

# Názory studentů Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně na eutanazii a paliativní péči

Tereza Císlerová

---

Bakalářská práce  
2012



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav pedagogických věd

akademický rok: 2011/2012

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Tereza CÍSLEROVÁ**  
Osobní číslo: **H09305**  
Studijní program: **B 7507 Specializace v pedagogice**  
Studijní obor: **Sociální pedagogika**

Téma práce: **Názory studentů Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně na eutanazii a paliativní péči**

Zásady pro vypracování:

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

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

**HAŠKOVCOVÁ, Helena.** Thanatologie: nauka o umírání a smrti. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-471-3.

**CHRÁSKA, Miroslav.** Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1369-4.

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

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

**THE, Anne-Mei.** Paliativní péče a komunikace. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007. ISBN 978-80-87029-24-4.

Vedoucí bakalářské práce:

**Mgr. Jarmila Šťastná**

Ústav pedagogických věd

Datum zadání bakalářské práce:

**30. listopadu 2011**

Termín odevzdání bakalářské práce:

**4. května 2012**

Ve Zlíně dne 12. ledna 2012



doc. Ing. Anežka Lengalová, Ph.D.  
*děkanka*





Mgr. Jakub Hladík, Ph.D.  
*ředitel ústavu*

## PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

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

Prohlašuji, že

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

Ve Zlíně 25. 4. 2012



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 záverečných prací

(1) Vysoká škola nerádjštěně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledků obhajoby, poskytlucím dostupná k nahlédnutí, kromě případně zvláštního zveřejnění stanoveného předpisem vysoké školy.

(2) Diplomová, diplomová, bakalárska a rigorózná práca odovzdaná uchádzačom k obhajobe musí byť ráz najmenej päť pracovných dní pred konaním obhajoby zverejnená k nahládaniu verejnosti v mieste určenom vnútorným predpisom vysokej školy alebo nemá-li tak určené, v mieste pracovne vysokej školy, kde sa má konať obhajoba práce. Každý si môže za zverejnené práce požiadať na své náklady výpisy, opisy alebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odovzdaním práce autor souhlasí so zverejnením své práce podľa tohoto zákona, bez ohledu na výsledok obhajoby.

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

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, náleží-li náhodou na 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 (školské dílo).

2) zákon č. 121/2000 Sb. o práva autorství, o právech souvisejících s právem autorství a o změně některých zákonů (autorství zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školské dílo:

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

3). Úpřesní-li autor takového díla záležitosti bez věcného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat náhrady chybně učiněného práva jeho vůle u soudu. Ústanovení § 35 odst. 3 zůstává nezměněno.

(2) Nemá-li zjevně jinak, může autor školního díla své dílo užívat či poskytnout jinému licenční, není-li to v rozporu s úprávnými nájevy školy nebo školního či vzdělávacího zařízení.

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

## **ABSTRAKT**

Bakalářská práce se zabývá názory na paliativní péči a eutanázii. Tato práce je členěna na teoretickou a praktickou část. Teoretická část se věnuje thanatologii, umírání, smrti, paliativní péči, hospicové péči a eutanázii. Tyto pojmy jsou zde charakterizovány, popsány a také je na ně pohlíženo z různých úhlů pohledu. V praktické části předkládám výsledky kvantitativního výzkumu, jehož cílem bylo zjistit názory a postoje studentů Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně vůči eutanázii a paliativní péči.

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

## **ABSTRACT**

Bachelor thesis focuses on opinions on the lenitive care and euthanasia. This work consists of a theoretical part and practical part. The theoretical part is focused on a thanatology, dying, dead, lenitive care, hospice care and euthanasia. These terms are characterised, described and they are viewed on from various viewing angles. In the practical part I am presenting the result of my quantitative research. Its goal was to find out the opinions and approaches of students of the Tomas Bata University in Zlin to euthanasia and lenitive care.

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

Chtěla bych poděkovat paní Mgr. Jarmile Šťastné, vedoucí mé bakalářské práce za její cenné rady, podněty a metodickou pomoc.

Také bych chtěla poděkovat všem svým blízkým za podporu. Velké díky patří mé mamince, tatínkovi, sestře a příteli Michalovi za jejich pevnou podporu, inspiraci a lásku.

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

„Moderní psychologie objevila, jak silný vliv má na život jednotlivce porodní trauma. Ale co „trauma umírání“? Věříme-li v kontinuitu života, neměli bychom mu přisoudit rovnocenný význam?“

Laura Hyxleyová

# OBSAH

<b>ÚVOD.....</b>	<b>10</b>
<b>I TEORETICKÁ ČÁST .....</b>	<b>11</b>
<b>1 THANATOLOGIE.....</b>	<b>12</b>
1.1 UMÍRÁNÍ .....	13
1.1.1 Strach z umírání .....	13
1.1.2 Reakce umírajícího na sdělení závažné diagnózy .....	14
1.1.3 Potřeby umírajících .....	16
1.2 SMRT.....	17
1.2.1 Rozdělení smrti .....	18
1.2.2 Smrt v minulosti a dnes.....	19
1.2.3 Důstojná smrt .....	20
<b>2 PALIATIVNÍ PÉČE .....</b>	<b>22</b>
2.1 DEFINICE PALIATIVNÍ PÉČE.....	22
2.2 HISTORIE PALIATIVNÍ PÉČE.....	23
2.3 ROZDĚLENÍ PALIATIVNÍ PÉČE .....	24
2.3.1 Roviny paliativní péče.....	24
2.3.2 Principy paliativní péče.....	25
2.3.3 Ekonomika a paliativní péče .....	26
2.4 HOSPICE .....	27
2.4.1 Vývoj hospiců v České republice.....	27
2.4.2 Myšlenky a znaky hospice .....	28
2.4.3 Formy hospicové péče.....	29
2.4.4 Sociální práce v hospicích.....	30
<b>3 EUTANAZIE .....</b>	<b>32</b>
3.1 DEFINICE EUTANAZIE .....	32
3.2 HISTORIE EUTANÁZIE .....	33
3.3 ROZDĚLENÍ EUTANÁZIE.....	34
3.3.1 Zkušenost eutanázie z Nizozemí .....	35
3.3.2 Argumenty pro a proti eutanázii .....	36
3.3.3 Současné názory na eutanázii.....	37
<b>II PRAKTICKÁ ČÁST .....</b>	<b>38</b>
<b>4 VÝZKUM.....</b>	<b>39</b>
4.1 FORMULACE VÝZKUMNÉHO PROBLÉMU .....	39
4.2 STANOVENÍ VÝZKUMNÝCH CÍLŮ .....	39
4.3 STANOVENÍ HYPOTÉZ A VÝZKUMNÝCH OTÁZEK .....	40
4.4 VÝZKUMNÝ VZOREK .....	41
4.5 METODY SBĚRU DAT .....	41
4.6 ZPŮSOB VYHODNOCOVÁNÍ .....	42
<b>5 ANALÝZA A INTERPRETACE DAT .....</b>	<b>43</b>



5.1	VYHODNOCENÍ HYPOTÉZ.....	63
5.2	VYHODNOCENÍ VÝZKUMNÝCH OTÁZEK.....	65
5.3	SHRNUTÍ VÝSLEDKŮ A APLIKAČNÍ ROZMĚR.....	67
	<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>68</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....</b>	<b>69</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....</b>	<b>71</b>
	<b>SEZNAM OBRÁZKŮ .....</b>	<b>72</b>
	<b>SEZNAM TABULEK.....</b>	<b>73</b>
	<b>SEZNAM GRAFŮ .....</b>	<b>75</b>
	<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>76</b>

## ÚVOD

Smrt čeká na každého z nás, je to zcela samozřejmá věc u všech pozemských tvorů. Někteří se smrtí nejsou smíření vůbec, na druhou stranu jiní zase chtějí dobrovolně umřít a odejít z tohoto světa. Proto pro zpracování bakalářské práce jsme si zvolila téma týkající se eutanázie a paliativní péče. Myslím si, že každý člověk někdy přemýšlí o smrti. Každý na tuto problematiku zaujímá svůj postoj a stanovisko. A právě tyto postoje by mě velmi zajímaly. Studovala jsem na střední zdravotnické škole, takže z praxe vím, co smrt a péče o umírající obnáší a jak neskutečně je psychicky, emočně, ale i finančně náročná.

Na jedné straně stojí tolik medializovaná a společností propíraná eutanázie a právo rozhodovat o svém životě až do úplného konce, a na straně druhé, pro laickou veřejnost téměř naprosto neznámá paliativní péče a možnost důstojné a bezbolestné smrti v hospicových zařízeních. Tyto dvě témata mají mnoho společného, hlavní pointou obou těchto pojmů je umírání a smrt člověka, ale přitom eutanázie a paliativní péče spolu soupeří a jedna vylučuje tu druhou.

Ve své práci se tedy v první řadě zabývám pojmy, jako jsou thanatologie, umírání a smrt. Druhou kapitolu koncipuji do oblasti paliativní péče a chtěla bych se také nemalou částí dotknout hospicových zařízení, které se mi jeví, jako hlavní klíčová východiska paliativní péče. V poslední kapitole vymezuji pojem eutanázie, pojmenovávám její druhy, formy a také zhodnocuji všechna její pro a proti. V České republice podle mého názoru existuje dostatečné množství odborné literatury, která se vztahuje k pojmům umírání, smrti a paliativní péče. Na druhou stranu odborné literatury na téma eutanázie je u nás oproti zahraničí velmi málo a také je poněkud zastaralá.

V praktické části zkoumám, jaký názor mají studenti naší univerzity na tuto problematiku. Zda jsou jim tyto pojmy blízké, či nikoli. Jak vůbec studenti uvažují o smrti, zda ji také, jak se mě osobně zdá, zcela vytěsňují, odstrkují a snaží se na ni vůbec nemyslet, jakoby ani neexistovala. Anebo naopak, berou smrt a umírání, jako neodlučitelnou součást života a mají jasno, nebo alespoň uvažují nad pojmy euthanasie a paliativní péče. Popravdě tato verze by mě osobně opravdu překvapila, ale samozřejmě mile. A kterou z těchto dvou variant by ve svém životním rozhodnutí volili a to jak pro své blízké, tak pro ně osobně? Protože naprosto každý se v této situaci může kdykoli ocitnout. Proto si myslím, že toto téma je velice důležité, mělo by se na ně pomýšlet, věnovat se mu, i když není zrovna veselé ani optimistické a v současné chvíli se nás absolutně netýká.

## **I. TEORETICKÁ ČÁST**

## 1 THANATOLOGIE

V této první pilotní kapitole se věnuji thanatologii, jako vědnímu oboru, který se zabývá umíráním a smrtí. Myslím si, že vymezením a definováním tohoto pojmu je velmi důležité pro celou mou bakalářskou práci.

Thanatologii můžeme definovat, jako interdisciplinární obor, který se zabývá smrtí. S tímto oborem je spojeno spousta fenoménů. Název thanatologie pochází z řeckého slova Thanos, což je jméno bájného boha smrti a spánku. Tento interdisciplinární obor je rozptýlen a proplétá se do spousty klasických oborů. Mezi ně například patří: filosofie, medicína, sociologie, teologie, psychologie a spousta jiných. Nejdůležitější ovšem je, že každý z těchto oborů se k této problematice přiklání z jiného úhlu a nabízí nám různé aspekty pohledu. V dnešní době se nemluví o umění umírání, ale lidem jde hlavně o to, aby svůj život co nejdéle prodloužili. Porozumět dnešním podmínkám výkonu lékařského povolání, ve chvílích konfrontace s bolestí, marností, umíráním, nejistotou a smrtí je nutné, jak z důvodu profesních, tak i lidských (Haškovcová, 2007, s. 178 - 179).

Thanatologie, jako vědní obor vzniká v USA, kdy z důvodu politické a válečné situace, (v Nagasaki a v Hirošimě) lidé začínají mít zájem o problematiku umírání a smrti. Je důležité si uvědomit, že smrt každého člověka je vysoce individuální, jedinečná a neopakovatelná v subjektivním prožitku. Proto k problematice smrti a umírání musíme přistupovat s ohledem na míru dosaženého poznání, vzdělání, ověřených informací a obecně přijímaných závěrů. Smrt je však také bezesporu obecný lidský fenomén, který je prozkoumaný medicínou a biologií. Proto můžeme podat určitý počet objektivních informací, vycházející z míry poznání v této problematické oblasti (Kelnarová, 2007, s. 9).

Thanatologie, tedy smrt a umírání je pro každého člověka tím nejuniverzálnějším zážitkem. V průběhu našeho celého života neustále odcházejí naši příbuzní, známí, přátelé, učitelé, až nakonec i my sami staneme tváří tvář své vlastní smrti. Při zamyšlení je opravdu velmi zvláštní, že až do konce 60. let minulého století západní průmyslová společnost projevila zájem v oblasti smrti a umírání. Jediným přijatelným a možným vysvětlením této situace je hromadné popírání smrti a psychologické potlačení všeho, co se smrtí souvisí (Grof, 2009, s. 19).

Myslím si, že ze širokospektrálního úhlu jde thanatologii zejména o to, aby každý jedinec pochopil, že smrt je danost a je nutná podmínka života. S tímto zcela daným faktem nelze nic dělat. Smrt není něco, čeho se lidé mají obávat a děsit, ale s pokorou a s vnitřním smířením ji uznat jako zákonitost každého lidského života.

## 1.1 Umírání

Umírání k našim životům neodmyslitelně patří. Jedná se o poslední akt našeho života. Umírání je proces, u každého člověka různě dlouhý. Tento proces můžeme rozdělit na časové etapy, při nichž tělo postupně přechází do exitu (smrti). Nejvíce se přikláním k popisu pojmu umírání od pana doktora Vorlíčka.

Pojem umírání lze definovat, jako nezvratné a postupné selhávání životně důležitých funkcí organismu, jehož následkem je smrt daného jedince. Umírání je proces, který může mít různou délku trvání. Někdy fáze umírání můžeme shrnout do několika hodin, dnů anebo i týdnů. Umírání a konkrétní závěr lidského života je často velmi individuální. Nikdo by neměl umírat sám, a kvalitní a důstojná smrt by měla mít charakter sociálního a humánního aktu. Inspirací a vhodným zdrojem při každém procesu umírání by se měla stát Ochrana lidských práv a důstojnosti nevléčitelných nemocných a umírajících tzv. Charta práv umírajících. Tento etický kodex, vyhlášený Radou Evropy v roce 1999 nám nastiňuje postup při kontaktu a péči o umírajícího a také pokládá základní kámen paliativní a hospicové péče (Vorlíček, et al, 2004, s. 435- 437).

Umírání je zcela nepřesně ohraničený průběh, který směřuje nevyhnutelně ke smrti. Z čistě klinického hlediska se poslední fázi umírání považuje za terminální stav člověka. Tento stav se vyznačuje postupným a nezvratným selháváním životně důležitých funkcí organismu (Hegyl in Kelnarová, 2007, s 10).

### 1.1.1 Strach z umírání

Lidé se odjakživa obávají umírání a smrti. Nikdo z nás nechce slyšet, že náš život jednou skončí a my z toho světa jsme povinni odejít.

Když člověk umírá, nebo někdo blízký, objeví se zákonitě dva emoční problémy a to strach a zármutek. Tato reakce je zcela přirozená a normální. Tento strach i smutek musíme přijmout a pochopit. Zní to velmi samozřejmě a logicky, ale právě tyto normální reakce lidé nechápou, a poté vznikají mnohá nedorozumění. Když se cítíme v nebezpečí, naše tělo začne vyplavovat adrenalin, srdce nám bije rychleji a začneme se potit. Právě tyto reakce umožnili lidstvu přežít, dnes jsou však zapotřebí znatelně méně. Ve skutečnosti nám tyto fyzické příznaky nervozity a strachu přinášejí problémy. Jsme často neklidní, nervózní a nepokojní. Nejsme schopni odpočívat a řádně čerpat síl ze spánku. Trpíme nespavostí. Často se potíme, cítíme nepříjemné bušení srdce a může se dostavit i třes svalů. A to

všechno, protože naše tělo a vědomí je naladěno na hrozící nebezpečí. Stáváme se paranoidními a vidíme nebezpečí i tam, kde se vůbec nenachází. Je velmi důležité se naučit rozlišovat rozdíl mezi strachem a úzkostí. Strach má svůj objekt- bojíme se něčeho konkrétně. Úzkost naopak žádný konkrétní objekt nemá, jde o všeobecný stav, ve kterém se nám může zdát nebezpečná spousta věcí. Velice častým jevem však je, že strach je často příčinou úzkosti a protože úzkostní lidé jsou často ve stavu pohotovosti a vůči hrozícímu nebezpečí, může úzkost vyvolat strach. Z toho lze vyvodit závěr, že strach a vztek jsou velmi často dvojí strany téže mince, stejně jako je tomu u strachu a deprese. Deprese u umírajících jedinců je základní reakcí na bezmocnost. Proto je velmi důležité umírajícího připravit na tento strach a úzkost. Například lidé, kteří si plní obav projdou fází přemýšlení nad důsledky těžké operace, jsou na pooperační období připraveni mnohem lépe než ti, kteří si tímto procesem neprošli. Z čehož vyplývá, že by sociální či zdravotničtí pracovníci neměli přehnaně ochraňovat své pacienty, tím že jim budou záměrně zatajovat informace, jež by je mohly případně rozrušit (Parkes, 2007, s. 16- 18).

### **1.1.2 Reakce umírajícího na sdělení závažné diagnózy**

Když je pacient informován o jeho závažném zdravotním stavu, začne zákonitě uvažovat a přemýšlet o smrti. Reakce na tuto, smrtelnou diagnózu bývá různá. Drtivá většina všech pacientů žije v naději, že jeho existence bude mít i nadále pokračování. Většina těžce nemocných není schopna se postavit a čelit tváří v tvář drsné realitě. Je velice důležité, také jakým způsobem se zpráva pacientovi poddává. Pacienti vítají soukromí, pochopení a také doufají, alespoň v nepatrný záblesk naděje, který chtějí slyšet z úst lékařů. Tito lidé potřebují alespoň malou naději. Nejvíce se však osvědčilo, že pravda sdělená co nejprostšími slovy je pro pacienta nejpříjemnější (Kelnarová, 2007, s. 29).

Když přemýšlím nad touto opravdu těžkou situací, sdělování závažné diagnózy pacientovi rozhodně souhlasím s autorkou, že je v této chvíli potřeba nesmírná míra empatie, solidarity a pochopení. Myslím si, že pro lékaře je toto sdělování pravdy jednou z nejobtížnějších věcí z jejich profese. Sama jsem jako studentka zdravotnické školy docházela na praxi do nemocnice, kde tyto závažné diagnózy nebyly výjimkou. Velmi důležité je poskytnout při tomto rozhovoru co nejvíce soukromí (i po ukončení rozhovoru) a vždy by měl být v přítomnosti pacientův blízký člověk či rodinný příslušník.

Podle mého názoru je velkou průkopnicí v oboru thanatologie paní Elisabeth Kübler – Rossová. Tato velmi známá švýcarská lékařka a psychiatricka je celosvětově uznávaná,

jako odbornice, která se zabývá smrtí a umírání. Myslím si, že tato autorka nejlépe a nejpřesněji popsala reakce pacientů na sdělení smrtelné diagnózy. Tyto reakce rozdělila do pěti stádií.

Prvním stádiem je zavírání očí před skutečností. Tuto reakci doprovází šok, popírání a izolace. V této chvíli si pacient nechce přiznat svoji situaci. Nemůže uvěřit, že se to týká právě jeho samotného. Nechce věřit lékařům. Myslí si, že je to určitě omyl. Nechce vzít na vědomí svou těžkou nemoc. V první fázi přichází šok, uzavírání se do sebe, nespolupracuje s lékařem. Velmi časté je předstírání, že je jim dobře a že jsou zcela v pořádku. Pacienti chtějí mluvit jen s určitým, jim blízkým okruhem přátel a zdravotnickým personálem a od jiných se zcela distancují. Každý pacient si vytváří svůj ochranný mechanismus, aby tento extrémní stres zvládl. V této chvíli je pro smrtelně nemocné nejdůležitější právě podpora jim blízkých lidí- láska, naslouchání, držení za ruku.

Druhé stádium, ve kterém je přítomna zloba, agrese a zlost. Pacient si vybíjí všechnu tuto svoji agresi a hněv na svém nevinném okolí. V tomto období chodí příbuzní nemocných z návštěv se slzami v očích. Často se bojí chodit za svým příbuzným do nemocnice nebo do jiného zařízení. Stává se však, že rodinní příslušníci přestanou chodit na návštěvy za nemocným úplně. Pacienti se na sebe snaží strhnout pozornost všech okolo a to většinou v negativních situacích. V této chvíli je velmi důležité, aby všichni k pacientovi přistupovali s velkou mírou tolerance (Kübler - Rossová in Kelnarová, 2007, s. 29).

„Pacient na sebe začne upozorňovat, má stále nové požadavky, stěžuje si a nařiká, chce, aby si ho všímali: „Jsem ještě naživu, nezapomínejte na to! Ještě můžete slyšet můj hlas, ještě nejsem mrtvý!“ Je-li pacientovi věnována pozornost a čas, brzy se zase uklidní a žádá méně. Ví, že se s ním počítá a také ví, že svá přání nemusí prosazovat zlostným křikem a že nemusí stále zvonit, protože se rádi na něho do pokoje přijdou podívat. Bohužel často reagujeme na zlost nemocného, jako by to bylo jeho osobní záští, které nemá žádnou příčinu. Když sestry nebo členové rodiny reagují popuzeně, živí jen jeho zášť novou potravou. Návštěvy jsou stále řidší a stejně tak lékařské vizity. Každý se chce totiž vyhnout sporům se zlostným pacientem“ (Kübler – Rossová, 1992, s. 24).

Ve třetím stadiu, se pacient snaží se svou nemocí smlouvat a vyjednávat. Tyto „smlouvy“ pacienti nejčastěji uzavírají s Bohem. Ve většině případů o tom s nikým nemluví. Tyto sliby většinou bývají spojeny s pocitem viny a s dalším smlouváním, tato tíha viny stoupá. V této chvíli je třeba, aby se pacient zbavil strachů a přání být za svou vinu potrestán a nadále je vhodné, aby s nemocným promluvil buď duchovní, psychiatr nebo psycholog.

Čtvrté stádium je charakteristické hlubokou depresí. Nemocný, který je dlouhodobě léčen již ztrácí síly. Velmi často se přidají i finanční problémy a úplná ztráta zaměstnání. Tímto počinem si pacienti velmi často uvědomí, že se již blíží smrt a že konec života je již na blízku. V tomto období se také smrtelně nemocní snaží urovnat složité rodinné spory a neochota rodinných příslušníků k urovnání těchto problémů, bývá pro nemocné velmi bolestivé. Pacient se připravuje na loučení se světem a okolí. Také dává do pořádku svá finanční a majetková vypořádání. Jejich tvář je často velmi smutná a plná chmuru. Propadají do depresí a v těchto depresivních stavech je pro ně velmi podporující přítomnost blízkých osob. Nemají sílu bojovat o život a jsou již připraveni na svou smrt. Častý rozpor mezi přáním nemocného a jeho blízkých, kteří nechtějí, aby umřel, vnáší bolest do duše umírajícího. Jakmile, ale tito příbuzní pochopí přání umírajícího, jsou ušetřeni bolesti vzájemně.

Poslední páté stadium je stádiem akceptace a souhlasu se svou smrtí. Zde pacient komunikuje spíše neverbální cestou. Přeje si, abychom jej drželi za ruce a byli mu nablízku a chce svou poslední jistotu a pocit bezpečí. Blízkost někoho, mu pomáhá ke klidnému, důstojnému odchodu z tohoto světa. Pevný stisk ruky umírajícího ubezpečí, že v této těžké chvíli nezůstane sám. Nemocní čekají od příbuzných uklidnění a povzbuzení, avšak uklidnit může jen, kdo je sám vyrovnaný, klidný a silný. Tento poslední úsek života zvládá ten, kdo si uvědomuje, že život na zemi jednou skončí každému z nás. Mnohokrát se potvrdilo, že ti lidé, kteří žili „dobrým“ životem, měli i „dobrou“ smrt (Kübler – Rossová in Kelnarová, 2007, s. 30- 31).

### 1.1.3 Potřeby umírajících

Každý živý tvor má své potřeby, které musí být alespoň z jisté části uspokojovány. Zejména pak u umírajících. Každý pacient má své specifické potřeby, tužby a přání. Když se smrt již přibližuje, umírající často přemýšlí, že něco v jeho životě nebylo dořešeno či dokončeno. I když ostatním (rodině, příbuzným či personálu) se může zdát, že jde o naprosto banální a nepodstatné věci, pro umírajícího jsou to v této chvíli ty nejpodstatnější a nejdůležitější body celého vesmíru. Proto je podle mého názoru tak důležité starat se zejména o spirituální stránku potřeb umírajících.

Mezi základní potřeby umírajících patří také přiměřený sociální standard, kvalitní ošetrovatelská a lékařská péče. Nadále zde patří ještě potřeba nezůstat sám a komunikovat s druhými lidmi. Zejména v případě zhoršení stavu. Také tady patří potřeba soukromí a intimity, kterou nejlépe mohou obstarat nejbližší příbuzní svou laskavou péčí. Další



potřebou je hovořit o nemoci pravdivě, ale vždy s přítomnými prvky naděje. Poté důležitou potřebou je mluvit o svém stávajícím životě a jeho smyslu (co jsem udělal ve svém životě dobré či naopak, co jsem mohl udělat a neudělal, atd.) Nesmíme také zapomínat na to, že umírající potřebuje vyjádřit své obavy ze smrti a jeho současného stavu, nebát se poplakat a truchlit. Další potřebou je ujištění, že jeho příbuzní a blízcí unesou bolest ze ztráty (zejména v případech, kdy má umírající nezaopatřené malé děti, jeho prioritou je vědět kdo se o ně postará). Nepostradatelnou nezbytností je uspokojení potřeby rituálů mezi ně patří modlitby, různé náboženské úkony, připravení se na svou smrt a nebránit se jejímu příchodu. Také zde patří ujištění, že smrt nebude bolet a že všichni okolo udělají vše, aby tomu tak bylo. Potřeba akceptování nemocného takového jaký je. Zajistit umírajícímu vstřícnou komunikaci včetně empatického a citlivého naslouchání. Těchto potřeb může být ještě daleko více, vše se odvíjí od individuálního cíle umírajícího. Je nepochybné, že k dosažení subjektivního pocitu kvality života závažně nemocných je potřebná pomoc všech, kteří se na péči podílejí (Haškovcová, 2007, s. 163- 165).

## 1.2 Smrt

V České republice umírá každým rokem okolo 100 000 lidí, z toho 59% v nemocnici, 24% doma, 9% v léčebném ústavu (např. v léčebnách dlouhodobě nemocných), v zařízení sociální péče (např. v domovech pro seniory) 4,5% a v hospicích 1,5% (Sláma, Kabelka, Vorlíček, 2007, s. 307).

Smrt můžeme definovat, jako individuální zánik organismu, a tím i celého člověka jako jedince. Podle toho v jakém věku smrt přichází, hodnotíme ji jako předčasnou nebo naopak přiměřenou. Podle mého názoru v dnešní době by většina lidí dala přednost smrti rychlé či náhlé. Definice smrti může být různá. Pro srovnání uvádím definice podle Haškovcové a Kelnarové. Osobně se přikláním k vymezení smrti od paní doktorky Haškovcové, protože mě zaujala myšlenka, že člověk umírá již od prvního dne života.

Smrt (mors) je zcela individuální záhuba organismu a tedy také člověka. V užším slova smyslu můžeme říci, že jedinec umírá již od svého narození. Geneze smrti je podmíněna životem a život samý je umožňován smrtí. Vědci a biologové hovoří o programu života, který je střídán smrtí, anebo o programu umírání, k jehož spuštění dojde poté, kdy byl vyčerpán program celého života. Díky tomuto genetickému programování, vzešel i pojem smrtelné hodiny (Haškovcová, 2007, s. 89).

Dnes je smrt definována, jako smrt mozku. Tato mozková smrt odpovídá okolnostem, kdy elektroencefalograf ukazuje, že nejdůležitější části mozku již nefungují. Právě toto kritérium se ukázalo jako nejlepší pro stanovení smrti. Jelikož elektroencefalograf není vždy po ruce, jsou rozděleny známky smrti na jisté a nejisté. Mezi jisté známky smrti patří fyzikální a chemické změny, jež zcela mění tělo zemřelého. Tyto změny nazýváme změnami posmrtnými, které se však objevují až za určitou dobu. Můžeme mezi ně zařadit: posmrtnou bledost, posmrtné skvrny, posmrtné chladnutí těla a také jeho tuhnutí, posmrtný rozklad (autolýza), posmrtná hniloba a posmrtné srážení krve. Nadále se objevují specifická kritéria smrti mozku, mezi něž patří: nepřítomnost reflexů, nepřítomnost spontánních dýchacích či svalových pohybů, rovná čára již zmiňovaného elektroencefalografu a selhání reakce i na ty nejbolestivější stimuly. Naopak mezi známky smrti nejisté patří: zástava dýchání, zástava činnosti srdce a nevybavování zornicového reflexu (Kelnarová, 2007, s. 12- 13).

### 1.2.1 Rozdělení smrti

Ke smrti dochází nejčastěji následkem nějaké choroby. Ale smrt také můžeme rozdělit podle toho, která část lidského těla přechází do nezvratného procesu umírání a zániku lidských buněk.

O smrti můžeme hovořit:

- a) Jako o klinické smrti, při které dochází k zástavě krevního oběhu a dýchání, lze ji ale odvrátit zahájením okamžité resuscitace.
- b) Poté o biologické smrti, při které dochází k zániku buněk tělesných orgánů. Biologická smrt nastává až po 4-5 minutách po zástavě krevního oběhu a dechu.
- c) A také o smrti mozku, jež se vyznačuje odumíráním mozkových buněk, i když ostatní tělesné orgány mohou ještě nadále pracovat.

Nadále se Zemanová zmiňuje o smrti takzvaně sociální. Sociální smrt je taková situace, kdy motorické, sensorické a duševní funkce jsou zachovány pouze částečně. A i když člověk žije, tak není schopen žádných sociálních a mezilidských vztahů. Je tedy zcela izolován od společnosti (Zemanová, 2009, s. 43).

Díky dnešním moderním pokrokům v oblasti medicíny, přivést umírajícího znovu k životu není žádný problém, otázka ale vyvstává, zda pacienta v terminálním stadiu (u těžkých nevyléčitelných nemocí), po zastavení vitálních funkcí je vůbec dobré ještě provádět kardiopulmonální resuscitaci a pokoušet se o znovunastartování těchto funkcí. Myslím si, že tímto zásahem se jen prodlužuje bolest a umírání nemocného.

„Moderní člověk se spíše brání strachu z umírání než myšlence na smrt. Umírání je také vyděleno ze všedního života, jelikož údajně překáží „obvyklému průběhu věcí“ a tím i celé společnosti. Ten kdo chápe smrt jako bránu k pravému životu, bojí se umírání jako bolestného rozloučení, existenční nejistoty a času bolesti podobně jako materialisticky smýšlející člověk, pro něhož smrt znamená koloběh přírody nebo přeměnu hmoty. Umírání je v každém případě výsostně osobní a – na co se dlouho zapomínalo- sociální proces, vyžadující prostor, čas a citlivé zacházení“ (Student, Muhlum, Student, s. 25, 2006).

### 1.2.2 Smrt v minulosti a dnes

Osobně se domnívám, že v minulosti byla smrt mnohem častější a „normálnější“, než v dnešní době. Lidé umírali v mnohem nižším věku. Velice častá byla úmrtí kojenců a dětí na různé, dnes téměř zcela vymýcené choroby. Z tohoto vyplývá, že zde na zemi lidé pobývali (v dobách dřívějších) pouhou chvíli a nejdůležitější byl právě posmrtný život a to co se děje s duší po smrti tělesné schránky. Proto v dnešní době, kdy bytí na zemi je poměrně dosti dlouhé, život po smrti ztrácí význam.

Již od pradávna si lidé uvědomují svou pomíjivost a to, že tu nejsou napořád. Každému, kdo se zrodí, je dané do vínku, že také jednou tento život opustí a umře. Všichni jsme řízeni, biologickými zákonitostmi, ze kterých se chce- nechce, nemůžeme vymanit. V dávných dobách se smrt chápe jako mezník mezi těžkým a krátkým pozemským životem a dokonalým a nekonečným životem po smrti. Z toho plyne, že fakt konečnosti si lidé uvědomovali vždy. V dřívějších dobách se lidé dožívali podstatně nižšího věku, než v dnešní době a to především díky nedostatku lékařské pomoci a deficitu léků. Byla vysoká kojenecká úmrtnost neléčitelné infekce, (které dnes jsou infekcemi banálními) různá zranění a také špatná životospráva snižovala šance dospělých jedinců na přežití. V historickém kontextu však můžeme pozorovat zřetelné rozdíly týkající se akceptace umírání a smrti (Haškovcová, 2007, s. 23).

V minulosti se na smrt nahlíželo zejména z aspektů filozofických a náboženských. Každá tato filozofie nebo náboženství má svůj specifický postoj k umírání a smrti. Člověk je vlastně jediný tvor, který ví, že na konci jej čeká smrt. A plně si to uvědomuje. Je to velice kruté, ale zároveň je to ohromný hnací motor k hledání smyslu našeho života. Můžeme říci, že vědomí smrti je hlavní hybnou silou podněcující filozofické a náboženské bádání na celém světě (Zemanová, 2009, s. 43).

„Křesťanské pojetí nemoci a koneckonců i smrti je rozšířené i dnes a rozhodně se s ním neztotožňují jen věřící. Na tom má zásluhu tradiční kulturní křesťanské prostředí, které významně formuje názory všech lidí, kteří v něm žijí. Z tohoto zorného pohledu je znalost Bible pouze relativní podmínkou pro utváření křesťanských postojů k nemoci a smrti. Propracované církevní rituály jsou ostatně nezřídka záchranou i pro ty, kterým víra nic neříká“ (Haškovcová, 2007, s. 25).

Pro dnešní dobu je velmi charakteristický střet ateistického a křesťanského přístupu ke smrti a umírání. Z křesťanského pohledu je umírání morální problém jednotlivce. Pro věřícího křesťana je smrt pouhým spánkem, ze kterého bude za malou chvíli probuzen. Z pohledu víry strašlivější, než smrt fyzická, je smrt věčná. Smrtí věčnou je myšleno naprosté odloučení od boha, jako trest za hříšný pozemský život. Velká část dnešní populace redukuje své pojetí smrti na intenzivní a velmi subjektivní pocit strachu, nejistoty a úzkosti. Vývoj vztahu jedince ke smrti dnešní filozofové a psychologové popisují tak, že základem je strach z umírání. Proto by se detabuizace smrti měla stát normální součástí každého lidského života (Kelnarová, 2007, s. 26- 27).

### 1.2.3 Důstojná smrt

Důstojnou smrt bych, podle mého názoru, mohla popsat jako obětavé, láskyplné starání se a opečovávání umírajícího člověka, jež má zajištěny všechny základní fyziologické potřeby. Tento smrtelně nemocný člověk netrpí nesnesitelnou bolestí a jsou mu nablízku jeho nejbližší. Nejdůležitější je bezesporu to, že umírající by v této těžké chvíli neměl zůstat sám.

Pojem důstojná smrt je v dnešní době velmi často používám, ale jen zřídka, kdy je jeho obsah přesně specifikován. Pokud chceme hovořit o důstojné smrti, tak většinou máme na mysli jen především estetickou stránku procesu umírání. Důstojnou smrt bychom mohli spatřovat především v důsledné laické i profesionální pomoci a správnému ošetřování umírajícího. Při tomto ošetřování a pomoci bychom se měli zcela oprostít od estetických kritérií, která nám zabraňují přirozeně přijímat fyziologické projevy strádání a nemohoucnosti umírajících. Bezmoc a beznaděj nám nesmí zabránit v tom, abychom viděli umírajícího člověka jinak, než takového jaký býval dříve- tedy v plné síle duševních i fyzických kvalit. Lidé neznají fyzickou tvář smrti a možná právě proto ji považují za ošklivou a nepatřičnou. Nejdůležitějším prvkem důstojného umírání a důstojné smrti je právě osobní blízkost druhého člověka. Nikdo se nerodí sám a také nikdo by neměl sám umírat. Právě tato přítomnost lidí u zrodu i skonu člověka z těchto aktů tvoří akt sociální.

Ten tvoří, spolu se znalostmi základního rituálu laskavého doprovodu, reálný předpoklad pro důstojný rámec umírání a smrti (Haškovcová, 2007, s. 160- 161).

Ve známém českém pořadu Na plovárně se naše česká uznávaná doktorka Marie Svatošová, vyjadřuje k pojmu důstojné a dobré smrti.

Podmínkou důstojné a dobré smrti je, když si pacient svůj stav uvědomí a přijme jej. Naopak když svůj aktuální zdravotní stav nepřijme a neztotožní se s ním, tak očekává nemožné a je nespokojený se vším co se děje, jemu samému i v jeho okolí. Tento pacient předpokládá zlepšování svého stavu a čeká, že mu bude líp. Ale bohužel tento stav většinou nepřichází. Jakmile je ve fázi smíření, jak pacient, tak jeho blízká rodina a přátelé, teprve pak může být umírání klidné a důstojné, protože do té doby jde jen o bolavý boj a nesmyslný zápas (Svatošová, 2010).

Závěrem této obsáhlé kapitoly bych chtěla podotknout, že thanatologii, jako vědnímu oboru, který se zajímá právě o smrt, umírání a umění doprovázet nemocné, by se mělo věnovat mnohem větší pozornost, než se této problematice poskytuje nyní. Je velmi významné a hodnotné, abychom se před umíráním a smrtí neuzavírali, ale naopak tyto nevyhnutelné zákony přírody přijali, jako součást našich životů. Čím více se smrti děsíme (a někdy opravdu zcela zbytečně), tím větší hrůzou pro nás poté je. Toto zcela přirozené téma je pro nás ještě stále velké tabu. Proto, každý člověk by se s pojmem thanatologie měl seznámit a zamyslet se nad ním. Abychom se smrti a umírání nemuseli nadále děsit, chtěla bych ve své další kapitole, která se zabývá paliativní a hospicovou péčí věnovat právě bezbolestnému umírání a klidnému odcházení z tohoto světa.

## 2 PALIATIVNÍ PÉČE

V této druhé kapitole bych se chtěla věnovat paliativní péči a co nejlépe vymezit tento velmi širokospektrální obor. Paliativní péče se zabývá péčí o nevléčitelně nemocné. Jde o poměrně nový medicínský obor, který ve všeobecném povědomí není tak zcela zaběhlý. Hlavním úkolem paliativní péče je zachování důstojnosti, léčba bolesti a symptomů závažné smrtící choroby a péče o klienty v poslední (terminální) fázi jejich života. Také nezapomíná a pracuje s příbuznými a rodinou umírajícího. Paliativní péče by měla zajistit důstojnou smrt a umírání nemocného.

### 2.1 Definice paliativní péče

Paliativní péči můžeme označit jako aktivní péči poskytovanou pacientovi, který trpí nevléčitelnou nemocí v pokročilém anebo terminálním stádiu. Cílem této paliativní péče je zmírnit bolest a další tělesná či duševní strádání a udržet co nejvyšší kvalitu života (Sláma, Kabelka, Vorlíček, 2007, s. 25).

Světová zdravotnická organizace (WHO), která paliativní péči definovala poprvé teprve v roce 1990, ji popisuje, jako aktivní celkovou péči o smrtelně nemocné, jejichž choroba neodpovídá na léčbu kurativní. Prvořadým úkolem paliativní péče je léčba bolesti a předcházení sociálních, psychických a spirituálních problémů. V roce 2002 dochází ke změnám a dle novější definice WHO paliativní péče by měla klást větší důraz na zlepšování kvality života nemocného a jejich rodin, kteří čelí problémům spojených se život ohrožující chorobami. A to zejména pomocí úlevy utrpení a také prevence (Munzarová, 2005, s. 61).

Zcela uspokojující definice paliativní péče zřejmě neexistuje. Nejbliže ji však můžeme vystihnout jako péči, která zejména usiluje o zachování života, který bude přijatelný pro klienty svou kvalitou. Nadále paliativní péče chrání a plně respektuje nevléčitelnou chorobu nemocného. Tento druh zdravotnické péče vychází z přání, tužeb a potřeb nemocného a také respektuje jeho hodnotové priority. Také se snaží o vytvoření takových podmínek, kde by se pacient v posledních chvílích svého života cítil co nejvíce klidně a v přítomnosti svých nejbližších. Paliativní péčí je umírání chápáno, jako součást životního cyklu každého člověka a každý jedinec tuto etapu svého života vnímá velmi individuálně a jedinečně. Nadále také nabízí všestrannou oporu příbuzným, rodině a přátelům nemocných, napomáhá jim i po smrti této blízké osoby a to za pomoci nejen

zdravotnického personálu, ale i s podporou sociálních pracovníků, psychologů a duchovních osob (Vorlíček, et al, 2004, s. 24- 25).

V odborné literatuře můžeme najít ještě mnoho jiných obdobných definicí, které popisují paliativní péči, pro svou práci jsem vybrala tyto tři, které z mého pohledu, nejlépe vystihují tuto problematiku.

## 2.2 Historie paliativní péče

Principy paliativní péče jsou staré jako lidstvo samo. Již od pradávna, jistá forma této péče byla poskytována zcela spontánně a samozřejmě od nejbližších a příbuzných v úzkém rodinném kruhu. Dnes se na tento medicínský obor díváme jako by to byla nějaká novinka. Většina lidí ani netuší co paliativní péče je. Ovšem dokud s ním osobně nemají nějakou zkušenost.

Paliativní péče je nejstarší formou medicíny. V minulosti mezi hlavní kompetenci lékařů patřilo zmírnění lidského utrpení a doprovod ke smrti pacienta tou nejcitlivější formou. V dřívějších dobách bylo naprosto přirozené umírat v domácím prostředí, kde byla nablízku rodina, příbuzenstvo, přátelé a také duchovní. A právě z tohoto důvodu můžeme mluvit o paliativní péči jako o multidisciplinární péči prověřenou časem. V 19. století, kdy se lidé začínají stěhovat do měst za prací a přibývá těch, kteří nemají zázemí vlastní rodiny, tudíž nemají kde pokojně zemřít. Tito lidé potom umírají bez přítomnosti vlastní rodiny a příbuzných. To vedlo k výstavbě chorobinců, které za nedlouho nahradily moderní nemocnice. Ale v těchto nemocnicích si mysleli, že pro umírajícího je nevhodnější, pouze světlo, teplo, čisto a soukromí zajištěno plachtou okolo jeho lůžka. Ještě před druhou světovou válkou bylo zcela normální a přirozené starat se o umírajícího doma v přítomnosti všech jeho blízkých osob s podporou lékaře a duchovního. Ale v minulém století se zcela vytratilo umírání z rodinného života. Smrt se stala, záležitostí pouze lékařskou. Umírání bylo téměř věcí špatnou a patologickou, lékaři se snažili za každou cenu zachovat život pacienta i přes jeho úplné vyčerpání. Tento bezúspěšný stav dospěl k výsledku, kdy smrtelně nemocní pacienti volají po eutanázii nebo tzv. dobré smrti za asistence lékaře (Marková, 2010, s. 13- 14).

Podle mého názoru v dnešní době, kdy se průměrná délka života prodlužuje o mnoho let a náš život se čím dál více z pohodlně, než tomu bylo v dobách minulých. Platíme za tento styl života vysokou daň. Mnohem hůře se nám umírá a odchází z tohoto světa. Oddělení umírání od přirozeného koloběhu života a pochopení, že smrt patří plně do našeho života,

nám upírá možnost snadněji přijmout přirozenou smrt. Proto se my lidé, nyní smrti tolik děsíme.

## 2.3 Rozdělení paliativní péče

Ve všeobecném povědomí lidí převládá názor, že hospicová a paliativní péče jsou dvě totožné věci. To je, ale omyl. Podle statistik zemřelo v roce 2008 v České republice asi jen 1% nemocných v hospicích. A však dobrou paliativní péčí, by měli být schopni zajistit všichni zdravotničtí pracovníci. Dobrá paliativní péče by se tedy měla týkat všech nevléčitelně nemocných a umírajících, tudíž i všech zdravotníků a celého zdravotnického personálu (Marková, 2010, s. 20).

### 2.3.1 Roviny paliativní péče

Komise ministrů rady Evropy se snaží rozdělit a rozčlenit paliativní medicínu podle míry její komplexnosti. Tato komise vyzívá členské státy Evropy k tomu, aby všechna zdravotnická zařízení byla schopná a kompetentní poskytnout obecnou paliativní péči a aby byla zřizována nová zařízení specializované paliativní péče (Marková, 2010, s. 20).

Můžeme rozeznávat tři roviny paliativní péče:

Paliativní přístup neboli obecná paliativní péče představuje určitou sadu základních znalostí a vědomostí, které mohou využívat všichni zdravotničtí pracovníci, kteří se starají o pacienty v terminálním stadiu či o umírající. Tito pracovníci by měli být schopni rozpoznat základní psychické i fyzické symptomy a zajistit jejich řešení. Mezi tyto symptomy patří například tišení a léčba bolesti. Je velmi důležité, aby tito pracovníci porozuměli, jak umírajícímu člověku, tak i jeho příbuzným a blízkým.

Specializovaná intervence, tato péče se poskytuje v těch případech, kdy je nutné požádat o pomoc jiné specialisty z jiných oblastí. Tito specialisté zajistí potřebnou intervenci. Například se může jednat o sestru- specialistku, která převazuje specifické rány po maligních nádorech (Aranda, 2005, s. 15).

Specializovaná paliativní péče, tato péče je poskytována ve specializovaných zařízeních paliativní péče, která se věnují paliativní péči, jako své hlavní náplni práce. Požadují speciálně vyškolený personál, který se bravurně orientuje v této problematice. Také služby v těchto zařízeních by měly být dostupné ve všech formách péče a jsou schopné poskytnout nemocnému podporu, ať je kdekoliv (doma, v pečovatelském domě, v nemocnici, v rezidentní péči, v ambulantní péči, v denním stacionáři anebo na specializovaném oddělení paliativní péče). Tyto specializované oddělení paliativní



medicíny by měly také hrát důležitou roli v podpoře a pomoci ostatních pracovníků, kteří poskytují paliativní péči v nemocnici i mimo ni. Mezi základní zařízení paliativní specializované péče můžeme zařadit: denní stacionáře, oddělení paliativní péče, domácí hospice, lůžkové hospice, konziliární týmy paliativní péče, ambulance paliativní péče a také zvláštní zařízení paliativní medicíny, kde jsou tísňové linky, poradny, půjčovny pomůcek a spoustu jiných (Marková, 2010, s. 21).

Pokud má zdravotnický personál poskytovat kvalitní paliativní péči, musí lékaři dobře umět předpovědět, kdy by ke smrti mohlo u umírajícího dojít. Takovéto předpovědi jsou však velmi složité a je třeba je upravovat a někdy dokonce i znovu „dojednávat“. Známe tři základní typy předpovědí smrti nemocných:

1. U některých pacientů je v podstatě možné s jistotou říci, kdy smrt nastane.
2. U nemocných, u nichž není doba smrti tak jistá, je možné alespoň stanovit, kdy tuto dobu v budoucnu bude možno určit s jistotou.
3. V poslední skupině umírajících, u nichž byla nejistá nejen doba smrti, ale nebylo ani jasné, kdy ji bude možno s jistotou předpovědět. U některých pacientů zkrátka lékaři nedokáží předpovědět dobu smrti (Komaromyová, 2007, s. 488).

### 2.3.2 Principy paliativní péče

V dnešní době panuje všeobecná shoda názoru, že umírající a nemocní nejsou povinni podstupovat léčbu, která je zbytečná a také lékaři a ostatní pracovníci nejsou povinni takovouto progresivní léčbu zahajovat, nebo v ní nadále pokračovat. I když léčebná terapie může být ukončena, tak ošetrovatelská péče a péče celkově nikoli. Tuto radikální léčbu je potřeba vyměnit za léčbu paliativní. Každý medicínský obor by měl mít rozpracovanou svoji strategii paliativní péče a to proto, že žádný tento obor se nemůže stoprocentně vyvázat z péče o umírajících u nich nelze realizovat překlad do hospicového zařízení. Výměna léčby z radikální na paliativní by měla přijít tehdy, kde přínos radikální léčby o hodně převyšují negativní důsledky (např. u chemoterapie). Ovšem paliativní medicína nevyklučuje kurativní zásah v případě, že zdravotní stav nemocného se náhle zlepší. Paliativní péče a její přístup, důsledně respektuje potřeby umírajících, které se u každého pacienta liší. Tato péče by měla být důsledně propojena s návazností na psychologickou, duchovní a sociální pomoc. V paliativním přístupu by v centru dění a pozornosti měla stát také rodina, která se může velmi dobře a účinně angažovat ve prospěch smrtelně nemocného. Rodina mu může poskytnout emociální a psychickou podporu. Této rodině se také musí dostávat, jak v průběhu paliativní péče o umírajícího, tak i po jeho smrti účinné

pomoci. Principy paliativní péče by měly být důsledně propracovány a to zejména s respektem k zákonitostem procesu zármutku a žalu všech zúčastněných (Haškovcová, 2007, s. 41- 42).

Paliativní péče by ve svém celkovém rozsahu měla uvažovat o smrti a umírání jako o zcela přirozených procesech. Smrt neurychluje, ani nezpomaluje, poskytuje úlevy od bolesti a léčí bolest umírajících, zařazuje do péče o umírajícího i duchovní, sociální a psychické aspekty, vytváří podpůrný systém, který pomáhá rodině umírajícího vyrovnat se pacientovou nemocí i jeho smrtí (Kelnarová, 2007, s. 49).

### 2.3.3 Ekonomika a paliativní péče

V laické společnosti panuje názor, že smrt člověka se dá nějakým způsobem vždy oddálit, nebo dokonce i přelstít. Tyto nepravdivé a zcela nerealistické očekávání příbuzných umírajícího, nacházejí výraz v naléhavých žádostech o pokračování léčby, která již není přínosem, ale spíše obtíží. Ale v této chvíli je někdy pro obě strany (jak pro příbuzné, tak pro lékaře) velmi těžké ukončit radikální léčbu a nechat smrt ať se ujme svého postu. Do tohoto sporu dřív nebo později vstupuje i ekonomická náročnost, která se obrací proti dobře míněné, ale neúčinné radikální léčbě. Když začneme mluvit o vztahu mezi ekonomikou a umíráním, narazíme většinou na rázný etický rozkol, ale na stranu druhou zamlčovat existenci těchto dvou vztahů, je tak trochu pokrytecké (Haškovcová, 2007, s. 154- 155).

Vyřešit a nalézt kompromis v řešení otázky, za jakých podmínek, a dokdy ještě léčit smrtelně nemocného a kdy s tímto léčením přestat je velmi složité. Pokud přihlédneme na tento pohled z ekonomického úhlu pohledu, musíme uznat, že léčení umírajícího, kdy léčba již nemá žádného přínosu a zdá se být nesmyslnou a předraženou, je zbytečná. Na druhou stranu umírající nesmí zůstat sám a je potřeba mu v těchto chvílích poskytnout citlivou a velmi empatickou péči.

Při řešení ekonomické otázky, umírajících pacientů, společnost často volá po ukončení smrti formou eutanazie, která se zdá být nejen vysoce humánní, ale také ekonomicky přijatelný způsob smrti. V České republice se shromažďují názory, že finanční náročnost léčby a péče je v závěru života velmi vysoká a zatěžuje omezené zdroje společnosti. I když si celý život poctivě platíme pojištění, která až na výjimky spotřebováváme málo nebo vůbec, tak shromážděné peníze prostě nestačí. Dnešní moderní medicína je drahá, a čím je lepší a kvalitnější, tím je také samozřejmě dražší. Dopřát každému nemocnému všechno co

tato moderní medicína umí, je zcela nereálné a v závěru života je s ohledem na potřeby nemocných vhodné od některých nákladných procedur opustit. Právě proto by měla být medicína zdrženlivá a rozvážná. Souboj s chorobou by měla vyvažovat vědomím, že její hlavní úlohou není učinit lidské tělo nesmrtelným, ale pomoci lidem co nejlépe prožít omezený počet let co nejzdravěji a poslední týdny a dny co nejdůstojněji (Haškovcová, 2007, s. 155-156).

## 2.4 Hospice

Hospice poskytují specializovanou paliativní péči umírajícím pacientům nebo nemocným v terminálním stadiu choroby. Hlavním cílem tohoto zařízení je zmírňovat bolest a utrpení spojených s tímto těžkým finálním závěrem lidského života. Další nedílnou součástí je snaha umožnit a splnit pacientovi potřeby a přání. V zařízení hospicového charakteru je velmi důležitá domácí atmosféra, která přispívá k příjemnému pobytu v tomto zařízení. Také se snaží o zapojení v péči o umírajícího jeho rodinu, příbuzné a blízké. Hospice neslibuje uzdravení, ale také nebere poslední naději.

Slovo hospic vychází z anglického jazyka a vyjadřuje azyl, útočiště nebo útulek. Již v dávném středověku měl funkci domu odpočinku a oddechu, kde vyhledávali unavení poutníci svůj azyl. Tento prostý středověký hospic poskytoval spirituální a psychicko-bio-sociální pomoc a péči. V tomto domě poutníci setrvali několik dní a pokračovali ve své úmorné cestě ke svatému hrobu v Palestině. Prvním nejznámějším hospicem je hospic, který založil svatý Bernard z Menthonu již v roce 1094 v Alpách. Tento hospic ležel 2188 metrů nad mořem. Poté hospice zcela zanikaly a znovu realizovány byly až v 18. století. Teprve až ve 20. století dochází k rozvoji těchto zařízení. Nyní se odhaduje, že na světě je okolo 2000 hospiců (Zemanová, 2009, s. 98).

### 2.4.1 Vývoj hospiců v České republice

Do roku 1989 v České republice pojem hospic nebyl vůbec znám, až po převratu, v březnu 1990 pražská Charita začala realizovat hospicové hnutí. V tomto zařízení pracovala skupina dobrovolných zdravotních sester. Poté na mnoha místech našeho území se začala realizovat střediska Charitní ošetřovatelské služby, za podpory Ministerstva zdravotnictví. Tyto služby, ale po chvíli přestaly stačit a proto přišla paní doktorka Marie Svatošová s revoluční myšlenkou a návrhem, postavit lůžkovou formu hospicové a paliativní péče. Již

na konci roku 1995 byl otevřen první hospic v České republice s názvem Hospic Anežky České v Červeném Kostelci (Zemanová, 2009, s. 98- 99).

Od zřízení tohoto prvního hospice u nás, bylo vybudováno dalších 15 lůžkových hospiců. Některé z těchto hospiců se snaží o rozvoj odlehčovacích služeb, intenzivních edukačních činností, půjčovnu pomůcek, respitní péči, poradenské služby a spoustu dalších. Ale i přes tuto snahu je hospiců v České republice žalostně málo (*Umírání*, © 2012).

#### 2.4.2 Myšlenky a znaky hospice

Nejdůležitější myšlenka hospice vychází z úcty k lidskému životu. Pracovníci v hospici by měli nejenom být profesionály s požadujícím vzděláním, ale hlavně lidé empatictí, láskyplní a mít dostatek úcty k umírajícímu a jeho potřebám. Nadále zcela ctí autonomii pacientů, i když s názorem umírajícího zcela nesouhlasí. Tato náročná ošetrovatelská péče v hospici je nazvána tzv. „laskavou péčí“, protože ti kteří o umírajícího pečují (rodina i personál), vědí, že tato péče se jim od nemocného nikdy nevrátí.

Mezi nejzákladnější a nejdůležitější myšlenky a znaky hospice patří: Pacient vždy ví, že nebude trpět nesnesitelnou bolestí, ví také, že bude za všech okolností uznávána jeho lidská důstojnost, že v posledních chvílích svého života nezůstane osamocen. Nadále se pracovníci snaží o umožnění co nejvyšší míry pacientovy samostatnosti a samo obslužnosti, také umožňuje nemocnému sociální komunikace a sociálního kontaktu, poté hospic umožňuje klientovi smysluplnou existenci a zajištění co možná nejlepšího emocionálního a duchovního stavu (zvládnání úzkostí, strachů, depresí, pocitů marnosti, beznaděje, studu a méněcennosti). Ošetřující personál hospicové péče dává nemocnému sílu a naději, kterou v umírajícím podporuje, nikdy ji nesmí pacientovi brát. Je potřeba přiznat pravdivě, že je to vážné, ale nikdy by neměli říkat, že je to beznadějně (Kelnarová, 2007, s. 50- 52).

Velmi často si lidé myslí, že do hospice se chodí pouze umřít, ale někdy tomu tak není. V některých případech se může stát, že nemocný, který na své hospicové lůžko ulehne, nemusí na něm nutně zemřít.

Osobně jsem navštívila hospic Hvězda v Malenovicích, v rámci své praxe. Byla jsem poměrně hodně překvapena, jak je toto místo vlastně útulné a plné pohody. Personál je zcela profesionální a ví přesně, jak ke svým klientům přistupovat. Velmi mě překvapil fakt, že umírající klienti mohou v těchto hospicích mít ubytovaného nejen svého člena rodiny,

ale i domácího mazlíčka. Samozřejmě pokud tento mazlíček extrémně nenarušuje chod tohoto zařízení.

### 2.4.3 Formy hospicové péče

Hospice a hospicová péče má za hlavní úkol poskytnout a nabídnout lidem pomoc a podporu, kterou v dané chvíli tolik potřebují. Všechna zařízení si musejí být zcela vědoma svých hranic, kompetencí a možností, v rámci kterých mohou poskytnout svým klientům (smrtelně nemocnému i jeho rodině) své služby. Proto existuje více forem hospicové péče, pro tento specifický okruh klientů.

Mezi tři základní formy hospicové péče patří:

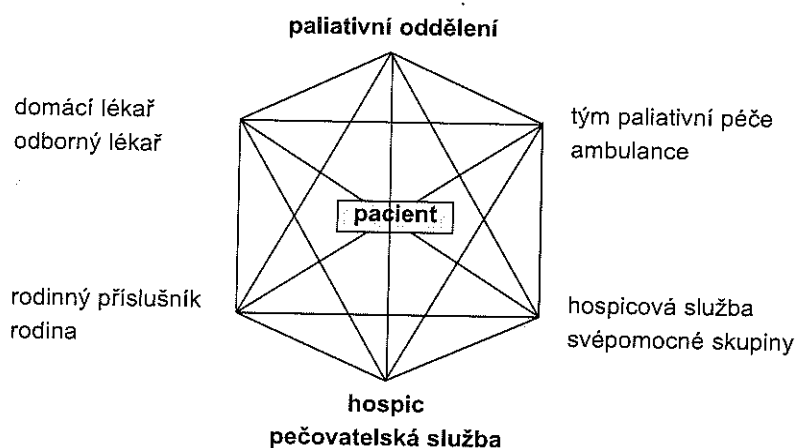
1) Domácí hospicová péče, kterou můžeme rozdělit na laickou a odbornou. *Laickou hospicovou péčí*, můžeme poskytovat tam, kde není potřeba žádné sociální, psychosomatické odborné pomoci. Je určena těm smrtelně nemocným, kteří mají takové sociální předpoklady, které dovolují poskytování domácí péče od laiků bez snížení nebo ohrožení kvality života nemocného nebo jeho příbuzného. Tato forma je nejvhodnější pro umírajícího z toho důvodu, že je ve svém známém prostředí, je neustále v kontaktu se svou blízkou rodinou a je zcela zachována jeho intimita. Tuto formu péče poskytuje příbuzný, člen rodiny nebo dobrovolník.

*Odborná hospicová péče* poskytuje umírajícímu komplexní odbornou službu a to v oblasti zdravotní, sociální a také laické. Tato odborná péče nahrazuje anebo doplňuje domácí hospicovou péče laickou. O těžce nemocného se starají jeho členové rodiny a za doprovodu multidisciplinárního týmu. Tento tým se většinou skládá z ošetřujícího lékaře, zdravotní sestry, psychologa, duchovního, fyzioterapeuta a sociálního pracovníka. Tako domácí péče je k dispozici každý den v roce, 24 hodin denně. Tuto péči předepisuje ošetřující lékař nebo specialista z oboru po hospitalizaci nemocného. Rozsah této péče je obměňován dle potřeb a individuality klienta.

2) Stacionární hospicovou péči můžeme popsat jako službu, kde umírající pacient pobývá po dobu dne ve stacionáři a poté odpoledne nebo večer se vrací zpátky domů. Převahu zajišťuje rodina nemocného nebo stacionář. Tento druh hospice se využívá většinou jen přechodně, například když je potřeba pacientovi sestavit přesnou dávku analgezie. Dalším důvodem může být odpočinek přetížené rodiny, která se o umírajícího stará. Tento způsob poskytování hospicové péče je, ale velmi náročný zejména z hlediska přepravy nemocného. Je důležité, aby tento hospic byl poblíž v okolí.

3) Lůžková hospicová péče je volena v případech, kdy pro členy rodiny a příbuzné je příliš

náročné pečování o umírajícího člena, nebo když je nutná kontrola a léčba bolesti anebo pacient rodinu vůbec nemá. Lůžkový hospic poskytuje i možnost ubytování člena rodiny. Umírající si může sám rozhodnout, zda v hospici bude ubytován sám nebo s někým jemu blízkým. Návštěvy v tomto zařízení jsou nepřetržité. Každý den v týdnu po 24 hodin denně. Režim v hospici je zcela jiný než režim v nemocničním zařízení. Umírající nejsou ráno buzeni, jejich celý denní režim se odvíjí jen a pouze od jejich individuálních přání a tužeb. Například hygiena se provádí, kdy chtějí klienti, obědy jsou servírované do speciálních termosů, kde vydrží dostatečně dlouho teplé. Klienti zde nosí své obvyklé domácí oblečení, v pokoji mají věci a předměty, které jim připomínají domov. Je také vhodné připomenout, že od příbuzných nemocného se neočekává, že budou umírajícího ošetřovat, ale je pouze na volbě příbuzných, do jaké míry se zapojí do ošetřování nemocného (Zemanová, 2009, s. 99- 100).



Obrázek 1. Sít' paliativní medicíny

Abychom snáze porozuměli návaznosti a propojenosti, která je velmi důležitá při poskytování paliativní péče u doprovázení pacienta v terminálním stadiu nemoci, uvádím níže obrázek- Sít' paliativní péče, ve kterém můžeme jasně vidět všechny její služby a složky její péče. (Robert Koch in Student, Muhlum, Student, s. 43, 2006).

#### 2.4.4 Sociální práce v hospicích

Jako sociální pedagog bych se také chtěla dotknout problematiky sociální péče a práce v hospicích. Myslím si, že sociální pracovník má v tomto zařízení své nezastupitelné místo. I když z prvotního pohledu by se mohlo zdát, že sociální pracovníci zabezpečují pouze administrativu, finanční záležitost, jako je dojednání schůzky nemocného s notářem a podobně. Ale právě sociální pracovník je zde velmi důležitým článkem, který poji

umírajícího pacienta s jeho rodinou, blízkými a příbuznými. Protože ne všude mají v rodinách harmonické a bezproblémové vztahy. V těchto situacích nastává důležitý a nelehký úkol sociálního pracovníka, jak nemocného a jeho příbuzné stmelit a navést je k vzájemné domluvě a porozumění.

Pro sociální práci v hospicové oblasti jsou velmi často užívány termíny jako: „společensky organizovaná pomoc“, „uschopňující pomoc“ nebo „psychosociální pomoc“. Ovšem profese a odvětví sociální péče je vůči tomuto pojetí velmi kritická, protože zdůrazňuje asymetrický vztah a závislost umírajícího namísto jeho autonomie a soběstačnosti. Správný sociální pracovník svou činnost formuje systematicky a snaží se o řešení problémů v zájmu všech zúčastněných a to zejména tehdy kdy, příbuzným a blízkým členům rodiny a přátelům již dochází motivace a zdroje pro tuto službu (Student, Muhlum, Student, s. 32-33, 2006).

„Pro sociální pracovníky je charakteristická schopnost pohybovat se v krizovém poli. Sociální práce je ve svém jádře krizová práce tzn., že se její kvalita prokazuje v tom, jak je schopná přiměřeně zvládat krizové životní události nebo životní krize. A právě většina krizí je vyvolána právě ztrátou“ (Student, Muhlum, Student, 2006, s. 105).

Závěrem této kapitoly lze říci, že hlavní a zcela zásadní prioritou paliativní péče je důraz na kvalitu života umírajících pacientů a na řešení obtížných symptomů, které doprovázejí terminální stádium smrtelně nemocného. Vzhledem k tomu, že paliativní a hospicová péče se stará o závažně nemocné pacienty, kteří jsou postaveni před dosud neznámou a zcela nepoznanou situací, nastane zde střet psychické, sociální a zdravotnické sféry v jedné, poměrně úzké oblasti. V tuto chvíli je nezbytně nutné, aby tento nemocný člověk byl v laskavé péči zdravotníků, sociálních pracovníků a také jeho rodiny. Abychom mohli zvážit všechny možnosti a varianty odchodu smrtelně nemocných, ve své další kapitole se budu věnovat eutanázii a dalším významným pojmům, co s eutanázií úzce souvisí.

### 3 EUTANAZIE

V této kapitole se budu zajímat o naprostý protipól paliativní a hospicové péče, a to o velmi kontroverzní problematiku eutanázie. Pod pojmem eutanazie si většina lidí představí tzv. dobrou smrt. Druhá polovina si zase představí vraždu z rukou lékaře. Osobně se domnívám, že každý by se měl rozhodnout sám za sebe. Jsou případy, kdy eutanazie by poskytla určité vysvobození, na straně druhé v některých situacích se může stát zbraní namířenou vůči nevinným obětem, zejména pak u nás v České republice. Názory na eutanázii se hodně liší, ale myslím si, že každý osobně by si měl udělat názor sám.

#### 3.1 Definice eutanazie

Pojem euthanasie má mnoho definic, vymezení, formulací a možností interpretace. Osobně však preferuji definici a vymezení podle Haškovcové.

Pojem eutanazie je rezervován pro dvě primární situace. Zvyklostním obsahem pojmu eutanazie je dobrá smrt (z řeckého slova eu- dobrý a thanos- úmrtí). Také dalším přívlastkem dobré smrti je krásná, lehká, popřípadě pěkná smrt. Zkrátka taková smrt, kdy člověk umírá po dlouhém šťastném a spokojeném životě, rychle, bezbolestně, nebo ve spánku (Haškovcová, 2007, s. 120).

Euthanasia z řeckého slova eu-thanos, což znamená v překladu dobrá smrt. Eutanázii můžeme vymežit, jako bezbolestné ukončení života na vlastní žádost, nevyлéčitelně nemocného nebo umírajícího. Eutanázii lze uplatnit pouze na výslovnou a opakovanou žádost těžce nemocného, který je schopen samostatného rozhodování (Hartl a Hartlová, 2010, s. 136).

Eutanázie je záměrné a cílené ukončení života člověka, které je motivované soucitem. Eutanázie může být vyžádané ukončení života, které je zcela dobrovolné, při níž žádá pacient eutanázii sám pro sebe. Také může být eutanázie nevyžádaná- o tento druh eutanázie daný nemocný nepožádal sám. Může se jednat o případy, při nichž pacient například není plnoletý, je mentálně nezpůsobilý, anebo nebyl tázán. Poslední tzv. nedobrovolná, to když je eutanázie uskutečněna i navzdory žádosti aby nebyla provedena (Pollard, 1996, s. 16- 17).

Pojem eutanázie je úmyslné a účelné ukončení života pacienta někým jiným než pacientem samým (lékařem), na jeho osobní žádost a prosbu. Je však ještě žádoucí podotknout a zahrnout do této definici fakt, že i úmysl zabítí, tím že nezasáhnu je formou eutanázie.



Eutanázie je zcela úmyslné zabití nemocného, ať již aktivním či pasivním způsobem (Munzarová, 2005. s. 49).

### 3.2 Historie eutanázie

V posledních pár letech se otázka eutanazie velmi často objevuje, jako frekventované téma dnešní doby. Eutanazie vstupuje, jako bod střetů do mnoha odvětví lidských aspektů. Každá kultura zaujímá vůči eutanázii rozlišný postoj a úhel pohledu. Zaleží na morálních, kulturních, historických, náboženských a také lékařských aspektech. Abychom mohli lépe eutanazií pochopit, musíme se také zaměřit na její časovou postoupnost a vývoj.

Eutanázie a její rozporuplnost obklopovaly lidstvo od pradávna. Již Platon a Sokrates považovali bolest a utrpení v důsledku kruté nemoci za dostatečný argument a důvod k ukončení lidského života sebevraždou. Na rozdíl od nich, Aristoteles byl přesvědčen, že uskutečněná sebevražda není projevem nebojácnosti či kuráže, ale ofenzívou vůči samotnému státu. Přesto však v některých Řeckých městských státech byla sebevražda povolena. Obecní správy těchto městských států schovávaly dostatek jedu pro každého, kdo si přál opustit svět živých. A právě toto stálo proti hojně uznávané Hippokratově přísaze: "Nemocnému nepodají žádný smrtící lék". Naopak v antickém Římě, ukončení života sebevraždou bylo povoleno. V některých případech sebevražda byla dokonce vyžadována. Například, aby U Římanů byla sebevražda považována, jako forma alternativní veřejné popravy (Thomasma, 2000, s. 214).

Postupem času zejména s rozvojem křesťanství, bylo od těchto myšlenek postupně upouštěno. Křesťanství myšlenku na sebevraždu naprosto odsuzuje. Tento postoj vychází z desatera božího přikázání- nezabiješ. Na lidský život křesťané nahlížejí jako na boží dar, o který se musí každý den pečovat. Na okamžik smrti a umírání bylo nahlíženo, jako na boží akt a přisvojování si jej, byl hříšný čin povýšenosti a odmítnutí boží moci. Ty osoby, které si sáhly na svůj život, byly vždy pohřbívány za městskými hradbami. Nemohly být pohřbeny na společných hřbitovech. Tato netolerance byla posílena ještě ve 13. století Tomášem Akvinským. Tento velmi známý a významný teolog tvrdil, že akt sebevraždy je nejhorší hřích, který člověk může ve svém životě provést a to nejen proti božímu přikázání, ale i proti zákonu přírody- pudu sebezáchovy. Ve 14. století, kdy se rehabilitovali myšlenky z antického Řecka a Říma, zřejmě díky hrůzostrašnému moru, jemuž podlehl jedna třetina celé evropské populace a smrt se tehdy dotkla téměř každého, se na sebevraždu a eutanatické myšlenky začalo nahlížet jinak. Dokonce i Sir Thomas More,

slavný světec a mučedník katolické církve, ve své utopii popisuje dobrovolnou eutanazii pro terminálně nemocné. Této myšlence se poté dařilo mezi seriózními a uznávanými lékaři a mysliteli.

V 19. století, kdy se o eutanázii začala zajímat, jak Evropa, tak Spojené státy americké, společnost poukazuje na knihu Karla Marxe a jeho Lékařskou eutanázií, v níž Marx kritizuje lékaře, kteří léčí nemoci namísto pacientů a slibovali větší zmírnění bolesti a utrpení (Thomasma, 2000, s. 214- 215).

Po druhé světové válce bylo téma eutanazie velmi tabuizováno. Dosud přetrvával obrovský šok z nacistických zločinů. Protože v plynových komorách nebyli zabíjeni jen Židé, Romové, příslušníci neárijské rasy a stoupenci jiného politického smýšlení, ale i lidé z domovů důchodců a z jiných ústavů. Jak lidé postupem času začali na tyto hrůzy zapomínat, začali se objevovat stále silnější tendence k pozitivnímu hodnocení pomoci při smrti a umírání nevléčitelných jedinců. V roce 1993 přišlo Nizozemí a jeho zákonodárci s uzákoněním a povolením eutanazie. Proto se eutanazie v Holandsku stává beztrestnou. Musí být však jisté, že se nevléčitelný pacient rozhodl naprosto svobodně a dobrovolně (Rotter, 1999, s. 96- 97).

### 3.3 Rozdělení eutanázie

Pojem eutanazie je velmi plastický. Pro přiblížení se k tomuto pojmu je velmi důležité si eutanázii dobře rozdělit a vysvětlit si její druhy a formy. V literatuře se nejčastěji může setkat s těmito druhy eutanázie.

Aktivní eutanázie (active voluntary euthanasia), pod tímto velice často užívaným a známým termínem, si můžeme představit eutanázii, kterou vykonává lékař pacienta v terminálním stádiu nemoci, který trpí nesnesitelnou a krutou bolestí. Tento akt je uskutečněn na pacientovi uvážlivou a zcela svobodnou žádost.

Nevyžádaná eutanázie je taková varianta aktivní eutanázie, u které nemocný pacient není zcela schopen validního a platného způsobu požádat lékaře o urychlení jeho vlastní smrti. Tato forma eutanázie se uplatňuje pouze v těch případech, kde lze předpokládat, že by pacient s eutanázií souhlasil (Haškovcová, 200, s. 120).

Pasivní eutanázie, tento druh eutanázie koresponduje s přerušением léčby nemocného. Ovšem, když tato léčba je již zcela marná a nepřináší pacientovi prospěch, ale je spíše kontraproduktivní. Toto cílené přivodění smrti zanedbáním odpovídající zdravotnické péče a léčby je označováno právě za pasivní eutanázii. Velice problémové a kontroverzní je

především u této formy eutanázie to, že se nedostává tomuto pojmu jednotná terminologie a že existují v krajních situacích, kdy je těžké odpovědně posoudit skutečný úmysl a užití postupy. Například Peter Singer neuznává rozdíl mezi aktivním zabitím a „necháním zemřít“ (Zemanová, 2009, s 88).

Asistovaná sebevražda, tento druh eutanázie reprezentuje její specifickou a nezvyklou formu. Pacient s těžkou chorobou a s velmi špatnou prognózou do budoucna, si přeje zemřít, proto požádá svého lékaře o pomoc, respektive o metodickou pomoc nebo konkrétní prostředek a způsob, jak zrealizovat svou vlastní smrt. Tuto asistovanou sebevraždu můžeme také nazvat tzv. „návod k vysvobození“. Poslední krok k ukončení života terminálně nemocného pacienta však nevykonává lékař, ale za jeho asistence tak učiní nemocný sám.

Sociální eutanázie, tento velmi málo používaný pojem, zejména pak v České republice, nám označuje smrt nemocného, který by nemusel zemřít, a jeho smrt byla zbytečná a nemuselo k ní vůbec dojít. Zdravotní stav tohoto pacienta bylo možné naprosto stabilizovat, vyléčit jej, anebo alespoň zlepšit jeho zdravotní stav na území jiného státu. Bylo by sice zcela správné, mravné, žádoucí a spravedlivé, aby každý člověk dostal kdekoliv a kdykoliv takovou lékařskou, ošetrovatelskou péči a léčbu, jakou si přeje, jaké je v jeho případě potřeba a také, aby tato léčba odpovídala nejmodernějším vědeckým a lékařským poznatkům. V praxi, je tento způsob prakticky nemožný, protože k nemocným se dostává jen redukovaná péče, která odpovídá geografické, ekonomické a vzdělanostní úrovni každého území (Haškovcová, 2007, s. 123- 122).

### 3.3.1 Zkušenost eutanázie z Nizozemí

V této velmi liberální zemi se éra smýšlení o eutanázii ujala již okolo roku 1973, po skandálu holandské lékařky, která se dostala před soud poté, co se přiznala, že zabila svoji vlastní, velmi vážně nemocnou matku, která si přála zemřít, tato lékařka byla shledána vinnou, ale státní soud ji odsoudil jen k jednomu týdnu podmíněného trestu. Poté v roce 1982 nizozemská státní komise pro eutanázii rozhodla, že lékař, který ukončí život nemocného na jeho výslovné a zcela svobodné přání, nemá být nadále trestán, pokud byly dodrženy přesně stanovené podmínky (Pollard, 1996, s. 148- 149).

Tyto podmínky a pravidla, pro umožnění eutanázie znějí takto:

1.

Požadavek zemřít musí být zcela dobrovolným a vědomým rozhodnutím každého nemocného pacienta. Tento pacient musí být správně informovaný a se všemi skutečnostmi

zcela seznámený.

2. Pacientova touha po smrti musí již nějakou dobu trvat.
3. Požadavek na ukončení života nemocného musí být velmi dobře zvážen osobou, která jasně a zcela správně chápe svůj zdravotní stav, své další možnosti a svoji prognózu. Nemocný musí být schopen možnosti zvažovat a musí také tak učinit.
4. Pacient musí mít těžké duševní nebo tělesné utrpení, které doprovází nesnesitelná a nepřijatelná bolest.
5. Konzultace každého případu s žádostí o eutanázii je naprosto nutná a zcela povinná. Tato konzultace probíhá s kolegou lékařem. (Thomasma, 2000, s. 220).

Lékaři v 55%, případů provádí eutanázii v Nizozemí, tak že nemocnému podají smrtelný nápoj s dávkou barbiturátů. Tento pacient poté umírá ve velmi hlubokém kómatu na zástavu dýchání. Okolo 70% pacientů zemře do třech hodin po podání této látky. Ve většině případů lékař podá nemocnému přípravek kurare, který ochrnuje svalstvo. Ve 45 % případů aplikuje lékař injekci, která obsahuje obojí, barbituráty i kurare. Pacient po této injekci umírá zpravidla do několika minut. Lékař, který eutanázii aplikuje, zná svého pacienta a jeho systém hodnot a je seznámen i s jeho rodinou a jeho blízkými. Ve většině případů smrt vážně nemocného nastává v domě rodiny za přítomnosti jeho nejbližších (Thomasma, 2000, s. 220).

Také v Nizozemí se v diskuzích o eutanázii objevují stejné nebo velmi podobné faktory rozporu, jako všude jinde na světě. Největší a nejopěvovanější výhodou eutanázie je bezesporu úcta ke svobodnému vyjadřování a rozhodování se o vlastním životě. Někteří se dívají na Holandskou eutanázii, jako na výkvět lidské autonomie, jiní v ní shledávají nadvládu lékařského personálu, který získal bezprecedentní moc a kontrolu nad životy svým klientů (Pollard, 1996, s. 151- 152).

### **3.3.2 Argumenty pro a proti eutanázii**

Argumenty pro, nejčastějším argumentem pro eutanázii je snaha zbavit člověka utrpení. Ve většině případů se tito zastánci ospravedlňují upřímnými pocity, že člověk by si měl zachovat svou autonomii, právo na soukromí, právo na rozhodování a také právo na smrt. Nadále ti, kteří usilují zákon o eutanázii a asistované sebevraždě prosadit, chtějí poskytnout nemocným pacientům poslední pomoc ve chvíli, kdy již selžou všechny jiné dostupné možnosti a metody. Tito stoupenci, ale na druhou stranu usilují i o zamezení jejího možnému zneužití a zneužívání.

Argumenty proti, je velmi důležité si uvědomit, že ať je téma eutanázie zdůvodňované jakkoli, vždy musíme mít na mysli, že se jedná o lidský život a o záměrné usmrcení nemocného, které nikoho neohrožuje. Poté bychom měli v souvislostech uvažovat nad argumenty, mezi něž patří: kodex lékařské etiky, různé náboženské a spirituální tradice, riziko narušení důvěry vůči lékařskému personálu a v neposlední řadě stojí také argument obtížnosti zaručit pacientovi, že se bude moci zcela svobodně vyslovit- odmítnutí či souhlas k eutanázii. Eutanázie je také v zásadním rozporu se základním právem člověka na život. Ovšem k jednomu z nejsilnějších argumentů proti eutanázii stojí fakt, že je zde možnost zneužití, jak ze strany lékařů, tak i příbuzných umírajícího pacienta (Starošítková, 2008, s. 54- 55).

### 3.3.3 Současné názory na eutanázii

Eutanázie a její problematika je u nás v České republice řešena zákonem. Z tohoto zákona zcela jasně plyne, že eutanázie je nepřipustná a diskuze na toto téma je velmi neopodstatněná. Avšak když se na to podíváme z jiného úhlu pohledu, tak tento zákon nese velmi nepříjemnou povinnost zdravotnického personálu asistovat a to někdy i dlouhé měsíce nelidským mukám umírajícího pacienta. Na jednom pólu jsou lidé- zastánci ospravedlňující eutanázii, jako snahu o milosrdné zbavení nevléčitelně nemocného nesnesitelné bolesti a utrpení. Tito zastánci také apelují na průchod lidských práv, zvláště pak na respekt práva osobní autonomie každého člověka. Poté argumentují s osvobozením lidského jedince od nepříjemné bídny kvality a hodnoty života. Nadále osvětlují aspekt regulace nákladů na zdravotní a lékařskou péči o pacienty v terminálních stádiích života. A v neposlední řadě také poukazují na to, že podle některých dnešních filozofů je eutanázie a asistovaná sebevražda morálně ospravedlnitelná. Na druhém protipólu jsou zde zastánci paliativní a hospicové péče, kteří uznávají, jako hlavní hodnotu lidský život, snahu o jeho zachování a přirozenému příchodu smrti a zániku lidského jedince (Zemanová, 2009, s. 89-90).

Současné názory se velmi liší, každý člověk k tomuto tématu zaujímá své výchozí stanovisko. Ale když se nad tímto pojmem zamyslíme do hloubky, je v podstatě volba eutanázie, vždy aktem zoufalství a poslední možností člověka. Terminálně nemocní pacienti chtějí odejít z toho světa, protože svůj těžký životní kříž či úděl již nechtějí nebo nemohou dál unést. Můžeme tedy eutanázii nazvat zločinem a pohrdáním lidským životem?

## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**

## 4 VÝZKUM

Na základě zpracování své teoretické části bych chtěla přejít do části praktické, ve které realizuji výzkum, v němž se zajímám o názory studentů UTB na eutanázii a paliativní péči. V empirické části práce se opírám o odbornou literaturu dvou významných metodologů a to od Petera Gavory a jeho publikace- Úvod do pedagogického výzkumu z roku 2000 a také z knihy Miroslava Chrásky- Metody pedagogického výzkumu z roku 2007.

### 4.1 Formulace výzkumného problému

Obecně existují tři základní typy výzkumných problémů. Prvním z nich je deskriptivní, takzvaný popisný problém, druhý je výzkumný problém relační a třetím je kauzální výzkumný problém. Pro svou práci jsme zvolila typ druhý a to relační výzkumný problém. Při tomto výzkumu se ptáme, zda existuje vztah mezi danými jevy. (Gavora, 2000, s. 31).

Výzkumný problém mé bakalářské práce proto formuluji do otázky: Jaké názory mají studenti Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně na eutanázii a paliativní péči?

### 4.2 Stanovení výzkumných cílů

Na základě formulace výzkumného problému, jsem si zvolila hlavní výzkumný problém a také dílčí cíle.

#### Hlavní výzkumný cíl:

Zjistit názory studentů UTB ve Zlíně na eutanázii a paliativní péči.

#### Dílčí výzkumné cíle:

- Zjistit, zda víra studentů ovlivňuje jejich postoj na paliativní péči a eutanazií.
- Zjistit, zda existují rozdíly v úrovni znalostí studentů 1. a 3. ročníku na paliativní péči a eutanazií.
- Zjistit, kde se studenti poprvé setkali s pojmy paliativní péče a eutanazie.
- Zjistit, zda se změnil názor studentů na paliativní péči a eutanazii v průběhu studia na vysoké škole.
- Zjistit, zda si studenti dokážou představit svoji osobu, nebo osobu blízkou v zařízení, kde by jim byla poskytována paliativní péče.

- Zjistit, zda si studenti dokážou představit, že by dali svolení k eutanazii u sebe, nebo u osoby blízké.

### 4.3 Stanovení hypotéz a výzkumných otázek

Dalším krokem v kvantitativním výzkumu je stanovení hypotéz. Hypotéza je v užším slova smyslu vědecký předpoklad. Základní předpoklad hypotézy, je vztah mezi dvěma proměnnými. Hypotézy nám naznačují, jakým způsobem se budou potvrzovat nebo vyvracet. Při tvoření hypotéz je dobré se řídit třemi zlatými pravidly tvoření hypotéz:

1. Prvním pravidlem je, že hypotéza je tvrzení, tudíž musí být vyjádřena oznamovací větou. Samozřejmě, že na konci výzkumu musíme toto tvrzení buďto přijmout, nebo vyvrátit.
2. Hypotézy vždy vyjadřují vztahy mezi dvěma proměnnými.
3. Hypotézy se musejí dát testovat. To znamená, že se musí dát empiricky zkoumat. Proměnné se musejí vždy dát kategorizovat nebo měřit (Gavora, 2000, 50- 53).

Na základě zvolení dílčích cílů, hypotézy formulují následovně:

1H<sub>0</sub> Věřící a ateisté zaujímají stejný postoj k paliativní péči.

1H<sub>A</sub> Věřící zaujímají pozitivnější postoj k paliativní péči než ateisté.

2H<sub>0</sub> Věřící a ateisté zaujímají stejný postoj k eutanázii.

2H<sub>A</sub> Ateisté zaujímají pozitivnější postoj k eutanazii než věřící.

3H<sub>0</sub> Mezi úrovní znalostí studentů 1. a 3. ročníku o pojmu paliativní péče není rozdíl.

3H<sub>A</sub> Studenti 3. ročníků mají vyšší úroveň znalostí o pojmu paliativní péči než studenti 1. ročníku.

4H<sub>0</sub> Mezi úrovní znalostí studentů 1. a 3. ročníku o pojmu eutanázie není rozdíl.

4H<sub>A</sub> Studenti 3. ročníku mají vyšší úroveň znalostí o pojmu eutanázie než studenti 1. ročníku.



Nadále jsem si stanovila výzkumné otázky.

1VO Kde se studenti poprvé setkali s pojmem paliativní péče?

2VO Kde se studenti poprvé setkali s pojmem eutanazie?

3VO Změnil se názor studentů na paliativní péči v průběhu studia na vysoké škole? Pokud ano, na základě čeho?

4 VO Změnil se názor studentů na eutanazii v průběhu studia na vysoké škole? Pokud ano na základě čeho?

5VO Dokáží si studenti představit sebe sama v zařízení, kde by jim byla poskytována paliativní péče?

6VO Dokáží si studenti představit osobu blízkou v zařízení, kde by jí byla poskytována paliativní péče?

7VO Dokáží si studenti představit, že by dali svolení k eutanazii u své vlastní osoby?

8VOI Dokáží si studenti představit, že by dali svolení k eutanazii u osoby blízké?

#### **4.4 Výzkumný vzorek**

Pro svůj výzkum jsem si zvolila záměrný výběr výzkumného vzorku. U záměrného výběru výzkumného vzorku nerozhoduje náhoda, ale buď úsudek výzkumníka, nebo úsudek zkoumané osoby (Chráška, 2007, s. 22).

Výzkum byl realizován na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně. Výzkumným vzorkem byli studenti 1. ročníku 3. ročníku bakalářského studia oboru sociální pedagogiky, prezenční formy studia. Tento obor jsem si zvolila záměrně, abych zjistila názory svých kolegů a také mohla srovnat, zda se názory studentů liší například na základě nabytých zkušeností v průběhu vysokoškolského studia. Celkově se výzkumného šetření zúčastnilo 110 respondentů (studentů oboru sociální pedagogiky). Z toho 58 studentů 3. ročníku a 52 studentů 1. ročníku. Z celkového počtu studentů bylo pouze 13 mužů a 97 žen.

#### **4.5 Metody sběru dat**

Pro zpracování empirické části práce jsem si zvolila kvantitativní výzkum za pomoci dotazníkového šetření (viz příloha P1). Tuto dotazníkovou metodu považuju za nejvhodnější a také za nejefektivnější, vzhledem ke zjištění mých stanovených cílů bakalářské práce. Dotazník tvoří uzavřené i otevřené otázky. Dotazník má celkově 21

otázek, v němž první část se týká paliativní péče a druhá část eutanázie. K realizaci svého dotazníkového šetření jsem využila služeb internetového serveru „vyplnTo.cz“, tento server jsem volila zejména z důvodu úplného zachování anonymity, přesnějšímu a správnému zjištění potřebných dat, (respondenti nemohli přeskakovat, či jinak vyplňovat otázky než bylo povoleno) z důvodu časové i finanční úspory. Dotazník byl neveřejný, tudíž k tomuto dotazníku měla přístup pouze cílová skupina studentů. Své respondenty jsem oslovovala pomocí osobních emailů, osobních kontaktů a také sociální sítě Facebook. Díky využití serveru vyplnTo.cz jsem si zajistila maximální návratnost a také jsem nemusela žádný dotazník vyřazovat ze svého výzkumu z důvodu špatného vyplnění.

#### **4.6 Způsob vyhodnocování**

Při zpracování dat v pedagogickém výzkumu získáváme velmi často mnoho číselných údajů a dat. Proto je nutné tyto údaje dobře rozřídít, uspořádat a sestavit z nich tabulky četností. Poté je důležité si graficky znázornit své naměřené data (Chrásková, 2007, s. 39-40).

Pro vyhodnocení dotazníku a všech výsledků výzkumu jsem zvolila program Microsoft Excel. Jednotlivé otázky z dotazníku jsem zaznamenávala do tabulek četností. V těchto tabulkách uvádím absolutní a relativní četnost všech složek. U těchto složek zaokrouhluji čísla na jedno desetinné místo. U některých tabulek četností uvádím graf pro lepší interpretaci a přiblížení vyhodnocených dat. Každá položka obsahuje interpretaci získaných dat a komentář.

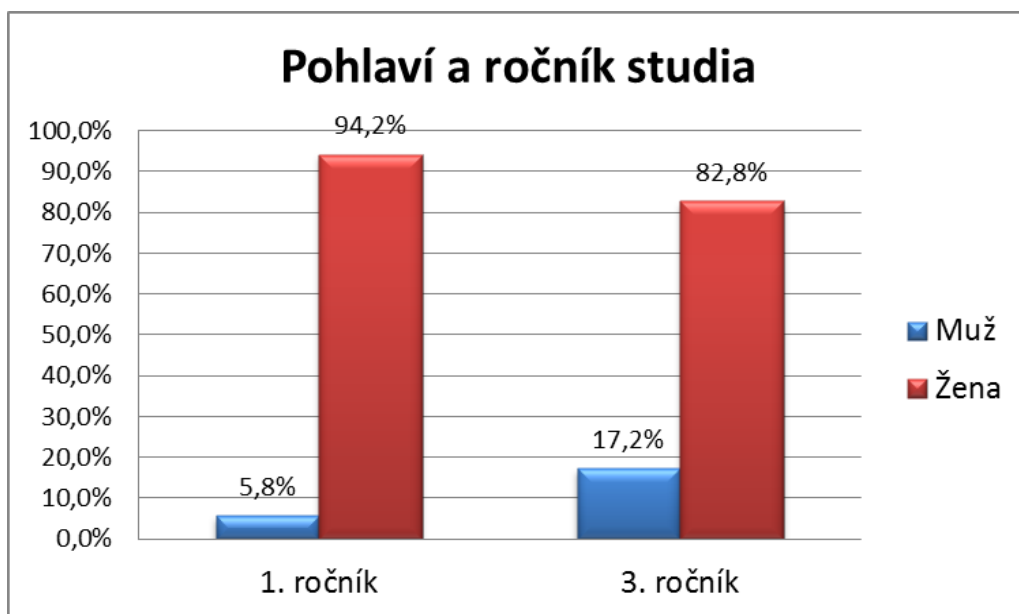
## 5 ANALÝZA A INTERPRETACE DAT

Na následujících stránkách uvádím vyhodnocení dotazníku.

Otázka č. 1 a 2 Pohlaví a ročník studia:

*Tabulka 1. Pohlaví a ročník studia respondentů*

	1. ročník		3. ročník		Celkem
	Absolutní četnost	Relativní četnost v %	Absolutní četnost	Relativní četnost v %	
Muž	3	5,8	10	17,2	13
Žena	49	94,2	48	82,8	97
<b>Celkem</b>	<b>52</b>	<b>100,0</b>	<b>58</b>	<b>100,0</b>	<b>110</b>



*Graf 1. Pohlaví a ročník studia*

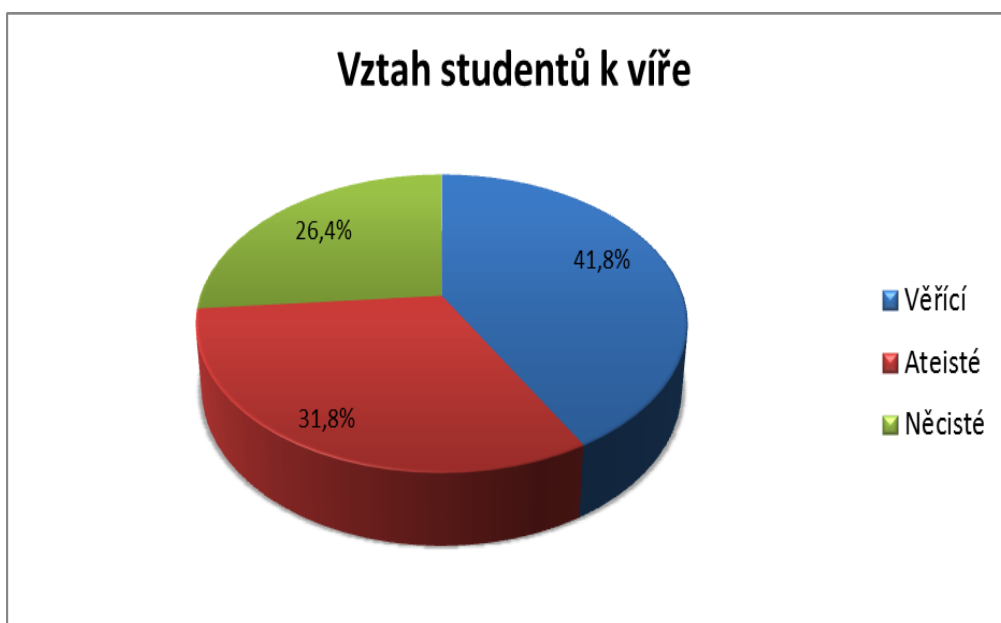
Celkově se do mého výzkumu zapojilo 110 respondentů, 52 studentů z prvního ročníku a 58 studentů ze třetího ročníku oboru sociální pedagogiky. Z tohoto celkového počtu 110 respondentů bylo 97 žen a 13 mužů. Důvod tohoto nesoúměrného zastoupení mužů a žen je právě studovaný obor sociální pedagogiky.

Komentář: Moc jsem se snažila, aby v mém výzkumu bylo více mužů, (nebo dokonce stejně, jako žen) ale z důvodu studovaného oboru to bohužel nebylo možné.

Otázka č. 3 Jaký je Váš vztah k víře?

Tabulka 2. Jaký je Váš vztah k víře?

Věřící		Ateisté		Něcisté		Celkem
Absolutní četnost	Relativní četnost v %	Absolutní četnost	Relativní četnost v %	Absolutní četnost	Relativní četnost v %	
46	41,8	35	31,8	29	26,4	110



Graf 2. Vztah studentů k víře

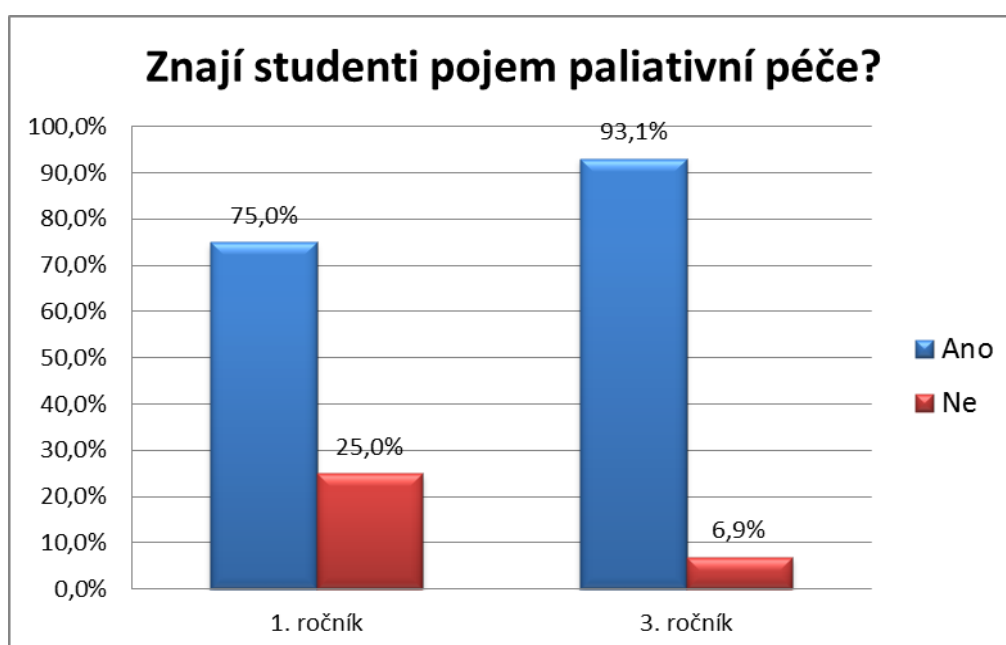
Ve třetí otázce jsem se respondentů dotazovala na jejich vztah k víře. Po vyhodnocení této otázky jsme zjistila, že celkově se mého výzkumu zúčastnilo 41,8 % věřících, 31,8 % ateistů a 26,4 % něcistů.

Komentář: Popravdě jsem předpokládala, že největší procentuální zastoupení budou mít buď ateisté nebo něcisté. Proto mě překvapilo, že nejvyšší procento studentů je právě věřících.

Otázka č. 4 Víte, co je paliativní péče?

Tabulka 3. Víte, co je paliativní péče?

	1. ročník		3. ročník		Celkem
	Absolutní četnost	Relativní četnost v %	Absolutní četnost	Relativní četnost v %	
Ano	39	75,0	54	93,1	<b>93</b>
Ne	13	25,0	4	6,9	<b>17</b>
<b>Celkem</b>	<b>52</b>	<b>100,0</b>	<b>58</b>	<b>100,0</b>	<b>110</b>



Graf 3. Znají studenti pojem paliativní péče?

Čtvrtou otázkou jsem se studentů dotazovala, zda ví, co je paliativní péče. V prvním ročníku vědělo 75 % studentů, o jaký pojem se jedná. Ve třetím ročníku zná paliativní péči 93,1 % studentů.

Komentář: Osobně jsem předpokládala, že v prvním ročníku, budou studenti vědět co tento pojem znamená, zhruba tři čtvrtiny respondentů. Tato doměnka se mě potvrdila. Ovšem u respondentů, kteří studují třetí ročník, tohoto humanitně zaměřeného oboru, jsem předpokládala, že odpověď ano na tuto otázku bude u všech studentů.

Otázka č. 5 Pokud jste v předešlé otázce odpověděli kladně, stručně vysvětlete pojem paliativní péče:

Tabulka 4. Pokud jste v předešlé otázce odpověděli kladně, stručně vysvětlete pojem paliativní péče:

Odpověď	Počty	
	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Péče o umírající	77	82,8
Zmírnění bolestí umírajících	6	6,5
Doprovázení člověka ke smrti	6	6,5
Péče o umírající a pomoc jeho rodině	4	4,3
<b>Celkem</b>	<b>93</b>	<b>100,0</b>



Graf 4. Vysvětlení pojmu paliativní péče

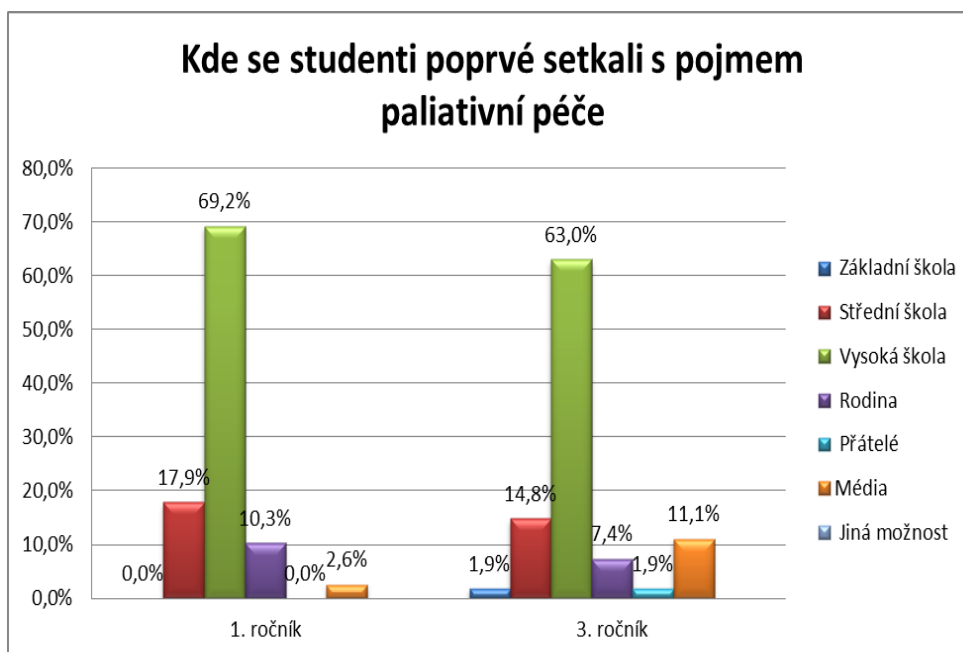
Otázkou číslo pět jsem si chtěla ověřit, zda studenti opravdu vědí, co pojem paliativní péče znamená. Tato otázka byla zcela konkrétní a otevřená. Z celkového počtu 110 respondentů odpovědělo 93 studentů, že vědí, co znamená paliativní péče, a všechny odpovědi jsem shledala, jako správně zodpovězené. Celkově 82,8 % dotazovaných zodpovědělo, že se jedná o péči o umírající.

Komentář: Všichni studenti obou ročníků věděli správně, co znamená již zmiňovaný pojem. Odpovědi byly krátké, avšak výstižné. Ale co osobně shledávám, jako menší nedostatek u odpovědí studentů je, že pouze 4,3 % tázaných popsalo, že jde o péči o umírající a pomoc jeho blízkým a rodině.

Otázka č. 6 Kde jste se s pojmem paliativní péče poprvé setkal/a?

Tabulka 5. Kde jste se s pojmem paliativní péče poprvé setkal/a?

	1. ročník		3. ročník		Celkem
	Absolutní četnost	Relativní četnost v %	Absolutní četnost	Relativní četnost v %	
Základní škola	0	0,0	1	1,9	<b>1</b>
Střední škola	7	17,9	8	14,8	<b>15</b>
Vysoká škola	27	69,2	34	63,0	<b>61</b>
Rodina	4	10,3	4	7,4	<b>8</b>
Přátelé	0	0,0	1	1,9	<b>1</b>
Média	1	2,6	6	11,1	<b>7</b>
Jiná možnost	0	0,0	0	0,0	<b>0</b>
<b>Celkem</b>	<b>39</b>	<b>100,0</b>	<b>54</b>	<b>100,0</b>	<b>93</b>



Graf 5. Kde se studenti poprvé setkali s pojmem paliativní péče

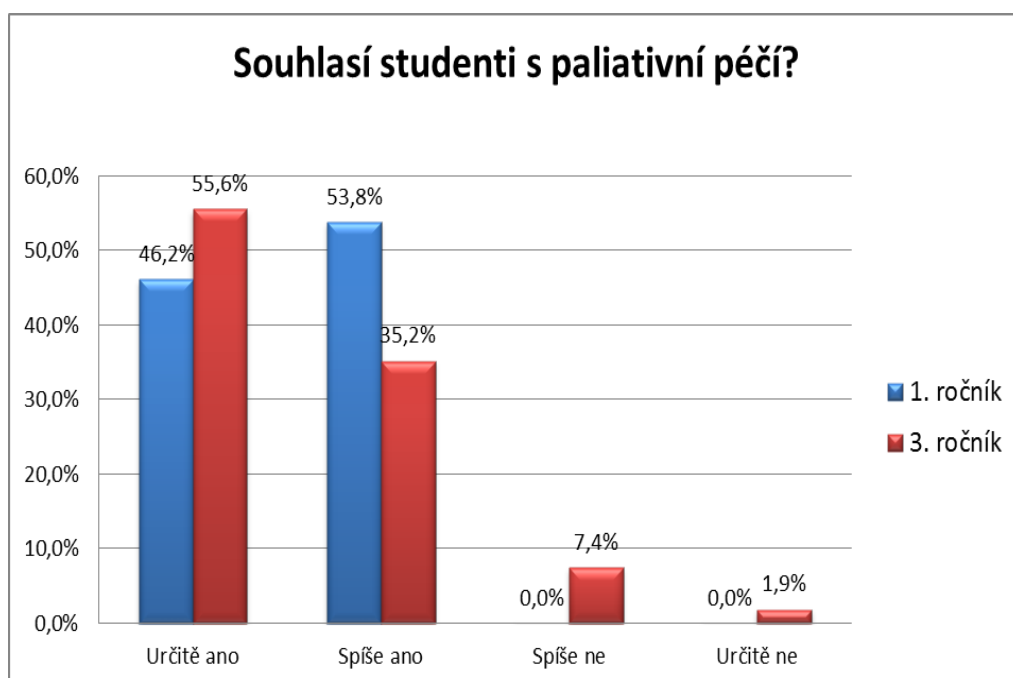
Otázkou číslo pět jsem chtěla zjistit, kde se studenti nejčastěji poprvé setkali s pojmem paliativní péče. Z výše znázorněného grafu vyplývá, že 69,2 % studentů prvních ročníků se s tímto pojmem poprvé setkalo na vysoké škole. Ve třetím ročníku se studenti s tímto pojmem v 63 %, také poprvé setkali na vysoké škole. Na druhém místě u prvního i třetího ročníku je střední škola. Poté studenti třetího ročníku v 11,1 % znají tento pojem z médií, u studentů prvního ročníku jsou média pouze v 2,6 %.

Komentář: Myslím si, že je velice pozitivní, že se studenti právě s pojmem paliativní péče setkávají nejvíce na vysoké škole.

Otázka č. 7 Souhlasíte s paliativní péčí?

Tabulka 6. Souhlasíte s paliativní péčí?

	1. ročník		3. ročník		Celkem
	Absolutní četnost.	Relativní četnost v %	Absolutní četnost	Relativní četnost v %	
Určitě ano	18	46,2	30	55,6	<b>48</b>
Spíše ano	21	53,8	19	35,2	<b>40</b>
Spíše ne	0	0,0	4	7,4	<b>4</b>
Určitě ne	0	0,0	1	1,9	<b>1</b>
<b>Celkem</b>	<b>39</b>	<b>100,0</b>	<b>54</b>	<b>100,0</b>	<b>93</b>



Graf 6. Souhlasí studenti s paliativní péčí?

V rámci výzkumu jsem chtěla zjistit, zda studenti souhlasí s paliativní péčí. Výsledkem bylo, že všichni studenti prvního ročníku souhlasí s paliativní péčí. Studenti třetího ročníku v 9,3 % nesouhlasí s paliativní péčí.

Komentář: Poměrně hodně mne překvapilo, že téměř 10 % studentů třetího ročníku odpovědělo, že s tímto pojmem nesouhlasí. Myslím si, že zde existuje možnost, že díky negativní zkušenosti z praxe v rámci jejich studia jsou proti paliativní péči.



Otázka č. 8 Dokázal/a byste si představit sám/sama sebe v zařízení, kde by Vám byla poskytována paliativní péče? (Vyberte možnost, která je pro Vás nejbližší)

Tabulka 7. Dokázal/a byste si představit sám/sama sebe v zařízení, kde by Vám byla poskytována paliativní péče?

	1. ročník		3. ročník		Celkem
	Absolutní četnost	Relativní četnost v %	Absolutní četnost	Relativní četnost v %	
Ano, pokud bych trpěl/a nesnesitelnými bolestmi	12	25,8	12	22,2	<b>24</b>
Ano, pokud bych se o sebe sám/sama nedokázal/a postarat	12	22,6	9	16,7	<b>21</b>
Ano, pokud by se o mě moje rodina nedokázala postarat	4	16,1	11	20,4	<b>15</b>
Ne, nedovedu si takovou situaci vůbec představit	3	14,0	10	18,5	<b>13</b>
Ano, pokud bych se cítil/a izolován/a a opuštěn/a	3	8,6	5	9,3	<b>8</b>
Ano, pokud bych se cítil/a, že jsem své rodině na obtíž	3	8,6	5	9,3	<b>8</b>
Ano, pokud bych měl/a strach ze smrti a umírání	2	4,3	2	3,7	<b>4</b>
<b>Celkem</b>	<b>39</b>	<b>100,0</b>	<b>54</b>	<b>100,0</b>	<b>93</b>

V uvedené tabulce můžeme vidět, že 25,8 % studentů prvního ročníku by si dovedlo představit sama sebe v zařízení s paliativní péčí, pokud by trpěli nesnesitelnými bolestmi, studenti třetího ročníku tuto možnost volili ve 22,2 %. Možnost ne, tuto možnost si vůbec nedovedu představit, by volilo 14 % respondentů prvního ročníku a 18,5 % respondentů třetího ročníku.

Komentář: Překvapil mě fakt, že respondenti pouze zhruba v 9% by volili zařízení s paliativní péčí z toho důvodu, že by se cítili být své rodině na obtíž. Domnívala jsem se, že z tohoto důvodu bude tuto možnost volit větší procento studentů

Otázka č. 9 Dokázal/a byste si představit člověka Vám blízkého v zařízení, kde by mu byla poskytována paliativní péče? (Vyberte možnost, která je pro Vás nejbližší)

*Tabulka 8. Dokázal/a byste si představit člověka Vám blízkého v zařízení, kde by mu byla poskytována paliativní péče?*

Odpověď	1. ročník		3. ročník		Celkem
	Absolutní četnost	Relativní četnost v %	Absolutní četnost	Relativní četnost v %	
Ano, pokud by trpěl nesnesitelnou bolestí	18	46,2	16	29,6	<b>34</b>
Ano, pokud by se o něj jeho rodina nebo já nedokázal/a postarat	13	33,3	20	37,0	<b>33</b>
Ne, nedovedu si takovou situaci vůbec představit	5	12,8	11	20,4	<b>16</b>
Ano, pokud by měl strach ze smrti a umírání	2	5,1	7	13,0	<b>9</b>
Ano, pokud by se cítil izolován a opuštěn	1	2,6	0	0,0	<b>1</b>
<b>Celkem</b>	<b>39</b>	<b>100,0</b>	<b>54</b>	<b>100,0</b>	<b>93</b>

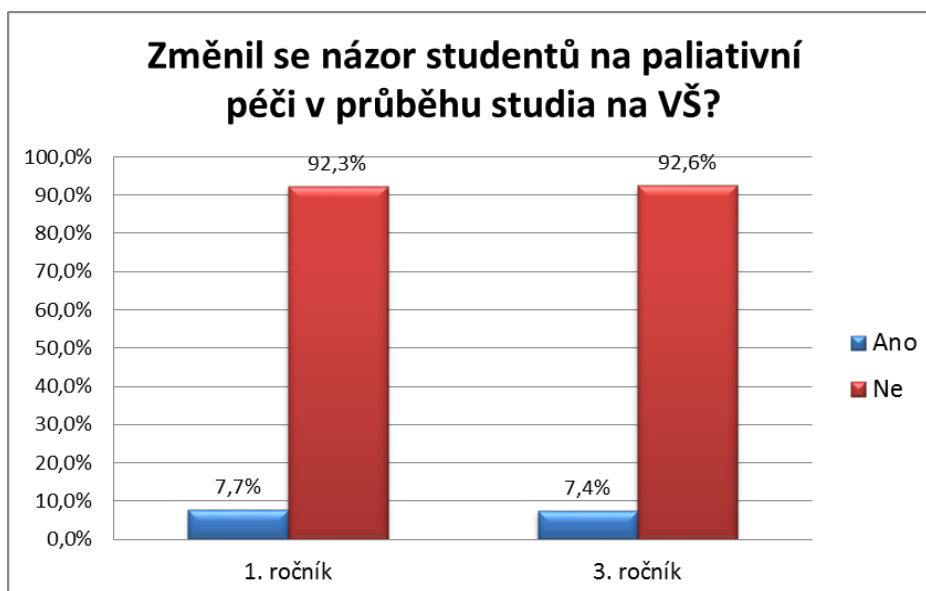
Téměř polovina (46,2 %) studentů z prvního ročníku uvádí, že by si svého blízkého známého dokázali představit v zařízení, kde by mu byla poskytována paliativní péče, pokud by trpěl nesnesitelnou bolestí. Na rozdíl studenti třetího ročníku by si ve většině případů (37 %) tuto situaci dokázalo představit, pokud by se o blízkého nedokázala postarat jeho vlastní rodina. Celkově 12,8 % studentů prvního ročníku a 20,4 % studentů třetího ročníku si tuto situaci nedokáží představit vůbec.

Otázka č. 10 Změnil se Váš názor na paliativní péči v průběhu studia na vysoké škole?

Otázka č. 11 Pokud jste v předešlé otázce odpověděli kladně, uveďte na základě čeho:

Tabulka 9. Změnil se Váš názor na paliativní péči v průběhu studia na vysoké škole?

	1. ročník		3. ročník		Celkem
	Absolutní četnost	Relativní četnost v %	Absolutní četnost	Relativní četnost v %	
Ano	3	7,7	4	7,4	7
Ne	36	92,3	50	92,6	86
<b>Celkem</b>	<b>39</b>	<b>100,0</b>	<b>54</b>	<b>100,0</b>	<b>93</b>



Graf 7. Změnil se názor studentů na paliativní péči v průběhu studia na VŠ?

Tabulka 10. Pokud jste v předešlé otázce odpověděli kladně, uveďte na základě čeho:

	1. ročník		3. ročník		Celkem
	Absolutní četnost	Relativní četnost v %	Absolutní četnost	Relativní četnost v %	
Studium na VŠ obeznámilo studenta o paliativní péči	1	33,3	4	100,0	5
Praxe v rámci studia VŠ	1	33,3	0	0,0	1
Prohloubení informací o paliativní péči a nahlédnutí do praxe	1	33,3	0	0,0	1
<b>Celkem</b>	<b>3</b>	<b>100,0</b>	<b>4</b>	<b>100,0</b>	<b>7</b>

Otázkami číslo deset a jedenáct jsem chtěla zjistit, zda studenti změnili svůj názor na paliativní péči v průběhu studia a také na základě čeho. Z celkového počtu 93 dotazovaných, oba ročníky shodně a to v 92 % procentech odpověděly, že se jejich názor v průběhu studia nezměnil. Jeden student z prvního ročníku a čtyři studenti ze třetího ročníku uvedli, že je vysoká škola obeznámila s paliativní péčí. Nadále jeden student prvního ročníku změnil názor na paliativní péči během praxe v rámci vysoké školy. A také jeden respondent z prvního ročníku uvádí, že díky prohloubení informací a nahlédnutí do praxe změnil svůj názor na paliativní péči.

Komentář: Popravdě jsem si myslela, že na otázku, zda se změnil názor studentů na paliativní péči během studia, odpoví mnohem více studentů kladně. Čekala jsem také mnohem více odpovědí, že studium na vysoké škole je obeznámilo s tímto pojmem, nebo že se s ním setkaly na své praxi.

Otázka č. 12 Zde můžete ještě doplnit Váš názor na paliativní péči:

Tabulka 11. Zde můžete ještě doplnit Váš názor na paliativní péči:

	1. ročník		3. ročník		Celkem
	Absolutní četnost	Relativní četnost v %	Absolutní četnost	Relativní četnost v %	
Má smysl	0	0,0	2	33,3	<b>2</b>
Je potřebná a nezbytná	0	0,0	1	16,7	<b>1</b>
Je velmi prospěšná	1	100,0	0	0,0	<b>1</b>
Plně s ní souhlasím a líbí se mi její myšlenka	0	0,0	1	16,7	<b>1</b>
Pomáhá lidem jak po fyzické, psychické a duchovní stránce	0	0,0	2	33,3	<b>2</b>
<b>Celkem</b>	<b>1</b>	<b>100,0</b>	<b>6</b>	<b>100,0</b>	<b>7</b>

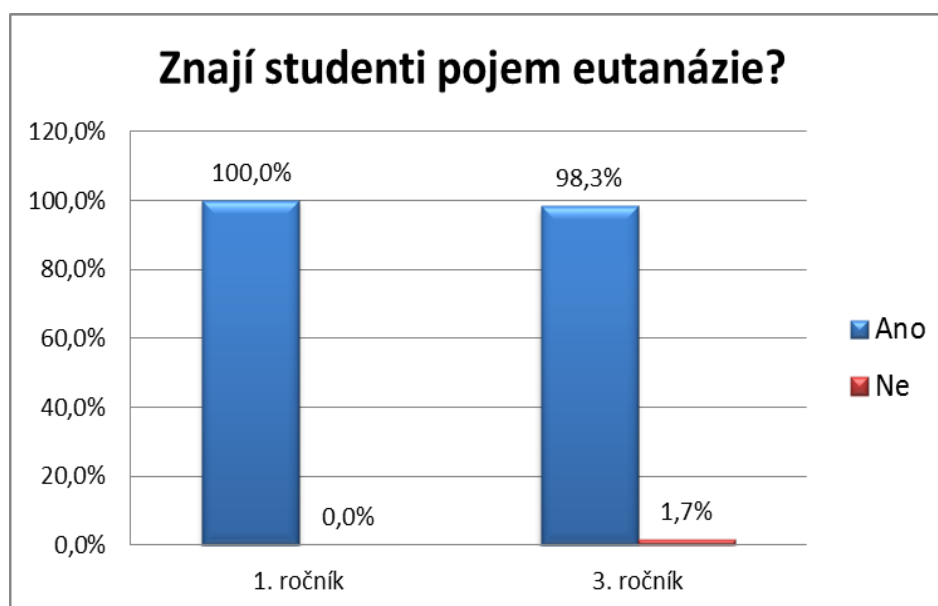
Tuto otázku jsem do svého dotazníku vložila jako dobrovolnou. Chtěla jsem respondentům poskytnout prostor k doplnění a k vyjádření se ještě k paliativní péči. Celkem tuto doplňující otázku využilo sedm respondentů.

Komentář: Všechny odpovědi byly kladné a souhlasily s paliativní péčí. Osobně si myslím, že studenti v této doplňující otázce zejména podtrhovali důležitost, prospěšnost i nezbytnost paliativní péče a vyjádřili sympatie k tomuto druhu pomoci o smrtelně nemocné a umírající pacienty i jejich rodiny.

Otázka č. 13 Víte, co je eutanázie?

Tabulka 12. Víte, co je eutanázie?

	1. ročník		3. ročník		Celkem
	Absolutní četnost	Relativní četnost v %	Absolutní četnost	Relativní četnost v %	
Ano	52	100,0	57	98,3	<b>109</b>
Ne	0	0,0	1	1,7	<b>1</b>
<b>Celkem</b>	<b>52</b>	<b>100,0</b>	<b>58</b>	<b>100,0</b>	<b>110</b>



Graf 8. Znají studenti pojem eutanázie?

Z uvedeného grafu nám jasně vyplývá, že v prvním ročníku všichni studenti vědí co znamená pojem eutanázie. Ve třetím ročníku, vědí co znamená tento pojem 98,3 % studentů.

Komentář: Předpokládala jsem, že všichni respondeti budou znát tento pojem. Proto mě velmi překvapilo, že jeden student, ze třetího ročníku odpověděl, že neví co je eutanázie. Osobně se domnívám, že šlo spíše o neochotu vyplňovat dotazník než o neznalost tohoto pojmu.

Otázka č. 14 Pokud jste v předešlé otázce odpověděli kladně, stručně vysvětlete pojem eutanázie:

*Tabulka 13. Pokud jste v předešlé otázce odpověděli kladně, stručně vysvětlete pojem eutanázie:*

Odpověď	Počty	
	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Dobrovolná smrt	49	45,0
Ukončení života	13	11,9
Usmrcení z důvodu nevléčitelné choroby	10	9,2
Usmrcení lékařem	7	6,4
Asistovaná sebevražda	6	5,5
Ukončení života- odpojení od přístrojů	6	5,5
Smrt z milosti	5	4,6
Dobrovolný odchod ze života	3	2,8
Asistovaná smrt	3	2,8
Podání smrtící látky	2	1,8
Ukončení života jinak než přirozeně	1	0,9
Vražda člověka	1	0,9
Bezbolestná smrt	1	0,9
Důstojná smrt	1	0,9
Když někdo poprosí o zabití a ten druhý to udělá (formou pilulek nebo injekcí)	1	0,9
<b>Celkem</b>	<b>109</b>	<b>100,0%</b>

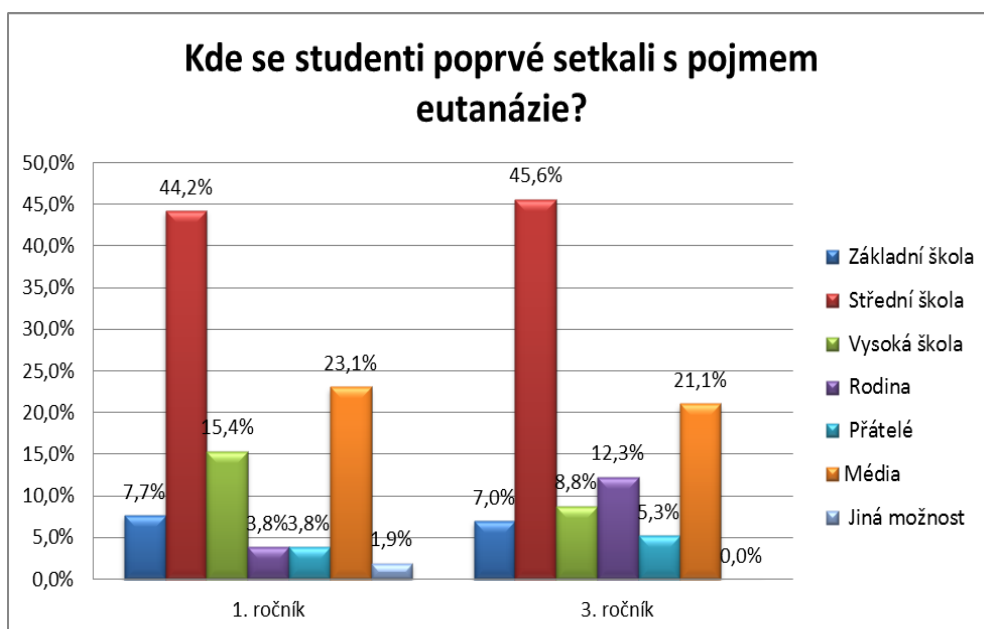
Touto otázkou, jsem si chtěla ověřit, zda studenti opravdu vědí, co pojem eutanázie znamená. Tato otázka byly zcela konkrétní a otevřená. Již na první pohled z tabulky vyplývá, že studenti pod pojmem eutanázie ve 45 % vidí dobrovolnou smrt. Poté v 11,9 % považují eutanázii, jako ukončení života člověka, v 9,2 %, jako usmrcení z důvodu nevléčitelné choroby, v 6,4 % usmrcení člověka lékařem.

Komentář: Při vyhodnocování této otevřené otázky se nejčastěji opakovala slova, jako dobrovolná smrt nebo dobrovolné ukončení života, ale i ostatní odpovědi byly v pořádku a vyjadřovaly pojem eutanázie.

Otázka č. 15 Kde jste se s pojmem eutanázie poprvé setkal/a?

Tabulka 14. Kde jste se s pojmem eutanázie poprvé setkal/a?

	1. ročník		3. ročník		Celkem
	Absolutní četnost	Relativní četnost v %	Absolutní četnost	Relativní četnost v %	
Základní škola	4	7,7	4	7,0	8
Střední škola	23	44,2	26	45,6	49
Vysoká škola	8	15,4	5	8,8	13
Rodina	2	3,8	7	12,3	9
Přátelé	2	3,8	3	5,3	5
Média	12	23,1	12	21,1	24
Jiná možnost	1	1,9	0	0,0	1
<b>Celkem</b>	<b>52</b>	<b>100,0</b>	<b>57</b>	<b>100,0</b>	<b>109</b>



Graf 9. Kde se studenti poprvé setkali s pojmem eutanázie?

V uvedeném grafu můžeme vidět, že většina studentů z prvního ročníku (44,2 %) se poprvé setkala s pojmem eutanázie na střední škole. U studentů třetího ročníku, je to také na střední škole a to ve 45,6 %. Na druhém místě jsou média, u studentů prvního ročníku je to v 23,1% a u studentů třetího ročníku ve 21,1 %.

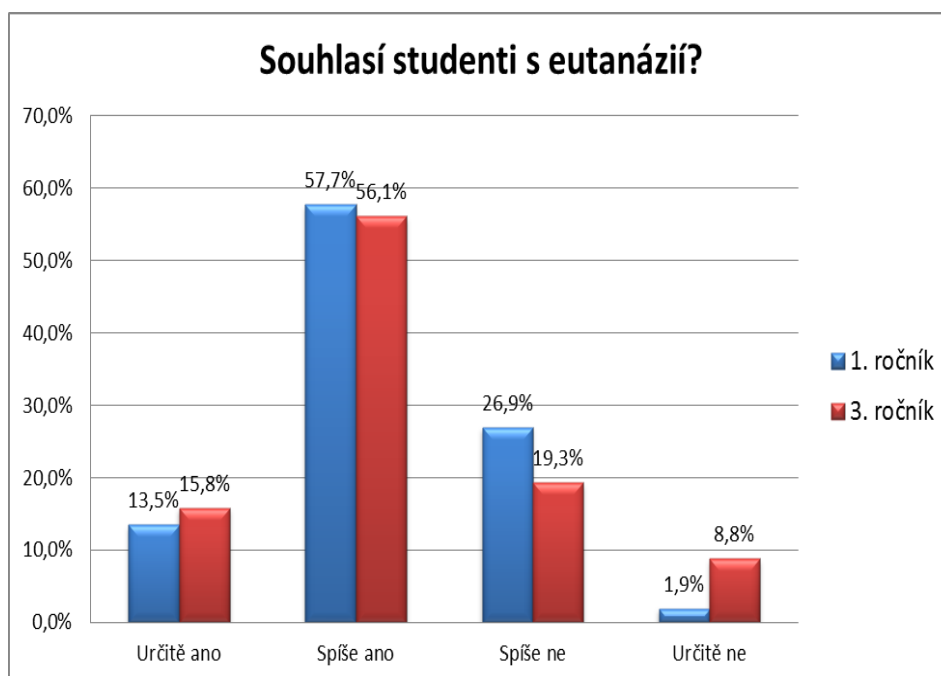
Komentář: Zvláštním faktem je, že studenti znají pojem eutanázie ve 45 %, již ze střední školy, ale znalost o pojmu paliativní péče získávají na střední škole pouze v 15 %. Je zajímavé, že pedagogové na středních školách obznamují své žáky s eutanázií, ale s paliativní péčí již nikoli.



Otázka č. 16 Souhlasíte s eutanázií?

Tabulka 15. Souhlasíte s eutanázií?

Víra	1. ročník		3. ročník		Celkem
	Absolutní četnost	Relativní četnost v %	Absolutní četnost	Relativní četnost v %	
Určitě ano	7	13,5	9	15,8	16
Spíše ano	30	57,7	32	56,1	62
Spíše ne	14	26,9	11	19,3	25
Určitě ne	1	1,9	5	8,8	6
<b>Celkem</b>	<b>52</b>	<b>100,0</b>	<b>57</b>	<b>100,0</b>	<b>109</b>



Graf 10. Souhlasí studenti s eutanázií?

V rámci svého výzkumu jsem také chtěla zjistit, zda studenti oboru sociální pedagogiky souhlasí s eutanázií. Výsledkem bylo, že 71,2 % studentů prvního ročníku souhlasí s eutanázií a 71,9 % studentů třetího ročníku také souhlasí s eutanázií

**Komentář:** Zaujalo mne, že i přesto, že respondenti studují obor, který je tak humanitně zaměřen a studenti znají možnosti využití paliativních a hospicových zařízení, přes 70 % studentů odpovídá, že s eutanázií souhlasí.

Otázka č. 17 Dokážete si představit, že byste dal/a svolení k euthanasii u své vlastní osoby? (Vyberte možnost, která je pro Vás nejbližší)

Tabulka 16. Dokážete si představit, že byste dal/a svolení k euthanasii u své vlastní osoby?

	1. ročník		3. ročník		Celkem
	Absolutní četnost	Relativní četnost v %	Absolutní četnost	Relativní četnost v %	
Ano, pokud bych trpěl/a nesnesitelnými bolestmi	29	55,8	32	56,1	<b>61</b>
Ano, pokud bych se o sebe sám/sama nedokázal/a postarat	4	7,7	5	8,8	<b>9</b>
Ano, pokud by se o mě moje rodina nedokázala postarat	0	0,0	1	1,8	<b>1</b>
Ne, nedovedu si takovou situaci vůbec představit	17	32,7	16	28,1	<b>33</b>
Ano, pokud bych se cítil/a izolován/a a opuštěn/a	0	0,0	2	3,5	<b>2</b>
Ano, pokud bych se cítil/a že jsem své rodině na obtíž	1	1,9	1	1,8	<b>2</b>
Ano, pokud bych měl/a strach ze smrti a umírání	1	1,9	0	0,0	<b>1</b>
<b>Celkem</b>	<b>52</b>	<b>100,0</b>	<b>57</b>	<b>100,0</b>	<b>109</b>

Na první pohled z uvedené tabulky vyplývá, že většina (55,8 %) studentů prvního ročníku by dalo svolení k eutanázii u své vlastní osoby. U studentů třetího ročníku je to také v procentuální většině (56,1 %). Naopak 32,7 % procent respondentů z prvního ročníku si takovou situaci vůbec nedovede představit. Ve třetím ročníku si tuto situaci nedokáže představit 28,1 % respondentů.

Komentář: Z uvedené tabulky můžeme jasně vyčíst, že by studenti volbu eutanázie, u své vlastní osoby, volili zejména v případech, kdyby trpěli nesnesitelnými bolestmi. Jedním z možných důvodů, proč respondenti takto odpovídají, je fakt, že si studenti myslí, že umírání je spojeno s bolestí a tudíž se umírání obávají.

Otázka č. 18 Dokážete si představit, že byste dal/a svolení k euthanasii u člověka Vám blízkého? (Vyberte možnost, která je pro Vás nejbližší)

Tabulka 17. Dokážete si představit, že byste dal/a svolení k euthanasii u člověka Vám blízkého?

Odpověď	1. ročník		3. ročník		Celkem
	Absolutní četnost	Relativní četnost v %	Absolutní četnost	Relativní četnost v %	
Ano, pokud by trpěl nesnesitelnou bolestí	26	50,0	23	40,4	49
Ano, pokud by se o něj jeho rodina nebo já nedokázal/a postarat	0	0,0	2	3,5	2
Ne, nedovedu si takovou situaci vůbec představit	26	50,0	30	52,6	56
Ano, pokud by měl strach ze smrti a umírání	0	0,0	1	1,8	1
Ano, pokud by se cítil izolován a opuštěn	0	0,0	1	1,8	1
<b>Celkem</b>	<b>52</b>	<b>100,0</b>	<b>57</b>	<b>100,0</b>	<b>109</b>

Z výše uvedené tabulky můžeme vyčíst, že 50 % studentů prvního ročníku by dalo svolení k eutanázii u člověka blízkého, pokud by trpěl nesnesitelnými bolestmi a přesně 50 % studentů prvního ročníku si takovou situaci nedovede vůbec představit. U studentů třetího ročníku je nesnesitelná bolest u osoby blízké vyjádřena ve 40,4 % a 52,6 % studentů si tuto situaci nedokáže vůbec představit.

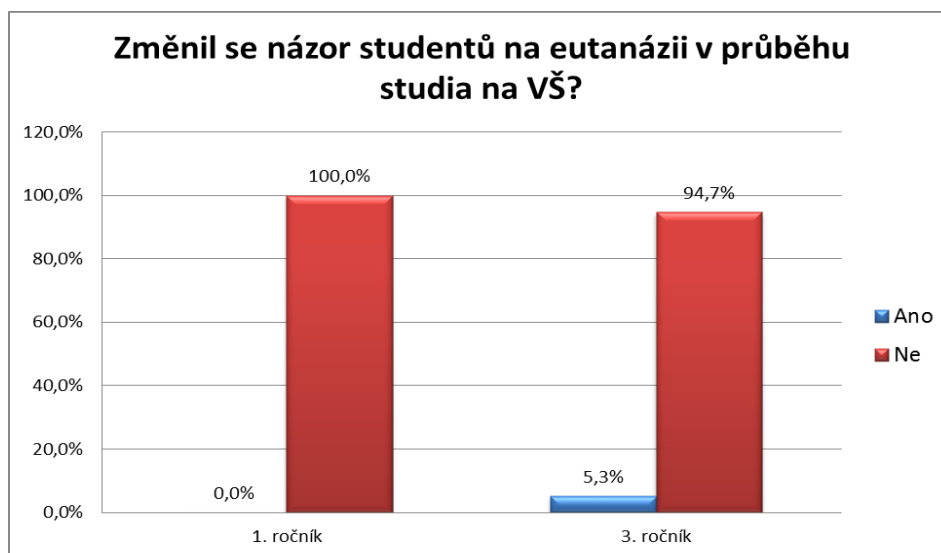
Komentář: Považuji za zajímavé poukázat na fakt, že pokud se jedná o volbu eutanázie u osoby blízké mnohem více studentů (přes 50 %) si takovou situaci nedokáže vůbec představit, ale pokud se jedná o eutanázii u své vlastní osoby, zde procento, že si tuto situaci nedokáže vůbec představit, klesá zhruba na 30 %.

Otázka č. 19 Změnil se Váš názor na eutanázii v průběhu studia na vysoké škole?

Otázka č. 20 Pokud jste v předešlé otázce odpověděli kladně, uveďte na základě čeho:

Tabulka 18. Změnil se Váš názor na eutanázii v průběhu studia na vysoké škole?

	1. ročník		3. ročník		Celkem
	Absolutní četnost	Relativní četnost v %	Absolutní četnost	Relativní četnost v %	
Ano	0	0,0	3	5,3	3
Ne	52	100,0	54	94,7	106
<b>Celkem</b>	<b>52</b>	<b>100,0</b>	<b>57</b>	<b>100,0</b>	<b>109</b>



Graf 11. Změnil se názor studentů na eutanázii v průběhu studia na VŠ?

Tabulka 19. Pokud jste v předešlé otázce odpověděli kladně, uveďte na základě čeho:

	3. ročník		Celkem
	Absolutní četnost	Relativní četnost v %	
Na základě získaných informací	1	33,3	1
Na základě přednášky, která nebyla v rámci VŠ	1	33,3	1
Ano, na VŠ jsem se dozvěděla spoustu informací a na základě nich s eutanázií souhlasím	1	33,3	1
<b>Celkem</b>	<b>3</b>	<b>100,0</b>	<b>3</b>

Také v rámci svého výzkumu jsem chtěla zjistit, stejně jako u paliativní péče, zda se změnil názor studentů na eutanázii a také na základě čeho. Nikdo ze studentů prvního ročníku nezměnil názor na eutanázii. Jeden ze studentů třetího ročníku změnil názor na eutanázii a to na základě nově získaných informací na vysoké škole. Druhý student změnil svůj názor na eutanázii na základě přednášky, která však nebyla v rámci vysoké školy a třetí student třetího ročníku změnil svůj názor díky získaným informacím na vysoké škole a na základě těchto informací souhlasí s eutanázií.

Komentář: Z této otázky vyplývá, že respondenti jsou opravdu málo ovlivňováni vysokoškolským studiem v oblasti eutanázie. Myslím si, že vysoká škola by měla mnohem více ovlivňovat a formovat názory a postoje svých studentů.

Otázka č. 21 Zde můžete ještě doplnit Váš názor na eutanázii:

Tabulka 20. Zde můžete ještě doplnit Váš názor na eutanázii:

	1. ročník		3. ročník		Celkem
	Absolutní četnost	Relativní četnost v %	Absolutní četnost	Relativní četnost v %	
U mé osoby souhlasím s eutanázií, u blízkých je to nemyslitelné, ale v některých případech nezbytné, doufám, že tuto situaci nebudu muset nikdy řešit	0	0,0	1	14,29	1
Život jsme si sami nedali, tak si jej nemáme ani brát	0	0,0	1	14,3	1
S eutanázií nesouhlasím z důvodu, že v současné době v ČR nevidím možnost, jak zabránit jejímu zneužití	0	0,0	1	14,3	1
Eutanázie je vražda	1	33,3	1	14,3	2
Eutanázie pouze ve výjimečných případech, po důkladném svážení, a u pacienta, který může vyjádřit svůj názor	1	33,3	1	14,3	2
Jsem spíše proti	0	0,0	2	28,6	2
Eutanázie pouze u pacientů trpící vážnou chorobou (Alzheimerova nemoc), lepší než pomalá bolestivá smrt	1	33,3	0	0,0	1
<b>Celkem</b>	<b>3</b>	<b>100,0</b>	<b>7</b>	<b>100,0</b>	<b>10</b>

Poslední otázku výzkumu jsem opět vložila do dotazníku, jako otázku dobrovolnou. Chtěla jsem respondentům poskytnout prostor k doplnění a k vyjádření se k pojmu eutanázie. Celkem tuto doplňující otázku využilo deset respondentů.

Komentář: Jak z tabulky můžeme vidět, nejčastěji se zde opakují názory jako, jsem proti eutanázii, eutanázie je vražda, život jsme si sami nedali, tak nám nepřísluší si jej brát (úplné odmítnutí eutanázie). Nadále dotazovaní správně poukazují také na možnost zneužití eutanázie, konkrétně tady u nás v České republice. Ve dvou případech jsou studenti pro eutanázii pouze ve výjimečných případech, za přítomnosti vážné (nevléčitelné) choroby nemocného a to za přísných podmínek pro její svolení.

## 5.1 Vyhodnocení hypotéz

Předem stanovené hypotézy jsem vypočítala pomocí čtyřpolní tabulky. Čtyřpolní tabulka je druhem kontingenční tabulky se dvěma sloupci a dvěma řádky. Použití této čtyřpolní tabulky přichází v úvahu jen v těch případech, kdy jevy (proměnné), mezi nimiž chceme ověřovat vztah, mohou nabývat pouze dvou alternativních kvalit (Chráska, 2007, s. 82-83).

Pro všechny hypotézy jsem použila hladinu významnosti 0,01 a 1 stupeň volnosti, kritická hodnota je tedy  $\chi^2 = 6,635$ .

### Hypotéza č. 1

$1H_0$  Věřící a ateisté zaujímají stejný postoj k paliativní péči.

$1H_A$  Věřící zaujímají pozitivnější postoj k paliativní péči než ateisté.

Tabulka 21. Čtyřpolní tabulka k hypotéze č. 1

	Pozitivní postoj	Negativní postoj	$\Sigma$
Věřící	37 (58,7 %)	1 (33,3 %)	<b>38</b>
Ateisté	26 (41,3 %)	2 (66,7 %)	<b>28</b>
$\Sigma$	<b>63 (100 %)</b>	<b>3 (100 %)</b>	<b>66</b>

$$\chi^2 = 0,756 < \chi^2_{0,01}(1) = 6,635$$

Po výpočtu první hypotézy pomocí čtyřpolní tabulky jsem zjistila, že hodnota mého testového kritéria je nižší, tudíž z toho vyplývá, že musím **přijmout nulovou hypotézu ( $1H_0$ )**. Věřící a ateisté zaujímají stejný postoj k paliativní péči.

### Hypotéza č. 2

$2H_0$  Věřící a ateisté zaujímají stejný postoj k eutanázii.

$2H_A$  Ateisté zaujímají pozitivnější postoj k eutanázii než věřící.

Tabulka 22. Čtyřpolní tabulka k hypotéze č. 2

	Pozitivní postoj	Negativní postoj	$\Sigma$
Věřící	25 (45,5 %)	21 (84 %)	<b>46</b>
Ateisté	30 (54,4 %)	4 (16 %)	<b>34</b>
$\Sigma$	<b>55 (100 %)</b>	<b>25 (100 %)</b>	<b>80</b>

$$\chi^2 = 10,449 > \chi^2_{0,01}(1) = 6,635$$

Jelikož je vyšším číslem testového kritéria 10, 449 než kritická hodnota testového kritéria 6, 635 **odmítám nulovou hypotézu** a přijímám hypotézu alternativní a tou je, že ateisté zaujímají pozitivnější postoj k eutanázii než věřící.

### Hypotéza č. 3

$3H_0$  Mezi úrovní znalostí studentů 1. a 3. ročníku o pojmu paliativní péče není rozdíl.

$3H_A$  Studenti 3. ročníku mají vyšší úroveň znalostí o pojmu paliativní péči než studenti 1. ročníku.

Tabulka 23. Čtyřpolní tabulka k hypotéze č. 3

	Vyšší úroveň znalostí	Nižší úroveň znalostí	$\Sigma$
1. ročník	39 (41,9 %)	13 (76,5 %)	<b>52</b>
3. ročník	54 (58,1 %)	4 (23,5 %)	<b>58</b>
$\Sigma$	<b>93 (100 %)</b>	<b>17 (100 %)</b>	<b>110</b>

$$\chi^2 = 6,877 > \chi^2_{0,01}(1) = 6,635$$

Po výpočtu třetí hypotézy pomocí čtyřpolní tabulky jsem zjistila, že číslo 6, 877 je větší (i když pouze o dvě desetiny) než číslo 6, 635 z toho vyplývá, že musím **odmítnout nulovou hypotézu** a přijmout hypotézu alternativní. Studenti třetího ročníku mají vyšší úroveň znalostí o pojmu paliativní péče než studenti prvního ročníku.

### Hypotéza č. 4

$4H_0$  Mezi úrovní znalostí studentů 1. a 3. ročníku o pojmu eutanázie není rozdíl.

$4H_A$  Studenti 3. ročníku mají vyšší úroveň znalostí o pojmu eutanázie než studenti 1. ročníku.

Tabulka 24. Čtyřpolní tabulka k hypotéze č. 4

	Vyšší úroveň znalostí	Nižší úroveň znalostí	$\Sigma$
1. ročník	52 (47,7 %)	0 (0 %)	<b>52</b>
3. ročník	57 (52,3 %)	1 (100 %)	<b>58</b>
$\Sigma$	<b>109 (100 %)</b>	<b>1 (100 %)</b>	<b>110</b>

$$\chi^2 = 0,905 < \chi^2_{0,01}(1) = 6,635$$

Jelikož je nižším číslem testového kritéria 0, 905 než kritická hodnota testového kritéria 6,635 **přijímám nulovou hypotézu** a odmítám hypotézu alternativní. Z nulové hypotézy vyplývá, že mezi úrovní znalostí prvního a třetího ročníku o pojmu eutanázie není rozdíl.



## 5.2 Vyhodnocení výzkumných otázek

### 1VO Kde se studenti poprvé setkali s pojmem paliativní péče?

Tato výzkumná otázka se vztahuje k otázce č. 6 (viz Tabulka 5. a Graf 5.). Studenti oboru sociální pedagogiky se nejčastěji poprvé setkali s pojmem paliativní péče na vysoké škole. Celkem 69,2 % studentů z prvního ročníku a 63 % ze třetího ročníku.

### 2VO Kde se studenti poprvé setkali s pojmem eutanazie?

Tato výzkumná otázka se vztahuje k otázce č. 15 (viz Tabulka 14. a Graf 9.) Studenti oboru sociální pedagogiky se nejčastěji poprvé setkali s pojmem eutanazie na střední škole. Celkem 44,2 % studentů z prvního ročníku a 45,6 % studentů ze třetího ročníku.

### 3VO Změnil se názor studentů na paliativní péči v průběhu studia na vysoké škole? Pokud ano, na základě čeho?

Tato výzkumná otázka se vztahuje k otázce č. 10 a 11 (viz Tabulka 9., Tabulka 10. a Graf 7.). Názor studentů na paliativní péči, během studia na vysoké škole se téměř nezměnil. Názor změnilo v prvním ročníku 7,7 % respondentů a ve třetím ročníku 7,4 % respondentů. Pokud studenti uváděli ano, bylo to na základě prohloubení informací o paliativní péči a nahlédnutí do praxe v rámci studia na vysoké škole.

### 4VO Změnil se názor studentů na eutanazii v průběhu studia na vysoké škole? Pokud ano na základě čeho?

Tato výzkumná otázka se vztahuje k otázce č. 19 a 20 (viz Tabulka 18., Tabulka 19. a Graf 11.). Názor studentů na eutanazii, se během studia na vysoké škole také téměř nezměnil. Názor v prvním ročníku nezměnil nikdo a ve třetím ročníku 7,4 % respondentů. Studenti třetího ročníku odpovídali, že změnili svůj názor, ve dvou případech, na základě získaných informací na vysoké škole a v jednom případě na přednášce, která nebyla v rámci vysoké školy.

### 5VO Dokáží si studenti představit sebe sama v zařízení, kde by jim byla poskytována paliativní péče?

Tato výzkumná otázka se vztahuje k otázce č. 8 (viz Tabulka 7.). Ano, studenti si celkově v 86 % dokáží představit svoji osobu v zařízení, kde by jim byla poskytována paliativní péče. Poté respondenti z prvního ročníku se shodným procentuálním vyjádřením 30,8 % by tuto možnost volili, pokud by trpěli nesnesitelnými bolestmi a pokud by se o sebe sami

nedokázali postarat a 22,2 % respondentů třetího ročníku by nejčastěji volili možnost ano, pokud by trpěli nesnesitelnými bolestmi.

6VO Dokáží si studenti představit osobu blízkou v zařízení, kde by jí byla poskytována paliativní péče?

Tato výzkumná otázka se vztahuje k otázce č. 9 (viz Tabulka 8.). Všichni studenti si celkově v 82,8 % dokáží představit osobu blízkou v zařízení, kde by jí byla poskytována paliativní péče. Nadále ve 46,2 % studenti prvního ročníku by tuto možnost volili, pokud by osoba blízká trpěla nesnesitelnými bolestmi a 37 % studentů třetího ročníku by tuto možnost volili, pokud by se o svého blízkého nedokázali postarat sami nebo jeho rodina.

7VO Dokáží si studenti představit, že by dali svolení k eutanazii u své vlastní osoby?

Tato výzkumná otázka se vztahuje k otázce č. 17 (viz Tabulka 16.). Studenti si celkově v 69,7 % dokáží představit, že by dali svolení k eutanazii u své vlastní osoby. Celkově 55,8 % respondentů z prvního ročníku by volilo možnost eutanazie, pokud by trpěli nesnesitelnými bolestmi a tuto stejnou možnost by zvolilo 56,1 % respondentů ze třetího ročníku.

8VOI Dokáží si studenti představit, že by dali svolení k eutanazii u osoby blízké?

Tato výzkumná otázka se vztahuje k otázce č. 18 (viz Tabulka 17.). Studenti si celkově v 51,4 % nedokáží představit, že by dali svolení k eutanázii u osoby blízké. Studenti prvního ročníku by volili možnost eutanazie, pokud by jejich blízcí trpěli nesnesitelnou bolestí v 50 % a v tomto stejném procentuálním vyjádření by volili možnost i ne, nedovedu si takovou situaci vůbec představit. Studenti třetího ročníku by v 52,6 % tuto situaci nedovedli vůbec představit a 40,4 % by s eutanazii souhlasili, pokud by jejich blízcí trpěli nesnesitelnou bolestí.

### 5.3 Shrnutí výsledků a aplikační rozměr

Myslím si, že zajímavým faktem, který z praktické části vyplynul je, že bez ohledu na to, zda respondenti studují první nebo třetí ročník znají ve velkém procentu co je paliativní péče a také s její myšlenkou a posláním souhlasí. Dalším zajímavým a pozitivním poznatkem, je to, že dvě třetiny studentů oboru sociální pedagogiky se poprvé setkali s pojmem paliativní péče právě na vysoké škole. Dalším zjištěným faktem je, že studenti si mnohem lépe dokáží představit, že by dali svolení k eutanázii u své vlastní osoby, než aby svolili k eutanázii u osoby blízké. Nadále z výzkumu vyplynulo, že respondenti ateisté, zaujmají mnohem pozitivnější postoj k eutanázii než respondenti věřící. A v neposlední řadě bych chtěla zmínit fakt, že studenti třetího ročníku mají vyšší úroveň znalostí o pojmu paliativní péče než studenti prvního ročníku.

Má práce může sloužit, jako zpětná vazba pro pedagogy, jaké povědomí mají studenti o eutanázii a paliativní péči a poté zahrnout tuto problematiku do učebních plánů. Svoji bakalářskou práci bych chtěla doporučit všem, kteří se o paliativní péči a o eutanázii zajímají a chtějí se dozvědět více. Myslím si, že přínosem může být i uvedený seznam mé použité literatury, ze které vycházím. Mým skromným přáním, je, aby tato práce byla impulsem pro studenty, díky němuž by se zvětšil jejich zájem o problematiku smrti, umírání, eutanázie a paliativní péče.

## ZÁVĚR

Tato bakalářská práce, která pojednává, o dvou zcela protipólných pojmech, o eutanazii a paliativní péči pro mě osobně byla velmi přínosná. Nejen, že jsem čerpala z odborné literatury a porozuměla mnoha novým pojmům, ale zejména mě tato práce donutila přemýšlet o lidské smrti a umírání. Během zpracovávání práce se mi hlavou honilo mnoho nových myšlenek a formujících se postojů. Ale musím přiznat, že tato problematika je natolik vážná a složitá, že ani nyní nejsem schopna říci, zda souhlasím výhradně s eutanazií anebo s paliativní péčí.

Současný stav paliativní a hospicové péče v České republice, si myslím, že je na dobré úrovni a ubírá se správnou cestou, ale těchto zařízení je zde opravdu žalostně málo. Osobně se domnívám, že lidé by měli začít více pomýšlet na svůj závěr života, i když to není zrovna optimistické téma k přemýšlení. Zejména, když si uvědomíme, že závažné civilizační choroby, (jakým jsou například nádorová onemocnění) sužují dnešní moderní společnost. Pro některé nemocné trpící smrtelnou chorobou by byla volba eutanazie jistou formou vysvobození. Ale může si národ s takovou mentalitou, jako Česká republika, dovolit tak radikální krok vstříc k uzákonění eutanazie? V tomto ohledu jsem trochu skeptická, a obávám se, že z dobře míněného „práva na smrt“ by se časem mohla stát „povinnost zemřít“.

V empirické části práce jsem chtěla zjistit názory studentů sociální pedagogiky na eutanazii a paliativní péči. Po vyhodnocení výzkumu jsem došla k zajímavému a myslím pozitivnímu zjištění, že studenti téměř v 80 % procentech vědí, co znamená paliativní péče a také většinou tento pojem znají ze studované vysoké školy. Dalším, již ne tak pozitivním faktem je, že studenti, přestože studují tento humanitně zaměřený obor, a znají možnosti využití paliativní a hospicové péče, tak téměř ve dvou třetinách souhlasí s myšlenkou eutanazie.

Věřím, že má bakalářská práce může být jistým podmětem pro všechny, jež se o tuto problematiku zajímají, ale také doufám, že tato práce by se mohla stát výzvou pro všechny, kteří doposud neprojevíli vůbec žádný zájem o problematiku smrti a umírání.

**SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY**

- [1] GAVORA, Peter. 2000. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido. ISBN 80-85931-79-6.
- [2] GROF, Stanislav. 2009. *Lidské vědomí a tajemství smrti*. Praha: Argo. ISBN 978-80-257-0177-5.
- [3] HAŠKOVCOVÁ, Helena. 2007. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-471-3.
- [4] HARTL, P., H. HARTLOVÁ a K. NEPRAŠ. 2010. *Velký psychologický slovník*. 4. aktualizované vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-686-5.
- [5] CHRÁSKA, Miroslav. 2007. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1369-4.
- [6] KELNAROVÁ, Jarmila. 2007. *Tanatologie v ošetrovatelství*. Brno: Littera. ISBN 978-80-85763-36-2.
- [7] KÜBLER - ROSSOVÁ, Elisabeth. 1992. *Hovory s umírajícími*. Hradec Králové: Signum unitatis. ISBN 80-85439-04-2.
- [8] MARKOVÁ, Monika. 2010. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3171-1.
- [9] MUNZAROVÁ, Marta. 2005. *Eutanazie, nebo paliativní péče?* Praha: Grada. ISBN 80-247-1025-0.
- [10] O'CONNOR, Margaret a Sanchia ARANDA. 2005. *Paliativní péče: pro sestry všech oborů*. Praha: Grada. ISBN 8024712954.
- [11] PARKES, C. M., M. RELF a A. COULDRICK. 2007. *Poradenství pro smrtelně nemocné a pozůstalé*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu. ISBN 978-80-87029-23-7.
- [12] PAYNE, S., J. SEYMOUR a Ch. INGLETON. 2007. *Paliativní péče: principy a praxe*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu. ISBN 978-80-87029-25-1.
- [13] POLLARD, Brian. 1996. *Eutanazie- ano či ne?* Praha: Dita. ISBN 80-58926-07-5.
- [14] ROTTER, Hans. 1999. *Důstojnost lidského života*. Praha: Vyšehrad. ISBN 80-7021-302-7.

- [15] SLÁMA, O., L. KABELKA a J. VORLÍČEK. 2007. *Paliativní medicína pro praxi*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-505-5.
- [16] STUDENT, J., A. MÜHLUM a U. STUDENT. 2006. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*. Jinočany: H & H. ISBN 80-7319-059-1.
- [17] THEOVÁ, Anne-Mei. 2007. *Paliativní péče a komunikace*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu. ISBN 978-80-87029-24-4.
- [18] THOMASMA, David C. a Thomasine KUSHNEROVÁ. 2000. *Od narození do smrti: Etické problémy v lékařství*. Praha: Mladá fronta. ISBN 80-204-0883-5.
- [19] VORLÍČEK, J., Z. ADAM a Y. POSPÍŠILOVÁ. 2004. *Paliativní medicína*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0279-7.
- [20] ZEMANOVÁ, Monika. 2009. *Různé tváře smrti: vybrané kapitoly z thanatologie*. Hradec Králové: Gaudeamus. ISBN 978-80-7041-743-0.

**Elektronické zdroje:**

- [21] Co je hospic. *Umírání* [online]. © 2012 [cit. 2012-03-26]. Dostupné z: <http://www.umirani.cz/co-je-hospic.html>
- [22] ČESKÁ TELEVIZE. *Na plovárně – S Marií Svatošovou* [online]. © 2010-3-21 [cit. 2012-03-04]. Dostupné z: <http://www.ceskatelevize.cz/ivysilani/1093836883-na-plovarne/210522160100005/>

**Odborné periodikum:**

- [23] STAROŠTÍKOVÁ, Alena. 2008, Eutanázie ano, či ne?. *Sestra: Odborný časopis pro sestry a ostatní nelékařské zdravotnické obory*. roč. 2008, č. 12, s. 54- 55. ISSN 1210-0404.

## SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

Atd. A tak dále.

Popř. Po případě.

Např. Například.

UTB Univerzita Tomáše Bati

WHO Světová zdravotnická organizace (World Health Organisation).

## SEZNAM OBRÁZKŮ

<i>Obrázek 1. Síť paliativní medicíny.....</i>	<i>30</i>
--	-----------



**SEZNAM TABULEK**

<i>Tabulka 1. Pohlaví a ročník studia respondentů .....</i>	43
<i>Tabulka 2. Jaký je Váš vztah k víře? .....</i>	44
<i>Tabulka 3. Víte, co je paliativní péče? .....</i>	45
<i>Tabulka 4. Pokud jste v předešlé otázce odpověděli kladně, stručně vysvětlíte pojem paliativní péče: .....</i>	46
<i>Tabulka 5. Kde jste se s pojmem paliativní péče poprvé setkal/a? .....</i>	47
<i>Tabulka 6. Souhlasíte s paliativní péčí? .....</i>	48
<i>Tabulka 7. Dokázal/a byste si představit sám/sama sebe v zařízení, kde by Vám byla poskytována paliativní péče? .....</i>	49
<i>Tabulka 8. Dokázal/a byste si představit člověka Vám blízkého v zařízení, kde by mu byla poskytována paliativní péče? .....</i>	50
<i>Tabulka 9. Změnil se Váš názor na paliativní péči v průběhu studia na vysoké škole? .....</i>	51
<i>Tabulka 10. Pokud jste v předešlé otázce odpověděli kladně, uveďte na základě čeho: .....</i>	51
<i>Tabulka 11. Zde můžete ještě doplnit Váš názor na paliativní péči: .....</i>	53
<i>Tabulka 12. Víte, co je eutanázie? .....</i>	54
<i>Tabulka 13. Pokud jste v předešlé otázce odpověděli kladně, stručně vysvětlíte pojem eutanázie: .....</i>	55
<i>Tabulka 14. Kde jste se s pojmem eutanázie poprvé setkal/a? .....</i>	56
<i>Tabulka 15. Souhlasíte s eutanázií? .....</i>	57
<i>Tabulka 16. Dokážete si představit, že byste dal/a svolení k euthanasii u své vlastní osoby? .....</i>	58
<i>Tabulka 17. Dokážete si představit, že byste dal/a svolení k euthanasii u člověka Vám blízkého? .....</i>	59
<i>Tabulka 18. Změnil se Váš názor na eutanázií v průběhu studia na vysoké škole? .....</i>	60
<i>Tabulka 19. Pokud jste v předešlé otázce odpověděli kladně, uveďte na základě čeho: .....</i>	60
<i>Tabulka 20. Zde můžete ještě doplnit Váš názor na eutanázií: .....</i>	62

---

<i>Tabulka 21. Čtyřpolní tabulka k hypotéze č. 1 .....</i>	63
<i>Tabulka 22. Čtyřpolní tabulka k hypotéze č. 2 .....</i>	63
<i>Tabulka 23. Čtyřpolní tabulka k hypotéze č. 3 .....</i>	64
<i>Tabulka 24. Čtyřpolní tabulka k hypotéze č. 4 .....</i>	64

**SEZNAM GRAFŮ**

<i>Graf 1. Pohlaví a ročník studia .....</i>	43
<i>Graf 2. Vztah studentů k víře .....</i>	44
<i>Graf 3. Znájí studenti pojem paliativní péče? .....</i>	45
<i>Graf 4. Vysvětlení pojmu paliativní péče .....</i>	46
<i>Graf 5. Kde se studenti poprvé setkali s pojmem paliativní péče .....</i>	47
<i>Graf 6. Souhlasí studenti s paliativní péčí? .....</i>	48
<i>Graf 7. Změnil se názor studentů na paliativní péči v průběhu studia na VŠ? .....</i>	51
<i>Graf 8. Znájí studenti pojem eutanázie? .....</i>	54
<i>Graf 9. Kde se studenti poprvé setkali s pojmem eutanázie? .....</i>	56
<i>Graf 10. Souhlasí studenti s eutanázií? .....</i>	57
<i>Graf 11. Změnil se názor studentů na eutanázii v průběhu studia na VŠ? .....</i>	60

## SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P 1: Dotazník

## PŘÍLOHA P 1: DOTAZNÍK

Dobrý den,

jsem studentkou FHS oboru sociální pedagogika na UTB ve Zlíně a obracím se na Vás s prosbou o vyplnění tohoto dotazníku, který bude sloužit jako podklad pro vypracování mé bakalářské práce. Dotazník je zcela anonymní a zjištěné informace budou použity pouze pro výše zmíněné výzkumné účely. Pokud není uvedeno jinak, zakřížkujte u každé otázky pouze jednu odpověď. Děkuji Vám za spolupráci.

Tereza Císlerová

### 1. Pohlaví:

- Muž
- Žena

### 2. Jste studentem/studentkou:

- 1. ročníku
- 3. ročníku

### 3. Jaký je Váš vztah k víře?

- Jsem věřící- věřím v Boha
- Jsem ateista- nevěřím v nic
- Jsem nęcista- nevěřím v Boha, věřím v jinou sílu

### 4. Víte, co je paliativní péče?

- Ano
- Ne, (prosím pokračujte otázkou č. 13)

### 5. Pokud jste v předešlé otázce odpověděli kladně, stručně vysvětlete pojem paliativní péče:

.....

### 6. Kde jste se s pojmem paliativní péče poprvé setkal/a?

- Základní škola
- Střední škola

- Vysoká škola
- Rodina
- Přátele
- Média
- Jiná možnost

**7. Souhlasíte s paliativní péčí?**

- Určitě ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Určitě ne

**8. Dokázal/a byste si představit sám/sama sebe v zařízení, kde by Vám byla poskytována paliativní péče? (Vyberte možnost, která je pro Vás nejbližší)**

- Ano, pokud bych trpěl/a nesnesitelnými bolestmi
- Ano, pokud bych se cítil/a izolován/a a opuštěn/a
- Ano, pokud bych se o sebe sám/sama nedokázal/a postarat
- Ano, pokud by se o mě moje rodina nedokázala postarat
- Ano, pokud bych se cítil/a, že jsem své rodině na obtíž
- Ano, pokud bych měl/a strach ze smrti a umírání
- Ne, nedovedu si takovou situaci vůbec představit

**9. Dokázal/a byste si představit člověka Vám blízkého v zařízení, kde by mu byla poskytována paliativní péče? (Vyberte možnost, která je pro Vás nejbližší)**

- Ano, pokud by trpěl nesnesitelnou bolestí
- Ano, pokud by se cítil izolován a opuštěn
- Ano, pokud by se o něj jeho rodina nebo já nedokázal/a postarat
- Ano, pokud by měl strach ze smrti a umírání
- Ne, nedovedu si takovou situaci vůbec představit

**10. Změnil se Váš názor na paliativní péči v průběhu studia na vysoké škole?**

- Ano

- Ne

**11. Pokud jste v předešlé otázce odpověděli kladně, uveďte na základě čeho:**

.....

**12. Zde můžete ještě doplnit Váš názor na paliativní péči:**

.....

**13. Víte, co je eutanázie?**

- Ano

- Ne, (prosím nepokračujte ve vyplňování dotazníku)

**14. Pokud jste v předešlé otázce odpověděli kladně, stručně vysvětlete pojem eutanázie:**

.....

**15. Kde jste se s pojmem eutanázie poprvé setkal/a?**

- Základní škola

- Střední škola

- Vysoká škola

- Rodina

- Přátele

- Média

- Jiná možnost

**16. Souhlasíte s eutanázií?**

- Určitě ano

- Spíše ano

- Spíše ne

- Určitě ne

**17. Dokážete si představit, že byste dal/a svolení k euthanasii u své vlastní osoby?  
(Vyberte možnost, která je pro Vás nejbližší)**

- Ano, pokud bych trpěl/a nesnesitelnými bolestmi
- Ano, pokud bych se cítil/a izolován/a a opuštěn/a
- Ano, pokud bych se o sebe sám/sama nedokázal/a postarat
- Ano, pokud by se o mě moje rodina nedokázala postarat
- Ano, pokud bych se cítil/a, že jsem své rodině na obtíž
- Ano, pokud bych měl/a strach ze smrti a umírání
- Ne, nedovedu si takovou situaci vůbec představit

**18. Dokážete si představit, že byste dal/a svolení k euthanasii u člověka Vám blízkého? (Vyberte možnost, která je pro Vás nejbližší)**

- Ano, pokud by trpěl nesnesitelnými bolestmi
- Ano, pokud by se cítil izolován a opuštěn
- Ano, pokud by se o něj jeho rodina nebo já nedokázal/a postarat
- Ano, pokud by měl strach ze smrti a umírání
- Ne, nedovedu si takovou situaci vůbec představit

**19. Změnil se Váš názor na eutanázii v průběhu studia na vysoké škole?**

- Ano
- Ne

**20. Pokud jste v předešlé otázce odpověděli kladně, uveďte na základě čeho:**

.....

**21. Zde můžete ještě doplnit Váš názor na eutanázii:**

.....

Děkuji Vám za Váš Čas