Univerzita Pardubice
Fakulta filozofická

Názory mladých dospělých na eutanázii

Bakalářská práce

2023 Anna Štěpánková

Univerzita Pardubice
Fakulta filozofická
Akademický rok: 2021/2022

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení:	**Anna Štěpánková**
Osobní číslo:	**H20161**
Studijní program:	**B0288A250002 Humanitní studia**
Specializace:	**Humanitní studia – Specializace v pedagogických vědách**
Téma práce:	**Názory mladých dospělých na eutanázii**
Zadávající katedra:	**Katedra věd o výchově**

Zásady pro vypracování

Cílem bakalářské práce je seznámit se s problematikou eutanázie na teoreitické úrovni a zjistit názor vybrané skupiny (mladých dospělých) na tuto problematiku. V teoretické části se zaměřím na vymezení eutanázie a srovnání s asistovanou sebevraždou. Dále na etickou přijatelnost či nepřijatelnost eutanázie. Zahrnut bude i legislativní rámec dané problematiky. Na závěr seznámím s problematikou eutanázie v některých vybraných zemích, a především v ČR. Vymezeno bude také vývojové období respondentů – mladí dospělí. Praktická část bude zpracována na základě kvantitativního výzkumu pomocí dotazníkového šetření. Výzkumný soubor budou tvořit mladí dospělí. Cílem výzkumného šetření bude zjištění názorů mladých dospělých na eutanázii.

Rozsah pracovní zprávy:
Rozsah grafických prací:
Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

ČERNÝ, David a Adam DOLEŽAL, ed. *Smrt a umírání: etické, právní a medicínské otazníky na konci života*. Praha: Ústav státu a práva AV ČR, 2013. Edice Kabinetu zdravotnického práva a bioetiky. ISBN 978-80-87439-15-9.
HŘÍBEK, Tomáš. *Obrana asistované smrti: filozofické argumenty na podporu eutanazie a sebeusmrcení za pomoci lékaře*. Praha: Academia, 2021. Právo – etika – společnost. ISBN 978-80-200-3102-0.
MUNZAROVÁ, Marta. *Eutanazie, nebo paliativní péče?*. Praha: Grada, 2005.
ISBN 80-247-1025-0.
PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK, ed. *Eutanazie – pro a proti*. Praha: Mladá fronta, 2019. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-204-5339-6.
VÁCHA, Marek Orko. *Eutanázie: definice, historie, legislativa, etika*. Praha: Grada Publishing, 2019. ISBN 978-80-271-2575-3.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Lucie Hájková**
Katedra věd o výchově

Datum zadání bakalářské práce: **2. května 2022**
Termín odevzdání bakalářské práce: **2. května 2023**

doc. Mgr. Jiří Kubeš, Ph.D. v.r.
děkan

Ing. Jaroslav Myslivec, Ph.D. v.r.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 1. května 2022

Prohlašuji:

Práci s názvem Názory mladých dospělých na eutanázii jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na mou práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 7/2019 Pravidla pro odevzdávání, zveřejňování a formální úpravu závěrečných prací, ve znění pozdějších dodatků, bude práce zveřejněna prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 31. března 2023

Anna Štěpánková v. r.

PODĚKOVÁNÍ

Tímto bych ráda poděkovala vedoucí mé bakalářské práce paní Mgr. Lucii Hájkové. Děkuji za odborné vedení, cenné rady a čas v průběhu psaní bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat mým blízkým a všem respondentům za spolupráci při výzkumu.

ANOTACE

Bakalářská práce se zabývá tematikou eutanázie, přesněji názory mladých dospělých na eutanázii. Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část definuje pojem eutanázie, její formy a další pojmy spojené s eutanázií, jako je paliativní péče, hospicová péče nebo institut dříve vysloveného přání. Teoretická část se dále věnuje důvodům v prospěch a neprospěch eutanázie, eutanázii ve vybraných zemích, situaci s eutanázií v České republice a na závěr vývojovému období mladá dospělost. Obsahem praktické části je kvantitativní výzkumné šetření, realizované prostřednictvím elektronického dotazníku vlastní konstrukce. Respondenti jsou mladí dospělí ve věku od 20 do 40 let.

KLÍČOVÁ SLOVA

eutanázie, mladá dospělost, paliativní péče, smrt, legalizace

TITLE

Young Adults' Opinions on Euthanasia

ANNOTATION

The bachelor thesis deals with the topic of euthanasia, more specifically the opinions of young adults on euthanasia. The work is divided into a theoretical and a practical part. The theoretical part defines the concept of euthanasia, its forms and other concepts relating to euthanasia, such as palliative care, hospice care or the institute of previously expressed wish. The theoretical part is then devoted to the reasons for and against euthanasia, euthanasia in selected countries, situation with euthanasia in the Czech Republic and finally the developmental period of young adulthood. The practical part contains a quantitative research survey, conducted using an electronic questionnaire which I designed myself. The respondents are young adults between the ages of 20 and 40.

KEYWORDS

euthanasia, young adulthood, palliative care, death, legalization

OBSAH

Úvod 9
TEORETICKÁ ČÁST 10
1 Eutanázie 10
1.1 Pojem eutanázie 10
1.2 Původ pojmu eutanázie 10
1.2.1 Dobrá smrt v průběhu historických etap 10
1.3 Pojem dystanázie 11
2 Dělení eutanázie 12
2.1 Dobrovolná eutanázie a nedobrovolná eutanázie 12
2.2 Aktivní eutanázie a pasivní eutanázie 12
2.3 Asistovaná sebevražda 13
3 Paliativní a hospicová péče 14
3.1 Paliativní péče 14
3.1.1 Rozvoj paliativní péče 14
3.1.2 Dělení paliativní péče 15
3.2 Hospicová péče 15
3.2.1 Rozvoj hospicové péče 16
3.2.2 Dělení hospicové péče 16
4 Institut dříve vysloveného přání 17
4.1 Legislativní nástroje v České republice 17
4.1.1 Institut dříve vysloveného přání 17
4.1.2 Institut zástupného souhlasu 18
4.1.3 Institut zástupného souhlasu ze zákona 19
5 Eutanázie ve vybraných zemích 20
5.1 Nizozemsko 20
5.2 Belgie 22
5.3 Lucembursko 22
5.4 Švýcarsko 23
5.5 Německo 23
5.6 Itálie 24
6 Situace s eutanázií v České republice 26
6.1 Návrhy na legalizaci eutanázie v České republice 26

6.1.1 Návrh zákona o důstojné smrti z roku 2008 26
6.1.2 Návrh zákona o důstojné smrti z roku 2016 27
6.1.3 Návrh zákona o paliativní péči, rozhodování na konci života a eutanázii z roku 2020 28
7 Důvody v prospěch a neprospěch eutanázie 31
7.1 V prospěch eutanázie 31
7.2 V neprospěch eutanázie 32
8 Vývojová etapa – mladá dospělost 35
PRAKTICKÁ ČÁST 36
9 Výzkumné šetření 36
9.1 Cíl výzkumného šetření 36
9.2 Formulace hypotéz 37
9.3 Výzkumný soubor 38
9.4 Předvýzkum 38
9.5 Sběr dat 38
10 Vyhodnocení dat a interpretace výsledků z výzkumného šetření 40
11 Statistické ověření hypotéz 60
12 Závěr výzkumného šetření 65
Závěr 68
Seznam literatury 69
Seznam grafů a tabulek 74
Seznam příloh 76
Přílohy 77

Úvod

Bakalářská práce s názvem „Názory mladých dospělých na eutanázii“ se zabývá problematikou eutanázie. Téma jsem si vybrala z důvodu, že mě zajímalo, jaké názory mají mladí dospělí na eutanázii, jelikož *„… praxe ukazuje, že se dotýká i zdravějších a mladších jedinců…“* a ne pouze těch, kteří jsou nevyléčitelně nemocní s neodvratitelně blížící se smrtí (Skřivanová-Bošková, 2012, s. 3). Každý z nás se jednou ocitne v závěru svého života a pravděpodobně bude rozhodovat o vhodné lékařské péči. Eutanázie v České republice není uzákoněna. Příznivci eutanázie uvádí, že chtějí mít možnost rozhodovat o způsobu, jakým zemřou. V České republice se využívá institut dříve vysloveného přání, pomocí kterého osoba může rozhodnout o své budoucí lékařské péči v případě neschopnosti se vyjádřit. Laická společnost o této možnosti není dle Spurné (2019, s. 196) dostatečně informována, ačkoli je to vhodný legislativní nástroj k ovlivnění konce života. V České republice je neustálá snaha zastánců eutanázie o její legalizaci, ale populace není názorově jednotná. Existence dvou názorových táborů je jednou z překážek uzákonění eutanázie. Eutanázie je tak stále aktuálním a diskutovaným tématem, ke kterému se v médiích v roce 2023 vyjadřovali například kandidáti na prezidenta.

V teoretické části, která je rozdělena do osmi kapitol, je představen pojem eutanázie a její dělení. Dále je blíže rozebrána paliativní péče, hospicová péče a institut dříve vysloveného přání. Teoretická část též obsahuje úpravu eutanázie ve vybraných zemích, jako je Nizozemsko, Belgie, Lucembursko, Švýcarsko, Německo a Itálie. Představen je rovněž probíhající proces zlegalizování eutanázie v České republice. Následují argumenty v prospěch a neprospěch eutanázie. Mezi argumenty v prospěch eutanázie patří například možnost finančního využití nebo prožívání nesnesitelné bolesti. Argumentem v neprospěch eutanázie může být dle odpůrců kvalitní paliativní péče nebo možné riziko zneužití. Zbylá teoretická část se zabývá vývojovým obdobím mladá dospělost, na které se soustředí praktická část.

Praktická část obsahuje výsledky kvantitativního výzkumného šetření, které bylo provedeno pomocí dotazníku vlastní konstrukce. Výzkumný soubor tvořili mladí dospělí z celé České republiky ve věku od 20 do 40 let. Hlavním cílem bylo zjistit, jaké názory mají mladí dospělí na eutanázii.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Eutanázie

1.1 Pojem eutanázie

Vymezení pojmu eutanázie není snadné a z tohoto důvodu je nutné pro porovnání uvést několik definic. Formulace se odvíjí například od druhu eutanázie a značně se odlišuje od původního významu.

Převážná část autorů souhlasí s následujícím holandským zněním, že *„eutanazie je úmyslné ukončení života člověka někým jiným než člověkem samotným (= lékařem), na jeho vlastní žádost“* (Munzarová, 2005, s. 49). Eutanázie je činnost lékaře, jenž má za úkol pacientovi zajistit či přímo aplikovat prostředky po jeho osobní prosbě. Nejčastěji jde o medikamenty, které způsobí smrt pacienta. Na rozdíl od vraždy je zde aktivita lékaře s dobrým záměrem (Loučka, Špinka, Špinková, 2015, s. 12–15). Lékař kromě cíleného usmrcení může nemocného nechat zemřít. Nejedná se o eutanázii, pokud lékař ukončí existenci pacienta bez ohledu na jeho zájmy (Černý, 2019, s. 70).

Světová lékařská asociace (World Medical Association, 2015) vymezuje eutanázii takto: *„Eutanázie je vědomé a úmyslné provedení činu s jasným záměrem ukončit život jiného člověka za následujících podmínek: subjektem je kompetentní informovaná osoba s nevyléčitelnou chorobou, která dobrovolně požádala, aby její život byl ukončen; jednající ví o stavu této osoby a o jejím přání zemřít a koná tento skutek s prvořadým úmyslem ukončit život této osoby; a skutek je proveden se soucitem a bez osobního zisku“*.

1.2 Původ pojmu eutanázie

Autoři se shodují na řeckém původu slova eutanázie. Například dle Váchy (in Vácha, Königevá, Mauer, 2012, s. 233) pojem pochází z řeckého slovního spojení „eu“ a „thanatos“, jež dohromady označuje dobrou smrt, a takové chápání významu se objevovalo ve starověkém Řecku. V historických obdobích se význam pojmu eutanázie vyvíjel.

1.2.1 Dobrá smrt v průběhu historických etap

Dobrá smrt pro antické Řecko znamenala umírání v kruhu rodinném, eventuálně nepřirozený konec života například v bitvě, kdy se jedinec následně stal váženým hrdinou (Kuře, 2018, s. 60). Ve starověku nebyla žádná spojitost s lékařstvím nebo pomocí od druhé

osoby. Šlo především o to, jak moc řádně se člověk na svůj skon v průběhu života nachystal (Loučka, Špinka, Špinková, 2015, s. 10).

Ve středověku byla tato smrt chápana jako další fáze života ve spojení s křesťanstvím, judaismem nebo islámem, na kterou se člověk celý život připravoval. Jednalo se o velmi důležitou a respektovanou chvíli. Smrt byla poslední příležitostí životu porozumět, anebo ho alespoň vhodně zakončit (Loučka, Špinka, Špinková, 2015, s. 10–11).

V novověku se začínalo nahlížet na eutanázii podobně jako v dnešní době. Šlo zejména o to, aby závěr existence člověka nebyl bolestivý. V tom měla pomoci medicína. Trápení ale nemělo být chápáno čistě jen v negativním smyslu. Utrpení mělo vnitřně posílit každého jedince (Loučka, Špinka, Špinková, 2015, s. 11–12).

1.3 Pojem dystanázie

Opakem eutanázie je dystanázie. Pojem má taktéž řecký původ, ale liší se předponou „dys“, která vyjadřuje něco špatného či nedobrého. Dystanázie je v tomto smyslu špatná smrt (Kuře, 2018, s. 84).

Příkladem dystanázie je situace, kdy nemocný člověk je lékařem udržován při životě léčbou, bez které by mohl poklidně zemřít (Vácha, Königová, Mauer, 2012, s. 237). Marná péče se začala objevovat v druhé polovině 20. století, kdy se zvyšovalo množství moderních lékařských technologií s mocí život pacienta udržet (Doležal, 2017, s. 44–45). Medicína se má využívat za účelem zlepšení stavu pacienta, a pokud to již není možné, je nutné zdravotní péči ukončit a ponechat pacienta zemřít (Berg in Kuře, 2018, s. 37). Dystanázii navíc podporuje strach lékařů z možného porušení právních předpisů, a tak se poskytují ty nejlepší medicínské postupy, ačkoli to není vždy nejpříznivější varianta pro nemocného (Kuře, 2018, s. 39).

2 Dělení eutanázie

Rozdělení eutanázie na specifické typy je vystaveno zpochybnění, i přesto, že se tomu právně v České republice i v zahraničí přikládá funkčnost a účelnost. Určité znaky jsou sporné a v některých případech nejde dokázat například to, jaký byl skutečný úmysl lékaře (Krejčíková, 2014, s. 56).

2.1 Dobrovolná eutanázie a nedobrovolná eutanázie

Dobrovolná eutanázie je eutanázií vyžádanou ze strany pacienta, který si svou smrt aktivně a samovolně přeje. Lékař dle přání pacienta jedná (Doležal, 2017, s. 24). Každá provedená eutanázie by měla být dobrovolná, v opačném případě se jedná o vraždu.

Nedobrovolná eutanázie spočívá v tom, že pacient s provedením eutanázie nesouhlasí, ale lékař se podle toho neřídí (Hříbek, 2021, s. 70–71). Šance na vyjádření se chybí v situaci, kdy jedinec není schopen slov ať už z důvodu stáří, mládí, kómatu nebo například úrazu. Rozhodnutí za pacienta učiní lékař, jenž si myslí, že za jiných okolností by eutanázii uvítal (Vácha, Königová, Mauer, 2012, s. 234). Vůle pacienta je také omezena, pokud je dotyčný bez dostatečných informací nebo je přítomen tlak ze strany třetích osob (Devetter in Vácha, 2019a, s. 13).

2.2 Aktivní eutanázie a pasivní eutanázie

Aktivní eutanázie je definována činností lékaře, který se aktivně podílí na smrti nemocného (Doležal, 2017, s. 24). Aktivní eutanázie se dělí dle míry zodpovědnosti za smrt pacienta ze strany lékaře na přímou a nepřímou. Aktivní přímá eutanázie je provedena tak, že lékař vědomě usmrtí pacienta na jeho vlastní žádost (Mason in Krejčíková, 2014, s. 55). Aktivní nepřímá eutanázie představuje způsob, kdy lékař vědomě podává trpícímu člověku medikamenty, díky nimž postupně ztrácí vědomí. Léky jsou nemocnému poskytovány pouze po předchozí domluvě (Loučka, Špinka, Špinková, 2015, s. 17). Využívaná terminální sedace neboli paliativní sedace není odsuzována, jestliže lékař nemá jinou možnost, jak by pacientovi zajistil úlevu. Současně si lékař uvědomuje, že paliativní sedace způsobí dříve či později smrt, která zde není záměrem (Kala in Vácha, 2019a, s. 15).

Pasivní eutanázie je charakterizována jako *„… nejednání nebo zřeknutí se určitého jednání, které má či alespoň může mít za následek uspíšení úmrtí druhého člověka“* (Loučka, Špinka, Špinková, 2015, s. 16). Chování lékaře je v určitých situacích problematické. Není

možné rozlišit, zda lékař činil tak, aby záměrně způsobil pacientovi smrt, anebo již opravdu nemělo smysl jeho život prodlužovat (Haškovcová in Vácha, 2019a, s. 10). Termín pasivní eutanázie se v dnešní době přestává používat, respektive pojem nevyužívají lékařské společnosti v oficiálních písemnostech. Například Evropská asociace paliativní péče nepovažuje ponechání pacienta zemřít či využití paliativní sedace za eutanázii (Černý a kol., 2018, s. 7). Kuře (2018, s. 234) rovněž nevyužívá dle něho historický pojem pasivní eutanázie ze 70. a 80. let minulého století na základě sémantického důvodu: *„… je-li eutanazie usmrcením na žádost, pak zároveň není neusmrcením (ponecháním zemřít umírajícího)“*.

2.3 Asistovaná sebevražda

Světová zdravotnická organizace (World Health Organization, 2004) vymezuje asistovanou sebevraždu jako *„akt úmyslné sebevraždy s asistencí jiného člověka, který vědomě poskytuje znalosti, prostředky nebo obojí“*.

Asistovaná sebevražda má dle Černého (2019, s. 72) následující znaky:

- pacient využívá prostředek za účelem ukončení vlastního života,
- pacient život ukončuje z důvodu nezvladatelnosti prožívaného utrpení,
- smrt pacienta je skutečně způsobena vzatým prostředkem,
- pacientovi poskytne daný prostředek lékař.

Pacient si svou smrt může přát i kvůli tomu, že finančně omezuje své blízké. Nátlaku ze strany příbuzných a celkově společnosti se obávají odpůrci legalizace eutanázie (Hříbek, 2021, s. 65).

Rozdíl mezi asistovanou sebevraždou a eutanázií je v tom, že v rámci asistované sebevraždy poslední krok udělá sám pacient a lékař mu medikamenty pouze nachystá. V praxi mezi asistovanou sebevraždou a eutanázií velký rozdíl není. Nemocný a lékař spolu tvoří tým, a tak pacient jedná výlučně pod lékařovým dozorem (Vácha, 2019a, s. 13–14).

Výraz asistované sebeusmrcení je přijatelnější než slovní spojení asistovaná sebevražda. Slovo vražda vyjadřuje smrt, která je způsobena proti vůli jedince. Při konání asistovaného sebeusmrcení je důležitý zájem nemocného o konec své existence (Hříbek, 2021, s. 66). Toto označení rovněž využívá například Doležal (2017, s. 24).

3 Paliativní a hospicová péče

3.1 Paliativní péče

Slovo paliativní pochází z latinského výrazu „pallium“, což znamená pokrytí či maska. Souhlasí to s dnešním významem, jelikož cílem je zamaskovat působení nemocí a pokrýt ty, kterým již nelze pomoci k úplnému uzdravení se (Munzarová, 2005, s. 62). Podle starého úsloví, které je ve znění: *„… lékař může vyléčit málokdy, léčit někdy, pomoci však vždy“*, by moderní medicína neměla zapomínat na pomoc nemocným, které stále vyléčit nedokáže (Loučka, Špinka, Špinková, 2015, s. 39). Paliativní péče se má využívat u jedinců v jakémkoli stádiu nemoci, protože bolest nemusí být silná pouze na konci života, což se odlišuje od staršího pojetí paliativní péče podle Cicely Saundersové zmíněné dále (Pollard, 1996, s. 31).

Světová zdravotnická organizace (World Health Organization, 2020) charakterizuje paliativní péči následovně: *„Paliativní péče je přístup, který zlepšuje kvalitu života pacientů (dospělých i dětí) a jejich rodin, kteří čelí problémům spojenými s život-ohrožujícími chorobami. Předchází a zmírňuje utrpení prostřednictvím včasného zjištění, dokonalého zhodnocení a léčby bolesti a ostatních problémů, ať už fyzických, psychosociálních nebo spirituálních“*. Definice paliativní péče od Světové zdravotnické organizace popisuje spíše péči hospicovou (Tomeš a kol., 2015, s. 13).

Dle zákona o zdravotních službách (Zákon č. 372/2011 Sb.) je paliativní péče formou péče zdravotní a její účel je vymezen následovně: *„Paliativní péče*, *jejímž účelem je zmírnění utrpení a zachování kvality života pacienta, který trpí nevyléčitelnou nemocí“*.

3.1.1 Rozvoj paliativní péče

Velkou průkopnicí paliativní péče byla Cicela Saundersová, jež v druhé polovině 20. století přišla s pravidly, jak účinně zacházet s pacienty, kterým se blíží jejich konec. Dle Saundersové bylo nutné dát nemocným pozornost, podporu, dostatečné informace a schopné ošetřovatele. Saundersová si uvědomovala potřebu zajímat se v oblasti péče o příbuzné nemocného a také to, že paliativní péče má přednost před kurativní léčbou, která již pozbývá smyslu (Pollard, 1996, s. 30–31). Popsaný přístup k nemocným je nazýván jako koncept totální bolesti (Saunders in Bužgová, 2015, s. 15).

Rozmach paliativní péče v České republice začal v 90. letech po pádu komunistického režimu v roce 1989. V Babicích nad Svitavou bylo v roce 1992 otevřeno první oddělení paliativní péče v místní nemocnici. Další vliv na rozvoj paliativní péče měla například Asociace

poskytovatelů hospicové a paliativní péče anebo Centrum paliativní péče (Bužgová, 2015, s. 20–22).

3.1.2 Dělení paliativní péče

Paliativní péče by se měla realizovat alespoň pomocí dvou stupňů. Prvním stupněm paliativní péče je obecná paliativní péče, jež se využívá u praktického lékaře a organizací domácí ošetřovatelské péče. Je potřeba tam, kde je užívána pouze občasně (Tomeš a kol., 2015, s. 24). Obecná paliativní péče *„zahrnuje rozpoznání, sledování a ovlivňování toho, co je významné pro kvalitu pacientova života“* (Sláma a kol. in Bužgová, 2015, s. 19). Druhým stupněm paliativní péče je specializovaná paliativní péče, na které se podílí vzdělaní profesionálové. Je dostupná v institucích, jako je hospic, anebo v organizačních jednotkách zaměřených na oblast této péče (Tomeš a kol., 2015, s. 24). *„Specializovaná paliativní péče slouží k zajištění péče u těch nemocných, kde intenzita a dynamika obtíží převyšuje možnosti obecné paliativní péče“* (Sláma a kol. in Bužgová, 2015, s. 19).

3.2 Hospicová péče

Původ slova hospic je v latinském pojmu „hospitium“, který značí útulek. Hospicová péče se soustředí na blízké příbuzenstvo, jelikož poblíž nich nemocný prožívá své poslední chvíle života. Pro rodinné příslušníky to nejsou radostné momenty, ale nemají ovlivňovat trpícího, jenž má být v závěru svého života v co nejlepším stavu. Hospicová péče odstraňuje strádání z blížícího se konce existence a zároveň slouží jako opora při tělesných bolestech. Na rozdíl od paliativní péče se v rámci hospicové péče pracuje s pacienty, kteří jsou pouze v terminální fázi choroby, a také s rodinnými příslušníky (Tomeš a kol., 2015, s. 12–13).

Dle zákona o zdravotních službách (Zákon č. 372/2011 Sb.) zní definice hospice takto: *„Hospicem se rozumí poskytovatel, který poskytuje zdravotní služby nevyléčitelně nemocným pacientům v terminálním stavu ve speciálních lůžkových zdravotnických zařízeních hospicového typu nebo ve vlastním sociálním prostředí pacienta“.*

Rozdíl mezi hospicovým zařízením a nemocnicí je ve vztahu k pacientovi. Hospicové zařízení je lidštější a snaží se jedinci nahradit jeho domov. Personál hospice vždy vyslechne jedince a program dne není přesně daný. Přístup v nemocnici je zaměřen hlavně na rozpoznání a překonání nemoci. V péči o nemocného člověka je potřeba hospiců i nemocnic (Svatošová, 2011, s. 116–121).

3.2.1 Rozvoj hospicové péče

V raném středověku existovaly hospice, které byly označovány za útulky pro pocestné, v nichž byla poskytována pomoc s vyčerpáním nebo zraněním z dlouhých cest. Jednalo se například o kláštery. Domy pro umírající, které byly zřizovány od 19. století, se již podobaly dnešním hospicům. Před rozvojem hospiců ve 20. století se využívala převážně domácí péče. Vliv zde měla Cicela Saundersová, jež založila první instituci s názvem „Hospic sv. Kryštofa" v roce 1967 v Londýně, odkud se hospicové hnutí šířilo dál (Tomeš a kol., 2015, s. 14–15). Hospic sv. Kryštofa je zároveň považován za první zařízení paliativní péče, jež je spojováno se začátky moderní paliativní péče (Bužgová, 2015, s. 16).

Hospicová péče se v České republice začala rozvíjet například díky vzniku občanského sdružení s názvem „Ejhle člověk" v roce 1993, které bylo zaměřeno na domácí péči a hospicové hnutí (Bužgová, 2015, s. 20). O vznik se zasloužila Marie Svatošová inspirovaná Velkou Británií, která se následně podílela na založení prvního a stále fungujícího hospice v České republice, přesněji v Červeném Kostelci (Tomeš a kol., 2015, s. 16).

3.2.2 Dělení hospicové péče

Hospicová péče se poskytuje prostřednictvím lůžkové, stacionární a domácí péče. Lůžková hospicová péče probíhá v hospicových zařízeních a nemocný v nich pobývá trvale s tím, že ho každý den v roce v neomezeném čase mohou navštívit rodinní příslušníci. Stacionární hospicová péče je poskytována přímo v hospicích. Pacient do denního stacionáře pravidelně dochází za předpokladu, že je toho schopen a žije v jeho blízkosti. Domácí hospicová péče se realizuje u nemocného doma, kde se na nepřetržité pomoci a důležitých krocích podílí převážně rodina, což nemusí být vždy uspokojivé v případě absence odborníků (Svatošová, 2011, s. 118–120). Doplňkem k domácí hospicové péči je domácí ošetřovatelská služba neboli home care zprostředkovaná zdravotními sestrami po domluvě s lékařem (Tomeš a kol., 2015, s. 30).

4 Institut dříve vysloveného přání

Institut dříve vysloveného přání je určen pro zaznamenávání priorit nemocného v oblasti *„… lékařských úkonů, s nimiž souhlasí, nebo které naopak odmítá, pokud by pozbyl kompetence“* (Hříbek, 2021, s. 230). Dříve vyslovené přání je zhotoveno jako oficiální dokument, ve kterém osoba písemně rozhoduje o své budoucí lékařské péči v případě, že by nebylo možné vyjádřit vlastní názor. Zdravotnický personál podle dokumentu dříve vysloveného přání jedná (Loučka, Špinka, Špinková, 2015, s. 18).

Dříve vyslovené přání *„… se týká pacientů s nepříznivou prognózou co do zachování jejich kognitivních funkcí, pacientů s mizivou či dokonce žádnou šancí na uzdravení anebo pacientů nalézajících se v kómatu či permanentním ireverzibilním vegetativním stavu…“* (Krejčíková, 2014, s. 96). Dříve vyslovené přání je také pro ty, kteří jsou zdraví, ale již vědí, jak by s nimi mělo být v určitých situacích lékařsky zacházeno (Krejčíková, 2020). Někteří jednotlivci své přání ohledně nastávající lékařské péče nikdy nebudou moci zdravotnickému personálu sdělit. Jedná se kupříkladu o novorozence, kteří se narodí znevýhodněni natolik, že k tomu trvale nebudou kompetentní (Hříbek, 2021, s. 239).

V Úmluvě o lidských právech a biomedicíně, přesněji v článku 9, je obsažena nutnost prověření, zda dříve vyslovené přání jedince je stále aktuální. Ne vždy budou zdravotníci brát zřetel na dříve vyslovené přání pacienta. Hlavním důvodem je vědecký a technologický pokrok (Úmluva č. 164/1997). Všechny právní úpravy dříve vysloveného přání v zahraničí dbají na aktuálnost. Zájmy člověka musí odpovídat nynější situaci (Krejčíková, 2014, s. 88).

Parlamentní shromáždění organizace Rady Evropy v roce 2012 zveřejnilo písemné prohlášení s názvem „Ochrana lidských práv a důstojnosti beroucí do úvahy Dříve vyjádřená přání pacientů“, prostřednictvím kterého doporučovalo všem zemím tohoto uskupení, aby měly co nejrychleji zákony týkající se dříve vysloveného přání ve svém zákonodárství (Vácha, 2019b, s. 239).

4.1 Legislativní nástroje v České republice

4.1.1 Institut dříve vysloveného přání

Dříve vyslovené přání je v České republice upraveno zákonem o zdravotních službách č. 372/2011 Sb. pod § 36. Pro jednotlivce je to šance, jak ovlivnit závěr svého života (Spurná, 2019, s. 196).

Člověk musí být k sepsání dříve vysloveného přání starší 18 let a plně svéprávný. Existují dva způsoby, jak dokument zhotovit. První variantou je, že jedinec sám sepíše dříve vyslovené přání, které bude opatřeno jeho podpisem, jenž bude úředně ověřen. Dokument musí rovněž obsahovat písemné poučení od lékaře. Druhá varianta zhotovení proběhne ve stavu, kdy je pacient přijat do lékařské péče nebo až v jejím průběhu. V tomto případě je pokračováno tak, že přání o budoucích lékařských postupech se promítá do zdravotní dokumentace nemocného, a podpis musí být zajištěn od samotného pacienta, zdravotnického zaměstnance a svědka (Zákon č. 372/2011 Sb.). Druhá forma je na rozdíl od první varianty platná pouze v zařízení, ve kterém dříve vyslovené přání bylo sepsáno (Krejčíková, 2020).

Poskytovatel zdravotních služeb bere ohled na dříve vyslovené přání, jestliže je dostupné a pacient se ocitne ve špatném zdravotním stavu. Poskytovatel zdravotních služeb též musí ověřit, zda byl pacient při zhotovení dříve vysloveného přání dostatečně a písemně seznámen s důsledky svého rozhodnutí o budoucí lékařské péči praktickým lékařem, u kterého je registrován, či jiným lékařem, k němuž se dříve vyslovené přání vztahuje (Zákon č. 372/2011 Sb.).

Poskytovatel zdravotních služeb nedodrží dříve vyslovené přání z důvodu:

- pacient žádá o provedení eutanázie,
- přání pacienta ohrozí další osoby,
- věda pokročí a naskytne se příležitost využít nové zdravotní služby, se kterými by pacient mohl souhlasit,
- poskytovatel zdravotních služeb v minulosti neměl k dispozici dříve vyslovené přání a nyní by příslušné rozhodnutí o zdravotní péči znamenalo aktivní podílení se na smrti pacienta (Zákon č. 372/2011 Sb.).

Jedná se o nezákonné chování, jestliže poskytující zdravotních služeb nerespektuje dříve vyslovené přání pacienta a nemá k tomu dostatečné důvody (Krejčíková, 2020).

4.1.2 Institut zástupného souhlasu

Zástupný souhlas je upraven pomocí zákona o zdravotních službách č. 372/2011 Sb. Institut zástupného souhlasu se využívá, pokud je pacient neschopný artikulace a nemá dopředu sepsán dokument dříve vysloveného přání. To znamená, že pacientem dopředu určená osoba učiní souhlas s jeho následující zdravotní péčí (Svatošová, 2019, s. 176).

4.1.3 Institut zástupného souhlasu ze zákona

Zástupný souhlas ze zákona je upraven prostřednictvím zákona o zdravotních službách č. 372/2011 Sb. Institut zástupného souhlasu ze zákona se využívá v případě, že zástupce na základě institutu zástupného souhlasu je nedosažitelný nebo pacient nevyužil institut zástupného souhlasu ani institut dříve vysloveného přání. Souhlas s následovnou lékařskou péčí pacienta, který již není schopen vlastního rozhodnutí, udělují lidé ve stanoveném pořadí manžel / registrovaný partner, rodič či osoba jinak blízká (Svatošová, 2019, s. 176).

5 Eutanázie ve vybraných zemích

Světová lékařská asociace nesouhlasí s prováděním eutanázie. Lékař by neměl být nucen k takovému jednání. Pacient má právo odmítnout lékařskou péči, což by mohlo mít za následek smrt, ale nejedná se o vinu na straně lékaře (World Medical Association, 2019). *„Začátkem roku 1994 Evropská asociace pro paliativní péči rovněž prohlásila provádění eutanazie za neetické a příčící se nejlepším principům péče o ty, kteří čelí nemoci ohrožující jejich život“* (Pollard, 1996, s. 73). Přesto existují země, ve kterých je eutanázie zlegalizována. Mezi ně patří například Švýcarsko, několik států z USA, jako je Oregon, Washington, Vermont a Kalifornie, země bývalého uskupení s názvem Benelux, Kanada nebo Kolumbie (Loučka, Špinka, Špinková, 2015, s. 23). V následujících podkapitolách uvedu, jakým způsobem je eutanázie upravena ve vybraných zemích.

5.1 Nizozemsko

V roce 1965 vyšla publikace s názvem „Lékařská moc a lékařská etika“ od Jana Hendrika van den Berga, jež měla velký vliv na společnost v Nizozemsku. Uvědomoval si, jaký dopad mají vymoženosti vědy a techniky na život pacientů. Působení nemocných na tomto světě dle van den Berga bylo v některých případech nesmyslně prodlužováno. Van den Berg souhlasil s tím, že jednotlivci by měli rozhodovat o své smrti, pokud toho jsou schopní (Doležal, 2017, s. 72–73). Lékaři by se podle van den Berga neměli ostýchat ukončit život nemocných, umírajících, a dokonce i těch, kteří jsou bez známek vědomí, což souvisí s nedobrovolnou eutanázií (Berg in Munzarová, 2005, s. 32).

Eutanázie se začala v Nizozemsku využívat mnohem dříve před uzákoněním a byla *„… ospravedlňována na základě tzv. krajní nouze (noodtoestand), to znamená, že lékař může porušit svou zákonnou povinnost v případě, že v protikladu k tomu stojí jiná zákonná povinnost nebo princip vyšší morální hodnoty“* (Černý a kol., 2018, s. 23). Příkladem toho je situace lékařky Geertruidy Postmové z roku 1973, jež za aktivně způsobenou smrt své matky obdržela shovívavý trest, jelikož si svůj skon nemocný rodič s bolestmi výslovně přál (Vácha, Königová, Mauer, 2012, s. 240).

Nově vzniklou Vládní komisí pro eutanázii za spolupráce s Ústřední komisí Královské holandské lékařské asociace byla stanovena v roce 1982 Rotterdamská kritéria, která povolovala ukončení života lékařem. Na základě údajů se potvrdilo, že kritéria nebyla lékaři

stoprocentně dodržována a eutanázie se neprováděla vždy s ohledem na dobrovolnou a úmyslnou žádost pacienta (Munzarová, 2005, s. 32–34).

Rotterdamská kritéria byla následovná:

- *„pacient musí být kompetentní a jeho žádost zcela dobrovolná a úmyslná,*

- *pacientova žádost musí být dobře uvážená, jasná a opakovaná,*

- *pacient musí nesnesitelně trpět (ne nutně fyzicky) a eutanazie musí být poslední možností. Jiné možnosti ulehčit situaci nemocného již byly vyzkoušeny a shledány neúčinnými,*

- *eutanazii může provádět jedině lékař,*

- *lékař musí vše konzultovat s jiným nezávislým lékařem, který již má zkušenost v této oblasti"* (Munzarová, 2005, s. 33).

V roce 1998 se stal další kontroverzní případ. Lékař Philip Sutorius neobdržel trest po provedení asistované sebevraždy u člověka bez zdravotních problémů. Důvodem asistované sebevraždy byla nesmyslnost života, což vedlo k otázce, zda lze usmrtit jedince i bez identifikování zdravotních potíží lékařem (Vácha, Königová, Mauer, 2012, s. 243).

Nizozemsko rozhodlo o legalizaci eutanázie v roce 2001 a od roku 2002 se prostřednictvím zákona o asistované smrti legálně provádí (Smies in Doležal, 2017, s. 110). Eutanázie může být dle trestního zákoníku prováděna jako aktivní eutanázie nebo asistovaná sebevražda za stanovených podmínek (Doležal, 2017, s. 110–111).

Podmínky dobrovolné aktivní eutanázie této země zmíněné dle Černého a kol. (2018, s. 23) jsou následující:

- žádost pacienta je úmyslná, po důkladném promyšlení a není na nikom závislá,

- pacient musí být nevyléčitelně nemocný, přežívá s bolestmi a vědomím, že danou chorobu nelze vyléčit, a tak chybí možnost uzdravení se,

- pacient zná svůj zdravotní stav s přesvědčením, že jiné řešení není uspokojující,

- pacient obdržel názor i od dalšího lékaře,

- smrt pacienta je provedena přijatelně bez jakékoli bolesti.

Děti zde mohou využít eutanázii, jestliže jsou starší dvanácti let a se souhlasem rodičů. V šestnácti a sedmnácti letech již není potřeba souhlas rodičů. Rodiče se ale musí zúčastnit všech rozhovorů o možném provedení eutanázie jejich dítěti (Munzarová, 2005, s. 36).

5.2 Belgie

V Belgii se využívá aktivní eutanázie a asistovaná sebevražda od roku 2002. Stalo se tak poté, co se do belgické federální vlády nedostala strana za křesťansko-demokratický blok, který zastával názor, že eutanázie nemá smysl, jelikož v té době již bylo možné se obrátit na paliativní péči. Náboženství v Belgii přestávalo mít výrazný vliv. Také nizozemský přístup k eutanázii zapůsobil na tuto zemi. Společnost s odborníky nebyla již tolik uzavřená vůči eutanázii (Doležal, 2017, s. 149–151).

Dle belgického zákona o eutanázii lékař musí splnit následující podmínky při konání asistované smrti:

- dospělý či nezávislý nezletilý pacient je při podání žádosti o eutanázii svéprávný a při smyslech,
- žádost pacienta je podaná z vlastního úmyslu, svobodně, promyšleně a učiněno tak je opakovaně,
- pacient je nevyléčitelně nemocný a prožívá fyzickou nebo psychickou bolest bez šance na úlevu (Doležal, 2017, s. 153).

Na rozdíl od nizozemského zákona je v podmínkách navíc bolest duševní. *„Právě šíře záběru u psychického utrpení je hlavním kritickým bodem, ve kterém mnozí spatřují důkaz sklouzávání po šikmé ploše“* (Doležal, 2017, s. 157).

Eutanázii v Belgii od roku 2014 mohou využít děti jakéhokoli věku po souhlasu rodičů, zdravotního týmu a psychologa s tím, že je v průběhu dalších let čeká smrt (Černý a kol., 2018, s. 24).

5.3 Lucembursko

Poslední země z bývalého společenství s názvem Benelux je Lucembursko. Aktivní eutanázie i asistovaná sebevražda je zde povolena od roku 2009. Počet vykonaných aktivních eutanázií či asistovaných sebevražd v roce 2013 ukazuje, že zde eutanázie neměla takového využití ve srovnání s Nizozemskem a Belgií, což mohlo být zapříčiněno nízkým počtem obyvatel (Loučka, Špinka, Špinková, 2015, s. 23).

5.4 Švýcarsko

Asistovaná sebevražda je ve Švýcarsku legální od první poloviny 20. století. Legalizace proběhla v roce 1942, kdy trestní zákoník nabyl účinnosti. Již v roce 1918 vyšel návrh ohledně asistované sebevraždy, který byl v roce 1937 přijat. Kromě asistované sebevraždy je možné ve Švýcarsku provádět eutanázii pasivní a aktivní nepřímou (Doležal, 2017, s. 174–178).

Na asistované sebevraždě se podílí kdokoli, ale medikamenty, které usmrtí pacienta, jsou dostupné pouze od lékaře. Důležitý je zde zákon o narkotikách a zákon o farmaceutických produktech, ze kterého vyplývá, že předepisující lékař má zodpovědnost za zdravotní stav jedince, jenž má zájem ukončit svůj život. Člověk, který asistuje při sebevraždě ve Švýcarsku, nemusí splnit žádné medicínské podmínky (Doležal, 2017, s. 179–181). Osoba provádějící asistovanou sebevraždu je potrestána, jestliže koná za účelem osobního zisku (Černý a kol., 2018, s. 24).

V průběhu let se stanovily praxí určité předpoklady. Dle soudů by měl být jedinec při žádosti o asistovanou sebevraždu plně způsobilý a v nepříznivém zdravotním stavu, který v budoucnosti povede ke smrti (Doležal, 2017, s. 182).

Na asistovanou sebevraždu se ve Švýcarsku specializují organizace (např. Dignitas), jejichž jednání probíhá v souladu s právem na důstojné umírání. Organizace mají na zájemce o asistovanou sebevraždu požadavek. Požadavkem je, že jedinec by se měl nacházet v takovém zdravotním stavu, kdy výhledy do budoucnosti jsou nepříznivé a zároveň prožívá bolesti nebo není schopen ovládat své tělesné funkce. Následně má člověk nárok na pokyny a osobní vedení v procesu asistované sebevraždy (Doležal, 2017, s. 182–183).

V průběhu let zde byly návrhy na změny v oblasti využívání asistované sebevraždy ve Švýcarsku. Doporučení se týkalo kupříkladu toho, aby se asistovaná sebevražda omezila tak, že by se provozovala výlučně s občany této země, anebo by nebyla umožněna vůbec a sankcionovala by se. Švýcaři prostřednictvím referenda z roku 2011 rozhodli o právu ve stávající podobě, které pro ně bylo klíčové (Doležal, 2017, s. 183–184). Občané jiných zemí tak mohou stále přicestovat do Švýcarska za účelem ukončení svého života, což je slučováno s turistikou smrti (Černý a kol., 2018, s. 24).

5.5 Německo

V roce 1920 vydali právník Karl Binding a psychiatr Alfred Hoche v Německu knihu s názvem „Poskytnutí souhlasu k zničení života, který žití není hoden“, jež měla velký vliv na

zavedení eutanázie ve 20. a 30. letech minulého století. Kniha ovlivnila též Adolfa Hitlera v jeho konání. Eutanázie byla Adolfem Hitlerem za druhé světové války zneužita ke zbavení se nežádoucích skupin lidí. Již před druhou světovou válkou se eutanázie využívala u těch, kteří byli zdravotně znevýhodněni, a bez jejich souhlasu (Pollard, 1996, s. 67–68). V trestním zákoníku byla eutanázie vedena vždy jako trestná i přes její využívání (Doležal, 2017, s. 190). Pojem eutanázie se v Německu dodnes zavrhuje a k označení se používá slovo „Sterbehilfe“, které vyjadřuje pomoc k smrti (Doležal, 2017, s. 22).

V roce 2015 byl trestní zákoník pozměněn a eutanázie v podobě asistované sebevraždy se v Německu stala legální. Země se v trestním zákoníku vymezila vůči komerciálním praktikám, jež se uplatňují ve Švýcarsku v ohledu sebevražedného turismu. To znamená, že třetí strana se na asistované sebevraždě nesměla podílet na rozdíl od rodinných příslušníků či jinak blízkých osob (Doležal, 2017, s. 193–194). V roce 2020 nastala změna a Spolkový ústavní soud povolil komerčnost asistované sebevraždy, protože tím bylo zasahováno do autonomie jedince. Mohou zde již existovat organizace, které budou napomáhat lidem k sebevraždě kupříkladu zajištěním potřebných medikamentů (Tagesschau, 2020). Již před legalizací asistované sebevraždy bylo umožněno lékařům provádět aktivní nepřímou eutanázii a pasivní eutanázii (Abrams, 2015).

5.6 Itálie

Takřka 80 % společnosti v Itálii se hlásí ke katolické církvi, ačkoli její vliv ustupuje. Katolická církev se společně s představitelem papežem Františkem jasně vyslovila proti eutanázii a zdůraznila, že usiluje o to, aby odchod jedince ze světa byl důstojný. Lékaři byli rovněž proti (Carlo, 2021).

Italský trestní zákoník nepodporuje aktivní eutanázii (usmrcení se souhlasem) ani asistovanou sebevraždu (podněcování nebo napomáhání k sebevraždě). Obě formy eutanázie jsou navíc v trestním zákoníku hodnoceny jako vražda, jestliže pacient byl mladší 18 let, nemohl učinit rozhodnutí kvůli svému zdravotnímu znevýhodnění nebo jeho svolení bylo získané násilím, vyhrožováním, navrhnutím anebo pomocí podvodu. V roce 2019 se však Ústavní soud vyjádřil po řešení případu Cappato k účasti na sebevraždě nemocného. Dle Ústavního soudu může být za určitých podmínek poskytnuta pomoc při sebevraždě beztrestně. Podmínkou je, že osoba je udržována při životě pomocí léčby a trpí nevyléčitelnou chorobou. Další podmínka, kterou jedinec musí splňovat, spočívá ve schopnosti vyjádřit svůj rozmyšlený

souhlas. Ostatní, kteří nesplňují podmínky, jsou dle příznivců eutanázie diskriminováni (Marrone a kol., 2022).

Obyvatelé navzdory vlivu katolické církve v roce 2021 získali dostatek podpisů v rámci petice, jež je potřeba ke konání referenda. Cílem referenda o eutanázii bylo, aby si jedinec mohl vybrat, jakým způsobem zemře. Byl zde zájem o pozměnění podmínek trestního zákoníku. Referendum o eutanázii bylo v roce 2022 zamítnuto italským Ústavním soudem z důvodu, že změna by nepodpořila ochranu lidského života (Marrone a kol., 2022).

6 Situace s eutanázií v České republice

Aktivní eutanázie a asistovaná sebevražda není v České republice na základě trestního zákoníku povolena. Obě formy jsou považovány za trestný čin. Přesněji je v trestním zákoníku (Zákon č. 40/2009 Sb.) uvedeno podle § 140 odst. 1, že *„kdo jiného úmyslně usmrtí, bude potrestán odnětím svobody na deset až osmnáct let“* a § 144 odst. 1 udává: *„Kdo jiného pohne k sebevraždě nebo jinému k sebevraždě pomáhá, bude potrestán, došlo-li alespoň k pokusu sebevraždy, odnětím svobody až na tři léta“*. Pasivní eutanázie není taktéž přípustná, protože je složité ji z právního hlediska odlišit od aktivní eutanázie (Černý a kol., 2018, s. 22).

Česká lékařská komora již v roce 2001 pronesla toto: *„S úctou k životu a při poznání smrti jako neodvratného ukončení života, respektujeme etický kodex ČLK, podle kterého lékař nemá prodlužovat utrpení nemocného s nevyléčitelnou chorobou, avšak eutanazie a asistovaná sebevražda jsou nepřípustné. Eutanazie i asistovaná sebevražda jsou projevem selhání. (…) Civilizovaný stát musí chránit život a ne legalizovat jeho likvidaci“* (Klener, 2019, s. 156–157).

6.1 Návrhy na legalizaci eutanázie v České republice

6.1.1 Návrh zákona o důstojné smrti z roku 2008

Václava Domšová z České strany sociálně demokratické přišla v roce 2008 se senátním návrhem zákona o důstojné smrti, který byl Senátem zavrhnut (Stanovisko vlády, 2016). Zamítnutí nebylo ze strany znalců rozsáhle okomentováno. Návrh zákona zahrnoval kupříkladu nedostatky v oblasti legislativy (Doležal, 2017, s. 216).

Návrh zákona obsahoval pomoc k důstojné smrti (asistovaná sebevražda) a vyvolání důstojné smrti (aktivní eutanázie). Upřednostňována byla asistovaná sebevražda, jestliže by bylo možné její provedení vzhledem ke zdravotnímu stavu pacienta. V případě nemožnosti provedení pomoci k důstojné smrti by následovalo vyvolání důstojné smrti. Pouze lékař by se dobrovolně podílel na důstojné smrti nebo by ji přímo vyvolal. Lékař by po splnění všech náležitých podmínek, prováděcích předpisů a postupů nebyl trestně stíhán (Návrh zákona o důstojné smrti, 2008).

Podmínky pro lékaře byly stanoveny následovně:

- ošetřující lékař podrobně vysvětluje pacientovi jeho zdravotní stav,
- ošetřující lékař projednává s pacientem žádost o důstojnou smrt a ujišťuje se, že jiná alternativa není,

- ošetřující lékař vede se žádajícím pacientem tři rozhovory a v nich zjišťuje, zda je jeho žádost a fyzické či psychické problémy stále aktuální,
- ošetřující lékař se radí s dalším lékařem, jenž se též zaměří na zdravotní stav pacienta,
- ošetřující lékař případně komunikuje s lékařským týmem, jestliže pacienta takový tým ošetřuje,
- je nutné případ projednat znovu s dalším lékařem jako v první uvedené podmínce, jestliže někdo z lékařů nesouhlasí s pomocí nebo vyvoláním důstojné smrti (Návrh zákona o důstojné smrti, 2008).

Lékař by po pomoci k důstojné smrti či vyvolání důstojné smrti musel vyplnit formulář s náležitostmi, který by doručil ministerstvu. Ministerstvo by formulář dalo komisi, jež rozhoduje, zda byly opravdu všechny podmínky lékařem splněny. Komise složená z odborníků by případ předala státnímu zástupci, jestliže by přišla na nesrovnalosti (Návrh zákona o důstojné smrti, 2008).

Jedinec plně svéprávný a při smyslech by písemně žádal o důstojnou smrt svobodně, dostatečně promyšleně a se svým úředně ověřeným podpisem i datem. Jestliže by byl pacient slepý nebo hluchý, požádal by o důstojnou smrt za pomoci tří svéprávných svědků a listiny. Žádost o důstojnou smrt by se následně uložila do zdravotnické dokumentace jedince a bylo by možné ji zrušit. Důstojná smrt by byla umožněna člověku nevyléčitelně a beznadějně nemocnému s nesnesitelnými fyzickými i psychickými bolestmi. Na žádost o důstojnou smrt sepsanou předem by se bral ohled, pokud by se jedinec v budoucnosti nemohl vyjádřit ke své následující lékařské péči (Návrh zákona o důstojné smrti, 2008).

6.1.2 Návrh zákona o důstojné smrti z roku 2016

V roce 2016 vydali poslanci Jiří Zlatuška, Radek Vondráček, Kristýna Zelienková, Petr Adam, Pavel Čihák a Vojtěch Adam poslanecký návrh zákona o důstojné smrti. Obsahem se tento rovněž neúspěšný návrh v podstatě nelišil od návrhu zákona o důstojné smrti z roku 2008 (Návrh zákona o důstojné smrti, 2016). Okopírování předchozího návrhu s nedostatky a nevyužití institutu dříve vysloveného přání bylo zkritizováno. Nedostatkem například bylo použití výrazu „způsobilost k právním výkonům“ místo aktuálního pojmu „svéprávnost“ a nedostatečná úprava instituce komise (Doležal, 2017, s. 217). Otázkou také bylo, zda je vhodné považovat eutanázii za dobrou nebo důstojnou smrt. Kritici namítali nejasné terminologické vymezení forem eutanázie či nedostupnost paliativní péče (Černý a kol., 2018,

s. 26–27). Problematika eutanázie dle vlády byla napříč společností nedostatečně probrána a lidé se názorově odlišovali (Stanovisko vlády, 2016). *„Právo však nemůže čekat na to, až ideoví odpůrci dospějí ke shodě“* a má přijít reakce i za podmínky, že společnost není názorově jednotná (Černý a kol., 2018, s. 28).

V reakci na návrh zákona o důstojné smrti z roku 2016 byly předkládány určité body, které by měly být před legalizací eutanázie splněny:

- popsat přesně odborné termíny k tématu, praxi v České republice, důvody proč akceptovat eutanázii či nikoli nebo hodnotu starání se o pacienty na konci jejich života,
- diskutovat o problematice napříč společností a to i s jedinci, kteří nemají takové znalosti, ale mohou nabídnout své pohledy,
- umožnit každému pacientovi přístup k paliativní péči,
- připravit důkladně jedince, kteří se vzdělávají v oboru lékařství,
- zkvalitnit přístup lékaře k pacientovi a naopak (Černý a kol., 2018, s. 29).

6.1.3 Návrh zákona o paliativní péči, rozhodování na konci života a eutanázii z roku 2020

Poslanecký návrh zákona o paliativní péči, rozhodování na konci života a eutanázii byl v roce 2020 předložen Věrou Procházkovou, Lukášem Bartoněm a dalšími osobami z hnutí ANO a politické strany Piráti. Návrh zákona z roku 2020 nebyl přijat opět z důvodu názorové neshody, nedostatečné diskuze napříč společností a nejasného vymezení odborných termínů. Dle vlády by návrh týkající se eutanázie měl být připravován jako vládní, a nikoli jako poslanecký. Vláda také namítala, že není vhodné spojovat eutanázii s paliativní péčí, která v té době byla již definována v zákonu o zdravotních službách č. 372/2011 Sb. Za chybné bylo rovněž považováno neuvedení, jak řešit situaci, ve které by žádný lékař nebyl ochoten se podílet na asistované smrti. Další nedostatek, který měl vliv na nepřijetí, se týkal například hrazení asistované sebevraždy či aktivní eutanázie z veřejného zdravotního pojištění (Stanovisko vlády, 2020).

Návrh zákona z roku 2020 obsahoval úpravu paliativní péče, která by měla být kvalitně zpřístupněna a přizpůsobena všem nemocným, jestliže by byl jejich zdravotní stav nepříznivý. Návrh zákona dále upravoval, jak postupovat v případě využívání terminálního tišení bolesti a neadekvátní léčby i u pacientů s neschopností se vyjádřit nebo plně nesvéprávných. Při

nesrovnalostech by zakročila etická komise anebo obecný soud (Návrh zákona o paliativní péči, rozhodování na konci života a eutanázii, 2020).

Pacient se zájmem o asistovanou smrt by podal nejprve předběžnou písemnou žádost o aktivní eutanázii či asistovanou sebevraždu. Následně by pacient podal kvalifikovanou písemnou žádost o asistovanou smrt s úředně ověřeným podpisem, datem a informovaným souhlasem pro poskytovatele (Návrh zákona o paliativní péči, rozhodování na konci života a eutanázii, 2020).

Pro podání kvalifikované žádosti by musely být splněny následující podmínky:

- pacient byl obeznámen se svým zdravotním stavem, s vývojem do budoucnosti, s alternativní léčbou, s paliativní péčí, s ošetřovatelskými postupy a vedl s lékařem diskuzi o očekávání od života,
- pacient prožívá trvale nezvladatelné utrpení fyzického či psychického rázu,
- lékař vedl s pacientem alespoň dvě diskuze na téma alternativního řešení jeho stavu a ověřil si, že je přesvědčen o žádosti o asistovanou smrt,
- zdravotní stav pacienta byl komunikován s dalším lékařem,
- předběžná žádost pacienta o asistovanou smrt byla komunikována s ošetřujícím týmem, pokud to bylo nemocným jedincem dovoleno,
- pacient byl obeznámen s možností určit důvěrníka, který by byl přítomen jednání o žádosti o asistovanou smrt,
- lékař komunikoval žádost o asistovanou smrt s důvěrníkem, jestliže pacient využil možnost jeho určení,
- pacient případně důvěrník byl obeznámen s možným postupem asistované smrti včetně využitých prostředků (Návrh zákona o paliativní péči, rozhodování na konci života a eutanázii, 2020).

Pacient by musel být starší 18 let, svéprávný, nevyléčitelně nemocný bez šance na uzdravení se a žádal by o asistovanou smrt svobodně. Dále by byl občanem České republiky nebo Evropské unie a měl by v České republice trvalý pobyt. Oba typy žádostí by se založily do zdravotnické dokumentace pacienta a kdykoli by se daly vzít zpět. U jedince bez schopnosti číst nebo psát by se využil zákon, ve kterém je tento problém upraven v oblasti pořízení závěti (Návrh zákona o paliativní péči, rozhodování na konci života a eutanázii, 2020).

Lékař by aktivní eutanázii či asistovanou sebevraždu prováděl zcela dobrovolně po kvalifikované žádosti o asistovanou smrt, jež by byla stále aktuální. Lékař by po provedení asistované smrti vyhotovil vyjádření a registrační formulář s náležitostmi, což by odevzdal Komisi pro kontrolu a hodnocení provádění asistované smrti. V případě odmítnutí provedení asistované smrti by lékař informoval pacienta nebo důvěrníka s uvedením důvodů, které by eventuálně promítl ve zdravotní dokumentaci. Návrh zákona navíc obsahoval možné přestupky lékaře, které by řešilo Ministerstvo zdravotnictví České republiky (Návrh zákona o paliativní péči, rozhodování na konci života a eutanázii, 2020).

Již zmíněná Komise pro kontrolu a hodnocení provádění asistované smrti by byla složená z celkem devíti členů na základě jmenování vládou České republiky na tři roky. Kvalifikace členů této komise by byla přesně daná. Úkolem by bylo kontrolovat vyjádření, registrační formulář a splnění všech nutných podmínek. Pokud by měla komise pochybnosti, předala by informace dál příslušnému orgánu. Zároveň by zde existovala spolupráce s Poslaneckou sněmovnou, jež by obdržela po každém kalendářním roce statistické údaje o provádění aktivní eutanázie či asistované sebevraždy a další dokumenty (Návrh zákona o paliativní péči, rozhodování na konci života a eutanázii, 2020).

Návrh zákona obsahoval záležitost dříve vysloveného přání, prostřednictvím kterého by bylo možné žádat o provedení eutanázie. Lékař by před provedením asistované smrti na základě stále platného dříve vysloveného přání musel komunikovat s ošetřujícím týmem, blízkými lidmi a případně s důvěrníkem, jestliže to pacient nezakázal. Dále by lékař zhodnotil zdravotní stav pacienta s druhým lékařem. Pacient by musel být nevyléčitelně nemocný a bez vědomí (Návrh zákona o paliativní péči, rozhodování na konci života a eutanázii, 2020).

7 Důvody v prospěch a neprospěch eutanázie

7.1 V prospěch eutanázie

Právo se svobodně rozhodovat je pro příznivce eutanázie velmi důležitým argumentem, který vychází z autonomie. Rozhodnutí člověka o podstoupení eutanázie neomezuje ostatní. Nikdo nemá právo do verdiktu jedince zasahovat (Vácha, 2019b, s. 241). *„Podle zastánců eutanazie je legalizace eutanazie jedním z prvků vyjádření práva na sebeurčení, které je klíčovým právem člověka v moderním demokratickém státě“* (Doležal, 2017, s. 139). Jednotlivci mají právo určovat osud svého života, a tak smí nakládat i podle vlastního uvážení se svým tělem (Vácha, 2019a, s. 52). Z hlediska hedonistické nebo utilitaristické etiky je eutanázie správným řešením situace, kdy život pacienta již nemá smysl a smrt se neodvratitelně blíží (Vácha, Königová, Mauer, 2012, s. 248).

Utrpení pacienta by mělo být ukončeno za pomoci eutanázie, jestliže neexistuje jiná varianta. Dobro pro pacienta v podobě úlevy je vyšší než újma způsobená smrtí pro jeho okruh společnosti. Z morálního hlediska je to zcela vhodné, jelikož to bude mít přijatelné důsledky pro nevyléčitelně nemocného člověka (Hříbek, 2021, s. 177). *„Zdravotníci, kteří pracují v paliativní péči, dobře vědí, že ani sebelepší péče pacienta v závěru života nezbaví všeho utrpení“*, a tak převážná část nemocných v České republice prožívá svůj konec života v bolestech, protože paliativní péče není natolik kvalitní (Černý a kol., 2018, s. 40). Terminální sedace poskytované prostřednictvím paliativní péče se od eutanázie neliší. Jedinec je pod jejich vlivem bez vědomí, což je srovnatelné se smrtí. Vědomí jedince se vrátí, anebo je to již trvalý stav (Hříbek, 2021, s. 182). Pacient necítí bolest, ale ztrácí svou důstojnost, a proto zde jsou lidé, kteří vyžadují a budou vyžadovat eutanázii neboli důstojnou smrt (Rietjens a kol. in Hříbek, 2021, s. 183).

Zastánci eutanázie nevidí rozdíl mezi aktivní a pasivní formou eutanázie. V obou případech dle nich dojde ke smrti jedince (Munzarová, 2005, s. 83). Průzkumy pocházející ze zahraničí ukazují, že lékaři je prováděna pasivní eutanázie (Doležal, 2017, s. 138). Z tohoto důvodu příznivci asistované smrti považují za správné, aby byla povolena aktivní forma eutanázie (Černý a kol., 2018, s. 27). Jestliže odpůrci respektují pasivní formu eutanázie, tak by pro ně měla být též morálně přípustnou formou aktivní eutanázie a asistovaná sebevražda. Odpůrci by nejlépe neměli respektovat eutanázii v žádné formě (Hříbek, 2021, s. 194–195). Eutanázie je realizována za neznámých okolností a právním předpisem by se vytvořil prostor, ve kterém budou stanoveny vhodné podmínky. Provádění eutanázie by tak bylo pod kontrolou (Vácha, 2019a, s. 55–56).

Nevyléčitelně nemocný člověk státu ani rodině z pohledu ekonomiky nic nepřináší. Z finančního hlediska je pacient velmi nákladný a investice se nevrací zpět. Prostředky se vynakládají na jeho péči a v některých případech na nesmyslnou léčbu. V důsledku legalizace mohou vzniknout organizace, jež budou výnosné díky poskytování eutanázie. Navíc by se eutanázie pro osoby stala přístupnější. Společnost by toho měla využít pro pokrytí nákladů (Opatrný, 2019, s. 368).

Institut dříve vysloveného přání se tváří jako alternativa eutanázie, ale neodborná společnost o tom zatím nemá dostatek znalostí. Pacient musí být o této možnosti zpravidla dodatečně informován (Spurná, 2019, s. 196). Ze strany lékařů je vůči dříve vyslovenému přání patrná nejistota. Česká lékařská komora nabádá lékaře, aby dříve vyslovená přání neřešili, jelikož by mohli být za pochybení obviněni z trestného činu (Hříbek, 2021, s. 230–231).

Odpůrci eutanázie často vyzdvihují kluzký svah. Pojem kluzký svah znamená, že jedna činnost na úrovni kluzké cesty může vést k dalším činnostem pravděpodobně negativního rázu. Zpočátku jsou přesně vymezeny podmínky a eutanázie je určena jen pro ty, co se léčí s nevyléčitelnou chorobou. Postupně se možnosti stále rozšiřují a je umožněno, aby tuto volbu využil jedinec trpící depresemi, handicapovaný novorozenec a podobně (Munzarová, 2005, s. 39). Argumentace proti eutanázii kluzkým svahem není správná, jelikož *„to vypadá, jako by skluz po svahu byl věcí logické nutnosti“* (Hříbek, 2021, s. 276). Neustálé rozšiřování podmínek pro provádění eutanázie není logické. Navíc je uskutečnitelné, aby se nevyhovující podmínky opět upravily do původní podoby. V Nizozemsku kluzký svah dle údajů nebyl potvrzen (Hříbek, 2021, s. 283).

7.2 V neprospěch eutanázie

Filozof Immanuel Kant autonomii člověka zamýšlel jinak než příznivci eutanázie. Existence jedince není závislá pouze na jeho touhách či chvilkových obavách, ale na tom, co je důležité pro všechny v dané společnosti (Loučka, Špinka, Špinková, 2015, s. 28). Podle Immanuela Kanta jednotlivci nejsou předmětem, a proto životy nemohou být ukončeny, jako kdyby se společnost zbavovala majetku (Kant in Vácha, 2019a, s. 76). Dle filozofů Hobbesa a Locka jsou všechna přirozená práva člověka založená na podpoře života a rozhodnutí, které vede k ukončení existence jedince, není správné. I přes touhu jednotlivců skoncovat se svým životem není možný vznik práva na smrt (Kass in Munzarová, 2005, s. 21). Evropský soud pro lidská práva zaujal stanovisko, podle kterého není právo na smrt způsobené jinou osobou obsažené v právu na život (Prudil, 2019, s. 281–282). Právo zemřít by mohlo existovat jedině

ve smyslu, *„ … že i umírání je životem a že člověk má právo žít při svém umírání bez jakéhokoliv nátlaku ze strany lékaře“* (Jonas in Munzarová, 2005, s. 23). Rozhodnutí člověka podstoupit eutanázii ovlivňuje celou společnost a není to záležitost pouze mezi pacientem a lékařem (Munzarová, 2005, s. 53). Je diskutabilní, jak velkou autonomii má nevyléčitelně nemocný jedinec prožívající utrpení psychického i fyzického rázu. Z tohoto důvodu se lékaři nemají jejich uvážením řídit (Hříbek, 2021, s. 161).

Odpůrci eutanázie mají dva pohledy na bolest. Jedna skupina odpůrců zastává názor, že bolest jde v dnešní době již z většinové části odstranit. Není třeba, aby jedinec podstoupil aktivní eutanázii nebo asistovanou sebevraždu, protože paliativní péče je dostatečně kvalitní a na vysoké úrovni. Na základě pohledu druhé skupiny odpůrců nejde stoprocentně odstranit veškerou bolest, ale v tomto smyslu trápení posune pacienta dál a měl by si tím projít (Hříbek, 2021, s. 180–181). Bolest spojená s chorobou pro trpícího neznamená ztrátu důstojnosti. *„Lidé mají svou důstojnost jednoduše proto, že jsou lidé“* (Munzarová, 2005, s. 53). Starání se o trpícího člověka může jedinci přinést zjištění, že život ve fázi blížící se smrti není nutně špatný a tragický (Opatrný, 2019, s. 371). Utrpení není pouze fyzického rázu, ale též sociálního, emočního a spirituálního. Sociální bolest vychází ze ztráty sociálního statusu a pravidelného kontaktu s rodinnými příslušníky či nejbližšími přáteli. Emoční bolest se projevuje změnami od popírání až po konečné smíření se se svou situací. Spirituální bolest vnímá jedinec jako ztrátu smyslu života, úzkost nebo například depresi. Je třeba trpícím poskytnout komplexní péči bolestí všeho druhu (Klener, 2019, s. 157).

Ukončení léčby znamená, že pacienta postupně zabije nemoc, kdežto u aktivní eutanázie se jedná o zabití lékařem, které proběhne neprodleně. Je zde varianta, že rozpoznání zdravotního stavu neproběhne správně nebo příbuzenstvo chce pouze těžit ze smrti člověka. Zemře jedinec, jenž není skutečně smrtelně nemocen. Tyto případy spíše hrozí u aktivní eutanázie než u pasivní eutanázie (Virt, 2000, s. 33). Nikdo v České republice skutečně nedokázal, že se asistovaná smrt již realizuje (Svatošová, 2019, s. 179). Jako příklad příznivci asistované smrti uvádí prostituci, jelikož dle nich stejně jako eutanázie se prováděla a provádí. V určitých zemích je prostituce raději dekriminalizována, tedy povolena za určitých podmínek s kontrolou. Vražda člověka, který o to nestál, se ve společnosti vyskytuje rovněž, ale neměla by být akceptována. Je otázkou, kam zahrnout usmrcení na žádost (Vácha, 2019a, s. 69–70).

Lékaři v České republice nesmí ukončit život osoby pomocí eutanázie. *„ … Lékaři, kteří by dali najevo ochotu vyhovět žádostem svých pacientů o pomoc tohoto druhu, se vystavují riziku trestněprávního postihu“* (Hříbek, 2021, s. 301). Jednotlivci lékařské profese nejsou od toho, aby ukončovali na žádost život pacienta, ale naopak ho mají chránit (Mach, 2019, s. 265).

V Hippokratově přísaze, která se vztahovala v minulosti na lékaře, je jasně uvedeno: *„… Nepodám nikomu smrtící lék, i kdybych o to byl požádán, ani nikomu nedám doporučení v tom smyslu“* (Fischerová, 2019, s. 211). Měla by se zřídit pozice vyškoleného specializovaného odborníka (kat), jenž eutanázii vykoná přednostně před lékařem. Nevznikne tak nedůvěra a obavy pacientů z lékařské profese (Vácha, Königová, Mauer, 2012, s. 256).

Smrt pacienta by mohla být zneužita rodinnými příslušníky například k vylepšení finanční situace. V takovém případě by blízcí nabádali nemocného k podstoupení eutanázie. Pacient by se však v žádném případě neměl cítit jako zátěž pro své nejbližší (Mach, 2019, s. 266). Využití eutanázie pro zlepšení finanční situace by mohlo nastat také ze strany nemocnic nebo pojišťoven (Vácha, Königová, Mauer, 2012, s. 256).

Žádná země si pravděpodobně nepřipustí, že v ní nastal kluzký svah. *„Samotné debaty a názory, o kterých se můžeme občas dočíst, že zabití může být aktem dobřečinění, sebevražda je racionální, přirozená smrt nedůstojná a eutanazie důstojná a péče o příliš staré, postižené nebo jakkoli diskvalifikované či umírající je břemenem nadměrně odčerpávajícím naše emocionální a finanční síly, jsou příkladem kluzkého svahu“* (Vácha, Königová, Mauer, 2012, s. 253). Důvodem podstoupení eutanázie je často obava například z omezování ostatních, bezmocnosti nebo prodlužování života bez vidiny na uzdravení (Munzarová, 2005, s. 20). V Nizozemsku a Belgii bylo zaznamenáno zneužití eutanázie, což se stalo ukázkou kluzkého svahu. Potvrzeny jsou případy, kdy byla eutanázie ve dvou zemích bývalého uskupení s názvem Benelux provedena na základě tlaku rodinných blízkých nebo uvolnění prostoru ve zdravotnických zařízeních. Případně byla eutanázie vykonána takovým způsobem, který porušuje stanovené podmínky pro poskytování eutanázie (Stanovisko vlády, 2016).

8 Vývojová etapa – mladá dospělost

V praktické části této práce se soustředím na mladé dospělé, a proto je potřeba tuto skupinu nejprve vymezit. Věkové rozmezí mladé dospělosti není úplně jednoznačné a stejně tak její projevy. Dle Vágnerové (2007, s. 11) je zmíněné období vymezeno od 20 do 40 let.

Razantní fyzické změny v mladé dospělosti neprobíhají, a pakliže ano, odpovídají způsobu života. Nejčastěji se uvádí fyzické změny v souladu se změnou životosprávy, což má vliv na nastávající zdravotní stav mladého dospělého. Zdravému životnímu stylu se obzvlášť v této vývojové etapě připisuje důležitost. Fyzická změna typická pro mladé dospělé ženy je těhotenství a následný porod (Millová, 2016, s. 118).

V oblasti socializace se člověk neustále vyvíjí, což souvisí se změnami, které obsahují *„… přijetí nových rolí a s nimi spojených způsobů chování, dále vyjasnění vztahu k hodnotám a normám, prezentovaným různými skupinami (vrstevníky, rodinou, školou, církví apod.), a dovršení vývoje morálního uvažování“* (Vágnerová, 2007, s. 12). V tomto životním úseku má každá osoba jiné priority. Mladí dospělí se rozcházejí v názorech na studium, zaměstnání, manželství i pořízení si dítěte, s čímž souvisí to, že dnešní doba vyžaduje hlavně samostatnost. Tyto záležitosti mají vliv na charakter osobnosti (Millová, 2016, s. 121). Všichni by si měli vytyčit cíle, jež v budoucnosti budou naplňovat, i když se v průběhu života mohou změnit (Langmeier, Křejčířová, 2006, s. 172).

Emoce se v tomto vývojovém období dostávají do rovnováhy, ale nemění to nic na tom, že mladí dospělí jsou schopni silných prožitků zvlášť ve spojení s dosahováním životních milníků. U mladých dospělých pozitivní emoce přetrvávají déle než negativní emoce. S negativními emocemi se srovnávají snadněji než starší dospělí v další vývojové etapě. Čím je mladý dospělý starší, tím lépe dokáže ovládat své prožívání (Carstensen a kol. in Vágnerová, 2007, s. 23).

Kognitivní kompetence se rozvíjí a dosahují nejvyšší úrovně. Mladého dospělého ovlivňují hlavně získané zkušenosti, a to ve všech oblastech (Vágnerová, 2007, s. 12). Zaznamenávány jsou změny například v myšlení, které *„… ve srovnání s myšlením v adolescenci více zohledňuje konkrétní situaci, realističnost a zdůvodnitelnost řešení“* (Millová, 2016, s. 119).

PRAKTICKÁ ČÁST

9 Výzkumné šetření

Praktická část byla vytvořena pomocí výzkumného šetření. Přesněji byl zvolen kvantitativní výzkum, metoda dotazování a dotazník jako výzkumný nástroj.

Kvantitativní výzkum by měl mít čtyři následující fáze: stanovení problémů, formulace hypotéz, testování hypotéz a vyvození závěrů s prezentací. Fáze nemusí vždy probíhat tak, jak jsou zde seřazeny (Chráska, 2007, s. 12). Kvantitativní výzkum se na rozdíl od kvalitativního výzkumu soustředí na čísla. *„Hlavním cílem výzkumníka v kvantitativním výzkumu je třídění údajů a vysvětlení příčin existence nebo změn jevů“* (Gavora, 2000, s. 32).

Před sběrem dat byl proveden předvýzkum, který se využívá k ověření funkčnosti výzkumného nástroje (Gavora, 2000, s. 69). *„Pečlivé provedení předvýzkumu zmenší riziko neúspěchu při vlastním dotazníkovém šetření“* (Chráska, 2007, s. 175).

Následně byla posbírána data díky dotazníku vlastní konstrukce. Dotazník je nejvyužívanějším výzkumným nástrojem pro získání dat. V rámci sestavování dotazníku je důležité brát ohled na to, aby otázky byly přizpůsobené daným respondentům (= těm, co vyplňují dotazník). Otázky neboli položky by měli respondenti chápat jednoznačným způsobem. Dále by například dotazník měl mít určitou strukturu, což znamená, že na začátku budou otázky jednodušší a následovat by měly otázky důležitějšího charakteru (Gavora, 2000, s. 99–101). *„Dotazníkové metodě bývá často oprávněně vytýkáno, že nezjišťuje to, jací respondenti (pedagogická realita) skutečně jsou, ale jen to, jak sami sebe (pedagogickou realitu) vidí, nebo chtějí, aby byli viděni“* (Chráska, 2007, s. 163–164).

9.1 Cíl výzkumného šetření

Cílem výzkumu bylo zjistit názory mladých dospělých ve věku od 20 do 40 let na eutanázii. Názory, které byly zjišťovány, se týkaly například legalizace eutanázie v České republice, důvodů souhlasu a nesouhlasu s legalizací eutanázie, vykonávání eutanázie, obav z eutanázie nebo nejpřijatelnějšího typu eutanázie pro mladé dospělé, kteří souhlasí s její legalizací.

Hlavní výzkumná otázka byla stanovena ve znění:

Jaké názory mají mladí dospělí na eutanázii?

Jako dílčí výzkumné otázky jsem si stanovila:

Jaký důvod je nejčastěji uváděn mladými dospělými pro legalizaci eutanázie?

Jaký důvod je nejčastěji uváděn mladými dospělými pro zamítnutí legalizace eutanázie?

Jaký typ eutanázie je pro mladé dospělé nejpřijatelnější?

Kdo má podle mladých dospělých provádět eutanázii?

Mají mladí dospělí obavy ze zneužití eutanázie?

9.2 Formulace hypotéz

„Hypotéza je vědecký předpoklad“ (Gavora, 2000, s. 50). Byly formulovány celkem čtyři hypotézy, které *„… tvoří jádro klasických (kvantitativně orientovaných) výzkumů“* (Chráska, 2007, s. 17). Hypotézy jsem stanovila na základě prostudované odborné literatury, provedených výzkumů či osobních zkušeností. Hypotézy budou statisticky ověřeny a poté potvrzeny či vyvráceny.

H1: Míra legalizace eutanázie je vyšší u mladých dospělých, kteří mají osobní zkušenost s péčí o nevyléčitelně nemocného jedince v konečné fázi jeho života, než u těch, kteří ji nemají.

$H1_0$: Mezi mírou souhlasu s legalizací eutanázie a osobní zkušeností s péčí o nevyléčitelně nemocného jedince v konečné fázi jeho života není závislost.

H2: Počet mladých dospělých vybírajících si provádění eutanázie specializovaným odborníkem je větší než počet mladých dospělých vybírajících si provádění eutanázie lékařem.

$H2_0$: Podíly mladých dospělých vybírajících si provádění eutanázie specializovaným odborníkem a lékařem jsou stejné.

H3: Mladí dospělí, kteří nesouhlasí s legalizací eutanázie, mají vyšší míru souhlasu se sepsáním dříve vysloveného přání než ti, kteří s ní souhlasí.

$H3_0$: Mezi mírou souhlasu s legalizací eutanázie a mírou souhlasu se sepsáním dříve vysloveného přání není závislost.

H4: Mladí dospělí akceptují více asistovanou sebevraždu než aktivní eutanázii.

$H4_0$: Podíly mladých dospělých akceptujících asistovanou sebevraždu a aktivní eutanázii jsou stejné.

9.3 Výzkumný soubor

Výzkumný soubor by měl být tvořen jevy, o kterých je nutné získat data (Gavora, 2000, s. 59). Výzkumný soubor zde byl tvořen mladými dospělými ve věku od 20 do 40 let v České republice. Celkem dotazník vyplnilo 253 respondentů. Vyřazeni z výzkumu byli dohromady 4 respondenti na základě věku (17, 19, 57 a 59 let), který neodpovídal stanoveným kritériím. Po provedeném vyřazení se výzkumného šetření zúčastnilo celkem 249 respondentů. Byl zde využit dostupný výběr, u kterého je ale pravděpodobnost výrazného zkreslení (Gavora, 2000, s. 64).

9.4 Předvýzkum

V rámci předvýzkumu jsem vyplnila testovací dotazník, abych zjistila, zda byl správně sestaven. Následně jsem poprosila svého blízkého ve věkové kategorii mladých dospělých od 20 do 40 let o vyplnění dotazníku bez odeslání odpovědí s cílem zjistit, jestli byly všechny otázky srozumitelné a nabízené odpovědi dostačující. Po konzultaci se svým blízkým jsem v dotazníku upravila definici pasivní eutanázie tak, aby byla pochopitelnější. Dále jsem upravila otázku č. 11 z „Kdo by podle Vás měl případně splnit přání pacienta ohledně eutanázie?“ na „Kdo by podle Vás měl případně provádět eutanázii?“, a to z důvodu, že slovo „přání“ bylo spojováno s institutem dříve vysloveného přání, který byl zmíněn v předchozí otázce č. 10. Současně bylo zjišťováno, zda se odpovědi správně zaznamenávaly.

9.5 Sběr dat

Sběr dat byl realizován pomocí elektronického dotazníku. Dotazník umožňuje získání velkého množství dat ve velmi krátké době (Gavora, 2000, s. 99). K jeho tvorbě byl využit software Google Forms. Práce s tímto softwarem nebyla komplikovaná, naopak byl nastavený tak, aby se v něm každý lehce orientoval. Anonymní dotazník viz Přílohy obsahoval 19 otázek. Z tohoto počtu byla 1 otázka otevřená, 9 otázek polouzavřených s možností vlastní odpovědi a 9 otázek uzavřených. 3 otázky byly dichotomické podoby.

Dotazník byl zprvu rozeslán mým blízkým prostřednictvím otevíratelného linku. Poté byl dotazník sdílen na sociálních sítích Instagram a Facebook. Sběr dat začal po vlastním předvýzkumu 24. února 2023 a skončil 3. března roku 2023.

10 Vyhodnocení dat a interpretace výsledků z výzkumného šetření

Všechna data získaná z dotazníku byla zpracována v programu MS Excel do záznamového archu. Následně byly vytvořeny tabulky vyjadřující absolutní a relativní četnost. Současně byly vytvořeny grafy ve sloupcové podobě.

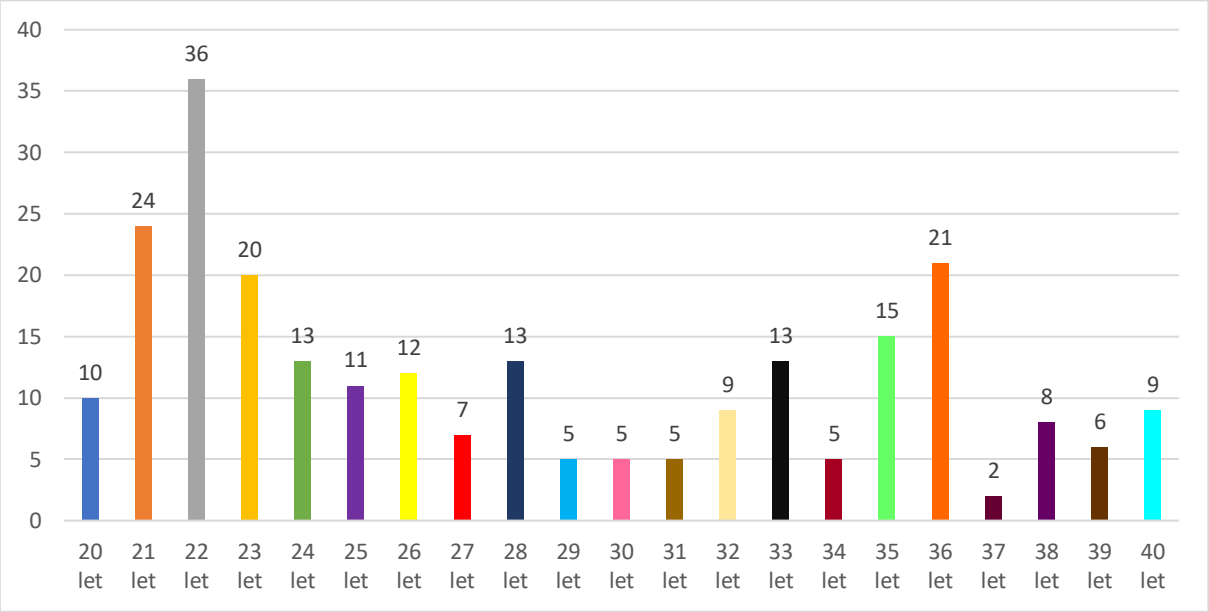
Otázka č. 1: Jaký je Váš věk?

Nejvíce odpovědí bylo získáno od skupiny respondentů ve věku 22 let (36; 14,46 %), 21 let (24; 9,64 %) a 36 let (21; 8,43 %). Nejméně zastoupení byli respondenti ve věku 37 let, výzkumu se zúčastnily pouze dvě (0,80 %) osoby.

Tabulka č. 1: Věk respondentů

	Absolutní četnost	Relativní četnost
20 let	10	4,02 %
21 let	24	9,64 %
22 let	36	14,46 %
23 let	20	8,03 %
24 let	13	5,22 %
25 let	11	4,42 %
26 let	12	4,82 %
27 let	7	2,81 %
28 let	13	5,22 %
29 let	5	2,01 %
30 let	5	2,01 %
31 let	5	2,01 %
32 let	9	3,61 %
33 let	13	5,22 %
34 let	5	2,01 %
35 let	15	6,02 %
36 let	21	8,43 %
37 let	2	0,80 %
38 let	8	3,21 %
39 let	6	2,41 %
40 let	9	3,61 %
Celkem	249	100,00 %

Graf č. 1: Věk respondentů



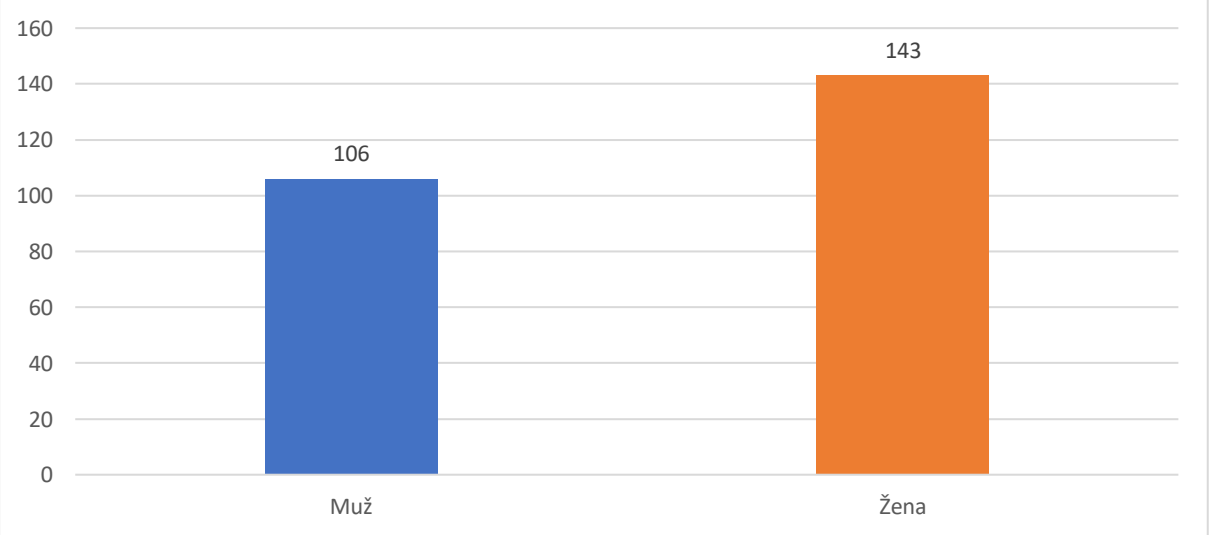
Otázka č. 2: Jaké je Vaše pohlaví?

Z celkového počtu 249 respondentů bylo 106 (42,57 %) mužů a 143 (57,43 %) žen.

Tabulka č. 2: Pohlaví respondentů

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Muž	106	42,57 %
Žena	143	57,43 %
Celkem	249	100,00 %

Graf č. 2: Pohlaví respondentů



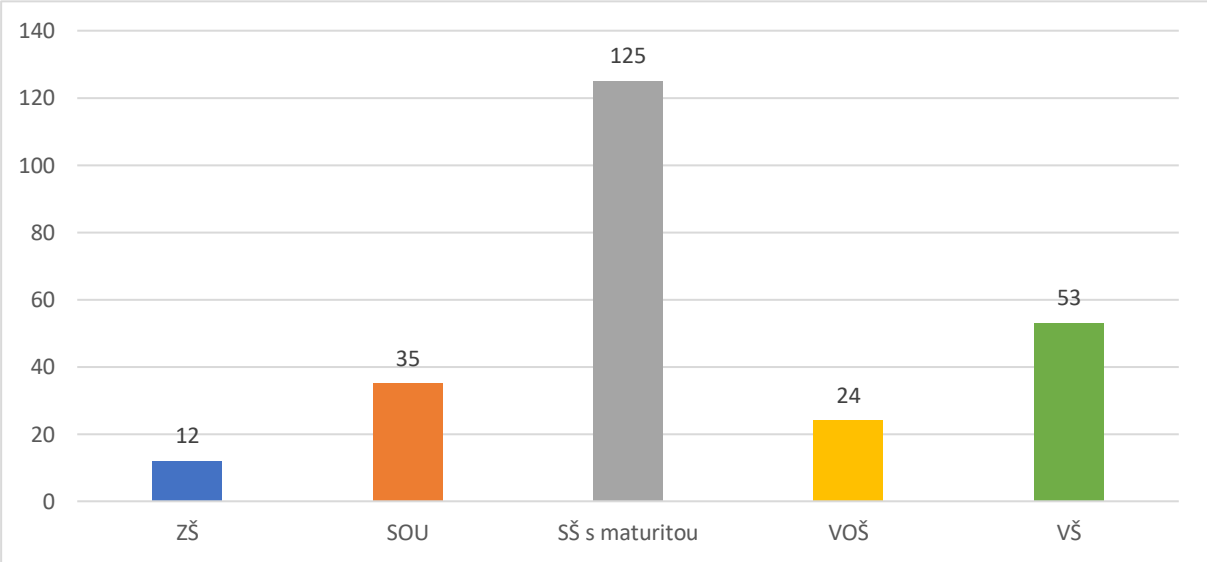
Otázka č. 3: Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Nejvíce zastoupení byli v případě nejvyššího dosaženého vzdělání respondenti (125; 50,20 %), kteří měli dokončenou střední školu s maturitou. Nejnižší četnost byla mezi mladými dospělými (12; 4,82 %), kteří dokončili základní školu.

Tabulka č. 3: Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů

	Absolutní četnost	Relativní četnost
ZŠ	12	4,82 %
SOU	35	14,06 %
SŠ s maturitou	125	50,20 %
VOŠ	24	9,64 %
VŠ	53	21,29 %
Celkem	249	100,00 %

Graf č. 3: Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů



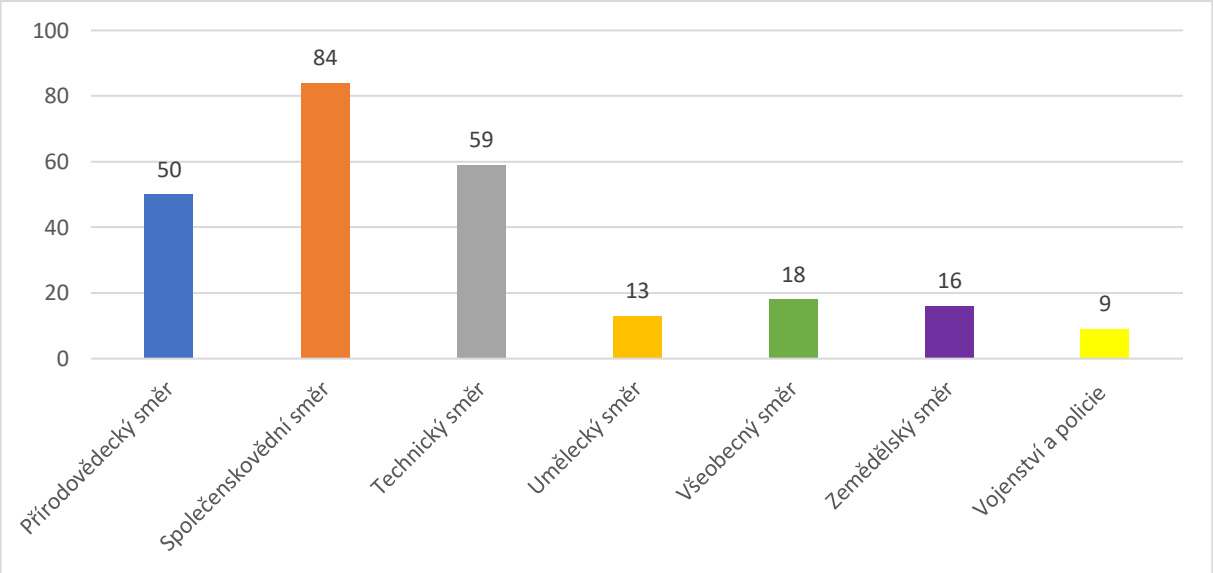
Otázka č. 4: Jakého jste zaměření podle studia?

Nejvíce respondentů (84; 33,73 %) zvolilo společenskovědní směr a dále následoval technický směr (59; 23,69 %), přírodovědecký směr (50; 20,08 %), všeobecný směr (18; 7,23 %), zemědělský směr (16; 6,43 %) a umělecký směr (13; 5,22 %). Nejméně mladých dospělých (9; 3,61 %) bylo směru vojenství a policie.

Tabulka č. 4: Zaměření respondentů

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Přírodovědecký směr	50	20,08 %
Společenskovědní směr	84	33,73 %
Technický směr	59	23,69 %
Umělecký směr	13	5,22 %
Všeobecný směr	18	7,23 %
Zemědělský směr	16	6,43 %
Vojenství a policie	9	3,61 %
Celkem	249	100,00 %

Graf č. 4: Zaměření respondentů



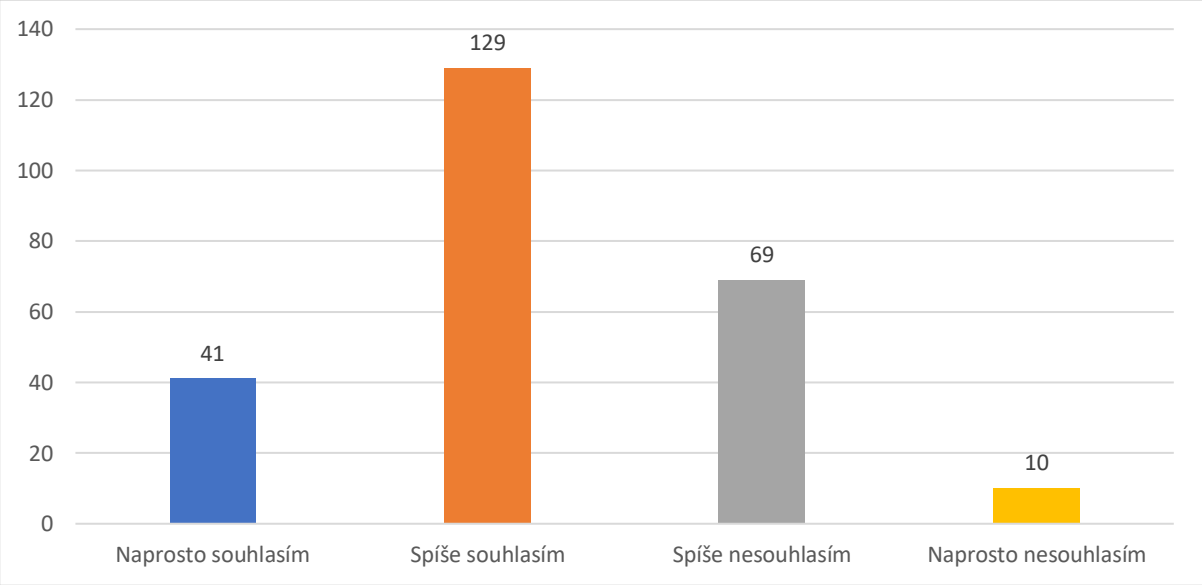
Otázka č. 5: Souhlasíte s legalizací eutanázie v České republice?

S legalizací eutanázie v České republice souhlasilo celkem 170 (68,28 %) respondentů. Z tohoto počtu 41 (16,47 %) mladých dospělých uvedlo, že naprosto souhlasí a 129 (51,81 %) mladých dospělých spíše souhlasí. Jedná se o více než polovinu osob z celkového počtu respondentů, kteří by uvítali možnost mít život pod kontrolou tímto způsobem v jeho závěru. S legalizací eutanázie v České republice nesouhlasilo celkem 79 (31,73 %) respondentů. Z tohoto počtu uvedlo 10 (4,02 %) respondentů, že naprosto nesouhlasí, a 69 (27,71 %) respondentů zvolilo možnost, že spíše nesouhlasí. Důvody přijetí či nepřijetí legalizace eutanázie v České republice mladými dospělými budou uvedeny dále.

Tabulka č. 5: Legalizace eutanázie v České republice

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Naprosto souhlasím	41	16,47 %
Spíše souhlasím	129	51,81 %
Spíše nesouhlasím	69	27,71 %
Naprosto nesouhlasím	10	4,02 %
Celkem	249	100,00 %

Graf č. 5: Legalizace eutanázie v České republice



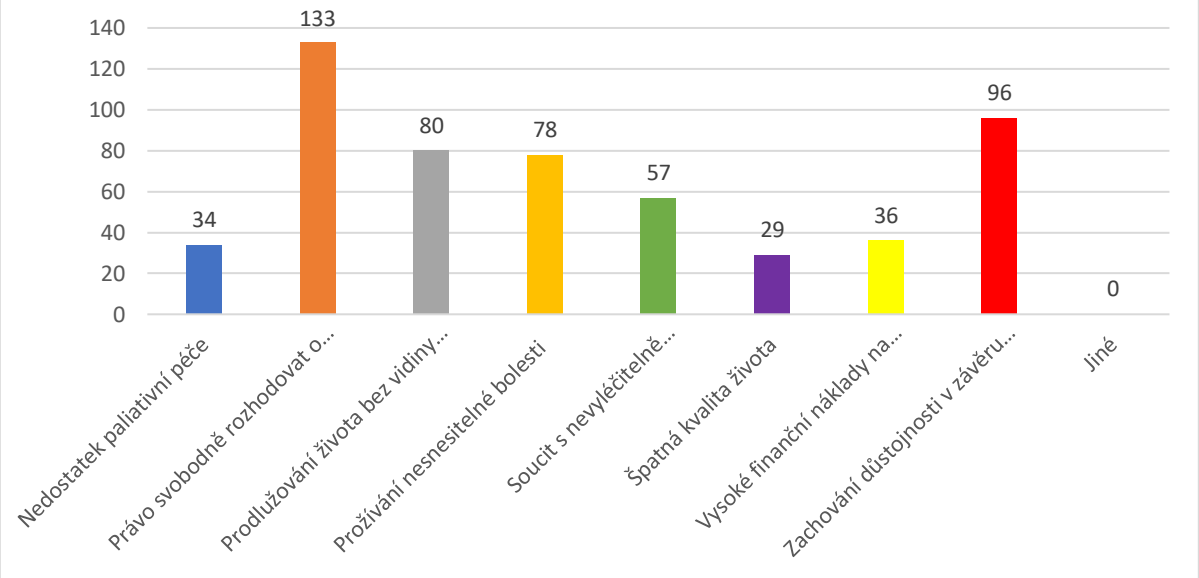
Otázka č. 6: Z jakého důvodu souhlasíte s legalizací eutanázie?

Otázka č. 6 nabízela respondentům možnost zaškrtnout více odpovědí najednou. V rámci dotazníku byla tato otázka určena pouze mladým dospělým (170; 68,28 %), kteří odpověděli, že naprosto nebo spíše souhlasí s legalizací eutanázie v České republice. Respondenti (133; 78,24 %) nejčastěji uváděli důvod souhlasu související s právem svobodně rozhodovat o svém životě. Druhou nejčastější volbou respondentů (96; 56,47 %) bylo zachování důstojnosti v závěru života. Důstojnost se zdá být důležitou hodnotou pro mladé dospělé. Následovala třetí nejčastěji uváděná možnost „prodlužování života bez vidiny uzdravení“ mladými dospělými (80; 47,06 %). Mladí dospělí si zřejmě uvědomují, jaký dopad mají moderní technologie na lidské životy v oblasti medicíny. Nejméně respondentů (29; 17,06 %) souhlasilo z důvodu špatné kvality života. Otevřená odpověď „Jiné“ nebyla využita (0,00 %). Zajímavé je, že pro 36 (21,18 %) mladých dospělých byla eutanázie potřebná z důvodu vysokých finančních nákladů na neúspěšnou léčbu. Léčba ale nemusí být vždy bez pozitivních výsledků a tedy neúspěšná.

Tabulka č. 6: Důvody legalizace eutanázie

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Nedostatek paliativní péče	34	20,00 %
Právo svobodně rozhodovat o svém životě	133	78,24 %
Prodlužování života bez vidiny uzdravení	80	47,06 %
Prožívání nesnesitelné bolesti	78	45,88 %
Soucit s nevyléčitelně nemocnými (fyzicky i psychicky)	57	33,53 %
Špatná kvalita života	29	17,06 %
Vysoké finanční náklady na neúspěšnou léčbu	36	21,18 %
Zachování důstojnosti v závěru života	96	56,47 %
Jiné	0	0,00 %

Graf č. 6: Důvody legalizace eutanázie



Otázka č. 7: Jaká forma eutanázie je pro Vás přijatelná?

Otázka č. 7 byla určena pouze pro respondenty (170; 68,28 %), kteří naprosto nebo spíše souhlasili s legalizací eutanázie v České republice. Nejvíce přijatelnou formou byla pro mladé dospělé (100; 58,82 %) asistovaná sebevražda. Dále následovala aktivní eutanázie (65; 38,24 %). Pasivní eutanázii zvolilo pouze 5 (2,94 %) respondentů.

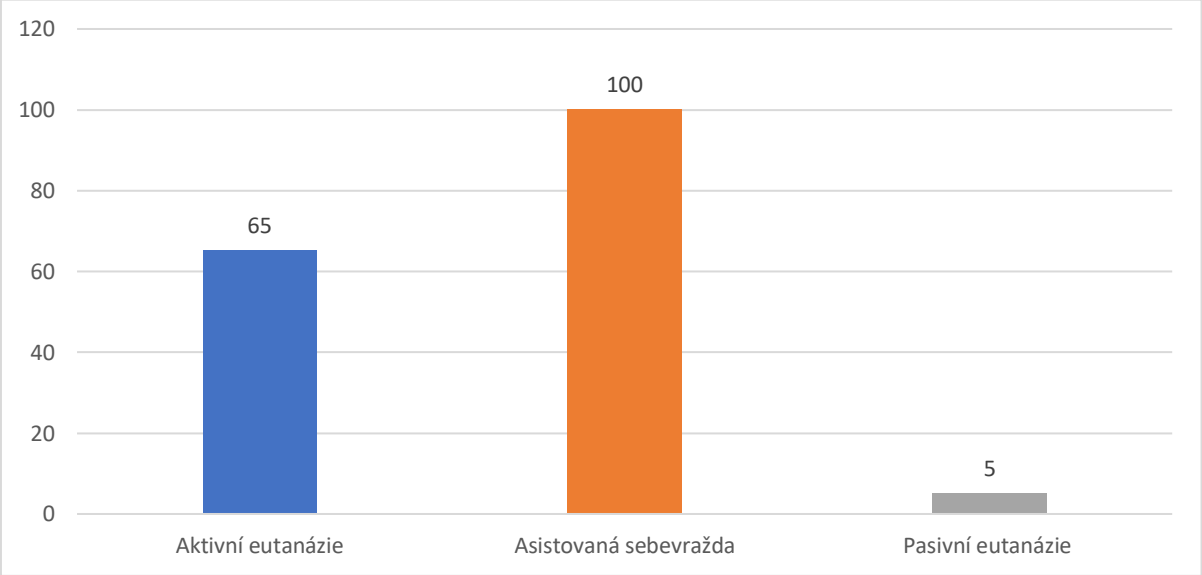
Nepřekvapilo mě, že nejvíce volenou variantou mladými dospělými byla asistovaná sebevražda, jelikož v této formě eutanázie poslední krok ke své smrti vykoná jedinec sám a to

by mohlo být z etického hlediska přijatelnější. Aktivní eutanázie může být akceptovatelnější pro mladé dospělé, kteří by neměli odvahu k tomu sami sebe usmrtit.

Tabulka č. 7: Forma eutanázie

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Aktivní eutanázie	65	38,24 %
Asistovaná sebevražda	100	58,82 %
Pasivní eutanázie	5	2,94 %
Celkem	170	100,00 %

Graf č. 7: Forma eutanázie



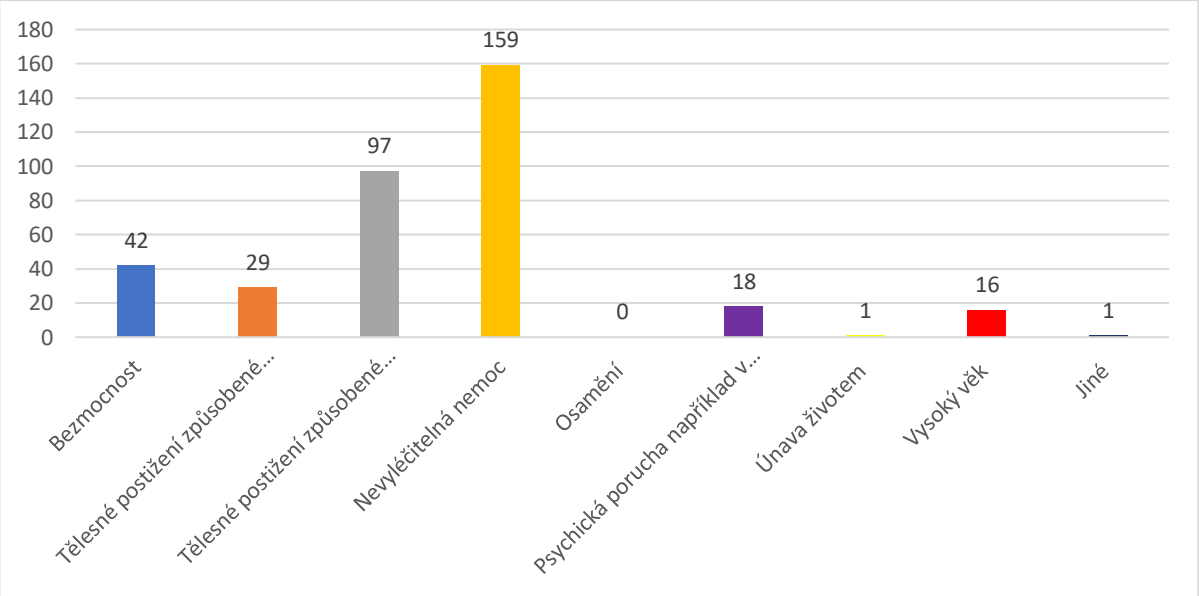
Otázka č. 8: Z jakého důvodu by jedinec mohl mít nárok na podstoupení eutanázie?

V rámci dotazníku byla otázka č. 8 určena pouze mladým dospělým (170; 68,28 %), kteří naprosto nebo spíše souhlasili s legalizací eutanázie v České republice. Respondenti mohli zvolit více odpovědí najednou. Nejčetnější odpovědí bylo, že jedinec by mohl mít nárok na podstoupení eutanázie z důvodu nevyléčitelné nemoci (159; 93,53 %). Tento výsledek jsem očekávala vzhledem k tomu, že nevyléčitelná nemoc bývá s eutanázií často spojována. Další nejčetnější odpovědí bylo tělesné postižení způsobené například nejhlubším kómatem nebo poškozením mozku (97; 57,06 %). Vyšší četnost u této varianty jsem čekala, jelikož jedinec se kupříkladu z kómatu nemusí už nikdy probudit, což by mohlo být pro respondenty závažné. Žádný (0,00 %) respondent nezvolil možnost osamění. Pouze 1 (0,59 %) mladý dospělý zvolil únavu životem. 1 (0,59 %) respondent využil otevřenou odpověď „Jiné“ a dle něho by měl mít člověk nárok na podstoupení eutanázie z důvodu bolesti, která je spojena s brzkou a neodvratitelnou smrtí.

Tabulka č. 8: Důvody nároku na podstoupení eutanázie

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Bezmocnost	42	24,71 %
Tělesné postižení způsobené například amputací končetiny nebo deformací části těla	29	17,06 %
Tělesné postižení způsobené například nejhlubším kómatem nebo poškozením mozku	97	57,06 %
Nevyléčitelná nemoc	159	93,53 %
Osamění	0	0,00 %
Psychická porucha například v podobě deprese nebo schizofrenie	18	10,59 %
Únava životem	1	0,59 %
Vysoký věk	16	9,41 %
Jiné	1	0,59 %

Graf č. 8: Důvody nároku na podstoupení eutanázie



Otázka č. 9: Z jakého důvodu nesouhlasíte s legalizací eutanázie?

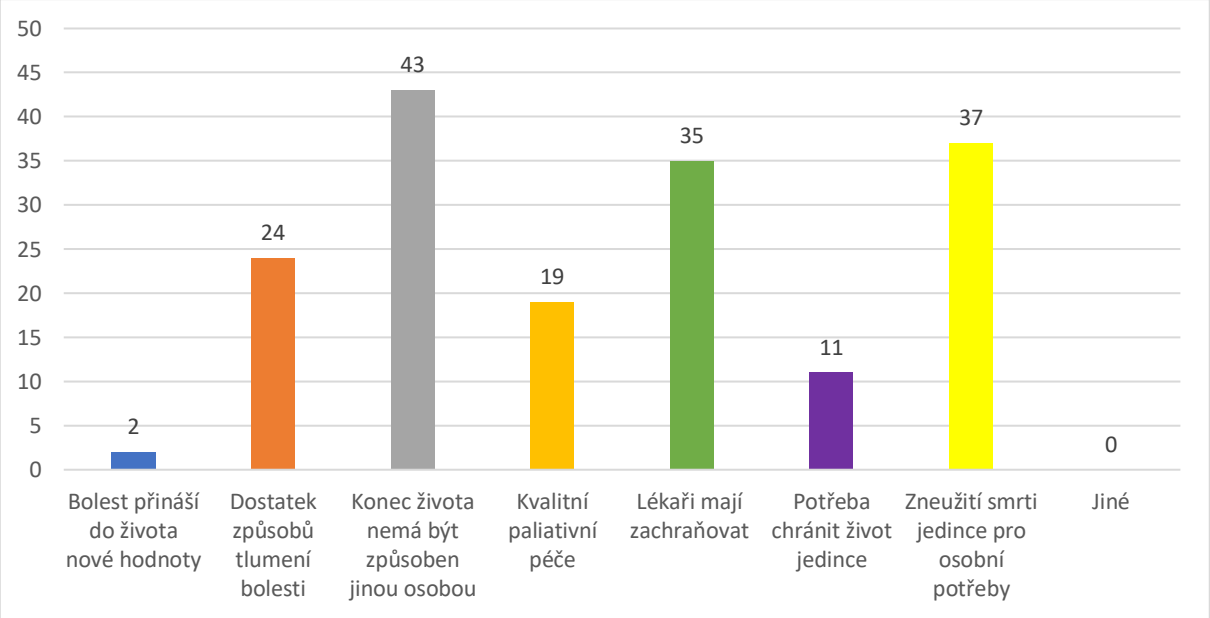
Otázka č. 9 v dotazníku poskytovala možnost zaškrtnout více odpovědí najednou. Na otázku odpovídali pouze respondenti (79; 31,73 %), kteří naprosto nebo spíše nesouhlasili s legalizací eutanázie v České republice. Nejvíce voleným důvodem nepřijetí legalizace eutanázie bylo to, že konec života nemá být způsoben jinou osobou (43; 54,43 %). Mladí dospělí pravděpodobně zastávají přirozený odchod z tohoto světa. Dále 37 (46,84 %)

respondentů nesouhlasilo z důvodu možného zneužití smrti jedince pro osobní potřeby. Naopak nejméně zvoleným důvodem bylo to, že bolest přináší do života nové hodnoty (2; 2,53 %). Nízká četnost by mohla být způsobena tím, že mladí dospělí si neprošli takovým utrpením, aby toto mohli zhodnotit. Možnost vlastní odpovědi „Jiné“ nebyla využita (0,00 %). Očekávala jsem vyšší četnost u varianty kvalitní paliativní péče (19; 24,05 %), jelikož odpůrci eutanázie tento argument často uvádí.

Tabulka č. 9: Důvody zamítnutí legalizace eutanázie

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Bolest přináší do života nové hodnoty	2	2,53 %
Dostatek způsobů tlumení bolesti	24	30,38 %
Konec života nemá být způsoben jinou osobou	43	54,43 %
Kvalitní paliativní péče	19	24,05 %
Lékaři mají zachraňovat	35	44,30 %
Potřeba chránit život jedince	11	13,92 %
Zneužití smrti jedince pro osobní potřeby	37	46,84 %
Jiné	0	0,00 %

Graf č. 9: Důvody zamítnutí legalizace eutanázie



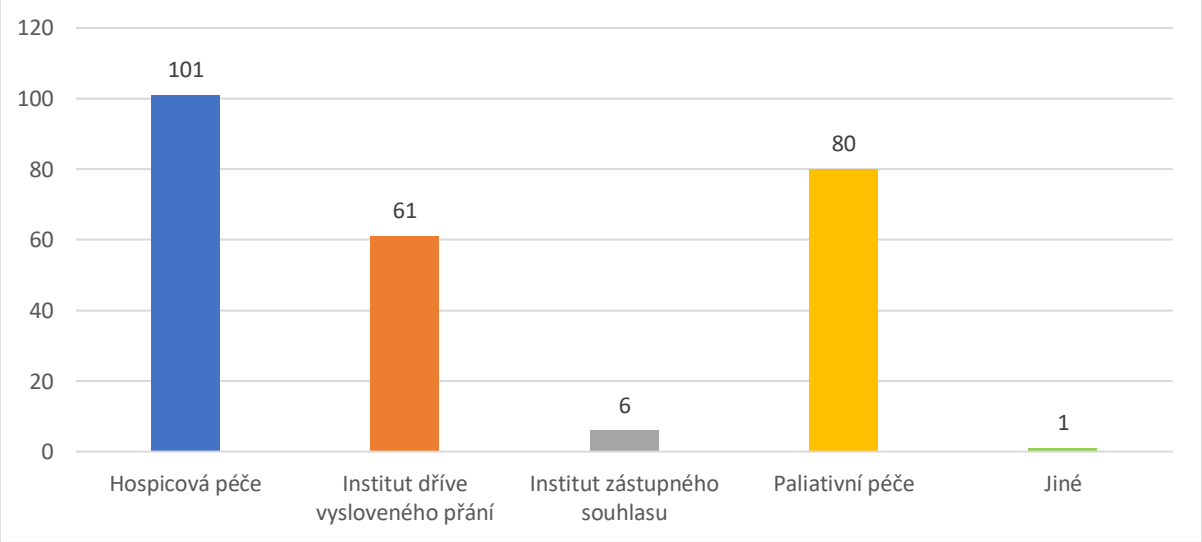
Otázka č. 10: Co případně považujete za vhodnou alternativu eutanázie?

Nejvíce mladých dospělých (101; 40,56 %) za vhodnou alternativu eutanázie považovalo hospicovou péči. To by mohlo být způsobeno uvedením poznámky v dotazníku, že hospicová péče bere ohled i na rodinné příslušníky. 80 (32,13 %) respondentů zvolilo možnost paliativní péče a 61 (24,50 %) respondentů vybralo institut dříve vysloveného přání. V teoretické části (v kapitole „Důvody v prospěch a neprospěch eutanázie“, podkapitola „V prospěch eutanázie“) již je uvedeno, že společnost není příliš obeznámena o možnosti dříve vysloveného přání, ale dle počtu zvolení této odpovědi to byla pro respondenty taktéž vhodná alternativa eutanázie. Nejméně byla volena možnost institutu zástupného souhlasu (6; 2,41 %). 1 (0, 40 %) mladý dospělý zvolil možnost „Jiné“ a odpověděl, že všechny zmíněné formy jsou vhodnou alternativou eutanázie.

Tabulka č. 10: Alternativa eutanázie

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Hospicová péče	101	40,56 %
Institut dříve vysloveného přání	61	24,50 %
Institut zástupného souhlasu	6	2,41 %
Paliativní péče	80	32,13 %
Jiné	1	0,40 %
Celkem	249	100,00 %

Graf č. 10: Alternativa eutanázie



Otázka č. 11: Kdo by podle Vás měl případně provádět eutanázii?

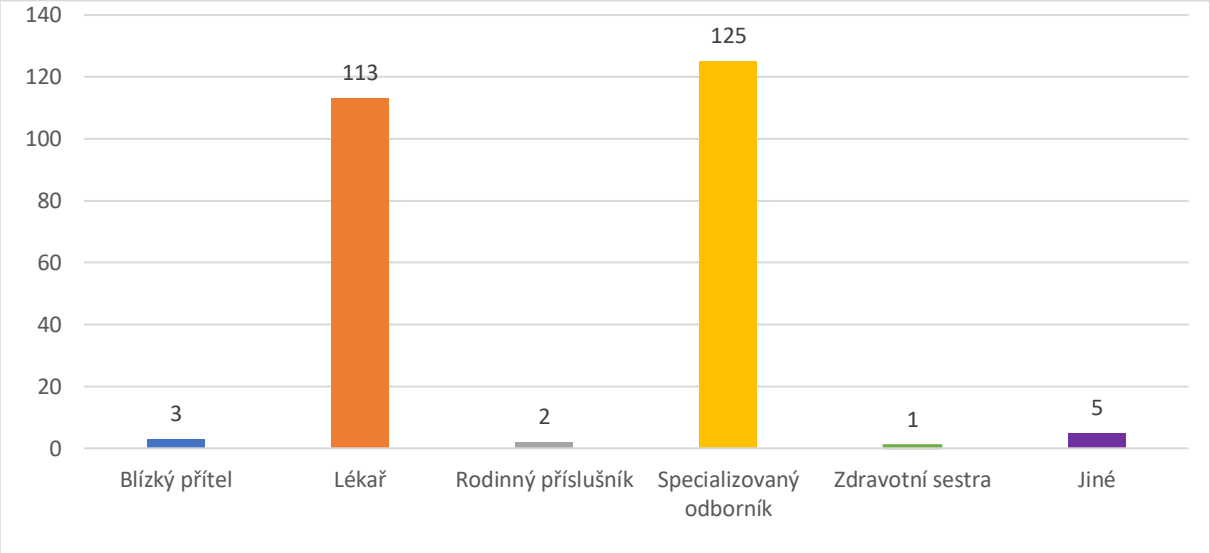
Z dotazníkového šetření vyplývá, že provádění eutanázie specializovaným odborníkem bylo voleno respondenty (125; 50,20 %) nejčastěji. Další nejčastěji uváděnou odpovědí bylo vykonávání eutanázie lékařem (113; 45,38 %). Nejnižší četnost byla zaznamenána u zdravotní sestry, jež byla zvolena pouze 1 (0,40 %) respondentem, následně u rodinného příslušníka (2; 0,80 %) a blízkého přítele (3; 1,20 %). Celkem 5 (2,01 %) osob využilo otevřenou odpověď „Jiné“ následovně: 1. Pacient si dá smrtící látku sám a lékař mu ji pouze poskytne. 2. Eutanázii by měl provádět lékař se speciálním výcvikem. 3. Eutanázii má provádět osoba pověřená člověkem, který o eutanázii žádá. 4. Eutanázii by neměl provádět nikdo. 5. Eutanázii má provádět ten, kdo se na to cítí.

Z odpovědí „Jiné“ mě zaujala možnost provádění eutanázie lékařem se speciálním výcvikem, ale stále by to pro odpůrce nebylo řešením, jelikož by se na tom dle nich takto profesně zaměřený člověk neměl podílet. Překvapilo mě, že mladí dospělí volili možnost „blízký přítel“ a „rodinný příslušník“. Předpokládala jsem, že by respondenti chtěli, aby eutanázie byla případně prováděna z rukou odborníka.

Tabulka č. 11: Vykonavatel eutanázie

	Absolutní četnost	**Relativní četnost**
Blízký přítel	3	1,20 %
Lékař	113	45,38 %
Rodinný příslušník	2	0,80 %
Specializovaný odborník	125	50,20 %
Zdravotní sestra	1	0,40 %
Jiné	5	2,01 %
Celkem	249	100,00 %

Graf č. 11: Vykonavatel eutanázie



Otázka č. 12: Jaké věkové kategorii osob má případně být podstoupení eutanázie povoleno?

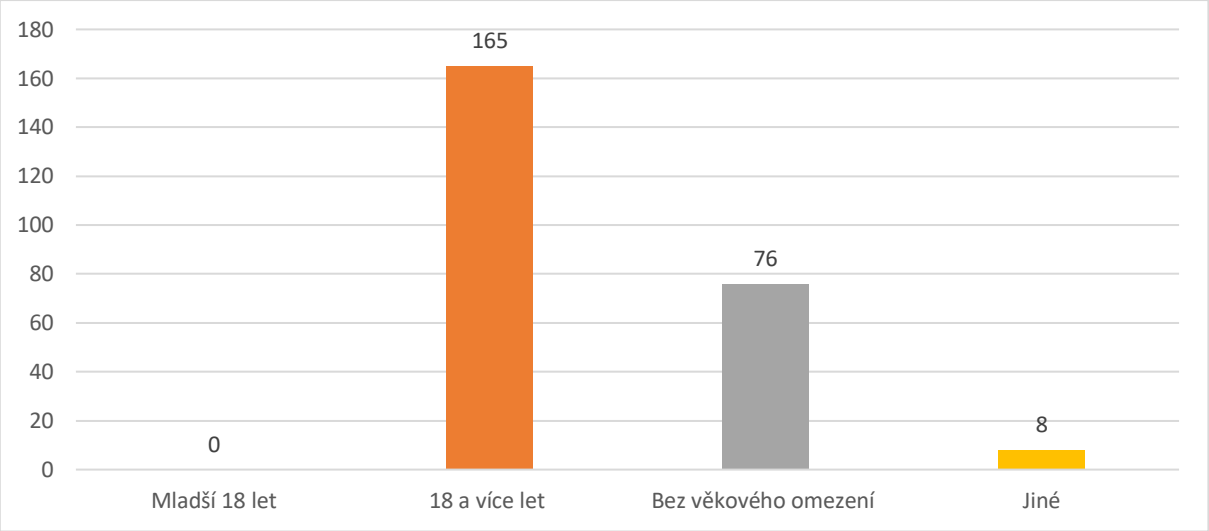
Otázka č. 12 se týkala věkové kategorie osob, která by případně měla povoleno podstoupit eutanázii. Respondenti (165; 66,27 %) nejvíce volili věkovou kategorii 18 a více let. Žádný (0,00 %) respondent nevybral věkovou kategorii osob mladších 18 let, ale podstoupení eutanázie bez věkového omezení zvolilo 76 (30,52 %) mladých dospělých. 8 (3,21 %) respondentů odpovědělo jiným způsobem než pomocí nabízených variant. Odpovědi „Jiné“ byly následovné: 1. Podstoupení eutanázie má být povoleno lidem, kteří trpí neutišitelnými bolestmi (50 +). 2. Podstoupení eutanázie má být povoleno lidem ve věku od 60 let. 3. Podstoupení eutanázie má být povoleno ve věkové kategorii osob 21 a více let. 4. Podstoupení eutanázie má být povoleno lidem ve věku od 70 a více let. 5. Věková hranice 18 let pro podstoupení eutanázie je málo (60 +). 6. Podstoupení eutanázie má být povoleno lidem nad 70 let. 7. Podstoupení eutanázie nemá být povoleno jakékoli věkové kategorii osob. 8. Podstoupení eutanázie má být povoleno od 65 a více let.

Dle odpovědí „Jiné“ zjišťuji, že 6 (2,41 %) mladých dospělých by eutanázii umožnilo pouze těm, kteří již dosáhli vyšší věkové hranice (např. 60 let), ačkoli člověk se může stát nevyléčitelně nemocným v jakémkoli věku. Očekávala jsem, že mladí dospělí budou nejčastěji volit věkovou kategorii osob 18 a více let pro podstoupení eutanázie, protože v 18. roku života jedinec nabývá plnoletosti a plné svéprávnosti.

Tabulka č. 12: Podstoupení eutanázie určitou věkovou kategorií osob

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Mladší 18 let	0	0,00 %
18 a více let	165	66,27 %
Bez věkového omezení	76	30,52 %
Jiné	8	3,21 %
Celkem	249	100,00 %

Graf č. 12: Podstoupení eutanázie určitou věkovou kategorií osob



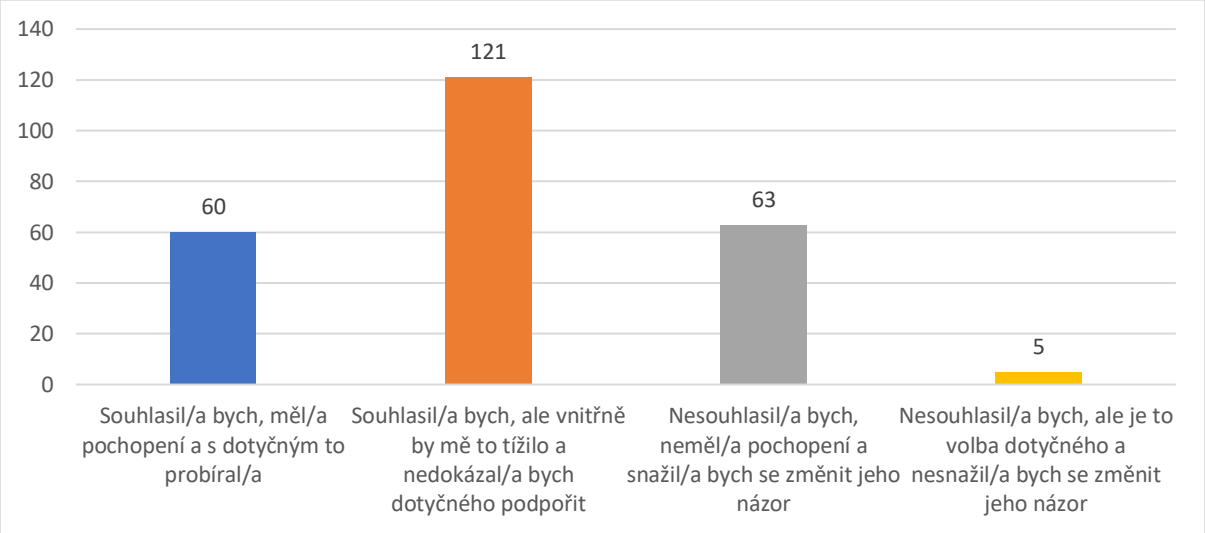
Otázka č. 13: Respektovali byste přání člena rodiny podstoupit eutanázii, jestliže by byl nevyléčitelně nemocný a v konečné fázi života?

V otázce č. 13 respondenti uváděli svůj názor na zájem člena rodina podstoupit eutanázii, jestliže by byl nevyléčitelně nemocný a v konečné fázi života. Celkem by s přáním člena rodiny souhlasilo 181 (72,69 %) respondentů, což je více než polovina, a nesouhlasilo by 68 (27,31 %) osob. Respondenti (121; 48,59 %) nejčastěji zvolili možnost „Souhlasil/a bych, ale vnitřně by mě to tížilo a nedokázal/a bych dotyčného podpořit“. Nejvyšší četnost u této odpovědi mě nepřekvapila, jelikož by pro respondenty mohlo být těžké podpořit druhého v něčem takovém. Dá se ale říct, že souhlasem by mladí dospělí již určitou podporu rodinnému příslušníkovi vyjadřovali. Naopak nejméně respondentů (5; 2,01 %) by se svým členem rodiny nesouhlasilo a ani by se nesnažilo změnit jeho názor, a to z důvodu, že by to byla jeho volba.

Tabulka č. 13: Názor respondentů na přání člena rodiny podstoupit eutanázii

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Souhlasil/a bych, měl/a pochopení a s dotyčným to probíral/a	60	24,10 %
Souhlasil/a bych, ale vnitřně by mě to tížilo a nedokázal/a bych dotyčného podpořit	121	48,59 %
Nesouhlasil/a bych, neměl/a pochopení a snažil/a bych se změnit jeho názor	63	25,30 %
Nesouhlasil/a bych, ale je to volba dotyčného a nesnažil/a bych se změnit jeho názor	5	2,01 %
Celkem	249	100,00 %

Graf č. 13: Názor respondentů na přání člena rodiny podstoupit eutanázii



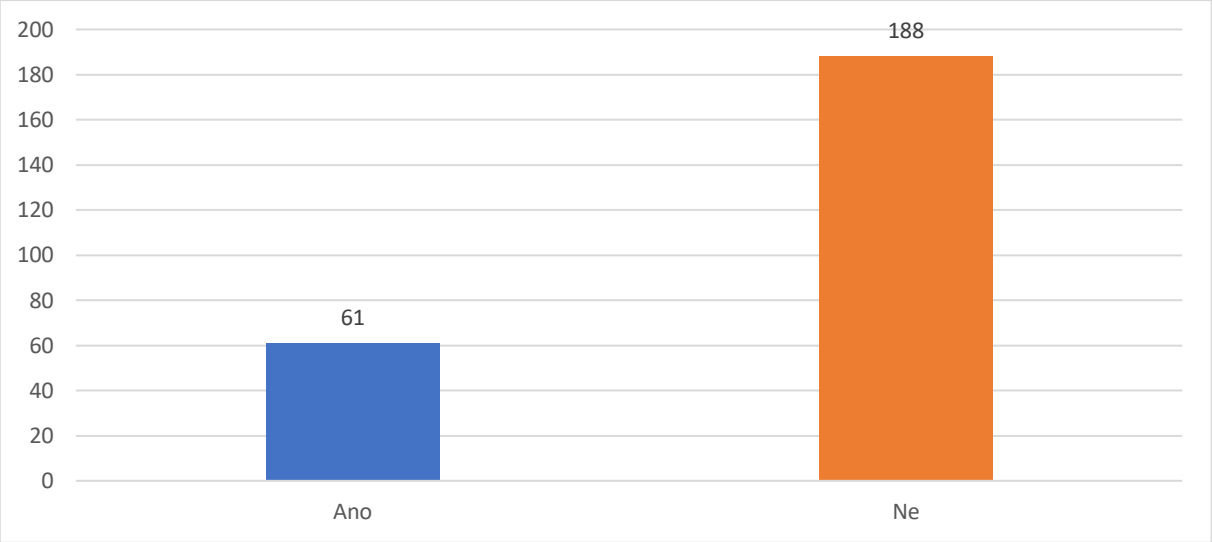
Otázka č. 14: Máte osobně zkušenost se staráním se o nevyléčitelně nemocného jedince v konečné fázi jeho života?

Dichotomická otázka č. 14 byla zaměřená na osobní zkušenost respondenta se staráním se o nevyléčitelně nemocného jedince v konečné fázi jeho života. Více než polovina mladých dospělých (188; 75,50 %) uvedla, že nemá osobně zkušenost s péčí o nevyléčitelně nemocného jedince v konečné fázi jeho života. 61 (24,50 %) respondentů vybralo odpověď „ano“, což znamená, že již mají osobní zkušenost.

Tabulka č. 14: Osobní zkušenost

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	61	24,50 %
Ne	188	75,50 %
Celkem	249	100,00 %

Graf č. 14: Osobní zkušenost



Otázka č. 15: Uvažovali byste o sepsání dříve vysloveného přání?

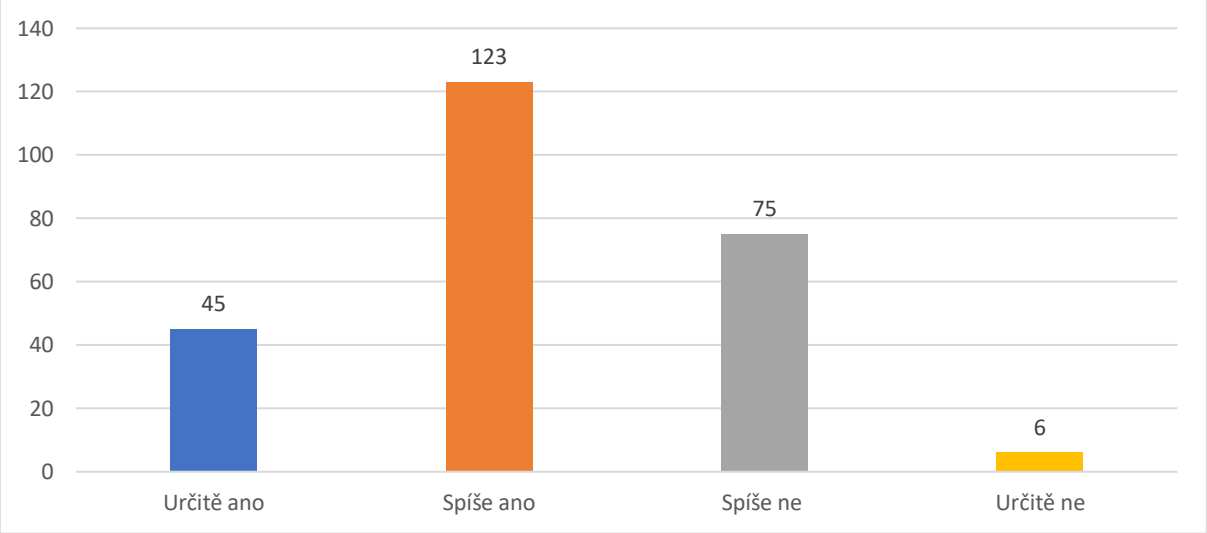
V rámci otázky č. 15 by celkem 168 (67,47 %) respondentů uvažovalo o sepsání dříve vysloveného přání. Přesněji by 45 (18,07 %) mladých dospělých uvažovalo určitě o sepsání a 123 (49,40 %) mladých dospělých by uvažovalo spíše o sepsání tohoto dokumentu. Celkem 81 (32,53 %) osob by neuvažovalo o sepsání dříve vysloveného přání. Z toho 6 (2,41 %) respondentů by o tom určitě neuvažovalo a 75 (30,12 %) respondentů by o tom spíše neuvažovalo.

Překvapilo mě, že převážná většina osob by uvažovala o sepsání dříve vysloveného přání. Myslela jsem, že by pro respondenty mohlo být obtížné si připustit, že jednou z tohoto světa odejdou. Na základě toho jsem očekávala, že mladí dospělí nebudou v takovém počtu uvažovat o sepsání dříve vysloveného přání a přemýšlet tak nad tím, jaká lékařská péče by pro ně v určitých situacích byla vhodná.

Tabulka č. 15: Dříve vyslovené přání

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Určitě ano	45	18,07 %
Spíše ano	123	49,40 %
Spíše ne	75	30,12 %
Určitě ne	6	2,41 %
Celkem	249	100,00 %

Graf č. 15: Dříve vyslovené přání



Otázka č. 16: Z jakých finančních zdrojů by případně měla být eutanázie hrazena?

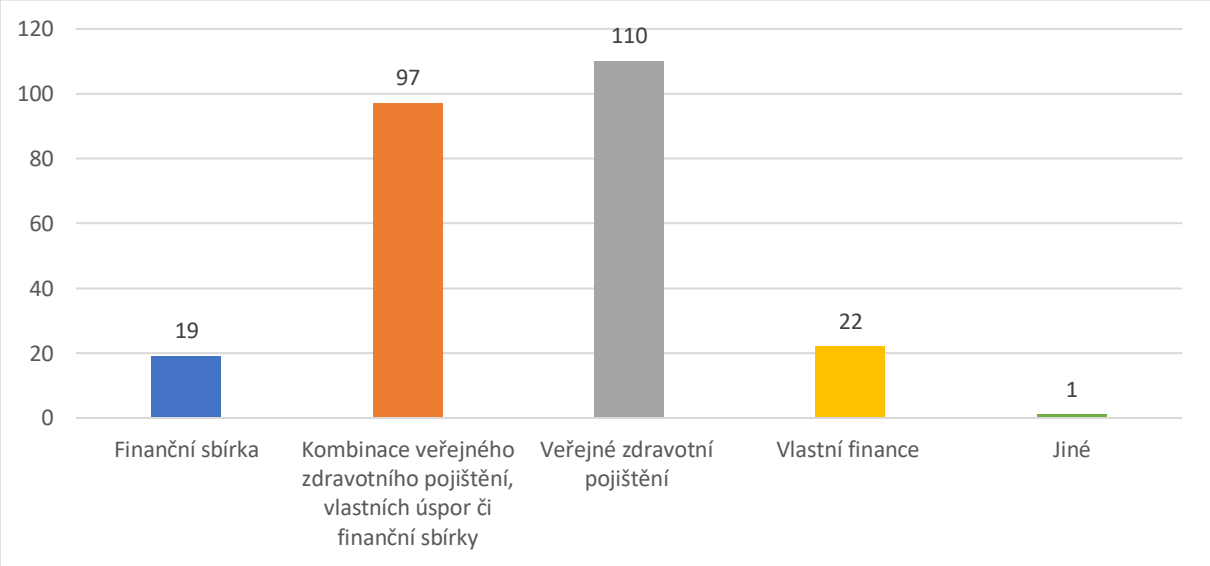
V otázce č. 16 nejvíce respondentů (110; 44,18 %) uvedlo, že by měla být eutanázie hrazena prostřednictvím veřejného zdravotního pojištění. Druhou nejčastější odpovědí bylo hrazení eutanázie na základě kombinace veřejného zdravotního pojištění, vlastních úspor či finanční sbírky (97; 38,96 %). Dále byly voleny vlastní finance (22; 8,84 %) a finanční sbírka (19; 7,63 %). 1 (0,40 %) respondent využil otevřenou odpověď „Jiné“ a uvedl, že neví, kolik taková eutanázie stojí, ale asi by měla být hrazena pomocí kombinace.

Domnívala jsem se, že nejčastěji bude volena možnost veřejného zdravotního pojištění vzhledem k tomu, že každý nemá dostatek vlastních finančních prostředků, ale i přesto by lidé chtěli ovlivnit to, jakým způsobem zemřou. Kombinace veřejného zdravotního pojištění, vlastních úspor či finanční sbírky, kterou dále mladí dospělí nejčastěji volili, by mohla představovat kompromis, jelikož návrh zákona o paliativní péči, rozhodování na konci života a eutanázii z roku 2020 nebyl přijat i kvůli možnému hrazení eutanázie z veřejného zdravotního pojištění.

Tabulka č. 16: Úhrada eutanázie

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Finanční sbírka	19	7,63 %
Kombinace veřejného zdravotního pojištění, vlastních úspor či finanční sbírky	97	38,96 %
Veřejné zdravotní pojištění	110	44,18 %
Vlastní finance	22	8,84 %
Jiné	1	0,40 %
Celkem	249	100,00 %

Graf č. 16: Úhrada eutanázie



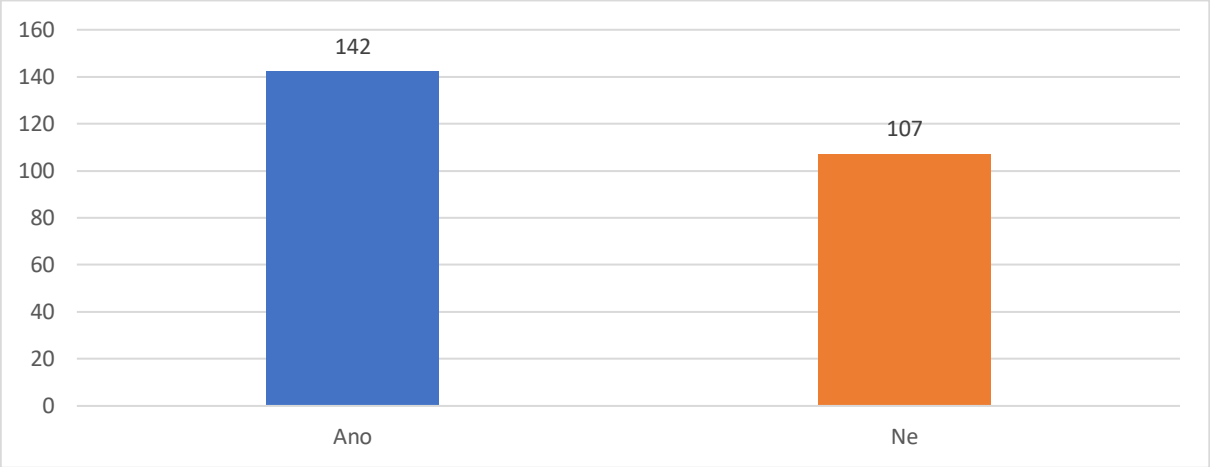
Otázka č. 17: Obáváte se zneužití eutanázie?

Graf č. 17 znázorňuje, že většina respondentů (142; 57,03 %) uvedla, že má obavy ze zneužití eutanázie. Očekávala jsem, že četnost u odpovědi „ano" bude nižší na základě toho, že více než polovina mladých dospělých souhlasila s legalizací eutanázie v České republice. 107 (42,97 %) osob uvedlo, že obavy ze zneužití eutanázie nemá.

Tabulka č. 17: Zneužitelnost eutanázie

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	142	57,03 %
Ne	107	42,97 %
Celkem	249	100,00 %

Graf č. 17: Zneužitelnost eutanázie



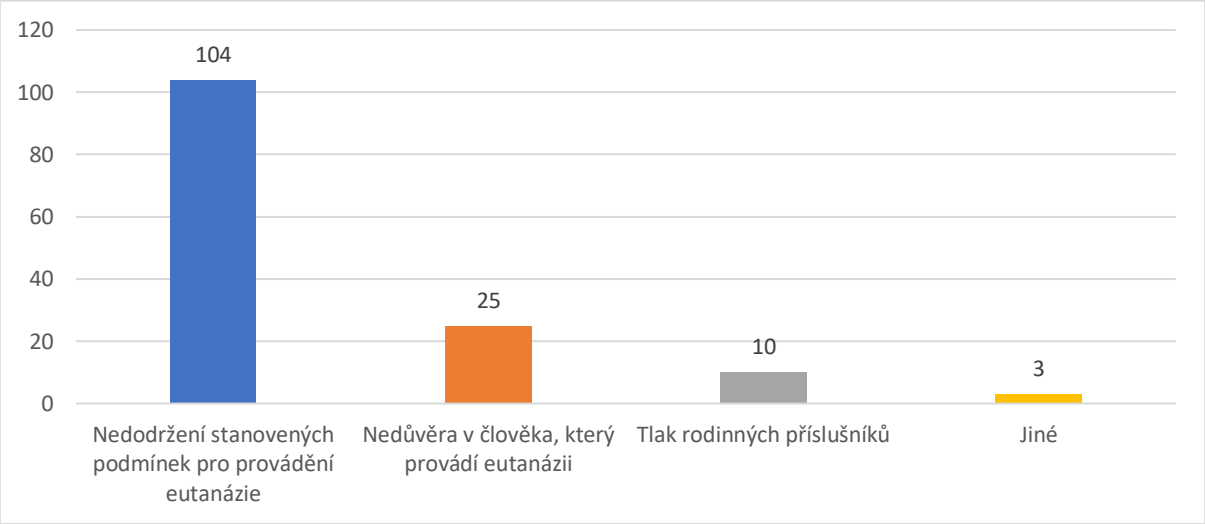
Otázka č. 18: Z jakého důvodu se obáváte zneužití eutanázie?

Otázka č. 18 v rámci dotazníku navazovala na předchozí otázku č. 17 a zjišťovala důvod obav ze zneužití eutanázie. Otázka č. 18 byla určena pouze respondentům (142; 57,03 %), kteří odpověděli, že se obávají zneužití eutanázie. 104 (73,24 %) respondentů odpovědělo, že se nejvíce obává zneužití z důvodu nedodržení stanovených podmínek pro provádění eutanázie. Na druhém místě byla zvolena možnost nedůvěry v člověka, který provádí eutanázii (25; 17,61 %). V tomto případě by mohlo například dojít k usmrcení osoby, která by za normálních okolností nezemřela. 10 (7,04 %) osob se obávalo zneužití eutanázie z důvodu tlaku rodinných příslušníků. Očekávala jsem nízkou četnost u této odpovědi, protože si myslím, že mladí dospělí věří svým rodinným blízkým. 3 (2,11 %) mladí dospělí využili možnosti „Jiné“ a to v následujícím zněním: 1. Pokud by se nějaký člověk stal pro někoho „trnem v oku“, tak by mohlo dojít k jeho „náhlému a dobrovolnému“ rozhodnutí k ukončení života. 2. Obávám se zneužití eutanázie z důvodu všech předchozích bodů. 3. Zneužití za účelem odstranění člověka. Bylo by potřeba určit dobře pravidla pro takový úkon zdravotníka, případně zvolit jen pár osob, které by byly povolané a kompetentní provádět eutanázii.

Tabulka č. 18: Důvod zneužití eutanázie

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Nedodržení stanovených podmínek pro provádění eutanázie	104	73,24 %
Nedůvěra v člověka, který provádí eutanázii	25	17,61 %
Tlak rodinných příslušníků	10	7,04 %
Jiné	3	2,11 %
Celkem	142	100,00 %

Graf č. 18: Důvod zneužití eutanázie



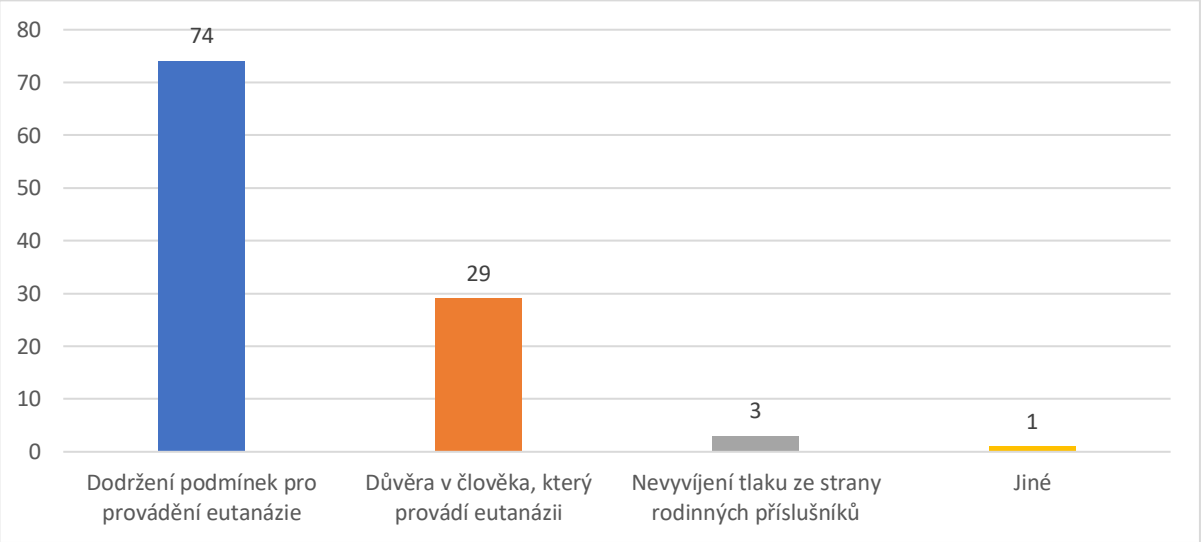
Otázka č. 19: Z jakého důvodu se neobáváte zneužití eutanázie?

V rámci dotazníku otázka č. 19 navazovala na otázku č. 17 a byla určena pro 107 (42,97 %) respondentů, kteří odpověděli, že se neobávají zneužití eutanázie. Tato skupina osob nevidí hrozbu v provádění eutanázie v České republice, a to z následujících důvodů. Nejčastěji respondenti (74; 69,16 %) volili variantu dodržení podmínek pro provádění eutanázie. 29 (27,10 %) osob odpovědělo, že se neobává zneužití eutanázie z důvodu důvěry v člověka, který provádí eutanázii, a 3 (2,80 %) osoby z důvodu nevyvíjení tlaku ze strany rodinných příslušníků. 1 (0,93 %) respondent využil variantu „Jiné“ a to tak, že nevidí důvod, proč by měla být eutanázie zneužita. Možnost, že by eutanázie mohla být zneužita, u tohoto mladého dospělého nepřicházela k úvahu.

Tabulka č. 19: Důvod nezneužití eutanázie

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Dodržení podmínek pro provádění eutanázie	74	69,16 %
Důvěra v člověka, který provádí eutanázii	29	27,10 %
Nevyvíjení tlaku ze strany rodinných příslušníků	3	2,80 %
Jiné	1	0,93 %
Celkem	107	100,00 %

Graf č. 19: Důvod nezneužití eutanázie



11 Statistické ověření hypotéz

V této kapitole byla provedena verifikace hypotéz. Hypotézy byly testovány na základě Mann-Whitneyho testu, chí-kvadrát testu dobré shody a testu nezávislosti založeném na Spearmanově korelačním koeficientu. Data byla vyhodnocena pomocí hladiny významnosti 5 %.

Výsledky:

Hypotéza č. 1: Míra legalizace eutanázie je vyšší u mladých dospělých, kteří mají osobní zkušenost s péčí o nevyléčitelně nemocného jedince v konečné fázi jeho života, než u těch, kteří ji nemají.

H_0: Mezi mírou souhlasu s legalizací eutanázie a osobní zkušeností s péčí o nevyléčitelně nemocného jedince v konečné fázi jeho života není závislost.

H_A: Mezi mírou souhlasu s legalizací eutanázie a osobní zkušeností s péčí o nevyléčitelně nemocného jedince v konečné fázi jeho života je závislost.

První hypotéza byla ověřena pomocí dat z otázky č. 5 (legalizace eutanázie v České republice) a otázky č. 14 (osobní zkušenost). **Hypotéza č. 1 byla potvrzena**.

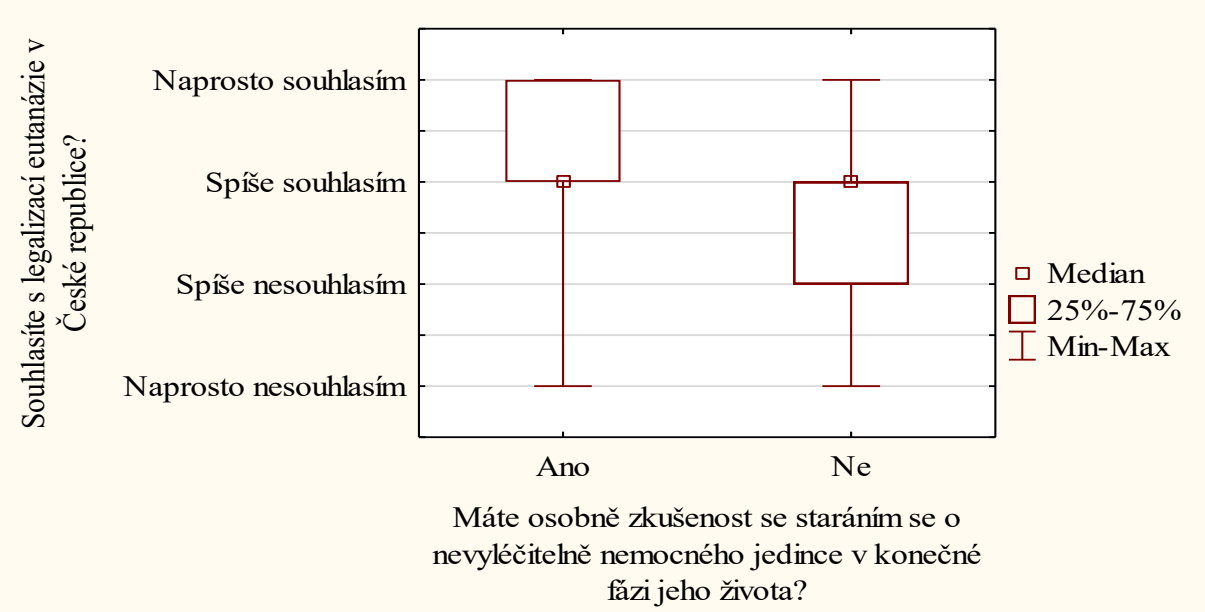
Tabulka č. 20: Mann-Whitneyho test (p-hodnota a popisné charakteristiky)

Zkušenost	Dolní kvartil	Medián	Horní kvartil	P-hodnota
Ano	Spíše souhlasím	Spíše souhlasím	Naprosto souhlasím	0,000 (zamítáme H_0)
Ne	Spíše nesouhlasím	Spíše souhlasím	Spíše souhlasím	

P-hodnota Mann-Whitneyho testu vyšla s ohledem na 3 desetinná místa 0,000, což je nižší než zvolená hladina významnosti 0,05. Nulová hypotéza tak byla zamítnuta ve prospěch alternativní hypotézy. Na hladině významnosti 0,05 byl prokázán rozdíl v míře souhlasu s legalizací eutanázie u mladých dospělých se zkušeností s péčí o nevyléčitelně nemocného jedince v konečné fázi jeho života a u mladých dospělých bez této zkušenosti. Respondenti s osobní zkušeností s péčí o nevyléčitelně nemocného jedince v konečné fázi jeho života měli statisticky významně vyšší míru souhlasu s legalizací eutanázie.

V následujícím kategorizovaném krabicovém grafu jsou zobrazeny pořadové statistiky, na jejichž základě bylo možné interpretovat, že respondenti se zkušeností s péčí měli v dolním a horním kvartilu vyšší míru souhlasu s eutanázií než respondenti bez zkušenosti.

Graf č. 20: Kategorizovaný krabicový graf s pořadovými statistikami



Hypotéza č. 2: Počet mladých dospělých vybírajících si provádění eutanázie specializovaným odborníkem je větší než počet mladých dospělých vybírajících si provádění eutanázie lékařem.

H_0: Podíly mladých dospělých vybírajících si provádění eutanázie specializovaným odborníkem a lékařem jsou stejné.

H_A: Podíly mladých dospělých vybírajících si provádění eutanázie specializovaným odborníkem a lékařem se liší.

Pro výpočet druhé hypotézy byla využita otázka č. 11 (vykonavatel eutanázie). **Hypotéza č. 2 se nepotvrdila**.

Tabulka č. 21: Chí-kvadrát test dobré shody

Celkový počet respondentů	238	
Varianta	Specializovaný odborník	Lékař
Počet respondentů	125	113
Podíl respondentů	0,525 (52,5 %)	0,475 (47,5 %)
Očekávané četnosti při platnosti H_0	119 (50 %)	119 (50 %)
P-hodnota chí-2 testu dobré shody	0,437	
Rozhodnutí o nulové hypotéze	Nezamítáme H_0	

Z celkem 238 respondentů uvedlo specializovaného odborníka 125 (52,5 %) respondentů a lékaře 113 (47,5 %) respondentů. V případě, že by platila nulová hypotéza a podíly obou variant byly stejné, dala by se očekávat v obou variantách četnost 119 (50 %). Chí-kvadrát test dobré shody porovnal pozorované četnosti (125, 113) s očekávanými četnostmi (119, 119) a výsledná p-hodnota vyšla s ohledem na 3 desetinná místa 0,437, což je vyšší než zvolená hladina významnosti 0,05. Nulová hypotéza nebyla zamítnuta, protože na hladině významnosti 0,05 nebyl prokázán rozdíl v podílu zastoupení variant specializovaný odborník a lékař.

Hypotéza č. 3: Mladí dospělí, kteří nesouhlasí s legalizací eutanázie, mají vyšší míru souhlasu se sepsáním dříve vysloveného přání než ti, kteří s ní souhlasí.

H_0: Mezi mírou souhlasu s legalizací eutanázie a mírou souhlasu se sepsáním dříve vysloveného přání není závislost.

H_A: Mezi mírou souhlasu s legalizací eutanázie a mírou souhlasu se sepsáním dříve vysloveného přání je závislost.

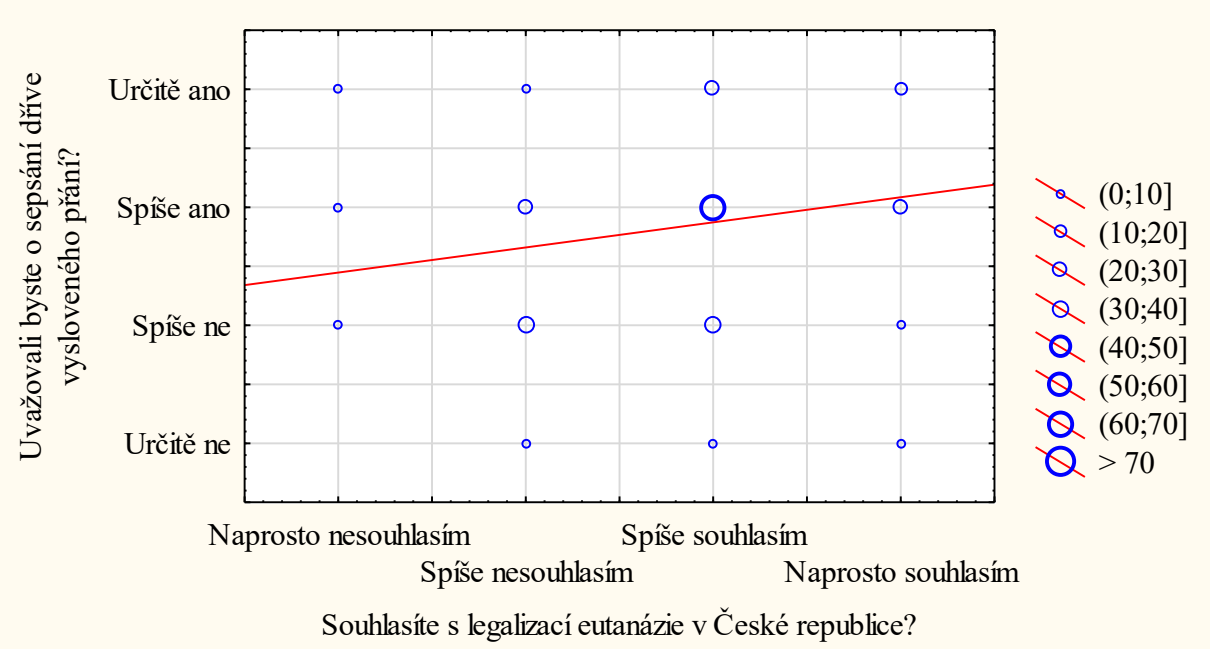
Třetí hypotéza byla ověřena pomocí dat z otázek č. 5 (legalizace eutanázie v České republice) a č. 15 (dříve vyslovené přání). **Hypotéza č. 3 nebyla potvrzena**.

Tabulka č. 22: Spearmanův korelační koeficient a test nezávislosti

Hodnota R	**P-hodnota**	**Rozhodnutí o nulové hypotéze**	**Závislost prokázána**
0,26	0,000	Zamítáme H_0	Ano

P-hodnota testu nezávislosti založeném na Spearmanově koeficientu pořadové korelace 0,000 byla nižší než hladina významnosti 0,05. Nulová hypotéza byla zamítnuta ve prospěch hypotézy alternativní. Na hladině významnosti 0,05 byla prokázána závislost mezi mírou souhlasu s legalizací eutanázie a mírou souhlasu se sepsáním dříve vysloveného přání. Vzhledem ke kladné hodnotě korelačního koeficientu (0,26) se jedná o přímou závislost. Hodnota korelačního koeficientu je nižší než 0,3, jedná se tedy o slabou intenzitu závislosti. Celkově je možné interpretovat, že s rostoucí mírou souhlasu s legalizací eutanázie je v slabé intenzitě závislosti spojena rostoucí míra souhlasu se sepsáním dříve vysloveného přání. Mírnou rostoucí tendenci je možné pozorovat na základě bodového četnostního grafu orientačně proloženého regresní přímkou.

Graf č. 21: Bodový četnostní graf orientačně proložen regresní přímkou



Hypotéza č. 4: Mladí dospělí akceptují více asistovanou sebevraždu než aktivní eutanázii.

H_0: Podíly mladých dospělých akceptujících asistovanou sebevraždu a aktivní eutanázii jsou stejné.

H_A: Podíly mladých dospělých akceptujících asistovanou sebevraždu a aktivní eutanázii se liší.

Pro výpočet čtvrté hypotézy byla využita otázka č. 7 (forma eutanázie). **Hypotéza č. 4 se potvrdila.**

Tabulka č. 23: Chí-kvadrát test dobré shody

Celkový počet respondentů	165	
Varianta	Asistovaná sebevražda	Aktivní eutanázie
Počet respondentů	100	65
Podíl respondentů	0,606 (60,6 %)	0,394 (39,4 %)
Očekávané četnosti při platnosti H_0	82,5 (50 %)	82,5 (50 %)
P-hodnota chí-2 testu dobré shody	0,006	
Rozhodnutí o nulové hypotéze	Zamítáme H_0	

Z celkem 165 respondentů uvedlo asistovanou sebevraždu 100 (60,6 %) respondentů a aktivní eutanázii 65 (39,4 %) respondentů. V případě, že by platila nulová hypotéza a podíly obou variant odpovědi byly stejné, dala by se očekávat v obou variantách četnost 82,5 (50 %). Chí-kvadrát test dobré shody porovnal pozorované četnosti (100, 65) s očekávanými četnostmi (82,5, 82,5) a výsledná p-hodnota vyšla s ohledem na 3 desetinná místa 0,006, to je nižší než zvolená hladina významnosti 0,05. Nulová hypotéza byla zamítnuta ve prospěch alternativní hypotézy. Na hladině významnosti 0,05 bylo prokázáno, že podíl variant asistovaná sebevražda a aktivní eutanázie není stejný. Varianta asistovaná sebevražda byla statisticky významně více zastoupena než varianta aktivní eutanázie.

12 Závěr výzkumného šetření

V této kapitole budou shrnuty výsledky získané pomocí výzkumného šetření, které bylo provedeno kvantitativní metodou prostřednictvím dotazníku vlastní konstrukce jako výzkumného nástroje. Výzkumný soubor tvořili mladí dospělí ve věkové kategorii od 20 do 40 let v České republice.

Hlavním cílem výzkumu bylo zjistit, jaké mají mladí dospělí názory na eutanázii. Na hlavní výzkumnou otázku se nevztahovala samotná otázka v dotazníku. Bylo vycházeno z odpovědí na více otázek. Například na otázku č. 5, která zjišťovala, zda mladí dospělí souhlasí s legalizací eutanázie v České republice, 170 (68,28 %) osob odpovědělo, že určitě nebo spíše souhlasí a 79 (31,73 %) osob uvedlo, že určitě nebo spíše nesouhlasí. Dále na otázku č. 10, jež byla určena ke zjištění vhodné alternativy eutanázie. Nejvíce osob (101; 40,56 %) odpovědělo, že vhodná alternativa eutanázie je hospicová péče. Vycházeno bylo také z odpovědí na otázku č. 16, která se vztahovala k finančním zdrojům, ze kterých by eutanázie měla být případně hrazena. Podle 110 (44,18 %) mladých dospělých by měla být eutanázie hrazena z veřejného zdravotního pojištění. Otázka č. 8 se soustředila na to, z jakých důvodů by měl mít jedinec nárok na podstoupení eutanázie, a byla určena pouze pro ty, co souhlasili s její legalizací. Dle 159 (93,53 %) mladých dospělých by nárok měl mít ten, kdo trpí nevyléčitelnou nemocí. Zároveň podle 165 (66,27 %) respondentů by to měl být jedinec ve věkové kategorii 18 a více let na základě odpovědí na otázku č. 12.

První dílčí výzkumná otázka se zabývala nejčastějším důvodem, který mají mladí dospělí pro rozhodnutí přijmout legalizaci eutanázie v České republice. Z dotazníku k tomu byla vázána otázka č. 6. Mladí dospělí nejvíce souhlasili s legalizací eutanázie v České republice z důvodu práva svobodně rozhodovat o svém životě. Druhá dílčí výzkumná otázka se naopak zabývala nejčastějším důvodem, který mají mladí dospělí pro zamítnutí legalizace eutanázie v České republice. V dotazníku k tomu byla určena otázka č. 9. Mladí dospělí by nepřijali legalizaci eutanázie nejčastěji z důvodu, že konec života nemá být způsoben jinou osobou. Mladí dospělí, kteří nesouhlasili s legalizací, zastávají pravděpodobně přirozený odchod ze světa.

Třetí dílčí výzkumná otázka zjišťovala nejpřijatelnější typ eutanázie pro mladé dospělé, kteří souhlasí s legalizací eutanázie v České republice. Dle odpovědí na otázku č. 7 asistovaná sebevražda byla pro mladé dospělé nejpřijatelnějším typem. Nejméně byla volena pasivní eutanázie, což mě nepřekvapilo, jelikož návrhy ohledně legalizace eutanázie v České republice se týkaly aktivní eutanázie a asistované sebevraždy. S touto výzkumnou otázkou souvisela

hypotéza č. 4, ve které bylo předpokládáno, že mladí dospělí, kteří souhlasí s legalizací eutanázie, budou akceptovat spíše asistovanou sebevraždu než aktivní eutanázii, a to z důvodu, že zapojení lékaře je v rámci asistované sebevraždy menší, jelikož poslední krok vykoná pacient sám. Hříbek (2021, s. 67) rovněž uvádí, že asistovaná sebevražda by mohla být pro jedince z etického hlediska akceptovatelnější. Prokázalo se, že asistovaná sebevražda byla statisticky významně více zastoupena než aktivní eutanázie, a hypotéza č. 4 byla potvrzena.

Čtvrtá dílčí výzkumná otázka byla zaměřena na to, kdo má podle mladých dospělých eutanázii provádět. Dle odpovědí na otázku č. 11 by měl případně vykonávat eutanázii specializovaný odborník. Mezi prováděním eutanázie specializovaným odborníkem a lékařem byl ale nepatrný rozdíl. S touto dílčí výzkumnou otázkou souvisela hypotéza č. 2. Předpokládáno bylo, že počet mladých dospělých vybírajících si provádění eutanázie specializovaným odborníkem bude větší než počet mladých dospělých vybírajících si provádění eutanázie lékařem, a to z důvodu, že lékař má život chránit a neskládat lékařský slib za účelem usmrcování pacientů. Navíc Česká lékařská komora se vyslovila proti eutanázii, jak je uvedeno v teoretické části (v kapitole „Situace s eutanázií v České republice“). Rodinný příslušník či blízký přítel nemá dostatečné kompetence k vykonávání eutanázie a mohlo by dojít k tomu, že by byla provedena nesprávně. Hypotéza č. 2 se ale nepotvrdila, jelikož nebyl prokázán statisticky významný rozdíl mezi variantou specializovaný odborník a lékař. Může to být způsobeno tím, že respondenti si neuměli představit, jak by takový specializovaný odborník fungoval a zda by byl vůbec reálný vznik takto zaměřené pozice.

Pátá dílčí výzkumná otázka se zabývala obavami mladých dospělých ze zneužití eutanázie. Dle odpovědí na otázku č. 17 většina mladých dospělých zvolila, že má obavy ze zneužití eutanázie. Očekávala jsem nižší procento vzhledem k tomu, že více než polovina mladých dospělých byla pro legalizaci eutanázie. Mladí dospělí, kteří se obávají zneužití eutanázie, uváděli na základě odpovědí na otázku č. 18 nejčastěji důvod „nedodržení stanovených podmínek pro provádění eutanázie“. Mladí dospělí, kteří se neobávají zneužití eutanázie, tak reagovali dle odpovědí na otázku č. 19 nejčastěji z důvodu, že podmínky pro provádění eutanázie by byly dodržovány.

V rámci hypotézy č. 1 bylo předpokládáno, že míra legalizace eutanázie bude vyšší u mladých dospělých, kteří mají osobní zkušenost starat se o nevyléčitelně nemocného člověka v konečné fázi jeho života, než u těch, kteří ji nemají, a to z důvodu, že již přišli do kontaktu se smrtí a pozorovali, jakým utrpením si dotyčný prochází. Hypotéza č. 1 byla potvrzena, jelikož se prokázala závislost mezi mírou souhlasu s legalizací eutanázie a osobní zkušeností s péčí o nevyléčitelně nemocného jedince v konečné fázi jeho života. Ale dle Opatrného (2019, s. 371)

zkušenost se staráním se o člověka, který si prochází bolestmi, přináší pečujícímu zjištění, že život v konečné fázi není špatný. V rozhovoru na rádiu Český rozhlas prezident České lékařské komory Kubek uvedl, že na základě průzkumů České lékařské komory za spolupráce s 1. lékařskou fakultou Univerzity Karlovy a průzkumů z jiných vyspělých zemí byla legalizace eutanázie schvalována hlavně jedinci, kteří jsou mladí, laikové a se smrtí se nesetkali. Ti, co měli zkušenost se staráním se o své prarodiče, eutanázii legalizovat nechtěli. Právník Hamerský to ale popřel (Hamerský, Kubek in Koubová, 2019).

U hypotézy č. 3 bylo předpokládáno, že mladí dospělí, kteří nesouhlasí s legalizací eutanázie, mají vyšší míru souhlasu se sepsáním dříve vysloveného přání než ti, kteří s ní souhlasí. Na sepsání dokumentu dříve vysloveného přání má nárok již mladý dospělý, který by si byl jistý svou budoucí lékařskou péčí v případě nešťastné události. Předpokládala jsem, že mladí dospělí, kteří nesouhlasili s legalizací, budou podporovat institut dříve vysloveného přání a uvažovat tak o jeho sepsání, protože tím mohou ovlivnit svůj konec, vzhledem k tomu, že eutanázie je pro ně nepřípustná. Rovněž jsem předpokládala, že pro ty, co s legalizací souhlasili, by byla eutanázie jedinou možností a nezamýšleli by se nad využitím tohoto legislativního nástroje. Svatošová (2019, s. 176) upozorňuje, že by bylo dobré se zaměřit na efektivní legislativní nástroje, než řešit nové paragrafy, které přichází právě od příznivců eutanázie. Hypotéza č. 3 nebyla potvrzena a míra souhlasu se sepsáním dříve vysloveného přání je vyšší u mladých dospělých, kteří s legalizací eutanázie souhlasili.

Závěr

Cílem bakalářské práce bylo zjistit, jaké názory mají mladí dospělí ve věku od 20 do 40 let v České republice na eutanázii. Zajímalo mě, jak na problematiku eutanázie nahlíží mladí dospělí, zda například jsou pro legalizaci eutanázie v České republice či nikoli a jaké pro to mají důvody. Smrt je přirozenou součástí života, a proto se toto stále aktuální téma týká každého z nás.

Teoretická část seznamovala čtenáře s pojmem eutanázie, původem pojmu eutanázie, dělením eutanázie a dalšími souvisejícími pojmy, jako je paliativní péče, hospicová péče a institut dříve vysloveného přání. Dále byly popsány důvody v prospěch a neprospěch eutanázie, eutanázie ve vybraných zemích (Nizozemsko, Belgie, Lucembursko, Švýcarsko, Německo a Itálie), situace s eutanázií v České republice a mladá dospělost z pohledu vývojové psychologie.

V praktické části byl nejprve popsán průběh kvantitativního výzkumu. Data byla sbírána za pomoci dotazníku vlastní konstrukce, a tak bylo možné oslovit celkem 253 respondentů ve velmi krátké době. Po nutném vyřazení respondentů z důvodu nesplnění stanovených kritérií se zapojilo 249 mladých dospělých a z toho bylo 106 mužů a 143 žen. V praktické části byla stanovena hlavní výzkumná otázka, 5 dílčích výzkumných otázek a 4 hypotézy. Následovalo vyhodnocení dat a jejich interpretace. Každá otázka z dotazníku měla svou tabulku s absolutní i relativní četností a graf. Následně byly statisticky vyhodnoceny hypotézy a v neposlední řadě byl shrnut závěr výzkumného šetření.

Výsledky, které byly získány pomocí dotazníkového šetření, ukazují převahu skupiny mladých dospělých, kteří byli pro legalizaci eutanázie v České republice, ačkoli *„… je sporné tento etický problém vážit na procenta“* (Hamerský in Koubová, 2019). Přesněji bylo pro uzákonění eutanázie 68,28 %, což je více než polovina mladých dospělých. Jejich hlavním důvodem legalizace eutanázie bylo právo svobodně rozhodovat o svém životě. Tito mladí dospělí by umožnili podstoupit eutanázii osobám, které jsou nevyléčitelně nemocné. Nejvhodnější formou eutanázie by byla pro respondenty asistovaná sebevražda. Proti legalizaci eutanázie v České republice se vyslovilo 31,73 % mladých dospělých a jejich nejčastějším důvodem bylo to, že by konec života neměl být způsoben někým jiným. Dle respondentů by měl eutanázii provádět specializovaný odborník. Nejvhodnější alternativou eutanázie byla pro mladé dospělé hospicová péče. Dále by například eutanázie měla být dle respondentů hrazená pomocí veřejného zdravotního pojištění a více než polovina mladých dospělých měla obavy ze zneužití.

Seznam literatury

Tištěné zdroje:

1. BUŽGOVÁ, Radka. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života*. Praha: Grada, 2015. Sestra (Grada). ISBN 9788024754024.
2. ČERNÝ, David. Co je to eutanazie?. In: PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK, ed. *Eutanazie – pro a proti*. Praha: Mladá fronta, 2019. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-204-5339-6.
3. ČERNÝ, David, Adam DOLEŽAL, Tomáš DOLEŽAL, Tomáš HŘÍBEK, Pavel KLENER, Josef KOUTECKÝ, Pavel PAFKO, Ondřej SLÁMA a Pavel ŠEVČÍK. *Eutanazie z pohledu medicíny, filozofie a práva*. Praha: Středisko společných činností AV ČR, v.v.i., pro Kancelář Akademie věd ČR, 2018. Strategie AV21. ISBN 978-80-270-4169-5.
4. DOLEŽAL, Adam. *Eutanazie a rozhodnutí na konci života: právní aspekty*. Praha: Academia, 2017. Právo – etika – společnost. ISBN 978-80-200-2687-3.
5. FISCHEROVÁ, Sylva. Hippokratova přísaha a eutanazie. In: PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK, ed. *Eutanazie – pro a proti*. Praha: Mladá fronta, 2019. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-204-5339-6.
6. GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2000. Edice pedagogické literatury. ISBN 80-85931-79-6.
7. HŘÍBEK, Tomáš. *Obrana asistované smrti: filozofické argumenty na podporu eutanazie a sebeusmrcení za pomoci lékaře*. Praha: Academia, 2021. Právo – etika – společnost. ISBN 978-80-200-3102-0.
8. CHRÁSKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. Praha: Grada, 2007. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-1369-4.
9. KLENER, Pavel. Umírání a eutanazie. In: PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK, ed. *Eutanazie – pro a proti*. Praha: Mladá fronta, 2019. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-204-5339-6.
10. KREJČÍKOVÁ, Helena. *Ukončování léčby pacienta a trestní odpovědnost lékaře.* Praha: Galén, c2014. Theatrum medico-iuridicum. ISBN 978-80-7492-167-4.
11. KUŘE, Josef. *Co je eutanazie: studie k pojmu dobré smrti*. Praha: Academia, 2018. Právo – etika – společnost. ISBN 978-80-200-2762-7.

12. LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ. *Vývojová psychologie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2006. Psyché. ISBN 80-247-1284-9.
13. LOUČKA, Martin, Štěpán ŠPINKA a Martina ŠPINKOVÁ. *Eutanazie: víme, o čem mluvíme?*. 2., přepracované vydání. Praha: Cesta domů, 2015. ISBN 978-80-88126-08-9.
14. MACH, Jan. Eutanazie – pohled právní a etický. In: PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK, ed. *Eutanazie – pro a proti*. Praha: Mladá fronta, 2019. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-204-5339-6.
15. MILLOVÁ, Katarína. Mladá dospělost. In: BLATNÝ, Marek, ed. *Psychologie celoživotního vývoje*. Praha: Karolinum, 2016. ISBN 978-80-246-3462-3.
16. MUNZAROVÁ, Marta. *Eutanazie, nebo paliativní péče?*. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1025-0.
17. OPATRNÝ, Aleš. Eutanazie z pohledu pastorálního teologa. In: PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK, ed. *Eutanazie – pro a proti*. Praha: Mladá fronta, 2019. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-204-5339-6.
18. POLLARD, B. J. *Eutanazie – ano či ne?*. Praha: Dita, 1996. ISBN 80-85926-07-5.
19. PRUDIL, Lukáš. Máme ústavní oporu pro provádění eutanazie?. In: PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK, ed. *Eutanazie – pro a proti*. Praha: Mladá fronta, 2019. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-204-5339-6.
20. SKŘIVANOVÁ-BOŠKOVÁ, Vladimíra. *Eutanázie, nebo „komfort" pro pacienty?: zkušenosti Nizozemí, Oregonu, Švýcarska a dalších.* Praha: V. Bošková, 2012. ISBN 978-80-260-2989-2.
21. SPURNÁ, Ivana. Eutanazie v nefrologii versus osobní rozhodnutí o řízení procesu umírání. In: PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK, ed. *Eutanazie – pro a proti*. Praha: Mladá fronta, 2019. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-204-5339-6.
22. SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospice a umění doprovázet*. 7., dopl. vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2011. ISBN 978-80-7195-580-1.
23. SVATOŠOVÁ, Marie. Eutanazie versus identita lékaře. In: PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK, ed. *Eutanazie – pro a proti*. Praha: Mladá fronta, 2019. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-204-5339-6.
24. TOMEŠ, Igor, Eva DRAGOMIRECKÁ, Katarina SEDLÁROVÁ a Daniela VODÁČKOVÁ. *Rozvoj hospicové péče a její bariéry*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2015. ISBN 9788024629414.

25. VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie II.: dospělost a stáří*. Praha: Karolinum, 2007. ISBN 978-80-246-1318-5.
26. VÁCHA, Marek. *Eutanázie: definice, historie, legislativa, etika*. Praha: Grada Publishing, 2019a. ISBN 978-80-271-2575-3.
27. VÁCHA, Marek. Eutanazie pro a proti. In: PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK, ed. *Eutanazie – pro a proti*. Praha: Mladá fronta, 2019b. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-204-5339-6.
28. VÁCHA, Marek, Radana KÖNIGOVÁ a Miloš MAUER. *Základy moderní lékařské etiky*. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-7367-780-0.
29. VIRT, Günter. *Žít až do konce: etika umírání, smrti a eutanazie*. Praha: Vyšehrad, 2000. Cesty (Vyšehrad). ISBN 80-7021-330-2.

Elektronické zdroje:

1. ABRAMS, Abigail. Assisted Suicide Law In Germany Passes Despite Concerns Over Nazi Association. *International Business Times* [online]. 2015 [cit. 2023-02-17]. Dostupné z: https://www.ibtimes.com/assisted-suicide-law-germany-passes-despite-concerns-over-nazi-association-2172889.
2. CARLO, Andrea. Euronews, Is Italy set for a referendum on legalising euthanasia? *Euronews* [online]. 2021 [cit. 2023-02-15]. Dostupné z: https://www.euronews.com/2021/09/30/is-italy-set-for-a-referendum-on-legalising-euthanasia.
3. KOUBOVÁ, Karolína. Eutanazii jsme měli legalizovat už dávno, tisíce lidí zemřely v utrpení, tvrdí advokát. Proč zavádět zabíjení lidí? oponuje šéf lékařské komory. *Český rozhlas* [online]. 2019 [cit. 2023-02-16]. Dostupné z: https://plus.rozhlas.cz/eutanazii-jsme-meli-legalizovat-uz-davno-tisice-lidi-zemrely-v-utrpeni-tvrdi-7946933.
4. KREJČÍKOVÁ, Helena. *Dříve vyslovené přání: Manuál nejen pro pacienty* [online]. 4. Praha: Cesta domů, 2020 [cit. 2023-02-03]. Dostupné z: https://www.umirani.cz/sites/default/files/ke-stazeni/pdf/cd_letak_drive_vyslovena_prani_pro_pacienty_2020_issuu.pdf.
5. MARRONE, Maricla, Pietro BERARDI, Biagio SOLARINO, Davide FERORELLI, Serena CORRADI, Maria SILVESTRE, Benedetta Pia De LUCA, Alessandra STELLACCI a Alessandro DELL'ERBA. Italian Legal Euthanasia: Unconstitutionality of the Referendum and Analysis of the "Italian" Problem. *Frontiers* [online]. 2022 [cit.

2023-02-16]. Dostupné z: https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fsoc.2022.898783/full.

6. Návrh zákona o důstojné smrti. In: *Senát Parlamentu České republiky* [online]. 2008 [cit. 2023-02-16]. Dostupné z: https://www.senat.cz/xqw/xervlet/pssenat/webNahled?id_doc=47525&id_var=40369.
7. Návrh zákona o důstojné smrti. In: *Poslanecká sněmovna Parlamentu České republiky* [online]. 2016 [cit. 2023-02-16]. Dostupné z: https://www.psp.cz/sqw/text/orig2.sqw?idd=126843https://www.psp.cz/sqw/text/tiskt.sqw?o=7&ct=820&ct1=0#prilohy.
8. Návrh zákona o paliativní péči, rozhodování na konci života a eutanázii. In: *Pro eutanázii* [online]. 2020 [cit. 2023-02-16]. Dostupné z: https://www.proeutanazii.cz/documents/et-navrh-zakona-2020.pdf.
9. Stanovisko vlády k návrhu poslanců Jiřího Zlatušky, Radka Vondráčka, Kristýny Zelienkové, Petra Adama, Pavla Čiháka a Vojtěcha Adama na vydání zákona o důstojné smrti. In: *PSP* [online]. 2016 [cit. 2023-03-02]. Dostupné z: https://www.psp.cz/sqw/text/orig2.sqw?idd=127238https://www.psp.cz/sqw/text/tisky.sqw?O=7&T=820.
10. Stanovisko vlády k návrhu poslanců Věry Procházkové, Lukáše Bartoně a dalších na vydání zákona o paliativní péči, rozhodování na konci života a eutanázii. In: *PSP* [online]. 2020 [cit. 2023-03-02]. Dostupné z: https://www.psp.cz/sqw/text/orig2.sqw?idd=180299https://www.psp.cz/sqw/text/tiskt.sqw?O=8&CT=924&CT1=1.
11. Tagesschau. *Verbot geschäftsmäßiger Sterbehilfe ist gekippt* [online]. 2020 [cit. 2023-02-15]. Dostupné z: https://www.tagesschau.de/inland/sterbehilfe-urteil-103.html.
12. Úmluva č. 164/1997, o lidských právech a biomedicíně. In: *3. lékařská fakulta Univerzita Karlova* [online]. 1997 [cit. 2022-11-21]. Dostupné z: https://www.lf3.cuni.cz/3LF-426-version1-umluva_o_lidskych_pravech_a_biomedicine.pdf.
13. World Health Organization. *A GLOSSARY OF TERMS FOR COMMUNITY HEALTH CARE AND SERVICES FOR OLDER PERSONS* [online]. 2004 [cit. 2022-10-15]. Dostupné z: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/68896/WHO_WKC_Tech.Ser._04.2.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

14. World Health Organization. *Palliative care* [online]. 2020 [cit. 2022-10-16]. Dostupné z: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care.
15. World Medical Association. *Medical Ethics Manual* [online]. 2015 [cit. 2022-11-22]. Dostupné z: https://www.wma.net/what-we-do/education/medical-ethics manual/ethics_manual_3rd_nov2015_en/.
16. World Medical Association. *WMA Declaration on Euthanasia and Physician-Assisted Suicide* [online]. 2019 [cit. 2022-10-10]. Dostupné z: https://www.wma.net/policies-post/declaration-on-euthanasia-and-physician-assisted-suicide/.
17. Zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník. In: *Zákony pro lidi* [online]. 2009 [cit. 2022-11-21]. Dostupné z: https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2009-40.
18. Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách. In: *Zákony pro lidi* [online]. 2011 [cit. 2022-11-21]. Dostupné z: https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372.

Seznam grafů a tabulek

Tabulka č. 1: Věk respondentů 40
Tabulka č. 2: Pohlaví respondentů 41
Tabulka č. 3: Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů 42
Tabulka č. 4: Zaměření respondentů 43
Tabulka č. 5: Legalizace eutanázie v České republice 44
Tabulka č. 6: Důvody legalizace eutanázie 45
Tabulka č. 7: Forma eutanázie 46
Tabulka č. 8: Důvody nároku na podstoupení eutanázie 47
Tabulka č. 9: Důvody zamítnutí legalizace eutanázie 48
Tabulka č. 10: Alternativa eutanázie 49
Tabulka č. 11: Vykonavatel eutanázie 50
Tabulka č. 12: Podstoupení eutanázie určitou věkovou kategorií osob 52
Tabulka č. 13: Názor respondentů na přání člena rodiny podstoupit eutanázii 53
Tabulka č. 14: Osobní zkušenost 54
Tabulka č. 15: Dříve vyslovené přání 55
Tabulka č. 16: Úhrada eutanázie 56
Tabulka č. 17: Zneužitelnost eutanázie 56
Tabulka č. 18: Důvod zneužití eutanázie 58
Tabulka č. 19: Důvod nezneužití eutanázie 59
Tabulka č. 20: Mann-Whitneyho test (p-hodnota a popisné charakteristiky) 60
Tabulka č. 21: Chí-kvadrát test dobré shody 62
Tabulka č. 22: Spearmanův korelační koeficient a test nezávislosti 62
Tabulka č. 23: Chí-kvadrát test dobré shody 64

Graf č. 1: Věk respondentů 41
Graf č. 2: Pohlaví respondentů 41
Graf č. 3: Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů 42
Graf č. 4: Zaměření respondentů 43
Graf č. 5: Legalizace eutanázie v České republice 44
Graf č. 6: Důvody legalizace eutanázie 45
Graf č. 7: Forma eutanázie 46
Graf č. 8: Důvody nároku na podstoupení eutanázie 47

Graf č. 9: Důvody zamítnutí legalizace eutanázie 48
Graf č. 10: Alternativa eutanázie 49
Graf č. 11: Vykonavatel eutanázie 51
Graf č. 12: Podstoupení eutanázie určitou věkovou kategorií osob 52
Graf č. 13: Názor respondentů na přání člena rodiny podstoupit eutanázii 53
Graf č. 14: Osobní zkušenost 54
Graf č. 15: Dříve vyslovené přání 55
Graf č. 16: Úhrada eutanázie 56
Graf č. 17: Zneužitelnost eutanázie 57
Graf č. 18: Důvod zneužití eutanázie 58
Graf č. 19: Důvod nezneužití eutanázie 59
Graf č. 20: Kategorizovaný krabicový graf s pořadovými statistikami 61
Graf č. 21: Bodový četnostní graf orientačně proložen regresní přímkou 63

Seznam příloh

Příloha č. 1: Dotazník.....77

Přílohy

Příloha č. 1: Dotazník

Dobrý den,

jmenuji se Anna Štěpánková a jsem studentkou 3. ročníku Univerzity Pardubice. Chtěla bych Vás požádat o spolupráci na mém výzkumu „Názory mladých dospělých na eutanázii“. Údaje, které dotazník poskytne, budou sloužit ke zpracování praktické části mé bakalářské práce. Dotazník je zcela anonymní. Vyplňování nezabere více než 10 minut Vašeho času.

Předem děkuji za Vaši ochotu a čas.

Anna Štěpánková

Poznámka:
Eutanázie = úmyslné ukončení života člověka na jeho vlastní žádost druhou osobou

1. Jaký je Váš věk?

……

2. Jaké je Vaše pohlaví?

a) Muž

b) Žena

3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

a) ZŠ

b) SOU

c) SŠ s maturitou

d) VOŠ

e) VŠ

4. Jakého jste zaměření podle studia?

a) Přírodovědecký směr (biologie, dozimetrie a aplikace ionizující záření, ekologie, farmacie, fyzika, geografie, geologie, chemie, informatika, lékařství, matematika)

b) Společenskovědní směr (ekonomie, filozofie, historie, politologie, právo, psychologie, sociologie, teologie, tělovýchova, uměnovědy)

c) Technický směr (architektura, doprava, elektrotechnika, jaderné inženýrství, hornictví, hutnictví, stavebnictví, strojírenství, textil)

d) Umělecký směr (hudba, tanec, divadlo, multimédia, design, architektura, restaurování, malířství)

e) Všeobecný směr (ZŠ nebo všeobecné gymnázium)

f) Zemědělský směr (lesnictví, rybářství, zahradnictví, zemědělství)

g) Vojenství a policie

5. Souhlasíte s legalizací eutanázie v České republice?

a) Naprosto souhlasím

b) Spíše souhlasím

c) Spíše nesouhlasím

d) Naprosto nesouhlasím

6. Z jakého důvodu souhlasíte s legalizací eutanázie?

Můžete vybrat více odpovědí.

a) Nedostatek paliativní péče (dbá na kvalitu života a zmírňuje bolesti pacienta v jakékoli fázi nemoci)

b) Právo svobodně rozhodovat o svém životě

c) Prodlužování života bez vidiny uzdravení

d) Prožívání nesnesitelné bolesti

e) Soucit s nevyléčitelně nemocnými (fyzicky i psychicky)

f) Špatná kvalita života

g) Vysoké finanční náklady na neúspěšnou léčbu

h) Zachování důstojnosti v závěru života

ch) Jiné ……

7. Jaká forma eutanázie je pro Vás přijatelná?

a) Aktivní eutanázie (úmyslné ukončení života člověka na jeho vlastní žádost druhou osobou)

b) Asistovaná sebevražda (úmyslné ukončení života člověka jím samotným za účasti druhé osoby, která poskytne pacientovi prostředky k zajištění smrti na jeho vlastní žádost)

c) Pasivní eutanázie (lékař ponechá pacienta zemřít tak, že nezahájí nebo přeruší život udržující léčbu)

8. Z jakého důvodu by jedinec mohl mít nárok na podstoupení eutanázie?

Můžete vybrat více odpovědí.

a) Bezmocnost (závislost na pomoci druhých)

b) Tělesné postižení způsobené například amputací končetiny nebo deformací části těla

c) Tělesné postižení způsobené například nejhlubším kómatem nebo poškozením mozku

d) Nevyléčitelná nemoc

e) Osamění

f) Psychická porucha například v podobě deprese nebo schizofrenie

g) Únava životem

h) Vysoký věk

ch) Jiné ……

9. Z jakého důvodu nesouhlasíte s legalizací eutanázie?

Můžete vybrat více odpovědí.

a) Bolest přináší do života nové hodnoty

b) Dostatek způsobů tlumení bolesti

c) Konec života nemá být způsoben jinou osobou

d) Kvalitní paliativní péče (dbá na kvalitu života a zmírňuje bolesti pacienta v jakékoli fázi nemoci)

e) Lékaři mají zachraňovat

f) Potřeba chránit život jedince

g) Zneužití smrti jedince pro osobní potřeby

h) Jiné ……

10. Co případně považujete za vhodnou alternativu eutanázie?

a) Hospicová péče (dbá na kvalitu života pacienta i jeho rodinných blízkých, zmírňuje bolesti a odstraňuje strádání z blížícího se konce v závěrečné fázi nemoci)

b) Institut dříve vysloveného přání (oficiální dokument, ve kterém osoba písemně rozhoduje o budoucí lékařské péči v případě neschopnosti vyjádřit vlastní názor)

c) Institut zástupného souhlasu (osoba určí zástupce, který za ni udělí souhlas s budoucí lékařskou péčí v případě neschopnosti vyjádřit vlastní názor)

d) Paliativní péče (dbá na kvalitu života a zmírňuje bolesti pacienta v jakékoli fázi nemoci)

e) Jiné ……

11. Kdo by podle Vás měl případně provádět eutanázii?

a) Blízký přítel

b) Lékař

c) Rodinný příslušník

d) Specializovaný odborník

e) Zdravotní sestra

f) Jiné ……

12. Jaké věkové kategorii osob má případně být podstoupení eutanázie povoleno?

a) Mladší 18 let

b) 18 a více let

c) Bez věkového omezení

d) Jiné ……

13. Respektovali byste přání člena rodiny podstoupit eutanázii, jestliže by byl nevyléčitelně nemocný a v konečné fázi života?

a) Souhlasil/a bych, měl/a pochopení a s dotyčným to probíral/a

b) Souhlasil/a bych, ale vnitřně by mě to tížilo a nedokázal/a bych dotyčného podpořit

c) Nesouhlasil/a bych, neměl/a pochopení a snažil/a bych se změnit jeho názor

d) Nesouhlasil/a bych, ale je to volba dotyčného a nesnažil/a bych se změnit jeho názor

14. Máte osobně zkušenost se staráním se o nevyléčitelně nemocného jedince v konečné fázi jeho života?

a) Ano

b) Ne

15. Uvažovali byste o sepsání dříve vysloveného přání?

Oficiální dokument, ve kterém osoba písemně rozhoduje o budoucí lékařské péče v případě neschopnosti vyjádřit vlastní názor.

a) Určitě ano

b) Spíše ano

c) Spíše ne

d) Určitě ne

16. Z jakých finančních zdrojů by případně měla být eutanázie hrazena?

a) Finanční sbírka

b) Kombinace veřejného zdravotního pojištění, vlastních úspor či finanční sbírky

c) Veřejné zdravotní pojištění

d) Vlastní finance

e) Jiné ……

17. Obáváte se zneužití eutanázie?

a) Ano

b) Ne

18. Z jakého důvodu se obáváte zneužití eutanázie?

a) Nedodržení stanovených podmínek pro provádění eutanázie

b) Nedůvěra v člověka, který vykonává eutanázii

c) Tlak rodinných příslušníků

d) Jiné ……

19. Z jakého důvodu se neobáváte zneužití eutanázie?

a) Dodržení stanovených podmínek pro provádění eutanázie

b) Důvěra v člověka, který vykonává eutanázii

c) Nevyvíjení tlaku ze strany rodinných příslušníků

d) Jiné ……