

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2013

Bc. Eliška Taitlová

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Úroveň profesní připravenosti zdravotníků na setkání se smrtí

Bc. Eliška Taitlová

Diplomová práce

2013

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2011/2012

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: Bc. Eliška Taitlová
Osobní číslo: Z10154
Studijní program: N5341 Ošetřovatelství
Studijní obor: Ošetřovatelství
Název tématu: Úroveň profesní připravenosti zdravotníků na setkání se smrtí
Zadávající katedra: Katedra ošetřovatelství

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

1. Sběr informací a studium literatury.
2. Stanovení cílů práce.
3. Stanovení výzkumných otázek a pracovních hypotéz.
4. Stanovení metodiky výzkumu.
5. Realizace výzkumu.
6. Analýza a interpretace získaných výsledků.
7. Kritické zhodnocení výsledků práce.

Rozsah grafických prací: dle doporučení vedoucího
Rozsah pracovní zprávy: 50 stran
Forma zpracování diplomové práce: tištěná/elektronická
Seznam odborné literatury:

1. HAŠKOVCOVÁ, Helena. Thanatologie: Nauka o umírání a smrti. 2. přepracované vydání. Praha: Galén, 2007, 244 s. ISBN 978-80-7262-471-3.
2. HAŠKOVCOVÁ, Helena. Lékařská etika. 3. doplněné vydání. Praha: Galén, 2002, 220 s. ISBN 80-7262-132-7.
3. KUTNOHORSKÁ, Jana. Výzkum v ošetrovatelství. 1. vydání. Praha: Grada Publishing a.s., 2009, 176 s. ISBN 978-80-247-2713-4.
4. MUNZAROVÁ, Marta. Eutanázie, nebo paliativní péče? 1. vydání. Praha: Grada, 2005, 108 s. ISBN 80-247-1025-0.
5. ÚMLUVA NA OCHRANU LIDSKÝCH PRÁV A DŮSTOJNOSTI LIDSKÉ BYTOSTI V SOUVISLOSTI S APLIKACÍ BIOLOGIE A MEDICÍNY. In Sbírka zákonů České republiky. 96/2001, kapitola III., článek 10.
6. Vyhláška, kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. In Sbírka zákonů České republiky. 2004, 424, s. 1-7.

Vedoucí diplomové práce: MUDr. Ivo Bureš
Katedra klinických oborů

Datum zadání diplomové práce: 30. listopadu 2011
Termín odevzdání diplomové práce: 2. května 2013


prof. MUDr. Arnošt Pellant, DrSc.
děkan

L.S.


Mgr. Martina Jedlinská
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 29. února 2012

Prohlašuji:

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury. Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Pardubicích dne: 30. 3. 2013

.....

Bc. Eliška Taitlová

Poděkování:

Na tomto místě bych ráda poděkovala MUDr. Ivo Burešovi za vedení této práce, za jeho čas, rady a připomínky. Zvláštní dík patří p. Ing. Kateřině Kláskové za pomoc a konzultace při zpracování statistických dat. Dále bych chtěla poděkovat všem respondentům, kteří ochotně spolupracovali při vyplňování dotazníků, díky kterým mohla tato práce vzniknout.

Abstrakt

Diplomová práce na téma „Úroveň profesní připravenosti zdravotníků na setkání se smrtí“ je dělena do dvou hlavních částí. První, teoretická část, nás uvádí do problematiky smrti a umírání obecně a zabývá se také vzděláváním zdravotníků v tomto směru. Podkladem pro sepsání teoretické části práce byly odborné a vědecké publikace zabývající se tímto tématem. Druhá, výzkumná část, nabízí přehled dat získaných od respondentů pomocí dotazníkové metody. Jsou zde ověřeny stanovené hypotézy dle statistických vzorců a v závěru práce jsou pak reprodukovány výsledky celého výzkumu a jeho přínos pro danou problematiku v praxi.

Klíčová slova

Umírání, smrt, vzdělávání, zdravotník, profesní připravenost

Abstract

Diploma thesis on "The level of medical staff member's professional readiness for the encounter with death" is divided into two main parts. The first, theoretical part, brings us to the topic of death and dying in general, and deals with the training and education of medical staff members in this direction. Theoretical basis for the writing of the work was professional and scientific publications on this topic. The second, experimental part, provides an overview of the data obtained from respondents using the questionnaire method. There are verified hypotheses according to statistical formulas and conclusion are then reproduced the results of the research and its contribution to the problem in practice.

Key words

Dying, death, education, medical staff member, career readiness

OBSAH

ÚVOD	10
CÍL PRÁCE	11
I. TEORETICKÁ ČÁST	12
1. Umírání	13
1.1. Definice umírání	13
1.1.1. Třífázový model umírání	13
1.1.2. Model umírání dle E. Kübler-Rossové	14
2. Smrt	16
2.1. Biologická definice smrti	16
2.2. Znamky smrti	16
2.3. Péče o mrtvé tělo	17
3. Umírání a smrt v dnešní praxi	18
3.1. Historický náhled	18
3.2. Institucionalizace smrti	19
3.2.1 Hospicové hnutí a koncept paliativní péče	19
3.3. Potřeby umírajících	21
3.3.1. Biologické potřeby	21
3.3.2. Potřeby sociální	22
3.3.3. Potřeby psychologické	23
3.3.4. Potřeby spirituální	24
3.4. Etická problematika umírání a smrti	26
4. Legislativní a jiné dokumenty týkající se umírajících	28
5. Vzdělávání zdravotníků v problematice umírání a smrti	29
5.1. Vzdělávání zdravotníků/všeobecných sester	30
5.1.1. Výkon povolání všeobecné sestry bez odborného dohledu	30

5.1.2. Osnovy středních zdravotnických škol.....	32
5.1.3. Vzdělávání všeobecných sester na Vyšších odborných a Vysokých školách.....	35
5.1.4. Kompetence všeobecných sester v praxi.....	44
5.1.5. Specializační vzdělávání sester	45
5.2. Vzdělávání lékařů	46
6. Dostupné vzdělávací materiály, techniky a kurzy s tematikou umírání a smrti	48
6.1. Konfrontační techniky	48
6.2. Dostupné studijní materiály	50
7. Duševní hygiena zdravotníků	54
II. VÝZKUMNÁ ČÁST.....	55
8. Výzkum.....	56
8.1. Výzkumné metody	56
8.1.1. Kvantitativní výzkum	56
8.1.2. Dotazník	56
9. Vlastní výzkumné šetření.....	58
9.1. Charakteristika výzkumného vzorku	58
9.2. Dotazníkové šetření	59
9.3. Výzkumné otázky a sestavení pracovních hypotéz.	59
10. Prezentace vybraných položek vyhodnoceného dotazníku	61
11. Stanovení hypotéz a statistické ověřování	67
11.1. Hypotéza	67
11.2. Stanovení nulových a alternativních hypotéz	67
11.3. Vzorce pro ověřování hypotéz	69
11.4 Výpočty.....	69
12. Diskuze	77
13. Závěr	80
Seznam bibliografických citací.....	82

Seznam zkratek	87
Seznam tabulek	89
Seznam obrázků	90
Seznam příloh	91

ÚVOD

„Být připraven je nejdůležitější předpoklad úspěchu.“

Henry Ford

Již delší dobu se zajímám o problematiku smrti a umírání a proto jsem se rozhodla provést výzkum této oblasti i v rámci své diplomové práce. O smrti a umírání se příliš nemluví, téma je bráno jako ožehavé a nepříjemné, mnozí z nás se mu raději vyhnou. Smrt je však nedílnou součástí a přirozeným koncem života každého člověka. Možná právě fakt konečnosti je zdrojem onoho distancování se od dané problematiky. Ovšem popření smrti nebo nemluvení o ní neznamena, že neexistuje. Jednou se bude týkat každého z nás a je třeba se jí věnovat stejně jako jiným součástem života. Pro zdravotníky toto platí dvojnásob. Ačkoli většina z nás šla studovat hlavně s vidinou uzdravených pacientů a zachráněných životů, realita zdravotnictví je jiná. Umírající a nevléčitelně nemocní pacienti jsou stále častěji umísťováni do zdravotnických zařízení a jsou to právě zdravotníci, kteří jsou se smrtí a umíráním konfrontováni v první linii, navíc opakovaně. Proto se nabízí otázka, jak jsme v této oblasti připraveni. Jak říká citát zmíněný výše, předpokladem úspěchu je připravenost. Uspějeme tedy jako zdravotníci a lidé tváří v tvář umírajícímu? Na téma smrti a umírání bylo napsáno spousta knih, ať už z pohledu etiky, psychologie, sociologie nebo třeba náboženství, ale materiálů, které by se zabývaly připraveností zdravotníků v této oblasti a věnovaly se jejich přípravě najdeme jen velmi málo. Proto také tento výzkum.

Výzkum se zaměřil na dvě skupiny zdravotníků. Jednak na studenty zdravotnických oborů, kteří právě končí své odborné vzdělávání (studentky a studenti posledních ročníků Bc. a Mgr. studia Ošetřovatelství a Všeobecného lékařství) a druhou skupinou byli lékaři a sestry, kteří splňovali podmínku 10-ti a více let praxe ve zdravotnictví (tedy i deset a více let od ukončení odborného vzdělání). Snahou výzkumu bylo zjistit, zda jsou mezi těmito skupinami významné rozdíly v tom, jak byly profesně připraveny na setkání se smrtí.

CÍL PRÁCE

Hlavním cílem této práce bylo zmapovat, jak byli a jsou zdravotníci profesně připravováni na setkání se smrtí. V jakých oblastech se cítí dobře připraveni a kde naopak pociťují nedostatky.

Dílní cíle jsou:

- Poskytnutí teoretických východisek na základě odborné literatury, jež se zabývá problematikou umírání a smrti
- Přehled systému a obsahu vzdělávání zdravotníků
- Zmapování připravenosti zdravotníků v otázkách umírání a smrti na základě dotazníkového šetření
- Vyhodnocení získaných dat a vyvození závěrů pro praxi

I. TEORETICKÁ ČÁST

1. Umírání

1.1. Definice umírání

Jednotná definice umírání neexistuje. Je zmiňováno ve spoustě odborných knih a definováno právě na základě toho, do jakého oboru kniha spadá. Lze nalézt jiné vysvětlení v učebnici patologie a jiné například v publikacích psychologických či sociologických. Umírání je také často nesprávně zaměňováno s pojmem smrt, i když tak ho lze chápat pouze ve velmi úzkém slova smyslu. Všechny definice umírání mají jeden společný rys, a to ten, že nezávisle na oboru či zaměření je umírání vždy definováno jako určitý *proces*, na jehož konci čeká smrt. Z medicínského hlediska je umírání *synonymem* terminálního stavu (Haškovcová, 1997), kdy dochází k postupnému a nezvratnému selhávání životních funkcí, které nevyhnutelně vede k zániku celého lidského organismu, tedy ke smrti. Jiné definice se na umírání dívají jako na vícesložkový, různě dlouhý proces, jenž lze rozdělit na dílčí fáze. Vorlíček (2004) i Haškovcová (2002) zmiňují 3-fázový proces, který v sobě zahrnuje smrt samotnou i období neprodleně na smrt navazující. Kübler-Rossová (1969) pak nedefinuje přímo pojem umírání, ale představuje 5-ti fázový model, jímž procházejí pacienti vyrovnávající se s nevléčitelnou nemocí, tedy umírající.

1.1.1. Třífázový model umírání

Fáze *Pre finem* neboli před smrtí (Vorlíček, 2004) je fáze začínající sdělením nepříznivé diagnózy pacientovi s tím, že onemocnění je výhledově neslučitelné se životem a již není možnost, jak jeho progresi zastavit, lze ho pouze někdy zpomalit. Tato fáze může trvat různě dlouho, týdny, měsíce, ale také roky. Pacient je konfrontován se svou konečností, zpracovává nepříjemná fakta a začíná řešit důležité životní otázky. Mění se interpersonální vztahy, životní styl a dochází k velkým životním změnám i ztrátám (práce, koníčky, partner apod.). Zdravotní stav se postupně zhoršuje i přes snahy a možnosti moderní medicíny o udržení co nejdelšího období remise a mění se také psychika pacientů. Na povrch se dostávají závažné otázky sociální i spirituální, pacienti mohou pociťovat duševní i duchovní tíseň. Postupně toto období přejde do druhé fáze, tedy do umírání v užším slova smyslu.

Fáze *In finem*, totožná s lékařským pojmem terminální stav (Haškovcová, 1997), tedy doba samotné smrti, je okamžikem zániku lidského organismu v biologickém slova smyslu. V této fázi se ne neopodstatněně nabízejí k řešení otázky ritualizace a

institucionalizace smrti a otevírá se zde také otázka eutanazie. Tato problematika bude v textu probrána později.

Poslední fází je fáze *Post finem* neboli po smrti. Je typická především péčí o tělo zemřelého a zaopatřováním nezbytných úkonů spojených se skoncem člověka, jako je pohřeb a věci s ním spojené. Je to také okamžik, kdy by zájem odborníků (zdravotníků, psychologů, duchovních) měl přejít od zemřelého (který je již zaopatřen) do oblasti péče a pomoci pozůstalým, kteří zůstávají a truchlí. (Svatošová, 2008)

1.1.2. Model umírání dle E. Kübler-Rossové

Doktorka Kübler-Rossová je světoznámou odbornicí v oblasti umírání a smrti, která se této problematice věnovala celý život a značnou měrou se zasloužila o skoncování s tabuizací smrti a umírání (Jakoby, 2005). Její model 5 fází psychické odezvy (známý též jako model pěti fází smutku, či pěti fází umírání), kterými umírající procházejí, se stal velmi důležitou pomůckou nejen pro profesionály, ale také pro laiky a je dnes v praxi asi nejpoužívanějším a často citovaným zdrojem. Tento model vychází z mnohaletých zkušeností a pozorování doktorky Kübler-Rossové, která s těžce nemocnými a umírajícími pracovala a pečlivě shromažďovala veškeré poznatky této oblasti a shrnula je v několika svých publikacích, které byly přeloženy do mnoha cizích jazyků. Poprvé sepsala své poznatky v roce 1969 v knize *On death and dying* (v češtině vyšlo toto dílo pod názvem *Hovory s umírajícími*, a to s mnohaletým zpožděním, v roce 1992)

Kübler-Rossová (1992) definuje těchto pět fází umírání:

- 1) Popření skutečnosti, šok
- 2) Zloba, hněv, agrese
- 3) Vyjednávání, smlouvání
- 4) Deprese
- 5) Smíření

V první fázi se pacient ze všech sil brání diagnóze nevyléčitelné nemoci, popírá skutečnost, že by nepříznivé výsledky mohly patřit jemu. Deklamuje, že se cítí dobře a že nejspíš došlo k nějaké chybě při vyšetření. Nepřijímá fakta a je v šoku. Popření je psychologickou obranou jedince a tato fáze popírání může trvat různě dlouho.

Ve druhé fázi si pacient uvědomuje, že nelze již déle předstírat, že se nic neděje. Přestává popírat skutečnost nemoci a místo toho nastupuje vztek, rozčarování, často i agrese.

Pacient se zlobí na všechno a na všechny, nechápe, proč se to muselo stát zrovna jemu, pociťuje nespravedlnost a hledá viníky vzniklé situace. V této fázi je o něj nesmírně těžké pečovat, zlobu si vybíjí nejen na zdravotnících, ale nezřídka také na rodině a svých nejbližších.

Po období hněvu následují chvíle smlouvání a vyjednávání. Pacient se s nadějí obrací k nějaké Vyšší moci nebo vyhledává alternativní způsoby léčby, slibuje a nabízí, že udělá to či ono, jen aby dostal více času. Typické jsou situace příslibů „přestanu kouřit, ale chci se dožít narození vnuka!“ apod. Obvyklé je i upínání se k hledání zázračného léku, který vše vyřeší.

Ve čtvrté fázi upadá nemocný do smutku, uzavírá se před okolím, mívá deprese a prožívá strach a beznaděj. Uvědomuje si blízkost a jistotu smrti a je z toho sklíčený. Může odmítat návštěvy i zájem blízkých, bývá velmi negativistický, ztrácí zájem o oblíbené věci. V tomto období se nedoporučuje pacienta rozveselovat nebo na něj tlačit a požadovat po něm nemožné, toto období si musí prožít, aby se následně mohl posunout dál.

Poslední fáze s sebou přináší akceptaci nevyhnutelného. Nemocný se smiřuje se svou smrtí a přestává proti ní urputně bojovat. Přijímají ji jako nezvratitelný fakt a snaží se využít všech možností, které mu zbývají. Podílí se aktivně na léčbě/péči, dochází u něj k psychickému uvolnění. Je smířený.

Kübler-Rossová (1992) však podotýká, že prožívání těchto stadií je velmi individuální, někteří pacienti jimi projdou postupně a dostanou se až ke smíření se, jiní některé fáze úplně přeskočí a jsou i tací, kteří se pohybují v bludném kruhu a střídá se u nich jen prožívání některých fází a to ještě ne ve zmíněném pořadí. Dle autorky však každý pacient prožije nejméně dvě z pěti fází. Znalost tohoto modelu a specifik prožívání jednotlivých částí může být velmi cenným zdrojem informací pro pečující zdravotníky, kteří tak mohou poskytovat účinnou a vhodnou péči umírajícím právě na základě těchto znalostí. Navíc, jak upozorňuje Svatošová (2003), těmito stádii neprochází jen pacient, ale prožívají je i jeho nejbližší a nezřídka se jaksi „zaseknou“ v jedné z fází, zatímco pacient sám již došel do fáze další či již do fáze smíření. I tady pak může zdravotník poskytnout účinné rady a pomoc.

2. Smrt

2.1. Biologická definice smrti

Smrt je podle klasické medicínské definice (Štefan, 2005) ireverzibilní zástava dechu a srdeční činnosti. Česká legislativa definuje smrt pouze v Transplantačním zákoně, kde se pro účely tohoto zákona rozumí „smrtí nevratná ztráta funkce celého mozku, včetně mozkového kmene“ [Zákon 285/2002 Sb., Hlava I, § 2, písm. e)] a kde se smrt zjišťuje prokázáním:

„ a) nevratné zástavy krevního oběhu,

b) nevratné ztráty funkce celého mozku, včetně mozkového kmene v případech, kdy jsou funkce dýchání nebo krevního oběhu udržovány uměle.“

[Zákon 285/2002 Sb., Díl 2, §10, Odst. 3]

Z hlediska časového můžeme smrt rozdělit na náhlou, rychlou a pomalou (Haškovcová, 2000). Náhlá smrt je nejčastěji zapříčiněna tragickou událostí, jako je třeba autonehoda či vážný úraz, rychlá smrt bývá asociována s určitým druhem chorob, kde lze brzký konec očekávat, např. po těžkém infarktu myokardu apod. Pomalá smrt je pak taková, kde existuje infaustní diagnóza a víme, že pacient ke smrti zcela jistě směřuje (umírá), ale tato období nějakou dobu trvá. Zatímco v prvních dvou případech není příliš velká možnost, jak se na smrt připravit a příbuzní zůstávají zcela zaskočení, v případě pomalé smrti tento prostor je a právě zde je zamýšleno těžiště celé této práce.

2.2. Znamky smrti

Znamky smrti můžeme rozdělit na jisté a nejisté. Jak píše Mach (2005), *nejisté* známky jsou takové, které se mohly vyskytnout z různých příčin ještě před definitivní zástavou oběhu. Jsou to například bledost kůže, pokles tělesné teploty, ochabnutí svalstva, areflexie, nehmatný puls a neslyšitelná srdeční činnost (případy tzv. klinické smrti, kdy mozek stále vykazuje aktivitu i přes nefunkční oběh) a také Tonneliho příznak (změna kruhového tvaru rohovky při tlaku).

Mezi *jisté* známky pak patří posmrtná hniloba, posmrtná ztuhlost, posmrtné skvrny a průkaz nulové aktivity na EEG, či nulová perfúze mozku při angiologickém vyšetření. S postupujícím časem od úmrtí dochází k mnoha dalším biologickým, chemickým a

enzymatickým procesům, s těmi však většina zdravotníků konfrontována není, neboť těla jsou zpravidla odesílána k uložení na patologii a podrobné rozebírání posmrtných změn je nad rámec této práce.

Smrt konstatuje vždy lékař, který také rozhoduje, zda bude zemřelý odeslán k pitvě. Povinnost pitvy je vymezena vyhláškou MZ č.19/1988 *O postupu při úmrtí a pohřebnictví*.

2.3. Péče o mrtvé tělo

Péči o tělo zemřelého provádí v případě úmrtí v nemocnici zdravotní sestra (*Vyhláška 424/2004 Sb. kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků*). Má za úkol zemřelému zavřít oči, podvázat bradu, vyjmout snímatelnou zubní náhradu, odstranit šperky, tělo vysvléknout a ponechat uložené ve vodorovné poloze, případně jej umístit dle zvyklostí nemocnice či oddělení do transportního vaku/prostěradla určeného ne převoz zemřelých. Případné drény, cévky a další invazivní vstupy musí zajistit proti vypadnutí a na tělo připevňuje nezbytnou identifikaci pacienta (většinou karta s identifikačními údaji na pravý kotník či popisek fixou přímo na tělo), včetně data a hodiny úmrtí a oddělení, kde zemřel. Tělo zůstává na oddělení 2 hodiny, poté je převezeno zpravidla na patologii. Sestra by měla pamatovat na zajištění intimity nejen pro zemřelého, ale také s ohledem na případné spolupacienty, kteří leží na stejném pokoji (Haškovcová, 2000). S úmrtím jsou spojeny také nezbytné administrativní úkony pro sestru i lékaře, jako je sepsání pozůstalosti, vystavení náhradního dokladu pro pozůstalé, připojení listu o prohlídce zemřelého, oznámení o úmrtí pro soud, někde ještě stále posílání telegramu rodině.

3. Umírání a smrt v dnešní praxi

3.1. Historický náhled

Od antických dob až do středověku byla smrt vnímána a přijímána jako zcela běžná záležitost (Munzarová, 2005). Lidé umírali v poměrně nízkém věku, kojenecká a dětská úmrtnost byla vysoká. Umíralo se na dnes banální infekce, časté byly epidemie. Smrt byla na denním pořádku a často přicházela nečekaně v důsledku válek či katastrof. Každý člověk viděl umírat lidi ze svého nejbližšího okolí, umíralo se doma za přítomnosti členů rodiny a přátel, ale nezářka také na veřejných prostranstvích. Umírání zpravidla netrvalo dlouho a nebylo uměle prodlužováno lékařskými zákroky (Haškovcová, 2000, Bártlová, 2005). Doprovázející přijímali svou roli pečovateli do jisté míry jako samozřejmost, role byly jasně dané, zkušenosti i samotný prožitek blízkosti smrti se předávaly z generace na generaci (Haškovcová, 1997). Díky tomuto „domácímu“ modelu umírání se mohly vyvinout funkční vzorce chování u doprovázejících, kteří díky opakované zkušenosti věděli, co dělat a že podobně bude jednou postaráno o ně v jejich posledních chvílích. Umírající měl možnost rozloučit se s blízkými, projevít svou poslední vůli a běžnou praxí byla také návštěva kněze či jiného duchovního. Smrt měla svou ritualizovanou formu. Postupem času se začalo umírání přesouvat do špitálů, chorobinců a podobných zařízení, kde se péče měnila na jakousi poloprofesionální – doprovázejícími byly zpravidla řádové sestry či bratři, méně již rodinní příslušníci. Lékařské možnosti k oddálení smrti byly stále minimální, lidský kontakt byl však zachováván a smrt nadále přijímána, i když nevíтана.

V posledních dvou stech letech došlo k obrovskému rozmachu moderní medicíny a neustále se posouvají hranice léčebných možností. Péče byla převedena téměř výhradně do rukou profesionálů. Dochází k obrovskému technickému i vědeckému pokroku, rozšiřují se možnosti léčebných intervencí, ať už se jedná o nespočet nových diagnostických přístrojů či pokroků v antibiotické léčbě. Prodlužuje se průměrná délka života a existuje jen malé spektrum nemocí, u kterých nenacházíme možnost medicínského zásahu. Medicína se zaměřuje hlavně na *léčbu (cure)* resp. úspěšné vyléčení, méně je však oceňována samotná *péče (care)*. (Munzarová, 2005) V takto nastaveném kurativním modelu přestalo být pro umírání a smrt místo a byly vytěsněny na okraj profesionálního zájmu zdravotníků.

Jak píše Jakoby (2005), smrt v dnešním světě hraje zvláštní dvojroli. Na jedné straně jsme jí neustále obklopeni – ze zpráv, seriálů, z novin i internetu na nás neustále dotírají informace o válečných konfliktech, teroristických útocích a násilnostech všude po světě a na straně druhé je smrt sama o sobě stále jakýmsi tabu, o kterém raději mlčíme. Jsme ovlivněny paradigmatem vítězné medicíny (Haškovcová, 2000), jež nám předkládá smrt jako prohru a nenabízí možnost pro smíření se. Pozornost je směřována hlavně k očividným výsledkům a úspěchům léčby, avšak tam, kde kurativní medicína už nemůže pomoci, zůstáváme stále jaksi bezradní.

Naštěstí lze konstatovat, že i tady už se v posledních letech objevily první nesmělé krůčky vpřed a tato problematika přestává být kostlivcem ve skříni moderní medicíny a ošetrovatelství.

3.2. Institucionalizace smrti

Jak se péče o nemocné postupně přesunula do nemocnic a jiných odborných zařízení, úměrně se zvýšilo i procento těch, kteří v institucích umírají. V České republice tak umírá v současnosti téměř 70% pacientů (Sláma, 2007), Bártlová (2005) uvádí dokonce více než 80% podíl takto umírajících. Domácí model je dnes spíše raritní. S fenoménem institucionalizace umírání a smrti vyvstává velmi aktuálně i zmiňovaná otázka připravenosti zdravotníků na tuto problematiku, jelikož jsou to právě oni, kdo jsou opakovaně vystavováni všem aspektům umírání a smrti.

Ve 30 letech se objevil model odcizeného a odosobněného umírání za bílou plentou (Haškovcová, 2000), kdy panoval názor, že by umírající měl být v izolaci. Až později, po vlně kritiky vůči nedostatečné péči o umírající a tomu, že se medicína zaměřuje jen na chorobu a ne na pacienta, bylo shledáno, že přístup k nemocným se musí diametrálně změnit (Vorlíček, 2004). Umírající nechtějí být sami a naopak vítají přítomnost jiného člověka, nejlépe rodinného příslušníka či jiného blízkého. Pokud to není možné, je na místě, aby toto místo zaujal zdravotník. Je pro nemocného sice cizí, ale očekává se, že jako profesionál obstojí. A to nejen profesně, ale také lidsky.

3.2.1 Hospicové hnutí a koncept paliativní péče

Jak se vyvíjely poznatky z různých oborů, bylo dosaženo konsenzu v tom, že člověk musí být vnímán holisticky, se všemi svými potřebami bio-psycho-socio-spirituálními, aby mohl být vhodně léčen a mohlo o něj být efektivně pečováno a to i v pre-terminálním a

terminálním stavu (Vorlíček, 2004). Bylo seznáno, že nemusíme léčit (v kurativním slova smyslu) za každou cenu a že existují i jiné cesty, po kterých se vydat a jež zajistí pacientovi přínosnou a dostatečnou péči. Vznikl koncept *paliativní péče* – útěšné medicíny, jež si neklade za cíl pacienta vyléčit, ale snaží se mírnit jeho utrpení, zbavovat ho co nejefektivněji nepříjemných symptomů provázejících onemocnění a poskytovat mu celkovou podporu v jeho nelehkém stavu.

Jedna z prvních definic paliativní péče vznikla ve Velké Británii a nalezneme ji například u Vorlíčka (2004, str. 24)

„ Paliativní medicína je celková léčba a péče o nemocné, jejichž nemoc nereaguje na kurativní léčbu. Nejdůležitější je léčba bolesti a dalších symptomů, stejně jako řešení psychologických, sociálních a duchovních problémů nemocných. Cílem paliativní medicíny je dosažení co nejlepší kvality života nemocných a jejich rodin.“

S rozvojem paliativní medicíny úzce souvisí i počátky moderního hospicového hnutí. Zmínky o hospicích můžeme nalézt už v dobách středověku, kdy hospic byl místem pro přenocování poutníků či útočištěm na cestách (Haškovcová, 2000). V moderním pojetí jsou hospice místem, kde je primárně poskytována právě paliativní péče. Staly se také jakýmsi útočištěm, avšak tentokrát pro lidi na jejich cestě poslední. První moderní hospic byl otevřen v Londýně v roce 1967 díky doktorce Cecily Saunders, která jako první přišla s myšlenkou komplexní péče o pacienta, poskytovanou multidisciplinárním týmem odborníků, který hledí na pacienta jako na celek se všemi jeho potřebami a respektuje pacienta jako člověka až do samého konce (Vorlíček, 2004). V ČR byl prvním Hospic sv. Anežky, otevřen v roce 1995. Zde je nutné si povšimnout, že časová prodleva činí 28! let. Za zakladatelku a propagátorku českého hospicového hnutí je pokládána MUDr. Marie Svatošová. Od roku 1995 se daří myšlenku paliativní péče a hospiců v ČR úspěšně rozšiřovat, i když kapacity lůžek jsou stále nedostačující. V roce 2003 bylo v provozu 6 hospiců a dva ve výstavbě (Svatošová, 2008). V současné době je těchto zařízení v naší republice 16 a disponují zhruba 450 lůžky. Mimo hospicových lůžkových zařízení u nás fungují také hospice mobilní, které zajišťují domácí hospicovou péči a komplexní poradenství pro pečující (www.hospice.cz). Paliativní péče však nemusí být pouze doménou hospiců, ať už těch kamenných či mobilních, je možné ji poskytovat i v rámci nemocnic a dalších zdravotnických zařízení. I u nás již existuje několik oddělení paliativní péče.

K velké škodě věci zůstává fakt, že spousta laiků, ale i profesionálních zdravotníků dodnes nezná pojem paliativní a hospicová péče nebo mají jen velmi mlhavé povědomí o této problematice (Haškovcová, 2000).

3.3. Potřeby umírajících

Každý člověk má potřeby, které lze rozdělit do 4 základních skupin, a to na potřeby biologické, psychologické, sociální a spirituální. Tyto potřeby jsou velmi individuální a co potřebuje jeden, nemusí být vhodné pro druhého a naopak. Aby mohl být jedinec ve stavu celkové pohody, musí být uspokojovány potřeby ze všech 4 zmíněných skupin, nestačí naplňovat např. potřeby biologické a opomíjet přitom ty ostatní, protože správně člověk bude fungovat jen jako bio-psycho-socio-spirituální celek, protože všechny zmíněné potřeby se prolínají a velmi úzce souvisí jedna s druhou. Umírající mají také všechny tyto potřeby, mění se však pořadí, ve kterém a jakou měrou je potřeba je uspokojovat. Zatímco zpočátku dominují často potřeby biologické, ke konci bývají prioritní spíše potřeby spirituální (Svatošová, 2008). Tento přehled je výhodný i z praktického hlediska, neboť jak píše Svatošová (2008, str. 19)

„...Snáze si tak uvědomíme, co všechno pro nemocného může a co nemůže udělat lékař, co můžeme naopak udělat my a konečně i to, co pro sebe, třeba s naší podporou a pomocí může udělat sám pacient...“

Hospicové hnutí i koncept paliativní péče je postaven na respektu a úctě k člověku až do samého konce a tento postoj by měl být všeobecně zakořeněn a uplatňován, a to nejen v hospicích, ale všude tam, kde je o umírající pečováno. Umírající není jen souborem nemocných orgánů, ale je především *člověkem*, nehledě na nepříznivý tělesný stav. Proto by přání ohledně naplňování jeho vlastních potřeb či jeho odmítání mělo být dle možností respektováno.

3.3.1. Biologické potřeby

Sem můžeme zařadit všechny tělesné potřeby, od příjmu potravy, přes dýchání až po vylučování stejně tak jako nerušený spánek, odstraňování bolesti a přiměřenou tělesnou aktivitu (Svatošová, 2008). Přičemž nutno poznamenat, že všechny biologické potřeby spolu úzce souvisí a ovlivňují jedna druhou. Bude-li pacient trpět bolestí, jen těžko zažije nerušený spánek, proto je třeba věnovat se jim komplexně. Tyto potřeby jsou společné jak

zdravým, tak i nemocným a během studií se všichni zdravotníci učí, jak svým pacientům s těmito potřebami obecně pomoci, avšak u nemocných je potřeba tyto potřeby saturovat vhodným způsobem právě s ohledem na jejich nemoc a tudíž často omezené možnosti a také přizpůsobovat naše intervence progredujícímu stavu umírajících. Není tím ale a priori myšleno zavádění cévek, sond a podobných vymožeností moderní medicíny, protože tím často jen zbytečně prodlužujeme nebo zvyšujeme utrpení umírajících. Vhodným způsobem může být například to, že pacienta nakrmíme či přepolohujeme, když on sám už nemá dost síly či zručnosti, aby si s touto situací poradil sám. Nebo naopak, odmítá-li pacient stravu nebo tekutiny, není na místě ho nutit nebo opakovaně přesvědčovat o správnosti našeho přístupu. Umírající zpravidla sám dobře odhadne, co ještě zvládne a na co už jeho síly nestačí. Direktivní přístup k umírajícím není vhodný (Zacharová, 2007).

Specifickou oblastí v rámci uspokojování biologických potřeb je léčba bolesti. Asi bychom jen těžko hledali umírajícího, který by jí netrpěl a paliativní péče si klade za cíl pacientům od utrpení, tedy i od fyzické bolesti, ulevovat. Světová zdravotnická organizace vydala doporučení k léčbě bolesti (analgetické žebříčky) a postupy WHO mohou být velmi nápomocné v praktických postupech jejího odstraňování. Nesmíme však zapomínat na fakt, že bolest nemusí být jen fyzická, ale může být odrazem problémů v úplně jiné oblasti, i když je ve výsledku často somatizována. Zdravotník pečující o umírajícího pacienta by se měl snažit odhalovat příčiny bolesti, aby mohl následně efektivně pomáhat v jejich řešení a neomezovat se pouze na podávání analgetických prostředků.

3.3.2. Potřeby sociální

Člověk je tvorem společenským a stejně jako izolovaně nežije, neměl by ani o samotě umírat (Svatošová, 2008, Ferrero, 2011). Většina umírajících stojí o přítomnost svých blízkých, zpravidla rodinných příslušníků, ale i dalších přátel. Jsou mu cennou oporou a posilou v těžkých chvílích, je mu takto dáována možnost své vztahy dořešit a případně urovnat tam, kde je to potřeba. A hlavně – nemocný se může s blízkými rozloučit a naopak. Je známo spousta případů, kdy nemocní přes veškeré nepříznivé prognózy lékařů a navzdory opravdu vážnému stavu zemřeli až poté, co se dočkali svých blízkých. Nezřídka je tento jev zaznamenán ošetřujícími zdravotníky s tím, že nemocný „čeká“ a teprve potom je mu umožněno „odejít.“

Umírající by měl mít možnost si vybrat, koho u svého lůžka chce a koho naopak ne. Plný pokoj lidí, kteří hovoří jeden přes druhého, ale přitom vedou spíše monolog, nemocný

příliš neuvítá. Většina lidí, zdravotníky nevyjímaje, neví, o čem a jak má s umírajícím mluvit. Úzce se zde prolíná problematika sociální a psychologická. Jak píše Křivohlavý (2002), nemocnému je třeba spíše naslouchat, nežli ho zahlcovat slovy. Zmiňuje také pojem „umírat s umírajícími,“ ne však ve fyziologickém slova smyslu, spíše je myšleno držení pacienta za ruku a setrvání s ním v tichém doprovázení až do konce. Můžeme zde použít označení *rozhovor beze slov* – sice nemluvíme, ale přesto dochází k sociální interakci mezi doprovázejícím a nemocným, která často znamená více než všechna nahlas vyřčená slova, a to pro obě strany. Umírající jsou často v agónii, kdy už nejsou s to s námi hovořit, avšak člověk v agónii slyší a vnímá své okolí (Svatošová, 2008). Na to bychom měli upozornit nejen rodinu, ale sami jako zdravotníci na to pamatovat, když s umírajícím, o něm či před ním hovoříme.

3.3.3. Potřeby psychologické

Psychologická problematika umírání je nesmírně obsáhlým tématem, které by jistě vydalo na samostatnou práci. Je nutné si uvědomit, že každý člověk je jiný a neopakovatelný a takové bude i jeho prožívání a rozmanitost psychické odezvy. Ta bude záviset na věku, temperamentu, typu osobnosti, životních zkušenostech, sociálním zázemí, momentálním zdravotním stavu, na vyznání a hloubce či opravdovosti víry, ale i na mnoha jiných faktorech (Svatošová, 2008). Člověk bude uplatňovat takové obranné mechanismy, které se mu už v životě osvědčily, bude buď aktivním bojovníkem nebo pasivním akceptorem nevyhnutelného. Zatímco první typ bude spíše vytrvale smlouvat, druhý bude mít blíže k rezignaci. Nelze však popsat univerzální prototyp umírajícího. Jisté zákonitosti byly však praxí potvrzeny a zachytila je právě doktorka E. Kübler-Rossová ve svých Pěti fázích psychické odezvy (Fáze umírání), jež byly zmíněny na začátku této práce. Nabízejí stručný přehled toho, čím si umírající procházejí od okamžiku sdělení diagnózy až do okamžiků samotné smrti a dávají tak jisté vodítko k tomu, jak můžeme umírajícímu pomoci a čeho se naopak vyvarovat, jak ukazuje následující tabulka:

Tabulka: Fáze umírání podle Kübler-Ross			
Fáze	Projevy	Co s tím?	
1.	Negace šok, popírání	„Ne, já ne, pro mne to neplatí. To není možné.“ „To je určité omyl.“ „Zaměnili výsledky.“	Navázat kontakt, získat důvěru.
2.	Agrese hněv, vzpoura	„Proč zrovna já?“ „Či je to vina?“ Zlost na zdravotníky...	Dovolit odreakování, nepohoršovat se.
3.	Smlouvání vyjednávání	Hledání zázračných léků, léčitelů, diet, pověr. Ochoten zaplatit cokoli. Činí velké sliby.	Maximální trpělivost, pozor na podvodníky.
4.	Deprese smutek	Smutek z utrpené ztráty. Smutek z hrozící ztráty. Strach o zajištění rodiny.	Trpělivost naslouchat, pomoci urovnat vztahy, pomoci hledat řešení (zajištění rodiny apod.).
5.	Smíření souhlas	Vyrovnaní, pokora, skončil boj, je čas loučení. „Dokonáno jest.“ „Do tvých rukou...“	Mlčenlivá lidská přítomnost, držet za ruku, utřít slzu. Pozor! Rodina možná potřebuje více pomoci než pacient.

Tabulka č. 1: Fáze umírání dle E. Kübler-Rossově

(převzato z : SVATOŠOVÁ, M.: Hospice a umění doprovázet. 6. Dopln. Vyd., Kostelní Vydří: APHPP, Karmelitánské nakladatelství, 2008. ISBN 978-80-7195-307-4.)

Jak již bylo zmíněno, základní myšlenkou hospicového hnutí všude po světě je úcta k člověku a respektování jeho důstojnosti až do konce. Tato zásada je velmi důležitá nejen jako součást projevu lidskosti, ale má také velký dopad na psychiku umírajících. Budeme-li se k nemocnému chovat s respektem a pohlížet na něj ne jako na nemoc či chátrající schránku, ale jako na lidskou bytost, která završuje svou životní pouť, můžeme mu ji svým přístupem značně usnadnit.

3.3.4. Potřeby spirituální

Spirituální neboli duchovní potřeby jsou dodnes téměř stejně tabuizované jako samotná problematika umírání a smrti. Obecně stále panuje názor, že se jedná o jakési uspokojování potřeb věřících lidí, ale jak podotýká Svatošová (2008), opak je spíš pravdou. Každý člověk má svou duchovní dimenzi, ať už je věřící či nevěřící (Munzarová, 2005). Zatímco nábožensky založený člověk (ve smyslu člověka opravdu z víry žijícího) si zpravidla bude vědět se svými duchovními potřebami rady a bude vědět, kam se obrátit s prosbou o pomoc nebo si sám řekne, koho chce zavolat, člověk nevěřící se často ocitá v trýznivém stavu duchovní nouze, kdy v kontextu vážné nemoci a blížícího se konce

vyvstávají otázky po smyslu života a on najednou neví, jak se s takovou duchovní tísňí vyrovnat.

Každý člověk potřebuje vědět, že jeho život tady na zemi měl a má smysl, a to až do konce. Také potřebuje vědět, že mu bylo odpuštěno a sám chce odpouštět tam, kde bylo jemu nebo druhým nějakým způsobem ublíženo. Což opět poukazuje a potvrzuje myšlenku „čekání“ umírajících, jež byla zmíněna výše.

Spirituální péče nemusí nutně spadat do rukou kněží či jiných duchovních. I nevěřící člověk si samozřejmě může chtít promluvit s knězem a není to jevem až tak neobvyklým, ale existují i jiné formy péče o duši. Významnou publikací zabývající se právě touto otázkou je kniha *Lékařská péče o duši* Viktora E. Frankla, který je zakladatelem logoterapie, směru, který se zabývá vůlí ke hledání smyslu věcí. Lékařská péče o duši se nemá snažit nahrazovat náboženství či psychotherapeutické postupy, má se pouze snažit vyčerpat možnosti lékařského konání. (Svatošová, 2003)

Frankl (1995) poukazuje na to, že v každé životní situaci, i v té nejtěžší, lze nalézt smysl, a to uskutečňováním hodnot v přítomném okamžiku. Hodnoty rozdělil na tvůrčí, prožitkové a postojoyé.

Tvůrčí hodnoty představují hlavně práci, okamžiky, kdy něco vytváříme, něco po nás hmatatelně zůstává, něco měníme a přetváříme. Tyto hodnoty jsou obecně vysoce ceněny, avšak právě v jejich uskutečňování můžeme být nejvíce omezováni. V okamžiku nemoci, kdy jsou možnosti pro vytváření tvůrčích hodnot velmi redukovány, můžeme nalézat smysl v uskutečňování hodnot z oblasti prožitkové nebo postojoyé.

Hodnoty prožitkové mohou být utvářeny v podstatě vždy a všude a je jen na nás, zda toho využijeme či nikoli. Mezi tyto hodnoty patří především láska, vnímání a prožitek krásy (umění, příroda apod.), radost z „maličností.“ Tyto hodnoty zůstávají v lidech nesmazatelně zapsány a dávají možnost život naplnit smyslem. Je na každém člověku, aby tyto šance nepromarnil.

Posledním a nejvyšším řádem hodnot jsou ty *postojoyé* (Lukasová, 2006). (Dostane-li se člověk do svízelné situace, musí zvážit, zda je v jeho silách něco s touto situací udělat. Pokud ano, může uskutečnit některou z tvůrčích hodnot a změnit to, pokud je však situace nezměnitelná, např. v okamžiku neodvratitelnosti smrti, může jedinec dát okamžiku smysl

právě svým postojem, který zaujme. V tomto ohledu má člověk svobodu prakticky neomezenou.

Jako zdravotníci můžeme být tomuto logoterapeutickému směru dle možností nápomocni. Pokud to dovoluje fyzická kondice pacienta, můžeme, např. ve spolupráci s rodinou, zajistit pacientovi jeho oblíbenou činnost a umožnit mu tak uskutečňování tvůrčích hodnot. Nemá-li umírající dost sil k tvůrčím činnostem, měli bychom být schopni mu zpříjemnit jeho prostředí tak, aby mohl budovat hodnoty prožitkové. Nejtěžší situace bude s hodnotami postojovými, kde pacient sám musí dospět k tomu či onomu postoji. Zde je na místě trpělivě naslouchat a doprovázet umírajícího, případně povolat duchovního či psychologa, ale pouze v případě, že o to nemocný stojí. Nelze ho nutit.

3.4. Etická problematika umírání a smrti

Eutanazie je stále aktuálnější etickým dilematem naší doby a bylo o ní napsáno nespočet knih a článků ze stran odpůrců i podporovatelů. Tato práce si neklade za cíl se eutanazií podrobně zabývat, ale vzhledem k velmi úzkému vztahu k probírané problematice umírání a smrti je nutno i toto téma zmínit. Stále panuje nejednotnost v tom, co je eutanazií přesně myšleno. Pokud se budeme držet definice světové lékařské asociace (WMA), pak eutanazie je *„vědomé a úmyslné provedení činu s jasným záměrem ukončit život jiného člověka za následujících podmínek: subjekt je kompetentní informovaná osoba, která dobrovolně požádala, aby její život byl ukončen; jednající ví o stavu této osoby a o jejím přání zemřít a páchá tento skutek s prvořadým úmyslem ukončit život této osoby; a skutek je proveden se soucitem a bez osobního zisku.“* (Munzarová, 2008, str. 19)

Eutanazii lze také definovat jednoduše jako *dobrou (eu) smrt (thanatos)* s odkazem na řecký původ slova. Vzniká tak poměrně velký rozpor a názory na problematiku eutanazie se různí právě podle toho, v jakém slova smyslu ji chápeme.

Pokud budeme pátrat po důvodech, které vedou umírající k žádosti o ukončení života rukou jiné osoby (lékařem), nalezneme zpravidla seznam opakujících se položek, a to strach z bolesti, opuštěnosti a osamělosti, obava z umírání a ze smrti, ztráta smyslu života, ztráta důstojnosti, pocity, že je pacient všem na obtíž (Munzarová, 2008). Prohlédneme-li si tento seznam, jistě nám musí přijít na mysl, že v podstatě se vším se dá něco udělat a tato možnost zásahu je právě většinou v rukou zdravotníků, jen je potřeba toto znát a s odkazem na výše zmíněný text i vědět, jak lze účinně intervenovat. Budeme-li

připraveni poskytovat umírajícím komplexní péče věrnou odkazu paliativní medicíny, možná se žádosti o ukončení života stanou minulostí.

Eutanazii ve smyslu aktivního usmrcení pacienta na jeho žádost nelze zaměňovat s odstoupením od neúčinné, neprospěšné léčby, tzv. „letting die,“ tedy necháním zemřít. Zde je ukončena léčba a veškeré postupy, které pacientovi nepřinášejí žádný užitek a jsou pro něj zbytečně zatěžující fyzicky, ale i psychicky a způsobují mu utrpení neúměrné prospěchu (Sláma, 2007).

„Lékař u nevyléčitelně nemocných a umírajících účinně tiší bolest, šetří lidskou důstojnost a mírní utrpení. Vůči neodvratitelné a bezprostředně očekávané smrti však nemá být cílem lékařova jednání prodlužovat život za každou cenu. Eutanazie a asistované suicidium nejsou přípustné.“

(Etický kodex ČLK z 1.1. 1996, §2, odd. 7)

V České republice je eutanazie ve smyslu aktivního usmrcení pacienta lékařem na jeho vlastní žádost **trestným činem**.

V rámci této problematiky by měl každý zdravotník také znát pojem DNR (do not resuscitate – neresuscitovat) a Living Will či Advanced Directives (v češtině zakotveno jako „dříve vyslovená přání“). Dříve vyslovená přání jsou písemným prohlášením pacienta, které je sepsáno pro futuro, tedy s ohledem na věci příští, do budoucna. Jedná se o vyjádření vůle nemocného co dělat či nedělat za určitého (zdravotního) stavu, jestliže on sám v takovéto chvíli nebude schopen svou vůli projevit. Kamenem úrazu však je, že jinak se člověk rozhoduje v situaci „kdyby se stalo“ a jinak v situaci „skutečně se stalo,“ navíc ne všechny skutečnosti lze konkrétně vystihnout a obecná přání se pak jen těžko aplikují na konkrétní situace (Haškovcová, 2000, Pollard, 1996).

Příkaz neresuscitovat může být jedním z dříve vyslovených přání, kdy pacient sám předem určí, za jakých podmínek resuscitován být nechce. DNR(NR) může také být napsáno jakou součástí lékařské ordinace v dekurzu pacienta, a to v takových případech, kdy je stav pacienta natolik vážný, že případná resuscitace již nebude přínosem pro pacientův stav, ale naopak zbytečným prodlužováním jeho utrpení a dystanazií (zadržováním smrti). (Königová, 2001)

4. Legislativní a jiné dokumenty týkající se umírajících

Existuje celá řada dokumentů, jež se zabývají lidskými právy a dávají doporučení stran práv a potřeb umírajících. Již *Listina základních práv a svobod* přiznává všem lidem bez rozdílu právo na zachování lidské důstojnosti za všech okolností a deklaruje také to, že nikdo nesmí být zbaven života. Mimo legislativních norem, které byly ratifikovány Parlamentem ČR bylo vydáno i několik nejrůznějších doporučení a kodexů ohledně péče o pacienty, o umírající, etických norem, paliativní péče apod.

Velká Británie vydala již v 70. letech 20. století 5 zásad rozvoje oboru paliativní péče, které požadují mimo jiné i vzdělávání všech zdravotníků v oboru.

- 1. založení oddělení hospicové (paliativní) medicíny, která provádějí komplexní multidisciplinární péči, včetně vysoce odborné péče lékařské*
- 2. rozvoj multidisciplinární domácí paliativní péče, včetně vyškolení lékařů a sester v tomto oboru, kteří pracují jako součást multidisciplinárního paliativního týmu*
- 3. založení hospicových paliativních oddělení v nemocnicích, které zavádějí multidisciplinární paliativní péči zpět do nemocničních provozů*
- 4. rozvinutí konzultačních služeb v oblasti paliativní medicíny ve všeobecných nemocnicích*
- 5. výuka všech lékařů, sester a dalších zdravotnických pracovníků v základech multidisciplinární paliativní péče.*

[Dostupné z: <http://www.hospice.cz/otazky-a-odpovedi/co-je-paliativni-lecba-pece-a-medicina/>]

Zde je stručný přehled všech důležitých dokumentů, týkajících se (umírajících) pacientů:

- *Etický kodex práv pacientů*
- *Úmluva o ochraně lidských práv a důstojnosti nevyléčitelně nemocných a umírajících ("Charta práv umírajících") viz. Příloha č. 1*
- *Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny (Úmluva o lidských právech a biomedicíně)*
- *Etický kodex České lékařské komory*
- *Etický kodex Mezinárodní rady sester*
- *Doporučení Rady Evropy o Organizaci paliativní péče*
- *Standardy a normy hospicové a paliativní péče v Evropě*

5. Vzdělávání zdravotníků v problematice umírání a smrti

Studenti zdravotnických oborů by měli být v rámci svého studia připravováni i v otázkách Thanatologie – nauky o umírání a smrti a měli by být, teoreticky i prakticky, seznámeni s následujícími okruhy, jak píše Haškovcová (2000, str. 143-144):

- **Fenomén smrti** – smrt jako danost, smrt jako nutná podmínka života, smrt nejen jako možnost, nýbrž jako nastávající skutečnost, smrt v historických proměnách: jak ji přijímali lidé a co si o ní mysleli filosofové a teologové;
- **Proces umírání** – „bezbolestný“ a bolestný, krátký a dlouhý, umírání v historických proměnách: dříve a dnes, ars moriendi a umění doprovázet, základní formy lékařského přístupu k umírajícím, institucionalizovaný model umírání, psychické a spirituální potřeby umírajících a jejich rodin;
- **Zadržaná smrt** –(dystanázie) a důvody jejího vzniku, dehumanizovaná smrt, principy účastného, ale profesionálního přístupu k umírajícím;
- **Základní principy paliativní medicíny, hospicové hnutí** historicky i aktuálně;
- **Eutanazie** – základní pojmy, historie, současný stav, legislativa nejen v cizině, ale i u nás, rizika zneužití;
- **Programy DNR, resp. NR** (do not resuscitate, neresuscitovat); kritéria péče, která je marná, alokace zdrojů ve vztahu k léčbě, která přináší více rizik nebo zátěže než očekávaného prospěchu; aktuální stav a perspektivy;
- **Kategorie kvality života, problematika bolesti** (její subjektivita, problémy objektivizace a léčby), smysl lidského života s nemocí a v nemoci;
- **Ritualizace smrti** v podmínkách hospitalizace, poslední věci člověka (konstatování smrti, ohledání, úmrtní list, pozůstalost, péče o mrtvé tělo), základní informace o pohřbívání;
- **Problematika zármutku a žalu**, přístup k doprovázejícím členům rodiny, přístup k pozůstalým, rizikové skupiny pozůstalých;
- **Seznámení se s dostupnou zahraniční i českou literaturou**, která se vztahuje k problematice umírání na smrti a která je doporučována právě proto, že je reprezentativní a kvalitní. Podle možností stále upozorňovat na odborná setkání, kde je předmětná tematika centrem pozornosti a zájmu

5.1. Vzdělávání zdravotních/všeobecných sester

Vzdělávání zdravotních sester bylo dříve hlavně doménou středních zdravotnických škol, které studenty/ky připravovaly ve 4-letých studijních programech, Mimoto fungovaly ještě nastavbové kurzy pro ty, kteří si chtěli dodělat zdravotnické vzdělání, ale absolvovali jinou než střední zdravotnickou školu. Postupně se přidávaly ještě vyšší odborné školy zdravotnického zaměření, udělující titul Diplomovaný specialista (DiS.). Díky značné roztržitosti a nejednotnosti vzdělávání a se vzrůstajícími požadavky na obsah studia a odbornost absolventů a se vstupem ČR do Evropské Unie se začalo zdravotnické školství značně transformovat. Vzdělávání v oboru Ošetrovatelství – Všeobecná sestra se přesunulo výhradně na vyšší, resp. vysoké školy a z absolventů středních zdravotnických škol se počínaje školním rokem 2004/2005 (rok zahájení studia) stali zdravotničtí asistenti s omezenými kompetencemi. Zákonem 96/2004Sb. *O nelékařských zdravotnických povoláních* byl zaveden do praxe pojem výkonu povolání „pod odborným dohledem“ a „bez odborného dohledu“ a byly specifikovány podmínky výkonu praxe pro nelékaře s ohledem na legislativní normy platné ve zbytku EU.

5.1.1. Výkon povolání všeobecné sestry bez odborného dohledu

Zavedení nutnosti odborného dohledu s sebou v praxi přineslo velmi mnoho problémů a momentálně je v řešení novelizace zákona, která by měla tuto problematiku upravit. Pro účely této práce budeme jako plně kompetentního odborníka pro práci s umírajícími považovat sestru pracující bez nutnosti odborného dohledu.

V současnosti stále tedy platí to, že odbornou způsobilost pro výkon povolání všeobecné sestry bez odborného dohledu lze získat za následujících podmínek:

- (1) *Odborná způsobilost k výkonu povolání všeobecné sestry se získává absolvováním*
- a) nejméně tříletého akreditovaného zdravotnického bakalářského studijního oboru pro přípravu všeobecných sester,*
 - b) nejméně tříletého studia v oboru diplomovaná všeobecná sestra na vyšších zdravotnických školách,*
 - c) vysokoškolského studia ve studijních programech a studijních oborech psychologie - péče o nemocné, pedagogika - ošetrovatelství, pedagogika - péče o nemocné, péče o*

nemocné nebo učitelství odborných předmětů pro střední zdravotnické školy, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději v akademickém roce 2003/2004,

d) tříletého studia v oboru diplomovaná dětská sestra nebo diplomovaná sestra pro psychiatrii na vyšších zdravotnických školách, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 2003/2004,

e) studijního oboru všeobecná sestra na střední zdravotnické škole, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 2003/2004,

f) studijního oboru zdravotní sestra, dětská sestra, sestra pro psychiatrii, sestra pro intenzivní péči, ženská sestra nebo porodní asistentka na střední zdravotnické škole, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 1996/1997, nebo

g) tříletého studia v oboru diplomovaná porodní asistentka na vyšších zdravotnických školách, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 2003/2004.

(2) Všeobecná sestra, která získala odbornou způsobilost podle odstavce 1 písm. e) až g), může vykonávat své povolání bez odborného dohledu až po 3 letech výkonu povolání všeobecné sestry. Do té doby musí vykonávat své povolání pouze pod odborným dohledem. Povinnost podle věty první se nevztahuje na všeobecné sestry, které po získané odborné způsobilosti absolvovaly vysokoškolské studium ošetrovatelského zaměření nebo které získaly specializovanou způsobilost podle § 96 odst. 3.

(3) Za výkon povolání všeobecné sestry se považuje poskytování ošetrovatelské péče. Dále se všeobecná sestra ve spolupráci s lékařem nebo zubním lékařem podílí na preventivní, léčebné, diagnostické, rehabilitační, neodkladné nebo dispenzární péči.

(4) Pokud způsobilost k výkonu všeobecné sestry získal muž, je oprávněn používat označení odbornosti všeobecný ošetrovatel.

(Zákon 96/2004 O nelékařských zdravotnických povoláních ve znění pozdějších předpisů, Hlava II, Díl 1, § 5)

5.1.2. Osnovy středních zdravotnických škol

Výuka na středních školách se realizuje na základě učebních osnov a plánů vydávaných MŠMT. Tyto osnovy se průběžně revidují a mění dle požadavků na konkrétní rozsah studia jednotlivých oborů. Pro střední zdravotnické školy tyto osnovy určují, jaké předměty budou vyučovány povinně, nepovinně a s jakou minimální hodinovou dotací, co se teorie i praktického vyučování týče. Pro porovnání zde uvádím učební plán z roku 1972 (obr. č.1) , poté z roku 1992 (obr. č. 2).

V roce 1972 se v tehdejší ČSSR vyučovalo na středních zdravotnických školách ve 4-letém denním studiu oboru Zdravotní sestra podle tohoto plánu:

2 ústav. 55096

Ministerstvo zdravotnictví České socialistické republiky

UČEBNÍ PLÁN

Studijní obor: **5509 6** Zdravotní sestry
čtyřleté studium

Poř. čís.	Povinné vyučovací předměty	Počet týdenních hodin					Celk. Pozn.
		I.	II.	III.	IV.		
1.	<u>Společensko-vědné a jazyky</u>						
1.1.	Jazyk český a literatura	2	2	2	2	8	MP
1.2.	Jazyk ruský	2	2	2	2	8	MP
1.3.	Jazyk latinský	2	-	-	-	2	
1.4.	Občanská nauka	1	1	2	2	6	
1.5.	Dějepis	2	2	-	-	4	
2.	<u>Matematicko-přírodovědné</u>						
2.1.	Matematika	4	2	-	-	6	
2.2.	Fyzika	3(1)	2	-	-	5(1)	
2.3.	Chemie	3(1)	2	-	-	5(1)	
2.4.	Biologie	2	-	-	-	2	
3.	<u>Základní odborné</u>						
3.1.	Somatologie	5(1)	-	-	-	5(1)	
3.2.	Patologie	-	2	-	-	2	
3.3.	Mikrobiol., epid., hygiena	-	2/1	-	-	1,5	
3.4.	Psychologie a základy výchovy	-	1	2	-	3	
3.5.	Organizace zdravotnictví	-	-	-	2/-	1	
3.6.	Sociálně právní nauky	-	-	-	-/2	1	
4.	<u>Odborné</u>						
4.1.	Choroby vnitřní	-	3/2	2	2/1	6	MP
4.2.	Chirurgie	-	2	2	1	5	MP
4.3.	Pedie	-	-/2	3/-	-	2,5	
4.4.	Gynekologie a porodnictví	-	-	-/3	-	1,5	
4.5.	Neurologie	-	-	2/-	-	1	
4.6.	Psychiatrie	-	-	-/2	-	1	
4.7.	Vybrané kapitoly ze spec.oborů	-	-	-	2	2	
4.8.	Teorie ošetřování	1	1	1	2	5	} MP
4.9.	Péče o nemocné	3	2	2	-	7	
4.10.	Odborná praxe	-	6	12	18/19	36,5	
5.5.1.	Tělesná výchova a branná příprava	3	-	-	-	3	
5.2.	Tělesná výchova	-	2	2	2	6	
5.3.	Zdravotnická branná příprava	-	1	1	-	2	
	Celkem	33	35	35	35	138	

1 ČSR.

Obr. č. 1 Učební plán SZŠ obor Zdravotní sestra z roku 1972

V roce 1992 byl vyučován 4-letý obor Všeobecná sestra na středních zdravotnických školách v denní formě studia podle tohoto plánu:

7

Ministerstvo zdravotnictví České republiky

UČEBNÍ PLÁN

Studijní obor: 53-01-6 Všeobecná sestra

Studium absolventů základní školy

Denní studium

Názvy vyučovacích předmětů	Počet týdenních vyučovacích hodin v ročníku				Celkem	Odborné maturit. předměty
	1.	2.	3.	4.		
Povinné vyučovací předměty	32	32	32	34	130	
Společenskovední a jazykové	12	7	5	6	30	
Český jazyk a literatura	3	2	2	3	10	
Cizí jazyk	3	3	2	2	10	
Latinský jazyk	2	-	-	-	2	
Občanská nauka	-	1	1	1	3	
Dějepis	2	1	-	-	3	
Estetická výchova	2(1)	-	-	-	2(1)	
Matematicko-přírodovědné	10	8	-	-	18	
Matematika	3(1)	2(1)	-	-	5(2)	
Fyzika	2,5(0,5)	2(1)	-	-	4,5(1,5)	
Chemie	2,5(0,5)	2(1)	-	-	4,5(1,5)	
Biologie	2	-	-	-	2	
Výpočetní technika	-	2(2)	-	-	2(2)	
Tělesná výchova	2	2	2	2	8	
Tělesná výchova	2	2	2	2	8	
Odborné	8	15	25	26	74	
Somatologie	4	-	-	-	4	
Patologie	-	2	-	-	2	
Mikrobiologie, epidemiologie a hygiena	-	2	-	-	2	
Psychologie a pedagogika	-	2	2(1)	1(1)	5(2)	
Vnitřní lékařství	-	1	2	2	5	OMP
Chirurgie	-	2	1	2	5	OMP
Pediatric	-	1	2	-	3	
Gynekologie a porodnictví	-	-	2	-	2	
Neurologie	-	-	-	2/-	1	
Psychiatrie	-	-	-	-/2	1	
Základy veřejného zdravotnictví	-	1	-	-	1	
Ošetrovatelství	4	4	4	3	15	OMP
Ošetrování nemocných	-	-	12(12)	16(16)	28(28)	

Obr. č. 2 Učební plán SZŠ pro Všeobecné sestry z roku 1992

Měnily se nejen rozsahy praktického vyučování, ale také vyučované předměty. Zatímco například v roce 1972 se učila např. Psychologie a základy výchovy a Sociálně právní nauky, v roce 1992 to byla Psychologie a pedagogika, Občanská nauka a Estetická výchova. Společnými předměty byly a stále jsou Somatologie, Patologie a výuka v jednotlivých klinických oborech, jako je např. neurologie, psychiatrie, pediatrie apod. Samostatný předmět, v němž by se vyučovala problematika umírání a smrti v učebních plánech nenajdeme, ale v rámci jednotlivých předmětů, jako je psychologie, ošetřování nemocných a podobně by měla být probírána, rozsah však nijak závazně určen není. Vyučován nebyl ani žádný předmět, jenž by se zabýval etickou problematikou. Tento fakt je však pochopitelný s ohledem na to, že se jednal o středoškolskou výuku, kde nebylo tolik prostoru pro výuku odborných předmětů, jako tomu je dnes, kdy se vzdělávání seser přesunulo na školy vyšší odborné a vysoké.

5.1.3. Vzdělávání všeobecných sester na Vyšších odborných a Vysokých školách

Jak již bylo zmíněno, vzdělávání sester, které budou moci dle zákona pracovat samostatně, se přesunulo na půdu vyšších odborných a vysokých škol. Tyto školy uskutečňují různé druhy studia, nejčastěji ve formě 3-letého denního akreditovaného bakalářského studijního programu Ošetřovatelství, obor Všeobecná sestra nebo ve formách kombinovaných a distančních nebo Diplomovaná všeobecná sestra v případě VoZŠ. Pro všechny typy vzdělávání sester je závazná **Vyhláška č.39/2005 Sb.** *kteřou se stanoví minimální požadavky na studijní programy k získání odborné způsobilosti k výkonu nelékařského zdravotnického povolání.*

„Odborná způsobilost k výkonu nelékařského zdravotnického povolání se získává absolvováním akreditovaného studijního programu, školního vzdělávacího programu, akreditovaného vzdělávacího programu, vzdělávacího programu kurzu nebo specializačního programu.“ (Vyhláška 39/2005 Sb., § 3, odst.1)

Konkrétní požadavky, jež musí být splněny pro obor Všeobecná sestra shrnuje Vyhláška 39/2005 Sb., § 4, odst. 1-5 následovně:

„ 1) Odborná způsobilost k výkonu povolání všeobecné sestry se získává absolvováním akreditovaného studijního programu nebo akreditovaného vzdělávacího programu.

2) Studium v programech uvedených v odstavci 1 probíhá v

a) prezenční formě studia se specificky odborným charakterem, které zahrnuje nejméně 3 roky studia a nejméně 4 600 hodin teoretické výuky a praktického vyučování, z toho nejméně 2 300 hodin a nejvýše 3 000 hodin praktického vyučování, nebo

b) jiné než prezenční formě studia, jehož celková doba výuky není kratší, než je doba výuky podle písmene a), a v němž není dotčena úroveň vzdělání.

(3) Studium v programech uvedených v odstavci 1 poskytuje znalosti a dovednosti stanovené v § 3 a dále obsahuje

a) teoretickou výuku poskytující znalosti v

1. oborech, které tvoří základ potřebný pro poskytování všeobecné ošetrovatelské péče, a to v anatomii, fyziologii, patologii, mikrobiologii (bakteriologie, virologie a parazitologie), biofyzice, biochemii, základech radiační ochrany, ochraně veřejného zdraví včetně epidemiologie, prevence nemocí, včasné diagnózy nemocí a zdravotní výchovy, ve farmakologii a základních znalostech zdravotnických prostředků,

2. ošetrovatelství a klinických oborech, a to v historii, charakteru a etice ošetrovatelství, v obecných zásadách péče o zdraví, komunitní péči, ošetrovatelství ve vztahu k praktickému lékařství a dalším lékařským oborům, zejména k internímu lékařství, chirurgii, pediatrii, péči o matku a novorozence, gynekologii, psychiatrii, péči o staré lidi a geriatrii, k intenzivní péči, dietetice a k transfuznímu lékařství,

3. sociálních a dalších souvisejících oborech, a to v základech sociologie, základech obecné psychologie, v psychologii nemocných a vývojové psychologii, základech pedagogiky a edukace, právních předpisech ve vztahu k sociální problematice, základech informatiky, statistiky a metodologie vědeckého výzkumu,

b) praktické vyučování poskytující dovednosti a znalosti v ošetrovatelství ve vztahu k praktickému lékařství a dalším lékařským oborům, zejména k internímu lékařství, chirurgii, péči o děti a pediatrii, péči o matku a novorozence, gynekologii, psychiatrii, péči o seniory a geriatrii, intenzivní péči a komunitní péči a dále dovednosti a znalosti umožňující podílet se na praktickém výcviku zdravotnických pracovníků a zkušenosti z práce s příslušníky jiných profesí ve zdravotnictví; tyto dovednosti se získávají pod dohledem kvalifikovaných všeobecných sester nebo v odůvodněných případech jiných

zdravotnických pracovníků oprávněných k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu.“

Jelikož se povolání všeobecných sester řadí mezi regulované profese, vyhláška specifikuje obecné požadavky, jež musí být při vzdělávání sester splněny. Nezabývá se však konkrétními předměty a jejich hodinovou dotací či přesnými učebními plány. Proto vydalo MZ ještě zpřesňující metodický pokyn k této vyhlášce, kde jsou stanoveny minimální počty hodin u jednotlivých předmětů, které musí být během studia odučeny a stanovený minimální počet je nepodkročitelným a závazným minimem pro všechny vzdělávací instituce, jež poskytují vzdělání v daném oboru. Metodický pokyn také uvádí ve stručných anotacích jednotlivých předmětů jakýsi rámec, který by měl být výukou daného předmětu naplněn a specifikuje i obecné požadavky na vyučující daných předmětů.

Metodický pokyn je formou národního vzdělávacího standardu pro regulované nelékařské povolání Všeobecná sestra.

Požadované předměty a jejich minimální hodinová dotace za studium je určena metodickým pokynem MZ ČR k Vyhlášce 39/2005 Sb. následovně: *(Věstník MZ ČR, částka 6, Zpráva č.5 Metodický pokyn k vyhlášce č. 39/2005 Sb. pro studijní obor všeobecná sestra, roč. 2008, str 17-18)*

Povinné základní předměty– kategorie A

Doporučený název předmětu:	Minimální počet hodin ⁹ :
Etika	17
Filozofie	13
Zdravotnické právo ve vztahu k ošetrovatelství	15
Management	16
Ekonomika a pojišťovnictví	6
Veřejné zdravotnictví	17
Zdravý životní styl	9
Ochrana veřejného zdraví	9
Obecná a vývojová psychologie	25
Zdravotnická psychologie	13
Základy pedagogiky a edukace v ošetrovatelství	15
Komunikace	29
Sociologie	12
Anatomie	34
Fyziologie	18
Patologie	18
Biofyzika	12
Mikrobiologie a imunologie	25
Biochemie	13
Hematologie	10
Genetika	8
Farmakologie	12
Výživa a dietetika	7
Klinická propedeutika	18
Radiologie a nukleární medicína	13
Odborná latinská terminologie	17
Informační systémy ve zdravotnictví	17

Povinné oborové předměty – kategorie A

Doporučený název předmětu:	Minimální počet hodin ⁹⁾ :
1. První pomoc	12
2. Ošetřovatelství:	
- Teorie ošetřovatelství	17
- Ošetřovatelský proces a potřeby člověka	42
- Ošetřovatelské postupy	24
- Multikulturní ošetřovatelství	12
- Výzkum v ošetřovatelství	16
- Komunitní péče	12
- Rehabilitační ošetřovatelství	24

⁹⁾ Celkový počet hodin teoretické výuky je nejméně 2 300 hodin.

3. Ošetřovatelství v klinických oborech:	
- Ošetřovatelská péče o nemocné v interních oborech	57
- Ošetřovatelská péče o nemocné v chirurgických oborech	50
- Ošetřovatelská péče o dítě	50
- Ošetřovatelská péče o nemocné v gynekologii a porodnictví	24
- Ošetřovatelská péče o nemocné s duševními poruchami	18
- Ošetřovatelská péče o nemocné v neurologii	12
- Ošetřovatelská péče o nemocné s onkologickými chorobami	15
- Paliativní péče	10
- Ošetřovatelská péče o seniory	15
- Ošetřovatelská péče v oftalmologii	7
- Ošetřovatelská péče v otorinolaryngologii	7
- Ošetřovatelská péče v dermatovenerologii	7
- Ošetřovatelská péče ve stomatologii	7
4. Odborná ošetřovatelská praxe:	
Doporučená pracoviště pro odbornou praxi:	Minimální počet hodin ¹⁰⁾ :
- chirurgické oddělení	160
- interní oddělení , LDN, ošetřovatelská lůžka pro seniory	180
- dětské oddělení	100
- gynekologicko porodnické oddělení	40
- intenzivní péče	40
- psychiatrie	60
- komunitní péče	40
- další lékařské obory	40

¹⁰⁾ Celkový počet hodin praktického vyučování je nejméně 2 300 a nejvýše 3 000 hodin.

. Tab. č. 2 Hodinové dotace vyučovacích předmětů dle Vyhlášky 39/2005 Sb

Odborná ošetrovatelská praxe:

1. ročník 740 hodin	2. ročník 920 hodin	3. ročník 640 hodin	Celkem 2300 hodin
------------------------	------------------------	------------------------	----------------------

Tab. č. 3 Hodinové dotace odborné praxe dle Vyhlášky 39/2005 Sb.

Zatímco vyhláška nezmiňuje žádný požadavek na předmět, jenž by se týkal péče o umírající, metodický pokyn je konkrétnější i obsáhlejší a lze v něm nalézt požadavek na teoretickou výuku v oboru onkologie a paliativní péče. Co se týče doporučených pracovišť pro praktickou výuku, zde již požadavek na praxi na hospicových či paliativních lůžcích specifikován není.

Metodický pokyn se zabývá mimo jiné i cíli studia a nastiňuje jakýsi obecný profil absolventa. V souvislosti s problematikou umírání a smrti uvádí např. to, že nedílnou součástí péče o umírající je projev úcty, podpory a doprovázení nebo že absolvent je schopný samostatného rozhodování stran péče o umírající a svá rozhodnutí umí obhájit, zdůvodnit a nést za ně osobní zodpovědnost. Také poukazuje na zmírňování utrpení a zajišťování podmínek pro klidné umírání a důstojnou smrt. U každého požadovaného předmětu je uvedena krátká anotace, která je závazná pro vytvoření studijního nebo učebního plánu. Cíle, obsahové zaměření a seznamy povinné a doporučené literatury sestavuje každá škola sama a předkládá je ke schválení při akreditačním řízení.

Anotace předmětů, jež poskytují teoretická a praktická východiska v rámci problematiky umírání a smrti popisuje metodický pokyn takto: (*Věstník MZ ČR, částka 6, Zpráva č.5 Metodický pokyn k vyhlášce č. 39/2005 Sb. pro studijní obor všeobecná sestra, roč. 2008, str. 19-24*)

Etika

„Předmět je koncipován jako teoreticky. Zaměřuje se na etická otázky vykonávání ošetrovatelské profese, seznamuje s integrací etických principů do Etického kodexu nelékařského zdravotnického pracovníka, dotýká se i etických dilemat v jednání a chování zdravotnických profesionálů vůči pacientům/klientům. Pomáhá studentům najít a formulovat vlastní etická východiska a schopnost je obhájit.“

Filosofie

„Předmět je koncipován jako teoretický základ pro vytvoření hodnotového systému v ošetrovatelství. Uvádí do problematiky filozofie a jejího vztahu k vědě, vědění, hodnocení a jednání. Objasňuje základní pojmy vztahující se k holistickému pojetí člověka, rodiny a společnosti.“

Obecná vývojová psychologie

„Předmět je koncipován jako teoreticko-praktický. Seznamuje studenty se základní psychologickou terminologií, s psychickými procesy a jejich charakteristikou, s psychologickými teoriemi osobnosti, s poznatky o citovém prožívání, kognitivních procesech a chování člověka. Poskytuje informace o typických způsobech prožívání, uvažování i chování v jednotlivých fázích lidského života. Předmět formuje vztah k povolání, rozvíjí profesní kompetence a učí studenty aplikovat psychologické teorie v praxi.“

Zdravotnická psychologie

„Předmět je koncipován jako teoreticko-praktický. Řeší problematiku psychologie nemocných. Směřuje ke kvalitnějšímu poznání nemocného a k pochopení jeho potřeb i problémů, které mu nemoc přináší. Prohlubuje poznatky, které jsou důležité pro profesionální zvládání náročných situací v péči o nemocné, osoby se zdravotním postižením a umírající jedince.“

Komunikace

„Předmět je koncipován jako teoreticko-praktický. Tvoří základ profesionálních znalostí a dovedností sestry při navazování kontaktu a získávání důvěry pacienta a pro další účinnou a kvalitní péči o jeho individuální potřeby. Naučí zásadám a dovednostem adekvátní komunikace nejen s pacienty, ale i se spolupracovníky popř. s rodinnými příslušníky a dalšími osobami.“

Ošetrovatelská proces a potřeby člověka

„Předmět je nezbytnou součástí teorie ošetrovatelství. Umožňuje studentům pochopit hlavní úkol profesionální ošetrovatelské praxe, jímž je zajištění a uspokojení životních potřeb pacienta/ klienta, rodiny a komunity. Seznamuje s klasifikacemi lidských potřeb podle různých oborů a autorů a zaměřuje se na reakce a projevy neuspokojených potřeb u osob zdravých, nemocných, u osob se zdravotním postižením a umírajících. Dále se zaměřuje na procvičování jednotlivých fází ošetrovatelského procesu.“

Ošetrovatelské péče v onkologii

„Předmět je koncipován jako teoreticko-praktický celek. Informuje o významu primární a sekundární onkologické prevence, o etiologických a predispozičních faktorech a o statistickém výskytu jednotlivých druhů nádorových onemocnění. Seznamuje s odlišnostmi a charakterem pracovišť pro péči a léčbu onkologicky nemocných. Poskytuje informace o jednotlivých klinických stavech z hlediska ošetrovatelské péče a potřeb pacientů

změněných v souvislosti s onkologickým onemocněním, které významně ovlivňují kvalitu života onkologicky nemocného člověka a jeho rodiny.“

Paliativní péče

„Předmět je součástí komplexu předmětů z klinického ošetřovatelství. Je koncipován jako praktický celek a úzce navazuje na předmět „Ošetřovatelská péče o nemocné s onkologickými chorobami“. Seznamuje studenty s novými službami a typy zařízení, která spadají do oblasti následné péče, v nichž je poskytována individuální ošetřovatelské péče nevyléčitelně nemocným a umírajícím. Studenty vede k pochopení hospicové péče, která zajišťuje nemocným důstojné umírání, smíření a klidnou smrt, včetně opory jejich nejbližším příbuzným.“

Konkrétní učební plán, který byl sestaven na základě požadavků vyhlášky a metodického pokynu a platil od roku 2004 na VoZŠ pro 3-leté denní studium oboru Ošetřovatelství-Diplomovaná všeobecná sestra vypadal následovně:

UČEBNÍ PLÁN

Kmenový obor: 53-41-N Ošetrovatelství

Studijní obor: 53-41-N/001 Diplomovaná všeobecná sestra

Denní studium

Kategorie a názvy vyučovacích předmětů	Počet vyučovacích hodin za studium
A. Povinné	
a) základní	
Cizí jazyk *	120
Latinský jazyk	30
Etika v ošetrovatelství	20
Multikulturní ošetrovatelství	16
Psychologie*	130
Sociologie	26
Komunikace v ošetrovatelství	56
Informační a komunikační technologie	30
Zdravotnické a sociální právo	20
Veřejné zdravotnictví	12
Výchova ke zdraví	41
První pomoc a medicína katastrof	36
Základy biofyziky	10
Základy biochemie a farmakologie	33
Základy radiologie	16
Klinická propedeutika	41
Anatomie a fyziologie	86
Patofyziologie a patologie	28
Mikrobiologie a hygiena	20

Výživa člověka	26
Výzkum v ošetrovatelství	24
Management a řízení kvality	28
Ošetrovatelství*	134
Ošetrovatelské postupy	140
Ošetrovatelství v klinických oborech*	410
Absolventský seminář	8
Odborná praxe I	181
b) volitelné	78
Celkem	1800
Odborná praxe II	2120
B. Nepovinné	

Tab. č. 4 Učební plán VoZŠ Obor Diplomovaná všeobecná sestra z roku 2004

5.1.4. Kompetence všeobecných sester v praxi

Činnosti a kompetence všeobecných sester, které získaly dle zákona 96/2004 Sb. odbornou způsobilost k výkonu povolání bez odborného dohledu jsou zakotveny ve vyhlášce č. 424/2004 Sb. *kteřou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků.*

Všeobecná sestra provádí mimo jiné:

- Poskytuje ošetrovatelskou péči formou ošetrovatelského procesu
- Vyhodnocuje potřeby a úroveň soběstačnosti pacientů
- Sleduje a orientačně hodnotí fyziologické funkce
- Pozoruje a hodnotí stav pacienta
- Podílí se na prevenci poruch z imobility
- Edukuje pacienty a další osoby
- Provádí nácvik sebeobsluhy pacientů
- Orientačně hodnotí sociální status pacientů a pomáhá v řešení sociálních otázek
- Provádí psychickou podporu umírajících a jejich blízkých

- Provádí péči o tělo zemřelého a činnosti spojené s úmrtím
- Provádí ošetření ran akutních i chronických
- Podílí se na výuce studentů vybraných zdravotnických oborů

Vyhláška velmi stručně a obecně vymezuje kompetence všeobecných sester. Jako součást ošetrovatelské péče vyhláška zmiňuje i péči o nevléčitelně nemocné, zmírňování jejich utrpení a zajišťování důstojného umírání a klidné smrti v rámci obecné definice ošetrovatelské péče. Konkrétní kompetence a činnosti v tomto směru jsou určeny pouze jedinou větou, a to:

„Všeobecná sestra provádí psychickou podporu umírajících a jejich blízkých a po stanovení smrti lékařem zajišťuje péči o tělo zemřelého a činnosti spojené s úmrtím pacienta“

(Vyhláška 424/2004 Sb. §4, ods.1, písm. m)

5.1.5. Specializační vzdělávání sester

Mimo kvalifikačního vzdělání, které je nutným předpokladem pro získání odborné způsobilosti k výkonu povolání všeobecné sestry je zde také následná možnost absolvování specializačních kurzů, (případně dnes již možnost specializačního vzdělání v rámci studia některých magisterských programů ošetrovatelství) a získání specializované odborné způsobilosti v různých oborech. Tyto obory jsou uvedeny v zákoně *31/2010 Sb. o oborech specializačního vzdělávání a označení odbornosti zdravotnických pracovníků se specializovanou způsobilostí.*

Pro všeobecné sestry je možnost získat specializaci v následujících oblastech:

1 Intenzivní péče	Sestra pro intenzivní péči
2 Perioperační péče	Sestra pro perioperační péči
3 Ošetrovatelská péče v pediatrii	Dětská sestra
4 Intenzivní péče v pediatrii	Dětská sestra pro intenzivní péči
5 Komunitní ošetrovatelská péče	Komunitní sestra
6 Ošetrovatelská péče v interních oborech	Sestra pro péči v interních oborech
7 Ošetrovatelská péče v chirurgických	Sestra pro péči v chirurgických oborech

oborech	
8 Ošetrovatelská péče v psychiatrii	Sestra pro péči v psychiatrii
9 Perfuziologie	Sestra pro klinickou perfuzologii

Na rozdíl od nástavbového vzdělávání lékařů, jež bude probráno níže, pro sestry není v současné době možnost získat specializaci pro obor paliativní či hospicová péče a léčba bolesti. Existuje však celá řada kurzů a seminářů, jež se problematikou umírání a smrti zabývají a jsou hodnoceny kreditními body do systému celoživotního vzdělávání (Např. Brněnské onkologické dny aj.).

5.2. Vzdělávání lékařů

Studium všeobecného lékařství je v ČR uskutečňováno pouze na lékařských fakultách vysokých škol. Jedná se o 6-leté akreditované magisterské programy, které je možné studovat pouze v prezenční formě. Jejich úspěšné absolvování opravňuje, spolu s doložením bezúhonnosti a zdravotní způsobilosti, k výkonu povolání lékaře a užívání titulu MUDr.

Legislativně je vzdělávání lékařů ošetřeno zákonem **95/2004 Sb. o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta** a vyhláškou **187/2009 Sb. o minimálních požadavcích na studijní programy všeobecné lékařství, zubní lékařství, farmacie a na vzdělávací program všeobecné praktické lékařství**

Vyhláška 187 se zabývá požadavky na vzdělávání lékařů v § 2 následovně:

Minimální požadavky k získání odborné způsobilosti k výkonu povolání lékaře jsou

a) absolvování nejméně šestiletého prezenčního studia, které obsahuje nejméně 5500 hodin

teoretické a praktické výuky,

b) získání znalostí a dovedností

1. ve vědních oborech, na kterých je všeobecné lékařství založeno, a znalosti vědeckých metod včetně zásad měření biologických funkcí, hodnocení vědecky prokázaných skutečností a analýzy dat,

2. o anatomii, fyziologii a chování zdravých a nemocných jedinců a o vlivu životního, pracovního a sociálního prostředí a životního stylu na zdravotní stav člověka,

3. v klinických oborech a klinické praxi, které poskytují komplexní přehled o tělesných a duševních nemocech, včetně jejich genetické podstaty, dále znalost primární, sekundární a terciární prevence, diagnostických a léčebných postupů a základů posudkové činnosti,

4. v přednemocniční neodkladné péči,

5. v radiační ochraně,

6. v základech preventivních metod v oblasti ochrany a podpory veřejného zdraví,

c) klinické zkušenosti získané v průběhu praktické výuky pod odborným dohledem lékaře se specializovanou způsobilostí v nemocnicích a zkušenosti v laboratorních a zobrazovacích diagnostických oborech,

d) znalost základních právních předpisů souvisejících s výkonem povolání lékaře,

e) znalost profesní etiky kontaktu lékaře s pacientem,

f) znalost problematiky financování zdravotnictví a základních ekonomických vztahů, znalost

základů managementu a

g) praktické dovednosti v komunikaci s pacientem s důrazem na práva pacientů a jejich uplatňování.

Co se týče vzdělávání v problematice umírání a smrti, zmíněný zákon ani vyhláška se jí nijak nevěnují. Pro lékaře však existuje možnost specializačního vzdělávání a získání zvláštní odborné způsobilosti v základních a nástavbových kmenech, tak jak jsou specifikovány vyhláškou 185/2009 Sb. o oborech specializačního vzdělávání lékařů, zubních lékařů a farmaceutů a oborech certifikovaných kurzů, kde mezi nástavbovými kmeny je možnost vzdělání v oboru Paliativní medicína a léčba bolesti. Jedná se však o vzdělávání specializační, není tedy součástí kvalifikačního vzdělávání při studiu Všeobecného lékařství.

6. Dostupné vzdělávací materiály, techniky a kurzy s tematikou umírání a smrti

Vzdělávání zdravotníků se uskutečňuje nejen na půdě škol a jiných vzdělávacích institucí, je také možné vzdělávat se samostudiem či v rámci tematicky zaměřených kurzů a cvičení pořádaných při různých příležitostech. Zmíněné konfrontační techniky nejsou většinou nijak náročné na realizaci a přitom mohou být velmi přínosné a dobře využitelné pro praxi. Stejně tak jsou dnes dostupné mnohé materiály, z nichž lze čerpat informace potřebné pro práci s umírajícími lidmi a mohou pomoci zdravotníkům „připravit se.“

6.1. Konfrontační techniky

Haškovcová ve své Thanatologii (2000, str. 146-150) zmiňuje několik různých technik konfrontace s umíráním a smrtí, jež mohou být využity ve formě kurzů či seminářů i při vzdělávání zdravotníků, a to jak studentů, kteří se na své budoucí povolání teprve připravují, tak i těch, kteří už jsou nějaký čas v praxi.

Smrt Ivana Iljiče

Studenti obdrží text s krátkou novelou L.N. Tolstého a dostanou čas na její přečtení. Jedná se o jakousi ilustraci „běžné smrti obyčejného člověka,“ kterému lékaři sdělí, že je nemocen, ale ne že je vážně nemocen a umírá. Probírá se fenomén strachu a osamění člověka, který pochopil závažnost svého stavu, ale není mu dána možnost si otevřeně promluvit. Po přečtení novely následuje řízená diskuze, kde se probírají různé náhledy čtenářů na věc.

Nárys životní linie

Studenti mají za úkol načrtnout životní osu, na které označí své narození, současnost i předpokládanou smrt. Také zakreslují důležité životní mezníky svého života a mohou k nim dělat vysvětlující poznámky. Na osu mezi současností a smrtí zaznamenají věci, kterých by ještě chtěli v životě dosáhnout a naznačit také, kdy by je chtěli uskutečnit. Smyslem cvičení je hlubší zamyšlení se nad vlastním životem a jeho konečností, nad životními úspěchy i neúspěchy a perspektivami do budoucna.

Metoda her

V kurzu se určí jedinec, který bude hrát lékaře a druhý představující nevléčitelně nemocného pacienta. Je nastíněna určitá konkrétní situace, např. pacient umírá na leukémii a žádá lékaře o zastavení léčby či dokonce o eutanazii. Pacient předkládá lékaři své neblahé vyhlídky a lékař se snaží argumentovat proti zastavení léčby či se snaží nalézat jinou schůdnou variantu, jež by byla pro pacienta akceptovatelná. Ostatní ve skupině doplňují další nevyřčené argumenty pro a proti. Smyslem cvičení je naučit se citlivě vnímat argumenty protistrany a umět na ně reagovat a zvýšit hladinu osobního pochopení studentů v otázkách umírání a smrti.

Otočená židle

Účastníci cvičení se posadí do kruhu čelem k sobě. Postupně jsou vyzváni, aby opustili místnost a na důkaz svého definitivního odchodu otočí svou židli ven z kruhu. Nakonec zbude poslední člověk v místnosti úplně sám. Cvičení má evokovat, že život je plný bolestných ztrát našich blízkých.

Metoda konfrontace se smrtí

Kurzisté se pohodlně posadí do kruhu a relaxují za zvuků příjemné pomalé hudby. Následně jsou vyzváni, aby si představili smrt blízkého člověka, poté člověka, který je jim nejbližší a nakonec svou vlastní smrt. Mají se zamyslet nad tím, jak by se to mohl stát, prožít si agónii, vlastní pohřeb a dobu bezprostředně po smrti blízkých a momenty vyrovnávání se se zármutkem. Po skončení hodinové meditace své pocity verbalizují a vyměňují si zážitky s ostatními. Vedoucí skupiny musí dbát na to, aby se všichni navrátili plně do reality a nezůstali pohrouženi do smutku, jak by se to mohlo stát u příliš citlivých jedinců nebo těch, kteří mají přílišnou představivost. Z tohoto důvodu není cvičení vhodné pro začátečníky.

Metoda nekrologu

„Představte si blízkého člověka, který byl požádán, aby o vás sepsal nekrolog.“ Takto vyzve vedoucí účastníky s tím, že se mají vžít do role blízkého a sepsat svůj vlastní nekrolog včetně toho, co by si přáli zahrát na vlastním pohřbu. Smyslem cvičení je uvědomění si vlastní konečnosti i vlastní ceny, kterou máme pro sebe i pro druhé. Nekrolog si každý účastník schovává, případně jej může vyhodit.

Technika „mít a být“

Studenti nejprve napíší na papírky 8 pro ně důležitých materiálních věcí a lístečky si očíslovají podle důležitosti od 1-nejdůležitější po 8-nejméně důležitý. Po krátkém čase jsou vyzváni, aby se věcí postupně zbavili, tedy odhodili lísteček na zem a to v pořadí od 8. do 1. a prožili tak ztrátu v kategorii „mít.“ Analogicky se proces opakuje v kategorii „být“ kdy studenti sestaví žebříček nejcennějších vztahů a činností, bez kterých si nedokážou představit svůj život. Nakonec všem zůstanou jen prázdné ruce, protože o všechno přišli. Cvičení učí hierarchizovat hodnoty v oblastech „mít i být.“ Je velmi náročné a nedoporučuje se začátečníkům, protože někteří mohou být naprosto šokováni možností extrémních ztrát.

Všechna zmíněná cvičení mohou být jistě užitečnou a přínosnou přípravou pro všechny zdravotníky, jejich profesní dráhu i osobní život a mohou pomoci ve zvládnání náročné péče o umírající. Je to však pouhý zlomek toho, jak být „připraven.“

6.2. Dostupné studijní materiály

Existuje velmi mnoho materiálů, jež se zabývají otázkami umírání a smrti z různých hledisek. Lze nalézt knihy filozofické, psychologické, sociologické i etické a nespočet dalších. Podstatnou otázkou však je, do jaké míry je tato problematika zahrnuta do učebnic, skript a dalších výukových materiálů, podle kterých jsou zdravotníci vzděláváni. Výuka na středních zdravotnických školách probíhala a probíhá jednotně podle učebnic doporučených a schválených MŠMT, kde je po studentech požadováno získání znalostí v rozsahu daných učebnic. Na vyšších odborných a vysokých školách jsou středoškolské učebnice studentům doporučovány jako nutný minimální vědomostní základ a v každém předmětu jsou jim pak ještě předány či doporučeny další studijní materiály. Většinou ve formě skript, vysoce odborných knih, prezentací či odkazů na e.learningové kurzy. Seznamy požadované a doporučované literatury stejně jako personální zajištění výuky daných předmětů předkládají vysoké školy ke schválení při akreditačním řízení. Obory vzdělávající zdravotníky musí úspěšně projít nejen akreditačním řízením dle zákona 111/1998 Sb. *O vysokých školách*, ale navíc musí také získat souhlasné stanovisko Ministerstva zdravotnictví ČR, aby bylo zajištěno, že absolventi daných oborů budou moci vykonávat vystudovanou profesi.

Konkrétní obsahy vysokoškolských přednášek, seminářů a cvičení jsou zpravidla rámcově zpracovány do sylabů či kurikul a dávají tak studentům přehled o tom, co bude v předmětech probíráno a jaká je doporučená literatura, stejně tak jsou také uváděny či ústně sděleny požadavky k zápočtům a zkouškám. Množství materiálů poskytovaných studentům od přednášejících se různí podle vyučujících i školy.

Studenti ošetrovatelských oborů i všeobecného lékařství absolvují během studia výuku ošetrovatelství, i když samozřejmě v odlišné míře. Většina učebnic ošetrovatelství je členěna do tematických celků, začíná obecnými informacemi k výkonům a vyšetřením a pak se zaměřuje na specifika ošetrovatelství u pacientů spadajících do různých odborností, např. ošetrovatelská péče u pacientů s chorobami srdce a oběhového systému, u pacientů s onemocněním dýchacích cest, u pacientů s chorobami ledvin,...Počet učebnic ošetrovatelství, jejichž text by se zaměřoval na ošetrovatelskou péči u umírajících, je ale stále dosti málo. Stručný přehled učebnic ošetrovatelství z historie až po dnešek, vztažený k tématu diplomové práce, vypadá asi takto.

Šimurková (1985) ve své učebnici Ošetrovatelství I. věnuje ošetrování umírajících samostatnou, avšak poměrně krátkou kapitolu, která se zaměřuje hlavně na umírání dětského pacienta. Zmiňuje pojem profesionální adaptace zdravotníků, tedy to, že je velmi těžké se s odchodem pacientů smířit a k adaptaci dochází vždy až po jistém období, a to zvláště u začínajících zdravotníků, kteří jsou v praxi jen krátce.

Rozsypalová (1988) se ve své učebnici Praktických cvičení z ošetrovatelství dané problematice nevěnuje.

Mikšová (2006) se v Kapitolách z ošetrovatelské péče zabývá obecně ošetrováním pacientů s bolestí.

Archalousová (2006) sepsala učebnici Ošetrovatelská péče pro studenty všeobecného a zubního lékařství, kde se poměrně podrobně zabývá hospicovou a paliativní péčí a její dostupností v ČR.

Šamánková (2011) rozebírá potřeby nemocných, konkrétně i umírajících pacientů.

Slezáková (2012) v Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy uvádí pouze krátkou kapitolu „péče o geriatrického pacienta“ se zaměřením na Alzheimerovu chorobu.

Učebnic ošetrovatelství je k dostání velmi mnoho od různých autorů, avšak ošetrovatelská péče o umírající je v nich rozebírána většinou jen minimálně a okrajově. Problematika je ale součástí mnoha dalších předmětů či je dokonce vyučována jako samostatný volitelný předmět na některých školách (Umírání a smrt ve světových náboženstvích, Paliativní a hospicová péče, Ošetrovatelská péče na konci života aj.). Nevýhodou jsou omezené kapacity studentů, jež se mohou nebo chtějí těchto kurzů zúčastnit.

Dnes je už i v ČR dostupné nemálo odborné literatury, která se zabývá paliativní a hospicovou péčí, a to jak z pohledu medicínského (Vorlíčkova *Paliativní medicína*, 2004, či Sláмова *Paliativní medicína pro praxi*, 2007), tak ošetrovatelského (O'Connorové *Paliativní péče pro sestry všech oborů*, 2005). Tyto materiály, ačkoli patří často do seznamů doporučené literatury, se ale do rukou studentů dostanou během kvalifikačních studií jen zřídka. Jsou spíš doménou těch, kteří se o obor více zajímají či si v něm dodělávají specializační vzdělávání.

V rámci výuky etiky je nejdiskutovanější otázkou konce života problematika eutanazie, DNR, Living will a pravdy na nemocničním lůžku. Nejdoporučovanějšími zdroji pro studenty zdravotnických oborů jsou Haškovcové *Lékařská etika* (2002), Kutnohorské *Etika v ošetrovatelství* (2007) či Munzarové *Zdravotnická etika od A do Z* (2005) a *Eutanazie, nebo paliativní péče?* (2005).

Křivohlavého *Psychologie nemoci* (2002) či Vymětalova *Lékařská psychologie* (2003) jsou zase cennými zdroji informací v rámci psychické a psychologické stránky umírání, stejně jako Zacharové *Zdravotnická psychologie* (2007), která se zaměřuje i na praktická cvičení

Sociologickou problematiku umírání zmiňuje Bártlová ve své *Sociologii medicíny a zdravotnictví* (2005).

Ojedinělým studijním zdrojem k dané tématice je bezesporu Haškovcové *Thanatologie* (2000), jež se zabývá, jak už ostatně vyplývá z názvu, umíráním a smrtí velmi podrobně a z různých úhlů pohledů a poukazuje na nutnost vzdělávání zdravotníků v oboru.

Zvláštní kategorií vzdělávacích materiálů s tematikou umírání a smrti jsou pak knihy, brožury a informační prospekty vydávané hospicovými sdruženími a organizacemi, které se paliativní péčí zabývají, jako je např. *Cesta domů*, která provozuje i vlastní knihovnu. Za všechny lze jmenovat Svatošové knihu *Hospice a umění doprovázet* (2008).

V dnešní době moderních komunikací také nelze opomenout velmi rozsáhlou možnost získávání informací prostřednictvím internetu, kde jsou velmi užitečnými zdroji např. webové stránky www.hospice.cz, www.umirani.cz či www.cestadomu.cz, kde lze nalézt nejen obecné informace, ale také konkrétné odkazy na hospicová zařízení, domácí hospicovou péči a množství kontaktních údajů s odkazem nejen na pomoc umírajícím, ale také doprovázejícím, pečujícím a pozůstalým.

Ačkoli doporučených knih a dalších zdrojů je dost a čerpat se z nich dá jistě velmi mnoho cenných informací k tématu umírání a smrti a komplexní péči o takové pacienty, asi jen málokterý student přečte během studia všechny. Důvodem může být nedostatek času při velké náročnosti vysokoškolského studia, ale také nedostatek zájmu o danou problematiku a jakási stála převaha vidiny „vítězné medicíny“ se kterou je daleko snadnější se ztotožnit než přijmout fakt, že přes veškeré snahy a pokrok dnešní medicíny tu stále budou také pacienti umírající, kterým život zachránit nedokážeme. Nezbývá proto než se naučit i na tomto poli zdárně bojovat, být připraven na setkání se smrtí.

7. Duševní hygiena zdravotníků

Předpokladem pro poskytování kvalitní a vysoce profesionální péče nemocným je nejen kvalifikační studium a praktické zkušenosti získané postupně během praxe, je také nezbytně nutné, aby pečující uměli myslet sami na sebe a na svou duševní pohodu, protože jen pokud pečují sami o sebe, budou schopni dobře pečovat i o druhé. Péče o umírající je navíc velmi náročným úkolem jak po stránce profesionální, tak po stránce lidské, a to jak fyzicky, tak psychicky. Budou-li zdravotníci dodržovat základní pravidla duševní hygieny, sníží se významně riziko vzniku syndromu vyhoření a následného možného poškození nejen pacientů, ale i zdravotníka samotného. (Haškovcová, 2000, Křivohlavý, 2004)

Zásady duševní hygieny lze shrnout do několika bodů:

1. *Udržovat kontakty s lidmi mimo obor*
2. *Dostatečně a pravidelně odpočívat*
3. *Nezapomínat na stará přátelství*
4. *Pravidelně chodit do přírody, za kulturou, sportem*
5. *Věnovat se svým koníčkům*
6. *Dopřát si v roce nejméně 14 dní dovolené vcelku*
7. *Relaxovat při oblíbených činnostech*
8. *Neřešit ve volném čase práci*

Dále je také možnost účastnit se různých odborných seminářů a vzdělávacích kurzů, které se zaměřují na výcvik a v asertivních technikách a strategiích a pomáhají zdravotníkům naučit se říkat NE tam, kde je to potřeba, aby byl zdravotník uchráněn před vyhořením a poškozením sebe sama.

II. VÝZKUMNÁ ČÁST

8. Výzkum

Tato část popisuje výzkumné šetření, jež bylo provedeno v rámci diplomové práce formou dotazníku. Rozebrána bude metodika výzkumu a jeho výsledky, které jsou uspořádány do grafů, aby byl poskytnut přehledný obraz zkoumané problematiky. Hypotézy byly statisticky ověřeny dle základních statistických vzorců a z nich plynoucí výsledky budou podrobněji rozebrány v rámci diskuze. Závěr práce poskytne shrnutí probírané tematiky včetně poskytnutí pro praxi plynoucích doporučení.

8.1. Výzkumné metody

Výzkumné šetření si kladlo za úkol zmapovat, jak se zdravotníci cítí být profesně připraveni v oblasti práce s umírajícími a pro setkávání se smrtí svých pacientů, jaké jsou jejich znalosti dané problematiky a v kterých konkrétních oblastech sami sebe vidí jako připravené a kde naopak pocítují nepřipravenost či nejistotu. V práci byla použita metoda kvantitativního výzkumu ve formě anonymního dotazníkového šetření.

8.1.1. Kvantitativní výzkum

Kvantitativní výzkum se zaměřuje na zjišťování, jak často se určitý jev vyskytuje, tedy jaká je jeho četnost. Zabývá se analýzou měřitelných dat. Kvantitativní výzkumy vzhledem k relativně snadnější zpracovatelnosti numerických dat ve světě značně převládají (Kozel, 2006). Mohou se uskutečňovat v různých formách – osobním či telefonním dotazováním, tištěnými či elektronickými dotazníky. Vzorek, na kterém se výzkum provádí, by měl být dostatečně velký a měl by reprezentovat danou skupinu, aby získaná data mohla být považována za relevantní a tedy i prakticky využitelná (Kutnohorská, 2009)

8.1.2. Dotazník

Jedná se o tištěný či elektronický formulář, na němž je sepsán určitý soubor otázek. Před sestavením dotazníku by si měl každý výzkumník dobře prostudovat danou problematiku a vytýčit si cíle svého výzkumu, aby na základě odpovědí respondentů na své otázky mohl data analyzovat a dospět k relevantnímu výsledku výzkumu. Sestavování dotazníků by se mělo řídit určitými obecně platnými zásadami a jejich text by měl obsahovat následující:

- Úvodní vysvětlující text, který respondentům představí autora, důvody výzkumu a pro co budou získaná data využita, včetně stručného návodu, jak dotazník vyplnit
- Otázky položené tak, aby byly pro respondenty jasné a srozumitelné
- Přitažlivá konstrukce, nejprve otázky vzbuzující zájem a důvěru, stěžejní otázky nejlépe umístit uprostřed, otázky menší důležitosti pak na závěr dotazníku
- Zahrnout všechny otázky, na které chceme znát odpověď (zmapování celé šíře zkoumané problematiky)
- Otázky nepokládat sugestivně a tak, aby byly zavádějící
- Může zahrnovat nezávislé proměnné, jako je pohlaví, věk, bydliště apod.
- Použití anonymních dotazníků předchází strachu respondentů z důsledků vyplnění

Mezi výhody dotazníkových šetření patří v první řadě možnost hromadného zpracování získaných dat pro výzkumníky a poměrně snadná technika vyplnění (zaškrtování, škálování apod.) pro respondenty. Jedná se také o jednu z nejlevnějších výzkumných technik, zvláště v případě rozesílání dotazníků elektronickou formou. Respondenti navíc mohou sami rozhodnout, kdy a kde si dotazník vyplní, tak, aby jim to vyhovovalo.

Nevýhody dotazníků jsou jejich poměrně nízká návratnost, nemožnost zpřesnění a doplnění odpovědí a na rozdíl od rozhovorů nedokážou rozlišit jemné nuance a rozdíly v odpovědích, které by při osobní komunikaci patrně byly (Chráška, 2007).

Na návratnosti (počet vrácených vyplněných dotazníků k počtu rozdaných) se pozitivně projeví, pokud výzkumník předává dotazníky osobně. Důležitá je také grafická úprava formulářů, aby byly pro respondenty atraktivní, neméně významnou roli hraje délka dotazníku, která často respondenty odrazuje od vyplnění.

V dotaznících se mohou objevit 3 varianty možných otázek, a to otázky uzavřené, polouzavřené (nazývané také polootevřené) a otevřené.

- **Otevřené otázky** jsou takové, kde dotazovaný odpovídá vlastními slovy
 - Výhodou je originalita odpovědí, která odráží přesný respondentův názor na věc, je u nich patrné hlubší zamyšlení nad tématem.
 - Nevýhodou pak je složitější zpracování získaných dat a různá kvalita odpovědí

- **Uzavřené otázky** mají již navržené odpovědi ve formě škály, výběru nebo výčtu, z nichž respondent dle zadání vybere
 - Výhodou je jednodušší vyplňování bez nutnosti dopisování a snadnější zpracovatelnost získaných dat, nepřítomnost emocí respondentů
 - Nevýhodou je, že nabídnuté odpovědi nemusí vystihnout názor respondentů, složitěji se vytvářejí a je možné je vyplnit zcela nahodile
- U **polozavřených otázek** respondent vybere nejprve jednu alternativu z nabízených odpovědí (zpravidla označena jako „Jiná odpověď“ apod.) a poté k ní vypisuje zpřesňující vlastní komentář. Výhody a nevýhody jsou kombinací obou výše zmíněných variant (Žíaková, 2003, Kutnohorská, 2009)

9. Vlastní výzkumné šetření

Výzkum si kladl za úkol zmapovat, jak se zdravotníci cítí být profesně připraveni na setkání se smrtí. Otázkou bylo, jak je připravuje škola, jaké jsou jejich osobní postoje v otázkách umírání a smrti, jestli mají povědomost o základních faktech týkajících se problematiky. Porovnání skupiny zdravotníků studentů a zdravotníků s praxí mělo poukázat na případné rozdíly mezi oběma skupinami a jejich význam pro celkový stav zkoumané sféry.

9.1. Charakteristika výzkumného vzorku

Výzkum byl prováděn mezi dvěma skupinami respondentů, a to ve skupině zdravotníků (lékařů a sester), kteří jsou v praxi u lůžka 10 a více let a ve skupině studentů Bc. A Mgr. studia Ošetřovatelství a Všeobecného lékařství, kteří právě své vzdělávání dokončovali, tj. byli v době šetření studenty posledních ročníků daných studijních programů. Porovnání těchto dvou skupin bylo zvoleno záměrně, aby se ve výzkumu prokázalo, zda dochází ke změnám v čase, zda se změnil systém či obsah vzdělávání zdravotníků v problematice umírání a smrti a zda mají případné změny nějaký praktický dopad.

Skupinu zdravotníků-studentů (celkem 55 respondentů) tvořili studenti denního magisterského studia Ošetřovatelství Fakulty zdravotnických studií Univerzity Pardubice a studenti bakalářského denního studia Ošetřovatelství a Všeobecného lékařství z jedné z

lékařských fakult (s uvedením názvu instituce v práci nebyl udělen souhlas). Pro zjednodušení dále jen skupina „STUDENTI.“

Skupinu zdravotníků s více jak desetiletou praxí u lůžka (celkem 45 respondentů) tvořili lékaři a sestry z hospicového lůžkového zařízení a z fakultní nemocnice, jejichž názvy taktéž uvedeny v práci nebudou. Pro zjednodušení dále jen skupina „PRAXE.“

9.2. Dotazníkové šetření

Výzkumné šetření bylo uskutečněno formou nestandardizovaného dotazníku, zpracovaného v textovém programu MS Office Word 2007, který byl respondentům předán buď osobně v tištěné formě, nebo rozeslán elektronicky cestou mailu v podobě textového dokumentu. Dotazník obsahoval celkem 27 otázek, obsaženy byly otázky uzavřené (1-4,6,7,9,10,15,16,20-26), polozavřené (8, 11, 12,13,14) i otevřené.(5,17-19,27) Dotazník mapoval školní přípravu a osobní zkušenosti zdravotníků z oblasti práce s umírajícími, zjišťovány byly i některé konkrétní vědomosti prokazující hlubší znalost problematiky a otázky se zabývaly také osobními názory zdravotníků a jejich přístupem k problematice.

Struktura dotazníku byla následující:

- Otázka č. 1-3 se zabývaly charakteristikou respondentů, rozdělily dotazované do skupiny „PRAXE“ a „STUDENTI“ (viz výše)
- Otázky č. 4 až 9 se zabývaly školní přípravou a zkušenost zdravotníků v oblasti umírání a smrti
- Otázky č. 10 až 16 se zabývaly jednotlivými oblastmi a mírou připravenosti na setkání se smrtí
- Otázky č. 17 až 19 se zabývaly konkrétními znalostmi z oblasti umírání a smrti
- Otázky č. 20 až 26 se dotazovaly na osobní postoje a názory zdravotníků na danou problematiku
- Otázka č. 27 dávala respondentům možnost doplnit případné názory či připomínky k problematice

9.3. Výzkumné otázky a sestavení pracovních hypotéz.

Výzkum si kladl za cíl podrobněji zmapovat, jak si zdravotníci stojí v otázkách umírání a smrti po profesní stránce. Na základě dotazníkového šetření bylo sestaveno několik výzkumných otázek a k nim odpovídajících pracovních hypotéz.

Výzkumné otázky:

1. Absolvovali zdravotníci během kvalifikačního studia předmět(y) zabývající se problematikou umírání a smrti?
2. Znájí zdravotníci jeden z nejpoužívanějších modelů umírání?
3. Hodnotí zdravotníci sami sebe jako připravené na profesní setkání se smrtí?
4. Jsou zdravotníci na základě svého vzdělání a praxe schopni poskytovat umírajícím kvalitní péči?

Pracovní hypotézy:

1. Většina zdravotníků absolvovala předmět řešící problematiku umírání a smrti
2. Většina zdravotníků zná běžně používaný model umírání dle E.Kübler-Rossové
3. Většina zdravotníků se cítí být připravena na setkání s umírajícími a smrtí
4. Zdravotníci hodnotí péči o umírající v našem zdravotnictví jako komplexní a dostatečnou.

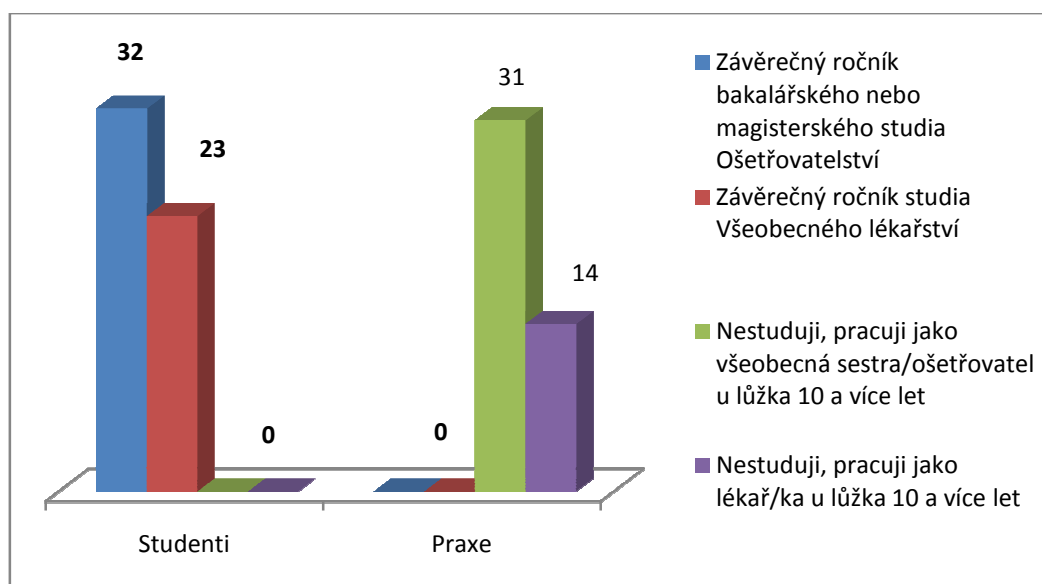
10. Presentace vybraných položek vyhodnoceného dotazníku

Dotazníková položka č.1. *Zaškrtněte, prosím, typ Vašeho právě probíhajícího studia nebo pracovního zařazení:*

- závěrečný ročník bakalářského nebo magisterského studia Ošetrovatelství
- závěrečný ročník studia Všeobecného lékařství
- již nestudují, pracují jako všeobecná sestra/všeobecný ošetrovatel* u lůžka 10 a více let
- již nestudují, pracují jako lékař/ka u lůžka 10 a více let

*zákonné označení pro funkci všeobecné sestry, jestliže ji vykonává muž

Z celkového počtu 100 respondentů bylo 55 zdravotníků studentů a 45 zdravotníků s praxí. Mezi zdravotníky studenty 32 respondentů (58%) studovalo závěrečný ročník Bc. nebo Mgr. studia Ošetrovatelství a 23 dotázaných (42%) pak obor Všeobecné lékařství. Zdravotníci s praxí byli v 69% (31 respondentů) všeobecnými sestrami/ošetrovateli a v 31% případů (14 dotázaných) lékaři.

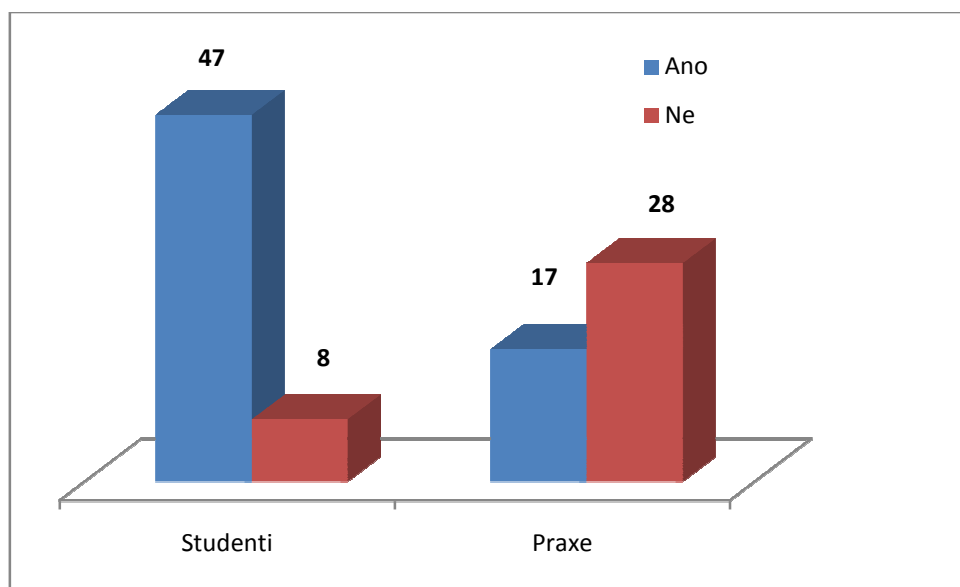


Obr. č. 3 Graf četnosti odpovědí na typ probíhajícího studia či pracovního zařazení

Dotazníková položka č. 4 **Absolvoval/a jste během studia předmět zabývající se otázkami smrti a umírání?**

- ano
- ne

Ze skupiny studentů absolvovalo daný předmět 47 respondentů (85%) a 8 respondentů neabsolvovalo (15%). Za skupiny s praxí předmět absolvovalo pouze 17 respondentů (38%), 28 dotázaných (62%) pak takový předmět nemělo.



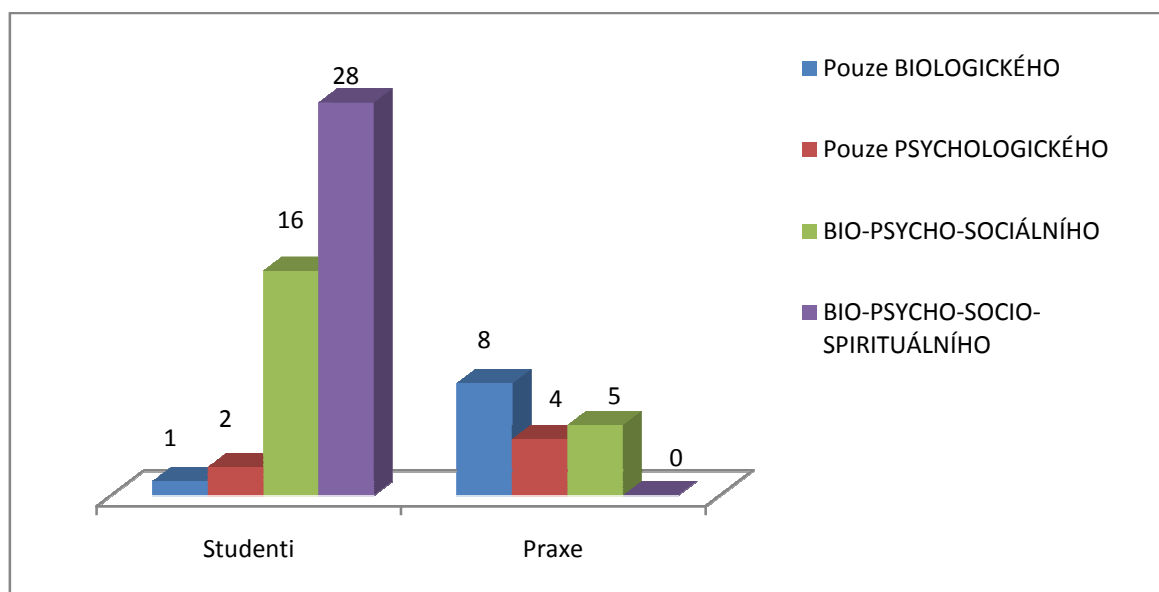
Obr. č. 4 Graf četnosti odpovědí na otázku týkající se absolvování předmětu s tematikou umírání a smrti

Dotazníková položka č. 6 **V tomto předmětu byla problematika smrti a umírání probírána z hlediska:** (odpovídají pouze respondenti, kteří odpověděli kladně na ot. č. 4)

- pouze biologického
- pouze psychologického
- bio-psycho-sociálního
- bio-psycho-socio-spirituálního

Mezi studenty se pouze z biologického hlediska vyučovalo ve 2% případů (1 respondent), pouze z psychologického hlediska ve 4% případů (2 respondenti), z hlediska bio-psycho-sociálního ve 29% případů (16 respondentů) a komplexně z bio-psycho-socio-spirituálního v 51% případů (28 respondentů). Mezi zdravotníky s praxí se z hlediska biologického učilo

v 18% případů (8 dotázaných), z psychologického v 9% (4 dotázaní), z bio-psycho-sociálního hlediska v 11% (5 dotázaných) a komplexně z bio-psycho-socio-spirituálního pak v 0% (0 dotázaných).

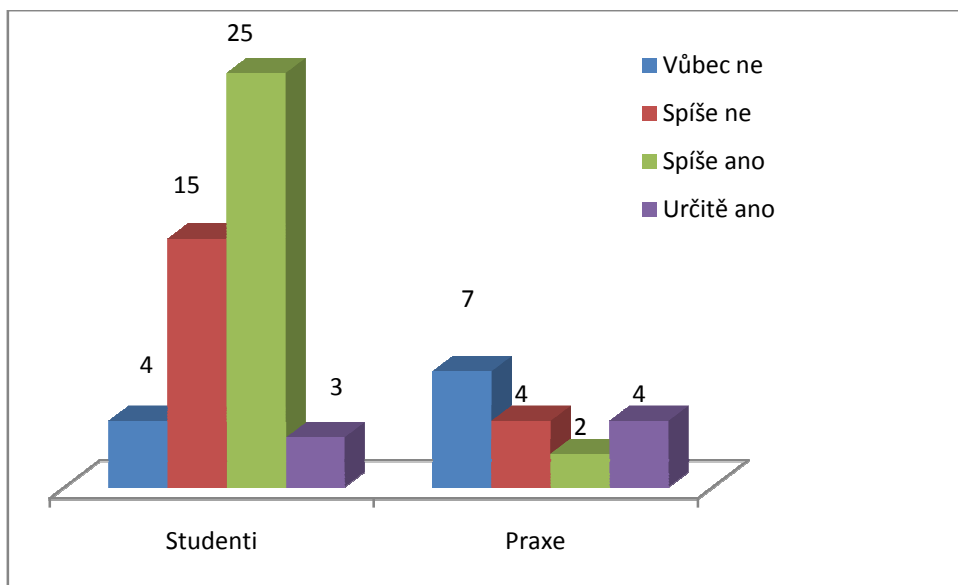


Obr. č. 5 Graf četnosti odpovědí na otázku ohledně typu výuky v předmětech s tématikou umírání a smrti

Dotazníková položka č. 7 **Hodnotíte tuto výuku jako dostatečnou s ohledem na její téma (umírání a smrt)?** (odpovídají pouze respondenti, kteří odpověděli kladně na ot. č. 4)

- vůbec ne
- spíše ne
- spíše ano
- určitě ano

4 respondenti (7%) z řad studentů považují výuku za zcela nedostatečnou, za spíše nedostatečnou ji pokládá 15 dotázaných (27%), za spíše dostačující ji označilo 25 dotázaných (45%) a jako plně dostačující ji hodnotí 3 dotázaní (5%). Z řad zdravotníků s praxí je hodnocena výuka jako zcela nedostatečná v 7 případech (41%), jako spíše nedostatečnou ji označili 4 dotázaní (24%) jako spíše dostatečnou ji vnímají dva respondenti (11%) a jako zcela dostačující ji zhodnotili 4 dotázaní (24%).

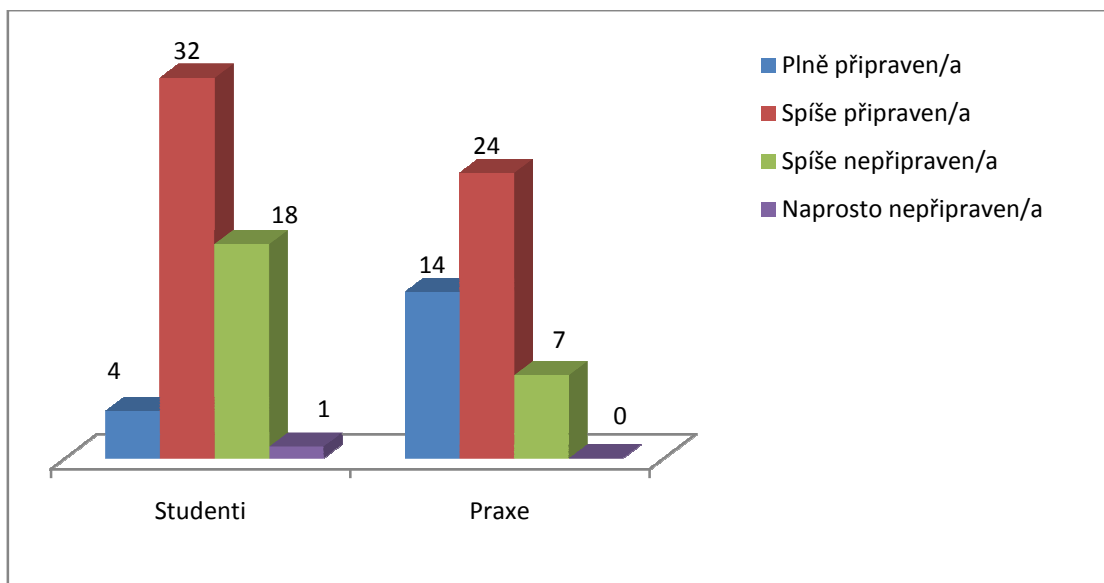


Obr. č. 6 Graf četnosti odpovědí na otázku dostatečnosti výuky s tematikou umírání a smrti

Dotazníková položka č. 10 **Jak byste označil/a sebe sama v otázce připravenosti na setkání se smrtí?**

- cítím se plně připraven/a
- cítím se spíše připraven/a
- cítím se spíše nepřípraven/a
- cítím se naprosto nepřípraven/a

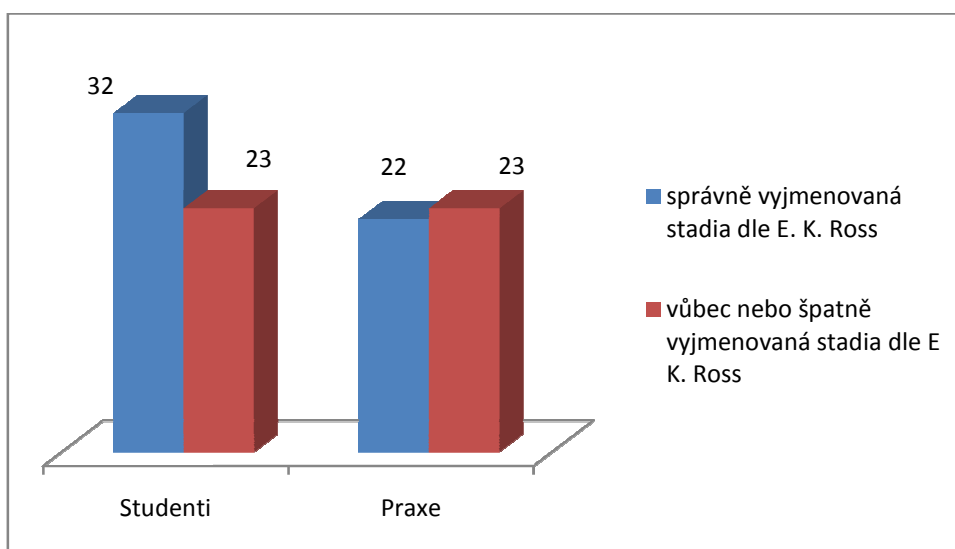
Ve skupině studentů se cítí 4 respondenti (7%) plně připraveno, 58% (32 respondentů) spíše připraveno, 18 se jich cítí spíše nepřípraveno (31%) a zcela nepřípraveny jsou 2% dotázaných (1 respondent). Ve skupině s praxí se plně připraveno cítí 14 dotázaných (31%), spíše připraveno si připadá 24 dotázaných (53%), spíše nepřípraveno si připadá 7 respondentů (16%) a zcela nepřípraven se necítí nikdo (0%).



Obr. č. 7 Graf četnosti odpovědí týkajících se připravenosti na setkání se smrtí

Dotazníková položka č.19 **Dokážete vyjmenovat 5 stádií, kterými prochází pacient během vyrovnávání se s nemocí dle E. Kübler-Rossové?** (pokud ano, vypište)

Znalost všech 5-ti stadií dle E. K. Ross dokázalo 58% (32 respondentů ze skupiny studentů a 49% (22 respondentů) ze skupiny s praxí. Naopak neznalost projevilo 42% studentů (23 respondentů) a 52% zdravotníků s praxí (23 dotázaných).

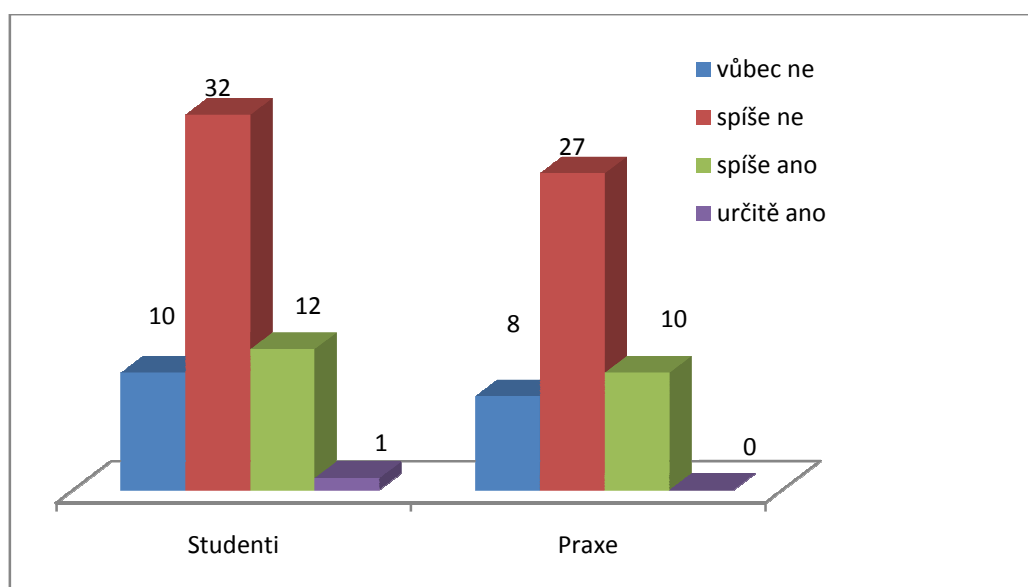


Obr. č. 8 Graf četností porovnávající znalost a neznalost modelu E.K. Ross

Dotazníková položka č. 21 **Myslíte, že je umírajícím pacientům v našem zdravotnictví poskytována kvalitní a komplexní péče?**

- vůbec ne
- spíše ne
- spíše ano
- určitě ano

Ve skupině studentů se 10 respondentů (18%) domnívá, že umírajícím není vůbec poskytována komplexní péče, 32 respondentů (58%) odpovědělo, že je spíše neposkytována, 12 dotázaných (22%) si myslí, že je komplexní péče spíše poskytována a 1 respondent (2%) je toho názoru, že komplexní péče určitě poskytována je. Mezi zdravotníky s praxí se 8 respondentů (18%) domnívá, že komplexní péče vůbec není poskytována, 27 dotázaných (60%) je toho názoru, že je péče spíše neposkytována, 10 dotázaných (22%) si myslí, že taková péče spíše poskytována je a nikdo si nemyslí, že by byla poskytována zcela určitě (0%).



Obr. č. 9 Graf četností odpovědí týkajících se míry poskytování komplexní péče umírajícím

11. Stanovení hypotéz a statistické ověřování

11.1. Hypotéza

Hypotéza je domněnka nebo předpoklad, jež vychází z předchozích znalostí, racionálního uvažování nebo z odhadu zkoumaného jevu. Její platnost je pouze předpokládána a proto je vždy formulována tak, že je možné ji potvrdit, ale i vyvrátit. Vypovídá o určitých předpokládaných parametrech sledovaného. Testování hypotéz se provádí právě za účelem jejich potvrzení nebo vyvrácení (Gibilisco, 2009).

Testování je založeno na porovnávání dvou hypotéz, a to *hypotézy nulové* a *hypotézy alternativní*. Nulová hypotéza se standardně značí jako H_0 a alternativní hypotéza jako H_A .

Nulovou hypotézou rozumíme takovou, která tvrdí, že mezi skutečností a stanovenou hypotézou není žádný rozdíl (neboli je rozdíl nulový). Alternativní hypotéza naopak tvrdí, že mezi porovnávanými veličinami rozdíl je. Testování nulové hypotézy se provádí za použití statistických testů a vzorců, které na základě výpočtu buď nulovou hypotézu potvrdí jako správnou nebo vyvrátí jako nesprávnou. V případě zamítnutí nulové hypotézy přijímáme za platnou právě hypotézu alternativní, která vypovídá o přítomnosti rozdílu mezi předpokládaným a skutečným (Chráška, 2007).

11.2. Stanovení nulových a alternativních hypotéz

Na základě výzkumných otázek a pracovních hypotéz byly sestaveny odpovídající hypotézy nulové a alternativní, které budou v další části práce statisticky ověřeny.

Výzkumná otázka č.1

Absolvovali zdravotníci během kvalifikačního studia předmět(y) zabývající se problematikou umírání a smrti?

Pracovní hypotéza č. 1

Většina zdravotníků absolvovala předmět řešící problematiku umírání a smrti

H_0 : Není statisticky významný rozdíl mezi četností respondentů, kteří absolvovali a neabsolvovali předmět s tematikou umírání a smrti

H_A : Mezi četností respondentů, kteří předmět s tematikou umírání a smrti absolvovali a neabsolvovali statisticky významný rozdíl je.

Výzkumná otázka č. 2

Znají zdravotníci jeden z nejpoužívanějších modelů umírání?

Pracovní hypotéza č. 2

Většina zdravotníků zná běžně používaný model umírání dle E.Kübler-Rossové.

H₀: Není statisticky významný rozdíl mezi četností správných a nesprávných odpovědí v otázce na model E. K. Ross.

H_A: Mezi četnostmi správných a nesprávných odpovědí v otázce na model E. K. Ross statisticky významný rozdíl je.

Výzkumná otázka č. 3

Hodnotí zdravotníci sami sebe jako připravené na profesní setkání se smrtí?

Pracovní hypotéza č. 3

Většina zdravotníků se cítí být připravena na setkání s umírajícími a smrtí

H₀: Není statisticky významný rozdíl v četnosti odpovědí mezi zdravotníky hodnotícími se jako připraven a nepřipraven

H_A: V četnosti odpovědí mezi zdravotníky hodnotícími se jako připraven a nepřipraven je statisticky významný rozdíl

Výzkumná otázka č. 4

Jsou zdravotníci na základě svého vzdělání a praxe schopni poskytovat umírajícím kvalitní péči?

Pracovní hypotéza č. 4

Zdravotníci hodnotí péči o umírající v našem zdravotnictví jako komplexní a dostatečnou.

H₀: Není statisticky významný rozdíl mezi četností odpovědí v otázce dostatečnosti a nedostatečnosti péče poskytované umírajícím

H_A: Mezi četností odpovědí v otázce dostatečnosti či nedostatečnosti péče statisticky významný rozdíl je

11.3. Vzorce pro ověřování hypotéz

Stanovené hypotézy byly ověřeny testem pro rozdíl četností, který je vhodný pro sociologické výzkumy. Výpočty se provádějí podle následujícího vzorce:

$$\chi^2 = n * \frac{(p_i - p_j)^2}{p_i + p_j}$$

n = absolutní četnost

p_i = první největší relativní četnost

p_j = druhá největší relativní četnost

Obr. č. 10 Vzorec č. 1

V tomto testu porovnáváme, zda se dvě relativní četnosti sobě rovnají, tedy zda jsou shodné. Vypočtený výsledek porovnáváme s tabulkovou kritickou hodnotou CHINV, která se rovná 3,84. Pokud ji hodnota výsledku překročí, znamená to, že relativní četnosti nelze označit za shodné a nelze tedy přijmout nulovou hypotézu a je nutné přijmout za platnou hypotézu alternativní. Při testu se pracuje na hladině významnosti $\alpha = 0,05$ (5% riziko, že nesprávně zamítneme pravdivou nulovou hypotézu).

K ověření výsledků testů podle vzorce č.1 lze použít ještě další vzorec a to tento:

$$z = \frac{|n_i - n_j|}{\sqrt{n_i + n_j}}$$

z = testovaná statistika

n_i = první největší vybraná četnost

n_j = druhá největší vybraná četnost

Obr. č. 11 Vzorec č. 2

I zde pracujeme na hladině významnosti $\alpha = 0,05$. Kritickou hodnotu nalezneme pro tuto hladinu významnosti ve statistických tabulkách a je rovna hodnotě 1,96. Nulovou hypotézu můžeme zamítnout v případě, že hodnota testovaného kritéria bude rovna nebo vyšší než hodnota kritická.

11.4 Výpočty

Nejprve provedeme vždy výpočet pro ověření stanovené hypotézy ve skupině „STUDENTI“ podle vzorce č. 1, poté bude výsledek ověřen podle vzorce č. 2. Následně bude celý postup zopakován pro skupinu respondentů „PRAXE.“

Testování hypotézy č. 1 pro skupinu STUDENTI

H₀: Není statisticky významný rozdíl mezi četností odpovědí respondentů, kteří absolvovali a neabsolvovali předmět s tematikou umírání a smrti

H_A: Mezi četností odpovědí respondentů, kteří předmět s tematikou umírání a smrti absolvovali a neabsolvovali statisticky významný rozdíl je.

$$x^2 = n * \frac{(p_i - p_j)^2}{p_i + p_j} \qquad x^2 = 55 * \frac{(0,85 - 0,15)^2}{0,85 + 0,15}$$

Vypočtená hodnota $x^2 = 26,95$

Hladina významnosti $\alpha = 0,05$

Tabulková kritická hodnota CHINV = 3,84

Ověření výpočtu podle vzorce č. 2

$$z = \frac{|n_i - n_j|}{\sqrt{n_i + n_j}} \qquad z = \frac{|47-8|}{\sqrt{47+8}}$$

Vypočtená hodnota $z = 5,27$

Hladina významnosti $\alpha = 0,05$

Tabulková kritická hodnota = 1,96

Obě vypočtené hodnoty jsou vyšší než hodnota kritická, proto zamítáme nulovou hypotézu a **přijímáme hypotézu alternativní.**

Interpretace výsledku: Na základě vypočtených hodnot může tvrdit, že významná většina respondentů ze skupiny STUDENTI absolvovala během svého kvalifikačního vzdělávání předmět, který se zabýval problematikou umírání a smrti.

Testování hypotézy č. 1 pro skupinu respondentů PRAXE

H₀: Není statisticky významný rozdíl mezi četností odpovědí respondentů, kteří absolvovali a neabsolvovali předmět s tematikou umírání a smrti

H_A: Mezi četností odpovědí respondentů, kteří předmět s tematikou umírání a smrti absolvovali a neabsolvovali statisticky významný rozdíl je

$$x^2 = n * \frac{(p_i - p_j)^2}{p_i + p_j} \quad x^2 = 45 \frac{(0,62-0,38)^2}{0,62+0,38}$$

Vypočtená hodnota $x^2 = 2,59$

Hladina významnosti $\alpha = 0,05$

Tabulková kritická hodnota CHINV = 3,84

Ověření výpočtu podle vzorce č. 2

$$z = \frac{|n_i - n_j|}{\sqrt{n_i + n_j}} \quad z = \frac{|28-17|}{\sqrt{28+17}}$$

Vypočtená hodnota $z = 1,64$

Hladina významnosti $\alpha = 0,05$

Tabulková kritická hodnota = 1,96

Ani jedna z vypočtených hodnot nepřekročila kritickou hranici, proto ***nulovou hypotézu nezamítáme.***

Interpretace výsledku: Vypočtené hodnoty ukázaly, že mezi porovnávanými veličinami není statisticky významný rozdíl, proto nelze tvrdit, že by většina zdravotníků ze skupiny PRAXE absolvovala předmět s tematikou umírání a smrti.

Testování hypotézy č. 2 ve skupině STUDENTI

H₀: Nemá statisticky významný rozdíl mezi četností správných a nesprávných odpovědí v otázce na model E. K. Ross.

H_A: Mezi četnostmi správných a nesprávných odpovědí v otázce na model E. K. Ross statisticky významný rozdíl je.

$$x^2 = n * \frac{(p_i - p_j)^2}{p_i + p_j} \quad x^2 = 55 * \frac{(0,58-0,42)^2}{0,58+0,42}$$

Vypočtená hodnota $x^2 = 1,408$

Hladina významnosti $\alpha = 0,05$

Tabulková kritická hodnota CHINV = 3,84

Ověření výpočtu podle vzorce č. 2

$$z = \frac{|n_i - n_j|}{\sqrt{n_i + n_j}} \quad Z = \frac{|32-23|}{\sqrt{32+23}}$$

Vypočtená hodnota $z = 1,216$

Hladina významnosti $\alpha = 0,05$

Tabulková kritická hodnota = 1,96

Vypočítané hodnoty nepřekračují kritickou mez, **přijímáme tedy platnost nulové hypotézy.**

Interpretace výsledku: Ve sledovaném souboru STUDENTŮ není statisticky významný rozdíl mezi četností těch, kteří znají a neznají model umírání dle E. K. Ross, nemůžeme tedy tvrdit, že by významná většina respondentů měla tuto znalost.

Testování hypotézy č. 2 ve skupině PRAXE

H₀: Není statisticky významný rozdíl mezi četností správných a nesprávných odpovědí v otázce na model E. K. Ross.

H_A: Mezi četnostmi správných a nesprávných odpovědí v otázce na model E. K. Ross statisticky významný rozdíl je.

$$x^2 = n * \frac{(P_i - P_j)^2}{P_i + P_j} \quad x^2 = 45 * \frac{(0,51 - 0,49)^2}{0,51 + 0,49}$$

Vypočtená hodnota $x^2 = 0,018$

Hladina významnosti $\alpha = 0,05$

Tabulková kritická hodnota CHINV = 3,84

Ověření výpočtu podle vzorce č. 2

$$z = \frac{|n_i - n_j|}{\sqrt{n_i + n_j}} \quad Z = \frac{|23-22|}{\sqrt{23+22}}$$

Vypočtená hodnota $z = 0,14$

Hladina významnosti $\alpha = 0,05$

Tabulková kritická hodnota = 1,96

Naměřené hodnoty jsou hluboko pod úrovní hodnot kritických, proto **nezamítáme hypotézu nulovou**.

Interpretace výsledku: V daném souboru zdravotníků S PRAXÍ není statisticky významný rozdíl mezi četností těch, kteří znají a neznají model E. K. Ross. Nelze tedy tvrdit, že by významná většina disponovala znalostí tohoto modelu.

Testování hypotézy č. 3 ve skupině STUDENTI

H₀: Není statisticky významný rozdíl v četnosti odpovědí mezi zdravotníky hodnotícími se jako připraven a nepřipraven na setkání s umíráním a smrti.

H_A: V četnosti odpovědí mezi zdravotníky hodnotícími se jako připraven a nepřipraven na setkání s umíráním a smrti je statisticky významný rozdíl.

$$x^2 = n * \frac{(p_i - p_j)^2}{p_i + p_j} \qquad x^2 = 55 * \frac{(0,65 - 0,35)^2}{0,65 + 0,35}$$

Vypočtená hodnota $x^2 = 4,95$

Hladina významnosti $\alpha = 0,05$

Tabulková kritická hodnota $CHINV = 3,84$

Ověření výpočtu podle vzorce č. 2

$$z = \frac{|n_i - n_j|}{\sqrt{n_i + n_j}} \qquad Z = \frac{|36-19|}{\sqrt{36+19}}$$

Vypočtená hodnota $z = 2,29$

Hladina významnosti $\alpha = 0,05$

Tabulková kritická hodnota = 1,96

Kritické hodnoty byly v obou případech překročeny, zamítáme tedy hypotézu nulovou a **přijímáme hypotézu alternativní**.

Interpretace výsledku: Prokázalo se, že mezi měřenými veličinami je statisticky významný rozdíl četností, proto můžeme tvrdit, že v souboru STUDENTŮ se významná většina respondentů cítí být připravena na setkání se umírajícími a se smrtí.

Testování hypotézy č. 3 ve skupině PRAXE

H₀: Není statisticky významný rozdíl v četnosti odpovědí mezi zdravotníky hodnotícími se jako připraven a nepřipraven na setkání s umírajícími a smrtí.

H_A: V četnosti odpovědí mezi zdravotníky hodnotícími se jako připraven a nepřipraven na setkání s umíráním a smrtí je statisticky významný rozdíl.

$$x^2 = n * \frac{(P_i - P_j)^2}{P_i + P_j} \qquad x^2 = 45 * \frac{(0,84 - 0,16)^2}{0,84 + 0,16}$$

Vypočtená hodnota $x^2 = 20,8$

Hladina významnosti $\alpha = 0,05$

Tabulková kritická hodnota $CHINV = 3,84$

Ověření výpočtu podle vzorce č. 2

$$z = \frac{|n_i - n_j|}{\sqrt{n_i + n_j}} \qquad z = \frac{|38-7|}{\sqrt{38+7}}$$

Vypočtená hodnota $z = 4,62$

Hladina významnosti $\alpha = 0,05$

Tabulková kritická hodnota = 1,96

Obě vypočtené hodnoty překračují hodnoty kritické, proto zamítáme nulovou hypotézu a **přijímáme za platnou hypotézu alternativní.**

Interpretace výsledku: Ve sledovaném souboru respondentů s PRAXÍ je statisticky významný rozdíl v četnosti odpovědí týkajících se připravenosti a nepřipravenosti na setkání se smrtí. Lze tedy tvrdit, že většina dotázaných z této skupiny se cítí být připravena na práci s umírajícími.

Testování hypotézy č. 4 ve skupině STUDENTI

H₀: Není statisticky významný rozdíl mezi četností odpovědí v otázce dostatečnosti a nedostatečnosti péče poskytované umírajícím

H_A: Mezi četností odpovědí v otázce dostatečnosti či nedostatečnosti péče statisticky významný rozdíl je

$$x^2 = n * \frac{(p_i - p_j)^2}{p_i + p_j} \quad x^2 = 55 * \frac{(0,76-0,24)^2}{0,76+0,24}$$

Vypočtená hodnota $x^2 = 14,87$

Hladina významnosti $\alpha = 0,05$

Tabulková kritická hodnota CHINV = 3,84

Ověření výpočtu podle vzorce č. 2

$$z = \frac{|n_i - n_j|}{\sqrt{n_i + n_j}} \quad Z = \frac{|42-13|}{\sqrt{42+13}}$$

Vypočtená hodnota $z = 3,91$

Hladina významnosti $\alpha = 0,05$

Tabulková kritická hodnota = 1,96

Na základě spočtených hodnot, které překračují kritickou hodnotu v obou případech, zamítáme hypotézu nulovou a **přijímáme hypotézu alternativní**.

Interpretace výsledku: Mezi četnostmi odpovědí na dostatečnost či nedostatečnost péče je statisticky významný rozdíl. Proto můžeme říci, že významná většina respondentů ze souboru STUDENTI se domnívá, že umírajícím není poskytována kvalitní a komplexní péče.

Testování hypotézy č. 4 ve skupině PRAXE

H₀: Není statisticky významný rozdíl mezi četnostmi odpovědí v otázce dostatečnosti a nedostatečnosti péče poskytované umírajícím

H_A: Mezi četnostmi odpovědí v otázce dostatečnosti či nedostatečnosti péče statisticky významný rozdíl je

$$x^2 = n * \frac{(p_i - p_j)^2}{p_i + p_j} \quad x^2 = 45 * \frac{(0,78 - 0,22)^2}{0,78 + 0,22}$$

Vypočtená hodnota $x^2 = 14,11$

Hladina významnosti $\alpha = 0,05$

Tabulková kritická hodnota CHINV = 3,84

Ověření výpočtu podle vzorce č. 2

$$z = \frac{|n_i - n_j|}{\sqrt{n_i + n_j}} \quad Z = \frac{|35-10|}{\sqrt{35+10}}$$

Vypočtená hodnota $z = 3,73$

Hladina významnosti $\alpha = 0,05$

Tabulková kritická hodnota = 1,96

Hypotézu nulovou zamítáme a **přijímáme hypotézu alternativní**, neboť naměřené hodnoty překročily hodnoty kritické.

Interpretace výsledku: Ve sledovaném souboru je statisticky významný rozdíl v četnosti odpovědí na otázku dostatečnosti či nedostatečnosti péče pro umírající. Významná většina respondentů ze skupiny PRAXE se přiklání k názoru, že tato péče dostatečná není.

12. Diskuze

V rámci výzkumu se dotazníkového šetření zúčastnilo celkem sto respondentů (100%). 55 respondentů (55%) bylo ze skupiny zdravotníků studentů, kteří právě dokončovali své zdravotnické vzdělání v posledních ročnících bakalářského nebo magisterského studia Ošetrovatelství a Všeobecného lékařství a 45 respondentů (45%) bylo ze skupiny zdravotníků, kteří splňovali podmínku nejméně 10-leté praxe u lůžka, a tedy i získali své kvalifikační vzdělání k výkonu zdravotnického povolání před více než deseti lety. Výzkum si kladl za cíl podrobněji se zabývat otázkou profesní připravenosti zdravotníků na setkání se smrtí a nalezením případných rozdílů mezi těmito dvěma skupinami respondentů. Na základě dotazníkového šetření bylo sestaveno několik výzkumných otázek a tomu odpovídajících pracovních hypotéz, na které jsem hledala odpověď. Pro lepší přehlednost si ještě jednou připomeňme, na jaké otázky byly hledány odpovědi:

Výzkumné otázky:

1. Absolvovali zdravotníci během kvalifikačního studia předmět(y) zabývající se problematikou umírání a smrti?
2. Znájí zdravotníci jeden z nejpoužívanějších modelů umírání?
3. Hodnotí zdravotníci sami sebe jako připravené na profesní setkání se smrtí?
4. Jsou zdravotníci na základě svého vzdělání a praxe schopni poskytovat umírajícím kvalitní péči?

Pracovní hypotézy:

1. Většina zdravotníků absolvovala předmět řešící problematiku umírání a smrti
2. Většina zdravotníků zná běžně používaný model umírání dle E.Kübler-Rossové
3. Většina zdravotníků se cítí být připravena na setkání s umírajícími a smrtí
4. Zdravotníci hodnotí péči o umírající v našem zdravotnictví jako komplexní a dostatečnou.

Nyní si rozebereme zjištěná fakta postupně, tak jak byla ověřena za pomoci statistických výpočtů.

Většina zdravotníků absolvovala předmět řešící problematiku umírání a smrti

V prvním případě jsem předpokládala, že většina zdravotníků potvrdí mou domněnku, že během svého kvalifikačního studia absolvovali předmět, jenž by se zabýval problematikou umírání a smrti. Ve skupině STUDENTŮ se tento předpoklad opravdu potvrdil, na základě statisticky ověřené hypotézy můžeme tvrdit, že zde významná většina respondentů tento předmět absolvovala. Naopak ve skupině zdravotníků S PRAXÍ tato domněnka potvrzena nebyla, protože mezi porovnávanými veličinami nebyl statisticky významný rozdíl a nemůžeme tedy tvrdit, že by významná většina dotázaných měla předmět s tematikou umírání a smrti.

Zjištěná fakta poukazují na fakt, že dochází k postupné transformaci vzdělávání zdravotníků a jeho obsahu, *Zatímco před deseti a více lety nebylo zřejmě ve výuce příliš prostoru věnováno problematice umírání a smrti* a profesní přípravě v této oblasti (pouze 38% dotázaných zdravotníků S PRAXÍ takový předmět absolvovalo), *v současné době se zdá být tato problematika standardní součástí školní přípravy zdravotníků* (85% dotázaných STUDENTŮ mělo takový předmět).

Většina zdravotníků zná běžně používaný model umírání dle E.Kübler-Rossové

Model E.Kübler-Rossové je dnes běžně používanou pomůckou při práci s pacienty, jež se vyrovnávají s těžkou, resp. často nevléčitelnou chorobou a tedy tím i pro práci s umírajícími. Znalost modelu a jeho jednotlivých stadií může v praxi zdravotníkům velmi pomoci při péči o takové pacienty a v pochopení psychických specifik nelehkého období, kdy se pacienti s nemocí vyrovnávají. Vzhledem k všeobecné rozšířenosti tohoto modelu jsem předpokládala, že zdravotníci jako odborníci na slovo vzatí budou tento model v naprosté většině znát. Můj předpoklad však potvrzen nebyl, protože v obou zkoumaných skupinách byla na základě výpočtů přijata nulová hypotéza, která říká, že mezi četností odpovědí týkajících se znalosti či neznalosti tohoto modelu není ani v jednom z případů statisticky významný rozdíl.

Správně vyjmenovat všech 5 stadií modelu dle E.Kübler-Rossové dokázalo 58 % dotázaných STUDENTŮ a 49 % zdravotníků S PRAXÍ. Ačkoli ani v jednom z případů se nejedná o statisticky významnou většinu, je jistě pozitivním faktem, že správně odpovědět dokázala nadpoloviční většina studentů, v případě praxe to pak byla téměř polovina dotázaných. Vztaženo k předchozí otázce o absolvování či neabsolvování předmětu s tematikou umírání a smrti může být tento výsledek celkem zajímavým

zjištěním, protože ačkoli se potvrdilo, že ve skupině zdravotníků S PRAXÍ nebyl významný počet těch, kteří by takový předmět měli (na rozdíl od skupiny STUDENTŮ), rozdíly ve znalosti modelu dle E.Kübler-Rossové nejsou nijak velké.

Většina zdravotníků se cítí být připravena na setkání s umírajícími a smrtí

Zdravotníci měli sami sebe v dotazníku označit buď za připravené (odpověď v dotazníku zcela připraven a spíše připraven) nebo za nepřipravené (odpověď spíše nepřipraven a zcela nepřipraven). Domnívala jsem se, že většina zdravotníků se bude řadit do kategorie „připraven“ a tato pracovní hypotéza se potvrdila, protože mezi porovnávanými veličinami byl u obou skupin dotázaných statisticky významný rozdíl v četnosti odpovědí. *Mezi STUDENTY se za zcela či spíše připravené označilo celkem 65 % dotázaných, ve skupině PRAXE to pak bylo dokonce 84 % respondentů.*

V případě studentů, kteří ještě nejsou v praxi, může tento výsledek poukazovat na fakt, že se cítí dostatečně připraveni v dané problematice již na základě svého vzdělání a tedy školní přípravy. V případě zdravotníků s praxí pak svou roli jistě hraje délka praxe, během níž měli možnost hodnotit sami sebe již na základě konkrétních praktických zkušeností.

Zdravotníci hodnotí péči o umírající v našem zdravotnictví jako komplexní a dostatečnou.

Obě skupiny zdravotníků se cítí být připraveny na práci s umírajícími pacienty-tento výsledek výzkumu (rozebrán podrobněji v předchozím odstavci) mě vedl k formulování pracovní hypotézy, že zdravotníci budou toho názoru, že umírajícím je poskytována dostatečná a komplexní péče, jelikož jsou to právě oni, kdo tuto péči poskytují. Moje domněnka se však ukázala jako mylná, protože *76 % STUDENTŮ označilo odpověď, že taková péče je buď zcela neposkytována nebo spíše neposkytována a stejného názoru bylo i 78% zdravotníků S PRAXÍ.*

V případě studentů by se tento poznatek dal chápat jako hodnocení současné situace našeho zdravotnictví, do které ještě neměli víceméně příležitost zasáhnout a tedy ji i nějak ovlivnit. U zdravotníků s praxí může být rozkol v odpovědích poukázáním na špatně nastavený systém poskytování péče těmto pacientům, který zdravotníkům do jisté míry může jejich práci a snahy hatit, i v případě, že by byli opravdu schopni kvalitní a komplexní péči poskytovat.

13. Závěr

V úvodu této diplomové práce byly vytýčeny dílčí cíle, jichž mělo být dosaženo a jejichž splněním bude splněn i hlavní cíl celé práce, a to podrobnější rozebrání problematiky umírání a smrti a profesní přípravy zdravotníků v této oblasti.

Dílčí cíle byly tyto:

- Poskytnutí teoretických východisek na základě odborné literatury, jež se zabývá problematikou umírání a smrti
- Přehled systému a obsahu vzdělávání zdravotníků
- Zmapování připravenosti zdravotníků v otázkách umírání a smrti na základě dotazníkového šetření
- Vyhodnocení získaných dat a vyvození závěrů pro praxi

V první-teoretické části práce jsem se zabývala nejprve definováním pojmů umírání a smrt, se kterými bylo pracováno v rámci celého textu. Byl poskytnut historický i současný náhled na danou problematiku s ohledem na posun chápání pojmů umírání a smrt dříve a dnes. Probrány byly různé modely umírání i profesionalizace celé oblasti, která se nevyhnutelně pojí s moderní medicínou a jejím pokrokem, který vyústil v institucionalizaci umírání a smrti.

Obsáhlá část práce se věnovala vzdělávání zdravotníků (sester a lékařů) a jejich kvalifikační přípravě na výkon zdravotnického povolání tak, jak probíhala dříve a jak vypadá v současnosti. Pozornost byla věnována hlavně legislativním dokumentům, jež specifikují požadavky na vzdělání a vyhláškám, které konkretizují požadavky na jednotlivé předměty, jejich obsah i hodinové dotace.

Dále jsem se zabývala dostupnými studijními materiály, podle kterých jsou zdravotníci vzděláváni a také technikami, jež mohou být využívány k praktické přípravě lékařů a sester, jak studentů, tak těch v praxi, na konfrontaci s umíráním a smrtí. Krátká kapitola byla také věnována duševní hygieně zdravotníků, která je nezbytným předpokladem pro poskytování kvalitní zdravotní péče, o to více pak, zabýváme-li se prací s pacienty umírajícími, která je disciplínou velmi náročnou.

V praktické (výzkumné) části práce byla nejprve teoreticky probrána metodika výzkumu, specifika výzkumu kvantitativního, který byl v práci použit a dotazníkového šetření. Byl charakterizován výzkumný vzorek, jenž se dotazníkového šetření zúčastnil. Poté byly stanoveny výzkumné otázky a pracovní hypotézy, na jejichž základě mohly být sestaveny

hypotézy nulové a alternativní, které byly za pomoci základních statistických vzorců potvrzeny či vyvráceny.

V diskuzi byly probrány a zhodnoceny zjištěné výsledky výzkumu, vypovídající o stavu zkoumané problematiky, v závěru práce pak byla celá diplomová práce stručně shrnuta a bylo poukázáno na nejpodstatnější body. Cíle práce byly splněny.

Ačkoli výzkumný vzorek byl příliš malý na to, aby se daly vyvodit obecně platné závěry, plynou z výzkumu jistá doporučení, která lze v praxi využít:

- Umírání a smrt není možné opomíjet či tabuizovat
- Je nezbytné, aby byl ve vzdělávání zdravotníků věnován dostatečný prostor pro výuku s tematikou umírání a smrti, a to komplexně z pohledu bio-psycho-socio-spirituálního
- Vzdělávat v dané tématice je potřeba nejen zdravotníky budoucí, ale věnovat se i těm, kteří již v praxi jsou
- Propojit teoretické vzdělávání s praktickými kurzy (využití konfrontačních technik apod.)
- O umírající by mělo být pečováno komplexně, s ohledem na všechny jejich potřeby (nevyhýbat se např. těm spirituálním)
- Péče o umírající musí mít stejnou důležitost jako péče o jiné skupiny pacientů
- Každý zdravotník by si měl osvojit znalost modelu E.Kübler-Rossové a využívat jej ve své praxi
- Zdravotníci s praxí (mentoři na školních praxích i starší kolegyně/ové) by měli dostatečně zaučit nově nastupující zdravotníky i v otázkách umírání a smrti, předat jim cenné rady a zkušenosti
- Pro péči o umírající musí být vytvářeny vhodné podmínky

Tato diplomová práce by byla vhodná k dalšímu podrobnějšímu zpracování a k rozšíření výzkumu, neboť zkoumaná oblast je velice obsáhlá a není jednoduché zachytit konkrétní problémy, které mohou být příčinou nedostatečné připravenosti zdravotníků na profesní setkání se smrtí v jednotlivých oblastech.

Seznam bibliografických citací

1. ARCHALOUSOVÁ, Alexandra. *Ošetrovatelská péče: úvod do oboru ošetrovatelství pro studující všeobecného a zubního lékařství*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2006, 295 s. ISBN 80-246-1113-9.
2. BÁRTLOVÁ, Sylva. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6. přep. a dopl. vyd. Praha: Grada publishing, a.s., 2005. ISBN 80-247-1197-4.
3. BOLDIŠ, Petr. *Bibliografické citace podle ČSN ISO 690 a ČSN ISO 690-2* [online]. c2001-2006 [cit. 2008-11-09]. Dostupné také z :
<http://www.boldis.cz/index.php?citace>
4. ČESKÁ LÉKAŘSKÁ KOMORA, *Etický kodex ČLK* ze dne 1.ledna 1996, In Stavovský předpis České lékařské komory č.10, 1996, §2, odd. 7, Dostupný také z :
<http://www.clk.cz/oldweb/zakpred/predpis10.html>
5. ČESKÁ REPUBLIKA, Nařízení vlády č. 31/2010 ze dne 11. ledna 2010 *o oborech specializačního vzdělávání a označení odbornosti zdravotnických pracovníků se specializovanou způsobilostí*, In Sbírka zákonů České republiky, 2010, částka 10, příloha č. 1, str. 339. Dostupné také z :
<http://portal.gov.cz/app/zakony/zakon.jsp?page=0&nr=31~2F2010&rpp=15#seznam>
6. ČESKÁ REPUBLIKA, Vyhláška č. 185/2009 Sb. ze dne 17. června 2009 *o oborech specializačního vzdělávání lékařů, zubních lékařů a farmaceutů a oborech certifikovaných kurzů*, In Sbírka zákonů České republiky, 2009, Příloha 2, str. 6. Dostupné také z : <http://www.epravo.cz/top/zakony/sbirka-zakonu/vyhlaska-ze-dne-17-cervna-2009-o-oborech-specializacniho-vzdelavani-lekaru-zubnich-lekaru-a-farmaceutu-a-oborech-certifikovanych-kurzu-17196.html>
7. ČESKÁ REPUBLIKA, Vyhláška č. 19/1988 ze dne 9. listopadu 1987 *o postupu při úmrtí a o pohřebnictví*. In Sbírka zákonů České republiky, 1988, částka 3/1988, str.66, Dostupné také z : http://www.fno.cz/documents/2009_05_15_005.pdf
8. ČESKÁ REPUBLIKA, Vyhláška č. 39/2005 Sb. ze dne 11. ledna 2005 *kteřou se stanoví minimální požadavky na studijní programy k získání odborné způsobilosti k výkonu nelékařského zdravotnického povolání*, In Sbírka zákonů České republiky, 2005, § 4, Dostupné také z WWW:
http://www.sagit.cz/pages/zpravodajxtanot.asp?cd=3&typ=r&zdroj=../_anotace/sb05039a

9. ČESKÁ REPUBLIKA, Zákon č. 111/1998 Sb. ze dne 22. dubna 1998 *o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů*, In Sběrka zákonů České republiky, 1998, část osmá, § 79, odst. 1, písm. e) Dostupné také z :
<http://portal.gov.cz/app/zakony/zakon.jsp?page=0&nr=111~2F1998&rpp=15#seznam>
10. ČESKÁ REPUBLIKA, Zákon č. 285/2002 Sb. ze dne 30. května 2002 *o darování, odběrech a transplantacích tkání a orgánů a o změně některých zákonů (transplantační zákon)*. In Sběrka zákonů České republiky, 2002, Hlava I, § 2, písm. e) a Díl 2, §10, Odst. 3. Dostupné také z :
<http://portal.gov.cz/app/zakony/zakon.jsp?page=0&nr=285~2F2002&rpp=15#seznam>
11. ČESKÁ REPUBLIKA, Zákon č. 95/2004 Sb. ze dne 29. ledna 2004 *O podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta*. In Sběrka zákonů České republiky, 2004, §3, bod 1, §4, bod 1-3. Dostupný také z :
<http://portal.gov.cz/app/zakony/zakon.jsp?page=0&nr=95~2F2004&rpp=15#seznam>
12. ČESKÁ REPUBLIKA. Vyhláška č. 187/2009 Sb. ze dne 10. Června 2009 *o minimálních požadavcích na studijní programy všeobecné lékařství, zubní lékařství, farmacie a na vzdělávací program všeobecné praktické lékařství*. In Sběrka zákonů České republiky, 2009, § 2, bod 1-6, písm. a) až g). Dostupné také z :
<http://www.psp.cz/sqw/sbirka.sqw?cz=187&r=2009>
13. ČESKÁ REPUBLIKA. Vyhláška č. 424/2004 Sb. ze dne 30. června 2004 *kteou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků*, In Sběrka zákonů České republiky, 2004, §2, bod 1, písm. a). § 4, bod 1-4. Dostupné také z :
<http://www.psp.cz/sqw/sbirka.sqw?cz=424&r=2004>
14. ČESKÁ REPUBLIKA. Zákon č. 2/1993 Sb. ze dne 16. prosince 1992 ve znění ústavního zákona 162/1998 Sb. *Usnesení předsednictva České národní rady o vyhlášení LISTINY ZÁKLADNÍCH PRÁV A SVOBOD jako součásti ústavního pořádku České republiky*. In Sběrka zákonů České republiky, str. 1. 1999. Dostupné také z : http://www.mpsv.cz/ppropo.php?ID=z2_1993o
15. ČESKÁ REPUBLIKA. Zákon č. 96/2004 Sb. ze dne 4. února 2004 *o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů*. In Sběrka zákonů České republiky. 2004, Hlava II, díl 1, § 5, bod 1-4. Dostupný také z : http://www.inpsv.com/zakon/962004_zakon.pdf

16. ČESKÁ REPUBLIKA. *Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny: Úmluva o lidských právech a biomedicíně ze dne 24. Června 1998.* In Sbírka mezinárodních smluv. 2001. 96/2001 Sb. m. s. Dostupné také z URL <<http://aplikace.mvcr.cz/archiv2008/sbirka/2001/sb044-01m.pdf>>.
17. ELLERSHAW, John a Chris WARD. Care of the dying patient: the last hours or days of life. *British Medical Journal*. 2003, 326(7379), s. 30-34. ISSN 0959-8138. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/pmc1124925/>
18. FERRERO, Bruno. *Deset slov o víře*. 1. vyd. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-840-1.
19. GIBILISCO, Stan. *Statistika bez předchozích znalostí*. 1. vyd. Brno: Computer Press, a.s., 2009. ISBN 978-80-251-2465-9.
20. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Lékařská etika*. 2. vyd. Praha: Galén, 1997. ISBN 80-85824-54-X.
21. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie: Nauka o umírání a smrti*. 1. vyd. Praha: Galén, 2000. ISBN 80-7262-034-7.
22. CHRÁSKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu : základy kvantitativního výzkumu*. 1. vyd. Praha : Grada, 2007. ISBN 978-80-24713-69-4.
23. JAKOBY, Bernard. *Tajemství umírání*. 1. vyd. Liberec: Dialog, 2005. ISBN 80-86271-42-8
24. KLENER, Pavel a kol. *Vnitřní lékařství III.: Učebnice pro střední zdravotnické školy*. 1. vyd. Praha: Informatorium, 2002. ISBN 80-86073-98-X.
25. KÖNIGOVÁ, Radana. Příkaz. In: *Postgraduální medicína*. 2001, roč. 12, č. 5, s. 518-521. ISSN 1212-4184. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/prikaz-137214>
26. KOZEL, Roman a kol. *Moderní marketingový výzkum*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, a.s., 2006. ISBN 80-247-0966-X.
27. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Duševní hygiena zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2004. ISBN 80-247-0784-5.
28. KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *Hovory s umírajícími*. 14. vyd. Nové Město na Metují: Signum Unitatis, 1992. ISBN 80-85439-04-2.
29. KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *On death and dying*. 1st Scribner Classics ed. New York: Scribner Classics, 1997. ISBN 06-848-4223-8.

30. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Etika v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007, 163 s. ISBN 978-802-4720-692.
31. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, a.s., 2009. ISBN 978-80-247-2713-4.
32. LUKASOVÁ, Elisabeth. *I tvoje utrpení má smysl: Logoterapeutická útěcha v krizi*. 1. vyd. Brno: Cesta, 2006. ISBN 80-85319-79-9.
33. MARGARET O'CONNOR, Sanchia Aranda a [přeložila Jana HEŘMANOVÁ]. *Paliativní péče: pro sestry všech oborů*. Vyd. 1. české. Praha: Grada, 2005. ISBN 978-802-4712-956.
34. MIKŠOVÁ, Zdeňka. *Kapitoly z ošetrovatelské péče 1*. Aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2006, 248 s. ISBN 80-247-1442-6.
35. MINISTERSTVO ŠKOLSTVÍ, MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY, Učební dokumenty, Studijní obor: 53-41-N/001 Diplomovaná všeobecná sestra ze dne 30. 4. 2004, č.j. 17 303/2004-23, 2004, str. 14
36. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR, Metodický pokyn k vyhlášce č. 39/2005 Sb. ze dne 28. listopadu 2008 *kteřou se stanoví minimální požadavky na studijní programy k získání odborné způsobilosti k výkonu nelékařského zdravotnického povolání*, In Věstník MZ ČR, roč. 2008, částka 6, str 12-32, 2008. Dostupný také z : http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/vestnik_2146_1034_3.html
37. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČSR, Učební plán pro denní studium obor Zdravotní sestra ze dne 21.8. 1972, č.j. 621.1-7.8.1972, 1972, str. 1
38. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR, Základní pedagogické dokumenty pro střední zdravotnické školy ze dne 18. 3. 1992, Studijní plán pro obor Všeobecná sestra, č.j. VZV-530-18.3.1992, 1992, str. 7
39. MUNZAROVÁ, Marta. *Eutanazie, nebo paliativní péče?*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2005. ISBN 80-247-1025-0.
40. MUNZAROVÁ, Marta. *Proč NE eutanazii: aneb Být, či nebýt?*. 2. vyd. Praha: Karmelitánské nakladatelství, 2008. ISBN 978-80-7195-304-3.
41. MUNZAROVÁ, Marta. *Zdravotnická etika od A do Z*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2005, 153 s. ISBN 80-247-1024-2
42. POLLARD, Brian. *Eutanazie: Ano či ne?*. 1. vyd. Praha: Dita, 1996. ISBN 80-85926-07-5
43. ROZSYPALOVÁ, Marie a kol. *Ošetrovatelství-cvičení: Učebnice pro zdravotní školy*. 2. vyd. Praha: Avicenum, 1988. Bez ISBN

44. SLÁMA, Ondřej, Ladislav KABELKA a Jiří VORLÍČEK, et al., *Paliativní medicína pro praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-505-5.
45. SLEZÁKOVÁ, Lenka, a kol., *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy I.: Interna*. 2. dopl. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2012. ISBN 978-80-247-3601-3.
46. SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospice a umění doprovázet*. 6. dopl. vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2008. ISBN 978-80-7195-307-4.
47. ŠAMÁNKOVÁ, Marie. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci aplikované v ošetrovatelském procesu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 134 s. Sestra. ISBN 978-802-4732-237.
48. ŠIMURKOVÁ, Celestina a kol. *Ošetrovatelství I*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1985. Bez ISBN
49. ŠTEFAN, Jiří a Jan MACH. *Soudně lékařská a medicínsko-právní problematika v praxi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2005. ISBN ISBN-10: 80-247-0931-7.
50. VORLÍČEK, Jiří, Zdeněk ADAM a Yvona POSPÍŠILOVÁ. a kol. *Paiativní medicína*. 2. přep. a dopl. Praha: Grada Publishing, a.s., 2004. ISBN 80-247-0279-7.
51. VYMĚTAL, Jan. *Lékařská psychologie*. 3. aktualiz. vyd., 1. vyd. v nakl. Portál. Praha: Portál., 2003, 397 s. ISBN 80-717-8740-X.
52. WORKMAN, S. A communication model for encouraging optimal care at the end of life for hospitalized patients. *QJM*. 2007, roč. 100, č. 12, s. 791-797. ISSN 1460-2393. DOI: 10.1093. Dostupné z:
<http://qjmed.oxfordjournals.org/content/100/12/791.full.pdf+html>
53. ZACHAROVÁ, Eva, Miroslava HERMANOVÁ a Jaroslava ŠRÁMKOVÁ. *Zdravotnická psychologie: Teorie a praktická cvičení*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. ISBN 978-80-247-2068-5.

Seznam zkratek

Bc.	Bakalář/bakalářský
č.	Číslo
ČLK	Česká lékařská komora
ČR	Česká republika
ČSSR	Československá socialistická republika
DiS	Diplomovaný specialista
DNR	Do Not Resuscitate
EU	Evropská Unie
H_0	Hypotéza nulová
H_A	Hypotéza alternativní
CHINV	Inverzní funkce jednostranné pravděpodobnosti chí-kvadrátu
kol.	Kolektiv
Mgr.	Magistr/magisterský
MŠMT	Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy
MUDr.	Doktor medicíny
MZ	Ministerstvo zdravotnictví
NR	Neresuscitovat
Obr.	Obrázek
Odd.	Oddíl
Odp.	Odpověď
Odst.	Odstavec

Sb.	Sbírka
SZŠ	Střední zdravotnická škola
tab.	Tabulka
VoZŠ	Vyšší odborná zdravotnická škola
VŠ	Vysoká škola
WHO	World Health Organization/Světová zdravotnická organizace
WMA	World Medical Association/Světová lékařská organizace

Seznam tabulek

Tabulka č. 1: Fáze umírání dle E. Kübler-Rossově.....	24
Tabulka č. 2: Hodinové dotace vyučovacích předmětů dle Vyhlášky 39/2005 Sb.....	38-39
Tabulka č. 3: Hodinové dotace odborné praxe dle Vyhlášky 39/2005 Sb.....	40
Tabulka č. 4: Učební plán VoZŠ Obor Diplomovaná všeobecná sestra z roku 2004..	43-44

Seznam obrázků

Obr. č. 1 Učební plán SZŠ obor Zdravotní sestra z roku 1972.....	33
Obr. č. 2 Učební plán SZŠ pro Všeobecné sestry z roku 1992.....	34
Obr. č. 3 Graf četnosti odpovědí na typ probíhajícího studia či pracovního zařazení.....	61
Obr. č. 4 Graf četnosti odpovědí na otázku týkající se absolvování předmětu s tématikou umírání a smrti.....	62
Obr. č. 5 Graf četnosti odp. na otázku ohledně typu výuky v předmětech s tématikou umírání a smrti.....	63
Obr. č. 6 Graf četnosti odp. na otázku dostatečnosti výuky s tématikou umírání a smrti.....	64
Obr. č. 7 Graf četnosti odpovědí týkajících se připravenosti na setkání se smrtí.....	65
Obr. č. 8 Graf četností porovnávací znalost a neznalost modelu E.K. Ross.....	65
Obr. č. 9 Graf četností odp. týkajících se míry poskytování komplexní péče umírajícím.....	66
Obr. č. 10 Vzorec č. 1.....	69
Obr. č. 11 Vzorec č. 2.....	69

Seznam příloh

Příloha č. 1 Charta práv umírajících

Příloha č. 2 Dotazník

Příloha č. 3 Souhlasy vybraných zdravotnických pracovišť s výzkumem

Příloha č. 1 Charta práv umírajících

Doporučení Rady Evropy č. 1418/1999 „O ochraně lidských práv a důstojnosti nevléčitelně nemocných a umírajících.“

1. Posláním Rady Evropy je chránit důstojnost všech lidí a práva, která z ní lze odvodit.
2. Pokrok medicíny umožňuje v současné době léčit mnohé dosud neléčitelné nebo smrtelné choroby, zlepšení lékařských metod a rozvoj resuscitačních technik dovolují prodlužování života lidského jedince a odsouvání okamžiku jeho smrti. V důsledku toho se však často nebere ohled na kvalitu života umírajícího člověka a na osamělost a utrpení jak pacienta, tak jeho blízkých a těch, kdo o něj pečují.
3. V roce 1976 v rezoluci č. 613 deklarovalo Parlamentní shromáždění, „že umírající nemocný si nejvíce ze všeho přeje zemřít v klidu a důstojně, pokud možno v komfortu a za podpory jeho rodiny a přátel.“ V Doporučení číslo 779 z roku 1976 k tomu dodalo, že „prodloužení života by nemělo být jediným cílem medicínské praxe, která se musí současně zabývat i úlevou od utrpení.“
4. Konvence o ochraně lidských práv a lidské důstojnosti s ohledem na aplikaci biologie a medicíny od té doby vyjádřila důležité zásady a připravila cestu, aniž se explicitně věnovala specifickým potřebám nevléčitelně nemocných nebo umírajících lidí.
5. Povinnost respektovat a chránit důstojnost všech nevléčitelně nemocných a umírajících osob je odvozena z nedotknutelnosti lidské důstojnosti ve všech obdobích života. Respekt a ochrana nacházejí svůj výraz v poskytnutí přiměřeného prostředí, umožňujícího člověku důstojné umírání.
6. Jak v minulosti i v současnosti ukázaly mnohé zkušenosti s utrpením, je třeba tato opatření uskutečňovat zvláště v zájmu nejzranitelnějších členů společnosti. Tak jako lidská bytost začíná svůj život ve slabosti a závislosti, stejně tak potřebuje ochranu a podporu, když umírá.
7. Základní práva odvozená z důstojnosti nevléčitelně nemocných nebo umírajících osob jsou dnes ohrožena mnoha faktory:
 - Nedostatečnou dostupností paliativní péče a dobré léčby bolesti
 - Častým zanedbáváním léčby fyzického utrpení a nebráním zřetele na psychologické, sociální a spirituální potřeby
 - Umělým prodlužováním procesu umírání buď nepřiměřeným používáním medicínských postupů nebo pokračováním v léčbě bez souhlasu nemocného
 - Nedostatečným kontinuálním vzděláváním a malou psychologickou podporou ošetřujícího personálu činného v paliativní péči
 - Nedostatečnou péčí a podporou příbuzných a přátel terminálně nemocných či umírajících osob, kteří by jinak mohli přispět ke zmírnění lidského utrpení v jeho různých dimenzích
 - Obavami nemocného ze ztráty autonomie, že bude závislým na rodině i institucích a stane se pro ně zátěží
 - Chybějícím nebo nevhodným sociálním i institucionálním prostředím, které by mu umožňovalo pokojné rozloučení s příbuznými a přáteli

- Nedostatečnou alokací prostředků a zdrojů pro péči a podporu nevléčitelně nemocných nebo umírajících
- Sociální diskriminací, která je vlastní umírání a smrti

8. Shromáždění vyzývá členské státy, aby ve svých zákonech stanovily nezbytnou legislativní i sociální ochranu, aby se zabránilo těmto nebezpečím a obavám, se kterými mohou terminálně nemocní nebo umírající lidé být v právním řádu konfrontováni, a to zejména:

- Umírání s nesnesitelnými symptomy (například bolesti, dušení, atd.)
- Prodlužováním umírání terminálně nemocného nebo umírajícího člověka proti jeho vůli
- Umírání o samotě a v zanedbání
- Umírání se strachem, že jsem sociální zátěží
- Omezováním život udržující léčby (life-sustaining) z ekonomických důvodů
- Nedostatečným zajištěním financí a zdrojů pro adekvátní podpůrnou péči terminálně nemocných nebo umírajících

9. Shromáždění proto doporučuje, aby Výbor ministrů vyzval členské státy Rady Evropy, aby ve všech ohledech respektovaly a chránily důstojnost nevléčitelně nemocných nebo umírajících lidí, a to tím:

a) že uznají a budou hájit nárok nevléčitelně nemocných nebo umírajících lidí na komplexní paliativní péči a že přijmou příslušná opatření:

- aby zajistily, že paliativní péče bude uznána za zákonný nárok individua ve všech členských státech
- aby byl všem nevléčitelně nemocným nebo umírajícím osobám dopřán rovný přístup k přiměřené paliativní péči
- aby byli příbuzní a přátelé povzbuzováni, aby doprovázeli nevléčitelně nemocné a umírající a aby jejich snaha byla profesionálně podporována. Pokud se ukáže, že rodinná nebo soukromá péče nestačí nebo je přetěžována, musejí být k dispozici alternativní nebo doplňkové formy lékařské péče
- aby ustavily ambulantní týmy a síť pro poskytování paliativní péče, které by zajišťovaly domácí péči vždy, pokud je možné pečovat o nevléčitelně nemocné nebo umírající ambulantně
- aby zajistily spolupráci všech osob podílejících se na péči o nevléčitelně nemocného nebo umírajícího pacienta
- aby vyvinuly a vyhlásily kvalitativní normy pro péči o nevléčitelně nemocné nebo umírající
- aby zajistily, že nevléčitelně nemocné a umírající osoby, pokud si nebudou přát jinak, dostanou přiměřenou paliativní péči a tišení bolestí, i kdyby tyto léčba mohla mít u příslušného jedince jako nežádoucí (vedlejší) účinek léčby za následek zkrácení života jedince
- aby zajistily, že ošetřující personál bude vyškolen a veden tak, aby mohl každému nevléčitelně nemocnému nebo umírajícímu člověku poskytnout v koordinované týmové spolupráci lékařskou, ošetrovatelskou a psychologickou péči v souladu s nejvyššími možnými standardy
- aby založily další a rozšířily stávající výzkumná, výuková a doškolovací centra pro obor paliativní medicíny a péče, stejně jako pro interdisciplinární thanatologii

- aby zajistily alespoň ve větších nemocnicích vybudování specializovaných oddělení paliativní péče a thanatologických klinik, které by mohly nabídnout paliativní medicínu a péči jako integrální součást každé lékařské činnosti
- aby zajistily, že bude paliativní medicína a péče ukotvena ve veřejném vědomí jako důležitý cíl medicíny

b) tím, že budou chránit právo nevléčitelně nemocných a umírajících osob na sebeurčení a že pro to přijmou nutná opatření:

- aby se prosadilo právo nevléčitelně nemocné nebo umírající osoby na pravdivou, úplnou, ale citlivě podanou informaci o jejím zdravotním stavu a aby přitom bylo respektováno přání jedince, který nechce být informován
- aby měla každá nevléčitelně nemocná nebo umírající osoba možnost konzultovat ještě jiné lékaře než svého pravidelného ošetřujícího
- aby bylo zajištěno, že žádná nevléčitelně nemocná nebo umírající osoba nebude ošetřována a léčena proti své vůli, že při svém rozhodování nebude ovlivňována nikým jiným a že na ni nebude nikým činěn nátlak. Musejí být zvažena taková opatření, aby takové rozhodnutí nebylo učiněno pod ekonomickým tlakem
- aby bylo zajištěno, že bude respektováno odmítnutí určitého léčebného postupu, vyjádřené v písemném projevu vůle (*living will*), v „pořízení“ nevléčitelně nemocné nebo umírající osoby, která již nebude aktuálně schopná se vyjádřit. Dále musí být zajištěno, aby byla stanovena kritéria platnosti takových prohlášení, pokud jde o rozsah předem vyjádřených pokynů (*advance directives*), ale i pokud jde o jmenování zmocněnců a rozsah jejich pravomocí. Rovněž musí být zajištěno, že rozhodnutí, učiněná zmocněncem v zastoupení nemocného neschopného se vyjádřit, a která se opírají o předchozí vyjádření vůle nebo o předpokládanou vůli nemocného, budou uznána jen tehdy, když v nastalé akutní situaci nemocný sám svou vůli nijak neprojeví nebo když ji není možno poznat. V takovém případě musí být jasná souvislost s tím, co příslušná osoba řkala v době krátce před okamžikem rozhodování, nebo přesněji, krátce než začala umírat, a to v odpovídající situaci, bez cizího ovlivnění a nátlaku, a ještě při zachovaných duševních schopnostech. Konečně má být zajištěno, aby nebyla respektována zástupná rozhodnutí, jež se opírají jen o všeobecné hodnotové soudy platné v příslušné společnosti a aby ve sporných případech bylo vždy rozhodnuto ve prospěch života a jeho prodloužení
- aby bylo zajištěno, že výslovná přání nevléčitelně nemocné nebo umírající osoby týkající se určitých léčebných postupů budou respektována bez ohledu na zásadní terapeutickou odpovědnost lékaře, pokud nejsou v rozporu s lidskou důstojností
- aby bylo zajištěno, že v případě, kdy není k dispozici předchozí vyjádření vůle pacienta či pacientky, nebude porušeno jeho právo na život. Musí být vytvořen katalog léčebných úkonů, které musejí být poskytnuty za všech okolností a jež nesmí být zanedbány

c) že zachovají předpis, zakazující úmyslné usmrcení nevléčitelně nemocných nebo umírajících osob a že zároveň:

- uznají, že právo na život, zejména ve vztahu k nevléčitelně nemocným a umírajícím osobám, je členskými státy garantováno v souladu s článkem 2 Evropské úmluvy o lidských právech, který říká, že „nikdo nemá být úmyslně zbaven života“
- uznají, že přání zemřít, vyjádřené nevléčitelně nemocnou nebo umírající osobou, nezakládá v žádném případě právní nárok na smrt z ruky jiné osoby

- uznají, že přání zemřít, vyjádřené nevléčitelně nemocnou nebo umírající osobou, samo o sobě nezakládá legální ospravedlnění činností, úmyslně způsobujících smrt

Text tohoto Doporučení byl přijat Parlamentním shromážděním 25. června roku 1999 na svém 24. zasedání převážnou většinou hlasů, kdy 6 hlasů bylo proti.

Z anglického originálu přeložil MUDr. Zdeněk Bystřický

Dostupné z WWW: <http://www.umirani.cz/charta-prav-umirajicich.html>

Příloha č. 2 Dotazník

Dobrý den,

jmenuji se Eliška Taitlová a jsem studentkou 2. ročníku navazujícího magisterského studia Ošetřovatelství na Fakultě zdravotnických studií Univerzity Pardubice.

Obracím se na Vás s prosbou o vyplnění přiloženého dotazníku, který poslouží jako podklad k výzkumné části mé diplomové práce na téma : *Úroveň profesní připravenosti zdravotníků na setkání se smrtí.*

Prosím Vás tedy tímto o jeho pečlivé a upřímné vyplnění, aby se sebraná data dala využít k vytvoření pravdivého obrazu o stavu dané problematiky. Dotazníky jsou anonymní a budou použity pouze pro účely této práce.

Výsledky výzkumu budou uveřejněny v rámci celé diplomové práce, která bude k dispozici v tištěné podobě na Univerzitě Pardubice.

Stručné pokyny pro vyplnění:

Vybranou odpověď označte křížkem, pokud si odpověď rozmyslíte a budete chtít označit jinou, dejte prvně označenou odpověď do kroužku a poté označte křížkem možnost, pro niž jste se rozhodli. U otázek, kde je potřeba odpovědi vypsát, je vypište na připravené řádky.

Pokud vyplňujete elektronickou formu dotazníku, vybrané odpovědi označte tučným písmem, kde je potřeba vypsát odpověď, tam ji vypište.

Předem děkuji za vyplnění a spolupráci, v případě jakýchkoli nejasností či dotazů se na mě můžete kdykoli obrátit e-mailem na adrese: inetmanka@gmail.com

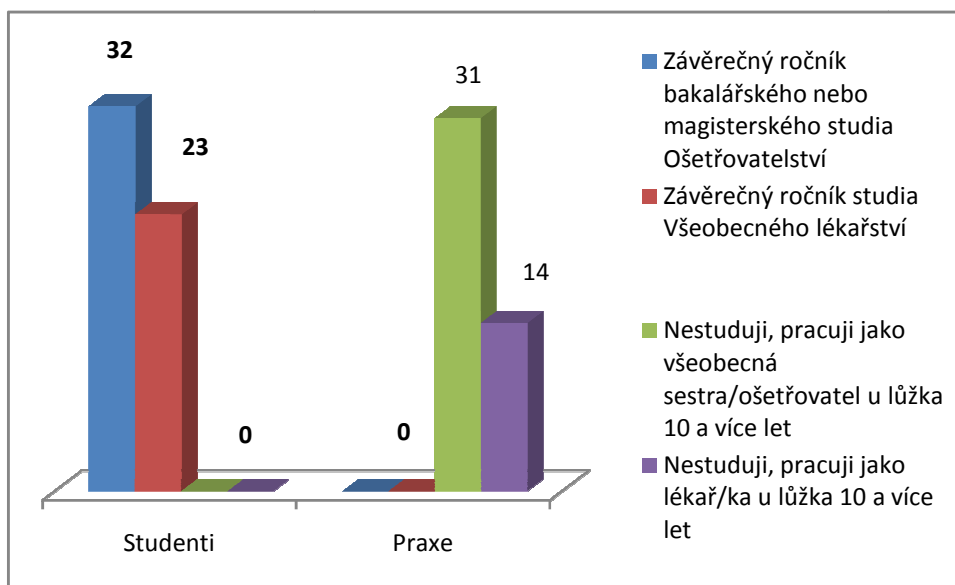
V Pardubicích dne 19.10.2011

Bc. Eliška Taitlová, FZS UPCE

1. Zaškrtněte, prosím, typ Vašeho právě probíhajícího studia nebo pracovního zařazení:

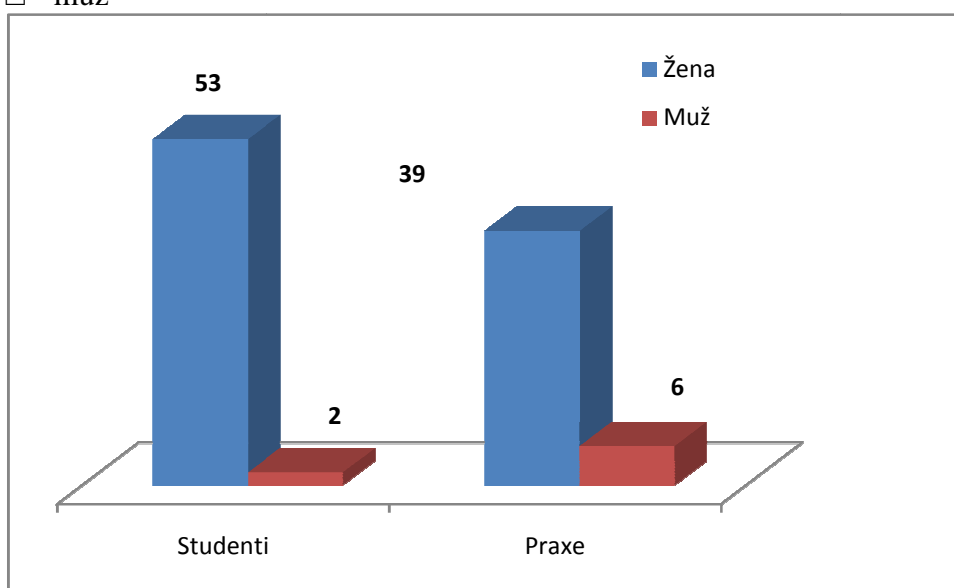
- závěrečný ročník bakalářského nebo magisterského studia Ošetřovatelství
- závěrečný ročník studia Všeobecného lékařství
- již nestudují, pracují jako všeobecná sestra/všeobecný ošetřovatel* u lůžka 10 a více let
- již nestudují, pracují jako lékař/ka u lůžka 10 a více let

*zákonně označení pro funkci všeobecné sestry, jestliže ji vykonává muž



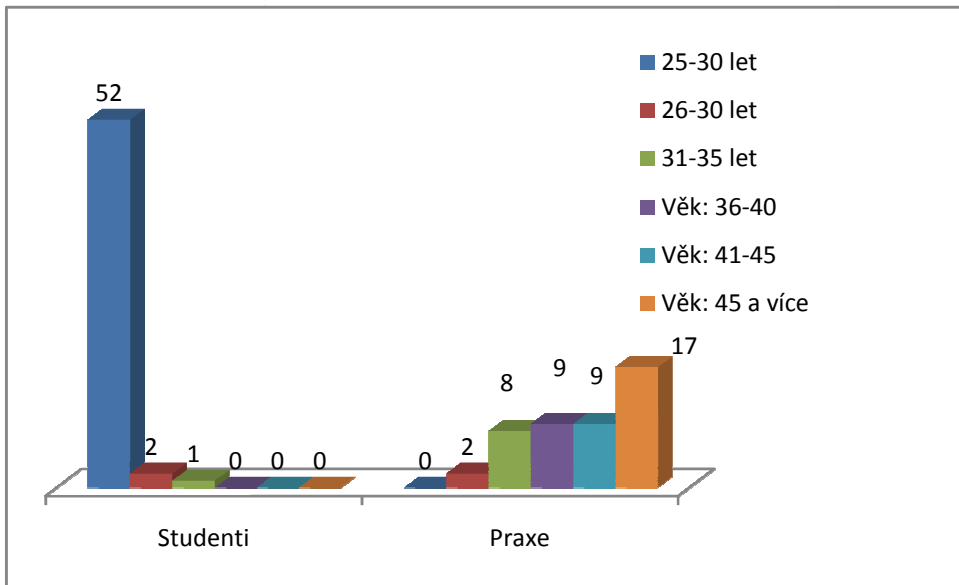
2. Zaškrtněte, prosím, Vaše pohlaví:

- žena
- muž



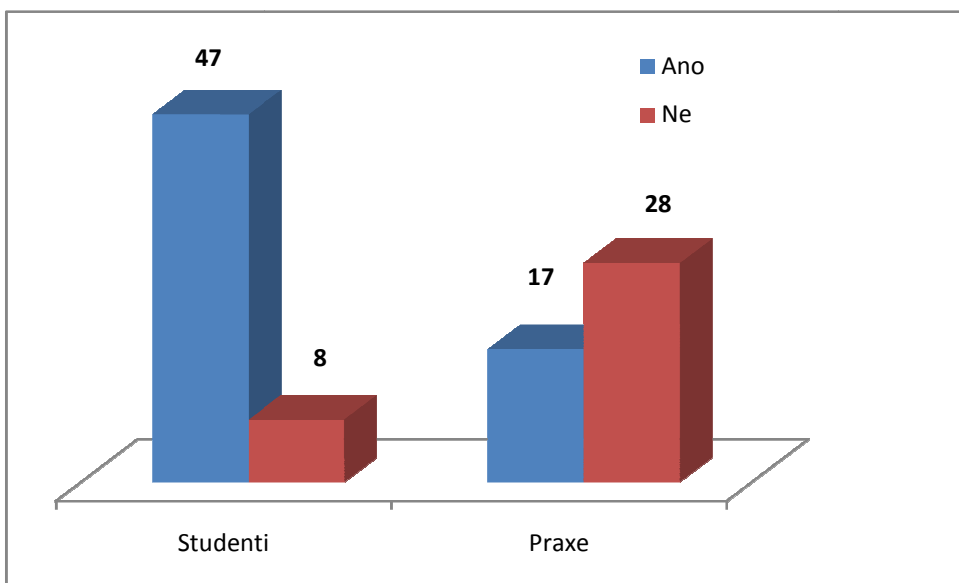
3. Uved'te, prosím, Váš věk:

- 20-25
- 26-30
- 31-35
- 36-40
- 41-45
- 45 a více



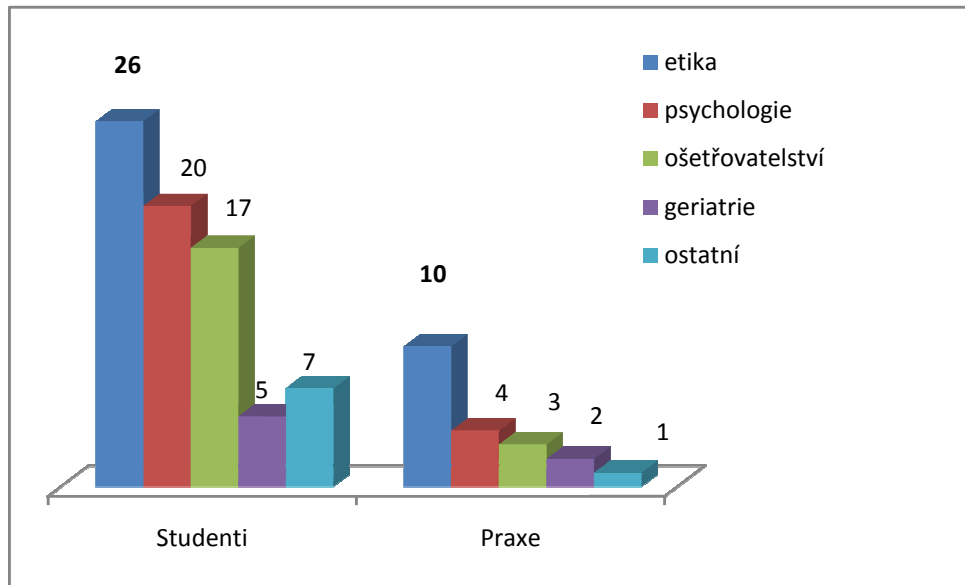
4. Absolvoval/a jste během studia předmět zabývající se otázkami smrti a umírání?

- ano (pokračujte ot. č. 5)
- ne (přejděte k ot. č. 8)



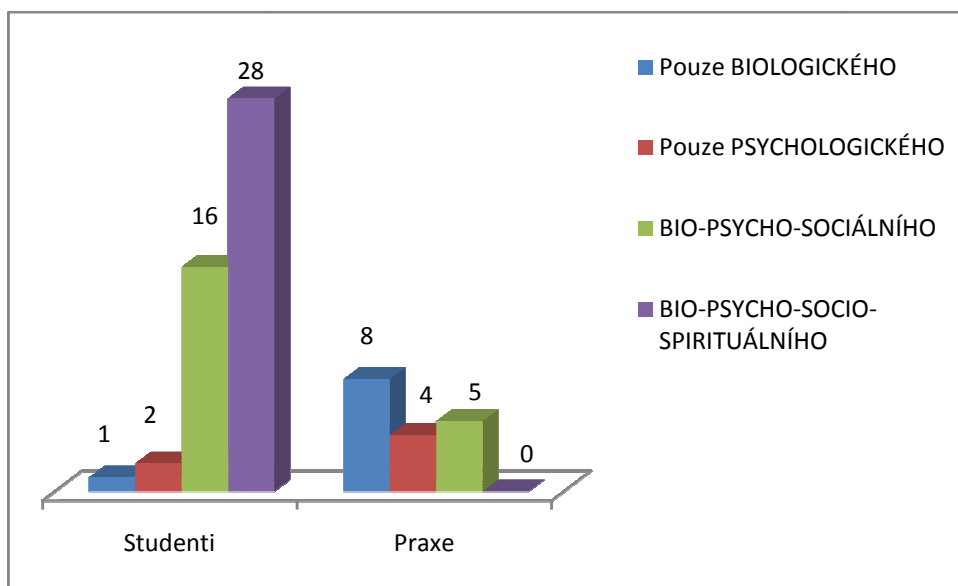
5. Napište, prosím, názvy předmětů, v nichž byla problematika smrti a umírání probírána:

-
-
-
-
-



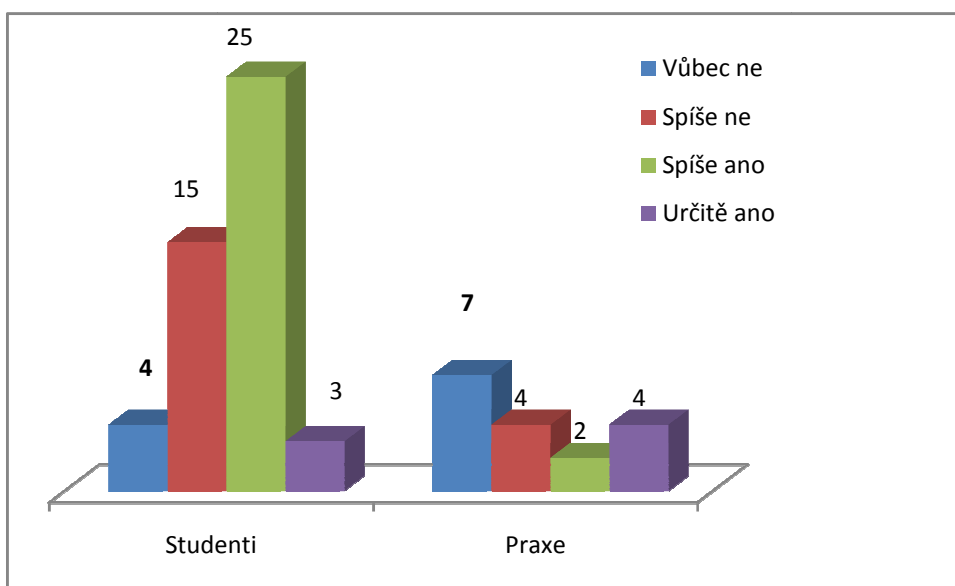
6. V tomto předmětu byla problematika smrti a umírání probírána z hlediska:

- pouze biologického
- pouze psychologického
- bio-psycho-sociálního
- bio-psycho-socio-spirituálního



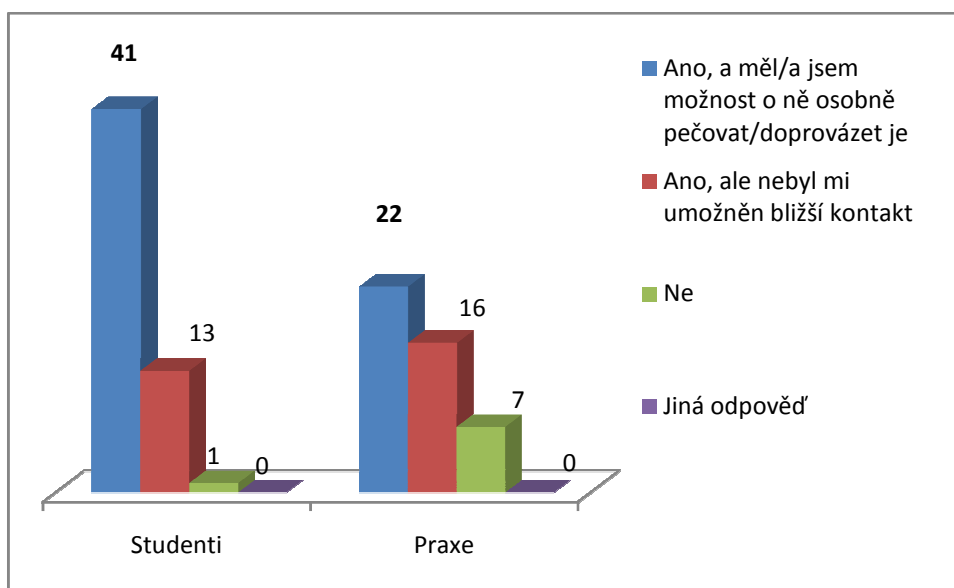
7. Hodnotíte tuto výuku jako dostatečnou s ohledem na její téma (umírání a smrt)?

- vůbec ne
- spíše ne
- spíše ano
- určitě ano



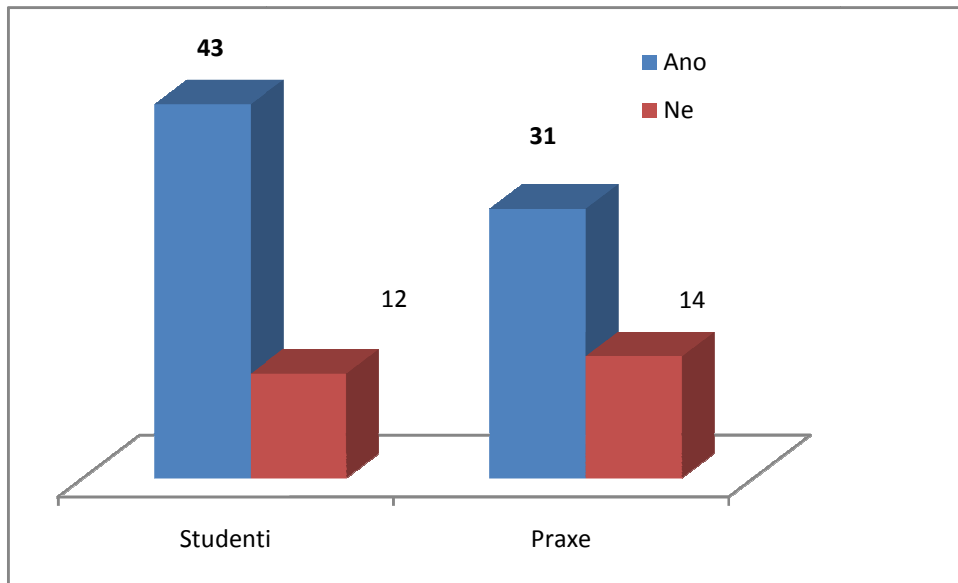
8. Setkal/a jste se během školní praxe s umírajícími pacienty?

- Ano a měl/a jsem možnost o ně i osobně pečovat/doprovázet je
- Ano, ale nebyl mi umožněn žádný bližší kontakt
- Ne
- Jiná odpověď (vypište).....



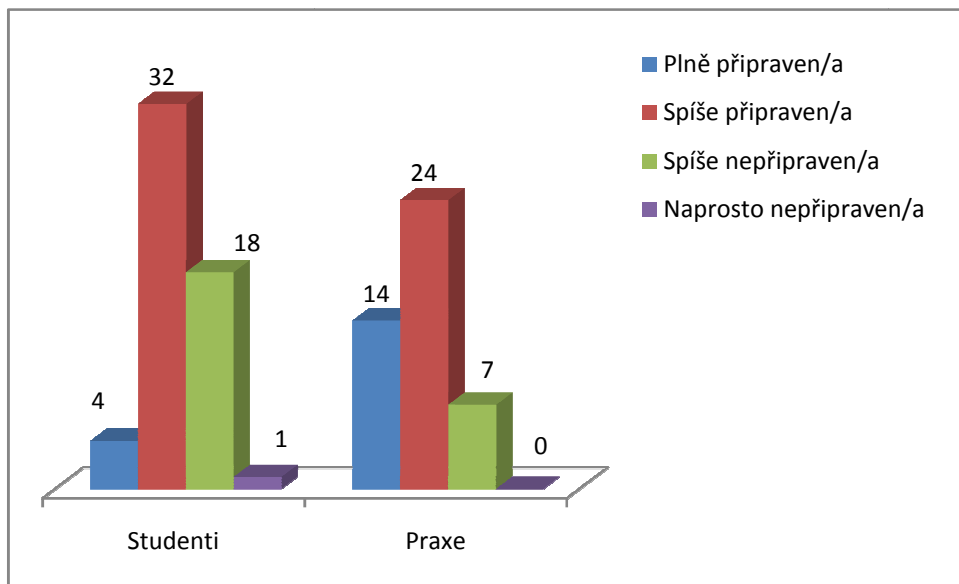
9. Měl/a jste nebo máte nějakou osobní zkušenost s umírajícím(i) i mimo školní praxi?

- ano
- ne



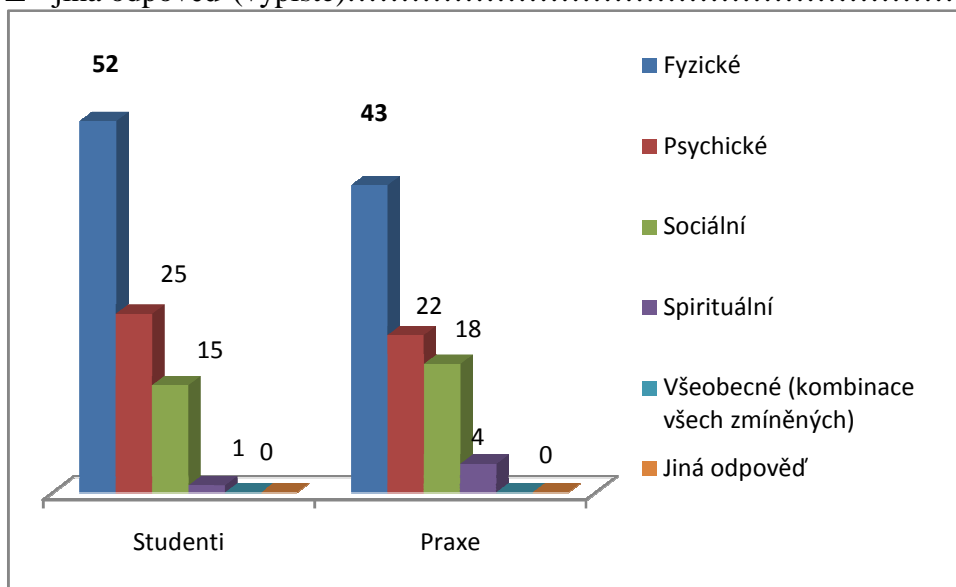
10. Jak byste označil/a sebe sama v otázce připravenosti na setkání se smrtí?

- cítím se plně připraven/a (pokračujte ot. č. 11, vynecháte ot. č. 12)
- cítím se spíše připraven/a (odpovězte na ot..č. 11. i 12)
- cítím se spíše nepřípraven/a (odpovězte na ot..č. 11. i 12)
- cítím se naprosto nepřípraven/a (pokračujte k ot. č. 12, ot. č. 11 vynechte)



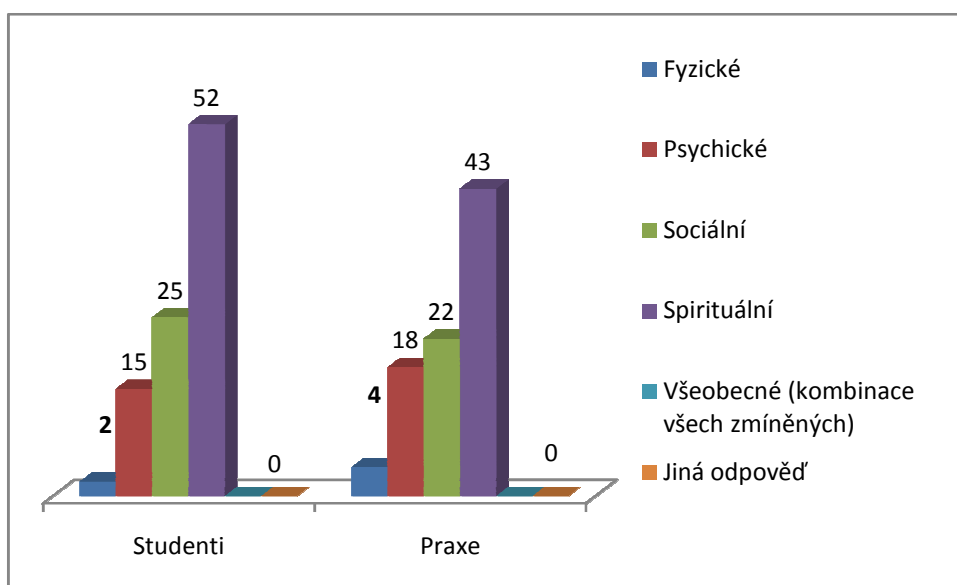
11. Vaše připravenost je hlavně v oblasti: (je možné označit více odpovědí)

- fyzické
- psychické
- sociální
- spirituální
- všeobecné (kombinace všech výše zmíněných)
- jiná odpověď (vypište).....



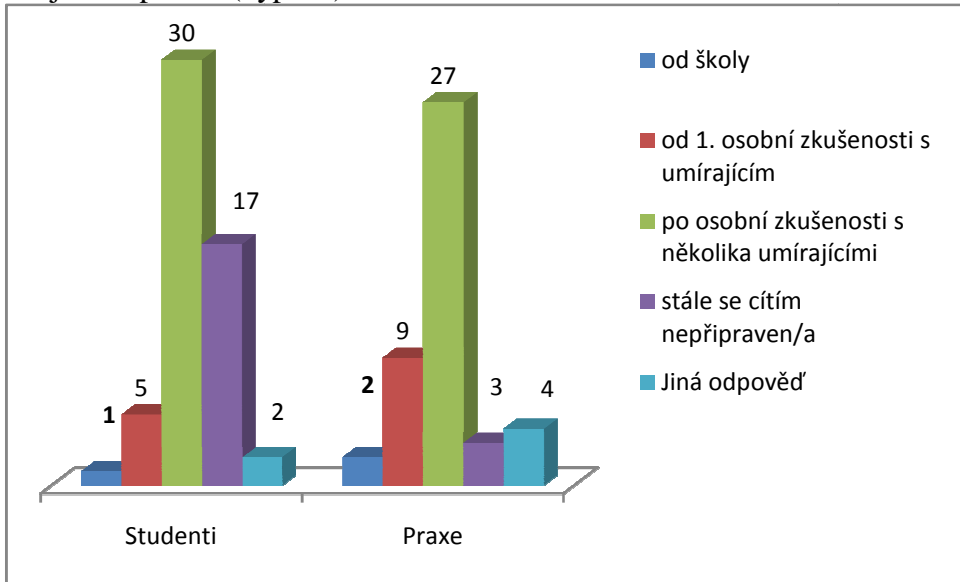
12. Ve kterých oblastech naopak pociťujete nepřipravenost? (je možné označit více odpovědí)

- fyzické
- psychické
- sociální
- spirituální
- všeobecně (kombinace všech výše zmíněných)
- jiná odpověď (vypište).....



13. Odkdy se cítíte na situaci smrti a umírání připraven/a?

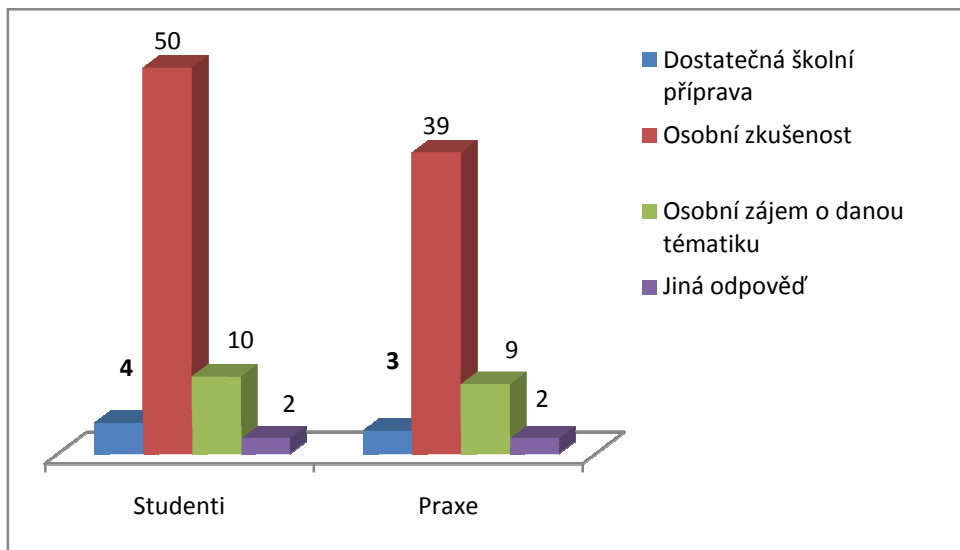
- hned od školy
- od 1. osobní zkušenosti s umírajícím
- po osobní zkušenosti s několika umírajícími
- stále se cítím nepřípraven/a
- jiná odpověď (vypište).....



14. Co je podle Vás důvodem Vaší připravenosti (14A) či nepřípravenosti (14 B) na setkání se smrtí? (je možno zaškrtnout více odpovědí)

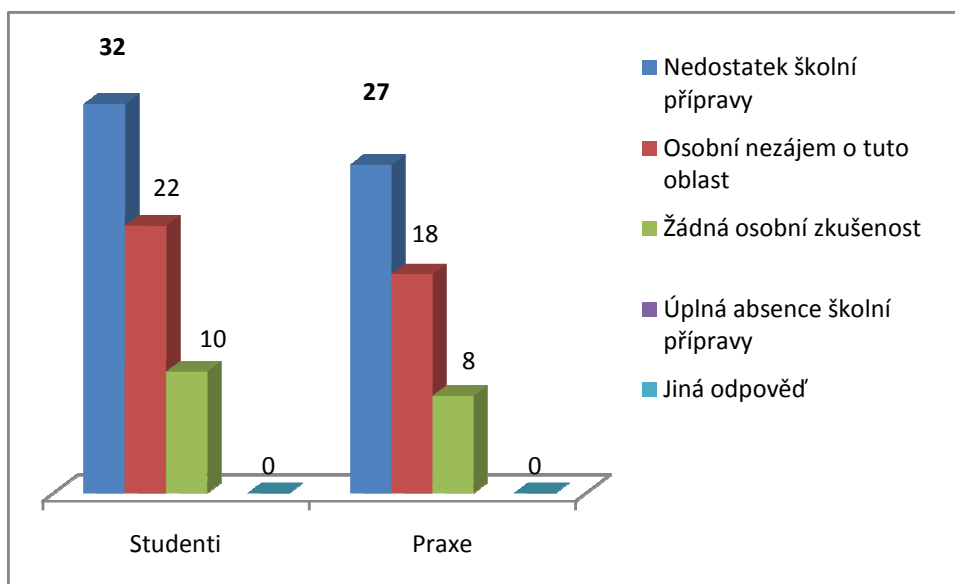
14. A. důvodem připravenosti je:

- dostatečná školní příprava
- osobní zkušenost
- osobní zájem o danou tematiku
- jiná odpověď (vypište).....



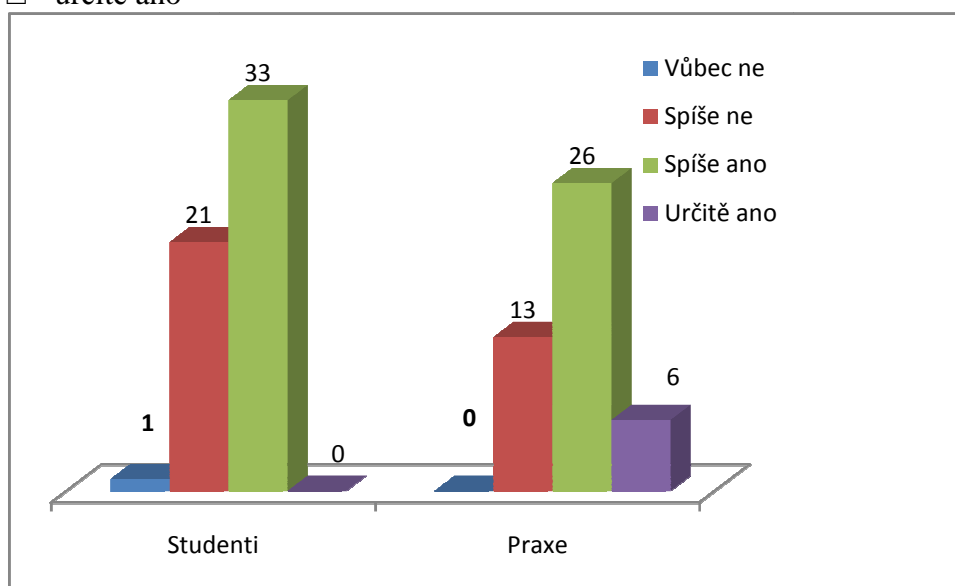
14. B důvodem nepřipravenosti je:

- nedostatek školní přípravy
- úplná absence školní přípravy
- osobní nezájem o tuto oblast
- žádná osobní zkušenost
- jiná odpověď (vypište).....



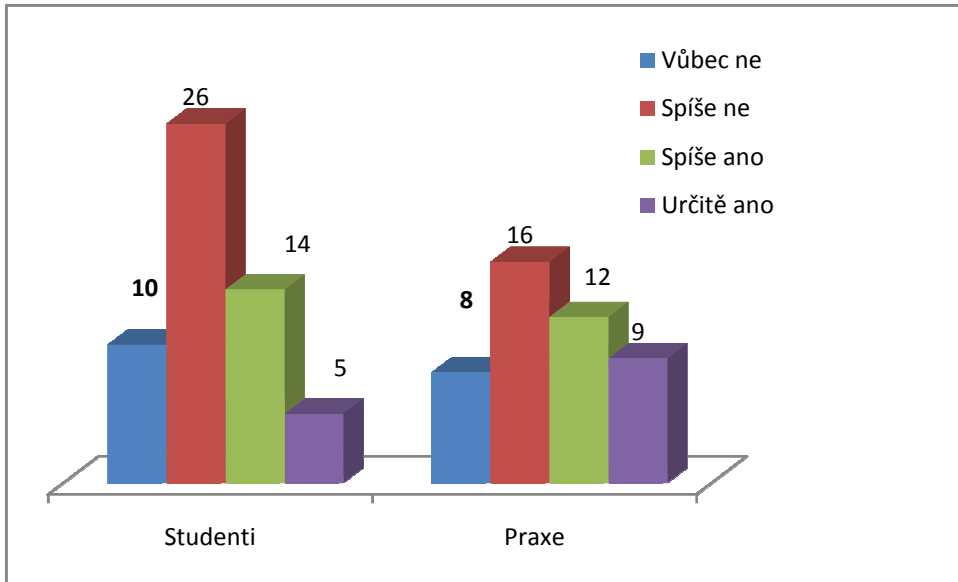
15. Myslíte si, že zvládnete rozhovor o smrti s pacientem, který umírá?

- vůbec ne
- spíše ne
- spíše ano
- určitě ano



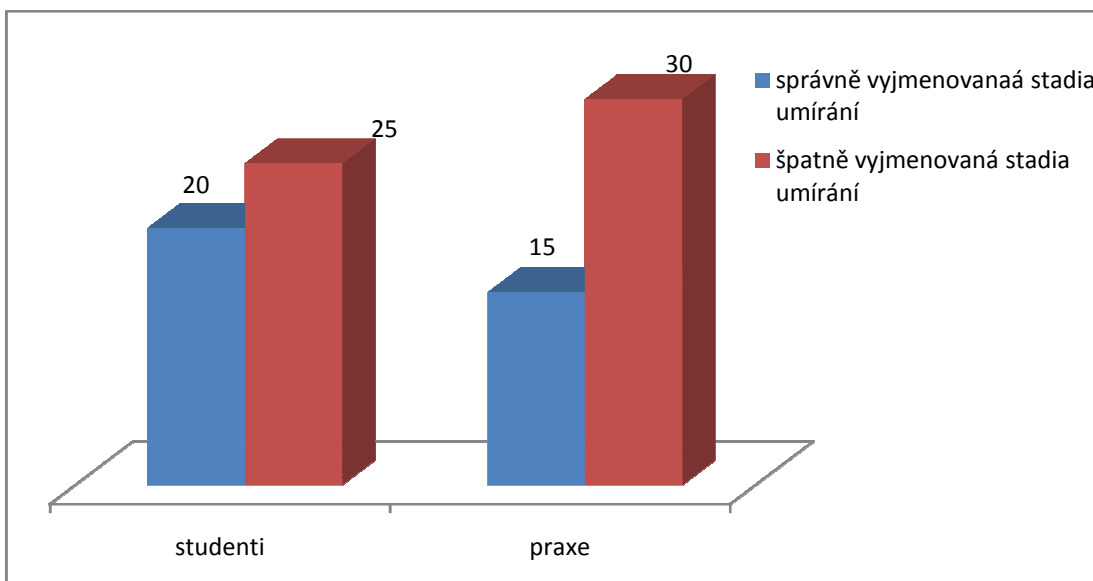
16. Byly Vám předány zkušenosti a rady v otázkách smrti a umírání od zkušenějších kolegů-zdravotníků ve Vašem zaměstnání nebo při školní praxi?

- vůbec ne
- spíše ne
- spíše ano
- určitě ano



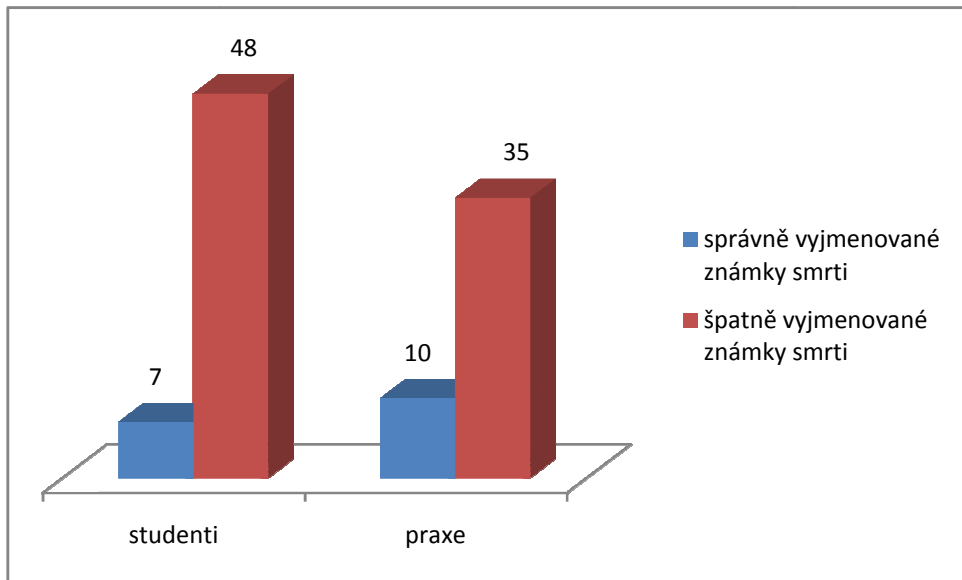
17. Na jaké 3 fáze se dělí proces umírání? (vypište)

-
-
-



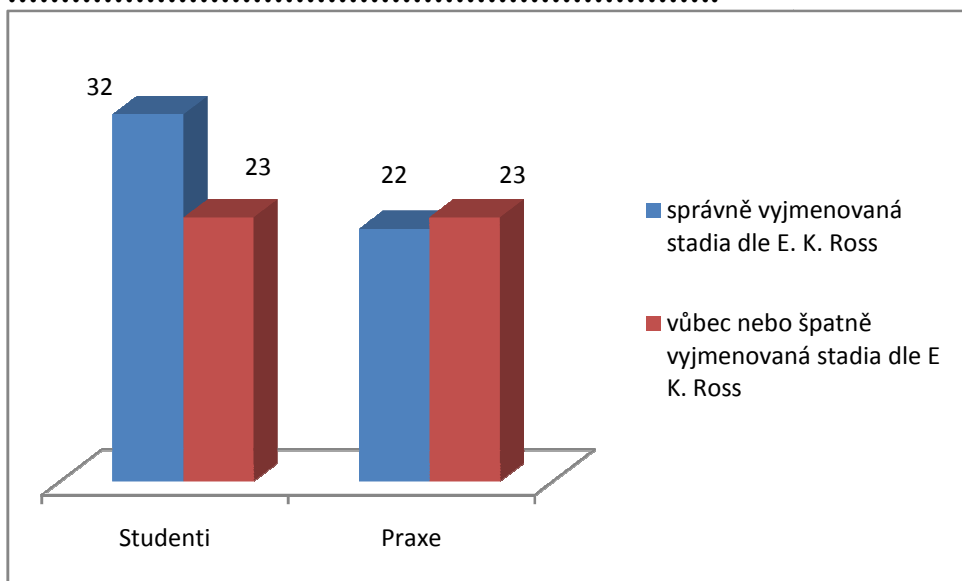
18. Vypište, prosím, 4 známky JISTÉ smrti:

-
-
-
-



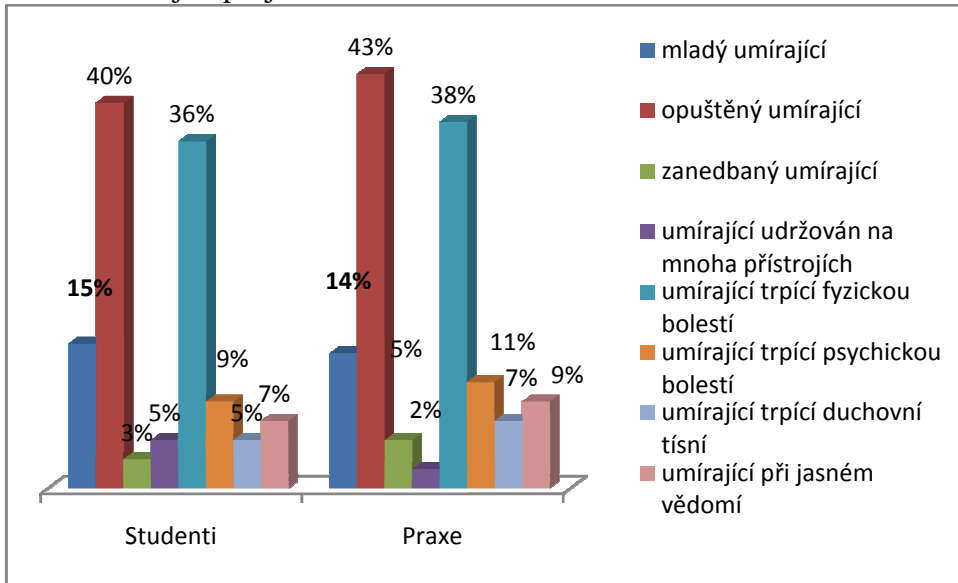
19. Dokážete vyjmenovat 5 stádií, kterými prochází pacient během vyrovnávání se s nemocí dle E. Kübler-Rossové? (pokud ano, vypište)

-
-
-
-
-



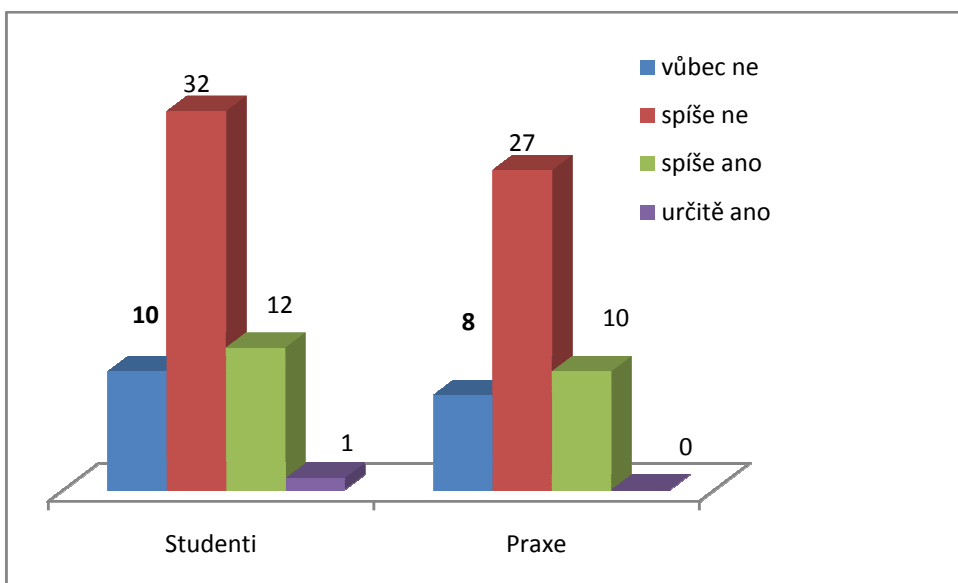
20. Vyberte 2 varianty, které se vám jeví jako nejhorší možnost umírání:

- mladý umírající
- opuštěný umírající
- zanedbaný umírající
- umírající udržovaný na mnoha přístrojích
- umírající trpící fyzickou bolestí
- umírající trpící psychickou bolestí
- umírající trpící duchovní tísní
- umírající při jasném vědomí



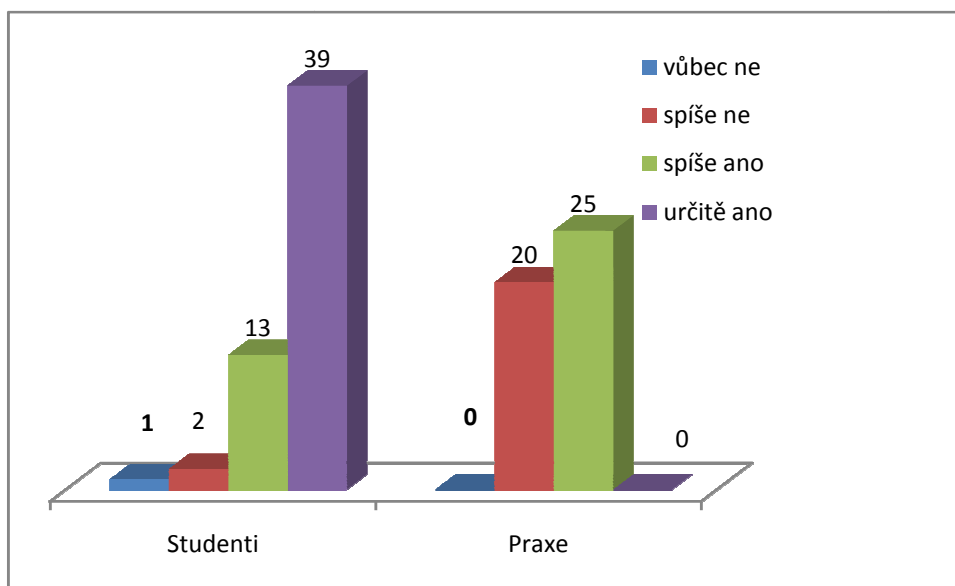
21. Myslíte, že je umírajícím pacientům v našem zdravotnictví poskytována kvalitní a komplexní péče?

- vůbec ne
- spíše ne
- spíše ano
- určitě ano



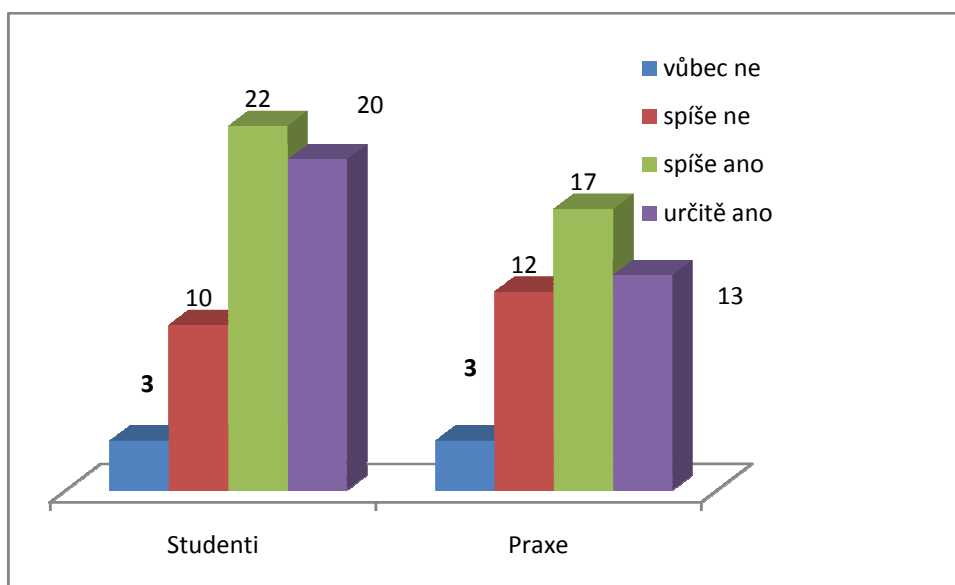
22. Považujete období umírání za důležitou součást života?

- vůbec ne
- spíše ne
- spíše ano
- určitě ano



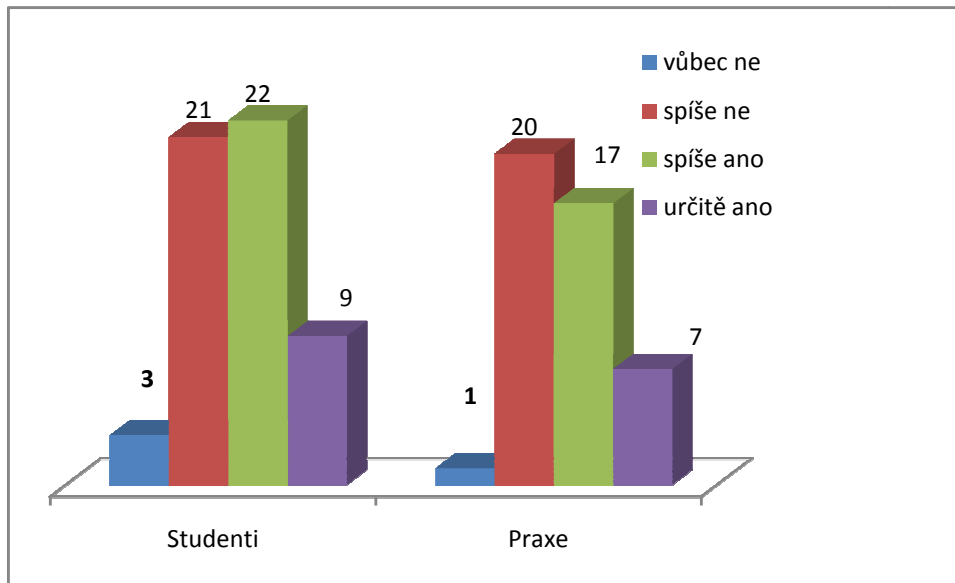
23. Považujete práci s umírajícími za obohacení pro Váš osobní život?

- vůbec ne
- spíše ne
- spíše ano
- určitě ano



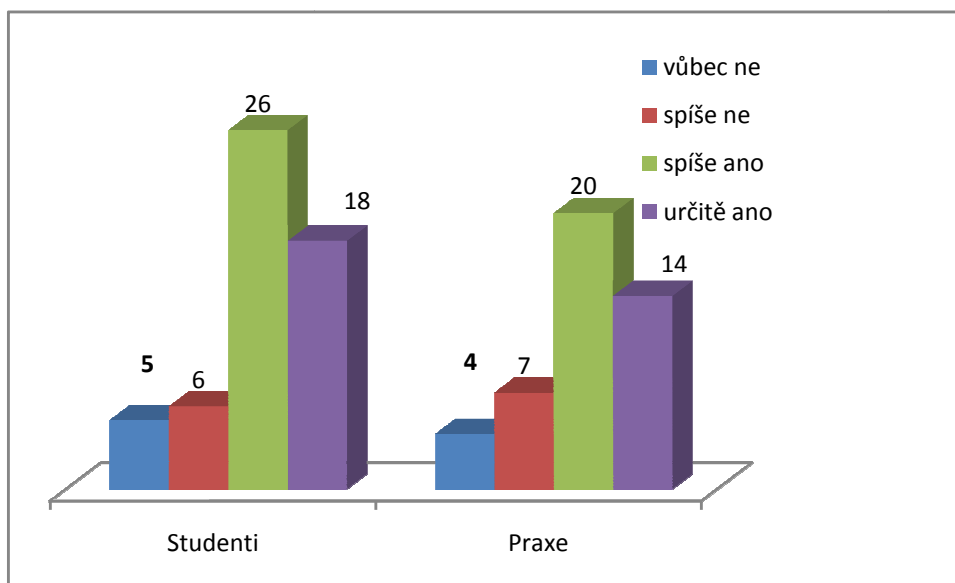
24. Domníváte se, že umírání v nemocnici může být důstojnou smrtí?

- vůbec ne
- spíše ne
- spíše ano
- určitě ano



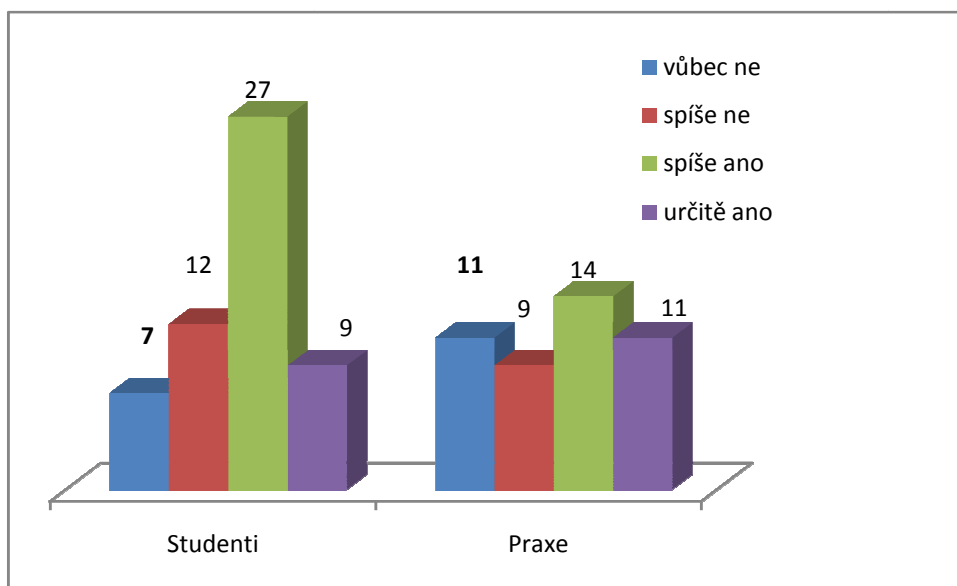
25. Myslíte si, že je pro zdravotníka podstatné vyřešit si otázky vlastní smrti, aby mohl poskytovat potřebnou péči umírajícím pacientům?

- vůbec ne
- spíše ne
- spíše ano
- určitě ano



26. Můžete říci, že jste smířen/a s vlastní konečností?

- vůbec ne
- spíše ne
- spíše ano
- určitě ano



27. Je ještě něco, co byste chtěli k této problematice dodat? (Poznámka, připomínka, dotaz,) Pokud ano, vypište na volné řádky níže:

.....

.....

.....

.....

Příloha č. 3 Souhlasy vybraných zdravotnických zařízení s výzkumem



Univerzita
Pardubice
Fakulta
zdravotnických studií

Potvrzení o výzkumu v rámci závěrečné práce

Příjmení a jméno studenta	Taitlová Eliška
Vysoká škola, fakulta, katedra	Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií
Studijní program Studijní obor/ročník	Ošetrovatelství, Ošetrovatelství, 2. roč. navaz. Mgr. studia
Typ práce (bakalářská, magisterská)	Magisterská diplomová
Téma	Úroveň profesní připravenosti zdravotníků na setkání se smrtí
Jméno vedoucího práce	MUDr. Ivo Bureš
Vyjádření vedoucího práce	Výzkum nebude/bude * spojen s finančním zatížením osloveného zařízení.
Skupina respondentů/předpokládaný počet	Sestry a lékaři s více než 10 lety praxe / 15
Odborné zařízení kde bude výzkum prováděn	Název odborného zařízení: Hospic sv. Štěpána v Litoměřicích Pracoviště: Oddělení I. a II. Pracoviště: Pracoviště: Pracoviště:
Metodika výzkumu	dotazník
Zahájení výzkumu	1. 1. 2013
Konec výzkumu	31. 1. 2013
Vyjádření studenta týkající se zveřejňování informací o odborném zařízení kde bude výzkum prováděn	Zavazuji se, že ve své závěrečné práci ani v publikacích vycházejících ze závěrečné práce nebudu uvádět název odborného zařízení, kde bude výzkum prováděn (ledaže souhlas se zveřejněním názvu zařízení jeho představitel vyjádří na tomto formuláři). Podpis studenta: <i>Eliška Taitlová</i>
Vyjádření odborného zařízení kde bude výzkum prováděn	S prováděním výzkumu souhlasím/nesouhlasím * Se zveřejněním názvu zařízení v závěrečné práci studenta / v publikacích vycházejících ze závěrečné práce studenta souhlasím/nesouhlasím * Jméno: <i>PIKOVÁ</i> 55 Hospic sv. Štěpána, Pozice: <i>VRUČNÍ SESTRA</i> občanské sdružení Rybářské nám. 662/4 412 01 Litoměřice Razítko a podpis: <i>6600</i> tel. 413 733 130 fax 413 733 133

Vedoucí práce

Pozn. * Někdy se škrtne

Vedoucí katedry

Průmyslová 395, 532 10 Pardubice, telefon 466 037 722, 466 670 550, fax 466 670 550, e-mail del.nac.fzs@upce.cz,
bankovní spojení KB Pardubice 37030561/0100, IČO 00216275, DIČ CZ00216275



Univerzita
Pardubice
Fakulta
zdravotnických studií

Potvrzení o výzkumu v rámci závěrečné práce

Příjmení a jméno studenta	Taitlová Eliška
Vysoká škola, fakulta, katedra	Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií
Studijní program Studijní obor/ročník	Ošetrovatelství, Ošetrovatelství, 2. roč. navaz. Mgr. studia
Typ práce (bakalářská, magisterská)	Magisterská diplomová
Téma	Úroveň profesní připravenosti zdravotníků na setkání se smrtí
Jméno vedoucího práce	MUDr. Ivo Bureš
Vyjádření vedoucího práce	Výzkum nebude/bude * spojen s finančním zatížením osloveného zařízení.
Skupina respondentů/předpokládaný počet	Sestry a lékaři s více než 10 lety praxe / 35
Odborné zařízení kde bude výzkum prováděn	Název odborného zařízení: Fakultní nemocnice Královské Vinohrady Pracoviště: Interní hematologická klinika – ambulantní a lůžková část Pracoviště: Pracoviště: Pracoviště:
Metodika výzkumu	dotazník
Zahájení výzkumu	1. 1. 2013
Konec výzkumu	31. 1. 2013
Vyjádření studenta týkající se zveřejňování informací o odborném zařízení kde bude výzkum prováděn	Zavazuji se, že ve své závěrečné práci ani v publikacích vycházejících ze závěrečné práce nebudu uvádět název odborného zařízení, kde bude výzkum prováděn (ledaže souhlas se zveřejněním názvu zařízení jeho představitel vyjádří na tomto formuláři). Podpis studenta:
Vyjádření odborného zařízení kde bude výzkum prováděn	S prováděním výzkumu souhlasím/nesouhlasím * Se zveřejněním názvu zařízení v závěrečné práci studenta / v publikacích vycházejících ze závěrečné práce studenta souhlasím/nesouhlasím * Jméno: Pozice: Razítko a podpis:

.....
Vedoucí práce

Pozn. * Nehodící se skrtněte

.....
Vedoucí katedry



Univerzita
Pardubice
Fakulta
zdravotnických studií

Potvrzení o výzkumu v rámci závěrečné práce

Příjmení a jméno studenta	Taitlová Eliška
Vysoká škola, fakulta, katedra	Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií
Studijní program Studijní obor/ročník	Ošetrovatelství, Ošetrovatelství, 2. roč. navaz. Mgr. studia
Typ práce (bakalářská, magisterská)	Magisterská diplomová
Téma	Úroveň profesní připravenosti zdravotníků na setkání se smrtí
Jméno vedoucího práce	MUDr. Ivo Bureš
Vyjádření vedoucího práce	Výzkum nebude/bude * spojen s finančním zatížením osloveného zařízení.
Skupina respondentů/předpokládaný počet	Studenti závěrečných ročníků Bc. Studia Ošetrovatelství a Všeobecného lékařství / 40
Odborné zařízení kde bude výzkum prováděn	Název odborného zařízení: 3. lékařská fakulta UK v Praze Pracoviště: Ústav ošetrovatelství Pracoviště: Pracoviště: Pracoviště:
Metodika výzkumu	dotazník
Zahájení výzkumu	15. 2. 2013
Konec výzkumu	15. 3. 2013
Vyjádření studenta týkající se zveřejňování informací o odborném zařízení kde bude výzkum prováděn	Zavazuji se, že ve své závěrečné práci ani v publikacích vycházejících ze závěrečné práce nebudu uvádět název odborného zařízení, kde bude výzkum prováděn (ledaže souhlas se zveřejněním názvu zařízení jeho představitel vyjádří na tomto formuláři). Podpis studenta:
Vyjádření odborného zařízení kde bude výzkum prováděn	S prováděním výzkumu souhlasím/nesouhlasím* Se zveřejněním názvu zařízení v závěrečné práci studenta / v publikacích vycházejících ze závěrečné práce studenta souhlasím/nesouhlasím* Jméno: PhDr. Hana Svobodová Pozice: <i>Předsedkyně Ústavu ošetrovatelství, JLF UK</i> Razítko a podpis:

.....
Vedoucí práce
Pozn. * Nehodící se škrtněte

.....
Vedoucí katedry

Prumyslová 395, 532 10 Pardubice, telefon 466 037 722, 466 670 550, fax 465 670 550, e-mail dsj.anat.fzs@upce.cz,
bankovní spojení: KB Pardubice 370305617/0100, IČO 00216275, DIČ CZ00216275

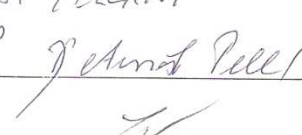


Univerzita
Pardubice
Fakulta
zdravotnických studií

Potvrzení o výzkumu v rámci závěrečné práce

Příjmení a jméno studenta	Taitlová Eliška
Vysoká škola, fakulta, katedra	Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií
Studijní program Studijní obor/ročník	Ošetrovatelství, Ošetrovatelství, 2. roč. navaz. Mgr. studia
Typ práce (bakalářská, magisterská)	Magisterská diplomová
Téma	Úroveň profesní připravenosti zdravotníků na setkání se smrtí
Jméno vedoucího práce	MUDr. Ivo Bureš
Vyjádření vedoucího práce	Výzkum nebude/bude * spojen s finančním zatížením osloveného zařízení.
Skupina respondentů/předpokládaný počet	Studenti závěrečných ročníků Bc. a Mgr. Studia Ošetrovatelství /40
Odborné zařízení kde bude výzkum prováděn	Název odborného zařízení: Fakulta zdravotnických studií Univerzity Pardubice Pracoviště: Katedra Ošetrovatelství Pracoviště: Pracoviště: Pracoviště:
Metodika výzkumu	dotazník
Zahájení výzkumu	1. 1. 2013
Konec výzkumu	31. 1. 2013
Vyjádření studenta týkající se zveřejňování informací o odborném zařízení kde bude výzkum prováděn	Zavazuji se, že ve své závěrečné práci ani v publikacích vycházejících ze závěrečné práce nebudu uvádět název odborného zařízení, kde bude výzkum prováděn (ledaže souhlas se zveřejněním názvu zařízení jeho představitel vyjádří na tomto formuláři). Podpis studenta: <i>Eliška Taitlová</i>
Vyjádření odborného zařízení kde bude výzkum prováděn	S prováděním výzkumu <u>souhlasím/nesouhlasím</u> * Se zveřejněním názvu zařízení v závěrečné práci studenta / v publikacích vycházejících ze závěrečné práce studenta <u>souhlasím/nesouhlasím</u> * Jméno: <i>Annaš PELLANT</i> Pozice: <i>děkan</i> Razítko a podpis: <i>Annaš Pellant</i>


Vedoucí práce
Pozn. * Nehodící se škrtněte


Vedoucí katedry

Průmyslová 395, 532 10 Pardubice, telefon 466 037 722, 466 670 550, fax 466 670 550, e-mail dekanat.fzs@upce.cz,
bankovní spojení KB Pardubice 37030561/0100, IČO: 00216275, DIČ: CZ00216275