

**UNIVERZITA KARLOVA
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ
ÚSTAV NELÉKAŘSKÝCH STUDIÍ**

**VNÍMÁNÍ SMRTI U STUDENTŮ OBORU
VŠEOBECNÁ SESTRA**

Bakalářská práce

Autor práce: **Steven Hastrdlo**

Vedoucí práce: **doc. PhDr. Jana Kutnohorská, CSc.**

2021

**CHARLES UNIVERSITY
FACULTY OF MEDICINE IN HRADEC KRÁLOVÉ**

DEPARTMENT OF NON-MEDICAL STUDIES

**PERCEPTION OF DEATH BY STUDENTS OF
GENERAL NURSING**

Bachelor's thesis

Author: **Steven Hastrdlo**

Supervisor: **doc. PhDr. Jana Kutnohorská, CSc.**

2021

Prohlašuji, že předložená práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracoval(a) samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpal(a), v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

V Hradci Králové
(podpis)

Poděkování

Rád bych poděkoval doc. PhDr. Janě Kutnohorské, CSc. za odborné vedení bakalářské práce, poskytnutí cenných rad a za čas, který mi věnovala. Dále bych chtěl poděkovat respondentům za ochotu a spolupráci, při zapojení se do výzkumného šetření.

OBSAH

Úvod	8
1 Umírání	9
1.1 Vymezení pojmu umírání.....	9
1.2 Fáze umírání dle Kübler-Ross.....	9
1.3 Období umírání.....	11
1.3.1 Pre finem	11
1.3.2 In finem	12
1.3.3 Post finem.....	14
1.4 Modely umírání	16
1.4.1 Ritualizovaný model umírání	16
1.4.2 Institucionální model umírání.....	16
1.4.3 Paliativní model umírání	16
1.5 Komunikace s umírajícím	17
1.6 Péče o umírající	18
1.6.1 Biologické potřeby.....	19
1.6.2 Psychologické potřeby	20
1.6.3 Sociální potřeby	20
1.6.4 Duchovní potřeby	21
2 Smrt	22
2.1 Vymezení pojmu smrt.....	22
2.2 Znamky smrti	23
2.3 Prohlídka zemřelého	24
2.3.1 Indikace pitvy	24
2.4 Rituál pohřbu.....	25
2.5 Historie smrti.....	25
2.5.1 Smrt ochočená	25

2.5.2 Smrt sebe sama	26
2.5.3 Smrt vzdálená i blízká.....	26
2.5.4 Smrt převrácená	26
2.6 Koncept smrti	26
2.6.1 Hlavní komponenty konceptu smrti.....	27
2.6.2 Vnímání smrti v ontogenezi	27
2.6.3 Faktory ovlivňující koncept smrti.....	28
3. Eutanazie.....	31
3.1 Vymezení pojmu eutanazie	31
3.1.1 Aktivní eutanazie	31
3.1.2 Pasivní eutanazie.....	32
3.1.3 Lékařem asistovaná sebevražda.....	32
3.2 Kandidáti pro eutanázii	32
3.3 Argumenty pro a proti eutanázii.....	33
3.4 Současný stav v České republice.....	33
3.5 Dříve vyslovené přání	34
4. Praktická část	35
4.1 Cíl práce	35
4.2 Metodika výzkumu	35
4.2.1 Design výzkumu	35
4.3 Charakteristika výzkumného vzorku	36
4.4 Výsledky výzkumu	37
5. Diskuze	91
Závěr.....	100
Abstrakt	102
Zdroje	104
Seznam zkratk	108

Seznam grafů	109
Seznam tabulek	112
Seznam příloh	113

Úvod

Téma smrti je v dnešní době tabuizováno, člověk se s ní v běžném životě neseťkává a není tak nucen o ní přemýšlet. Neosobní zkušenost se smrtí a neznalost, jak umírání vlastně vypadá, vede ke strachu ze smrti, nevědomosti, jak přistupovat k umírajícím a jaké jsou jejich potřeby. Tabuizace smrti souvisí především s faktem, že se dnes umírá hlavně v nemocnicích. Zdravotníci jsou tak ti, kteří se se smrtí v rámci své profese běžně setkávají. Péče o umírající je v určitých oblastech specifická a vyžaduje si odborné znalosti o fyziologických změnách nastávajících ke konci života, uspokojování potřeb umírajícího, komunikaci s terminálně nemocným pacientem i jeho rodinou. K profesi všeobecné sestry také neodmyslitelně patří péče o mrtvé tělo, proto i zásady a postupy vztahující se k péči o mrtvé tělo musí všeobecná sestra ovládat. Pečování o umírající, setkání se smrtí a následně i konfrontace s pozůstalými může vyvolávat nepříjemné emoce, kterým zdravotníci musí čelit a vyrovnat se s nimi. Se smrtí na oddělení se mimo všeobecných sester v rámci ošetrovatelských praxí setkávají i studenti tohoto oboru, a právě s tím souvisí i téma této bakalářské práce, zabývající se vnímáním smrti u studentů oboru všeobecná sestra.

Teoretická část je tvořena třemi kapitoly. První kapitola se týká problematiky umírání, je zde uvedeno vymezení tohoto pojmu, fáze umírání dle Kübler-Ross, období a modely umírání, dále také péče o umírající, mrtvé tělo, také ale i péče o pozůstalé. Druhá kapitola se týká smrti, její vymezení jako pojmu, známek smrti, prohlídky zemřelého, rituálu pohřbu, dále také vývoje vnímání smrti v historii i v ontogenezi lidského života. Třetí kapitola se potom zabývá etickými problémy souvisejícími s koncem života, jako jsou eutanazie, asistovaná sebevražda a dříve vyslovená přání.

Pro praktickou část byl zvolen kvantitativní výzkum uskutečněn formou anonymního dotazníku. Cíl práce byl zaměřen na vnímání smrti u studentů oboru všeobecná sestra, sledujeme zde postoje ke smrti u studentů 1. a 3. ročníku oboru všeobecná sestra, vliv víry na postoj ke smrti, dále také zkušenosti studentů se smrtí na oddělení a způsob jakým na ni reagují.

1 Umírání

1.1 Vymezení pojmu umírání

Umírání je proces vedoucí ke smrti. Je to jedinečná zkušenost, která se bude lišit od jedince k jedinci délkou tohoto procesu, průběhem a osobními prožitky s tímto dějem spojenými. V závislosti na časovém průběhu tohoto procesu můžeme odlišit rychlou smrt a pomalé umírání. Rychlá smrt přichází většinou nečekaně a nedává umírajícímu, jeho rodině a okolí možnost rozloučit se. Na druhé straně máme pomalé umírání, může trvat dny až měsíce, často je spojené s agonií a bolestí, ale představuje pro umírajícího možnost smíření se s blízcí se smrtí (Kelnarová, 2007, s. 10,11).

V lékařské terminologii se umírání označuje jako terminální stav. Můžeme ho chápat jako poslední hodiny až týdny života nevléčitelně nemocného pacienta, chýlícího se k ireverzibilnímu konci, selháváním dýchání, krevního oběhu a samotných orgánů (Čáp, Palenčár, Kurucová, 2016, s. 88).

1.2 Fáze umírání dle Kübler-Ross

Potom, co je pacientovi sdělena závažná diagnóza, začne procházet fázemi změn, které popsala E. Kübler – Rossová ve své knize „O umírání a smrti“. Musíme mít na paměti, že nemusí probíhat chronologicky tak, jak jsou níže seřazeny, mohou se opakovat a prolínat, i v průběhu jednoho dne se několik fází může prostrídat. Lišit se může i intenzita a délka prožívání jednotlivých fází, některá může i úplně chybět. Tímto procesem neprochází pouze pacient, ale i jeho rodina a blízcí (Kutnohorská, 2017, Online. www.seniorzone.cz)

1. Fáze šoku a popírání

První reakce většiny pacientů na fakt, že umírají, je šok, aktivují se mechanismy, které člověka chrání před stresem, aby danou situaci vůbec zvládl. Tato reakce je o to výraznější, dojde-li k zjištění nepříznivé prognózy náhodně. Pacient tuto realitu odmítá, myslí si, že jde o omyl, uzavírá se do sebe, chová se jako by všechno bylo v pořádku. V souvislosti s přesvědčením o dobrém zdravotním stavu pacienta, může docházet k odmítání léčby a léčebných výkonů. Odezva člověka na závažnou diagnózu se nedá předvídat, záleží na jeho osobnosti, výbavě a podpůrném systému. Někteří reagují aktivací, nevydrží na místě, jsou podráždění, jiní zas jedním připomínají robota. Při sdělení závazné diagnózy, je třeba si uvědomit, že nemocný touto fází bude procházet, je lepší do jejího průběhu nezasahovat. Mluvit se má pravdivě, skutečnost by se neměla popírat, pacienta je třeba ujistit, že tuto situaci nebude

prožívat sám. Důležité je dál pokračovat v nácviu sebepečce (Adam, 2020, Online. www.prolekare.cz; Gulášová, 2009, s. 87, 88; Kelnarová, 2007, s. 29, 62, 63).

2. Fáze agrese

Nastává po odeznění šoku, člověk se začíná vyrovnávat s aktuální situací, to se nejčastěji projevuje hněvem, zlostí až agresivitou. Pacient se hněvá na celý svět, svou zlost si vybíjí na svých blízkých a zdravotnickém personálu. Reakce okolí na takové chování může vést k izolaci nemocného, blízcí se ho bojí, nechtějí ho navštěvovat. K agresivitě pacienta je třeba přistupovat profesionálně, nebrat si to osobně. Agresi může pacient směřovat také na sebe samého, obviňuje se ze svého onemocnění. Tyto reakce jsou pro pacienta typické, jedná se o nespecifickou obranu, kterou daný pacient reaguje na stresové situace, jen je v tomto případě mnohem intenzivnější. Pokud pacient ve stresových situacích obviňuje ostatní, lze očekávat, že i po sdělení závažné diagnózy bude obviňovat ostatní, pokud má sklon k sebeobviňování, bude vinu z onemocnění připisovat sobě, svým hříchům. Při počínání si s pacientem v agresi, je nutno přistupovat s tolerancí, snažit se o zapojení pacienta do řešení problémů a plánování ošetrovatelské péče. Pacient by v sobě neměl dusit své emoce, sestra by mu měla umožnit ventilovat slovně své pocity, mluvit o nich a zodpovědět mu jeho dotazy (Adam, 2020, Online. www.prolekare.cz; Gulášová, 2009, s. 88; Kelnarová, 2007, s. 29, 30, 63).

3. Fáze smlouvání

Pacient přijal závažnost svého stavu, zklidnil se a začíná smlouvat o čas. Stanovuje si události, kterých by se chtěl dožít. Začne pátrat po alternativních formách léčby, má zájem o druhý posudek, zkouší samoléčitelství. Věřící smlouvají s Bohem, uzavírají s ním smlouvy. Pokud se nejedná o extrémny (lék na všechno, hladovka, vysazování léčby), nemělo by se těmto zájmům bránit, pro pacienta je to alespoň něco, na co se může soustředit. V této fázi je vhodné stanovovat zvládnutelné cíle, pacienta chválit za úspěchy a mluvit s ním o tom, co je pro něj důležité (Adam, 2020, Online. www.prolekare.cz; Gulášová, 2009, s. 88; Kelnarová, 2007, s. 63).

4. Fáze deprese

Nastupuje, když onemocnění postoupí, pacient ztrácí síly a uvědomuje si nevyhnutelnost smrti, i přes všechnu snahu ji oddálit. Pacient si uvědomuje jeho končící se čas na zemi, vzdává se nesplnitelných cílů, snaží se o vyrovnání sporů. Tiše rozjímá nad svým životem, po personálu nic nežádá, je připraven na smrt. Nemocný může toužit po zkrácení doby

čekání na smrt, žádat lékaře o vysvobození z jejich trápení nebo se pokusit o sebevraždu. Důležité je pečovat o stravu, pitný režim a dostatek spánku, pacient totiž nevnímá žízeň, nemá hlad, a právě tyto faktory zhoršují průběh deprese. Nemocného by se nemělo snažit rozveselovat, pláč je normální a neměl by se přerušovat. Nemocní často uvítají možnost svěřit se, mluvit o svých strastech, je vhodné, když u něj může být blízká osoba, ale pacient uvítá i přítomnost člena zdravotního personálu a chycení za ruku. Pacient nechce být sám, hlavní je, že mu je někdo nablízku (Adam, 2020, Online. www.prolekare.cz; Gulášová, 2009, s. 88, 89; Kelnarová, 2007, s. 30, 64).

5. Fáze akceptace

Pacient působí vyrovnaně, je smířen se svou nemocí a smrtí. Několik dní před samotnou smrtí je typický poslední návrat energie, do pacienta se vrátí zájem o život, je aktivní, komunikuje se svým okolím, zajímá se, co se okolo něj děje. Toto období euforie následně přechází do smrtelného kóma, pacient se začne vzdalovat od života, přestane reagovat na slova. V posledních chvílích života si umírající většinou nepřeje být sám, chce chytit za ruku, chce vědět, že není sám. V tomto období, by se rodině mělo co nejvíce umožnit zapojení do péče o umírajícího (Gulášová, 2009, s. 89; Kelnarová, 2007, s. 30, 31, 64).

1.3 Období umírání

Umírání, ač je to finální úsek života, může trvat i poměrně dlouhou dobu. Při stanovení diagnózy onemocnění, o kterém víme, že není slučitelné se životem, může proces umírání představovat období několika let. Tento proces můžeme rozlišit na období *pre finem*, *in finem* a *post finem* (Špatenková et al., 2014, s. 31).

1.3.1 Pre finem

Pre finem je období před samotným umíráním. Umírání jako proces je v tomto kontextu zahájeno momentem, kdy se u jedince zjistí závažné onemocnění s infaustní prognózou. Od začátku do konce tohoto období, které může trvat dny až roky, je třeba snažit se o docílení remise, zmírnění potíží trpícího, snižovat jeho bolest a v neposlední řadě umírajícího v posledních chvílích života doprovázet nesnáze, které mu nemoc přináší. Psychická a sociální smrt by nikdy neměla přijít dříve než ta fyzická. Zejména psychická smrt, tj. naprostá psychická rezignace, extrémní prožívání beznaděje a zoufalství, do určité míry fyzické smrti otevírá dvířka a ulehčuje její vstup. Proto je důležité nemocnému mimo lékařské pomoci, stejně

tak zajistit i péči psychologickou a především lidskou. Forma poskytnutí této péče nesmí být podceňena, ani ponechána náhodě. Ujmout se jí může samotný lékař, případně ve spolupráci s jinými profesionály v podobě psychologa/sociálního pracovníka či svépomocné skupiny. Zejména důležité je u nemocného nechat volně proběhnout fáze psychické odpovědi na závažný stav a snažit se o to, aby žil v co největší míře tak, jak tomu bylo před onemocněním. V období *pre finem*, po sdělení závazné diagnózy, dochází mimo uvědomování si svého infaustního stavu i k „adaptabilní negligaci“, čili vytěsňování a odmítání nepříjemných život ohrožujících situací. V čím větším ohrožení života se člověk vyskytuje, tím výraznější toto vytěsnění bývá (Haškovcová, 2002, s. 205-208).

1.3.2 In finem

In finem je období samotného umírání. V lékařském prostředí o něm mluvíme jako o terminálním stavu. V dnešní době se v nemocnicích rodíme a ve valné většině v ní i umíráme. Příchod dítěte na svět je šťastná událost a je doprovázena přítomností blízkých, stejně tak i člověk opouštějící tento svět by neměl být sám. Umírající však nebyl nikdy tak sám jako dnes, k umírání dochází diskrétně mimo naši pozornost, smrt se posunula ze života běžné společnosti do institucí a její sociální stránka se vytratila. Ve veřejném povědomí panuje názor, že umírající se má v rukou zdravotnického personálu nejlépe. O umírajícího je postaráno, je udržován v čistotě, je mu zajištěna strava, je to péče především profesionální a důležitý lidský kontakt často chybí. Může se stát, že při úmrtí nemocného také nikdo nebude. Pokud smrt přijde v době, kdy s umírajícím blízcí nemohou být, může roli doprovodu v posledních chvílích zastoupit psycholog. Odborným vzděláním člověk získá dovednosti v péči o umírajícího, úzkost spojenou se setkáním s umíráním odstranit nedokáže. Je proto třeba o smrti mluvit, smířit se s konečností života a navrátit umírání charakter sociálního aktu, jak tomu kdysi bylo. O umírajícího pečovala hlavně rodina a rodina byla po jeho boku v jeho posledních chvílích života. Zúčastněné, ač v roli pečovatele, tato zkušenost připravovala na to, jaké to bude, až oni sami budou na sklonku života. V dnešní době, kdy se se smrtí v běžném životě nesetkáváme, z ní máme strach, cítíme se nejistí, nevíme, jak se chovat a co říci. Racionální prožívání a chování se při konfrontaci se smrtí usměrňuje ritualizace smrti. Rituál je návod, jak se v určité situaci chovat, a tím koriguje citově vypjaté situace, takový základní návod v dnešním umírání postrádáme (Haškovcová, 2002, s. 208-212).

Ve smrti a umírání, i přes její unikátní charakter, pozorujeme určité společné prvky. Zdravotníkům se mohou zdát jako evidentní, příbuzným umírajícího ale ne, a proto je nutné o nich mluvit. Umírajícímu ubývají síly, je více zaměřen na sebe, ztrácí zájem o televizi

a zprávy. Chce u sebe jen ty nejbližší, o návštěvy sousedů nemusí mít zájem nebo může chtít být i sám. Ztrácí zájem o jídlo z masa, až postupně začne odmítat vše. Pokud dostane chuť na určitý pokrm, snažíme se mu vyhovět. Stává se však, že než rodina stihne dané jídlo obstarat, nemocný už o něj nemá zájem a oni si to vyčítají. Střídání chuti k jídlu a nechutenství je v tomto období normální, navíc energii, kterou by z potravy umírající získal, už nepotřebuje, o tom je rodinu dobré informovat. Naopak o pitný režim je třeba dostatečně dbát, dehydratovaný pacient totiž trpí. Tekutiny aktivně nabízíme, podáváme je po lžičkách nebo zvlhčujeme pouze rty. Umírající tráví více času spánkem a polospánkem, kdy si ve svém světě přehrává život. Právě v této situaci umírající může uvítat zůstat se svými vzpomínkami sám. Důležitou roli začíná hrát ticho, a i obyčejné dotknutí, jako je chycení za ruku, ho může od rozjímání nad svým životem vyrušovat. Vzít umírajícího za ruku je na druhou stranu výborný způsob, jak pacienta vyvézt z neklidu, projevujícího se nekoordinovaným pohybem nohou, rukou, prstů nebo i svlékáním ze sebe šatů. Otázkou, jak dlouho mezi námi ještě bude, se nezabývá pouze pacient, ale i jeho příbuzní. Umírajícího nemůžeme bagatelizovat a jeho otázky odbít tím, že na takové věci nemá ani myslet. Naopak ho uklidnit milým slovem, ujistit ho, že není sám, že na případnou bolest, které se může obávat, máme prostředky, jak ji odstranit. Příbuzné ubezpečit přirozeností a místností těchto otázek, připadají jim nevhodné, trápí je a mohou se bát na ně zeptat (Haškovcová, 2007, s. 79, 80, 81).

Přechodnému zlepšení stavu se říká euforie. Přichází několik dní před smrtí, nemocný se cítí dobře, má zájem o okolní svět, může mít zájem o jídlo, posadit se, či vstát. Na fázi euforie navazuje smrtelné kóma. Umírající je bezvládný, nereaguje na nás, ale stále slyší. Pro rodinu je to poslední možnost rozloučit se, říct mu to, co nestihli. K dalším charakteristickým projevům smrtelného kómatu patří pootevřené oči se sníženou fotoreaktivitou, akrální končetiny jsou chladné a kůže je tmavší (Kupka, 2014, s. 108).

Alarmující znaky blížící se smrti jsou nepravidelné dýchání, chřadnoucí tep a snižující se krevní tlak a tělesná teplota. Může se stát, že pečující, který chce svého blízkého doprovázet až do úplného konce a neopouští lůžko umírajícího, si na chvíli odskočí, a právě v tu dobu k smrti dojde. Onen pečující si to potom vyčítá, ale ne každý dokáže umřít v přítomnosti svého blízkého a o tom ho je třeba informovat (Kupka, 2014, s. 108).

1.3.3 Post finem

Období post finem je fáze po samotné smrti, patří do něj péče o mrtvé tělo, pozůstalosti i péče o pozůstalé (Špatenková et al., 2014, s. 31).

Péče o mrtvé tělo

Na rozdíl od umírání, což je proces individuální a může okolí uvést do rozpaků, lidé nevědí, jak se chovat, co říci, je péče o mrtvé tělo standardizovaný proces, který má svůj řád a zdravotníci přesně vědí, co dělat, jak postupovat (Haškovcová, 2002, s. 233).

Zásadně se má s mrtvým tělem nakládat důstojně, pečuje se o něj s úctou a hlavně eticky. Přesnými pokyny, jak si počínat v případě úmrtí pacienta má za úkol podřízené obeznámit vrchní sestra. Není nutné, aby činnosti spojené s péčí o mrtvé tělo prováděla sestra sama, pomoci jí můžou sanitáři se znalostmi o péči v této oblasti, sestra jen musí dohlédnout na to, že byly provedeny správně (Kudlová, Kutnohorská, 2019).

Nejdříve musí lékař potvrdit úmrtí pacienta, až potom začíná péče o zemřelého. Zajistí se jeho soukromí oddělením od ostatních lůžek pomocí zástěnných plent, pokud má nemocnice vyhrazenou místnost pro zemřelé, kde může povinné 2 hodiny setrvat v klidu, přemístí se tam. Vytvoření soukromí není důležité pouze pro zachování důstojnosti zemřelého, ležet na pokoji s člověkem, který je po smrti, může vyvolávat nepříjemné pocity, je tím tak brán ohled i na spolupacienty, kteří pokoj, kde zesnulý spočívá, opustit nemohou.

Samotnou péči o mrtvé tělo zajišťuje všeobecná sestra. Zesnulému se zavřou oči, zavřená ústa se zajistí podvázáním dolní čelisti, aby se samovolně neotvírala, zesnulý se svlékne, položí se vodorovně na prostěradlo a omyje se. Odstraní se veškeré šperky, případně zubní protéza. Pokud zubní protézu nebo jiné šperky nelze sundat, provede se o tomto faktu spolu se strohým popisem dané cennosti zápis do dokumentace. Zkrátí se drény, cévky a kanyly, převážou se rány novým krytím. Dostatečná identifikace těla zemřelého se zaručí připevněním jedné kartičky, čitelně popsané jménem, příjmením, datem narození a úmrtí, na pravé zápěstí a druhé identické kartičky na pravý kotník. Jestliže došlo k amputaci končetiny, identifikační údaje se napíší na kůži této končetiny. Po těchto úkonech je tělo zabaleno do prostěradla a 2 hodiny zůstává v klidu uchováno na oddělení.

Třeba je také zajistit administrativní povinnosti, jako je soupis cenností do knihy pozůstalostí za přítomnosti svědka, zajistit odvoz zemřelého na oddělení patologie osobou k tomu určenou, odepsat pacienta ze stavu, stravy a ostatních nemocničních systémů. V neposlední řadě musí lékař informovat příbuzné o úmrtí jejich blízkého (Haškovcová, 2007, s. 96, 97).

Péče o pozůstalé

Významnou roli v období post finem hraje informování rodiny o úmrtí jejich blízkého. Běžnou praktikou je telegrafické oznámení o této události. Pro blízkého je to šokující zpráva, a to i když se jedná o smrt očekávanou. Pro příbuzné, kteří nemohli být u svého milovaného v době jeho odchodu, představuje terapeutickou roli a vyvarování se chorobnému průběhu truchlení akt předání věcí pozůstalým. Mají tak prostor pohovořit s personálem, ptají se, zda jejich blízký netrpěl, jaké byly konečné chvíle jeho života (Haškovcová, 2002, s. 233, 234).

Poslední rozhovor zdravotníka s osobou, který přišel o svého blízkého má určité zásady, které by měly být dodržovány. V první řadě má být rozhovor veden na klidném místě, kde účastníky nic nebude rušit. Začít by se mělo představením a společným usazením k rozhovoru, vyjádřením soustrasti a soucitu. Rozhovoru musí být vyhrazeno dostatek času a nikam nepospíchat. Pozůstalí jsou v šoku a potřebují dostatek času, aby se informace vstřebala a zpracovala, proto se má mluvit srozumitelně, sdělovat informace přímo a co nejjasněji. Nejdříve se sdělí okolnosti smrti, zodpoví se všechny pokládané dotazy a až po uklidnění se přistupuje k obeznámení s formalitami, které pozůstalé budou čekat. Vhodné je i poskytnout odbornou pomoc psychologa, sociálního pracovníka nebo duchovního. Pro pozůstalého má poslední rozhovor veliký význam a vedení tohoto rozhovoru může ovlivnit, jak u něj proces truchlení bude probíhat. Pozůstalému může truchlení ulehčit, naopak ale může i uškodit a přispět ke komplikovanému průběhu truchlení (Kupka, 2014, s. 125, 126).

Truchlení může zaujímat mnoho forem, může mít průběh přirozený, ale i netypický formou smíchu, neklidu, tak i chorobný s vyvinutím až do úzkostných a depresivních stavů. To může být zapříčiněno, pokud je úmrtí spojeno s traumatickou událostí. Vyrovnání se se ztrátou je těžké a pozůstalá osoba obtížně zvládající tuto nesnadnou dobu nemusí vědět na koho se obrátit, jak vyhledat pomoc. Odměřený a neosobní přístup zdravotníků přítom v truchlícím může vzbudit nejistotu a pocit samoty. V prvních chvílích po smrti truchlícího uklidníme, vyzveme ho, aby s ničím nepospíchal, ať vnímá tento výjimečný okamžik. Rituálně se může otevřít okno, na místě je i pomodlit se, zavzpomínat na okamžiky prožité se zesnulým (Haškovcová, 2007, s. 95).

1.4 Modely umírání

1.4.1 Ritualizovaný model umírání

Po celá staletí se umíralo doma, v prostředí, které umírající znal a bylo mu příjemné. Po svém boku měl svou rodinu a blízké, kteří o něj pečovali a byli mu oporou v jeho posledních chvílích života. Umírající mohl srovnat poslední spory, vyslovit svá přání. Smrt byla nedílnou součástí života týkající se celé rodiny. Rituál smrti byl člověku důvěrně znám a předával se z generace na generaci. Člověk vnímal svou smrtelnost, mohl se s ní vyrovnat a akceptovat ji. Smrt v přítomnosti svých blízkých člověk znal, vnímal ji jako dobrou a důstojnou a také v takovou smrt doufal (Kutnohorská, 2007, s. 75, 76).

Nedostatkem v tom modelu je nepřítomnost dohledu zdravotních odborníků, bez kterých nemusí být pečujícím zcela zvládnut management bolesti, aplikace kyslíku a poskytnutí ošetrovatelské péče. Pečující si pak může vyčítat, že svému blízkému nedopřál dostatečný stupeň komfortu a domnívat se, že selhal (Ondřiová, 2019, Online. www.seniorzone.cz).

1.4.2 Institucionální model umírání

S příchodem moderní medicíny, vybudováním nemocnic a domovů důchodců převládlo přesvědčení, že umírajícímu bude nejlépe v rukou odborníků. Smrt a umírání se přesunulo do těchto institucí, ke smrti dochází mimo vědomí normální společnosti, byla odcizena a ztratila tak roli sociálního aktu. O umírajícího pečují zdravotníci, ti mu zajistí péči profesionální, umírajícímu chybí lidský kontakt, který ze strany zdravotníků vždy není možný a nikdy nezastoupí přítomnost milovaného. Umírající se tak cítí opuštěn a často umírá sám. V dnešní době nám chybí rituály, které by zajistily více lidské a přijatelnější institucionální umírání (Kutnohorská, 2007, s. 76, 77).

1.4.3 Paliativní model umírání

Paliativní model umírání je kombinací předchozích dvou modelů. Poskytuje profesionální péči umírajícímu, zároveň ho bere jako holistickou osobu s individuálními potřebami a přáními.

Mimo péči o samotného umírajícího se zaměřuje i na jeho blízké, kteří ho na konečné cestě doprovázejí. Pomáhá jim zvládat strasti, které s sebou nemoc a umírání blízkého přináší a nekončí samotnou smrtí pacienta, pokračuje i po ní v čase truchlení.

Hlavními cíli paliativní péče je zajistit co nejlepší kvalitu života umírajícímu až do samotné smrti a ulevit mu od bolesti. Paliativní péče by měla být poskytnuta všem nemocným

bez ohledu na to, jakou trpí nemocí a v jakém zařízení se léčí. Snaží se o to, aby pacient mohl žít co neaktivněji až do posledních chvil. Stará se o psychologické a spirituální potřeby pacienta i rodiny a napomáhá v akceptaci a pochopení aktuální situace. Důležité je uvědomit si, kdy už další léčba nemá smysl, ba naopak by mohla umírajícího stav zhoršit. V době, kdy už je zřejmé, že čas umírajícího se chýlí ke konci, je na přání rodiny možné pacienta propustit do domácí péče, kde může umřít v klidu mezi těmi, jež ho milují (Ondriová, 2019, Online. www.seniorzone.cz).

1.5 Komunikace s umírajícím

Sdělení závažné diagnózy

Otázka sdělení či mlčení o diagnóze pacienta, se dnes od v minulosti zatajované pravdy odklonila a dává se ve většině případů přednost pravdivému informování pacienta. Sdělení závažné diagnózy je náročná situace, jak pro osobu sdělující diagnózu, tak pro osobu, které se ona diagnóza týká. Mimo sdělovaného obsahu je nesmírně důležité, jakým způsobem se sdělí. Šetrně sdělená diagnóza je základem pro to, aby si pacient uvědomil a přijal závažnost svého stavu a byl schopný následné spolupráce s lékařem a jiným zdravotnickým personálem. Než se s rozhovorem o diagnóze začne, mělo by se zjistit, jaké informace už byly nemocnému o jeho stavu poskytnuty a zda o něm chce být vůbec informován. Nemocného o jeho diagnóze má informovat lékař, podávané informace mají být pravdivé, sděleny pomalu a s citem. Lékař se musí přesvědčit, zda nemocný všemu porozuměl, ponechat čas na dotazy. Dotazy mají být zodpovězeny prostě a jednoznačně, obavy, které nemocného tíží, se prodiskutují a nalézají se možná východiska. Na závěr je důležité nemocného ujistit, že těžkou situaci nebude prožívat sám, budeme mu nablízku. Ačkoli nejsou přesně stanovena pravidla sdělování závažné diagnózy, můžeme se řídit deseti zásadami pro sdělování onkologické diagnózy, které lze aplikovat na sdělení jakékoli závažné diagnózy, její znění uvádím níže (Kabelka, 2018, s. 301; Kupka, 2014, s. 103, 104; Kutnohorská, 2007, s. 64, 65; Kutnohorská, 2017).

Zásady sdělování onkologické diagnózy

1. Seznamte nemocného s jeho nemocí.
2. Diagnózu sděluje lékař, informace o ní opakujte. Jednorázový rozhovor nestačí, vede se vícekrát.
3. Komu mohou být informace poskytnuty si stanovuje nemocný, proto se nejprve informuje pacient, až potom s jeho souhlasem lze informovat rodinu a blízké.

4. Informace o nemoci a možnostech léčby poskytnout nemocnému ještě před samotným zahájením léčby.
5. Poukázat na možnost léčit, ale nezaručovat vyléčení.
6. Zodpovědět všechny dotazy pacienta i jeho rodiny, včetně dotazů pouze naznačených.
7. Vyhlídky na dobu přežití udávat pouze na dotaz nemocného. Informaci podávat s rozvahou, neuvádět přesný den, učinit pouze hrubý odhad, podle vědomostí o obvyklém průběhu nemoci.
8. V rámci zdravotnického personálu udržovat stejnou informovanost dostatečným předáváním informací.
9. Ujistit nemocného o zajištění léčby po celé trvání nemoci.
10. Přístupem zdravotníků v nemocném udržovat a povzbuzovat reálné naděje a očekávání (Kutnohorská, 2017).

Komunikace s pacientem po sdělení závažné diagnózy

Sdělením diagnózy komunikace s pacientem nekončí. Komunikace je pro nemocného důležitá složka života, a to i v terminálním stádiu, jejím cílem je povzbudit pacienta a pomoci mu k akceptaci pravdy. Akceptaci se však nesnažíme vnucovat, k té nemocný musí dospět sám. Personál by měl dbát na volbu slov, i když je nemocný se svým stavem smířen, je vhodné vyhnout se výrazům, spojujících se smrtí. Tématika smrti a umírání by se měla ponechat, až o ní pacient sám projeví zájem. Přednost se klade spíše naslouchání než klasickému rozhovoru, pacient je rád za možnost vyjádřit své pocity a obavy. Důležité je i soustředit se na pacientovy potřeby, spolu s nemocným se snažit naplánovat jejich uspokojení. Dotek a podání ruky je pro pacienta terapeutické a uklidňující. Obzvláště v posledních chvílích života, když umírající nechce být zcela sám, bývá haptika a naslouchání důležité (Kelarová, 2007, s. 70, 71, 72; Křivohlavý, 2002, s. 159, Kutnohorská, 2016).

1.6 Péče o umírající

Člověk je bio-psycho-socio-spirituální bytost. V péči o umírajícího je to nutno zohledňovat, zaujmout k pacientovi holistický přístup a saturovat potřeby všech jeho složek, ne pouze biologické potřeby. Některé potřeby umírajících zůstávají nezměněny, některé se mění a některé nově vznikají. Na formu jednotlivých potřeb má vliv samotný typ nemoci, osobnost, věk pacienta a jeho sociální zázemí. Průběhem umírání se dynamicky mění i důraz kladený na jednotlivé potřeby, kdy v konečných chvílích života jsou pro pacienta spirituální potřeby

nejdůležitější. Stejně jako je každý člověk jedinečnou bytostí, i jeho potřeby jsou jedinečné, aby bylo zajištěno dobré a důstojné umírání, musíme tyto potřeby rozpoznat. Pro identifikaci potřeb je od pacienta třeba zjistit jaké má obtíže, jak se cítí, jaké má pocity a obavy, v jakých oblastech sebezpěče potřebuje pomoci a jaký má pro pacienta význam duchovní péče. S umírajícím pacientem se mnoho zdravotníků na svém pracovišti pravidelně setkává a pečuje o něj, v takovém případě se zpravidla jedná o poskytování obecné paliativní péče. K specializované paliativní péči se přistupuje, překročí-li pacientovy obtíže schopnosti uspokojivé saturace potřeb obecnou paliativní péčí. Umírajícímu je třeba zajistit péči odborníků specializovaných v paliativní péči, kteří mají dostatečné vědomosti a prostředky k tomu, aby nemocnému poskytli kvalitní péči (Bužgová, 2015, s. 41; Sláma, 2014, Online. www.prolekare.cz).

Ať se jedná o pacienta v jakkoli vážném stavu, nikdy by se mu neměla brát naděje, a to ani v případě, kdy s šancí na vyléčení takřka nemůžeme počítat a pacientem stanovené cíle jsou nesplnitelné. Neznamená to však, že bychom takovému pacientovi měli lhát, ale podporovat v něm malé, dosažitelné cíle, pomáhat v jejich dosažení, a právě tím pacientovu naději udržovat. Naděje, že nastane zlepšení, že doufané se stane skutečností a že cílů, kterých chce pacient dosáhnout dosáhne, je pro něj hnací silou dávající mu smysl života, motivaci k denním činnostem a energii k podstupování kroků k dosažení cíle. Umírající naději může vkládat ve víru, ti co dříve nevěřili se mohou na sklonku života k víře obracet s nadějí v posmrtný život, naopak věřící svou víru mohou začít zpochybňovat. Důležité jsou na konci života pro pacienta vztahy a pokud ho nemá s Bohem, o to více klade důraz na vztahy s ostatními lidmi. Umírající chce vědět, že je milován a není v této těžké situaci sám. Mimo autentického a empatického přístupu k umírajícímu jeho naději podporuje humor a především tlumení bolesti a mírnění doprovázejících zatěžujících symptomů (Kutnohorská, 2017, Online. www.seniorzone.cz).

1.6.1 Biologické potřeby

Biologické potřeby jsou základní lidské potřeby, a to i při umírání, pro zajištění dobrého pocitu nemocného musí být tyto potřeby adekvátně saturovány. Jelikož nemocnému ubývají síly a ztrácí schopnost sám své potřeby uspokojovat, je na zdravotnickém týmu ujmout se péče o ně. S ubývajícím energií roste potřeba odpočinku a spánku, v noci je třeba zajistit klidné prostředí pro kvalitní spánek, případně podat hypnotika či analgetik. Aktivity se musí v průběhu dne přizpůsobovat aktuálnímu stavu pacienta. Umírajícímu se ve výživě snažíme vyhovět jeho přáním, pokud nemá zájem jíst, nenutíme ho. Dostatečná hydratace je důležitá, aby umírající netrpěl, jelikož však necítí žízeň, je třeba tekutiny pravidelně nabízet, možné je zvolit

i alternativní metody rehydratace formou kostek ledu. Dušnému pacientovi zajišťujeme oxygenoterapii, udržujeme volné dýchací cesty odsáváním sekretu a volíme Fowlerovu polohu, pro zmírnění pacientových obtíží. V péči o vyprazdňování je třeba řešit zácpu/průjem, u inkontinence používat pleny a cévky. Pacienta se snažíme udržovat co nejvíce v čistotě. Podle možností pacienta, se ho snažíme zapojit do hygienické péče, pro vyvarování se imobilizačnímu syndromu a především dekubitům. Myslíme také na to, že umírající trpí bolestmi, je třeba ji sledovat, hodnotit a snažit se o její odstranění. Potřebujeme-li s pacientem manipulovat, činnosti si rozvrhneme tak, aby analgetika stihla zapůsobit (Plevová et al., 2019, s. 114-216; Vytejčková et al., 2013, s. 241-243).

1.6.2 Psychologické potřeby

Umírání je pro člověka zátěžové období, nemocný se dostává do konfrontace s vlastní smrtí, a to v něm vyvolává různé emoce. Ztrácí smysl života a objevuje se strach ze smrti, ten může souviset s obavou z bolesti, samoty, závislosti na ostatních a ztráty důstojnosti. Nemocný dále může trpět pocitem bezmoci řešit vzniklou situaci, smutkem ze ztráty zdraví a vědomostí, že se bude muset rozloučit se svými blízkými. O těchto pocitech, které ho tíží, má pacient potřebu mluvit. Ventilace emocí má terapeutický charakter, nemocnému se uleví a zmírní se intenzita jejich prožívání. Pro pozitivní výsledek rozhovoru je vhodné se pacienta zeptat čeho se specificky bojí, poskytnou mu dostatečné informace, motivovat ho a plánovat realistické cíle, na které se může těšit (Bužgová, 2015, s. 60-65).

1.6.3 Sociální potřeby

Umírající pacient je ohrožen osamělostí a sociální izolací, chybí mu kontakt s jinou osobou, ať už se jedná o člena rodiny nebo zdravotníka. Uvědomuje-li si, že umírá, může se uzavírat do sebe, pomalu upouštět od svých rolí a angažování se ve vztazích, i přístup rodiny v situacích, kdy s umírajícím nehovoří o jeho nemoci, může vyvolávat pocit vytěsnění ze společnosti. Sociální opora slouží k prevenci a řešení deprivace potřeby sociálního vztahu. Můžeme ji chápat, jako pomoc ostatními lidmi osobě v těžké situaci, její základem je motivovat nemocného a dodat mu pocit sounáležitosti. Složky sociální opory jsou: být přítomen, poskytnutí instrumentální pomoci (např. doprava, finance, pomůcky, pomoc v domácnosti) a zajištění dostatečné informovanosti. Pacient v poskytnutí emoční podpory přítomností a instrumentální pomoci preferuje angažování rodiny, v poskytnutí informací je nejdůležitější zdravotník (Čáp, Palenčár, Kurucová, 2016, s. 105-107).

1.6.4 Duchovní potřeby

Duchovní potřeby nejsou výhradou pouze věřících lidí. V závěru života pacient hodnotí svůj život, pátrá po smyslu života a smrti. Významná je zde potřeba vztahů mezi blízkými, zachování naděje a zachování pacientovy důstojnosti. Neuspokojení těchto potřeb vede k duchovní tísní, projevující se strachem a pocitem beznaděje. K identifikování duchovních potřeb dochází v průběhu času, kdy všeobecná sestra s pacientem komunikuje, naslouchá mu a projeví-li zájem o něj, jako o osobu. Péče o duchovní potřeby je poskytována v rámci celkového přístupu k pacientovi. V případě potřeby odborníka, může být pacientovi zajištěna pomoc psychologa, věřícímu by měla být nabídnuta možnost přivolání duchovního a poskytnutí pastorační péče (Plevová et al., 2019, s. 124, 125).

2 Smrt

2.1 Vymezení pojmu smrt

Na smrt je možno pohlížet vícero způsoby, hlavně v jednotlivých oborech se její vymezení může lišit. V medicíně se smrt považuje za zánik existence jako biologického života. V souvislosti s rychlostí procesu umírání smrt dělíme na **náhlou**, dochází k ní do šesti hodin od způsobující příčiny, dále na **rychlou** a **pomalu**. Ohlašuje-li se smrt před svým příchodem a je ji tedy možno očekávat, jedná se o smrt **avizovanou**, nastane-li naopak z nenadání, hovoříme o **neavizované** smrti (Vytečková, 2013, s. 239).

Rozlišovat se také dá smrt **přírozená**, nastávající v důsledku přirozených zákonitostí, obvykle se jedná o úmrtí ve vysokém věku, a smrt **násilná**. Násilná smrt je taková, která byla způsobena fyzikálním násilím (poranění nástrojem, popálení, zasažení elektrickým proudem, umrznutí, tonutí), či chemickými látkami (otravy), tedy jiným důvodem než chorobným procesem. K násilné smrti se řadí také smrt z hladovění. Nastat může okamžitě po inzultu nebo v odstupu z důvodu komplikací (Vytečková, 2013, s. 239; Štefan et al., 2012, s. 42).

Tradiční diagnostika smrti spočívala v absenci cirkulace a dýchání, pulz je nehmatný, krevní tlak neměřitelný a dech chybí. Tento stav je charakteristikou **klinické** smrti, časově je ohraničen prvními minutami od vymizení vitálních funkcí, mozek v tomto čase ještě není poškozen nedostatkem kyslíku. Časným zahájením kardiopulmonální resuscitace je možné obnovení vitálních funkcí a navrácení člověka do života. Pokud k navrácení životních funkcí nedojde, dochází k ireverzibilnímu poškození buněk z nedostatku kyslíku a nastává smrt **biologická**. Z biologické smrti se zvláště vyčlenila smrt **mozku**, ta je podstatná zejména pro zařazení jedince jako dárce do transplantačního programu. Smrt mozku je charakterizována vyhasnutím veškerých funkcí mozku a mozkového kmene, přes možnou perzistující funkci ostatních orgánů. Kritéria její diagnostiky vymezuje transplantační zákon. Stanovení smrti mozku provádí jednotlivě dva lékaři k tomu určení a o výsledku vyšetření musí provést záznam do „protokolu o zjištěné smrti“.

Klinické vyšetření smrti mozku zhodnocuje:

1. Stav, kdy je možno soudit na smrt mozku

- nesporné poškození mozku
- hluboké bezvědomí s nutností umělé plicní ventilace, zároveň musí být dokázáno, že se na změněném stavu nepodílí zvrátané faktory (intoxikace)

2. Klinické známky smrti mozku

- absence fotoreakce zornic
- absence korneálního reflexu
- absence vestibulookulárního reflexu
- absence reakce na bolest
- absence kašle při odsávání dolních cest dýchacích
- absence samovolného dýchání po odpojení z ventilátoru (apnoický test)

3. Vyšetření ověřující nevratnou smrt mozku

- angiografie mozkových tepen
- perfuzní scintigrafie mozku
- transkraniální dopplerovská sonografie
- vyšetření evokovaných potenciálu

Sociální smrtí se označuje částečná smrt mozku, kdy kardiovaskulární oběh a dýchání spontánně funguje, kognitivní funkce však chybí. Smrt může být také pouze **zdánlivá**, fyziologické funkce jsou omezeny na minimum, i křivka EEG a EKG může být nezaznamatelná. Tento jev se může objevit po úrazu elektrickým proudem či v kómatu (Vytejková, 2013, s. 239, 240; Kielberger, Beneš, Online. www.prolekare.cz).

2.2 Známky smrti

Známky smrti se dělí na nejisté a jisté. Nejisté známky smrti vychází z fyziologie klinické smrti, patří sem především zástava akce srdeční, zástava dýchání a absence fotoreaktivity zornic. Jisté známky smrti tvoří posmrtné změny, které se projevují až s jistým odstupem po smrti na základě fyzikálních a chemických změn (Kelnarová, 2007, s. 12, 13).

Posmrtné skvrny vznikají plněním kapilár krví. Objevují se zhruba 45 minut po smrti, nejdříve působením gravitace na nejnižše položených částech těla. Barva skvrn je vázána na okolnosti úmrtí, mohou být červenofialové až modrofialové. **Posmrtná ztuhlost** se rozvíjí postupně po prvotní relaxaci svalů asi 1 hodinu po smrti. Nejdříve začínají tuhnut svaly obličeje, později krku, horních končetin, trupu, a nakonec dolních končetin. Ztuhlost se plně rozvine do 12 hodin a v průběhu následujících dnů znovu ustupuje ve stejném pořadí, jako vznikala. **Chladnutí těla** je podmíněno zástavou tvorby tepla metabolickými procesy. Vliv na rychlost tohoto procesu mají faktory jako okolní teplota, tuková vrstva zemřelého a zda bylo tělo překryto přikrývkou či oblečeno. **Autolýza** je dána změnou odolnosti vůči vlastním enzymům, které začnou trávit vlastní tkáň. Na autolýzu navazuje **hnití**. Hnilobné bakterií

pronikají hlavně ze středních kliček do okolí a podílí se na rozkládání těla. Obvykle se hniloba nejdříve projeví zeleným zbarvením na břicho a v průběhu jednoho týdne se rozšíří po celém těle (Štefan et al., 2012, s. 18-26).

2.3 Prohlídka zemřelého

Lékař je zákonem povinen po zjištění smrti provést prohlídku zemřelého. Následně musí vyplnit „*List o prohlídce zemřelého*“, ve kterém uvádí datum úmrtí, příčinu smrti a rozhodnutí o provedení pitvy. Došlo-li k úmrtí doma, provádí prohlídku praktický lékař zesnulého nebo lékař rychle zdravotnické pomoci. Lékař rychlé zdravotnické pomoci provádí prohlídku, jestliže k úmrtí došlo mimo domov i mimo zdravotnické zařízení. Při úmrtí ve zdravotnickém zařízení prohlíží zemřelého ošetřující lékař nepodílející se v okamžicích před smrtí na péči o zesnulého. Přizvat policii České republiky je nutné domníváme-li se, že smrt nastala v důsledku trestného činu nebo sebevraždy, jestliže není známa identita zemřelého a pokud byl vyložen z dopravního prostředku (Ondřej et al., 2011, s. 311).

2.3.1 Indikace pitvy

Indikace pitvy je úkolem prohlízejícího lékaře. Při rozhodování o provedení pitvy si přitom počíná na základě právních předpisů vymezujících, kdy je pitva vyžadována. Samotnou pitvu je možno provést minimálně dvě hodiny po zjištění smrti. Patologicko-anatomické pitvy se provádí při úmrtí ve zdravotnickém zařízení na oddělení patologie. Zdravotní pitvy se provádí na oddělení soudního lékařství, jedná se přitom zpravidla o úmrtí mimo zdravotní zařízení. Pitvy stanoveny zákonem se můžou provádět i bez souhlasu zesnulého, vycházejícího z předpokládaného nesouhlasu s pitvou (Ondřej et al., 2011, s. 311; Vojtíšek et al., 2016, Online. www.prolekare.cz).

Indikace k patologicko-anatomické pitvě

- smrt ženy v souvislosti s těhotenstvím, porodem, potratem, interrupcí nebo v šestinedělí
- interrupce plodu indikovaná pro genetickou vadu/vrozenou vývojovou vadu
- mrtvě následné dítě a smrt dítěte mladšího 18 let
- smrt v souvislosti s operací, neurochirurgickým intervenčním výkonem, úvodem do anestezie
- smrt v souvislosti s odběrem orgánu pro transplantaci/posmrtným odběr orgánu pro transplantaci
- smrt v souvislosti s klinickým hodnocením léčiv a zaváděním nových metod do klinické praxe

- nejasná příčina úmrtí (Vojtíšek et al., 2016, Online. www.prolekare.cz)

Indikace k zdravotní pitvě

- náhlé úmrtí z nejasné příčiny
- násilné úmrtí, sebevražda
- podezření, že smrt byla způsobena postupem nesplňujícím pravidla lege artis
- podezření na smrt pro abúzus návykových látek
- úmrtí ve věznici či za výkonu trestu odnětí svobody (Vojtíšek et al., 2016, Online. www.prolekare.cz)

2.4 Rituál pohřbu

Význam pohřbu je obvykle přidělován projevení úcty zesnulému, spíše než pro zesnulého je však důležitý pro pozůstalé. Zásadní roli hraje v průběhu truchlení, a to podpořením akceptace ztráty. Dává možnost rozloučit se se svým blízkým a vyjádřit mu vděk za vše, co pro něj znamenal, zároveň představuje přechod pozůstalých do změněného stavu, kdy život nadále bude pokračovat bez jejich blízkého. Za vhodnou dobu pohřbu je považováno 5-6 dnů po smrti, pozůstalí už většinou překonali fázi šoku a jsou ztrátu schopni racionálně přijmout. Pohřeb poskytuje prostor pro veřejné vyjádření žalu a smutku, pláč je v procesu vyrovnávání se ztrátou okolím akceptován, a dokonce i očekáván. Černý oděv vyjadřuje prožívaný zármutek, jednak slouží jako znak pro okolí, že jedinec prochází obtížným obdobím a mělo by k němu být přistupováno s patřičným ohledem (Kutnohorská, 2007, s. 81).

2.5 Historie smrti

2.5.1 Smrt ochočená

Takový postoj ke smrti byl charakteristický pro kultury od 5. století a objevuje se až do počátku 18. století. Lidé se ve svém životě pravidelně se smrtí setkávaly, pečovaly o umírající a tím ke smrti získali blízký vztah. Smrt dobře znali a věděli, co je samotné v roli umírajícího bude jednou čekat. Smrt byla také ovlivněna náboženstvím, chápáním smrti jako odpočinku a vírou ve vzkříšení těla. Smrt měla charakter společenské události, byla značně ritualizována a provázena obřady a zvyky. Díky úzkému vztahu ke smrti, který panoval, měli lidé dobře zažitě, jak si v situacích ztráty a truchlení počínat (Špatenková et al., 2014, s. 25).

2.5.2 Smrt sebe sama

Odvrat od smrti se objevuje od 11. do 17. století. Člověk se začal zaměřovat sám na sebe a na život, smrti se bál a vzdoroval jí. V náboženství se objevila představa samostatnosti těla a ducha, to vedlo ke snížení úcty v nakládání s těly zesnulých, pohřbívání do společných hrobů nebo i úplná absence pochování. Strach ze smrti můžeme pozorovat v novém zvyku zakrývání tváře zesnulého a začátkem tvorby závětí (Špatenková et al., 2014, s. 25).

2.5.3 Smrt vzdálená i blízká

K vlastní smrti lidé přistupovali s odstupem, smrt ale nebyla úplně odmítána, smrtelnost se promítala do celého života. V období válek v 18. a 19. století byli lidé poznamenáni smrtí svých blízkých, ztráta byla prožívána výrazně a emocionálně. Tento fenomén se projevil v romantismu, smrt byla idealizovaná, podmínky zesnulých národních hrdinů byly nadměrně zdobený a vznikaly zalesněné hřbitovy. Áries v tomto kontextu mluví o „*krásné smrti*“ (Špatenková et al., 2014, s. 25, 26).

2.5.4 Smrt převrácená

Ve 20. století se vnímání smrti zcela změnilo. Smrt se stala soukromou událostí, která zasahuje pouze nejbližší rodinu. Ztratila charakter sociální události, vytěsnila se z běžného života a odehrává se mimo povědomí komunity. Odcizení smrti přišlo především s vývojem medicíny. S úmyslem dopřát umírajícímu nejlepší možnou péči se umírání a smrt přesunula do nemocnic a nabrala podobu institucionálního modelu umírání. Smrt se stala „*medikalizovaná*“ a zodpovědností zdravotnického personálu, do jisté míry tak byla vytržena i z pole rodiny. Člověk se tak může dožít pozhnaného stáří beztoho, aby vůbec věděl, jak vlastně umírání vypadá. Život se stal samozřejmostí a smrt nastalá jindy než ve stáří, je vnímána jako nepřiměřená (Špatenková et al., 2014, s. 26, 27, 28).

2.6 Koncept smrti

Smrt je multidimenzionální koncept, tvořený jednotlivými subkoncepty, takzvanými „*komponenty*“. Mezi autory věnujícími se této problematice, lze nalézt rozdíly v množství a formulaci samotných komponent, tvořících koncept smrti, základních pět spolu však koresponduje. Jedná se o nevyhnutelnost, univerzalitu, nevratnost, nefunkčnost a kauzalitu (Žaloudíková, 2015, s. 23, 24).

Utváření představ o smrti je celoživotní proces, který se ve vývoji od dětství do dospělosti mění. Do povědomí postupně vstupují jednotlivé komponenty a ty v dílčích obdobích života usměrňují způsob vnímání smrti. Rozumové ovládnutí všech hlavních komponent, ale nutně neznamená zralé vnímání smrti. Jedinec se s nimi ještě musí vnitřně vypořádat a akceptovat je (Démuthová, 2011, s. 104).

2.6.1 Hlavní komponenty konceptu smrti

- Nevyhnutelnost: smrt nelze obejít, vše živé musí jednou zemřít
- Univerzalita: fakt nevyhnutelnosti smrti je rozšířen o uvědomění si vlastní smrtelnosti
- Nevratnost: po fyzické smrti těla není možný návrat do života
- Nefunkčnost: po smrti ustanou všechny pochody spojené se životem; mrtvý se nemůže pohybovat, jíst, dýchat, nemyslí, orgány v jeho těle nefungují
- Kauzalita: pochopení okolností, za kterých může nastat smrt (Žaloudíková, 2015, s. 24, 25)

2.6.2 Vnímání smrti v ontogenezi

V útlém věku dítě nad smrtí nepřemýšlí, tento pojem je mu cizí a nedokáže ho pořádně pojmut. Souvisí to se způsobem sebepojetí, dítě do tří let si neuvědomuje existenci sebe samého, jedinečnost své osobnosti a stejně tak není schopno uvažovat o své neexistenci. V prvních měsících pro dítě existuje pouze to, co v daném momentě vnímá, opustí-li to jeho vědomí, jako by úplně přestalo být. Přestane-li v tomto kontextu existovat blízká osoba, prožívá dítě opakovaně pocity vyvolané ztrátou blízké osoby. Získáváním zkušeností dítě pochopí, že absence blízké osoby je dočasná, k její nepřítomnosti však dochází bez vůle dítěte a to v něm vyvolává „separační úzkost“, jedná se o nepříjemné pocity strachu, opuštěnosti, nejistoty až úzkosti. Na vývoj chápání smrti má právě vliv separační úzkost, dítě ji prožívá v tomto i v následujících obdobích. Uspíšit koncepci smrti v útlém věku může setkání s úmrtím blízké osoby.

V předškolním věku se dítě začne poprvé zajímat o smrt. Je si vědomo nezvratnosti tohoto stavu, ale pro prozatímní nedostatek znalostí a konfrontace s úmrtím, si onu nezvratnost vysvětluje nenáležitým způsobem. Smrt si spojuje s něčím, co nastává ve stáří, v nemoci nebo při haváriích. Vnímá ji jako spánek nebo pokračování života v jiné podobě na jiném místě. Pohřbení může vidět jako způsob, kterým se mrtví dostávají na místo odpočinku (domeček pod zemí). Postupným vývojem a získáváním informací se koncepce smrti může měnit porozuměním, že vše živé může za určitých okolností zemřít, že vše živé jednou nesporně zemře a že smrt je nezměnitelný stav, ze kterého není možný návrat do života.

Ve školním věku si dítě smrt začne spojovat s biologickými funkcemi. Pochopí, že pro smrt je typické vyhasnutí biologických funkcí a že tímto jevem je smrt podmíněna. Pro takové chápání smrti, dítě nejdříve musí úspěšně zvládnout proces uvědomění si vlastního já, musí mít dostatečně rozvinuto logické myšlení, pojetí pravděpodobnosti, nevyhnutelnosti, kauzality a konečnosti svého života.

V období adolescence jsou zpravidla rozvinuty všechny komponenty kognitivního chápání smrti typické pro dospělého člověka, jedná se tedy o nevyhnutelnost, univerzalitu, nevratnost, nefunkčnost a kauzalitu. Adolescence je období duševního zrání, nestálosti nálad a nejistoty. Ve vyrovnávání se s vlastní smrtí, i přes kognitivní chápání pojmu smrt, její důsledky ještě nemusí být dostatečně zpracovány a akceptovány z vnitřního hlediska dospívajícího (Démuthová, 2011, s. 94, 95, 96, 97).

V dospělosti koncept smrti zahrnuje všechny hlavní komponenty, představy o smrti usměrňují také kulturní a osobní přesvědčení a náboženství. Vyspělý koncept smrti je především chápán jako biologicky jev. V dospělosti a dětství se objevuje názor možné návratnosti smrti a existence života po smrti. Návratnost smrti dospělí spojují s dnešními vyspělými možnostmi ve zdravotnictví a resuscitací, menší děti naopak nerealisticky připisují lékařům schopnost navrácení všech mrtvých do života. Představ o životě po smrti je nespočet, nejčastější je víra v pokračování života mimo své fyzické tělo v nebi. Jelikož tato představa nevyhovuje přírodovědeckým poznatkům, je takový koncept smrti často považován za nevyspělý (Žaloudíková, 2015, s. 24, 25).

2.6.3 Faktory ovlivňující koncept smrti

Na vnímání smrti má vliv mnoho faktorů, za nejdůležitější jsou považovány věk, kognitivní zralost, zkušenost se smrtí, religiozita a komunikace v rodině (Žaloudíková, 2015, s. 27).

Věk

Na první pohled je věk jednoznačně hlavním ukazatelem v rozdílech vnímání smrti. Pochopení dílčích komponent zpravidla nastává v rozmezí čtvrtého až sedmého roku života, zatímco k soubornému pojetí konceptu smrti až přibližně mezi devátým a desátým rokem. V jednotlivých studiích se vyskytují rozdíly ve vymezení věkového rozmezí, kdy dochází k porozumění dílčích komponent, posloupnost jejich uvědomování je ale shodná (Loučka, Vančura, 2011, s. 42).

Kognitivní zralost

Korektnost chápání pojmu smrt více než samotný věk usměrňuje kognitivní zralost. Charakter uvažování dospělého se liší od uvažování dítěte a tím se liší i jejich chápání smrti. Dítě ve svém vývoji postupně přechází od uvažování magického k více realistickému, a tak i smrt začíná být chápána spíše jako biologický jev. Jelikož úroveň kognitivní zralosti dítěte nemusí odpovídat jeho ontogenetickému věku, je tyto dva faktory od sebe třeba odlišovat (Žaloudíková, 2015, s. 28).

Zkušenost se smrtí

Osobní zkušenost se smrtí je dalším faktorem ovlivňující vývoj konceptu smrti. Dítě se s ní může setkat v různé podobě, ať už je to úmrtí blízkého člena rodiny, přítele, zvířete, zprostředkovaně pomocí televize nebo i konfrontací s vlastní smrtí v důsledku závažného onemocnění. Směr, jakým taková zkušenost ovlivní vývoj pojetí smrti není zcela předvídatelný, může ho uspíšit i zbrzdít. Především u dětí s nevléčitelnou chorobou a vystavených hrozbě smrti je pojetí smrti urychleno. I u dětí, které se setkali se smrtí blízkého, lze pozorovat vyspělejší koncept smrti, oproti dětem stejného věku, bez této zkušenosti. Také se ovšem stává, že úmrtí blízké osoby má efekt úplně opačný, vysvětlení tohoto jevu je působení psychologických obran vyvolaných situací ztráty a utěšující komentáře rodiny, které dítě bere doslovně. Působení psychologických obran je o to silnější, čím užší byl vztah k zesnulému. Zkušenost se smrtí více vzdáleného člena rodiny, nevyvolá tak závažné psychologické obrany a ani koncept smrti jimi není tolik ovlivněn (Kupka, 2014, s. 85, 86).

Religiozita

Opožděný vývoj konceptu smrti se vyskytuje i u dětí vyrůstajících ve víře kladené důraz na posmrtný život, také strach ze smrti bývá u věřících mírnější, především u plně praktikujících. Podobě života po smrti děti připisují vlastnosti takové, jak ho znají teď. Na úkor chápání existence mimo tělo, bývá především postižena složka nevratnosti a vůbec souhrnné začlenění komponent do konceptu smrti. Vyspělý koncept smrti víra nemění, obsaženy jsou v něm všechny hlavní komponenty, jeho vývoj je pouze opožděn (Kupka, 2014, s. 86, 87).

Komunikace v rodině

Další faktor hrající roli ve vývoji konceptu smrti je komunikace o ní. Vyhýbání se rozhovoru o smrti s cílem ubránit své dítě před myšlenkami o ní, vede ke zkreslenému chápání smrti a vystupňovanému strachu z ní. Strach ze smrti v dítěti vzbuzuje nedostatek informací. Poskytnutí dostatečného množství poznatků o smrti ve formě otevřené komunikace strach ze smrti redukuje a podporuje i samotný vývoj konceptu smrti. Opačný dopad při otevřené komunikaci může nastat, pokud rodiče samotní jsou ze smrti úzkostní (Kupka, 2014, s. 87, 88).

3. Eutanazie

Původ slova eutanazie nalezneme v řečtině, tvoří ho části „eu“ = dobrý a „*thanatos*“ = smrt, doslovně tedy znamená dobrá smrt. O tom, jaká smrt je dobrá, se rozdílné představy vyskytovaly od nepaměti. Rozpory pramení z osobních přesvědčení, na kterých se zároveň podílí vlivy sociální, kulturní a náboženství.

V antickém Řecku každý, kdo chtěl svůj život ukončit, měl za takovým účelem možnost obstarání jedu. Platón a Sokrates pro takový čin za dostačující považovali přání, ukončit své utrpení způsobené nemocí. Naproti tomu stáli Aristoteles a Pythagoras, kteří sebevraždu odmítali. Vědomé ukončení života stálo v rozporu i se samotnou Hippokratovou přísahou. Stoicismus, filozofie antického Řecka a Říma, sebevraždu přijímala, pokud nešlo pouze o nerozvážný čin vykonaný z neochoty čelit svým povinnostem. V Římě byla akceptovatelná i sebevražda spáchaná z důvodu hanby. Ke změně došlo s přikloněním ke křesťanství, které dobrovolné ukončení života odmítá (Kupka, 2014, s. 134, 135).

3.1 Vymezení pojmu eutanazie

Světová lékařská asociace eutanázii definuje jako vědomý a záměrný čin s účelem ukončit život nevléčitelně nemocného, kompetentního a informovaného člověka, který o ukončení svého života dobrovolně požádal. Zprostředkovatel tohoto činu si je přitom vědom zdravotního stavu pacienta a jeho přání zemřít, počíná si s hlavním cílem ukončit život dané osoby, a to ze soucitu a bez osobního zisku (Williams, 2015, s. 58).

3.1.1 Aktivní eutanazie

Aktivní eutanazií se rozumí záměrný zásah lékaře, v jehož důsledku nastane smrt pacienta. Jelikož v některých případech je pacient v takovém stavu, kdy není možné dosvědčit jeho přání zemřít, rozlišuje se dále aktivní eutanazie na dobrovolnou, nevyžádanou a nechtěnou. Dobrovolná eutanazie je taková, výslovně-li pacient o ukončení života požádá. Při nevyžádané eutanázii pacient o ukončení života není schopen požádat, předpokládá se však, že kdyby mohl, učinil by tak. Nechtěná eutanazie je taková, kdy pacient o ukončení života není schopen požádat, zároveň ani nelze doložit, zda by si ji přál, mohl-li by se k tomu vyjádřit (Haškovcová, 2007, s. 120).

V souvislosti s aktivní a pasivní eutanazií se často mluví o terminální sedaci, která svým charakterem stojí na pomezí obou dvou, může totiž vést k urychlení smrti pacienta. Jedná se o navození stavu sníženého nebo úplného bezvědomí vysokou dávkou opiátových analgetik,

současně je také možné ustoupit od výživy a hydratace. K takovému postupu se přistupuje u terminálně nemocných pacientů, jejichž symptomy již nejsou dostatečně zvládnutelné dosavadní léčbou a pacient trpí. Hlavní rozdíl mezi terminální sedací a eutanázií je v úmyslu. Terminální sedace si za cíl klade zmírnit utrpení, urychlení vstupu smrti je vedlejším účinkem (Čáp, Palenčár, Kurucová, 2016, s. 145).

3.1.2 Pasivní eutanazie

Pasivní eutanazie tkví v nezahájení nebo ukončení léčby a tím umožnění pacientovi zemřít. Základní rozdíl mezi aktivní a pasivní eutanázií je aktivní přičinění se na usmrcení, oproti prostému dopuštění zemřít, v zásadě ale i dopuštění zemřít je účelné rozhodnutí, za které lékař nese zodpovědnost (Kupka, 2014, s. 140, 141).

Pro možnost nejednoznačné interpretace významu pasivní eutanazie a její zaměnění s neprodlužováním utrpení odstoupením od marné léčby, se vedou úvahy o tom, že by bylo vhodné od užívání pojmu pasivní eutanazie úplně upustit. Rozdíl mezi těmito dvěma pojmy je opět v úmyslu. Neprodlužování utrpení si za cíl neklade ukončit život, ale nebránit přirozené smrti, na kterou přišel čas (Kutnohorská, 2007, s. 84, 85).

3.1.3 Lékařem asistovaná sebevražda

O lékařem asistovanou sebevraždu se jedná v případě, kdy pacient s přáním ukončit svůj život tak učinil za pomoci lékaře, zemřel však v důsledku svého jednání. Lékař pacientovi poskytl informace nebo prostředky potřebné pro usmrcení, nebyl ale ten, kdo fyzicky smrt zapříčinil. Zodpovědnost za smrt pacienta v takovém případě stále nese lékař (Sláma et al., 2011, s. 321).

3.2 Kandidáti pro eutanázii

Terminálně nemocní pacienti jsou obvyklí zájemci o eutanázii, nejsou však jediní. Důvody vedoucí k přání ukončit svůj život a dožadování se eutanazie lze rozdělit na fyzické a psychické. Mezi nejčastější fyzické obtíže patří nesnesitelná bolest, nevolnost, zvracení, potíže s polykáním, inkontinence, dušnost a ochrnutí. Z psychických důvodů jsou to deprese, pocit bytí zátěží, strach ze ztráty důstojnosti a vyhnutí se závislosti na ostatních (Annadurai, Danasekaran, Mani, 2014, Online. www.jfmmpc.com).

Okruh kandidátů:

- Terminálně nemocní pacienti, jejichž život pro ně představuje nekončící utrpení.
- Pacienti s nevléčitelnou nemocí, jako jsou neurodegenerativní nemoci s chronickým průběhem, končící plnou závislostí na ostatních.
- Duševně nemocní, kteří v důsledku rezistence na léčbu značnou část života trpí.
- Vážně handicapovaní, kteří se se svým tělesným postižením nedokážou smířit.
- Zdraví, často staří lidé, v závěru svého psychologického života (tzv. „*completed life*“)
- Novorozенец s infaustní prognózou nebo předpokládanou velmi nízkou kvalitou života (Bakalář, 2019, s. 25, 26)

3.3 Argumenty pro a proti eutanázii

Argumenty podporující eutanázii jsou nejčastěji založeny na svobodomyšlnosti člověka a základních lidských právech. Argumenty proti, na konzervativních etických postojích a náboženství (Čáp, Palenčár, Kurucová, 2016, s. 148, 153).

Hlavní argumenty pro eutanázii jsou:

- Autonomie člověka ve smyslu svobody počínat si se svým životem dle vlastních přání.
- Právo na sebeurčení vyplývající ze způsobilosti činit vlastní rozhodnutí, popřípadě z dříve vyslovených přání, kdy k takovému rozhodnutí způsobilý byl.
- Ukončení nesnesitelného a nesmyslného utrpení, jako akt milosrdenství (Čáp, Palenčár, Kurucová, 2016, s. 148-153).

Hlavní argumenty proti eutanázii jsou:

- Jakékoliv zabití člověka je nepřijatelné, i zabití sebe samého.
- Rozpor s charakterem samotné lékařské profese, která má za úkol život zachránit.
- Argument „*šikmé plochy*“ tvrdící, že eutanazie může být zneužita. Její legalizace tak ve finále může způsobit více škody než dobra (Čáp, Palenčár, Kurucová, 2016, s. 154-157).

3.4 Současný stav v České republice

V České republice je provádět eutanázii nelegální. Vykonání aktivní eutanazie by bylo podle „*trestního zákoníku č. 40/2009 Sb. § 140*“ považováno za vraždu. Stejně tak i pasivní eutanazie by byla považována za „*vraždu způsobenou nekonáním*“, výjimkou je odstoupení od marné léčby jako východiska pro zachování lidské důstojnosti. Ani v případě lékařem

asistované sebevraždy se nejedná o legální čin, posuzována by byla jako „*trestný čin účasti na sebevraždě*“ (Doležal, 2018, Online. www.prolekare.cz).

3.5 Dříve vyslovené přání

Pokrokem medicíny je dnešními léčebnými postupy a technickými vymoženostmi možné zachránit život i pacientům ve vážném stavu, také ale dokáže pacienta udržovat při životě pomocí přístrojů, bez kterých by nebyl schopen přežít. Pro případ, že by se jedinec dostal do situace, kdy by nebyl schopný vyjádřit svůj souhlasu či nesouhlasu s léčbou, popřípadě k učinění takového rozhodnutí ztratil kompetence, má možnost tak učinit, pomocí institutu dříve vyslovených přání.

Dříve vyslovené přání má písemnou formu, jeho obsah přesně vymezuje, v jakých situacích má být zahájena léčba a v jakých situacích naopak ne. K sepsání tohoto dokumentu je zapotřebí spolupráce lékaře, který s daným jedincem tyto potenciální situace probere, poučí ho o intervencích, kterými by se řešily a jaký dopad by mělo jejich nezahájení. Takto poučený pacient vše ztvrzuje úředně ověřeným podpisem.

Lékař musí mít pacientovo dříve vyslovené přání k dispozici, aby se jím mohl řídit. Může být tedy poskytnuto spádové nemocnici, ve které se předpokládá případné poskytnutí péče, nebo může být svěřeno blízkému, který by ho v případě nutnosti poskytl danému zdravotnickému zařízení. Zákon vymezuje i situace, kdy se lékař dříve vysloveným přáním nesmí řídit i když ho k dispozici má. Jedná se především o případy *..., kdy by splnění přání mohlo ohrozit jiné osoby, kdy přání nabádá k postupům vedoucím k aktivnímu způsobení smrti, kdy poskytovatel neměl přání k dispozici a započal zdravotní výkony, jejichž přerušeni by vedlo k aktivnímu způsobení smrti*. Neřídit se jím je možné, i pokud v medicíně došlo k takovému vývoji, že lze předpokládat, že kdyby o tom pacient věděl, přál by si poskytnutí zdravotních služeb.

Možnost dříve vysloveného přání, „*zakotvena do českého právního řádku zákonem č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování*“, vešla v platnost 1.4.2012. Platnost dříve vysloveného přání činila 5 let, následně 10.12.2012 toto časové omezení bylo zrušeno, jeho platnost tedy nevyprchá, může být pouze na vyžádání zrušeno (Tomešová, 2016, Online. www.pravniprostor.cz).

4. Praktická část

V této části je uvedena metodika výzkumu, charakteristika výzkumného vzorku, dále jsou zde grafy a tabulkami prezentovány výsledky.

4.1 Cíl práce

V praktické části byly stanoveny tyto cíle

Hlavní cíl: Zjistit, jakým způsobem vnímají studenti oboru všeobecná sestra smrt.

Dílčí cíle:

- 1) Porovnat postoj ke smrti mezi studenty 1. a 3. ročníku.
- 2) Zjistit vliv víry na postoj ke smrti.
- 3) Zjistit zkušenosti studentů se smrtí ve zdravotnickém zařízení a jak na ni reagují.

4.2 Metodika výzkumu

Pro praktickou část byla zvolena metoda kvantitativního výzkumu. Sběr dat byl realizován formou on-line dotazníku vlastní tvorby, vytvořeného a zprostředkovaného pomocí služby Survio (www.survio.com). V úvodu dotazníku jsou uvedeny základní údaje informující respondenta o anonymitě dotazníku a účelu, ke kterému získaná data budou sloužit. Samotný dotazník celkem tvoří 27 otázek, 20 z nich jsou otázky uzavřené, 6 otázek je výčtových, 1 otázka je otevřená. Prvních 7 otázek je vymezeno k získání demografických údajů o respondentech, následujících 20 otázek se týká problematiky smrti a umírání.

4.2.1 Design výzkumu

Dotazník byl určen pro studenty 1. a 3. ročníku oboru všeobecný sestra, konkrétně byl výzkum uskutečněn na Lékařské fakultě v Hradci Králové Univerzity Karlovy a Fakultě humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně. Studenty jednotlivých ročníků jsem kontaktoval prostřednictvím e-mailové adresy ročníku s prosbou o zapojení se do výzkumu mé bakalářské práce vyplněním dotazníku, na který byl v e-mailu přiložen odkaz.

Data získaná výzkumným šetřením byla zpracována v programu Microsoft Office Excel. Pro znázornění demografických otázek byl zvolen graf výsečový, u ostatních otázek byl zvolen graf sloupcový s výjimkou otevřené otázky č. 12, kde byly odpovědi zaznamenány také do tabulky. Hodnoty relativních četností, udávající zastoupení odpovědí vzhledem k celku, jsou uvedeny v % a zaokrouhleny na celá čísla.

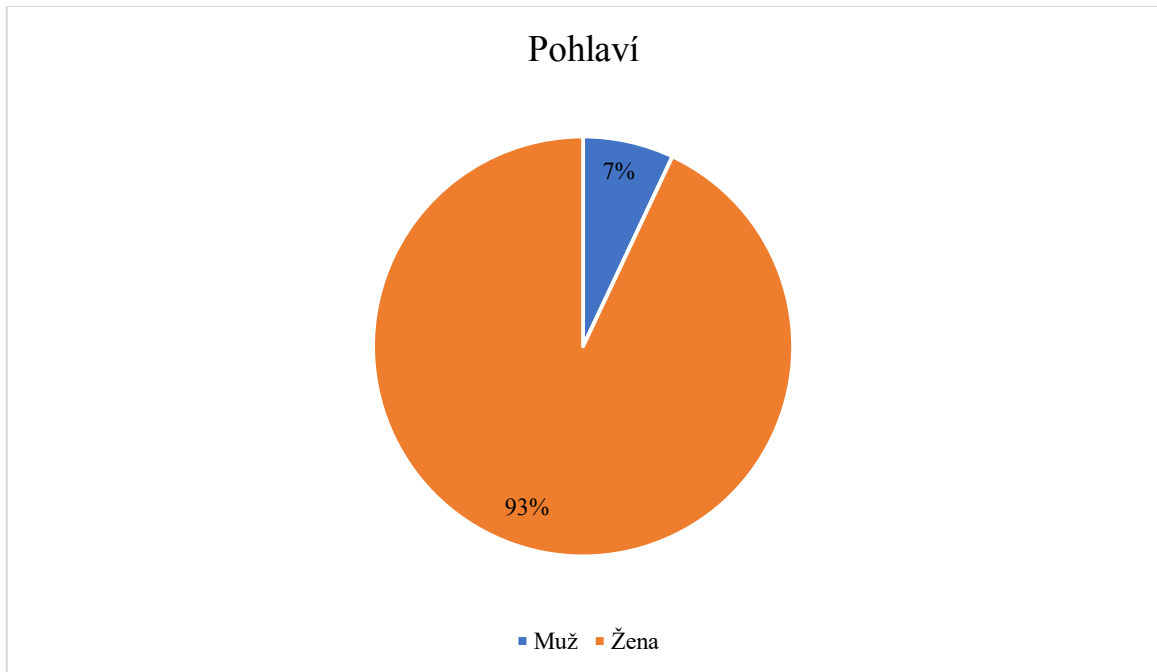
4.3 Charakteristika výzkumného vzorku

Výzkumný vzorek byl tvořen studenty 1. ročníku a 3. ročníku vysokoškolského studia oboru všeobecná sestra na Lékařské fakultě v Hradci Králové Univerzity Karlovy a Fakultě humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně. V rámci demografických otázek bylo dotazníkem o výzkumném vzorku zjišťováno pohlaví (viz Graf č. 1), ročník studia (viz Graf č. 2), současně studovaná škola (viz Graf č. 3), typ absolvované střední školy (viz Graf č. 4), charakter bydliště (viz Graf č. 5), délka praxe ve zdravotnických zařízeních (viz Graf č. 6) a zda jsou věřící (viz Graf č. 7). Výzkumu se vyplněním dotazníku celkem zúčastnilo 100 respondentů. Všech 100 vyplněných dotazníků bylo zahrnuto do výzkumu, avšak při zhodnocování dílčího cíle č. 2 (Zjistit vliv víry na postoj ke smrti), byli zahrnuti do výzkumu pouze respondenti, kteří na dotaz zda jsou věřící odpověděli „Ano“ a „Ne“. Respondenti respektující víru, ale nepraktikující zde nebyli bráni v potaz.

4.4 Výsledky výzkumu

Otázka č. 1: Jaké je vaše pohlaví?

- Muž
- Žena



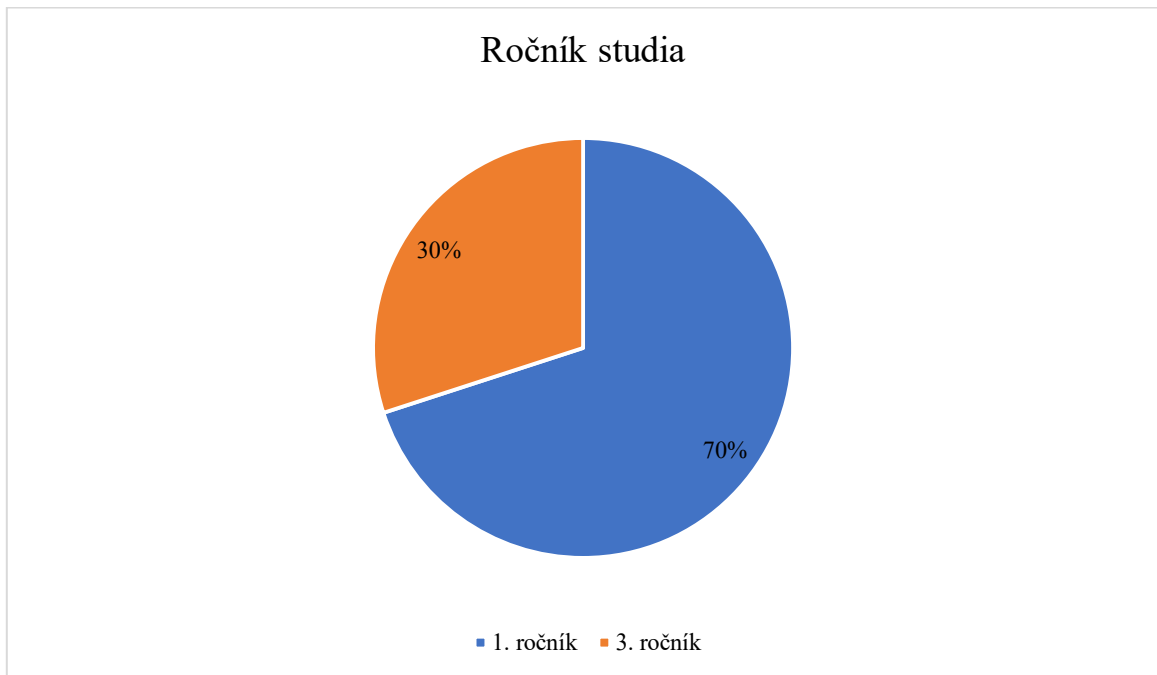
Graf č. 1 Pohlaví respondentů

Komentář:

Dotazníkového šetření se celkem zúčastnilo 100 respondentů (100%), z toho 7 mužů (7%) a 93 žen (93%).

Otázka č. 2: Ve kterém ročníku studia studujete?

- 1. ročník
- 3. ročník



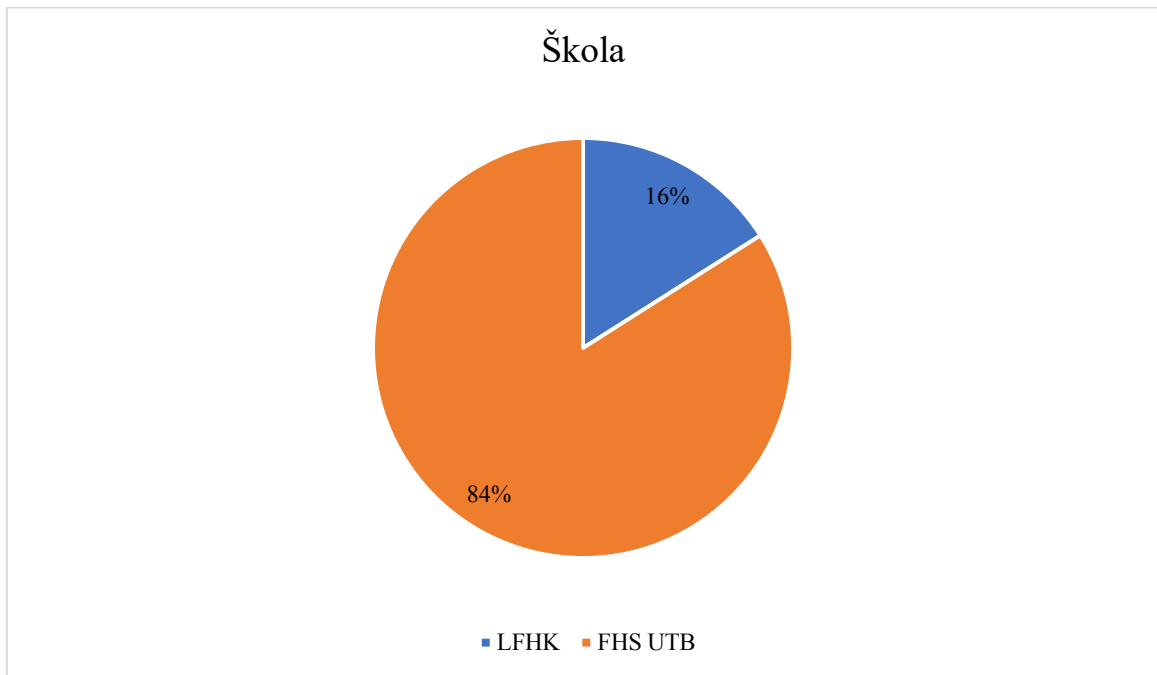
Graf č. 2 Respondenty studovaný ročník

Komentář:

Z celkového počtu 100 respondentů je 30 z nich studenty 1. ročníku (30%) a 70 studenty 3. ročníku (70%).

Otázka č. 3: Na jaké škole studujete?

- LFHK – obor všeobecná sestra
- FHS UTB – obor všeobecná sestra



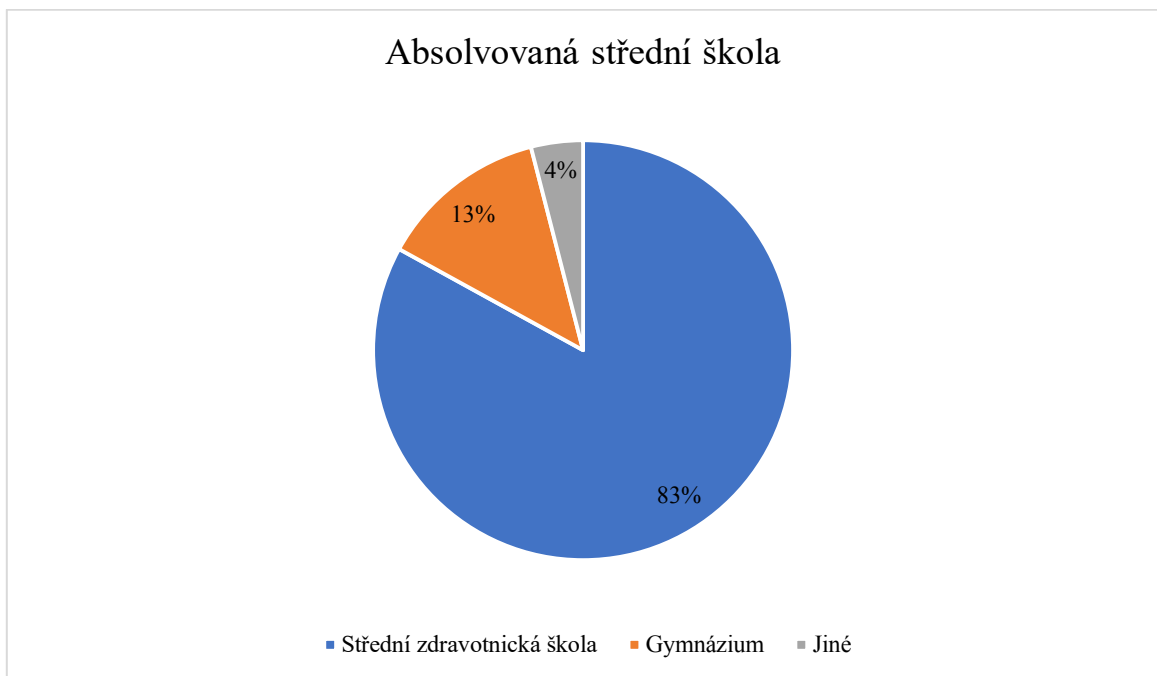
Graf č. 3 Respondenty studovaná škola

Komentář:

Z celkového počtu 100 respondentů je 16 z nich studenty LFHK (16%) a 84 studenty FHS UTB (84%).

Otázka č. 4: Jaký typ střední školy jste absolvoval/a?

- Střední zdravotnická škola
- Gymnázium
- Jiné – uveďte:



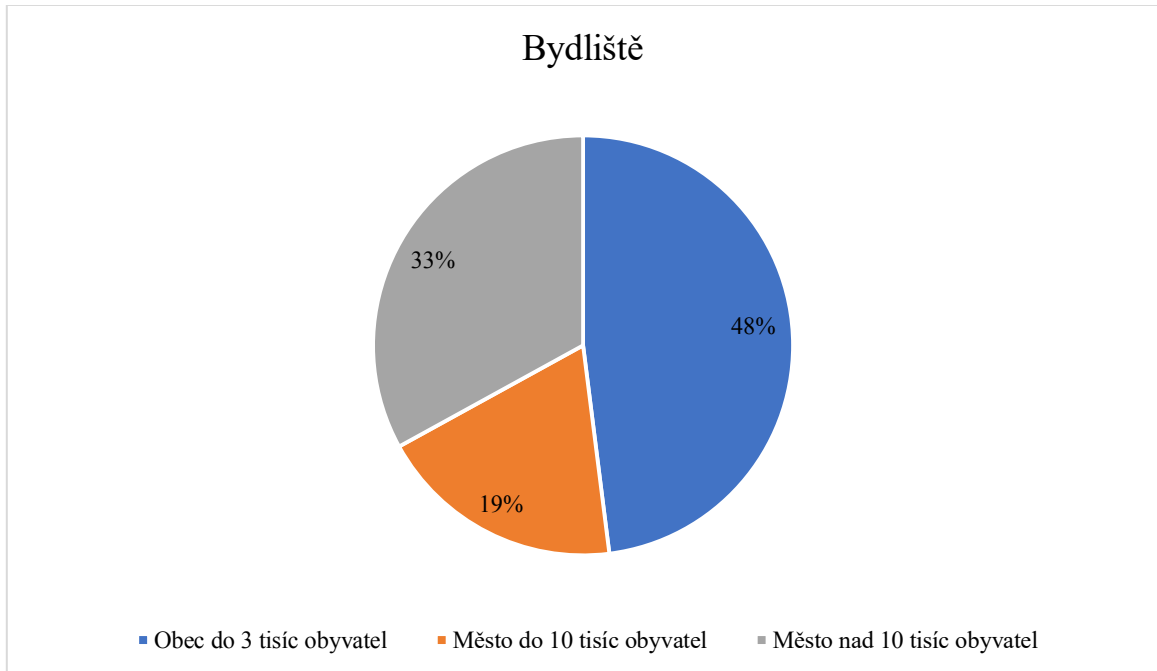
Graf č. 4 Respondenty absolvovaná střední škola

Komentář:

Z celkového počtu 100 respondentů (100%) 83 absolvovalo střední zdravotnickou školu (83%), 13 gymnázium (13%). 4 respondenti absolvovali jinou střední školu (4%), 2 z nich absolvovali střední průmyslovou školu, 1 střední obchodní školu a 1 ekonomické lyceum.

Otázka č. 5: Kde bydlíte?

- Obec do 3 tisíc obyvatel
- Město do 10 tisíc obyvatel
- Město nad 10 tisíc obyvatel



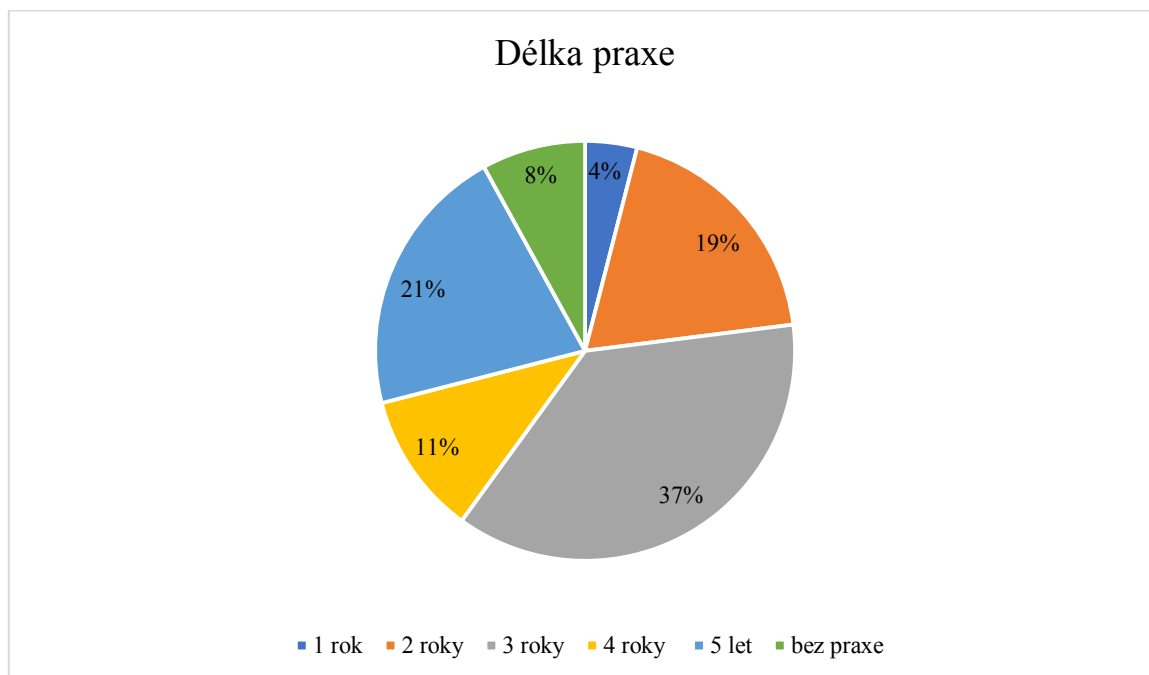
Graf č. 5 Typ bydliště respondentů

Komentář:

Z celkového počtu 100 respondentů (100%) 48 bydlí v obci do 3 tisíc obyvatel (48%), 19 ve městě do 10 tisíc obyvatel (19%), 33 ve městě nad 10 tisíc obyvatel.

Otázka č. 6: Jak dlouho vykonáváte praxi ve zdravotnických zařízeních?

- 1 rok
- 2 roky
- 3 roky
- 4 roky
- 5 let
- Bez praxe



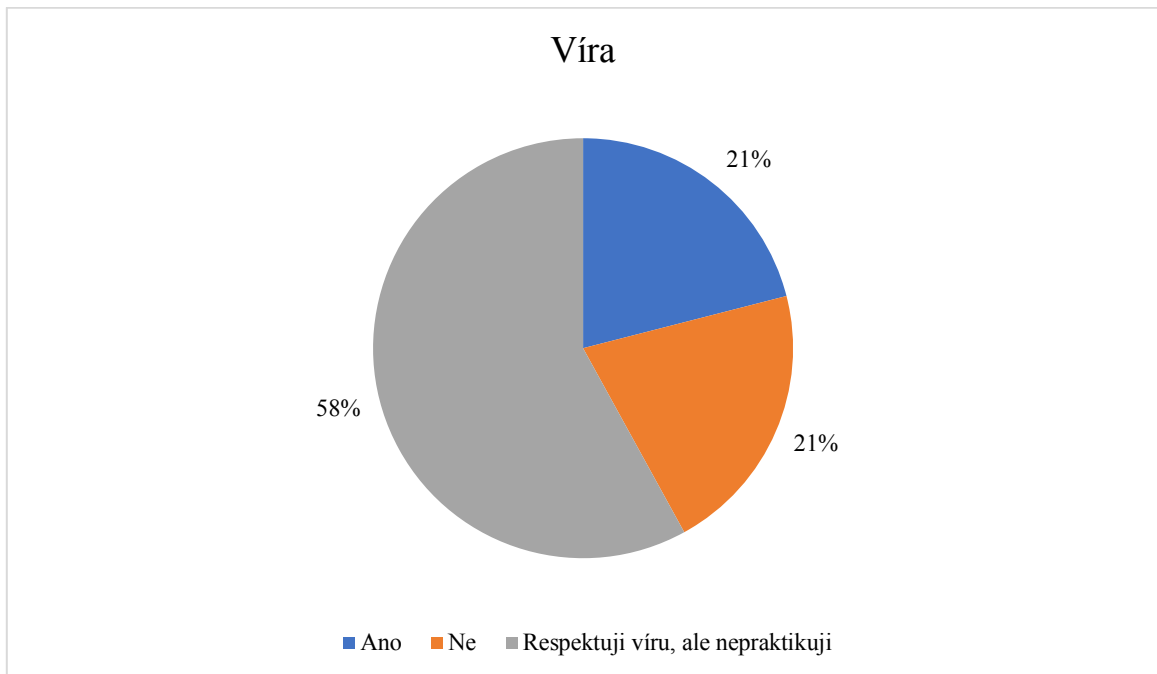
Graf č. 6 Délka vykonávání praxe ve zdravotnických zařízeních

Komentář:

Z celkového počtu 100 respondentů (100%) ve zdravotnických zařízeních vykonávají praxi 1 rok 4 respondenti (4%), 2 roky 19 respondentů (19%), 3 roky 37 respondentů (37%), 4 roky 11 respondentů (11%), 5 let 21 respondentů (21%), 8 respondentů (8%) praxi ve zdravotnickém zařízení nevykonávalo.

Otázka č. 7: Jste věřící?

- Ano
- Ne
- Respektuji víru, ale nepracuji



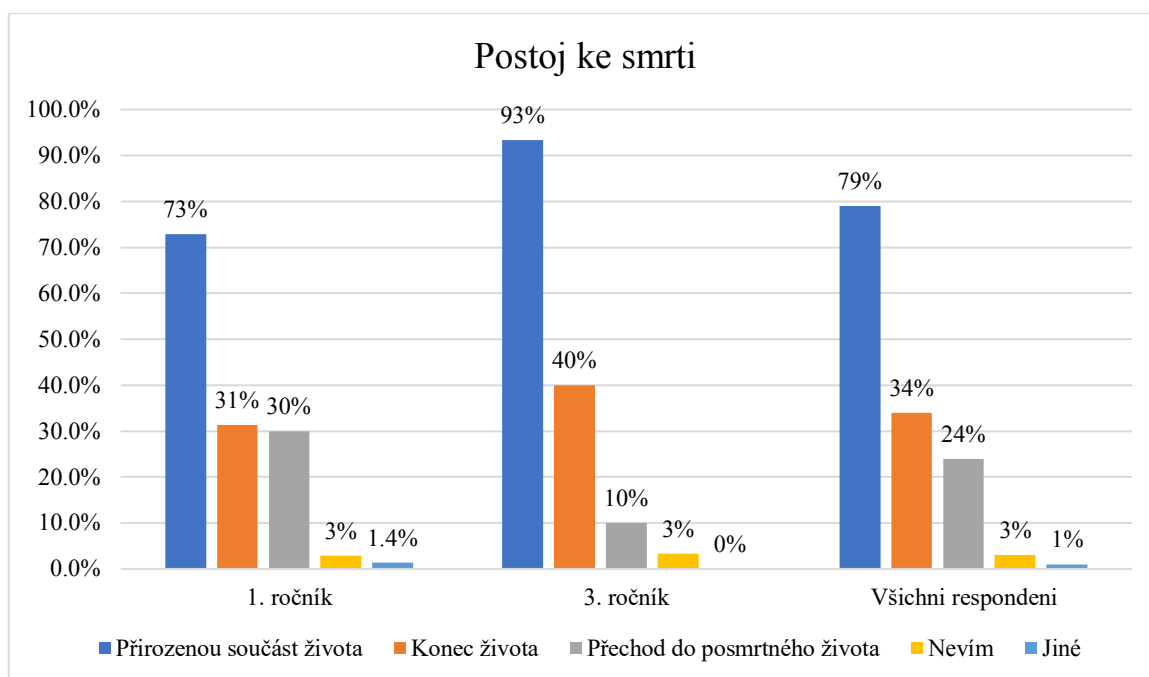
Graf č. 7 Vztah respondentů k víře

Komentář:

Z celkového počtu 100 respondentů 21 je věřících (21%), 21 věřící nejsou (21%), 58 víru respektuje, ale nejsou praktikující (58%).

Otázka č. 8: Co pro Vás znamená smrt?

- Přirozenou součást života
- Konec života
- Přejchod do posmrtného života
- Nevím
- Jiné – popište:



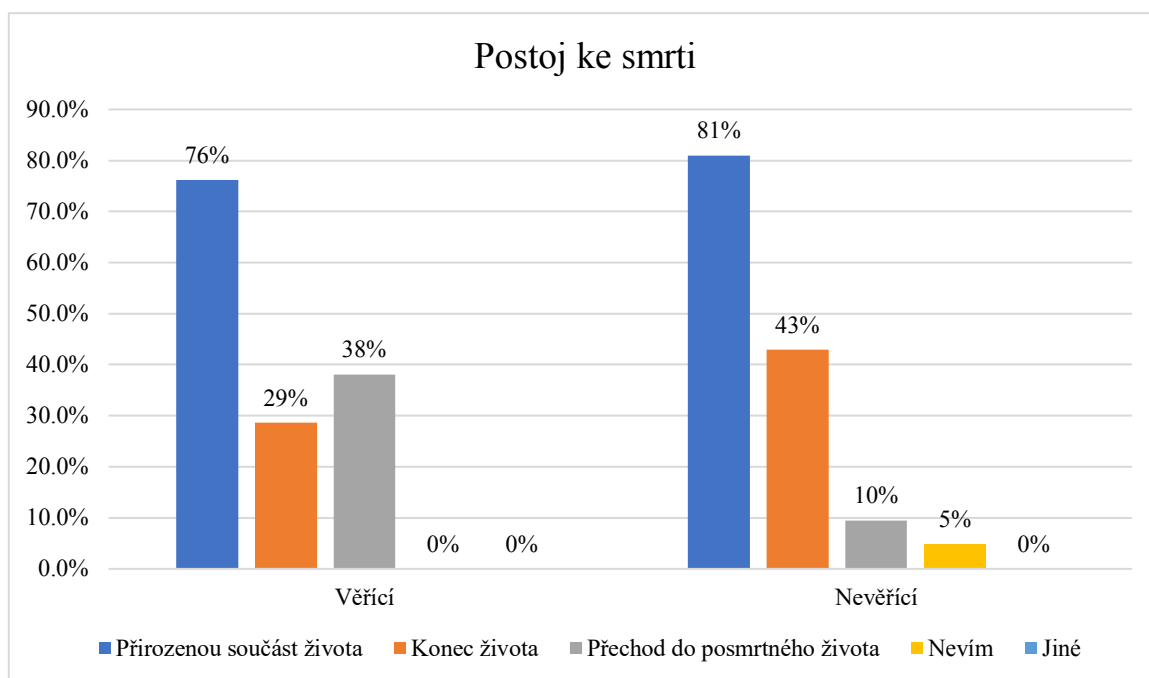
Graf č. 8 Co pro respondenty znamená smrt

Komentář:

U této otázky bylo možno zvolit více odpovědí. Z celkového počtu 100 respondentů (100%) pro 79 (79%) smrt znamená přirozenou součást života, pro 34 (34%) konec života, pro 24 (24%) přechod do posmrtného života, 3 respondenti (3%) nevěděli, 1 respondent (1%) zvolil možnost odpovědi „Jiné“ a uvedl, že velice nemocným a starým lidem smrt přinese úlevu a klid.

Z celkového počtu 70 respondentů 1. ročníku (100%) pro 51 (73%) smrt znamená přirozenou součást života, pro 22 (31%) konec života, pro 21 (30%) přechod do posmrtného života, 2 respondenti (3%) nevěděli, 1 respondent (1%) zvolil možnost odpovědi „Jiné“ a uvedl, že velice nemocným a starým lidem smrt přinese úlevu a klid.

Z celkového počtu 30 respondentů 3. ročníku (100%) pro 28 (93%) smrt znamená přirozenou součást života, pro 12 (40%) konec života, pro 3 (10%) přechod do posmrtného života, 1 respondent (3%) nevěděl a žádný respondent (0%) ne zvolil možnost odpovědi „*Jiné*“.



Graf č. 9 Co pro věřící a nevěřící respondenty znamená smrt

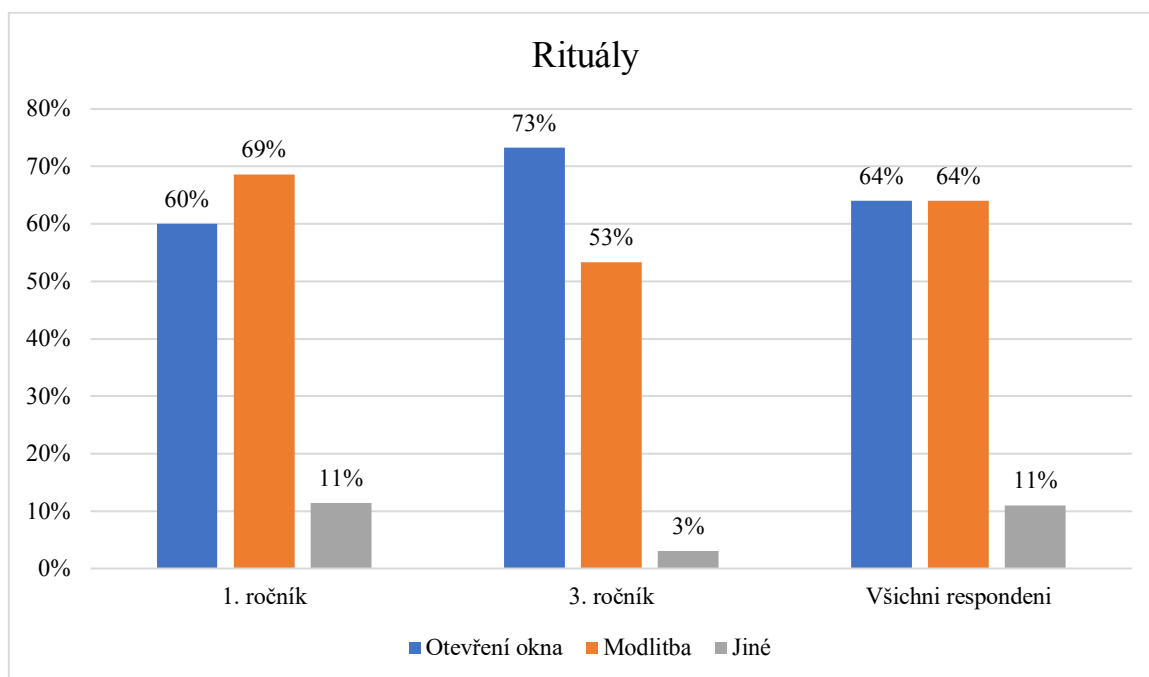
Komentář:

U této otázky bylo možno zvolit více odpovědí. Z celkového počtu 21 věřících respondentů (100%) pro 16 (76%) smrt znamená přirozenou součást života, pro 6 (29%) konec života, pro 8 (38%) přechod do posmrtného života, žádný respondent (0%) nezvolil možnost odpovědi neví, ani možnost odpovědi „Jiné“.

Z celkového počtu 21 nevěřících respondentů (100%) pro 17 (81%) smrt znamená přirozenou součást života, pro 9 (43%) konec života, pro 2 (10%) přechod do posmrtného života, 1 respondenti (5%) nevěděli, žádný respondent (0%) nezvolil možnost odpovědi „Jiné“.

Otázka č. 9: Jaké znáte rituály spojené se smrtí a umíráním?

- Otevření okna
- Modlitba
- Jiné – popište:



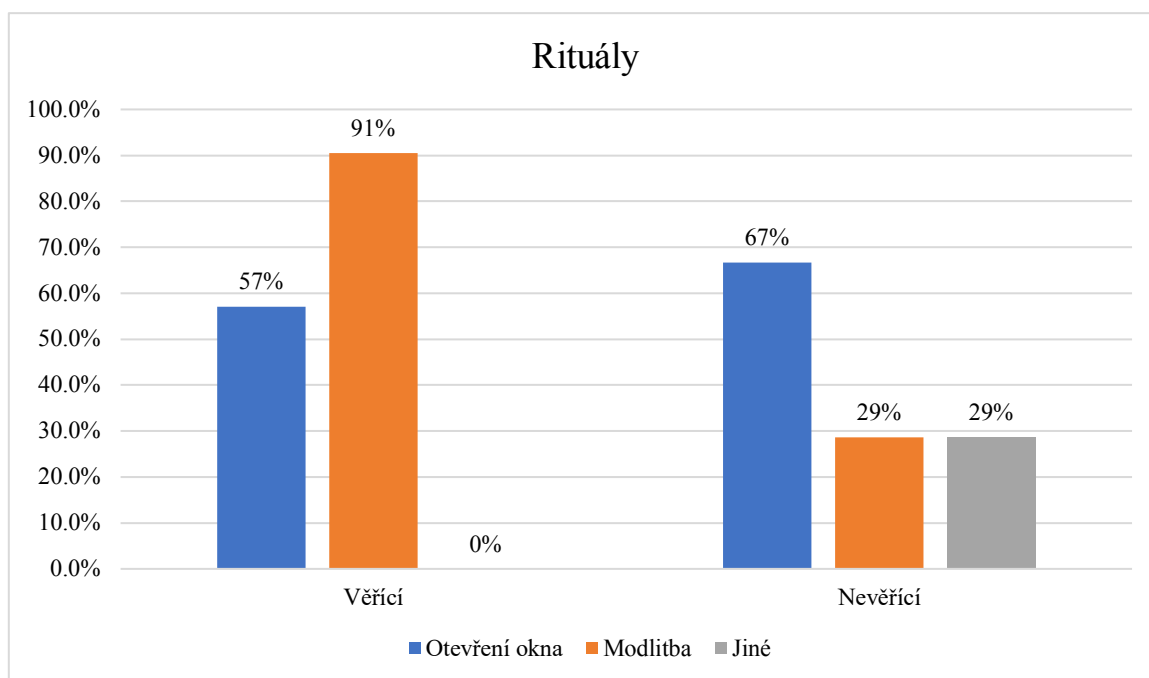
Graf č. 10 Znalost rituálů spojených se smrtí a umíráním

Komentář:

U této otázky bylo možno zvolit více odpovědí. Z celkového počtu 100 respondentů (100%) znalo z rituálů spojených se smrtí a umíráním 64 respondentů (64%) otevření okna a modlitbu. 11 respondentů (11%) zvolilo možnost odpovědi „Jiné“, 6 z nich uvedlo rituál zapálení svíčky, 1 pohřeb, 1 poslední pomazání, 1 očistu a 2 z nich uvedlo, že žádný rituál nezná.

Z celkového počtu 70 respondentů 1. ročníku (100%) znalo z rituálů spojených se smrtí a umíráním 42 respondentů (60%) otevření okna, 48 (69%) modlitbu. 8 respondentů (11%) zvolilo možnost odpovědi „Jiné“, 4 z nich uvedlo rituál zapálení svíčky, 1 pohřeb, 1 poslední pomazání, 1 očistu a 1 z nich uvedl, že žádný rituál nezná.

Z celkového počtu 30 respondentů 3. ročníku (100%) znalo z rituálů spojených se smrtí a umíráním 22 respondentů (73%) otevření okna, 16 (53%) modlitbu. 3 respondent (10%) zvolilo možnost odpovědi „Jiné“, 2 z nich uvedlo rituál zapálení svíčky a 1 uvedl, že žádný rituál nezná.



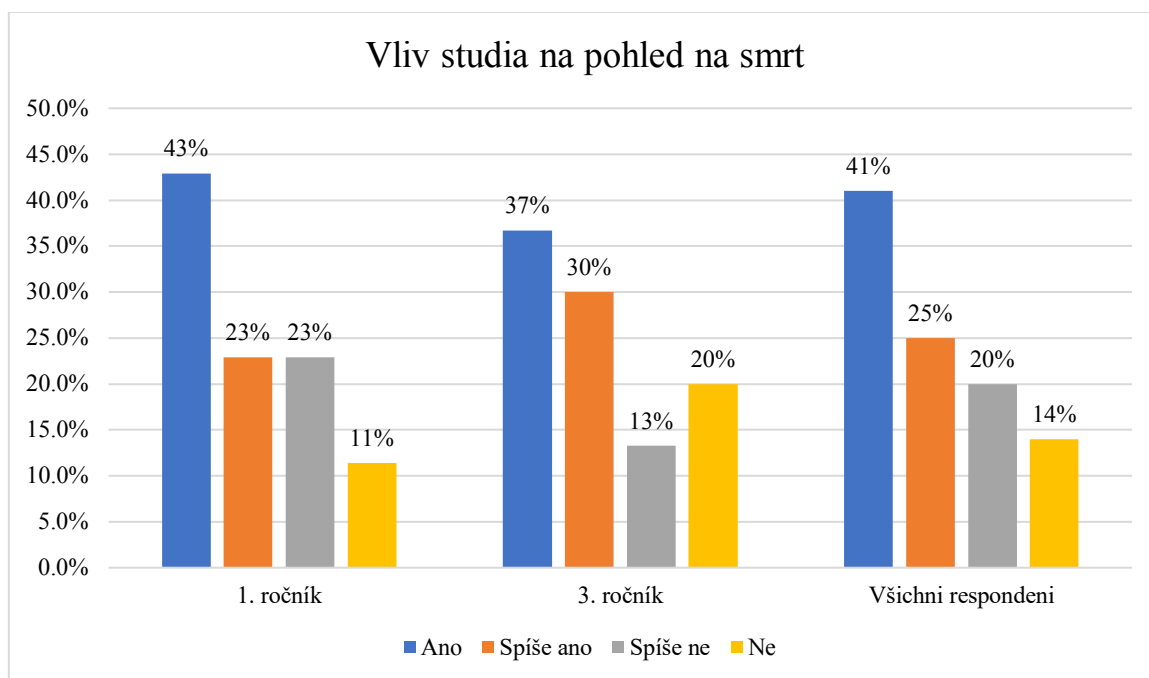
Graf č. 11 Znalost rituálů spojených se smrtí a umíráním u věřících a nevěřících respondentů

U této otázky bylo možno zvolit více odpovědí. Z celkového počtu 21 věřících respondentů (100%) znalo z rituálů spojených se smrtí a umíráním 12 respondentů (57%) otevření okna a 19 (91%) modlitbu. Žádný respondent (0%) nezvolilo možnost odpovědi „Jiné“.

Z celkového počtu 21 nevěřících respondentů (100%) znalo z rituálů spojených se smrtí a umíráním 14 respondentů (67%) otevření okna a 6 (29) modlitbu. 6 respondentů (29%) zvolilo možnost odpovědi „Jiné“, 3 z nich uvedlo rituál zapálení svíčky, 1 očistu a 2 z nich uvedlo, že žádný rituál nezná.

Otázka č. 10: Myslíte si, že studium oboru všeobecná sestra ovlivnilo Váš pohled na smrt?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne



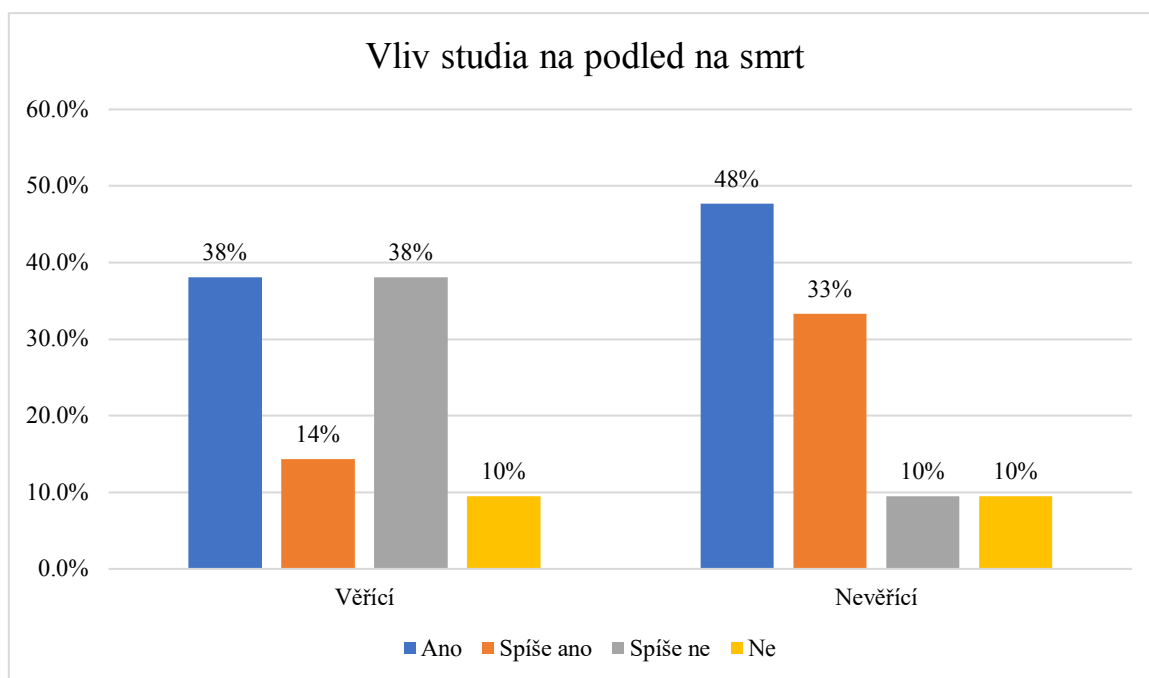
Graf č. 12 Vliv studia oboru všeobecná sestra na pohled na smrt

Komentář:

Z celkového počtu 100 respondentů (100%) na otázku zda si myslí, že studium oboru všeobecná sestra ovlivnilo jejich pohled na smrt 41 (41%) odpovědělo „Ano“, 25 (25%) „Spíše ano“, 20 (20%) „Spíše ne“ a 14 (14%) „Ne“.

Z celkového počtu 70 respondentů 1. ročníku (100%) na otázku zda si myslí, že studium oboru všeobecná sestra ovlivnilo jejich pohled na smrt 30 (43%) odpovědělo „Ano“, 16 (23%) „Spíše ano“, 16 (23%) „Spíše ne“ a 8 (11%) „Ne“.

Z celkového počtu 30 respondentů 3. ročníku (100%) na otázku zda si myslí, že studium oboru všeobecná sestra ovlivnilo jejich pohled na smrt 11 (37%) odpovědělo „Ano“, 9 (30%) „Spíše ano“, 4 (13%) „Spíše ne“ a 6 (20%) „Ne“.



Graf č. 13 Vliv studia oboru všeobecná sestra na pohled na smrt u věřících a nevěřících respondentů

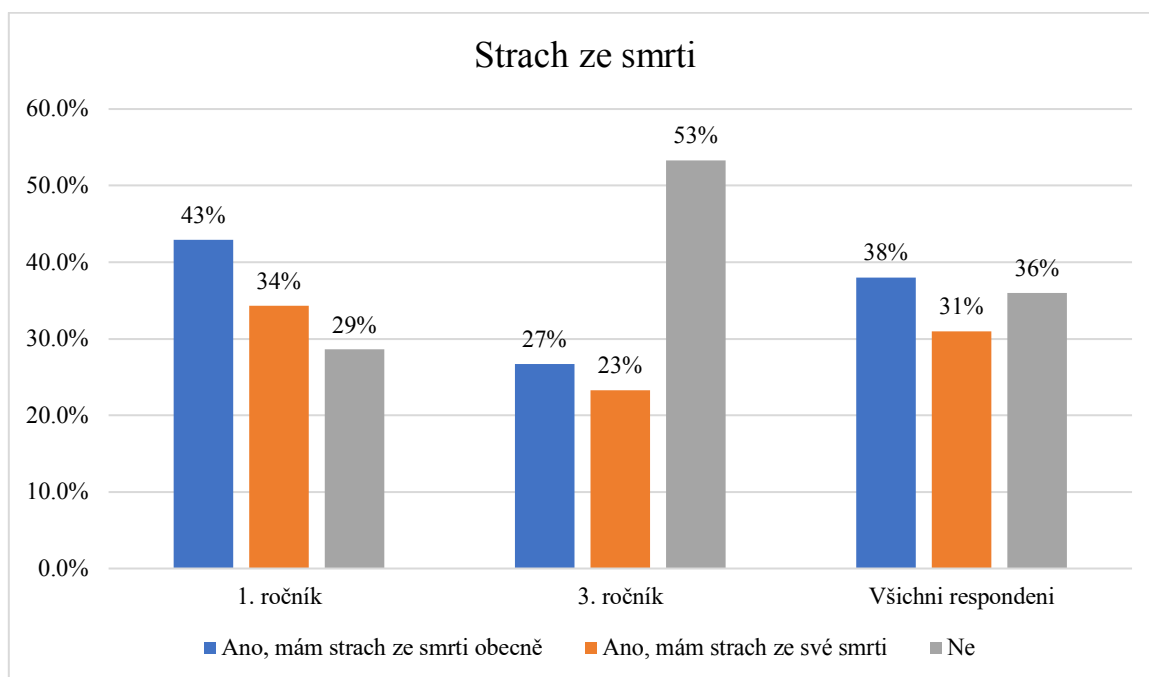
Komentář:

Z celkového počtu 21 věřících respondentů (100%) na otázku zda si myslí, že studium oboru všeobecná sestra ovlivnilo jejich pohled na smrt 8 (38%) odpovědělo „Ano“, 3 (14%) „Spíše ano“, 8 (38%) „Spíše ne“ a 2 (10%) „Ne“.

Z celkového počtu 21 nevěřících respondentů (100%) na otázku zda si myslí, že studium oboru všeobecná sestra ovlivnilo jejich pohled na smrt 10 (48%) odpovědělo „Ano“, 7 (33%) „Spíše ano“, 2 (10%) „Spíše ne“ a 2 (10%) „Ne“.

Otázka č. 11: Máte strach ze smrti?

- Ano, mám strach ze smrti obecně
- Ano, mám strach ze své smrti
- Ne



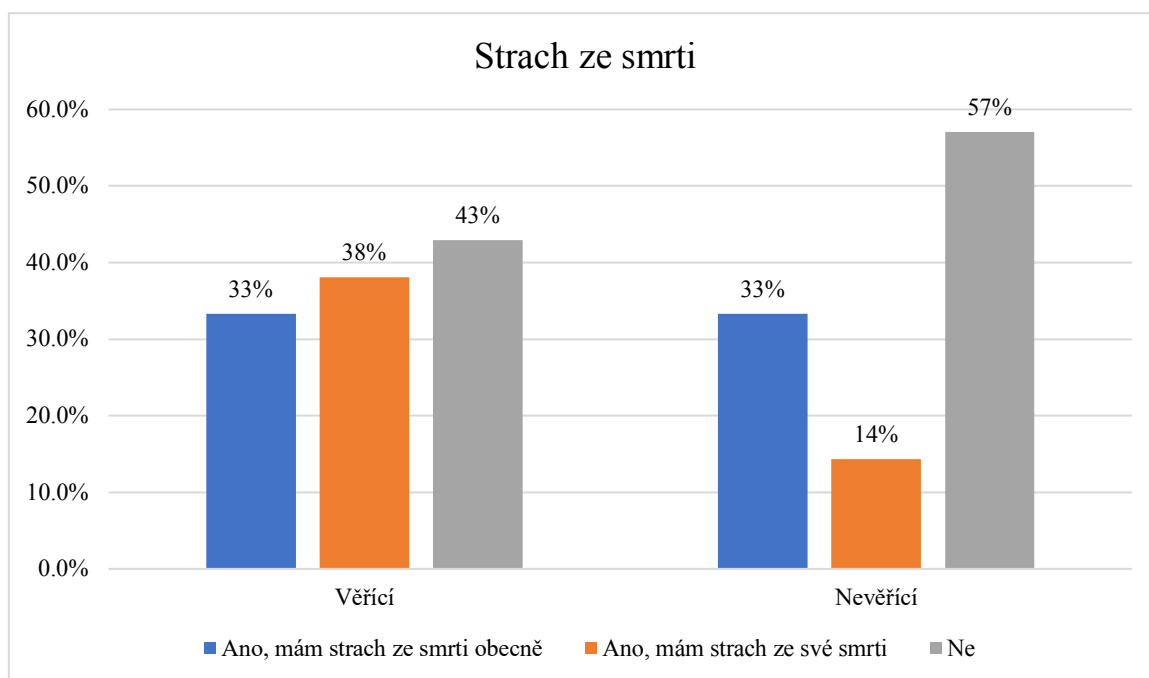
Graf č. 14 Strach respondentů ze smrti

Komentář:

U této otázky bylo možno zvolit více odpovědí. Z celkového počtu 100 respondentů (100%) má 38 (38%) strach ze smrti obecně, 31 (31%) má strach ze své smrti, 36 (36%) strach ze smrti nemá.

Z celkového počtu 70 respondentů 1. ročníku (100%) má 30 (43%) strach ze smrti obecně, 24 (34%) má strach ze své smrti, 20 (29) strach ze smrti nemá.

Z celkového počtu 30 respondentů 3. ročníku (100%) má 8 (27%) strach ze smrti obecně, 7 (23%) má strach ze své smrti, 16 (53%) strach ze smrti nemá.



Graf č. 15 Strach věřících a nevěřících respondentů ze smrti

Komentář:

U této otázky bylo možno zvolit více odpovědí. Z celkového počtu 21 věřících respondentů (100%) má 7 (33%) strach ze smrti obecně, 8 (38%) má strach ze své smrti, 9 (43%) strach ze smrti nemá.

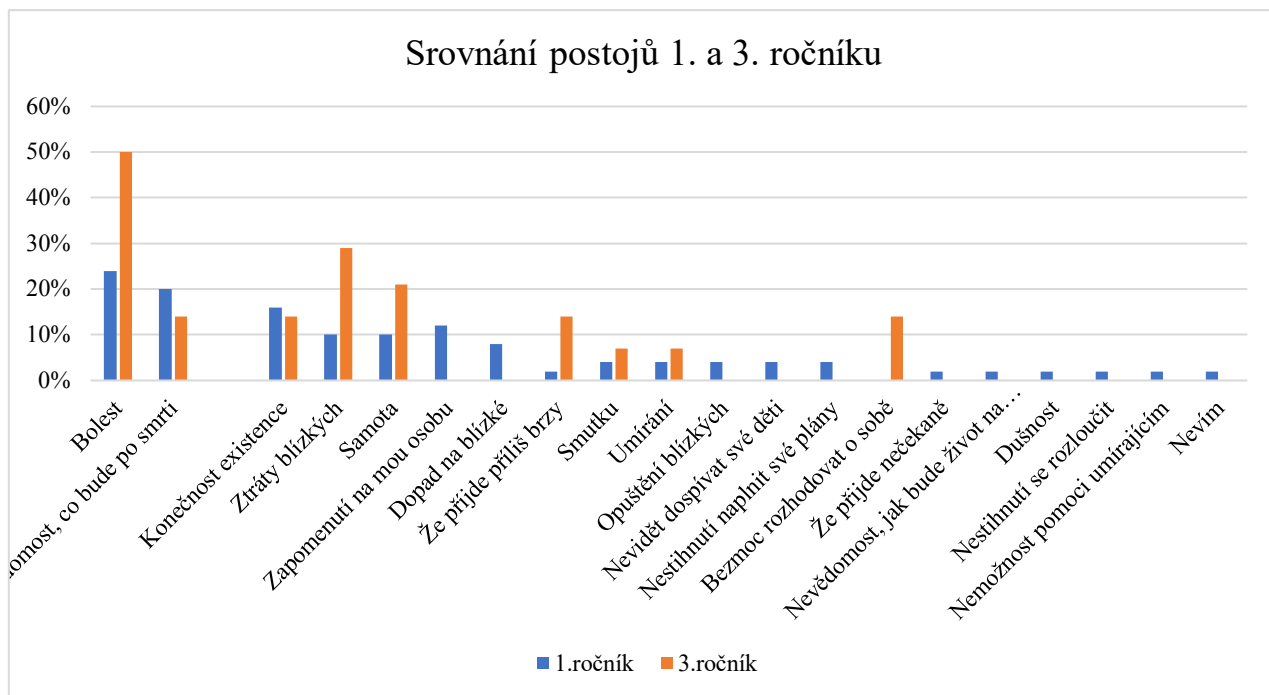
Z celkového počtu 21 nevěřících respondentů (100%) má 7 (33%) strach ze smrti obecně, 3 (14%) má strach ze své smrti, 12 (57%) strach ze smrti nemá.

Otázka č. 12 Čeho se nejvíce bojíte na smrti?

Napište:

Tabulka č. 1: Atributy strachu ze smrti respondentů

Jednotlivé odpovědi	1. ročník		3. ročník		Všichni respondenti	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Bolest	12	24 %	7	50 %	19	30 %
Nevědomost, co bude po smrti	10	20 %	2	14 %	12	19 %
Konečnost existence	8	16 %	2	14 %	10	16 %
Ztráty blízkých	5	10 %	4	29 %	9	14 %
Samota	5	10 %	3	21 %	8	13 %
Zapomenutí na mou osobu	6	12 %	0	0 %	6	9 %
Dopad na blízké	4	8 %	0	0 %	4	6 %
Že přijde příliš brzy	1	2 %	2	14 %	3	5 %
Smutku	2	4 %	1	7 %	3	5 %
Umírání	2	4 %	1	7 %	3	5 %
Opuštění blízkých	2	4 %	0	0 %	2	3 %
Nevidět dospívat své děti	2	4 %	0	0 %	2	3 %
Nestihnout naplnit své plány	2	4 %	0	0 %	2	3 %
Bezmoc rozhodovat o sobě	0	0 %	2	14 %	2	3 %
Že přijde nečekaně	1	2 %	0	0 %	1	2 %
Nevědomost, jak bude život na zemi dál pokračovat	1	2 %	0	0 %	1	2 %
Dušnost	1	2 %	0	0 %	1	2 %
Nestihnout se rozloučit	1	2 %	0	0 %	1	2 %
Nemožnost pomoci umírajícím	1	2 %	0	0 %	1	2 %
Nevím	1	2 %	0	0 %	1	2 %



Graf č. 16 Atributy strachu ze smrti respondentů 1. a 3. ročníku

Komentář:

Na tuto otázku odpovídali pouze respondenti, kteří mají strach ze smrti. Z celkového počtu 64 respondentů (100 %) 19 (30 %) odpovědělo, že se na smrti nejvíce bojí bolesti, 12 (19 %) toho, že nevědí, co bude následovat po smrti, 10 (16 %) konce své existence, 9 (14 %) ztráty svých blízkých, 8 (13 %) samoty, 6 respondentů (9 %) uvedlo strach z toho, že na ně bude zapomenuto, 4 (6 %) dopadu jejich smrti na blízké, 3 respondenti (5 %) mají strach z předčasné smrti, 3 (5 %) smutku, který smrt přinese, 3 (5 %) uvedli, že mají strach z umírání, ne ze smrti samotné, 2 (3 %) z opuštění blízkých, 2 (3 %) z toho, že by neviděli dospívat své děti, 2 (3 %) nestihnoutí naplnit své plány, 2 (3%) bezmoci rozhodovat o sobě, dále byl po 1 respondentu (2 %) uveden strach z nečekané smrti, dušnosti, nestihnoutí rozloučit se, nemožnosti pomoci umírajícím, nevědomosti z toho, co se dál bude odehrávat na zemi, také 1 respondent (2 %) odpověděl, že neví čeho se na smrti bojí.

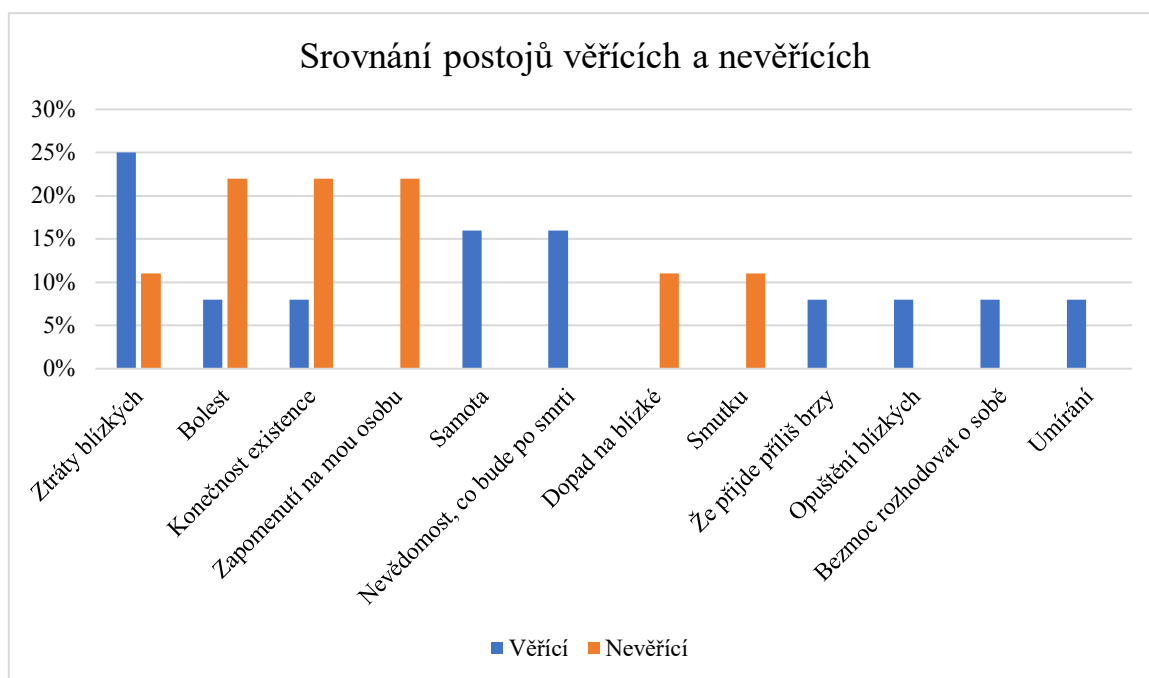
Z celkového počtu 50 respondentů 1. ročníku (100 %) 12 (24 %) odpovědělo, že se na smrti nejvíce bojí bolesti, 10 (20 %) toho, že nevědí, co bude následovat po smrti, 8 (16 %) konce své existence, 6 respondentů (12 %) uvedlo strach z toho, že na ně bude zapomenuto, 5 (10 %) ztráty svých blízkých, 5 (10 %) samoty, 4 (6 %) dopadu jejich smrti na blízké, 2 (4 %) smutku, který smrt přinese, 2 (4 %) uvedli, že mají strach z umírání, ne ze smrti samotné, 2 (4 %) z opuštění blízkých, 2 (4 %) z toho, že by neviděli dospívat své děti, 2 (4 %) nestihnoutí

naplnit své plány, dále byl po 1 respondentu (2 %) uveden strach z předčasné smrti, nečekané smrti, dušnosti, nestihnutí rozloučit se, nemožnosti pomoci umírajícím, nevědomosti z toho, co se dál bude odehrávat na zemi, také 1 respondent (2 %) odpověděl, že neví čeho se na smrti bojí.

Z celkového počtu 14 respondentů 3. ročníku (100 %) 7 (50 %) odpovědělo, že se na smrti nejvíce bojí bolesti, 4 (29 %) ztráty blízkých, 3 (21 %) samoty, 2 (14 %) toho, že nevědí, co bude následovat po smrti, 2 (14 %) konce své existence, 2 respondenti (14 %) uvedli strach z předčasné smrti, 2 (14 %) z bezmoci rozhodovat o sobě, 1 respondent (7 %) uveden smutek, který smrt přinese a 1 (7 %) strach z umírání, ne ze smrti samotné.

Tabulka č. 2: Atributy strachu ze smrti věřících a nevěřících respondentů

Jednotlivé odpovědi	Věřící (12-10)		Nevěřící (9-7)	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ztráty blízkých	3	25 %	1	11 %
Bolest	1	8 %	2	22 %
Konečnost existence	1	8 %	2	22 %
Zapomenutí na mou osobu	0		2	22 %
Samota	2	16 %	0	0 %
Nevědomost, co bude po smrti	2	16 %	0	0 %
Dopad na blízké	0		1	11 %
Smutku	0	0 %	1	11 %
Že přijde příliš brzy	1	8 %	0	0 %
Opuštění blízkých	1	8 %	0	0 %
Bezmoc rozhodovat o sobě	1	8 %	0	0 %
Umírání	1	8 %	0	0 %



Graf č. 17 Atributy strachu ze smrti respondentů 1. a 3. ročníku

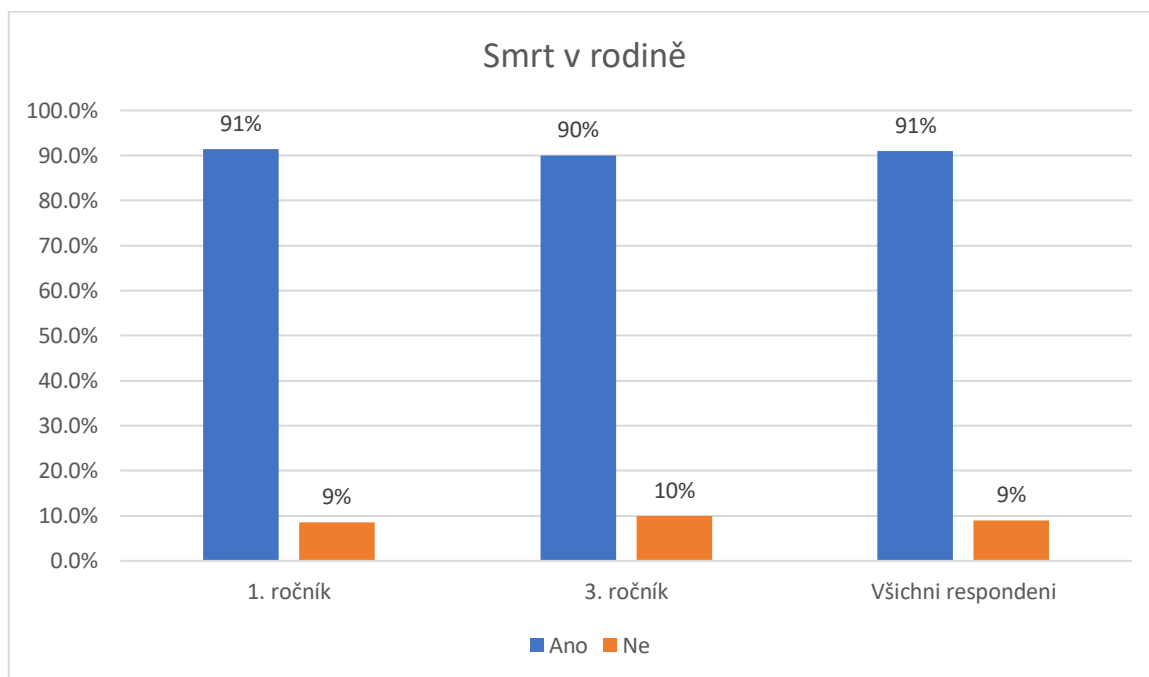
Komentář:

Na tuto otázku odpovídali pouze respondenti, kteří mají strach ze smrti. Z celkového počtu 12 věřících respondentů (100 %) 3 (25 %) odpověděli, že se na smrti nejvíce bojí ztráty blízkých, 2 (16 %) samoty, 2 (16 %) z toho, že nevědí, co bude následovat po smrti, dále byl po 1 respondentu (8 %) uveden strach z bolesti, konce své existence, strach z předčasné smrti, opuštění blízkých, bezmoci rozhodovat o sobě, také 1 respondent (7 %) uvedl, že má strach z umírání, ne ze smrti samotné.

Z celkového počtu 9 nevěřících respondentů (100 %) 2 (22 %) odpověděli, že se na smrti nejvíce bojí bolesti, 2 (22 %) konečnosti své existence, 2 respondenti (22 %) uvedli strach z toho, že na ně bude zapomenuto, 1 (11 %) uvedl strach ze strát blízkých, 1 (11 %) z dopadu jeho smrti na blízké a 1 (11%) ze smutku, který smrt přinese.

Otázka č. 13: Setkal/a jste se smrtí v rodině?

- Ano
- Ne



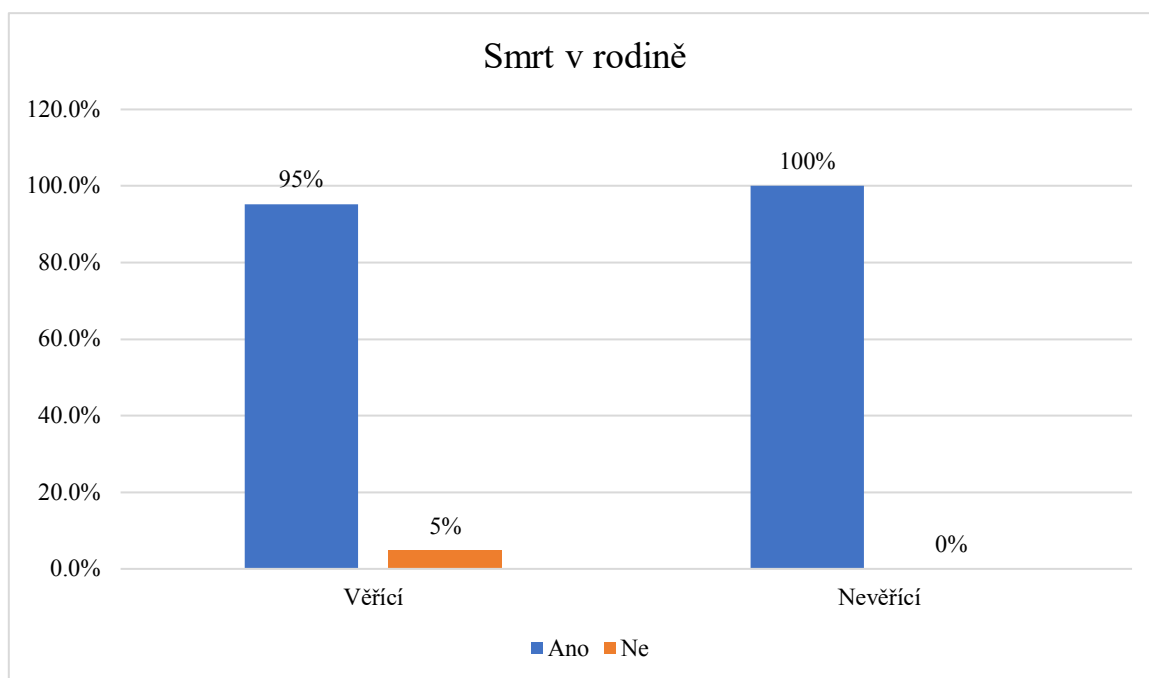
Graf č. 18 Setkání respondentů se smrtí v rodině

Komentář:

Z celkového počtu 100 respondentů (100%) se 91 (91%) setkala s úmrtím v rodině, 9 (9%) nikoli.

Z celkového počtu 70 respondentů 1. ročníku (100%) se 64 (91%) setkala s úmrtím v rodině, 6 (9%) nikoli.

Z celkového počtu 30 respondentů 3. ročníku (100%) se 64 (90%) setkala s úmrtím v rodině, 3 (10%) nikoli.



Graf č. 19 Setkání věřících a nevěřících respondentů se smrtí v rodině

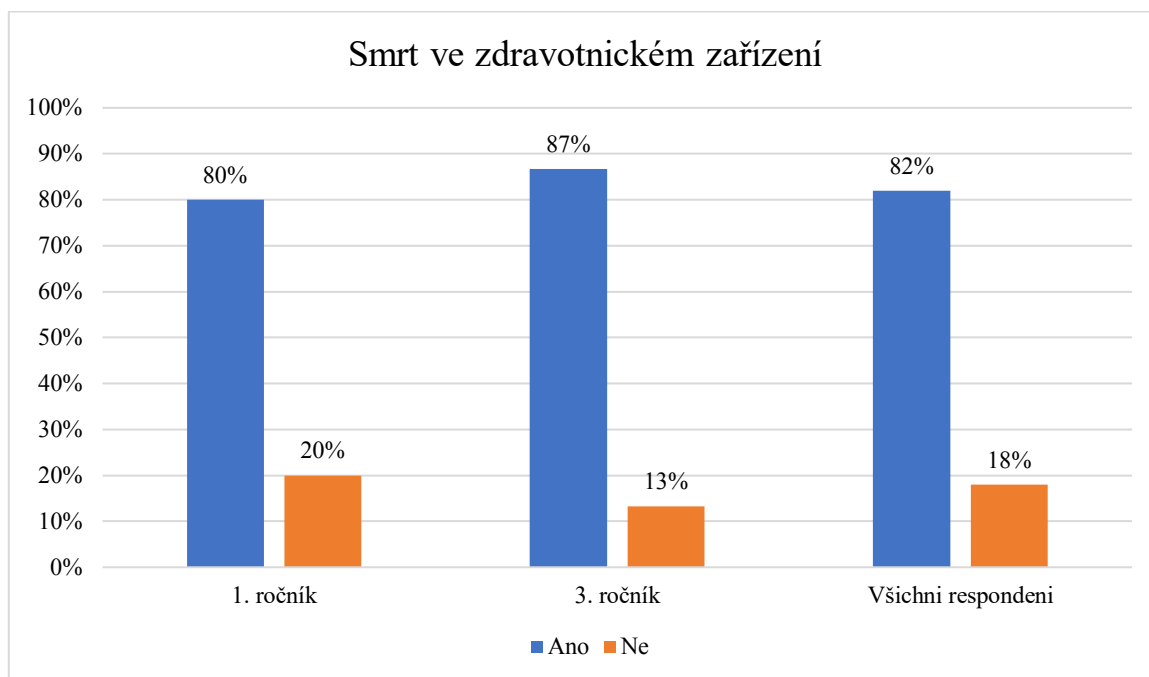
Komentář:

Z celkového počtu 21 věřících respondentů (100%) se 20 (95%) setkalo s úmrtím v rodině, 1 (5%) nikoli.

Z celkového počtu 21 nevěřících respondentů (100%) se všichni (91%) setkali s úmrtím v rodině.

Otázka č. 14: Setkal/a jste se během praxe ve zdravotnickém zařízení se smrtí?

- Ano
- Ne



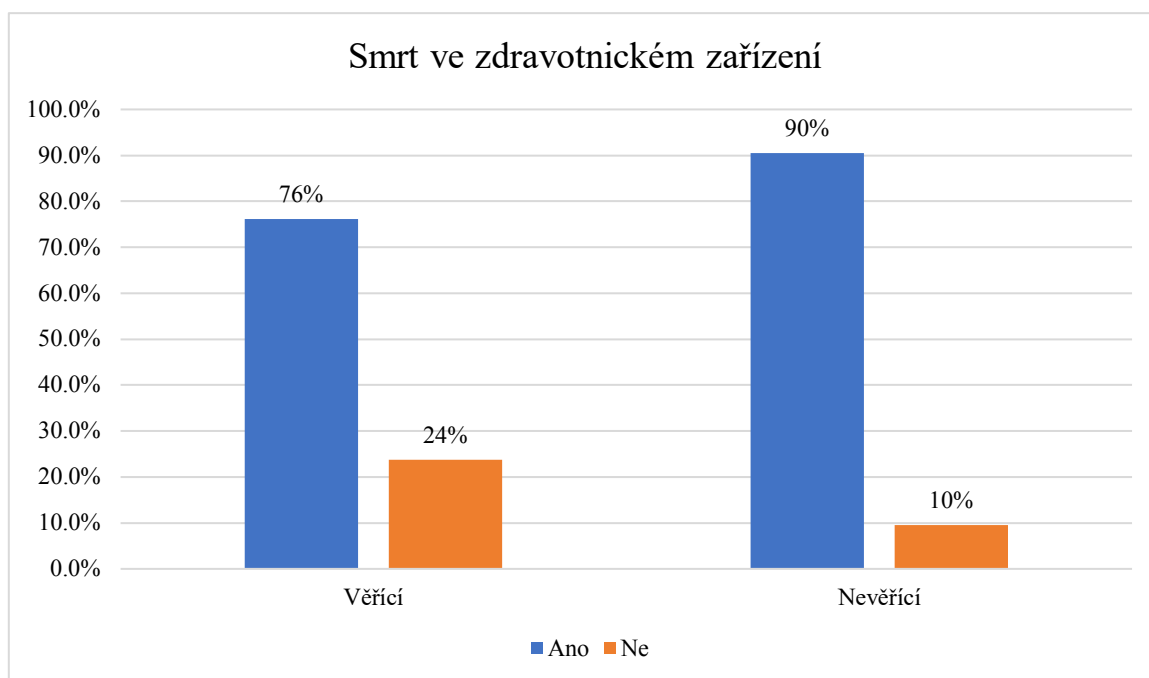
Graf č. 20 Setkání respondentů se smrtí během praxe ve zdravotnickém zařízení

Komentář:

Z celkového počtu 100 respondentů (100%) se 82 (82%) během praxe ve zdravotnickém zařízení setkala se smrtí, 18 (18%) nikoli.

Z celkového počtu 70 respondentů 1. ročníku (100%) se 56 (80%) během praxe ve zdravotnickém zařízení setkala se smrtí, 14 (20%) nikoli.

Z celkového počtu 30 respondentů 3. ročníku (100%) se 26 (87%) během praxe ve zdravotnickém zařízení setkala se smrtí, 4 (13%) nikoli.



Graf č. 21 Setkání věřících a nevěřících respondentů se smrtí během praxe ve zdravotnickém zařízení

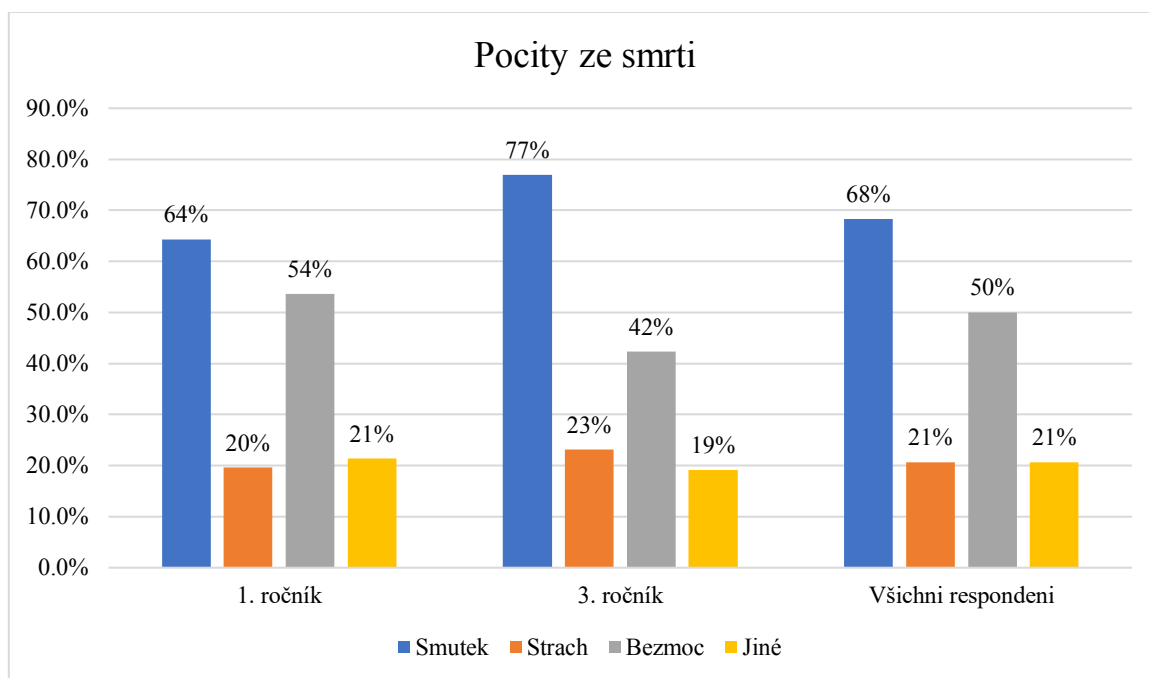
Komentář:

Z celkového počtu 21 věřících respondentů (100%) se 16 (76%) během praxe ve zdravotnickém zařízení setkala se smrtí, 5 (24%) nikoli.

Z celkového počtu 21 nevěřících respondentů (100%) se 19 (90%) během praxe ve zdravotnickém zařízení setkala se smrtí, 2 (10%) nikoli.

Otázka č. 15: Jaké jste z toho měl/a pocity?

- Smutek
- Strach
- Bezmoc
- Jiné – uveďte:



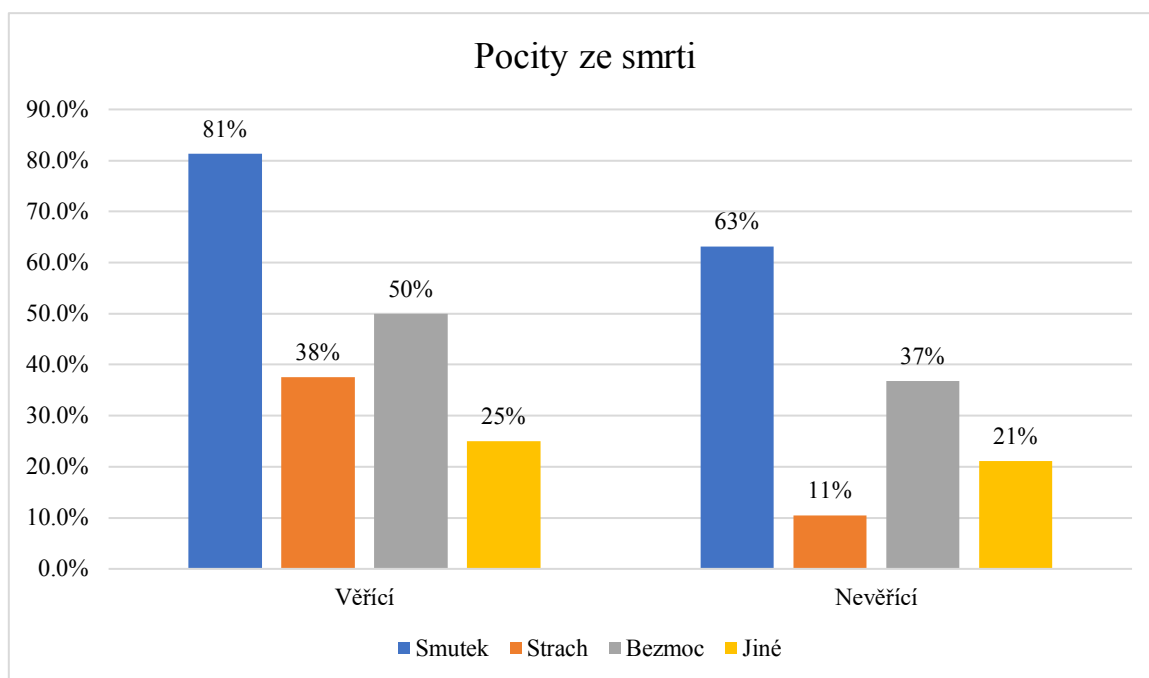
Graf č. 22 Pocity respondentů ze setkání se smrtí během praxe ve zdravotnickém zařízení

Komentář:

Na tuto otázku odpovídali pouze respondenti, kteří se setkali během praxe ve zdravotnickém zařízení se smrtí. Z celkového počtu 82 respondentů (100%) u 56 (68%) vyvolala tato zkušenost smutek, u 17 (21%) smutek, u 41 (50%) bezmoc. 17 (21%) respondentů zvolili možnost „Jiné“, 7 z nich uvedlo žádné nebo neutrální pocity, 6 uvedlo pocit úlevy pro vysvobození pacienta, 1 uvedl pocit nejistoty, 1 lítost, 1 dobrý pocit z věnování se pacientovi až do konce a udělení všeho, co šlo, 1 uvedl, že si v tom hledal pozitivní věci.

Z celkového počtu 56 respondentů 1. ročníku (100%) u 36 (64%) vyvolala tato zkušenost smutek, u 11 (20%) strach, u 30 (54%) bezmoc. 12 (21%) respondentů zvolili možnost „Jiné“, 5 z nich uvedlo žádné nebo neutrální pocity, 4 uvedli pocit úlevy pro vysvobození pacienta, 1 uvedl pocit nejistoty, 1 dobrý pocit z věnování se pacientovi až do konce a udělení všeho, co šlo, 1 uvedl, že si v tom hledal pozitivní věci.

Z celkového počtu 26 respondentů 3. ročníku (100%) u 20 (77%) vyvolala tato zkušenost smutek, u 6 (23%), u 11 (42%) bezmoc. 5 (19%) respondentů zvolili možnost „Jiné“, 2 z nich uvedli žádné nebo neutrální pocity, 2 uvedli pocit úlevy pro vysvobození pacienta, 1 lítost.



Graf č. 23 Pocity věřících a nevěřících respondentů ze setkání se smrtí během praxe ve zdravotnickém zařízení

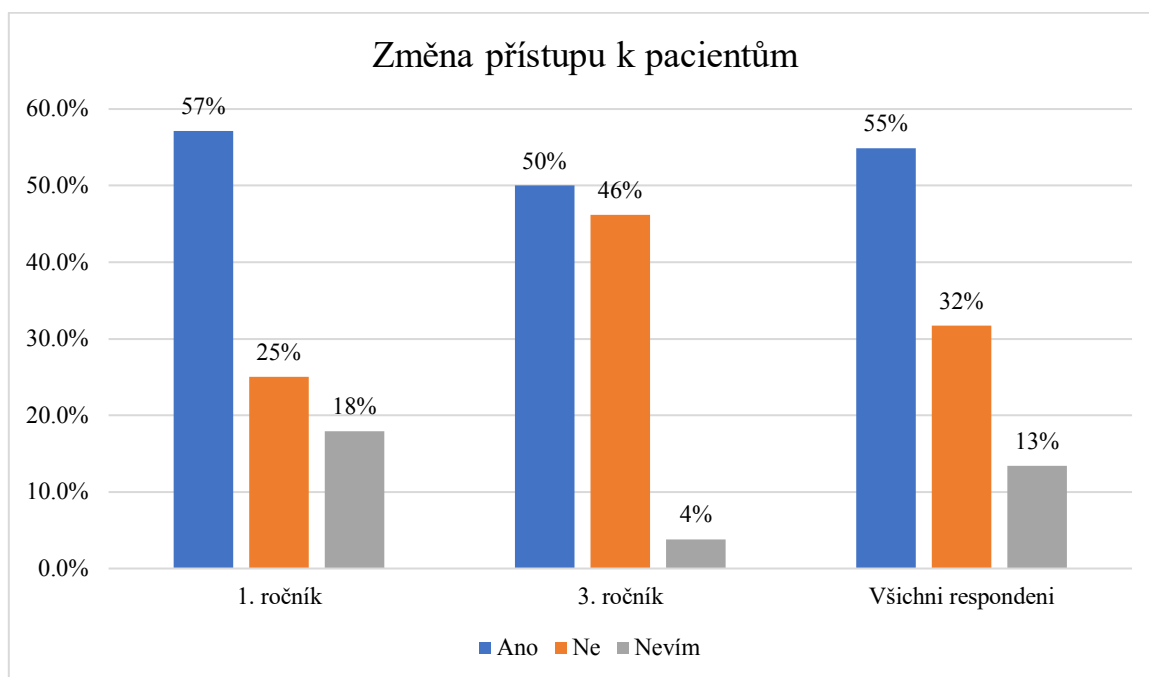
Komentář:

Na tuto otázku odpovídali pouze respondenti, kteří se setkali během praxe ve zdravotnickém zařízení se smrtí. Z celkového počtu 16 věřících respondentů (100%) u 13 (81%) vyvolala tato zkušenost smutek, u 6 (38%) smutek, u 8 (50%) bezmoc. 4 (25%) respondenti zvolili možnost „Jiné“, 2 z nich uvedli žádné nebo neutrální pocity, 1 lítost a 1 uvedl, že si v tom hledal pozitivní věci.

Z celkového počtu 19 nevěřících respondentů (100%) u 12 (63%) vyvolala tato zkušenost smutek, u 2 (11%) strach, u 7 (37%) bezmoc. 4 (21%) respondentů zvolili možnost „Jiné“, 1 z nich uvedlo žádné nebo neutrální pocity, 3 uvedli pocit úlevy pro vysvobození pacienta.

Otázka č. 16: Změnila tato zkušenost Váš přístup k pacientům?

- Ano
- Ne
- Nevím



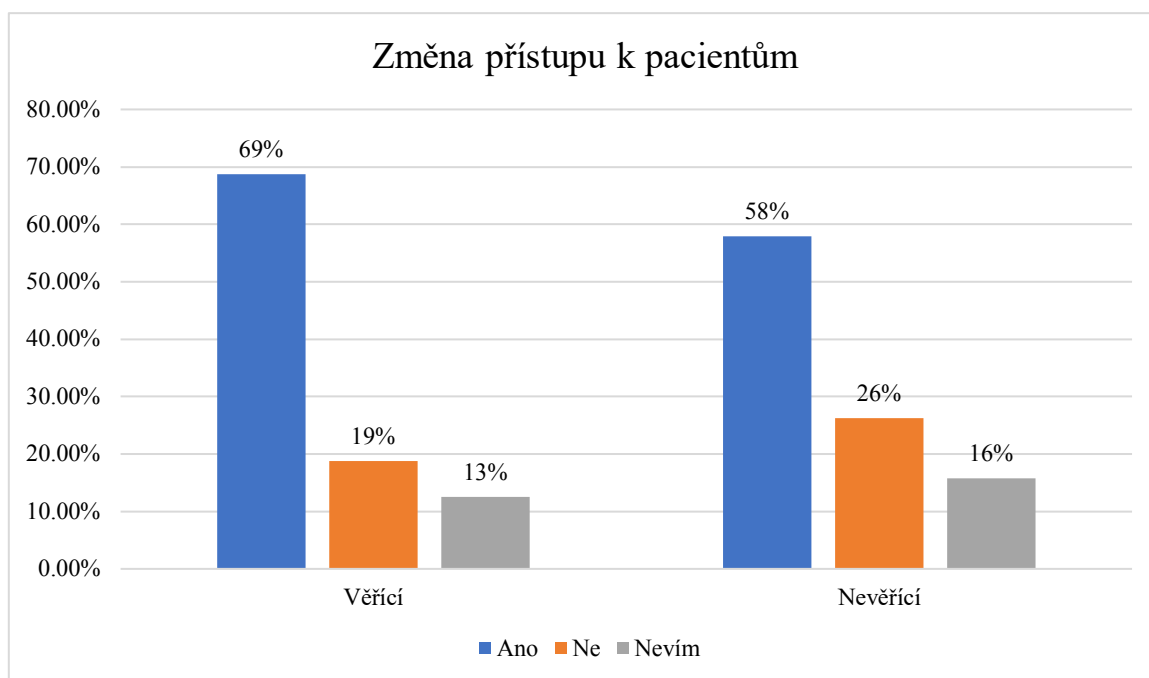
Graf č. 24 Změna přístupu respondentů k pacientům po setkání se smrtí během praxe ve zdravotnickém zařízení

Komentář:

Na tuto otázku odpovídali pouze respondenti, kteří se setkali během praxe ve zdravotnickém zařízení se smrtí. Z celkového počtu 82 respondentů (100%) u 45 (55%) tato zkušenost změnila přístup k pacientům, u 26 (32%) přístup k pacientům nezměnila a 11 (13%) nevědělo, zda se jejich přístup k pacientům změnil.

Z celkového počtu 56 respondentů 1. ročníku (100%) u 32 (57%) tato zkušenost změnila přístup k pacientům, u 14 (25%) přístup k pacientům nezměnila a 10 (18%) nevědělo, zda se jejich přístup k pacientům změnil.

Z celkového počtu 26 respondentů 3. ročníku (100%) u 13 (50%) tato zkušenost změnila přístup k pacientům, u 12 (46%) přístup k pacientům nezměnila a 1 (4%) nevěděl, zda se jejich přístup k pacientům změnil.



Graf č. 25 Změna přístupu věřících a nevěřících respondentů k pacientům po setkání se smrtí během praxe ve zdravotnickém zařízení

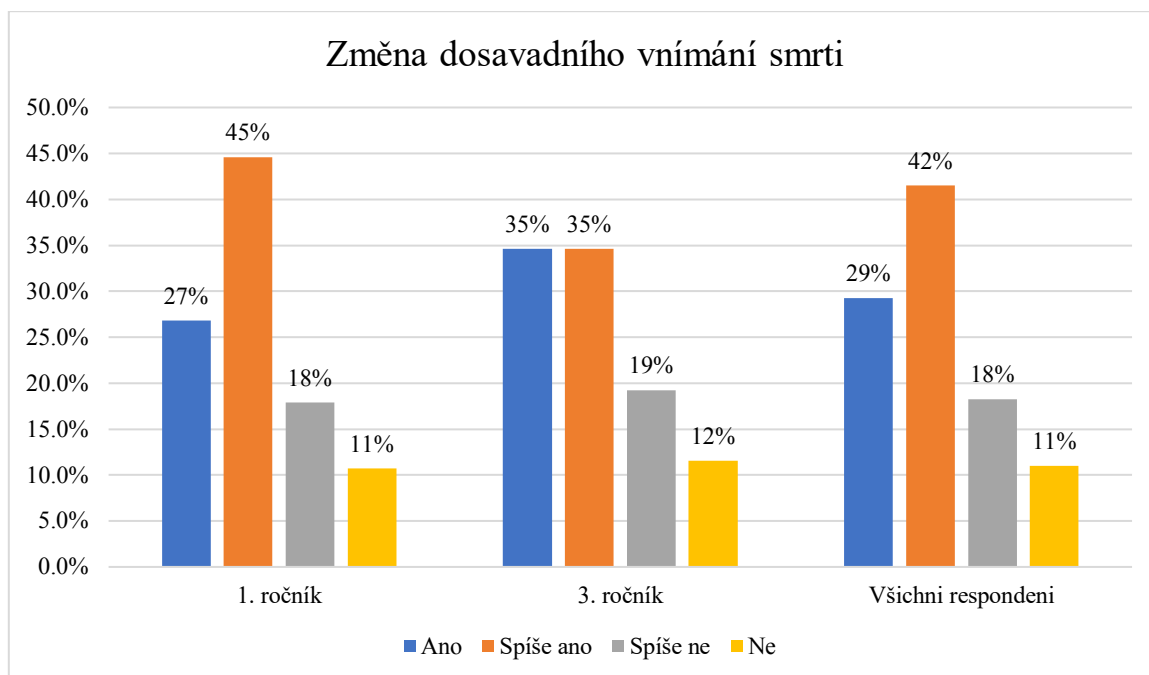
Komentář:

Na tuto otázku odpovídali pouze respondenti, kteří se setkali během praxe ve zdravotnickém zařízení se smrtí. Z celkového počtu 16 věřících respondentů (100%) u 11 (69%) tato zkušenost změnila přístup k pacientům, u 3 (19%) přístup k pacientům nezměnila a 2 (13%) nevěděli, zda se jejich přístup k pacientům změnil.

Z celkového počtu 19 nevěřících respondentů 1. ročníku (100%) u 11 (58%) tato zkušenost změnila přístup k pacientům, u 5 (26%) přístup k pacientům nezměnila a 3 (16%) nevěděli, zda se jejich přístup k pacientům změnil.

Otázka č. 17: Myslíte si, že setkání se smrtí ve zdravotnickém zařízení změnilo Vaše dosavadní vnímání smrti?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne



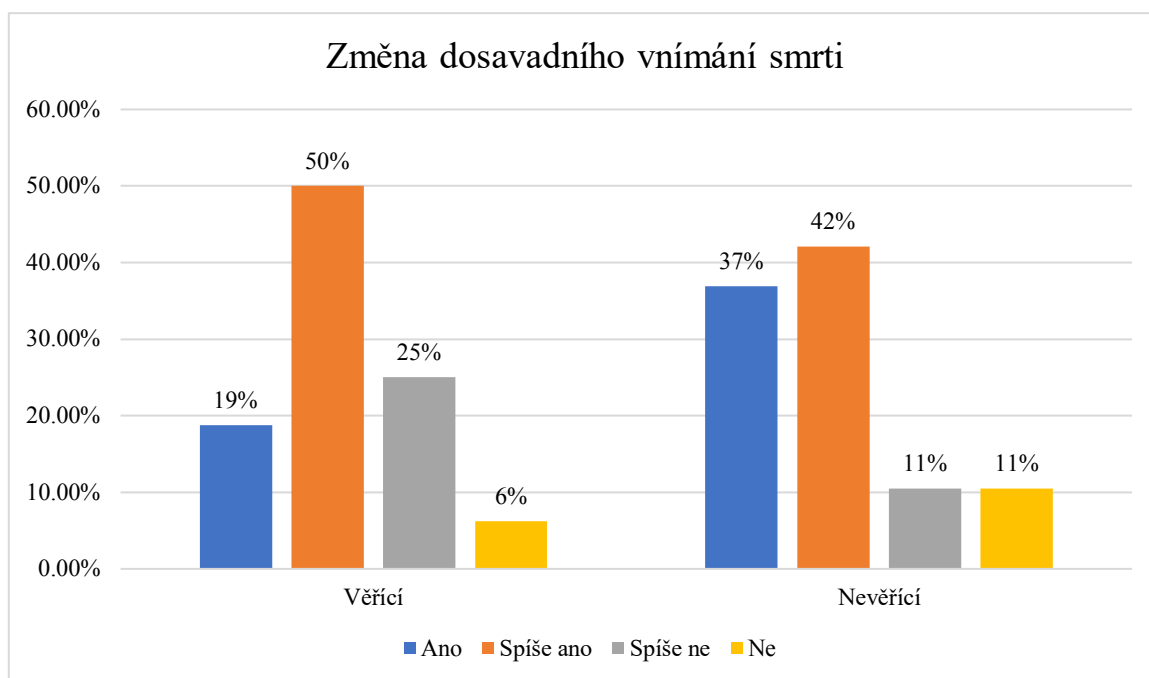
Graf č. 26 Změna vnímání smrti respondenty po setkání se smrtí během praxe ve zdravotnickém zařízení

Komentář:

Na tuto otázku odpovídali pouze respondenti, kteří se setkali během praxe ve zdravotnickém zařízení se smrtí. Z celkového počtu 82 respondentů (100%) na otázku zda si myslí, že setkání se smrtí ve zdravotnickém zařízení změnilo jejich dosavadní vnímání smrti 24 (29%) odpovědělo „Ano“, 34 (42%) „Spíše ano“, 15 (18%) „Spíše ne“ a 9 (11%) „Ne“.

Z celkového počtu 56 respondentů 1. ročníku (100%) na otázku zda si myslí, že setkání se smrtí ve zdravotnickém zařízení změnilo jejich dosavadní vnímání smrti 15 (26,8%) odpovědělo „Ano“, 25 (45%) „Spíše ano“, 10 (18%) „Spíše ne“ a 6 (11%) „Ne“.

Z celkového počtu 26 respondentů 3. ročníku (100%) na otázku zda si myslí, že setkání se smrtí ve zdravotnickém zařízení změnilo jejich dosavadní vnímání smrti 9 (37%) odpovědělo „Ano“, 9 (35%) „Spíše ano“, 5 (19%) „Spíše ne“ a 3 (12%) „Ne“.



Graf č. 27 Změna vnímání smrti věřícími a nevěřícími respondenty po setkání se smrtí během praxe ve zdravotnickém zařízení

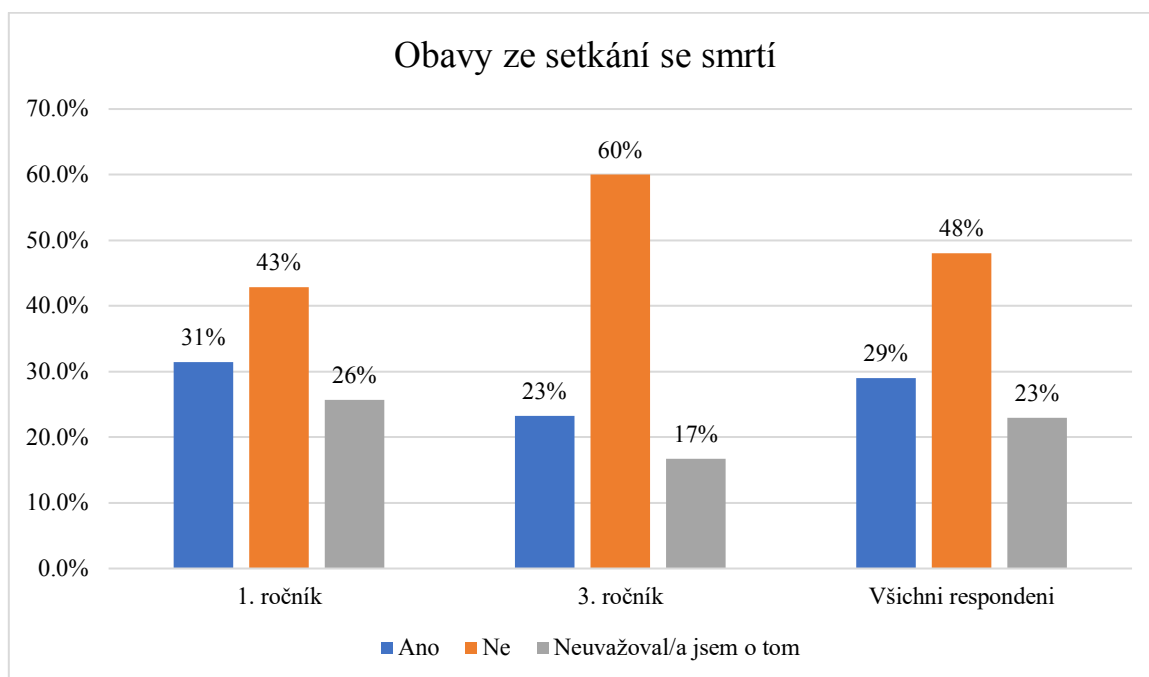
Komentář:

Na tuto otázku odpovídali pouze respondenti, kteří se setkali během praxe ve zdravotnickém zařízení se smrtí. Z celkového počtu 16 věřících respondentů (100%) na otázku zda si myslí, že setkání se smrtí ve zdravotnickém zařízení změnilo jejich dosavadní vnímání smrti 3 (19%) odpovědělo „Ano“, 8 (42%) „Spíše ano“, 4 (25%) „Spíše ne“ a 1 (6%) „Ne“.

Z celkového počtu 19 nevěřících respondentů (100%) na otázku zda si myslí, že setkání se smrtí ve zdravotnickém zařízení změnilo jejich dosavadní vnímání smrti 7 (37%) odpovědělo „Ano“, 8 (42%) „Spíše ano“, 2 (11%) „Spíše ne“ a 2 (11%) „Ne“.

Otázka č. 18: Obáváte se setkání se smrtí na oddělení?

- Ano
- Ne
- Neuvažoval/a jsem o tom



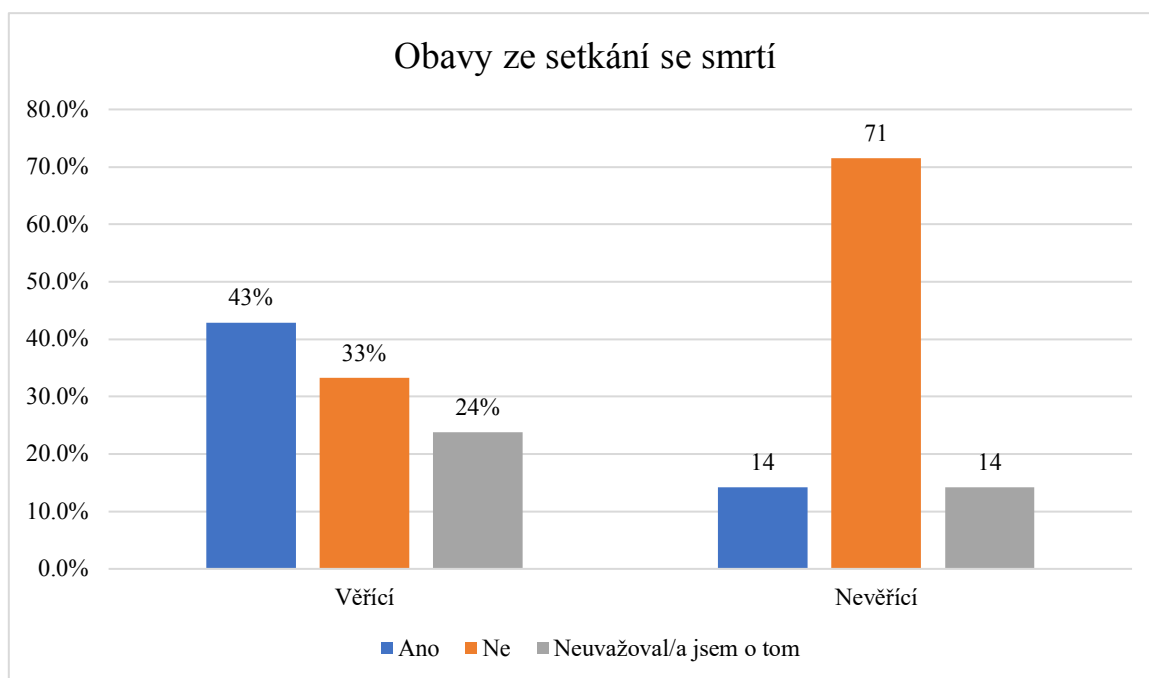
Graf č. 28 Obavy respondentů ze setkání se smrtí na oddělení

Komentář:

Z celkového počtu 100 respondentů (100%) se 29 (29%) obává setkání se smrtí na oddělení, 48 (48%) se setkání se smrtí na oddělení neobává, 23 (23%) nad tím neuvažovalo.

Z celkového počtu 70 respondentů 1. ročníku (100%) se 22 (31%) obává setkání se smrtí na oddělení, 30 (43%) se setkání se smrtí na oddělení neobává, 18 (26%) nad tím neuvažovalo.

Z celkového počtu 30 respondentů 3. ročníku (100%) se 7 (23%) obává setkání se smrtí na oddělení, 18 (60%) se setkání se smrtí na oddělení neobává, 5 (17%) nad tím neuvažovalo.



Graf č. 29 Obavy věřících a nevěřících respondentů ze setkání se smrtí na oddělení

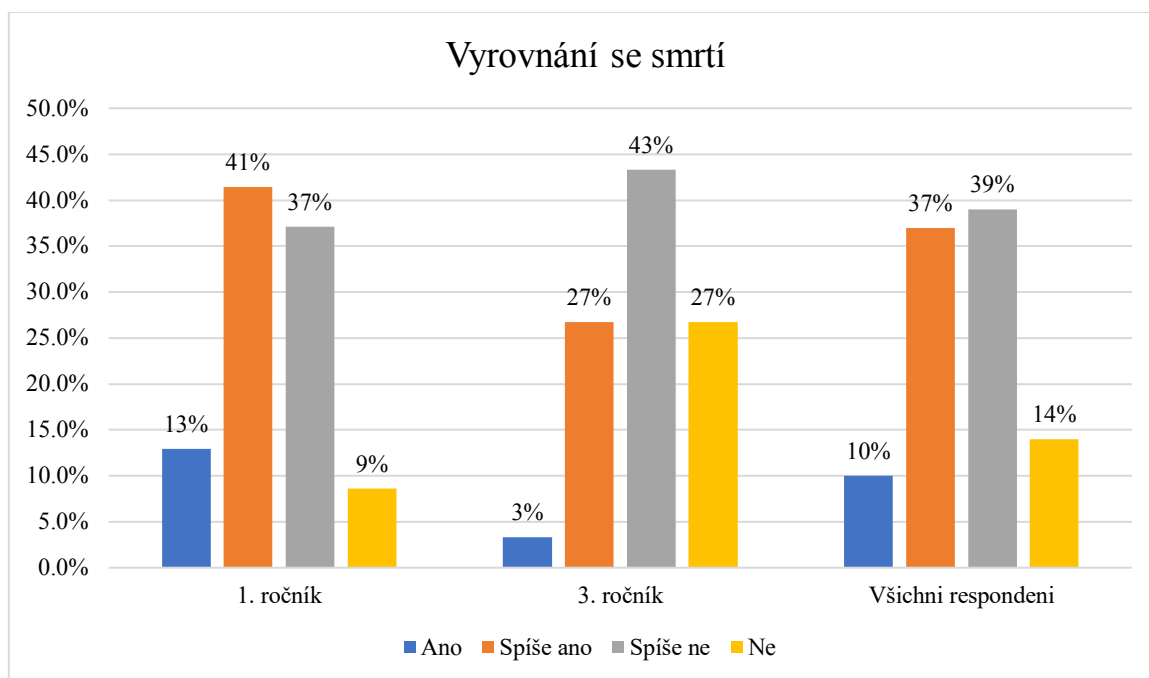
Komentář:

Z celkového počtu 21 věřících respondentů (100%) se 9 (43%) obává setkání se smrtí na oddělení, 7 (33 %) se setkání se smrtí na oddělení neobává, 5 (24%) nad tím neuvažovalo.

Z celkového počtu 21 nevěřících respondentů (100%) se 3 (14%) obávají setkání se smrtí na oddělení, 15 (71%) se setkání se smrtí na oddělení neobává, 3 respondenti (14%) nad tím neuvažovali.

Otázka č. 19: Je pro Vás obtížné vyrovnat se se smrtí jiných?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne



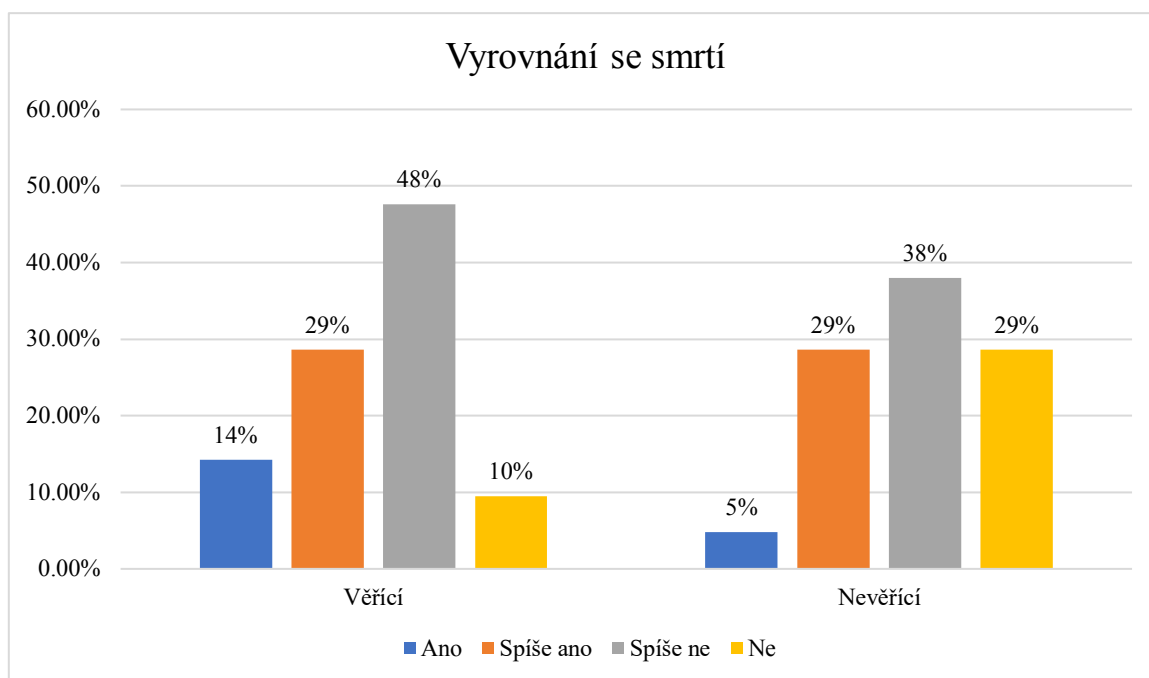
Graf č. 30 Obtížnost vyrovnání se respondentů se smrtí

Komentář:

Z celkového počtu 100 respondentů (100%) na otázku zda se obtížně vyrovnávají se smrtí jiných 10 (10%) odpovědělo „Ano“, 37 (37%) „Spíše ano“, 39 (39%) „Spíše ne“ a 14 (14%) „Ne“.

Z celkového počtu 70 respondentů 1. ročníku (100%) na otázku zda se obtížně vyrovnávají se smrtí jiných 9 (13%) odpovědělo „Ano“, 29 (41%) „Spíše ano“, 26 (37%) „Spíše ne“ a 6 (9%) „Ne“.

Z celkového počtu 30 respondentů 3. ročníku (100%) na otázku zda se obtížně vyrovnávají se smrtí jiných 1 (3%) odpovědělo „Ano“, 8 (27%) „Spíše ano“, 13 (43%) „Spíše ne“ a 8 (27%) „Ne“.



Graf č. 31 Obtížnost vyrovnání se věřících a nevěřících respondentů se smrtí

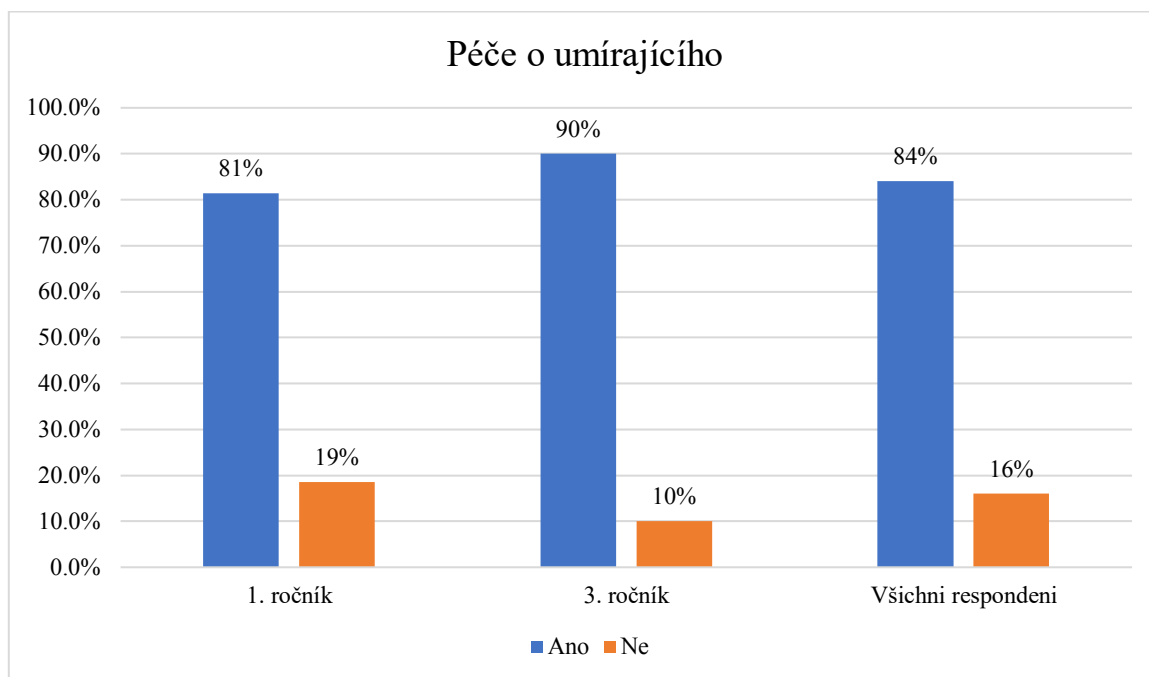
Komentář:

Z celkového počtu 21 věřících respondentů (100%) na otázku zda se obtížně vyrovnávají se smrtí jiných 3 (14%) odpověděli „Ano“, 6 (29%) „Spíše ano“, 10 (48%) „Spíše ne“ a 2 (10%) „Ne“.

Z celkového počtu 21 nevěřících respondentů (100%) na otázku zda se obtížně vyrovnávají se smrtí jiných 1 (5%) odpověděl „Ano“, 6 (29%) „Spíše ano“, 8 (38%) „Spíše ne“ a 6 (29%) „Ne“.

Otázka č. 20: Byl/a jste svědkem péče o umírajícího?

- Ano
- Ne



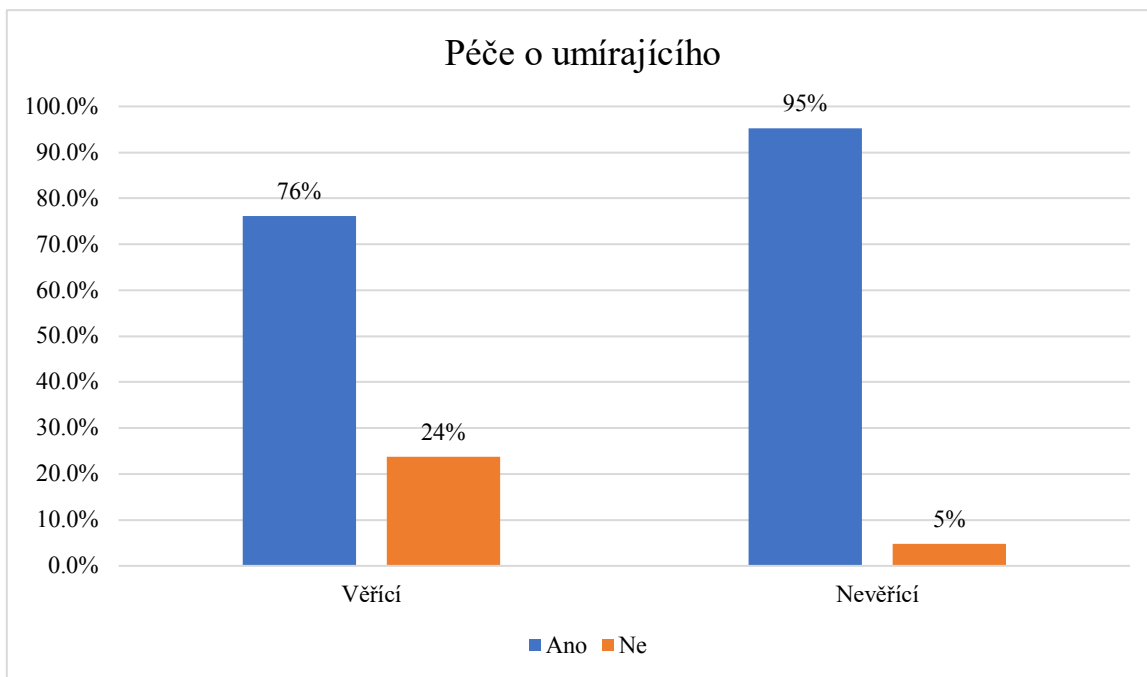
Graf č. 32 Zkušenost respondentů s péčí o umírajícího

Komentář:

Z celkového počtu 100 respondentů (100%) 84 (84%) bylo svědkem péče o umírajícího, 16 (16%) nikoli.

Z celkového počtu 70 respondentů 1. ročníku (100%) 57 (81%) bylo svědkem péče o umírajícího, 13 (19%) nikoli.

Z celkového počtu 30 respondentů 3. ročníku (100%) 27 (90%) bylo svědkem péče o umírajícího, 3 (10%) nikoli.



Graf č. 33 Zkušenost věřících a nevěřících respondentů s péčí o umírajícího

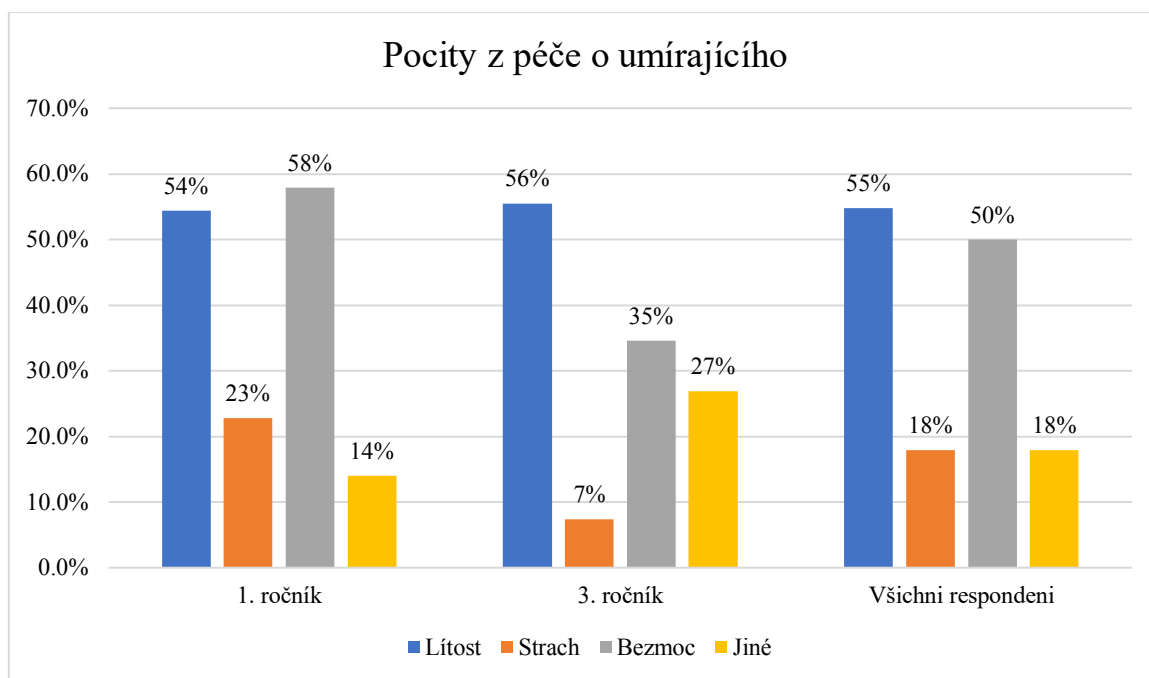
Komentář:

Z celkového počtu 21 věřících respondentů (100%) 16 (76%) bylo svědkem péče o umírajícího, 5 (24%) nikoli.

Z celkového počtu 21 nevěřících respondentů (100%) 20 (95%) bylo svědkem péče o umírajícího, 1 (5%) nikoli.

Otázka č. 21: Jaké jste z toho měl/a pocity?

- Lítost
- Strach
- Bezmoc
- Jiné – uveďte:



Graf č. 34 Pocity respondentů z péče o umírajícího

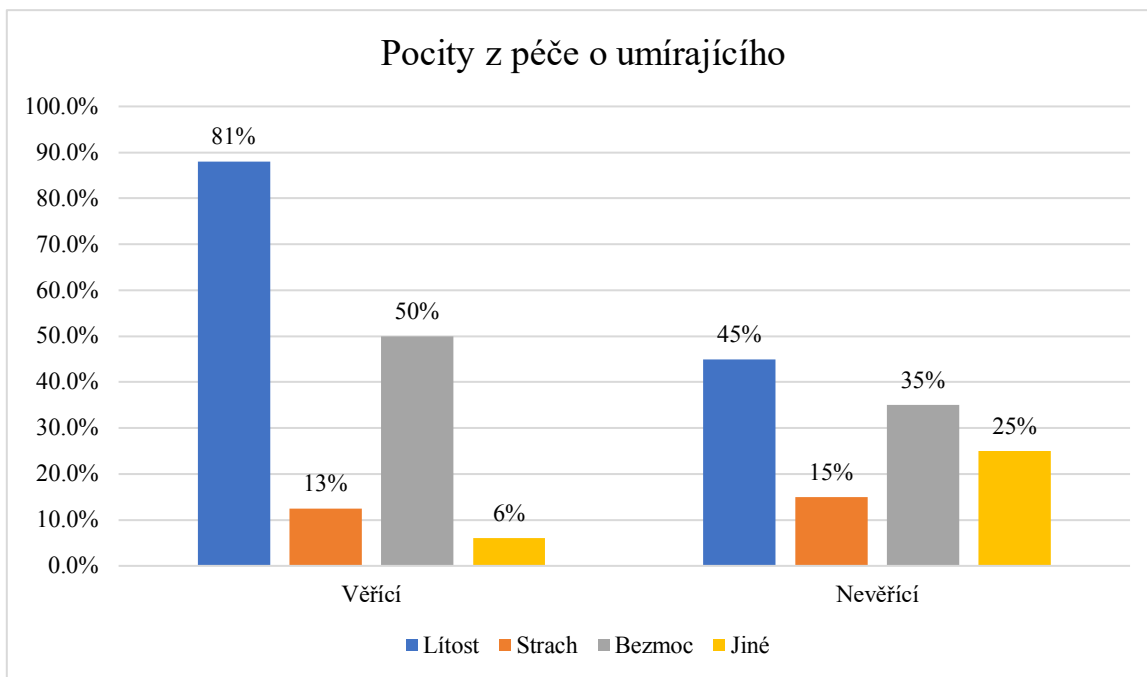
Komentář:

Na tuto otázku odpovídali pouze respondenti, kteří byli svědkem péče o umírajícího. Z celkového počtu 84 respondentů (100%) u 46 (55%) vyvolala tato zkušenost lítost, u 15 (18%) strach, u 42 (50%) bezmoc. 15 (18%) respondentů zvolili možnost „Jiné“, 7 z nich uvedlo žádné nebo neutrální pocity, 2 uvedli smutek, 2 zodpovědnost, 2 respekt ke koloběhu života, 1 pokoru a úctu, 1 uvedl převládání pocitu, že pacientovi se uleví.

Z celkového počtu 57 respondentů 1. ročníku (100%) u 31 (54%) vyvolala tato zkušenost lítost, u 13 (23%) strach, u 33 (58%) bezmoc. 8 (14%) respondentů zvolili možnost „Jiné“, 5 z nich uvedlo žádné nebo neutrální pocity, 2 zodpovědnost, 1 respekt ke koloběhu života.

Z celkového počtu 27 respondentů 3. ročníku (100%) u 15 (56%) vyvolala tato zkušenost lítost, u 2 (7%) strach, u 9 (35%) bezmoc. 7 (27%) respondentů zvolili možnost „Jiné“, 2 z nich

uvedlo žádné nebo neutrální pocity, 2 uvedli smutek, 1 respekt ke koloběhu života, 1 pokoru a úctu, 1 uvedl převládání pocitu, že pacientovi se uleví.



Graf č. 35 Pocity věřících a nevěřících respondentů z péče o umírajícího

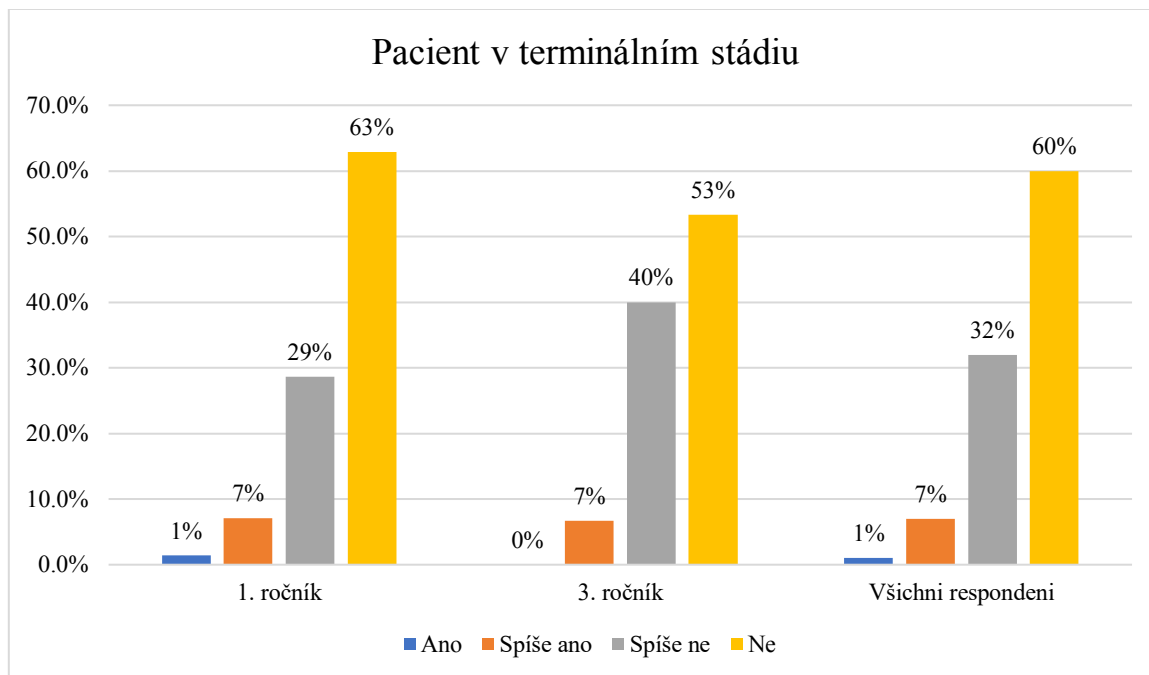
Komentář:

Na tuto otázku odpovídali pouze respondenti, kteří byli svědkem péče o umírajícího. Z celkového počtu 16 nevěřících respondentů (100%) u 14 (88%) vyvolala tato zkušenost lítost, u 2 (13%) strach, u 8 (50%) bezmoc. 1 respondent (6%) zvolil možnost „Jiné“ a uvedl žádné nebo neutrální pocity.

Z celkového počtu 20 věřících respondentů (100%) u 9 (45%) vyvolala tato zkušenost lítost, u 3 (15%) strach, u 7 (35%) bezmoc. 5 (25%) respondentů zvolili možnost „Jiné“, 1 z nich uvedl žádné nebo neutrální pocity, 1 uvedl smutek, 2 respekt ke koloběhu života, 1 uvedl převládání pocitu, že pacientovi se uleví.

Otázka č. 22: Vyhýbáte se kontaktu s pacientem v terminálním stádiu?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne



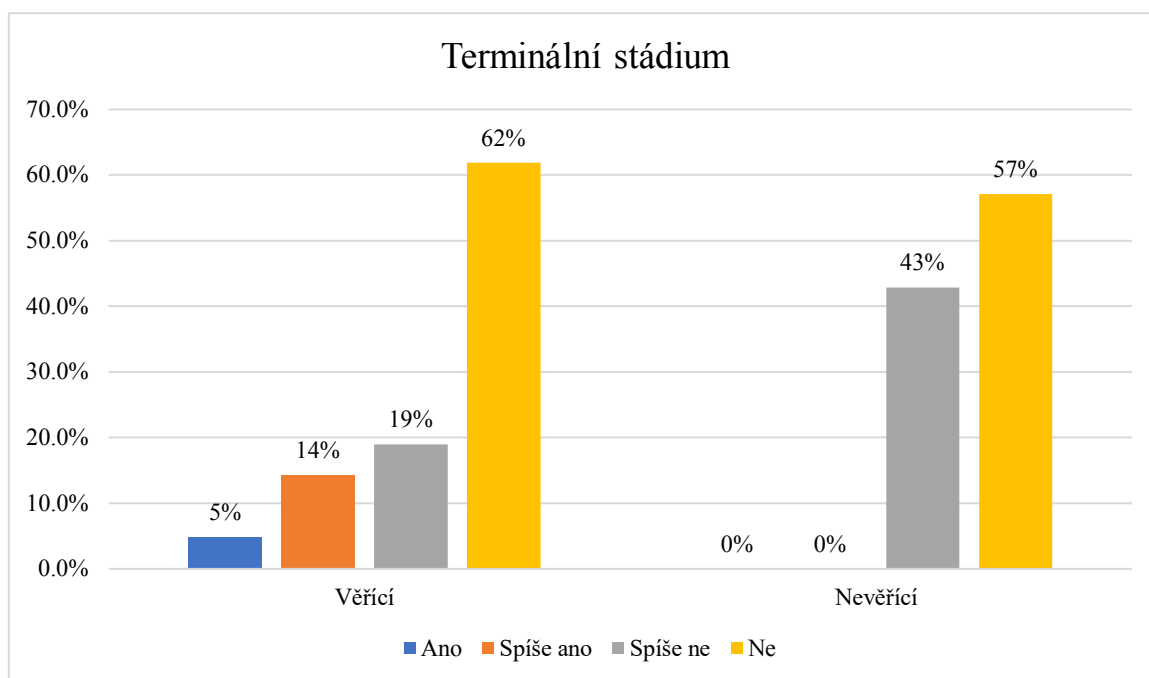
Graf č. 36 Kontakt respondentů s pacientem v terminálním stádiu

Komentář:

Z celkového počtu 100 respondentů (100%) na otázku zda se vyhýbají kontaktu s pacientem v terminálním stádiu 1 (1%) odpověděl „Ano“, 7 (7%) „Spíše ano“, 32 (32%) „Spíše ne“ a 60 (60%) „Ne“.

Z celkového počtu 70 respondentů 1. ročníku (100%) na otázku zda se vyhýbají kontaktu s pacientem v terminálním stádiu 1 (1%) odpovědělo „Ano“, 5 (7%) „Spíše ano“, 20 (29%) „Spíše ne“ a 44 (63%) „Ne“.

Z celkového počtu 30 respondentů 3. ročníku (100%) na otázku zda se vyhýbají kontaktu s pacientem v terminálním stádiu nikdo (0%) neodpověděl „Ano“, 2 odpověděli (7%) „Spíše ano“, 12 (40%) „Spíše ne“ a 16 (53%) „Ne“.



Graf č. 37 Kontakt věřících a nevěřících respondentů s pacientem v terminálním stádiu

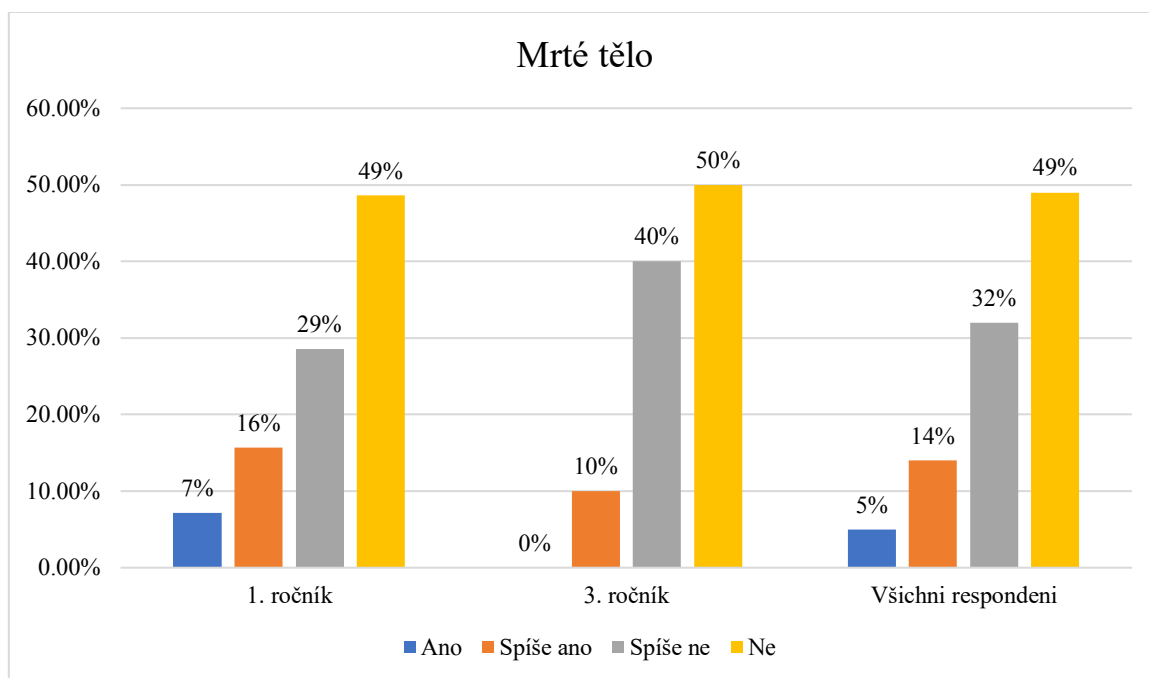
Komentář:

Z celkového počtu 21 věřících respondentů (100%) na otázku zda se vyhýbají kontaktu s pacientem v terminálním stádiu 1 (5%) odpověděl „Ano“, 3 (14%) „Spíše ano“, 4 (19%) „Spíše ne“ a 13 (62%) „Ne“.

Z celkového počtu 21 nevěřících respondentů (100%) na otázku zda se vyhýbají kontaktu s pacientem v terminálním stádiu žádný respondent (0%) neodpovědělo „Ano“ nebo „Spíše ano“, 9 (43%) „Spíše ne“ a 12 (57%) „Ne“.

Otázka č. 23: Vyhýbáte se mrtvému tělu na oddělení?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne



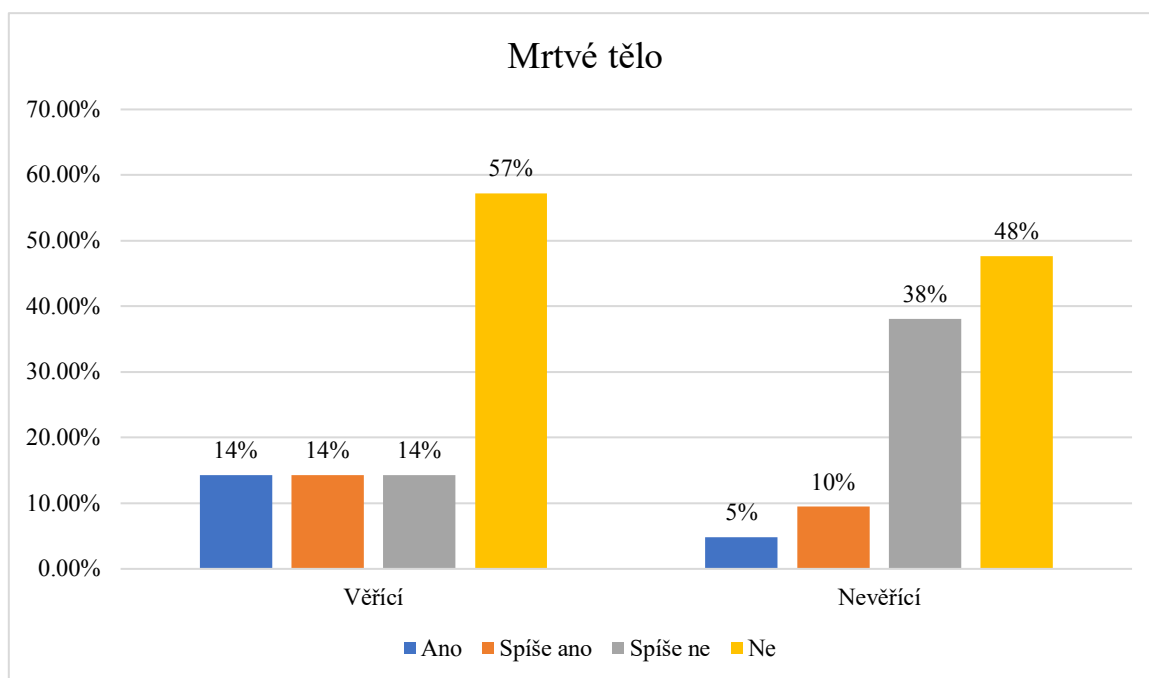
Graf č. 38 Kontakt respondentů s mrtvým tělem na oddělení

Komentář:

Z celkového počtu 100 respondentů (100%) na otázku zda se vyhýbají mrtvému tělu na oddělení 5 (5%) odpovědělo „Ano“, 14 (14%) „Spíše ano“, 32 (32%) „Spíše ne“ a 49 (49%) „Ne“.

Z celkového počtu 70 respondentů 1. ročníku (100%) na otázku zda se vyhýbají mrtvému tělu na oddělení 5 (7%) odpovědělo „Ano“, 11 (16%) „Spíše ano“, 20 (29%) „Spíše ne“ a 34 (49%) „Ne“.

Z celkového počtu 30 respondentů 3. ročníku (100%) na otázku zda se vyhýbají mrtvému tělu na oddělení nikdo (0%) neodpověděl „Ano“, 3 (10%) odpověděli „Spíše ano“, 12 (40%) „Spíše ne“ a 15 (50%) „Ne“.



Graf č. 39 Kontakt věřících a nevěřících respondentů s mrtvým tělem na oddělení

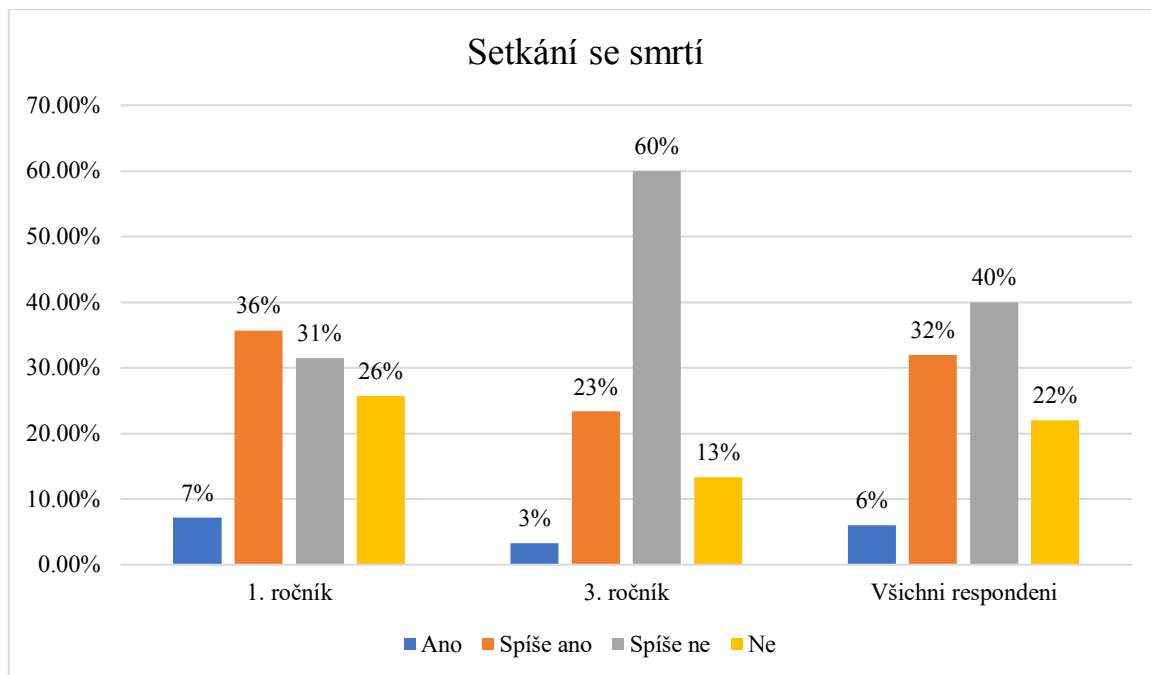
Komentář:

Z celkového počtu 21 věřících respondentů (100%) na otázku zda se vyhýbají mrtvému tělu na oddělení 3 (14%) odpovědělo „Ano“, 3 (14%) „Spíše ano“, 3 (14%) „Spíše ne“ a 12 (57%) „Ne“.

Z celkového počtu 21 nevěřících respondentů (100%) na otázku zda se vyhýbají mrtvému tělu na oddělení 1 (5%) odpovědělo „Ano“, 2 (10%) „Spíše ano“, 8 (38%) „Spíše ne“ a 10 (48%) „Ne“.

Otázka č. 24: Byl jste školou dostatečně připraven/a na setkání se smrtí?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne



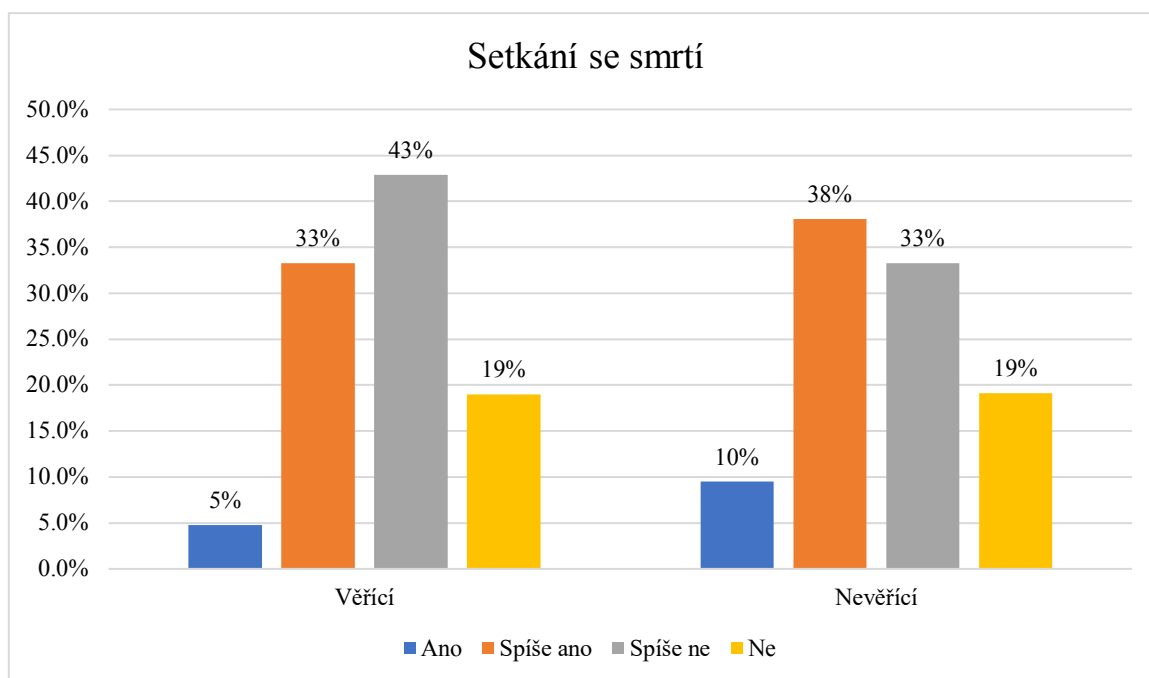
Graf č. 40 Připravenost respondentů na setkání se smrtí

Komentář:

Z celkového počtu 100 respondentů (100%) na otázku zda byli školou dostatečně připraveni na setkání se smrtí 6 (6%) odpovědělo „Ano“, 32 (32%) „Spíše ano“, 40 (40%) „Spíše ne“ a 22 (22%) „Ne“.

Z celkového počtu 70 respondentů 1. ročníku (100%) na otázku zda byli školou dostatečně připraveni na setkání se smrtí 5 (7%) odpovědělo „Ano“, 25 (36%) „Spíše ano“, 22 (31%) „Spíše ne“ a 18 (26%) „Ne“.

Z celkového počtu 30 respondentů 3. ročníku (100%) na otázku zda byli školou dostatečně připraveni na setkání se smrtí 1 (3%) odpověděl „Ano“, 7 (23%) „Spíše ano“, 18 (60%) „Spíše ne“ a 4 (13%) „Ne“.



Graf č. 41 Přípravenost věřících a nevěřících respondentů na setkání se smrtí

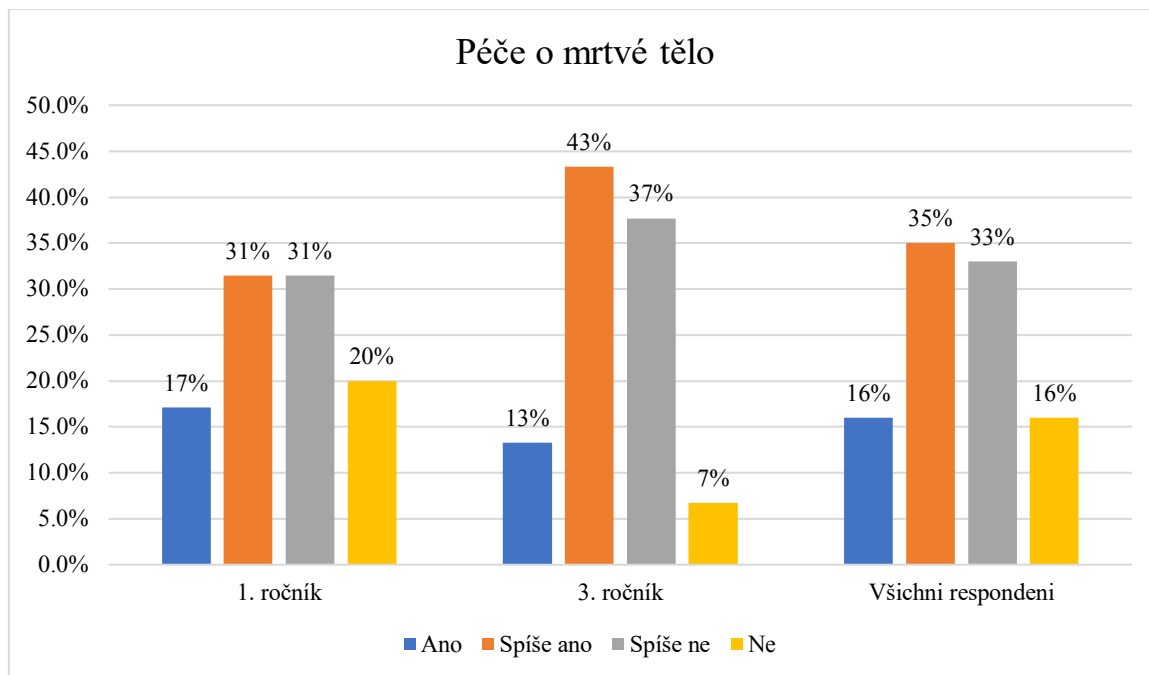
Komentář:

Z celkového počtu 21 věřících respondentů (100%) na otázku zda byli školou dostatečně připraveni na setkání se smrtí 1 (5%) odpověděl „Ano“, 7 (33%) „Spíše ano“, 9 (43%) „Spíše ne“ a 4 (19%) „Ne“.

Z celkového počtu 21 nevěřících respondentů (100%) na otázku zda byli školou dostatečně připraveni na setkání se smrtí 2 (10%) odpovědělo „Ano“, 8 (38%) „Spíše ano“, 7 (33%) „Spíše ne“ a 4 (19%) „Ne“.

Otázka č. 25: Byl jste školou dostatečně připraven/a na péči o mrtvé tělo?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne



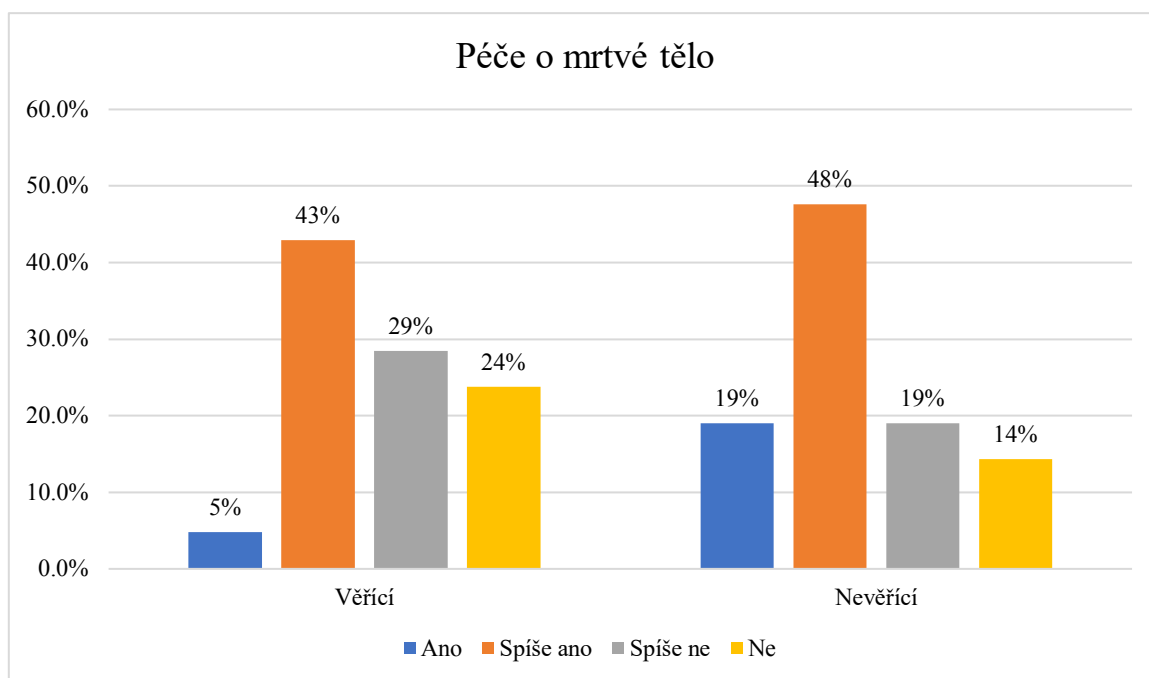
Graf č. 42 Připravenost respondentů na péči o mrtvé tělo

Komentář:

Z celkového počtu 100 respondentů (100%) na otázku zda byli školou dostatečně připraveni na péči o mrtvé tělo 16 (16%) odpovědělo „Ano“, 35 (35%) „Spíše ano“, 33 (33%) „Spíše ne“ a 16 (16%) „Ne“.

Z celkového počtu 70 respondentů 1. ročníku (100%) na otázku zda byli školou dostatečně připraveni na péči o mrtvé tělo 10 (17%) odpovědělo „Ano“, 22 (31%) „Spíše ano“, 22 (31%) „Spíše ne“ a 14 (20%) „Ne“.

Z celkového počtu 30 respondentů 3. ročníku (100%) na otázku zda byli školou dostatečně připraveni na péči o mrtvé tělo 4 (13%) odpovědělo „Ano“, 13 (43%) „Spíše ano“, 11 (37%) „Spíše ne“ a 2 (7%) „Ne“.



Graf č. 43 Přípravenost věřících a nevěřících respondentů na péči o mrtvé tělo

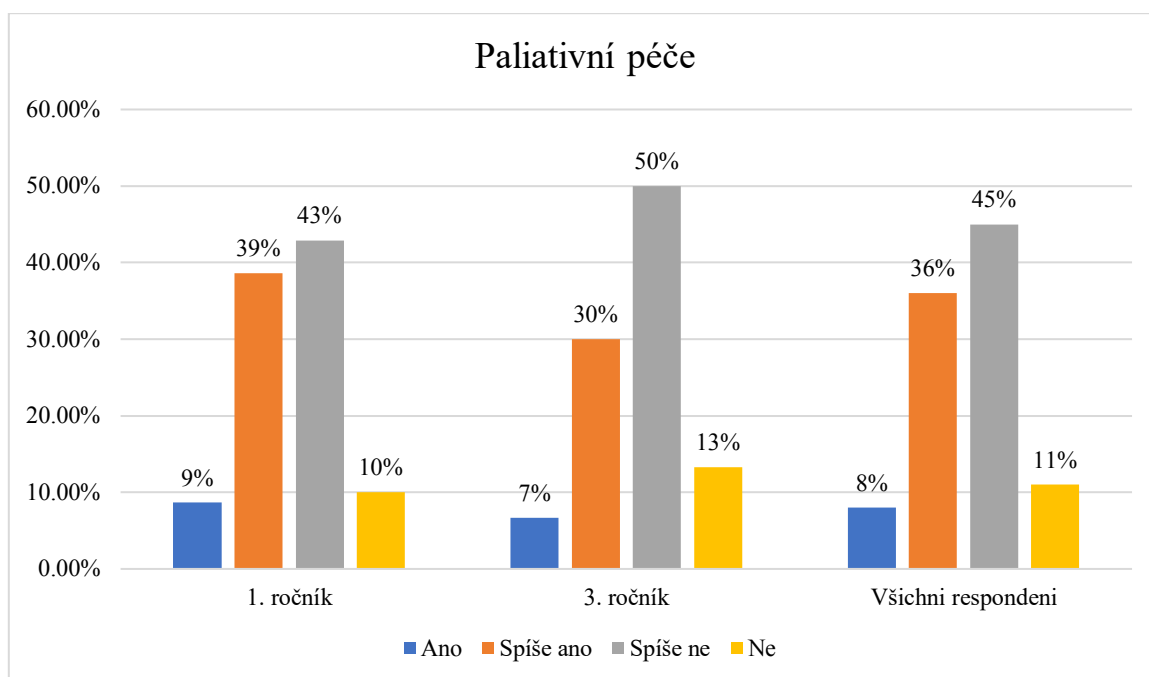
Komentář:

Z celkového počtu 21 věřících respondentů (100%) na otázku zda byli školou dostatečně připraveni na péči o mrtvé tělo 1 (5%) odpověděl „Ano“, 9 (43%) „Spíše ano“, 6 (29%) „Spíše ne“ a 5 (24%) „Ne“.

Z celkového počtu 21 nevěřících respondentů (100%) na otázku zda byli školou dostatečně připraveni na péči o mrtvé tělo 4 (19%) odpovědělo „Ano“, 10 (48%) „Spíše ano“, 4 (19%) „Spíše ne“ a 3 (14%) „Ne“.

Otázka č. 26: Myslíte si, že je v nemocničních zařízeních dostatečně poskytována paliativní péče?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne



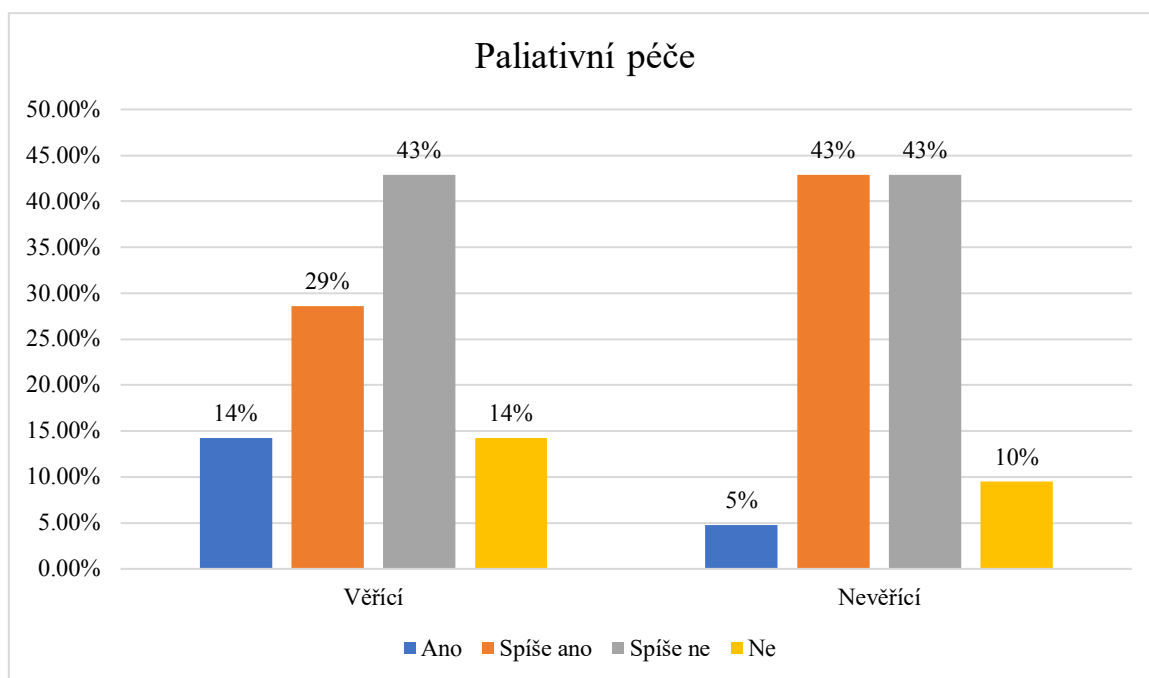
Graf č. 44 Názor respondentů na nemocničními zařízeními poskytovanou paliativní péči

Komentář:

Z celkového počtu 100 respondentů (100%) na otázku zda si myslí, že je v nemocničních zařízeních dostatečně poskytována paliativní péče 8 (8%) odpovědělo „Ano“, 36 (36%) „Spíše ano“, 45 (45%) „Spíše ne“ a 11 (11%) „Ne“.

Z celkového počtu 70 respondentů 1. ročníku (100%) na otázku zda si myslí, že je v nemocničních zařízeních dostatečně poskytována paliativní péče 6 (9%) odpovědělo „Ano“, 27 (39%) „Spíše ano“, 30 (43%) „Spíše ne“ a 7 (10%) „Ne“.

Z celkového počtu 30 respondentů 3. ročníku (100%) na otázku zda si myslí, že je v nemocničních zařízeních dostatečně poskytována paliativní péče 2 (7%) odpovědělo „Ano“, 9 (30%) „Spíše ano“, 15 (50%) „Spíše ne“ a 4 (13%) „Ne“.



Graf č. 43 Názor věřících a nevěřících respondentů na nemocničními zařízeními poskytovanou paliativní péči

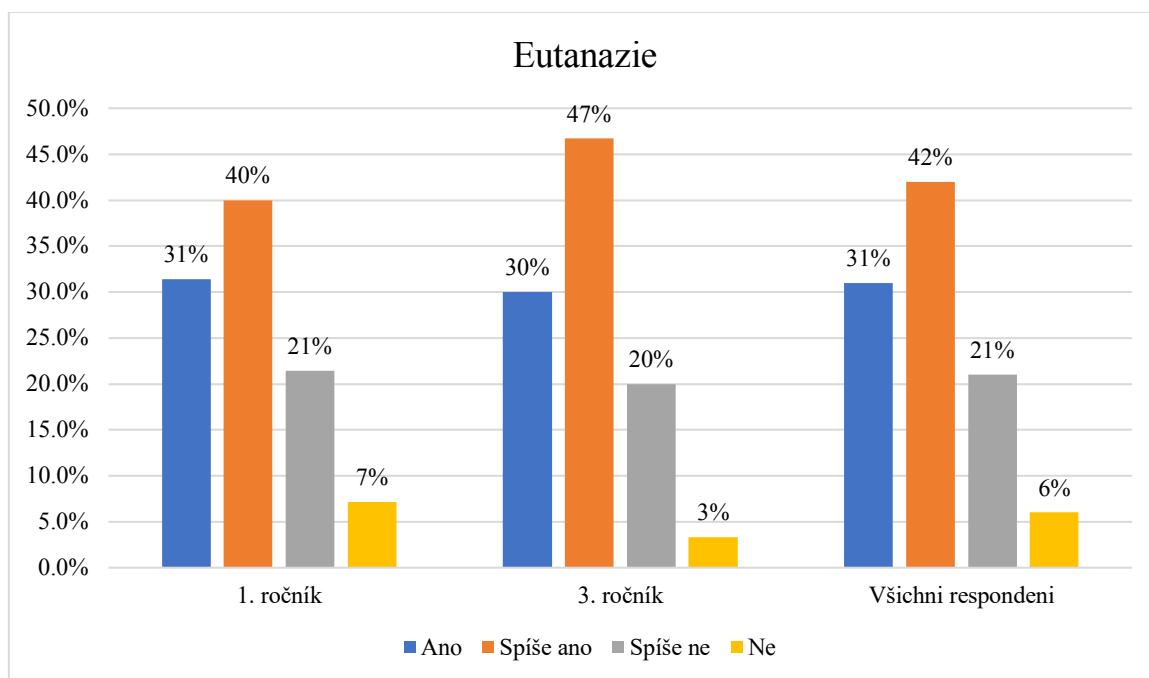
Komentář:

Z celkového počtu 21 věřících respondentů (100%) na otázku zda si myslí, že je v nemocničních zařízeních dostatečně poskytována paliativní péče 3 (14%) odpovědělo „Ano“, 6 (29%) „Spíše ano“, 9 (43%) „Spíše ne“ a 3 (14%) „Ne“.

Z celkového počtu 21 nevěřících respondentů (100%) na otázku zda si myslí, že je v nemocničních zařízeních dostatečně poskytována paliativní péče 1 (5%) odpovědělo „Ano“, 9 (43%) „Spíše ano“, 9 (43%) „Spíše ne“ a 2 (10%) „Ne“.

Otázka č. 27: Jste zastáncem eutanazie?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne



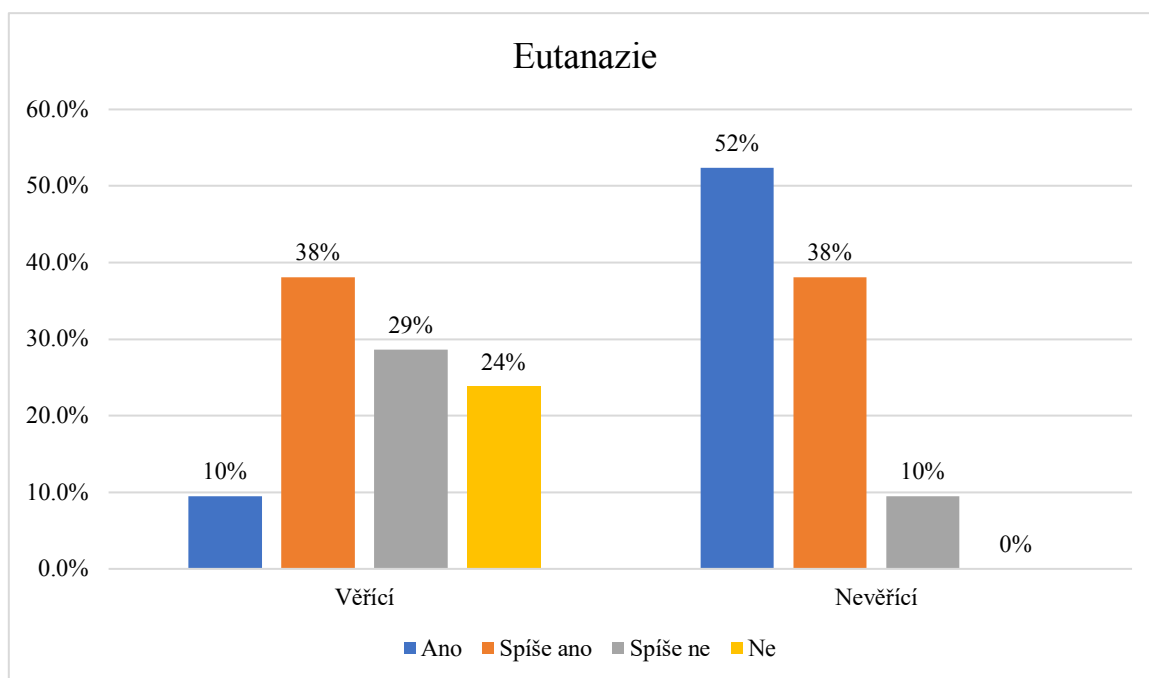
Graf č. 46 Postoj respondentů k eutanazii

Komentář:

Z celkového počtu 100 respondentů (100%) na otázku zda jsou zastáncem eutanazie 31 (31%) odpovědělo „Ano“, 42 (42%) „Spíše ano“, 21 (21%) „Spíše ne“ a 6 (6%) „Ne“.

Z celkového počtu 70 respondentů 1. ročníku (100%) na otázku zda jsou zastáncem eutanazie 22 (31%) odpovědělo „Ano“, 28 (40%) „Spíše ano“, 15 (21%) „Spíše ne“ a 5 (7%) „Ne“.

Z celkového počtu 30 respondentů 3. ročníku (100%) na otázku zda jsou zastáncem eutanazie 9 (30%) odpovědělo „Ano“, 14 (47%) „Spíše ano“, 6 (20%) „Spíše ne“ a 1 (3%) „Ne“.



Graf č. 47 Postoj věřících a nevěřících respondentů k eutanazii

Komentář:

Z celkového počtu 21 věřících respondentů (100%) na otázku zda jsou zastáncem eutanazie 2 (10%) odpověděli „Ano“, 8 (38%) „Spíše ano“, 6 (29%) „Spíše ne“ a 5 (24%) „Ne“.

Z celkového počtu 21 nevěřících respondentů (100%) na otázku zda jsou zastáncem eutanazie 11 (52%) odpovědělo „Ano“, 8 (38%) „Spíše ano“, 2 (10%) „Spíše ne“, žádný (0%) respondent nevolil možnost odpovědi „Ne“.

5. Diskuze

Cílem této práce bylo zjistit, jakým způsobem vnímají studenti oboru všeobecná sestra smrt, porovnat postoje ke smrti mezi studenty 1. a 3. ročníku, zjistit, zda se vyskytují rozdíly v postoji ke smrti mezi věřícími a nevěřícími respondenty, dále zjistit, jakou mají studenti zkušenost se smrtí ve zdravotnickém zařízení a reakci na tuto zkušenost.

Dotazníkové šetření bylo provedeno mezi studenty 1. a 3. ročníku oboru všeobecná sestra. Na Lékařské fakultě v Hradci Králové Univerzity Karlovy byla oslovena 1 skupina 1. a 3. ročníku, na Fakultě humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně byly osloveny 2 skupiny 1. a 3. ročníku. Výzkumu se celkem zúčastnilo 100 respondentů.

Zastoupení žen, v počtu 93 žen, výrazně převažovalo nad zastoupením mužů, v počtu 7 respondentů (viz. Graf č. 1). Co se jednotlivých ročníků týče, více zastoupen byl 3. ročník s počtem 70 respondentů. Zastoupení 1. ročníku činilo 30 respondentů (viz Graf č. 2). V převaze 84 respondentů, se výzkumu zúčastnili studenti Fakulty humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně. 16 zbývajících respondentů tvořili studenti Lékařské fakulty v Hradci Králové Univerzity Karlovy (viz Graf č. 3). Z grafu č. 4 je vidět, že většina respondentů jsou absolventi střední zdravotnické školy. Střední zdravotnickou školu absolvovalo 83 respondentů, gymnázium 13 respondentů, 2 respondenti absolvovali střední průmyslovou školu a dále v nejnižším počtu se jednou jednalo o absolventa střední obchodní školy a jednou ekonomického lycea. Zhruba polovina respondentů, v počtu 48, žije v obci do 3 tisíc obyvatel, 33 v městě nad 10 tisíc obyvatel a nejméně, 19 respondentů, v městě do 10 tisíc obyvatel (viz Graf č. 5). Vzhledem k délce vykonávání praxe ve zdravotnických zařízeních, nejvíce respondentů mělo tříletou praxi, a to v počtu 37 respondentů. Pětiletou praxi mělo 21 respondentů, 19 jich mělo dvouletou praxi, 11 čtyřletou, dále pak 4 respondenti měli jednoletou praxi a celkem 8 respondentů doposud žádnou praxi ve zdravotnickém zařízení nemělo (viz Graf č. 6). Z demografických údajů nás v neposlední řadě zajímalo, zda jsou věřící či nikoli. Ve stejném počtu, 21 respondentů, byli zastoupeni věřící i nevěřící. Zbývajících 58 respondentů tvořilo skupinu respektujících víru, ale nepraktikujících (viz Graf č. 7).

Prvním dílčím cílem bylo porovnat postoje ke smrti mezi studenty 1. a 3. ročníku. Tento cíl spočívá v porovnávání odpovědí mezi jednotlivými ročníky. Z důvodu nestejněměrného zastoupení respondentů v 1. ročníku a respondentů ve 3. ročníku, budou dále ve vztahu k odpovědím užíváno relativních četností.

V grafu č. 8 je znázorněn postoj respondentů ke smrti. Nejčastěji respondenti uváděli, že smrt je přirozenou součástí života, takto odpovědělo 79 % respondentů. Na druhém místě,

avšak se znatelně nižším zastoupením 34 %, se umístil názor, že se jedná o konec života, dále pro 24 % respondentů smrt znamená přechod do posmrtného života. 3 % respondentů nevědělo, co pro ně znamená smrt a jedním respondentem 1. ročníku (1 %), byla uvedena úleva a klid, pro velice nemocné a staré lidi.

U obou ročníků pořadí zastoupení jednotlivých postojů ke smrti bylo stejné, s výjimkou již výše uvedeného názoru jednoho respondenta, který se vyskytl pouze v prvním ročníku. Dále se vyskytují pouze rozdíly v četnostech těchto postojů. Rozdíl o 20 % se vyskytoval u postoje ke smrti jako k přirozené součásti života, zastoupeného častěji ve 3. ročníku (93 %). Vnímání smrti jako konce života bylo o 9 % častější ve 3. ročníku (40 %). Rozdíl 20 % byl také v chápání smrti jako přechodu do posmrtného života, tato odpověď byla naopak více zastoupena v 1. ročníku (30 %). V obou ročnících 3 % respondentů nevědělo, co po ně smrt znamená. (viz. Graf č. 8)

Ač je v obou ročnících nejčastější postoj ke smrti jako k přirozené součásti života, ve 3. ročníku studia takto ke smrti přistupuje větší část respondentů. Ve 3. ročníku také více respondentů chápe smrt jako konec života a méně jako přechod do posmrtného života.

Z rituálů spojených se smrtí a umíráním 64 % respondentů znalo otevření okna a modlitbu, 6 % znalo zapálení svíčky, dále 1 % znalo pohřeb, poslední pomazání a očistu, 2 % žádný rituál neznalo.

Nejznámější rituál v 1. ročníku, se zastoupením 69 %, byla modlitba, druhým nejznámějším, se zastoupením 60 %, otevření okna. Ve 3. ročníku tomu bylo naopak, přitom otevření okna zde znalo 73 % respondentů, modlitbu 53 %. Rozdíl ve znalosti zapálení svíčky činil 1 %. V obou ročnících se nacházel jeden respondent, který naznal žádný rituál. Jedním respondentem byly navíc v 1. ročníku zastoupeny rituály pohřbu, posledního pomazání a očisty. (viz Graf č. 10)

Z toho vychází, že mezi nejznámější rituály patří modlitba a otevření dveří, rozdíl v jejich znalosti činil mezi jednotlivými ročníky zhruba 15 %, ve znalosti ostatních rituálů se nevyskytoval značný rozdíl.

Dále jsme zjišťovali, zda respondenty v pohledu na smrt ovlivnilo studium oboru všeobecná sestra. S nadpolovičním zastoupením 66 % se respondenti přikláněli k názoru, že v pohledu na smrt byli ovlivněni, 34 % uvedlo, že ovlivnění nebyli. Mezi 1. a 3. ročníkem se tento názor lišil pouze o 1 %, rozdíl byl však v jistotě, s kterou to uváděli. V 1. ročníku na dotaz, zda studium oboru všeobecná sestra ovlivnilo jejich pohled na smrt, odpovědělo 43 % „Ano“, 23 % „Spíše ano“, 23 % „Spíše ne“ a 11 % „Ne“. Ve 3. ročníku 37 % odpovědělo „Ano“, 30 % „Spíše ano“, 13 % „Spíše ne“ a 20 % „Ne“. (viz Graf č. 12)

Z toho vyplývá, že v obou ročnících více respondentů studiem oboru všeobecná sestra v pohledu na smrt bylo ovlivněno, studenti 1. ročníku si tím jsou však více jisti, naopak v názoru, že ovlivnění nebyli si jsou více jisti studenti 3. ročníku.

U respondentů jsme také zjišťovali, zda mají strach ze smrti. V 1. ročníku mělo, se zastoupením 43 %, nejvíce respondentů strach ze smrti obecně, 34 % strach ze své smrti a 29 % strach ze smrti nemělo. Ve 3. ročníku nejvíce respondentů strach ze smrti nemělo, jednalo se o 53 %, 27 % mělo strach ze smrti obecně a se zastoupením 23 %, měli respondenti strach ze své smrti (viz Graf č. 14). Následně jsme u respondentů se strachem ze smrti zjišťovali, čeho konkrétně se na ní nejvíce bojí. V 1. ročníku byl nejčastěji zmiňován strach z bolesti (24 %), dále z nevědomosti, co po smrti bude následovat (20 %) a strach z konce existence (16 %). Nejčastěji zmiňované ve 3. ročníku byl také strach z bolesti (50 %), dále strach ze ztráty blízkých (29 %) a ze samoty (21 %). Všechny uvedené odpovědi jsou zaznamenány v tabulce č. 1.

Z toho plyne, že v 1. ročníků převládají respondenti se strachem ze smrti, kdežto ve 3. ročníku respondenti bez strachu ze smrti. U respondentů se strachem ze smrti, byl strach z bolesti v obou ročnících nejčastější odpověď.

Respondentů jsme se dále ptali, zda je pro ně obtížné vyrovnat se se smrtí jiných. V 1. ročníku se respondenti dělili zhruba na polovinu, lehce však převažovali obtížně se vyrovnávající se smrtí jiných. Přitom pro 13 % respondentů to obtížné je, pro 41 % je to spíše obtížné, dále pro 37 % to spíše obtížné není a pro 9 % to není obtížné. Ve 3. ročníku převažovali respondenti, pro které není obtížné vyrovnat se se smrtí jiných. Přitom 3 % odpovědělo, že vyrovnat se se smrtí jiných pro ně je obtížné, 27 % spíše obtížné, 43 % odpovědělo, že to pro ně spíše není obtížné a 27 %, že to pro ně obtížné není. (viz Graf č. 30)

Z toho plyne, že ve 3. ročníku se respondenti se smrtí jiných vyrovnávají lépe než respondenti 1. ročníku.

Dále jsme chtěli vědět, jaký postoj respondenti zaujímají k eutanazii. Většina respondentů se přichylovala k tvrzení, že jsou zastánci eutanazie. Konkrétně 31 % je zastáncem eutanazie, 42 % je spíše zastáncem eutanazie, 21 % spíše není a 6 % není zastáncem eutanazie. V 1. a 3. ročníku respondenti odpovídali dosti podobně, rozdíly větší než 1 % se vyskytly v zastoupení respondentů, kteří spíše jsou zastáncem eutanazie a kteří její zastánci nejsou. V 1. ročníku se vyskytovalo 40 % respondentů spíše souhlasících s eutanazií a 7 % nesouhlasících s eutanazií. Ve 3. ročníku, bylo 42 % respondentů spíše souhlasících s eutanazií a 3 % s eutanazií nesouhlasících. (viz Graf č. 46)

Z toho plyne, že v obou ročnících převažují respondenti přichylující se k eutanazie, ve 3. ročníku je jich však nepatrně více.

Dílčí cíl č. 1 „Porovnat postoj ke smrti mezi studenty 1. a 3. ročníku“ byl splněn s následujícími závěry: Studenti 1. i 3. ročníku ke smrti nejčastěji přistupují jako k přirozené součásti, pouze ve 3. ročníku tomu tak je častěji. Častější ve 3. ročníku je také chápání smrti jako konce života. Chápání smrti jako přechodu do posmrtného života převažuje v 1. ročníku. Z rituálů spojených se smrtí studenti nejvíce znali modlitbu a otevření okna, přitom studenti 1. ročníku znali častěji modlitbu a studenti 3. ročníku častěji otevření okna. Rituál zapálení svíčky znalo již méně respondentů, jeho znalost v jednotlivých ročnících byla však poměrně podobná, rozdíl činil pouze 1 %. Dále v obou ročnících převažovali respondenti, jejichž pohled na smrt byl studiem oboru všeobecná sestra ovlivněn. Studenti 1. ročníku si tímto tvrzením byli více jisti, v názoru, že ovlivnění nebyli si více jisti byli studenti 3. ročníku. Strach ze smrti převažoval pouze mezi studenty 1. ročníku, přitom nejčastěji uváděli, že se na ní nejvíce bojí bolesti, dále nevědomosti, co bude následovat po smrti a konce existence. Ve 3. ročníku studenti se strachem ze smrti činili menšinu, stejně jako ti v 1. ročníku nejčastěji uváděli strach z bolesti, na dalších místech se umístil strach ze ztráty blízkých a strach ze samoty. Se smrtí jiných se lépe vyrovnávají studenti 3. ročníku než studenti 1. ročníku. V obou ročnících jsou studenti spíše zastánci eutanazie.

Dílčí cíl č. 1 byl splněn.

Druhým dílčím cílem bylo zjistit, zda má víra vliv na postoj ke smrti. Níže budou porovnány postoje věřících respondentů ke smrti s postoji nevěřících respondentů.

Nejčastěji chápali smrt jako přirozenou součást života věřící (76 %) i nevěřící (81 %). Zásadní rozdíl se zde objevil v chápání smrti jako přechodu do posmrtného života. Jednalo se o druhý nejčastější způsob odpovědi věřících, přitom činil 38 %. U nevěřících tento názor byl až na třetím místě, se zastoupením 10 %. Na druhém místě u nevěřících byl s 43 % zastoupen pohled na smrt jako na konec života. Takto také odpovědělo 10 % věřících. Dále 5 % nevěřících nevědělo, co pro ně znamená smrt, u věřících se taková odpověď nevyskytla. (viz Graf č. 9)

Z toho vyplývá, že u věřících je na rozdíl od nevěřících smrt častěji chápána jako přechod do posmrtného života a méně často jako konec života.

Z rituálů spojených se smrtí a umíráním se poměrně patrný rozdíl vyskytl ve znalosti modlitby, znalo ho 91 % věřících, ale pouze 29 % nevěřících. Rozdíl se také vyskytoval ve znalosti otevření okna, kdy čteněji zastoupen byl s 67 % u nevěřících a s 57 % u věřících.

Nevěřící dále uváděli rituál zapálení svíčky a očistu, i neznalost žádných rituálů se vyskytla pouze u nevěřících. (viz Graf č. 11)

Z toho vyplývá, že věřící mnohem častěji znají rituál modlitby, ale rituál otevření okna častěji znají nevěřící. Nevěřící také znají celkem více rituálů spojených se smrtí a umíráním.

Následně jsme zjišťovali, zda respondenty v pohledu na smrt ovlivněno studium oboru všeobecná sestra. Ovlivněno jím bylo 52 % věřících, v případě nevěřících tomu tak bylo u 81 %.

Studiem oboru všeobecná sestra tedy bylo ovlivněno více nevěřících než věřících. (viz Graf č. 13)

Při tázání se na strach ze smrti jsme zjistili, že 33 % věřících i nevěřících mělo strach ze smrti obecně. Strach se své smrti mělo 38 % věřících, avšak pouze 14 % nevěřících. Respondenti bez strachu ze smrti v případě věřících činili 43 %, v případě nevěřících 57 % (viz Graf č. 15). Dále jsme u respondentů se strachem ze smrti zjišťovali, čeho konkrétně se na ní nejvíce bojí. U věřících se jednalo nejčastěji o strach ze ztráty blízkých (3 %), dále o strach ze samoty (2 %) a nevědomosti, co bude po smrti (2 %). Nevěřící nejčastěji uváděli strach z bolesti (2 %), konce existence (2 %) a zapomenutí na jejich osobu (2 %). Mezi věřícími strach ze zapomenutí na jejich osobu na rozdíl od nevěřících zastoupen nebyl. U nevěřících na rozdíl od věřících nebyl uveden strach ze samoty a nevědomosti, co bude po smrti. Všechny uvedené odpovědi věřících i nevěřících jsou zaznamenány v tabulce č. 2.

Můžeme tedy říci, že více věřících má strach ze smrti než nevěřících. Dále také, že v případně respondentů se strachem ze smrti, věřící se spíše bojí své smrti, kdežto nevěřící smrti obecně. U věřících a nevěřících byly nejčteněji zastoupeny odlišné atributy strachu ze smrti.

Při zjišťování, zda je pro respondenty obtížné vyrovnat se se smrtí jiných, jsme zjistili, že pro věřící (48 %) i nevěřící (38 %) to nejčastěji spíše obtížné není, pro stejný počet věřících i nevěřících (29 %) je to spíše obtížné. Dále pro více nevěřících (29 %) než věřících (10 %) to obtížné není a pro více věřících (14 %) než nevěřících (5 %) obtížné vyrovnat se se smrtí jiných je. (viz Graf č. 31)

Z toho plyne, že nevěřící se se smrtí jiných vyrovnávají lépe než věřící.

Dále jsme porovnávali, jaký zaujímají respondenti postoj k eutanazii. Nevěřící nejčastěji, se zastoupením 52 %, uváděli, že jsou zastánci eutanazie, věřící takto naopak odpovídali nejméně, jednalo se o 10 %. Se zastoupením 38 % obě skupiny odpovídali, že spíše zastánci eutanazie jsou. Dále 29 % věřících spíše nebylo zastáncem eutanazie a 24 % nebylo zastáncem eutanazie. V případě nevěřících spíše nebylo zastáncem eutanazie pouze 10 % a nikdo neuvedl, že zastáncem eutanazie není. (viz Graf č. 47)

Z toho vyplývá, že nevěřící jsou zastánci eutanazie častěji než věřící.

Dílčí cíl č. 2 „Zjistit vliv víry na postoj ke smrti“ byl splněn s těmito závěry: Věřící i nevěřící smrt nejčastěji chápou jako přirozenou součást života. Smrt jako přechod do posmrtného života chápali častěji věřící, smrt jako konec života naopak častěji nevěřící. Dále pouze mezi nevěřícími se vyskytli jedinci, kteří nevěděli, co pro ně smrt znamená. Z rituálů spojených se smrtí modlitbu znala většina věřících, nevěřící tento rituál tak často neznali, častěji než věřící však znali otevření okna. Mezi nevěřícími se také vyskytovala celkově větší rozmanitost znaných rituálů. Studentů se strachu ze smrti bylo více mezi věřícími. Dále ze studentů se strachem ze smrti, věřící častěji uváděli strach ze své smrti, kdežto nevěřící strach ze smrti obecně. Nejčastější atributy strachu ze smrti se u věřících a nevěřících lišili. Se smrtí jiných se lépe vyrovnávají nevěřící než věřící. Nevěřící jsou zároveň častěji než věřící zastánci eutanazie.

Dílčí cíl č. 2 byl splněn.

Třetím dílčím cílem bylo zjistit zkušenosti studentů se smrtí ve zdravotnickém zařízení a jak na ni reagují. V tomto dílčím cíli budou zhodnoceny odpovědi všech respondentů, jako celku, v kapitole 5.4 (Vyhodnocení výsledků) je znázorněn i způsob, jakým zvláště odpovídali respondenti 1. ročníku a 3. ročníku, dále také respondenti věřící a nevěřící. Některé odpovědi budou také porovnány s diplomovou prací Kratochvílové (2020) pod názvem *Připravenost studentů na setkání s péčí o umírající pacienty a se smrtí*.

Se smrtí se již setkala většina respondentů jak v rodině (91 %), tak ve zdravotnickém zařízení (82 %). Od respondentů, kteří se se smrtí ve zdravotnickém zařízení setkali, jsme dále zjišťovali, jaké z této události měli pocity, zda se poté změnil jejich přístup k pacientům, či jejich dosavadní vnímání smrti.

Na dotaz, jaké pocity v respondentech vyvolala smrt ve zdravotnickém zařízení, 68 % uvedlo smutek, 50 % bezmoc, 21 % strach, 7 % žádné nebo neutrální pocity, 6 % pocit úlevy pro vysvobození pacienta, další odpovědi zastoupeny 1 % je možné vidět v Grafu č. 22.

Většina respondentů se tedy se smrtí ve zdravotnickém zařízení setkala a nejčastěji v respondentech vyvolávala smutek a bezmoc.

Při zjišťování, zda se po setkání se smrtí ve zdravotnickém zařízení změnil přístup respondentů k pacientům jsme zjistili, že u 55 % respondentů se změnil jejich přístup k pacientům, u 32 % se nezměnil a zbývajících 13 % nevědělo, zda se jejich přístup k pacientům změnil. (viz Graf č. 24)

U většiny respondentů se tedy po setkání se smrtí ve zdravotnickém zařízení jejich přístup k pacientům změnil.

Ve vztahu ke zkušenosti se smrtí ve zdravotnickém zařízení a dosavadnímu vnímání smrti, nejvíce respondentů uvedlo, že jejich dosavadní vnímání smrti se spíše změnilo, jednalo se o 42 % respondentů. Dále u 29 % respondentů se změnilo, u 18 % se spíše nezměnilo a u 11 % se nezměnilo (viz Graf č. 26). Podobně Kratochvílová (2020) zjišťovala u studentů nelékařských zdravotnických profesí, co nejvíce ovlivnilo jejich postoj k umírání a smrti, 79 % respondentů přitom bylo nejvíce ovlivněno setkáním s umíráním a smrtí.

Z toho vyplývá, že setkání se smrtí ve zdravotnickém zařízení, mělo vliv na dosavadní vnímání smrti u více respondentů, než u kterých tato zkušenost vliv na vnímání smrti neměla. V práci Kratochvílové (2020) touto zkušeností bylo ovlivněno více respondentů než v této práci.

Dále jsme od respondentů chtěli vědět, zda se obávají setkání se smrtí na oddělení. S největším zastoupením 48 %, se respondenti setkání se smrtí na oddělení neobávají, 29 % se této situace obává a 23 % respondentů uvedlo, že nad tím neuvažovalo. (viz Graf č. 28)

Z toho vyplývá, že respondenti se setkání se smrtí na oddělení spíše neobávají.

Dále nás zajímalo, jaké pocity v respondentech vyvolalo pečování o umírající. Na tuto otázku odpovídali pouze respondenti, kteří již byli svědky péče o umírajícího, jednalo se přitom o 84 % respondentů (viz Graf č. 32). V respondentech tato zkušenost nejčastěji vyvolávala lítost, a to konkrétně u 55 % respondentů, u 50 % respondentů vyvolala bezmoc, u 18 % strach, u 7 % to vyvolávalo neutrální nebo žádné pocity, další odpovědi zastoupeny 1-2 % je možné vidět v Grafu č. 34.

Svědkem péče o umírajícího byla většina respondentů a nejčastěji v nich tato zkušenost vyvolávala lítost a bezmoc.

Respondentů jsme se také ptali, zda se vyhýbají kontaktu s pacientem v terminálním stádiu. Většina respondentů na tento dotaz odpověděla „Ne“, jednalo se o 60 %, 32 % odpovědělo „Spíše ne“, 7 % „Spíše ano“ a pouze 1 % zvolilo odpověď „Ano“ (viz Graf č. 36). Kratochvílová (2020) ve své práci zjistila, že péči o umírajícího pacienta se snaží vyhnout 15 % respondentů.

Z toho vyplývá, že většina respondentů se kontaktu s pacientem v terminálním stádiu nevyhýbá. Respondentů, kteří se péči o umírajícího vyhýbají bylo v práci Kratochvílové (2020) zjištěno téměř dvakrát více než v této práci, stále se však jednalo o menšinu.

Také jsme se respondentů ptali, zda se na oddělení vyhýbají mrtvému tělu. Nejvíce respondentů na tento dotaz odpovědělo „Ne“, jednalo se o 49 %, 32 % odpovědělo „Spíše ne“, 14 % „Spíše ano“ a 5 % zvolilo odpověď „Ano“. (viz Graf č. 38)

Většina respondentů se tedy mrtvému tělu na oddělení nevyhýbá.

Dále nás zajímalo, zda respondenti byli školou dostatečně připraveni na setkání se smrtí. Nejčastěji respondenti uváděli, že na setkání se smrtí školou dostatečně připraveni nebyli, uvedlo tak 49 %, 32 % uvedlo, že spíše připraveni nebyli, 14 % spíše byli a 5 % uvedlo, že školou na setkání se smrtí dostatečně připraveni byli. (viz Graf č. 40)

Z toho vyplývá, že většina respondentů na setkání se smrtí školou dostatečně připravena nebyla.

Zajímalo nás, i zda byli respondenti školou dostatečně připraveni na péči o mrtvé tělo. Zde nejvíce respondentů uvedlo, že na péči o mrtvé tělo školou spíše dostatečně připraveni byli, uvedlo tak 35 % respondentů, 33 % uvedlo, že školou spíše dostatečně připraveni nebyli, dále se zastoupením 16 % byla uvedena jak odpověď, že školou dostatečně připraveni byli, tak nebyli (viz Graf č. 42). Kratochvílová (2020) ve svém výzkumu zjistila, že na péči o umírajícího a zemřelého bylo lépe připraveno 47 % respondentů nelékařských zdravotnických profesí, z toho na péči o zemřelého byli nejlépe připraveny zdravotnické sestry. Přesná četnost připravenosti sester na péči o zemřelé zde však nebyla uvedena.

Z toho vyplývá, že v nepatrné převaze se respondenti přichylují k názoru, že školou dostatečně na péči o mrtvé tělo připraveni byli. Kratochvílová (2020) ve svém výzkumu došla k opačnému závěru.

Respondentů jsme se také tázali, zda si myslí, že je v nemocničních zařízeních dostatečně poskytována paliativní péče. Nejvíce respondentů si myslí, že v nemocničních zařízeních dostatečně paliativní péče poskytována spíše není, uvedlo tak 45 %. Dále 36 % si myslí, že poskytována dostatečně spíše je, 11 % uvedlo, že není dostatečně poskytována a nejméně respondentů, se zastoupením 8 %, uvedlo, že dostatečně poskytována je.

Z toho vyplývá, že mezi respondenty převažuje názor, že v nemocničních zařízeních není dostatečně poskytována paliativní péče.

Dílčí cíl č. 3 Zjistit zkušenosti studentů se smrtí ve zdravotnickém zařízení a jak na ni reagují byl splněn s těmito závěry: Se smrtí ve zdravotnickém zařízení se setkala většina respondentů. Ve studenech tato zkušenost nejčastěji vyvolává smutek a bezmoc, také se u většiny studentů po této zkušenosti změnil přístup k pacientům. Setkání se smrtí na oddělení u studentů spíše ovlivnilo dosavadní vnímání smrti. Samotného setkání s touto situací se studenti spíše

neobávají. Svědkem péče o umírajícího většina respondentů byla a nejčastěji v nich vyvolává lítost a bezmoc. Kontakt s pacientem v terminálním stádiu, ani mrtvému tělu na oddělení se většina studentů nevyhýbá. Studentů, kteří se vyhýbají mrtvému tělu na oddělení je však více než studentů, kteří se vyhýbají kontaktu s pacientem v terminálním stádiu. Na setkání se smrtí většina studentů školou dostatečně nebyla připravena, v případě péče o mrtvé tělo se studenti dělí zhruba na polovinu, spíše však školou dostatečně připraveni byli. Mezi studenty dále převažuje názor, že v nemocničních zařízeních není dostatečně poskytována paliativní péče.

Dílčí cíl č. 3 byl splněn.

Dílčí cíle 1 až 3 byly splněny a tím byl splněn hlavní cíl bakalářské práce „Zjistit, jakým způsobem vnímají studenti oboru všeobecná sestra smrt“.

Na podobné téma bylo napsáno několik bakalářských prací:

Umírání, smrt a profese všeobecné sestry

Autor: Lenka Kloudová

Vedoucí práce: Mgr. Daša Stupková

Obhajoba: 2019, Univerzita Jana Evangelisty Purkyně v Ústí nad Labem

Umírání a smrt pacienta z pohledu všeobecné sestry

Autor: Veronika Lau

Vedoucí práce: Mgr. Lenka Šáteková, Ph.D.

Obhajoba: 2019, Univerzita Palackého v Olomouci

Postoj všeobecné sestry k umírání a ke smrti

Autor: Klára Raschiková

Vedoucí práce: Mgr. Jana Křívková

Obhajoba: 2020, Západočeská univerzita v Plzni

Závěr

Tato bakalářská práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretické část se zabývá problematikou umírání a smrti, vymezením těchto pojmů, komunikací s umírajícím, péčí o umírajícího, také ale i péčí o pozůstalé, dále také vývojem pojetí smrti v historii i ontogenetickém vývoji jedince. V neposlední řadě je zde zmíněna problematika eutanazie, asistované sebevraždy a dříve vysloveného přání. Praktická část je zaměřena na vnímání smrti u studentů oboru všeobecná sestra, přitom sleduje jejich přístup ke smrti a umírání, zkušenosti s těmito fenomény a způsob, jakým na studenty působily. Data pro zpracování praktické části byla získána pomocí anonymního dotazníku.

Konfrontace se smrtí, pečování o umírajícího a následně o tělo zemřelého, je nedílnou součástí profese všeobecné sestry. Musí proto disponovat dostatečnými odbornými znalostmi, pro zajištění kvalitní ošetrovatelské péče, zároveň se také ale musí dokázat vyrovnat s pocity, které v ní tyto situace vyvolávají. Se smrtí a umírajícím pacientem se během praxe ve zdravotnickém zařízení mohou přirozeně setkat i studenti oboru všeobecná sestra, proto je nutné studenta s touto problematikou dostatečně seznámit.

Ve výzkumu bylo zjištěno, že nejčastěji studenti chápou smrt, jako přirozenou součást života, a to především ve 3. ročníku. Studenti 3. ročníku mají také méně často strach ze smrti, než studenti 1. ročníku. Se smrtí se již setkala většina respondentů, a to jak se smrtí v rodině, tak ve zdravotnickém zařízení. Smrt ve zdravotnickém zařízení v nich přitom nejčastěji vyvolala smutek a bezmoc, zhruba 1/3 respondentů dále uvedla, že setkání se smrtí ve zdravotnickém zařízení se obává. Při zjišťování, zda byli studenti školou dostatečně připraveni na setkání se smrtí a na péči o mrtvé tělo, větší část uvedla, že na smrt školou dostatečně připravena nebyla, v případě péče o mrtvé tělo, s mírnou nadpoloviční většinou, uváděli, že spíše školou připraveni byli.

Doporučení pro praxi

Doporučit můžeme více se ve výuce zabývat problematikou smrti a umírání na oddělení a péčí o mrtvé tělo. V rámci ošetrovatelských praxí ve zdravotnických zařízení, můžeme doporučit, aby všeobecné sestry, v roli mentorky, studenty seznámily s procesem následujícím po úmrtí pacienta a se související dokumentací.

Pokud bude taková možnost, výsledky této práce budou prezentovány na královehradeckých dnech, pořádaných Českou asociací sester. Výsledky této práce mohou být využity jednak vyučujícími studijního oboru všeobecná sestra, tak i zdravotnickým personálem.

Výsledky mohou být využity i v paliativní péči, také tam je důležité, jaký má současná generace vysokoškolských studentů pohled na smrt.

Abstrakt

Autor:	Steven Hastrdlo
Instituce:	Ústav nelékařských studií LF UK v Hradci Králové
Název práce:	Vnímání smrti u studentů oboru všeobecná sestra
Vedoucí práce:	doc. PhDr. Jana Kutnohorská, CSc.
Počet stran:	129
Počet příloh:	8
Rok obhajoby:	2021
Klíčová slova:	smrt, umírání, paliativní péče, eutanazie, vnímání smrti

Bakalářská práce se zabývá vnímáním smrti u studentů oboru všeobecná sestra. Práce se skládá z dvou částí. První část se zabývá teoretickými poznatky týkající se smrti a umírání, komunikací s umírajícím, péčí o umírajícího i péčí o mrtvé tělo. Dále je zde zmíněna problematika eutanazie, asistované sebevraždy a dříve vysloveného přání.

V praktické část jsou analyzovány výsledky kvantitativního výzkumu, týkajícího se vnímání smrti u studentů oboru všeobecná sestra. Výzkum byl uskutečněn formou anonymního dotazníku mezi studenty 1. a 3. ročníku oboru všeobecná sestra. Stanoveny byly 3 dílčí cíle, které byly splněny. Zajímavý je výstup, že respondenti se strachem ze smrti převažoval pouze v 1. ročníku, ve 3. ročníku tvořili menšinu. Výsledky výzkumného šetření je možno využít v pedagogické praxi, v paliativní péči a pro další výzkum.

Abstract

Name and surname of the author: Steven Hastrdlo
Institution: Charles University
Faculty of Medicine in Hradec Králové,
Department of Non-medical Studies

Title: Perception of death by General Nursing students
Supervisor: doc. PhDr. Jana Kutnohorská, CSc.
Number of pages: 129
Number of attachments: 8
Year of defense: 2021

Keywords: death, dying, palliative care, euthanasia,
perception of death

This thesis deals with perception of death by General Nursing students. The thesis consists of two parts. The first part deals with theoretical knowledge about death and dying, communication with the dying, care of the dying and care of the dead body. There are also covered issues of euthanasia, assisted suicide and living will.

Practical part analyzes the outcome of a quantitative research, concerning the perception of death by General Nursing students. The research was carried out using a questionnaire survey within students in 1st and 3rd year of General Nursing studies. There were set three goals, all of which were achieved. Interesting outcome was, that respondents with fear of death prevailed only in 1st year of the studies, in 3rd year they represented a minority. Outcome of the research can be used in pedagogy, palliative care and for further research.

Zdroje

ADAM, Z., KLIME, J. & BOLELOUCKÝ, Z. 2020. *Psychické reakce nemocných na negativní informaci typu: "Máte maligní nemocnění". Vnitřní Lékařství*. Praha: Česká lékařská společnost J. E. Purkyňe, o. s., 2020; 66 (3): 182-185. ISSN 1801-7592 Dostupné z: www.prolekare.cz

ANNADURAI, Kalaivani, Raja DANASEKARAN and Geetha MANI. 2014. 'Euthanasia: Right to Die with Dignity'. *Journal of Family Medicine and Primary Care*. Maharashtra: Wolters Kluwer India Pvt. Ltd., 2014; 3 (4): 477-478. ISSN 2249-4863 Dostupné z: www.jfmpe.com

BAKALÁŘ, Petr. *Morana: příručka pro trpící*. Praha: vydáno v imaginárním nakladatelství Pražský skeptik vlastním nákladem, 2019. ISBN 978-80-270-6060-3.

BUŽGOVÁ, Radka. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života*. Praha: Grada, 2015. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5402-4.

ČÁP, Juraj, Marián PALENČÁR a Radka KURUCOVÁ. *Lidská důstojnost' v kontexte smrti a umierania*. Martin: Osveta, 2016. ISBN 978-80-8063-448-3.

ČERNÝ, D. DOLEŽAL, A. HŘÍBEK, T. PAFKO, P. SLÁMA, O. Ševčík, P. *Eutanazie – ano, či ne? Aktuální medicínské, filozofické a právní perspektivy*. Praha: Středisko společných činností AV ČR, 2015. EČ 11878.

DÉMUTHOVÁ, Slávka. *Vývin chápania smrti v ontogenéze. Sociální studia*. Brno: Masarykova Univezita, 2011; 8 (2): 87–106. ISSN 1801-7592 Dostupné z: https://journals.muni.cz/socialni_studia

DOLEŽAL, A. *Eutanazie: právní komparace ve vybraných evropských státech. Vnitřní lékařství*. Praha: Česká lékařská společnost J. E. Purkyňe, o. s., 2014; 64 (3): 257-265. ISSN 1801–7592. Dostupné z: www.prolekare.cz

GULÁŠOVÁ, Ivica. *Telesné, psychické, sociálne a duchovné aspekty onkologických ochorení*. [1. vyd.]. Martin: Osveta, 2009. ISBN 978-80-8063-305-9.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Lékařská etika*. 3., rozš. vyd. Praha: Galén, c2002. ISBN 80-726-2132-7.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. 2., přeprac. vyd. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-471-3.

KABELKA, Ladislav. *Geriatrická paliativní péče a komunikace o nemoci*. Druhé, přepracované a doplněné vydání. Praha: Mladá fronta, 2018. Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-5049-4.

KELNAROVÁ, Jarmila. *Tanatologie v ošetrovatelství*. Brno: Littera, 2007. ISBN 978-80-85763-36-2.

KIELBERGER, L. & BENE, J. 2018. *Vybrané aspekty péče o dárce orgánů s mozkovou smrtí. Anesteziologie & intenzivní medicína*. Praha: Nakladatelské a tiskové oddělení ČLS JEP, 2018; 29 (1): 23-32. ISSN 1805-4412 Dostupné z: www.prolekare.cz

KLOUDOVÁ, Lenka. *Umírání, smrt a profese všeobecné sestry*. Ústí nad Labem, 2019. bakalářská práce (Bc.). UNIVERZITA JANA EVANGELISTY PURKYNĚ V ÚSTÍ NAD LABEM. Fakulta zdravotnických studií

KRATOCHVÍLOVÁ, Inka. *Přípravenost studentů na setkání s péčí o umírající pacienty a se smrtí*. Č. Budějovice, 2020. diplomová práce (Mgr.). JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH. Zdravotně sociální fakulta

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0179-0.

KUDLOVÁ, Pavla a Jana KUTNOHORSKÁ. *Setkávání se smrtí – příprava studentů. Paliativna medicína a liečba bolesti*. Bratislava: SOLEN, s.r.o., 2019; 12 (2e): 69-74. ISSN 1339-4193 Dostupné z: www.solen.sk

KUPKA, Martin. *Psychosociální aspekty paliativní péče*. Praha: Grada, 2014. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4650-0.

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

KUTNOHORSKÁ, Jana. 2017. *Sdělení závažné diagnózy*. [Online]. [cit. 2020-09-25]. Dostupné z: www.seniorzone.cz

ana

LAU, Veronika. *Umírání a smrt pacienta z pohledu všeobecné sestry*. Olomouc, 2019. bakalářská práce (Bc.). UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI. Fakulta zdravotnických věd

LOUČKA, Martin a Jan VANČURA. *Koncept smrti u dětí: komponenty a determinanty. Československá psychologie: časopis pro teorii a praxi*. Praha: Psychologický ústav AV ČR, 2011; 55 (1): 38-48. ISSN 0009-062X. Dostupné z: <https://kramerius.lib.cas.cz/>

ONDŘIOVÁ, Iveta. 2019. *Modely umírání*. [Online]. [cit. 2021-01-16]. Dostupné z: www.seniorzone.cz

PLEVOVÁ, Ilona. *Ošetrovatelství II. 2.*, přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2019. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0889-3.

RASCHIKOVÁ, Klára. *Postoj všeobecné sestry k umírání a ke smrti*. Plzeň, 2020. bakalářská práce (Bc.). ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI. Fakulta zdravotnických studií

SLÁMA Ondřej. *Paliativní medicína a dobrá smrt. Vnitřní lékařství*. Praha: Česká lékařská společnost J. E. Purkyňe, o. s., 2014; 60 (Suppl 2): 75-79. ISSN 1801-7592. Dostupné z: www.prolekare.cz

SLÁMA, Ondřej, Ladislav KABELKA a Jiří VORLÍČEK. *Paliativní medicína pro praxi. 2.*, nezměn. vyd. Praha: Galén, c2011. ISBN 978-80-7262-849-0.

ŠPATENKOVÁ, Naděžda. *O posledních věcech člověka: vybrané kapitoly z thanatologie*. Praha: Galén, c2014. ISBN 978-80-7492-138-4.

ŠTEFAN, Jiří a Jiří HLADÍK. *Soudní lékařství a jeho moderní trendy*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3594-8.

TOMEŠOVÁ, Jana. 2016. Dříve vyslovené přání – předem vyslovený (ne)souhlas s poskytnutím léčby. [Online]. [cit. 2021-03-02]. Dostupné z: www.pravniprostor.cz

VYTEJČKOVÁ, Renata. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné II: speciální část*. Praha: Grada, 2013. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3420-0.

VOJTÍŠEK, Tomáš, Štěpánka KUČEROVÁ, Petr KYZLINK a Miloš SOKOL. Správný postup při indikaci a provádění pitev v České republice. Časopis lékařů českých. Praha: MeDitorial, s.r.o., 2016; 155 (7): 377-382. ISSN 1805-4420. Dostupné z: www.prolekare.cz

WILLIAMS, John Reynold. *Medical Ethics Manual*. 3rd edition 2015. Ferney-Voltaire: The World Medical Association, Inc. ISBN 978-92-990079-0-7. Dostupné z: www.wma.net

ŽALOUĐÍKOVÁ, Iva. *Dětské pojetí smrti*. Brno: Masarykova univerzita, 2015. ISBN 978-80-210-8104-8.

Seznam zkratek

FHS UTB – Fakulta humanitních studií - Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

LFHK – Lékařská fakulta v Hradci Králové

např. – například

tzv. – tak zvaný

tj. – to je

Seznam grafů

Graf č. 1 Pohlaví respondentů.....	37
Graf č. 2 Respondenty studovaný ročník.....	38
Graf č. 3 Respondenty studovaná škola	39
Graf č. 4 Respondenty absolvovaná střední škola	40
Graf č. 5 Typ bydliště respondentů	41
Graf č. 6 Délka vykonávání praxe ve zdravotnických zařízeních.....	42
Graf č. 7 Vztah respondentů k víře	43
Graf č. 8 Co pro respondenty znamená smrt	44
Graf č. 9 Co pro věřící a nevěřící respondenty znamená smrt.....	46
Graf č. 10 Znalost rituálů spojených se smrtí a umíráním.....	47
Graf č. 11 Znalost rituálů spojených se smrtí a umíráním u věřících a nevěřících respondentů	48
Graf č. 12 Vliv studia oboru všeobecná sestra na pohled na smrt	49
Graf č. 13 Vliv studia oboru všeobecná sestra na pohled na smrt u věřících a nevěřících respondentů	50
Graf č. 14 Strach respondentů ze smrti	51
Graf č. 15 Strach věřících a nevěřících respondentů ze smrti	52
Graf č. 16 Atributy strachu ze smrti respondentů 1. a 3. ročníku	54
Graf č. 17 Atributy strachu ze smrti respondentů 1. a 3. ročníku	57
Graf č. 18 Setkání respondentů se smrtí v rodině	58
Graf č. 19 Setkání věřících a nevěřících respondentů se smrtí v rodině	59
Graf č. 20 Setkání respondentů se smrtí během praxe ve zdravotnickém zařízení.....	60
Graf č. 21 Setkání věřících a nevěřících respondentů se smrtí během praxe ve zdravotnickém zařízení.....	61
Graf č. 22 Pocity respondentů ze setkání se smrtí během praxe ve zdravotnickém zařízení ...	62
Graf č. 23 Pocity věřících a nevěřících respondentů ze setkání se smrtí během praxe ve zdravotnickém zařízení.....	64

Graf č. 24 Změna přístupu respondentů k pacientům po setkání se smrtí během praxe ve zdravotnickém zařízení.....	65
Graf č. 25 Změna přístupu věřících a nevěřících respondentů k pacientům po setkání se smrtí během praxe ve zdravotnickém zařízení	66
Graf č. 26 Změna vnímání smrti respondenty po setkání se smrtí během praxe ve zdravotnickém zařízení.....	67
Graf č. 27 Změna vnímání smrti věřícími a nevěřícími respondenty po setkání se smrtí během praxe ve zdravotnickém zařízení.....	69
Graf č. 28 Obavy respondentů ze setkání se smrtí na oddělení	70
Graf č. 29 Obavy věřících a nevěřících respondentů ze setkání se smrtí na oddělení	71
Graf č. 30 Obtížnost vyrovnání se respondentů se smrtí.....	72
Graf č. 31 Obtížnost vyrovnání se věřících a nevěřících respondentů se smrtí.....	73
Graf č. 32 Zkušenost respondentů s péčí o umírajícího	74
Graf č. 33 Zkušenost věřících a nevěřících respondentů s péčí o umírajícího	75
Graf č. 34 Pocity respondentů z péče o umírajícího	76
Graf č. 35 Pocity věřících a nevěřících respondentů z péče o umírajícího	78
Graf č. 36 Kontakt respondentů s pacientem v terminálním stádiu	79
Graf č. 37 Kontakt věřících a nevěřících respondentů s pacientem v terminálním stádiu	80
Graf č. 38 Kontakt respondentů s mrtvým tělem na oddělení	81
Graf č. 39 Kontakt věřících a nevěřících respondentů s mrtvým tělem na oddělení	82
Graf č. 40 Připravenost respondentů na setkání se smrtí.....	83
Graf č. 41 Připravenost věřících a nevěřících respondentů na setkání se smrtí.....	84
Graf č. 42 Připravenost respondentů na péči o mrtvé tělo.....	85
Graf č. 43 Připravenost věřících a nevěřících respondentů na péči o mrtvé tělo.....	86
Graf č. 44 Názor respondentů na nemocničními zařízeními poskytovanou paliativní péči	87
Graf č. 43 Názor věřících a nevěřících respondentů na nemocničními zařízeními poskytovanou paliativní péči.....	88
Graf č. 46 Postoj respondentů k eutanazii	89

Graf č. 47 Postoj věřících a nevěřících respondentů k eutanazii	90
---	----

Seznam tabulek

Tabulka č. 1: Atributy strachu ze smrti respondentů	53
Tabulka č. 2: Atributy strachu ze smrti věřících a nevěřících respondentů	56

Seznam příloh

Příloha 1. Lékařská fakulta v Hradci Králové – Univerzita Karlova	114
Příloha 2. Fakulta humanitních studií – Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně	115
Příloha 3. Souhlas s dotazníkovým šetřením – ředitelka FHS UTB	116
Příloha 4. Souhlas s dotazníkovým šetřením – proděkan pro doktorské studijní programy a výuku bakalářských programů LFHK.....	117
Příloha 5. Souhlas s dotazníkovým – přednostka Ústavu nelékařských studií LFHK.....	118
Příloha 6. Zadání bakalářské práce	119
Příloha 7. Dotazník.....	123
Příloha 8. Charta práv umírajících	127

Příloha 1. Lékařská fakulta v Hradci Králové – Univerzita Karlova



Autor: Steven Hasrdlo

Příloha 2. Fakulta humanitních studií – Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně



Autor: Steven Hastrdlo

Příloha 3. Souhlas s dotazníkovým šetřením – ředitelka FHS UTB

Vážená paní

PhDr. et Mgr. Pavla Kudlová, Ph.D.
ředitelka
Ústav zdravotnických věd
Fakulta humanitních studií
Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Štefánikova 5670
760 01 Zlín

Věc: Žádost o povolení výzkumného šetření na Fakultě humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně

Vážená paní ředitelko,

Dovolujeme si Vás požádat o povolení výzkumného šetření na vašem ústavu, které by mělo být součástí závěrečné bakalářské práce studenta Stevena Hastrdlo, nar. 22. 6. 1999, posluchače 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetřovatelství, prezenční formy, Lékařské fakulty UK v Hradci Králové.

Cílem této práce je zjistit postoj ke smrti u studentů oboru všeobecná sestra a jejich zkušenosti se smrtí ve zdravotnických zařízeních. Výstupem práce bude komplexní zhodnocení výsledků.

Výzkumné šetření bude provedeno formou dobrovolného anonymního dotazníku. Závěrečná práce je zpracována pod odborným vedením doc. PhDr. Jany Kutnohorské, CSc, Ústav zdravotnických věd, Fakulta humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně

Výsledky šetření Vám rádi poskytneme.

Prosíme o sdělení Vašeho rozhodnutí

S pozdravem

Ve Zlíně

Steven Hastrdlo Pohoří 196 518 01 Dobruška Mobil: 732 361 310	PhDr. et Mgr. Pavla Kudlová, Ph.D. ředitelka Ústav zdravotnických věd Fakulta humanitních studií Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně Štefánikova 5670 760 01 Zlín
--	---

Vyjádření vedení instituce:

- Souhlasím
 Nesouhlasím

Datum:

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav zdravotnických věd -2-

Podpis a razítko

Příloha 4. Souhlas s dotazníkovým šetřením – proděkan pro doktorské studijní programy a výuku bakalářských programů LFHK

Vážený pane

prof. MUDr. RNDr. Milan Kaška, Ph.D.
proděkan pro doktorské studijní programy a výuku bakalářských programů
Lékařská fakulta v Hradci Králové
Šimkova 870,
500 03 Hradec Králové

V Hradci Králové dne^{6/4 2021}

Věc: Žádost o povolení výzkumného šetření na Lékařské fakultě v Hradci Králové

Vážený pane profesore,

Dovolujeme si Vás požádat o povolení výzkumného šetření na Vaší fakultě, jež by mělo být součástí závěrečné bakalářské práce studenta Stevena Hastrdlo, narozeného 22.6.1999, posluchače 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, prezenční formy, Lékařské fakulty UK v Hradci Králové.

Cílem této práce je zjistit postoj ke smrti u studentů oboru všeobecná sestra a jejich zkušenosti se smrtí ve zdravotnických zařízeních. Výstupem práce bude komplexní zhodnocení výsledků.

Výzkumné šetření bude provedeno formou dobrovolného anonymního dotazníku, který je přiložen k žádosti.

Závěrečná práce je zpracována pod odborným vedením doc. PhDr. Jany Kutnohorské, CSc., Ústav nelékařských studií, Lékařská fakulta v Hradci Králové.

Výsledky šetření Vám rádi poskytneme.

Prosíme o sdělení Vašeho rozhodnutí

S pozdravem

Steven Hastrdlo
Pohoří 196
518 01 Dobruška
Tel. : 732 361 310

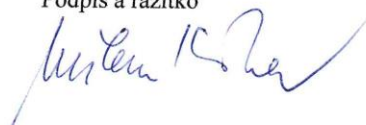
doc. PhDr. Jana Kutnohorská, CSc.,
Ústav nelékařských studií
Lékařská fakulta UK v Hradci Králové
Šimkova 870,
500 03 Hradec Králové
Tel: 604 182 985

Vyjádření vedení instituce:

- Souhlasím
 Nesouhlasím

Datum:

Podpis a razítko



Příloho 5. Souhlas s dotazníkovým – přednostka Ústavu nelékařských studií LFHK

Vážená paní

Mgr. Eva Vachková, Ph.D.
přednostka Ústavu nelékařských studií
Lékařská fakulta v Hradci Králové
Šimkova 870,
500 03 Hradec Králové

V Hradci Králové dne 1.4.2027

Věc: Žádost o povolení výzkumného šetření na Lékařské fakultě v Hradci Králové

Vážená paní doktorko,

Dovolujeme si Vás požádat o povolení výzkumného šetření na Vaší fakultě, jež by mělo být součástí závěrečné bakalářské práce studenta Stevena Hastrdlo narozeného 22.6.1999, posluchače 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetřovatelství, prezenční formy, LF UK v Hradci Králové.

Cílem této práce je zjistit postoj ke smrti u studentů oboru všeobecná sestra a jejich zkušenosti se smrtí ve zdravotnických zařízeních. Výstupem práce bude komplexní zhodnocení výsledků.

Výzkumné šetření bude provedeno formou dobrovolného anonymního dotazníku, který je přiložen k žádosti.

Závěrečná práce je zpracována pod odborným vedením doc. PhDr. Jany Kutnohorské, CSc., Ústav nelékařských studií, Lékařská fakulta v Hradci Králové.

Výsledky šetření Vám rádi poskytneme.

Prosíme o sdělení Vašeho rozhodnutí

S pozdravem

Steven Hastrdlo
Pohoří 196
518 01 Dobruška
Tel. : 732 361 310

doc. PhDr. Jana Kutnohorská, CSc.,
Ústav nelékařských studií
Lékařská fakulta UK v Hradci Králové
Šimkova 870,
500 03 Hradec Králové
Tel: 604 182 985

Vyjádření vedení instituce:

- Souhlasím
 Nesouhlasím

Datum:

Podpis a razítko

Mgr. Vachková Eva, Ph.D.

Univerzita Karlova
Lékařská fakulta v Hradci Králové
Ústav nelékařských studií
Šimkova 870, 500 03 Hradec Králové
IČO: 00216208 DIČ: CZ00216208
-323-

Příloha 6. Zadání bakalářské práce



UNIVERZITA KARLOVA
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ
Ústav sociálního lékařství
Oddělení ošetrovatelství
Šimkova 870, 500 03 Hradec Králové

Akademický rok: 2019/2020

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Jméno: Steven Hastrdlo
Obor: Všeobecná sestra, bakalářský studijní program Ošetrovatelství

Název tématu: Vnímání smrti u studentů oboru všeobecná sestra

Název tématu v anglickém jazyce: The perception of death by students of general nursing programs

Teze práce:

- *Teoretická část*
 - *Rozbor hlavních pojmů dané práce*
 - smrt, umírání, historie smrti, smrt v kontextu s vírou, paliativní péče, kardiopulmonální resuscitace, edukace
 - *Teoretické poznatky související s hlavními pojmy práce*
 - fáze umírání, známky umírání, známky smrti, postup při úmrtí pacienta, víra a spiritualita, péče o paliativního pacienta, zásady pro zahájení a ukončení kardiopulmonální resuscitace
 - *Dosavadní výzkumy v dané oblasti*

-ŠVEJKOVSKÁ, Andrea, 2017. Smrt z pohledu studenta [online]. Brno [cit. 2020-09-03]. Dostupné z: <<https://is.muni.cz/th/mtmii/>>. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. Vedoucí práce Natálie Beharková.

-NÝVLTOVÁ, Lucie, 2017. Postoje studentů oboru Zdravotně-sociální pracovník ke smrti [online]. Pardubice [cit. 2020-09-03]. Dostupné z: <<https://theses.cz/id/g066ri/>>. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce doc. PhDr. Marie Macková, PhD..

-PAVLÍČKOVÁ, Kristýna, 2016. Projekt kvalitativního výzkumu postojů studentů CARITAS- VOŠs Olomouc k umírání a smrti. [online] [cit. 2020-09-03]. Dostupné z: <<https://is.caritas-vos.cz/th/jjcu4/>>. Absolventská práce. CARITAS - Vyšší odborná škola sociální Olomouc. Vedoucí práce Petra Chovancová.

-KALÁBOVÁ, Iveta, 2013. Vnímání smrti u studentů oboru Porodní asistence [online]. Zlín [cit. 2020-09-03]. Dostupné z: <<https://theses.cz/id/n76xn9/>>. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií. Vedoucí práce doc. PhDr. Jana Kutnohorská, CSc..

- *Ošetrovatelské hledisko*

- *Ošetrovatelská péče o paliativního a zesnulého pacienta*

- *Empirická část*
 - *cíle výzkumu*
 - *Jak studenti oboru všeobecné sestry vnímají smrt a umírání?*
 - *Ovlivnilo setkání se smrtí studenty ve vnímání smrti a umírání?*
 - *Připravila výuka studenty dostatečně na setkání se smrtí?*
 - *Jak se studenti vyrovnávají se smrtí?*
 - *zkoumané okruhy problémů*
 - *smrt a umírání*
 - *zjistit zda jsou studenti dostatečně připraveni na setkání se smrtí ve zdravotnickém zařízení*
 - *zmapovat a porovnat rozdíly mezi pohlavím a studenty, kteří se již se smrtí setkali v domácím prostředí, zdravotnickém prostředí, nebo se se smrtí ještě nesečkali*
 - *typ zařízení, kde bude výzkum probíhat včetně předběžného souhlasu s možností provádět zde empirické šetření*
 - *Lékařská fakulta v Hradci Králové - Ano*
 - *Fakulta zdravotnických studií - Univerzita Pardubice - Ano*
 - *údaje o zkoumaných osobách*
 - *studenti v 2.-3. ročníku vysokých škol zdravotních, 60 respondentů*
 - *předpokládané výzkumné metody*
 - *dotazníkové šetření*
 - *způsob zpracování získaných dat*
 - *Microsoft Excel, Microsoft Word*

Odborná literatura: (5 – 7 citací dle normy)

HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2007. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. Praha: Galén. 244 s. ISBN 978-80-7262-471-3.

KISVETROVÁ, Helena a Jana KUTNOHORSKÁ, 2010. Umírání a smrt v historickém vývoji. *Kontakt* [online]. 12(2), 212-219 [cit. 5.9.2020]. ISSN 1212-4147. Dostupné z: https://kont.zsf.jcu.cz/artkey/knt-201002-0014_umirani-a-smrt-v-historickem-vyvoji.php

KÜBLER-ROSS, Elisabeth, 2015. *O smrti a umírání: co by se lidé měli naučit od umírajících*. Praha: Portál, 316 s. ISBN 978-80-262-0911-9.

KUTNOHORSKÁ, Jana a Pavla KUDLOVÁ, 2018. Důstojnost člověka v závěru života, fenomén naděje a empatie. *Paliativní medicína a léčba bolesti* [online]. 11(1-2e), 17-19 [cit. 5.9.2020]. ISSN 1339-4193. Dostupné z:

http://www.paliativnemedicina.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=9467&magazine_id=13

KUTNOHORSKÁ, Jana, Martina CICHÁ a Radoslav GOLDMANN, 2011. *Etika pro zdravotně sociální pracovníky*. Praha: Grada, 192 s. ISBN 978-80-247-3843-7.

KUTNOHORSKÁ, Jana, 2007. *Etika v ošetřovatelství*. Praha: Grada, 163 s. ISBN 978-80-247-2069-2.

MAREŠ, Jiří a Eva VACHKOVÁ, 2011. *Pacientovo pojetí nemoci I-III*. Brno: MSD, 146 s. ISBN 978-80-7392-191-0.

MAREŠ, Jiří a kol., 2018. *Individualizovaná péče o pacienta*. Brno: MSD, 120 s. ISBN 978-80-7392-304-4.

MAREŠ, Jiří a kol., 2018. *Individualizovaná péče o pacienta*. Brno: MSD, 120 s. ISBN 978-80-7392-304-4.

MUNZAROVÁ, Marta, 2005. *Zdravotnická etika od A do Z*. Praha: Grada, 153 s. ISBN 80-247-1024-2.

O'CONNOR, Margaret a Sanchia ARANDA, 2005. *Paliativní péče: pro sestry všech oborů*. Praha: Grada, 324 s. ISBN 80-247-1295-4.

STASKOVÁ, Věra, Valérie TÓTHOVÁ a Jaroslav KOŤA, 2019. *Odkaz Joyce E. Travelbee pro ošetřovatelství 21. století*. Praha: Grada Publishing, 135 s. ISBN 978-80-271-2206-6.

Předpokládaný vedoucí bakalářské práce:

doc. PhDr. Jana Kutnohorská, CSc.

Univerzita Karlova

Lékařská fakulta v Hradci Králové

Ústav sociálního lékařství

Oddělení ošetřovatelství

kutnohorskaj@lfhk.cuni.cz


kutnohorska.j@seznam.cz

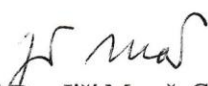
Mobil: +420 604 182 985

Datum odevzdání: **14 .09. 2020**

Podpis studentky/ta: 

Zadání bakalářské práce bylo schváleno dne: **17 .09. 2020**


Mgr. Eva Vachková, Ph.D.
vedoucí Oddělení ošetrovatelství
Ústavu sociálního lékařství


prof. PhDr. Jiří Mareš, CSc.
garant předmětu
Seminář k bakalářské práci

Kontakt na studentku/studenta

Akademický rok: 2019/2020

Jméno a příjmení:	Steven Hastrdlo	
Téma práce:	Vnímání smrti u studentů oboru všeobecná sestra	
Telefon, mobil:	732361310	
E-mailová adresa:	hastrdlosteven@gmail.com	
Kontaktní adresa	Ulice:	Pohoří 196
	Město:	Dobruška
	PSČ:	518 01
Zaměstnavatel – zdravotnické zařízení	Zdrav.zař.	
	Město:	
	PSČ:	

Příloha 7. Dotazník

Vážení studenti a studentky,

jmenuji se Steven Hastrdlo, studuji obor Všeobecná sestra na Lékařské fakultě v Hradci Králové. Tímto bych Vás chtěl požádat o vyplnění tohoto dobrovolného anonymního dotazníku, který mi bude sloužit jako podklad k zpracování bakalářské práce na téma „Vnímání smrti u studentů oboru Všeobecná sestra“.

Předem Vám děkuji za Váš čas.

1. Jaké je vaše pohlaví?

- Muž
- Žena

2. Ve kterém ročníku studia studujete?

- Ročník
- 3. ročník

3. Na jaké škole studujete?

- LFHK
- FHS UTB

4. Jaký typ střední školy jste absolvoval/a?

- Střední zdravotnická škola
- Gymnázium
- Jiné - uveďte:

5. Kde bydlíte?

- Obec do 3 tisíc obyvatel
- Město do 10 tisíc obyvatel
- Město nad 10 tisíc obyvatel

6. Jak dlouho vykonáváte praxi ve zdravotnických zařízeních?

- 1 rok
- 2 roky
- 3 roky
- 4 roky
- 5 let
- bez praxe

7. Jste věřící?

- Ano
- Ne
- Respektuji víru, ale nepraktikuji

8. Co pro Vás znamená smrt?

Lze zvolit více možných odpovědí.

- Přirozenou součástí života
- Konec života
- Přejít do posmrtného života
- Nevím
- Jiné - popište:

9. Jaké znáte rituály spojené se smrtí a umíráním?

Lze zvolit více možných odpovědí.

- Otevření okna
- Modlitba
- Jiné - popište:

10. Myslíte si, že studium oboru Všeobecná sestra ovlivnilo Váš pohled na smrt?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne

11. Máte strach ze smrti?

Lze zvolit více možných odpovědí. Pokud jste odpověděl/a ANO odpovězte na otázku č. 12. Pokud jste odpověděl/a NE odpovězte až na otázku č. 13.

- Ano, mám strach ze smrti obecně
- Ano, mám strach ze své smrti
- Ne

12. Čeho se nejvíce bojíte na smrti?

Uveďte:

13. Setkal/a jste se se smrtí v rodině?

- Ano
- Ne

14. Setkal/a jste se během praxe ve zdravotnickém zařízení se smrtí?

Pokud jste odpověděl/a ANO, odpovězte na otázku č. 15, 16, 17. Pokud jste odpověděl/a NE odpovězte až na otázku č. 18.

- Ano
- Ne

15. Jaké jste z toho měl/a pocity? Lze zvolit více možných odpovědí.

- Smutek
- Strach
- Bezmoc
- Jiné - uveďte:

16. Změnila tato zkušenost Váš přístup k pacientům?

- Ano
- Ne
- Nevím

17. Myslíte si, že setkání se smrtí ve zdravotnickém zařízení změnilo Vaše dosavadní vnímání smrti?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne

18. Obáváte se setkání se smrtí na oddělení?

- Ano
- Ne
- Neuvažoval/a jsem o tom

19. Je pro Vás obtížné vyrovnat se se smrtí jiných?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne

20. Byl/a jste svědkem péče o umírajícího?

Pokud jste odpověděl/a ANO, odpovězte prosím na otázku č. 21. Pokud jste odpověděl/a NE, odpovězte až na otázku č. 22.

- Ano
- Ne

21. Jaké jste z toho měl/a pocity?

Lze zvolit více možných odpovědí.

- Lítost
- Strach
- Bezmoc
- Jiné - uveďte:

22. Vyhýbáte se kontaktu s pacientem v terminálním stádiu?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne

23. Vyhýbáte se mrtvému tělu na oddělení?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne

24. Byl/a jste školou dostatečně připraven/a na setkání se smrtí?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne

25. Byl/a jste školou dostatečně připraven/a na péči o mrtvé tělo?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne

26. Myslíte si, že je v nemocničních zařízeních dostatečně poskytována paliativní péče?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne

27. Jste zastáncem eutanazie?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne

Příloha 8. Charta práv umírajících

Dokument Rady Evropy k péči o smrtelně nemocné

Ochrana lidských práv a důstojnosti smrtelně nemocných a umírajících (1999)

- 1 Posláním Rady Evropy je chránit důstojnost všech lidí a práva, jež z ní lze odvodit.
- 2 Pokrok medicíny umožňuje v současné době léčit mnohé dosud neléčitelné nebo smrtelné choroby, zlepšení lékařských metod a rozvoj resuscitačních technik dovolují prodlužování života lidského jedince a odsouvání okamžiku jeho smrti. V důsledku toho se však často nebere ohled na kvalitu života umírajícího člověka a na osamělost a utrpení jak pacienta, tak jeho blízkých a těch, kdo o něj pečují.
- 3 V roce 1976 deklarovalo Parlamentní shromáždění v rezoluci č. 613 své přesvědčení, že největším přáním většiny umírajících pacientů je zemřít pokojně a s důstojností, pokud možno za doprovodu příbuzných a přátel, s jejich útěchou a podporou. Ve svém doporučení 776 (1996) k tomu shromáždění dodalo, že „prodloužení života by nemělo být jediným cílem lékařské činnosti, jejíž snahou také musí být ukončit utrpení“.
- 4 Konvence o ochraně lidských práv a lidské důstojnosti s ohledem na aplikaci biologie a medicíny od té doby vyjádřila důležité zásady a připravila cestu, aniž se explicitně věnovala specifickým potřebám smrtelně nemocných nebo umírajících lidí.
- 5 Povinnost respektovat a chránit důstojnost všech smrtelně nemocných a umírajících osob je odvozena z nedotknutelnosti lidské důstojnosti ve všech obdobích života. Respekt a ochrana nacházejí svůj výraz v poskytnutí přiměřeného prostředí, umožňujícího člověku důstojné umírání.
- 6 Jak ukázaly mnohé současné i minulé zkušenosti s utrpením, je třeba tato opatření uskutečňovat zvláště v zájmu nejzranitelnějších členů společnosti. Právě tak, jako je člověk slabý a závislý na začátku svého života, potřebuje ochranu a podporu při umírání.
- 7 Základní práva odvozená z důstojnosti smrtelně nemocných nebo umírajících osob jsou dnes ohrožena mnoha faktory:
 - malou dostupností paliativní péče a kontroly bolesti,
 - častým zanedbáváním péče o tělesné utrpení a nedostatečným ohledem na psychologické, sociální a duchovní potřeby,
 - umělým prodlužováním procesu umírání, buď nepřiměřeným používáním léčebných prostředků, nebo pokračováním v léčbě bez pacientova souhlasu,
 - nedostatečným dalším vzděláváním a malou psychologickou podporou ošetřujícího personálu činného v paliativní péči,
 - nedostatečnou péčí věnovanou rodinným příslušníkům a přátelům smrtelně nemocné nebo umírající osoby, jež by mohly přispět ke zmírnění lidského utrpení v jeho různých dimenzích,
 - obavami nemocného ze ztráty autonomie, z úplné závislosti na příbuzných a institucích a z toho, že by mohl být na obtíž,
 - chybějícím nebo nevhodným sociálním a institucionálním prostředím, umožňujícím pokojné rozloučení s příbuznými a přáteli,
 - nedostatečnou alokací prostředků a zdrojů pro péči o smrtelně nemocné a umírající a pro jejich podporu,
 - sociální diskriminací, jaká je vlastní slabosti, umírání a smrti.
- 8 Shromáždění proto doporučuje, aby Výbor ministrů vyzval členské státy Rady Evropy, aby ve všech ohledech respektovaly a chránily důstojnost smrtelně nemocných nebo umírajících lidí, a to tím:

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

- aby zajistily, že bude paliativní péče uznána za zákonný nárok individua,
- aby byl všem smrtelně nemocným nebo umírajícím osobám dopřán rovný přístup k přiměřené paliativní péči,
- aby byli příbuzní a přátelé povzbuzováni, aby doprovázeli smrtelně nemocné a umírající a aby jejich snaha byla profesionálně podporována. Pokud se ukáže, že rodinná nebo soukromá péče nestačí nebo je přetěžována, musejí být k dispozici alternativní nebo doplňkové formy lékařské péče,
- aby ustavily ambulantní týmy a síť poskytování paliativní péče, které by zajišťovaly domácí péči vždy, pokud je možné pečovat o smrtelně nemocné nebo umírající ambulantně,
- aby zajistily spolupráci všech osob podílejících se na péči o smrtelně nemocného nebo umírajícího pacienta,
- aby vyvinuly a vyhlásily kvalitativní normy pro péči o smrtelně nemocné nebo umírající,
- aby zajistily, že smrtelně nemocné a umírající osoby, pokud si nebudou přát jinak, dostanou přiměřenou paliativní péči a tišení bolesti, i kdyby tato léčba měla u příslušného jedince přispívat ke zkrácení života,
- aby zajistily, že ošetrující personál bude vyškolen a veden tak, aby mohl každému smrtelně nemocnému nebo umírajícímu člověku poskytnout v koordinované týmové spolupráci lékařskou, ošetrovatelskou a psychologickou péči v souladu s nejvyššími možnými standardy,
- aby založily další a rozšířily stávající výzkumná, výuková a doškolovací centra pro obor paliativní medicíny a péče, stejně jako interdisciplinární thanatologie,
- aby zajistily alespoň ve větších nemocnicích vybudování specializovaných oddělení paliativní péče a thanatologických klinik, které by mohly nabídnout paliativní medicínu a péči jako integrální součást každé lékařské činnosti,
- aby zajistily, že bude paliativní medicína a péče ukotvena ve veřejném vědomí jako důležitý cíl medicíny.

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

- aby se prosadilo právo smrtelně nemocné nebo umírající osoby na upřímnou srozumitelnou, ale citlivě podanou informaci o jejím zdravotním stavu, a aby při tom bylo respektováno přání jedince, který nechce být informován,
- aby měla každá smrtelně nemocná nebo umírající osoba možnost konzultovat ještě jiné lékaře než svého pravidelně ošetrujícího,
- aby bylo zajištěno, že žádná smrtelně nemocná nebo umírající osoba nebude ošetřována a léčena proti své vůli, že při svém rozhodování nebude ovlivňována nikým jiným, a že na ni nebude činen nátlak. Musejí být zvážena taková opatření, aby takové rozhodnutí nebylo učiněno pod ekonomickým tlakem,
- aby bylo zajištěno, že bude respektováno odmítnutí určitého lékařského postupu, vyjádřené v písemném projevu vůle, v „pořízení smrtelně nemocné nebo umírající osoby, která již nebude aktuálně schopná se vyjádřit. Dále musí být zajištěno, aby byla stanovena kritéria platnosti takových prohlášení, pokud jde o rozsah předem vyjádřených pokynů, ale i pokud jde o jmenování zmocněnců a rozsah jejich pravomocí. Rovněž musí být zajištěno, že rozhodnutí učiněná zmocněncem v zastoupení nemocného neschopného se vyjádřit, a která se opírají o předchozí vyjádření vůle nebo o předpokládanou vůli nemocného, budou uznána jen tehdy, když v nastalé akutní situaci nemocný sám svou vůli nijak neprojeví nebo když ji není možno poznat. V takovém případě musí být jasná

souvislost s tím, co příslušná osoba říkala v době krátce před okamžikem rozhodování, nebo přesněji krátce než začala umírat, a to v odpovídající situaci, bez cizího ovlivnění a nátlaku, a ještě při zachovaných duševních schopnostech. Konečně má být zajištěno, aby nebyla respektována zástupná rozhodnutí, jež se opírají jen o všeobecné hodnotové soudy platné v příslušné společnosti, aby ve sporných případech bylo rozhodnuto ve prospěch života a jeho prodloužení.

- aby bylo zajištěno, že výslovná přání smrtelně nemocné nebo umírající osoby týkající se určitých léčebných postupů budou respektována bez ohledu na zásadní terapeutickou odpovědnost lékaře, pokud nejsou v rozporu s lidskou důstojností,
- aby bylo zajištěno, že v případě, kdy není k dispozici předchozí vyjádření vůle pacienta či pacientky, nebude porušeno jeho právo na život. Musí být vytvořen katalog léčebných úkonů, které musejí být poskytovány za všech okolností a jež nesmí být zanedbány,
- že zachovávají předpis zakazující úmyslné usmrcení smrtelně nemocných nebo umírajících osob a že zároveň:
 - uznají, že právo na život, zejména ve vztahu k smrtelně nemocným a umírajícím osobám, je členskými státy garantováno v souladu s článkem 2) Evropské úmluvy o lidských právech, který říká, že „nikdo nemá být úmyslně zbaven života“;
 - uznají, že přání zemřít vyjádřené smrtelně nemocnou nebo umírající osobou, samo o sobě nezakládá legální ospravedlnění činností, úmyslně způsobujících smrt.

Kutnohorská, 2007, s. 121-124