztah tématu k sociální pedagogice

Pojetí sociální pedagogiky se proměňovala v závislosti na výkladu slova sociální. Tento pojem byl chápán jako pomoc těm, kteří se dostali do složité životní situace nebo ve smyslu výchovy všech společenských kategorií pro život ve společnosti (Kraus, 2008, s. 39).

V širším pojetí je sociální pedagogika interdisciplinární věda a jako taková rozvíjí teoretické poznatky pedagogických, společenských a dalších disciplín (Kraus, 2008, s. 53).

Podle Procházky (2012, s. 67) je předmětem sociální pedagogiky v širším pojetí hledání souladu mezi individuálním a společenským.

Bakošová, (2005, s. 55) vnímá sociální pedagogiku jako pozitivní pedagogiku pomoci, jejímž cílem je poskytovat individuální i skupinovou společenskou pomoc lidem všech věkových kategorií.

Jako životní pomoc vychází z altruistických potřeb člověka, proto téma eutanázie není určeno pouze zdravotníkům, psychologům, ale i sociálním pedagogům. Při bližším prozkoumání tohoto tématu zjistíme, že sociální pedagogika má co nabídnout při osvětlení tohoto tématu, jedná se o postoje k životu, o možnost volby a zachování lidské důstojnosti a další aspekty, jimiž by se měl sociální pedagog zabývat a mohl tam pomoci při rozhodování v této nelehké chvíli.

Sociálně pedagogická pomoc vychází z humanistické pedagogiky, která klade důraz na úctu k člověku, na partnerství, emancipaci, vztah důvěry, pochopení a solidarity (Bakošová, 2005, s. 59).

Mollenhauer uvádí, že „*sociální pedagogika pojmově označuje skupinu nových pedagogických opatření a institucí, které vznikly jako odpověď na typické problémy moderní společnosti.*“ (Kraus, 2008, s.41)

Klaus Mollenhauer (in Kraus, 2008, s. 41) uvádí, že „*sociální pedagogika pojmově označuje skupinu nových pedagogických opatření a institucí, které vznikly jako odpověď na typické problémy moderní společnosti.*“ Nejen definice sociální pedagogiky, ale i její vymezení předmětu hovoří pro, jak uvádí B. Kraus (2008. s. 46), že „*předmět sociální pedagogiky je ve smyslu na každodennost života jedince, na zvládání životních situací bez ohledu na věk, akceptuje ochranu jedince před rizikovými vlivy a iniciuje takové změny v sociálním prostředí, které se snaží uvádět do souladu individuální potřeby a zájmy jedince s možnostmi společnosti.*“ Dalším podstatným odůvodněním je fakt, že když sociální pedagog pomáhá lidem, kteří potřebují pomoci v této otázce, pomáhá jim především v otázce jejich strachu. Strachu nejen z bolestí, ale i ze smrti samotné, jak to velmi dobře popsal Jakoby (2005), který uvádí, že mnoho umírajících lidí má strach z bolesti, ze selhávání tělesných funkcí svého těla a také z toho, že budou vydáni na milost a nemilost personálu v nemocnici, který je tam bude ošetřovat.

Sociální pedagog se může setkat s tématem týkajícím se eutanázie při výkonu profese sociálního pracovníka nebo pracovníka v sociálních službách v domovech pro seniory, nemocnicích, hospicích a při výkonu terénního šetření i u klientů doma.

Sociální pracovník se zabývá sociálním fungováním nemocného v rámci rodiny a širšího okolí, může nabídnout kompenzační služby, podporuje nemocného při akceptování nevyhnutelného, doprovází ho. Velmi výraznou roli sehrává v komunikaci s úřady a ostatními institucemi a při zprostředkování služeb hospice (Student, Mühlum a Student, 2006, s. 10-11).

Pracovníci těchto profesí musí mít znalosti o doprovázení umírajícího, musí umět podat adekvátní informace s ohledem na stav pacienta.

Soňa Vávrová a Renata Polepilová (2010, s. 71- 80) ve svém výzkumném šetření o vzdělávání studentů pomáhajících profesí v oblasti thanatologie zjistily, že profesní příprava pracovníku v pomáhajících profesích není dostatečná. Předmět zaměřený na paliativní péči se

se vyskytoval pouze u 37% ze sledovaných oborů a pouze u poloviny z nich je povinný, přitom je velmi důležité, aby byli studenti těchto oborů s tematikou umírání a pomáhaní lidem v této obtížné situaci obeznámeni.

1.3 K základním pojmům

Eutanázie

V této diplomové práci se setkáváme často s pojmem eutanázie. Podle Světové lékařské asociace představuje eutanázie „*vědomé a úmyslné provedení činu s jasným záměrem ukončit život jiného člověka za následujících podmínek: subjektem je kompetentní informovaná osoba s nevléčitelnou chorobou, která dobrovolně požádala, aby její život byl ukončen; jednající ví o stavu této osoby a o jejím přání zemřít a páchá tento skutek s prvořadým úmyslem ukončit život této osoby; a skutek je proveden se soucitem a bez osobního zisku.*“ (Munzarová, 2005, s. 56).

Aktivní eutanázie

V souvislosti s koncem života se lidé bojí bezmocnosti, ztráty lidské důstojnosti a tělesného strádání v podobě bolestí a ztráty kontroly nad ovládním tělesných funkcí (Kalvach, 2012, s. 78). Mnoho z nich při plném vědomí zatouží učinit těmto strastem definitivní konec. Klíčovou otázkou eutanázie u orientovaných jedinců je ochota zdravotnického personálu poskytnout u tohoto činu asistenci. V případě provedení aktivním smrtícím činem se jedná o aktivní eutanázii, při rezignaci na další podpůrné léčebné postupy hovoříme o pasivní eutanázii.

Nevyžádaná eutanázie

Odlišná situace nastává u jedinců, kteří v důsledku těžké nemoci či úrazu ztratili vědomí natolik, že pacient není schopen o urychlení své smrti požádat a tak je rozhodnutí o ukončení života plně v rukou rodiny a zdravotníků (Vorlíček, Adam a Pospíšilová., 2004, s. 444).

Pasivní eutanázie

Pasivní eutanázií se rozumí nejednání nebo zřeknutí se jednání, které může mít za následek úmrtí jiného člověka. V současné době můžeme vnímat určitý posun v rámci projevu svobody rozhodování každého jedince, a to v odmítnutí léčby, i když tento krok může mít za následek smrt (Haškovcová, 2012, s.26).

podle Špatenkové jinak - doplnit

Dystanázie

Důsledkem a nezamýšleným vedlejším efektem dnešní moderní medicíny je dystanázie neboli „zadržaná smrt“, kdy se lékaři v duchu Hippokratovy přísahy snaží zachránit život pacienta za každou cenu (Haškovcová, 2007, s.32-33). Oživují a snaží se vrátit do života velmi staré lidi, kterým již nadešel jejich čas a kteří sice přežijí, ale kvalita jejich života se může výrazně zhoršit. Jedná se o opak eutanázie, protože je smrt pacienta díky vyspělosti medicíny neustále oddalována.

Podle Funka (2014, s. 111) se lékař v takovém případě zaměří hlavně na diagnózu pacienta a na jeho léčbu neklade takový důraz. Z lékařského hlediska jedná o tzv. marnou a neúčelnou léčbu pacienta, která není v zájmu nemocného, protože je zbytečně bolestivá bez pozitivních účinků (ČLK, © 2011).

Asistovaná sebevražda

Asistovaná sebevražda se od eutanázie liší v tom, že život není ukončen přímo jinou osobou, tato poskytne pouze pomoc podáním informace, prostředku či rady, jak má člověk, který si přeje zemřít, čin spáchat. Jedná se v podstatě o sebevraždu, na které se nepřímo podílí druhá osoba (Stehlíková, 2012, s. 17). Bývá definována také jako asistované suicidium neboli suicidium za přítomnosti lékaře. Z tohoto pojmu je nám známo, že člověk ukončí svůj život sám za asistence lékaře (Munzarová, 2005, s. 49).

V některých zemích je tato forma usmrcení přijatelnější, protože je lékař zbaven odpovědnosti za smrt člověka. Jiné země nahlíží na toto tvrzení jako na formu určitého alibismu a je zde tedy považována za totéž co eutanázie a stejně tak je i odsuzována (Loučka, Špinka a Špinková, 2015, s. 16). V České republice se jedná podle trestního zákoníku o trestný čin, jakožto účast na sebevraždě (Zákon č. 40/2009 Sb.).

V současnosti je věnována velká pozornost snaze ulehčit bolest a utrpení nemocných a umírajících.

Paliativní péče

Léčba, jejímž účelem je zabránění bolesti, snížení dyskomfortu či strádání nevléčitelně nemocného nebo umírajícího pacienta se nazývá paliativní léčba (Ptáček, 2012, s. 240).

Dle WHO „poskytuje úlevu od bolesti, trpění, chápe umírání jako přirozený proces, neusiňuje ani o urychlení, ani oddalování smrti, integruje psychologické a spirituální aspekty

péče o pacienty, nabízí systematickou podporu pacientům a jejich rodinám, pěstuje týmový přístup, podporuje kvalitu života a je použitelná i v časné fázi onemocnění současně s jinými způsoby léčby. Důraz je kladen na kvalitu života nemocných.“ (Munzarová, 2015, s. 65)

Sociální smrt

Pojem sociální smrt se začal objevovat v souvislosti s nárůstem institucí, které se zaměřují na dlouhodobá onemocnění, následnou péči a zmírňování potíží způsobených stářím atd. Rodina či nejbližší přenechají péči o umírajícího na specializovaných institucích jako jsou nemocnice nebo hospice. Činí tak často z časových důvodů, ale vede je k tomu i obava, že se nebudou schopni o umírajícího dobře postarat a neuvědomují si, že může začít citově strádat.

Zatímco dříve bylo umírání spojeno s různými rituály loučení rodiny s nemocným, v dnešní době umírá většina lidí o samotě, odloučena od rodiny a v prostředí, které nezná. Sociální smrt můžeme vnímat jako určitý druh sociálního vyloučení, kdy je nemocný odkázán sám na sebe a je sám se svými myšlenkami a pocity (Funk, 2014, s. 112 - 113).

Hospic

Hlavní úlohou hospice je doprovázet smrtelně nemocného a jeho blízké těžkým obdobím života. Hospic poskytuje pacientovi paliativní léčbu a péči a současně se snaží o naplnění biologických, psychických sociálních a spirituálních potřeb.

Neslibuje uzdravení, ale slibuje léčitelnost. Nejde o prodloužení života, ale o udržení co nejlepší kvality až do konce. Pacient v hospici ví, že nebude trpět nesnesitelnou bolestí, bude zde respektována jeho lidská důstojnost a v neposlední řadě nezůstane v posledních chvílích života osamocen (Vorlíček, Adam a Pospíšilová, 2004, s. 511).

2 SMRT A UMÍRÁNÍ

Dnešní svět je posedlý mládím, úspěchem, hromaděním hmotných statků a sexem. Umírání, smrt i truchlení jsou v současné době okrajová témata. Vyspělá medicína bojuje o život každého člověka, avšak ve snaze zabránit smrti za všech okolností ji tabuizovala a bere smrt jako prohru. Lidé v současnosti považují za samozřejmé, že budou žít dlouho, budou úspěšní a šťastní a spoléhají na moderní medicínu, která je nenechá zemřít. V tomto kontextu se každá smrt jeví jako předčasná a nespravedlivá, nehodí se do světa ovládaného médií, vědou a technikou. Pokud vážně onemocní člen rodiny nebo se se smrtí setkáváme při výkonu povolání, ať jako zdravotníci, sociální pracovníci nebo pracovníci v sociálních službách, nemůžeme smrt jednoduše ignorovat, ale musíme se s ní vypořádat. Smrt, stejně jako narození, je součástí našich životů. Je třeba si uvědomit, že umírající potřebují naši pomoc, že je žádoucí jim usnadnit odchod ze života. Proces umírání může mít různou formu. Je těžké přiznat, že něčí život se blíží ke konci a již není potřeba razantních lékařských zásahů a je vhodnější indikovat paliativní péči a nechat nemocné v klidu a důstojně zemřít (Haškovcová, 2007, s. 21 – 23).

Představu o tom, jak lidé v minulosti pečovali o umírající idealizujeme do modelu tzv. domácího modelu umírání. Ten spočívá v představě bezvýhradné podpory všech zúčastněných, kteří ho doprovázeli. V podstatě umírající sám zhodnotil situaci a poznal, že se blíží jeho „poslední hodinka“, svolal členy rodiny, vyřkl své poslední přání a důstojně se s nimi rozloučil. Ti následně zavolali katolického kněze, který do domu přicházel se zvonečkem v ruce, kterým dával všem na vědomí, že jeden z nich umírá. Poskytl umírajícímu útěchu a tím ho připravil na neznámou cestu. Umírající se potom zpravidla zklidnil a tiše a trpělivě čekal na svou smrt. Pokud trpěl nesnesitelnými bolestmi, byl výjimečně zavolán lékař, který podal injekci morfia ke zmírnění jeho utrpení. Je třeba zdůraznit, že mnoho lidí rodinu nemělo nebo byla nefunkční. O modelu domácího umírání můžeme hovořit v posledních dvou stoletích. Do té doby byla péče o umírající nedostatečná nebo žádná. Společnost se potýkala s problémem, jak zajistit každému alespoň základní zázemí a pokrýt nejdůležitější fyzické potřeby. Smrt byla v té době součástí života, každý tak věděl, jak se k umírajícímu chovat a ten zase věděl, co se od něj očekává, protože byl během svého života svědkem odchodu svých blízkých ze života (Vorlíček, Adam a Pospíšilová, 2004, s. 437-438).

Problematikou umírání a smrti se zabývá věda zvaná Thanatologie. Název této vědy je odvozen od jména řeckého boha spánku a smrti. Thanatos, Hypnův bratr, je zobrazován

jako okřídlený spící jinoch s uhasínající pochodní. Obsah Thanatologie je rozptýlen do řady oborů: psychologie, medicíny, filosofie, sociologie, teologie atd. Nepřednáší se jako samostatná vědní disciplína, protože je obtížné uchopit jednotlivá fakta, názory a hypotézy tak, aby tvořili náplň samostatného oboru, ale také proto, že pravděpodobně nikdo nechce být označován za thanatologa. Ostatně se tomuto pojmenování vyhýbal i Jack Kevorkian, zvaný Dr. Smrt.

Nuland (1996, s. 153) vyjadřuje pocity lékaře, který si i v současné technicky velmi vyspělé době uvědomuje, že existují meze lékařské marnosti slovy: „žijeme v době, kdy se nemluví o umění zemřít, ale o umění život prodloužit, a problémy v tomto umění jsou neko-nečné“.

Každý pacient, který se potýká s vážnou nemocí prochází mnoha stádii reakcí na změnu, kterou mu nemoc přinesla do života. Zpočátku může všechny zprávy o svém stavu ignorovat nebo navštěvovat různé lékaře, aby potvrdili, že původní diagnóza nebyla stanovena správně. Dříve či později musí nemocný stanout tváří v tvář realitě, u mnohých to vyvolává otázku „ Proč právě já?“. Pokud se naučíme pacienta překonat tuto zlobu, může dospět do stádia smlouvání, kdy se snaží smlouvat s Bohem, aby jej nechal déle žít, slibuje, že bude plnit lépe své povinnosti, aby byl ušetřen dalších útrap. Než si uvědomí, že je to realita, snaží se dát do pořádku nedokončené záležitosti. V dalším stádiu nazvaném deprese zpočátku truchlí po všem, co ztratil a potom ho přestává zajímat okolní svět a chce vidět méně a méně lidí. Dostává se do fáze „přípravného zármutku“. Pokud mu v této fázi nikdo nebrání, může zemřít smířený, v klidu a míru (Kübler-Rossová, 1994, s.4-6).

Kubler-Ross (1993, s. 35) rozlišuje tři období umírání:

Období před umíráním – *pre finem*, kdy do popředí vystupuje sdělení diagnózy.

Období vlastního umírání - *in finem*, toto období hraničí s fyzickou smrtí, jedná se o umírání v užším slova smyslu. V této fázi dominuje problematika ritualizace smrti, hospicové a paliativní péče, případně otázka eutanázie.

Období po smrti – *post finem*, začíná smrtí člověka a zahrnuje péči o tělesnou schránku zemřelého a psychické strádání pozůstalých.

Nesmíme opomenout potřeby doprovázejících. Jejich přání jsou velmi úzce spojena s přáními umírajících. Pokud se trápí umírající, trápí se i jejich blízcí i když většinou každý

sám. Mají také podobné druhy strachu: strach z nejistoty, strach z utrpení, strach ze ztráty a ze selhání (Student, Mühlum a Student, 2006, s. 65).

2.1 Proměny pojetí smrti ve společnosti

S postojem ke smrti úzce souvisí, jak člověk přejímá odpovědnost za konec svého života. Svědectví o tom, jak se člověk se smrtí setkával a jak se s ní vyrovnával můžeme nalézt už v nejstarších historických pramenech (Virt, 2000, s. 13).

V antice považovali za dobrou smrt (řecky eu-thanatos) rychlou smrt bez většího utrpení nebo smrt, které nepředchází útrapy stáří (Loučka, Špinka a Špinková, 2015, s. 9). Je zajímavé, že křesťané tento pojem „eutanázie“ neakceptovali, protože pro ně byla smrt „mzdou hříchu“ (Virt, 2000, s. 14). Smrt často chápali jako vyvrcholení života či jako příležitost, v níž se osvědčuje kvalita života. Zpočátku to byla hrdinská smrt na vrcholu mladistvých sil v bitevním poli, později smrt při obraně vlasti nebo záchraně blízkých, v křesťanství smrt mučednická (Loučka, Špinka a Špinková, 2015, s. 9).

V antice nesouvisí dobrá smrt s působením lékařů nebo zásahem druhého člověka, ale záleží na člověku samém, jak se na ni během života připravil. Za dobrou byla považována taková smrt, kterou člověk přijímá s vnitřním klidem a vyrovnaností. To bylo bráno jako důkaz, že si člověk během života osvojil sílu vnitřní moudrosti, kterou nezlomí ani utrpení při bolestech a umírání. Často se diskutovalo o tom, jak má lékař léčit nevléčitelně nemocné. Byly známy případy podání smrtícího léku lékařem, nebylo to však bráno jako eutanázie, ale zneužití znalostí a podíl na travičství (Loučka, Špinka a Špinková, 2015, s. 10).

Za legitimní důvod k ukončení života sebevraždou považovali Platón a Sokrates utrpení v důsledku těžké a bolestivé nemoci. Sebevražda byla v některých městských státech antického Řecka povolena i přesto, že ji Aristoteles, Pythagoras a Epikúros odsuzovali, protože je podle nich projevem zbabělosti a strachu a ubírá síly státu. Obecní správy měli uschovány zásoby jedu pro každého, kdo se rozhodl zemřít (Mach, 2012, s. 128).

Tento postup v římském císařství s rozvojem křesťanství postupně vymizel. Život byl brán jako dar od Boha, proto o něj musí lidé pečovat. Svatý Augustus usoudil, že život a utrpení byly člověku přisouzeny Bohem a sebevražda je nepřipustná, protože přímo odporuje šestému přikázání „Nezabiješ“. Lidé, kteří spáchali sebevraždu byli pohřbíváni na křižovat-

kách za městskými hradbami, aby kříž odvrátil d'ábla, který hledal zločinné lidské duše (Mach, 2012, s. 129).

Po 14. století se po morové epidemii objevily mírnější názory. Luther se době reformace eutanázie zastával a možná si sám přivodil smrt, když šel na delší procházku, i když věděl, že má nemocné srdce. Sir Thomas Moore publikoval potřebu dobrovolné eutanázie ve svém díle „Utopie“ již v roce 1516 (Mach, 2012, s. 129).

Lékaři a myslitelé rozvíjeli nadále myšlenku eutanázie. Lékař Paradys ve svém „Projevu o eutanázii“ v roce 1794 doporučoval snadnou smrt pro nevléčitelného a trpícího pacienta, Immanuel Kant naopak považoval eutanázii za nemorální (Mach, 2012, s. 129).

Koncem 19. století se němečtí badatelé, kteří aplikovali Darwinovo učení na společnost, obávali degenerace lidské rasy. Snažili se prosazovat rasovou hygienu. Biologismus sehrál podstatnou roli v nacistické ideologii. Na německých univerzitách byly zakládány ústavy věnující se rasové hygieně. Byly vytvářeny genetické registry, které velmi pomohly při zátahu na Židy a jiné nežádoucí obyvatelstvo na začátku 2. světové války. Vznikly zákony o sterilizaci, Norimberské zákony a „Akce eutanázie“ (Munzarová, 2005, s. 30-31).

Na konci roku 1938 se odehrál případ, který urychlil vznik „dětského programu eutanázie“. Otec dítěte, které se narodilo bez nohy a části ruky a bylo slepé, požádal Hitlera, aby jej dítěte zbavil, protože „vypadá jako idiot“ (Munzarová, 2005, s. 31).

V únoru 1939 pověřil Hitler svého lékaře Karla Brandta a vysokého nacistického funkcionáře Filipa Bouhlera, aby v ostatních podobných případech postupovali analogicky a připravili a realizovali program eutanázie mentálně a tělesně postižených dětí. Byli evidováni všichni novorozenci, kteří se narodili s idiocií a mongolismem, mikrocephalií, hydrocephalem, deformitami všech druhů - hlavně bez končetin a s obrnou. Některé z těchto dětí byly převáženy na speciální dětské kliniky, kde buď zemřeli hladem, nebo jim byla podána smrtící injekce, nebo podlehly nemocem způsobeným podvýživou. Podle odhadů takto přišlo o život do konce války 5 000 dětí. V roce 1940 byl vypracován návrh zákona o eutanázii, Hitler však tento zákon nikdy neschválil. Lékaři, kteří se tohoto programu aktivně účastnili tak jednali protiprávně (Doležal, 2017, s. 50-51).

Program eutanázie dospělých, zvaný „T4“, začal prohlášením Filipa Bouhlera, že účelem tohoto programu není jen zbavit se životů, které nemají smysl a bojovat tím i proti genetickým chorobám, ale také ulehčit zdravotnickému personálu a uvolnit lůžka v nemocnicích na počátku války (Munzarová, 2005, s. 31).

Akce „T4“ byla kvůli kritice z církevních kruhů zastavena v roce 1941 a v jejím důsledku zemřelo 70 000 – 90 000 osob. Celkový počet obětí projektu eutanázie je však výrazně vyšší, protože ani s oficiálním ukončením projektu tyto praktiky neskončily. Z tohoto důvodu byly úvahy o eutanázii na čas pohřbeny (Berka, Sum, 2005).

Současné pojetí vztahu k umírajícímu se zrodilo v 19. století, kdy díky technickému pokroku začali lékaři v dříve beznadějných případech nad smrtí vítězit. Prodlužuje se délka života, smrt je upozaděna a předmětem zájmu je život. Tempo života je rychlejší a tak i lidé jsou pohřbíváni rychleji, méně lidí se účastní pohřbů, protože to nepovažují za důležité, jako by na smrt už nebyl čas. Okolí neregistruje zármutek nad ztrátou a nemůže tak zaujmout odpovídající postoj vůči pozůstalým. Společnost izolovala smrt a život hlavně ve městech se tváří, jakoby smrt vůbec neexistovala (Kupka, 2014, s. 18-19).

Dochází k tzv. institucionalizaci smrti, tím rozumíme odsunutí smrti do institucí, jako jsou nemocnice nebo hospice. Z původně přirozené záležitosti, jakou smrt po staletí byla, se stává záležitost lékařů a medicíny (Špatenková, 2014, s. 27 – 29).

2.2 Potřeby člověka v období umírání

V souvislosti s umíráním se objevuje i strach ze smrti. Je to složitý jev a skládá se z několika složek: strach z utrpení, ze selhání, z bolesti, z opuštěnosti, ze změny vzezření, ze ztráty samostatnosti, z nedokončené práce. (Křivohlavý, 1989, s. 92)

Na konci života bilancujeme, je třeba si odpustit, co se nezdařilo, odložit, co bylo zbytečné a uchovat to, co bylo krásné a předat druhým, co člověk sám považuje za důležité, aby mohl smířený odejít. Když se blíží smrt, přestává být spousta věcí důležitých a naopak, v centru pozornosti je to, co jsme dříve opomíjeli (Marková, 2010, s. 86).

Potřebu definujeme jako projev nějakého nedostatku, kdy je žádoucí jeho odstranění. Uspokojení nebo naopak jejich neuspokojení ovlivňuje psychický stav jedince a má vliv na jeho chování (Příbyl, 2015, s. 31).

Když umírající, ale často také doprovázející nebo pozůstalí, člověk pocítí blížící se smrt, obvykle přehodnotí význam a důležitost jednotlivých potřeb a změní jejich hierarchii.

Na konci života se stáváme zranitelnými bytostmi, které mohou být závislé na pomoci druhých. Pomoci mohou i maličkosti jako otření čela, rtů nebo hlazení, protože díky tomu se umírající nebude cítit osamocený. Může se stát, že projeví netradiční přání, bude se chtít ještě napít piva, dát si zmrzlinu nebo jiné oblíbené jídlo. V tomto případě je vhodné, když

mu vyhovíme nebo se o to aspoň pokusíme. Prokážeme mu tím, že jsou pro nás jeho potřeby důležité (Svatošová, 2011, s. 19).

Mezi psychické potřeby patří potřeba bezpečí, afektivní potřeby, potřeba sebeúcty, potřeba seberealizace. Jednou z nejdůležitějších psychických potřeb je potřeba bezpečí. Pokud má těžce nemocný jistotu, že je o něj dobře postarané, mnohem méně vyžaduje pozornost od pečujících (Špatenková, 2015, s. 86).

Umírající se bojí vlastního bytí, umírání nebo smrti. Podle výzkumu agentury STEM/MARK z roku 2011, která u široké veřejnosti a zdravotníků zjišťovala, z čeho mají největší obavy v souvislosti s umíráním, se všichni nejvíce bojí ztráty důstojnosti, kterou dávají do přímé souvislosti se ztrátou soběstačnosti, 74 % zdravotníků a 46 % široké veřejnosti se bojí bolesti. Obava z osamocení je na třetím místě, která je výraznější u zdravotníků. Toho, co bude po smrti se obává 24 % zdravotníků a 13 % široké veřejnosti, pouze 7 % všech zúčastněných se na umírání nebojí ničeho a 14 % dotázaných o svých obavách nepřemýšlí, takto odpověděli nejčastěji lidé nad 60 let.

Respektování lidské důstojnosti je snad nejdůležitější potřebou umírajících. Vědomí ztráty vlastní důstojnosti je pro většinu lidí to největší utrpení (Byock, 2005, s. 108).

K těžce nemocnému nebo umírajícímu je potřeba chovat se něžně, abychom tak naplnili afektivní potřebu „aby mě měl někdo rád“. Potřebuje mít pocit, že je milovaný, aby mohl dávat lásku, je potřeba dát mu prostor k vyjádření svých obav a pocitů, protože potřebuje být vyslechnutý, aby se mohl emocionálně uvolnit (Virt, 1999, s.47).

Do poslední chvíle života je aktuální potřeba sebeúcty. Je důležité nemocného ubezpečit o tom, že může rozhodovat sám za sebe, může odmítnout, cokoli se mu nelíbí a ujistit ho, že ho neodsuzujeme, ale máme ho rádi, respektovat osobní hranice, nesedat si na postel, vždy ho oslovovat jménem, na což se v odosobněných nemocnicích bohužel nebere zřetel nebo se na to zapomíná (Svatošová 2011, s. 20).

Zdánlivě nereálné plány do budoucna jsou projevem seberealizačních potřeb, kdy nemocný ukazuje, že je ještě stále naživu. Pokud je to jen trochu možné, můžeme se pokusit o splnění některých snů.

Člověk je společenský tvor a tak mezi sociální potřeby patří udržování styků s blízkými lidmi, ale také s lidmi v nemocnici či hospici, je důležité mít možnost si zvolit, koho chci vidět a koho ne. Umírající potřebuje cítit kladné postoje a lásku, potřebuje vyřešit pro-

blémy, které souvisí se sociální situací člověka a vyřídit majetkové záležitosti (Špatenková, 2014, s. 85).

Na konci života by umírající neměli být odsouzeni pouze k přijímání laskavostí, péče a pomoci, ale chtějí také něco dávat. Potřeba dávat jde souvisí s potřebou být užitečný. Umírající může sepsat závěť, dát drobné dárky na památku nebo darovat tělo na vědecké účely (Svatošová, 2011, s. 21).

Všeobecný názor na spirituální potřeby byl takový, že se týkají pouze věřících a ostatní nepotřebují pomoc v duchovní sféře. Opak je pravdou, věřící člověk ví přesně, jak se má zachovat, ale ostatní většinou tápou, hledají, potřebují vědět, že jejich život měl smysl. Při uspokojování těchto potřeb je důležité, mimo soucitu a vcítění se, právo na soukromí a klidné prostředí (Špatenková, 2014, s. 85).

Umírající mají právo na důstojné zacházení a řádnou péči. Důležitý je respekt k osobnosti pacienta, citlivý přístup, empatická komunikace s pacientem i jeho rodinou. Každý má právo na zachování lidské důstojnosti a soukromí. V praxi to znamená zachování soukromí při osobní hygieně a vykonávání potřeby a při léčebných výkonech. Každý má právo na zachování důstojnosti, proto je důležitý respekt k pacientovi, citlivý a empatický přístup také při komunikaci s pacientem a jeho blízkými (Špatenková, 2014, s. 72).

Dlouhodobé neuspokojování potřeb vede k frustraci, která může vyústit v krizi, je proto důležité, aby byl proces umírání sociálním aktem, při kterém se projeví solidarita všech zúčastněných.

2.3 Paliativní péče

Někdy je paliativní péče mylně považována za určitou formu eutanázie, protože lékaři nemocného aktivně neléčí. V širokém pojetí je paliativní péče jednou z hlavních součástí lékařské a sociální péče. Sociální pracovníci jsou určitým pojítkem mezi zdravotníky a těmi, kteří potřebují odbornou pomoc na konci svého života.

Možnosti medicíny vyléčit všechny nemocné jsou omezené. Musíme si však uvědomit, že zásadní součástí lékařské péče je schopnost tišit bolest a jiná utrpení a v tomto mu poskytnout útěchu. Moderní medicína jakoby zapoměla na to, že může pomoci i tam, kde nedokáže léčit (Loučka, Špinka a Špinková, 2015, s. 39).

Podle WHO je „*paliativní medicína léčba a péče o nemocné, jejichž nemoc nereaguje na kurativní léčbu. Nejdůležitější je léčba bolesti a dalších symptomů, stejně jako řešení psychologických, sociálních a duchovních problémů nemocných. Cílem paliativní medicíny je dosažení co nejlepší kvality života nemocných a jejich rodin.*“ (Haškovcová, 2007, s. 37)

Podle definice Rady Evropy je „*paliativní péče aktivní, na kvalitu života orientovaná péče poskytovaná nemocným, kteří trpí nevléčitelnou chorobou v pokročilém nebo terminálním stadiu. 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.*“ (Loučka, Špinka a Špinková, 2015, s. 40)

Paliativní nebo také jinak zvaná útěšná péče je jednou z nejstarších lékařských a ošetrovatelských disciplín. Péče o nevléčitelně nemocné pacienty a pacienty v terminální fázi života nebývá v popředí zájmu, přitom těchto pacientů je většina a potřebují lékařskou, ošetrovatelskou a samozřejmě psychologickou pomoc. Úkolem paliativní péče je zmírnit až odstranit pacientovy obtíže (Kupka, 2014, s. 26).

Mohutný rozvoj paliativní péče nastal ve druhé polovině 20. století. Jedním z hlavních faktorů tohoto rozvoje bylo výrazné prodloužení života, způsobené mimo jiné vyspělou medicínou a změna příčin úmrtí. Na začátku 21. století žijeme pohodlněji a déle než před sto lety, ale déle také umíráme (Loučka, Špinka a Špinková, 2015, s. 40).

V paliativní péči je důležitá především její ucelenost, kterou rozumíme poskytnout podporu při tělesných, duševních, sociálních a spirituálních obtížích.

Snažíme se zmírnit tělesné potíže jako jsou: bolest, dušnost, nauzea, nechutenství, poruchy výživy a hydratace, slabost, chronické rány, problémy s močením a vyměšováním, krvácivé projevy, hygiena (Špatenková, 2014, s. 70).

Mezi psychické potíže patří: úzkost, strach, deprese, osamělost, adaptace/maladaptace na životní prognózu, zmatenost.

Do sociálních potíží zahrnujeme: zabezpečení, hmotnou nouzi, příspěvky na péči, zabezpečení rodiny, vztahy v rodině, převody vlastnictví a dispozičních práv a sepsání poslední vůle.

Spirituální obtíže: život, jeho smysl, validace, smíření, posvátné hodnoty, rituály, komunikace s duchovním a náboženské úkony (Špatenková, 2014, s. 70).

Evropská asociace paliativní péče (EAPC) vydala v roce 2015 oficiální stanovisko k eutanázii a asistované sebevraždě, ve kterém znovu potvrdila, že eutanázie a asistovaná sebevražda nejsou součástí paliativní péče (Loučka, Špinka a Špinková, 2015, s.40).

Paliativní péče je zaměřená na život jako celek, který má smysl i v nemoci. Kvalitní léčbou bolesti a dalších projevů umírání, zájmem o pacientova přání, komunikací s pacientem a jeho blízkými, se snaží o to, aby člověk mohl žít svůj život až do konce a přitom si zachoval důstojnost. Snaží se poskytovat pomoc blízkým i po smrti pacienta (Loučka, Špinka a Špinková, 2015, s. 41).

Paliativní péče je zajišťována formou lůžkovou, ambulantní a domácí. Můžeme ji poskytovat v nemocnicích, LDN, v lůžkových hospicích i v domácím prostředí, kam za nemocným docházejí pracovníci mobilních hospiců. V České republice existuje poměrně rozvinutá síť lůžkových hospiců a každý rok vznikají nové mobilní hospice (Kupka, 2014, s. 27).

Podle asociace hospiců (APHPP) je aktuálně je České republice 14 lůžkových hospiců a 16 domácích hospiců.

Hospicové hnutí se v České republice rozvíjí od počátku devadesátých let. V překladu z angličtiny znamená slovo hospic útulek nebo útočiště. Ve středověku byl tento termín používán pro tzv. domy odpočinku, které vyhledávali zejména poutníci. Hospic musel vést člověk, který byl schopen vést hostinec, byl ale i ranhojič, aby mohl ošetřit zbědované poutníky. Ti v hospici pobýli několik dní, dostali najíst napít, řádně se vyspali, ranhojič jim ošetřil rány a odpočatí mohli pokračovat v cestě. Později hospice přirozeně zanikly a obnovily se v polovině 18. století, kdy byla v Dublinu a Corcu na popud Mary Aikdenheadové otevřena nemocnice pro umírající, která poskytovala péči na základě principů sesterské charity (Haškovcová, 2007, s. 46).

V hospici pomáhají umírajícím a jejich blízkým prožít nelehké chvíle v životě v klidu, bezpečí, bez bolesti... Významnou součástí hospicové péče jsou sociální pracovníci, kteří pomáhají umírajícím, ale i jejich blízkým zodpovídat otázky, které je trápí v této těžké životní situaci.

V lůžkových hospicích práce sociálního pracovníka zahrnuje zejména informační a poradenskou službu – zprostředkovává prvotní kontakt a prezentuje hospic vnějšmu okolí. Eviduje žádosti o přijetí a je proto první, kdo poskytuje informace o nabízené péči. Může se stát, že volají příbuzní, kteří se dlouhodobě starají o nemocného a potřebují pomoc nebo

jenom ujištění, že postupují správně, případně může poradit, jaké jiné možnosti péče nemocný a jeho rodina v daném regionu má (Student, Mühlum a Student, 2006, s. 12).

3 EUTANÁZIE

Je velmi těžké a psychicky náročné pečovat o těžce nemocného člověka, proto je pochopitelné, že se objevuje přání, aby byl konec a ulevilo se tak pečujícím i umírajícímu. Někteří lidé vidí jako řešení volbu eutanázie. Málokdo přesně ví, co tento pojem znamená. Většina autorů převzala holandskou definici: „Eutanázie je úmyslné ukončení života člověka někým jiným než člověkem samotným (lékařem) na jeho vlastní žádost.“ (Munzarová, 2005, s. 49)

Slovo eutanázie pochází z řeckého eu – dobrý a thanatos – smrt, což v překladu znamená dobrá smrt. Dobrá smrt je taková, která je rychlá, bezbolestná nebo ve spánku (Ptáček, 2012, s. 26).

V současné době pohlížíme na eutanázii jako na jednání lékaře, které vede ke smrti druhého člověka. Vše je nutné předem domluvit s lékařem a pacientem, kdy nemocný si musí být plně vědom svého stavu. Pojem „dobrá smrt“ zde chápeme jako smrt bez bolesti a utrpení, která je vykonána s dobrým úmyslem nemocnému pomoci (Loučka, Špinka a Špinková, 2015, s. 12 – 13). Musíme mít na zřeteli, že přání zemřít nesmí být v rozporu s profesionální lékařskou etikou, aby se lékařství nezneužilo na zabíjení psychicky slabších pacientů na přání (Kupka, 2014, s. 142).

Později došlo k posunu interpretace a stále častěji tímto pojmem rozumíme smrt z milosti. Většina lidí si tento pojem spojuje s aktivní eutanázií, kterou vykoná lékař u nemocného trpícího nesnesitelnými bolestmi na jeho vlastní svobodnou žádost. Protože má lékař v tomto případě hlavní roli, nazýváme tuto formu eutanázie strategií přeplněné stříkačky (Haškovcová, 2007, s. 119).

Pollard (1996, s. 22) uvádí, že vyžádaná eutanázie závisí na dobrovolném rozhodnutí samotného člověka, na kterém má být provedena.

Další variantou aktivní eutanázie je nevyžádaná eutanázie, kdy pacient není schopen předepsaným způsobem vyjádřit své přání zemřít, lze však předpokládat, že by o ni požádal, jedná se tedy o chtěnou eutanázii, o které rozhoduje jeho zákonný zástupce (Haškovcová, 2007, s. 120).

Nedobrovolná eutanázie znamená poslední a protiprávní možnost, kdy je člověk usmrcen bez možnosti vlastního vyjádření. Pokud nelze prokázat, zda si člověk eutanázii přál či nikoli, jedná se o eutanázii nevyžádanou a nechtěnou (Pollard, 1996, s. 22).

Přerušení léčby nebo odepření léčebných postupů, které by nemocného nadměrně zatěžovaly, nazýváme strategií odkloněné stříkačky (Haškovcová, 2007, s. 119 -120).

Přání nemocných ukončit život je poměrně časté. Ve studii z Winnipegu toto přání vysloвило 25 % - 45 % dotázaných, avšak opakovaně se tak vyjádřilo pouze 8,5 % dotázaných (Kalvach, 2012, s. 79). Můžeme tak vidět, že rozhodnutí o vykonání eutanázie se může u nemocných lidí radikálně změnit.

3.1 Argumenty pro a proti eutanázii

Téma odpovědnosti za život má také výraznou existenciální a zároveň duchovní stránku, nejen společenskou. Nikdo z nás neví, jak zemře. Jisté je pouze, že náš život skončí umíráním a naše umírání skončí smrtí (Virt, 2000, s. 11).

Pokud chceme porozumět potřebám a prosbám trpícího člověka, musíme zjistit, jaký druh utrpení je pro něj nepřekonatelný. Co vede umírajícího člověka k žádosti o eutanázii?

Nejvíce se bojíme bolesti. Tomuto argumentu všichni rozumíme a je pro nás pochopitelný. Zastánci eutanázie tento argument hojně využívají, i když je v dnešní době věcně slabý, protože současná medicína je schopná bolest velmi dobře léčit a nikdo tak nemusí nesnesitelnou bolestí trpět. Na druhé straně bolest není vždy léčena správným způsobem a mnoho nemocných tak zbytečně trpí. Řešením tedy není eutanázie, ale správná léčba bolesti (Špinková a Špinka, 2006, s. 27).

Dalším zdrojem našich obav je ztráta důstojnosti. Lidská důstojnost vychází z naší podstaty, z toho, že jsme jedinečné a samostatné bytosti, proto se bojíme, že ji ztratíme tím, že nebudeme schopni kontrolovat své fyziologické funkce, budeme upoutáni na lůžko s velkými bolestmi bez možnosti se o sebe postarat sami. Z tohoto důvodu je třeba důstojnost těchto lidí chránit a stále jim dávat najevo, že jsou stále jedinečné lidské bytosti až do skonání.

V neposlední se řadě se bojíme vlastního strachu. Myšlenky na smrt vytěsňujeme ze svého života, přestože víme, že je náš život konečný. Stává se, že jsme zaskočeni, když naši blízcí zestárnou a potřebují naši péči a pomoc. Vzhledem k odosobnění smrti, umírání i následného truchlení, před tímto problémem zavíráme oči a neumíme nastalou situaci adekvátně řešit.

Snažíme se o to, abychom nebyli velkou přítěží pro naši rodinu a blízké. Bojíme se, abychom pro ně nepřestali být člověkem, kterého měli rádi. Nechceme, aby se od nás odvraceli, ale aby k našemu lůžku přicházeli s laskavou pomocí a touhou ulevit naší bolesti.

Příznivci eutanázie se odvolávají na humanitu. Domnívají se, že je uchrání od nesnesitelných bolestí a utrpení a věří, že i velmi trpící člověk je schopen odpovědně posoudit svou situaci a že jeho vůle zemřít je vrcholem práva na sebeurčení. Neobávají se zneužití, protože lékaři jsou schopni stanovit takové podmínky, aby nedocházelo k účelové a nežádoucí manipulaci (Haškovcová, 2007, s. 157).

Vácha (2012, s. 121) uvádí, že lékaři by měli přijmout odpovědnost za to, že díky vyspělé medicíně jsou schopni udržovat při životě i velmi těžce nemocné pacienty a tím dochází k prodlužování života za každou cenu, uzákoněním možnosti eutanázie. Druhým argumentem je autonomie pacienta. Každý má právo se svobodně rozhodnout, kde a jak zemře, jaké utrpení je ochoten snášet a jaké již ne.

V některých zemích může být občan souzen za to, že neukončí život trpícímu zvířeti a že ukončí život trpícímu člověku i když by si to přál (Vácha, Marek a Königová, 2012, s. 121).

Lidé často změní na eutanázii názor v okamžiku onemocnění blízké osoby nebo jich samých. Začnou si vážit každého dne a snaží se zmírnit utrpení.

Odpůrci eutanázie často poukazují na možnost zneužití eutanázie. Takovými příklady jsou tzv. holandský kluzký svah nebo kontroverzní praxe Jacka Kevorkiana.

Proti eutanázii se ve svých knihách jasně vymezuje Marta Munzarová. S těmito tezemi nesouhlasí Greif (2018, s. 48), který zastává názor, že každý člověk má právo svobodně rozhodnout o ukončení svého života.

Příkladem zneužití eutanázie je Kluzký svah (slippery slope). Tzv. Holandský kluzký svah zvaný též efekt protržené hráze znamená, že vysoká tolerance a zákonná forma beztravnosti vede k nedobrovolným a nechtěným formám eutanázie, např. lze požádat o milosrdnou smrt pro nezletilé (Ptáček, 2012, s. 239).

Americký lékař Jack Kevorkian, přezdívaný doktor Smrt, byl zastáncem aktivní eutanázie a mnoho let se zabýval tzv. plánovanou smrtí. Prostřednictvím přístroje Mercitron nabízel nevyléčitelně nemocným milosrdnou smrt. Nejednalo se o aktivní eutanázii, ale o asistovanou sebevraždu. Kevorkian ručil za spolehlivost, umírající končil svůj život nejen vyjádře-

ním svobodné vůle zemřít, ale také vlastní aktivitou. Kevorkian byl přesvědčen, že společnost je pokrytecká, když nechce přijmout tento důstojný, humánní a blahodárný nástroj na sebevraždu. V roce 1999 byl odsouzen poté, co předal videozáznam smrti člověka. Domníval se, že tím docílí legalizace eutanázie (Haškovcová, 2007, s.144-146).

Neexistuje právo zabít jednoho člověka druhým člověkem, i kdyby o to sám žádal (Sokol, 2012, s. 121). V Británii vyjádřila pacientka trpící nemocí motoneuronu, ochrnutá od krku dolů, přání zemřít, protože není kvůli své nemoci schopna spáchat sebevraždu, požádala o to svého manžela. Ve Velké Británii hrozí za tento čin vězení, žádá vládu, aby dala manželovi k tomuto činu povolení. Po zamítnutí se obrátila na soud pro lidská práva ve Štrasburku, ten konstatoval, že neexistuje právo zemřít (Ambler, 2006, s. 9-12).

Doležal (2017) uvádí, že jedním z nejsilnějších důvodů pro legalizaci eutanázie je, že v medicínské praxi se provádějí úkony, které mají znaky pasivní eutanázie a tak by bylo lepší stanovit pevná pravidla pro vykonání eutanázie zákonem.

Z výzkumu Centra veřejného mínění (CVVM), Veřejné mínění o interrupci, eutanazii a trestu smrti – květen 2018, který proběhl v květnu roku 2018 a kterého se zúčastnilo 1008 respondentů starších 15 let vyplývá, že s legalizací eutanázie souhlasí přibližně dvě třetiny české veřejnosti (67 %), z toho více než čtvrtina souhlasí rozhodně (26 %). Nesouhlas s legalizací eutanázie vyjádřila necelá čtvrtina respondentů (23%), rozhodný nesouhlas vyjádřila necelá desetina dotázaných (8%). Desetina dotázaných neví, jak se rozhodnout. Mezi názory jednotlivých sociodemografických skupin nejsou výrazné rozdíly. Souhlasné stanovisko častěji vyjádřili respondenti ve věku 30 až 59 let a nevěřící, nesouhlasné lidé protestantského náboženského vyznání a lidé starší 60 let (CVVM, © 2018).

Celkový podíl veřejnosti vyjadřující souhlas s uzákoněním eutanazie oproti předchozímu roku mírně vzrostl (o 4procentní body), přesto však zůstává od roku 2011 víceméně stabilní.

3.2 Zkušenosti ze zahraničí

Velice liberální přístup k eutanazii můžeme zaznamenat v Nizozemí. Konkrétní praxe, na kterou se řada legislativců i zastánců odvolává, se nazývá Holandský model, přestože ani tam není aktivní eutanázie uzákoněna. Podle zákona je eutanázie trestným činem se sazbou až 12 let odnětí svobody. Tato skutečnost však nebrání v jejím provádění.

Liberální přístup k eutanázii odstartoval v roce 1969 lékař Jan Henrik van den Berg zveřejněním své publikace *Lékařská moc a lékařská etika*, ve které navrhl, že by lékaři měli být ochotni zabít své těžce nemocné pacienty, obzvláště pokud se nachází ve vegetativním stavu. Klíčovou událostí byl soudní proces s lékařkou, která usmrtila, údajně na její žádost, svou těžce nemocnou matku a byla odsouzena k podmíněnému odnětí svobody v trvání jednoho týdne. V souvislosti s tímto případem byly formulovány určité zásady, podle kterých lze usmrtit trpícího člověka, tzv. rotterdamská pravidla. Praxe usmrcení na žádost se začala rozšiřovat, proto v roce 1993 došlo k novelizaci zákona o pohřbnictví, který zakotvil beztrestnost pro lékaře, který eutanázii vykonal (Haškovcová, 2007, s. 126-127).

V Belgii je právní úprava provádění eutanázie velmi podobná s nizozemskou. Rozdíly jsou v tom, že je vyžadována písemná forma žádosti a v Belgii lze vykonat eutanázii z psychologických důvodů, výslovně se mluví o psychickém utrpení, v Nizozemí o tom musí rozhodnout soud (Doležal, 2017, s. 182).

Ve Švýcarsku vedou od 90. let dvacátého století odborníci ve složení: právníci, bioetici, lékaři a politici bouřlivou diskuzi o tom, jak má Švýcarsko v otázce asistované smrti postupovat. V roce 1994 nebyl schválen zákon, který by za určitých podmínek zaručoval beztrestnost aktivní eutanázie. Návrh na zpřísnění podmínek beztrestnosti asistované sebevraždy, která by se tak stala trestným činem, nebyl také přijat. Další návrh požadoval, aby byla asistovaná sebevražda možná pouze u švýcarských občanů a tím se zabránilo „turistice za smrtí“. Tento návrh také nebyl přijat, přesto sílí tendence jak ze strany odpůrců, tak ze stran příznivců asistovaného usmrcení o legislativní změny. V roce 2011 se konalo referendum o omezení asistované sebevraždy jen pro občany Švýcarska, které skončilo odmítnutím tohoto omezení. Je zřejmé, že Švýcaři se nechtějí vzdát práva na asistovanou sebevraždu, které považují za základní právo na důstojnou smrt (Doležal, 2017, s. 183-184).

Velké legislativní změny můžeme v současnosti zaznamenat v Německu a ve Francii.

V Německu byla aktivní eutanázie zakázána, i když se na počátku 20. století objevovala hnutí, která se snažila legalizaci eutanázie prosadit, ať z důvodů ekonomických, rozvíjející se eugeniky nebo práva na sebeurčení. Ke změně zákona nedošlo ani za nacistického režimu i když tehdy k nevyžádané i nucené eutanázii docházelo velmi často. Po druhé světové válce v německém slovníku slovo eutanázie zcela vymizelo a debata o pomoci umírajícím utichla. Slovo eutanázie bylo nahrazeno slovem *Sterbehilfe* – smrt z milosrdenství (Munzarová, 2005, s. 33).

V osmdesátých letech 20. století byla aktivní eutanázie zakázaná, ale existoval trestný čin usmrcení na žádost, za který bylo možné uložit mírnější trest odnětí svobody. Podporovatelé eutanázie založili v polovině roku 2000 pobočku švýcarského spolku Dignitas a začali nabízet pomoc při asistované sebevraždě i v německém prostředí. V roce 2014 byl skupinou odborníků vypracován návrh zákona, který měl umožnit beztrestnost asistované sebevraždy lékaři a blízkými příbuznými, pokud s tím umírající jednoznačně souhlasil. Tento návrh nebyl schválen. Po vypjatých debatách byla 3. prosince 2015 přijata novela trestního zákoníku, ve které se zakazuje komerční asistovaná sebevražda s trestní sazbou až tři roky nebo peněžitým trestem. Podílející se osoba bude považována za beztrestnou, pokud jedná bez komerčních úmyslů a je rodinný příslušník nebo osobou blízkou (Doležal, 2017, s. 194-195).

Ve Francii se o eutanázii hovoří od poloviny 70. let. Zásadním argumentem proti přijetí speciálního zákona bylo zkvalitnění paliativní péče a z toho důvodu nebude vyžádaná eutanázie potřeba. Asistovaná sebevražda byla ve Francii vždy legální, protože i sebevražda byla legální a její způsob žádný zákon neupravoval. Až v roce 1987 bylo do trestního kodexu zařazeno „nabádání k sebevraždě“. Ani toto ustanovení nevedlo ke stíhání asistované sebevraždy. O asistované sebevraždě se nikdy nevedly debaty, za asistovanou sebevraždu s pomocí lékaře hrozil maximálně disciplinární postih. Nový zákon přijatý v lednu 2016 asistovanou sebevraždu výslovně zakázal, akceptoval však možnost nepřímé eutanázie i ukončení nebo nezačínání léčby, pokud je taková péče marná (Doležal, 2017, s. 194-196).

3.3 Legislativní vymezení v ČR

V České republice je eutanázie zakázaná a po jejím provedení bude kvalifikována jako trestný čin. V Etickém kodexu České lékařské komory, bodu 2, se uvádí: „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.“ (Etický kodex, <http://www.clk.cz/oldweb/zakpred/predpis10.html>)

Do roku 1950 platil na našem území trestní zákoník z doby rakouského císařství z roku 1852. Tento zákoník neznal trestný čin zabití na žádost ani zabití ze soucitu. Psalo se v něm, že zločin lze spáchat i „na takových osobách, které samy škody si přejí nebo k ní svolují“ (Doležal, 2017, s. 202).

Snahy legalizovat eutanázii, popř. zmírnit trest po jejím provedení byly u nás zaznamenány už roku 1926, kdy návrh nového československého zákona obsahoval možnost snížit trest za provedení eutanázie pod dolní hranici trestní sazby za vraždu, případně trest odpustit. Návrh nerozlišoval, jestli eutanázii provede laik nebo lékař. V roce 1937 bylo v návrhu novelizace československého trestního práva ustanovení, aby byla eutanázie považována za přečin. Ani jeden z těchto návrhů nebyl přijat (Haškovcová, 2007, s. 134–135).

Ke změně zákoníku z roku 1852 tedy došlo až po druhé světové válce a po nástupu komunistického režimu v roce 1950. Před zájmem o podstatu usmrcení na žádost měly přednost ideologické cíle socialistického soužití. Eutanázie byla podřazena pod trestný čin vraždy (§ 216 tr. zák. č. 86/1950 Sb.), znám byl také trestný čin účasti na sebevraždě (§ 226 tr. zák. č. 86/1950 Sb.). Tento zákon byl dvakrát novelizován, k žádným změnám přístupu k eutanázii, asistované sebevraždy nebo usmrcení na žádost nedošlo ani nebyly diskutovány. Ani trestní zákon z roku 1961 neřeší skutkovou podstatu spojenou s eutanázií, ta byla podřazena pod skutkovou podstatu trestného činu vraždy s trestem odnětí svobody na 10 až 15 let (§219 tr. zák. č. 140/1961 Sb.). Usmrcení člověka bylo možné spáchat i opomenutím takového konání, k němuž byl pachatel podle okolností povinen (§89 tr. zák. č. 140/1961 Sb.). Tímto vznikala trestní odpovědnost zdravotníkům i v případě pasivní eutanázie (Doležal, 2017, s. 207 - 209).

V devadesátých letech 20. století se otevřel prostor pro diskusi o tématech, která do té doby nebyla akceptovatelná.

Značnou odezvu mezi odbornou i laickou veřejností vzbudil návrh trestního zákoníku z roku 2004, ve kterém se objevilo téma eutanázie a otázka jejího případného trestněprávního postihu. V ustanovení § 118 se objevil termín „usmrcení na žádost“, který je kvalifikován jako trestný čin s všemi důsledky a měl by být potrestán odnětím svobody na nejvýše šest let (©EPRAVO.CZ, 2004). Tento návrh nebyl přijat.

Vláda v roce 2011 předložila v souvislosti s reformou zdravotnictví návrh zákona o zdravotních službách č. 372/2011 Sb. Tento zákon nabyl účinnosti 1.4.2012. V rámci tohoto zákona je v § 36 zakotven tzv. institut dříve vysloveného přání, který umožňuje pacientovi předem požádat o nepokračování léčby. Dříve vyslovené přání musí splňovat řadu podmínek. Musí být v písemné formě, s úředně ověřeným podpisem pacienta a musí obsahovat poučení o důsledcích tohoto rozhodnutí. Důležitou součástí je přesný výčet situací, na které se vztahuje – oživovací pokusy, umělá plicní ventilace, umělá výživa, apod (Tomešová

Jana, 2016, <https://www.pravniprostor.cz/clanky/obcanske-pravo/drive-vyslovene-prani-predem-vysloveny-ne-souhlas-s-poskytnutim-lecby>).

Eutanázie není v České republice uzákoněna. Současná právní úprava České republiky se opírá v otázkách týkajících se života a usmrcení, popř. eutanázie o zákon č. 40/2009 Sb., Ústavu České republiky a Listinu základních práv a svobod.

Listina základních práv a svobod garantuje v článku 6 právo na život, z toho vyplývá právo nebýt zbaven života a povinnost státu chránit lidský život. Trestní zákoník eutanázii nepřipouští a takové jednání je trestné. Neřeší ani usmrcení na žádost a usmrcení ze soucitu. Aktivní eutanázie je kvalifikována jako trestný čin vraždy podle §140 trestního zákoníku s trestem odnětí svobody na deset až osmnáct let. Na pasivní eutanázii se pohlíží jako na trestný čin vraždy nebo zabití podle §141 trestního zákoníku (Doležal, 2017, s. 217 – 224).

)

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 METODOLOGIE VÝZKUMU

Praktická část diplomové práce se zabývá tím, jaké jsou názory sociálních pedagogů a široké veřejnosti na umírání, smrt a eutanázii, zda se výrazně liší v závislosti na úrovni dosaženého vzdělání, věku a pohlaví a jaká je informovanost o tomto tématu. Inspirací k napsání diplomové práce na toto téma byl rozhovor s prof. MUDr. Pavlem Pafkem v časopisu Reflex č. 34/2018, který nás přiměl k přemýšlení o tomto tématu a zjistit, jak se na to dívá široká veřejnost a odborníci. Téma eutanázie se občas objeví v médiích a vyvolá prudké reakce odborníků, proto je vhodné mít o tomto tématu povědomí, protože každý se může setkat se situací, kdy bude o předčasném ukončení života uvažovat, ať u sebe, či u svých blízkých.

V současné době v České republice neexistuje profese sociálního pedagoga. Sociálním pedagogem pro účely praktické části této práce rozumíme absolventy vysokoškolského studia ve studijním programu Sociální pedagogika.

4.1 Výzkumný problém

Při stanovení výzkumného problému jsme vycházeli z teoretických východisek popsanych v první části diplomové práce.

Jaké jsou rozdíly v názorech sociálních pedagogů a široké veřejnosti na problematiku eutanázie, umírání a smrti?

4.2 Výzkumné cíle a hypotézy

Hlavním cílem výzkumu je zjistit názory sociálních pedagogů a široké veřejnosti na problematiku eutanázie, umírání a smrti.

Na základě hlavního výzkumného cíle jsme rozpracovali dílčí výzkumné cíle a stanovili věcné hypotézy:

1. Zjistit, jaké jsou rozdíly v informovanosti o problematice eutanázie mezi sociálními pedagogy a veřejností.
H1: Sociální pedagogové jsou o eutanázii informovaní lépe než lidé s jiným vzděláním.
2. Zjistit, jaké jsou rozdíly v názorech respondentů na smrt a umírání v závislosti na věku.

H2: Míra strachu z umírání a smrti je rozdílná v závislosti na věku.

3. Zjistit, jaké jsou názory respondentů na důstojné umírání v závislosti na pohlaví.

H3: Názory respondentů na důstojné umírání se liší v závislosti na pohlaví.

4. Zjistit, jaké jsou rozdíly v názorech na legalizaci eutanázie mezi sociálními pedagogy a lidmi s jiným vzděláním.

H4: Sociální pedagogové mají větší obavy ze zneužití eutanázie než lidé s jiným vzděláním.

5. Zjistit, jaké jsou rozdíly v názorech respondentů na legalizaci eutanázie z hlediska věku.

H5: Akceptace legalizace eutanázie závisí na věku.

6. Zjistit, jaké jsou rozdíly v názorech respondentů na legalizaci eutanázie z hlediska pohlaví.

H6: Akceptace legalizace eutanázie závisí na pohlaví.

4.3 Výzkumný soubor

Základní soubor tvoří lidé starší 18 ti let, výběrový soubor jsme vybrali na základě jeho dostupnosti prostřednictvím sociálních sítí a internetu a záměrný – absolventy vysokoškolského studia v oboru sociální pedagogiky – oslovením prostřednictvím internetu na sociálních sítích ve skupinách absolventů tohoto oboru.

Sběr dat byl proveden prostřednictvím internetu rozesláním elektronického dotazníku rozesláním e-mailů a prostřednictvím sociálních sítí. Díky statistice internetového dotazníku jsme zjistili, že dotazník vidělo 234 respondentů, z toho 62 osob dotazník nevyplnilo. Řádně vyplněných dotazníků bylo vráceno 172 (73 %). Jeden dotazník jsme kvůli neúplnosti museli vyřadit.

4.4 Technika a metoda sběru dat

Při zpracování tématu jsme zvolili kvantitativní výzkum a výzkumnou techniku dotazníkového šetření. Výhodou této techniky je rychlé shromáždění dat od většího počtu respondentů a zajištění jejich anonymity. Nevýhodou je omezení komunikace, respondenti nemu-

sí plně pochopit znění otázek a chybí možnost kladení doplňujících otázek. Tím může dojít ke zkreslení jejich odpovědí.

V únoru letošního roku jsme provedli předvýzkum na malém výzkumném vzorku respondentů, abychom mohli upravit případné nejasnosti ve formulacích otázek dotazníku a ujistili se, že je dotazník srozumitelný a při jeho vyplňování nejsou žádné potíže. Předvýzkum jsme uskutečnili na vzorku 15 respondentů a na základě drobných nejasností jsme některé otázky upravili.

Sběr dat jsme uskutečnili prostřednictvím internetového dotazníku, který jsme vytvořili na webové stránce [survio.com](https://www.surveymonkey.com). Sběr dat probíhal v březnu roku 2019. Výhoda této podoby dotazníku je v zajištění anonymity respondentů, tvorbě dotazníku a nastavení otázek tak, že neúplně vyplněný dotazník nebude uložen a odeslán k dalšímu zpracování.

Na úvod dotazníku byli respondenti seznámeni s autorkou a výzkumným problémem a požádání o jeho vyplnění.

Dotazník obsahuje 16 položek a je rozdělen do tří bloků. V prvním bloku jsme zjišťovali demografická data – věk, vzdělání a pohlaví, ve druhém srovnáváme rozdíly mezi názory a informovaností o eutanázii mezi sociálními pedagogy a širokou veřejností. Ve třetím bloku zjišťujeme názory široké veřejnosti na umírání a smrt.

4.5 Metoda zpracování dat

Pro statistické zpracování dat z dotazníkového šetření jsme použili program Microsoft Office Excel 2010, který umožňuje zadávat statistická data. Nejprve jsme data převedli do tabulky, kde řádky značily jednotlivé respondenty a sloupce odpovědi na otázky z dotazníku.

Pro ověření hypotéz jsme použili neparametrické statistické metody. Hypotézy jsme ověřili pomocí testu nezávislosti Chí-kvadrát pro čtyřpolní tabulku a testu nezávislosti chí – kvadrát pro kontingenční tabulku.

Statistickou hypotézu neověřujeme přímo, ale proti opačnému tvrzení, tzv. nulové hypotéze (H_0). Nulová hypotéza předpokládá, že mezi proměnnými není významný vztah. Jestliže analýzou zjistíme, že nulovou hypotézu můžeme zamítnout, přijímáme alternativní hypotézu (H_A).

5 VYHODNOCENÍ DAT

V této části diplomové práce vyhodnocujeme a popisujeme získaná data. Výsledky výzkumu prezentujeme v podobě grafického znázornění odpovědí na jednotlivé otázky dotazníku. V tabulkách jsou data uvedena ve formě absolutních čísel (AČ). Relativní čísla (RČ) jsou uváděna v procentech zaokrouhlených na jedno desetinné místo.

5.1 Deskriptivní analýza získaných dat

Deskriptivní typ analýzy dat je založen na popisu získaných dat a jejich přehledného znázornění pomocí grafů.

Demografické údaje

Pohlaví

Dotazníkového šetření se zúčastnilo celkem 171 respondentů ve složení 110 (64,3 %) žen a 61 (35,7 %) mužů.

Tabulka č. 1: *Složení respondentů podle pohlaví*

Pohlaví	Absolutní četnost	Relativní četnost
Žena	110	64,3 %
Muž	61	35,7 %
Σ	171	100 %

Věk

Věkové skupiny jsme určili na základě dělení vývojové psychologie, přičemž jsme sloučili kategorii mladší a střední dospělost.

Nejpočetnější skupinou z hlediska věku byli respondenti ve věku od 36 do 60 let v počtu 91 (53,2 %). Druhou nejpočetnější skupinu tvořili respondenti ve věku od 18 do 35 let, konkrétně v počtu 56 (32,7 %). Nejméně početnou skupinu 24 (14 %) tvořili respondenti starší 60 let.

Tabulka č. 2: Složení respondentů podle věku

Věk	Absolutní čet- nost	Relativní četnost v %
18 – 35 let	56	32,7 %
36 – 60 let	91	53,2 %
60 let +	24	14 %
Σ	171	100 %

Graf č. 1: Složení respondentů podle věku



Dosažené vzdělání

Výzkumu se zúčastnilo celkem 91 (53,2 %) respondentů s vysokoškolským vzděláním, z toho 54 (31,6 %) s vysokoškolským vzděláním ve studijním programu Sociální pedagogika a 37 (21,6 %) respondentů s vysokoškolským vzděláním v jiných studijních programech., 65 (38 %) respondentů se středoškolským vzděláním, 14 (8,2 %) respondentů s vyšším odborným vzděláním a 1 (0,6 %) respondent se základním vzděláním.

Tabulka č. 3: Složení respondentů podle nejvyššího dosaženého vzdělání

Vzdělání	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Základní	1	0,6 %
Středoškolské	65	38 %
Vyšší odborné	14	8,2 %
Vysokoškolské – sociální pedagogika	54	31,6 %
Vysokoškolské - ostatní	37	21,6 %
Σ	171	100 %

Graf č. 2: Složení respondentů podle nejvyššího dosaženého vzdělání



5.1.1 Informovanost o eutanázii

V tomto bloku srovnáváme odpovědi sociálních pedagogů a široké veřejnosti.

Se kterou definicí eutanázie se nejvíce ztotožňujete?

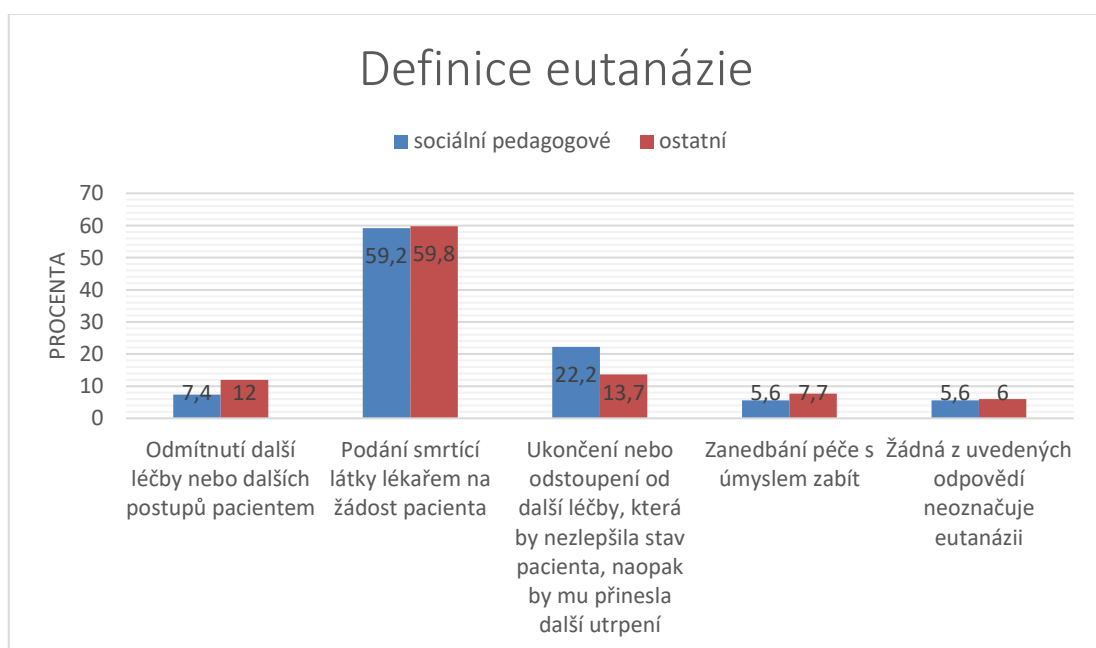
Respondenti měli označit odpověď, která je podle nich nejbližší definici eutanázie. Pouze jedna odpověď vyhovovala definici eutanázie podle WHO a to, že eutanázie znamená podání smrtící látky lékařem na žádost pacienta.

Tuto možnost zvolila většina, celkem 102 (59,6 %) respondentů. Nenašli jsme rozdíly mezi sociálními pedagogy (59,2 %) a širokou veřejností (59,8 %)

Tabulka č. 4: Odpovědi respondentů na otázku, se kterou definicí eutanázie se nejvíce ztotožňují

	Sociální pedagogové		Široká veřejnost		celkem	
	AČ	RČ %	AČ	RČ %	AČ	RČ %
Odmítnutí další léčby nebo dalších postupů pacientem	4	7,4 %	14	12 %	18	10,5 %
Podání smrtící látky lékařem na žádost pacienta	32	59,2 %	70	59,8%	102	59,6 %
Ukončení nebo odstoupení od další léčby, která by nezlepšila stav pacienta, naopak by mu přinesla další utrpení	12	22,2 %	16	13,7%	28	16,4 %
Zanedbání péče s úmyslem zabít	3	5,6 %	9	7,7 %	12	7 %
Žádná z uvedených odpovědí neoznačuje eutanázii	3	5,6 %	7	6 %	11	6,4 %
celkem	54	100 %	117	100 %	171	100 %

Graf č. 3: Odpovědi respondentů na otázku, se kterou definicí eutanázie se nejvíce ztotožňují



Myslíte si, že je rozdíl mezi eutanázií a asistovanou sebevraždou?

Cílem této položky bylo zjistit, jestli jsou respondenti schopni rozlišit pojmy asistovaná sebevražda a eutanázie.

Na otázku, jestli je rozdíl mezi eutanázií a asistovanou sebevraždou odpověděla kladně více než polovina respondentů sociálních pedagogů, celkem 59 % a 49 % ostatních respondentů.

U varianty odpovědi určitě ano měli respondenti možnost popsat, jaký je mezi těmito dvěma pojmy rozdíl. Většina respondentů, celkem 25, uvedla správně, že eutanázii musí na žádost pacienta vykonat lékař, zatímco asistovanou sebevraždu musí vykonat sám pacient za asistence druhé osoby. Pouze 4 respondenti uvedli nesprávné odpovědi: Eutanázie se provádí v případě, že by další léčba byla bezúčelná, v případě asistované sebevraždy se nejedná o člověka, jehož zdravotní stav je beznadějný, jeden respondent uvedl, že rozdíl je pouze etický a jeden respondent možná nepochopil otázku, protože odpověděl „bez bolesti“.

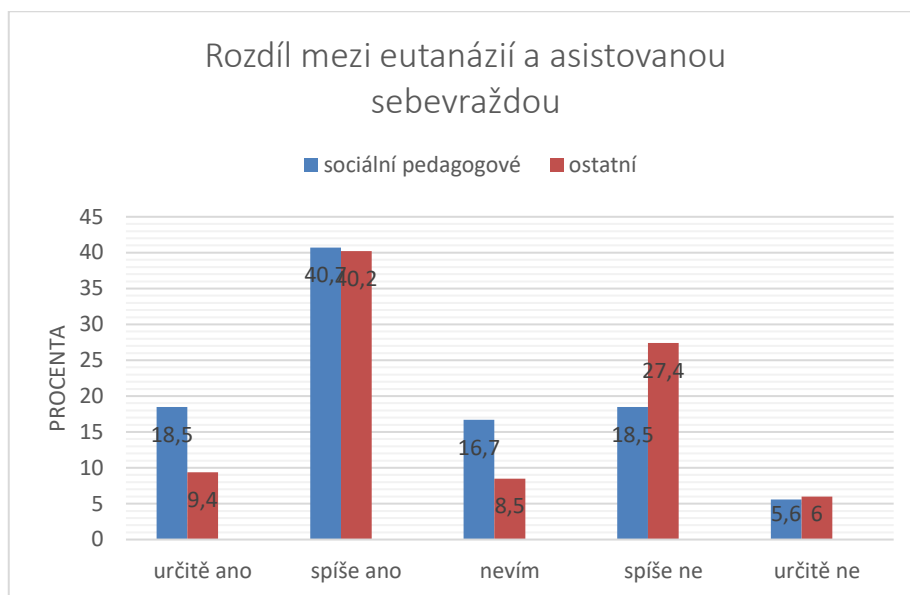
Záporně odpovědělo celkem 24 % sociálních pedagogů a 33 % ostatních respondentů, 16,7 % sociálních pedagogů a 8,5 % respondentů uvedlo nevím.

Srovnání odpovědí sociálních pedagogů a široké veřejnosti jsme uspořádali do přehledné tabulky.

Tabulka č. 5: *Odpovědi respondentů na otázku, jestli je rozdíl mezi eutanázií a asistovanou sebevraždou*

	Soc. pedagogové		široká veřejnost		Celkem	
	AČ	RČ %	AČ	RČ %	AČ	RČ %
Určitě ano	10	18,5 %	11	9,4 %	29	12,3 %
Spíše ano	22	40,7 %	47	40,2 %	69	40,4 %
Nevím	9	16,7 %	10	8,5 %	29	17 %
Spíše ne	10	18,5 %	32	27,4 %	42	24,6 %
Určitě ne	3	5,6 %	7	6 %	10	5,8 %
Celkem	54	100 %	117	100 %	171	100 %

Graf č. 4: Odpovědi respondentů na otázku, jestli je rozdíl mezi eutanázií a asistovanou sebevraždou



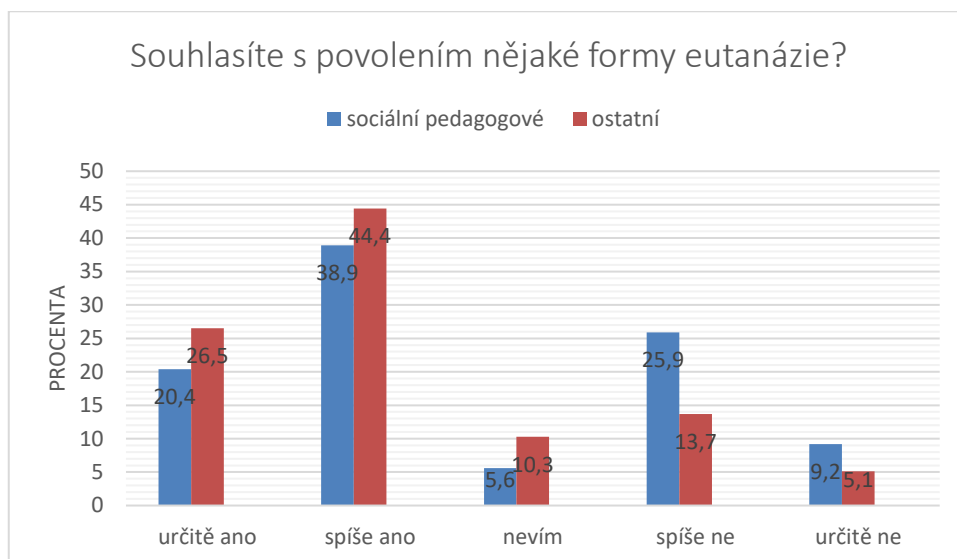
Souhlasíte s tím, aby byla v ČR povolena nějaká forma eutanázie?

S povolením nějaké formy eutanázie v ČR souhlasilo celkem 59 % sociálních pedagogů a 71 % ostatních respondentů. Proti legalizaci se vyslovilo celkem 35 % sociálních pedagogů a 19 % ostatních respondentů.

Tabulka č. 6: Odpovědi respondentů na otázku, zda souhlasí s povolením nějaké formy eutanázie

	Sociální pedagogové		Široká veřejnost		Celkem	
	Absolutní četnost	Relativní četnost %	Absolutní četnost	Relativní četnost %	Absolutní četnost	Relativní četnost %
určitě ano	11	20,4 %	31	26,5 %	42	24,6 %
Spíše ano	21	38,9 %	52	44,4 %	73	42,7 %
Nevím	3	5,6 %	12	10,3 %	15	8,8 %
Spíše ne	14	25,9 %	16	13,7 %	30	17,5 %
Určitě ne	5	9,2 %	6	5,1 %	11	6,4 %
Celkem	54	100 %	117	100 %	171	100 %

Graf č. 5: Odpovědi respondentů na otázku, zda souhlasí s povolením nějaké formy eutanázie



Pokud respondenti odpověděli na předchozí otázku záporně, posunuli se v dotazníku na otázku č. 9, která se týká zneužívání eutanázie. Otázky č. 7 a 8 zodpovědělo celkem 130 respondentů.

V Jakém prostředí by měla být eutanázie vykonána?

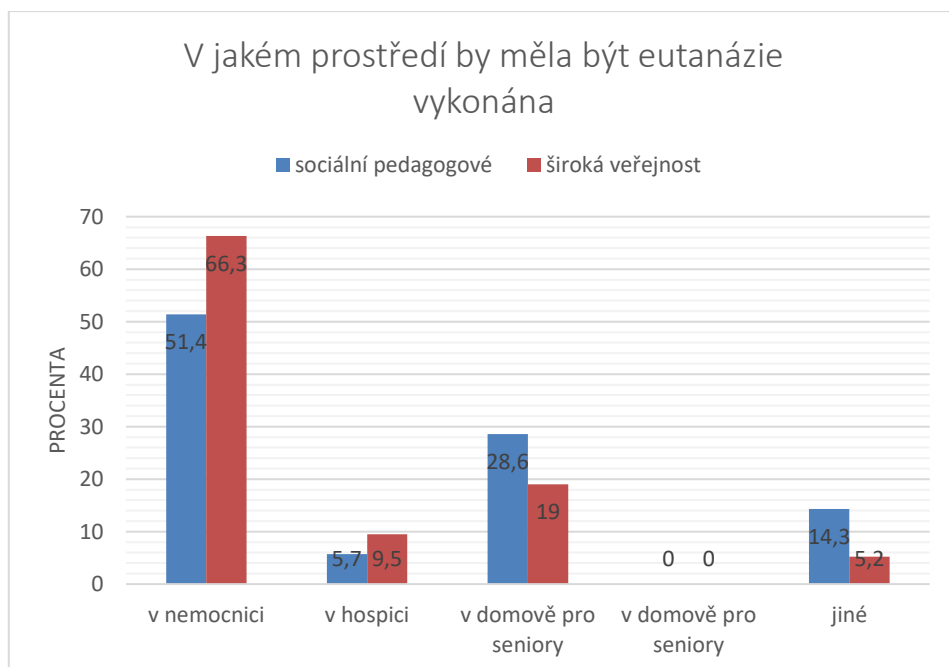
Na otázku, kde by měla být eutanázie vykonána odpověděla většina respondentů obou srovnávaných skupin, v nemocnici, s eutanázií doma souhlasilo 28,6 % sociálních pedagogů a 19 % ostatních respondentů. Hospic jako místo vykonání eutanázie zvolilo 11 (8,5 %) respondentů a žádný respondent neuvedl domov pro seniory.

Součástí otázky byla možnost vyjádřit jiný názor, kterou zvolilo celkem 7,7 % všech respondentů, z toho 9 z nich uvedlo podle přání pacienta, aby se tam cítil dobře, pouze 1 uvedl, že by to mohlo být kdekoli, kde je přítomen lékař.

Tabulka č. 7: Odpověď respondentů na otázku, v jakém prostředí by měla být eutanázie vykonána

	Sociální pedagogové		ostatní		Celkem	
	Absolutní četnost	Relativní četnost %	Absolutní četnost	Relativní četnost %	Absolutní četnost	Relativní četnost %
V nemocnici	18	51,4 %	63	66,3 %	81	62,3 %
V hospici	2	5,7 %	9	9,5 %	11	8,5 %
Doma	10	28,6 %	18	19 %	28	21,5 %
V domově pro seniory	0	0 %	0	0 %	0	0 %
jiné	5	14,3 %	5	5,2 %	10	7,7 %
Celkem	35	100 %	95	100 %	130	100 %

Graf č. 6: Odpověď respondentů na otázku, v jakém prostředí by měla být eutanázie vykonána



Kdo by měl být u eutanázie přítomen?

Sloupcový graf znázorňuje relativní četnosti odpovědí respondentů na otázku, „Kdo by měl být u vykonání eutanázie přítomen?“ Respondenti mohli zvolit více odpovědí.

Celkem se sešlo 247 odpovědí. Nejvíce odpovědí zvolilo možnost přítomnost lékaře, další přítomnost a blízkých osob. Nejméně odpovědí označilo přítomnost zdravotní sestry.

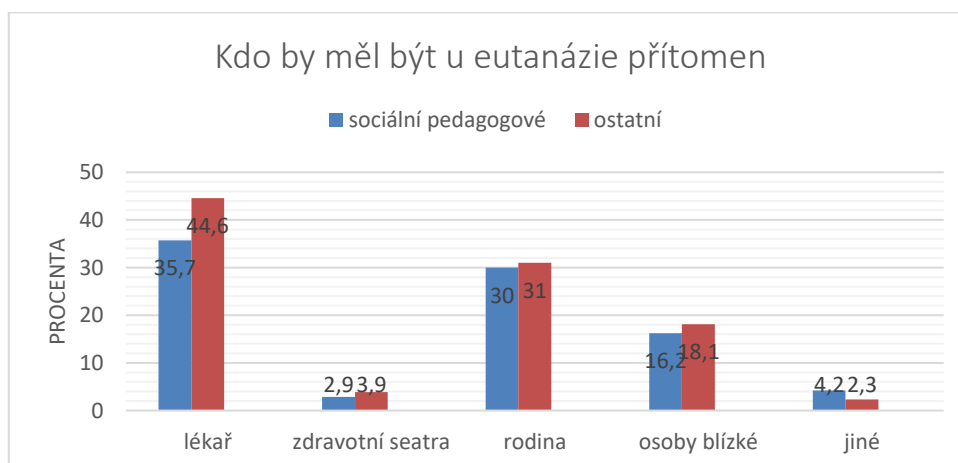
Součástí otázky byla i možnost napsat vlastní požadavek, označit odpověď jiné. Tuto zvolilo celkem 7 (5,4 %) všech respondentů, kteří se shodně vyjádřili, že by to měl být kdokoli, koho si tam pacient přeje.

Srovnání odpovědí sociálních pedagogů a široké veřejnosti jsme uspořádali do přehledné tabulky.

Tabulka č. 8: *Odpovědi respondentů na otázku, kdo by měl být u vykonání eutanázie přítomen*

	Sociální pedagogové		Široká veřejnost		Σ	
	Absolutní četnost	Relativní četnost %	Absolutní četnost	Relativní četnost %	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Lékař	25	35,7 %	79	44,6 %	104	42,1 %
Zdravotní sestra	2	2,9 %	7	3,9 %	9	3,6 %
Rodina	21	30 %	55	31 %	76	30,8 %
Osoby blízké	19	16,2 %	32	18,1 %	51	20,7 %
jiné	3	4,2 %	4	2,3 %	7	2,8 %
Σ	70	100 %	177	100 %	247	100 %

Graf č. 7: *Odpovědi respondentů na otázku, kdo by měl být u vykonání eutanázie přítomen*



V případě, že by byla eutanázie v ČR uzákoněna, obáváte se jejího zneužívání?

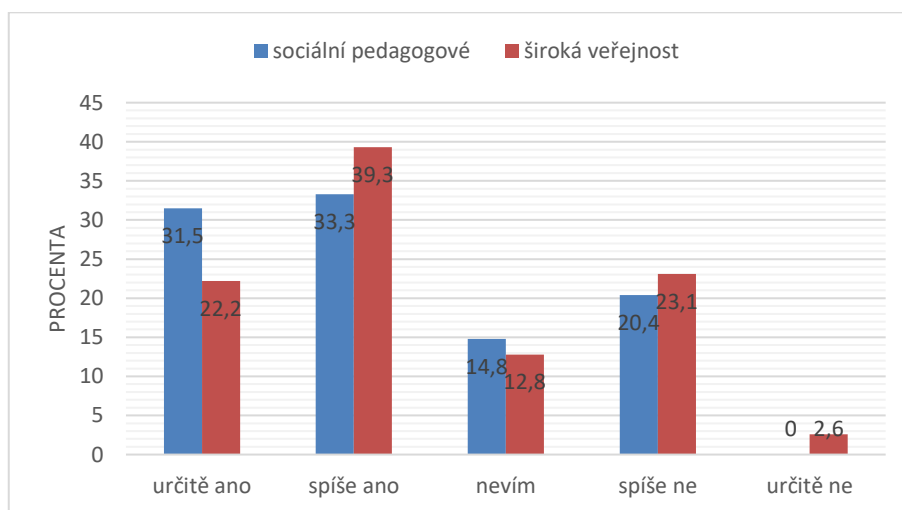
Zneužívání eutanázie v případě její legalizace v ČR se obává celkem 65 % sociálních pedagogů a 64 % ostatních respondentů.

Tyto obavy nesdílí celkem 20,4 % sociálních pedagogů a 25,7 % ostatních.

Tabulka č. 9: V případě, že by byla eutanázie uzákoněna, obáváte se jejího zneužívání?

	Sociální pedagogové		široká veřejnost		Σ	
	Absolutní četnost	Relativní četnost %	Absolutní četnost	Relativní četnost %	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Určitě ano	17	31,5 %	26	22,2 %	43	25,1 %
Spíše ano	18	33,3 %	46	39,3 %	64	37,4 %
nevím	8	14,8 %	15	12,8 %	23	13,5 %
Spíše ne	11	20,4 %	27	23,1 %	38	22,2 %
Určitě ne	0	0 %	3	2,6 %	3	1,8 %
Σ	54	100 %	117	100 %	171	100 %

Graf č. 8: Odpovědi respondentů na otázku možnosti zneužívání eutanázie



Uvažoval/a byste o eutanázii, kdyby Vám bylo diagnostikováno těžké nevléčitelné onemocnění?

V případě diagnostikování těžkého nevléčitelného onemocnění by o eutanázii uvažovala necelá polovina dotázaných respondentů obou skupin.

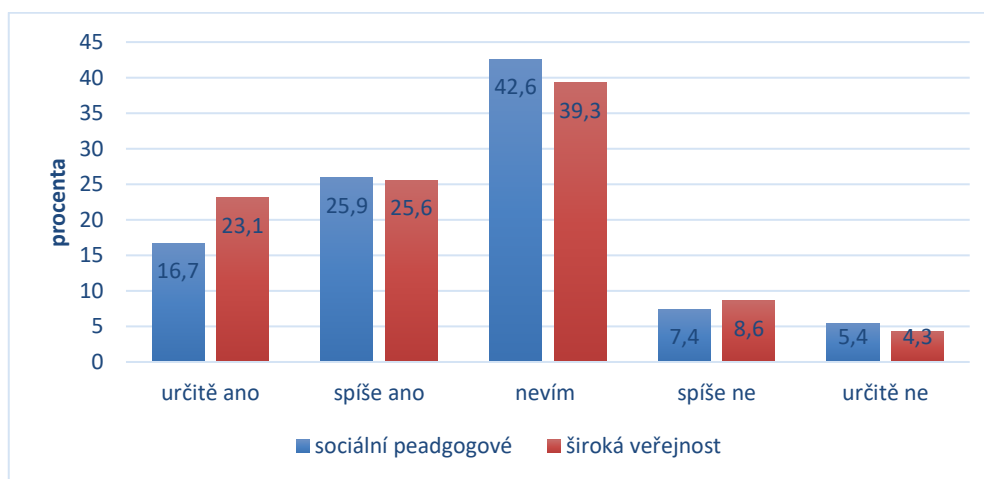
S eutanázií by v tomto případě nesouhlasilo shodně celkem 13 %, respondentů obou sledovaných skupin.

Ve shodě označily sledované skupiny také odpověď nevím, přibližně 40 %.

Tabulka č. 10: *Uvažoval/a byste o eutanázii, kdybyste těžce onemocněli?*

	Sociální pedagogové		Široká veřejnost		Σ	
	Absolutní četnost	Relativní četnost %	Absolutní četnost	Relativní četnost %	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Určitě ano	9	16,7 %	27	23,1 %	36	21,1 %
Spíše ano	14	25,9 %	30	25,6 %	44	25,7 %
nevím	23	42,6 %	46	39,3 %	69	40,4 %
Spíše ne	4	7,4 %	10	8,6 %	14	8,2 %
Určitě ne	3	5,4 %	5	4,3 %	8	4,7 %
Σ	54	100 %	117	100 %	171	100 %

Graf č. 9: *Odpověď na otázku, zda by respondenti uvažovali o eutanázii v případě, že by jim bylo diagnostikováno těžké nevléčitelné onemocnění*



Byl/a byste schopen/na rozhodnout o vykonání eutanázie u Vám blízkého smrtelně nemocného člověka?

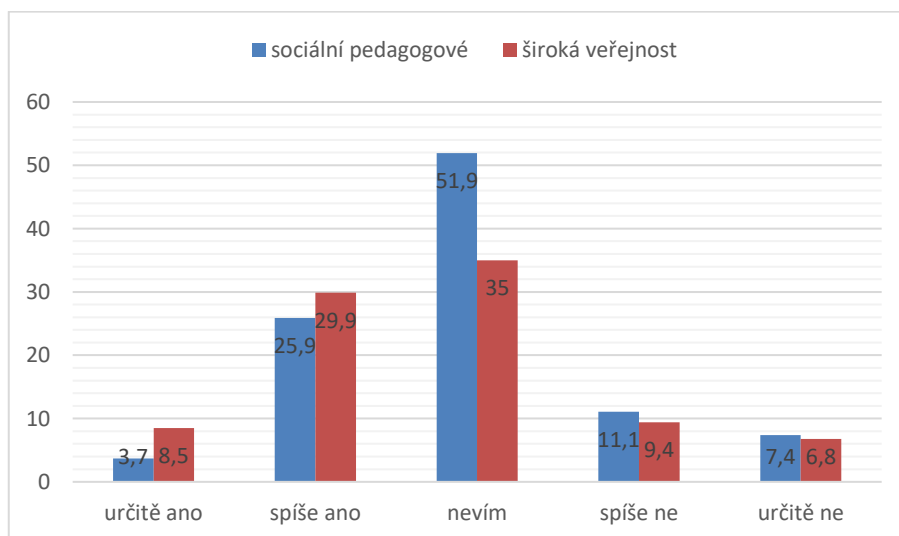
V tomto případě by s eutanázií souhlasilo celkem 30 % sociálních pedagogů a 38 % ostatních respondentů.

Nesouhlas s tímto rozhodnutím vyjádřilo 18,5 % sociálních pedagogů a 16 % ostatních respondentů.

Tabulka č. 11: *Byl/a byste schopen/na rozhodnout o vykonání eutanázie u svého blízkého?*

	Sociální pedagogové		Široká veřejnost		Σ	
	Absolutní četnost	Relativní četnost %	Absolutní četnost	Relativní četnost %	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Určitě ano	2	3,7 %	10	8,5 %	12	7 %
Spíše ano	14	25,9 %	35	29,9 %	49	28,7 %
nevím	28	51,9 %	41	35 %	69	40,4 %
Spíše ne	6	11,1 %	11	9,4 %	29	17 %
Určitě ne	4	7,4 %	8	6,8 %	12	7 %
Σ	54	100 %	117	100 %	171	100 %

Graf č. 10: *Odpověď respondentů na otázku, zda byli schopni rozhodnout o vykonání eutanázie u blízkého smrtelně nemocného člověka*



V jakých evropských zemích je podle Vás legální nějaká forma eutanázie?

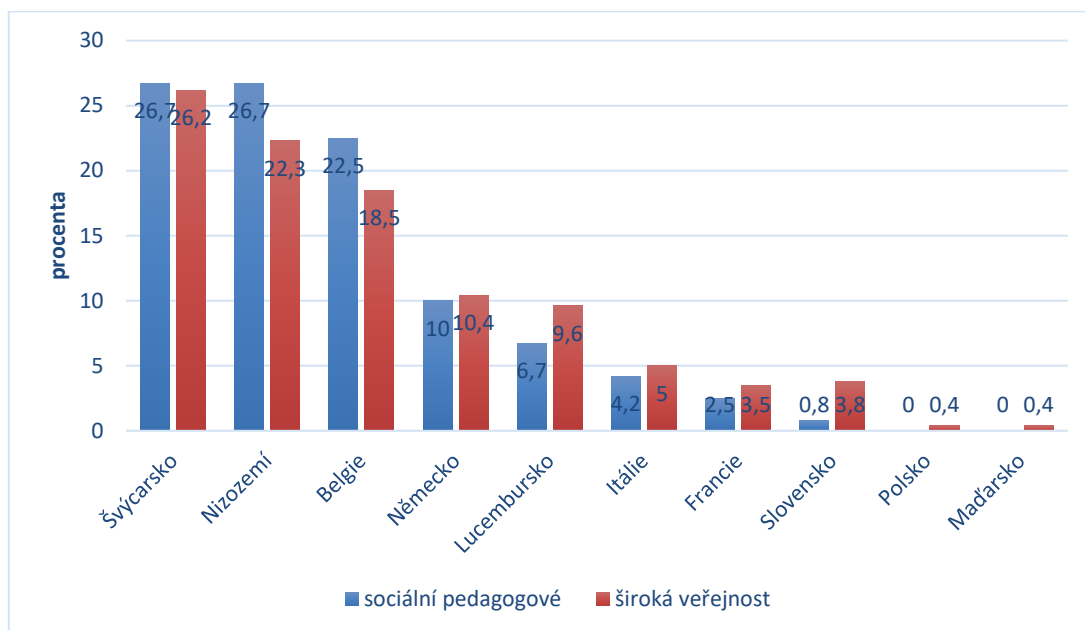
Dotázali jsme se, v jakých evropských zemích je povolena nějaká forma eutanázie. Chtěli jsme zjistit, jaké mají respondenti povědomí o stavu v Evropě. Respondenti si mohli vybrat z deseti evropských zemí a mohli označit více států. Celkem bylo vyhodnoceno 380 odpovědí.

Většina respondentů odpověděla správně, pouze 13 (7,6 %) odpovědí bylo chybných. Výsledky jsme zpracovali do přehledné tabulky.

Tabulka č. 12: *Odpovědi respondentů na otázku, v jakých evropských zemích je legální nějaká forma eutanázie*

Evropský stát	sociální pedagogové		široká veřejnost		celkem	
	AČ	RČ	AČ	RČ	AČ	RČ
Švýcarsko	32	26,7 %	68	26,2 %	110	28,9 %
Nizozemí	32	26,7 %	58	22,3 %	90	23,7 %
Belgie	27	22,5	48	18,5 %	75	19,7 %
Německo	12	10 %	27	10,4 %	39	10,3 %
Lucembursko	8	6,7 %	25	9,6 %	33	8,7 %
Itálie	5	4,2 %	13	5 %	18	4,7 %
Francie	3	2,5 %	9	3,5 %	12	3,2 %
Slovensko	1	0,8 %	10	3,8 %	1	0,3 %
Polsko	0	0 %	1	0,4 %	1	0,3 %
Maďarsko	0	0 %	1	0,4 %	1	0,3 %
celkem	120	100 %	260	100 %	380	100 %

Graf č. 11: Odpovědi respondentů na otázku, v jakých evropských zemích je legální nějaká forma eutanázie



5.1.2 Otázky týkající se umírání a smrti

V této části zjišťujeme názory všech respondentů na problematiku umírání a smrti.

Bojíte se smrti?

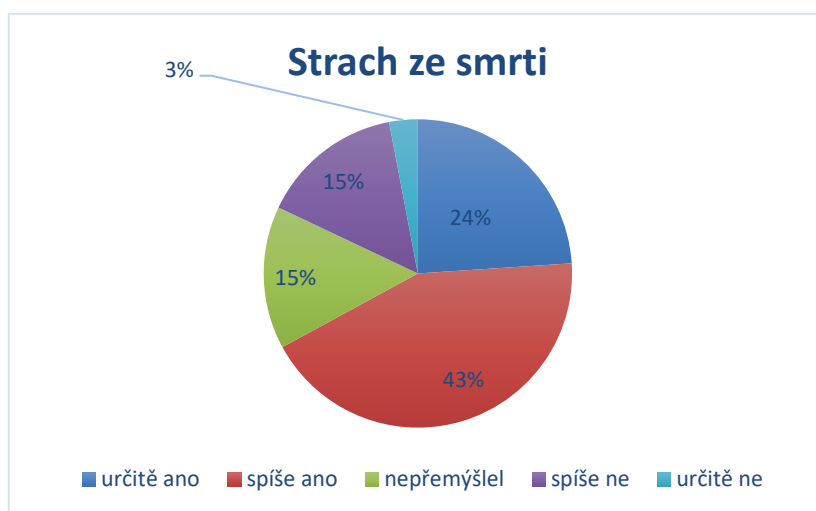
Na otázku ohledně strachu ze smrti odpověděla většina respondentů 112 (65,5 %) kladně, z toho 40 (23,4 %) uvedlo, že se určitě bojí smrti, 72 (42,1 %) respondentů obavy ze smrti připouští.

Smrti se nebojí celkem 30 (17,5 %) respondentů, strach ze smrti nemá 5 (2,9 %) respondentů nepřipouští 25 (14,6 %) respondentů.

Nad smrtí nepřemýšlelo 29 (17 %) respondentů.

Tabulka č. 13: *Odpověď respondentů na otázku „Bojíte se smrti?“*

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Určitě ano	40	23,4 %
Spíše ano	72	42,1 %
nepřipouští si	29	17 %
Spíše ne	25	14,6 %
Určitě ne	5	2,9 %
Σ	171	100 %

Graf č. 12: *Odpověď respondentů na otázku „Bojíte se smrti?“*

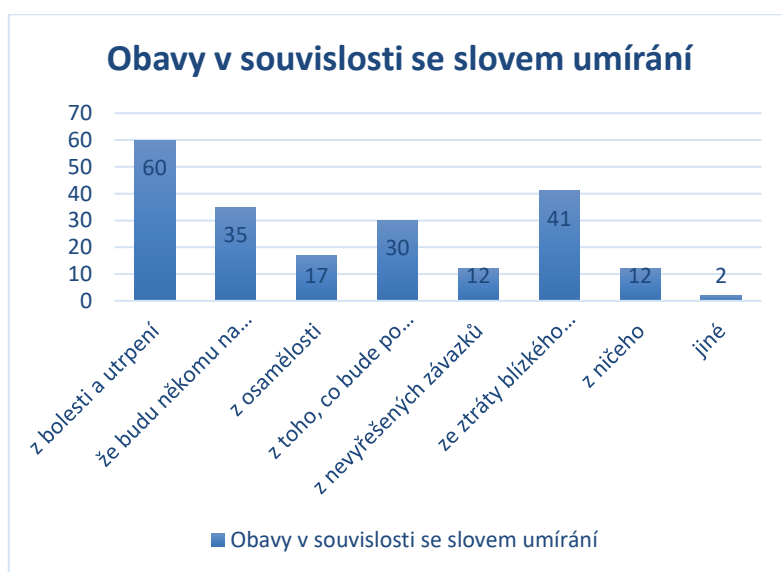
Z čeho máte obavy, když se zamyslíte nad slovem „umírání“?

Největší obavy v souvislosti s umíráním mají respondenti z bolesti a utrpení. Tuto možnost označilo 60 (35,1 %) respondentů. Na druhém místě byla obava ze ztráty blízkého člověka, tak odpovědělo 41 (24 %) respondentů. Toho, co bude po smrti se obává 30 (17,5 %) respondentů. Osamělosti se bojí 17 (9,9 %) respondentů. Nejméně respondentů 12 (7 %) se obává nevyřešených závazků a shodný počet odpověděl, že nemá obavy z ničeho. Na tuto otázku bylo možné odpovědět i vlastními slovy. Tuto možnost využili 2 respondenti, kteří shodně uvedli, že se obávají bolesti, utrpení, samoty, z toho, že budou někomu na obtíž a z bezvýchodné situace.

Tabulka č. 14: Z čeho máte obavy v souvislosti se slovem umírání

	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Z bolesti a utrpení	60	35,1 %
Že budu někomu na obtíž	35	20,5 %
Z osamělosti	17	9,9 %
Z toho, co bude po smrti	30	17,5 %
Z nevyřešených závazků	12	7 %
Ze ztráty blízkého člověka	41	24 %
Z ničeho	12	7 %
jiné	2	1,2 %
Σ	171	100 %

Graf č. 13: Obavy v souvislosti se slovem „umírání“



Co pro vás znamená „důstojně zemřít“?

Důstojně zemřít znamená pro většinu respondentů 69 (40,3 %) zemřít rychle a bezbolestně. Zemřít s pocitem naplněného smyslu života považuje za důstojné 53 (31 %) respondentů. V kruhu rodiny a blízkých považuje za důstojné 47 (27,6 %) respondentů. Možnost „jiné“

označili 2 respondenti, kteří uvedli, že důstojně zemřít pro ně znamená bez ponížení, se zachováním lidské důstojnosti nebo smíření s Bohem.

Tabulka č. 15: *Odpověď respondentů na otázku, co pro ně znamená důstojně zemřít*

	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Rychle a bezbolestně	74	43,3 %
V kruhu rodiny a blízkých	49	28,7 %
S pocitem naplněného smyslu života	53	31 %
jiné	7	4,1 %
Σ	171	100 %

Graf č. 14: *Odpověď respondentů na otázku, co pro ně znamená důstojně zemřít*



Kde byste chtěl/a strávit konec života?

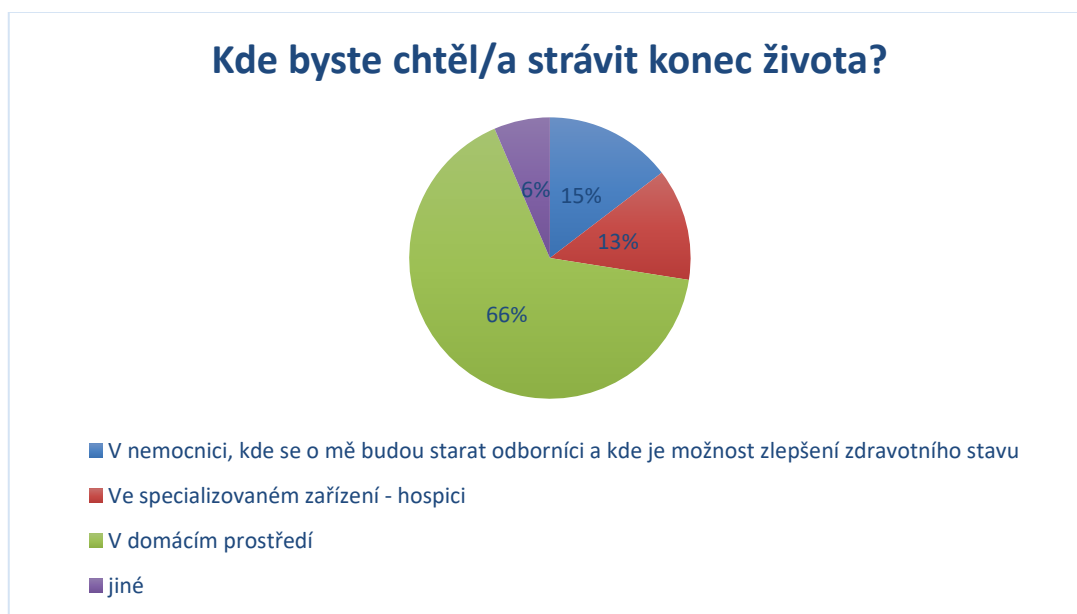
Naprostá většina 113 (66,1 %) respondentů by si přálo strávit konec života v domácím prostředí. Četnost dalších odpovědí výrazně klesla a v nemocnici by konec života chtělo prožít 25 (14,6 %), v hospici 22 (12,9 %) respondentů.

Možnost jiná zvolilo 11 respondentů, kteří uváděli místo, kde se budu cítit dobře, celkem 7 odpovědi, 2 respondenti uvedli, že o tom nepřemýšleli, 1 uvedl, že by si přál zemřít na motorce a 1 kdekoli.

Tabulka č. 16: *Odpověď respondentů na otázku, kde by chtěli strávit konec života*

	Absolutní četnost	Relativní četnost %
V nemocnici, kde se o mě budou starat odborníci a kde je možnost zlepšení zdravotního stavu	25	14,6 %
Ve specializovaném zařízení-hospici	22	12,9 %
V domácím prostředí	113	66,1 %
jiné	11	6,4 %
Σ	171	100 %

Graf č. 15: *Odpověď respondentů na otázku, kde by chtěli strávit konec života*



5.2 Statistické testování hypotéz

Pro ověření zvolených hypotéz jsme použili neparametrický test pro analýzu nominálních dat, Test nezávislosti chí-kvadrát.

Pro provedení výpočtů jsme pro každou hypotézu vytvořili tabulku s absolutními (AČ) a očekávanými (OČ) četnostmi. Do tabulek jsme sloučili odpovědi označené Ano – ano a spíše ano a Ne – ne a spíše ne. V případě klasifikace vzdělání jsme určili skupiny: Sociální

pedagogika - s vysokoškolské vzdělání ve studijním programu Sociální pedagogika a do skupiny Ostatní vzdělání jsme sloučili respondenty s jiným než sociálně pedagogickým vzděláním.

Pro testování hypotézy H1 jsme použili Tet nezávislosti chí-kvadrát pro čtyřpolní tabulku, hypotézy H2, H3, H4, H5 a H6 jsme testovali pomocí Testu nezávislosti chí-kvadrát pro kontingenční tabulku.

Pro verifikaci nebo falzifikaci hypotéz byla stanovena hladina významnosti $\alpha = 0,05$.

H1: Sociální pedagogové jsou o eutanázii informovaní lépe než lidé s jiným vzděláním.

H0: Neexistuje významný rozdíl v úrovni informovanosti v závislosti na vzdělání.

HA: Existuje významný rozdíl v úrovni informovanosti v závislosti na vzdělání.

Hypotéza byla testována pomocí otázky č. 3 z dotazníku, která se zabývala úrovní dosaženého vzdělání a otázky č. 4, která byla zaměřena na definici eutanázie. Ano byly označeny odpovědi označující správnou definici, všechny ostatní odpovědi byly označeny ne.

Tabulka č. 17: *Informovanost o problematice eutanázie*

	Ano AČ (OČ)	Ne AČ (OČ)	Σ
Sociální pedagogové	35 (32,21)	19 (21,79)	54
Jiné vzdělání	67 (69,79)	50 (47,21)	117
Σ	102	69	171

$$x^2 = 0,0875 < x^2_{0,05}(1) = 3,841$$

Hodnota testového kritéria x^2 je nižší než kritická hodnota chí-kvadrátu na hladině významnosti 0,05 a stupně volnosti 1.

Přijímáme H0 a můžeme konstatovat, že na základě analýzy jsme zjistili, že v závislosti na vzdělání nejsou významné rozdíly v informovanosti o eutanázii.

H2: Míra strachu z umírání a smrti je rozdílná v závislosti na věku.

H₀: Předpokládáme, že neexistují rozdíly v míře strachu z umírání a smrti v závislosti na věku.

H_A: Předpokládáme, že existují rozdíly v míře strachu z umírání a smrti v závislosti na věku.

Hypotéza byla testována pomocí otázky č. 2 z dotazníku, která se zabývala věkovým složením a otázky č. 13, která byla zaměřena na strach ze smrti.

Tabulka č. 18: *Míra strachu z umírání a smrti v závislosti na věku.*

	Ano AČ (OČ)	Nevím AČ (OČ)	Ne AČ (OČ)	Σ
18 – 35 let	41 (36,68)	11 (9,5)	4 (9,82)	56
36 – 60 let	52 (59,6)	16 (15,43)	23 (15,96)	91
60 +	19 (15,72)	2 (3,27)	3 (5,01)	24
Σ	112	29	30	171

$$x^2 = 10,375 > x^2_{0,05}(4) = 9,488$$

Hodnota testového kritéria x^2 je vyšší než kritická hodnota chí-kvadrátu na hladině významnosti 0,05 a stupně volnosti 4.

Přijímáme alternativní hypotézu (H_A) a můžeme konstatovat, že na základě analýzy jsme zjistili, že existují významné rozdíly v míře strachu z umírání a smrti v závislosti na věku.

H₃: Názory respondentů na důstojné umírání jsou rozdílné v závislosti na pohlaví.

H₀: Neexistuje významný rozdíl v názorech respondentů na důstojné umírání v závislosti na pohlaví.

H_A: Existuje významný rozdíl v názorech respondentů na důstojné umírání v závislosti na pohlaví.

Hypotéza byla testována pomocí otázky č. 1 z dotazníku, která určuje pohlaví respondentů a otázky č. 15, která se týká názorů na důstojné umírání.

Tabulka č. 19: *Názory na důstojné umírání*

	Rychle a bezbolestně AČ (OČ)	V kruhu rodiny a blízkých AČ (OČ)	S pocitem naplněného smyslu života AČ (OČ)	Σ
muži	41 (24,21)	10 (16,69)	9 (18,82)	60
ženy	28 (44,79)	37 (30,31)	44 (34,18)	109
Σ	69	47	53	169

$$\chi^2 = 29,334 > \chi^2_{0,05}(2) = 5,991$$

Hodnota testového kritéria χ^2 je vyšší než kritická hodnota chí-kvadrátu na hladině významnosti 0,05 a stupně volnosti 2.

Přijímáme alternativní hypotézu (H_A) a můžeme konstatovat, že na základě analýzy jsme zjistili, že existují významné rozdíly v názorech na důstojné umírání v závislosti na pohlaví respondentů.

H₄: Sociální pedagogové mají větší obavy ze zneužití eutanázie v ČR než lidé s jiným vzděláním.

H₀: Neexistuje významný rozdíl v názorech na zneužití eutanázie v ČR v závislosti na vzdělání

H_A: Existuje významný rozdíl v názorech na zneužití eutanázie v ČR v závislosti na vzdělání

Hypotéza byla testována pomocí otázky č. 3 z dotazníku, která se zabývala úrovní dosaženého vzdělání a otázky č. 9, která byla zaměřena na obavy ze zneužití eutanázie.

Tabulka č. 20: *Obavy ze zneužití eutanázie*

	Ano	Ne	Nevím	Σ

Sociální pedagogové	33/33,79	14/12,95	7/7,26	54
Jiné vzdělání	74/73,21	27/28,05	16/15,74	117
Σ	107	41	23	171

$$x^2 = 0,165 < x^2_{0,05}(2) = 5,991$$

Hodnota testového kritéria x^2 je nižší než kritická hodnota chí-kvadrátu na hladině významnosti 0,05 a stupně volnosti 2.

Přijímáme nulovou hypotézu (H_0) a můžeme konstatovat, že na základě analýzy jsme zjistili, že v závislosti na vzdělání nejsou významné rozdíly v obavách ze zneužití eutanázie.

H5: Akceptace legalizace eutanázie závisí na věku.

H_0 : Neexistuje významný rozdíl v akceptaci eutanázie v závislosti na věku.

H_A : Existuje významný rozdíl v akceptaci eutanázie v závislosti na věku.

Hypotéza byla testována pomocí otázky č. 2, která určuje věk respondentů a otázky č. 6, kde zjišťuje, zda respondenti souhlasí s legalizací eutanázie.

Tabulka č. 21: Akceptace legalizace eutanázie v závislosti na věku

	ano AČ (OČ)	Nevím AČ (OČ)	Ne AČ (OČ)	Σ
18-35	33 (37,66)	10 (5,01)	13 (13,33)	56
36-60	63 (61,2)	4 (7,98)	24 (21,82)	91
60+	19 (16,14)	1 (2,11)	4 (5,75)	24
Σ	115	15	41	171

$$x^2 = 9,746 > x^2_{0,05}(4) = 9,488$$

Hodnota testového kritéria x^2 je vyšší než kritická hodnota chí-kvadrátu na hladině významnosti 0,05 a stupně volnosti 4.

Přijímáme alternativní hypotézu (H_A) a můžeme konstatovat, že na základě analýzy jsme zjistili, že existují významné rozdíly v názorech na legalizaci eutanázie v závislosti na věku respondentů.

H₆: Akceptace legalizace eutanázie závisí na pohlaví.

H₀: Neexistuje významný rozdíl v názorech na legalizaci eutanázie v závislosti na pohlaví.

H₁: Existuje významný rozdíl v názorech na legalizaci eutanázie v závislosti na pohlaví.

Hypotéza byla testována pomocí otázky č. 1 z dotazníku, která zjišťuje pohlaví a zabývala úrovní dosaženého vzdělání a otázky č. 6, která byla zaměřena na souhlas s legalizací eutanázie.

Tabulka č. 22: Akceptace legalizace eutanázie v závislosti na pohlaví respondentů

	Ano AČ (OČ)	Nevím AČ (OČ)	Ne AČ (OČ)	Σ
Muži	37 (40,54)	6 (9,82)	18 (14,46)	55
ženy	78 (74,46)	9 (15,96)	23 (26,54)	101
Σ	115	15	41	156

$$x^2 = 1,942 < x^2_{0,05}(2) = 5,991$$

Hodnota testového kritéria x^2 je nižší než kritická hodnota chí-kvadrátu na hladině významnosti 0,05 a stupně volnosti 2.

Přijímáme nulovou hypotézu (H₀) a můžeme konstatovat, že na základě analýzy jsme zjistili, že v závislosti na pohlaví nejsou významné rozdíly v akceptaci legalizace eutanázie.

6 SHRNU TÍ VÝZKUMU

Praktická část diplomové práce byla zaměřena na zjištění názorů sociálních pedagogů a veřejnosti na problematiku eutanázie, na úroveň informovanosti o této problematice a akceptaci legalizace eutanázie v ČR. Zajímaly nás také názory na důstojné umírání a smrt.

Pro výzkumné šetření byli vybráni absolventi vysoké školy, studijní obor Sociální pedagogika (dále sociální pedagogové) a zástupci široké veřejnosti starší 18 let. Výzkumu se zúčastnilo celkem 171 respondentů. Konkrétně se jednalo o 110 žen a 61 mužů. Z řad sociálních pedagogů se zúčastnilo 54 respondentů a 117 respondentů s jiným vzděláním. Nejpočetnější skupinu tvořili respondenti mezi 36 a 60 lety, což bylo pravděpodobně způsobeno sloučením skupin střední a starší dospělosti.

Výzkumnou část jsme rozdělili do dvou oblastí. První se týkala problematiky eutanázie, zjišťovali jsme rozdíly v informovanosti a názory na legalizaci eutanázie mezi sociálními pedagogy a širokou veřejností.

V otázce informovanosti o problematice eutanázie odpovědělo správně 102 respondentů, tj. necelých 60 % z celkového počtu respondentů. Správnou definici „podání smrtící látky lékařem na žádost pacienta“ označil stejný počet sociálních pedagogů i široké veřejnosti, necelých 60 %. Možnost „ukončení nebo odstoupení od další léčby“ označilo 22 % sociálních pedagogů a 14 % široké veřejnosti. Rozdíly ve znalostech správné definice mezi sociálními pedagogy a širokou veřejností nejsou významné.

Na další otázku, jestli je rozdíl mezi eutanázií a asistovanou sebevraždou uvedlo kladnou odpověď celkem 59 % sociálních pedagogů a 49 % široké veřejnosti. Zápornou odpověď uvedlo celkem 24 % sociálních pedagogů a 33 % široké veřejnosti.

V informovanosti o problematice nevidíme výrazné rozdíly. Vzhledem k tomu, že eutanázie je často diskutované téma, očekávali jsme lepší výsledek, hlavně u odborníků, za které můžeme sociální pedagogy v této oblasti považovat. Nedostatky v informovanosti o tomto tématu mohou zkreslovat představy o eutanázii a ovlivňovat tak veřejné mínění, protože si lidé neuvědomí, co pojem přesně znamená, neuvědomí si důsledky svého rozhodnutí a může to ovlivnit jejich názor na legalizaci eutanázie.

S legalizací eutanázie by v tomto výzkumu souhlasilo 59 % sociálních pedagogů a 71 % ostatních dotázaných. Nesouhlas vyslovilo 35 % sociálních pedagogů a 19 % široké veřejnosti. Spatřujeme menší rozdíly v souhlasu mezi těmito skupinami.

Celkem souhlas vyslovilo 67 % všech respondentů a 24 % bylo proti.

Výsledky jsou skoro totožné s výzkumným šetření CVVM z roku 2018 „Veřejné mínění o interrupci a eutanázii“, kde souhlas s eutanázií vyslovilo 67 % a nesouhlas 26 % dotázaných. Toto výzkumné šetření probíhá každý rok v květnu a od roku 2011 nebyly spatřeny výrazné rozdíly v názorech.

Co se týká prostředí, ve kterém by měla být eutanázie případně provedena, drtivá většina, více než 80 % respondentů, z toho 51 % sociálních pedagogů a 66 % ostatních respondentů vybrala možnost provedení eutanázie v nemocnici a pod dohledem lékaře. Tuto skutečnost přikládáme současnému trendu institucionalizace smrti do zdravotnických zařízení. Naopak žádný respondent neoznačil možnost vykonání eutanázie v domově pro seniory.

Většina respondentů z obou skupin uvedla, že by u provedení eutanázie měl asistovat lékař a na dalším místě rodina a osoby blízké, nejlépe všichni najednou.

Zneužití eutanázie se obává celkem 65 % sociálních pedagogů a 64 % ostatních respondentů. Rozdíly v názorech na zneužití eutanázie nejsou významné.

V případě nevléčitelného onemocnění by o provedení eutanázie uvažoval téměř shodný počet respondentů obou skupin (42 % a 48 %), rozhodnuto není 40 %. Výrazné rozdíly v názorech nenajdeme ani u záporné odpovědi.

Zajímavé je srovnání s rozhodnutím o provedení eutanázie v případě nevléčitelného onemocnění blízké osoby. S vykonáním eutanázie by v tomto případě souhlasilo o 10 % respondentů méně, než kdyby se to týkalo jich samých a o 30 % respondentů více by s touto možností nesouhlasilo. Předpokládáme, že tento rozdíl způsobuje možnost naděje na uzdravení blízkého člověka, byť mizivá nebo strach z odpovědnosti za život druhého člověka.

Je zajímavé, že skoro $\frac{3}{4}$ respondentů souhlasí s legalizací eutanázie a když mají rozhodnout o vykonání eutanázie na sobě samých, souhlas vyslovila méně než polovina z nich a stejný počet není rozhodnutý.

Zajímalo nás, jaká je informovanost o legálnosti eutanázie v Evropě. Respondenti měli na výběr z 10 evropských zemí, z nichž v 5 je nějaká forma eutanázie povolena a mohli zvolit více možností. Nejvíce respondentů zvolilo Švýcarsko, předpokládáme, že je to způsobeno medializováním některých případů na švýcarské klinice Dignitas, kam si jezdí „pro smrt“ lidé z celého světa. Další nejčtetnější správné odpovědi byli: Nizozemí, Belgie, Německo,

Lucembursko. Velkým překvapením pro nás bylo, že 39 respondentů zvolilo Německo, protože tam byla eutanázie uzákoněna před nedávnem. Po jednom hlasu dostalo Polsko a Maďarsko.

Druhá oblast se týkala názorů široké veřejnosti na důstojnou smrt a umírání. Smrt a umírání je v současnosti vcelku tabuizované téma a není často předmětem hovoru nebo lidských úvah. Odnepaměti je smrt opředena tajemstvím už proto, že nikdo netuší, co ho po smrti čeká. Lidé mají zkušenost pouze s umírajícími.

Nejvíce se lidé při vyslovení slova umírání bojí bolesti a utrpení, ztráty blízkého člověka, bezmocnosti, že budou někomu na obtíž, z toho, co je po smrti čeká, z osamělosti a nejméně respondentů se bojí nevyřešených závazků a někteří se nebojí ničeho. Na přímou otázku, jestli se respondenti bojí smrti, 65 % z nich uvedlo ano, 18 % respondentů se smrti nebojí a o smrti nepřemýšlelo 17 % respondentů, převážně muži ve věku 18 – 35 let.

Pod pojmem důstojně zemřít si představuje „rychle a bezbolestně“ nejvíce mužů, celkem 60 %, nejvíce žen tento pojem spojuje s termínem „s pocitem naplněného smyslu života“, celkem 39 %, a „v kruhu rodiny a blízkých“, celkem 34 %. Pouze 9 mužů uvedlo „s pocitem naplněného smyslu života“.

V domácím prostředí by si přála strávit většina respondentů, 66 %, nejméně respondentů uvedlo jako místo posledních chvil života nemocnici, což koresponduje s výzkumem neziskové organizace Cesty domů a agentury STEM/MARK (2013), který se zaměřil na hlubší zamyšlení nad průběhem umírání, péčí o umírající a paliativní péči. Podle něj by více jak $\frac{3}{4}$ lidí strávili poslední chvíle nejraději doma.

Statistické vyhodnocení nepotvrdilo hypotézu H1: *Sociální pedagogové jsou o eutanázii informovaní lépe než lidé s jiným vzděláním*. Očekávali jsme, že informovanost sociálních pedagogů bude vyšší než informovanost široké veřejnosti.

Hypotéza H2: *Míra strachu z umírání a smrti je rozdílná v závislosti na věku*. Byla potvrzena. Nejméně se smrti obávají lidé starší 60 let, jsou s ní smíření. Respondenti nejmladší kategorie nejčastěji uváděli, že o smrti nepřemýšleli.

H3: *Názory respondentů na důstojné umírání se liší v závislosti na pohlaví*.

Byla přijata. Pro většinu mužů znamená důstojně zemřít „rychle a bezbolestně“, ženy upřednostňují „pocit naplněného života“. Předpokládáme, že je to způsobeno tzv. mužskou

hrdostí, kdy muži nechtějí být odkázáni na péči jiné osoby, zatímco ženy jsou podle tradičního modelu pečovatelky.

4: *Sociální pedagogové mají větší obavy ze zneužití eutanázie než lidé s jiným vzděláním.*

Byla potvrzena nulová hypotéza, že mezi obavami není výrazný rozdíl. Předpokládáme, že je to způsobeno absencí výuky o umírání a smrti ve studijním programu sociální pedagogika, jak vyplývá z výzkumu o vzdělávání studentů pomáhajících profesí (Vávrová, Polepílová, 2010), ve kterém zjistily, že profesní příprava pracovníků v pomáhajících profesích je nedostatečná.

H5: Akceptace legalizace eutanázie závisí na věku. Tato hypotéza byla potvrzena. Nejčastěji s legalizací souhlasí lidé starší 60 let, nejméně často nejmladší kategorie respondentů 18 – 35 let, ti nejčastěji zastávali neutrální stanovisko.

H6: Akceptace eutanázie závisí na pohlaví. Tato hypotéza se nepotvrdila.

Tabulka č. 23: *Výsledky statistického testování hypotéz*

H1	Sociální pedagogové jsou o eutanázii informovaní lépe než lidé s jiným vzděláním.	Nepotvrzena
H2	Míra strachu z umírání a smrti je rozdílná v závislosti na věku.	Potvrzena
H3	Názory respondentů na důstojné umírání se liší v závislosti na pohlaví.	Potvrzena
H4	Sociální pedagogové mají větší obavy ze zneužití eutanázie než lidé s jiným vzděláním.	Nepotvrzena
H5	Akceptace legalizace eutanázie závisí na věku.	Potvrzena
H6	Akceptace legalizace eutanázie závisí na pohlaví.	Nepotvrzena

Z výzkumu jsme zjistili, že eutanázie je sice známý pojem, ale ne všichni vědí přesně, co znamená. Překvapilo nás, že mezi informovaností sociálních pedagogů a širokou veřejností není výrazný rozdíl.

Vzhledem k tomu, že se sociální pedagog může uplatnit jako sociální pracovník, doporučili bychom zařadit do výuky studijního programu Sociální pedagogika témata týkající se péče o nemocné a doprovázející z hlediska sociální pomoci.

ZÁVĚR

V dnešní uspěchané době si nechceme smrt a problémy spojené s umíráním připustit do té doby než my sami nebo někdo v našem blízkém okolí těžce onemocní. Současná medicína je velmi vyspělá a dokáže lidem prodloužit život. Lékaři se často potýkají s dilematy, zda pokračovat v léčbě nebo ji ukončit. Medicína často bere smrt jako prohru, přitom nikdo z nás není nesmrtelný a je naším úkolem naučit se smrt přijímat, jak to probíhalo u našich předků, kdy lidé umírali v klidu domova, obklopeni svými blízkými. V současnosti jsou staří a nemocní lidé často sociálně vyloučeni, protože o ně nechce nikdo pečovat nebo se bojí, že by jim mohli ublížit, a tak je raději svěří do péče institucím.

Tématem diplomové práce je „Eutanázie v sociálně pedagogických souvislostech“. S eutanázií je spojena spousta otázek. Má člověk právo vzít život jinému člověku? Je důležitější právo na život než svoboda rozhodnutí, jak se svým životem naložíme?

Poslední dobou je eutanázie velmi diskutované téma, které se sociální pedagogiky týká více než bychom očekávali. Sociální pedagog se s touto problematikou může setkat jako sociální pracovník v nemocnicích, domove pro seniory nebo hospici, kde se toto téma diskutuje. Lidé se na eutanázii často ptají, chtějí zbavit rychle utrpení. Úloha sociálního pracovníka je velmi důležitá. Jako člen multidisciplinárního týmu složeného z lékařů, zdravotních sester, psychologů duchovních a dalších spolupracuje s nemocným i jeho rodinou. Zajišťuje pomoc s vyhledáním adekvátní péče, podporuje rodinu nemocného i jeho samotného.

Cílem této práce bylo zjistit názory široké veřejnosti na problematiku eutanázie, jaká je jejich informovanost, zda souhlasí s její legalizací

V teoretické práci seznamujeme s pojmy, které se tématu týkají. Věnujeme se smrti a umírání z historického pohledu, jaké jsou potřeby umírajících a jak je důležité je uspokojovat, aby se psychicky cítili lépe. Důležitou součástí péče o umírajícího je paliativní péče, která zmírňuje utrpení umírajících a zařízení, která ji poskytují, hospice. Důležitou součástí práce je vymezení pojmu eutanázie, jaké formy známe a jaké jsou argumenty pro a proti. Nejznámějším argumentem pro je zachování autonomie člověka v jeho rozhodování a ochrana před zbytečným utrpením. Je tomu tak? Odpůrci se obávají jejího zneužívání a nárůstu zbytečných úmrtí a vidí řešení ve zkvalitnění paliativní péče a zlepšení její dostupnosti.

Z provedeného výzkumného šetření vyplynulo, že informovanost společnosti není na vysoké úrovni. Nadpoloviční většina široké veřejnosti souhlasí s její legalizací, současně se však bojí jejího zneužívání.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- AMBLER, Zdeněk, 2006. *Základy neurologie: [učebnice pro lékařské fakulty]*. 6., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Galén, ISBN 80-7262-433-4
- APHPP: Asociace poskytovatelů hospicové a paliativní péče [online]. Poslání asociace. APHPP, ©2010 [cit. 2019-04-02]. Dostupný z: <http://www.asociacehospicu.cz/>
- BAKOŠOVÁ, Zlatica, 2008. *Sociálna pedagogika ako životná pomoc*. 3., rozš. a aktualiz. vyd. Bratislava: public promotion, 251 s. ISBN 978-80-969944-0-3
- BERKA, Vít, Tomáš SUM. *Eutanázie ve světě*. [online]. © EPRAVO.CZ – Sběrka zákonů, judikatura, právo [cit. 2019-01-12]. Dostupné z: <http://epravo.cz/>
- BYOCK, Ira. *Dobré umírání: možnosti pokojného konce života*. Praha: Vyšehrad, 2005. Cesty. ISBN 80-7021-797-9
- Centrum pro výzkum veřejného mínění [online]. CVVM, ©2018 [cit. 2019-03-27]. Dostupný z: <https://cvvm.soc.cas.cz/cz/tiskove-zpravy/ostatni/vztahy-a-zivotni-postoje/4363-verejne-mineni-o-interruptci-a-eutanazii-kveten-2018>
- Centrum pro výzkum veřejného mínění [online]. CVVM, ©2018 [cit. 2019-03-05]. Dostupný z: <https://cvvm.soc.cas/media/comform2content/documents/c2/a4657/f9/ov180621.pdf>
- ČESKO. Zákon č. 372 ze dne 6. listopadu 2011 o zdravotních službách. In: *Sběrka zákonů České republiky*. 2011, částka 131. Dostupný z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>
- ČESKO. Zákon č. 40 ze dne 8. ledna 2009 trestní zákoník. In: *Sběrka zákonů České republiky*. 2009, částka 11. Dostupný z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2009-40>
- DOLEŽAL, Adam, 2017. *Eutanázie a rozhodnutí na konci života: právní aspekty*. Praha: Academia, 284 s. ISBN 978-80-200-2687-3
- Doporučení představenstva ČLK č. 1/2010 [online]. Česká lékařská komora LKCR, ©2011 [cit. 2018-11-18]. Dostupné z: www.lkcr.cz/doc/cms_library/dop-1-2010-31.pdf
- FUNK, Karel, 2014. *Provázení stárím a umíráním, aneb, O prolínání obou světů*. Praha: Malvern, 319 s. Adam a Eva. ISBN 978-80-87580-70-7

- GREIF, Adam. *Racionálnosť eutanázie*. Časopis zdravotníckého práva a bioetiky. Roč. 8, č. 2, 2018, s. 43-58, ISSN 1804-8137. [online 2019-01-23]. Dostupné z: <http://www.ilaw.cas.cz/medlawjournal>
- HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2007. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. 2., přeprac. vyd. Praha: Galén, 244 s. ISBN 978-80-7262-471-3
- HATOKOVÁ, Mária, 2013. *Sprevádzanie chorých a zomierajúcich: dobrovoľníctvo v nemocniciach a paliatívnych zariadeniach*. 2. upr. vyd. Košice: Equilibria, 244 s. ISBN 978-80-8143-125-8
- KALVACH, Jan. Přípustnosti pasivní eutanázie. In: PTÁČEK, R., P. Bartůněk a kol., *Eutanázie – pro a proti*. Praha, s. 78-83. ISBN 978-80-247-4659-3
- KRAUS, Blahoslav, 2014. *Základy sociální pedagogiky*. Vyd. 2. Praha: Portál, 213 s. ISBN 978-80-262-0643-9
- KREJČÍKOVÁ, Helena, 2014. *Ukončování léčby pacienta a trestní odpovědnost lékaře*. Praha: Galén, 143 s. ISBN 978-80-7492-167-4
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 1989. *Vážně nemocný mezi námi*. Praha: Avicenum
- KÜBLER-ROSS, Elisabeth, 1993. *O smrti a umírání: co by se měli lékaři, sestry, duchovní a lidé vůbec naučit od umírajících pacientů*. Turnov: Arica, 251 s. ISBN 80-900134-6-5
- KÜBLER-ROSSOVÁ, Elisabeth, 1994. *Otázky a odpovědi o smrti a umírání*, Turnov: Arica: 148 s. ISBN 80-85878-12-7
- KUPKA, Martin, 2014. *Psychosociální aspekty paliativní péče*. Praha: Grada, 216 s. Psyché. ISBN 978-80-247-4650-0
- LOUČKA, Martin, Štěpán ŠPINKA a Martina ŠPINKOVÁ, 2015. *Eutanázie: víme, o čem mluvíme?* 2. přepracované vydání. Praha: Cesta domů ISBN 978-80-88126-08-9
- MACH, Jan. Eutanázie – pohled právní a etický. In: PTÁČEK, R., P. Bartůněk a kol., *Eutanázie – pro a proti*. Praha, s. 128–137. ISBN 978-80-247-4659-3
- MARKOVÁ, Monika, 2010. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada, 128 s. ISBN 978-80-247-3171-1
- MOŽNÝ, Ivo, 1990. *Moderní rodina: (mýty a skutečnosti)*. Brno: Blok ISBN 80-7029-018-8

- MUNZAROVÁ, Marta, 2005. *Eutanazie, nebo paliativní péče?*. Praha: Grada, 108 s. ISBN 80-247-1025-0
- NULAND, Sherwin B., 1996. *Jak lidé umírají: úvahy o závěrečné kapitole života*. Praha: Knižní klub, ISBN 80-7176-264-4
- POLLARD, Brian, 1996. *Eutanazie – ano či ne?* 1. vyd. Praha: Dita, 210 s. ISBN 80-85926-07-5
- PROCHÁZKA, Miroslav, 2012. *Sociální pedagogika*. Praha: Grada ISBN 978-80-247-3470-5
- PŘIBYL, Hugo, 2015. *Lidské potřeby ve stáří*. Praha: Jesenius, 96 s. ISBN 978-80-7345-437-1
- PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK, 2012. *Eutanazie - pro a proti*. Praha: Grada, Edice celoživotního vzdělávání ČLK, 256 s. ISBN 978-80-247-4659-3
- ROTTER, Hans, 1999. *Důstojnost lidského života: [základní otázky lidské etiky]*. Praha: Vyšehrad, Cesty. ISBN 80-7021-302-7
- SOKOL, Jan. Eutanázie z širšího lidského hlediska. In: PTÁČEK, R., P. Bartůněk a kol., *Eutanázie – pro a proti*. Praha, s. 78-83. ISBN 978-80-247-4659-3
- Stavovský předpis č. 10 České lékařské komory: Etický kodex* [online]. Česká lékařská komora LKCR, ©2011 [cit. 2018-12-12]. Dostupný z: www.lkcr.cz/doc/cms_library/10_sp_c_10_eticky_kodex-100217.pdf
- STEHLÍKOVÁ, Helena. Otevřená diskuze, cesta k vyjasnění pojmů. In: PTÁČEK, R., P. Bartůněk a kol., *Eutanázie – pro a proti*. Praha, s. 16-18. ISBN 978-80-247-4659-3
- STUDENT, Johann-Christoph, Albert MÜHLUM a Ute STUDENT, 2006. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*. Praha: Nakladatelství H&H Vyšehradská, 161 s. ISBN 80-7319-059-1
- SVATOŠOVÁ, Marie, 2012. *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?*. Praha: Grada, 109 s. ISBN 978-80-247-4107-9
- ŠPATENKOVÁ, Naděžda, 2014. *O posledních věcech člověka: vybrané kapitoly z thanatologie*. Praha: Galén, 315 s. ISBN 978-80-7492-138-4

- VÁCHA, Marek Orko, Radana KÖNIGOVÁ a Miloš MAUER, 2012. *Základy moderní lékařské etiky*. Praha: Portál, 302 s. ISBN 978-80-7367-780-0
- VÁVROVÁ, Soňa, Renata POLEPILOVÁ. Výzkumné šetření o vzdělávání studentů pomáhajících profesí v oblasti thanatologie. *Sociální práce* [online]. 2010, č. 2 [cit. 2019-01-12]. ISSN 1212-6204. Dostupné z: <http://socialniprace.cz/>
- VIRT, Günter, 2000. *Žít až do konce: etika umírání, smrti a eutanazie*. Praha: Vyšehrad, 94 s. ISBN 80-7021-330-2.
- VORLÍČEK, Jiří, Zdeněk ADAM a Yvona POSPÍŠILOVÁ, 2004. *Paliativní medicína. 2., přeprac. a dopl. vyd.* Praha: Grada, 537 s. ISBN 80-247-0279-7

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

CVVM Centrum pro výzkum veřejného mínění

ČLK Česká lékařská komora

ČR Česká republika

LDN Léčebna dlouhodobě nemocných

např. například

tj. to je

tzv. takzvané

WHO World health asociation

WMA World medical asociation

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1: <i>Složení respondentů podle pohlaví</i>	40
Tabulka č. 2: <i>Složení respondentů podle věku</i>	41
Tabulka č. 3: <i>Složení respondentů podle nejvyššího dosaženého vzdělání</i>	42
Tabulka č. 4: <i>Odpovědi respondentů na otázku, se kterou definicí eutanázie se nejvíce ztotožňují</i>	43
Tabulka č. 5: <i>Odpovědi respondentů na otázku, jestli je rozdíl mezi eutanázií a asistovanou sebevraždou</i>	44
Tabulka č. 6: <i>Odpovědi respondentů na otázku, zda souhlasí s povolením nějaké formy eutanázie</i>	45
Tabulka č. 7: <i>Odpověď respondentů na otázku, v jakém prostředí by měla být eutanázie vykonána</i>	47
Tabulka č. 8: <i>Odpovědi respondentů na otázku, kdo by měl být u vykonání eutanázie přítomen</i>	48
Tabulka č. 9: <i>V případě, že by byla eutanázie uzákoněna, obáváte se jejího zneužívání?</i>	49
Tabulka č. 10: <i>Uvažoval/a byste o eutanázii, kdybyste těžce onemocněli?</i>	50
Tabulka č. 11: <i>Byl/a byste schopen/na rozhodnout o vykonání eutanázie u svého blízkého?</i>	50
Tabulka č. 12: <i>Odpovědi respondentů na otázku, v jakých evropských zemích je legální nějaká forma eutanázie</i>	53
Tabulka č. 13: <i>Odpověď respondentů na otázku „Bojíte se smrti?“</i>	54
Tabulka č. 14: <i>Z čeho máte obavy v souvislosti se slovem umírání</i>	55
Tabulka č. 15: <i>Odpověď respondentů na otázku, co pro ně znamená důstojně zemřít</i>	57
Tabulka č. 16: <i>Odpověď respondentů na otázku, kde by chtěli strávit konec života</i>	58
Tabulka č. 17: <i>Informovanost o problematice eutanázie</i>	59
Tabulka č. 18: <i>Míra strachu z umírání a smrti v závislosti na věku</i>	60
Tabulka č. 19: <i>Názory na důstojné umírání</i>	61
Tabulka č. 20: <i>Obavy ze zneužití eutanázie</i>	62

Tabulka č. 21: <i>Akceptace legalizace eutanázie v závislosti na věku</i>	62
Tabulka č. 22: <i>Akceptace legalizace eutanázie v závislosti na pohlaví respondentů</i>	63
Tabulka č. 23: <i>Výsledky statistického testování hypotéz</i>	68

SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1: <i>Složení respondentů podle věku</i>	41
Graf č. 2: <i>Složení respondentů podle nejvyššího dosaženého vzdělání</i>	42
Graf č. 3: <i>Odpovědi respondentů na otázku, se kterou definicí eutanázie se nejvíce ztotožňují</i>	43
Graf č. 4: <i>Odpovědi respondentů na otázku, jestli je rozdíl mezi eutanázií a asistovanou sebevraždou</i>	45
Graf č. 5: <i>Odpovědi respondentů na otázku, zda souhlasí s povolením nějaké formy eutanázie</i>	46
Graf č. 6: <i>Odpověď respondentů na otázku, v jakém prostředí by měla být eutanázie vykonána</i>	47
Graf č. 7: <i>Odpovědi respondentů na otázku, kdo by měl být u vykonání eutanázie přítomen</i>	49
Graf č. 8: <i>Odpovědi respondentů na otázku možnosti zneužívání eutanázie</i>	50
Graf č. 9: <i>Odpověď na otázku, zda by respondenti uvažovali o eutanázii v případě, že by jim bylo diagnostikováno těžké nevléčitelné onemocnění</i>	51
Graf č. 10: <i>Odpověď respondentů na otázku, zda byli schopni rozhodnout o vykonání eutanázie u blízkého smrtelně nemocného člověka</i>	52
Graf č. 11: <i>Odpovědi respondentů na otázku, v jakých evropských zemích je legální nějaká forma eutanázie</i>	54
Graf č. 12: <i>Odpověď respondentů na otázku „Bojíte se smrti?“</i>	55
Graf č. 14: <i>Odpověď respondentů na otázku, co pro ně znamená důstojně zemřít</i>	57
Graf č. 15: <i>Odpověď respondentů na otázku, kde by chtěli strávit konec života</i>	58

SEZNAM PŘÍLOH

PŘÍLOHA P I – REŠERŠE LITERATURY

PŘÍLOHA P II – DOTAZNÍK

PŘÍLOHA P I: REŠERŠE LITERATURY

DOLEŽAL, Adam, 2017. *Eutanázie a rozhodnutí na konci života*. Praha: Academia. ISBN 978-80-200-2687.

Publikace nahlíží na problematiku eutanázie z právního a etického hlediska.

HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2000. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. Praha: Galén. ISBN 80-7262-034-7.

Publikace pojednává problematikou umírání a nevyhýbá se ani tématu eutanázie a příbuzným pojmům.

MUNZAROVÁ, Marta, *Eutanázie nebo paliativní péče?* Praha: Grada. ISBN 80-247-1025-0.

Publikace se zamýšlí nad otázkou práva svobodně nakládat s lidským životem nad jeho hodnotou a důstojností.

PTÁČEK, Radek, Jan Bartůněk a kol., 2012. *Eutanázie – pro a proti*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4659-3.

Více než čtyřicet autorů z různých oborů nahlíží na tuto problematiku z medicínského, etického, filosofického, právního, psychologického, sociologického a duchovního hlediska.

ŠPATENKOVÁ, Naděžda, 2014. *O posledních věcech člověka*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-138-4.

Vymezuje základní thanatologické pojmy a věnuje se i praktickým informacím, které se vztahují k umírání, smrti a truchlení.

VIRT, Günter, 1998. *Žít až do konce: Etika umírání, smrti, eutanázie*. Praha: Vyšehrad. ISBN 80-7021-330-2.

Autor se snaží najít odpověď na otázky „Jaké úkoly na nás čekají v poslední fázi našeho života?“ v etických souvislostech.

PŘÍLOHA P II: DOTAZNÍK

Dotazník

Dotazník

Dobrý den,

studuji 2. ročník magisterského studia oboru Sociální pedagogika na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně. Žádám Vás o vyplnění dotazníku, který slouží jako podklad k praktické části mé diplomové práce s názvem "Eutanázie a její rozměr v sociálněpedagogických souvislostech".

Děkuji za Váš čas

Bc. Jana Popková

1. Pohlaví

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

- žena
- muž

2. Věk

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

- 18 - 35 let
- 36 - 60 let
- více než 60 let

3. Vaše nejvyšší dosažené vzdělání

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

- základní
 - středoškolské
 - vyšší odborná škola
 - vysokoškolské vzdělání ve studijním programu Sociální pedagogika
 - vysokoškolské vzdělání v jiném studijním programu než Sociální pedagogika
-

4. Označte definici eutanázie, se kterou se nejvíc ztotožňujete

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

- odmítnutí další léčby nebo dalších postupů pacientem
- podání smrtící látky lékařem na žádost pacienta
- ukončení nebo odstoupení od další léčby, která by nezlepšila stav pacienta, naopak by mu přinesla další utrpení
- zanedbání péče s úmyslem zabít
- žádná z uvedených odpovědí neoznačuje eutanázi

5. Myslíte si, že je rozdíl mezi asistovanou sebevraždou a eutanázií?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

- určitě ano, uveďte jaký
- spíše ano
- nevím
- spíše ne
- určitě ne

6. Souhlasíte s tím, aby byla v ČR povolena nějaká forma eutanázie?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

- určitě ano
- spíše ano
- nevím
- spíše ne
- určitě ne

Pokud jste na předchozí otázku odpověděli ne, pokračujte na otázku č. 9.

Pokud jste na předchozí otázku odpověděli ano, vyplňte prosím otázky 7, 8

7. V jakém prostředí by měla být eutanázie vykonána?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

- v nemocnici
- v hospici
- doma
- v domově pro seniory
- uveďte jiné.....

8. Kdo by měl být u vykonání eutanázie přítomen?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu nebo více odpovědí*

- lékař
- zdravotní sestra
- rodina
- osoby blízké
- uveďte jiné.....

9. V případě, že by byla eutanázie v ČR uzákoněna, obáváte se jejího zneužívání?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

- určitě ano
 - spíše ano
 - nevím
 - spíše ne
 - určitě ne
-

10. Uvažoval/a byste o eutanázii, kdyby Vám bylo diagnostikováno těžké nevléčitelné onemocnění?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

- určitě ano
- spíše ano
- nevím
- spíše ne
- určitě ne

11. Byl/a byste schopen/na rozhodnout o vykonání eutanázie u Vám blízkého smrtelně nemocného člověka?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

- určitě ano
- spíše ano
- nevím
- spíše ne
- určitě ne

12. V jakých evropských zemích je podle Vás legální nějaká forma eutanázie?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu nebo více odpovědí*

- Polsko
 - Lucembursko
 - Švýcarsko
 - Itálie
 - Německo
 - Belgie
 - Nizozemí
 - Francie
 - Slovensko
 - Maďarsko
-

13. Bojíte se smrti?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

- určitě ano
- spíše ano
- nepřemýšlel/a jsem o smrti
- spíše ne
- určitě ne

14. Z čeho máte obavy, když se zamyslíte nad slovem "umírání"

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

- z bolesti a utrpení
- že budu někomu na obtíž
- z osamělosti
- z toho, co bude po smrti
- z nevyřešených závazků
- ze ztráty blízkého člověka
- z ničeho
- Jiné.....

15. Co pro vás znamená důstojně zemřít?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

- rychle a bezbolestně
 - v kruhu rodiny a blízkých
 - s pocitem naplněného smyslu života
 - Jiná...
-

16. Kde byste chtěl/a strávit konec života?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

- v nemocnici, kde se o mě budou starat odborníci a kde je stále nepatrná možnost zlepšení zdravotního stavu
 - ve specializovaném zařízení, kde probíhá paliativní péče - v hospici
 - v domácím prostředí
 - Jiná...
-