

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Katedra antropologie a zdravotní vědy

Diplomová práce

Bc. Andrea Gíbalová

Učitelství odborných předmětů pro zdravotnické školy

**Postoje žáků a žákyň Střední zdravotnické školy ve
Frýdku – Místku oboru Praktická sestra k problematice
umírání a smrti.**

Olomouc 2022

vedoucí práce: doc. Mgr. Martina Cichá, Ph.D

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Bc. Andrea Gíbalová
Katedra:	Katedra antropologie a zdravovědy
Vedoucí práce:	doc. Mgr. Martina Cichá, Ph. D.
Rok obhajoby:	2022

Název práce:	Postoje žáků a žákyň Střední zdravotnické školy ve Frýdku– Místku oboru Praktická sestra k problematice umírání a smrti.
Název v angličtině:	The attitudes of students toward dying and death at Secondary Nursing School in Frýdek-Místek field of study Practical nursing.
Anotace práce:	<p>Předmětem zkoumání v kvantitativní studii v diplomové práci byly postoje k umírání a smrti. Soubor participantů tvořili žáci a žákyně 3. a 4. ročníku Střední zdravotnické školy ve Frýdku – Místku, oboru Praktická sestra.</p> <p>Při zkoumání byl uplatněn desing observační deskriptivní korelační studie. Pro sběr dat byla využita metoda dotazování. Nástrojem ke sběru dat byly dva standardizované dotazníky, a to DAP – R (Wong, Reker, Gesser, 1994) a FATCOD form B (K.H. Frommelt). Oba tyto nástroje byly použity se souhlasem jejich autorů. Respondenti své postoje označovali na škálách likertového typu. Získaná data poté byla zpracována popisnou a induktivní statistikou.</p>

Klíčová slova:	žák, Praktická sestra, postoje k umírání, postoje ke smrti, DAP – R, FATCOD form B.
Anotace v angličtině:	<p>The subject of study was of the thesis in quantitative research about the attitudes towards dying and death. The group of participants consisted of students in the 3rd and 4th year of the Secondary Nursing School in Frýdek – Místek field of study Practical nursing. A observational descriptive correlation study was used for the investigation. The method of questioning was used for data collection. The data collection tools were two standardized questionnaires, called DAP - R (Wong, Reker, Gesser, 1994) and FATCOD form B (K. H. Frommelt).</p> <p>Both tools were supplemented by the consent of their authors. Respondents indicated their attitudes on the likert-type scale. The obtained data and information were then processed by descriptive and inductive statistical method.</p>
Klíčová slova v angličtině:	students, Practical nursing, attitudes toward dying , attitudes toward death, DAP – R questionnaire, FATCOD form B questionnaire.
Přílohy vázané v práci:	<p>Příloha 1. Souhlas s použitím DAP-R.</p> <p>Příloha 2. Souhlas s použitím FATCOD form B.</p> <p>Příloha 3. Souhlas ředitelky školy se sběrem dat.</p> <p>Příloha 4. Informovaný souhlas pro žáky.</p>
Rozsah práce:	99 stran
Jazyk práce:	Český jazyk

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a použila jsem jen uvedené literární zdroje.

V Olomouci dne:

Bc. Andrea Gíbalová

Poděkování

Poděkování patří mé vedoucí práce paní doc. Mgr. Martině Ciché, Ph. D. za cenné rady, vstřícnost a ochotu. Rovněž i paní Ing. Alice Rucké, která mi pomohla s překladem obou dotazníků, a také paní PhDr. Haně Šlachtové, Ph.D. za její ochotu, vstřícnost a cenné rady, při zpracovávání statistických dat.

OBSAH

1 ÚVOD	8
2 PŘEHLED PUBLIKOVANÝCH POZNATKŮ	10
2. 1 Postoje ke smrti a umírání v tradiční společnosti.....	10
2.2 Postoje ke smrti a umírání v moderní společnosti.....	13
2. 2. 1 Pokrok v medicíně, institucionalizace a medikalizace smrti	14
2. 2. 2 Přejichodná éra, pokus o reformu, vznik a rozvoj hospicového hnutí	17
2. 3 Postoje ke smrti a umírání v postmoderní společnosti	18
2. 4 Smutek a truchlící v moderní a postmoderní společnosti	23
2. 5 Problematika konce života v kurikulu.....	25
2. 5. 1 Vybrané vyučovací metody a jejich implementace do výukového procesu o péči o pacienty v terminálním stádiu nemoci	28
2. 6 Metodika a řešeršní strategie	30
3 PRAKTICKÁ ČÁST	33
3. 1 Metodika zkoumání.....	33
3. 2 Výsledky.....	43
3. 2. 1 Výsledky FATCOD form B.....	44
3. 2. 2 Výsledky DAP-R	52
3. 2. 3 Verifikace hypotéz	61
4 DISKUZE	77
5 ZÁVĚR	83
REFERENČNÍ SEZNAM.....	84
SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK.....	93

SEZNAM TABULEK	94
SEZNAM POUŽITÝCH GRAFŮ	98
SEZNAM PŘÍLOH	99
PŘÍLOHY.....	100
Příloha 1. Souhlas s použitím DAP-R.....	100
Příloha 2. Souhlas s použitím FATCOD form B.....	101
Příloha 3. Souhlas ředitelky školy se sběrem dat	102
Příloha 4. Informovaný souhlas	103

1 ÚVOD

Umírání a smrt patří mezi hluboká lidská témata, kterými se jednotlivci i celá společnost musí zabývat. Smrt je ireverzibilní a konečnou etapou každého lidského života a umírání je jeho procesem, který může trvat různě dlouhou dobu. (Haškovcová, 2007 s. 15) Smrt zde byla, je a pravděpodobně i bude provázet naše životy. V tomto pojetí se smrt stává naší jistotou a budoucností každého z nás. Smrt stejně jako život stojí mimo lidskou kontrolu. (Jacobson, 2016 s. 1-5) Proto smrt nemůžeme porazit, ale můžeme se s ní vyrovnat a vytvořit si co nejlepší podmínky pro naše umírající. (Haškovcová, 2007)

V této diplomové práci bude na umírání a smrt nahlíženo primárně ze sociokulturního hlediska s přihlédnutím na antropologii těla. Cílem není podat vyčerpávající popis jednotlivých historických etap, ale poukázat na zlomové okamžiky, které vedly ke změnám v postojích člověka k procesu umírání a smrti. A proto, abychom mohli lépe porozumět změnám v těchto postojích, musíme je představit v jejich historických, kulturních a sociálních podmínkách, jedině tak můžeme pochopit, jaký má smrt dopad na náš život v současnosti. (Jacobsen, 2016 s. 1-5) Pro tuto práci použijeme dělení společnosti a následnou prezentaci smrti a umírání tak, že si ji rozdělíme na tradiční, moderní a postmoderní.

Každý jedinec, ale i společnost zaujímá k umírání a smrti rozdílné postoje. Proto cílem této diplomové práce je nejen ukázat, jak se postoje ke smrti a umírání v průběhu času měnily, ale také zjistit, jaké postoje k umírání a smrti zaujímají žáci a žákyně Střední zdravotnické školy ve Frýdku – Místku oboru Praktická sestra, protože právě oni ve svém profesním životě budou konfrontováni se smrtí. Budou se přímo podílet na péči o umírající, pozůstalé a také provádět péči o mrtvé tělo. Tyto zjištěné výsledky budeme poté porovnávat dle ročníků a zkušeností žáků a žákyň se smrtí a umíráním. Také budeme porovnávat, jak jejich vlastní postoje, a to zejména strach ze smrti, ovlivňují úroveň poskytované ošetrovatelské péče o umírající pacienty. Dále budeme zjišťovat, jaké mají zkušenosti s péčí o umírající, jakou roli má na jejich postojích náboženské vyznání a zkušenost se ztrátou blízkého.

K napsání této diplomové práce mě přivedla vlastní zkušenost, pracuji jako zdravotní sestra na dialyzační stanici, kde pečuji o nevléčitelně nemocné pacienty s chronickým ledvinným selháváním, a mnohdy se ve své práci setkávám s dystanazií. Díky pokroku v medicíně dokážeme prodloužit život chronicky nemocným pacientům, kteří by bez této léčby byli odsouzeni k smrti. Naši pacienti tak pravidelně dojíždějí do dialyzačního střediska, kde jsou

tříkrát týdně po dobu čtyř až pěti hodin připoutání k dialyzačnímu přístroji, který nahrazuje funkci jejich poškozených ledvin. Poté se mohou vrátit zpět do života. V tomto pojetí se zdá být tato strategie léčby velmi účinná, až vítězná, kdy na chvíli, která může trvat měsíce, mnohdy i roky, se nám podaří odsunout smrt. Pohybujeme se však na tenkém ledě, na poli vítězné a mocné medicíny, kdy je mnohdy obtížné říci dost, zastavit a ukončit léčbu, protože každé takovéto rozhodnutí je jistým verdiktem smrti. Pro některé pacienty se ale dialýza stává jen nadmíru zatěžující léčebnou metodou, která již poskytuje pouhé umělé, bolestné a vyčerpávající prodlužování procesu umírání, které je v tomto pojetí, jak uvádí Helena Haškovcová (2007 s. 32–33), nehumánním a nedůstojným počinem. Zde bychom se měli zamyslet nad tím, že i když má současná medicína možnost prodlužovat život, zda má také právo prodlužovat umírání a zadržovat smrt. Helena Haškovcová (2007, s. 32–33) uvádí, že bychom se měli naučit respektovat konečnost života, limitovaný čas, který je nám dán, a s pokorou přijímat proces umírání a akceptovat smrt. Souhlasím s ní, kdybychom se tomuto umění skutečně naučili, možná bychom se tolik nestřetávali s dystanází, která nejen dialyzační léčbu často provází. Měli bychom si uvědomit, že smrt nedokážeme porazit ani sebelepším dialyzačním přístrojem, ani léky či jinými intervencemi. Jedině tak by se mohli naši pacienti vyhnout strastiplné a bolavé cestě ke svému konci.

Diplomová práce se skládá ze dvou hlavních částí, a to z části Přehled publikovaných poznatků a Praktické části. Přehled publikovaných poznatků slouží jako teoretické východisko k Praktické části práce a byl vytvořen prostřednictvím rešeršní strategie, a to zejména ve vědeckých databázích. Blíže se k rešeršní strategii vyjadřuje podkapitola číslo 2. 6 Metodika a rešeršní strategie (s. 27-29). Praktická část se poté zabývá vlastním výzkumným šetřením, jedná se o primární kvantitativní studii, která byla realizována prostřednictvím dvou standardizovaných dotazníků, a to dotazníku Death Attitude Profile-Revised (DAP-R) a dotazníku Frommelt Attitudes Toward Care Of Dying scale – form B (FATCOD form B) na Střední zdravotnické škole ve Frýdku – Místku u žáků a žákyň 3. a 4. ročníku oboru Praktická sestra.

Problematika umírání a smrti je zpracována celou řadou významných autorů, ať již zahraničních či tuzemských, kteří reflektují soudobé podmínky umírání a postoje k umírání a smrti. Ve své diplomové práci jsem se ztotožnila zejména s názory a postoji britského sociologa Tonyho Waltera, proto z jeho prací primárně vycházím.

2 PŘEHLED PUBLIKOVANÝCH POZNATKŮ

Postoje k umírání a smrti

Lidé vytvořili společnost se záměrem zkrotit přírodu, protože život byl ovlivňován především tím, jak se člověk dokázal kruté přírodě ubránit. Lidská společnost tak představuje důmyslně propracovaný systém, do kterého pak nevyzpytatelná příroda nesměla vkročit. Společnost se jí začala bránit morálkou, hodnotovým systémem, náboženstvím, kolektivním uvažováním. Jeho nepřetržitost je zajišťována prostřednictvím institucí. I takovýto systém má však své trhliny, jednou z nich je smrt, která nepřetržitě a neúnavně zasahuje do života jednotlivců i celé společnosti. V důsledku toho se smrt stává úkolem pro společnost, ta se s ní musí naučit vypořádat, postavit se jí a dát jí smysl. (Aries, 2000 s. 469-471)

2. 1 Postoje ke smrti a umírání v tradiční společnosti

Tato podkapitola primárně vychází z monografie Dějiny smrti II. od francouzského autora Phillipe Ariese, důvody, proč jsme se uchýlili k jeho vnímání postojů k umírání a smrti, jsou uvedeny v kapitole 2.6 Metodika a rešeršní strategie (s. 27-29).

Pojem tradiční společnost označuje lidskou společnost, která z časového hlediska zachycuje poměrně dlouhé časové období, my se zaměříme na období raného středověku, ve kterém představy o smrti, umírání a posmrtném životě získaly díky křesťanství podobu, která měla určitý vliv na postoje ke smrti a umírání i ve společnosti moderní a postmoderní.

V tradiční společnosti byl celý lidský život ovládan náboženstvím. Mocenská elita prostřednictvím katolické církve ovládla lidskou společnost¹. Vlivem církevních dogmat upevňovala svou moc, a řídila tak celou lidskou společnost, a jelikož smrt tvoří nedílnou součást života, tak prostřednictvím svých rituálů svázala i ji. Smrt a umírání tak bylo pod kontrolou církve, která si vytvořila svou vlastní teologii v boji proti ní. Vytvořila představu posmrtného života se svými pravidly, a tak udržovala společenské hodnoty. Skrze obřad a rituál vytvořila společenskou aktivitu, která dávala člověku smysl, naději a představu o

¹ Douglas Davies (2007, s. 31) a Norbert Elias (1998, s. 16–29) poukazují na roli katolické církve, která strach ze smrti prostřednictvím svých náboženských představ pekla a posledního soudu značně přizivovala a podporovala, protože si byla dobře vědoma toho, jak efektivně využít strach a úzkost lidí k tomu, aby je mohla ovládat.

posmrtném světě. (Davies 2007, s. 58) Rituál měl pomoci člověku rozloučit se s umírajícím, umírajícímu usnadnit cestu do posmrtného života a po jeho smrti připravit tělo zemřelého na následný pohřeb. (Rozhoň 2015) Přislíbem věčného života byla fyzická smrt chápána jako brána do života věčného, nebyla násilná, nevyvolávala existencionální úzkost. Církev tak utvrzovala člověka v představě, že život na zemi úzce souvisí s životem na onom světě, a to vše ovládala přislíbem pekla, ráje, očiště. Základním nástrojem církevní moci bylo poskytovat zpověď, rozhřešení a také poslední pomazání umírajícímu, tedy udělovat jakousi vstupenku do života věčného. (Davies 2007, s. 31–33) Tak, jak se společnost vyvíjela, musela se jí i církev přizpůsobit se svými představami o posmrtném životě. Tyto představy se následně ustálily v epoše vrcholného středověku.

Tradiční postoj ke smrti a umírání spočívá v tom, že si umírající uvědomuje svůj konec. Jakmile vycítí, že se blíží, provede patřičná opatření, zaujme polohu na zádech s nohama směrem k východu, zkříží ruce na prsou, a tak může začít poslední etapa jeho života. Ke svému lůžku přizve rodinu, sousedy, později i kněze, vzpomene na svůj život, vyjádří lítost nad jeho ztrátou, poprosí Boha a své blízké o odpuštění. Takto je připraven zemřít a vyčkává na okamžik, kdy si smrt pro něj přijde. (Àries, 2000, s. 19-45)

Charakteristickým rysem pro smrt nejen v raném středověku, ale i v dalších obdobích je, že smrt je veřejnou záležitostí, umírající vždy odchází ve středu shromáždění, do jeho domu může přijít kdokoli, třeba i když ho rodina nezná. Tato veřejná povaha umírání se udržela až do 19. století. Tento postoj ke smrti, který Philippe Àries nazval ochočená smrt², přetrval po staletí pouze s drobnými obměnami a zanikl s nástupem průmyslové revoluce. (Àries, 2000 s. 19–45) Umírání se tak ani neurychluje, ani nezpomaluje, lidé byli často za svého života konfrontováni se smrtí, umíraly jejich děti, blízcí, sousedé. Všichni důvěrně znali roli umírajícího i jeho doprovodu. (Haškovcová, 2007 s. 29–30)

V průběhu 11. – 12. století se vzrůstajícím majetkem a vzdělaností šla ruku v ruce lidská individualita, lidé se už nespokojili s myšlenkou kolektivního osudu a začali přijímat myšlenku, že každý jedinec píše svůj jedinečný příběh, jakýsi životopis, který jednoho dne odevzdá k zúčtování. Se vzrůstajícím bohatstvím člověk začal opět na svém majetku, středověký člověk byl materialistický, nechtěl se vzdát svých věcí, o které ho smrt připraví.

² Norbert Elias (1998, s. 15–16) značně kritizuje Àriesovy postoje k umírání a smrti a poukazuje, že období středověku nebylo zdaleka tak poklidnou dobou, byla to doba válek, hladomorů a morových epidemií, kdy černá smrt neúnavně a důsledně ukončovala životy lidí.

Tady už vidíme jistý posun v mentalitě lidí k postojům ke smrti, lidé v ní viděli přerušeni vlastního života, uvědomovali si jeho hodnotu, lpěli na blízkých. Tento přechod k individualistickému pojetí smrti vyvrcholil v 15. století, Philippe Àries toto období označuje jako smrt sebe sama. Člověk blížící se k novověku tak chápe smrt jako konec svého života, začíná se vyobrazovat lítost nad ztrátou vlastního života, bídu umírajícího těla, s tím souvisí, že se začala zakrývat nejen tvář zesnulého, ale i zbytek těla, který byl zašíván do rubáše. Tělo již nebylo vystavováno a toto pojetí v západní společnosti přetrvává. (Àries, 2000 s. 161-177) Toto období je zobrazováno v „*ars moriendi*“, tedy umění zemřít, promítlo se jak v literatuře (v té době to byl nejoblíbenější druh literatury), tak do dalších oblastí umění. (Kutnohorská, Kvisvetrová, 2002 s. 215) Postupem času se smrt stává pouhým nástrojem k tomu, jak žít lépe, k otázkám samotné smrti byl novověký člověk zdrženlivý. Z okamžiku smrti se stal proces, který ji rozložil do celého života tím, že ji nasměroval do budoucna, proměnil ji ve smrtelnost, vyjádřil k ní určitý odstup. (Àries, 2000 s. 381-383) Rituály a obřady týkající se smrti a umírání však byly ještě stále zakořeněné, takže nedošlo k jejímu úplnému odstranění. Tento postoj se ale odrazil i ve stále častějších přáních lidí o jednoduchém, prostém obřadu. (Àries 2000, s. 177)

V období od konce 17. století až do počátku 19. století došlo k prudkému zlomu ve vnímání smrti, doposud však ještě nedošlo k tak velkému posunu v samotném vnímání smrti. Tyto změny se odehrály v důsledku společenských změn, a to zejména zlepšujícími se životními podmínkami, lidé se začínají stěhovat za prací do měst, tím dochází k jejich vytržení z komunity, společného domu, vztahy byly zajišťovány především korespondenčně, stále se však umírá veřejně ve středu společenství, od umírajícího se očekává, že odejde smířlivě, šťastně, byla to doba krásných smrtí, která byla charakteristická výraznou citovostí, smrt blízkého vyvolávala nesnesitelnou úzkost, lidé lpěli na svých blízkých, dětech. Proto toto období Philippe Àries nazývá smrt blízkého. (Àries, 2000 s. 491-565) Změnilo se i pojetí onoho světa, již nebylo tolik důležité kde, ale to, že se opět obnoví vazby s milovanými, které smrt přerušila, a že se s nimi jednoho dne setkají. Pozůstalí se snažili svým zemřelým zajistit dobré místo na onom světě prostřednictvím přímluvných modliteb v době, kdy duše zemřelého čekala v očistci, toto orodování patřilo k nejoblíbenějším pobožnostem katolické církve. Částečné narušení postoje ke smrti bylo jistě započato v 16. století v době církevní reformace, která mimo jiné zakazovala orodování za mrtvé. Aby mohly protestantské církve tento zákaz uskutečnit, musely obejít řadu překážek, takže začaly šířit nové pojetí smrti, zrušily předurčení, poslední soud i zatracení, protože kde není hrozba, není důvod

k přímluvným modlitbách. Takto očištec uvolnil místo spiritismu, ke kterému vedla pozůstalé touha promlouvat s mrtvými, obnovovat s nimi vztah, a tak pomyslně překračovat hranici smrti. V této době již došlo k narušení důvěrného vztahu se smrtí, smrt již nebyla ochočená. Nástupem průmyslové revoluce se společnost i postoje ke smrti a umírání od základu změnil. (Aries, 2000 s. 491-565)

Na těchto tradičních postojích člověka k umírání a smrti můžeme ukázat, jak velkou roli zde sehrálo náboženství, které dávalo člověku víru v nějaký jiný svět. Jeho představa je pro člověka osvobozující, umožňuje mu odpoutat se od surovosti a konečnosti života. Ať už tento jiný svět je popisován jakkoliv, můžeme tvrdit, že vždy to byla určitá idealizace současného světa a odrážela lásku člověka k životu, který fyzickou smrtí nemůže být ukončen. (Davies 2007, s. 204) Náboženství tak posloužilo k zodpovězení řady otázek, které se týkaly posmrtného života, tedy co se stane v okamžiku, když nastane fyzická smrt, jak se člověk na smrt má připravit, co má dělat, až s ní bude jednoho dne konfrontován ať už jako umírající, či doprovázející. (Walter, 2007 s.123–134) Tradiční člověk byl těmito vědomostmi a dovednostmi vybaven, protože se ve svém životě několikrát střetl se smrtí, a tak dokázal sehrát obě tyto role. Role truchlícího byla o to snazší, že smrt v tradiční společnosti měla veřejnou povahu, lidé žili v menších komunitách, navzájem se znali, když někdo zemřel, věděla to celá vesnice, která se s umírajícím přišla rozloučit a také poskytnout oporu jeho příbuzným. Svým způsobem komunita ztratila svého člena a tato ztráta zasáhla všechny členy, smrt jako by na okamžik zastavila chod celé společnosti. (Walter, 2007 s. 123–134; Walter, 2015 s. 10-23)

2.2 Postoje ke smrti a umírání v moderní společnosti

Na utváření postojů ke smrti a umírání v moderní společnosti měly vliv ekonomické, politické, ideologické a společenské změny, které se odehrály v polovině 19. století a v českých zemích poté od 1. poloviny 20. století (Nešporová, 2013 s. 15). Tyto změny zapříčinily to, že se zcela proměnil vztah člověka ke smrti a umírání. To bylo způsobeno několika vzájemně se prolínajícími faktory, mezi něž patřila zejména sekularizace, která zbavila smrt jejího symbolického významu a společně s ním oslabila využívání náboženských rituálů, které proces umírání a smrt doprovázely. (Piatowski, Majchrowska, 2014 s. 245–253) To, že v moderních společnostech rapidně klesla docházka do kostela, bylo způsobeno zejména nárůstem životních jistot a zkvalitněním života jedinců. (Walter, 2015

s. 10-24; Walter, 2003 s. 218-220) Lidé tak již neměli potřebu tolik vyhledávat nadpřirozenou ochranu nad svým životem. To je také důvodem, proč stále méně lidí věří v posmrtný život a proč naplnění hledají spíše v současném životě na zemi. (Elias, 1998) Náboženství tak bylo postupně vytlačeno vědou, racionalitou, vírou v pokrok, v budoucnost a v mládí. V moderní společnosti se změnila i řada jiných událostí, které dříve ovlivňovaly postoje ke smrti a umírání. Byla to zejména změna uspořádání života v moderních společnostech. Patří zde urbanizace a vysoká mobilita jednotlivců a s ní související tendence vytvářet nukleární rodiny. (Walter, 2007 s. 123-134) Rozdílné generace již na sobě nejsou příliš závislé, i staří lidé jsou stále více individualizovaní, je to zapříčiněno zejména tím, že i oni sami mají svůj příjem, a to v podobě důchodu, a velmi často žijí odděleně, což je dáno tím, že byty již nejsou vícegeneračními, a tak se smrt vzdálila z běžného života. (Šiklová, 2013; Davies, 2007 s. 75) S tím i souvisí fakt, že rodina mnohdy ani nemá možnost umírajícího u sebe ubytovat a pečovat o něj, nebo nechce, protože to znamená zásah do jejího soukromí, dělo by se to tak na úkor jejího vlastního pohodlí. Mnohdy se však ani nemá, kdo o umírajícího postarat, ženy i muži docházejí do zaměstnání, kde tráví většinu svého času. Douglas Davies (2007 s. 75) ještě přidává, že vymožitky moderní doby, jako bylo zavádění ústředního topení do bytů, již neposkytovalo vyhovující podmínky pro následné uchovávání mrtvého těla. Zároveň si také lidé uvědomují, že péče o člověka na konci života není snadná. Philippe Àries (2000, s. 676-678) dokonce tvrdí, že jsme si již odvykli na pohled na zpustošené tělo umírajícího, na zápach z moče a výkalů, které umírání doprovází. Jak tvrdí Jiřina Šiklová (2013 s. 16-22), sociální reforma nám nabourala, nebo dokonce roztříštila sociální vazby. A v neposlední řadě to byl pokrok v medicíně, který významně změnil chápání smrti. Philippe Àries tento postoj ke smrti a umírání nazval smrtí převrácenou či zakázanou. V tomto jeho pojetí vnímání smrti takováto smrt v sobě zahrnuje celou škálu negativních konotací. Poukazuje tím na fakt, že ještě nikdy v celé historii lidstva nedošlo k tak velkému posunu v oblasti postojů člověka ke smrti a umírání. Lidé vyhnali smrt na okraj společenského dění, udělali z ní marginální téma, které do moderní společnosti nepatří. (Àries, 2000 s. 668-705)

2. 2. 1 Pokrok v medicíně, institucionalizace a medikalizace smrti

S rozvojem vědy, medicíny, zdravotnictví a nemocničních zařízení dochází k tomu, že řada zejména infekčních onemocnění, na které lidé běžně umírali ještě v 18. a 19. století, jako

byly spalničky, černý kašel, neštovice, cholera, tyfus, se dostaly pod kontrolu lékaře, který je dokázal vyléčit, protože disponoval řadou možností, jako bylo očkování, penicilin, rentgenové metody a jiné diagnostické a léčebné metody, a to způsobilo, že i v současnosti na tato onemocnění běžně neumíráme. (Přidalová, 1998 s. 347-361) Díky tomu vzrostla naděje na dožití, prodloužila se střední délka života a rapidně se snížila kojenecká úmrtnost. A tak se stárnutí populace stává jakousi normou pro vyspělé západní společnosti, a s tím se také pojí i představa o smrti, kdy smrt by měla přijít ve stáří, pokud přijde dříve, je považována za předčasnou. (Seale, 2000; Haškovcová, 2007 s. 21-22) S čistou vodou, dostatečnou hygienou, s rozvojem farmaceutického průmyslu a se stále se zdokonalujícími se vyšetřovacími metodami tak stále více lidí umírá spíše na degenerativní choroby srdce, plic, demenci nebo rakovinu. (Walter, 2003 s. 218-220) V souvislosti s prodloužením života do vysokého věku incidence výskytu těchto nemocí stoupá a s tím se pojí další fakt, že tyto nemoci sice umíme diagnostikovat, dokonce i léčit, avšak málokdy zcela vyléčit, pro člověka to poté představuje novou výzvu, a to naučit se žít s těmito degenerativními chorobami, které ho postupně zabíjejí po řadu měsíců, mnohdy i let. Tony Walter tento přidaný čas k životu označuje jako nový typ „*ars moriendi*“ 20. a případně i 21. století, kdy se novou výzvou stává, jak máme žít po mnoho dalších let s vědomím smrtelné choroby. (Walter, 2003 s. 218-220)

Takže pokrok v medicíně způsobil, že řada onemocnění se stala léčitelnými, to celkem logicky vyústilo ve stav, kdy lidé začali vyhledávat lékařskou pomoc, která byla nejvíce dostupná právě v nemocnicích, kde i lékaři měli příslušné vybavení, jak tyto nemoci zdolávat. (Přidalová, 1998 s. 347-361) To mělo za následek zcela nenápadnou změnu, která zapříčinila soudobý postoj ke smrti a umírání. Dovolíme si, vrátit se ještě zpět v čase, a to do poloviny 19. století, kdy se odehrál první krok, který přispěl ke změně v těchto postojích. Postupně se začalo umírání zakrývat za závažná onemocnění a pro blaho nemocného je mu tento fakt raději zatajován, takže vlastně neví, že umírá, všichni včetně lékaře se tak podílejí na tomto divadelním představení, a tím ho izolují. Avšak umírání ještě není institucionalizované, rodina z něho není vyloučená, to se definitivně změnilo až po druhé světové válce (Aries, 2000 s. 679–680). V 30. – 40. letech 20. století nastala zásadní změna, kdy umírající byli převáženi z domácího prostředí do nemocnic. V 50. letech 20. století to již bylo standardem. (Aries, 2000 s. 679) Takto způsobená změna místa umírání umožnila lékařům legálně i legitimně převzít péči nad umírajícími. Postupně z péče o ně byla vyňata

i jejich rodina, tento počin bývá označován jako medikalizace smrti³. (Haškovcová, 2007 s. 32-33; Nešporová, 2013 s. 15) Tento institucionalizovaný model umírání přetrvává i v současnosti. Takto se umírající i smrt skryli za zdmi nemocnice, která se stala v očích společnosti jediným přijatelným prostředím pro péči, nebo spíše pro záchranu umírajícího. (Aries, 2000 s. 680) Ač je moderní medicína mocná, není všemocná, smrt porazit nedokáže, ale ukázalo se, že příčiny nemocí odstranit lze, a tím, že se umírání skrylo za nemoc, nemoc se skládá z řady příčin a ty mnohdy léčit umíme, tím vzrostla naděje, že každá nemoc bude jednou překonána. Avšak mnozí si zapomněli uvědomit, že každý, byť sebezdravější jedinec, jednou zemře. (Přidalová, 1998) A tak je do rukou lékařů, ale i celého zdravotnického týmu vkládána nemalá naděje, že nakonec nad nemocí zvítězí. Takto lékaři pod tlakem velkých očekávání neúnavně bojují o každý život, což je jistě oceňováno. Mnohdy se však takto děje i v případě, že je zcela zřejmé, že pacient se ocitá na konci své cesty, ale přesto neustálými intervencemi, léčebnými postupy je smrt namáhavě oddalována. Tento stav je označován jako dystanázie, umělé udržování při životě, které je pro pacienta nadmíru zatěžující, stává se nehumánním počinem a je chápána jako výsledek profesního selhání. (Haškovcová, 2007 s.32) Institucionalizace je tak spojována především s negativy, které z ní vyplývají. Norbert Elias (1998) poukazuje zejména na osamělé umírání, které je typické pro vyspělé moderní západní společnosti. S tím můžeme souhlasit, sice je o pacienta po fyzické stránce dobře postaráno, je tišena bolest, odsáván sekrety z dýchacích cest, bráníme dehydrataci pacienta tím, že je zavedena infuzní terapie, nebo dokonce kontinuální výživa apod., to ale nemění nic na faktu, že umírající je obklopen cizími lidmi, tedy dalším často kritizovaným jevem institucionalizace, kterým je chladná profesionální péče. (Haškovcová, 2007 s. 32-33)

Lenka Beranová (2009 s. 83-92) ještě uvádí ztrátu individuální volby, což je zapříčiněno zejména tím, že je umírající zcela odkázán na péči ošetrovatelského týmu a lékaře, kteří svými intervencemi bojují o jeho život. Umírající neví, nemůže nebo není schopen se sám rozhodovat o svém životě, mnohdy mu ani nejsou nabídnuty alternativní možnosti, tak se jeho osobnost postupně v očích lékařů redukuje pouze na nemoc, příčiny, komplikace. Institucionalizace je také často spojována s nadměrným užíváním léků ve snaze korigovat stav umírajícího a utišit jeho reakce. (Beranová 2009 s. 92) Helena Haškovcová (in

³Olga Nešporová (2013 s. 15) medikalizaci smrti chápe jako stav, kdy autoritu a kontrolu nad umíráním a smrtí získává lékař a zahrnuje v sobě i přesun umírání do nemocnic. Naděžda Špatenková (2014, s. 26) chápe medikalizaci smrti zejména v kontextu její institucionalizace, která následně vedla k tomu, že smrt se skryla za zdmi nemocnice a dostala se plně do kompetence lékařů a zdravotnických pracovníků.

Špatenková et. al., 2014 s. 67) však uvádí, že nelze pohlížet na institucionalizaci pouze negativně, protože mnohdy může být pro umírajícího tou nejlepší cestou, zvláště v situacích, kdy nemá nikoho, kdo by se o něj adekvátně postaral, a zároveň připomíná, že domácí model umírání je značně zidealizovaný, protože mnohdy lidé neměli dostatečné podmínky k tomu, aby se mohli o umírající postarat. Z tohoto pojetí je zřejmé, že umírání a smrt, již nelze zcela vrátit do rodin, tedy do domácího prostředí, ale je zapotřebí hledat jakoukoliv alternativu, která by dokázala spojit pozitiva z domácí a instucionalizované péče. (Haškovcová in Špatenková et.al. 2014, s. 67)

Pokrok v medicíně tak zcela proměnil chápání smrti tím, že zrušil přirozenou hranici mezi životem a smrtí, nabídnul možnost umělého prodloužení života. Tím smrt přestala být přirozeným jevem a stala se nemocí, nehodou, smůlou. Medicína takto stála u zrodu iluze, že smrt lze odkládat na neurčito. (Piatowski, Majchrowska, 2014 s. 245-253)

2. 2. 2 Přejichodná éra, pokus o reformu, vznik a rozvoj hospicového hnutí

V 60. a 70. letech 20. století se smrt začala znova pomalu dostávat na povrch. Na toto období se můžeme dívat jako na jakousi snahu o reformu soudobého umírání a zacházení se smrtí. Začíná se postupně nabourávat pozitivně vytvořená image vítězné moderní medicíny a ke slovu se dostávají ti, kteří reflektují její nedostatky, a to nejen týkající se péče o umírající, ale i absencí transcendentního smyslu smrti, kdy personifikovaná smrt se z moderní společnosti začala pomalu vytrácet a nahradila ji smrt fyzická.⁴ (Walter, 2014 s.68-76; Beranová 2009 s. 92) Mezi významné osobnosti, které vzbudily zájem a diskuzi o umírajících, patří Elizabeth Kübler – Ross. Její kritika směřovala k zacházení s umírajícími a k institucionalizaci umírání, v níž sociální smrt často předcházela fyzickou. (Beranová, 2009 s. 92; Dechaux, 2002 s. 253-258) Na základě těchto kritik a jako přímá reakce na medikalizaci smrti vzniká hospicové hnutí a s ním spojený rozvoj paliativní péče, který prosazuje zcela odlišný přístup ke smrti a umírání. V roce 1967 Cicely Sauderson založila první moderní hospic st. Christopher v Londýně. (Beranová, 2009 s. 92; Dechaux 2002 s. 253-258) Anglie, jakožto vysoce individualistická země, dala dobré podmínky pro vznik a následný rozvoj hospicového hnutí, protože v individualistických zemích se lépe prosazuje

⁴Geophery Gorer (1955, in Špatenková, 2014 s. 24) popisuje ve svém článku, *Pornografie smrti*, atmosféru tehdejší doby, kdy o smrti se v té době hovořilo se stejným znechucením jako dříve o sexuálním životě, a tím poukazuje na nelehkou situaci, v níž má být bariéra mlčenlivosti prolomena.

právo na autonomii, tedy právo jednotlivce, aby si sám zvolil nejen cestu životem, ale i svým umíráním. Takto je dobrá smrt pojímána jako ta, kterou si jedinec zvolí sám ve svých posledních dnech či měsících. (Walter, 2003 s. 218-220; Walter, 2003 s. 80-85)

Filosofie paliativní péče je založená na myšlence, že léčbu, pokud již není pro pacienta přínosem, ukončit lze, péči však nikoliv. Paliativní péče je celostní, holistická péče, která se distancuje od jakékoliv formy eutanázie, smrt ani neprodlužuje, ale ani neurychluje. Paliativní péče je poskytována multidisciplinárním týmem a utváří místo i pro rodinu umírajícího, tím předchází riziku vzniku sociální smrti, a po jeho smrti se rodině zemřelého snaží pomoci vyrovnat s jeho ztrátou. Paliativní péče je uplatňována zejména hospicovým hnutím. Cicely Sauerberg stála u zrodu myšlenky, že umírající potřebuje takovou péči, která by mu poskytla nejen úlevu od fyzických symptomů nemoci, tedy zejména od bolesti, ale i péči psychologickou (od úzkosti, bezmocnosti), sociální a spirituální. (Beranová, 2009 s. 92) Tím, že moderní hospicové hnutí začalo vznikat v době, kdy se náboženství stalo pouhou osobní volbou, se lidé začínali uchýlovat spíše k institucím, neboť předpokládali, že jiný než současný život neexistuje, a více než s náboženstvím se začíná operovat s pojmem osobní spiritualita. Ta poté může, nebo nemusí obsahovat prvky náboženství. (Walter, 2003 s. 80-85) Spiritualitu tak můžeme chápat jako hledání hloubky či smysl života, stává se terapeutickým nástrojem holismu, který chápe člověka jako celek. (Davies, 2007 s. 77) Tyto tendence se stále častěji objevují nejen v rámci hospice, ale i ve zdravotnictví obecně, kdy pomáháme pacientovi najít cestu, jak má projít nemocí, smrtí a současně objevit vlastní duchovno. Předpokládá se tak, že i když ne každý má náboženský rozměr, tak každý jedinec má svou spiritualitu. (Walter, 2003 s. 218-220; Walter, 2003 s. 80-85) V takto pojímané holistické paliativní péči viděla Cicely Sauerberg východisko k řešení úplného utrpení, které terminálně nemocní pacienti pociťovali. (Dechaux, 2002 s. 253-268)

2. 3 Postoje ke smrti a umírání v postmoderní společnosti

Dlouho jsme žili v mýtu z 60. let 20. století, který v nás vyvolával myšlenku, že smrt jednoho dne bude poražena. V moderní společnosti člověk získal naději, kterou mu zprostředkovala vítězná medicína tím, že se jí podařilo vymýtit řadu infekčních onemocnění, to dávalo lidem naději k tomu, že brzy stejný osud potká i ty degenerativní. I přesto, že je stále řada snah, jak porazit každou známou nemoc, prozatím se tak nestalo. Nyní již víme, že tak jako člověk v minulosti, tak i my v 21. století můžeme úplně snadno zemřít i na infekční onemocnění.

To je dáno jednak postupnou rezistencí na antibiotika, ale také tím, že se stále střetáváme s dalšími novými nemocemi a jejich mutacemi. Je to virus HIV, viry Mers, Sars a v současné době čelíme celosvětové pandemii Covid 19. Smrt tak nadále ukončuje naše životy a stále platí, že smrt nelze porazit. Boj s příčinami nemocí poté vede pouze k tomu, že odstraníme-li jednu, tím pouze uvolníme místo pro jinou. Moderní medicíně nelze odepřít řadu dobrého, kterého vykonala, díky ní můžeme žít kvalitnější, delší život, ale jedno uspokojit nedokázala, a to potřebu smyslu života a nevyhnutelnost jeho konečnosti. (Callahan, 2009 s. 103-115) Moderní společnost se tak ocitla v jakémisi společenském vakuu a v této prázdnotě musí jedinci čelit smrti sami. To vyústilo ve stav, že se se smrtí neumíme vyrovnat, nedokážeme zvládat úzkost, kterou vyvolává, proto jsme ji vytlačili ze svých životů a udělali z ní tabu. (Vidal, 2019 s. 15-37)

V posledních desetiletích ale byla zaznamenána jistá změna, která spočívá v návratu smrti do veřejného prostoru. Tato změna byla identifikována prostřednictvím široké škály kulturních projevů a v inovativních pohřebních praktikách, které jsou sice využívány menšinově, ale tyto tendence stále narůstají. Můžeme tak tvrdit, že jde o určitou renesanci smrti, i když její návrat do společnosti je jiný, je více fragmentovaný a decentralizovaný, ale jde jistě o určitou snahu, jak nalézt ztracený smysl smrti, znovu ji začlenit do kulturního rámce společnosti, a tím i do života jednotlivců. (Vidal, 2019 s. 15-37)

Na tyto změny ve společnosti poukazuje řada autorů, každý z nich spatřuje její návrat jinak, ale všichni se shodují, že nastala určitá změna v zacházení se smrtí. Mezi tyto autory patří zejména Tony Walter, Michael Jacobson, Douglas Davies a Olga Nešporová.

Tony Walter popsal nový postoj ke smrti, který nazývá neo-moderním typem smrti. Neo-moderním proto, že si uvědomuje stále přetrvávající aspekty moderního způsobu umírání ve smyslu, že smrt je nadále doménou lékařů a stále se umírá především v institucích. Pokusil se navázat na Àriesovu zakázanou smrt, ale ne ve smyslu vytvořit zcela nový model, ale spíše reagovat na změny, které se ve společnosti odehrály, a na nich ukázat, že svět Àriesovy zakázané smrti, tolik typické pro 2. polovinu 20. století, se v mnohém liší od našeho současného světa. Tony Walter si všímá, že současná společnost začíná reagovat na mezery vytvořené moderní společností v oblasti smrti a umírání, které zapříčinily její tabuizaci a které začínají být postupně saturovány, a to jednak souborem inovativních praktik a jednak zájmem o tuto problematiku v odborném diskurzu. Poukazuje tím na určitou snahu soudobých společností nalézt cesty k tomu, jak zvládat konec života a z něj pramenící ztrátu.

(Walter in Vidal, 2019 s. 15-37) Významnou změnu v postojích ke smrti a umírání spatřuje v mnoha oblastech společenského života, a to zejména v prostředí sociálních sítí, kde se začíná výrazně projevovat.

Smrt a umírá v online prostředí

Internet se stává místem, kde smrt získává pevnou půdu pod nohama. Zde se množí články o nemocech, smrti, umírání, které jsou k dispozici širokému publiku čtenářů. Internet zahlcuje články terminálně nemocných, zejména s rakovinou, kteří zde líčí svůj boj se smrtelnou chorobou. I rozloučení umírajících je zde běžně k dispozici. Takto, díky sociálním sítím, se smrt stává více veřejnou. Platformy, jako je Facebook, Twitter apod., stírají rozdíly mezi soukromým a veřejným. Právě Facebook umožňuje pokračování vztahu mezi mrtvými a živými. Mrtví jsou zde přítomní, jejich profilová stránka může být stále aktivní, lidé zde mohou přidávat své komentáře, dokonce přímo oslovovat zemřelého. Takto mohou mrtví, díky digitálním médiím, i přes svou biologickou smrt v tomto prostředí přežít a být s námi kdykoliv a kdekoliv, pokud jsme právě připojeni. (Walter, 2014 s. 68-76; Walter, 2016 s. 3-28; Walter, 2014 s. 10-24) Oslavovat mrtvého v 21. století stále častěji znamená sdílet něco, co patří zesnulému. (Rabatel, Floera, 2011, s. 1-20) Stránku zemřelého mohou spravovat jeho rodinní příslušníci, kteří mohou na Facebooku vytvořit vzpomínkový účet, z něho je možné vytvořit památník, nebo ho dokonce ponechat i po smrti člověka stále aktivní, což ovšem může způsobovat mnohé bizarní situace, na které upozorňují Alain Rabatel, Marie-Laure Floera (2011, s. 1-20), kdy mrtvý člověk může navázat přátelství s živou osobou a ta nemusí o jeho stavu nic vědět. Je to dáno tím, že Facebook dokáže generovat a vyhledávat potenciaální přátele, ale již nedokáže zohlednit jejich stav. (Rabatel, Floera, 2011, s. 1-20)

Zároveň si Tony Walter (2016, s. 3-28) všímá další proměny, která se odehrává na sociálních sítích, kde se začíná vytvářet bohatá lidová kultura v podobě víry v anděly, kterými se mrtví po smrti stali. Takto víra v duši, upřednostňována právě v moderní společnosti, ustoupila andělům. Ti na rozdíl od duše nejsou pasivní, nečekají na své blízké v nebi, ale mají větší svobodu, mohou se projevovat jak v nebi, tak i na zemi, chránit své pozůstalé, a tím udržovat vazby či pokračující pouto mezi živými a mrtvými. Toto pojetí mrtvých jako andělů poté svým způsobem nabourává moderní teorie, které hlásaly, že mrtvé je potřeba opustit a žít dál, jedině tak člověk může naházet uspokojení i v jiných oblastech života. Postmoderní postoj člověka ke smrti ale ukazuje, že člověk může kráčet do budoucna neodděleně od

svých mrtvých, takový to postoj můžeme považovat za jistý kulturní obrat. (Walter, 2016 s. 3-28)

Tony Walter ve svém navrhovaném postoji ke smrti zdůrazňuje ještě jednu zásadní proměnu, kterou dokonce nazývá genderovou revolucí. V moderní a tradiční společnosti byl život řízen převážně muži, to je od představitelů církve až po lékaře, což byli spíše muži než ženy. A právě zde dochází k jistému zlomu, kdy jsou to právě ženy, které upozornily na jisté nedostatky v zacházení s umírajícími. Také ženy více bojují za přirozenou smrt a návrat smrti do domácího prostředí. Toto celosvětové hnutí tak je do značné míry ženským hnutím. (Walter, 2016 s. 3-28)

Taktéž jako Tony Walter tak se i Michael Jacobson (2016 s. 2-5) pokusil navázat na Àriesovu zakázanou smrt tím, že navrhnul další fázi postoje ke smrti, kterou nazval Velkolepá smrt. Michael Jacobson spatřuje návrat smrti zejména v masmédiích, ale všímá si i jiných oblastí ve společnosti, které problematiku smrti zpracovávají. Podle Michaela Jacobsona (2016, s. 2-5) je smrt v masovém měřítku zprostředkována na dálku, a to prostřednictvím médií, jako je televize, internet, chytrý telefon či tablet. Smrt je tak v jeho pojetí všude, a přesto nikde, to je dáno zejména revolucí v dlouhověkosti, což má pak za následek vymizení smrti z běžného života, jak uvádějí Alain Rabel, Marie Laure Floera (2011 s. 1-20), ve Spojených státech amerických bylo vypočítáno, že člověk může žít až dvacet let, aniž by kdokoliv v jeho rodině zemřel. (Rabela, Floera 2011, s. 1-20) Jacobson tedy novou viditelnost smrti spatřuje zejména v médiích, kde jsme stále častěji svědky smrti. Už to nejsou jen cenzurované verze, které měl k dispozici moderní člověk. Média se v nás snaží probouzet emoce tím, že nám podsouvají stále brutálnější, živější a ohavnější události. Stáváme se tak diváky. Jakákoliv katastrofa, tragédie je ihned k mání pro celý svět. (Jacobsen, 2016, s. 1-5) Podle Alaine Rabatela a Marie Laure Floery (2011, s. 1-20) se televizní program stává lékem postmoderní doby, kdy každodenní, alespoň jedna lidská oběť v televizních zprávách umožňuje divákům z pohodlí domova přijmout nevyhnutelný fakt smrti. Dokonce dochází i k tomu, že člověk se skrze média snaží odpozorovat vzorce chování k umírajícím a ke smrti. (Rabatel, Floera 2011, s. 1-20)

Další oblastí, které si Michael Jacobson všímá, je módní průmysl, který tematiku smrti zpracovává, a to ve formě potisků kostlivců, lebek na oděvech, které v době zakázané smrti zcela vymizely. A také komercializaci pohřebních ústavů, kdy už není neobvyklé, že ve státní televizi se objevují reklamy, které nabízejí své pohřební služby. A v neposlední řadě,

podobně jako Walter, odkazuje na nové rituály, mezi které řadí personifikovanější pohřby i nové způsoby zacházení s ostatky, ať již v jejich šíření či přepravě. (Jacobson, 2016, s. 1-5) Dougleas Davies (2007, s. 82-90), Hannah Rumble et. al. (2014, s. 243–260)⁵, Tony Walter (2019, s. 389-404; 2014, s. 68-76) a také Olga Nešporová (2013, s. 103-107) poukazují na proměňující se pohřební praktiky. Moderní společnost tolik posedlá racionalitou a ochrannou veřejného zdraví měla částečný vliv i na rozmach kremace, která byla propagována z hygienických důvodů a zároveň měla odlehčit přeplněným hřbitovům. Avšak stěžejním požadavkem na výstavbu krematorií bylo umisťovat je co nejdále od města. Takto byly odstraněny stopy smrti z veřejného života. (Walter 2016, Walter 2014 s. 68-76) Postmodernismus však nabízí i nové nakládání s ostatky, a to i v případě kremace, kdy ostatky mohou být šířeny do vody, na pláži, dokonce rozděleny mezi příbuzné nebo zasazeny do přívěšků. Douglas Davies (2007 s. 82-90) upozorňuje, že stále častěji se začíná mnoho lidí přiklánět k tzv. přírodním nebo také ekologickým či zeleným pohřbům. Vidí zde tendence k hledání nových postojů ke smrti, dokonce i možnou změnu paradigmatu smrti, která úzce souvisí s životem jedince a jeho touhou takto zemřít. Ekologické smýšlení tak přináší něco konkrétnějšího, smysluplnějšího, prostřednictvím něhož jedinci vyjadřují své hodnoty a postoje, protože ekologie poskytuje systém hodnot. Pomocí svých environmentálních programů šíří svou ideologii, ta má sjednocující charakter, takže může působit na jedince podobně jako dříve náboženství, zároveň je ale pro soudobého člověka aktuálnější, autentičtější, konkrétnější a smysluplnější. Jedinci tak mohou vyjadřovat své hodnoty a postoje, zároveň poskytuje jedinci i naději pro budoucnost, tedy o osud naší planety, je to jakási obava o naši planetu, ale i zároveň touha ji ponechat v co nejlepším stavu pro další generace. Toto ekologické cítění se poté promítá do pohřebních praktik, kdy jedinci věří v přirozený vztah k přírodě. (Davies 2007 s. 82-90) Přírodní pohřby se tak stávají alternativou k běžným obřadům a způsobům pohřbívání. Kladou důraz na to, aby pohřbívání bylo co nejvíce v souladu s přírodou, proto vylučují z pohřbívání ostatků výrobky ze skla, z plastu, a nahrazují je rozložitelnými výrobky, jako jsou rakve z kartonu či proutí. (Nešporová, 2013 s. 103)

⁵Hannah Rumble et. al. (2014, s. 243–260) popisují, jak tyto ekologické teorie stírají hranice mezi živými a mrtvými. V posledních desetiletích se pojem recyklace stal všeobecně přijímanou představou s nakládáním s odpadem, která se poté přenesla i do způsobu zacházení s lidskými ostatky. Mrtvé tělo v rámci ekologických teorií, tak může být chápáno jako dar planetě či živým. Tyto inovativní praktiky tedy recyklují a navracejí mrtvé zpět do života, ať už ve formě tepla produkovaného z kremací, a to vytápěním obřadních síní, okolních bytů, koupališť nebo také využitím implantátů z mrtvých těl jako možný dar rozvojovým zemím či jako hnojivo.

V českém prostředí se setkáváme s určitým specifickým v postojích ke smrti v souvislosti s pohřebními praktikami, na které poukazuje Olga Nešporová, která se u nás touto problematikou zabývá. Olga Nešporová (2013, s. 103-107) uvádí, že zatím co v ostatních západních společnostech se prosazuje trend personifikovanějších pohřbů, což je typické právě pro postmoderní společnosti, kdy dochází k obrácení se k vlastnímu já, jakožto nejvyšší autoritě, tak v českém prostředí zaznamenala nový jev, a to masové rušení pohřebních obřadů. Mezi hlavní příčiny takového jednání řadí to, že právě personifikované pohřby byly v komunistické éře hojně konány, což je o poznání dříve než jinde ve světě. Po politickém převratu došlo k tomu, že takovýto přístup může být spíše odmítán.

2. 4 Smutek a truchlící v moderní a postmoderní společnosti

Smutek je přirozená reakce na ztrátu blízké osoby, je to univerzální zkušenost, kterou si pravděpodobně všichni lidé během svého života musí projít a vyrovnat se s ní. Zkušenost smutku je jedinečná ve svém projevu i jeho intenzitě. Obojí se u různých lidí liší, dokonce i u těch, kteří prožívají ztrátu stejného člověka. Jsou závislé na řadě faktorů, mezi které patří věk zemřelého, jeho vztah k truchlícímu, předvídatelnost úmrtí. Neuvěřitelný pokrok ve všech oblastech lidského života prodloužil délku jednotlivců do vysokého věku, a právě smrt ve vysokém věku je pozůstalými nejlépe snášená, možná právě proto, jak uvádí Douglas Davies (2007, s. 171-172), že smrt velmi starých lidí bude vždy nést menší význam než smrt mladého člověka. Je to tím, že starý člověk je již vyvázan ze sítě sociálních vztahů, tím dochází k jistému vymizení jeho identity. Můžeme to nazvat i jistou sociální smrtí⁶, která je pro moderní společnost charakteristická. (Davies 2007 s. 171-172) Smutek tak jistě patří k nejbolestivějším zážitkům v životě člověka. Právě abstraktnost smrti vyvolává v člověku zmatek, na jedné straně je truchlící naživu, jeho biologická potřeba ho tedy navádí k tomu, aby žil, a na druhé straně prochází neuvěřitelným pocitem ztráty vyvolané smrtí blízkého člověka, a proto může mít pocit, jako by ztratil část sebe sama, život pro něj přestává být smysluplným. (Davies 2007 s. 18-22)

I přesto, že smutek a truchlení jsou vysoce osobními prožitky, jsou také to do jisté míry kulturně a sociálně podmíněnými reakcemi, a to z důvodu, že každá společnost se musí se

⁶ Naděžda Špatenkova et. al. (2014, s. 34) definuje sociální smrt jako stav, kdy člověk svým sociálním okolím není přijímán jako osobnost a za mrtvého je považován dříve, než nastane jeho fyzická smrt.

smrti vypořádat. (Nešporová, 2013 s. 245-248) V tradiční společnosti se tak dělo na základě společně uznávaného světonázoru, kterým bylo křesťanství, to určovalo lidem, jak mají truchlit. Ritualizovalo nejen samotné umírání a smrt, ale také proces truchlení a smutku. Naděžda Špatenková (2014) uvádí, že v moderní společnosti společné rituály chybí i přesto, že zcela nevymizely, ale jejich používání mnohdy působí nepatřičně, až trapně. Tím, že byla smrt předána do kompetence lékaře, tak se tato medikalizace vztáhla i na truchlíci. Lékař, psycholog či psychiatr ale obvykle řeší pouze komplikovaný typ zármutku, který poškozuje nebo by mohl poškodit zdraví pozůstalého. Nejčastějšími intervencemi se poté stává preskripce antidepressiv, popřípadě neschopenky. (Nešporová, 2013 s. 259-261)

Modernita, jak bylo popsáno výše, také nabourává, nebo dokonce fragmentuje sociální vztahy. Lůžko umírajícího je přesunuto do nemocnice, rodina se již nepodílí na jeho péči, tím se izolují i truchlíci a zármutek se stává ryze soukromou záležitostí. Je to také způsobeno, jak poukazuje Tony Walter (2007, s. 123-134), že jedinec je oddělen od místa narození, od tradice, takže v reálu to poté vypadá tak, že se v dospělosti přestěhoval do jiného města, za prací také dojíždí a jeho přátelé jsou také z jiných lokalit. To poté způsobuje, že jeho sousedé, kolegové z práce a přátelé zemřelého neznají, nespojuje je stejné místo, a tím pádem smutek není sdílený. (Walter, 2007 s. 123-134)

To však neznamená, že by se moderní společnost smutkem nezabývala. Psychologie se smutkem pracuje, vytváří své teorie, fáze procesu truchlení, ať už se jedná o teorie Elizabeth Kübler – Ross, Bowlbyho, Sigmunda Freuda, všechny jejich teorie mají něco společného. Přes své fáze nám ukazují jasně vytyčenou cestu k cíli, smutek je vyřešen, jednotlivec je od zemřelého odpoután, ztráta je akceptována. (Kakar et al. 2016 s.371-375; Walter 2007 s. 123-134) Toto je cíl moderní společnosti, navrátit truchlíciho co nejrychleji zpět do běžného života. (Nešporová, 2013 s. 245-261)

Na tuto neutěšenou situaci se pak dostavila reakce v podobě vzniku poradenství pozůstalých, v českém prostředí je průkopnicí v poradenství Naděžda Špatenková. Úkolem poradenství se tak stává respektovat a poskytnout dostatečný prostor pro truchlení a jeho projevy a také podpora truchlících. Takže z toho vyplývá, že poradci saturují to, co v běžném sociálním prostředí chybí. (Špatenková, 2014)

V postmoderní společnosti se role truchlíciho a zacházení se smutkem proměňuje. I přesto, že smrt v moderní a tradiční společnosti je tak diametrálně rozdílná, pojí truchlíci jedna společná vlastnost, a to ta, že smutek je sdílen těmi, kterých se týká, to znamená, že se jedná

o podporu mezi truchlícími, kteří zesnulého znali. (Walter, 2007 s. 123-134) Postmodernismus tuto solidaritu mezi truchlícími posouvá. Tento posun je dán rozvojem internetizace, která produkuje zcela nové způsoby komunikace mezi lidmi, kteří by byli dříve od sebe izolováni. Takto internet stírá hranice mezi státy, kontinenty, ale i mezi jednotlivými kulturami. Umožňuje vzájemné spojení lidí, kteří se neznali, ale utrpěli stejný či podobný druh ztráty, a to prostřednictvím svépomocných skupin. A také mění způsoby, jak lidé truchlí. (Morehouse, 2014, s.1-5) Snadná dostupnost sociálních sítí změnila způsob, jakým lidé přemýšlejí o smrti, setřela ostré hranice, které v moderní společnosti oddělovalo ryze soukromé od veřejného. Smrt se stává více veřejnou záležitostí. V této veřejné sféře se poté může zářmutku zúčastnit každý, i když rodinu ani zemřelého nezná. (Morehouse, Crandal, 2014 s. 1-5)

Dochází zde i k jisté deprofesionalizaci pomoci truchlícím, v čele skupiny již nestojí odborník na smutek, ale lidé, které mezi sebou pojí stejný druh ztráty. (Davies 2007) Internet tak umožňuje jednotlivcům vysoce individualizovaně vyjádřit smutek (Kakar et. al., 2016 s. 371-375), nalézt zde sociální oporu tím, že někdo na světě chápe jejich ztrátu. Tím se naplní potřeba truchlících sdílet své emoce, diskutovat o nich a také se s nimi vyrovnat. Kristine Morenhouse, Heather Crandal (2014, s. 1-5) uvádí, že virtuální zářmutek s sebou přináší také změnu času stráveného truchlením. Člověk může pokračovat ve vztahu se zemřelým, přičemž přijímá fakt, že osoba je mrtvá, a to nevyžaduje přetrhání vzájemných pout, může tak nenápadně a navždy hledat útěchu prostřednictvím příspěvků na sítích.

Media a sociální sítě tak způsobily návrat smrti a umírání do veřejného prostoru. Jestliže se v tradiční společnosti rozezněl umíráček, celá vesnice věděla, že někdo zemřel. Pokud někdo zemře v globální společnosti, tak prostřednictvím internetu a médií dokáže tato zpráva zasáhnout celý svět až do té míry, že všichni členové v tutéž chvíli pocítí určitou ztrátu. (Walter, 2007 s. 123–134)

2. 5 Problematika konce života v kurikulu

Téměř před sto lety se odehrála významná změna, která zapříčinila přesun místa umírání, takto byl domov vystřídán nemocnicí nebo jinou podobnou institucí, z toho vyplývá, že sestry ve svém profesním životě se o tyto umírající pacienty, ale i o jejich rodiny musí starat. Se stárnoucí populací dochází k tomu, že péči na konci života bude vyžadovat stále více lidí,

kteří budou čelit nevy léčitelné chorobě, a budou se tak ocitát v terminálním stádiu svého života. I laickou veřejností je tato péče považována jako důležitá, a právě od sester je poté také očekávána. (Dobins, 2011 s. 159-166) Ze všech zdravotníků jsou to právě sestry, které tráví nejvíce času péčí o umírající pacienty a jejich rodiny, taková to péče pak vyvolává celou škálu emocí, včetně nežádoucích, které se poté promítají do postojů sester ke smrti a umírání a také do kvality poskytované péče. Z toho vyplývá, že vzdělávání sester v oblasti péče o konec života nabývá na důležitosti a měla by být zahrnutá již v jejich pregraduální přípravě.

Řada výzkumných studií (Bužgová, 2010, s. 264-271; Dobins, 2011 s. 159-166; Robinson, 2014 s. 89-92; Khaled et. al., 2010 s. 1-9) ale poukazuje na nedostatečné zastoupení problematiky smrti a umírání, a to jak v učebnicích, tak v kurikulárních dokumentech, v případě terciálního vzdělávání poté v sylabech. Z toho vyplývá, že příprava budoucích sester v oblasti poskytování péče o umírající je nedostatečná. Ruthie Robinson (2004, s. 89-92) našla v učebnicích, které jsou určené pro obor Ošetrovatelství, pouze 1,4 % kapitol, které se zaměřovaly na poskytování péče na konci života. Srovnala to s úplně protichůdnou oblastí, jako je porod, kterému je poskytnuto daleko více prostoru, což se může zdát až paradoxní, když vezmeme v potaz, že umírání a smrt se bude jednou týkat každého z nás, kdežto s porodem se setká možná méně než 50 % populace. (Robinson, 2004, s. 89-92)

Z výzkumných studií také vyplývá, že i samotní studenti ošetrovatelství, ale i sestry pociťují velkou výkonnostní mezeru v této oblasti, což je dalším důvodem, proč by měla být problematika umírání a smrti zahrnuta do vzdělávacího plánu – kurikula, protože takto vytvořená propast zapříčiněná nedostatečným vzděláváním se poté stává překážkou pro poskytování kvalitní ošetrovatelské péče o umírající pacienty. (Dobins, 2011 s. 159-166) Vzdělávání o konci života se ale netýká pouze vědomostí a dovedností, ale také hodnot a s nimi úzce související postoje ke smrti a umírání. Výchova, která se týká konce života, by měla vést k pochopení a přijetí smrti jako přirozené a konečné etapy života jedince tak, aby smrt nebyla chápána jako prohra, a také tak, aby zajistila snížení míry strachu a úzkosti ze smrti. Na tom, že vlastní postoj ke smrti a umírání ovlivňují kvalitu poskytované péče, se shoduje řada autorů. (Hanzelíková, Pogranyije et. al., 2014 s. 145-155; Bužgová, 2010 s. 264-271)

Radka Bužgová (2010, s. 264-271) uvádí, že vlastní postoj, zejména jeli doprovázen strachem a úzkostí ze smrti, může ovlivnit přístup sester k umírajícím. Tyto sestry hůře

reagují na umírající pacienty, kdy jejich péče se poté může projevovat distancováním nebo uplatňováním jiných vyhýbajících se strategií od pacienta a soustředěním se pouze na jeho biologické potřeby, což je poté v rozporu s holistickým pojetím ošetřovatelství v souvislosti s uspokojováním potřeb pacienta, kdy, jak Martina Cichá (in Špatenková, 2014, s. 51-51) upozorňuje, je potřeba vnímat člověka komplexně, to znamená nejen jeho biologické potřeby, ale i potřeby psychické, sociální, kulturní a spirituální. Tyto potřeby nelze chápat odděleně, protože jsou vzájemně propojeny. V období umírání je potřeba všechny aktuální potřeby pacienta saturovat, a právě psychické, sociální, kulturní a spirituální potřeby mají pro umírajícího pacienta mnohdy větší prioritu než potřeby biologické. (Cichá in Špatenková et.al., 2014, s. 51-61)

Khaled Abdalah Khader et. al. (2010, s. 1-9) zjistili na základě literárního review, že začleněním problematiky konce života do vzdělávání má pozitivní vliv na utváření postojů u sester a studentů ošetřovatelství. Mezi významné výukové metody, prostřednictvím kterých lze pozitivně ovlivňovat postoje studentů, ale i sester, řadí hraní rolí, případové studie, reflexe a otevřenou diskuzi. Upozorňují však, že k tomu, aby došlo k významným změnám v oblasti postojů, je potřeba dostatečné délky tohoto vzdělávání. Tato výchova ke konci života má svůj význam jak v pregraduální přípravě sester, tak poté u sester, které již působí v klinické praxi.

Také Helena Haškovcová (2007) považuje za nezbytné, aby budoucí sestry, a to již na středních zdravotnických školách byly s oblastí smrti a umírání seznámeny již během svých studií, což by jim pomohlo se vyrovnat se smrtí a přijmout konečnost života. Výuka by měla těmto studentům poskytnout vědomosti, které se týkají fenoménu smrti a procesu umírání. Řešení, jak implementovat problematiku o konci života do výuky, vidí Helena Haškovcová v postupech, které jsou označovány jako techniky konfrontace se smrtí a které jsou postaveny na principu otevřené a reflektující komunikace. Mnohé z těchto technik jsou, co se týče vybavení, nenáročné a vedou k zamyšlení nad vlastním životem, učí, že každý člověk ve svém životě zažívá celou řadu ztrát, vedou i k nácviu správné komunikace s umírajícím pacientem a jeho rodinou. Tyto techniky v sobě zahrnují širokou škálu metod, jako je metoda nekrologu, technika mít a být, nárys životní linie, metody her aj. (Haškovcová, 2007)

V reakci na zjištěnou vzdělávací mezeru v oblasti péče o konec života vypracovala a doporučila Americká asociace vysokoškolských sester AACN (dále jen AACN) podporovaná Mezinárodní radou sester a Nadací Roberta Wooda Johnsona v roce 1998 15

klíčových kompetencí a kurikulární pokyny End of life nursing education consortium – ELNEC (dále jen ELNEC) pro poskytování péče na konci života. ELNEC jako národní iniciativa, jejíž snahou je zlepšit péči pacientů na konci života, se současně se snaží pomoci pedagogům budoucích sester tuto problematiku začlenit do obsahu učebních plánů předmětu Ošetřovatelství. (Dobins 2011 s. 159-166) V roce 2000 zveřejnila základní osnovy konsorcia pro vzdělávání v ošetřovatelství a začala provádět školení na fakultách, jak učit problematiku konce života a zároveň jak ji začlenit do vzdělávacích programů ošetřovatelství (Fabro et. al., 2014 s. 19-25) ELNEC pracuje s Bloomovou taxonomií. Používání interaktivního modulu ELNEC v kombinaci s celou škálou výukových metod má vliv na rozvoj a utváření znalostí, dovedností a pozitivních postojů k péči o umírající pacienty. (Khaled et. al., 2010 s. 1-9) Khaled Abdalah Khader et. al. (2010 s. 1-9) ještě dodává, že integrace pojmů, jako je smrt, umírání a péče o konec života, by měla být implementována do všech ošetřovatelských praktických i teoretických předmětů.

2. 5. 1 Vybrané vyučovací metody a jejich implementace do výukového procesu o péči o pacienty v terminálním stádiu nemoci

Využití výukové metody simulace k výuce o umírání a smrti

Kathrine Fabro et. al. (2014 s. 19-25) se zabývali ve své výzkumné studii zaváděním simulace jako alternativní vyučovací metody, která věrně napodobuje realitu, která poskytuje situace, které studenti v rámci praktické výuky nemusí zažít. Simulace poté prostřednictvím figuríny, která je počítačově řízená, může poskytnout studentům širokou škálu zkušeností, ke kterým by se ve svém studijním životě nedostali. Simulace tak představuje atraktivní strategii učení zejména v současném světě. Díky této metodě je možné vytvořit podpůrné, aktivní učební prostředí, které podporuje kritické myšlení, rozhodování a také práci v týmu, včetně nácviku správné komunikace. Tato výuková metoda podporuje aktivní učení, poskytuje příležitost pro přemýšlení o konci života a jeho smyslu. Dokáže také odhalit vlastní reakce na smrt, a to v bezpečném prostředí učebny. Limitace této metody, jak uvádí Kathrine Fabro et. al. (2014 s. 19-25), spočívá ve zvýšených nákladech, které se týkají jednak zakoupení figuríny, její údržby, ale také ve schopnosti pedagogů ji programovat a

pracovat s ní. Poskytuje však příležitost pro vysvětlení a reflexi, integruje principy holistické péče, je dobrou alternativou k výuce praxe o umírající pacienty.

Janis Tuxbury et. al. (2012 s. 462-456) poukazují na další limity této metody, a to zejména, že figurína nemusí poskytnout věrnou simulaci změn v oblasti dýchání a pohybu očí tak, jak je tomu u skutečných umírajících pacientů. Zlepšení výuky vidí v náhradě figuríny za živé herce, to znamená, že takováto výuková metoda v jeho pojetí v sobě spojuje prvky dramatu. Tato metoda využívá živých herců, studenti si mohou vyzkoušet v podmínkách učebny komunikaci s umírajícím pacientem, jeho rodinou, posuzovat tak více dimenzí lidského života, a to jak fyzickou, ale i sociokulturní, psychologickou a spirituální. (Tuxbury et. al., 2012 s. 462-465)

Využití metody divadelního fóra v problematice umírání a smrti

Yvonne Middlewick et. al. (2012, s. 139-140) předkládají metodu divadelního fóra jako aktivní zážitkové vyučovací metody, která dokáže efektivně podporovat rozvoj komunikačních dovedností, které jsou v ošetrovatelství stále upozad'ovány. Tím reagují na doporučení ELNEC, kdy komunikace je jedním ze stěžejních nástrojů, které vytvářejí základ pro efektivně poskytovanou ošetrovatelskou péči, z toho vyplývá, že rovněž musí tvořit i základ ošetrovatelského vzdělávání. (Dobins, 2011 s. 159-166) Výuková metoda divadelního fóra nespočívá pouze v předávání deklarativních znalostí o tom, „co je a není dobrá a efektivní komunikace“, protože takovéto znalosti poté málokdy spějí k rozvoji komunikačních strategií. Ale jejím cílem je vytvořit efektivní a aktivní vyučovací prostředí, které je zároveň bezpečné a v němž je možné tyto komunikační znalosti proměnit v dovednosti. Takto získané dovednosti poté vedou také ke zkoumání vlastních postojů a chování v náročných životních situacích, ke kterým dochází zejména při poskytování ošetrovatelské péče terminálně nemocným. Z toho vyplývá, že divadelní fórum je výukovou metodou, která rovněž pomáhá rozvíjet emocionální kompetence. Cílem divadelního fóra tak je řešit reálné dilematické situace či situace tzv. „špatné praxe“ a je využit k diskuzi o lepších způsobech úspěšné komunikace. To poté pomáhá nasměřovat závěr představení k jeho lepšímu konci. Divadelní fórum není pouhou výukovou metodou „hraní rolí“, liší se od ní tím, že student nemá přesně stanovenou roli, ale je vyzván, aby byl při řešení problémů v komunikaci sám sebou ve své profesionální roli. (Middlewick et. al., 2012 s. 139-142)

Výuková metoda her aplikovaná do péče o terminálně nemocné pacienty a jejich rodiny

Alonso Lopez et. al. (2018, s. 1-6) přichází s didaktickým nástrojem v podobě her, „*The hospital, The blind, Use your eyes, Use your ears*“, které byly začleněny do předmětu paliativní péče. Bylo zjištěno, že prostřednictvím těchto her je pro studenty snazší přistupovat k reálným situacím v bezpečném a přátelském prostředí učebny. Na jejich základě poté samotní studenti mohou posoudit svou vlastní emoční přípravu v poskytování péče o terminálně nemocné, dokáží odhalit své obavy a zároveň se naučí poskytovat komplexní péči o tyto pacienty a lépe reagovat a rozpoznávat jejich potřeby. Metoda her přibližuje studenty ke klinické realitě konečné etapy života. Tyto hry snižují strach ze smrti. Z toho vyplývá, že přispívají k lepšímu poskytování ošetrovatelské péče, vedou studenty k zamyšlení se nad konečností života, učí, jak doprovázet umírajícího a jeho rodinu tím, že je jim dána příležitost k tomu, aby zažili rozdíl mezi léčebnou intervencí a uměním doprovázet, setrvat v tichu a důstojnosti. (Lopez et. al. 2018 s. 1-6)

2. 6 Metodika a rešeršní strategie

Kapitola Přehled publikovaných poznatků, která slouží jako teoretické východisko pro Praktickou část práce, byla vytvořena metodou rešeršní strategie prostřednictvím základní a pokročilé rešerše.

V první fázi byla provedena základní rešeršní strategie v platformě Google Scholar. Podle Jitky Klugarové (in Marečková, Klugarová et. al., 2006, s. 21) je základní rešerše velmi necílený a málo specifický způsob vyhledávání, protože takové vyhledávání nám mimo relevantních zdrojů nabízí i velkou škálu zdrojů nerelevantních, proto jsme v této práci základní strategii vyhledávání využívali jen k primární orientaci v dané problematice.

Dále jsme pokračovali prostřednictvím pokročilého vyhledávání. Podle Jitky Klugarové (in Marečková, Klugarová, 2006, s. 21) je toto vyhledávání efektivní, je prováděné na základě předem vytvořené a zodpověditelné rešeršní otázky, která je založená na specifické kombinaci klíčových slov a jejich synonym s použitím „*booleovských operátorů*.“ Pokročilá rešeršní strategie nám umožňuje limitovat vyhledávání na určitou úroveň vědeckého důkazu, druh publikace, typ odborného časopisu, rok vydání a jazyk. V naší práci jsme omezili svá vyhledávání zejména na plný text a recenzované články. Limitaci časového období jsme

zadávali v případě, že jsme chtěli získat nejnovější dostupné poznatky, práce se však zabývá i historickým exkurzem v oblasti postojů k umírání a smrti, z toho důvodu jsme u některých odborných článků časovou limitaci nevyužívali. Veškeré odborné články poté byly posouzeny z hlediska jejich relevance ke stanovené rešeršní otázce. V první fázi byly články posouzeny podle jejich abstraktu, pokud byly vyhodnoceny jako relevantní, přistoupili jsme k posouzení relevantnosti jejich plného textu.

V diplomové práci taktéž pracujeme i s knižními zdroji, respektive s monografiemi, a to především těmi, na které bylo odkazováno v odborných člancích a z nichž bylo hojně citováno, příkladem takového knižního zdroje byla monografie *Dějiny smrti II.* od francouzského autora Philippe Ariese, z výše uvedeného důvodu jsme poznatky k podkapitole 2. 1 Postoje k umírání a smrti v tradiční společnosti čerpali převážně z jeho díla.

Rešeršní strategii jsme prováděli zejména v databázi ProQuest, **Cairn info matières à réflexion**, v databázi University of Bath a Google Scholar. Z toho důvodu, že diplomová práce se snažila postihnout problematiku umírání a smrti komplexně, tzn., zaměřovala se na fáze *pre finem*, *in finem* a *post finem*, a také na současný trend vzdělávání žáků oboru Praktická sestra v problematice péče o terminálně nemocné a zároveň jejich postoji k umírání a smrti, bylo sestaveno více specifických rešeršních otázek. Uvádíme zde příklady použitých rešeršních otázek, které byly využívány napříč všemi jmenovanými platformami.

Jaké jsou dostupné publikované poznatky o postojích k umírání a smrti v současných společnostech?

Jaké jsou dostupné publikované poznatky o postojích ke smutku a truchlení?

Jaké jsou dostupné publikované informace o reprezentaci smrti v online prostředí?

Jaké jsou dostupné publikované poznatky o ekologických pohřbech?

Jaké jsou dostupné poznatky o postojích žáků středních zdravotnických škol oboru Praktická sestra k problematice umírání a smrti?

Jaké jsou dostupné publikované informace o implementaci problematiky umírání a smrti do vzdělávání?

Databáze vědeckých a odborných článků University Bath

Jak již bylo v úvodu zmíněno, velkou a přínosnou inspirací pro napsání této diplomové práce se stal britský sociolog Tony Walter, z tohoto důvodu jsme se uchýlili k vyhledávání v této databázi. Vyhledávání jsme limitovali na plný text a druh odborného časopisu, a to na americký časopis *Omega Journal of Death and Dying* a britský časopis *Mortality Promothion the Interdiiplinar Death and Dying a Anthropology & Medicine*. Vyhledávání bylo uskutečněno prostřednictvím předem zformulovaných a zodpověditelných rešeršních otázek a na základě vytvořené sady klíčových slov a jejich synonym.

Cairn info matières à réflexion

Jedná se o francouzskou databázi, ve které prostřednictvím pokročilého rešeršního vyhledávání byla nalezena celá řada odborných článků týkajících se zejména novodobých způsobů v truchlení a v zacházení se smutkem, a to zejména v online prostředí. Vyhledávání v této databázi bylo omezeno na plný text, poté byla posuzována jeho relevance.

Vědecká databáze ProQuest

Přístup k této databázi je zajišťován prostřednictvím Univerzity Palackého v Olomouci. Pokročilá rešerše v této databázi byla uskutečněna prostřednictvím vědeckých časopisů s akcentem na vědecký časopis *Sholarly Journal*. Také zde byly uplatňovány limitace časového období, plný text a recenzované zdroje. Prostřednictvím vyhledávání v této databázi byly získány cenné zdroje především k vytvoření podkapitoly číslo 2. 4 Smutek a truchlící v moderní a postmoderní společnosti a podkapitoly 2. 5 Problematika konce života v kurikulu.

3 PRAKTICKÁ ČÁST

3.1 Metodika zkoumání

Hlavní cíl

Cílem primární kvantitativní studie v Praktické části diplomové práce bylo zjistit, jaké postoje zaujímají žáci a žákyně 3. a 4. ročníku Střední zdravotnické školy ve Frýdku – Místku oboru Praktická sestra k umírání a smrti.

Dílčí cíle

V naší diplomové práci jsme stanovili tyto dílčí cíle:

- Zjistit, zda vlastní strach z umírání a smrti má vliv na poskytování ošetrovatelské péče umírajícím pacientům a jejich rodinám.
- Zjistit, zda vzdělávání o umírání a smrti má vliv na vlastní postoje žáků a žákyň k smrti.
- Zjistit, zda zkušenost s péčí o umírající pacienty má vliv na postoje k péči o umírající pacienty a jejich rodiny.
- Zjistit, zda ztráta blízkého má vliv na postoje k umírání a smrti.
- Zjistit, zda náboženská víra má vliv na postoje k umírání a smrti.
- Porovnat zjištěné výsledky dle ročníků se zkušenostmi s péčí o umírajícího a se zkušenostmi se ztrátou blízkého.

Design výzkumné studie

Praktická část diplomové práce předkládá kvantitativní primární studii, ve které byl ke zkoumání uplatněn výzkumný desing observační deskriptivní korelační studie. Pro sběr dat byla využita metoda dotazování. Data byla sbírána pomocí dvou standardizovaných dotazníků DAP-R a FATCOD form B. Respondenti své postoje k umírání a smrti vyjadřovali prostřednictvím škál „*likertova typu*“. Oba tyto nástroje nám byly poskytnuty jejich autory v originální verzi, včetně jejich písemného souhlasu. Tyto souhlasy jsou součástí této práce jako Příloha 1. a Příloha 2. . Dotazníky byly odborně přeloženy z anglického jazyka do jazyka českého.

Zkoumaný soubor

Zkoumaný soubor byl vytvořen žáky a žákyněmi 3. a 4. ročníku oboru Praktická sestra. Celkový počet respondentů byl 102, z toho 52 respondentů bylo žáky 3. ročníku a 50 respondentů bylo žáky 4. ročníku. Zkoumaný soubor byl vytvořen na základě záměrného výběru.

Výzkumného šetření se odmítl zúčastnit jeden respondent, a to z důvodu právě prožívající ztráty blízkého.

Respondenti byli do zkoumaného souboru vybráni za účelem zjištění jejich postojů k umírání a smrti a také k jejich postojům k ošetrovatelské péči o umírající pacienty.

Žáci 4. ročníku byli ve školním roce 2020/2021, tedy v době pandemie covid 19, povoláni do nemocnic, kde vykonávali praxi zejména na nově vybudovaných covidových jednotkách, a v letošním školním roce 2021/2022 měli v rámci praktické výuky zařazenou i praxi v hospici. Naproti tomu žáci 3. ročníku se praxe v době pandemie neúčastnili a praktická výuka je u nich zahájena až v letošním školním roce.

Etika zkoumání

Data byla sbírána až po schválení naší žádosti o sběru dat ředitelkou školy, ta svůj souhlas písemně potvrdila svým podpisem v dokumentu s názvem Žádost ke sběru dat, tento formulář je součástí přílohy této práce. (Příloha 3.)

Respondenti byli před zahájením sběru dat řádně autorem této práce informováni o cílech a průběhu sběru dat, o možnosti odstoupení z výzkumného šetření a ujištění o zachování anonymity. Svůj souhlas písemně vyjádřili v informovaném souhlase, jehož vzor je rovněž součástí přílohy této práce. (Příloha č. 4)

Uplatněné výzkumné metody a nástroje

Pro sběr dat byla využita metoda dotazování. Data byla sbírána pomocí dvou standardizovaných dotazníků, a to DAP-R a FATCOD form B.

Standardizovaný dotazník **DAP – R (1994)** od autorského kolektivu Wong, Reker, Gesser jsme volili jednak proto, že tento nástroj dokáže změřit postoje respondentů k vlastnímu umírání a smrti, jednak z důvodu, že tento nástroj byl uplatněn v řadě výzkumných studií, v nichž autoři rovněž sbírali data, která se týkala postojů k umírání a smrti.

Vzhledem k cílům naší práce jsme se uchýlili ještě využít standardizovaný dotazník **FATCOD form B** od autorky K. H. Frommelt. Tento nástroj byl sestaven s cílem zjistit postoje u studentů k umírání a smrti v souvislosti s poskytováním ošetrovatelské péče umírajícím pacientům a jejich rodinám. Rovněž i tento nástroj je hojně ve výzkumných studiích využíván k měření postojů u studentů, a to zejména oboru Ošetrovatelství. Součástí FATCOD form B je i demografický dotazník. Ten byl námi upraven, a to z toho důvodu, že položky „*nejvyšší dosažené vzdělání, věk, studijní obor a profese*“ nebyly relevantní pro náš zkoumaný soubor.

Oba tyto nástroje využívají ke sběru dat škály „*likertova typu*“. DAP – R využívá sedmi stupňovou škálu, kdežto FATCOD form B pěti stupňovou škálu.

Jednou z dalších motivací, proč jsme se rozhodli využít tyto nástroje, byl i fakt, že se tyto výzkumné nástroje zaměřují na komplexní měření postojů k umírání a smrti, což zcela koresponduje s naším nahlížením na postoje k umírání a smrti, protože v naší práci vycházíme z tříložkového modelu postoje, tedy chápeme postoje tak, jak jsou charakterizovány například Vávrou (2006, s. 2-9), kdy postoje v sobě zahrnují kognitivní, afektivní a behaviorální složku. A také zohledňujeme, že postoje jsou vytvářeny na základě existence celé řady faktorů, které významně ovlivňují postoj k umírání a smrti, mezi které patří, jak vyplývá z výzkumných studií (Mastroianni et. al., 2015; Slovácová, 2010; Slovácová, Trpišová, 2011; Bužgová, 2010 aj.), zejména věk respondentů, jejich pohlaví, vzdělání, ale i současný trend vzdělávání a délka praxe.

Revidovaný standardizovaný dotazník DAP – R (Death Attitude Profile-Revised, 1994)

Autoři, DAP – R, Wong, Reker a Gesser, v roce 1994 diferencovali postoje k umírání a smrti do pěti dimenzí, a to na dimenze:

Tabulka 1. Dimenze postojů v DAP – R.

Strach ze smrti (7 položek)	1, 2, 7, 18, 20, 21, 32
Vyhýbání se smrti (5 položek)	3, 10, 12, 19, 26
Neutrální přijetí smrti (5 položek)	6, 14, 17, 24, 30
Vstřícné přijetí smrti (10 položek)	4, 8, 13, 15, 16, 22, 25, 27, 28, 31
Přijetí útěku (5 položek)	5, 9, 11, 23, 29

Celkem DAP – R obsahuje 32 položek, kdy skóry u všech položek se pohybují v rozmezí od 1 do 7, a to ve směru od silného nesouhlasu (1) až po zcela souhlasím (7). Dimenze Vstřícného přijetí smrti a dimenze Přijetí útěku představují pozitivní postoje k umírání a smrti. Dimenze Strach ze smrti a Vyhýbání se smrti poté prezentují negativní postoje k umírání a smrti. Dimenze Neutrální přijetí poté považuje smrt za běžnou součást života.

Neimeyer (1994, s. 122-123) poukazuje na jedinečnost tohoto výzkumného nástroje, který spočívá v tom, že zohledňuje i existencionální hledisko smrti a umírání. Podle Niemejera (1994, s. 122-123) tento výzkumný nástroj respondenty přímo vybízí k tomu, aby hledali smysl vlastního života. Autoři tohoto nástroje vycházejí také z přesvědčení, že tak, jak jedinec nahlíží na svůj vlastní život, se tyto postoje promítají i do jeho postojů k umírání a smrti. (Neimeyer, 1994 s. 122-124)

Rovněž také respektuje dva stěžejní významy, které v sobě smrt ukrývá a které rovněž přímo ovlivňují náš současný život. Buďto je pro nás smrt konec naší vlastní existence a věříme, že jiný, nežli současný život nemáme, proto musíme žít tady a teď, nebo ve smrti spatřujeme přechod do posmrtného života a v tomto případě musíme žít náš současný život s ohledem na ten posmrtný. (Neimeyer, 1994 s. 122-123)

Dimenze Strach ze smrti

Strach ze smrti je složitý multifaktoriální psychologický fenomén, který je utvářen celou řadou faktorů. (Michalčáková et. al., 2011 s. 107-120) Smrt bývá řazená mezi základní zdroje strachu, stresu a úzkosti, a to z toho důvodu, že smrt znamená narušení veškerých ontogenetických jistot, odkazuje nás na konec naší existence. Strach ze smrti je ale zároveň i přirozenou a univerzální vlastností, která je vlastní každému jedinci. Z tohoto pojetí je zřejmé, že strach ze smrti nemusí přímo vylučovat její přijetí, protože mezi strachem a přijetím smrti je velmi úzká hranice. Oba tyto fenomény tedy stojí blízko sebe. (Neimeyer, 1994 s. 122) Raudecká, Javůrková (2011, s.121-133) tvrdí, že smrt je fenomén, který nelze pochopit. Smrt je tak strachem z něčeho, s čímž člověk neměl doposud žádnou zkušenost. (Raudecká, Javůrková, 2011 s. 121-133)

I přesto, že strach ze smrti je přirozenou vlastností, je také zároveň v řadě výzkumných studiích popisován jako nejčastější překážka, která výrazně ovlivňuje kvalitu poskytované ošetrovatelské péče umírajícím pacientům, což je zejména z důvodu, že strach může vygradovat až v bezmoc, úzkost či tabuizaci smrti. (Mastroianni et. al., 2015) Z existencionálního hlediska poté nadměrný strach ze smrti může souviset s neschopností žít plnohodnotný a smysluplný život. (Neimeyer, 1994 s. 122-123)

Přijetí smrti

Přijetí smrti v sobě zahrnuje dvě roviny, a to kognitivní a afektivní. Kognitivní rovina nám ukazuje naše vědomí své vlastní konečnosti a smrtelnosti. Afektivní rovina poté v sobě zahrnuje naše prožívání a reakce na tuto nevyhnutelnou událost v našem životě. (Neimeyer, 1994 s. 124-135)

Míra přijetí smrti se liší i z časového hlediska, starší lidé vykazují větší přijetí nežli mladší, mnohdy mohou ve smrti spatřovat dokonce i vysvobození. Řada autorů (Khaled et. al. 2010 s. 1-9; Mohamed et. al., 2013 s. 192-197; Slováková, 2010) zjistila, že věk, vzdělání, pohlaví a zkušenosti se smrtí jsou stěžejními faktory, které ovlivňují míru strachu ze smrti. Přijetí smrti je v tomto dotazníku rozpracováno do 3 dimenzí, a to na Vstřícné přijetí, Neutrální přijetí a Přijetí útěku. (Neimeyer, 1994 s. 124-130)

Dimenze Vstřícné přijetí

Jak již bylo řečeno výše, přijetí smrti a strach ze smrti vedle sebe přirozeně koexistují, vzájemně se nevylučují, a to z toho důvodu, že člověk může racionálně přijímat svou konečnost, smrtelnost, avšak neznamena to, že se smrti neobává. (Neimeyer, 1994 s. 125-131)

Dimenze Neutrální přijetí

Smrt je vnímána jako neoddělitelná, přirozená a nevyhnutelná součást našeho života, která musí být akceptována. Neutrální přijetí nám ukazuje vyspělý a vyrovnaný přístup k životu a k smrti, kdy jedinci s neutrálním přijetím ke smrti obvykle vedou plnohodnotný život. (Neimeyer, 1994 s. 124-134)

Dimenze Přijetí útěku

Tato dimenze nám ukazuje smrt jako cestu k vysvobození ze strastiplného života, kdy strach ze života může být dokonce větší než strach ze smrti. Ta je tedy chápána jako jediný možný únik ze současného života a může být chápána dokonce i jako vysvobození. (Neimeyer, 1994 s. 122-134)

Dimenze Vyhýbání se smrti

Člověk se snaží udržet smrt mimo své vlastní vědomí, strategie vyhýbání se smrti je únikovou reakcí, která může vést až k její tabuizaci. (Neimeyer, 1994 s. 122-131)

FATCOD form B

Tento nástroj byl sestaven s cílem měřit postoje k umírání a smrti u zdravotnických pracovníků a studentů zdravotnických oborů, my jsme ho využili se svolením jeho autorky k měření postojů k ošetrovatelské péči o umírající pacienty u žáků střední zdravotnické školy. Jak ukazuje řada výzkumných studií, tak postoje k péči o terminálně nemocné poté úzce souvisejí nejen s dosaženým vzděláním (Mastroianni et. al., 2015; Slovákova, 2010; Bužgová, 2010), ale zejména i se současným vzděláváním, respektive nám ukazují, zda je

vzdělávání budoucích poskytovatelů ošetrovatelské péče, v našem případě praktických sester, v této oblasti dostatečné a jaký má vliv na jejich vlastní postoje k umírání a smrti.

FATCOD obsahuje 30 položek, kdy respondenti volí své postoje na pěti bodové škále likertového typu, a to z možností od rozhodně nesouhlasím, nesouhlasím, nejsem si jistý, souhlasím a až po rozhodně souhlasím.

Počty položek v dotazníku jsou rovnoměrně rozděleny, kdy 15 položek prezentuje pozitivní postoje (1, 2, 4, 10, 12, 16, 18, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 27, 30) a zbývajících 15 položek nám poté ukazuje negativní postoje k péči o umírající a jejich rodiny (3, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 13, 14, 15, 17, 19, 26, 28, 29).

Čím vyšší bodové skóre respondent získá, tím je jeho postoj k péči o umírající pozitivnější, čím je skóre nižší, tím je postoj k péči o umírající negativnější.

Mastroianni et. al. (2015) použili tento nástroj ke zkoumání postojů u italských studentů s cílem zjistit jejich postoje v oblasti poskytování ošetrovatelské péče terminálně nemocným. Tento standardizovaný dotazník poté dále rozpracovali do jednotlivých kategorií, a to na:

Tabulka 2. Kategorie FATCOD form B.

Strach ze smrti	1, 3, 5, 7, 8, 13, 14, 15, 26
Péče o rodinu	4, 16, 22
Komunikace	2, 6, 11, 27, 28, 30
Rodina a péče	12, 18, 20
Vztahy a aktivní péče	9, 10, 17, 21, 23, 24, 25, 29

Takto ukázali, že FATCOD form B přesně odpovídá požadavkům, které jsou kladeny na poskytování adekvátní, kvalitní a holisticky orientované ošetrovatelské péče, a zároveň poukázali na nezbytnost aplikovat tyto stěžejní body do vzdělávacích osnov ošetrovatelství (Mastroianni et. al., 2015)

Kategorie péče o rodinu

Péče o rodinu umírajícího je stěžejním bodem kvalitně poskytované péče, kdy rodina by se do péče o umírajícího měla zapojit, a to z důvodu, že rodina dokáže umírajícímu adekvátně saturovat psychické, spirituální a sociální potřeby. V procesu truchlení by poté měla být rodinným příslušníkům nabídnutá pomoc. (Mastroianni et. al., 2015 s. 228-241)

Kategorie komunikace a vztahy

Vztahy a komunikace jsou stěžejními body ošetrovatelské péče o terminálně nemocné a jejich rodiny. Komunikace nám slouží k utváření, udržování a podpoře mezilidských vztahů, které jsou v tomto náročném životním období prioritní. Komunikace se tak stává nezbytným nástrojem k tomu, abychom mohli adekvátně reagovat na složité otázky, které vyplývají z konce života. Prostřednictvím komunikace vyjadřujeme míru porozumění, poskytujeme útěchu v nelehkých chvílích a respektujeme okamžik ticha. (Mastroianni et. al. 2015 s. 228-241) Komunikace se v tomto pojetí tak stává klíčem k úspěšně poskytované ošetrovatelské péči. Z toho vyplývá, že učení se komunikačním dovednostem má stejnou prioritu ve vzdělávání jako jakékoliv jiné dovednosti. (Middlewick et. al., 2012 s. 139-142)

Yvonne Middlewick et. al. (2012, s. 139-142) poukazují, že efektivní výuka komunikačních dovedností je ze vzdělávání odsunuta zejména z důvodu, že ošetrovatelství se v poslední letech stává stále techničtější oborem, ze kterého se poté vytrácejí lidské vlastnosti, jako je soucit, náklonnost a pochopení.

Kategorie aktivní péče

Aktivní péčí rozumíme přístup k umírajícímu, který podporuje zachovávání, respektování a podporování jeho autonomie a hodnot. Aktivní péče se také týká poskytování dostatečných a srozumitelných informací, které se týkají zdravotního stavu umírajícího. Cílem takového to přístupu je poté udržet co nejvyšší kvalitu jeho života. (Mastroianni et. al. 2015 s. 228-241)

Hypotézy:

Na základě námi stanovených dílčích cílů jsme sestavili tyto hypotézy:

H1: Existuje statisticky významný vztah mezi strachem z vlastní smrti a strachem z poskytování ošetrovatelské péče umírajícím pacientům.

H2: Existuje statisticky významný vztah mezi vzděláváním a postoji k umírání a smrti.

H3: Existuje statisticky významný vztah mezi zkušeností s péčí o umírající pacienty a postoji k péči o umírající pacienty.

H4: Existuje statisticky významný vztah mezi zkušeností se ztrátou blízkého a postoji k umírání a smrti.

H5: Existuje statisticky významný vztah mezi náboženskou vírou a postoji k umírání a smrti.

Organizace a lokace sběru dat

Výzkumné šetření bylo provedeno na Střední zdravotnické škole ve Frýdku – Místku, a to v období od 1. 11. do 15. 12. 2021. Respondentům byly osobně rozdány oba standardizované dotazníky včetně informovaného souhlasu, kde byla vysvětlena podstata a podmínky tohoto výzkumného šetření. Do výzkumu poté byli zařazeni pouze ti respondenti, kteří vyjádřili svůj souhlas.

Metodika zpracování dat

Zpracování námi získaných dat probíhalo v několika na sebe navazujících krocích, a to tak, abychom se mohli uchýlit ke statistickému testování námi formulovaných hypotéz a

následně předložit výsledky našeho výzkumného šetření týkajícího se postojů našich respondentů k umírání a smrti.

Nejprve jsme se uchýlili k vytvoření databáze v programu Ms Excel pro data získaná prostřednictvím nástrojů DAP – R, FATCOD form B a demografického dotazníku. Na základě takto připravených dat poté byly metodou popisné statistiky vypočteny průměrné skóry pro jednotlivé položky, směrodatné odchytky, stanoveny minimální a maximální hodnoty pro každou jednotlivou položku. U demografických dat poté byly stanoveny frekvence jednotlivých odpovědí z celkového souboru respondentů, ty byly doplněné o výpočet procent a kumulativního průměru. Položku vyznání jsme označili jako přeskokovou z důvodu toho, že dávala respondentům možnost přeskočit na další položku.

Data z databáze DAP – R poté byla zpracována podle metodiky, která byla součástí tohoto nástroje, takto jsme jednotlivé položky seskupili do dimenzí, a to tak, že průměrné položky škály jsme vydělili příslušným počtem položek v dimenzi. Poté byly vypočítány průměrné skóry, směrodatné odchytky, minimální a maximální hodnoty i pro jednotlivé dimenze.

S daty získanými prostřednictvím FATCOD form B jsme pracovali jednak podle metodiky Frommelt, a to tak, že negativní položky byly námi obráceny do opačného směru, to se týkalo těchto položek (3, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 13, 14, 15, 17, 19, 26, 28, 29), a jednak jsme se rozhodli se inspirovat metodikou, kterou vytvořili Mastroianni et. al. (2015) ve své studii, která se týkala měření postojů u italských studentů. Na tomto základě jsme vytvořili proměnné tzv. sloučením proměnných, kdy jsme i u nich vypočítali průměrné skóry, směrodatné odchytky a minimální a maximální hodnoty a stanovili proměnné, které vždy v dané kategorii reprezentovaly buďto pozitivní, nebo negativní postoje. Vzhledem k cílům naší práce jsme nevyužili veškeré kategorie připravené Mastroianim et. al. (2015). Využili jsme pouze Kategorie strach ze smrti a Kategorii aktivní péče.

Takto připravená data byla zpracovaná metodou tzv. indukční statistiky. Konkrétně jsme pro testování hypotéz využili tyto metody:

- Spearmanův korelační koeficient
- Kruskal – Wallis equality – of – populations rank test
- Skewness/Kurtosis tests for Normality
- t test (Two-sample t test with equal variances)

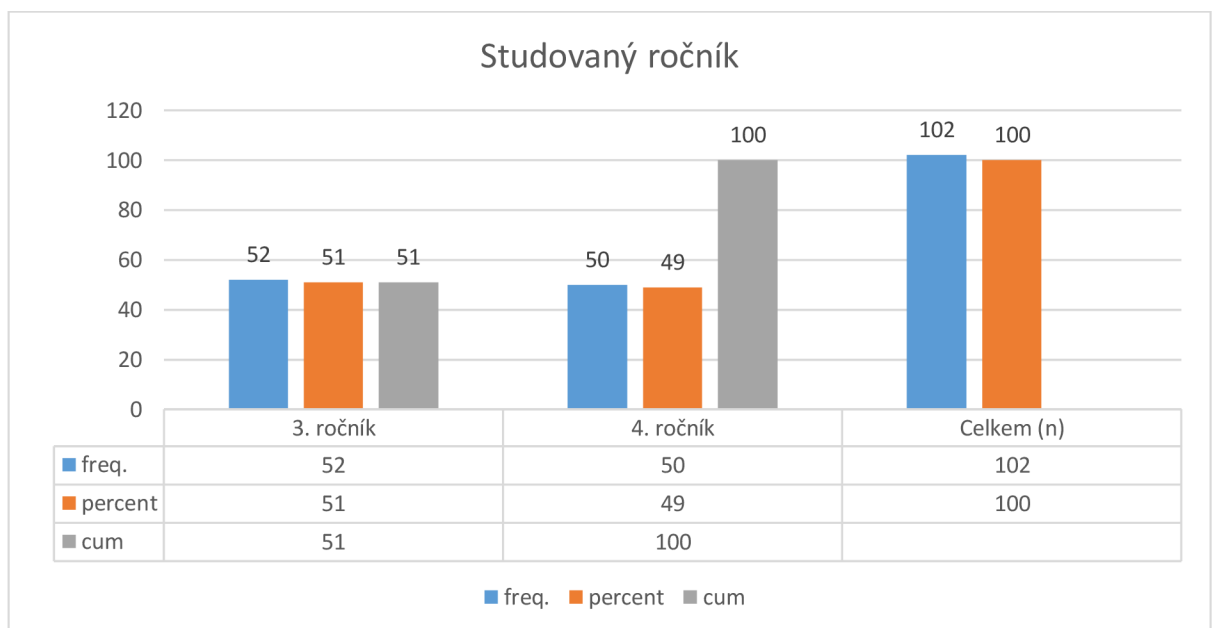
- Pearson chi 2
- Mann – Whitney test.

Veškerá data byla zpracována na základě konzultace se statistikem.

3. 2 Výsledky

Tato kapitola prezentuje výsledky našeho výzkumného šetření. Nejprve budou prezentovány souhrnné výsledky, a to výsledky získané nástrojem FATCOD form B, poté výsledky získané nástrojem DAP-R a na závěr přistoupíme k verifikaci námi stanovených hypotéz.

Naším hlavní cílem v předkládané diplomové práci bylo zjistit, jaké postoje zaujímají žáci našeho vybraného souboru respondentů k umírání a smrti.



Graf 1. Studovaný ročník

Graf nám ukazuje, že výzkumného šetření se zúčastnilo celkem 102 respondentů (n=102), z toho 52 respondentů (51 %) z 3. ročníku a 50 respondentů (49 %) ze 4. ročníku.

3. 2. 1 Výsledky FATCOD form B

Tato podkapitola nám předkládá výsledky, které byly získané prostřednictvím nástroje FATCOD form B. Prezentované výsledky nám ukazují postoj respondentů k péči o terminálně nemocné a jejich rodiny.

Vypočetli jsme průměrný skóre ve FATCOD form B pro všechny respondenty, který dosahoval průměru **M=100,60; SD=7,12**. Na základě toho můžeme tvrdit, že u našeho zkoumaného souboru respondentů se vyskytují spíše pozitivní postoje k umírání a smrti.

Tabulka 3. Péče o umírajícího je zkušenost, kterou stojí za to zažít.

n	M	SD	min	max
102	3,70	1,00	1	5

Tabulka předkládá průměrnou hodnotu **M=3.70; SD=1.0**, a to pro položku Péče o umírajícího je zkušenost, kterou stojí za to zažít. Ze zjištěných údajů vyplývá, že respondenti s touto položkou spíše souhlasí, což můžeme interpretovat, že naši respondenti zastávají spíše pozitivnější postoje k péči o umírající a zároveň, že se takovéto péči nevyhýbají.

Tabulka 4. Smrt není to nejhorší, co může člověka v životě potkat.

n	M	SD	min	max
102	3,4	1,3	1	5

Tabulka předkládá průměrnou hodnotu **M=3.4; SD 1.3**, a to pro položku Smrt není to nejhorší, co může člověka v životě potkat. Na základě zjištěných výsledků nelze tvrdit, zda respondenti s předloženou položkou souhlasí či nesouhlasí, protože respondenti se většinou uchýlovali k volbě položky, nejsem si jist.

Tabulka 5. Bylo by mi nepříjemné mluvit o hrozící smrti s umírajícím pacientem.

n	M	SD	min	max
102	2,44	1,03	1	5

Průměrný skór **M=2.44; SD=1.03**, a to pro položku Bylo by mi nepříjemné mluvit o hrozící smrti s umírajícím pacientem, vyjadřuje negativní postoje ke komunikaci s umírajícími pacienty.

Tabulka 6. Péče o pacientovu rodinu by měla pokračovat po celé období smutku a truchlení.

n	M	SD	min	max
102	3.60	1.1	1	5

Tato položka, a to Péče o pacientovu rodinu by měla pokračovat po celé období smutku a truchlení, získala skór **M=3.60; SD=1.1**, což můžeme interpretovat jako pozitivní postoj ke komunikaci s pozůstalou rodinou i v období truchlení.

Tabulka 7. Nechtěl bych pečovat o umírajícího.

n	M	SD	min	max
102	2.4	0.9	1	5

Průměrný skór **M=2.4; SD=0.9**, a to pro položku Nechtěl bych pečovat o umírajícího, nám ukazuje, že naši respondenti vyjadřují negativní postoj k péči o umírající pacienty.

Tabulka 8. Poskytovatelé péče, kteří nejsou členy rodiny, by neměli být těmi, kdo mluví o smrti s umírajícím.

n	M	SD	min	max
102	3.5	1.0	1	5

Z průměrné hodnoty **M=3.5; SD=1.0**, a to pro položku Poskytovatelé péče, kteří nejsou členy rodiny, by neměli být těmi, kdo mluví o smrti s umírajícím, můžeme tvrdit, že naši respondenti s tímto výrokem spíše souhlasí.

Tabulka 9. Délka doby, která je nutná k poskytování péče o umírajícího, by mě frustrovala.

n	M	SD	min	max
102	3.2	1.0	1	5

Průměrná hodnota, a to pro položku Délka doby, která je nutná k poskytování péče o umírajícího by mě frustrovala, dosahuje v předložené tabulce **M=3.2; SD=1.0**, což vyjadřuje, že respondenti na tuto položku nedokázali odpovědět, to znamená, že volili odpověď, nejsem si jist.

Tabulka 10. Rozrušilo by mě, kdyby se umírající, o kterého se starám, vzdal naděje na to, že mu bude lépe.

n	M	SD	min	max
102	2.2	1.12	1	5

Průměrný skór, a to pro položku Rozrušilo by mě, kdyby se umírající, o kterého se starám, vzdal naděje na to, že mu bude lépe, který dosáhl hodnot **M=2.2, SD=1.12**, označuje, že respondenti se necítí být připraveni poskytovat péči umírajícím, kteří by projevíli ztrátu naděje.

Tabulka 11. Je obtížné navázat blízký vztah s umírajícím.

n	M	SD	min	max
102	3.1	1.13	1	5

Průměrný skór, a to pro položku Je obtížné navázat blízký vztah s umírajícím, dosáhl hodnoty **M=3.1; SD=1.13**. Na základě této hodnoty nelze tvrdit, zda je nebo není pro naše respondenty obtížné navazovat vztah s umírajícími.

Tabulka 12. V některých případech umírající smrt vítá.

n	M	SD	min	max
102	4.3	0.65	1	5

Podle průměrného skóre **M=4.3; SD=0.65** v této tabulce, a to pro položku V některých případech umírající smrt vítá, můžeme tvrdit, že respondenti s tímto výrokiem souhlasili.

Tabulka 13. Když se pacient zeptá: „Umírám?“, myslím, že je lepší změnit téma na něco radostnějšího.

n	M	SD	min	max
102	3.0	1.25	1	5

Položka, a to Když se pacient zeptá: „Umírám?“, myslím, že je lepší změnit téma na něco radostnějšího, dosáhla průměrného skóru **M=3.0; SD=1.25**, což vyjadřuje, že respondenti si nebyli jisti, jak by měli na tento výrok umírajícího pacienta reagovat.

Tabulka 14. Členové rodiny by měli být zapojení do fyzické péče o umírajícího, pokud si to přejí.

n	M	SD	min	max
102	4.2	0.93	1	5

Položka, a to Členové rodiny by měli být zapojení do fyzické péče o umírajícího, pokud si to přejí, dosáhla průměrného skóru **M=4.2; SD=0.93**, což znamená, že naši respondenti s ní souhlasili.

Tabulka 15. Doufám, že osoba, o kterou pečuji, zemře, až u toho nebudu.

n	M	SD	min	max
102	3.2	1.12	1	5

Průměrná hodnota **M=3.2; SD=1.12**, a to pro položku Doufám, že osoba, o kterou pečuji, zemře, až u toho nebudu, vyjadřuje, že respondenti nedokázali vyjádřit, zda by dokázali čelit smrti člověka nebo zda by se této zkušenosti raději vyhnuli.

Tabulka 16. Bojím se spřátelit s umírajícím.

n	M	SD	min	max
102	3.4	1.06	1	5

Dle tohoto průměrného skóre **M=3.4; SD=1.06**, a to pro výrok Bojím se spřátelit s umírajícím, nelze tvrdit, zda náš soubor respondentů má či nemá strach navázat přátelství s umírajícím pacientem.

Tabulka 17. Nejraději bych utekl, když ten člověk skutečně zemře.

n	M	SD	min	max
102	3.9	1.00	1	5

Průměrný skór, a to pro položku Nejraději bych utekl, když ten člověk skutečně zemře, který dosáhl hodnot **M=3.9; SD=1.00**, nám ukazuje, že po smrti člověka, které by byli respondenti svědkem, by se uchýlili k únikové strategii.

Tabulka 18. Rodiny vyžadují emocionální podporu, aby akceptovaly změny chování umírajícího.

n	M	SD	min	max
102	4.0	0.67	1	5

Průměrný skór **M=4.0, SD=0,67**, a to pro položku Rodiny vyžadují emocionální podporu, aby akceptovaly změny chování umírajícího, vyjadřuje, že respondenti s touto položkou souhlasí.

Tabulka 19. Když se blíží smrt, poskytovatel péče, který není člen rodiny, by se měl stáhnout.

n	M	SD	min	max
102	3.6	1.09	1	5

Z průměrného skóru **M=3.6; SD=1.09**, a to pro položku Když se blíží smrt, poskytovatel péče, který není člen rodiny, by se měl stáhnout, můžeme tvrdit, že respondenti s ním spíše souhlasí.

Tabulka 20. Rodiny by se měly snažit pomoci jejich blízkému umírajícímu co nejvíce zpříjemnit zbytek života.

n	M	SD	min	max
102	4.7	0.66	1	5

Průměrný skór, a to pro položku Rodiny by se měly snažit pomoci jejich blízkému umírajícímu co nejvíce zpříjemnit zbytek života, který dosáhl hodnot **M=4.7; SD=0.66**, nám ukazuje na vyjádření souhlasného postoje s tímto výrokiem.

Tabulka 21. Umírajícímu by nemělo být dovoleno, aby rozhodoval o své tělesné péči.

n	M	SD	min	max
102	3.9	1.05	1	5

Průměrný skór, a to pro položku Umírajícímu by nemělo být dovoleno, aby rozhodoval o své tělesné péči, dosahoval u našeho souboru respondentů **M=3.9; SD=1.05**, což je hodnota, která vyjadřuje souhlas s tímto výrokem.

Tabulka 22. Rodiny by měly pro svého umírajícího člena zachovat co nejnornálnější prostředí.

n	M	SD	min	max
102	4.4	0.69	1	5

Na základě průměrné hodnoty **M=4.4; SD=0.69**, a to pro položku Rodiny by měly pro svého umírajícího člena zachovat co nejnornálnější prostředí, můžeme tvrdit, že respondenti našeho souboru vyjádřili souhlas s tímto výrokem.

Tabulka 23. Pro umírající je blahodárné, když může vyjádřit své pocity.

n	M	SD	min	max
102	4.2	0.73	1	5

Tabulka ukazuje průměrnou hodnotu **M=4.2; SD=0.73**, a to pro položku Pro umírající je blahodárné, když může vyjádřit své pocity. Tyto hodnoty vyjadřují, že respondenti souhlasí s tím, že pro umírajícího je důležité sdělovat své pocity.

Tabulka 24. Péče by se měla rozšířit na rodinu umírajícího.

n	M	SD	min	max
102	3.55	0.89	1	5

Z této hodnoty **M=3.55; SD=0.89**, a to pro položku Péče by se měla rozšířit na rodinu umírajícího, můžeme říci, že respondenti souhlasí s tím, aby péče bylo rozšířená i na rodinu umírajícího.

Tabulka 25. Pečující by měli umírajícímu povolit pružné návštěvní hodiny.

n	M	SD	min	max
102	4.2	0.85	1	5

Tabulka ukazuje průměrný skór **M=4.2; SD=0.85**, a to pro položku Pečující by měli umírajícímu povolit pružné návštěvní hodiny, což můžeme interpretovat tak, že naši respondenti souhlasí s povolením pružných návštěvních hodin pro umírající.

Tabulka 26. Umírající a jeho rodina by měli mít zástupce, kteří činí rozhodnutí.

n	M	SD	min	max
102	2.6	0.88	1	4

Dle průměrného skóru **M=2.6; SD=0.88**, a to pro položku Umírající a jeho rodina by měli mít zástupce, kteří činí rozhodnutí, nedokážeme určit, zda respondenti našeho zkoumaného souboru souhlasí či nesouhlasí s tímto výrokem.

Tabulka 27. Když se jedná o umírajícího, neměla by se brát v úvahu závislost na lécích tlumících bolest.

n	M	SD	min	max
102	3.3	1.13	1	5

Tabulka ukazuje průměrný skór **M=3.3, SD=1.13**, a to pro položku Když se jedná o umírajícího, neměla by se brát v úvahu závislost na lécích tlumících bolest, který vyjadřuje, že respondenti nedokázali vyjádřit, zda souhlasí či nesouhlasí s touto položkou.

Tabulka 28. Cítil bych se nsvůj, kdybych vstoupil do pokoje umírajícího a viděl bych ho plakat.

n	M	SD	min	max
102	2.1	0.92	1	4

Průměrný skór **M=2.1; SD=0.92**, a to pro položku Cítil bych se nsvůj, kdybych vstoupil do pokoje umírajícího a viděl bych ho plakat, nám ukazuje, že náš soubor respondentů vyjadřuje pocit nepřipravenosti, ale i obavy, že by mohli vidět umírajícího plakat.

Tabulka 29. Umírající by měl dostat upřímnou odpověď o svém stavu.

n	M	SD	min	max
102	4.4	0.66	2	5

Průměrný skór **M=4.4**; **SD=0.66**, a to pro položku Umírající by měl dostat upřímnou odpověď o svém stavu, nám ukazuje, že respondenti vyjádřili, že souhlasí s tím, aby umírající dostal upřímnou odpověď, která by se týkala jeho stavu.

Tabulka 30. Povinností poskytovatelů péče, kteří nejsou z rodiny, není vzdělávání rodin o umírání a smrti.

n	M	SD	min	max
102	3.5	0.97	1	5

Tabulka, a to pro položku Povinností poskytovatelů péče, kteří nejsou z rodiny, není vzdělávání rodin o umírání a smrti, předkládá průměrný skór **M=3.5**; **SD=0.97**, na základě toho můžeme tvrdit, že naši respondenti se domnívají, že povinností personálu, který se podílí na péči o umírajícího, není, aby se podílel i na vzdělávání rodiny o umírání a smrti.

Tabulka 31. Členové rodiny, kteří zůstávají blízko umírajícímu, často ruší profesionální pracovníky v jejich práci s umírajícím pacientem.

n	M	SD	min	max
102	3.3	1.02	1	5

Průměrný skór **M=3.3**; **SD=1.02**, a to pro položku Členové rodiny, kteří zůstávají blízko umírajícímu, často ruší profesionální pracovníky v jejich práci s umírajícím pacientem, nám ukazuje, že respondenti nedokázali odpovědět na tuto položku.

Tabulka 32. Je možné, aby poskytovatelé péče, kteří nejsou členy rodiny, pomohli pacientům připravit se na smrt.

n	M	SD	min	max
102	4.06	0.81	1	5

Položka, a to Je možné, aby poskytovatelé péče, kteří nejsou členy rodiny, pomohli pacientům připravit se na smrt, dosáhla průměrného skóru **M=4.04**; **SD=0.81**, což nám ukazuje, že naši respondenti s tímto výrok souhlasí.

3. 2. 2 Výsledky DAP-R

V této podkapitole předkládáme výsledky získané prostřednictvím nástroje DAP-R. Tyto výsledky nám ukazují vlastní postoje respondentů k umírání a smrti. Nejprve budou prezentovány výsledky jednotlivých dimenzí a poté i výsledky jednotlivých položek.

Tabulka 33. Dimenze v DAP-R

Dimenze v DAP-R	n	M	SD	min	max
Strach ze smrti	102	4,40	1,40	1	7
Vyhýbání se smrti	102	4,10	1,55	1	7
Neutrální přijetí smrti	102	5,75	1,55	1	7
Vstřícné přijetí smrti	102	4,00	1,05	1	7
Přijetí útěku	102	4,70	1,31	1,4	7

Tabulka prezentuje průměrné skóry pro jednotlivé dimenze v DAP-R. **Dimenze Strach ze smrti** získala průměrný skór **M=4,40; SD=1,40**, na základě těchto hodnot nelze vyjádřit, zda náš soubor respondentů pociťuje či nepociťuje strach ze smrti. Na základě průměrného skóru **M=4,10; SD=1,55**, a to pro **dimenzi Vyhýbání se smrti**, nelze stanovit, zda naši respondenti mají tendenci se smrti vyhýbat či nikoli. Průměrný skór, a to pro **dimenzi Neutrálního přijetí**, dosáhl hodnot **M=5,75; SD=1,55**, na základě toho můžeme tvrdit, že náš soubor respondentů vykazuje neutrální přijetí smrti, což znamená, že přijímá smrt jako přirozenou a nedílnou součást života. Průměrným skórem, a to u **dimenze Vstřícného přijetí**, který nabyl hodnot **M=4,00; SD=1,05**, nelze vyjádřit, zda naši respondenti přijímají či nepřijímají smrt. Průměrný skór, a to pro **dimenzi Přijetí útěku** **M=4,70; SD=1,31**, vyjadřuje, že respondenti chápou smrt jako možný únik z bolestné existence.

Tabulka 34. Smrt je bezpochyby ponurý zážitek.

n	M	SD	min	max
102	6,00	1,30	1	7

Průměrný skór, a to pro položku Smrt je bezpochyby ponurý zážitek, dosáhl hodnot **M=6,00; SD=1,30**, což nám ukazuje, že respondenti s touto položkou souhlasí, to znamená, že chápou smrt jako ponurý zážitek.

Tabulka 35. Vyhlídka na mou vlastní smrt ve mně vzbuzují úzkost.

n	M	SD	min	max
102	4,30	1,90	1	7

Průměrný skór, a to pro položku Vyhlídka na mou vlastní smrt ve mně vzbuzují úzkost, se blíží hodnotě 4 (**M=4,30; SD=1,90**), na základě těchto hodnot nelze tvrdit, zda vyhlídka na jejich vlastní smrt v nich vzbuzují nebo nevzbuzují úzkost.

Tabulka 36. Vyhýbám se myšlenkám na smrt za každou cenu.

n	M	SD	min	max
102	4,00	1,85	1	7

Tabulka prezentuje průměrný skór **M=4,00; SD=1,85**, a to pro položku Vyhýbám se myšlenkám na smrt za každou cenu, na základě těchto získaných hodnot nelze tvrdit, zda náš soubor respondentů se vyhýbá myšlenkám na smrt.

Tabulka 37. Věřím, že po smrti půjdu do nebe.

n	M	SD	min	max
102	3,7	1,80	1	7

Průměrný skór, a to pro položku Věřím, že po smrti půjdu do nebe, je **M=3,7; SD=1,80**, na základě těchto získaných hodnot nelze jednoznačně tvrdit, zda naši respondenti s tímto výrokem souhlasí či nesouhlasí.

Tabulka 38. Smrt přinese konec všem mým problémům.

n	M	SD	min	max
102	4,70	1,80	1	7

Tabulka předkládá průměrný skór **M=4,70; SD=1,80**, a to pro položku Smrt přinese konec všem mým problémům. Tyto získané hodnoty naznačují, že respondenti souhlasí s tvrzením, že smrt přinese konec jejich problémům.

Tabulka 39. Na smrt je třeba pohlížet jako na přirozenou a nepopíratelnou a nevyhnutelnou událost.

n	M	SD	min	max
102	4,70	1,80	1	7

V tabulce je prezentovaný průměrný skór **M=4,70; SD=1,80**, a to pro položku Na smrt je třeba pohlížet jako na přirozenou a nepopíratelnou a nevyhnutelnou událost, na jehož základě můžeme tvrdit, že respondenti smrt přijímají jako přirozenou, nepopíratelnou součást života.

Tabulka 40. Jsem znepokojen tím, že smrt je definitivní.

n	M	SD	min	max
102	4,30	2,00	1	7

Průměrný skór, a to pro položku Jsem znepokojen tím, že smrt je definitivní, nabyl hodnot **M=4,30; SD=2,00**. Ukazuje nám, že respondenti nebyli schopni předloženou položku zodpovědět, respektive to znamená, že na základě těchto zjištěných hodnot nedokážeme rozpoznat, zda zkoumaný soubor respondentů je nebo není znepokojen s tím, že smrt je definitivní.

Tabulka 41. Smrt je vstupem na místo posledního odpočinku.

n	M	SD	min	max
102	4,70	1,55	1	7

Průměrný skór, a to pro položku Smrt je vstupem na místo posledního odpočinku, v této předložené tabulce je **M=4,70; SD=1,55**, ukazuje nám, že náš soubor respondentů s tímto výrokem souhlasí.

Tabulka 42. Smrt poskytuje únik z tohoto hrozného světa.

n	M	SD	min	max
102	4,30	1,90	1	7

Tabulka prezentuje průměrný skór **M=4,34; SD=1,90**, a to pro položku Smrt poskytuje únik z tohoto hrozného světa. Vzhledem k průměrné hodnotě, která se pohybuje velmi blízce číslu

4, nedokážeme tvrdit, zda respondenti v našem zkoumaném souboru považují smrt za únik z hrozného světa.

Tabulka 43. Kdykoli mi přijde na mysl myšlenka na smrt, snažím se ji odvrátit.

n	M	SD	min	max
102	4,20	1,86	1	7

Průměrný skór, a to pro položku Kdykoli mi přijde na mysl myšlenka na smrt, snažím se jí odvrátit, dosáhl průměrného skóru **M=4,20; SD=1,86**, na základě těchto získaných hodnot nelze tvrdit, zda se naši respondenti snaží či nesnaží odvrátit myšlenky na smrt.

Tabulka 44. Smrt je vysvobození od bolesti a utrpení.

n	M	SD	min	max
102	5,60	1,30	1	7

Tato tabulka nám prezentuje průměrný skór **M=5,60; SD=1,30**, a to pro položku Smrt je vysvobození od bolesti a utrpení, jeho hodnota vyjadřuje souhlasný postoj s předloženou položkou.

Tabulka 45. Vždy se snažím nemyslet na smrt.

n	M	SD	min	max
102	4,40	1,70	1	7

Tabulka předkládá průměrný skór **M=4,40; SD=1,70**, a to pro položku Vždy se snažím nemyslet na smrt. Na základě získaných hodnot nelze jednoznačně tvrdit, zda náš soubor respondentů s touto položkou souhlasí či nikoli.

Tabulka 46. Věřím, že nebe bude mnohem lepší místo, než je to tady na Zemi.

n	M	SD	min	max
102	3,70	1,65	1	7

Na základě průměrného skóru **M=3,70; SD=1,65**, a to pro položku Věřím, že nebe bude mnohem lepší místo, než je to tady na Zemi, nemůžeme říci, zda náš soubor respondentů s tímto výrokiem souhlasí či nesouhlasí.

Tabulka 47. Smrt je přirozená součást života.

n	M	SD	min	max
102	6,44	1,00	1	7

Prezentovaná tabulka zobrazuje průměrný skór **M=6,44; SD=1,00**, a to pro výrok Smrt je přirozená součást života, což znamená, že naši respondenti chápou smrt jako přirozenou součást života.

Tabulka 48. Smrt je svazek s Bohem a s věčnou blažeností.

n	M	SD	min	max
102	3,40	1,80	1	7

Vzhledem k předloženému průměrnému skóru **M=3,40; SD=1,80**, který získala položka Smrt je svazek s Bohem a s věčnou blažeností, můžeme tvrdit, že náš soubor respondentů s touto položkou nesouhlasí.

Tabulka 49. Smrt přináší příslib nového a velkolepého života.

n	M	SD	min	max
102	3,90	1,50	1	7

Tabulka uvádí průměrný skór, a to pro položku Smrt přináší příslib nového a velkolepého života, **M=3,90; SD=1,50**, tato hodnota nám neumožňuje **posoudit, zda naši respondenti se k tomuto výroku přiklání či nikoli.**

Tabulka 50. Smrti bych se nebál ani ji nevítám.

n	M	SD	min	max
102	4,60	1,75	1	7

Průměrný skór **M=4,60**; **SD=1,75**, a to pro položku Smrti bych se nebál ani ji nevítám, nám ukazuje, že naši respondenti s touto položkou souhlasí.

Tabulka 51. Mám velký/intenzivní strach ze smrti.

n	M	SD	min	max
102	3,52	2,00	1	7

Dle předloženého průměrného skóru **M=3,52**; **SD=2,00**, a to pro položku Mám velký/intenzivní strach ze smrti, můžeme tvrdit, že naši respondenti nepocitují intenzivní strach ze smrti.

Tabulka 52. Vyhýbám se myšlenkám na smrt.

n	M	SD	min	max
102	4,00	1,80	1	7

Tabulka předkládá průměrný skór **M=4,00**; **SD=1,80**, a to pro položku Vyhýbám se myšlenkám na smrt. Na základě těchto hodnot nedokážeme interpretovat, zda se naši respondenti vyhýbají či nevyhýbají myšlenkám na smrt.

Tabulka 53. Téma života po smrti mě velmi trápí.

n	M	SD	min	max
102	3,66	1,90	1	7

Tabulka předkládá průměrný skór **M=3,66**; **SD=1,90**, a to pro položku Téma života po smrti mě velmi trápí, který vyjadřuje, že naši respondenti s touto položkou nesouhlasí.

Tabulka 54. Děsí mě fakt, že smrt znamená konec všeho.

n	M	SD	min	max
102	4,20	2,10	1	7

Na základě průměrného skóru **M=4,20; SD=2,10**, a to pro položku Děsí mě fakt, že smrt znamená konec všeho, nelze určit, zda konečnost smrti naše respondenty děsí.

Tabulka 55. Těším se na setkání se svými milovanými po smrti.

n	M	SD	min	max
102	4,64	1,80	1	7

Průměrný skór v předložené tabulce **M=4,64; SD=1,80**, a to pro položku Těším se na setkání se svými milovanými po smrti, vyjadřuje, že naši respondenti s touto položkou spíše souhlasí.

Tabulka 56. Vnímám smrt jako úlevu z pozemského utrpení.

n	M	SD	min	max
102	4,60	1,70	1	7

Průměrný skór **M=4,60; SD=1,70**, a to pro položku Vnímám smrt jako úlevu z pozemského utrpení, nám ukazuje, že naši respondenti s tímto tvrzením spíše souhlasí.

Tabulka 57. Smrt je jednoduše součást životního procesu.

n	M	SD	min	max
102	6,20	1,40	1	7

Hodnota průměrného skóru **M=6,20; SD=1,40**, a to u položky Smrt je jednoduše součást životního procesu, nám ukazuje, že respondenti se přiklánějí ke tvrzení, že smrt je součást životního procesu.

Tabulka 58. Vnímám smrt jako most k věčnému a požehnanému místu.

n	M	SD	min	max
102	4,00	1,70	1	7

Na základě průměrné hodnoty **M=4,00; SD=1,70**, a to pro položku Vnímám smrt jako most k věčnému a požehnanému místu, nelze uvést, zda naši respondenti s tímto výrokiem souhlasí či nikoli.

Tabulka 59. Snažím se nemít nic společného s tématem smrt.

n	M	SD	min	max
102	3,80	1,80	1	7

Tabulka prezentuje průměrný skór **M=3,80; SD=1,80**, a to pro položku Snažím se nemít nic společného s tématem smrt, což vyjadřuje hodnotu, na jejíž základě nemůžeme stanovit, zda naši respondenti s tímto výrokiem souhlasí či nesouhlasí.

Tabulka 60. Smrt nabízí skvělou úlevu duši.

n	M	SD	min	max
102	3,40	1,45	1	7

Na základě vyjádřené průměrné hodnoty **M=3,40; SD=1,45**, a to pro položku Smrt nabízí skvělou úlevu duši, je patrné, že respondenti s touto položkou nesouhlasí.

Tabulka 61. Moje víra v posmrtný život mi přináší útěchu.

n	M	SD	min	max
102	3,76	1,90	1	7

Tabulka nám ukazuje průměrný skór **M=3,76; SD=1,90**, a to pro položku Moje víra v posmrtný život mi přináší útěchu. Na základě této získané hodnoty nelze určit, zda respondenti s tímto výrokiem souhlasí nebo nesouhlasí.

Tabulka 62. Smrt vnímám jako úlevu od břemene v tomto životě.

n	M	SD	min	max
102	4,15	1,77	1	7

Z průměrného skóru **M=4,15**; **SD=1,77**, a to pro položku Smrt vnímám jako úlevu od břemene v tomto životě, nelze určit, zda respondenti vnímají smrt jako úlevu od pozemského života.

Tabulka 63. Smrt není dobrá ani špatná.

n	M	SD	min	max
102	5,25	1,40	1	7

Průměrný skór, a to pro položku Smrt není dobrá ani špatná, dosáhl hodnot **M=5,25**; **SD=1,40**. Na základě těchto hodnot můžeme tvrdit, že náš zkoumaný soubor respondentů s touto položkou souhlasí.

Tabulka 64. Těším se na posmrtný život.

n	M	SD	min	max
102	3,55	1,90	1	7

Tabulka předkládá průměrný skór **M=3,55**; **SD=1,90**, a to pro položku Těším se na posmrtný život. Na základě hodnot předložených v tabulce je patrné, že respondenti s touto položkou nesouhlasí.

Tabulka 65. Nejistota, že nevím, co bude po smrti, mě děsí.

n	M	SD	min	max
102	4,70	2,10	1	7

Vzhledem k průměrnému skóru **M=4,70**; **SD=2,10**, a to pro položku Nejistota, že nevím, co bude po smrti, mě děsí, můžeme říci, že naši respondenti s touto položkou souhlasí.

3. 2. 3 Verifikace hypotéz

Tato podkapitola předkládá výsledky, které byly v rámci našeho výzkumného šetření zjištěny.

Výsledky budeme prezentovat v jednotlivých námi stanovených oblastech, které vycházejí z formulovaných cílů a hypotéz, a to v oblastech:

- Strach z vlastní smrti a jeho vliv na poskytování ošetrovatelské péče umírajícím pacientům.
- Vliv vzdělávání o problematice umírání a smrti na postoje k umírání a smrti u našeho souboru respondentů.
- Vliv zkušeností s péčí o umírající pacienty a jejich rodiny na postoje k péči o umírající pacienty.
- Předchozí zkušenosti se ztrátou blízkého a jejich vliv na postoje k umírání a smrti.
- Vztah mezi náboženskou vírou a postoji k umírání a smrti.

Strach z vlastní smrti a jeho vliv na poskytování ošetrovatelské péče umírajícím pacientům.

Jedním z dílčích cílů této práce bylo zjistit, zda vlastní postoje, konkrétně strach z umírání a ze smrti, mají vliv na kvalitu poskytované ošetrovatelské péče umírajícím pacientům.

Za tímto účelem byla formulovaná tato hypotéza **H1: Existuje statisticky významný vztah mezi strachem z vlastní smrti a strachem z poskytování ošetrovatelské péče umírajícím pacientům.** Za účelem potvrzení či zamítnutí naší hypotézy byly vytvořeny dvě proměnné, a to sloučením proměnných ve FATCOD form B po vzoru Mastroianniho et. al. (2015). To znamená, že byla vytvořena proměnná, která prezentovala pozitivní postoje k umírání a smrti, a proměnná, která představovala strach z poskytování péče umírajícím pacientům. Obě proměnné poté byly statisticky testovány v dimenzi Strach ze smrti v DAP – R.

Tabulka 66. Strach z poskytování péče umírajícím

Strach z poskytování péče umírajícím	n	M	SD	Min.	Max.	p hod
	102	3.08	0.6	1.7	4.7	0.0415

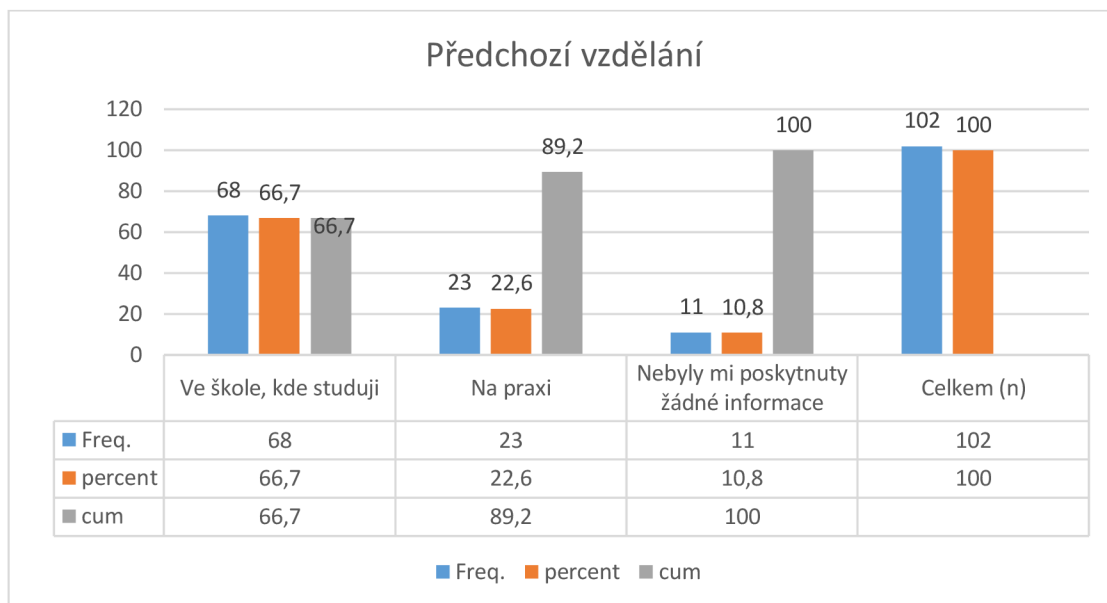
V tabulce je vypočten průměrný skór, směrodatná odchylka, minimální a maximální hodnoty, a to pro proměnnou Strach z poskytování ošetrovatelské péče umírajícím. Na základě těchto dat nelze určit, zda respondenti v našem výzkumném souboru zastávají pozitivní či negativní postoje k péči o umírající, protože **M=3.08**, **SD=0.6** ukazuje na neutrální hodnoty. Z předložené tabulky je však patrné, že byla potvrzena statisticky významná korelace **p=0.0415** mezi Dimenzí strach ze smrti a proměnnou Strach z poskytování péče umírajícím.

Hypotézu H1 proto přijímáme. Na jejím základě můžeme tvrdit, že u našeho zkoumaného souboru respondentů existuje statisticky významný vztah mezi strachem z vlastní smrti a postoji k péči o umírající pacienty, ale zároveň strach z vlastní smrti poté významně ovlivňuje postoje nejen k vlastní smrti, ale zejména k poskytování ošetrovatelské péče.

Vliv vzdělávání o problematice umírání a smrti na postoje k umírání a smrti.

Dalším cílem v této diplomové práci bylo zjistit, zda vzdělávání o umírání a smrti má vliv na vlastní postoje žáků k umírání a smrti. Na tomto základě byla formulována tato hypotéza:

H2: Existuje statisticky významný vztah mezi vzděláváním žáků o umírání a smrti a postoji k umírání a smrti.



Graf 2. Předchozí vzdělání

Z grafu je patrné, že z celkového počtu respondentů $n=102$ (100,0 %) 68 respondentů, tedy 66,7 %, označilo, že se o problematice umírání a smrti dozvěděli ve škole, kde studují. 23 respondentů, což je 22,6 %, označilo odpověď na praxi a 11 respondentů, tedy 10,8 %, udalo, že jim nebyly poskytnuty žádné informace, který by se týkaly umírání a smrti.

Demografickou položku Předchozí vzdělání jsme poté protestovali v jednotlivých dimenzích v DAP – R, což předkládáme v následujících tabulkách:

Tabulka 67. Vliv předchozího vzdělávání na dimenzi Strach ze smrti.

Předchozí vzdělání	n=102	C	M	SD	Min	Max	p-hod.
Ve škole, kde studuji	68	4,1	4,2	1,35	1,0	6,7	0,0833
Na praxi	23	5,0	4,8	1,47	1,6	7,0	
Nebyly mi předány žádné informace	11	4,7	4,7	1,31	2,9	7,0	

Z tabulky vyplývá, že vliv předchozího vzdělávání nemá statisticky významný vliv na strach ze smrti u našeho souboru respondentů, protože jeho hodnota je $p=0.0833$.

Tabulka 68. Vliv předchozího vzdělávání na dimenzi Vyhýbání se smrti.

Předchozí vzdělání	n=102	C	M	SD	Min	Max	p-hod.
Ve škole, kde studuji	68	4,1	4,0	1,54	1,0	7,0	0,499
Na praxi	23	4,6	4,4	1,48	1,0	6,6	
Nebyly mi předány žádné informace	11	3,6	3,9	1,85	1,0	6,4	

Z tabulky je patrné, že nebyl nalezen statisticky významný vztah mezi vlivem předchozího vzdělávání a dimenzí vyhýbání se smrti.

Tabulka 69. Vliv předchozího vzdělávání na dimenzi Neutrální přijetí smrti.

Předchozí vzdělání	n=102	C	M	SD	Min	Max	p-hod.
Ve škole, kde studuji	68	5,9	5,8	0,77	3,0	7,0	0,3917
Na praxi	23	5,6	5,6	0,85	3,2	6,8	
Nebyly mi předány žádné informace	11	6,0	6,0	0,68	4,6	6,8	

Tabulka nám ukazuje, že nebyl nalezen žádný statisticky významný vztah mezi předchozím vzděláním a Neutrálním přijetím smrti.

Tabulka 70. Vliv předchozího vzdělávání na dimenzi Vstřícné přijetí smrti.

Předchozí vzdělání	n=102	C	M	SD	Min	Max	p-hod.
Ve škole, kde studuji	68	4,0	4,0	1,12	1,0	7,0	0,7555
Na praxi	23	4,2	4,0	0,97	1,8	5,3	
Nebyly mi předány žádné informace	11	3,7	3,8	0,87	2,6	5,3	

Tabulka vyjadřuje, že u našeho zkoumaného souboru nebyl prokázán statisticky významný vztah mezi dimenzí Vstřícného přijetí smrti a předchozím vzděláním.

Tabulka 71. Vliv předchozího vzdělávání na dimenzi Přijetí útěku.

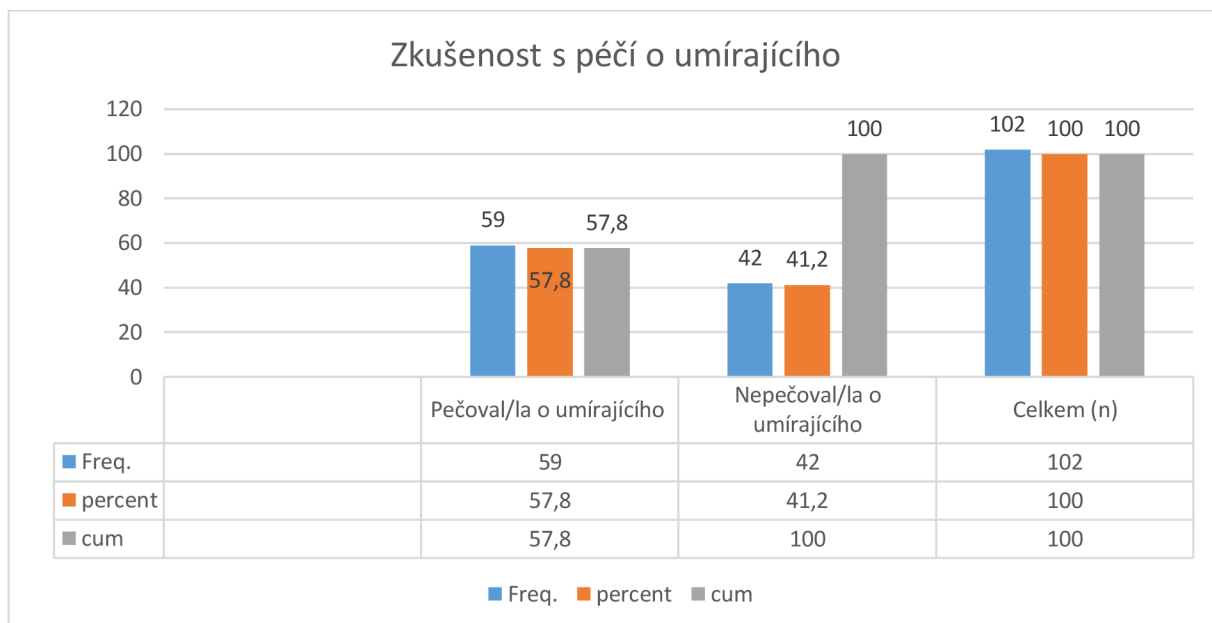
Předchozí vzdělání	n=102	C	M	SD	Min	Max	p-hod.
Ve škole, kde studuji	68	4,8	4,7	1,31	1,6	7,0	0,934
Na praxi	23	4,4	4,6	1,41	1,4	7,0	
Nebyly mi předány žádné informace	11	5,0	4,8	1,16	3,2	6,8	

Tabulka předkládá, že nebyl nalezen statisticky významný vztah mezi dimenzí Přijetí útěku a předchozím vzděláním.

Hypotézu H2 zamítáme. Nebyly zjištěny žádné statisticky významné vztahy mezi vzděláním a vlastními postoji k umírání a smrti u našeho souboru respondentů.

Vliv zkušeností s péčí o umírající pacienty a jejich rodiny na postoje k péči o umírající pacienty.

Dalším cílem v této práci bylo zjistit, zda zkušenost s péčí o umírající pacienty má vliv na postoje k péči o umírající pacienty. Za tímto účelem jsme stanovili hypotézu: **H3: Existuje statisticky významný vztah mezi zkušeností s poskytováním ošetrovatelské péče umírajícím pacientům a postoji k péči o umírající pacienty.**



Graf 3. Zkušenost s péčí o umírající pacienty

Graf nám ukazuje, že u našeho souboru respondentů $n=102$ (100%), 59 respondentů, tedy 57.8 %, pečovalo o umírajícího pacienta. 42 respondentů, což je 41.2 %, označilo odpověď, že nepečovalo o umírajícího pacienta.

Tabulka 72. Pozitivní a negativní postoj.

	n=102	M	SD	min.	max	p-hod.
Pozitivní postoje	102	3.7	0.4	2.6	4.6	0.0298
Negativní postoje	102	2.6	0.6	1.25	4.5	

Pro potvrzení či zamítnutí naší hypotézy jsme sloučili proměnné v FATCOD form B a vytvořili proměnnou, která vyjadřuje pozitivní postoj k péči o umírajícího pacienta a jeho rodinu, a také proměnnou, která vyjadřuje negativní postoje k péči o umírajícího. Tyto proměnné jsme poté statisticky testovali s položkou „Zkušenost s péčí“. Bylo vypočteno průměrné skóre pro oba typy postojů, směrodatné odchylky, minimální a maximální hodnoty. Proměnná, která představovala pozitivní postoje, dosáhla průměru $M=3.7$, $SD=0.4$. a proměnná pro negativní postoje k péči o umírající pacienty měla průměr $M 2.6$, $SD 0.6$. Dále je z tabulky patrné, že byl prokázán **statisticky významný vztah ($p=0.0298$)** mezi postoji respondentů k péči o umírající pacienty a jejich zkušeností s péčí o umírající.

Hypotézu H2 přijímáme, protože byl potvrzen statisticky významný vztah mezi zkušeností s poskytováním ošetrovatelské péče a postoji k péči o umírající. Žáci, kteří poskytovali péči umírajícím pacientům, zaujímají pozitivnější postoj k péči o umírající a ke smrti.

Dále naším cílem bylo také porovnat zkušenosti s péčí mezi respondenty 3. a 4. ročníku.

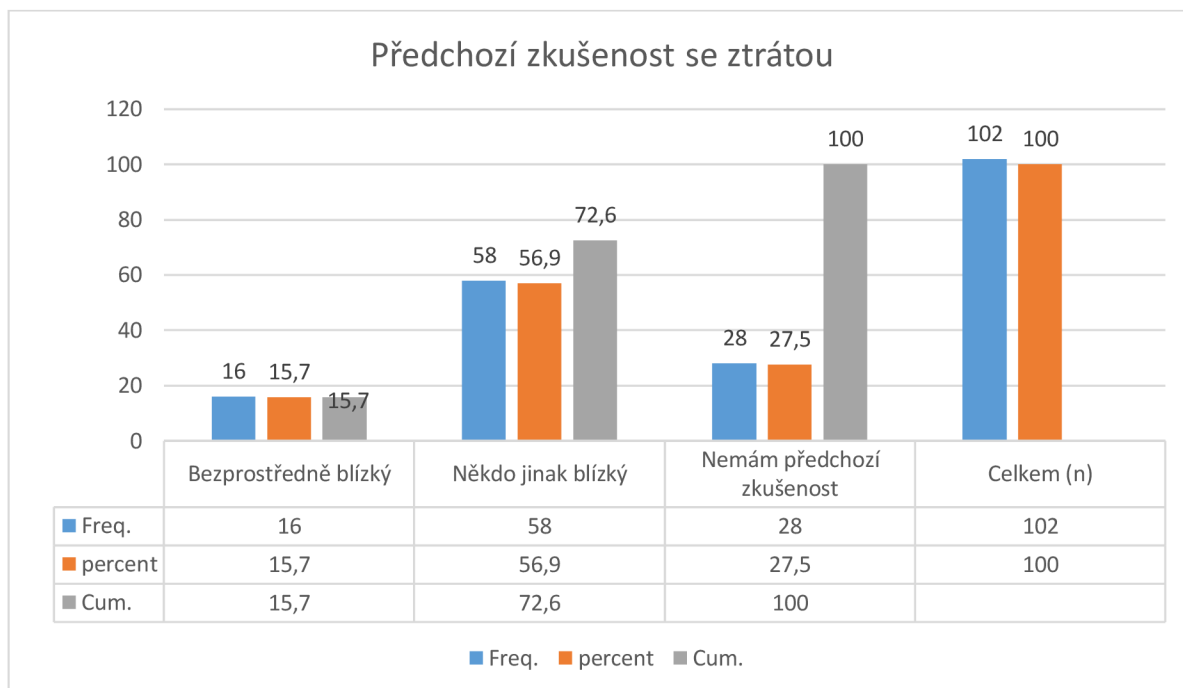
Tabulka 73. Předchozí zkušenost s péčí o umírající dle ročníků.

Ročník	Pečoval/la		Nepečoval/la		Celkem		p-hod.
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	
3. ročník	22	42,3	30	57,7	52	100	0.001
4. ročník	37	75,5	12	24,5	49	100	
Celkem	59	58,4	42	41,6	102	100	

Z tabulky je patrné, že ze souboru respondentů ze 4. ročníku pečovalo o umírajícího pacienta 37 žáků, tedy 75,5 %, a ze 3. ročníku 22 žáků, což odpovídá 42,3 %. Na základě hodnoty **p=0.001** můžeme tvrdit, že **existuje statisticky významný rozdíl** ve zkušenostech v poskytování ošetrovatelské péče mezi žáky 3. a 4. ročníku.

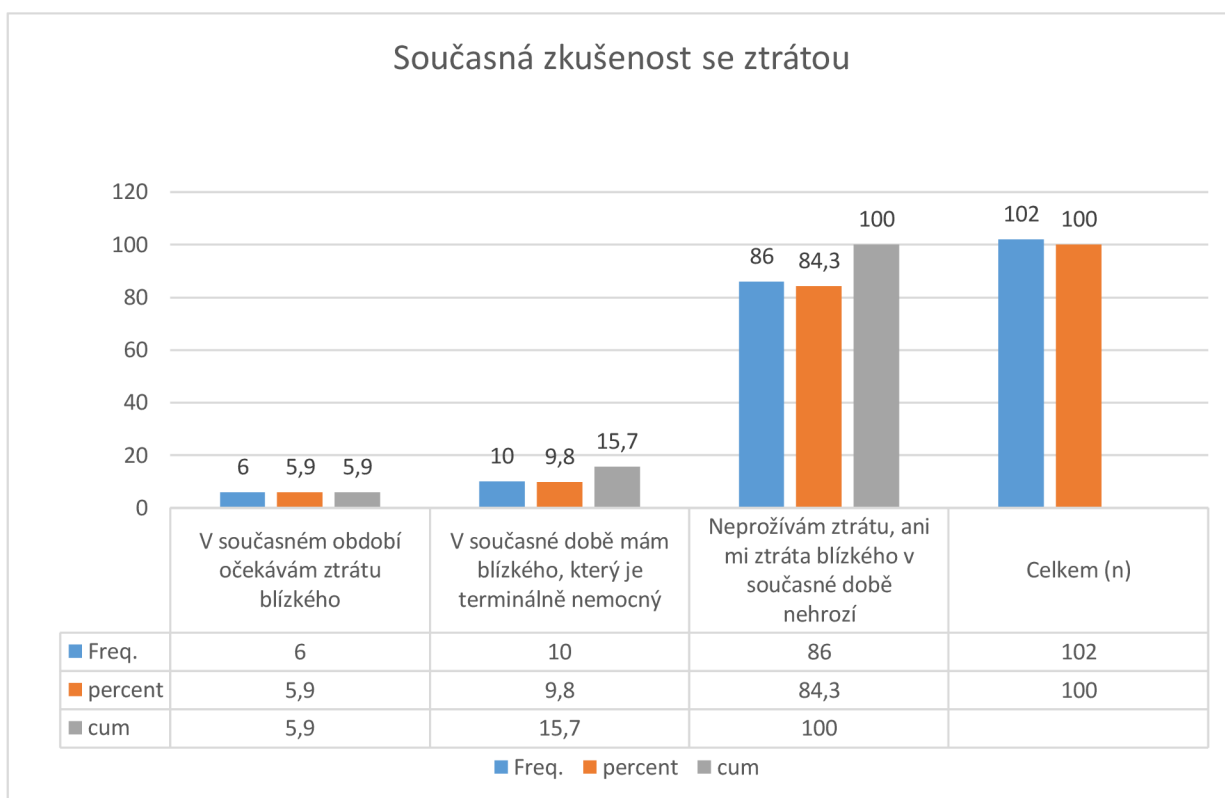
Předchozí zkušenosti se ztrátou blízkého a jejich vliv na postoje k umírání a smrti.

Dalším cílem této práce bylo zjistit, zda předchozí ztráta blízkého či prožívání ztráty má vliv na postoje k péči o umírající pacienty. Proto byla námi formulována tato hypotéza **H5: Existuje statisticky významný vztah mezi předchozí zkušeností se ztrátou blízkého a postoji ke smrti.**



Graf 4. Předchozí zkušenost se ztrátou

Z grafu vyplývá, že 16 respondentů, to je 15,7 %, vyjádřilo zkušenost se ztrátou blízkého, 58 respondentů, což je 56,9 %, udalo, že prožilo ztrátu, ale jejich ztráta se netýkala člověka, který by byl pro ně blízkým. A 28 respondentů, což je 27,5 %, označilo v předloženém nástroji, že doposud se se ztrátou člověka neseťkalo.



Graf 5. Současná zkušenost se ztrátou

Z grafu je patrné, že 86 respondentů, to je 84,3 %, v současné době neprožívá ani neočekává ztrátu blízkého. 10 respondentů, což je 9,8 %, má blízkého, který je terminálně nemocen. A 6 respondentů, tedy 5,9 %, v současné době ztrátu blízkého prožívá.

Tabulka 74. Vztah mezi dimenzí Strach ze smrti a předchozí zkušeností se ztrátou.

Předchozí zkušenost se ztrátou	n=102	C	M	SD	Min	Max	p-hod.
Bezprostředně blízký	16	4,4	4,3	1,68	1,6	7,0	0,4924
Někdo jinak blízký	58	4,2	4,3	1,32	1,0	7,0	
Nemám předchozí zkušenost se ztrátou	28	4,9	4,6	1,41	1,4	6,7	

Z tabulky vyplývá, že nebyl nalezen statisticky významný vztah mezi předchozí zkušeností se ztrátou a strachem ze smrti.

Tabulka 75. Vztah mezi dimenzí Vyhýbání se smrti a předchozí zkušeností se ztrátou.

Předchozí zkušenost se ztrátou	n=102	C	M	SD	Min	Max	p-hod.
Bezprostředně blízký	16	4,3	4,4	1,66	1,0	7,0	0,1303
Někdo jinak blízký	58	4,0	3,8	1,44	1,0	6,4	
Nemám předchozí zkušenost se ztrátou	28	4,8	4,5	1,65	1,0	6,8	

Tabulka nám ukazuje, že nebyl nalezen statisticky významný vztah mezi předchozí zkušeností se ztrátou a vyhýbavým postojem k umírání a smrti.

Tabulka 76. Vztah mezi dimenzí Neutrální přijetí a předchozí zkušeností se ztrátou.

Předchozí zkušenost se ztrátou	n=102	C	M	SD	Min	Max	p-hod.
Bezprostředně blízký	16	6,0	5,8	0,69	4,4	6,8	0,6263
Někdo jinak blízký	58	5,8	5,8	0,75	3,0	7,0	
Nemám předchozí zkušenost se ztrátou	28	5,7	5,6	0,90	3,2	7,0	

Tabulka nám předkládá, že předchozí zkušenost u našich respondentů nemá statisticky významný vztah k dimenzi neutrální přijetí smrti.

Tabulka 77. Vztah mezi dimenzí Vstřícné přijetí a předchozí zkušeností se ztrátou.

Předchozí zkušenost se ztrátou	n=102	C	M	SD	Min	Max	p-hod.
Bezprostředně blízký	16	3,7	3,7	1,53	1,0	7,0	0,0141
Někdo jinak blízký	58	4,4	4,2	0,97	1,3	7,0	
Nemám předchozí zkušenost se ztrátou	28	3,8	3,6	0,77	2,1	5,3	

Tabulka nám ukazuje, že u našeho souboru respondentů byl prokázán **statisticky významný vztah ($p=0,0141$)** mezi dimenzí Vstřícné přijetí a demografickou položkou předchozí zkušenost se ztrátou.

Tabulka 78. Vztah mezi dimenzí Přijetí útěku a předchozí zkušeností se ztrátou.

Předchozí zkušenost se ztrátou	n=102	C	M	SD	Min	Max	p-hod.
Bezprostředně blízký	16	5,0	5,1	1,25	3,0	7,0	0,4581
Někdo jinak blízký	58	4,8	4,6	1,31	1,6	7,0	
Nemám předchozí zkušenost se ztrátou	28	4,2	4,5	1,34	1,4	7,0	

Z tabulky vyplývá, že nebyl nalezen statisticky významný vztah mezi dimenzí Přijetí útěku a zkušeností se ztrátou.

Hypotéza H4: Existuje statisticky významný vztah mezi předchozí zkušeností se ztrátou blízkého a postoji ke smrti, nebyl prokázán statisticky významný vztah, **proto zamítáme.** Statisticky významná hodnota mezi ztrátou blízkého byla prokázána pouze v dimenzi Přijetí přístupu, kdy hodnota **$p=0,0141$** se **pohybovala na statistický významné hladině.** Na základě toho můžeme tvrdit, že zkušenost se ztrátou blízkého má vliv na přijetí smrti.

Dílčím cílem této práce bylo porovnat, zda existuje statisticky významný rozdíl mezi zkušenostmi se ztrátou blízkého mezi oběma ročníky.

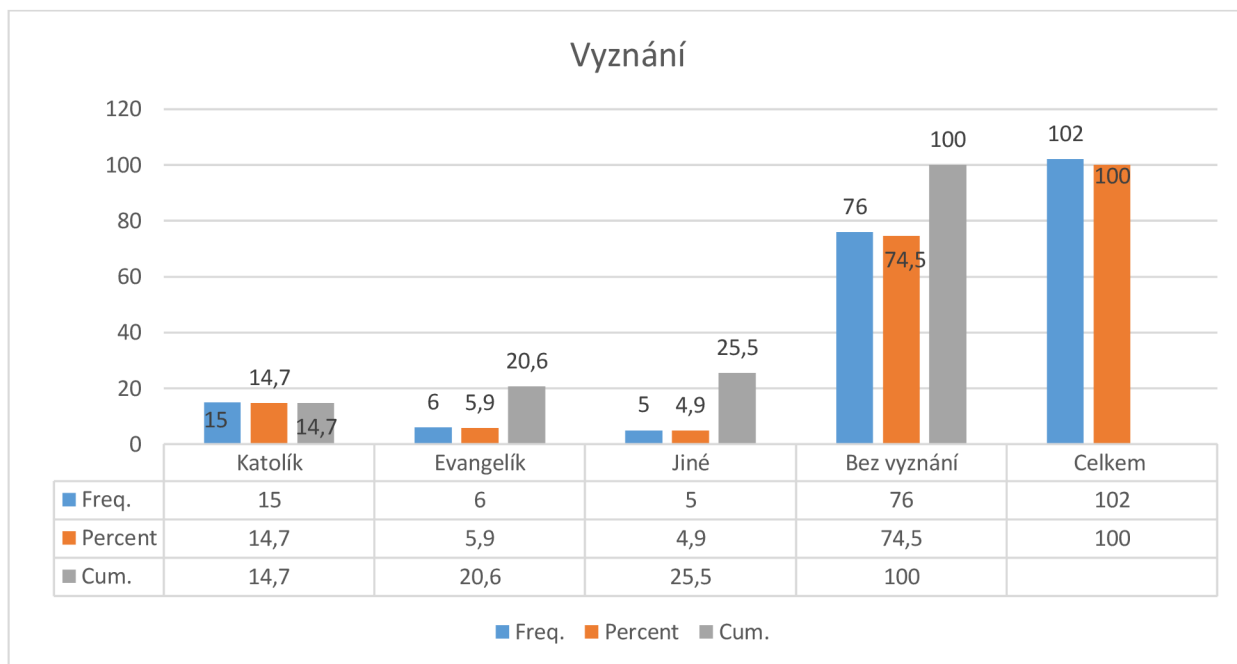
Tabulka 79. Předchozí zkušenosti se ztrátou dle ročníků.

Ročník	Bezprostředně blízký		Někdo jinak blízký		Nemám předchozí zkušenost		Celkem	p – hod
	freq.	%	freq.	%	freq.	%	%	
n=52	9	17,3	29	55,8	14	27,0	100,00	0,900
n=50	7	14,0	29	58,0	14	28,0	100,00	
n=102	16	15,7	58	56,9	28	27,45	100,00	

Tabulka prezentuje výsledky se zkušenostmi se ztrátou u obou ročníků. Nebyl nalezen statisticky významný rozdíl $p=0.900$ mezi zkušenostmi se ztrátou mezi ročníky.

Vztah mezi náboženskou vírou a postoji k umírání a smrti.

Dalším cílem této diplomové práce bylo zjistit, zda náboženská víra má vliv na postoje k umírání a smrti. Sestavili jsme hypotézu: **H5: Existuje statisticky významný vztah mezi náboženskou vírou a postoji k umírání a smrti.**



Graf 6. Vyznání

Z grafu vyplývá, že ze zkoumaného souboru respondentů $n=102$ (100 %) se 15 respondentů, což je 14,7 %, hlásí ke katolickému vyznání, 6 respondentů, tedy 5,9 %, jsou evangelíci, 76 respondentů, tedy 74,5 %, udává, že jsou bez vyznání, a 5 respondentů, což je 4,9 %, označilo odpověď jiné, což bychom zahrnout pod pojem spiritualita.

Pro ověření statistické významnosti byly protestovány všechny škály v DAP – R podle demografické položky „*Moje náboženská víra*“ ve FATCOD form B. Demografický formulář také nabízel položku „*Vyznání*“, tuto položku můžeme označit jako přeskokovou, a to z toho důvodu, že na základě označení odpovědi v této položce se respondenti mohli rozhodnout, která z následujících položek je pro ně relevantní, a to zda „*Moje náboženská víra*“, nebo položka „*To, že jsem nevěřící*“.

Tabulka 80. Vliv náboženské víry na dimenzi Strach ze smrti.

Moje náboženská víra:	n=102	C	M	SD	Min	Max	p-hod.
Má silný na postoj k umírání a smrti	16	3,8	3,9	1,77	1,0	7,0	0,1568
Má menší vliv na postoj k umírání a smrti	12	4,9	4,7	1,20	2,0	6,1	
Nemá vliv na postoj k umírání a smrti	74	4,4	4,4	1,35	1,4	7,0	

Z tabulky je patrné, že náboženská víra u našeho souboru respondentů (n=102) nemá vliv na dimenzi Strach ze smrti.

Tabulka 81. Vliv náboženské víry na dimenzi Vyhýbání se smrti.

Moje náboženská víra:	n=102	C	M	SD	Min	Max	p-hod.
Má silný na postoj k umírání a smrti	16	3,8	3,6	1,51	1,0	6,2	0,0411
Má menší vliv na postoj k umírání a smrti	0,1568	0,1568	0,1568	0,1568	0,1568	0,1568	
Nemá vliv na postoj k umírání a smrti	74	4,2	4,1	1,56	1,0	7,0	

Tabulka ukazuje, že byl nalezen **statisticky významný vztah (p=0,0411)** mezi náboženskou vírou a dimenzí Vyhýbání se smrti.

Tabulka 82. Vliv náboženské víry na dimenzi Neutrální přijetí.

Moje náboženská víra:	n=102	C	M	SD	Min	Max	p-hod.
Má silný na postoj k umírání a smrti	16	5,9	5,7	0,78	4,0	6,6	0,3653
Má menší vliv na postoj k umírání a smrti	12	5,5	5,4	0,86	3,6	6,6	
Nemá vliv na postoj k umírání a smrti	12	5,5	5,4	0,86	3,6	6,6	

Tabulka vyjadřuje, že nebyl nalezen statisticky významný vztah mezi náboženskou vírou našich respondentů a dimenzí Neutrální přijetí smrti.

Tabulka 83. Vliv náboženské víry na dimenzi Vstřícné přijetí smrti.

Moje náboženská víra:	n=102	C	M	SD	Min	Max	p-hod.
Má silný na postoj k umírání a smrti	16	5,0	5,0	1,02	3,2	7,0	0,0512
Má menší vliv na postoj k umírání a smrti	12	4,3	4,3	0,66	3,4	5,4	
Nemá vliv na postoj k umírání a smrti	74	3,8	3,7	0,96	1,0	5,6	

Z tabulky vyplývá, že náboženská víra u našeho souboru respondentů nemá statisticky významný vztah s dimenzí Vstřícné přijetí smrti.

Tabulka 84. Vliv náboženské víry na dimenze Přijetí útěku.

Moje náboženská víra:	n=102	C	M	SD	Min	Max	p-hod.
Má silný na postoj k umírání a smrti	16	5,2	5,2	0,98	4,0	7,0	0,2186
Má menší vliv na postoj k umírání a smrti	12	4,6	4,5	1,14	2,6	6,4	
Nemá vliv na postoj k umírání a smrti	74	4,6	4,6	1,39	1,4	7,0	

Z předložené tabulky vyplývá, že náboženská víra nemá vliv na dimenzi Přijetí útěku u našeho souboru respondentů.

Hypotézu H5: tedy zamítáme, nebyl prokázán statisticky významný vztah mezi náboženskou vírou a postoji k umírání a smrti.

Ve škále **Vyhýbání se smrti** byla vypočtena hladina statistické významnosti **p= 0,0411**. Toto zjištění můžeme interpretovat tak, že náboženská víra u našeho souboru respondentů vede k vyhýbání se smrti, tato dimenze v DAP-R prezentuje negativní postoje k umírání a smrti.

4 Diskuze

Metodika a výsledky rešeršní strategie

Kapitola Diskuze v předložené diplomové práci byla vytvořena převážně na základě metody pokročilé rešerše, a to konkrétně v těchto elektronických databázích: ProQuest, Ovid a Pubmed National Library of Medicine. U všech vygenerovaných zdrojů ze jmenovaných databází byla následně posouzena jejich relevantnost vůči naší rešeršní otázce, a to nejprve vzhledem k jejich abstraktu a poté i v plném textu těchto prací.

Pro napsání této kapitoly byly také využity literární zdroje, které byly nalezeny skrze vyhledávač Google Scholar, jednalo se o korelační studii od autorky Radky Bužgové (2010).

ProQuest

Přístup k databázi ProQuest studentům zprostředkovává Univerzita Palackého v Olomouci. Po zadání klíčových slov a limitací (plný text a recenzované zdroje) databáze vygenerovala celkem 14 výsledků, z toho dva literární zdroje byly relevantní vůči naší rešeršní otázce, a to průřezová studie Lapporte et. al. (2020) a kvazi – experimentální studie Jafari et. al. (2015).

Ovid

V databázi Ovid jsme rovněž vyhledávali relevantní literární zdroje, taktéž i přístup k této databázi je zprostředkován Univerzitou Palackého v Olomouci. Zde byla nalezena studie Dunn et. al. (2005), která byla relevantní vůči naší rešeršní otázce.

Pubmed National Library of Medicine

V této databázi jsme vyhledávání limitovali na plnotextové články. Zde nám databáze vygenerovala 22 literárních zdrojů, z toho tři literární zdroje byly pro nás relevantní, ve všech třech studiích byl uplatněn desing observační průřezové studie, konkrétně se jednalo o studie těchto autorů: Zainab et. al. (2015), Ferri et. al. (2021), Mastroianni et. al. (2021).

V Praktické části diplomové práce jsme prezentovali výsledky našeho výzkumného šetření a nyní budeme porovnávat tyto výsledky spolu s výsledky z jiných studií (Dunn et. al. 2005; Laporte et. al. 2020; Mastroianni et. al., 2021; Zainab et. al. 2015; Ferri et. al. 2021), které byly realizované stejnými výzkumnými nástroji (FATCOD form B, DAP-R) či podobnými

výzkumnými nástroji (The Collett-Lester Fear Of Death Scale – CL-FODS) a které sbíraly data ke stejnému předmětu zkoumání jako tato práce.

V praktické části jsme se nejprve zabývali souhrnnými výsledky, které jsme získali prostřednictvím výzkumného nástroje FATCOD form B. V naší práci dosahoval jeho průměrný skór hodnot ($M=100,60$; $SD=7,12$), což svědčí o pozitivních postojích našich respondentů k péči o umírající pacienty a jejich rodiny. Taktéž i v ostatních námi citovaných studiích respondenti vykazovali rovněž pozitivní postoje k péči o umírající pacienty a jejich rodiny. Ve studii Dunn et. al. (2005) dosáhl průměrný skór ze všech porovnávaných studií nejvyšších hodnot, a to ($M=130$; $SD=22,7$). Ve studii Laporte et. al. (2020) byl průměrný skór ($M=117,7$; $SD=9,8$), ve studii Mastroianni et. al. (2021) dosáhl průměrný skór ($M=115,3$; $SD=9,1$) a nejnižší skór dosáhl soubor respondentů ve studii realizované Zainab et. al. (2015), jehož hodnota byla $M=98,1$; $SD=9,2$, přesto i u respondentů této studie převládají spíše pozitivní postoje k péči o umírající pacienty.

V rámci jednotlivých položek ve FATCOD form B, tak jak v naší práci, tak i v námi porovnávaných studiích (Mastroianni et. al., 2021; Zainab et. al., 2005) byly shodně prokázány negativní postoje u respondentů v těchto položkách: *Bylo by mi nepříjemné mluvit s umírajícím o hrozící smrti. Rozrušilo by mě, kdyby se umírající vzdal naděje na to, že mu bude lépe. Cítil bych se nesvůj, kdybych viděl umírajícího plakat.* Na základě toho může říci, že pro žáky v našem případě či studenty v případě citovaných studií je obtížné čelit beznaději, která může konec života provázet, a také to svědčí i o nedostatečné připravenosti těchto studentů pečovat o terminálně nemocné pacienty.

Další shody u porovnávaných studií jsme našli u položek zaměřených na zapojení rodiny do péče o umírajícího. Respondenti porovnávaných studií se shodli na zapojení rodiny do péče o umírajícího. Rozpor nastal u výroku „*Péče by se měla rozšířit na rodinu umírajícího*“, kdy naši respondenti vyjádřili spíše pozitivní postoj, to znamená, že s touto položkou spíše souhlasili. Kdežto respondenti ve studii Ferri et. al. (2021) s tímto výrokem přímo nesouhlasili.

Zároveň Ferri et. al. (2021) vyjádřili v rámci interpretace svých výsledků velké překvapení, které se týkalo položky řešící závislost na lécích, konkrétně na opiátech, kdy řada jejich respondentů vyjadřovala obavy a nejistotu v odpovědi na tuto položku, což je i v souladu jak s naším souborem respondentů, tak i se souborem respondentů ve studii Mastroianni et. al. (2021). Na základě těchto výsledků můžeme usuzovat, že nejen naši respondenti, ale i

respondenti ze zmíněných studií nejsou vybaveni dostatečnými znalostmi týkajícími se této problematiky.

Druhým výzkumným nástrojem byl standardizovaný dotazník DAP-R, v rámci našeho výzkumného šetření jsme došli k závěrům, že u našeho souboru respondentů nebyly v rámci dimenze Strach ze smrti zjištěny postoje, které by nám ukazovaly, že naši respondenti se umírání a smrti obávají, což je v rozporu například se zjištěním, které předkládá studie Zainab et. al. (2015), kdy respondenti v této studii vykazovali známky mírného strachu z umírání a smrti. Jak ale budeme prezentovat dále, přesto však i u našeho souboru respondentů byl posléze nalezen vztah mezi strachem z vlastní smrti a strachem z poskytování ošetrovatelské péče o pacienty.

Taktéž v dimenzi Vyhýbání se smrti nebyly zjištěny údaje o tom, že by se naši respondenti uchýlovali k takovému to jednání, a to zejména z důvodu, že průměrná hodnota této dimenze nám ukazovala, že respondenti se uchýlovali spíše k volbě neurální odpovědi, z čehož následně nemůžeme usuzovat, zda u nich dochází k potlačování a vyhýbání se smrti nebo zda koncept umírání a smrti přijímají. Ve studii Zainab et. al. (2015) však respondenti mírné vyhýbání se smrti vykazovali, což pak, jak tvrdí Niemerik (1994), může vyústit až v její tabuizaci, což opět poté podporuje nárůst strachu z ní.

V dimenzi Neutrálního přijetí smrti výsledky našeho šetření odráží, že náš soubor respondentů přijímá smrt jako neoddelitelnou součást života, tato dimenze představuje vyzrálý pohled na život, což taktéž bylo potvrzeno i ve studii Zainab et. al. (2015).

V dimenzi Vstřícného přijetí, taktéž nebyly zjištěny výsledky, které by dokázaly vyjádřit, zda naši respondenti se k těmto postojům přiklánějí či nikoliv. Jak ještě bude řečeno dále, tak je to i z důvodu, že náš soubor respondentů byl tvořen žáky, kteří se pouze menšinově hlásili k nějakému náboženství, a právě tato dimenze seskupovala položky, které chápou smrt jako cestu k životu věčnému, což pro respondenty, kteří nepřijímají víru, která by jim přislíbila život věčný, není relevantní. To je i důvodem, proč na tyto položky nedokázali adekvátně odpovědět. K odlišnému výsledku dospěli ve studii Zainab et. al. (2005), kdy v této dimenzi byly nalezeny u respondentů pozitivní postoje, jejich příčinou může být právě většinové přijetí víry, jak vyplynulo z jejich demografických údajů.

Dimenze Akceptace útěku nám ukázala mírně pozitivní postoje u našich respondentů. Akceptace útěku je druh pozitivního postoje, který spatřuje smrt jako alternativní únik

z bolesti či z těžkostí, které mohou provázet i konec lidského života. Pozitivní postoje respondentů v této dimenzi byly potvrzeny i ve studii Zainab et. al. (2015).

V této části diskuze se zaměříme na ověření výsledků jednotlivých hypotéz, kterých bylo stanoveno celkem pět.

Hypotéza H1: Existuje statisticky významný vztah mezi strachem z vlastní smrti a strachem z poskytování ošetrovatelské péče umírajícím pacientům. Tato hypotéza byla **námi přijata**, protože hodnota $p=0,0415$ se pohybovala na statisticky významné hladině.

Tímto se nám podařilo prokázat, že u našeho souboru respondentů existuje vztah mezi vlastními postoji k umírání a smrti a postoji k péči o umírající pacienty a jejich rodiny. Jinými slovy vlastní postoje, v našem případě strach ze smrti, jsou poté významnými prediktory, které ovlivňují úroveň poskytované ošetrovatelské péče.

Taktéž i ve výzkumné studii Zajnah et. al. (2015) prokázali, že strach respondentů z vlastní smrti souvisí s negativními postoji k péči o pacienty, a tak se stává se překážkou v poskytování adekvátní ošetrovatelské péče. I řadou dalších výzkumných studií je strach ze smrti považován za jednu ze stěžejních překážek, které ovlivňují kvalitu poskytované péče umírajícím pacientům. Ve výzkumné studii realizované Dunn et. al. (2005) nebyl potvrzen žádný vztah mezi strachem z vlastní smrti, respektive mezi vlastními postoji k umírání a smrti a postoji k péči o umírající pacienty.

Hypotéza H2: Existuje statisticky významný vztah mezi vzděláváním žáků o umírání a smrti a postoji k umírání a smrti. Tuto hypotézu **jme zamítli**, protože u našeho souboru respondentů nebyl nalezen statisticky významný vztah.

I přesto, že v rámci dotazování naši respondenti většinou vyjádřili, že jim bylo poskytnuté vzdělávání o problematice umírání a smrti, a to jak ve škole, tak i v rámci praktické výuky v nemocničních zařízeních, se nám tento vztah nepodařilo prokázat. Avšak uvědomujeme si, že naše zkoumání v této oblasti mělo i své limity. Hlavní omezení naší studie spatřujeme ve formě námi použitého výzkumného desingu, který nebyl dle našeho mínění dostatečně vhodný pro prokázání tohoto vztahu. Totéž můžeme říci i o těchto dalších námi porovnávaných studiích. (Laporte et. al., 2020; Ferri et. al., 2021) Naproti tomu studie realizovaná Jafferri et. al. (2015) potvrzuje vliv vzdělávání na pozitivní postoje k umírání a

smrti, jednu z příčin tohoto výsledku přisuzujeme právě ve využití kvazi-experimentálního výzkumného designu.

Hypotéza H3: Existuje statisticky významný vztah mezi zkušenostmi s poskytováním ošetrovatelské péče umírajícím pacientům a postoji k péči o umírající pacienty. Tuto hypotézu **jsme přijali**, protože hodnota $p=0,0298$ se pohybovala na statisticky významné hladině.

Vztah mezi zkušenostmi s péčí o umírající pacienty a jejich rodiny a jeho vlivu na postoje k smrti a k péči o umírající pacienty byl také zkoumán ve studii Dunn et. al. (2005) a Laporte et. al. (2020). V jejich výzkumném šetření byl rovněž potvrzen statisticky významný vztah mezi těmito proměnnými. U všech studií můžeme jejich výsledky interpretovat tak, že expozice žáků či studentů vede k nárůstu kladných postojů k péči o terminálně nemocné pacienty. Pouze studie realizovaná Ferri et. al. (2021) tento vztah u jejich souboru respondentů nepotvrdila.

V rámci porovnání zkušeností s péčí mezi respondenty 3. a 4. ročníku jsme zjistili, že zde **existuje statisticky významný vztah** mezi délkou studia a jeho vlivem na postoje k umírajícím pacientům. V rámci srovnání postojů mezi ročníky nejen naše studie potvrdila, že s vyšším ročníkem dochází k nárůstu pozitivních postojů, ale i studie Dunn, et. al., (2005) a studie Laporte et. al. (2020) tuto závislost rovněž potvrdili.

H4: Existuje statisticky významný vztah mezi zkušenosti se ztrátou blízkého a postoji k umírání a smrti.

Tuto hypotézu **jsme zamítli**, nebyl prokázán vztah mezi zkušenostmi se ztrátou blízkého a postoji k umírání a smrti.

Statisticky významná hladina bylo prokázána pouze v dimenzi Vstřícné přijetí, což můžeme interpretovat tak, že zkušenost s prožitou ztrátou má vliv na pozitivnější postoje k umírání a smrti našich respondentů.

Taktéž i Bužgová (2010) zkoumala vliv ztráty blízkého na postoje k umírání a smrti, konkrétně na vliv strachu ze smrti, taktéž neprokázala žádný statisticky významný vztah, který by ukazoval, že ztráta blízkého má vliv na vlastní postoje k umírání a smrti.

Hypotéza H5: Existuje statisticky významný vztah mezi náboženskou vírou a postoji k umírání a smrti.

Tuto hypotézu se nám nepodařilo potvrdit, a proto jsme **hypotézu zamítli**.

Statisticky významný vztah mezi náboženstvím a postoji k umírání a smrti se nám podařilo nalézt pouze v dimenzi Vyhýbaní se smrti.

Příčinu toho, že se nám tento vztah nepodařilo potvrdit, spatřujeme i ve velmi malém počtu respondentů, kteří se považovali za věřící. To je i v souladu se sociokulturními změnami, které jsme nastínili v Přehledu publikovaných poznatků, kdy pro naše prostředí je typická spíše sekularizace. Rovněž i studie Ferri et. al. (2021) neprokázala statistickou souvislost mezi vírou a postoji k umírání a smrti.

Pro nás překvapivé výsledky, ale přinesla studie realizovaná Jaferi et. al. (2020), kdy její soubor respondentů byl složen výhradě jen z věřících studentů, jak vyplynulo z jejich demografických dat, ale ani oni tento vztah nepotvrdili.

5 ZÁVĚR

V přehledu publikovaných poznatků o této problematice jsme prošli jednotlivými dějinnými etapami, ve kterých jsme sledovali proměny postojů společnosti k umírání a smrti.

Stěžejní změnu k dnešním postojům spatřujeme ve změně místa umírání, kdy domov byl vystřídán nemocnicí, kdy rodina se zbavila povinnosti pečovat a doprovázet své umírající na jejich poslední cestě a tuto povinnost předala do rukou zdravotnických pracovníků, konkrétně zdravotních sester. Od nich společnost očekává, že budou schopné kompetentně, plně profesionálně a se vší samozřejmostí saturovat potřeby umírajících pacientů a že budou schopny tyto pacienty doprovodit na jejich poslední cestě životem.

Z řady výzkumných studií, se kterými jsme pracovali, vyplynulo, že studenti se stále necítí být adekvátně připraveni na tuto péči, zároveň i analýza kurikulárních dokumentů potvrdila nedostatečné zastoupení této problematiky ve vzdělávání. Řada studií současně ukazuje, že kvalitní pedagogická intervence může pomoci tuto jejich výkonnostní mezeru překlenout. V naší práci se nám sice nepodařilo prokázat statisticky významný vztah mezi vzděláváním a jeho vlivem na postoje k umírání a smrti, přesto ale po hlubší analýze našich výsledků jsme prokázali, že i přes spíše pozitivní postoje našich respondentů k péči o umírající i k vlastnímu umírání a smrti tyto respondenti nejsou dostatečně připraveni poskytovat péči umírajícím pacientům. Bylo prokázáno, že nejsou schopni čelit beznaději, která může konec života provázet, a zároveň ani nejsou vybaveni dostatečnými znalostmi pro zvládnutí této problematiky.

Výzkumných šetření v této oblasti již byla vykonána celá řada, nyní je spíše potřeba začít jednat a integrovat vzdělávání o umírání a smrti do kurikula i do běžné praxe. Jednu z takových možností vidíme nejen v aplikování aktivizačních výukových metod, které jsme popsali v kapitole 2. 5. 1 Vybrané vyučovací metody a jejich implementace do výukového procesu o péči o pacienty v terminálním stádiu nemoci, ale zejména v aplikování tématu umírání a smrti v rámci Průřezových témat do RVP.

REFERENČNÍ SEZNAM

1. ARIES, Philippe. Dějiny smrti II. Přeložil Danuše NAVRÁTILOVÁ. Praha: Argo, 2010. ISBN 80-7203-293-3
2. BERANOVÁ, Lenka. Cesta k neo-modernímu typu smrti. 2009. [online] Historická sociologie [cit. 2020-18-12] Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/320289796_Cesta_k_neo-modernimu_typu_smrti
3. BUŽGOVÁ, Radka. Měření úzkosti a strachu ze smrti studentek ošetrovatelství. 2010 [online] Kontakt 3. ISSN 1212-4117 [cit. 2020-09-12]. Dostupné z: https://kont.zsf.jcu.cz/artkey/knt-201003-0004_mereni-uzkosti-a-strachu-ze-smrti-u-studentek-osetrovatelstvi.php
4. BOURDELOIE, Helène. Usages des dispositifs socionumériques et communication avec les morts. 2015 [online] Questions de communication presses universitaires de Lorraine s. 101-125 č. 28 ISSN: 2259-8901 [cit. 2021-04-10] Dostupné z: <https://doi.org/10.4000/questionsdecommunication.10069>
5. CALLAHAN, Daniel. Perspectives in Biology and Medicine. 2009. [online] Baltimore Sv. 52, čís. 1(Winter 2009) s. 103-15. [cit. 2021-04-1] Dostupné z: <https://search.proquest.com/docview/233162347/fulltext/D388C60C44C142F3PQ/10?accountid=16730>
6. DAVIES, Douglas. Stručné dějiny smrti. 2007. Oxford. Blackwell Publishing. s. 186. ISBN 978-80-7207-628-4

7. DECHAU, Jean-Hugues. Mourir a l'aube du XXIE siecle. 2002. [online] Fondation Nationale de Gérontologie. č. 25 s. 253–268 ISSN 0151-0193. [cit. 2021-02-13] Dostupné z: <https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe1-2002-3-page-253.htm>
8. DOBBINS, Elisabeth. The impact of end of life care content on the attitude of associate degree nursing students towards death and care of the dying. 2011[online] Article in Teaching and Learning in Nursing. č. 6. s. 159–166 [cit. 2021-04-10] Dostupné z: <https://www.researchgate.net/publication/251690351>
9. DUNN, Karen et. al. Nursing experience and the care of dying patients. 2005 [online] ProQuest Central Oncology Nursing Forum; Pittsburgh Sv. 32, č. 1. str. 97-104. [cit. 2022-1-2] Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15660148/>
10. ELIAS, Norbert. O osamělosti umírajících v našich dnech. 1998. Nakladatelství Franze Kafky. ISBN 80-85844-39-7
11. FABRO, Katherine, SHAFFER, Marjorie, SCHATTON, Julie. The Development, Implementation, and Evaluation of an End-of-Life Simulation Experience for Baccalaureate Nursing Students. 2014 [online] Nursing Education Perspective. sv. 35. č. 1. s. 19–25. [cit. 2021-04-12] Dostupné z: <https://search.proquest.com/scholarly-journals/development-implementation-evaluation-end-life/docview/1495399871/se-2?accountid=16730>
12. FERRI, Paola. Nursing student attitudes toward dying patient care: A European multicenter cross-sectional study. 2021 [online] Acta Biomed for Health Professions. Vol. 92, Suppl. 2: e2021018 [cit. 2022-01-02] Dostupné z: DOI: 10.23750/abm.v92iS2.11403

13. HANZELIKOVÁ, POGRÁNYIVÁ, A. et. al. Nursing Students' Reflections on the Death Process. Reflexiones de los alumnos de Enfermería sobre el proceso de la muerte. 2014 [online] *Enfermería Global* s. 145-155 ISSN 1695-6141 [cit. 2021-04-01] Dostupné z: <https://pdfs.semanticscholar.org/a754/cb27591f079e9d8e3b16b9c2dcdcc81fee21.pdf?ga=2.167251646.188628927.1617801650-12499696.1603091829>
14. HAŠKOVCOVÁ, Helena. Thanatologie: nauka o umírání a smrti. 2., přeprac. vyd. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-471-3
15. JACOBSON, Michael H. Spectacular Death – Proposing a New Fifth Phase to Philippe Ariès's Admirable History of Death. 2016 [online] *Humanities* s. 5 (2) [cit. 2020-15-12] Dostupné z: <https://doi.org/10.3390/h5020019>
16. JAFARI, M. et. al. Caring for Dying Patients: Attitude of Nursing Students and Effects of Education. *Indian Journal of Palliative Care*. 2015 [online]. 21(2), 292-297 [cit. 2022-01-12]. ISSN 1998-3735. Dostupné z: DOI:10.4103/0973- 1075.156497
17. KAKAR, Vani; OBEROI, Nanki. Mourning with social media: Rewiring. 2016 [online] *Indian Journal of Positive Psychology*. Sv. 7, Čís. 3 (Sep 2016) s. 371-375. [cit. 2021-04-02] Dostupné z: <https://search.proquest.com/docview/1837539767/fulltext/D388C60C44C142F3PQ/99?accountid=16730>
18. KHALED, Abdallah Khader, SAMIHA, Jarrar, ALASAD, Jafar. Research Paper Influence of nurses' characteristics and education on their attitudes towards death and dying. 2010. [online] *International Journal of Nursing and Midwifery*. č. 2(1). s. 1-9 ISSN 2141-2499 [cit. 2021-04-17] Dostupné z: <http://www.academicjournals.org/ijnm>

19. KVISVETROVÁ, Jana, KUTNOHORSKÁ, Jana. Umírání a smrt v historickém vývoji. 2010 [online] Kontakt s. 212-219. ISSN 1212-417. [cit. 2021-12-12] Dostupné z: https://kont.zsf.jcu.cz/artkey/knt-201002-0014_umirani-a-smrt-v-historickem-vyvoji.php
20. LAPORTE, Pauline et. al. Factors affecting attitudes towards caring for terminally ill patients among nursing students in Switzerland: a cross - sectional study. 2020. BMJ Open; London sv. 10, Čís. 9. DOI: 10.1136 / bmjopen-2020-037553
21. LOPEZ, Alonso Ana Isabel, et.al. Experimental classroom games: a didactic tool in palliative care. 2018. [online] Rev Esc Enferm USP. č. 52. s 1-8 [cit. 2021-15-4] Dostupné z: https://pdfs.semanticscholar.org/47be/de8fc94551de368fc7eaa74dc414b149aeb9.pdf?_ga=2.128216716.188628927.1617801650-12499696.1603091829
22. MASTROIANNI, Chiara. Frommelt Attitudes Toward Care of the Dying Scale Form B: Psychometric Testing of the Italian Version for Students. 2015 OMEGA—Journal of Death and Dying. č 70 (3) s. 227–250 Dostupné z: DOI: 10.1177/0030222815568944 ome.sagepub.com
23. MASTROIANNI, Chiara. Italian nursing students' attitudes towards care of the dying patient: a multi-center descriptive study. 2021 [online] *Nurse Education Today*, 104, 104991.[cit. 2022-01-05] Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34139582/>
24. MAREČKOVÁ Jana, KLUGAROVÁ, Jitka et. al. Evidence-Based Health Care. Zdravotnictví založené na vědeckých důkazech. 2015 Univerzita Palackého v Olomouci, 2015 ISBN 978-80-244-4781-0

25. MIDDLEWICK, Yvonne et. al. Curtains up! Using forum theatre to rehearse the art of communication in healthcare education. 2012 [online] Nurse Education in Practice. Volume 12, Issue s. 139-142. ISSN 1471-5953 [cit. 2021-08-18] Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2011.10.010>
26. MICHALČÁKOVÁ, Radka et. al. Strach ze smrti v kontextu citové vazby v období dospívání. 2011 [cit. 2020-06-05] Sociální studia. Katedra sociologie FSS MU, 2/2011. S. 107–120. ISSN 1214813X. [cit. 2021-05-03] Dostupné z: https://journals.muni.cz/socialni_studia/article/view/5894/5001
27. MOHAMED Jafari, et. al. Caring for dying patients: Attitude of nursing students and effects of education. 2015 [online] Indian Journal of Palliative Care, 21(2), 192-197. [cit. 2021-07-4] Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.4103/0973-1075.156497>
28. MOREHAUSE, Kristina, CRANDALL, Heather. Virtual Grief. 2014 [online] Communication research trends. č 33. s. [cit. 2021-04-11] Dostupné z: <https://new.waccglobal.org/wp-content/uploads/wacc-global/Images/Galleries/RESOURCES/MD/2014-3/05Morehouse-Crandall.pdf>
29. NEŠPOROVÁ, Olga. O smrti a pohřbívání. 2013 Brno: Centrum pro studium demokracie a kultury (CDL) s. 351. ISBN 978-80-7325-320-2
30. NEIMEYER, R. A. Death Anxiety Handbook – Research, Instrumentation and Application. 1. ed. Washington: Taylor & Francis, 1994. p. 121–148. ISBN 1-56032-282-9. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/266261246_The_Death_Attitude_Profile_Revised_A_multidimensional_measure_of_attitudes_towards_death

31. RABATEL, Alain, FLOERA Marie-Laure. Re-Presentations of Death in the Information Media. 2011 [online] Questions de communication. Presses universitaires de Lorraine. s. 1–20 ISSN: 1633-5961. [cit. 2021-04-01] Dostupné z: <http://journals.openedition.org/questionsdecommunication/8885>
32. RAUDECKÁ, Jaroslava, JAVŮRKOVÁ, Alena. Strach ze smrti u dospělých umírajících pacientů v terminální fázi onkologického onemocnění. 2011 [online] Sociální studia. Katedra sociologie FSS MU, 2/2011. S. 121–133. ISSN 1214813X. [cit. 2020-05-06] Dostupné z: https://journals.muni.cz/socialni_studia/article/view/5
33. ROBINSON, Ruthie. End-of-life Education in Undergraduate Nursing Curricula. 2004 [online] Dimensions of Critical Care Nursing č. 23 sv.2 s. 89-92 [cit. 2021-03-06] Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15192371/>
34. ROZHONĚ, Michal. Vědecké výzkumy smrti. 2015 [online] PAIDEIA: Philosophical e journals of charles univerzity ISSN 1214-8725 č. 4/XII [2020-30-12] Dostupné z: <https://ojs.cuni.cz/paideia/article/download/1437/1024/6791>
35. RUMBLE, Hannah et. al. Disposal or dispersal? Environmentalism and final treatment of the British dead'. 2014. [online] Mortality, vol. 19, no. 3. [cit. 2021-10-12] Dostupné z: <https://doi.org/10.1080/13576275.2014.920315.243-260>
36. RYBÁROVÁ, D., NOVOTNÁ, Z., DROPOVÁ, Z. Postojov sester k umerajúcim pacientom vo FNŠP J. A. REImana v Prešove. [online]. [cit. 2021-10-10] Dostupné z: <https://www.unipo.sk/public/media/16593/Ryb%C3%A1rov%C3%A1%20D.,%20Novotn%C3%A1%20Z.,%20Droppov%C3%A1%20Z.,.pdf>
37. PIATOWSKI, W; MAJCHROWSKA, A. Thanatological problems in Polish classical medical sociology. 2014 [online] sv. 4. čís. 10. s 245–253 Sholarly Journals e-ISSN

20836260 [cit. 2021-31-3] Dostupné z: <https://search.proquest.com/scholarly-journals/thanatological-problems-polish-classical-medical/docview/1547341723/se-2?accountid=16730>

38. PŘIDALOVÁ, Marie. Proč je moderní smrt tabu? 1998. [online] Sociologický Časopis roč. 34, čís. 3. s. 347-361 [cit. 2020-18-12] Dostupné z: <https://www.jstor.org/stable/41131408>

39. SEALE, Clive. Changing patterns of death and dying. 2000. [online] Social Science & Medicine sv. 51 s. 917–930 [cit. 2020-12-10]. Dostupné z: <http://www.elsevier.com/locate/socscimed>

40. SLOVÁKOVÁ, JANA. Vzťah medzi dosiahnutým vzdelaním sestier a ich postojmi k smrti. 2010. [online] Profese on-line ISSN 1803-4330. ročník III/2 [cit. 2021-09-04] Dostupné z: <https://profeseonline.upol.cz/pdfs/pol/2010/02/02.pdf>

41. SLOVÁKOVÁ Jana, TRPIŠOVÁ Miroslava. Postoje sestier k starostlivosti o umierajúceho vo vzťahu k dĺžke ošetrovateľskej praxe. 2011 [online] Profese on-line ISSN 1803-4330 ročník IV/1. [cit. 2021-09-04] Dostupné z: <https://profeseonline.upol.cz/pdfs/pol/2011/01/05.pdf>

42. ŠPATENKOVÁ, Naděžda et. al. O posledních věcech člověka. Vybrané kapitoly z thanatologie. 2014. Galén. s. 315. ISBN 978-80-7492-148-4

43. ŠIKLOVÁ, Jiřina. Vyhoštěná smrt. 2013. Kalich s. 128. ISBN 978-80-7017-197-4

44. TUXBURY, Janis, WALL McCAULEY, Patricia, LEMENT, Wendy. Nursing and Theatre Collaborate: An End-of-Life Simulation Using Forum Theatre. 2012. [online]

Journal of Nursing Education. sv. 51, č. 8. s. 462–465 [cit. 2021-04-15] Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.3928/01484834-20120615-02>

45. VÁVRA, Martin. „Nesnáze s měřením postojů.“ 2006 [online] *SDA Info* 8 (1): 9-12. ISSN 1212995X. [cit. 2021-08-08] Dostupné z: <https://www.soc.cas.cz/publikace/nesnaze-s-merenim-postoju>

46. VIDAL, Jose Antonio Cerrillo. New tanatological practices and the emergence of the neomodern model of death. 2009 [online] *Empiria Madrid* č. 43 Str. 15-37 Universidad Nacional de Educacion a Distancia (UNED)[cit. 2021-04-02] Dostupné z: <https://search.proquest.com/docview/2233939748/fulltext/73BAEDCF501E4379PQ/12?accountid=16730>

47. WALTER, Tony. The dead who become angels: bereavement and vernacular religion in the 21st century. 2016 [online] *Omega: Journal of Death & Dying*, vol. 73, s. 3-28. [cit. 29–11 -2020] Dostupné z: <https://doi.org/10.1177/0030222815575697>

48. WALTER, Tony. Modern grief, postmodern grief. 2007. [online] *International Review of Sociology*, vol. 17, s. 123-134 [cit. 2020 – 29 -11] Dostupné z: <https://doi.org/10.1080/03906700601129798>

49. WALTER, Tony. Grief and culture. 2010 [online] *Mortality*. [cit. 2020-12-16] Dostupné z: <https://doi.org/10.1080/02682621003707431>

50. WALTER, Tony. The pervasive dead. 2019. [online] *Mortality*. 24:4, 389-404 [cit. 2021-11-11] Dostupné z: <https://doi.org/10.1080/13576275.2017.1415317>

51. WALTER, Tony. Organizations and death: A view from death studies', Culture and Organization. 2014 [online] č. 20, s. 68-76. [cit. 2020-20-12] Dostupné z: <https://doi.org/10.1080/14759551.2013.866731>
52. WALTER, Tony. Hospices and rituals after death: a survey of British hospice chaplains. 2003. [online] International Journal of Palliative Nursing č. 9 s. 80-85 [cit. 2020-17-12] Dostupné z: https://purehost.bath.ac.uk/ws/portalfiles/portal/562658/Walter_IJPN_2003_9_2_80.pdf
53. WALTER, Tony. New mourners, old mourners: online memorial culture as a chapter in the history of mourning. 2015 [online] New Review of Hypermedia and Multimedia. s. 10-24 [cit. 2020-20-12] Dostupné z: <https://doi.org/10.1080/13614568.2014.983555>
54. WALTER, Tony. Historical and cultural variants on the good death. 2003 [online] BMJ, vol. 327, s. 218-220. [cit. 2020-18-12] Dostupné z: <https://doi.org/10.1136/bmj.327.7408.218>
55. ZAINAB, Zahran et. al. Nursing students' attitudes towards death and caring for dying patients. 2021 Nursing Open, 9, 614–623. <https://doi.org/10.1002/nop2.110>

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

AACN – Americká asociace vysokoškolských sester

C – centil

cum. – kumulativní průměr

DAP – R – The Death Attitude Profil – Revised

ELNEC – End of life nursing education consorcium

FATCOD form B- Frommelt Attitudes Toward Care Of Dying scale form B

Freq. - frekvence

M – mean

max. – maximální hodnota

min. – minimální hodnota

n – výběrový soubor

SD – směrodatná odchylka

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1. Dimenze postojů v DAP – R.

Tabulka 2. Kategorie FATCOD form B.

Tabulka 3. Péče o umírajícího je zkušenost, kterou stojí za to zažít.

Tabulka 4. Smrt není to nejhorší, co může člověka v životě potkat.

Tabulka 5. Bylo by mi nepříjemné mluvit o hrozící smrti s umírajícím pacientem.

Tabulka 6. Péče o pacientovu rodinu by měla pokračovat po celé období smutku a truchlení.

Tabulka 7. Nechtěl bych pečovat o umírajícího.

Tabulka 8. Poskytovatelé péče, kteří nejsou členy rodiny, by neměli být těmi, kdo mluví o smrti s umírajícím.

Tabulka 9. Délka doby, která je nutná k poskytování péče o umírajícího, by mě frustrovala.

Tabulka 10. Rozrušilo by mě, kdyby se umírající, o kterého se starám, vzdal naděje na to, že mu bude lépe.

Tabulka 11. Je obtížné navázat blízký vztah s umírajícím.

Tabulka 12. V některých případech umírající smrt vítá.

Tabulka 13. Když se pacient zeptá: „Umírám?“, myslím, že je lepší změnit téma na něco radostnějšího.

Tabulka 14. Členové rodiny by měli být zapojeni do fyzické péče o umírajícího, pokud si to přejí.

Tabulka 15. Doufám, že osoba, o kterou pečuji, zemře, až u toho nebudu.

Tabulka 16. Bojím se spřátelit s umírajícím.

Tabulka 17. Nejraději bych utekl, když ten člověk skutečně zemře.

Tabulka 18. Rodiny vyžadují emocionální podporu, aby akceptovaly změny chování umírajícího.

Tabulka 19. Když se blíží smrt, poskytovatel péče, který není člen rodiny, by se měl stáhnout.

Tabulka 20. Rodiny by se měly snažit pomoci jejich blízkému umírajícímu co nejvíce zpříjemnit zbytek života.

Tabulka 21. Umírajícímu by nemělo být dovoleno, aby rozhodoval o své tělesné péči.

Tabulka 22. Rodiny by měly pro svého umírajícího člena zachovat co nejnornálnější prostředí.

Tabulka 23. Pro umírající je blahodárné, když může vyjádřit své pocity.

Tabulka 24. Péče by se měla rozšířit na rodinu umírajícího.

Tabulka 25. Pečující by měli umírajícímu povolit pružné návštěvní hodiny.

Tabulka 26. Umírající a jeho rodina by měli mít zástupce, kteří činí rozhodnutí.

Tabulka 27. Když se jedná o umírajícího, neměla by se brát v úvahu závislost na lécích tlumících bolest.

Tabulka 28. Cítil bych se nsvůj, kdybych vstoupil do pokoje umírajícího a viděl bych ho plakat.

Tabulka 29. Umírající by měl dostat upřímou odpověď o svém stavu.

Tabulka 30. Povinností poskytovatelů péče, kteří nejsou z rodiny, není vzdělávání rodin o umírání a smrti.

Tabulka 31. Členové rodiny, kteří zůstávají blízko umírajícímu, často ruší profesionální pracovníky v jejich práci s umírajícím pacientem.

Tabulka 32. Je možné, aby poskytovatelé péče, kteří nejsou členy rodiny, pomohli pacientům připravit se na smrt.

Tabulka 33. Dimenze v DAP-R.

Tabulka 34. Smrt je bezpochyby ponurý zážitek.

Tabulka 35. Vyhlídky na mou vlastní smrt ve mně vzbuzují úzkost.

Tabulka 36. Vyhýbám se myšlenkám na smrt za každou cenu.

Tabulka 37. Věřím, že po smrti půjdu do nebe.

Tabulka 38. Smrt přinese konec všem mým problémům.

Tabulka 39. Na smrt je třeba pohlížet jako na přirozenou a nepopíratelnou a nevyhnutelnou událost.

Tabulka 40. Jsem znepokojen tím, že smrt je definitivní.

Tabulka 41. Smrt je vstupem na místo posledního odpočinku.

Tabulka 42. Smrt poskytuje únik z tohoto hrozného světa.

Tabulka 43. Kdykoli mi přijde na mysl myšlenka na smrt, snažím se ji odvrátit.

Tabulka 44. Smrt je vysvobození od bolesti a utrpení.

Tabulka 45. Vždy se snažím, nemyslet na smrt.

Tabulka 46. Věřím, že nebe bude mnohem lepší místo, než je to tady na Zemi.

Tabulka 47. Smrt je přirozená součást života.

Tabulka 48. Smrt je svazek s Bohem a věčné blaženosti.

Tabulka 49. Smrt přináší příslib nového a velkolepého života.

Tabulka 50. Smrti bych se nebál ani ji nevítám.

Tabulka 51. Mám velký/intenzivní strach ze smrti.

Tabulka 52. Vyhýbám se myšlenkám na smrt.

Tabulka 53. Téma života po smrti mě velmi trápí.

Tabulka 54. Děsí mě fakt, že smrt znamená konec všeho.

Tabulka 55. Těším se na setkání se svými milovanými po smrti.

Tabulka 56. Vnímám smrt jako úlevu z pozemského utrpení.

Tabulka 57. Smrt je jednoduše součást životního procesu.

Tabulka 58. Vnímám smrt jako most k věčnému a požehnanému místu.

Tabulka 59. Snažím se nemít nic společného s tématem smrti.

Tabulka 60. Smrt nabízí skvělou úlevu duši.

Tabulka 61. Moje víra v posmrtný život mi přináší útěchu.

Tabulka 62. Smrt vnímám jako úlevu od břemene v tomto životě.

- Tabulka 63. Smrt není dobrá ani špatná.
- Tabulka 64. Těším se na posmrtný život.
- Tabulka 65. Nejistota, že nevím, co bude po smrti, mě děsí.
- Tabulka 66. Strach z poskytování péče umírajícím.
- Tabulka 67. Vliv předchozího vzdělávání na dimenzi Strach ze smrti.
- Tabulka 68. Vliv předchozího vzdělávání na dimenzi Vyhýbání se smrti.
- Tabulka 69. Vliv předchozího vzdělávání na dimenzi Neutrální přijetí smrti.
- Tabulka 70. Vliv předchozího vzdělávání na dimenzi Vstřícné přijetí smrti.
- Tabulka 71. Vliv předchozího vzdělávání na dimenzi Dimenze Přijetí útěku.
- Tabulka 72. Pozitivní a negativní postoj.
- Tabulka 73. Předchozí zkušenost s péčí o umírající dle ročníků.
- Tabulka 74. Vztah mezi dimenzí Strach ze smrti a předchozí zkušeností se ztrátou.
- Tabulka 75. Vztah mezi dimenzí Vyhýbání se smrti a předchozí zkušeností se ztrátou.
- Tabulka 76. Vztah mezi dimenzí Neutrální přijetí a předchozí zkušeností se ztrátou.
- Tabulka 77. Vztah mezi dimenzí Vstřícné přijetí a předchozí zkušeností se ztrátou.
- Tabulka 78. Vztah mezi dimenzí Přijetí útěku a předchozí zkušeností se ztrátou.
- Tabulka 79. Předchozí zkušenosti se ztrátou dle ročníků.
- Tabulka 80. Vliv náboženské víry na dimenzi Strach ze smrti.
- Tabulka 81. Vliv náboženské víry na dimenzi Vyhýbání se smrti.
- Tabulka 82. Vliv náboženské víry na dimenzi Neutrální přijetí.
- Tabulka 83. Vliv náboženské víry na dimenzi Vstřícné přijetí smrti.
- Tabulka 84. Vliv náboženské víry na dimenze Přijetí útěku.

SEZNAM POUŽITÝCH GRAFŮ

Graf 1. Studovaný ročník.

Graf 2. Předchozí vzdělání.

Graf 3. Zkušenost s péčí o umírající pacienty.

Graf 4. Předchozí zkušenost se ztrátou.

Graf 5. Současná zkušenost se ztrátou.

Graf 6. Vyznání.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1. Souhlas s použitím DAP-R.

Příloha 2. Souhlas s použitím FATCOD form B.

Příloha 3. Souhlas ředitelky školy se sběrem dat.

Příloha 4. Informovaný souhlas pro žáky.

PŘÍLOHY

Příloha 1. Souhlas s použitím DAP-R

Permission DAP - R



Přeložit zprávu do: Čeština | Nikdy nepřekládat z: Angličtina



Gíbalova Andrea

Pá 01.10.2021 19:53

Komu: drpaulwong@gmail.com

Dear, Dr. Paul Wong,

I want you to ask you for permission to use your tests DAP – R for my research. I'm writing my theses: „The attitudes of nursing school female and male students of Practical nursing to dying and death.”

I'm studying in the University Palackého Olomouc (Czech Republic).

I think that it will be very interesting and useful because in our education there is not enough attention paid to this topic.

Thank you

Andrea Gíbalová

students University Palackého v Olomouci

Czech republic



Paul T. P. Wong <dr.paul.wong@gmail.com>

So 02.10.2021 7:02

Komu: Gíbalova Andrea

Yes, you have my permission.

Paul T. P. Wong, Ph.D., C.Psych. (www.drpaulwong.com)

President, [International Network on Personal Meaning](#)

President, [Meaning-Centered Counselling Institute Inc.](#)

★★★★★ [Rate MCCI's services!](#)



Latest Book - Free to download

Wong, P. T. P. (2020). [Made for Resilience and Happiness: Effective Coping with COVID-19 According to Viktor E. Frankl and Paul T. P. Wong](#). Toronto, Ontario: INPM Press.

...

Příloha 2. Souhlas s použitím FATCOD form B



Gíbalova Andrea

St 19.05.2021 11:36

Komu: kay.frommelt@gmail.com

Dear, Dr. Katherine H Murrsey Frommelt,



I would like to use tool FATCOD form B and scoring instruction, because i would like to focus on evalation nursing students.

I am study in University Palackého Olomouc (Czech Republic). I'm writing my theses – „The attitudes of nursing school female and male students of Practical nursing to dying and death.“

This suport use to research activity (my theasis), it is not comercial resart.

I think that it will very interesting and useful because in our education is not pay enough attection to this topic.

Thank you

Andrea Gíbalová

Univerzita Palackého v Olomouci

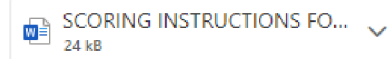
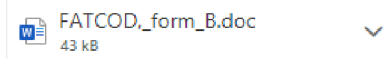
Czech Republic



Katherine Frommelt <kay.frommelt@gmail.com>

Čt 20.05.2021 22:13

Komu: Gíbalova Andrea



Počet příloh: 2 (67 kB) Uložit všechno na OneDrive – Univerzita Palackého v Olomouci Stáhnout všechny

I hope this is what you need.



Katherine H Murray Frommelt, PhD, RN, PDE,CGC,FT, Professor Emerita

Příloha 3. Souhlas ředitelky školy se sběrem dat

Žádost o udělení souhlasu ke sběru dat

Vážená paní: Mgr. Ludmila Pavlátová, ředitelka

Název instituce: Střední zdravotnická škola

Adresa: Střední zdravotnická škola, ve Frýdku – Místku, příspěvková organizace, třída T. G. Masaryka

Vážená paní ředitelko,

obracím se na Vás se žádostí o udělení souhlasu k realizaci výzkumného šetření, které je plánováno jako součást mé diplomové práce pod odborným vedením doc. Mgr. Martiny Ciché, PhD.

Výzkum by byl zaměřen na **Postoje žáků a zákyň střední zdravotnické školy ve Frýdku - Místku oboru Praktická sestra k problematice umírání a smrti.**

Data budou sbírána prostřednictvím dvou standardizovaných dotazníků (DAP-R, FATCOD form B).

Do zkoumaného souboru by byli zařazeni žáci a žákyně 3. a 4. ročníku oboru Praktická sestra, avšak pouze ti, kteří by vyjádřili souhlas.

V případě Vašeho souhlasu bych anonymní sběr dat realizovala od 1. listopadu do 30. 12. 2021.

Děkuji Vám za případnou vstřícnost a Vaše vyjádření

Bc. Andrea Gibalová

studentka: 2. ročníku

obor: UOPZŠ

Univerzita Palackého v Olomouci

VYJÁDŘENÍ K REALIZACÍ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ: souhlasím - nesouhlasím

v Frýdku - Místku dne 25. 10. 2021

podpis, razítko


STŘEDNÍ ZDRAVOTNICKÁ ŠKOLA
FRÝDEK-MÍSTEK
Příspěvková organizace
IČO: 00011111
IČ: 00011111

Příloha 4. Informovaný souhlas

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Vážená žákyně, vážený žáku,

v souladu se zásadami etiky výzkumu* se na Vás obracím s prosbou o zapojení do studie, jejíž výsledky budou součástí mé diplomové práce s názvem: **Postoje žáků a žákyň střední zdravotnické školy oboru Praktická sestra k problematice umírání a smrti.**

Účast ve výzkumu je zcela dobrovolná. Získané údaje nebudou uváděny ve spojitosti s Vaší osobou, budou vyhodnoceny a prezentovány anonymně a tento Informovaný souhlas bude uchován odděleně od dat a výsledků**. V průběhu realizace výzkumu můžete kdykoliv svobodně odmítnout či odstoupit.

Vaše účast na výzkumné studii by spočívala ve vyplnění dvou standardizovaných dotazníků, které měří Vaše postoje k umírání a smrti, cílem této práce je zjistit jaké postoje k umírání a smrti zaujímají žáci 3. a 4. ročníku oboru Praktická sestra.

PROHLÁŠENÍ Prohlašuji, že **SOUHLASÍM S ÚČASTÍ NA VÝŠE UVEDENÉM VÝZKUMU**. Studentka mne informovala o podstatě výzkumu a seznámila mne s cíli a metodami a postupy, které budou používány. Souhlasím s tím, že všechny získané údaje budou použity jen pro účely výzkumu a výsledky mohou být anonymně publikovány.

Měl/a jsem možnost vše si řádně, v klidu a v dostatečně poskytnutém čase zvážit, měl/a jsem možnost se zeptat na vše, co jsem považoval/a za podstatné a potřebné vědět. Na dotazy jsem dostal/a jasnou a srozumitelnou odpověď. Jsem informován/a, o tom, že mám možnost kdykoliv od spolupráce na zkoumání odstoupit, a to i bez udání důvodu. *Sbírka mezinárodních smluv Sb. M. s. 96/2001 a 97/2001, Směrnice děkana PdF UP č. 3/2015-Statut Etické komise PdF UP v Olomouci pro oblast výzkumné činnosti **Údaje budou zpracovány dle Zákona 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů. Tento informovaný souhlas je vyhotoven ve dvou stejnopisech, každý s platností originálu, z nichž jeden obdrží moje osoba (nebo zákonný zástupce) a druhý řešitel projektu.

jméno, příjmení a podpis žáka/yně:.....

v _____ dne: _____

jméno, příjmení a podpis účastníka výzkumu (zákonného zástupce):

.....

v _____ dne: _____

V případě jakýchkoliv dalších dotazů k tomuto výzkumu mne můžete kontaktovat:

e-mail: gibalova01@upol.cz

studijní obor: UOPZŠ

ročník: druhý