

Edukace studentů sociálních oborů středních škol v oblasti umírání a smrti

Bc. Lucie Zakopalová

Diplomová práce
2020



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav pedagogických věd

Akademický rok: 2019/2020

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE (projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: Bc. Lucie Zakopalová
Osobní číslo: H18392
Studijní program: N7501 Pedagogika
Studijní obor: Sociální pedagogika
Forma studia: Prezenční
Téma práce: Edukace studentů sociálních oborů středních škol v oblasti umírání a smrti

Zásady pro vypracování

Studium odborné literatury.

Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti edukace, umírání a smrti.

Příprava metodiky výzkumné části.

Realizace kvantitativního výzkumu pomocí dotazníků.

Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.

Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.

Forma zpracování diplomové práce: **Tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

KASTENBAUM, Robert a Christopher MOREMAN. *Death, society, and human experience*. New York ; London: Routledge, Taylor & Francis Group, 2018. ISBN 9781138292406.

KISVETROVÁ, Helena. *Péče v závěru života*. Praha: Maxdorf, 2018. ISBN 978-80-7345-496-8.

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

SAND, Ilse. *Citlivý pomocník: vysoká citlivost v pomáhajících profesích*. Praha: Portál, 2018. ISBN 978-80-262-1300-0.

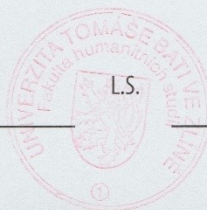
ŠPATENKOVÁ, Naděžda. *O posledních věcech člověka: vybrané kapitoly z thanatologie*. Praha: Galén, 2014. ISBN 978-80-7492-138-4.

Vedoucí diplomové práce: **PhDr. Lucia Elsner, PhD.**

Datum zadání diplomové práce: **4. října 2019**

Termín odevzdání diplomové práce: **24. dubna 2020**

Mgr. Libor Marek, Ph.D.
děkan



doc. Mgr. Jakub Hladík, Ph.D.
ředitel ústavu

Ve Zlíně dne 8. ledna 2020

PROHLÁŠENÍ AUTORA DIPLOMOVÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

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

Prohlašuji, že

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

Ve Zlíně 26.5.2020

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

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

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

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

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

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

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

(1) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.*

3). *Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat náhrady či výbĚjného projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.*

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

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

ABSTRAKT

Diplomová práce pojednává o edukaci studentů sociálních oborů středních škol v oblasti umírání a smrti. Teoretická část se zabývá vymezením umírání a smrti z historického i současného pohledu, péčí zaměřenou na umírající osoby, podporu rodině, blízkému okolí a také sociálním pracovníkům. Dále pojednává o studiu v oblasti umírání a smrti na středních školách. Praktická část je zaměřena na výsledky kvantitativního výzkumu, provedeného pomocí dotazníkového šetření. Cílem je zjistit názory studentů oboru sociální činnost na jejich edukaci, informovanost a motivaci ke vzdělávání v oblasti umírání smrti.

Klíčová slova: edukace, umírání, smrt, adolescence, paliativní péče, sociální práce

ABSTRACT

This diploma thesis deals with the educating high school students of social fields about dying and death. The theoretical part focuses on the definition of dying and death from a historical and contemporary point of view, care for dying people, family support and support for social workers. It also focuses to study dying and death in high schools. The practical part focuses on results of qualitative research, which was realize through questionnaire survey. The aim of this thesis is to find out opinions of students of social fields on their education, awareness and motivation for education about dying and death.

Keywords: education, dying, death, adolescence, palliative care, social work

Touto cestou bych chtěla poděkovat paní PhDr. Lucii Elsner, PhD., za odborné vedení, ochotu, čas a cenné připomínky věnované mé diplomové práci.

Poděkování patří také všem respondentům, kteří se podíleli na výzkumném šetření.

Prohlašuji, že odevzdaná verze diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

ÚVOD.....	9
I TEORETICKÁ ČÁST.....	10
1 UMÍRÁNÍ A SMRT	11
1.1 HISTORIE UMÍRÁNÍ	11
1.2 UMÍRÁNÍ V SOUČASNOSTI	13
1.3 FÁZE UMÍRÁNÍ.....	15
2 PÉČE O UMÍRAJÍCÍ A PEČUJÍCÍ OSOBY	17
2.1 PALIATIVNÍ PÉČE	17
2.2 DOMÁCÍ PÉČE	18
2.3 INSTITUCIONÁLNÍ PÉČE	21
2.4 PODPORA A PÉČE O UMÍRAJÍCÍ	23
2.4.1 Potřeby umírajících	25
2.5 PODPORA RODINĚ	26
2.6 PODPORA SOCIÁLNÍM PRACOVNÍKŮM	27
3 STUDIUM V OBLASTI UMÍRÁNÍ A SMRTI NA STŘEDNÍCH ŠKOLÁCH.....	30
3.1 CHARAKTERISTIKA OBDOBÍ ADOLESCENCE	30
3.2 VZDĚLÁVÁNÍ V RÁMCI OBLASTI UMÍRÁNÍ A SMRTI.....	31
3.3 VZDĚLÁVACÍ PROGRAMY	32
II PRAKTICKÁ ČÁST	35
4 METODOLOGIE VÝZKUMU.....	36
4.1 VÝZKUMNÝ PROBLÉM	36
4.2 VÝZKUMNÉ CÍLE	38
4.3 POJETÍ VÝZKUMU A VÝZKUMNÝ NÁSTROJ	38
4.4 VÝZKUMNÝ SOUBOR	39
4.4.1 Základní výzkumný soubor	39
4.4.2 Výběrový soubor	39
4.5 REALIZACE VÝZKUMU	41
5 ANALÝZA DAT.....	43
6 INTERPRETACE DAT.....	65
7 DISKUSE	76
ZÁVĚR	80
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	82
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	89
SEZNAM GRAFŮ	90

SEZNAM TABULEK.....	91
SEZNAM PŘÍLOH.....	92

ÚVOD

V oblasti pomáhajících profesí je běžné, že se pracovníci setkávají se smrtí svých klientů, nebo jejich okolí. Setkání se smrtí bývá velmi nepříjemnou až bolestivou zkušeností, a proto je nutné, aby pracovníci těchto profesí byli na tyto situace připraveni. Teoretické znalosti a praktické zkušenosti jim mohou pomoci se lépe vyrovnat se smrtí klienta, a také poskytnout potřebnou podporu jeho rodině. U studentů sociálních oborů středních škol se předpokládá, že budou pracovat v oblasti pomáhajících profesí, tudíž se v rámci praxe setkají i se smrtí. Thanatologie, což je věda o umírání a smrti, se na těchto oborech jako samostatný předmět nevyučuje. Tomuto tématu se vyučující v různé míře věnují v rámci odborných předmětů. Podle dřívějších výzkumů není této problematice věnován dostatečný čas ani u oborů pomáhajících profesí v rámci vysokých škol, což vyplývá např. z výzkumu Vávrové a Polepilové (2010). Ovšem studenti se dostávají na odborné praxe již v rámci středních škol, tudíž je možné, že se setkají se smrtí klienta už při tomto studiu. Lze proto považovat za vhodné, aby se věnovala pozornost oblasti umírání a smrti již při vzdělávání na střední škole.

Tato diplomová práce se bude zabývat edukací v oblasti umírání a smrti právě u studentů sociálních oborů na středních školách. Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část.

Cílem teoretické části je poskytnout čtenáři základní informace z oblasti umírání a smrti. V první kapitole se seznámí s historií, současným pohledem na tuto problematiku a fázemi umírání. Druhá kapitola pojednává o péči o umírající, včetně podpory rodiny a dalších pečujících, a to jak v rámci institucionální, tak domácí péče. Poslední kapitola se zabývá studiem oblasti umírání a smrti na středních školách.

Praktická část této diplomové práce se zaměří na zhodnocení edukace v oblasti umírání a smrti z pohledu studentů sociálních oborů na středních školách. Praktická část bude realizována kvantitativní formou pomocí dotazníkového šetření. Hlavním cílem bude zjistit názory studentů oboru sociální činnost na jejich edukaci, informovanost a motivaci ke vzdělávání v oblasti umírání smrti.

Diplomová práce by měla posloužit zejména pro pedagogické pracovníky sociálních oborů na středních školách. Výsledky budou odrážet skutečnost, jak studenti hodnotí úroveň svých vědomostí v této oblasti, svou připravenost v rámci odborné praxe a proces edukace na jejich školách.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 UMÍRÁNÍ A SMRT

Umírání a smrt je přirozenou součástí koloběhu života. Umírání definuje Špatenková (2014, s. 33) jako proces, který trvá různě dlouhou dobu, a jeho konečným důsledkem je smrt člověka. Smrt je podle Steindla a Justoně (1996, s. 1001) zánik živého organismu, k němuž dochází přirozenou cestou působením biologických zákonitostí anebo násilným zásahem do organismu člověka. Právě tématu umírání a smrti se bude věnovat první kapitola.

1.1 Historie umírání

Péče o umírající se v průběhu historie velmi lišila, především kvůli vyvíjející se úrovni medicíny a vědy obecně, ale byla také ovlivněna stěžejními filozofickými myšlenkami jednotlivých historických etap. (Kisvetrová, 2018, s. 18)

Období starověku bylo hodně ovlivněno jednak dobovou kulturou a jednak náboženstvím. Právě proto byly rituály a tradice spojené s umíráním různé napříč jednotlivými kulturami. Pohřbívání ve starém Egyptě se lišilo dle oblastí. Na některých místech se pohřebiště dělila dle věku a pohlaví, jinde žádné rozdělení neplatilo. Lišil se i způsob uložení mrtvého do země. Například na adaimském pohřebišti bylo nejčastější uložení nebožtíka na levý bok s tváří namířenou k západu. Na Západních pohřebištích se objevovali rakve ze dřeva, na Východních zase z pálené hlíny (Charvát, 2011, s. 36). Postupem let také rostla oblíbenost hrobek, které měly různý vzhled, dle postavení zemřelého. Královské hrobky se lišily svou architekturou, zdobností a tím, že často byly v oddělených oblastech nekropole. Struktura a výzdoba hrobky bývala spjata s osobností zemřelého. Časté byly i procesy mumifikace, které trvaly až 70 dní. Teprve poté bylo tělo pohřbeno. (Baines, Lacovara, 2002, s. 7, 11)

Ve starém Řecku umírali lidé nejčastěji doma či na bojištích. Pokud člověk zemřel doma, povinnost připravit tělo k pohřbení přebírali příbuzní. Obvyklý byl blízký kontakt, dotýkání se či líbání mrtvého. Už tehdy se objevovali pohřební zřízení, ale ne v podobě, v jaké je známe dnes. Jejich jediným úkolem bylo přesun mrtvého a příprava pohřebního místa (Garland, 2008, s. 174-175). Zvyklosti v způsobu pohřbívání se lišily oblastí i danou dobou. Využívalo se jak pohřbívání do země, tak spalování. Ve starším období preferovali lidé pohřbení do země, od 6. století pohřeb žehem (Šílený, 1947, s. 90). Řekové také věřili, že se člověk po smrti odebírá do Hádovy říše. To se však nedělo automaticky, ale bylo to výsledkem důsledné činnosti a pečlivé přípravy ze strany živých. Pohřeb musel být co

nejrychlejší a nejefektivnější. V opačném případě byl mrtvý odsouzen bloudit po březích řeky Styx po tisíc let. (Garland, 2008, s. 175)

Římané při smrti blízkého velmi dbali na dodržování náboženských tradic. Člověk většinou umíral doma, obklopen svou rodinou. Po smrti byl uložen na podlahu a jeden z členů rodiny polibkem zachytil jeho poslední výdech. Fungovala také pohřební služba. Pohřební zřizenci chodili do rodin zemřelého a přebírali péči o něj. Lidé taky mohli vstoupit do pohřebního spolku, kde se platil měsíční poplatek. Za to měli nárok na důstojné pohřbení a postavení náhrobku. (Ürögdi, 1968, s. 247)

Co se týče období středověku, setkáváme se s tzv. fenoménem ženského léčitelství a péče. Ten charakterizují především tři aspekty opakující se u žen angažovaných v léčitelství. Je to schopnost být s nemocným a zůstat mu nablízku, i když to vzbuzuje strach, dále schopnost zpozorovat i to, co jiné odpuzuje a také znalosti toho, jak zmírnit obtíže a bolesti pacientů (Student et al., 2006, s. 141). Už od raného středověku přebírala velkou část péče o mrtvé církev, zejména na západě. Hřbitovy byli zřízeny církví a směli tu být pohřbeni pouze věřící. Postupně se ujímal zvyk modliteb za mrtvé, bohoslužeb a také přítomnost mnichů, u kterých mohl umírající provést zpověď. Církev také zavedla nový svátek, kolem roku 1030 se poprvé 2. listopadu slaví svátek zesnulých. V 12. století se pozornost více zaměřuje na samotného zemřelého a smrt se individualizuje, např. se začínají označovat náhrobky a pozůstali se snaží chránit celistvost ostatků. Od tohoto století je drtivá většina pohřebních obřadů v režii církve (Le Goff, Truong, 2006, s. 90-92). Do pohřbu zůstával mrtvý na márách v kostele. Po uložení do otevřeného hrobu kněz naposledy pokropil mrtvého svćenou vodou a okušoval ho kadidlem. Byl také prvním, kdo vhodil na tělo hrst prsti, až poté následovali ostatní účastníci pohřbu. Za mrtvé byla také odsloužena mše svatá, před pohřbením, nebo až po. Pohřeb nebyl jedinou věcí, kterou měla v režii církev. Dále byli v její režii například závěti nebo poslední pomazání. (Ohler, 2001, s. 105)

Nešporová (2013, s. 9–14) uvádí, že až do 19. století byl umírající v centru pozornosti jak rodiny, tak blízkých, a celý proces umírání a následného pohřbívání se řídil podle zavedených zvyků a tradic. Zároveň bylo umírání veřejnou věcí, kdy umírající skonali většinou v rodinném kruhu, ale i okruhu přátel, blízkých a sousedů. V tomto období, zejména v českém prostředí, doprovázely smrt četné pověry a mýty. K tomu se pojilo i dodržování mnoha tradic a obyčejů, např. modlení za duši zemřelého, otevírání okna, aby bylo umožněno duši pokojně odejít, oblékání mrtvého do bílého rubáše nebo tzv. poslední pomazání od kněze, které praktikovali členové římskokatolické církve.

V 19. století se významně změnily příčiny smrti. Ubylo infekcí, na které pacienti umírali, a naopak se zvýšil počet chronických onemocnění s delším terminálním stádiem. Péče o umírající se více zaměřila na institucionální péči. Z iniciativy náboženských řádů vznikaly instituce, kde kromě tělesné schránky kladli důraz i na spirituální potřeby člověka (Kisvetrová, 2018, s. 21).

Od tohoto období začala rodina více skrývat to, že jejich blízký umírá a ze smrti se postupně stávalo tabuizované téma. Břemeno péče o umírajícího bylo postupně přesunuto z rodiny na personál nemocnic a jiných zdravotnických či sociálních zařízení (Nešporová, 2013, s. 12). Roku 1847 byl založen první hospic, a to ve francouzském městě Lyon Jeanne Garnierovou. (Peřina, 2016)

Další významný rok v oblasti hospicové péče byl rok 1967, kdy byl Cicely Saundersovou založen hospic sv. Kryštofa v Londýně. Ten byl považován za vůbec první moderní zařízení zabývající se paliativní péčí. Později vznikaly i první pokusy o zavedení hospicové domácí péče a od poloviny 70. let proběhla snaha začlenit paliativní péči do nemocnic. V České republice se paliativní péče výrazněji rozvíjela až v 90. letech 20. století. Za klíčové se dá označit založení prvního českého hospice v roce 1995 v Červeném Kostelci Marií Svatošovou (Peřina, 2016).

Všeobecné zlepšení hygieny a vyšší kvalita výživy vedla k prodlužování délky života, stejně jako rozvoj lékařské péče. Nicméně na přelomu 19. a 20. století byla smrt stále spíše spojena s náboženstvím než s lékařskou péčí. Mnoho rodin volilo raději přítomnost kněze, který měl pomoci odejít umírajícímu pokojně na onen svět, než lékaře. Tento trend se začal měnit až v průběhu 20. století a dnes už téměř vymizel. (Nešporová, 2013, s. 13-14)

1.2 Umírání v současnosti

V 20. a 21. století se ještě více rozšířila institucionalizace péče do sociálních a zdravotnických zařízení. Péče o umírající, kterou dříve zastávala především rodina, se ujali postupně pracovníci nemocnic, léčen dlohodobě nemocných, domovů pro seniory a dalších zařízení. Tento trend souvisí s rozvojem moderní medicíny a technologie obecně, jelikož tento rozvoj vedl k výraznému prodlužování lidských životů, především u pacientů trpících chronickým onemocněním. (Kisvetrová, s. 30) I Walter (2020, s. 14-15) uvádí jako jeden z rysů současného umírání prodlužování věku. Předčasná smrt dnes není tak častá, jako tomu bylo v minulosti, a dlouhověkost se postupně prodlužuje. Může za to vyspělost

medicíny v určitých oblastech, například kardiologii nebo imunologii. Jistou mírou přispělo i zlepšení životních podmínek a omezení fyzicky náročné práce.

Smrt je dnes tabuizované téma. Lidé o stárnutí, stáří, utrpení či smrti nechtějí mluvit. Spoléhají na lékaře, že v případě doprovodných příznaků stárnutí a nemocí se budou moci svěřit do rukou odborníků, kteří budou vědět, co dělat a „vyléčí“ je. Dnes je totiž takřka samozřejmostí žít dlouho a úspěšně (Kupka, 2014, s. 19). Na smrt nepohlížíme jako na něco, co je přirozenou součástí našeho života, ale jako na selhání lékařů a dalších pracovníků z oblasti medicíny. (Ariés, 2000, s. 347)

Jak jsme již uvedli, tabuizace tohoto fenoménu se rozmohla především v období po 2. světové válce a přetrvává dodnes. Uvedené potvrzují i výsledky některých výzkumů. Například podle výzkumu agentury STEM/MARK (2015) jsou respondenti z řad širší veřejnosti toho názoru, že ve společnosti se o smrti stále dostatečně nemluví a je tabuizovaná. Tento názor mělo více jak 50 % respondentů. Další výsledek ukázal, že 64 % respondentů nikdy nemluvílo s nikým o tom, jaké je jejich přání ohledně péče v posledních chvílích života, a jen 32 % toto přání rozebíralo se svou rodinou.

Dříve byla pro lidi smrt přirozenou součástí života, už jen z důvodu, že jejich blízcí umírali doma a oni tak byli přímými účastníky jejich odchodu. Dnes je smrt něco neznámého a obávaného, co se děje především za zdmi nemocnic. (Ariès, 2000, s. 382)

Beran (2010, s. 25) míní, že jedním z hlavních faktorů, proč se postupem času tabuizace smrti tak rozšířila, je sekularizace společnosti, tedy potlačení vlivu náboženství. Zatímco prostřednictvím náboženství byla lidem smrt častěji připomínána, dnes jsou lidé konfrontováni se smrtí hlavně prostřednictvím médií. Divák či čtenář ale umírající osoby osobně nezná, takže většinou nedochází k tomu, že by si uvědomoval vlastní smrtelnost.

Mění se také modely péče o umírající. Jak už bylo zmíněno, hlavní změna se týká přesunu péče z okruhu rodiny na péči institucionální. Dorková (2014, s. 82-92) říká, že musíme brát ohled jednak na biologické potřeby umírajícího, např. tlumení bolesti nebo pomoc při dušnostech, jednak na potřeby psychické. Důležité je také pomáhat zvládat všechny negativní emoce, jako je strach a pocity bezmoci. V neposlední řadě je nutné zaměřit se i na sociální potřeby, jelikož tyto potřeby člověku zůstávají i na sklonku života, i když se mohou měnit. Opomínat bychom neměli ani potřeby spirituální. Současná doba ovšem dbá hlavně na uspokojování biologických potřeb, ostatní jsou upozaděné právě na úkor těchto potřeb. Je třeba snažit se vytvořit takové prostředí, kde můžeme umírajícímu pomoci uspokojit všechny

potřeby a zároveň ovládat svůj strach z věcí týkajících se smrti a nedělat z procesu umírání tabuizované téma.

I proces pohřbívání se v průběhu let vyvíjel. Zatímco dříve bylo preferované pohřbení zemřelého do země, dnes převazuje volba pohřbu žehem, a to až u 90% obyvatel. Zastánci tohoto způsobu pohřbívání jsou spíše obyvatelé žijící v městech než na vesnicích. (Stejskal, Šejvl, 2011, s. 98)

Dnes mají lidé ale na výběr více, než jen pohřbení do země nebo pohřbení žehem. Stále větší popularitu získává např. přírodní pohřebnictví. Na přírodních pohřebištích nejsou klasické náhrobky, jelikož je nahrazují stromy, které se vysazují v místě pohřbení zemřelého. Nejčastěji se na taková pohřebiště mrtví ukládají do země bez předchozí kremace, za použití přírodních a rozložitelných materiálů. Toto pohřbívání je více rozšířeno v zahraničí, např. Velké Británii, ale i u nás již existuje přírodní hřbitov, a to v Praze. (Špatenková et al., 2014, s. 277–278, 282)

1.3 Fáze umírání

Podle Kübler-Rossové (2015, s. 51–128) se umírání dá rozdělit do pěti fází, kterými jsou:

První fáze – popírání a izolace

Pacienti odmítají přijmout skutečnosti, že se sdělená diagnóza týká jich a je pravdivá. Dochází k názoru, že se musel jejich lékař splést, nebo že se například zaměnili rentgenové snímky či krevní testy s výsledky jiného pacienta. Často obchází další a další lékaře v naději, že vyvrátí původní diagnózu. Tato obranná strategie bývá dočasná, málokdy vydrží pacientům až do samého závěru života, ale může se to stát. Toto až úzkostné popírání je typičtější pro pacienty, kteří byli o vážnosti diagnózy informováni příliš stroze nebo necitlivě a lékař nebral na vědomí pacientovi pocity nebo jeho připravenost na sdělení diagnózy.

Druhá fáze – hněv

V čase, kdy je pro pacienty prvotní popírání již neudržitelné, ho vystřídá vztek, hněv a zlost. Pokládají si otázky typu „proč zrovna já? Proč ne někdo jiný?“. Pacient obrací zlost nejčastěji proti lékařům, dalšímu zdravotnickému personálu i rodině. Ta na tuto fázi obvykle reaguje smutkem, pocity viny až studu a může se stát, že odmítnou pacienta dále navštěvovat. Způsob, jak se nejlépe s touto fází vypořádat, je dát pacientovi najevo, že ho chápeme a respektujeme, a že je stále ceněnou lidskou bytostí. Okolí se musí naučit

naslouchat umírajícímu a přijímat jeho zlost a hněv, i když jsou mnohdy nespravedlivé, s vědomím, že se tím dostává pacientovi úlevy.

Třetí fáze – smlouvání

Tato fáze obvykle nemá tak dlouhé trvání, jako ostatní fáze, nicméně pro pacienta je stejně důležitá. Pacient se pokouší smlouvat s Bohem či vyššími silami, myslí si, že za dobré chování mu může být splněno přání, nejčastěji prodloužení života. Tyto uzavírané smlouvy obvykle drží před ostatními v tajnosti.

Čtvrtá fáze – deprese

Nastává obvykle v době, kdy už pacient není schopen popírat svou nemoc, narůstá počet hospitalizací, operací a léčebných procedur a stupňují se příznaky nemoci. Objevuje se zármutek, který je spojen s tím, že se pacient připravuje rozloučit se s tímto světem. Není vhodné pacienta utěšovat řečmi, aby viděl věci z lepší stránky, nebo ať není smutný. Měli bychom mu dovolit, aby svůj žal vyjádřil a dát mu najevo podporu vyslechnutím, a pokud nemá zájem o komunikaci tak pohlazením, dotekem ruky nebo jen tichou přítomností.

Pátá fáze – akceptace

Odvíjí se dle toho, zda měl pacient dostatek času na procházení si uvedenými stádii a jeho osud už v něm nevzbuzuje hněv ani deprese. Na svoji přicházející smrt pohlíží s tichým očekáváním, většinu dne je unavený a zesláblý, často podřimuje nebo usíná. Jakmile pacient dojde do této fáze, zužuje se jeho okruh zájmů, vyžaduje spíše samotu, komunikace s okolím je spíše neverbální. Od své rodiny a blízkých většinou chce jen tichou společnost.

Fázemi si neprochází pouze osoby umírající, ale i osoby pečující. Je časté, že ve stejném čase si neprochází stejnou fází, což může být komplikované. Umírající může být například ve fázi smíření, zatímco pečující je u fáze smlouvání a chce opečovávanou osobu brát na vyšetření k dalším lékařům a léčitelům, zatímco on už jakékoliv další pokusy odmítá. (Sláma, Plátová, 2014, s. 8)

2 PÉČE O UMÍRAJÍCÍ A PEČUJÍCÍ OSOBY

V následující kapitole blíže charakterizujeme paliativní péči a vše co se týká péče o umírající a pečující osoby, zahrnující například rodinu nebo sociální pracovníky.

2.1 Paliativní péče

Světová zdravotnická organizace definuje paliativní péči jako přístup, který vede ke zlepšení kvality života pacientů a jejich rodin, které čelí problémům spojeným s život ohrožujícím onemocněním, a to prostřednictvím prevence, včasné identifikace, léčby bolesti a dalších problémů, fyzických, psychosociálních i spirituálních. Paliativní péče poskytuje úlevu od bolesti a dalších příznaků, považuje umírání za normální proces, který neurychluje, ani nezpomaluje. Snaží se o zvýšení kvality života a může pozitivně ovlivnit průběh onemocnění. Nabízí podpurný systém, který pomůže rodině vyrovnat se s nemocí jejich blízkého a s jeho smrtí. Používá týmový přístup k řešení problémů nejen pacientů, ale i jejich rodin. Paliativní přístup lze uplatnit již v brzké fázi onemocnění, ve spojení s dalšími terapiemi, které jsou určeny k prodloužení života, např. chemoterapie. (World Health Organization, © 2020) Platí, že paliativní péče by měla být zahájena ve fázi, kdy negativní důsledky kurativní péče jsou větší než její přínos. Paliativní péče a kurativní léčba se navíc vždy nevylučují, např. pokud dojde u pacienta k příznivému zvratu. (Haškovcová, c2000, s. 36)

Paliativní péči můžeme rozdělit na obecnou a specializovanou. Podle Slámy et al. (2012, s. 30-31) obecná paliativní péče zahrnuje klinickou péči o pacienta, který je ve fázi pokročilého onemocnění. To znamená dobrou komunikaci s pacientem a jeho blízkými, zaměření léčby na kvalitu života a příznaky nemoci a také psychosociální podporu. Velká část činností v rámci obecné paliativní péče je poskytována zdravotníky, aniž by byly přímo označeny za paliativní. Oproti tomu specializovanou paliativní péči poskytují odborníci speciálně vzdělaní v této oblasti. Je poskytována tam, kde potřeby pacienta a jeho rodiny přesahují možnosti obecné paliativní péče.

Tato péče by měla být dostupná všude, kde se vyskytuje umírající člověk a kde si přeje být ošetřován, pokud lze splnit základní podmínky pro poskytování péče. Ta může být poskytována v domácím prostředí, kde se na péči podílí rodina, mobilní hospice, agentury domácí péče a případně další sociální služby. Dále může být poskytována v pobytových zařízeních sociálních služeb, např. v domovech pro seniory. A samozřejmě také v lůžkových

zdravotnických zařízeních, jako jsou hospice, nemocnice nebo zařízení tzv. následné péče (Kalvach, 2010, s. 15-16). Také může být poskytována na speciálních lůžkových odděleních paliativní péče v rámci zdravotnických zařízení. Tyto oddělení se vyskytují spíše v zahraničí, nicméně i v České republice jejich počet narůstá. Dále pak specializované ambulance paliativní péče určené pro pacienty, kteří pobývají doma nebo v zařízeních sociální péče. Jednou z možností je také denní hospicové centrum, někdy také nazývané paliativní stacionář. (Sláma, c2011, s. 10-11)

K paliativní péči se váže i pojem hospicová péče. Radbruch a Payne (2009, s. 281-282) míní, že v chápání tohoto pojmu existují zásadní rozdíly napříč jednotlivými zeměmi. Některé označují hospicovou péči jako synonymum paliativní péče. Ty, které pojmy rozlišují, vidí jejich rozdíly např. v instituci, kde je péče poskytována, indikací pro přijetí pacienta nebo v poskytovaných intervencích.

Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče (2017, s. 1) uvádí definici, podle které je hospicová péče specializovaná forma zdravotní, sociální a psychologické péče, která je poskytována nemocným bez ohledu na věk, indikaci či diagnózu, u nichž se na základě lékařského posouzení předpokládá délka zbývajících života méně než 6 měsíců a zároveň u nich byla ukončena aktivní léčba. Tomeš et al. (2015, s. 13) poukazují na rozlišující znaky mezi paliativní a hospicovou péčí. Paliativní péče je soustředěna hlavně na pacienta, útlum jeho bolesti, zdravotních znevýhodnění, hospicová péče kromě nemocného podporuje silně i rodinu a jeho okolí, a také kvalitu života, která není definována pouze mírněním bolesti. Dalším rozdílem je, že paliativní péče se zabývá veškerými zdravotními aspekty dlouhodobé péče o nevléčitelně nemocné pacienty, zatímco hospicová péče se soustředí především na terminální stádium nemoci.

2.2 Domácí péče

Domácí péče, nebo také domácí zdravotní péče, domácí komplexní péče, či anglicky home care, bývá péče, zahrnující především ošetrovatelské a rehabilitační úkony, která je poskytována klientům v jejich přirozeném domácím prostředí. (Kalvach, 2010, s. 35)

Při poskytování domácí péče musí být splněny tři základní podmínky, a sice to, aby byly zvládnuty fyzické i psychické symptomy nemocného, dále aby byla rodina schopna zvládnout tuto situaci, a v neposlední řadě musí být dostupný tým odborníků, kteří péči zajišťují nebo ji pomáhají zajišťovat a jsou schopni, v případě potřeby, být u nemocného

v jakoukoliv denní dobu. Pokud jakoukoliv z těchto tří podmínek není možno splnit, měl by pacient a jeho rodina zvážit možnost institucionální péče. (Parkes et al., 2007, s. 41)

To, že se rodina nebo umírající rozhodnou pro domácí péči neznamená, že musí nutně probíhat až do doby, než pacient zemře. Jedním z důvodů, proč se změní domácí péče na institucionální například nevyhovující prostorové podmínky, ostatní členové rodiny, např. děti, kteří ruší klid nemocného, nebo když rodině již dojdou síly na další péči (Svatošová, 2011, s. 118-119).

Hospice často podporují domácí péče o umírající osoby svými dalšími službami, např. respitními službami nebo zapůjčením různých kompenzačních a zdravotnických pomůcek, jako je třeba polohovací lůžko, antidekubitní pomůcky nebo kyslíkové přístroje. (Arnoldová, 2016, s. 71)

Domácí péči o umírajícího zajišťuje například mobilní hospice. Cílem této služby je poskytnout klientovi co možná nejkvalitnější paliativní péči v domácím prostředí, a zároveň uspokojovat jeho potřeby v oblasti psychologické, sociální i spirituální (Marková et al., 2015, s. 12). Aby mobilní hospice mohl přijmout člověka za svého klienta, je nutné, aby měl v případě potřeby k dispozici osobu, která by byla schopna se o něj celodenně postarat. (Cesta domů, ©2020) Tuto podmínku si stanovují téměř všechny domácí hospice. Podle Kalvacha (2010, s. 33) se tým mobilního hospice skládá z rodiny či blízkých klienta, kteří jsou trvale přítomni, dále z lékaře, všeobecných či praktických sester, odborníků poskytující psychoterapeutickou podporu, sociálních pracovníků, duchovních, rehabilitačních pracovníků a dobrovolníků.

Při domácí péči je možno využít i další sociální služby, případně je spojit právě se službou mobilního hospice. Jde např. o osobní asistenci. Osobní asistence je dle zákona č. 108/2006 Sb. definovaná jako terénní služba, která poskytuje služby osobám se sníženou soběstačností bez časového omezení. Služba zahrnuje mimo jiné pomoc při hygieně, zajištění stravy nebo zajištění chodu domácnosti.

Další možností je pečovatelská služba. Jedná se o službu, která je stejně jako osobní asistence poskytovaná osobám se sníženou soběstačností a poskytuje se pouze ve vymezeném čase. Je poskytována ambulantní nebo terénní formou. Poskytuje služby jako např. pomoc při zajištění stravy, při osobní hygieně nebo pomoc při péči o vlastní osobu (Zákon č. 108/2006 Sb.). Stává se, že se lidé domnívají, že v rámci pečovatelské služby se jim dostane ošetrovatelské péče, nicméně jakékoliv zdravotnické intervence, např. aplikace injekce nebo

manipulaci s léky, smí vykonávat pouze kvalifikované praktické či všeobecné sestry. (Kalvach, 2010, s. 41)

V případě domácí péče je nutno myslet i na prostorové vybavení pokoje, kde bude nemocný trávit podstatnou část dne. Lůžko by mělo být přístupné ze tří stran, pro usnadnění manipulace s nemocným a v případě potřeby by mělo obsahovat pomůcky usnadňující pohyb v lůžku, např. hrazdičku. U lůžka by měl být vždy nějaký odkládací prostor a zároveň by se měli eliminovat všechny překážky z okolí lůžka. (Stiborová, Frei, 2018, s. 18-22)

Pečující by neměli zapomínat na pohyb, pokud je to možné, alespoň krátká procházka po bytě, cvičení na lůžku či dechové cvičení. Opomínat by se nemělo ani polohování, což je důležitá prevence dekubitů. Dbát by se mělo i na hygienu, i když je u ležících pacientů podstatně náročnější. Pokud je pacient schopen pohybu, vhodná je sprcha. Měli bychom mít také na paměti, že nálada, pocity a emoce nemocného se můžou často měnit, a my to musíme respektovat a nechat ho, aby dal průchod svým emocím. (Slámová et al., 2018, s. 102–104)

Při domácí péči se často neobejdeme bez kompenzačních pomůcek, např. toaletní křeslo, polohovací lůžko, antidekubitní matrace, invalidní vozík, signalizační zařízení, jednorázové plenkové kalhotky, madla do koupelny a podobně. Lze je získat několika způsoby. Samozřejmě je můžeme zakoupit, ale většinou se nejedná o levnou záležitost. Některé jsou zcela nebo částečně hrazeny zdravotními pojišťovnami, pokud pomůcku předepíše lékař. Existují také půjčovny těchto pomůcek. (Sláma, Plátová, 2014, s. 24)

Další možností je zažádat si na o příspěvek na zvláštní pomůcku. Zákon č. 329/2011 definuje, kdo má nárok na tento příspěvek. Jedná se o osoby se zdravotním postižením charakteru dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu uvedeného v příloze tohoto zákona a jejichž zdravotní stav nevylučuje přiznání tohoto příspěvku. Pro účely zákona musí nepříznivý zdravotní stav podle poznatků lékařské vědy trvat déle než 1 rok. Mezi další podmínky pro získání příspěvku patří věk, kdy musí být osoba starší 15 let, je-li příspěvek poskytován na vodícího psa, 3 let, pokud je poskytován na pořízení motorového vozidla, schodolezu, stropního zvedacího systému a dalších pomůcek uvedených v zákoně, a 1 roku v ostatních případech. Dále musí pomůcku využít k sebeobsluze, získávání informací, realizaci pracovního uplatnění, vzdělávání či styku s okolím. Příspěvek nelze poskytnout na pomůcku, která je částečně nebo plně hrazena ze zdravotního pojištění. Výše příspěvku se poté vypočítává dle ceny požadované pomůcky. Spoluúčast osoby je 10 % z předpokládané nebo zaplacené ceny pomůcky, minimálně však 1000 Kč. Maximální výše poskytovaného

příspěvku je 35 000 Kč s výjimkou svislé zdvihací plošiny nebo šikmé zvedací plošiny, kdy je maximální výše 45 000 Kč.

Domácí péče má kromě výhod i své nevýhody. Mezi ně můžeme zařadit nedostatečnou medicínskou péči, která není k dispozici v takovém rozsahu, jako např. v nemocnici, dále možné vyčerpání pečujících osob nebo narušení vztahů v rodině, které mohou vést až k rozkladu rodiny. (Ondriová, 2019)

2.3 Institucionální péče

Institucionální péče se může odehrávat v několika zařízeních. Prvním z nich je nemocnice. V nemocničním prostředí přebírá hlavní roli pečovatele zdravotnický personál, zatím co rodina pacienta jen navštěvuje. Na většině oddělení jsou pacienti, kteří vyžadují rozdílnou péči a odlišný přístup personálu, proto není snadné vytvořit pro pacienta v terminálním stádiu pozitivní a nanejvýš pohodlné prostředí. Pacient také může nabýt dojmu, že jsou při péči upřednostňováni pacienti, u kterých je šance na vyléčení. (Parkes et al., 2007, s. 44)

Nemocniční režim sebou přináší jisté změny v pacientově životě a režimu. Může docházet k jistému neosobnímu jednání, kdy se člověk stává více konkrétní diagnózou než člověkem v holistickém pojetí. Stává se více pasivním, jelikož nemá tolik prostoru pro jakékoliv aktivity. Během různých ošetřovatelských úkonů a vyšetření mívá různé dotazy, a může se stát, že informovanost není taková, aby ho uspokojila, což prohlubuje negativní pocity jako strach a bezmoc. (Křivohlavý, 2002, s. 52)

Pro dřívější generace byla nemocnice místem, kde chodili staří lidé umírat. Dnes se tento model vzhledem ke vzniku např. hospiců poněkud změnil, ale v mnoha lidech zůstává toto spojení stále zakořeněné (Křivohlavý, 2002, s. 49). Ale dnes i v nemocničních zařízeních existují uplatňované postupy paliativní péče a bývá přítomen paliativní tým, např. v Krajské nemocnici Tomáše Bati ve Zlíně od ledna roku 2019. (Krajská nemocnice T. Bati, © 2020)

Na pomezí mezi institucionální a domácí péče je hospicový stacionář, kdy pacient navštěvuje zařízení ráno a odpoledne se vrací do domácího prostředí. Pro některé nemocné může být tím nejvhodnějším řešením, a to zejména z diagnostických důvodů, např. kvůli bolesti, kterou se doma nedaří zvládnout, z léčebných důvodů, což může být třeba chemoterapie nebo různá paliativní péče. V neposlední řadě to bývá také psychologický důvod, pokud se nemocní cítí být osamělý, nebo s nimi rodina není schopna hovořit o jeho problémech. Jeden z nejčtetnějších důvodů je ale respitní neboli odlehčovací důvod. Rodina potřebuje i

určitý čas pro sebe, aby nabrala sílu na další péči a stejně tak nemocný potřebuje občas odpočinek od svojí pečující rodiny. Toto opatření může předcházet vyčerpání rodiny, a i lehkým konfliktům. (Svatošová, 2011, s. 119–120)

Další možností je lůžkový hospic. Hospic je zdravotnické zařízení, ale na rozdíl od nemocnic nebo léčeben dlouhodobě nemocných není jeho cílem léčit, nýbrž poskytnout pacientům příjemné a bezpečné prostředí a zmírňovat nepříjemné projevy nemoci (Slámová et al., 2018, s. 93).

Hospice jsou také specifické ve svém multiprofesním přístupu. Zaměstnanci nepečují jen o pacienta samotného, ale i jeho rodinu. K dispozici by měli být všeobecné sestry, nejlépe alespoň jedna na lůžko, lékař přítomen 24 hodin denně a další zástupci z řad psychologů, sociálních pracovníků a duchovních. Nedílnou součástí týmu jsou i dobrovolníci. (Radbruch, Payne, 2010, s. 51)

Pacient má buď svůj vlastní pokoj, nebo ho sdílí s jedním či více pacienty. Vnitřní vybavení hospice se snaží uzpůsobit tomu, aby připomínal spíše domácí prostředí. Samozřejmostí jsou pomůcky, které usnadňují klientům život a zdravotnickému personálu péči o ně, jako např. pojízdná vana či polohovací lůžka. Prostor by měl být kompletně bezbariérové, nejen pokoje klientů, ale i další společné prostory (Svatošová, 2011, s. 121). Rodina a blízcí mohou trávit s nemocným všechn svůj čas, návštěvy nejsou časově omezené, v některých hospicových zařízeních má rodina možnost u nemocného i přespávat. Režim se z velké části podřizuje potřebám a přáním pacientů. (Slámová et al., 2018, s. 93)

Komplikací pro pobyt pacienta v hospici může být momentální naplněná kapacita všech hospiců v okolí nebo i to, že lékař nepovažuje přesun vzhledem k jeho stavu za vhodný. Někdy se ovšem pobytu brání i sami pacienti, jelikož považují hospic za místo, z kterého už nikdy neodejdou a které je pro ně synonymem umírání a smrti. (Slámová et al., 2018, 94–95) Někteří klienti ovšem naopak dobrovolně a účelně využívají služeb hospice, a opakují krátkodobé pobyty v době, kdy cítí, že je toto řešení pro ně nejvhodnější. (Svatošová, 2011, s. 120)

Hospic by měl poskytovat takové služby, které se v co nejvyšší míře budou orientovat na uspokojení individuálních potřeb klienta a jeho rodiny. Také se snaží maximálně zachovat přijatelnou kvalitu života umírajícího, např. tím, že klient nebude osamocen a nebude trpět fyzickou či psychickou bolestí. (Arnoldová, 2016, s. 71)

S institucionálním modelem umírání se můžeme setkat i v sociálních pobytových službách, např. v domově pro seniory. Kvalita péče o umírající se liší zařízení od zařízení. Na rozdíl od hospice nebo nemocnice zde není stále přítomný lékař, pouze ve své ordinační hodiny. V některých domovech pro seniory je personál schopen zajistit péči o klienta až do jeho smrti, v jiných klienty v terminálním stádiu přesunují do zdravotnických zařízení. V poslední době se objevuje snaha o spolupráci s mobilními hospici, aby měli klienti možnost dožít v důvěrně známém prostředí pobytového zařízení, kde tráví třeba už několik let. (Slámová et al., 2018, s. 71–72)

2.4 Podpora a péče o umírající

Podpora pro terminálně nemocné je závislá na začátečním způsobu reakce na existenci nemoci a jejím následujícím vývoji. Pro pacienta nastává nejtěžší období těsně po sdělení diagnózy, kdy poprvé čelí vyhlídce na nevléčitelné onemocnění a smrt. Je třeba zachovat klid a pokusit se tak zmírnit emocionální úzkost nemocného. (Slamková, Poledníková, 2013, s. 93)

Sdělení a následný rozhovor ve většině případů uskuteční lékař. Špatenková (2014, s. 46–47) uvádí, jaké body by se měli při tomto rozhovoru dodržovat. Je to například:

- Mít zjištěné aktuální informace o pacientově zdravotním stavu.
- Pokud to jde, přizvat ke spolupráci psychologa či někoho dalšího z multidisciplinárního týmu (kaplana, všeobecnou či praktickou sestru).
- Dovolit pacientovi, aby byl u rozhovoru někdo z jeho blízkých, pokud si to přeje.
- Dát pacientovi prostor pokládat otázky a vyjádřit emoce.
- Nelhat a podávat přiměřené množství informací.
- Podporovat pacienta v pokládání otázek.
- Nabídnout možnost dalšího setkání a navrhnout mu setkání i s jinými pracovníky, např. sociální pracovník, psycholog či duchovní.

K tomu, abychom mohli být pro umírajícího podporou, potřebujeme porozumět jeho potřebám a emocionálnímu stavu. Umírajícímu člověku obvykle ubývá energie a ztrácí zájem o věci, které měl dříve rád. Není výjimkou, že ztrácí zájem i o návštěvy a chce zůstat obklopen jen těmi nejbližšími, nebo chce být úplně sám. V této době se také nemocný oddává vzpomínkám a hodnotí svůj život (Špinková, 2016, s. 5). Umírajícímu bychom měli naslouchat a projevit účast svou přítomností. Často je to lepší, než se pokoušet za každou

cenu o rozhovor nebo vést monolog (Křivohlavý, 2002, s. 159). Někdy je vhodné nabídnout mu tichou spoluúčast, pokud si to bude přát. V mnoha případech také ocení spíše ticho, než hlasité rozhovory, protože slova mohou ztrácet význam. Někdy může nemocný ocenit naše doteky, pohlazení, stisk ruky, ale jindy pro něj mohou být nepříjemné. Pokud náš dotyk odmítne, neměli bychom to brát osobně. (Špinková, 2016, s. 6, 10)

Při podpoře umírající osoby pracujeme s nadějí. Naději k životu potřebujeme, a to i v poslední fázi života. To, že ji chceme posílit v umírajícím neznámá, že mu musíme lhát. Naopak. Lež by nás mohla připravit o důvěru k nám. Vyvarovat bychom se měli slovům, že je situace beznadějná (Svatošová, 2011, s. 30-31). Když se umírající upíná k naději na uzdravení, nevyvrácíme mu ji, i když víme, že je nereálná. Nesnažíme se argumentovat proč to, v co umírající doufá, není možné. (Haškovcová, c2000, s. 73)

Kromě rodiny představuje pro umírajícího velkou podporu i lékařský a ošetřující personál, který by měl při kontaktu s klientem dodržovat určité zásady. Být k nemocnému laskavý a vstřícný, ujistit ho, že jste připraveni mu naslouchat, dát mu prostor mluvit, podávat mu pravdivé informace, ale zároveň zvážit, kolik toho pacient musí vědět, neustále se ujišťovat, že pacient rozumí tomu, co říkáme, nechat prostor pro zpětnou vazbu, povzbuzovat nemocného, aby vyjádřil své obavy, strach a smutek a v neposlední řadě ho ujišťovat, že v této těžké situaci nezůstane sám. (Marková, 2015, s. 132–133)

U osob v terminálním stádiu je možné, že narazíme na problémy, které brání komunikaci, např. poruchy zraku či sluchu, silné emoce, psychické obtíže, celkové vyčerpání, sníženou vigilitu nebo až úplná ztráta vědomí (Adam et al., 2004, s. 470). Klíčové při kontaktu s umírajícím klientem je nejen schopnost komunikace ale i vedení citlivého a do jisté míry upřímného rozhovoru. Podle Skopalové (2010, s. 67–68) by si budoucí zdravotníci a sociální pracovníci měli schopnost vedení takového rozhovoru osvojit již v průběhu studia a nadále ji rozvíjet i v době po jeho ukončení. Do rozhovoru s umírajícím by se měl zapojit nejlépe celý multidisciplinární tým i rodina dotyčného. Je nutné si uvědomit, že pro klienta je často důležitější to, kdo s ním komunikuje než obsah rozhovoru. Nutná je taktéž velká dávka trpělivosti a empatie ze strany personálu.

Při kontaktu s umírajícím člověkem je vždy nutné zvolit odpovídající psychologický přístup. Zacharová a Šimíčková-Čížková (2011, s. 178) uvádí například profesionální a individuální přístup, respekt změn v psychice nemocného, které se váží k terminálnímu stádiu, volba vhodné komunikace pro vytvoření příznivé atmosféry, nedirektivní přístup, respektovat

naději, kterou si umírající zachovává, poskytnutí pravdivých informací, umožnění rodině a blízkým stálý kontakt s umírajícím a uplatňovat dostatek taktu a empatie.

2.4.1 Potřeby umírajících

Při péči o umírající se primárně snažíme uspokojovat jeho potřeby, a to biologické, psychické, sociální i spirituální.

Biologické potřeby se týkají toho, co si žádá tělo umírající osoby. Stejně jako u zdravého člověka, je přítomna potřeba jíst a pít. V terminálním stádiu lidé ztrácí chuť k jídlu a mění se dosavadní stravovací návyky. Nenuťme mu žádné jídlo, které nechce a přizpůsobíme jídelní a pitný režim jeho přání (Špinková, 2016, s. 10-11). Stejně přirozená je i potřeba dýchání, která může být pro osoby v terminálním stádiu obtížná. Mohou trpět dušností, která se kompenzuje oxygenoterapií, farmakoterapií, správným polohováním, zvlhčováním vzduchu a větráním prostoru, kde nemocný pobývá (Sláma, Plátová, 2014, s. 18). Důležité je i uspokojovat potřebu spánku. Dostatečný a kvalitní spánek zdvihá kvalitu života umírajících osob, které mají často obavu z nespavosti, nočních úzkostí a bolesti. (Kalvach, 2010, s. 116-117)

Jednou z nejdůležitějších věcí je tišení bolesti. Jedná se o jeden z nejčastějších příznaků pokročilého onemocnění. Přítomnost bolesti ovlivňuje náladu, motivaci, naději i spolupráci při péči. Pokud je neléčená, může vést k snížené mobilitě, nechutenství, malnutrici a izolaci od okolí. (Skála et al., 2011, s. 18)

Dnes je naštěstí možné téměř pro všechny umírající zajistit prostřednictvím analgetik a opiátů bezbolestný odchod. Užívané léky pomáhají dosáhnout těmto osobám co možná nejvyšší kvality zbývajících života (Špinková, 2016, s. 17). Je důležité, aby umírající věděli, že se o jejich bolest někdo zajímá a věnuje jí dostatečnou pozornost. Jak pro lékaře, tak pro ostatní pečující je nezbytné, aby mohli s umírajícím o bolesti hovořit a umírající tak mohl specifikovat druh bolesti nebo místo, kde ji pociťuje. V případě, že není možná verbální komunikace, všímáme si projevů bolesti, jako je vzdychání, mimika, hledání úlevové polohy nebo tření bolestivého místa rukou. (Sláma, Plátová, 2014, s. 17)

Ani psychické potřeby by neměli být opomíjené. K základním tohoto druhu patří respektování lidské důstojnosti bez souvislosti se stavem tělesného zdraví umírajícího. Chce cítit, že je stále plnohodnotnou lidskou bytostí. Další je potřeba bezpečí. Tu můžeme napomáhat uspokojovat např. tím, že nemocnému nelžeme a nedáváme mu tak záminku

ztratit v nás důvěru (Svatošová, 2011, s. 20). Respektovat musíme to, že umírající chce rozhodovat sám o sobě. Měl by mít možnost do poslední chvíle rozhodovat o své léčbě, o tom, s kým se bude vídat nebo i o tom, co bude jíst a pít. Obvyklá je i potřeba vyjádřit svobodně své emoce. Pokud chce umírající plakat a vyjadřovat svůj smutek, mělo by mu to být umožněno bez zlehčování či bagatelizování. Dostaví-li se chuť smát se, neměli bychom se chovat, jako by se jednalo o nevhodnou věc. Humor může nemocnému pomoci v těžkých chvílích a je důležitou součástí péče o těžce nemocné. (Marková, 2010, s. 69-70)

Důraz by měl být kladen i na sociální potřeby. Člověk nechce umírat sám a izolován od ostatních. V terminálním stádiu má člověk obvykle touhu uspořádat své vztahy a sociální vazby. Přítomny jsou i potřeby citové či potřeba sebeúcty. Ty se odvíjí i od toho, jaké má umírající zázemí a taky na místě, kde prožívá terminální stádium. (Dorková, 2014, s. 85)

Spirituálním potřebám se v minulých letech nepřikládal tak velký význam. Spousta lidí se mylně domnívá, že spirituální potřeby mají jen osoby věřící, ale není tomu tak. Věřící lidé si umí se svými potřebami v této oblasti poradit lépe než osoby nevěřící. Na sklonku života cítí potřebu vědět, že jim bylo oduštěno a také cítí potřebu odpustit sami sobě. Objevuje se také potřeba po smyslu života. Umírající lidé potřebují vědět, že byl jejich život smysluplný, a že ho určitým způsobem naplnili. Pokud tyto potřeby nejsou naplněny, jde o stav duchovní nouze. (Svatošová, 2011, s. 21)

2.5 Podpora rodině

Rodina umírajícího si prochází při vyrovnávání se s nemocí svého blízkého různými stádii, podobně jako sám nemocný. Nejprve tento fakt odmítají připustit, chtějí stav blízkého konzultovat s co nejvíce lékaři, někdy se obrací i na léčitele či jasnovidce. Přichází i hněv, rodina se zlobí na lékaře, a pokud je přítomen zdravotnický personál, obrací hněv i proti němu. Je faktem, že je to právě rodina, která často potřebuje nejvíc podpory. To, jak tuto změnu v životě přijmou, záleží ve velké míře na přístupu samotného nemocného ke své situaci. (Kübler-Ross, 2015, 187–189)

Na druhou stranu je nutno podotknout, že existují i rodiny, které zvládají celou situaci bez podpory a jakoukoliv pomoc odmítají. V tomto případě je nutno tuto skutečnost respektovat a jen dát rodinám najevo, že v případě potřeby jsme nablízku. (Bužgová, 2015, s. 135)

Z velké části ale rodiny, pečující a blízcí potřebují podporu. Může se jednat o pomoc praktickou, například když je někdo vystřídá u nemocného, aby mohli mít nějaký čas pro

sebe, jindy spíše potřebují podporu ve formě rozhovoru, kdy někdo vyslechne jejich obavy a starosti. Užitečný může být rozhovor s člověkem, který si prošel tím samým, nebo si podobnou situaci právě prochází. (Špinková, 2016, s. 9)

Kalvach (2010, s. 45) říká, že pokud se rodina rozhodne pečovat o umírající osobu doma, potřebuje zpravidla podporu. Musíme poskytnout péči pečujícím, aby oni mohli dávat svoji péči umírajícímu členu. Jedná se např. o pomoc s vytvořením podmínek pro péči v domácnosti, poskytnutí instruktáže a nácviku některých ošetrovatelských úkonů, průběžné poradenství, informování o dalších možných službách, jako je respitní péče, pečovatelská služba, osobní asistence nebo služby psychologa a probrat případnou možnost umístit umírajícího do institucionální péče.

Rodina a pečující nepotřebují podporu pouze v době, kdy jejich blízký umírá, ale i v době, kdy nemocný zemře. Mnoho lidí se bojí setkání s pozůstalým, pociťují obavy a bezradnost. Často nevědí, co vhodného říct ale na druhou stranu cítí, že by měli být pozůstalému na blízku a poskytnout mu podporu. Při kontaktu s pozůstalým bychom měli být upřímní. Je to lepší varianta, než formální rozhovor a naučené fráze o projevení soustrasti, které mohou působit na pozůstalého zraňujícím a nevhodným dojmem. Pokud vycítíme, že je to vhodné, zeptáme se pozůstalého, co pro něj můžeme udělat. V prvních dnech po smrti jeho blízkého často pomůžou maličkosti, telefonát, přinesení něčeho k jídlu, pomoc s úklidem, hlídání dětí a podobně. Mnohým lidem pomáhá nejen rozhovor, ale i tělesná blízkost, jako obětí či pohazení. (Gärtnerová, 2013, s. 23–25)

Jednou z forem pomoci je i poradenství pro pozůstalé, což je podle Špatenkové (2013, s. 15) poradenství, které má za cíl vrátit jedince, pár, rodinu nebo skupiny po smrti jejich blízkého na určitou úroveň fungování.

Při péči o umírajícího člověka se soustředíme na jeho potřeby, ale nesmíme zapomínat, že během tohoto děje má své potřeby i jeho rodina.

2.6 Podpora sociálním pracovníkům

Při péči o umírajícího a jeho rodinu má nezastupitelnou roli i sociální pracovník. Podle Svatošové (2005, s. 206) jeho úloha spočívá především v:

- Posouzení schopností klienta a jeho rodiny zvládat nastalou situaci a případně nabídnout vhodné způsoby pomoci.

- Vytvářet optimální podmínky pro nemocného, jeho rodinu a pečující, aby mohli vyjádřit své pocity, chápat a respektovat etnické a náboženské vlivy, které působí nebo jsou ovlivněny terminální nemocí pacienta.
- Věnovat zvýšenou pozornost zranitelným skupinám v okolí blízkých u nemocného, zvláště dětí, adolescentů, seniorů apod.
- Pomáhat rodině při urovnání konfliktů a překonání komunikačních obtíží.
- Poskytovat rady při jednání s jinými organizacemi a úřady, případně asistovat, být jakousi spojkou mezi rodinou, jejich zaměstnavateli, pedagogy ve školách dětí apod.
- Být plnohodnotným členem multidisciplinárního týmu daného zařízení.

V průběhu let se role sociálního pracovníka při péči o umírající výrazně měnila, nicméně vždy byla vnímána jako důležitou součástí hospicové péče. V hospici je jeho hlavní rolí vyhodnotit psychologické, emoční a sociální problémy pacientů a jejich rodin, a v této návaznosti jim poskytnout poradenství. Pracovník tu představuje pomyslný most mezi klientem, jeho rodinou a ostatním personálem. Klade důraz na to, že umírající je součástí i jistého sociálního systému, má svou roli v rodině, okruhu přátel nebo vrstevníků a bere v potaz faktory jako je náboženství, kultura ale i věk nebo pohlaví. Rovněž také může převzít úlohu zorganizování pohřbu zemřelého, nebo s organizací pomoci pozůstalým. Potřebná sociální práce se nemusí týkat vždy jen umírajících klientů, ale i např. pomoci dítěti, kterému zemřeli rodiče, nebo těm, kteří si chtějí vzít toto dítě do náhradní rodinné péče. (Dunlop, Hockley, 1998, s. 47-50)

I u pracovníků pomáhajících profesí, kteří se setkají s úmrtím, je běžný zármutek, jelikož je to běžná reakce na určitou ztrátu. Je dobré o prožité ztrátě hovořit a ventilovat pocity, které v nás vyvolala. Někteří pečující považují tyto projevy za dětinské nebo dokonce sobecké, což se projevuje křečovitou kontrolou sebe samých a popírání negativních pocitů, vyhýbáním se vztahům, které jim mohou přinášet smutek, trvalé udržování odstupů a omezení své role pouze na roli profesionála a odborníka a zatajováním svých pocitů. (Parkes et al., 2007, s. 32)

Haškovcová (c2000, s. 153–154) upozorňuje, že je důležité, aby každý pracovník pomáhajících profesí dodržoval zásady duševní hygieny. Pokud tomu tak nebude, může se u něj projevit nadměrná psychická zátěž až v rozvoj syndromu vyhoření.

Jednou z možností prevence syndromu vyhoření je supervize. Dnes je supervize v oblasti pomáhajících profesí významnou součástí praxe. Supervize poskytuje pracovníkovi

podporu, možnost reflexe a nabízí mu pohled na možná rizika a důsledky, pokud bude docházet k nerespektování ostatních členů pracovního týmu. Dostává příležitost nahlédnout na rozsah vlivu na klienta v rámci pomáhající profesí a další aspekty vzájemného vztahu. Součástí je i péče o pracovníka samotného. V rámci supervize je podpořena jeho sebereflexe a předmětem zájmu je i jeho emoční prožívání, místo v kolektivu a pracovní vztahy. (Asociace supervizorů pomáhajících profesí, © 2020)

Pokud pracovník prožívá zármutek či utrpí ztrátu, supervizor či vedoucí týmu by měli o této skutečnosti vědět a danému pracovníkovi dát určitý čas na oddech a příležitost, aby své pocity a problémy probral s někým, komu věří. Jedním ze způsobů podpory pracovníků je neformální podpora, které se dostává pracovníkům od členů týmu a spolupracovníků. Na navození atmosféry neformální podpory by se měli podílet i manažeři daného zařízení. Další formou podpory je formální podpora, do které zahrnujeme hodnocení, podpůrné skupiny členů na stejné pozici, debriefing při zvláštních okolnostech, výcvik, team building, mentoring nebo supervizi. (Parkes et al., 2007, s. 35–39)

3 STUDIUM V OBLASTI UMÍRÁNÍ A SMRTI NA STŘEDNÍCH ŠKOLÁCH

Tato kapitola přibližuje studium v oblasti umírání a smrti na středních školách. První podkapitola se zabývá obdobím adolescence, jelikož v tomto vývojovém období se většinou nacházejí studenti středních škol, kteří jsou předmětem zájmu této práce. Následující podkapitoly se zaměřují na vzdělávání v oblasti umírání a smrti a na vzdělávací programy v rámci středních škol.

3.1 Charakteristika období adolescence

Adolescence je po pubescenci druhé věkové období dospívání. Podle Vágnerové (2012, s. 367) probíhá toto věkové období ve věku od 10 do 20 let, přičemž ve věku od 10 do 15 let se jedná o ranou, a od 15 do 20 let o pozdní adolescenci. Během tohoto období jedinec prochází změnami v oblasti biologické, psychologické i sociální, jejichž průběh ovlivňují kulturní a sociální podmínky, v kterých jedinec žije.

Fyzické změny probíhají u chlapců i děvčat. Růst do výšky je u děvčat spíše nepatrný, ten hlavní probíhá v pubescenci, u většiny chlapců je naopak výrazný. U chlapců také dochází k většímu vývinu svalů, postava děvčat zase získává ženské rysy, především růstem prsou a boků. Změny přichází i v oblasti obličeje. Chlapcům začínají růst první vousy, mutuje jim hlas, obě pohlaví často trápí akné. Tělo adolescentů je předmětem jejich pozornosti. Není výjimkou, že nejsou spokojeni se svým vzhledem a snaží se o jeho změnu, ať už cvičením, kulturistikou, barvením vlasů, líčením nebo dalšími zkrášlovacími procesy. Někdy se může pozornost zaměřená na vlastní vzhled vystupňovat až do nepřirozeně vysoké intenzity. (Říčan, 2014, s. 193-194)

Mezi psychické změny a znaky, které provází období adolescence, patří emoční instabilita, výkyvy nálad, impulzivní jednání a nepředvídatelné reakce. Často dochází také k výkyvům v školním prospěchu, který je částečně příkládám snížené schopnosti pozornosti a také zvýšená míra únavy. Charakteristické jsou také střídavé stavy apatičnosti s přílišnou aktivitou, což může doprovázet zhoršená kvalita spánku či poruchy chuti k jídlu. (Langmeier, Krejčířová, 2006, s. 147)

Změny přichází i v kognitivním vývoji. Adolescent je schopný pracovat s daleko více abstraktními pojmy, při řešení problému hledá více jak jedno řešení, přičemž všechna řešení systematicky zkouší a vyhodnocuje, dokáže myslet o myšlení, je schopen vytvořit domněnku

kteřá se neopírá o reálnou skutečnost. Abstraktní myšlení, které uplatňuje, je předpokladem pro zvládnutí učební látky mnoha předmětů ale také pro další vědecké práce. (Lengmeier, Krejčířová, 2006, s. 150-152)

Změny se odehrávají taktéž v sociální sféře. Sociální změny v adolescenci souvisí s tím, že si člověk formuje svou nezávislou identitu a učí se být dospělým. Adolescent začíná usilovat o svou nezávislost. Tu se snaží prosazovat jak doma, tak ve škole ale i mezi vrstevníky. Stále se zabývá hledáním své identity, což může být ovlivněno pohlavím, vrstevníky, kulturním zázemím nebo očekáváním jeho rodiny. Touží po větší zodpovědnosti, doma i ve škole. Také začínají více rozlišovat „dobré“ a „špatné věci“, sílí u nich morální zodpovědnost (Tozer, 2016).

Co se týče vztahů, adolescenti tráví s vrstevníky dvojnásobek aktivního času než se svými rodiči. Přichází potřeba navazovat bližší přátelství s vrstevníky, zvláště u dívek. Roste také touha po partnerských vztazích a v druhé polovině adolescence nejčastěji začínají dospívající svůj sexuální život. (Blatný, 2016, s. 108-109)

3.2 Vzdělávání v rámci oblasti umírání a smrti

Vědní obor zabývající se smrtí a všemi fenomény, které se k ní pojí, se nazývá thanatologie. Bývá rozptýlen mezi řadu dalších oborů, jako je teologie, filozofie, medicína, sociologie, psychologie apod. Každý ze zmíněných oborů potom na tuto problematiku nazírá z vlastního úhlu pohledu a pomocí vlastních vědeckých metod. Thanatologie sama totiž jen obtížně dokáže semknout všechna fakta, koncepce a hypotézy tak, aby vytvořila profesní náplň samostatného oboru. (Haškovcová, c2000, s. 142)

Za vzdělávání o smrti můžeme označit v podstatě jakékoliv vzdělávání, které se zabývá tématem souvisejícím se smrtí. Zabývá se různými formami, cíli, jeho historií a místem v současné společnosti, vztahem smrti ke kultuře, náboženství a rozvoji života a aktuálními problémy ve vzdělávání v oblasti smrti a jeho potenciál pro budoucnost (Noppe, 2009). Jako příklad témat si můžeme uvést postoje k smrti, setkání se smrtí, proces umírání, pohřební praktiky, zkušenosti se smrtí u různých věkových či kulturních skupin, sebevraždy, eutanázie, náboženské a filozofické názory na oblast smrti či právní otázky související s umíráním a smrtí. (Bryant, Peck, 2003, s. 292-293)

Vzdělávání v oblasti umírání a smrti může mít dvě podoby, informální a formální. Informální se odehrává nejčastěji v rodinné domácnosti, případně v náboženských a

kulturních skupinách. Rodiče, prarodiče, nebo vedoucí výše zmíněných skupin mohou předávat různé informace související s tématem umírání a smrti, nebo jsou děti či mladiství sami přítomni setkání s umírajícím člověkem. Formální vzdělávání se odehrává ve vzdělávacích institucích. Někdy může mít podobu různých tematických okruhů v rámci biologie, literatury nebo občanské výchovy. Na některých středních školách se odehrává vzdělávání v rámci samostatného předmětu věnovaného tomuto tématu, nebo na úrovni kurzu. Některé jsou, kromě vyučování obecných témat, zaměřené i přímo na adolescenty a obsah je jim přizpůsoben, takže jsou doplněny o témata jako sebevraždy dospívajících, HIV/AIDS nebo první setkání se smrtí. (Bryant, Peck, 2003, s. 293-295)

Adam et al. (2004, s. 524-525) stanovili čtyři základní teoretické okruhy, kterými by se mělo zabývat vzdělávání v paliativní péči. Pro vzdělávání pracovníků se zaměřením na sociální činnost lze využít tyto tři celky:

- Psychosociální znalosti, které zahrnují psychosociální potřeby nemocných v paliativní péči, neverbální či verbální komunikaci a její efektivní zásady, fáze prožívání vážné nemoci, práci s rodinou, víceoborovou paliativní péči a komunikaci mezi členy týmu a filozofii a etiku paliativní péče.
- Znalosti v oblasti organizování a financování, zahrnující koncepce zdravotní péče a zdravotní politiky, instituce, které poskytují paliativní péči, organizaci dobrovolníků, typy a možnosti vzdělávání v paliativní oblasti a výzkum v paliativní oblasti.
- Postoje a nové formy profesionálního chování jsou třetím znalostním celkem, a zahrnujeme do nich sebepojetí, sebehodnocení, vztah k uvědomění si vlastní smrtelnosti, empatii, hierarchii hodnot, základní komunikační techniky (naslouchání, práce s tichem, reflektování apod.), diagnostiku potřeb umírajících, nácvik asertivity, techniky zvládnutí stresu a techniky relaxace.

Student et al. (105-106) míní, že pracovníci v sociální oblasti by měli získávat specifické znalosti, které souvisejí se ztrátou a umět pracovat se smutkem, pokud ne v rámci základního vzdělávání, tak alespoň ve vztahu k sociální práci ve zdravotnictví.

3.3 Vzdělávací programy

Rámcové vzdělávací programy, známé pod zkratkou RVP, jsou závazným rámcem pro školská zařízení při tvorbě školních vzdělávacích programů, a to ve všech oborech v předškolním, základním, základním uměleckém, jazykovém a středním vzdělávání. Jsou

ukotveny v zákoně číslo 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon). Rámcový vzdělávací program slouží především k stanovení konkrétních cílů, forem, délky a povinného obsahu vzdělávání, jak všeobecného, tak odborného, dle zaměření daného oboru. Dále stanovuje organizační uspořádání, profesní profil, podmínky průběhu a ukončování vzdělávání a zásady pro tvorbu školních vzdělávacích programů. Vymezeny jsou zde i podmínky pro vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a materiální, personální a organizační a bezpečnostní podmínky. Za tvorbu rámcových vzdělávacích programů jsou odpovědny příslušná ministerstva prostřednictvím odborníků vědy a praxe, včetně pedagogiky a psychologie. (Národní ústav pro vzdělání, © 2019)

Školní vzdělávací program se musí řídit příslušným rámcovým vzdělávacím programem. Školní vzdělávací program pro vzdělávání, pro nějž není vydán rámcový vzdělávací program, musí stanovit cíle vzdělávání, délku, formy, obsah a časový plán vzdělávání, podmínky přijímání uchazečů, ukončování vzdělávání, včetně podmínek pro vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami, označení dokladu o ukončeném vzdělání, pokud bude tento doklad vydáván. Školní vzdělávací program vydává ředitel příslušné školy či školskému zařízení. Program musí být zveřejněn na přístupném místě ve škole s tím, že každý může do školního vzdělávacího programu nahlédnout a pořizovat si z něj výpisy či kopie obsahu. (Národní ústav pro vzdělání, © 2019)

Některé střední školy, na kterých lze studovat obor sociální činnost, ve svých školních vzdělávacích programech tematiku umírání a smrti zahrnutou nemají. Jiné ano, ovšem mnohé se liší v tom, do jakého předmětu je toto téma zařazené, v kterém ročníku se mu studenti věnují, a jakou má časovou dotaci.

Například Střední škola Havířov-Prostřední Suchá, podle ŠVP pro obor sociální činnost-sociálně výchovná z roku 2018, se žáci tomuto tématu věnují v rámci předmětu Gerontologie. Tematický okruh *umírání a smrt* se probírá během 2. ročníku. V jiných předmětech nejsou vymezeny žádné teoretické okruhy, které by se přímo zabývali tímto tématem.

Jako další příklad můžeme uvést Střední školu Bohumín. Podle jejich ŠVP pro obor sociální činnost z roku 2017, se studenti věnují tématu umírání a smrti v předmětu přímá péče a osobní asistence. V 3. ročníku je v plánu tematický okruh *paliativní péče*, který zahrnuje studium oblasti umírání a smrti, paliativní péče, hospicové péče a problematiku eutanázie.

Také Krkonošské gymnázium a Střední odborná škola v Hostinném zmiňují naši problematiku ve svém ŠVP pro obor sociální činnost z roku 2017. V předmětu zdravotní nauka 2. ročníku, by měl student umět v rámci tematického celku *první pomoc* mimo jiné i umět popsat jisté a nejisté známky smrti. Předmět sociální politika, má v 4. ročníku zařazen okruh *péče o dlouhodobě nemocné a umírající*, který se zabývá hospicovou péčí a sociální prací s umírajícími. Tématu umírání a smrti se věnuje i tematický okruh *péče o klienta s onkologickým onemocněním a v terminálním stádiu nemoci*, který je zařazen do předmětu pečovatelsví ve 4. ročníku. Učivo zařazené do tohoto okruhu obsahuje mimo jiné i fáze umírání a smrti, paliativní péči a péči o mrtvé tělo. V předmětu psychologie, se studenti ve 4. ročníku věnují tematickému celku *psychologie v sociální péči*, kde je jedním z učiv psychika závažně nemocných v terminálním stádiu.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 METODOLOGIE VÝZKUMU

Následující část diplomové práce navazuje na poznatky, které jsme uvedli v teoretické části. Představíme design výzkumu a jeho cíle, výzkumné otázky, hypotézy, analýzu získaných dat a výsledky, z kterých vyvodíme závěry.

4.1 Výzkumný problém

Výzkumným problémem, kterým se budeme v této práci zabývat je zjištění, jaké jsou názory studentů na průběh edukace v oblasti teoretických znalostí, průběhu odborné praxe, motivace a formy výuky.

Na základě výzkumného problému jsme si stanovili tyto výzkumné otázky:

1. Orientují se studenti v základní terminologii v oblasti umírání a smrti?

1.1 Jsou studenti seznámeni se základní terminologií v oblasti umírání a smrti během výuky?

2. Jaký je názor studentů na jejich informovanost v oblasti umírání a smrti?

2.1 Jsou oblasti, v kterých studenti pociťují nedostatečnou informovanost?

3. Jaký je názor studentů na přínosnost vzdělávání v oblasti umírání a smrti?

4. Jsou studenti motivováni pro vzdělávání se v oblasti umírání a smrti?

4.1 Jak se liší motivovanost studentů pro vzdělávání se v oblasti umírání a smrti v závislosti na studovaném ročníku?

4.2 Jaká je motivace studentů pro vzdělávání se v oblasti umírání a smrti?

5. Jaký názor mají studenti na připravenost na setkání s umírajícím člověkem v odborné praxi?

5.1 Jak hodnotí studenti uplatnění svých teoretických znalostí v oblasti umírání a smrti v odborné praxi?

5.2 Jaký je názor studentů na zapojení se do péče o umírajícího klienta během odborné praxe?

5.3 Jak se liší názor studentů na zapojení se do péče o umírajícího klienta během odborné praxe v závislosti na jejich pohlaví?

6. Jsou studenti spokojeni s výukou týkající se umírání a smrti?

6.1 Jak se liší hodnocení času věnovaného tématu umírání a smrti během výuky v závislosti na předchozí zkušenosti s umírajícím klientem?

6.2 Jakou formou by se studenti chtěli v rámci výuky dozvídat informace z oblasti umírání a smrti?

Hypotézy

Následně jsme na základě výzkumných otázek stanovili tyto hypotézy:

1H Studenti 4. ročníku jsou více motivovaní ke vzdělávání se v oblasti umírání a smrti než studenti 3. ročníku.

1H_A Mezi motivací ke studiu v oblasti umírání a smrti a studovaným ročníkem existují statisticky významné rozdíly.

1H₀ Mezi motivací ke studiu v oblasti umírání a smrti a studovaným ročníkem neexistují statisticky významné rozdíly.

2H Studenti mužského pohlaví se chtějí více zapojit do péče o umírajícího klienta než studentky ženského pohlaví.

H2_A Mezi pohlavím a chtěním zapojit se do péče o umírajícího klienta existuje statisticky významný rozdíl.

H2₀ Mezi pohlavím a chtěním zapojit se do péče o umírajícího klienta neexistuje statisticky významný rozdíl.

3H Studenti se zkušeností s umírajícím klientem hodnotí čas věnovaný tématu umírání a smrti ve výuce hůře než studenti bez zkušenosti s umírajícím klientem.

3H_A Mezi zkušeností s umírajícím klientem a hodnocení času věnovaného tématu umírání a smrti v rámci výuky existují statisticky významné rozdíly.

3H₀ Mezi zkušeností s umírajícím klientem a hodnocením času věnovaného tématu umírání a smrti v rámci výuky neexistují statisticky významné rozdíly.

4.2 Výzkumné cíle

Hlavní výzkumní cíl:

Hlavním výzkumným cílem je zjistit názory studentů oboru sociální činnost na jejich edukaci, informovanost a motivaci ke vzdělávání v oblasti umírání smrti.

Dílčí cíle:

1. Zjistit orientaci studentů v základní terminologii související s tématem umírání a smrti.
2. Zjistit názor studentů na míru informovanosti v oblasti umírání a smrti.
3. Zmapovat motivaci studentů související s edukací v oblasti umírání a smrti.
4. Zjistit názor studentů ohledně jejich připravenosti na setkání s umíráním a smrtí na odborné praxi.
5. Zjistit, zda by studenti chtěli změny v jejich aktuální edukaci v oblasti umírání a smrti.

4.3 Pojetí výzkumu a výzkumný nástroj

Za účelem zjištění odpovědí na výše uvedené otázky jsme se rozhodli realizovat **kvantitativní výzkum**. Podle Reichela (2009, s. 40) se jedná o přístup, který předpokládá, že předmět zkoumání je určitým způsobem měřitelný, tříditelný či uspořádatelný. Může se jednat např. o objekty, procesy či aspekty. Informace o nich získáváme v kvantifikované a porovnatelné podobě. Poté jsou data analyzována statistickými metodami a záměrem je ověřit platnost předpokladů o výskytu jistých charakteristik zkoumaných fenoménů, jejich vzájemných vztazích nebo vztazích k dalším objektům apod. Na rozdíl od kvalitativního výzkumu tedy nevytváříme nové hypotézy.

Z možných metod kvantitativního výzkumu jsme zvolili **dotazníkové šetření**. Chráska (2016, s. 158) říká, že dotazník je „*soustava předem připravených a pečlivě formulovaných otázek, které jsou promyšleně seřazeny a na které dotazovaná osoba (respondent) odpovídá písemně.*“

Pro účely našeho výzkumu byl vytvořen anonymní dotazník určený pro studenty středních škol 3. a 4. ročníků oboru sociální činnost. Dotazník obsahuje uzavřené, polouzavřené, otevřené otázky a hodnotící škály.

Dotazník je strukturován následovně:

Demografické údaje (věk, pohlaví)

- *Položky v dotazníku 1. – 2.*

Orientace v základní terminologii v oblasti umírání a smrti

- *Položky v dotazníku 3. – 8.*

Hodnocení vlastní informovanosti v oblasti umírání a smrti

- *Položky v dotazníku 9. – 11.*

Přínosnost vzdělávání v oblasti umírání a smrti z pohledu studentů

- *Položky v dotazníku 12. – 13.*

Motivace studentů ke vzdělávání se v oblasti umírání a smrti

- *Položky v dotazníku 14. – 15.*

Hodnocení vlastní připravenosti a využití teoretických znalostí pro setkání s umírajícím člověkem

- *Položky v dotazníku 16. – 19.*

Hodnocení aktuální výuky v oblasti umírání a smrti

- *Položky v dotazníku 20. – 25.*

4.4 Výzkumný soubor

4.4.1 Základní výzkumný soubor

Základním výzkumným souborem jsou studenti středních škol, studující obor Sociální činnost ve školním roce 2019/2020. Počet středních škol, na kterých se v školním roce 2019/2020 obor sociální činnost vyučuje, je 72.

4.4.2 Výběrový soubor

Výběrový soubor byl vybrán záměrným výběrem. Osloveny byly školy, na kterých je možnost studovat obor Sociální činnost v rámci denního studia a které ve školním roce 2019/2020 vyučují 3. nebo 4. ročník tohoto oboru, případně oba. Určení těchto dvou ročníků je z toho důvodu, že v nižších ročnících se obvykle neuskutečňuje odborná praxe.

Respondenti studující tyto ročníky mají navíc za sebou už minimálně dva roky studia na střední škole, během kterého se mohli setkat s edukací v oblasti umírání a smrti. Celkově bylo osloveno 57 škol, z čehož 19 souhlasilo s realizací výzkumu. Závěrečný počet škol, z kterých se alespoň jeden student zúčastnil dotazníkového šetření bylo 13. Počet studentů, kteří se výzkumu zúčastnili, je 135.

V níže uvedené tabulce uvádíme zúčastněné školy a počty respondentů.

Tabulka 1 Přehled škol

Název školy	Počet respondentů
Střední odborná škola sociální svaté Zdislavy Praha 2	20
Střední zdravotnická škola Praha 10	2
Střední škola hospodářská a lesnická Frýdlant	22
Střední odborná škola Drtinova Praha 5	24
SOS energetická a stavební, Obchodní akademie a Střední zdravotnická škola Chomutov	2
Střední lesnická škola a SOS Šluknov	3
Střední škola zdravotnická a sociální Chrudim	3
Integrovaná střední škola Moravská Třebová	10
Střední zdravotnická škola Brno, Jaselská	3
Střední škola prof. Zdeňka Matějčka, Ostrava-Poruba	28
Střední škola, Havířov-Prostřední Suchá	12
Evangelická Akademie Praha 4	5
Střední odborná škola Čelákovice	1
Celkem	135

Zdroj: vlastní zpracování

V první části dotazníku jsme zjišťovali demografické údaje o respondentech. Co se týče pohlaví, z celkového počtu 135 respondentů se zúčastnilo 119 (88,15 %) žen a 16 (11,85 %) mužů. Mezi respondenty tedy jasně převládají ženy.

Tabulka 2 Pohlaví respondentů

Pohlaví	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Žena	119	88,15
Muž	16	11,85
Celkem	135	100

Zdroj: vlastní zpracování

Dále jsme zjišťovali aktuálně studovaný ročník respondentů. Dotazník byl určen pouze pro studenty 3. a 4. ročníků. Mezi respondenty je větší počet studentů 3. ročníků, a to 91 (67,41 %) oproti 4. ročníku, kde počet tvoří 44 (32,59 %) studentů.

Tabulka 3 Studovaný ročník respondentů

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
3. ročník	91	67,41
4. ročník	44	32,59
Celkem	135	100

Zdroj: vlastní zpracování

4.5 Realizace výzkumu

Vlastnímu výzkumu předcházela předvýzkum, kdy byl dotazník předložen k vyplnění pěti náhodně vybraným studentům v přibližném věku ostatních respondentů. Cílem předvýzkumu bylo zjistit případnou nesrozumitelnost otázek či problém s jejich zodpovězením.

Dotazník byl vytvořen na webu survio.com, přes který ho i respondenti zodpovídali. Rozeslán byl prostřednictvím e-mailové komunikace rozeslán vedení vybraných škol nebo členům pedagogického sboru a ti dotazník dále distribuovali studentům.

Výzkumné šetření se uskutečnilo v měsících březem a duben 2020.

5 ANALÝZA DAT

V této kapitole se budeme zabývat analýzou dat získaných během našeho výzkumu. Data podrobněji zobrazíme pomocí tabulek a grafů vytvořených v programu Excel. Zároveň je doplníme o komentář pro lepší doplnění informací o získaných výsledcích.

Jak už jsme zmínili, v první části dotazníku jsme zjišťovali demografické údaje o respondentech, konkrétně pohlaví a studovaný ročník

Další část se zaměřila na orientaci studentů v základní terminologii vztahující se k tématu umírání a smrti. Nejprve jsme zjišťovali, zda se studenti s vybranými pojmy setkali během jejich studia. Poté jsme je požádali, aby pojem stručně charakterizovali a v případě, že nevěděli, co daný pojem znamená, aby se o to alespoň pokusili.

Setkal/a jste se při studiu s pojmem hospic?

První, na co jsme se respondentů ptali, byl pojem **hospic**. Nejprve měli určit, zda se s tímto pojmem během studia setkali. Na výběr měli z odpovědí ano a ne. Všech **135 (100 %)** respondentů uvedlo, že se s tímto termínem setkali

Pokuste se tento pojem stručně charakterizovat.

Dále se měli tedy pokusit pojem v otevřené otázce stručně charakterizovat. V případě, že se s pojmem nesetkali, požádali jsme je, aby napsali, co si myslí, že slovo hospic znamená. Jednotlivé odpovědi jsme poté kategorizovali do 11 kategorií. Nejvíce respondentů uvedlo, že se jedná o zařízení pro nevléčitelně nemocné, a to 40 (29,63 %). Druhou nejvíce zastoupenou odpovědí bylo, že jde o zařízení pro umírající. Odpovědělo tak 31 (22,96 %) respondentů. Další odpovědi, vyskytující se v menším počtu byli např. zařízení poskytující paliativní péči (8,15 %), sociální zařízení pro nevléčitelně nemocné (7,41 %), místo pro důstojné umírání (7,41 %) nebo zařízení pro těžce nemocné (6,67 %). Pouze 3 (2,22 %) respondenti nevěděli, jak otázku zodpovědět.

Tabulka 4 Kategorie odpovědí k charakteristice pojmu hospic

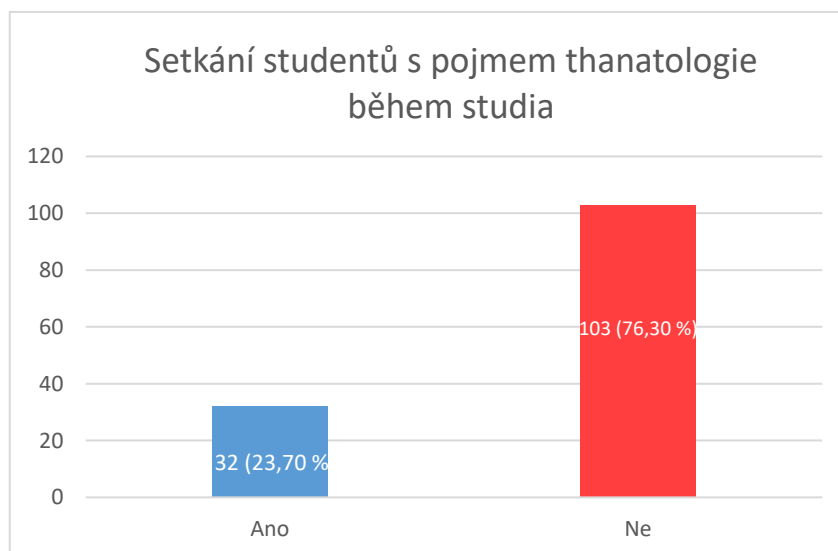
Kategorie odpovědí	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Zařízení pro nevyléčitelně nemocné	40	29,63
Zařízení pro umírající	31	22,96
Zařízení poskytující paliativní péči	11	8,15
Soc. zařízení pro nevyléčitelně nemocné	10	7,41
Místo pro důstojné umírání	10	7,41
Zařízení pro těžce nemocné	9	6,67
Pro ty, kteří se o sebe nedokážou postarat	6	4,44
Zdravotnické zařízení	6	4,44
Zařízení pro staré	5	3,71
Zařízení pro onkologicky nemocné	4	2,96
Nevím	3	2,22
Celkem	135	100

Zdroj: vlastní zpracování

Setkal/a jste se při studiu s pojmem thanatologie?

Další z pojmů, který se v dotazníku objevil, byla thanatologie. Respondenti opět měli vybrat z odpovědí ano či ne na otázku, zda se s tímto termínem setkali během studia. Na rozdíl od předchozího pojmu, tady už odpovědi nebyli tak jednoznačné. Z 135 respondentů jich 32 (23,70 %) odpovědělo ano, naopak odpověď ne zvolilo 103 respondentů (76,30 %), tedy většina.

Graf 1 Setkání studentů s pojmem thanatologie během studia



Zdroj: vlastní zpracování

Pokuste se tento pojem stručně charakterizovat.

Následně jsme respondenty požádali, aby charakterizovali vybraný pojem, tedy thanatologii. V dotazníku bylo opět uvedeno, že pokud tento pojem neznají, aby napsali, co si myslí, že může znamenat.

Odpovědi jsme kategorizovali do 8 kategorií, uvedené v tabulce. Ze 135 respondentů jich 57 (42,22 %) nevědělo, jak pojem charakterizovat. Z odpovědí, kde byl pojem nějak charakterizován, bylo nejčastěji uvedeno, že se jedná o vědu o umírání a smrti. Odpovědělo tak 38 respondentů (28,15 %). Druhou nejčastější odpovědí bylo, že thanatologie je nauka o smrti. Tuto odpověď uvedlo 13 respondentů (9,63 %). Další odpovědi byli např. něco o smrti (8,89 %), věda o něčem (4,45 %) nebo věda o nemocech (2,22 %).

Tabulka 5 Kategorie odpovědí k charakteristice pojmu thanatologie

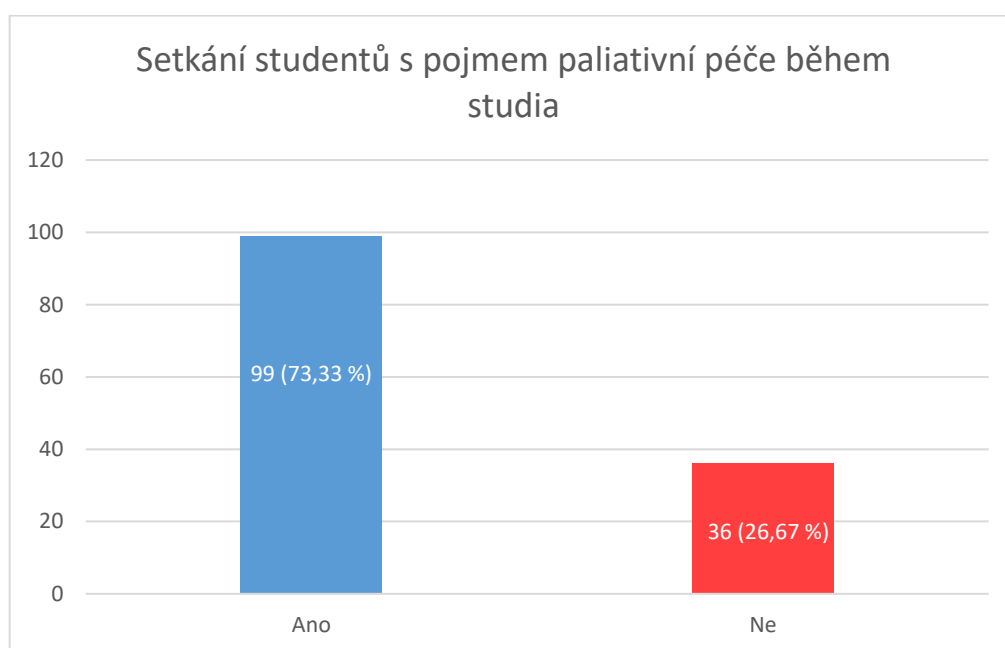
Kategorie odpovědí	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Věda o umírání a smrti	38	28,15
Nauka o smrti	13	9,63
Něco o smrti	12	8,89
Věda o něčem	6	4,45
Nauka o péči o umírající	4	2,96
Věda o nemocech	3	2,22
Něco spojené se seniory	2	1,48
Nevím	57	42,22
Celkem	135	100

Zdroj: vlastní zpracování

Setkal/a jste se během studia s pojmem paliativní péče?

Poslední pojem, na který jsme se v dotazníku zaměřili, byla paliativní péče. I v tomto případě respondenti vybírali z odpovědí ano nebo ne na otázku, jestli se s tímto pojmem setkali během studia. 99 (73,33 %) respondentů zvolilo odpověď ano, tedy že se s pojmem během studia setkali. Naopak 36 (26,67 %) respondentů uvedlo, že se s pojmem během studia neseťkali.

Graf 2 Setkání studentů s pojmem paliativní péče během studia



Zdroj: vlastní zpracování

Pokuste se tento pojem stručně charakterizovat.

I při pojmu paliativní péče jsme v dotazníku studenty požádali, aby se pokusili tento pojem stručně charakterizovat. Opět jsme uvedli, že pokud se s pojmem dříve neseťkali, aby napsali, co si myslí, že znamená.

Odpovědi jsme následně kategorizovali a vytvořili 9 kategorií. Nejvíce zastoupenou odpovědí bylo, že se jedná o péči o nevléčitelně nemocné. Takto odpovědělo 44 (32,59 %) respondentů. Druhou nejčastější, kdy tuto definici uvedlo 28 (20,74 %) respondentů, bylo, že jde o péči o umírající. 21 (15,56 %) respondentů nevědělo, jak termín paliativní péče charakterizovat.

Tabulka 6 Kategorie odpovědí k charakteristice pojmu paliativní péče

Kategorie odpovědí	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Péče o nevléčitelně nemocné	44	32,59
Péče o umírající	28	20,74
Zmírnění příznaků nemoci	12	8,89
Péče o nemocné	11	8,15
Jiná péče	10	7,41
Péče orientovaná na kvalitu života	6	4,44
Oddělení v zdrv. zařízení pro umírající	2	1,48
Péče o rodinu zemřelého	1	0,74
Nevím	21	15,56
Celkem	135	100

Zdroj: vlastní zpracování

Jak hodnotíte své teoretické znalosti týkající se umírání a smrti?

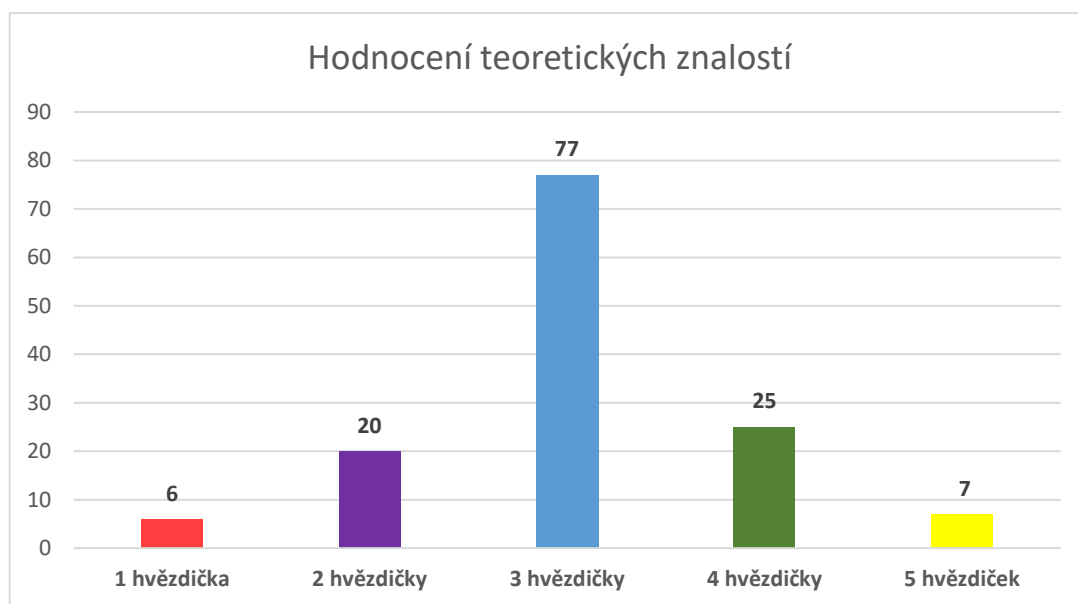
Následující část dotazníku se zaměřila na to, jak studenti hodnotí své teoretické znalosti v oblasti umírání a smrti. Na tuto otázku zodpovídali pomocí hodnotící škály vyznačené pěti hvězdičkami. V dotazníku bylo uvedeno pro lepší představivost, že hodnocení jednou hvězdičkou znamená nedostatečné znalosti, a naopak hodnocení pěti hvězdičkami představuje naprosto dostačující znalosti. Ze 135 studentů více jak polovina, konkrétně 77 (57,04 %) hodnotilo své teoretické znalosti třemi hvězdičkami, takže je označili za průměrné. Druhý nejvyšší počet studentů, 25 (18,52 %), se zhodnotili čtyřmi hvězdičkami, tedy si nemyslí, že jsou jejich znalosti naprosto dostačující, ale hodnotí se nadprůměrně. Jako podprůměrné své znalosti zhodnotilo 20 studentů (14,81 %). Jako naprosto dostatečné ohodnotilo své znalosti 7 studentů (5,19 %) a jako nedostatečné 6 studentů (4,44 %).

Tabulka 7 Hodnocení teoretických znalostí

Hodnocení	Relativní četnost	Absolutní četnost (%)
1 hvězdička	6	4,44
2 hvězdičky	20	14,81
3 hvězdičky	77	57,04
4 hvězdičky	25	18,52
5 hvězdiček	7	5,19
Celkem	135	100

Zdroj: vlastní zpracování

Graf 3 Hodnocení teoretických znalostí



Zdroj: vlastní zpracování

V které oblasti byste ocenil/a více informací?

Dále jsme se respondentů dotazovali, v jaké oblasti, týkající se umírání a smrti, by ocenili dostávat více informací. Na výběr měli devět možností, s tím, že jedna z nich byla, že v žádné, a jedna označená jako „jiné“, kde mohli vepsat svou vlastní odpověď, pokud požadovanou oblast nenašli v našem výčtu. Respondenti mohli u této otázky označit libovolný počet odpovědí, proto součet odpovědí přesahuje velikost výzkumného souboru.

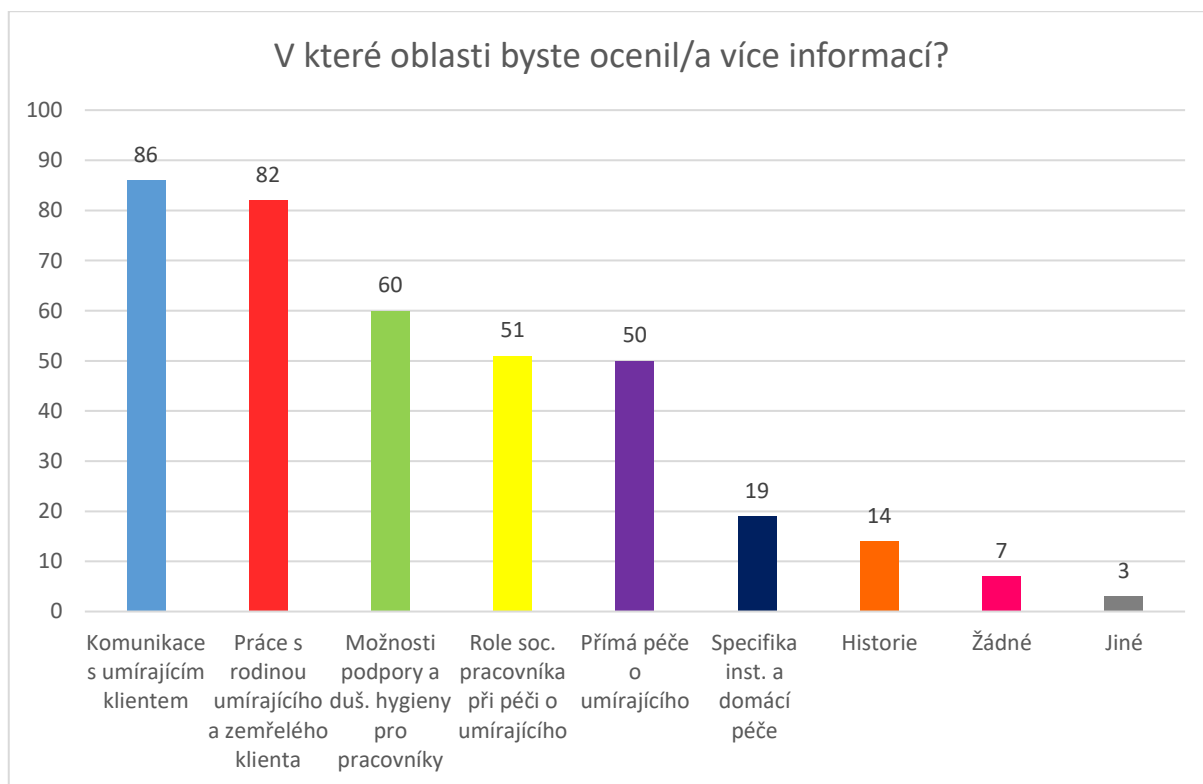
Dle odpovědí můžeme vidět, že nejvíce by studenti ocenili více informací o komunikaci s umírajícím klientem, odpověď vybralo 86 (63,70 %) studentů. Druhou nejčastější odpovědí, kterou zvolilo 82 (60,74 %) studentů byla práce s rodinou umírajícího a zemřelého klienta. Často se objevovala i odpověď možnosti podpory a duševní hygieny pro pracovníky, kteří pracují s umírajícím klientem, konkrétně v počtu 60 (44,44 %). Nejméně studenti volili oblast historie, a to v počtu 14 (10,37 %). Možnost, že v žádné oblasti nepotřebují více informací, zvolilo 7 (5,19 %) studentů.

Tabulka 8 V které oblasti byste ocenil/a více informací?

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Komunikace s umírajícím klientem	86	63,7
Práce s rodinou umírajícího a zemřelého klienta	82	60,74
Možnosti podpory a duš. hygieny pro pracovníky	60	44,44
Role soc. pracovníka při péči o umírajícího	51	37,78
Přímá péče o umírajícího	50	37,04
Specifika inst. a domácí péče	19	14,07
Historie	14	10,37
Žádné	7	5,19
Jiné	3	2,22

Zdroj: vlastní zpracování

Graf 4 V které oblasti byste ocenil/a více informací?



Zdroj: vlastní zpracování

Dohledával/a jste si někdy o této oblasti více informací sám/a?

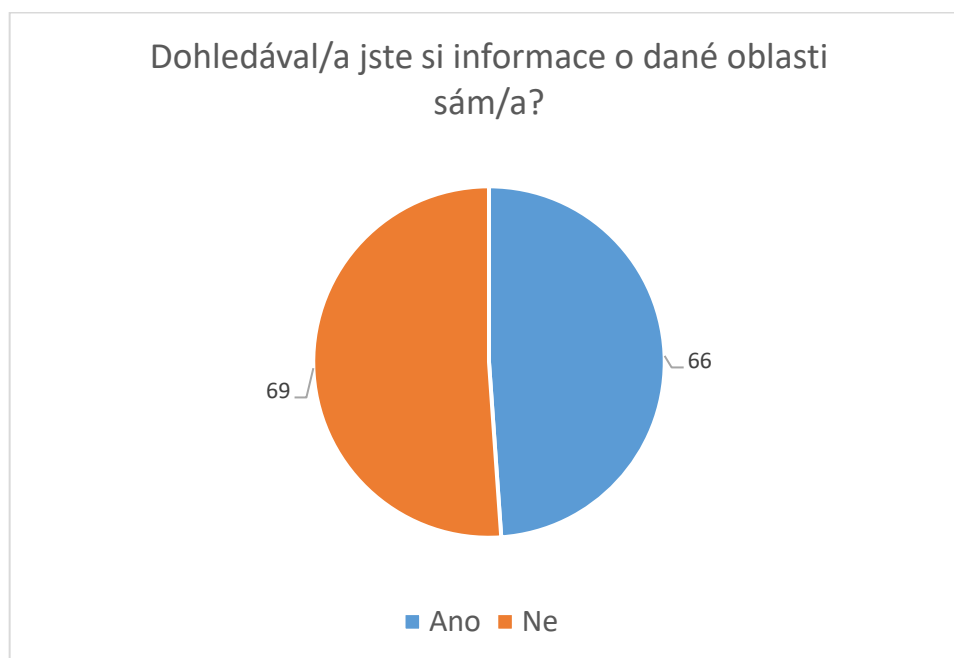
Následující položka dotazníku navazovala na předcházející, kdy respondenti volili, o které oblasti z tématu umírání a smrti by se chtěli dozvědět více informací. V této otázce jsme se chtěli dozvědět, jestli si někdy o dané oblasti dohledávali informace sami. Na výběr měli z odpovědí ano a ne. Výsledky byly poměrně vyrovnané, což znázorňuje i graf níže. Podle odpovědí si informace dohledávalo 66 respondentů (48,89 %) a jen o tři více, tedy 69 (51,11 %) si informace nikdy nedohledávalo.

Tabulka 9 Dohledávání informací

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	66	48,89
Ne	69	51,11
Celkem	135	100

Zdroj: vlastní zpracování

Graf 5 Dohledávání informací



Zdroj: vlastní zpracování

Považujete vzdělávání v oblasti umírání a smrti za přínosné?

Nyní jsme se respondentů dotazovali, zda shledávají vzdělávání se v oblasti umírání a smrti za přínosné, či nikoliv. Na výběr měli z odpovědí ano a ne. Většina studentů, konkrétně 124 (91,85 %) si myslí, že vzdělávání v oblasti umírání a smrti je přínosné. Pouze 11 studentů (8,15 %) neshledává toto vzdělávání za přínosné.

Tabulka 10 Přínosnost vzdělávání v oblasti umírání a smrti

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	124	91,85
Ne	11	8,15
Celkem	135	100

Zdroj: vlastní zpracování

Graf 6 Přínosnost vzdělávání v oblasti umírání a smrti



Zdroj: vlastní zpracování

V čem vidíte největší přínos vzdělávání se v oblasti umírání a smrti?

V návaznosti na předchozí zjišťování jsme se dotázali, v čem respondenti spatřují největší přínos vzdělávání se v oblasti umírání a smrti. Respondenti, kteří na předchozí otázku odpověděli ne, tedy že neshledávají vzdělání se v této oblasti za přínosné, byli zároveň upozorněni, aby tuto otázku přeskočili.

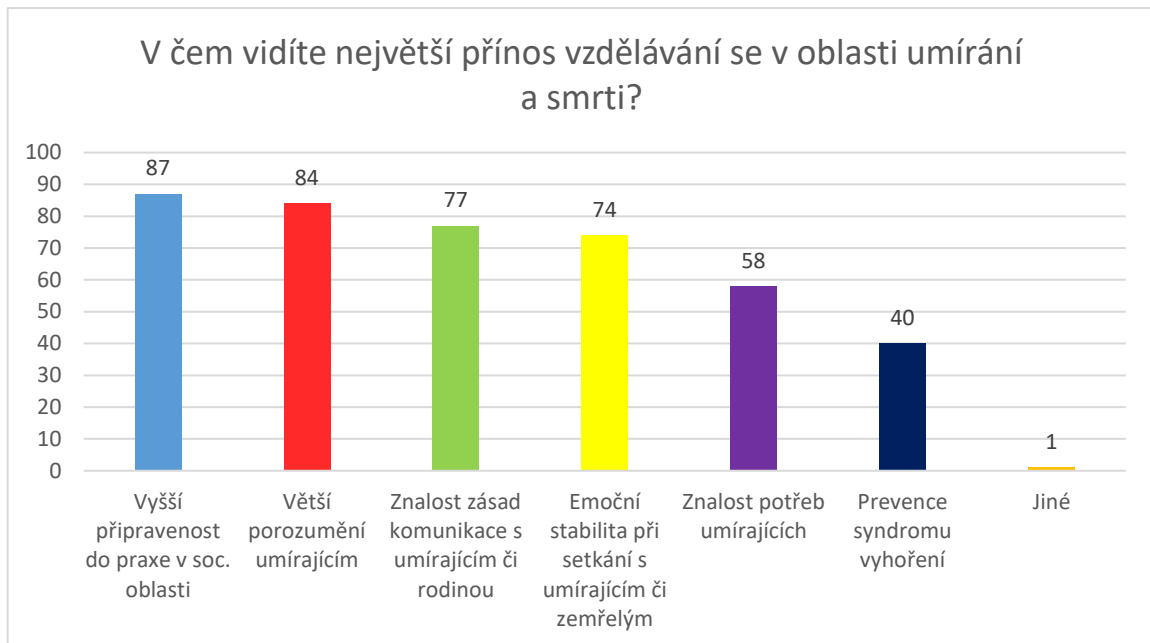
Na výběr bylo ze sedmi možností, přičemž jedna s označením „jiné“ dávala možnost otevřené odpovědi, pokud si respondenti nevybrali z nabízených možností. Zároveň mohli označit libovolný počet odpovědí. První dvě nejvíce volené odpovědi označil téměř stejný počet respondentů. Možnost celková vyšší připravenost do praxe v sociální oblasti byla zvolena 87 studenty (64,44 %) a možnost větší porozumění umírajícím 84 studentů (62,22 %). Druhou nejméně volenou odpovědí byla znalost potřeb umírajících – zvolilo ji 58 studentů (42,96 %). Nejméně studenti vidí přínos v prevenci syndromu vyhoření, konkrétně 40 studentů (29,63 %). Možnost napsat svou odpověď využil jeden respondent, který viděl přínos v připravenosti na smrt svých blízkých.

Tabulka 11 Oblasti přínosnosti vzdělávání

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Vyšší připravenost do praxe v soc. oblasti	87	64,44
Větší porozumění umírajícím	84	62,22
Znalost zásad komunikace s umírajícím či rodinou	77	57,04
Emoční stabilita při setkání s umírajícím či zemřelým	74	54,81
Znalost potřeb umírajících	58	42,96
Prevence syndromu vyhoření	40	29,63
Jiné	1	0,74

Zdroj: vlastní zpracování

Graf 7 Oblasti přínosnosti vzdělávání



Zdroj: vlastní zpracování

Motivuje vás něco pro vzdělávání v oblasti umírání a smrti?

Následující položka dotazníku mapovala motivaci studentů k vzdělávání se v oblasti umírání a smrti. Ptali jsme se, zda je něco k tomuto vzdělávání motivuje. Na výběr měli z možností „ano“ „ne“. 42 (31,11 %) respondentů odpovědělo, že cítí motivaci. Zbývajících 93 (68,89 %) zvolilo možnost ne.

Graf 8 Motivace ke vzdělávání



Zdroj: vlastní zpracování

V případě, že odpověděli ano, byli následně požádáni, aby napsali, co je k vzdělávání motivuje. Odpovědi jsme následně kategorizovali do šesti kategorií. Téměř shodně studentů, 15 (35,71 %) a 14 (33,33 %) odpovědělo, že jejich motivací jsou získané vědomosti, které využijí posléze v praxi a smrt v rodině nebo jejich blízkém okolí. 5 (11,91 %) respondentů označilo za motivaci zkušenost, kterou získali na odborné praxi. Myšlenky na vlastní smrtelnost označili za motivaci 4 (9,52 %) respondenti. 3 (7,14 %) uvedli, že je motivuje zájem o tuto problematiku a 1 (2,39 %) respondent uvedl jako svou motivaci školu.

Tabulka 12 Kategorie odpovědí pro motivaci ke vzdělávání

Kategorie odpovědí	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Vědomosti, které využijí v praxi	15	35,71
Smrt v rodině/okolí	14	33,33
Zkušenost z praxe	5	11,91
Myšlenky na vlastní smrtelnost	4	9,52
Vlastní zájem	3	7,14
Škola	1	2,39
Celkem	42	100

Zdroj: vlastní zpracování

Co by podle vás zvýšilo motivaci studentů k vzdělávání v oblasti umírání a smrti?

I v rámci další položky dotazníku jsme se věnovali tématu motivace studentů ke vzdělávání v oblasti umírání a smrti. Formou otevřené otázky jsme se respondentů zeptali, co si myslí, že by zvýšilo motivaci studentů. Odpovědi jsme následně kategorizovali do sedmi kategorií. Nejčastější odpovědí bylo „nevím“. Takto odpovědělo 40 (29,63 %) respondentů. Druhou nejčastější odpovědí bylo, že motivaci by mohli zvýšit „zkušenosti, praxe“. Odpovědělo tak 34 (25,19 %) respondentů. Dále se objevil názor, že pomůže „uvědomění si, že jde o přirozenou věc“, který mělo 16 (11,85 %) respondentů. Shodný počet 15 (11,11 %) respondentů uvedlo, že ke zvýšení motivace by pomohla „vyšší informovanost“ a „více přednášek, exkurzí“.

Tabulka 13 Kategorie odpovědí pro zvýšení motivace

Kategorie odpovědí	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Zkušenost, praxe	34	25,19
Uvědomění si, že jde o přirozenou věc	16	11,85
Větší informovanost	15	11,11
Více přednášek, exkurzí	15	11,11
Pocit, že tím pomůžeme klientům	12	8,89
Vyšší finanční ohodnocení	3	2,22
Nevím	40	29,63
Celkem	135	100

Zdroj: vlastní zpracování

Jak hodnotíte svou připravenost na setkání s umíráním a smrtí v odborné praxi?

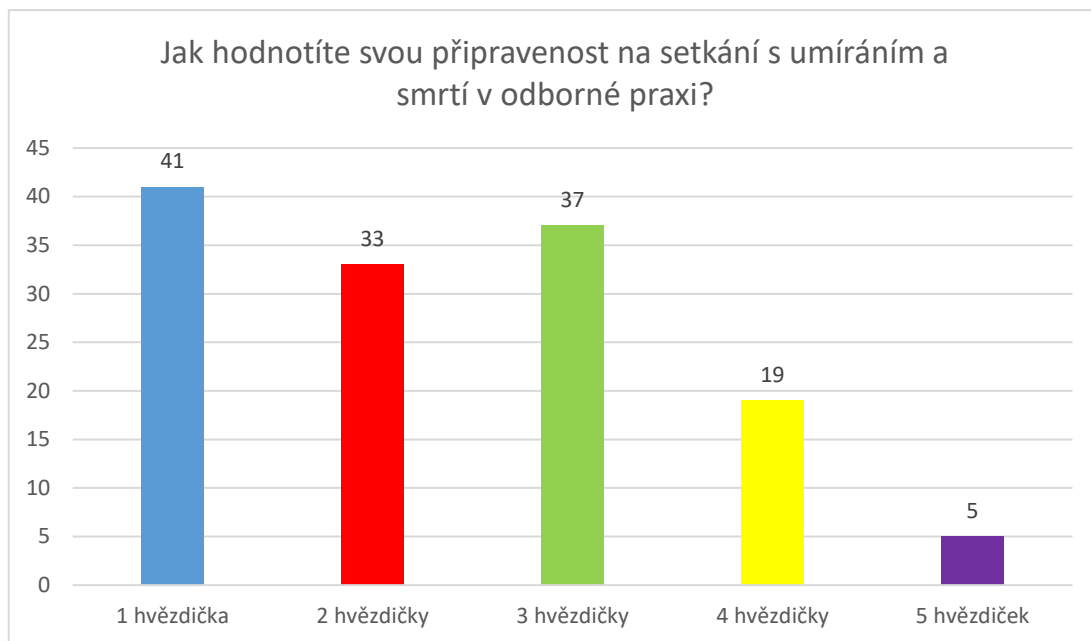
Dále jsme požádali studenty, aby ohodnotili svoji připravenost na to, že se v odborné praxi setkají s umírajícím či zemřelým klientem. V tomto případě zodpovídali pomocí hodnotící škály vyznačené pěti hvězdičkami. V dotazníku bylo uvedeno pro lepší představivost, že hodnocení jednou hvězdičkou znamená nedostatečnou připravenost, a naopak hodnocení pěti hvězdičkami představuje výbornou připravenost. Jak je vidět z tabulky a grafu níže, většina studentů ohodnotila svou připravenost za průměrnou až podprůměrnou. Nejvíce studentů, 41 (30,37 %), označilo svou připravenost za nedostatečnou. Druhý nejvyšší počet studentů, 37 (27,41 %), ohodnotil svou připravenost třemi hvězdičkami, tedy jako průměrnou. 33 (24,44 %) se v rámci připravenosti ohodnotilo dvěma hvězdičkami. 19 (14,07 %) se ohodnotilo čtyřmi hvězdičkami a pouhých 5 (3,71 %) studentů se označilo za výborně připravené.

Tabulka 14 Připravenost na setkání s umíráním a smrtí

Hodnocení	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
1 hvězdička	41	30,37
2 hvězdičky	33	24,44
3 hvězdičky	37	27,41
4 hvězdičky	19	14,07
5 hvězdiček	5	3,71
Celkem	135	100

Zdroj: vlastní zpracování

Graf 9 Přípravenost na setkání s umíráním a smrtí



Zdroj: vlastní zpracování

Setkal/a jste se na praxi s umírajícím či zemřelým klientem?

Tato položka dotazníku zjišťovala, zda se respondenti během odborné praxe setkali s umírajícím či zemřelým klientem. Více než polovina respondentů, konkrétně 93 (68,89 %) se s takovým klientem neseťkala. 42 (31,11 %) respondentů, se s umírajícím či zemřelým klientem na praxi naopak setkali.

Tabulka 15 Setkání s umírajícím či zemřelým klientem

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	42	31,11
Ne	93	68,89
Celkem	135	100

Zdroj: vlastní zpracování

Měl/a jste pocit, že jste v této situaci uplatnil/a znalosti získané během studia?

V návaznosti na předchozí zjišťování jsme se těch studentů, kteří uvedli, že se na praxi setkali s umírajícím či zemřelým klientem, zeptali, zda si myslí, že v této situaci využili nějaké znalosti získané během studia. Respondenti, kteří odpovídali na minulou otázku ne, byli upozorněni, aby tuto přeskočili. Výsledky byly velmi vyrovnané. 22 (52,38 %) uvedlo, že znalosti získané během studia u takového klienta uplatnili, 20 (47,62 %) odpovědělo naopak, že ne.

Tabulka 16 Využití znalostí

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	22	52,38
Ne	20	47,62
Celkem	42	100

Zdroj: vlastní zpracování

Graf 10 Využití znalostí

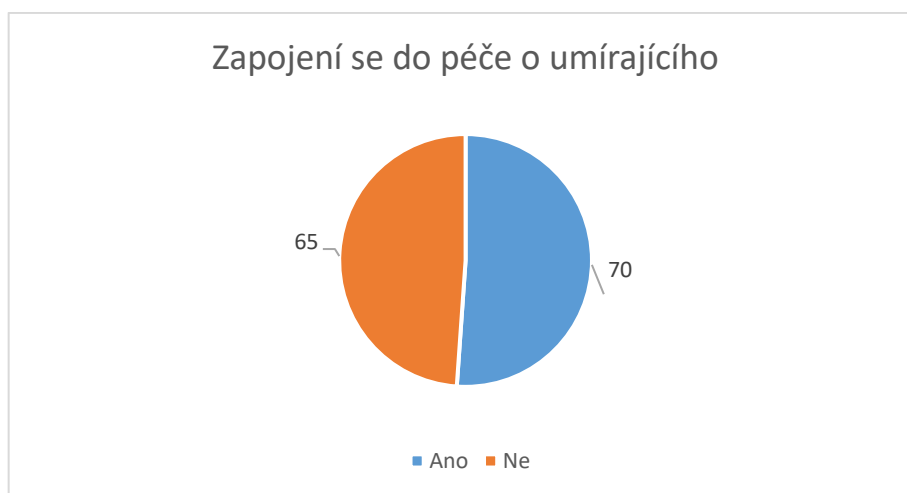


Zdroj: vlastní zpracování

Chtěl/a byste mít možnost zapojit se během praxe do péče o umírající klienty?

Dále jsme zjišťovali, zdali by se studenti chtěli během vykonávání odborné praxe zapojit do péče o umírající klienty. Výsledky byli vcelku vyrovnané. 70 (51,85 %) odpovědělo, že ano a naopak 65 (48,15 %) se do péče zapojit nechce.

Graf 11 Zapojení se do péče o umírajícího



Zdroj: vlastní zpracování

Ti, kteří odpověděli záporně, byli požádáni, aby uvedli důvod záporné odpovědi. Uvedené důvody jsme následně kategorizovali a vytvořili 6 kategorií. Nejčastěji udávaným důvodem, který uvedlo 40 (60,61 %) respondentů, byla psychická náročnost procesu péče o umírajícího člověka. Dalších 10 (15,15 %) respondentů se zatím necítí připraveno a 7 (10,61 %) uvádělo, že cítí strach. 4 (6,06 %) uvedli, že nemají o takový druh péče zájem.

Tabulka 17 Kategorie odpovědí pro zapojení se do péče o umírajícího

Kategorie odpovědí	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Psychická náročnost	40	60,61
Necítím se připraven/a	10	15,15
Strach	7	10,61
Nemám o to zájem	4	6,06
Předchozí zkušenost	3	4,55
Jen určitá cílová skupina	1	1,51
Nevyplnil	1	1,51
Celkem	66	100

Zdroj: vlastní zpracování

Jak hodnotíte informace o tématu umírání a smrti získané během výuky?

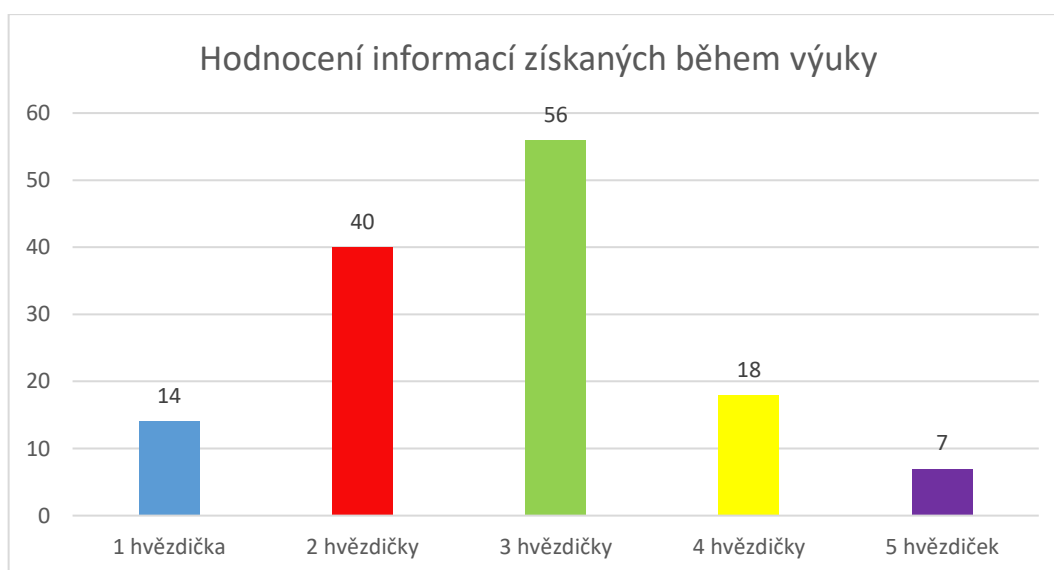
Nyní jsme zjišťovali, jak studenti hodnotí informace, které o tématu umírání a smrti získali během dosavadní výuky. Využita byla opět hodnotící škála formou pětistupňového hvězdičkového hodnocení. V dotazníku bylo pro lepší představivost uvedeno, že jedna hvězdička značí nedostatečné informace a pět hvězdiček naopak naprosto dostačující informace. Získané informace označilo 14 (10,37 %) studentů za nedostatečné. Více, konkrétně 40 (29,63), hodnotila dvěma hvězdičkami. Nejvíce označované hodnocení bylo tři hvězdičkové, tedy průměrné, a to v počtu 56 (41,48 %). Méně studentů, 18 (13,33 %) ohodnotilo získané informace čtyřmi hvězdičkami a nejméně voleným hodnocením bylo pět hvězdiček, které vybralo pouze 7 (5,19 %) studentů.

Tabulka 18 Hodnocení informací získaných během výuky

Hodnocení	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
1 hvězdička	14	10,37
2 hvězdičky	40	29,63
3 hvězdičky	56	41,48
4 hvězdičky	18	13,33
5 hvězdiček	7	5,19
Celkem	135	100

Zdroj: vlastní zpracování

Graf 12 Hodnocení informací získaných během výuky



Zdroj: vlastní zpracování

Chtěl/a byste, aby se ve výuce věnovalo více času tématu umírání a smrti?

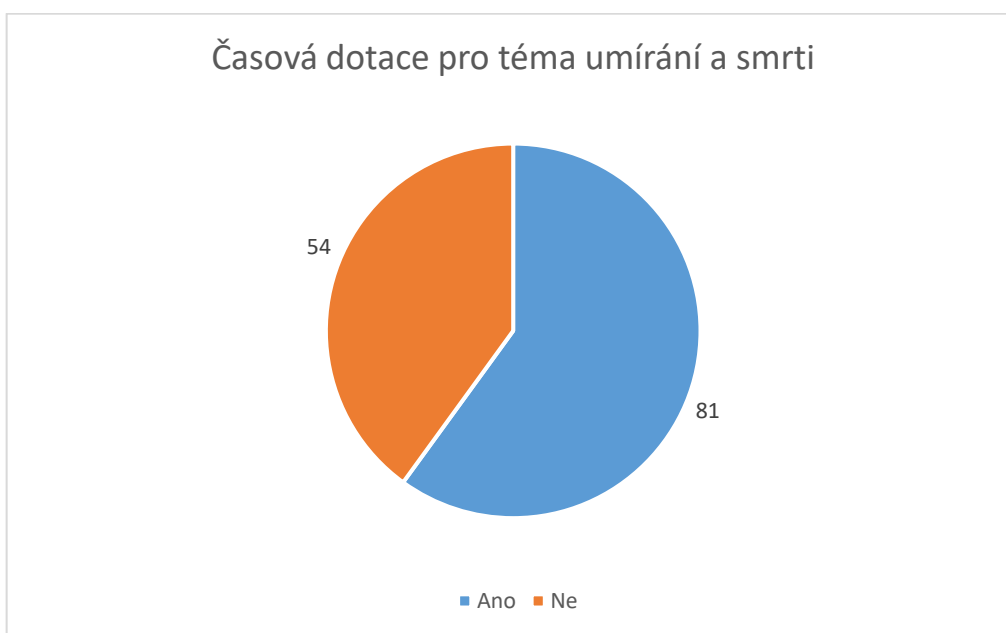
Dále nás zajímalo, zda by studenti ocenili, kdyby se tématu umírání a smrti věnovalo více času, nebo je pro ně aktuální časová dotace dostačující. 81 (60,00 %) studentů uvedlo, že by chtěli, aby se tématu věnovalo v rámci výuky více času. 54 (40,00 %) jich naopak odpovědělo, že nechtějí.

Tabulka 19 Časová dotace pro téma umírání a smrti

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	81	60,00
Ne	54	40,00
Celkem	135	100

Zdroj: vlastní zpracování

Graf 13 Časová dotace pro téma umírání a smrti



Zdroj: vlastní zpracování

Jste spokojen/a s tím, jakou formou probíhá výuka o tomto tématu?

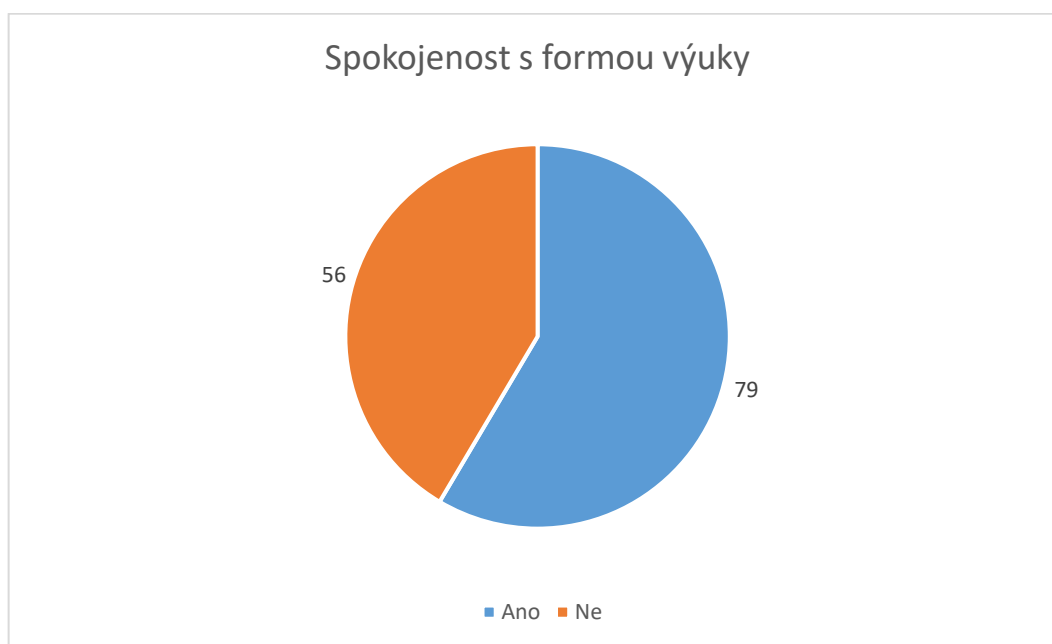
Kromě časové dotace jsme se zaměřili i na formu, jakou výuka o umírání a smrti probíhá, a zda jsou s ní studenti spokojeni. V tomto případě uvedlo 79 (58,52 %) studentů, že s formou výuky jsou spokojeni a 56 (41,48 %) odpovědělo, že nejsou.

Tabulka 20 Spokojenost s formou výuky

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	79	58,52
Ne	56	41,48
Celkem	135	100

Zdroj: vlastní zpracování

Graf 14 Spokojenost s formou výuky

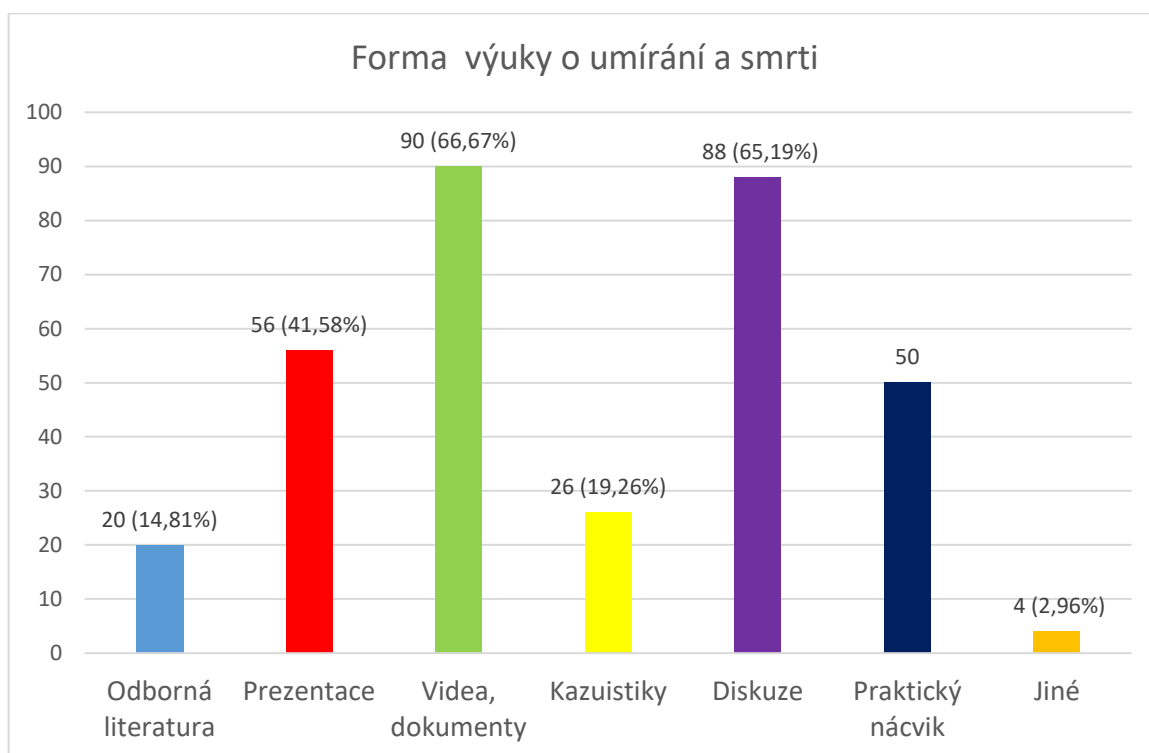


Zdroj: vlastní zpracování

Jakou formou byste se chtěl/a dozvědět informace o daném tématu?

V návaznosti na předchozí položku v dotazníku jsme se studentů zeptali, jakou formou by chtěli, aby jim byli informace o tématu umírání předávány. Na výběr měli šest možností, případně mohli zvolit sedmou, formu otevřené otázky, pokud si z nabízených variant nevybrali. Respondenti mohli u této otázky označit libovolný počet odpovědí, proto součet odpovědí přesahuje velikost výzkumného souboru. Nejvíce preferovaný způsob je dle odpovědí formou videí a různých dokumentů, kterou zvolilo 90 (66,67 %) studentů. V těsném závěsu s počtem 88 (65,19 %) odpovědí je forma diskuse. Velmi podobně je preferována forma prezentace s počtem 56 (41,58 %) odpovědí. Nejméně volená byla forma prostřednictvím odborné literatury, kterou si vybralo 20 (14,81 %) studentů.

Graf 15 Forma výuky o umírání a smrti



Zdroj: vlastní zpracování

Ocenili byste, kdybyste získávali informace i od odborníků z praxe?

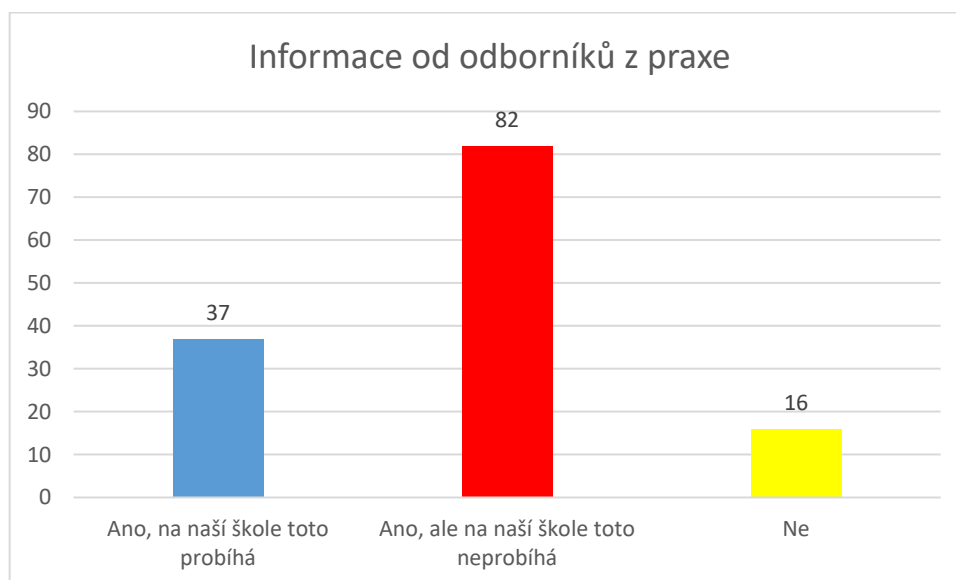
Dále jsme se dotazovali studentů, jestli by v rámci výuky o umírání a smrti přivítali informace od odborníků z praxe, jako různé přednášky od pracovníků specializujících se na péči o umírající, exkurze do hospicových zařízení apod. Největší počet studentů, konkrétně 82 (60,74 %) uvedlo, že by takovou možnost přivítali, ale na jejich škole nic podobného neprobíhá. 37 studentů (27,41 %) také odpovědělo kladně, ale zároveň uvedli, že na jejich škole toto probíhá. 16 (11,85 %) by takovou možnost neuvítalo.

Tabulka 21 Informace od odborníků z praxe

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano, na naší škole toto probíhá	37	27,41
Ano, ale na naší škole toto neprobíhá	82	60,74
Ne	16	11,85
Celkem	135	100

Zdroj: vlastní zpracování

Graf 16 Informace od odborníků z praxe



Zdroj: vlastní zpracování

Je ještě něco, co byste chtěl/a změnit ve vaší výuce v oblasti umírání a smrti?

Poslední položka dotazníku byla otevřenou otázkou a studenti mělo možnost se vyjádřit, jestli je ještě něco, co by chtěli ve své výuce týkající se našeho tématu změnit. 36 studentů mělo k výuce připomínku. 22 z nich uvedlo, že by si přáli, aby se tématem ve výuce více zabývali. 8 studentů si přeje zařadit více praxe než teorie a 4 by zase chtěli změnit přístup pedagoga, který s nimi téma umírání a smrti probírá. Jeden student by si přál, aby se tématem ve výuce zabývalo už na základní škole a rovněž jeden student vyjádřil přání změnit spolužáky, kteří o tomto tématu neradi mluví.

Tabulka 22 Připomínky k výuce

Kategorie odpovědí	Absolutní četnost
Více se tématem zabývat	22
Zařadit více praxe než teorie	8
Změnit přístup pedagoga	4
Zabývat se tématem už na ZŠ	1
Změnit spolužáky	1
Celkem	36

Zdroj: vlastní zpracování

6 INTERPRETACE DAT

V této kapitole se budeme zabývat interpretací analyzovaných dat. Zodpovíme výzkumné otázky a provedeme ověření stanovených hypotéz.

1. HVO: Orientují se studenti v základní terminologii v oblasti umírání a smrti?

K této výzkumné otázce se řadí položky v dotazníku 4,6 a 8. V těchto otázkách jsme zkoumali, zda se studenti orientují v základní terminologii našeho tématu. K tomuto účelu jsme si stanovili tři termíny, na kterých jsme se studentů dotazovali. Byly to pojmy hospic, thanatologie a paliativní péče. Pojmy byli vybrány na základě studia odborné literatury.

Studenty jsme v dotazníku požádali o stručnou charakteristiku daného pojmu. Pokud nevěděli jeho význam, měli se alespoň pokusit odhadnout jeho význam.

Nejprve se zaměříme na pojem hospic. K porovnání si vybereme definici uvedenou v zákoně č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách. Podle něj se hospicem rozumí „*poskytovatel, který poskytuje zdravotní služby nevléčitelně nemocným pacientům v terminálním stavu ve speciálních lůžkových zdravotnických zařízeních hospicového typu nebo ve vlastním sociálním prostředí pacienta.*“ V analýze dat jsme odpovědi studentů kategorizovali do jedenácti kategorií. Nejčastější odpovědi (29,63 %) bylo, že se jedná o zařízení pro nevléčitelně nemocné, zařízení pro umírající (22,96 %) nebo zařízení poskytující paliativní péči (8,15 %). Všechny tyto tvrzení odpovídají definici hospice. Zákon sice nezmiňuje poskytování paliativní péče, nicméně jak jsme uvedli v teoretické části, hospicová a paliativní péče jsou spolu úzce spojené, byť se nejedná o synonyma. Další, méně časté odpovědi byli např. zařízení pro těžce nemocné (6,67 %) zdravotnické zařízení (4,44 %), zařízení pro onkologicky nemocné (2,96 %). Tyto odpovědi sice nekorespondují s úplnou definicí hospice nicméně je z nich zřejmé, že studenti mají představu, co tento termín znamená.

Dalším termínem je thanatologie. Pro srovnání si uvedeme definici od Haškovcové (c2000, s. 142) která říká že jde o vědní obor, který se zabývá smrtí a veškerými fenomény, které se k ní pojí. I v tomto případě jsme během analýzy kategorizovali odpovědi studentů, a to do osmi kategorií. Největší procento studentů (42,22 %) nevědělo, jak pojem definovat a ani se o to nepokusili. Z těch, kteří uvedli nějakou charakteristiku, se nejčastěji vyskytovalo tvrzení, že se jedná o vědu o umírání a smrti (28,15 %). Další často uváděná odpověď byla, že jde o nauku o smrti (9,63 %). Tyto tvrzení odpovídají definici thanatologie. Odpovědi,

kteřé alespoň částečně odpovídali definici, byli, že thanatologie je něco spojeného se smrtí (8,89 %) nebo věda o něčem, kdy studenti nevěděli, o čem konkrétně (4,45 %). Další odpovědi se shodovali jen minimálně, nebo vůbec.

Posledním pojmem byla paliativní péče. Definici opět uvedeme ze zákona č. 372/2011o zdravotních službách. Ten říká, že „*účelem paliativní péče je zmírnění utrpení a zachování kvality života pacienta, který trpí nevléčitelnou nemocí.*“ Odpovědi jsme kategorizovali do devíti kategorií. Studenti nejčastěji odpovídali, že se jedná o péči o nevléčitelně nemocné. (32,59 %) Další častou odpovědí bylo, že jde o péči o umírající. (20,74 %). Objevovali se i odpovědi, které se snažili vystihnout podstatu paliativní péče ve smyslu zmírnění příznaků nemoci (8,89 %) kde studenti hlavně zmiňovali tlumení bolesti a také péče, která je orientovaná na kvalitu života (4,44 %). Jednotlivé charakteristiky byli velmi různorodé, proto jsme odpovědi, kde respondenti paliativní péče definovali jako péči různého druhu, sloučili pod jednu kategorii. V rámci této kategorie se objevovali odpovědi jako hospicová péče, péče o jedince s omezením, přímá péče, následná péče, péče o staré nebo blíže nespecifikovaný druh péče

Orientace napříč termíny je tedy u studentů různá. Dle odpovědí můžeme vidět, že největší procento studentů dokázalo správně, nebo přibližně definovat pojem hospic. Pojem nedefinovalo 2,22 % studentů. Na pomyslné druhé místo bychom mohli umístit pojem paliativní péče. Tady sice nevědělo, jak termín definovat 15,56 % studentů, ovšem velký počet správně vystihl podstatu definice paliativní péče, nebo některý z jejích charakteristických znaků. Thanatologie je pojem, který je studentům nejvíce neznámý. 42,22 % nevedlo žádnou charakteristiku, což je ze všech tří pojmů nejvyšší procento. Ze všech tří pojmů se v tomto případě nejvíce objevovali odpovědi, které se neblížili správné definici.

1.1 DVO: Jsou studenti seznámeni se základní terminologií v oblasti umírání a smrti během výuky?

K hlavní výzkumné otázce jsme stanovili tuto dílčí otázku. Náleží k ní položky v dotazníku 3,5 a 7. V těch jsme se dotazovali studentů, zda se daným termínem (hospic, thanatologie a paliativní péče) setkali během výuky. S pojmem hospic se ve výuce setkalo 100 % studentů. S paliativní péčí se v prostředí školy setkalo 73,33 % a s pojmem thanatologie pouhých 23,70 %.

Z našich uvedených pojmů jsou studenti tedy během výuky nejvíce obeznámeni s pojmem hospic, o něco méně s pojmem paliativní péče a nejméně s pojmem thanatologie. Tyto výsledky korespondují s výsledky hlavní výzkumné otázky č. 1.

2. HVO: Jaký je názor studentů na jejich informovanost v oblasti umírání a smrti?

Druhé hlavní výzkumné otázce náleží položka v dotazníku č. 9. Studenti v rámci této otázky hodnotili své teoretické znalosti v oblasti umírání a smrti na hodnotící škále. Více jak polovina studentů (57,04 %) označila své znalosti za průměrné. Podobný počet studentů je toho názoru, že jsou jejich znalosti nadprůměrné (18,52 %) anebo podprůměrné (14,81 %). Nejmenší počet studentů hodnotil svoji informovanost jako naprosto dostatečnou (5,19 %) a naopak naprosto nedostatečnou (4,44 %).

Vidíme tedy, že názor studentů na jejich informovanost je ve většině případů, že je průměrná a o něco méně nadprůměrná či podprůměrná. Nejvyšším možným hodnocením se sice ohodnotil malý počet studentů, ovšem pozitivní je, že ještě o něco méně jich hodnotilo svoji informovanost jako naprosto nedostatečnou.

2.1 DVO: Jsou oblasti, v kterých studenti pocítují nedostatečnou informovanost?

Tuto dílčí výzkumnou otázku zodpovídá položka v dotazníku č. 10. Studenti volili z devíti nabízených možností, v kterých měli určit oblast, u které pocítují nedostatek informací. Na výběr měli i možnost „žádné“, a „jiné“, kde mohli napsat svou vlastní odpověď. Studenti nejvíce pocítují nedostatek informací v oblasti komunikace s umírajícím klientem (63,70 %). Další nejčastěji uváděnou odpovědí byla práce s rodinou umírajícího a zemřelého klienta (60,74 %). Třetí nejvíce zastoupenou odpovědí byly možnosti podpory a duševní hygieny pro pracovníky pečující o umírajícího člověka (37,78 %) a téměř shodně na tom byla oblast přímé péče o umírajícího (37,04 %). Nejméně pocítují studenti nedostatečnou informovanost v oblasti rozdílů mezi institucionální a domácí péčí (14,07 %) a historií (5,19 %). Vlastní odpověď byla zvolena třikrát. Jedna z nich byla, že by respondent ocenil více informací o tom, jak se připravit na umírání a smrt blízkých. Druhá shrnula, že by respondent ocenil více informací ve všech oblastech a třetí se týkala více informací o aktuální odborné literatuře na téma umírání a smrti.

Oblasti, v kterých studenti pocítují nedostatečnou informovanost tedy rozhodně jsou, hlavně v oblasti komunikace a práce s rodinou. Pouze 5,19 % studentů nepocítuje v žádné oblasti chybějící informace.

V souvislosti s touto výzkumnou otázkou nás zajímalo, zda si studenti chybějící informace někdy dohledávají sami. Odpověď jsme zjišťovali položkou v dotazníku č. 11. Výsledky byly velmi podobné. 48,89 % si informace dohledávalo a 51,11 % nikoliv.

3. HVO: Jaký je názor studentů na přínosnost vzdělávání v oblasti umírání a smrti?

Třetí hlavní výzkumnou otázku jsme zodpovídali pomocí položek v dotazníku č. 12 a 13. Zjišťovali jsme, zda si studenti myslí, že je vzdělávání v oblasti umírání a smrti přínosné, či nikoliv. Výsledky byly pozitivní, jelikož 91,85 % studentů odpověděla ano a jen 8,15 %, že ne. Můžeme tedy říct, že v názorů studentů převažuje ten, že vzdělávání v oblasti umírání a smrti je přínosné.

Abychom se dozvěděli o názoru studentů více, požádali jsme ty, kteří odpověděli ano, aby v další otázce specifikovali, v čem spatřují největší přínos vzdělávání v oblasti umírání a smrti. Na výběr měli ze sedmi možností. Nejvíce studentů (64,44 %) vidí přínos v tom, že jejich připravenost do praxe v sociální oblasti se zvýší. Druhou nejvíce označovanou odpovědí (62,22 %) bylo větší porozumění umírajícím. Můžeme vidět, že výsledky se od sebe liší opravdu těsně. Stejně je tomu i u dalších dvou možností, kdy 57,04 % studentů vidí přínos v znalosti zásad komunikace s umírajícím člověkem a jeho rodinou a 54,81 % v emoční stabilitě při setkání s umírajícím či zemřelým člověkem. 42,96 % označilo za přínos to, že budou znát lépe potřeby umírajících klientů. Trochu překvapivě se na posledním místě umístila prevence syndromu vyhoření, kterou označilo 29,63 % studentů.

4. HVO: Jsou studenti motivovaní pro vzdělávání se v oblasti umírání a smrti?

Na čtvrtou hlavní výzkumnou otázku nám zodpověděla položka v dotazníku č. 14 a 15. V té jsme se studentů dotazovali, zda je něco motivuje k tomu, aby se vzdělávali v oblasti umírání a smrti. Většina studentů motivovaná není. Záporně jich odpovědělo 68,89 % a pouze 31,11 % studentů se cítí být motivována.

Dále jsme se formou otevřené otázky studentů zeptali, co si myslí, že by zvýšilo motivaci studentů k vzdělávání v oblasti umírání a smrti. Vzhledem k tomu, že většina studentů se cítí nemotivovaně, je toto zjištění důležité. Větší část studentů (29,63 %) nevěděla, co by je mohlo více motivovat. Někteří uváděli i důvody, proč je nic nenapadá. „*Vůbec nevím, já osobně bych nechtěla o tomto tématu vědět více, protože se o tom těžko mluví.*“ *Myslím, že jsme mladí. A ne všichni si uvědomujeme, co smrt znamená. Nemyslím si, že jakákoliv teorie nás doopravdicky nepřipravil na mrtvého klienta vím, že mě nepřipravila.*“ Další odpovědi byli různorodé. Hodně ze studentů byla toho názoru, že motivace studentů se zvýší, jakmile

budou mít osobní zkušenost s umírajícím člověkem, ať už v rodině, či mimo ni. „*Osobní zážitek v rodině.*“ „*Kdyby se s tímto setkali.*“ K tomu by jim mohlo dopomoci větší zařazení odborné praxe, kterou také v odpovědích zmiňovali. „*Jakási praxe. Povídání ze života. Nejen teorie.*“ Častý názor byl také, že motivaci studentů by zvedla obecně vyšší informovanost o tomto tématu. „*Větší teoretické vzdělávání a informace ve vyučovaných hodinách o tomto tématu.*“ Hodně studentů vidí jako nástroj ke zvýšení motivace exkurze do zařízení a služeb, které se specializují na péči o umírající nebo v přednáškách s pracovníky, kteří v těch zařízeních pracují. Poměrně dost se objevoval i názor, že motivaci by u studentů zvýšilo to, kdyby měli pocit, že tím pomůžou klientům, s kterými se v budoucnu setkají. „*Že může udělat něco pěkného pro člověka, který už tu dlouho nebude.*“ Nejméně častý názor, který se ale také několikrát objevil, byl ten, že by motivací mohlo být větší finanční ohodnocení sociálních pracovníků.

4.1 DVO: Jak se liší motivovanost studentů pro vzdělávání se v oblasti umírání a smrti v závislosti na studovaném ročníku?

Tabulka 23 Kontingenční tabulka pro 1H

Proměnná	Ano, jsou motivovaní ke studiu	Ne, nejsou motivovaní ke studiu	Σ
Studenti 3. ročníku	22	69	91
Studenti 4. ročníku	20	24	44
Σ	42	93	135

Zdroj: vlastní zpracování

K této výzkumné otázce se vztahovala hypotéza označená 1H. Stanovili jsme si alternativní a nulovou hypotézu následujícího znění:

1H_A Mezi studovaným ročníkem a motivací ke studiu v oblasti umírání a smrti existují statisticky významné rozdíly.

1H₀ Mezi studovaným ročníkem a motivací ke studiu v oblasti umírání a smrti neexistují statisticky významné rozdíly.

Hypotézu jsme ověřovali pomocí testu nezávislosti chí-kvadrát. Hladina významnosti byla zvolena na hodnotu 0,05. Po provedení testu byla zjištěna hodnota $p=0,012308$. To znamená, že $\alpha=0,05 > p=0,012308$.

Přijímáme alternativní hypotézu.

Platí, že mezi studenty studovaným ročníkem a motivací ke studiu existují statisticky významné rozdíly.

Toto tvrzení vyplývá i z bližší analýzy kontingenční tabulky. 22 studentů 3. ročníku z celkového počtu 91 říká, že je motivováno ke vzdělávání se. To je 24,18 %. U 4. ročníku, je motivovaných 20 studentů z celkového počtu 44, což je 45,45 %. Můžeme tedy říct, že studenti 4. ročníku jsou více motivováni k vzdělávání se v oblasti umírání a smrti více, než studenti 3. ročníku.

4.2 DVO: Jaká je motivace studentů pro vzdělávání se v oblasti umírání a smrti?

Od studentů, kteří se cítí být motivováni pro vzdělávání v oblasti umírání a smrti jsme dále zjišťovali, co konkrétně je motivuje. K výzkumné otázce se váže položka dotazníku č. 14.

Odpovědi byli různorodé. Většina z nich se týkala toho, že získají vědomosti, které využijí dále v praxi. „*Motivuje mě to, že budu možná pracovat v sociální oblasti, kde se smrtí mužů sejit, tak chci vědět, jak pak mužů pracovat s tímto klientem.*“ Často se objevovali také odpovědi, které se týkali smrti v rodině studentů nebo jejich okolí. Tito studenti buď měli zkušenost, že jim zemřel někdo blízký, nebo pro ně bylo motivací právě to, že chtěli být připraveni, kdyby taková situace nastala. „*Porozumění v případě, že by se to stalo někomu mě blízkému.*“ „*Motivují mě moji prarodiče a rodiče.*“ Mezi odpověďmi také zazněly zkušenosti z dosavadní praxe studentů, ať už pozitivní či negativní. „*Byla jsem na praxi na paliativě. Vím, jak to chodí a dost mě to posunulo dál a uvědomit si dost věcí.*“ „*Špatné zacházení v některých zařízeních s klienty.*“ Další odpovědi se týkali toho, že studenti uvažovali nad vlastní smrtelností s vědomím toho, že jednou se ocitnou i oni na pozici umírajícího člověka. „*Chci se „připravít“ na svoji vlastní smrt a zjistit co mě může potkat.*“ Dále studenti jako motivaci označili svůj vlastní zájem o tuto problematiku nebo školní prostředí.

5. HVO: Jaký názor mají studenti na připravenost na setkání s umírajícím člověkem v odborné praxi?

K této hlavní výzkumné otázce se vztahovala položka v dotazníku č. 16. Studenti pomocí hodnotící škály měli zhodnotit to, jak se cítí připraveni na situaci, kdy by se v rámci odborné praxe setkali s umírajícím klientem.

Výsledky jsou takové, že největší procento studentů (30,37 %) se ohodnotilo jako naprosto nepřipravené, tedy na hodnotící škále si daly nejmenší možné hodnocení. Pokud se

podíváme na opačný konec škály, tak za naprosto připravené se označilo pouhých 3,71 % studentů. Za podprůměrně připravené se označilo 24,44 % studentů a za průměrně připravené 27,41 %. Nadprůměrně připraveno se cítí 14,07 % studentů.

Většinový názor studentů je tedy ten, že se necítí být dostatečně připraveni na setkání s umírajícím člověkem v odborné praxi a největší procento se dokonce cítí naprosto nepřipraveně. V rámci analýzy zbylých dat si můžeme odvodit, že se zdaleka nemusí jednat jen o pocit nepřipravenosti související s nedostatkem teoretických znalostí, ale např. i s emoční nepřipraveností nebo předchozími špatnými zkušenostmi, ať už v rámci praxe či osobního života.

5.1 DVO: Jak hodnotí studenti uplatnění svých teoretických znalostí v oblasti umírání a smrti v odborné praxi?

K zodpovězení této dílčí výzkumné otázky jsme využili dvě položky v dotazníku, č. 17 a 18. Nejprve jste zjišťovali, zda se studenti během plnění odborné praxe setkali s umírajícím či zemřelým klientem. Počet těch, kteří odpověděli kladně, nebyl překvapivě příliš vysoký. Šlo o 31,11 % studentů. Je to i z toho důvodu, že mnoho studentů je ve 3. ročníku, kdy teprve začínají plnit odborné praxe, tudíž na ní nestrávili nijak dlouhou dobu. 68,89 % studentů pak uvedlo, že se s takovým klientem zatím neseťkali.

Těch, kteří odpověděli kladně, jsme se v následující otázce doptali, zda si myslí, že v takové situaci využili teoretické znalosti nabyté během svého studia. Výsledky byly velmi podobné. 52,38 % studentů odpovědělo, že ano, 47,62 % si zase myslí, že své znalosti neuplatnili.

5.2 DVO Jaký je názor studentů na zapojení se do péče o umírajícího klienta během odborné praxe?

Položkou v dotazníku č. 19 jsme zjišťovali odpověď na tuto výzkumnou otázku. Studentů jsme se zeptali, zda by chtěli mít možnost zapojit se během plnění odborné praxe do péče o umírajícího klienta. I v tomto případě byly výsledky velmi vyrovnané. 51,85 % odpovědělo, že ano a 48,15 % že ne.

Studentů, kteří odpověděli záporně, jsme se dále ptali na důvod, proč se nechtějí zapojit do péče o umírajícího klienta. Více než polovina označila psychickou náročnost, kterou v procesu vidí. „*Nejsem si jistá, zda bych se dokázala této péče účastnit, zda bych to psychicky zvládla.*“ „*Jsem až moc citlivá na to, abych viděla někoho umírat, ještě k tomu dobrovolně.*“ Dalšími odpověďmi bylo, že se studenti necítí připraveni, ať už po stránce

vědomostní nebo emotivní. „*Sice se o tuto oblast zajímám, ale nejsem připravena to zažít na vlastní kůži.*“ „*Necítím se plně připravena.*“ Méně frekventované odpovědi uváděli jako důvod pocity strach a obavy nebo že o tento druh péče nemají zájem a nechtějí se mu věnovat. Mezi dalšími odpověďmi se objevoval důvod, že se nechtějí do péče zapojit kvůli předchozí zkušenosti, kterou prožili. „*Osobní zkušenost s rodinným příslušníkem, která byla dosti deprimující.*“ Vyskytl se také názor, že by zapojení připadalo v úvahu pouze u určité cílové skupiny. „*Nechtěla bych se zapojit do péče o umírající dítě. U seniorů je to v podstatě přirozené, ale u dětí je to hrozně a smutné.*“

Zhruba polovina studentů z výzkumného souboru by se tedy do péče zapojit chtěla a druhá polovina nikoliv, a to z nejrůznějších důvodů, jako jsou emotivní důvody, předchozí zkušenosti nebo pocit nedostatečné připravenosti.

5.3 DVO: Jak se liší názor studentů na zapojení se do péče o umírajícího klienta během odborné praxe v závislosti na pohlaví?

Tabulka 24 Kontingenční tabulka pro 2H

Proměnná	Chce se zapojit do péče o umírajícího	Nechce se zapojit do péče o umírajícího	Σ
Žena	61	59	119
Muž	10	6	16
Σ	70	65	135

Zdroj: vlastní zpracování

K této výzkumné otázce se vztahuje hypotéza označená jako 2H. Stanovili jsme si alternativní a nulovou hypotézu, které znějí:

$2H_A$ Mezi pohlavím a chtěním zapojit se do péče o umírajícího klienta existují statisticky významné rozdíly.

$2H_0$ Mezi pohlavím a chtěním zapojit se do péče o umírajícího klienta neexistují statisticky významné rozdíly.

Hypotézu jsme ověřovali pomocí testu nezávislosti chí-kvadrát. Hladina významnosti byla zvolena na hodnotu 0,05. Po provedení testu byla zjištěna hodnota $p=0,445465409$. To znamená, že $\alpha=0,05 < p=0,445465409$.

Nezamítáme nulovou hypotézu.

Platí, že mezi pohlavím a chtěním zapojit se do péče o umírajícího klienta neexistují statisticky významné rozdíly.

Studentů mužského pohlaví se chce zapojit do péče o umírajícího 10 z 16, což je 62,50 %. Oproti tomu studentek, které se chtějí do péče zapojit, je 61 ze 119, což je 51,26 %. Vidíme tedy, že o něco vyšší procento mužských studentů, se chce do procesu péče zapojit v porovnání se studentkami ženského pohlaví, ovšem rozdíl není natolik velký, aby byl považován za statisticky významný.

6. HVO: Jsou studenti spokojeni s výukou týkající se umírání a smrti?

Odpověď na tuto výzkumnou otázku jsme zjišťovali pomocí položek v dotazníku č. 20, 21 a 22. Nejprve jsme studenty požádali, aby pomocí hodnotící škály ohodnotily, jak jsou spokojeni s dostatečností informací ohledně tématu umírání a smrti, které získali během výuky. Nejvíce studentů (41,48 %) hodnotila předané informace průměrně. 29,63 % studentů ohodnotilo svou spokojenost s informacemi podprůměrně a naopak 13,33 % nadprůměrně. Naprostou nespokojenost vyjádřilo 10,37 % studentů, kteří udali na hodnotící škále nejnížší možné hodnocení. Nejvyšší možné označil nejnížší počet studentů, pouhých 5,19 %.

Dále jsme se zaměřili na to, jak jsou studenti spokojeni s časem, který se na jejich škole věnuje tématu umírání a smrti. Ten bývá totiž různý napříč jednotlivými školami. Více jak polovina studentů (60 %) uvedlo, že by ocenili, kdyby byl čas ve výuce věnovaný našemu tématu větší. Naopak 40 % si myslí, že aktuální čas je dostatečný.

Zkoumali jsme také, jak jsou studenti spokojeni s formou výuky o tomto tématu. S tím, jak výuka probíhá, je spokojeno 58,52 % studentů. Naopak 41,48 % je nespokojeno.

Téměř polovina studentů tedy hodnotí informace o tématu umírání a smrti předané během výuky průměrně a další část podprůměrně. Nadprůměrně je hodnotí menšina studentů. Ohledně časové dotace se nadpoloviční většina domnívá, že by bylo třeba, aby se tématu umírání a smrti dostal v rámci výuky větší prostor. S formou výuky je více jak polovina studentů spokojena.

6.1 DVO: Jak se liší hodnocení času věnovaného tématu umírání a smrti během výuky v závislosti na předchozí zkušenosti s umírajícím klientem?

Tabulka 25 Kontingenční tabulka pro 3H

Proměnná	Ano	Ne, věnovaný čas je dostačující	Σ
Mají zkušenost s umírajícím klientem	32	10	42
Nemají zkušenost s umírajícím klientem	49	44	93
Σ	81	54	135

Zdroj: vlastní zpracování

K této výzkumné otázce se vztahuje hypotéza označená jako 3H. Stanovili jsme si alternativní a nulovou hypotézu, které znějí:

3H_A Mezi zkušeností s umírajícím klientem a hodnocení času věnovaného tématu umírání a smrti v rámci výuky existují statisticky významné rozdíly.

3H₀ Mezi zkušeností s umírajícím klientem a hodnocením času věnovaného tématu umírání a smrti v rámci výuky neexistují statisticky významné rozdíly.

Hypotézu jsme ověřovali pomocí testu nezávislosti chí-kvadrát. Hladina významnosti byla zvolena na hodnotu 0,05. Po provedení testu byla zjištěna hodnota $p=0,009865703$. To znamená, že $\alpha=0,05 > p=0,009865703$.

Přijímáme alternativní hypotézu.

Platí, že mezi zkušeností s umírajícím klientem a hodnocením času věnovaného tématu umírání a smrti v rámci výuky existují statisticky významné rozdíly.

Tvrzení vyplývá i z bližšího pohledu na kontingenční tabulku. Pokud se zaměříme na studenty, kteří by chtěli, aby se věnovalo ve výuce více času tématu umírání a smrti, vidíme, že studentů, kteří takto odpověděli a zároveň mají zkušenost s umírajícím klientem, je 32 z 42, což je 76,19 %. Studenti, kteří nemají zkušenost s umírajícím klientem je 49 z 93, to je 52,69 %. Můžeme tedy říct, že studenti, kteří mají zkušenost s umírajícím klientem hodnotí více čas věnovaný tématu umírání a smrti v rámci výuky nedostatečně než studenti bez zkušenosti s umírajícím klientem.

6.2 DVO: Jakou formou by se studenti chtěli v rámci výuky dozvídat informace z oblasti umírání a smrti?

Poslední dílčí výzkumnou otázku jsme zodpovídali pomocí položek v dotazníku č. 23 a 24. Nejprve nás zajímalo, jakou formu předávání informací o tématu umírání a smrti by studenti preferovali. Na výběr měli z šesti možností, případně se mohli vyjádřit i sami, pokud by si z nabízených možností nevybrali. Každý student mohl označit více odpovědí. Nejvíce se studentům zamlouvala forma videí a různých dokumentů s tematikou umírání a smrti (66,67 %) a diskuse (65,19 %). Prezentace a praktický nácvik byl na tom velmi podobně, 41,48 % a 37,04 %. Méně preferované pak byly kazuistiky s 19,26 % procenty a nejméně studenty zaujala forma studia odborné literatury, označilo ji 14,81 %. 2,96 % studentů pak napsalo své vlastní preferované formy, kdy chtěli formu exkurze či přednášky od pracovníků zařízení, které se specializuje na paliativní péči. Tuto možnost jsme studentům v odpovědích nenabízeli, protože této formě výuky jsme se věnovali samostatně.

Dále jsme se tedy studentů zeptali, zda by ocenili, kdyby v rámci výuky dostávali informace i od odborníků přímo z praxe, formou různých přednášek, seminářů či exkurzí do zařízení jako je např. hospic nebo oddělení paliativní péče. 27,41 % studentů se vyjádřilo, že by takovou formu výuky ocenili, a dokonce už na jejich škole probíhá. 60,74 % pak řeklo, že by taktéž ocenili takové možnosti, ale na jejich škole nic takového neprobíhá. 11,85 % studentů by nevítila takovou formu výuky.

Nejpreferovanější formou výuky je tedy pomocí videí a formou diskusí. Umírání a smrt je téma, o kterém se mezi mladší populací ne příliš často mluví, proto by byla dobře řízená diskuse určitě vhodnou formou. Více jak polovina studentů z výzkumného souboru by ocenila možnost exkurzí a přednášek od odborníků z praxe, ale na jejich škole toto neprobíhá. Zájem o takové možnosti jsme viděli i v rámci analýzy dalších dat. Jelikož je umírání a smrt téma emočně náročné, spousta studentů preferuje právě příklady, které by mohli vidět přímo v praxi. O tom, že je pro ně oblíbenější volbou taková forma výuky svědčí i to, že nejméně volenou formou byla odborná literatura a kazuistiky, kdy jde vlastně o studium knih a dokumentů.

7 DISKUSE

Diskuse diplomové práce je zaměřena na vyhodnocení cílů výzkumu a porovnání s dalšími výzkumy a odbornou literaturou. Také uvedeme doporučení pro praxi. Stanoven byl jeden hlavní a pět dílčích cílů. Výzkumu, který byl prováděn kvantitativní metodou formou dotazníkového šetření, se zúčastnilo 135 respondentů, které tvořili studenti 3. a 4. ročníků oboru sociální činnost z celkem třinácti středních škol.

Prvním dílčím cílem bylo zjistit orientaci studentů v základní terminologii související s tématem umírání a smrti. Pro účely zjištění jsme zkoumali, jak se studenti orientují v termínech hospic, thanatologie a paliativní péče. Studenti prokázali své znalosti zejména co se týče pojmu hospic. Pouze 2,22 % nevědělo, jak tento termín definovat. Zbytek uvedených definic ve většině prokázala, že mají představu o významu tohoto pojmu. Paliativní péče nedefinovalo 15,56 % studentů. Zbývající studenti při vysvětlování pojmu potvrdili, že znají význam tohoto pojmu, nebo některý z jeho aspektů, např. že se jedná o péči zaměřenou na kvalitu života nebo zmírňování příznaků nemoci. Studenti se nejméně orientovali ohledně termínu thanatologie. 42,22 % neznalo jeho význam a neuvedli žádnou definici. Ostatní studenti se pokusili tento pojem charakterizovat, ale přesný nebo podobný význam uvedlo méně studentů než v případě předchozích dvou termínů. Zatím co s pojmem hospic se během výuky setkali všichni respondenti, u paliativní péče se 26,67 % respondentů s tímto pojmem během výuky nesetkali, a v případě thanatologie to bylo dokonce 76,30 %. Zjištění ohledně posledních dvou pojmů se mohou týkat nedostatečného zařazení tematiky umírání a smrti do výuky. Na tuto skutečnost upozorňuje ji Vávrová a Polepilová (2010) v rámci vysokých škol. Během výzkumu bylo zjištěno, že z 19 sociálních oborů bakalářského studia na různých vysokých školách v České republice jen v sylabech 7 z nich byl předmět, který byl zaměřen na paliativní péči, doprovázení umírajících atd. V případě vybraných 6 oborů sociální pedagogiky, nebyl takový předmět nalezen ani u jednoho z nich.

Druhý dílčí cíl byl zjistit názor studentů na míru informovanosti v oblasti umírání a smrti. Při zhodnocení svých teoretických znalostí se více než polovina ohodnotila průměrně. Pouhých 5,19 % zhodnotilo své znalosti jako naprosto dostačující. Pozitivně můžeme ale hodnotit fakt, že za nedostatečné je ohodnotilo ještě o něco méně, 4,44 % studentů. Vzdělávání v oblasti umírání a smrti je důležité nejen pro sociální pracovníky, ale i pro mnoho dalších pomáhajících profesí. Například v Doporučení Rady Evropy č.1418/1999 O ochraně lidských práv a důstojnosti nevyléčitelně nemocných a umírajících se píše, že

jedním z faktorů, který by mohl ohrožovat základní práva nevléčitelně nemocných a umírajících je právě nedostatečné kontinuální vzdělávání pracovníků, kteří pracují s umírajícím klientem. Dále tedy bylo zjišťováno, v kterých oblastech studenti pociťují nejvíce nedostatek informací. Týká se to komunikace s umírajícím klientem, práce s rodinou umírajícího a zemřelého klienta, podpora a duševní hygiena pracovníků, kteří pracují s tímto typem klientů a role sociálního pracovníka při péči o umírající klienty. Jedná se o oblasti, které jsou v praxi velmi důležité. To, že studenti obecně pociťují nedostatek znalostí, co se týče komunikace, potvrzuje i výzkum Levické a Uhnákové (2019), kdy zkoumali problémy studentů sociální práce na Katedře sociální práce Trnavské univerzity. Ze všech identifikovaných problémů byla nejvíce zastoupena nejistota v komunikaci a strach v neúspěchu během ní. Při bližším zkoumání výsledků se ukázalo, že pro studenty magisterského studia představuje komunikace ještě častější problém než pro studenty bakalářského studia. Na nutnost znát problematiku psychohygieny upozorňuje Student et al. (2004, s. 69-70), především v oblasti práce s umírajícími klienty. Říká také, že pomocí psychohygieny se nemusí řešit jen situace, kdy se pracovník dostane až na své vlastní hranice, ale spíše bychom se měli snažit pomocí jí předcházet těmto situacím.

Třetí dílčí cíl byl zmapovat motivaci studentů související s edukací v oblasti umírání a smrti. Z našeho výzkumného souboru 31,11 % studentů pociťuje určitou motivaci k tomu, aby se v této oblasti vzdělávalo. Nejčastěji se cítí motivováni vědomím, že znalosti, které v rámci edukace získají, využijí pak v praxi a také předchozí zkušeností s umírajícím člověkem ve své rodině či blízkém okolí. Překvapivě 68,89 % respondentů nemá k tomuto druhu vzdělávání žádnou motivaci. Studenti jsou toho názoru, že ke zvýšení motivace studentů by přispěla větší míra praxe a zkušeností, zařazení více exkurzí a přednášek na toto téma do výuky a obecně větší informovanost studentů v oblasti umírání a smrti. Dále to, pokud studenti budou vědět, že svým vzděláváním mohou v praxi pomoci umírajícímu klientovi a pokud pochopí, že smrt je přirozená věc a součást života.

Čtvrtý dílčí cíl se týká zjištění názoru studentů na jejich připravenost na setkání s úmrtím a smrtí na odborné praxi. Studenti hodnotili svoji připravenost jako velmi nízkou. 30,37 % ji ohodnotilo jako naprosto nedostatečnou a 24,44 % jako podprůměrnou. Pouhých 3,71 % se domnívá, že jsou výborně připraveni. Téměř polovina z těch, kteří mají zkušenost v rámci praxe s péčí o umírajícího klienta, uvedli, že nemají pocit, že by v této situaci uplatili své nabyté vědomosti. S pocitem nedostatečné připravenosti zřejmě souvisí i to, že 48,15 % respondentů se nechce v rámci odborné praxe zapojit do péče o umírající klienty. Jako druhý

nejčastější důvod uváděli právě to, že se necítí dostatečně připraveni, ať už v rámci teoretických vědomostí nebo v emoční rovině. Další uváděné důvody byly psychická náročnost, strach nebo nezájem o tento druh péče. K porovnání uvedeme výzkum od Valenzuela (2016). Účastníky výzkumu byli studenti oboru sociální práce na Kalifornské státní univerzitě. Mimo jiné zkoumala, zda je pro studenty v pořádku, pokud mají pracovat s vážně nemocným nebo umírajícím klientem. 26,5 % se vyjádřilo, že ne, 61,7 % že ano a 11,8 % se vyjádřilo neutrálně. Procento studentů, kteří se cítí komfortně, pokud se starají o umírajícího člověka, je tedy o něco vyšší než v našem výzkumu, nicméně musíme brát v potaz, že v tomto výzkumu tvořili výzkumný soubor vysokoškolští studenti, kteří mají za sebou pravděpodobně více praktických zkušeností a teoretických znalostí.

Pátý dílčí byl zjistit, zda by studenti chtěli změny v jejich aktuální edukaci v oblasti umírání a smrti. V rámci tohoto cíle jsme se zaměřili mimo jiné i na spokojenost studentů s informacemi, které o tématu během výuky dostali. Ukázalo se, že studenti nehodnotí kvalitu a kvantitu informací dostatečně. 41,48 % hodnotilo průměrně a 29,63 % podprůměrně. 60 % studentů by také ocenilo, kdyby se navýšil ve výuce čas, ve kterém se zabývají tématem umírání a smrti. S formou výuky je spokojená více než polovina studentů, nicméně pokud by měli na výběr, jak jim budou předávány informace o tomto tématu, preferovali by zařadit více diskusí, videí, dokumentů, prezentací a praktického nácviku. 60,74 % studentů by také chtělo, aby se mohli účastnit různých exkurzí do zařízení jako je např. hospic, a také přednášek s odborníky na paliativní péči. Mezi dalšími připomínkami ohledně změny výuky se objevil názor, že by se obecně mělo touto oblastí v rámci studia více zabývat, zařadit více praxe a vhodný přístup pedagoga vzhledem k tématu. O důležitosti praxe ve vztahu k péči o umírajícího klienta se zmiňují i Wee et al. (2007, s. 125). Podle autorů nemůže být nic autentičtějšího než výuka přímo u lůžka pacienta, kdy pacient plní zároveň roli učitele. Dodávají, že taková forma vzdělávání není obohacující jen pro studenty, ale také pro učitele a samotné pacienty, kteří často vítají možnost zapojit se příležitostně do výuky studentů, kdy cítí, že jsou respektovány jejich vlastní zkušenosti.

Doporučení pro praxi

Na základě zjištěných výsledků výzkumného šetření přinášíme tyto doporučení pro praxi. Bylo zjištěno, že velká část studentů by ocenilo, kdyby se tématu umírání a smrti věnovalo ve výuce více času. To by bylo vhodné např. v předmětech sociální péče, psychologie nebo pečovatelsství. Výuka by mohla být proložena diskusemi studentů na toto téma, příklady z praxe nebo praktickým nácvikem (např. komunikačních dovedností). Důležitý je i vhodně

zvolený přístup pedagoga vzhledem k tématu. Studenty by měl podporovat, aby o tomto tématu mluvili, vysvětlovat důležitost znalostí této oblasti a v rámci jeho možností volit individuální přístup, pokud to bude situace některého studenta vyžadovat. Pedagogové by se měli zaměřit především na témata, která se týkají znalostí, které studenti poté uplatní v praxi. V našem výzkumu studenti pocítovali nedostatek informací např. v oblasti komunikace, duševní hygieny nebo práce s rodinou umírajícího klienta. Tyto či podobná témata je vhodné spojit s praktickým nácvikem, např. komunikační dovednosti nebo relaxační techniky v rámci psychohygieny. Studenti získají poté větší jistotu, až se s podobnou situací setkají v praxi. V rámci odborné praxe by měli mít studenti možnost dostat se i na pracoviště, která se přímo zabývají paliativní péčí, jako je třeba hospic. Vedoucí praxe či vedoucí pracovník zařízení, který je se studenty v kontaktu, by měl dbát na to, aby měl zpětnou vazbu o tom, jak zvládají setkání s umírajícím člověkem nebo smrt klienta. Studenti by měli být zároveň upozorněni, kde případně vyhledat pomoci, kdyby se neuměli s touto zkušeností sami vyrovnat. Může to být např. školní psycholog, školní metodik prevence nebo třídní učitel či pedagog, který řídí odbornou praxi studentů. Vhodné je i zařazení exkurzí do zařízení zabývajících se paliativní péčí, které mohou být spojeny i s přednáškou o fungování, poslání a cílech organizace. Přednášky můžou být zařazeny i v rámci výuky, např. od pracovníků hospice, lůžkového i mobilního, agentur domácí péče nebo hospicového stacionáře.

ZÁVĚR

Tato práce se zabývala tématem edukace studentů sociálních oborů středních škol v oblasti umírání a smrti. Hlavním cílem práce bylo zjistit názory na edukaci, informovanost a motivaci ke vzdělávání v oblasti umírání smrti u studentů sociálních oborů na vybraných středních školách.

Teoretická část se zabývala vymezením základních informací ohledně umírání a smrti a také historií a současným problémem společnosti na tuto problematiku. Dále byla zaměřena na péči o umírající a jejich rodiny, včetně vymezení specifik institucionální a domácí péče a také na podporu sociálních pracovníků při práci s umírajícími klienty. Vymezeny byly také pojmy týkající se studia v oblasti umírání a smrti na středních školách.

Praktická část byla realizována za použití kvantitativní metody dotazníkového šetření. Pro tyto účely byl vytvořen dotazník určený pro studenty 3. a 4. ročníků sociálních oborů středních škol. Celkem se zúčastnilo 135 respondentů.

Na základě výzkumného šetření bylo zjištěno, že převážná část studentů hodnotí svoji informovanost v oblasti umírání a smrti průměrně. Nejvíce jim schází informace v oblasti komunikace, práce s rodinou umírajícího klienta a možnosti podpory a duševní hygieny pro pracovníky pečující o tyto klienty. Jak jsme uvedli v teoretické části, jedná se o oblasti, u kterých je velmi důležité, aby byl pracovník informován. Nejen sociální pracovník, ale obecně pracovníci pomáhajících profesí, kteří pracují s těmito klienty. Bylo také zjištěno, že více jak polovina studentů nepocituje žádnou motivaci ke studiu v oblasti umírání a smrti. Zároveň ale považují vzdělávání v této oblasti za přínosné vzhledem ke svému studovanému oboru. Uvědomují si tedy, že je důležité, aby se pracovník pracující s nevléčitelně nemocnými a umírajícími klienty zaměřoval v rámci studia i na toto odvětví. Největší přínos studenti spatřují právě v tom, že se zvýší jejich připravenost do praxe, získají větší emoční stabilitu a lépe porozumí svým klientům. Také že získají dovednosti, díky kterým pro ně nebude tolik obtížné správně komunikovat s umírajícím klientem či jeho rodinou. I když se více jak polovina studentů chce zapojit na odborné praxi do péče o umírajícího, převážná část se necítí adekvátně připraveně. Ti studenti, kteří se do procesu péče zapojit nechtějí, uváděli nedostatečnou připravenost jako jeden z nejčastějších důvodů, kromě obav a psychické náročnosti. Pokud studenti nebudou v této oblasti dostatečně informovaní, mohou se jejich obavy při setkání s klientem prohlubovat, a to se může dále projevat i v pozdější praxi, kdy neinformovanost a negativní pocity nemusí mít dopad jen na samotného

pracovníka, ale i klienta. Dále bylo zjištěno, že studenti jsou převážně spokojeni s formou dosavadní výuky, ale zároveň by ocenili, kdyby se tématu věnovalo více času. Také by ocenili zařazení více exkurzí do zařízení zabývajících se péčí o nevléčitelně nemocné a umírající klienty, přednášek na toto téma a proložení výuky audiovizuálními metodami a diskusemi.

Dnešní pohled na umírání a smrt je stále takový, že se jedná o tabuizované téma, o kterém se nemluví tak, jak by mělo. V lidech vyvolávají řeči o konci života nepříjemné pocity a uvědomují si tak vlastní smrtelnost. Přesto je důležité se o tom mluvit a nebát se být nablízku někomu, kdo umírá. Můžeme se tak pro něj stát velkou podporou, pomoci mu splnit poslední přání a usnadnit mu důstojný odchod z tohoto světa. I když se někdy zdá, že se u těchto lidí zaměřujeme nejvíce na biologické potřeby, nesmíme opomínat ani ty psychické a sociální. Sociální pracovník má v procesu péče o umírajícího klienta nezastupitelné místo. Není pochyby o tom, že práce s těmito klienty je velmi náročná. Pracovník musí být v této oblasti dostatečně vzdělaný a důležitá je také emocionální připravenost. U sociálních oborů na středních školách by si toto téma určitě zasloužilo větší pozornost. Je důležité si uvědomit nedostatky v procesu vzdělávání budoucích sociálních pracovníků v oblasti umírání a smrti. K tomu by mohli přispět i poznatky a výsledky výzkumu v této diplomové práci.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ADAM, Zdeněk, VORLÍČEK, Jiří a Yvona POSPÍŠILOVÁ, ed. *Paliativní medicína. 2.*, přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-02797.

ARIÈS, Philippe. *Dějiny smrti: zdivočelá smrt*. Praha: Argo, 2000. ISBN 9788072032938.

ARNOLDOVÁ, Anna. *Sociální péče: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: GradaPublishing, 2016. ISBN 978-80-247-5148-1.

Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče. *Koncepce hospicové péče pro Českou republiku* [online]. 2017 [cit. 2020-05-25]. Dostupné z: <https://www.asociacehospicu.cz/koncepce-hospicove-pece-pro-cr>

Asociace supervizorů pomáhajících profesí. *Co je supervize?* [online]. ©2020 [cit. 2020-06-08]. Dostupné z: <https://asupp.cz/co-je-supervize/>

BAINES, John a Peter LACOVARA. Burial and the Dead in Ancient Egyptian Society. *Journal of Social Archaeology* [online]. 2002, 2(1) [cit. 2020-05-23]. DOI: 10.1177/1469605302002001595. ISSN 1741-2951. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/249631679_Burial_and_the_Dead_in_Ancient_Egyptian_Society

BERAN, Jiří. *Lékařská psychologie v praxi*. Praha: Grada, 2010. Psyché (Grada). ISBN 978 80-247-1125-6.

BLATNÝ, Marek, ed. *Psychologie celoživotního vývoje*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2016. ISBN 978-80-246-3462-3.

BRYANT, Clifton a Dennis PECK. Death Education. *Handbook of Death & Dying* [online]. 2003, s. 292-299 [cit. 2020-03-31]. ISBN 9781506319292. Dostupné z: <https://sk.sagepub.com/reference/death/n29.xml>

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

Cesta domů: Domácí hospic [online]. [cit. 2020-03-24]. Dostupné z: <https://www.cestadomu.cz/domaci-hospic>

CESTA DOMŮ. Dříve vyslovená přání: Závěrečná zpráva. *Umírání.cz* [online]. 2015 [cit. 2020-03-09]. Dostupné z: <https://www.umirani.cz/sites/default/files/custom-files/cesta-domu-zprava-umirani-a-pece-o-nevylecitelne-nemocne-2015.pdf>

Doporučení Rady Evropy č. 1418/1999 „*O ochraně lidských práv a důstojnosti smrtelně nemocných a umírajících*“. Dostupné z: [https://www.ochrance.cz/fileadmin/user_upload/ochrana_osob/Umluvy/zdravotnictvi/Char ta_prav_umirajicich_1999.pdf](https://www.ochrance.cz/fileadmin/user_upload/ochrana_osob/Umluvy/zdravotnictvi/Char_ta_prav_umirajicich_1999.pdf) [cit. 2020-05-24].

DORKOVÁ, Zlatica. Co potřebují umírající a doprovázející v 21. století. In: ŠPATENKOVÁ, Naděžda et al. *O posledních věcech člověka: Vybrané kapitoly z thanatologie*. Praha: Galén, c2014. ISBN 978-80-7492-138-4.

DUNLOP, Robert a Jo HOCKLEY. *Hospital-based palliative care teams: The hospital-hospice interface*. 2. vyd. New York: Oxford University Press, 1998. ISBN 0-19-262980-8.

GARLAND, Robert. *Daily Life of the Ancient Greeks*. 2. vyd. Greenwood, 2008. ISBN 978-0313358142.

GÄRTNEROVÁ, Aranka. *V době zármutku: těm, kteří ztratili blízkého člověka – těm, kteří je provázejí*. 3. vyd. Praha: Cesta domů, 2013. ISBN 978-80-904516-6-7.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. Praha: Galén, c2000. ISBN 80-7262-034-7.

CHARVÁT, Petr. *Zrození státu: prvotní civilizace Starého světa*. Praha: Karolinum, 2011. ISBN 978-80-246-1682-7.

CHRÁSKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. 2., aktualizované vydání. Praha: Grada, 2016. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-5326-3.

KALVACH, Zdeněk. *Manuál paliativní péče o umírající pacienty: pomoc při rozhodování v paliativní nejistotě*. Praha: Cesta domů, 2010. ISBN 978-80-904516-4-3.

KISVETROVÁ, Helena. *Péče v závěru života*. Praha: Maxdorf, 2018. ISBN 978-80-7345-496-8.

Krajská nemocnice T. Bati, a.s.: Paliativní péče [online]. © 2012 [cit. 2020-03-18]. Dostupné z: <https://www.kntb.cz/paliativni-pece>

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

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

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

LE GOFF, Jacques a Nicolas TRUONG. *Tělo ve středověké kultuře*. Přeložil Věra DVOŘÁKOVÁ. Praha: Vyšehrad, 2006. Kulturní historie. ISBN 80-7021-826-6.

LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ. *Vývojová psychologie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2006. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1284-9.

LEVICKÁ, Katarína a Dominika UHNÁKOVÁ. Problémy v praktickom vzdelávaní študentiek a študentov sociálnej práce. *Sociální práce* [online]. 2019, **19**(2), 88-105 [cit. 2020-06-08]. ISSN 1805-885X. Dostupné z: <http://www.socialniprace.cz/index.php?sekce=2&podsekce=&ukol=1&id=102>

MARKOVÁ, Alžběta. *Hospic do kapsy: příručka pro domácí paliativní týmy*. 2. aktualizované vydání. Praha: Cesta domů, 2015. ISBN 978-80-905809-4-7.

MARKOVÁ, Monika. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada, 2010. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3171-1.

Národní ústav pro vzdělávání [online]. 2019 [cit. 2019-10-23]. Dostupné z: <http://www.nuv.cz/t/rvp>

NEŠPOROVÁ, Olga. *O smrti a pohřbívání*. Brno: Centrum pro studium demokracie a kultury, 2013. ISBN 978-80-7325-320-2.

NOPPE, Illene. Death Education. BRYANT, Clifton et al. *Encyclopedia of Death and the Human Experience* [online]. 2009 [cit. 2020-03-31]. ISBN 978-1412951784. Dostupné z: <https://sk.sagepub.com/reference/humanexperience/n103.xml>

OHLER, Norbert. *Umírání a smrt ve středověku*. Jinočany: H & H, 2001. ISBN 80-86022-69-2.

ONDŘIOVÁ, Iveta. Modely umírání. *Senior zone* [online]. 2019 [cit. 2020-03-24]. Dostupné z: <https://www.seniorzone.cz/33/modely-umirani-uniqueidmRRWSbk196FNf8-jVUh4Evja1o8xjKJFUqXAGeHTW4k/>

PARKES, Colin Murray, Marilyn RELF a Ann COULDRICK. *Poradenství pro smrtelně nemocné a pozůstalé*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007. Paliativní péče. ISBN 978-80-87029-23-7.

PEŘINA, Jakub. *Historie paliativní péče* [online]. 2016 [cit. 2019-10-23]. Dostupné z: <https://www.umirani.cz/clanky/historie-paliativni-pece>

RADBRUCH, Lukas a Sheila PAYNE. *Standardy a normy hospicové a paliativní péče v Evropě: doporučení Evropské asociace pro paliativní péči*. Praha: Cesta domů, 2010. ISBN 978-80-904516-1-2.

RADBRUCH, Lukas a Sheila PAYNE. White paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: Part 1. *European Journal of Palliative Care* [online]. 2009, **17**(1), 278-289 [cit. 2020-05-25]. ISSN 1479-0793. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/279547069_White_paper_on_standards_and_norms_for_hospice_and_palliative_care_in_Europe_Part_1

REICHEL, Jiří. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-3006-6

RVP 75-41-M/01 SOCIÁLNÍ ČINNOST – ŠVP sociální činnost [online]. Bohumín: Střední škola Bohumín, 2017 [cit. 2020-04-08]. Dostupné z: http://www.sosboh.cz/soubory_texty/6_1-socialni-cinnost-od-1-9-2013-pdf.pdf

RVP 75-41-M/01 SOCIÁLNÍ ČINNOST – ŠVP sociální činnost [online]. Havířov: Střední škola, Havířov-Prostřední Suchá, 2018 [cit. 2020-04-08]. Dostupné z: https://www.stredniskola-sucha.cz/i/d/SVP_socialne_vychovna.pdf

RVP 75-41-M/01 SOCIÁLNÍ ČINNOST – ŠVP sociální činnost [online]. Hostinné: Krkonošské gymnázium a SOŠ, 2017 [cit. 2020-04-08]. Dostupné z: http://www.gymhost.cz/rs/userFiles/dokumenty/svp_sos_2017_nove.pdf

ŘÍČAN, Pavel. *Cesta životem: [vývojová psychologie] : přepracované vydání*. 3. vyd. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0772-6.

SKOPALOVÁ, Jitka. O smrti a umírání. *Sociální práce* [online]. **2010**(2), 64–70 [cit. 2020-02-17]. ISSN 1805885X. Dostupné z: http://www.socialniprace.cz/soubory/socprac0210komplet_web-100624191633-140219132801.pdf

- SKÁLA, Bohumil, Ondřej SLÁMA, Jiří VORLÍČEK a Ladislav KABELKA. *Paliativní péče o pacienty v terminálním stádiu nemoci* [online]. 2011 [cit. 2020-06-09]. Dostupné z: <https://www.svl.cz/files/files/Doporucene-postupy-2008-2012/paliativni-pece-2011.pdf>
- SLÁMA, Ondřej. Obecná a specializovaná paliativní péče v ČR. *Paliativna medicína a liečba bolesti* [online]. 2012, 5(1), 10-12 [cit. 2020-05-24]. ISSN 1339-4193. Dostupné z: <http://www.solen.sk/pdf/af6a9ed66bb837eccc430ff37f3263da.pdf>
- SLÁMA, Ondřej, Ladislav KABELKA a Jiří VORLÍČEK. *Paliativní medicína pro praxi*. 2., nezměn. vyd. Praha: Galén, c2011. ISBN 978-80-7262-849-0.
- SLÁMA, Ondřej a Ludmila PLÁTOVÁ. *Rady pro závěr života*. Praha: Diakonie ČCE, 2014. Rady pro pečující. ISBN 978-80-87953-03-7.
- SLAMKOVÁ, Alica a Lubica POLEDNÍKOVÁ. *Klinické a ošetrovateľské aspekty paliatívnej starostlivosti*. Martin: Osveta, 2013. ISBN 80-8063-379-7.
- SLÁMOVÁ, Regina, Alžběta MARKOVÁ, Petra KUBÁČKOVÁ a Barbora ANTONOVÁ. *Praktický průvodce koncem života: rozcestník pro nemocné a pečující*. Brno: Edika, 2018. ISBN 978-80-266-1279-7.
- STEINDL, Rudolf a Zdeněk JUSTOŇ. In: PETRUSEK, Miloslav, Hana MAŘÍKOVÁ a Alena VODÁKOVÁ. *Velký sociologický slovník*. Pra: Karolinum, 1996, s. 1001-1002. ISBN 80-7184-311-3.
- STEJSKAL, David a Jaroslav ŠEJVL. *Pohřbívání a hřbitovy*. Praha: Wolters Kluwer Česká republika, 2011. ISBN 978-80-7357-680-6.
- STEM/MARK. *Dříve vyslovená přání: závěrečná zpráva* [online]. 2015 [cit. 2020-06-09]. Dostupné z: <https://www.umirani.cz/sites/default/files/custom-files/cesta-domu-zprava-umirani-a-pece-o-nevylecitelne-nemocne-2015.pdf>
- STUDENT, Johann-Christoph, Albert MÜHLUM a Ute STUDENT. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*. Jinočany: H & H, 2006. ISBN 80-7319-059-1.
- SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospice a umění doprovázet*. 7., dopl. vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2011. ISBN 978-80-7195-580-1.
- SVATOŠOVÁ, Marie. Sociální práce s lidmi umírajícími v hospici. In: MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ. *Sociální práce v praxi: specifika*

různých cílových skupin a práce s nimi. Praha: Portál, 2005, s. 196-210. ISBN 80-7367-002-X.

ŠÍLENÝ, Tomáš. *Život v antickém Řecku*. 5. vyd. Praha: Jednota českých matematiků a fyziků, 1947.

ŠPATENKOVÁ, Naděžda. *Poradenství pro pozůstalé: principy, proces, metody*. 2., aktualiz. a dopl. vyd. Ilustroval Jitka ŘENČOVÁ. Praha: Grada, 2013. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3736-2.

ŠPINKOVÁ, Martina. *Jak být nablízku: provázení posledními týdny a dny života*. 5. vydání. Praha: Cesta domů, 2016. ISBN 978-80-88126-09-6.

TOMEŠ, Igor, Eva DRAGOMIRECKÁ, Katarina SEDLÁROVÁ a Daniela VODÁČKOVÁ. *Rozvoj hospicové péče a její bariéry*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2015. ISBN 978-80-246-2941-4.

TOZER, Carole. *Social & Emotional Changes In Adolescence. Bridging the gap: Child youth & family centres* [online]. 2016 [cit. 2020-03-30]. Dostupné z: <https://www.btg.org.au/social-emotional-changes-in-adolescence/>

ÜRÖGDI, György. *Tak žil starý Řím*. Přeložil Ladislav HRADSKÝ. Praha: Orbis, 1968. ISBN 11-054-68.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie: dětství a dospívání*. Vyd. 2., dopl. a přeprac. Praha: Karolinum, 2012. ISBN 978-80-246-2153-1.

VALENZUELA, Delia. *Perceptions of hospice among social work students: The influences of sociodemographic factors* [online]. 2016 [cit. 2020-06-08]. Dostupné z: <https://scholarworks.lib.csusb.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1371&context=etd>

VÁVROVÁ, Soňa a Renata POLEPILOVÁ. Výzkumné šetření o vzdělávání studentů pomáhajících profesí v oblasti thanatologie. *Sociální práce* [online]. 2010, **10**(2), 71-80 [cit. 2020-06-08]. ISSN 1805-885X. Dostupné z: <http://www.socialniprace.cz/index.php?sekce=2&podsekce=&ukol=1&id=39>

WALTER, Tony. *Death in the Modern World*. Sage, 2020. ISBN 978-15-264-8008-8.

WEE, Bee a HUGHES. *Education in Palliative Care: Building a Culture of Learning*. New York: Oxford University Press, 2007. ISBN 978-0-19-856985-5.

WHO Definition of Palliative Care. *World Health Organization* [online]. © 2020 [cit. 2020-04-09]. Dostupné z: <https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>

ZACHAROVÁ, Eva a Jitka ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4062-1.

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. In: *Sbírka zákonů*. 14.3. 2006. ISSN: 1211-1244.

Zákon č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů. In: *Sbírka zákonů*. 13.10. 2011. ISSN 1211–1244.

Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). In: *Sbírka zákonů*. 6.11. 2011. ISSN 1211-1244.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

AIDS Acquired Immunodeficiency Syndrom

DVO Dílčí výzkumná otázka

HIV Human Immunodeficiency Virus

HVO Hlavní výzkumná otázka

RVP Rámcový vzdělávací program

SOŠ Střední odborná škola

ŠVP Školní vzdělávací program

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 Setkání studentů s pojmem thanatologie během studia	44
Graf 2 Setkání studentů s pojmem paliativní péče během studia	46
Graf 3 Hodnocení teoretických znalostí	48
Graf 4 V které oblasti byste ocenil/a více informací?	49
Graf 5 Dohledávání informací	50
Graf 6 Přínosnost vzdělávání v oblasti umírání a smrti.....	51
Graf 7 Oblasti přínosnosti vzdělávání	53
Graf 8 Motivace ke vzdělávání	53
Graf 9 Připravenost na setkání s umíráním a smrtí.....	56
Graf 11 Využití znalostí.....	57
Graf 12 Zapojení se do péče o umírajícího	58
Graf 13 Hodnocení informací získaných během výuky	59
Graf 14 Časová dotace pro téma umírání a smrti	60
Graf 15 Spokojenost s formou výuky	61
Graf 16 Forma výuky o umírání a smrti	62
Graf 17 Informace od odborníků z praxe.....	63

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Přehled škol	40
Tabulka 2 Pohlaví respondentů.....	41
Tabulka 3 Studovaný ročník respondentů	41
Tabulka 4 Kategorie odpovědí k charakteristice pojmu hospic.....	44
Tabulka 5 Kategorie odpovědí k charakteristice pojmu thanatologie	45
Tabulka 6 Kategorie odpovědí k charakteristice pojmu paliativní péče.....	47
Tabulka 7 Hodnocení teoretických znalostí.....	47
Tabulka 8 V které oblasti byste ocenil/a více informací?.....	49
Tabulka 9 Dohledávání informací	50
Tabulka 10 Přínosnost vzdělávání v oblasti umírání a smrti	51
Tabulka 11 Oblasti přínosnosti vzdělávání.....	52
Tabulka 12 Kategorie odpovědí pro motivaci ke vzdělávání	54
Tabulka 13 Kategorie odpovědí pro zvýšení motivace	55
Tabulka 14 Připravenost na setkání s umíráním a smrtí.....	55
Tabulka 15 Setkání s umírajícím či zemřelým klientem	56
Tabulka 16 Využití znalostí.....	57
Tabulka 17 Kategorie odpovědí pro zapojení se do péče o umírajícího.....	58
Tabulka 18 Hodnocení informací získaných během výuky.....	59
Tabulka 19 Časová dotace pro téma umírání a smrti.....	60
Tabulka 20 Spokojenost s formou výuky	61
Tabulka 22 Informace od odborníků z praxe.....	63
Tabulka 23 Připomínky k výuce	64
Tabulka 24 Kontingenční tabulka pro 1H.....	69
Tabulka 25 Kontingenční tabulka pro 2H.....	72
Tabulka 26 Kontingenční tabulka pro 3H.....	74

SEZNAM PŘÍLOH

PŘÍLOHA P1: DOTAZNÍK PRO STUDENTY

PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK

Vážení studenti, vážené studentky, jsem studentka Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně oboru Sociální pedagogika. Píšu diplomovou práci na téma „Edukace studentů sociálních oborů středních škol v oblasti umírání a smrti“. Chtěla bych vás tímto požádat, abyste vyplnili tento dotazník, který je součástí mé diplomové práce. Dotazník je zcela anonymní a odpovědi budou použity pouze v mé práci. Pro odpovídání se prosím řiďte pokyny u jednotlivých otázek.

Děkuji, Lucie Zakopalová.

1. Vaše pohlaví je:

Muž Žena

2. Ve kterém ročníku studujete?

a) 3. ročník

b) 4. ročník

3. Setkal/a jste se při studiu s pojmem hospic?

a) ano

b) ne

4. Pokuste se tento pojem stručně charakterizovat. Pokud vaše odpověď na otázku č. 3 byla ne, napište, co si myslíte, že pojem znamená.

5. Setkal/a jste se při studiu s pojmem thanatologie?

a) ano

b) ne

6. Pokuste se tento pojem stručně charakterizovat. Pokud vaše odpověď na otázku č. 5 byla ne, napište, co si myslíte, že pojem znamená.

7. Setkal/a jste se při studiu s pojmem paliativní péče?

- a) ano
- b) ne

8. Pokuste se tento pojem stručně charakterizovat. Pokud vaše odpověď na otázku č. 7 byla ne, napište, co si myslíte, že pojem znamená.

9. Jak hodnotíte své teoretické znalosti týkající se umírání a smrti? (ohodnoťte pomocí hvězdiček, kdy 1 hvězdička značí nedostatečné znalosti a 5 hvězdiček naprosto dostačující)



10. V které oblasti byste ocenil/a více informací?

- a) historie
- b) komunikace s umírajícím klientem
- c) práce s rodinou umírajícího a zemřelého klienta
- d) specifika institucionální a domácí péče
- e) přímá péče o umírajícího
- f) role sociálního pracovníka při péči o umírajícího
- g) možnosti podpory a duševní hygieny pro pracovníky pečující o umírající
- h) žádné
- ch) jiné _____

11. Dohledával/a jste si někdy o této oblasti více informací sám/a?

a) ano

b) ne

12. Považujete vzdělávání v oblasti umírání a smrti za přínosné? (pokud je odpověď ne, pokračujte k otázce č. 14)

a) ano

b) ne

13. V čem vidíte největší přínos vzdělávání se v oblasti umírání a smrti? (zakroužkujte libovolný počet odpovědí)

a) celková vyšší připravenost do praxe v sociální oblasti

b) větší porozumění umírajícím osobám

c) znalost potřeb umírajících

d) emoční stabilita při setkání s umírajícím či zemřelým

e) znalost zásad komunikace s umírajícím i jeho rodinou

f) prevence syndromu vyhoření

g) jiné _____

14. Motivuje vás něco pro vzdělávání se v oblasti umírání a smrti?

a) ano (uved'te co)

b) ne

15. Co by podle vás zvýšilo motivaci studentů k vzdělávání se v oblasti umírání a smrti?

16. Jak hodnotíte svoji připravenost na setkání s umíráním a smrtí v odborné praxi? *(ohodnoťte pomocí hvězdiček, kdy 1 hvězdička značí nedostatečnou připravenost a 5 hvězdiček výbornou připravenost)*



17. Setkal/a jste se na praxi s umírajícím či zemřelým klientem? *(Pokud ne, pokračujte na otázku č. 19)*

a) ano

b) ne

18. Měl/a jste pocit, že jste v této situaci uplatnila znalosti získané během studia?

a) ano

b) ne

19. Chtěl/a byste mít možnost zapojit se během praxe do péče o umírajícího klienta?

a) ano

b) ne – uveďte důvod _____

20. Jak hodnotíte informace o tématu umírání a smrti získané během výuky? *(ohodnoťte pomocí hvězdiček, kdy 1 hvězdička značí nedostatečné a 5 hvězdiček naprosto dostačující)*



21. Chtěl/a byste, aby se ve výuce věnovalo více času tématu umírání a smrti?

a) ano

b) ne, věnovaný čas je dostačující

22. Jste spokojen/a s tím, jakou formou probíhá výuka o tomto tématu?

a) ano

b) ne

23. Jakou formou byste se chtěl/a dozvídat informace o daném tématu? *Zakroužkujte libovolný počet odpovědí.*

a) odbornou literaturou

b) powerpointovými prezentacemi

c) videi, dokumenty

d) kazuistikami

e) diskusemi

f) praktickým nácvikem

g) jiné _____

24. Ocenili byste, kdybyste získávali informace i od odborníků z praxe? (např. exkurze do hospicových zařízení, přednášky od odborníků specializujících se na péči o umírající apod.)

a) Ano, na naší škole toto probíhá

b) Ano, ale na naší škole toto neprobíhá

c) Ne

25. Je ještě něco, co byste chtěl/a změnit na vaší výuce v oblasti umírání a smrti?

Děkuji za váš čas a vyplnění dotazníku.