

POSTOJ SPOLEČNOSTI K EUTANÁZII

Bakalářská práce

MONIKA PLACZKOVÁ

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s, PRAHA 5

Vedoucí práce: PhDr. Veronika Blažková
Komise pro studijní obor: Všeobecná sestra

Stupeň kvalifikace: Bakalář

Datum předložení: 2010-03-31

Praha 2010

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci vypracovala samostatně a všechny použité zdroje literatury jsem uvedla v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce k studijním účelům.

Praha 31. března 2010

Podpis

Monika Placzková

ABSTRAKT V ČESKÉM JAZYCE

PLACZKOVÁ, Monika. *Postoj spoločnosti k eutanázii*. Vysoká škola zdravotnícká, o.p.s., stupeň kvalifikace: bakalář. Vedoucí práce: PhDr. Veronika Blažková. Praha 2010. s. 59

V dnešní době je eutanázie velmi diskutované téma, proto cílem této práce bylo zjistit postoj společnosti k eutanázii. V teoretické části jsem se zaměřila na státy, kde je eutanázie povolena, nebo se o jejím zlegalizování hovoří. Mezi další teoretické okruhy patřili důvody pro a proti, kdy si každá ze stran myslí, že jejich názor je ten správný. Další kapitoly jsou druhy eutanázie, což znamená aktivní a pasivní eutanázie, asistovaná sebevražda, kde se dozvíme rozdíly. Do práce je zapojena i část, ve které se rozebírá paliativní péče a hospicová péče. Další kapitolou byl postoj věřících.

Jako praktickou část byl zvolen průzkum. K získání potřebných informací o postoji společnosti k eutanázii byl použit dotazník s 16 otázkami. Vzorkem respondentů byl nelékařský zdravotnický personál ze třech nemocnic a laická veřejnost (nezdravotníci), také ze třech firem. Základní otázky byli považovány, zda by souhlasili s legalizací eutanázie, zda by sami podstoupili eutanázii a také otázku, zda by si přáli rozhodovat o životě blízké osoby.

Klíčová slova: Eutanázie. Hospicová péče. Paliativní péče. Smrt. Umírání.

ABSTRAKT V ANGLICKÉM JAZYCE

PLACZKOVÁ, Monika. *Community position of euthanasia*. The College of Nursing, o.p.s., qualification level: bachelor. Head work: PhDr. Veronika Blažková. Prague. 2010. s. 59

Nowadays, euthanasia is a highly discussed topic. That's why the goal of this work is to determine the position of euthanasia. In the theoretical part, I focused on countries where euthanasia is permitted or discussion about legalization takes place. Another theoretical area is the pros and cons, when each party is convinced that only their opinion is the right one. Furthermore, I specify types of euthanasia, that means the active and passive euthanasia and assisted suicide, where we'll get know what the differences are. In addition, I analyse palliative and hospice care in this study. Finally, I am concerned with the attitude of the faithfuls towards euthanasia.

As a practical part a survey was chosen. To obtain the fundamental information about the community position towards euthanasia a questionnaire with 16 questions was taken. Sample of respondents was paramedical personnel from three hospitals and the general public from three companies. The basic questions were considered, if they agree with the legalization of euthanasia or not, do they wish to relegate an euthanasia and question whether they wish to decide about the life of close person or not.

Keywords: Euthanasia. Hospice care. Palliative care. Death. Dying.

PŘEDMLUVA

Umírání se týká každého člověka, avšak řada z nás se smrti bojí. Není to však strach ze smrti samotné, ale z toho co jí předchází. Mnozí jsme viděli umírat své blízké v bolestech, prožívat dlouhé trápení a jak jsou závislí na ostatních.

Práce vznikla ve snaze vysvětlit pojem eutanázie, jaké jsou druhy a v jakých zemích je legalizovaná. Toto téma není dostatečně rozebíráno v médiích a většina obyvatel nemá ponětí o tom, co doopravdy eutanázie je a co obsahuje. Podklady pro práci jsem čerpala hlavně z knižních pramenů, některé zdroje byly také internetové.

Anonymním dotazníkem jsem se dotazovala nelékařských zdravotnických pracovníků a laické veřejnost (nezdravotníků) na informovanost o eutanázii, ale také zda by chtěli rozhodovat jak o svém životě, tak o životě svého umírajícího blízkého.

Výběr tématu byl ovlivněn praxí v nemocnicích, kde se setkáváme i s pacienty umírajícími a velmi trpícími. Někteří prosí o ukončení trápení, osvobození od nekonečné a nemizící bolesti.

Práce je určena jak zdravotnickým pracovníkům, tak i laické veřejnosti (nezdravotníkům). Všem, kteří touží po informacích o eutanázii.

Touto cestou chci poděkovat vedoucí své práce PhDr. Veronice Blažkové, za vymezení dostatečného času, za podporu a dobré rady, které mi poskytla při vypracování bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat Marku Kovaříkovi za stylistické opravy a všem pracovištím, ve kterých mi dovolili průzkum provést.

OBSAH

ÚVOD.....	10
Teoretická část	11
1 Eutanázie.....	11
2 Historie eutanázie ve světě	12
2.1 Anglicky mluvící státy.....	12
2.2 Nizozemsko.....	13
2.3 Německo	15
2.4 Švýcarsko	16
3 Druhy eutanázie.....	18
4 Eutanázie v České republice	21
5 Důvody pro a proti eutanázii.....	22
6 Postoj náboženství k eutanázii	24
7 Paliativní péče	25
7.1 Ošetrovatelská péče	26
7.2 Zásady paliativní péče.....	27
8 Hospicová péče	28
8.1 Formy hospicová péče	29
8.2 Podmínky přijetí do hospice.....	31
8.3 Historie hospicového hnutí ve světě.....	32
8.4 Historie hospicového hnutí u nás.....	32
Praktická část	34
9 Empirický průzkum.....	34
9.1 Průzkumný problém, průzkumné cíle a hypotézy	34
9.2 Metodika průzkumu.....	35
9.3 Časový harmonogram	35
9.4 Průzkumný soubor.....	35
9.5 Analýza výsledků průzkumu	36
9.6 Interpretace výsledků průzkumu	53
9.7 Diskuse.....	54
10 Doporučení pro praxi.....	55
ZÁVĚR.....	56

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	57
PŘÍLOHY	

Seznam tabulek a grafů

Tabulka 1 Pohlaví.....	36
Tabulka 2 Věk.....	37
Tabulka 3 Nejvyšší ukončené vzdělání	38
Tabulka 4 Jste	39
Tabulka 5 Víra	40
Tabulka 6 Pojem eutanázie.....	41
Tabulka 7 Informovanost o eutanázii	42
Tabulka 8 Legalizace eutanázie v ČR.....	43
Tabulka 9 Strach ze zneužití eutanázie	44
Tabulka 10 Důvody.....	45
Tabulka 11 Právo ukončit svůj život.....	46
Tabulka 12 Přál/-a byste si eutanázii.....	47
Tabulka 13 Právo ukončit život druhé osobě.....	48
Tabulka 14 Kdo má ukončit život.....	49
Tabulka 15 Úmrtí někoho blízkého.....	51
Tabulka 16 Rozhodnutí o životě	52
Graf 1 Pohlaví	36
Graf 2 Věk	37
Graf 3 Nejvyšší ukončené vzdělání.....	38
Graf 4 Jste	39
Graf 5 Víra	40
Graf 6 Pojem eutanázie.....	41
Graf 7 Informovanost o eutanázii	42
Graf 8 Legalizace eutanázie v ČR.....	43
Graf 9 Strach ze zneužití eutanázie	44
Graf 10 Důvody.....	45
Graf 11 Právo ukončit svůj život	46
Graf 12 Přál/-a byste si eutanázii	47
Graf 13 Právo ukončit život druhé osobě	48
Graf 14 Kdo má ukončit život	49

Graf 15 Úmrtí někoho blízkého	51
Graf 16 Rozhodnutí o životě.....	52

ÚVOD

Téma eutanázie je ve světě, ale také u nás aktuální. O problému legalizace se vede řada debat, nikdy se ale všichni neshodnou, co je správné. V dnešní době jde vývoj lékařské techniky stále dopředu, lidem se prodlužuje délka života, lze i léčit onemocnění, která dříve byla hrozbou. Nyní je velký výběr opiátů a léků, které mají zmírnit bolest, ne vždy jsou však dostačující. Vyskytuje se otázka – zachovat život, i když se jedná o bolestivé chvíle, závislé na jiné osobě a někdy trávené osaměle, nebo zkrátit utrpení a osvobodit člověka.

Vždy zde hrozí možné zneužití, ze kterého má většina společnosti strach. Zbývá také vyřešit, kdy by se měla eutanázie uplatňovat, kdo by měl schvalovat ukončení života a také důležitá otázka, kdo by měl být tím, kdo usmrcuje.

V této práci se zaměříme na vymezení nejdůležitějších pojmů a na názory v jiných zemích, kde je asistovaná sebevražda legalizovaná. Najdeme zde i vysvětlení paliativní a hospicové péče, u nás jako pomoc umírajícím osobám.

V praktické části se pomocí dotazníků ptáme nelékařských zdravotnických pracovníků a laické veřejnosti (nezdravotníků). Cílem dotazníků je zjistit informovanost o eutanázii, jaký panuje názor na ukončení života, zda by byli pro či proti legalizaci eutanázie a také na otázku, zda by sami podstoupili eutanázii.

Teoretická část

1 Eutanázie

Jako každé slovo má i eutanázie více významů. Jeho první význam pochází ze dvou řeckých slov, eu (dobrý) a thanatos (smrt). Ve své formě slovo znamená dobrá smrt. V dnešní době je toto slovo chápáno jako milosrdná smrt, smrt z milosti. V Hippokratovské medicíně, která se řídí příkazující zásadou, že nelze podat smrtící prostředek, i kdyby mě o toto podání kdokoliv požádal, a že také nebudu nikomu radit jak zemřít, je eutanázie velmi vážným problémem.

Dle Světové lékařské asociace (World Medical Association – WMA) je eutanázie „vědomé a úmyslné provedení činu s jasným záměrem ukončit život jiného člověka za následujících podmínek: subjektem je kompetentní informovaná osoba s nevléčitelnou chorobou, která dobrovolně požádala, aby její život byl ukončen; jednající ví o stavu této osoby a o jejím přání zemřít a páchá tento skutek s prvořadým úmyslem ukončit život této osoby; a skutek je proveden se soucitem a bez osobního zisku“ (MUNZAROVÁ, 2008, s. 19).

„I Holandsko právě kvůli nejasnému vykládání pojmu eutanázie zúžilo použití pojmu následovně: Jedná se o úmyslné ukončení života osoby na její explicitní žádost někým jiným než osobou samotnou. Součástí této definice jsou tři body:

A. Eutanázie je čin (skutek, udělení něčeho, obvykle podání „léku“) a nezahrnuje tedy ustoupení od aktivity (např. ukončení léčby).

B. Eutanázie je záležitostí chtěnou ze strany nemocného a nelze tedy pod tento pojem zahrnovat takové aktivity, jako je ukončování života novorozenců nebo pacientů v komatu.

C. Eutanázie je záměrné ukončení života, ukončení je v úmyslu jednajícího (pojem se tedy nevztahuje na nezamyšlené ukončení života, např. při tlumení bolesti opiáty, kdy se – z mravního hlediska – uplatňuje princip dvojího efektu)“ (MUNZAROVÁ, 2002, s. 32 – 33).

2 Historie eutanázie ve světě

V této kapitole se dovíme, v jakých státech je eutanázie povolena, ve kterých je nyní zakázána, i když dříve se tam metody eutanázie prováděly, jako vodítko k prospěchu lidstva. Aktivní eutanázie není v současné době povolena nikde na světě. Je definována jako situace, kdy lékař usmrtí pacienta například podáním jedu. Jen málo zemí je nakloněno asistované sebevraždě. Ta je povolena například ve Švýcarsku. Uvažuje se o ní také ve Velké Británii. Asistovaná sebevražda probíhá tak, že lékař přinese smrtící léky, které však musí pacient požit sám. Další alternativou je pasivní eutanázie – stav, kdy lékař ukončí beznadějnou léčbu.

2.1 Anglicky mluvící státy

- *Spojené státy americké*

První Národní společnost pro legalizaci eutanázie byla založena roku 1938. Navrhovala eutanázii pro těžce postižené novorozence, nikoli pro dospělé osoby v terminálním stádiu. Orientovala se na nevyžádané usmrcování, které vedlo k velkému nesouhlasu. Poté se hovořilo pouze o vyžádané eutanázii. Zastánci však nadále doufali, že bude legalizována i pro ukončení života těm, kteří o ni nežádali a jimž není lékařská pomoc a jednalo se o udržování života. Tato Společnost a její cíle se setkávaly nadále se značným nesouhlasem.

Proto se roku 1967 členové využili významného nástroje, a to zvláštního fondu k prosazení tzv. životní vůle. To znamenalo písemné prohlášení osoby, v němž stanoví, za jakých okolností má být ukončeno umělé udržování jejího života. Tato životní vůle byla chápána jako nepřímá cesta k eutanázii. Nedostatek životních vůlí spočívá v tom, že se často sepíše dlouho před tím, než se objeví nezpůsobilost rozhodovat a terminální fáze nemoci, v době, kdy ještě nešlo předvídat povahu a podrobnosti nemoci a pacientovo přání za takových situací nemohlo být známo. Většina životních vůlí je formulovaná v jednoduchých pojmech, je proto velice těžké rozhodnout, zda určitá situace je skutečně přáním jedince, který ji sepsal (POLLARD, 1998).

- *Velká Británie*

Roku 1930 byla ve Velké Británii založena Společnost pro vyžádanou eutanázii. Její dnešní název je Exit. Cílem byla legalizace vyžádané eutanázie. Od roku 1936 byly postupně předloženy tři návrhy zákonů k legalizaci eutanázie, ale žádný z nich neprošel. Roku 1976 byl předložen návrh zákona o nevléčitelných pacientech, který měl omezenější cíle, ale byl také zamítnut. Nepodařilo se připravit zákon, který by jasně odlišil eutanázii od vraždy a aby lékařské usmrcení nepodléhalo trestnímu stíhání.

- *Austrálie*

V Austrálii mají Společnost pro vyžádanou eutanázii, která má její legalizaci za svůj oficiální program. Ve svých veřejných prohlášeních nepodporují nevyžádané usmrcování. Několik výborů zaměřených na reformu zákonů se eutanázií zabývalo, ale nedoporučují ji a jsou proti legalizaci. Je zde taky zaveden systém životní vůle (POLLARD, 1998).

2.2 Nizozemsko

Eutanázie začala být formálně diskutovaná roku 1973, kdy se vládní komise vyslovila, že aktivní eutanázie nebyla zatím povolena a že má být i nadále zamítnuta. Toho roku před soudem stanula jedna lékařka, která byla obviněna z usmrcení své matky na její přání. Soud jí shledal vinnou, ale dostala pouze podmíněčný týdenní trest. Soud vyhlásil několik podmínek, které mohou opravňovat k aktivnímu usmrcení pacienta. Roku 1982 státní komise pro eutanázii rozhodla, že lékař, který ukončí život pacienta na jeho výslovné a vážné přání, nemá být trestán, pokud byly dodrženy stanovené podmínky. V tuto dobu bylo nadále platné trestní právo, které říkalo, že připravit osobu o život, byť na výslovnou a vážnou žádost dotyčné osoby, je zločin proti lidskému životu, trestaný až dvanácti lety vězení. Podmínky, které je třeba dodržovat při provádění eutanázie byly zveřejněny roku 1984 a znovu 1987. Tyto podmínky zahrnovaly 5 bodů:

- A. Požadavek zemřít musí být dobrovolným rozhodnutím informovaného pacienta.
- B. Požadavek musí být dobře zvážen osobou, která jasně a správně chápe svůj stav a další možnosti. Tato osoba musí být schopna možnosti zvažovat a musí tak činit.
- C. Touha zemřít musí určitou dobu trvat.

- D. Musí zde být tělesné nebo duševní utrpení, které je nepřijatelné a nesnesitelné.
- E. Konzultace s kolegou je povinná (THOMASMA, KUSHNEROVÁ, 2000).

Roku 1987 státní komise pro eutanázii doporučila, aby nevyžádaná eutanázie nebyla považována za zločin, pokud se uskuteční v rámci pečlivé lékařské praxe. V roce 1988 byla shovívavě posuzována eutanázie dětí s těžkými vrozenými vadami, v některých případech dokonce usoudila, že by měla být povinná. V roce 1991 se prominulo usmrcování pacientů v trvalém komatu. V Nizozemsku si byli jisti, že se vše odehrává s patřičnými bezpečnostními opatřeními. V protikladu se objevily zprávy, že se eutanázie vymkla kontrole a je zneužívána. Roku 1990 se nizozemská vláda rozhodla zjistit, jaká je skutečnost a zřídila komisi k jejímu prošetření. Měla ji vést ministerstva spravedlnosti, sociální péče a zdravotnictví. Komise došla k závěru, že šetření vyvrací, že nevyžádané ukončení života se vyskytuje v Nizozemsku častěji než vyžádané (POLLARD, 1998).

Nizozemský kluzký svah, neboli možné zneužití eutanázie, kterému nahrává nedostatečně upravený zákon. Lékaři, kteří vykonají eutanázii, sice mají oznamovací povinnost. Ale jakmile lékař oznámí, že jí provedl, začne vyšetřování, které je velmi zdouhavé a náročné. V průběhu vyšetřování je možné dospět k názoru, že vše proběhlo dle zákonných podmínek. Nizozemský složitý systém, ve kterém se kříží trestnost a beztrestnost, by měl teoreticky zabránit veškerému zneužití. Ovšem obrovská složitost systému spíše nahrává tomu, že lékaři raději nehlásí, že uskutečnili eutanázii. Nasvědčuje tomu především skutečnost, že počet provedených eutanázií v Nizozemsku je velmi kolísavý. Lidé, kteří se zabývají eutanázií, patrně počet provedených eutanázií odhadují, tudíž započítávají do počtu zřejmě i ty, které nebyly ohlášeny. Pokud lékař neohlásí, že provedl eutanázii a provede ji utajeně, vyhýbá se tím jakémukoli postihu. Právě takový postup nabízí živnou půdu pro zneužití eutanázie. Objevují se případy, kdy se v liberálním Nizozemsku vedle vyžádaných eutanázií praktikují eutanázie nevyžádané. Ovšem vedle nevyžádaných se vyskytují i případy nechtěných, tedy nedobrovolných eutanázií. Původní obdiv k „průkopnickému postoji“ Nizozemska postupně vyprchává a v posledních letech se zcela otevřeně hovoří o kluzkém svahu na kterém se nachází jak odborná, tak laická společnost. Sílí dokonce hlasy odsuzující současnou praxi a množí se výzvy k opatrnější praxi nebo dokonce k jejímu zákazu (HAŠKOVCOVÁ, 2007).

2.3 Německo

Na konci 19. století němečtí badatelé aplikovali na společnost Darwinovu evoluční teorii, která jim poskytla ospravedlnění očisty národa. Obávali se degenerace lidské rasy a snažili se prosazovat nový druh hygieny, rasovou hygienu, která byla prosazována nevyžádanou eutanázií. Roku 1920 byl vydán text s názvem Poskytnutí souhlasu ke zničení života, který není hoden, který byl společným dílem právníka Karla Bindinga a lékaře Alfreda Hocheho. Právě toto dílo se stalo populárním a posloužilo ideologům fašistického Německa k teoretickému zdůvodnění cílených vyhlazovacích akcí určitých skupin obyvatelstva. Podle spisu dokázali určit vědeckými argumenty, který život není hoden a právě člověka nehodného žití usmrtit a očistit tím kvalitu národa. Existovalo několik skupin, které byly pokládány za lidi znečišťující německý národ. Mezi tyto skupiny patřili lidé s nevléčitelnou duševní nemocí. Poté začali eutanázií aplikovat na lidech s homosexuální orientací, protože homosexualita patřila mezi nevléčitelnou duševní nemoc. Další skupinou byli Židé, kteří byli řazeni mezi neplnohodnotné obyvatelstvo. Argumenty pro odstraňování těchto skupin byly zřůdně elegantní a opíraly se o celou řadu etických důvodů. Duševně nemocní lidé byli pokládáni za nesmírně trpící a soucit s jejich utrpením, které nemělo konce, vyžaduje obrovskou námahu ostatních a velké finanční prostředky. Duševně nemocným lidem a později všem, jejichž život byl označen za zbytečný, nemůžeme pomoci a soucitnou péčí pouze prodlužujeme jejich utrpení (HAŠKOVCOVÁ, 2000).

Počátkem roku 1939 požádal otec dítěte, které se narodilo slepé a chyběla mu noha a část ruky, písemně Hitlera, aby ho dítěte zbavil. Na základě tohoto případu zahájil Hitler dětský program eutanázie. V srpnu roku 1939 vstoupilo v platnost říšské nařízení, kterým bylo určeno, že mají být evidováni ti novorozenci, u nichž bylo podezření na následující postižení:

- A. Idiocie a mongolismus (obzvláště spojené se slepotou a hluchotou).
- B. Mikrocephalie.
- C. Hydrocefalus.
- D. Deformity všech druhů, obzvláště chybějících končetin.
- F. Obrny.

Děti s těmito postiženími byly vybrány a převáženy na speciální dětské kliniky, kde zemřely buď následkem hladu, nebo jim byla podána smrtící injekce, anebo zemřely následkem nemocí, způsobených podvýživou. Pokud rodiče odmítli odevzdat dítě tam, kde mu bude poskytnuta léčba, museli podepsat, že nechtějí, aby bylo dítě vůbec hospitalizováno, tím byl na ně vyvíjen značný nátlak. Jako příčinu smrti uváděli obvyklé choroby. Tato akce si do konce druhé světové války vybrala přibližně 5 000 dětských životů.

Program eutanázie dospělých měl odlišnou organizaci a historii. Začal prohlášením, že jejím účelem není jen zbavit se životů, jenž nejsou hodny žití, tím bojovat proti genetickým chorobám, ale rovněž uvolnit lůžka v nemocnicích a ulehčit zdravotnímu personálu v počínající válce. Na schůzce v říjnu 1939 byl uvedený účel převeden také na ekonomickou rovinu s jasným výpočtem množství lidí, kteří mají být zabití. Program byl velice tajný a byl nazván T4, podle berlínské adresy své centrály Tiergartenstrasse 4. Celkem existovalo v Německu šest středisek, v nichž byli pacienti vražděni v plynových komorách vydávaných za sprchy. Do konce srpna 1941, kdy byl program na protesty z řad církevních představitelů Hitlerem zastaven, bylo zabito 70 273 především mentálně postižených lidí. Po skončení této akce, kdy byl používán k zabíjení hlavně plyn, však probíhala ještě další skrytá eutanázie pomocí vyhladovění a léků, proto se odhaduje, že v následujících čtyřech letech zahynulo dalších 70 000 obětí. Poslední rozhodnutí o zplynování Židů se vynořilo díky tomu, že technická zařízení k tomuto účelu již fungovala při usmrcování psychiatrických pacientů. Plynové komory byly rozmontovány a reinstalovány v Majdalku, Osvětimi a v Treblince (MUNZAROVÁ, 2005).

2.4 Švýcarsko

Pasivní pomoc při sebevraždě není ve Švýcarsku trestným činem. Trestní zákoník připouští beztrestnost asistované sebevraždy pouze pokud osoba, která při sebevraždě asistuje, není motivována vlastním zájmem, např. finančním ziskem.

Asistovaná sebevražda je přístupná i cizincům (neexistuje žádné omezení

v podobě pobytu na švýcarském území nebo švýcarského občanství), pro její výkon je nezbytná pouze návštěva u švýcarského lékaře.

Ačkoliv je asistovaná sebevražda legální, Švýcarská akademie lékařských věd ji nepovažuje za součást lékařské praxe.

Nejznámějším z pěti center asistované sebevraždy je Dignitas, které bylo založeno v roce 1998, a ve kterém bylo dosud provedeno okolo 600 asistovaných sebevražd, převážně u cizinců. Dignitas je jediné centrum ve Švýcarsku, které je přístupné také cizincům. Asistovaná sebevražda v Dignitas, která zahrnuje lékařskou konzultaci, předpis smrtících léků švýcarským lékařem a kremaci, stojí přibližně 3 500 euro. Dignitas provádí pečlivé lékařské a jiné prohlídky žadatelů o asistovanou sebevraždu tak, aby bylo zajištěno, že zamýšlená pomoc při sebevraždě je odůvodněná z fyzickou či mentální degenerací a zřetelnou touhou zemřít. V roce 2000 se rozhodovalo o zrušení či omezení činnosti, z důvodu velkého zájmu ze strany cizinců.

Druhé nejznámější centrum je EXIT (Švýcarská společnost pro humánní umírání), které pomáhá smrtelně nemocným osobám pobývajícím ve Švýcarsku spáchat sebevraždu v jejich domovech (MUNZAROVÁ, 2005).

3 Druhy eutanázie

- *Aktivní eutanázie*

Aktivní zásah vedoucí ke smrti. U pacientů s nevléčitelnými nemocemi a neztišitelnými bolestmi, utrpením. Aby mohla být beztrestná, musí být dobrovolná, pacient si ji musí sám vyžádat. Terminální stav není podmínkou. Je uzákoněná pouze v Nizozemsku a Belgii. Také se jí říká strategie přeplněné stříkačky, tzn. že pacient za plného zdraví a vědomí dobrovolně souhlasí s eutanázií. Smí jí provádět pouze lékař, který je zcela informovaný o stavu pacienta a dalších terapeutických postupech. Lékař si musí vyžádat znalecký posudek ještě od jednoho lékaře. Povinná písemná zpráva o postupu musí být zasílána státnímu zástupci. Pacient musí být dospělý a duševně způsobilý.

Jako motivy k ukončení života byly uváděny velké bolesti, utrpení, ztráta lidské důstojnosti a závislost na ostatních (VIRT, 2000). Příčinou smrti je vnější zásah. Pacient umírá okamžitě podáním kurare poté, co mu byla aplikována vysoká dávka uspávacích prostředků (barbiturátů).

- *Pasivní eutanázie*

Pasivní eutanázie je blízká všem strategiím, které jsou označovány jako do not resuscitace, nebo v českém písemnictví neresuscitovat.

U pacientů s nevléčitelnými nemocemi, je nechtěná, nevyžádaná, nedobrovolná. Také jako strategie odkloněné stříkačky, tzn. bez souhlasu pacienta, rozhoduje tým lékařů. Znamená nepodání léku, který je nutný pro přežití, ustoupení od léčby a dalších léčebných postupů, jsou-li již zbytečné, není-li při jejich aplikaci naděje na trvalejší a podstatnější zlepšení stavu pacienta a prodlužuje život v bolestech (MUNZAROVÁ, 2008). Léčba se má ukončit tehdy, když pacientovi nepřináší žádný prospěch, ba dokonce zvyšuje jeho bolest. Nevede k okamžité smrti pacienta, který umírá na svou chorobu.

Upuštění od neperspektivní léčby v situacích, kdy smrt je neodvratná, se nepovažuje za pasivní eutanázii, ale za neprodlužování umírání, dovolení zemřít. Během analgetické léčby vzniká zvýšená tolerance a dávky léčiv je nutné navýšit tak, že v některých případech nelze vyloučit, že vedlejší účinky těchto dávek urychlí smrt. Nejde však o eutanázii, hodnotíme tuto situaci stejně, jako kdyby pacient zemřel při nebo po operaci, která byla prováděna k odstranění bolestivých stavů. Naproti tomu podávání nadměrně velké dávky analgetik nebo nadměrné zvyšování jednotlivých dávek s úmyslem urychlit smrt, je považováno za eutanázii (KOŘENEK, 2002).

Skutečnost, že umírání se odehrává pod lékařským dohledem, může vést ke zmatení morálních aspektů lékařského rozhodování o konci života. Každé z desítek rozhodnutí, zda nasadit, vyměnit nebo vypnout nějaký lékařský přístroj, léky nebo vyživovací sondu, lze vykládat jako rozhodnutí odložit smrt, urychlit její postup nebo ji nechat přijít, až nastane její čas. Ke třem čtvrtinám nemocničních úmrtí dochází po rozhodnutí odepřít nebo přerušit léčbu. Na jednotce intenzivní péče takto nastává polovina úmrtí. V pečovatelských domech je poměr ještě vyšší (THOMASMA; KUSHNEROVÁ, 2000).

- *Asistovaná sebevražda*

Spáchat sebevraždu jako takovou není trestný čin, zatímco asistovat při sebevraždě trestným činem zůstává. Důvodem je, že ti co chtějí spáchat sebevraždu, nebo jí spáchali, jsou v té době vážně psychicky narušeni, někteří duševně nemocní, často trpí těžkou depresí a jsou vystaveni mnoha vnějším vlivům. Zatímco u člověka, který asistuje se předpokládá, že je racionálně a odborně schopný usuzovat.

Odsouhlasená je asistovaná sebevražda pouze ve Švýcarsku, kde funguje společnost Dignitas. Pacient tam ukončuje život sám za asistence lékaře na speciálních klinikách, musí podat patřičnou formální žádost a doklad o nevléčitelné nemoci a bezesporně neblahé prognóze k přijetí. Lékař předepíše roztok s jedem, který způsobí pacientovu smrt. Tento roztok musí vypít nemocný sám, jinak by se jednalo o usmrcení, které je považováno za trestný čin. Mohou ji podstoupit i cizinci. K smrti dochází během několika minut. Lékař pouze poučí, jak to má udělat, připraví mu k tomu prostředky (GOLDMANN; CICHÁ, 2004).

- *Ostatní druhy*

K sociální eutanázii dochází ve státech, kde není náležitá dostupnost a kvalita zdravotnické péče, stát není tak vyspělý a lidé umírají na běžné nemoci. Nemocní nemají možnost léčby, nevědí o existenci léků. Sociální eutanázie je tedy označení pro takový typ smrti, ke kterým by nemuselo dojít, neboť zdravotní stav dotyčných by bylo možné zlepšit, nebo dokonce zcela upravit.

Prenatální eutanázie se týká interrupce v případech kdy má být plod postižený, nebo bude trpět vývojovou vadou. Avšak toto označení je podle odborníků rozporuplné, nenarozené dítě netrpí nemocí, nemá nesnesitelné bolesti a samo o eutanázii nežádá ani žádat nemůže, proto se nedá hovořit o milosrdné smrti. Jeho matka rozhoduje o jeho bytí či nebytí, tím mu upírá právo na život. Interupce (potrat, umělé přerušení, nebo ukončení těhotenství) je definováno jako ukončení těhotenství před dosažením životaschopnosti plodu, to znamená schopnosti nezávislého mimoděložního života (HAŠKOVCOVÁ, 2000).

4 Eutanázie v České republice

V České republice eutanázie není legalizovaná, byla probírána na sjezdu České lékařské komory ve dnech 8. – 10. prosince 1995 a byla označená za eticky nepřípustnou. V etickém kodexu České lékařské komory je jednoznačné vyjádření: Lékař u nevléčitelně nemocných a umírajících účinně tiší bolest, šetří lidskou důstojnost a mírní utrpení. Vůči neodvratitelné a bezprostředně očekávané smrti však nemá být cílem lékařova jednání prodlužovat život za každou cenu. Eutanázie a asistovaná sebevražda nejsou přístupné (KOŘENEK, 2002).

Dne 24. dubna 2001 byla svolána schůze v důsledku znovuoživení diskuzí o eutanázii v souvislosti s uzákoněním v jiných státech. Stanovisko bylo jednoznačné: S úctou k životu a při poznání smrti jako neodvratného ukončení života, respektujeme etický kodex České lékařské komory, podle kterého lékař nemá prodlužovat utrpení nemocného s nevléčitelnou nemocí, avšak eutanázie a asistovaná sebevražda jsou nepřístupné, jsou projevem selhání. Dnes lze zajistit takovou péči v léčení bolesti a ostatních fyzických symptomů, psychického, sociálního a duchovního utrpení tak, aby k žádosti o usmrcení nemuselo docházet. Tento přístup je nemocnému schopen zajistit nejlepší možnou kvalitu zbytku života včetně doprovázení k důstojné smrti bez bolesti. Pro rozhodnutí o poskytování nejvyšší etické služby nevléčitelně nemocnému a umírajícímu musí být lékařům nápomocná celá společnost, právo, ekonomická i zákonodárná systémová opatření. Civilizovaný stát musí chránit život a nelegalizovat jeho likvidaci. Jedna z posledních snah byla zamítnuta v září 2008. Návrh důstojné smrti byl tehdy předložen senátu, ale ten návrh zamítl. Návrh kritizovali především sami lékaři. Hodnotili ji jako vědomé zabíjení (ŠEVELOVÁ, 2010).

17. 2. 2010 poslanec MUDr. Boris Šťastný řekl, že v podstatě eutanázie je u nás v podstatě legalní už několik let a to ve formě reversu, kdy pacient může odmítnout poskytnutí léčby. Snaží se o posílení práv pacientů, o uzákonění souhlasu, kdy by nemocný mohl dát souhlas o poskytování nebo neposkytování zdravotních služeb pro případ, že takový souhlas už nebude moci dát, například pacient v komatu po autonehodě. Tento souhlas by rozhodoval o další léčbě. Očekává, že na začátku příštího volebního období tento návrh do parlamentu přijde (ŠŤASTNÝ, 2010).

5 Důvody pro a proti eutanázii

Zastánci eutanázie, nebo-li smrti pro nevléčitelně nemocné jsou někdy lidé, kteří ve své blízkosti nevléčitelně nemocnou osobu měli – dítě, rodiče, blízké přátele. Mají vlastní zkušenosti a vidí i jiná možná řešení.

Současná lékařská technologie v podpoře základních životních funkcí umožňuje udržovat pacienty s beznadějnou prognózou, tedy umožňují posunout hranici mezi životem a smrtí (KOŘENEK, 2002). Zřetelně se prodloužil lidský věk, mnozí však umírají v pokročilém stáří, nejen rázu fyzického, ale i mentálního, často jsou odkázáni na pomoc jiných. V mnoha případech kdy je život prodlužován, je současně vnímán jako obrovská zátěž jak pro nemocného, tak i pro jeho příbuzné, kteří trpí pohledem na své blízké někdy více než oni sami. Argumenty ve prospěch povolení se odvolávají zejména na právo pacienta rozhodnout o péči na konci svého života, na právo na důstojné umírání.

Zastánci eutanázie tvrdí, že stejně jako existuje právo na život, má existovat právo na smrt, právo dobrovolně se rozhodnout. Domnívají se, že jedině možnost eutanázie je ochráněním před nesnesitelnými bolestmi a krutým umíráním. Věří, že člověk je schopen odpovědně a nezvratitelně posoudit svou situaci a rozhodnout se pro ukončenížití. Jsou přesvědčení, že smrtelně nemocní mají nejen právo odmítnout léčbu a zemřít bez silných bolestí, ale také mají právo určit přesnou dobu a způsob své smrti (PECK, 2001).

Mezi další důvody patří důvod ekonomický. Výdaje na umírající pacienty jsou mnohdy nevyčísitelné a léčebné metody nezabírají. Tvrdí, že je mnoho lidí, kterým by léčebné metody pomohly, ale z důvodu nedostatku financí si je nemůžou dovolit.

Druhou skupinou jsou **odpůrci eutanázie**. Tvrdí, že nemocní v konečné fázi onemocnění jsou velmi zranitelní a snadno přijímají jakékoliv nápady jiných. Cítí se být již odcizeni vůči zdravým, pocítují vinu za to, že jsou zátěží pro ostatní, jsou zahanbeni pro své slabosti, jsou plni strachu a velmi citliví vůči různým návrhům. Je zde jistá možnost zneužití, a to jak ze strany medicíny, tak ze strany příbuzných.

Odpůrci tvrdí, že lidé souhlasící s eutanázií netrpí nemocí a řada z nich se ještě nesešla s nemocí či bolestí u některého z členů rodiny. Tvrdí, že člověk svou pozici radikálně změní, když se začnou krátit dny života jim nebo někomu blízkému. Pak je každý den drahý a každá naděje na zlepšení stavu je vítaná. Hlavní námitkou je, že u člověka nevyлéčitelně nemocného, vždy může dojít k překvapivému zvratu, i když je jeho nemoc určena jako smrtelná. Poukazují na nebezpečí zlegalizování. Co by mohlo nastat v zemích, kde nemá každý zdravotní pojištění, kde jsou mnozí lidé nedostatečně pojištěni a kde jsou pacienti jiných skupin diskriminováni. Strach by pocítovali zejména dlouhodobě nemocní, hendikepovaní a staří lidé. Tito lidé by byli obětováni. Nastal by strach a lidé by nevěřili svým lékařům, obávali by se možnosti smrti. Obavou by byla ztráta úcty k životu.

Věřící lidé dodávají, že člověk je sice pán svého života, může se svobodně rozhodovat, ale nemá právo rozhodovat, kdy skončí svůj život. Život je dar Boží a jen ten má právo rozhodnout o životě i smrti. Člověk nemohl chtít aby byl, tak nemůže chtít, aby nebyl.

Pro celou řadu lékařů je myšlenka eutanázie nepřijatelná, prohřeškem proti etice, lékař má život pacienta chránit a ne odebírat, když nemůže svého pacienta uzdravit, nebo alespoň zlepšit jeho zdravotní stav, má mu být nápomocen v mírnění obtíží a trápení. Ti, kteří připouštějí možnost některé z forem eutanázie, však cítí rozpor mezi povinnostmi ochrany života a možnostmi předčasného ukončení. Světová lékařská asociace opakovaně formulovala své stanovisko k eutanázii a vyzývá lékaře, aby odmítli účast při eutanázii a to i tehdy, pokud by ji národní zákon povolil anebo za určitých podmínek dekriminlizoval. Eutanázie je v konfliktu s lékařskou etikou, která je zavazuje ke dvěma hlavním povinnostem, prodlužovat život a mírnit utrpení (HAŠKOVCOVÁ, 2007).

6 Postoj náboženství k eutanázii

Pohled náboženství, ať již jakéhokoli – především katolictví, je k většině problémům dosti vyhraněný. Svůj postoj zakládá na argumentech, které vycházejí z Bible. I neznalí jistě ví, že existuje Desatero Božích přikázání, které předal Bůh prostřednictvím Mojžíše lidem. Jedno z přikázání zní: Nezabiješ! Eutanázie může být chápána jako zabití, tzn. je v rozporu s přikázáním. Vedle eutanázie by nesouhlasili ani s interupcí. Nic a nikdo nemůže žádným způsobem dopustit zabití nevinné lidské bytosti, ať je to plod nebo zárodek, dítě nebo dospělý, člověk starý nebo nevléčitelně nemocný či umírající. Kromě toho není nikomu dovoleno žádat o tento akt zabití pro sebe nebo pro jiného člověka, který je svěřen do jeho péče, ba dokonce nikdo s takovým činem nesmí souhlasit. Jde totiž o porušení božího zákona, urážku důstojnosti lidské osoby, zločin proti životu.

Tvrdí, že plně soucítí s člověkem, který trpí a vnímají utrpení jako obtížnou situaci nejen pro umírajícího, ale i pro jeho okolí. Současně však nesouhlasí se snahou tuto situaci, která s sebou často nese pocity zoufalství, bezmoci a prázdna odstranit usmrcením nemocného člověka pomocí smrtícího prostředku. Ale to ovšem neznamená, že jsou pro udržování každého života za každou cenu. Uvědomují si konečnost lidského života i meze možností léčby.

Prosby těžce nemocných lidí, kteří se dovolávají smrti, nelze chápat jako projev skutečné žádosti o eutanázii; jde totiž téměř vždy o dožadování se pomoci a lásky. To, co nemocný člověk kromě lékařské péče potřebuje, je láska a lidská i nadpřirozená vroucnost ducha, jíž může a má být obklopen všemi, kteří jsou mu blízcí, ať už rodičů, dětí či lékařů a ošetřovatelů (VIRT, 2000).

7 Paliativní péče

Termín pochází z latinského slova pallium, což znamená maska, pokrytí pláštěm. Lze v tom nalézt pravou podstatu, protože cílem paliativní péče je maskovat účinky neléčitelné nemoci a zakrýt pláštěm všechny trpící, kterým nepomohla léčba a poskytnout jim ochranu. Je to aktivní péče poskytovaná pacientům trpícím nevléčitelnou nemocí v pokročilém nebo konečném stádiu (SKÁLA, 2005). Rozděluje se na specializovanou a všeobecnou paliativní péči. Specializovanou paliativní péči poskytují zdravotníci, kteří mají specializační vzdělání a zkušenosti v péči o umírající pacienty a jejich rodiny. Tito pracovníci jsou zapojeni u pacientů s komplexními a obtížnými symptomy, nebo náročnou ošetrovatelskou péčí (O'CONNOR; ARANDA, 2005). Všeobecnou paliativní péči můžeme definovat jako péči, kterou pacientovi a jeho rodině poskytují zdravotničtí pracovníci v rámci běžné klinické praxe s využitím znalostí paliativní péče. Dále definice říká, že všeobecná paliativní péče se poskytuje pacientům, kteří nepotřebují specializovanou péči, bez ohledu na charakter nebo fázi nemoci. Tato péče se poskytuje lidem s nádorovým onemocněním, ale také lidem trpícím, život ohrožujícím chronickým onemocněním, které není nádorového původu. Je použitelná i v časně fázi onemocnění a jinými způsoby léčení, než které jsou určeny k prodloužení života, jako je chemoterapie či radioterapie. Nutné je rozeznat rozdíl mezi paliativní a terminální péčí. Terminální péče je chápána jako poslední odborná péče umírajícímu; paliativní péče se zaměřuje především na léčbu bolesti a dalších symptomů, stejně jako řešení psychologických, sociálních a duchovních problémů nemocných.

Světová zdravotnická organizace tvrdí, že paliativní péče poskytuje:

- A. Úlevu od bolesti a utrpení.
- B. Neusiluje ani o urychlení a ani oddalování smrti.
- C. Poskytuje spirituální a psychologickou péči.
- D. Nabízí podporu rodinám nemocného a umožňuje vyrovnat se se zármutkem.
- E. Podporuje kvalitu života.

Z toho vyplývá, že nejzákladnějším cílem je dosažení co nejlepší kvality života nemocných a jejich rodin. Toto stádium nemoci se nemá stát stádiem obtížného přežívání těžkých chvil, proto musí být dopřán komfort bezbolestnosti.

Nezákladnějším cílem je dosažení co nejlepší kvality života nemocných a jejich rodin. Ve zprávě zdravotnické organizace O zmírnění bolesti při rakovině a o paliativní péči, zveřejněné v Ženevě v roce 1990, se dočteme, že zmírňování bolesti u terminálně nemocných přijaly vlády Austrálie, Francie, Japonska i Švédska a také v Itálii byl vydán zvláštní výnos, upravující a tolerující podávání dostatečných dávek opiátů.

Za zakladatelku moderní paliativní péče je považována Cecilie Saundersová. Zasvětila svůj život péči pacientům trpících pokročilou chorobou. Učila, že každý nemocný má své zvláštní a jedinečné potřeby, stejně tak učila o potřebách rodiny nemocného.

Paliativní péče spojuje aspekty medicíny, ošetřovatelství, sociální práce, duchovní péče, fyzioterapie a ergoterapie a dalších disciplín podle potřeby (VIRT, 2000).

7.1 Ošetřovatelská péče

Ošetřovatelská péče o nemocné byla v minulosti zaměřena pouze na plnění určitých výkonů. Změny nastaly v organizaci práci, v poskytování plánovité ošetřovatelské péče, která sleduje individualitu člověka a jeho problémy a potřeby. Nyní je zaveden holistický přístup, což znamená chápání pacienta jako celku. Jsou aktivní účastníci v procesu, společně se sestrou zhodnotí své potřeby, sestaví plán péče, podílí se na jeho plnění a zhodnotí výsledky. Aby sestra mohla sestavit způsob ošetřovatelské péče, musí získat co nejvíce informací o nemocném. Informace získává od umírajícího pacienta a jeho rodiny, z lékařské anamnézy, od sester a objektivně. Sběr dat je významný pro stanovení sesterských diagnóz a následující péči. Na základě informací může sestra určit aktuální problémy a potřeby pacienta, stanovit sesterské diagnózy. U umírajících pacientů se jedná o hygienickou péči – zda je soběstačný, odmítá koupel; výživu – pitný režim, stravovací návyky; vyprazdňování – jak stolice tak i moči; poruchy hybnosti; ale také o psychickou úroveň umírajícího. Sesterské diagnózy slouží jako základ pro ošetřovatelské intervence, které se podílí na dosažení co nejlepších výsledků (KELNAROVÁ, 2007). Lékaři a sestry mají odlišný úhel pohledu na pacienta. Důvodem je, že se s nimi setkávají v jiných situacích, kontakt s nimi je odlišný (THEOVÁ, 2007).

7.2 Zásady paliativní péče

Dnes platí všeobecný fakt, že nemocní nejsou povinni podstupovat léčbu, která je zbytečná a lékaři nejsou povinováni takovouto léčbu zahajovat nebo v ní pokračovat. Jinými slovy terapie může být ukončena, ale současně nikdy nesmí končit péče. Radikální léčba se musí vystřídat léčbou paliativní, symptomatickou a posléze i terminální. Obecně platí, že paliativní péče má být zahájena tehdy, pokud negativní důsledky kurativní terapie jsou větší, než očekávaný přínos. Paliativní medicína samozřejmě nevylučuje kurativní zásah v případě, že ve zdravotním stavu dojde k nepříznivému zvratu. Každý nemocný má své specifické potřeby, které závisí na fázi nemoci a na duševním stavu nemocného, proto paliativní přístup respektuje potřeby umírajících, které se od pacientů s příznivou diagnózou liší. Mezi základní potřeby umírajícího patří potřeba nezůstat sám, komunikovat s druhými, nezůstat sám při zhoršení stavu, potřeba soukromí a intimity, potřeba hovořit o své nemoci pravdivě, ale vždy s možností naděje, potřeba hovořit o dosavadním životě, co udělal dobrého, co pokazil nebo co měl udělat, potřeba vyjádřit se k současnému stavu, vyjádřit svou úzkost, bolest, beznaděj, potřeba hovořit o své vině na vzniku onemocnění, potřeba ujištění, že příbuzní unesou bolest ze ztráty, potřeba zaplakat si, potřeba připravit se na svou smrt a rozloučení s rodinou, potřeba ujištění, že smrt nebude bolet, že všichni udělají vše, aby tomu tak bylo.

Léčba kurativní často chybí, proto je paliativní péče soustředěna do hospiců či domácího prostředí. Vzhledem k vysoké potřebě psychologické, sociální a duchovní pomoci mohou v hospicích pečovat o umírající i dobrovolníci. Všechny činnosti, odborné i laické, zajišťuje lékař. Činnost pracovníků paliativní medicíny se shrnuje do několika bodů:

- A. Symptomatická léčba.
- B. Tišení bolesti.
- C. Duchovní pomoc.
- D. Emotivní podpora.
- E. Sociální zázemí.
- F. Nabídka pomoci rodinám umírajících (HAŠKOVCOVÁ, 2007).

8 Hospicová péče

Jsou dvě definice hospicové péče. Dle WHO je hospicová péče integrovaná forma zdravotní, sociální a psychologické péče poskytovaná klientům všech indikačních, diagnostických i věkových skupin u nichž je prognózou ošetřujícího lékaře předpokládána délka dalšího života v rozsahu méně než 6 měsíců. V rámci hospicové péče je poskytována zejména paliativní péče. Dle Ministerstva zdravotnictví ČR je hospicová péče komplexní multidisciplinární paliativní péči, kterou tvoří souhrn odborných lékařských, ošetrovatelských a rehabilitačních činností, poskytovaných preterminálně a terminálně nemocným, u nichž byly vyčerpány kauzální léčby, ale pokračuje léčba symptomatická s cílem minimalizovat bolest a zmírnit všechny potíže vyplývající ze základní diagnózy i jejich komplikací a zohledňují bio-psycho-sociální potřeby nemocného.

Hospic je specializované zařízení, poskytující tzv. paliativní péči, tedy péči zaměřenou na úlevu od bolesti, kterou postupující nemoc přináší, na rozdíl od standardní lékařské péče zaměřené na léčbu nemoci. Hospic je určen pro terminálně nemocné, pro lidi nevléčitelně nemocné, v konečném stádiu nemoci. Před tím, než se nemocný dostane do hospicu, měl by být o svém stavu informován. Myšlenka hospice vychází z úcty k člověku jako jedinečné a neopakovatelné bytosti a z jeho potřeb biologických, psychologických, sociálních a spirituálních. V hospicích je poskytována také duchovní péče, která obvykle v nemocnicích chybí. Proto jsou součástí personálu navíc i sociální pracovník, psycholog a theolog. Přijímání jsou všichni nemocní bez ohledu na víru. Terminální fáze života je plná velmi specifických emocí, přání, potřeb, myšlenek a úkolem psychologa, zdravotní sestry je vyhledat a dovolit projevit emoce, umožnit pacientům vyslovit přání. Psycholog pomáhá umírajícímu uvědomit si, že se blíží jeho konec. Pro některé je to silně traumatizující a bolestivá myšlenka. V takových chvílích musí být personál připraven na reakce a projev emocí, nesmí se bát chytit umírajícího za ruku, obejmout ho nebo pohladit.

Součástí hospicového zařízení je lůžková část, která nezahrnuje zpravidla více než 30 lůžek. Např. v Hospici Anežky České se nachází 14 jednolůžkových, 2 dvoulůžkové a 2 čtyřlůžkové pokoje. Nespornou výhodou jednolůžkových pokojů je možnost přistýlky, která může sloužit členu rodiny klienta, tzn. že člen rodiny může

být s umírajícím prakticky ve dne v noci. Právě možnost strávit poslední chvíle s blízkým člověkem se považují za velmi výrazné pozitivum. I když na druhou stranu dítat se, jak náš blízký umírá, jistě není zrovna nejpříjemnějším pocitem. Důležitá je atmosféra hospice, klient by se tu měl cítit především jako doma, ne jako v nemocnici. Z hospiců na nás dýchá přátelská atmosféra, není tu stanoven přesný řád, klient si může prakticky dělat co chce – není zaveden budíček, večerka, přesná hodina stravování apod. Péče o každého klienta je velmi individuální, každý z nich má k dispozici svou vlastní ošetrovatelku. Významný prvek tvoří i pohyb klientů v přírodě, pokud tedy zdravotní stav dovolí. Právě k této aktivitě je u hospiců vybudována zahrada a terasy. Nemocného mohou neomezeně navštěvovat jeho příbuzní.

Stejně jako v jiném zdravotnickém zařízení se i v hospici při příjmu pacienta stanoví ošetrovatelské diagnózy i ošetrovatelský plán. Aby se mohlo klientovi efektivně pomáhat, musí být systém předávání informací mezi personálem co nejdokonalejší. Snahou je vytvořit ošetrovatelskou dokumentaci danou pro určitého pacienta, aby ošetroující personál nevěnoval papírování více času, než je nezbytně nutné. Pro usnadnění a přehlednost dokumentace klienta pracují metodou kroužkování, zaškrťování nebo doplňováním domluvených značek. Neméně důležitá je i sociální anamnéza, kde jsou zjišťovány informace o rodinném zázemí, aktivity, duchovní potřeby, finanční záležitosti, vztah klienta k nemoci a jeho osobní cíle.

Neopomenutelnou činností hospicového hnutí je péče o rodinu umírajícího. Právě rodina je hnacím motorem a dodávkou sil pro umírajícího, avšak viděno z odlišného pohledu i samotná rodina potřebuje pomoc, především v dodání energie a duševní síly při setkávání s umírajícím blízkým. Velice důležitá je zde proto práce zdravotních sester a lékařů (CORLESS; GERMINO; PITTMAN, 1994).

8. 1 Formy hospicová péče

- *Domácí hospicová péče* – je nejlepší formou péče o nemocného, ale ne vždy dostačující. V Čechách zatím není moc rozvinutá. Dobrý systém je praktikován v Rakousku. Sám nemocný se v domácím prostředí cítí nesrovnatelně lépe než

v jakémkoli, byť i sebelepším zařízení pro nemocné. Na druhou stranu pro rodinu se péče o nemocného může proměnit v období naplněné stresem a nejistotou. Poskytuje se tam, kde rodinné zázemí úplně schází, nebo rodina se časem vyčerpá (SVATOŠOVÁ, 2003). Z tohoto důvodu je rodinám poskytována pomoc z řad odborníků. Odborníci jsou s to naučit rodiny některé nezdravotnické úkony, přesto některé musí provádět pouze kvalifikovaný odborník.

- Domácí péči lze rozdělit: a) home help – jež je prováděna neodborníky
b) home care – o zajištění péče se starají odborníci.

V České republice působí Asociace domácí péče ČR, pod níž se řadí Agentury domácí péče, které zajišťují pomoc pacientům. V našem státě je nyní aktuální komplexní domácí péče, kdy se do péče zapojuje rodina, lékař a sociální pracovník. Můžou však nastat situace, kdy již domácí péče není únosná a je třeba přejít na jiný druh péče o nemocného. Předpokládá určitou úroveň rodinného zázemí, které často schází nebo se dlouhou službou nemocnému unaví a vyčerpá a nebo je ošetřování touto formou příliš náročné pro rodinné příslušníky.

- *Stacionáře* – denní pobyty, pacient je v tomto případě přijat ráno, odpoledne, nebo večer se vrací domů. Tento způsob připadá v úvahu u nemocných z blízkého okolí hospice, pokud u nich nestačí domácí péče.

- *Lůžková hospicová péče* – aktuální zejména tehdy, pokud předchozí dvě formy nestačí, nebo nejsou vůbec k dispozici. V případě, že je i možnost výše uvedených dvou forem, po zlepšení zdravotního stavu nemocného, nebo zotavení jeho rodiny, se může vrátit do domácí péče. Nejsou tedy vždy posledním místem pro umírající (STUDENT; MÜHLUM; STUDENT, 2006).

- Jako další samostatná forma je *dětský hospic*. Výrazně se odlišuje od podobných zařízení určených pro dospělé. Na rozdíl od hospicu pro dospělé, v nichž většina dospělých v terminálním stadiu tráví poslední dny svého života, soustřeďují se dětské hospice spíše na tzv. respitní (odlehčovací) péči. Znamená to, že nemocné děti a jejich rodiny přijíždějí do hospicu na krátkodobé, zpravidla několikadenní

až nekolikatýdenní zotavovací pobyty, často opakovaně, během nichž se mají možnost zastavit a načerpat novou sílu, rodiče si zde mohou odpočinout od každodenního náročného ošetřování. Často trpí i zdraví sourozenci s pocity žárlivosti a nedostatečné pozornosti ze strany rodičů (JASENKOVÁ; MIKEVSKÁ, 2005). Jsou v prostředí, kde starosti s ošetřovatelskou péčí, s tlumením případných bolestí či přípravou jídla převezmou jiní lidé, a kde je najednou možné žít a přemýšlet daleko volněji, bez tlaku neodkladných povinností a svazujícího očekávání. Hospic se jim snaží nabídnout praktickou pomoc a bezpečné a povzbuzující zázemí. Dětský hospic je samozřejmě schopen a připraven postarat se i o nemocné dítě v terminálním stádiu, ale tento druh péče není ve srovnání s objemem poskytované péče dominantní. Některé oblasti péče jsou společné dětem i dospělým, přesto existují výrazné rozdíly (O'CONNOR; ARANDA, 2005).

8. 2 Podmínky přijetí do hospice

Podmínkami k přijetí do hospice může být:

Stav, při kterém již týdně klientovi nestačí 3 návštěvy nebo 2 hodiny práce sestry v domácí péči.

Plný písemný informovaný souhlas nemocného, pacient musí informovaný souhlas podepsat, avšak podpisu by měl předcházet rozhovor pacienta a ošetřujícího lékaře, kdy by lékař měl být schopen odpovědět na pacientovy otázky. Informovanost se týká i pacientova zdravotního stavu, kdy lékař musí pacientovi šetrně sdělit, jak závažný je jeho zdravotní stav. Pacientův podpis na formuláři dokládá, že pacient se pro tuto volbu rozhodl svobodně a přijal dostatečné informace.

Další podmínkou musí být *neblahá prognóza*, potřeba paliativní péče, *časový limit*, kdy je předpokládáno úmrtí do 6 měsíců. Čeští odborníci kritérium považují za kruté, tudíž není v českém hospicové péči uplatňováno.

Návrh na přijetí do hospicových zařízení podává většinou ošetřující lékař. Iniciativa však může vycházet od příbuzných nebo od pacienta. O tom, zda bude pacient přijat do hospice, rozhoduje vedoucí lékař hospice.

8. 3 Historie hospicového hnutí ve světě

Hospic byl v období středověku frekventovaným slovem, které označovalo domy odpočinku. Vykonával odlišnou funkci než v současné době. Útočiště v hospicích nacházeli především lidé putující do Palestiny. Poskytl jim na několik dní střechu nad hlavou a oni mohli nabrat další síly na zbytek putování. Tyto domy vedl člověk, který byl zběhlý na jedné straně ve vedení ubytování, na druhé straně v ošetřování zranění. Hospice byly zapomenuty a návrat k nim se datuje až v polovině 18. století, kdy Mary Aikenheadová přispěla v Dublinu k založení zvláštního zařízení pro umírající. Pro zařízení byl zvolen název s patričním významem Hospic (PAYNEOVÁ, SEYMOUROVÁ, INGLETONOVÁ, 2007). Tento čin neměl velký ohlas a k většímu rozvoji zařízení určených pro umírající došlo až ve 20. století. Největší nárůst podobných zařízení je spjat s obdobím konce 2. světové války.

Významnou osobností v oblasti hospicového hnutí byla Angličanka Cecilia Saundersová, která byla sestrou a poté se stala lékařkou a svůj život zasvětila potřebám umírajících. Našla si k nim specifickou cestu a snažila se dodávat jim sílu až do konce jejich života. Důrazně a přesvědčivě tvrdila, že většina nových metod umírajícímu pramálo pomáhá nebo jsou k ničemu. Jakmile je jasné, že jejich onemocnění není léčitelné, jsou pak pro ně tyto metody škodlivé a nepřijatelné. Roku 1967 byl otevřen první hospic moderního typu, v jehož čele byla Saundersová. Hospic se nachází v Londýně a nese název St. Christopher's Hospice (KALVACH, 2004). Ročně poskytuje péči 2 000 pacientům a jejich rodinám. V Anglii bychom dnes našli asi 220 hospiců, celkový počet hospiců ve světě čítá více než 2 000. V roce 1984 byla založena organizace Help the Hospices. Spontánní rozvoj paliativní medicíny byl tak velký, že byla uznána za samostatný lékařský obor. Hospice byly zřízeny v 95 zemích (POLLARD, 1996).

8. 4 Historie hospicového hnutí u nás

Historie hospiců v České republice je poměrně krátká. Rok 1993 se stal zakládajícím rokem pro občanské sdružení, které podporuje domácí péči a hospicové hnutí. O vznik prvního hospicu se zasloužila lékařka Marie Svatošová, která byla zakladatelkou hospicového hnutí s názvem Ecce homo. Hnutí chce prosazovat práva

pacientů a úcty k lidskému životu od jeho početí až do přirozené smrti, chce podporovat rozvoj hospicového hnutí a domácí péče. Vůbec první oddělení paliativní medicíny České republiky bylo otevřeno 2. 11. 1992 pod záštitou nemocnice v Babicích nad Svitavou. Prvním a mimořádně úspěšným počinem Ecce homo bylo vybudování a otevření Hospice Anežky České v Červeném Kostelci. Hospic byl vybudován za 13 měsíců. Slavnostní otevření se konalo 8. prosince 1995 a v lednu 1996 byli přijati první pacienti. V červnu 1998 bylo založeno Sdružení poskytovatelů hospicové péče v ČR. V současné době jsou zastřešeny organizací pro paliativní a hospicovou péči: Asociací poskytovatelů hospicové paliativní péče, založené v roce 2005. Den 8. října 2005 byl poprvé vyhlášen Dnem pro Hospice (HAŠKOVCOVÁ, 2007).

Mezi další významné hospice patří:

Hospic Štrasburk – provoz byl zahájen v lednu 1998, nalezneme jej v Praze Bohnicích. Vznikl zásluhou Vojenského a špitálního řádu sv. Lazara Jeruzalémského. Hospic sv. Lazara v Plzni – začátek provozu zařízení je datován do dubna 1998, iniciativu ke vzniku opět vyvinul Vojenský a špitální řád sv. Lazara Jeruzalémského. Hospic sv. Alžběty v Brně – dnem jeho otevření se stalo datum 1. 6. 1998, zřizovatelem je Masarykův onkologický ústav. Je situován do objektu konventu sester Alžbětinek. Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa v Rajhradě u Brna – iniciátorem zařízení je Diecézní charita v Brně, zařízení funguje od roku 1999. Hospic sv. Štěpána v Litoměřicích – záštitu nad zařízením tvoří Sdružení pro založení a podporu hospice v Litoměřicích. V současné době je na území České republiky více než 30 hospiců (KIZÁK, 2006).

Praktická část

9 Empirický průzkum

9.1 Průzkumný problém, průzkumné cíle a hypotézy

Průzkumný problém

Postoj společnosti k eutanázii.

Průzkumné cíle

Cíl 1. Zjistit, kolik respondentů by souhlasilo s legalizací eutanázie.

Cíl 2. Zjistit, zda by eutanázii podstoupilo více zdravotníků, než nezdravotníků.

Cíl 3. Zjistit, kolik respondentů se bojí zneužití eutanázie při jejím uzákonění.

Cíl 4. Zjistit, zda by většina respondentů chtěla rozhodovat o ukončení života svého blízkého.

Hypotézy

Hypotéza 1. Předpokládáme, že větší počet respondentů by souhlasil s legalizací eutanázie, než těch, kteří by jí zamítli.

Hypotéza 2. Předpokládáme, že více nelékařských zdravotnických pracovníků by podstoupilo eutanázii, než laické veřejnosti (nezdravotníků).

Hypotéza 3. Předpokládáme, že větší počet respondentů se bojí zneužití eutanázie při jejím uzákonění.

Hypotéza 4. Předpokládáme, že větší počet respondentů by nechtělo rozhodovat o ukončení života svého blízkého, než těch, kteří by chtěli.

9.2 Metodika průzkumu

V průzkumu jsme uplatnili metodu dotazníku. Na začátku dotazníku jsme se respondentům představili, uvedli jsme čeho se daný odpovědi týkají a ujistili jsme je o anonymitě. Současně jsme uvedli, že uvedené odpovědi budou použity pouze pro mou bakalářskou práci. Dotazník se skládal z 16 otázek. Z toho 13 otázek uzavřených, 2 otevřené a 1 otázka polootevřená. Prvních 5 otázek bylo zaměřeno na získávání demografických údajů o respondentech. V ostatních otázkách bylo úkolem zjistit postoj k eutanázii (příloha A). Celkem jsme rozdali 90 dotazníků, z toho 67 (74,4 %) se mi vrátilo zpět.

9.3 Časový harmonogram

Průzkumné šetření bylo prováděno v období od 1. 11. 2009 do 1. 3. 2010. V březnu jsme zpracovávali data z vrácených dotazníků. Ke zpracování jsem použila počítačového programu Microsoft Excel 2003.

9.4 Průzkumný soubor

Průzkumný soubor tvořili nelékařští zdravotničtí pracovníci a laická veřejnost (nezdravotníci) různého věkového zastoupení. Dotazníky jsme rozdali do třech nemocnic a do třech firem. Nelékařští zdravotničtí pracovníci byli respondenti z gynekologicko-porodnického oddělení z nemocnice Almeda v Neratovicích, interního oddělení Nemocnice s poliklinikou na Mělníku a z mikrobiologického oddělení Fakultní nemocnice na Bulovce. Laickou veřejnost (nezdravotníky) tvořili respondenti z firmy Manag, a. s. z Libiše, Nikon spol s. r. o. v Praze a Mondi Coating a. s. ze Štětí.

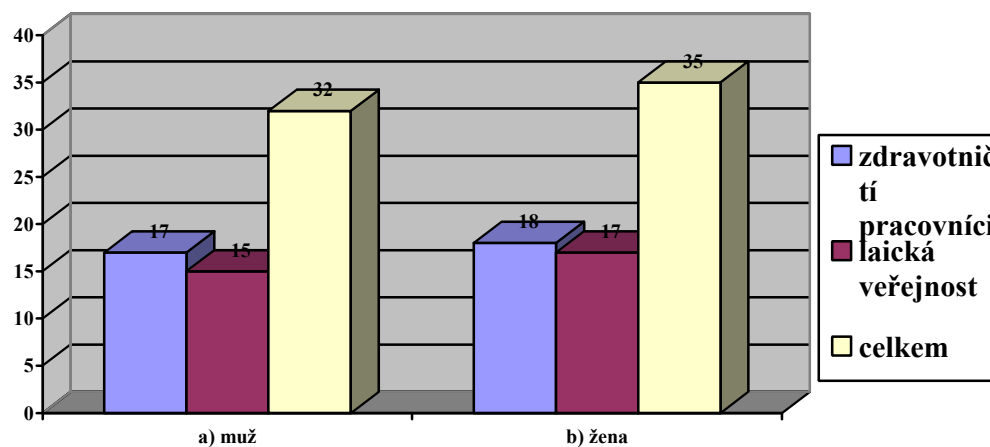
9.5 Analýza výsledků průzkumu

Položka číslo 1 – Pohlaví

Tabulka 1 Pohlaví

Odpovědi	Nelékařští zdravotničtí pracovníci		Laická veřejnost (nezdravotníci)		Celkem dle pohlaví	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) Muž	17	25,37 %	15	22,39 %	32	47,76 %
b) Žena	18	26,87 %	17	25,37 %	35	52,24 %
Celkem dle odbornosti	35	52,24 %	32	47,76 %	67	100,00 %

Graf 1 Pohlaví



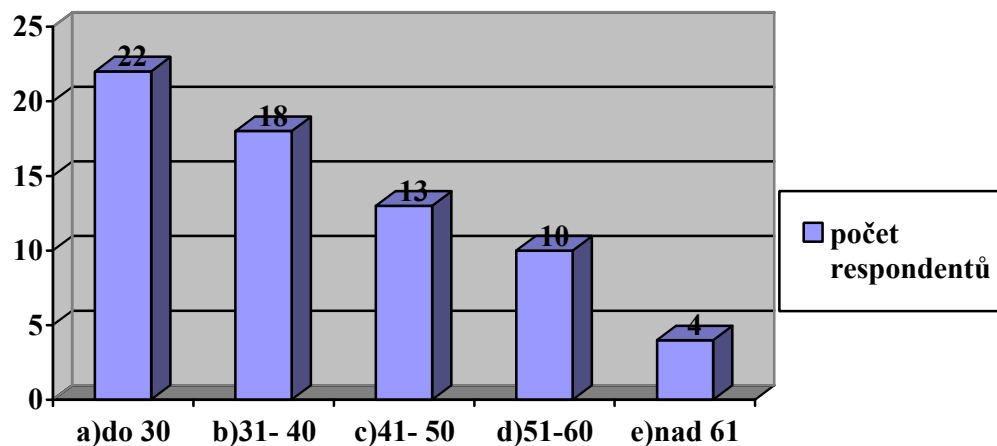
Z grafu je patrné, že přibližně ve stejném počtu bylo dotazovaných mužů i žen. Z nelékařských zdravotníků bylo 17 mužů (25,37 %) a 18 žen (26,87 %). Z laické veřejnosti (nezdravotníků) 15 mužů (22,39 %) a 17 žen (25,37 %). Celkem bylo 35 žen (52,24 %) a 32 mužů (47,76 %).

Položka číslo 2 – Věk

Tabulka 2 Věk

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) Do 30	22	32,84 %
b) 31- 40	18	26,87 %
c) 41- 50	13	19,40 %
d) 51- 60	10	14,93 %
e) Nad 61	4	5,97 %
Celkem	67	100,00%

Graf 2 Věk



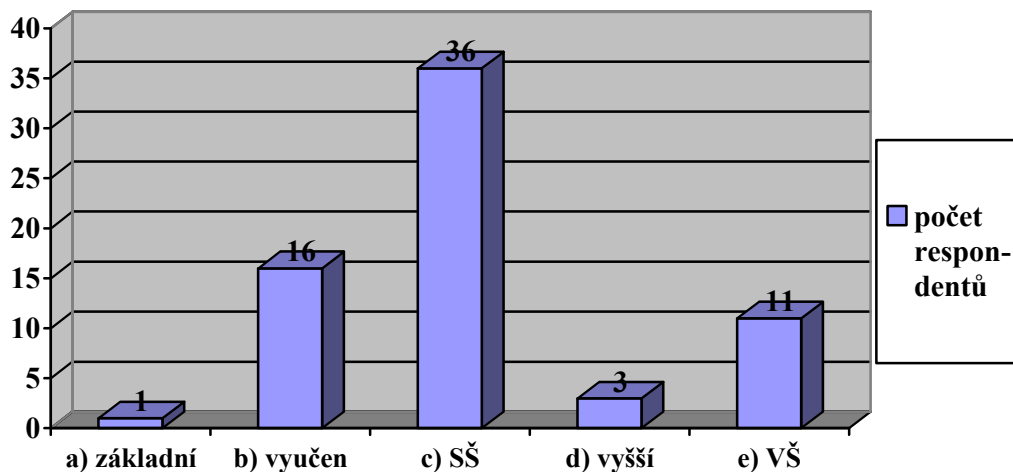
Z grafu 2 je vidět, že nejvíce dotazovaných respondentů bylo ve věku do 30 let (32,84 %). Je však zastoupeno každé věkové období. Nejméně respondentů bylo ve věku nad 61 let (5,97 %).

Položka číslo 3 – Nejvyšší ukončené vzdělání

Tabulka 3 Nejvyšší ukončené vzdělání

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) Základní	1	1,49 %
b) Vyučen/-a	16	23,88 %
c) Středoškolské	36	53,73 %
d) Vyšší odborné	3	4,48 %
e) Vysokoškolské	11	16,42 %
Celkem	67	100,00 %

Graf 3 Nejvyšší ukončené vzdělání



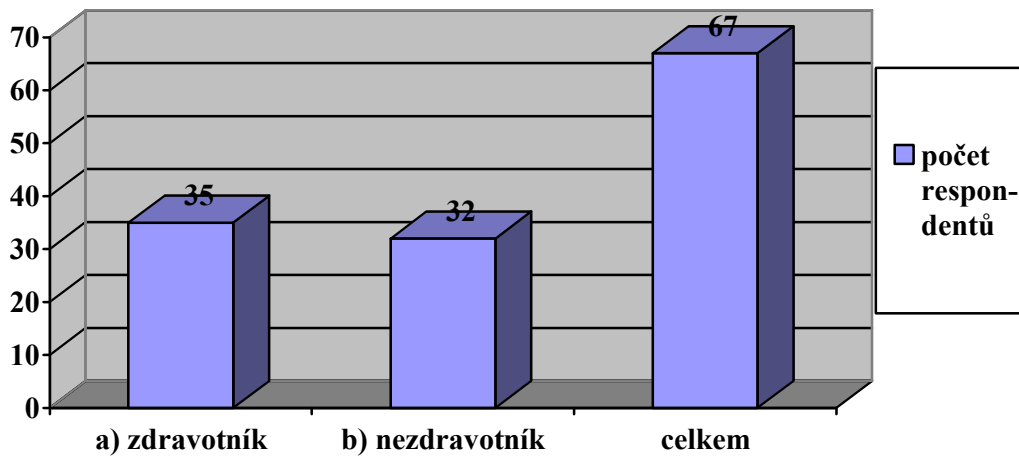
Nejpočetnější skupinou v oblasti ukončeného vzdělání byli respondenti se středoškolským vzděláním s maturitou s počtem 36 (53,73 %). Další větší skupinou byli respondenti vyučení, kterých bylo 16 (23,88 %) a respondenti s vysokoškolským vzděláním s počtem 11 (16,42 %). Vyšší odborné vzdělání měli 3 (4,48 %) dotazovaní. Nejméně dotazovaných bylo se základním vzděláním, který byl pouze jeden (1,49 %).

Položka číslo 4 – Jste

Tabulka 4 Jste

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) Zdravotník	35	52,24 %
b) Nezdravotník	32	47,76 %
Celkem	67	100,00 %

Graf 4 Jste



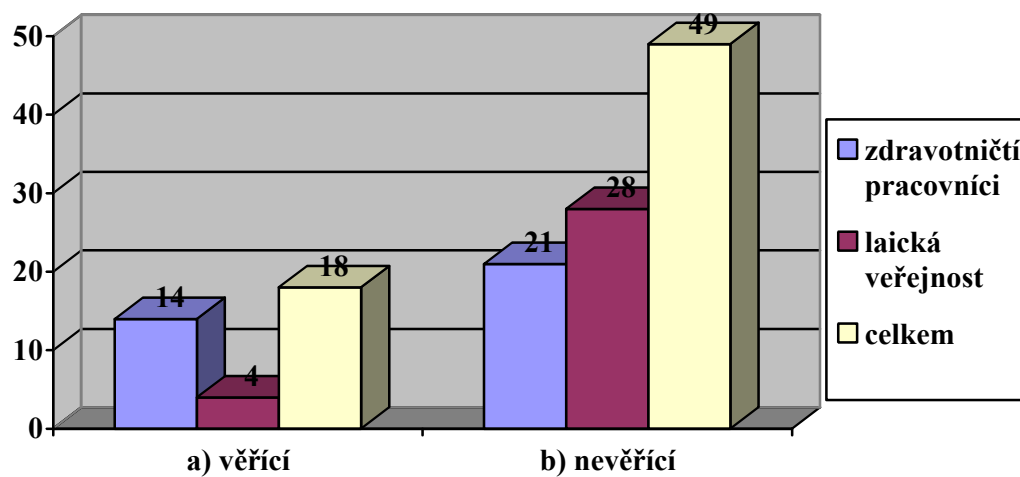
Dotazovaní respondenti byli nelékařští zdravotničtí pracovníci (zdravotníci) nebo laická veřejnost (nezdravotníci). Přibližně ve stejném počtu jsou zastoupeny obě skupiny. Nelékařských zdravotnických pracovníků (zdravotníků) odpovídalo 35 (52,24 %) a laické veřejnosti (nezdravotníků) 32 (47,76 %).

Položka číslo 5 – Jste

Tabulka 5 Víra

Odpovědi	Nelékařští zdravotničtí pracovníci		Laická veřejnost (nezdravotníci)		Celkem dle víry	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) Věřící	14	20,90 %	4	5,97 %	18	26,87 %
b) Nevěřící	21	31,34 %	28	41,79 %	49	73,13 %
Celkem dle odbornosti	35	52,24 %	32	47,76 %	67	100,00 %

Graf 5 Víra



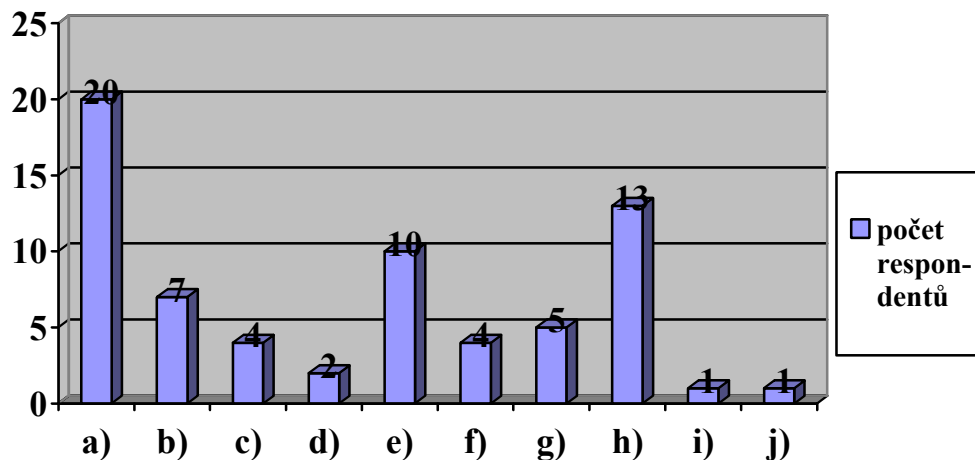
Z grafu 5 je patrné, že početnější skupinu tvořili nevěřící. Tuto odpověď zvolilo 49 (73,13 %) respondentů. Odpověď věřící zvolilo pouze 18 respondentů (26,87 %).

Položka číslo 6 – Co se Vám vybaví pod pojmem eutanázie?

Tabulka 6 Pojem eutanázie

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) dobrovolná smrt, ukončení života při nevléčitelné nemoci	20	29,85 %
b) rychlá pomoc trpícímu, zmírnění, ukončení trápení, osvobození	7	10,45 %
c) asistovaná sebevražda, smrt	4	5,97 %
d) dobrovolná sebevražda	2	2,99 %
e) ukončení, usmrcení na žádost	10	14,93 %
f) smrtící injekce	4	5,97 %
g) milosrdná smrt	5	7,46 %
h) smrt	13	19,40 %
i) zlegalizovaný odchod	1	1,49 %
j) řešení při zásadním zdravotním problému	1	1,49 %
Celkem	67	100,00 %

Graf 6 Pojem eutanázie



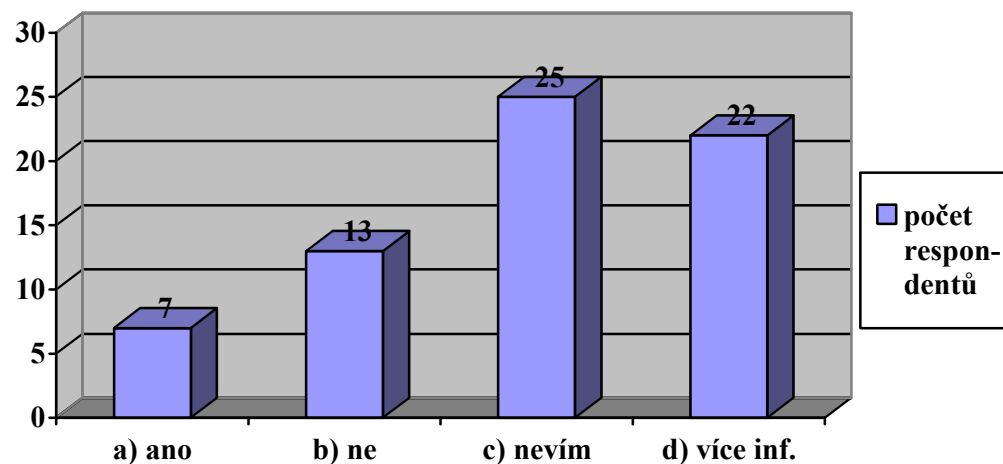
Otázka co se Vám vybaví pod pojmem eutanázie byla otevřená, vzniklo 10 různých odpovědí. Nejvíce 20 (29,85 %) respondentů odpovědělo a) dobrovolná smrt, ukončení života při nevléčitelné nemoci. Mezi další nejčastější odpovědi patřilo h) smrt, toto si vybaví 13 (19,40 %) respondentů. Poté odpověď e) ukončení, usmrcení na žádost, s počtem 10 (14,93 %) respondentů. Četnost ostatních odpovědí nebyla větší než 7.

Položka číslo 7 – Myslíte si, že jste dostatečně informován o eutanázii (způsob provedení, zákonné normy, kdo o ní může požádat...)?

Tabulka 7 Informovanost o eutanázii

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) ano	7	10,45 %
b) ne	13	19,40 %
c) nevím	25	37,31 %
d) více inf.	22	32,84 %
Celkem	67	100,00 %

Graf 7 Informovanost o eutanázii



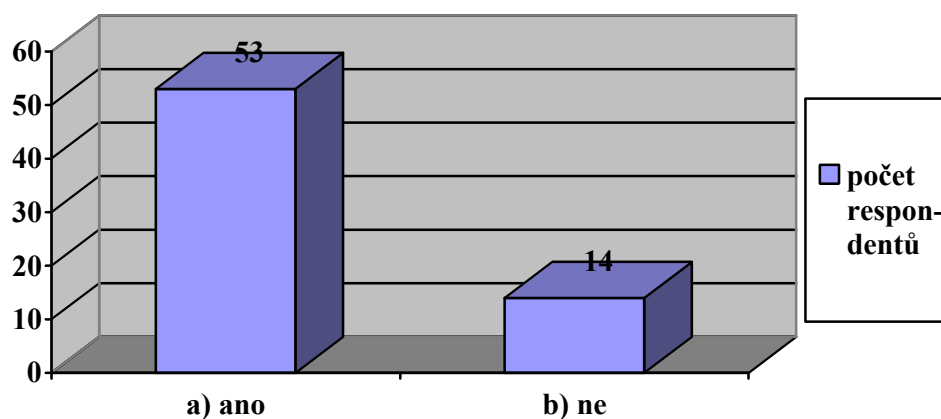
Graf 7 ukazuje, že 25 (37,31 %) respondentů odpovědělo c) nevím, zda vím všechno. Počet 22 (32,84 %) respondentů označili odpověď d) přivítal/-a bych více informací. 13 dotazovaných (19,40 %) nejsou dostatečně informovaní a pouze 7 (10,45 %) respondentů si myslí, že jsou dostatečně informovaní, označili odpověď a) ano, toto téma je rozebíráno v médiích.

Položka číslo 8 – Myslíte si, že by měla být eutanázie legalizovaná v ČR?

Tabulka 8 Legalizace eutanázie v ČR

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) ano	53	79,10 %
b) ne	14	20,90 %
Celkem	67	100,00 %

Graf 8 Legalizace eutanázie v ČR



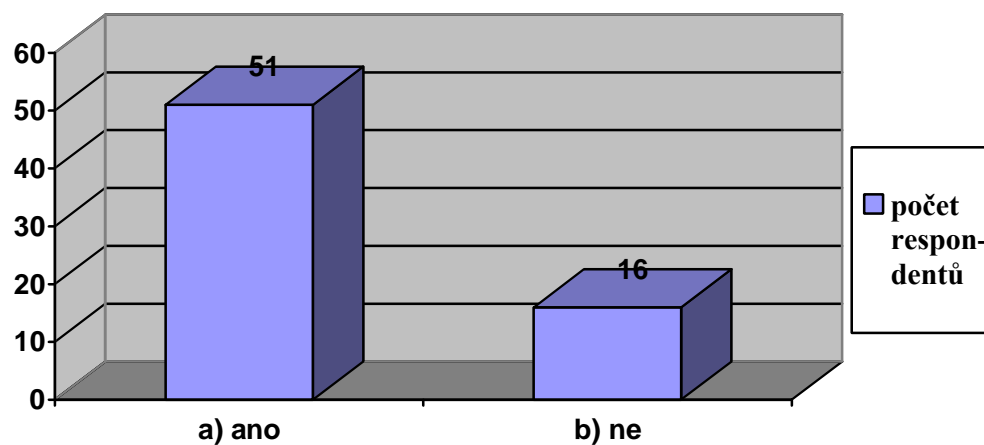
Z graf 8 je jisté, že největší počet respondentů, a to 53 (79,10 %), by odsouhlasilo eutanázii v České republice. Pouhých 14 (20,90 %) respondentů by eutanázii nelegalizovalo.

Položka číslo 9 – Bojíte se případného zneužívání eutanázie, kdyby byla legalizovaná?

Tabulka 9 Strach ze zneužití eutanázie

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) ano	51	79,12 %
b) ne	16	23,88 %
Celkem	67	100,00 %

Graf 9 Strach ze zneužití eutanázie



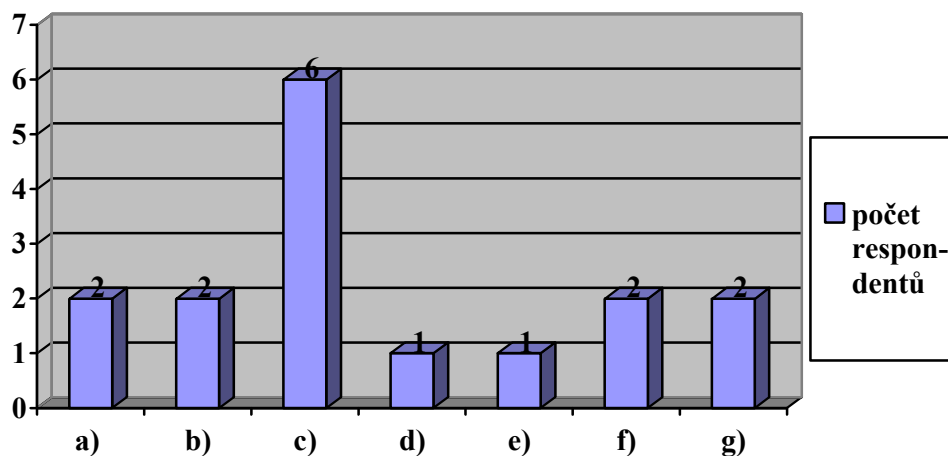
Při pohledu na graf 9 je zřejmé, že 51 (79,12 %) respondentů má strach ze zneužití eutanázie. Pouze 16 (23,88 %) respondentů nemá strach ze zneužití eutanázie.

Položka číslo 10 – Pokud jste odpověděl/-a u otázky 9 ne, je to z důvodu?

Tabulka 10 Důvody

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) Věřím, že se nezneužije	2	2,99 %
b) Předpokládám, že rozhodnutí je na mně, nebo nejblížeších	2	2,99 %
c) Předpokládám právní ochranu, velmi přísný dohled a kontrolu	6	8,96 %
d) Důvěřuji státu	1	1,49 %
e) Nevím	1	1,49 %
f) individuální přístup ke každému případu	2	2,99 %
g) zodpovědné lidi na to určený, aby to nezneužívali	2	2,99 %
Celkem	16	23,88 %

Graf 10 Důvody



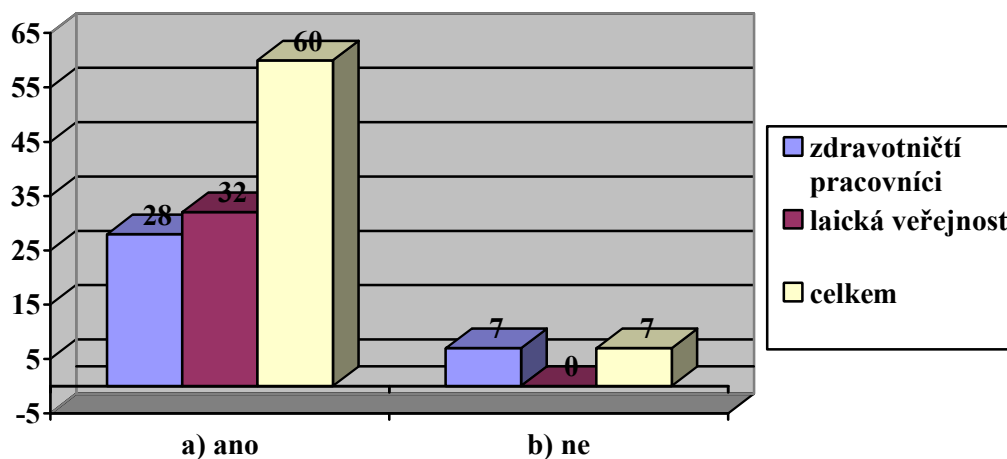
Největší počet respondentů 6 (8,96 %) dalo odpověď c) předpokládám právní ochranu, velmi přísný dohled a kontrolu. Většina ostatních odpovědí se vyskytovali po dvou (2,99 %). Po jedné (1,49 %) odpovědi získali d) důvěřuji státu a e) nevím.

Položka číslo 11 – Myslíte si, že člověk má právo rozhodnout o ukončení svého života pomocí eutanázie?

Tabulka 11 Právo ukončit svůj život

Odpovědi	Nelékařští zdravotničtí pracovníci		Laická veřejnost (nezdravotníci)		Celkem dle typu odpovědi	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) Ano	28	41,79 %	32	47,76 %	60	89,55 %
b) Ne	7	10,45 %	0	0,00 %	7	10,45 %
Celkem dle odbornosti	35	52,24 %	32	47,76 %	67	100,00 %

Graf 11 Právo ukončit svůj život



Graf 11 nám ukazuje, že 28 (41,79 %) nelékařských zdravotnických pracovníků a 32 (47,76 %) zástupců laické veřejnosti (nezdravotníků) si myslí, že člověk má právo ukončit svůj život pomocí eutanázie. Pouze 7 (10,45 %) nelékařských zdravotnických pracovníků odpovědělo, že člověk nemá právo ukončit svůj život.

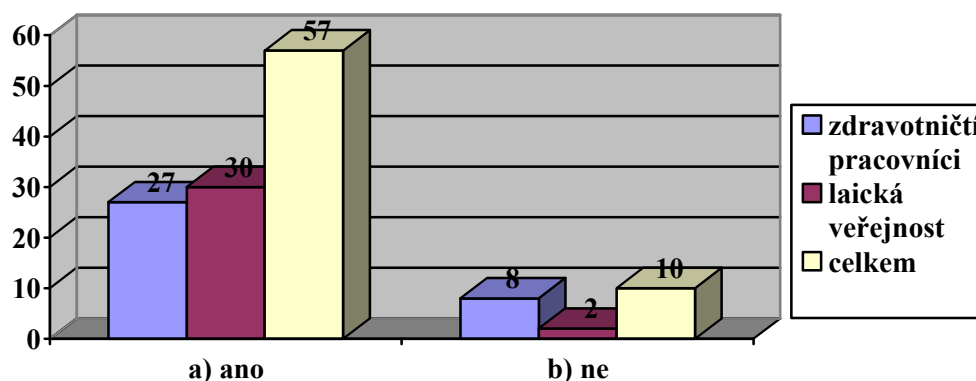
Položka číslo 12 – Přejel/a byste si v případě nevléčitelné a bolestivé nemoci eutanázii?

Tabulka 12 Přejel/a byste si eutanázii

Odpovědi	Nelékařští zdravotničtí pracovníci		Laická veřejnost (nezdravotníci)		Celkem dle typu odpovědi	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) Ano	27	40,30 %	30	44,78 %	57	85,07 %
b) Ne	8	11,94 %	2	2,99 %	10	14,93 %
Celkem dle odbornosti	35	52,24 %	32	47,76 %	67	100,00 %

Graf 12 Přejel/a byste si eutanázii

Graf č 12 - Přejel/a byste si eutanázii



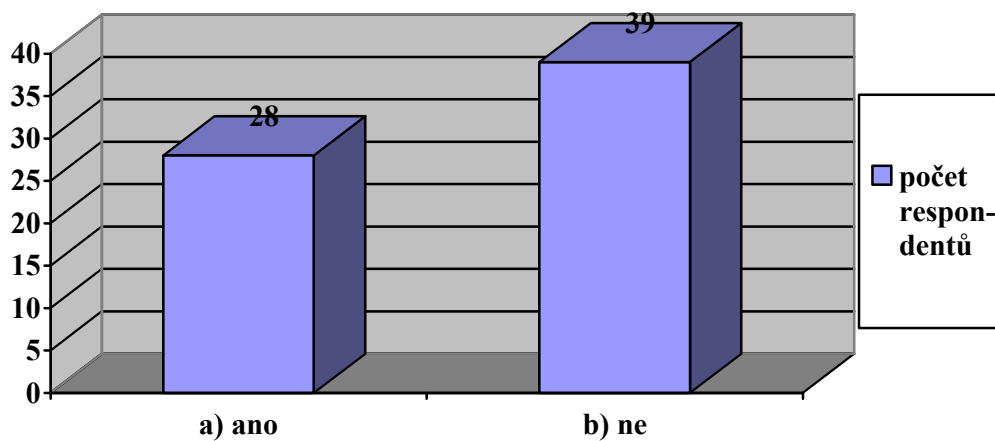
Z grafu 12 vidíme, že 27 (40,30 %) nelékařských zdravotnických pracovníků a 30 (44,78 %) zástupců laické veřejnosti (nezdravotníků), by si přálo eutanázii v případě nevléčitelné a bolestivé nemoci. Podstatně menší skupina 8 (11,94 %) nelékařských zdravotnických pracovníků a 2 (2,99 %) zástupci laické veřejnosti (nezdravotníci), by se chtěli udržet při životě co nejdéle, i v případě nevléčitelné nemoci.

Položka číslo 13 – Myslíte si, že má člověk právo ukončit život druhé osobě?

Tabulka 13 Právo ukončit život druhé osobě

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) ano	28	41,79 %
b) ne	39	58,21 %
Celkem	67	100,00 %

Graf 13 Právo ukončit život druhé osobě



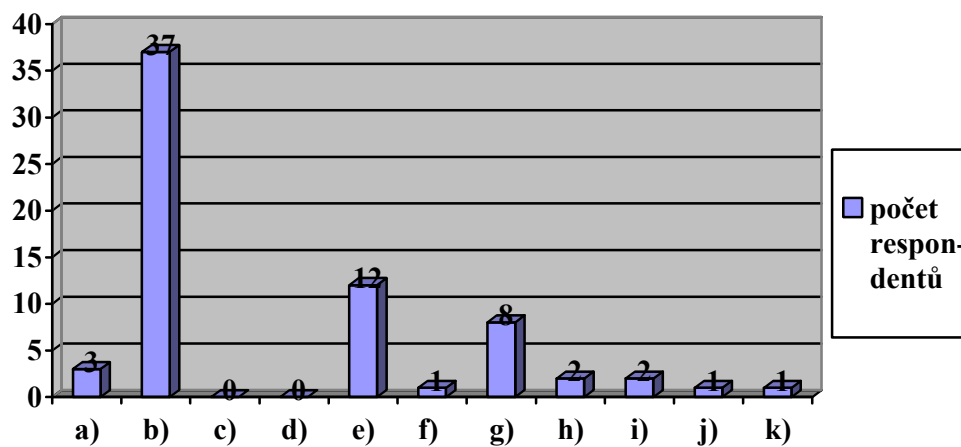
Tento graf 13 nám ukazuje, že 28 (41,79 %) respondentů si myslí, že má člověk právo ukončit život druhé osobě. Přesto je vidět, že větší část respondentů si myslí, že člověk nemá právo ukončit život druhé osobě, tuto odpověď označilo 39 (58,21 %) respondentů.

Položka číslo 14 – Kdo by měl být ten, kdo ukončuje život?

Tabulka 14 Kdo má ukončit život

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) kněz	3	2,99 %
b) lékař	37	55,22 %
c) zdravotní sestra	0	0 %
d) právník	0	0 %
e) rodina	12	17,91 %
f) ZS a rodina	1	1,49 %
g) lékař, rodina	8	11,94 %
h) kat	2	2,99 %
i) člověk sám	2	2,99 %
j) sám, lékař, zdrav. sestra a rodina	1	1,49 %
k) lékař, zdravotní sestra a rodina	1	1,49 %
Celkem	67	100,00 %

Graf 14 Kdo má ukončit život



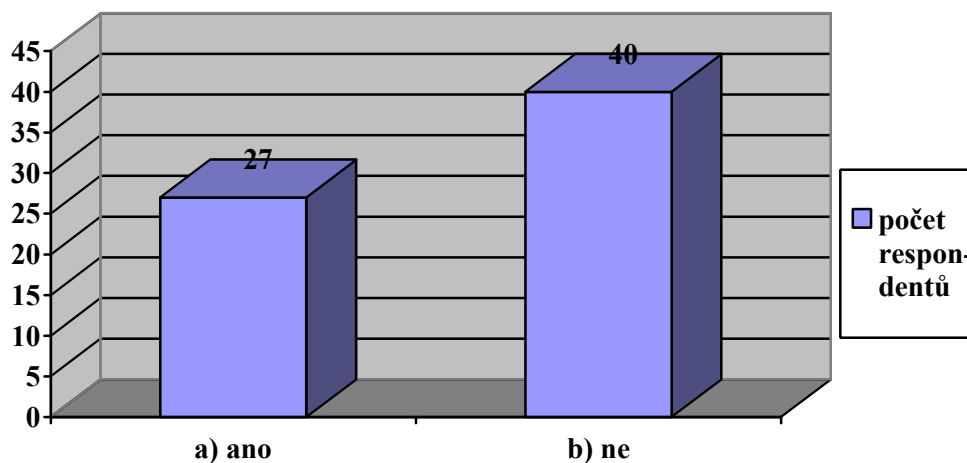
Největší počet 37 (55,22 %) respondentů označilo odpověď b) lékař, na otázku kdo by měl být ten, kdo ukončuje život. Další nejčastější odpovědí bylo e) rodina, kdy tuto odpověď označilo 12 (17,91 %) respondentů. Byla zde i možnost vlastního názoru, kdo by měl ukončovat život a nejčastější odpovědí bylo g) lékař a rodina, kdy tuto odpověď zvolilo 8 (11,94 %) respondentů. Ostatní odpovědi nezískali více než od 2 (2,99 %) respondentů. Odpovědi c) zdravotní sestra a d) právník, nebyli zvoleni od jediného respondenta (1,49 %).

Položka číslo 15 – Umíral někdo z Vašich blízkých dlouho a bolestivě?

Tabulka 15 Úmrtí někoho blízkého

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) ano	27	40,30 %
b) ne	40	59,70 %
Celkem	67	100,00 %

Graf 15 Úmrtí někoho blízkého



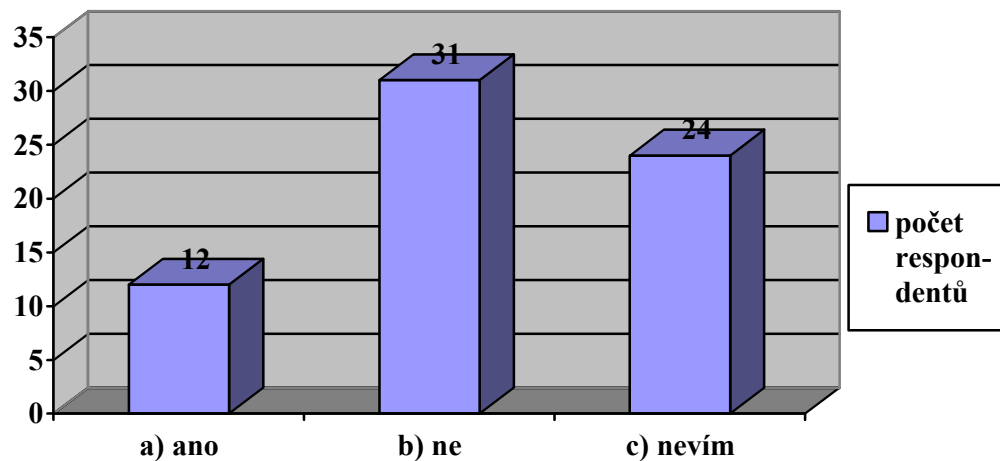
Graf č 15 ukazuje, že 27 respondentů (40,30 %) měli blízkého člověka, který umíral dlouho a bolestivě. Ovšem větší počet respondentů nikoho umírajícího v bolestech neměl. Odpověď b) ne, zvolilo 40 respondentů (59,70 %).

Položka číslo 16 – Přejí/-a byste si v případě nevléčitelné a bolestivé nemoci Vašeho blízkého rozhodovat o jeho životě?

Tabulka 16 Rozhodnutí o životě

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) ano	12	17,91 %
b) ne	31	46,26 %
c) nevím	24	35,83 %
Celkem	67	100,00 %

Graf 16 Rozhodnutí o životě



Na otázku, zda bychom si přáli rozhodovat o životě blízké osoby odpovědělo a) ano odpovědělo 12 respondentů, čili 17,91 %. Největší skupinu tvořila odpověď b) ne, kterou zvolilo 31 respondentů (46,26 %). Odpověď c) nevím, zvolilo 24 (35,83 %) nelékařských zdravotnických pracovníků a laické veřejnosti (nezdravotníků).

9.6 Interpretace výsledků průzkumu

Na základě určení cílů jsme si stanovili 4 hypotézy. Výzkumu se zúčastnilo 35 zdravotníků a 32 nezdravotníků.

Hypotéza 1– Předpokládáme, že větší počet respondentů by souhlasil s legalizací eutanázie, než těch, kteří by jí zamítli, jsem prověřovala položkami 6, 7, 8. Hypotéza 1 se **potvrdila**.

Hypotéza 2 – Předpokládáme, že více nelékařských zdravotnických pracovníků by podstoupilo eutanázii, než nezdravotníků, se vztahovaly položky 11 a 12. Hypotéza 2 se **nepotvrdila**.

Hypotéza 3 – Předpokládáme, že větší počet respondentů se bojí zneužití eutanázie při jejím uzákoněním, patřily položky 9 a 10. Hypotéza 3 se **potvrdila**.

Hypotéza 4 – Předpokládáme, že větší počet respondentů by nechtěl rozhodovat o ukončení života svého blízkého, než těch, kteří by chtěli, prověřovaly v dotazníku položky 13, 14, 15 a 16. Hypotéza 4 se **potvrdila**.

9.7 Diskuse

Výsledky našeho průzkumu nebylo možné srovnat s výsledky jiných autorů, v jejich pracech se objevuje pouze jedna skupina respondentů. Náš průzkum obsahuje dvě skupiny, nelékařský zdravotnický personál a laickou veřejnost (nezdravotníky).

V teoretické části jsme se dozvěděli, že jsou dva tábory lidí, první skupina souhlasí s legalizací eutanázie a druhá jí zamítá. V našem průzkumu jsme však zjistili, že větší počet 35 respondentů (79,10 %), by souhlasilo s legalizací eutanázie u nás.

Zarážející skutečností se staly odpovědi respondentů, kteří nemají strach ze zneužití, protože právě zneužití je nejčastější obavou odpůrců eutanázie, ale také společnosti ve státech, kde eutanázie byla prováděna, je legalizovaná, nebo se o její legalizaci uvažuje.

Zájem o více informací v souvislosti s problematikou eutanázie projevilo 22 respondentů (32,8 %) a větší počet 25 respondentů (37,3 %) si není jistý jestli ví vše potřebné.

Teoretická část nám ukázala, že v zemích jako jsou Spojené státy americké a Austrálie, je zaveden systém životní vůle, ve Švýcarsku je legalizovaná asistovaná sebevražda, kdy pacient ukončuje život sám. V průzkumu na otázku, kdo by měl ukončovat život, odpovědělo 37 respondentů (55,2 %), že ten, kdo usmrcuje, by měl být lékař. Ovšem většina lékařů ve všech státech považuje eutanázii za nepřípustnou a porušení Hippokratovy přísahy.

10 Doporučení pro praxi

Ministerstvo zdravotnictví by se mělo více zaměřit na podávání informací veřejnosti, vzhledem k tomu, že i nám průzkum ukázal, že většina respondentů by přivítala více informací. Velice dobré by bylo zavedení seminářů na zdravotnických školách, ale také na lékařských oborech. Domníváme se, že s velkou účastí by se setkaly veřejné diskuze, kde by se laická veřejnost seznámila s pojmem eutanázie, jejími druhy a vším, co je s eutanázií spojené. Samozřejmě vždy s prostorem pro diskusi a zodpovězení otázek.

V České republice sice není eutanázie legalizovaná, ale myslíme si, že je velice důležité zaškolení sester, jak pečovat o umírajícího pacienta. Důležitá je komunikace sestry s pacientem, proto by měly být sestry edukovány o správnosti komunikace jak s umírajícím pacientem, tak i jeho rodinou.

Zdravotnický personál by se měl věnovat správnému přístupu k pacientovi, protože umírající člověk je pořád člověk, který má své city a potřeby. Domníváme se, že lepší přístup mají k pacientům v konečné fázi nemoci sestry v hospicích, ve kterých je zdravotnický personál lépe připraven.

ZÁVĚR

Cílem bakalářské práce bylo zjistit informovanost společnosti o eutanázii. V teoretické části jsme shrnuli historii a současný stav. Vysvětlili jsme nejdůležitější pojmy patřící k eutanázii, také paliativní a hospicovou péči. V praktické části jsme pomocí dotazníku oslovili 45 respondentů z nelékařského zdravotnického personálu a 45 ze souboru laické veřejnosti (nezdravotníků), abychom zjistili stanovené cíle. Dotazníků se vrátilo 67, z toho 35 od nelékařského zdravotnického personálu a 32 dotazníků od laické veřejnosti (nezdravotníků). Cílem bylo zjistit informovanost o eutanázii, zda by souhlasili s její legalizací a dalšími cíli bylo zjistit, zda by sami postoupili eutanázii a jestli by si přáli rozhodovat o životě druhé osoby.

Předpokládali jsme, že zdravotníci by chtěli podstoupit eutanázii častěji než laická veřejnost (nezdravotníci) z důvodu práce v nemocnici a setkávání se se smrtí, někdy i s dlouhým a bolestivým umíráním. Průzkum však ukázal, že respondenti ze souboru laické veřejnosti (nezdravotníci) by více podstoupili eutanázii než nelékařský zdravotnický personál. Poměrně velká část respondentů by souhlasila s legalizací eutanázie, i když mají strach ze zneužití. Udivující byly i odpovědi respondentů, kteří se zneužití eutanázie nebojí a věří v přísná pravidla a kontrolu. I přes některé překvapující odpovědi respondentů můžeme konstatovat, že cíle bakalářské práce byly splněny.

Můj názor na eutanázii je stejný jako u většiny respondentů, souhlasila bych s legalizací, ale také mě napadá myšlenka zneužití. Sama bych podstoupila eutanázii, protože myšlenka na trpícího člověka nebo člověka pod takovým vlivem vysokých dávek opiátů a léků proti bolesti, že nevnímá, je hrozná a nepřeji si takové umírání, ani nikomu jinému. Proto bych chtěla rozhodovat o životě osoby blízké, i když by to bylo velice těžké.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. CORLESS, B.; GERMINO, B.; PITTMAN, M. 1994. *Dying, Death, and Bereavement: Theoretical Perspectives and Other Way of Knowing*. London : Jones and Bartlett Publisher, 1994. ISBN 1-800-832-0034.
2. GOLDMANN, Radoslav; CICHÁ, Martina. 2004. *Etika zdravotní a sociální práce*. 1. vydání Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2004. ISBN 80-244-0907-0.
3. HAŠKOVCOVÁ, Helena. 2000. *Lékařská etika*. 3. rozšířené vydání Praha : Galén, 2000. ISBN 80-7262-132-7.
4. HAŠKOVCOVÁ, Helena. 2007. *Thanatologie*. 2. přepracované vydání Praha : Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-471-3.
5. JASENKOVÁ, M.; MIKESKOVÁ, M. a kol. 2005. *Pamáhat'žit'a zomierat', radovat'sa a smútit'*. Bratislava : CICERO, s. r. o., 2005. ISBN 80-969428-6-7.
6. KALVACH, Z. aj. 2004. *Umírání a paliativní péče v ČR*. 1. vydání Praha : Cesta domů, 2004. ISBN 80-239-2832-5.
7. KELNAROVÁ, Jarmila. 2007. *Tanatologie v ošetrovatelství*. 1. vydání Brno : Litera, 2007. ISBN 978-80-85763-36-2.
8. KIZÁK, Juraj. 2006. *Kde jsou již existující hospice* [online]. [cit. 2009-12-28]. Dostupné z WWW: <<http://www.hospice.cz/>>.
9. KOŘENEK, Josef. 2002. *Lékařská etika*. 1. vydání Praha : TRITON, 2002. ISBN 80-7254-235-4.
10. MUNZAROVÁ, Marta. 2002. *Vybrané kapitoly z lékařské etiky I, Smrt a umírání*. 2. opravné vydání Brno : MU, 2002. ISBN 80-210-3017-8.

11. MUNZAROVÁ, Marta. 2005. *Eutanazie, nebo paliativní péče?* 1. vydání Praha : Grada Publishing, a.s., 2005. ISBN 80-247-1025-0.
12. MUNZAROVÁ, Marta a kol. 2008. *Proč NE eutanazii aneb Být, či nebýt?* 1. vydání Praha : ECCE HOMO,o.s., 2008. ISBN 978-80-7195-304-3.
13. NĚMCOVÁ, J.; MAURITZOVÁ, I. 2009. *Skripta k tvorbě bakalářských a magisterských prací.* Plzeň : Maurea, s. r. o., 2009. ISBN 978-80-902876-0-0.
14. O'CONNOR, Margaret; ARANDA, Sanchia. 2005. *Paliativní péče: pro sestry všech oborů.* Z angl. orig. přel. Jana Heřmanová. 1. vydání Praha : Grada Publishing, a.s., 2005. ISBN 80-247-1295-4.
15. PAYNEOVÁ, S.; SEYMOUROVÁ, J.; INGLETONOVÁ, CH. 2007. *Principy a praxe paliativní péče.* Z angl. orig. přel. Ivo Lukáš. 1. vydání Brno : Společnost pro odbornou literaturu, 2007. ISBN 978-80-87029-25-1.
16. PECK, M. Scott. 1997. *Odmítnutí duše.* 1, vydání Praha : Pragma 2001, 1997. ISBN 80-7205-757-X.
17. POLLARD, Brian. 1996. *Eutanazie- ano či ne?* Z angl. orig. přel. Eva Masnerová. 1. vydání Praha : Dita, 1996. ISBN 80-85926-07-5.
18. SKÁLA, B. aj. 2005. *Paliativní péče o pacienty v terminálním stádiu nemoci.* Praha : Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, 2005. ISBN 80-86998-03-7.
19. STUDENT, J.; MÜHLUM, A.; STUDENT, U. 2006. *Sociální práce v hospici a paliativní péče.* Z něm. orig. přel. Marek Zikmund. 1. vydání Praha : Nakladatelství H&H Vyšehradská, s. r. o., 2006. ISBN 80-7319-038-9.
20. SVATOŠOVÁ, Marie. 2003. *Hospice a umění doprovázet.* 5. doplněné vydání Praha : ECCE HOMO, 2003. ISBN 80-902049-4-5.

21. ŠEVELOVÁ, Irena. 2010. *Eutanazie, smrt v přímém přenosu* [online]. [cit. 2010-3-18]. Dostupné z WWW: <<http://www.mesec.cz/>>.
22. ŠPINKOVÁ, Martina; ŠPINKA, Štěpán. 2006. *Euthanasie Víme, o čem mluvíme?* První dobrá, s. r. o Cesta domů, 2006.
23. ŠŤASTNÝ, Boris. 2010. *Vražda nebo akt milosrdenství* [online]. [cit. 2010-2-26]. Dostupné z WWW: <<http://www.borisstastny.cz/>>.
24. THEOVÁ, Anne- Mei. 2007. *Paliativní komunikace*. 1. vydání Brno : Společnost pro odbornou literaturu, 2007. ISBN 978-80-87029-24-4.
25. THOMASMA, David; KUSHNEROVÁ, Thomasine. 2000. *Od narození do smrti*. Z angl. orig. přel. Lucie Motlová. 1. vydání Praha : Mladá fronta, 2000. ISBN 80-204-0883-5.
26. VIRT, Günter. 2000. *Žít až do konce*. 1. vydání Praha : VYŠEHRAD, spol. sr. o., 2000. ISBN 80-7021-330-2.

PŘÍLOHY

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A – Dotazník	I
Příloha B – Souhlas s umožněním průzkumu FN Bulovka	III
Příloha C – Souhlas s umožněním průzkumu Nemocnice Mělník	IV
Příloha D – Souhlas s umožněním průzkumu nemocnice Almeda	V
Příloha E – Souhlas s umožněním průzkumu Manag Libiš	VI
Příloha F – Souhlas s umožněním průzkumu Nikon Praha	VII
Příloha G – Souhlas s umožněním průzkumu Mondi Coating Štětí	VIII

Příloha A – Dotazník

Dotazník- Postoj společnosti k eutanázii

Vážení respondenti ,

jmenuji se Monika Placzková a jsem studentkou 3. ročníku Vysoké školy zdravotnické. V současné době pracuji na bakalářské práci na téma Postoj společnosti k eutanázii, ke které patří i průzkum veřejného mínění a zpracování nasbíraných údajů. Dovoluji si Vás proto poprosit o vyplnění tohoto dotazníku. Všechny níže uvedené údaje jsou anonymní a budou použity pouze pro účely mé bakalářské práce.

Zvolené odpovědi označte křížkem.

Předem Vám děkuji.

1. Pohlaví

muž žena

2. Věk

do 30 31- 40 41- 50 51- 60 nad 61

3. Nejvyšší ukončené vzdělání

základní vyučen/-a středoškolské s maturitou
 vyšší odborné vysokoškolské

4. Jste

zdravotník nezdravotník

5. Jste

věřící nevěřící

6. Co se Vám vybaví pod pojmem eutanázie?

.....

7. Myslíte si, že jste dostatečně informován o eutanázii (způsob provedení, zákonné normy, kdo o ní může požádat..) ?

- ano, toto téma je rozebráno v médiích ne, o tomto tématu se moc nemluví
 nevím, zda vím všechno přivítal/-a bych více informací

8. Myslíte si, že by měla být eutanázie legalizovaná v ČR?

- ano ne

9. Bojíte se případného zneužívání eutanázie, kdyby byla legalizovaná?

- ano ne

10. Pokud jste odpověděl/-a u otázky 9 ne, je to z důvodů?

.....

11. Myslíte si, že člověk má právo rozhodnout o ukončení svého života pomocí eutanázie?

- ano ne

12. Přál/-a byste si v případě nevléčitelné a bolestivé nemoci eutanázii?

- ano, přál/-a bych si rychlý konec
 ne, chtěl/-a bych se udržet při životě co nejdéle

13. Myslíte si, že má člověk právo ukončit život druhé osobě?

- ano ne

14. Kdo by měl být ten, kdo ukončuje život?

- kněz lékař zdravotní sestra právník rodina
 jiný, kdo:

15. Umíral někdo z Vašich blízkých dlouho a bolestivě?

- ano ne

16. Přál/-a byste si v případě nevléčitelné a bolestivé nemoci Vašeho blízkého rozhodovat o jeho životě?

- ano ne nevím

Příloha B – Souhlas s umožněním průzkumu FN Bulovka

Praha 3. 12. 2009

Souhlasím s žádostí studentky Moniky Placzkové, Vysoká škola zdravotnická, k rozdáni dotazníků na tema „Postoj společnosti k eutanázii“ pracovníkům Oddělení klinické mikrobiologie FN Na Bulovce a s jejich následnou realizací.

MUDr. Blanka Horová
primář odd kl mikrobiologie



Příloha C – Souhlas s umožněním průzkumu Nemocnice Mělník

Nemocnice s poliklinikou Mělník

Interní oddělení

Pražská 528, Mělník 276 01

Tel.: +420 315 639 111

Fax: +420 315 623 110

Věc: Souhlas s umožnění kvantitativního průzkumu jako součásti bakalářské práce na gynekologicko- porodnickém oddělení na Mělníku

Souhlasíme s tím, aby **Monika Placzková**, studentka **Vysoké školy zdravotnické o.p.s.**, Duškova 7, Praha 5, mohla na našem oddělení realizovat průzkum formou dotazníku za účelem získání informací nezbytných k vypracování bakalářské práce na téma „Postoj společnosti k eutanázii“.

Studentka se zavazuje, že získané informace budou použity pouze k vypracování bakalářské práce a jiným způsobem nebudou zneužity.

Na Mělníku dne 14.1.2010

25	Mělnická zdravotní, a.s.
110	Nemocnice s poliklinikou Mělník
272	276 01 Mělník, Pražská 528
	interní oddělení
	tel.: 315 639 239

Podpis... *K. Dvořáková* (123)

Vrchní sestra Kamila Dvořáková
Interní oddělení

Příloha D – Souhlas s umožněním průzkumu nemocnice Almeda

ALMEDA, a.s.

Gynekologicko- porodnické oddělení

Alšova 462, Neratovice 277 11

Tel.: +420 315 637 111

Fax: +420 315 684 215

Věc: Souhlas s umožnění kvantitativního průzkumu jako součásti bakalářské práce na gynekologicko- porodnickém oddělení v Neratovicích

Souhlasíme s tím, aby **Monika Placzková**, studentka **Vysoké školy zdravotnické o.p.s.**, Duškova 7, Praha 5, mohla na našem oddělení realizovat průzkum formou dotazníku za účelem získání informací nezbytných k vypracování bakalářské práce na téma „Postoj společnosti k eutanázii“.

Studentka se zavazuje, že získané informace budou použity pouze k vypracování bakalářské práce a jiným způsobem nebudou zneužity.

V Neratovicích dne 26. 4. 2010

Podpis... 

MUDr. Katarína Csicsiaová
Gynekologicko- porodnické oddělení

Příloha E – Souhlas s umožněním průzkumu Manag Libiř

MANAG a. s.

Školní 609, Libiř 277 11

Tel.: +420 321 111 616

Fax.: +420 321 101 119

Věc: Souhlas s umožnění kvantitativního průzkumu jako součásti bakalářské práce ve firmě Manag a. s.

Souhlasíme s tím, aby **Monika Placzková**, studentka **Vysoké školy zdravotnické o.p.s.**, Duškova 7, Praha 5, mohla na našem oddělení realizovat průzkum formou dotazníku za účelem získání informací nezbytných k vypracování bakalářské práce na téma „Postoj společnosti k eutanázii“.

Studentka se zavazuje, že získané informace budou použity pouze k vypracování bakalářské práce a jiným způsobem nebudou zneužity.

V Libiři dne*22.11.2009*.....



Podpis.....*František Staňek*.....

František Staňek
Manag a. s.

Příloha F – Souhlas s umožněním průzkumu Nikon Praha

NIKON spol. s r. o.
Kodaňská 46, Praha 100 10
Tel.: +420 267 154 560
Fax.: +420 267 154 564

Věc: Souhlas s umožnění kvantitativního průzkumu jako součásti bakalářské práce ve firmě Nikon spol. s r. o.

Souhlasíme s tím, aby **Monika Placzková**, studentka **Vysoké školy zdravotnické o.p.s.**, Duškova 7, Praha 5, mohla na našem oddělení realizovat průzkum formou dotazníku za účelem získání informací nezbytných k vypracování bakalářské práce na téma „Postoj společnosti k eutanázii“.

Studentka se zavazuje, že získané informace budou použity pouze k vypracování bakalářské práce a jiným způsobem nebudou zneužity.

V Praze dne 22. 12. 09

Podpis.....
Simona Látková
Nikon spol, s r. o.



Nikon spol. s r. o.
sklad
Kodaňská 46
100 10 Praha 10
tel: +420 2 67154560
fax: +420 2 67154564

Příloha G – Souhlas s umožněním průzkumu Mondi Coating Štětí



Mondi Coating Štětí a.s.
Coatings
Litoměřická 272, CZ-41108 Štětí
Czech Republic
Tel: +420 416 801 111
Fax: +420 416 802 007
www.mondigroup.com

datum: 9.3.2010

p. Monika Placzková
studentka
Vysoká škola zdravotnická o.p.s.
Dušková 7
PRAHA 5

Věc: Souhlas s umožněním kvantitativního průzkumu jako součásti bakalářské práce ve společnosti Mondi Coating Štětí a.s.

Souhlasíme s tím, aby Monika Placzková, studentka Vysoké školy zdravotnické o.p.s., Dušková 7, Praha 5, mohla v naší společnosti realizovat průzkum formou dotazníku za účelem získání informací nezbytných k vypracování bakalářské práce na téma „Postoj společnosti k eutanázii“.

Studentka se zavazuje, že získané informace budou použity pouze k vypracování bakalářské práce a nebudou zneužity jiným způsobem.




Mondi Coating Štětí a.s.

Litoměřická 272, 411 08 Štětí
Czech Republic
www.mondigroup.com 6


Martin Čecho
manažer kvality, koordinátor BOZP

Mondi Coating Štětí a.s. je certifikováno dle ISO 9001:2008 – výroba a prodej papíru a dalších materiálů pro oblast produktů s bariérovými vlastnostmi. Původní schválení 15. 12. 2003



 A member of the Mondi group