



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

**Přípravenost studentů na setkání s péčí o umírající
pacienty a se smrtí**

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Studijní program:

OŠETŘOVATELSTVÍ

Autor: Bc. Inka Kratochvílová

Vedoucí práce: Mgr. Věra Olišarová, Ph.D.

České Budějovice 2020

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem svoji diplomovou práci „*Přípravenost studentů na setkání s péčí o umírající pacienty a se smrtí*“ vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě, fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 15. 6. 2020

.....
Inka Kratochvílová

Poděkování

Ráda bych poděkovala vedoucí své práce Mgr. Věře Olišarové, Ph.D., za odborné vedení, cenné rady, ochotu a neutuchající optimismus. Dále bych chtěla poděkovat respondentům, kteří mi věnovali svůj čas a byli ochotni poskytnout informace do empirické části práce. V neposlední řadě bych ráda poděkovala PhDr. Petru Sadílkovi za pomoc při zpracování dat do empirické části diplomové práce a Hospici sv. Jana N. Neumanna, o. p. s., za laskavé zapůjčení studijních materiálů.

Připravenost studentů na setkání s péčí o umírající pacienty a se smrtí

Abstrakt

Tato diplomová práce si klade za cíl zmapovat současný stav připravenosti studentů nelékařských zdravotnických oborů na setkání s péčí o umírající pacienty a se smrtí. Na základě stanoveného cíle byly formulovány následující hypotézy: H₁: U zvolených oborů se liší připravenost studentů na setkání s péčí o umírající pacienty a se smrtí. H₂: S věkem studentů se liší připravenost studentů na setkání s péčí o umírající pacienty a se smrtí. H₃: S délkou praxe studentů se liší připravenost studentů na setkání s péčí o umírající pacienty a se smrtí. H₄: U pregraduálního a postgraduálního studia sester se liší připravenost studentů na setkání s péčí o umírající pacienty a se smrtí. H₅: Na základě předchozí zkušenosti s terminálně nemocným pacientem se liší připravenost studentů na setkání s péčí o umírající pacienty a se smrtí.

V empirické části této diplomové práce byla použita metoda kvantitativního výzkumu za pomoci dotazníku, který byl distribuován mezi studenty vybraných oborů ZSF JU. Výzkumné šetření k diplomové práci bylo realizováno v rámci řešení týmového grantového projektu GAJU – Využití měřicích nástrojů v ošetrovatelství (058/2018/S). Dotazník měl dvě části. Nestandardizovaná část byla zaměřena na zjištění základních identifikačních údajů respondentů, informací spojených s přístupem a zkušeností studentů s umíráním a se smrtí nejenom u pacientů, s výukou paliativní péče v rámci přípravy studentů na ZSF JU. Druhou část dotazníku tvořil standardizovaný nástroj „Hodnocení postoje k péči o umírající podle Frommeltové (FATCOD-B)“, obsahující 42 otázek. Získané vyplněné dotazníky byly po optické kontrole zadávány do programu SASD. V něm a také v programu SPSS byla provedena následná analýza dat s využitím prvního a druhého stupně třídění.

Během výzkumu se potvrdilo, že se u zvolených oborů, s věkem a s délkou praxe liší připravenost studentů na setkání s péčí o umírající pacienty a se smrtí. Naopak se nepotvrdilo, že by se lišila připravenost studentů na setkání s péčí o umírající pacienty a se smrtí u pregraduálního a postgraduálního studia sester a na základě předchozí zkušenosti s terminálně nemocným pacientem.

Výsledky výzkumného šetření odhalují slabiny v připravenosti studentů na setkání s péčí o umírající pacienty a se smrtí zejména v oblasti praktické aplikace získaných teoretických poznatků. Studenti se v dotazníku vyjádřili, že mají strach, cítí úzkost

a neví, jak komunikovat při péči o umírající a zemřelé. Na tyto a další problémy vyplývající z výzkumu reagujeme výstupem z práce ve formě návrhu vyučovacího předmětu, který by měl přispět ke zlepšení jejich připravenosti.

Klíčová slova

FATCOD-B; ošetrovatelská péče; paliativní péče; připravenost studentů; smrt; umírající pacient.

Preparedness of Students for Encountering the Care for Dying Patients and Death

Abstract

The thesis aims to map the current state of preparedness of students of non-physician medical disciplines for meeting with the care for dying patients and death. On the basis of the set objective the following hypotheses were formed: H₁: At the chosen disciplines, the preparedness of the students for meeting with the care for dying patients and death differs. H₂: With age of the students, the preparedness of the students for meeting with the care for dying patients and death differs. H₃: With the length of the practice of the students, the preparedness of the students for meeting with the care for dying patients and death differs. H₄: At undergraduate and postgraduate study of nurses, the preparedness of the students for meeting with the care for dying patients and death differs. H₅: On the basis of previous experience with terminally ill patient, the preparedness of the students for meeting with the care for dying patients and death differs.

In the empirical part of the thesis was used the method of quantitative research using survey which was distributed among the students of the chosen disciplines at Faculty of Health and Social Sciences, University of South Bohemia in České Budějovice. The research connected with the thesis was realized within solution of the team grant project of Grant Agency of University of South Bohemia in České Budějovice - Utilization of Measuring Tools in Nursing (058/2018/S). The survey had two parts. Non-standardized part was focused on finding out of the basic identification data of respondents, information connected with approach and experience of the students with dying and with death not only of patients, with teaching of the palliative care within preparation of students at Faculty of Health and Social Sciences, University of South Bohemia in České Budějovice. The second part of the survey was made up of standardized tool "Frommelt Attitude Toward Care of the Dying Scale (FATCOD-B)" containing 42 questions. The gathered filled in surveys were after optical inspection entered into the program SASD. In it and also in the program SPSS were then conducted subsequent data analysis with utilization of the first and the second level of sorting.

During the research it was confirmed that at the chosen disciplines, with age and with the length of practice the preparedness of students for meeting with the care for dying and death differs. On the contrary it was not confirmed that the preparedness of the students for meeting with the care for dying patients and death at undergraduate and postgraduate study of nurses and on the basis of previous experience with terminally ill patient would differ.

The results of the research reveal weaknesses in the preparedness of the students for meeting with the care for dying patients and death especially in the area of practical application of obtained theoretical knowledge. The students in survey expressed that they are afraid, feel anxious and do not know how to communicate in caring for the dying and dead. To these and other problems we react in the thesis output in the form of the university subject that should help to improve their preparedness.

Keywords

Death; dying patient; FATCOD-B; nursing care; palliative care; preparedness of the students.

Obsah

Úvod.....	10
1 Současný stav	11
1.1 Problematika umírání a smrti	11
1.2 Profesní příprava studentů na setkání s umíráním a se smrtí	19
1.2.1 Všeobecná sestra	19
1.2.2 Zdravotnický záchranář	21
1.2.3 Porodní asistentka	23
1.2.4 Pediatrické ošetřovatelství	25
1.2.5 Ošetřovatelství ve vybraných klinických oborech.....	25
1.3 Možnosti celoživotního vzdělávání v oblasti umírání a smrti	27
1.4 Nástroje pro hodnocení připravenosti studentů na setkání s umíráním a se smrtí	31
1.5 Role v problematice umírání a smrti dle oborů.....	34
1.5.1 Všeobecná sestra.....	35
1.5.2 Zdravotnický záchranář	36
1.5.3 Porodní asistentka	36
1.5.4 Pediatrické ošetřovatelství	37
1.5.5 Ošetřovatelství ve vybraných klinických oborech.....	37
2 Cíl a hypotézy.....	38
2.1 Cíl práce	38
2.2 Hypotézy	38
3 Operacionalizace pojmů	39
4 Metodika.....	41
4.1 Metoda sběru dat.....	41
4.2 Charakteristika výzkumného souboru.....	43

4.3	Zpracování dat.....	44
5	Výsledky.....	46
6	Diskuze.....	81
7	Doporučení pro praxi.....	89
	Závěr.....	96
	Seznam literatury.....	97
	Seznam příloh.....	104
	Seznam grafů.....	105
	Seznam tabulek.....	106
	Seznam zkratk.....	107
	Přílohy.....	108

Úvod

Paliativní péče v poslední době zažívá obrovský boom, avšak není jen módní záležitostí, jak si někteří lidé myslí (bohužel i odborníci). V zámoří je již řadu let součástí běžné praxe, u nás je však spíše výjimkou. Během své odborné praxe v nemocnici jsem měla několikrát příležitost být svědkem umírání pacienta. A bylo to velmi smutné nejenom kvůli smrti jako takové, ale především kvůli přístupu zdravotníků. Nedostatek personálu, empatie, času a absence nemocniční paliativní péče, to jsou negativními faktory, které dělají z umírání v nemocničním prostředí velmi bolestivou událost. Oproti tomu jsem zažila příklad vynikající praxe v hospici. Moje zkušenost přesně reflektuje současný stav v ČR. Paliativní i hospicová péče se rozvíjí zejména prostřednictvím nestátních neziskových organizací. Nelze jednoznačně říct, jaké prostředí a přístup k péči o umírajícího pacienta je nejlepší. Vše by se mělo odvíjet od individuálních preferencí jednotlivce a jeho rodiny. Ať už však pacient stráví poslední chvíle kdekoliv, je důležité, aby měl dostatečný a patřičný přístup k paliativní péči, což prozatím v ČR není samozřejmostí.

Jelikož je péče o umírající pacienty holistická, vysoce individualizovaná a orientovaná na specifická přání a potřeby pacienta a jeho blízkých, nese s sebou také vysoké nároky na zdravotnický personál. Z tohoto hlediska je nutné, aby byla zajištěna kvalitní profesní příprava a příliv odborníků pro tento obor.

Práce je zaměřena na připravenost studentů na setkání s péčí o umírající pacienty a se smrtí, což je mezioborové téma. S tímto druhem péče se může setkat student kteréhokoliv oboru na kterémkoliv oddělení, proto by tomuto tématu měla být věnována patřičná pozornost při profesní přípravě zdravotnických nelékařských pracovníků. Je samozřejmé, že některé profese budou do budoucna vyžadovat o něco větší znalosti dané oblasti (např. všeobecná sestra v hospici či zdravotnický záchranář na anesteziologicko-resuscitačním oddělení), ale minimálně bazální znalost by měli mít všichni budoucí absolventi. Jak na tom aktuálně studenti jsou, ukáže empirická část práce.

1 Současný stav

1.1 Problematika umírání a smrti

Začneme-li tématem pojetí smrti, je nutno uvést, že současný trend se odklání od tabuizace umírání a smrti, jako tomu bývalo v nedávné minulosti. Dříve umírali lidé více v domácím prostředí a často v produktivním věku, takže prožitek a emoce blízkých, kteří byli v přímém kontaktu se smrtí, byly odlišné, a nebrali toto téma jako tabu. Postupným vývojem zdravotnictví došlo k přesunu umírajících z domácího do zdravotnického prostředí. Tím lidé kontakt se smrtí ztráceli a postupně došlo k její tabuizaci. V současnosti se s rozvojem paliativní péče a její medializací téma smrti opět rozšiřuje do povědomí lidí, přestože se laická veřejnost se smrtí z důvodu poklesu mortality tolik neseškává. A pokud ke smrti dojde, pak převážně v některé ze zdravotnických institucí (80–92 %), a to většinou u pacientů vyššího věku (Bártlová, 2005). V poslední době došlo k velkému rozvoji v oblasti paliativní péče, avšak na osvětě je ještě třeba pracovat nejen u laické veřejnosti, ale i v řadách zdravotníků. Nezbytnost osvětě i mezi odborníky lze doložit také tím, že zákonem byl termín hospic vymezený až v roce 2011, a to v § 44a zák. č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách (Česko, 2011b). A přitom se v Jihočeském kraji již od listopadu 2005 nacházel Hospic sv. Jana N. Neumanna, o.p.s., v Prachaticích (Pracovní skupina ke Koncepci paliativní péče v Jihočeském kraji, 2018). Můžeme zmínit i to, že vůbec první hospic na území ČR byl založen již v roce 1994 zakladatelkou hospicového hnutí MUDr. Marií Svatošovou v Červeném Kostelci (Hospic Anežky České, 2020). Dalším argumentem je skutečnost, že v některých případech není existence ambulance paliativní péče praktickým lékařům vůbec známá, a proto jejich spolupráce prakticky neexistuje (Pracovní skupina ke Koncepci paliativní péče v Jihočeském kraji, 2018).

Základní definicí smrti je, že se jedná o proces zániku živého organismu na základě biologických zákonitostí přirozenou cestou nebo v důsledku násilného zásahu, který nezvratně poškodí jeho funkce (Nešpor, 2017).

Problematiku umírání a smrti můžeme definovat z mnoha úhlů pohledu, pro naše účely jsou nejdůležitější hlediska lékařská a sociologická. Z **lékařského** hlediska má smrt několik kritérií: „*ztráta reakcí organismu na okolí, úplné zrušení všech reflexů a ztráta svalových pohybů, zástava dýchání, pokles tlaku krve v tepnách, absolutně*

lineární encefalografická křivka, zástava činnosti mozku a ztráta vědomí“ (Bártlová, 2005, s. 58). Avšak přesné určení okamžiku smrti je velmi obtížné. Stejně tak je „*obtížné oddělit smrt jakožto biologický konec integrované bytosti od ukončení jiných biologických forem lidské existence*“ (například potrat) (Nešpor, 2017). Z hlediska **sociologického** je smrt „*sociální událost, čímž rozumíme způsob, jakým společnost „organizuje“ smrt*“ (Bártlová, 2005, s. 58). Někdy může nastat situace, kdy je pacient biologicky mrtvý, avšak jeho blízcí se s tímto faktem nechtějí smířit – nedošlo ještě k sociální smrti (Bártlová, 2005).

Pod pojmem **smrt** si zřejmě většina z nás představí jediné, a sice jakýsi druh „ukončení“ nebo bychom mohli říci milník, zatímco pro proces **umírání** existují různé představy. Mohou se lišit na základě našich zkušeností a zážitků. Někdo si představí umírání jako přirozený proces například u seniora ve vysokém věku, který může být polymorbidní a s jehož smrtí je okolí relativně smířené. Ale může také dojít ke smrti náhlé u mladého člověka, například při autonehodě. Stane se tak při jeho plném zdraví a okolí není na takovou zprávu ani v nejmenším připravené. Mohou se také lišit naše představy o místě, kde bychom mohli nebo chtěli umírat. Někdo může preferovat domácí prostředí, jiný vidí jako nejlepší možnost zdravotnické zařízení (například hospic). Na čem se asi shodneme, je to, že si každý představuje a přeje umírání bezbolestné a důstojné, na což i cílí koncepce ošetrovatelství. Většinou se lidé bojí více právě bolestivého a dlouhého umírání než samotné smrti (Ptáček et al., 2011). Pojem umírání se poslední dobou velmi často pojí se slovem lidská **důstojnost**, důstojnost pacienta. Jedná se o ryze individuální záležitost, ovšem se společným základem pro všechny. V některých situacích je těžké ji naplnit v maximální možné míře, nelze ji ovlivnit ani pomocí financí. Ptáček et al. (2011) upřesňují vnitřní (inherentní) důstojnost, kterou má každý člověk již na základě toho, že je člověk. Nemůže být získána ani ztracena, nemůže narůstat, ale ani se zmenšovat. Neodvívá se tedy od schopností, výkonu, bohatství, moci, inteligence, věku ani zdravotního stavu (Ptáček et al., 2011). Lidská důstojnost je často užívaný termín v kontextu zdravotnické etiky, přesto je málokdy dostatečně vymezen a je vnímán jako samozřejmě známý koncept. Nejčastěji se ovšem o důstojnosti hovoří, až když je ohrožena či pošlapána (Heřmanová et al., 2012).

K paliativní péči by měli mít přístup všichni umírající a nevyлéčitelně nemocní, nikoliv pouze hospicoví pacienti. Dobrou paliativní péči by tak měl být schopen poskytnout každý zdravotník (Marková, 2010). Jak jsou však na tuto roli připraveni

budoucí profesionálové v oboru? Jak uvádí Smothers et al. (2018), zdravotničtí pracovníci se mohou setkat s umírajícím pacientem na jednotkách intenzivní péče, v zařízeních poskytujících paliativní a hospicovou péči, ale stejně tak i na kterémkoliv jiném nemocničním oddělení. Taková situace může nastat, pokud nedojde k včasnému a vhodnému transportu na odpovídající oddělení, a to většinou vlivem nedostatku znalostí potřebných k vyhodnocení situace (Smothers et al., 2018). Sestry pracující na jednotkách intenzivní péče velmi často nedisponují potřebnými znalostmi o možnostech hospicové a paliativní péče. Naopak se stále více ukazuje, že sestry působící v hospicových zařízeních jsou v oblasti terminální péče mnohem zkušenější, ale bohužel mnoho pacientů obdrží informace o možnosti této péče příliš pozdě, pokud vůbec nějaké získají. Stejně tak nejsou pacienti obvykle edukováni o tom, že mohou využít domácí hospicovou péči, což by naplnilo jejich časté přání umírat doma (Fischer et al., 2013). Obecně tedy můžeme říct, že se jeví jako velmi důležité vzdělávat sestry v péči o umírající z nutnosti zkvalitnit jejich znalosti a dovednosti v rámci poskytování této péče, ale také z důvodu edukace pacienta a jeho rodiny (Smothers et al., 2018).

Studenti ošetrovatelství jsou obvykle během výuky seznámeni s chronickými nemocemi, u kterých je důraz kladen na léčbu a uzdravení. Samozřejmě je zde mnoho nemocí, které léčit nelze. V takovém případě se většinou pacientovi diagnóza sdělí až po rozvinutí nemoci, kdy jeho stav již není léčitelný a kdy se nachází ve stadiu paliativní péče. V tuto těžkou chvíli je u pacienta sestra, od které se očekává dostatek znalostí a jistoty vést dialog. Právě sestry pracující v akutní péči jsou často přítomny exacerbaci symptomů a potýkají se také s jejich managementem. Znamená to, že příprava na paliativní péči je vyžadována na úrovni všech oborů napříč odděleními. Proto je důležité se zaměřit na zlepšení pregraduálního vzdělávání zdravotníků tak, aby byli připraveni na situace spojené s poskytováním paliativní péče v rámci multidisciplinárního týmu, ještě než se stanou jeho členy (Ferrell et al., 2018).

Z dlouhodobých statistik vyplývá, že mezi nejčastější onemocnění vedoucí ke smrti stále patří onemocnění kardiovaskulární, dýchací a zažívací soustavy, onkologická onemocnění, ale na druhou stranu také traumata či otravy (ÚZIS ČR, 2019). Například pacientů s vážnými chronickými nemocemi, jako je třeba pokročilé stadium onkologického onemocnění, kteří potřebují paliativní péči, je celosvětově více než 19 milionů (Connor a Sepulveda Bermedo, 2014).

Neodmyslitelnou součástí problematiky umírání a smrti je téma paliativní péče. WHO (Světová zdravotnická organizace) uvádí, že se jedná o přístup, který usiluje o zlepšení kvality života pacientů a rodin, kteří čelí problémům spojeným s život ohrožujícím onemocněním, a to prostřednictvím prevence a zmírňování utrpení včasnou identifikací a dokonalým zhodnocením, léčbou a mírněním bolesti a dalších problémů fyzických, psychosociálních i duchovních (WHO, 2002).

Velké podpory se paliativní péči v ČR dostává od Nadačního fondu Avast. V roce 1988 Pavel Baudiš a Eduard Kučera spolu založili družstvo, pod jehož hlavičkou začali distribuovat první program Avast! antivirus. Po změně vládního režimu v roce 1991 byla založena firma ALWIL Software, která později dala vzniknout firmě Avast. Nyní má více než 400 milionů uživatelů na celém světě. Firmě se velice dařilo, a tak mohl být v roce 2010 být vytvořen Nadační fond Avast, který se od té doby věnuje charitativní filantropii a podporuje potřebné v České republice. Jeho cílem je podpora systémových změn v oblasti rozvoje péče v období na konci života a rodin dětí s postižením. Hodnoty, které vyzdvihuje, jsou kvalita lidského života, soběstačnost a právo člověka svobodně rozhodovat o životě. Až dosud darovala firma Avast přes půl miliardy korun do fondu, z toho 100 milionů korun na podporu paliativní péče (rozvoj ve 46 nemocnicích, hospicích a dalších zdravotních a sociálních zařízeních) a více než 50 milionů korun na podporu dětí se zdravotním znevýhodněním (Avast Foundation Czech Republic, 2019). „*V českých nemocnicích umírá ročně 65 tisíc lidí. V USA má 80 % nemocnic vlastní paliativní program, u nás je to méně než 5 %, většina lidí tak umírá v nemocnicích bez přístupu k paliativní péči*“ (Avast Foundation Czech Republic, 2019). Na toto zjištění reagoval fond Avast tak, že nabídl nemocnicím v celé ČR možnost zapojit se s nimi do projektu na rozšíření paliativní péče. Z Jihočeského kraje se zapojila pouze nemocnice v Jindřichově Hradci, která získala dotaci 2 000 000 Kč (Avast Foundation Czech Republic, 2019). V současné době je to tedy jediná jihočeská nemocnice, která disponuje alespoň dvěma lůžky na oddělení sociální a paliativní péče s tím, že počet lůžek plánuje v nejbližší době rozšířit (Váchová, 2017).

Ze statistik vyplývá, že 67,7 % pacientů umírá ve zdravotnickém zařízení a 27,1 % doma či v zařízení sociálních služeb. Ostatní pacienti umírají buď na ulici, při převozu nebo údaj nebyl zjištěn. Ve výčtu zdravotnických zařízení vede nemocnice (téměř 40 %), dále fakultní nemocnice (téměř 9 %) a léčebny dlouhodobě nemocných (7,3 %) atd. Zajímavým faktem je podíl zemřelých v hospicích, a to pouze 2,4 %, což je dáno demografickými faktory. Z těchto dat vycházejí veškeré snahy o podporu rozvoje

nemocniční paliativní péče, protože největší počet pacientů umírá právě v nemocničním prostředí (ÚZIS, LPZ a NRHOSP 2011–2016, 2017).

V literatuře se dnes již běžně objevuje termín medicinalizace smrti. Jedná se o fenomén, který jde ruku v ruce s rozvojem poznatků v oblasti medicíny. Je to způsob, jakým se aspekty lidského života převádějí do profesní lékařské sféry (jsou označeny lékařskou terminologií, jsou brány jako lékařské problémy a měly by být řešeny lékařskou intervencí). Kritici medicinalizace se snaží, aby tyto aspekty (například narození a smrt) byly ponechány jako soukromé záležitosti s limitovanými lékařskými zákroky (Bártlová, 2006).

Nedílnou součástí tematiky smrti je komunikace mezi pacientem, jeho blízkými a zdravotnickým personálem, ať už sestrou, či lékařem. Jedná se o zásadní dovednost, kterou by měl mít zdravotnický personál pracující ve sféře paliativní péče. Glaser a Strauss publikovali v roce 1965 výzkum zaměřený na způsoby zacházení s umírajícími ve spojení se začleňováním, nebo naopak eliminováním poznatku o blízkosti smrti v průběhu interakce se zdravotnickým personálem. Na základě výzkumu byly typy vzájemné komunikace rozděleny dle **vědomého kontextu**, tedy podle toho, co každý zúčastněný ví o stavu pacienta. Můžeme rozlišit 4 skupiny vědomého kontextu. Za prvé jde o uzavřené uvědomění, kdy personál ví vše, naopak pacient nic. Krátkodobě přináší emocionální a interaktivní úlevu. Druhé je podezřivé uvědomění, kdy má pacient podezření, že zemře, ale personál ho plně neinformoval. Za třetí se jedná o uvědomění oboustranného klamání. Pacient i personál ví vše, ale navzájem si to nepřiznají, což krátkodobě přináší emocionální a interaktivní úlevu. Čtvrté je otevřené uvědomění, při němž pacient i personál ví vše, vědomosti si předávají a reálně vyhodnocují. Jeví se jako nejvhodnější nápomocná forma vztahu k umírajícímu, jelikož první tři jmenované formy mohou vytvořit dlouhodobě nesnesitelnou zátěž (Bártlová, 2005).

V roce 1968 stanovili autoři Glaser a Strauss **7 kritických bodů** (critical junctures) – sociální fáze, kterými procházejí umírající. **První bod** nastává ve chvíli, kdy personál označí pacienta jako umírajícího. V případě uzavřeného uvědomění k tomu dojde, aniž by o tom pacient věděl. Následuje ztráta sociálního statusu, přičemž se z umírajícího pacienta stává osoba bez naděje i budoucnosti a dostává se do společenského zařazení do kategorie „neosobní“ (non-person). **Druhý bod** přichází v době, kdy se pacientovi blízcí začnou emocionálně a prakticky připravovat na jeho smrt. Pokud je pacient v kontextu otevřeného uvědomění, pak se také může emocionálně přizpůsobit dané

situaci. **Třetí bod** bývá označován jako fáze „už se nedá nic dělat“. V tomto bodě probíhají zvolněné přípravy konečné fáze života, avšak pacient ještě není zcela v terminální části fáze skonu. Někdy dochází k tomu, že se v tomto bodě zdravotnický personál vyhýbá blízkému kontaktu s pacientem, u něhož může být vidět depersonalizace. Následující 4 body se mohou překrývat, protože tvoří závěrečnou část života. **Čtvrtý bod** je nazýván jako „poslední sestup“, trvá několik dní či hodin. Důležitou součástí tohoto bodu je změna postupů ve zdravotnickém zařízení, například můžeme pacienta umístit na samostatný pokoj, může být vyžadována intenzivnější péče, včetně předpisu léků na tlumení bolesti, v neposlední řadě může také dojít k prodloužení návštěvní doby pro blízké osoby. „V posledních hodinách“ přichází **pátý bod**, během kterého může být uděleno poslední pomazání nebo jiný náboženský obřad. **Šestým bodem** je čekání na smrt. V tomto bodě může být u lůžka pacienta neustále přítomna osoba blízká, nebo lze na tuto péči vyčlenit speciální sestru, jež mu poskytuje individuální péči a také mu dělá společnost. **Posledním bodem** je příchod smrti, na kterou navazují kulturní rituály a organizační formalities. Takto je připravena cesta pro umírajícího pacienta, aby sehrál svoji sociální roli v institucionalizovaném umírání. Ovšem mohou nastat problémy, pokud se trajektorie konečného propadu pacienta zpomalí či zrychlí. Tyto problémy vyvstávají poměrně často, jelikož se těžko odhaduje, jaká bude trajektorie u daného pacienta. Můžeme sem zařadit problémy blízkých osob s narušením emocionální strategie nebo zmatek v administrativních záležitostech na oddělení (Bártlová, 2005).

Zajímavé výsledky výzkumu uveřejnil David Sudnow v roce 1967. Výzkum probíhal v USA ve veřejné nemocnici na oddělení neodkladné péče, kde byly sledovány interakce mezi zdravotnickým personálem a umírajícími pacienty. Sudnow poukázal na fakt, že existuje „**společenská nerovnost**“ v umírání a smrti. Vyšlo totiž najevo, že zdravotnický personál promítá prestiž a charakter pacienta do úsilí při oživování. Více úsilí tedy investovali do oživování pacientů, které vnímali jako mladé nebo bohaté. Menší úsilí investovali do těch, o kterých si mysleli, že jsou staří nebo mají nízký sociální status (například alkoholici, drogově závislí, prostitutky, násilníci či zjevní sebevrazi). V praxi se to projevovalo tím, že se například snažili 11 hodin oživovat dítě, které vykazovalo známky smrti, jako jsou nečinnost srdce a dechu. Na druhé straně pokud byla přivezena starší žena se stejnými známkami smrti, byla ihned prohlášena za mrtvou. Na tento výzkum navázal Stefan Timmermans v roce 1998, který zjišťoval, zda nově zavedené zrevidované resuscitační teorie, postupy, zařízení nemocnice a formální

protokoly změnilu praxi zdravotnického personálu. Autor se domnívá, že tento vývoj paradoxně pouze posloužil k ospravedlnění rozhodování zdravotnického personálu ve stejném duchu jako dříve. Nedošlo k podstatné změně, „*například věk zůstává hlavním faktorem určujícím společenskou životaschopnost pacienta*“ (Bártlová, 2005, s. 64).

Eutanazie je nedílnou součástí problematiky umírání. Poslední dobou je to velmi diskutovaný fenomén. Slovo je řeckého původu, „eu“ znamená dobrý a „thanatos“ znamená smrt. Eutanazie označuje úmyslné zabití pacienta na jeho vlastní žádost. Rozlišujeme její tři druhy: eutanázii dobrovolně vyžádanou (nemocný o ni sám požádal), dobrovolně nevyžádanou (nemocný nemohl vyjádřit svůj názor) a nedobrovolnou (nemocný by názor vyjádřit mohl, ale nebyl tázán, anebo k ní došlo přes vyslovený nesouhlas). Jiný druh dělení je na eutanázii aktivní a pasivní. Aktivní, známá jako strategie přeplněné stříkačky, se definuje jako úmyslné ukončení života, o němž někdo rozhodl, že již nestojí za to, aby se žil. Může být na žádost pacienta, ale také nemusí. Tento způsob je celosvětově odmítán. Některé státy vyjma ČR však mají v zákoně uvedené tzv. usmrcení z útrpnosti, které je hodnoceno podstatně mírnějším trestem než trestný čin vraždy. Eutanazie pasivní, tedy strategie odkloněné stříkačky, využívá omezení či vynechání různých opatření, které prokazatelně nedovedou zachránit ztracený život pacienta, pouze dokáží život prodloužit za cenu dalšího utrpení pacienta i jeho nejbližších (Bártlová, 2005). Jedná se o ukončení života pacienta formou nezahájení život udržující léčby či jejího nepokračování. V tomto případě je pojem eutanazie mírně zavádějící. Znamenalo by to totiž, že již máme v ČR povolenou eutanázii, i když ve velmi omezené podobě. Příkladem může být situace, kdy pacient odmítne léčbu či uvedl tzv. dříve vyslovené přání, ve kterém předem nesouhlasí s poskytnutím zdravotních služeb pro případ budoucí neschopnosti jej vyslovit (Pečinka, 2015). Do této kategorie spadá i asistovaná sebevražda. Tu provádí pacient sám podle odborné rady či dokonce s dopomocí lékaře. Obecně je pasivní eutanazie chápána jako méně nebezpečný postup (Bártlová, 2005).

Dříve vyslovená přání nemocného jsou součástí „Plánu paliativní péče“, což je písemný a pozitivně formulovaný dokument. Při jeho vzniku spolupracují nemocný, odborníci na paliativní medicínu, další poskytovatelé péče, kteří se podílejí na aktuální péči o nemocného, a jeho blízcí (Pracovní skupina ke Koncepci paliativní péče v Jihočeském kraji, 2018).

Dosud nevyjasněnou kapitolou je odpojení od přístrojů (tedy ukončení umělé podpory vitálních funkcí). V ČR je totiž možné, aby pacient odmítl použití přístrojů (pomocí tzv. dříve vysloveného přání), avšak pokud je již pacient napojen, pak ho nelze odpojit dodatečně. Většina zemí, kde je uzákoněno dříve vyslovené přání, to umožňuje (Krejčíková, 2014).

Další otázkou může být včasné zahájení paliativní léčby, pokud je léčba marná. Marnou léčbou se rozumí umělé prodlužování života léčbou, která již nemůže dosáhnout svého cíle, není účinná a pouze pacientovi působí další utrpení. Nevíme však, zda je marná také pro pacienta, jelikož neznáme jeho individuální zájmy. Dostáváme se tak do nelehké situace, protože není zákonem stanoveno, kdy přejít z léčby kurativní na léčbu paliativní (Černý a Doležal, 2013).

Zákony ČR kvalifikují trestný čin vraždy jako úmyslné usmrcení, ať už aktivní činností nebo, jen nečinností či opomenutím. Rozdíl mezi posuzováním aktivní a pasivní eutanazie z hlediska zákona neexistuje, z hlediska odborného je tato hranice nejasná, spíše metodicky opodstatněná. Jakákoliv forma je považována za neetické jednání, při němž se střetává právo člověka na péči a udržení života a právo člověka na sebeurčení ke konci života. Lékař nemá v současné době právo urychlit odchod pacienta. Pokud by společnost přijala myšlenku eutanazie, pak hrozí, že by byla prováděna bez souhlasu nemocných, třeba i proti jejich vůli. Poté by se mohl nátlak přesunout ze skupiny nevléčitelně nemocných na další, jako jsou například chudí, staří nebo tělesně postižení jedinci. Mezi země, kde je uzákoněna eutanazie, patří Nizozemsko a Belgie (Bártlová, 2005). Jako příklad zneužití tolerance eutanazie je možno uvést tzv. holandský kluzký svah (neboli efekt protržené hráze), kdy může vysoká tolerance a zákonná forma beztrestnosti aktivní eutanazie vést k nedobrovolným a nechtěným formám eutanazie (Ptáček et al., 2012).

Poslední dobou vyvstává problém **sociální eutanazie** spojený s rozporem mezi ideální a dostupnou medicínou. Díky rozmachu vědy a techniky jsme schopni zachraňovat pacienty pomocí tzv. heroické (mimořádné) medicíny, zatímco jiným se potřebné péče nedostává z důvodu špatné alokace zdrojů (Bártlová, 2005).

Někteří lidé žijí v domnění, že eutanazie je jediným a univerzálním řešením u nevléčitelně nemocných a umírajících pacientů. Opomíjejí možnost paliativní péče. K té patří také paliativní sedace. Jedná se o postup dle *lege artis* tlumící utrpení pacienta, přičemž smrt nastává jako vedlejší účinek léčby (Šustek a Holčapek, 2016).

Tišení bolesti a sociální kontakt s umírajícími je aktuálně velkým problémem z několika následujících důvodů. S rozvojem medicíny dochází k prodloužení období umírání, někdy je udržován život za každou cenu, a pozitivní efekt je tak velmi sporný. Smrt je považována za nepatřičnou prohru, výsledkem je tzv. zadržovaná smrt neboli **dystanazie**. Lidé bojíci se dystanazie podporují uzákonění eutanazie ve smyslu milosrdné smrti. Kvůli institucionalizaci zdravotnických zařízení se ztrácí kontakt s umírajícími, takže většina z nich umírá osamoceně, přestože by si přáli zemřít doma (až 95 % pacientů) (Bártlová, 2005). Zajímavým faktem je, že většina nevyлéčitelně nemocných, kteří jsou v kritickém, preterminálním stavu, je záchrannou službou nebo blízkými odvážena do nemocnice, protože se obávají jejich skonu v domácím prostředí. Zde se však vede marný a předvídatelně neúspěšný boj s polymorbiditou, nozokomiálními infekcemi a hospitalismem, zároveň ale pacient ztrácí možnost prožít posledních pár dnů v důvěrně známém rodinném prostředí. Následně dochází k tomu, že právě rodina nebývá spokojena s atmosférou a empatickou komunikací posledních dnů jejich blízkého v nemocničním zařízení. Řešením takovýchto případů je dopomoc domácí hospicové služby, čímž by se nejvíce přiblížili umožnění eubiosie, tj. dobrého života až po přirozený odchod, tedy opak eutanazie (Ptáček, 2012).

1.2 Profesionální příprava studentů na setkání s umíráním a se smrtí

V této kapitole jsou popsány jednotlivé studijní obory, které je možné v současné době studovat na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích (ZSF JU), u nichž předpokládáme souvislost s poskytováním péče o umírající a zemřelé. Studenti těchto oborů budou následně tvořit výzkumný soubor pro výzkumnou část práce.

1.2.1 Všeobecná sestra

V bakalářském studijním programu *ošetřovatelství* u studijního oboru všeobecná sestra je výuce paliativní péče věnován zimní semestr v posledním, tedy třetím ročníku. Název předmětu je *paliativní péče* (JU, 2020b). Jeho cílem je seznámit „*studenty s novými službami a typy zařízení, která spadají do oblasti terciální péče, v nichž je poskytována individuální ošetřovatelská péče nemocným a umírajícím. Umožňuje studentům pochopit, že hospicová péče zajišťuje nemocným důstojné umírání, smíření*

a klidnou smrt včetně opory jejich nejbližších příbuzných“ (JU, 2020b). Konkrétní náplní přednášek je historie paliativní péče; základní terminologie (pojem utrpení); rozvoj nových služeb v rámci terciální péče; terminologie: umírání, smrt, příprava na smrt, život po životě, eutanazie; hospic a jeho začlenění do systému zdravotní péče, typy hospicové péče; indikační diagnostické skupiny klientů; potřeby umírajících a jejich blízkých, spirituální péče a personální management při poskytování hospicové péče. Semináře se týkají klinických stavů v hospicové péči; péče orientované na psychosociální potřeby terminálně nemocných; reakcí člověka v jednotlivých fázích umírání; ošetrovatelské péče o terminálně nemocného pacienta; péče orientované na biologické potřeby; managementu bolesti (typ a forma bolesti) a prevence syndromu vyhoření u poskytovatelů hospicové péče, relaxačních technik. Rozsah hodin tohoto předmětu je u přednášky 7 hodin/semestr a u semináře 4 hodiny/semestr (JU, 2020b). V rámci odborné praxe musí studenti absolvovat 1 týden praxe v rozsahu 40 hodin v zařízení hospicové péče (JU, 2012).

Téma umírání a smrti je dále řešeno i v následujících předmětech. V prvním ročníku se jedná o předmět *komunikace ve zdravotnictví I*. Jedna z přednášek se zabývá ošetrovatelskou komunikací s klienty v krizových situacích, umírajícími klienty a jejich blízkými. Při předmětu *komunitní péče I* je během semináře probírána komunitní péče o psychicky nemocné a mentálně retardované a také o staré a umírající klienty (JU, 2020b).

Ve druhém ročníku navazuje předmět *etika v ošetrovatelství*. Tématem přednášek je rozhodování v závěru života, práva pacientů v bezvědomí, problém informovaného souhlasu těchto nemocných, předchozí direktivy, role rodiny a zdravotnického týmu v rozhodování v závěru života nemocného, etická stránka komunikace s rodinou nemocného v intenzivní a resuscitační péči, problém práv příbuzných nemocného v bezvědomí a zemřelého, problém euthanasie a asistované sebevraždy, holandský a švýcarský model, euthanasie vs. „nechat zemřít“ a problém marné léčby. Při předmětu *zdravotnická psychologie* se při přednášce i v semináři probírá téma psychologické problémy starších a umírajících pacientů (JU, 2020b).

Ve třetím ročníku je vyučován předmět *ošetrovatelská péče o nemocné s onkologickými chorobami*, v jehož rámci je jedna přednáška věnována terciární péči, její organizaci a službám podle potřeb onkologicky nemocných (nemocnice, hospice, domácí péče). Vzhledem k tomu, že druhou nejčastější diagnózou pacientů vyžadujících paliativní péči jsou neurodegenerativní onemocnění (Kabelka et al., 2016), je také nutné

zmínit předmět *ošetřovatelská péče o nemocné v neurologii*, kde je na programu téma bolesti hlavy, poruchy vědomí, traumata a nádory mozku a míchy a degenerativní onemocnění nervového systému. Obdobná témata se vyučují i na seminářích, a to konkrétně ošetřovatelská péče o nemocného s bolestí hlavy, poruchami vědomí, traumaty a nádory mozku a míchy a ošetřovatelská péče o nemocného s degenerativním onemocněním nervového systému (JU, 2020b).

1.2.2 Zdravotnický záchranář

V bakalářském studijním programu *specializace ve zdravotnictví* u studijního oboru *zdravotnický záchranář* není do studijního plánu zařazena přímo výuka paliativní péče, ovšem problematikou umírání a smrti se zabývají jiné předměty (JU, 2020b). U tohoto oboru má paliativní péče specifické a relativně omezené možnosti, pojí se zde s urgentní medicínou, péčí o pacienty v terminálním stádiu, problematikou „do not resuscitate“ (DNR), dříve vysloveného přání, základní léčbou bolesti atd. Jak uvádějí Gravier a Noble (2019), zdravotničtí záchranáři jsou čím dál častěji voláni kvůli chronickým či komplexním zdravotním potřebám, jejichž součástí je také úleva od symptomů u pacientů vyžadujících paliativní péči. Pokud by byli zdravotničtí záchranáři součástí paliativního týmu, pak by z toho těžili zejména starší pacienti na sklonku života bez ohledu na to, zda mají chronické onemocnění. Lidé s život limitujícím onemocněním jakéhokoliv věku mohou využít intervencí zdravotnického záchranáře v oblasti zvládnutí bolesti, dýchacích potíží, nadměrné respirační sekrece, nauzey, deliria nebo agitace. Zdravotnický záchranář se může dostat do nelehké situace, pokud je přivolán k pacientovi, který má přání zemřít doma a nechce být hospitalizován. Pak je to právě zdravotnický záchranář, kdo rozhodne o tom, na jakém místě stráví pacient poslední chvíle. Zdravotničtí záchranáři zasahují zvláště u paliativních pacientů v případě náhlé deteriorace či bezprostředně hrozící smrti, u incidentů, jako je pád nebo úraz, nebo pokud potřebují transport do jiného zařízení. Obvykle řeší problémy spojené s pokročilou nemocí, jako jsou bolest, nauzea, zvracení, konstipace, dehydratace, zmatenost či slabost. Bohužel ne všechny paliativní symptomy jsou řešeny v každém guidelineu. Se vzrůstajícím trendem mimonemocniční paliativní péče se zvyšují i nároky na zdravotnické záchranáře. Například v Austrálii zavedli speciální školení, aby byli schopni poskytovat adekvátní paliativní péči (Gravier a Noble, 2019).

Vzhledem k tomu, že mezi nejčastější diagnózy pacientů vyžadujících paliativní péči patří nádorová onemocnění, neurodegenerativní onemocnění (roztroušená skleróza, Parkinsonova nemoc, demence, amyotrofická laterální skleróza), konečná stadia chronických orgánových onemocnění: srdečních, plicních, jaterních a ledvinných, geriatričtí pacienti se syndromem křehkosti (frailty), pacienti po úrazech a mozkových příhodách s výrazným neurologickým deficitem, HIV/AIDS, některé vrozené pediatrické syndromy a onemocnění a kriticky nemocní pacienti s nevratným multiorgánovým selháváním v prostředí intenzivní péče (Kabelka et al., 2016), byly vybrány následující předměty jako nejpřínosnější z hlediska poskytování paliativní péče pro studijní obor *zdravotnický záchranář*.

V prvním ročníku je vyučován předmět *etika v přednemocniční neodkladné péči*, kde se přednáší rozhodování v závěru života, práva pacientů v bezvědomí, problém informovaného souhlasu těchto nemocných, předchozí direktivy, role rodiny a zdravotnického týmu v rozhodování v závěru života nemocného, etická stránka komunikace s rodinou nemocného v intenzivní a resuscitační péči, problém práv příbuzných nemocného v bezvědomí a zemřelého, problém euthanasie a asistované sebevraždy, holandský a švýcarský model, euthanasie vs. „nechat zemřít“ a problém marné léčby (JU, 2020b).

Během druhého ročníku je do výuky zařazen předmět *neurologie*. Při přednáškách jsou probírána témata jako degenerativní onemocnění nervového systému (Parkinsonova choroba, Huntingtonova choroba, Alzheimerova choroba), degenerativní onemocnění míchy (syringomyelie, amyotrofická laterální skleróza), nádory nervového systému (mozkové nádory, nádory míchy), autoimunní onemocnění (sklerosis multiplex). Na ně navazují semináře, kde se vyučuje ošetrovatelská péče o nemocného s Parkinsonovou chorobou, Alzheimerovou chorobou, Huntingtonovou chorobou, amyotrofickou laterální sklerózou a cévní mozkovou příhodou v akutní a rehabilitační fázi (JU, 2020b).

Ve třetím ročníku následuje předmět *anesteziologie, resuscitace a intenzivní péče*. Náplní přednášek jsou farmaka v ARIP, bolest a základy její léčby, kardiopulmonální resuscitace (BLS, ALS, dospělý, dítě, novorozenec, specifické situace), zahájení či ukončení resuscitační péče, etické aspekty a naléhavé diagnostické a léčebné postupy. Během cvičení se vyučují základní farmaka používaná v ARIP, nácvik KPR a řešení dalších akutních stavů v ARIP, nácvik KPR a řešení dalších akutních stavů v ARIP. V předmětu *další lékařské obory* je přednášeno o terciární péči: u chronicky

nemocných, handicapovaných a umírajících (např.: senioři, nemocní s AIDS a HIV pozitivní, imobilní pacienti). Neméně důležitá jsou cvičení patřící k předmětu *soudní lékařství*, v jejichž rámci se probírají témata, jako jsou smrt přirozená (náhlá, očekávaná, neočekávaná), násilná (náhodná, sebevražda, vražda) či náhlé úmrtí (JU, 2020b).

1.2.3 Porodní asistentka

Kvalita péče o matku a dítě je v ČR velmi vysoká a stále se zlepšuje, přesto k úmrtí dochází i v této oblasti. Úmrtnost novorozenců do 28 dní se stále snižuje. Od roku 2000 klesla z 2,1 ‰ na 1,2 ‰ v roce 2013, což je celosvětově jedna z nejnižších. Stejně tak klesá podíl žen, které umírají v souvislosti s těhotenstvím, porodem a šestinedělím, v současnosti se jedná o méně než 10 případů na 100 000 narozených dětí (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2015). Dále je možné se setkat s péčí o mrtvě narozené děti či děti narozené s infaustní prognózou. Z informací vyplývá, že i porodní asistentka se může podílet na paliativní péči, a proto je nutné ji na to během studia připravit.

V bakalářském studijním programu *porodní asistence* u studijního oboru *porodní asistentka* je problematika umírání a smrti probírána hlavně při předmětu *péče porodní asistentky o ženu při onkologických onemocněních a hospicová a paliativní péče*. Předmět je vyučován ve druhém ročníku v letním semestru a jeho rozsah je 1 hodina/týdně u přednášky a 1 hodina/týdně u semináře. Cílem předmětu je navázat na poznatky z onkologické prevence a seznámit se s oblastí primární, sekundární a terciární onkologické prevence, péče a léčby, ale také s odlišnostmi a charakterem pracovišť pro léčbu onkologicky nemocných, následují informace o jednotlivých klinických diagnostikách a stavech, vedlejších účincích léčby, jež významně ovlivňují zdraví a kvalitu života ženy a rodiny pacientky/klientky. Přednášky i semináře se zabývají etiologií a patologií nádorů, jejich klinickou klasifikací, léčbou kurativní, paliativní a symptomatickou a benigními nádory. Zaměřují se také na prekancerózy ženských pohlavních orgánů (vulvy, pochvy, děložního hrdla a těla, vejcovodů, vaječnicků), zhoubné nádory ženských pohlavních orgánů (trofoblastická nemoc, cervicis uteri, corporis uteri, ovaria, vulvy, vagíny) a nádory mléčné žlázy. Navazuje na to studium terapie zhoubných nádorů (rozhodování o léčbě v týmu odborníků, chirurgická léčba, radioterapie, biologická léčba, chemoterapie, léčba bolesti), toxicity chemoterapie, biologické léčby – její diagnostika, prevence, léčba (dietní opatření, lokální ošetřování,

medikamentosní léčba, edukace pacienta a rodiny), toxicity radioterapie – její diagnostika, prevence, léčba (dietní opatření, lokální ošetřování, medikamentosní léčba, edukace pacienta a rodiny). Stejně tak se zabývají přednášky i semináře psychologickým dopadem onkologického onemocnění na pacienta a jeho rodinu, kvalitou života v průběhu léčby a po ukončení léčby také výživou u onkologického pacienta, lokálním ošetřováním ozářené kůže (tekuté obvazy) a primární, sekundární, terciární a kvartérní preventivní péči (cíl, dopadové skupiny, organizace prevence) (JU, 2020b).

Kromě tohoto předmětu se tématem umírání a smrti zabývají i následující předměty. V prvním ročníku se vyučuje předmět *primární, domácí a komunitní péče v porodní asistenci*. Náplní seminářů je péče o staré a chronicky nemocné v domácnosti, péče o umírající v domácnosti, paliativní péče, hospic, zvláštnosti ošetrovatelské péče o zemřelé a pozůstalé. Při předmětu *komunikace ve zdravotnictví I* se probírá v rámci přednášky ošetrovatelská komunikace s klienty v krizových situacích, umírajícími klienty a jejich blízkými. Jedním z dalších předmětů jsou *dovednosti v porodní asistenci 2*, obsahem seminářů je mimo jiné podpora nemocného prožívajícího smutek: péče o umírajícího a péče o mrtvé tělo (JU, 2020b).

Ve druhém ročníku dochází k výuce předmětu *filozofie*. Při přednáškách se řeší téma filozofie závěru života, smrt v autentické a neautentické verzi, smrt a umírání jako součást života, proměny smrti v posledních stoletích. Během seminářů dojde na témata stáří a smrt jako filozofický problém, etické filozofické systémy a jejich použití pro službu nemocným a osobám s postižením. Dalším předmětem je *zdravotnická psychologie*. Obsahem přednášek i seminářů je psychologie pacientů s onkologickým onemocněním a psychologické problémy starších a umírajících pacientů. Při předmětu *ošetrovatelská péče o nemocné v neurologii* jsou tématem přednášek degenerativní onemocnění nervového systému (Parkinsonova choroba, Huntingtonova choroba, Alzheimerova choroba), degenerativní onemocnění míchy (syringomyelie, amyotrofická laterální skleróza), cerebrovaskulární onemocnění, zánětlivá a infekční onemocnění nervového systému, autoimunní onemocnění (RS, myastenia gravis) a nádory nervového systému, onemocnění periferních a kraniálních nervů. Seminář se zabývá ošetrovatelskou péčí o nemocné s Parkinsonovou chorobou, Alzheimerovou chorobou, CMP v akutní fázi a v rehabilitační fázi, meningitidou a encefalitidou a RS. Tématem vrozených pediatrických syndromů a onemocnění se zabývá předmět *embryologie*, jehož přednášky i semináře se dotýkají problematiky vrozených

vývojových vad. V neposlední řadě je třeba zmínit předmět *etika* s tématy přednášek a seminářů týkajících se rozhodování v závěru života, práv pacientů v bezvědomí, problému informovaného souhlasu těchto nemocných, předchozích direktiv, role rodiny a zdravotnického týmu v rozhodování v závěru života nemocného, problému práv příbuzných nemocného v bezvědomí a zemřelého, problému euthanasie a asistované sebevraždy, euthanasie vs. „nechat zemřít“ či problému marné léčby (JU, 2020b).

1.2.4 *Pediatrické ošetřovatelství*

V bakalářském studijním programu *pediatrické ošetřovatelství* u studijního oboru *pediatrické ošetřovatelství* (JU, 2020b) je povinně vyučován předmět s doporučeným názvem *paliativní péče u dětí a dorostu* v rozsahu minimálně 20 hodin. Cílem předmětu je seznámit studenty s novými službami a typy zařízení, která spadají do oblasti následné péče, vede je k pochopení paliativní péče; rovněž je seznámí s péčí o dítě, které trpí nevléčitelnou chorobou v pokročilém nebo terminálním stadiu, jejímž cílem je zmírnit bolest a další tělesná a duševní strádání; vede je k zachování důstojnosti pacienta a poskytnutí podpory a pomoci jeho blízkým/pečujícím osobám. Znalosti jsou poté prohloubeny odbornou praxí během 2. ročníku studia, během níž se studenti seznámí s pracovišti, kde je poskytována následná nebo paliativní péče (Kvalifikační standard přípravy na výkon zdravotnického povolání dětská sestra, 2004).

Na ZSF JU je daný studijní obor nabízen teprve od akademického roku 2019/2020, proto se nyní všichni studenti nacházejí v 1. ročníku (Ptáčnicková et al., 2019). Tématem umírání a smrti se zabývají i jiné předměty. Například v prvním ročníku je to předmět *komunitní, primární a domácí péče*, při jehož semináři se probírá mimo jiné komunitní péče o staré a umírající klienty. Studijní plán pro 2. a 3. ročník a sylaby jednotlivých předmětů zatím nebyly zveřejněny (JU, 2020b).

1.2.5 *Ošetřovatelství ve vybraných klinických oborech*

V navazujícím magisterském programu *ošetřovatelství* u studijního oboru *ošetřovatelství ve vybraných klinických oborech* je výuka paliativní péče prováděna pouze u modulu vnitřní lékařství, a to v zimním semestru v posledním, tedy druhém ročníku. U zbylých dvou modulů, chirurgického a pediatrického, není vyučována. Název předmětu je *ošetřovatelská péče v onkologii a paliativní péči* (JU, 2020b). Cílem

předmětu je, aby student získal teoretické a praktické znalosti o onkologických onemocněních v oblasti prevence, diagnostiky, terapie a specifík ošetrovatelské péče s důrazem především na všeobecný pohled v kontextu se současnými trendy v oboru onkologie. Dále pak jde o prohloubení vědomostí a dovedností studujících v souvislosti s tématem, osvojení si hodnocení aktuálního klinického stavu klienta/pacienta a zdokonalení se v dovednostech potřebných k preventivní činnosti. Témata přednášek rozvíjejí znalosti o problematice onkologie a jednotlivých onkologických onemocněních. Obsah seminářů tvoří úvod do tématu ošetrovatelské péče v onkologii a paliativní péči; specializovaná ošetrovatelská péče týkající se onkologické problematiky; specializovaná ošetrovatelská péče v paliativní péči – základní principy paliativní medicíny a ošetrovatelské péče, vztah podpůrné a paliativní péče, organizační formy poskytování paliativní péče, hospicová péče, nejčastější symptomy terminálního stadia a možnosti jejich řešení a terminální stádium – psychosociální aspekty, edukace a pomoc blízkým a pečujícím osobám, etický a psychologický přístup k nemocným, syndrom vyhoření a jeho prevence. Rozsah hodin pro tento předmět činí u přednášky 2 hodiny/týdně a u semináře 2 hodiny/týdně (JU, 2020b). V rámci odborné praxe by studenti měli absolvovat 1 týden, respektive 40 hodin na onkologickém oddělení (JU, 2017).

Další znalosti týkající se tématu umírání a smrti mohou studenti získat napříč dalšími předměty. V prvním ročníku u modulu vnitřní lékařství je vyučován předmět *ošetrovatelská péče o nemocné s neurologickým onemocněním*. Přednášky i semináře jsou věnované tématům, jako jsou degenerativní onemocnění nervového systému a nádory mozku a míchy. U modulu pediatrie je vyučován předmět *zvláštnosti ošetrovatelské péče v dětském věku*, který své semináře věnuje tématům zvláštností ošetrovatelského procesu u onkologicky nemocných dětí, terminálně nemocných a umírajících dětí. Předmět *ošetrovatelská péče u dětí s onemocněním jednotlivých orgánových systémů 1 i 2* zaměřuje své semináře na specializovanou péči o děti s hematologickým, onkologickým onemocněním, zařazeny jsou přednáška a seminář o perinatálním screeningu, přehledu VVV a jejich prevenci a terapii v rámci předmětu *novorozenecký věk*. Modul chirurgický se zabývá specifiky ošetrovatelské péče u onkologických pacientů v rámci jednotlivých soustav. Můžeme sem zařadit přednášku týkající se kostní onkologie, osteosarkomu, obrovskobuněčného nádoru, kostních metastáz a osteochondromu v rámci předmětu *ošetrovatelská péče v ortopedii*. Další přednášky se týkají nádorů žaludku, tenkého střeva, taktik chirurgické léčby nádorů

tlustého střeva a typů operací a nádorů konečníku v rámci předmětu *ošetřovatelská péče o nemocné s chirurgickým onemocněním GIT*. Následují přednášky a semináře o tumorech, degenerativních onemocněních, semináře o ošetřovatelském procesu u nemocného po operaci míchy (nádory) a identifikaci potenciálních perioperačních problémů (riziko infekce, úmrtí) v rámci předmětu *ošetřovatelská péče v neurochirurgii*. Neméně důležité jsou také přednášky o transuretrální resekci tumoru močového měchýře, nádorech ledvin a močových cest, onkogynekologických operacích v rámci předmětu *ošetřovatelská péče v urologii a operační gynekologii* (JU, 2020b).

Ve druhém ročníku se vyučuje u všech tří modulů předmět *filozofické základy etiky v profesi zdravotníka*, jehož obsahem je téma eutanazie, etická problematika péče o starší osoby a hospicová péče. U modulu vnitřní lékařství zaměřuje předmět *ošetřovatelská péče v geriatрии* své přednášky i semináře na paliativní a terminální péči v geriatрии, syndrom geriatrické křehkosti, na geriatrické syndromy (např. syndrom terminální geriatrické deteriorace) a na kognitivní poruchu syndromu demence. U modulu chirurgického opět probíhá výuka týkající se jednotlivých soustav z hlediska onkologie. Můžeme uvést přednášky o chirurgických onemocněních štítné žlázy, nádorech, nádorech plesury, nádorech plic, etiologii, typech nádorů, klasifikaci, příznacích plicních nádorů, vyšetřovacích metodách, rozvahách únosnosti rozsahu plicní operace, ušních nádorech, onemocněních polykacích cest a jejích nádorech a seminář o komplexní terapii karcinomu plic v rámci předmětu *ošetřovatelská péče o nemocné s chirurgickým onemocněním krku a hrudníku*. Navazuje seminář o smrti mozku a dárcovství orgánů pro transplantační účely v rámci předmětu *ošetřovatelská péče u akutních stavů v chirurgii 2*. V neposlední řadě se jedná o přednášky o onkologických onemocněních oka, nádorech slinných žláz, jazyka, a to v rámci předmětu *ošetřovatelská péče o nemocné ve stomatochirurgii a oftalmologii* (JU, 2020b).

1.3 Možnosti celoživotního vzdělávání v oblasti umírání a smrti

Od zdravotnických pracovníků se očekává celoživotní vzdělávání z důvodu obnovení, zvýšení, prohloubení a doplnění vědomostí, dovedností a způsobilosti v příslušném oboru v souladu s jeho rozvojem a nejnovějšími vědeckými poznatky. Jeho součástí je také specializační vzdělávání zaměřené na ošetřovatelství v klinických oborech, na různé formy ústavní, ambulantní a komunitní péče a na management ve

zdravotnictví. Výuka probíhá v akreditovaných zařízeních. Zároveň je možné získat vyšší stupně akademického vzdělání v oboru ošetrovatelství právě v rámci celoživotního vzdělávání (magisterské či doktorské) (Věstník č. 9 – MZ ČR, 2004).

Mimo školní vzdělávání existuje také celá řada kurzů a školení týkajících se problematiky umírání a smrti. Je na každém zdravotníkovi, aby zvážil potřebu je navštívit.

Zásadním dokumentem je Doporučení Rady Evropy č. 1418/1999 „O ochraně lidských práv a důstojnosti nevléčitelně nemocných a umírajících“ („Charta práv umírajících“), které zdůrazňuje nutnost vzdělávání. Konkrétně v 7. bodu jsou uvedeny faktory, které ohrožují základní práva odvozená z důstojnosti nevléčitelně nemocných nebo umírajících osob. Jedním z nich je nedostatečné kontinuální vzdělávání a malá psychologická podpora ošetřujícího personálu činného v paliativní péči. V 9. bodu se nacházejí doporučení pro zaručení respektu a ochrany důstojnosti nevléčitelně nemocných nebo umírajících lidí tím, že budou hájit nárok na komplexní paliativní péči, a proto přijmou následující opatření. Například zajistí vyškolení ošetřujícího personálu a budou vedeni k poskytnutí lékařské, ošetrovatelské a psychologické péče v koordinované týmové spolupráci v souladu s nejvyššími možnými standardy a rozšíří výzkumná, výuková a doškolovací centra pro obor paliativní medicíny a péče (Doporučení Rady Evropy č. 1418/1999). Přestože jsou tato doporučení v platnosti již více než dvacet let, je s podivem, že jako jeden ze tří hlavních problémů v rozvoji paliativní péče je stále uváděn nedostatečný počet kvalifikovaných zdravotnických profesionálů (Pracovní skupina ke Koncepci paliativní péče v Jihočeském kraji, 2018).

V roce 2014 Špatenková et al. uvedli jako problém častou absenci cíleného celoživotního vzdělávání v oblasti umírání a smrti, následující odstavce však ukazují, že došlo k velkému rozvoji.

Mezi nejznámější kurzy patří ELNEC (End Of Life Nursing Education Consortium), kde jsou cílovou skupinou všeobecné sestry pracující s pacienty v konečné fázi života. Jedná se o intenzivní vzdělávací kurz s mezinárodní licencií garantovaný Českou asociací sester, který vznikl v roce 2000 v USA, odkud se rozšířil do 89 zemí světa včetně České republiky. Kurz se zabývá nejen léčbou bolesti a ostatních závažných symptomů spojených s těžkou nemocí, ale také etickým a duchovním aspektem péče a nacvičováním efektivní komunikace s pacienty, rodinou i v rámci týmu. Přednášejícími jsou lektori s bohatými praktickými zkušenostmi s poskytováním paliativní a hospicové péče. Ve výuce jsou využívány metody

interaktivního přístupu, reálných kazuistik a nácviků modelových situací (Centrum paliativní péče, 2020a).

Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů (NCO NZO) (2020) nabízí řadu akcí týkajících se vzdělávání v oblasti umírání a smrti. Jednou z nich je certifikovaný kurz „První psychická pomoc ve zdravotnictví – intervenční péče“ poskytovaná sekundárně zasaženým, jehož náplní je krize v životě člověka, základní principy krizové pomoci, umírání a smrt, pomoc pozůstalým, suicidální problematika v první psychické pomoci, osobnost zdravotníka a interventa, intervent a péče o vlastní psychiku a etika ve zdravotnictví. Kurz je určen pro všeobecné sestry, porodní asistentky a zdravotnické záchranáře (NCO NZO, 2020).

Druhá je vzdělávací akce na téma „Duchovní dimenze zdravotníka a pacienta I. – co je to vlastně to duchovno?“ Její náplň se soustřeďuje na to, co je duchovní/ neduchovní, kompetence zdravotníka v oblasti duchovních potřeb, etické aspekty, obecné principy, ošetřovatelství a duchovní potřeby, holistický přístup, kvalita života, životní styl, duchovní růst/cesta každého jednotlivce, umírání, doprovázení, smrt, také na to, čeho lidé nejvíce litují před smrtí. Součástí akce jsou práce ve skupinách, celovečerní film a diskuse. Akce je určena pro všeobecné sestry (NCO NZO, 2020).

Další vzdělávací akcí jsou „Specifické komunikační dovednosti v paliativní péči“. Její náplní je výuka zaměřená na komunikaci při poskytování paliativní péče a důraz kladený na interaktivní metody výuky a praktické nácviky komunikace v multidisciplinárních týmech. Akce je vhodná pro všeobecné, dětské a praktické sestry. Součástí akce je i e-learningový kurz, jenž je uskutečňovaný v rámci projektu „Podpora paliativní péče formou vzdělávání multidisciplinárních týmů“. Jsou zde poskytovány materiály ke studiu, videa, rozvrhy a informace o paliativní péči. Tento e-learningový kurz je určen pro zaměstnance poskytovatelů zdravotních služeb, lékaře, všeobecné sestry a praktické sestry, kteří působí v paliativní hospicové péči v nemocnicích, hospicích, domácím prostředí/vlastním sociálním prostředí pacienta a v mobilní specializované paliativní péči (NCO NZO, 2020).

Je nabízen také certifikovaný kurz „Specifická ošetřovatelská péče v paliativní péči“ zaměřený na paliativní péči, bolest, psychologická témata, sociální problematiku, spirituální potřeby, péči o pozůstalé a rodinu, domácí paliativní péči a právní problematiku. U tohoto vzdělávacího programu je povinná praktická výuka v akreditovaných zařízeních v rozsahu 24 hodin (3 dny). Kurz je cílen na všeobecné sestry a porodní asistentky (NCO NZO, 2020).

Další vzdělávací akcí je „Rehabilitační ošetřování a manipulace s imobilním klientem v paliativní péči“. Náplní tohoto kurzu jsou základní rehabilitační úkony v práci sestry, rehabilitační ošetřování na lůžku, dechová cvičení, pravidla polohování, aktivní a pasivní cvičení, asistence při přesunech s použitím účelných pomůcek, nácvik vertikalizace, manuální pomoc při vykašlávání v situacích, kdy není dostupné odsávací zařízení, polohování ruky tetraplegika a spastických končetin, přístupy ke klientům se změněnou schopností vnímání, používání kompenzačních pomůcek a nácvik praktických dovedností. Akce se doporučuje pro všeobecné sestry a praktické sestry (NCO NZO, 2020).

V neposlední řadě je možné zúčastnit se certifikovaného kurzu s názvem „Ošetrovatelská péče o pacienta s umělou plicní ventilací v jeho vlastním sociálním prostředí“. Tento kurz je zaměřen na komplexní ošetrovatelskou péči o pacienty na umělé plicní ventilaci v domácím prostředí, možnosti sociální podpory, materiálního a technického vybavení pro domácí umělou plicní ventilaci. Jako příklad využití tohoto kurzu můžeme uvést pacienty s amyotrofickou laterální sklerózou či onkologickým onemocněním dýchacího ústrojí. Během kurzu účastník absolvuje odbornou praxi v akreditovaném zařízení v rozsahu 56 hodin. Tento certifikovaný kurz je ukončen zkouškou. Kurz je vhodný pro všeobecné sestry (NCO NZO, 2020).

Bulletin Centra paliativní péče uvádí nabídky dalších možností vzdělávání, jako jsou následující akce. Příkladem je workshop „Komunikace II. – jak pravdivě a ve správný čas informovat a přitom neublížit“, který pořádá Mobilní hospic Ondrášek v Ostravě. Tento workshop je určen lékařským i nelékařským zdravotnickým pracovníkům a ostatním zájemcům o toto téma (Centrum paliativní péče, 2020b).

Dále nabízí kurz „Komunikace a kontakt s blízkými pacientů a pozůstalými v práci zdravotníka“, jehož cílem je přiblížit a naučit, jak rozpoznávat možnosti vedení hovoru od začátku úspěšněji. Kurz pořádá NCO NZO v Brně (Centrum paliativní péče, 2020b).

V březnu 2020 se měl konat workshop „Spolupráce v multiprofesním týmu mobilního hospice“. Jeho cílem mělo být objasnění a definování rolí nezdravotnických profesí v hospicovém týmu. Pořadatelem bylo Vzdělávací centrum Cesty domů v Praze (Centrum paliativní péče, 2020b).

Další akcí měl být kurz „Doprovázení umírajících“, určený pracovníkům v sociálních službách, sociálním pracovníkům a fyzickým osobám, které poskytují pomoc příjemci příspěvku na péči. Pořádajícím byl Hospic sv. Štěpána v Litoměřicích (Centrum paliativní péče, 2020b).

Na duben roku 2020 byl plánován 3. kazuistický kongres paliativní medicíny. Hlavním řečníkem kongresu měl být profesor Steve Pantilat (zakladatel a ředitel Centra paliativní medicíny na University of California, San Francisco, USA), který patří mezi nejvýraznější světové autority v oblasti paliativní péče. Místem konání měla být Praha v Centru podpůrné paliativní péče (Centrum paliativní péče, 2020b).

V květnu 2020 měl být pořádán EAPC (European Association for Palliative Care) v Palermu Světový výzkumný kongres EAPC 2020. Hlavním tématem měl být rostoucí globální zájem o výzkum v paliativní péči. Jednalo by se již o 11. ročník. Mohla to být vynikající příležitost pro představení výzkumu a poskytnutí nových poznatků, které pomáhají při zlepšení péče o pacienty a jejich rodiny (Centrum paliativní péče, 2020b).

Stejně tak by měla v květnu 2020 proběhnout „Konference spolu až do konce: Diagnóza čas“ – čas netrápí v paliativní péči pouze pacienti, ale i ty, kteří se o ně starají. Měla by poskytnout praktické návody, jak s časem efektivně pracovat, a nový náhled na hodnotu času. Akce by se konala v Praze v Centru současného umění DOX (Centrum paliativní péče, 2020b).

V září 2020 se v Norsku bude konat Evropský kongres o dětské paliativní péči. Na pořádání se podílí The Norwegian Association for Children's Palliative Care a EAPC. Je připraven bohatý program zahrnující celou řadu současných problémů v dětské paliativní péči, včetně novorozenecké paliativní péče, léčby bolesti a symptomů, etických otázek, vzdělávání a výzkumu (Centrum paliativní péče, 2020b).

V neposlední řadě pořádají vzdělávací akce přímo jednotlivé nemocnice pro svoje zaměstnance napříč odděleními. Mohou se dobrovolně přihlásit na kurz dle svých preferencí a mají tak možnost dalšího vzdělávání v oblasti umírání a smrti.

1.4 Nástroje pro hodnocení připravenosti studentů na setkání s umíráním a se smrtí

Pro hodnocení připravenosti studentů ZSF JU na setkání s umíráním a se smrtí byl vybrán standardizovaný dotazník Hodnocení postoje k péči o umírající podle Frommeltové s názvem FATCOD-B (Frommelt Attitudes toward Nursing Care of the Dying Scale – form B).

Katherine Helen Murray Frommelt, R.N., B.S.N., M.S.N., PhD., P.D.E., C.G.C., F.T., je 73letá emeritní profesorka v důchodu na Clarke University, Dubuque, Iowa. Je jednou ze zakladatelů hospicu v Dubuque. Na Clarke University vyučovala po dobu 19 let. Byla členkou People to People Ambassador program, který sponzoroval první

delegaci do Jižní Afriky v rámci ošetřovatelství lidí s HIV/AIDS. Taktéž byla jmenována patronem thanatologie za její mnohaletou práci ve výzkumu a výuce témat smrti, umírání, zármutku a žalu. Je autorkou nástroje Frommelt Attitude Toward Care of the Dying Scale, formy A i B, který byl využit k výzkumům v oblasti thanatologie na více než 300 vysokých školách, univerzitách a institucích zdravotní péče nejenom v Americe, ale napříč celým světem. Nástroj byl přeložen do 37 cizích jazyků za účelem výzkumu a výuky (LinkedIn, 2020).

Kromě nástroje Frommelt Attitude Toward Care of the Dying Scale (dále jen FATCOD) existují i jiné nástroje určené pro tuto problematiku, ale ty jsou cílené zejména na přístup sester k jejich vlastní smrti, nikoli aby adekvátně otestovaly přístup k péči o terminálně nemocné a jejich rodiny a připravenost na ni. Pro příklad můžeme uvést Boyar's Fear of Death Scale (1964), Lester's Fear of Death Scale (1966), Hardt's Attitudes Toward Death Scale, Kurlychek's Death Acceptance Scale, Leming's Death Anxiety Scale nebo Templer's Death Anxiety Scale.

V 60. letech 20. století nezávisle na sobě Boyar (1964) a Templer (1967), studenti doktorandského programu, vytvořili dotazníky pro měření úzkosti ze smrti. Následně byl v roce 1970 vyvinut Templerem nástroj The Death Anxiety Scale (DAS). Boyarův nástroj však v praxi příliš využíván nebyl, ale jeho části byly použity při pozdějších revizích DAS (Nehrke et al., 1978; Thorson, Powell, 1994). Ačkoliv je DAS starý již 50 let a od té doby proběhlo mnoho výzkumů, stále reprezentuje jeden z klasických nástrojů pro měření přístupů k smrti v literatuře. DAS se skládá z 15 vět, výroků (například „Velmi se bojím smrti.“). U každé je možnost odpovědi pravda, nebo lež. Později bylo vytvořeno několik verzí DAS, kde byly použity modifikované odpovědi. Nejčastěji se jednalo o 5stupňovou Likertovu škálu (1 pro silně nesouhlasím, 5 pro silně souhlasím). Při skórování odpovědí je 6 položek škálováno obráceně, aby se zmírnilo zkreslení odpovědí. Vyšší skóre ukazuje na vyšší úzkost ze smrti. Řada studií zkoumala souvislost škály a demografických údajů – pohlaví, věk, náboženství, zaměstnání, úmrtí blízkých nebo názor na eutanázii atd. (Abdel-Khalek, Neimeyer, 2017).

Nástroj FATCOD byl vytvořen v roce 1988. Celé 2/3 otázek se týkají přístupu sester přímo k pacientovi, zbylá 1/3 souvisí s přístupem sester k rodinným příslušníkům terminálně nemocného pacienta. Závěrečnou část nástroje tvoří 12 demografických otázek. Několik myšlenek bylo převzato z Wiccezurek's Attitude Toward Nursing Care of the Dying Child Scale, která byla vytvořena v roce 1975. Položky v této škále byly formulované pro pediatrické pacienty, pro nástroj FATCOD byly přetvořeny do obecné

roviny terminálně nemocných bez ohledu na věk pacienta. Ostatní podněty vzešly z autorčiny osobní zkušenosti s terminálně nemocnými a z obav vyjádřených sestrami po absolvování různých workshopů (Frommelt, 1991). V roce 2003 byl vytvořen FATCOD-B (Frommelt, 2003). Nástroj se skládá z 30 položek Likertova typu, které jsou ohodnoceny na 5-bodové stupnici. Jeho součástí je rovnocenný počet pozitivně a negativně laděných položek. Možnosti odpovědí jsou: SN = silně nesouhlasím, N = nesouhlasím, NJ = nejsem si jistý, S = souhlasím, SS = silně souhlasím. Pozitivně laděné položky jsou ohodnoceny od jedné za silný nesouhlas do pěti za silný souhlas. Pro negativně laděné položky se používá opačný systém skórování. Čím vyšší skóre, tím pozitivnější přístup. Reliabilita byla ověřena dvakrát. Poprvé u 18 onkologických sester. V druhém kole bylo osloveno 30 sester, tentokrát z oddělení onkologického a chirurgického. Byl využit quasi-experiment se záměrným výběrem. Jako výzkumný soubor bylo vybráno 34 licencovaných sester pracujících na Středozápadě. Všechny byly požádány o účast na 2hodinovém edukativním programu s tematikou smrti a umírání založené na hospicovém konceptu péče. Zodpověděly otázky z nástroje FATCOD včetně demografických informací před edukativním programem a po něm. Edukativní program byl sestaven tak, aby odpovídal úrovni sester, ale zároveň aby naplnil předmět kurzu. Pro jeho účely byly vytvořeny modely hraní rolí, které měly sestram pomoci v sebehodnocení. Modely byly dva. V prvním z nich si sestry představovaly, že jim zbývá méně než šest měsíců života. Ve druhém se sestry vžívaly do role pečující osoby, která dostala na starost pacienta s předpokládanou délkou života kratší než šest měsíců. Dále byla využita case study pro vysvětlení konkrétních případů na základě práce MUDr. Kübler-Ross. Druhý model se ukázal jako velmi nápomocný v utřídění si pocitů sester v oblasti smrti a umírání. Stejně tak byly využity techniky otevřených otázek a týmové spolupráce při řešení problémů. Všechny účastnice obdržely seznam doporučené literatury související se smrtí a umíráním, která jim do budoucna může rozšířit vzdělání a již mohou využít při péči o terminálně nemocné. Závěry výzkumu se shodují s očekáváním. Vyplynulo z něj totiž, že se sestry cítí neadekvátně připravené pro péči o terminálně nemocné. Sestry, které již v minulosti absolvovaly specifický kurz, měly ve výsledku pozitivnější přístup než sestry bez takové zkušenosti. Překvapivým výsledkem bylo to, že hospicové sestry účastníci se tohoto výzkumu měly zjištěny velmi pozitivní přístup v testu, avšak po edukativním programu vyšly výsledky ještě lépe. Pozitivnější přístup byl zjištěn u všech zkoumaných sester po ukončení edukativního programu. Doporučení vycházející

z výzkumu je takové, že FATCOD je validní a spolehlivý nástroj, který by mohl být použit pro další výzkumy v oblasti thanatologie (Frommelt, 1991).

Různé jazykové mutace nástroje FATCOD, jak již bylo uvedeno výše, byly použity k výzkumům nejen v USA, ale také například ve Švédsku, Polsku, Itálii, Španělsku nebo Číně (Hench et al., 2014; Sadowska et al., 2020; Leombruni et al., 2015; Edo-Gual et al., 2017; Wang et al., 2016).

Co se týče obdobných výzkumů se zaměřením na připravenost studentů na setkání s umírajícím a se smrtí v ČR, několik se jich uskutečnilo, ať už v rámci výzkumů k bakalářským či diplomovým pracím, nebo během konkrétního výzkumu. Ne vždy byly použity stejné nástroje pro měření. Za nejvýznamnější považujeme výzkum na Ostravské univerzitě v Ostravě, kde byl využit nástroj Collett–Lester Fear of Death Scale (Bužgová a Janíková, 2017), jenž byl zkonstruován v roce 1969 Collettem a Lesterem. Zahrnuje 4 hlavní oblasti: strach z vlastní smrti, strach ze smrti ostatních, strach z vlastního umírání a strach z umírání ostatních (Collett a Lester, 1969).

1.5 Role v problematice umírání a smrti dle oborů

Odborníci odhadují, že ve vyspělých zemích více než 60 % umírajících vyžaduje nějakou formu paliativní péče. Nejde pouze o onkologické pacienty, patří sem také pacienti s chronickými kardiovaskulárními problémy, těžkou CHOPN či diabetem nebo pacienti s neurodegenerativními poruchami (Murtagh et al., 2014).

Z hlediska přesných počtů bylo v ČR zaznamenáno 111 443 úmrtí v roce 2017, to je o 3,7 tis. úmrtí více než v roce předchozím. Co se týče příčiny úmrtí, pak došlo k poklesu úmrtnosti u obou pohlaví v případě zhoubných novotvarů, úmrtnost na další příčiny však spíše vzrostla (nemoci oběhové soustavy, dýchací soustavy, trávicí soustavy, vnější příčiny, tzn. poranění, otravy a jiné). Nejčastější příčinou smrti zůstávají nemoci oběhové soustavy u obou pohlaví, konkrétně se jednalo o 40 % úmrtí u mužů a 48 % u žen, celkem tedy více než 49 tis. případů úmrtí. Počet zemřelých trvale roste s věkem u obou pohlaví, od věku 55 let již převažují úmrtí v důsledku oběhové soustavy nad novotvary v případě mužů i žen. Druhou nejčastější příčinou úmrtí jsou již dlouhodobě zhoubné novotvary, byly příčinou úmrtí u zhruba 27,3 tis. osob, na celkovém počtu úmrtí se podílelo 27,0 % mužů a 22,0 % u žen. U mužů se nejvyšší počet zemřelých na zhoubné novotvary vyskytuje mezi 55.–69. rokem věku, u žen se to přesouvá do vyššího věku, avšak po dosažení 75. roku věku výskyt novotvarů klesá.

Úmrtnost u dětí, přesněji u kojenců (dětí do 1 roku věku), je dlouhodobě na velice nízké úrovni, před dosažením prvních narozenin zemřelo 304 dětí, to je o 13 méně než v roce předchozím. Na 1000 živě narozených dětí připadá 2,7 úmrtí kojenců. Ve věku od 10 do 45 let se intenzita úmrtnosti plynule zvyšuje, hlavním důvodem úmrtí jsou vnější příčiny (ÚZIS ČR, 2018).

Ve vyhlášce č. 55/2011 Sb. (vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků) jsou stanovené kompetence pro jednotlivé již zmíněné obory, které budou detailně rozebrány se zaměřením na paliativní péči v následujících kapitolách. V roce 2017 byla ve Sbírce zákonů v částce 137 vyhlášena vyhláška č. 391/2017 Sb., kterou se mění vyhláška č. 55/2011 Sb., ve znění vyhlášky č. 2/2016 Sb.

1.5.1 Všeobecná sestra

Podle § 4 vyhlášky č. 55/2011 Sb. je všeobecná sestra způsobilá „*poskytovat a zajišťovat psychickou podporu umírajícím a jejich blízkým a po stanovení smrti lékařem zajišťovat péči o tělo zemřelého a činnosti spojené s úmrtím pacienta*“. Dále uvádí, že může vykonávat činnosti při poskytování preventivní, diagnostické, léčebné, rehabilitační, neodkladné, paliativní a dispenzární péče (Česko, 2011a; Česko, 2017).

Všeobecná sestra společně s lékařem se specializací (paliativní medicína a léčba bolesti, geriatric, ARO, vnitřní lékařství, onkologie atd.) a sociálním pracovníkem představují minimální obsazení pro konziliární tým paliativní péče, který je důležitým předpokladem úspěšné péče v nemocnicích. Je velmi vhodné do péče samozřejmě zapojit i další specialisty, jako jsou psychoterapeut, pastorační asistent nebo duchovní a další zdravotničtí pracovníci (např. nutriční specialista, fyzioterapeut, specialista na léčbu chronických ran atd.) (Pracovní skupina ke Koncepci paliativní péče v Jihočeském kraji, 2018).

Jedna z definic ošetřovatelství zní: „*je zaměřeno zejména na udržení a podporu zdraví, navrácení zdraví a rozvoj soběstačnosti, zmírňování utrpení nevyléčitelně nemocného člověka a zajištění klidného umírání a smrti*“ (Věstník č. 9 – MZ ČR, 2004, s. 2). Současné ošetřovatelství má za cíl poskytovat ošetřovatelskou péči vícestupňovým způsobem, pro jehož základ potřebujeme ošetřovatelský tým složený z personálu s různou úrovní kvalifikace. Kompetence jsou pak vymezeny dle stupně dosaženého vzdělání a specializace (Věstník č. 9 – MZ ČR, 2004).

1.5.2 Zdravotnický záchranář

Pakliže se zaměříme na přednemocniční neodkladnou péči v souvislosti se zdravotnickými záchranáři pracujícími v terénu v rámci ZZS, pak ze statistik jasně vyplývá, že právě oni jsou častými poskytovateli péče o umírající a zemřelé. V roce 2017 na území ČR zemřelo 689 osob při dopravních nehodách, 602 osob po pádu, 140 osob po náhodném (u)tonutí a potopení, 55 osob po vystavení se elektrickému proudu, ozáření atd., 1395 osob po úmyslném sebepoškození a 65 osob po napadení (útku), přičemž všechny tyto příčiny úmrtí řadíme mezi vnější příčiny (ÚZIS ČR, 2018).

Podle § 17 vyhlášky č. 55/2011 Sb. jsou zdravotničtí záchranáři kompetentní „zajišťovat v případě potřeby péči o tělo zemřelého“ a „poskytovat a zajišťovat psychickou podporu umírajícím a jejich blízkým a po stanovení smrti lékařem zajišťovat péči o tělo zemřelého a činnosti spojené s úmrtím pacienta“, ať už při poskytování přednemocniční neodkladné péče, akutní lůžkové péče intenzivní, nebo péče na urgentním příjmu (Česko, 2011a; Česko, 2017).

1.5.3 Porodní asistentka

Podíváme-li se na setkání s umírajícím a smrtí v rámci porodní asistence, je nutné uvést počet zemřelých během těhotenství, porodu a šestinedělí, a to za rok 2017 celkem 2 osoby. Počet zemřelých na některé stavy vzniklé v perinatálním období je 177 osob a na vrozené vady, deformace a chromosomální abnormality je 162 osob (ÚZIS ČR, 2018). Další rizikovou skupinou, se kterou by se mohly setkat porodní asistentky, jsou onkogynekologické pacientky. Nejčastějšími nádory ženských reprodukčních orgánů jsou nádory děložního těla. Mohou tvořit až 40 % gynekologických zhoubných nádorů. V ČR bylo diagnostikováno 1948 nových případů. Úmrtnost pacientek byla v roce 2015 celkem 451 pacientek (Chovanec, 2020).

Na základě § 5 vyhlášky č. 55/2011 Sb. může porodní asistentka vykonávat ošetrovatelskou péči o gynekologicky nemocné a „pečovat o ženu s odumřelým plodem ve vyšší stupni těhotenství, s přerušným těhotenstvím nad dvanáctý týden z genetické indikace či zdravotní indikace ženy ve všech porodních dobách, včetně sledování a vyhodnocování rizik s tím spojených“ (Česko, 2011a; Česko, 2017).

1.5.4 *Pediatrické ošetřovatelství*

V roce 2018 zemřelo na území ČR 369 dětí ve věkové kategorii 0–5 let, 68 dětí v kategorii 6–12 let, 17 dětí v kategorii 13–14 let, 61 dětí v kategorii 15–17 let, 399 dětí a mladých lidí v kategorii 18–25 let (ČSÚ, 2019).

Podle § 4b vyhlášky č. 55/2011 Sb. je dětská sestra způsobilá zajistit základní a specializovanou ošetřovatelskou péči prostřednictvím ošetřovatelského procesu o zdravé i nemocné děti všech věkových kategorií, vést rozhovory s rodiči v náročné životní situaci a může vykonávat činnosti při poskytování preventivní, diagnostické, léčebné, rehabilitační, neodkladné, paliativní a dispenzární péče (Česko, 2011a; Česko, 2017).

V oblasti dětské paliativní péče je nutno mít konziliární tým doplněný o dětskou sestru (Pracovní skupina ke Koncepci paliativní péče v Jihočeském kraji, 2018).

1.5.5 *Ošetřovatelství ve vybraných klinických oborech*

Pro všechny tři moduly platí, že na základě § 54 vyhlášky č. 55/2011 Sb. mohou jako všeobecné sestry se specializovanou způsobilostí „vést specializační vzdělávání v oboru své specializace“ (Česko, 2011a; Česko, 2017).

Pediatrického modulu se týká § 57 vyhlášky č. 55/2011 Sb., tedy že dětská sestra může vykonávat činnosti podle § 4b při poskytování ošetřovatelské péče o zdravé i nemocné dítě (Česko, 2011a; Česko, 2017).

Modul vnitřní lékařství se řídí podle § 60 vyhlášky č. 55/2011 Sb. Sestra pro péči v interních oborech je způsobilá „poskytovat paliativní péči, vyhledávat aktuální potřeby pacienta a koordinovat týmovou spolupráci v péči o pacienta v terminálním stadiu“ (Česko, 2011a; Česko, 2017).

A konečně modul chirurgický definuje § 61 vyhlášky č. 55/2011 Sb., který uvádí, že sestra pro péči v chirurgických oborech může „poskytovat paliativní péči, vyhledávat aktuální potřeby pacienta a koordinovat týmovou spolupráci v péči o pacienta v terminálním stadiu“ (Česko, 2011a; Česko, 2017).

2 Cíl a hypotézy

2.1 Cíl práce

Zmapovat současný stav připravenosti studentů nelékařských zdravotnických oborů na setkání s péčí o umírající pacienty a se smrtí.

2.2 Hypotézy

V souvislosti s tímto cílem bylo stanoveno pět hypotéz:

- **H₁**: U zvolených oborů se liší připravenost studentů na setkání s péčí o umírající pacienty a se smrtí.
- **H₂**: S věkem studentů se liší připravenost studentů na setkání s péčí o umírající pacienty a se smrtí.
- **H₃**: S délkou praxe studentů se liší připravenost studentů na setkání s péčí o umírající pacienty a se smrtí.
- **H₄**: U pregraduálního a postgraduálního studia sester se liší připravenost studentů na setkání s péčí o umírající pacienty a se smrtí.
- **H₅**: Na základě předchozí zkušenosti s terminálně nemocným pacientem se liší připravenost studentů na setkání s péčí o umírající pacienty a se smrtí.

3 Operacionalizace pojmů

Umírání

Nejznámějším modelem popisujícím umírání je model Elizabeth Kübler-Rossové, jenž popisuje pět fází umírání: popírání (šok, negace), agrese (hněv, vzpoura), smlouvání (vyjednávání), deprese (smutek) a smíření (souhlas) (Kübler-Ross, 1969). Mnoho následných studií kritizovalo její model, přesto ale nepochybně přispěl k rozvoji paliativní péče (Corr, 2018).

Současné zdravotnictví se snaží o tzv. dobré umírání (good dying), které je založeno na kvalitě života v posledních fázích života (např. úleva od bolesti, mentální well-being), kvalitě umírání (např. vyhnutí se prodlužování umírání, autonomie, přítomnost blízkých) a kvalitě zdravotní péče v posledních fázích života (např. péče orientovaná na pacienta, pozitivní komunikace mezi poskytovateli zdravotní péče a pacientem) (Hutter et al., 2015).

Smrt

Z pohledu zdravotnického pracovníka je nejdůležitější lékařská definice smrti, podle níž se projevuje ztrátou reakcí organismu na okolí, úplným zrušením všech reflexů a ztrátou svalových pohybů, zástavou dýchání, poklesem tlaku krve v tepnách, absolutně lineární encefalografickou křivkou, zástavou činnosti mozku a ztrátou vědomí (Bártlová, 2005).

Paliativní péče

WHO uvádí, že se jedná o přístup, který usiluje o zlepšení kvality života pacientů a rodin, čelících problémům spojeným s život ohrožujícím onemocněním, a to prostřednictvím prevence a zmírňování utrpení včasnou identifikací a dokonalým zhodnocením, léčbou a mírnění bolesti a dalších problémů, fyzických, psychosociálních i duchovních (WHO, 2002).

Cílová skupina – studenti

Studenti ZSF JU námi vybraných oborů (tedy VS, PA, PO, ZZ, OSN) mají před zahájením vysokoškolského studia nejvyšší dosažené vzdělání minimálně na úrovni maturity. Pro navazující magisterský obor OSN je navíc nutné před zahájením studia úspěšně absolvovat bakalářské studium v oboru *ošetřovatelství* (JU, 2020a).

Nástroj pro hodnocení připravenosti

Nástroj Hodnocení postoje k péči o umírající podle Frommeltové (FATCOD-B), použitý pro výzkumné šetření, určí, zda jsou studenti připraveni na poskytování péče umírajícím a zemřelým na základě bodového ohodnocení 30 odpovědí. Nástroj je součástí standardizované části dotazníku.

Připravenost studentů na setkání s umírajícím pacientem a se smrtí

Být připraven znamená pro studenty, že na základě získaných znalostí, dovedností a zkušeností jsou schopni poskytovat ošetřovatelskou péči u umírajících a zemřelých na úrovni, kterou jim definují zákonem stanovené kompetence.

4 Metodika

4.1 Metoda sběru dat

Výzkumné šetření bylo vedeno v rámci řešení grantového projektu GAJU č. 058/2018/S Využití měřicích nástrojů v ošetrovatelství. Výzkumný záměr prošel schválením Etickou komisí ZSF JU zastoupenou doc. MUDr. Jiřím Šimkem, CSc. Empirická část byla zpracována metodou kvantitativního výzkumu. Výzkumné šetření probíhalo pomocí dotazníku, který byl rozdělen na standardizovanou a nestandardizovanou část. Standardizovaný dotazník se nazývá Hodnocení postoje k péči o umírající podle Frommeltové (FATCOD-B). Standardizovaný nástroj se skládá ze dvou částí, první část tvoří vlastní měřicí nástroj 30 škálových otázek. Následuje 12 demografických otázek, které jsou filtrační, otevřené, polouzavřené, ale i uzavřené. Bližší popis nástroje obsahuje podkapitola *Nástroje pro hodnocení připravenosti studentů na setkání s umíráním a se smrtí*. Nestandardizovaná část dotazníku se skládala z 50 uzavřených, polouzavřených a škálových otázek. Ty byly sestaveny na základě prostudování nalezených literárních zdrojů a zkušeností výzkumného týmu grantového projektu. Otázky se týkaly přístupu a zkušeností studentů s umíráním a smrtí nejenom u pacientů, dále zde byly otázky cílené na výuku paliativní péče v rámci přípravy studentů na ZSF JU a samozřejmě identifikační otázky. Struktura otázek byla konzultována se statistikem. Srozumitelnost výsledného dotazníku byla ověřena v rámci pilotního výzkumu se třemi náhodně vybranými studenty daných oborů na ZSF JU (viz příloha č. 1), podle jehož výsledků byl následně dotazník upraven. Co se týče standardizované části dotazníku, byla kontaktována její autorka Katherine H. Murray Frommelt, která nám udělila svolení s použitím (viz příloha č. 2) a rovněž nám zaslala originální zadání nástroje a návod na jeho vyhodnocení. Vzhledem k tomu, že standardizovaný nástroj FATCOD-B nebyl dostupný v české verzi, proto byl realizován překlad v souladu s doporučeními Beatona et al. (2000) pro překlad a validaci nástroje, která kladou důraz hlavně na mezikulturní významovou shodu. Ta byla nezbytná, jelikož původní verze nástroje vznikla v USA, a proto bylo nutné v otázkách týkajících se vzdělání zohlednit jiný vzdělávací systém než v ČR. Postup tohoto překladu byl následující. Prvním krokem byl doslovný překlad do češtiny, který realizoval zkušený překladatel. Následně druhý (nezávislý) překladatel realizoval zpětný překlad z češtiny

do angličtiny. Obě anglické verze byly porovnány a konzultovány výzkumným týmem. Proběhly nutné úpravy, korekce, optická kontrola a validizace nástroje. Každá odchylka mezi originálním dokumentem a zpětným překladem byla pečlivě zvážena a konzultována. Výsledný český dotazník jsme pojmenovaly jako FATCOD-B-CZ po vzoru zahraničních studií (Hench et al., 2014; Leombruni et al., 2015; Wang et al., 2016; Edo-Gual et al., 2017; Sadowska et al., 2020). Terminologie použitá v tomto nástroji koresponduje s literaturou. Zpětně přeložený formát nástroje byl rovněž zaslán ke konzultaci autorce Katherine H. Murray Frommelt, která ho schválila. Finální dotazník je součástí přílohy č. 3. Vzhledem k tomu, že byl dotazník vytvořen ještě před otevřením nového studijního oboru *pediatrické ošetrovatelství*, proto v něm není uvedena možnost takovéto odpovědi na otázku č. 2 týkající se aktuálně studovaného oboru. Při distribuci dotazníků byli respondenti z tohoto oboru upozorněni na tento fakt a vyzváni, aby svůj obor písemně doplnili pod vytištěné odpovědi. Tato nová možnost odpovědi byla zanesena do matrice ve statistickém systému SASD, tak aby bylo zaručeno její vyhodnocení. Stejně tak byly v matici upraveny otázky č. 18, 46, 47, 49 a 50 kvůli často se opakující vícečetné odpovědi ze strany respondentů, i když původně byla vyžadována pouze 1 odpověď.

Vlastní výzkum byl proveden u vybraných studentů ZSF JU ve dvou kolech. První kolo proběhlo v letním semestru 2018/2019 (březen 2019 – červen 2019) a druhé kolo v zimním semestru 2019/2020 (listopad 2019 – leden 2020). Druhé kolo bylo záměrné z důvodu získání dat od studentů 1. ročníků ještě předtím, než absolvují svoji první praktickou výuku. Byli osloveni také studenti nově otevřeného studijního oboru *pediatrické ošetrovatelství* a v neposlední řadě jsme znovu oslovily obor *zdravotnický záchranář*, jelikož jsme chtěly navýšit množství získaných dat od tohoto oboru. Respondenti byli ujištěni o naprosté anonymitě během výzkumu, stejně tak o tom, že zjištěné informace budou použity pouze za účelem vypracování této diplomové práce. Všichni respondenti byli dále seznámeni s tématem práce a dostali prostor pro kladení otázek, aby bylo zaručeno porozumění dotazníku. Velikost souboru byla dána počtem studentů v daných oborech. S ohledem na distribuci studentů (jejich počet v jednotlivých oborech) jsme se snažili o co možná nejvyšší návratnost dotazníků. Celkový počet rozdaných dotazníků byl 730 kusů, z toho se vrátilo 256 vyplněných. Návratnost byla tedy 35 %.

4.2 Charakteristika výzkumného souboru

Po finalizaci dotazníku proběhla jeho distribuce. Výběr respondentů byl záměrný. Mezi výběrová kritéria patřilo to, že je respondent studentem ZSF JU v oboru: *všeobecná sestra (VS)*, *porodní asistentka (PA)*, *zdravotnický záchranář (ZZ)*, *pediatrické ošetrovatelství (PO)* a *ošetrovatelství ve vybraných klinických oborech (OSN)* v prezenční i kombinované formě studia (P nebo K) ve všech ročnících. U oborů *porodní asistentka* a *zdravotnický záchranář* studují všichni oslovení studenti v prezenční formě studia. U oboru *porodní asistentka* se podařilo oslovit i prodlužující studenty (tedy ve 4. a 5. ročníku).

Tabulka 1: Charakteristika výzkumného souboru

Obor	Ročník	1. kolo (akademický rok 2018/19)		2. kolo (akademický rok 2019/20)		Celkem
		Počet studentů	Počet vrácených dotazníků	Počet studentů	Počet vrácených dotazníků	Počet vrácených dotazníků
VSP	1.	60	5	74	36	41
	2.	58	39	-	-	39
	3.	47	9	-	-	9
VSK	1.	33	6	14	7	13
	2.	10	6	-	-	6
	3.	17	1	-	-	1
PAP	1.	36	7	28	0	7
	2.	19	11	-	-	11
	3.	16	12	-	-	12
	a vyšší					
ZZP	1.	41	20	49	1	21
	2.	23	0	16	4	4
	3.	30	1	-	-	1
POP	1.	-	-	14	14	14
	2.	-	-	-	-	0
	3.	-	-	-	-	0

POK	1.	-	-	15	8	8
	2.	-	-	-	-	0
	3.	-	-	-	-	0
OSNP	1.	11	10	13	1	11
	2.	14	14	-	-	14
OSNK	1.	40	18	32	8	26
	2.	20	18	-	-	18
Celkem		475	177	255	79	256

Zdroj: Vlastní zpracování

4.3 Zpracování dat

Sběr dat spočíval v distribuci a následném sběru vyplněných dotazníků u studentů vybraných studijních oborů na ZSF JU. Distribuce probíhala prostřednictvím oslovení ročníkových mluvčí u každého oboru, s jejichž pomocí byly dotazníky rozděleny mezi studenty. S ohledem na zajištění co možná nejvyšší návratnosti dotazníků byly do distribuce zapojeni i ročníkoví vedoucí daných oborů, v některých případech vyučující předmětů u daných oborů a také kolegové z výzkumného týmu, kteří vyučují dané obory. Rozložení dotazníků mezi členy cílové skupiny bylo koordinováno tak, aby nedošlo k jejich opakovanému vyplňování stejnými respondenty.

Po ukončení sběru dat pro výzkumnou část práce následovala jejich optická kontrola, vyřazení tří neúplně vyplněných dotazníků a zadávání správně vyplněných do předpřipravené matrice ve statistickém systému SASD. Celkový počet zadávaných dotazníků byl 256 kusů. Získaná data byla následně vyhodnocena. Analýza dat byla provedena prostřednictvím programů SASD (Statistická analýza dat) a SPSS, a to na základě prvního a druhého stupně třídění. V prvním stupni třídění byly pro jednotlivé ukazatele konstruovány frekvenční tabulky a vypočítány absolutní a relativní četnosti a střední hodnoty (modus, medián, průměr, rozptyl, směrodatná odchylka, rozpětí, odhad rozptylu a směrodatné odchylky a intervalový odhad střední hodnoty a rozptylu na úrovni 0,05). Ve druhém stupni třídění byly konstruovány kontingenční tabulky s absolutními a relativními četnostmi (sloupcovými, řádkovými, celkovými i očekávanými) a znaménkové schéma. V rámci analýzy souvislosti byly aplikovány dle

charakteru znaků a počtu pozorování test chí kvadrát dobré shody – X^2 (Pearson Chi-Square) a test nezávislosti. Dále byly provedeny výpočty Pearsonova koeficientu kontingence, normovaného Personova koeficientu kontingence, Čuprovova koeficientu, Cramerova koeficientu, Walisova koeficientu, Spearmanova koeficientu a korelačního koeficientu. Síla vztahu byla měřena na třech úrovních hladiny významnosti – $\alpha = 0,05$, $0,01$ a $0,001$.

Vzhledem k tomu, že výzkumný soubor je tvořen homogenním vzorkem s malými odlišnostmi, bylo nutné pro vyhodnocení standardizovaného nástroje FATCOD-B stanovit 2 kategorie, aby bylo možné provést testování. Stanovili jsme kategorii *horší postoj k péči o umírající* v rozmezí 30–109 bodů a kategorii *lepší postoj k péči o umírající* v rozmezí 110–150 bodů. Bodové ohodnocení nástroje je minimálně 30 bodů a maximálně 150 bodů s tím, že vyšší skóre značí lepší postoj k péči o umírající a s tím související vyšší míru připravenosti na poskytování péče umírajícím a zemřelým.

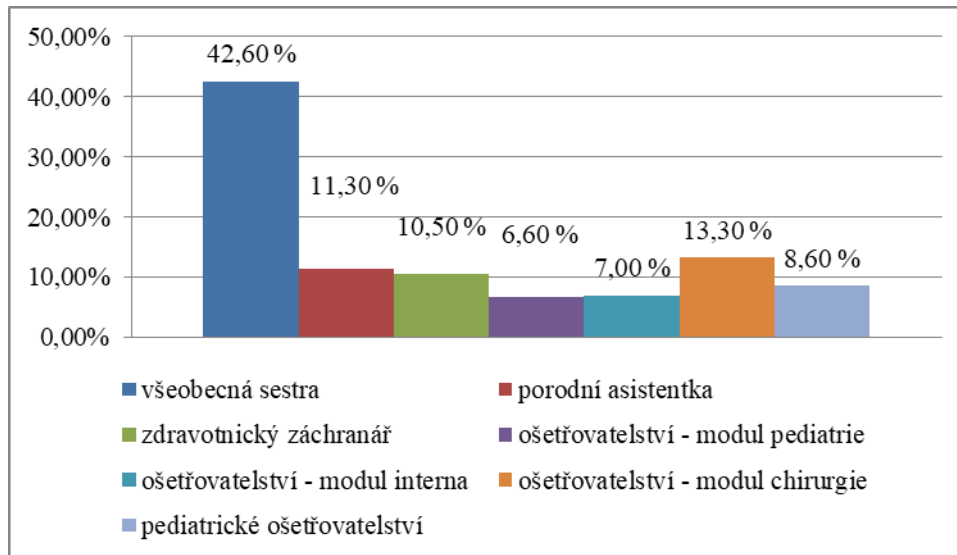
V rámci popisu analyzovaných statisticky významných vazeb jsou standardně uváděny hodnoty testu chí kvadrát dobré shody a testu nezávislosti. Aby bylo možné stanovit směr statisticky významného vztahu mezi dvěma znaky, byla úroveň možné odchylky vypočítána pro každé políčko kontingenční tabulky. V případě nedostatečného počtu pozorování byla aplikována Yatesova korekce.

Na základě vyhodnocení získaných dat byl vytvořen návrh doporučení za účelem zlepšení připravenosti studentů pro poskytování péče umírajícím pacientům a zemřelým.

5 Výsledky

Celkový počet respondentů je 256 (N = 256).

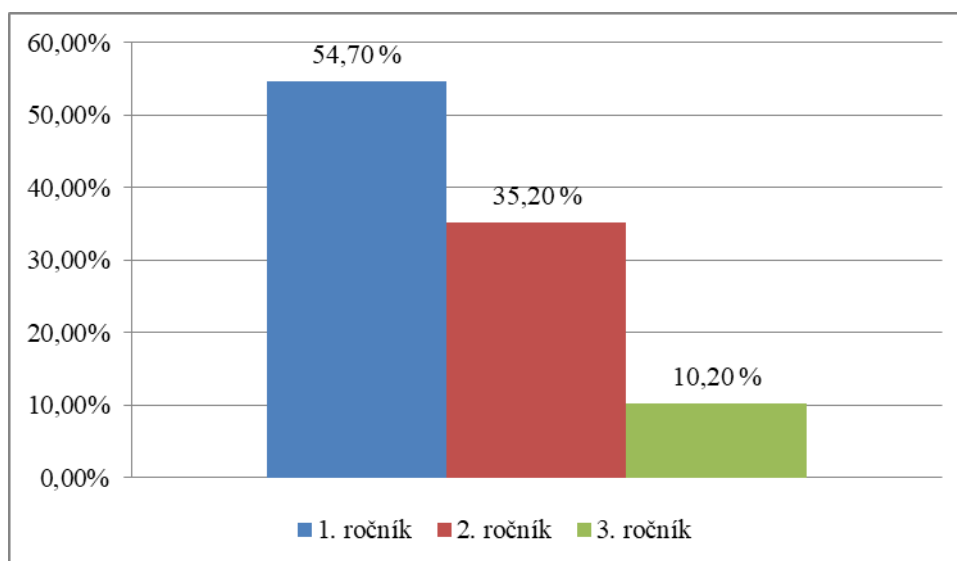
Graf 1: Studovaný obor



Zdroj: Vlastní zpracování

Z celkového počtu 256 (100 %) respondentů odpovědělo 109 (42,6 %) respondentů, že studují obor všeobecná sestra, 29 (11,3 %) respondentů obor porodní asistentka, 27 (10,5 %) respondentů obor zdravotnický záchranář, 17 (6,6 %) respondentů obor ošetřovatelství ve vybraných klinických oborech – modul pediatrie, 18 (7 %) respondentů obor ošetřovatelství ve vybraných klinických oborech – modul interna, 34 (13,3 %) respondentů obor ošetřovatelství ve vybraných klinických oborech – modul chirurgie a 22 (8,6 %) respondentů obor pediatrické ošetřovatelství. Obory všeobecná sestra, zdravotnický záchranář, pediatrické ošetřovatelství a porodní asistentka jsou bakalářské studijní obory, zatímco ošetřovatelství ve vybraných klinických oborech – všechny tři moduly (interní, chirurgický i pediatrický) jsou navazující magisterské obory.

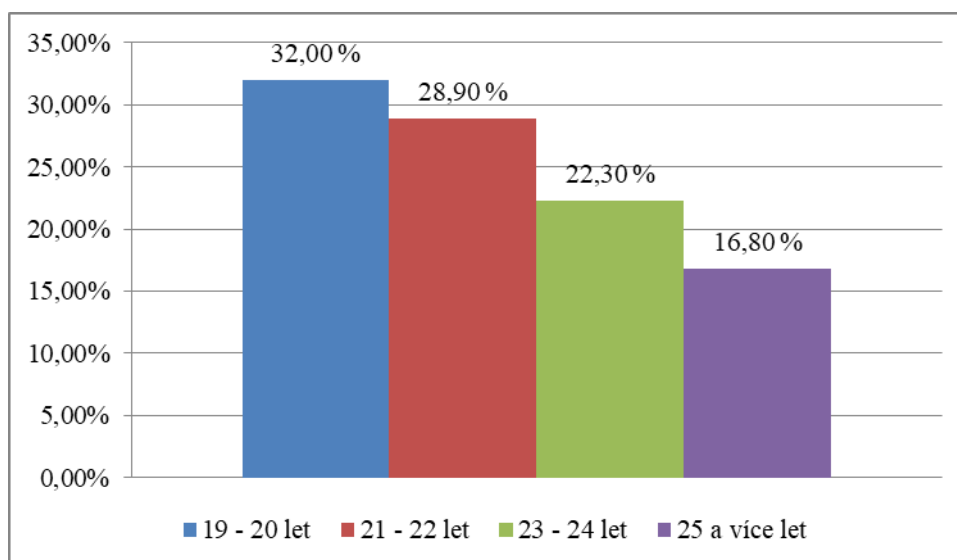
Graf 2: Studovaný ročník



Zdroj: Vlastní zpracování

Z celkového počtu 256 (100 %) respondentů odpovědělo 140 (54,7 %) studentů 1. ročníku, 90 (35,2 %) respondentů studuje 2. ročník a 26 (10,2 %) respondentů 3. ročník.

Graf 3: Věk respondentů

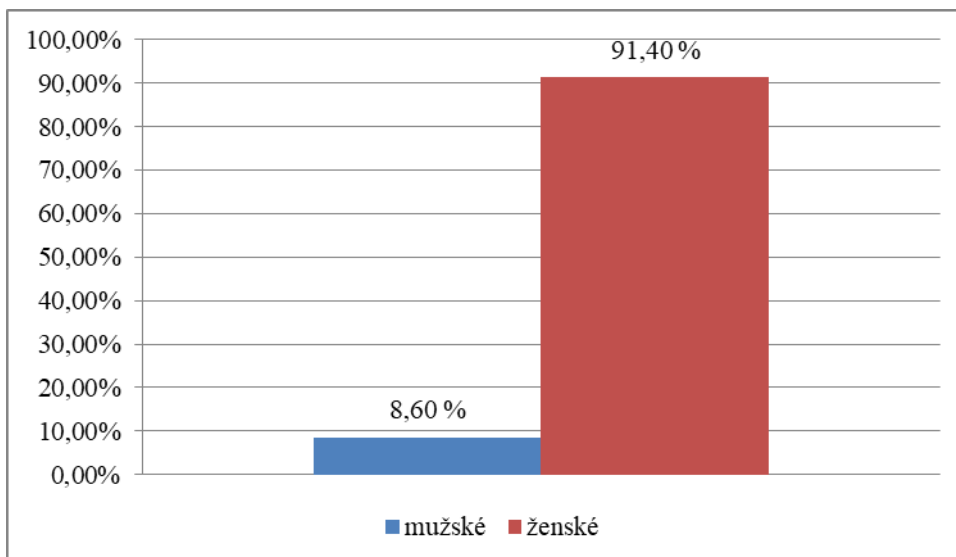


Zdroj: Vlastní zpracování

Z celkového počtu 256 (100 %) respondentů jich 82 (32 %) uvedlo věk v kategorii 19–20 let, 74 (28,9 %) respondentů uvedlo věk v kategorii 21–22 let, 57 (22,3 %)

respondentů spadalo do věkové kategorie 23–24 let a 43 (16,8 %) respondentů do kategorie 25 let a více. Minimální věk je 19 let a maximální věk 54 let.

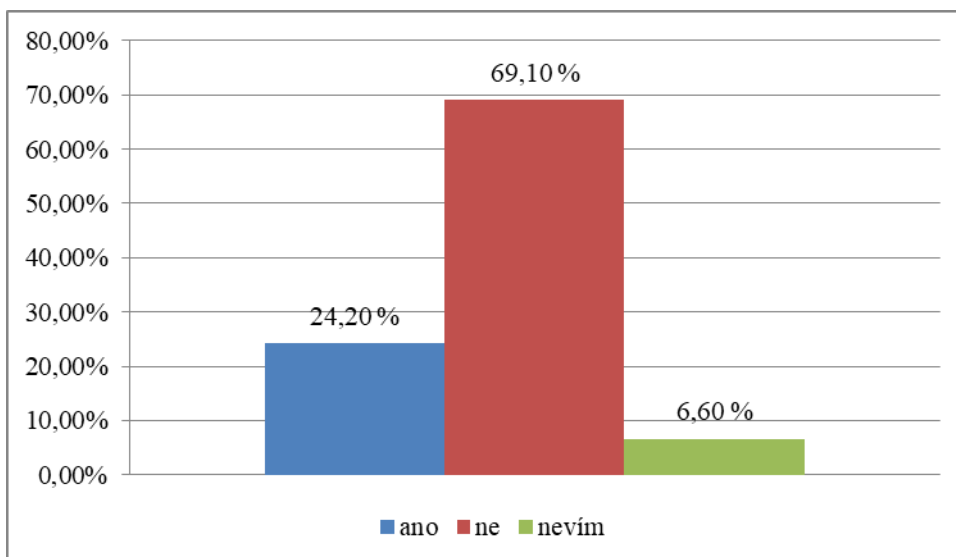
Graf 4: Pohlaví respondentů



Zdroj: Vlastní zpracování

Z celkového počtu 256 (100 %) respondentů uvedlo 22 (8,6 %) pohlaví mužské a 234 (91,4 %) pohlaví ženské.

Graf 5: Víra respondentů

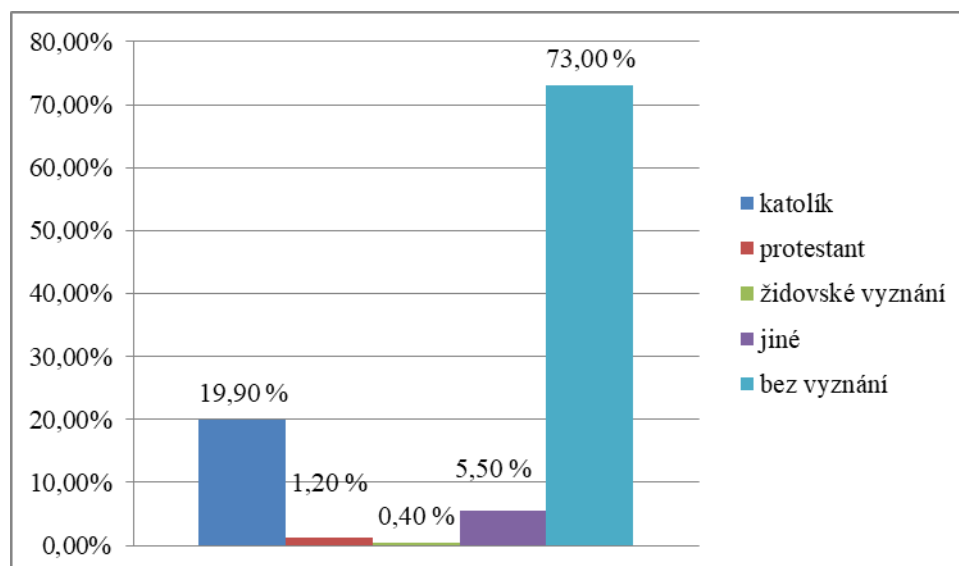


Zdroj: Vlastní zpracování

Z celkového počtu 256 (100 %) respondentů odpovědělo 62 (24,2 %) respondentů, že vyznávají víru (konkrétně evangelickou; křesťanskou; římskokatolickou;

pravoslavnou; esoteriku, energii, duchovno, spiritualitu; v Boha, ale bez vyznání; buddhismus, hinduismus), 177 (69,1 %) respondentů nevyznává žádnou víru a 17 (6,6 %) respondentů neví, zda vyznávají víru.

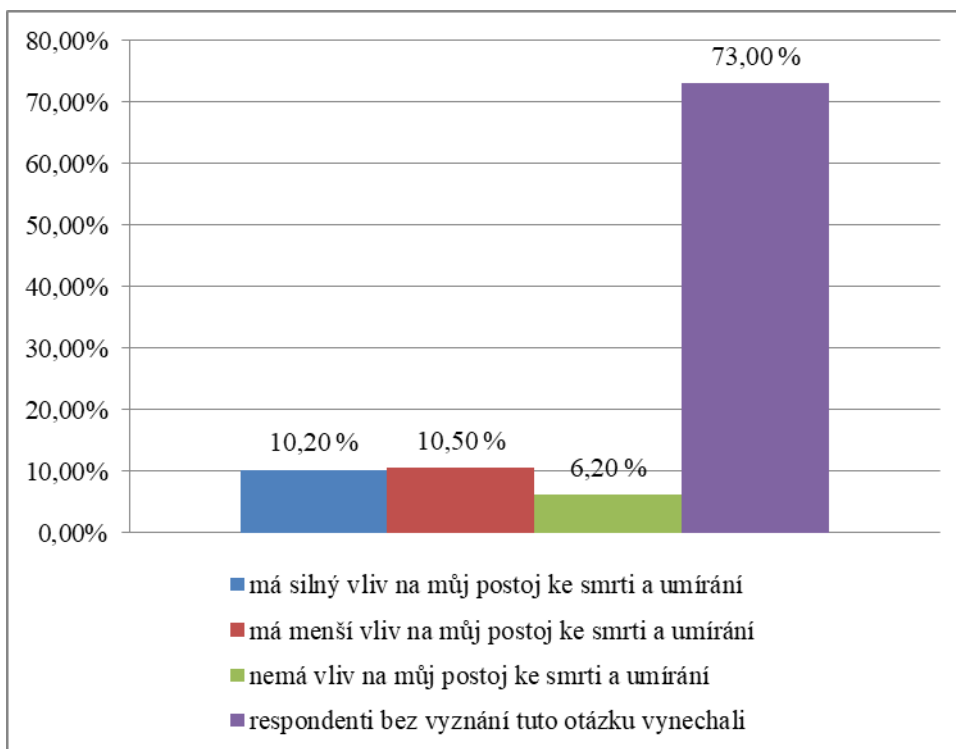
Graf 6: Vyznání respondentů



Zdroj: Vlastní zpracování

Z celkového počtu 256 (100 %) respondentů jich 51 (19,9 %) uvedlo vyznání katolické, 3 (1,2 %) respondenti uvedli protestantské, 1 (0,4 %) respondent označil židovské, 14 (5,5 %) respondentů uvedlo jiné vyznání (např. pravoslavné, esoteriku, víru v Boha, křesťanství, v něco vyššího věřím, ale určit to nedokážu, věřím v reinkarnaci, sám v sebe) a 187 (73 %) respondentů uvedlo, že jsou bez vyznání.

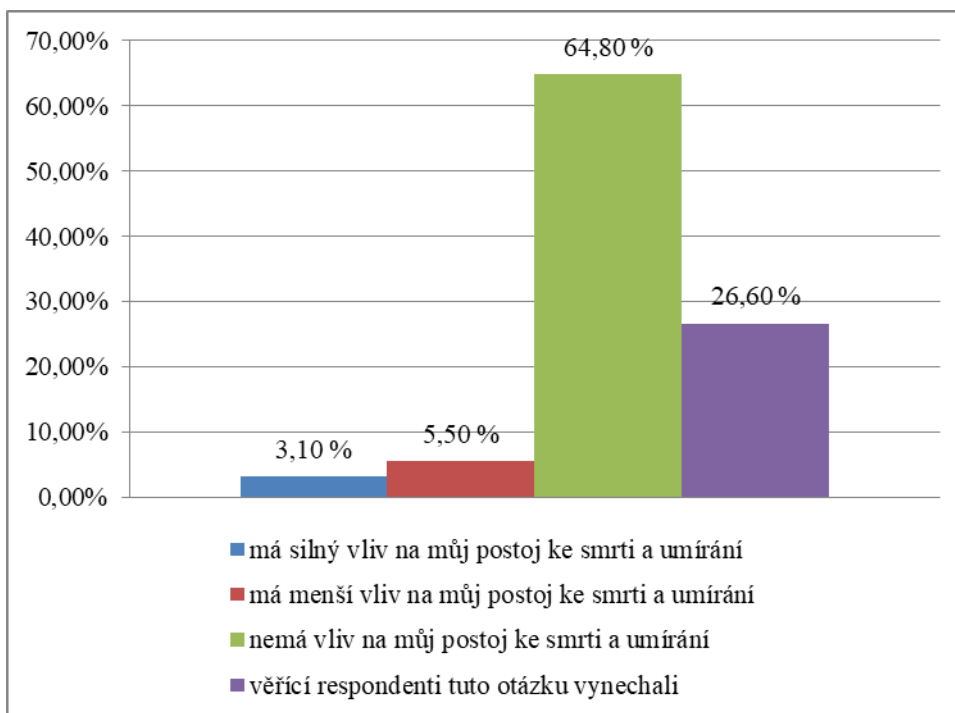
Graf 7: Vliv víry na postoj ke smrti a umírání



Zdroj: Vlastní zpracování

Z celkového počtu 256 (100 %) respondentů jich 26 (10,2 %) zvolilo možnost, že má jejich víra silný vliv na jejich postoj ke smrti a umírání, 27 (10,5 %) respondentů připouští menší vliv víry na jejich postoj ke smrti a umírání, na 16 (6,2 %) respondentů nemá jejich víra vliv na postoj ke smrti a umírání a 187 (73 %) respondentů na otázku nezodpovědělo, protože nevyznávají žádnou víru.

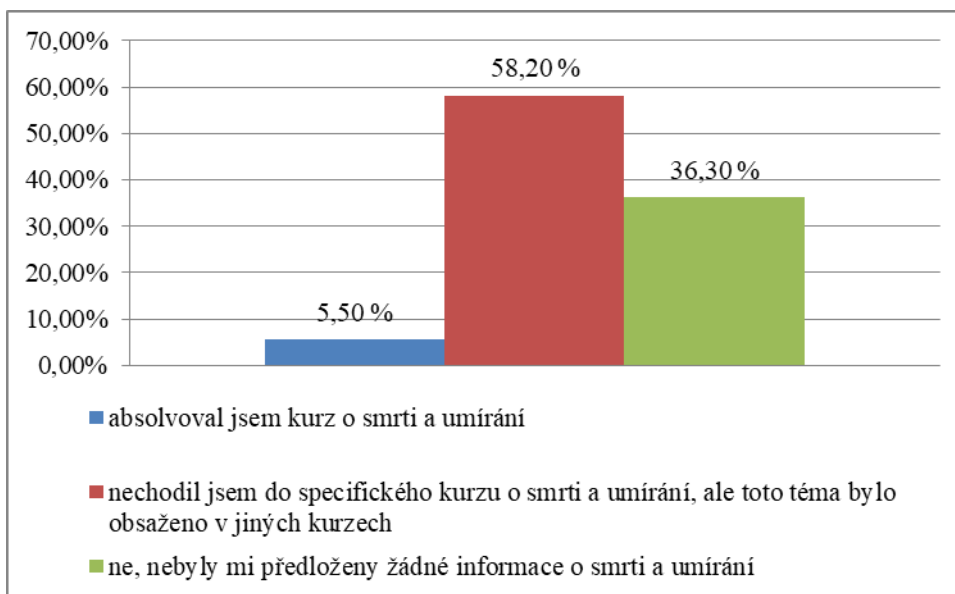
Graf 8: Vliv toho, že jsem nevěřící, na postoj ke smrti a umírání



Zdroj: Vlastní zpracování

Z celkového počtu 256 (100 %) respondentů 8 (3,1 %) uvedlo, že to, že jsou bez vyznání, má silný vliv na jejich postoj k smrti a umírání, 14 (5,5 %) respondentů odpovědělo, že to má menší vliv na postoj k smrti a umírání. Skutečnost, že jsou bez vyznání, neovlivňuje postoj k smrti a umírání 166 (64,8 %) respondentů, zatímco 68 (26,6 %) respondentů na otázku neodpovědělo, protože vyznává nějakou víru.

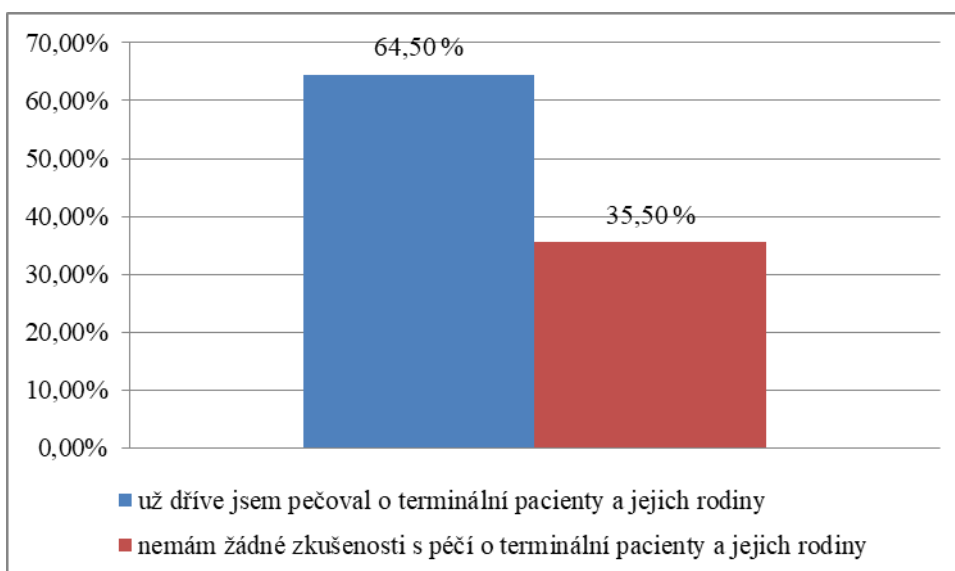
Graf 9: Předchozí vzdělání týkající se umírání a smrti



Zdroj: Vlastní zpracování

Z celkového počtu 256 (100 %) respondentů jich 14 (5,5 %) odpovědělo, že absolvovali kurz, 149 (58,2 %) respondentů nechodilo do speciálního kurzu, ale toto téma bylo obsaženo v jiných kurzech a 93 (36,3 %) respondentů dosud nezískalo žádné informace o smrti a umírání.

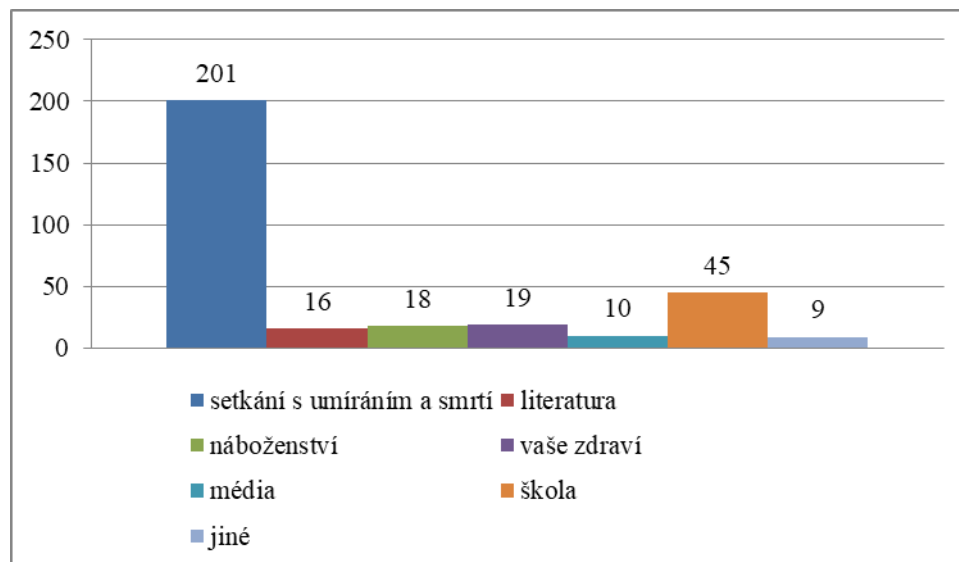
Graf 10: Předchozí zkušenosti s terminálními pacienty



Zdroj: Vlastní zpracování

Z celkového počtu 256 (100 %) respondentů jich 165 (64,5 %) uvedlo, že již dříve pečovali o terminální pacienty a jejich rodiny a 91 (35,5 %) respondentů nemá dosud žádné zkušenosti s péčí o terminální pacienty a jejich rodiny.

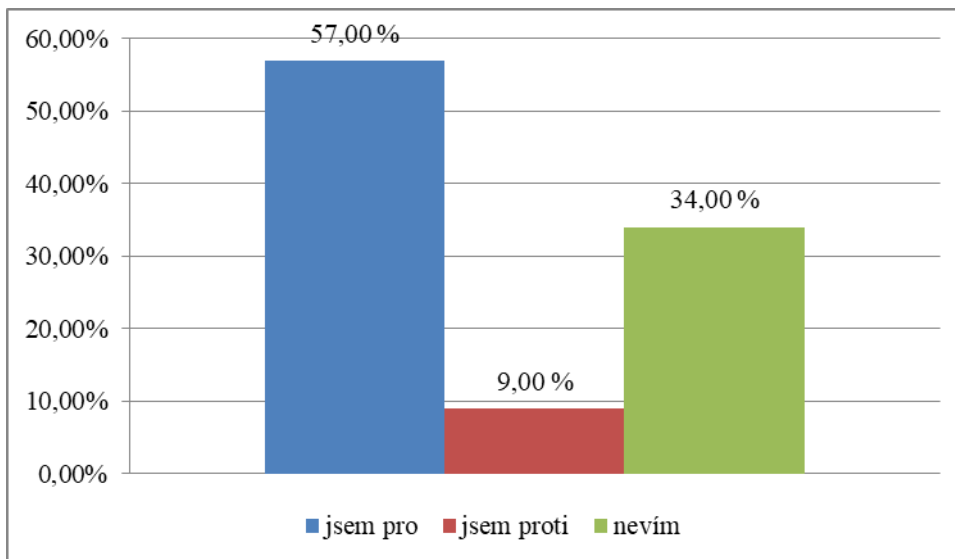
Graf 11: Ovlivnění postoje k umírání a smrti



Zdroj: Vlastní zpracování

Na otázku, co nejvíce ovlivnilo postoj k umírání a smrti, mohli respondenti zvolit více z nabízených možností. Z celkového počtu 256 respondentů jich 201 vybralo možnost setkání s umíráním a smrtí, 16 respondentů vybralo literaturu, 18 respondentů označilo náboženství, 19 respondentů uvedlo vlastní zdraví, 10 respondentů vybralo média, 45 respondentů vybralo školu a 9 respondentů vybralo možnost jiné (praxe, přístup personálu; rodina, kamarádi; armáda; to, v co věřím – ezoterika – jiný pohled a pochopení, že smrt je jen smrt těla, ale duše jde dál; životní zkušenosti; zdraví rodiny; filmy s tématem smrt a umírání (podle skutečných událostí); práce s chronicky nemocnými lidmi).

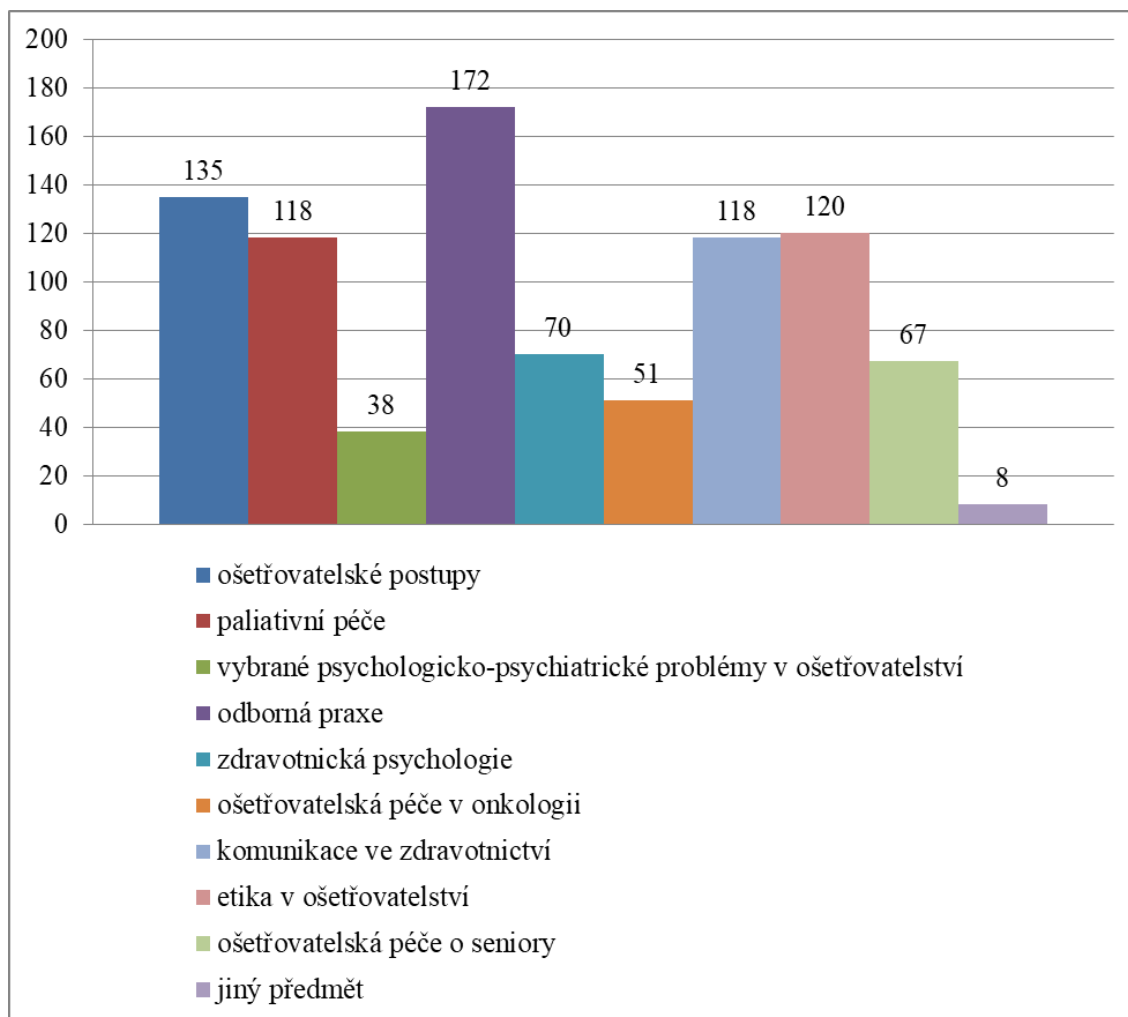
Graf 12: Názor na eutanazii



Zdroj: Vlastní zpracování

Z celkového počtu 256 (100 %) respondentů je 146 (57 %), zastánci eutanazie, 23 (9 %) respondentů s ní naopak nesouhlasí a 87 (34 %) respondentů neví.

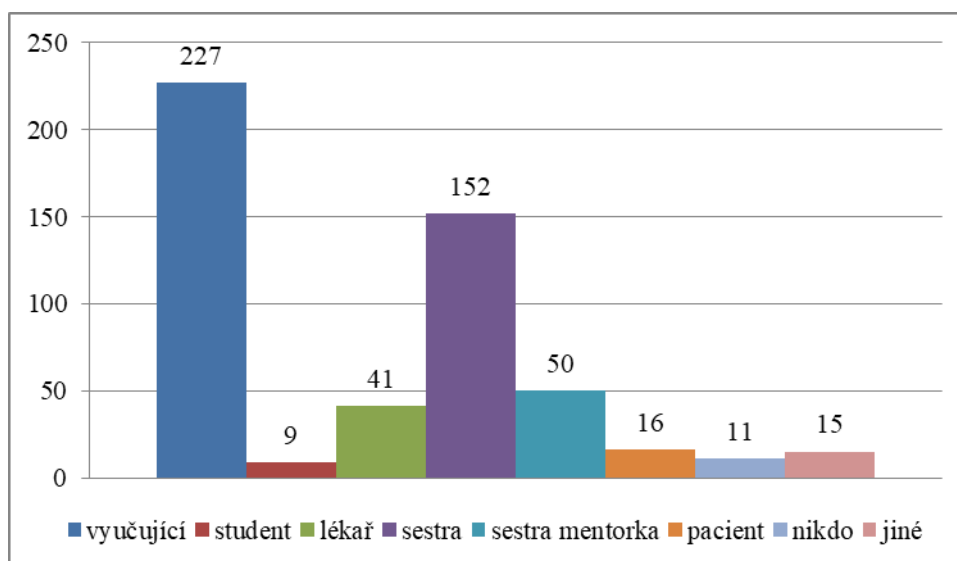
Graf 13: Předmět, který Vám poskytl informace o umírání a smrti



Zdroj: Vlastní zpracování

Na otázku, který předmět vyučovaný v rámci výuky na ZSF JU poskytl dotazovaným informace týkající se umírání a smrti, mohli respondenti zvolit více z nabízených možností. Z celkového počtu 256 respondentů jich 135 vybralo ošetřovatelské postupy, 118 respondentů vybralo paliativní péči, 38 respondentů vybralo vybrané psychologicko-psychiatrické problémy v ošetřovatelství, 172 respondentů označilo odbornou praxi, 70 respondentů zdravotnickou psychologii, 51 respondentů zvolilo ošetřovatelskou péči v onkologii, 118 respondentů komunikaci ve zdravotnictví, 120 respondentů vybralo etiku v ošetřovatelství, 67 respondentů ošetřovatelskou péči o seniory, dále 8 respondentů vybralo jiný předmět – zde se objevily odpovědi jako: filozofie; ještě jsme se s tím nesetkali; mohl by být asi zvlášť předmět pro tuto problematiku obecně; patologie; práce v pečovatelském domě; zvláštnosti oš. péče v dětském věku.

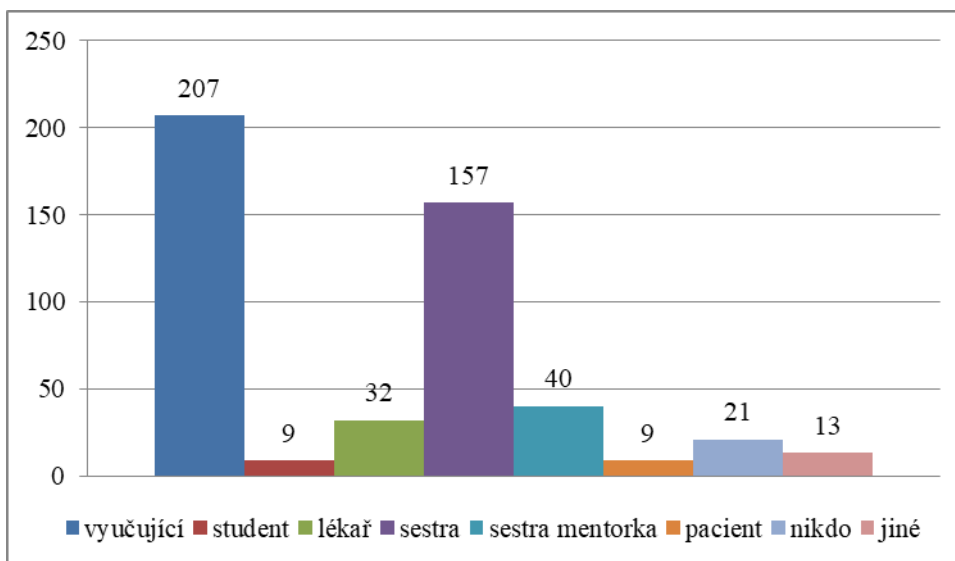
Graf 14: Osoba, která poskytla informace o péči o umírající



Zdroj: Vlastní zpracování

Na otázku, která osoba poskytla studentům informace týkající se péče o umírající, mohli respondenti opět zvolit více z nabízených možností. Z celkového počtu 256 respondentů jich 227 vybralo možnost vyučující, 9 respondentů vybralo studenta, 41 respondentů vybralo lékaře, 152 respondentů vybralo sestru, 50 respondentů označilo sestru mentorku, 16 respondentů pacienta, 11 respondentů neoznačilo žádnou osobu a 15 respondentů vybralo jinou osobu (např. kolegyně; rodina; lékaři na kurzech pal. péče; praxe; jinak mám pocit, že více méně nikdo; sestra v hospicu).

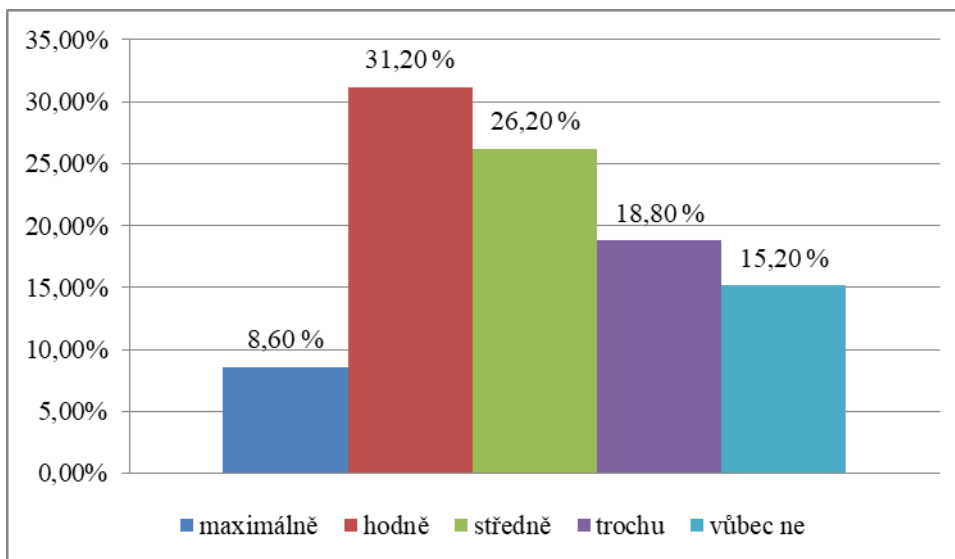
Graf 15: Osoba, která Vám poskytla informace o péči o zemřelé



Zdroj: Vlastní zpracování

Na otázku, která osoba poskytla účastníkům šetření informace týkající se péče o zemřelé, mohli respondenti zvolit více z nabízených možností. Z celkového počtu 256 respondentů jich 207 vybralo vyučujícího, 9 respondentů vybralo studenta, 32 respondentů označilo lékaře, 157 respondentů sestru, 40 respondentů jmenovalo sestru mentorku, 9 respondentů vybralo pacienta, 21 respondentům neposkytl tyto informace nikdo, 13 respondentů vybralo jinou možnost (např. kolegyně, rodina, lékaři na kurzech pal. péče, praxe, moc lidí se nevyjádřilo, ošetřovatelka).

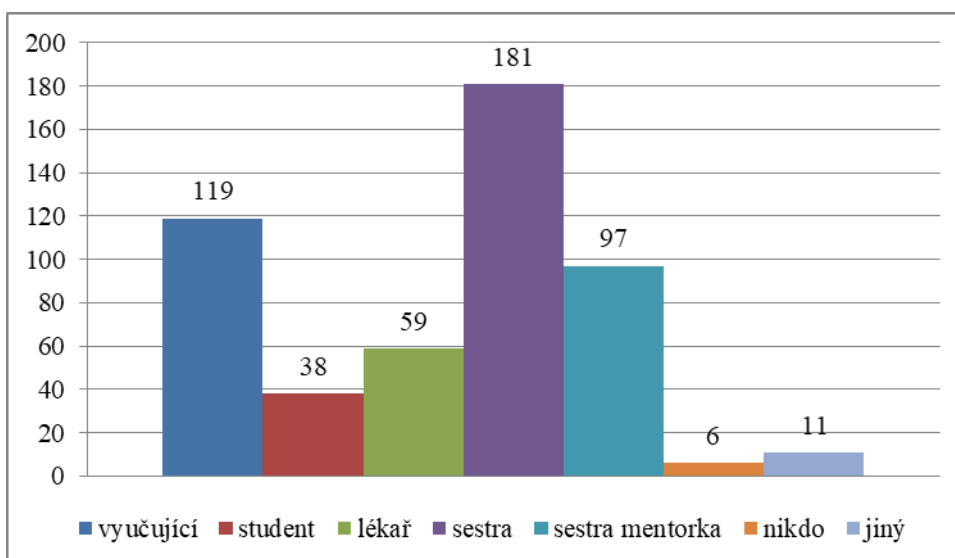
Graf 16: Míra pomoci při setkání s umírajícím jako student/ka během odborné praxe



Zdroj: Vlastní zpracování

Z celkového počtu 256 (100 %) respondentů jich 22 (8,6 %) odpovědělo maximálně, 80 (31,2 %) respondentů odpovědělo hodně, 67 (26,2 %) respondentů odpovědělo středně, 48 (18,8 %) respondentů odpovědělo trochu, 39 (15,2 %) respondentů odpovědělo vůbec ne.

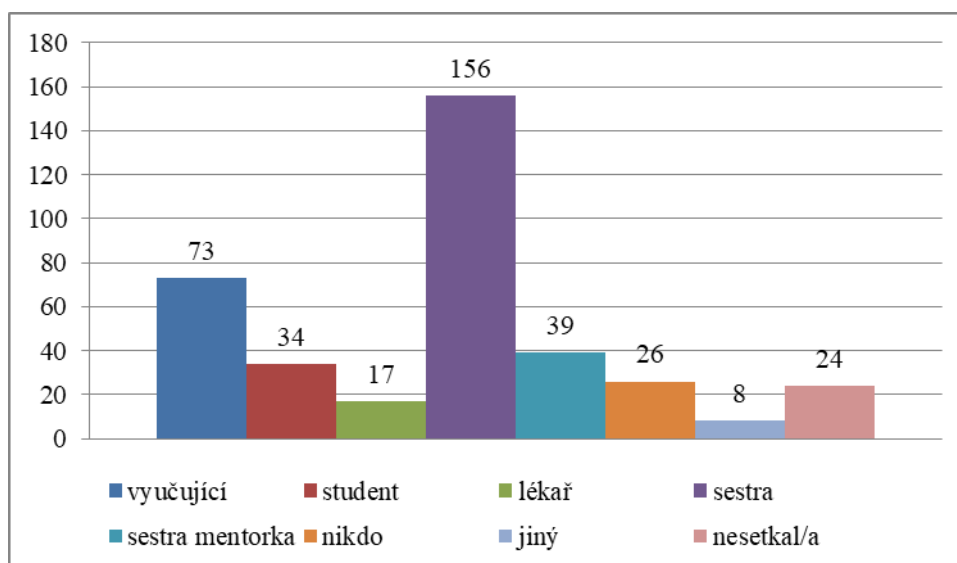
Graf 17: Preferovaná osoba při pomoci při péči s umírajícím



Zdroj: Vlastní zpracování

Na otázku, od které osoby byste rádi dostali pomoc při péči o umírající, mohli respondenti zvolit opět z více nabízených možností. Z celkového počtu 256 respondentů jich 119 zvolilo možnost vyučující, 38 respondentů zvolilo studenta, 59 respondentů by přivítalo pomoc lékaře, 181 respondentů by chtělo pomoc sestry, 97 respondentů zvolilo sestru mentorku, 6 respondentů by pomoc od nikoho nepožadovalo, 11 respondentů zvolilo jinou možnost (např. kněz v nemocnici, rodina, odborné kurzy, kaplan, psycholog, pacient, kamarádka).

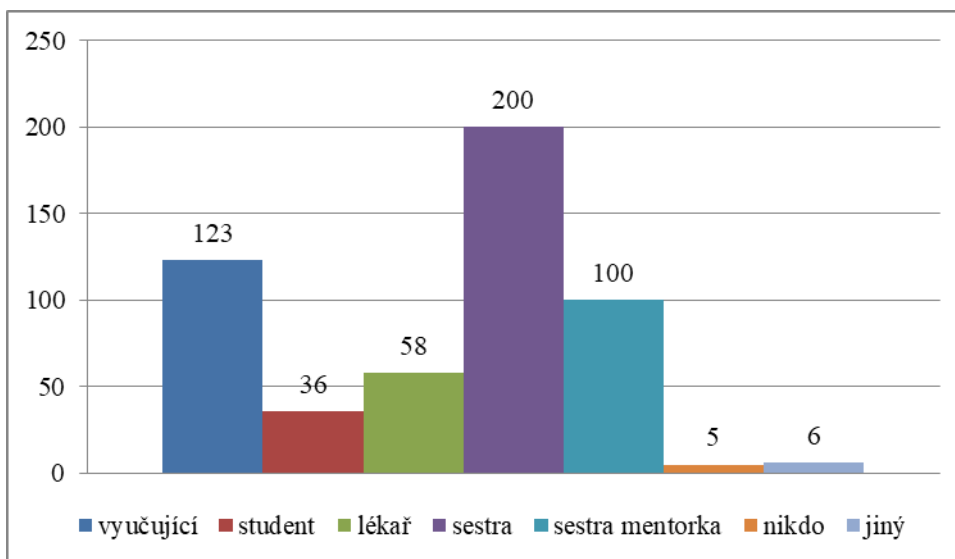
Graf 18: Osoba, která Vám poskytla pomoc při setkání s umírajícím



Zdroj: Vlastní zpracování

Na otázku, která osoba poskytla studentům pomoc při péči s umírajícím, mohli respondenti zvolit více nabízených možností. Z celkového počtu 256 respondentů jich 73 označilo vyučujícího, 34 respondentů zvolilo studenta, 17 respondentů lékaře, 156 respondentů pomohla sestru, 39 respondentům sestra mentorka, 26 respondentům nepomohl nikdo, 8 respondentů označilo jinou možnost (např. rodina, kolegyně v DS, odborné kurzy) a 24 respondentů se s umírajícím pacientem ještě nesetkalo.

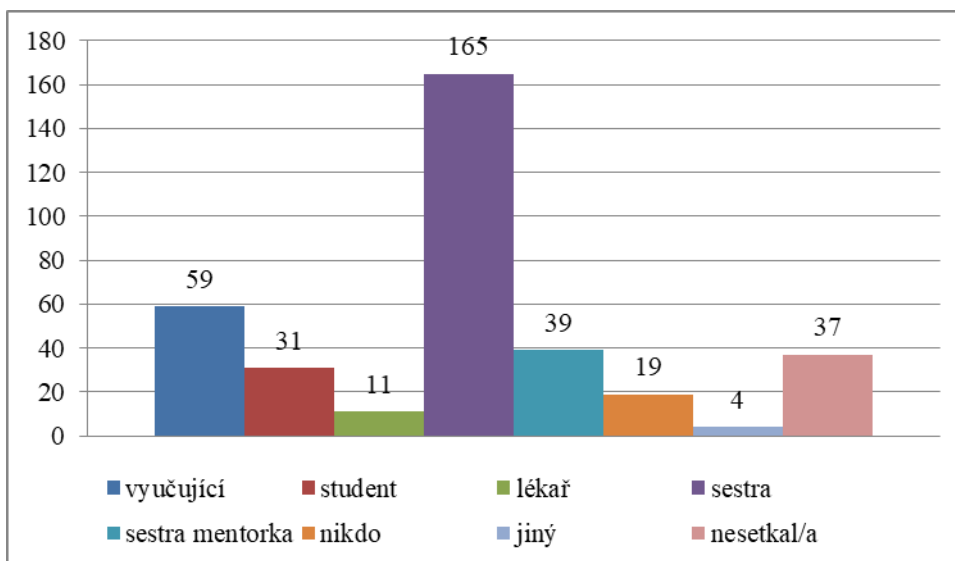
Graf 19: Preferovaná osoba při pomoci při péči o zemřelého



Zdroj: Vlastní zpracování

V otázce zaměřené na zjištění toho, od koho by respondenti chtěli dostat pomoc při péči o zemřelého, bylo možno zvolit více z nabízených možností. Z celkového počtu 256 respondentů by 123 chtělo dostat pomoc od vyučujícího, 36 respondentů od jiného studenta, 58 respondentů od lékaře, 200 respondentů od sestry, 100 respondentů od sestry mentorky, 5 respondentů od nikoho a 6 respondentů od jiné osoby (např. od duchovního, rodiny, z odborných kurzů).

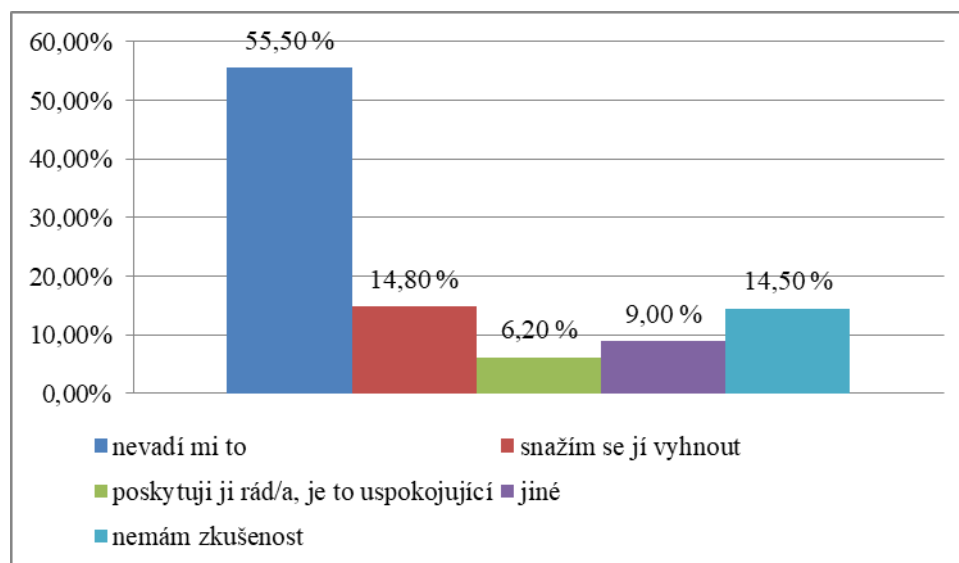
Graf 20: Osoba poskytující pomoc při péči o zemřelého



Zdroj: Vlastní zpracování

V otázce zaměřené na zjištění toho, od koho respondenti dostali pomoc při péči o zemřelého, bylo možno zvolit více z nabízených možností. Z celkového počtu 256 respondentů dostalo 59 pomoc od vyučujícího, 31 od studenta, 11 respondentů od lékaře, 165 respondentů od sestry, 39 respondentů od sestry mentorky, 19 respondentů od nikoho, 4 respondenti od někoho jiného (rodina, ošetřovatelka/sanitářka) a 37 respondentů se s péčí o zemřelého nesetkalo.

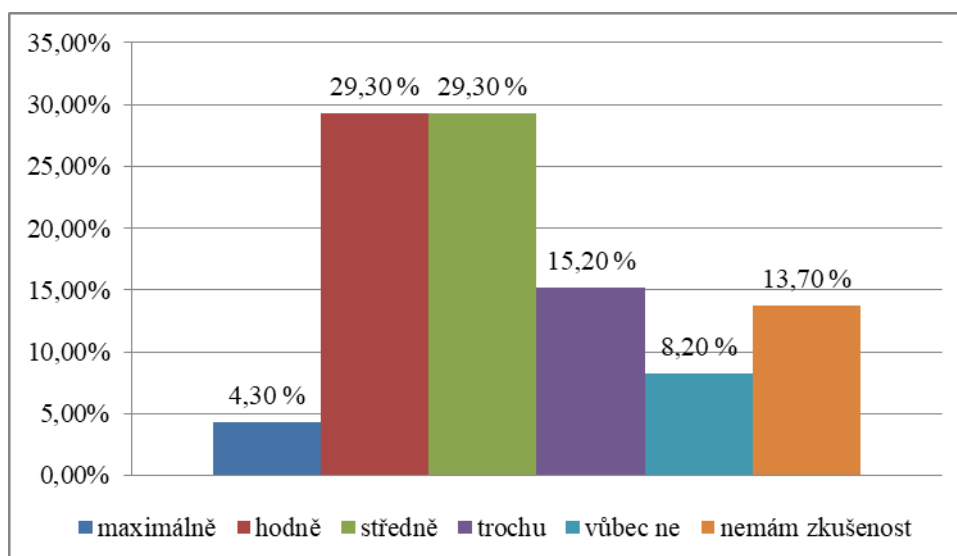
Graf 21: Přístup k ošetrovatelské péči o umírajícího pacienta



Zdroj: Vlastní zpracování

Z celkového počtu 256 (100 %) respondentů jich 142 (55,5 %) uvedlo, že jim nevadí provádět ošetrovatelskou péči o umírajícího pacienta, 38 (14,8%) se jí snaží vyhnout, 16 (6,2 %) ji poskytují rádi z důvodu uspokojení, 23 (9 %) respondentů uvedlo jiný přístup (konkrétně – snažím se být maximálně k dispozici, ale zároveň nepřekážet; je to nutná součást péče o klienta; bojím se, ale chtěla bych to zkusit; poskytuji jí ráda, protože chci ulehčit poslední chvílky; nevadí mi to, ale nevyhledávám to; jako kdyby to byl někdo z mé rodiny; je potřeba to dělat, i když člověk moc nerad; diskrétně, hlavně s ním stále komunikovat; patří to k právu a k životu, zásah pro člověka; mám strach, ale přemůžu se; jsem schopná ji poskytnout, ale je to nepříjemné a zatěžující; poskytuju, ale není to uspokojující; poskytnu ji, ale není to příjemné; nevadí mi to, někdy jsou ale momenty, kdy nevím, jak komunikovat; nemám s ní moc zkušeností – úzkost; necítím se zatím na to dostatečně kompetentní – mám strach, abych neřekla nebo neudělala něco špatně; poskytuji jí s úctou, ale s obavami a úzkostí) a 37 (14,5 %) s takovou péčí nemá zkušenost.

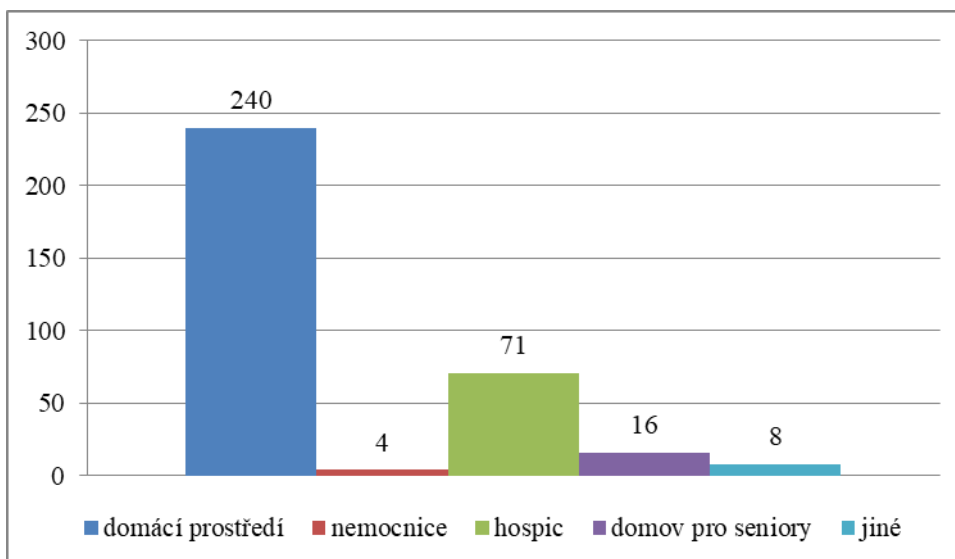
Graf 22: Náročnost komunikace s umírajícím pacientem



Zdroj: Vlastní zpracování

Z celkového počtu 256 (100 %) respondentů jich 11 (4,3 %) uvedlo, že je pro ně komunikace s umírajícím pacientem maximálně náročná, shodně 75 (29,3 %) respondentů uvedlo, že je pro ně hodně a středně náročná, pro 39 (15,2 %) respondentů je trochu náročná, 21 (8,2 %) respondentů uvedlo vůbec ne a 35 (13,7 %) respondentů uvedlo, že s tímto nemá zkušenost.

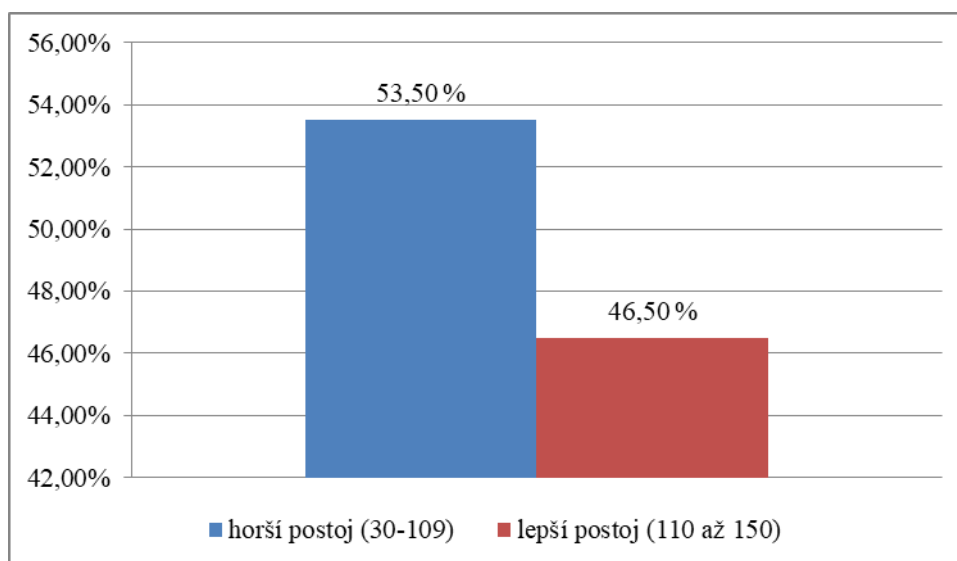
Graf 23: Nejvhodnější prostředí pro umírajícího pacienta



Zdroj: Vlastní zpracování

V otázce zaměřené na zjištění toho, jaké prostředí považují respondenti za nejvhodnější, bylo možno zvolit více z nabízených možností. Z celkového počtu 256 respondentů považuje 240 za nejvhodnější prostředí pro umírajícího pacienta domácí prostředí, 4 respondenti nemocnici, 71 respondentů hospic, 16 respondentů domov pro seniory a 8 respondentů jiné prostředí (např. místo, kde bude umírajícímu projevena pokora k jeho dosavadnímu životu; nejlépe hospic za přítomnosti rodiny; dle přání umírajícího; všeobecně „nejvhodnější prostředí“ neexistuje, někdo chce umřít doma a čeká na převoz, někdo v nemocnici a čeká, až ho do ní přijmou, a pak umře; místo, které mu je blízké).

Graf 24: Standardizovaný nástroj – postoj k péči o umírající



Zdroj: Vlastní zpracování

Z celkového počtu 256 respondentů se u 137 (53,5 %) projevila horší postoj k péči o umírající (s bodovým rozmezím 30–109) a u 119 (46,5 %) se projevila naopak lepší postoj k této péči (s bodovým rozmezím 110–150). Minimální skóre, kterého bylo dosaženo, je 50. Maximální dosažené skóre je 134. Celkové průměrné skóre je 109,6.

Analýza souvislostí se standardizovaným nástrojem

Byla prokázána statisticky významná souvislost **postoje k péči o umírající** s následujícími znaky, uvedenými v tabulce č. 2. Vzhledem k vysoké homogenitě cílové skupiny z hlediska věku, vzdělání i dalších sociodemografických faktorů (studenti), byli respondenti rozděleni do 2 skupin: 1. skupina, jejíž celkové skóre je pod průměrem (jeho velikost činila 109,598) – tj. horší postoj a 2. skupina, jejíž celkové skóre je nad průměrem – tj. lepší postoj. Pro větší sílu testů byla redukována stupnice vzdělání na 3 základní skupiny: a) vysokoškolské (Bc., Mgr.), b) středoškolské zdravotnické, VOŠ, c) středoškolské ostatní. Dále byla pro malý počet pozorování v některých bodech škály redukována stupnice studijního oboru sloučením oborů ošetřovatelství. V tomto případě byly konstruovány 4 základní skupiny oborů: a) všeobecná sestra, b) porodní asistentka, c) zdravotnický záchranář, d) ošetřovatelství. V dalším případě byly s ohledem na charakteristiku souboru a náš cíl směřující k porovnání připravenosti a k nalezení rozdílu mezi pregraduálním a postgraduálním vzděláváním ze studijních oborů

vyčleněny obory „všeobecná sestra“ a „ošetřovatelství“ a některé souvislosti byly testovány pouze s těmito vyčleněnými obory.

Tabulka 2: Souvislost postoje k péči o umírající s vybranými znaky

Postoj k péči o umírající a ...	Hodnota χ^2	df	p	Stat. význ.
Vzdělání	4,723	2	0,094	n.s.
Studijní obor	8,160	3	< 0,05	*
Studijní obor všeobecná sestra a ošetřovatelství	0,938	1	0,336	n.s.
Délka praxe u lůžka	3,186	3	0,364	n.s.
První setkání s umíráním a smrtí	4,729	2	0,094	n.s.
Věk	10,333	2	< 0,05	*

Zdroj: Vlastní zpracování

χ^2 – chí kvadrát; p - test nezávislosti; df – stupně volnosti

n.s. – statisticky nevýznamný rozdíl

* – statisticky významný rozdíl pro hladinu významnosti $\alpha = 0,05$

Byla prokázána statisticky významná souvislost mezi postojem k péči o umírající a studijním oborem ($p < 0,05$) a věkem ($p < 0,05$). Lze konstatovat, že studující oboru „zdravotnický záchranář“ mají významně častěji horší postoj k péči o umírající. Jejich celkové skóre se výrazně častěji pohybuje pod průměrem. Ukazuje se také, že respondenti z nejmladší věkové skupiny (19–20 let) mají znatelně častěji horší postoj k péči o umírající, jejich celkové skóre se významně častěji pohybuje pod průměrem. Nejlepší skóre naopak dosahují respondenti ve věku 21–22 let.

Statisticky významná souvislost mezi postojem k péči o umírající a ostatními znaky uvedenými v tabulce č. 2 nebyla prokázána. Ukázala se však tendence u respondentů s vysokoškolským vzděláním k lepšímu postoji k péči o umírající a u respondentů, kteří se ještě nesetkali s umíráním a smrtí, tendence k horšímu postoji k péči o umírající.

Při další analýze vztahů byla pozornost věnována souvislosti **postoje k péči o umírající a zemřelé** a subjektivně vnímané připravenosti na tyto situace. Byla prokázána statisticky významná souvislost s následujícími znaky, uvedenými v tabulce č. 3. Vzhledem k vysoké homogenitě cílové skupiny z hlediska věku, vzdělání i dalších sociodemografických faktorů (studenti) byli respondenti rozděleni do 2 skupin: 1. skupina, jejíž celkové skóre je pod průměrem (jeho velikost činila 109,598) – tj. horší postoj a 2. skupina, jejíž celkové skóre je nad průměrem – tj. lepší postoj.

Tabulka 3: Souvislost postoje k péči o umírající s připraveností na péči o umírající pacienty a zemřelé

Postoj k péči o umírající a ...	Hodnota χ^2	df	p	Stat. význam.
Připravenost na péči o umírající pacienty	8,023	4	0,091	n.s.
Připravenost na péči o zemřelé	11,477	4	< 0,05	*

Zdroj: Vlastní zpracování

χ^2 – chí kvadrát; p – test nezávislosti; df – stupně volnosti

n.s. – statisticky nevýznamný rozdíl

* – statisticky významný rozdíl pro hladinu významnosti $\alpha = 0,05$

Statisticky významná souvislost byla nalezena mezi postojem k péči o umírající a připraveností na péči o zemřelé ($p < 0,05$). Ukazuje se, že respondenti, kteří se domnívají, že jsou lépe připraveni na péči o zemřelé, mají významně častěji lepší postoj k péči o umírající. Jejich celkové skóre se výrazně častěji pohybuje pod průměrem.

Statisticky významná souvislost mezi postojem k péči o umírající a připraveností na péči o umírající nebyla prokázána. Ukázala se však tendence u respondentů, kteří se domnívají, že jsou maximálně připraveni na péči o umírající, k lepšímu postoji k péči o umírající.

Analýza vztahů souvisejících s H_1 : U zvolených oborů se liší připravenost studentů na setkání s péčí o umírající pacienty a se smrtí

Byla prokázána statisticky významná souvislost **studijního oboru** s následujícími znaky uvedenými v tabulce č. 4. Pro větší sílu testů byla pro malý počet pozorování v některých bodech škály redukována stupnice studijního oboru sloučením oborů ošetrovatelství. Byly konstruovány 4 základní skupiny oborů: a) všeobecná sestra, b) porodní asistentka, c) zdravotnický záchranář, d) ošetrovatelství. Vzhledem k tomu, že byl zaznamenán nízký počet voleb v hodnotách škály u některých otázek, bylo nutné při výpočtech chí-kvadrátu aplikovat Yatesovu korekci.

Tabulka 4: Souvislost studijního oboru s vybranými znaky

Studijní obor a ...	Hodnota χ^2	df	p	Stat. význ.
Délka trvání problémů – umírání a smrt blízkého	15,591	15	0,410	n.s.
Délka trvání problémů – umírání a smrt pacienta	23,601	15	0,072	n.s.
Význam umírání	11,553	15	0,712	n.s.
Význam smrti	29,668	15	< 0,05	*
Předměty poskytující informace o umírání a smrti	82,814	27	< 0,001	***
Přípravenost na péči o umírající pacienty	23,666	12	< 0,05	*
Přípravenost na péči o zemřelé	26,168	12	< 0,05	*
Zdroj informací o péči o umírající	22,675	21	0,362	n.s.
Zdroj informací o péči o zemřelé	23,190	21	0,334	n.s.
Účast studentů na péči o umírající	10,428	12	0,578	n.s.
Účast studentů na péči o zemřelé	4,989	12	0,958	n.s.
Přístup k ošetrovatelské péči o umírajícího pacienta	12,750	12	0,387	n.s.

Zdroj: Vlastní zpracování

χ^2 – chí kvadrát; p – test nezávislosti; df – stupně volnosti

n.s. – statisticky nevýznamný rozdíl

* – statisticky významný rozdíl pro hladinu významnosti $\alpha = 0,05$

*** – statisticky významný rozdíl pro hladinu významnosti $\alpha = 0,001$

Byla prokázána statisticky významná souvislost mezi studijním oborem a vnímáním významu smrti ($p < 0,05$), předměty poskytujícími informace o umírání a smrti ($p < 0,001$) a připraveností na péči o umírající pacienty ($p < 0,05$). Nalezené vztahy ukazují, že studující oboru „zdravotnický záchranář“ vnímají významně častěji smrt jako konečný proces života. Studující oboru „porodní asistentka“ častěji uvádějí, že jde o začátek života po smrti. Studující oboru „všeobecná sestra“ a „ošetřovatelství“ častěji uvádějí, že v případě smrti jde o druh nekonečného spánku, odpočinku a míru nebo o zakončení tohoto života s dalším životem ducha. *Síla testu v tomto případě byla oslabena nedostatečným počtem pozorování ve třinácti políčkách kontingenční tabulky. Aplikována proto byla Yatesova korekce.*

Dále můžeme konstatovat, že studující oboru „zdravotnický záchranář“ významně častěji uvádějí, že jim informace o umírání a smrti poskytl především předmět *etika v ošetrovatelství*. Studující oboru *porodní asistentka* častěji uvádějí *zdravotnickou psychologii*, studující oboru *všeobecná sestra* získávají tyto informace významně častěji v předmětu *komunikace ve zdravotnictví* a studující oboru *ošetřovatelství* častěji

uvádějí, že hlavním zdrojem informací o této problematice jsou předměty *paliativní péče, vybrané psychologicko-psychiatrické problémy v ošetrovatelství a ošetrovatelská péče v onkologii*. Síla testu byla i v tomto případě oslabena nedostatečným počtem pozorování v devíti políčkách kontingenční tabulky. Aplikována proto byla Yatesova korekce.

Ve vztahu k připravenosti na péči o umírající se ukazuje, že studující oboru *zdravotnický záchranář* významně častěji uvádějí, že jsou dostatečně připraveni na péči o umírající pacienty. Studující oboru *porodní asistentka* významně častěji volí záporné odpovědi. Ve vztahu k připravenosti na péči o zemřelé byla potvrzena obdobná zjištění. Nalezené vztahy ukazují, že studující oboru *zdravotnický záchranář a ošetrovatelství* významně častěji uvádějí, že jsou dostatečně připraveni na péči o zemřelé, studující oboru *porodní asistentka* významně více volí záporné odpovědi. Síla testu byla v obou případech oslabena nedostatečným počtem pozorování. Proto byla aplikována Yatesova korekce.

Statisticky významná souvislost mezi vzděláním a ostatními znaky uvedenými v tabulce č. 4 nebyla prokázána.

Na základě vztahů můžeme H_1 potvrdit. Lze tedy říci, že u zvolených oborů se liší připravenost studentů na setkání s péčí o umírající pacienty a se smrtí. Ze vztahů vyplývá, že studijní obor má významnou souvislost s významem smrti, předměty poskytujícími informace o umírání a smrti, připraveností na péči o umírající pacienty a připraveností na péči o zemřelé.

Analýza vztahů souvisejících s H_2 : S věkem studentů se liší připravenost studentů na setkání s péčí o umírající pacienty a se smrtí

Byla prokázána statisticky významná souvislost **věku** s následujícími znaky, uvedenými v tabulce č. 5. Vzhledem k tomu, že byl zaznamenán nízký počet voleb v hodnotách škály u některých otázek, bylo nutné při výpočtech chí-kvadrátu aplikovat Yatesovu korekci.

Tabulka 5: Souvislost věku s vybranými znaky

Věk a ...	Hodnota χ^2	df	p	Stat. význ.
Délka trvání problémů – umírání a smrt blízkého	28,975	15	< 0,05	*
Délka trvání problémů – umírání a smrt pacienta	22,331	15	0,099	n.s.
Význam umírání	14,132	15	0,516	n.s.
Význam smrti	15,704	15	0,402	n.s.
Předměty poskytující informace o umírání a smrti	60,701	27	< 0,001	***
Připravenost na péči o umírající pacienty	16,166	12	0,184	n.s.
Připravenost na péči o zemřelé	18,090	12	0,113	n.s.
Zdroj informací o péči o umírající	35,598	21	< 0,05	*
Zdroj informací o péči o zemřelé	31,050	21	0,073	n.s.
Účast studentů na péči o umírající	13,332	12	0,345	n.s.
Účast studentů na péči o zemřelé	12,130	12	0,435	n.s.
Přístup k ošetrovatelské péči o umírajícího pacienta	24,574	12	< 0,05	*

Zdroj: Vlastní zpracování

χ^2 – chí kvadrát; p – test nezávislosti; df – stupně volnosti

n.s. – statisticky nevýznamný rozdíl

* – statisticky významný rozdíl pro hladinu významnosti $\alpha = 0,05$

*** – statisticky významný rozdíl pro hladinu významnosti $\alpha = 0,001$

Byla prokázána statisticky významná souvislost mezi věkem a délkou trvání problémů vyvolaných umíráním a smrtí blízkého ($p < 0,05$), předměty poskytujícími informace o umírání a smrti ($p < 0,001$), zdrojem informací o péči o umírající ($p < 0,05$) a přístupem k ošetrovatelské péči o umírajícího pacienta ($p < 0,05$). Nalezené vztahy ukazují, že respondenti z nejstarší věkové skupiny (25 a více let) významně častěji uvádějí nejdélší dobu trvání problémů vyvolaných umíráním a smrtí blízkého člověka (déle než měsíc). Dále můžeme konstatovat, že respondenti z nejmladší věkové skupiny (19–20 let) významně častěji uvádějí, že jim informace o umírání a smrti poskytl především předmět *ošetrovatelské postupy*, respondenti ve věku 21–22 let častěji uvádějí předmět *komunikace ve zdravotnictví* a respondenti z nejstarší věkové skupiny (25 a více let) častěji uvádějí, že hlavním zdrojem informací o této problematice jsou předměty *paliativní péče*, *vybrané psychologicko-psychiatrické problémy v ošetrovatelství* a *ošetrovatelská péče v onkologii*.

Při analýze vztahu mezi věkem a zdrojem informací o péči o umírající ($p < 0,05$) bylo zjištěno, že respondenti z nejstarší věkové skupiny (25 a více let) významně častěji uvádějí jako zdroj informací o péči o umírající lékaře, respondenti ve věku 23–24 let významně častěji označují za zdroj sestru mentorku. Úloha vyučujícího jako zdroje těchto informací s rostoucím věkem klesá.

Analýza vztahu mezi věkem a přístupem k ošetrovatelské péči o umírajícího pacienta ukazuje, že respondenti z nejmladší věkové skupiny (19–20 let) významně častěji uvádějí, že nemají v tomto ohledu žádné zkušenosti, odpověď „nevadí mi to“ nejčastěji volí věková skupina 21–22 let. *Síla testu byla ve všech uvedených vztazích oslabena nedostatečným počtem pozorování. Aplikována proto byla Yatesova korekce.*

Statisticky významná souvislost mezi vzděláním a ostatními znaky uvedenými v tabulce č. 5 nebyla prokázána.

Na základě vztahů můžeme H_2 potvrdit. To znamená, že s věkem studentů se liší připravenost studentů na setkání s péčí o umírající pacienty a se smrtí. Ze vztahů vyplývá, že věk má významnou souvislost s délkou trvání problémů při umírání a smrti blízkého, předměty poskytujícími informace o umírání a smrti, zdrojem informací o péči o umírající a přístupem k ošetrovatelské péči o umírajícího pacienta.

Analýza vztahů souvisejících s H_3 : S délkou praxe studentů se liší připravenost studentů na setkání s péčí o umírající pacienty a se smrtí

Byla prokázána statisticky významná souvislost **délky praxe u lůžka** s následujícími znaky uvedenými v tabulce č. 6. Pro větší sílu testů byla redukována stupnice vzdělání na 3 základní skupiny: a) vysokoškolské (Bc., Mgr.), b) středoškolské zdravotnické, VOŠ, c) středoškolské ostatní. Dále byla pro malý počet pozorování v některých bodech škály redukována stupnice studijního oboru sloučením oborů ošetrovatelství. Byly konstruovány 4 základní skupiny oborů: a) všeobecná sestra, b) porodní asistentka, c) zdravotnický záchranář, d) ošetrovatelství. Vzhledem k tomu, že byl zaznamenán nízký počet voleb v hodnotách škály u některých otázek, bylo nutné při výpočtech chí-kvadrátu aplikovat Yatesovu korekci.

Tabulka 6: Souvislost délky praxe u lůžka s vybranými znaky

Délka praxe u lůžka a ...	Hodnota χ^2	df	p	Stat. význ.
Vzdělání	104,430	6	< 0,001	***
Studijní obor	68,815	9	< 0,001	***
Ročník studia	8,872	6	0,181	n.s.
Délka trvání problémů – umírání a smrt blízkého	31,514	15	< 0,01	**
Délka trvání problémů – umírání a smrt pacienta	58,343	15	< 0,001	***
Význam umírání	11,441	15	0,721	n.s.
Význam smrti	7,906	15	0,927	n.s.
Předměty poskytující informace o umírání a smrti	49,591	27	< 0,01	**
Přípravenost na péči o umírající pacienty	29,477	12	< 0,01	**
Přípravenost na péči o zemřelé	48,780	12	< 0,001	***
Zdroj informací o péči o umírající	25,378	21	0,231	n.s.
Zdroj informací o péči o zemřelé	35,512	21	< 0,05	*
Účast studentů na péči o umírající	18,286	12	0,107	n.s.
Účast studentů na péči o zemřelé	18,156	12	0,111	n.s.
Přístup k ošetrovatelské péči o umírajícího pacienta	34,263	12	< 0,001	***

Zdroj: Vlastní zpracování

χ^2 – chí kvadrát; p – test nezávislosti; df – stupně volnosti

n.s. – statisticky nevýznamný rozdíl

* – statisticky významný rozdíl pro hladinu významnosti $\alpha = 0,05$

** – statisticky významný rozdíl pro hladinu významnosti $\alpha = 0,01$

*** – statisticky významný rozdíl pro hladinu významnosti $\alpha = 0,001$

Byla prokázána statisticky významná souvislost mezi délkou praxe u lůžka a vzděláním ($p < 0,001$). Lze konstatovat, že respondenti se středoškolským vzděláním, které není zaměřeno na zdravotnictví, významně častěji uvádějí, že ještě nebyli zaměstnání, respondenti s vysokoškolským vzděláním ve významně větší míře uvádějí, že mají délku praxe u lůžka delší než 5 let.

Statisticky významná souvislost byla prokázána také mezi délkou praxe u lůžka a studijním oborem ($p < 0,001$). Ukazuje se, že studující oboru *porodní asistentka* a *zdravotnický záchranář* významně častěji uvádějí, že ještě nebyli zaměstnání. Nejdelší délku praxe u lůžka uvádějí studující oboru *ošetřovatelství*. Síla testu byla v tomto případě oslabena nedostatečným počtem pozorování ve čtyřech políčkách kontingenční tabulky. Aplikována byla Yatesova korekce.

Byla prokázána statisticky významná souvislost mezi délkou praxe u lůžka a délkou trvání problémů vyvolaných setkáním s umíráním a smrtí blízké osoby ($p < 0,01$). Nalezené vztahy ukazují, že respondenti s nejdelší délkou praxe u lůžka (více než 5 let) významně častěji uvádějí, že tyto problémy trvaly nejdelší dobu (déle než 1 měsíc). Obdobným tématem je i souvislost s problémy vyvolanými setkáním s umíráním a se smrtí. I zde byla prokázána statisticky významná souvislost ($p < 0,001$). Lze konstatovat, že respondenti, kteří uvádějí, že ještě nebyli zaměstnání, významně častěji uvádějí, že se s těmito problémy nesetkali. *Síla testu byla v obou případech oslabena nedostatečným počtem pozorování. Proto byla aplikována Yatesova korekce.*

Analýza vztahu poukazuje i na statisticky významnou souvislost mezi délkou praxe u lůžka a předměty poskytujícími informace o umírání a smrti ($p < 0,01$). Ukazuje se, že respondenti, kteří uvedli, že ještě nebyli zaměstnání, získávají tyto informace významně častěji v předmětech *ošetřovatelské postupy a komunikace ve zdravotnictví*, respondenti s délkou praxe u lůžka nad 5 let častěji uvádějí, že hlavním zdrojem informací o této problematice je *ošetřovatelská péče v onkologii*. *Síla testu byla oslabena nedostatečným počtem pozorování v pěti políčkách kontingenční tabulky. Aplikována byla Yatesova korekce.*

Byla prokázána statisticky významná souvislost mezi délkou praxe u lůžka a připraveností na péči o umírající pacienty ($p < 0,01$) a na péči o zemřelé ($p < 0,001$). Nalezené vztahy ukazují, že respondenti, kteří uvedli, že ještě nebyli zaměstnání, významně častěji uvádějí, že na péči o umírající pacienty jsou připraveni jen trochu, nebo nejsou připraveni vůbec. Lze konstatovat, že čím delší je praxe u lůžka, tím lepší je připravenost na péči o umírající pacienty. Dále můžeme konstatovat, že respondenti, kteří uvedli, že ještě nebyli zaměstnání, významně častěji uvádějí, že na péči o zemřelé jsou připraveni jen trochu, nebo nejsou připraveni vůbec. Ukazuje se, že čím delší je praxe u lůžka, tím lepší je připravenost na péči o zemřelé. To do značné míry souvisí i s přístupem k ošetřovatelské péči o umírajícího pacienta. Zde nalezené vztahy ($p < 0,001$) ukazují, že respondenti, kteří uvedli, že ještě nebyli zaměstnání, významně častěji uvádějí, že zatím nemají v této oblasti zkušenosti, respondentům s delší praxí tato péče nevádí. *Síla testu byla v těchto případech oslabena nedostatečným počtem pozorování. Proto byla aplikována Yatesova korekce.*

Statisticky významná souvislost byla zachycena také mezi délkou praxe u lůžka a zdrojem informací o péči o zemřelé ($p < 0,05$). Ukazuje se, že respondenti, kteří uvedli, že ještě nebyli zaměstnáni, významně častěji uvádějí, že jim informace o péči o zemřelé nikdo neposkytl. *Síla testu byla oslabena nedostatečným počtem pozorování v šestnácti políčkách kontingenční tabulky. Aplikována byla Yatesova korekce.*

Statisticky významná souvislost mezi vzděláním a ostatními znaky uvedenými v tabulce č. 6 nebyla prokázána.

Na základě vztahů můžeme H_3 potvrdit. To znamená, že s délkou praxe studentů se liší připravenost studentů na setkání s péčí o umírající pacienty a se smrtí. Ze vztahů vyplývá, že délka praxe studentů má významnou souvislost se vzděláním, studijním oborem, délkou trvání problémů při umírání a smrti blízkého, délkou trvání problémů při umírání a smrti pacienta, předměty poskytujícími informace o umírání a smrti, připraveností na péči o umírající pacienty, připraveností na péči o zemřelé, zdrojem informací o péči o zemřelé a přístupem k ošetrovatelské péči o umírajícího pacienta.

Analýza vztahů souvisejících s H_4 : U pregraduálního a postgraduálního studia sester se liší připravenost studentů na setkání s péčí o umírající pacienty a se smrtí.

Byla prokázána statisticky významná souvislost **studijních oborů všeobecná sestra a ošetrovatelství** s následujícími znaky uvedenými v tabulce č. 7. Na základě zadání čtvrté hypotézy byly ze studijních oborů vyčleněny obory *všeobecná sestra* a *ošetrovatelství* a souvislosti byly testovány pouze s těmito vyčleněnými obory. Vzhledem k tomu, že byl zaznamenán nízký počet voleb v hodnotách škály u některých otázek, bylo nutné při výpočtech chí-kvadrátu aplikovat Yatesovu korekci.

Tabulka 7: Souvislost studijních oborů všeobecná sestra a ošetřovatelství s vybranými znaky

Studijní obor všeobecná sestra a ošetřovatelství a ...	Hodnota χ^2	df	p	Stat. význ.
Ročník studia	9,521	2	< 0,01	**
Délka trvání problémů – umírání a smrt blízkého	8,597	5	0,126	n.s.
Délka trvání problémů – umírání a smrt pacienta	2,406	5	0,638	n.s.
Význam umírání	2,676	5	0,750	n.s.
Význam smrti	1,231	5	0,942	n.s.
Předměty poskytující informace o umírání a smrti	26,336	9	< 0,01	**
Připravenost na péči o umírající pacienty	10,695	4	< 0,05	*
Připravenost na péči o zemřelé	8,382	4	0,079	n.s.
Zdroj informací o péči o umírající	10,871	7	0,144	n.s.
Zdroj informací o péči o zemřelé	10,805	7	0,147	n.s.
Účast studentů na péči o umírající	3,346	4	0,502	n.s.
Účast studentů na péči o zemřelé	0,562	4	0,967	n.s.
Přístup k ošetřovatelské péči o umírajícího pacienta	5,843	4	0,211	n.s.

Zdroj: Vlastní zpracování

χ^2 – chí kvadrát; p – test nezávislosti; df – stupně volnosti

n.s. – statisticky nevýznamný rozdíl

* – statisticky významný rozdíl pro hladinu významnosti $\alpha = 0,05$

** – statisticky významný rozdíl pro hladinu významnosti $\alpha = 0,01$

Byla prokázána statisticky významná souvislost mezi studijními obory *všeobecná sestra a ošetřovatelství* a ročníkem studia ($p < 0,01$). Lze konstatovat, že v rámci oboru *všeobecná sestra* bylo zastoupeno významně více studentů z 3. ročníku studia, v rámci oboru *ošetřovatelství* bylo významně více zastoupeno studentů z 1. ročníku studia.

Byla prokázána statisticky významná souvislost mezi studijními obory *všeobecná sestra a ošetřovatelství* a předměty poskytujícími informace o umírání a smrti ($p < 0,01$). Ukazuje se, že studující oboru *všeobecná sestra* získávají tyto informace významně častěji v předmětech *ošetřovatelské postupy a komunikace ve zdravotnictví* a studující oboru *ošetřovatelství* častěji uvádějí, že hlavním zdrojem informací o této problematice jsou předměty *paliativní péče, vybrané psychologicko-psychiatrické problémy v ošetřovatelství a ošetřovatelská péče v onkologii*. Síla testu byla oslabena nedostatečným počtem pozorování ve dvou políčkách kontingenční tabulky. Aplikována byla Yatesova korekce.

Byla prokázána statisticky významná souvislost mezi studijními obory *všeobecná sestra a ošetřovatelství* a připraveností na péči o umírající pacienty ($p < 0,05$). Nalezené vztahy ukazují, že studující oboru *ošetřovatelství* sice významně více volí odpověď „vůbec ne“, celkově však hodnotí svou připravenost v této záležitosti jako lepší.

Statisticky významná souvislost mezi vzděláním a ostatními znaky uvedenými v tabulce č. 7 nebyla prokázána.

Na základě vztahů nemůžeme H_4 potvrdit. To znamená, že u pregraduálního a postgraduálního studia sester se neliší připravenost studentů na setkání s péčí o umírající pacienty a se smrtí. Ačkoliv se rozdíl v připravenosti nepotvrdil, ukazuje se souvislost pregraduálního a postgraduálního studia sester s ročníkem studia, předměty poskytujícími informace o umírání a smrti a připraveností na péči o umírající pacienty.

Analýza vztahů souvisejících s H_5 : Na základě předchozí zkušenosti s terminálně nemocným pacientem se liší připravenost studentů na setkání s péčí o umírající pacienty a se smrtí.

Byla prokázána statisticky významná souvislost **doby předchozí zkušenosti s umíráním a smrtí** se znaky uvedenými v tabulce č. 8. Pro větší sílu testů byla redukována stupnice, zjišťující dobu předchozí zkušenosti s umíráním a smrtí, na 3 základní skupiny: a) ještě nemám předchozí zkušenost, b) před nástupem na VŠ, c) během studia VŠ. Vzhledem k tomu, že byl zaznamenán nízký počet voleb v hodnotách škály u některých otázek, bylo nutné při výpočtech chí-kvadrátu aplikovat Yatesovu korekci.

Tabulka 8: Souvislost doby předchozí zkušenosti s vybranými znaky

Doba předchozí zkušenosti a ...	Hodnota χ^2	df	p	Stat. význ.
Vliv smrti blízké osoby na péči o umírající pacienty	65,053	10	< 0,001	***
Vliv smrti blízké osoby na péči o zemřelé	57,394	10	< 0,001	***
Délka trvání problémů – umírání a smrt blízkého	50,197	10	< 0,001	***
Délka trvání problémů – umírání a smrt pacienta	95,588	10	< 0,001	***
Připravenost na péči o umírající pacienty	20,262	8	< 0,01	**
Připravenost na péči o zemřelé	22,210	8	< 0,01	**
Předchozí vzdělání o smrti a umírání	21,071	4	< 0,001	***
Předchozí zkušenosti s terminálními pacienty	52,767	2	< 0,001	***
Předchozí zkušenosti se ztrátou někoho blízkého	10,371	6	0,110	n.s.
Současné zkušenosti s očekávanou ztrátou někoho blízkého	1,975	4	0,740	n.s.

Zdroj: Vlastní zpracování

χ^2 – chí kvadrát; p – test nezávislosti; df – stupně volnosti

n.s. – statisticky nevýznamný rozdíl

** – statisticky významný rozdíl pro hladinu významnosti $\alpha = 0,01$

*** – statisticky významný rozdíl pro hladinu významnosti $\alpha = 0,001$

Byla prokázána statisticky významná souvislost mezi dobou předchozí zkušenosti s umíráním a smrtí a vlivem úmrtí blízké osoby na péči o umírající pacienty ($p < 0,001$). Lze konstatovat, že respondenti, kteří uvedli, že u nich ještě nedošlo k prvnímu setkání s umíráním a smrtí, významně častěji uvádějí, že se ještě nesetkali s úmrtím blízké osoby. Respondenti, kteří uvedli, že k jejich prvnímu setkání s úmrtím a smrtí došlo před nástupem na VŠ, významně častěji uvádějí, že je úmrtí blízké osoby hodně ovlivnilo v péči o umírající pacienty. Dále byla prokázána statisticky významná souvislost mezi dobou předchozí zkušenosti s umíráním a smrtí a vlivem úmrtí blízké osoby na péči o zemřelé ($p < 0,001$). Ukazuje se, že respondenti, kteří uvedli, že u nich ještě nedošlo k prvnímu setkání s umíráním a smrtí, významně častěji uvádějí, že se ještě nesetkali s úmrtím blízké osoby. Respondenti, kteří uvedli, že k jejich prvnímu setkání s úmrtím a smrtí došlo před nástupem na VŠ, významně častěji uvádějí, že je úmrtí blízké osoby hodně ovlivnilo v péči o zemřelé. *Síla testu byla v obou případech oslabena nedostatečným počtem pozorování. Proto byla aplikována Yatesova korekce.*

Byla prokázána statisticky významná souvislost mezi dobou předchozí zkušenosti s umíráním a smrtí a délkou trvání problémů vyvolaných setkáním s umíráním a smrtí blízké osoby ($p < 0,001$) a délkou trvání problémů vyvolaných setkáním s umíráním a smrtí pacienta ($p < 0,001$). Nalezené vztahy ukazují, že respondenti, kteří uvedli, že u nich ještě nedošlo k prvnímu setkání s umíráním a smrtí, významně častěji uvádějí, že se ještě nesetkali s úmrtím blízké osoby. Respondenti, kteří uvedli, že k jejich prvnímu setkání s úmrtím a smrtí došlo před nástupem na VŠ, významně častěji uvádějí, že jejich problémy vyvolané setkáním s umíráním a smrtí blízké osoby trvaly méně než měsíc. Respondenti, kteří uvedli, že k jejich prvnímu setkání s úmrtím a smrtí došlo během studia VŠ, významně častěji uvádějí, že jejich problémy trvaly déle než měsíc. Ukazuje se také, že respondenti, kteří uvedli, že u nich ještě nedošlo k prvnímu setkání s umíráním a smrtí, významně častěji uvádějí, že se ještě nesetkali s úmrtím pacienta. Respondenti, kteří uvedli, že k jejich prvnímu setkání s úmrtím a smrtí došlo před nástupem na VŠ významně častěji uvádějí, že jejich problémy vyvolané setkáním s umíráním a smrtí pacienta trvaly méně než týden, respondenti, kteří uvedli, že k jejich prvnímu setkání s úmrtím a smrtí došlo během studia VŠ významně častěji uvádějí, že jejich problémy trvaly méně než den. *Síla testu byla v obou případech oslabena nedostatečným počtem pozorování. Proto byla aplikována Yatesova korekce.*

Byla prokázána statisticky významná souvislost mezi dobou předchozí zkušenosti s umíráním a smrtí a připraveností na péči o umírající pacienty ($p < 0,01$) a připraveností na péči o zemřelé ($p < 0,01$). Ukazuje se, že respondenti, kteří uvedli, že u nich ještě nedošlo k prvnímu setkání s umíráním a smrtí, významně častěji uvádějí, že jsou méně připraveni na péči o umírající pacienty. Respondenti, kteří uvedli, že k jejich prvnímu setkání s úmrtím a smrtí došlo před nástupem na VŠ, významně častěji uvádějí, že jsou hodně nebo středně připraveni na péči o umírající pacienty. Nalezené vztahy také ukazují, že respondenti, u nichž ještě nedošlo k prvnímu setkání s umíráním a smrtí, významně častěji uvádějí, že jsou méně připraveni na péči o zemřelé. Respondenti, k jejichž prvnímu setkání s úmrtím a smrtí došlo před nástupem na VŠ, významně častěji uvádějí, že jsou hodně nebo středně připraveni na péči o zemřelé. *Síla testu byla i v těchto případech oslabena nedostatečným počtem pozorování v šesti políčkách kontingenční tabulky. Aplikována proto byla Yatesova korekce.*

Byla prokázána statisticky významná souvislost mezi dobou předchozí zkušenosti s umíráním a smrtí a předchozím vzděláním o smrti a umírání ($p < 0,001$). Lze konstatovat, že respondenti, kteří uvedli, že u nich ještě nedošlo k prvnímu setkání s umíráním a smrtí, významně častěji uvádějí, že jim ještě nebyly předloženy žádné informace o smrti a umírání. Respondenti, k jejichž prvnímu setkání s úmrtím a smrtí došlo před nástupem na VŠ nebo během studia na VŠ, významně častěji uvádějí, že nechodili do specifického kurzu o smrti a umírání, ale že toto téma bylo obsaženo v jiných kurzech. *Síla testu byla oslabena nedostatečným počtem pozorování ve dvou políčkách kontingenční tabulky, proto byla aplikována Yatesova korekce.*

Analýza vztahů poukazuje také na statisticky významnou souvislost mezi dobou předchozí zkušenosti s umíráním a smrtí a předchozími zkušenostmi s péčí o terminální pacienty a jejich rodiny ($p < 0,001$). Ukazuje se, že respondenti, u nichž ještě nedošlo k prvnímu setkání s umíráním a smrtí, významně častěji uvádějí, že nemají žádné zkušenosti s péčí o terminální pacienty a jejich rodiny. Respondenti, k jejichž prvnímu setkání s úmrtím a smrtí došlo před nástupem na VŠ, významně častěji uvádějí, že již dříve pečovali o terminální pacienty a jejich rodiny.

Statisticky významná souvislost mezi vzděláním a ostatními znaky uvedenými v tabulce č. 8 nebyla prokázána.

Na základě nalezených vztahů nemůžeme H_5 potvrdit. To znamená, že na základě předchozí zkušenosti s terminálně nemocným pacientem se neliší připravenost studentů na setkání s péčí o umírající pacienty a se smrtí. Ačkoliv se rozdíl v připravenosti nepotvrdil, ukazuje se souvislost předchozí zkušenosti s terminálně nemocným pacientem s vlivem smrti blízké osoby na péči o umírající pacienty, vlivem smrti blízké osoby na péči o zemřelé, délkou trvání problémů při umírání a smrti blízkého, délkou trvání problémů při umírání a smrti pacienta, připraveností na péči o umírající pacienty, připraveností na péči o zemřelé, předchozím vzděláním o smrti a umírání a předchozí zkušeností s terminálními pacienty.

Analýza vztahů souvisejících se vzděláním

Byla prokázána statisticky významná souvislost **vzdělání** s následujícími znaky, uvedenými v tabulce č. 9. Pro větší sílu testů byla redukována stupnice vzdělání na 3 základní skupiny: a) vysokoškolské (Bc., Mgr.), b) středoškolské zdravotnické, VOŠ, c) středoškolské ostatní. Vzhledem k tomu, že byl zaznamenán nízký počet voleb

v hodnotách škály u některých otázek, bylo nutné při výpočtech chí-kvadrátu aplikovat Yatesovu korekci.

Tabulka 9: Souvislost vzdělání s vybranými znaky

Vzdělání a ...	Hodnota χ^2	df	p	Stat. význ.
Délka trvání problémů – umírání a smrt blízkého	14,615	10	0,147	n.s.
Délka trvání problémů – umírání a smrt pacienta	42,240	10	< 0,001	***
Význam umírání	8,689	10	0,562	n.s.
Význam smrti	18,166	10	0,052	n.s.
Připravenost na péči o umírající pacienty	15,811	8	< 0,05	*
Připravenost na péči o zemřelé	27,908	8	< 0,001	***
Zdroj informací o péči o umírající	14,250	14	0,431	n.s.
Zdroj informací o péči o zemřelé	34,831	14	< 0,01	**
Účast studentů na péči o umírající	7,761	8	0,457	n.s.
Účast studentů na péči o zemřelé	9,371	8	0,312	n.s.
Přístup k ošetrovatelské péči o umírajícího pacienta	41,728	8	< 0,001	***.

Zdroj: Vlastní zpracování

χ^2 – chí kvadrát; p – test nezávislosti; df – stupně volnosti

n.s. – statisticky nevýznamný rozdíl

* – statisticky významný rozdíl pro hladinu významnosti $\alpha = 0,05$

** – statisticky významný rozdíl pro hladinu významnosti $\alpha = 0,01$

*** – statisticky významný rozdíl pro hladinu významnosti $\alpha = 0,001$

Byla prokázána statisticky významná souvislost mezi vzděláním a délkou trvání problémů vyvolaných setkáním s umíráním a smrtí pacienta ($p < 0,001$). Lze konstatovat, že respondenti se středoškolským vzděláním, které není zaměřeno na zdravotnictví, významně častěji uvádějí, že se s umíráním a smrtí pacienta nesetkali, respondenti se středoškolským vzděláním zaměřeným na zdravotnictví a VOŠ odhadují tuto dobu významně častěji na méně než týden. Síla testu byla oslabena nedostatečným počtem pozorování ve třech políčkách kontingenční tabulky, proto byla aplikována Yatesova korekce.

Dále byla prokázána statisticky významná souvislost mezi vzděláním a připraveností na péči o umírající pacienty ($p < 0,05$) a na péči o zemřelé ($p < 0,001$). Ukazuje se, že respondenti se středoškolským vzděláním, které není zaměřeno na zdravotnictví, významně častěji uvádějí, že jsou méně připraveni na péči o umírající pacienty. Dále se ukazuje, že respondenti se středoškolským vzděláním, které není

zaměřeno na zdravotnictví, významně častěji uvádějí, že jsou méně připraveni na péči o zemřelé. Platí, že čím vyšší je vzdělání, tím větší je připravenost na péči o zemřelé. *Síla testu byla v obou případech oslabena nedostatečným počtem pozorování. Aplikována proto byla Yatesova korekce.*

Byla prokázána statisticky významná souvislost mezi vzděláním a zdrojem informací o péči o zemřelé ($p < 0,01$). Lze konstatovat, že respondenti s vysokoškolským a středoškolským vzděláním a VOŠ, zaměřeným na zdravotnictví, významně častěji uvádějí jako hlavní zdroj informací sestru, respondenti se středoškolským vzděláním, které není zaměřeno na zdravotnictví, významně častěji uvádějí, že hlavním zdrojem informací o péči o zemřelé byl vyučující nebo že jim tyto informace nikdo neposkytl. *Síla testu byla oslabena nedostatečným počtem pozorování v devíti políčkách kontingenční tabulky, proto byla aplikována Yatesova korekce.*

Byla prokázána statisticky významná souvislost mezi vzděláním a přístupem k ošetrovatelské péči o umírajícího pacienta ($p < 0,001$). Ukazuje se, že respondenti s vysokoškolským vzděláním a středoškolským vzděláním a VOŠ zaměřeným na zdravotnictví významně častěji uvádějí, že jim péče o umírajícího pacienta nevádí, respondenti se středoškolským vzděláním, které není zaměřeno na zdravotnictví, významně častěji uvádějí, že nemají s péčí o umírajícího pacienta zkušenosti. *Síla testu byla oslabena nedostatečným počtem pozorování ve třech políčkách kontingenční tabulky, proto byla aplikována Yatesova korekce.*

Statisticky významná souvislost mezi vzděláním a ostatními znaky uvedenými v tabulce č. 9 nebyla prokázána. Ukázala se však tendence u respondentů se středoškolským vzděláním, které není zaměřeno na zdravotnictví, hodnotit situaci u většiny sledovaných znaků odlišně, byť tato odlišnost není v některých případech vyhodnocena jako statisticky významná.

6 Diskuze

Výzkumné šetření této diplomové práce se zabývalo zjištěním aktuálního stavu připravenosti vybraných studentů ZSF JU na poskytování péče umírajícím pacientům a zemřelým. Za účelem změření připravenosti již bylo vytvořeno mnoho nástrojů, během našeho výzkumu byl používán ověřený nástroj FATCOD-B. Tento nástroj byl součástí výzkumu např. ve Švédsku v roce 2014, kde zkoumali připravenost 213 respondentů, z toho bylo 100 studentů ošetrovatelství, 113 pracujících sester. Výsledné skóre studentů bylo 125,5, sestry z paliativního týmu dosáhly skóre 129,5, hospicové sestry dosáhly skóre 131,9, sestry z onkologického oddělení dosáhly skóre 125,5 a sestry z chirurgického oddělení dosáhly skóre 121,2. Výsledkem výzkumu bylo to, že sestry pracující v hospicové a paliativní péči mají více pozitivní přístup k umírajícím pacientům než sestry pracující na onkologickém a chirurgickém oddělení (Hench et al., 2014). Ve výsledcích dále zmiňují, že výsledné skóre vycházející ze standardizovaného nástroje bylo srovnatelné s výzkumy v USA či Izraeli (Mallory, 2003; Braun et al., 2010), ale v porovnání s Japonskem jim vyšlo značně pozitivnější – japonské skóre bylo pouze 107,5 (Matsui & Braun, 2010). Jejich výzkum také potvrdil, že profesní zkušenost s umírajícími pacienty má významný vliv na přístup sester v této péči. Mezi návrhy tohoto výzkumu patřilo zjištění, zda má vliv kultura a vzdělání na přístup sester k péči o umírající pacienty (Hench et al., 2014). Těmito vlivy jsme se zabývali během výzkumného šetření. Pokud vztáhneme vliv kultury na náboženství respondentů, pak výsledky ukazují, že 24,2 % studentů jsou věřící a 69,1 % studentů jsou nevěřící (viz graf 5). Studenti svoji víru označili souhrnně pouze za mírně ovlivňující jejich postoj k umírání a smrti, nevěřící studenti se vyjádřili ve smyslu, že to neovlivňuje jejich postoj k umírání a smrti – protože 177 (69,1 %) respondentů nevyznává žádnou víru, z toho jich 166 (64,8 %) uvedlo, že to nemá vliv na jejich postoj ke smrti a umírání (viz grafy 7 a 8). Co se týče vlivu náboženství na postoje studentů k umírání a smrti, na základě výsledků v grafech 5–8 můžeme usuzovat, že významný vliv nemá. V oblasti vlivu vzdělání na přístup sester k péči o umírající pacienty platí, že čím vyšší je vzdělání, tím větší je připravenost na péči o zemřelé (viz tabulka 9).

Obdobný výzkum proběhl např. také v Itálii v roce 2015. Autoři studie vyzdvihují čím dál větší nutnost přípravy na péči o umírající pacienty během studia s ohledem na rostoucí počet takovýchto pacientů za posledních pár desetiletí. Výzkumný soubor

tvořilo 608 studentů druhého ročníku medicíny. Sběr dat byl dvoukolový, poprvé proběhl v akademickém roce 2012/2013 a následně 2013/2014. Na základě statistického vyhodnocení dat autoři doporučují revizi nástroje s ohledem na dvojznačnost některých pojmů a doporučují věnovat zvláštní pozornost rozlišení mezi věcmi týkajícími se emocí a osobního přesvědčení, které souvisí s péčí na konci života, a jejich subjektů (tzn. pacient, rodina nebo zdravotník) (Leombruni et al., 2015).

O rok později byl výzkum proveden v Číně, kde se výzkumný soubor skládal ze 154 sester a 200 studentů ošetrovatelství na střední škole, z nichž bylo 31 (8,7 %) mužů, 323 (91,2 %) žen. Věkové rozpětí respondentů je mezi 16–51 lety. Autoři uvádějí limitaci svého výzkumu v tom, že probíhal pouze v jedné nemocnici a na jedné škole (Wang et al., 2016). Stejný limit platí i pro náš výzkum. Výzkumný soubor tvoří studenti pouze z jediné fakulty. Pro zhodnocení celkového stavu připravenosti studentů na setkání s péčí o umírající pacienty a se smrtí by bylo vhodné výzkumy zopakovat i na dalších fakultách po celé ČR.

V roce 2017 navázal výzkum ve Španělsku, který se zabýval výsledky z nástroje FATCOD-B, ale také sociodemografickými údaji, emoční inteligencí a postoji ke smrti. Výzkumný soubor tvořilo 669 studentů ošetrovatelství ze čtyř univerzit. Výrazně pozitivnější přístup byl potvrzen u studentů, kteří již měli zkušenost se smrtí a absolvovali kurz v paliativní péči. I v tomto výzkumu se ukázalo, že mladší studenti mají méně pozitivní přístup k péči o pacienty na konci života. Tento jev můžeme přisoudit tomu, že ještě nemají takové zkušenosti se ztrátou či úmrtím a zatím si nevytvořili vhodné copingové strategie pro takovéto situace. Výsledky reflektují, že čím vyšší ročník studenti studují, tím pozitivnější přístup mají. Je to dáno hlavně díky odborné praxi. Je jasné, že při prvním kontaktu s úmrtím může student zaujmout negativní postoj kvůli nedostatku zkušeností a kontroly nad situací, což by vyústilo ve stres. Ale více získaných zkušeností a praxe můžou minimalizovat dopad těchto stresových situací a zlepšit postoj studenta. Autoři doporučují tento nástroj jako efektivní a validní možnost pro měření připravenosti studentů (Edo-Gual et al., 2017).

V roce 2019 byl nástroj FATCOD-B použit při výzkumu v Indii. Výzkumný soubor tvořilo 146 studentů ošetrovatelství na soukromé škole ve městě Kerala, z toho 141 studentů bakalářského programu a 5 studentů magisterského programu. Výsledné skóre studentů bylo pouze 95,8. Dobrý postoj k péči o umírající prokázalo pouze 39 % studentů. Autoři doporučují revizi současného vzdělávacího kurikula, ve kterém by se mělo více pozornosti věnovat právě paliativní péči a zvláště oblasti týkající se

emocionální angažovanosti u umírajících, aby se zlepšil postoj studentů k péči o umírající (Paul et al., 2019).

Další výzkum s nástrojem FATCOD-B proběhl v Polsku v roce 2020. Tato studie zahrnovala 107 studentů ošetrovatelství na Lékařské univerzitě ve Varšavě. Tito studenti jsou absolventy bakalářského programu ošetrovatelství a v době výzkumu již studovali 1. ročník magisterského studia ošetrovatelství. Většinu těchto studentů tvořily ženy (98 %) ve věku 23–25 let (91,85 %) (Sadowska et al., 2020), na rozdíl od našeho výzkumného souboru, kde ženy tvořily 91,4 % a nejpočetnější věkovou kategorií byl věk 19–20 let. Celkem 15,12 % respondentů již absolvovalo některý z doplňkových kurzů (Sadowska et al., 2020). Naše výsledky se v tomto ohledu liší – pouze 5,5 % studentů absolvovalo doplňkový kurz. Autoři výzkumu poukazují na nutnost důsledné přípravy studentů na poskytování péče umírajícím pacientům a jejich rodinám, jelikož to bude v budoucnu ovlivňovat kvalitu poskytované péče (Sadowska et al., 2020).

Na základě výše uvedených předchozích zkušeností s nástrojem FATCOD-B v jiných státech můžeme uvést, že velikost našeho výzkumného souboru čítající 256 studentů je relativně velká. Naš výzkumný soubor je také zajímavý svým složením, a sice že jsme se nezaměřili pouze na studenty ošetrovatelství, ale i na studenty příbuzných oborů (zdravotnický záchranář, porodní asistentka a pediatrické ošetrovatelství). Výběr souboru byl záměrný, jelikož předpokládáme souvislost s péčí o umírající pacienty a zemřelé i u ostatních vybraných oborů, které se v současné době dají studovat na ZSF JU. Na druhou stranu nebylo možné porovnat výsledky studentů ošetrovatelství se studenty medicíny jako v některých předcházejících studiích, jelikož tento obor není možné studovat na naší univerzitě. Stejně tak jako italský výzkum i náš byl dvoukolový (Leombruni et al., 2015). V našem případě bylo druhé kolo sběru dat záměrné za účelem získání specifických odpovědí od konkrétních skupin respondentů (více v kapitole *Metoda sběru dat*).

Průměrné celkové skóre 109,6 našich respondentů ukazuje, že připravenost studentů v ČR oproti jiným zemím je odlišná. Ve srovnání s výše uvedenými studii není skóre studentů moc dobré. Horší připravenost vykazují např. studenti v Japonsku, kteří dosáhli skóre 107,5 (Matsui a Braun, 2010), nebo v Indii, kde dosáhli skóre 95,8 (Paul et al., 2019). Oproti skóre např. švédských, amerických či izraelských studentů, které se pohybuje okolo 125,5 (Hench et al., 2014; Mallory, 2003; Braun et al., 2010) vykazují studenti ZSF JU značně horší postoje k péči o umírající a zemřelé. Nejhoršího skóre, konkrétně 50 bodů (blíží se minimálnímu možnému bodovému skóre 30),

dosáhl student, který se významně odlišuje od majoritní skupiny respondentů. Ostatní respondenti dosáhli lepšího skóre, a to mezi 82–134.

Kvalitní péče na konci života má řadu překážek. Jednou z nich je nedostačující trénink zdravotníků (zejména v oblasti kontroly bolesti a dalších symptomů). Další častou překážkou pro mnoho zdravotníků je problém s komunikací špatných zpráv a prognóz. A v neposlední řadě jsou překážkou chybějící vzory v péči o pacienty na konci života nejen pro současný personál, ale hlavně pro studenty připravující se na nejrůznější úlohy ve zdravotnictví (COH & AACN, 2011). Tato tvrzení vystihují výsledky našeho výzkumného šetření, kde studenti uvedli, že se necítí dostatečně připraveni na tuto péči (vyjma oboru zdravotnický záchranář) a pociťují nedostatečnou vybavenost pro komunikaci v těchto situacích.

Přestože je standardizovaný nástroj FATCOD již poněkud starší, ukazuje se stále jako velmi funkční. Od svého vzniku v roce 1988 prošel pouze jedinou revizí, při níž v roce 2003 vznikla námi použitá verze FATCOD-B (Frommelt, 1991; Frommelt, 2003). Vyjma jediného výše zmíněného autora (Leombruni et al., 2015) jsou všichni ostatní výzkumníci s nástrojem spokojeni. Ovšem vyhodnocení nástroje není zcela jednoduché. Klíč pro vyhodnocení celkového skóre je dán tak, že čím vyššího skóre respondent dosáhne, tím lepší postoj zastává vůči péči o umírající. Ovšem není stanoveno, od jaké úrovně skóre je postoj dobrý, či špatný. Různé zahraniční studie si proto stanovily různé způsoby vyhodnocení dle výzkumných potřeb. Nevýhodou takového vyhodnocování je to, že některé výsledky není možné relevantně komparovat. Sadowska et al. (2020) využili pro vyhodnocení svojí kategorizaci: skóre menší než 90 znamená nedostatečnou přípravu na poskytování paliativní péče, 91–110 chabá příprava, 111–130 dobrá příprava, nad 130 velmi dobrá příprava (Sadowska et al., 2020). Tuto kategorizaci jsme při našem výzkumu nemohli aplikovat, jelikož výzkumný soubor je tvořen homogenní skupinou respondentů. Výsledná data by byla nerovnoměrně rozložena a nebylo by možné vyhodnotit hypotézy. Paul et al. (2019) stanovili pro vyhodnocení dobrého postoje respondenta překonání hranice 65 % z maximálního možného skóre (Paul et al., 2019). Zde jsme narazili na stejný problém, a tedy na nevhodný způsob vyhodnocení z důvodu homogenity našich respondentů. Nakonec po naší konzultaci se statistikem bylo rozhodnuto, že pro naše výzkumné účely stanovíme 2 kategorie: *horší postoj k péči o umírající* v rozmezí 30–109 bodů a *lepší postoj k péči o umírající* v rozmezí 110–150 bodů. Jako zlomovou hranici jsme zvolili hodnotu průměru celkového skóre (tedy 109 bodů).

Obdobným výzkumem týkajícím se postoje studentů ošetřovatelství ke smrti na Ostravské univerzitě zabývaly Bužgová a Janíková v roce 2017, ovšem využily přitom standardizovaný nástroj Collett–Lester Fear of Death Scale (CL-FODS), který obsahuje 28 položek s možností dosáhnout skóre 51–140 (blíže popsány v kapitole *Nástroje pro hodnocení připravenosti studentů na setkání s umíráním a se smrtí*). Čím vyšší je skóre, tím větší úzkost ze smrti a umírání respondenti vykazovali. Jedním z cílů výzkumu bylo zjistit, zda se strach ze smrti u studentů liší dle ročníku studia, věku a předchozí zkušenosti se smrtí blízkého. Výzkumný soubor tvořilo rovněž 256 studentů (100 % respondentů byly ženy) studující 1.–5. ročník denního i kombinovaného studia s věkovým rozmezím 19–52 let (průměrný věk 25,4 let). Konkrétně se jednalo o studenty bakalářského programu ošetřovatelství (193 respondentů) a dvou navazujících magisterských programu – pediatrické ošetřovatelství (11 respondentů) a geriatrické ošetřovatelství (52 respondentů). Vyjádřili se, že jim největší strachem působí proces jejich vlastního umírání. Větší strach vykazovali studenti bez zkušeností s péčí o umírající a zemřelé blízké osoby. Celkové skóre bylo 112,2 (Bužgová a Janíková, 2017).

Již v roce 2010 uvedly Vávrová a Polepilová ve svém výzkumu v rámci ČR, při němž analyzovaly sylaby předmětů týkajících se thanatologie a paliativní péče, že aktuální vzdělávání je neadekvátní. Studenti jsou často zahlcováni vzděláváním v mnoha oborech do detailů, avšak právě téma smrti bývá zanedbáno, přestože prolíná napříč všemi obory. Zdůrazňují, že není vhodné vzdělávání zakládat pouze na předávání teoretických poznatků a vědomostí, ale mělo by být koncipováno komplexně tak, aby formovalo i postoje k základním thanatologickým otázkám. Změnou postojů můžeme docílit změny v chování k osobám v terminálním stadiu. Cílem vzdělávání by mělo být detabuizování tématu smrti (Vávrová a Polepilová, 2010). Vzhledem k tomu, jaké množství předmětů s přínosem pro oblast umírání a smrti respondenti vyjmenovali při našem výzkumu (viz graf 13), je jasné, že v rámci výuky již probíhá jakési detabuizování tohoto tématu. Ovšem na druhé straně se hodně studentů vyjádřilo, že stále pocíťují nejasnosti a nejistotu, co se týče aplikace do praxe. Například to můžeme vidět na výčtu odpovědí na otázku, jak studenti přistupují k ošetřovatelské péči o umírajícího pacienta (graf 21), kde respondenti odpovídali: *mám strach, ale přemůžu se; nevadí mi to, někdy jsou ale momenty, kdy nevím, jak komunikovat; nemám s ní moc zkušeností – úzkost; necítím se zatím na to dostatečně kompetentní – mám strach, abych neřekla nebo neudělala něco špatně; poskytuji ji s úctou, ale s obavami a úzkostí.*

Z toho vyplývá potvrzení zmíněného výzkumu, tedy že dochází především k saturaci teoretických poznatků a na poli praktických dovedností je stále ještě prostor pro zlepšení systému vzdělávání, čemuž může napomoci námi vytvořený návrh doporučení pro praxi v následující kapitole. „*Jelikož nemůžeme praktikovat, co neznáme, je více vědomostí zásadní pro zlepšení péče o pacienty v bakalářském/magisterském sesterském vzdělávání a profesním vývoji*“ (COH & AACN, 2011, s. M1-9). V souvislosti s tím, že si studenti nevěří při aplikaci znalostí do praxe, můžeme vyvodit předpoklad, že po absolvování studia nebudou mít zájem jít pracovat do zařízení poskytujících primárně paliativní a hospicovou péči. To také potvrzuje *Koncepce paliativní péče v Jihočeském kraji na období do roku 2023*, kde je jako jeden z problémů v rozvoji paliativní péče uváděn nedostatečný počet kvalifikovaných zdravotnických profesionálů (Pracovní skupina ke Koncepci paliativní péče v Jihočeském kraji, 2018).

Jedna z otázek nestandardizované části dotazníku zjišťovala postoj studentů k eutanazii (graf 12). Překvapivým poznatkem je většinový souhlas respondentů (57 %). V kontrastu se starším výzkumem, kde souhlasilo s eutanazií 45,7 % studentů, přičemž výzkumný soubor tvořili studenti bakalářských oborů ošetrovatelství a porodní asistentka a magisterského oboru ošetrovatelství v počtu 662 respondentů v prezenční i kombinované formě studia na Ostravské univerzitě. Zajímavý fakt je, že většina souhlasících studentů byla z kombinované formy studia (předpokládáme u nich zkušenosti z pracoviště) (Bužgová a Sikorová, 2013). Z právního hlediska se k tomuto tématu vyjadřuje Baronová (2018) s tím, že za současného stavu by uzákonění eutanazie v ČR nebylo vhodné, avšak do budoucna se to jeví jako nezbytné. Do té doby je nutné, aby došlo ke změnám na úrovni společnosti, zdravotnictví, ale také zákona. Bude třeba vypracovat nový návrh zákona, kde budou jasně stanoveny základní pojmy – tzn. prvky předmětu zákona (eutanazie nebo asistovaná sebevražda), zúčastněné osoby (pacient, lékař atd.), podmínky poskytnutí asistované smrti (definice hranic přípustnosti k jejímu povolení a kroky nezbytné před jejím přistoupením), průběh poskytování asistované smrti (jak má postupovat lékař) a také kontrolní mechanismus celého postupu (zřízení kontrolních orgánů) atd. Z pohledu práva by měl mít každý člověk možnost si vybrat, jak naloží se svým životem i s jeho koncem (Baronová, 2018). Z pohledu zdravotníka si myslíme, že ještě před tím, než zahájíme jakoukoli diskuzi o uzákonění eutanazie, bychom měli dosáhnout určité standardizované úrovně paliativní péče ve všech zařízeních poskytujících zdravotní péči.

Tak jako z našich výsledků vyplynulo, že připravenost studentů na poskytování péče o umírající a zemřelé by mohla být lepší, obdobné závěry učinili Kisvetová et al. (2017) během průřezové deskriptivní studie se záměrem určit frekvenci aktivit při péči o umírající. Jejich cílovou skupinou bylo 201 sester. Výsledné zjištění odhalilo, že sestry využívají častěji aktivity zaměřené na fyzický komfort u pacientů v závěru života a nepříliš často používaly komunikační aktivity s pacienty a s příbuznými, u čehož byl patrný vliv délky praxe. Závěrečným doporučením bylo zvýšení aktivit cílených na komunikaci a psychosociální potřeby terminálních pacientů, na které by se mělo zaměřit jak pregraduální, tak i celoživotní vzdělávání (Kisvetová et al., 2017). Evidentní problém na úrovni komunikace s umírajícími pacienty a zemřelými jsme spolu s vedoucí práce zaregistrovaly také během našeho výzkumu (téměř 60 % respondentů označilo náročnost komunikace s umírajícím pacientem na úrovni středně nebo hodně a téměř 5 % jako maximálně náročnou – viz graf 22), a proto jsme se rozhodly na tuto dovednost zareagovat i při tvorbě doporučení pro praxi, které je výstupem z této práce.

Studenti oboru zdravotnický záchranář se cítí dostatečně připraveni na péči o umírající pacienty i zemřelé, zatímco studenti oboru porodní asistentka uváděli častěji záporné odpovědi. Vzhledem k analýze sylabů studijních oborů by se dalo očekávat, že za nejvíce připravené z hlediska péče o umírající a zemřelé se budou považovat studenti z oboru všeobecná sestra, potažmo z oboru ošetrovatelství ve vybraných klinických oborech. U druhého zmíněného oboru se očekávání potvrdilo pouze u připravenosti na péči o zemřelé, kde uváděli významně častěji, že pociťují dostatečnou připravenost. Za klíčového pracovníka v paliativní péči je považována sestra z důvodu největší časové dotace strávené u lůžka pacienta při naplňování holistických potřeb (COH & AACN, 2011), proto by bylo vhodné, aby právě budoucí sestry pociťovaly nejvyšší míru připravenosti na péči o umírající a zemřelé.

Paliativní péče je multioborová a multiinstitucionalizovaná, její rozsah sahá od nemocnice přes ambulance, ulice (bezdomovci), genocidu, domácí prostředí, domovy dlouhodobé péče a pečovatelské domovy, válečná území až po masové katastrofy (pandemie, zemětřesení, tsunami) (COH & AACN, 2011). To znamená výrazný předpoklad, že většina studentů se s paliativní péčí jistě setká, ať už budou profesionálové z kteréhokoliv vybraného oboru, i když 35,5 % studentů uvedlo, že se zatím neseťkali s péčí o terminální pacienty (viz graf 10).

Očekávání se potvrdila u faktu, že úloha vyučujícího jako zdroje informací o péči o umírající s rostoucím věkem respondentů klesá. Je jasné, že právě nově nastoupivší studenti a studenti 1. ročníků budou potřebovat největší oporu ze strany vyučujícího (studenti ve věku 19–20 let významně často uváděli, že nedisponují žádnými zkušenostmi s péčí o umírající). Respondenti, u kterých ještě nedošlo k prvnímu setkání s umíráním a smrtí, potvrzují, že jsou méně připraveni na péči o umírající pacienty. To platí zvláště u studentů, kteří nejsou absolventy střední školy se zaměřením na zdravotnictví, jelikož významně častěji uvádějí menší připravenost na péči o umírající pacienty a zemřelé. Přístup vyučujícího v této fázi profesní přípravy může mít zásadní vliv na studenta a jeho budoucí postoj k paliativní péči. Studenti, u nichž již došlo k prvnímu setkání s umíráním a smrtí před nástupem na vysokou školu, totiž uvádí lepší připravenost pro péči o umírající a zemřelé. Zaměříme-li se na studenty 1. ročníků nastupující na konci prvního semestru na svoji první odbornou praxi, přičemž se velmi často jedná o oddělení následné péče, je zde předpoklad, že se velmi záhy setkají s péčí o umírající pacienty a zemřelé. V danou chvíli se může jednat o jejich první setkání s tímto druhem péče, zvláště pokud nejsou absolventy střední školy orientované na zdravotnictví. Rozhodně pak nebudou na nastalou situaci dostatečně připraveni. Školní výuka by je na to měla připravit jako primární zdroj informací, s čímž souvisí role vyučujícího jako potenciálního zdroje informací, dále může přispět zdravotnický personál pracující na daném oddělení (sestra mentorka). Z vlastní zkušenosti mohu potvrdit, že se jedná o náročné období.

7 Doporučení pro praxi

Na základě zjištěných dat by bylo vhodné implementovat do vyučovaných předmětů či v některých oborech vytvořit předmět nový, který by se mohl inspirovat vzorem vyzkoušeným Katherine H. Murray Frommelt během výzkumu na nástroji FATCOD (uvedený v podkapitole *Nástroje pro hodnocení připravenosti studentů na setkání s umíráním a se smrtí*). Sama autorka nástroje doporučuje kvalitní přípravu zajistit pomocí tištěných materiálů, videí, individuální či skupinové výuky, sdílením zkušeností a vyzkoušením si péče o umírající a zemřelé pacienty naživo (Frommelt, 2003). Další inspirací je kurz ELNEC, který je podrobněji popsán v kapitole *Možnosti celoživotního vzdělávání v oblasti umírání a smrti*. V neposlední řadě jsme se inspirovali kurzem *Paliativní péče v nemocnici* vedeném MUDr. MgA. Kateřinou Rusinovou, Ph.D., pořádaným Nemocnicí České Budějovice, a. s.

Aktuální stav výuky předmětů souvisejících s umíráním a se smrtí u vybraných oborů ZSF JU jsme si již podrobně rozebrali v kapitole *Profesní příprava studentů na setkání s umíráním a se smrtí*. Lze konstatovat, že u všech oborů příprava na tato témata probíhá ve větším (např. u oborů všeobecná sestra nebo ošetrovatelství ve vybraných klinických oborech – modul interna) či menším rozsahu (např. u oborů zdravotnický záchranář nebo ošetrovatelství ve vybraných klinických oborech – modul chirurgie). I přes tato fakta se řada studentů během výzkumného šetření vyjádřila, že se necítí dostatečně připravena na poskytování takovéto péče a někteří dokonce pociťují strach. Z tohoto důvodu by bylo vhodné zaměřit se ještě více na zkvalitnění výuky. V podmínkách ZSF JU by se v některých oborech, kde takto zaměřená výuka neprobíhá, mohlo jednat o volitelný předmět (tzv. kategorie C), zaměřený spíše než na teoretické znalosti hlavně na dovednosti a postoje studentů. Jeho název by například mohl být *Aplikované přístupy v paliativní péči*. Způsobem zakončení předmětu by mohlo být kolokvium. Aby byla podpořena mezioborová spolupráce, mohl by tento předmět být vyučován napříč obory. Základní teoretické znalosti týkající se umírání a smrti by tedy studenti měli získat při daných předmětech v průběhu studia. Námi navrhovaný předmět by se zabýval převážně praktickým nácvikem, tzn. že by byl koncipován ve formě seminářů. Konkrétní náplní předmětu by měla být témata jako například léčba bolesti, léčba příznaků, etické záležitosti v paliativní péči, kulturní a duchovní aspekty péče o pacienty v konečné fázi života, komunikace, ztráta, zármutek, žal a také poslední hodiny (COH & AACN, 2011).

Doporučujeme zapojit do výuky například tato praktická cvičení:

- hraní rolí,
- trénink naslouchání,
- karetní hra.

Prvním z doporučovaných cvičení je cvičení zaměřené na podávání informací, osobu blízkou a základní hodnoty pacienta. Studenti se při něm rozdělí do dvojic. Jeden student je A, druhý B. Posléze si studenti mohou role vystřídat. Využijeme při tomto cvičení hraní rolí. Student A je osoba pečující o pacienta vyžadujícího paliativní péči, student B je terminálně nemocný pacient. Oba si musí ujasnit své priority v dané situaci. Student A se bude pokládat následující otázky a student B bude libovolně odpovídat:

„A ještě bych se Vás rád zeptal/a na tři důležité věci, mohu?“

1) *„Jak byste chtěl dostávat informace?“*

2) *„Na koho bychom se mohli obrátit, kdyby Vám nebylo dobře?“*

3) *„Co je pro Vás teď důležité kromě probíhající léčby?“*

Ad 1) Tato otázka slouží k ujasnění, co všechno chce pacient vědět o své nemoci (diagnózu, terapii, prognózu). Pečující osoba by se měla vyvarovat jednoduchých odpovědí. Ad 2) Otázka směřuje ke zjištění, kdo je pro pacienta důležitý. Je důležité rozlišovat termíny osoba důvěry (může jí být kdokoliv, koho určí pacient – např. sousedka) a osoba blízká (partner, rodiče čili příbuzný z první linie). Pokud je pacient např. v bezvědomí, pak se určí soudní opatrovník. Ad 3) Pacient má např. rád pivo, nyní ho nemůže konzumovat kvůli dysfagii. My ale můžeme namočit štětičku do piva a vytřít s ní pacientovi ústa. Pro pacienta je to jasný signál, že nás jeho problém zajímá. U geriatrických pacientů je vhodné prohodit pořadí otázek, abychom začínali otázkou č. 2, poté otázka č. 1. Tím zajistíme, že bude přítomný doprovod a uslyší to oba dva. Měli bychom používat krátké otázky, jasně formulované a odmlčovat se, čímž dáme prostor protistraně (Rusinová, 2019).

Druhým cvičením, které můžeme doporučit, je zaměřené na trénování naslouchání. Studenti opět vytvoří dvojice. Jeden bude mít roli pouze naslouchajícího, druhý bude mluvit o ztrátě. Posléze si studenti mohou role vystřídat. Doba trvání by měla být 5 minut. Po cvičení by měla následovat diskuze obsahující otázky jako např.: jaký to byl pocit; jak reagoval ten druhý; jak na vás působil ten druhý; zaregistrovali jste nějakou konkrétní reakci, která ve vás vzbudila pocit, že opravdu naslouchá; zdálo se těch 5 minut dlouhých, či krátkých; které aspekty příběhu o ztrátě byly nejdůležitější; co jste si odnesli z tohoto zážitku (COH & AACN, 2011)?

Třetí cvičení by se mohlo inspirovat karetní hrou *Řekni mi* (v americkém originálu se nazývá *My Gift of Grace*). Jedná se o hru pro život a dobré umírání, která vznikla v roce 2016 díky Centru paliativní péče při realizaci projektu Hra jako nástroj pro komunikaci těžkých témat. Tato společenská hra má za cíl usnadnit rozhovor o životě, umírání a hodnotách. Herní balíček obsahuje 47 hracích karet s tím, že na každé kartě se nachází jedna otázka týkající se představ o konci života, životních postojů a hodnot. Otázky jsou dvojího typu – buď jsou odlehčené, nebo naopak jdou do hloubky. Otázka pro ukázkou: „*Co by pro vás bylo před smrtí horší: trpět největší možnou bolestí, nebo se nestihnout rozloučit s blízkými?*“ Použití této hry během výuky by mělo přinést uvolněnou atmosféru pro probírání těžkých témat, která není jednoduché otevřít (Centrum paliativní péče, 2017). Komunikace na daná témata může být velmi náročná, a proto by měl vyučující převzít roli mediátora.

Doporučujeme zapojit studenty i do dalších činností:

- exkurze,
- četba z knihy s paliativní tematikou,
- case study,
- simulační výuka.

Do náplně předmětu by mohla být zařazena exkurze například do lůžkového či mobilního hospice nebo na oddělení paliativní péče, při níž dochází ke spojení nabytých teoretických poznatků s praxí. Při exkurzi studenti uvidí aplikaci paliativních přístupů v reálném prostředí, což je může motivovat a zvýšit jejich zájem o tuto problematiku.

Další možností je poslech četby z knihy, která by mohla odlehčit dané téma, zároveň by si studenti poslechli zkušenosti jiných lidí. Navrhujeme například knihu *Vinnetou se chce bratřit* od autorů Aleše Palána a Roberta Huneše vydanou v roce 2017, která vypráví odlehčeným způsobem o životě v prachatickém Hospici sv. Jana N. Neumanna a obsahuje také citace z dopisů pozůstalých. Jeden ze studentů by mohl přečíst úryvek z knihy, ostatní by poslouchali a následně by se všichni podělili o názor na něj ve formě diskuze.

Vhodnou součástí výuky by mohly být case study pacientů z jednotlivých oborů se zaměřením na paliativní péči, tak aby si studenti dokázali představit reálné situace, reálné problémy a jejich řešení. Case study by mohly být tvořeny ze strany studentů nebo vyučujícím a následně během diskuze rozebrány.

Doporučujeme také zařazení výuky v simulačním centru, aby měli studenti možnost nácvičku zátěžových situací ještě před tím, než je zažijí v reálném světě. Simulační výuka se stává důležitou součástí moderního vzdělávání. Díky zpětné vazbě mají účastníci možnost seberozvoje, poučení se a možná i snížení strachu z reálné situace.

Základem veškeré ošetrovatelské péče je kvalitní komunikace, což platí pro paliativní péči dvojnásobně. Proto zdůrazňujeme následující zásady komunikace, které jsou jakýmsi prolínajícím se prvky celého předmětu, protože představuje rozhodující podmínku úspěchu paliativní péče (Dahlin, 2010). Jak vyplývá z výsledků empirické části, je to také oblast, se kterou studenti nejčastěji bojují. Proto jsme se rozhodly zaměřit předmět kromě praktických cvičení a dalších činností také na podoblast komunikace v paliativní péči a klíčové dovednosti zdravotníků. Pomocí dobré komunikace můžeme zajistit i léčbu bolesti, léčbu příznaků, vyřešit etické problémy, zjistit pacientovy preference v rovině kulturních a duchovních potřeb nebo zmírnit utrpení (COH & AACN, 2011).

Je důležité zahájit paliativní rozhovor dříve, než dojdou možnosti. Kouzelným slovem je „*můžu?*“. Nezapomínejme na něj. Musíme počítat s tím, že paliativní rozhovor vyžaduje dostatek času. Zahajujeme ho pokud možno ve chvíli, kdy je pacient bez symptomů (např. bolest). Nepřesvědčujeme ho, neříkáme nesmysly. Můžeme použít techniku ticha. Pokud se dostaneme do slepé uličky, můžeme uniknout do nového tématu. Rozhodující je rozpoznat strach ze smrti jako takové a strach ze symptomů. Jestliže má pacient strach ze symptomů, zjistíme z jakých, dáme na ně medikaci, pacient uvidí efekt a uklidní ho to. Indikace k léčbě je stanovena lékařem, ovšem o způsobu provedení rozhodne pacient (pokudliže není v bezvědomí). Dříve vyslovené přání musí být sepsáno tak, aby nebylo pochyb, co si pacient přeje, i přestože má veškeré informace od lékaře. Pro obor zdravotnický záchranář může být doplněna informace o rozhodování v záchrance. Pokud by byl pacient v bezvědomí, může někdy dojít k hraničnímu řešení problémů s resuscitací, zda je důležitější indikace lékaře, či přání pacienta. Jestliže je sepsané dříve vyslovené přání, pak nedochází k žádnému polemizování. Při problémech s navázáním komunikace s rodinou pacienta je vhodné zahájit rozhovor např. formulací: „*Jste dobrý manžel, vidím, že se staráte o ženu. Co pro Vás můžu udělat?*“ Během terapeutické rozvahy se stanovuje cíl léčby na základě postoje ošetroujícího lékaře a pacienta s ohledem na *lex artis* a hodnoty pacienta. Cíl péče musí být pozitivní, zabírá se naplněním času. Pokud pacient nechápe svůj aktuální stav

– ptá se opakovaně, kdy to bude lepší – je to indikace k paliativnímu rozhovoru. Dalšími obvyklými indikacemi jsou neadekvátní očekávání, opakované neplánované hospitalizace, limitace péče, komplikovaná léčba symptomů, psychologická péče nebo například etická argumentace (Rusinová, 2019).

Je nutné uvědomit si překážky – problematické oblasti v komunikaci v paliativní péči. Mezi ně můžeme zařadit strach z vlastní smrtelnosti, nedostatek zkušeností se smrtí a umíráním, strach z vyjádření pocitů, necitlivost zdravotníka projevující se např. přerušением komunikace, pocit viny (ať již ze selhání vyléčení pacienta, zapříčinění jeho smrti či neschopnosti změnit výsledek), strach z neznáma (tzn. nebudu znát odpověď, budu nejistá/ý, zda odpovědět upřímně), nesouhlas s rozhodnutím rodiny či pacienta, chybějící znalost a porozumění kultuře pacienta nebo jeho rodiny, osobní záležitosti zármutku (např. ztráta rodinného příslušníka, manželství) a v neposlední řadě také etické otázky (může vést ke sporu i mezi členy týmu, pacientem nebo jeho rodinou – je třeba o nich otevřeně diskutovat, případně požádat o pomoc etickou komisí) (COH & AACN, 2011).

Nezapomínejme ani na mezioborovou komunikaci v rámci týmu. Je třeba naslouchat, což vyžaduje dostatek času (Coyne et al., 2010). Komunikace zahrnuje složku jak verbální, tak neverbální. Až 80 % probíhá neverbálně pomocí řeči těla, očního kontaktu, gest, tónu hlasu, mimiky nebo vzájemného odstupu (Dahlin, 2010). Pozorně naslouchajte, snažte se neměnit téma, nesnažte se za každou cenu radit, jen pokud jste o to požádán/a, podpořte vzpomínání pacienta, aby mluvil o svém příběhu (dáte mu tím pocit, že jeho život měl smysl). Udržujte naději a průběžně zhodnocujte výsledky komunikace. Na paměti bychom měli mít kulturní rozdíly závislé na sexuální orientaci, náboženství, věku, etnické příslušnosti, pohlaví anebo kmenové příslušnosti. K tomu bychom se měli zamyslet také nad zážitky z minulosti týkajícími se nemoci či nemocnice, společenským či ekonomickým stavem, jazykem anebo zemí původu (COH & AACN, 2011).

Návrh sylabu

Cíl předmětu:

- Student/ka je seznámen/a s problematikou péče o umírající a se smrtí.
- Student/ka je schopen/a vnímat a kriticky zhodnotit svou míru připravenosti na setkání s péčí o umírající a se smrtí.

- Student/ka prokazuje schopnost využít zásady komunikace s umírajícími v praxi.
- Student/ka chápe význam spolupráce v multidisciplinárním týmu při péči o umírající.

Získané kompetence:

- Student/ka charakterizuje problematiku péče o umírající.
- Student/ka popisuje rozdíly v problematice umírání a smrti s ohledem na kulturní zvláštnosti.
- Student/ka je schopen/na vyjmenovat zásady komunikace při péči o umírajícího.
- Student/ka zná možnosti, jakými zjistit úroveň připravenosti na setkání s péčí o umírající a se smrtí.
- Student/ka je schopen/na kriticky zhodnotit svou vlastní úroveň připravenosti na setkání s péčí o umírající a se smrtí.
- Student/ka dokáže v praxi využít znalosti a zkušenosti, které získal/a v průběhu seminářů.

Obsah seminářů:

- 1.– 2. hodina – Úvod do problematiky péče o umírající a smrti.
- 3.–4. hodina – Problematika podávání informací a základní hodnoty pacienta v terminálním stadiu. Prožitkový seminář s využitím hraní rolí.
- 5.–6. hodina – Komunikace a empatie. Trénink naslouchání. Prožitkový seminář s využitím aktivizačních technik.
- 7.–8. hodina – Umírání a konečná fáze života. Vyslovená a nevyslovená přání, praktický nácvik komunikačních technik.
- 9.–12. hodina – Simulační výuka / exkurze.

Literatura:

Základní:

- BUŽGOVÁ, R., 2015. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních*. Praha: Grada. 168 s. ISBN 978-80-247-5402-4.
- MARKOVÁ, M., 2010. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-247-3171-1.
- RADBRUCH, L. et al., 2010. *EAPC: Standardy a normy hospicové a paliativní péče v Evropě. Doporučení Evropské asociace pro paliativní péči*. Praha: Cesta

domů a Česká společnost paliativní medicíny. Přeloženo z originálu *The White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe*. 68 s. ISBN 978-80-904516-1-2.

Doporučená:

- KALVACH, Z. et al., 2019. *Manuál paliativní péče o umírající pacienty. Pomoc při rozhodování v paliativní nejistotě*. 2. uprav. a dopl. vyd. Praha: Cesta domů. 152 s. ISBN: 978-80-88126-54-6.
- THE, Anne-Mei, 2008. *Paliativní péče a komunikace*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu. 248 s. ISBN 978-80-87029-24-4.
- odborná periodika zahraniční i tuzemská zaměřující se na problematiku paliativní péče.

Způsob zakončení:

V rámci závěrečného kolokvia by byla hodnocena hlavně schopnost reagovat ze strany studenta:

- 20 % hodnocení: aktivita studenta v semináři.
- 60 % hodnocení: pozorování studenta, vyhodnocení studenta během praktických cvičení.
- 20 % hodnocení: řešení modelových situací.

Závěr

Tato diplomová práce s názvem „*Připravenost studentů na setkání s péčí o umírající pacienty a se smrtí*“ se zabývala připraveností studentů nelékařských zdravotnických povolání na poskytování ošetrovatelské péče umírajícím pacientům a zemřelým. Na základě výsledků výzkumného šetření jsme zjistili, jak konkrétně vypadá subjektivní a objektivní hodnocení připravenosti studentů vybraných oborů na ZSF JU.

Teoretická část práce je zaměřena na charakteristiku současné situace ošetrovatelské péče o umírající pacienty a zemřelé, definuje aktuální stav vzdělávání kompetencí v této oblasti u vybraných studijních oborů vyučovaných na ZSF JU a objasňuje možnosti celoživotního vzdělávání. Jedna z kapitol je také věnována měřicím nástrojům v ošetrovatelství využitelných pro výzkum v oblasti umírání a smrti. Navazuje na ni část empirická, která zjišťuje, jak jsou studenti vybraných oborů na ZSF JU připraveni na poskytování péče umírajícím pacientům a zemřelým. Pro zjištění připravenosti studentů je využit standardizovaný měřicí nástroj FATCOD-B, který vytvořila Katherine H. Murray Frommelt. Výsledky z dotazníkového šetření byly zpracovány pomocí statistických programů SASD a SPSS. Následně byla provedena analýza dat s využitím prvního a druhého stupně třídění.

Během výzkumu se potvrdilo, že u zvolených oborů, s věkem a s délkou praxe se liší připravenost studentů na setkání s péčí o umírající pacienty a se smrtí. Naopak se nepotvrdilo, že by se lišila připravenost studentů na setkání s péčí o umírající pacienty a se smrtí u pregraduálního a postgraduálního studia sester a na základě předchozí zkušenosti s terminálně nemocným pacientem. Výsledky výzkumného šetření ukazují, že celková připravenost studentů ZSF JU na setkání s péčí o umírající pacienty a se smrtí nepatří mezi nejlepší v porovnání s výsledky studentů z jiných zemí. Rozhodně je zde prostor pro zlepšení.

Význam této práce spatřujeme v tom, že může přispět k rozšíření povědomí o paliativní péči, informovat o aktuálním způsobu vzdělávání budoucích odborníků v jednotlivých oborech a možnostech celoživotního vzdělávání, ale také poukázat na nedostatky. Výsledky empirické části práce mohou být použity pro zkvalitnění přípravy studentů. K tomuto účelu byl navržen vyučovací předmět v rámci doporučení pro praxi, který může být využíván během výuky.

Seznam literatury

1. ABDEL-KHALEK, A. M., NEIMEYER, R. A., 2017. Death Anxiety Scale. In: ZEIGLER-HILL, V., SHACKELFORD, T. K. (eds.). *Encyclopedia of Personality and Individual Differences*. Cham: Springer International Publishing AG. ISBN 978-3-319-28099-8.
2. Avast Foundation Czech Republic, 2019. *Nadační fond Avast*. [online]. Praha: Avast [cit. 2019-12-01]. Dostupné z: <https://nadacnifond.avast.cz/>
3. BARONOVÁ, S., 2018. *Legalizace eutanazie v České republice jako filozoficko-právní problém*. Brno. Diplomová práce. PrF MU.
4. BÁRTLOVÁ, S., 2005. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. Praha: Grada. 184 s. ISBN 8024711974.
5. BÁRTLOVÁ, S., 2006. Proces medicinalizace. *Kontakt*. (2), 280–285. ISSN 1212-4117.
6. BEATON, D. et al., 2000. Guidelines for the Process of Cross-Cultural Adaptation of Self-Report Measures. *Spine*. 25(24), 3186–3191, doi: 10.1097/00007632-200012150-00014.
7. BRAUN et al., 2010. Associations between oncology nurses' attitudes toward death and caring for dying patients. *Oncol Nurs Forum*. 37(1), E43–E49, doi: 10.1188/10.ONF.E43-E49.
8. BUŽGOVÁ, R., JANÍKOVÁ, E., 2019. Czech Adaption of the Collett–Lester Fear of Death Scale in a Sample of Nursing Students. *Omega: Journal of Death & Dying* (Westport). 80(1), 20–34. doi: 10.1177/0030222817725183.
9. BUŽGOVÁ, R., SIKOROVÁ, L., 2013. Moral judgment competence of nursing students in the Czech Republic. *Nurse Education Today*. 33, 1201–1206, doi:10.1016/j.nedt.2012.06.016.
10. Centrum paliativní péče, 2017. Hra Řekni mi. *Paliativnicentrum.cz* [online]. [cit. 2020-05-20]. Dostupné z: <https://paliativnicentrum.cz/projekty/karetni-hra-rekni-mi>
11. Centrum paliativní péče, 2020a. ELNEC. *Paliativnicentrum.cz* [online]. [cit. 2020-01-20]. Dostupné z: <https://paliativnicentrum.cz/kurzy/elnec>
12. Centrum paliativní péče, 2020b. *Únorový bulletin Centra paliativní péče*. Praha: Centrum paliativní péče, z. ú.

13. City of Hope & American Association of Colleges of Nursing (COH & AACN), 2011. *ELNEC*. Washington, DC: AACN.
14. COLLETT, L. J., LESTER, D., 1969. The fear of death and the fear of dying. *The Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied*, 72(2), 179–181, doi: 10.1080/00223980.1969.10543496.
15. CONNOR, S. R., SEPULVEDA BERMEDO, M. C. (eds.), 2014. *Global atlas of palliative care at the end-of-life*. London: Worldwide Palliative Care Alliance & World Health Organization. 111 p. ISBN 978-0-9928277-0-0.
16. CORR, C. A., 2018. The ‘five stages’ in coping with dying and bereavement: strengths, weaknesses and some alternatives. *Mortality*, 24(4), 405–417, doi: 10.1080/13576275.2018.1527826.
17. COYNE, P. J. et al., 2010. Palliative care. In: MARIE, B. St. (Ed.). *Core curriculum for pain management nursing*. Dubuque: Kendall Hunt Publishing, pp. 551–572.
18. ČERNÝ, D., DOLEŽAL, A., 2013. *Smrt a umírání: etické, právní a medicínské otázky na konci života*. Praha: Ústav státu a práva AV ČR. 251 s. ISBN 9788087439159.
19. ČESKO, 2011a. Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků - v roce 2017 byla ve Sbírce zákonů v částce 137 vyhlášena vyhláška č. 391/2017 Sb., kterou se mění vyhláška č. 55/2011 Sb., ve znění vyhlášky č. 2/2016 Sb. [online]. [cit. 2020-05-30]. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 20. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-55>
20. ČESKO, 2011b. Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách. In: *Sbírka zákonů České republiky* [online]. Částka 131, § 44a [cit. 2020-03-03]. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>
21. ČESKO, 2017. Vyhláška č. 391/2017 Sb., kterou se mění vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění vyhlášky č. 2/2016 Sb. [online]. [cit. 2020-05-30]. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 137. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2017-391>
22. ČSÚ, 2019. Úmrtnost dětí a mladých lidí. In: *Vyzkum-mladez.cz* [online]. [cit. 2020-03-03]. Dostupné z: <http://www.vyzkum-mladez.cz/cs/statistika/indikator/8-umrtnost-deti-a-mladych-lidi>

23. DAHLIN, C. M. et al., 2010. Early Palliative Care for Lung Cancer: Improving Quality of Life and Increasing Survival. *Int J Palliat Nurs.* 16(9), 420–423, doi: 10.12968/ijpn.2010.16.9.78633.
24. *Doporučení Rady Evropy č. 1418/1999 O ochraně lidských práv a důstojnosti nevyléčitelně nemocných a umírajících – „Charta práv umírajících“*, 2009 [online]. Rada Evropy. [cit. 2020-05-05]. Dostupné z: <http://www.umirani.cz/charta-pravumirajicich.html>
25. EDO-GUAL, M. et al., 2018. Spanish Adaptation of the Frommelt Attitude Toward Care of the Dying Scale (FATCOD-S) in Nursing Undergraduates. *Omega.* 78(2), 120–142, doi: 10.1177/0030222816688294.
26. FERRELL, B. et al., 2018. An innovative End-of-Life Nursing Education Consortium curriculum that prepares nursing students to provide primary palliative care. *Nurse Educ.* 43(5), 242–246, doi: 10.1097/NNE.0000000000000497.
27. FISCHER, S. et al., 2013. Where do you want to spend your last days of life? Low concordance between preferred and actual site of death among hospitalized adults. *J Hosp Med.* 8(4), 178–183, doi: 10.1002/jhm.2018.
28. FROMMELT, K. H. M., 1991. The effects of death education on nurses' attitudes toward caring for terminally ill persons and their families. *The American Journal of Hospice & Palliative Care.* 8(5), 37–43, doi: 10.1177/104990919100800509.
29. FROMMELT, K. H. M., 2003. Attitudes toward care of the terminally ill: An educational intervention. *The American Journal of Hospice & Palliative Care.* 20(1), 13–22, doi: 10.1177/104990910302000108.
30. GRAVIER, S., NOBLE, A., 2019. The role of paramedics in palliative care. *Clinical Practice.* Reprinted from *Response.* 46, 1–3.
31. HENOCH, I. et al., 2014. The Swedish version of the Frommelt Attitude Toward Care of the Dying scale: aspects of validity and factors influencing nurses' and nursing students' attitudes. *Cancer Nursing.* 37(1), E1–E11, doi: 10.1097/NCC.0b013e318279106b
32. HEŘMANOVÁ, J. et al., 2012. *Etika v ošetrovatelské praxi.* Praha: Grada. 200 s. ISBN 978-80-247-3469-9.
33. Hospic Anežky České, 2020. Historie. *Hospic.cz* [online]. [cit. 2020-03-03]. Dostupné z: <https://www.hospic.cz/historie.html>

34. HUTTER, N. et al., 2015. „Good dying“ – definition and current state of research. *Dtsch Med Wochenschr.* 140(17), 1296-1301, doi: 10.1055/s-0041-102676.
35. CHOVANEC, J., 2020. Nádorové onemocnění těla děložního. In: *Linkos.cz* [online]. [cit. 2020-03-03]. Dostupné z: <https://www.linkos.cz/pacient-a-rodina/onkologicke-diagnozy/gynekologicke-nadory-c51-54-c56-57/nadorove-onemocneni-tela-delozniho/>
36. JU, 2012. *Odborná praxe rozepsaná v Logbooku praktické výuky pro studijní obor Všeobecná sestra – bakalářské studium na s. 12 – Přehled klinických pracovišť.* České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta.
37. JU, 2017. *Odborná praxe rozepsaná v Logbooku praktické výuky pro magisterský studijní program Ošetrovatelství, studijní obor Ošetrovatelství ve vybraných klinických oborech – interna na s. 11 – Přehled klinických pracovišť.* České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta.
38. JU, 2020a. Akreditované studijní programy a obory na ZSF JU. *Zsf.jcu.cz* [online]. [cit. 2020-03-03]. Dostupné z: <http://www.zsf.jcu.cz/cs/vzdelavani-a-studium/seznam-oboru>
39. JU, 2020b. Vizualizace studijních programů ZSF JU: Interní materiál. *Wstag.jcu.cz* [online]. [cit. 2020-01-20]. Dostupné z: https://wstag.jcu.cz/portal/studium/prohlizeni.html?pc_pagenavigationalstate=AAAAAQAGMjI1NjIwEwEAAAABAahzdGF0ZUtleQAAAAEAFC05MjIzMzcyMDM2ODU0NzcyNjExAAAAA**#prohlizeniSearchResult
40. KABELKA, L., SLÁMA, O., LOUČKA, O., 2016. *Paliativní péče v České republice 2016 - Situační analýza.* Brno: Česká společnost paliativní medicíny ČLS J.E.P. 22 s. Dostupné také z: <https://www.paliativnimedicina.cz/wp-content/uploads/2016/12/situacni-analyza-paliativni-pece.pdf>
41. KISVETROVÁ, H. et al., 2017. Dying Care Nursing Intervention in the Institutional Care of End-of-Life Patients. *Int J Nurs Knowl.* 28(3), 131–137, doi: 10.1111/2047-3095.12128.
42. KREJČÍKOVÁ, H., 2014. *Ukončování léčby pacienta a trestní odpovědnost lékaře.* Praha: Galén. 143 s. ISBN 978-80-7492-167-4.
43. KÜBLER-ROSS, E., 1969. *On Death and Dying.* New York: The Macmillan Company. 260 p. ISBN 0-415-04015-9.

44. *Kvalifikační standard přípravy na výkon zdravotnického povolání dětská sestra*, 2004. [online]. MZ ČR A MŠMT ČR. [cit. 2020-01-20]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/Odbornik/Soubor.ashx?souborID=35678&typ=application/pdf&nazev=Kvalifika%C4%8Dn%C3%AD%20standard%20V%C5%A1eobecn%C3%A1%20sestra.pdf>
45. LEOMBRUNI, P. et al., 2015. Confirmatory factor analysis of the Frommelt Attitude Toward Care of the Dying Scale (FATCOD-B) among Italian medical students. *Palliat Support Care*. 13(5), 1391–1398, doi: 10.1017/S1478951515000139.
46. LinkedIn, 2020. Profil Katherine Frommelt. *Linkedin.com* [online]. [cit. 2020-01-20]. Dostupné z: <https://www.linkedin.com/in/katherine-frommelt-89b10a61>
47. MALLORY, J. L., 2003. The impact of a palliative care educational component on attitudes toward care of the dying in undergraduate nursing students. *J Prof Nurs*. 19(5), 305–312, doi: 10.1016/s8755-7223(03)00094-2.
48. MARKOVÁ, M., 2010. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-247-3171-1.
49. MATSUI M., BRAUN K., 2010. Nurses' and care workers' attitudes toward death and caring for dying older adults in Japan. *Int J Palliat Nurs*. 16(12), 593–598, doi: 10.12968/ijpn.2010.16.12.593.
50. Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2015. Vysoká kvalita péče o matku a dítě výrazně snižuje úmrtnost novorozenců i matek. *Mzcr.cz* [online]. 15. 7. 2015 [cit. 2020-01-20]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/vysoka-kvalita-pece-o-matku-a-dite-vyrazne-snizuje-umrtnost-novorozencu-i-matek_10484_3237_1.html
51. MURTAGH, F. et al., 2014. How many people need palliative care? A study developing and comparing methods for population based estimates, *PalliativeMedicine*. 28(1), 49–58, doi: 10.1177/0269216313489367.
52. Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů (NCO NZO), 2020. Akce. *Nconzo.cz* [online]. [cit. 2020-01-20]. Dostupné z: <https://www.nconzo.cz/cs/vyhledat?q=um%C3%ADr%C3%A1n%C3%AD>
53. NEHRKE, M. F. et al., 1978. Death anxiety, locus of control and life satisfaction in the elderly: Toward a definition of ego-integrity. *Omega: Journal of Death and Dying*, 8(4), 359–368, doi: 10.2190/7CK0-QFF8-HQJE-MHUP.

54. NEŠPOR, Z., 2017. Smrt. In: *Encyklopedie.soc.cas.cz* [online]. Praha: Sociologický ústav AV ČR, v.v.i. [cit. 2019-11-30]. Dostupné z: <https://encyklopedie.soc.cas.cz/w/Smrt>
55. PAUL, S. S. et al., 2019. Creating a Positive Attitude toward Dying Patients among Nursing Students: Is the Current Curriculum Adequate? *Indian J Palliat Care*. 25(1), 142–146, doi: 10.4103/IJPC.IJPC_148_18.
56. PEČINKA, M., 2014. Právní aspekty aktivní eutanazie. Mám povinnost žít? In: *Jinepravo.blogspot.cz* [online]. 25. 2. 2014 [cit. 2019-10-10]. Dostupné z: <http://jinepravo.blogspot.cz/2014/02/martin-pecinka-pravni-aspektyaktivni.html>
57. Pracovní skupina ke Koncepci paliativní péče v Jihočeském kraji, 2018. *Koncepce paliativní péče v Jihočeském kraji na období do roku 2023*. České Budějovice: Krajský úřad Jihočeského kraje. 46 s. Dostupné také z: [https://www.kraj-jihocesky.cz/file.php?par\[id_r\]=170028&par\[view\]=0](https://www.kraj-jihocesky.cz/file.php?par[id_r]=170028&par[view]=0)
58. PTÁČEK, R. et al., 2011. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada. 528 s. ISBN 978-80-247-3976-2.
59. PTÁČEK, R. et al., 2012. *Eutanazie – pro a proti*. Praha: Grada. 256 s. ISBN 978-80-247-4659-3.
60. PTÁČNÍKOVÁ, V. et al., 2019. *Zdravotně sociální fakulta – akademický rok 2019/2020*. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta. 158 s.
61. RUSINOVÁ, K., 2019. *Kurz Paliativní péče v nemocnici*. České Budějovice: Nemocnice České Budějovice, a. s.
62. SADOWSKA, A., NOWAK, M., CZARKOWSKA-PĄCZEK, B., 2020. Assessment of the Reliability of the Polish Language Version of the FATCOD-B Scale Among Nursing Students. *J Cancer Educ*. doi: 10.1007/s13187-019-01665-5.
63. SMOTHERS, A. et al., 2019. Prelicensure Nursing Students' Attitudes and Perceptions of End-of-Life Care. *Nurse Educator*. 44(4), 222–225, doi: 10.1097/NNE.0000000000000606.
64. ŠPATENKOVÁ, N. et al., 2014. *O posledních věcech člověka: vybrané kapitoly z thanatologie*. Praha: Galén. 315 s. ISBN 978-80-7492-138-4.
65. ŠUSTEK, P., HOLČAPEK, T., 2016. *Zdravotnické právo*. Praha: Wolters Kluwer. 850 s. ISBN 978-80-7552-321-1.

66. THORSON, J. A., POWELL, F. C., 1994. Depression and Sense of Humor. *Psychological Reports*. 75(3), 1473–1474, doi: 10.2466/pr0.1994.75.3f.1473
67. ÚZIS ČR, 2018. *Zdravotnická statistika: Zemřelí 2017*. Praha: ÚZIS ČR. ISSN 1210-9967.
68. ÚZIS ČR, 2019. *Zdravotnická statistika: Zemřelí 2018*. Praha: ÚZIS ČR. ISSN 1210-9967.
69. ÚZIS, LPZ a NRHOSP 2011-2016, 2017. Struktura úmrtí podle místa. In: *Koncepce paliativní péče v Jihočeském kraji na období do roku 2023* [online]. České Budějovice: Krajský úřad Jihočeského kraje [cit. 2020-03-17]. Dostupné z: https://www.kraj-jihocesky.cz/sites/default/files//ku_usneseni/Zastupitelstvo/2018-09-06/Navrhy/261-ZK-18_Koncepce_paliativni_pece_v_Jihoceskem_kraji_na_obdobi_do_roku_202.pdf
70. VÁCHOVÁ, L., 2017. Jediné oddělení paliativní péče v kraji je v nemocnici v Jindřichově Hradci. Zatím má dvě lůžka. In: *Jcted.cz* [online]. 26. 4. 2017 [cit. 2019-11-30]. Dostupné z: <https://www.jcted.cz/jedine-oddeleni-paliativni-pece-v-kraji-je-v-nemocnici-v-jindrichove-hradci-zatim-ma-dve-luzka/>
71. VÁVROVÁ, S., R. POLEPILOVÁ, 2010. Výzkumné šetření o vzdělávání studentů pomáhajících profesí v oblasti thanatologie. *Sociální práce* [online]. 2, 71–80 [cit. 2020-05-30]. ISSN 1213-6204. Dostupné z: <http://www.socialniprace.cz/index.php?sekce=2&ukol=detail&id=39&clanekid=452>.
72. Věstník č. 9 – MZ ČR, 2004. Metodická opatření: Koncepce ošetrovatelství. Praha: MZ ČR.
73. WANG, L. P. et al., 2016. Development and Psychometric Testing Chinese Version of the Frommelt Attitude Toward Care of the Dying Scale, Form B in Nurses and Nursing Students. *J Cancer Educ*. 31(1), 123–130, doi: 10.1007/s13187-015-0810-7.
74. WHO, 2002. Definition of Palliative Care. *Who.int* [online]. Geneva: WHO [cit. 2019-12-01]. Dostupné z: <https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>

Seznam příloh

Příloha č. 1: Záznamový arch pro pilotní výzkum.....	108
Příloha č. 2: Souhlas autorky standardizovaného dotazníku Katherine H. Murray Frommelt s jeho použitím	111
Příloha č. 3: Dotazník	113

Seznam grafů

Graf 1: Studovaný obor.....	46
Graf 2: Studovaný ročník.....	47
Graf 3: Věk respondentů.....	47
Graf 4: Pohlaví respondentů	48
Graf 5: Víra respondentů	48
Graf 6: Vyznání respondentů.....	49
Graf 7: Vliv víry na postoj ke smrti a umírání.....	50
Graf 8: Vliv toho, že jsem nevěřící, na postoj ke smrti a umírání	51
Graf 9: Předchozí vzdělání týkající se umírání a smrti.....	52
Graf 10: Předchozí zkušenosti s terminálními pacienty	52
Graf 11: Ovlivnění postoje k umírání a smrti	53
Graf 12: Názor na eutanazii	54
Graf 13: Předmět, který Vám poskytl informace o umírání a smrti	55
Graf 14: Osoba, která poskytla informace o péči o umírající	56
Graf 15: Osoba, která Vám poskytla informace o péči o zemřelé	57
Graf 16: Míra pomoci při setkání s umírajícím jako student/ka během odborné praxe .	58
Graf 17: Preferovaná osoba při pomoci při péči s umírajícím.....	58
Graf 18: Osoba, která Vám poskytla pomoc při setkání s umírajícím.....	59
Graf 19: Preferovaná osoba při pomoci při péči o zemřelého	60
Graf 20: Osoba poskytující pomoc při péči o zemřelého	60
Graf 21: Přístup k ošetrovatelské péči o umírajícího pacienta	61
Graf 22: Náročnost komunikace s umírajícím pacientem	62
Graf 23: Nejvhodnější prostředí pro umírajícího pacienta	63
Graf 24: Standardizovaný nástroj – postoj k péči o umírající	64

Seznam tabulek

Tabulka 1: Charakteristika výzkumného souboru	43
Tabulka 2: Souvislost postoje k péči o umírající s vybranými znaky	65
Tabulka 3: Souvislost postoje k péči o umírající s připraveností na péči o umírající pacienty a zemřelé	66
Tabulka 4: Souvislost studijního oboru s vybranými znaky.....	67
Tabulka 5: Souvislost věku s vybranými znaky	69
Tabulka 6: Souvislost délky praxe u lůžka s vybranými znaky.....	71
Tabulka 7: Souvislost studijních oborů <i>všeobecná sestra</i> a <i>ošetřovatelství</i> s vybranými znaky.....	74
Tabulka 8: Souvislost doby předchozí zkušenosti s vybranými znaky	76
Tabulka 9: Souvislost vzdělání s vybranými znaky.....	79

Seznam zkratek

ALS	Advanced Life Support, česky rozšířená KPR
ARIP	anestezie, resuscitace, intenzivní péče
BLS	Basic Life Support, česky základní KPR
COH & AACN	City of Hope & American Association of Colleges of Nursing
CMP	cévní mozková příhoda
ČR	Česká republika
DAS	Death Anxiety Scale, nástroj pro měření úzkosti ze smrti
DNR	Do Not Resuscitate, česky neresuscitovat
EAPC	European Association for Palliative Care, česky Evropská asociace paliativní péče
ELNEC	End Of Life Nursing Education Consortium, česky Vzdělávací konzorcium zdravotních sester pracujících s pacienty v konečné fázi života
FATCOD-B	Frommelt Attitudes toward Nursing Care of the Dying Scale – form B, česky Hodnocení postoje k péči o umírající podle Frommeltové – forma B
HIV/AIDS	Human Immunodeficiency Virus, česky virus lidské imunitní nedostatečnosti / Acquired Immune Deficiency Syndrome, česky syndrom získané imunitní nedostatečnosti
CHOPN	chronická obstrukční plicní nemoc
KPR	kardiopulmonální resuscitace
NCO NZO	Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů
RS	roztroušená skleróza (sclerosis multiplex)
USA	The United States of America, česky Spojené státy americké
WHO	World Health Organization, česky Světová zdravotnická organizace
ZSF JU	Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích
ZZS	zdravotnická záchranná služba

Přílohy

Příloha č. 1: Záznamový arch pro pilotní výzkum

Hodnocení srozumitelnosti otázek – záznamový arch			
Identifikační údaje			
Pohlaví: žena x muž			
Věk:			
Vzdělání:			
Datum:			
Studijní obor:			
Délka praxe:			
Číslo otázky	Ohodnoťte srozumitelnost otázky na škále 1-5; přičemž 1 znamená srozumitelnost otázky je velmi dobrá; 2 dobrá; 3 ani dobrá, ani špatná; 4 špatná a 5 velmi špatná.	Pro respondenta bylo snadné odpovědět (X)	Navrhovaná změna pro srozumitelnost
1 nest.	1 - 2 - 3 - 4 - 5		
2	1 - 2 - 3 - 4 - 5		
3	1 - 2 - 3 - 4 - 5		
4	1 - 2 - 3 - 4 - 5		
5	1 - 2 - 3 - 4 - 5		
6	1 - 2 - 3 - 4 - 5		
7	1 - 2 - 3 - 4 - 5		
8	1 - 2 - 3 - 4 - 5		
9	1 - 2 - 3 - 4 - 5		
10	1 - 2 - 3 - 4 - 5		
11	1 - 2 - 3 - 4 - 5		
12	1 - 2 - 3 - 4 - 5		
13	1 - 2 - 3 - 4 - 5		
14	1 - 2 - 3 - 4 - 5		
15	1 - 2 - 3 - 4 - 5		
16	1 - 2 - 3 - 4 - 5		
17	1 - 2 - 3 - 4 - 5		
18	1 - 2 - 3 - 4 - 5		
19	1 - 2 - 3 - 4 - 5		
20	1 - 2 - 3 - 4 - 5		
21	1 - 2 - 3 - 4 - 5		
22	1 - 2 - 3 - 4 - 5		
23	1 - 2 - 3 - 4 - 5		
24	1 - 2 - 3 - 4 - 5		

25	1 - 2 - 3 - 4 - 5		
26	1 - 2 - 3 - 4 - 5		
27	1 - 2 - 3 - 4 - 5		
28	1 - 2 - 3 - 4 - 5		
29	1 - 2 - 3 - 4 - 5		
30	1 - 2 - 3 - 4 - 5		
31	1 - 2 - 3 - 4 - 5		
32	1 - 2 - 3 - 4 - 5		
33	1 - 2 - 3 - 4 - 5		
34	1 - 2 - 3 - 4 - 5		
35	1 - 2 - 3 - 4 - 5		
36	1 - 2 - 3 - 4 - 5		
37	1 - 2 - 3 - 4 - 5		
38	1 - 2 - 3 - 4 - 5		
39	1 - 2 - 3 - 4 - 5		
40	1 - 2 - 3 - 4 - 5		
41	1 - 2 - 3 - 4 - 5		
42	1 - 2 - 3 - 4 - 5		
43	1 - 2 - 3 - 4 - 5		
44	1 - 2 - 3 - 4 - 5		
45	1 - 2 - 3 - 4 - 5		
46	1 - 2 - 3 - 4 - 5		
47	1 - 2 - 3 - 4 - 5		
48	1 - 2 - 3 - 4 - 5		
49	1 - 2 - 3 - 4 - 5		
1 stan.	1 - 2 - 3 - 4 - 5		
2	1 - 2 - 3 - 4 - 5		
3	1 - 2 - 3 - 4 - 5		
4	1 - 2 - 3 - 4 - 5		
5	1 - 2 - 3 - 4 - 5		
6	1 - 2 - 3 - 4 - 5		
7	1 - 2 - 3 - 4 - 5		
8	1 - 2 - 3 - 4 - 5		
9	1 - 2 - 3 - 4 - 5		
10	1 - 2 - 3 - 4 - 5		
11	1 - 2 - 3 - 4 - 5		
12	1 - 2 - 3 - 4 - 5		
13	1 - 2 - 3 - 4 - 5		
14	1 - 2 - 3 - 4 - 5		
15	1 - 2 - 3 - 4 - 5		
16	1 - 2 - 3 - 4 - 5		
17	1 - 2 - 3 - 4 - 5		

18	1 - 2 - 3 - 4 - 5		
19	1 - 2 - 3 - 4 - 5		
20	1 - 2 - 3 - 4 - 5		
21	1 - 2 - 3 - 4 - 5		
22	1 - 2 - 3 - 4 - 5		
23	1 - 2 - 3 - 4 - 5		
24	1 - 2 - 3 - 4 - 5		
25	1 - 2 - 3 - 4 - 5		
26	1 - 2 - 3 - 4 - 5		
27	1 - 2 - 3 - 4 - 5		
28	1 - 2 - 3 - 4 - 5		
29	1 - 2 - 3 - 4 - 5		
30	1 - 2 - 3 - 4 - 5		
1 dem.	1 - 2 - 3 - 4 - 5		
2	1 - 2 - 3 - 4 - 5		
3	1 - 2 - 3 - 4 - 5		
4	1 - 2 - 3 - 4 - 5		
5	1 - 2 - 3 - 4 - 5		
6	1 - 2 - 3 - 4 - 5		
7	1 - 2 - 3 - 4 - 5		
8	1 - 2 - 3 - 4 - 5		
9	1 - 2 - 3 - 4 - 5		
10	1 - 2 - 3 - 4 - 5		
11	1 - 2 - 3 - 4 - 5		
12	1 - 2 - 3 - 4 - 5		

Příloha č. 2: Souhlas autorky standardizovaného dotazníku Katherine H. Murray Frommelt s jeho použitím

Od: "Mgr. Věra Olišarová, Ph.D." <volisarova@zsf.jcu.cz>
Předmět: Re: Research
Datum: 13 Listopad 2018, 21:57
Komu: "Katherine Frommelt" <kay.frommelt@gmail.com>

Dear Dr. Katherine Murray Frommelt,

thank you very much for your permission to use the FATCOD, Form B.

I would like to ask if you can sent us a copy of the tool and the scoring instructions. I found this instrument in publications (mainly in databazed journals) but I am not sure that it is right version because authors worked with Italian version or Japanese version etc. and scoring instructions were not clear.

I look forward to hearing from you soon.

Věra Olišarová

> I am assuming that you have a copy of the tool and the scoring
> instructions. Therefore I am hereby giving you permission to use the
> FATCOD, Form B in your research. Best of luck with your studies.
>
> Dr. Katherine Murray Frommelt
>
> Sent from my iPad
>
>> On Nov 12, 2018, at 1:29 PM, Mgr. Věra Olišarová, Ph.D.
>> <volisarova@zsf.jcu.cz> wrote:
>>
>> Dear Katherine H Murray Frommelt, PhD, RN, PDE, CGC, FT,
>>
>> we would like to use tool FATCOD, Form B, because we would like to
>> focused
>> on evaluation the readiness of students of nursing and medical rescue
>> worker on the meeting death and dying in nursing practice.
>>
>> Because we would like to focused on our students (in University of South
>> Bohemia in České Budějovice, Czech republic) we would like to do a
>> language validation to czech of this tool.
>>
>> I think that it will be very useful and interesting because in our
>> education is not pay enough attention to this topic.
>>
>> Our research (project number 058/2018/S) is support by the Grant Agency
>> of
>> the University of South Bohemia in České Budějovice. This support use to
>> support research activity by students of magister and doctoral programme
>> of nursing. It is not commercial research.
>>
>> I look forward to hearing from you soon.
>>
>> Věra Olišarová
>>
>> University of South Bohemia in České Budějovice,
>> Faculty of Health and Social Sciences
>> J. Boreckého 1167/27, 370 11 České Budějovice
>> Czech republic
>>
>>
>>> For permission to use my tool you may reach me at :

>> kay.frommelt@gmail.com
>>> Please let me know if you want to use the original tool which I refer
>>> to
>> as the FATCOD, Form A, and which was devised for use by nurses only, or
>> the revised FATCOD, Form B, which was revised so that it could be used
>> by
>>> persons from any discipline, including nurses? Form B also has more
>> demographic questions. Please advise.
>>> Katherine H Murray Frommelt, PhD, RN, PDE, CGC, FT
>>> Sent from my iPad
>>
>>
>>
>>
>>
>

Příloha č. 3: Dotazník

dotazník: PSUS-S



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

DOTAZNÍK PRO HODNOCENÍ PŘIPRAVENOSTI STUDENTŮ ZSF JU NA SETKÁNÍ S PÉČÍ O UMÍRAJÍCÍ A SE SMRTÍ

Pro výzkumný projekt: **GAJU č. 058/2018/S Využití měřicích nástrojů v ošetrovatelství**
Období realizace: roky 2018–2020

Vážená paní, vážený pane,

obracíme se na Vás s prosbou o spolupráci. V současné době je za podpory Grantové agentury Jihočeské univerzity realizován výzkum, jehož cílem je popsat využívané hodnotící a měřicí nástroje v ošetrovatelské péči u vybraných skupin respondentů a navrhnout či ověřit postup, který by byl při poskytování péče vhodnější. Jednou z oblastí, kterou se zabýváme, je připravenost studentů ZSF JU na umírání a smrt u pacientů. Pro zkvalitnění profesní přípravy a následně i zlepšení pomoci a podpory při realizaci ošetrovatelské praxe jsou informace od Vás jakožto studentů fakulty velmi cenné. Na základě získaných výsledků bude možné stanovit kroky vedoucí ke zlepšení připravenosti studentů na umírání a smrt u pacientů a následně se to projeví i v kvalitě poskytované ošetrovatelské péče u těchto skupin pacientů. Z účasti na výzkumu pro Vás vyplývá výhoda možnosti přímého ovlivnění výsledků výzkumu, který bude mít dopad právě na Vás – studenty ZSF JU. Nevýhodou může být věnování Vašeho času při vyplňování dotazníku.

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Prohlášení

Prohlašuji, že souhlasím s účastí na výše uvedeném výzkumu. Řešitel/ka projektu mne informoval/a o podstatě výzkumu a seznámil/a mne s cíli, metodami a postupy, které budou při výzkumu používány, stejně jako s výhodami a riziky, jež pro mne z účasti na výzkumu vyplývají. Souhlasím s tím, že všechny získané údaje budou anonymně zpracovány a použity pro účely výzkumu. Výsledky výzkumu budou zpracovány souhrnně a prezentovány prostřednictvím příspěvků na odborných konferencích, v odborných článcích a v monografiích.

Měl/a jsem možnost si vše řádně, v klidu a v dostatečně poskytnutém čase zvážit. Měl/a jsem možnost se řešitele/ky zeptat na vše pro mne podstatné a potřebné. Na tyto dotazy jsem dostal/a jasnou a srozumitelnou odpověď. Jsem informován/a, že mám možnost kdykoliv od spolupráce na výzkumu odstoupit, a to i bez udání důvodu.

Osobní údaje účastníka výzkumu budou v rámci výzkumného projektu zpracovány v souladu s nařízením Evropského parlamentu a Rady EU 2016/679 ze dne 27. dubna 2016 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES.

Prohlašuji, že beru na vědomí informace obsažené v tomto informovaném souhlasu a souhlasím se zpracováním osobních a citlivých údajů účastníka výzkumu v rozsahu, způsobem a za účelem specifikovaným v tomto informovaném souhlasu.

Vyplněním tohoto dotazníku souhlasím s účastí na výše uvedeném projektu.

Děkujeme za spolupráci.

Řešitelé projektu:

prof. PhDr. Valérie Tóthová, Ph.D.;
Mgr. Věra Olišarová, Ph.D.; Mgr. Romana Belešová;
Mgr. Jitka Doležalová; Mgr. Jan Neugebauer;
Mgr. Šárka Franková; Bc. Vendula Dvořáková;
Bc. Inka Kratochvílová; Bc. Simona Berková

NESTANDARDIZOVANÁ ČÁST DOTAZNÍKU

1) Nejvyšší dosažené vzdělání:

1. Magisterské
2. Bakalářské – všeobecná sestra
3. Bakalářské – porodní asistentka
4. Bakalářské – zdravotnický záchranář
5. Střední zdravotnická škola
6. Střední odborná škola
7. VOŠ
8. Gymnázium
9. Jiné: _____

2) Nyní studujete obor:

1. Všeobecná sestra
2. Porodní asistentka
3. Zdravotnický záchranář
4. Ošetrovatelství ve vybraných klinických oborech – modul pediatrie
5. Ošetrovatelství ve vybraných klinických oborech – modul interna
6. Ošetrovatelství ve vybraných klinických oborech – modul chirurgie

3) Současné studium je ve formě:

1. Prezenční
2. Kombinované

4) Jaký ročník studujete:

1. 1. ročník
2. 2. ročník
3. 3. ročník

5) Jaká je dosavadní délka Vašeho studia na VŠ (doba, kdy je studium přerušeno, se nepočítá):

1. Méně než 1 rok
2. 1 rok
3. 2 roky
4. 3 roky
5. 4 roky
6. 5 let
7. 6 let
8. 7 let
9. 8 let

6) Délka praxe u lůžka (HPP, DPP, DPČ):

1. Ještě jsem nebyl/a zaměstnaná/ý
2. Jsem zaměstnaná/ý méně než 1 rok
3. Jsem zaměstnaná/ý více než 1 rok, ale méně než 5 let
4. Jsem zaměstnaná/ý více než 5 let

7) Vyznáváte nějakou víru:

1. Ano, jakou: _____
2. Ne
3. Nevím

8) Kdy došlo k Vašemu *prvnímu* setkání s umíráním a smrtí:

1. Ještě ne
2. Před nástupem na VŠ
3. Během 1. roku studia na VŠ
4. Během 2. roku studia na VŠ
5. Během 3. roku studia na VŠ
6. Během 4. roku studia na VŠ
7. Během 5. roku studia na VŠ

9) U koho jste se *poprvé* setkal/a s umíráním a smrtí:

1. Nesetkal/a jsem se s tím
2. Osoba z rodiny
3. Partner/ka
4. Pacient v nemocnici
5. Pacient v domácí péči
6. Jiné: _____

10) Ovlivnilo Vás úmrtí blízké osoby v péči o *umírající* pacienty:

1. maximálně – 2. hodně – 3. středně – 4. trochu – 5. vůbec ne – 6. nesetkal/a jsem se s tím

11) Ovlivnilo Vás úmrtí blízké osoby v péči o *zemřelé*:

1. maximálně – 2. hodně – 3. středně – 4. trochu – 5. vůbec ne – 6. nesetkal/a jsem se s tím

12) Jak Vás ovlivnilo úmrtí blízké osoby v péči o *umírající* pacienty (možnost více odpovědí):

1. Nesetkal/a jsem se s tím
2. Fyzicky
3. Psychicky
4. Osobní život (např. změna životních hodnot)
5. Jiné: _____

13) Jak Vás ovlivnilo úmrtí blízké osoby v péči o zemřelé (možnost více odpovědí):

1. Nesetkal/a jsem se s tím
2. Fyzicky
3. Psychicky
4. Osobní život (např. změna životních hodnot)
5. Jiné: _____

14) Jaké pocity ve Vás vyvolalo setkání s umíráním a smrtí (možnost více odpovědí):

1. Nesetkal/a jsem se s tím
2. Psychické potíže
3. Somatické potíže
4. Bez problémů
5. Strach
6. Úzkost
7. Jiné: _____

15) Jak dlouho trvaly problémy vyvolané setkáním s umíráním a smrtí u blízké osoby:

1. Nesetkal/a jsem se s tím
2. Nenastaly
3. Méně než den
4. Méně než týden
5. Méně než měsíc
6. Déle než měsíc

16) Jak dlouho trvaly problémy vyvolané setkáním s umíráním a smrtí u pacienta:

1. Nesetkal/a jsem se s tím
2. Nenastaly
3. Méně než den
4. Méně než týden
5. Méně než měsíc
6. Déle než měsíc

17) Jaké je pro Vás hovořit o tématu umírání a smrti (možnost více odpovědí):

1. Nevadí mi to
2. Je to nepříjemné
3. Dělán to, jen když je to nevyhnutelné
4. Můj pocit se postupně zlepšuje
5. Jiné: _____

18) Co nejvíce ovlivnilo Váš postoj k umírání a smrti:

1. Setkání s umíráním a smrtí
2. Literatura
3. Náboženství
4. Vaše zdraví
5. Média
6. Škola
7. Jiné: _____

19) Přemýšlíte o své vlastní smrti:

1. maximálně – 2. hodně – 3. středně – 4. trochu – 5. vůbec ne

20) Co pro Vás znamená umírání (možnost více odpovědí):

1. Smutek
2. Zklamání
3. Zlom
4. Strach
5. Nevyhnutelnou fází života
6. Jiné: _____

21) Co pro Vás znamená smrt (možnost více odpovědí):

1. Konečný proces života
2. Začátek života po smrti
3. Druh nekonečného spánku, odpočinku a míru
4. Zakončení tohoto života s dalším životem ducha
5. Nevím
6. Jiné: _____

22) Jaké úsilí by mělo být podle Vás *především* vynaloženo k udržení vážně nemocného naživu:

1. Maximální možné (transplantace, dialýza apod.) v každém případě
2. Maximální možné (transplantace, dialýza apod.) s ohledem na věk, fyzickou kondici, mentální stav a bolest dané osoby
3. Po adekvátní péči by měla být dovolena přirozená smrt
4. Jiné: _____

23) Jste zastáncem eutanazie v obecné rovině:

1. Jsem pro
2. Jsem proti
3. Nevím

24) Kde jste se seznámil/a s informacemi o problematice umírání (možnost více odpovědí):

1. Ve škole při výuce
2. Kurz
3. Osobní zkušenost
4. Jiné: _____

25) Kde jste se seznámil/a s informacemi o problematice smrti (možnost více odpovědí):

1. Ve škole při výuce
2. Kurz
3. Osobní zkušenost
4. Jiné: _____

26) Které předměty v rámci školy Vám poskytly informace o problematice umírání a smrti u pacientů (možnost více odpovědí):

1. Ošetrovatelské postupy
2. Paliativní péče
3. Vybrané psychologicko-psychiatrické problémy v ošetrovatelství
4. Odborná praxe
5. Zdravotnická psychologie
6. Ošetrovatelská péče v onkologii
7. Komunikace ve zdravotnictví
8. Etika v ošetrovatelství
9. Ošetrovatelská péče o seniory
10. Jiné: _____

27) Domníváte se, že jste dostatečně připraven/a na péči o umírající pacienty:

1. maximálně – 2. hodně – 3. středně – 4. trochu – 5. vůbec ne

28) Domníváte se, že jste dostatečně připraven/a na péči o zemřelé:

1. maximálně – 2. hodně – 3. středně – 4. trochu – 5. vůbec ne

29) Kdo Vám poskytl informace o péči o umírající (možnost více odpovědí):

1. Vyučující
2. Student
3. Lékař
4. Sestra
5. Sestra mentorka
6. Pacient
7. Nikdo
8. Jiné: _____

30) Kdo Vám poskytl informace o péči o zemřelé (možnost více odpovědí):

1. Vyučující
2. Student
3. Lékař
4. Sestra
5. Sestra mentorka
6. Pacient
7. Nikdo
8. Jiné: _____

31) Jak byly pro Vás informace o péči o umírající užitečné (v každém řádku označte 1 možnost):

	1. Maximálně	2. Hodně	3. Středně	4. Trochu	5. Vůbec ne	6. Neposkytl/a
a. Vyučující						
b. Lékař						
c. Sestra						
d. Sestra mentorka						
e. Pacient						
f. Jiné						

32) Jak byly pro Vás informace o péči o zemřelé užitečné (v každém řádku označte 1 možnost):

	1. Maximálně	2. Hodně	3. Středně	4. Trochu	5. Vůbec ne	6. Neposkytl/a
a. Vyučující						
b. Lékař						
c. Sestra						
d. Sestra mentorka						
e. Pacient						
f. Jiné						

33) Jak moc jste potřeboval/a pomoc při setkání s umírajícím jako student/ka během odborné praxe:

1. maximálně – 2. hodně – 3. středně – 4. trochu – 5. vůbec ne

34) Od koho byste chtěl/a dostat pomoc při setkání s umírajícím (možnost více odpovědí):

1. Vyučující
2. Student
3. Lékař
4. Sestra
5. Sestra mentorka
6. Nikdo
7. Jiné: _____

35) Kdo Vám poskytl pomoc při setkání s umírajícím (možnost více odpovědí):

1. Vyučující
2. Student
3. Lékař
4. Sestra
5. Sestra mentorka
6. Nikdo
7. Jiné: _____
8. Nešel/a

36) Od koho byste chtěl/a dostat pomoc při péči o zemřelého (možnost více odpovědí):

1. Vyučující
2. Student
3. Lékař
4. Sestra
5. Sestra mentorka
6. Nikdo
7. Jiné: _____

37) Kdo Vám poskytl pomoc při péči o zemřelého (možnost více odpovědí):

1. Vyučující
2. Student
3. Lékař
4. Sestra
5. Sestra mentorka
6. Nikdo
7. Jiné: _____
8. Nešel/a

38) Kdo by podle Vás měl pacienta připravit na smrt (možnost více odpovědí):

1. Lékař
2. Sestra
3. Rodinní příslušníci
4. Duchovní zástupce
5. Nikdo
6. Jiné: _____

39) Kdo by měl provádět péči o zemřelého (možnost více odpovědí):

1. Lékař
2. Sestra
3. Ošetřovatel
4. Sanitář
5. Sociální pracovník
6. Rodina
7. Nikdo
8. Jiné: _____

40) Jak moc by se měli studenti zúčastnit péče o umírající pacienty:

1. maximálně – 2. hodně – 3. středně – 4. trochu – 5. vůbec ne

41) Jak moc by se měli studenti zúčastnit péče o zemřelého:

1. maximálně – 2. hodně – 3. středně – 4. trochu – 5. vůbec ne

42) Jak přistupujete k ošetřovatelské péči u umírajícího pacienta:

1. Nevadí mi to
2. Snažím se jí vyhnout
3. Poskytuji ji rád/a, je to uspokojující
4. Jiné: _____
5. Nemám zkušenost

43) Nakolik je pro Vás náročná komunikace s umírajícím pacientem:

1. maximálně – 2. hodně – 3. středně – 4. trochu – 5. vůbec ne – 6. nemám zkušenost

44) Snažíte se umírající pacienty motivovat:

1. maximálně – 2. hodně – 3. středně – 4. trochu – 5. vůbec ne – 6. nemám zkušenost

45) Jak dalece by se podle Vás měla zapojit rodina umírajícího pacienta do jeho péče:

1. maximálně – 2. hodně – 3. středně – 4. trochu – 5. vůbec ne

46) Jaké prostředí považujete za *nejvhodnější* pro umírajícího pacienta:

1. Domácí prostředí
2. Nemocnice
3. Hospic
4. Domov pro seniory
5. Jiné: _____

47) Pokud si během péče vytvoří ošetřující personál s umírajícím pacientem blízký vztah, pak to znamená *především*:

1. Pozitiva
2. Negativa
3. Zvýšenou náročnost péče
4. Jiné: _____

48) Vy sami jste si během praxe vytvořili blízký vztah s umírajícím pacientem:

1. maximálně – 2. hodně – 3. středně – 4. trochu – 5. vůbec ne – 6. nemám zkušenost

49) Jaké změny v chování umírajícího pacienta *nejčastěji* pozorujete:

1. Agrese
2. Odevzdání se nemoci
3. Potlačení nemoci
4. Úzkost a depresi
5. Beze změny
6. Jiné: _____
7. Nemám zkušenost

50) Jaké změny v chování u rodiny umírajícího pacienta *nejčastěji* pozorujete:

1. Agrese
2. Odevzdání se nemoci
3. Potlačení nemoci
4. Úzkost a depresi
5. Beze změny
6. Jiné: _____
7. Nemám zkušenost

STANDARDIZOVANÁ ČÁST DOTAZNÍKU

51) Formulář B

Hodnocení postoje k péči o umírající podle Frommeltové

Účelem těchto bodů je zjistit, jak se pečující cítí v jistých situacích, do kterých se s pacienty dostává. Všechna tvrzení se týkají péče o umírajícího a jeho rodinu. Když zde mluvíme o umírajícím pacientovi, míníme tím člověka, který je považován za smrtelně nemocného a má před sebou maximálně šest měsíců života.

Prosím zakroužkujte písmeno za každým tvrzením, které odpovídá Vaším osobním pocitům k uvedenému postoji nebo situaci. Prosím, odpovězte na *všech* 30 tvrzení na stupnici. Význam písmen je následující:

SN = silně nesouhlasím

N = nesouhlasím

NJ = nejsem si jistý

S = souhlasím

SS = silně souhlasím

1. Péče o umírajícího je zkušenost, která stojí za to zažít.

1.	2.	3.	4.	5.
SN	N	NJ	S	SS

2. Smrt není to nejhorší, co může člověka potkat.

1.	2.	3.	4.	5.
SN	N	NJ	S	SS

3. Bylo by mi nepříjemné mluvit o hrozící smrti s umírajícím člověkem.

1.	2.	3.	4.	5.
SN	N	NJ	S	SS

4. Péče o pacientovu rodinu by měla pokračovat po celé období zármutku a truchlení.

1.	2.	3.	4.	5.
SN	N	NJ	S	SS

5. Nechtěl bych pečovat o umírajícího.

1.	2.	3.	4.	5.
SN	N	NJ	S	SS

6. Poskytovatelé péče, kteří nejsou členy rodiny, by *neměli* být těmi, kdo mluví o smrti s umírajícím.

1.	2.	3.	4.	5.
SN	N	NJ	S	SS

7. Délka doby nutná k poskytování péče o umírajícího by mě frustrovala.

1.	2.	3.	4.	5.
SN	N	NJ	S	SS

8. Rozrušilo by mě, kdyby se umírající, o kterého se starám, vzdal naděje na to, že mu bude lépe.

1.	2.	3.	4.	5.
SN	N	NJ	S	SS

9. Je obtížné navázat blízký vztah s umírajícím.

1.	2.	3.	4.	5.
SN	N	NJ	S	SS

10. V některých případech umírající smrt vítá.

1.	2.	3.	4.	5.
SN	N	NJ	S	SS

11. Když se pacient zeptá: „Umírám?“, myslím, že je nejlepší změnit téma na něco radostnějšího.

1.	2.	3.	4.	5.
SN	N	NJ	S	SS

12. Členové rodiny by měli být zapojeni do fyzické péče o umírajícího, pokud si to přejí.

1.	2.	3.	4.	5.
SN	N	NJ	S	SS

13. Doufám, že osoba, o kterou pečuji, zemře, když u toho nebudu.

1.	2.	3.	4.	5.
SN	N	NJ	S	SS

14. Bojím se s umírajícím spřátelit.

1.	2.	3.	4.	5.
SN	N	NJ	S	SS

15. Nejraději bych utekl, když ten člověk skutečně zemře.

1.	2.	3.	4.	5.
SN	N	NJ	S	SS

16. Rodiny potřebují emocionální podporu, aby akceptovaly změny chování umírajícího.

1.	2.	3.	4.	5.
SN	N	NJ	S	SS

17. Když se blíží smrt, poskytovatel péče, který není členem rodiny, by se měl stáhnout.

1.	2.	3.	4.	5.
SN	N	NJ	S	SS

18. Rodiny by se měly snažit pomoci jejich blízkému umírajícímu co nejvíce zpříjemnit zbytek života.

1.	2.	3.	4.	5.
SN	N	NJ	S	SS

19. Umírajícímu by nemělo být dovoleno, aby rozhodoval o své tělesné péči.

1.	2.	3.	4.	5.
SN	N	NJ	S	SS

20. Rodiny by měly pro svého umírajícího člena zachovat co nejnornější prostředí.

1.	2.	3.	4.	5.
SN	N	NJ	S	SS

21. Pro umírajícího je blahodárné, když může slovně vyjádřit své pocity.

1.	2.	3.	4.	5.
SN	N	NJ	S	SS

22. Péče by se měla rozšířit na rodinu umírajícího.

1.	2.	3.	4.	5.
SN	N	NJ	S	SS

23. Pečující by měli umírajícímu povolit pružné návštěvní hodiny.

1.	2.	3.	4.	5.
SN	N	NJ	S	SS

24. Umírající a jeho rodina by měli mít zástupce, kteří činí rozhodnutí.

1.	2.	3.	4.	5.
SN	N	NJ	S	SS

25. Když se jedná o umírajícího, neměla by se brát v úvahu závislost na lécích tlumících bolest.

1.	2.	3.	4.	5.
SN	N	NJ	S	SS

26. Cítíl bych se nesvůj, kdybych vstoupil do pokoje umírajícího a viděl ho plakat.

1.	2.	3.	4.	5.
SN	N	NJ	S	SS

27. Umírající by měl dostat upřímnou odpověď o svém stavu.

1.	2.	3.	4.	5.
SN	N	NJ	S	SS

28. Povinností poskytovatelů péče, kteří nejsou z rodiny, není vzdělávání rodin o smrti a umírání.

1.	2.	3.	4.	5.
SN	N	NJ	S	SS

29. Členové rodiny, kteří zůstanou blízko umírajícímu, často ruší profesionální pracovníky v jejich práci s umírajícím.

1.	2.	3.	4.	5.
SN	N	NJ	S	SS

30. Pro poskytovatele péče, kteří nejsou členy rodiny, je možné, aby pomohli pacientům připravit se na smrt.

1.	2.	3.	4.	5.
SN	N	NJ	S	SS

Poskytovatel péče, který není z rodiny, znamená kdokoliv, kdo poskytuje péči umírajícímu, profesionální pracovník i neprofesionál, kdo není člen pacientovy rodiny.

Vyplnění a vrácení tohoto dotazníku bude konstruováno jako váš souhlas se zařazením do této studie. Vaše anonymita bude zachována.

DEMOGRAFICKÉ ÚDAJE

Prosím zakroužkujte Vaši odpověď:

52) Věk: počet let _____

53) Pohlaví:

1. Mužské
2. Ženské

54) Vyznání:

1. Katolík (pak pokračujte otázkou č. 55)
2. Protestant (pak pokračujte otázkou č. 55)
3. Židovské vyznání (pak pokračujte otázkou č. 55)
4. Jiné, specifikujte: _____ (pak pokračujte otázkou č. 55)
5. Bez vyznání (pak pokračujte otázkou č. 56)

Odpovězte pouze na otázku č. 55 *nebo* 56, která z nich je relevantní.

55) Moje náboženská víra:

1. Má silný vliv na můj postoj ke smrti a umírání
2. Má menší vliv na můj postoj ke smrti a umírání
3. Nemá vliv na můj postoj ke smrti a umírání

56) To, že jsem nevěřící:

1. Má silný vliv na můj postoj ke smrti a umírání
2. Má menší vliv na můj postoj ke smrti a umírání
3. Nemá vliv na můj postoj ke smrti a umírání

57) Osvědčení *nejvyššího* dosaženého vzdělání:

1. Výuční list
2. Maturitní vysvědčení
3. Další diplom o ukončení středoškolského vzdělání
4. Bakalářská hodnost
5. Magisterská hodnost
6. Vzdělání vyšší než magistr
7. Jiné, specifikujte: _____

58) Uvedte hlavní obor Vašeho studia:

1. Ošetrovatelství
2. Porodní asistentka
3. Zdravotnický záchranář
4. Další, specifikujte: _____

59) Vaše profese..... (prosím, specifikujte – např. student)

60) Předchozí vzdělání o smrti a umírání:

1. Absolvoval jsem kurz o smrti a umírání
2. Nechodil jsem do specifického kurzu o smrti a umírání, ale toto téma bylo obsaženo v jiných kurzech
3. Ne, nebyly mi předloženy žádné informace o smrti a umírání

61) Předchozí zkušenosti s terminálními pacienty:

1. Už dříve jsem pečoval o terminální pacienty a jejich rodiny
2. Nemám ŽÁDNÉ zkušenosti s péčí o terminální pacienty a jejich rodiny

62) Předchozí zkušenosti se ztrátou:

Během minulého roku jsem ztratil někoho blízkého, specifikujte (možnost více odpovědí):

1. Bezprostřední rodina (manžel, manželka, matka, otec)
2. Někdo jinak blízký
3. Dítě
4. Nemám předchozí zkušenost se ztrátou někoho blízkého

63) Současné zkušenosti:

1. V současné době očekávám ztrátu milované bytosti
2. V současné době mám někoho blízkého, kdo je terminálně nemocný (očekává se, že bude žít jeden rok nebo méně)
3. Neprožívám ztrátu, ani ztráta v současné době nehrozí