

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Katedra antropologie a zdravovědy

Diplomová práce

Bc. Veronika Aplová

Paliativní péče očima žáků středních zdravotnických škol

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a použila pouze uvedené informační zdroje.

V Olomouci dne 25. června 2014

.....
podpis

Na tomto místě bych ráda poděkovala PhDr. Mgr. Heleně Kisvetrové, Ph.D. za její vedení této diplomové práce, její čas, rady a trpělivost. Dále děkuji všem vedoucím pracovníkům a pedagogům středních zdravotnických škol, kteří mi umožnili provést u nich výzkumné šetření této práce.

Velké poděkování patří mé rodině, která pro mě vždy byla, je a bude tou nejlepší oporou, bez které bych studium ani tuto práci nedokázala dokončit. Další poděkování patří všem blízkým i vzdáleným přátelům za jejich podporu a trpělivost, pozitivní nadhled, optimismus a jednoduše za to, že jsou tady.

Poslední a opravdu velké poděkování patří těm, které na tomto místě nemohu jmenovat, ale bez nichž bych tuto práci rovněž nedovedla dokončit. Velmi si Vaší pomoci, času a rad vážím a vždy Vám za ně budu vděčná. Děkuji.

„Existují v zásadě dva způsoby, jak se vyrovnat se smrtí dokud jsme naživu. Buď ji můžeme ignorovat, nebo se k ní postavit čelem a jasně o ní uvažovat, abychom zmenšili utrpení, které může přinést... Stejně důležité jako příprava na vlastní smrt je pomáhat druhým, aby umírali dobře a klidně.

Jako novorozené dítě jsme byli všichni bezmocní a nepřežili bychom bez lásky a péče, které se nám dostalo. Ani umírající nejsou mnohdy schopni sami sobě pomoci, a proto se jim snažme ulehčit v jejich potížích a úzkosti jak jen můžeme.“

- Dalajlama -

OBSAH

ÚVOD	7
1 PROBLÉM A CÍLE PRÁCE	10
2 TEORETICKÉ POZNATKY	16
2. 1 Smrt a umírání	16
2. 1. 1 Umírání	17
2. 1. 2 Smrt.....	21
2. 1. 2. 1 Smrt a umírání v průběhu dějin	23
2. 1. 2. 2 Proměna vnímání smrti	24
2. 2 Paliativní péče.....	26
2. 2. 1 Vymezení pojmu	26
2. 2. 2 Historie paliativní v některých částech světa	29
2. 2. 3 Historie paliativní péče v České republice.....	35
2. 3 Co ovlivňuje vztah k paliativní péči?.....	38
2. 3. 1 Paliativní péče ve výuce na středních zdravotnických školách	38
2. 3. 2 Spiritualita a náboženství.....	42
2. 3. 3 Postoje a názory	45
3 METODIKA PRÁCE.....	49
3. 1 Výzkumná metoda.....	49
3. 2 Realizace sběru dat.....	50
3. 3 Charakteristika zkoumaného souboru.....	51
4 VÝSLEDKY	57
4. 1 Osobní zkušenosti respondentů v souvislosti se spiritualitou	57
4. 2 Pohled respondentů na výuku	61
4. 3 Názory respondentů k paliativní péči	72
DISKUZE.....	85
Osobní zkušenosti respondentů v souvislosti s jejich spiritualitou.....	85
Pohled respondentů na výuku	86
Názory respondentů k paliativní péči.....	91
ZÁVĚR	95

SOUHRN	100
SUMMARY	102
REFERENČNÍ SEZNAM.....	104
SEZNAM ZKRATEK	111
SEZNAM OBRÁZKŮ.....	112
SEZNAM TABULEK	112
SEZNAM GRAFŮ	113
SEZNAM PŘÍLOH	115
PŘÍLOHY	116
ANOTACE.....	127

ÚVOD

**„Je těžké mít trpělivost s lidmi,
kteří tvrdí ‚Žádná smrt neexistuje‘
nebo ‚Na smrti nezáleží‘.
Ale smrt existuje a cokoliv existuje,
na tom záleží.“**

- Clive Staples Lewis -

Zachránit si život a udržet se při něm - toto je instinkt, který je v člověku zakódován již od pradávna a spojuje všechny jedince napříč dějinami. Priority lékařských věd jsou velmi podobné, neboť se snaží zachránit a udržet pacienta při zdraví a životu (Vorlíček, Adam, Pospíšilová a kol., 2004). Již v Hippokratově přísaze, na jejíž text (i přestože některé ze současných názorů, které datum jejího vzniku i samotného autora zpochybňují) přísahají absolventi medicíny při své promoci, je obsaženo, že lékař má aplikovat léčebné metody pro dobro nemocných a chránit je před poškozením (Kelnarová, Matějková, 2014).

Vorlíček podotýká, že se i v dnešní době můžeme setkat se stanoviskem, v němž lékaři přistupují ke smrti pacienta s pocitem viny, vidinou vlastního selhání či selhání jimi nastavené léčby (Vorlíček, Adam, Pospíšilová a kol., 2004). Tento postoj se v historii objevil výrazněji v 2. pol. 20. let, kdy medicína zažívala masivní rozvoj, a panoval názor, že „vyléčit lze vše“ (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková, 2012). Je třeba si ale připomenout onen „zapomínaný“ holý fakt, jak trefně uvádí Vorlíček, a uvědomit si, že smrt k lidskému životu patří, a i když se jí vyspělé technické medicíně daří v mnohých případech odvrátit nebo alespoň oddálit, jednoho dne nad ní zvítězit nepůjde (Vorlíček, Adam, Pospíšilová a kol., 2004).

Smrt můžeme označit jako jedinou jistotu v životě, která je dána všem bez rozdílu. Přístup k ní zaznamenal značné obměny. Jako příklad nám může sloužit 20. století, v němž byla témata související se smrtí považována za morbidní. V dnešní době je na smrt pohlíženo jako na téma hodné zájmu a to především ze strany zdravotníků. „Obyčejný“ člověk ke smrti může, ale nemusí zaujmout postoj. Odlišný stav platí právě pro zdravotnické pracovníky -

ti se setkávají se smrtí v mnohem větší míře, pečují o umírající a nevyлéčitelně nemocné a tudíž si svůj „názor“ na ni musí vytvořit (Kelnarová, Matějková, 2010).

Pro to, aby si člověk mohl na určitou problematiku vytvořit svůj názor, je nutné, aby o ní získal informace či vlastní zkušenosti a znalosti - tyto „sbírá“ a utváří si po celý život. Proces socializace, kterým se jedinec začleňuje do společnosti, probíhá od nejútlejšího věku a je vysoce individuální. Jednou z nejdůležitějších složek, které tento proces ovlivňují, je sociální prostředí, v němž se jedinec pohybuje (Urban, 2011). Pomineme-li možnost setkání jedince s umírajícími v domácím prostředí, bývají prvními místy, kde se s těmito lidmi setkává, lůžková zařízení. Aplikujeme-li toto k tématu diplomové práce, pak jsou to lůžková zařízení, která žáci navštěvují v rámci praktické výuky při studiu na středních zdravotnických školách. Ještě předtím se s těmito tématy setkávají v rámci teoretických předmětů vyučovaných na škole, kterými jsou např. ošetrovatelství a psychologie a komunikace. Tyto (a další) předměty mají žáky připravit nejen na budoucí praktickou výuku, ale stejně tak na výkon povolání zdravotnického asistenta.

Učiteli, který má žáky pro praxi (život) připravit, se zde otevírá opravdu velké pole působnosti, čímž se dostáváme k účelu této diplomové práce. Jak bude uvedeno dále, je období dospívání charakteristické nejasnostmi, pátráním po smyslu života, přičemž otázky týkající se smrti a umírání jsou mnohdy rovněž nejasné, pevně spjaté s tím, jaké zkušenosti jedinec získal a na jaké úrovni se pohybuje jeho vývoj v emocionální oblasti. (www.urmc.rochester.edu, 2014).

Čábalová ve své publikaci rozlišuje subjekty a objekty výchovy. Učitel zde figuruje jako subjekt výchovy, neboť je tím, kdo vychovává a svou činností se do výchovy zapojuje aktivně. Žák, který je vychováván, pak je objektem výchovy. Autorka však podotýká, že se tyto role proměňují, protože výchova je „společenským, mezilidským i osobnostním jevem, odehrávajícím se mezi lidmi a uvnitř každé osobnosti, přičemž vychovávajícím i vychovávaným může být každý člověk“ (Čábalová, 2011). Dále klade velký důraz na **pochopení žáka**, což je jedním ze základů úspěšné a smysluplné výchovy. Cílem a výsledkem pedagogické interakce mezi učitelem a žákem totiž nemá být člověk „ovládaný“ ve smyslu pasivního objektu, ale člověk jako osobnost svobodná, tvůrčí v životě vlastním i společenském (Čábalová, 2011).

Výše zmíněné tedy určilo směr této diplomové práce - zjistit, jaké pocity žák v souvislosti s tématy smrti, umíráním a péčí o umírající prožívá, jaké postoje k paliativní péči zaujímá, a toto se snažit pochopit. Na základě těchto zjištění pak rozšířit vlastní náhled na zmíněná témata. Především v souvislosti s budoucí pedagogickou praxí, aby výuka byla pro žáky přínosná, obohacující a předložená takovým způsobem, aby byla pro danou a konkrétní skupinu žáků blízká a dobře pochopitelná. Učitel by totiž neměl být jen tím, kdo na žáka shlíží z místa za katedrou a místa vyvýšeného svým postavením, ale také „... v některém koutě své duše věčným chlapcem solidárním s tím mládím, které je mu svěřeno...“ - jak velmi moudře a trefně poznamenal Karel Čapek.

1 PROBLÉM A CÍLE PRÁCE

Podíváme-li se na vnímání smrti a umírání zde v České republice, zjistíme, že **není přijímáno** jako běžná součást života. K tomuto závěru lze dospět z posledních dostupných dat, která zveřejnil *Ústav zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS)* z roku 2012, z nichž vyplývá, že nejčastějším místem, na kterém lidé umírají, je některé z léčebných či sociálních zařízení. V procentuálním zastoupení zde umírá 73,9 % osob, zatímco pouhých 20,0 % osob umírá doma (www.uzis.cz, 2014).

K těmto datům ÚZIS dodává, že během let - přesněji od roku 2007, od něhož jsou oficiální statistikou *Českého statistického úřadu (ČSÚ)* zjišťovány údaje o místě úmrtí - se toto rozložení příliš neliší (www.uzis.cz, 2014). Z výše uvedeného si lze odvodit další fakt - **péče a doprovázení umírajícího neleží na bedrech rodiny nebo osob umírajícímu blízkých, ale na zdravotnickém personálu**. Péče o umírající, kterou zdravotničtí pracovníci vykonávají, je pak označována termínem **paliativní péče**.

Pomineme-li odborné kurzy či vlastní zkušenosti zdravotnických pracovníků, jsou prvním místem, kde se s tématy zabývajícími se paliativní péčí setkávají, střední zdravotnické školy. Výuka na těchto školách probíhá v rámci výuky teoretické a praktické. Je připravována a upravována na základě **kurikulárních dokumentů**, které stanovují obsah výuky. V těchto dokumentech (určených pro střední zdravotnické školy) nalézáme témata, která se v souvislosti s paliativní péčí objevují roztržitě v několika předmětech, ne však v jednom samostatném předmětu, který by pro toto byl určen.

Jak již bylo uvedeno, tak paliativní péči zajišťují především zdravotničtí pracovníci. **Od jejich přístupu a postoju**, které k umírajícím, smrti a umírání zaujmají, **se neodmyslitelně odvíjí péče, kterou jim poskytují**. Přístupy a postoje se vyvíjejí po celý život člověka, ale právě období, které žáci tráví na školách vzděláváním, je jedním z těch nejdůležitějších, které jejich přístup a postoje formují a utváří.

V souvislosti s výše uvedenými skutečnostmi bylo hlavním cílem - a rovněž podstatou problému - této diplomové práce zjistit, jaké hledisko k paliativní péči žáci 4. ročníků středních zdravotnických škol v oboru Zdravotnický asistent zaujmají.

Cílem **teoretické části** práce bylo předložení poznatků týkajících se smrti, umírání, paliativní péče - jejího historického vývoje v České republice a některých částech světa, vymezení samotných základních pojmů: smrt, umírání a paliativní péče. Dále zjištění, jak jsou tato témata zastoupena v kurikulárních dokumentech a nastínění vývoje vnímání smrti a umírání u jedince od nejútlejšího věku po období dospělosti. V neposlední řadě pak vymezení pojmů: postoje a názory, náboženství a spiritualita, které se váží k praktické části diplomové práce a které úzce souvisí s utvářením pohledu žáků na paliativní péči.

Praktická část práce definičně vychází z části teoretické a je zaměřena na zjištění, jak žáci 4. ročníků na vybraných středních zdravotnických školách v oboru Zdravotnický asistent pohlíží na témata „smrt, umírání a péče o umírající“ - z pohledu svých osobních zkušeností, z výuky těchto témat na škole a vlastních pocitů a postojů, které v souvislosti s nimi zaujímají.

Hlavní cíl práce byl dále rozpracován do 3 podcílů, které byly následně převedeny do výzkumných otázek, věcných a statistických hypotéz.

1. podcíl práce:

Zjistit, jaké osobní zkušenosti mají respondenti s paliativní péčí v souvislosti se svou spiritualitou.

Věcná hypotéza č. 1

Existuje rozdíl ve zhodnocení role ZP mezi respondenty, kteří se považují za věřící.

Statistická hypotéza č. 1

H_{A1}: Existuje signifikantní vztah mezi spiritualitou respondentů a jejich kladným zhodnocením role ZP u umírajícího člověka / pacienta.

H₀₁: Neexistuje signifikantní vztah mezi spiritualitou respondentů a jejich kladným zhodnocením role ZP u umírajícího člověka / pacienta.

2. podcíl práce:

Zjistit, jaký pohled respondenti mají na školní výuku témat souvisejících s paliativní péčí.

Výzkumná otázka č. 1

Jaké pojmy si respondenti v souvislosti s výukou témat souvisejících s paliativní péčí nejčastěji vybavovali?

Věcná hypotéza č. 2

Způsoby výuky témat souvisejících s paliativní péčí byly mezi školami církevními a státními podobné.

Statistická hypotéza č. 2

H_A2: Existuje signifikantní vztah mezi způsobem výuky témat souvisejících s paliativní péčí a typem zřizovatele školy.

H₀2: Neexistuje signifikantní vztah mezi způsobem výuky témat souvisejících s paliativní péčí a typem zřizovatele školy.

Výzkumná otázka č. 2

Myslí si respondenti, že přínos této výuky zaznamenají při své budoucí praxi?

Výzkumná otázka č. 3

Zařadili by respondenti jiné formy výuky při probírání témat souvisejících s paliativní péčí - a pokud ano, jaké?

Výzkumná otázka č. 4

V čem si respondenti myslí, že je výuka témat souvisejících s paliativní péčí obohatila?

Věcná hypotéza č. 3

Respondenti by chtěli výuku témat souvisejících s paliativní péčí rozšířit.

Statistická hypotéza č. 3

H_{A3}: 50 % dotázaných respondentů by chtělo výuku rozšířit.

H₀₃: 50 % dotázaných respondentů by nechtělo výuku rozšířit.

Výzkumná otázka č. 5

Kolik z dotázaných respondentů absolvovalo praxi v hospicovém zařízení?

Výzkumná otázka č. 6

Pokládají respondenti absolvování praxe v hospicovém zařízení za přínosné pro jejich budoucí povolání? (Z těch, kteří měli možnost praxi zde absolvovat.)

Výzkumná otázka č. 7

Měli by respondenti zájem praxi v hospicovém zařízení absolvovat? (Z těch, kteří tuto možnost neměli.)

Výzkumná otázka č. 8

Pokládají respondenti témata související s paliativní péčí za důležitější než ostatní témata?

3. podcíl

Zjistit, jaké názory a postoje respondenti zaujímají v souvislosti s tématy týkajícími se paliativní péče.

Věcná hypotéza č. 4

Pocity, které v respondentech při tématech souvisejících s paliativní péčí převládají, nejsou závislé na jejich spiritualitě.

Statistická hypotéza č. 4

H_A4: Existuje signifikantní vztah mezi spiritualitou respondentů a převládajícími pocity racionality při tématech souvisejících s paliativní péčí.

H₀4: Neexistuje signifikantní vztah mezi spiritualitou respondentů a převládajícími pocity racionality při tématech souvisejících s paliativní péčí.

Výzkumná otázka č. 9

Zajímají se respondenti o témata související s paliativní péčí z vlastní iniciativy?

Výzkumná otázka č. 10

Myslí si respondenti, že jejich postoj ke smrti ovlivní jejich péči o umírající pacienty / klienty?

Výzkumná otázka č. 11

Myslí si respondenti, že by bylo pro zlepšení péče o umírající přínosné, pokud by se o paliativní péči ve společnosti více diskutovalo?

Výzkumná otázka č. 12

Které složce z témat týkajících se paliativní péče by se respondenti chtěli podrobněji věnovat?

Výzkumná otázka č. 13

Co si respondenti představí pod pojmem „důstojné umírání“?

Věcná hypotéza č. 5

Složky ošetrovatelské péče, které se zabývají péčí o psychiku, pokládají respondenti pro umírajícího pacienta / klienta za nejdůležitější.

Statistická hypotéza č. 5

H_{A5}: 40 % respondentů pokládá za nejdůležitější složky ošetrovatelské péče ty, které souvisí s péčí o psychiku.

H₀₅: 40 % respondentů nepokládá za nejdůležitější složky ošetrovatelské péče ty, které souvisí s péčí o psychiku.

2 TEORETICKÉ POZNATKY

2. 1 Smrt a umírání

„Kdo ví, zda není život umíráním a smrt životem.“

- Euripidés -

Jak uvést první kapitolu diplomové práce, která se na první pohled zabývá tak závažným tématem jako je smrt a umírání? Předchozí citát je bezpochyby zajímavým námětem k zamyšlení, nicméně jak se člověk 21. století dívá na tuto problematiku? Dnes, v době, která se všemožně soustřeďuje na přítomnost daného okamžiku, klade momentální uspokojení lidských tužeb, potřeb a dané chvíle nade vše? Jak se na toto téma dívat v době, která nám jako obraz dokonalosti staví šťastného, mladého, zdravého, krásného člověka, který buď nemá žádné potíže a problémy, anebo je dokáže hravě vyřešit?

Můžeme si položit ještě další otázku vztahující se k tématu diplomové práce: jaký bude tento přístup u adolescentů? Období dospívání je charakteristické vnímáním smrti spíše z pohledu více extrovertního - myšlenky a obavy z ní prožívají spíše v souvislosti se smrtí svých blízkých, přičemž smrt vlastní příliš neřeší. Pokud ano, pak spíše z pohledu filozofických úvah směřujících k vyřešení otázek týkajících se smyslu života (Langmeier, Krejčířová, 2006).

Představu o smýšlení typu „to se mě přece zatím netýká,“ bylo možné získat již z výrazů mnoha respondentů, kteří se zúčastnili výzkumného šetření této diplomové práce. Samozřejmě že jiná situace může nastat v případě, že se tento mladý člověk setká s umírajícím člověkem přímo ve své rodině nebo okolí, či během praxe v lůžkových zařízeních anebo přímo onemocní-li sám. V tomto případě pak situace i mladého člověka „přinutí“ o smrti, umírání a dalších souvisejících tématech uvažovat.

Pohledu na umírání a smrt, jejich vývoj a souvislosti je věnována první kapitola této práce.

2. 1. 1 Umírání

„Bys v blaženosti umřel, žítí se musíš naučiti.
Bys v blaženosti žil, smrti se musíš naučiti.“

- Hans Holbein -

Smrt samotná představuje nevyhnutelnou součást našeho života, avšak nejprve by bylo vhodné začít u toho, co jí předchází a tím je umírání. K jeho vymezení lze přistupovat několika způsoby. Tím prvním může být medicínský pohled, zaměřující se na projevy čistě biologické, které tento proces provázejí - tedy tělesné změny, k nimž dochází a souvisí např. se zpomalením srdeční, dechové i mozkové činnosti. Patří mezi ty nejjistější způsoby (neboť se dají změřit) jakými lze zjistit, zda se člověk přibližuje ke svému konci (Štefan, Hladík a kol., 2012).

Autor Elias se na umírání dívá ze širší perspektivy. Ve své publikaci uvádí, že umírání je procesem podstatně delším, jelikož člověk (neumře-li náhle a nečekaně) umírá po mnohem delší dobu a postupně (Elias, 1998).

Jako každé prožívání jakékoliv jiné události či životního období, je i umírání obdobím velice individuálním a jedinečným. Asi těžko bychom mohli najít vhodný vzorec chování či zajišťování potřeb nebo péče, které by bylo možné aplikovat na všechny umírající. Tuto skutečnost musíme brát na vědomí zvláště pozorně vzhledem k tomu, že se smrt v posledních desítkách let institucionalizovala.

S tímto úzce souvisí myšlenka, kterou předkládá Elisabeth Kübler-Rossová, v níž jako jeden z předních faktorů, pro potíže vyrovnat se smrtí, vidí podobu smrti, která v dnešní době zahrnuje mnohem horší představu než kdy dříve. Především poukazuje na vyšší míru osamělosti, povrchovosti, automatizace a **odlidštěné podoby umírání** právě v souvislosti s velmi častým jevem, kdy člověk umírá v některé ze zdravotnických institucí (Kübler-Ross, 1994).

Jaro Křivohlavý ve své publikaci upozorňuje na již zmíněnou skutečnost, že mluvit o smrti a umírání je tabu, avšak nejen ve společnosti obecně, ale do jisté míry i ve zdravotnictví. V souvislosti s tímto zmiňuje, že zdravotníkům nevádí diskutovat o objektivních údajích týkajících se smrti (symptomy, filosofie života a smrti atd.).

Nicméně lze narazit na pomyslnou zeď při změně tématu na vlastní prožívání, obavy spojené se smrtí, vlastními zkušenostmi či psychickými prožitky ve spojitosti se smrtí vlastní. Poukazuje zde na skutečnost, že to, jaký postoj má daný člověk k vlastní smrti a jak k ní přistupuje, je velmi důležité v jeho vztahu k umírajícímu a péči o něj (Křivohlavý, 2002).

Jelikož jsou zdravotníci nejen součástí zdravotnických zařízení, ale také společnosti, nelze se tomuto postoji až tolik divit. Společnost nastavená na zcela jiná kritéria hodnocení života, kdy bere jako vzor již výše zmíněné zdravé, mladé a krásné jedince bez výraznějších chyb, si tuto konečnost nechce připustit.

Vévoda a kol. ve své publikaci naráží na komunikaci a vyzdvihují ji (v případě, že je skutečně dobře vedená a na odpovídající úrovni) jako pojítka mezi všemi zúčastněnými aktéry. Současně s tím však upozorňují, že paradoxně právě ve zdravotnictví představuje jedno z těch nejslabších míst (Vévoda a kol., 2013).

Jaro Křivohlavý rovněž přikládá právě komunikaci velkou důležitost. Ovšem nejen komunikaci mezi zdravotníky navzájem (při sdělování vlastních obav, pocitů nebo prožitků), ale zahrnuje do ní i **komunikaci zdravotníka se samotným umírajícím**. Toho označuje jako „učitele“, který zdravotníkovi může v pochopení mnohého pomoci a poskytnout mu širší perspektivu. Současně poukazuje na velmi kladné zkušenosti těch, kteří překonali ostych a tento rozhovor uskutečnili (Křivohlavý, 2002). Stejnou představu umírajícího jako učitele ve své knize *O smrti a umírání* zastává i Elisabeth Kübler-Rossová.

Jak již bylo uvedeno, je umírání záležitostí nanejvýš individuální, komplexní a jedinečnou. Přesto můžeme najít něco, čeho bychom se mohli „držet“, pokud chceme mít na prožívání umírajícího hlubší pohled, nebo mu chceme poskytnout péči, kterou potřebuje, či předat znalosti o této péči a prožívání žákům na zdravotnických školách. Jedním z oněch opěrných bodů může být **5 fází smutku či umírání** zpracovaných autorkou, která k tématům paliativní péče neodmyslitelně patří - Elisabeth Kübler-Rossovou.

Ve své knize *O smrti a umírání* se zabývá právě emocionální odezvou, která je pro přirozený prožitek přibližujícího se konce nesmírně důležitá. Zdůrazňuje přítomnost empatii lidí kolem sebe (často právě zdravotníků), jako oblast, které si umírající člověk nejvíce cení, a kterou potřebuje nejvíce.

Tuto odezvu rozčleňuje do 5 stádií:

1. **stádium: popírání a izolace** - autorka ji popisuje jako počáteční fázi, v níž se člověk dozvídá o možném konci svého života a ve většině případů na ni reaguje šokem a úlekem spolu s tím, že jeho se to netýká. Hledá chyby v lékařských zprávách a výsledcích. Pro roli zdravotníků zde vyzdvihuje trpělivost a různá drobná gesta, kterými lze dát umírajícím najevo, že i přes jejich diagnózu se o ně někdo zajímá a je ochoten jim naslouchat.
2. **stádium: zlost** - v tomto stádiu po předchozím šoku a popírání nastupuje zlost a zášť, v níž si umírající klade otázku, proč to má být právě on, koho tato situace postihla. Člověk si stres a negativní emoce může vybíjet na okolí, pro které je toto stádium velmi obtížné z hlediska jeho přijetí. Umírající nemusí být rozeznán jen na lidi kolem sebe, ale i na Boha, vesmír atd. Elisabeth Kübler-Rossová zde opět klade důraz na empatii, vcítění se do situace umírajícího, kdy by si lidé v jeho okolí měli pokládat otázky, jak by na podobnou situaci reagovali sami.
3. **stádium: smlouvání** - toto období je typické snahou nemocného usmlouvat (nejčastěji s Bohem) více času a prodloužení života výměnou za změnu života, např. větším příklonem k víře a Bohu. Umírající se snaží vyzkoušet osvědčený přístup, že za „dobré chování“ může následovat „odměna.“ Tyto sliby mohou navazovat na pocit viny, kterou člověk může pociťovat a je velmi dobré, pokud zdravotníci pravou příčinu odhalí a pomohou umírajícímu s jejím zvládnutím.
4. **stádium: deprese** - období, v němž člověk poznává, že nemoci „neuteče“ a že je opravdu skutečná. Pocit deprese může (kromě tělesných omezení) pramenit i ze ztráty snů, cílů a plánů. Elisabeth Kübler-Rossová mluví o 2 různých typech deprese. Přičemž pomoc při prvním typu deprese představuje poukázání na radostné části a chvíle života, které člověk ještě stále může prožívat, zatímco pro druhý typ deprese uvádí jako vhodnější nechat umírajícího prožít jeho smutek, žal a úzkost (Kübler-Ross, 1994).

K této fázi je možné doplnit také to, co ve své publikaci uvádí Jaro Křivohlavý. Pokud umírajícímu úspěšně zabírá kauzální léčba, měl by s ním být veden rozhovor ve smyslu posílení naděje ve zvládnutí dané situace, případně povzbuzení jeho důvěry v pomoc a zájem lékaře (Křivohlavý, 2002).

5. **stádium: akceptace** - prožije-li člověk předchozí fáze, dojde podle autorky ve většině případů k přijetí dané situace, smíření se s ní. Nastupuje u něj tichý klid, velmi časté je upadání do krátkého spánku během dne. V tomto období se pak ukazuje mnohem přednější péče o rodinu umírajícího, která tyto dny může snášet podstatně hůře. Ať už v pozici příbuzného (známého) či zdravotníka - mnohdy je vhodnější **zachovávání prostého ticha nebo držení umírajícího za ruku, tedy poskytnutí „obyčejné“ lidské přítomnosti**. Tyto, na první pohled, prosté „věci“ jsou pro umírajícího člověka tou největší posilou a nejlepším doprovázením do posledního okamžiku.

Elisabeth Kübler-Rossová rovněž podotýká a upozorňuje, že tyto fáze (jakkoliv je jejich pořadí jdoucí po sobě logické) nemusí probíhat u všech umírajících ve výše zmíněném pořadí, nemusí nutně proběhnout všechny či se mohou některá stádia opakovat nezávisle na sobě. Tím opět naráží na nezpochybnitelný důraz individuálního přístupu ke každému člověku a umírajícímu (Kübler-Ross, 1994).

Dalším, kdo se zabýval rozřazováním psychického stavu umírajících, byl také Jaro Křivohlavý. Popis a názvy jednotlivých fází vydal roku 1985, několik let po Elisabeth Kübler-Rossově. Avšak vzhledem k tomu, že pod svým pravým jménem nemohl publikovat, vydal publikaci pod jménem jiným, pod nímž je tento model také uváděn - **Horowitzův model 5 fází odchodu**. Jelikož jsou tyto fáze značně podobné již výše zmíněným, budou zde pouze vyjmenovány.

1. **fáze: Výkřik**
2. **fáze: Popírání**
3. **fáze: Intruze** (V této fázi se pacient neustále dokola zabývá myšlenkami na to, co jej tíží - tedy na nemoc a její prognózu).
4. **fáze: Vyrovnávání**
5. **fáze: Smíření**

(Křivohlavý, Kaczmarczyk, 1995)

2. 1. 2 Smrt

„Chtěl bych žít až do smrti.“

- Anonym -

Zamýšlíme-li se nad lidským životem obecně - od samého počátku věku až do dnešních dní, můžeme najít jedinou jistotu, pevný bod, který se nemění bez ohledu na rozmanité okolnosti, které v životě nastanou. Tímto pevným bodem je smrt. Často o ní můžeme slyšet v souvislosti s tvrzením, že jako jediná na světě je spravedlivá, i když se samozřejmě setkáme s názory jiného druhu, které tvrdí pravý opak. Ať už ale zastáváme jakékoliv stanovisko, jsme jakéhokoliv vyznání či se považujeme za ateisty, je jisté, že dříve nebo později jí budeme čelit všichni.

Ve snaze definovat smrt v literatuře nacházíme mnoho různých vymezení. Ta obvyklá ji však označují jako ireverzibilní zástavu dechu a srdeční činnosti (Štefan, Hladík a kol., 2012).

Kelnarová ve své publikaci uvádí například tyto definice:

„Smrt je zánik jednotlivce.“

„Za konečnou se od roku 1968, kdy SZO stanovila biologickou smrt mozku, jako závazné kritérium smrti považuje smrt mozku.“ (Kelnarová, 2007).

Mimo různá vymezení tohoto pojmu můžeme k samotnému pohledu na smrt přistupovat hned z několika úhlů. Tím prvním byl již zmíněný medicínský a biologický, zabývající se spíše orgánovým selháním a neschopností organismu jako takového pokračovat v životě. Ve své podstatě se soustřeďuje na smrt v souvislosti s umírajícím člověkem, který ji přímo zažívá a prožívá. Autor Elias tento pohled rozšiřuje, když ve své publikaci uvádí, že **smrt je problémem živých**, těch, kteří třeba dosud ani sami nemusí umírat.

Poukazuje na skutečnost, že lidé jako jediný živočišný druh jsou schopni si smrt uvědomovat a vnímat onu konečnost bytí, kterou (na rozdíl od mládí, pohlavní zralosti, nemoci, stáří, smrti) s námi zvířata nemají společnou (Elias, 1998).

Jelikož se smrt řadí k těm částem života, které se nedají nějakým objektivním způsobem prozkoumat, změřit či jinak vymežit a nastínit, setkáváme se často s fascinací smrti na straně jedné, a strachem či hrůzou na straně druhé. Jisté je však to, že smrt lidí odjakživa určitým způsobem přitahovala a lidé se jí neustále snažili a snaží porozumět. Svědčit o tom například může filozofie se svými otázkami, kterými se po smrti a jejím smyslu velice jasně táže:

1. Co je to smrt?
2. Existuje pro člověka naděje za hranicí smrti? Jak si ji máme představovat?
3. Jak se máme postavit ke smrti?
4. Odkud o smrti víme a jak?

(Scherer, 2005)

Po přečtení těchto otázek nám na mysli jistě vyvstane nejedna myšlenka a úvaha, nicméně vzhledem k povaze diplomové práce (a velmi obsáhlým možnostem odpovědi na tyto otázky) jim zde nebude věnován další prostor.

Než se přesuneme k další podkapitole věnované proměně vnímání umírání a smrti v průběhu historie, nabízí se k úvaze ještě další myšlenka, kterou ve své publikaci uvádí autor Scherer. Říká, že **lidé se v podstatě ani nebojí smrti jako takové, ale spíše její nevyhnutelnosti a naprosté jistoty, že se tak stane** (Scherer, 2005). Opatrný uvádí, že pro pozůstalé je smrt v každém ohledu zážitkem nepříjemným a bolestným, který v sobě zahrnuje ztrátu. Avšak pro ty, kteří umírají, je krokem do neznáma (Opatrný, 1995). Podle autora Scherera se nám do popředí tedy staví umírání, k němuž mohou lidé využít hned 3 různých přístupů. Buď si vystačíme s vytěsněním smrti do nejzazšího koutu mysli, snažíme se na ni nemyslet a maximálně ji zastřít, nebo si vybudujeme silnou víru ve vlastní nesmrtelnost či se zachováme statečně a podíváme se smrti zpříma do očí (Scherer, 2005).

2. 1. 2. 1 Smrt a umírání v průběhu dějin

„Nikdo se nerodí sám a nikdo by neměl sám umírat.“

- Helena Haškovcová -

Lidský život je podmíněný smrtí a smrt je podmínkou života. Jak již bylo naznačeno dříve, smrt byla, je (a zřejmě již navždy bude) jednou z oblastí, kterou se lidé budou zabývat a silně ji prožívat. A ačkoliv je součástí - společnicí - lidského života a nemění se, přístup, jaký k ní zaujímají lidé, prošel mnoha obměnami.

Období od počátku lidské existence až do středověku lze charakterizovat jako dobu, kdy se lidé se smrtí setkávali velmi často a velmi zblízka. Stačí si připomenout obyvatele slavných starověkých civilizací, kteří považovali za vrcholný druh zábavy gladiátorské zápasy, v nichž byla smrt prezentována jako „atrakce“ a v jejím sledování se doslova vyžívali.

Smrt byla brána jako **součást života**, která měla dominantní charakter. Lidé se dívali na smrt svých příbuzných a přátel, péče o umírajícího totiž připadala právě na rodinu, nikoliv na cizí osoby (Munzarová, 2005). Ariés o této smrti, která byla člověku důvěrně známá, mluví jako o „smrti ochočené“ (Ariés, 2000).

S rozšiřujícím se vlivem křesťanství se na smrt začalo pohlížet z jiného úhlu - do popředí se dostala myšlenka smrti a umírání jako **vyvrcholení životní cesty**. Smrt je zde tedy brána jako něco, čeho by se lidé vlastně neměli obávat, jsou-li smířeni s Bohem. Kolem 15. století se vývoj posunul směrem k vnímání a zaměření se na smrt vlastní, zatímco dále v 17. století se začíná prosazovat odklon od smrti, lidé se snažili poslední věci člověka zjednodušit (Ariés, 2000).

19. století bylo obdobím, kdy se smrt a umírání ritualizovalo a o nemocného pečovala rodina. Naproti tomuto stojí diametrálně odlišný přístup ve 2. pol. 20. století, kdy se smrt i umírání staly záležitostmi **institucionalizovanou**. Péče o umírajícího z rukou rodiny přechází do rukou zdravotníků. Projevuje se zde tendence vytlačit umírajícího mimo dosah živých, do ústraní (Kelnarová, 2007). Můžeme zde však vidět nejen snahu o vytlačení

umírajících ze společnosti, ale taktéž snahu člověka „vytlačit smrt“ ze svých myšlenek právě tím, že ji nebude mít „tolik na očích.“

Haškovcová upozorňuje na fakt, že s prodloužením délky lidského života a s možnostmi moderní medicíny dochází k tomu, že životu zde na zemi připisujeme důležitost mnohem větší, než tomu bylo kdy dřív. A vzhledem k těmto moderním možnostem léčby (a touze život prodloužit) se tak mnohdy může prodloužit i samotné umírání. Strach z utrpení je pak jednou z nejčastějších obav. Autorka dodává, že v minulosti se lidé ke smrti sice stavěli jinak, neznámilo to však jejich odolnost vůči strachu, ale opření se o víru, že „nic horšího“ než zde na zemi je po smrti čekat nemůže (Haškovcová, 2007). Můžeme zde tedy vidět silné přesvědčení, že po smrti „něco je“, což má ve zvládnutí strachu a obav ze smrti značnou roli.

2. 1. 2. 2 Proměna vnímání smrti

Podíváme-li se na vnímání smrti již od nejranějšího období - dítěte, je podmíněno rozvojem kognitivního myšlení. Pro každé dítě v každém věku je specifický jedinečný koncept smrti. V **novorozeneckém věku** nemá smrt pro dítě žádnou reálnou představu. Velmi silně ale reaguje na odloučení od rodičů, bolestivé zákroky či jakékoliv narušení rutiny v jeho péči. V **období batolecím** je význam smrti velmi malý. Dítě silně reaguje na emocionální stavy lidí kolem sebe, především rodičů, a to zvláště u negativně laděných emocí (deprese, vztek, strach), (www.urmc.rochester.edu, 2014).

Kolem **4. roku** života nastává velký kognitivní rozvoj myšlení, kdy myšlení symbolické (předpojmové) přechází na úroveň intuitivního (názorového) myšlení (Langmeier, Krejčířová, 2006). Dítě si v tomto období může smrt personifikovat. Vidí ji pak jako kostlivce, smrtku, strašidlo - žije v domnění, že jim lze uniknout, pokud bude dostatečně rychlé a uteče, nebo dostatečně hodné, že si „pro něj nepříjde“ (Loučka, Vančura, 2011).

Langmeier a Krejčířová uvádí, že se v dřívějších letech předpokládalo, že dítě chápe smrt nejprve kolem 8. roku či ještě později. Novější průzkumy ale potvrzují, že již u dítěte ve věku mezi 4 - 6 lety dochází k pochopení smrti. Toto pochopení je však na úrovni,

kdy ji vnímá spíše jako nehybnost a stav, který se podobá spánku. Nechápe její nezvratitelnost, ale může vyjádřit strach ze smrti. Avšak je častější, že se bojí poškození v oblasti těla, bolesti nebo separace od svých rodičů (Langmeier, Krejčířová, 2006). V tomto věku, pokud dítě onemocní, je třeba dbát na to, aby vědělo, že nemoc není trestem za to, co udělalo nebo nač myslelo - takto mohou děti totiž vážnou nemoc často vnímat. Pokud dítě klade otázky na smrt a toho, kde člověk „je“ po ní, často se mu dostává odpovědi, že „šel do nebe“. Tato odpověď je vyhovující. Naopak je **velmi nevhodné přirovnávat smrt ke spánku**, neboť se tím může vyvolat porucha spánku (www.urmc.rochester.edu, 2014).

Velkou roli v tomto věku také hraje tzv. magické myšlení. Na tuto oblast musíme pohlížet velmi vážně, a to především pokud dítěti v jeho okolí zemře osoba jemu blízká (nejčastěji v případě smrti rodiče). Není výjimkou, že se u dítěte mohou objevit iracionální výčitky svědomí, v nichž si klade za vinu např. matčinu smrt, protože zlobilo nebo si přálo, aby matka zemřela, mělo-li na ni vztek (Loučka, Vančura, 2011).

Mezi **8 - 10 lety** dítě konečně začíná chápat nezvratitelnost smrti a současně s tím začíná „vidět“ i vlastní smrtelnost. V tomto věku se často mohou objevit různé druhy úzkostí a strachu (např. ze zlodějů, tmy, odloučení od rodičů). Krejčířová a Langmeier dále uvádí, že závažné onemocnění se někdy může projevit jako spouštěč rychlejšího chápání smrti, avšak mohou nastat i případy, kdy je tomu přesně naopak (Langmeier, Krejčířová, 2006).

Dospívání je charakteristické mnoha dilematy, nejasnostmi, pátráním po smyslu a důvodu toho, co se s člověkem děje a vnímání smrti je na tom podobně. V tomto směru velmi záleží na tom, jaké má jedinec zkušenosti se smrtí a umíráním a také na jakém stupni se pohybuje jeho vývoj v oblasti emocionální. Častým tématem v tomto období je pocit vlastní nesmrtelnosti a osvobození se od smrti. Vyskytne-li se u jedince v tomto věku vážná nemoc, může se potýkat se silnými vlnami strachu a vzteku, a může si na svůj „boj“ připadat sám. Zde je velmi určující přístup rodičů. Ti by měli být schopni svého potomka vyslechnout a poskytnout mu podporu jakou potřebuje (www.urmc.rochester.edu, 2014).

Jak již bylo uvedeno - u **mladších dospělých** převládají úvahy filozofické, snažící se objevit smysl života a existence. Zde se obavy ze smrti mohou vyskytnout mnohem častěji, a to v souvislosti s úmrtím blízkých či rodiny, než se smrtí vlastní (Langmeier, Krejčířová, 2006).

2. 2 Paliativní péče

2. 2. 1 Vymezení pojmu

„Zpevných slov jasná myšlenka.“

- Otto František Babler -

Ve snaze vymezit a jasně zařadit většinu pojmů se v mnoha případech setkáme hned s několika definicemi. Paliativní péče není výjimkou. Význam slova *paliativní* musíme hledat v řečtině ve slově „*pallium*“, které označovalo pravoúhlý vlněný plášť. Ten se přehazoval přes levé rameno i tělo (tradiční úbor starověkých řeckých filozofů). Latinské slovo „*palliatus*“ znamenající „*zakrytý pláštěm*“ mělo původ právě v řeckém slovu *pallium*. Z těchto se dále vytvořilo slovní spojení „*palliate culpa nostra*“, což v překladu znamená „*zakryt naše hříchy*“, jinými slovy bychom mohli říci: zakryt hříchy pláštěm tak, aby navenek nebyly tolik „vidět“. V přeneseném významu tak nacházíme skvělé vysvětlení i pro paliativní péči, která si neklade za cíl odstranění utrpení (které mnohdy ani není možné), ale jeho pouhé zmírnění neboli zahalení. Tento přístup je tak tím nejlepším, co můžeme umírajícímu pacientovi poskytnout (Kadaňka, 2010).

Paliativní medicína, do níž spadá léčba i péče o pacienty s aktivním, progredujícím či pokročilým onemocněním (přičemž se nezaměřuje na vyléčení nýbrž na kvalitu života pacienta), jednotnou definici nemá, proto v odborné literatuře nacházíme hned několik možných vymezení tohoto pojmu (Vorlíček a kol., 2004).

Z historického hlediska (v oblasti vymezení definice) je třeba zmínit dr. Balfoura Mounta, který jako první začal prosazovat termín „paliativní péče“ (1974), neboť dříve užívané slovo „hospic“ ve většině lidí vyvolávalo negativní představy v souvislosti s jeho hanlivými konotacemi ve francouzském jazyce (Payne, Seymour, Ingelton, 2007).

Světová zdravotnická organizace vymezuje paliativní péči jako péči, jejíž přístup zlepšuje kvalitu života pacientů a jejich rodin, které čelí problému spojenému s život ohrožující nemocí, prostřednictvím předcházení a zmírňování utrpení pomocí včasného zjištění a dokonalého posouzení, léčbou bolesti a dalších potíží a to jak fyzických, psychosociálních i duchovních. Dále uvádí, že paliativní péče zahrnuje:

- úlevu od bolesti a dalších symptomů způsobujících utrpení,
- potvrzuje život a pohlíží na umírání jako na normální proces,
- začleňuje psychické a duchovní aspekty do péče o pacienta,
- nabízí systém podpory, který pomáhá pacientům žít aktivně až do smrti,
- nabízí systém podpory v pomoci rodině, aby zvládla situaci během pacientovy nemoci a také při jejím zármutku,
- používá týmový přístup k řešení potřeb pacientů a jejich rodin včetně poradenství v období zármutku (je-li zjištěn),
- zlepšuje kvalitu života a pomáhá pozitivně ovlivnit průběh nemoci,
- lze použít již v raném stádiu nemoci, ve spojení s dalšími druhy léčby, které jsou určeny k prodloužení života (chemoterapie, radioterapie) a zahrnuje ta vyšetření, která jsou potřebná ke zjištění a řízení tíživých klinických komplikací (www.who.int, 2014).

Jakoubková a kol. ve své publikaci prezentují paliativní péči stručně, když uvádí, že je to péče zaměřující se na zmírnění či odstranění pacientových problémů a zlepšení jeho současného stavu (Jakoubková a kol., 1998). Vorlíček se v obou svých publikacích opírá o definici paliativní péče dle WHO z roku 1986, která ji definovala jako „aktivní a komplexní péči o pacienty, jejichž onemocnění neodpovídá na kurativní léčbu. Zásadní důležitost má léčba bolesti a ostatních tělesných symptomů, stejně jako mírnění psychických, sociálních a duchovních problémů. Cílem paliativní péče je dosažení co nejlepší kvality života pro pacienty a jejich rodiny.“ (Vorlíček a kol., 2006; Vorlíček a kol., 2012).

V další ze svých publikací Vorlíček uvádí několik příkladů různých definic paliativní péče:

„Paliativní medicína se zabývá léčbou a péčí o nemocné s aktivním, progredujícím, pokročilým onemocněním. Délka života je u těchto nemocných omezena a cílem léčby a péče je kvalita jejich života.“ - Velká Británie - (Vorlíček, 1998).

„Hospicový program je koordinovaný program paliativních a podpůrných služeb prováděných doma i za hospitalizace, který zajišťuje léčbu a psychologickou, sociální a spirituální péči pro umírající osoby a jejich rodiny. Služby jsou zajišťovány lékařsky řízeným interdisciplinárním týmem profesionálů a dobrovolníků. Po smrti nemocného je

k dispozici péče o pozůstalé.“ - National Hospice Organisation, Arlington, Virginia, USA - (Vorlíček, 1998).

Payne a kol. uvádí definici paliativní péče od *Národní rady pro hospice a služeb specializované paliativní péče*, přezkoumanou WHO z roku 2002: „Paliativní péče je přístup, který prostřednictvím prevence a zmírňování utrpení, díky včasné identifikaci a bezchybné diagnostice bolesti a jiných fyzických, psychosociálních a duchovních problémů a jejich zvládnutí zvyšuje kvalitu života pacientů a jejich rodin, čelících problémům spojeným s život ohrožující nemocí.“ (Payne, Seymour, Ingelton, 2007)

Je možné si povšimnout, že výše uvedené definice mají mnoho společného. Definice *National Hospice Organisation* navíc zmiňuje v souvislosti s paliativní péčí taktéž péči podpůrnou – je to z toho důvodu, neboť na péči o pacienty trpící svým onemocněním již ve stádiu pokročilém a terminálním lze pohlížet jako na „podporu“, která je udržuje při životě (Vorlíček, 2012).

2. 2. 2 Historie paliativní v některých částech světa

„Není možno dobře poznat nějakou vědu,
neznáme-li její historii.“

- August Comte -

Často se můžeme setkat s názorem, že paliativní medicína je oborem novým, respektive že jeho specializace se vyvinula teprve v nedávné době. Podíváme-li se ale do historie lidstva a lékařství obecně, zjistíme, že je to přesně naopak – hlavním cílem medicíny vždy bylo navrácení zdraví nemocnému, nebo pokud to již nebylo možné, alespoň zmírnění symptomů jeho onemocnění. Vorlíček ve své publikaci vyjadřuje přesvědčení, že byla paliativní péče poskytována od nepaměti, nicméně zdůrazňuje, že historické prameny můžeme nalézt až z dob antiky. V Evropě již od středověku existovaly útulky pro zmrzačené a těžce nemocné. Ty byly zakládány většinou při klášterech a péči zde zajišťovali řádoví bratři a sestry (Vorlíček, Adam, Pospíšilová 2004).

Zřizování nemocnic bylo specifické pro 19. století, ovšem péče, která se zde poskytovala, nezahrnovala péči o nevléčitelně nemocné a umírající. Tito lidé byli z jejího dosahu „vytlačeni“ a neúspěch při jejich léčení byl považován za selhání medicíny. Může se zdát, že se o tyto pacienty nikdo nezajímal, avšak i v této době se našly takové organizace, které na utrpení těchto lidí nereagovaly lhostejně – byly to především filantropické a charitativní organizace, jejichž představitelkami byly převážně ženy. 19. století tedy můžeme označit jako období počátku vývoje paliativní péče (Payne, Seymour, Ingelton, 2007).

První zmínku o zaměření péče přímo na nevléčitelně nemocné najdeme až v roce 1842, kdy bylo v Lyonu (Francie) založeno společenství žen (*L' Association des Dames du Calvarie*), do něhož se řadily především vdovy. Zakladatelkou tohoto společenství byla **Jeanne Garnierová**. Společenství v čele s ní se zasloužilo o otevření prvního domu, který nesl název „**hospic**“ – stalo se tak roku 1874 v Paříži. Hospic - toto označení pro místo, kam jsou na sklonku života přijímáni pacienti, získalo svůj význam právě díky Jeanne Garnierové

(Krátká, Kutnohorská, Cichá, 2011). Šest dalších institucí (Paříž, New York) bylo založeno právě díky inspiraci po *L'Association des Dames du Calvarie*.

V Irsku se setkáváme s poněkud jinou cestou k vytvoření hospice a dalších míst, kde se poskytovala péče o umírající pacienty. V roce 1815 zde byl založen řád *Irských milosrdných sester* (některé zdroje uvádí označení „*Sestry lásky*“), jehož cílem bylo působit mimo klášterní zdi. Jeho představenou se ve svých 25 letech stala **Marie Aikenheadová** (přijala řeholní jméno sestra **Mary Augustina**). Její život byl poznamenán těžkou chronickou nemocí, které v roce 1858 podlehla. Jejím cílem bylo vytvořit hospic, a ačkoliv se jeho otevření nedařilo, její sen byl splněn. Roku 1879 se jím stal klášter, kde 2 poslední roky svého života žila, se jménem *Our Lady's Hospice for Dying*. Další členky *Irských milosrdných sester* pak začaly dle tohoto místa zřizovat další: v Austrálii, Anglii a Skotsku (Payne, Seymour, Ingelton 2007).

Avšak i přes tyto historické skutečnosti a fakta je za první institucionální domov pro umírající pacienty považován *Friedenheim*, založený roku 1885 Skotkou **Frances Davidsonovou**. Jeho účelem bylo poskytnout místo především pro nemocné tuberkulózou. Nejprve počet jeho lůžek nepřesáhl ani 10, nicméně po roce 1892, kdy byl z Mildmay Parku v Londýně přesunut do nové budovy v South Hampsteadu, se počet míst zvýšil na 35. Roku 1891 byl v Londýně zřízen *Hostel of God*, který byl veden anglikánskými sestrami *Služebníků chudých sv. Jakuba*, načež byl roku 1896 převzat *sestrami sv. Markéty z East Grinsteadu*. V nynější době je ústav přejmenován na *Trinity Hospice* – nespadá pod žádný náboženský řád a může se pyšnit označením nejdéle fungující služby paliativní péče ve Velké Británii (Krátká, Kutnohorská, Cichá, 2011).

Za pozornost rovněž stojí další žena - **Rose Hawthorne Lathropová**. Po smrti syna a manžela následně vstoupila do duchovního stavu a přijala jméno sestra Mary Alfonsa. Založila novou kongregaci *dominikánských sester sv. Rosy z Limy*, které do dnešního dne poskytují bezplatnou péči pro nemocné trpící rakovinou, kteří si nemohou dovolit být na jiném místě (Payne, Seymour, Ingelton, 2007).

Tyto ženy: Jeannie Garnierová, Mary Aikenheadová, Frances Davidsonová a Rose Hawthornová se nikdy osobně nesetkaly, nicméně jak trefně poznamenává Clark, jejich cíle (ať už životní či pracovní), byly velmi podobné. Při pohledu do historie a na to, co vytvořily, je možné jejich činnost (životní příklad, založené instituce) pokládat za základní kameny

pro činnosti, organizace a práci dalších lidí, kteří si uvědomovali důležitost péče o umírající (Payne, Seymour, Ingelton, 2007).

Z činnosti již zmíněného řádu *Irských milosrdných sester* byl založen **St. Joseph's Hospice** v Hackney v chudinské čtvrti East Endu v Londýně, který se stal působištěm další významné ženy, jejíž činnost ovlivnila vývoj paliativní péče a posunula ji značně kupředu.

Po 2. světové válce zde pracovala **Cicely Saundersová** (1918 – 2005), která zde nejprve působila jako zdravotní sestra a později lékařka. Zajímala se právě o ty pacienty, jimž tehdejší medicína neumožnila vyléčení a vytvářela pro ně zásady lékařské péče, které přesně odpovídaly jejich potřebám. Dílo a práce Saundersové byly již od počátku silně ovlivněny názory **Carla Rogerse** – proslulého psychologa, který kladl důraz na naslouchání a komunikaci s nemocnými. Koncept, kterým se Cicely Saundersová zabývala, se zaměřoval na „celkovou bolest“ (total pain). Pojetí tohoto konceptu spočívalo v přijetí názoru, že bolest tělesná úzce souvisí s bolestmi v dalších oblastech: psychickou, sociální a duchovní, a tyto že se současně vzájemně ovlivňují, což je u umírajících pacientů zásadní (Vorlíček, Adam, Pospíšilová, 2004).

V roce 1967 v Londýně Saundersová se svými kolegy založila **St. Christopher's Hospice**. Zde můžeme vidět počátky moderního hospicového hnutí a to především díky péči, která byla umírajícím poprvé poskytována multidisciplinárním týmem (Vorlíček, Adam, Pospíšilová, 2004). Hospic se stal **zdrojem inspirace pro ostatní**, snažil se prosadit jako špičkové speciální centrum, přičemž přikládal stejnou váhu klinické péči, vzdělání i výzkumu (Clark, 2007).

Ačkoliv se může zdát, že se o paliativní péči nezajímalo příliš mnoho mužů lékařů, je třeba zmínit jméno chirurga **dr. RONALDA RAVENA**, na jehož žádost napsala Saundersová v roce 1959 kapitolu „*The Management of Patients in the Terminal Stage*“, která byla součástí první velké medicínské publikace (Clark, 2007). Saundersová publikovala také značné množství článků do mnoha časopisů (*Nursing Times*, *Daily Telegraph*, *American Journal of Nursing*). Jelikož byly články psány se silným náboženským, morálním a osobním přesvědčením Saundersové, byly považovány (do určité míry) za kontroverzní četbu. Nicméně měly velký ohlas a to především z řad ošetřovatelů, kteří Saundersovou podporovali (Payne, Seymour, Ingelton, 2007). Její nový a netradiční přístup v konceptu **total pain** jí zprostředkoval cestu do *Královské společnosti zdravotních sester* a *Královské lékařské*

společnosti, přičemž ta, právě díky Cicely Saundersové, uznala paliativní medicínu jako samostatný obor lékařské vědy (Krátká, Kutnohorská, Cichá, 2011).

Společně s Cicely Saundersovou se na rozvoji podílely i další ženy. Jednou z nich byla Američanka **Florence Waldová** (1917 – 2008), která nejprve pracovala jako dětská sestra, později učitelka na *Rutgers University* v New Jersey a dále jako děkanka na Yalské univerzitě. Zasadila se o změny v kurikulu předmětu ošetřovatelství, v němž kladla důraz na to, aby byla do péče spolu s pacientem zapojena taktéž jeho rodina včetně ošetřujících sester a rovněž do předmětu zapojila podstatně větší množství vědeckého přístupu. Získala mnoho ocenění a zabývala se i vězeňskými hospicovými programy. Další pak byla **Elisabeth Kübler-Rossová** (1926 – 2004) jejíž jméno se v dnešní době s paliativní péčí nevylučně pojí. Již od útlého věku se setkávala se umírajícími a její působení během 2. světové války v nemocnicích, kde pečovala o raněné, jí jednoznačně ukázalo směr, kterým se po zbytek života ubírala. Hlavní bod jejího výzkumu se zaměřoval na psychiku umírajících, péči o ni. Z rozhovorů s umírajícími a dalšími studii odlišila 5 fází umírání (popření, hněv, smlouvání, deprese, přijetí). Spolu s dalšími teoriemi byly tyto fáze začleněny do knihy ***O smrti a umírání***, která se stala bestsellerem ve světovém měřítku. Rozvíjela také snahy v rámci hospicového hnutí (nejen pro dospělé ale i pro děti a kojence), pro HIV nakažené, včetně s AIDS. **Nesouhlasila s myšlenkou eutanazie**, neboť byla přesvědčená, že se tímto zásahem lidem znemožní uzavřít své záležitosti. Za svůj nezměrný přínos pro oblast paliativní péče jí byla udělena řada vyznamenání včetně čestných doktorátů (Krátká, Kutnohorská, Cichá, 2011).

Kromě výčtu aktivit těchto významných žen je ovšem potřeba podívat se na situaci, která panovala v oblasti paliativní péče v širším měřítku. Za toto lze považovat pohled na oblast v 2. polovině 20. století, kdy pojetí a rozvoj, které paliativní péče získávala, zvolna ustávalo a to především kvůli masivnímu rozvoji a pokroku v oblastech medicíny (orientované spíše na biologickou a technologickou sféru). Ta právě oslavovala velké úspěchy: antibiotika, transplantace orgánů, nové možnosti v podpoře životních funkcí. Do popředí se dostalo přesvědčení, které říkalo, že „vyléčit lze vše“ (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková, 2012). Zájem ze strany profesionálních zdravotníků i veřejnosti byl zaměřen především na možnosti kurativní léčby. Pacient, který umíral, protože u něj léčebné metody neměly očekávaný efekt, byl v nejlepším případě zdravotníky přehlížen, v horším případě byl odeslán domů, jelikož zde *nebylo* nic víc, co by se dalo udělat (Clark, 2007).

Na vládnoucí názor „nic se nedá dělat“, ostře reagovalo hospicové hnutí, stavějící se do opozice s prohlášením, že „něco se dá dělat vždy“ – bez ohledu na diagnózu či další faktory ovlivňující stav nevyлéčitelně nemocného, neboť je vždy možné pacientovi nějak pomoci, aby se zmírnilo jeho utrpení. Zvedla se velká vlna kritiky jak ze strany hospicového hnutí proti akademické medicíně tak stejně i naopak. Pokrok a spojení názorů obou těchto „táborů“ se objevuje spolu se jménem **dr. Balfoura Mounta**, který v roce 1975 založil první oddělení paliativní péče na světě a to v kanadském Montrealu v *Royal Victoria Hospital*. V konceptu paliativní péče zahrnuje jak moderní medicínské poznatky, tak zásady hospicového hnutí. Tyto zásady pak soustavně aplikuje v nemocničním prostředí (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková, 2012).

Od roku 1980 pracovali průkopníci z oblasti hospiců a paliativní péče na podpoře svých cílů v mnoha zemích, stavěli na mezinárodní síti podpory a spolupráce. V roce 1976 se konal první mezinárodní kongres o péči o terminálně nemocné v Kanadě. Tento kongres byl následující dva roky po sobě organizován právě dr. Balfourem Mountem a jeho kolegy (Clark, 2007).

Důležitým bodem v rozvoji paliativní péče se stal rok 1980, kdy **Josefina Mango** se svými spolupracovníky založili Mezinárodní hospicový institut (*The International Hospice Institute*), který se později roku 1999 stal Mezinárodním sdružením pro hospic a paliativní péči (*The International Association for Hospice and palliative Care*). Tato jedinečná organizace se zaměřuje na rozvoj a zlepšení paliativní péče po celém světě. Je organizací neziskovou, apolitickou, bez náboženské příslušnosti, díky čemuž zprostředkovává svou pomoc bez rozdílu všem lidem. Cíle, k nimž směřuje její působení, se týkají spolupráce s již existujícími sdruženími a agenturami, avšak stejně tak i s jedinci, za účelem zlepšení komunikace a přístupu ke zdrojům, jakož i na podporu příležitostí v oblasti vzdělávání a odborné přípravy (Woodruff, Doyle, De Lima, Bruera, Farr, 2001).

Chceme-li získat představu o tom, jak se paliativní péče rozvíjela v jiných zemích světa, musíme počítat s tím, že narazíme na velké množství zvláštností, které jsou pro danou zemi či stát specifické: způsob organizace této péče, její financování, způsob, jakým se začleňuje do systému zdravotní a sociální péče, dále pak kulturní sféra (vztah, jaký společnost zaujímá ke smrti a umírání, filantropie a dobrovolnictví ve společnosti, role rodiny a blízké komunity) a oblast politická, mediální a další (Vorlíček, Adam, Pospíšilová, 2004).

Služby, které poskytovaly hospice v USA, se ke konci 20. století značně lišily např. od těch ve Velké Británii. V USA byl kontakt s onkologickými pacienty menší (důraz byl kladen na služby pro ne-onkologické pacienty) ve Velké Británii tomu bylo naopak. Hospicové služby v USA se zaměřovaly především na domácí péči, myšlenka nemocničních týmů a lůžkových hospiců byla rozvinuta mnohem méně. Významným mezníkem v této problematice se stal rok 1982, kdy bylo dosaženo uznání financování pro hospice v rámci amerického programu Medicare, načež začal další rozvoj (Clark, 2007).

Podíváme-li se na asijsko-pacifický region, první důkazy o rozvoji hospiců můžeme najít až v roce 1965. Péči o umírající pacienty v Koreji zajišťovaly katolické sestry (*Catholic Sisters of the Little Company of Mary*). Do roku 1999 se počet služeb na celý region mnohonásobně zvýšil. Křesťanský základ měl i první hospic v Japonsku – v roce 1973 v *The Yodogwa Christian Hospital* (Payne, Seymour, Ingelton, 2007).

Situace v Subsaharské Africe je chmurná, jelikož zde každý rok onemocní rakovinou zhruba milion Afričanů, přičemž pro většinu z nich je vhodná léčba nedostupná. Potřeba paliativní péče zde vzrostla především kvůli epidemiím HIV a AIDS. Z celosvětového počtu případů takto zasažených zde žijí téměř $\frac{3}{4}$ z nich. V Zimbabwe byl první hospic založen roku 1980. Jeho zakladatelé se zjevně nechali inspirovat hospici založenými ve Velké Británii. Uganda je na tom podstatně lépe. První hospic zde byl založen později (1993), mají však všeobecný školicí program a lze zde spatřovat zámky vlivu, který se upírá na vládní zdravotní politiku: dostupnost opiátů, uznání paliativní péče jako základní klinické služby (Payne, Seymour, Ingelton, 2007).

Autoři výzkumu nicméně dospěli k závěru, že v Ugandě, Keni, Jižní Africe a Zimbabwe existují modely pro rozvoj cenově dostupných a udržovatelných hospiců a poskytování paliativní péče. Dokonce se zde nově zformovala *African Palliative Care Association*, která má velký potenciál k prosazování inovací, což Afrika velmi potřebuje, jelikož nezbytnost této péče nikdy nebyla větší než právě nyní (Clark, 2007).

Rozvoj paliativní péče v komunistických zemích (východní Evropa, Střední Asie), byl velmi malý. Většinu nových podnětů pro péči lze vysledovat od roku 1990. Polsko a Rusko jsou považovány za země, které mají nejmodernější programy paliativní péče, další podstatné úspěchy jsou zaznamenány také v Rumunsku a Maďarsku. Avšak pro oblast více než 400 milionů lidí, bylo pouhých 467 zařízení pro paliativní péči (v roce 2002) málo, přičemž více jak polovina z nich byla pouze v Polsku (Payne, Seymour, Ingelton, 2007).

Pro rozvoj paliativní péče v západní Evropě bylo klíčové založení již zmíněného *St. Christopher's Hospice* ve Velké Británii. Dle jeho příkladu začaly nově vznikat hospice také ve Švédsku (1977), Itálii (1980), Německu (1983), Španělsku (1984), Belgii (1985), Francii (1986) a Nizozemsku (1991), (Clark, 2007).

2. 2. 3 Historie paliativní péče v České republice

**„Hospic není budova,
hospic je určitý způsob přístupu k umírajícímu.
Přístup komplexní, zohledňující
všechny jeho potřeby a vycházející z úcty k člověku,
jako jedinečné, neopakovatelné bytosti.“**

- Marie Svatošová -

Zájem o paliativní péči v českých zemích se rozvinul (v porovnání s jinými zeměmi) až velmi pozdě – teprve po roce 1989. Předtím zde můžeme vidět snahy o poskytování ošetrovatelské péče, a stejně jako na jiných místech světa i u nás za tímto nacházíme především osoby z řad významných žen, které ovlivnily péči o nejpotřebnější nejen v českých zemích ale také po středoevropském regionu.

U základů organizované péče o nemocné stojí Anežka Česká (1207/1211? – 1282), která na vlastní náklady započala s výstavbou mužského kláštera minoritů a ženského kláštera klarisek (jehož členkou se později sama stala). Díky ní byl též postaven první špitál v českých zemích (Praha – roku 1233). Do dějin k vývoji paliativní péče ji můžeme zařadit taktéž, neboť stojí taktéž za založením špitálního bratrstva. To svou činnost soustředěovalo právě na pomoc a péči o nemocné a umírajících.

Alžběta Durynská (1207 - 1231) se zasloužila o založení špitálu, kde sama denně pomáhala a starala se o těžce nemocné. Pár let před svou smrtí s pomocí Konráda z Marburku založila v Heskenu chudobinec a špitál sv. Františka, za jehož zdi byla poskytována péče těm nemocným, které nepřijali jinde.

Dalšími ženami, které svůj život zasvětily službě nemocným a umírajícím, byly: Hedvika Slezská (1174 - 1243), Zdislava z Lemberka (1220? – 1250 / 1252), Kateřina Fieschi (Kateřina Janovská) (1447 - 1510) – tyto ženy byly později svatořečeny, a Markéta Falcká (Markéta Bavorská) která žila v letech 1376 - 1434 (Krátká, Kutnohorská, Cichá, 2011).

Od 16. do 18. století umírali lidé především v domácím prostředí nebo v zařízeních, která založily výše zmíněné ženy. Století 19. přineslo obrat, kdy se paliativní péči začalo dostávat pozornosti a to především ve světě, jak již bylo zmíněno v předchozí podkapitole. Na našem území bylo možné rovněž zaznamenat rozšíření i specializaci zdravotnických zařízení. Pro srovnání: k roku 1848 zde lze možné najít 50 nemocnic, v roce 1900 pak už 256 (Bräuerová, 2007).

Záslouhou dr. Marie Svatošové došlo po roce 1989 k většímu rozvoji paliativní péče. Jedním z prvních kroků bylo založení občanského sdružení *Ecce homo* (1993) jehož předsedkyní byla právě dr. Svatošová. Toto sdružení si dalo za cíl rozvinout hospicové hnutí v České republice a dosáhnout toho, aby se myšlenka hospiců nesoustředila pouze na hospice, nýbrž se rozšířila na všechna místa, kde lidé umírají (Bräuerová, 2007).

Po roce 1989 mnoho zdravotnických pracovníků mělo možnost získat zkušenosti z oblasti této péče v zahraničí. Na základě těchto zkušeností bylo v 90. letech 20. století vybudováno několik hospiců (Vorlíček, Adam, Pospíšilová, 2004).

Roku 1995 byl v Červeném Kostelci otevřen první český hospic – Hospic sv. Anežky. Tento hospic byl v roce 1998 následován dalšími – hospic sv. Lazara v Plzni, Hospic Štrasburk v Praze - Bohnicích. Roku 1999 byl otevřen Dům léčby s hospicem sv. Josefa v Rajhradě, o rok později Hospic sv. Štěpána v Litoměřicích, 2002 Hospic na Svatém Kopečku v Olomouci, Hospic sv. Alžběty v Brně roku 2004, Hospic v Mostě a Hospic sv. Jana Nepomuka Neumanna v Prachaticích roku 2005, Hospic sv. Lukáše v Ostravě - Výškovicích v roce 2007, Hospic Dobrého pastýře v Čerčanech roku 2008, Hospic Chrudim roku 2009 a o dva roky později Hospic Frýdek - Místek, Hospic Malovická v Praze - Záběhlicích a Hospic Citadela ve Valašském Meziříčí (www.hospice.cz, 2014).

Založení občanského sdružení Asociace poskytovatelů paliativní péče je spojeno s rokem 2005 se zaměřením na lůžkové hospice a několik dalších zařízení domácí péče.

Paliativní péče a její situace v České republice dosud není uspokojivá, neboť je přístupná stále jen pro omezený počet občanů (nejčastěji nádorová onemocnění). Vzhledem ke zvyšování počtu geriatrických pacientů a nárůstu různorodých onemocnění je však této péči potřeba stále více. Na její rozvoj se přímo zaměřuje dokument „Strategie rozvoje paliativní péče v České republice na období 2011 – 2015“. Jsou v něm rozpracovány změny v oblastech stávající legislativy, vzdělávání, vědy a informační a propagační kampaně na podporu důstojného odchodu ze života (www.paliativnimedicina.cz, 2014).

Marie Svatošová ve své publikaci trefně pojmenovává jednu z možných příčin této neutěšené situace u nás. Velké množství lidí totiž hospic vidí především z hlediska negativního, spojeného pouze se smutkem - hospic je nazývám „domem smutku.“ Sama autorka však zdůrazňuje, že ti, kteří hospic navštíví (nejen stážisté a pracovníci, ale i rodiny, přátelé a příbuzní zesnulých) v něm zakusí příjemnou atmosféru klidu, pohody a radosti. Dokonce mluví o „oáze“, kterou lidé ocení především poté, co se navrátí do normálního „rozbouraného světa.“ **Hospic je totiž místem, v němž je nejvyšší důraz kladen na kvalitu života**, a proto se zde i na tomto místě lidé smějí, jsou veselí, navazují zde přátelství a i nadále se na chodu a životu hospice podílejí (např. společenské akce pořádané hospicem). Jako na většinu věcí existují různé úhly pohledu zobrazující pozitiva i negativa, tak ani hospice nejsou výjimkou. Ne přímým negativem, ale spíše rubem na tomto místě bezesporu je vše smutné, co k umírání náleží a o čem všichni vědí velmi dobře. Lícem je však právě ono tolik potřebné (nejen pro umírajícího) vytvoření oázy pochopení a lidského chování (Svatošová, 1998).

Toto jsou pak jedny z bodů, s nimiž je jistě potřeba opakovaně seznamovat společnost, aby pohled na paliativní péči a hospice přehodnotila. Aby se ti, kteří zde se svými blízkými strávili poslední chvíle jejich života, neseťkali s nepochopením svého okolí, když jim tyto okamžiky budou líčit a popisovat je jako skutečně šťastné a naplněné.

2. 3 Co ovlivňuje vztah k paliativní péči?

Jak již bylo zmíněno v úvodu, vztah k paliativní péči může být u zdravotnických pracovníků, potažmo žáků středních zdravotnických škol, ovlivněn hned několika aspekty. Ty, které byly vybrány jako nejdůležitější (v souvislosti s touto diplomovou prací) jsou následně rozpracovány v této podkapitole.

2. 3. 1 Paliativní péče ve výuce na středních zdravotnických školách

**„Kdokoliv učí lidí jak zemřít,
učí je současně jak žít.“**

- Montaigne -

Abychom získali přehled a mohli zhodnotit, zda a v jaké míře se na středních zdravotnických školách v oboru Zdravotnický asistent (53-41-M/01) vyučuje paliativní péče, respektive které vyučované předměty se tématu dotýkají, musíme pečlivě prostudovat kurikulární dokumenty.

Kurikulární dokumenty se dělí do 2 úrovní:

- a) **státní úroveň** – Národní program rozvoje vzdělávání v ČR (Bílá kniha Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy z roku 2001), Rámcové vzdělávací programy (RVP), které vydává MŠMT pro předškolní, základní, gymnaziální a odborné vzdělávání,
- b) **školní úroveň** - Školní vzdělávací programy (ŠVP)

(Maňák, Janík, Švec, 2008).

Bílá kniha „formuje vládní strategii v oblasti vzdělávání v podobě myšlenkových východisek, obecných záměrů a rozvojových programů směřodatných pro vzdělávací soustavy. Strategie odráží celospolečenské zájmy a dává konkrétní podněty k práci škol. Zároveň je otevřeným materiálem, který by měl být v pravidelných intervalech kriticky zkoumán a v souladu se změnami společenské situace revidován a obnovován.“ (www.vzdelavani2020.cz, 2014)

Jelikož má však Bílá kniha charakter spíše obecného dokumentu, nenalezneme v ní přesnější zmínky o konkrétních oborech ani předmětech či tématech, do nichž by paliativní péče mohla spadat.

Dokumenty, které z Bílé knihy vychází, jsou **Rámcové vzdělávací programy (RVP)**, které se dále člení na ty pro předškolní, základní, gymnaziální a střední odborné vzdělávání. Střední zdravotnické školy jsou součástí středního odborného vzdělávání a pro tyto se pak programy rozdělují dle jednotlivých oborů (Maňák, Janík, Švec, 2008). Obsahově tyto dokumenty zahrnují charakteristiku RVP pro střední odborné vzdělávání, cíle tohoto vzdělávání, kompetence a uplatnění absolventa, organizaci vzdělávání, kurikulární rámce pro jednotlivé oblasti vzdělávání, rámcové rozvržení obsahu vzdělávání, průřezová témata, vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami, žáků mimořádně nadaných a využití RVP ve vzdělávání dospělých. Dokument rovněž obsahuje obecné zásady tvorby Školního vzdělávacího programu (ŠVP), který si každá škola vytváří samostatně (www.zpd.nuov.cz, 2008).

V Rámcovém vzdělávacím programu pro obor Zdravotnický asistent najdeme kompetence, kterých by měl absolvent po úspěšném ukončení studia dosáhnout. Jsou rozděleny na **kompetence klíčové** a **kompetence odborné**. Na témata spojená s paliativní péčí se **výslovně** zaměřují kompetence odborné, v nichž je uvedeno, že absolventi mají pod odborným dohledem poskytovat základní ošetrovatelskou péči, v níž se podílejí (mimo jiné) na „činnostech spojených s přijetím, přemístováním, propuštěním a úmrtím pacientů.“ (www.zpd.nuov.cz, 2008).

Jak již bylo uvedeno výše, RVP obsahují kurikulární rámce pro jednotlivé oblasti vzdělávání.

Následují vypsání rámce, které se obsahově dotýkají (nebo by se dále ve zpracovaném Školním vzdělávacím programu mohly dotýkat) paliativní péče.

Společenskovední rámec

- 3. oblast - Člověk v lidském společenství (učivo související s náboženstvím a filosofií, duchovní oblastí člověka),
- 6. oblast - Člověk a svět (praktická filozofie) - (učivo související s etikou, morálkou a životními postoji).

Rámec vzdělávání pro zdraví

- 1. oblast - Péče o zdraví (učivo související s péčí o zdraví a činiteli, kterého ho ovlivňují, péče o veřejné zdraví v ČR).

Rámec ošetrovatelství a ošetrovatelské péče

- 2. oblast - Všeobecná ošetrovatelská péče (zde je odkazováno na § 27 Vyhlášky č. 424/2004 Sb. - tato však byla dne 14. 3. 2011 aktualizována vyhláškou č. 55/2011 Sb. - v níž se upravují činnosti, které smí vykonávat zdravotnický pracovník s kompetencemi Zdravotnického asistenta).
- 3. oblast - Ošetrovatelská péče v klinických oborech a v komunitní péči ve vztahu zejména k internímu lékařství, chirurgii, pediatrii, péči o matku a novorozence, gynekologii, psychiatrii, péči o staré lidi a geriatrii (výsledky vzdělávání související s poskytováním péče seniorům).

Rámec sociálních vztahů a dovedností

- 1. oblast - Psychologie - výsledkem vzdělání by měl být individuální přístup absolventa k nemocným s respektováním jejich zvláštností a individuálních potřeb.
- 2. oblast - Komunikace - výsledkem vzdělání by mělo být zdravé chování absolventa v oblasti komunikace s ohledem na individuální vlastnosti a zvláštnosti každého pacienta.

Výše zmíněné rámce, spolu s dalšími, které zde nebyly jmenovány, neboť se přímo netýkaly paliativní péče, si konkrétní škola rozpracuje do jednotlivých vyučovacích předmětů nebo jiných aktivit a činností. Škola zde má jistou volnost, v níž může jednotlivým předmětům či činnostem věnovat více nebo méně prostoru s ohledem na požadavky a možnosti trhu práce, zájem žáků, odbornost pedagogů atd.

Rozpracování těchto rámců škola provádí v rámci tvorby **Školního vzdělávacího programu (ŠVP)**. ŠVP je stěžejním pedagogickým dokumentem dané školy. Jeho pomocí je realizováno vzdělávání a pro školu je závazný (www.zpd.nuov.cz, 2008).

Paliativní péče není samostatným předmětem, proto se s ní žáci nesetkají v jednom uceleném celku, ale v rozdělených úsecích předmětů. Mezi ty nejčastěji patří: ošetřovatelství, ošetřovatelská péče, psychologie a komunikace. Škola má, při tvorbě ŠVP podle rozpisu minimálního počtu vyučovacích hodin za celou dobu vzdělávání, k dispozici 21 disponibilních hodin za týden. Tyto hodiny může využít pro realizaci průřezových témat, či posílení dotace hodin pro různorodé vzdělávací oblasti atd. Na základě tohoto **mají školy možnost** posílit i předměty jiné a v nich také právě témata z oblasti paliativní péče.

(Předměty, v nichž se témata související s paliativní péčí vyučovala, zahrnovala **ošetřovatelství, ošetřovatelskou péči, ošetřovatelskou praxi, psychologii a komunikaci**. Pouze jedna škola z těch, které byly zahrnuty do výzkumného šetření této diplomové práce, měla ve svém školním vzdělávacím předmětu obsažen i další předmět, v němž se témata paliativní péče vyskytovala - **geriatrie**.)

2. 3. 2 Spiritualita a náboženství

**„Kdo věří, není nikdy sám -
ani v životě, ani ve smrti.“**

- Benedikt XVI -

Jasně vymežit pojem spiritualita je velmi těžké neboť, jak velmi výstižně poznamenávají ve svém článku Doskočil s Uxovou, jejímu smyslu rozumí všichni pouze do té doby, než se pokusí o její definici (Doskočil, Uxová, 2008). Z přezkumu zdravotní literatury do roku 2005 vyplynulo, že již do té doby existovalo **92 definic** pojmu (Chochinov, Cann, 2005). Jako doklad různého pohledu na spiritualitu může sloužit například to, že zatímco Puchalski se ve své publikaci přiklání k etiologii slova („*spiritus*“ latinsky znamená „dech“ nebo „*dýchání*“) jehož původ můžeme nelézt v Bibli v knize Genezis (Puchalski, 2008), autorka Knoflíčková k tomuto přidává pohled obohacený o význam opory, která se z našeho života neztrácí (Knoflíčková, 2008). Milligan tuto různorodost zdůvodňuje tím, že spiritualita patří k jednomu z aspektů lidské existence a tudíž může být vykládána velmi rozličnými způsoby - individuálně každým jedincem (Milligan, 2011).

Spiritualita bývá velmi často dávana do souvislosti právě s náboženstvím, dokonce i v některých jejích vymezeních lze nalézt zahrnutou účast na bohoslužbách, případně četnost modliteb (Puchalski, 2008). Autorka Hermann nastiňuje podstatně širší význam těchto pojmů, když uvádí, že zatímco **náboženství je organizovaný systém víry a uctívání, spiritualita (duchovnost) je pojmem širším. Bývá popisována jako osobní snaha najít účel a smysl v životě, pocit příbuznosti s transcendentním rozměrem. Týká se také celého člověka včetně fyzických, psychických a sociálních aspektů. A na rozdíl od náboženství je spiritualita vždy přítomna** (Hermann, 2006).

Podle výše uvedených názorů můžeme dojít k názoru, který spiritualitu staví do pozice, v níž je náboženství obsaženo ale nerovná se mu, dokonce jej přesahuje, neboť pojímá i ty jedince, kteří na náboženských praktikách nestaví, ale mají svou víru zahrnutou ve verzi individuální konfese či životní filozofie - ta hledá smysl života, pravdu či něco přesahujícího lidské bytosti (Knoflíčková, 2008).

Giddens ve své publikaci odkazuje na zajímavou studii prováděnou *World Values Study Group* v letech 1990 - 1993, která byla zaměřena na zjištění počtu věřících osob v jednotlivých zemích. Mezi vybranými bylo USA, Mexiko, Kanada, Španělsko, Velká Británie, tehdejší Západní Německo, Francie a Švédsko. Ve všech zemích byl shodný větší počet věřících než těch, kteří uvedli, že se jednou nebo vícekrát týdně účastní bohoslužeb. Například v USA byla z celkového počtu osob, které se považovaly za věřící, jen polovina, která uvedla, že se zúčastňuje bohoslužeb, ve Velké Británii to pak byla pouhá jedna třetina a ve Švédsku dokonce jedna pětina. Autor dále uvádí, že to, čemu lidé věří a jaké mají ideály, není přímo úměrné účasti na bohoslužbách, vlivu nebo společenské prestiži různých církví. Poukazuje na fakt, že „mnozí lidé mají hluboce osobní vztah k Bohu a věří v křesťanské či jiné zásady, aniž by se pravidelně účastnili bohoslužeb anebo jiných veřejných rituálů. A naopak, pravidelná účast nemusí nutně vyplývat ze silného zaujetí pro náboženské myšlenky. Někdo chodí do kostela jen ze zvyku nebo proto, že se to od něj v jeho komunitě očekává.“ (Giddens, 1999).

Evropská asociace pro paliativní péči pojala definici spirituality jako dynamický rozměr života člověka, a současně s tímto identifikovala 3 složky spirituality. 1. složka se dotýká **existenčních problémů** - otázek zabývajících se identitou, smyslem, utrpením, smrtí, studem, smířením, vinou, odpuštěním, svobodou a odpovědností, nadějí, zoufalstvím, láskou a radostí. 2. složka se zabývá **hodnotami** založenými na úvahách a postojích včetně toho, co je pro každou jednotlivou osobu nejdůležitější - zde to mohou být vztahy k sobě samému, rodině, přátelům, k práci, přírodě, umění a kultuře, postoj k etice a morálce a k životu samému. 3. složka se pak soustřeďuje na **úvahy náboženské a základ víry** jako takové, včetně jejích obyčejů, vztahem k Bohu nebo „absolutnu“ (Milligan, 2011).

Monod et al. popisují jiný koncept spirituality, do něhož zahrnují 4 vzájemně propojené oblasti. **Dimenze významu** - poskytuje orientaci v bytí. **Dimenze transcendence** - pod tímto si lze představit určitou „kotvu“ v životě, která jedinci poskytuje pocit spočinutí nebo základu, nemusí však nutně zahrnovat Boha, ale například krásu, umění atd. **Dimenze hodnot** - jsou velmi specifické pro každého jedince, neboť zahrnují ty, které jedinec považuje za dobré a pravdivé, přičemž mu pomáhají řídit jeho chování a životní rozhodnutí. **Dimenze psychosociální identity** je poslední dimenzí. Obsahuje v sobě jedincovo životní prostředí, rodinu, ošetřovatele, společnost a další blízké vztahy (Monod et al., 2010).

Puchalski zdůrazňuje podstatu smyslu a hodnot v životě člověka. Uvádí, že každému dodávají důstojnost a svědomí a podotýká, že je „největší potupou“, pokud člověk zemře, aniž by je poznal. Dále pak vyzdvihuje spiritualitu jako **nezastupitelný prvek**, který je zásadní pro všechny pacienty, především však ty, kteří jsou vážně nemocní a v ohrožení života (Puchalski, 2008).

Zajímavá je také studie realizovaná u 82 pacientů s nádorovým onemocněním, jejímž cílem bylo zjistit, zda by mohly být demografické charakteristiky a klinické aspekty považovány za jedny z kritérií pro spiritualitu. Výsledky prokázaly, že existuje pozitivní spojitost mezi věkem pacientů a zájmem o spiritualitu. Tyto výsledky potvrzují i další výzkumy, které dokládají, že se zvyšujícím se věkem roste i zájem o náboženství (Mystakidou et al., 2008).

Výše uvedené lze shrnout do vědomí, že spiritualita by vždy měla být považována za jedinečnost každé osoby, jelikož i ti jedinci, kteří dodržují stejné náboženské tradice a pocházejí z podobných kulturních prostředí, se ve svých duchovních potřebách, představách i tužbách mohou velice lišit (Milligan, 2011). Fromm navíc nastiňuje zajímavou a hlubokou myšlenku, když ve své publikace uvádí, že **víra „není především vírou v určité ‚ideje‘ (ačkoliv tomu tak příliš často bývá), ale je to vnitřní orientace, postoj.“** (Fromm, 1992).

2. 3. 3 Postoje a názory

**„Je lépe hledět ze široka, než se dívat příliš z blízka
a dovolit nějaké vlastnosti místa nebo situace,
aby tě zastihla nepřipraveného.“**

- Christopher Paolini: Inheritance -

Postoj

V oblasti sociální psychologie, jak uvádí autorka Atkinson, zaujímá právě postoj jeden z hlavních pojmů, kterým se toto odvětví psychologie blíže zabývá. Jeho význam v sobě **zahrnuje sympatie či nesympatie, ne však pouze k osobám, ale také k objektům, situacím, různým stránkám prostředí, abstraktním idejím a dalším** (Atkinson, 2001).

Výrost zachází ještě více do historie a uvádí, že se tento pojem objevil již v 18. století. Měl však zcela jiný význam, který se soustřeďoval na polohu těla, kterou zaujímal objekt při malířském a sochařském znázornění. Do sociální psychologie se začlenil až na počátku 20. století, kdy tato disciplína vznikla (Výrost, Slaměník, 2008). Ve vymezení pojmu se opírá o velmi podobnou definici jako Atkinson.

Gálik ve své publikaci předkládá hned několik definic postoje a na závěr dodává, že vymezení tohoto pojmu je relativně stálé a autoři, kteří se jím zabývají, se v definicích shodují (Gálik, 2012). Hayesová zdůrazňuje **3 rysy postojů: jsou naučené, konzistentní a týkají se příznivých nebo nepříznivých reakcí**. Tyto body podkládá definicí od Fishbeina a Ajzena: „Postoje jsou naučené predispozice k celkově příznivé nebo nepříznivé reakci na daný objekt, osobu či událost.“ (Hayes, 2009).

Jednu z nejjednodušších a přitom asi nejuvýstižnějších definic do své publikace zahrnul Nakonečný. Odkazuje na vymezení W. J. Thomase a F. Znanieckého (ti tento pojem do sociologie a sociální psychologie vnesli), a dále ji formuluje tak, že **postoj je ve své podstatě hodnocením**. Tímto hodnocením vyjadřujeme náš vztah k danému objektu, jímž může být naprosto cokoliv (Nakonečný, 2009).

Postoje jsou často vyjadřovány slovy a propojeny přímo s kognitivními funkcemi (neboli s určitým přesvědčením o daném objektu, k němuž zaujímáme nějaký postoj), někdy i provázány s činnostmi, které jsou vykonávány v souvislosti s tím, jaký postoj k objektu zaujímáme (Atkinson, 2001). Ve většině případů jsou postoje také rezistentní vůči změnám. Nejlepším příkladem pro toto tvrzení mohou být **předsudky**, jejichž význam spočívá v utvoření si hodnotícího postoje, aniž by byly ukotveny v základu vytvořeném z dostatečného množství zkušeností nebo informací (Fürst, 1997).

Sociální psychologové se shodují na tom, že postoj v sobě nese 3 složky: **kognitivní, afektivní a behaviorální**. Někteří z teoretiků jsou toho názoru, že v sobě postoj nenese složku behaviorální, jiní zastávají stanovisko, že obsahuje pouze komponentu afektivní. Atkinson však dodává, že ačkoliv se pojetí pojmu mezi psychology liší, všichni se při jeho studiu zabývají stejnými vztahy - a to mezi přesvědčením, pocity a chováním. Pro utváření (nejen postojů, ale i přesvědčení a názorů) je typické, že se lidé snaží o to, aby jejich názory, postoje a přesvědčení byly pevné. Opak nás totiž motivuje, abychom si v nich utvořili jisté celky, nejčastěji logické. Atkinson však dále uvádí, že se většinou nejedná o logiku, která by byla přesná a formální, ale spíše o psycho-logiku, kterou psychologové pojmenovali jako kognitivní konzistenci (Atkinson, 2001).

Hayesová uvádí, že dle Fishbeina a Ajzena **je třeba rozlišovat mezi postojem a názorem**, ačkoliv jsou v některých případech (a v mnoha publikacích) brány jako synonyma. Rozdíl spočívá v tom, že na rozdíl od postoje, je **názor neutrální ve složce emocionální**, která byla zmíněna výše. Uvádí, že názory jsou „výroky, o nichž si myslíme, že jsou pravdivé.“ Pomocí postojů však hodnotíme, utváříme pocity k dané otázce nebo věci (Hayes, 2009).

Funkce postojů

V postojích, které zaujímáme, můžeme najít mnoho rozdílných funkcí. Daná funkce u konkrétního člověka má vliv na to, do jaké míry je konzistentní s dalšími postoji jedince, zda je schopen svůj postoj změnit.

Atkinson ve své publikaci uvádí následující funkce postojů:

- **instrumentální funkce** - postoje, které člověk zaujímá z praktických důvodů či utilitárních, aby člověk postoj s touto funkcí změnil, musí si být jist, že mu jiná varianta přinese prospěch větší než varianta předešlá,
- **kognitivní funkce** - ty, které nám pomáhají s utříděním informací a v tom, abychom si dovedli vytvářet a měnit názor na svět,
- **hodnotová funkce** - postoje, které zaujímáme kvůli hluboce zakořeněným hodnotám či našemu sebepojetí,
- **ego-obranná funkce** - tyto postoje mají na starost obranu nás samých před úzkostí či ohrožením naší sebeúcty,
- **sociálně adjustační funkce** - postoje, které napomáhají k začlenění nás jako jedinců do nějakého sociálního společenství (politická strana, církev).

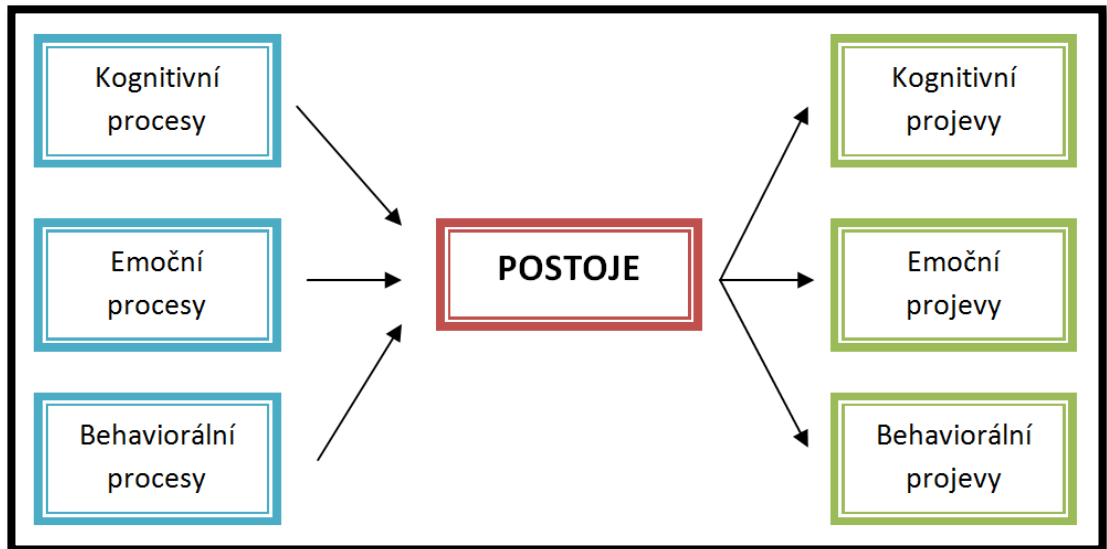
Výrost funkce opět definuje velmi podobně a člení je na funkce poznávací, instrumentální, funkce výrazu hodnot, funkce sociální akustice a funkce sebeobraně (Výrost, Slaměník, 2008).

Hlavní podstatou zájmu o studium postojů je očekávání a snaha o **předvídaní lidského chování**. Snaha o odhadnutí toho, jak budou lidé reagovat na určité situace, aby se dalo na jisté reakce připravit, či jim předejít. Postoje, které jsou silné, konzistentní, opírají se o osobní zkušenosti daného jedince a specificky se váží k predikovanému chování, mohou být využity pro předvídaní lidského chování lépe než ty postoje, které jsou slabé či ambivalentní. Dále také postoje, které jsou podpořeny osobní zkušeností, nám mohou pomoci lépe predikovat chování než ty postoje, které byly vytvořeny díky informacím, které jedinec získal tím, že si je přečetl nebo je slyšel (Atkinson, 2001).

Utváření postojů

Abychom si byli schopni utvořit k určitému objektu či hodnotě svůj postoj, musíme se ve větší (či menší) míře orientovat ve světě těchto hodnot. Hodnotová orientace se u člověka postupně utváří již od raného věku, během socializace a zamyslíme-li se nad tímto do důsledku, lze říci, že stejně jako socializace probíhá po celý život, probíhá stejně tak i naše utváření postojů (Nakonečný, 2009).

Již je možné si odvodit onu provázanost „všeho se vším“, která vytváření postojů provází. Pro názornou představu je zde přiloženo velmi jednoduché a výstižné schéma z publikace Hewstonea a Stroebea (Hewstone, Stroebe, 2006).



Obrázek č. 1 - Tříkomponentový model postojů

Jak již bylo zmíněno, a jak je také dobře patrné z výše uvedeného schématu, utváření postojů je velmi komplexní proces. Pro účely této diplomové práce byly proto vybrány jen ty, které se k tématu úzce váží.

3 METODIKA PRÁCE

3.1 Výzkumná metoda

Šetření této diplomové práce bylo provedeno pomocí **metody survey**. Nástrojem sběru dat pak byl polostrukturovaný, nestandardizovaný dotazník, který byl sestaven na základě stanoveného cíle a rozpracovaných podcílů diplomové práce.

Pro popisný výstup výzkumného šetření byly použity výzkumné otázky. Pro otázky, u nichž byly předpokládány možné signifikantní vztahy, byly použity věcné a statistické hypotézy.

Dotazník (viz příloha) byl všem respondentům předložen v tištěné podobě. Byl rozčleněn do 3 hlavních částí - dle stanovených podcílů práce s celkovým počtem 19 otázek.

1. část dotazníku byla zaměřena na osobní zkušenosti respondentů v souvislosti s paliativní péčí. Celkem se skládala ze 4 otázek - 1 položka byla otevřená, 3 položky uzavřené.
2. část dotazníku se zaměřovala na pohled respondentů na výuku témat souvisejících s paliativní péčí na škole. Celkem byla složena z 8 otázek - 3 položky byly otevřené, 5 položek uzavřených.
3. část dotazníku se soustředila na zjištění, jaké pocity a postoje respondenti zaujímají v souvislosti s paliativní péčí. Tato část byla složena celkem ze 7 otázek - 3 položky otevřené, 3 uzavřené, 1 polozavřená.

Počet celkově distribuovaných dotazníků činil 233 kusů. I přes 100% návratnost dotazníků bylo nutné 10 z nich vyřadit. Důvodem bylo jejich neúplné vyplnění. Pro následné zpracování dat bylo tedy použito 223 dotazníků.

Datový soubor byl nejprve zpracován pomocí programu Microsoft Excel. Pro jeho následné statistické zpracování byl použit statistický software R verze 2.12.2. V rámci této práce byl využit k výpočtům statistických údajů včetně grafických výstupů a rovněž k testování stanovených hypotéz. Všechny hypotézy byly testovány pomocí chí kvadrát testu kontingenčních tabulek.

3. 2 Realizace sběru dat

Výzkumné šetření bylo na středních zdravotnických školách prováděno v průběhu roku 2013 od měsíce září až do prosince. Ředitelům příslušných vybraných škol byl zaslán e-mail s popisem výzkumného šetření a prosbou o schválení realizace výzkumného šetření v uvedené škole. Dle jejich odpovědi, nebo další telefonické domluvy, byly následně stanoveny termíny provedení výzkumného šetření.

Autorka diplomové práce byla s výjimkou jedné školy přítomna u všech ostatních sběrů dat, tudíž respondenty seznámila s cílem šetření, výzkumnou metodou i druhy otázek. Jak již bylo zmíněno, cílovou skupinou respondentů byli všichni přítomní žáci 4. ročníků v oboru Zdravotnický asistent. Autorka byla po celou dobu šetření respondentům k dispozici, tudíž se na ni mohli obrátit s případnými dotazy či nejasnostmi z jejich strany, čímž byla značně eliminována možnost chybného vyplnění dotazníků či nepochopení zadání v jednotlivých otázkách.

3.3 Charakteristika zkoumaného souboru

Jak již bylo uvedeno - výzkumná část diplomové práce byla zaměřena na problematiku paliativní péče z pohledu žáků středních zdravotnických škol v oboru Zdravotnický asistent (53-41-M/01).

Pro výzkumné šetření byli zvoleni žáci 4. ročníků, neboť u nich podle ŠVP proběhla výuka všech témat spadajících do paliativní péče. Z výběru středních zdravotnických škol bylo pro účely této diplomové práce osloveno celkem 9 škol.

Byly to školy z kraje Olomouckého, Pardubického, Jihomoravského, Královéhradeckého, Libereckého a hlavního města Prahy. Školy byly voleny v krajských městech, jelikož zde byl předpoklad, že v ročnících bude větší počet žáků než ve školách v městech menších. Dalším důvodem pak byla dobrá dostupnost a v neposlední řadě předpoklad, že se ve městech bude vyskytovat více respondentů s odlišným pojetím spirituality.

Do vzorku byly zahrnuty záměrně vybrané školy státní, a dále exhaustivní výběr škol církevních. U škol zřizovaných církví byly vybrány ty, v jejichž studijním programu byl vyučovací obor Zdravotnický asistent. V ČR jsou církevní školy s tímto kritériem 3, přičemž 1 z nich s provedením výzkumného šetření nesouhlasila.

Z oslovených státních škol 2 poskytly pro provedení výzkumného šetření nevyhovující podmínky, a proto nebyly do užšího výběru zahrnuty. Zbývající 4 školy s provedením výzkumného šetření souhlasily.

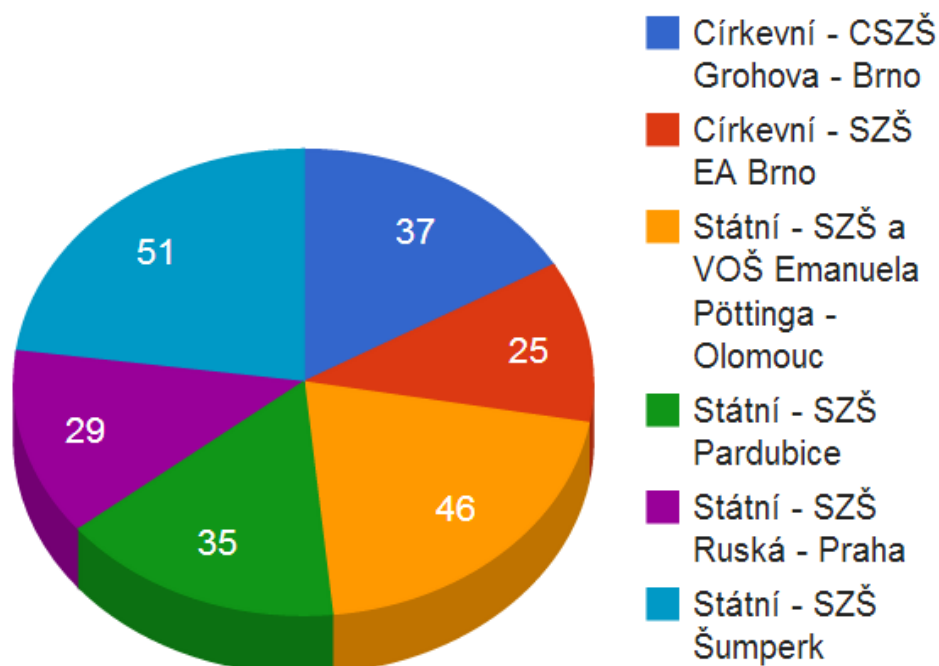
Celkově s výzkumem souhlasilo, a vyhovující podmínky pro šetření poskytlo, 6 škol - data získaná od jejich žáků jsou dále zpracována v této diplomové práci.

Přehled škol, které umožnily výzkumné šetření:

- Církevní střední zdravotnická škola (Brno)
- Střední zdravotnická škola Evangelické akademie (Brno)
- Střední zdravotnická škola a Vyšší odborná škola zdravotnická Emanuela Pöttinga (Olomouc)
- Střední zdravotnická škola Pardubice (Pardubice)
- Střední zdravotnická škola (Praha)
- Střední zdravotnická škola Šumperk (Šumperk)

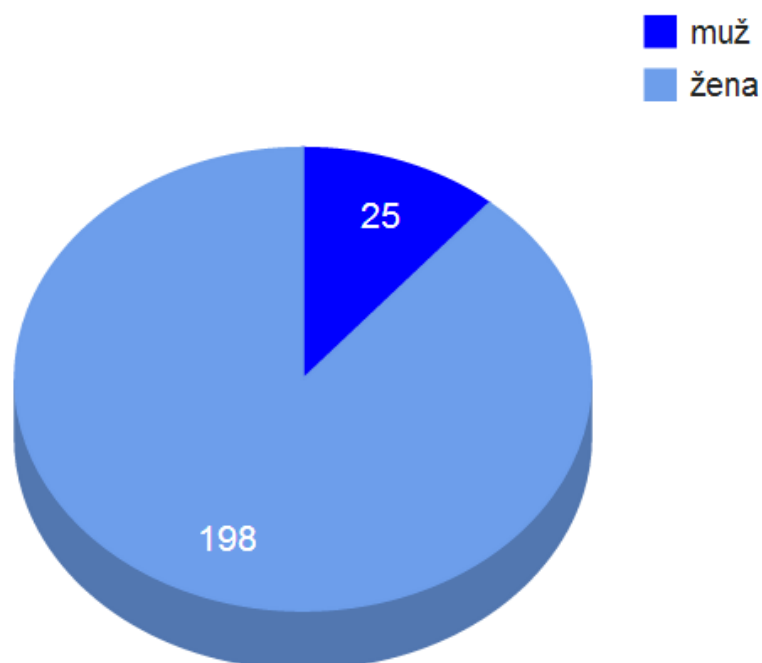
V grafu č. 1 je vidět zastoupení respondentů mezi jednotlivými školami, přičemž největší počet respondentů byl ze Střední zdravotnické školy Šumperk - 51 žáků (22,9 %). Dále školy: Střední zdravotnická škola a Vyšší odborná škola zdravotnická Emanuela Pöttinga v Olomouci - 46 žáků (20,6 %), Církevní střední zdravotnická škola Grohova v Brně - 37 žáků (16,6 %), Střední zdravotnická škola Pardubice - 35 žáků (15,7 %), Střední zdravotnická škola v Praze - 29 žáků (13 %) a nejnižší počet žáků - 25 (11,2 %) na Střední zdravotnické škole Evangelické akademie v Brně.

Graf č. 1 - Rozdělení respondentů dle škol

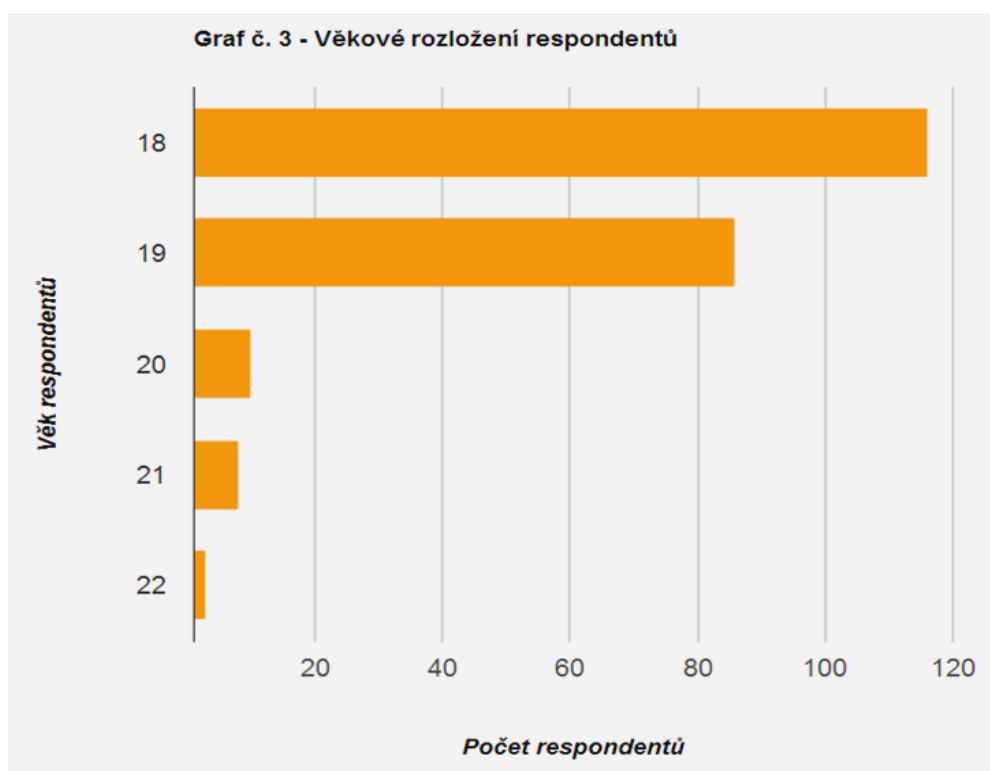


Z celkového počtu 223 respondentů tvořily ženy 198 žáků (88,8 %) a muži 25 žáků (11,2 %). Převahu žen, ne netypickou pro střední zdravotnické školy, lze velmi názorně vidět v grafu č. 2.

Graf č. 2 - Rozdělení respondentů dle pohlaví



Graf č. 3 vyjadřuje celkové rozložení věku u respondentů. Nejpočetnější věkovou skupinou byli žáci ve věku 18 let, kteří tvořili 52 % souboru. Druhou nejpočetnější skupinou byli žáci ve věku 19 let - 38,6 %. Zbytek respondentů se pohyboval již v nižších číslech. Věk 20 let mělo v době konání výzkumného šetření 10 respondentů, tvořících 4,5 % souboru, věku 21 let dosáhlo 8 respondentů, tvořících 3,6 % souboru. 22 let dosáhli 3 respondenti, kteří tak tvořili pouhých 1,3 % souboru.

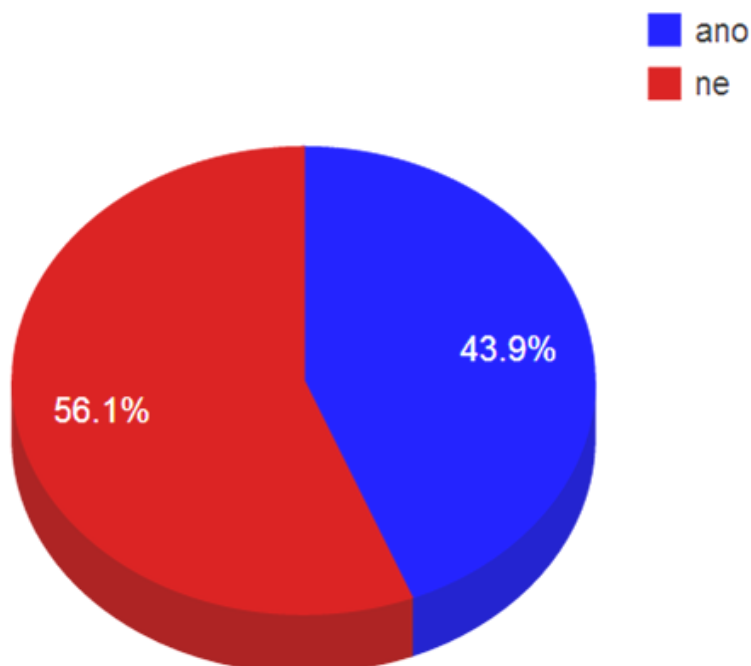


Poslední charakteristikou zkoumaného souboru je vyjádření respondentů k otázce, zda sami sebe považují za věřící. Po rozdáni dotazníku byly všechny skupiny respondentů upozorněny na to, že pojem „věřící“, který tato demografická otázka zahrnuje, neoznačuje pouze příslušnost k určité církvi, ale význam odpovídající pojmu spiritualita, který jim byl rovněž vysvětlen.

Pro vysvětlení pojmu bylo využito jeho vymezení od autorky Knoflíčkové a autorky Hermann, které spiritualitu shodně charakterizovaly jako pojem náboženství přesahující, který se nemusí řídit náboženskými tradicemi, ale například životní filozofií (Knoflíčková, 2008; Hermann, 2001).

Graf č. 4 zobrazuje zastoupení respondentů, kteří na otázku, zda se považují za věřící, odpověděli „ano“. Počet těchto respondentů byl 98, což bylo 43,9 % souboru. Respondenti, kteří na stejnou otázku odpověděli „ne“, tvořil 56,1 % souboru, což bylo 125 respondentů.

Graf č. 4 - „Považujete se za věřícího člověka?“



4 VÝSLEDKY

Následující kapitola diplomové práce se bude věnovat prezentaci výsledků výzkumného šetření. Bude rozdělena do 3 hlavních částí dle stanovených podcílů práce uvedených v kapitole *Problém a cíle práce*.

4.1 Osobní zkušenosti respondentů v souvislosti se spiritualitou

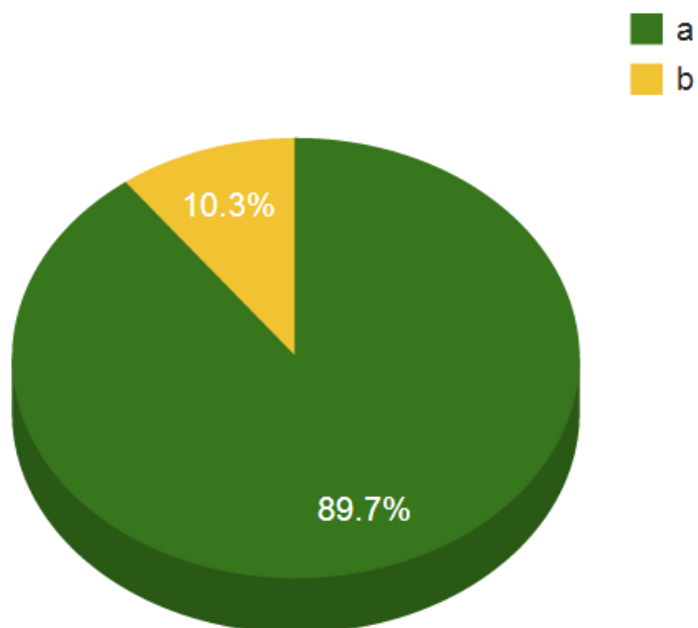
První podcíl práce spočíval ve zjištění, jaké osobní zkušenosti mají respondenti s paliativní péčí v souvislosti se spiritualitou.

S touto oblastí se pojí jedna z demografických otázek v úvodu dotazníku: „*Považujete se za věřícího člověka?*“. Již v předešlém grafu bylo uvedeno, že respondentů, kteří se považují za věřící, bylo 98 (43,9 % souboru). Respondentů, kteří se za věřící nepovažují, bylo 125 (56,1 % souboru).

Dále otázka č. 2. „*Setkal / a jste se během své praxe v lůžkových zařízeních (nebo osobním životě) s umírajícím člověkem?*“

Možné odpovědi na tuto otázku byly dvě: a) ano, b) ne.

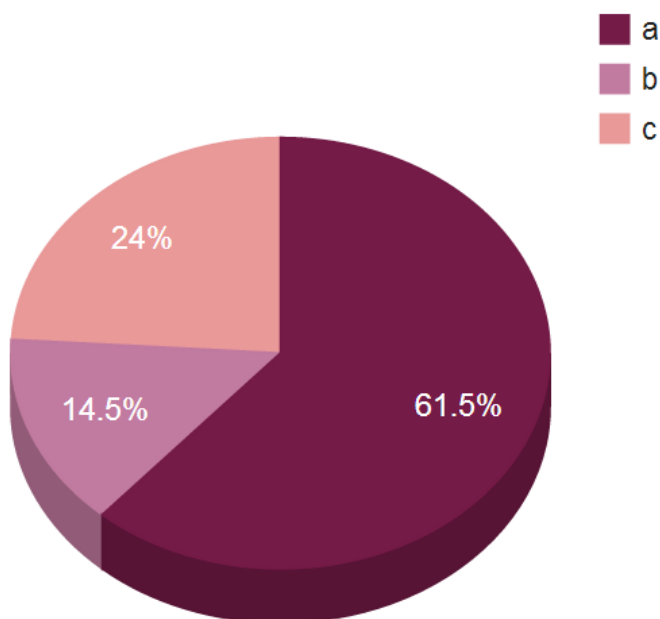
Graf č. 5 - „Setkal / a jste se během své praxe v lůžkových zařízeních (nebo osobním životě) s umírajícím člověkem?“



Graf č. 5 jasně ukazuje, že respondentů, kteří se již s umírajícím člověkem ve svém životě setkali, je většina - tedy 200 respondentů tvořících 89,7 % souboru. Respondentů, kteří se v době provedení výzkumného šetření s umírajícím ještě neseťkali, bylo 23, což tvoří 10,3 % souboru.

V případě, že respondent na otázku č. 2 odpověděl kladně, pokračoval k otázce č. 3: „Pokud jste na otázku č. 2 odpověděl / a ANO: Máte pocit, že jste svoji roli zdravotnického pracovníka u umírajícího pacienta / klienta zvládli / a dobře? (nebo přítomnost u umírajícího člověka v osobním životě) Např.: věděl / a jste, co v nastalé situaci dělat; jak a o čem mluvit; jak se chovat...“. Respondenti vybírali z 3 možných odpovědí, u nichž bylo současně uvedeno vysvětlení, co která odpověď označuje. Odpověď: a) ano (situaci jsem zvládl / a bez problémů, nebo jen s menším zaváháním...), b) ne (situaci jsem nezvládl / a, nebyl / a jsem připravený / á, nevěděl / a jsem co dělat...), c) nevím; nedokážu posoudit.

Graf č. 6 - „Pokud jste na otázku č. 2 odpověděl / a ANO: Máte pocit, že jste svoji roli zdravotnického pracovníka u umírajícího pacienta / klienta zvládli / a dobře? (nebo přítomnost u umírajícího člověka v osobním životě) Např.: věděl / a jste, co v nastalé situaci dělat; jak a o čem mluvit; jak se chovat...“



Graf č. 6 zobrazuje, že z respondentů, kteří se již s umírajícím člověkem setkali, jich 123 (61,5 % souboru) hodnotí zvládnutí role jako dobře zvládnutou, 29 respondentů hodnotilo svou roli jako nezvládnutou, což je 14,5 % souboru a 48 respondentů (24 %) odpověď na tuto otázku nedokázalo posoudit.

K 1. podcíli byla stanovena tato statistická hypotéza.

Statistická hypotéza č. 1

H_{A1}: Existuje signifikantní vztah mezi spiritualitou respondentů a jejich kladným zhodnocením role ZP u umírajícího člověka / pacienta.

H₀₁: Neexistuje signifikantní vztah mezi spiritualitou respondentů a jejich kladným zhodnocením role ZP u umírajícího člověka / pacienta.

Tabulka č. 1

	Posouzení zvládnutí role ZP u umírajícího člověka		
Považuji se za věřícího.	a) ano	b) ne	c) nevím; nedokážu posoudit
a) ano	48	17	23
b) ne	75	12	25

Závěr: Pomocí provedeného chí kvadrát testu na hladině významnosti $\alpha = 0,05$ nelze zamítnout nulovou hypotézu ($\chi^2 = 4,0506$, $df = 2$, p hodnota = 0,132). **Platí tedy nulová hypotéza č. 1:** Neexistuje signifikantní vztah mezi spiritualitou respondentů a jejich kladným zhodnocením role zdravotnického pracovníka u umírajícího člověka / pacienta.

4. 2 Pohled respondentů na výuku

Druhý podcíl diplomové práce spočíval ve zjištění pohledu respondentů na výuku témat souvisejících s paliativní péčí na škole.

Jako první byla stanovena výzkumná otázka č. 1 - Jaké pojmy si respondenti v souvislosti s paliativní péčí nejčastěji vybavovali? Otázka v dotazníku č. 1: „*Dokážete si vybavit něco z toho, co jste se učil / a k tématu ,smrt, umírání, péče o umírající‘? Vypište pojmy, na které si v souvislosti s tímto tématem vzpomínáte.*“

Tabulka č. 2 - Vybavené pojmy

Pojem	Frekvence odpovědi
péče o mrtvé tělo	56
smrt	36
hospic	35
terminální stádium	33
paliativní péče	33
péče o umírajícího	32
nic se mi nevybavuje	30
gerontologie	23
zásady chování při péči o umírajícího	22
důstojné umírání	21
fáze umírání	18
tělesné a duševní změny u umírajícího a mrtvého	16
potřeby umírajícího	15
eutanazie	15

Tabulka č. 2 zobrazuje 14 nejčastěji se vyskytujících pojmů, které respondenti v souvislosti s tématy ,smrt, umírání, péče o umírající‘, uvedli.

Mezi dalšími uváděnými pojmy byly následující: péče o rodinu, thanatologie, empatie, bolest, analgetizace, vhodné chování k umírajícímu, ztráta, posmrtný život, klinická smrt, agónie, LDN, patologie, biologická smrt, víra, pitva, kóma, gerontologie. Tyto pojmy se vyskytovaly ve frekvenci 3 - 14 odpovědi.

Ke 2. podcíli byla stanovena statistická hypotéza.

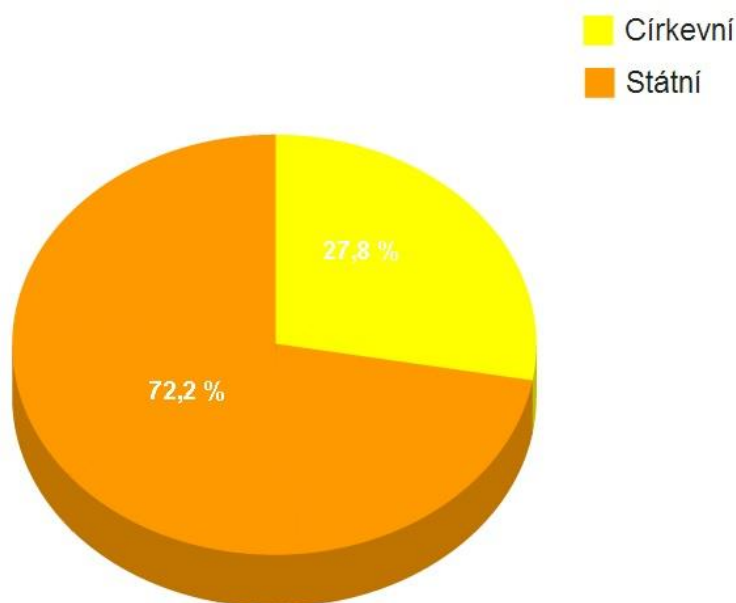
Statistická hypotéza č. 2

H_{A2}: Existuje signifikantní vztah mezi variabilitou způsobů výuky v uvedených odpovědích respondentů a typem zřizovatele školy.

H₀₂: Neexistuje signifikantní vztah mezi variabilitou způsobů výuky v uvedených odpovědích respondentů a typem zřizovatele školy.

S touto oblastí se pojí jedna z demografických otázek v úvodu dotazníku, v níž respondenti vyplnili školu, kterou v době provádění výzkumného šetření navštěvovali.

Graf č. 7 - Rozdělení škol dle typu zřizovatele



Graf č. 7 ukazuje, že z celkového počtu 223 respondentů navštěvovalo 72,2 % střední školu v oboru Zdravotnický asistent, která byla zřizována státem (161 respondentů) a 27,8 % souboru školu, jejímž zřizovatelem byla církev (62 respondentů).

S hypotézou dále souvisela otázka v dotazníku č. 5: „*Jakými způsoby jste ve škole téma ‚smrt, umírání, péče o umírající‘ probírali? Vypište, prosím.*“

Tabulka č. 3

Způsob výuky	Četnost odpovědí
teoreticky v hodině	220
diskuze	38
videoprojekce dokumentu	18
exkurze v hospici	16
přednáška od ZP	12
praktická ukázka péče o mrtvé tělo	6
tematický film	4
exkurze na pitevně	4
samostudium	3
pracovní materiály	3
scénické učení	2
četba knihy	1

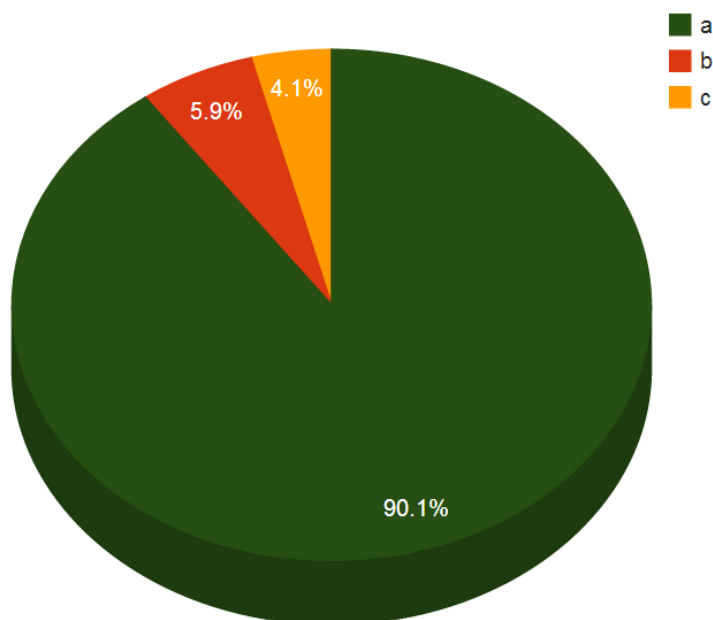
Tabulka č. 3 zobrazuje způsoby výuky, které respondenti uvedli. Nejčastějším způsobem byla teoretický výuka v hodině (220 odpovědí), diskuze (38 odpovědí), videoprojekce dokumentu (18 odpovědí), exkurze v hospici (16 odpovědí) a přednáška od ZP (12 odpovědí).

Závěr: Četnost jednotlivých uvedených způsobů výuky na školách (státních, církevních) byla velmi podobná - 5-7 témat. Na hladině významnosti $\alpha = 0,05$ po provedení chí kvadrát testu nemůžeme zamítnout nulovou hypotézu ($\chi^2 = 0,4595$, $df = 5$, p hodnota = 0,9935). **Platí nulová hypotéza č. 2:** Neexistuje signifikantní vztah mezi variabilitou způsobů výuky v uvedených odpovědích respondentů a typem zřizovatele školy.

Výzkumná otázka č. 2 zněla: Myslí si respondenti, že přínos této výuky zaznamenají při své budoucí praxi? Otázka v dotazníku č. 4: „Myslíte si, že Vám něco z toho, co jste se dozvěděl / a při studiu tématu ‚smrt, umírání, péče o umírající‘ pomohlo (nebo by mohlo pomoci) v přístupu k tomuto člověku?“

Možné odpovědi na tuto otázku byly 3: a) ano, b) ne, c) nevím.

Graf č. 8 - „Myslíte si, že Vám něco z toho, co jste se dozvěděl / a při studiu tématu ‚smrt, umírání, péče o umírající‘ pomohlo (nebo by mohlo pomoci) v přístupu k tomuto člověku?“



Z výsledků grafu č. 8 s jasnou převahou vyplývá, že největší počet respondentů - 200 (90,1 % souboru) si myslí, že jim něco z toho, co se dozvěděli při výuce k tématům smrti, umírání a péči o umírající, pomohlo nebo pomůže v přístupu k umírajícímu člověku. 13 respondentů (5,9 % souboru) si myslí opak - čili že jim to, co se naučili ve výuce, nepomůže, a 9 respondentů (4,1 % souboru) zvolilo na tuto otázku odpověď *nevím*.

Výzkumná otázka č. 3 zněla: Zařadili by respondenti do výuky její jiné formy při probírání témat souvisejících s paliativní péčí - a pokud ano, jaké? Otázka v dotazníku č. 7: „*Pokud byste měl / a možnost zařadit do vyučování jiné formy (způsoby) výuky, které by Vám toto téma přiblížily nebo prohloubily jeho znalosti, které by to byly?*“

Odpovědi na tuto otázku byly volné, plně závislé pouze na respondentech.

Tabulka č. 4

Navržené změny ve výuce	Četnost odpovědí
nic bych nepřidal / a	79
exkurze	42
praktické procvičování ve výuce	34
videoprojekce dokumentu	31
přednášky od ZP, kteří pracují s umírajícími	29
praxe v hospici	19
diskuze ve výuce	12
podrobnější výuka	7
nevím	6
pitva	5
projekce filmu	4

Z výsledků vyplývá, že nejčastěji uváděnou odpovědí byla ta, kdy respondenti uvedli, že by do výuky nic navíc nepřidali (79 respondentů). Mezi dalšími četnými odpověďmi byla exkurze v některém ze zařízení, v nichž by se žáci s umírajícími pacienty / klienty, mohli setkat (42 respondentů). Dále pak praktické procvičování ve výuce - 34 respondentů, videoprojekce dokumentu - 31 respondentů, přednášky od ZP, kteří pracují s umírajícími - 29 respondentů, praxi v hospici v této otázce uvedlo 19 respondentů. Diskuzi ve výuce napsalo 12 respondentů, podrobnější výuku by uvítalo 7 respondentů, 5 respondentů uvedlo pitvu a 4 respondenti projekci tematického filmu. 6 respondentů napsalo, že neví, jak na otázku odpovědět.

Výzkumná otázka č. 4 zněla: V čem si respondenti myslí, že je výuka témat souvisejících s paliativní péčí obohacující? Položka v dotazníku č. 6: „Vypište prosím, v čem Vás osobně tento způsob výuky obohatil.“

Odpovědi byly volné, plně závislé na respondentech.

Tabulka č. 5

Výuka mě obohatila o...	Četnost odpovědí
Znalosti péče o přístupu k umírajícímu.	82
Nové informace a zkušenosti.	62
Neobohatila mě v ničem.	33
Zamyšlení a změna vlastního postoje.	17
Vědomí, že smrt je součástí života.	13
Jak pečovat o mrtvé tělo.	11
Jak pečovat o rodinu.	9
Výuka mi toho dala málo.	6
Připravila mě do praxe.	4
Lepší vyrovnání se smrtí pacienta.	3
Vážím si života druhých i svého.	2
Depresivní výuka.	1
Výuka posílila můj odpor k tomuto tématu.	1
Teorii znám, ale nevím, jak se s ní vypořádat.	1

Nejčastěji se objevující odpovědi byly ty, v nichž respondenti vyjadřovali obohacení v rovině znalostí přístupu k umírajícímu a péči o něj - tuto odpověď uvedlo 82 respondentů. Následovaly nové informace a zkušenosti - 62 respondentů. 33 odpovědí se přiklápělo k tomu, že výuka nebyla obohacující v ničem. Zamyšlení a změnu vlastního postoje uvedlo 17 respondentů. Přijetí vědomí, že smrt je součástí lidského života pak uvedlo 13 respondentů. 11 respondentů uvedlo obohacení v oblasti péče o mrtvé tělo, 9 v péči o rodinu. 6 respondentů se přiklonilo k tomu, že jim toho výuka dala málo. Přípravu do praxe uvedli 4 respondenti. Lepší vyrovnání se smrtí pacienta uvedli 3 respondenti a vážení si života druhých i života svého napsali respondenti 2. Výuku za depresivní označil 1 respondent, stejně jako odpověď, že výuka posílila odpor k tématu. Znalost teorie, ale potíže s tím, jak se s ní vypořádat uvedl rovněž 1 respondent.

Statistická hypotéza č. 3

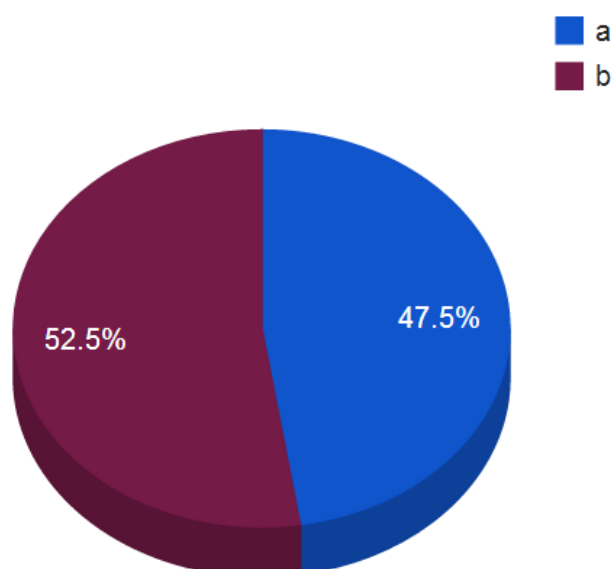
H_{A3}: 50 % dotázaných respondentů by chtělo výuku rozšířit.

H₀₃: 50 % dotázaných respondentů by nechtělo výuku rozšířit.

S těmito hypotézami souvisela v dotazníku otázka č. 8: „Uvítal / a byste, pokud by se tématům ‚smrt, umírání, péče o umírající‘ věnovalo ve výuce více hodin? (v předmětech psychologie; ošetřovatelství).“

Možné odpovědi byly 2: a) ano, 2) ne.

Graf č. 9 - „Uvítal / a byste, pokud by se tématům ‚smrt, umírání, péče o umírající‘ věnovalo ve výuce více hodin? (v předmětech psychologie; ošetřovatelství).“



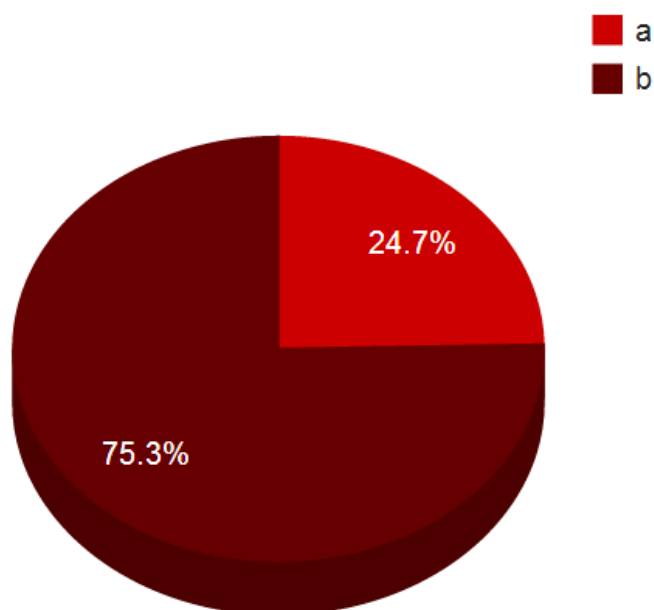
Z grafu č. 9 vyplývá, že respondentů, kteří by výuku témat chtěli rozšířit, je 47,5 % čili 106 respondentů. Těch, kteří o rozšíření výuky nestojí je 52,5 % tedy 117 respondentů.

Závěr: Na hladině významnosti $\alpha = 0,05$ nemůžeme zamítnout nulovou hypotézu ($\chi^2 = 0,5426$, $df = 1$, p hodnota = 0,4614). **Zamítáme proto alternativní hypotézu č. 3, protože neplatí, že by 50 % dotázaných respondentů uvítalo rozšíření výuky.** Z uvedeného grafu je zřejmé, že žáků, kteří by uvítali rozšíření výuky (106) je méně, než těch, kteří by rozšíření výuky neuvítali (117).

Výzkumná otázka č. 5 zněla: Kolik z dotázaných respondentů absolvovalo praxi v hospicovém zařízení? Položka v dotazníku č. 9: „Měl / a jste možnost během studia absolvovat praxi v hospicovém zařízení?“

Odpovědi na otázku byly možné 2: a) ano, b) ne.

Graf č. 10 - „Měl / a jste možnost během studia absolvovat praxi v hospicovém zařízení?“

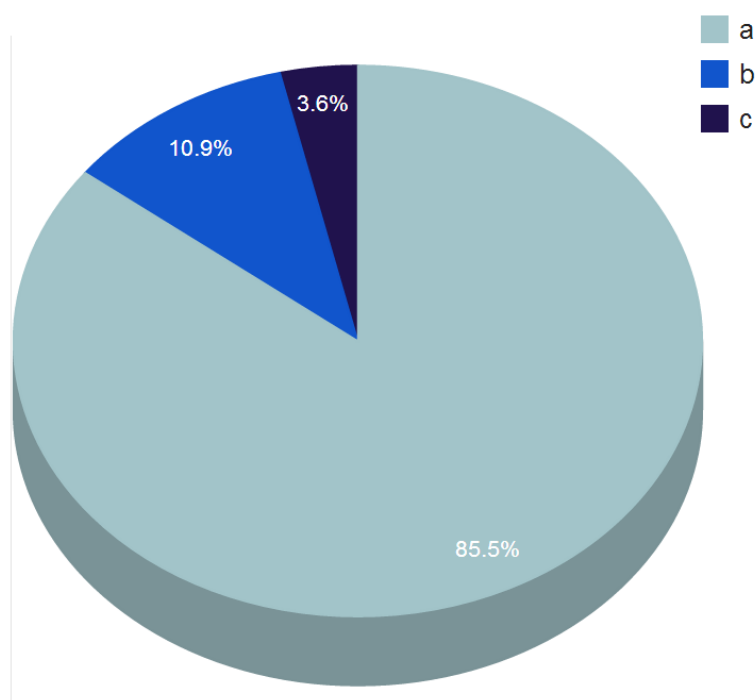


Z výsledků v grafu č. 10 vyplývá, že pouhých 24,7 % respondentů (55 žáků) mělo možnost během svého studia na střední škole absolvovat praxi v hospicovém zařízení. Zbýlých 168 žáků (75,3 % souboru) tuto možnost nemělo.

Výzkumná otázka č. 6 zněla: Pokládají respondenti absolvování praxe v hospicovém zařízení za přínosné pro jejich budoucí povolání? (Z těch, kteří měli možnost zde praxi absolvovat.) Odpovídající položka v dotazníku č. 10: „*Pokud jste na otázku č. 9 odpověděl / a ANO: Myslíte si, že Vám tato praxe poskytla obohacující zkušenosti pro Vaše budoucí povolání zdravotnického pracovníka?*“

Odpovědi na tuto položku byly respondentům umožněny 3: a) ano, b) ne, c) nevím.

Graf č. 11 - „Pokud jste na otázku č. 9 odpověděl / a ANO: Myslíte si, že Vám tato praxe poskytla obohacující zkušenosti pro Vaše budoucí povolání zdravotnického pracovníka?“

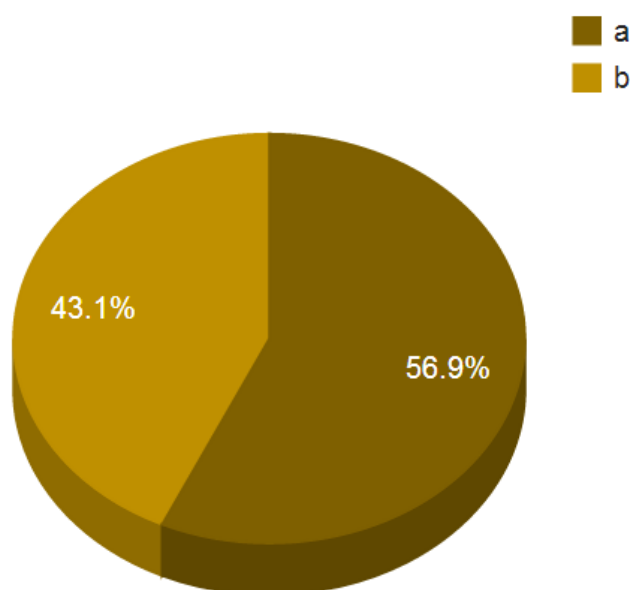


Graf č. 11 ukazuje, že z celkového počtu 55 respondentů, kteří měli možnost praxi v hospicovém zařízení během svého studia na střední škole absolvovat, jich 47 (85,5 % tohoto souboru) uvedlo, že praxi pokládají za obohacující pro své budoucí povolání zdravotnických pracovníků. Pouhých 6 (10,9 %) respondentů uvedlo, že tuto praxi za obohacující nepokládá a jen 2 (3,6 % souboru) respondenti odpověděli na otázku *nevím*.

Výzkumná otázka č. 7 zněla: Měli by respondenti zájem praxi v hospicovém zařízení absolvovat? (Z těch, kteří tuto možnost neměli.) Odpovídající položka v dotazníku č. 11: „Pokud jste na otázku č. 9 odpověděl / a NE: Měl / a byste zájem praxi v hospicovém zařízení absolvovat?“

Odpovědi byly opět možné 2: a) ano, b) ne.

Graf č. 12 - „Pokud jste na otázku č. 9 odpověděl / a NE: Měl / a byste zájem praxi v hospicovém zařízení absolvovat?“

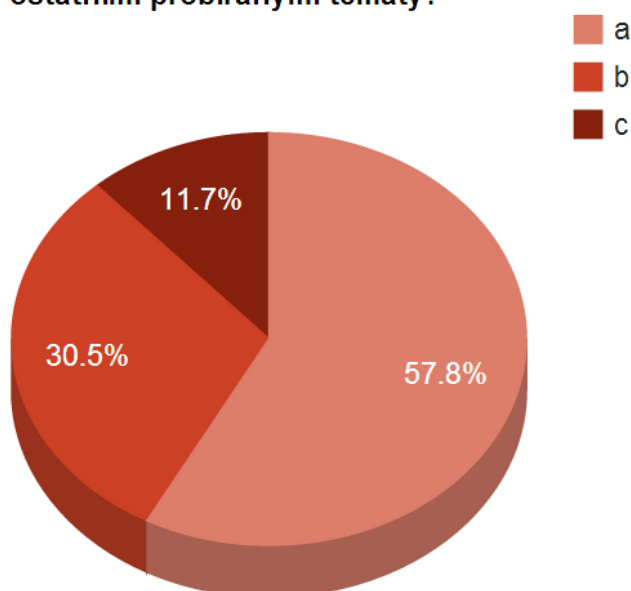


Z výsledků v grafu č. 12 vyplývá, že z respondentů, kteří neměli možnost praxi v hospicovém zařízení během studia na střední škole absolvovat, by jich 95 (56,9 % tohoto souboru) o tuto možnost stálo. Zbylých 72 žáků, tvořících 43,1 % souboru by zájem absolvovat praxi v hospicovém zařízení nemělo.

Výzkumná otázka č. 8 zněla: Pokládají respondenti témata související s paliativní péčí za důležitější než ostatní témata? Odpovídající položka v dotazníku č. 12: „Myslíte si, že by se tématům ‚smrt, umírání, péče o umírající‘ měla na školách (především těch, které připravují své absolventy na budoucí povolání zdravotnických pracovníků) věnovat zvláštní pozornost nebo je, dle Vašeho názoru, jeho důležitost srovnatelná s ostatními probíranými tématy?“

Odpovědi byly možné 3: a) ano, b) ne, c) nevím.

Graf č. 13 - „Myslíte si, že by se tématům ‚smrt, umírání, péče o umírající‘ měla na školách (především těch, které připravují své absolventy na budoucí povolání zdravotnických pracovníků) věnovat zvláštní pozornost nebo je, dle Vašeho názoru, jeho důležitost srovnatelná s ostatními probíranými tématy?“



Graf č. 13 ukazuje, že si 57,8 % souboru (129 žáků) myslí, že by se tématům souvisejícím s paliativní péčí měla věnovat zvláštní pozornost. 68 žáků (30,5 % souboru) si myslí, že věnovat těmto tématům zvláštní pozornost není nutné a 26 žáků (11,7 % souboru) označilo odpověď *nevím*.

4. 3 Názory respondentů k paliativní péči

Třetí a poslední podcíl diplomové práce spočíval ve zjištění názorů a postojů respondentů, které zaujímají v souvislosti s tématy týkajícími se paliativní péče.

Nejprve byla stanovena statistická hypotéza č. 4.

Statistická hypotéza č. 4

H_A4: Existuje signifikantní vztah mezi spiritualitou respondentů a převládajícími pocity racionality při tématech souvisejících s paliativní péčí.

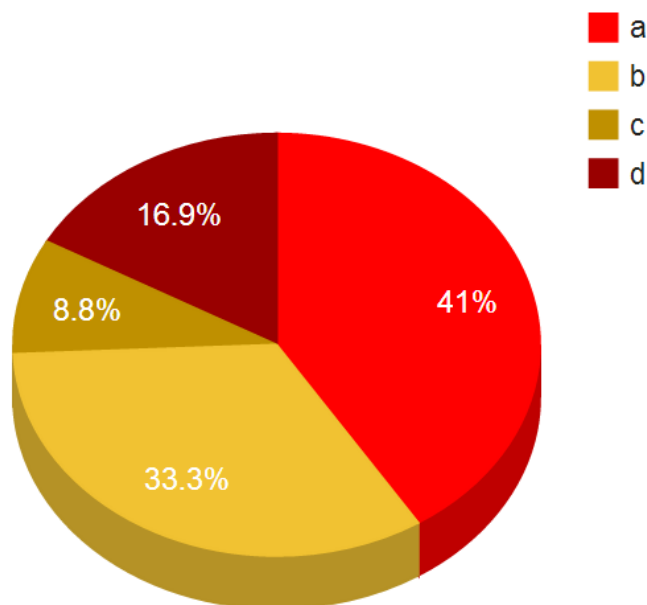
H₀4: Neexistuje signifikantní vztah mezi spiritualitou respondentů a převládajícími pocity racionality při tématech souvisejících s paliativní péčí.

Odpovídající položka v dotazníku byla demografická otázka: „*Považujete se za věřícího?*“, jejíž grafické rozložení bylo již představeno v grafu č. 4. Respondentů, kteří se považují za věřící, bylo 98 (43,9 % souboru) a 125 respondentů se za věřící nepovažuje (56,1 % souboru).

Další položkou k tomuto podcílu byla položka v dotazníku č. 13: „*Jaké pocity či stavy u vás při tématech ‚smrt, umírání, péče o umírající‘ nejvíce převládají a nejlépe je charakterizují?*“

Respondenti mohli zvolit z 5 různých možností, za nimiž bylo v závorkách poskytnuté vysvětlení, co jednotlivé možnosti představují: **a) racionalita** (*vím, že smrt patří k životu; počítám s ní; pomyšlení na ni mi nenahání hrůzu; mám jistou představu, co se stane po smrti - např. věčný život, reinkarnace, nicota a definitivní konec, splynutí s vesmírem...*), **b) nejistota** (*na smrt nemám vyhraněný názor; snažím se o ní nepřemýšlet; nemám představu, co by se po smrti mohlo stát...*), **c) zamítavost** (*o smrti zásadně nepřemýšlím, nemám rád/a když se o ní hovoří...*), **d) strach** (*v souvislosti s tématy týkajícími se smrti prožívám pocity úzkosti, smutku nebo strachu...*) **e) jiné**. Pokud respondenti zvolili možnost e), pak sami vypsali, jaké pocity jsou pro ně charakteristické. Respondenti byli rovněž upozomeni, že mohou zvolit více než pouze jednu možnou odpověď.

Graf č. 14 - „Jaké pocity či stavy u vás při tématech ,smrt, umírání, péče o umírající‘ nejvíce převládají a nejlépe je charakterizují?“



Z grafu č. 14 vyplývá, že největší zastoupení v souboru respondentů získala odpověď a) racionalita - 41 %, druhou nejpočetnější skupinou byla odpověď b) nejistota. Tuto skupinu označilo 33,3 % souboru, 16,9 % souboru zvolilo odpověď d) strach a 8,8 % souboru vybralo odpověď c) zamítavost.

Pouze 10 respondentů vybralo možnost e) jiné - v níž sami vypsali, jaké pocity a stavy u nich při tématech souvisejících se smrtí, umíráním a péčí o umírající převládají.

Tabulka č. 6

Odpověď e) jiné	Četnost odpovědí
Zvědavost	3
Smíření s vlastní smrtí, strach ze smrti blízkých.	2
„Nezájem.“	1
„Pokora, sounáležitost.“	1
„Smířenost s vlastní smrtí, ale neplánuji zemřít.“	1
Záchvaty nervozity a strachu („Musím začít dělat něco jiného.“), nejsem smířený/á s vlastní smrtí.	1
„Zmínka o smrti mě nutí o ní přemýšlet.“	1

Z tabulky č. 6 vyplývá, že z 10 respondentů, kteří u otázky č. 13 zvolili možnost e) jiné a sami vypsali, co u nich témata související se smrtí vyvolávají, se 3 z nich přiklonili k odpovědi: zvědavost, 2 respondenti zvolili odpověď, v níž uvádějí, že jsou smíření se smrtí vlastní, ale mají strach ze smrti svých blízkých. Zbýlých 5 respondentů zvolilo originální odpovědi.

V následující tabulce č. 7 je možné vidět porovnání odpovědí mezi respondenty, kteří se označili za věřící nebo nevěřící v souvislosti s jejich odpověďmi na otázku č. 13.

Tabulka č. 7

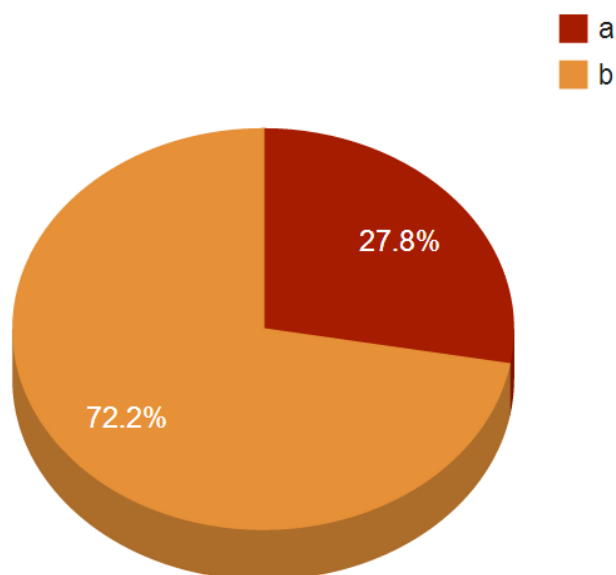
	Převládající pocity u respondentů.	
Považuji se za věřícího.	Odpovědi: b, c, d, e	Odpověď a) racionalita
a) ano	53	45
b) ne	68	57

Závěr: na hladině významnosti $\alpha = 0,05$ nemůžeme zamítnout nulovou hypotézu ($\chi^2 = 0,0078$, $df = 1$, p hodnota = 0,9298). **Platí tedy nulová hypotéza č. 4:** Neexistuje signifikantní vztah mezi spiritualitou respondentů a převládajícími pocity racionality při tématech souvisejících s paliativní péčí.

Výzkumná otázka č. 9 zněla: Zajímají se respondenti o témata související s paliativní péčí z vlastní iniciativy? Odpovídající položka v dotazníku č. 14: „Zajímáte se o problematiku ,smrti, umírání, péče o umírajícího‘ z vlastní iniciativy? Např.: četba odborné literatury; literatury s duchovní tematikou, sledování TV pořadů...“

Možné odpovědi byly 2: a) ano, b) ne.

Graf č. 15 - „Zajímáte se o problematiku ,smrti, umírání, péče o umírajícího‘ z vlastní iniciativy? Např.: četba odborné literatury; literatury s duchovní tematikou, sledování TV pořadů...“

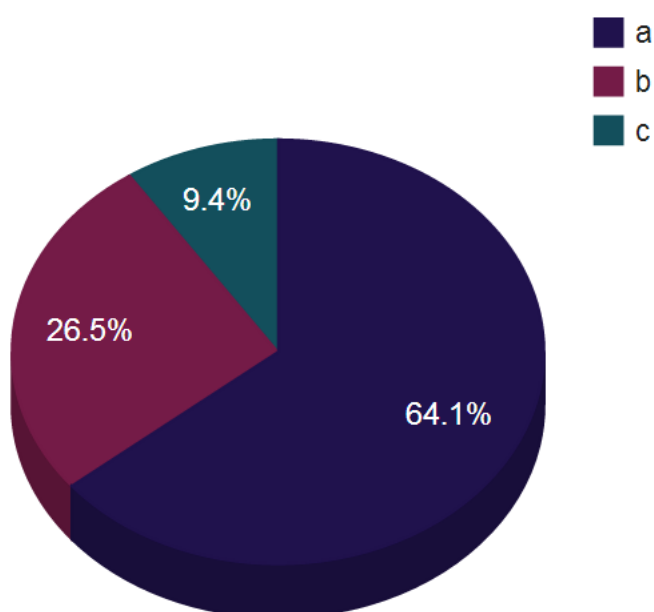


Z grafu č. 15 vyčteme, že 27,8 % souboru, což je 62 respondentů, se z vlastní iniciativy o témata související se smrtí, umíráním a péčí o umírající, zajímá. Avšak mnohem početnější skupina zahrnující 161 respondentů, tvořících 72,2 % souboru, se o tato témata z vlastní iniciativy nezajímá.

Výzkumná otázka č. 10 zněla: Myslí si respondenti, že jejich postoj ke smrti ovlivní jejich péči o umírající pacienty / klienty? Odpovídající položka v dotazníku byla otázka č. 15: „Myslíte si, že *Váš postoj ke smrti a umírání ovlivní Vaši péči o umírající pacienty / klienty?*“

Možné odpovědi na tuto otázku byly 3: a) ano, b) ne, c) nevím.

Graf č. 16 - „Myslíte si, že *Váš postoj ke smrti a umírání ovlivní Vaši péči o umírající pacienty / klienty?*“

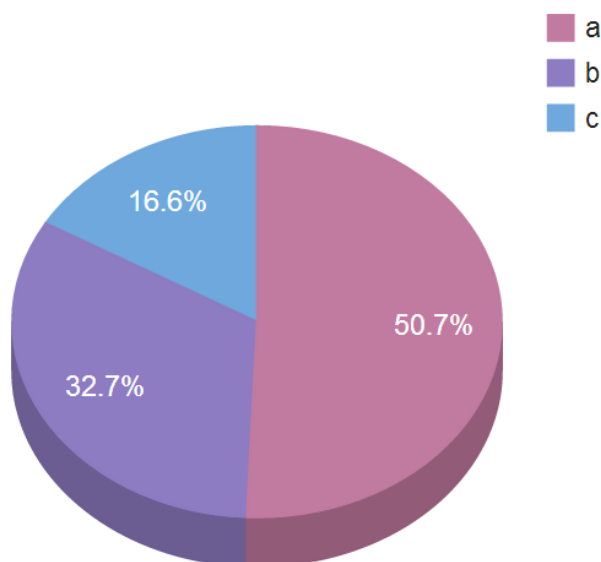


Z výsledků grafu č. 16 vyplývá, že největší počet respondentů 143 (64,1 %) zvolil odpověď a), tedy že jejich vlastní postoj ke smrti a umírání ovlivní současně také jejich péči o umírající. Druhou nejčtenější odpovědí byla odpověď b), kdy si respondenti mysleli opak. Tuto možnost zvolilo 59 respondentů (26,5 % souboru). Odpověď c) nevím vybralo 21 respondentů (9,4 % souboru).

Výzkumná otázka č. 11 zněla: Myslí si respondenti, že by bylo pro zlepšené péče o umírající přínosné, pokud by se o paliativní péči ve společnosti více diskutovalo? Odpovídající položka v dotazníku byla otázka č. 16: „*Myslíte si, že by bylo efektivnější (pro zlepšení péče o umírající pacienty / klienty), kdyby se o smrti a umírání ve společnosti více diskutovalo?*“

Možné odpovědi na tuto otázku byly opět 3: a) ano, b) ne, c) nevím.

Graf č. 17 - „Myslíte si, že by bylo efektivnější (pro zlepšení péče o umírající pacienty / klienty), kdyby se o smrti a umírání ve společnosti více diskutovalo?“



Z výsledků grafu č. 17 vyplývá, že více jak polovina všech respondentů 113 (50,7 % souboru) na otázku zvolila odpověď a) - tedy že si myslí, že pokud by se ve společnosti o paliativní péči více diskutovalo, zefektivnila by se péče o umírající. 73 respondentů (32,7 % souboru) si myslí opak a 37 respondentů (16,6 %) zvolilo odpověď c) nevím.

Výzkumná otázka č. 12 zněla: Které složce z témat týkajících se paliativní péče by se respondenti chtěli podrobněji věnovat? Odpovídající otázka v dotazníku č. 17: „Které složce z tématu ‚smrt, umírání, péče o umírající‘ byste se chtěl / a více věnovat, protože ji pokládáte za důležitou nebo byste si o ní chtěl / a prohloubit znalosti a dovednosti?“

Odpovědi na tuto otázku byly zcela závislé na jednotlivých respondentech.

Tabulka č. 8

Chtěl/a bych si prohloubit znalosti z...	Četnost odpovědí
péče o umírajícího	74
Žádné složce navíc se věnovat nechci.	66
smrt	23
umírání / terminální stádium	19
komunikace s umírajícím	18
psychika umírajícího	14
posmrtný život	10
Chtěl/a bych se věnovat více všem složkám.	9
péče o rodinu umírajícího	6
péče o mrtvé tělo	5
eutanazie	4
patologie	3
péče o umírající dítě	3
analgetizace	2
paliativní péče	2
prevence syndromu vyhoření	2

Z tabulky č. 8 lze dobře vyčíst, že nejčastěji se objevující odpovědí byla ta, kdy respondenti chtěli prohloubit své znalosti a dovednosti v oblasti péči o umírajícího - 74 respondentů. Druhou nejčastější odpovědí (66) bylo, že by se respondenti nechtěli věnovat žádné složce z tématu navíc. 23 respondentů chtělo prohloubit znalosti o smrti, 19 respondentů o umírání potažmo terminálním stádiu, 18 respondentů o komunikaci s umírajícím, 14 respondentů o psychice umírajícího, 10 respondentů o posmrtném životě. 9 respondentů uvedlo, že by se chtěli věnovat více všem složkám z témat smrti, umírání a péče o umírajícího. 6 respondentů vypsalo péči o rodinu umírajícího, 5 respondentů zmínilo

péči o mrtvé tělo, 4 respondenti napsali eutanazii, 3 respondenti vypsali patologii a 3 péči o mrtvé dítě. Analgetizace, paliativní péče a prevence syndromu vyhoření se v odpovědích objevily 2x.

Výzkumná otázka č. 13 zněla: Co si respondenti představí pod pojmem „důstojné umírání“? Odpovídající položka v dotazníku byla otázka č. 18: „Co si představíte pod pojmem „důstojné umírání“? Vypište prosím.“

Odpovědi na otázku byly plně závislé na respondentech.

Jelikož byly téměř všechny odpovědi žáků psány ve větách, byla do následující tabulky zanesena slovní spojení a pojmy, které se u jejich „definic“ vždy vyskytovaly.

Tabulka č. 9

Představa o důstojném umírání...	Četnost odpovědí
přítomnost rodiny, blízkých či ZP	95
klid	44
umírání bez bolesti	43
důstojné chování ZP	37
uspokojování potřeb	32
umírání doma	30
smíření se smrtí	25
čistota a čisté prostředí	16
nic si nepředstavím	14
spokojenost se svým životem	13
zajištění odpovídající péče	13
uzavřené záležitosti	12
intimita a soukromí	10
smrt ve spánku	10
splnění posledních přání	8
Člověk zemře tak, jak si sám přeje.	7
příjemné prostředí	7
pokoj	4
smrt při výkonu povolání (hasič, voják...)	4
Důstojné umírání neexistuje.	2
empatie	2

Jako zcela nejčastější odpověď na otázku, co si respondenti představují pod důstojným umíráním, byla zmíněna přítomnost rodiny, blízkých nebo zdravotnických pracovníků (95 respondentů), zajištění klidu umírajícímu 44 respondentů, umírání bez bolesti uvedlo 43 respondentů, důstojné chování zdravotnických pracovníků zmínilo 37 respondentů. Uspokojení potřeb umírajícího obsahovalo 32 odpovědí, umírání doma pak uvedlo 30 respondentů, smíření se smrtí 25 respondentů. Zbylé odpovědi jsou uvedeny v tabulce, ale za zdůraznění bezpochyby stojí odpovědi 4 respondentů, kteří uvedli, že za důstojné umírání považují smrt při výkonu povolání nebo smrt ve službě - např. smrt při požáru u hasičů nebo vojáka ve válečné zóně. 2 respondenti pak uvedli, že něco takového jako ‚důstojné umírání‘ neexistuje.

Jako poslední byla stanovena statistická hypotéza č. 5.

Statistická hypotéza č. 5

H_{A5}: 40 % respondentů pokládá za nejdůležitější složky ošetrovatelské péče ty, které souvisí s péčí o psychiku.

H₀₅: 40 % respondentů nepokládá za nejdůležitější složky ošetrovatelské péče ty, které souvisí s péčí o psychiku.

K těmto hypotézám se vztahuje otázka v dotazníku č. 19: „*Které složky ošetrovatelské péče jsou, dle Vašeho názoru, pro pacienta / klienta v terminálním stádiu nejdůležitější? Vypište, prosím.*“

Odpovědi byly opět plně závislé na respondentech.

Tabulka č. 10

Nejdůležitější složka ošetrovatelské péče pro P/K v terminálním stádiu je...	Četnost odpovědí
péče o psychiku	105
péče o sociální oblast	77
péče o bolest	51
péče o hygienu	41
všechny složky ošetrovatelské péče	33
péče o biologické potřeby	25
komunikace s umírajícím	24
nevím	11
duchovní péče	9
chování a přístup ZP	8

Nejčastěji zmiňovanou odpovědí a tedy složkou ošetrovatelské péče, kterou respondenti považovali pro pacienta / klienta v terminálním stádiu za nejdůležitější, byla péče o psychiku. Tuto odpověď uvedlo 105 respondentů. Druhou nejpočetnější pak byla péče o sociální oblast (77 respondentů). Dále péče o bolest (51 respondentů), péče o hygienu

(41 respondentů). To, že jsou důležité všechny složky ošetrovatelské péče, uvedlo 33 dotázaných. Péči o biologické potřeby uvedlo 25 respondentů, komunikaci s umírajícím 24 respondentů, duchovní péči 9 respondentů a chování a přístup zdravotnických pracovníků 8 respondentů. 11 dotázaných uvedlo, že neví, co si pod tímto pojmem mají představit.

Tabulka č. 11 - Porovnání ke statistické hypotéze č. 5

Péče o psychiku	Jiné odpovědi
105 (47,1 % souboru)	118 (52,9 % souboru)

Závěr: Na hladině významnosti $\alpha = 0,05$ zamítáme nulovou hypotézu ($\chi^2 = 4,6644$, $df = 1$, p hodnota = 0,03079). **Platí tedy alternativní hypotéza č. 5:** 40 % respondentů pokládá za nejdůležitější složky ošetrovatelské péče ty, které souvisí s péčí o psychiku.

DISKUZE

Předposlední část diplomové práce se bude zabývat interpretací výsledků a jejich porovnáním s jinými výzkumnými šetřeními. Jako u kapitoly *Výsledky*, bude i kapitola *Diskuze* rozdělena do 3 částí dle stanovených podcílů práce - především z důvodu lepší přehlednosti.

Osobní zkušenosti respondentů v souvislosti s jejich spiritualitou

1. podcíl diplomové práce se zabýval zjištěním, jaké osobní zkušenosti respondenti s paliativní péčí mají, a jak svůj přístup hodnotí v souvislosti se svou spiritualitou.

Ke stanovené statistické hypotéze č. 1 se pojila jedna z demografických otázek. Z ní, vyplynulo, že se z 223 respondentů považuje za věřící 98 z nich (43,9 % souboru). Tento údaj koresponduje s šetřením *Českého statistického úřadu* k roku 2011, kdy se z 10 436 560 obyvatel přihlásilo 1 436 584 k tomu, že jsou věřící, 705 368 obyvatel k tomu, že jsou věřící, ale nehlásí se k žádné církvi. Obyvatel bez víry bylo 3 604 095 a otázku nevyplnilo 4 662 455 obyvatel (www.czso.cz, 2013).

Výsledky ze zjištění otázky č. 2 v dotazníku odhalily, že z 223 respondentů se s umírajícím člověkem setkalo již 200 osob (89,7 % souboru). Už zde je jasně patrné, že péče o umírající pacienty / klienty není jen výjimečnou zkušeností budoucích zdravotníků (žáků), nýbrž zkušeností, s níž se již téměř všichni žáci na středních zdravotnických školách setkali.

Autorka Mikudimová prováděla výzkumné šetření u 50 studentů VOŠZ (Vyšší odborné školy zdravotnické), kde se respondentů ptala na tutéž otázku. Z 50 respondentů se s umírajícím pacientem / klientem setkalo již 43 z nich (Mikudimová, 2008).

Jak již bylo uvedeno, pro potvrzení statistické hypotézy č. 1 byl proveden chí kvadrát test. Z jeho výsledků vyplynulo, že z 98 žáků, kteří se považovali za věřící, odpovědělo 48 z nich, že svou roli ZP u umírajícího člověka pokládá za dobře zvládnutou.

Je zajímavé, že ze 125 žáků, kteří odpověděli, že se za věřící nepovažují, jich 75 uvedlo, že svou roli ZP u umírajících za dobře zvládnutou pokládají. O důvodu tohoto rozdílu mezi zhodnocením zvládnutí role ZP mezi věřícími a nevěřícími lze zřejmě pouze spekulovat. Jedním z možných důvodů může být fakt, že lidé, kteří se věnují své spiritualitě hlouběji, jsou zvyklí více o sobě pochybovat, zvažovat své jednání s větší kritičností, případně na sebe mohou klást v této oblasti vyšší nároky.

Pro závěr k 1. části, a dle stanovené hypotézy, lze říci, že pro daný výzkumný vzorek respondentů této diplomové práce neexistuje signifikantní vztah mezi jejich spiritualitou a kladným zhodnocením role ZP u umírajícího člověka.

Pohled respondentů na výuku

2. podcíl diplomové práce se zabýval zjištěním pohledu respondentů na výuku témat souvisejících s paliativní péčí na škole.

Z výzkumné otázky č. 1 vyplynulo, že 5 nejčastějšími pojmy, které si v souvislosti s tématy paliativní péče respondenti vybavují, jsou: péče o mrtvé tělo (56 odpovědí), smrt (36 odpovědí), hospic (35 odpovědí), terminální stádium (33 odpovědí), paliativní péče (33 odpovědí). Tyto odpovědi nebyly v šetření žádným překvapením, dalo by se říci, že jsou pro danou otázku opravdu typické.

Statistická hypotéza č. 2 se zabývala porovnáním způsobů výuky témat mezi školami státními a církevními. Školy s oběma typy zřizovatelů používaly v průměru 5-7 způsobů výuky. Mezi 3 nejčastěji uváděné způsoby (u škol církevních i státních) patřilo: teoretické probírání v hodině (220 odpovědí), diskuze ve třídě (38 odpovědí) a videoprojekce dokumentu (18 odpovědí). Je ale třeba poznamenat, že ačkoliv se výzkumného šetření zúčastnily celé třídy, jejich odpovědi nikdy nebyly většinově totožné. Lze předpokládat,

že za to mohla situace, přestoupil-li žák z jedné školy na druhou, případně že si nevybavil všechny způsoby, jimiž byla témata probírána anebo jeho poctivost při vyplňování dotazníku.

Závěrem u stanovené hypotézy č. 2 bylo přijmutí hypotézy nulové, kdy se potvrdilo, že pro daný výzkumný vzorek respondentů této diplomové práce neexistuje signifikantní vztah mezi variabilitou způsobů výuky v uvedených odpovědích respondentů a typem zřizovatele.

Z výzkumu Taliánové a Forejta, kterého se zúčastnilo 211 respondentů z řad vyučujících na SZŠ, VOŠ a VŠ vyplynulo, že z pohledu učitelů jsou nejoblíbenějšími aktivizačními vyučovacími metodami žáků: skupinové vyučování (26,6 %), práce s textem (14,2 %), křížovky (12,3 %), diskuze (8 %) a další. Z výsledků výzkumu bylo rovněž patrné, že učitelé na SZŠ využívají např. více aktivizačních metod než učitelé na VOŠ a VŠ (Taliánová, Forejt 2008). Vzhledem k tomu, že tato diplomová práce byla zaměřena na zjišťování metod pouze několika vybraných vyučovacích témat, zatímco výzkumné šetření Taliánové a Forejta bylo zaměřeno na vyučování celkově, nelze výsledky porovnávat v užší rovině.

Autorky Crawley, Ditzel a Walton doporučují do výuky ošetrovatelských předmětů přidat literaturu, zvláště pak také knihy s obrázky, protože poskytují flexibilní přístup k výuce, kdy lze získat lepší představu týkající se ošetrovatelství. Autorky zjistily, že odraz různých detailů v příbězích pomáhá žákům v přístupu do „světa druhých“, zvláště pak při výuce témat, která se dotýkají smrti, žalu a ztráty. Zde je role pedagoga zaměřena na posílení důvěry žáků, budování empatie v celé své komplexnosti a právě výuka pomocí literatury a obrázků v tomto může být velmi nápomocná (Crawley, Ditzel, Walton, 2012).

Ying-Chun, Pi-Yu, Chih-Hao a kol. mluví o didaktické výuce péče o umírající jako o kritickém a zásadním prvku ve vzdělávání sester a dalšího zdravotnického personálu. Studenti podle autorů potřebují příležitost se nad tématy smrti a umírání zamýšlet společně s odborníky klinické praxe, a to především v oblasti zvládnání emočních reakcí během péče o umírajícího pacienta. Je však důležité, aby si uvědomili nejen tyto (mnohdy velmi rozličné) emoce, ale také aby si vážili přítomnosti a svých vlastních životů. Zdůrazňují tedy sebereflexi studentů, diskuzi o otázkách života a smrti, vyzdvihují zážitkovou pedagogiku, která nejenže pomáhá studentům v osobním růstu, ale současně zvyšuje jejich motivaci k učení (Ying-Chun, Pi-Yu, Chih-Hao a kol., 2010).

Z výzkumné otázky č. 2 vyplynulo, že si 200 (90,1 % souboru) z 223 respondentů myslí, že by jim něco z toho, co se dozvěděli při studiu témat souvisejících s paliativní péčí, mohlo pomoci v přístupu k umírajícímu člověku.

Autorka Mikudimová z výzkumného šetření zjistila, že z 50 respondentů z řad studentů VOŠZ se jich 33 domnívá, že jsou během studia pro toto povolání k této fázi života připravováni nedostatečně (Mikudimová, 2008). Zde ovšem může hrát roli fakt, že studenti vyšší odborné školy nemuseli navštěvovat střední zdravotnickou školu ale například gymnázium. Vzhledem k nadpolovičnímu názoru by bylo jistě zajímavé zjistit, zda by tito dotázaní respondenti měli zájem výuku této oblasti rozšířit o další vyučovací hodiny.

Výzkumná otázka č. 3 se zabývala zjištěním, zda by respondenti chtěli při probírání témat souvisejících s paliativní péčí přidat jiné způsoby výuky. Nejvíce respondentů (79) odpovědělo, že by do výuky navíc nepřidalo nic. Druhý nejvyšší počet respondentů (42) uvedl, že by si přáli výuku obohatit o exkurze do zařízení, v nichž by se s umírajícími pacienty mohli setkat (hospice, léčebny dlouhodobě nemocných, geriatric, onkologie). Třetí nejvyšší počet respondentů (34) uvedl, že by výuku doplnil o praktické procvičování ve výuce. Dále videoprojekce dokumentů (31 respondentů) a přednášky od zdravotnických pracovníků, kteří se s umírajícími lidmi setkávají (29 respondentů).

Carmanová ve svém článku zmiňuje velmi zajímavé doplnění výuky, kdy jsou studenti ošetrovatelství rozděleni do skupinek, které pak podstupují simulaci výuky péče o umírající. Simulace je provozována v pokoji tomu určeném, který je zařízen identicky s pokojem nemocničním, včetně pacienta - modelu, o který studenti pečují a který je během simulace napojen na přístroje monitorující fyziologické funkce (nastavitelné Cheyne-Stokesovo dýchání, chroptění, hypotenze, tachykardie). Kromě vyzkoušení si role zdravotnického pracovníka si studenti zkusí i např. roli rodinného příslušníka nebo jeho komunikaci s ním. Pokud se některý student během simulace začne cítit nepříjemně, může simulační pokoj opustit. Dále je simulována péče o mrtvé tělo. Bezprostředně poté studenti diskutují o svých pocitech, postřezích a všem dalším, co v nich tato simulace vyvolala (Carman, 2014).

O velmi pozitivním smyslu podobných simulací píše také autorka Smith-Stoner. Ve svém článku popisuje koncept „Silver Hour“, který označuje dobu 30 minut před smrtí a 30 minut po smrti pacienta (modelu). Během této doby jsou studenti podrobeni simulaci,

v níž někdy pečují o model pacienta umírajícího na vleklé onemocnění, v jiném případě pečují o pacienta umírajícího v důsledku vážného zranění. Autorka nicméně podotýká, že současná technologie má dosud mnohá omezení v zajištění reálného modelu umírajícího (změnu teploty lidské kůže a její barvu), i přesto však tento přístup ve výuce studentů vyzdvihuje, neboť praktická zkušenost (ačkoliv v simulaci) může studentům pomoci urychlit a rozvíjet jejich odborné uvažování a zkušenosti (Smith-Stoner, 2009).

Jen pro srovnání k výše zmíněnému - z výsledků šetření této diplomové práce rovněž vyšlo najevo, že praktickou výuku (ovšem jen ukázkou péče o mrtvé tělo) uvedlo z 223 respondentů pouhých 6 z nich.

Z výzkumné otázky č. 4 vyplynulo, že respondenty výuka témat souvisejících s paliativní péčí nejvíce obohatilo o znalosti, jak k umírajícímu přistupovat a jak o něj pečovat (82 respondentů), nové informace a zkušenosti uvedlo 62 respondentů, 33 respondentů uvedlo, že je výuka neobohatila v ničem. Zamyšlení a změnu vlastního postoje vypsalo 17 respondentů a vědomí, že smrt je součástí života napsalo 13 respondentů. Tyto odpovědi nebyly v šetření žádným překvapením.

Statistická hypotéza č. 3 se zabývala zjištěním, zda by respondenti (50 % z nich) chtěli výuku témat souvisejících s paliativní péčí rozšířit. K této hypotéze se vztahovala otázka v dotazníku č. 9 - 117 respondentů, což bylo 52,2 % souboru, odpovědělo, že o rozšíření výuky nestojí. Z použití chí kvadrát testu vyplynulo, že alternativní hypotézu č. 3 lze zamítnout. Naopak je možné přijmout nulovou hypotézu, tedy že neplatí, že by 50 % dotázaných respondentů z tohoto výzkumného vzorku diplomové práce uvítalo rozšíření výuky.

Z výzkumné otázky č. 5 vyplynulo, že pouhých 55 žáků z 223, (což je 24,7 % souboru) mělo možnost absolvovat praxi v některém z hospicových zařízení.

Výzkumná otázka č. 6 navazovala na předchozí s tím, že zjišťovala, zda ti žáci, kteří možnost absolvovat praxi v hospicovém zařízení měli, považovali zkušenosti tam nabitě za obohacující pro jejich budoucí povolání zdravotnického pracovníka. Z 55 respondentů, kteří praxi v hospicovém zařízení absolvovali, jich 47 (85,5 %) odpovědělo na otázku kladně. Tedy že pro ně praxe obohacující byla. Již z tohoto počtu je patrné, že praxe v hospicových zařízeních má smysl a sami žáci ji hodnotí jako přínosnou a obohacující.

Výzkumná otázka č. 7 byla pro ty z respondentů, kteří praxi v hospicovém zařízení možnost absolvovat neměli. Z výsledků následně vyplynulo, že ze 168 žáků by jich 95 o tuto možnost stálo, což je 56,9 % souboru. Na základě zjištění z obou otázek by jistě bylo dobré, pokud by více středních zdravotnických škol umožňovalo svým žákům absolvovat praxi v těchto zařízeních. Je však jasné, že ne všechny školy k tomu mají dispozici, zvláště v případě pokud se v jejich blízkém okolí hospicové zařízení nevyskytuje. V tomto případě by pro žáky jistě bylo dobré, pokud by měli přinejmenším možnost navštívit hospicové zařízení během exkurze, která je již pro všechny školy schůdnější cestou.

Z výzkumné otázky č. 8 vyplynulo, že si 129 žáků myslí, že by se tématům souvisejícím s paliativní péčí měla věnovat na školách zvláštní pozornost, což je zajímavé porovnat s otázkou předešlou (která byla podobná), v níž 117 respondentů (52,2 % souboru) vyznačilo odpověď, v níž říkají, že by o rozšíření této výuky nestáli.

Výuka zaměřující se na smrt a umírání sice v kurikulech zahrnuta je, nicméně jen okrajově. Hlavní prioritou medicíny stále zůstává péče o živé a o zdraví, udržení lidí při životě. Stejně tak postupují školy vychovávající budoucí zdravotnické pracovníky, protože pro lidi obecně je velmi těžké se smířit se svou smrtelností a uvěřit tomu (Zincus, 2011).

Autoři Xuan-Yi, Jen-Yu, Fan-Ko a Wei-Fen však ve svém článku popisují dokonce nutnost zařadit povinné kurzy zabývající se thanatologií a paliativní péčí. K tomuto závěru dospěli v důsledku výzkumu provedeného u studentů ošetřovatelství, kteří se poprvé během své praxe setkali s umírajícím pacientem. Na základě zjištění, že studenti zažívali například pocity strachu, existenciální krize spojené s mizícím životem pacienta atd. dospěli k závěru, že zavedení těchto kurzů do výuky ošetřovatelství je nezbytné, zejména proto, aby studenti budoucí zkušenosti pochopili a dovedli jim čelit. Současně s tím byly výsledky šetření obohacující také pro vedoucí praktické výuky, kteří díky nim mohli upravit a zlepšit výuku (Xuan-Yi, Jen-Yu, Fan-Ko, Wei-Fen, 2009).

Názory respondentů k paliativní péči

3. *podcíl diplomové práce* se zabýval zjištěním názorů respondentů v souvislosti s oblastmi týkajícími se paliativní péče.

Statistická hypotéza č. 4 se věnovala zjištění, zda existuje signifikantní vztah mezi spiritualitou respondentů a převládajícími pocity racionality při tématech souvisejících s paliativní péčí.

Odpovídající položkou v dotazníku byla otázka č. 13, kdy respondenti vybírali z 5 možností, které nejvíce odpovídaly jejich pocitům, které v nich tato témata vyvolávají. Racionalitu zvolilo 41 % souboru, nejistotu 33,3 % souboru, zamítavost vybralo 8,8 % souboru, strach označilo 16,9 % souboru. Odpověď e), v níž respondenti vypsali své originální odpovědi, které se nehodily ani do jedné z předchozích, zvolilo pouze 10 respondentů.

Z 98 respondentů, kteří uvedli, že se považují za věřící, zvolilo odpověď a) *racionalitu*, 45 z nich. Ze 125 respondentů, kteří uvedli, že se za věřící nepovažují, tuto možnost zvolilo 57 z nich. Na základě chí kvadrát testu byla alternativní hypotéza č. 4 zamítnuta a platí hypotéza nulová. Tedy že pro daný výzkumný vzorek respondentů této diplomové práce neexistuje signifikantní vztah mezi spiritualitou respondentů a jejich převládajícími pocity racionality při tématech souvisejících s paliativní péčí.

Autorka Mikudimová ve svém výzkumném šetření zjistila, že z 50 respondentů z řad studentů VOŠZ jich 40 uvedlo, že smrt považují za součást života, 3 pak uvedli, že se s ní těžko vyrovnávají (Mikudimová, 2008). V jejím výzkumném šetření však respondenti nebyli rozděleni na věřící a nevěřící, proto je užší srovnání nemožné provést.

Tato hypotéza (č. 4) se opírá o publikaci autora Křivohlavého, který v ní odkazuje na mnoho publikovaných empirických studií, dokazujících pozitivní vztah mezi vírou a pocitem štěstí. V těchto studiích je dokládáno, že „víra má pozitivní vliv na spokojenost (štěstí) věřících lidí, že jim poskytuje cíl a účel života, že lidem umožňuje žít smysluplným životem a vede je do společenství, v němž je běžná sociální opora.“ (Křivohlavý, 2013).

Dále ale dodává příklad další studie, z níž se zjistilo, že kladný vliv víry na tento pocit štěstí je silnější mnohem více u těch, kteří ve svém životě mají „spirituální zkušenost.“ Výsledky jiných studií ukazují, že tento pocit štěstí v souvislosti s vírou je zřetelnější u starších lidí, více u žen, lidí, kteří nežijí v partnerském vztahu a jsou nemocní. Tento pocit štěstí si však nelze představovat ve velké míře - je spíše mírný, ale jeho intenzita se za různých okolností v životě zvyšuje (Křivohlavý, 2013).

Z výzkumné otázky č. 9 vyplynulo, že se 161 dotázaných respondentů o problematiku smrti, umírání a péče o umírající nezajímá z vlastní iniciativy. 62 respondentů (27,8 % souboru) uvedlo, že se o problematiku zajímá. Zde by dále bylo možné otázku rozvést, pokud by žáci měli sami vypsát, jak se o tématiku zajímají. Zda četbou odborné literatury, či sledováním některých televizních pořadů.

Z výzkumné otázky č. 10 vyplynulo, že si 143 respondentů (64,1 %) myslí, že jejich postoj ke smrti a umírání ovlivní jejich péči o umírající pacienty / klienty. Autorka Bužgová se k tomuto názoru ve svém článku silně přiklání a k postoji sester přidává také jejich strach ze smrti, který jejich péči rovněž silně ovlivňuje. Tento závěr odvozuje z výzkumu provedeného u 73 studentek ošetřovatelství 3. ročníku oboru Všeobecná sestra na VŠ. Autorka se zaměřila na měření úzkosti a strachu ze smrti u těchto studentek. Výsledky ukázaly, že nejvíce - 59 % studentek se nejvíce obává vlastního umírání, 23 % studentek má strach ze smrti druhých, 14 % studentek mělo strach z umírání blízkého (Bužgová, 2010).

Z výsledků výzkumné otázky č. 11 vyplynulo, že si 113 respondentů (50,7 % souboru) myslí, že by pro zlepšení péče o umírající bylo efektivnější, pokud by se ve společnosti o těchto tématech více diskutovalo. 73 respondentů (32,7 % souboru) je opačného názoru. S tímto souvisí již výše zmíněný postoj společnosti v ČR, kdy smrt a umírání nejsou brány jako přirozené součásti života. Autorka Mikudimová provedla již zmíněné výzkumné šetření na 50 respondentech z řad studentů VOŠZ. Její otázka se týkala názoru respondentů na to, zda si myslí, že jsou lidé o problematice umírání dostatečně informováni. Z 50 respondentů se 40 z nich přiklonilo k názoru, že lidé o problematice umírání dostatečně informováni nejsou (Mikudimová, 2008).

Marcysiak a Dąbrowska ve své studii u 300 studentů ošetřovatelství a zdravotních sester dokládají výsledky, že studenti měli výrazně nižší podíl přijetí smrti než zdravotní sestry. Uvádí, že pro ovlivnění přijetí vlastní smrtelnosti u člověka by bylo dobré více diskutovat právě téma smrti, nemoci. Mimo to také dodávají, že pro zvládnutí stresu

vzniklému v souvislosti se smrtí, by měla být začleněna do procesu vzdělávání sester a u sester, které již na odděleních pracují (především těch, kde je procento úmrtí pacientů vyšší) psychologická pomoc (Marcysiak, Dąbrowska, 2013).

Výzkumná otázka č. 12 se zabývala zjištěním, které složce z témat týkajících se smrti, umírání a péče o umírající by se chtěli respondenti více věnovat a prohloubit si o ní znalosti. Mezi 5 nejčastěji se vyskytujících odpovědí patřilo: péče o umírajícího (74 odpovědí), žádné složce navíc se nechtělo věnovat 66 respondentů. 23 respondentů vypsal smrt, 19 respondentů zvolilo umírání / terminální stádium a 18 respondentů bylo pro komunikaci s umírajícím. Je patrné, že odpovědi respondentů mířily do oblasti praktických dovedností a zkušeností, které jsou pro péči o umírajícího nejvíce potřeba. Lze tedy říci, že by se tématům skutečně měla věnovat větší pozornost, aby žáci získali větší jistotu a to především v oblasti praktických dovedností.

Výsledky výzkumné otázky č. 13, která měla za cíl zjistit, co si žáci představují pod pojmem „důstojné umírání“, nejčastěji ukazovaly přítomnost následujících pojmů v definicích žáků: přítomnost rodiny, blízkých či ZP (95 odpovědí), klid (44 odpovědí), umírání bez bolesti (43 odpovědí), důstojné chování ZP (37 odpovědí), uspokojování potřeb umírajícího (32 odpovědí).

Poslední statistická hypotéza č. 5 se zabývala zjištěním, zda složku ošetrovatelské péče, která se věnuje psychice, považují respondenti (40 % z nich) pro umírajícího člověka za nejdůležitější.

K této hypotéze se vztahovala otázka v dotazníku č. 19, v níž měli respondenti vypsat složky, které jsou dle nich pro umírajícího nejdůležitější. Nejčastější odpovědí byla péče o psychiku (105 respondentů), péče o sociální oblast (77 respondentů), péče o bolest (51 respondentů), péče o hygienu (41 respondentů), všechny složky ošetrovatelské péče bez rozdílu (33 respondentů). V celkovém zastoupení tedy péči o psychiku zmínilo 105 respondentů, tedy 47,1 % souboru. Na základě tohoto výsledku lze přijmout alternativní hypotézu, kde 40 % respondentů považuje za nejdůležitější složku péče o umírající péči o jejich psychiku.

Jedna z dalších výzkumných otázek v šetření autorky Mikudimové se zabývala zjištěním potřeb, které respondenti pro pacienty / klienty v terminálním stádiu považují za nejdůležitější. Potřebu sounáležitosti a lásky zvolilo z 50 respondentů 22, potřebu jistoty

a bezpečí 4 respondenti, potřebu uznání a sebeúcty vybrali 4 respondenti, potřebu seberealizace 2 respondenti, duchovní potřeby označilo 8 respondentů, biologické potřeby pak 14 respondentů. I zde si tedy lze všimnout, že potřeby spadající do oblasti psychiky převažovaly (Mikudimová, 2008).

ZÁVĚR

Důvodem sepsání této diplomové práce a současně jejím hlavním cílem bylo zjištění hledisek, jaké žáci 4. ročníku středních zdravotnických škol v oboru Zdravotnický asistent zaujímají v souvislosti s paliativní péčí.

Pro lepší utvoření náhledu na téma byly v první **teoretické části** práce předloženy poznatky přibližující pohled na smrt a umírání. Ovšem ne v souvislosti s jejich fyziologickým průběhem, jako spíše v přiblížení vnímání těchto součástí lidských dějin a lidského života - od jejich počátků až po dnešek.

Péče o umírající, která byla poskytována od nepaměti, je jednou z neměnných součástí života, avšak lidský přístup k ní procházel mnohými změnami. Od poskytování péče výhradně v kruhu rodiny, přes vytváření špitálů až po postupné zlepšování kvality poskytované lékařské a ošetrovatelské péče. I přes tyto proměny se však společnost neustále potýká s postojem, kdy smrt a umírání nejsou brány jako přirozené součásti života, nýbrž je na ně pohlíženo jako na selhání medicíny. Je však třeba také poznamenat, že změně tohoto postoje se začíná věnovat vyšší pozornost, stejně jako zájmu o paliativní péči.

Proměnou vnímání smrti však neprochází jen lidská společnost obecně, ale i každý jedinec sám a to od nejtělejšího věku. Již malé dítě si začíná vytvářet určité představy o smrti, konečnosti života. Ty jsou nejprve velmi mlhavé, překlenují do magického myšlení, kdy si dítě smrt personifikuje a postupně přechází ke zjištění a přijetí její definitivnosti. Na utváření celkového dětského pohledu na smrt a umírání má samozřejmě vliv bezpočet dalších faktorů, mezi které se řadí výchova, spiritualita v rodině, osobní setkání se smrtí a mnoho dalších.

Při zjišťování, jak jsou témata související s paliativní péčí zastoupena v kurikulárních dokumentech pro střední zdravotnické školy, bylo odhaleno následující: témata v kurikulárních dokumentech zastoupena jsou, nicméně ne v jednom konkrétním předmětu. Látka je roztržena do několika oblastí, v nichž se s ní žáci mohou setkat. Je třeba dodat, že toto roztržení v kurikulech se přenáší i do roztržení ve vědomostech žáků. Provázání všech těchto oblastí pak závisí plně na schopnostech a umění pedagoga, který by měl žákům

tyto informace spojit do celku, z něhož by především v praktické výuce mohli čerpat - což je velmi náročný úkol.

Pro účely diplomové práce bylo nezbytné zahrnout do teoretické části také pohled na utváření postojů, spiritualitu a souvislosti mezi nimi v návaznosti na paliativní péči.

Nejjednodušším a nejmístičnějším způsobem jak zobecnit utváření postojů je pohled na ně jako na výsledek procesů kognitivních, emočních a behaviorálních. Po vytvoření postojů na základě těchto procesů se projevují ve stejné rovině - tedy v projevech kognitivních, emočních a behaviorálních.

Při pohledu na spiritualitu je velmi důležité odlišovat mezi ní a náboženstvím, které jsou spolu často zaměňovány, či vydávány přímo za synonyma. Zatímco náboženství v sobě obsahuje určitý ustálený systém víry a uctívání, spiritualita je pojmem širším, který v sobě (kromě náboženství) může zahrnovat také snahu najít účel a smysl v životě, životní filosofii, světonázor atd. Je tedy třeba si uvědomit, že spiritualita je pojmem, který náboženství přesahuje.

Praktická část diplomové práce definičně vycházela z části teoretické. Zaměřila se na zjištění, jak žáci vybraných 4. ročníků středních zdravotnických škol v oboru Zdravotnický asistent pohlíží na témata související s paliativní péčí - z pohledu zkušeností osobních, z výuky témat na škole a vlastních pocitů a postojů, které k nim zaujmají.

1. podcíl práce bylo zjištění osobních zkušeností respondentů v souvislosti s jejich spiritualitou. Výsledky šetření ukázaly, že z celkového počtu 223 respondentů se 43,9 % považovalo za věřící. 89,7 % respondentů se pak s umírajícím pacientem / klientem setkalo. Po provedení chí kvadrát testu vyšlo najevo, že pro daný výzkumný vzorek respondentů v této diplomové práci neexistuje signifikantní vztah mezi jejich spiritualitou a kladným zhodnocením role ZP u umírajícího člověka.

2. podcíl práce se zabýval zjištěním pohledu, jaký respondenti mají na školní výuku témat souvisejících s paliativní péčí. Z výsledků vyplynulo, že 3 nejčastějšími pojmy, které si respondenti v souvislosti s tématy vybavili, byly následující: péče o mrtvé tělo, smrt a hospic. Rozdělení respondentů podle zřizovatele školy bylo jednoznačně vyšší u škol zřizovaných státem, z nichž bylo 72,2 % souboru. V porovnání způsobů výuky mezi školami

církevními a státními nebyl pro daný výzkumný vzorek respondentů v této diplomové práci objeven signifikantní vztah. 90,1 % respondentů si myslí, že jim to, co se dozvěděli při výuce témat souvisejících s paliativní péčí, může pomoci v přístupu k umírajícím. 79 respondentů uvedlo, že by si nepřálo do výuky zařadit jiné formy, 42 pak uvedlo exkurzi do zařízení, která se paliativní péčí zabývají, a 34 respondentů by do výuky zařadilo praktické procvičování přímo ve výuce. 82 respondentů uvedlo, že je výuka obohatila o znalosti přístupu a péče o umírající, 62 respondentů obohatila obecně o nové informace a zkušenosti, 33 respondentů uvedlo, že je výuka neobohatila v ničem. 52,5 % souboru respondentů uvedlo, že by uvítali, pokud by se tématům souvisejícím s paliativní péčí věnovalo ve výuce více hodin.

Důležitým bodem bylo zjištění, kolik respondentů mělo možnost absolvovat praxi v hospicovém zařízení. Z celkového počtu tuto možnost mělo pouze 24,7 % souboru. Z této skupiny pak 85,5 % respondentů označilo tuto praxi za přínosnou a obohacující. Ze zbylých 75,3 % respondentů, kteří možnost absolvovat praxi v hospicovém zařízení neměli, by o ni stálo 56,9 %. A dále si 57,8 % respondentů myslí, že by se tématům souvisejícím s paliativní péčí měla věnovat zvláštní pozornost.

3. podcíl práce se věnoval zjištění názorů a postojů, které respondenti v souvislosti s tématy paliativní péče zaujímali. Z výsledků vyplynulo, že u 41 % respondentů převládají v souvislosti s tématy smrt, umírání a péče o umírající, pocity racionality, u 33,3 % respondentů nejistota, u 16,9 % strach a u 8,8 % pocity zmltavosti. Jinou originální odpověď zvolilo jen 10 respondentů. Ze stanovené hypotézy a po provedení chí kvadrát testu je možné říci, že pro daný výzkumný vzorek respondentů v této diplomové práci neexistuje signifikantní vztah mezi převládajícími pocity racionality a jejich spiritualitou.

72,2 % respondentů uvedlo, že se o problematiku paliativní péče z vlastní iniciativy nezajímá. 64,1 % respondentů si myslí, že jejich vlastní postoj ke smrti a umírání ovlivní jejich péči o umírající pacienty / klienty. 50,7 % respondentů si myslí, že by bylo pro zlepšení péče o umírající dobré, pokud by se o smrti a umírání ve společnosti více diskutovalo. Třemi nejčastějšími oblastmi, které by si respondenti chtěli v tématech prohloubit, byly tyto: 74 respondentů péči o umírajícího, 23 respondentů o poznatky o smrti, 19 respondentů o umírání potažmo terminální stádium. 66 respondentů pak uvedlo, že se nechtějí věnovat žádné oblasti více.

Mezi 3 nejčastějšími představami u pojmu „důstojné umírání“ respondenti uvedli přítomnost rodiny, blízkých či ZP (95 respondentů), klid (44 respondentů) a umírání bez bolesti (43 respondentů).

Za nejdůležitější složku ošetrovatelské péče pro pacienta / klienta v terminálním stádiu respondenti označovali nejčastěji tyto 3 položky: péče o psychiku (105 respondentů), péče o sociální oblast (77 respondentů), péče o bolest (51 respondentů). Těmito výsledky se také potvrdila statistická hypotéza, že 40 % dotázaných respondentů v této diplomové práci pokládá za nejdůležitější složky péče ty, které se věnují psychice.

Závěrem lze říci, že stanovené cíle diplomové práce byly splněny, ačkoliv výsledky, které z šetření vyplynuly, nelze vztahovat na všechny žáky 4. ročníků v oboru Zdravotnický asistent, ale pouze na vzorek, který byl součástí výzkumného šetření této diplomové práce.

Na základě výše popsaných výsledků výzkumného šetření by bylo vhodné do budoucna zvážit možnost zavedení samostatného volitelného předmětu paliativní péče. Vzhledem k disponibilním hodinám, které školy mají k dispozici, by to nemusel být problém, a to především u těch zdravotnických škol, které nemají možnost svým žákům zajistit absolvování praxe v hospicových zařízeních. Tento předmět by se mohl vyučovat na začátku 2. nebo 3. ročníku na středních zdravotnických školách - ideálně tedy ještě předtím, než žáci nastoupí na praktickou výuku v lůžkových zařízeních, kde by se s umírajícími pacienty / klienty mohli setkat.

Návrh tohoto předmětu (jeho témat) je součástí příloh k diplomové práci.

Jak již bylo řečeno v *Úvodu*, prvotním důvodem pro zpracování této diplomové práce bylo zjištění pocitů a postojů žáků na středních zdravotnických školách, kteří se s těmito nelehkými tématy setkávají (mnohdy poprvé), snaha o jejich pochopení a přiblížení se způsobu, jakým o nich uvažují. To vše pro to, aby bylo budoucí působení v pedagogické praxi možné obohatit o tento nutný aspekt, který by výuku o smrti, umírání a péči o umírající,

posunul na rovinu pro žáky co nejbližší. Neboť proto, aby mohl pedagog co nejlépe předávat informace, znalosti a dovednosti, musí žáky umět pochopit a přizpůsobit jim látku tak, aby pro ně byla „stravitelná“.

Je to jistě běh na dlouhou trať, protože odraz názorů a postojů společnosti se promítá do všeho a výuka na školách není výjimkou. Je třeba začít po malých krůčcích. Tím prvním by mohlo být uvědomění, že smrt a umírání (jakkoliv to je bolestné, těžké a smutné) je součástí lidských životů - byla a vždy bude. A jak ve své publikaci uvedl již autor Scherer, je jen na nás, zda myšlenku na smrt vytěsníme do nejzazšího koutu mysli, či zda se jí postavíme čelem.

Středobodem celé této práce byla **smrt** - ačkoliv se jí věnuje bezpočet publikací, nadále zůstává velkou neznámou. Pro některé představuje konečnou, pro jiné je „cestou někam dál“. I přes veškerou nejistotu, která se kolem smrti vznáší jako mlha, bych tuto práci ráda zakončila citátem, který (jakkoliv může budit dojem oxymóronu) v sobě skrývá kus pravdy a nese v sobě trochu útěchy.

„I smrt má srdce.“

Markus Zusak - Zlodějka knih

SOUHRN

Smrt, která je jedním z hlavních témat této diplomové práce, můžeme označit jako jedinou jistotu v životě, která je dána všem bez rozdílu. Přístup k ní zaznamenal v průběhu dějin značné obměny.

Pro to, aby si člověk mohl na určitou problematiku vytvořit svůj názor, je nutné, aby o ní získal informace či vlastní zkušenosti a znalosti – tyto „sbírá“ a utváří si po celý život. Proces socializace, kterým se jedinec začleňuje do společnosti, probíhá od nejútlejšího věku. Jednou z nejdůležitějších složek, které tento proces ovlivňují, je sociální prostředí, v němž se jedinec pohybuje (Urban, 2011).

V ČR je nejčastějším místem, kde lidé umírají, některé z léčebných či sociálních zařízení. Z tohoto faktu vyplývá, že péče a doprovázení umírajícího na sklonku života neleží na bedrech rodiny, ale na zdravotnickém personálu. Péče, kterou zdravotničtí pracovníci umírajícímu poskytují, je označována termínem paliativní péče.

Pomineme-li odborné kurzy či vlastní zkušenosti zdravotnických pracovníků, jsou prvním místem, kde se s tématy zabývajícími se paliativní péčí setkávají, střední zdravotnické školy.

Diplomová práce se zaměřuje na pohled žáků 4. ročníků středních zdravotnických škol v oboru Zdravotnický asistent na problematiku paliativní péče. Jejím hlavním cílem bylo zjistit, jaké hledisko k paliativní péči žáci zaujímají. Hlavní cíl byl rozpracován do 3 dílčích podcílů.

1. Zjistit, jaké osobní zkušenosti mají respondenti s paliativní péčí v souvislosti se svou spiritualitou.
2. Zjistit, jaký pohled respondenti mají na školní výuku témat souvisejících s paliativní péčí.
3. Zjistit, jaké názory a postoje respondenti zaujímají v souvislosti s tématy týkajícími se paliativní péče.

Tyto podcíle byla dále rozpracovány do výzkumných otázek, statistických a věcných hypotéz.

Teoretická část práce je rozdělena na 3 části. První část se zabývá předložením poznatků ke smrti a umírání obecně, dále smrtí a umírání v průběhu dějin a proměnou vnímání smrti od novorozence po dospělého člověka. Druhá část se věnuje paliativní péči - vymezení pojmu, historii paliativní péče v některých částech světa a v České republice. Třetí část se zamýšlí nad tím, co ovlivňuje vztah k paliativní péči. Pro účely této práce byly pro podrobnější studium vybrány: výuka paliativní péče na středních zdravotnických školách, spiritualita a náboženství, názory a postoje.

Výzkumné šetření v praktické části práce bylo realizováno pomocí metody survey. Nástrojem sběru dat byl polostrukturovaný, nestandardizovaný dotazník, sestavený na základě stanoveného cíle a rozpracovaných podcílů práce. Cílovou skupinou šetření byli žáci 4. ročníku středních zdravotnických škol v oboru Zdravotnický asistent.

Výsledky výzkumného šetření jsou rozděleny dle 3 podcílů práce. Výsledky neprokázaly pro tento vzorek respondentů signifikantní vztah mezi spiritualitou respondentů a jejich kladným zhodnocením role zdravotnického pracovníka v přístupu k umírajícím. Nebyl prokázán signifikantní vztah mezi způsobem výuky témat souvisejících s paliativní péčí a typem zřizovatele školy. U 50 % respondentů nebylo prokázáno, že by chtěli výuku témat souvisejících s paliativní péčí rozšířit. Výsledky nepotvrdily signifikantní vztah mezi spiritualitou respondentů a převládajícími pocity racionality při tématech souvisejících s paliativní péčí. Bylo však prokázáno, že 40 % respondentů pokládá za nejdůležitější složky ošetrovatelské péče pro umírajícího ty složky, které souvisí s péčí o psychiku. Zajímavým zjištěním byla nadpoloviční většina žáků, kteří by stáli o možnost absolvovat praxi v hospicovém zařízení.

Vzhledem k roztržitosti témat souvisejících s paliativní péčí do několika předmětů, byl výstupem diplomové práce pro pedagogickou praxi návrh na vytvoření volitelného předmětu paliativní péče, kterou by střední zdravotnické školy díky disponibilním hodinám mohly pro žáky zajistit.

SUMMARY

Death, which is one of the main topics of the diploma thesis, we can determine as the only certainty in our life that is given to all without distinction. An approach to death has recognized significant differences in history.

For that one could create his own opinion about an issue it is necessary to gain information or his own experience and knowledge – a man collects them and creates them in his whole life. Process of socialization by which is the man included in society take place from the earliest age. One of the most important parts that influence this process is social environment in which the individual moves (Urban, 2011).

In the Czech Republic is the most common place where people die some of the medical and social facilities. It implies that the care and guidance dying person at the end of life does not lie on the shoulders of the family, but the medical staff. Care which is provided to the dying person by medical staff is called palliative care.

The nursing schools are the first places where health workers face the issues related to palliative care, if we do not take into consideration the specialized courses or their own experience with dying people.

This thesis focuses on view of the 4th year of nursing school of the field of nursing assistant on the issue of palliative care. The main aim of the thesis was to find out opinion of students that they have to palliative care. The main objective was processed into 3 sub-goals.

1. Find out what the respondents have personal experience with palliative care in the context of spirituality.
2. Find out what the respondents thought to the school teaching topics related to palliative care.
3. Find out what opinions and attitudes of the respondents have in connection with issues related to palliative care.

These sub-goals were further elaborated in the research questions, statistical and factual hypotheses.

The theoretical part is divided into 3 parts. The first part deals with the presentation of evidence in the death and dying in general, death and dying in through history and transformation of the perception of death from newborn to adult. The second part is devoted to palliative care - definition, history of palliative care in some parts of the world and in the Czech Republic. The third part examines what influences relationship to palliative care. For the purposes of this study were selected for detailed study: teaching palliative care to nursing schools, spirituality and religion, opinions and attitudes.

The research was carried out by survey method. The research toll was semi-structured, non-standardized questionnaire, compiled on the basis of established goals and sub-goals of the diploma thesis. Target group of the survey were students of the 4th year of nursing schools in the field of nursing assistant.

The results of the survey are divided according to the three sub-goals work. For this sample of respondents, the results did not show a significant relationship between spirituality of respondents and their positive evaluation of the role of medical staff in the approach to dying patient. There was no evidence of a significant relationship between the method of teaching topics related to palliative care and the type of school founder. It has not been shown that 50 % of respondents wanted to teach more about topics related to palliative care. Significant relationship between spirituality respondents and the prevailing feelings of rationality in topics related to palliative care has not been confirmed. It has been shown that 40 % of respondents considered the most important component of nursing care for the dying care component of the psyche. The interesting founding was that the majority of students would face the possibility of work experience in a hospice.

According to the fragmentation of the topics related to palliative care into several subjects, the outcome for pedagogical practice is a suggestion for creation of optional subject of palliative care which could be provided by the nursing schools to students thanks to disposable classes.

REFERENČNÍ SEZNAM

Bibliografické zdroje:

1. ARIÈS, P. 2000. *Dějiny smrti: doba ležících*. Praha: Argo. 358 s. ISBN 80-720-3286-0.
2. ARIÈS, P. 2000. *Dějiny smrti: zdivočelá smrt*. Praha: Argo. 410 s. ISBN 80-720-3292-3.
3. ATKINSON, R. 2003. *Psychologie*. Praha: Portál. 751 s. ISBN 80-717-8640-3.
4. ČÁBALOVÁ, D. 2011. *Pedagogika*. Praha: Grada. 272 s. ISBN 978-802-4729-930.
5. ELIAS, N. 1998. *O osamělosti umírajících v našich dnech*. Praha: Nakladatelství Franze Kafky. 66 s. ISBN 80-858-4439-7.
6. FROMM, E. 1992. *Mít nebo být?* Praha: Naše vojsko. 170 s. ISBN 80-206-0181-3.
7. FÜRST, M. 1997. *Psychologie: včetně vývojové psychologie a teorie výchovy*. Olomouc: Votobia. 263 s. ISBN 80-719-8199-0.
8. GÁLIK, S. 2012. *Psychologie přesvědčování*. Praha: Grada Publishing. 95 s. ISBN 978-80-247-4247-2.
9. GAVORA, P. 2010. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido. 261 s. ISBN 978-80-7315-185-0.
10. HAYES, N. 2009. *Základy sociální psychologie*. Praha: Portál. 166 s. ISBN 978-807-3676-391.
11. HEWSTONE, M. a S. STROEBE. 2006. *Sociální psychologie: moderní učebnice sociální psychologie*. Praha: Portál. 769 s. ISBN 80-736-7092-5.
12. CHRÁSKA, M. 2007. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. Praha: Grada. 265 s. ISBN 978-20-247-1369-4.
13. GIDDENS, A. 1999. *Sociologie*. Praha: Argo. 594 s. ISBN 80-720-3124-4.
14. JAKOUBKOVÁ, J. 1998. *Paliativní medicína*. Praha: Galén. 125 s. ISBN 80-858-2478-7.
15. KELNAROVÁ, J. 2007. *Tanatologie v ošetrovatelství*. Brno: Littera. 112 s. ISBN 978-80-85763-36-2.
16. KELNAROVÁ, J. a E. MATĚJKOVÁ. 2014. *Psychologie: pro studenty zdravotnických oborů*. Praha: Grada Publishing. 120 s. ISBN 978-80-247-3600-6.

17. KRÁTKÁ, A., KUTNOHORSKÁ, J. a M. CICHÁ. 2011. *Ošetrovatelství - morální umění: kapitoly z dějin ošetrovatelství ve vztahu k morálnímu profilu sestry*. Praha: Grada. 263 s. ISBN 978-80-247-4201-4.
18. KŘIVOHLAVÝ, J. a S. KACZMARCZYK. 1995. *Poslední úsek cesty*. Praha: Návrat domů. 93 s. ISBN 80-854-9543-0.
19. KŘIVOHLAVÝ, J. 2002. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada. 198 s. ISBN 80-247-0179-0.
20. KŘIVOHLAVÝ, J. 2013. *Psychologie pocitů štěstí: současný stav poznání*. Praha: Grada. 131 s. ISBN 978-802-4744-360.
21. KÜBLER-ROSS, E. 1994. *Otázky a odpovědi a smrti a umírání*. Turnov: Arica. 148 s. ISBN 80-858-7812-7.
22. LANGMEIER, J. a D. KREJČÍŘOVÁ. 2006. *Vývojová psychologie*. Praha: Grada. 386 s. ISBN 80-247-1284-9.
23. MAŇÁK, J., JANÍK, T. a ŠVEC, V. 2008. *Kurikulum v současné škole*. Brno: Paido. 127 s. ISBN 978-807-3151-751.
24. MUNZAROVÁ, M. 2005. *Zdravotnická etika od A do Z*. Praha: Grada. 153 s. ISBN 80-247-1024-2.
25. NAKONEČNÝ, M. 2009. *Sociální psychologie*. Praha: Academia. 498 s. ISBN 978-80-200-1679-9.
26. OPATRNÝ, A. 1995. *Malá příručka pastorační péče o nemocné*. Praha: Pastorační středisko při Arcibiskupství pražském. 27 s.
27. PAYNE, S., SEYMOUR, J. a Ch. INGELTON. 2007. *Paliativní péče: principy a praxe*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu. 807 s. ISBN 978-808-7029-251.
28. SVATOŠOVÁ, M. 1998. *Hospic slovem a obrazem*. Praha: ECCE HOMMO. 148 s. ISBN 80-902-0491-0.
29. SCHERER, G. 2005. *Smrt jako filosofický problém*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství. 271 s. ISBN 80-719-2914-X.
30. ŠTEFAN, J., HLADÍK, J. a kol. 2012. *Soudní lékařství a jeho moderní trendy*. Praha: Grada Publishing. 437 s. ISBN 978-80-247-3594-8.
31. URBAN, L. 2011. *Sociologie trochu jinak*. Praha: Grada. 271 s. ISBN 978-802-4735-627.
32. VÉVODA, J. 2013. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. Praha: Grada. 159 s. ISBN 978-80-247-4732-3.

33. VORLÍČEK, J., ADAM, Z. a Y. POSPÍŠILOVÁ. 2004. *Paliativní medicína*. Praha: Grada. 537 s. ISBN 80-247-0279-7.
34. VORLÍČEK, J., ABRAHÁMOVÁ, J. a H. VORLÍČKOVÁ. 2012. *Klinická onkologie pro sestry*. Praha: Grada Publishing. 448 s. ISBN 978-80-247-3742-3.
35. VÝROST, J. a I. SLAMĚNÍK. 2008. *Sociální psychologie*. Praha: Grada Publishing. 404 s. ISBN 978-80-247-1428-8.
36. ZINCUS, K. 2011. *The First year: conversations with a new icu nurse*. USA: Xlibris Corporation. 102 s. ISBN 978-145-6892-180.

Internetové zdroje:

1. BRÄUEROVÁ, Šárka. *Motivace k práci sestry v paliativní péči* [online]. 2008 [cit. 2014-03-24]. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. Vedoucí práce Miroslava Kyasová. Dostupné z: http://is.muni.cz/th/204440/lf_m/
2. BUŽGOVÁ, Radka. Měření úzkosti a strachu ze smrti u studentek ošetřovatelství. *Kontakt* [online]. 2010, roč. 3, s. 264-271. cit. 2014-01.10] ISSN 1212-4117. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/clanky/3~2010/596-mereni-uzkosti-a-strachu-ze-smrti-u-studentek-oseetrovateilstvi>
3. CARMAN, J. Margaret. Bundling the Death and Dying Learning Experience for Prelicensure Nursing Students. *Nurse Educator* [online]. 2014, roč. 39, č. 3, s. 135-137 [cit. 2014-02.10] ISSN 15389855. Dostupné z: <http://ovidsp.tx.ovid.com/sp-3.12.0b/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=fulltext&D=ovft&AN=00006223-201405000-00009&NEWS=N&CSC=Y&CHANNEL=PubMed>
4. CLARK, David. From margins to centre: A review of the history of palliative care in cancer. *Lancet Oncology* [online]. 2007, roč. 8, č. 5, s. 430-438 [cit. 2014-02.10] ISSN 1470-2045. Dostupné z: <http://search.proquest.com/docview/200978947?accountid=16730>
5. CRAWLEY, Josephine, DITZEL, Liz a Sue WALTON. Using childrens's picture books for reflectvie leasing in nurse education. *Contemporary Nurse*. [online]. 2012, roč. 42, č. 1, s. 45-52 [cit. 2014-02.10] ISSN 10376178. Dostupné z: <http://eds.b.ebscohost.com/eds/Citations/FullTextLinkClick?sid=3935c000-9883-4b56-b02d-a2a402eeb70c@sessionmgr110&vid=9&id=pdfFullText>

6. ČESKÁ SPOLEČNOST PALIATIVNÍ MEDICÍNY. *Strategie rozvoje paliativní péče v České republice na období 2011 – 2015* [online]. 2014 [cit. 2014-02-23]. Dostupné z: <http://www.paliativnimedicina.cz/legislativa/narodni-strategie-palmed-cr/strategie-rozvoje-paliativni-pecce-v-ceske-republice-na-obdob>
7. ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Statistika&My: Věřících hlásících se k církvím výrazně ubylo.* [online]. 2013 [cit. 2014-04-03]. Dostupné z: <http://www.czso.cz/csu/2013edicniplan.nsf/c/0B005170C8>
8. DOSKOČIL, Ondřej a Markéta UXOVÁ. Spirituální služba v domovech pro seniory. *Kontakt* [on-line]. 2008, roč. 10, č. 1, s. 41-45 [cit. 2014-03-19]. ISSN 1804-7122. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/clanky/1supplement~2008/705-spirituálni-sluzba-v-domovech-pro-seniory>
9. HERMANN, P. Carla. Development and Testing of the Spiritual Needs Inventory for Patients the End of Life. *Oncology Nursing Forum. Oncology Nursing Society* [on-line]., 2006, roč. 33, č. 4, s. 737-744 [cit. 2014-03-13]. ISSN 1538-0688. Dostupné z: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?sid=6d142bf0-3154-4983-af77-bfcc9f50ad2b%40sessionmgr4&vid=7&hid=17&bdata=JnNpdGU9ZWZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=a9h&AN=21372266>
10. HOSPICE. *Adresář hospiců.* [online]. 2010 [cit. 2014-04-03]. Dostupné z: <http://www.hospice.cz/adresar-hospicu/>
11. CHOCHINOV, M. Harvey a Beverley J. CANN. Interventions to Enhance the Spiritual Aspects of Dying. *Journal of Palliative Medicine* [on-line]. 2005, roč. 8, suppl. 1, s. 103-115 [cit. 2014-03-13]. ISSN 1557-7740. Dostupné z: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?sid=6d142bf0-3154-4983-af77-bfcc9f50ad2b%40sessionmgr4&vid=28&hid=14&bdata=JnNpdGU9ZWZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=a9h&AN=19902698>
12. KADAŇKA, Zdeněk. Paliativní léčba u nádorů mozku a míchy. *Neurologie pro praxi* [online]. 2010 [cit. 2014-03-12]. Dostupné z: <http://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2010/01/03.pdf>
13. KNOFLÍČKOVÁ, Zuzana. Význam religiozity a spirituality ve stáří. *Kontakt* [on-line]. 2008, roč. 10, č. 1, s. 172-176 [cit. 2014-03-19]. ISSN 1212-4117. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/clanky/1~2008/777-vyznam-religiozity-a-spirituality-ve-stari>

14. LOUČKA, Martin a Jan VANČURA. Koncept smrti u dětí: komponenty a determinanty. *Československá psychologie* [online]. 2011, roč. LIV, č. 1, s. 38-48 [cit. 2014-02-10] ISSN 0009-062X. Dostupné z: <http://eds.a.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=3a2e7866-739e-4467-9720-eb5d1ce7e104%40sessionmgr4005&vid=3&hid=4211>
15. MARCYSIAK, Małgorzata a O. DAŹBROWSKA. Acceptance of death as a life attitude for nurses and nursing students. *Progress in Health Sciences*. [online]. 2013, roč. 3, č. 1, s. 104-110 [cit. 2014-02-10] ISSN 2083-1617. Dostupné z: <http://eds.b.ebscohost.com/eds/Citations/FullTextLinkClick?sid=3935c000-9883-4b56-b02d-a2a402eeb70c@sessionmgr110&vid=3&id=pdfFullText>
16. MIKUDIMOVÁ, Pavla. *Lidská důstojnost a umírání* [online]. 2008 [cit. 2014-03-24]. Bakalářská práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. Vedoucí práce Olga Černá. Dostupné z: http://is.muni.cz/th/176593/lf_b/.
17. MILLIGAN, Stuart. Addressing the spiritual care needs of people near end of life. *Nursing Standard* [on-line]. 2011, roč. 26, č. 4, s. 47-56 [cit. 2014-01-16]. ISSN 0029-6570. Dostupné z: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?sid=c156a86c-8ced-4b08-a176-65211680656f%40sessionmgr14&vid=5&hid=19&bdata=JnNpdGU9ZWZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=a9h&AN=66301200>
18. MONOD, Stéfanie, ROCHAT, Etienne, BÜLA, Christophe a Brenda SPENCER. The Spiritual Needs Model: Spirituality Assessment in the Geriatric Hospital Setting. *Journal of Religion, Spirituality & Aging* [on-line]. 2010, roč. 22, č. 4, s. 271-282 [cit. 2014-01-16]. ISSN 1552-8049. Dostupné z: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?sid=c156a86c-8ced-4b08-a176-65211680656f%40sessionmgr14&vid=5&hid=19&bdata=JnNpdGU9ZWZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=a9h&AN=54330365>
19. MŠMT. STRATEGIE VZDĚLÁVÁNÍ 2020. *Národní program vzdělávání ČR (Bílá kniha)* [online]. 2014 [cit. 2014-04-03]. Dostupné z: <http://www.vzdelavani2020.cz/narodni-program-vzdelavani-cr-bila-kniha.html>
20. MYSTAKIDOU, Kyriaki, TSILIKA, Eleni, PARPA, Efi et al. Demographic and clinical predictors of spirituality in advanced cancer patients:a randomized control study. *Journal of Clinical Nursing* [on-line]. 2008, roč. 17, č. 13, s. 1779-1785 [cit. 2014-03-13]. ISSN 1752-9824. Dostupné z: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?sid=6d142bf0-3154-4983-af77->

- bfcc9f50ad2b%40sessionmgr4&vid=31&hid=14&bdata=JnNpdGU9ZWZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=a9h&AN=32563702
21. NÁRODNÍ ÚSTAV ODBORNÉHO VZDĚLÁVÁNÍ. *Učební dokumenty: Zdravotnictví*. [online]. 2014 [cit. 2014-01-09]. Dostupné z: <http://zpd.nuov.cz/RVP/ML/RVP%205341M01%20Zdravotnický%20asistent.pdf>
 22. PUCHALSKI, M. Christina. Spirituality and the Care of Patients at the End-of-Life: An Essential Component of Care. *Omega: Journal Of Death & Dying* [on-line]. 2008, roč. 56, č. 1, s. 33-46 [cit. 2014-03-13]. ISSN 1541-3764. Dostupné z: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?sid=6d142bf0-3154-4983-af77-bfcc9f50ad2b%40sessionmgr4&vid=34&hid=14&bdata=JnNpdGU9ZWZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=sih&AN=26695176>
 23. SMITH-STONER, Marilyn. USING High-Fidelity Simulation to Educate Nursing Students About End-of-Life-Care. *Nursing Education Perspectives* [on-line]. 2009, roč. 30, č. 2, s. 115-120 [cit. 2014-05.10]. ISSN 1536-5026. Dostupní z: <http://eds.b.ebscohost.com/eds/Citations/FullTextLinkClick?sid=3935c000-9883-4b56-b02d-a2a402eeb70c@sessionmgr110&vid=13&id=pdfFullText>
 24. TALIÁNOVÁ, Magda a Martin FOREJT. Podpora kritického myšlení a používání aktivizačních metod ve výuce ošetrovatelství. *Profese on-line*. [online]. 2008, roč. I, č. 2, s. 89-101 [cit. 2014-05.10]. ISSN 1803-4330. Dostupné z: http://profeseonline.upol.cz/upload/soubory/2008_02/podpora-kritickeho.pdf
 25. UNIVERSITY OF ROCHESTER MEDICAL CENTER. *A Child's Concept of Death* [online]. 2014 [cit. 2014-01-09]. Dostupné z: <http://www.urmc.rochester.edu/Encyclopedia/Content.aspx?ContentTypeID=90&ContentID=P03044>
 26. ÚZIS. *Publikace: Zemřelí 2012*. [online]. 2012 [cit. 2014-02-20]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/demozem2012.pdf>
 27. WOODRUFF, Roger, DOYLE, Derek, DE LIMA Liliana, BRUERA Eduardo a William C. FARR. The International Association for Hospice and Palliative Care (IAHPC): History, Description, and Future Direction. *Journal of Palliative Medicine*. [online]. 2001, roč. 4, č. 1, s. 5-7 [cit. 2014-02.10]. ISSN 1096-6218. Dostupné z: <http://eds.a.ebscohost.com/eds/Citations/FullTextLinkClick?sid=3a2e7866-739e-4467-9720-eb5d1ce7e104@sessionmgr4005&vid=4&id=pdfFullText>

28. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Cancer: WHO Definition of Palliative Care [online]. 2014 [cit. 2014-02-20]. Dostupné z: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
29. XUAN-YI, Huang, JEN-YU, Chang, FAN-KO, Sun a Ma WEI-FEN. Nursing students' experiences of their first encounter with death during clinical practice in Taiwan. *Journal of Clinical Nursing* [online]. 2010, roč. 15, č. 16, s. 2280-2290 [cit. 2014-04.10]. ISSN 0962-1067. Dostupné z: <http://eds.b.ebscohost.com/eds/Citations/FullTextLinkClick?sid=3935c000-9883-4b56-b02d-a2a402eeb70c@sessionmgr110&vid=7&id=pdfFullText>
30. YING-CHUN, Liu, PI-YU, Su, HSING-HSING, Chiang, KWUA-YUN, Wang a Tzeng WEN.CHII. Facing death, facing self: nursing students' emotional reactions during an experiential workshop on life-and-death issues. *Journal of Clinical Nursing* [online]. 2011, roč. 5, č. 6, s. 856-863 [cit. 2014-04.10]. ISSN 0962-1067. Dostupné z: <http://eds.b.ebscohost.com/eds/Citations/FullTextLinkClick?sid=3935c000-9883-4b56-b02d-a2a402eeb70c@sessionmgr110&vid=5&id=pdfFullText>

SEZNAM ZKRATEK

ČSÚ - Český statistický úřad

K - klient

MŠMT - Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy

P - pacient

RVP - Rámcový vzdělávací program

SZO - Světová zdravotnická organizace

ŠVP - Školní vzdělávací program

ÚZIS - Ústav zdravotnických informací a statistiky

VOŠZ - Vyšší odborná škola zdravotnická

VŠ - vysoká škola

WHO - World Health Organization

ZP - zdravotnický pracovník, zdravotničtí pracovníci

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek č. 1 - Tříkomponentový model postojů

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1 - Posouzení zvládnutí role ZP u umírajícího člověka

Tabulka č. 2 - Vybavené pojmy

Tabulka č. 3 - Způsob výuky

Tabulka č. 4 - Navržené změny ve výuce

Tabulka č. 5 - Výuka mě obohatila o...

Tabulka č. 6 - Odpověď e) jiné

Tabulka č. 7 - Převládající pocity u respondentů

Tabulka č. 8 - Chtěl/a bych si prohloubit znalosti z...

Tabulka č. 9 - Představa o důstojném umírání

Tabulka č. 10 - Nejdůležitější složka ošetrovatelské péče pro P / K v terminálním stádiu

Tabulka č. 11 - Porovnání ke statistické hypotéze č. 5

SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1 - Rozdělení respondentů dle škol

Graf č. 2 - Rozdělení respondentů dle pohlaví

Graf č. 3 - Věkové rozložení respondentů

Graf č. 4 - „Považujete se za věřícího člověka?“

Graf č. 5 - „Setkal/a jste se během své práce v lůžkových zařízeních (nebo osobním životě) s umírajícím člověkem?“

Graf č. 6 - „Pokud jste na otázku č. 2 odpověděl/a ANO: Máte pocit, že jste svoji roli zdravotnického pracovníka u umírajícího pacienta / klienta zvládl/a dobře?“

Graf č. 7 - Rozdělení škol dle typu zřizovatele

Graf č. 8 - „Myslíte si, že Vám něco z toho, co jste se dozvěděl/a při studiu tématu ‚smrt, umírání, péče o umírající‘ pomohlo (nebo by mohlo pomoci) v přístupu k tomuto člověku?“

Graf č. 9 - „Uvítala/a byste, pokud by se tématům ‚smrt, umírání, péče o umírající‘ věnovalo ve výuce více hodin?“

Graf č. 10 - „Měl/a jste možnost během studia absolvovat praxi v hospicovém zařízení?“

Graf č. 11 - „Pokud jste na otázku č. 9 odpověděl/a ANO: Myslíte si, že Vám tato praxe poskytla obohacující zkušenosti pro Vaše budoucí povolání zdravotnického pracovníka?“

Graf č. 12 - „Pokud jste na otázku č. 9 odpověděl/a NE: Měl/a byste zájem praxi v hospicovém zařízení absolvovat?“

Graf č. 13 - „Myslíte si, že by se tématům ‚smrt, umírání, péče o umírající‘ měla na školách (především těch, které připravují absolventy na budoucí povolání zdravotnických pracovníků) věnovat zvláštní pozornost nebo je, dle Vašeho názoru, jeho důležitost srovnatelná s ostatními probíranými tématy?“

Graf č. 14 - „Jaké pocity či stavy u vás při tématech ‚smrt, umírání, péče o umírající‘ nejvíce převládají a nejlépe je charakterizují?“

Graf č. 15 - „Zajímáte se o problematiku ‚smrti, umírání, péče o umírajícího‘ z vlastní iniciativy?“

Graf č. 16 - „Myslíte si, že Váš postoj ke smrti a umírání ovlivní Vaši péči o umírající pacienty / klienty?“

Graf č. 17 - „Myslíte si, že by bylo efektivnější (pro zlepšení péče o umírající pacienty / klienty), kdyby se o smrti a umírání ve společnosti více diskutovalo?“

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 - Souhlas s provedením výzkumného šetření

Příloha 2 - Dotazník k výzkumnému šetření

Příloha 3 - Návrh volitelného předmětu „*Paliativní péče*“

PŘÍLOHY

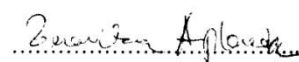
Přílohy 1 - Souhlasy s provedením výzkumného šetření

Věc: Žádost o možnost provedení dotazníkového šetření

Dobrý den,

chtěla bych Vás požádat o možnost provedení dotazníkového šetření na Vaší škole, které bude součástí mé závěrečné diplomové práce. Práce je zaměřena na paliativní péči z pohledu žáků středních zdravotnických škol.

Za spolupráci Vám děkuji.



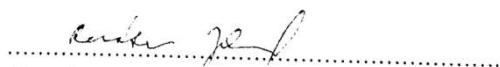
Bc. Veronika Aplová

posluchačka 2. ročníku navazujícího magisterského studia
obor: Učitelství odborných předmětů pro zdravotnické školy
škola: Univerzita Palackého v Olomouci
Pedagogická fakulta

V Olomouci, dne 3. listopadu 2013

S provedením dotazníkového šetření na naší škole:

SOUHLASÍME NESOUHLASÍME



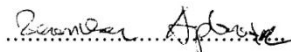
Razítko zařízení, podpis vedoucího pracovníka

Věc: Žádost o možnost provedení dotazníkového šetření

Dobrý den,

chtěla bych Vás požádat o možnost provedení dotazníkového šetření na Vaší škole, které bude součástí mé závěrečné diplomové práce. Práce je zaměřena na paliativní péči z pohledu žáků středních zdravotnických škol.

Za spolupráci Vám děkuji.



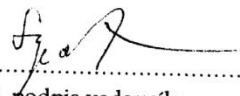
Bc. Veronika Aplová

posluchačka 2. ročníku navazujícího magisterského studia
obor: Učitelství odborných předmětů pro zdravotnické školy
škola: Univerzita Palackého v Olomouci
Pedagogická fakulta

V Olomouci, dne 8. října 2013

S provedením dotazníkového šetření na naší škole:

SOUHLASÍME X ~~NESOUHLASÍME~~



.....
Razítko zařízení, podpis vedoucího pracovníka

Věc: Žádost o možnost provedení dotazníkového šetření

Dobrý den,

chtěla bych Vás požádat o možnost provedení dotazníkového šetření na Vaší škole, které bude součástí mé závěrečné diplomové práce. Práce je zaměřena na paliativní péči z pohledu žáků středních zdravotnických škol.

Za spolupráci Vám děkuji.




Bc. Veronika Aplová

posluchačka 2. ročníku navazujícího magisterského studia
obor: Učitelství odborných předmětů pro zdravotnické školy
škola: Univerzita Palackého v Olomouci
Pedagogická fakulta

V Olomouci, dne 8. října 2013

S provedením dotazníkového šetření na naší škole:

SOUHLASÍME X NESOUHLASÍME


.....
Razítko zařízení, podpis vedoucího pracovníka

Věc: Žádost o možnost provedení dotazníkového šetření

Dobrý den,

chtěla bych Vás požádat o možnost provedení dotazníkového šetření na Vaší škole, které bude součástí mé závěrečné diplomové práce. Práce je zaměřena na paliativní péči z pohledu žáků středních zdravotnických škol.

Za spolupráci Vám děkuji.



Bc. Veronika Aplová

posluchačka 2. ročníku navazujícího magisterského studia
obor: Učitelství odborných předmětů pro zdravotnické školy
škola: Univerzita Palackého v Olomouci
Pedagogická fakulta

V Olomouci, dne 8. října 2013

S provedením dotazníkového šetření na naší škole:

SOUHLASÍME NESOUHLASÍME

Střední zdravotnická škola
Výšňáková 11, Olomoucká
Olomouč 779 00 (5)
IČ: 00699901, DIČ: CZ00699901



Razítko zařízení, podpis vedoucího pracovníka

Věc: Žádost o možnost provedení dotazníkového šetření

Dobrý den,

chtěla bych Vás požádat o možnost provedení dotazníkového šetření na Vaší škole, které bude součástí mé závěrečné diplomové práce. Práce je zaměřena na paliativní péči z pohledu žáků středních zdravotnických škol.

Za spolupráci Vám děkuji.



Bc. Veronika Aplová

posluchačka 2. ročníku navazujícího magisterského studia
obor: Učitelství odborných předmětů pro zdravotnické školy
škola: Univerzita Palackého v Olomouci
Pedagogická fakulta

V Olomouci, dne 3. listopadu 2013

S provedením dotazníkového šetření na naší škole:

SOUHLASÍME X ~~NESOUHLASÍME~~


CÍRKEVNÍ
STŘEDNÍ ZDRAVOTNICKÁ ŠKOLA s.r.o.
Grohova 14/16, 602 00 Brno
Tel.: 541 246 863, IČ: 276 81 886

.....
Razítko zařízení, podpis vedoucího pracovníka

Věc: Žádost o možnost provedení dotazníkového šetření

Dobrý den,

chtěla bych Vás požádat o možnost provedení dotazníkového šetření na Vaší škole, které bude součástí mé závěrečné diplomové práce. Práce je zaměřena na paliativní péči z pohledu žáků středních zdravotnických škol.

Za spolupráci Vám děkuji.



Bc. Veronika Aplová

posluchačka 2. ročníku navazujícího magisterského studia
obor: Učitelství odborných předmětů pro zdravotnické školy
škola: Univerzita Palackého v Olomouci
Pedagogická fakulta

V Olomouci, dne 8. října 2013

S provedením dotazníkového šetření na naší škole:

SOUHLASÍME X NESOUHLASÍME



Razítko zařízení, podpis vedoucího pracovníka

Dotazník

<p>Milá žákyně, milý žaku,</p> <p>jsem studentkou 2. ročníku navazujícího magisterského oboru Učitelství odborných předmětů pro zdravotnické školy na Univerzitě Palackého v Olomouci. Ve své závěrečné diplomové práci se zabývám paliativní péčí z pohledu žáků středních zdravotnických škol. Proto bych Tě nyní chtěla poprosit o vyplnění tohoto dotazníku, který tvoří podstatnou část mé práce.</p> <p>Věřím, že jej vyplníš svědomitě a pečlivě. Jako začínající zdravotnický pracovník si jistě uvědomuješ, že paliativní péče představuje jednu z nejdůležitějších složek ošetrovatelské péče, které je třeba věnovat pozornost, a to již od první vyučovací hodiny.</p> <p>Za Tvůj čas a spolupráci Ti děkuji a přeji hodně úspěchů ve Tvém vlastním studiu.</p> <p>Bc. Veronika Aplová</p>	<p>Pohlaví: a) muž b) žena</p> <p>Věk:</p> <p>Škola:</p> <p>Ročník:</p> <p>Považujete se za věřícího člověka? a) ano b) ne</p>
--	---

1. oblast - Osobní zkušenosti

<p>1. Dokážete si vybavit něco z toho, co jste se učil/a k tématu „smrt, umírání, péče o umírající“? Vypište pojmy, na které si v souvislosti s tímto tématem vzpomínáte.</p> <p>.....</p>
<p>2. Setkal/a jste se během své praxe v lůžkových zařízeních (nebo v osobním životě) s umírajícím člověkem?</p> <p>a) ano b) ne</p>
<p>3. Pokud jste na otázku č. 2 odpověděl/a ANO:</p> <p>Máte pocit, že jste svoji roli zdravotnického pracovníka u umírajícího pacienta/klienta zvládl/a dobře? (nebo přítomnost u umírajícího člověka v osobním životě)</p> <p>Např.: věděl/a jste, co v nastalé situaci dělat; jak a o čem mluvit; jak se chovat...</p> <p>a) ano (situaci jsem zvládl/a bez problémů, nebo jen s menším zaváháním...) b) ne (situaci jsem nezvládl/a nebyl/a jsem připravený/á, nevěděl/a jsem co dělat...) c) nevím; nedokážu posoudit</p>

4. Myslíte si, že Vám něco z toho, co jste se dozvěděl/a při studiu tématu „smrt, umírání, péče o umírající“, pomohlo (nebo by **mohlo** pomoci) v přístupu k tomuto člověku?
- a) ano
 - b) ne
 - c) nevím

2. oblast – Výuka tématu na škole

5. Jakými způsoby jste ve škole téma „smrt, umírání, péče o umírající“ probírali? Vypište, prosím.
Např.: jen teoreticky v hodině, doplnění výuky promítáním tematického filmu...

.....

.....

.....

.....

6. Vypište, prosím, v čem **Vás osobně** tento způsob výuky obohatil.

.....

.....

.....

.....

7. Pokud byste měl/a možnost zařadit do výuky jiné metody, které by Vám toto téma přiblížily nebo prohloubily jeho znalosti, které by to byly? Vypište, prosím.

.....

.....

.....

.....

8. Uvítal/a byste, pokud by se tématům „smrt, umírání, péče o umírající“ věnovalo ve výuce více hodin? (v předmětech psychologie; ošetrovatelství)

- a) ano
- b) ne

9. Měla/a jste možnost během studia absolvovat praxi v hospicovém zařízení?

- a) ano
- b) ne

10. Pokud jste na otázku č. 9 odpověděl/a ANO:

Myslíte si, že Vám tato praxe poskytla obohacující zkušenosti pro Vaše budoucí povolání zdravotnického pracovníka?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

11. Pokud jste na otázku č. 9 odpověděl/a NE:

Měl/a byste zájem praxi v hospicovém zařízení absolvovat?

- a) ano
- b) ne

12. Myslíte si, že by se tématům „smrt, umírání, péče o umírající“ měla na školách (především těch, které připravují své absolventy na budoucí povolání zdravotnických pracovníků) věnovat zvláštní pozornost nebo je, dle Vašeho názoru, jeho důležitost srovnatelná s ostatními probíranými tématy?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

3. oblast – Vlastní názory a postoje

13. Jaké pocity či stavy u Vás při tématech „smrt, umírání, péče o umírající“ NEJVÍCE převládají a NEJLÉPE je charakterizují?

- a) RACIONALITA (*vím, že smrt patří k životu; počítám s ní; pomyšlení na ni mi nenahání hrůzu; mám jistou představu, co nastane po smrti – např. věčný život, reinkarnace, nicota a definitivní konec, splynutí s vesmírem...*)
- b) NEJISTOTA (*na smrt nemám vyhraněný názor; snažím se o ní nepřemýšlet; nemám představu, co by se po smrti mohlo stát...*)
- c) ZAMÍTAVOST (*o smrti zásadně nepřemýšlím, nemám rád/a když se o ní hovoří...*)
- d) STRACH (*v souvislosti s tématy týkajícími se smrti prožívám pocity úzkosti, smutku nebo strachu...*)
- e) JINÉ (vypište:
.....
.....)

<p>14. Zajímáte se o problematiku „smrti, umírání, péče o umírající“ z vlastní iniciativy? <i>Např.: četba odborné literatury; literatury s duchovní tematikou, sledování TV pořadů...</i></p> <p>a) ano b) ne</p>
<p>15. Myslíte si, že Váš postoj ke smrti a umírání ovlivní Vaši péči o umírající pacienty/ klienty?</p> <p>a) ano b) ne c) nevím</p>
<p>16. Myslíte si, že by bylo efektivnější (pro zlepšení péče o umírající pacienty/klienty), kdyby se o smrti a umírání ve společnosti více diskutovalo?</p> <p>a) ano b) ne c) nevím</p>
<p>17. Které složce z tématu „smrt, umírání, péče o umírající“ byste se chtěl/a více věnovat, protože ho pokládáte za důležité nebo byste si o něm chtěl/a prohloubit znalosti a dovednosti?</p> <p>..... </p>
<p>18. Co si představíte pod pojmem „důstojné umírání“? Vypište, prosím.</p> <p>..... </p>
<p>19. Která složka ošetrovatelské péče je, dle Vašeho názoru, pro pacienta/klienta v terminálním stádiu nejdůležitější? Vypište, prosím.</p> <p>..... </p>

Děkuji za Tvůj čas a vyplnění dotazníku!



Příloha 3 - Návrh volitelného předmětu „Paliativní péče“

	<i>Téma hodiny</i>	<i>Počet hodin</i>
1.	Smrt (pojem, fyziologický průběh, posmrtné změny...)	1
2.	Umírání v průběhu dějin (pohled na smrt, pohřební rituály...)	1
3.	Vnímání smrti a její vývoj (pohled dítěte; adolescenta; dospělého...)	1
4.	Paliativní péče (vymezení pojmu, zařízení, která ji poskytují...)	1
5.	Historie paliativní péče ve světě a v ČR (historie, významné osobnosti...)	1
6.	Péče o umírajícího (bio-psycho-sociální-spirituální potřeby)	1
7.	Péče o rodinu a pozůstalé	1
8.	Komunikace s: vážně nemocným, umírajícím dospělým, umírajícím dítětem...	1
9.	Smrt a umírání z pohledu světových náboženství	1
10.	Paliativní medicína versus eutanazie (etické otázky...)	1
11.	Prevence syndromu vyhoření, zvládání stresu...	1

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Bc. Veronika Aplová
Katedra:	Katedra antropologie a zdravotní vědy
Vedoucí práce:	PhDr. Mgr. Helena Kisvetrová, Ph.D.
Rok obhajoby:	2014

Název práce:	Paliativní péče očima žáků středních zdravotnických škol
Název v angličtině:	Palliative care through the eyes of students of nursing schools
Anotace práce:	<p>Teoretická východiska diplomové práce se zaměřují na poznatky o smrti, umírání, vnímání smrti od nejútlejšího věku po dospělost, paliativní péči – vymezení pojmu a její historii, výuku témat souvisejících s paliativní péčí na střední zdravotnické škole, spiritualitu, náboženství a utváření názorů a postojů.</p> <p>Výzkumné šetření bylo prováděno u žáků středních zdravotnických škol, přičemž jedním z hlavních dělicích indikátorů pro zpracování výzkumných výsledků byla spiritualita žáků. Významnější rozdíly mezi jednotlivými skupinami žáků v pohledu na paliativní péči nebyly zjištěny. Z výsledků však vyplynulo, žáci mají zájem o absolvování praxe v hospicovém zařízení.</p>
Klíčová slova:	smrt, umírání, paliativní péče, žáci středních zdravotnických škol, kurikulární dokumenty, spiritualita, postoj, názor
Anotace v angličtině:	<p>Theoretical outcomes of the diploma thesis are focused on knowledge about death, dying, perception of death from infancy to adulthood, palliative care – term determination and its history, education related to palliative care at the nursing school, spirituality, religion and formation of opinions and attitudes.</p> <p>The research was carried out at nursing school students, and one of the main dividing indicators for processing of research results was students' spirituality. More significant differences among individual Gross of students in view of the palliative care were not detected. However the results showed students are interested in completing the practice in the hospice.</p>
Klíčová slova v angličtině:	death, dying, palliative care, nursing school students, curriculum documents, spirituality, attitude, opinion
Přílohy vázané v práci:	CD, 3 přílohy
Rozsah práce:	127 s.
Jazyk práce:	CZ