

Postoj zdravotníků k eutanázii

Adéla Šmehlíková

Bakalářská práce
2024



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav zdravotnických věd

Akademický rok: 2023/2024

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: Adéla Šmehlíková
Osobní číslo: H20214
Studijní program: B0913P360015 Všeobecné ošetřovatelství
Forma studia: Prezenční
Téma práce: Postoj zdravotníků k eutanázii

Zásady pro vypracování

Rešerše literatury.
Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti paliativní a hospicové péče, eutanázie a legislativy.
Příprava metodiky kvalitativního výzkumu.
Formulace kritérií pro výběr participantů.
Realizace výzkumu technikou rozhovorů.
Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných dat.
Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a návrh doporučení pro praxi.

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

Seznam doporučené literatury:

DIERICKX, S., L. DELIENS, J. COHEN et al. Involvement of Palliative Care in Euthanasia Practice in a Context of Legalized Euthanasia: A Population-based Mortality Follow-back Study. *Palliative Medicine*, 2017, vol. 32, no. 1, pp. 114-122. ISSN: 2158-2440.

HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. 2. vyd. Galén, 2007. 244 s. ISBN 978-80-7262-471-3.

MUNZAROVÁ, M. *Eutanázie, nebo paliativní péče*. Praha: Grada, 2005. 108 s. ISBN 802-47-102-50.

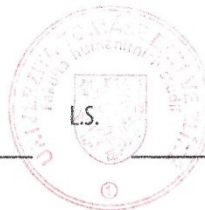
PTÁČEK, R. a P. BARTŮNĚK. *Eutanázie – pro a proti*. Praha: Mladá fronta, 2019. 445 s. ISBN 978-80-204-5339-6.

VÁCHA, M. *Eutanázie: definice, historie, legislativa, etika*. Praha: Grada, 2019. 112 s. ISBN 978-80-271-2575-3.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Andrea Hoffmannová**
Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce: **3. listopadu 2023**

Termín odevzdání bakalářské práce: **17. května 2024**



Mgr. Libor Marek, Ph.D.
děkan

Mgr. Věra Vránová, Ph.D.
ředitelka ústavu

Ve Zlíně dne 9. ledna 2024

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 ¹⁾;
- 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 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – 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(a) samostatně a použitou literaturu jsem citoval(a). V případě publikace výsledků budu uveden(a) jako spoluautor.

Ve Zlíně

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

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

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení 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, oписy 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 vzdělávacímu zařízení (školní dílo).

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

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

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

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo 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 přihlídí k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Bakalářská práce se zabývá postoji zdravotníků k eutanázii a souvisejícími tématy. Teoretická část práce se věnuje rozdělení eutanázie, různým formám eutanázie a příslušným právním aspektům. Dále zkoumá země, kde je eutanázie legální. Další část práce je věnována paliativní péči jako alternativě k eutanázii a analýze její role v kontextu zdravotní péče. Etické aspekty eutanázie jsou rovněž zkoumány, s důrazem na etické dilema, kterým čelí zdravotníci při rozhodování o eutanázii. Metodou výzkumu byla provedena kvalitativní analýza rozhovorů se zdravotnickým personálem, respektive s všeobecnými sestrami, které se pohybují v různých odvětvích zdravotnictví. Hlavními výsledky práce jsou identifikace různých postojů zdravotníků k eutanázii, faktory ovlivňující tyto postoje a zdůraznění významu paliativní péče jako alternativy k eutanázii. Závěry práce poukazují na složitost této problematiky a důležitost respektování etických principů a právních norem ve zdravotnické praxi.

Klíčová slova: eutanázie, asistovaná sebevražda, zdravotníci, paliativní péče, terminální stav, smrt, etika, právní normy

ABSTRACT

The bachelor thesis examines healthcare professionals' attitudes towards euthanasia and related topics. The theoretical part of the thesis deals with the classification of euthanasia, different forms of euthanasia, and relevant legal aspects. It also explores countries where euthanasia is legal. Another part of the thesis is devoted to palliative care as an alternative to euthanasia and an analysis of its role in the context of healthcare. Ethical aspects of euthanasia are also examined, with an emphasis on the ethical dilemma faced by healthcare professionals when deciding on euthanasia. The research method involved qualitative analysis of interviews with healthcare personnel, specifically with general nurses working in various healthcare fields. The main results of the thesis include the identification of different healthcare professionals' attitudes towards euthanasia, factors influencing these attitudes, and the importance of palliative care as an alternative to euthanasia. The conclusions of the thesis point out the complexity of this issue and the importance of respecting ethical principles and legal standards in healthcare practice.

Keywords: euthanasia, assisted suicide, healthcare professionals, palliative care, terminal condition, death, ethics, legal standard

Ráda bych poděkovala všem, kteří mi pomohli při vypracování této bakalářské práce.

Nejprve bych chtěla vyjádřit svou vděčnost vedoucí práce, Mgr. Andree Hoffmannové, za její cenné rady, podporu a trpělivost během celého výzkumu a psaní této práce. Její odborná zkušenost a vedení byly pro mě velkým přínosem.

Také bych chtěla poděkovat všem participantům, kteří ochotně poskytli svůj čas a podíleli se na průzkumu. Bez jejich účasti by tato práce nebyla možná.

V neposlední řadě bych chtěla poděkovat své rodině, příteli a přátelům za jejich neustálou podporu, trpělivost a pochopení během celého studia a při vypracovávání mé bakalářské práce.

Nakonec bych chtěla vyjádřit svou vděčnost všem autorům, kteří publikovali své výzkumy a literaturu, které jsem v této práci měla možnost využít. Jejich práce byla inspirující a obohacující.

"Studium je jako cesta plná výzev a objevů, které formují nejen naše myšlení, ale i naši cestu životem." – neznámý autor

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

OBSAH

ÚVOD	10
I TEORETICKÁ ČÁST	11
1 EUTANÁZIE	12
1.1 PASIVNÍ EUTANÁZIE	12
1.2 AKTIVNÍ EUTANÁZIE	13
1.3 ASISTOVANÁ SEBEVRAŽDA	13
2 LEGALIZACE EUTANÁZIE A ASISTOVANÉ SEBEVRAŽDY V EVROPĚ	15
2.1 NIZOZEMSKO.....	15
2.2 NĚMECKO.....	17
2.3 BELGIE	18
2.4 ŠVÝCARSKO	19
2.5 EUTANÁZIE V ČESKÉ REPUBLICE.....	20
3 PALIATIVNÍ PÉČE	23
3.1 MODERNÍ PALIATIVNÍ PÉČE	24
3.2 PÉČE O UMÍRAJÍCÍ.....	24
3.3 FORMY PALIATIVNÍ PÉČE	25
3.4 UMÍRÁNÍ A SMRT	25
3.5 PÉČE O MRTVÉ TĚLO	26
3.6 DŮSTOJNÁ SMRT	27
4 ETIKA VE VZTAHU K EUTANÁZII	29
4.1 HIPPOKRATOVA PŘÍSAHA	29
4.2 ARGUMENTY PRO A PROTI EUTANÁZII	29
4.3 EUTANÁZIE Z POHLEDU ZDRAVOTNICKÉHO PRACOVNÍKA	31
II PRAKTICKÁ ČÁST	32
5 METODIKA	33
5.1 VÝZKUMNÝ CÍL A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	33
5.2 CHARAKTERISTIKA PARTICIPANTŮ	33
5.3 TECHNIKA VÝZKUMU	34
5.4 CHARAKTERISTIKA ROZHOVORU	34
5.5 ORGANIZACE VÝZKUMU	35
5.6 ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH INFORMACÍ	35
6 VÝSLEDKY	37
6.1 ANALÝZA DAT ROZHOVORŮ	37

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	50
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	53
SEZNAM TABULEK.....	54
SEZNAM PŘÍLOH.....	55

ÚVOD

Eutanázie a asistovaná sebevražda jsou kontroverzní témata, která vzbuzují silné emoce a vyvolávají hluboké etické a právní otázky. Tato bakalářská práce se zabývá postoji zdravotníků k eutanázii a souvisejícím tématům. S rostoucím zájmem o právo na důstojný konec života je důležité porozumět postoje a názory zdravotníků, kteří se přímo podílejí na péči o pacienty v terminálním stavu.

Teoretická část práce se zaměřuje na definici a formy eutanázie a asistované sebevraždy. Jsou zde rozebrány jak pasivní, tak aktivní formy eutanázie, stejně jako asistovaná sebevražda. Dále je zde popsána situace eutanázie a asistované sebevraždy v různých evropských zemích, včetně Nizozemska, Německa, Belgie, Švýcarska a České republiky.

Další část se věnuje paliativní péči jako alternativě k eutanázii, je zde popsána moderní paliativní péče, péče o umírající, různé formy paliativní péče a otázky související s umíráním a smrtí, včetně důstojné smrti a péče o mrtvé tělo.

Etické aspekty eutanázie jsou rovněž důkladně analyzovány, zahrnující historický kontext v podobě Hippokratovy přísahy, a rovněž argumenty pro a proti eutanázii.

Praktická část práce se zaměřuje na metodologii výzkumu, který byl proveden k získání poznatků o postojích zdravotnických pracovníků k eutanázii. Jsou zde uvedeny výzkumné cíle, technika výzkumu, charakteristika rozhovorů a způsob zpracování získaných dat.

Následuje analýza získaných dat a diskuse nad výsledky výzkumu.

Tato práce si klade za cíl přispět k lepšímu pochopení problematiky eutanázie a asistované sebevraždy z pohledu zdravotnických pracovníků a reflektování současných trendů v této oblasti.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 EUTANÁZIE

Problematika eutanázie vyvolává širokou diskusi a kontroverze ve společnosti, reflektující etické, právní a morální otázky spojené s ukončením lidského života za účelem utrpení. Termín "eutanázie" vychází z řeckých slov "eu" (dobrý) a "thanatos" (smrt), naznačujíc usmrcení nebo umírání s důstojností. Různé formy eutanázie zahrnují aktivní, pasivní a asistovanou sebevraždu.

Jedním z hlavních etických argumentů ve prospěch eutanázie je respekt k autonomii pacienta. Oponenti však varují před rizikem zneužití a sociálního tlaku na zranitelné jednotlivce. Tvrdí, že každý člověk by měl mít právo rozhodovat o svém osudu, zejména v případech nevléčitelné bolesti nebo nemoci.

Právní rámec eutanázie je komplexní a variabilní mezi zeměmi. Některé, jako Belgie, Nizozemí a některé státy USA, legalizovaly některé formy eutanázie. Většina evropských, asijských a afrických zemí však má zákony zakazující eutanázii. Diskuse o právních aspektech zahrnuje otázky týkající se postavení lékařů, práv pacientů a veřejného mínění.

Celkově lze konstatovat, že eutanázie je kontroverzní téma, které vyžaduje pečlivé zvážení etických, právních a morálních otázek. Diskuse by měla respektovat různorodé pohledy s cílem nalézt rovnováhu mezi respektem k lidské autonomii a ochranou zranitelných jednotlivců před možným zneužitím systému (Vácha, 2019).

Eutanázie může být rozdělena podle toho, zda je žádaná – tedy prováděna na žádost trpící osoby, nebo nežádaná – provedená bez žádosti pacienta, což se často stává, když nelze dosáhnout jiného způsobu z objektivních důvodů, jako je například stav bezvědomí pacienta (Pletková, 2009).

1.1 Pasivní eutanázie

Dříve existoval rozlišující termín "pasivní eutanázie," což znamenalo nečinnost, například zastavení kurativní léčby s vědomým záměrem, způsobit pacientovi smrt. Naopak byla aktivní eutanázie, definovaná jako vědomý akt s úmyslem ukončit život pacienta na jeho vlastní žádost. Rozdíl mezi aktivní a pasivní spočíval v tom, že aktivní eutanázie zahrnovala aktivní krok s cílem ukončit život pacienta, zatímco pasivní eutanázie spočívala v nečinnosti, která by jinak mohla prodloužit život pacienta.

Termín "pasivní eutanázie" však již není v užívání, protože je příliš obecný. Neděláním ničeho může být někdy eticky plně akceptovatelné, například při respektování pacientova přání

ustoupit smrti a neuměle udržovat život za každou cenu. Na druhou stranu, situace, kdy lékař nečinně postupuje s úmyslem zabití, zatímco terapeutický zákrok by mohl výrazně prodloužit život pacienta, může být velmi problematická (Vácha, 2019).

1.2 Aktivní eutanázie

V současné době se snaží definovat pojem eutanázie třemi klíčovými body: **1 - aktivní žádost pacienta**, **2 - úmysl lékaře způsobit smrt** a provedení tohoto záměru, **3 - skutkem nebo nečinností**. Eutanázie je tedy záležitostí, kterou pacienti chtějí. Nejde tudíž o zabití pacientů v kómatu, novorozenců ani utrápených zvířat.

Podle principu dvojího efektu není eutanázií ani tlumení bolesti opioidy. I když opioidy ovlivňují dechové centrum, zpomalují peristaltiku a urychlují smrt, chybí zde lékařův úmysl zabít. Jeho hlavním záměrem je odstranit bolest, a zkrácení života je tak následkem akce, nikoliv zamýšleným vedlejším efektem. Z etického hlediska není problematické, neboť eutanázie v tomto případě není záměrem jednajícího. Dobrý účinek, kterým je odstranění bolesti, vyvažuje nebo dokonce převažuje nad špatným účinkem za dané situace, kdy u konkrétního pacienta nelze bolest odstranit jiným způsobem než použitím opioidů.

Je však důležité rozlišovat mezi "ponecháním zemřít" a zabitím, kde v prvním případě pacient umírá v důsledku nemoci a ve druhém případě lékař aktivně způsobuje smrt (Vácha, 2019).

1.3 Asistovaná sebevražda

Termín eutanázie je často mylně zaměňován s pojmem asistovaná sebevražda. Na rozdíl od eutanázie, kde finální akt ukončení života provádí umírající sám, přičemž mu jiná osoba pomáhá nebo "asistuje". V situaci, kde lékař zastává roli asistující osoby, se hovoří o tzv. Physician-assisted suicide (PAS). Světová zdravotnická organizace (WHO) definuje tuto formu asistované sebevraždy jako "*úmyslný akt sebevraždy s asistencí jiného člověka, který vědomě poskytuje znalosti, prostředky nebo obojí.*" V praxi to často zahrnuje situaci, kdy lékař poskytuje osobě konzultaci týkající se smrtelné dávky určitého léku nebo se podílí na zajištění potřebných opatření. V České republice je asistovaná sebevražda postavena mimo zákon a trestána jako trestný čin účast na sebevraždě podle § 144 trestního zákoníku (Vácha, 2019).

Asistované sebeusmrcení je jednání, při kterém jedna osoba záměrně usmrtí sebe sama za pomoci druhé osoby. Tato asistující osoba poskytuje prostředky nebo znalosti nezbytné

k provedení takového činu, který má za účel usmrtit. Nicméně, samotný akt usmrcení provádí osoba, která požádala o tento zásah (Kuře, 2018)

2 LEGALIZACE EUTANÁZIE A ASISTOVANÉ SEBEVRAŽDY V EVROPĚ

Otázka eutanázie a práva na rozhodnutí o vlastní, i když asistované, smrti je v současné době natolik významná, že se opakovaně dostala před Evropský soud pro lidská práva (ESLP). Klíčové rozsudky v této oblasti se objevily po roce 2000 a zaměřují se zejména na problematiku práva na eutanázii a asistovaného sebeusmrcení. Druhým významným tématem je terapeutická pasivita vedoucí k smrti, což zahrnuje otázky související s nečinností lékařů v případech, kdy péče není účinná. Tato problematika se týká zejména situací, kdy lékaři odmítají zahájit život prodlužující léčbu, zejména v případě, kdy není zahájena resuscitace u pacienta. Situace, kdy není pacient resuscitován se označuje jako DNR neboli Do Not Resuscitate (Doležal, 2017).

2.1 Nizozemsko

V oblasti legislativy je Nizozemsko považováno za jednu z nejliberálnějších zemí na světě. Právě zde bylo poprvé na evropském kontinentu rozhodnuto o beztrestnosti eutanázie v medicínské praxi. Nizozemsko bylo rovněž jedním z prvních států, který za přesně stanovených podmínek legislativně uznal provádění aktivní vyžádané eutanázie lékařem. Tento právní systém v Nizozemsku, který umožňuje eutanázii, je předmětem debat mezi jejími zastánci a odpůrci, kteří analyzují výhody a nevýhody tohoto přístupu a zkoumají dopady na medicínskou praxi.

V roce 2002 byla v Nizozemsku definitivně dosažena beztrestnost aktivní vyžádané eutanázie, když byla explicitně zakotvena v právní úpravě. Přestože byla tato praxe dříve často ospravedlňována na základě tzv. krajní nouze, kdy subjekt práva nemohl porušit zákonnou povinnost v případě konfliktu s jinou zákonnou povinností nebo vyšším morálním principem, k definitivnímu stanovení podmínek došlo až v soudní praxi postupným vývojem v druhé polovině 20. století.

Před přijetím zákona o přezkumu ukončení života na žádost a pomoci při sebevraždě v roce 2002 proběhly v Nizozemsku legislativní změny, které výrazně otevřely cestu k častější praxi aktivní eutanázie a lékařské pomoci při asistované sebevraždě. V 70. letech byla generální prokuratura odpovědná za vyšetřování případů týkajících se podezření ze spáchání trestného činu zabití na žádost nebo pomoci při sebevraždě lékařem. Avšak v roce 1982 byla na přání parlamentu vytvořena státní komise pro eutanázii, která měla sloužit jako poradní

orgán pro vládu v otázkách lékařské asistované smrti. Tato komise stanovila kritéria pro beztrestnost eutanázie, včetně svobodné a vážně míněné žádosti, neakceptovatelného utrpení a dodržení procesních pravidel, včetně posouzení druhým lékařem a vyplnění formuláře o smrti.

V následujícím roce komise, která má za úkol projednávat otázky týkající se eutanázie, zveřejnila zprávu, ve které navrhla, že eutanázie by měla být povolena za přesně stanovených podmínek. Současně s tím předložila návrh změn v trestním zákoníku, který by umožnil legalizaci eutanázie. Ačkoli do roku 1990 nedošlo ke změně v legislativě, situace byla řešena soudní praxí a postojem prokuratury, která zahajovala trestní stíhání vůči lékařům, kteří se dopustili eutanázie. V roce 1990 se politická pozornost soustředila na problematiku kontroly lékařského jednání v souvislosti s asistovanou smrtí. Eutanázie a asistovaná smrt byly za určitých okolností tolerovány v nizozemské společnosti, ale bylo nezbytné zavést státní dohled nad těmito praktikami. Hlavním cílem bylo zabránit možnému zneužití vyplňování úmrtních listů, kdy lékaři často uváděli jako příčinu úmrtí "přirozenou smrt" z obavy o svou právní odpovědnost. Lékařům byla slíbena imunita, pokud by dodržovali stanovená pravidla pro poskytování řádné lékařské péče.

Tato pravidla, která byla zavedena, reflektovala předchozí soudní praxi. Bylo vyžadováno, aby pacient svobodně, jasně a opakovaně vyjádřil svou žádost o eutanázii poté, co mu lékař důkladně vysvětlil stav jeho nemoci a možnosti jiného zmírnění utrpení. Současně musel lékař prokázat, že situace byla nejvyšší nouze, kdy se střetly povinnosti – snižovat utrpení a zachraňovat život. Toto jednání bylo nutné konzultovat s dalším lékařem a zároveň bylo třeba vydat prohlášení o nepřirozené smrti, které lékař předal lékařskému expertovi a koronerovi ve formě písemného formuláře. V případě porušení těchto pravidel bylo možné zahájit trestní stíhání. V roce 1994 byl tento postup začleněn do zákona o pohřbívání a zacházení s mrtvými těly, který obsahoval povinnost ohlásit neobvyklé případy, jak bylo zmíněno. Poslední zákon o asistované smrti nabyl účinnosti 1. dubna 2002 (Doležal, 2017).

Počet osob podstupujících eutanázii od roku 2002 do současnosti každým rokem narůstal. V roce 2007 bylo provedeno téměř 2 000 případů eutanázie. Od té doby se tento počet začal zvyšovat a v roce 2017 dosáhl téměř 6 600 osob za jeden rok. Hlavním důvodem tohoto nárůstu bylo rozšíření podmínek pro kvalifikaci k eutanázii a uvolnění kritérií pro definici nesnesitelného utrpení (de Bellaigue, 2019).

2.2 Německo

Od roku 1871, kdy byl v Německu ustanoven moderní základ trestního práva, byla aktivní eutanázie považována za nelegální. Otázka asistovaného sebevražedného aktu, včetně lékařsky podporovaného sebevražedného aktu, se stala spornou již od doby vytvoření tohoto zákoníku. Původně se diskutovalo o tom, zda a za jakých okolností by měla být sebevražda legální, a zda by se pokus o ni měl trestně stíhat, později se však debata soustředila na to, zda je dovoleno jiné osobě poskytnout asistenci při provádění sebevraždy. Podobné nejasnosti ve výkladu se postupně objevily také v oblasti čistě lékařské praxe, zejména v kontextu pasivní a nepřímé eutanázie. Aktivní eutanázie byla jednoznačně zakázána, i když na počátku 20. století existovala řada hnutí, která se snažila prosadit její legalizaci.

Po druhé světové válce bylo slovo "eutanázie" z německého právního a etického slovníku úplně vypuštěno, debata o pomoci při umírání úplně utichla a mluvit o eutanázii se stalo tabu. V 80. letech 20. století byla právní situace taková, že aktivní eutanázie byla zakázána, ale existovala zvláštní trestní kvalifikace trestného činu usmrcení na žádost, za kterou bylo možné uložit trest odnětí svobody s nižší sazbou. Asistence při sebevraždě nebyla upravena a byla tedy považována za legální.

Teprve ve zmíněných 80. letech se opět začalo diskutovat o pasivní eutanázii. S rozvojem technologie se lékaři častěji ocitávali v situacích, kdy mohli pacienta udržet naživu, i když to již nemělo smysl a nepomáhalo to zmírnit jeho utrpení. Soud následně rozhodl, že u terminálně nemocného pacienta, který není schopen svobodně se rozhodnout, může být zastavena další léčba, pokud to slouží k zájmům pacienta. Důležitým se stala tzv. předchozí výslovná přání.

V polovině 2000 se sympatizanti eutanázie v Německu spojili se švýcarskou organizací Dignitas a začali nabízet podporu při sebevraždě i v německém prostředí. V roce 2014 skupina odborníků, složená z lékařů, právníků a etiků, předložila návrh zákona umožňující beztrestnou asistenci při umírání lékařům a blízkým, pokud bylo jasně vyjádřeno přání umírajícího. Tento návrh však nebyl schválen. Po intenzivních diskusích došlo v prosinci 2015 v Německu k důležité legislativní změně, kdy byla přijata novela trestního zákoníku. Nové ustanovení zakazuje komerční asistovanou sebevraždu (Doležal, 2017).

2.3 Belgie

Před nabytím účinnosti zákona o eutanázii dne 22. září 2002 byla v Belgii praxe eutanázie považována za trestný čin. Na rozdíl od Nizozemska v Belgii neexistovalo privilegované ustanovení pro zabití na žádost, a proto bylo provedení eutanázie potenciálně kvalifikováno jako trestný čin vraždy podle článku 394 trestního zákoníku z roku 1867. Alternativně by mohlo být považováno za trestný čin zabití podle článku 393 trestního zákoníku nebo za trestný čin otrávení, což bylo upraveno v článku 397 trestního zákoníku.

Belgický zákon o eutanázii se výrazně odlišuje od nizozemské legislativy tím, že je mimořádně detailní a striktně definuje podmínky, za kterých je provedení eutanázie považováno za beztrestné. Tento zákon se zaměřuje na explicitně pozitivní akt, což znamená aktivní jednání vedoucí k ukončení života, a není založen na pasivním způsobení smrti nekonáním. Jeho cílem je zajištění smrti podle výslovné žádosti pacienta, nikoliv snaha o úlevu od bolesti či strádání prostřednictvím poskytování vyšších dávek léčiv.

Podle belgického zákona o eutanázii musí pacient vyjádřit svou žádost o provedení eutanázie, a následně musí lékař na základě tohoto vyjádření a dalších specifikovaných kritérií aktivně provést akty vedoucí k ukončení života. Tímto způsobem belgický zákon o eutanázii vymezuje konkrétní postup, který je nutné dodržet, aby bylo provedení eutanázie považováno za právně akceptovatelné.

Podle článku 3 belgického zákona o eutanázii lékař, který provede eutanázii, není trestně odpovědný, pokud se přesvědčí o následujících podmínkách:

1. Pacient dosáhl dospělého věku nebo se jedná o emancipovaného nezletilého, a v okamžiku podání žádosti je kompetentní k právnímu jednání a při vědomí.
2. Žádost o eutanázii je dobrovolná, dobře zvážená a podána opakovaně, aniž by byla výsledkem vnějšího nátlaku.
3. Pacient je v permanentním zdravotně bezvýchodném stavu neustálého a nesnesitelného tělesného nebo duševního strádání, které nemůže být zmírněno a které je způsobeno vážnou a nevléčitelnou poruchou způsobenou nemocí nebo úrazem.

Tato kritéria jasně vymezují situace, ve kterých je eutanázie považována za právně akceptovatelnou a nevede k trestní odpovědnosti lékaře, který ji provede (Doležal, 2017).

V roce 2010 začala belgická parlamentní diskuse o návrhu novely zákona o eutanázii, která by umožnila vyžádanou eutanázii u dětí bez stanoveného věkového limitu. Senát schválil návrh novely o eutanázii pro nezletilé dne 17. prosince. Následně, dne 13. února 2014, schválila poslanecká sněmovna návrh novely zákona a 2. března 2014 podepsal tuto novelu zákona belgický král.

Tato novela zákona o eutanázii pro nezletilé umožnila provedení vyžádané eutanázie u dětí, a to bez stanoveného věkového limitu. Nicméně i v tomto případě byla stanovena podmínka, že situace dětí musí být zdravotně bezvýchodná a spojená s trvalým a nesnesitelným tělesným utrpením, které nelze zmírnit a které v předvídatelné budoucnosti povede k smrti (Doležal, 2017).

2.3.1 Eutanázie pro nezletilé – přijetí novely zákona v roce 2014

V roce 2010 začala v belgickém parlamentu debata o návrhu změny zákona o eutanázii, který by povoloval vyžádanou eutanázii i pro děti bez stanoveného věkového limitu. Příznivci tohoto rozšíření argumentovali zejména etickými principy, principem autonomie a principem rovnosti a odmítáním diskriminace. Senát schválil návrh novely zákona o eutanázii pro nezletilé dne 14. prosince poměrem hlasů 50 pro a 17 proti. Poslanecká sněmovna pak novelu schválila dne 13. února 2014 a belgický král ji podepsal 2. března 2014, čímž byl legislativní proces dokončen a toto kontroverzní právní opatření se stalo součástí belgického právního řádu. Podle tohoto opatření musí být situace těchto dětí nevyléčitelně nemocných a spojená s trvalým nesnesitelným tělesným utrpením, které nelze zmírnit a které vede k blízké předvídatelné smrti. Žádost pacienta musí být vyjádřena opakovaně. Dále je nutná konzultace s psychiatrem nebo psychologem, kteří musí být informováni o důvodech. Na základě této konzultace se zaznamenají zápisy do dokumentace. Ošetřující lékař pak informuje pacienta a jeho zákonného zástupce o výsledku této konzultace. Na základě tohoto kroku lékař posoudí, zda zákonní zástupci souhlasí se žádostí nezletilého pacienta (Doležal, 2017).

2.4 Švýcarsko

V Švýcarsku od devadesátých let probíhá intenzivní debata mezi právníky, bioetiky, lékaři a politiky ohledně budoucího směřování otázek týkajících se asistované smrti. Liberální skupina se zejména snažila prosadit legalizaci aktivní eutanázie s argumentem, že existuje podobnost s typy jednání v medicínské praxi, a tudíž by mělo dojít k zrušení trestněprávních

postihů. V roce 1994 předložil národní konzul Victor Ruffy návrh novely trestního zákoníku, který by za určitých podmínek umožnil aktivní eutanázii beztrestně, avšak tento návrh nebyl schválen.

Na druhé straně konzervativní skupina usilovala o přísnější podmínky týkající se asistované sebevraždy. První návrh od Alexandra Baumanna směřoval k odstranění podmínky "bez sobeckých důvodů" z článku 114 trestního zákoníku, čímž by se asistovaná sebevražda stala v jakékoliv podobě trestným činem. Druhý návrh od Dorle Vallendera kritizoval "turistiku smrti" a navrhoval, aby asistovaná sebevražda byla beztrestná pouze pro občany Švýcarské konfederace. Ani jeden z těchto návrhů nebyl přijat.

Navzdory tomu diskuse mezi zastánci a odpůrci asistované smrti neustává a tendence k legislativní změně se zesilují na obou stranách. Vzhledem k tomu, že referendum v roce 2011 zamítlo omezení asistované sebevraždy pouze na občany, zdá se, že v současnosti má větší podporu liberální skupina. Právo na asistovanou sebevraždu je ve Švýcarsku vnímáno jako základní lidské právo na důstojnou smrt, a švýcarští občané se zdají být pevně rozhodnutí toto právo nejen zachovat, ale také neomezovat (Doležal, 2017).

Ve Švýcarsku existují organizace jako Exis a Dignitas, které nabízejí asistovanou sebevraždu těm, kteří si ji přejí. Tato služba se neprovádí v nemocnicích, ale v prostorách těchto organizací. Klient se obrátí na lékaře z dané organizace, podepíše žádost o asistovanou sebevraždu a obdrží smrtící látku (Munzarová, 2005).

2.5 Eutanázie v České republice

V roce 1918 přijalo Československo rakouský trestní zákon z roku 1852. Tento zákon neobsahoval specifickou trestní kvalifikaci pro eutanázii, takže podle odborníků by byla eutanázie zařazena pod trestný čin vraždy. Asistence u sebevraždy nebyla v zákoně upravena. V první republice se však objevila snaha omezit trestní odpovědnost v případě eutanázie, což se projevilo i ve dvou návrzích nového trestního zákoníku. Nicméně kvůli politické situaci ani jeden z těchto návrhů nebyl schválen. Trestní zákon z roku 1950 nepřinesl v otázce eutanázie žádnou změnu, eutanázie byla stále posuzována jako vražda, a asistence u sebevraždy byla zahrnuta do trestního zákoníku. Otázka společenské nebezpečnosti jako materiálního znaku trestného činu zůstala nevyřešena, ačkoli byla zvažována v 90. letech. V roce 2004 bylo v návrhu nového trestního zákoníku upraveno "usmrcení na žádost". Zákon nebyl schválen z politických důvodů a stejný osud potkal i

návrh zákona o důstojné smrti připravený právníkem Milanem Hamerským, který byl předložen senátorkou Václavou Domšovou.

V současné době není otázka eutanazie specificky upravena v právním systému. Podle platného trestního zákoníku č. 40/2009 Sb. bude aktivní vyžádaná eutanazie pravděpodobně posuzována jako vražda podle § 140. Někteří autoři spekulují, že by mohla být posuzována i podle § 141 zabití, ale v takovém případě by musel pachatel jednat v silném rozrušení z omluvitelných hnutí mysli, což není běžné při lékařsky indikované eutanazii.

Podobně jako vražda bude také posuzována pasivní eutanazie, protože v tomto případě může jít o vraždu způsobenou nekonáním, pokud toto nekonání má charakter právního opomenutí. Specifickou situací je otázka upuštění od život udržující léčby v případě, že se jedná o péči, která již není účinná. V etice se často zdůrazňuje rozdíl mezi pasivní eutanázií a eticky akceptovatelným jednáním, které spočívá v úmyslu jednajícího. V českém právu však tento rozdíl není zakotven. Trestní právo uznává koncept nepřímého úmyslu, kde stačí, že pachatel byl s negativním následkem srozuměn. Lékař, který neprovádí život udržující léčbu nebo od ní upouští, protože považuje péči za zbytečnou z lékařského hlediska, má jasnou představu, že pokud nejedná, pacient zemře.

V právní literatuře v českém prostředí se proto snaží vysvětlit toto rozlišení mezi dvěma druhy jednání, kde jedno je považováno za protiprávní (pasivní eutanazie), zatímco druhé je právně povolený postup (neuposlechnutí a nezahájení marné léčby) na základě doporučení medicínského postupu. Je to situace, kdy je život evidentně nezachránitelný nebo jeho udržení nepřinese pacientovi žádný užitek, což znamená, že se jedná o léčbu, která je objektivně marná (futile medical care). V českém právním systému není pojem marné nebo neúčelné léčby přesně definován a není obsažen v žádném přímém právním předpisu. Někteří autoři ho však odvozují nepřímo z článku 1 a článku 10 Listiny základních práv a svobod, které garantují právo na lidskou důstojnost, a tedy i právo na důstojné umírání, a také z ustanovení § 5 odst. 2 zákona č. 372/2012 Sb., o zdravotních službách, který zahrnuje paliativní péči jako specifický typ zdravotní péče s určitým cílem. Nicméně, vzhledem k praxi Evropského soudu pro lidská práva (zejména ve věcech Glass proti Spojenému království a Lambert proti Francii) je současná medicínská praxe problematická a má vysoké riziko. U pacientů, kteří jsou schopni komunikovat, je vždy nutné respektovat jejich autonomii a vůli. V případě pacientů, kteří již nejsou schopni komunikovat, je důležité komunikovat s jejich zástupci, přičemž pokud nedojde k dohodě, by měl rozhodovat nestranný třetí subjekt (soud). V praxi však tyto kroky často nejsou respektovány. Pokud jde

o asistované sebevraždy, i ta je podle § 144 současného trestního zákoníku považována za trestný čin účasti na sebevraždě.

Posledních letech zaujal návrh zákona o důstojné smrti značnou pozornost. Tento návrh byl představen skupinou poslanců sněmovně dne 26. 5. 2016. Inspirací pro tento návrh byly zejména legislativní předpisy z Belgie a Lucemburska, přičemž termín "důstojná smrt" byl převzat z právních předpisů některých amerických států, jako například Oregonu. Zákon předpokládal, že lidé budou mít svobodu v podání žádosti, avšak zároveň bylo umožněno vyjádřit svou vůli do budoucnosti prostřednictvím tzv. předchozích projevů vůle. Koncept důstojné smrti se především týkal asistované sebevraždy, ale také byla sekundárně povolena aktivní vyžádaná eutanazie u jedinců, kteří nejsou schopni sami ukončit svůj život. Na rozdíl od belgické legislativy, tento návrh zákona se zabýval oběma formami aktivního ukončení života. Kritéria pro podání žádosti a její posouzení byla inspirována belgickým modelem. Bohužel však tento návrh, stejně jako belgický zákon, neřešil případné změny v trestním zákoníku. To přináší riziko, že lékaři budou i nadále trestáni za vraždu, pokud nebudou splněny stanovené podmínky. Schválení takového opatření by mohlo mít negativní dopady. Než by takový zákon vstoupil v platnost, je důležité provést úpravu privilegované skutkové podstaty usmrcení na žádost, v tomto případě se může inspirovat návrhem trestního kodexu z roku 2004.

Předložený návrh měl i další podstatné nedostatky. Jednalo se prakticky o přesný opis zákona, který v roce 2008 představila senátorka Václava Domšová, a proto tento návrh nezohledňoval významné změny v platné legislativě, které se odehrály od roku 2008, zejména pak úpravy občanského zákoníku, trestního zákoníku a zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách. Dále obsahoval řadu právně-technických chyb. Vláda vyjádřila k návrhu nesouhlasné stanovisko a mnoho odborníků se k němu kriticky vyjádřilo (Doležal, 2017).

3 PALIATIVNÍ PÉČE

Paliativní péče je relativně mladý obor s krátkou historií. Začala se rozvíjet ve druhé polovině 20. století v reakci na změny v epidemiologii, když převládající příčiny úmrtí přešly od rychle se šířících infekčních onemocnění k dlouhodobým chronickým a život ohrožujícím nemocem. Délka procesu odchodu ze života se pro mnoho jednotlivců stala prodlužujícím se procesem, zejména když nemoc již nebyla ovlivnitelná tradiční léčbou a pacienta výrazněji omezovala. S dalšími společenskými změnami se umírání přesunulo z domácího prostředí do institucí, zejména do chorobinců a zdravotnických zařízení (Bužgová, 2015)

Paliativní péče je přístup zlepšující kvalitu života pacientů a jejich rodin, kteří čelí problémům spojeným s život ohrožující nemocí, prostřednictvím předcházení a zmírňování utrpení pomocí včasného zjištění, vyhodnocení a řešení bolesti a dalších fyzických, psychosociálních a duchovních potíží. (WHO, 2002)

V minulosti nebyla umírajícím pacientům, jako specifické skupině nemocných, věnována dostatečná odborná pozornost v rámci ošetřovatelství. Snahou bylo zabezpečit jim co nejvíce soukromí a ochranu prostřednictvím tzv. bílých zástěn. Celý proces umírání byl provázen chladnou profesionální péčí (Bužgová, 2015).

Paliativní péče se primárně soustředí na předvídání, zabránění neboli prevenci, identifikaci a ošetření symptomů, kterými trpí pacienti s vážným onemocněním, které ohrožuje jejich život. Dále se zaměřuje na poskytování podpory pacientům a jejich rodinám při důležitých rozhodnutích (Rome et al., 2011).

V mezinárodní diskusi o asistovaném umírání se často tvrdí, že eutanázie a paliativní péče nejdou dohromady. Nicméně v Belgii, kde byla eutanázie legalizována v roce 2002, Flandrová Federace pro paliativní péči podpořila myšlenku, že eutanázie může být začleněna do paliativní péče. Ve Flandrech nevypadá, že by eutanázie a paliativní péče byly v rozporu. Většina lidí, kteří požádají o eutanázii, je sledována službami paliativní péče a většině z nich je v jejich žádosti vyhověno (Dierickx et al., 2018).

Koncept "totální bolesti" od Cicely Saunders, zakladatelky hospicového hnutí, byl jedním z prvních přístupů k péči o umírající. Tento koncept překročil fyzické chápání bolesti a zahrnul také sociální, emoční a duchovní aspekty utrpení. V této době začaly vznikat další myšlenky hospicové péče, které zdůrazňovaly kvalitu života, řešení bolesti a symptomů a psychosociální péči.

Prvním moderním paliativním zařízením, spojeným se začátkem moderní paliativní péče, byl hospic sv. Kryštofa (St. Christopher's Hospice) v Anglii, který byl založen v roce 1967. Následně došlo k významnému rozvoji paliativní a hospicové péče, včetně vzniku mnoha specializovaných zařízení (Bužgová, 2015).

3.1 Moderní paliativní péče

Moderní paliativní péče se zaměřuje na péči o nevléčitelně nemocné s důrazem na kvalitu života. Zahrnuje úspěšné zvládnutí bolesti a dalších průvodních jevů terminálních onemocnění. Je postavena na interdisciplinární spolupráci a pohledu na pacienta jako celek, zahrnující lékařské, psychologické, sociální, existenciální a spirituální aspekty. Respektuje individuální přání a potřeby pacientů a chrání jejich právo na sebeurčení. Důležitým prvkem je podpora rodiny a blízkých, kteří mohou být přítomni a poskytovat oporu pacientovi. Moderní paliativní péče také nabízí pomoc příbuzným a přátelům umírajících při zvládnutí jejich zármutku. Zároveň klade důraz na kvalitu péče, aby umírání nebylo provázeno zbytečným utrpením (Nohl, 2018)

3.2 Péče o umírající

Představa péče o umírající v minulosti bývá často romantizována a přetvářena do konceptu domácího modelu umírání. Skutečný domácí model umírání, jak ho známe dnes, však začal v posledních dvou stoletích. Předtím byla péče o většinu obyčejných lidí laická a často vůbec neexistující. Společnost se dlouho potýkala s výzvou zajistit každému umírajícímu minimální materiální podmínky a pokrýt jeho základní fyzické potřeby. Psychické potřeby, tak jak je chápeme dnes, nebyly v tomto kontextu brány v úvahu. Vzhledem k tomu, že smrt nebyla tabu, lidé věděli, jak se správně chovat vůči umírajícím, a samotní umírající byli obeznámeni s očekáváními okolí.

Každý rituál měl schopnost uklidnit emocionálně náročné situace, a základní scénář umírání a smrti byl obecně znám na základní úrovni. Duchovní péče byla nejen integrální součástí rituálu, ale také jeho nejpropracovanější složkou. Poskytovatelé duchovní péče o umírající zahrnovali kněze, a průvodci těch, kteří se "chystali ke smrti", byli převážně věřící jednotlivci, zejména členové rodiny.

V tomto rámci lze sledovat, jak se péče o nemocné a umírající postupně dostávala do rukou obcí, šlechty a církve. Historický vývoj chudobinců, chorobinců, špitálů a domovského práva dramaticky ilustruje snahy o vytvoření funkční a dostupné sítě pomoci potřebným

jednotlivcům. Tendence směrem k systémovým změnám a institucionální péči se zejména projeví od středověku.

Vzhledem k tomu, že situace umírajících byla po dlouhá staletí neuspokojivá, je důležité zdůraznit, že pouze ti mocní a bohatí měli určitá privilegia v procesu umírání. Jedním z těchto privilegií byla i možnost mít přítomného lékaře u lůžka. Většina lidí však tuto přítomnost lékaře neměla nejen na konci života, ale často i v průběhu celého svého života (Haškovcová, 2000).

3.3 Formy paliativní péče

Kvalitní obecnou paliativní péči by měly poskytnout ve všech zdravotnických zařízeních v rámci jejich specializace. To zahrnuje rychlé posouzení stavu pacienta, posouzení, zda další aktivní léčba má smysl, monitorování stavu, pochopení a poskytnutí péče odpovídající potřebám pacienta pro zachování kvality jeho života. Klíčové je respektování autonomie pacienta, léčba bolesti a dalších symptomatických projevů, podpora rodiny a případné doporučení k dalším odborníkům.

Specializovaná zařízení pro paliativní péči jsou ty, které se primárně zaměřují na poskytování této formy péče. Požadují vysoce kvalifikovaný personál s odpovídajícím vzděláním a dostatečným počtem zaměstnanců ve srovnání s počtem pacientů. Tyto zařízení by měla nabízet komplexní služby v různých formách péče a být schopná poskytovat podporu pacientům v různých prostředích, jako jsou domovy, nemocnice, rezidenční zařízení, pečovatelské domy, denní stacionáře, ambulantní péče nebo specializovaná paliativní oddělení.

Specializovaná zařízení pro paliativní péči také sehrávají klíčovou úlohu v podpoře ostatních zdravotníků v nemocnicích i mimo ně, poskytují konzultace a podporu všem zdravotnickým pracovníkům, kteří ji potřebují.

Mezi instituce poskytující specializovanou paliativní péči patří oddělení specializované paliativní péče, domácí hospice, lůžkové hospice, konzultační týmy pro paliativní péči, ambulantní služby paliativní péče, denní stacionáře a další (Marková, 2010).

3.4 Umírání a smrt

Umírání je postupný proces, který nakonec vyústí v zánik života jednotlivce. Lékařský jazyk používá termín "terminální stav" k popisu fáze umírání, kdy dochází k postupnému a

nenávratnému selhávání klíčových funkcí těla a orgánů, což vede k nevyhnutelné smrti (Kelnarová, 2007). Proces umírání je rozdělen do tří fází, které se následují. První fáze je nazývána období *pre finem* – to zahrnuje čas před samotným umíráním. Druhá fáze, období *in finem*, označuje časový úsek samotného umírání. Třetí fáze, období *post finem*, zahrnuje časové období po smrti (Vytejková, 2013).

Během období *pre finem* pacient získává informace o závažnosti své situace a uvědomuje si, že jeho nemoc není slučitelná se životem. Během této fáze je klíčové usilovat o zlepšení nebo alespoň zmírnění nemocných obtíží a zabránit tak psychickému a sociálnímu úpadku. Beznaděj a rezignace mohou zrychlit fyzický úbytek. Sociální izolace, kdy člověk žije, ale je odříznut od mezilidských vztahů a společnosti, může postihnout i ty, kdo jsou zdraví (Haškovcová, 2002).

Období *in finem* se vztahuje k terminálnímu stavu, který předchází fyzické smrti. Během tohoto období dochází k postupnému selhávání životních funkcí a pacient není plně vědom. Umírající prochází agonií, což je termín odvozený z řeckého jazyka, který označuje předsmrtní boj, a postupně upadá do hlubokého bezvědomí, kdy neodpovídá na žádné podněty. Několik dní před přechodem do kómatu se může objevit euforie, při které se zdá, že se pacient na chvíli zlepšuje a může vypadat, jako by docházelo k náhlému uzdravení (Jankovský, 2003).

V období po smrti se zaměřujeme na pietní péči o tělo zesnulého, která by měla být prováděna s ohledem, a také na komunikaci s pozůstalými a jejich podporu (Jankovský, 2003).

3.5 Péče o mrtvé tělo

Lékař vždy bezpečně a v souladu s platnými odbornými standardy stvrdí úmrtí. Nejčastěji je úmrtí diagnostikováno jako zástava srdečního rytmu, ale v případech zvažovaného orgánového darování se používá kritérií smrti mozku. Okamžitě po úmrtí je důležité zajistit intimní prostředí pro zesnulého, například pomocí zástěny nebo přemístěním do oddělené místnosti. Intimitu si zaslouží jak zesnulý, tak jeho spolupacienti. Někteří pacienti, kteří jsou imobilní, mohou pociťovat nepohodlí během dvouhodinové povinné doby sdílení jedné místnosti se zemřelým.

Zdravotní sestra má povinnost v péči o mrtvé tělo. To zahrnuje zavření očí zesnulého, upevnění brady podle pravidel oddělení (avšak moderní praktiky toto opouštějí), uložení

svlečeného těla na čisté prostěradlo v horizontální poloze a omytí. Je nutné odstranit snímatelnou zubní protézu a odložit všechny šperky, jako jsou hodinky, prsteny, náramky a náušnice. Sestra musí také zkrátit případné drenáže a katétry a odstranit vstupy, které lze snadno vyjmout. Důležitou součástí péče je správná identifikace zemřelého pomocí dvou jmenovek obsahujících jméno, příjmení, datum narození, datum úmrtí a informace o oddělení. Jedna jmenovka se připevňuje na kotník nebo okolo palce, zatímco druhá se píše přímo na kůži, obvykle na stehno zemřelého.

Na závěr je tělo zabaleno do prostěradla a ponecháno po dobu 2 hodin na oddělení v klidu, buď na pokoji nebo ve speciální pietní místnosti, kam bylo převezeno po smrti. Mezi další úkony po smrti pacienta se řadí administrativní povinnosti a předání pozůstalosti (Haškovcová, 2000).

3.6 Důstojná smrt

Nejčastěji se právo na smrt chápe jako právo na lidskou důstojnost při umírání. I když konkrétní význam pojmu "důstojná smrt" není jednoznačně definován, je patrná shoda v tom, že současný proces umírání v institucích potřebuje kvalitativní změny. Snaha o tyto změny směřuje k tomu, aby umírání bylo považováno za důstojné. Různé národní společnosti se pak mohou stát aktivními účastníky tohoto procesu.

Světové federace organizací bojujících za právo na lidskou smrt (v důstojnosti a podle přirozeného průběhu). Programová prohlášení těchto organizací se obvykle nezmiňují o eutanázii, ba někdy ji dokonce výslovně odmítají. Největší organizace zaměřená na důstojné umírání pravděpodobně existuje v Německu již od roku 1980. Její členové dosahují počtu 60 tisíc. Hlavním cílem této organizace je chránit práva pacientů, kteří se ocitli ve specifické situaci, tj. v procesu umírání. Členem se může stát kdokoli, což vede k tomu, že většinu členů tvoří laici, kteří mají zájem o to, jak probíhá lidský konec života, a kteří si také přejí pro sebe připravit důstojné prostředí pro pokojný odchod ze světa. Často jsou členy organizace lidé, jejichž blízcí zemřeli za nepřijatelných okolností.

Základní principy Německé společnosti pro důstojné umírání lze shrnout následovně:

1. Právo pacientů na rozhodování o sobě musí být respektováno, zejména v nemocnicích. Je třeba plně ctít jejich vůli, zejména v období umírání.
2. Právo na vyřízení svých záležitostí, včetně závěti, by mělo být uznáváno a dodržováno.

3. Každý pacient by měl být pravidelně a komplexně informován o svém zdravotním stavu.
4. Úsilí o zmírnění bolesti pacientů v poslední fázi jejich života by mělo být velkorysé.
5. V případě nemocnic, kde je stav beznadějný a život vede pouze k obtížnému životu (úroveň vegetativních funkcí), není nutné používat pokročilé lékařské techniky za každou cenu k prodloužení života.
6. Nemocnice a sociální zařízení jsou určeny pro lidi, a proto je důležité, aby zde byla kromě pokročilé medicínské technologie také lidská péče a podpora (Haškovcová, 2000).

4 ETIKA VE VZTAHU K EUTANÁZII

4.1 Hippokratova přísaha

Za nejstarší etický kodex je považována známá Hippokratova přísaha, která, ačkoliv pochází z dávné doby, stále má svůj význam jak v odborných, tak i laických kruzích. I když některé její pasáže mají obsahově omezenou platnost, obecný důraz na profesionální morálku zůstává relevantní. V současné době je termín "Hippokratova přísaha" často používán nebo zneužíván v různých souvislostech, ať už jako podpora pro stávky nebo proti nim. Lidé často citují výroky, které v přísaze vůbec nejsou obsaženy, a ty jsou pak prezentovány jako citáty z ní.

V přísaze nalezneme tři oddělené smlouvy: *1) smlouva s bohy*, *2) smlouva mezi lékařem a učitelem* a *3) smlouva mezi lékařem a nemocným*. Z druhé smlouvy vyplývá důležitost vzájemné úcty mezi kolegy, což je i dnes v oblasti zdravotnictví ceněné. Tato vzájemná úcta je zdůrazněna v etickém kodexu České lékařské komory.

Přestože byla Hippokratova přísaha původně určena pouze pro lékaře, obecné etické hodnoty v ní obsažené mohou být aplikovány i na ostatní zdravotnické profese. Kodexy pro tyto profese vycházejí z podobných tradic a vztahů. Je však třeba si být vědomi, že v dnešní době dochází k proměnám v systému poskytování zdravotní péče a v postavení zdravotníků ve společnosti. Zdravotníci by měli brát v úvahu nejen následky svých rozhodnutí, ale také všelidské morální hodnoty, které tvoří základ morálního jednání zdravotníků, přičemž úcta k člověku hraje klíčovou roli, neboť bez ní by zdravotnická etika ztratila svůj význam (Bužgová, 2013).

4.2 Argumenty pro a proti eutanázii

V dnešní době, kdy je kladen důraz na autonomii vůle jednotlivce, se právo na sebeurčení stává klíčovým argumentem pro legitimitu a legalitu eutanázie. Dle tohoto pohledu má jednotlivec právo rozhodovat o svém těle podle vlastní vůle, a toto právo by mělo být omezeno pouze v případě naléhavého veřejného zájmu, a to za velmi přísných podmínek. Je logické rozšířit toto právo i na oblast vlastního umírání. Tímto argumentem se zároveň snižuje riziko paternalismu, při stanovování obecné hranice snesitelné kvality života. Naopak zdůrazňuje, že pouze samotný trpící jedinec má právo určit, do jaké míry je snížení kvality života pro něj přijatelné (Šustek & Holčapek et al., 2016).

Někteří lidé chápou utrpení pouze jako fyzickou bolest, zatímco podceňují atributy utrpení jako je stud, pocit osobní bezmocnosti a bezvýchodnosti, které mohou být pro ně mnohem silnější než samotná tělesná bolest (de Locht, 2019).

Za zmínku stojí názor profesorky Munzarové, která tvrdí, že tzv. "nechání – dovolení zemřít" umírajícího pacienta v terminálním stavu nemoci je úplně odlišné od zabití. Pokud není žádná naděje na zlepšení stavu, nebo je-li léčba příliš zatěžující (i když je naděje na zlepšení), může být léčba odmítnuta nebo ukončena. Tento přístup se soustředí na to, zda je léčba pro pacienta přínosná, a ne na to, zda je jedinec životaschopný. Otázkou není, zda život nemocného je bezcenný nebo obtížný, ale zda léčba přináší prospěch a/nebo zda je pro nemocného přijatelná. Naše rozhodnutí – ať už pro, nebo proti určité léčbě – by mělo vždy chránit život (Ptáček, Bartůněk, 2019).

Jeden z potenciálních argumentů ve prospěch eutanázie zdůrazňuje efektivnější využití zdravotních zdrojů. Podle tohoto stanoviska by zdroje, které jsou využívány k prodloužení života umírajících a nevléčitelně nemocných, mohly být lépe investovány do zachování života a zlepšení zdraví tam, kde je to ještě možné. I když je tento argument v diskusi o eutanázii považován za marginální, pravděpodobně z důvodu jeho náchylnosti k rizikům v praxi a kvůli celkovému vnímání účelu zdravotní péče (Šustek & Holčapek et al., 2016).

Koncept posvátnosti života patří mezi časté argumenty odpůrců eutanázie. Tento postoj vychází především z přesvědčení věřících některých náboženství. Lidský život je darován Bohem každému jednotlivci a s tímto darem souvisí speciální poslání. V důsledku toho má život sám o sobě hluboký smysl, nezávislý na prožívané radosti nebo trápení či na užitečnosti osoby pro společnost, a člověk nemá právo volně disponovat tímto darem. Ti, kdo podporují tento pohled, vidí jako vhodnou reakci na utrpení nevléčitelně nemocných prostředky paliativní medicíny. Mimo jiné často vyjadřují obavy, že legalizace eutanázie by vedla ke snížení finančních prostředků dostupných pro rozvoj hospicové péče (Šustek & Holčapek et al., 2016).

Druhým významným argumentem proti eutanázii je obava z její zneužitelnosti. Ačkoliv lze konstatovat, že potenciál zneužití existuje v mnoha oblastech, v případě eutanázie je nutné brát v úvahu mimořádnou hodnotu lidského života. Mnozí nemocní a starší lidé nemusí být schopni adekvátně hájit své zájmy. I při dobrovolné eutanázii by mohl existovat tlak na tyto osoby, aby podaly žádost o eutanázii. Tento tlak může pocházet i od členů rodiny, kteří by mohli být motivováni soucitem, ale také vlastním nepohodlím nebo sebezprosazením. Kritici eutanázie dále tvrdí, že její legalizace by vytvořila společenskou atmosféru, v níž by starší a

nevléčitelně nemocní byli považováni za obtíž a odmítání eutanázie ze strany těchto jedinců by bylo vnímáno jako obtěžování (Šustek & Holčapek et al., 2016).

4.3 Eutanázie z pohledu zdravotnického pracovníka

Sestry se starají o pacienty s nevléčitelnými nemocemi a poskytují rodinám pacientů delší a intenzivnější péči než ostatní zdravotníci. Je zajímavé, že procento sester ochotných účastnit se eutanázie je nižší než procento sester, které věří, že eutanázie je morálně přijatelná, což naznačuje propast mezi myšlenkou eutanázie a skutečnou účastí na jejím provádění. V období let 1990 až 2002, tedy před legalizací eutanázie v Belgii a přijetím posledního zákona v Nizozemsku, bylo zjištěno několik statisticky významných faktorů, jako je věk, náboženské přesvědčení a specializace v ošetrovatelství, které ovlivňují postoj sester k účasti na eutanázii. Starším sestřím bylo těžší najít soulad se zapojením do eutanázie. Dále, čím více byly sestry věřící, tím spíše se stavěly proti eutanázii. I přesto, že sestry po celém světě čelí žádostem o eutanázii od svých pacientů, jejich názory jsou jen zřídka zohledněny v procesu rozhodování. Aby se mohlo vytvořit jasná pravidla týkající se role sester při eutanázii, je důležité pečlivě zvážit pohled sester specializujících se na paliativní péči, přihlížejíc k jejich denní interakci s umírajícími pacienty a jejich odbornému znalostnímu základu v této oblasti.

Co se týče samotného provedení eutanázie, zdravotní sestry specializující se na paliativní péči vnímají svou roli hlavně v poskytování podpory pacientovi, jeho rodině a lékařům tím, že jsou přítomny. To platí i v případech, kdy se nemohou ztotožnit se skutečným uskutečněním eutanázie z důvodu svých osobních přesvědčení. Jsou připraveny odložit své osobní postoje, aby mohly profesionálně vyhovět potřebám svých pacientů, zejména proto, že považují proces umírání za důležitou událost, během které by pacient neměl být osamocen.

Sestry, které pracují v oblasti paliativní péče, mají přesvědčení, že mají klíčovou úlohu při poskytování podpory rodině pacienta po jeho úmrtí. Eutanázie může u členů rodiny vyvolat otázky, pochybnosti a pocit viny, což může vést k nepřírozenému průběhu truchlení. Související etické aspekty mohou u sester vyvolat hluboké a složité emoce, otázky a pochybnosti. Důkladná emocionální opora pro zdravotníky je považována za klíčovou (de Casterlé et al., 2006).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

5 METODIKA

Praktická část bakalářské práce se zaměřuje na to, s jakými výzvami a zkouškami se setkává zdravotnický personál, přesněji řečeno všeobecné sestry, při péči o klienty v terminálním stádiu života a jaký to má vliv na jejich postoj k eutanázii.

5.1 Výzkumný cíl a výzkumné otázky

Hlavním cílem bakalářské práce je zjistit, jaký postoj zaujímají zdravotníci k eutanázii v České republice.

Hlavní cíl praktické části se dělí do dalších dílčích cílů, které se následovně dělí do oblastí na péči o pacienta v terminálním stádiu života a názor na samotnou eutanázii v České republice.

Dílčí cíle v oblasti péče o pacienta v terminálním stádiu života

- Cíl č. 1: Zjistit, s jakými výzvami se zdravotníci setkávají při péči o klienty v terminálním stádiu života
- Cíl č. 2: Jak se zdravotničtí pracovníci vyrovnávají s konfliktem mezi autonomií pacienta a profesními a etickými závazky

Dílčí cíle v oblasti eutanázie

- Cíl č. 1: Zjistit, zda participanti, jakožto zdravotničtí pracovníci, kteří se starají o nemocné v terminálním stádiu života souhlasí s legalizací eutanázie v České republice
- Cíl č. 2.: Jaká kritéria by měla být zvažována při rozhodování o zavedení eutanázie

5.2 Charakteristika participantů

Participanti jsou všeobecné sestry pracující na různých lůžkových oddělení nemocničních zařízení či hospiců.

Kritéria pro sběr dat byla stanovena pro všeobecnou sestru, která se stará o nemocné v terminálním stádiu života, ať už v nemocničním zařízení či hospicové péče.

Základní informace o participantech jsou uvedeny v tabulce č. 1.

Tabulka 1 Charakteristika participantů

Označení participantů	Fiktivní jméno	Věk	Oddělení	Praxe na daném odd.
P1	Jana	47	Interní oddělení	9 let
P2	Marie	51	Chirurgické oddělení	5 let
P3	Anna	54	ARO	30 let
P4	Věra	26	hospic	3 roky

5.3 Technika výzkumu

V kvalitativním výzkumu se nejedná o porovnávání jevů prostřednictvím měření nebo kvantifikace neboli množství, ale spíše o zkoumání jevů a problémů v reálném prostředí s cílem získat hlubší a komplexnější pochopení. Tento typ výzkumu se zaměřuje na sběr dat a na vztah mezi badatelem a účastníkem výzkumu. Hlavním cílem je získání detailních informací a porozumění, které umožní odpovědi na otázky, které jsou pokládány. V bakalářské práci byl tento výzkum prováděn formou polostrukturovaných rozhovorů, které jsou jednou z nejpoužívanějších metod v kvalitativním výzkumu (Švaříček a Šed'ová, 2007).

Podle Švaříčka a Šed'ové (2007, s. 26) lze charakterizovat kvalitativní výzkum třemi klíčovými body:

- Volba tématu
- Analýza a interpretace dat
- Závěr výzkumu

Cílem polostrukturovaného rozhovoru je získat podrobné informace o zkoumaném jevu. Analýza a interpretace dat jsou prováděny na základě odpovědí participantů (Švaříček a Šed'ová, 2007).

5.4 Charakteristika rozhovoru

Polostrukturované rozhovory byly prováděny s participanty, kteří pracují na různých lůžkových oddělení nemocničních či hospicových zařízení. Rozhovory probíhaly vždy na základě domluvy s dotyčnou osobou, ve třech případech to bylo na samotném pracovišti, kde participant vykonává svou profesi a v jednom případě byl rozhovor proveden v domácím prostředí. Rozhovor se skládal z devíti základních otázek, ze kterých vznikl

polostrukturovaný rozhovor. Otázky pokládala autorka práce, dále se vše odvíjelo od výpovědí participantů, rozhovor mohly doprovázet i doplňující otázky tak, aby se náležitě zodpověděly předem stanovené cíle.

5.5 Organizace výzkumu

Participantů byli vybráni z kruhu všeobecných sester z různých oddělení, předem ty všeobecné sestry, které se starají o klienty v terminálním stádiu života, vzhledem k tomu, že se práce dotýká i paliativní léčby, a především teda hlavního tématu eutanázie. Následně po tom, co byli vybráni účastníci rozhovoru, byly stanoveny otázky, které prošly kontrolou a schválením vedoucí práce a následně s nimi byli seznámeni participanté. S participanty poté probíhaly rozhovory přesně podle předem řečených informací, se souhlasem všech participantů byly rozhovory zaznamenávány na diktafon. Rozhovory trvaly v průměru 15 minut. Přesné znění otázek je přiloženo v Příloze.

Kvalitativní výzkum probíhal v průběhu března a dubna 2024. Data byla odebírána od čtyř všeobecných sester v různé věkové kategorii, z různých oddělení a různorodou délkou praxe. Všechny účastnice výzkumu pracují na lůžkovém oddělení a pečují především o pacienty, kteří se nachází v terminálním stádiu svého života.

První tři rozhovory probíhaly na pracovišti participantů. Poslední rozhovor probíhal v domácím prostředí bez přihlížejících osob.

Jednotliví účastníci výzkumu byli předem seznámeni s průběhem výzkumu a následně podepsali dokument "Informovaný souhlas účastníka výzkumu", tento dokument má k dispozici autorka práce. Zmiňovaný informovaný souhlas byl podepsán i autorkou práce a vedoucím práce.

5.6 Zpracování získaných informací

V rámci zpracování získaných dat byly nejprve provedeny rozhovory s účastníky výzkumu. Tyto rozhovory byly zhotoveny na základě pečlivě stanovených otázek, které umožnily získat relevantní informace k danému tématu. Účastníci byli vybráni na základě určených kritérií, které odpovídají charakteru studie.

Nahrané rozhovory byly převedeny do tištěné formy, což umožnilo lépe analyzovat jejich obsah. Poté se jednotlivé rozhovory srovnávaly, hledaly se společné znaky a témata v jejich výpovědích. Tyto znaky se následně kódovali, aby se mohla provést detailní analýza dat.

Kódování bylo zvoleno na základě získání nejpřesnějších a nejrelevantnějších výsledků. Nejprve se stanovily kódy, které reprezentovaly určité vzory a témata ve výpovědích. Na základě těchto kódů se poté identifikovaly názvy kategorií, které pomohly strukturovat a uspořádat data.

Po dokončení kódování se interpretovaly výsledky a byla provedena analýza a diskuse o výsledcích studie. Diskuse napomáhá lepšímu porozumění významu zjištění a závěrů.

Rozhovory, které byly převedeny do psané podoby pomocí programu Microsoft Word, jsou k dispozici u autorky práce. Přehled zvolených kategorií a k nim zvolených kódů jsou znázorněny v tabulce č. 2.

6 VÝSLEDKY

V následující kapitole se práce bude zabývat hodnocením dat získaných pomocí provedených rozhovorů s participanty.

6.1 Analýza dat rozhovorů

Výsledky jsou zde odprezentovány na základě výpovědí participantů na otázky autorky práce. Dále jsou výsledky uspořádané podle výzkumných otázek. Ve všech případech byla první část rozhovoru zaměřena především na péči o pacienta v terminálním stádiu života, jaké jsou s tím spojené výzvy a jak sami vnímají svoji roli při této péči. Druhá část rozhovoru je zaměřena především na názor na eutanázii, kritéria pro eutanázii a osobní postoj k ní.

Tabulka 2 – Přehled všech kategorií a kódů

Kategorie	Kódy
Komunikace	S pacienty, s rodinnými příslušníky, s lékaři, zdravotnický personál mezi sebou
Empatie a respekt	Vůči pacientům, rodinám, porozumět potřebám, vnímat potřeby
Těžkosti a výzvy	Péče o nemocné v terminálním stádiu života
Respekt a důstojnost	Přání pacienta, kvalita péče, právo na sebeurčení, minimalizace bolesti a úzkosti
Četnost	Terminálního stádia onemocnění, setkání se smrtí
Kritéria	Kdo má právo, právo pacienta, svobodná volba, respekt k přání, lucidita, svéprávnost, terminální stav, paliativní péče, neutišitelné bolesti
Etické a morální aspekty	Problematika eutanázie, ukončení života pacienta, osobní pohledy versus profesní pohledy

Regulace a monitorování	Stanovení kritérií, etické překážky
Eutanázie	Podpora eutanázie, podmínky, právo rozhodnout, svéprávnost, nesouhlas s eutanazií, rozpor, náboženství, kvalitní péče, podpora pacienta a rodiny

Následující otázky v oblasti péče o pacienta v terminálním stádiu života se soustředí na konkrétní dílčí výzkumnou otázku a to **Zjistit, s jakými výzvami se zdravotníci setkávají při péči o klienty v terminálním stádiu života?** Na základě kódování jsou vytvořeny kategorie, k nim jsou náležitě přiděleny kódy, které jsou vytvořeny na základě výpovědi participantů.

Tabulka 3 – Kategorie a kódy vztahující se k první výzkumné otázce první oblasti

Kategorie	Kódy
Komunikace	Komunikace s pacienty, s rodinnými příslušníky, s lékaři, zdravotnický personál mezi sebou
Empatie a respekt	K pacientům a rodině, porozumět potřebám, vnímat potřeby
Těžkosti a výzvy	Péče o nemocné v terminálním stádiu života
Respekt a důstojnost	Přání pacienta, kvalita péče, právo na sebeurčení, minimalizace bolesti a úzkosti

Kategorie Komunikace poukazuje na to, jak je tahle disciplína náročná především při péči o pacienty v terminálním stádiu života. Zmíněná kategorie zahrnuje veškeré komunikační oblasti, se kterými se všeobecná sestra potýká.

Kód **Komunikace s pacienty** poukazuje na to, že je potřeba k pacientům přistupovat individuálně a je potřeba jim dát dostatečný prostor. **Komunikace s rodinnými příslušníky** se velmi podobá prvnímu kódu ve všech přístupech. **Komunikace s lékaři** a celkově **zdravotnický personál mezi sebou** poukazuje na to, jak funguje tým jako celek, jakým stylem jsou schopni si předávat informace.

Kategorie **Empatie a respekt** se zaměřuje především na to, jak zdravotnický personál přistupuje k pacientům, a především k jeho potřebám, i do této kategorie je zahrnuta rodina nemocného.

Kód **K pacientům a rodině** popisuje především to, že ve všech výpovědích se všichni participanti shodli na následujícím, a to, že je důležité přistupovat k pacientům i rodině s pochopením, respektovat přání pacienta, **Vnímat jeho potřeby** a **Porozumět potřebám** nemocného.

Pro kategorii **Těžkosti a výzvy** je potřeba zmínit ten nejdůležitější kód, a to **Péče o nemocné v terminálním stádiu života**, kdy participantka P1 uvádí: *„Tak já si myslím, že pro zdravotníky je to velmi nelehká disciplína, kdy opravdu záleží na osobnosti, zralosti zdravotníka, na jeho zkušenostech a samozřejmě na vědomostech.“* Ve stejné oblasti uvádí participantka P2 ve své výpovědi: *„Ať chceme nebo nechceme, tak pacienti v terminálním stádiu ovlivní nás jako pečující, úplně maximálně.“*

V neposlední řadě je kategorie **Respekt a důstojnost**, která má za cíl poukázat, které oblasti je důležité akceptovat v péči o kteréhokoliv pacienta. Tato kategorie byla určena na základě podnětu, kdy všichni participanti se shodli v tom, že respekt a zachování důstojnosti jsou velice podstatnou složkou v péči o pacienta v terminální fázi života.

Kód **Přání pacienta** je v této oblasti velmi důležitým pojmem, vzhledem k tomu, že se pacienti nacházejí v poslední fázi svého života, měl by být kladen důraz na pochopení jejich posledních přání.

Kód **Kvalita péče** je zde zmíněna z toho důvodu, že ve výpovědi každého participanta je zmíněn příklad o tom, v čem se snaží udržet kvalitu péče pro pacienty v terminálních fázích života. Participantka P1 a P3 se taky shodují na tom, že je důležité vzdělávání. Participantka P1 uvádí: *„Výzvou je se neustále učit vnímat všechny potřeby, mít citlivý přístup, protože opravdu u každého pacienta se přístup přijímání smrti a odcházení se z tohoto světa liší. Výzvou je, jak už jsem říkala vzdělávání se v této oblasti a být v této nelehké době pro pacienta oporou.“* Participanta P3 poukazuje na to, že v jejich praxi je velice důležitá bazální terapie, kterou pravidelně provádí a průběžně se v ní proškolují. Participanta P2 přispěla do kvality péče poznámkou že: *„To jak my budeme vnímat ty pacienty v tom terminálním stádiu, jak my s nimi budeme komunikovat. Primárně se to bude odvíjet v tom, jak budeme komunikovat mezi sebou.“* Participantka P4, která pracuje v hospicovém zařízení uvádí: *„Naše role je samozřejmě plnit lékařovi ordinace, ale zároveň se i snažíme, když je třeba léto nebo na jaře, tak ty mobilnější a nebo ty v rámci možností dobré pacienty, tak je*

vezmeme do parku, na zmrzlinu nebo ven, je to aji po té psychické stránce, snažíme se jim trošku ulevit...“

Pro první výzkumnou otázku v první oblasti byly vybrány otázky č. 3, 4 a 5.

Následující dílčí výzkumná otázka z oblasti péče o pacienta v terminálním stádiu života zní:
Jak se zdravotničtí pacienti vyrovnávají s konfliktem mezi autonomií pacienta a profesními a etickými závazky?

Tabulka 4 – Kategorie a kódy vztahující se k druhé výzkumné otázce v první oblasti

Kategorie	Kódy
Respekt a důstojnost	Respektovat k přání pacienta, respekt k profesním povinnostem, minimalizace bolesti a úzkosti
Empatie a respekt	Utěšování, uspokojení potřeb, vnímání potřeb

Kategorie **Respekt a důstojnost** se zaměřuje na důležitost zachování respektu a důstojnosti pacienta v rámci zdravotnické péče. Jsou základními hodnotami, které by měly být dodržovány ve všech interakcích s pacienty. Měly by být respektována jejich práva, potřeby a další. Zdravotničtí pracovníci by měli zajistit prostředí, které podpoří důstojnost pacientů. Zahrnutí této kategorie umožňuje z výpovědí participantů prozkoumat, jak jsou tyto principy dodržovány v praxi a jaký mají vliv na kvalitu péče.

Respekt k přání pacienta, který se nachází pod prvním kódem, se objevil ve výpovědi všech participantů. Ve výpovědích participantů je zřejmé, že si jsou vědomi toho, že přání pacienta je velmi důležitý pojem. Participantů se setkávají i s případy, že pacient vysloví přání, ukončit jeho život. Na tuto skutečnost reaguje participantka P1: *„Tak pokud toto přání pacient projeví, tak to vnímám jako selhání celého systému péče, kdy pacient strádá po jakémkoliv jeho stránce.“* Participantka P2 uvádí: *„Já mám pocit, že pacienti v terminálním stádiu hlavně chtějí být mezi svými blízkými, takže pro mě je to opět o tom respektu a o tom zachovat pacientovi důstojnost do poslední chvíle života.“* Participantka P4 si uvědomuje, jak je důležité uspokojování potřeb, ale v této oblasti podotýká, že: *„Je to taková jediná potřeba, se kterou my jim nemůžeme vyjít vstříc.“* Jediná participantka P3 se k dané problematice nevyjádřila, z důvodu specifika daného oddělení. Naopak k tomu ale stojí

Respekt k profesním povinnostem, kdy participantka P3 jasně zmiňuje: „*No já respektuji jako profesní povinnosti, vlastně podle zákona.*“

Dvě participantky odkazují i na to, že je důležité udržovat pacienta v určité pohodě. Tudíž je velmi žádoucí **Minimalizovat bolest a úzkost**.

Kategorie **Empatie a respekt** se soustředí na to, jak by měla všeobecná sestra přistupovat k nemocným jedincům v průběhu hospitalizace.

Kód **Utěšování** byl stanoven na základě výpovědí participantek, kdy uvádí, že v případě, kdy pacient na nějaké rovině strádá, je potřeba mu poskytnout podporu a snažit se ho utěšit. K tomu úzce spojeny pojmy jsou **Vnímání potřeb** a **Uspokojení potřeb**. Participantka P1 vnímá tyto pojmy jako velmi důležitý faktor především v terminálním stádiu života. Myslí si, že v případě, kdy pacient nestrádá po jakékoliv stránce, nemá tedy ani myšlenky na téma smrti či eutanázie. Do jisté míry se k těmto pojmům vyjádřili všichni participanté výzkumu a vnímají to jako nedílnou součást kvalitní péče o pacienta.

Pro druhou výzkumnou otázku v první oblasti byly vybrány otázky č. 5 a 6.

Následující výzkumná otázka se vztahuje k druhé výzkumné oblasti a zajímá se o **Zjistit, zda participanté, jakožto zdravotničtí pracovníci, kteří se starají o nemocné v terminálním stádiu života souhlasí s legalizací eutanázie v České republice.**

Tabulka 5 – Kategorie a kódy vztahující se k první výzkumné otázce v druhé oblasti

Kategorie	Kódy
Etické a morální otázky	Problematika eutanázie, osobní pohledy
Respekt a důstojnost	Přání pacienta, právo na sebeurčení, minimalizace bolesti a úzkosti
Podpora eutanázie	Právo rozhodnout, lucidita a svéprávnost
Nesouhlas s eutanázií	Rozpor, náboženství

Kategorie **Etické a morální otázky** se zaměřuje na rozbor etických a morálních otázek souvisejících s eutanázií. Tato problematika vyvolává mnoho otázek týkajících se lidských práv, hodnot lidského života, respektu k pacientovi, autonomie, kvality péče, mírnění utrpení a společenských norem.

První kód nese název **Problematika eutanázie**, kdy se k tomu vyjádřili především participanté P3 a P4. Participantka P3 uvádí: „*Ne asi ale určitě ještě nejsme na to tady tak zařízení, a asi na to nejsme ani ještě připraveni u nás.*“ S čímž do jisté míry souvisí i

výpověď participantky P4, která říká: „*Samozřejmě, dá se to zneužít, všude, tak jak všechno se dá zneužít.*“ Participant P1 a P2 se k dané problematice zřetelně nevyjádřili. Dále zvolený kód **Osobní pohledy** poukazuje na to, že každý participant to vnímá trochu z jiné perspektivy. Například participantka P4 uvádí: „*Nedělalo by mi to z profesního hlediska takový problém, jak z toho osobního.*“ Naopak participantka P1 jasně říká: „*Eutanázii a touhu po ní vnímám jako celkové selhání komplexní péče o pacienta.*“ Participantky P2 a P3 se přiklonily spíše ke kladnému postoji, taktéž jako participantka P4.

Kategorie **Respekt a důstojnost** se opět opakuje, protože se dotýká všech výzkumných otázek. Opět tu zazní na prvním místě **Přání pacienta**, na čemž se shodli všichni participant ve svých výpovědích. Dále je potřeba zmínit **Právo na sebeurčení**, které je ve všech výpovědích taktéž zmíněno v určitých formách. Nejvíce se objevuje pod pojmy „*respektujme to právo*“, „*volba toho pacienta*“, „*kdo má rozhodnout o..., jedině ten pacient*“, „*respektovat názor pacienta*“. A v neposlední řadě je zmíněn kód **Minimalizace bolesti a úzkosti**, která je v oblasti péče o pacienta v terminálním stádiu nedílnou součástí. Zmiňuje to například participantka P2, která říká: „*Za mě ten pacient hlavně nesmí trpět bolestí a úzkostí, nesmí se bát a nesmí prostě trpět, a to je pro mě to nejdůležitější.*“ Participantka P3 uvádí: „*Většinou se navyšují opiáty, morphin, aby pacienti neměli pocit dechové tísně.*“ Participantka P4 poukazuje na to, že v případě neutišitelných bolestí, i přes nasazenou léčbu opiáty se setkává s tím, že nemocní stále trpí velkými neutišitelnými bolestmi a v tomto případě by zamýšlela nad určitou formou provedení eutanázie. Jediná participantka P1 se k této problematice do jisté míry nevyjádřila.

Následující dvě kategorie se zaměřují na samotnou eutanázii, a to v první řadě **Podpora eutanázie**. Na základě výpovědí byl stanoven kód **Právo rozhodnout**, participant P1 se ve své výpovědi zmiňuje o tom, že: „*Kdo má právo určit, jestli ano, či ne? Co může být etické pro jednoho člověka, nemusí být etické pro druhého.*“ Výpověď první participantky zaujímá tedy spíše negativní postoj. Kontrast jde následovně vidět ve výpovědi participantky P2, která říká: „*Dokážu si to představit v nějakých bezvýhodných situacích.*“ Participantka P3 zaujímá takový názor, že: „*Kdo má právo rozhodnout o tom, kdo má zemřít, kdo o tom má rozhodnout? Jedině ten pacient.*“ A v neposlední řadě participantka P4: „*Myslím si, že asi ten pacient sám by měl být schopný si o to zažádat a sám to provést.*“ V této kategorii je spojena **Lucidita a svéprávnost**, která figuruje ve výpovědích jako důležitý faktor, který nesmí být opomíjen.

Kategorie **Nesouhlas s eutanázií** se věnuje především kódu **Rozpor**, který je vyřčen například z důvodu vyznání určitého **Náboženství**.

Nesouhlas s eutanázií vyslovila pouze participantka P1, a na základě její výpovědi byly stanoveny kódy. První kód **Rozpor**, kdy participantka jednoznačně vyjádřila svůj nesouhlas. Jako jeden z důvodů udává **Náboženství**, přičemž uvádí: „*Jednak je to v rozporu s mým katolickým vyznáním, kdy život je vlastně brán jako velký dar a nikomu nepřísluší žítí samovolně ukončit.*“

Pro první výzkumnou otázku z druhé oblasti byly vybrány otázky č. 8 a 9.

Následující část se bude věnována specifické výzkumné otázce, která zní, **Jaká kritéria by měla být zvažována při rozhodnutí o zavedení eutanázie?**

Tabulka 6 – Kategorie a kódy vztahující se k druhé výzkumné otázce v druhé oblasti

Kategorie	Kódy
Četnost	Terminální stádium života
Kritéria	Právo, respekt k přání, terminální stav, paliativní léčba
Regulace a Monitorování	Kritéria, etické překážky

Na kategorii **Četnost** se poukazuje především z důvodu výpovědí všech participantů. Vzhledem k tomu, že každý participant je zaměstnán na jiném oddělení, byla položena otázka, jak často se setkávají s péčí o nemocného v **Terminálním stádiu života**, popřípadě se smrtí a zodpověděli následovně. Participantka P1 se s terminálním stavem pacienta setkává denně, se smrtí 1 - 2x do měsíce. Participantka P2 se s terminálním stavem pacienta setkává opět denně a se smrtí taktéž 1 – 2x do měsíce. Participantka P3 se s terminálním stádiem u pacientů setkává z 50 % a s úmrtím 1 – 2x týdně. A v neposlední řadě participantka P4, která se s terminálním stádiem u pacientů setkává opět denně a úmrtím 1 – 2x týdně.

Kategorie **Kritéria** se soustředí především na to, za jakých podmínek je možné přemýšlet tak, že by systém eutanázie fungoval. Jedná se především o respektování autonomie pacientů, zajištění etického a legálního rámce, prevenci zneužití a další. K respektování autonomie pacienta je přiřazen kód **Právo** a taktéž **Respekt k přání**. V tomto případě se setkávají téměř všechny participantky. Shodují se v tom, že v tomto případě je důležité respektovat přání pacienta a právo o jeho svobodné volbě, i v případě předem vysloveného přání. Pouze participantka P1 udává: „*Dle mého názoru žádná. Pokud pacient v době umírání ničím nestrádá, tak eutanázie není potřeba.*“ Kódem **Terminální stav** se rozumí především pacient v poslední fázi vážného onemocnění, kdy pacient není léčitelný a úmrtí je nevyhnutelné v blízké době. V tomto případě došlo ke shodě ve výpovědích. V návaznosti

na terminální stav navazuje **Paliativní péče**, která je v této fázi nezbytně nutná. Participantka P4 uvádí: „*Paliativní léčba by si to vyžadovala.*“

Kategorie **Regulace a monitorování** se rozumí tak, za jakých podmínek a do jaké míry se zavedení eutanázie dá kontrolovat a hodnotit, kdo splňuje veškeré podmínky pro podstoupení eutanázie.

Pro tuto kategorii byl zvolen kód **Kritéria**, která jsou do určité míry v této oblasti už popsána výše. V této rovině se ale jedná o zodpovězení otázky, kdo bude ta kritéria vyhodnocovat, tudíž v tuto chvíli se nejedná o samotná kritéria. Participant se shodují v tom, že nikdo by nechtěl být na místě toho, kdo ten daný případ bude zhodnocovat. Například participantka P4 podotýká: „*Jako opravdu hranice pro posouzení je tak křehká, že já osobně bych nechtěla být v roli, kdo rozhodne zda ano, či ne.*“ V návaznosti na kritéria stojí **Etické překážky**, které si participantky uvědomují. A každá se k nim ve svých výpovědích do jisté míry vyjádřily. Především se jedná o obavy ze zneužití, například ze strany rodiny, za účelem majetkového či finančního zisku. Neméně podstatnou a opakovaně zmiňovanou překážkou je morální rovina a profesní povinnosti, které si participantky uvědomují a ctí ve své profesi. Za zmínku stojí úryvek ve výpovědi participantky P1, která říká: „*Tak jako pro člověka je smrt přirozená věc, tak umírání je vlastně stejně přirozeným procesem lidského žití, a tam bychom se to měli všichni naučit vnímat, aby to nebylo takový propastný tady v těch prožitcích.*“

Pro druhou výzkumnou otázku z druhé oblasti byly vybrány otázky č. 2, 7 a 8

7 DISKUZE

Tato práce zkoumala a analyzovala pohled zdravotnických pracovníků na problematiku eutanázie a tématy k ní úzce spojené. Pro zpracování výzkumu byli osloveni čtyři participanti. Tři z nich pracují v nemocničním zařízení na oddělení interny, chirurgie a ARO. Čtvrtá participantka působí v hospicovém zařízení. Oddělení byla zvolena na základě kritéria, kde se pracovníci setkávají s terminálním stádiem onemocnění pacienta. Hlavním cílem, který se podařilo naplnit pomocí výpovědí participantů a dílčích otázek, bylo zjistit, jaký postoj mají zdravotníci k eutanázii v České republice. Včetně tohoto cíle hlavního, byly stanoveny i dílčí cíle, které byly rozděleny do dvou oblastí. První oblast se vztahovala především k péči o pacienta v terminálním stádiu života a druhá oblast byla zaměřena na samotnou problematiku eutanázie. Participanti tedy následně provedly své výpovědi prostřednictvím otázek v rozhovoru.

Dílčí cíl č. 1: Zjistit s jakými výzvami se zdravotníci setkávají při péči o klienty v terminálním stádiu života.

K tomuto dílčímu cíli, který se vztahoval na oblast péče o pacienta v terminálním stádiu života, byly položeny otázky č. 3–5. Na základě výsledků týkajících se péče o pacienty v terminálním stádiu života je zřejmé, že jednou z hlavních výzev, se kterými se zdravotníci setkávají, je komunikace. Všechny výpovědi participujících zdůraznily důležitost efektivní komunikace jak s pacienty, tak s jejich rodinami. Tento aspekt je klíčový pro poskytnutí adekvátní podpory a péče v této citlivé fázi života. Dále se ukázalo, že všichni účastníci chápou důležitost poskytování paliativní péče a vnímání potřeb pacientů jako nedílnou součást poskytování této péče. Toto je důležité, protože paliativní péče se zaměřuje na zlepšení kvality života pacientů a zmírnění jejich utrpení, což je v terminálním stádiu života zvláště důležité. Zároveň byl zdůrazněn respekt a zachování důstojnosti pacienta v jeho posledních dnech. To naznačuje, že zdravotníci vnímají jedinečnost každého pacienta a snaží se zajistit, aby jejich potřeby byly respektovány a jejich důstojnost byla zachována, i když se blíží ke konci svého života. Tyto závěry ukazují na důležitost lidského přístupu ve zdravotnické péči, zvláště v období konfrontace s terminální nemocí. Například *“Exploring Nurses’ Experiences with End-of-Life Care: A Qualitative Study”* z roku 2020 se zaměřuje na zkušenosti zdravotních sester s péčí na konci života. Poskytuje informace o tom, jak se zdravotnický personál vyrovnává s péčí o pacienty v terminálním stádiu života. Oba výzkumy se zabývají zkoumáním zkušeností sester v oblasti péče na konci života. Oba

výzkumy se soustředí na všeobecné sestry, týkají se péče o pacienty v terminálním stádiu života. Mají své aspekty a přístupy k tématu péče na konci života, přičemž oba mohou přinést cenné poznatky k tématu zkušeností zdravotnických pracovníků s touto citlivou oblastí péče.

Dílčí cíl č. 2: Jak se zdravotničtí pracovníci vyrovnávají s konfliktem mezi autonomií pacienta a etickými závazky.

V následujícím cíli byly zahrnuty otázky č. 5 a 6. Výsledky týkající se vyrovnávání se zdravotníky s konfliktem mezi autonomií pacienta a jejich etickými závazky ukazují na složitost této problematiky. Zdravotníci se snaží nalézt rovnováhu mezi respektováním autonomie pacienta a dodržováním svých profesních povinností. Všichni účastníci zdůraznili, že velmi záleží na tom, aby pacient nebyl v bolestech nebo nevykazoval známky utrpení, je důležité zajistit jeho pohodlí a komfort. Avšak v případech, kdy pacient vyjádří přání ukončit svůj život, zdravotníci se ocitají v etickém dilematu. Jejich odpovědi naznačují, že i když respektují autonomii pacienta, mají zároveň obavy z možného zneužití takového rozhodnutí nebo z narušení etických principů. Jejich prioritou je často snaha o nalezení jiných způsobů, jak zlepšit kvalitu života pacienta a minimalizovat jeho utrpení, aniž by pacienti pomýšleli na žádost o ukončení života. Tímto způsobem se snaží zachovat soulad s etickými zásadami a zároveň respektovat pacientův hlas. Například *“Physicians’ and nurses’ perceptions od ethical dilemmas, moral distress and quality of care in intensive care units“* z roku 2017, zkoumá postavení lékařů a sester v intenzivní péči a jejich názory a dilemata. Může poskytnout perspektivu na konflikty mezi autonomií pacienta a etickými závazky, což zkoumá i tento výzkum. Výzkum *“Physicians’ and nurses’ perceptions od ethical dilemmas, moral distress and quality of care in intensive care units“* se soustředí na širší spektrum etických dilemat a morálního stresu vzhledem k náročnému klinickému prostředí, zatímco tahle práce se zaměřuje především na situaci, kdy pacient žádá o ukončení svého života a zdravotničtí pracovníci se potýkají s etickými otázkami a morálním stresem. Výzkumy se sice v určitých oblastech trošku liší, ale zároveň mohou vzájemně doplňovat poznatky o postojích a zkušenostech zdravotnických pracovníků v obtížných situacích.

Dílčí cíl č. 3: Zjistit, zda participanté, jakožto zdravotničtí pracovníci, kteří se starají o nemocné v terminálním stádiu života souhlasí s legalizací eutanázie v České republice.

Pro tenhle dílčí cíl byly stanoveny otázky č. 8 a 9. Během průzkumu postojů zdravotníků k legalizaci eutanázie v České republice se ukázalo, že většina z nich má k této otázce pozitivní přístup, avšak s určitými podmínkami. Jedna z účastnic jednoznačně odmítla legalizaci eutanázie, považuje ji za symptom selhání systému komplexní péče o nemocného.

Argumentuje tím, že pokud je péče o pacienta poskytována na optimální úrovni, nemělo by docházet k situacím, kdy je eutanázie považována za řešení. Naopak, ostatní zdravotníci souhlasili s možností eutanázie, avšak pouze v případech extrémního utrpení a beznadějně situace, kdy je bolest pacienta neúnosná a životní perspektiva minimální. Důležitým aspektem, který zdůraznili, bylo stanovení přísných kritérií pro poskytnutí eutanázie a důkladná kontrola celého procesu. Tímto způsobem by se mělo zabránit možnému zneužití, ale zároveň by se měla chránit důstojnost a integrita pacienta. Další diskuse se zaměřila na to, jaká kritéria by měla být zohledněna při poskytování eutanázie. Zdravotníci zdůraznili důležitost svobodné vůle pacienta, respektování jeho rozhodnutí a přání. Dále se hovořilo o nutnosti posouzení, zda je život pacienta skutečně neúnosný a zda je přítomnost bolesti tak intenzivní, že život není důstojný. Tato kritéria by měla být pečlivě zvažována a respektována, aby bylo zajištěno, že eutanázie bude poskytnuta pouze v opravdu extrémních případech, kde je to nevyhnutelné a žádoucí pro zachování důstojnosti a kvality života pacienta. Tímto cílem se zabývá například *“Euthanasia and physician-assisted suicide: Knowledge, attitudes and experiences of nurses in Andalusia (Spain).”* Studie z roku 2018 zkoumá postoje a zkušenosti zdravotních sester v Andalusii vůči eutanázii a asistované sebevraždě. Rozdíl je ve zkoumané oblasti, kdy tahle práce zkoumá postoje v České republice, zatímco druhé dílo zkoumá postoje k legalizaci eutanázie ve Španělsku. Obě práce jsou zaměřeny na postoj všeobecných sester k eutanázii, popřípadě i asistované sebevraždě. Dílčí cíl č. 4: Jaká kritéria by měla být zvažována při rozhodování o zavedení eutanázie.

Pro tenhle dílčí cíl byly stanoveny otázky č. 2, 7 a 8. Při zkoumání kritérií pro rozhodování o zavedení eutanázie bylo zjištěno, že názory zdravotnických pracovníků se liší. Jedna z účastnic jasně odmítla eutanázii z důvodů principiálního postoji, a proto nepovažuje za vhodné stanovovat jakákoli kritéria pro její podporu. Naopak, většina zdravotníků souhlasila s důležitostí určitých kritérií při rozhodování o podstoupení eutanázie. Klíčové faktory při posuzování eutanázie podle názoru respondentů zahrnovaly svobodnou volbu pacienta nebo jeho předem vyjádřené přání. Dále bylo zmíněno, že je nutné brát v úvahu lucidní vnímání pacienta, intenzitu bolesti a zejména diagnózu terminálního onemocnění s prognózou nevyhnutelné smrti. Tato zjištění zdůrazňují složitost a citlivost tématu eutanázie a jeho aplikaci v praxi. Ukazují na důležitost respektování svobodné vůle pacienta a potřebu pečlivého posouzení každého jednotlivého případu, aby bylo zajištěno, že rozhodnutí o eutanázii bude v souladu s etickými principy a ochranou důstojnosti pacienta. Diskuse na stejný cíl zkoumá například *“Euthanasia: Attitudes and practices among health care professionals”* z roku 2018. Tento výzkum zkoumá postoje a praktiky zdravotnických

pracovníků vůči eutanázii v různých evropských zemích. Zde jsou výsledky srovnání. V téhle práci se poukazuje na to, že většina zdravotníků souhlasí s eutanázií z určitých podmínek, zatímco ve výzkumu *“Euthanasia: Attitudes and practices among health care professionals”* se dozvídáme, že postoje k eutanázii jsou velice různorodé, s některými zdravotníky, co jsou pro i proti. V případě otázky na samotná kritéria tahle práce zdůrazňuje především svobodnou volbu pacienta a diagnózu terminálního stádia onemocnění, v zahraničním díle se identifikují různé faktory, jako je neúnosná bolest, pacientovo přání a možnosti léčby. V závěru obě studie poskytují cenné poznatky o postojích zdravotnických pracovníků k eutanázii a faktorech, které ovlivňují jejich rozhodování.

8 ZÁVĚR

V průběhu této bakalářské práce jsme se zaměřili na zkoumání postojů zdravotníků k problematice eutanázie a péče o pacienty v terminálním stádiu života. Získané poznatky nám pomohly lépe porozumět výzvám, se kterými se zdravotníci v této oblasti setkávají, a přispěly k širší diskusi o etických a právních aspektech eutanázie.

Z výsledků analýzy rozhovorů vyplynulo, že jedním z klíčových faktorů při péči o pacienty v terminálním stádiu života je disciplinovaná komunikace s pacienty a jejich rodinami. Tato komunikace je nezbytná pro poskytnutí podpory a zachování důstojnosti pacienta v jeho posledních dnech.

Zdravotníci se také vyrovnávají s etickými dilematy, které se objevují v souvislosti s autonomií pacienta a jejich profesními povinnostmi. Z výpovědí účastníků vyplývá, že respektování svobodné vůle pacienta a předem vyjádřených přání je klíčové, přičemž rozhodování o eutanázii by mělo být podpořeno diagnózou terminálního stavu nemoci a nezbytností udržení pacientova komfortu.

Navzdory různorodosti názorů byla většina účastníků nakloněna legalizaci eutanázie, avšak pod podmínkou přísných kritérií a transparentního postupu. Klíčovými faktory pro podporu eutanázie byla především neutišitelná bolest, přítomnost terminálního stavu nemoci a respektování pacientovy svobodné vůle.

Celkově lze tedy říct, že problematika eutanázie a asistované sebevraždy je komplexní a vyžaduje respektování etických a právních principů. Závěry této práce mohou přispět k lepšímu porozumění této problematice a mohou posloužit jako podnět k dalšímu výzkumu a diskusi v této oblasti zdravotnické praxe.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- BUŽGOVÁ, R., 2015. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života*. Praha: Cosmopolitan. ISBN 978-80-247-5402-4.
- CORBIN, J., A. STRAUSS, 1999. *Základy kvalitativního výzkumu*. Albert. ISBN 80-85834-60-X.
- De LOCHT, Y., 2019. *Eutanázie: Má každý právo na smrt?* Alpress. ISBN 978-80-7633-090-0.
- DOLEŽAL, A., 2017. *Eutanázie a rozhodování na konci života: Právní aspekty*. Praha: Academia. ISBN 978-80-200-2687-3.
- HAŠKOVCOVÁ, H., 2000. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. Praha: Galén. ISBN 80-7262-034-7.
- HAŠKOVCOVÁ, H., 2002. *Lékařská etika. 3., rozš. vyd.* Praha: Galén. ISBN 80-7262-132-7.
- JANKOVSKÝ, J., 2003. *Etika pro pomáhající profese*. Praha: Triton. ISBN 80-7254-329-6.
- KELNAROVÁ, J., 2007. *Tanatologie v ošetrovatelství*. Praha: Littera. ISBN 978-80-85763-36-2.
- KUŘE, J., 2018. *Co je eutanázie. Studie k pojmu dobré smrti*. Praha: Academia. ISBN 978-80-200-2762-7.
- MARKOVÁ, M., 2010. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3171-1.
- MUNZAROVÁ, M., 2005. *Zdravotnická etika od A do Z*. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-1024-2.
- MUNZAROVÁ, M., 2005. *Eutanázie, nebo paliativní péče?* Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-6535-8.
- PLETKOVÁ, K., 2019. *Pojem eutanázie: historický vývoj a dnešní chápání. Zdravotníci v České republice*. **12(4)**, 126–129 s. ISSN 1213-6050.
- PTÁČEK, R., P. BARTŮNĚK, 2019. *Eutanázie pro a proti*. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-5339-6.

ŠUSTEK, P., T. HOLČAPEK a kol., 2016. *Zdravotnické právo*. Praha: Wolters Kluwer. ISBN 978-80-7552-321-1.

ŠVÁŘÍČEK, R., K. ŠEĎOVÁ, 2010. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0664-6.

VÁCHA, M., 2019. *Eutanázie: definice, historie, legislativa, etika*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-2575-3.

Seznam internetových zdrojů

BUŽGOVÁ, R., 2013. *Etika ve zdravotnictví. Studijní opora*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě. ISBN 978-80-7464-409-2. Dostupné z: https://projekty.osu.cz/svp/opory/LF_Buzgova_Etika-ve-zdrav.pdf

ČESKÁ REPUBLIKA. 2009. Trestní zákoník. Zákon č. 40/2009 Sb., ve znění pozdějších předpisů. Praha: Úřad vlády České republiky. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2009-40>

De CASTERLÉ, D., B., C. VERPOOT et al., 2006. Nurses' views on their involvement in euthanasia: a qualitative study in Flanders (Belgium). *Journal of Medical Ethics*. **32**(4). ISSN 1473-4257. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16574869/>

DIERICKX, S., L. DELIENS et al., 2018. Involvement of palliative care in euthanasia practice in context of legalized euthanasia: A population-based mortality follow-back study. *Sage Journals*. **32**(1). ISSN 2158-2440. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28849727/>

NOHL, R., 2018. Eutanázie či potrat? Češi jsou zajedno, otázka trestu a smrti je ale rozděluje. [online]. Dostupné z: <https://eurozpravy.cz/domaci/zivot/227865-eutanazie-ci-potrat-cesi-jsou-zajedno-otazka-trestu-smrti-je-ale-rozdeluje>

ROME, B., R., H. H. LUMINAIS et al., 2011. The Role of Palliative Care at the End of Life. *National Library of Medicine*. **11**(4). ISSN 348-352. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22190887/>

World Health Organization [online], 2020. Palliative Care. World Health Organization. ISBN 978-0415370134. Dostupné z: <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/palliative-care>

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

ARO	anesteziologicko-resuscitační oddělení
ČR	Česká republika
DNR	Do Not Resuscitate neboli Neresuscitovat
ESLP	Evropský parlament pro lidská práva
et. al	a ostatní
odst.	odstavec
P	participant
PAS	Physician-assisted suicide neboli lékařem asistovaná sebevražda
s.	strana
Sb.	sbírka
St.	saint
Sv.	svatý
tzv.	takzvaně
USA	United States of America
WHO	World Health Organization

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 – Charakteristika participantů

Tabulka 2 – Přehled všech kategorií a kódů

Tabulka 3 – Kategorie a kódy vztahující se k první výzkumné otázce v první oblasti

Tabulka 4 – Kategorie a kódy vztahující se k druhé výzkumné otázce v první oblasti

Tabulka 5 - Kategorie a kódy vztahující se k první výzkumné otázce v druhé oblasti

Tabulka 6 – Kategorie a kódy vztahující se k druhé výzkumné otázce v druhé oblasti

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: Otázky k rozhovoru

PŘÍLOHA P I: OTÁZKY K ROZHOVORU

Demografické údaje:

- Na jakém oddělení pracujete a jak dlouho?

Zjistit, s jakými výzvami se zdravotníci setkávají při péči o klienty v terminálním stádiu života.

3. Jaké jsou podle Vás hlavní výzvy, se kterými se zdravotnický personál setkává při péči o pacienty v terminálním stádiu života?
4. Jak vnímáte svoji roli při poskytování péče pacientům v terminálním stádiu života a jaké jsou Vaše největší profesní výzvy v této oblasti?
5. Jak vnímáte svoji roli zdravotnického pracovníka v situacích, kdy se pacient obrací na Vás s přáním ukončit svůj život?

Jak se zdravotničtí pracovníci vyrovnávají s konfliktem mezi autonomií pacienta a etickými závazky.

5. Jak vnímáte svoji roli zdravotnického pracovníka v situacích, kdy se pacient obrací na Vás s přáním ukončit svůj život?
6. Jak byste se vyrovnal/a s dilematem mezi respektováním autonomie pacienta a Vašimi profesními a etickými povinnostmi?

Zjistit, zda účastníci, jakožto zdravotničtí pracovníci, kteří se starají o nemocné v terminálním stádiu života souhlasí s legalizací eutanázie v České republice.

8. Jak vnímáte etické a morální otázky spojené s eutanázií v kontextu Vašeho povolání?
9. Jaký je Váš osobní postoj k eutanázii a jaké jsou jeho hlavní důvody?

Jaká kritéria by měla být zvažována při rozhodování o zavedení eutanázie.

2. Jak často se na Vašem pracovišti setkáváte s péčí o pacienta v terminálním stádiu života, popřípadě i se smrtí pacienta?
7. Jaké by měly být podle Vás kritéria pro posouzení žádosti pacienta o eutanázii?
8. Jak vnímáte etické a morální otázky spojené s eutanázií v kontextu Vašeho povolání?