

Postoje studentů ošetřovatelství ke smrti a umírání

Tereza Hlaváčková

Bakalářská práce
2012



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav ošetrovatelství

akademický rok: 2011/2012

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Tereza HLAVÁČKOVÁ**

Osobní číslo: **H09690**

Studijní program: **B 5341 Ošetrovatelství**

Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Téma práce: **Postoje studentů ošetrovatelství ke smrti a umírání**

Zásady pro vypracování:

V teoretické části zpracovat pojem a historii umírání a smrti, fáze umírání a zásady komunikace s umírajícími.

V praktické části provést dotazníkové šetření na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně u studentů oboru Všeobecná sestra. Pomocí dotazníků zhodnotit postoje, vědomosti a přístupy studentů k umírajícím a smrti v praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

ARIÉS, Philippe, 2000. Dějiny smrti I. Přeložila Danuše NAVRÁTILOVÁ. Praha: Argo. ISBN 80-7203-286-0.

HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2007. Thanatologie. Vyd. 2. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-471-3.

KELNEROVÁ, Jarmila, 2007. Tanatologie v ošetrovatelství. Brno: Littera. ISBN 978-80-85-763-36-2.

KUTNOHORSKÁ, Jana, 2007. Etika v ošetrovatelství. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2069-2.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth, 1992. O smrti a umírání. Přeložili Jiří KRÁLOVEC a agentura Lingua. Turnov: Arica & Nadace Klíček. ISBN 80-900134-6-5.

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

Vedoucí bakalářské práce: **doc. PhDr. Jana Kutnohorská, CSc.**
Ústav aplikovaných společenských věd

Datum zadání bakalářské práce: **30. listopadu 2011**

Termín odevzdání bakalářské práce: **30. května 2012**

Ve Zlíně dne 14. února 2012


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




Mgr. Anna Krátká, Ph.D.
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UIB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ⁴⁾ 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 29.5.2014


.....

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 Zveřejněním vědeckých prací.

²⁾ Pokud dílo nepřiblížíme zřejmou diskretní, studentovi bakalářské a magisterské práce, a které je předmětem obhajoby, včetně postupů operativní a výsledky obhajoby prostřednictvím databáze knihovnických prací, kterou spravuje, způsob zveřejnění vlastními metodami předjet vlastní dílo.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ABSTRAKT

Téma bakalářské práce se zabývá postoji studentů ošetrovatelství ke smrti a umírání. Hlavním výzkumným cílem mé bakalářské práce je zjistit, jak smrt a umírání ovlivňuje chování studentů ošetrovatelství a zda je možné se na setkání se smrtí a umíráním připravit ve zdravotnických zařízeních. Pro některé lidi je smrt záhadné a neznámé téma, i když je smrt součástí našich životů. V teoretické části práce definuji pojem smrt a historie umírání a smrti. Také chci věnovat pozornost fázím umírání, jaké jsou jejich projevy a jaké jsou zásady komunikace v jednotlivých fázích. Praktická část zahrnuje kvantitativní zvykům, který obsahuje strukturované dotazníky. Výzkum jsem realizovala na Fakultě Tomáše Bati ve Zlíně. Respondenti byli studenti všech ročníků oboru Všeobecná sestra. Celkem bylo rozdáno 100 dotazníků, zpět bylo odevzdáno 95 a použitelných bylo 83 dotazníků. Odpovědi jsou zpracovány v praktické části bakalářské práce.

Klíčová slova: smrt a umírání, studenti ošetrovatelství

ABSTRACT

This bachelor thesis deals with nursing students attitudes to death and dying. The principal aim of my bachelor thesis is to find out how death and dying influence behaviour of nursing students and whether it is possible to be prepared for the encounter with death and dying in health care facilities. For some people death is taboo, despite it is a part of our life. In the theoretical part of the thesis, I define the concept of death and the history of death and dying. In addition, I focus on stages of grief, on their signs and symptoms and on the principles of communication. The practical part of the thesis includes quantitative research which contains structured questionnaires. I have done my research at the Tomas Bata University in Zlin. The respondents were nursing students. 100 questionnaires were distributed out of which I have received 95 back. Out of the 95 questionnaires, 83 of them were usable. I analyze the responses in the practical part of the thesis.

Keywords: death and dying, nursing students

Poděkování

Děkuji doc. PhDr. Janě Kutnohorské, CSc. za odborné vedení, cenné rady, připomínky a trpělivost při zpracování bakalářské práce. Chtěla bych také poděkovat všem, kteří mi byli oporou a pomáhali mi při studiu.

OBSAH

ÚVOD	9
I TEORETICKÁ ČÁST	11
1 UMÍRÁNÍ A SMRT	12
1.1 PŘÍSTUP K UMÍRAJÍCÍM A OSOBNÍ RŮST	14
2 HISTORIE UMÍRÁNÍ A SMRTI	16
2.1 UMÍRÁNÍ A SMRT V MINULOSTI	16
2.2 UMÍRÁNÍ A SMRT VE 20. STOLETÍ DO SOUČASNOSTI	18
2.3 PÉČE O UMÍRAJÍCÍ.....	19
2.3.1 Domácí model umírání	19
2.3.2 Institucionální model umírání.....	19
3 FÁZE UMÍRÁNÍ	22
3.1 FÁZE NEGACE, ŠOKU, POPÍRÁNÍ	23
3.1.1 Zásady komunikace	23
3.2 FÁZE AGRESE, HNĚVU.....	24
3.2.1 Zásady komunikace	24
3.3 FÁZE SMLouvÁNÍ.....	24
3.3.1 Zásady komunikace	25
3.4 FÁZE DEPRESE	25
3.4.1 Zásady komunikace	25
3.5 FÁZE AKCEPTACE	26
3.5.1 Zásady komunikace	26
3.6 SOCIÁLNÍ FÁZE UMÍRÁNÍ A SMRTI.....	26
3.7 POSTOJE PACIENTŮ K UMÍRÁNÍ.....	27
4 SESTRA A UMÍRAJÍCÍ	29
4.1 KOMUNIKACE S UMÍRAJÍCÍM	30
4.1.1 Zásady při komunikaci s umírajícím	31
II PRAKTICKÁ ČÁST	34
5 CÍLE PRÁCE A OČEKÁVANÉ VÝSLEDKY	35
5.1 CÍLE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	35
5.2 OČEKÁVANÉ VÝSLEDKY	35
6 METODIKA PRÁCE	36
7 VÝSLEDKY VÝZKUMU	37
8 VYHODNOCENÍ	62
9 DISKUZE	63
ZÁVĚR	65
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	67
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	69
SEZNAM OBRÁZKŮ	70
SEZNAM TABULEK	71
SEZNAM PŘÍLOH	72

ÚVOD

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

Platón

Smrt je jediná jistota v životě, kterou člověk má a je to přirozená součást života. Po narození je každému v osudu smrt určená a neodvratitelná. Smrt představuje téma, o kterém se ve společnosti málo mluví, protože je neprozkoumatelná a znamená bolestivou věc po stránce psychické a často i po stránce fyzické. Umírání a smrt vyvolávají strach, protože každý člověk prožije tyto věci sám a znamenají vstup do neznáma a konec života. Smrt je konec radostí, štěstí a příjemných chvil, kterých se převážná část lidí nechce vzdát.

V dnešní společnosti lidé z důvodu technické a lékařské vyspělosti zapomínají, že jsou smrtelní a snaží se smrt neustále porazit nebo ji oddálit všemi prostředky. V některých těchto případech lidé zapomínají na svoji lidskost, která se používala v minulosti jako hlavní lék při umírání. Lidé se snažili smrt co nejvíce ignorovat, vytěsnit ji z běžného života aby nikdo neviděl, že existuje něco jiného než radostný a šťastný život a s postupem času došlo k její tabuizaci. Tabuizace smrti byla příčinou, proč se lidé o smrt málo zajímali a přestali ji tak vnímat jako přirozenou součást života. Nebyly k dispozici zdroje, ze kterých by mohl člověk čerpat informace o tématu umírání a smrti a odborníci se tomuto tématu vyhýbali.

Ignorovat smrt je možné pouze do doby, dokud smrt neudeří v naší blízkosti. Smrt ale přece nejde stále potlačovat, když má každý člověk ke smrti tak blízko, stačí jen okamžik a dostane se do její náruče. V současnosti je dostatek zdrojů, ze kterých se člověk může vzdělávat a změnit svůj postoj k umírání a smrti.

Téma své bakalářské práce jsem si vybrala hlavně z dvou důvodů. Smrti jsem se vždy bála, měla jsem z ní velký respekt a vždy mě přepadl velký pocit bezmocnosti, když jsem si uvědomila, že proti smrti nic nezmůžu, že i já se s ní potkám a přemýšlela jsem o tom, jaké to jednou bude, až s ní budu v přímém kontaktu. Další důvod výběru mé bakalářské práce byl, že zdravotnický personál se setkává se smrtí mnohem častěji než nezdravotníci. Očekává se tedy od nich profesionální a lidský přístup.

Práce je rozdělena do dvou částí. První část je teoretická a věnuje pozornost pojmům umírání a smrt a jaká je historie umírání a smrti do současnosti. Dále se zabývá fázemi umírání, jak se projevují a jak v určitých fázích komunikovat a v poslední řadě se věnuje zásadám, jak se chovat a komunikovat s umírajícími. Praktická část je realizována dotazníkovým šetřením, který má za cíl zjistit, jaké pocity u studentů vyvolává umírání a smrt, zda si chtějí o umírání a smrti promluvit, jestli dokážou být s mrtvým přítomni sami a jestli si myslí, že jim výuka na VŠ poskytla dostatečné znalosti o umírání a smrti.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 UMÍRÁNÍ A SMRT

Před smrtí se uplatňuje proces umírání, který je individuální, jedinečný, různě dlouhý a má různou podobu. Umírání patří k osobním prožitkům člověka, nikdo jiný se nemůže na tomto procesu podílet. Člověk, který umírá, se vědomě nebo nevědomě vyrovnává se skutečností, že jeho život se blíží ke konci (Kelnarová, 2007, str. 10).

Umírání je jedna z nejtěžších zkušeností pro nemocného člověka, ale i pro rodinu a blízké. Znamená to rozloučení se životem, opouštění věcí, které člověk měl rád a hlavně rozloučení s lidmi, které miloval. Proces umírání blízkého může být pro ostatní připomínkou své vlastní smrtelnosti, že i jejich život skončí smrtí a i oni možná prožijí proces umírání (Křivohlavý, 2002, str. 156).

Podle časového rozmezí se umírání dělí na rychlou smrt a pomalé umírání. Rychlá smrt představuje např. smrtelný úraz, autonehodu. Rychlou smrt si přeje mnoho lidí, hlavním důvodem je fakt, že člověk zemře bez trápení, bez bolesti a bez starostí jeho rodiny. Pomalého umírání se lidé bojí, představuje nemocniční oddělení, bolestivé výkony, závislost nemocného na ostatních lidech, ztrátu důstojnosti, zátěž pro rodinu a také ztrátu práva na důstojné umírání. Při tomto procesu se ale může nemocný a rodina připravit na odchod ze života a dochází k prověření pevnosti vztahů mezi rodinou (Kelnarová, 2007, str. 11). Smrt ale také lze rozdělit do dvou skupin, přirozená smrt a nepřirozená smrt. Přirozená smrt se uvádí především jako smrt věkem. Tato smrt představuje zánik organismu na základě biologického stárnutí člověka, lze ji tedy odlišit od smrti předčasně způsobené autonehodou, vraždou, nemocí a další. Odpovědnost za nepřirozenou smrt nesou lékaři, protože nedokážou zachovat lidský život až do jeho přirozené smrti (Scherer, 2005, str. 50).

Přáním převážné části lidí je žít co nejdéle a zemřít přirozenou smrtí. Pokud má být smrt odsouvána tak dlouho, dokud nedojde k přirozenému biologickému zániku, je nutné opatření ze strany člověka. Přirozená smrt je tedy umělá smrt, protože je život prodloužen pro chování člověka (Scherer, 2005, str. 55).

Smrt je jediná jistota, kterou člověk má. Je to konec radostí, učení, úspěchů, absolutní konec všeho. Mnoho lidí má ze smrti strach, protože je to neznámá část života, kterou nikdo nedokáže předat, popsat, každý si ji prožije sám a pro mnohé znamená bolest. Strach je také umocněn tím, že smrt je zánik existence jedince a už nikdy si člověk život znovu neprožije, smrt a strach spolu prostě souvisí. Smrt může být pro některé lidi přechodem do

naprosté nicoty nebo do posmrtného života. Při první možnosti lidé pociťují zoufalství, druhá možnost znamená naději na věčný život. Jelikož nejsou důkazy pro obě možnosti, umírající pociťují nejistotu a pochybnosti. Věřící lidé mohou začít pochybovat o své víře k Bohu a o jeho existenci, nevěřící lidé se spíše začínají k Bohu obracet, pokouší se smlouvat o smrti, o pocitech bez bolesti a dalším životě. Všechny odpovědi se ale objeví až v okamžiku smrti (Munzarová, 2005, str. 15).

Člověk jako jediná bytost si je vědoma své existence, snaží se potlačit smrt biologicky podmíněnými mechanismy. Na rozdíl od zvířete, které žije daným okamžikem, člověk žije minulostí, přítomností a budoucností. Smrt je ale přítomna neustále, jen je člověkem potlačena nebo člověk si vůbec nepřipouští, že jeho život jednou skončí. Člověk se snaží se smrtí bojovat, chce být pánem života a smrti. Přístup, během kterého člověk opravdu ovládne svůj život a získá pocit svobody volby, je sebevražda (Scherer, 2005, str. 12, 35).

Smrt a umírání spojuje mnoho tajemství, která se mohou zdát být nepochopitelná a nad kterými si člověk klade otázky. I když je člověk chápe racionálně, emocionálně s nimi není vyrovnán. Smrt představuje záhadné tajemství, o kterém se člověk bojí mluvit, ale které ho zároveň fascinuje a zajímá. Na druhé straně se snaží člověk smrt zastírat, jako kdyby neexistovala a nic jiného než smrt není. Dochází tak k rozporu, kdy na jedné straně smrt představuje hrůzu a na druhé straně se tyto problémy bagatelizují (Křivohlavý, 2002, str. 153).

Z biologického hlediska znamená smrt trvalý zánik organismu. Dle WHO se za biologickou smrt považuje smrt mozku, kdy na EEG nejsou zaznamenány žádné elektrické aktivity, ale přitom člověk může vykazovat základní fyziologické funkce. Člověk je tedy lékařem prohlášen za mrtvého v okamžiku, kdy se pomocí přístrojů zjistí nulová aktivita mozku, ale člověk může stále dýchat a mít hmatný puls. Přístroje na zjištění elektrické aktivity jsou dostupné velmi málo, takže se umírající člověk prohlásí za mrtvého dle nejistých a jistých známek smrti (Kelnarová, 2007, str. 12-13).

S umíráním a smrtí nejvíce přicházejí do přímého kontaktu zdravotníci, a proto by měli být na setkání se smrtí připraveni. I rodina a blízcí umírajícího vyžadují od ošetřujícího personálu profesionální péči, na kterou má člen jejich rodiny právo. Na setkání se smrtí se nikdo nedokáže připravit, zdravotníci měli pocit nejistoty a strachu jak s umírajícími komunikovat, jak uspokojit jejich potřeby, jak se chovat. Z tohoto důvodu se o této pro-

blematicke začali zdravotníci více informovat. Záměr je najít odpověď, jak se k umírajícím a zemřelým chovat nejlépe a eticky správně (Kelarová, 2007, str. 12). Prostřednictvím hospiců je možné stát se svědky toho, jak vnímat umírání pozitivně jakožto završení života. Hnutí hospiců vnímá smrt jako součást života každého člověka, který je do nejvyšší možné míry jeho završením, rozřešením a naplněním (Davies, 2007, str. 78).

1.1 Přístup k umírajícím a osobní růst

Mnohým problémem lékařů je sdělování pravdy nemocným o smrti. Často se stává, že se umírající o své diagnóze ani nedozví, protože tzv. „uhýbaví“ lékaři tvrdí, že tito pacienti pravdu slyšet nechtějí, že nechtějí informace o svém skutečném stavu a že po psychické stránce by pravdu nezvládli. Po celou dobu se tedy myslí, že je vše v naprostém pořádku, a tak lékaři pociťují velkou úlevu, když se mohou vyhnout hovoru na toto téma a často si neuvědomují, že popisované chování u nemocných vyvolávají sami (Kübler-Ross, 1992a, str. 29).

Lékaři, kteří mají obavu z otevřených rozhovorů a nejsou schopni svým obavám čelit, mohou požádat o pomoc duchovního, aby si s nemocným promluvil. Přenesení odpovědnosti na někoho jiného může být pro lékaře ulehčení a tato možnost je zřejmě lepší, než se všem problémům vyhýbat. Úzkost lékaře ze smrti může dosáhnout až takové úrovně, že vydá příkaz personálu i duchovnímu, aby nemocnému o ničem neříkali. Je to obrana lékaře na vlastní konečnost života, kterou si nedokáže sám připustit. Jen lékař, který je smířený se svojí smrtelností, se svým koncem který se ani mu nevyhne, jen ten dokáže otevřeně a bez obav mluvit s pacienty o umírání a smrti (Kübler-Ross, 1992a, str. 29).

Existují ale také lékaři, kteří nemají problém se svými pacienty o umírání a smrti hovořit. Pokud lékař mluví se svým pacientem otevřeně o jeho zhoubném nádoru a nespojuje to nutně s hrozící smrtí, pro pacienta to znamená ohromné prokázání služby. Vždy by se měla nemocnému ponechat naděje, mluvit třeba o vyhlídkách nových léčebných postupů a výzkumů. Důležité je nemocnému sdělit, že i když je závažně nemocný, nic není ztraceno, že nebude kvůli diagnóze odepsán, nikdo ho nepohřbívá, že všechno je jen bitva, ve které budou společně bojovat. Nemocný se nebude cítit izolovaný, nebude mít strach z odmítání a lží, naopak bude mít větší důvěru ke svému lékaři a bude věřit v jeho upřímnost a otevřenost. (Kübler-Ross, 1992a, str. 27).

Během rozhovorů, které Elisabeth Kübler- Rossová prováděla s nevyčísitelně nemocnými, bylo zjištěno, že pacienti reagovali na sdělení jejich závažné diagnózy podle osobnosti člověka a způsobu s jakým se ve svém životě vyrovnávali s krizovými situacemi. Jestliže se lidé se zátěžovými situacemi vyrovnávali otevřeně a přímým útokem, budou se stejným způsobem chovat i v této závažné situaci. Pokud hlavním obranným mechanismem člověka je popření, je možné očekávat, že i popřením se bude pacient vyrovnávat s tímto stavem a v daleko větší míře než ostatní (Kübler-Ross, 1992a, str. 30).

Samozřejmě se musí zdůraznit také fakt, že reakce pacienta na sdělení diagnózy nezáleží pouze na tom, co lékař řekne, ale také na způsobu jak lékař nepříznivou zprávu sdělí. Jedná se o důležitý, ale často podceňovaný a přehlédnutelný faktor, kterému by měla být věnována větší pozornost při studiu medicíny a při hodnocení práce mladých lékařů (Kübler-Ross, 1992a, str. 33).

Lékaři by si tedy neměli pokládat otázku, zda pacientovi říci či neříci pravdu o jeho skutečném stavu, ale jakým způsobem tuto nepříznivou zprávu sdělit. Měl by svému pacientovi naslouchat, z jeho detailů a narážek v řeči poznat, nakolik je pacient ochoten a schopen čelit tvrdé realitě. Čím více bude lidí, kteří budou nemocného obklopotvat a znát skutečný stav, tím dříve si pacient uvědomí závažnost svého zdravotního stavu. Skoro každý pacient pravdu vycítí z chování svého okolí. Všichni nedokážou skrývat svůj zármutek dlouho, vytratí se usměv z tváří, zvýší se pozornost o pacienta, neobvyklý přístup blízkých k němu nebo uplakané tváře členů rodiny. Dokud nebude lékař nebo člen z rodiny schopen promluvit si s umírajícím o jeho skutečném stavu, může nemocný předstírat a chovat se tak, jako by o ničem nevěděl. Uvítá tak osobu, která si s ním bude chtít promluvit o tom, co ho trápí a bude mu naslouchat (Kübler-Ross, 1992a, str. 33).

Sdělit pravdu nemocného není lehké a může být pokládáno za umění. Čím více se pravda sděluje jednodušším způsobem a používají se prostší slova, tím bývá situace pro nemocného lehčí. Pacienti také ocení, když si s nimi lékař promluví v soukromí a v menší místnosti a bez hluku (Kübler-Ross, 1992a, str. 34).

2 HISTORIE UMÍRÁNÍ A SMRTI

2.1 Umírání a smrt v minulosti

„Smrt byla běžnou součástí života a byla viditelná. Lidé umírali nejen doma, ale také na veřejných prostranstvích, často o hladu, ve špině a bez jakékoli pomoci. Pouze bohatí lidé měli jistý materiální komfort a asistenci blízkých osob, kněze a lékaře. V každém případě však bylo umírání relativně krátké a nebylo oddalováno léčebnými zásahy“ (Haškovcová, 2007, str. 24).

V období středověku se lidé domnívali, že smrt nepřichází neohlášená, že se blížící smrt ohlásí. Někdy člověk slyšel tři údery do podlahy, v jiných případech se úmrtí blízkého oznamovalo umíráčkem, který vyzváněl sám od sebe. Víra, že se smrt ohlašuje, se v rodině předávala a velmi dlouho přetrvávala v lidové mentalitě. Smrt, která se neohlásila, byla smrt náhlá a narušovala tak řád světa, ve který každý věřil. Lidé ji považovali někdy za podobu Božího hněvu a náhlá smrt se tak stala potupnou a hanebnou. Do této kategorie patřila i smrt utonutého, poutníka, smrt neznámého člověka nebo úmrtí souseda, který byl zasažen bleskem (Ariès, 2000a, str. 20-22).

Když se smrt blížila, učinila se příslušná opatření. Umírající musel ulehnout na záda tak, aby jeho tvář byla obrácená k nebi, zkřížené ruce byly položeny na prsa a nohy museli směřovat k východu. Po poslední modlitbě se čekalo na smrt. Lidé věřili, že svojí vírou ji mohou na chvíli pozdržet (Ariès, 2000a, str. 27, 32).

Mrtví lidé se nejprve pohřbívali na venkově v otevřené krajině, kde nebyla žádná obydlí. Ve městech se pohřbívat nesmělo. Nejpozději v 8. století se začalo pohřbívat v kostele a v jeho okolí. Pronikání smrti do měst změnilo nový postoj ke smrti, kdy zesnulí přestali nadlouho vzbuzovat strach (Ariès, 2000a, str. 58).

Přibližně ve 13. století se pohřební průvod změnil v církevní obřady, které byly řízené a organizované duchovním. Tato nepatrná změna představovala hlubokou změnu ve vnímání smrti. Pohled na mrtvé tělo, které bylo důvěrně známé a znamenal symbol spánku, teď představoval něco nesnesitelného. Na dlouhá staletí se tak těla skryli, uložili se do rakve nebo truhle, aby na ně nebylo vidět. Po smrti se tělo zašilo do rubáše a často bylo uzavřeno do rakve nebo truhle. Chudí lidé neměli peníze na zaplacení truhláře a jejich těla se převážela na hřbitov v obecní rakvi, která byla určená pouze pro přenesení těla. V rubáši ale skončili všichni lidé bez ohledu na jejich majetek. Výjimkou byla oblast Středozevní-

ho moře, kde tyto tradice trvají dodnes. Lidé používali rakve, ale odmítali zakrývat tvář mrtvých. Rakev tedy byla otevřená až do okamžiku pohřbu nebo se používala rakev s děleným víkem a horní část rakve se nechala otevřená (Ariès, 2000a, str. 84-87).

Do 17. století hřbitov představoval veřejné prostranství, ale i místo, které bylo určeno pouze mrtvým. Hřbitov bylo místo milostných schůzek, her, procházek, sloužil také jako náměstí, promenáda i fórum, kde se lidé setkávali a řešili světské a duchovní záležitosti. Představa místa, které patří pouze mrtvým trvá dodnes, avšak první představa v 17. století zanikla (Ariès, 2000a, str. 84-86). Hřbitov byl posvátným místem, které představovalo pro mnoho lidí místo spánku. Jakmile si zůstavitel určil místo pohřbu v areálu kostele, musel určit přesné místo. V rozmezí 15.-17. století se věřící lidé při volbě místa řídili zejména úctou ke mši a Ježíši Kristovi. Lidé se volili místo v blízkosti kaple, kněžiště, kříže nebo u zpodobení Panny Marie. V 17. století si věřící začali přát být pochováni u svého domova (Ariès, 2000a, str. 101-104).

Konec existence, že člověk se smrti nevyhne i když vášnivě lpí na životě, představovala umrlčí tematika. Nepředstavovala strach ze smrti a nicotného života nebo silný prožitok smrti v době, kdy byla hospodářská krize a vysoká úmrtnost. Námět umírání a smrti byl používán i v dřívějších dobách, kdy byl zdroj inspirace pro římské umělce, kteří touto tematikou zdobili poháry nebo vnitřní mozaiku domů. Ústřední postavou umrlčí ikonografie ve 14.-16. století se stal kostlivec se zbytky vaziva, který byl často vyobrazen na náhrobkách. Koncem středověku přestal být umrlec běžnou součástí náhrobků a stal se okrajovou a přechodnou epizodou (Ariès, 2000a, str. 145-165).

Postupem času se začal zvyšovat strach z umírání a smrti jako takové. Strach byl také umocněn tím, že mnoho lidí bylo pohřbeno zaživa a vysvobodit se je podařilo jen někdy. Tyto historky kolovaly jak mezi lidmi, tak i u dvora. Někteří lidé projevovali v závěti opatrnost a přikazovali, aby jejich těla byla dána do hrobu až po uplynutí nejméně 48 hodin a poté, když se jejich pozůstalí různými zkouškami přesvědčí, že jsou mrtví. Délka času před pohřbením se tak stala nejběžnějším opatřením i se stanovením způsobu provedení zkoušek, například pálení ohněm, naříznutí kůže a další (Ariès, 2000b, str. 128-130).

2.2 Umírání a smrt ve 20. století do současnosti

Na latinském Západě na začátku 20. století do vypuknutí první světové války smrt zasáhla čas i společenství, například vesnici. V ložnici umírajícího byla přítomna rodina, příbuzní a sousedé. Když člověk zemřel, na domovní dveře se vyvěsilo oznámení o úmrtí. Lidé ze slušnosti nebo z přátelství se chtěli se zemřelým naposledy rozloučit. Na mši v kostele se sešla celá vesnice a po vyslechnutí soustrastí se pozůstalí vydali na hřbitov. V období smutku rodinu navštěvovali přátelé a lidé z okolí. Smrt nezasáhla jen rodinu, ale nejširší okruh přátel a příbuzných (Ariès, 2000b, str. 327).

Začátkem 20. století se zvyšovali požadavky na pohodlí, soukromí a hygienu. Lidé nesnesli pachy, které byly spojené s utrpením a nemocemi. Rodina a ostatní obyvatelé domu, ve kterém člověk umíral, začali soužití hůře snášet. Pokrok chirurgie a dlouhé léčení přivádělo nemocné často do nemocnice, a tak se pokoj umírajícího přestěhoval právě tam (Ariès, 2000b, str. 327).

S rozvojem medicíny a prodlužováním života za každou cenu se změnil postoj ke smrti a umíráním. Ve druhé polovině 20. století se na smrt nepohlíželo jako na něco krásného, ale zdůrazňovali se její nechutné stránky. Lidé dobře zvažovali koho pustí do ložnice, kde leží slabý člověk a je cítit zápach z tělesného vyměšování. Smrt začala představovat hanbu, bylo neslušné ji zveřejňovat, byla špinavá a ošklivá (Ariès, 2000b, str. 328).

Ve 20. století se v průmyslových a technicky vyspělejších zemích začal projevat nový styl umírání. Společnost smrt vyhnala, objevil se protiklad proti dřívějšímu způsobu umírání. Ve městě se nepozná, že někdo zemřel a pohřební vůz se proměnil v limuzínu, které si skoro nikdo v městském provozu nevšimne. Smrt jednotlivce již nenaruší průběh společnosti (Ariès, 2000b, str. 328).

Smrt se vzdálila, u postele nemocného nikdo není a pohřeb je jen soukromou záležitostí. Děti se pohřbů neúčastní a zůstávají stranou. Nic se nedozví nebo jim někdo řekne, že jejich blízký odešel do nebe a že si ho vzal Bůh (Ariès, 2000b, str. 335). Není to mnoho let, kdy pohřební vozy s mrtvými nesměli jezdit ve dne, ale v noci, jen aby lidé neviděli, že existuje něco jiného než život (Křivohlavý, 2002, str. 153). Dnešní mladí lidé nemají se smrtí mnoho zkušeností, prakticky žádné. Pokud se ale se smrtí setkají, je to obvykle jen ve virtuálním světě (Marková, 2010, str. 16).

2.3 Péče o umírající

2.3.1 Domácí model umírání

„Dnešní situace umírajících, především jejich citové strádání v osamění důmyslných institucí, je pochopitelně poměřována ideálem tzv. domácího modelu umírání. Ten spočívá v naší představě o „hřejivé náruči“ všech zúčastněných, kteří zvládali laskavý doprovod. „Standardní postup“ však spočíval v tom, že umírající v určité chvíli sám zhodnotil vlastní situaci a poznal, že nastala jeho „poslední hodinka“. Svolal tedy všechny členy rodiny a v jejich přítomnosti vyslovil poslední přání. Pak se s nimi důstojně rozloučil“ (Haškovcová, 2007, str. 27).

„Když dotyčný zemřel, zatlačil mu zpravidla nejstarší syn oči a někdo z přítomných otevřel okno, aby duše zemřelého mohla odlétnout. Omýt mrtvé tělo, podvázat bradu a obléci mrtvého patřilo k zvládnutým životním dovednostem. Moderní člověk uvedené znalosti nemá, chybí mu i cenné praktické dovednosti a většinou je přesvědčen, že péče o umírající je výhradně v kompetenci profesionálních zdravotníků“ (Haškovcová, 2007, str. 28-29).

2.3.2 Institucionální model umírání

„Tento model se vyvíjel postupně. Jestliže někdo opouštěl pozemský svět, pak jeho soukromí bylo ekvivalentem lůžka, které se nacházelo „mezi všemi“. Ve snaze zlepšit situaci umírajícího i ostatních, kteří měli být uchráněni asistence umírání neznámého člověka, vznikla praxe tzv. bílé zástěny – plenty. K dovršení všeho zavládlo všeobecné přesvědčení, že nemocní potřebují přísný klid a pořádek. A tak se stalo to, co je důvěrně známé: moderní člověk umírá sám, obklopen bílou stěnou nebo v pokoji mezi ostatními a v péči profesionálních zdravotníků, kteří jsou pro něj, stejně tak jako on pro ně, cizí lidé“ (Haškovcová, 2007, str. 30-31).

Zabránit smrti se snaží medicína za každou cenu i v případě, že pro nemocného to znamená pocit zoufalství, utrpení a bolesti. Z těchto důvodů se začalo hlásat po eutanazii, po dobré smrti nebo asistované sebevraždě a začali se celosvětově rozšiřovat hospice (Marková, 2010, str. 14). V posledních desetiletích 20. století začali lidé prosazovat eutanazii jako „právo na smrt“. Eutanazii chápou jako akt, který se koná ve prospěch nemocného. Přáním zastánců eutanazie je, aby se tento akt prováděl ve zdravotnických zařízeních

nebo aby se dokonce stal součástí léčebného plánu. Lékaři a sestry obvykle provedení eutanazie odmítají. Pokud nemocný začne žádat o ukončení svého život, znamená to, že nemá uspokojené své potřeby, je osamělý a ztratil naději (Hanzlíková et al., 2007, str. 135-136).

V mnoha zemích vznikly instituce, jejichž hlavním cílem je zlepšit péči o umírajícího a zajistit důstojné umírání. V roce 1930 vznikla v Anglii nejstarší instituce National Hospice Organization. Převážná část institucí vznikla až po 2. světové válce. V České republice vznikla v roce 1994 Asociace hospicového hnutí (Hanzlíková et al., 2007, str. 256).

Převážná část lidí nechce zemřít ve zdravotnických zařízeních, ale jen malá část lidí umírá v domácím prostředí. Hlavním důvodem je strach ze samoty, smutek, ztráta důstojnosti a chladný přístup personálu. Zmírnit tyto problémy a poskytnout podporu rodině se snaží paliativní péče. Jedná se o komplexní péči, která se aktivně orientuje na potřeby člověka, který je v pokročilém stádiu nevléčitelné choroby nebo v terminálním stádiu. Paliativní péče chápe umírání jako přirozenou součást života, uspokojuje individuálně potřeby člověka, udržuje kvalitu života na nejvyšší úrovni, dle možností plní přání umírajícího a poskytuje podporu rodině umírajícího. Paliativní péče je interdisciplinární péče, na které se podílí lékaři, psychologičtí, duchovní a sociální pracovníci. Podle péče, která je potřebná k udržení kvality života, se paliativní péče dělí na obecnou a specializovanou. Obecná paliativní péče je péče poskytovaná zdravotníky s ohledem na jejich jednotlivé odbornosti. Podstata je ve sledování, rozpoznávání a ovlivnění toho, co je důležité pro udržení kvality života nemocného. Specializovaná paliativní péče je poskytována týmem odborníků, kteří jsou v oblasti paliativní péče speciálně vzděláni a mají potřebné zkušenosti. Mezi základní formy specializované paliativní péče patří např. denní stacionář paliativní péče, zařízení domácí paliativní péče nebo specializovaná ambulance domácí péče (Špinková et al., 2004, str. 11-12). I když jedním z cílů paliativní péče je stejný přístup ke všem, v mnoha zdravotnických a komunitních zařízeních jsou stále problémy s jejím poskytováním. Jedná se hlavně o onkologické pacienty. Jedním z důvodů je neochota personálu provádět paliativní péči u pacientů, kteří ji potřebují. Další důvod je, že lidé stále přesně neví jak pečovat o umírající a nedokážou jim být oporou v jejich poslední etapě života. Zprávy o zbytečném utrpení člověka jsou důkazem toho, že mnoho lidí nemá přístup k paliativní péči na profesionální úrovni. Většina lidí si pod pojmem paliativní péče představí nevyhnutelný konec života, a tak mají strach tuto péči přijmout. Na druhé straně se snaží život pomocí léčby aktivně prodloužit a zároveň paliativní péči potřebují. V budoucnu

s narůstajícím počtem stárnoucí populace budou muset sestry potřebovat více znalostí ohledně paliativní péče, aby ji mohli kvalitně poskytnout (O'Connor et al., 2005, str. 15-16).

3 FÁZE UMÍRÁNÍ

Důležitou osobou v oblasti umírání a smrti se stala americká psychiatrička Elisabeth Kübler-Rossová. Se svými studenty pozorovala umírající a prováděla s nimi rozhovory, aby se více dozvěděla o jejich pocitech, potřebách, aby se umírající stali jejich učiteli. Na začátku jejich projektu se setkala s nepříznivým přístupem zdravotnického personálu, zejména od lékařů, kteří chtěli „chránit“ nemocné, protože byli moc zesláblí a unavení, jiní odmítali mít s projektem cokoliv společného. S postupem času se lékaři a sestry začali o seminář více zajímat a návštěvy účastníků semináře na svém oddělení vítali a sami upozorňovali na pacienty, kteří by rozhovor o smrti uvítali. Před rozhovorem se nikdy nestudovala pacientova karta a jiné dokumentace, aby nedošlo k ovlivnění pozornosti. Rozhovory se konaly ve speciální místnosti se zrcadlovou stěnou, kde při začátcích semináře byl umírající pouze s Elisabeth Kübler-Rossovou a za stěnou mohli ostatní studenti pozorovat interviu. Po ukončení rozhovoru Elisabeth zahájila diskusi ohledně rozhovoru a se studenty si vyměňovali své názory a dojmy (Kübler-Ross, 1992a, str. 19-23).

Dva roky po zahájení se stal seminář součástí učebního plánu teologického semináře a lékařské medicíny. Seminář navštěvovali lékaři, sestry, ošetřovatelky, sanitáři, ergoterapeuti, sociální pracovníci a kněží. Rozhovory s pacienty byly nahrané a jsou k dispozici učitelům a studentům (Kübler-Ross, 1992a, str. 25).

Během rozhovorů stanovila Elisabeth Kübler-Rossová 5 fází, které se u umírajících pacientů objevovali. Negace, šok, smlouvání, deprese, smíření. Fáze umírání nemusí probíhat postupně, pořadí se může změnit, někdy nemocný prochází jen některými fázemi a ostatní neprožije. Helena Haškovcová uvádí dále fázi nulovou, která se vyskytuje před fází negace. V této fázi se objevují první projevy nemoci, které vyvolají v nemocném pocity strachu, a z tohoto důvodu nevyhledá žádnou odbornou pomoc a získává informace z o nemoci z laického prostředí. Začátek nulové fáze se projevuje nevědomostmi o reálném stavu nemocného, začíná převládat pocit nejistoty. Po pocitu nejistoty následuje odmítání pravdy, kdy nemocný zná nepříznivou prognózu své nemoci a fáze končí objektivním zjištěním diagnózy. Tato fáze bohužel snižuje naději na vyléčení nemocného nebo odsunutí konce, který je nevyhnutelný (Kelnarová, 2007, str. 62).

3.1 Fáze negace, šoku, popírání

Nemocný touto fází prochází, když zjistí, že jeho stav je neslučitelný se životem a smrt se neodkladně blíží. Nemocný si nechce připustit svoji smrtelnost, že i on musí zemřít, že i jeho život končí smrtí. Odmítá myslet na pravdu smrti, na kterou není připraven (Kutnohorská, 2007, str. 72).

Odmítání pravdy je charakteristické pro lidi, kterým lékař otevřeně diagnózu a prognózu jejich nemoci sdělí nebo kteří sami nakonec zjistili, že jejich stav je smrtelný. Mezi prvotní projevy šoku patří úzkostný pláč, uzavření se do sebe, nespolupráce s lékařem, odmítání léčby, zhroucení celého světa a pocit, že je vše ztraceno a nejde už nic dělat. Lidé vybírají mezi rodinou a přáteli osoby, kterým o svém stavu poví a s kým budou chtít o jejich hovořit. Aby člověk přemohl a vydržel stres, začíná si vytvářet obranné mechanismy a jeho chování se může změnit. Vlídne slovo, držení za ruku, přítomnost milované osoby, podpora nejbližších, domácí prostředí umírajícímu pomůže často více než léky na tišení bolesti a zvládnutí stresu (Kelnarová, 2007, str. 29)

Nemocný odmítá svoji diagnózu se slovy: „ To není možné.“, „To je určitě omyl, pro mě to neplatí.“, „Musela jste zaměnit výsledky:“ (Kutnohorská, 2007, str. 73).

3.1.1 Zásady komunikace

Je nutno si uvědomit, že tato fáze je pro nemocného velmi náročná a pokud se nemocný nechová destruktivně, je vhodné do tohoto stavu nezasahovat. Důležité je nemocného ujistit, že i když bude situace těžká, nebude v této situaci sám (Kelnarová, 2007, str. 62).

Pokud člověk neprožil rakovinu nebo jiné závažné onemocnění, nemůže chápat myšlení ani prožívání nemocného. Zájem, porozumění, psychická podpora snižuje napětí, uklidňuje strádající a zraněnou psychiku nemocného (Janáčková, 2008, str. 65).

Rozhovor s umírajícím o jeho stavu se musí konat až tehdy, kdy je schopen na toto téma hovořit. Hovor je nutno ukončit v okamžiku, kdy nemocný nedokáže snášet pravdu a začíná se bránit předešlým popíráním. Dobré je s nemocným mluvit dlouho před tím než se jeho smrt přiblíží, pokud projeví zájem o rozhovor. Pro pacienta, který je relativně v dobré kondici a zdravý, je snazší o tomto tématu hovořit, pokud je smrt ještě vyhlídkově daleko, než kdyby se rychle neodvratně blížila (Kübler-Ross, 1992a, str. 36).

Pacient má právo léčbu odmítnout a personál musí toto právo respektovat. S nemocným by se mělo promluvit o jeho strachu a nabídnout mu alternativy, které existují. Pacient musí sám rozhodnout, zda nabídku odmítne nebo přijme (Kübler-Ross, 1992b, str. 13).

3.2 Fáze agrese, hněvu

V této fázi má nemocný zlost na všechno a na všechny lidi, na zdravotnický personál, na svoji rodinu. Projevuje se závist kvůli zdraví ostatních lidí a nedokáže pochopit proč je to zrovna on, kdo musí zemřít. Nemocný může být agresivní na své okolí, může odmítat péči v nemocnici (Kelnarová, 2007, str. 63).

Pokud si umírající opakovaně vybíjí zlost na svoji rodinu a ta jen s pláčem a strachem odchází z nemocnice, odmítá umírajícího navštěvovat a může na návštěvy přestat chodit úplně. Často se stává, že zdravotnický personál na nadávky pacienta reaguje vzta-hovačně, začne se chovat nevhodně a roste tak nepřátelské chování vůči personálu (Kelnarová, 2007, str. 30).

Projevy této fáze: „Proč zrovna já?“, „Vždyť mi nic nebylo.“, „Čí je to vina?“ (Kutnohorská, 2007, str. 73).

3.2.1 Zásady komunikace

Zdravotnický personál si musí uvědomit, že zloba a hněv nemocného nejsou myšleny osobně, je to jen projev jeho náročné situace. Sestra musí být empatická, vybízet nemocného, aby svůj hněv, zlost a strach vyjádřil slovně. Dobré je získat důvěru nemocného, promluvit si o jeho destruktivním chování, společně plánovat a řešit jeho problém a ptát se nemocného jak hodnotí poskytovanou péči personálu (Kelnarová, 2007, str. 63).

3.3 Fáze smlouvání

Tato fáze představuje hledání zázračných léků, léčitelů, obracení se k Bohu. Pacient je ochotný udělat cokoli a má tendenci smlouvat se smrtí, aby získal více času pro sebe

a dožil se důležitých událostí své rodiny (až jeho děti vyrostou, promoce, svatba) (Janáčková, 2008, str. 68).

3.3.1 Zásady komunikace

Skutečnost blížící se smrti je neodvratná a nemocný potřebuje čas, aby přijal tuto skutečnost. V této fázi je důležité pobývat s nemocným delší dobu a povídat si o důležitých lidech a věcech nemocného. Je dobré nemocného odreagovat od jeho těžké situace a stanovit malé cíle, které jsou reálné a za dosažený cíl nebo pokus o dosažení nemocného pochválit, ocenit a radovat se společně s nemocným z jeho úspěchu (Kelnarová, 2007, str. 63).

3.4 Fáze deprese

Deprese se v této fázi u nemocného projevuje ztrátou zájmu o okolí, nechutenstvím, nemocný je stále více unavený, plačtivý, apatický. Ztráta zájmu o veškeré činnosti, lhostejnost, ztráta chuti do života, který končí (Kelnarová, 2007, str. 64). Pacienti dlouhodobě léčení nemají sílu, ztrácí své zaměstnání a s tím souvisí finanční problémy a dávají do pořádku záležitosti ohledně majetku (Kelnarová, 2007, str. 30).

3.4.1 Zásady komunikace

U nemocného je vhodné sedět tiše nablízku, pokud si bude přát držet ho za ruku a dát mu najevo, že není v této situaci sám. Přijmout jeho stav, nesnažit se nemocného rozveselit, může to mít opačný výsledek. Pokud nemocný pláče, nepřerušovat ho v pláči a neutěšovat ho. Je důležité zajistit, aby byla přítomna milující osoba, která by nemocného vyslechla a zmírnila pocity deprese (Kelnarová, 2007, str. 64).

3.5 Fáze akceptace

Nemocný je smířený se svojí smrtí, se svým nepřítelem, s tím že jeho čas se blíží ke konci. Chování je vyrovnané, klidné, používá více neverbální komunikaci pomocí gest. Tuto fázi je důležité rozeznat od rezignace (Kutnohorská, 2007, str. 73).

Komunikace s umírajícím je obtížná pro lékaře i ostatní zdravotnický personál, velmi často se styku s nemocným vyhýbají, protože mají strach setkání se smrtí nebo neví jak s umírajícím hovořit a pomoci mu. Pokud je umírající se smrtí smířený a jeho chování je klidné, komunikace pro lékaře a ostatní personál je snadnější (Janáčková, 2008, str. 62).

3.5.1 Zásady komunikace

Je důležité, aby nemocný neměl pocit, že umírá sám, opuštěný a bez zachování důstojnosti. Potřebuje nablízku svoji rodinu a blízké, kteří jsou mu oporou a jejichž přítomnost ho vždy potěší, kteří ho znají nejvíce a vědí co má nemocný rád, co potřebuje a jak s ním komunikovat. Personál by měl věnovat pozornost i rodině nemocného, která někdy potřebuje více pomoci než nemocný, i když na okolí může působit jako smířená s odchodem svého milovaného (Kutnohorská, 2007, str. 73).

3.6 Sociální fáze umírání a smrti

Glaser a Strauss provedli studii, která se týkala pojetí smrti a umírání, aby byl těmto faktorům uznán společenský význam, aby nebyly chápány pouze jako biologický proces organismu. Autoři pozorovali umírající v nemocnici a v závěru stanovili sociální fáze, kterými umírající procházeli a označili je za kritické body. Tyto body nelze zaměňovat s fázemi, které stanovila Elisabeth Kübler- Ross, protože její stádia umírání jsou označovány pouze na psychické úrovni (Bártlová, 2005, str. 66).

První kritický bod nastává v momentě, kdy je nemocný překlasifikován personálem ze „zdravého člověka“ nebo „pacienta“ na umírajícího. Z tohoto důvodu dochází ke změně sociálního statusu člověka, protože „umírající“ je osoba, která je bez budoucnosti a naděje (Bártlová, 2005, str. 66-67).

Druhý kritický bod je označován jako okamžik, kdy se rodina a blízcí umírajícího připravují prakticky a emocionálně na odchod svého blízkého. Umírající se může emocionálně této situaci přizpůsobit, musí si ale uvědomit že zemře (Bártlová, 2005, str. 67).

Následuje třetí kritický bod, který je označován jako fáze, kdy „už se nedá nic dělat“. V této fázi je umírající stále naživu, ale byla již stanovena diagnóza smrti a byly uskutečněny přípravy na poslední fázi života. Rodina a blízcí se připravují na odchod umírajícího pozvolna a nevědí jak s umírajícím komunikovat. V tomto okamžiku může být nejvíce zjevná depersonalizace pacienta, protože ošetřující personál se v tomto bodě vyhýbá blízkému kontaktu s umírajícím (Bártlová, 2005, str. 67).

Poslední čtyři fáze se navzájem překrývají a společně tvoří poslední část života. Čtvrtý kritický bod trvá několik hodin až několik dní a je označován jako „poslední sestup“. Péče o umírajícího se na oddělení mění, lze podat vyšší dávku léku, které tlumí bolest. Umírající může být přeložen na samostatný pokoj, ošetřování a péče je intenzivnější. Rodina a přátelé přicházejí na oddělení častěji, návštěvní doba je tedy prodloužena (Bártlová, 2005, str. 67).

Pátý bod se popisuje v posledních hodinách života. Je možné provést náboženské rituály nebo poslední pomazání podle přání umírajícího a rodiny (Bártlová, 2005, str. 67).

Při šestém kritickém bodu, který se projevuje čekáním na smrt. Partner nebo jiný blízký zůstává s umírajícím po celou dobu ve dne i v noci nebo je přítomna sestra, která poskytuje společnost a individuální péči (Bártlová, 2005, str. 67).

Poslední část tvoří příchod samotné smrti. Znamená začátek různých kulturních rituálů podle víry a organizaci formalit ohledně mrtvého. Potvrzení smrti, mytí a zahalení těla, převoz zemřelého do márnice, mytí postele a odklizení věcí, zápis do lékařské a ošetřovatelské dokumentace, informace příslušných institucím a další (Bártlová, 2005, str. 67).

3.7 Postoje pacientů k umírání

Umírání prožívá každý člověk jinak. Někteří pacienti se nesmíří s faktem, že jejich konec se blíží, i když jejich zdravotní stav je opravdu vážný a přejí si, aby jejich život trval co nejdéle. Jsou ale také pacienti, kteří jsou se svoji smrtí smíření a přejí si, aby jejich ro-

dina a blízcí byli s tímto faktem smířeni také a aby se netrápili. E. Stern rozdělil pacienty do 8 skupin, podle toho jak se blížili ke smrti:

- Pacienti se silnou vírou – jsou to pacienti, kteří stále věří v naději. Do této skupiny nemusí patřit jen věřící, ale také lidé, kteří bojovali v životě za velké cíle.
- Pacienti „psychicky“ mrtvý – nemocní jsou lhostejní, apatičtí, ztrácí zájem o okolí a chuť do života.
- Pacienti při plném vědomí – smrt je brána jako součást a samozřejmost života.
- Pacienti, kteří nechtějí zemřít – lidé se nechtějí vzdát života, většinou do této skupiny patří lidé, kteří měli hodnotný materiální majetek.
- Pacienti euforičtí a s dobrou náladou – myšlenky se neupínají na smrt a pacient věří, že se stane zázrak a smrti se vyhne.
- Pacienti, kteří jsou duchem již jinde – pacient nemluví a čeká na smrt, na kterou je již připraven.
- Pacienti zesláblý, vyčerpaní – nemají sílu dále bojovat a chtějí zemřít.
- Pacienti, kteří filozofují o sociálním dopadu – řeší otázky ohledně jejich odchodu, nechtějí stále věřit, že jejich konec života se blíží (Kelnarová, 2007, str. 33).

4 SESTRA A UMÍRAJÍCÍ

Péče o umírajícího a setkání s jeho rodinou je pro zdravotnický personál náročná a stresující záležitost. Umírající si potřebuje promluvit o svých problémech, potřebách, situacích, se kterými si neví rady. Rodina je zoufalá, trápí ji, že jejich příbuzný stále cítí bolest a nedokáže se vyrovnat s jeho odchodem a s tím, proč je to zrovna on kdo musí zemřít. Pro zdravotníka, který se denně setkává s umíráním a smrtí, je práce náročná po fyzické stránce, ale mnohem víc pro stránce psychické a sociální (Kelarová, 2007, str. 36)

V nejbližším kontaktu s umírajícím a jeho rodinou je sestra a právě od ní se očekává profesionální a odborný přístup a hlavně dokonalá komunikace s lidmi. Sestra musí rozpoznat kdy, kde, jak, co a komu může co říct, musí rozpoznat kdy použít i milosrdnou lež, pokud si ji pacient přeje slyšet. Spolupráce s nemocným bývá náročná a od sestry se vyžaduje, aby svoji práci brala jako své poslání pomáhat lidem, aby byla pracovitá, milá k lidem, obětavá, trpělivá, tolerantní, laskavá a fyzicky a psychicky schopná. Při péči o nemocné je důležité se vyrovnat se smrtí člověka a přijímat smrt jako samozřejmost života (Kelarová, 2007, str. 36).

Pokud má sestra potíže komunikovat s umírajícím, neví která slova použít a jak správně reagovat na reakce nemocného, může mu přiznat, že se cítí bezradná, že neví co má říci a neví jak má uspokojovat jeho potřeby. Pacientům to většinou pomáhá a sestře svým chováním naznačí jak v komunikaci pokračovat. Společně pak mohou hledat řešení problému (Kübler-Ross, 1992b, str. 9).

V nemocnici se sestře nemusí dostávat ocenění a poděkování za její péči, zejména od rodiny nemocného. Často se setkává s nevhodným přístupem rodiny k umírajícímu, kdy rodina přichází na oddělení až pro pozůstalost a za života nemocného ho ani jednou nenavštívila. Sestra musí umět zachovat svoji důstojnost, klid a nesmí dát najevo svoje city, i když s tímto chováním nesouhlasí. Sestra se tak nejednou dostává do kontaktu se stresující a složitou situací. Stres se objevuje ve třech oblastech: somatické, psychologické a změny v chování (Kelarová, 2007, str. 36-37).

Metody jak zvládat stres jsou individuální a sestra musí najít způsob, který ji nejvíce vyhovuje. Mezi používané metody patří například technika self monitoringu, aromaterapie, muzikoterapie, relaxačně koncentrační trénink, stop technika nebo Schultzův autogenní trénink (Kelarová, 2007, str. 37).

Aby mohla sestra pečovat o umírající, musí mít vyřešený vlastní postoj k umírání a smrti. Kromě odborných, etických a právních znalostí musí být sestra psychicky vyrovnaná, sociálně zralá a mít filozofický nadhled. Pokud žije smysluplný život, je schopna pečovat o umírající bez strachu a stresu (Kelnarová, 2007, str. 38).

Mezi nejdůležitější momenty v životě každého zdravotníka je první setkání s mrtvým člověkem. Většinou si každý velmi dobře tento moment pamatuje i s jeho detaily. Tomuto tématu by se měla dávat větší pozornost při přípravě na výkon povolání. Nejlepší a nejjednodušší co může sestra pro mladou kolegyni udělat, je nechat ji volně mluvit o této události a hovořit s ní, nechat ji projevit všechny emoce a dovolit slzy bezprostředně, ale i s odstupem (Marková, 2010, str. 32). Pro mnohé může být pláč projevem slabosti, přecitlivělosti a neprofesionality. Pláč bývá spíše známkou skutečného vnímání nemocného v situaci, kdy se nedá nic dělat a pro nemocného může znamenat útěchu (Marková, 2010, str. 34).

4.1 Komunikace s umírajícím

Komunikace s nemocným patří mezi základní dovednosti sestry a dalšího zdravotnického personálu. Je to neverbální nebo verbální proces předávání informací jedinci přímo nebo nepřímo. V minulosti se pacientovi nesdělovali informace, tedy nerespektovala se jeho práva ohledně sdělení pravdy. Lékaři a další zdravotnický personál to zdůvodňovali tím, že pacienti by pravdu neunesli a z tohoto důvodu vlastně ani pravdu nechtějí znát. Podle psychologů je to obrana personálu, který nechce převzít psychologickou péči o nemocného a jsou to zdravotníci, kteří by pravdu neunesli (Kelnarová, 2007, str. 69).

S postupem času se od používání milosrdných lží upustilo a v současné době se již neřeší otázka zda pravdu říci či ne, ale jakým způsobem, kdo, kde a kdy se pacientovi pravda sdělí. Kdo je nejvhodnější pro sdělení pravdy o zdravotním stavu nemocnému, zdali lékař, sestra, kněz nebo rodina a blízcí. Které prostředí je nejvhodnější pro sdělení nepříznivé zprávy. Zvažovat, v které fázi onemocnění je vhodné nemocnému sdělit pravdu. Technika, která je osvědčená při sdělování pravdy je nedirektivní rozhovor. Tuto techniku není schopen použít každý zdravotník a vyžaduje si dlouhodobý nácvik (Kelnarová, 2007, str. 69).

4.1.1 Zásady při komunikaci s umírajícím

- informace o zdravotním stavu podává pouze lékař

Sestra nesdělí nemocnému diagnózu a prognózu, mluví s umírajícím o jeho pocitech, potřebách, strachu a nejistotě, které v pacientovi vyvolala reakce na sdělení pravdy. Sestra poskytuje umírajícímu prostor pro negativní reakce (Kelnarová, 2007, str. 70).

- respektovat právo nemocného na pravdivé informace

Pacient má právo vědět informace o svém zdravotním stavu. Někteří pacienti nechtějí znát pravdu, a tak se informace podávali rodině. Ve státech se příbuzným informace nepodávají do doby, dokud s tím pacient nesouhlasí (Kelnarová, 2007, str. 70).

- neurčovat nikdy čas, který nemocnému zbývá

Nikdy není jisté, kdy život skončí, proto by se neměl odhadovat čas, který nemocnému zbývá. Pacienti, kteří mají stejné závažné onemocnění, mohou žít svůj život různě dlouho (Kelnarová, 2007, str. 70).

Pacientům, kterým se sdělí čas jak dlouho budou žít, se nedaří obvykle dobře. Pokud se nemocnému sdělí, že bude žít rok a on ten rok přežije, pocítuje napětí a dostává se do situace, ve které jakoby už nežije, ale není schopen zemřít. Nemocnému by se mělo říci, že nikdo neví jak dlouho bude žít a pokud trvá na konkrétním odhadu, měl by mu lékař sdělit jaké jsou odhady u podobných případů. Člověk má tak představu kolik času mu zbývá, aby si uspořádal své důležité záležitosti (Kübler-Ross, 1992b, str. 10).

- nebrat nemocnému naději

Naděje umírá jako poslední. Pacient přijme zprávu o své diagnóze klidněji, pokud má naději na zlepšení stavu nebo pozastavení choroby. Bolest a utrpení se snáší lépe s pocitem naděje na zmírnění (Kelnarová, 2007, str. 70).

- důkladně volit slova

Lidé mají strach ze slov rakovina, nevyléčitelný, smrtelný, zhoubný, smrt a slov, která jsou s nimi spojená. Důležité je při komunikaci s nemocným o jeho nemoci volit vhodná slova. Výrazy a slova spojená se smrtí nepoužívají často ani lidé, kteří jsou se svoji diagnózou smíření (Kelnarová, 2007, str. 70-71).

- umožnit nemocnému hovořit o jeho pocitech, naslouchat umírajícímu a rodině

Pacienti jsou vděční, když si s nimi někdo promluví o jeho pocitech a naslouchá jejich problémům. Naslouchání dává sestře možnost nemocného více poznat, pomoci mu v jeho starostech, strachu a trápení. Při rozhovoru je dobré sledovat pacientovi neverbální projevy, jeho výrazy v tváři a uvědomit si, že i nemocný vnímá sestru a naslouchá jí. Sestra poslouchá nemocného s úctou a chová se tak i k jeho rodině a nejbližším (Kelnarová, 2007, str. 71).

Pacienti si chtějí často promluvit o smrti a o problémech, které s ní souvisí. Sestra musí počkat, až pacient sám začne mluvit o umírání a smrti. Pokud nemocný hovoří o strachu nebo o bolesti, měla by sestra nemocného vyslechnout a promluvit si o problému (Kübler-Ross, 1992b, str. 5).

- umožnit nemocnému hovořit o jeho potřebách a podle možností je plnit

Nemocnému je dán prostor mluvit o jeho potřebách, aby je mohla sestra ve spolupráci s nemocným v rámci poskytování péče tyto potřeby uspokojit. O potřebách je nutné mluvit i s rodinou nemocného, která se může zapojit při uspokojování jeho potřeb. Kontakt s rodinou a nejbližšími patří mezi největší potřeby nemocného, zejména v situacích, kdy se smrt neodvratně blíží a nemocný potřebuje vědět, že není v této situaci sám (Kelnarová, 2007, str. 72).

Mnoho pacientů klade otázku proč se snažit, když je to vše marné a stejně zemřou. Pacienti jen možná nechtějí dělat věci, do kterých jsou nuceni. Důležité je zhodnotit pohled na jeho situaci, protože pacient možná trpí více než je schopen vydržet. Důvodem problému může být strádání kontaktu s rodinou nebo nepřiměřené tlumení bolesti. Pacient dokáže utrpení snášet lépe, pokud se mu dostává fyzické, psychické a spirituální pomoci. Jestliže

jsou vyčerpány všechny možnosti jak nemocnému pomoci a on hovoří stále stejně, sestra může pouze říci, že jeho pocity chápe (Kübler-Ross, 1992b, str. 25).

- hovořit i s rodinou nemocného

Sestra by měla příbuzné nemocného ujistit, že nemocný nemá velké bolesti a jiné potíže. Pokud rodina ví, že jejich milovaný zemřel v klidu, bez bolesti a utrpení, lépe se vyrovnává s jeho odchodem a bez zvýšeného stresu vzpomínají na poslední dny jeho života. Jestliže pacient umíral v bolestech, může se rodina cítit proviněle, že nezajistily nemocnému lepší péči. Sestra podporuje i členy rodiny, kteří se po odchodu milovaného cítí zoufalé a cítí smutek a bolest (Kelnarová, 2007, str. 71).

- používat také neverbální komunikaci

Dotyk mnohdy pomůže více než slova. Nemocný se často přeje, aby ho sestra držela za ruku. Sestra mu dotykem dává najevo, že není v této situaci sám a nemocnému to přináší příjemné pocity (Kelnarová, 2007, str. 71).

- věnovat čas rozhovoru s umírajícím i jeho nejbližšími

Rozhovoru, který by měl sestře pomoci s péčí o nemocného a jeho rodinu, je potřeba věnovat čas. Během rychlého rozhovoru se sestra nedozví důležité informace a nemocnému může připadat, že na něho sestra nemá čas, potřebuje udělovat jinou důležitou práci a že je sestře na obtíž. Vhodné je déle si promluvit s umírajícím a rodinou o umírání a smrti a vyrovnat se s tímto faktem. Často je to rodina, kdo se nedokáže se smrtí smířit a nemocnému neumožní zemřít v poklidu. Mnohdy potřebuje rodina více pomoci než umírající, který je se smrtí smířený (Kelnarová, 2007, str. 72).

- s rodinou komunikovat i po úmrtí nemocného

Smutek, který prožívá rodina a nejbližší po úmrtí nemocného, patří ke smrti. Většina pozůstalých je schopna se vyrovnat se ztrátou svého nejbližšího a žít poklidně dále (Kelnarová, 2007, str. 72).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

5 CÍLE PRÁCE A OČEKÁVANÉ VÝSLEDKY

5.1 Cíle výzkumného šetření

1. Zjistit, jaké pocity u studentů vyvolává umírání a smrt.
2. Zjistit, zda je pro studenty důležité si o umírání a smrti promluvit po prvním setkání se smrtí.
3. Zjistit, zda studenti zvládnou být s mrtvým přítomni sami.
4. Zmapovat, zda si studenti myslí, že mají dostatečné znalosti o tématu smrti a umírání.

5.2 Očekávané výsledky

1. Předpokládám, že 70% studentů si nejvíce představí jako první pod pojmem smrt bolest a strach, při prvním setkání s mrtvým člověkem pociťují strach a pokoji s umírajícím se vyhýbají, protože mají strach.
2. Domnívám se, že 80% studentů si chtělo nebo si chce promluvit o umírání a smrti po jeho prvním setkání.
3. Domnívám se, že 75% studentů nechce být s mrtvým přítomni sami, protože mají strach.
4. Předpokládám, že podle více než 65% většiny studentů výuka na VŠ neposkytuje dostatečné znalosti o tématu umírání a smrti a chtějí se o tomto tématu dozvědět více.

6 METODIKA PRÁCE

V bakalářské práci jsem použila k získání dat a informací kvantitativní metodu šetření pomocí dotazníku. Dotazníky byly vyplňovány v období listopad a prosinec 2011 na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně. Respondenti byli studenti 1., 2. a 3. ročníku oboru Všeobecná sestra. Respondenti byli ochotní a dotazníky bez problémů vyplnili. Celkem bylo rozdáno 109 dotazníků. Vráceno bylo 109 dotazníků a z důvodu neadekvátního vyplnění bylo možné použít 95 dotazníků.

Ke zpracování výsledků byly použity počítačové programy Microsoft Word a Excel. Kromě otázky č. 19 má každá otázka svoji tabulku a graf pro lepší orientaci a přehlednost, je zde také uvedený celkový výsledek v absolutní a relativní četnosti a krátký komentář.

Dotazník je anonymní a obsahuje 19 otázek. 18 otázek má uzavřené odpovědi a respondent mohl uvést pouze jednu odpověď, otázka č. 19 má odpověď otevřenou. První čtyři otázky slouží k zjištění osobních údajů. Otázky 5–9 se vztahují k prvnímu cíli, respondenti zde uváděli odpověď podle jejich reakce umírání a smrti. Otázky 10–12 se vztahovali k druhému cíli, respondenti zde uváděli, jestli je důležité si o smrti promluvit po prvním setkání s ní. Otázky 13–14 zjišťovali, jestli studenti chtějí být přítomni s mrtvým člověkem sami. Otázky 15–18 zjišťovaly, zda si studenti myslí, že jim výuka na VŠ poskytla dostatečné znalosti o tématu umírání a smrti a jestli by se chtěli více o tomto tématu dozvědět. V otázce č. 19 mohli respondenti uvést, jakým způsobem by se chtěli více dozvědět o tématu umírání a smrti.

7 VÝSLEDKY VÝZKUMU

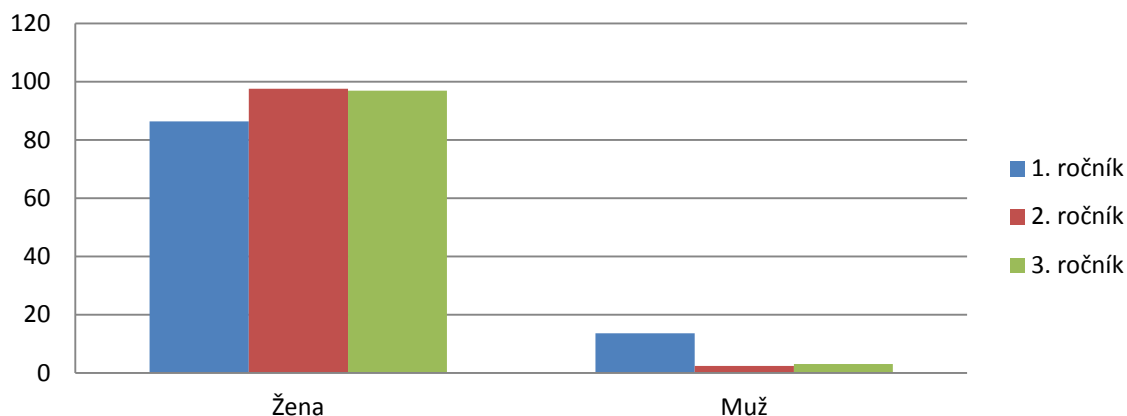
Ke zpracování výsledků byly použity počítačové programy Microsoft Word a Excel. Kromě otázky č. 19 má každá otázka svoji tabulku a graf pro lepší orientaci a přehlednost, je zde také uvedený celkový výsledek v absolutní a relativní četnosti a krátký komentář.

Otázka č. 1: Pohlaví

Tabulka č. 1 Pohlaví

Odpovědi	1. Ročník		2. Ročník		3. Ročník	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost % (r)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost % (r)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost % (r)
Žena	19	86,36	40	97,56	31	96,87
Muž	3	13,63	1	2,43	1	3,12
Celkem	22	100,00	41	100,00	32	100,00

Graf č. 1 Pohlaví



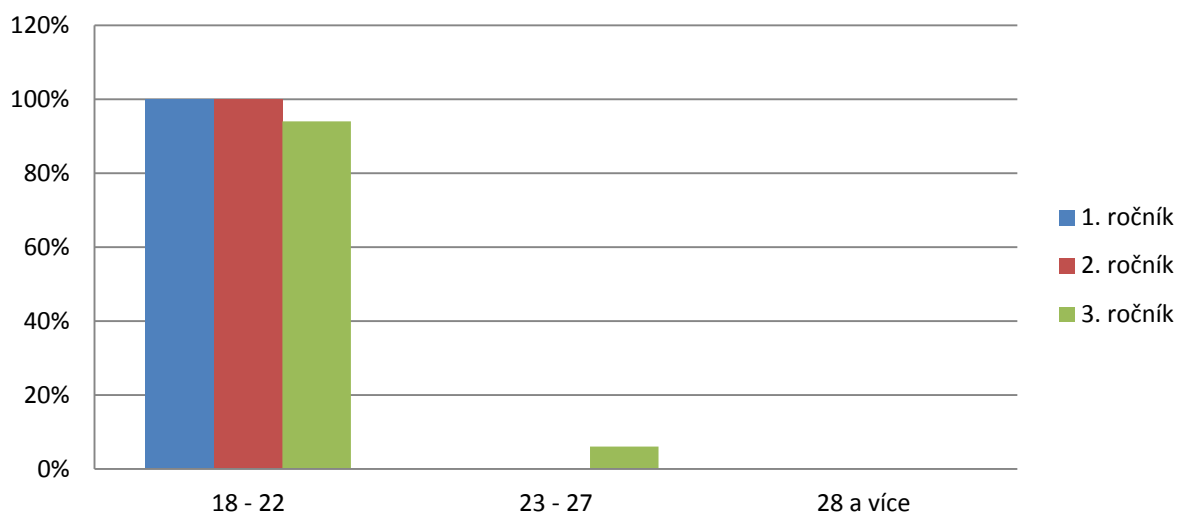
V 1. ročníku na tuto otázku odpovědělo 22 respondentů, 19 žen (86%) a 3 muži (14%). Ve 2. ročníku na otázku odpovědělo 41 respondentů, z toho 40 žen (98%) a 1 muž (2%). Ve 3. ročníku na otázku odpovědělo 32 respondentů, 31 žen (97%) a 1 muž (3%). Ve všech ročnících je převážná část žen.

Otázka č. 2: Věk

Tabulka č. 2 Věk respondenta

Odpovědi	1. Ročník		2. Ročník		3. Ročník	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost % (r)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost % (r)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost % (r)
18 – 22	22	100,00	41	100,00	30	93,75
23 – 27	0	0,00	0	0,00	2	6,25
28 a více	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Celkem	22	100,00	41	100,00	32	100,00

Graf č. 2 Věk respondenta



Tato otázka zjišťovala věk respondentů. V 1. ročníku bylo všech 22 respondentů v kategorii 18-22 let (100%). Ve 2. ročníku bylo také všech 41 respondentů v kategorii 18-22 let (100%). Ve 3. ročníku bylo 30 respondentů ve věkové kategorii 18-22 let (94%) a 2 respondenti byli v kategorii 23-27 let (6%).

Otázka č. 3: Ročník studia

Tabulka č. 3 Ročník studia

Odpovědi	1. Ročník		2. Ročník		3. Ročník	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost % (r)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost % (r)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost % (r)
1. ročník	22	100,00	0	0,00	0	0,00
2. ročník	0	0,00	41	100,00	0	0,00
3. ročník	0	0,00	0	0,00	32	100,00
Celkem	22	100,00	41	100,00	32	100,00

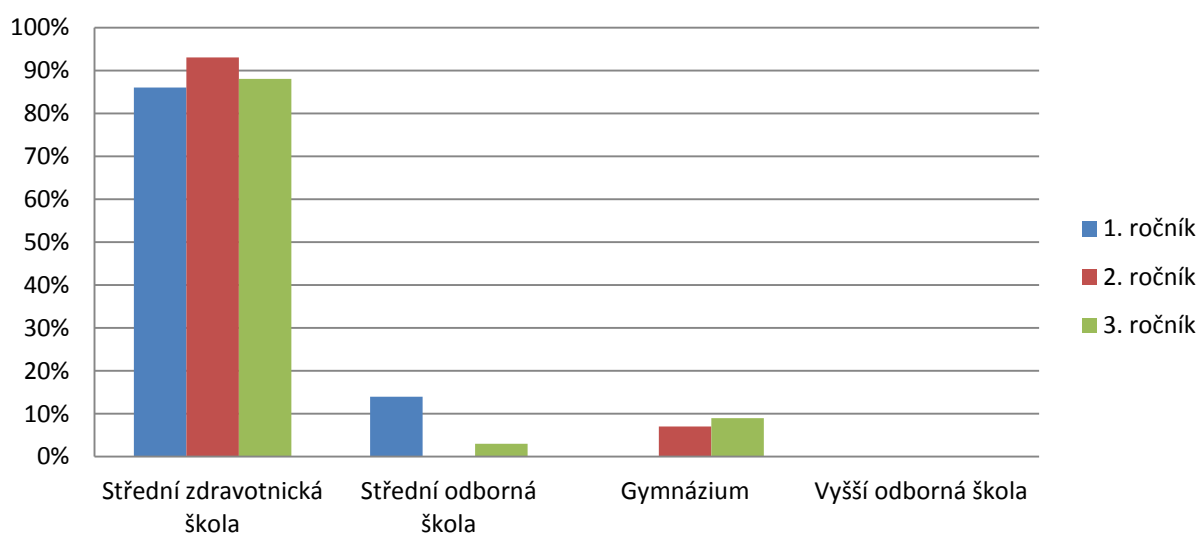
V této otázce označili respondenti ročník jejich studia. V 1. ročníku studuje 22 (100%) respondentů, ve 2. ročníku studuje 41 respondentů (100%) a 3. ročník studuje 32 respondentů (100%).

Otázka č. 4: Nejvyšší dosažené vzdělání před nástupem na VŠ?

Tabulka č. 4 Nejvyšší dosažené vzdělání před nástupem na VŠ

Odpovědi	1. Ročník		2. Ročník		3. ročník	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost % (r)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost % (r)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost % (r)
Střední zdravotnická škola	19	86,36	38	92,68	28	87,5
Střední odborná škola	3	13,63	0	0,00	1	3,12
Gymnázium	0	0,00	3	7,31	3	9,37
Vyšší odborná škola	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Celkem	22	100,00	41	100,00	32	100,00

Graf č. 3 Nejvyšší dosažené vzdělání před nástupem na VŠ



Nejčastější dosažené vzdělání všech ročníků je střední zdravotnická škola. V 1. ročníku vystudovalo SZŠ 19 respondentů (86%), ve 2. ročníku 38 respondentů (93%) a ve 3. ročníku (86%). Střední odbornou školu vystudovali v 1. ročníku 3 respondenti (14%), ve 3. ročníku vystudoval SOŠ 1 respondent (3%). Ve 2. ročníku žádný respondent nevystudoval SOŠ. Gymnázium je nejvyšší dosažené vzdělání ve 2. ročníku u 3 respondentů (7%) a ve 3. ročníku také u 3 respondentů (9%). V 1. ročníku žádný respondent nevystudoval střední odbornou školu. Žádný z dotazovaných respondent nevystudoval vyšší odbornou školu.

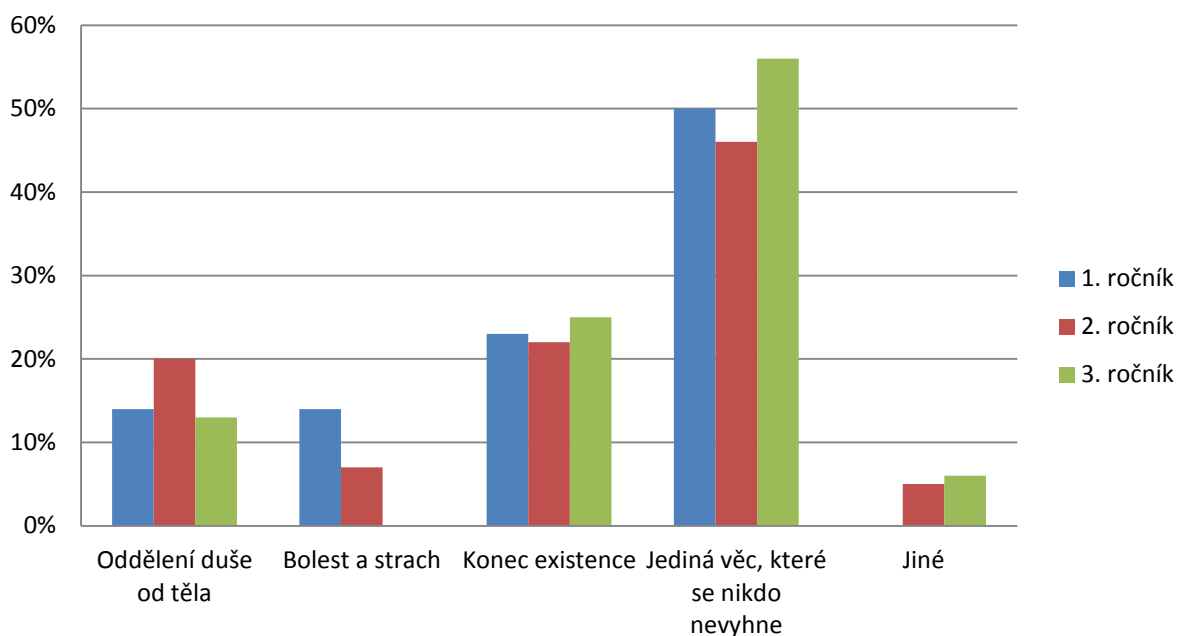
Otázka č. 5: Co si jako první představíte pod pojmem smrt?

Legenda: a – Oddělení duše od těla; b – Bolest a strach; c – Konec existence; d – Jediná věc, které se nikdo nevyhne; e – Jiné.

Tabulka č. 5 První představa studenta pod pojmem smrt

Odpovědi	1. Ročník		2. Ročník		3. Ročník	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost % (r)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost % (r)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost % (r)
a	3	13,63	8	19,51	4	12,5
b	3	13,63	3	7,31	0	0,00
c	5	22,72	9	21,95	8	25,00
d	11	50,00	19	46,34	18	56,25
e	0	0,00	2	4,87	2	6,25
Celkem	22	100,00	41	100,00	32	100,00

Graf č. 4 První představa studenta pod pojmem smrt



Tato otázka zjišťovala, co respondentů napadne jako první, když se řekne pojem smrt. Nejčastější odpovědí v každém ročníku bylo Jediná věc, které se nikdo nevyhne. V 1. ročníku takto odpovědělo 11 respondentů (50%) z 22 respondentů, ve 2. ročníku odpovědělo 19

respondentů ze 41 respondentů, (46%) a ve 3. ročníku odpovědělo 18 respondentů (56%) z 32 respondentů. Druhá nejčastější odpověď v každém ročníku bylo Konec existence. V 1. ročníku takto odpovědělo 5 respondentů (23%), ve 2. ročníku odpovědělo 9 respondentů (22%) a ve 3. ročníku odpovědělo 8 respondentů (25%). Další nejčastější odpovědí bylo Oddělení duše od těla, na kterou v 1. ročníku odpověděli 3 respondenti (14%), ve 2. ročníku odpovědělo 8 respondentů (20%) a ve 3. ročníku odpověděli 4 respondenti (13%). V 1. ročníku si 3 respondenti (14%) představí pod pojmem smrt Bolest a strach, na Jiné nikdo neodpověděl. Ve 2. ročníku 3 respondenti (7%) odpověděli Bolest a strach a zbytek respondentů odpovědělo na Jiné. Ve 3. ročníku na Jiné odpověděli 2 respondenti (6%), nikdo neodpověděl Bolest a strach. Na odpověď Jiné ve 2. Ročníku respondenti odpovídali: „*Konec pozemské existence.*“ a „*Odproštění se od světa – od hmotné existence.*“ a ve 3. ročníku odpovídali: „*Smrt je největší jistota, kterou člověk od narození má.*“ a „*Úzkost.*“. Kromě odpovědí Bolest a strach a Jiné odpovídali respondenti poměrně stejně.

Otázka č. 6: Jak reagujete na praxi, když víte, že je na oddělení přítomen umírající pacient?

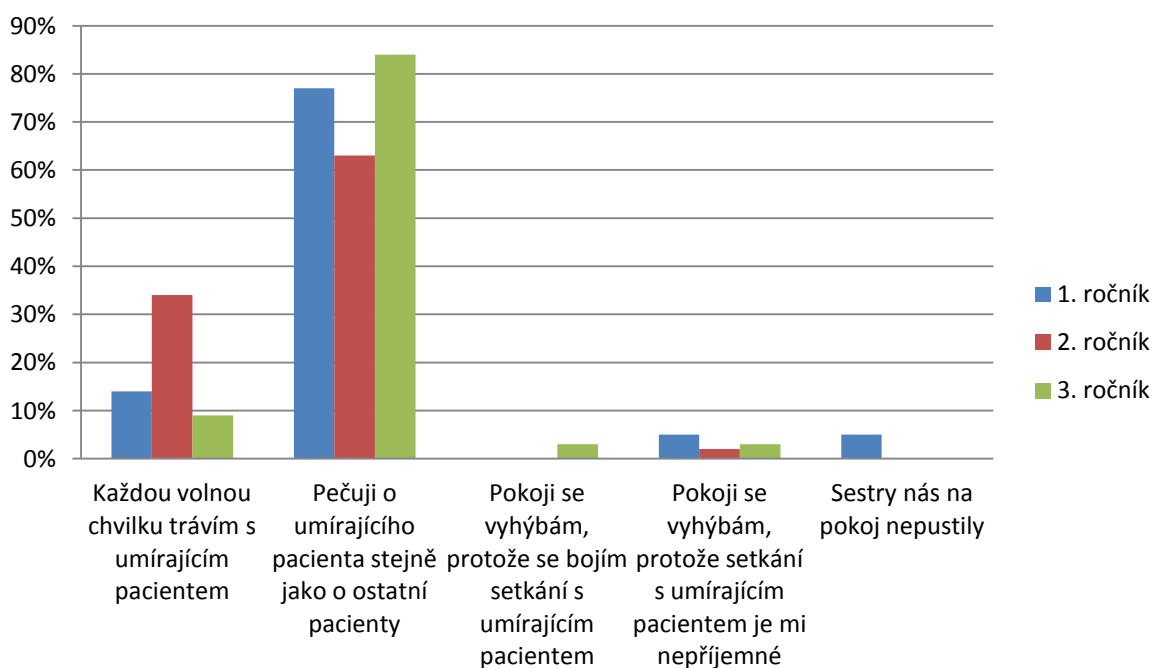
Legenda: a – Každou volnou chvíli trávím s umírajícím pacientem; b – Pečuji o umírajícího pacienta stejně jako o ostatní; c – Pokoji se vyhýbám, protože se bojím setkání s umírajícím pacientem;

d – Pokoji se vyhýbám, protože setkání s umírajícím pacientem je mi nepříjemné; e – Sestry nás na pokoj nepustili.

Tabulka č. 6 Reakce studenta na přítomnost umírajícího pacienta na oddělení

Odpovědi	1. Ročník		2. Ročník		3. Ročník	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost % (r)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost % (r)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost % (r)
a	3	13,63	14	34,14	3	9,37
b	17	77,27	26	63,41	27	84,37
c	0	0,00	0	0,00	1	3,12
d	1	4,54	1	2,43	1	3,12
e	1	4,54	0	0,00	0	0,00
Celkem	22	100,00	41	100,00	32	100,00

Graf č. 5 Reakce studenta na přítomnost umírajícího pacienta na oddělení



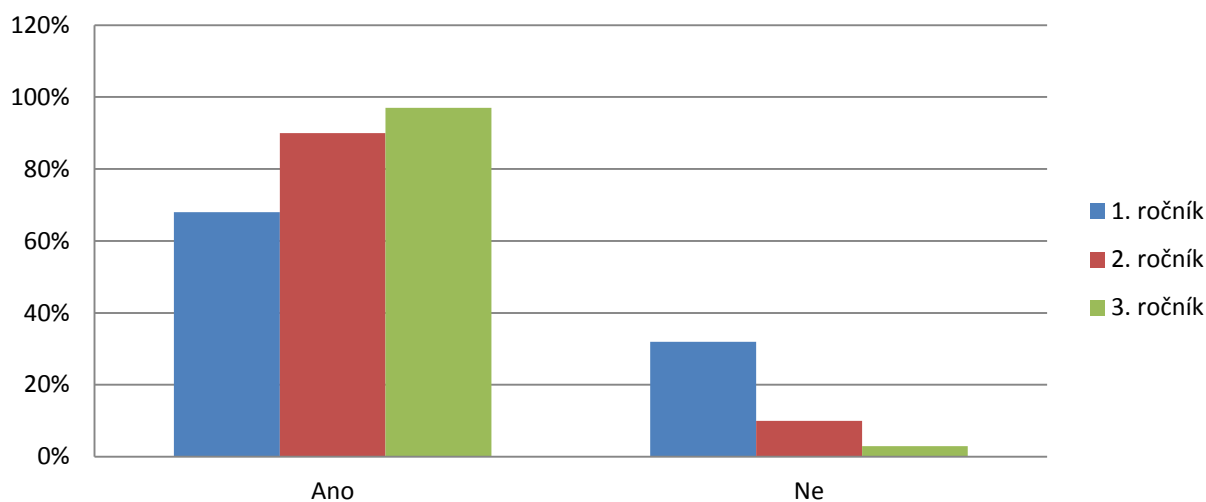
V této otázce respondenti uváděli, jak reagují na praxi, jestliže je v jejich přítomnosti umírající pacient. Respondenti v každém ročníku převážně odpovídali, že pečují o pacienta stejně jako o ostatní. V 1. ročníku tuto odpověď uvedlo 17 respondentů (77%), ve 2. ročníku 26 respondentů (63%) a ve 3. ročníku 27 respondentů (84%). Každou volnou chvíli s umírajícím pacientem tráví v 1. ročníku 3 respondenti (14%), ve 2. ročníku 14 respondentů (34%) a ve 3. ročníku 3 respondenti (9%). Setkání s umírajícím pacientem je nepříjemné v 1. ročníku pro 1 respondenta (5%), ve 2. (2%) a 3. ročníku (3%) také pro jednoho respondenta. Pouze 1 respondent (3%) z 3. ročníku se bojí setkání s umírajícím pacientem, z dalších ročníků tuto odpověď nikdo neuvedl. Sestry nepustily na pokoj 1 respondenta (5%) z 1. ročníku, z ostatních ročníků tuto odpověď nikdo neuvedl.

Otázka č. 7: Setkali jste se na praxi s mrtvým?

Tabulka č. 7 Setkání studenta s mrtvým člověkem

Odpovědi	1. Ročník		2. Ročník		3. Ročník	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost % (r)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost % (r)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost % (r)
Ano	15	68,18	37	90,24	31	96,87
Ne	7	31,81	4	9,75	1	3,12
Celkem	22	100,00	41	100,00	32	100,00

Graf č. 6 Setkání studenta s mrtvým člověkem



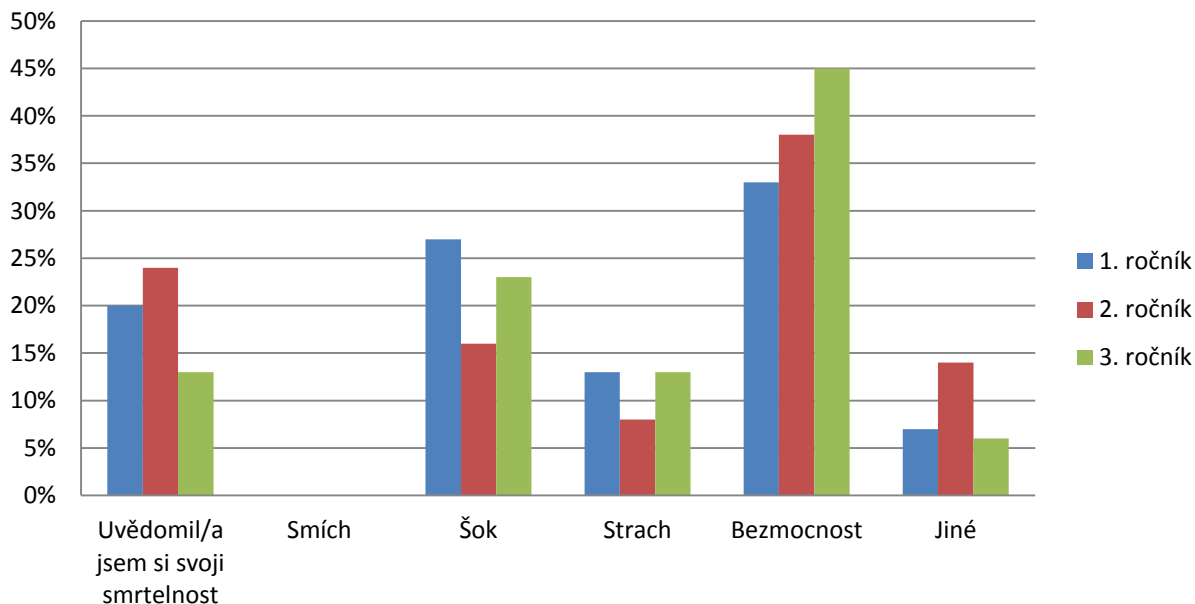
V této otázce respondenti odpovídali, zda se na praxi setkali s mrtvým pacientem. V 1. ročníku odpovědělo Ano 15 respondentů (68%), Ne odpovědělo 7 respondentů (32%). S mrtvým pacientem se ve 2. ročníku setkala 37 respondentů (90%), 4 respondenti (10%) se s mrtvým ještě nesečkali. Ve 3. ročníku odpovědělo Ano 31 respondentů (97%), odpověď Ne uvedl 1 respondent (3%). Převážná část respondentů se s mrtvým na praxi setkala.

Otázka č. 8: Jak jste reagovali při prvním setkání s mrtvým?

Tabulka č. 8 Reakce studenta při prvním setkání s mrtvým člověkem

Odpovědi	1. Ročník		2. Ročník		3. Ročník	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost % (r)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost % (r)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost % (r)
Uvědomil/a jsem si svoji smrtelnost	3	20,00	9	24,32	4	12,90
Smích	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Šok	4	26,66	6	16,21	7	22,58
Strach	2	13,33	3	8,10	4	12,90
Bezmocnost	5	33,33	14	37,83	14	45,16
Jiné	1	6,66	5	13,51	2	6,45
Celkem	15	100,00	37	100,00	31	100,00

Graf č. 7 Reakce studenta při prvním setkání s mrtvým člověkem



Na tuto otázku odpovídali respondenti, kteří na otázku č. 7 odpověděli Ano. V 1. ročníku dohromady odpovídalo 15 respondentů, ve 2. ročníku 37 respondentů a ve 3. ročníku 31 respondentů. Nejvíce uváděná odpověď byla Bezmocnost, kterou v 1. ročníku uvedlo 5 respondentů (33%), ve 2. (38%) a 3. (45%) ročníku 14 respondentů. Šok při setkání v

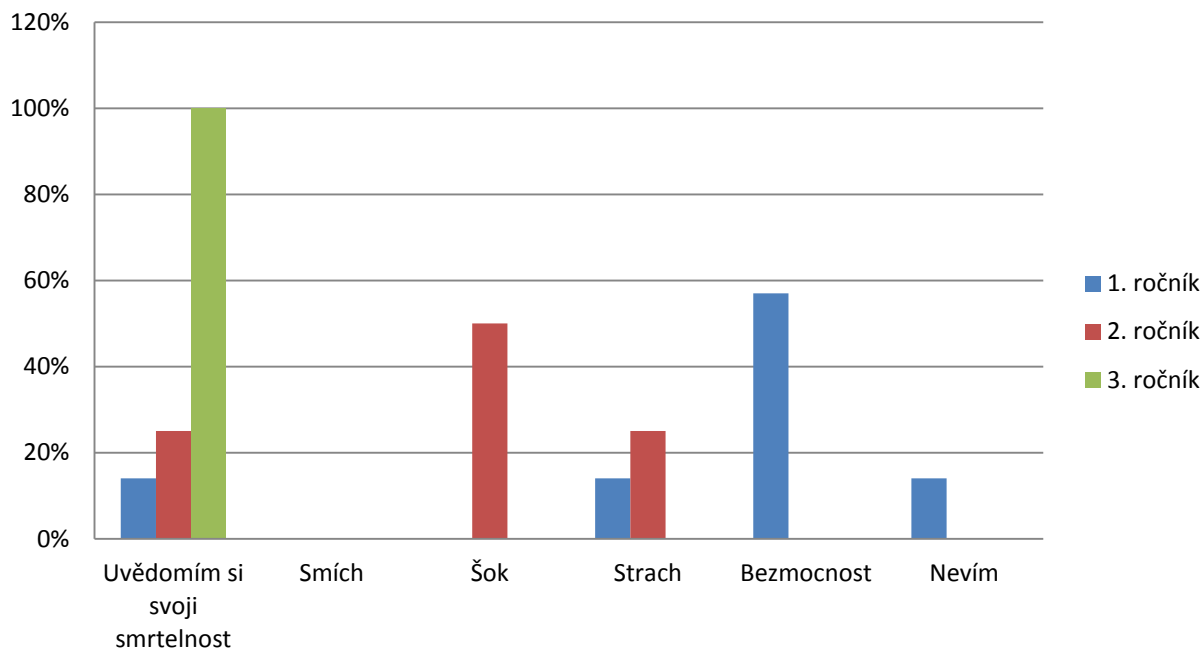
1. ročníku pociťovali 4 respondenti (27%), ve 2. ročníku 6 respondentů (16%) a ve 3. ročníku 7 respondentů (23%). Uvědomění si smrtelnosti uvedlo v 1. ročníku 3 respondenti (20%), ve 2. ročníku 9 respondentů (24%) a ve 3. ročníku 4 respondenti (13%). Strach cítili v 1. ročníku 2 respondenti (13%), ve 2. ročníku 3 respondenti (8%) a ve 3. ročníku 4 respondenti (13%). Odpověď Jiné uvedl v 1. ročníku 1 respondent (7%), ve 2. ročníku 5 respondentů (14%) a ve 3. ročníku 2 respondenti (6%). Na odpověď Smích nikdo neodpověděl (0%). V 1. ročníku za odpověď Jiné 1 (7%) respondent uvedl: „*Zoufalství a pláč*“. *Na tuto pacientku jsme si za 14 dní péče o ní zvykla a měla jsem jí ráda.*“. Ve 2. ročníku za odpověď Jiné respondenti převážně uváděli: „*Pláč.*“, „*Smutek.*“ a „*Smrt je součástí života.*“. Ve 3. ročníku za odpověď Jiné 2 respondenti uvedli: „*Nijak.*“ a „*Klidně, otázku vlastní smrtelnosti vyřešenou už dávno a smrti se nebojím.*“

Otázka č. 9: Jakou očekáváte reakci při prvním setkání s mrtvým?

Tabulka č. 9 Očekávaná reakce studenta při prvním setkání s mrtvým člověkem

Odpovědi	1. Ročník		2. Ročník		3. Ročník	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost % (r)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost % (r)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost % (r)
Uvědomím si svoji smrtelnost	1	14,28	1	25,00	1	100,00
Smích	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Šok	0	0,00	2	50,00	0	0,00
Strach	1	14,28	1	25,00	0	0,00
Bezmocnost	4	57,14	0	0,00	0	0,00
Nevím	1	14,28	0	0,00	0	0,00
Celkem	7	100,00	4	100,00	0	100,00

Graf č. 8 Očekávaná reakce studenta při prvním setkání s mrtvým člověkem



Tato otázka představovala, jaké pocity respondenti při setkání s mrtvým pacientem očekávají. Na tuto otázku odpovídali respondenti, kteří odpověděli na otázku č. 7 Ne. V 1. ročníku 4 respondenti (57%) uvedli Bezmocnost, uvědomění si smrtelnosti uvedl 1 respondent (14%), Strach uvedl 1 respondent (14%) a 1 respondent (14%) odpověděl Nevím. Smích

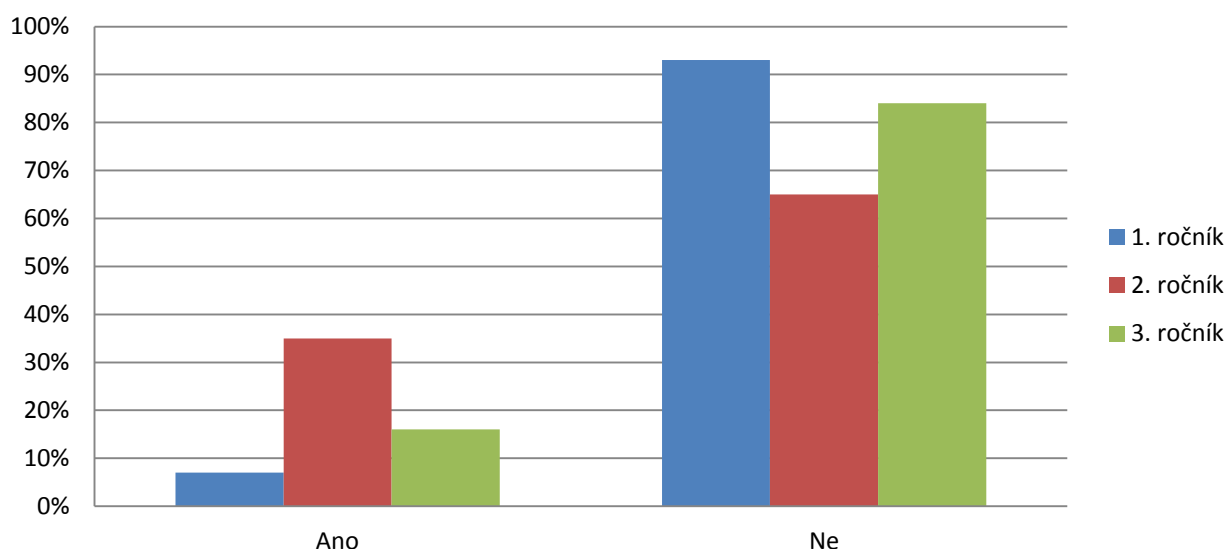
a šok neuvedl nikdo. Ve 2. ročníku 2 respondenti (50%) očekávají šok, uvědomění si smrtelnosti očekává 1 respondent (25%) a 1 respondent očekává strach (25%). Odpověď Smích, Bezmocnost a Nevím neuvedl nikdo z 2. ročníku. 1 respondent (100%) z 3. ročníku označil odpověď Uvědomím si svoji smrtelnost. Počet respondentů na odpovědi uvědomění si smrtelnosti a strach byly v 1. a 2. ročníku stejné, ostatní odpovědi byly u všech ročníku rozdílné.

Otázka č. 10: Promluvila si s Vámi sestra nebo vedoucí na praxi o smrti po prvním setkání s mrtvým?

Tabulka č. 10 Rozhovor sestry nebo vedoucího na praxi se studentem o jeho prvním setkání s mrtvým člověkem

Odpovědi	1. Ročník		2. Ročník		3. Ročník	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost % (r)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost % (r)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost % (r)
Ano	1	6,66	13	35,13	5	16,12
Ne	14	93,33	24	64,86	26	83,87
Celkem	15	100,00	37	100,00	31	100,00

Graf č. 9 Rozhovor sestry nebo vedoucího na praxi se studentem o jeho prvním setkání s mrtvým člověkem



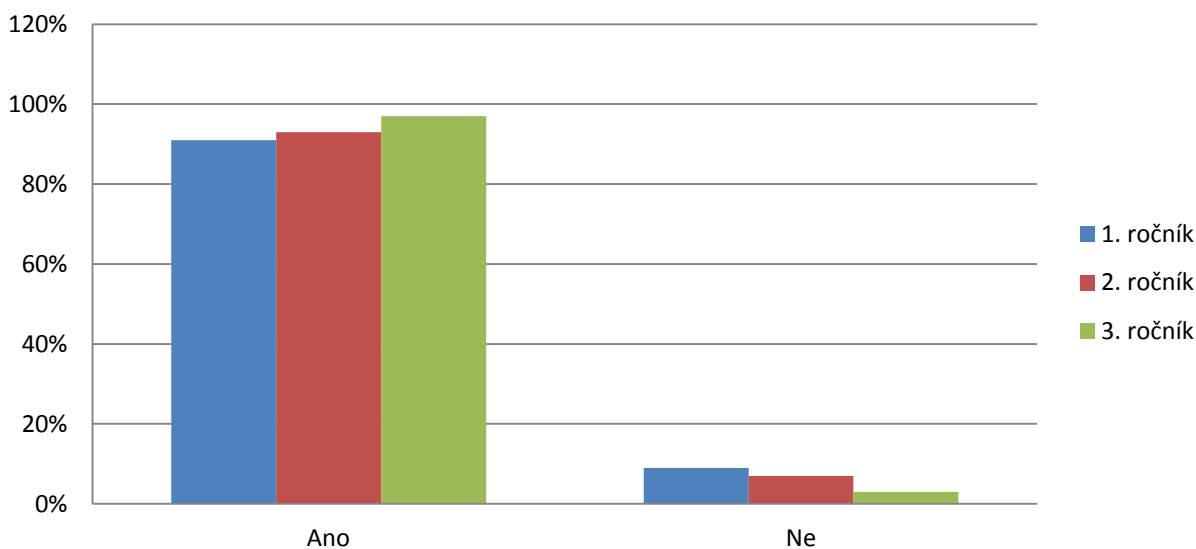
Na tuto otázku odpovídali respondenti, kteří na otázku č. 7 odpověděli Ano. Tato otázka zjišťovala, zda si sestra nebo vedoucí na praxi promluvil s respondenty o smrti po jejich prvním setkání. Odpověď Ne uvedlo v 1. ročníku 14 respondentů (93%), ve 2. ročníku 24 respondentů (65%) a ve 3. ročníku 26 respondentů (84%). Odpověď Ano uvedl v 1. ročníku 1 respondent (7%), ve 2. ročníku 13 respondentů (35%) a ve 3. ročníku 5 respondentů (16%). S převážnou většinou respondentů si sestra nebo vedoucí na praxi nepromluvil o smrti.

Otázka č. 11: Je podle Vás důležité, aby si sestra nebo vedoucí na praxi promluvil se studentem o smrti po jeho prvním setkání?

Tabulka č. 11 Důležitost rozhovoru o smrti po prvním setkání s mrtvým

Odpovědi	1. Ročník		2. Ročník		3. Ročník	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost % (r)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost % (r)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost % (r)
Ano	20	90,90	38	92,68	31	96,87
Ne	2	9,09	3	7,31	1	3,12
Celkem	22	100,00	41	100,00	32	100,00

Graf č. 10 Důležitost rozhovoru o smrti po prvním setkání s mrtvým



Rozhovor o smrti považuje za důležité v 1. ročníku 20 respondentů (91%), ve 2. ročníku 38 respondentů (93%) a ve 3. ročníku 31 respondentů (97%). Odpověď Ne uvedli v 1. ročníku 2 respondenti (9%), ve 2. ročníku 3 respondenti (7%) a ve 3. ročníku 1 respondent (3%). Pro většinu respondentů je důležité, aby si sestra nebo vedoucí na praxi promluvil se studentem o smrti po jeho prvním setkání.

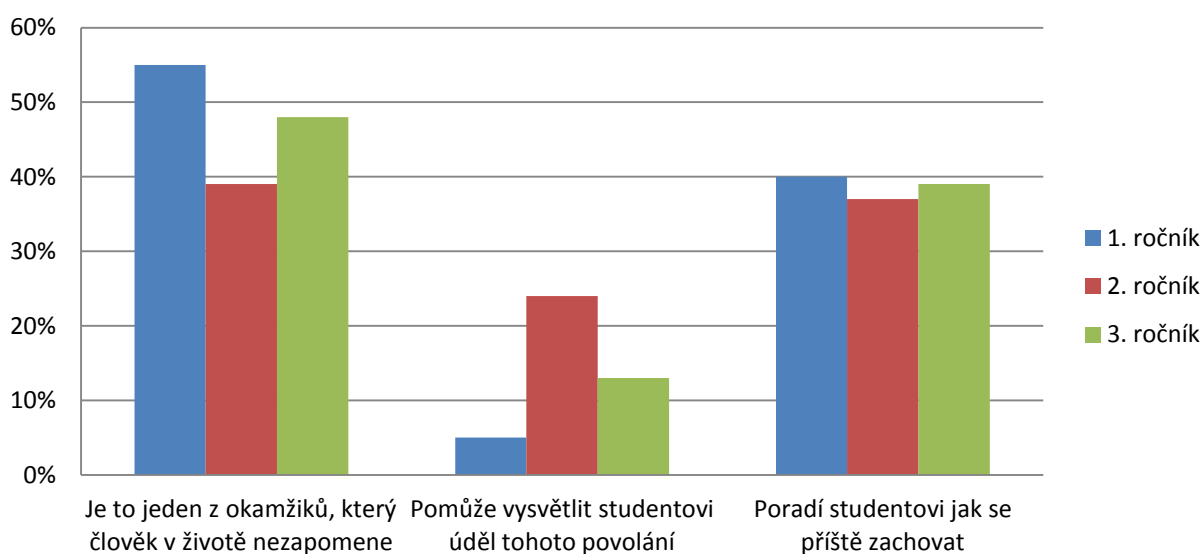
Otázka č. 12: Proč je to podle Vás důležité?

Legenda: a – Je to jeden z okamžiků, na který člověk nezapomene; b – Pomůže vysvětlit studentovi úděl tohoto povolání; c – Poradí studentovi jak se příště zachovat.

Tabulka č. 12 Důvod důležitosti rozhovoru o smrti

Odpovědi	1. Ročník		2. Ročník		3. Ročník	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost % (r)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost % (r)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost % (r)
a	11	55,00	15	39,47	15	48,38
b	1	5,00	9	23,68	4	12,5
c	8	40,00	14	36,84	12	38,70
Celkem	20	100,00	38	100,00	31	100,00

Graf č. 11 Důvod důležitosti rozhovoru o smrti



Na tuto otázku odpovídali respondenti, kteří odpověděli na otázku č. 11 Ano. Důvod nezapomenutelnosti okamžiku uvedlo v 1. ročníku 11 respondentů (55%), ve 2. ročníku 15 respondentů (39%) a ve 3. ročníku 15 respondentů (48%). Rady studentovi by využilo v 1. ročníku 8 respondentů (40%), ve 2. ročníku 14 respondentů (37%) a ve 3. ročníku 12 respondentů (39%). Vysvětlení údělu povolání by využil v 1. ročníku 1 respondent (5%), ve 2. ročníku 9 respondentů (24%) a ve 3. ročníku 4 respondenti (13%). Respondenti všech

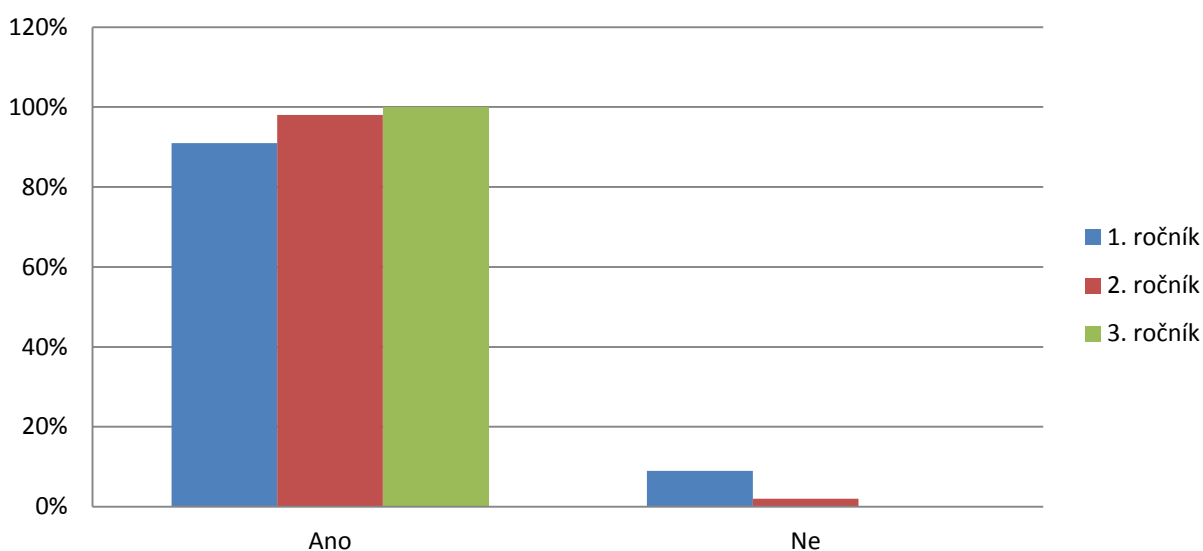
ročníku nejvíce uváděli důvod nezapomenutelnost okamžiku, dále rady studentovi a nejméně uváděli vysvětlení údělu povolání.

Otázka č. 13: Chtěli byste, aby při péči o mrtvé tělo s Vámi někdo byl?

Tabulka č. 13 Péče o mrtvé tělo

Odpovědi	1. Ročník		2. Ročník		3. Ročník	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost % (r)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost % (r)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost % (r)
Ano	20	90,90	40	97,56	32	100,00
Ne	2	9,09	1	2,43	0	0,00
Celkem	22	100,00	41	100,00	32	100,00

Graf č. 12 Péče o mrtvé tělo



Převážná část respondentů z každého ročníku by nechtěli být při péči o mrtvé tělo sami. V 1. ročníku takto odpovědělo 20 respondentů (91%), ve 2. ročníku 40 respondentů (98%) a ve 3. ročníku 32 respondentů (100%). Ostatní respondenti v 1. a 2. ročníku nechtějí přítomnost druhé osoby.

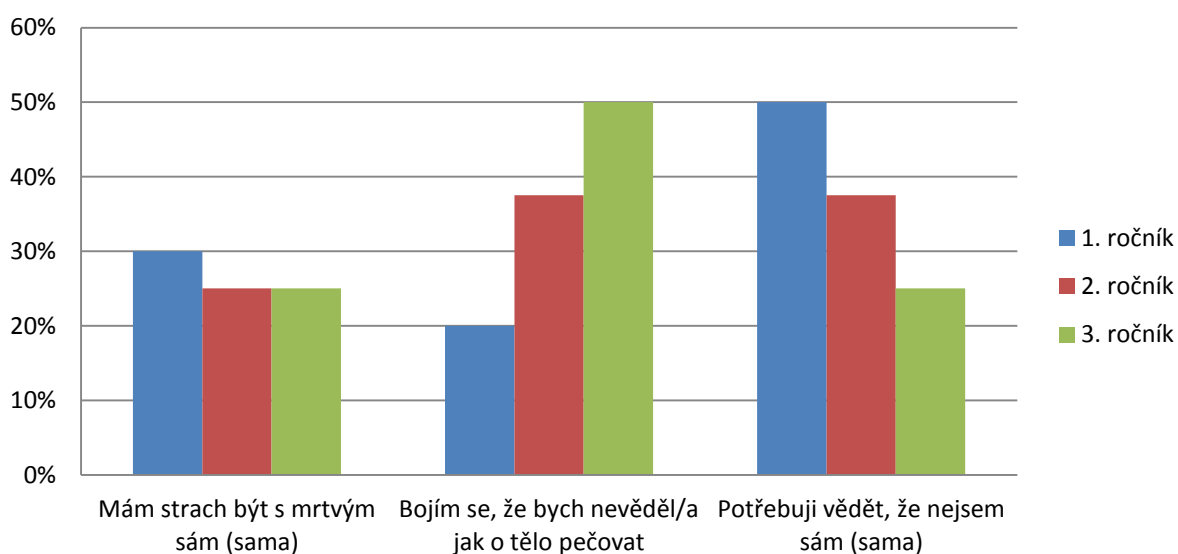
Otázka č. 14: Proč byste chtěli, aby s Vámi byl někdo přítomen?

Legenda: a – Mám strach být s mrtvým sám (sama); b – Bojím se, že bych nevěděl/a jak o tělo pečovat; c – Potřebuji vědět, že nejsem sám (sama).

Tabulka č. 14 Důvod přítomnosti další osoby při péči o mrtvé tělo

Odpovědi	1. Ročník		2. Ročník		3. Ročník	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost % (r)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost % (r)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost % (r)
a	6	30,00	10	25,00	8	25,00
b	4	20,00	15	37,5	16	50,00
c	10	50,00	15	37,5	8	25,00
Celkem	20	100,00	40	100,00	32	100,00

Graf č. 13 Důvod přítomnosti další osoby při péči o mrtvé tělo



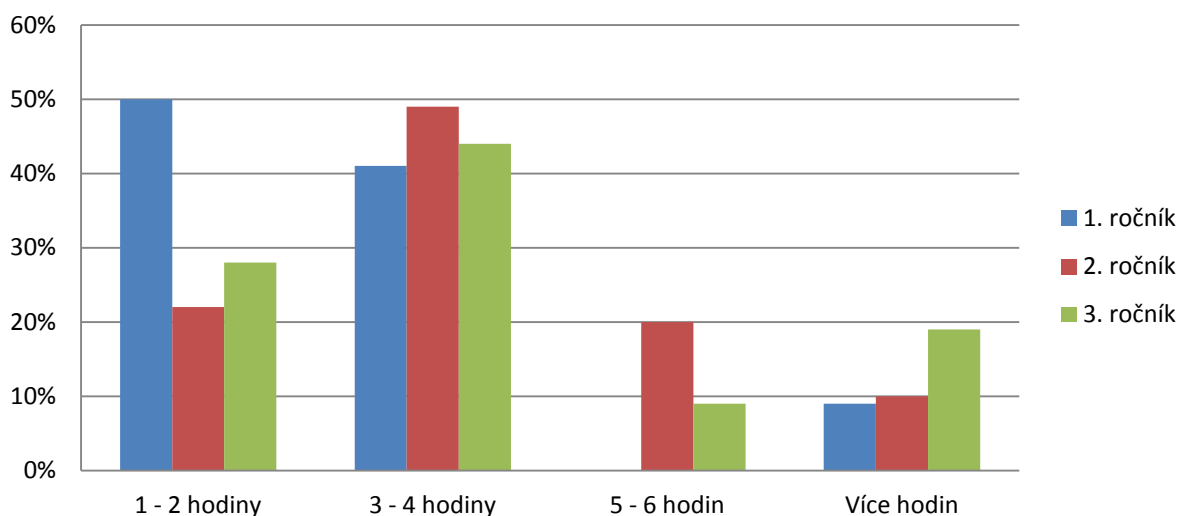
Na tuto otázku odpovídali respondenti, kteří odpověděli na otázku č. 13 Ano. Strach z přítomnosti s mrtvým uvedlo v 1. ročníku 6 respondentů (30%), ve 2. ročníku 10 respondentů (25%) a ve 3. ročníku 8 respondentů (25%). Strach z nevědomostí v oblasti péče uvedli v 1. ročníku 4 respondenti (20%), ve 2. ročníku 15 respondentů (38%) a ve 3. ročníku 16 respondentů (50%). Potřebu vědět, že člověk není sám, by chtělo v 1. ročníku 10 respondentů (50%), ve 2. ročníku 15 respondentů (38%) a ve 3. ročníku 8 respondentů (25%).

Otázka č. 15: Kolik času se věnovala výuka na VŠ tématu umírání a smrt?

Tabulka č. 15 Výuka na VŠ o tématu umírání a smrt

Odpovědi	1. Ročník		2. Ročník		3. Ročník	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost % (r)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost % (r)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost % (r)
1–2 hodiny	11	50,00	9	21,95	9	28,12
3–4 hodiny	9	40,90	20	48,78	14	43,75
5–6 hodin	0	0,00	8	19,51	3	9,37
Více hodin	2	9,09	4	9,75	6	18,75
Celkem	22	100,00	41	100,00	32	100,00

Graf č. 14 Výuka na VŠ o tématu umírání a smrt



1-2 hodiny se výuka na VŠ věnovala tématu umírání a smrti podle 11 respondentů (50%) v 1. ročníku, podle 9 respondentů (22%) ve 2. ročníku a podle 9 respondentů (28%) ve 3. ročníku. Odpověď 3-4 hodiny uvedlo v 1. ročníku 9 respondentů (41%), ve 2. ročníku 20 respondentů (49%) a ve 3. ročníku 14 respondentů (44%). Odpověď 5-6 hodin neuvedl v 1. ročníku žádný respondent (0%), ve 2. ročníku uvedlo 8 respondentů (20%) a ve 3. ročníku 3 respondenti (9%). Věnování se tomuto tématu více hodin uvedli v 1. ročníku 2 respondenti (9%), ve 2. ročníku 4 respondenti (10%) a ve 3. ročníku 6 respondentů (19%). Respondenti v 1. ročníku nejvíce odpovídali na otázku 1-2 hodiny, respondenti ve 2. a 3. ročníku nejvíce odpovídali 3-4 hodiny.

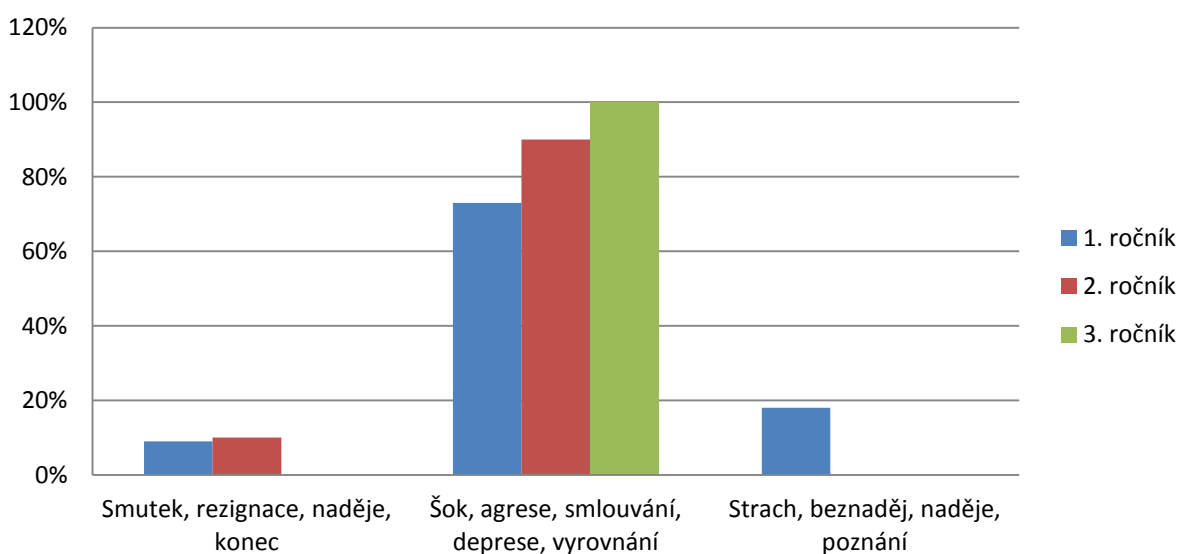
Otázka č. 16: Jaké jsou fáze umírání podle Elisabeth Kübler-Rossové?

Legenda: a – Smutek, rezignace, naděje, konec; b – Šok, agrese, smlouvání, deprese, vyrovnání; c – Strach, beznaděj, naděje, poznání.

Tabulka č. 16 Fáze umírání podle Elisabeth Kübler-Rossové

Odpovědi	1. Ročník		2. Ročník		3. Ročník	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost % (r)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost % (r)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost % (r)
a	2	9,09	4	9,75	0	0,00
b	16	72,72	37	90,24	32	100,00
c	4	18,18	0	0,00	0	0,00
Celkem	22	100,00	41	100,00	32	100,00

Graf č. 15 Fáze umírání podle Elisabeth Kübler-Rossové



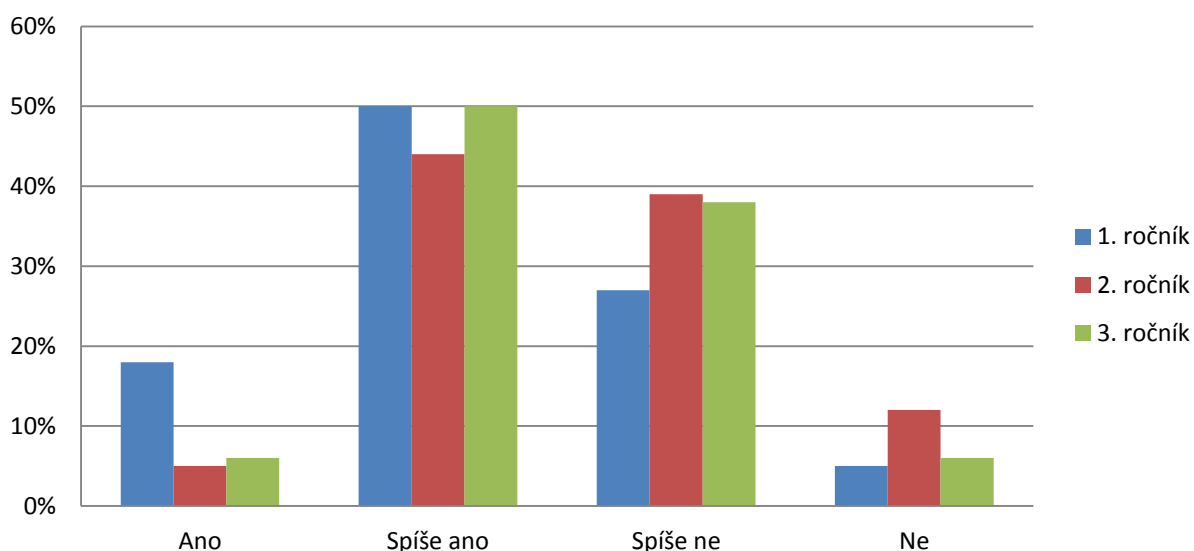
Otázka zjišťovala, zda respondenti znají fáze umírání podle Elisabeth Kübler-Rossové. Respondenti všech ročníků odpovídali převážně správně. Odpověď šok, agrese, smlouvání, deprese a vyrovnání uvedlo v 1. ročníku 16 respondentů (72%), ve 2. ročníku 37 respondentů (90%) a ve 3. ročníku uvedli odpověď všichni respondenti 32 (100%). Fáze smutek, rezignace, naděje a konec uvedli v 1. ročníku 2 respondenti (9%) a ve 2. ročníku 4 respondenti (10%). Poslední odpověď uvedli pouze 4 respondenti z 1. ročníku (18%).

Otázka č. 17: Myslíte si, že Vám výuka na VŠ poskytla dostatečné znalosti ohledně umírání a komunikace s umírajícími?

Tabulka č. 17 Množství znalostí ohledně tématu umírání a komunikace s umírajícími

Odpovědi	1. Ročník		2. Ročník		3. Ročník	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost % (r)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost % (r)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost % (r)
Ano	4	18,18	2	4,87	2	6,25
Spíše ano	11	50,00	18	43,90	16	50,00
Spíše ne	6	27,27	16	39,02	12	37,5
Ne	1	4,54	5	12,19	2	6,25
Celkem	22	100,00	41	100,00	32	100,00

Graf č. 16 Množství znalostí ohledně tématu umírání a komunikace s umírajícími



Tato otázka zjišťovala, zda si respondenti myslí, že jim výuka na VŠ poskytla dostatečné znalosti ohledně umírání a komunikace s umírajícími. Nejčastější odpověď respondentů všech ročníků byla Spíše Ano, v 1. ročníku takto odpovědělo 11 respondentů (50%), ve 2. ročníku 18 respondentů (44%) a ve 3. ročníku 16 respondentů (50%). Druhá nejčastější odpověď byla Spíše ne. V 1. ročníku takto odpovědělo 6 respondentů (27%), ve 2. ročníku 16 respondentů (39%) a ve 3. ročníku 12 respondentů (38%). Odpověď Ano uvedli v 1. ročníku 4 respondenti (18%), ve 2. ročníku 2 respondenti (5%) a ve 3. ročníku také 2 respondenti (6%). Podle 1 respondenta (5%) z 1. ročníku, podle 5 respondentů (12%) z

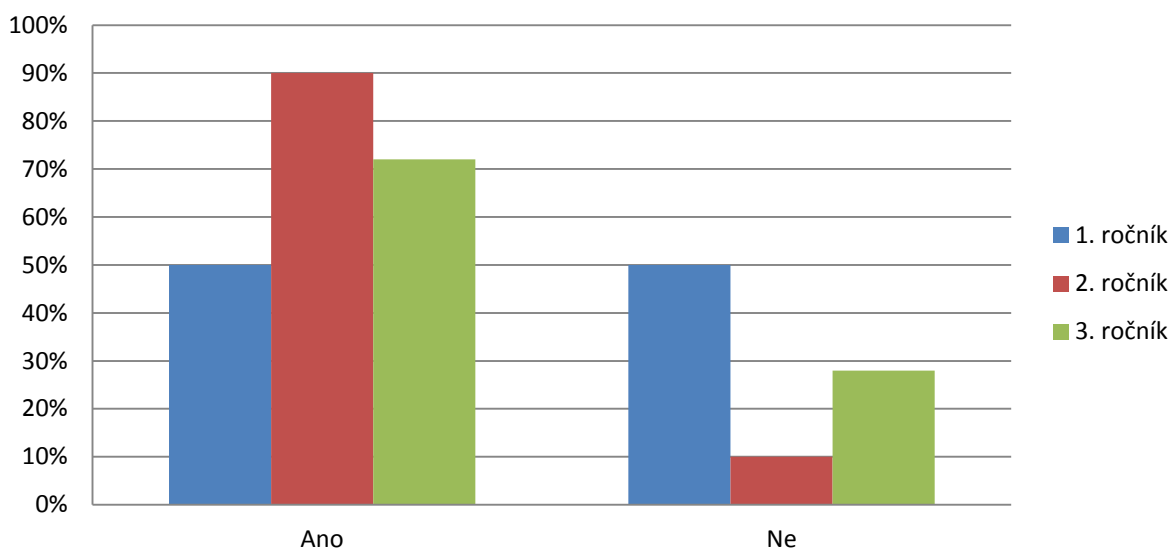
2. ročníku a podle 2 respondentů (6%) z 3. ročníku výuka na VŠ neposkytla dostatečné znalosti ohledně umírání a komunikace s umírajícími.

Otázka č. 18: Chtěli byste, aby se výuka na VŠ více věnovala tomuto tématu?

Tabulka č. 18 Poskytování více informací o tématu umírání a smrti

Odpovědi	1. Ročník		2. Ročník		3. Ročník	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost % (r)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost % (r)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost % (r)
Ano	11	50,00	37	90,24	23	71,87
Ne	11	50,00	4	9,75	9	28,12
Celkem	22	100,00	41	100,00	32	100,00

Graf č. 17 Poskytování více informací o tématu umírání a smrti



V 1. ročníku by 11 respondentů (50%) chtělo, aby se výuka na VŠ více věnovala tématu umírání a smrti. Ve 2. ročníku by chtělo 37 respondentů (90%) a ve 3. ročníku 23 respondentů (72%). Většina respondentů z 2. a 3. ročníku by chtělo, aby se výuka více věnovala tomuto tématu. V 1. ročníku by se chtělo tomuto tématu věnovat polovina respondentů.

Otázka č. 19: *Jakou formou byste se chtěli více dozvědět o tématu umírání a smrti?*

Na tuto otázku odpovídali respondenti, kteří odpověděli na otázku č. 18 Ano. Tato otázka zjišťovala, jak by se chtěli respondenti více dozvědět o tomto tématu. V 1. ročníku respondenti převážně odpovídali: „*Přednášky.*“ a „*Praktická cvičení.*“ Ve 2. ročníku by se chtěli respondenti o smrti dozvědět více prostřednictvím: „*Přednášky.*“, „*Video ukázky.*“, „*Diskuze.*“, „*Semináře.*“ a „*Praktické cvičení.*“. Ve 3. ročníku respondenti převážně odpovídali: „*Přednášky.*“, „*Diskuze.*“, „*Praktické cvičení.*“ a „*Povinně volitelný předmět.*“. Respondenti všech ročníků by se chtěli o tématu smrti a umírání nejvíce dozvědět formou přednášek a praktických cvičení.

8 VYHODNOCENÍ

Cíl č. 1

Z výsledků výzkumu vyplývá, že studenti 1., 2. a 3. ročníku oboru Všeobecná sestra si jako první pod pojmem smrt představí jedinou věc, které se nikdo nevyhne. Jestliže je na oddělení přítomen umírající pacient, studenti o něj pečují stejně jako o ostatní pacienty. První reakce studentů, kteří se poprvé setkali s mrtvým člověkem, byla bezmocnost. Studenti, kteří se s mrtvým člověkem ještě nesečkali, v 1. ročníku očekávají při setkání pocit bezmocnosti, ve 2. ročníku šok a ve 3. ročníku uvědomění si smrtelnosti.

Cíl č. 2

Sestra nebo vedoucí na praxi si s převážnou částí studentů nepromluví o smrti po prvním setkání studentů s ní. Z výzkumu vyplývá, že převážná část studentů by chtěla, aby si s nimi sestra nebo vedoucí na praxi o smrti promluvil, protože je to jeden z okamžiků, na který člověk nikdy nezapomene a poradí studentovi, jak se příště zachovat.

Cíl č. 3

Skoro všichni studenti nechtějí být s mrtvým člověkem sami, v 1. ročníku z důvodu potřeby vědět, že není člověk v této situaci sám, ve 3. ročníku z důvodu nevědomosti jak pečovat o tělo a ve 2. ročníku z předešlých dvou důvodů.

Cíl č. 4

Podle většiny studentů se výuka na VŠ věnovala tématu umírání a smrti 3–4 hodiny. Převážná část studentů uvedla, že výuka na VŠ poskytla dostatečné znalosti ohledně tématu umírání a smrti a více než polovina studentů by se chtěla více dozvědět o tomto tématu. Respondenti nejvíce uváděli, že by se chtěli o tomto tématu více dozvědět formou přednášek, diskuzí a praktických cvičení.

9 DISKUZE

Cílem mé práce bylo ukázat, že i když se má zdravotnický pracovník chovat profesionálně v přítomnosti umírajících, ne každý se dokáže s tímto údělem povolání smířit a chovat se tak, aby zajistil umírajícímu klidné umírání a důstojnou smrt. Hlavní problém vidím ve stále trvající tabuizaci smrti, i když se o tomto tématu hovoří stále více a lidé se chtějí o umírání a smrti více dozvědět. Rozvoj hospiců se snaží lidem ukázat směr, jak komunikovat s umírajícími a uspokojovat jejich potřeby, ale pokud se bude smrt stále odsouvat do nemocnic a jiných institucí, bude smrt nadále představovat téma strachu, bolesti a lidé se jí budou vyhýbat. Je důležité o smrti mluvit, je souzená každému z nás a bylo by dobré změnit postoj lidí ke smrti, aby se jí lidé nebáli a nevyhýbali se tak umírajícím a ti by tak neumírali sami a bez důstojnosti.

Výzkum ukázal, že pokud je umírající pacient na oddělení v nemocnici, pečují studenti o pacienta stejně jako o ostatní pacienty. Tento výsledek není podle mého názoru objektivní, protože z vlastní zkušenosti vím, že pokud pacient umírá, navštíví ho zdravotnický personál jen pokud je to opravdu nutné a studenti chodí na pokoj jen výjimečně. Studenti odpovídali dle mého názoru tak, jak by se měli chovat k umírajícím.

Dále lze z výsledků výzkumu usoudit, že první setkání se smrtí je velmi náročné po psychické stránce a nelze se na setkání připravit a vždy představuje jakousi zkoušku člověka. Většina studentů uvedla, že pokud se člověk poprvé setká se smrtí tváří v tvář, je důležité si o smrti promluvit. Sestra nebo vedoucí na praxi by si měli uvědomit, že první setkání člověka se smrtí patří mezi náročné okamžiky a ne každý se s touto situací dokáže vyrovnat jako personál, který má dlouholetou praxi v nemocnici a má více zkušeností se smrtí. S tímto faktem souvisí i odpovědi studentů ohledně péče o mrtvé. Péči o mrtvé by měl každý zdravotník umět, znát a provádět ji tak, aby se zachovala důstojnost mrtvého. Pokud člověk pečuje o mrtvého poprvé nebo má s péčí málo zkušeností, je pochopitelné že nechce pečovat o mrtvého sám z důvodu nevědomostí, strachu nebo jen z pocitu samoty s mrtvým.

Posledním cílem mé práce bylo ukázat, jaké mají studenti podle svého názoru znalosti ohledně tématu umírání a smrti. Zdravotnický personál by měl mít více znalostí než nezdravotník a měl by si informace stále rozšiřovat a vzdělávat se. Studenti sice nemají tolik zkušeností jako personál s dlouholetou praxí, ale měli by mít základní informace ohledně umírání a smrti a nebát se s umírajícími komunikovat. Podle studentů výuka na VŠ po-

skytla spíše dostatečné znalosti, ale chtěli by se o umírání a smrti více dozvědět formou např. přednášek, diskuzí, seminářů, video ukázek nebo povinně volitelných předmětů. Podle mého názoru je dobré, že se chtějí studenti více dozvědět o tomto tématu a možná to změní postoj studentů ke smrti a umírání.

ZÁVĚR

Bakalářská práce s názvem „*Postoje studentů ošetrovatelství ke smrti a umírání*“ obsahuje informace o umírání a smrti

Práce je rozdělena do dvou částí. První část je teoretická a obsahuje 4 kapitoly. První kapitola se zabývá pojmy umírání a smrti. Popisuje co je to umírání, jaké jsou jeho druhy, co je to smrt a proč smrt vyvolává u lidí pocity strachu. V poslední části této kapitoly se uvádí dnešní přístup zdravotníků k umírajícím. Jelikož se postoj k umírání a smrti různě měnil a vyvíjel, druhá kapitola se zaměřuje na vývoj postojů k umírání a smrti v historii do současnosti a na přístup lidí k umírajícím. Jsou zde také uvedeny informace o domácím tradičním modelu umírání a o institucionálním modelu umírání, který se v současnosti stále objevuje a jaký je jeho důsledek na dnešní společnost. Třetí kapitola věnuje pozornost fázím umírání podle Elisabeth Kübler-Rossovové, kterými si umírající prochází. V této kapitole jdou dále uvedeny projevy fází a zásady jak k umírajícím v jednotlivých fázích přistupovat. Dále jsou zde uvedeny sociální fáze smrti a umírání a jak pacienti přistupují ke své vlastní smrti. Poslední čtvrtá kapitola se zabývá chováním sestry k umírajícím, náročností přístupu k umírajícím, komunikací sestry s umírajícími a jejími zásadami.

Druhá část bakalářské práce je praktická a jsou zde vymezeny cíle, jejich očekávané výsledky, metodika a vyhodnocení. K praktické části byl vytvořen dotazník, který zkoumal pocity studentů na umírání a smrt, jejich přístup k umírajícím a poskytování informací o tématu umírání a smrti studentům na VŠ. Dotazník obsahoval 19 otázek a celkem bylo rozdáno 109 dotazníků studentům 1., 2. a 3. ročníku oboru Všeobecná sestra na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně. Výsledky dotazníkového šetření byly zpracovány do tabulek a grafů a byl k nim uveden krátký komentář. Odpovědi respondentů všech ročníků byly poměrně stejné.

Výzkum ukázal, že převážná část studentů si uvědomuje konečnost svého života a při prvním setkání s mrtvým pociťovali bezmocnost nebo očekávají šok, bezmocnost a uvědomění si konce života. Podle výzkumu většina studentů pečuje o umírající stejně jako o ostatní pacienty. Dále studenti uváděli, že když se poprvé setkali s mrtvým člověkem, sestra nebo vedoucí na praxi si s nimi o smrti nepromluvil, i když by si chtěli o smrti promluvit, protože první setkání s mrtvým člověkem je jeden z okamžiků, na který člověk nezapomene a může tak studentovi poradit jak se příště zachovat. Setkání s mrtvým vyvolává různé emoce, a tak převážná část studentů nechce být přítomna s mrtvým člověkem

sama, protože mají strach, že nebudou mít znalosti jak o tělo pečovat nebo jen potřebují mít pocit jistoty, že nejsou v této situaci sami.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ARIÉS, P., 2000a. Dějiny smrti I: Doba ležících. Přeložila Danuše NAVRÁTILOVÁ. Praha: Argo. ISBN 80-7203-286-0.

ARIÉS, P., 2000b. Dějiny smrti II: Zdivočelá smrt. Přeložila Danuše NAVRÁTILOVÁ. Praha: Argo. ISBN 80-7203-293-3.

BÁRTLOVÁ, S., 2005. Sociologie medicíny a zdravotnictví. Vyd. 6. Praha: Grada. ISBN 80-247-1197-4.

DAVIES, D., J., 2007. Stručné dějiny smrti. Praha: Volvox Globator. ISBN 80-7207-628-4.

HAŠKOVCOVÁ, H., 2007. Thanatologie. Vyd. 2. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-471-3.

HANZLÍKOVÁ, A. a kol. 2007. Komunitní ošetřovatelství. Martin: Osveta. ISBN 978-80-8063-257-1.

KELNAROVÁ, J., 2007. Tanatologie v ošetřovatelství. Brno: Littera. ISBN 978-80-85-763-36-2.

KŘIVOHLAVÝ, J., 2002. Psychologie nemoci. Praha: Grada. ISBN 80-247- 0179-0.

KUTNOHORSKÁ, J., 2007. Etika v ošetřovatelství. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2069-2.

KÜBLER-ROSS, E., 1992a. O smrti a umírání. Přeložili Jiří KRÁLOVEC a agentura Lingua. Turnov: Arica & Nadace Klíček. ISBN 80-900134-6-5.

KÜBLER-ROSS, E., 1992b. Otázky a odpovědi o smrti a umírání. Přeložili Jiří KRÁLOVEC a agentura Lingua. Turnov: Arica & Nadace Klíček. ISBN 80-85878-12-7.

JANÁČKOVÁ, L., 2008. Základy zdravotnické psychologie. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-179-6.

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

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

O'CONNOR, M., ARANDA, S., 2005. Paliativní péče: pro sestry všech oborů. Praha: Grada, ISBN 80-247-1295-4.

SCHERER, G., 2005. Smrt jako filosofický problém. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství. ISBN 80-7192-914-X.

ŠPINKOVÁ, M., ŠPINKA, Š., 2004. Standardy domácí paliativní péče (Podklady pro práci). ISBN 80-239-4329-4.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

WHO World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)

EEG Elektroencefalografie

VŠ Vysoká škola

SEZNAM OBRÁZKŮ

Graf č. 1 Pohlaví	37
Graf č. 2 Věk respondenta	38
Graf č. 3 Nejvyšší dosažené vzdělání před nástupem na VŠ	40
Graf č. 4 První představa studenta pod pojmem smrt	41
Graf č. 5 Reakce studenta na přítomnost umírajícího pacienta na oddělení	43
Graf č. 6 Setkání studenta s mrtvým člověkem	45
Graf č. 7 Reakce studenta při prvním setkání s mrtvým člověkem	46
Graf č. 8 Očekávaná reakce studenta při prvním setkání s mrtvým člověkem	48
Graf č. 9 Rozhovor sestry nebo vedoucího na praxi se studentem o jeho prvním setkání s mrtvým člověkem	50
Graf č. 10 Důležitost rozhovoru o smrti po prvním setkání s mrtvým	51
Graf č. 11 Důvod důležitosti rozhovoru o smrti	52
Graf č. 12 Péče o mrtvé tělo	54
Graf č. 13 Důvod přítomnosti další osoby při péči o mrtvé tělo	55
Graf č. 14 Výuka na VŠ o tématu umírání a smrt	56
Graf č. 15 Fáze umírání podle Elisabeth Kübler-Rossové	57
Graf č. 16 Množství znalostí ohledně tématu umírání a komunikace s umírajícími	58
Graf č. 17 Poskytování více informací o tématu umírání a smrti	60

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1 Pohlaví	37
Tabulka č. 2 Věk respondenta.....	38
Tabulka č. 3 Ročník studia	39
Tabulka č. 4 Nejvyšší dosažené vzdělání před nástupem na VŠ	40
Tabulka č. 5 První představa studenta pod pojmem smrt	41
Tabulka č. 6 Reakce studenta na přítomnost umírajícího pacienta na oddělení	43
Tabulka č. 7 Setkání studenta s mrtvým člověkem	45
Tabulka č. 8 Reakce studenta při prvním setkání s mrtvým člověkem	46
Tabulka č. 9 Očekávaná reakce studenta při prvním setkání s mrtvým člověkem.....	48
Tabulka č. 10 Rozhovor sestry nebo vedoucího na praxi se studentem o jeho prvním setkání s mrtvým člověkem	50
Tabulka č. 11 Důležitost rozhovoru o smrti po prvním setkání s mrtvým	51
Tabulka č. 12 Důvod důležitosti rozhovoru o smrti	52
Tabulka č. 13 Péče o mrtvé tělo.....	54
Tabulka č. 14 Důvod přítomnosti další osoby při péči o mrtvé tělo.....	55
Tabulka č. 15 Výuka na VŠ o tématu umírání a smrt.....	56
Tabulka č. 16 Fáze umírání podle Elisabeth Kübler-Rossové	57
Tabulka č. 17 Množství znalostí ohledně tématu umírání a komunikace s umírajícími	58
Tabulka č. 18 Poskytování více informací o tématu umírání a smrti	60

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: Dotazník

PŘÍLOHA Č. I: DOTAZNÍK

Vážené kolegyně, vážení kolegové,

jsem studentka Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně oboru Všeobecná sestra. Píši bakalářkou práci na téma „ Postoje studentů ošetrovatelství ke smrti a umírání“. Chtěla bych Vás tímto požádat, abyste vyplnili tento dotazník, který je součástí mé bakalářské práce. Dotazník je zcela anonymní a odpovědi budou použity pouze v mé bakalářské práci. Zakroužkujte pouze jednu odpověď.

Děkuji,

Tereza Hlaváčková.

1. Pohlaví

- a) Žena.
- b) Muž.

2. Věk

- a) 18-22.
- b) 23-27.
- c) 28 a více.

3. Ročník studia

- a) 1.
- b) 2.
- c) 3.

4. Nejvyšší dosažené vzdělání před nástupem na VŠ?

- a) Střední zdravotnická škola.
- b) Střední odborná škola.
- c) Gymnázium.
- d) Vyšší odborná škola.

5. Co si jako první představíte pod pojmem smrt?

- a) Oddělení duše od těla.
- b) Bolest a strach.
- c) Konec existence.
- d) Jediná věc, které se nikdo nevyhne.
- e) Jiné, uveďte

.....
.....

6. Jak reagujete na praxi, když víte, že je na oddělení umírající pacient?

- a) Každou volnou chvíli trávím s umírajícím pacientem.
- b) Pečuji o umírajícího pacienta stejně jako o ostatní pacienty.
- c) Pokoji se vyhýbám, protože se bojím setkání s umírajícím pacientem.
- d) Pokoji se vyhýbám, protože setkání s umírajícím pacientem je mi nepříjemné.
- e) Sestry nás na pokoj nepustily.

7. Setkali jste se na praxi s mrtvým?

- a) Ano.
- b) Ne.

Pokud jste odpověděli na otázku č. 7 ano, odpovězte prosím na otázku č. 8 a č. 10.

Pokud jste odpověděli na otázku č. 7 ne, odpovězte prosím na otázku č. 9.

8. Jak jste reagovali při prvním setkání s mrtvým?

- a) Uvědomil(a) jsem si svoji smrtelnost.
- b) Smích.
- c) Šok.
- d) Strach.
- e) Bezmocnost.
- f) Jiné, uveďte

.....

9. Jakou očekáváte reakci při prvním setkání s mrtvým?

- a) Uvědomím si svoji smrtelnost.
- b) Smích.
- c) Šok.
- d) Strach.
- e) Bezmocnost.
- f) Nevím.

10. Promluvila si s Vámi sestra nebo vedoucí na praxi o smrti po prvním setkání s mrtvým?

- a) Ano.
- b) Ne.

11. Je podle Vás důležité, aby si sestra nebo vedoucí na praxi promluvil se studentem o smrti po jeho prvním setkání

- a) Ano.
- b) Ne.

Pokud jste odpověděli na otázku č. 11 ano, odpovězte prosím na otázku č. 12.

12. Proč je to podle Vás důležité?

- a) Je to jeden z okamžiků, který člověk v životě nezapomene.
- b) Pomůže vysvětlit studentovi úděl tohoto povolání.
- c) Poradí studentovi jak se příště zachovat.

13. Chtěli byste, aby při péči o mrtvé tělo s Vámi někdo byl?

- a) Ano.
- b) Ne.

Pokud jste odpověděli na otázku č. 13 ano, odpovězte prosím na otázku č. 14.

14. Proč byste chtěli, aby s Vámi někdo byl přítomen?

- a) Mám strach být s mrtvým sám (sama).
- b) Bojím se, že bych nevěděl(a) jak o tělo pečovat.
- c) Potřebuji vědět, že nejsem sám (sama).

15. Kolik času se výuka na VŠ věnovala tématu umírání a smrt?

- a) 1–2 hodiny.
- b) 3–4 hodiny.
- c) 5–6 hodin.
- d) Více hodin.

16. Jaké jsou fáze umírání podle Elisabeth Kübler - Rossové?

- a) Smutek, rezignace, naděje, konec.
- b) Šok, agrese, smlouvání, deprese, vyrovnání.
- c) Strach, beznaděj, naděje, poznání.

17. Myslíte se, že Vám výuka na VŠ poskytla dostatečné znalosti ohledně umírání a komunikace s umírajícím pacientem?

- a) Ano.
- b) Spíše ano.
- c) Spíše ne.
- d) Ne.

18. Chtěli byste, aby se výuka na VŠ více věnovala tomuto tématu?

- a) Ano.
- b) Ne.

Pokud jste odpověděli na otázku č. 18 ano, odpovězte prosím na otázku č. 19.

19. Jakou formou byste se chtěli více dozvědět o tématu umírání a smrti?

.....

.....

.....