

# Eutanazie očima zdravotnických pracovníků v Německu

Tereza Lázničková

---

Bakalářská práce  
2013



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav ošetřovatelství

akademický rok: 2012/2013

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Tereza LÁZNIČKOVÁ**

Osobní číslo: **H10402**

Studijní program: **B5341 Ošetřovatelství**

Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Forma studia: **prezenční**

Téma práce: **Eutanázie očima zdravotnických pracovníků  
v Německu**

Zásady pro vypracování:

**Zpracování rešerše a studium odborné literatury.**

**Vymezení pojmů a teoretických východisek z oblasti eutanázie.**

**Příprava metodiky výzkumné části.**

**Realizace kvantitativního výzkumu pomocí dotazníkového šetření.**

**Zpracování a vyhodnocení získaných dat včetně jejich interpretace.**

**Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.**

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

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

**MARKOVÁ, Monika.** Sestra a pacient v paliativní péči. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3171-1.

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

**VÁCHA, Marek Orko, Radana KÖNIGOVÁ a Miloš MAUER.** Základy moderní lékařské etiky. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-7367-780-0.

**ZEMANOVÁ, Monika.** Různé tváře smrti: vybrané kapitoly z thanatologie. Hradec Králové: Gaudeamus, 2009. ISBN 978-80-7041-743-0.

Vedoucí bakalářské práce:

**Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.**

Ústav aplikovaných společenských věd

Datum zadání bakalářské práce:

**7. února 2013**

Termín odevzdání bakalářské práce:

**24. května 2013**

Ve Zlíně dne 7. února 2013

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



  
Mgr. Anna Krátká, Ph.D.  
ředitelka ústavu

## PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

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

Prohlašuji, že

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

Ve Zlíně ..... 12. 3. 13 .....

..... *Kamilek* .....

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## **ABSTRAKT**

Abstrakt česky

Bakalářská práce se zabývá v dnešní době stále aktuálním tématem – legalizací eutanazie. Cílem bakalářské práce je zjistit a zhodnotit názory německého ošetrovatelského týmu na legalizaci eutanazie. Teoretická část obsahuje terminologii a vysvětlení základních pojmů, které jsou stěžejní pro bakalářskou práci. Dále se zabývá tématy, jako je umírání a smrt, potřeby umírajícího pacienta, paliativní péče a hospic. Teoretická část obsahuje případové studie z oblasti eutanazie. V praktické části je popsáno dotazníkové průzkumné šetření, které bylo realizováno v německých zdravotnických zařízeních. V dotazníku se hodnotí znalosti respondentů a jejich postoje k eutanazii a paliativní péči.

Klíčová slova: eutanazie, umírání, smrt, paliativní péče, hospic

## **ABSTRACT**

This thesis deals with a topic that is still quite hot nowadays - the legalization of euthanasia. The aim of this work is to identify and evaluate the views of a German nursing team on the legalization of euthanasia. The theoretical part contains terminology and explanations of basic concepts that are central to the bachelor thesis. It also deals with topics such as dying and death, the needs of a dying patient, palliative care, and hospice. The theoretical part contains case studies from the field of euthanasia. The practical part describes the questionnaire survey that is carried out in German health care facilities. The questionnaire assessed the respondents' knowledge, as well as their attitudes to euthanasia and palliative care.

Keywords: euthanasia, dying, death, palliative care, hospice

## Poděkování

Ráda bych touto cestou poděkovala především vedoucí své bakalářské práce Mgr. Zlatici Dorkové, Ph.D. za cenné rady a připomínky při psaní práce. Dále také všem respondentům, kteří byli ochotni vyplnit dotazník. A v neposlední řadě děkuji své rodině a přátelům za podporu při studiu.

## Motto

*„Nikdo neví co je smrt, a přece se jí všichni bojí, jako by uznávali, že je největším zlem, avšak třeba je pro člověka největším dobrem“*

*Platón*

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

Ve Zlíně: 15. 5. 2013

Tereza Lázničková

## OBSAH

<b>ÚVOD .....</b>	<b>9</b>
<b>I TEORETICKÁ ČÁST .....</b>	<b>11</b>
<b>1 UMÍRÁNÍ A SMRT .....</b>	<b>12</b>
1.1 UMÍRÁNÍ, SMRT A NÁBOŽENSTVÍ.....	13
<b>2 ŽIVOT PO ŽIVOTĚ - JE SMRT OPRAVDU ZÁVĚR ŽIVOTA?.....</b>	<b>15</b>
<b>3 PÉČE O UMÍRAJÍCÍHO .....</b>	<b>17</b>
<b>4 PALIATIVNÍ PÉČE .....</b>	<b>20</b>
4.1 HOSPICOVÁ PÉČE V ČESKÉ REPUBLICE A NĚMECKU.....	21
<b>5 DYSTANÁZIE, EUGENIKA A EUTANÁZIE .....</b>	<b>23</b>
<b>6 EUTANAZIE.....</b>	<b>25</b>
6.1 HISTORIE - „DOKTOR SMRT“.....	27
6.2 EUTANAZIE A KŘESŤANSKÉ NÁBOŽENSTVÍ .....	28
6.3 ZNEUŽITÍ EUTANAZIE .....	30
<b>7 SKUTEČNÉ PŘÍBĚHY (PRÁVO NA SMRT) .....</b>	<b>31</b>
<b>8 EUTANÁZIE V ZAHRANIČÍ.....</b>	<b>33</b>
8.1 EUTANAZIE V NĚMECKU .....	35
<b>II PRAKTICKÁ ČÁST .....</b>	<b>37</b>
<b>9 CHARAKTERISTIKA PRŮZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....</b>	<b>38</b>
9.1 CÍLE PRŮZKUMU.....	38
9.2 RESPONDENTI .....	38
9.3 NÁVRATNOST DOTAZNÍKŮ .....	39
9.4 VYHODNOCENÍ VÝSLEDKŮ.....	41
<b>10 DISKUZE .....</b>	<b>69</b>
<b>11 ZÁVĚR .....</b>	<b>71</b>
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....</b>	<b>72</b>
<b>SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....</b>	<b>74</b>
<b>SEZNAM TABULEK .....</b>	<b>75</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH .....</b>	<b>77</b>



## ÚVOD

Bakalářská práce se zabývá problematikou eutanazie, což znamená ukončení života na přání pacienta. Eutanazie byla a je i dnes často diskutovaným a kontroverzním tématem. Znamená spor mezi základním právem člověka rozhodovat o svém vlastním životě a vraždou, za kterou eutanazii někteří považují. Mnozí se domnívají, že člověk, který netrpí nesnesitelnými bolestmi, by nikdy o ukončení života nepožádal. Dnešní moderní medicína však zaručuje bezbolestný průběh onemocnění. Mnoho lékařů i všeobecných sester se přesto ocitlo během své praxe v situaci, kdy pacient žádal o podání léčivého přípravku navozujícího smrt. Eutanazie je v České republice zakázaná, přesto se domnívám, že někteří lékaři by byli ochotni podat smrtící látku např. trpícímu blízkému. V bakalářské práci se zabývám eutanazií v Německu, které jsem si vybrala z několika důvodů. V minulosti jsem tuto zemi již navštívila, mnoho let jsem se učila německý jazyk a do budoucna uvažuji o přijetí některé z tamějších pracovních nabídek. Zároveň mě zaujala historie eutanazie v Německu za vlády Adolfa Hitlera, kdy byla prováděna na lidech psychicky a tělesně postižených, dokonce i na dětech, kterým se podala smrtící látka do žíly. Byl to počátek tzv. „rasové očisty“, která byla prováděna na Židech a ostatních lidech, dle Hitlera nehodných německého občanství. Je všeobecně známé, že ti, kteří neměli modré oči a světlé vlasy, byli odváděni do koncentračních táborů, zde byli vězněni a v mnoha případech i zabiti v plynových komorách. I z tohoto důvodu mě zajímá, jak se k této problematice staví zdravotničtí pracovníci dnešního Německa.

Teoretická část se věnuje problematice umírání, smrti a eutanazie z různých úhlů pohledu. Dále se věnuje péči o umírající a jejich potřebám, zajímavá je část zabývající se posmrtným životem, která obsahuje i skutečné příběhy setkání se smrtí. Rozebírám zde také paliativní péči, hospic, německou hospicovou péči a základní terminologii v souvislosti s eutanazií. Teoretická část opisuje historii eutanazie, holandský model, zmiňuji se i o možnosti a hrozbě zneužití eutanazie, o její souvislosti s náboženstvím a eutanazií v Německu. Uvádím také skutečné případy eutanazie, kdy klienti žádali o ukončení života a bylo jim lékaři a dalšími za cenu soudního stíhání a věznění vyhověno.

Praktická část obsahuje výsledky dotazníkového šetření, které probíhalo v Německu. Dotazník byl určen pro všeobecné sestry, lékaře a ostatní zdravotnický personál. Obsahoval, kromě jiných, například otázky: Co je to eutanazie? Co je to paliativní péče? Znáte země, kde je eutanazie povolena? Měl (a) byste strach ze zneužití, pokud by došlo k legalizaci?

Komplikace nastaly v souvislosti s rozdáním dotazníků ve zdravotnických zařízeních. Ředitelé čtyř nemocnic, které jsem konkrétně oslovila, přijetí dotazníků spíše odmítali z náboženských důvodů a z důvodu eutanazie jako citlivého tématu pro německé občany.

Cílem mé bakalářské práce je prozkoumat postoje německých zdravotnických pracovníků k eutanazii, zjistit, zdali jsou pro nebo proti legalizaci v Německu a jak by se zachovali v určitých případech. Dalším cílem je zhodnotit znalosti pracovníků o eutanazii, paliativní péči a potřebách umírajících.

## **I. TEORETICKÁ ČÁST**

## 1 UMÍRÁNÍ A SMRT

Každý živý tvor na Zemi je podřízen biologickým zákonitostem, které vedou k opotřebování organismu, jeho stárnutí a následné smrti. Medicína není dokonalá tak, aby dokázala zadržet smrt. Člověk by měl respektovat svoji konečnost, uvědomovat si ji a podle toho řídit svůj život. Každý z nás má omezený čas, nikdo ho nemá dost. Dříve byla smrt chápána jako vysvobození a vstup do věčné rajske zahrady, po prožití krátkého života na Zemi plného utrpení, což však občas slyšíme i dnes u různých náboženství. Je vědecky doloženo, že v minulosti se lidé dožívali velmi nízkého věku. Vysoká novorozenecká a kojenecká úmrtnost, hladomory, války, neléčitelné infekce snižovaly šanci dožít se vyššího věku. Dnes se dožíváme přibližně o 20 let více, otázkou je, zdali jsou tyto roky navíc opravdu prožité. Mnoho lidí dnes totiž před smrtí fyzickou postihne smrt sociální, což znamená odloučení od rodiny, přátel, společnosti a způsobuje strádání, osamělost až deprese. Sociální smrt často urychluje i smrt tělesnou. Každé umírání znamená loučení. Loučení se vším, co měl člověk rád, s rodinou, lidmi, které miloval. (Haškovcová, 2007c, s. 23–24; Günter, 2000, s. 17)

Každý člověk ví, že jednou zemře, přesto většina z nás žije tak, jako bychom byli nesmrtelní. Smrt a její nevyhnutelnost u lidí vyvolává, oproti zvířatům, strach. Zvířata si smrt uvědomují až těsně před jejím příchodem. Jsou zaznamenány pokusy o tvorbu elixíru života, avšak neúspěšné, proto se lidé snažili a stále se snaží smrt co nejvíce oddálit. Ta přitom může přijít každým dnem, následkem nehody, úrazu nebo závažného onemocnění. Smrt je dlouhodobý proces, který začíná již v době, kdy se narodíme a nikdo z nás jí neunikne. (Haškovcová, 1975, s. 17, 159, 160)

Sdělit klientovi, že ho brzy čeká smrt, je velmi obtížné. Tuto informaci sděluje lékař. Musí zajistit vhodný čas, vhodné nerušené prostředí a taky vhodnou formu sdělení. Po zjištění svého stavu lidé často prožívají smutek, mohou být až v depresi. Těmto stavům je nutné věnovat pozornost a nepřehlížet je. Tito klienti mohou mít občas sklon i k sebevraždě. (Parkes, 2007, s. 93)

Existuje více druhů smrti. Klinická smrt vzniká zástavou krevního oběhu a dýchání. Tento stav lze zvrátit neodkladnou a správnou resuscitací. Dále můžeme rozlišit smrt biologickou, která nastává v případě, pokud není kardiopulmonální resuscitace správně provedena, nebo je neúspěšná. V tomto případě dochází k narušení funkce buněk a orgánů, které nastává po 4–5 minutách dle zasažené tkáně. Mozkové buňky mají velmi nízkou toleranci.

Buňky srdečního svalu tolerují 20–30 minut, ledviny 2–3 hodiny, atd. Posledním typem smrti je mozková smrt, která znamená, že činnost mozku je vyhaslá, zatímco činnost ostatních důležitých funkcí lze dále udržovat uměle. (Zemanová, 2009, s. 43)

Zdravotníci, lékaři nebo všeobecné sestry, jsou ti, kteří stojí jak u zrození, tak u smrti člověka. Jejich úkolem je usnadnit člověku odchod ze života po stránce psychické – vyslechnout ho, promluvit s ním, dodat sílu a utěšit. Rovněž je nutné pečovat o stránku fyzickou, především zmírnit bolesti a zajistit ostatní důležité potřeby (výživa, hydratace, hygiena, vyprazdňování, apod.). Nesmíme opomenout ani péči o prostředí, které by mělo být pro pacienta příjemné, aby se v rámci možností cítil co nejlépe. Je také důležité přistupovat k nemocnému s úctou a takovým způsobem, aby byla zachována lidská důstojnost.

## 1.1 Umírání, smrt a náboženství

Náboženství ovlivňuje naše myšlení a chování od počátku lidstva. Lidé věří v bohy či jiné bytosti, které údajně řídí náš osud. Literatura uvádí, že v některých kulturách byla kdysi nemoc a případná smrt považována jako trest za hříšný život. Každé náboženství má své pověřené osoby, které ho provozují a hlásají, např. kněží. Různé víry mají své obřady, oběti, svátky a další specifika. Myšlenku, že smrt je pouze branou do dalšího života, který se však odvíjí od života pozemského a činů během něho vykonaných, hlásá v podobných zněních většina náboženství. Zdali však posmrtný život opravdu existuje, nelze objektivně tvrdit.

**Judaismus:** V listech Starého zákona je popisována smrtelnost člověka, avšak nemluví se příliš o posmrtném životě. Náznaky toho, že smrtí život nekončí, nalzáme v druhé kapitole Druhé knihy královské, kde je popsáno Eliášovo nanebevzetí. Byl to prorok a působil v devátém století před Kristem. Dá se předpokládat, že člověk, který ctí určité mravní a společenské zásady a žije v souladu s Bohem, se s ním znovu setká v posmrtném životě. Později toto pojetí ovlivnilo rané křesťanství. V prvním století našeho letopočtu existovala strana, kněžská vrstva tzv. saduceů, kteří názory na posmrtný život zamítali. Základní učení judaismu je Tóra, skládá se z pěti knih, které bývají označovány jako knihy Mojžíšovy. Krom jiných příběhů popisuje např. stvoření člověka a celého světa. Co se týče **islámu**, stále častěji se prosazuje názor, že vznikl na základě určité křesťanské hereze, tedy kacířství. Jeho vznik se datuje do 7. století našeho letopočtu. **Muslimské pojetí** posmrtného života říká, že do ráje bez tzv. soudu vstupují pouze duše, které padly za svatou věc, tedy šíření islámu během války. Korán je základním učením islámu. Dle něho získává duše po

smrti nehmotné tělo a dostává se do tzv. mezisvěta. Čas, kdy duše sídlí v hrobě, pro ni může být rajskou zahradou, nebo naopak jámou pekelnou. V souvislosti s **křesťanstvím** je základním učením Bible. V té se často objevuje smrt jako obvyklý konec pozemského života. Po ukončení života na zemi údajně dochází k oddělení duše od fyzické schránky, tedy lidského těla. Dle prožitého života odchází duše do ráje nebo nikoliv. Směr, kam se duše vydá, je důsledkem toho, žil-li člověk v souladu s Bohem. Všeobecně známá jsou tři místa, kam může duše odejít: ráj neboli nebe, očistec a peklo. Křesťanství převzalo myšlenku, že proces umírání začíná již po narození člověka. Další pohled na smrt je takový, že smrt není chápána jako přirozený proces vyhasnutí životních sil člověka, ale je chápána jako „nepřítel“ a je následkem hříchu. Dále zaznívají názory, především v raně židovské literatuře, že opravdovým neštěstím člověka není fyzická smrt, ale odloučení od Jahva, tedy zdroje života. Z celkového pohledu bible není smrt fyzická opravdovým následkem hříchu. (Zemanová, 2009, s. 7, 30–31, 39; Dorková, 2011, s. 164–166)

*Úlohou náboženství není určovat biologickou smrt, ale očekává se od něj, že zformuje správné povědomí o přijetí smrti, když je nevyhnutelná. Náboženství nezdůrazňuje lidskou smrtelnost jako biologickou nutnost, nýbrž jako morální příležitost pro každého, aby svůj život využil co nejlépe. (Thomasma a Kushnerová, 2000, s. 205)*

## 2 ŽIVOT PO ŽIVOTĚ - JE SMRT OPRAVDU ZÁVĚR ŽIVOTA?

Každý z nás určitě někdy přemýšlel nad tím, jaké to bude, až zemře. Zda existuje posmrtný život, nebe, peklo, kam asi půjdu zrovna „já“, nebo zůstane-li po smrti jen pouhá prázdnota a osoba přestane navždy existovat. Různé kultury nám podávají spoustu možností. Někteří věří na věčný posmrtný život v ráji s Bohem, jiní zase v reinkarnaci, kdy se může člověk po smrti znovu vrátit v podobě rostliny, zvířete nebo dokonce jiného člověka.

V Egyptě se v minulosti k mumiím přibalovaly různé texty na sveticích, tzv. „knihy mrtvých“, s účelem zajistit mrtvému různé výhody v posmrtném životě (Lexa, 1994, s. 23).

Existují lidé, kteří se ocitli na pokraji života a smrti. Lidé, kterým se na několik sekund či dokonce minut zastavily veškeré tělesné funkce, avšak lékařům se podařilo daného člověka zachránit. Tyto osoby popisují z okamžiku klinické smrti stavy, kdy viděli světlo, slyšeli hlas Boží nebo procházeli ozářeným tunelem.

Zajímavý případ se stal v r. 1995 zubní lékařce Glorii Polo<sup>1</sup>. Uhodil do ní blesk, který do jejího těla svedla kovová část deštníku. Žena měla popálených 60 % těla, popálení bylo patrné i na vnitřních orgánech. V péči lékařů byla několikrát oživována. Když z jejího těla vyprchal život, uviděla silné světlo, které prostupovalo celým jejím tělem. Vznášela se plna radosti v bílém tunelu. Z tohoto stavu na hranici života a smrti popisuje neuvěřitelné zážitky. Dokonce i to, jak ze zdí nemocničního pokoje vystupovali démoni, kteří ji chtěli stáhnout do pekla. Poté se setkala s Bohem, který jí ukázal nebe, kde se cítila nádherně, setkala se zde se zesnulými ze své rodiny a už odtud nechtěla odejít. Ukázal jí i očistec a nakonec také peklo, kde viděla spoustu nářku, bolesti a mnoho trpících duší. Potom uslyšela Boží hlas, který s ní prošel všechna Boží přikázání a ukázal jí chvíle, kdy se zachovala špatně. Nakonec jí Bůh řekl, že ji vrátí zpět do života a to, co zažila, ať šíří po celé Zemi, aby lidé uvěřili. Proto napsala brožuru, osobní svědectví, aby dovedla nevěřící k víře.

Svědkiem dalších případů je doktor Maurice Rawlings, který působil jako lékař ve státě Tennessee. Napsal knihu o životě po smrti a mnohokrát se setkal s tím, že lidé, které zachránil, vypovídali o neuvěřitelných zážitcích z momentu, kdy byli ve stavu klinické smrti. Setkal se s mladým mužem, který utrpěl bodnou ránu mezi žebry, bylo zasaženo srdce. Pacienta se podařilo vzkřísit, a když se probрал, ptal se lékaře, proč ho odvedl zpět, tvrdil,

---

<sup>1</sup>Blíže viz POLO, G., 2008.

že viděl své rodiče a krásné město s vysokými branami, vznášel se světlem, ale vrátný u brány ho odmítal pustit dovnitř. (Smithová, 1994, s. 19)

Dalšími případy jsou čtyři osoby, které se setkaly se smrtí, dva muži a dvě ženy. Jejich příběhy byly roku 2009 ztvárněny ve filmu s názvem *Byl jsem mrtvý*. Uvádím zde dva z nich. Jako první je uváděn případ 17leté dívky, která byla velmi těžce zraněna při dopravní nehodě a poté balancovala na hranici života a smrti. Její zážitek z blízké smrti se odehrál během přepravy vrtulníkem do nemocnice. Po rozplynutí tmy ucítila uklidňující teplo, světlo a přítomnost „něčeho“, „někoho“ milujícího. Promítl se jí celý život: minulost, přítomnost, ale i budoucnost. Přestože cítila, že pokud zůstane na tomto místě, bude jí dobře, rozhodla se vrátit zpět do života. Prosila o návrat, náhle se ocitla v pokoji na jednotce intenzivní péče a dívala se na své tělo, ležící v posteli. Mohla se pohybovat po nemocnici a slyšela, o čem se baví její zdrcení rodiče s babičkami v nemocniční restauraci. Když jim později celý rozhovor převyprávěla, nikdo si to nedokázal rozumně vysvětlit.

Dalším případem je muž jménem Dag, nevěřící v Boha a posmrtný život, který byl údajně mrtvý 3–5 minut. Ve věku 39 let dostal infarkt. Než ho záchranáři našli, byl ve stavu klinické smrti. Pozoruhodné je, že ve stejnou dobu přibližně 500 km daleko dostal infarkt i Dagův dědeček. Dag popisuje, že ve stavu smrti potkal své zemřelé příbuzné, kteří mu říkali: „Nečekáme na tebe, vrať se domů.“ Poté, co nabyl vědomí po dlouhých operacích, zjistil, že jeho dědeček zemřel a uvědomil si, že příbuzní, které potkal, čekali právě na jeho dědečka.

Spoustu těchto zážitků nelze nijak vědecky vysvětlit. Mnozí lékaři sami věří v onen posmrtný život. Někteří tyto události vysvětlují tím způsobem, že i po smrti určitá část mozku může stále fungovat. Dle jejich úsudku pacient bdí a zároveň sní, tedy jejich zážitky jsou vlastně sny. Ty se odvíjí od toho, co nemocný např. slyší od blízkých, kteří bdí u jeho lůžka. Všichni lidé, kteří se ve filmu *Byl jsem mrtvý*, setkali se smrtí, mají jedno společné – jejich životy se od onoho incidentu zásadně změnilo. Začali silně věřit v Boha, vážít si svého života, rozdávat lidem radost, rozhodli se v životě vyzkoušet a udělat to, co vždy chtěli. A hlavně se rozhodli šířit svoje zážitky, aby každý věděl, že smrti není třeba se děsit.



### 3 PÉČE O UMÍRAJÍCÍHO

V minulosti lidé krátce stonali a rychle umírali. Představa o tom, jaká byla dříve péče o umírající, je výrazně idealizována. Péče v minulosti však byla většinou laická, a často dokonce žádná. Dlouhodobým problémem bylo zajištění alespoň minimálního materiálního zabezpečení a uspokojení fyzických potřeb umírajícího. Vzhledem k tomu, že smrt nebyla tabuizována, lidé věděli jak se k umírajícím chovat a dokonce i sám umírající věděl, co se od něho očekává. Duševní rovnováhu umírající čerpal z vlastních zkušeností, protože již jako dítě několikrát sekundoval u lůžka těch, kteří umírali v jeho okolí. Péče poskytovaná nemocným a umírajícím prošla velkým vývojem. Dříve se kvalitní péče dostávalo pouze bohatým lidem. I přítomnost lékaře u lůžka byla považována za privilegium mocných a vlivných osob. Můžeme rozlišit dva modely umírání, domácí a institucionální. Domácí model v současné době velmi upadá, lidé již neumírají doma v náručí svých nejbližších. Pokud nemocní umírali doma, každý v rodině věděl, jak vypadá smrt a umírání zblízka. Sousedé a známí se chodili rozloučit s umírajícím. Ten, když cítil, že se blíží jeho čas, povolal k sobě všechny blízké. (Haškovcová, 2007c, s. 24–29)

Institucionální péče se vyvíjela postupně. Dříve byla nemocniční zařízení nedostatečně vybavena jak materiálně, tak personálně, neexistovalo moderní přístrojové vybavení, bez kterého by se dnes lékařství neobešlo, všeobecným sestřám se nedostávalo takového vzdělání jako v dnešní době. V minulosti, vzhledem k probíhajícím válkám a revolucím nemocniční zařízení přijímala mnoho zraněných a umírajících pacientů, avšak nedostatek léčiv, špina, nízká kapacita zařízení a další faktory měly negativní vliv na léčbu a prognózu. Významná osobnost, která se zasloužila o důležité reformy ve zdravotnictví, je Florence Nightingale, známa jako „žena s lucernou“, která pracovala jako ošetřovatelka a podílela se na zlepšení péče o pacienty.

Dnes je upřednostňován institucionální model. Lidé umírají v nemocnicích nebo domovech pro seniory. V nynější uspěchané době není na osobu, která by měla umírat v okruhu rodiny doma ani čas, ani prostředky. Ve zdravotnických zařízeních se potom člověk cítí osamocen a opuštěn. Je závislý na pomoci zdravotnického personálu. Ten má často moc práce, na vyslechnutí pacienta a jeho psychickou podporu mu nezbyvá čas. Velký rozvoj v poslední době zaznamenává paliativní model péče o umírající. Hospic je typické zdravotnické zařízení, kde se tento paliativní model využívá a zaměřuje se na poskytování paliativní péče pacientům. Tato péče se věnuje hlavně oblastem, které bývají v klasických

zdravotnických zařízeních často zanedbávány. Domnívám se, že tento způsob péče je pro umírající a jejich rodiny jistě příjemnější, než péče poskytovaná v nemocničním zařízení nebo domovech pro seniory.

Člověk, který ví, že si pro něho smrt brzy přijde, byla mu tedy stanovena neléčitelná diagnóza, nebo se nachází v terminální fázi onemocnění a ani maximální snaha zdravotníků mu již nemůže pomoci, má specifické potřeby. Důležitý úkol nejen zdravotníků, ale také rodinných příslušníků je tyto potřeby umírajícího v největší možné míře uspokojit, aby mohl spokojeně a bezbolestně odejít ze života. Tyto potřeby lze rozdělit na fyzické, psychické, sociální a spirituální. Mezi fyzické potřeby můžeme na prvním místě zařadit potřebu nemít bolest. Mírnit bolesti pacienta medikamentózně je důležitý úkol zdravotníků, avšak i láska a psychická pomoc mohou mít na bolest pozitivní vliv. Neuspokojená potřeba být bez bolesti ovlivňuje psychický stav pacienta. Bolest se na pacientovi může projevit podrážděností až agresivitou. Působí však i na fyzickou stránku, z důvodu bolesti nemá např. pacient chuť k jídlu. Důležitá je potřeba tekutin, jelikož především geriatrickí pacienti ztrácí pocit žízně. Další fyzickou potřebou je potřeba vyprazdňování, což znamená zajistit klientovi čas, soukromí, vhodné prostředí a jiné. S tím souvisí i potřeba výživy. Je nutné zajistit pro klienta plnohodnotnou stravu, bohatou na vitamíny, minerály a další potřebné látky. Důležitá je i potřeba pohybu a soběstačnosti. Pokud klient není schopen, nebo nemá dostatek sil, je na zdravotnickém personálu, aby mu pomohl, popřípadě vykonal činnosti za pacienta, např. hygienu. Čistota a upravený vzhled nejsou důležité pouze pro pěkný zevnějšek pacienta, ale i proto, aby se klient sám cítil příjemně. Jelikož se s přibývajícím věkem snižuje potřeba spánku, je nutno zaměstnat pacienty přes den, aby nespávali, trpěli klient nespavostí, lze případně použít terapeutické prostředky k navození spánku.

Mezi psychické potřeby patří zejména potřeba lásky a bezpečí, také potřeby smyslové, poznávací a potřeba učení. Pro umírajícího pacienta má klíčový význam podpora ze strany rodiny a blízkých osob. Klient touží odejít z tohoto světa s vědomím, že svůj život žil správně, že tu po sobě nechal něco dobrého. Často si umírající přeje urovnat staré spory nebo usmířit rozhádané rodiny, zde se odráží i sociální potřeba společenských vztahů, potřeba nebýt v umírání sám. Vědomí, že má klient kolem sebe milující osoby, díky nimž se cítí v bezpečí, mnohonásobně usnadňuje umírání. Dále do sociálních potřeb patří potřeby zájmů a aktivit. Klient se může věnovat luštění křížovek, čtení knih a časopisů, pokud má dostatek sil, pak i procházkám v přírodě. Vhodně zvolené aktivity mohou pacientovi po-

moci odpoutat se od myšlenek na jeho nemoc a smrt a tím pádem zpříjemnit jeho poslední dny.

## 4 PALIATIVNÍ PÉČE

Lidé se často mylně domnívají, že paliativní péče je nově vzniklá disciplína, avšak je tomu přesně naopak. Lze ji považovat za nejstarší lékařský obor. Do doby, než medicína v novověku zaznamenala velký pokrok, totiž neexistovaly opravdu efektivní léčebné metody. Vinou neodvratné smrti se však i dnešní moderní kurativní medicína často dostane do fáze vyčerpání svých možností a v onu chvíli přichází na scénu paliativní péče. (Günter, 2000, s. 36)

Paliativní péče je péče kompletní, poskytována klientům v konečné fázi života. Je určena pro pacienty geriatrické, s neléčitelným nebo pokročilým onemocněním, u kterých se blíží konec života, např. s rakovinou, roztroušenou sklerózou, Alzheimerovou chorobou, Parkinsonovou chorobou a dalšími. Je poskytována v konkrétních zdravotnických zařízeních, což jsou hospice, stacionáře, léčebny i některé nemocnice.

Paliativní péče není zaměřena na vyléčení choroby. Cílem paliativní péče je mírnit bolest, uspokojit jak fyzické, tak psychické potřeby, dbát na péči o psychickou stránku pacienta, aby se cítil příjemně, v bezpečí a také zajistit důstojný odchod ze života. V zařízeních, kde se poskytuje paliativní péče, je kladen důraz i na kontakt s rodinou a péči o budoucí pozůstalé. Návštěvy do hospiců mohou chodit kdykoliv, rodiny mohou brát pacienta k sobě domů nebo na výlety a zároveň je možné, aby rodinný příslušník s pacientem bydlel v zařízení.

Paliativní péči můžeme rozdělit na obecnou a specializovanou. Obecnou paliativní péči by mělo být schopno poskytnout každé zdravotnické zařízení, po důkladné identifikaci stavu a problémů pacienta. Zaměřuje se hlavně na podporu pacienta, jeho rodiny, léčbu bolesti a dalších potíží, respektuje také individualitu pacienta. Specializovaná paliativní péče je poskytována v zařízeních zaměřených pouze na tuto činnost. Takové zařízení přijímá pouze pracovníky specializované v oboru paliativní péče a poskytuje specifickou a komplexní péči o klienty a jejich rodiny. Dle toho, kde se péče poskytuje, ji můžeme rozdělit na:

- *Oddělení paliativní péče*
- *Domácí hospice-mobilní paliativní péče*
- *Lůžkové hospice*
- *Konziliární týmy paliativní péče*

- *Ambulance paliativní péče*
- *Denní stacionáře*
- *Zvláštní zařízení paliativní péče (např. poradny, tísňové linky, půjčovny pomůcek, atd.)* (Marková, 2010, s. 20–21)

K tomu, aby paliativní péče poskytovaná klientům byla kvalitní a cílená, je kromě jiného zapotřebí i specificky vzdělaného a seštráhaného zdravotnického personálu. Tento tým, pečující o pacienty, by měl být multidisciplinární (např. ošetřující lékaři a všeobecné sestry spolupracují zároveň s psychology, nutričními terapeuty, fyzioterapeuty a dalšími pracovníky, přičemž sem můžeme zařadit i rodinné příslušníky). Je nutno, aby péče o pacienta vedla k určitému stanovenému cíli, k co nejvyšší kvalitě života klienta a jeho rodiny. (Marková, 2010, s. 35)

#### 4.1 Hospicová péče v České republice a Německu

Hospice, jako specializovaná zařízení, začaly vznikat v šedesátých letech 20. století, nejdříve ve Velké Británii a odtud se myšlenka šířila do celého světa. Postupně se k nim přidaly i stacionáře a domácí péče. Hospic je zdravotnické zařízení, není zde tedy kladen důraz pouze na zdravotní stránku a nelze ho srovnávat s nemocničním zařízením. Mylná představa laiků, že každý klient v hospici zemře, není zcela pravdivá. Přibližně jedna třetina přijatých pacientů je po nějaké době, po stabilizaci nebo zlepšení zdravotního stavu, propuštěna do domácí péče. Indikace pro přijetí klienta do zařízení tohoto rázu jsou:

- nevléčitelná, postupující choroba, ohrožující život,
- potřeba paliativní péče,
- nedostatečnost domácí péče. (Marková, 2010, s. 27–28)

První hospic, který byl založen v České republice, je historický hospic Anežky České v Červeném Kostelci. V průběhu času začaly vznikat hospice i na dalších místech České republiky. Existují rovněž ambulance paliativní péče, kde lze s odbornými pracovníky konzultovat problémy, které pacienta postihly, jejich komplikace a další. Rozvoj zaznamenává rovněž tzv. „mobilní hospic“, což je služba poskytovaná pacientovi v jeho domácím prostředí. Zdravotní tým dojíždí přímo ke klientovi domů a zde ho ošetří, nebo pomůže v jiných potřebných činnostech. Hospicová péče neklade důraz pouze na péči o klienta, ale i o jeho rodinu, pozůstalé. Hospicová péče je specifická. Pacient si, sám nebo s rodinou,

může kontrolovat situaci, léčbu. Tímto se hospic odlišuje od klasického zdravotnického zařízení. O klienta pečuje multidisciplinární tým, sestávající z odborníků z různých oblastí, jejichž cílem je vytvořit kvalitní a individuální péči, „šitou“ na míru pacienta. Do péče o pacienta je zapojena jeho rodina, což je další rozdíl oproti nemocničnímu zařízení. V hospici je kladen důraz na úspěšné rozpoznání příznaků a jejich identifikaci. Jde tu především o léčbu bolesti, avšak problémy se mohou objevit v jakékoliv oblasti. Problémem hospiců může být dlouhá čekací doba na místo. (Student a kol., 2006, s. 8, 38, 39)

Vývoj hospiců v Německu probíhal zpočátku jako podvratné hnutí, vedené katolickými kněžími. Další hospice se vytvářely postupně, částečně i proti odporu církve. Hospice byly v té době pouze lůžková zařízení, ale lidé stále více přicházeli na to, že by měly sloužit přáním a potřebám pacientů a jejich rodinám, aby mohli klienti zemřít doma v okruhu svých blízkých. Na tento podnět se začaly vyvíjet i ambulance a dobrovolnické skupiny. Když v roce 1991 vyjádřila církev pozitivní postoj k hospicové péči, byl to impulz k dalšímu rozvoji paliativní péče v hospicích. V roce 1992 bylo v Německu založeno Spolkové pracovní sdružení hospic (BAG), které má pod sebou hospicové organizace v této zemi. Nejdůležitější úlohu v této péči zastávají všeobecné sestry a ošetřovatelé. Lůžková hospicová péče je v Německu velmi dobře financována, avšak ambulantní péče v tomto směru zaostává jako i zde, v České republice. (Student a kol., 2006, s. 148–151)

## 5 DYSTANÁZIE, EUGENIKA A EUTANÁZIE

Eutanazie jako téma je velmi složité a komplikované. Pro jeho pochopení je nutné vysvětlení určitých pojmů, které se v debatách o eutanazii běžně používají:

- **Aktivní eutanazie** – podání smrtící látky lékařem, aktivní čin na přání pacienta.
- **Nonvoluntární eutanazie** – podobá se aktivní, s tím rozdílem, že nelze získat pacientův souhlas, např. z důvodu kómatu.
- **Involuntární eutanazie** – aktivní eutanazie, pacient je schopen vyslovit svá přání, ale eutanazii si výslovně nevyžádal, lze přirovnat k zabití, „aby se člověk netrápil“.
- **Pasivní eutanazie** – lékař např. ustoupí od léčby, i když by pacienta stále léčit mohl a přitom ví, že pacient kvůli tomuto jednání zemře. Je zde tedy lékařův úmysl zabít.
- **Ustoupení smrti** – lékař nemá v úmyslu zabít pacienta, ale není již nic, co by pro něho mohl udělat, a tak nechá přírodu, aby vykonala své.
- **Pasivní voluntární eutanazie** – cílem je zabít pacienta nečinností, zastavením léčby.
- **Asistované suicidium** – samotný akt eutanazie pacient provede sám, vyžaduje pomoc druhé osoby, např. lékaře, který ho informuje o smrtící dávce léku apod. (Vácha, Königová, Mauer, 2012, s. 234–236)

S eutanazií velmi úzce souvisí problematika umírání a smrti, psychika pacienta, důstojnost lidského života apod. Často je právě přání důstojného odchodu důvodem k žádosti o eutanazii. Následující pojmy se vztahují právě k zmíněné problematice:

**Thanatologie** – nauka o umírání a smrti.

**Autonomie** – samostatnost, svébytnost.

**Depersonalizace** – stavy odloučení se od vlastního vnitřního já; mají mnoho projevů.

**Ortotanazie** – odpojení pacienta od přístrojů, vede k úmrtí.

**Prenatální eutanazie** – interrupce (potrat).

**Princip beneficence** – úkol lékaře konat dobro pro pacienta.

**Princip nonmaleficence** – úkol lékaře neškodit pacientovi. (Ptáček a Bartůněk, 2012, s. 236–242)

Zajímavým a často sporným pojmem je dystanazie neboli tzv. zadržovaná smrt. Lze ji charakterizovat jako prodlužování umírání pacienta. Dříve se lidé dožívali nižšího věku, pokud onemocněli, stonali krátkou dobu a brzy zemřeli, umírání byl tedy krátký proces. Zbývající čas byl dostačující na rozloučení s blízkými a psychickou přípravu na smrt. Dnes, v souvislosti s pokročilými léčebnými postupy a prostředky, se lidé dožívají vyššího věku, ale také se prodlužuje doba umírání. Doba, kdy je pacient hospitalizován v nemocnici, pravidelně monitorován, léčen různými způsoby, mnoha léky a udržován při životě. (Vácha, Königová, Mauer, 2012, s. 236–237)

Otázkou je, zdali je postup zadržování smrti morálně a eticky správný. Je založen na udržování pacientů při životě za každou cenu. Těch, kteří nejsou schopni žít důstojný život, jsou odkázáni na pomoc druhých, pacientů na umělém dýchání, s výživou sondami přímo do žaludku a s neblahou prognózou. Dá se říci ve stavu očekávané smrti. V těchto a dalších případech by mělo být hlavním zájmem zdravotnických pracovníků, aby pacient netrpěl. To, jak se pacient v takové situaci cítí a jaká jsou jeho přání, je často záhadou. Veškerá jeho komunikace může spočívat v jednoduchých heslech, jako je stisk ruky nebo zamrknání.

Pojem eugenika lze vysvětlit jako snaha o zušlechtění lidstva. Snaha zajistit u lidské populace zlepšení a zkvalitnění genové výbavy pro vznik silnějších jedinců, tedy stupňování statnosti rodu. Za zakladatele této myšlenky je považován Francis Galton, který vycházel z řeckého slova *eugeneia*, což znamená urozenost. Eugeniku můžeme rozdělit na negativní a pozitivní, přičemž negativní lze definovat jako záměrné a účelné zbavování se slabších a neužitečných jedinců. Tuto metodu provozoval Adolf Hitler za účelem vzniku silného národa čisté krve. Pozitivní eugenika znamená kombinovat ideální partnery s určitými geny, kteří jsou schopni zplodit pouze kvalitní potomky. (Ptáček a Bartůněk, 2012, s. 237)



## 6 EUTANAZIE

Slovo eutanazie pochází z řečtiny, je složeno z částí eu – dobrý, správný a thanatos – smrt. V doslovném překladu jde o tzv. dobrou smrt. (Vácha, Königová, Mauer, 2012, s. 233)

Eutanazii autoři definují různě. Dle WMA – World Medical Association je eutanazie *vědomé a úmyslné provedení činu s jasným záměrem ukončit život jiného člověka za následujících podmínek: subjektem je kompetentní informovaná osoba s nevléčitelnou chorobou, která dobrovolně požádala, aby její život byl ukončen; jednající ví o stavu této osoby a o jejím přání zemřít a páchá tento skutek s prvořadým úmyslem ukončit život této osoby; a skutek je proveden se soucitem a bez osobního zisku* (Ptáček a Bartůněk, 2012, s. 32–33).

Eutanazie znamená ukončení života na přání pacienta podáním smrtící látky lékařem nebo jiným zdravotnickým pracovníkem. Jelikož není v České republice legalizována, je považována za vraždu. Máme různé druhy eutanazie, např. látku může podat lékař, nebo je-li pacient schopen, aplikuje si ji sám (tzv. asistované suicidium), eutanazie může také spočívat v ukončení léčby, nebo odpojení od přístrojů, které pacienta udržují při životě.

Každý občan jistě vnímá rozdíl mezi vraždou vykonanou z nenávisti, zášti, kvůli zisku apod. a požádáním klienta, trpícího duševně či fyzicky, o usmrcení lékařem. V některých zemích je tento fakt brán v potaz a došlo v nich k zavedení tzv. privilegované skutkové podstaty usmrcení z útrpnosti nebo k uvalení nižšího trestu. Zákon nepřipouští svévolné ukončení života, ať jsou k tomu důvody jakkoli opodstatněné. Přesto, pokud lékař upustí od léčby neléčitelného pacienta, kterou by pouze prodlužoval jeho utrpení, nelze tento čin vnímat jako trestnou činnost. (Štěpán, 1989, s. 91, 99)

Mnozí uvádí, že z psychologického hlediska je eutanazie pouhý akt zoufalství, kdy člověk již nemůže unést život a závisí na rodině a zdravotnících, aby tomuto aktu nikoli pomohli, ale zabránili tím, že klientovi navrátí chuť do života. Základním požadavkem k výkonu eutanazie je svobodná vůle pacienta. V některých případech může vyvolat žádost o eutanazii myšlení klienta, neadekvátně ovlivněné léky. Rovněž pocit, že „jsem finanční zátěž“, může zapříčinit požádání o eutanazii. Z těchto a dalších důvodů je nutné každou žádost důkladně zvážit a prověřit. (Skovajsa, 1999, s. 97–100)

Pokud by byla eutanazie legalizována, byla by nutná určitá opatření, aby nedocházelo k mylnému, nebo dokonce účelnému zabití bez souhlasu pacienta. Mezi kritéria, kdy pacient smí žádat o eutanazii, bychom mohli zařadit stav plného vědomí, neuzívání léků, které

by mohly ovlivnit myšlení a vnímání, opakované žádosti o ukončení života, dřívější vyslovení přání o eutanazii, pokud by klient již nebyl schopen žít kvalitní a plnohodnotný život a další. Pokud vezmeme v potaz neschopnost žít kvalitní a plnohodnotný život, je nutno se zamýšlet nad eutanazií u mladých osob nebo dětí, které následkem nehody, úrazu či prudkého onemocnění zůstaly trvale upoutány na lůžko a jejich budoucností je žít další desítky let v péči druhých, na které jsou odkázány, bez možnosti pohybu, studia a samostatného života. Při tomto stavu a současném zachování veškerých kognitivních funkcí musí být tato situace pro mladou duši nepopsatelným utrpením, které se zhoršuje, pokud člověk rovněž ztratil schopnost řeči a nedokáže ani vyslovit ono přání ukončit toto utrpení.

Zde cituji Hippokratovu přísahu, která je etickým kodexem pro lékaře. Žádný lékař by neměl jednat v nesouladu s touto přísahou. Eutanazie může být považována za akt, který je v rozporu s Hippokratovou přísahou, což také dokazuje věta z přísahy začínající slovy „*Nepodám nikomu smrtící prostředek...*“. Avšak větu „*Lékařské úkony budu konat v zájmu a ve prospěch nemocného,...*“ je také možné chápat jako jakési ospravedlnění k výkonu eutanazie. Autorem této přísahy byl s největší pravděpodobností Hippokratés, lékař, který působil ve starověku a je přezdíván „otcem medicíny“.

#### Přísaha Hippokratova

*Přisahám a volám Apollóna lékaře a Asklépia a Hygieiu a Panakín a všechny bohy a bohyně za svědky, že budu tuto smlouvu a přísahu dle svých možností a dle svého svědomí dodržovat.*

*Toho co mě naučil umění lékařskému, budu si vážit jako svých rodičů a budu ho ze svého zajištění podporovat. Když se dostane do nouze, dám mu ze svého, stejně jako i jeho potomkům dám a budou pro mne jako moji bratři. Pokud po znalosti tohoto umění (lékařského) zatouží, budu je vyučovat zdarma a bez smlouvy. Seznámím své syny a syny svého učitele a všechny ustanovené a na lékařský mrav přísahající s předpisy, přednáškami a se všemi ostatními radami. Jinak však s nimi neseznámím nikoho dalšího.*

*Lékařské úkony budu konat v zájmu a ve prospěch nemocného, dle svých schopností a svého úsudku. Vystříhám se všeho, co by bylo ke škodě a co by nebylo správné.*

*Nepodám nikomu smrtící prostředek, ani kdyby mne o to kdokoli požádal, a nikomu také nebudu radit (jak zemřít). Žádné ženě nedám prostředek k vyhnání plodu.*

*Svůj život uchovám v čistotě a bohabojnosti, stejně i své lékařské umění. Nebudu (lidské tělo) rezat, ani ty, co trpí kameny, a tento zákrok přenechám mužům, kteří takové řemeslo provádějí.*

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

*Když tuto přísahu dodržím a neporuším, nechť ve svém životě i ve svém umění skromně dopředu postoupím. Tak získám si vážnost všech lidí po všechny ty časy. Když ale zákazy přestoupím a přísahu poruším, nechť stane se pravý opak. (Ptáček a Bartůněk, 2012, s. 222–223)*

## 6.1 Historie - „Doktor smrt“

Eutanazie má velmi dlouhou tradici. Národy zabíjely staré a nemocné osoby, aby tím ulehčily společnosti. Už i Platon a Sokrates se přikláněli k sebevraždě, pokud člověk trpí velmi bolestivou chorobou, oproti tomu pro Aristotela byla sebevražda útokem proti státu. O eutanazii se píše i ve Starém zákoně. Platon ve své ústavě říká, že pověřené osoby, tedy lékař a soudce, by měly nechat zemřít nebo zabít ty, jež jsou nemocni duchovně nebo na těle a nelze je vyléčit. Dále Francis Bacon ve svém díle<sup>2</sup> uvádí, že lékař by měl využít svého umu a znalostí a pomoci trpícímu, aby jeho odchod byl snazší. Používá zde termín „vnější eutanazie“, přičemž „vnitřní eutanazie“ připravuje na smrt lidskou duši. V knize Adolfa Josta s názvem *Právo zemřít*<sup>3</sup> je zmíněno, že nevléčitelně nemocný pacient má právo na sebevraždu nebo požádat o usmrcení. Velmi důležité bylo dílo Karla Bindinga a Alfreda Hocha s názvem *Svoboda hubení života nehodného žití*<sup>4</sup>. Toto dílo se vztahovalo k duševně chorým a nevléčitelně nemocným. Tohoto díla později využil Adolf Hitler k vykonávání eutanazie. Poté, co se Německo vzpamatovalo z událostí za vlády Adolfa Hitlera, postupně narůstají kladné názory na usmrcení trpícího člověka. Roku 1984 bylo při výzkumu v Německu zjištěno až 72 % kladných postojů k eutanazii. (Skovajsa, 1999, s. 94–96; Thomasma, Kushnerová, 2000, s. 214)

Velmi důležitou osobností v historii eutanazie byl Jack Kevorkian (1928–2011). V letech 1959–1966 byl zaměstnán v nemocnici v Pontiacu, jako ředitel patologie v Detroitu působil v letech 1970–1976. Velkého uznání dosáhl také svou vědeckou činností. Byl oddán

---

<sup>2</sup> BACON, F., 1605, *O pokroku ve vzdělávání*, 1623. *O důstojnosti ve vědách*.

<sup>3</sup> JOST, A., 1895, *Právo zemřít*.

<sup>4</sup> BINDING, K., a Alfred HOCHÉ, 1920, *Svoboda hubení života nehodného žití*.

lékařství, svoji povinnost vůči lidem bral jako životní poslání. Již jako student pečoval o trpící pacienty a ptal se sám sebe, proč jim není dovoleno zemřít. Byl zastáncem eutanazie, přirovnával ji k potratům, které rovněž ukončují život, ale jsou běžně prováděny. Tento lékař a patolog, známý také jako „doktor smrt“, vynalezl zařízení, které ukončuje život. Skládalo se z dlouhé rukojeti a stojanu na lahve. Pacient mohl sám tento stroj uvést do chodu a ten mu nabídl rychlou smrt bez bolesti. Stroj, který se nazýval „Mercitron“, byl vytvořen ze součástek asi za 30 dolarů. „Doktor smrt“ se podílel na mnoha sebevraždách, několikrát byl uvězněn a zase propuštěn. (Brovins a kol., 1996, s. 15–25)

Jeho životní příběhy byly roku 2010 dokonce zfilmovány v životopisném dramatu s názvem *Doktor Smrt* od amerického režiséra Barryho Levinsona. Hlavního hrdinu Jacka Kevorkiana si zahrál známý americký herec Alfredo James Pacino (25. 4. 1940). Filmoví kritici shledávají tento snímek velmi povedeným, avšak upoutá jistě také laickou veřejnost.

## 6.2 Eutanazie a křesťanské náboženství

V minulosti byly sebevraždy za určených podmínek povoleny, např. při utrpení z chronické bolestivé choroby apod. V některých zemích měly dokonce pověřené orgány v zásobě jed, který v takovýchto případech bylo možné podat trpícímu. V souvislosti s šířením křesťanství po světě docházelo i k přísnému zákazu provádění sebevražd a eutanazie. Tento zákaz vycházel z šestého Božího přikázání, *nezabiješ*. Ten, kdo spáchal sebevraždu, neměl údajně právo na řádný pohřební obřad. Tyto osoby byly pohřbívány za hřbitovními zdmi, za hradbami města nebo na křižovatkách. Kříž u jejich hrobů měl za účel odradit ďábla, který hledá trýzněné duše. Teolog Tomáš Akvinský hlásal, že sebevražda není pouze hřích proti Bohu, ale rovněž proti přírodě, přesněji pudu sebezáchovy. (Thomasma, Kushnerová, 2000, s. 214–215)

Většina náboženství se staví odmítavě jak k potratům a sebevraždám, tak k eutanazii. Aktivní eutanazie je považována za vraždu. Základní myšlenkou je, že Bůh má s každým z nás svůj plán a řídí náš život, tedy každý má svůj osud. Porušení jeho úmyslu např. sebevraždou znamená, že duše člověka bude potrestána věčným pobytem v pekle.

Postupem času, když začali pacienti stále více vyžadovat právo rozhodovat sami o svém životě a otázka sebeurčení se stala celosvětovým hnutím, zmírnilo se i přísné odsuzování eutanazie etiků a církevních vůdců. Sám papež Pius XII. roku 1957 při své řeči

k mezinárodní skupině lékařů připustil možnost podání léků, které zkrátí pacientův život, např. morfia. (Thomasma, Kushnerová, 2000, s. 217–218)

Dle křesťanské etiky je člověk pouze správcem svého těla, nikoli vlastníkem. Tím je Bůh, který nám tělo zapůjčil pro dobu života na zemi. Tedy nám není dovoleno brát život sobě ani nikomu jinému. Tento úkol je pouze na stvořiteli. Proto je důležité o tělo pečovat, zároveň je však potřeba počítat se smrtí a důstojně se na ni připravit. Výjimečně, při nastupující smrti a již zbytečné léčbě, má člověk dle křesťanských církví právo tuto léčbu odmítnout. Islám rovněž nepřijímá eutanazii jako milosrdnou smrt. Zabití je možné jako trest v případě cizoložství nebo odpoutání se od Boha. V buddhismu věří na tzv. karmu utrpení, která však po smrti nezmizí, nýbrž přechází s člověkem do posmrtného života a tohoto utrpení se člověk zbaví až změnou své karmy na lepší. (Munzarová, 2005, s. 28–29)

- **Dokumenty o eutanazii**

Hlavními třemi dokumenty ošetřujícími práci lékařů, jejich chování v určitých situacích, změny léčby apod. jsou Hippokratova přísaha, Stavovský předpis ČKL č. 10 – Etický kodex ČLK a Doporučení představenstva ČLK č. 1/2010.

Hippokratovu přísahu ve svém znění (viz s. 26–27) lze označit jako soubor etických pravidel, kterými by se měl řídit každý lékař při svém zaměstnání. Není to právní předpis, proto lékař nemůže být trestně stíhán za její porušení. Hippokratova přísaha se neustále obměňuje, dle zemí, dokonce i dle lékařských fakult. Tuto přísahu skládá každý lékař, je to slavnostní a vysoce ceněný slib.

Etický kodex ČLK je právně závazný dokument pro všechny lékaře. *Obsahuje pravidla chování, která jsou založena především na jejich morálním podkladě. Primárně neurčuje odborné či formální zásady pro výkon lékařského povolání, nýbrž lékařům klade navíc za povinnost chovat se v souladu právě s etickými pravidly. Vychází především ze základních právních předpisů upravujících ochranu života a zdraví jednotlivce.* (Ptáček a Bartůněk, 2012, s. 222–224)

Doporučení představenstva ČLK č. 1/2010 se zabývá přistoupením na paliativní péči, a to u pacientů v konečné fázi života, kteří nejsou schopni vyřknout svá přání. Je rozděleno do sedmi článků, každý je zaměřen určitým směrem. *Druhý článek např. definuje cíle doporučeného postupu při rozhodování o změně léčby intenzivní na léčbu paliativní u terminálně nemocných pacientů. Čtvrtý článek stanoví základní východiska pro postup při rozhodování o změně léčby intenzivní na léčbu paliativní u terminálně nemocných pa-*

*cientů, atd.* Nejde o legalizaci eutanazie, naopak připomíná zákaz tohoto aktu. (Ptáček a Bartůněk, 2012, s. 228–229)

### 6.3 Zneužití eutanazie

Eutanazii, jako téměř vše na světě, lze rovněž zneužít. Např. zneužití rodinou pacienta, která může tvrdit, že pacient mnohokrát a již dříve žádal o ukončení života, pokud by došlo k situaci, že bude upoután na lůžko, neschopen žít důstojným životem. Nemusí přitom jít o zmírnění utrpení pacienta, ale o snahu, jak nemocného sprovodit ze světa a zbavit se tak finanční „zátěže“. Pokud lékař vykoná eutanazii, kdo dosvědčí, že ji vykonal opravdu ze svobodné vůle pacienta? Nabízí se i další otázky. Neužil pacient lék, který by ovlivnil jeho momentální psychické rozpoložení? Netrpěl zrovna v onu osudnou chvíli těžkými bolestmi, které ho donutily zažádat o smrtící prostředek? Ve zmíněném kontextu se pohybujeme na tzv. „kluzkém svahu“.

Strach z „kluzkého svahu“ (rovněž také „šikmá plocha“) vychází z holocaustu za druhé světové války v Německu. Pokud by byla eutanazie legální, mohla by společnost „sklouznout“ až do nedobrovolného provádění eutanazie na duševně nemocných, dementních a dalších. Otázkou je, zda se dnešní společnost podobá té německé za vlády Adolfa Hitlera a svěřenou moc by takto zneužila. V Holandsku mají mnohaletou zkušenost s prováděním eutanazie a zatím nebyly zaznamenány případy zneužívání. V každém ohledu postavení zábran proti případnému zneužití je základem pro legalizaci eutanazie. (Thomasma, Kushnerová, 2000, s. 222)

Pojem „kluzký svah“ se netýká pouze problematiky eutanazie, ale také asistované reprodukce a dalších. Jde o pohyb na určité pomyslné hranici mezi tím, co je dobré a zlé, morálně správné a naopak. Přesně stanovit tuto hranici je velmi obtížné. Příklad kluzkého svahu se objevil u švýcarské společnosti Dignitas, která praktikuje asistovanou sebevraždu, a to i u pacientů, kteří nejsou terminálně nemocní bez možnosti vyléčení, přesněji na duševně nemocných, což by časem mohlo dojít až do fáze usmrcování lidí, kteří chtějí spáchat sebevraždu z jiných důvodů, než je utrpení z nevléčitelné choroby v terminálním stádiu. U asistované reprodukce je kluzký svah zmiňován v problematice klonování, zejména člověka. Z výše uvedeného vyplývá, že v dnešní medicíně snadno dojde ke kluzkému svahu, což může mít nedozírné následky. Je důležité dbát především na prevenci, než řešit následně vzniklé komplikace. (Vácha, Königová, Mauer, 2012, s. 131, 134–137)

## 7 SKUTEČNÉ PŘÍBĚHY (PRÁVO NA SMRT)

Na úvod cituji báseň od pacienta G. Hentschela s názvem *Pro každý případ* (Brabec, 1991, s. 102–103):

*Až jednou dojdu ku konci svých dnů,  
mne zemřít nechte a netočte se tolik okolo  
Vždyť jednou i hrnec rozpadne se v střep  
i mlýnské kolo jednou umlkne.  
A nevláčejte mne od lékaře k lékaři,  
ušetřete trýznivé hledání sobě i mně;  
každý jednou přestane putovat  
a starý člověk rád usedne na zápraží,  
o to se starejte, aby se trýzeň umírání  
na spánek změnila a ne na lékařské jeviště;  
stará loď hledá přec klid v přístavu,  
nemocné zvíře uléhá ve vší tichosti.*

V knize od Joan M. Brovins a Thomas Oehmke s názvem *Vražda nebo milosrdenství?*<sup>5</sup> *Dr. Smrt* (1993), je popisován život a činy lékaře Kevorkiana, známého jako „doktor smrt“. Jeho první pacientkou byla Janet Adkinsová. Její manžel Ron ji popisoval jako osobu plnou života a planoucí vnitřním žářem. Jejich život však zkomplikovala Alzheimerova choroba, která postihla Janet a neustále se zhoršovala. Přála si zemřít, dokud se ještě byla schopná svobodně rozhodnout. Bylo jí 54 let. Zkoušela i experimentální léčbu, avšak na nový lék nemoc nereagovala. Proto se se svým manželem rozhodli kontaktovat Kevorkiana. Cituji přepis rozhovoru Janet s Kevorkianem dva dny před plánovanou smrtí:

*Kevorkian: Tak co, Janeto, chcete dál žít?*

*Adkinsová: Ne, nechci.*

*Kevorkian: Doopravdy ne?*

---

<sup>5</sup> BROVINS, M. J. a T. OEHMKE, 1993, *Vražda nebo milosrdenství? Dr. Smrt*.

*Adkinsová: Ne. Vidím, že můj život končí. Vím, že skončím v sanatoriu upoutaná na lůžko, přivázaná k němu, že nebudu vědět, kdo jsem, čím jsem a kde jsem... Přeji si to ukončit teď, dokud jsem při plném vědomí.*

*Kevorkian: Víte, co žádáte, abych udělal? Uvědomujete si to?*

*Adkinsová: Ano.*

*Kevorkian: Žádáte mě o pomoc?*

*Adkinsová: Žádám.*

*Kevorkian: Uvědomujete si, že já mohu všechno připravit, ale že vy sama to budete muset udělat? Vy sama budete muset stisknout knoflík.*

*Adkinsová: Rozumím.*

Celý rozhovor trval asi hodinu a byl pečlivě zaznamenan. V pondělí, v den své smrti, napsala Janet dopis na rozloučenou a následně se na určeném místě sešli Janet, Kevorkian a jeho všeobecné sestry. Celý akt se odehrával v mikrobuse, Kevorkian Janet vysvětlil, jak funguje jeho stroj „Mercitron“, sestry se za ni pomodlily. Poté, co Janet spustila Mercitron, byla několik minut v bezvědomí a následně zemřela. Tuto zprávu Kevorkian později zatelefonoval Ronaldovi Adkinsonovi.

Velmi zajímavým shledávám život Španěla Ramona Sampedra, jehož příběh zdokumentoval režisér Alejandro Amenábar v životopisném filmu *Hlas moře* roku 2004. Hlavní hrdina Ramon utrpěl ve věku 17 let vážný úraz při nebezpečném skoku do moře. Od té doby je již 30 let trvale upoután na lůžko. Celou tu dobu vedl kampaň za právo na eutanazii a svou vlastní smrt. Byl velmi nešťastný, svět znal pouze z okna svého pokoje. Do jeho života však vstoupí dvě ženy, Julie a Rose. Obě se do Ramona zamilují. Julie je právnička, která sama trpí degenerativní chorobou a touží Ramonovi pomoci v jeho boji za důstojnou smrt. Zastupuje ho během soudních řízení, kde je hlavním tématem Ramonovo přání zemřít. Opakem je Rose, která se ho snaží přesvědčit, že život stále stojí za to žít. Jelikož jeho žádosti byly zamítnuty, rozhodne se k výkonu eutanazie přistoupit tajně. S blížící se smrtí natáčí video, kde obhazuje svůj čin a vysvětluje, že celý proces byl rozdělen do mnoha úkonů, na kterých se podíleli jeho přátelé a tyto drobné úkony samy o sobě nejsou trestným činem. Ramon vypije roztok kyanidu draselného, který je mu připraven u hlavy tak, aby se na samotném aktu nepodílel nikdo jiný. Ramonovým heslem bylo, že život není povinnost, jako to bylo v jeho případě, kdy byl držen při životě proti své vůli. Život je právo.



## 8 EUTANÁZIE V ZAHRANIČÍ

Ve většině států je eutanazie zakázána. Je považována za neetický akt a ten, kdo ji provede nebo dopomůže pacientovi i přes jasně stanovený zákaz, je trestně stíhán za vraždu nebo dopomoc k sebevraždě. Na negativní postoj k legalizaci má jistě vliv strach ze zneužití. Časem by mohla být eutanazie prováděna ve velké míře a nemuselo by jít ani o přání pacienta. V několika zemích, kde je eutanazie legální, se jedná spíše o pasivní eutanazii nebo asistované suicidium a provádět se smí pouze za dodržení jasných podmínek.

Velmi známým státem, kde povolují aktivní eutanazii, je Nizozemsko neboli Holandsko. V tomto státě probíhaly přibližně do 90. let 20. století dlouhé diskuze jak na lékařských fakultách, tak v politice na téma eutanazie. Došlo k dlouhodobému zkvalitňování zdravotnické péče, které bylo vedeno politiky a úředníky ve spolupráci s dalšími státními subjekty, např. zdravotními pojišťovnami atd. I přesto rostl počet občanů žádajících dvě formy urychlení smrti, a to asistovanou sebevraždu a eutanazii. V důsledku toho bylo zrealizováno výzkumné šetření pro zjištění zkušeností s eutanazií u zdravotnického personálu, pacientů a dalších. Většina občanů se shodla na tom, že eutanazie ošetřená zákonem je vhodnější způsob než její provádění tzv. „na černo“. Ministerstvo spravedlnosti připravilo návrh zákona o ukončení života na žádost a o asistované sebevraždě. Ten vešel v platnost 1. dubna 2002 a průběžně se novelizuje. Každý lékař, který provede eutanazii, má povinnost tento čin hlásit příslušným orgánům, což jsou speciální komise pro kontrolu těchto případů. Rovněž je zachována trestní odpovědnost lékařů a ostatních osob. (Božková, 2012, s. 7–11)

Od roku 2002 je eutanazie rovněž povolena v Belgii, dále je tolerována v Oregonu v Americe, a to od roku 1998. Zde je povolena pouze asistovaná sebevražda, k žádosti jsou potřeba dva svědci a pacient musí být informován o možnosti žádost kdykoli odvolat. Ministerstvo zdravotnictví v Oregonu všechny případy eviduje. Žadatel musí splňovat velmi přísné podmínky. Ve Švýcarsku je specifické, že osoba dožadující se eutanazie nemusí být terminálně nemocná, nemusí být ani občanem Švýcarska, což se nazývá „sebevražedný turismus“. V této zemi je eutanazie řízena organizacemi neziskovými, nikoli lékařskými. Mezi výše uvedené státy patří i Kolumbie. Pasivní eutanazie je umožněna např. ve Finsku, Dánsku, Itálii, Německu a dalších. Jedná se zde především o ustoupení od léčby. V některých zemích jsou založeny tzv. Společnosti pro vyžádanou eutanazii, které se jí zabývají jako svým hlavním programem. Příkladem je Austrálie nebo Velká Británie.

(Zemanová, 2009, s. 91–94; Vácha, Königová, Mauer, 2012, s. 244–246; Božková, 2012, s. 15–17)

- **Holandský model eutanazie**

Holandských modelů je mnoho, např. model zdravotnictví, sociální práce, eutanazie. Zahrnuje předpisy, normy a zákony, kterými se občané Holandska musí řídit. Pod pojmem holandský model bývá často popisován průběh událostí, které vedly postupem času až k legalizaci eutanazie, rovněž definuje pojem eutanazie a další. Často se stává předmětem debat o eutanazii.

Roku 1982 byla stanovena Vládní komise pro eutanazii, která se společně s Ústřední komisí Královské holandské lékařské asociace podílela na určování podmínek, za kterých je možné eutanazii provést. Tyto komise později dohlížely na její provádění. Lékaři začali uvádět eutanazii jako příčinu smrti. Tzv. Rotterdamská kritéria, podle nichž lékař směl provést eutanazii a nebyl trestně stíhán, zní:

1. *Pacient musí být kompetentní a jeho žádost zcela dobrovolná a úmyslná.*
2. *Pacientova žádost musí být dobře uvážená, jasná a opakovaná.*
3. *Pacient musí nesnesitelně trpět (ne nutně fyzicky) a eutanazie musí být poslední možností. Jiné možnosti ulehčit situaci nemocného již byly vyzkoušeny a shledány neúčinnými.*
4. *Eutanazii může provádět jedině lékař.*
5. *Lékař musí vše konzultovat s jiným nezávislým lékařem, který již má zkušenosti z této oblasti.*

Jak bylo popsáno, roku 1988 zemřelo rukou lékaře asi 6000 lidí, přičemž některé zásahy byly prokázány jako úmyslné s cílem ukončit pacientův život, ne jako úlevu od utrpení při nemožnosti další léčby. Roku 1990 stanovila Královská lékařská asociace postup, který musí dodržet každý lékař po poskytnutí eutanazie, ve znění:

*Lékař provádějící eutanazii a asistované suicidium nepodá hlášení o přirozené smrti, nýbrž informuje místního lékařského revizora pomocí vyplněného rozsáhlého dotazníku. Místní revizor podá hlášení okresnímu právnímu zástupci. Tento pak rozhodne, zda případ předá k soudnímu trestnímu stíhání, či nikoli. (Munzarová, 2005, s. 35)*

Později prošel i návrh usmrcovat děti v rozmezí 12–15 let se souhlasem rodičů. Nezletilým ve věku 16–17 let lze také vyhovět, avšak rodiče musí být přítomni veškerým diskuzím na

toto téma. Nejčastější důvody pro zabití nejen dětí byly opuštění, osamělost, strach z bolesti, pocit obtěžování okolí apod., nikoliv nesnesitelné fyzické utrpení. (Munzarová, 2005, s. 32–36)

## 8.1 Eutanazie v Německu

V období národního socialismu v Německu vznikaly tendence k prosazování tzv. rasové hygieny. Hlavním představitelem, lze říci jejím „praotcem“, byl v první řadě Fritz Lentz, první profesor rasové hygieny v Německu, a to na Mnichovské univerzitě. Byla založena tzv. Liga lékařů, která se již na počátku vzniku skládala z 2 786 lékařů a jejímž úkolem bylo řídit a dohlížet na rasovou hygienu. Zásadní byl přístup k ženám. Ženy nesměly působit na vyšších postech, zastáván byl názor, že úkolem německé ženy je být krásná, rodit a pečovat o děti. (Proctor, 2009, s. 57, 74, 133)

Důležitou roli sehrál rovněž Adolf Hitler, který tuto „rasovou očistu“ zabudoval i do německé politiky a byl nazýván velkým lékařem. Na německých univerzitách vznikaly samostatné obory pro rasovou hygienu. Vydány byly Norimberské zákony, zákony o sterilizaci, zavedena byla „akce eutanazie“ a „program dětské eutanazie“, jenž vznikl na podkladě zavraždění dítěte, které se narodilo slepé a bez končetiny. Otec tohoto dítěte napsal osobní žádost Hitlerovi, aby jej dítěte zbavil. Následně začali být evidováni všichni novorozenci, u nichž bylo podezření na následující onemocnění:

- *Idiocie a mongolismus (obzvláště ve spojení se slepotou a hluchotou)*
- *Mikrocefalie*
- *Hydrocefalus (výraznějšího stupně nebo progresivní povahy)*
- *Deformity všech druhů, obzvláště chybějící končetiny, spina bifida atd.*
- *Obrny, včetně Littleovy choroby*

*Některé z těchto dětí byly vybrány a převáženy na „speciální dětské kliniky“, kde byly buď odsouzeny k smrti hladem, nebo jim byla podána smrtící injekce, nebo zemřely následkem nemocí způsobených podvýživou. Odhaduje se, že do konce války takto přišlo o život 5000 dětí. (Munzarová, 2005, s. 29–31)*

Za vlády Adolfa Hitlera byl proveden největší masakr století, při němž bylo zabito 6 milionů Židů a 3 miliony Cikánů, komunistů a odbojářů (Thomasma, Kushnerová, 2000, s. 216–217).

V současné době je situace v Německu jiná než v minulosti. Byla vydána novela trestního zákoníku (§ 217), která stále zakazuje eutanazii a rovněž i asistovanou sebevraždu prováděnou ze ziskuchtivých pohnutek. *Německé ministerstvo spravedlnosti zmiňuje potřebu jasnější zákonné beztrestnosti, pokud lékař na přání pacienta zvýší dávky bolest tišících prostředků, byť je vedlejším účinkem uspišení smrti* (Božková, 2012, s. 38). V porovnání s Německem je v České republice nemyslitelné, že by si člověk vyžádal vyšší či nižší dávku léku, nebo měl možnost tento „problém“ konzultovat s nezávislým odborníkem, což je v Německu klientům umožněno. Ustoupení od prodlužování života nemocného se v Německu odvíjí od přání pacienta a je-li soud na pochybách, přiklání se k udržování života klienta. Zajímavé je, že osoby blízké pacientovi jsou částečně nebo úplně zbaveny trestního stíhání, pokud mu byly nápomocné k sebevraždě pod tlakem emočně vyhrocené situace. Lze říci, že Německo vychází z Charty práv pacientů, která by se brzy měla stát zákonem a jejímž úkolem je chránit pacienty před jakoukoli formou eutanazie. (Božková, 2012, s. 37–39)

Jednoznačný zákon na téma eutanazie v dnešním Německu neexistuje. Pokud dojde k eutanazii, jedná se o trestný čin zabití. Aktivní eutanazie je jednoznačně zakázaná. Eutanazie je v Německu vzhledem ke své historii velmi citlivým tématem, o kterém Němci neradi mluví. (Bláhová, 2008, s. 19)

Současní němečtí občané, zvláště zdravotníci, se staví odmítavě k jakýmkoli debatám o eutanazii. Při rozdávání dotazníků německým zdravotníkům jsem se setkala s velmi negativními reakcemi. Ředitelé německých zdravotnických zařízení se báli zneužití dotazníků, které by zaměstnanci vyplnili, a proto je odmítli přijmout. Další obhajobou jejich jednání bylo, že německý národ je velmi věřící, a rovněž to, že se stále vzpamatovává z událostí, které se odehrály za krutovlády Adolfa Hitlera.

## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**

## 9 CHARAKTERISTIKA PRŮZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Průzkumné šetření se zaměřuje na zjištění názorů zdravotnického personálu v Německu na eutanazii, její legalizaci a jejich znalosti v souvisejících oblastech.

Strategii průzkumu jsem si zvolila kvantitativní prostřednictvím vytvořeného anonymního nestandardizovaného dotazníku. Tato metoda umožňuje zahrnout do průzkumu vyšší počet respondentů. Dotazník obsahoval 18 položek zaměřených na eutanazii a další související témata. Tuto průzkumnou metodu jsem si zvolila z důvodu vzdálenosti Německa, a s tím související zhoršené komunikace se zdravotnickými zařízeními. Dotazník obsahoval identifikační otázky a otázky odborného zaměření, a to 2 otázky otevřené a 15 uzavřených s volbou odpovědí a, b, c, atd.

### 9.1 Cíle průzkumu

Cílem průzkumu je:

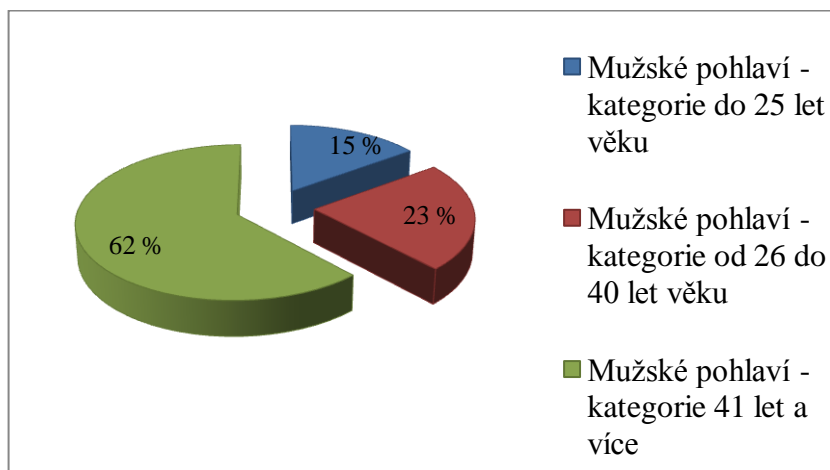
- Zjistit názory a znalosti německého zdravotnického personálu v oblasti eutanazie, umírání a hospicové péče v Německu.
- Zhodnotit postoje respondentů k legalizaci eutanazie a jednání v konkrétních smyšlených případech.
- Zjistit postoje respondentů na konkrétní žádost o eutanazii.

Průzkumný problém: Staví se německý zdravotnický personál k legalizaci eutanazie spíše pozitivně nebo negativně? Jaké jsou jejich názory na eutanazii?

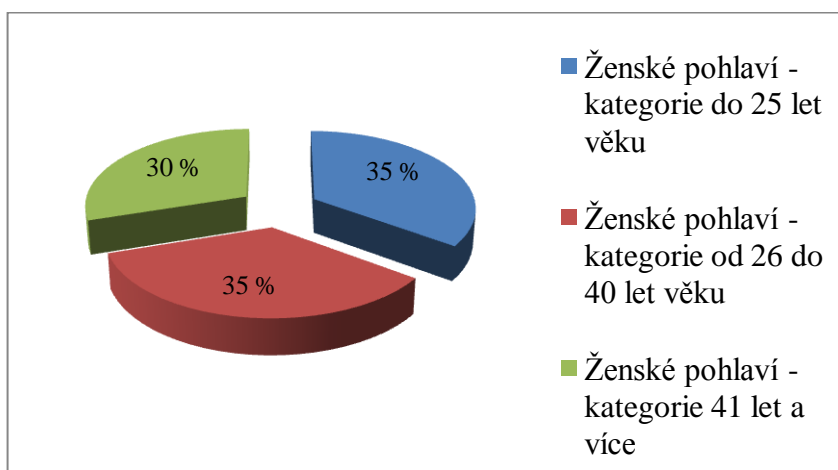
### 9.2 Respondenti

Skupina respondentů byla vybrána záměrně. Sestávala ze zdravotnického personálu různého pohlaví, věku, vzdělání a délky praxe. Rozdání dotazníků proběhlo zprostředkovaně přes osobu blízkou žijící v Německu, a to v následujících městech - Ludwigsburgu, Stuttgartu, Asperku a Tammu. Celkový počet respondentů byl 50 osob. Jak uvádí graf níže, většina respondentů byly ženy, a to celkem 37. Přibližně stejný počet žen byl zaznamenán ve všech třech věkových kategoriích, a to do 25 let (35 %), od 26 do 40 let (35 %) a nad 41 let (30 %). Respondentů mužského pohlaví bylo 13 osob. Z toho nejméně v kategorii do 25 let a do 40 let, pouhých 15 % a 23 %. Nejvíce mužů bylo ve třetí kategorii nad 41 let věku (62 %).

Graf č. 1: Respondenti věk – muži



Graf č. 2: Respondenti věk – ženy



### 9.3 Návratnost dotazníků

Celkem jsem měla připravených 100 dotazníků, které jsem překládala z českého jazyka do jazyka německého. Bohužel zdravotnická zařízení v Německu tyto dotazníky odmítla přijmout, a to hlavně z důvodů náboženských a také kvůli citlivosti tohoto tématu v této zemi. Proto se mi podařilo získat přes osobu blízkou žijící v Německu 50 respondentů, kteří byli ochotní dotazník vyplnit. Návratnost dotazníků tedy byla 50%. Na některé otázky však respondenti vůbec neodpovídali. Např. u první otevřené otázky „Co si představujete pod pojmem eutanazie?“ odpovědělo jen 40 % respondentů, u druhé otevřené otázky „Co si představujete pod pojmem paliativní péče?“ pouhých 30 %. Odpovědi jsem překládala do

českého jazyka. Korekturu překladu provedla odborná překladatelka. Následně byly odpovědi analyzovány.



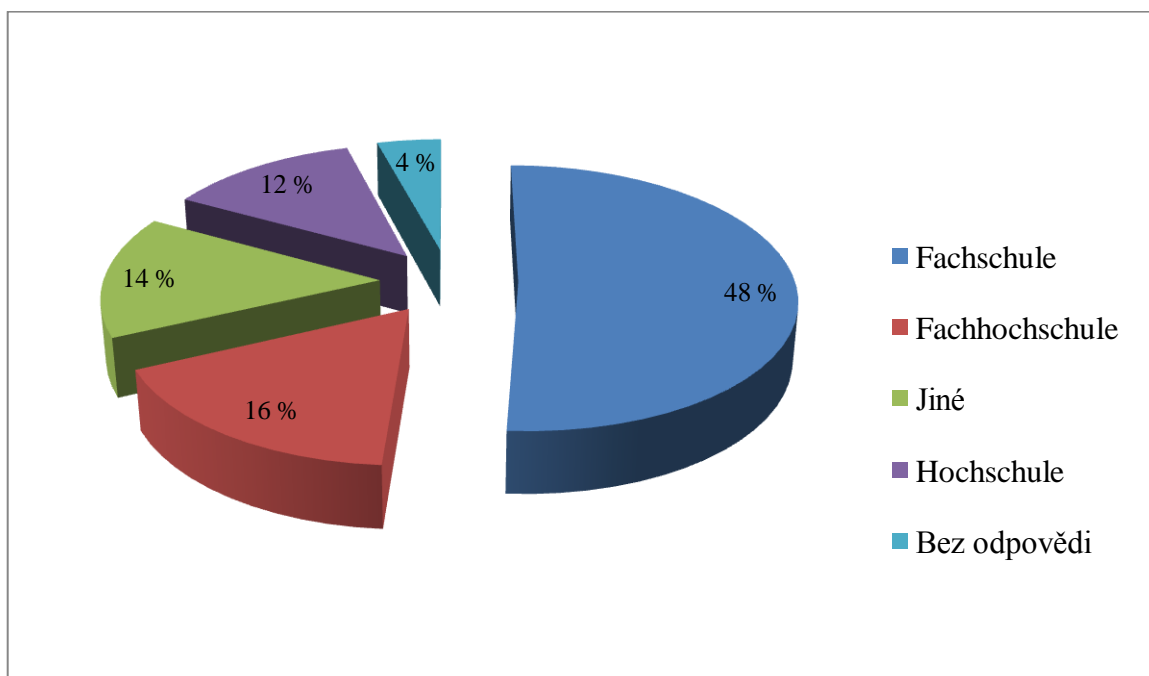
## 9.4 Vyhodnocení výsledků

### Identifikační otázky

#### Vzdělání respondentů

Německý vzdělávací systém se v mnohém odlišuje od českého. V Německu existují 3 stupně vzdělávání pro děti od 10 let věku, a to Hauptschule (do 16 let, připravuje žáky na praktická povolání), Gymnasium (do 18 let jako příprava na vysokou školu) a Realschule (do 16 let, připravuje žáky na zaměstnání nejčastěji v administrativní nebo obchodní oblasti). Dále navazují Fachgymnasium, což je odborné gymnázium a Fachoberschule neboli střední odborná škola. Obě navazují na Realschule. Jako třetí je Lehre/Berufschule, tzv. učení a navazuje na Realschule nebo Hauptschule. Po dokončení některé z těchto škol mají studenti možnost pokračovat dále ve studiu, a to na Hochschule, což je univerzita neboli vysoká škola, Fachhochschule také vyšší odborná škola, anebo na Fachschule (odborná škola). Fachschule a Fachhochschule navazují na Fachoberschule. Hochschule může navazovat na Gymnasium, Fachgymnasium apod. (viz. Příloha č. 1)

Graf č. 3: Vzdělání respondentů



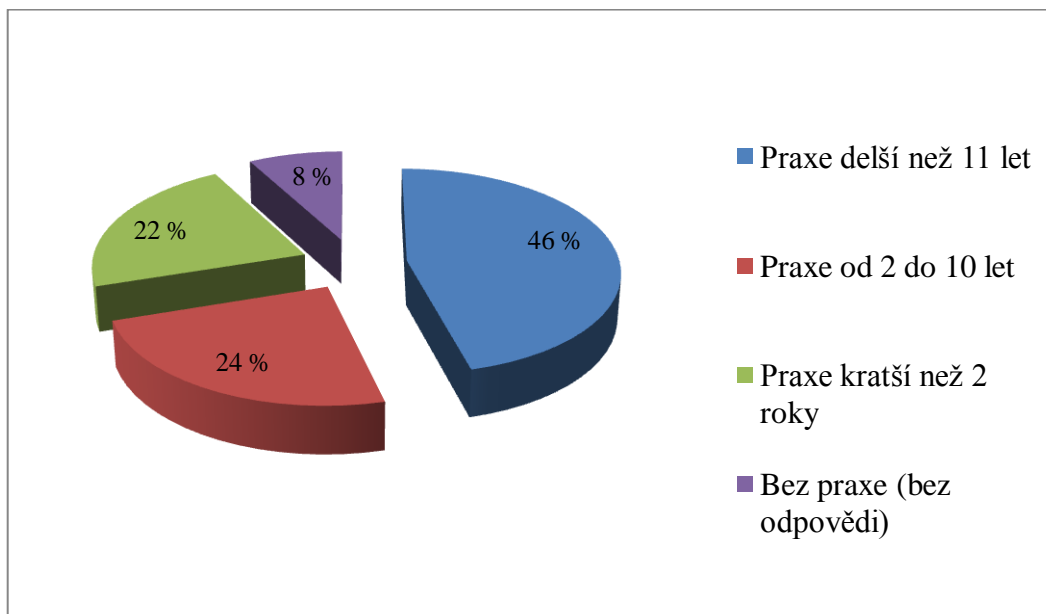
#### Analýza výsledků

Z grafu vyplývá, že nejvíce respondentů absolvovalo Fachschule, tedy odbornou školu, potom Fachhochschule, obdobu české vyšší odborné školy, 14 % respondentů označilo

odpověď d) Jiné, avšak nevedli, jakou konkrétní školu studovali. Vysokoškolské vzdělání mělo jen 12 % respondentů. Na otázku neodpověděli 2 respondenti, což jsou 4 %.

### Délka praxe v oboru

Graf č. 4: Délka praxe respondentů



### Analýza výsledků

Jak uvádí graf, většina respondentů má praxi v oboru zdravotnictví delší než 11 let. Přibližně stejný počet respondentů byl v kategorii délky praxe do 10 let a kategorii praxe kratší než 2 roky. Nejnižší procento zaujali respondenti bez praxe a ti, kteří na otázku neodpověděli, a to v poměru 4 % : 4 %.

## 1. Otázka – Pojem eutanazie

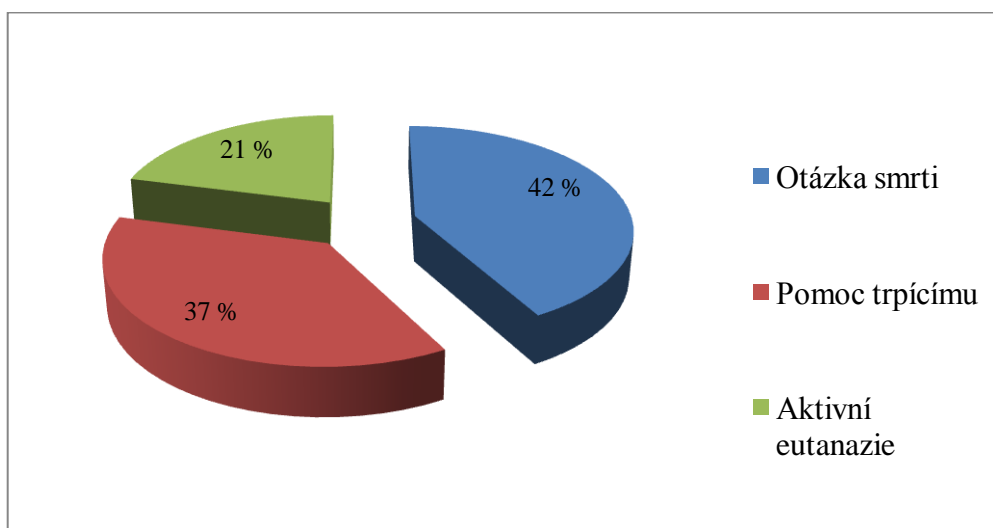
U první otázky měli respondenti uvést, co si představují pod pojmem eutanazie.

Na tuto otázku odpovědělo pouhých 40 % respondentů. Kvůli různorodosti odpovědí jsem je rozdělila do tří kategorií: otázka smrti, aktivní eutanazie a pomoc trpícímu. Do kategorie „otázka smrti“ jsem zařadila následující odpovědi: výběr doby smrti, doprovod ke smrti, otázka smrti, jak být mrtvý, konec života, dobré umírání (2x), dobrá eutanazie. V druhé kategorii byla odpověď „aktivní eutanazie“ společná čtyřem respondentům. Kategorie s názvem „pomoc trpícímu“ obsahuje následující odpovědi: úleva těžce nemocnému od utrpení, bolesti (5x), pomoc, je-li člověk těžce nemocen, měl by ji dostat.

Tabulka č. 1: Pojem eutanazie

	Absolutní četnost	Relativní četnost
<b>Otázka smrti</b>	8	42 %
<b>Pomoc trpícímu</b>	4	21 %
<b>Aktivní eutanazie</b>	7	37 %
<b>Celkem</b>	19	100 %

Graf č. 5: Pojem eutanazie



### Analýza výsledků

Z celkového počtu 19 osob, které odpověděly na danou otázku, 42 % respondentů vnímá eutanazii jako otázku smrti, ať už jako koncový bod života, nebo dobré umírání. Dle názo-

rů 37 % respondentů je eutanazie pomoc člověku při nesnesitelných bolestech a trápení. 21 % respondentů si pod pojmem eutanazie představuje eutanazii aktivní. Z celkového počtu 50 osob se jich 31 (60 %) odmítlo k otázce vyjádřit.

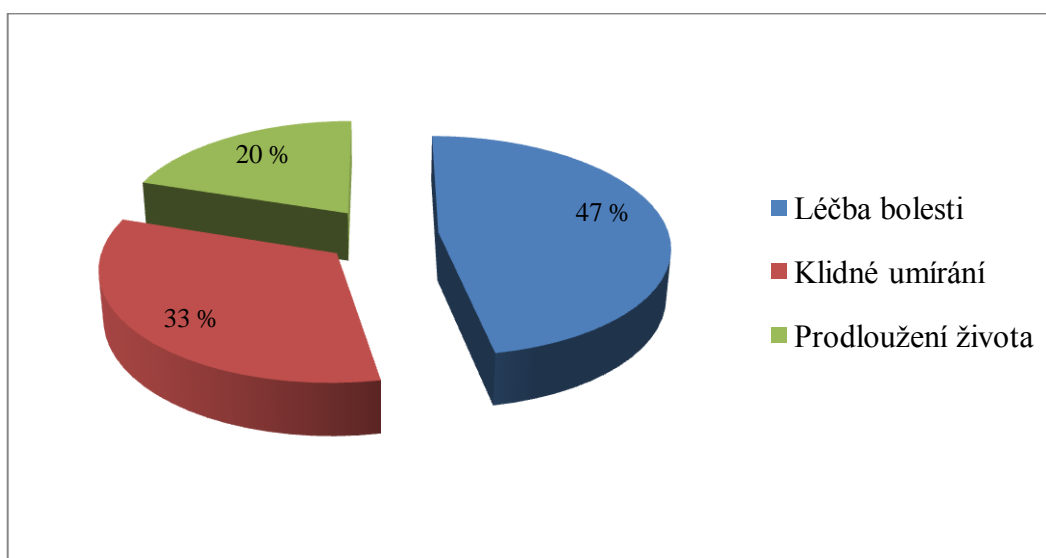
## 2. Otázka – Pojem paliativní péče (volná odpověď)

Respondenti v rámci této otázky uváděli, co si představují pod pojmem paliativní péče. Na otázku č. 2 odpovědělo 15 respondentů, což je 30 % z celkového počtu. Veškeré odpovědi jsem rozdělila do 3 kategorií: léčba bolesti, klidné umírání a prodloužení života. To, že se paliativní péče zaměřuje na úlevu od bolesti, zmínilo 7 respondentů. Do kategorie „klidné umírání“ jsem zařadila tyto odpovědi: smrt bez obtíží (2x), doprovod na poslední cestě, klidné umírání a pomoc před smrtí. Následující odpovědi: prodloužení života, zpoždění umírání, zvýšení kvality života a snížení utrpení jsem zařadila do kategorie s názvem „prodloužení života“.

Tabulka č. 2: Pojem paliativní péče

	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>
<b>Léčba bolesti</b>	<b>7</b>	<b>47 %</b>
<b>Klidné umírání</b>	<b>5</b>	<b>33 %</b>
<b>Prodloužení života</b>	<b>3</b>	<b>20 %</b>
<b>Celkem</b>	<b>15</b>	<b>100 %</b>

Graf č. 6: Pojem paliativní péče



### Analýza výsledků

Z grafu je patrné, že z 15 respondentů, kteří odpověděli na otázku č. 2, se většina (47 %) přiklání k názoru, že je paliativní péče zaměřena na léčbu bolesti. 33 % respondentů si pod

pojmem paliativní péče představí klidné umírání, doprovod na poslední cestě, umírání bez obtíží apod. Zbytek respondentů (20 %) se domnívá, že paliativní péče znamená prodloužení života, jeho zkvalitňování a mírnění utrpení klienta.

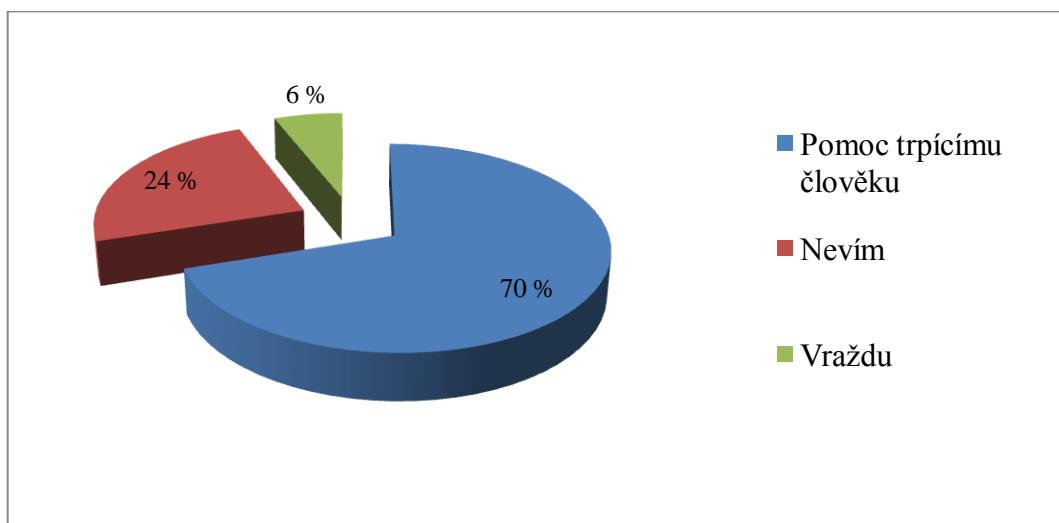
### 3. Otázka – Eutanazie

U třetí otázky dotazovaní uváděli, jak vnímají eutanazii, zdali kladně či záporně.

Tabulka č. 3: Eutanazie

	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>
<b>Pomoc trpícímu člověku</b>	<b>35</b>	<b>70 %</b>
<b>Vraždu</b>	<b>3</b>	<b>24 %</b>
<b>Nevím</b>	<b>12</b>	<b>6 %</b>
<b>Celkem</b>	<b>50</b>	<b>100 %</b>

Graf č. 7: Vnímání eutanazie



#### Analýza výsledků

70 % všech dotazovaných vnímá eutanazii kladně, jako pomoc člověku v utrpení. Malá část (24 %) se výslovně nepřiklání k žádnému radikálnímu názoru a respondenti proto volili odpověď za c) Nevím. Minimum respondentů (6 %) považuje eutanazii za vraždu.

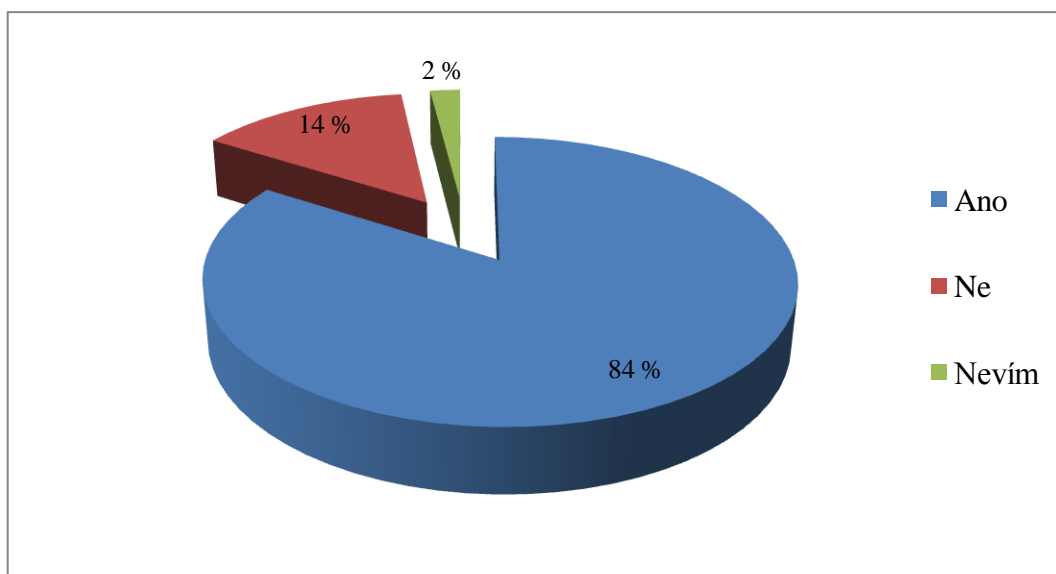
#### 4. Otázka – Eutanazie – diskutované téma?

U této otázky respondenti odpovídali, zdali je podle nich eutanazie v Německu dnes často řešeným tématem.

Tabulka č. 4: Eutanazie – diskutované téma?

	Absolutní četnost	Relativní četnost
<b>Ano</b>	<b>42</b>	<b>84 %</b>
<b>Ne</b>	<b>7</b>	<b>14 %</b>
<b>Nevím</b>	<b>1</b>	<b>2 %</b>
<b>Celkem</b>	<b>50</b>	<b>100 %</b>

Graf č. 8: Eutanazie – diskutované téma?



#### Analýza výsledků

Z celkového počtu dotazovaných se jich 84 % domnívá, že problematika eutanazie je dnes v Německu často diskutované téma. Minimum respondentů (14 %) si myslí, že je to přesně naopak a eutanazie není předmětem rozporuplných diskuzí. Jeden dotazovaný (2 %) zvolil odpověď za c) Nevím.



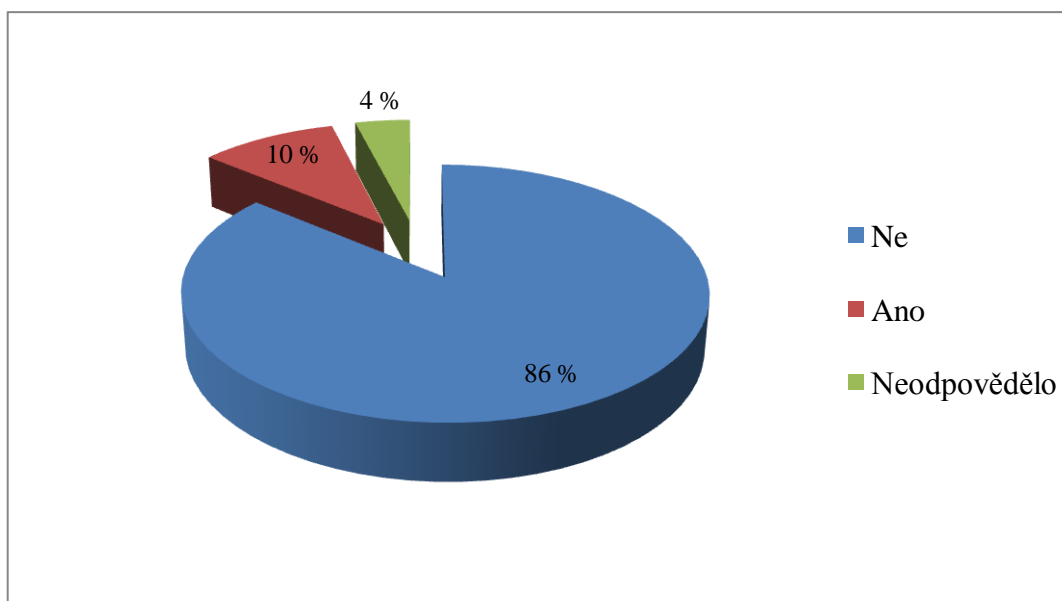
### 5. Otázka – Eutanazie v médiích

U této otázky měli respondenti uvést, zdali se v posledních měsících setkali s eutanazií v médiích a v jakém konkrétním případě.

Tabulka č. 5: Eutanazie v médiích

	Absolutní četnost	Relativní četnost
<b>Ano</b>	<b>5</b>	<b>10 %</b>
<b>Ne</b>	<b>43</b>	<b>86 %</b>
<b>Neodpovědělo</b>	<b>2</b>	<b>4 %</b>
<b>Celkem</b>	<b>50</b>	<b>100 %</b>

Graf č. 9: Eutanazie v mediích



#### Analýza výsledků

S eutanazií v médiích se většina (86 %) německých zdravotníků za poslední měsíce nese-tkala. Velmi malé procento respondentů (10 %) udává, že se v nedávné době s eutanazií setkali, bohužel neuvádí v dotazníku žádný konkrétní případ. Dva dotazovaní (4 %) na otázku neodpověděli.

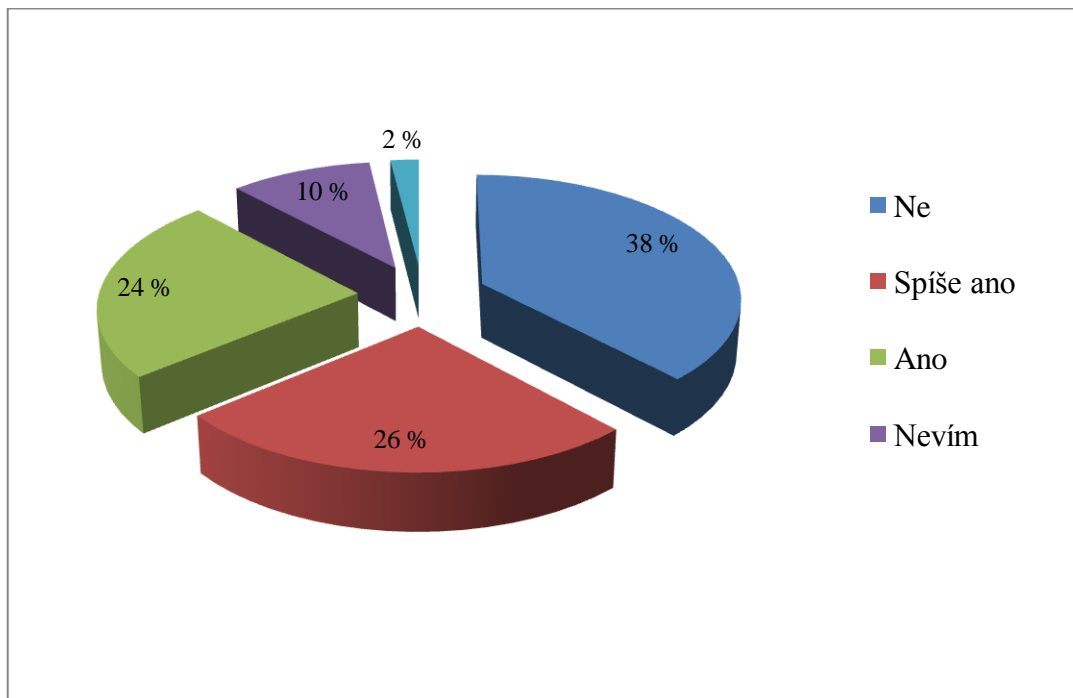
## 6. Otázka – Strach ze zneužití eutanazie

U otázky č. 6 měli respondenti vybrat odpověď na otázku, zdali by měli strach ze zneužití eutanazie, pokud by byla v Německu zlegalizována.

Tabulka č. 6: Strach ze zneužití eutanazie

	Absolutní četnost	Relativní četnost
<b>Ano</b>	12	24 %
<b>Spíše ano</b>	13	26 %
<b>Ne</b>	19	38 %
<b>Nevím</b>	5	10 %
<b>Neodpovědělo</b>	1	2 %
<b>Celkem</b>	50	100 %

Graf č. 10: Strach ze zneužití eutanazie



### Analýza výsledků

V této otázce jsou výsledky rozporuplné. 38 % respondentů by nemělo vůbec strach ze zneužití eutanazie při její legalizaci, což je zajímavé vzhledem k historii Německa. Odpo-

věď b) Spíše ano zvolilo 26 % dotazovaných. 12 (24 %) respondentů by se určitě bálo zneužití eutanazie. 10 % dotázaných osob nedokázalo na danou otázku odpovědět a zbytek respondentů (2 %) se zdrželo odpovědi.

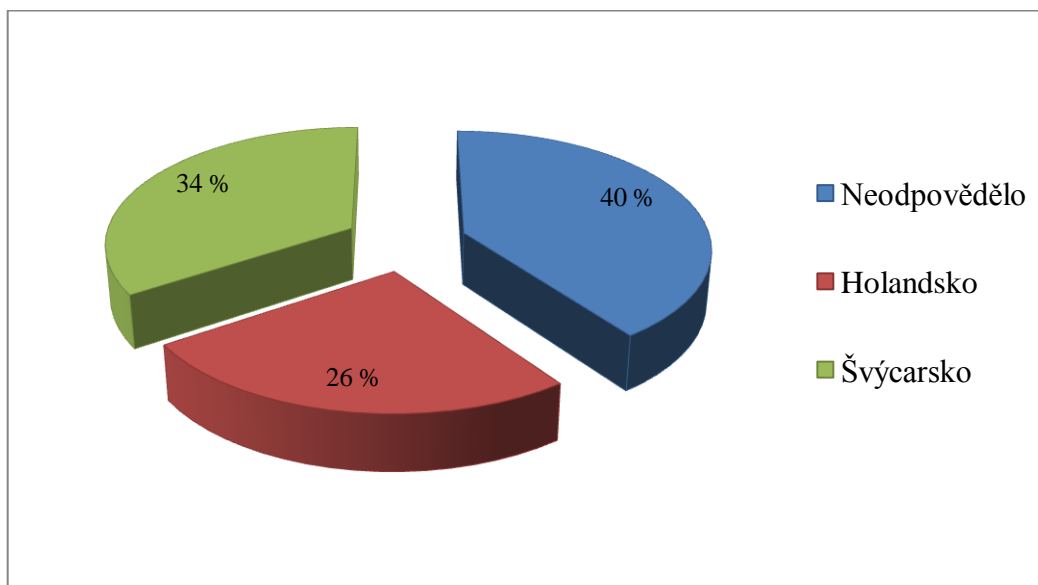
### 7. Otázka – Znalost zemí s legální eutanazií (procentuální podíl odpovědí)

U této otázky měli dotazovaní uvést, zdali znají nějakou zemi, kde je eutanazie legální a napsat jakou konkrétně.

Tabulka č. 7: Znalost zemí s legální eutanazií (procentuální podíl odpovědí)

	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>
<b>Neodpovědělo</b>	20	40 %
<b>Holandsko</b>	18	25,7 %
<b>Švýcarsko</b>	24	34,3 %
<b>Celkem</b>	62	100 %

Graf č. 11: Znalost zemí s legální eutanazií (procentuální podíl odpovědí)



#### Analýza výsledků

Z celkového počtu 50 respondentů na tuto otázku neodpovědělo 20 dotazovaných (40 %). Ze zemí, kde je eutanazie legální, jsou německým občanům nejznámější Švýcarsko a Holandsko. Jiné státy nebyly vůbec zmíněny. Někteří respondenti udávali pouze jeden stát, ostatní dva. Celkem bylo Švýcarsko zmíněno 24 krát a Holandsko 18 krát.

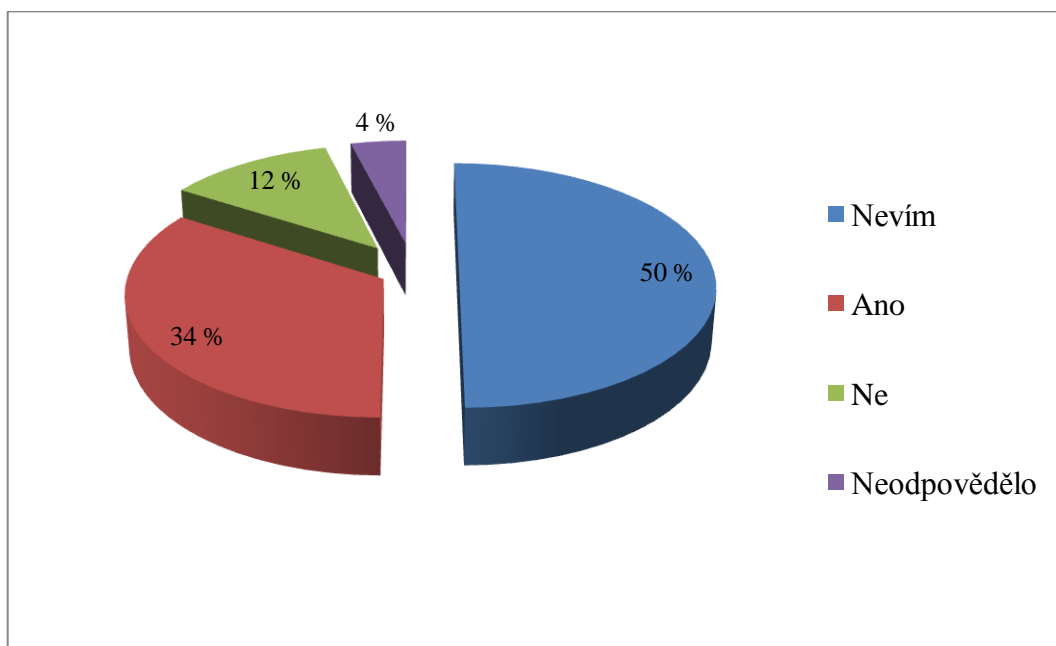
### 8. Otázka – Eutanazie a Hippokratova přísaha

Zde respondenti uváděli, zdali je dle jejich mínění eutanazie v souladu s Hippokratovou přísahou.

Tabulka č. 8: Eutanazie a Hippokratova přísaha

	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>
<b>Ano</b>	17	34 %
<b>Ne</b>	6	12 %
<b>Nevím</b>	25	50 %
<b>Neodpovědělo</b>	2	4 %
<b>Celkem</b>	50	100 %

Graf č. 12: Eutanazie a Hippokratova přísaha



#### Analýza výsledků

Na tuto otázku většina respondentů nedokázala odpovědět, a proto 50 % dotazovaných z celkového počtu zvolilo odpověď c) Nevím. Dva respondenti (4 %) odmítli odpovědět. 34 % dotazovaných se domnívá, že eutanazie je v souladu s Hippokratovou přísahou, naopak 12 % účastníků dotazníkového průzkumu si myslí, že je s ní v rozporu.

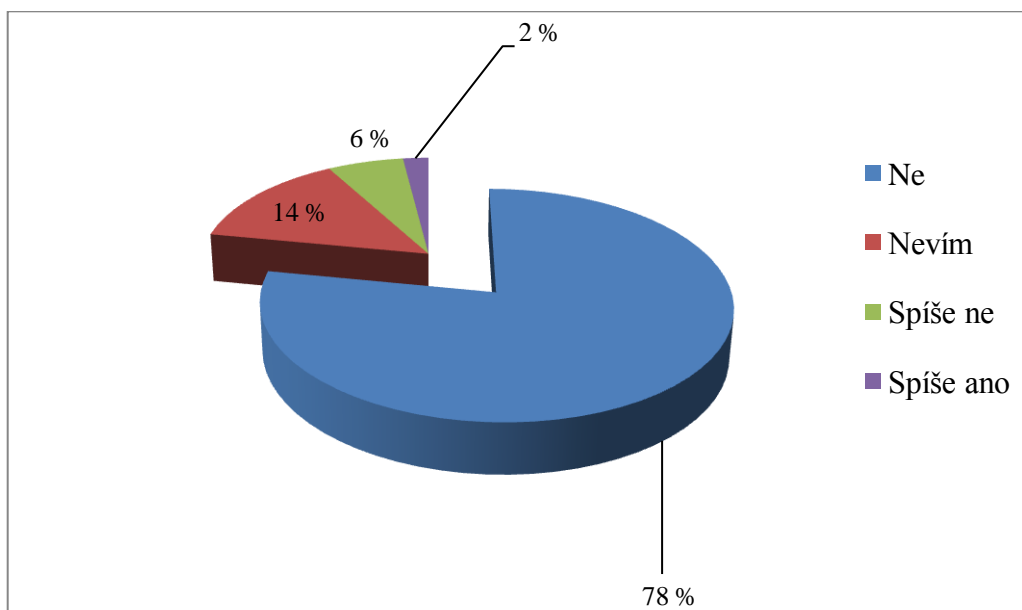
### 9. Otázka – Eutanazie a potrat

U této otázky měli respondenti uvést, zdali si myslí, že lze eutanazii srovnávat s potratem.

Tabulka č. 9: Eutanazie a potrat

	Absolutní četnost	Relativní četnost
<b>Spíše ano</b>	1	2 %
<b>Spíše ne</b>	3	6 %
<b>Ne</b>	39	78 %
<b>Nevím</b>	7	14 %

Graf č. 13: Eutanazie a potrat



#### Analýza výsledků

Nejméně respondentů (2 %) se domnívá, že lze potrat přirovnat k eutanazii a zvolilo odpověď a) Spíše ano. Minimum respondentů (6 %) zvolilo odpověď b) Spíše ne. Valná většina dotazovaných se shodla na tom, že potrat nelze přirovnat k eutanazii, a to konkrétně 78 % účastníků průzkumu. 14 % dotazovaných neumělo otázku posoudit a zvolilo možnost d) Nevím.

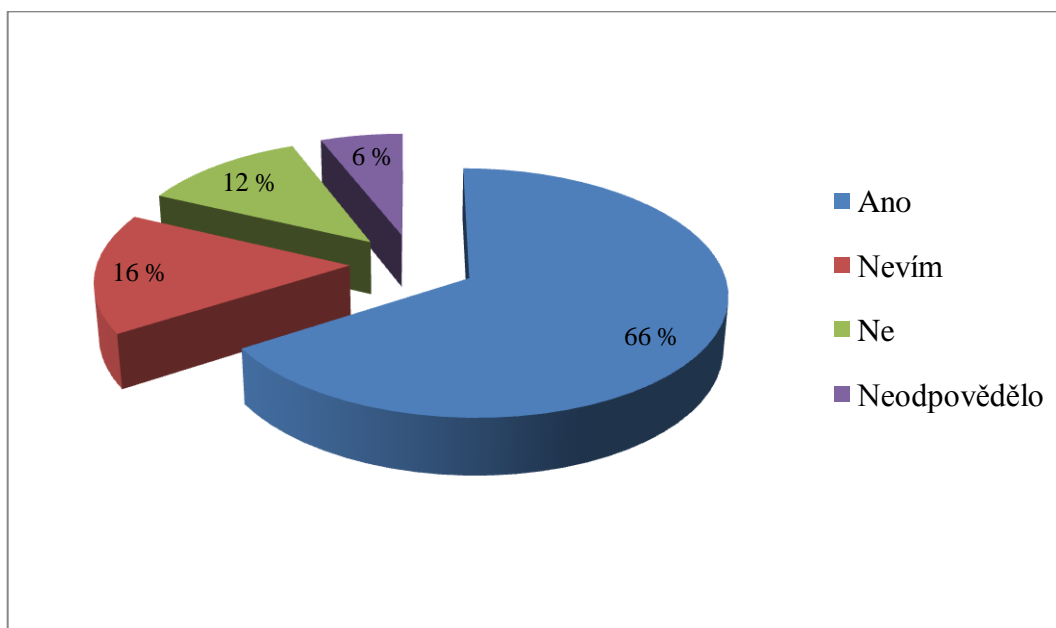
**10. Otázka – Nutnost osvěty v oblasti eutanazie (procentuální podíl odpovědí)**

V rámci otázky č. 10 měli dotazovaní uvést, zda si myslí, že je v Německu nutná osvěta v oblasti eutanazie.

Tabulka č. 10: Nutnost osvěty v oblasti eutanazie (procentuální podíl odpovědí)

	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>
<b>Ano</b>	33	66 %
<b>Ne</b>	6	12 %
<b>Nevím</b>	8	16 %
<b>Neodpovědělo</b>	3	6 %
<b>Celkem</b>	50	100 %

Graf č. 14: Nutnost osvěty v oblasti eutanazie (procentuální podíl odpovědí)

**Analýza výsledků**

Většina respondentů (66 %) si myslí, že by byla vhodná osvěta veřejnosti k tématu eutanazie. Malá část dotazovaných (16 %) nedokázala na otázku odpovědět a zvolila odpověď c) Nevím. Minimum účastníků průzkumu (12 %) se domnívá, že osvěta v problematice eutanazie není nutná. Zbýlých 6 % na otázku neodpovědělo.

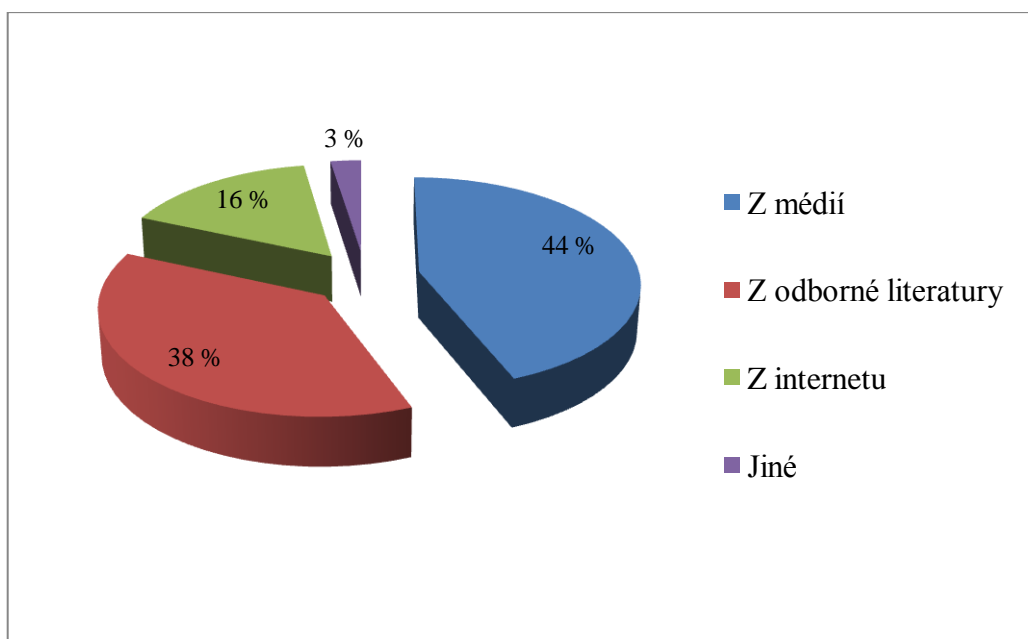
## 11. Otázka – Informace o eutanazii

U jedenácté otázky respondenti odpovídali, odkud mají informace o eutanazii.

Tabulka č. 11: Informace o eutanazii (procentuální podíl odpovědí)

	Absolutní četnost	Relativní četnost
<b>Z médií</b>	35	44 %
<b>Z odborné literatury</b>	30	37,5 %
<b>Z internetu</b>	13	16 %
<b>Jiné</b>	2	2,5 %
<b>Celkem</b>	80	100 %

Graf č. 15: Informace o eutanazii (procentuální podíl odpovědí)



### Analýza výsledků

Nejčastěji respondenti získávají informace o eutanazii z médií, tato odpověď byla zvolena 35 krát (44 %). Dále se velmi často objevovala odpověď b) Z odborné literatury (30 krát – 37 %). Menší část odpovědí patřila možnosti c) Z internetu, a to 16 % všech odpovědí. 2 krát (3 %) byla zvolena odpověď d) Jiné, avšak bez uvedení konkrétního zdroje.



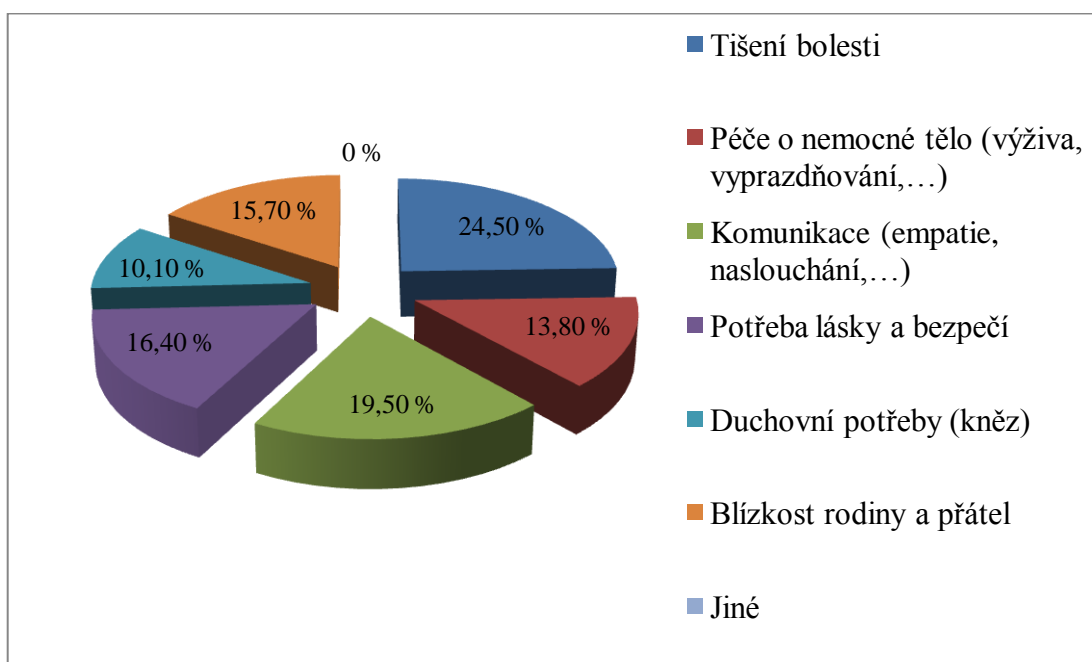
## 12. Otázka – Potřeby umírajícího

U této otázky se dotazovaní měli rozhodnout, jaké nejdůležitější potřeby má umírající pacient (možnost více odpovědí).

Tabulka č. 12: Potřeby umírajícího (Procentuální podíl odpovědí)

	Absolutní četnost	Relativní četnost
<b>Tišení bolesti</b>	39	24,5 %
<b>Péče o nemocné tělo (výživa, vyprazdňování,...)</b>	22	13,8 %
<b>Komunikace (empatie, naslouchání,...)</b>	31	19,5 %
<b>Potřeba lásky a bezpečí</b>	26	16,4 %
<b>Duchovní potřeby (kněz)</b>	16	10,1 %
<b>Blížkost rodiny a přátel</b>	25	15,7 %
<b>Jiné</b>	0	0 %
<b>Celkem</b>	159	100 %

Graf č. 16: Potřeby umírajícího (Procentuální podíl odpovědí)



### **Analýza výsledků**

U této otázky se respondenti většinou shodovali, že všechny zmíněné potřeby jsou pro umírajícího důležité, avšak vítězila potřeba nemít bolest, která byla zmíněna 39 krát (24,5 %). Jako druhá byla 31 krát (19,5 %) zvolena potřeba komunikace, ve které byla zařazena i empatie a naslouchání. 26 krát respondenti volili potřebu lásky a bezpečí (16,4 %) a 25 krát blízkost rodiny a přátel (15,7 %). Potřeba péče o fyzickou stránku (vyprazdňování, výživa,...) zůstala na pátém místě (13,8 %) a duchovní potřeby na šestém (10,1 %). Odpověď e) Jiné nezvolil žádný respondent.

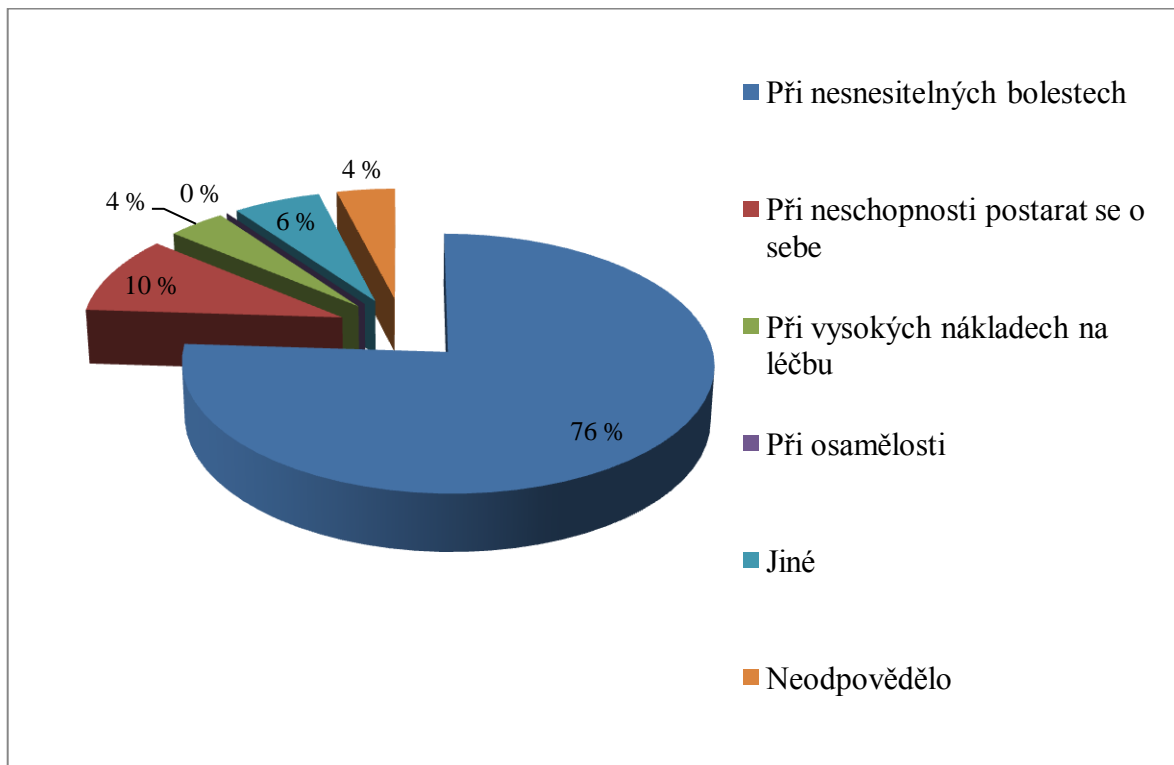
**13. Otázka – Právo na ukončení života**

U této otázky měli respondenti rozhodnout, kdy by měl dle jejich názoru pacient právo požádat o ukončení života.

Tabulka č. 13: Právo na ukončení života

	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>
<b>Při nesnesitelných bolestech</b>	38	76 %
<b>Při neschopnosti postarat se o sebe (kompletní závislost na druhé osobě)</b>	5	10 %
<b>Při vysokých nákladech na léčbu pacienta</b>	2	4 %
<b>Při osamělosti</b>	0	0 %
<b>Jiné</b>	3	6 %
<b>Neodpovědělo</b>	2	4 %
<b>Celkem</b>	50	100 %

Graf č. 17: Právo na ukončení života



### Analýza výsledků

76 % respondentů se shodlo, že člověk, který trpí nesnesitelnými bolestmi, má právo požádat o ukončení svého života. Na druhém místě zvolilo 10 % respondentů právo o eutanazii u pacienta neschopného postarat se o sebe. Právo na smrt při vysokých nákladech na léčbu pacienta zvolili pouze 4 % respondentů, rovněž další 4 % dotazovaných odmítli na otázku odpovědět. 6 % respondentů zvolilo možnost odpovědi e) Jiné, avšak jinou situaci, kdy má pacient právo na usmrcení neuvodli.

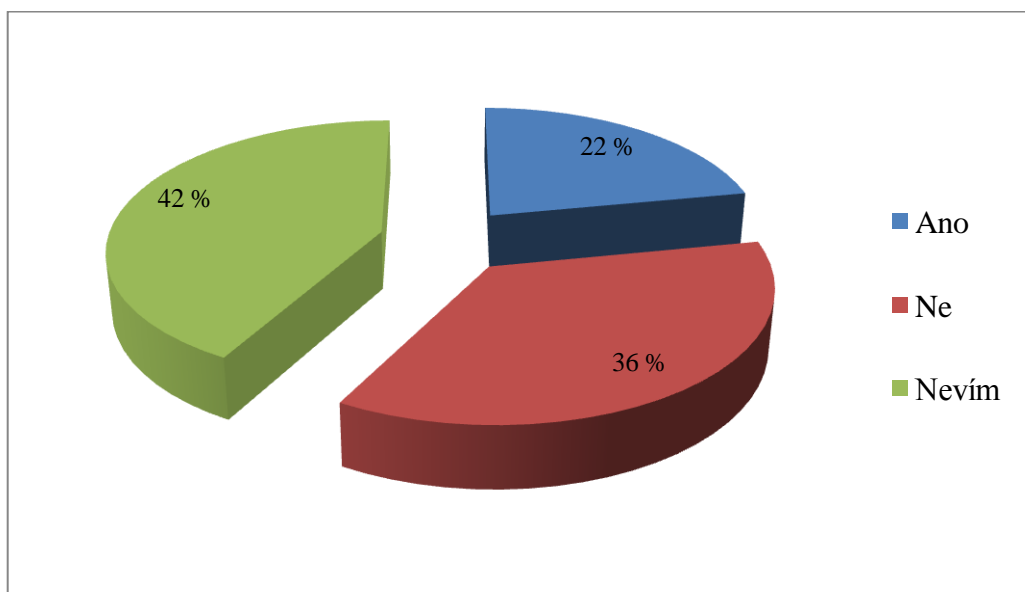
#### 14. Otázka – Legalizace eutanazie v Německu

U této otázky měli respondenti odpovědět, zdali by podpořili legalizaci eutanazie v Německu.

Tabulka č. 14: Legalizace eutanazie v Německu

	Absolutní četnost	Relativní četnost
<b>Ano</b>	11	22 %
<b>Ne</b>	18	36 %
<b>Nevím</b>	21	42 %
<b>Celkem</b>	50	100 %

Graf č. 18: Legalizace eutanazie v Německu



#### Analýza výsledků

Tato otázka je velmi sporná. Většina respondentů (43 %) neví, zdali by legalizaci podpořila, nebo ne. Menší část, přesněji 36 % dotazovaných udává, že by zlegalizování eutanazie nepodpořili. Zbývající respondenti (22 % neboli 11 osob) souhlasí s povolením eutanazie v Německu.

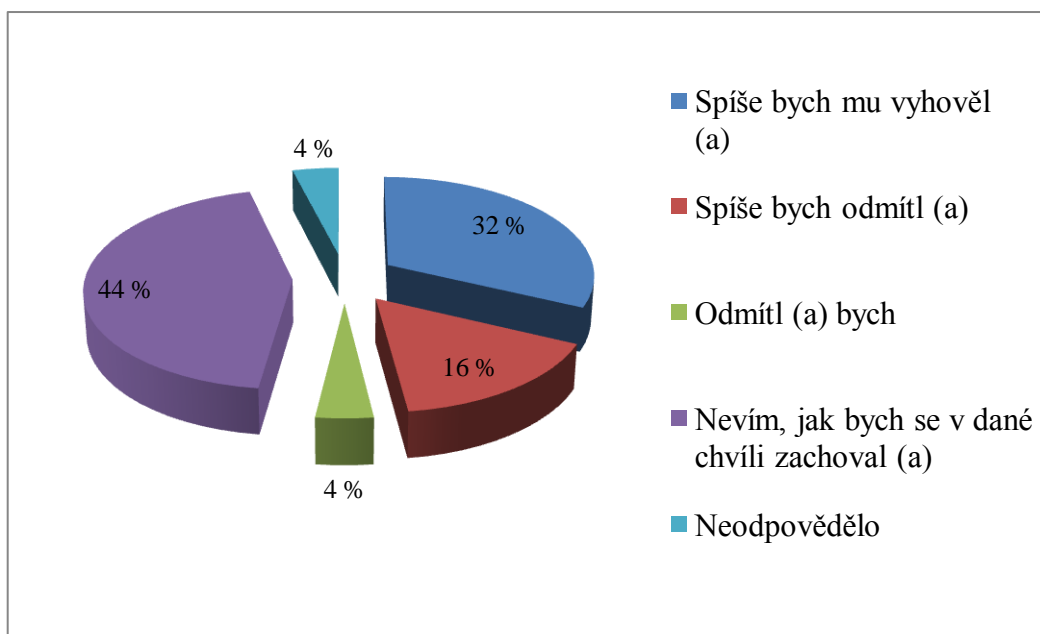
**15. Otázka – Žádost o eutanazii od blízké osoby**

U otázky č. 15 uváděli respondenti, jak by se zachovali, pokud by je blízký člověk požádal o eutanazii.

Tabulka č. 15: Žádost o eutanazii od blízké osoby

	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>
<b>Spíše bych mu vyhověl (a)</b>	16	32 %
<b>Spíše bych odmítl (a)</b>	8	16 %
<b>Odmítl (a) bych</b>	2	4 %
<b>Nevím, jak bych se v dané chvíli zachoval (a)</b>	22	44 %
<b>Neodpovědělo</b>	2	4 %
<b>Celkem</b>	50	100 %

Graf č. 19: Žádost o eutanazii od osoby blízké



### **Analýza výsledků**

Téměř polovina (44 %) respondentů uvádí, že neví, jak by se v situaci zmíněné v otázce zachovali, přesto by trpícímu člověku 32 % respondentů spíše vyhovělo v jeho žádosti. Dalších 16 % účastníků průzkumu by tuto žádost spíše odmítlo. 4 %, tedy pouze 2 dotazovaní uvedli, že by určitě odmítli vznesené přání o eutanazii. Zbývající respondenti (4 %) odmítli odpovědět.

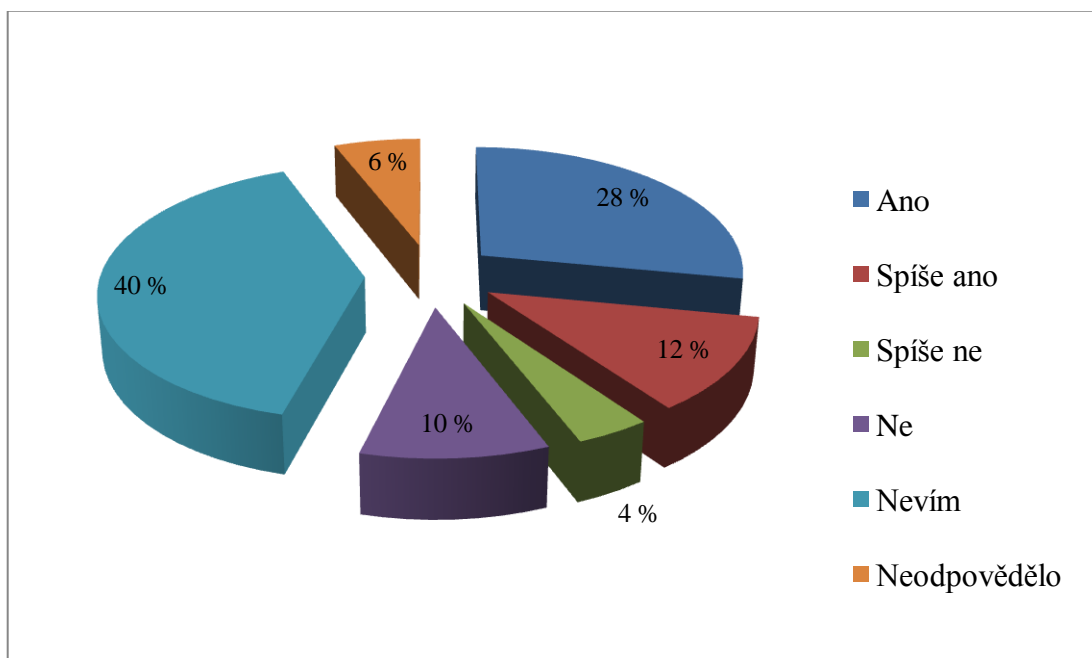
### 16. Otázka – Přítomnost rodiny u výkonu eutanazie

Zde měli dotazovaní uvádět, zdali by měla být u samotného provedení eutanazie přítomna rodina pacienta.

Tabulka č. 16: Přítomnost rodiny u výkonu eutanazie

	Absolutní četnost	Relativní četnost
<b>Ano</b>	14	28 %
<b>Spíše ano</b>	6	12 %
<b>Spíše ne</b>	2	4 %
<b>Ne</b>	5	10 %
<b>Nevím</b>	20	40 %
<b>Neodpovědělo</b>	3	6 %
<b>Celkem</b>	50	100 %

Graf č. 20: Přítomnost rodiny u výkonu eutanazie



#### Analýza výsledků

Největší část respondentů volila u této otázky odpověď e) Nevím, tedy nedokázali odpovědět, zdali je vhodná přítomnost rodiny u samotného výkonu eutanazie. S přítomností rodi-



ny souhlasilo 28 % respondentů a 12 % by spíše souhlasilo. S přítomností rodinných příslušníků u výkonu by určitě nesouhlasilo 10 % dotazovaných a 2 respondenti (4 %) by spíše nesouhlasili. Zbývajících 6 % respondentů na tuto otázku odmítlo odpovědět.

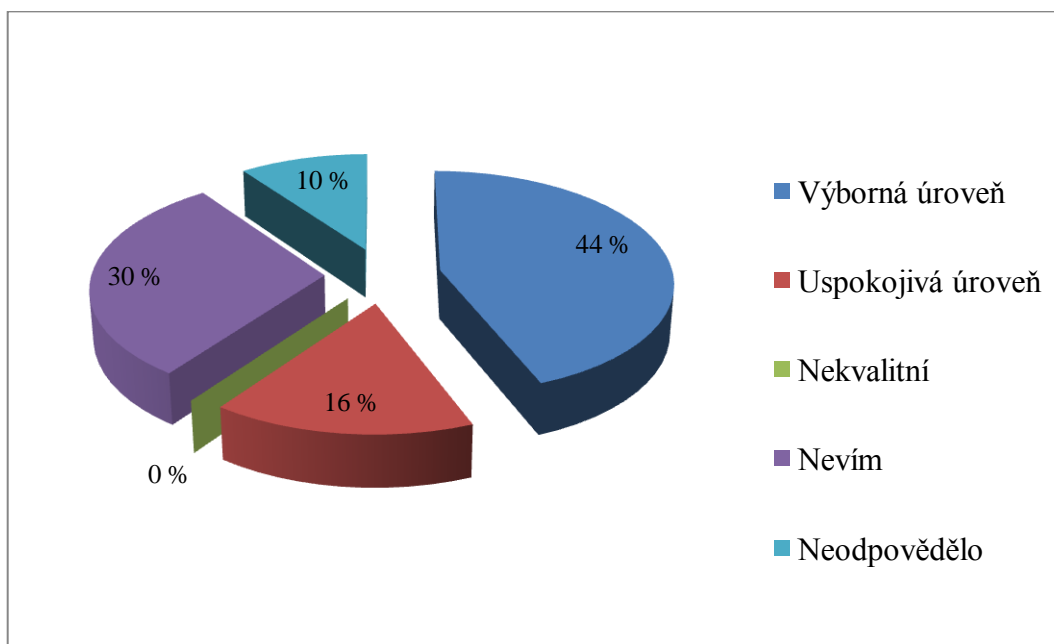
### 17. Otázka – Kvalita hospicové péče v Německu

U této otázky měli respondenti zhodnotit úroveň poskytované hospicové péče v Německu.

Tabulka č. 17: Kvalita hospicové péče v Německu

	Absolutní četnost	Relativní četnost
<b>Je na výborné úrovni</b>	22	44 %
<b>Uspokojivá úroveň</b>	8	16 %
<b>Je nekvalitní</b>	0	0 %
<b>Nevím</b>	15	30 %
<b>Neodpovědělo</b>	5	10 %
<b>Celkem</b>	50	100 %

Graf č. 21: Kvalita hospicové péče v Německu



#### Analýza výsledků

Dle většiny účastníků průzkumu (44 %) je hospicová péče v Německu na výborné úrovni. 30 % respondentů zvolilo odpověď c) nevím. 16 % dotazovaných se domnívá, že úroveň této péče je na uspokojivé úrovni a 10 % respondentů na otázku neodpovědělo.

### 18. Otázka – Reakce na konkrétní příklad žádosti o eutanazii

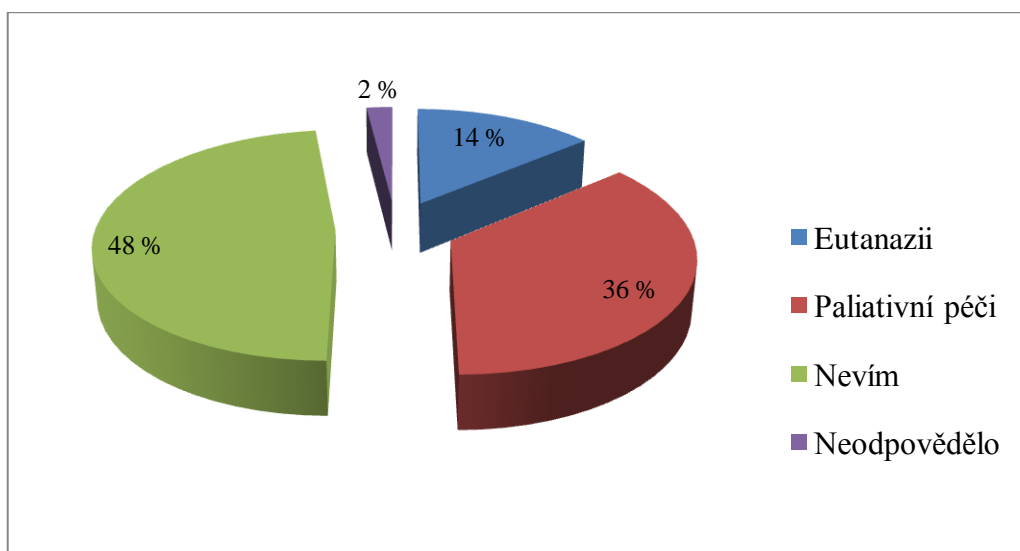
Níže je uveden konkrétní příklad, po jehož přečtení se měli respondenti rozhodnout, jaký postup péče by dle svého názoru zvolili pro uvedeného pacienta.

**Konkrétní příklad: Někdo z Vaší rodiny je smrtelně nemocný, při životě ho udržuje pouze péče, která mu je poskytována v nemocnici. Nemůže žít plnohodnotný život, je plně závislý na péči a pomoci druhé osoby. Tato dotyčná osoba Vás požádá o ukončení života. Jaká by byla Vaše reakce?**

Tabulka č. 18: Reakce na konkrétní příklad žádosti o eutanazii

	Absolutní četnost	Relativní četnost
<b>Eutanazii</b>	7	14 %
<b>Paliativní péči</b>	18	36 %
<b>Nevím</b>	24	48 %
<b>Neodpovědělo</b>	1	2 %
<b>Celkem</b>	50	100 %

Graf č. 22: Reakce na konkrétní příklad žádosti o eutanazii



### Analýza výsledků

Na tuto rozporuplnou otázku 46 % respondentů nedokázalo odpovědět a tak zvolili možnost c) Nevím. Eutanazii by ve výše zmíněném případě zvolilo 14 % respondentů, což je 7 osob. K paliativní péči by se přiklonilo 36 % dotazovaných. Jedna osoba (2 %) neodpověděla na otázku.

## 10 DISKUZE

Mým cílem bylo zhodnotit znalosti a názory respondentů v oblastech umírání, eutanazie a hospicové péče. Respondenti byli různého věku i pohlaví. Dosažené vzdělání se rovněž lišilo, avšak nejčastější byla Fachschule. Délka praxe respondentů byla různorodá s mírnou převahou praxe delší než 11 let. Na otevřené otázky zabývající se znalostí pojmu eutanazie a paliativní péče odpovědělo minimum respondentů, avšak jejich odpovědi na otázky lze charakterizovat jako správné. Rovněž otázka týkající se potřeb umírajících pacientů, nebyla pro respondenty problémem a většinou se shodovali na nejdůležitějších potřebách. Větší část respondentů také zná alespoň jednu zemi, kde je eutanazie legální, a to většinou Švýcarsko nebo Holandsko.

Prozkoumat reakce respondentů na konkrétní žádost o eutanazii bylo mým dalším cílem. 44 % dotazovaných uvedlo, že pokud by je blízká osoba požádala o eutanazii, neuměli by momentálně posoudit, jak by se v dané situaci zachovali. Zajímavé je, že poměrně velká část respondentů (32 %) by žádosti vyhověla. Při dalším konkrétním příkladu, kdy byla v možnostech odpovědí zahrnuta i paliativní péče, dávali respondenti paliativní péči (36 %) přednost před eutanazií (14 %). Zdali by měla být rodina přítomna u samotného výkonu eutanazie, neumí většina respondentů posoudit (40 %).

Jak jsem zjistila, vláda Adolfa Hitlera (1933 – 1945) silně poznamenala německé občany v otázkách eutanazie. Špatné vzpomínky na programy založené na vyvražďování nevinných osob, které za jeho panování byly zřízeny, ovlivňují německé obyvatelstvo dodnes. Přesto většina německého zdravotnického personálu, který jsem oslovila ve svém průzkumu, považuje eutanazii za pomoc trpícímu. Nevidí žádnou spojitost eutanazie s potraty, avšak domnívají se, že je v nesouladu s Hippokratovou přísahou. Informace o eutanazii dotazovaní čerpají často z médií nebo odborné literatury, menší část z internetových zdrojů. Němečtí zdravotníci považují eutanazii za často diskutované téma, zároveň je dle jejich mínění nutná osvěta a větší informovanost v oblasti eutanazie. Mým cílem bylo také zjistit názory německého zdravotnického personálu na legalizaci eutanazie v Německu. Většina respondentů se k otázce týkající se legalizace neuměla vyjádřit (42 %). Také velká část by legalizací v Německu nepodpořila (36 %). Oproti tomu v České republice mnoho lidí, ať laická veřejnost nebo zdravotnický personál, zastává názor, že eutanazie by zde měla být rozhodně legální (44, 7 %) a povolit by se měla u osob v terminálním stádiu, trpících těžkou nevléčitelnou chorobou (Bláhová, 2008, s. 45 – 56). Zbavení člověka utrpení

a bolesti je hlavním argumentem pro eutanazii. Na tom se shodují jak Němci tak Češi občané. Bláhová (2008) ve svém průzkumu uvádí, že paliativní péči jako možnost řešení situace trpícího klienta s bolestí, nezná většina českých občanů (68 %). Důvodem, proč nemá Německo tolik zastánců pro legalizaci eutanazie, může být právě to, že hospicová péče je tam velmi rozvinutá a dobře financovaná. Lidé v Německu mají o paliativní péči znalosti a uvádí, že je tam na vynikající úrovni. Proto se domnívám, že osvěta a stálý rozvoj v oblasti paliativní péče by mohl razantně změnit názory na eutanazii jak v Německu, tak i u nás v České republice.

## 11 ZÁVĚR

Cíle, které jsem si stanovila ve své bakalářské práci, se zaměřují na problematiku umírání, smrti, eutanazie a hospicové péče. U respondentů jsem zjišťovala znalosti ve zmíněných oblastech a také jejich postoje k legalizaci eutanazie, jejímu zneužití atd. Následně jsem uváděla konkrétní příklady žádostí o eutanazii a hodnotila reakce dotazovaných.

Eutanazie je bezesporu složité a často diskutované téma. Má mnoho odpůrců i zastánců, těžko však říci, zdali je správné udržovat člověka uměle při životě až do poslední chvíle, nebo jeho život ukončit. Většina respondentů v dotazníku uváděla, že pacient trpící dlouhodobou krutou bolestí má právo žádat eutanazii. Rovněž většina dotazovaných vnímá eutanazii pozitivně, jako pomoc trpícímu člověku. Avšak když by došlo k legalizaci eutanazie v Německu, minimum respondentů by s ní souhlasilo. V konkrétních situacích žádosti o eutanazii od blízké osoby většina respondentů nedokázala odpovědět, jak by se v dané situaci zachovali. Na otázky týkající se znalosti pojmu eutanazie a paliativní péče odpovídalo minimum respondentů, což si stejně jako nízkou návratnost dotazníků vysvětlují citlivostí tohoto tématu pro německé občany. Historické události ovlivnili myšlení a chování celého Německa a je pochopitelné, že se jim o otázkách eutanazie těžko hovoří.

V porovnání našeho zdravotnictví s Německem je jisté, že u nás velmi zaostává. Nízký plat zdravotníků, neustálé snižování stavů, zvyšující se nároky na péči a další faktory ovlivňují zdravotní péči v České republice. Německá zdravotnická zařízení vypisují neustále nabídky práce pro české všeobecné sestry, které tu sice získají velmi dobré vzdělání, avšak nedostává se jim v České republice dostačujícího ocenění. Problémem zde je i nízký počet hospicových zařízení a neznalost občanů. Mnoho Čechů ani neví, co znamená pojem paliativní péče a na co se zaměřuje. V Německu je paliativní péči věnována velká pozornost, dle mého průzkumu ji němečtí zdravotníci hodnotí jako velmi kvalitní.

Domnívám se, že ať Německo, Česká republika nebo jiná země, všichni potřebujeme osvětu v oblastech umírání, eutanazie a paliativní péče. Věřím, že až bude paliativní péče v hospicích a ve zdravotnických zařízeních známá všem občanům a bude na takové úrovni, že umírající člověk skoná bez bolesti, šťasten v okruhu svých blízkých, pak mnozí zastánci eutanazie na ni jistě změní svůj názor. Otázkou stále zůstávají případy mladých pacientů, dokonce dětí upoutaných na lůžko bez šance prožít kvalitní život. Avšak teprve až budeme znalí ve výše zmíněných oblastech, budeme znát jejich přínosy, ale i rizika, potom se můžeme posunout o malý krůček vpřed k legalizaci eutanazie.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] BLÁHOVÁ, Zuzana, 2008. *Eutanázie-Ano, či ne?* [online]. Brno, 2008. [1. 3. 2013]. Dostupné z <http://dspace.knihovna.utb.cz>. Diplomová práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií, Institut mezioborových studií Brno. Vedoucí práce MUDr. Peter Kováčik.
- [2] BRABEC, Ladislav, 1991. *Křesťanská thanatologie*. Praha: Gemma89, 118 s. ISBN 80-85206-06-4.
- [3] BROVINS, Joan a Thomas OEHMKE, 1993. *Vražda, nebo milosrdenství? Dr. Smrt*. Přeložil Vladimír SMRŽ, 1996. Praha: Brána, 184 s. ISBN 80-85946-45-9.
- [4] *Byl jsem mrtvý* [film]. Directed by Christina Bavetta. Velká Británie: Discovery Studios, 2009.
- [5] DORKOVÁ, Zlatica. *Umírání a smrt v historických souvislostech na základě interpretace významných děl*. In KRÁTKÁ, Anna, Jana KUTNOHORSKÁ a Martina CICHÁ a kol., 2011. *Ošetrovatelství – morální umění*. Praha: Grada, 264 s. ISBN 978-80-247-4201-4.
- [6] GÜNTER, Virt, 2000. *Žít až do konce*. Praha: Vyšehrad, 96 s. ISBN 80-7021-330-2.
- [7] HAŠKOVCOVÁ, Helena, 1975. *Rub života, líc smrti*. Praha: Orbis, 176 s.
- [8] *Hlas moře* [film]. Directed by Alejandro Amenábar. Španělsko/ Francie/ Itálie, 2004.
- [9] HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2007c. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. 2., přeprac. vyd. Praha: Galén, 244 s. ISBN 978-80-7262-471-3.
- [10] CHAUSSOY, Frédéric, 2005. *Nejsem vrah*. Frýdek - Místek : Alpress, 143 s. ISBN 80-7362-154-1.
- [11] LEXA, František, 1994. *Egyptská kniha mrtvých*. B. v. Bratislava: Glóbus, 114 s. ISBN 80 – 967119 – 5 – 4.
- [12] MARKOVÁ, Monika, 2010. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada, 128 s. ISBN 978-80-247-3171-1.
- [13] MUNZAROVÁ, Marta, 2005. *Eutanázie, nebo paliativní péče?* Praha: Grada, 108 s. ISBN 80 – 247 – 1025 – 0.
- [14] PROCTOR, Robert, 2009. *Rasová hygiena: lékařství v době nacismu*. Praha: Academia, 425 s. ISBN 978-80-200-1763-5.
- [15] PARKES, Colin Murray, Myrilyn RELF a Ann COULDRICK, 2007. *Poradenství pro smrtelně nemocné a pozůstalé*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 180 s. ISBN 978-80-87029-23-7.



- [16] PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮŇEK, 2012. *Eutanazie-pro a proti*. Praha: Grada, ISBN 978-80-247-4659-3.
- [17] ROTTER Hans, 1987. *Důstojnost lidského života*. Přeložil Marek SKOVAJSA, 1999. Praha: Vyšehrad, 112s. ISBN 80-7021-302-7.
- [18] SMITHOVÁ, Linda, 1994. *Smrt konečná stanice*. Praha: Portál, 31 s. ISBN 80-85282-85-2.
- [19] STUDENT, Johann-Christoph, Albert MÜHLUM a Ute STUDENT, 2006. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*. Jinočany: H & H, ISBN 80-7319-059-1.
- [20] SKŘIVANOVÁ-BOŽKOVÁ, Vladimíra, 2012. *Eutanázie nebo „komfort“ pro pacienty? Zkušenosti Nizozemí, Oregonu, Švýcarska a dalších*. Praha, 51 s. ISBN 978-80-260-2989-2.
- [21] ŠTĚPÁN, Jaromír, 1989. *Právo a moderní lékařství*. Praha: Panorama, 348 s. ISBN 80-7038-068-3.
- [22] THOMASMA, C. David, Thomasine KUSHNEROVÁ, 2000. *Od narození do smrti*. Praha: Mladá fronta, 392 s. ISBN 80-204-0883-5.
- [23] VÁCHA, Marek Orko, Radana KÖNIGOVÁ a Miloš MAUER, 2012. *Základy moderní lékařské etiky*. Praha: Portál, 302 s. ISBN 978-80-7367-780-0.
- [24] ZEMANOVÁ, Monika, 2009. *Různé tváře smrti: vybrané kapitoly z thanatologie*. Hradec Králové: Gaudeamus, 143 s. ISBN 978-80-7041-743-0.

## SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

Apod.	A podobně
Atd.	A tak dále
Např.	Například
Tzv.	Tak zvaný
ČLK	Česká lékařská komora

**SEZNAM TABULEK**

<b>Tabulka č. 1:</b> Pojem eutanazie.....	43
<b>Tabulka č. 2:</b> Pojem paliativní péče.....	45
<b>Tabulka č. 3:</b> Eutanazie .....	47
<b>Tabulka č. 4:</b> Eutanazie – diskutované téma? .....	48
<b>Tabulka č. 5:</b> Eutanazie v médiích.....	49
<b>Tabulka č. 6:</b> Strach ze zneužití eutanazie .....	50
<b>Tabulka č. 7:</b> Znalost zemí s legální eutanazií (procentuální podíl odpovědí) .....	52
<b>Tabulka č. 8:</b> Eutanazie a Hippokratova přísaha .....	53
<b>Tabulka č. 9:</b> Eutanazie a potrat .....	54
<b>Tabulka č. 10:</b> Nutnost osvěty v oblasti eutanazie (procentuální podíl odpovědí) .....	55
<b>Tabulka č. 11:</b> Informace o eutanazii (procentuální podíl odpovědí).....	56
<b>Tabulka č. 12:</b> Potřeby umírajícího (Procentuální podíl odpovědí) .....	57
<b>Tabulka č. 13:</b> Právo na ukončení života .....	59
<b>Tabulka č. 14:</b> Legalizace eutanazie v Německu .....	61
<b>Tabulka č. 15:</b> Žádost o eutanazii od blízké osoby.....	62
<b>Tabulka č. 16:</b> Přítomnost rodiny u výkonu eutanazie .....	64
<b>Tabulka č. 17:</b> Kvalita hospicové péče v Německu.....	66
<b>Tabulka č. 18:</b> Reakce na konkrétní příklad žádosti o eutanazii .....	67

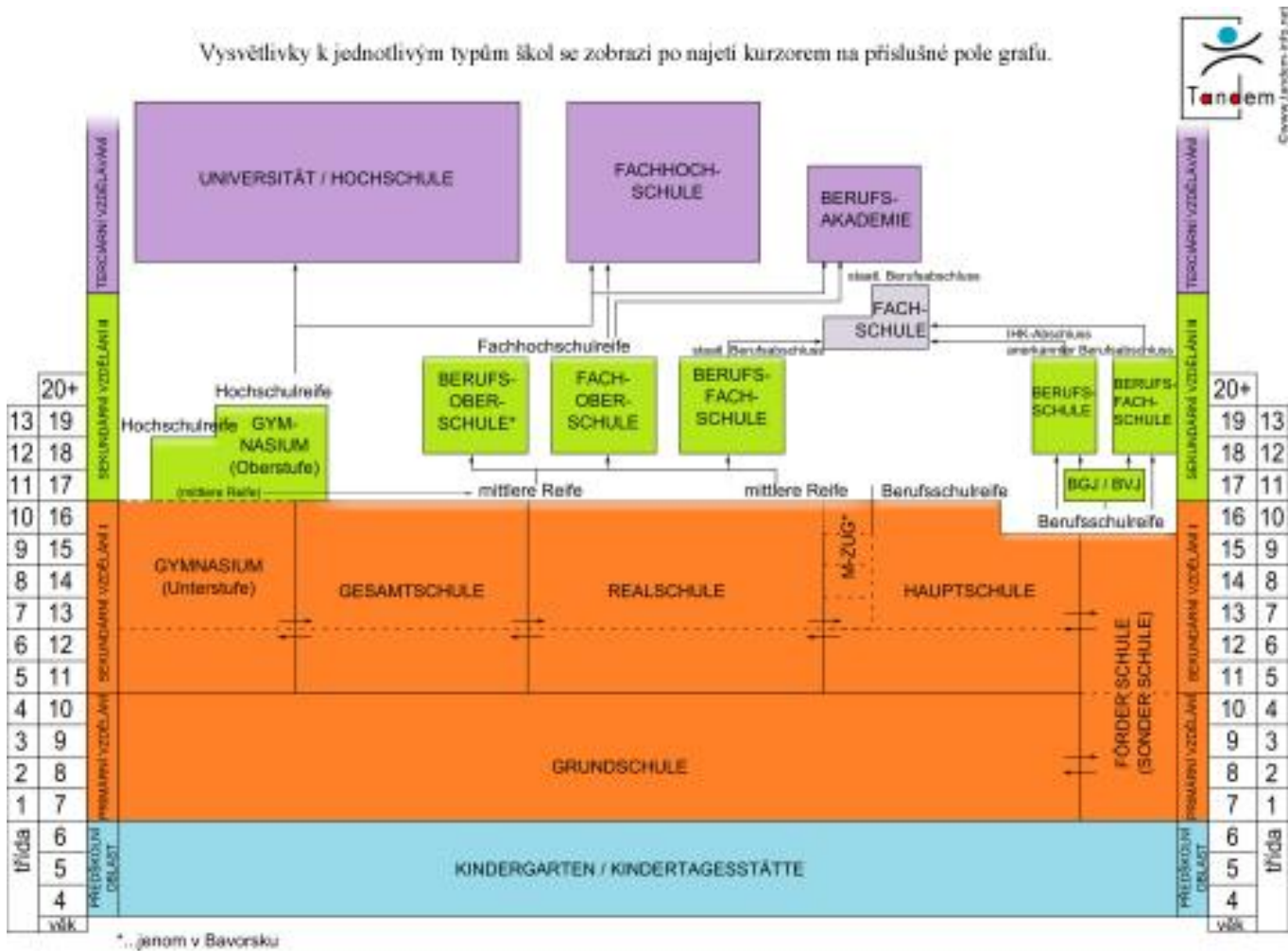
## SEZNAM GRAFŮ

<b>Graf č. 1:</b> Respondenti věk – muži.....	39
<b>Graf č. 2:</b> Respondenti věk – ženy .....	39
<b>Graf č. 3:</b> Vzdělání respondentů .....	41
<b>Graf č. 4:</b> Délka praxe respondentů.....	42
<b>Graf č. 5:</b> Pojem eutanazie .....	43
<b>Graf č. 6:</b> Pojem paliativní péče.....	45
<b>Graf č. 7:</b> Vnímání eutanazie .....	47
<b>Graf č. 8:</b> Eutanazie – diskutované téma? .....	48
<b>Graf č. 9:</b> Eutanazie v mediích.....	49
<b>Graf č. 10:</b> Strach ze zneužití eutanazie .....	50
<b>Graf č. 11:</b> Znalost zemí s legální eutanazií (procentuální podíl odpovědí).....	52
<b>Graf č. 12:</b> Eutanazie a Hippokratova přísaha .....	53
<b>Graf č. 13:</b> Eutanazie a potrat .....	54
<b>Graf č. 14:</b> Nutnost osvěty v oblasti eutanazie (procentuální podíl odpovědí) .....	55
<b>Graf č. 15:</b> Informace o eutanazii (procentuální podíl odpovědí).....	56
<b>Graf č. 16:</b> Potřeby umírajícího (Procentuální podíl odpovědí) .....	57
<b>Graf č. 17:</b> Právo o ukončení života.....	60
<b>Graf č. 18:</b> Legalizace eutanazie v Německu .....	61
<b>Graf č. 19:</b> Žádost o eutanazii od osoby blízké.....	62
<b>Graf č. 20:</b> Přítomnost rodiny u výkonu eutanazie .....	64
<b>Graf č. 21:</b> Kvalita hospicové péče v Německu.....	66
<b>Graf č. 23:</b> Reakce na konkrétní příklad žádosti o eutanazii .....	67

## SEZNAM PŘÍLOH

### PŘÍLOHA Č. 1: Tabulka německého vzdělávacího systému

Vysvětlivky k jednotlivým typům škol se zobrazí po najetí kurzorem na příslušné pole grafu.



## **PŘÍLOHA Č. 2:** Dotazník pro německý zdravotnický personál



**Guten Tag,**

**Ich bin ein Student der Universität in der Tschechische Republik - Tomas Bata Universität in Zlín. Ich bitte Sie, einen Fragebogen ausfüllen. Dieser Fragebogen ist Teil meiner Bachelorarbeit.**

**Dieser Fragebogen ist für alle Gesundheitspersonal (Ärzte, Krankenschwestern, Pflegeschwestern und ferner).**

**Vielen Dank für Ihre Zeit und die Bereitschaft.**

**Lázníčková Tereza**

**Ihr seid: a) der Mann x b) die Frau**

**Ihr Alter:**

**Ihre Ausbildung:**

- a) Fachschule
- b) Fachhochschule
- c) Hochschule
- d) Andere (Füllen...)

**Wie lange arbeiten Sie im Gesundheitswesen?**

**1. Was Sie sich vorstellen, wenn Sie sagen Sterbehilfe – Euthanasie? (freie Antwort)**

**2. Was Sie sich vorstellen, wenn Sie sagen Palliativmedizin? (freie Antwort)**

**3. Wie auffassen Sie die Sterbehilfe?**

- a) Das Helfen dem leidend Mensch
- b) Den Mord
- c) Ich weiß nicht

**4. Was denken Sie. Ist die Sterbehilfe ein oft diskutiertes Thema in Deutschland?**

- a) Ja
- b) Nein
- c) Ich weiß nicht

**5. Sehen Sie in letzten Monaten die Sterbehilfe in den Medien?**

- a) Ja
- b) Nein

Wenn ja, schreiben Sie welcher Zwischenfall....

**6. Wenn das Deutschland legalisiert Die Sterbehilfe, haben Sie Die Angst vor Missbrauch**

- a) Ja
- b) Eher ja
- c) Nein
- d) Ich weiß nicht

**7. Kennen Sie ein Land, wo die Sterbehilfe zulässig ist? (Falls ja, schreiben Sie)**

**8.** Was denken Sie. Ist die Sterbehilfe in Einklang mit dem Hippokratischen Eid?

- a) Ja
- b) Nein
- c) Ich weiß nicht

**9.** Was denken Sie. Wir können die Sterbehilfe zur Abtreibung vergleichen?

- a) Ja
- b) Eher nein
- c) Nein
- d) Ich weiß nicht

**10.** Was denken Sie. Braucht eine aktuelle Öffentlichkeit eine Bildung auf den Fragen der Sterbehilfe?

- a) Ja
- b) Nein
- c) Ich weiß nicht

**11.** Woher haben Sie die Informationen über Sterbehilfe?

- a) Von den Medien
- b) Aus der Fachliteratur
- c) Aus dem Internet
- d) Andere (Füllen...)

**12.** Was denken Sie. Welche wichtigen Notwendigkeiten hat der Sterbende? (noch mehr Antworten)

- a) Lidern die Schmerzen
- b) Die Pflege eines kranken Körper



- c) Die Kommunikation
- d) die Liebe und Sicherheit
- e) Die spirituellen Bedürfnisse
- f) Die Nähe der Familie und der Freunden
- g) Andere (Füllen...)

**13.** Was denken Sie. Wann hat der Patient das Recht fordern die Beendigung des Lebens?

- a) In den quälenden Schmerzen
- b) Die Unfähigkeit, sich selbst zu sorgen
- c) Die Hohen finanziellen Kosten der Behandlung
- d) die Einsamkeit
- e) Andere (Füllen...)

**14.** Möchten Sie unterstützen die Legalisierung der Euthanasie in Deutschland?

- a) Ja
- b) Ne
- c) Ich weiß nicht

**15.** Ihre Liebste bittet um Sterbehilfe. Wie reagieren Sie?

- a) Ich werde eher willigen
- b) Ich werde eher nicht willigen
- c) Ich werde nicht willigen
- d) Ich weiß nicht, wie ich reagieren würde

**16.** Was denken Sie. Ist geeignet die Teilnahme der Familie bei der Aufführung der Euthanasie?

- a) Ja
- b) Eher ja
- c) Eher nein

**d)** Nein

**e)** Ich weiß nicht

**17.** Was denken Sie über der Ebene der Hospizarbeit in Deutschland?

**a)** Die ausgezeichnete Ebene

**b)** Die befriedigende Ebene

**c)** Die schlechte Ebene

**d)** Ich kann nicht beurteilen

**18.** Das spezifische Beispiel: Jemand in Ihrer Familie ist todkrank. Er ist abhängig von der Sorgfalt der anderen im Krankenhaus. Diese Person bittet Sie für die Beendigung des Lebens. Was würden Sie wählen?

**a)** Die Sterbehilfe

**b)** Palliativmedizin

**c)** Ich kann nicht beurteilen