

Připravenost studentů (bakalářů) na setkání s umírajícím pacientem

Barbora Macháčová

Bakalářská práce
2010



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav ošetrovatelství
akademický rok: 2009/2010

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Barbora MACHÁČOVÁ**

Studijní program: **B 5341 Ošetrovatelství**

Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Téma práce: **Připravenost studentů (bakalářů) na setkání s umírajícím pacientem**

Zásady pro vypracování:

Teoretická část práce se zabývá vymezením základních pojmů -- umírání a smrt. Dále popisuje fáze umírání a péči o mrtvé tělo. Součástí teoretické části je také analýza sylabů předmětů, které se touto problematikou zabývají.

Praktická část zpracovává výsledky šetření z dotazníkového šetření realizovaného mezi studenty studijního oboru Všeobecná sestra na Univerzitě Palackého v Olomouci a Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně.

Na základě zjištěných informací budou analyzována data, informována odborná veřejnost a navrženo případné zlepšení z pohledu studentky.

Rozsah práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

[1] BRABEC, L. Křesťanská thanatologie. Praha: Gemma89, 1991. 119 s. ISBN 80-852206-06-4.

[2] HAŠKOVCOVÁ, H. Thanatologie. 2. vyd. Praha: Galén, 2007. 224 s. ISBN 978-80-7262-471-3.

[3] MINIBERGEROVÁ, L., DUŠEK, J. Vybrané kapitoly z psychologie a medicíny pro zdravotníky pracující se seniory. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. 67 s. ISBN 80-7013-436-4.

[4] PAYNEOVÁ, S., SEYMOUROVÁ, J., INGLETONOVÁ, C. Principy a praxe paliativní péče. 1. vyd. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007. 808 s. ISBN 978-80-87029-25-1.

[5] VORLÍČEK, J., ADAM, Z., POSPÍŠILOVÁ, Y. a kol. Paliativní medicína. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. 537 s. ISBN 80-247-0279-7.

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.

Ústav aplikovaných společenských věd

Datum zadání bakalářské práce:

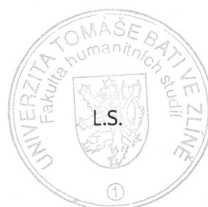
18. ledna 2010

Termín odevzdání bakalářské práce:

4. června 2010

Ve Zlíně dne 18. ledna 2010

prof. PhDr. Vlastimil Švec, CS.c.
děkan



Mgr. Jitka Laholová
ředitel ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

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

Prohlašuji, že

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

Ve Zlíně

.....

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

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

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

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

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

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

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

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst. 3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

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

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

ABSTRAKT

Ve své práci se zabývám problematikou připravenosti studentů bakalářského studijního programu Ošetrovatelství studijního oboru Všeobecná setra na setkání s umírajícím pacientem, a to připravenosti jak teoretické tak i praktické. Na úvod bakalářské práce se věnuji problematice umírání a smrti a definování základních pojmů. V další kapitole následuje popis fází umírání dle E. Kübler-Rossové. Bakalářská práce se také věnuje péči o umírajícího pacienta, péči o mrtvé tělo, podporou pozůstalých a postoji zdravotnických pracovníků. Závěrečná kapitola popisuje vzdělávání studentů ošetrovatelských oborů na Univerzitě Palackého v Olomouci a Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně v této oblasti.

Klíčová slova: umírání, smrt, pacient, práva pacientů, připravenost studentů

ABSTRACT

In my diploma work I deal with readiness of students of Bachelor's curriculum Nursing, field of study General Nurse, to meet dying patient and their readiness theoretical as well as practical. In the introduction of my Bachelor's work I address dilemma of dying, death and defining basic concepts. In the following chapter I describe dying phases according to E. Kübler-Ross. My Bachelor's work also includes care of dying patient, care for dead body, support of the bereaved and attitude of medics. The closing chapter describes education of students of Nursing at Palacký University in Olomouc and Tomas Bata University in Zlín, in this field.

Keywords: dying, death, patient, patients' rights, readiness of students

Motto:

„Když toho víme tak málo o životě, jak můžeme vůbec něco vědět o smrti?“

Konfucius

Poděkování:

Děkuji Mgr. Zlatici Dorkové, PhD. za vedení, cenné rady, podněty a připomínky při odborném vedení mé bakalářské práce. Děkuji Ing. Martinu Macháčkovi za cennou pomoc při zpracovávání praktické části práce. Také děkuji studentům za ochotu a čas strávený při vyplňování dotazníků.

OBSAH

ÚVOD	10
I. TEORETICKÁ ČÁST	11
1 UMÍRÁNÍ A SMRT	12
1.1 UMÍRÁNÍ Z MEDICÍNSKÉHO HLEDISKA	14
1.2 POSMRTNÉ ZMĚNY	15
1.3 FÁZE UMÍRÁNÍ DLE E. KÜBLER-ROSSOVÉ	16
1.4 PSYCHICKÉ A PSYCHIATRICKÉ SYNDROMY U UMÍRAJÍCÍCH PACIENTŮ	20
2 PÉČE O UMÍRAJÍCÍHO PACIENTA.....	23
2.1 KLINICKÁ TRAJEKTORIE UMÍRÁNÍ	23
2.2 PŘÍZNAKY A KLINICKÉ PROJEVY UMÍRÁNÍ	23
2.3 MÍRNĚNÍ PSYCHICKÉHO UTRPENÍ A SPIRITUÁLNÍ PODPORA PACIENTA	24
2.4 POTŘEBY UMÍRAJÍCÍHO PACIENTA	25
2.5 KOMUNIKACE S UMÍRAJÍCÍM	27
3 PÉČE O ZEMŘELÉHO PACIENTA	29
3.1 PROHLÍDKA ZEMŘELÉHO	29
3.2 PÉČE O ZEMŘELÉHO	29
4 PODPORA TRUHLÍCÍCH POZŮSTALÝCH	32
4.1 FÁZE TRUHLLENÍ.....	32
4.2 OBDOBÍ SMUTKU A HLEDÁNÍ KOMPENZACE.....	34
4.3 OBDOBÍ ADAPTACE	35
5 ZVLÁDÁNÍ ZÁTĚŽE PRACOVNÍKŮ OŠETŘUJÍCÍCH UMÍRAJÍCÍHO	37
6 VZDĚLÁVÁNÍ STUDENTŮ - BAKALÁŘŮ OŠETŘOVATELSTVÍ NA VYBRANÝCH UNIVERZITÁCH	40

II. PRAKTICKÁ ČÁST.....	43
7 METODIKA PRÁCE	44
7.1 CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO VZORKU	44
7.2 CÍLE VÝZKUMU	44
7.3 HYPOTÉZY	44
7.4 VÝZKUMNÁ TECHNIKA.....	45
7.5 CHARAKTERISTIKA POLOŽEK	46
7.6 ORGANIZACE ŠETŘENÍ.....	46
7.7 ZPRACOVÁNÍ VÝSLEDKŮ VÝZKUMU	47
7.8 VYUŽITÍ VÝSLEDKŮ VÝZKUMU.....	47
8 ZPRACOVÁNÍ VÝSLEDKŮ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ.....	48
DISKUZE	85
ZÁVĚR.....	88
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	89
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	91
SEZNAM TABULEK	92
SEZNAM GRAFŮ.....	93
SEZNAM PŘÍLOH	94

ÚVOD

Studium ošetrovatelství je studium velmi nesnadné. Neskládá se jen z předmětů, které jsou často vysoce náročné, ale také z praxe. Každý student musí v rámci svého studia absolvovat mnoho hodin odborné praxe na různých odděleních. Zde se setkává s různými pacienty, ať se již jedná o pacienty s chirurgickými, interními či jinými obtížemi. Student se setkává s dětskými pacienty, s dospělými pacienty, se starými pacienty. Obvykle se pacient v nemocnici uzdraví, dojde k výraznému zlepšení jeho zdravotního stavu. Ovšem bohužel stále platí, že medicína je mocná, nikoli však všemocná a student se pak může setkat s pacientem v terminálním stádiu nemoci, s pacientem, který umírá.

Pro každého člověka je toto setkání jistě složité a pro studenta ošetrovatelství také, neboť mladý člověk nějak nechce ještě myslet na umírání a smrt. Studenti jsou sice připravováni na toto setkání s umírajícím pacientem v různých předmětech, ale „být připraven“ perfektně na toto setkání je obzvláště komplikované a těžké.

Během svého studia jsme si často se studentkami sdělovaly své zážitky z praxe. Některé byly humorné, některé zase nikoliv. Stávalo se, že některá z nás se dostala k nějakému výkonu nebo úkolu, který měla nastudovaný jen teoreticky a nikdy dříve si jej nevyzkoušela prakticky. Daný výkon či úkol zvládla bez pochybení a byla na to patřičně hrdá. Málokterá z nás však mohla říci, že stejně bravurně zvládla i kontakt s umírajícím pacientem.

Já sama se osobně domnívám, že připravenost studentů bakalářského studia ošetrovatelství na setkání s umírajícím pacientem není příliš vysoká a proto se v rámci bakalářské práce věnuji právě tomuto tématu. Chtěla bych se dozvědět, jak studenti sami posuzují a hodnotí svoji připravenost na setkání s umírajícím pacientem, zda ji posuzují jako dostatečnou či nedostatečnou.

Primárním cílem mé bakalářské práce je zjistit, zda se studenti při své odborné praxi během bakalářského studia setkali s pacientem v terminálním stádiu a co při tomto setkání prožívali. Dále pak zjistit, zda považují výuku v této problematice za dostatečnou, jestli by uvítali její rozšíření a také zjistit, jaké jsou jejich znalosti v této problematice. Na závěr chci informovat odbornou veřejnost o výsledcích šetření.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 UMÍRÁNÍ A SMRT

Slovo „umírání“ je pro zdravotníky v užším slova smyslu synonymem terminálního stavu. Tento stav je možné definovat jako postupné selhávání životně nezbytných orgánů a jejich funkcí, jehož důsledkem je smrt. Umírání a smrt je také možné definovat. Zde je několik definic těchto pojmů:

- „Umírání je fáze života, na jehož konci je smrt.“ (Janáčková, 2008, s. 61)
- „Umírání je nepřesně ohraničený proces, který směřuje ke smrti. Z klinického hlediska se poslední fáze umírání označuje jako terminální stav. Vyznačuje se postupným nezvratným selháváním životně důležitých funkcí.“ (Kelnarová, 2007, s. 10)
- „Smrt je zánik jednotlivce.“ (Kelnarová, 2007, s. 12)
- „Smrt je z biologického a lékařského hlediska zastavení životních funkcí v organismu spojené s nezvratnými změnami, které obnovení životních funkcí znemožňují. Smrt je stav organismu po ukončení života.“ (Janáčková, 2008, s. 61)
- „Smrtí z patologického hlediska nazýváme zánik organismu. Ta nastává při nezvratné (ireverzibilní) zástavě celovztažného uspořádání organismu. Příčinou může být selhání dýchání nebo krevního oběhu - funkcí, které zabezpečují život. Ztráta celovztažnosti může nastat při poškození center řídicích dýchání a krevní oběh v mozku (regulační centra v mozkovém kmeni) nebo při rozvratu metabolismu. Tyto stavy jsou označovány jako „atria moris“ - brány nebo příčiny smrti.“ (Stříteský, 1993, s. 15)
- „Smrt je přirozeným důsledkem života, je od něj neoddělitelná. Není lidský život bez smrti.“ (Minibergová, 2006, s. 59)

Smrt - to je pojem, který se dotýká všech lidí, ale nejen lidí, ale všech organismů na naší planetě. Toto slovo vyvolává u naprosté většiny lidí řadu negativních pocitů, jako jsou např. strach, obavy, úzkost a celkově negativní pocity. Téma smrti je pro naši moderní, vyspělou společnost něčím, čím se nikdo nechce příliš zabývat a proto je toto téma také odsunováno až na jednu z posledních kolejí. V dnešní populaci jsou v popředí spíše hmotné záležitosti, prioritami jsou mládí, krása, bohatství, úspěšnost a peníze. Jen málokdo uvažuje nad tím, co jej čeká na konci života. Umírání je podle dnešních měřítek záležitostí

pouze starých a onkologicky nemocných lidí. Podle Payneové (2007, s. 2003) má moderní umírání tzv. „statusový přechod“, pro který jsou charakteristické tyto čtyři body:

- umírání musí být nutně spojeno se smrtelnou nemocí,
- ztráta aktivit a sociálních rolí; málo nových aktivit,
- nedostatečná socializace do role umírajícího,
- nedostatek „přechodových rituálů“ signalizujících ocitnutí se v roli umírajícího.

Smrt přestala být běžnou součástí každodenního života. Pro předchozí generace byl život nejistý, zatímco smrt byla velmi jistá. Lidé věděli, že snadno mohou přijít o svůj nejistý život (ať již nemocí, hladem, válkou, ženy také často při porodu). Smrt byla považována za jednu z mála jistot, které lidé v životě měli, byla jediným co měly společné všechny sociální a společenské vrstvy.

Smrt patřila k lidským dějinám odnepaměti. Odrážela se v kulturní, duchovní, filosofické a osobní dimenzi. Od počátku se lidé snažili vysvětlit si její smysl. S postupem vývoje civilizací a kultur se vytvářela různá náboženství a filosofické směry a snažily se vysvětlit si její smysl.

I přesto je smrt pro lidi stále něco neznámého, něco z čeho mají obavy a strach. Proto se jí snaží ze svého vědomí vytěsnit. Smrt může být pojata třemi způsoby psychických mechanismů:

- **Racionalizace** - při racionalizaci jsou logicky zdůvodňována tvrzení oddalující přijetí vlastní smrtelnosti. Toto je typické pro dospívající a děti, výjimečně i u dospělých. Charakteristická může např. toto prohlášení v dětském věku: „Nikdy nezemřu, protože až vyrostu, bude vynalezen přípravek na nesmrtelnost.“ U dospělých má racionalizace spíše tuto formu: „Teď nemohu zemřít, kdo by se postaral o mé malé děti?“
- **Popření** - je to způsob vytěsnění, stav nepřipouštění si vlastní konečnosti. Člověk žije tak, jako by se jej smrt vůbec osobně netýkala.
- **Akceptace** - akceptování vlastní smrti je zralou formou psychického mechanismu. Člověk si uvědomuje svou vlastní konečnost a toto poznání ovlivňuje jeho myšlení,

chování a jednání. Pokud zdravotníci přijmou svou vlastní konečnost, výrazně jim to napomůže při komunikaci s trpícími, umírajícími a pozůstalými.

1.1 Umírání z medicínského hlediska

Tato část popisuje umírání z medicínského hlediska. Zde jsou vysvětleny základní pojmy, a to agónie, klinická smrt, biologická smrt a smrt mozku.

Agónie

Agónie je označována také jako předsmrtný zápas. Je to stav, kdy jsou u pacienta zachovány základní životní funkce, ale dochází k poruchám funkce některých orgánů. Funkce těchto selhávajících orgánů se však může ještě sama upravit do normálu.

Klinická smrt

Jako klinická smrt je označován stav, při kterém má pacient tyto příznaky:

- zástava dechu a srdeční činnosti,
- špatně hmatný puls,
- nepravidelný dech,
- bledá až šedá kůže,
- studený pot,
- zapadlé oči,
- chladné uši a nos,
- vyčnívající nos,
- inkontinence,
- poruchy vědomí.

Při tomto stavu je metabolismus mozkových buněk zachován a tento stav je označován jako reverzibilní, neboť pacient může být zresuscitován.

Biologická smrt

Biologickou smrtí je označován stav, kdy dochází k zániku činnosti buněk, orgánů a systémů. Tento stav je ireverzibilní, tj. nevratný.

Smrt mozku

Smrt mozku je stav, kdy dojde k ireverzibilnímu zániku mozkových buněk. Tento stav je považován za jistou známku smrti. Mozek odumírá za běžných okolností během několika minut po zástavě dýchání nebo krevního oběhu.

1.2 Posmrtné změny

Jako posmrtné změny jsou označovány změny, které nastávají v organismu po smrti. Tyto změny jsou rozděleny na fyzikální a chemické. Přítomnost těchto změn je jistou známkou smrti.

Fyzikální změny

Zde jsou popsány posmrtné fyzikální změny organismu, a to:

Posmrtné chladnutí těla - po smrti začne postupně klesat tělesná teplota zemřelého, až dojde k jejímu vyrovnání s okolní teplotou.

Posmrtné skvrny - po zástavě krevního oběhu po smrti krev začne stékat v cévách na nejnižší místa a zde se hromadí. V těchto místech vznikají na kůži tmavé skvrny.

Posmrtné pronikání (difúze) tekutin a plynů.

Posmrtné vysychání.

Chemické změny

Zde jsou popsány posmrtné chemické změny organismu, a to:

Posmrtná ztuhlost - obvykle za 2 hodiny po smrti dochází u zemřelého k tuhnutí svalů. To se nejprve objevuje na obličeji, poté přechází na svalstvo horních končetin, svalstvo trupu a svalstvo dolních končetin. Za 7 - 10 hodin dojde ke ztuhnutí svalů celého těla.

Srážení krve - dochází ke vzniku krevních sraženin v cévách a v srdci.

Posmrtné samonatrávení - je nazýváno též jako autolýza. K tomuto samonatrávení dochází účinkem enzymů přítomných ve tkáních. Autolýza je viditelná nejprve pouze mikroskopicky, po určité době je však viditelná i pouhým okem.

1.3 Fáze umírání dle E. Kübler-Rossové

Americká lékařka E. Kübler-Rossová popsala na základě svých zkušeností s umírajícími pacienty základní fáze jejich psychického prožívání.

Tyto formy chování je potřebné znát, aby jejich chybnou interpretací nebyly vyvozeny špatné závěry z chování pacientů. Toto členění je pouze orientační, protože některé fáze se nemusí vůbec vyskytnout, nebo se jejich pořadí může změnit. Fáze, které byly ukončeny se mohou znovu objevit. Průběh těchto fází určuje hlavně druh a charakter onemocnění. Je dobré vědět, že níže popsanými fázemi prochází nejen pacient, ale i jeho rodina a blízcí.

Zde jsou blíže popsány fáze umírání dle výše uvedené autorky:

První fáze: odmítání přijmout pravdu a izolace, šok, popření: „Já ne!“

První fáze je tvořena prvotní reakcí umírajícího pacienta a je často prožívána v šoku. Především je-li informace o zdravotním stavu pacienta nečekaná, nebo se neočekávaně potvrdí dlouhodobé podezření. Velmi silná je šoková reakce, pokud je pacient v okamžiku poznání sám. Typické jsou věty a prohlášení jako např.:

- „Ne, já ne, pro mne to neplatí!“
- „To není možné.“
- „To je určitě omyl.“
- „Zaměnili mi výsledky.“

V této fázi může být chování pacienta často impulzivní, nekontrolovatelné a je zde potenciální riziko sebevraždy. Pacient může odmítat nutné diagnostické a terapeutické metody, neboť se domnívá, že pro něj nejsou nutné.

Sestra v této fázi musí především respektovat popírání pacienta, ale tuto iluzi nesmí podporovat. Sestra musí umět v této fázi čekat a měla by být připravena přijmout pacienta i tehdy, pokud se jeho chování neshoduje s jejími vlastními názory. Musí být stále na pozoru, aby nezmeškala okamžik, kdy pacient svůj názor změní a požádá ji o podporu - v tuto chvíli nesmí dojít k žádnému odkládání. Pacienta není možné odkazovat na pozdější dobu, neboť by se mohl stáhnout do sebe.

Pacientův strach a nadměrná životní zátěž potřebují nejvyšší možnou podporu. Lidé, kteří nikdy nezažili tuto situaci, se nemohou vcítit do myšlení a prožívání pacienta. Mohou ale

projevit zájem a ochotu naslouchat. Klidné opakování a vysvětlování, stejně jako podávání srozumitelných informací o onemocnění a léčbě pomáhají zmírnit úzkost a mobilizují pacienta k adaptaci a ke zvládnání této nadměrné psychické zátěže.

Druhá fáze: zloba, vztek, zášť, hněv: „Proč já?“

Tato fáze obvykle u pacientů nastává brzy po sdělení závažné diagnózy. Je zde charakteristická podrážděnost, slovní agresivita vůči okolí, nevděčnost, výbuchy zlosti, vyčítání nespravedlnosti, napětí a úzkosti. Typickými větami jsou např.:

- „Proč zrovna já?“
- „Čí je to vina?“
- „Vždyť mi nic nebylo a najednou tohle!“

Pacient také pochybuje nejen o léčbě, ale i o ošetřování. Jeho výbuchy zlosti postihují nejčastěji sestry, protože ty s ním tráví nejvíce času. Svůj hněv často obrací vůči sobě, někdy i proti spolupacientům. Příbuzné, které nejprve toužebně očekává, ihned po příchodu zaplaví nespravedlivými výčitkami.

Pacient také ztrácí svou autonomii, jeho pocit řízení vlastního osudu je do základů otřesen a ztracen. Léčba vyžaduje přizpůsobení se, pacient je do jisté míry závislý na lékaři. Musí se naučit důvěřovat jeho rozhodnutí o výběru a použití nejvhodnější léčby.

Sestra musí vědět, že výbuchy hněvu mají původ v bezmocnosti a jsou voláním o pomoc. Výbuchy afektů a agresivita jsou pro pacienta způsobem vyrovnávání se s osudem. Sestra si musí uvědomit, že pacientova agresivita není namířena proti její osobě, ale proti zlé nemoci a nepříznivému osudu. Pokud by sestry jednaly stejným způsobem, pacient by poznal, že je ve své situaci osamocen. Většina nemocných je ze svého chování velmi nešťastná, protože ani jim není zpočátku jasné, proč najednou reagují tímto způsobem. Sestra může pomoci pacientovi trpělivým vysvětlováním, porozuměním, podporou a neustálým pozitivním motivováním.

Třetí fáze: uklidnění, smlouvání: „Možná, že přece jenom já ne!“

Tato fáze je charakteristická akceptací diagnózy, smířením se s nevyhnutelností a úsilím o prodloužení či zachování života.

„Akceptace diagnózy nastává po období hledání viníka (kdo, nebo co za to může) a obviňování sebe (čím jsem si to zapříčinil).“ (Janáčková, 2008, s. 67)

Pacient se snaží odkládat to, co je nevyhnutelné. Vyptává se na nové léčebné metody nebo nové léčebné pokusy, vyhledává jiná zdravotnická zařízení nebo lékaře. Intenzivně shání informace o nových a zázračných léčebných metodách, lécích, dietách, o přírodních postupech (např. o bylinkách apod.), alternativních postupech, přemýšlí o léčiteli, je ochoten zaplatit téměř jakoukoliv finanční částku za účinnou léčbu apod.

Pacienti slibují, jaké přinesou v budoucnu oběti, bude-li jejich život zachován. Často mění svůj žebříček hodnot, celkový pohled na život a svůj dosavadní přístup k životu. Dramatické jsou změny i v pacientově spirituální oblasti.

Sestra by měla pacienta v jeho situaci chápat, ale neměla by se podílet na jeho spekulacích. Pokud pacient vysloví touhu přejít od klasické medicíny k alternativní léčbě či léčiteli, není vhodné se pohoršovat či snad mu tuto volbu zakazovat, nicméně je vhodné upozornit na velké procento podvodníků v této oblasti. Je důležité nereagovat osobně, vyjádří-li pacient myšlenku, že v jiném zdravotnickém zařízení je možnost účinnější léčby. V této fázi také začne pacient pečlivě kontrolovat svoji léčbu. Není nutné toto chápat jako nedůvěru, naopak je vhodné tohoto období využít k posílení zájmu o léčbu, a tím podpořit pacientovu samostatnost. Pacient musí vědět, že jeho názory a osobnost jsou respektovány a není k němu přistupováno jako k malému dítěti.

Čtvrtá fáze: deprese, zoufalství: „Co to pro mě znamená?“

Příchod této fáze je velmi závislý na tom, jak se pacient cítí po fyzické stránce. Pokud mu ubývají tělesné síly, zanechává dříve nereálných nadějí a dříve pochopí nevyhnutelný osud.

U pacienta se nyní projevuje narušená psychická stabilita. Dochází ke zhroucení obranných mechanismů, což se může projevit např. panikou, strachem, depresí, neklidem, zmateností, beznadějí, obavami o své blízké, strachem ze samoty, bolesti a strachem ze ztráty osobní důstojnosti, strachem ze zúčtování.

V této fázi jsou kladeny vysoké nároky i na psychiku příbuzných, neboť se od nich očekává podpora pacienta v situaci, kdy se musí sami vyrovnat s blížící se ztrátou a vyjasnit si role.

Úkolem sestry v této fázi je trpělivě naslouchat. Může také pomoci pacientovi nalézt řešení např. v urovnání vztahů v rodině, v zajištění rodiny apod.

Pátá fáze: odevzdanost, smíření se smrtí, přitakání: „Ano, musí-li tomu tak být, jsem toho schopen“

Terminální stádium nemoci je doprovázeno řadou nepříjemných fyzických i psychických příznaků a potíží. Jak pacient prožívá své umírání velmi závisí na psychologické péči a přístupu jeho nejbližších. Rodina obvykle chce znát podrobné informace o změnách fyzického stavu pacienta. Pokud je to jen trochu možné, je nanejvýš vhodné ji do péčování o pacienta zapojit. Často si pacienti přejí zemřít doma ve svém známém prostředí. Souvisí to s jejich představou klidného a důstojného umírání v kontaktu se svými nejbližšími.

Na procesu smíření se významně podílí náboženské přesvědčení pacienta či jeho rodiny. Také se často stává, že nevěřící pacient se ke konci svého života obrací na víru v Boha. Je potvrzeno, že věřící lidé přijímají smrt smířlivěji a klidněji, neboť mají víru v duši, která v okamžiku smrti opustí fyzické tělo a pokračuje dále ve své nesmrtelné existenci. Nemoc, útrapy a konečně i sama smrt jsou vnímány jako Boží vůle, smrt je dále považována za vykoupení z tohoto pozemského světa a toto pomáhá věřícím ke klidnému a vyrovnanému smíření a odchodu ze světa.

Pomoc sestry u lůžka umírajícího spočívá nejen v péči o fyzické potřeby, ale také v psychologické pomoci, přičemž tato pomoc spočívá v poskytnutí sebe sama a ne jako profesního experta. Rozhovor, dotek, pohlazení, podržení za ruku, utření slzy, to vše pomáhá umírajícímu pacientovi v jeho přetěžké situaci. Je důležité vědět, že k tomuto období smíření nemusejí dospět všichni nemocní a je nesprávné pacienta k němu nutit.

„Jsou pacienti, kteří odmítají vzít na vědomí, že umírají, i když jejich stav je velmi vážný. Jsou pacienti, kteří připouštějí, že se blíží jejich konec, že umírají a vysloví tuto skutečnost nahlas a přejí si, aby to i lidé kolem nich vzali na vědomí.“ (Kelnarová, 2007, s. 33)

Podle Kelnarové (2007, s. 33) je rozlišováno osm skupin umírajících pacientů.

1. **Pacienti se silnou vírou**, která je vede ke statečnosti, naději. Tito lidé často pomáhají i v posledních chvílích svým spolupacientům.
2. **Pacienti „psychicky mrtví“** jsou apatičtí, lhostejní a nemají touhu vychutnat si poslední chvíle svého života.
3. **Pacienti, kteří jsou při plném vědomí**, smrt je pro ně samozřejmý konec života.

4. **Pacienti, kteří nechtějí zemřít**, často zde patří lidé, kteří byli materiálně velmi dobře zajištěni.
5. **Pacienti euforičtí a dobré nálady** do konce svého života, nemyslí na smrt, často se domnívají, že se stane zázrak a nezemřou.
6. **Pacienti, kteří jsou již duchem jinde**, mlčí a jsou připraveni na svou smrt.
7. **Pacienti vyčerpaní, zesláblí** a kteří již nechtějí žít a nemají sílu nadále s bolestí bojovat.
8. **Pacienti, kteří filozofují o sociálním dopadu** jejich možného odchodu a nechtějí vzít na vědomí, že se blíží konec jejich života.

1.4 Psychické a psychiatrické syndromy u umírajících pacientů

„Nevyléčitelné onemocnění znamená velmi zásadní změnu v lidském životě v tělesné, duševní i duchovní oblasti. Nemocný je postaven před úkol vyrovnat se s mnoha změnami a adaptovat se na nové situace: stává se závislým na pomoci druhých, přestává být schopen se o sebe postarat a jeho aktivity jsou omezené. S tím souvisejí ztráty v oblasti životních cílů a aspirací, je omezena realizace zájmů a realizace životních rolí. Střídají se především emoce hněvu, úzkosti, strachu, smutku a deprese.“ (Sláma, 2007, s. 237)

Strach a úzkost

Strach a úzkost patří mezi obvyklé projevy pacientů s vážným onemocněním. Tyto pocity výrazně mění pacientovu schopnost komunikace a jeho vnímání. Často zažívají spíše pocity neurčité úzkosti než konkrétního strachu, neboť úzkost má obvykle původ v nejisté budoucnosti.

Mezi nejčastější projevy úzkosti podle Slámy (2007, s. 237) patří:

- agitovanost,
- neklid, nepokoj, roztěkanost,
- zvýšená potivost,
- tachykardie,
- hyperventilace,
- nespavost, poruchy spánku,
- nadměrné obavy i z drobných, v jiné situaci snadno řešitelných věcí,

- napětí.

Úzkostný pacient obvykle méně mluví a vyhýbá se přímému očnímu kontaktu. Nejsou naopak ale vzácné ani zrychlená řeč nebo nutkání mluvit. Mnoha pacientům přináší úlevu mluvení, nebo i křik - v tomto případě je dobré nechat pacienty vykřičet.

S úzkostným pacientem je třeba jednat podle následujících doporučení:

- mluvit klidně a srozumitelně,
- nezahltit pacienta přílišným množstvím slov,
- otázky klást pozvolně,
- respektovat, pokud se pacient bude chtít vyjadřovat neverbálně.

Smutek

„Hluboký smutek může být jak projevem onemocnění, tak zdravým projevem a přiměřenou reakcí na těžkou životní situaci. Při ztrátě důležité hodnoty nebo vztahu je zármutek nejen adekvátní a zdravou, ale i nutnou reakcí pro znovuoobnovení rovnováhy duševního života.

Při práci s pacienty zažívajícími smutek je prvním úkolem zajistit přiměřený prostor pro prožití a projevení pocitů.“ (Sláma, 2007, s. 238) Smutek zasluhuje prostor, aby mohl být prožit a vyústit ve vyrovnání. (Sláma, 2007, s. 239)

Deprese

Určit, kde je přesná hranice mezi smutkem a depresí lze jen velmi obtížně. Jako depresi označujeme smutek, který trvá nepřiměřeně dlouhou dobu a je nepřiměřeně hluboký. Různí pacienti prožívají různě dlouho a různě hluboce svůj smutek. Pro rozlišení pojmů „smutek“ a „deprese“ je vhodnější porovnat jejich průběh. U pacientů, kteří jsou v depresi se nevykytují tzv. „světlé chvíle“, jejich skleslost má trvalý charakter.

Pro depresi jsou charakteristické tyto příznaky:

- trvalý smutek, sklíčenost,
- pocit bezmoci a beznaděje,
- neschopnost aktivit, nebo jen s velkými obtížemi,
- přání zemřít, suicidální tendence, žádosti o eutanázii,
- nespavost nebo naopak přílišná spavost,
- chronická bolest nereagující na léčbu,
- ztráta energie a koncentrace,

- únavnost,
- sociální izolace a snížená komunikativnost,
- sebelítost.

Somatické potíže, častá přítomnost bolesti a závažná diagnóza jsou faktory, které se podílejí na vzniku deprese u umírajících pacientů.

2 PÉČE O UMÍRAJÍCÍHO PACIENTA

„Jako terminální fázi – umírání – označujeme poslední dny a hodiny života, kdy dochází k nevratnému selhávání lidského organismu. **Umírání není jen patofyziologický proces, ale současně jde o konečnou fázi jedinečného lidského života, která má svou psychologickou, sociální a spirituální dimenzi.**“ (Sláma, 2007, s. 301)

2.1 Klinická trajektorie umírání

K terminálnímu selhání může dojít ze stavu plného zdraví náhle a nečekaně, jako se to děje např. při úrazech, otravách, plicní embolii apod.

Umírání může být naopak očekávaným vyústěním známé, pokročilé, již nevléčitelné choroby (např. metastazujícího karcinomu). Smrti předchází zhoršení klinického stavu, které může trvat různě dlouhou dobu - několik sekund až minut (např. při masivním krvácení z karotidy), několik hodin (např. při krvácení do GIT), ale i několik dní (např. při jaterní encefalopatii).

Sláma (2007, s. 303) uvádí, že mezi potenciálně reverzibilní příčiny zhoršení celkového stavu u pokročile nevléčitelných nemocných patří:

- dehydratace,
- hyperkalcémie,
- hypoglykémie,
- hyponatrémie, hypernatrémie,
- anémie,
- urémie,
- ikterus a jaterní encefalopatie,
- infekce,
- intrakraniální hypertenze,
- kardiální dekompenzace.

2.2 Příznaky a klinické projevy umírání

Nejčastějšími obtížemi pacienta v terminální fázi (ať už je základní onemocnění jakékoli) jsou bolest, nevolnost a zvracení, zmatenost, suché sliznice, dušnost a chrčivé dýchání.

Podle Slámy (2007, s. 307) patří mezi zřetelné projevy terminální fáze onemocnění celkové zhoršení stavu a prohlubování těchto potíží:

- narůstající celková slabost a únava, pacient nevstává z lůžka, prodlužuje se délka denního spánku, pacient se stává více závislým na cizí pomoci,
- ztráta zájmu o okolí, vzdalování se od vnějšího světa, často dezorientace, neklid, někdy halucinace,
- odmítání jídla a pití (někdy nauzea a dysfagie, nebo neschopnost cokoliv polknout),
- nepravidelnost dýchání (apnoické pauzy, Cheyneovo-Stokesovo dýchání),
- chrčivé dýchání (je projevem kumulace sekretu v dýchacích cestách),
- oligurie až anurie,
- „zašpičatění nosu“ – facies Hippocratica,
- periferní cyanóza, mramorovaná kůže.

2.3 Mírnění psychického utrpení a spirituální podpora pacienta

Úzkost, deprese a neklid umírajících mohou mít mnoho příčin. U konkrétního pacienta je užitečné položit si následující otázky, které uvádí Sláma (2007, s. 309):

- Je příčinou nějaký tělesný problém, který je třeba řešit?
- Je úzkost a neklid obrazem mozkové dysfunkce?
- Je úzkost a neklid projevem strachu z umírání a smrti (strach z očekávané bolesti a utrpení, z neznáma, z odloučení od blízkých, smutek z nedokončených životních projektů, obavy o osud pozůstalých, malých dětí atd.)?
- Je úzkost a neklid projevem nevyřešených problémů ve vztazích s rodinou, s jinými lidmi, s Bohem?

Blízkost rodiny a zdravotnických pracovníků je a vždy zůstane nejdůležitějším léčebným opatřením. Všichni, kdo o umírajícího pacienta pečují, si musí uvědomit, že spirituální a psychologická témata jsou pro něj stejně důležitá jako otázka tělesných potíží. Celková péče a způsob komunikace by se měly přizpůsobit tomu, co pacient v danou chvíli považuje za důležité. Není automatické a samozřejmé, že nejprve se musí řešit potíže tělesné a pak teprve potíže spirituální a psychosociální.

2.4 Potřeby umírajícího pacienta

„Člověk je i na konci života živou bytostí. Lidé mají i na konci života stejné potřeby jako každý jiný člověk, pouze s určitými zvláštnostmi.“ (Minibergová, 2006, s. 60)

Nejprve je nutné vyjasnit si, co je to potřeba.

„Potřeba je projevem nějakého nedostatku, chybění něčeho, jehož odstranění je žádoucí.“ (Trachtová, 2003, s. 10)

„Potřeba je stav nedostatku nebo nadbytku něčeho zcela konkrétního a pro člověka jednoznačně důležitého.“ (Vučková, 1994, s. 32)

„Potřeba je projev nedostatku nebo nadbytku něčeho v oblasti biologické, psychické nebo sociální. Je to stav jednotlivce, který se odchyluje od životního optima. Potřeby jsou zdrojem lidského chování a také klíčem k jeho pochopení. Jsou užitečné a velmi úzce souvisí se zachováním a kvalitou života každého jednotlivce.“ (Krátká, 2007, s. 7)

V následujících řádcích jsou blíže definovány jednotlivé potřeby:

Fyziologické potřeby

Mezi fyziologické potřeby patří potřeba spánku, jídla a pití, vylučování, hygieny, pohybu, dýchání, doteku, mírnění utrpení apod.

Potřeby bezpečí

Bezpečí pociťuje každý člověk jinak. Někdo se cítí bezpečněji doma, jiný zase v nemocnici. Ve zdravotnickém zařízení lidé potřebují mít jistotu, že o ně dobře pečují kompetentní zdravotničtí pracovníci.

Afektivní potřeby

Každý člověk má potřebu, aby ho měl někdo rád a aby i on mohl mít někoho rád. Člověk ke konci života potřebuje pocit, že je milován, aby mohl milovat. Zdravotníci by měli pacienta respektovat tím, že mu budou naslouchat a nebudou jej příliš rychle ubezpečovat a uklidňovat (což často dělají, aby se zbavili své vlastní úzkosti). Je třeba dát pacientovi dostatek prostoru k vyjádření všeho, co potřebuje a nehledat řešení problémů, ale dát najevo své porozumění.

Potřeba sebeúcty

Každý člověk považuje za důležité, že rozhoduje sám za sebe a je pánem svého života. Pokud už tuto možnost nemá, je třeba se vyvarovat negativních reakcí vůči pacientovi. Např. by neměl mít z našich reakcí pocit, že jej odsuzujeme (pokud si nemoc způsobil sám - alkoholik, kuřák, narkoman) nebo se jej štítíme (pokud jej nemoc zohavila).

Seberealizační potřeby

I člověk, který je blízko smrti potřebuje plánovat. Plány jsou znamením, že je ještě naživu. Umírající by neměl být odsouzen pouze k přijímání, ale má potřebu vytvářet, dávat, dělit, např. dát někomu předmět na památku, sepsat závěť apod.

Estetické potřeby

Jde o potřeby krásna (např. příjemné okolní prostředí), dobra či opravdovosti. Mnoho pacientů v sobě objeví umělecké vlohy. Mohou začít např. malovat, kreslit, vytvářet z hrnčářské hlíny dekorace apod. Obklopí se tak nejen hezkými, příjemnými věcmi, ale naplní to i jejich potřebu zanechat po sobě nějakou památku, být pro svět ještě nějak užitečnými.

Duchovní potřeby

Jde o všechny potřeby, které souvisí se smyslem života a smrti. Umírající má velkou potřebu urovnat vztahy ve svém okolí a usmířit se s blízkými lidmi. Je to důležité pro umírajícího i pro pozůstalé - ti se tak vyhnou pocitu viny, který by se odrážel v prožívání smrti blízkého člověka. Také naplnění náboženských potřeb (přijetí svátostí, modlitba, rozhovor s duchovním) je velmi důležité k dosažení klidu umírajícího.

Minibergová (2006, s. 62) předpokládá, že při doprovázení umírajícího mu budeme převážně naslouchat. To je totiž společné poslání těch, kteří jsou s umírajícím. Je třeba mu poskytnout co největší pohodlí a útěchu. Ujmout se ho, být s ním a s jeho rodinou během tohoto těžkého období a i později, když se rodina smiřuje se smrtí blízkého člověka. Ten, kterého nazýváme „umírajícím“, je ve skutečnosti stále živý. Až do konce svého života má potřeby, jež je třeba uspokojovat, zvláště potřebu netrpět. Má právo, abychom s ním i na konci jeho života zacházeli jako se svobodnou a odpovědnou bytostí.

Příkladem vyjádřených potřeb může být i americká **Charta umírajících** (Haškovcová, 2007, s. 42-43):

- „Mám právo na to, aby se semnou až do smrti zacházelo jako s lidskou bytostí.

- Mám právo na naději, a nezáleží na tom, že se mění moje životní perspektiva.
- Mám právo vyjádřit své pocity a emoce týkající se blízké smrti.
- Mám právo podílet se na rozhodnutích týkajících se péče o mě.
- Mám právo na stálou zdravotnickou péči, přestože se cíl „uzdravení“ mé nemoci mění na „zachování pohodlí a kvality života“.
- Mám právo zemřít neopuštěn.
- Mám právo být ušetřen bolesti.
- Mám právo na poctivé odpovědi na své otázky.
- Mám právo nebýt klamán.
- Mám právo na pomoc rodiny a na pomoc pro rodinu v souvislosti s přijetím mé smrti.
- Mám právo zemřít v klidu a důstojně.
- Mám právo uchovat si svou individualitu a mám právo na laskavé pochopení svých rozhodnutí a názorů.
- Mám právo být ošetřován pozornými, citlivými a zkušenými lidmi, kteří se pokusí porozumět mým potřebám a kteří budou prožívat zadostiučinění z toho, že mi budou pomáhat tváří v tvář smrti.“

Mezi další dokumenty zabývající se umírajícími patří:

- **Práva kriticky nemocného,**
- **Deklarace práv nemocných rakovinou,**
- **O ochraně lidských práv a důstojnosti (hodnot) nevyлéčitelně nemocných a umírajících.**

2.5 Komunikace s umírajícím

Tato část se zabývá problematikou komunikace s umírajícími. Zde je uvedeno několik zásad, které by měly pomoci při komunikaci s umírajícím (Kelnarová, 2007, s. 69-70):

- „Respektovat právo pacienta na pravdivé informace.

- Informace o zdravotním stavu pacientovi podává lékař.
- Pacientovi ponecháváme naději na zlepšení nebo pozastavení choroby.
- Neurčovat čas, který nemocnému zbývá do konce života.
- Pečlivě volit slova, lépe je vyhýbat se výrazům, které by mohly asociovat smrt.
- Dát možnost umírajícímu hovořit o svých pocitech.
- Naslouchat umírajícímu a rodině.
- Respektovat právo umírajícího nemít bolest. Dávat jistotu, že nebude trpět bolestí.
- Při komunikaci s umírajícím hovořit i s rodinou.
- Používat nonverbální komunikaci - haptiku.
- Umožnit umírajícímu hovořit o svých potřebách a zajistit podle možností jejich splnění.
- Rozhovoru s umírajícím věnovat čas, čas věnovat i jeho nejbližším.
- Komunikovat s rodinou i po úmrtí, přiznat čas na truchlení.“

3 PÉČE O ZEMŘELÉHO PACIENTA

V této kapitole je popsána prohlídka zemřelého, tj. kdo provádí prohlídku zemřelého, jaká je péče ve zdravotnickém zařízení o zemřelého a kdo předává informace o úmrtí.

3.1 Prohlídka zemřelého

Sláma (2007, s. 311) uvádí, že povinnosti lékaře při úmrtí pacienta definuje vyhláška č. 19/1988 Sb., o postupu při úmrtí a o pohřebnictví a dále pak, že prohlídka mrtvé osoby obsahuje následující kroky:

- úřední konstatování smrti osoby,
- vyplnění Listu o prohlídce zemřelého, který musí obsahovat následující informace: stanovení data úmrtí, stanovení příčiny smrti a rozhodnutí o pitvě.

Prohlídku zemřelého provádí:

- **doma:** praktický lékař (PL), u kterého je pacient registrován a není-li PL dostupný (např. v mimopracovní době), provádí prohlídku lékař LSPP nebo RZP;
- **mimo zdravotnické zařízení a domov pacienta:** obvykle lékař RZP;
- **ve zdravotnickém zařízení:** lékař (obvykle ošetřující, popř. službu konající lékař).

3.2 Péče o zemřelého

Tato část se zabývá péčí o mrtvé tělo, označením těla, zajištěním pozůstalosti a předáním informací o úmrtí.

Předání informace o úmrtí

Telefonické předávání informací příbuzným o úmrtí pacienta je v kompetencích lékaře, přičemž platí tyto zásady:

- je nutné zajištění odeslání SMS zprávy příbuzným s přesným zněním (zajistí telefonní ústředna),
- podává se zpráva sociální pracovníci, obci - jde-li o osobu osamělou,
- jde-li o cizince bez příbuzných na území České republiky, lékař podává zprávu příslušnému konzulátu,
- je zajištěn kontakt lékaře s rodinou při prvním jednání.

Péče o tělo

Po ohledání těla přejímá veškerou péči o tělo zemřelého sestra. Péče o zemřelého je poslední povinností sestry k zemřelému, proto je zapotřebí chovat se taktně, důstojně a s úctou.

Pokud jsou na pokoji přítomni jiní nemocní, je dobré je požádat, aby opustili pokoj, případně zajistit soukromí zemřelého pomocí zástěny. Soukromí musí být zajištěno i při odvozu do místnosti pro zemřelé. V žádném případě se nesmí dovolit druhým nemocným pohled na manipulaci s tělem zemřelého. Při péči o tělo je lépe, když pracují dvě sestry. Je nutno vždy pracovat šetrně, rychle a taktně.

Z lůžka se odstraní všechny pomůcky doplňující lůžko, polštář a deka. Tělo se uloží na prostěradlo a gumovou podložku.

Zemřelý je svlečen z oděvu a jsou mu umyta znečištěná místa, sejmuty všechny šperky (vždy za přítomnosti svědka), odstraněny náplasti (nesmí se poškodit kůže), rány se převáží novým krytím, vytáhne se permanentní močový katéتر, permanentní žilní katéتر, nasogastriká sonda, drény se pouze zkrátí a ponechají se v ráně. Tělo je uloženo do vodorovné polohy, kdy ruce jsou uloženy podél těla. Oči se zatlačí, pokud nedrží zavřené, přidrží se na nich čtverce z hydrofilního mulu namočené v alkoholu.

Ústa se prohlédnou, vyjme se zubní protéza a zaznamená se tato skutečnost do dokumentace. Pokud je v ústech zemřelého nesnímatelná zubní náhrada ze žlutého nebo bílého kovu, taktéž se zaznamenává tato skutečnost do dokumentace. Zavřou se ústa, brada se podváže obvazem a výraz tváře se vyrovná do příjemného výrazu (obinadlo se příliš nestahuje).

Označení těla

Tělo je nutné důkladně a přesně označit, aby nedošlo k záměně. Označuje se popisovačem na levou dolní končetinu - jméno a příjmení, rodné číslo, datum a hodina úmrtí, oddělení, bydliště, diagnóza, číslo chorobopisu (u novorozenců a kojenců se údaje píší na hrudník). Na palec druhé dolní končetiny se připevňuje identifikační kartička. Tělo zemřelého se překrývá prostěradlem a ponechává se na oddělení nezbytnou dobu - 2 hodiny - v místnosti k tomuto účelu určené.

Vyplní se údaje spojené s úmrtím, do ošetrovatelské dokumentace se zapíší všechny údaje o úmrtí, čas úmrtí a provedené činnosti, provede se odhlášení ze stavu pacientů a stravová-

ní. Do hlášení sester se zaznamenává čas úmrtí, čas odvozu zemřelého z oddělení a způsob oznámení úmrtí rodině.

K převozu se připraví dokumentace, kterou vyplní lékař (3x List o prohlídce mrtvého a Průvodní list ke klinické pitvě - pokud je indikována). Objednává se odvoz zemřelého na patologické oddělení po 2 hodinách od konstatování smrti a zajistí se předání těla zemřelého zřízencům patologického oddělení, nebo je odvezeno pohřební službou.

Pozůstalost

Všechny věci po zemřelém je nutno sepsat (věci ze stolku + oděv ze šatny) - píše se vždy 2x do knihy pozůstalostí. Soupis se provádí a zapisuje vždy za přítomnosti svědka. Cennosti se ukládají do trezoru (píše se vždy bílý nebo žlutý kov). Finanční hotovost se spočítá a přesná částka je zaznamenána. Pokud se některé věci nepodaří sejmout, provede se o tom zápis, totéž je provedeno i pokud byly na trvalém chrupu zuby z bílého nebo žlutého kovu. Pozůstalost se vydává proti předložení občanského průkazu a předává se jednotlivě po kusu (finanční obnos se přepočítá). Po předání pozůstalosti je nutné podepsání předání do knihy pozůstalostí a zaznamenává se přesně jméno a číslo občanského průkazu toho, kdo pozůstalost převzal.

4 PODPORA TRUHLÍČÍCH POZŮSTALÝCH

Za zvláštní kapitolu můžeme považovat psychické prožívání **utrpení vzniklé ztrátou partnera**. Janáčková (2008, s. 58) tvrdí, že vzájemné odloučení vytváří trvalý stav frustrace, která postupně zasahuje do myšlení, prožívání a chování člověka. Smutek způsobený ztrátou životního partnera může přetrvávat i několik let.

Janáčková (2008, 58) rozděluje toto složité a těžké období na tři obecná:

1. období truchlení,
2. období smutku a hledání kompenzace,
3. období adaptace.

Jednotlivá období nejsou nijak ohraničena časem, jejich prožívání je u každého člověka individuální. Charakter osobnosti zde hraje velkou roli. Podle Janáčkové (2008, s. 60) hysterické, úzkostné nebo jinak nápadné rysy osobnosti, které jsou v normálním životě racionálně regulovány, se v počátečních fázích nadlimitní životní zátěže vyvolané úmrtím blízké osoby hlásí ke slovu. Někdy přetrvávají děsivé představy a předtuchy typu katastrofického vnímání událostí i běžných situací, které vyvolávají stavy úzkosti a možné psychosomatické projevy.

4.1 Fáze truchlení

Úmrtí blízkého člověka je velkou životní ztrátou a truchlení je normální reakcí na tuto ztrátu. Mezi nejčastější projevy truchlení patří zármutek, úzkostné stavy, deprese a doprovodné somatické obtíže. Většina pozůstalých sesbírá síly a s nastalou situací se během několika měsíců vyrovnají bez větších komplikací. U některých však dochází k tzv. komplikovanému truchlení. Toto komplikované truchlení se vyznačuje intenzivní a neobvykle dlouhou dobou smutku a pozdějšími komplikacemi jako jsou deprese a/nebo manifestace některých psychosomatických poruch. Řada kulturních a náboženských zvyklostí a rituálů pomáhají tuto těžkou ztrátu zpracovat.

Obvyklé fáze normálního truchlení

Tento odstavec nám popisuje, jaké jsou obvyklé fáze normálního truchlení podle Slámy (2007, s. 315).

- *Šok*, který trvá minuty až dny.

- *Akutní reakce na ztrátu* - zde patří intenzivní vzpomínky na zemřelého, pocity viny, vzteku, ztráty cílů a motivace, psychosomatické příznaky (např. bolest hlavy, pocení, bušení srdce, vzestup krevního tlaku) a izolace od okolí. Tyto příznaky často přicházejí v opakovaných vlnách. Tato fáze může trvat týdny až měsíce.
- *Restituce a reorganizace*: člověk nalézá novou „rovnováhu“, nové vztahy a role.

Typy komplikovaného truchlení

Zde jsou popsány nejobvyklejší typy komplikovaného truchlení podle Slámy (2007, s. 315).

- *chronická reakce*: akutní projevy reakce na ztrátu, které trvají déle než rok,
- *absence truchlení a opožděná reakce*,
- *přehnaná (excesivní) reakce*,
- *larvová reakce*: rozvoj komplikací typu závislosti na alkoholu, hypochondrií, fobií, panické poruchy, někdy i suicidální pokusy.

Rizikové faktory pro rozvoj komplikovaného truchlení

Faktory zde vypsané, jak je uvádí Sláma (2007, s. 316) jsou závažným rizikem pro vznik komplikovaného truchlení. Zde jsou uvedeny nejvýznamnější rizikové faktory, kam patří:

- *Typ onemocnění, kvalita péče a okolnosti smrti*: prožívání pozůstalých může být ovlivněno délkou nemoci a kvalitou péče o jejich příbuzného v terminální fázi. Proto se riziko komplikovaného truchlení zvyšuje v těchto případech:
 - náhlé a nečekané úmrtí,
 - úmrtí za dramatických okolností (např. vražda, sebevražda),
 - úmrtí dítěte,
 - onemocnění bylo dlouhodobé, pozůstalí jsou ve středním věku a nemoc vyčerpala jejich mechanismy zvládání náročných situací,
 - rodina je přesvědčena, že k smrti došlo předčasně (např. špatnou lékařskou péčí).
- *Osobnostní charakteristika pozůstalých*:
 - specifika životní fáze (např. dospívající, který ztratil rodiče, rozvedená matka, která ztratila dítě, ztráta partnera po dlouholetém harmonickém vztahu aj.),

- minulé ztráty, s nimiž se dotyčná osoba zcela nevyrovnala (např. rozvod, ztráta zaměstnání atd.),
- vysoký stupeň úzkosti a smutku již před smrtí pacienta,
- přítomnost dalších stresujících faktorů (napětí v rodině, finanční starosti),
- tělesná a duševní nemoc,
- nízké sebevědomí,
- neschopnost využít strategie zvládnání těžkých situací (neschopnost sebezpečí, neschopnost přisoudit ztrátě nějaký smysl, neschopnost pochopit, že přestaneme-li se rmoutit, nezapomínáme tím na zemřelého, neschopnost požádat o pomoc).
- *Vzájemné vztahy v rodině:*
 - nedostatek sociální podpory (někdy je např. podpora ze strany širší rodiny před smrtí dobrá, ale po smrti se rychle vytrácí),
 - pozůstalý nemá nikoho, s kým by si popovídal, sdělil své obavy a existenciální otázky,
 - nízká soudržnost rodiny, špatná komunikace, nevyřešené konflikty,
 - nespokojenost s pomocí a podporou ze strany rodiny ještě za pacientova života.
- Pozůstalý měl se zemřelým ambivalentní nebo konfliktní vztahy.

4.2 Období smutku a hledání kompenzace

Podle Janáčkové (2008, s. 58) je toto období charakteristické pokusy o návrat do normálního chodu života. Pozůstalí vyhledávají nové úkoly a ubezpečují se o své potřebnosti prostřednictvím péče o nejbližší příbuzné a přátele. Nacházejí nové zájmy a jejich vzpomínky již nejsou tak nutkavé. Rozhovorům o zemřelém se vyhýbají, neboť v nich vyvolávají smutek a náhlý pláč. Tyto krátké epizody ovšem rychle odeznívají spolu s poruchami spánku, které se nyní omezují jen na neklidný spánek s předčasným probuzením. Následuje začlenění do pracovního procesu a aktivního života.

4.3 Období adaptace

Podle Janáčkové (2008, s. 59) je charakterizováno přizpůsobením se vzniklým změnám a začleněním se do normálního života. Vzpomínky na zemřelého zůstávají stále v paměti a pozůstalí si je mohou podle vlastní vůle vyvolat, ale již je neobtěžují svou naléhavostí. Odezněly i všechny další negativní jevy se situací spojené.

Mezi obecné zásady podpory rodiny ve finální fázi a bezprostředně po smrti pacienta patří podle Slámy (2007, s. 317):

- citlivá komunikace, vytvoření soukromí (např. jednolůžkový pokoj nebo alespoň plenta), podle možnosti zapojení rodiny do péče (např. nabízení tekutin, péče o dutinu ústní, prostá přítomnost – držení za ruku),
- otevřenost a vstřícnost k pacientům a rodinám, které požadují náboženské či jiné rituály,
- při příchodu na oddělení setrvání chvíli v klidném rozhovoru, věcná informace o průběhu závěru života, ujištění rodiny, že pacient netrpěl, důstojné předání osobních věcí, informování o dalším postupu (např. o pohřební službě, vystavení úmrtního listu), vhodná je tištěná informace, protože pozůstalí často nejsou schopni vstřebat mnoho informací,
- nabídnout další formy podpory, pokud jsou dostupné.

Pozůstalým, kterým často nestačí pouze krátkodobá pomoc, je možno nabídnout další formy podpory, jako je např.:

- individuální podpora a poradenství,
- poradenství a podpora rodiny nebo páru,
- odborná psychoterapie,
- podpůrná skupina pro specifickou věkovou kategorii (např. lidé, kterým je 50 a více let a ztratili partnera),
- vzpomínkové programy, setkání pozůstalých,
- bohoslužby za zemřelé,
- anonymní podpora prostřednictvím telefonních krizových linek a internetu.

„Truchlení lze přirovnat k hojení rány. Jde o dlouhodobý psychosociální i spirituální proces, který trvá řadu měsíců a někdy let. **Bez truchlení není vyrovnání.** Pozůstalým by-

chom měli pomoci přijmout a zpracovat ztrátu, prožít svůj zármutek, zadaptovat se ve světě bez zemřelého a citově se od něj odpoutat natolik, aby mohli investovat do dalších vztahů.“ (Sláma, 2007, s. 318)

5 ZVLÁDÁNÍ ZÁTĚŽE PRACOVNÍKŮ OŠETŘUJÍCÍCH UMÍRAJÍCÍHO CÍHO

Pro většinu zdravotníků je péče o umírajícího pacienta a kontakt s jeho rodinou stresovou záležitostí, neboť rodina velmi často žádá zoufale o pomoc. Zdravotníci jsou také v denním kontaktu s umírajícím pacientem, který se s nimi často sblíží a svěřuje jim nejedno rodinné tajemství, vypráví jim o dětech, o vnoučatech, o své práci, o svém životě apod. Tím spíše se pro zdravotníka, který naváže s pacientem takovýto důvěrný vztah, stává loučení duševním traumatem. Zde je vidět, že zdravotníci odvádějí práci náročnou nejen co se fyzické stránky týče, ale také i velmi psychicky a sociálně náročnou práci, která ovšem ale často není společností plnohodnotně doceněna.

Je to sestra, která je ve velmi úzkém kontaktu s umírajícím pacientem a všemi jeho návštěvami. Žádá se od ní vysoká odbornost, profesionalita a výborná komunikace. Dodržovat tyto požadavky je náročné, neboť spolupráce s umírajícím pacientem nebo jeho příbuznými je často obtížná. Sestra musí vždy zachovat klid a důstojnost, i když se jí ne vždy dostane poděkování a ne vždy se rodinní příslušníci chovají k pacientovi s úctou. V problematice umírajících pacientů je také nezbytně nutné, aby se sestra uměla vyrovnat se smrtí pacienta, aby pro ni smrt a umírání byli součástí života. Toto všechno působí na sestru jako velká stresová zátěž, která se může projevit různými způsoby.

Zde je přehled některých potíží jak je uvádí Kelnarová (2007, s. 37), se kterými se může sestra setkat:

1. **fyzilogické** (somatické) potíže: bušení srdce, arytmie, tachykardie, zvýšení tlaku krve, bolesti v kříži, zácpa, průjmky, šubání víček, stažení v krku, bolesti svalů, pocení dlaní, čela, sucho v ústech aj.,
2. **psychické** potíže (emocionální, subjektivní): nespavost, pocit vyčerpání, děsivé sny, pocit napětí, ohrožení, agresivita, vztek, pocit samoty, zhoršená paměť, předrážděnost, netrpělivost, ztráta radosti z práce, opakovaně rozebírané problémy,
3. **změny v chování**: objevuje se nápadně nonverbální chování, např. zvýšená gestikulace, rychlá chůze, okusování nehtů, zvyšování hlasu, skákání do řeči, rychlé přijímání potravy, zvýšené pití alkoholu, nadměrné kouření, nechutenství nebo naopak přejídání aj.

Jak si sestra poradí se zvládáním stresu záleží jen na ní samotné. Každý člověk je individuální a má jiné obranné mechanismy, jiné způsoby zvládání stresových situací.

Zde uvádím vybrané postupy při zvládání stresu podle Kelnarové (2007, s. 38):

1. **Denní záznam (self monitoring):** jedná se o denní zápis stresových situací a snahu rozpoznat, co stres vyvolalo. Ze zjištěných poznatků se vychází a stanovuje konkrétní cíl. Ve druhé fázi se zaznamenají situace, u kterých je zájem je změnit, způsob jejich řešení a zda je řešení úspěšné či neúspěšné.
2. **Stop technika a pozitivní motivace:** jakmile dotyčný zjistí, že se nachází v negativním ladění, řekne si „STOP“ a opakuje si autosugestivní formulí (např. „až se uklidním, rozmyslím si to“).
3. **Snížování úzkosti a strachu (desentizace):** zde se jedná o prožití strachu v rozumné míře. Jedinec si představí v klidném, relaxačním stavu situaci, která je pro něj stresová, vyvolává u něj strach či úzkost.
4. **Snížování agresivity a hněvu:** probíhá zápisem hněvivých reakcí, agrese a vzteku. Poté se provádí rozbor těchto situací a pocitů, které dotyčný v dané chvíli měl.

Pro sestru pracující s umírajícími pacienty je nejdůležitější její vlastní postoj k umírání a smrti. Tato sestra by měla mít filozofický nadhled, sociální zralost, měla by být psychicky vyrovnaná a hlavně by měla mít smysluplný život. Tyto vlastnosti jsou nezbytné k tomu, aby mohla kvalitně pracovat s umírajícími pacienty.

Zde jsou postoje, jak je uvádí Brabec (1991, s. 65-69), které by měli zaujmout všichni zdravotničtí pracovníci, kteří se rozhodli pracovat s umírajícími pacienty:

Kdo chce pečovat o umírající, musí zaujmout postoj sám k sobě

Péče o umírajícího znamená především citovou účast, a až poté odborné znalosti.

Péče o umírající vyžaduje postoj k vlastní smrti

Pro většinu lidí v naší společnosti, zvláště mladých, je téma smrti „tabu“ a odkládá se na stáří. Výjimku tvoří zdravotníci, kteří se s umíráním a smrtí setkávají poměrně často.

Kdo pečuje o umírající, musí umět být opravdový

Sestra by měla s nemocným mluvit i o svých vlastních pocitech nejistoty, úzkosti a neměla by se ukrývat za svou profesiálností. Díky tomu může i umírající pacient mluvit bez obav o svých starostech, potřebách a strachu.

Kdo chce pomáhat umírajícímu, musí umět být pravdivý

Umírající pacient vyžaduje, aby mu byla sdělena pravda o jeho zdravotním stavu, což zajišťuje také Charta umírajících a jiné podobné dokumenty. Umožní mu to využít co nejlépe čas, který mu zbývá.

Kdo chce pečovat o umírající, musí být připraven přijmout toho druhého takového, jaký je, a zřít se jakéhokoliv hodnocení

Znamená to akceptovat umírajícího pacienta se všemi jeho vlastnostmi a tolerovat způsob jeho prožívání a reakce. Pozitivem je, pokud si sestra získá důvěru umírajícího pacienta a svým chováním jej ubezpečí, že nezůstane sám. „Někdy je sestra jediný člověk, kterému se může nemocný svěřit, protože nechce ranit svoje plačící příbuzné. Rozmluva může i sestře přinést psychickou úlevu a dát jí pocit, že vykonala vše, co mohla, a také navodit vztah prostého pochopení.“ (Brabec, 1991, s. 69)

6 VZDĚLÁVÁNÍ STUDENTŮ - BAKALÁŘŮ OŠETŘOVATELSTVÍ NA VYBRANÝCH UNIVERZITÁCH

Úroveň vzdělávání a přípravu studentů studijního programu Ošetřovatelství studijního oboru Všeobecná sestra v problematice setkání s umírajícím pacientem lze posuzovat ze dvou směrů.

Prvním směrem je prostudování studijních plánů a sledování, jak široce a jak hluboko je problematika zastoupena. Toto je možné zjistit prostudováním informačního systému daných škol, kde se obor Všeobecná sestra realizuje. Tím je možné zjistit, v jakých předmětech se problematika umírajících pacientů vyučuje a jaký je obsah předmětů.

V rámci této práce jsem analyzovala studijní plány výše uvedeného studijního programu ze dvou univerzit - Univerzity Palackého v Olomouci a Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně. U každého předmětu je dále rozepsáno, čím konkrétně se při jeho studiu studenti studijního oboru Všeobecná sestra zabývají v dané problematice.

Univerzita Palackého v Olomouci

Předměty jsou rozděleny na statuty.

Do statutu A jsou dány tyto předměty:

ARIP - předmět seznamuje studenty s resuscitací a resuscitační péčí.

Klinická psychologie pro všeobecnou sestru - předmět se mimo jiné zabývá dopady somatických onemocnění na psychiku nemocného.

Komunitní, domácí a paliativní ošetřovatelství - předmět se mimo jiné zabývá obecnou i specializovanou paliativní péčí u terminálně nemocných.

Onkologie - předmět se mimo jiné zabývá zvláštnostmi ošetřovatelské péče během onkologické léčby a paliativní léčbou.

Ošetřovatelské postupy - předmět se mimo jiné zabývá také thanatologickou ošetřovatelskou péčí.

Ošetřovatelský proces u vybraných chorob - předmět se mimo jiné zabývá ošetřovatelským procesem u nemocných s hematologickými chorobami.

Do statutu B je zařazen tento předmět:

Multikulturní ošetrovatelství - předmět podává mimo jiné také informace o obecné i specializované paliativní péči u terminálně nemocných.

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Předměty, které se zabývají umíráním a smrtí se rozdělují na povinné předměty a povinně volitelné předměty.

Mezi povinné předměty patří:

Etika v ošetrovatelství - předmět se mimo jiné zabývá etikou práce v onkologii, etickými problémy v thanatologii, problematikou klinické a biologické smrti, etickými problémy eutanazie, právy kriticky nemocného, deklarací na podporu a dodržování práv onkologických pacientů.

Filozofie pro ošetrovatelství - předmět se mimo jiné zabývá analýzou názorů na život a smrt, na zdraví a nemoc.

Ošetrovatelské postupy - předmět se mimo jiné zabývá ošetrovatelskou péčí o pacienta v terminálním stádiu.

Ošetrovatelství v intenzivní péči - předmět se mimo jiné zabývá etickými úskalími intenzivní péče (jako je např. prognóza pacienta, bazální péče, dárcovství orgánů) a také zásadami péče o kriticky nemocné.

Ošetrovatelství v onkologii a radioterapii - předmět se mimo jiné zabývá ošetrovatelským procesem u nemocných dětí a dospělých v průběhu chemoterapie a radioterapie, léčbou a ošetrovatelskými intervencemi u nemocných s bolestí.

Patologie a patofyziologie - předmět mimo jiné probírá smrt z medicínského hlediska.

Psychologie v ošetrovatelství - předmět se mimo jiné zabývá psychologickým přístupem a základy komunikace s vážně nemocnými a s jejich rodinami a blízkými, věnuje se sdělování diagnózy vážného onemocnění, komunikaci s nevléčitelně nemocnými v jednotlivých stádiích nemoci až po stádia umírání, komunikaci s příbuznými a blízkými, komunikaci s pozůstalými. Je zde probíráno umírání a smrt z pohledu psychologie.

Mezi povinně volitelné předměty patří:

Domácí a hospicová péče - předmět se mimo jiné zabývá etickými a psychologickými aspekty domácí a hospicové péče.

Etické a sociální aspekty v gerontologii - předmět se mimo jiné zabývá mýty, které se tradují o stáří a smrti.

Ošetřování klienta s bolestí - předmět se mimo jiné zabývá léčbou bolesti v hospicové péči.

Druhým směrem posuzujícím přípravu v dané problematice je samotná reflexe studentů - jak se oni sami cítí být připravení na setkání s takovýmto pacientem. Zda vědí, jak k takovému pacientovi přistupovat, zda dokáží rozpoznat, ve které fázi umírání dle E. Kübler-Rossové se umírající nachází a z toho vědí vyvodit, jak se mají chovat, zda vědí jak komunikovat s příbuznými, zda znají zásady péče o pacienta v terminálním stádiu. Mé dosavadní zkušenosti jsou takové, že studenti se jen velmi zřídka cítí být připravení na setkání s umírajícím pacientem, nedokáží se chovat a jednat profesionálně a toto setkání je pro ně také často zdrojem strachu a nejistoty s dosti častou následnou traumatizací.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

7 METODIKA PRÁCE

7.1 Charakteristika zkoumaného vzorku

Pro svůj výzkum jsem zvolila studenty studijního programu Ošetřovatelství studijního oboru Všeobecná sestra ze dvou univerzit, a to Univerzity Palackého v Olomouci a Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně. V rámci svého výzkumu jsem oslovila celkem 100 studentů, z toho 50 studentů z Univerzity Palackého v Olomouci a 50 studentů z Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně.

7.2 Cíle výzkumu

Zde uvádím cíle svého výzkumu:

1. Zjistit, zda se studenti při své odborné praxi během bakalářského studia setkali s pacientem v terminálním stádiu a zda prováděli péči o mrtvé tělo.
2. Zjistit, zda považují studenti výuku v problematice umírajícího pacienta za dostatečnou a zda by uvítali její rozšíření.
3. Zjistit, jaké jsou znalosti studentů v této problematice.
4. Informovat odbornou veřejnost o výsledcích výzkumu.

7.3 Hypotézy

Zde uvádím hypotézy:

1. Hypotéza č. 1: Domnívám se, že se nadpoloviční většina studentů setkala při své odborné praxi během bakalářského studia s pacientem v terminálním stádiu.

Hypotéza č. 2: Domnívám se, že alespoň polovina studentů prováděla péči o mrtvé tělo.

2. Hypotéza č. 1: Domnívám se, že studenti považují výuku v problematice umírajícího pacienta za nedostatečnou, což vyjádří u otázky č. 20 označením na škále stupni 1, 2, 3 a 4.

Hypotéza č. 2: Myslím si, že by nadpoloviční většina studentů uvítala rozšíření výuky v problematice umírajícího pacienta.

3. Hypotéza č. 1: Myslím si, že alespoň polovina studentů umí správně seřadit fáze umírání podle E. Kübler-Rossové.

Hypotéza č. 2: Myslím si, že alespoň polovina studentů správně určí známky klinické smrti.

Hypotéza č. 3: Myslím si, že alespoň polovina studentů správně určí jisté známky smrti.

Hypotéza č. 4: Myslím si, že alespoň polovina studentů zná nějaký sborník právní, lékařské nebo zdravotnické zabývající se terminálně nemocnými pacienty.

7.4 Výzkumná technika

Jako výzkumnou techniku jsem zvolila dotazník. Dotazník je jednou z nejrozšířenějších a také nejoblíbenějších metod výzkumu, neboť umožňuje získat velké množství informací za poměrně krátkou časovou jednotku.

Dotazník jenž jsem sestavila (viz. Příloha P I.) začíná krátkým textem, ve kterém jsem se představila, uvedla univerzitu, kde studuji, studijní program, studijní obor a název mé bakalářské práce. Dále následuje prosba o vyplnění dotazníku, ujištění o anonymitě, poděkování a pokyny k vyplnění.

Dotazník obsahuje 28 položek.

Formy položek:

- Uzavřené otázky - je zde výběr možných variant odpovědí, z nichž respondent vybere vhodnou odpověď. Jsou to otázky č. 1, 4, 8, 11, 17, 19, 21, 22, 23 a 28.
- Otevřené otázky - zde respondent sám zvolí svou odpověď. Jsou to otázky č. 2, 5, 6, 9, 10, 13, 14, 16, 18, 24, 26 a 27.
- Polootevřené otázky - tyto otázky jsou kombinací předchozích dvou typů otázek. Je to otázka č. 3.
- Filtrační otázky - tyto otázky eliminují respondenty, kteří z nejrůznějších důvodů nemohou odpovědět na další otázku. Jsou to otázky č. 7, 12 a 15.
- Kontrolní otázky - tyto otázky slouží k ověření pravdivosti respondentů. Je to otázka č. 25.

- Škálovací otázky - jsou to otázky, kdy se po respondentovi žádá, aby zkoumaný problém zařadil na určité kontinuum (tímto se rozumí např. postoje, názory atd.). Je to otázka č. 20.

7.5 Charakteristika položek

Zde uvádím, čím se jednotlivé položky zabývají:

- otázky č. 1 a 2 zjišťují pohlaví a věk respondenta,
- otázky č. 3-6 zjišťují okolnosti respondenta v roli studenta,
- otázky č. 7-11 jsou zaměřeny na ošetrovatelskou péči a komunikaci u pacienta v terminálním stádiu,
- otázky č. 12-14 jsou zaměřeny na resuscitaci,
- otázky č. 15-17 jsou zaměřeny na péči o mrtvé tělo,
- otázky č. 18-22 jsou zaměřeny na výuku problematiky umírajících pacientů v předmětech, které se vyučují na univerzitě, kde respondent studuje,
- otázka č. 23 zjišťuje vyrovnanost respondenta s jeho vlastní smrtí,
- otázky č. 24-28 zjišťují znalosti respondenta v problematice umírajících pacientů.

7.6 Organizace šetření

Před samotným šetřením jsem sestavila dotazník za pomoci vedoucí práce. V měsíci lednu 2010 jsem zahájila pilotní studii – rozdala jsem 15 dotazníků studentům studijního programu Ošetrovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra. Poté jsem dotazníky sesbírala, vyhodnotila a mírně jsem dotazník ještě upravila. Nechala jsem zhotovit 100 dotazníků. Vyřídila jsem žádosti o dotazníková šetření. Následně jsem rozdala 50 dotazníků mezi studenty Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně. U tohoto rozdávání jsem byla osobně. Sama jsem si dotazníky rozdala a po jejich vyplnění studenty jsem je vysbírala. Zde nebyly žádné potíže, studenti vcelku ochotně dotazníky vyplnili, vyplnění jim zabralo přibližně 10-15 minut času. Vrátilo se mi všech 50 dotazníků. Prostřednictvím studentky Univerzity Palackého v Olomouci jsem rozdala dotazníky mezi studenty Univerzity Palackého v Olomouci. Zde se mi již vyskytly potíže, studenti nebyli moc ochotní dotazníky vyplňovat a dotazníků se mi vrátilo jen 28. Výzkumné šetření proběhlo v měsíci březnu a dubnu roku 2010. Vrátilo

se mi celkem 78 dotazníků, tzn. že návratnost byla 78%. 2 dotazníky jsem musela vyřadit, neboť nebyly správně vyplněny. Pracuji tedy s celkovým počtem 76 dotazníků.

7.7 Zpracování výsledků výzkumu

Získaná data jsem sečetla a uspořádala do tabulek četností. Dle podskupin jsem sečetla absolutní četnosti, relativní četnosti a následně jsem vytvořila sumární tabulky četnosti a sloupcové grafy. Položky jsem sestavila do tabulek, které jsem slovně popsala a dále graficky znázornila.

Pro výpočet a konstrukci jsem použila počítačový program Microsoft Excel. Pro grafické znázornění jsem použila sloupcový graf.

Absolutní četnost v tabulce udává počet respondentů, kteří zvolili v položce stejnou odpověď z nabídnutých možností.

Relativní četnost v tabulce udává informaci o tom, jaká část z celkového počtu hodnot připadá na danou dílčí hodnotu.

7.8 Využití výsledků výzkumu

Mým cílem je, aby výsledky výzkumu byly zveřejněny v některém z odborných sesterských časopisů, jako je např. *Sestra*, *Diagnóza v ošetrovatelství*, *Florence* nebo *Profese*. Tyto časopisy nechtou jen sestry v praxi, ale i studenti a vyučující odborných předmětů v rámci studia ošetrovatelství a já bych je chtěla prostřednictvím článku seznámit s výsledky svého průzkumu a dát tak podněty k zlepšení jejich přípravy v problematice připravenosti studentů bakalářského studia na setkání s umírajícím pacientem.

8 ZPRACOVÁNÍ VÝSLEDKŮ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

Výzkumného šetření se zúčastnilo 76 respondentů.

Položka č. 1

Tabulka č. 1: Pohlaví

Otázka č. 1: Pohlaví		
Pohlaví	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
žena	76	100,0 %
muž	0	0,0 %
Celkem	76	100,0 %

Graf č. 1: Pohlaví



Touto otázkou jsem zjišťovala pohlaví respondentů. Všechny 76 respondentů byly ženy.

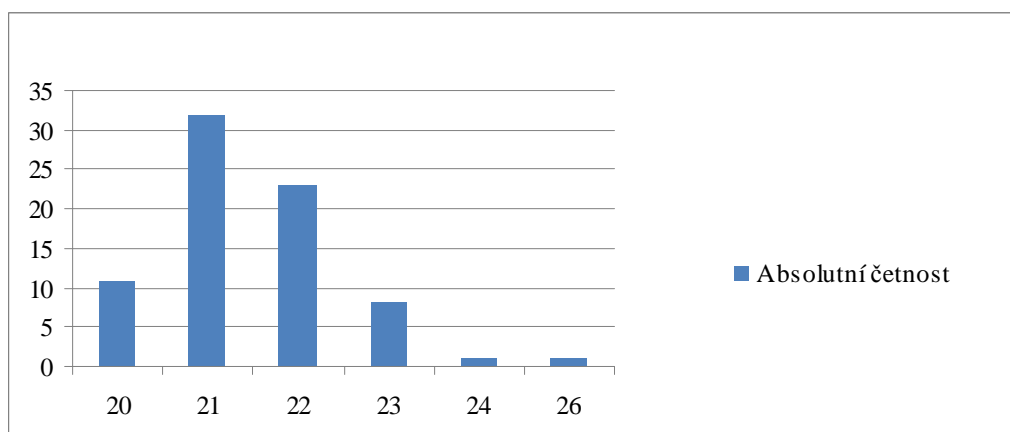
Toto zjištění mne nijak nepřekvapilo, neboť studijní program Ošetrovatelství studují převážně ženy.

Položka č. 2

Tabulka č. 2: Věk

<i>Otázka č. 2: Věk</i>		
Věk	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
20	11	14,5 %
21	32	42,1 %
22	23	30,3 %
23	8	10,5 %
24	1	1,3 %
26	1	1,3 %
Celkem	76	100,0 %
Věkový průměr	22,7	

Graf č. 2: Věk



Touto otázkou jsem chtěla zjistit věk respondentů. Nejpočetnější skupinou byli respondenti ve věku 21 let – 42,1%. Věkový průměr u všech respondentů byl 22,7 let.

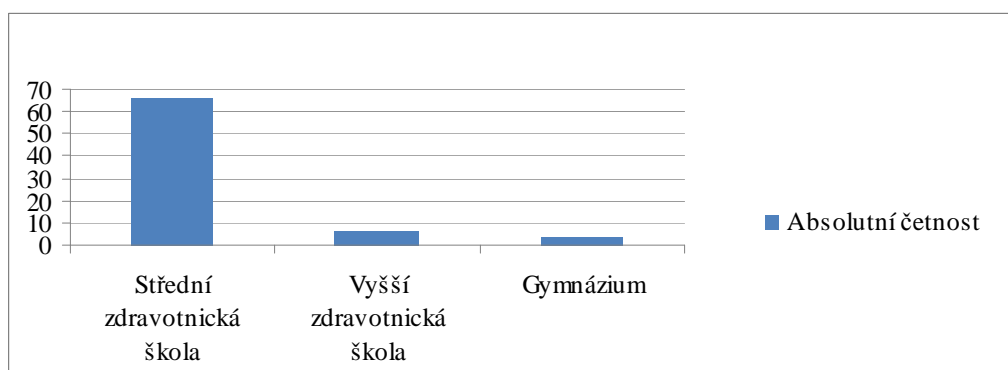
Věkový průměr pro mne nebyl nijak překvapivý, vzhledem k tomu, že většina respondentů začala studovat na vysoké škole ihned po ukončení střední školy či gymnázia.

Položka č. 3

Tabulka č. 3: Předchozí studium

Otázka č. 3: Před studiem na vysoké škole jste studoval/a na		
Předchozí studium	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Střední zdravotnická škola	66	86,8 %
Vyšší zdravotnická škola	6	7,9 %
Gymnázium	4	5,3 %
Celkem	76	100,0 %

Graf č. 3: Předchozí studium

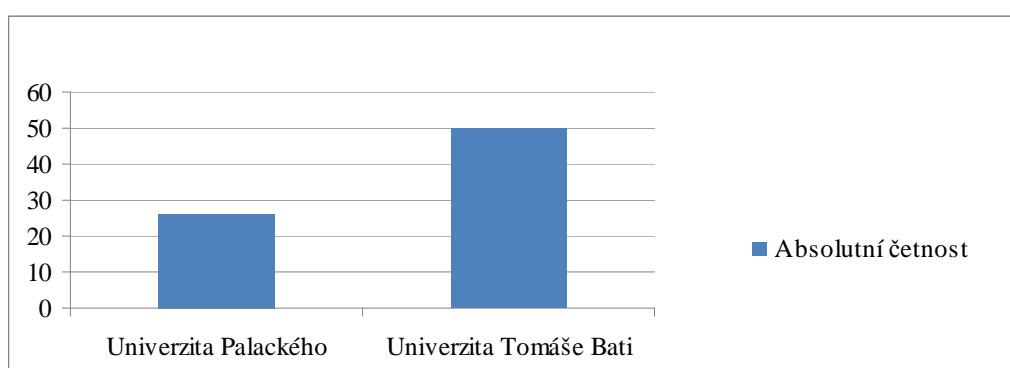


Touto otázkou jsem chtěla zjistit, na jaké škole respondenti studovali před studiem na vysoké škole. Nejpočetnější skupinu tvořili respondenti, kteří před studiem na vysoké škole studovali na střední zdravotnické škole – 86,8%. Poté následovali respondenti, kteří před studiem na vysoké škole studovali na vyšší zdravotnické škole (nynější název vyšší odborná škola zdravotnická) – 7,9%. Nejméně početnou skupinou byli respondenti, kteří studovali před studiem na vysoké škole jinou školu – 5,3%. Všichni tito respondenti uvedli, že studovali na gymnáziu.

Ani toto zjištění pro mne nijak překvapivé, neboť se domnívám, že většina studentů volí následující studium na vysoké škole podobné tomu, které studovala doposud na střední škole.

Položka č. 4*Tabulka č. 4: Současné místo studia*

Otázka č. 4: Studujete na		
Současné místo studia	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Univerzita Palackého	26	34,2 %
Univerzita Tomáše Bati	50	65,8 %
Celkem	76	100,0 %

Graf č. 4: Současné místo studia

Touto otázkou jsem chtěla zjistit na které univerzitě respondenti studují, zda na Univerzitě Palackého v Olomouci nebo na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně. Na Univerzitě Palackého v Olomouci studuje 34,2% respondentů. Na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně studuje 65,8% respondentů.

Domnívám se, že větší návratnost dotazníků – 65,8% u studentů studujících na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně je zapříčiněna tím, že jsem dotazníky těmto studentům rozdávala já sama a také jsem si je i sama vysbírala. Navíc většina studentů z Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně byla mými spolužáky, tudíž nebyl problém s návratností dotazníků.

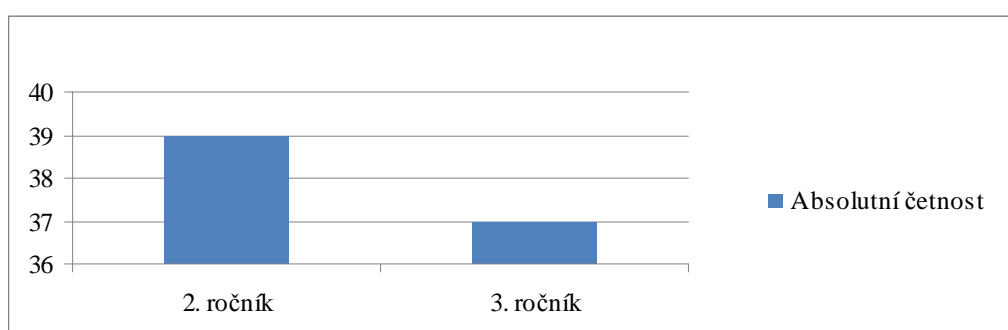
Položka č. 5***Otázka č. 5: Studijní obor***

Touto otázkou jsem chtěla zjistit studijní obor, který respondenti studují. Všechny 76 respondentů studuje studijní obor Všeobecná sestra.

Tato otázka byla kontrolní, neboť dotazníky jsem cíleně rozdávala mezi studenty oboru Všeobecná sestra, protože se domnívám, že tito studenti mají větší možnost na setkání s umírajícím pacientem než studenti studijního oboru Porodní asistentka.

Položka č. 6*Tabulka č. 5: Studijní ročník*

Otázka č. 6: Uved'te, ve kterém ročníku nyní studujete		
Studijní ročník	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
2. ročník	39	51,3 %
3. ročník	37	48,7 %
Celkem	76	100,0 %

Graf č. 5: Studijní ročník

Touto otázkou jsem chtěla zjistit, který ročník respondenti nyní studují. Početnější skupinu tvořili respondenti, kteří studují 2. ročník – 51,3%. Respondentů, kteří studují 3. ročník je 48,7%.

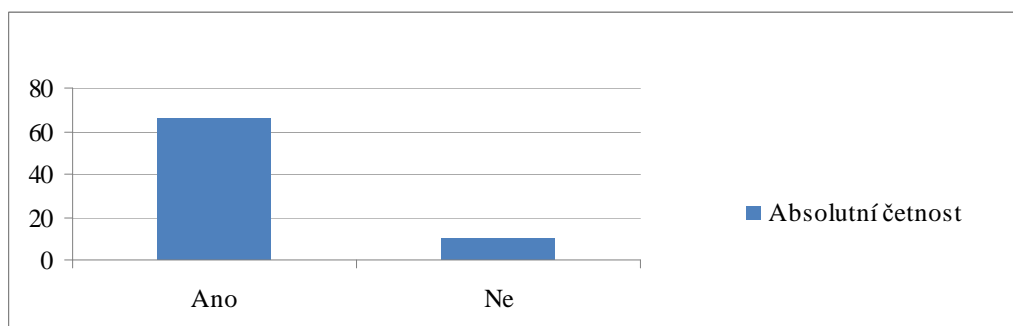
Rozložení respondentů dle studijního ročníku je poměrně stejné, což hodnotím pozitivně, neboť jsem si přála, aby toto rozložení bylo kvůli interpretaci výsledků podobné, což se splnilo.

Položka č. 7

Tabulka č. 6: Ošetrovatelská péče u pacienta v terminálním stádiu

Otázka č. 7: Prováděl/a jste někdy během své odborné praxe na vysoké škole ošetrovatelskou péči u pacienta v terminálním stádiu?		
Souhlas/nesouhlas	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	66	86,8 %
Ne	10	13,2 %
Celkem	76	100,0 %

Graf č. 6: Ošetrovatelská péče u pacienta v terminálním stádiu



Touto otázkou jsem chtěla zjistit, zda respondenti prováděli během své odborné praxe na vysoké škole ošetrovatelskou péči u pacienta v terminálním stádiu. Respondentů, kteří uvedli, že tuto ošetrovatelskou péči prováděli, bylo 86,8%. Respondentů, kteří uvedli, že tuto ošetrovatelskou péči neprováděli, bylo 13,2%.

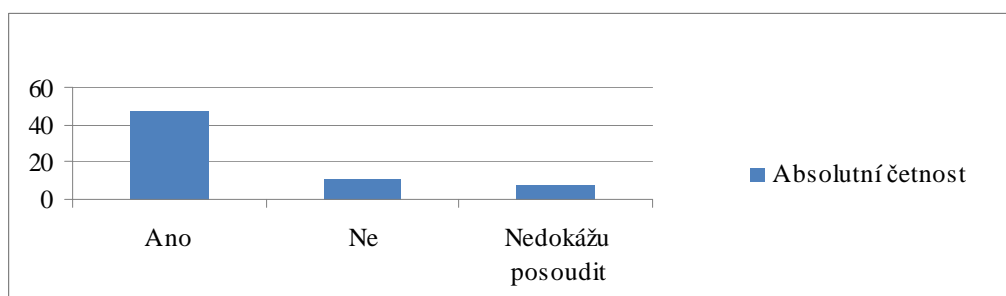
Z grafu i z tabulky četnosti je vidět, že nadpoloviční většina respondentů se během svého studia setkala s ošetrovatelskou péčí u pacienta v terminálním stádiu. Domnívám se, že je tomu tak proto, že studenti absolvují praxe např. na oddělení léčebny dlouhodobě nemocných, na onkologickém oddělení nebo na anesteziologicko-resuscitačním oddělení. Někteří studenti také absolvují praxe v domovech pro seniory nebo v hospici.

Položka č. 8

Tabulka č. 7: Obtížná komunikace

Otázka č. 8: Připadala Vám komunikace s tímto pacientem nějakým způsobem obtížná?		
Souhlas/nesouhlas	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	47	71,2 %
Ne	11	16,7 %
Nedokážu posoudit	8	12,1 %
Celkem	66	100,0 %

Graf č. 7: Obtížná komunikace



Respondenti, kteří v otázce č. 7 „Prováděl/a jste někdy během své odborné praxe na vysoké škole ošetrovatelskou péči u pacienta v terminálním stádiu?“ odpověděli „Ano“, měli dále vyplnit i tuto otázku. Touto otázkou jsem chtěla zjistit, zda respondentům připadala komunikace s tímto pacientem nějakým způsobem obtížná. Odpověď „Ano“ zvolilo 71,2% respondentů, odpověď „Ne“ zvolilo 16,7% respondentů a odpověď „Nedokážu posoudit“ zvolilo 12,1% respondentů.

Výsledek, že nadpočetná většina respondentů považovala komunikaci s tímto pacientem za obtížnou, mne nijak nepřekvapil, neboť si myslím, že pro většinu studentů je toto setkání neobvyklé a ne příliš časté. Také si myslím, že dovednost správné komunikace s takovýmto pacientem mají např. sestry z onkologického oddělení či z hospice, kde s umírajícími pacienty přece jen více přichází do styku. A také se domnívám, že se tato dovednost nelze naučit jen za několik týdnů praxe, ale že se musí učit a zdokonalovat měsíce a léta.

Položka č. 9***Otázka č. 9: Jaké byly „Vaše“ pocity při komunikaci s tímto pacientem?***

Respondenti, kteří v otázce č. 7 „Prováděl/a jste někdy během své odborné praxe na vysoké škole ošetrovatelskou péči u pacienta v terminálním stádiu?“ odpověděli „Ano“, měli blíže svou odpověď specifikovat v této otázce. Otázkou jsem chtěla zjistit, jaké byly pocity respondentů při komunikaci s tímto pacientem. Tato otázka byla otevřená, respondenti měli vepsat své odpovědi. Uvádím proto mnou zvolených 20 nejzajímavějších doslovných odpovědí.

- „Přišlo mi ho líto, cítila jsem bezmoc, že už mu nedokážu více pomoci, jen tím, že jsem mu nablízku.“
- „U každého konkrétního pacienta jiná. Záleželo na tom, jak pacient vnímal sám sebe a jaký chtěl přístup ... lítost, nespravedlnost, nepřipouštět si to.“
- „Abych pacientovi neřekla něco, co by zasáhlo jeho city, snažila jsem se udržovat klidný rozhovor bez vážných emocí a nemístných dotazů.“
- „Jako u jiných pacientů.“
- „Nemožnost pomoci k uzdravení, bála jsem se používat slova, která by nějak naznačovala jeho nelepšící se situaci, aby si to nevzal osobně.“
- „Ne moc příjemné, beznaděj, smutek, pocity že už mu nemůžu pomoci.“
- „Asi trochu rozpačité, sama jsem úplně nevěděla jak se k němu chovat a taky teda smutek.“
- „Většinou obdobné, ale záleží jak ten pacient na tom je psychicky. Ti, kteří jsou smíření, tak u těch je komunikace svým způsobem lepší a tím i já jsem více v pohodě.“
- „Smíšené – na pacienta jsem vždy hovořila, když jsem přišla, popisovala výkon, který u něho budu provádět.“
- „Poprvé jsem byla nervózní a nevěděla co říct. Později to bylo snadnější.“
- „Těžké bylo komunikovat s takovým pacientem, že jsem někdy nevěděla o čem se s ním bavit i po psychické stránce to bylo velice těžké.“

- „Nevěděla jsem, jaký typ komunikace zvolit a jak se správně zachovat.“
- „Po tu dobu co jsem o něho pečovala jsem myslela, že to zvládne a vrátí se domů, proto když se jeho stav začal zhoršovat, bylo to dosti nepříjemné a bylo mi to líto, ale snažila jsem se ho podporovat.“
- „Smutek, pocit beznaděje – že nemám jak pomoci, pocit neznalosti – nevím co v danou chvíli říct, strach, že něco řeknu špatně.“
- „Pocit to byl zvláštní, šlo o pacienta s Alzheimerovou demencí. Mluvil nesmyslně, ale v den kdy zemřel řekl, ať zavoláme dceru.“
- „Je těžké nalézt správná slova a adekvátně se vžít do jeho situace, velmi těžká je i komunikace s rodinou. Připadala jsem si zoufale bezradně.“
- „Nevíte co říct, jak to říct, není možná vyhlídka zlepšení stavu, bezradnost mu pomoci.“
- „Mluvit na něj a není žádná odezva, je to jakoby se mluvilo do prázdna.“
- „S terminálně nemocným jsem se setkala v hospici a díky podmínkám, které tam byly, byla komunikace dobrá.“
- „Při prvním kontaktu jsem měla obavu z toho, co mám říct a jak se chovat, podruhé už to nebylo tak strašné ale bylo to stále nepříjemné, nechtěla jsem něco udělat špatně.“

U této otázky mne nepřekvapilo, že respondenti měli většinou pocity jako nervozita, nejistota, beznaděj, smutek apod. Domnívám se, že na setkání s umírajícím pacientem si nelze nějak rychle zvyknout a pro studenta na praxi je toto setkání silnou zkušeností.

Položka č. 10***Otázka č. 10: Jaké byly „Vaše pocity“ při vykonávání ošetrovatelské péče u tohoto pacienta?***

Respondenti, kteří v otázce č. 7 „Prováděl/a jste někdy během své odborné praxe na vysoké škole ošetrovatelskou péči u pacienta v terminálním stádiu?“ odpověděli „Ano“, měli blíže svou odpověď specifikovat v této otázce. Otázkou jsem chtěla zjistit, jaké byly pocity respondentů při vykonávání ošetrovatelské péče u tohoto pacienta. Tato otázka byla otevřená, respondenti měli vepsat své odpovědi. Uvádím proto mnou zvolených 20 nejzajímavějších doslovných odpovědí.

- „Při ošetrovatelské péči jsem neměla problém, ani nepříjemné pocity, možná jen obavu, že to může být i naposledy v životě toho člověka.“
- „Doufám, že mu to není nepříjemné, nerada bych, aby se trápil ještě víc!“
- „Např. na onkologii, kde někteří pacienti v terminálním stádiu trpí bolestí i při měření tlaku, jsem měla pocit, že je to naprosto zbytečné trápení pro pacienta.“
- „Chtěla jsem být maximálně empatická, zajistit co nejlepší péči, dát mu co nejvíce než odejde.“
- „Pocit beznaděje při myšlence, že ošetrovatelská péče nevede k uzdravení.“
- „Abych pro toho pacienta udělala vše na 100%, aby to nebylo odfláknuté.“
- „Dobré, že pomáhám.“
- „Hlavní starost pro mě byla, jestli toho člověka něco nebolí při manipulaci, protože on sám to neřekne, z výrazu tváře to nevyčtete.“
- „Dobré, mohla jsem mu poskytnout dobrou ošetrovatelskou péči, pacient netrpěl.“
- „Nelitovala jsem, řekla jsem si že je to jeho osud, že si život prožil.“
- „Asi trochu větší pokora k pacientovi.“
- „Pocit nutnosti poskytnout důstojnou péči o tohoto pacienta.“
- „Snažila jsem se poskytnout maximální péči a pohodlí v terminální fázi.“
- „Snažila jsem se o co nejšetrnější práci.“

- „Mé pocity byly dobré, říkala jsem si, že aspoň nějak mu mohu pomoci.“
- „Špatné, vcítila jsem se do jeho situace a přemýšlela jsem o tom, jak takhle dopadnu jednou taky.“
- „Strach že umře při vykonávání mých ošetrovatelských výkonů.“
- „Respekt k životu člověka, obavy, že péče bolí.“
- „Cítila jsem vcelku zodpovědnost a měla pocit, že tento pacient mě potřebuje daleko více než ti ostatní.“
- „Velmi smíšené, postupovala jsem opatrně, a byla nervózní.“

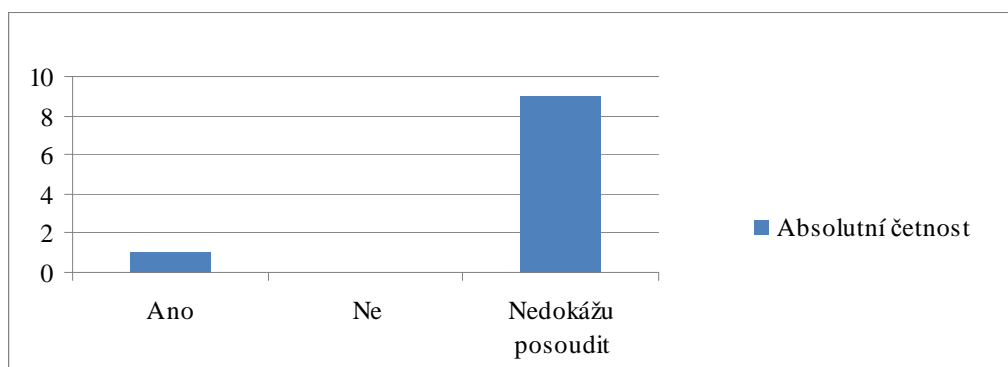
U této otázky pozitivně hodnotím to, že většina respondentů uvedla, že měli při poskytování ošetrovatelské péče dobrý pocit z toho, že mohou pro pacienta ještě něco kladného či prospěšného udělat. Také hodnotím pozitivně to, že se respondenti velmi snažili o to, aby byla ošetrovatelská péče provedena co nejlépe.

Položka č. 11

Tabulka č. 8: Komunikace

Otázka č. 11: Myslíte si, že byste zvládl/a adekvátně komunikovat s tímto pacientem?		
Předchozí studium	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	1	10,0 %
Ne	0	0,0 %
Nedokážu posoudit	9	90,0 %
Celkem	10	100,0 %

Graf č. 8: Komunikace

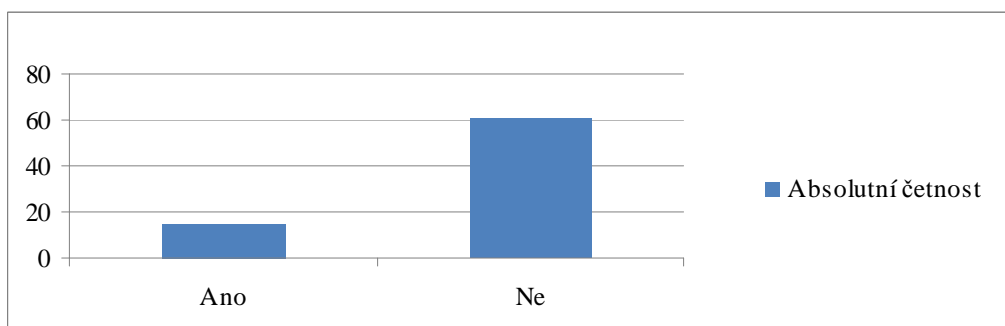


Respondenti, kteří v otázce č. 7 „Prováděl/a jste někdy během své odborné praxe na vysoké škole ošetrovatelskou péči u pacienta v terminálním stádiu?“ odpověděli „Ne“, měli dále pokračovat na tuto otázku. Touto otázkou jsem chtěla zjistit, zda si respondenti myslí, že by zvládli adekvátně komunikovat s pacientem v terminálním stádiu. Odpověď „Ano“ zvolilo 10% respondentů, odpověď „Ne“ ne zvolil žádný respondent a odpověď „Nedokážu posoudit“ zvolilo 90% respondentů.

U této otázky mne výsledek zvolení možnosti „Nedokážu posoudit“ naprostou většinou respondentů nepřekvapil, neboť se domnívám, že pokud se člověk sám osobně nesetká s umírajícím pacientem, tak může jen těžce hodnotit, jak by tuto komunikaci zvládl.

Položka č. 12*Tabulka č. 9: Resuscitace*

Otázka č. 12: Podílel/a jste se někdy během své odborné praxe na vysoké škole na resuscitaci pacienta?		
Souhlas/nesouhlas	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	15	19,7 %
Ne	61	80,3 %
Celkem	76	100,0 %

Graf č. 9: Resuscitace

Touto otázkou jsem chtěla zjistit, zda se respondenti podíleli někdy během své odborné praxe na vysoké škole na resuscitaci pacienta. Respondentů, kteří se podíleli na resuscitaci pacienta, bylo 19,7%. Respondentů, kteří se nepodíleli na resuscitaci pacienta, bylo 80,3%.

U této otázky jsem se domnívala, že odpovědi budou přibližně vyrovnané, tudíž mne její výsledek překvapil. Myslím si, že nízké procento respondentů, kteří se na resuscitaci pacienta podíleli je zapříčiněno skutečností, že na odděleních léčebny dlouhodobě nemocných nebo na onkologickém oddělení, případně v hospici k resuscitacím příliš často nedochází. Studenti se tak k resuscitacím dostanou jen na oddělení anesteziologicko-resuscitačním, na jednotce intenzivní péče nebo výjimečně na některém ze standardních interních či chirurgických oddělení.

Položka č. 13***Otázka č. 13: Jaké byly „Vaše pocity“ během resuscitace?***

Respondenti, kteří v otázce č. 12 „Podílel/a jste se někdy během své odborné praxe na vysoké škole na resuscitaci pacienta?“ odpověděli „Ano“, měli dále vyplnit tuto otázku. Otázkou jsem chtěla zjistit, jaké byly pocity respondentů během resuscitace.

Tato otázka byla otevřená, respondenti měli vepsat své odpovědi. Respondentů, kteří se podíleli na resuscitaci, bylo 15. Uvádím tedy všech 15 doslovných odpovědí.

- „Během resuscitace jsem si v duchu říkala a zároveň povzbuzovala klienta, aby bojoval a nevzdával to.“
- „Měla jsem strach a byla nervózní, protože jsem to dělala poprvé.“
- „Byla to akce na které se podílejí všichni z oddělení a okamžité odvezení pacienta na jednotku intenzivní péče.“
- „Velice nepříjemné, špatně od žaludku, velký stres, pocit, že toho člověka nemohu zachránit, beznaděj.“
- „Profesionální, smíšené.“
- „Trochu strach.“
- „Strach, že nebudu rychle vědět, co po mě kdo chce.“
- „Přála jsem si, aby pacient přežil.“
- „Pocit beznaděje.“
- „„Bože, co mám dělat?“, strach, nervozita.“
- „Zvláštní, ale měla jsem dobrý pocit, že se můžu přímo podílet na záchraně života.“
- „Smíšené, poznala jsem rychlost s jakou lékaři bojují a taky s bezmocností, pokud se resuscitace nepovedla.“
- „Tíseň.“
- „Hlavně rychle poskytnout pomoc, aby byl pacient stabilizovaný, spolupráce s lékařem kvalitní.“
- „Byla jsem nesvá, nevěděla jsem, co se bude dít, doufala jsem v dobrý konec.“

U této otázky mne opět nepřekvapily negativní pocity jako byly strach, tíseň, beznaděj atd. Z pohledu a pozice já sama posuzuji resuscitaci jako nestandardní a nevšední výkon, který je skutečně závažný, neboť se jedná o přímou záchranu lidského života.

Položka č. 14***Otázka č. 14: Jaké byly „Vaše pocity“ po skončení resuscitace (at' již úspěšné či neúspěšné)?***

Respondenti, kteří v otázce č. 12 „Podílel/a jste se někdy během své odborné praxe na vysoké škole na resuscitaci pacienta?“ odpověděli „Ano“, měli dále pokračovat touto otázkou. Otázkou jsem chtěla zjistit, jaké byly pocity respondentů po skončení resuscitace.

Tato otázka byla otevřená, respondenti měli vepsat své odpovědi. Respondentů, kteří se podíleli na resuscitaci, bylo 15. Uvádím tedy všech 15 doslovných odpovědí.

- „Únava, pocit zadostiučinění, strach.“
- „Měla jsem radost, že resuscitace proběhla úspěšně.“
- „Byla jsem ráda, že to dobře dopadlo.“
- „Chtělo se mi brečet, pocit na zvracení, velice negativní, smutek, myšlenky na smrt.“
- „Smíšené.“
- „Spíše žádné.“
- „Úleva, že to skončilo.“
- „Při úspěšné jsem byla ráda, avšak někdy jsem si říkala, jestli je to pro klienta to nejlepší – terminální stav, prodlužování bolesti.“
- „Smutek nad ztrátou pacienta.“
- „Jo, konečně jsem resuscitovala a jsem více připravena, další dobrá zkušenost.“
- „Měla jsem radost, že se to povedlo.“
- „Smíšené, záleží podle situace, zda byla úspěšná či ne.“
- „Úspěšná – dobré, neúspěšná – beznaděj, neklid.“
- „Smíšené, rozporné.“
- „Řekla jsem si je to život – on to tak chce, lékaři udělali vše co mohli.“

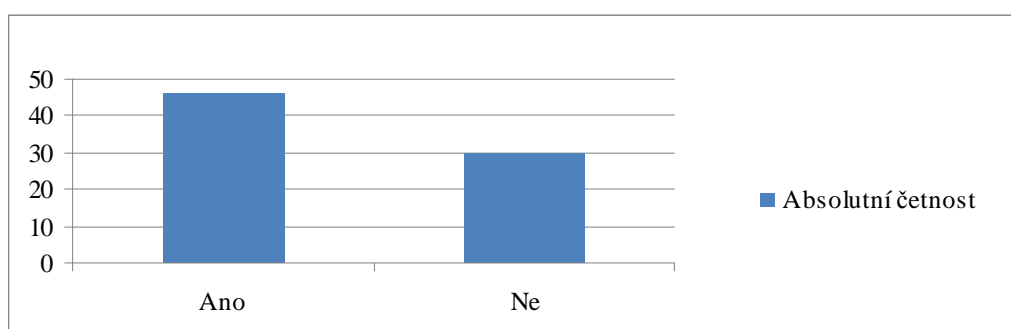
Zde mne nepřekvapily protichůdné odpovědi. Považuji za pochopitelné, že měli respondenti pozitivní pocity, pokud se resuscitace zdařila. Zároveň považuji za pochopitelné negativní pocity po neúspěšné resuscitaci.

Položka č. 15

Tabulka č. 10: Péče o mrtvé tělo

<i>Otázka č. 15: Prováděl/a jste někdy během své odborné praxe na vysoké škole péči o mrtvé tělo?</i>		
Souhlas/nesouhlas	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	46	60,5 %
Ne	30	39,5 %
Celkem	76	100,0 %

Graf č. 10: Péče o mrtvé tělo



Touto otázkou jsem chtěla zjistit, zda respondenti prováděli během své odborné praxe na vysoké škole péči o mrtvé tělo. Péči o mrtvé tělo provádělo 60,5% respondentů. Respondentů, kteří péči o mrtvé tělo neprováděli, bylo 39,5%.

U této otázky mne její výsledek nepřekvapil, neboť jsem se domnívala, že více než polovina respondentů prováděla někdy během praxe na vysoké škole péči o mrtvé tělo. Opět se domnívám, že je to zapříčiněno tím, že mnoho studentů absolvovalo praxi na oddělení léčebny dlouhodobě nemocných, na onkologickém oddělení, v hospici apod., kde k úmrtí dochází celkem často a tudíž je nutné provést péči o mrtvé tělo. Je však důležité, aby všichni studenti, než nastoupí do zaměstnání, si prakticky vyzkoušeli péči o mrtvé tělo.

Položka č. 16***Otázka č. 16: Jaké byly „Vaše pocity“ během péče o mrtvé tělo?***

Respondenti, kteří v otázce č. 15 „Prováděl/a jste někdy během své odborné praxe na vysoké škole péči o mrtvé tělo?“ odpověděli „Ano“, měli dále pokračovat na tuto otázku. Otázkou jsem chtěla zjistit, jaké byly pocity respondentů během péče o mrtvé tělo. Tato otázka byla otevřená, respondenti měli vepsat své odpovědi. Uvádím proto mnou zvolených 20 nejzajímavějších doslovných odpovědí.

- „Pocit útechy, jelikož nemocného v posledních dnech života velice trápila bolest a sám si přál zemřít.“
- „Cítila jsem obrovský respekt jak vůči zemřelému, tak životu samotnému.“
- „Cítila jsem důstojnost k tělu.“
- „Strach, úcta, opatrnost, vystrašenost, nejistota.“
- „Žádné, brala jsem to jako normální práci sestry.“
- „Smrt jsem považovala za nutnou součást života pacienta.“
- „Větší úcta, pokora – více jsem si uvědomila prohřešky personálu.“
- „Poprvé, když jsem pečovala o mrtvé tělo, brečela jsem a pořád jsem si nemohla připustit, že ten člověk je mrtvý.“
- „Záleželo jaký vztah jsem měla k pacientovi, někdy jsem pociťovala úzkost, smutek ale brala jsem to, že to patří k životu.“
- „Naštěstí nás při té péči bylo víc ... pocity špatné, nepříjemné, rezignace ... kdo nezažil neví.“
- „Smíšené, brala jsem to jako jednu z věcí, které musím na praxi splnit, později mi to docházelo víc, začala jsem si to víc uvědomovat.“
- „Strach, zvláštní nepopsatelný pocit – blízkost smrti.“
- „Smíšené, věděla jsem, že je to pro něho lepší, ale myslela jsem na jeho rodinu a na kontakt s nimi.“
- „Přemýšlela jsem o tom, že je to tak pro něj i lepší (vzhledem k jeho zdravotnímu stavu).“

- „Při prvním setkání a péči o mrtvého to pro mě nebyl dobrý zážitek, sestra mě to všechno nechala dělat samotnou.“
- „Smíšené, úvahy o smrti a důstojnosti, ale i vysvobození z utrpení a bolesti.“
- „Většinou byla přítomna sestra, tak jsem to tak nevnímala, ale při prvním úmrtí (náhlém) pocit, že jsme neudělali vše.“
- „‘A co když to vnímá?’“, ostych, strach manipulovat s tělem.“
- „Občas smíšené, ale v podstatě za dobu praxe jsem zažila velmi mnoho exitů, takže to už беру jako samozřejmost.“
- „Cítila jsem posvátnost této chvíle, vnímala jsem to jako něco výjimečného, ale byla jsem nervózní.“

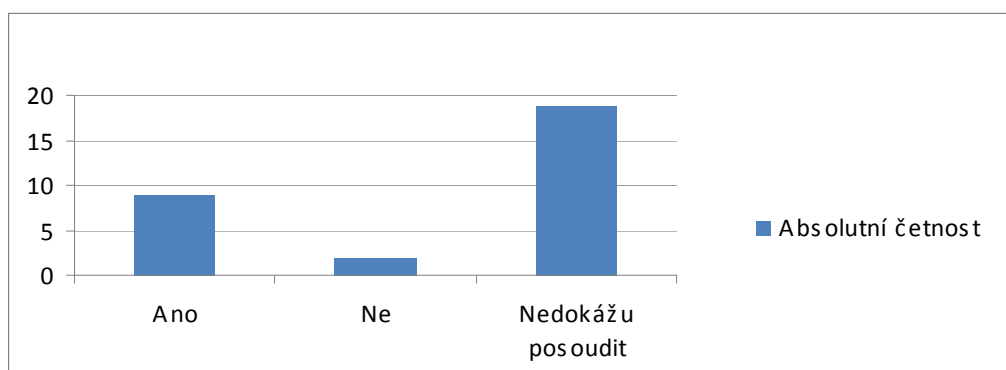
U této otázky mne překvapila protichůdnost pocitů. Často totiž respondenti uváděli negativní pocity jako strach, nervozitu, vystrašenost, nejistota, atd. Naopak mne mile překvapilo, že mnoho respondentů uvádělo pocity jako útěcha, důstojnost, opatrnost, úcta, pokora. Domnívám se, že péče o mrtvé tělo je velmi silným zážitkem stejně jako resuscitace.

Položka č. 17

Tabulka č. 11: Zvládnutí péče o mrtvé tělo

Otázka č. 17: Myslíte si, že by jste zvládl/a péči o mrtvé tělo?		
Souhlas/nesouhlas	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	9	30,0 %
Ne	2	6,7 %
Nedokážu posoudit	19	63,3 %
Celkem	30	100,0 %

Graf č. 11: Zvládnutí péče o mrtvé tělo



Respondenti, kteří v otázce č. 15 „Prováděl/a jste někdy během své odborné praxe na vysoké škole péči o mrtvé tělo?“ odpověděli „Ne“, měli dále pokračovat na tuto otázku. Touto otázkou jsem chtěla zjistit, zda si tito respondenti myslí, že by zvládli péči o mrtvé tělo. Odpověď „Ano“ zvolilo 30,0% respondentů, odpověď „Ne“ zvolilo 6,7% respondentů a odpověď „Nedokážu posoudit“ zvolilo 63,3% respondentů.

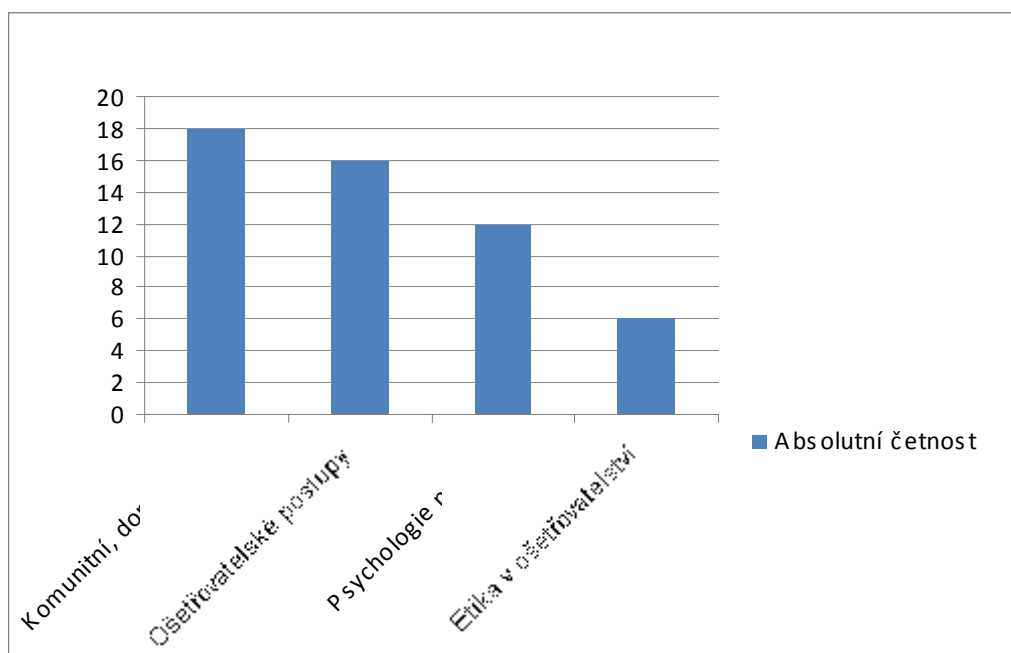
U této otázky nejvíce respondentů odpovědělo, že nedokáží posoudit zda by zvládli péči o mrtvé tělo. Domnívám se, že je to zapříčiněno tím, že pokud si dotyčný skutečně onen výkon nezkusí, nemůže posoudit, zda by jej zvládl. Druhou početnou skupinou jsou respondenti, kteří odpověděli, že si myslí, že by péči o mrtvé tělo zvládli. V tomto případě se domnívám, že je to způsobeno tím, že ve výuce se dosti podrobně probírá péče o mrtvé tělo a navíc je možné si na oddělení přečíst standart popisující tuto péči.

Položka č. 18

Tabulka č. 12: Předměty Olomouc

Otázka č. 18: Ve kterém předmětu jste se setkal/a s péčí o umírajícího pacienta?		
Olomouc	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Komunitní, domácí ...	18	34,6 %
Ošetrovatelské postupy	16	30,8 %
Psychologie pro ...	12	23,1 %
Etika v ošetrovatelství	6	11,5 %
Celkem	52	100,0 %

Graf č. 12: Předměty Olomouc



Touto otázkou jsem chtěla zjistit, ve kterém předmětu se respondenti z Univerzity Palackého v Olomouci setkali s péčí o umírajícího pacienta. Respondenti zvolili tyto 4 předměty:

- Komunitní, domácí a paliativní ošetrovatelství
- Ošetrovatelské postupy
- Psychologie pro všeobecnou sestru
- Etika v ošetrovatelství

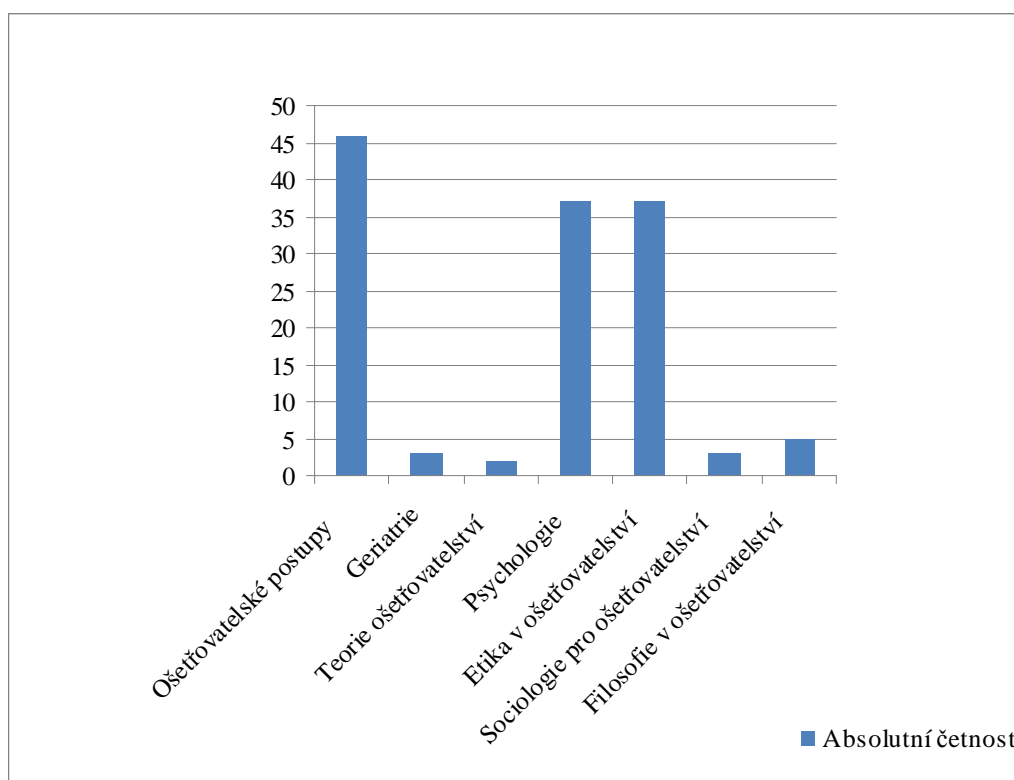
Předmět Komunitní, domácí a paliativní ošetrovatelství zvolilo 34,6% respondentů. Předmět Ošetrovatelské postupy zvolilo 30,8% respondentů. Předmět Psychologie pro všeobecnou sestru zvolilo 23,1% respondentů a předmět Etika v ošetrovatelství zvolilo 11,5% respondentů.

Volba předmětů respondentů studujících na Univerzitě Palackého v Olomouci mne nijak nepřekvapila, neboť jsou tyto předměty i se svým zaměřením popsány v sylabech.

Tabulka č. 13: Předměty Zlín

Otázka č. 18: Ve kterém předmětu jste se setkal/a s péčí o umírajícího pacienta?		
Zlín	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ošetřovatelské postupy	46	34,6 %
Geriatric	3	2,3 %
Teorie ošetřovatelství	2	1,5 %
Psychologie	37	27,8 %
Etika v ošetřovatelství	37	27,8 %
Sociologie pro ošetřovatelství	3	2,3 %
Filosofie v ošetřovatelství	5	3,8 %
Celkem	133	100,0 %

Graf č. 13: Předměty Zlín



Touto otázkou jsem chtěla zjistit, ve kterém předmětu se respondenti z Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně setkali s péčí o umírajícího pacienta. Respondenti zvolili těchto 7 předmětů:

- Ošetřovatelské postupy
- Geriatric
- Teorie ošetřovatelství

- Psychologie
- Etika v ošetrovatelství
- Sociologie pro ošetrovatelství
- Filosofie v ošetrovatelství

Předmět Ošetrovatelské postupy zvolilo 34,6% respondentů. Předmět Geriatrie zvolilo 2,3% respondentů. Předmět Teorie ošetrovatelství zvolilo 1,5% respondentů. Předmět Psychologie a Etika v ošetrovatelství zvolilo 27,8% respondentů. Předmět Sociologie pro ošetrovatelství zvolilo 2,3% respondentů a předmět Filosofie v ošetrovatelství zvolilo 3,8% respondentů.

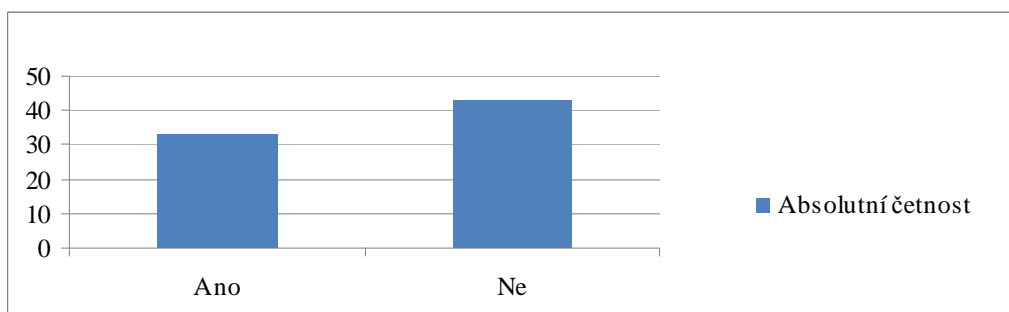
U volby předmětů u respondentů studujících na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně mne překvapila volba předmětů Teorie ošetrovatelství a Sociologie pro ošetrovatelství. Ve srovnání s Univerzitou Palackého v Olomouci je výběr předmětů větší.

Položka č. 19

Tabulka č. 14: Video/DVD záznam

<i>Otázka č. 19: Bylo Vám v rámci výuky promítnuto video či DVD záznam, který by se týkal problematiky umírání a smrti?</i>		
Souhlas/nesouhlas	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	33	43,4 %
Ne	43	56,6 %
Celkem	76	100,0 %

Graf č. 14: Video/DVD záznam



Touto otázkou jsem chtěla zjistit, zda bylo studentům v rámci výuky promítnuto video či DVD záznam, který by se týkal problematiky umírání a smrti. Odpověď „Ano“ zvolilo 43,4% respondentů, možnost „Ne“ zvolilo 56,6% respondentů.

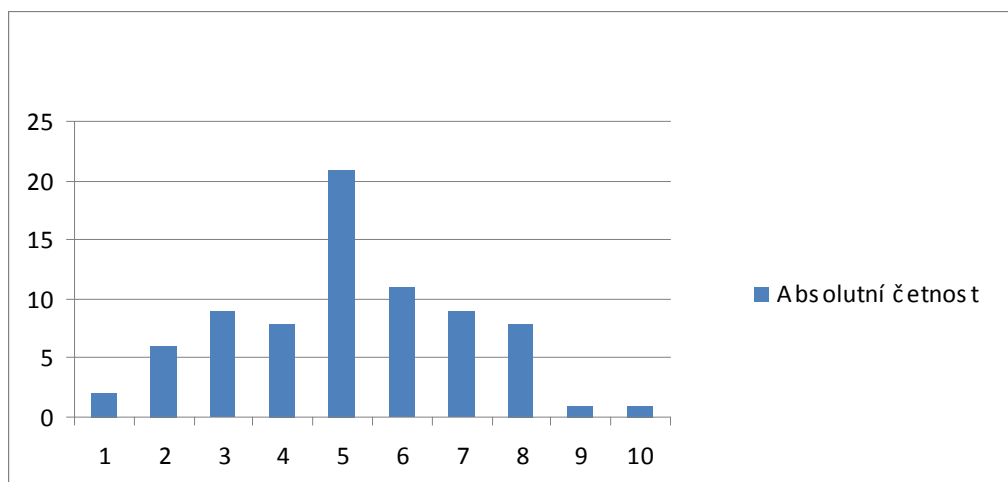
Odpovědi respondentů u této otázky byly poměrně vyrovnané, lišily se jen malým počtu. Pouze mne zarazilo, že žádný z respondentů nevěděl přesný název promítnutého dokumentu. Odpovědi se shodovaly pouze v tom, že dokument se týkal hospice či hospicové péče.

Položka č. 20

Tabulka č. 15: Výuka

Otázka č. 20: Považujete výuku v oblasti paliativní a hospicové péče za dostatečnou?		
Úroveň výuky	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
1	2	2,6 %
2	6	7,9 %
3	9	11,8 %
4	8	10,5 %
5	21	27,6 %
6	11	14,5 %
7	9	11,8 %
8	8	10,5 %
9	1	1,3 %
10	1	1,3 %
Celkem	76	100,0 %
Průměr výuky	5,1	

Graf č. 15: Výuka



Touto otázkou jsem chtěla zjistit, zda respondenti považují výuku v oblasti paliativní a hospicové péče za dostatečnou. Na škále od 1 do 10 označilo nejvíce respondentů – 27,6% - stupeň číslo 5, což je střední pozornost. Průměrná hodnota úrovně pozornosti byla 5,1.

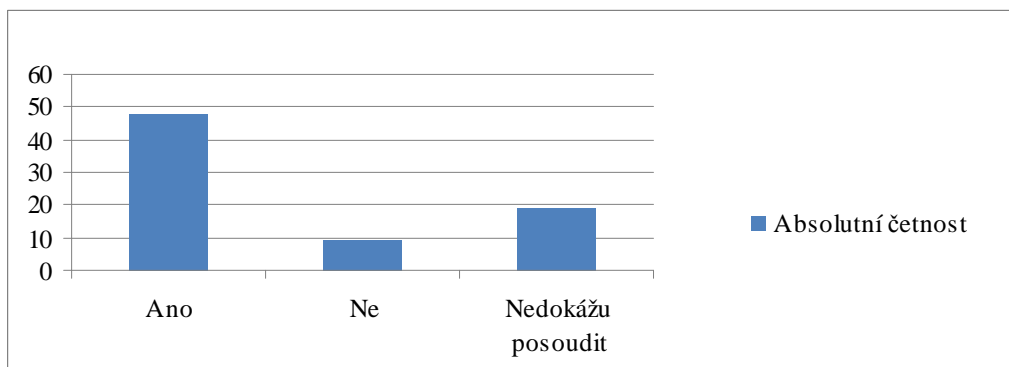
U této otázky mne překvapila průměrná úroveň výuky, kterou respondenti označili. Domnívala jsem se totiž, že bude nižší. Z grafu i tabulky četností je možné vyčíst, že nejvíce byla označena úroveň 5, tedy střední pozornost. Nejméně byly označeny úroveň 1, tedy nízká pozornost a úroveň 9 a 10, tedy velká pozornost.

Položka č. 21

Tabulka č. 16: Rozšíření výuky

Otázka č. 21: Uvítal/a by jste rozšíření výuky v této oblasti?		
Souhlas/nesouhlas	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	48	63,2 %
Ne	9	11,8 %
Nedokážu posoudit	19	25,0 %
Celkem	76	100,0 %

Graf č. 16: Rozšíření výuky



Touto otázkou jsem chtěla zjistit, zda by respondenti uvítali rozšíření výuky v této oblasti. Odpověď „Ano“ zvolilo 63,2% respondentů, odpověď „Ne“ zvolilo 11,8% respondentů a odpověď „Nedokážu posoudit“ zvolilo 25,0% respondentů.

Uvádím 10 oblastí, které byly respondenty nejčastěji uvedeny jako vhodné k rozšíření: komunikace s umírajícím, psychologie, jak přistupovat k rodině umírajícího, specifika péče, přístup k umírajícímu, ošetrovatelství, komunikace s umírajícími dětmi/dětmi s nevléčitelným onemocněním, ve všech oblastech, hospicové a paliativní péče.

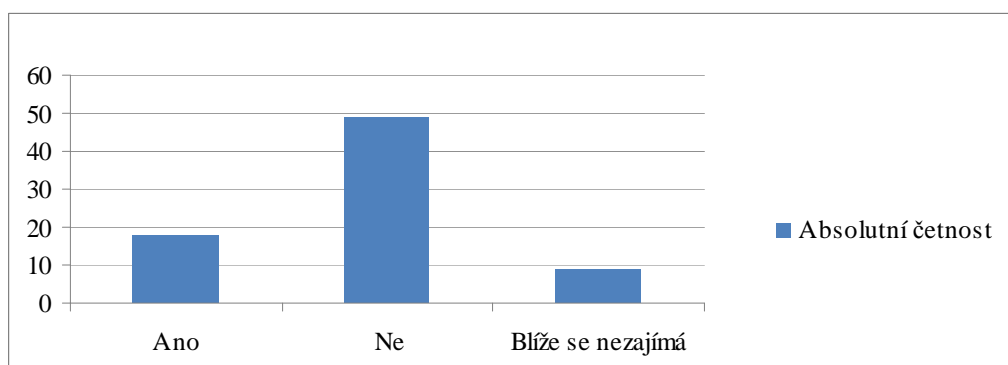
U této otázky hodnotím velmi pozitivně nadpoloviční zájem respondentů o rozšíření výuky v této oblasti. Také hodnotím pozitivně i oblasti k rozšíření výuky, které respondenti zvolili. Domnívám se, že volba těchto oblastí svědčí o vcítění se do pacientovy nelehké situace.

Položka č. 22

Tabulka č. 17: Kniha

Otázka č. 22: Přečetl/a jste někdy knihu (odbornou či beletristickou), která by se týkala problematiky umírání a smrti?		
Souhlas/nesouhlas	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	18	23,7 %
Ne	49	64,5 %
Blíže se nezajímá	9	11,8 %
Celkem	76	100,0 %

Graf č. 17: Kniha



Touto otázkou jsem chtěla zjistit, zda respondenti někdy přečetli knihu, která by se týkala problematiky umírání a smrti. Odpověď „Ano“ zvolilo 23,7% respondentů, odpověď „Ne“ zvolilo 64,5% respondentů a odpověď „O tuto problematiku se blíže nezajímám“ zvolilo 11,8% respondentů.

Uvádím všechny tituly, které byly uvedeny: Hospicová péče, Etika v ošetrovatelství, Hospice a umění doprovázet (3x), Thanatologie (3x), Eutanazie ano či ne, Dvě ženy, Setkáme se opět v ráji, Co život dal a vzal, Hovory s umírajícími, Život po životě, Otázky života a smrti, Rub života – líc smrti, Tibetská kniha mrtvých, O životě a smrti – existuje posmrtný život?. 7 respondentů knihu přečetlo, ale nevzpomínají si na název.

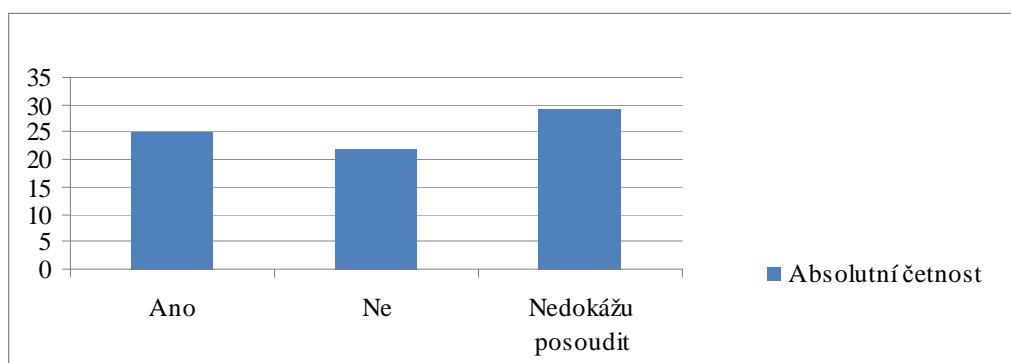
V této otázce nadpočetní většina respondentů uvedla, že knihu s tematikou umírání a smrti nečetla, což se domnívám, že je velká škoda. Tento fakt z mého hlediska však kompenzuje výčet titulů od respondentů, kteří naopak knihu/knihy četli. Osobně shledávám zvolené tituly jako kvalitní literaturu od odborníků z této problematiky (Svatošová, Haškovcová apod).

Položka č. 23

Tabulka č. 18: Vyrovnanost

<i>Otázka č. 23: Domníváte se, že jste vyrovnán/a se svou vlastní smrtelností a svou smrtí?</i>		
Souhlas/nesouhlas	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	25	32,9 %
Ne	22	28,9 %
Nedokážu posoudit	29	38,2 %
Celkem	76	100,0 %

Graf č. 18: Vyrovnanost



Touto otázkou jsem chtěla zjistit, zda se respondenti domnívají, že jsou vyrovnání se svou vlastní smrtelností a svou smrtí. Odpověď „Ano“ zvolilo 32,9% respondentů, odpověď „Ne“ zvolilo 28,9% respondentů a odpověď „Nedokážu posoudit“ zvolilo 38,2% respondentů.

Rozložení odpovědí na tuto otázku je procentuelně velmi podobné, o čemž svědčí jak graf, tak i tabulka četnosti.

Položka č. 24***Otázka č. 24: Napište, prosím, 3 potřeby, které si myslíte, že jsou v popředí u umírajícího pacienta***

Touto otázkou jsem chtěla zjistit, které 3 potřeby si respondenti myslí, že jsou v popředí u umírajícího pacienta. Tato otázka byla otevřená, respondenti měli vepsat své odpovědi. Uvádím 10 nejčastějších potřeb, které byly respondenty zvoleny: potřeba přítomnosti blízkých/příbuzných, potřeba být bez bolesti, potřeba nebýt sám, potřeba důstojnosti, fyziologické/biologické potřeby, potřeba klidu, potřeba mít urovnané vztahy, duchovní potřeby, potřeba mluvit o svých emocích/obavách a potřeba bezpečí.

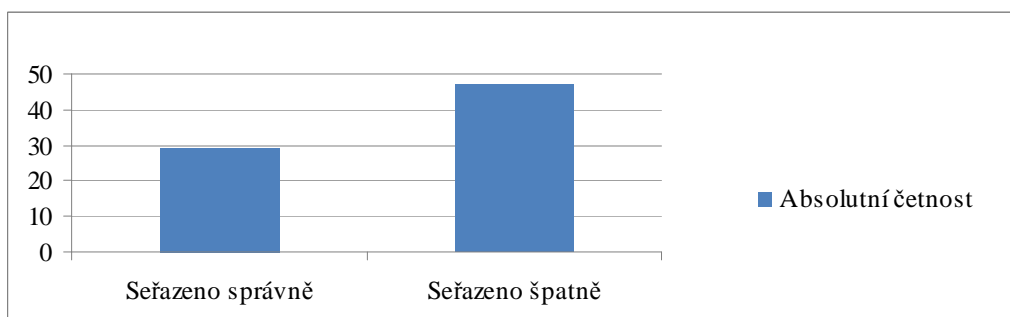
Volbu potřeb, které respondenti uvedli jako přednostní u umírajícího pacienta hodnotím pozitivně, neboť se domnívám, že stejně jako u otázky č. 21 i u této otázky se respondenti větili do potřeb umírajícího pacienta a podle toho zvolili i skladbu potřeb.

Položka č. 25

Tabulka č. 19: Fáze umírání

<i>Otázka č. 25: Seřad'te, prosím, následující fáze umírání dle E. Kübler-Rossové tak, jak jdou chronologicky za sebou</i>		
Správně/špatně	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Seřazeno správně	29	38,2 %
Seřazeno špatně	47	61,8 %
Celkem	76	100,0 %

Graf č. 19: Fáze umírání



Touto otázkou jsem chtěla zjistit, zda respondenti umí správně seřadit fáze umírání dle E. Kübler-Rossové tak, jak jdou chronologicky za sebou. Fáze umírání správně seřadilo 38,2% respondentů. Respondentů, kteří fáze umírání seřadili špatně, bylo 61,8%.

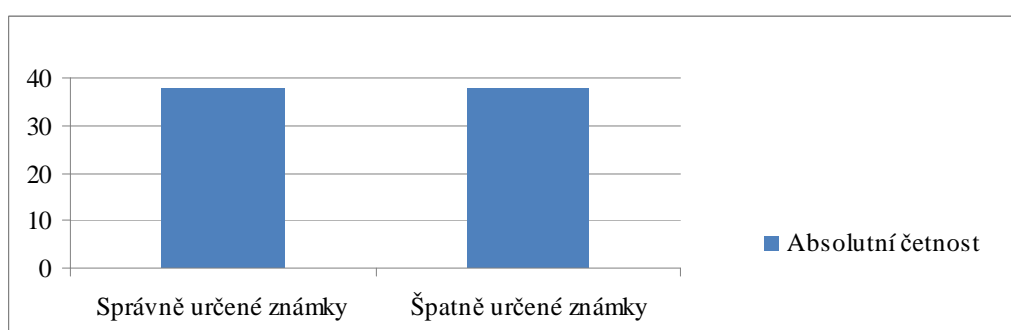
Více než polovina respondentů u této otázky seřadila fáze umírání dle E. Kübler-Rossové špatně, ale necelá polovina respondentů naopak seřadila fáze umírání dle E. Kübler-Rossové správně. Domnívám se, že toto rozložení je způsobeno tím, že studenti nemají tyto fáze umírání ještě dostatečně osvojené.

Položka č. 26

Tabulka č. 20: Znamky klinické smrti

<i>Otázka č. 26: Napište, prosím, 3 známky klinické smrti</i>		
Správně/špatně	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Správně určené známky	38	50,0 %
Špatně určené známky	38	50,0 %
Celkem	76	100,0 %

Graf č. 20: Znamky klinické smrti



Touto otázkou jsem chtěla zjistit, zda respondenti znají známky klinické smrti. 3 známky klinické smrti správně napsalo 50,0% respondentů. Respondentů, kteří špatně napsali 3 známky klinické smrti, bylo také 50,0%.

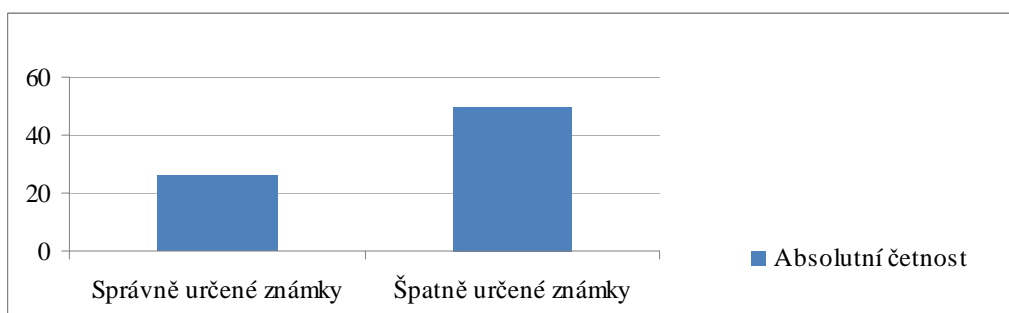
Rozložení odpovědí u této otázky je naprosto stejné. Domnívám se, že je to zapříčiněno tím, že studenti nedokáží zcela přesně definovat rozdíl mezi klinickou smrtí a biologickou (jistou) smrtí, tudíž nedokáží nejspíše určit ani přesné známky klinické smrti.

Položka č. 27

Tabulka č. 21: Jisté známky smrti

<i>Otázka č. 27: Napište, prosím, 3 jisté známky smrti</i>		
Správně/špatně	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Správně určené známky	26	34,2 %
Špatně určené známky	50	65,8 %
Celkem	76	100,0 %

Graf č. 21: Jisté známky smrti



Touto otázkou jsem chtěla zjistit, zda respondenti znají jisté známky smrti. 3 jisté známky smrti správně napsalo 34,2% respondentů. Respondentů, kteří špatně napsali 3 jisté známky smrti, bylo 65,8%.

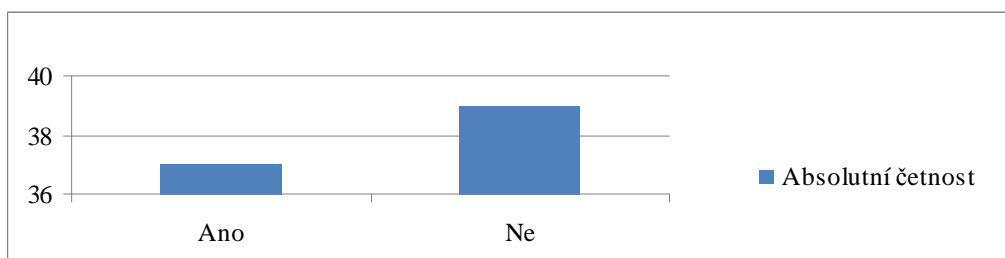
Rozložení odpovědí na tuto otázku je podobné jako u otázky č. 25. I v tomto případě převažovala skupina respondentů se špatnými odpověďmi. Domnívám se, že tento výsledek je způsoben stejnou příčinou jako u otázky č. 26 – tedy že studenti nedokáží zcela přesně definovat rozdíl mezi klinickou smrtí a biologickou (jistou) smrtí.

Položka č. 28

Tabulka č. 22: Sborník

<i>Otázka č. 28: Znáte nějaký sborník přání, práv nebo chartu zabývající se terminálně nemocnými?</i>		
Souhlas/nesouhlas	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	37	48,7 %
Ne	39	51,3 %
Celkem	76	100,0 %

Graf č. 22: Sborník



Touto otázkou jsem chtěla zjistit, zda respondenti znají nějaký sborník přání, práv nebo chartu zabývající se terminálně nemocnými. Odpověď „Ano“ zvolilo 48,7% respondentů, odpověď „Ne“ zvolilo 51,3% respondentů.

Respondenti zvolili tyto sborníky: Charta umírajících pacientů, Deklarace práv nemocných rakovinou, Charta práv onkologických pacientů, Pět přání, O ochraně lidských práv a důstojnosti nevyléčitelně nemocných a umírajících a Práva kriticky nemocného.

U této otázky je rozložení odpovědí relativně stejné. Převažuje sice většina respondentů, kteří uvedli, že neznají sborník přání, práv nebo chartu týkající se terminálně nemocných, nicméně nepatrná menšina respondentů, kteří uvedli, že onen sborník přání, práv nebo chartu znají, toto negativum kompenzovala tím, že respondenti uvedli téměř všechny obecně známe dokumenty. Tuto skutečnost hodnotím velmi pozitivně.

DISKUZE

Zde uvádím diskuzi:

1. Zjistit, zda se studenti při své odborné praxi během bakalářského studia setkali s pacientem v terminálním stádiu a zda prováděli péči o mrtvé tělo.

Hypotéza č. 1: Předpokládám, že se nadpoloviční většina studentů setkala při své odborné praxi během bakalářského studia s pacientem v terminálním stádiu.

Otázka č. 7 měla ověřit tuto hypotézu. Naprostá většina respondentů – 86,8% - byla tvořena studenty, kteří se během své odborné praxe na vysoké škole setkali s pacientem v terminálním stádiu. Jen malá skupina respondentů – 13,2% - byla tvořena studenty, kteří se během své odborné praxe na vysoké škole nesetkali s pacientem v terminálním stádiu.

Tato hypotéza se potvrdila.

Hypotéza č. 2: Předpokládám, že alespoň polovina studentů prováděla péči o mrtvé tělo.

Tuto hypotézu měla ověřit otázka č. 15. Větší polovinu respondentů – 60,5% - tvořili studenti, kteří během své odborné praxe na vysoké škole někdy prováděli péči o mrtvé tělo. Menší skupinu respondentů – 39,5% - tvořili studenti, kteří se během své odborné praxe na vysoké škole s péčí o mrtvé tělo nesetkali.

Tato hypotéza se potvrdila.

2. Zjistit, zda považují studenti výuku v problematice umírajícího pacienta za dostatečnou a zda by uvítali její rozšíření.

Hypotéza č. 1: Domnívám se, že studenti považují výuku v problematice umírajícího pacienta za nedostatečnou.

Tuto hypotézu měla ověřit otázka č. 20. Největší část respondentů – 27,6% - tvořila skupina, která na stupnici označila úroveň č. 5 (střední pozornost). Taktéž průměrná hodnota úrovně byla 5,1.

Tato hypotéza se nepotvrdila.

Hypotéza č. 2: Myslím si, že by nadpoloviční většina studentů uvítala rozšíření výuky v problematice umírajícího pacienta.

Tuto hypotézu měla potvrdit otázka č. 21. Většina respondentů - 63,2% - byla tvořena studenty, kteří by uvítali rozšíření výuky v této problematice. Malá skupina respondentů - 25,0% - byla tvořena studenty, kteří označili odpověď „Nedokážu posoudit“. Jen menšina respondentů - 11,8% - byli studenti, kteří by neuvítali rozšíření výuky v problematice umírajícího pacienta.

Tato hypotéza se potvrdila.

3. Zjistit, jaké jsou znalosti studentů v této problematice.

Hypotéza č. 1: Myslím si, že alespoň polovina studentů umí správně seřadit fáze umírání podle E. Kübler-Rossové.

Tuto hypotézu měla potvrdit otázka č. 25. Výraznou většinu respondentů - 61,8% - tvořili studenti, kteří špatně seřadili fáze umírání podle E. Kübler-Rossové. Druhou skupinu respondentů - 38,2% - tvořili studenti, kteří fáze podle E. Kübler-Rossové seřadili správně.

Tato hypotéza se nepotvrdila.

Hypotéza č. 2: Myslím si, že alespoň polovina studentů správně určí známky klinické smrti.

Tuto hypotézu měla ověřit otázka č. 26. Rozložení odpovědí u této otázky je naprosto stejné. 50,0% respondentů bylo tvořeno studenty, kteří správně určili známky klinické smrti a stejně tak 50,0% respondentů bylo tvořeno studenty, kteří špatně určili známky klinické smrti.

Tato hypotéza se potvrdila.

Hypotéza č. 3: Myslím si, že alespoň polovina studentů správně určí jisté známky smrti.

Tuto hypotézu měla ověřit otázka č. 27. Rozložení odpovědí je podobné jako u hypotézy č. 1. Také u této otázky byla větší skupina respondentů - 65,8% - složená ze studentů, kteří špatně určili jisté známky smrti. Menší skupinu respondentů - 34,2% - tvořili studenti, kteří správně určili jisté známky smrti.

Tato hypotéza se nepotvrdila.

Hypotéza č. 4: Myslím si, že alespoň polovina studentů zná nějaký sborník přání, práv nebo chartu zabývající se terminálně nemocnými pacienty.

Tuto hypotézu měla ověřit otázka č. 28. Větší skupinu respondentů – 51,3% - tvořila skupina studentů, kteří neznají nějaký sborník přání, práv nebo chartu zabývající se terminálně nemocnými pacienty. Menší skupinu respondentů – 48,7% - tvořila skupina studentů, kteří tyto dokumenty znají. Nelze ovšem jednoznačně určit převahu respondentů, kteří tyto dokumenty neznají, nad těmi, kteří je znají, jelikož jsou obě skupiny odpovědí vcelku vyrovnané.

Tato hypotéza se tedy víceméně nepotvrdila.

ZÁVĚR

Moje bakalářská práce obsahuje část teoretickou i část praktickou. V teoretické části jsou popsány a vysvětleny pojmy jako je smrt, umírání, klinická smrt a biologická smrt. Dále jsou popsány fáze umírání podle E. Kübler-Rossové, péče o umírajícího pacienta a péče o zemřelého. Zmiňuji se také o zásadách zvládnání zátěže zdravotnických pracovníků ošetřujících umírajícího.

Z vyhodnocení praktické části vyplývá mnoho zajímavých poznatků. Výsledky výzkumu by mohly přinést zlepšení do přípravy studentů bakalářského studia ošetrovatelství na jejich setkání s umírajícím pacientem. A to nejen v oblasti teoretických znalostí, ale také hlavně v komunikaci s tímto pacientem. Je zajímavé, že i když měla převážná většina studentů vystudovanou střední zdravotnickou školu, měli studenti mezery ve vědomostech. Jako velké pozitivum hodnotím zájem studentů o rozšíření studia v této problematice, volbu oblastí, u kterých by studium chtěli rozšířit a také považují za kladnou stránku věci skladbu potřeb, které studenti dali do popředí u umírajícího pacienta.

Celkově považuji po provedeném výzkumu teoreticko-praktickou připravenost studentů bakalářského studia ošetrovatelství na setkání s umírajícím pacientem spíše za nižší. Nicméně se také domnívám, že být správně připraveni mohou být studenti až po několika zkušenostech. Také si myslím, že je to velmi individuální a obtížné a práce s umírajícím pacientem vyžaduje jistou duševní vyzrálost. Zjištěné výsledky výzkumu proto mohou posloužit jako podnět k dalšímu upravení sylabů jednotlivých odborných předmětů.

V dnešní době se hodně dbá na to, aby studenti byli seznamováni s nejnovějšími počítačovými technologiemi, elektronickými metodami výuky, aby byli připraveni obstát v moderním světě, kde je těžká konkurence. Dbejme však také na to, aby byli stejně kvalitně připraveni i na setkání s lidmi, kteří právě tento svět opouštějí.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] BÁRTLOVÁ, S., SADÍLEK, P., TÓTHOVÁ, V. *Výzkum a ošetrovatelství*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. 146 s. ISBN 80-7013-416-X.
- [2] BLUMENTHAL-BARBY, K. a kol. *Kapitoly z thanatologie*. 1. vyd. Praha: Avicenum, zdravotnické nakladatelství, 1987. ISBN 08-052-87.
- [3] BRABEC, L. *Křesťanská thanatologie*. Praha: Gemma89, 1991. 119 s. ISBN 80-852206-06-4.
- [4] FARKAŠOVÁ, D. a kol. *Výzkum v ošetrovatelství*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2006. 88 s. ISBN 80-8063-229-4.
- [5] FIŠEROVÁ, J. *Etika v ošetrovatelství*. Brno: NCO NZO, 2003.
- [6] HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie*. 2. vyd. Praha: Galén, 2007. 224 s. ISBN 978-80-7262-471-3.
- [7] JANÁČKOVÁ, L. *Základy zdravotnické psychologie*. Praha: Triton, 2008. 104 s. ISBN 978-80-7387-179-6.
- [8] JUŘENÍKOVÁ, P., HŮSKOVÁ, J., PETROVÁ, V. *Ošetrovatelství. Vnitřní lékařství, gynekologie, porodnictví, urologie*. 2. vyd. Uherské Hradiště: Středisko služeb školám Uherské Hradiště, 1999. 228 s.
- [9] KELNAROVÁ, J. *Tanatologie v ošetrovatelství*. 1. vyd. Brno: Litera, 2007. 112 s. ISBN 978-80-85763-36-2.
- [10] KRÁTKÁ, A. *Potřeby nemocných v ošetrovatelském procesu*. 1. vyd. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2007. 46 s. ISBN 978-80-7318-643-2.
- [11] KUTNOHORSKÁ, J. *Výzkum ve zdravotnictví. Metodika a metodologie výzkumu*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2008. 124 s. ISBN 978-80-244-1877-3.
- [12] MINIBERGEROVÁ, L., DUŠEK, J. *Vybrané kapitoly z psychologie a medicíny pro zdravotníky pracující se seniory*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. 67 s. ISBN 80-7013-436-4.

- [13] PAYNEOVÁ, S., SEYMOUROVÁ, J., INGLETONOVÁ, C. *Principy a praxe paliativní péče*. 1. vyd. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007. 808 s. ISBN 978-80-87029-25-1.
- [14] SLÁMA, O., KABELKA, L., VORLÍČEK, J. et. al. *Paliativní medicína pro praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2007. 362 s. ISBN 987-80-7262-505-5.
- [15] STRÍTESKÝ, J., BOUŠKA, I. *Patologie*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1993. 226 s. ISBN 80-7013-155-1.
- [16] SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*. 6. vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2008. 151 s. ISBN 978-80-7195-307-4.
- [17] TRACHTOVÁ, E. a kol. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd. Brno: NCO NZO, 2003, 185 s. ISBN 80-7013-324-4.
- [18] VORLÍČEK, J., ADAM, Z., POSPÍŠILOVÁ, Y. a kol. *Paliativní medicína*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. 537 s. ISBN 80-247-0279-7.
- [19] VUČKOVÁ, J. *Ošetrovatelství – I*. 1. vyd. Praha: Fortuna, 1994, 71 s. ISBN 80-7168-151-2.
- [20] *Ošetrovatelský audit. Péče o zemřelého*. Krajská nemocnice T. Bati a.s., 1998.
- [21] *Ošetrovatelský standard č. 121. Péče o zemřelého*. Krajská nemocnice T. Bati a.s., 1998.
- [22] *Studijní programy 2007/2008*. Zlín: UTB, 2007.

Elektronické zdroje:

- [23] *Umírání a paliativní péče v ČR (situace, reflexe, vyhlídky)* [databáze online]. Praha: Hospicové občanské sdružení Cesta domů, 2004 [citováno 2009-08-25 14:46]. Dostupné z <http://hospice.cz/hospice1/data/umirani.pdf>.
- [24] Sylaby Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně. [citováno 2010-03-13 11:06]. Dostupné z <http://www.stag.utb.cz>.
- [25] Sylaby Univerzity Palackého v Olomouci. [citováno 2010-03-23 14:53]. Dostupné z <http://portal.upol.cz>.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

aj.	a jiné
atd.	a tak dále
ARIP	anesteziologie, resuscitace a intenzivní péče
č.	číslo
GIT	gastrointestinální trakt
LDN	léčebna dlouhodobě nemocných
LSPP	lékařská služba první pomoci
např.	například
PL	praktický lékař
popř.	popřípadě
RZP	rychlá záchranná služba
Sb.	Sbírka/sbírky
SMS	Short Message Service (krátká textová zpráva)
str.	strana
tj.	to je
tzn.	to znamená
tzv.	tak zvaně

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1: Pohlaví	48
Tabulka č. 2: Věk	49
Tabulka č. 3: Předchozí studium	50
Tabulka č. 4: Současné místo studia	51
Tabulka č. 5: Studijní ročník	53
Tabulka č. 6: Ošetrovatelská péče u pacienta v terminálním stádiu	54
Tabulka č. 7: Obtížná komunikace	55
Tabulka č. 8: Komunikace	60
Tabulka č. 9: Resuscitace	61
Tabulka č.10: Péče o mrtvé tělo	66
Tabulka č. 11: Zvládnutí péče o mrtvé tělo	69
Tabulka č. 12: Předměty Olomouc	70
Tabulka č. 13: Předměty Zlín	72
Tabulka č. 14: Video/DVD záznam	74
Tabulka č. 15: Výuka	75
Tabulka č. 16: Rozšíření výuky	77
Tabulka č. 17: Kniha	78
Tabulka č. 18: Vyrovnanost	79
Tabulka č. 19: Fáze umírání	81
Tabulka č. 20: Znamky klinické smrti	82
Tabulka č. 21: Jisté známky smrti	83
Tabulka č. 22: Sborník	84

SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1: Pohlaví	48
Graf č. 2: Věk	49
Graf č. 3: Předchozí studium	50
Graf č. 4: Současné místo studia	51
Graf č. 5: Studijní ročník	53
Graf č. 6: Ošetrovatelská péče u pacienta v terminálním stádiu	54
Graf č. 7: Obtížná komunikace	55
Graf č. 8: Komunikace	60
Graf č. 9: Resuscitace	61
Graf č. 10: Péče o mrtvé tělo	66
Graf č. 11: Zvládnutí péče o mrtvé tělo	69
Graf č. 12: Předměty Olomouc	70
Graf č. 13: Předměty Zlín	72
Graf č. 14: Video/DVD záznam	74
Graf č. 15: Výuka	75
Graf č. 16: Rozšíření výuky	77
Graf č. 17: Kniha	78
Graf č. 18: Vyrovnanost	79
Graf č. 19: Fáze umírání	81
Graf č. 20: Znamky klinické smrti	82
Graf č. 21: Jisté známky smrti	83
Graf č. 22: Sborník	84

SEZNAM PŘÍLOH

PŘÍLOHA P I: Dotazník

PŘÍLOHA P II: Žádost o dotazníkové šetření - Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií, Institut zdravotnických studií

PŘÍLOHA P III: Žádost o dotazníkové šetření - Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta zdravotnických věd

PŘÍLOHA P IV: Prohlášení autora bakalářské práce

PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK

Dobrý den,

jmenuji se Barbora Macháčová a jsem studentkou Institutu zdravotnických studií, Fakulty humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, studijního oboru Všeobecná sestra. V rámci státních závěrečných zkoušek vypracovávám bakalářskou práci na téma „Připravenost studentů (bakalářů) na setkání s umírajícím pacientem“. Obracím se na Vás s prosbou o pomoc při získávání potřebných informací a prosím Vás o vyplnění tohoto dotazníku. Dotazník je anonymní. Veškeré Vámi poskytnuté informace budou zpracovány v rámci mé bakalářské práce a nebudou zneužity k žádným jiným účelům.

Děkuji, že jste si při svém náročném studiu našli čas k vyplnění tohoto dotazníku.

Barbora Macháčová

Pokyny k vyplnění dotazníku:

Je možné označit pouze 1 odpověď.

Vámi vybrané odpovědi, prosím, zakroužkujte.

Tam, kde jsou tečky, prosím, uveďte slovní odpověď.

1. Pohlaví:

a) žena

b) muž

2. Věk:

.....

3. Před studiem na vysoké škole jste studoval/a na:

a) střední zdravotnické škole

b) vyšší zdravotnické škole (nynější název vyšší odborná škola zdravotnická)

c) jiné škole (uveďte jaké:)

.....

4. Studujete na:

- a) Fakultě zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci
- b) Institutu zdravotnických studií Fakulty humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně

5. Studijní obor:

.....

6. Uveďte, ve kterém ročníku nyní studujete:

.....

7. Prováděl/a jste někdy během své odborné praxe na vysoké škole ošetrovatelskou péči u pacienta v terminálním stádiu?

- a) ano (pokud jste označil/a tuto odpověď, přejděte prosím na otázky č. 8, 9, 10 a otázku č. 11 vynechejte)
- b) ne (pokud jste označil/a tuto odpověď, přejděte prosím na otázku č. 11 a otázky č. 8, 9, 10 vynechejte)

8. Připadala Vám komunikace s tímto pacientem nějakým způsobem obtížná?

- a) ano
- b) ne
- c) nedokážu posoudit

9. Jaké byly „Vaše pocity“ při komunikaci s tímto pacientem?

.....

.....

10. Jaké byly „Vaše pocity“ při vykonávání ošetrovatelské péče u tohoto pacienta?

.....
.....

11. Myslíte si, že by jste zvládl/a adekvátně komunikovat s tímto pacientem?

- a) ano
- b) ne
- c) nedokážu posoudit

12. Podílel/a jste se někdy během své odborné praxe na vysoké škole na resuscitaci pacienta?

- a) ano (pokud jste označil/a tuto odpověď, přejděte prosím na otázky č. 13 a 14)
- b) ne (pokud jste označil/a tuto odpověď, otázky č. 13 a 14 prosím vynechejte)

13. Jaké byly „Vaše pocity“ během resuscitace?

.....
.....

14. Jaké byly „Vaše pocity“ po skončení resuscitace (ať již úspěšné či neúspěšné)?

.....
.....

15. Prováděl/a jste někdy během své odborné praxe na vysoké škole péči o mrtvé tělo?

- a) ano (pokud jste označil/a tuto odpověď, přejděte prosím na otázku č. 16 a otázku č. 17 vynechejte)
- b) ne (pokud jste označil/a tuto odpověď, přejděte prosím na otázku č. 17 a otázku č. 16 vynechejte)

16. Jaké byly „Vaše pocity“ během péče o mrtvé tělo?

.....
.....

17. Myslíte si, že by jste zvládl/a péči o mrtvé tělo?

- a) ano
- b) ne
- c) nedokážu posoudit

18. Ve kterém předmětu jste se setkal/a s péčí o umírajícího pacienta? (vypište celý název předmětu, nepoužívejte prosím zkratky)

a) předměty ošetrovatelského zaměření:

.....
.....

b) předměty psychologického zaměření:

.....
.....

c) předměty etického zaměření:

.....
.....

19. Bylo Vám v rámci výuky promítnuto video či DVD záznam, který by se týkal problematiky umírání a smrti?

a) ano, uveďte titul/y:

.....

b) ne

20. Považujete výuku v oblasti paliativní a hospicové péče za dostatečnou?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
malá			střední				velká		
pozornost			pozornost				pozornost		

21. Uvítal/a by jste rozšíření výuky v této oblasti?

- a) ano (pokud ano, ve které oblasti konkrétně):
- b) ne
- c) nedokážu posoudit

22. Přečetl/a jste někdy knihu (odbornou či beletristickou), která by se týkala problematiky umírání a smrti?

- a) ano, uveďte, prosím titul/y:
- b) ne
- c) o tuto problematiku se blíže nezajímám

23. Domníváte se, že jste vyrovnán/a se svou vlastní smrtelností a svou smrtí?

- a) ano
- b) ne
- c) nedokážu posoudit

24. Napište, prosím, 3 potřeby, které si myslíte, že jsou v popředí u umírajícího pacienta:

.....
.....

25. Seřad'te, prosím, následující fáze umírání dle E. Kübler-Rossové tak, jak jdou chronologicky za sebou (označte čísla 1, 2, 3, 4, 5):

- uklidnění, smlouvání
- zloba, vztek, zášť, hněv
- odevzdanost, smíření
- deprese, zoufalství
- odmítání přijmout pravdu

26. Napište, prosím, 3 známky klinické smrti:

.....
.....

27. Napište, prosím, 3 jisté známky smrti:

.....
.....

28. Znáte nějaký sborník přání, práv nebo chartu zabývající se terminálně nemocnými?

a) ano (napište prosím co nejpřesnější název):

.....

b) ne

Děkuji za vyplnění dotazníku.

PŘÍLOHA P II:

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

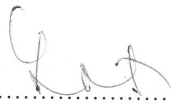
ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

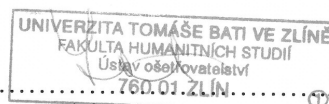
Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění realizace dotazníkového šetření na Vaší fakultě, a to u studentů studijního programu Ošetrovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra (1.-3. ročník). Dotazníkové šetření je součástí bakalářské práce, která je realizována v rámci ukončení studia a její součástí je i výzkumná část. Šetření provádí studentka Institutu zdravotnických studií Fakulty humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, studijního oboru Všeobecná sestra.

Jméno a příjmení studenta	Barbora Macháčová
Téma bakalářské práce	Připravenost studentů (bakalářů) na setkání s umírajícím pacientem
Skupina respondentů	studenti studijního programu Ošetrovatelství, oboru Všeobecná sestra
Pracoviště	Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií, Institut zdravotnických studií

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne *11.11.2009*


Mgr. Jitka Laholová
ředitelka Ústavu ošetrovatelství



Razítko a podpis zástupce zařízení

Vyřizuje: Navrátilová
tel: +420 577 008 137, e-mail:jnavratilova @fhs.utb.cz

PŘÍLOHA P III:

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií


ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění realizace dotazníkového šetření na Vaší fakultě, a to u studentů studijního programu Ošetrovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra (1.-3. ročník). Dotazníkové šetření je součástí bakalářské práce, která je realizována v rámci ukončení studia a její součástí je i výzkumná část. Šetření provádí studentka Institutu zdravotnických studií Fakulty humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, studijního oboru Všeobecná sestra.

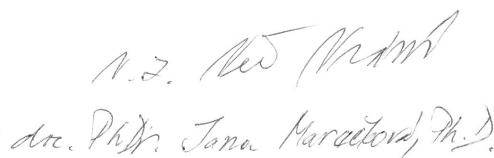
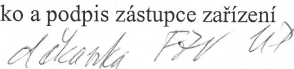
Jméno a příjmení studenta	Barbora Macháčová
Téma bakalářské práce	Připravenost studentů (bakalářů) na setkání s umírajícím pacientem
Skupina respondentů	studenti studijního programu Ošetrovatelství, oboru Všeobecná sestra
Pracoviště	Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta zdravotnických věd

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne 14. 12. 2009


Mgr. Jitka Laholová
ředitelka Ústavu ošetrovatelství

UNIVERZITA PALACKÉHO v Olomouci
Fakulta zdravotnických věd (I)
studijní oddělení
tř. Svobody 8, P.O. BOX 135, 771 11 Olomouc 1
Tel.: 585 632 859
IČO: 61989592 DIČ: CZ61989592


Razítko a podpis zástupce zařízení


Vyřizuje: Navrátilová
tel: +420 577 008 137, e-mail:jnavratilova@fhs.utb.cz