

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
1. lékařská fakulta

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2007

Bc. Pavlína Bartáková

**Univerzita Karlova v Praze
1. lékařská fakulta
Ústav teorie a praxe ošetrovatelství**

**Navazující magisterské studium
Učitelství zdravotnických předmětů pro střední školy**

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Postoj žáků SZŠ a studentů VOŠZ k umírání a smrti

2006/2007

Bc. Pavlína Bartáková

Vedoucí práce: PhDr. Marie Hlaváčová

Děkuji PhDr. Marii Hlaváčové za odborné vedení diplomové práce. Poděkování též patří PhDr. et PaedDr. Janě Matějkové za cenné připomínky při konzultacích psychologické problematiky a Mgr. Silvě Ulrychové za jazykovou recenzi. Děkuji také všem, kteří mi jakýmkoliv způsobem pomohli při psaní diplomové práce.

Obhajoba diplomové práce:

Oponent:

Hodnocení:

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literatury.

V Praze dne 30. dubna 2007

Pavλίna Bartáková

.....

OBSAH:

I.	ÚVOD.....	9
II.	TEORETICKÁ ČÁST.....	11
1.	Definování základních pojmů.....	11
2.	Aspekty umírání dnes a v minulosti.....	14
	2.1.Domácí model umírání.....	15
	2.2.Institucionální model umírání.....	16
3.	Fáze umírání.....	18
	3.1 Pre finem.....	18
	3.2 In finem.....	19
	3.3 Post finem.....	21
4.	Reakce člověka na nemoc a blížící se smrt.....	21
5.	Paliativní péče.....	24
6.	Potřeby umírajících.....	26
	6.1 Biologické potřeby.....	27
	6.2 Psychosociální potřeby umírajících a jejich blízkých.....	27
	6.3 Spirituální potřeby.....	30
7.	Doprovázení umírajících.....	31
8.	Hospicové hnutí.....	32
9.	Adolescence.....	34
	9.1 Utváření postojů.....	38
	9.2 Dospívající a závěr života.....	39
10.	Příprava studentů.....	41
	10.1 Pedagogika a paliativní péče.....	41
	10.2 Situace ve zdravotnickém školství.....	41
	10.3 Postoj studentů medicíny k umírání a smrti.....	44
	10.4 Další vzdělávání v oboru paliativní péče.....	46
	10.5 Význam duševní hygieny v přípravě studentů.....	47

III. EMPIRICKÁ ČÁST.....	49
1. Metodika výzkumu.....	49
1.1 Cíl výzkumu.....	49
1.2 Hypotézy výzkumu.....	49
1.3 Použité metody.....	50
1.4 Zdroje odborných poznatků.....	50
1.5 Organizace výzkumu	51
1.6 Charakteristika výzkumného vzorku.....	51
2. Výsledky výzkumu a jejich interpretace.....	52
3. Ověření hypotéz.....	83
4. Diskuze.....	88
IV. ZÁVĚR A DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	90
V. SEZNAM LITERATURY.....	93
VI. PŘÍLOHY.....	98

Anotace

Titul a jméno autora: Bc. Pavlína Bartáková

Institute: Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta
Ústav teorie a praxe ošetrovatelství
Studničkova 5, 121 00 Praha 2

Obor: Navazující magisterské studium
Učitelství zdravotnických předmětů pro střední školy

Název práce: Postoj žáků SZŠ a studentů VOŠZ k umírání a smrti

Vedoucí práce: PhDr. Marie Hlaváčová

Počet stran: 99 + přílohy

Počet příloh: 10

Rok obhajoby: 2007

Klíčová slova: umírání, smrt, paliativní péče, příprava na péči o umírající

Tato diplomová práce se zabývá problematikou závěru lidského života pohledem žáků posledních ročníků středních zdravotnických škol, oboru Všeobecná sestra a studentů absolvujících vyšší odbornou školu zdravotnickou v oboru Diplomovaná všeobecná sestra. Teoretická část nahlíží problematiku z historického i současného hlediska, zahrnuje základní pojmy, fáze umírání, reakci člověka na nemoc a blížící se smrt, paliativní péči, hospicové hnutí, potřeby umírajících a jejich doprovázení. Popisuje adolescenci jako významnou ontogenetickou fázi života a zabývá se

přípravou budoucích zdravotníků v oblasti péče o umírající. Výzkumná část zjišťuje postoje žáků a studentů k umírání a smrti, znalost potřeb umírajících dle zásad paliativní péče a jejich subjektivní připravenost na péči o nevléčitelně nemocné.

Annotation

Author's name: Bc. Pavlína Bartáková

School: Charles University, Prague

1st Faculty of Medicine

Institute of Theory and Practice of Nursing

Studničkova 5, 121 00 Prague

Subject field: Follow up master study

Teaching health care subjects

Project name: SZŠ and VOŠZ students' attitude towards dying and death

Consultant: PhDr. Marie Hlaváčová

Number of pages: 99 + attachments

Number of attachments: 10

Year: 2007

Key words: dying, death, lenitive care, training in the care about the dying

This diploma work deals with end of life issues from the view of the students graduating from nursing school, specializing as practical nurses and students graduating from nursing college, specializing as diploma practical nurses. The

theoretical part looks at the issues from both the historical and the present point of view and includes the basic terms, stages of dying, human reaction to illness and coming death, lenitive care, hospice movement, the needs of the dying and their attendance. It describes adolescence as an important ontogenetic stage of life and it deals with the future health carers training in care about the dying. The research part uncovers students' attitude towards dying and death, knowledge of the dying needs according to the lenitive care principles and their subjective readiness to care about the incurably ill.

I. ÚVOD

„Nejdříve je třeba unést kříž, aby pak kříž nesl nás.“

Paul Claudel

Smrt je jedno z nejzákladnějších lidských témat. Každá kultura, každá doba se s tímto tématem vyrovnává svým způsobem, každá hledá jeho smysl jinak – vždy těžce a bolestně. Dříve přebírala péči o nemocného a umírajícího především rodina. Rození a umírání bylo v minulosti mnohem spíše chápáno jako přirozená součást lidského životního běhu, jako stál kostel se hřbitovem uprostřed obce. Dnešní civilizace mluví hlavně o zdraví, kráse a smrt není brána jako přirozená součást života. Lidé umírají v jiném životním čase, na jiném místě a jinak než kdysi. Umírající jsou mezi námi a potřebují naši pomoc, a proto se ptáme, jak jim můžeme usnadnit odchod ze života, který milovali. Pocity osobní viny a prohry nejsou na místě, protože smrt patří do života stejně jako zrození. Jako velmi vhodné se, mimo jiné, jeví začít se změnou pohledu na umírání a smrt u mladé generace, která je nositelem nových myšlenek a postojů a často rebelem starých konvencí a rigidních společenských přístupů a dogmat. V případě problematiky umírání a smrti tedy konkrétně u budoucích zdravotníků.

Zdravotnické školství stejně jako celé zdravotnictví zaznamenává v současné době mnoho změn, mezi něž se, především šířením hospicového hnutí a vlivem kontroverzních debat o eutanázii, řadí progresivní tematiky umírání a smrti. Na základě vlastních zkušeností z několikaleté praxe na dětském anesteziologicko-resuscitačním oddělení a pedagogické práce na SZŠ se však domnívám, že se zde vyskytují určité

nedostatky. Ve své práci jsem se zaměřila na problematiku smrti a umírání viděnou pohledem budoucích zdravotníků, žáků 4. ročníků SZŠ, oboru Všeobecná sestra a studentů 3. ročníků VOŠZ, oboru Diplomovaná všeobecná sestra. Teoretická část se zabývá problematikou umírání a smrti z historického i současného hlediska, fázemi umírání, reakcí člověka na nemoc a blížící se smrt. Dále je zaměřena na základní charakteristiku hospicového hnutí a paliativní péče, znalost jejichž zásad pomáhá budoucím sestřím pochopit potřeby umírajících pacientů. Následující kapitoly se věnují adolescenci, utváření postojů a přípravě budoucích zdravotníků na péči o nevléčitelně nemocné a perspektivě dalšího vzdělávání v oboru paliativní péče. V empirické části jsou uvedeny výsledky výzkumu a jejich interpretace. Cílem je bližší podchycení situace, zjištění postojů žáků a studentů k umírání a smrti, jejich znalost potřeb umírajících a subjektivní připravenost budoucích zdravotníků na tuto náročnou část sesterské profese. Hypotézy jsou stanoveny na základě zmíněného cíle. Diplomová práce má ověřit vytčené hypotézy a upozornit na současný stav. V dnešní době je věnována velká pozornost vzdělávání. Naskýtá se zde tedy vhodná příležitost na tuto problematiku poukázat a zařadit ji do systému vzdělávání zdravotnického školství ve větší míře než doposud.

Cílem práce je také upozornit na skutečnost, že všichni jednoho dne staří, bezmocní a odkázaní na pomoc druhých. Každý krok, který podnikneme pro rozšiřování hospicových myšlenek a ve zlepšování péče o staré a umírající lidi, uděláme vlastně sami pro sebe.

II. TEORETICKÁ ČÁST

1. Definování základních pojmů

Pro získání ucelenějšího pohledu je zařazen následující přehled vybraných základních pojmů vztahujících se k tématu diplomové práce. Mezi globální, nosné pojmy se v medicíně bezpochyby řadí pojem *zdraví*.

Jarošová uvádí definici Světové zdravotnické organizace, která charakterizuje zdraví takto: „Zdraví je plné tělesné, duševní, sociální a duchovní blaho člověka. Je to stav, který na jedné straně umožňuje jednotlivcům i skupinám lidí poznat vlastní cíle a uspokojovat potřeby a na druhé straně reagovat na změny a vyrovnávat se se svým prostředím. Zdraví se tedy chápe jako zdroj každodenního života a ne jako cíl života.“ (24, s.12)

Nemoc je protikladem zdraví a tudíž jde o stav, kdy člověk strádá v jedné z těchto oblastí. Jinou definici podává Hrbek, který chápe nemoc jako ztrátu schopnosti dokonalé adaptace na prostředí – poruchu jednoty organismu a prostředí s poruchou homeostázy vnitřních pochodů organismu. Mačák zase cituje patologa Šikla, podle kterého je nemoc ztráta celovztažného, integrovaného, harmonického uspořádání organismu, přičemž celovztažností rozumí, že porucha či onemocnění jednoho orgánu může způsobit onemocnění celého organismu. Pojem nemoc lze také definovat jako poruchu zdraví, která se projevuje změněnou činností, funkcí nebo

změnou tvaru, popřípadě obojím. Nemoc může být ukončena trojím způsobem: úplným uzdravením, přechodem do chronického stadia, smrtí. (22, 41)

Dle příčiny *smrt* dělíme na fyziologickou (stařeckou), patologickou (následek choroby) a násilnou. Při objasňování pojmu smrt se setkáváme s celou škálou hledisek chápání jejího významu a v souvislosti s tímto faktem s řadou definic. Například chápání smrti z hlediska metafyzického, dále z hlediska křesťanské filozofie a teologie či z hlediska materiálního. Zatímco hledisko duchovní vysvětluje smrt jako odloučení duše od těla, přičemž duše je podstatou života a je nesmrtelná, hledisko materiální definuje smrt ve smyslu zániku organismu jako celku, trvalé a nezvratné poškození až vyhasnutí všech funkcí. Podle Mačáka se smrt konstatuje ve chvíli, kdy nejsou známky srdeční činnosti, a když se zjistí marnost oživovacích pokusů. Drápková chápe smrt jako nezvratný zánik jedince, zánik obnovy buněk, tkání, metabolismu a funkcí orgánů a systémů. (10, 41)

V současné době, kdy lze práci srdce a plic, jako životně důležitých orgánů, nahradit přístrojovou technikou, je rozhodujícím kritériem při stanovování smrti konstatování tzv. *smrti mozku* neboli *korové smrti (brain death)*. Smrt tedy můžeme konstatovat jen tehdy, je-li mrtvá mozková tkáň. Vitalita či naopak nefunkčnost mozku je dnes objektivně měřitelná. Předepsaná diagnostika smrti mozku nese tato kritéria: hluboké bezvědomí s úplnou ztrátou reaktivity na zevní i vnitřní podněty, svalová atonie, areflexie nad úrovní C1, přičemž mohou být zachovány míšní reflexy, dále vymizení spontánního dýchání, mydriáza bez fotoreakce a panangiografie mozku. Při panangiografii se zobrazí pouze extrakraniální úseky tepen zásobujících mozek, kontrastní látka totiž neproniká dále než k mozkové bázi. Nástřík se provádí dvakrát v 30minutovém intervalu. (29, 59)

Na základě těchto uvedených faktů rozlišujeme smrt klinickou a biologickou. *Smrt klinickou* chápeme jako dynamický stav organismu začínající patologickou zástavou jedné ze základních životních funkcí, tj. dýchání nebo krevního oběhu, která je během 60sekund až 5minut následována zástavou druhé vitální funkce a bez odborného zásahu přechází nenávratně v biologickou, definitivní smrt. Doba trvání klinické smrti, čili času vhodného pro neodkladnou resuscitaci, je různá. Závisí na vnějších i vnitřních činitelích. Z vnějších činitelů je nejdůležitější teplota, čím je nižší, tím je klinická smrt delší. Průměrná doba jejího trvání při zachování spontaneity, tzn. bez podpory přístrojovou technikou, je 4 - 6 minut. Po té vlivem nedostatečného přísunu kyslíku a glukózy přestává vyvíjet svou aktivitu i mozek.

Sdělitelná lidská zkušenost z klinické smrti končí tím, že člověk odněkud pozoruje své bezvládné tělo, cítí sounáležitost s veškerým světem a vesmírem, dochází k poznání vyšší moci a zákonů. (41, 46)

O *biologické smrti* hovoříme tehdy, začne-li nezvratný proces zániku činnosti buněk různých orgánů a systémů z důvodu ischemie. Biologická smrt jednotlivých orgánů nastupuje v různém časovém intervalu od zástavy oběhu, například u srdce asi za 20 - 30 minut, u ledvin za 2 hodiny. Je dovršena přibližně 20 hodin po zástavě krevního oběhu. (10, 60)

Považuji za nutné vysvětlit i pojem *sociální smrt*. Výklad je možný ze dvou hledisek – medicínského a sociologického. V medicíně je označována sociální smrt jako *apalický syndrom, coma dépassé, přetrvávající vegetativní stav*. Představuje těžké ireverzibilní poškození mozku u nemocných v bezvědomí a bez reakce, u nichž je prokazatelná elektroencefalická aktivita a některé aktivní reflexy. Současně je zachováno spontánní dýchání a činnost srdeční. (59)

Sociologové používají termín *sociální smrt* pro situaci, kdy se člověk cítí všemi opuštěný, žije „sám uprostřed lidí“, nešťastný, nemá se komu svěřit se svými problémy, je bezradný, emocionálně strádá. (51)

Tato diplomová práce se však zaobírá obdobím, které okamžiku smrti předchází – *umíráním*. Pojem umírání lze chápat ve dvojím slova smyslu. Z hlediska thanatologie jde o proces, tedy neustále se měnící stav, „dění v čase“, kdy nemocný člověk v relativně dlouhém čase žije pod znamením hrozící a nakonec se realizující smrti. Hranicí umírání tedy není vyřčení diagnózy, ale již psychická odezva v pacientově životě. V lékařské terminologii je tento pojem synonymem *terminálního stavu*, kdy dochází k postupnému nezvratnému selhávání životně důležitých funkcí, jehož výsledkem je zánik individua, tedy smrt. Ad absurdum bychom tedy mohli konstatovat, že umíráme od narození. Dle Haškovcové umírání začíná až tehdy, když vejde v odbornou a laickou povědomost, že nemoc konkrétního člověka je perspektivně neslučitelná se životem. Na základě takto vyloženého pojmu lze říci, že proces umírání přechází ve stav umírání (viz příloha č. 1: Časový průběh umírání). V žádném případě však nelze redukovat pojem umírání pouze na terminální stadium. V psychologickém a sociologickém významu člověk umírá mnohem dříve než se dostaví onen definovaný terminální stav. Už v tomto stadiu je nutné zahájit lidsky hřejivou péči o umírajícího. (17, 30)

V současné době se stále více diskutuje o tom, že některá léčba, ač dobře míněná, přináší nemocnému více utrpení než-li prospěchu. V odborné literatuře se můžeme setkat s pojmem *dystanázie* (zadržaná smrt), která vzbuzuje četné rozpaky lékařů a je zdrojem utrpení umírajících i jejich rodin. V tomto smyslu je významný obsah dokumentu Etická doporučení k péči o smrtelně nemocné a umírající pro vysazení nebo nenasazení život udržující léčby z roku 1998. (14, 47)

Pojem *eutanázie* je spojován se skutkem milosrdného ukončení života v případě těžce a beznadějně trpících pacientů. Je pravdou, že díky obrovskému rozvoji znalostí a technických vymožeností dnešní medicíny se výrazně prodloužil lidský věk. Mnozí však umírají v pokročilém stáří s těžkostmi a slabostmi nejen rázu fyzického, nýbrž i mentálního, často odkázáni na pomoc ostatních. Z nejrůznějších studií vyplývá, že mezi lidmi obecně panuje domněnka, že pro těžce nemocného a umírajícího pacienta existují pouze dvě možnosti. Buď umírat v nesnesitelných bolestech a trápeních anebo být milosrdným způsobem zabit, a tímto způsobem utrpení uniknout. O žádné třetí možnosti se většinou neuvažuje. Eutanázii nelze považovat za důstojnou smrt. Správná cesta je pomoci nemocnému ke skutečně důstojné, lidské smrti, a nikoliv k zabití. Takové zabití je totiž z mravního hlediska opuštěním nemocného, ponecháním jej v samotě. Je také zajímavé, že volání po legalizaci eutanázie zní především z úst mladých, zdravých lidí. Od nemocného, jemuž se dostává správné a všestranné péče, bývá žádost o usmrcení slyšána zřídka. Je tedy opravdu nutné a naléhavé seznámit veřejnost i s jinou cestou ve vztahu k umírání – s dobrou *paliativní léčbou* a péčí (viz kapitola č. 5, s. 24). (49)

Pro ucelení pohledu na problematiku umírání a smrti je připojeno vysvětlení pojmu *thanatofobie*, kterým se rozumí chorobný strach ze smrti. Studium aspektů smrti a umírání se zabývá *thanatologie*.

2. Aspekty umírání dnes a v minulosti

Moderní medicína je charakteristická tím, že doslova bojuje o ohrožený život každého člověka, což je obdivuhodné a potřebné. Smrt je dnes pokládána za selhání techniky a někdy i jednotlivých lékařů. Je vnímána jako nutný, ale nepatřičný fenomén, který se vlastně nehodí do světa ovládaného vědou, technikou a médií. Krédem dnešní společnosti je smrt skrývat, mlčet o ní. Nahlas je žádoucí opakovaně

ujišťovat sebe i druhé, že v blízké budoucnosti zvítězíme i nad příčinami dnešní smrti. Velmi rychle jsme přijali názor, že smrt se nehodí do našeho úspěšného života. Současný člověk vytěšňuje myšlenku na smrt. Mluvíme tedy o tzv. *odosobnění* či *odlidštění*, kdy kolem smrti vytváříme jakési vakuum. Řičan zase hovoří o tzv. *tabuizování* smrti. (17, 55)

Potlačovat myšlenku na vlastní smrt se daří člověku nejen po celý život, ale více či méně též po dobu vážné nebo nevyлéčitelné choroby. Vědomě smrt uznáváme, ale podvědomě ji jako realitu současně popíráme. Pro moderního člověka je samozřejmostí žít dlouho, úspěšně a šťastně. Každý dospělý člověk ví, že jednou musí umřít. Domnívá se ale, že individuální smrt by měla nastat nejen na konci dlouhé a úspěšné cesty životem, ale i optimálním způsobem. Fenomén tabuizované smrti je v naší době, zejména pak po druhé světové válce, obecným jevem. Totalitní systém nepochybně modifikoval formy tabuizace smrti, není však její příčinou. V ekonomicky vyspělých zemích světa bez komunistické minulosti došlo rovněž k důsledné tabuizaci smrti a všeho, co hodnotíme jako neúspěch. (18)

Po dlouhá staletí měl i pohřeb svůj ustálený scénář. Vytvořil určitou atmosféru, ve které bylo dovoleno zoufat, plakat a tudíž se postupně smířit se ztrátou blízkého člověka. Když člověk zemře, je stále rychleji a civilněji pohřbíván. Hovoří se pak o tzv. *komeracionalizaci smrti* nebo-li o *americké cestě ke smrti*. Mění se typ pohřbu, převládá pohřeb žehem. Obřad se zkracuje, občas se dokonce vůbec neuskutečňuje. Možná, že se na zemřelé nezapomíná rychleji než v minulosti, ale zármutek a žal se pravidelně skrývají. Smrt byla vytěsněna proto, že je interpretována jako zbytečná, předčasná prohra. (14)

2.1 Domáci model umírání

Historicky vzato pečovala o nemocné a umírající především rodina. Nemoc v určitém předstihu často ohlašovala přicházející umírání a smrt. Postava lékaře vstupuje na scénu domácího ošetřování umírajícího relativně pozdě, tj. až v minulém století. To znamená, že péče o těžce nemocné a umírající byla dříve převážně laická. Umírání doma mělo po staletí stejný scénář. Každý věděl, jaká je jeho role. Smrt byla ritualizována.

Rituál (z lat. *rituale*) znamená řád obřadu neboli obřadnictví. Každý rituál určitým způsobem kodifikuje chování lidí ať již v radostné nebo smutné životní situaci. Příkladem může být zrození, křest, vstup do manželství, smrt, pohřeb. Rituály se liší,

ale jejich transkulturní význam je společný: ve vypjatých situacích umožňuje předepsaný nebo tradiční scénář přiměřené chování zúčastněných. Ritualizace smrti vždy přesahovala prostor domova, v němž umírající vydechl naposledy. Rituál pokračoval i do období těsně následujícího po smrti a našel svůj konkretizovaný výraz v pohřebních zvycích. (14)

V dřívějších dobách byla tedy péče o umírajícího člena rodiny samozřejmá, jako byla samozřejmá smrt. Z generace na generaci přecházela zkušenost týkající se pečování a prožitků, co je umírání a smrt zblízka. Životem vyškolený jedinec zvládl adekvátní přístup k umírajícímu. Umírajícímu byly uspokojovány fyzické i sociální potřeby. Duchovní péče byla součástí rituálu, kterou poskytovali kněží a ostatní věřící, nejčastěji rodinní příslušníci. Lidé uměli předpovídat jednotlivé fáze umírání, ovládali laické ošetrovatelské úkony, které prováděli. Nabízeli umírajícímu tekutiny, protože věděli, že nezvládne jíst tuhou stravu, přikrývali jeho tělo pokrývkami, protože věděli, že jeho tělo je zesláblé a je mu zima, v místnosti udržovali pološero, nepřekvapovala je barva kůže. Když dotyčný zemřel, zavřeli mu oči a někdo z přítomných otevřel okno, aby duše mohla odlétnout. Samozřejmostí byl klid a úcta, modlitba. Poté tělo omyli, podvázali bradu a oblékli mrtvého. Rovněž umírající věděl, jaká bude jeho role, vždyť i on plnil nejednou v životě úkol doprovázejícího. Měl jistotu, že nebude opuštěn, a že se mu dostane péče v takové formě a kvalitě, jakou poskytoval tolikrát sám. Předvídal svůj tělesný stav, proto mohl svolat příbuzné a přátele, mohl rozmlouvat s knězem. Smířen se stavem věcí čekal umírající v náruči milujících a milovaných na smrt. (54)

Avšak tento klasický model umírání nebyl pravidlem. Všichni neměli to štěstí zemřít ve své posteli, za přítomnosti svých blízkých. Velká část umírajících měla rodinu neúplnou, nefunkční nebo nedostupnou. Často neměla ani finanční prostředky na přítomnost lékaře a utišující léky. Bylo to i proto, že lékařů byl dříve nedostatek a Hippokratova přísaha jim doporučovala, aby se vzdalovali od míst, kde umírajícímu nemohou pomoci jinak než uklidňujícími léky. (14)

Přesto však platí, že domácí model umírání je hoden názvu důstojného umírání, zvláště v dnešní době, kdy lidé umírají v sociální izolaci ve zdravotnických zařízeních, často ještě stále v nedůstojných podmínkách. Je třeba navrátit se ke kořenům, čerpat z moudrosti našich předků, více naslouchat přirozenému běhu života a řídit se jím ve všech jeho etapách. Moderní člověk většinou tyto dovednosti a znalosti nemá. Vytěšňuje smrt ze svého života. Myslí si, že patří spíše do

kompetence zdravotníků. Je to však hrubý omyl (více viz příloha č. 2: Mýty o umírání doma).

2.2 Institucionální model umírání

Haškovcová říká, že: „Problematika ritualizace smrti v moderních, zejména institucionálních podmínkách, je naléhavá. Člověk se rodí v nemocnici a je téměř jisté, že v ní také zemře. V ekonomicky vyspělých zemích umírá v institucích (nemocnice, léčebny, domovy důchodců) 80 % lidí.“ (14, s. 208)

Příchodu nového člověka na svět přiznáváme charakter radostného sociálního aktu. Nikdo se nerodí sám. Stále častěji je u porodu přítomen také otec, jako garant emoční positivity a sociální jistoty. Smrti však byl upřen charakter sociálního aktu a odborníci se shodují v názoru, že nikdy nebyl člověk při umírání tak sám jako v naší moderní době. V současné době se rozšířila tendence, kdy nemocný většinou umírá mimo své rodinné prostředí, odkázán na péči cizích lidí, od nichž se mu často nedostává adekvátní citové vazby a pochopení. (18)

Tento model umírání se vyvíjel postupem času. Nejdříve bylo nutné zajistit, aby každý vážně nemocný a umírající měl čisté lůžko, aby mu bylo teplo, měl zajištěnou stravu, tekutiny a základní hygienické zázemí. V 1. století dobročinné osoby navštěvovaly nemocné doma a ošetřovaly je. Později začaly pro tyto účely vznikat první kláštery a špitály. Po další staletí zakládaly církevní řády v mnoha zemích mužské i ženské kláštery, kde byli ošetřováni tělesně i duševně nemocní. V 17. století byl založen řád Charitativních sester, které taktéž ošetřovaly nemocné. Nemocní byli umístováni do azylových domů, kterým se také říkalo chorobince nebo později do již zmíněných špitálů. Ošetřovatelské úkony měly pouze laický charakter, avšak vycházely z bohatých zkušeností. Později byly ošetřovatelky cvičeny v základních ošetřovatelských dovednostech. (61)

Péče o nemocné a umírající se postupně přesunula do nemocnic a nabyla především odborného charakteru. Jestliže někdo právě umíral, jeho lůžko bylo mezi všemi ostatními. Snaha zlepšit tuto situaci umírajících z hlediska soukromí vyvrcholila v oddělení lůžka umírajícího bílými zástěnami. Ty se pak běžně začaly používat až ve 20. století a nemocnému tak měly zajistit klid a spolupacienty ušetřit pohledů na umírajícího. Po zlepšení ekonomické situace se vyčleňoval jeden pokoj pro umírající. Naštěstí se tento způsob v dnešní praxi stává minulostí. Dříve nemocný věděl, že pokud je transportován na tento pokoj, je odsouzen k umírání

v izolaci a osamocen. Pokoj pro umírající měl negativní dopad na psychiku nejen pro dotyčného, ale i jeho spolupacienty. Těžce nemocní se totiž obávali, že je brzy potká stejný osud. Vrcholem všeho byl názor, že nemocný potřebuje přísný klid a pořádek. Byl zajištěn tak, že veřejnost, tedy i příbuzní, byli vyloučeni z jakékoli účasti na péči o těžce nemocné a umírající. Návštěvní hodiny byly přísně dodržovány. Tak se stalo téměř pravidlem, že v moderní společnosti člověk umírá sám, obklopen bílou zástěnou nebo v pokoji mezi ostatními a v péči profesionálů, kteří jsou pro něj cizími lidmi. Umírajícím je poskytována potřebná péče, dominantní je prakticismus. Chybí lidský kontakt. Je zajištěna čistota, pořádek, jídlo a léky. Umírajícího nikdo nepohladí. Příbuzní jsou daleko, občas přijdou na návštěvu. Nikde není zaručeno, že ve chvíli smrti bude někdo u nemocného. Nejbližší nemají možnost se rozloučit, říci si poslední slova. (14,18)

Blížkost umírajícího člověka je nám většinou nepříjemná, protože připomíná, že tento život jednou skončí. Umírání a smrt se diskrétně odehrávají mimo naši pozornost. Laiky uklidňuje tvrzení, že umírajícím je v náručí profesionálů lépe. Společnost odsunuje nemocného do instituce, kde je profesionálně opět odsunut. Smrt je opouzdřena bílou plentou, ať již doslova či obrazně. O tom svědčí tendence přeložit nemocného s negativní prognózou z běžných oddělení do léčeben dlouhodobě nemocných. Tyto aktivity prozrazují především úzkost profesionálů a tendenci vytěsnit smrt ze svého okolí. Neví, co dělat, jak se chovat, co říkat. Umírání musí opět získat charakter sociálního aktu. V mnohých nemocničních zařízeních byla praxe bílé plenty opuštěna. Jenomže odstrčenou smrt nelze jen obnažit, je nutné ji také zlidštit.

Způsobů řešení je celá řada. Nemocnice změnily režim návštěv a každý nemocný i umírající má právo na přítomnost svých blízkých. Některé instituce praktikují tzv. kombinované hospitalizace, kdy je do péče přijat nejen pacient, ale i člen jeho rodiny. Takovýto způsob se uplatňuje zejména u těžce nemocných a umírajících dětí. V našich podmínkách naráží na finanční a technické překážky. Ovšem možnost kontinuálních nebo denních návštěv by měla být bezpodmínečnou samozřejmostí. V současné době se budují různá speciální zařízení pro umírající. Klasickým příkladem je *hospic* (viz kapitola č. 8, s. 34). Cílem péče zde není umělé prodlužování života, nýbrž kvalita života. Umírajícímu je poskytována kvalitní *paliativní péče* (viz kapitola č. 5, s. 24), respektována jeho lidská důstojnost a zajištěno, že v posledních chvílích nebude osamocen. (14)

Z uvedeného vyplývá, že budování speciálních zařízení je možné a přínosné. Ovšem neutěšený stav, ve kterém se nacházejí naši umírající lze měnit i ve stávajících podmínkách, právě objevováním procesu ritualizace umírání a smrti. Vztah ke smrti není nikomu dán, vytváří se teprve v určitém sociálním prostředí. Nikdo nemá příslušné vzdělání na smrt, ale každý má nejen právo, ale i mravní a lidskou povinnost zaujmout stanovisko ke svému budoucímu umírání. (4, 14)

3. Fáze umírání

Z ryze praktického a metodického hlediska někteří odborníci rozdělují proces umírání na tři časově nestejná, ale výrazná období: *pre finem*, *in finem* a *post finem*.

3.1. Pre finem

Umírání v tomto smyslu je proces, jehož začátkem je diagnóza vážné, dlouhodobé a prognosticky neblahé nemoci. Nemocný se výrazně konfrontuje s bolestí. Musí bezpečně vědět, že kromě lékařské pomoci mu bude poskytnuta též pomoc psychologická a lidská. Nesmíme dopustit, aby nemocný zemřel psychicky a sociálně dříve než fyzicky. (14, 17)

Jak se tedy chovat k pacientům, kteří se nacházejí ve stadiu *pre finem*? Především je třeba respektovat jednotlivé a zákonitě probíhající fáze psychické odezvy na příchod a rozvoj vážné nemoci, jak je popsala Kübler-Rossová (viz kapitola 4, s. 21). Stěžejním by mělo být úsilí, aby redukce cílů a činností nemocného byla minimální. Nezastupitelnou funkci zde hraje nejen lékař, sestra, ale i další týmy profesních odborníků (psycholog, sociální pracovník či svépomocné skupiny). Pacient by měl být o těchto skutečnostech a možnostech vždy informován.

V situaci *pre finem* dochází současně k uvědomování si závažného stavu, ale také k tzv. *adaptabilní neglienci* (vytěšňování nepříjemného a úzkostně prožívaného ohrožení života). V tomto období jsou úzkostné stavy z ohrožení a manifestní strach ze smrti intenzivnější a někdy i častější než ve fázi *in finem*. (14)

V situaci *in finem* je jistě také přítomen strach, ale má jiný obsah. Člověk je často unaven, více soustředěn na své biologické funkce. „Nemoc si člověka připraví“, říká české přísloví. V každém případě je třeba nemocného úskalími nemoci po celé období *pre finem* odborně vést. V této fázi někteří nemocní nárokuje otevřený rozhovor s jasným přáním, aby jim bylo pomoci nalézt řešení v obtížné,

nepřehledné a „nespravedlivé“ situaci. Hovoříme pak o oprávněném nároku na otevřenou komunikaci. (18)

Dle Haškovcové je: „Další obtížnou a diskutabilní kategorií této fáze umírání problematika sdělování pravdy nemocnému. V současnosti se v Čechách nacházíme v nelehkém a dlouhodobém transformačním procesu, kdy hledáme potřebný konsenzus a odpovídající rituál sdělování závažných informací.“ (14, s. 208)

Umírání jako proces, který k životu zákonitě patří, začíná jeden, někdy tři měsíce před vlastní smrtí, kdy se člověk začne pomalu jakoby odpoutávat od svého okolí. Přestane se zajímat o noviny, o televizi, později i o návštěvy. V tomto období naprostého odtažení a odpoutání ode všeho, co leží mimo vlastní já, najdeme nemocného často během dne se zavřenými očima. Vypadá to jako spánek. Nemocný je ale pohroužen do svého nitra, kde dochází k důležité práci, hodnocení vlastního života. Uvnitř je místo jen pro jednoho. (62)

3.2 In finem

Situace in finem je totožná s lékařským pojetím terminálního stavu. Jedná se o umírání v užším slova smyslu, tedy o fázi lidského života, která bezprostředně hraničí s fyzickou smrtí.

Umírá-li člověk sešlostí věkem nebo vyčerpáním sil po dlouhodobé nemoci, nejde o nic dramatického, spíše to připomíná usínání a usnutí po vyčerpávajícím dni. Ale protože tohle málo lidí ví, zbytečně zpanikaří a nemocného v počínající agónii nechávají sanitkou převézt do nemocnice v domnění, že pro něho dělají to nejlepší. Předpokládaná a očekávaná smrt, resp. umírání starého nebo nevléčitelně nemocného člověka není důvodem k akutní hospitalizaci. (18)

S uzavřením se umírajícího do svého nitra souvisí menší potřeba komunikace s ostatními. Slova, ne všechna, ztrácejí svou důležitost. Dotek a tichá přítomnost nabývají zvláštního významu. Mění se také potřeba příjmu potravy. Když se tělo chystá ke smrti, je zcela přirozené, že jídlo odmítá. Nejprve přejde chuť na maso a těžko stravitelné pokrmy, nakonec zůstane chuť jen na tekutiny. Ostatní smyslové funkce jsou taktéž narušeny, nemocný má zhoršený zrak, může pociťovat ztrátu čichu. Dalším příznakem blížící se smrti je zpomalení krevního oběhu projevující se sníženou citlivostí, skvrnami a cyanózou na končetinách, studenou kůží, nejdříve na nohou, poté na rukou, uších a nose. Puls je pomalejší, nitkovitý, špatně hmatatelný, častá je hypotenze, dýchání je mělké, rychlé, nepravidelné nebo abnormálně pomalé,

přechází v *gasping* (agonální dýchání), hlen se hromadí v ústech, ústní sliznice vysychá. Nemocný je ještě více spavý, je však možné ho ze spánku probudit. Může se také objevit zmatenost. Dochází ke změnám, které signalizují, že tělo pomalu ztrácí schopnost se udržet. Tyto příznaky se zvýrazní jeden až dva dny před smrtí, kdy už je těžší, dokonce i nemožné nemocného probudit. Někdy ale bývá vědomí zachovalé až do konce. Zástava dechu a srdeční činnosti je známkou klinické smrti, která opravdu vypadá jako hluboký spánek. (62)

Pravdou je, že někteří lidé umírají klidně a jiní neklidně. To závisí hodně na tom, zda se smrti bojí či nikoliv. Pokud ji vnitřně už dříve přijali, umírají zpravidla klidně a někdy dokonce radostně. Smrt, která není zapříčiněna tzv. sešlostí věkem, může ovšem probíhat mnohem dramatičtěji. Stává se to, pokud nemocný není smířen s blížící se smrtí a bojuje proti ní. Tento boj je však marný a jen pacienta připravuje o zbytek sil, které by mohl vynaložit mnohem užitečnějším směrem – například urovnání vlastních záležitostí, rozloučení se se svými blízkými. Nesnadné umírání může způsobit také *milosrdná lež*, ke které se příbuzní a lékaři někdy uchylují ve snaze vyhnout se nepříjemné povinnosti sdělit nemocnému nepříznivou diagnózu. Pacient tak nemá dostatek času akceptovat svůj zdravotní stav a připravit se na nesnadné údobí, které ho čeká. (35, 63)

Vlastní smrti obvykle předchází stavy transu různého stupně, po nichž následuje kóma. *Trans* je změněný stav vědomí. U umírajících nazýváme transem ty stavy, při kterých je odezva na otázky týkající se každodenních činností minimální nebo chybí. *Trans*, neboli zvrát přecházející do kómatu, je stavem hlubokého bezvědomí, kdy umírající nemůže odpovídat na žádné verbální, či neverbální podněty. *Kóma* bývá označováno za nejhlubší formu bezvědomí. Představuje extrémní formu života, z níž jedince nelze probudit. Rozdělujeme je na vegetativní kóma, kdy je jedinec schopen stereotypních reflexních funkcí jako je dýchání, spaní, trávení potravy, není však schopen myslet, nebo si uvědomovat okolní svět; a na bdělé kóma, při němž je odezva na vnější podněty minimální nebo žádná. Umírající má obvykle jedno nebo obě oči otevřené. (43)

3.3 Post finem

Toto období začíná smrtí člověka. Mezi posmrtné změny patří posmrtné vysychání – mumifikace, posmrtné chladnutí těla – algor mortis, posmrtné skvrny – livor mortis, posmrtná ztuhlost – rigor mortis a autolýza. (22, 41)

Fáze post finem zahrnuje péči o tělesnou schránku umírajícího a psychické strádání pozůstalých. Zatímco ritualizace smrti v podmínkách hospitalizace je zdravotníkům vzdálená, většina jich dobře ví, jak si počínat a co má udělat bezprostředně po smrti nemocného. Mnoho, především středoškolských, učebnic ošetřovatelství se v rámci péče o zemřelého bohužel omezuje na péči o mrtvé tělo a na postup při prohlídce mrtvého. (17)

V praxi lze konstatovat v této souvislosti dva základní etické problémy. Je obtížné zvolit vhodné místo pro povinný dvouhodinový klid zemřelého, kam jej umístit a jak zároveň respektovat důstojnost vůči mrtvému i vůči spolupacientům. Dalším palčivým problémem je způsob sdělování úmrtí příbuzným. Běžnou praxí je zasílání telegramů, ale to je i v případě, že se jedná o očekávané úmrtí, pro příbuzné šokující událostí. (14)

4. Reakce člověka na nemoc a blížící se smrt

Pouze určité formy onemocnění se vyvíjí dramaticky a akutně. Patologické stavy obvykle přicházejí plíživě, doprovázeny řadou příznaků, které nemocnému signalizují, že by měl vyhledat lékaře. Postižený má zprvu pocit, že není „ve své kůži“, ale zakrátko se dostaví nejen pocit zdraví, ale i uklidnění. To je pak následně přerušeno další nevolností, obtížemi a bolestí. Fázi výskytu těchto neurčitých symptomů nazýváme *stadiem nulitním*. (19)

Pacient, jemuž je sdělena vážná diagnóza, není schopen tuto informaci přijmout okamžitě. Je jakoby chráněn určitou psychologickou bariérou a trvá určitou dobu, než informaci prožije a zpracuje. Zákonitosti psychické odezvy na příchod a rozvoj nevléčitelné nemoci ve stadiu mezi vyřčením diagnózy a vlastním umíráním popsala v 60. letech minulého století americká lékařka, psychiatrička švýcarského původu, Elisabeth Kübler-Rossová. Zjistila, že přes odlišnost reakcí jednotlivých lidí, zde existují určitá pravidla probíhající v pěti fázích. Autorka tyto fáze označuje jako obranné mechanismy v extrémně těžkých situacích vedoucí k zachování duševní rovnováhy (viz příloha č. 3). Haškovcová přiřadila k jednotlivým stadiím charakteristické výroky pacientů, které jsou uvedeny v závorce, vždy za názvem fáze. (37)

Potvrzení nevy léčitelné nemoci lékařem, samotný rozvoj nemoci a reakci nemocného na tento fakt charakterizovala autorka jako *šok, popření faktu, stažení do izolace* („Já ne!“). Nemocní si nejčastěji kladou otázky typu: „Proč se to stalo, proč právě mě a právě teď?“. Všechny tyto otázky vedou k jedinému, totiž k popření faktu nevy léčitelné nemoci. Vnitřně se lidé přesvědčují o tom, že ortel nevy léčitelné nemoci je omylem, jenž se určitě nějak vysvětlí. Pacient se snaží „zavřít oči nad skutečností“ a nemoc tak od sebe zapudit. Mnohdy myslí na osobu, ke které má negativní vztah a ptá se, proč to nepotkalo ji. Nechce uvěřit tomu, co se děje. Odvolává se na jistou chybu ve výsledcích vyšetření, na omyl, který se určitě vysvětlí. Snaží se tento fakt vytěsnit ze svého vědomí, což mu poskytuje jistou psychickou ochranu. Toto stadium je poměrně krátké. Postupně dochází ke stažení se do izolace - nemocný si přeje být sám, aby se mohl vyrovnat s osudem. Začíná hovořit o své nemoci, ale opět sklouzává k popírání. V této chvíli přechází stadium první do druhého. (35)

Po tomto útlumovém období následuje náročné, výbušné *období zloby a hněvu* („Proč právě já?“). Nemocný se zlobí na vše okolo sebe, především pak na zdravé lidi. Pociťuje vůči nim závist, nevraživost. Má strach z opuštěnosti, ze ztráty vlastního těla, ze ztráty lidské důstojnosti. Tento časový úsek prožívání nemoci je obdobím značně náročným pro okolí nemocného, v případě hospitalizace pro ošetřující personál. Veškeré výtky je však nutné nebrat osobně, protože nemocný prožívá těžkou vnitřní krizi. Snaží se na sebe upozornit. Citové výbuchy jsou v podstatě „voláním o pomoc“. Mají původ v pacientově bezmocnosti. (36)

Třetí fází je *smlouvání* („Možná, že přece jenom ne já.“). Nemocný chápe nevyhnutelnost svého osudu, ale chce ho oddálit. Jakoby si řekl, že hádání se s Bohem, se světem, mu nepomohlo, tak tedy zkusí vyjednávat. A zkusí to jako malé dítě. Má řadu plánů a přání, kterých chtěl ve svém životě dostat a ty se nyní stávají časově omezenými. Slibuje, jaké oběti v budoucnu přinese, jen když se uzdraví. Často si uvědomuje pocity viny a snaží se vše, „co špatného napáchal“, napravit. Velkou roli ve favorizovanosti jednotlivých přání hraje hodnotová orientace nemocného. Často bývá přáním pacienta prodloužení života za účelem mnoha věcí, které by rád ještě dokončil (zaopatření, svatba či promoce dětí, dokončení obchodu...). Dalším častým přáním bývá zbavení se bolesti. Nemocní se v této fázi většinou intenzivně a iniciativně zajímají o svoji léčbu, vyhledávají literaturu o své nemoci a bedlivě sledují osudy spolupacientů. Vyhledávají přírodní léčitele a zkouší

různé alternativní až šarlatánské postupy, střídají různé kliniky a přední odborníky v oboru. Ze všech sil se snaží zvrátit osud. (36)

Blumenthal-Barby popisuje příklad ženy, která velikou duševní silou opravdu zbrzdila průběh svého zhoubného onemocnění: „Nemocná s metastazující rakovinou prsu měla podle názoru odborníků naději na rok života. Osud jejího dvouletého dítěte byl však pro ni dostatečným důvodem, aby bojovala o každý den života. Jejím cílem bylo dožít se nástupu syna do školy, což všichni považovali za vyloučené. Tuto událost přežila o týden.“ (4, s. 64)

Nemoc se stále prohlubuje, projevují se nové příznaky. Nemocný slábne a začíná vidět, že nemá smysl se obelhávat. Nastupuje *skleslost, smutek a deprese* („Co to pro mne znamená?“). Jednak je zoufalý z neustálých bolestí a ostatních příznaků choroby, jednak prožívá ztrátu sociálních vazeb. Má strach ze samoty, z bezmocnosti, ze ztráty sebekontroly a své lidské důstojnosti. Především matky pociťují intenzivní obavy o své děti a nezaopatřené členy rodiny. Depresivní nálada může vést pacienta k žádosti o „vysvobozující injekci“, která by zkrátila proces čekání. Je třeba pomoci nemocnému, aby se přenesl do poslední fáze. (37)

Pokud nemocnému umožníme prožít si předchozí fázi zármutku, pokud jeho život není uměle prodlužován a rodina je připravena „nechat ho odejít“, pak může smířlivě hledět vstříc smrti. Přichází fáze *smíření a přijetí pravdy* („Ano, musí-li tomu tak být, jsem toho schopen.“). Toto období neprožívají všichni nemocní. Poznání a přijetí pravdy je vždy výsledkem tvrdého, opravdového a nelehkého zápasu. Na jeho konci však je to, čemu se v křesťanství říká „odevzdání se do vůle Boží.“ (5, 37)

V této konečné fázi je pacient již většinou unaven a vysílen, bývá apatický a pospává. Již se vyhovobil ze svých emocí, nechce být rušen problémy vnějšího světa. Komunikace vážně a od svých blízkých očekává, že mu budou na blízku a „doprovodí ho“. Nesmíme tuto fázi chápat jako šťastný stav, ale spíše jako poslední klid před dlouhou cestou. (36)

Od fáze smíření je nutno odlišit *rezignaci a zoufalství*. Lze ji chápat i jako selhání doprovázejícího, i když neúmyslné. (62)

Pacienti, kteří svůj osud přijali, získávají velmi osobitý výraz vyrovnanosti a míru a v jejich tvářích se odráží stav vnitřní důstojnosti. Lidé, kteří na svůj osud rezignovali, tento výraz postrádají. Naopak v jejich tvářích můžeme vidět zahořklost a duševní trýzeň jako výraz pocitu marnosti, zbytečného usilování a chybějícího

smíru. Tento výraz je velmi snadno odlišitelný od výrazu lidí, kteří dosáhli opravdového stadia přijetí pravdy (viz foto příloha č. 4). O tom, jak člověk smrt přijímá, rozhoduje mnoho okolností a faktorů, jako je např. charakter nemoci, osobnostní vlastnosti nemocného, věk, kvalita sociálních vztahů a jeho životní filozofie. (36)

Křivka Kübler-Rossové neprobíhá vždy lineárně, ale jednotlivé fáze se často vracejí a opakují (zvláště 3. a 4.), mohou se dvě nebo tři prolínat dokonce i v jednom dni, přičemž jiné mohou naopak úplně chybět. V každé fázi však téměř vždy zůstává naděje, kterou musíme žít. Haškovcová uvádí, že vhodnější kategorizací by bylo nazvat období, počínaje zlobou a hněvem a konče vnitřním přijetím pravdy, obdobím *tápání*. (17)

5. Paliativní péče

Paliativní medicína dostala svůj název z latinského slova *pallium*, což znamená plášť, přikrývka, přehoz. Ovinout pláštěm toho, kdo trpí, neznamena popírat utrpení, ale spíše stát mu po boku. Paliativní medicína představuje celkovou léčbu a péči o nemocné, jejichž nemoc nereaguje na kurativní léčbu a jejichž délka života je omezená. (52)

Podle slov G. Virta se paliativní medicína, které se v současné době začíná věnovat zvýšená pozornost, neomezuje jen na tišení fyzických bolestí a kontrolu symptomů, ale chápe se jako tišící a pomáhající medicína mnohem komplexněji. Vyžaduje odbornou lékařskou pomoc v důležité a velmi hodnotné oblasti loučení se životem. Když je kurativní medicína v koncích, neznamena to ani zdaleka, že je v koncích celé lékařství. Medicína se neomezuje na pouhou opravu orgánů nebo systémů, k jejím cílům, z lidského hlediska stejně tak důležitým, patří zmírňování utrpení a umění doprovázet umírající. Medicína, která se opírá pouze o přírodní vědy, se podobá člověku, jenž dýchá jen jednou plící. (73)

Světová zdravotnická organizace přiznává paliativní medicíně nejvyšší prioritu, když poslední úsek pacientova života ovládnou tělesné symptomy jako jsou bolest, pocit životní krize a obavy – jinými slovy neléčitelné utrpení. Konstatuje, že paliativní péče podporuje život a považuje umírání za normální proces, ani neurychluje, ani neoddaluje smrt, poskytuje úlevu od bolesti a jiných svízelných

symptomů, začleňuje do péče o pacienta psychické a duchovní aspekty a vytváří podpůrný systém, který pomáhá rodině vyrovnat se s pacientovou smrtí a zármutkem po jeho smrti. (53)

Paliativní medicína je zaměřena na komplexní zmírňování všeho, co působí utrpení, a nejde jí přednostně o prodloužení života – rozhodně ne za každou cenu. U tohoto způsobu léčby se sice neodstraní nemoc, subjektivní stav pacienta se však přesto zlepšší. Přijetí vlastního umírání, při kterém paliativní medicína zmírňuje utrpení, je v rozporu s násilnou pomocí k ukončení života. Paliativní medicína znamená jednoznačně odmítnutí eutanázie. Jejím cílem je dosažení co nejlepší kvality života nemocných a jejich rodin až do konce. Zvláštní pozornost se věnuje pacientovu psychickému a mentálnímu stavu. Úzkost, deprese a stavy zmatenosti jsou asi nejčastějšími problémy jak pro umírajícího, tak pro ty, kdo ho doprovázejí. V takových situacích jde především o empatický rozhovor, ale pomoci mohou i léky. U stavů zmatenosti je třeba pochopit, že se umírající vyrovnává se svým minulým životem a jeho problémy. Měli bychom pochopit, že každý zdánlivě nesmyslný pacientův projev má pro něj hluboký smysl a dosah. I když se často nepodaří u těchto symbolických projevů, jimiž umírající zpracovává svůj život, porozumět smyslu jednotlivých podrobností, je vždy třeba brát je s úctou a snažit se smysluplně na ně reagovat. (33, 52)

Zmírňující medicína tedy představuje nadějný systém pomoci umírajícím. Potřeby a přání nemocných a umírajících jsou vyjádřeny pomocí Práv pacientů (viz příloha č. 8) nebo Charty umírajících (viz příloha č. 5). Ve vyspělých státech vznikají další různé dokumenty na ochranu práv umírajících a terminálně nemocných. Důraz je také kladen na paliativní péči, ke které by měl mít umírající přístup. Vznikl materiál Ochrana lidských práv a důstojnosti smrtelně nemocných a umírajících, který je komentovanou formou Práv umírajících a terminálně nemocných. (14)

Paliativní medicína úzce souvisí s hospicovým hnutím (viz kapitola č. 8, s. 35).

6. Potřeby umírajících

Smrt je faktem, s nímž se setkáváme. Většinou nejprve tak, že stojíme u lůžka těžce nemocného a umírajícího člověka, často nám blízkého a drahého. Jedná se o mimořádně náročnou situaci. Jak reagovat? Jak pomoci? Co očekávat? Obecný přehled potřeb umírajících a nástin péče o ně podává tab. č. 1. (7, s. 135)

Tabulka č.1: Péče o umírající

Pocity + potřeby umírajících	Hlavní role (cíle) zdravotníků u umírajících
Úzkost a strach ze smrti a umírání	Naslouchat (a slyšet)
	Poctivě informovat (poskytovat fakta)
Dokončit práci + plány ❖ ve vztahu k lidem ❖ ve vztahu k věcem	Identifikovat potřeby a snažit se o jejich saturaci
Splnit si svá nesplněná přání a sny	Zajišťovat největší možný komfort (bolest!)
Zaranžovat a zorganizovat ❖ vlastní smrt ❖ pohřeb	Pomáhat rodině
Prožít v nejlepší možné kvalitě zbytek života	Podporovat sebekontrolu pacienta
Neztratit kontrolu nad sebou a okolím	

Výchozím bodem pro třídění potřeb umírajících je především klasická Maslowova hierarchie potřeb (viz příloha č. 6a), podrobněji též Dům životních potřeb dle Chloubové (viz příloha č. 6b), která říká, že: „V ošetřovatelství chápeme potřebu jako stav organismu, který je charakterizovaný napětím - dynamickou silou vzniklou z nedostatku či přebytku, směřující k obnovení homeostázy (rovnováhy, pohody, optima).“ (23, s. 18)

Z definice zdraví dle WHO (viz kapitola č. 1, s. 11) vyplývají čtyři okruhy potřeb těžce nemocného: *biologické, psychologické, sociální a spirituální*. Priorita potřeb se však v průběhu nemoci mění. Jestliže na začátku byly prvořadé potřeby biologické, v závěrečné fázi velmi často nabývají na důležitosti potřeby spirituální. Jinými slovy lze říci, že na konci života slábne fyzická a někdy i intelektuální stránka člověka. Co potom zbývá, je srdce a duše, nastává jiné rozdělení životní energie, sílí úroveň citová a duchovní. Jisté rozdíly v naplňování potřeb udává rovněž individuální představa každého člověka o kvalitě vlastního života, v náročném období umírání se tato představa často mění. Pro měření uspokojení potřeb člověka byla roku 1993 v Paříži stanovena jednotka 1 QIL (Quality of Individual Life). (62, 69)

6.1 Biologické potřeby

Biologické potřeby umírajícího vycházejí ze základních potřeb každého člověka. Jsou závislé na pacientově sociálním prostředí, kultuře, intelektu, vzdělání, věku či stavu. Při umírání a postupnému zhoršováním celkového stavu klienta dochází k omezování soběstačnosti a klient se stává plně či částečně závislý na pomoci druhé osoby i v oblasti uspokojování základních potřeb. Ošetřování, péče a pomoc se orientuje zejména na zdánlivé maličkosti, tj. aby umírající neměl kašel, nezvracel, nežíznil, nehladověl, netrpěl chladem, hlukem a nebyl znečištěn. Dále dbáme na bezpečnost nemocného, chráníme jej před rizikem pádu. Neoddělitelnou složkou péče je také kontakt verbální i dotykový, např. hlazení, polibek, utření potu. (44, 52)

Mimořádnou pozornost bychom měli věnovat zejména odstraňování takzvané chronické bolesti. Cílem by mělo být chránit klienta před bolestí fyzickou i psychickou a zmírňovat vnímání bolesti. Léčba bolesti je stále ještě na nedostatečné úrovni. Důsledkem je zbytečné utrpení nemocného. Základním nástrojem pro objektivní posouzení intenzity bolesti je stanovení *tolerance bolesti*. Jedná se o stupeň bolesti, který je klient schopen zvládat, aniž by požádal o úlevu. Je nutné si uvědomit, že schopnost snášet bolest je ovlivněna psychologickými a kulturními faktory, stejně jako úzkostí spojenou s umíráním. Proto souvisle sledujeme jak verbální, tak nonverbální projevy klienta, doprovodné příznaky bolesti i celkové reakce klienta. Velice dobře se osvědčilo grafické znázornění typu i intenzity bolesti samotnými klienty, např. pomocí číselné osy, teploměru, obličejíků atp. (viz příloha č. 7). (69)

Nikdy nepodezříváme umírající klienty ze simulace bolesti. Základní pravidlo zní: bolest vnímá každý jinak, a proto je nutno nemocnému věřit. Lékaři jsou dokonce povinni respektovat pacientovo rozhodnutí i v případě, že se vědomě a svobodně rozhodne bolest až do určité míry snášet. Pozornost se také zaměřuje na rehabilitaci.

6.2 Psychosociální potřeby umírajících a jejich blízkých

Kvalitní paliativní péče o psychosociální potřeby počítá s efektivní komunikací se všemi zúčastněnými a s velkým emocionálním zázemím. Zároveň však může mít i velmi konkrétní, uspokojující, jak profesionální, tak i osobní přínos. (79)

Umírající se v první řadě obávají neodvratného blížícího se konce života, který je spojen se zhoršováním celkové kondice, ztrátou kontroly nad vlastním tělem, postupnou bezmocností a závislostí na druhé osobě. Pacient má tendenci postarat se

o sebe sám, má potřebu soběstačnosti a sebezpečí. Proto je třeba umožnit člověku, kterému pomáháme, aby si co nejvíce sebeobslužných činností zajišťoval sám. Automaticky jej to vede k uznávání sebe sama, své důstojnosti. Umírání o samotě zvyšuje intenzitu prožívání obav, bolesti a utrpení. Zkušenosti získané u případů takzvané klinické smrti, které se vlastní smrti podobají úplnou ztrátou vědomí i životních funkcí, a z nichž se postižení zotaví, ukazují, že až do úplné ztráty vědomí, vnímá umírající z okolí projevy týkající se jeho stavu, vyjádřené ať už slovně nebo jednáním. I když je umírající plný strachu ze smrti, kterou cítí přicházet, mohou uklidňující slova, dotek, či podání ruky potlačit strach z osamocení kontaktu se smrtí a vyvolat opět pocit sounáležitosti. (35, 46)

Pravdu o svém zdravotním stavu pacient potřebuje slyšet, aby mohl odpovědně zvládnout umírání jako poslední, nejobtížnější úkol svého života. Důležité však je nepřipravovat umírajícího o naději. A není-li již naděje na uzdravení, musíme taktikou malých a drobných splnitelných cílů nemocného psychicky podržet. O naději může člověka připravit nejen diagnóza, ale i způsob, jakým mu je sdělena. Zatajení pravdy naopak zbavuje pacienta autonomie a připravuje ho o možnost vyrovnat se odpovědně s tímto důležitým úsekem života a se svými nesplněnými životními úkoly. Jde o uspořádání vnějších záležitostí, zpracování dosud nevyřešených lidských problémů, stejně jako o přípravu na vlastní rozloučení se životem. Člověk, jehož psychika je změněna samotnou nemocí, se stává velmi zranitelným, citlivým a vnímavým a k pravdě se stejně zpravidla protrpí a pochopí ji nezávisle na ochotě lékaře sdělit mu ji či nikoliv. Navíc se musí pacient, který toho tuší víc, než co mu bylo sděleno, vyrovnat se svými strastmi úplně sám. Má rovněž právo získat od svého lékaře údaje potřebné k tomu, aby mohl před zahájením každého dalšího nového diagnostického a terapeutického postupu zasvěceně rozhodnout, zda s ním souhlasí. (14, 16)

Pokud je pacient citlivě, individuálně volným, srozumitelným a lidskou formou seznámen s tím, co ho čeká, lze si získat jeho důvěru. S pravdou nemá nikdo zůstat sám, může hrozit nebezpečí suicidálního pokusu, za dobu nevhodnou pro sdělení se pokládá večer a podvečer, neboť přicházející noc může nemocný v důsledku sdělení úzkostně prožívat. Umírajícímu velmi pomůže, když bude vědět, že se o něho stará člověk, který s ním cítí a nenechá ho trpět o samotě. Se získanou důvěrou se však nesmí hazardovat, to znamená nedávat umírajícímu falešné naděje, nevzbuzovat falešná očekávání a neplánovat, co není možné. Je také důležité

akceptovat fakt, že i umírající člověk má své „dobré“ i „špatné“ dny a s tím spojené nálady, které jsou však ve své intenzitě vynásobeny traumatizujícím stavem. (52)

Péče o psychosociální potřeby zahrnuje nejen umírajícího, ale i jeho blízké. Největší obavy rodinných příslušníků a blízkých jsou spojeny se samotným obrazem smrti doprovázeným fyzickým a psychickým utrpením umírajícího. Cítí se zaskočení a mají pocit, že nejsou a nebudou schopni vypořádat se s touto mimořádnou situací. Opakovaně si uvědomují přibližující se skutečnost, že nezvratně ztratí člena rodiny či svého blízkého. A to významným způsobem ovlivní jejich další život - například tak, že nedojde k uskutečnění společných plánů a představ. Jejich obavy mohou být také spojeny, v případě úmrtí živitele rodiny, se vznikem sociálních a finančních problémů. (65)

Potřeby členů rodiny spočívají v touze být s umírajícím, být umírajícímu nápomocen, mít jistotu, že se umírajícímu daří dobře, být informován o stavu umírajícího, být informován o blížící se smrti, moci projevit city, mít útěchu a podporu od ostatních členů rodiny, obdržet uznání a podporu od profesionálů, potřeba psychologické a sociální podpory. Po úmrtí by měli postižení rodinní příslušníci mít právo další kvalifikované pomoci. Pokud mají pozůstalí přání vidět zesnulého, je třeba prostředí, ve kterém zemřelý leží, upravit. Místnost by měla být klidná, může svítit tlumené světlo nebo zapálená svíčka. (28, 79)

Celá problematika péče o pozůstalé se odehrává ve vztahu k fyziologicky probíhajícím procesům zármutku a žalu. Ritualizace způsobu předávání informací o úmrtí, dokladů a osobních věcí, je nutná, neboť usnadní pozůstalým unést právě prožívanou extrémní ztrátu. Blízcí zemřelého chtějí vědět, jaké byly poslední chvíle života jejich blízkého, přejí si být ujisti o tom, že dotyčný netrpěl bolestmi. Mnohde zatím vypadá přístup k pozůstalým tak, že si například partner přijde pro balíček věcí, které jsou mu rychle předány v nedůstojném prostředí s jediným komentářem: „Tady nám podepište, že jste si převzal pozůstalost.“ Neverbální podtext zní: aby jsi byl už rychle pryč a zbytečně nás neobtěžoval dalšími otázkami. Přitom si neuvědomujeme, jak důležitá je pro pozůstalé fáze *truchlení*, které lze přirovnat k hojení rány. Je to proces dlouhodobý. Reakce na ztrátu milovaného člověka je specifický psychologický proces. Významnou roli zde hraje věk pozůstalého a vztah k zemřelému. Pro pozůstalé je důležité přijmout ztrátu jako realitu, prožít zármutek, zadaptovat se ve světě bez zemřelého, citově se od něho odpoutat a investovat do jiných vztahů. (7, 79)

Velmi dobře vystihují smysl a význam truchlení po zemřelém slova Saint-Exuperyho: „Není nejdůležitější uložit tělo do země, ale jde o to, abychom jak z puklé urny sebrali všechno dědictví, jehož opatrovníkem byl zemřelý, abychom ani zrnko neztratili. Je obtížné zachránit vše, dlouho to trvá, než jsme schopni poskytnout obrazu mrtvých u sebe přístřeší. Je třeba dlouho plakávat, přemítat o jejich životě a vzpomínat jejich výročí.“ (56, s. 74)

6.3 Spirituální potřeby

Spirituální péče znamená péči o duši či duchovní podstatu člověka. Je poskytována duchovními různých náboženských skupin a vyznání v průběhu celého života věřícího. Při poskytování péče umírajícím se setkáváme s dvěma skupinami lidí, jedná se o skupinu věřících a skupinu nevěřících. Hranice těchto dvou skupin, zejména v období umírání, nejsou stálé. Pojem *víra* není možné vnímat pouze ve vztahu k poznaným a jasně definovaným náboženským směrům a rituálům. Mnoho lidí odmítá přijímat představy spojené s vírou a vyznáním, které uznávají ostatní lidé. Mají svou vlastní ucelenou představu o smyslu života, morálních a etických normách, i o životě po životě. Jedná se o silnou individuální víru, která jim pomáhá překonávat i obtíže spojené s umíráním. (44)

Kontakt s duchovním nemocného by měl být jedním z prvních kroků paliativní péče. Obvykle je duchovní aktivní psychoterapeutickou podporou pro umírajícího klienta i jeho blízké ve všech fázích umírání. Respekt k duchovnímu životu člověka je nezbytným předpokladem pro zachování souladu, důvěry a skutečně komplexní péče o umírajícího. Naše společnost se stává kosmopolitní a původně tradiční víry a vyznání, se kterými jsme se mohli setkat v České republice, jsou obohaceny o nové. Umírající věřící člověk věnuje zvláštní pozornost náboženským rituálům, neboť se připravuje nejen na vypořádání se svým životem, ale také na setkání se svým Bohem a na svůj nový posmrtný život. Proto je nutné brát ohled na rituály, vyznačující se například specifickým denním řádem činností, harmonogramem modliteb, způsobem stravování a pusty, režimem aktivit i pasivit v rámci týdne a dalšími rituály, které věřícímu přináší v období umírání duševní vyrovnanost, uspokojení a smíření. Věřící většinou ví, co má dělat, a obvykle se podle toho zařídí. Lidé, kteří z víry nežijí se v průběhu běžné nemoci začínají zabývat životně důležitými otázkami po smyslu života – vlastního života. Každý člověk v takové situaci potřebuje vědět, že mu bylo odpuštěno, a má potřebu i sám odpouštět.

A každý člověk také potřebuje vědět, že jeho život měl a až do poslední chvíle má smysl. Tento fakt úzce koresponduje s posledním, osmým stadiem psychosociálního vývoje dle Eriksona, kterým je *získání integrity*, moudrost, pocit naplnění a uspokojení, smíření se smrtí nebo naopak *zoufalství* a zklamání. (11, 62)

7. Doprovázení umírajících

Slovy laskavý doprovod se rozumí nenechávat nemocného osamoceneného s pravdou, v bolesti. Lidská přítomnost by měla náležet především do rukou příbuzných a přátel, tedy lidí, kteří nemocného dobře znají, jsou mu blízcí. Proto je na místě, pokud je to možné, aby byl nemocný ve svých posledních chvílích mezi svými, doma. Velkou podporou a pomocí je pro rodinné příslušníky a blízké pocit, že udělali maximum pro to, aby bylo odstraněno fyzické i psychické utrpení umírajícího. Doprovázení blízkých lidí na konci jejich života je nejen službou pro ně, ale neméně službou doprovázejícím. Každý, kdo touto zkouškou prošel, určitě získal i něco pozitivního. Zároveň tak rodiče, kteří se starají o své babičky či dědečky, dávají příklad svým dětem a mají naději, že ani oni jednou nebudou umírat opuštěni.

V případě, že možnost pečovat o umírajícího v domácím prostředí, není z různých důvodů reálná, je snahou zajistit intenzivnější návštěvy u nemocného či pobyt příbuzného společně s ním, např. v hospici. Ve chvíli, kdy není u umírajícího přítomen žádný příbuzný či blízký člověk, připadá role doprovázejícího osobě z pečujícího týmu, v našich nemocničních zařízeních především sestře. Vcítění se do umírajících a pochopení jejich potřeb představuje velice náročný problém, neboť je nutné donutit zdravím kypící lidi, aby se zamysleli nad smyslem lidské existence při její konečnosti. Není snadné přivést lékaře, sestry a ostatní zdravotnické pracovníky, kteří se zpravidla orientují na vítězství nad nemocí, k úvahám o závěru lidského života. (35)

Základním předpokladem pro doprovázení umírajícího je vytvoření vzájemného vztahu. Především je důležité naslouchat a být trpělivě přítomen pro druhého celou svou osobností. Ani nevyslovená prosba by neměla být přeslechnuta. Umírajícímu dáváme upřímně najevo, že jsme připraveni převzít na sebe jeho starosti a úzkosti. Umožňujeme mu také vyjádřit osobní pocity, potřeby či přání. Pocit důvěry vede umírajícího k hluboké osobní zpovědi. Cesta nemocného k vlastnímu nitru není vždy otevřena, a proto je nezbytná ochota v kteroukoliv denní i noční dobu vyslechnout

jeho stesky a spolu s ním se pokoušet najít odpověď na otázky, které ho tíží. Chceme-li druhému umět naslouchat, musíme umět nejprve pozorovat. (30, 33)

Nemocnému pomáháme také mlčením, jež přesahuje všechna slova. Jak uvádí Křivohlavý, ticho může znamenat mnoho různých věcí: „Je přemýšlivé ticho, kdy se hledá, jak dál. Je ticho šoku, kdy něco vyrazilo hovořícím dech. Je ticho plné rozpaků, kdy hovořící neví, jak dál. Je ticho hlubokého pokoje, kdy vše bylo řečeno a další slova by jen rušila posvátný klid. Podaří-li se nám zůstat v tomto tichu spíše než utéci se do řeči slov, pak s překvapením objevíme skrytý poklad v hloubi duše. V takovýchto chvílích častokrát objevíme, kdo vlastně je, ten, s nímž hovoříme.“ (32, s. 21)

Brabec charakterizuje základní postoje pro doprovázení takto: „Kdo chce pečovat o umírající, musí zaujmout postoj sám k sobě. Péče o umírající vyžaduje postoj k vlastní smrti. Kdo pečuje o umírající, musí umět být opravdový a pravdivý. Kdo chce pečovat o umírající, musí být připraven přijmout toho druhého takového, jaký je a zřící se jakéhokoliv hodnocení.“ (5, s. 65)

Pomáhat neznamená jít vpřed, ani mít návrh, ani se druhého ujímat, ani se ubezpečovat pomocí tohoto úkolu, ani navrhopvat vlastní řešení. Znamená to doprovázet, být s někým, vzít ho za ruku, ale nechat se přitom vést a dát si ukazovat cestu tím, co od druhého můžeme vyslechnout, dát druhému možnost, aby se vyjádřil a sám sobě objasnil směr svých možností. Doprovázení umírajícího člověka je zkušenost hluboká, náročná, bolestná, přitom však pokojná, dále nepředatelná, jedinečná a obohacující. Jako přílohu připojuji příběh z knihy Malý princ, konkrétně z okamžiku, kdy se malý hrdina připravuje k návratu na svou planetu, za svojí růží. Loučí se s pilotem, vidí nevyhnutelnost svého odchodu, plánuje jej, rekapituluje svůj život, vidí, že splnil svůj úkol zde, má strach. Pilot jej drží v náruči a naslouchá mu. Princ je vděčný za blízkost člověka, přítele. Myslím, že úryvek velmi vhodně vystihuje problematiku doprovázení (viz příloha č. 9). Velmi intenzivně je také patrný smysl doprovázení umírajících ve slovech 13letého chlapce, který zemřel na zhoubný nádor: „Neodcházejte pryč, zůstaňte tady. Potřebuji teď hlavně vědět, že tu je někdo, kdo mě bude držet za ruku, až to budu potřebovat. Mám strach... Ještě nikdy v životě jsem totiž neumíral...“

8. Hospicové hnutí

Slovo hospic pochází z anglického výrazu, který znamená útulek nebo útočiště. Termín se začal používat ve středověku pro tzv. domy odpočinku, které vyhledávali zejména poutníci. Zde se mohli vyspat najíst, napít, ošetřili si zranění. Hospic většinou vedl člověk, který byl nejen schopným hostinským, ale i ranhojičem. (49)

Dnes je tento pojem chápán jako specializované zařízení praktikující paliativní péči, tvořenou souhrnem lékařských, ošetrovatelských a rehabilitačně - ošetrovatelských činností. Péče je poskytována interdisciplinárním týmem, který tvoří nemocný a jeho rodina, lékař, sestra a sociolog, duchovní, psycholog, fyzioterapeut, sociální pracovník, dobrovolníci a další specialisté dle akutních potřeb nemocného. Do hospice jsou přijímáni nemocní, které choroba ohrožuje na životě, kteří potřebují intenzivní paliativní léčbu a péči a současně není nutná hospitalizace v nemocnici, pokud není možná domácí péče. V české praxi existují kritéria, podle kterých je pacient přijímán do hospice. Nutnou podmínkou je informovaný souhlas nemocného, návrh na přijetí podává většinou ošetřující lékař ve spojení s rodinou nebo přímo pacientem. Do hospiců jsou nejčastěji přijímáni onkologičtí pacienti mladého a středního věku a v dnešní době lidé s rozvinutým onemocněním AIDS. U těchto nemocných byly vyčerpány možnosti kurativní léčby, ale pokračuje léčba příznaků s cílem minimalizovat bolest a zmírnit všechny obtíže, vyplývající ze základní diagnózy i jejich komplikací. Důležitý význam se zde klade na bio - psycho - spirito - sociální potřeby umírajících pacientů. (14)

Hospic respektuje smrt jako nedílnou a přirozenou součást života a zásadně ji ničím neuspíšuje. Hospic neslibuje uzdravení, ale také nebere naději. Neslibuje vyléčení, slibuje léčitelnost a zmírňování doprovodných symptomů postupující nemoci. Dalším důležitým úkolem hospice je také pomoci nemocnému a jeho blízkým co nejrychleji a nejšetrněji projít nepříjemnými a těžkými fázemi, které popsala Kübler-Rossová, a dozrát do fáze akceptace, smíření se s nezměnitelnou, neodvratnou situací. Hospice nepouštějí ze zřetele rodinu ani po smrti nemocného, a je-li to potřeba, věnují se jí i dlouhodobě. Pro některé umírající právě toto ujištění představuje pomoc nejcennější. (64)

Svatošová říká: „Myšlenka hospice vychází z úcty k člověku jako k jedinečné, neopakovatelné bytosti. Hospic nemocnému garantuje, že nebude trpět nesnesitelnou

bolestí, v každé situaci bude respektována jeho lidská důstojnost, v posledních chvílích života nezůstane osamocen.“ (63, s. 123)

Hospicová péče má tři základní formy. Je organizována buďto v lůžkovém zařízení, čili hospici nebo ve stacionáři, který je zpravidla součástí hospice anebo v domácím prostředí umírajícího, kde pečující rodině pomáhají kvalifikovaní pracovníci, tzv. domácí hospicová péče. (14)

Kdyby se péče v hospici měla vyjádřit jedním slovem, bylo by to zřejmě slovo laskavost. Na otázku: „Co si představujete pod pojmem laskavá péče?“, odpověděl krátce před svou smrtí pacient jednoho britského hospice takto:

„Když ke mně přijdete přesto, že víte, co víme všichni – že umírám.

Když ke mně přijdete, i když reprezentujete profesi, které selhaly v zajištění mého uzdravení.

Když ke mně přijdete a věříte v mé uzdravení – neuzdravení.

Když se mnou trávíte čas, ačkoliv vám to nemohu vrátit.

Když mě berete jako individualitu.

Když si vzpomenete na maličkosti, které jsou mi milé, když si vzpomenete i na mé blízké.

Když se zajímáte o mou minulost a dokážete mluvit o mé budoucnosti.

Když se nesoustředíte na mé nálady, ale na mě jako na osobu

Když slyším svou rodinu, jak o vás hezky mluví a raduje se, že jsme spolu.

Když se dokážete smát a být šťastní uprostřed vaší těžké práce.

Tím se ve vašich rukou cítím bezpečný a dává mi to jistotu, že zvládnou i okamžik smrti, až přijde.“ (63, s. 26)

9. Adolescence

Slovo adolescence pochází z latinského výrazu *adolesco*, což znamená dospívat, vyvíjet se, vzrůstat, sílit, mohutnět. Podle Eriksona probíhá ontogenetický vývoj v osmi etapách, přičemž v každé vývojové etapě vznikají nové jevy a vlastnosti, které dříve neexistovaly. Adolescence je pátým z celkově osmi stadií životního cyklu. Vývojový úkol je formulován jako vytvoření *identity vlastního já* (ego-identity). V tomto procesu se jednak rekapituluje všechny čtyři předchozí fáze a zároveň jsou v něm implicitně obsaženy i tři následující vývojové fáze. Přechod

z jedné vývojové fáze do druhé může být charakterizován pozitivním nebo negativním výsledkem při plnění vývojového úkolu. V této souvislosti používáme pojem krize, kterou lze chápat právě jako střet biologických, psychologických a sociálních aspektů při zvládnání konkrétního vývojového úkolu. (40, 55)

Přelom mezi pubescencí a adolescencí je velmi nezřetelný, jde v podstatě o plynulé pokračování puberty, o dokončení procesu dospívání. Na začátku je pohlavní zralost a ukončení základní školy, na konci pak ekonomická nezávislost a nástup do zaměstnání, což se netýká např. vysokoškolských studentů. Adolescence je jakési přechodné období, které člověku slouží k urovnání si vlastních hodnot, postojů a cílů, aby následně dokázal dobře nakládat se dvěma základními atributy dospělosti, se svobodou a odpovědností. (25, 72)

V této fázi se dotváří identita, dospělý jedinec v optimálním případě ví, kým je, tedy zná své vlastnosti, své silné a slabé stránky, je si vědom limitů svých možností a vytyčil si realistické cíle. Adolescent má v zásadě dvě možnosti, jak dojít k vlastnímu sebepojetí, ke své identitě: buď převezme nějaký prefabrikovaný vzorec od rodiny nebo jiných lidí, např. syn převezme otcovu firmu a pokračuje v rodinné tradici, nebo si vytvoří identitu aktivně sám, odmítne převzít rodinnou firmu a jde např. studovat herectví. První možnost je pohodlná, jistější, ale patrně neumožní člověku více rozvinout své možnosti. Dojít si k identitě vlastní cestou vyžaduje překonávání překážek, tedy mj. odolnost, vytrvalost a sebedůvěru; ovšem takový člověk může zpravidla lépe realizovat svůj potenciál a jeho život nebývá tak fádňí, jak se někdy stává v případě prvním. Zvláštním typem převzetí identity je tzv. *antiidentifikace*, kdy člověk dělá přesný opak toho, co po něm žádá jeho okolí. Antiidentifikace je ovšem ve skutečnosti pouze způsob kopírování druhých, kterým jedinec sice vyjadřuje nesouhlas, ale současně nehledá vlastní cestu, jen dělá to, co okolí nechce, aby dělal, a naopak nedělá to, co okolí pokládá za žádoucí. (72)

Adolescenti pokračují ve formování své identity, procházejí specifickou přechodnou situací, nejsou dětmi ani dospělými. Dětmí být nechtějí, ale v mnoha případech odmítají odpovědnost dospělého, jednotvárnost jeho práce a způsobu života, jeho usedlost apod. Erikson vyjádřil tuto situaci termínem *psychosociální moratorium*. (11, 40)

Mladistvý se snaží zpomalit vývoj, zdržet se v období mládí, což se projevuje například přáními prodloužit si dobu studia, cestovat, užít si volnosti než uzavře sňatek atp. Zároveň však mladí těžce nesou, když je dospělí považují za nedospělé,

například z důvodu, že nemají své zaměstnání a příjem. Neúspěch ve vytváření identity může mít také formu tzv. *difúzní identity*, která v krajním případě už spadá do oblasti patologie. Takový jedinec trpí velkým vnitřním zmatkem a není schopný systematicky směřovat k nějakému cíli. Zralost jedince se projeví mimo jiné ve schopnosti navázání a udržení dlouhodobého intimního vztahu, který vždy umožní mnohé získat, ale vyžaduje také mnohého se vzdát. Nezralý člověk, který si sám sebou není jistý, se duševní blízkostí někoho druhého cítí ohrožen, a tak jí ani není schopen. (38, 40)

Tělesný vývoj pokračuje, především u chlapců dalším růstem, postava se stává symetrickou, pohyby jsou koordinovanější, plynulejší. Mutace hlasu pokročí, chraplavý hlas klesne o oktávu níže, vyrovná se a zmohutní. Chlapecká postava dalším nárůstem svalové hmoty mužní, dívčí postava pokračujícím růstem ňader a boků získává definitivně ženský tvar. Mladí muži jsou v období okolo osmnáctého roku věku života na vrcholu své sexuální aktivity, denní produkce testosteronu je v tomto věku maximální. Zatímco u žen se dostavuje vrchol sexuální aktivity až okolo třicátého roku, čili v období časně dospělosti. (25)

Pro adolescenta má značný význam jeho zevnějšek, je prostředkem k dosažení akceptace a prestiže. Krása těla a také fyzická síla bývají důležitými součástmi sebepojetí. Fyzická síla je kompetencí, potvrzující soběstačnost a potlačující nejistotu. Má větší význam u chlapců, a to zejména tehdy, není-li jim jiný způsob sebepotvrzení dosažitelný. Svou roli hraje také *výška postavy*, která je nyní naprosto srovnatelná s výškou dospělého. Alespoň v této oblasti nepůsobí adolescent jako podřízený, často tomu může být i opačně. *Atraktivita*, zvláště u dívek, ale i u chlapců je předpokladem k dosažení dobré společenské pozice. Současná společnost prezentuje určitý ideál ženské krásy, který představují velmi mladé a až příliš štíhlé modelky. Krásná dívka tak získává sociální prestiž již pouhou existencí. Další kompetence nejsou nutné. Idealizované vzory (např. herečky, zpěvačky) se stávají modelem spíše na počátku adolescence. Ke konci tohoto období mívají zejména inteligentnější a vyrovnanější dospívající od tohoto problému určitý odstup. Případná extravagance v oblékání, účesu apod. signalizuje většinou příslušnost k nějaké skupině a touhu po pozornosti okolí. Také tyto projevy s blížící se dospělostí ustupují. (40, 72)

Podobně jako v pubescenci jsou i nyní preferována jednoznačná a *zásadní řešení problémů*, přetrvává nechuť k děláni kompromisů a typické je zlehčování nebo úplná

ignorance cizích dobrých rad. Myšlení je velmi pružné a výkonné. Adolescent má zatím poměrně málo zkušeností, což paradoxně bývá v některých případech výhodné, může přijít na nějaké originální řešení, které by staršího a zkušenějšího člověka vůbec nenapadlo. Zkušenost je přínosem, protože člověka chrání před opakováním dřívějších chyb, ale zároveň také zátěží, která mu často brání v hledání nových cest. Na počátku adolescence je mladistvý přijat do nějaké školské instituce, která reprezentuje i budoucí profesní zařazení. Volba budoucí profese může být často problémem, především u patnáctiletých, kteří zpravidla nedokáží adekvátně odhadnout své dispozice a schopnosti. O něco lépe se řeší tento problém osmnáctiletým adolescentům. Způsob absolvování školy nebývá pro dospívající důležitý, často jim chybí motivace k lepšímu výkonu. Dovedou se však i nadchnout a umí pracovat, pokud jim na něčem záleží. V období adolescence se dotvářejí postoje a obecné strategie chování ve vztahu k výkonu i vlastní sociální pozici. (38)

V dospívání se mění sociální role, především v profesní oblasti. Taktéž se mění *vztah mezi dospívajícím a jeho rodiči*. Ti většinou, ačkoli tomu nebývají rádi, definitivně ztrácejí svoji nadřazenou pozici nad svým dítětem a mívají v této souvislosti ambivalentní pocity, na jednu stranu vědí, že jejich potomek je dospělý, ale současně se na úrovni emocí s touto skutečností odmítají smířit. Adolescent, který si je už jistější sám sebou, postupně ztrácí potřebu demonstrativně se vymezovat vůči rodičům a jeho vztah k nim se uklidňuje. V optimálním případě se podaří docílit nové formy pozitivního a obohacujícího vztahu rodičů a jejich dospělého potomka. (25, 40)

Důležitou úlohu v období adolescence sehrávají vrstevníci dospívajícího. Ten v době, kdy se uvolňuje z vazeb na rodinu, ale současně ještě není schopen fungovat zcela samostatně, potřebuje oporu od lidí, kteří jsou na tom podobně, s nimiž také sdílí své prožitky a získává sociální dovednosti. *Vrstevnická skupina* má potřebu odlišit se nějakým způsobem od ostatních. To se děje pomocí různých rituálů, úpravy zevnějšku, preference určitého druhu hudby apod. Tím je naplněna touha adolescenta po jednoznačnosti a vymezení - existuje svět „my“ a svět „mimo nás“. Potřebou opory a jednoznačnosti se vysvětluje, proč se někteří dospívající stanou členy různých náboženských sekt. Jejich představitelé je nalákají vlídným a ochotným přijetím a jednoduchým programem, resp. vymezením záležitostí světa na dobré - špatné. Podobné pozadí mívá členství např. v anarchistických seskupeních nebo radikálních ekologických sdruženích, kdy jedinec často vnitřně nesdílí proklamované

hodnoty, ale potřebuje být někde začleněn. Jak bylo již uvedeno, celý vývoj od dětství k dospělosti je charakterizován neustálým osamostatňováním. Tento proces zasahuje i vrstevnickou adolescentní skupinu, od které se zralý jedinec postupně odpoutává. (40, 72)

Sexuální potřeba se stává potřebou psychosociální, není tedy již pouze tělesnou a prestižní záležitostí. Partnerské vztahy jsou charakteristické velkou zamilovaností; vyvolený partner je svým protějškem idealizován a zcela nárokován. Adolescent mnohdy ve své milované bytosti vidí vlastnosti, které ona třeba vůbec nemá; procitnutí z takových klamů pak bývají dosti bolestivá. První sexuální styk je důležitým mezníkem v životě člověka, subjektivně zvyšuje společenskou prestiž a je to další důkaz dospělosti. Většina adolescentů žije sexuálně aktivní život. Obecně platí, že čím vyšší je vzdělání člověka, tím později se sexuální aktivitou začíná. Adolescence bývá také definována jako polygamní stadium sexuálního vývoje. V tomto období se může projevit tendence k získávání zkušeností s různými protějšky, zejména u chlapců. (40, 55)

Někteří lidé v době adolescence uzavírají manželství, které je rovněž symbolem samostatnosti a dospělosti. Faktem ovšem zůstává, že na manželství ani na rodičovství nebývá člověk tohoto věku dostatečně zralý. Předčasné uzavření manželství může být pokusem o osvobození se od rodiny, což je však pouze únik do jiné formy závislosti, dále projevem snahy o recesi nebo výsledkem okamžitého, zkratkovitého rozhodnutí. (72)

Část adolescentů nastupuje do *zaměstnaní*. Je to významná změna v životě člověka, která přináší určité výhody, ale současně i mnohé vyžaduje. Člověk se musí přizpůsobit prostředí, do něhož přijde, akceptovat autoritu nadřízených i služebně starších spolupracovníků, přijmout větší míru zodpovědnosti. Status výdělečně činného člověka je dalším signálem dospělosti a nezávislosti a v naší kultuře je dospělost jako taková vymezena v podstatě zejména ekonomickou samostatností.

Adolescence je dnes mnohvrstevným sociálním, kulturním a psychologickým fenoménem. Není již pouhým přípravným obdobím či překlenovacím mostem mezi dětstvím a dospělostí, má psychologickou cenu samo o sobě. V adolescenci se zakládá pocit autorství vlastního života, prohlubuje se vědomí vlastní hodnoty a jedinečnosti. (40)

9.1 Utváření postojů

Postoje tvoří významnou součást charakteristiky osobnosti člověka, společně s motivací, vůlí a city je řadíme mezi aktivační psychické procesy. Většinou se vymezují jako relativně ustálené tendence charakteristickým způsobem reagovat na určité problémy, předměty, jevy, situace či osoby. Postoje tedy významně ovlivňují hodnotovou orientaci člověka. V systému postojových hodnocení je zastoupena rozumová, citová i iracionální složka, z nichž poslední dvě způsobují, že se postoj člověka nedá často vysvětlit. Promítá se do chování a jednání tak, že předem určuje kladnou či zápornou reakci na určité podněty, tendenci hodnotit je kladně či záporně, jednak pro či proti.

Podle převládající racionální či iracionální složky dělíme postoje na *přesvědčení*, ve kterém převládá kognitivní složka, a na *předsudky*. Vyslovené přesvědčení nebo-li názor se obvykle označuje jako mínění. Předsudky jsou postoje, ve kterých převládá rozumovými argumenty nepodložená složka. Iracionální základ předsudků je často historicky podmíněný a je přebírán bez kritického posouzení, např. vztah k různým rasám, společenským třídám i ke smrti. (66)

Postoje se utvářejí životní zkušeností. Vznikají především jako důsledek opakovaných dojmů, citů, chování, zejména však dramatických zkušeností a traumat. Významnou roli hraje *unáhlená generalizace*, k níž může dojít, jak na racionální, tak na iracionální rovině. Při vytváření postojů má také značný význam napodobování postojů rodičů, učitelů a vrstevníků. Vznik a změnu postojů také ovlivňují výrazně další vlastnosti osobnosti, charakter, světový názor a v neposlední řadě také masmédia.

K tomu, abychom změnili postoj, se nás obvykle někdo snaží přesvědčit, tzn. poskytuje nám informace, které mají k této změně dopomoci. Toto přesvědčování může být verbální nebo implicitní. Tento druhý způsob je využíván hlavně v reklamě, je všude kolem nás, takže si ani neuvědomujeme, že jsme neustále k něčemu přesvědčováni. Pro rozhodnutí změnit postoj je důležitá kredibilita zdroje, tzn. jak je osoba, která informace poskytuje, důvěryhodná, zda je to expert v oblasti, o níž hovoří, a také to, jak publiku připadá atraktivní. Ve změně postoje též hraje roli obsah sdělení, je možné si vybrat ze dvou cest: z centrální, racionální a periferní, změnu přes emoce. Významné je také jakým způsobem sdělení probíhá (audio, video, psaná forma), věk a míra inteligence osob, jímž jsou informace podávány.

9.2 Dospívající a závěr života

Jak pro lidstvo samotné, tak pro každého jednotlivce je poznání nevyhnutelnosti smrti pouhým počátkem kladení si otázek se smrtí souvisejících. Tyto otázky provází fylogenezi lidstva i ontogenezi každého člověka. Říká se, že dítě přestává být dítětem, jakmile si uvědomí, že jednoho dne umře. Snažíme se nalézt smysl života sami, anebo se přikláníme k náboženství či filozofii. Proč lidé umírají? Je smrt skutečně konečnou záležitostí? Je smrt věcí dobrou nebo špatnou? Je vůbec lidský život smysluplný, končí-li smrtí?

Mladý člověk dnešní doby se se smrtí a umíráním setkává každodenně, je na ni zvyklý. Jedná se však o smrt virtuální, hranou, která se vyskytuje na televizních obrazovkách, v počítačových hrách, v knihách atp. Mladí lidé se s ní však neztotožní, naopak se snaží, aby se jich nedotýkala, staví se na stranu těch, kdo přežívají, případně těch nesmrtelných herních postav, vlastnícičích několik životů či ovládajících techniky znovuoživení. Oproti tomu setkání se skutečným koncem lidského života dospívající nezažívají často. Současné mladé generaci chybí zkušenost našich prababiček, které podobu smrti znaly již od dětství, protože lidé v té době umírali doma, a smrt pro ně znamenala přirozenou součást života. (viz kapitola č. 2, s. 14) Předností tohoto způsobu umírání byl vypracovaný rituál umírání, kdy každý věděl, co může a co má dělat. (26, 48)

Dnes, kdy jsou umírající odsunuti do nemocnic, je mladé generaci smrt neznámá, takže není divu, že z ní má většinou strach až hrůzu. Separace umírajícího od rodiny byla v minulých letech tak dlouhá, že se dnes přirozené vzorce chování nemají mladí lidé, ani jejich rodiče, kde naučit. O to nepřátelštější jim smrt pak připadá. Mladí lidé dosud nepochopili život jako úkol, jedinečnou příležitost, osobní, nezaměnitelné poslání. Ve velké části případů, také vlivem konzumně zaměřené společnosti, se snaží ze života pro sebe ukořistit co nejvíce. Znají velmi dobře svá práva, umí se hájit, ostře kritizovat rodiče, učitele i vrstevníky, ale nedokáží pochopit a přijmout vlastní zodpovědnost, smysl pro povinnost a zvnitřnit prosociální způsob chování a jednání. Lidská společnost se tak ocitá v zajetí egoismu a materialismu.

V lidském životě se neděje nic bez příčiny. I když smysl některých událostí člověk pochopí až po delší době, někdy také vůbec. Náš život naplňují mezilidské vztahy, rodinné, partnerské, přátelské či pracovní. A právě v konfrontaci se smrtí si člověk lépe a jasněji uvědomí, že pravé hodnoty nejsou ty materialistické, ale naopak

ty duševní, prožitkové a postojové. Aneb jak praví Saint-Exupéry: „To důležité, je očím neviditelné. Správně vidíme jen srdcem.“ (57, s. 74)

10. Příprava studentů

10.1 Pedagogika a paliativní péče

Základním předpokladem pro jakýkoliv výchovně-vzdělávací proces je stanovení cílů, obsahu a výukových metod.

Vzdělávání v oboru paliativní péče:

- ❖ se opírá o uvedené základní hodnoty a principy
- ❖ zahrnuje navzájem oddělené fáze pro intradisciplinární a interdisciplinární učení, adekvátně k projednávaným tématům
- ❖ upřednostňuje rozvoj znalostí a dovedností
- ❖ je zaměřené na vzdělávanou osobu, její motivaci a účast a zohledňuje její zkušenosti
- ❖ nabízí klima, které podporuje proces učení tím, že upřednostňuje zrání kritických myšlenek, reflexe a rozhodovacího procesu

- ❖ nabízí vzdělávané osobě možnost experimentovat ve skupině a s pomocí případových studií s interdisciplinárním pracovním modelem. (75)

Vzdělávání musí vycházet z měřitelných a pozorovatelných *cílů učení*, které lze popsat. Cíle definují, čeho musí vzdělávaná osoba na konci vzdělávacího procesu dosáhnout.

Pro zaručení efektivní výuky paliativní medicíny a péče, je nutné *pedagogické metody* obměňovat dle vyučovaných témat a konkrétního profesionálního zaměření vzdělávaných osob. Mezi základní pedagogické metody tedy řadíme přednášky, skupinovou práci, případové studie, analýzu písemných nebo vizuálních dokumentů, charakterové hry a praktická cvičení, výměnu zkušeností, individuální práci, účast a pozorování praktických činností, klinickou praxi s pedagogickým vedením. Velmi doporučované je použití moderních alternativních, kooperativních a zážitkových metod vyučování. (75)

10.2 Situace ve zdravotnickém školství

Zdravotnické školství v naší republice prochází v současné době velkými změnami. Studium oboru Všeobecná sestra na Středních zdravotnických školách bude ukončeno a je nahrazeno novým oborem Zdravotnický asistent. V letošním školním roce 2006/07 dokončují studium oboru Všeobecná sestra poslední, čtvrté ročníky. Při mapování náplně studia týkající se problematiky thanatologie bylo vycházeno z učebních dokumentů oboru Všeobecná sestra. Důvodem je zaměření empirické části této práce právě na maturující ročníky. Na Vyšších zdravotnických školách se od roku 2004/05 začal pro studium používat nový modulový systém oboru Diplomovaná všeobecná sestra, jehož studium trvá sedm semestrů.

V profilech absolventa SZŠ a VOŠZ, vydaném ministerstvem zdravotnictví po dohodě s ministerstvem školství, je zakotveno několik žádoucích rysů osobnosti všeobecné sestry a diplomované všeobecné sestry. Jsou-li tyto požadavky, kladené na absolventa, splněny, promítá se jejich přítomnost do kvalitní ošetrovatelské péče o nemocného, tedy i o nevléčitelně nemocného a umírajícího. (70, 71)

Problematika závěru života je zahrnuta do výuky několika vyučovacích předmětů. První odborná zmínka o smrti je začleněna do předmětu patologie, a sice s dotací jedné vyučovací hodiny. O smrti pojednává z patologického hlediska, tedy jako o zániku organismu. Dále je na SZŠ tematika umírání a smrti náplní psychologie

a pedagogiky ve třetím ročníku. V hodinách ošetrovatelství jsou témata spojená se smrtí a umíráním probírána v třetím ročníku, částečně jsou také zmíněna na počátku ročníku čtvrtého. Na VOŠZ je možnost získání znalostí dané problematiky rozsáhlejší. A to v těchto předmětech: etika v ošetrovatelství, psychologie, komunikace v ošetrovatelství, ošetrovatelství v klinických oborech a okrajově také v předmětu zdravotnické a sociální právo. Hodinovou dotaci věnovanou jednotlivým tématům si vyučující uzpůsobuje dle vlastního uvážení. Při studiu na střední i na vyšší škole žáci a studenti získávají zkušenosti s problematikou umírání a smrti v praktickém vyučování. (70, 71)

Ošetrovatelství je koncipováno jako teoreticko-praktický předmět. Cílem výuky předmětu ošetrovatelství je, aby žáci získali teoretické poznatky a praktické dovednosti v péči o zdraví, v prevenci a v ošetrování nemocných ve všech fázích nemoci. Středem péče je člověk se svými potřebami a individuálními zvláštnostmi. Výuka je vedena tak, aby žáci chápali prožívání nemocného. V předmětu jsou využívány mezipředmětové vztahy. Na praktické vyučování se studenti dělí na skupiny. Problematika umírání a smrti je úzce spjata se stářím. První informace o dané problematice studenti získávají ve třetím ročníku, v dotaci dvou výukových hodin, kdy je probírán ošetrovatelský proces v gerontologii. Téma paliativní a hospicové péče je aktuální v ročníku čtvrtém, v rozsahu jedné vyučovací hodiny, v rámci výuky domácí péče. Dále je jistě vhodné zařadit problematiku závěru života při probírání ošetrovatelského procesu na onkologickém oddělení. Na vyšší škole jsou studenti více věkově vyzrálí, a tudíž také na přijímání dané tematiky připravenější. Problematika závěru života je náplní předmětu ošetrovatelství v klinických oborech ve čtvrtém a šestém bloku zimního semestru druhého ročníku.

Ošetrování nemocných je praktický předmět, jehož osvojení je předpokladem pro výkon povolání všeobecné sestry. Součástí předmětu je odborná praxe. Cílem je naučit žáky prakticky aplikovat teoretické vědomosti a praktické dovednosti, které získali v odborných i všeobecně vzdělávacích předmětech. V závěru třetího ročníku střední školy absolvují žáci souvislou měsíční praxi v nemocnici. Je velmi pravděpodobné, že se zde setkají s umíráním v přímém kontaktu, ale doposud nemají dostatečné teoretické znalosti a zatím neví, jak při setkání s umírajícím reagovat. Setkání žáků s problematikou umírání a smrti přímo při praktickém vyučování považují za stěžejní. Sami mohou posoudit chování zdravotníků i své. Pokud je to

možné, měla by být součástí výuky i exkurze do hospice, doplněná přednáškou vrchní sestry tohoto zařízení. (70, 71)

Psychologie je jedním z hlavních předmětů v odborné přípravě budoucích zdravotníků. Tvoří důležitou součást profesionální přípravy sestry a úzce navazuje na předměty ošetrovatelství. Významně rozvíjí osobnost studentů, formuje jejich vztah k povolání, rozvíjí jejich profesní kompetence, zejména vztah k pacientům a způsob jednání s nimi. Přispívá k pochopení jedinečnosti člověka a jedinečnosti jeho chování a prožívání. Předmět je koncipován jako teoreticko-praktický s aplikací na zdravotnickou praxi. Na střední škole je součástí látky třetího ročníku tematika psychologie nemoci, jejíž součástí je filozofická a psychologická problematika umírání a smrti. Hodinová dotace na problematiku thanatologie tvoří celkem 4 vyučovací hodiny, z toho jsou 2 zaměřené teoreticky a 2 prakticky. Při hodinách cvičení se zkouší nácviky komunikačních dovedností v různých situacích. Ve čtvrtém ročníku dochází k prohloubení znalostí, do výuky je také zařazeno cvičení zaměřené na komunikaci s rodinou pacienta. (70, 71)

Na vyšší škole probíhá výuka psychologie, i všech ostatních předmětů, formou modulů. Pro danou problematiku je stěžejní fáze ontogenetické psychologie zaměřená na stáří a pozdní věk. Výuka thanatologie je součástí zdravotnické psychologie. Seznamuje studenty s postoji společnosti vůči smrti dříve a nyní, s pohledy na smrt v různých kulturách, s vyrovnáváním se s konečností života. Součástí zdravotnické problematiky je i psychologická problematika onkologických pacientů a problematika bolesti. Předmět komunikace v ošetrovatelství rozvíjí sociálně-komunikativní kompetence žáků a kultivuje jejich chování a vyjadřování. Jeho náplň tvoří i nácvik komunikace v zátěžových situacích, tedy i komunikace s umírajícím a jeho blízkými. (70, 71)

Roku 1991 se v České republice stala *lékařská etika* samostatnou vědní disciplínou. V návaznosti na tuto skutečnost byla zahájena její výuka na všech lékařských fakultách v zemi. Také na zdravotnických školách bylo započato nejprve s fakultativní, později povinnou výukou tzv. zdravotnické etiky. V současné době je zdravotnická etika povinným předmětem, který musí absolvovat studenti vyšších odborných škol zdravotnických, dále pak studenti bakalářských a magisterských programů zdravotnického a sociálního typu. (14)

Dle výzkumu Haškovcové mezi studenty středních a vyšších zdravotnických škol bylo zjištěno, že studenti se o etiku zajímají. Budoucí sestry zajímá především

komplex otázek spojený s pravdou na nemocničním lůžku, dále problematika interrupcí, transplantace orgánů a otázky spojené s případným profesním pochybením. Dále je třeba ocenit zájem o umírající, o Hippokratovu přísahu i o přiměřené a vhodné profesionální chování, včetně úpravy zevnějšku. (15, 19)

Pedagogický proces má svá pravidla a je nutné je respektovat. Nelze probírat jen to, co studenty zajímá. Je však nejen možné, ale dokonce velmi vhodné využít zájmu o konkrétní problémové okruhy. Ve zdravotnické etice je to mimořádně důležité proto, že studenti musí zvládnout nejen značnou naukovou část předmětu, ale měly by být cíleně ovlivňovány také jejich osobní a osobnostní postoje. V této souvislosti se často hovoří o tzv. procesu zrání, který je podmínkou pro to, aby zdravotníci dovedli získané informace modifikovat a uplatňovat v praxi. S nezbytným pedagogickým cítem lze tedy kombinovat atraktivní a nutná témata. Poměrně málo jsou zatím ve výuce využívány sledované mediální kauzy, na které lze reagovat. Buď krátkou rozpravou, na začátku či na konci hodiny s nezbytným uvedením do souvislosti. Účelná je také spolupráce jednotlivých pedagogů různých předmětů a využití mezipředmětových vztahů. (14, 15)

10.3 Postoj studentů medicíny k umírání a smrti

Přestože uplynulo více než 10 let od chvíle, kdy se v naší zemi mohla lékařská etika svobodně rozvíjet, některé počáteční problémy přetrvávají. Alarmujícím je malý počet specializovaných pedagogů, a to i na lékařských fakultách. Přetrvávajícím problémem je také nedostatek základních učebních textů v českém jazyce. (14)

Studenti jsou nádobou, do níž vyučující vlévají nejen své odborné poznatky a vědomosti, ale také názory a postoje, včetně postojů k umírání a smrti. Při nekvalitní výuce lékařské etiky a s ní souvisejících předmětů, budoucí lékaři vůbec nemohou získat opravdu profesionální, holistický přístup k nemocnému. Není bohužel výjimečným jevem, že stále vidí pacienty pouze jako „lékařské diagnózy“. Svědčí o tom i výzkum Tošnerové provedený v letech 1999 - 2001. Autorka zjišťovala postoje ke stáří a k umírání u studentů 4. ročníků lékařských fakult Univerzity Karlovy. Postoj mediků byl smířlivý a ochotný k vyplňování dotazníku, ale tvrdě kontrastoval s tím, jaký postoj studenti zaujíмали k předmětu geriatric. Demonstrativně dávali najevo, že považují předmět za ztrátu času, bez ohledu na to, zda se jednalo o povinné semináře v rámci geriatric či nepovinné v rámci etiky. Byli

ochotni upřímně se rozhovořit ve smyslu: „To víte, to není taková věda jako kardiologie“. (68)

Zároveň se však objevovali i mnohem eticky vyzrálejší názory, pro ilustraci uvádím odpověď 27leté ženy: „Z vlastní zkušenosti, kdy prarodiče umírali doma a byli odkázáni na péči svých blízkých, si myslím, že je důležité, aby staří a nemocní lidé umírali důstojně a měli pocit, že nejsou opuštěni. V době, kdy byli nemocní moji prarodiče, jsem pomáhala je ošetřovat. A mám dobrý pocit, že děda s babičkou byli rádi, že jsou mezi svými blízkými. Nejenom pocit, že oni jsou spokojeni, ale oni nám sdělují své zkušenosti a mnohdy velmi obohatí nás.“ (68, s. 54)

Podobně nadějně vyznívá i výsledek výzkumu Munzarové, který prováděla u studentů 4. ročníků lékařské fakulty Masarykovy univerzity v Brně, zaměřeného na téma lidské důstojnosti. Na otázku, zda se studenti domnívají, že člověk v utrpení a umírání přichází o svou důstojnost, odpovědělo z 523 dotázaných 421 respondentů: NE, což zní jistě příznivě pro budoucnost našich nemocnic i pacientů. Z komentářů k odpovědím vybírám:

- ❖ „Bolest a skutky s ní spojené důstojnost nijak nesnižují.“
- ❖ „Důstojnost prostě člověk nemůže ztratit tím, že se svíjí bolestí a křečí.“
- ❖ „Důstojný člověk umírá důstojně.“
- ❖ „Bohužel, podmínky v našich nemocnicích jsou takové, že málokde je s umírajícím pacientem zacházeno ještě jako s člověkem.“
- ❖ „Záleží to na přístupu ostatních lidí.“ (47, s. 550-552)

Vynořuje se tedy zcela jasně nutnost pohledu, jež obnoví respekt k lidskému životu, který ve vši nemohoucnosti, křehkosti a bídě nese vždy a trvale pečť důstojnosti. A v tomto duchu je ovlivňování budoucích lékařů nejen nutné, ale i svrchovaně žádoucí.

10.4 Další vzdělávání v oboru paliativní péče

V nemocniční i v ambulantní praxi, ve specializovaných lékařských oborech, v domovech důchodců a ve stacionářích mohou lékaři a zdravotní sestry stát tváří v tvář lidem, trpícím progredující nevy léčitelnou chorobou. Je tedy žádoucí, aby ovládali vědomosti a dovednosti paliativní péče, aby mohli nemocnému zaručit nejlepší možnou kvalitu života a jeho blízkým poskytnout přiměřenou podporu. Z tohoto důvodu se stává nutností rozlišit různé stupně vzdělávání v daném oboru.

Zákon č. 95/2004 Sb. uznává existenci samostatného specializačního oboru s názvem: *Paliativní medicína a léčba bolesti*. (76)

Přestože zatím není vyjasněn vlastní průběh specializační přípravy ani relativní zastoupení problematiky algeziologické a paliativně-medicínské, je existence oboru dobrým předpokladem k zakotvení paliativní medicíny na akademické půdě, a tím ke kvalitnější odborné přípravě budoucích specialistů. Model vzdělávání v paliativní péči by měl být trojstupňový:

- ❖ První, základní stupeň. Je určen všem budoucím zdravotníkům, lékařům i ošetrovatelským profesím. Zároveň také již graduovaným zdravotníkům, pro něž paliativní péče představuje pouze malou část jejich klinické praxe.
- ❖ Středně pokročilý, odborný stupeň. Je zaměřen na zdravotníky, kteří chtějí získat specializované znalosti v oblasti paliativní péče, aniž by se stali odborníky na paliativní péči.
- ❖ Speciální, nejpokročilejší stupeň. Je určen zdravotníkům, pracujícím na vedoucích pozicích v zařízeních, specializujících se na paliativní péči, kteří usilují obdržet statut specialisty v paliativní péči. Současně jsou zapojeni do výzkumu a výuky paliativní medicíny.

Nedílnou součástí vzdělávání v oblasti paliativní péče je zohlednění jejího interdisciplinárního charakteru. Řadí se sem důkladné seznámení s etickými a sociálními problémy v dané oblasti, výcvik v komunikaci a v porozumění hodnotovým prioritám, kulturnímu a duchovnímu zázemí pacientů a jejich rodin, včetně respektování jejich přání a tužeb. Za zásadně důležité považuje zvýšení stupně vzdělávání v oblasti obecné paliativní péče vedoucí k zlepšení úrovně paliativní péče v České republice. Doporučuje se zařadit praktický výcvik do pregraduálního a specializačního studia všech ošetrovatelských oborů a do povinného kontinuálního vzdělávání sester. Dále se doporučuje více zařazovat tematiku paliativní medicíny do kontinuálního vzdělávání a do vzdělávacích akcí v rámci zdravotnického zařízení. Výchova a vzdělávání v oboru paliativní medicíny by se měla opírat o hodnoty a principy, uvedené v základních standardech a doporučeních týkajících se kvality péče. Jedná se zejména o mírnění symptomů choroby, týmovou spolupráci, empatii a respekt k člověku jako jedinečné bytosti, zachování autonomie a důstojnosti nemocného v pojetí bio-psycho-socio-spirituálního přístupu. V neposlední řadě se jedná také o systémovou orientaci, kontinuitu péče, prevenci a akceptaci. (75)

10.5 Význam duševní hygieny v přípravě studentů

Každý, kdo pracuje nebo se na práci v pomáhajících profesích připravuje, by měl dbát na základní pravidla duševní hygieny. Tento problém je ovšem často z nepochopitelných důvodů zesměšňován a devalvován. Není však pochyb o tom, že práce s těžce nemocnými a umírajícími je nejen fyzicky, ale i psychicky velmi náročná. Zátěž psychickou pociťují všichni, kdo na péči participují. Značná pozornost je v posledních letech věnována tzv. péči o pečující. Předpokládá se, že psychicky vyrovnaný ošetřující personál bude umět vést k potřebné duševní hygieně i rodinu umírajícího, která je rovněž vystavena velké psychické zátěži. Odborný personál se nejčastěji obává vyřčení špatných zpráv spojených s verdiktem smrti. Velice náročné je například citové přilnutí k nevyлéčitelně nemocnému, ke kterému dojde v průběhu dlouhodobě poskytované péče. Součástí obav pečujících je také ztráta kontroly nad vlastním jednáním, které je obvykle doprovázeno projevem emocí neovlivnitelných vlastní vůlí, jejichž důsledkem je lidské a profesionální selhání. Dalším stresujícím prvkem, který se objevuje u odborného personálu, je promítání problémů klienta do vlastního života (stejně příznaky = stejná choroba = stejný osud). (52, 76)

Odborní pracovníci procházejí stejnými stadii reakce na přicházející smrt jako umírající, rodinní příslušníci a blízcí. Jejich role je o to těžší, že vyrovnávání se smrti ve svém profesionálním životě prožívají opakovaně. Jednou z možností, jak překonat strach z utrpení, je být s lidmi, kteří procházejí krizí, a pomáhat jim. (35)

S tímto faktem úzce související a neméně důležitá je problematika syndromu vyhoření. *Syndrom vyhoření, burn-out syndrom, (stávka duše)*, je přirozenou odpovědí a obranou organismu na náročnou životní situaci, která uvádí člověka do stresového stavu. Vzniká všude tam, kde člověk více emocionálně dává, než přijímá, nebo tam, kde je příliš veliký rozdíl mezi představami člověka a životní realitou. V péči o umírající se jedná zejména o situace, ve kterých opakovaně projevujeme umírajícímu a jeho blízkým soucit a empatii, i situace, kdy stojíme bezmocně proti kruté bolesti či neodvratné smrti. Burn-out je doprovázen celým souborem symptomů, jako je tělesné zhroucení, pocit bezmoci, beznaděje, ztráta iluzí, životní energie, nadějí, plánů a životní motivace, nadšení a nakonec dochází i k vyčerpání duševních sil. Prevence spočívá především v duševní hygieně a v různých relaxačních technikách. (42)

Duševní hygiena má svá pravidla, se kterými je nutné seznamovat profesionální zdravotníky i studenty, kteří se na výkon zdravotnického povolání připravují. Významná je také výuka zaměřená na téma existence, principu vzniku, prevence a terapie syndromu vyhoření. Tímto způsobem pak lze předcházet mnohým profesním neúspěchům a zklamáním. Problematice duševní hygieny, relaxačních technik a syndromu vyhoření se věnuje výuka psychologie na konci třetího a počátku čtvrtého ročníku středních zdravotnických škol, celkem v rozsahu 14 hodin. (70)

Obecné zásady duševní hygieny jsou dostatečně známy. Nutné je zdůraznit potřebu dostatečného a pravidelného spánku. Také dovolená nemá být zbytečně frakcionována. Doporučuje se alespoň 14 dní celistvé dovolené v kalendářním roce. Dobré je také ovládat principy asertivních strategií, včetně umění „říci ne“. I přes vysoké pracovní zatížení je třeba udržovat kontakty s lidmi mimo obor, nezapomínat na přátele, sport, rozvíjet koníčky. Užívat relaxační techniky, mluvit o svém prožívání. Specifickou metodou jsou například balintovské skupiny či supervize.

III. EMPIRICKÁ ČÁST

1. Metodika výzkumu

1.1 Cíl výzkumu

Základním výzkumným cílem je zjištění postojů žáků 4. ročníků SZŠ, oboru Všeobecná sestra a studentek 3. ročníků VOŠZ, oboru Diplomovaná všeobecná sestra k otázkám umírání a smrti.

Tento obecný výzkumný cíl lze rozdělit do několika dílčích úkolů:

1. zjistit, zda přetrvává tabuizace smrti v naší společnosti, konkrétně mezi budoucími zdravotníky
2. zjistit, zda mají žákyně a studentky vlastní zkušenost se setkáním s umírajícím či zemřelým člověkem
3. zjistit, zda žákyně a studentky ví, jaké potřeby má umírající člověk
4. zjistit, zda žákyně a studentky vnímají umírání jako proces ztráty lidské důstojnosti
5. zjistit, zda se žákyně a studentky cítí být připraveny na náročnou část ošetrovatelské profese, na péči o umírajícího a zemřelého člověka

1.2 Hypotézy výzkumu

Na základě stanovených cílů jsem formulovala několik hypotéz.

Hypotéza č. 1: Předpokládám, že pro více než polovinu žáků 4. ročníků SZŠ a studentů 3. ročníků VOŠZ zůstává umírání a smrt tabuizovaným tématem.

Hypotéza č. 2: Předpokládám, že polovina žáků 4. ročníků SZŠ a studentů 3. ročníků VOŠZ se již setkala s umírajícím či zemřelým člověkem.

Hypotéza č. 3: Předpokládám, že více než polovina žáků 4. ročníků SZŠ a 3. ročníků VOŠZ ví, jaké biopsychosociální a spirituální potřeby mají umírající.

Hypotéza č. 4: Předpokládám, že žáci 4. ročníků SZŠ vnímají častěji při umírání ztrátu lidské důstojnosti než studenti 3. ročníků VOŠZ.

Hypotéza č. 5: Předpokládám, že se nejméně polovina budoucích sester necítí být studiem na SZŠ či VOŠZ připravena na péči o umírajícího a zemřelého pacienta.

1.3 Použité metody

Pro práci byl zvolen kvantitativní způsob šetření. K získání informací byl použit anonymní dotazník vlastní konstrukce (viz příloha č. 10). Finální podoba dotazníku byla konzultována s klinickou psycholožkou. Dotazník obsahuje 22 položek a je rozdělen do čtyřech okruhů otázek.

I. okruh: orientačně-identifikační údaje (položka A, B)

II. okruh: postoje a pocity ve vztahu k umírání a smrti (ot. č. 1-7, 14)

III. okruh: potřeby umírajících (otázky č. 8-13)

IV. okruh: příprava na péči o umírající (otázky č. 15-22)

Otázky jsou seřazeny dle jednotlivých okruhů. V dotazníku jsou použity otázky uzavřené (otázky č. 1-4, 7, 11, 13, 15, 19-21), polootevřené (4-6, 8-10, 12, 14, 16-18, 21) a otevřené (10, 21). Ve dvou případech se respondenti vyjadřovali pomocí číselné stupnice, tedy škálováním (otázky č. 6, 8). Respondenti byli poučeni, že se podílejí na výzkumu, který je součástí diplomové práce. Vyplnění dotazníku bylo dobrovolné a anonymní. Výsledky dotazníku byly seříděny a statisticky zpracovány. U většiny položek v dotazníku byla stanovena relativní četnost a relativní četnost v procentech. Pro názornost bylo zvoleno zobrazení výsledků výpočtů pomocí tabulek a grafů. Rozbor odpovědí na otázky č. 6, 9, 10, 21 a 22 byl proveden základním kvalitativním způsobem, protože se jednalo o otázky otevřené či škálovací.

1.4 Zdroje odborných poznatků

Tvorbě dotazníku předcházelo studium odborné literatury a časopisů. Kromě klasických literárních zdrojů jsem k získání aktuálních informací využila celosvětově propojenou informační síť Internet. V rámci studia, na 1. lékařské fakultě University Karlovy, jsem s velkým zaujetím vyslechla přednášku MUDr. Marie Svatošové, zakladatelky hospicového hnutí u nás, zaměřenou na téma „Hospice a umění doprovázet“. Ve dnech 4. - 6. 10. 2006 jsem měla možnost se zúčastnit semináře na téma „Respektování lidské důstojnosti u nevyлéčitelně nemocných“ pořádaného doškolovacím institutem v Brně. Koncem ledna 2007 jsem absolvovala exkurzi

v Domě léčby bolesti s hospicem svatého Josefa v Rajhradě u Brna. Všechny tyto aktivity mi pomohly více proniknout do dané problematiky.

1.5 Organizace výzkumu

Dotazníkové šetření bylo prováděno ve dvou etapách. První etapou byla pilotní studie, která byl uskutečněna na zdravotnické škole v Třebíči. Probíhala koncem listopadu roku 2006. Bylo do ní zahrnuto patnáct žáků. Po té byl dotazník na základě získaných informací mírně upraven.

Druhou etapou byl vlastní výzkum, který probíhal od prosince 2006 do února 2007. Bylo osloveno několik pražských i mimopražských zdravotnických škol. Výzkum se nakonec uskutečnil pouze v šesti z nich. Dotazníky byly rozdány na VOŠZ a SZŠ na Alšově nábřeží v Praze, Církevní SZŠ blahoslavené Zdislavy a VOŠZ Suverénního řádu maltézských rytířů na Ječné ulici v Praze, na SZŠ a VOŠZ v Třebíči, dále na VOŠZ a SZŠ J. E. Purkyně v Mostě, v neposlední řadě také na SZŠ v Berouně a SZŠ v Písku.

Bylo rozdáno 250 dotazníků, návratnost byla 240, tedy 96 %. Avšak ke statistickému zpracování jich bylo použito 216, protože ostatní dotazníky byly vyplněny nevhodně nebo jen zčásti.

1.6 Charakteristika výzkumného vzorku

Pro výzkumný vzorek byly zvoleny dvě skupiny respondentů. První soubor tvořily žákyně čtvrtých ročníků SZŠ, oboru Všeobecná sestra. Do statistického souboru hlavního výzkumu se zařadilo 108 žáků a žáků vybraných středních zdravotnických škol, a sice: 27 žáků ze SZŠ Beroun, 28 žáků SZŠ Most, 21 žáků SZŠ Praha – Ječná a 34 žáků SZŠ Třebíč. Průměrný věk dotázaných činil 19 let.

Druhý soubor tvořily studentky třetích ročníků VOŠZ, oboru Všeobecná diplomovaná sestra. Hlavního výzkumu se zúčastnilo také 108 respondentů, z toho 28 studentek VOŠZ Most, 31 studentek VOŠZ Praha – Alšovo nábřeží, 22 studentek VOŠZ Praha – Ječná a 27 studentek VOŠZ Třebíč. Průměrný věk dotázaných činil 22 let.

2. Výsledky výzkumu a jejich interpretace

Výsledky dotazníků obou skupin respondentů, tj. žákyň SZŠ a studentek VOŠZ, jsou představeny současně z důvodu možnosti srovnání odpovědí. U vybraných položek bylo provedeno grafické porovnání.

Položka A – Pohlaví respondentů

Ve výzkumném vzorku SZŠ bylo 108 žáků, z toho bylo 6 mužů a 102 žen, což činilo po zaokrouhlení na celé číslo 94 % žen a 6 % mužů z počtu 108 respondentů SZŠ (viz tabulka č. 1). Ve výzkumném vzorku VOŠZ bylo také 108 respondentů, z toho byli 2 muži a 106 žen, což činilo po zaokrouhlení na celé číslo 98 % žen a 2 % mužů (viz tabulka č. 2). Z celkového počtu 216 respondentů bylo 208 žen a 8 mužů, což svědčí o vysokém stupni feminizace profese (viz graf č. 1).

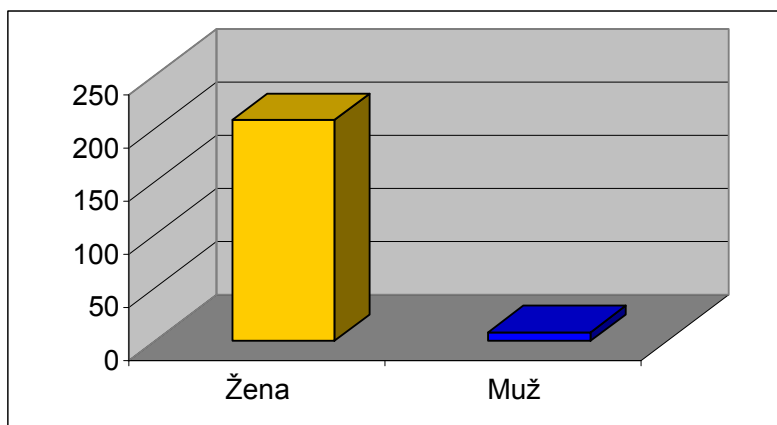
Tab.č.1: Zastoupení mužů a žen ve výzkumném vzorku SZŠ

Pohlaví	n_i	f_i	$f_i\%$
žena	102	0,94	94 %
muž	6	0,06	6 %
celkem	108	1,00	100 %

Tab.č. 2: Zastoupení mužů a žen ve výzkumném vzorku VOŠZ

Pohlaví	n_i	f_i	$f_i\%$
žena	106	0,98	98 %
muž	2	0,02	2 %
celkem	108	1,00	100 %

Graf č. 1: Zastoupení mužů a žen v celkovém výzkumném vzorku



Položka B – Věk respondentů

Tabulka č. 3 vyjadřuje, jaké procentuelní zastoupení v daných věkových skupinách má zkoumaný vzorek SZŠ. V největším počtu se nacházejí respondenti ve věku 18let (64 %). Nejméně zastoupená je skupina respondentů ve věku 20let (8 %). Tabulka č. 4 vyjadřuje, jaké procentuelní zastoupení v daných věkových skupinách má zkoumaný vzorek VOŠZ. V největším počtu se nacházejí respondenti ve věku 21let (42 %). Nejméně zastoupená je skupina respondentů ve věku 24let (4 %). Viz též graf č. 2.

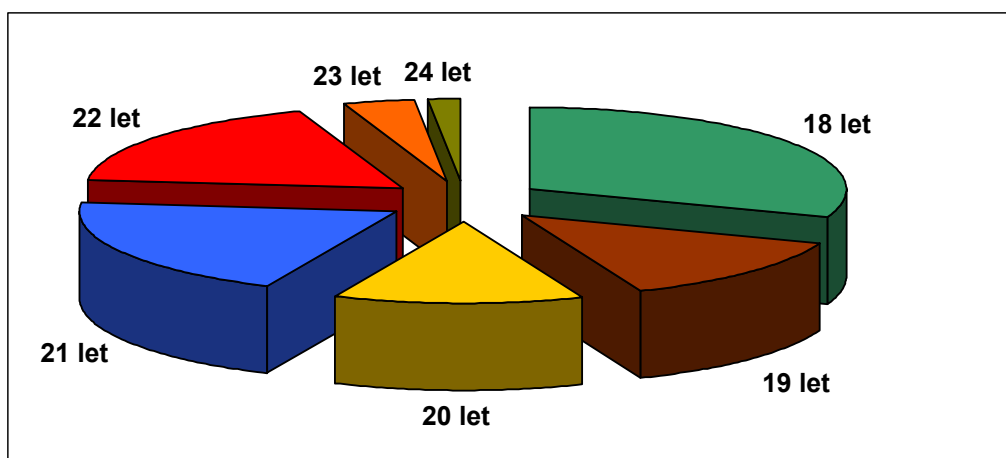
Tabulka č. 3: Věkové zastoupení respondentů SZŠ

Věk	n_i	f_i	$f_i\%$
18 let	69	0,64	64 %
19 let	30	0,28	28 %
20 let	9	0,08	8 %
celkem	108	1,00	100 %

Tabulka č. 4: Věkové zastoupení respondentů VOŠZ

Věk	n_i	f_i	$f_i\%$
20 let	10	0,09	9 %
21 let	45	0,42	42 %
22 let	41	0,38	38 %
23 let	8	0,07	7 %
24 let	4	0,04	4 %
celkem	108	1,00	100 %

Graf č. 2: Věkové zastoupení respondentů v celkovém výzkumném vzorku



Položka č. 1: Přemýšlel(a) jste již někdy o otázce života a smrti?

Položka č. 1 zjišťuje, zda dotazovaní již někdy přemýšleli o otázce života a smrti, o běhu životního cyklu, o konečnosti života. Výpočtem bylo zjištěno, že z celkového počtu 108 respondentů SZŠ jich 105 (97 %) již o této problematice rozvažovalo. Pouze 3 (3 %) žáci odpověděli, že o smyslu života a smrti zatím nepřemýšleli (viz tabulka č. 5). Z celkového počtu 108 respondentů VOŠZ jich 62 (58 %) odpovědělo, že již o této problematice rozvažovalo. K mému překvapení 46 (42 %) respondentů odpovědělo, že o smyslu života a smrti zatím nepřemýšlelo (viz tabulka č. 6). Toto zjištění mě vedlo ke srovnání odpovědí respondentů obou skupin v grafu č. 3. Z výpočtů plyne, že žáci či žákyně ze SZŠ přemýšlí více o konečnosti života než studenti na VOŠZ.

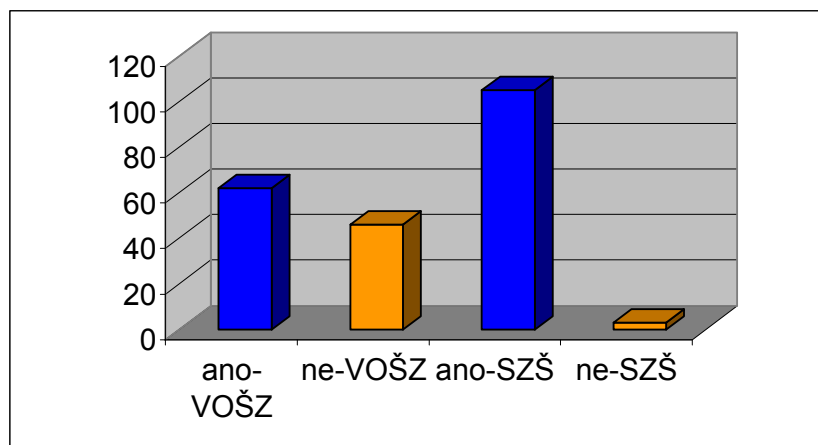
Tabulka č. 5: Úvaha respondentů SZŠ o otázce konečnosti života

Úvaha o konečnosti života	n_i	f_i	$f_i\%$
ano	105	0,97	97 %
ne	3	0,03	3 %
celkem	108	1,00	100 %

Tabulka č. 6: Úvaha respondentů VOŠZ o otázce konečnosti života

Úvaha o konečnosti života	n_i	f_i	$f_i\%$
ano	62	0,58	58 %
ne	46	0,42	42 %
celkem	108	1,00	100 %

Graf č. 3: Úvaha respondentů o otázce konečnosti života – srovnání SZŠ a VOŠZ



Položka č. 2: Přemýšlel(a) jste někdy o existenci života po smrti?

V dané položce bylo zjišťováno, zda respondenti někdy zvažovali existenci života po smrti. Z celkového počtu 108 dotazovaných ze SZŠ na tuto otázku kladně odpovědělo všech 108, tzn. 100 % (viz tabulka č. 7), což svědčí o zájmu žáků SZŠ o tuto problematiku. Z celkového počtu 108 dotazovaných z VOŠZ na tuto otázku kladně odpovědělo 54 (50 %), čili pouze polovina. Další polovina respondentů buď tvrdí, že o dané otázce zatím nepřemýšlela 32 (30 %) nebo, že neví 22 (20 %), viz tabulka č. 8. Z uvedeného tedy vyplývá, že pro úvahu na téma existence života po smrti jsou více otevřeni žákyně a žáci SZŠ než studenti VOŠZ.

Tabulka č. 7: Úvaha respondentů SZŠ o existenci života po smrti

Úvaha o životě po smrti	n_i	f_i	$f_i\%$
ano	108	1,00	100 %
ne	0	0,00	0 %
nevím	0	0,00	0 %
celkem	108	1,00	100 %

Tabulka č. 8: Úvaha respondentů VOŠZ o existenci života po smrti

Úvaha o životě po smrti	n_i	f_i	$f_i\%$
ano	54	0,50	50 %
ne	32	0,30	30 %
nevím	22	0,20	20 %
celkem	108	1,00	100 %

Položka č. 3: Věříte v posmrtný život? Jestliže ano, pomáhá Vám Vaše vyznání lépe přijmout fakt umírání a smrti?

V položce č. 3 respondenti vyjadřovali svou víru v život po smrti. V případě kladné odpovědi uváděli, zda jim vyznání pomáhá lépe přijímat fakt umírání a smrti. Z celkového počtu 108 dotázaných na SZŠ jich 58 (54 %) vyjádřilo víru v posmrtný život, z toho 18 respondentům (16 %) víra pomáhá vstřebávat fakt smrtelnosti, 20 respondentům (19 %) víra v tomto ohledu nepomáhá a dalších 20 (19 %) dotázaných odpovědělo, že neví (viz tabulka č. 9). V jednom případě respondent připsal doplňující komentář, který pro zajímavost uvádím: „*Nemám konkrétní vyznání, mám vlastní filozofii, která mi pomáhá překonat obtíže života.*“

Z celkového počtu 108 dotázaných VOŠZ jich 42 (39 %) vyjádřilo víru v posmrtný život, z toho 24 respondentům (22 %) víra pomáhá vstřebávat fakt smrtelnosti, 10 respondentům (9 %) víra v tomto ohledu nepomáhá a dalších 8 (7 %) dotázaných odpovědělo, že neví (viz tabulka č. 10). V jednom případě respondent připsal doplňující komentář, který pro zajímavost uvádím: „*Nevěřím ve smrt, nebytí.*“

Poznámka k legendě tabulek č. 9, 10: Označení *ano-ano*, zobrazuje odpovědi respondentů, kteří věří v posmrtný život a víra jim pomáhá k přijetí faktu smrtelnosti. Označení *ano-ne* zobrazuje odpovědi respondentů věřících v život po smrti, kterým víra nepomáhá k přijetí faktu smrtelnosti. *Ano-nevím*, odpovědi dotazovaných, kteří věří v posmrtný život, ale neví, zda jim víra pomáhá k vstřebání faktu umírání a smrti či ne.

Tab.č. 9: Víra respondentů SZŠ v posmrtný život

Víra-pomoc	n_i	f_i	f_i%
ano-ano	18	0,16	16 %
ano-ne	20	0,19	19 %
ano-nevím	20	0,19	19 %
ne	50	0,46	46 %
celkem	108	1,00	100 %

Tab.č. 10: Víra respondentů VOŠZ v posmrtný život

Víra- pomoc	n_i	f_i	f_i%
--------------------	----------------------	----------------------	-----------------------

ano-ano	24	0,22	22 %
ano-ne	10	0,09	9 %
ano-nevím	8	0,07	7 %
ne	66	0,62	62 %
celkem	108	1,00	100 %

Položka č. 4: Chtěl(a) byste o problematice umírání a smrti s někým hovořit?

Položka č. 4 je zaměřena na zjištění, zda by respondenti chtěli o problematice umírání a smrti s někým hovořit, v případě, že ano, tak s jakou osobou. Dotazovaným bylo nabídnuto několik variant odpovědí a také možnost doplnění.

Z celkového počtu 108 respondentů SZŠ by jich téměř polovina 51 (47,2 %) nechtěla vůbec hovořit o problematice umírání a smrti. O této problematice by chtělo hovořit 31 (28,7 %) dotázaných, a to: s přítelem či přítelkyní 14 (12,9 %) respondentů, s psychologem 5 (4,6 %) dotázaných, s rodiči 4 (3,8 %), s prarodiči 2 (1,8 %), s lékařem 2 (1,8 %). S jinou, blíže nespecifikovanou, osobou by o tomto tématu chtěli hovořit 4 (3,8 %) respondenti. Nikdo z dotázaných ze SZŠ by nechtěl hovořit o problematice umírání a smrti s těmito osobami z dotazníkové nabídky: knězem, učiteli, zdravotní sestrou či ostatními příbuznými. Zda by o smrti a umírání chtěli vůbec s někým hovořit nevědělo 26 (24 %) žáků (viz tabulka č. 11, graf č. 4).

Z celkového počtu 108 respondentů VOŠZ by jich 20 (18,7 %) nechtělo hovořit o problematice umírání a smrti, 32 (30 %) dotázaných by chtělo hovořit o této problematice, a to s přítelem či přítelkyní 12 (11 %) respondentů, s psychologem 9 (8 %) dotázaných, s rodiči 3 (2,5 %), s prarodiči 2 (1,9 %), s ostatními příbuznými 1 (0,9 %), s knězem 1 (0,9 %), s lékařem také 1 (0,9 %), se zdravotní sestrou 1 (0,9 %) a s jinou osobou by o tomto tématu chtěli hovořit 2 (1,9 %) respondenti. Nikdo z dotázaných by nechtěl hovořit o problematice umírání a smrti s učiteli. Zda by o smrti a umírání chtěli vůbec s někým hovořit nevědělo 56 (52,4 %) žáků, tj. asi polovina (viz tabulka č. 12, graf č. 5). Z uvedeného tedy plyne, že studenti VOŠZ jsou otevřenější pro rozhovor o umírání a smrti než žáci SZŠ. Důvodem zřejmě bude větší psychická zralost starších respondentů.

Tabulka č. 11: Potřeba respondentů SZŠ hovořit o umírání a smrti

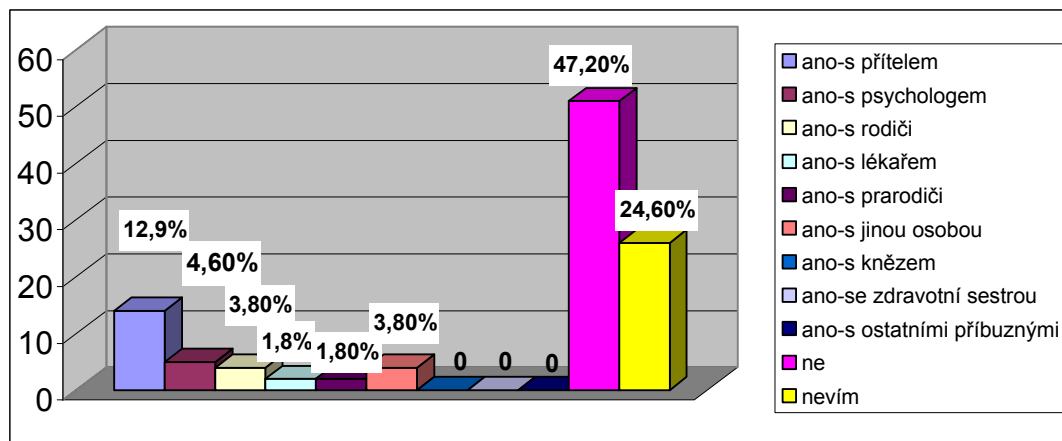
Potřeba hovoru	n_i	f_i	f_i%
ano-s přítelem	14	0,13	12,9 %
ano-s psychologem	5	0,07	4,6 %

ano-s rodiči	4	0,04	3,8 %
ano-s lékařem	2	0,02	1,8 %
ano-s prarodiči	2	0,02	1,8 %
ano-s jinou osobou	4	0,04	3,8 %
ne	51	0,47	47,2 %
nevím	26	0,24	24,0 %
celkem	108	1,00	100,0 %

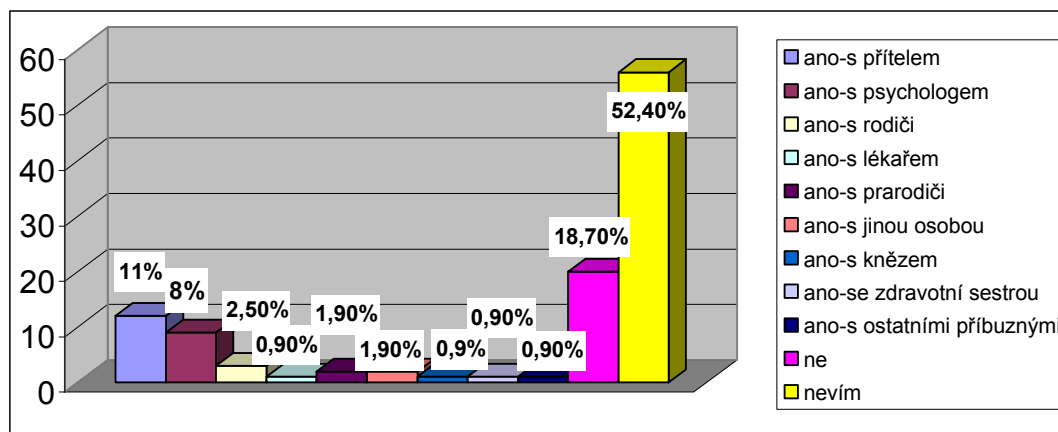
Tabulka č. 12: Potřeba respondentů VOŠZ hovořit o umírání a smrti

Potřeba hovoru	n _i	f _i	f _i %
ano-s přítelem	12	0,11	11,0 %
ano-s psychologem	9	0,08	8,0 %
ano-s rodiči	3	0,02	2,5 %
ano-s lékařem	1	0,01	0,9 %
ano-s prarodiči	2	0,02	1,9 %
ano-s jinou osobou	2	0,02	1,9 %
ano-s knězem	1	0,01	0,9 %
ano-se zdravotní sestrou	1	0,01	0,9 %
ano-s ostatními příbuznými	1	0,01	0,9 %
ne	20	0,19	18,7 %
nevím	56	0,52	52,4 %
celkem	108	1,00	100 %

Graf č. 4: Potřeba respondentů SZŠ hovořit o umírání a smrti



Graf č. 5: Potřeba respondentů VOŠZ hovořit o umírání a smrti



Položka č. 5: Co pocítujete, když si představíte umírajícího člověka?

V této položce měli respondenti označit pocit, který prožívají při představě umírajícího člověka. Otázkou jsem chtěla zjistit, jaké prožitky a pocity u žáků a studentů převládají při této představě.

Z celkového počtu 108 respondentů SZŠ, prožívá smutek 33 (30,2 %) dotázaných, beznaděj 21 (19,4 %) respondentů, prázdno 17 (16,4 %), strach 13 (12 %), zoufalství 6 (5,5%) respondentů. Pocit klidu a vyrovnání se objevil u 9 (8,3 %) dotázaných. V nabízené, doplňující položce uvedlo 6 (5,5 %) žáků, že prožívá pocit úzkosti a 3 (2,7 %) žáci pocit lítosti.

Z celkového počtu 108 respondentů VOŠZ prožívá smutek 26 (24 %) dotázaných, beznaděj 26 (24 %) respondentů, prázdno 38 (35,9 %), strach 6 (5,3 %), zoufalství neoznačil žádný z respondentů. Pocit klidu a vyrovnání se objevil u 10 (9 %) dotázaných. V nabízené doplňující položce uvedl vždy jeden (0,9 %) student či studentka další pocit, a to pocit, že „je to normální“, a že „u každého je to jinak (dle jejich potřeb)“. Z uvedeného tedy vyplývá, že většina respondentů obou skupin zažívá při představě umírajícího člověka negativní pocity.

Tabulka č. 13: Pocity respondentů SZŠ při představě umírajícího člověka

Pocit	n _i	f _i	f _i %
smutek	33	0,30	30,2 %
beznaděj	21	0,19	19,4 %
prázdno	17	0,16	16,4 %
strach	13	0,12	12,0 %
zoufalství	6	0,06	5,5 %
klid a vyrovnání	9	0,08	8,3 %

úzkost	6	0,06	5,5 %
lítost	3	0,03	2,7 %
celkem	108	1,00	100,0 %

Tabulka č. 14: Pocity respondentů VOŠZ při představě umírajícího člověka

Pocit	n_i	f_i	$f_i\%$
smutek	26	0,24	24,0 %
beznaděj	26	0,24	24,0 %
prázdnost	38	0,36	35,9 %
strach	6	0,05	5,3 %
zoufalství	0	0,00	0,0 %
klid a vyrovnaní	10	0,09	9,0 %
je to normální	1	0,01	0,9 %
u každého jinak	1	0,01	0,9 %
celkem	108	1,00	100 %

Položka č. 6: Setkal(a) jste se již někdy s umírajícím člověkem? Pokud ano, jaký jste prožíval(a) pocit?

Položka č. 6 zjišťuje, zda se respondenti ve svém životě již setkali s umírajícím člověkem. V případě, že ano, měli dotazovaní své pocity při tomto setkání v nabízených položkách označit čísla od 1 do 3, v pořadí dle intenzity. Přitom 1 značila nejsilnější pocit. Nabídka zahrnovala tyto pocity a prožitky: nejistota, šok, úzkost, strach, lítost, zoufalství, obava, nelibost; pocit, že smrt je součást života. Zároveň měli respondenti možnost doplnění jakéhokoliv pocitu či prožitku.

Z celkového počtu 108 respondentů SZŠ se s umírajícím člověkem setkala 72 (66 %) dotazovaných, tedy přesně dvě třetiny. Zbývající jedna třetina, tj. 36 (34 %), žáků uvádí, že se s umírajícím člověkem dosud nesešla. Z respondentů, kteří byli v kontaktu s umírajícím člověkem jich 30 (28 %) označilo jako svůj nejintenzivnější pocit šok, 24 (22 %) lítost. V pořadí jako svůj druhý nejsilnější pocit uvedlo 27 (25 %) respondentů úzkost, 21 (19 %) lítost; pocit, že smrt je součást života 15 (14 %), zoufalství 15 (14 %), strach 12 (11 %). Jako třetí silný prožitek v pořadí, dotazovaní označili nejistotu v počtu 15 (14 %), úzkost 15 (14 %), strach 6 (6 %), zoufalství 6 (6 %), obavu 6 (6 %), nelibost jeden; pocit, že smrt je součást života 9 (8 %). Dva žáci doplnili prožitky beznaděje a prázdna. Jedna žákyně připsala komentář, z kterého citují: „...záleží, jaký vztah jsem k němu měla, například

u pacientů je to prázdno, u rodinných příslušníků zoufalství a beznaděj.“ Jeden respondent uvedl na prvním místě pocit vzrušení, cituji jeho doplňující komentář: „*Je mně to jedno, když se jedná o cizího člověka.*“ Tato odpověď byla naštěstí ojedinělá, svědčí ovšem, dle mého názoru, buď o určité provokaci, či zcela neprofesionální tvrdosti.

Z celkového počtu 108 respondentů VOŠZ se s umírajícím člověkem setkala 64 (59 %) dotazovaných. Zbývající část, tj. 44 (41 %), žáků uvádí, že se s umírajícím člověkem dosud nesešla. Z respondentů, kteří byli v kontaktu s umírajícím člověkem jich 18 (17 %) označilo jako svůj nejintenzivnější pocit šok, 12 (11 %) lítost, 28 (26 %) úzkost. V pořadí jako svůj druhý nejsilnější pocit uvedlo 18 (17 %) respondentů úzkost, zoufalství 18 (17 %), strach 18 (17 %), 17 (16 %) lítost; pocit, že smrt je součást života 12 (11 %). Jako třetí silný prožitek v pořadí dotazovaní označili nejistotu v počtu 3 (3 %), úzkost 12 (11 %), strach 6 (6 %), zoufalství 6 (6 %), obavu 2 (2 %), nelibost neoznačil nikdo. Pociť, že smrt je součást života byl na třetím místě pro 24 (22 %) dotázaných, tj. asi pro třetinu. Dva žáci využili doplňující odpovědi a uvedli prožitky beznaděje a smutku. Jedna žákyně připsala komentář, který cituji: „*dle toho, jak se jim umíralo*“ .

Z uvedených výsledků vyplývá, že respondenti, kteří prožili setkání s umírajícím, vnímali v naprosté většině prožitky šoku, lítosti, úzkosti, strachu nebo nejistoty, čili pocity negativní. Pouze 24 (19 %) respondentů SZŠ a 42 (39 %) dotázaných z VOŠZ označilo pocit, že smrt je součást života. To nasvědčuje tomu, že při studiu na VOŠZ jsou studenti zřejmě již více srozuměni s životní realitou a tudíž lépe psychicky vybaveni na zvládání náročných ošetrovatelských situací, mezi něž patří právě i péče o umírajícího a zemřelého pacienta.

Položka č. 7: Byl(a) jste někdy v kontaktu se zemřelým člověkem?

Položka č. 7 je zaměřena na zjištění kontaktu respondentů se zemřelým člověkem, ať již při odborné praxi v nemocnici či v osobním životě. Z nabízených pěti možností vyplývá i intenzita setkání. Z celkového počtu 108 respondentů SZŠ kontakt se zemřelým zatím nemělo 18 (17 %) žáků, z dálky jej vidělo 9 (8 %), v těsné blízkosti zemřelého bylo 61 (57,7 %) respondentů, 17 (15,3 %) dotázaných drželo zemřelého za ruku a 3 (2 %) jej drželi v náručí.

Z celkového počtu 108 dotázaných na VOŠZ kontakt se zemřelým zatím nemělo 36 (33 %) studentů, z dálky jej vidělo 8 (7 %), v těsné blízkosti zemřelého bylo 50 (47 %) respondentů, 8 (7 %) dotázaných drželo zemřelého za ruku a 6 (6 %) jej drželo v náruči.

Tabulka č. 15: Kontakt respondentů SZŠ se zemřelým člověkem

Kontakt se zemřelým	n_i	f_i	$f_i\%$
zatím ne	18	0,18	17 %
viděl(a) jsem jej z dálky	9	0,08	8 %
v těsné blízkosti	61	0,58	57,7 %
držení za ruku	17	0,15	15,3 %
držení v náruči	3	0,02	2 %
celkem	108	1,00	100 %

Tabulka č. 16: Kontakt respondentů VOŠZ se zemřelým člověkem

Kontakt se zemřelým	n_i	f_i	$f_i\%$
zatím ne	36	0,34	33 %
viděl(a) jsem jej z dálky	8	0,07	7 %
v těsné blízkosti	50	0,47	47 %
držení za ruku	8	0,07	7 %
držení v náruči	6	0,05	6 %
celkem	108	1,00	100 %

Položka č. 8: Čeho se dle Vás umírající lidé nejvíce bojí?

Položka č. 8 zkoumá názory respondentů v oblasti strachu umírajících. Dotazovaní měli označit jednu z nabízených položek, případně doplnit odpověď vlastní či uvést jiný důvod strachu.

Z celkového počtu 108 respondentů SZŠ jich 33 (31 %) označilo, že se umírající nejvíce bojí o osud vlastních dětí, 24 (23 %) dotázaných si myslí, že smrti samotné. Dalších 18 (17 %) dotázaných se domnívá, že umírající člověk se nejvíce bojí bolesti, 15 (13 %) žáků označilo strach z opuštěnosti. Obavy, že nesplnili své životní poslání provázejí umírající dle 12 (11 %) respondentů, 6 (5%) respondentů označilo jako důvod strachu umírajících ztrátu soběstačnosti. Žádný z respondentů neuvedl další možnou nabízenou odpověď, a sice: obavu umírajících ze ztráty důstojnosti nebo o svůj majetek, ani nedoplnil odpověď jinou (viz tabulka č. 17, graf č. 6).

Z celkového počtu 108 respondentů VOŠZ jich 48 (45 %) označilo, že se umírající nejvíce bojí smrti samotné. Bolest uvedlo 25 (23 %) respondentů, strach o osud vlastních dětí 14 (13 %). Dalších 16 (14 %) dotázaných se domnívá, že umírající člověk se nejvíce bojí opuštěnosti. Obavy ze ztráty důstojnosti provázejí umírající dle 3 respondentů (3 %), 2 (2 %) respondenti přikládají největší obavy umírajících ztrátě soběstačnosti. Žádný z respondentů neuvedl další možnou nabízenou odpověď, a sice: obavu, že nesplnili své životní poslání nebo o svůj majetek. Jedna studentka připojila komentář: „závisí to na věku, dosavadním životě, způsobu umírání“. (viz tabulka č. 18, graf č. 7)

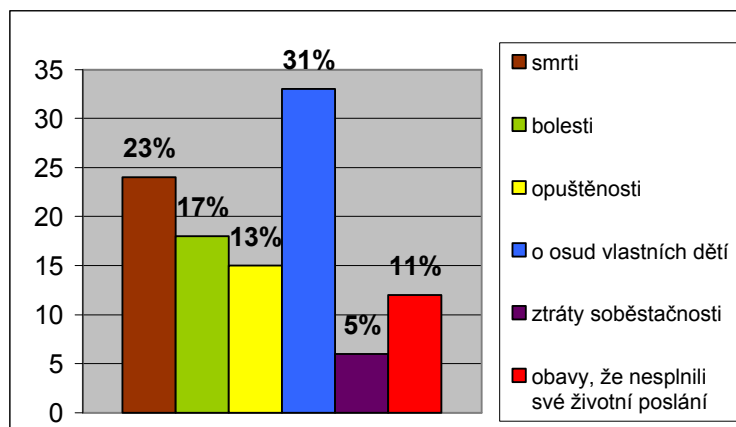
Tabulka č. 17: Obavy umírajících dle respondentů SZŠ

Druh obavy	n_i	f_i	$f_i\%$
smrt	24	0,23	23 %
bolest	18	0,17	17 %
opuštěnost	15	0,13	13 %
o osud vlastních dětí	33	0,31	31 %
ztráta soběstačnosti	6	0,05	5 %
nesplnění životního poslání	12	0,11	11 %
celkem	108	1,00	100 %

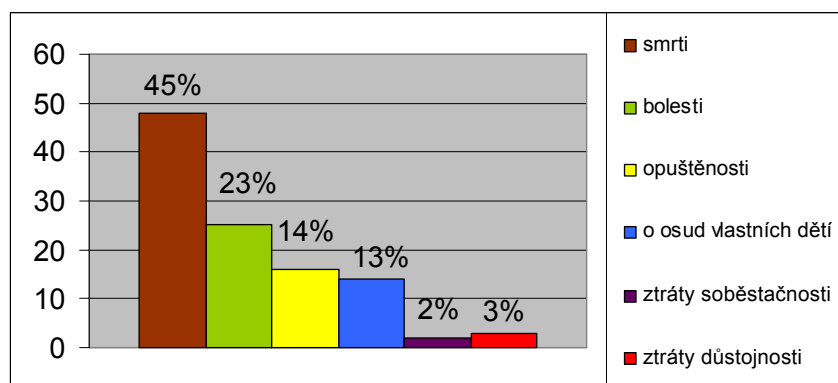
Tabulka č. 18: Obavy umírajících dle respondentů VOŠZ

Druh obavy	n_i	f_i	$f_i\%$
smrt	48	0,45	45%
bolest	25	0,23	23%
opuštěnost	16	0,14	14%
o osud vlastních dětí	14	0,13	13%
ztráta soběstačnosti	2	0,02	2%
ztráta důstojnosti	3	0,03	3%
celkem	108	1,00	100%

Graf č. 6: Obavy umírajících dle respondentů SZŠ



Graf č. 7: Obavy umírajících dle respondentů VOŠZ



Položka č. 9: Jaké potřeby dle Vás nejvíce pocít'ují umírající lidé?

Otázka č. 9 je zaměřena na zjištění hlavních potřeb umírajících „očima žáků a studentů“. V této položce respondenti označili čísla od 1 do 3 v pořadí dle intenzity tři položky z nabízených možností, přičemž 1 značila nejvíce vnímanou potřebu. Dotazovaní měli také možnost doplnit odpověď vlastní. Této nabídky využili 3 žáci, jejich odpovědi však nelze použít ke zpracování.

Z celkového počtu 108 respondentů SZŠ se jich 51 (47 %) domnívá, že umírající potřebuje hlavně blízkost druhého člověka, dalších 33 (30 %) označilo za nejvýraznější potřebu být bez bolesti, kontakt s rodinou označilo na prvním místě 24 (22 %) dotazovaných, 3 (3 %) respondenti označili jako nejdůležitější pocit bezpečí. V pořadí jako druhou nejvýznamnější potřebu umírajícího člověka vnímá kontakt s rodinou 36 (33 %) žáků, blízkost druhého člověka 30 (28 %), být bez bolesti 27 (25 %), pocit bezpečí 6 (5,5 %), hovořit s někým a hovořit s duchovním

vždy 6 (5,5 %) respondentů. Jako třetí důležitou potřebu umírajících vnímá 27 (25 %) žáků pocit bezpečí, být bez bolesti také 27 (25 %) dotázaných. Dále pocit pohody 9 (8 %), blízkost druhého člověka 6 (5,5 %), kontakt s rodinou 6 (5,5 %), soběstačnost 4 (4%), spánek 4 (4 %), hovořit s někým 1 (0,9 %), hovořit s duchovním 1 (0,9 %). Jeden žák uvedl, že umírající se přeje být sám, další se domnívá, že umírající nemají zvláštní potřeby. Tato odpověď byla naštěstí ojedinělá, svědčí o neznalosti potřeb umírajících nemocných.

Z celkového počtu respondentů VOŠZ se 30 (28 %) studentů domnívá, že umírající potřebuje hlavně blízkost druhého člověka, dalších 36 (33 %) označilo za nejvýraznější potřebu být bez bolesti, kontakt s rodinou označilo na prvním místě 42 (39 %) dotázaných. V pořadí jako druhou nejdůležitější potřebu umírajícího člověka vnímá kontakt s rodinou 20 (18,5 %) studentů, blízkost druhého člověka 30 (28 %), být bez bolesti 38 (35 %), pocit bezpečí 2 (1,8 %), hovořit s někým 15 (13,8 %) a hovořit s duchovním 2 (1,8 %) dotázaní. Potřebu spánku uvedl 1 (0,9 %) student. Jako třetí významnou potřebu umírajících vnímá 32 (29,6 %) respondentů blízkost druhého člověka, být bez bolesti 18 (16,6 %), kontakt s rodinou také 18 (16,6 %), pocit bezpečí 26 (24 %), pocit pohody 8 (7,4 %), soběstačnost 2 (1,8 %), spánek 2 (1,8 %), potřebu hovořit s někým uvedlo 12 (11,1 %) studentů.

Na základě vyhodnocení této položky se domnívám, že drtivá většina respondentů obou skupin uváděla velmi významné potřeby nevléčitelně nemocných a lze tedy konstatovat, že chápe význam jejich uspokojení z biopsychosociálního hlediska.

Položka č. 10: Domníváte se, že člověk v utrpení a umírání přichází o svou důstojnost?

Položka č.10 zjišťuje názor respondentů na to, zda umírající člověk přichází o svou důstojnost či ne. Více než polovina z celkového počtu 108 respondentů SZŠ, tj. 60 (56 %), odpověděla jednoznačně, že umírající o svou důstojnost nepřichází. Svá tvrzení dokládala velkým počtem komentářů, z nichž si některé dovoluji citovat:

✚ „Je to přirozená věc, může umřít i důstojně.“

✚ „Pokud si ho lidé budou pamatovat a přijímat ho i v poslední chvíli, takového jaký byl, tak ne.“

✚ „Blízkost druhé osoby jej podrží.“

- ✚ *„Nepřichází přece o důstojnost, ale o život, to nemá nic společného, selhání životních funkcí není projevem nedostatku důstojnosti.“*
- ✚ *„Na smrti není nic nedůstojného.“*
- ✚ *„Umírání patří k životu. Záleží na okolí.“*
- ✚ *„Projev bolesti nebo strachu není ztráta důstojnosti.“*
- ✚ *„O důstojnost přicházíme jinak – svým špatným chováním.“*
- ✚ *„Důstojnost se nedá ztratit, ta je s námi stále.“*

Další část respondentů SZŠ, tj. 21 (19 %) se domnívá, že člověk umíráním svou důstojnost ztrácí. Opět cituji z přiložených komentářů:

- ✚ *„Protože v utrpení se chová úplně jinak.“*
- ✚ *„Nemožnost plnit svoje potřeby - závislost na druhých, vlivem bolesti dochází ke změnám osobnosti.“*
- ✚ *„Člověk by neměl v poslední fázi života trpět.“*
- ✚ *„Už není v tom postavení, ve kterém byl a najednou potřebuje pomoc...“*
- ✚ *„Sestry s ním mohou manipulovat.“*

Část respondentů SZŠ, tj. 27 (25 %), odpověděla, že neví, zda umírající přichází o svou důstojnost (tabulka č. 19).

U respondentů z řad VOŠZ není odpověď tak jednoznačná jako u respondentů ze SZŠ (viz graf č. 8, tabulka č. 20). Z celkového počtu 108 dotázaných jich téměř polovina 58 (54 %) odpověděla, že neví, jestli umírající o svou důstojnost přichází, 6 z nich uvedlo přímo odpověď „ano i ne“. Jedna studentka připojila následující komentář:

- ✚ *„Myslím, že je to různé, např. při Alzheimerovi ANO, při havárii, myslím že NE.“*

Další část respondentů VOŠZ, tj. 12 (11 %), se domnívá, že člověk umíráním svou důstojnost ztrácí. Opět cituji z přiložených komentářů:

- ✚ *„Protože už není soběstačný, ostatní ho vidí umírat, už třeba neberou jako sobě rovného člověka.“*
- ✚ *„Trpící člověk ano, ti, kdo umírají bez bolesti asi ne.“*

Zbývající studenti, 38 (35 %), jednoznačně odpověděli, že umírající o svou důstojnost nepřichází. Opět si dovoluji citovat některé doplňující komentáře:

- ✚ *„Není důvod, důstojnost zůstává do konce.“*
- ✚ *„Smrt je součástí života.“*

Celkově lze tedy konstatovat, že dotazovaní chápou význam otázky důstojnosti nevyčísitelně nemocných. Ovšem oproti respondentům SZŠ, jsou respondenti VOŠZ uvážlivější v odpovědích. Přisuzují to jednak etické náročnosti této problematiky, jednak tomu, že možná více, vzhledem k věku, nahlížíjí do života, „*v němž nic není černé a nic bílé*“, jak uvedla jedna studentka, tedy konkrétním zkušenostem, které dotazovaní zažili, ať už v profesní přípravě či ve svém osobním životě.

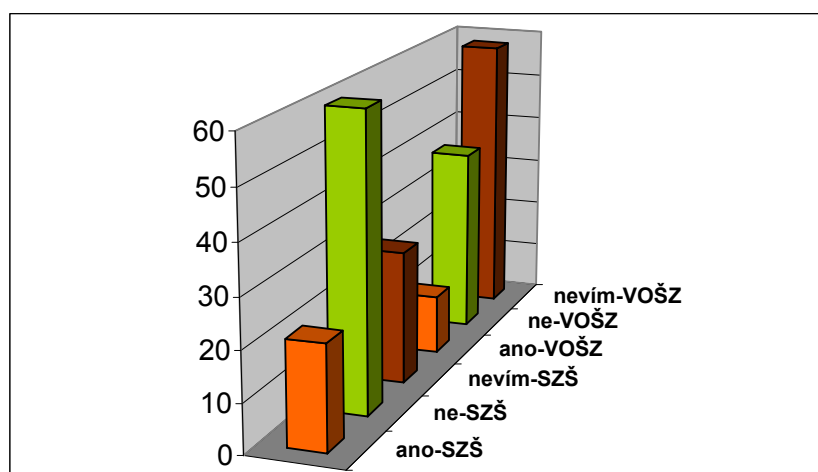
Tabulka č. 19: Ztráta důstojnosti umírajících dle respondentů SZŠ

Ztráta důstojnosti	n_i	f_i	$f_i\%$
ano	21	0,19	19 %
ne	60	0,56	56 %
nevím	27	0,25	25 %
celkem	108	1,00	100 %

Tabulka č. 20: Ztráta důstojnosti umírajících dle respondentů VOŠZ

Ztráta důstojnosti	n_i	f_i	$f_i\%$
ano	12	0,11	11 %
ne	38	0,35	35 %
nevím	58	0,54	54 %
celkem	108	1,00	100 %

Graf č. 8: Ztráta důstojnosti umírajících - srovnání SZŠ a VOŠZ



Položka č. 11: Myslíte si, že by sestra měla napomáhat komunikaci mezi umírajícím a jeho rodinou?

Položka č. 11 vypovídá o názoru respondentů na zapojení sestry do komunikace mezi umírajícím a jeho rodinnými příslušníky. Z celkového počtu 108 respondentů SZŠ odpovědělo 84 (78 %) dotázaných kladně. O tom, že sestra se nemá zapojovat do této komunikace bylo přesvědčeno 15 (14 %) žáků. Nevyhraněný názor mělo 9 (8 %) respondentů (viz tabulka č. 21).

Z celkového počtu 108 respondentů VOŠZ odpověděla drtivá část, 88 (81 %), dotázaných kladně. O tom, že sestra se nemá zapojovat do této komunikace není přesvědčen žádný respondent. Nevyhraněný názor mělo 20 (19 %) studentů. (viz tabulka č. 22). Výpočty ukazují, že budoucí zdravotníci z řad středních i z vyšších škol, jsou ve většině případů přesvědčeni o významu komunikace a napomáhající úloze sestry. (viz graf č. 9)

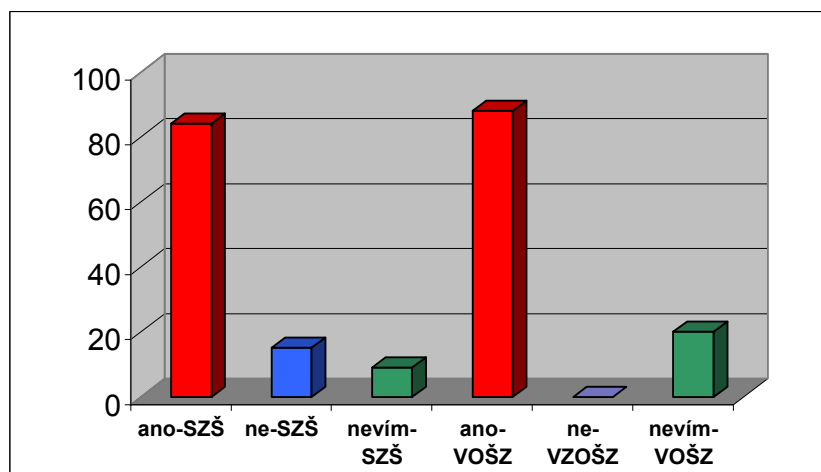
Tabulka č. 21: Komunikace sestry s rodinou dle respondentů SZŠ

Pomoc při komunikaci	n_i	f_i	$f_i\%$
ano	84	0,78	78 %
ne	15	0,14	14 %
nevím	9	0,08	8 %
celkem	108	1,00	100 %

Tabulka č. 22: Komunikace sestry s rodinou dle respondentů VOŠZ

Pomoc při komunikaci	n_i	f_i	$f_i\%$
ano	88	0,81	81 %
ne	0	0,00	0 %
nevím	20	0,19	19 %
celkem	108	1,00	100 %

Graf č. 9: Komunikace sestry s rodinou - srovnání SZŠ a VOŠZ



Položka č. 12: Nejpříjemnější místo pro umírání blízkých

Položka č. 12 zkoumá, jaké by bylo, dle názoru respondentů, nejideálnější místo, a s tím související zajištění péče, pro jejich blízké, kdyby umírali. Zároveň nám odpovědi nepřímo podávají výpovědní hodnotu o představě respondentů, jaké místo a péče jsou nejpříjemnější pro umírající obecně.

Z celkového počtu 108 respondentů SZŠ by si 51 (47 %) žáků přálo, aby jejich blízcí umírali v domácím prostředí, což jistě svědčí o významu a důležitosti, který této fázi lidského života přikládají. Další část 33 (31 %) by volila variantu umírání v nemocnici za přítomnosti blízké osoby, jež klade důraz na blízkost doprovázejícího člena rodiny, zároveň však část péče spadá do rukou zdravotníků. Překvapivě málo respondentů, 9 (8 %), by volilo možnost zařízení hospicového typu. Příčinu spatřuji, jednak v zatím omezené kapacitě hospiců, a jednak v malé informovanosti populace o těchto zařízeních. Dalších 9 (8 %) žáků využilo možnosti doplňující odpovědi a uvedlo, že nejideálnější místo je to, kde by nemocný sám chtěl umřít. Nejmenší část, 6 (6 %) respondentů, označila jako nejvhodnější možnost umírání v nemocnici za přítomnosti zdravotníků (viz tabulka č. 23)

Z celkového počtu 108 respondentů VOŠZ by si 66 (61 %) přálo, aby jejich blízcí umírali v domácím prostředí, což jistě svědčí o významu a důležitosti, který této fázi lidského života přikládají. Další část 20 (19 %) by volila variantu umírání v nemocnici za přítomnosti blízké osoby, jež klade důraz na blízkost doprovázejícího člena rodiny, zároveň však část péče spadá do rukou zdravotníků. Dalších 16 (15 %) studentů by volilo možnost zařízení hospicového typu, 6 (5 %) označilo jako nejvhodnější možnost umírání v nemocnici za přítomnosti zdravotníků (viz tabulka č. 24).

Tabulka č. 23: Místo umírání pro umírání blízké osoby dle respondentů SZŠ

Místo	n_i	f_i	f_i%
doma	51	0,47	47 %
v nemocnici za přítomnosti zdravotníků	6	0,06	6 %
v nemocnici za přítomnosti blízké osoby	33	0,31	31 %
v hospici	9	0,08	8 %
jiná odpověď	9	0,08	8 %
celkem	108	1,00	100 %

Tabulka č. 24: Místo pro umírání blízké osoby dle respondentů VOŠZ

Místo	n_i	f_i	$f_i\%$
doma	66	0,61	61 %
v nemocnici za přítomnosti zdravotníků	6	0,05	5 %
v nemocnici za přítomnosti blízké osoby	20	0,19	19 %
v hospici	16	0,15	15 %
jiná odpověď	0	0	0 %
celkem	108	1,00	100 %

Položka č. 13: Myslíte si, že je vhodné hovořit s umírajícím o představě pohřbu?

Položka č. 13 mapuje názor respondentů na otázku, zda je vhodné s umírajícím hovořit o představě jeho pohřbu. Z celkového počtu 108 respondentů SZŠ jich 75 (70 %) soudí, že je vhodné rozhovor uskutečnit, pokud pacient sám začne o tomto tématu mluvit. Za nevhodný pokládá hovor o pohřbu 21 (20 %) dotázaných. Názor hovořit o představě pohřbu v každém případě zastává 6 (5 %) žáků. Odpověď „nevím“ označilo 6 (5 %) respondentů (viz tabulka č. 25). Z celkového počtu 108 respondentů VOŠZ soudí 78 (72 %) studentů, že je vhodné uskutečnit rozhovor, pokud pacient sám o tomto tématu začne mluvit (viz graf č. 10). Téma pohřbu jako nevhodné označilo 16 (15 %) dotázaných. Názor, hovořit o představě pohřbu v každém případě, nezastává žádný ze studentů. Odpověď „nevím“ označilo 14 (13 %) respondentů.

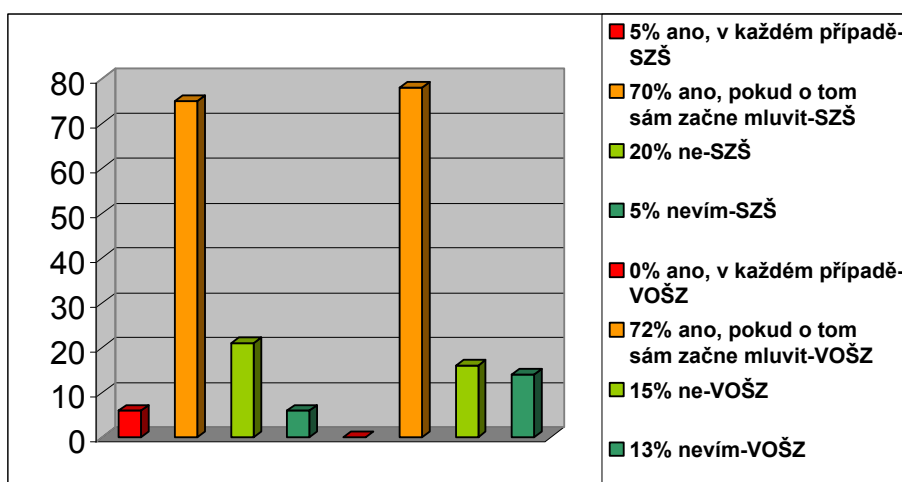
Tabulka č.25: Hovor o představě pohřbu dle respondentů SZŠ

Hovor	n_i	f_i	$f_i\%$
ano, v každém případě	6	0,05	5 %
ano, pokud o tom sám začne mluvit	75	0,70	70 %
ne	21	0,20	20 %
nevím	6	0,05	5 %
celkem	108	1,00	100 %

Tabulka č. 26: Hovor o představě pohřbu dle respondentů VOŠZ

Hovor	n_i	f_i	$f_i\%$
ano, v každém případě	0	0	0 %
ano, pokud o tom sám začne mluvit	78	0,72	72 %
ne	16	0,15	15 %
nevím	14	0,13	13 %
celkem	108	1,00	100 %

Graf č.10: Hovor o představě pohřbu – srovnání SZŠ a VOŠZ



Položka č. 14: Jak by dle Vás mělo vypadat rozloučení se zemřelým člověkem?

Položka č. 14 zkoumá názor respondentů na způsob rozloučení se zemřelým člověkem. Nepřímo tedy také vypovídá, jaké rozloučení by si respondenti sami představovali v případě vlastního úmrtí. Z celkového počtu 108 respondentů SZŠ označilo klasický způsob pohřbu do země 39 (36 %) žáků, kremaci 15 (14 %), rozprášení 12 (11 %), možnost úplně bez obřadu označili 3 (2 %) dotázaní. O problému zatím nepřemýšlelo 18 (17 %) žáků. Možnost volné odpovědi doplnilo 21 (20 %) respondentů se shodným názorem: dle vlastního přání zemřelého (viz tabulka č. 27, graf č. 11).

Z celkového počtu 108 respondentů VOŠZ označilo klasický způsob pohřbu do země 34 (31 %) studentů, kremaci 36 (33 %), rozprášení 4 (4 %), možnost úplně bez obřadu neoznačil nikdo z dotázaných. O problému zatím nepřemýšlelo 16 (15 %) studentů. Možnost volné odpovědi doplnilo 18 (17 %) respondentů se shodným názorem: dle vlastního přání zemřelého (viz tabulka č. 28, graf č. 11). Dvě třetiny respondentů tedy o tématu rozloučení se zemřelým již přemýšlelo a dá se říci, že chápe tento akt jako významný pro uzavření životní etapy.

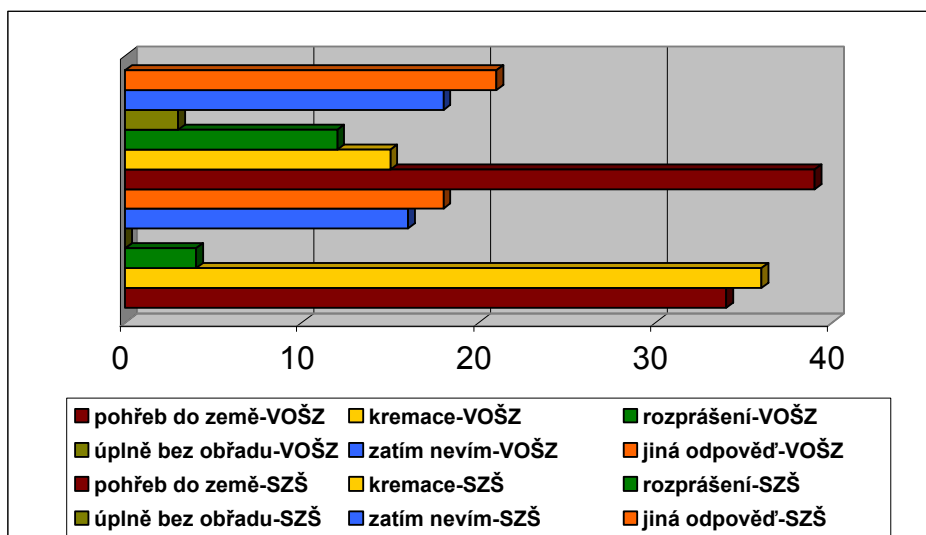
Tabulka č. 27: Představa posledního rozloučení dle respondentů SZŠ

Způsob rozloučení	n_i	f_i	$f_i\%$
pohřeb do země	39	0,36	36 %
kremace	15	0,14	14 %
rozprášení	12	0,11	11 %
úplně bez obřadu	3	0,02	2 %
zatím jsem o tom nepřemýšlel(a)	18	0,17	17 %
jiná odpověď	21	0,20	20 %
celkem	108	1,00	100 %

Tabulka č. 28: Představa posledního rozloučení dle respondentů VOŠZ

Způsob rozloučení	n _i	f _i	f _i %
pohřeb do země	34	0,31	31 %
kremace	36	0,33	33 %
rozprášení	4	0,04	4 %
úplně bez obřadu	0	-	0 %
zatím jsem o tom nepřemýšlel(a)	16	0,15	15 %
jiná odpověď	18	0,17	17 %
celkem	108	1,00	100 %

Graf č. 11: Představa posledního rozloučení – srovnání SZŠ a VOŠZ



Položka č. 15: Jak zvládáte stresové situace spojené s péčí o umírající?

Položka č. 15 hodnotí odpovědi respondentů na otázku zvládnutí stresu spojeného s péčí o umírající pacienty. Z celkového počtu 108 respondentů SZŠ odpovědělo 33 (31 %), že neví. Dalších 30 (28 %) dotázaných odpovědělo, že špatně. Dobře zvládá stres spojený s péčí o umírající 27 (25 %) žáků či žákyň, velmi dobře 9 (8 %). Naopak velmi špatně se potýká se stresem spojeného s péčí o umírajícího 9 (8 %) respondentů (viz tabulka č. 29).

Z celkového počtu 108 respondentů VOŠZ odpovědělo 52 (48 %), že neví jak zvládá stres spojený s péčí o umírajícího. Dalších 36 (33 %) dotázaných odpovědělo,

že špatně. Dobře tyto situace zvládá 14 (13 %) studentů, velmi dobře nikdo z dotázaných. Naopak velmi špatně se potýká se stresem spojeného s péčí o umírajícího 6 (6 %) respondentů (viz tabulka č. 30). Dle výpočtů tedy lze říci, že 72 % žáků SZŠ a 94 % studentů VOŠZ zvládá stres spojený s péčí o umírajícího velmi špatně, špatně či neví.

Tabulka č. 29: Zvládání stresu z umírání respondenty SZŠ

Zvládání stresu	n _i	f _i	f _i %
velmi dobře	9	0,08	8 %
dobře	27	0,25	25 %
nevím	33	0,31	31 %
špatně	30	0,28	28 %
velmi špatně	9	0,08	8 %
celkem	108	1,00	100 %

Tabulka č. 30: Zvládání stresu z umírání respondenty VOŠZ

Zvládání stresu	n _i	f _i	f _i %
velmi dobře	0	-	0 %
dobře	14	0,13	13 %
nevím	52	0,48	48 %
špatně	36	0,33	33 %
velmi špatně	6	0,06	6 %
celkem	108	1,00	100 %

Položka č. 16: Co by Vám pomohlo odreagovat se od náročné péče o umírajícího člověka?

Položka č. 16 zkoumá, co by budoucím zdravotníkům pomohlo odreagovat se od náročné péče o umírajícího člověka. Z celkového počtu 108 respondentů SZŠ označila téměř polovina, tj. 48 (44 %), respondentů rozhovor s blízkým člověkem, 17 (16 %) žáků uvedlo hudbu, pobyt v přírodě 14 (13 %), zájmovou činnost 4 (3,8 %), sport 9 (8,3 %), čtením by se odreagovala 1 (0,9 %) žákyně. Kouření jako abreakci označilo 15 (14 %) dotázaných (viz tabulka č. 31, graf č. 12). Možnost požití alkoholu či uklidňujících léků nebo konzumaci jídla neoznačil nikdo. Doplnění volné odpovědi taktéž nevyužil žádný žák.

Z celkového počtu 108 respondentů VOŠZ uvedlo 42 (39 %) jako způsob relaxace od náročné péče o umírajícího rozhovor s blízkým člověkem, 22 (20,8 %) studentů označilo hudbu, pobyt v přírodě 19 (17,5 %), zájmovou činnost 6 (5,5 %), sport

9 (8 %) a čtením by se odreagoval 1 (0,9 %), jídlem 1 (0,9 %) respondent. Kouření jako abreakci označilo 6 (5,5 %) dotázaných (viz tabulka č. 32, graf č. 13). Možnost požití alkoholu či uklidňujících léků neoznačil nikdo. Doplnění jiné odpovědi využili 2 (1,9 %) studenti, se shodným textem: „jiná činnost, která mi odvede myšlenky“.

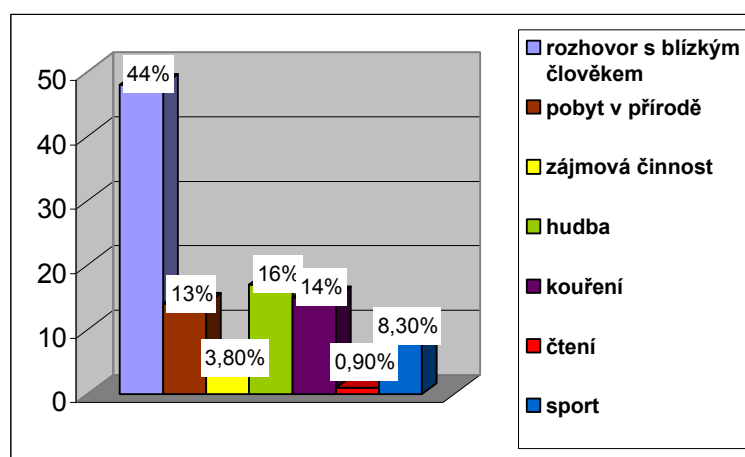
Tabulka č. 31: Způsoby relaxace respondentů SZŠ

Způsob relaxace	n_i	f_i	$f_i\%$
rozhovor s blízkým člověkem	48	0,44	44 %
pobyt v přírodě	14	0,13	13 %
zájmová činnost	4	0,04	3,8 %
hudba	17	0,16	16 %
kouření	15	0,14	14 %
čtení	1	0,09	0,9 %
sport	9	0,08	8,3 %
celkem	108	1,00	100,0 %

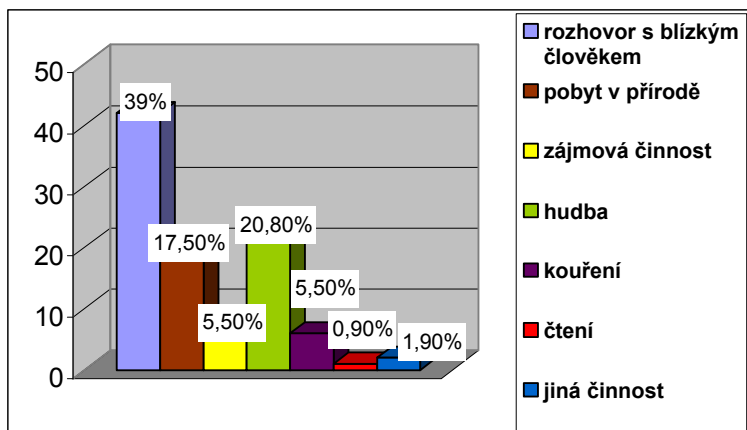
Tabulka č. 32: Způsoby relaxace respondentů VOŠZ

Způsob relaxace	n_i	f_i	$f_i\%$
rozhovor s blízkým člověkem	42	0,39	39 %
pobyt v přírodě	19	0,18	17,5 %
zájmová činnost	6	0,05	5,5 %
hudba	22	0,21	20,8 %
kouření	6	0,05	5,5 %
čtení	1	0,01	0,9 %
jídlo	1	0,01	0,9 %
sport	9	0,08	8 %
jiná činnost	2	0,02	1,9 %
celkem	108	1,00	100 %

Graf č. 12: Způsoby relaxace respondentů SZŠ



Graf č. 13: Způsoby relaxace respondentů VOŠZ



Položka č. 17: V kterém předmětu jste se nejvíce zabývali tématem umírání a smrti?

Položka č. 17 sleduje, v jakém předmětu se při výuce na SZŠ a VOŠZ nejvíce hovořilo o tématu umírání a smrti. Z celkového počtu 108 respondentů SZŠ uvedlo 57 (53 %) předmět ošetřovatelství, psychologii 36 (33 %) žáků a 15 (14 %) dotázaných nejvíce informací o umírání a smrti získalo při praktické výuce ošetřování nemocných (viz tabulka č. 33). Možnost jiné odpovědi nebyla využita.

Z celkového počtu 108 respondentů VOŠZ uvedlo 20 (19 %) ošetřovatelské předměty (ošetřovatelství, ošetřování v klinických oborech, ošetřovatelské postupy, etika v ošetřovatelství) jako nejvýznamnější zdroje informací z thanatologie. Přibližně polovina dotázaných označila předměty zaměřené na psychologii a komunikaci, 66 (61 %), 22 (20 %) dotázaných nejvíce informací o umírání a smrti získalo při praktické výuce v nemocnici (viz tabulka č. 34). Možnost jiné odpovědi nevyužil nikdo z dotázaných.

Lze tedy konstatovat, že výuka problematiky thanatologie je, jak na SZŠ, tak na VOŠZ, soustředěna především do teoretické části výuky, v menším procentu též do praktické. Důležitou rolí přitom zde bude hrát fakt, zda žáci a studenti měli příležitost provádět ošetření umírajícího či zemřelého, a tak zažít realitu přímo v nemocnici a následně provést s vyučující její rozbor.

Tab. č. 33: Nejvýznamnější předmět pro výuku thanatologie dle respondentů SZŠ

Předmět	n _i	f _i	f _i %
ošetřovatelství	57	0,53	53 %
psychologie	36	0,33	33 %
ošetřování nemocných	15	0,14	14 %
celkem	108	1,00	100 %

Tab. č. 34: Nejvýznamnější předmět pro výuku thanatologie dle respondentů VOŠZ

Předmět	n _i	f _i	f _i %
ošetřovatelské předměty	20	0,19	19 %
psychologické předměty	66	0,61	61 %
praktická výuka	22	0,20	20 %
celkem	108	1,00	100 %

Položka č. 18: Co Vám při výuce tohoto tématu chybělo?

Položka č. 18 mapuje názor respondentů na výuku thanatologie, konkrétně, co při ní postrádali, co lze doplnit atp. Při odpovědi měli dotazovaní k dispozici škálu položek. Z celkového počtu respondentů SZŠ se 42 (40 %) vyjádřilo, že byli zcela spokojeni s výkladem. Dalších 30 (28 %) dotázaných požadovalo klást větší důraz při výuce na psychologický přístup k nemocnému, např. jak komunikovat s umírajícím, s jeho příbuznými. Více diskutovat o tématu a projevit vlastní názor během výuky by si přálo 14 (13 %) respondentů, větší zapojení do výuky označilo 6 (5 %) žáků či žákyň. Větší důraz na duchovní a sociální hledisko by při výuce kladlo 12 (11 %) dotázaných, 4 (3 %) respondenti pak na praktické ošetřovatelské hledisko, např. na péči o tělo zemřelého. Varianta doporučení dalších studijních materiálů nebyla shledána významnou žádným z respondentů. Možnost doplňující odpovědi taktéž nebyla využita (viz tabulka č. 35, graf č. 14).

Z celkového počtu respondentů VOŠZ se 41 (38 %) vyjádřilo, že byli zcela spokojeni s výkladem. Vysvětlení tohoto výpočtu je dvojitá, první: výuka je kvalitní a bez větších nedostatků, druhé: studenti necítí potřebu získat o této problematice více informací. Dalších 47 (43 %) dotázaných požadovalo klást větší důraz při výuce na psychologický přístup k nemocnému, např. jak komunikovat s umírajícím, s jeho příbuznými. Více diskutovat o tématu a projevit vlastní názor během výuky by si

přáli 3 (3 %) respondenti, větší zapojení do výuky požadovali 3 (3 %) studenti. Větší důraz na duchovní a sociální hledisko by při výuce kladli 3 (3 %) dotázaní, 9 (8 %) respondentů pak na praktické ošetrovatelské hledisko, jako je např. péče o tělo zemřelého (viz tabulka č. 36, graf č. 15). Varianta doporučení dalších studijních materiálů nebyla shledána významnou žádným z respondentů. Možnost doplňující odpovědi byla využita 2 (2 %) respondenty, kteří by si do výuky přáli zařadit, ve větším rozsahu, téma: péče o psychiku zdravotnického personálu.

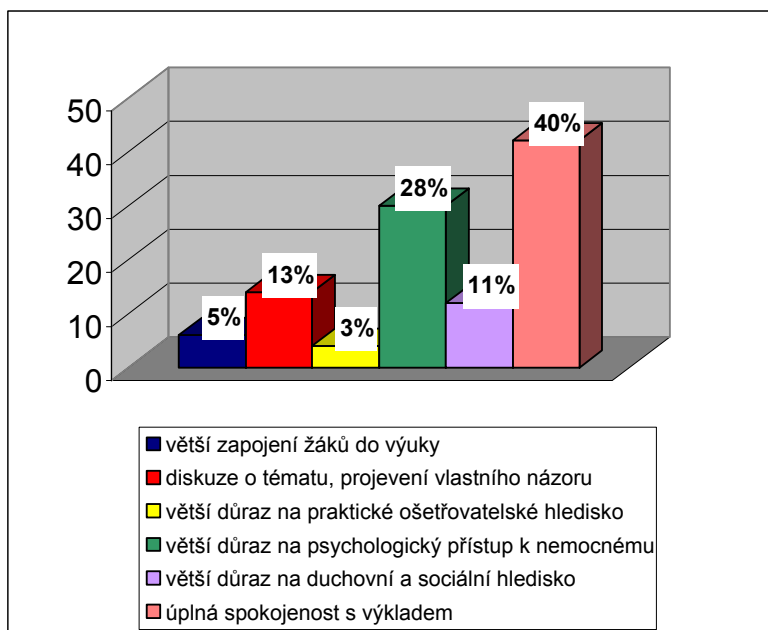
Tabulka č. 35: Doplnění výuky dle respondentů SZŠ

Doplnění výuky	n_i	f_i	$f_i\%$
větší zapojení žáků do výuky	6	0,05	5 %
diskuze o tématu, projevení vlastního názoru	14	0,13	13 %
větší důraz na praktické ošetrovatelské hledisko	4	0,03	3 %
větší důraz na psychologický přístup k nemocnému	30	0,28	28 %
větší důraz na duchovní a sociální hledisko	12	0,11	11 %
úplná spokojenost s výkladem	42	0,40	40 %
celkem	108	1,00	100 %

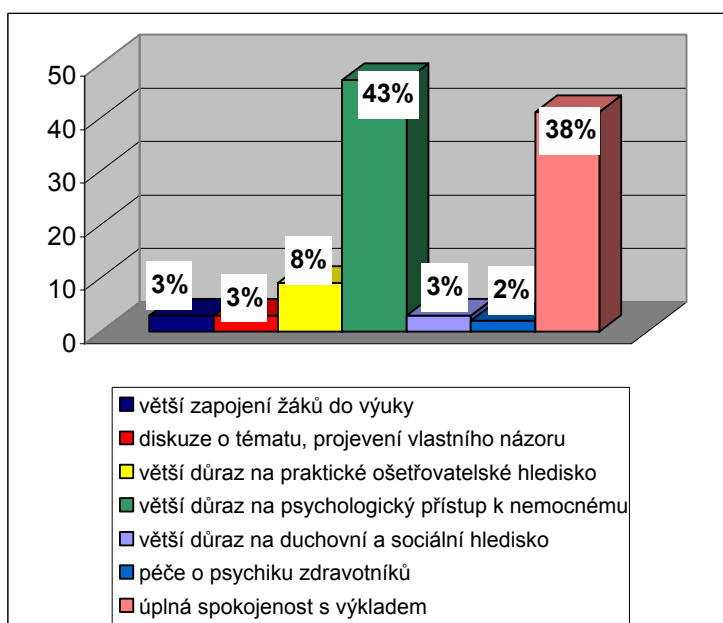
Tabulka č. 36: Doplnění výuky dle respondentů VOŠZ

Doplnění výuky	n_i	f_i	$f_i\%$
větší zapojení žáků do výuky	3	0,03	3 %
diskuze o tématu, projevení vlastního názoru	3	0,03	3 %
větší důraz na praktické ošetrovatelské hledisko	9	0,08	8 %
větší důraz na psychologický přístup k nemocnému	47	0,43	43 %
větší důraz na duchovní a sociální hledisko	3	0,03	3 %
péče o psychiku zdravotníků	2	0,02	2 %
úplná spokojenost s výkladem	41	0,38	38 %
celkem	108	1,00	100 %

Graf č. 14: Doplnění výuky dle respondentů SZŠ



Graf č. 15: Doplnění výuky dle respondentů VOŠZ



Položka č. 19: Věnoval(a) jste z vlastního zájmu studiu literatury zaměřené na otázky umírání a smrti?

Položka č. 19 zjišťuje samostatnou aktivitu respondentů při získávání dalších poznatků z oblasti thanatologie. Z celkového počtu respondentů SZŠ se 96 (89 %) žáků či žákyň nevěnuje dalšímu vzdělávání v této oblasti. Pouze 12 (11 %) respondentů se dále z vlastního zájmu zabývalo touto problematikou (viz tab. č. 37).

Z celkového počtu respondentů VOŠZ se 82 (76 %) studentů dalšímu vzdělávání v této oblasti nevěnuje. Pouze 26 (24 %) studentů se dále z vlastního zájmu zabývalo

touto problematikou (viz tabulka č. 38). Lze tedy konstatovat, že naprostá většina obou skupin respondentů se dalším vzděláváním v oblasti thanatologie nezabývá.

Tabulka č. 37: Další studium thanatologie - SZŠ

Další studium	n _i	f _i	f _i %
ano	12	0,11	11 %
ne	96	0,89	89 %
celkem	108	1,00	100 %

Tabulka č. 38: Další studium thanatologie - VOŠZ

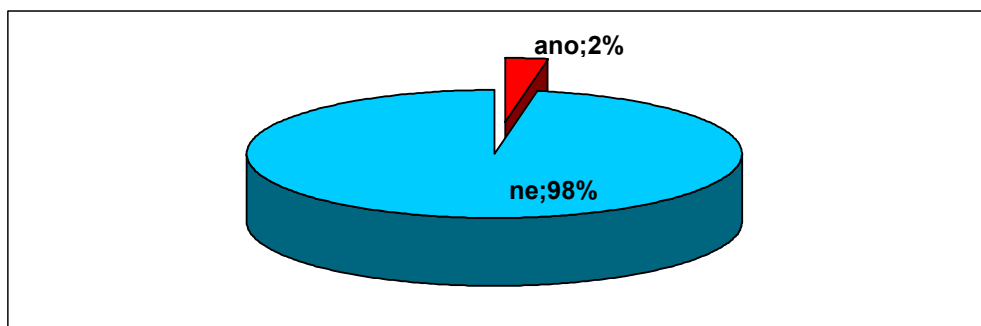
Další studium	n _i	f _i	f _i %
ano	26	0,24	24 %
ne	82	0,76	76 %
celkem	108	1,00	100 %

Položka č. 20: Zúčastnila(a) jste se semináře na téma: „Nevyléčitelně nemocný a umírající člověk?“

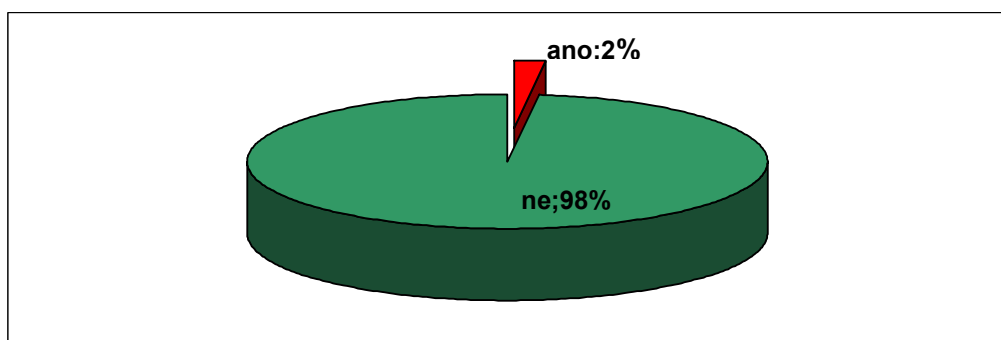
Položka č. 20 hodnotí, zda se respondenti zúčastnili semináře zaměřeného na téma ošetřování nevléčitelně nemocného a umírajícího člověka. Z celkového počtu 108 respondentů SZŠ byla odpověď v 98 % záporná, tj. 105 dotázaných se takového semináře nezúčastnilo, pouze 3 (2 %) ano (viz graf č. 16).

Na VOŠZ je situace podobná, z celkového počtu 108 respondentů se 106 (98 %) dotázaných takového semináře nezúčastnilo, pouze 2 (2 %) ano. Domnívám se, že důvodem je malá informovanost a přístupnost těchto seminářů žákům a studentům, částečně také nezájem některých z nich (viz graf č. 17).

Graf č. 16: Účast na semináři o umírání a smrti - SZŠ



Graf č. 17: Účast na semináři o umírání a smrti - VOŠZ



**Položka č. 21: Cítíte se být připraven(a) na ošetrovatelskou péči o umírající?
Pokud se necítíte být zcela připravena, v které oblasti konkrétně?**

Položka č. 21 hodnotí subjektivní připravenost respondentů na péči o umírajícího člověka. Doplnující otázkou bylo zjišťováno, v jaké konkrétní oblasti profesionální přípravy vnímají respondenti nedostatky. Dotazovaní si mohli zvolit odpověď z nabídky biologických, psychosociálních a spirituálních potřeb či doplnit odpověď vlastní.

Z celkového počtu 108 respondentů SZŠ 45 (42 %) uvedlo, že se cítí být připraveno částečně, 18 (16 %) se cítí být připraveno zcela na péči o umírajícího, 12 (11 %) respondentů uvedlo, že se necítí být připraveni na tuto náročnou složku sesterské profese a 33 (31 %) zákyň či žáků uvedlo, že neví (viz tabulka č. 39, graf č. 18). Nejvíce respondentů 48 (44 %) vnímá deficit přípravy v oblasti uspokojování psychosociálních potřeb umírajících, zejména ve způsobu komunikace s umírajícím, komunikace s rodinou umírajícího a pozůstalými 9 (8 %). Dalších 21 (19 %) respondentů vidí nedostatky připravenosti na péči o biologické potřeby umírajících, a to především ve způsobu podávání stravy 5 (4 %) a v péči o mrtvé tělo 16 (15 %).

Oblast spirituálních potřeb neoznačil žádný respondent. Možnost jiné, doplňující odpovědi nebyla v této položce využita.

Z celkového počtu 108 respondentů VOŠZ 24 (22 %) uvedlo, že se cítí být připraveni částečně, 29 (27 %) respondentů se necítí být připraveno, 6 (6 %) se cítí být připraveno zcela na péči o umírajícího, 49 (45 %) studentů označilo, že neví, zda jsou připraveni na péči o umírající. (viz tabulka č. 40, graf č. 18). Nejvíce respondentů 33 (31 %) vnímá rezervy přípravy v oblasti uspokojování psychosociálních potřeb umírajících, zejména ve způsobu komunikace s umírajícím, komunikace s rodinou umírajícího a pozůstalými 9 (8 %). Dalších 17 (16 %) studentů cítí nedostatky přípravy v oblasti péče o biologické potřeby umírajících, a to především ve způsobu podávání stravy 8 (7 %) a v péči o mrtvé tělo 9 (8 %). Oblast spirituálních potřeb neoznačil žádný respondent, lze soudit, že významu duchovní přípravy na smrt je, bohužel, zatím ve zdravotnickém školství a v povědomí lidí vůbec, přikládána neadekvátně nízká důležitost. Možnost jiné, doplňující odpovědi, nebyla v této položce využita.

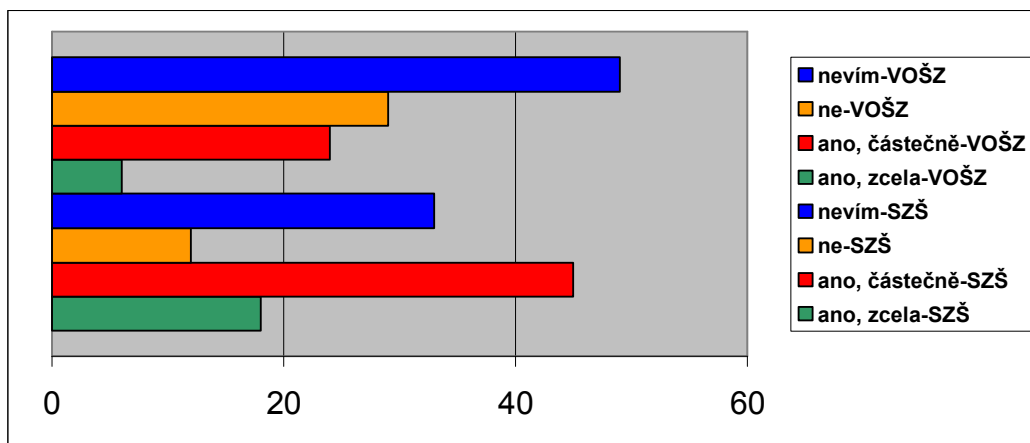
Tabulka č. 39: Subjektivní připravenost žáků SZŠ na péči o umírajícího

Připravenost	n_i	f_i	$f_i\%$
ano, zcela	18	0,16	16 %
ano, částečně	45	0,42	42 %
ne	12	0,11	11 %
nevím	33	0,31	31 %
celkem	108	1,00	100 %

Tabulka č. 40: Subjektivní připravenost studentů VOŠZ na péči o umírajícího

Připravenost	n_i	f_i	$f_i\%$
ano, zcela	6	0,06	6 %
ano, částečně	24	0,22	22 %
ne	29	0,27	27 %
nevím	49	0,45	45 %
celkem	108	1,00	100 %

Graf č.18: Subjektivní připravenost žáků SZŠ a studentů VOŠZ na péči o umírajícího



Položka č. 22: Co by se dle Vašeho názoru mělo změnit v souvislosti s diskutovaným tématem?

V položce č. 22 měli respondenti možnost se prostřednictvím volné odpovědi vyjádřit k diskutovanému tématu umírání a smrti. A to z různých hledisek, ať už v oblasti chování profesionálních zdravotníků, nebo v rámci vlastní teoretické a praktické přípravy na péči o nevléčitelně nemocného, či podělit se o vlastní zkušenost a názor. Doplnující komentáře byly nalezeny téměř u dvou třetin respondentů obou skupin, což svědčí o zájmu žáků a studentů o tuto problematiku a o tom, že vnímají její aktuálnost. Velká část respondentů se vyjadřovala ke komunikaci a chování zdravotníků k umírajícímu a jeho rodině, úcty k umírajícímu či zemřelému pacientovi, plnění potřeb a přání umírajících. Bohužel většina uvedených příkladů vyznívá dosti negativně pro ošetřující personál. Další poznámky se týkaly nízké empatie sester, nedůstojné péče o zemřelého, nemožnosti soukromí a rozloučení se pozůstalých se zesnulým. Navrhované řešení respondenti spatřují v blízkosti rodinných příslušníků v podobě neomezených návštěv a také ve větší dostupnosti zařízení hospicového typu. Objevilo se také několik požadavků více o umírání a smrti hovořit, např. v podobě pořádání povinných seminářů, jak pro profesionály, tak i pro studenty zdravotnických škol atp. Pouze ojediněle se mezi respondenty SZŠ vyskytly komentáře typu: „*Je mi to jedno.*“ nebo „*To je každého věc.*“ Většinu komentářů však hodnotím jako velmi cenné připomínky k problematice a vybrané si dovoluji citovat:

- ✚ „Za své praxe jsem viděla hrozné chování sestry k zemřelému, takže určitě lepší chování. Mít na paměti, že je to člověk a ne nějaká věc.“
- ✚ „Mělo by se více zaměřit na komunikaci mezi sestrou, umírajícím a jeho rodinou. Spousta zdravotníků to neumí.“
- ✚ „S teorií jsem spokojená. Zdravotníci by měli umožnit přístup příbuzných! Je to dobré pro umírající i pro pozůstalé. Možnost rozloučit se!“
- ✚ „Chování zdravotníků k rodině umírajícího. Zejména zdravotníků, kteří jsou delší dobu v nemocnici a berou to jako samozřejmost. Pro rodinu to samozřejmost není.“
- ✚ „Zdravotníci by měli mít úctu k nemocným, neměli by jednat s umírajícím jako s nesvéprávným člověkem.“
- ✚ „Pro mrtvé zřídit v nemocnici koutek. Lepší zacházení s tělem od pohřebáků. Ve výuce více hovoření a diskuze.“
- ✚ „Některé sestry na určitých odděleních se k těmto pacientům nechovají zrovna vhodně. Teoretická příprava je o něčem jiném, než to vše zažít v praxi.“
- ✚ „Nenechávat umírajícího celý den na pokoji o samotě, aby neumíral sám.“
- ✚ „Rodina by měla být u umírajícího vždy!“
- ✚ „Zdravotníci by si měli uvědomit, že to jsou pořád lidé, i když umírají. Měli by jim dopřát důstojné umírání a nepočítat s tím, že za chvíli stejně umřou a nechovat se k nim jako ke zvířatům! Vím to z vlastní zkušenosti.“
- ✚ „Sdělování závažných věcí jako je úmrtí není dostatečné s ohledem na rodinu (sdělení mezi dveřmi, na chodbě).“
- ✚ „Aby se o tom mluvilo více, protože jsme pak víc připraveni. Jsem si vědomá lítosti, ale lépe se to zvládá.“
- ✚ „Aby se smrt nenadlehčovala a nedělalo se z toho tabu, protože jeto přirozená součást života. Neměla by se také tajit diagnóza a lékař/zdravotník by měl mít kurz/seminář na toto téma, aby UMĚL komunikovat s nemocným v terminálním stádiu života.“

Z adresných komentářů respondentů VOŠZ si dovoluji citovat následující:

- ✚ „Aby zdravotníci nemluvili o umírajícím jako už o mrtvém, před ním.“
- ✚ „V oblasti profesionálního chování zdravotníků, bych chtěla, aby se umírajícímu věnovali, byli v jeho blízkosti, nebáli se jeho možných otázek na tělo. V rámci přípravy: praxe v hospici, semináře.“

- ✚ *„Důstojné zacházení se zemřelým.“*
- ✚ *„Myslím, že teorie (výuka) je v pořádku, ale že sestry brzy začnou brát umírajícího neosobně, jako věc. A to je STRAŠNÝ.“*
- ✚ *„I přesto, že se toto téma probírá v ošetrovatelských postupech, myslím, že by se o něm mělo více hovořit, jak o potřebách biologických, tak psychologických i spirituálních. Semináře by měli být povinné. Každý člověk má právo na důstojný a ulehčený odchod ze života.“*
- ✚ *„Myslím, že by se o tomto tématu mělo více hovořit. Někteří zdravotníci by se měli chovat k umírajícím pacientům důstojněji.“*
- ✚ *„Zdravotníci by se měli naučit alespoň trochu doprovázet nemocného k smrti, věnovat mu čas. NEBÁT SE HO, PROTOŽE UMÍRÁ.“*

Jedna respondentka se podělila o vlastní zkušenost, kterou velmi ráda cituji:

„Nemocné manžele na jejich žádost umístili do 2lůžkového pokoje na LDN. Chodila jsem si s nimi povídat. Byli na mě navázaní. Jednoho dne měli potřebu vyprávět mi celý svůj život. Druhý den jsem přišla, jedno lůžko bylo prázdné, čistě povlečené. V krku mě tlačila otázka, zda se mám či nemám zeptat, kde je pan manžel. Nakonec jsem se zeptala, měla jsem strach, jakou to vyvolá reakci. Ale manželka se trošku dojala, a pak řekla, že už ho nic nebolí a rozpovídala se, zjevně si o tom potřebovala promluvit. Často to blízcí lidé nesou statečněji než personál. Potřebují o tom mluvit.“

3. Ověření hypotéz

Hypotéza č. 1: Předpokládám, že pro více než polovinu žáků 4. ročníků SZŠ a studentů 3. ročníků VOŠZ zůstává umírání a smrt tabuizovaným tématem.

Téma umírání a smrti se hluboce dotýká každého člověka, ovšem ne každý si tuto skutečnost připouští a chce se jí zabývat. Bylo zjištěno, že studentky, případně studenti, se na SZŠ v 97 % a na VOŠZ v 68 %, již zamýšleli nad otázkou smrtelnosti. O existenci života po smrti přemýšlelo na středních školách všech 100 % respondentů, na školách vyšších pak přesně polovina, čili 50 % dotázaných, ostatní odpověděli, že o tomto tématu zatím nepřemýšleli nebo, že neví. K úvahám na vážné téma se může vázat potřeba komunikovat, hovořit o něm. Přesto, že „takový rozhovor může provázet lítost a smutek, je velmi významný a hodnotný“, jak uvedla jedna ze studentek. Potřebu mluvit o problematice umírání a smrti vnímá 29 % respondentů ze středních škol a 19 % ze škol vyšších. Shodují se na tom, že nejčastěji by o tomto tématu hovořili s přáteli.

Velmi závažnou otázkou je zcela nepochybně způsob posledního rozloučení se zemřelým. Člověk, který rozvažuje o charakteru pohřbu se již s určitostí nějakým způsobem, alespoň částečně, s realitou konečnosti života smířil. Mohu konstatovat, že z obou skupin respondentů jich již o způsobu posledního rozloučení přemýšlelo více než 80 % (VOŠZ 85 %; SZŠ 83 %, z toho 2 % by volila variantu bez obřadu).

Doplňujícím studiu problematiky thanatologie se z vlastní aktivity věnuje sotva třetina respondentů, z VOŠZ 24 %, ze SZŠ 11 %. Seminářů, zaměřených na téma „Smrtelně nemocný a umírající člověk“, se z obou skupin dotázaných zúčastnila slabá 2 %. Domnívám se však, že nízká účast respondentů na seminářích s problematikou ošetřování umírajících pacientů, není až tak způsobena nezájmem o problematiku, ale je spíše z velké části zapříčiněná jejich nedostupností pro studenty, což potvrzují výpovědi a komentáře respondentů samotných.

Hypotéza č. 1 nebyla potvrzena.

Hypotéza č. 2: Předpokládám, že polovina žáků 4. ročníků SZŠ a studentů 3. ročníků VOŠZ se již setkala s umírajícím či zemřelým člověkem.

Práce a praxe v nemocnici často staví ošetřující personál před náročné situace. Jednou z nich je bezpochyby setkání s umírajícím či zemřelým člověkem. Bylo zjištěno, že vždy více než polovina respondentů obou zkoumaných skupin, konkrétně ze SZŠ 66 % a z VOŠZ 59 % studentů, se již ve svém životě, ať profesním či osobním, setkala s umírajícím člověkem. Při tomto setkání prožívaly studentky vyšších škol v 61 %, žákyně středních škol v 81 %, negativní pocity šoku, nejistoty, úzkosti, lítosti, obavy až zoufalství. Pocit, že smrt je přirozenou součástí života označilo 39 % dotázaných na VOŠZ a 19 % na SZŠ, lze tedy konstatovat, že více než jedna třetina respondentů na vyšší škole zaujímá ke smrti smířlivý postoj oproti škole střední, kde tento postoj zaujímá pouze 19 % respondentů. Tuto skutečnost přisuzují větší psychické zralosti studentů VOŠZ. Tezi však nepotvrzuje fakt, že při představě umírajícího člověka naplní téměř shodně většinu respondentů obou skupin (SZŠ v 91,7 %; VOŠZ v 91 %), pocity smutku, beznaděje, prázdnoty, strachu a zoufalství. Klid a vyrovnaní při této představě vnímá pouze 8,3 % žáků středních škol a 9 % studentů škol vyšších.

Kontakt se zemřelým člověkem mělo v různé intenzitě, tzn. viděli jej z dálky či zblízka, drželi jej za ruku nebo v náručí, 83 % respondentů SZŠ a 67 % dotázaných z VOŠZ.

Hypotéza č. 2 byla potvrzena.

Hypotéza č. 3: Předpokládám, že více než polovina žáků 4. ročníků SZŠ a 3. ročníků VOŠZ ví, jaké biopsychosociální a spirituální potřeby mají umírající.

Otázka potřeb umírajících je velmi rozsáhlá, zahrnuje všechny složky lidských potřeb, od základních biologických, přes psychické a sociální, ke spirituálním. Kromě potřeb, jež vnímají nemocní obecně, existují potřeby specifické pro skupinu nevléčitelně nemocných. Do okruhů, které se těchto potřeb dotýkají, lze zařadit např. otázku vnímání lidské důstojnosti, místo umírání nemocného, rozmluvu o představě pohřbu, úlohu sestry v komunikaci mezi rodinou a nevléčitelně nemocným ap. Tyto otázky by zcela jistě, samy o sobě, poskytly dostatek materiálů

na samostatnou diplomovou práci. Výsledky tohoto šetření představují sondu, týkající se dané problematiky, viděnou pohledem budoucích sester.

Na otázku, čeho se umírající nejvíce bojí, odpovídalo nejvíce respondentů, že smrti samotné, a to 45 % dotázaných na VOŠZ, 23 % na SZŠ. Dalším důležitým zdrojem obav umírajících je, dle žákyň a žáků SZŠ ve 31 %, dle studentů na VOŠZ ve 13 %, strach o osud vlastních dětí. Respondenti z vyšších škol uváděli také jako významný zdroj strachu nevléčitelně nemocných, strach z bolesti, a to ve 23 %, dotázaní z řad středních škol pak v 17 %. Jako další velký zdroj strachu uváděli respondenti obavy z opuštěnosti, 13 % na SZŠ, 14 % na VOŠZ.

V následující položce, věnované potřebám umírajících, měli respondenti označit, v pořadí dle intenzity, tři potřeby, jež lidé prožívají při umírání. Výsledek mě velmi pozitivně překvapil, ve většině obě skupiny respondentů vnímaly jako nejintenzivnější potřeby umírajících: potřebu být bez bolesti (84,6 % SZŠ; 82 % VOŠZ), blízkost druhého člověka (85,6 % SZŠ; 80,5 % VOŠZ), kontakt s rodinou (74,1 % SZŠ; 60,5 % VOŠZ), pocit bezpečí (33,5 % SZŠ; 25,8 % VOŠZ).

Jako nejideálnější místo, kde má nemocný zemřít, označilo 47 % žáků SZŠ a 61 % studentů VOŠZ domov, nemocnici za přítomnosti blízké osoby by volilo 31 % žáků SZŠ a 19 % VOŠZ, hospic 8 % SZŠ a 15 % VOŠZ. Z těchto výsledků tedy lze usuzovat, že by respondenti volili místa, u nichž lze předpokládat, že bude o umírajícího postaráno tím nejadekvátnějším způsobem.

Většina respondentů, 78 % ze SZŠ a 81 % ze VOŠZ, je jednoznačně přesvědčena o tom, že do profesionálních kompetencí sestry patří i napomáhat komunikaci mezi umírajícím a jeho rodinou. Dále se 70 % respondentů SZŠ a 72 % z VOŠZ domnívá, že je správné hovořit s umírajícím o představě posledního rozloučení, pokud o tom sám začne mluvit. Tato skutečnost, stejně jako předcházející složka, vypovídá, že budoucí zdravotníci hodnotí potřebu komunikace, sdílení se umírajícího i jeho blízkých, velmi vysoce a chápou významnou roli sestry profesionálky v této oblasti.

Hypotéza č. 3 byla potvrzena.

Hypotéza č. 4: Předpokládám, že žáci 4. ročníků SZŠ vnímají častěji při umírání ztrátu lidské důstojnosti než studenti 3. ročníků VOŠZ.

Pohled respondentů na otázku lidské důstojnosti nevléčitelně nemocného tvořil další oblast výzkumu. Názor, že člověk v utrpení a umírání nepřichází o svou důstojnost zastává 56 % dotázaných ze škol středních a 35 % respondentů ze škol

vyšších. Názor, že umírající o svou lidskou důstojnost přichází zastává 19 % žáků SZŠ a 11 % studentů VOŠZ. Více než polovina respondentů VOŠZ, 54 %, uvedla, že neví, zda umírající přichází o svou důstojnost, 6 (6 %) uvedlo přímo odpověď „*ano i ne*“. Na SZŠ označilo odpověď „nevím“ 25 %, tj. čtvrtina žáků. Respondenti obou skupin zastávající názor, že umírající o svou důstojnost přichází a respondenti, kteří odpověděli, že neví, tak tvrdí především proto, že byli svědky situací, jak sami vypovídají ve svých komentářích, v nichž byla lidská důstojnost snižována, často od zdravotníků samotných. Což ovšem nesvědčí o faktu, že žáci a studenti pokládají proces umírání za ztrátu důstojnosti. Oproti respondentům SZŠ jsou však respondenti VOŠZ uvážlivější v odpovědích. Lze to přisuzovat jednak etické náročnosti této problematiky, jednak skutečnosti, že zřejmě více, vzhledem k věku, nahlíží do života, „*v němž nic není černé a nic bílé*“, jak uvedla jedna studentka, tedy konkrétním zkušenostem, které dotazovaní zažili, ať v profesní přípravě či v osobním životě.

Hypotéza č. 4 nebyla jednoznačně potvrzena.

Hypotéza č. 5: Předpokládám, že se nejméně polovina budoucích sester necítí být studiem na SZŠ či VOŠZ připravena na péči o umírajícího a zemřelého pacienta.

Kvalitně provedené práci předchází zvykle dostatečná příprava. Totéž platí pro přípravu budoucích zdravotníků na péči o nevléčitelně nemocné a umírající pacienty. Z výsledků vyplynulo, že nejvíce informací z oblasti péče o umírajícího a zemřelého pacienta získali respondenti na střední zdravotnické škole v předmětu psychologie, a to v 61 %, na vyšší škole v 33 %. V ošetrovatelských předmětech především na škole vyšší v 53 %, na střední v 19 %. Při praktické výuce získalo nejvíce informací 20 % respondentů z VOŠZ a 14 % ze SZŠ. S výkladem látky bylo spokojeno 38 % dotázaných z vyšších škol a 40 % ze škol středních. Téměř polovině respondentů z VOŠZ, 43 %, a také 28 % ze SZŠ, chyběl ve výuce větší důraz na psychologický přístup k nemocnému, např. jak komunikovat s umírajícím, příbuznými a následně pozůstalými. Větší důraz na duchovní a sociální hledisko, např. otázka přivolání kněze, jak zajistit kontakt umírajícího s rodinou apod., by si přálo 11 % dotázaných ze SZŠ a pouze 3 % z VOŠZ. Diskutovat o tématu, možnost projevit svůj vlastní názor si přálo 13 % dotázaných ze středních škol a 3 % ze škol vyšších.

Na otázku, zda se cítí být připraveni na péči o umírajícího člověka odpovědělo nejvíce respondentů, že neví, a to 45 % ze VOŠZ a 31 % ze SZŠ. Na péči se necítí být připraveno 27 % dotázaných ze SZŠ a 11 % z VOŠZ. Částečně připraveno se cítí být 42 % žáků či žákyň škol středních a 22 % studentů vyšších škol. Zcela se na péči o nevléčitelně nemocného pacienta cítí být připraveno 6 % studentů VOŠZ a 16 % žáků škol středních. Vysoké procento subjektivní připravenosti respondentů SZŠ je zřejmě způsobeno událostí, která se stala v jedné ze tříd účastnících se výzkumu: jedné žákyni zemřel otec v nemocnici, na školním oddělení. Zcela pochopitelně tento fakt ovlivnil celou třídu. **Hypotéza č. 5 byla potvrzena.**

Předmětem výzkumného šetření bylo také zmapování zátěže vyplývající z péče o umírajícího či zemřelého pacienta a způsob vyrovnávání se respondentů s ní. Pojmy zátěž a stres se v dnešní společnosti řadí mezi nejčastěji používaná slova, souvisí většinou s pracovním vytížením. V případě umírání a smrti se jedná spíše o zátěž psychickou, vyvolanou zastavením se, uvědoměním si vlastní smrtelnosti. Jak zvládají stresové situace spojené s péčí o umírající budoucí zdravotníci? V největším procentu (48 % VOŠZ; 31 % SZŠ) odpověděli respondenti obou skupin, že neví. Předpokládám, že hlavním důvodem může být skutečnost, že zatím ještě neošetřovali umírajícího či zemřelého člověka. Špatně situaci zvládá 33 % dotázaných z vyšších škol a 28 % ze středních. Velmi špatně zvládají situaci žákyně SZŠ v 8 % a studentky VOŠZ v 6 %. Dobře stres z umírání nese 13 % respondentek z vyšších škol a 25 % ze škol středních.

V posmrtný život věří 54 % dotázaných ze SZŠ a 39 % z VOŠZ. Víra pomáhá při zvládání stresu z umírání 22 % studentů z vyšších škol, 16 % žáků ze škol středních. Nejlepší způsob odreagování se od péče o umírajícího člověka vidí 44 % žákyň SZŠ a 39 % studentek VOŠZ v rozhovoru s blízkým člověkem. Pobytem v přírodě by se odreagovalo 17,5 % respondentek z VOŠZ a 13 % ze SZŠ. Kouřením by se zbavovalo stresu 14 % dotázaných ze středních škol a 20,8 % z škol vyšších. Další, čteněji zastoupenou variantou způsobu relaxace byl poslech hudby, a to v 16 % na SZŠ, VOŠZ ve 20,8 %. Při analýze těchto výsledků je nutné si uvědomit, jak důležitá je péče o duševní hygienu a znalost relaxačních technik pro budoucí i stávající pracovníky pomáhajících profesí.

4. Diskuse

Pro provedení výzkumného šetření bylo vytipováno několik středních a vyšších zdravotnických škol. Téměř ve všech zdravotnických školách, kde jsem požádala o vyplnění dotazníků, mi bylo vyhověno. Jedním z kritérií dotazníku bylo, zda studentky navštěvují soukromou, státní či církevní školu. Ale bohužel nepodařilo navázat spolupráci se soukromou školou, církevní byla v zastoupení pouze jedna. Od tohoto členění a původně zamýšleného porovnání odpovědí respondentů dle typu školy bylo upuštěno z důvodu nízké výpovědní hodnotě výsledků. Návratnost dotazníků byla 96 %, což velmi oceňuji.

Musím však konstatovat, že při vyhodnocování dotazníků jsem byla z některých ojedinělých odpovědí zaskočena. Tyto dotazníky nebyly ke zpracování výzkumu použity, protože budoucí sestry je nevyplnily adekvátně. V mnohem větší míře mě však pozitivně překvapovaly odpovědi, svědčící o psychické a sociální zralosti studentů, jejichž postřehy, návrhy a připomínky byly velmi adresné.

Na základě zkušeností a vědomostí získaných při psaní diplomové práce, bych pravděpodobně volila jinou formulaci některých položek. Například u otázky č. 9, v níž jsem zjišťovala názor studentů na to, jaké potřeby umírající vnímají nejintenzivněji, bych nechala respondenty vybrat, nepožadovala bych označení potřeby podle důležitosti. Myslím, že to pro ně bylo velmi obtížné a položka se také nelehce vyhodnocovala. Obdobnou verzi vyplnění odpovědí bych použila taktéž u otázky č. 6, zaměřenou na pocity vnímané při setkání s umírajícím člověkem. Do dotazníku bych také zařadila otázku týkající se znalostí respondentů v oblasti

duchovních potřeb. Zároveň bych položila dotaz, zda jsou budoucí zdravotníci informováni o spirituálních potřebách vzhledem k různým náboženským příslušnostem. Přínosem by taktéž zřejmě bylo zařazení volby položky, na kterou se dotazovaným nejobtížněji odpovídalo. Velmi zajímavým podnětem pro další výzkumné šetření by mohlo být porovnání připravenosti a postojů budoucích zdravotníků ze středních, vyšších a vysokých škol. Zajímavé by též bylo provést obdobné výzkumné šetření u nově zřízeného oboru Zdravotnický asistent a porovnat výsledky. Dále by bylo jistě přínosné sledovat souvislost nástupu respondentů do praxe se změnou jejich pohledu na problematiku umírání a smrti.

V roce 1997 byla na SZŠ Jaselská v Brně provedena studie na téma: Postoj studentů SZŠ k umírání a smrti. Výzkumu se zúčastnily žákyně 3. ročníků, oboru Všeobecná sestra, v celkovém počtu 78. Informace byly získány prostřednictvím anonymního dotazníku. Jednou z položek bylo zjištění názoru respondentek, zda se cítí být připraveny na ošetrovatelskou péči o umírající. Polovina žákyň, 51,3 %, odpověděla, že neví, dalších 32,1 % uvedlo, že ano a 16,7 % označilo, že není připraveno na péči o umírajícího. V této diplomové práci byla položena respondentkám 3. ročníků VOŠZ a 4. ročníků SZŠ obdobná otázka s následujícím výsledkem. Připraveno na péči o umírající se cítí, ať již částečně či zcela, 28 % studentek VOŠZ a 58 % žákyň SZŠ, připraveno není 27 % dotázaných z VOŠZ a 11 % ze SZŠ. Vyhýbavou odpověď „nevím“ označilo 45 % studentek VOŠZ a 31 % žákyň SZŠ. Porovnáním obou výzkumů lze dojít k závěru, že procento žákyň a studentek, které se cítí být připraveny na péči o umírajícího má vzestupnou tendenci, zatímco procento respondentek SZŠ, které se necítí být připraveny na péči o umírající tendenci sestupnou. Tato fakta nepřimo svědčí o zkvalitnění přípravy budoucích zdravotníků během posledních 10let. Procento žákyň a studentek, které uvedli odpověď „nevím“ zůstává přibližně stejné. (26)

Zpracování výzkumné části diplomové práce pro mě znamenalo velký přínos. Zrealizovala jsem výzkum, prošla jsem všechny jeho fáze, vypracovala dotazník, upravila jej podle pilotní studie do konečné podoby. Dotazníky jsem setřídila a statisticky zpracovala. Práce s počítačem pro mě zpočátku představovala problém, který jsem později překonala. Celému zpracování diplomové práce jsem věnovala intenzivní pozornost a velké množství času, proto si dovoluji říci, že se orientuji v problematice umírání a smrti. Také se cítím lépe připravena na péči o nevléčitelně nemocného pacienta.

IV. ZÁVĚR A DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Diplomová práce je věnována postojům žáků SZŠ a studentů VOŠZ k umírání a smrti. Teoretická část se zabývá fázemi umírání, reakcí člověka na nemoc a blížící se smrt, hospicovým hnutím a paliativní péčí, dále adolescencí, utvářením postojů a přípravě budoucích zdravotníků na péči o nevléčitelně nemocné a perspektivě dalšího vzdělávání v oboru paliativní péče. Cílem výzkumného šetření bylo zjištění pohledu budoucích zdravotníků na závěr lidského života. Hlavní přínos diplomové práce lze vidět ve zmapování současných postojů žáků SZŠ a studentů VOŠZ k umírání a smrti a zjištění jejich připravenosti na péči o nevléčitelně nemocné.

První hypotéza poukazuje na skutečnost, že budoucí sestry přikládají péči o umírající a zemřelé velký význam. Chápu, že se jedná o nedílnou část jejich budoucí profese. Většina, tj. 97 % žáků SZŠ a 68 % studentů VOŠZ, se již zamýšlela nad otázkou smrtelnosti. Potřebu mluvit o problematice umírání a smrti vnímá 29 % respondentů SZŠ a 19 % z VOŠZ. Doplnujícím studiu problematiky thanatologie se z vlastní aktivity věnuje třetina respondentů, z VOŠZ 24 %, ze SZŠ 11 %.

Druhá hypotéza se zabývá počtem žáků a studentů zdravotnických škol, kteří se již setkali s umírajícím či zemřelým člověkem. Z výzkumu vyplynulo, že vždy více než polovina respondentů obou zkoumaných skupin, konkrétně ze SZŠ 66 % a z VOŠZ 59 % studentů, se již ve svém životě, ať profesním či osobním, setkala s umírajícím člověkem. Kontakt se zemřelým člověkem mělo 83 % respondentů SZŠ a 67 % dotázaných z VOŠZ v různé intenzitě, tzn. viděli jej z dálky či zblízka, drželi jej za ruku nebo v náručí. Tato hypotéza byla potvrzena.

Třetí hypotézou bylo zjišťováno, zda více než polovina respondentů ví, jaké biopsychosociální a spirituální potřeby mají umírající. Dotazovaní označovali především potřeby psychosociálního charakteru. Obě skupiny respondentů vnímaly jako nejintenzivnější potřeby umírajících potřebu být bez bolesti (84,6 % SZŠ; 82 % VOŠZ), blízkost druhého člověka (85,6 % SZŠ; 80,5 % VOŠZ), kontakt s rodinou (74,1 % SZŠ; 60,5 % VOŠZ), pocit bezpečí (33,5 % SZŠ; 25,8 % VOŠZ). Většina respondentů, 78 % ze SZŠ a 81 % z VOŠZ, je jednoznačně přesvědčena o tom, že do profesionálních kompetencí sestry patří i napomáhat komunikaci mezi umírajícím a jeho rodinou. Tato hypotéza byla potvrzena.

Čtvrtá hypotéza zjišťovala, zda žáci 4. ročníků SZŠ vnímají častěji při umírání ztrátu lidské důstojnosti než studenti 3. ročníků VOŠZ. Názor, že člověk v utrpení a umírání nepřichází o svou důstojnost zastává 56 % dotázaných ze škol středních a 35 % respondentů ze škol vyšších. Neznamena to však, že zbývající respondenti obou skupin, kteří odpověděli, že umírající o svou důstojnost přichází, (11 % VOŠZ a 19 % SZŠ) a respondenti, kteří odpověděli, že neví (54 % VOŠZ a 25 % SZŠ) pokládají proces umírání za ztrátu důstojnosti. Spíše lze tvrdit, že žáci a studenti velmi citlivě vnímají neprofesionální chování budoucích kolegyň a kolegů, sester či lékařů, kterými je často lidská důstojnost umírajících snižována. Studenti VOŠZ jsou uvážlivější v odpovědích než žáci SZŠ. Lze to přisuzovat etické náročnosti této problematiky a větší psychické vyzrálosti související s jejich věkem. Tato hypotéza nebyla jednoznačně potvrzena.

Pátá hypotéza poukazuje na skutečnost, že se polovina budoucích zdravotníků necítí být studiem na SZŠ či VOŠZ dostatečně připravena na péči o umírajícího a zemřelého pacienta. Subjektivní nepřipravenost vnímá 27 % dotázaných ze SZŠ a 11 % z VOŠZ. Částečně připraveno se cítí být 42 % žáků či žákyň škol středních a 22 % studentů vyšších škol, zcela se na péči o nevléčitelně nemocného cítí být připraveno pouze 6 % studentů VOŠZ a 16 % žáků SZŠ. Většina studentek a studentů není připravena na komunikaci s umírajícími lidmi, jejich příbuznými a blízkými. Velmi malý počet respondentů vnímá význam přípravy v oblasti spirituálních potřeb. Část respondentů by si přála projevit svůj názor v této oblasti, komunikovat o tématu při výuce. Do učebních osnov na zdravotnických školách by mělo být zařazeno více hodin věnujících se péči o umírajícího. Péče o zemřelé tělo je probírána, péče o nemocného v jednotlivých fázích umírání je vyučována pouze okrajově. Studenti by si přáli také lepší připravenost na komunikaci s umírajícími. Toho lze docílit zařazením seminářů, zaměřených na téma komunikace s nevléčitelně nemocnými a jejich blízkými, kde by studenti nejen pasivně

vstřebávali informace, ale aktivně se učili při modelových situacích, formou hraní rolí. Jako velmi vhodné se jeví zařazení názorné výuky pomocí videokazet, zaměřených na problematiku zásad správné komunikace s umírajícími nebo také, dle možností školy, videotrénink. Dále lze doporučit větší propojení teorie s praxí, využívat vlastních zkušeností studentů, představovat kazuistiky nevléčitelně nemocných pacientů a provádět jejich rozbor z medicínského a ošetrovatelského hlediska, zaměřeného též na psychologické aspekty péče. Uvádět žáky do umění doprovázení nevléčitelně nemocných, uspořádat besedu nebo panelovou diskusi s profesionálem pracujícím s umírajícími, ať již lékařem, sestrou, psychologem, duchovním či rehabilitačním pracovníkem. Zařadit do výuky návštěvu hospice, pro zájemce pomoci zprostředkovat stáž či prázdninovou brigádu. Z výpovědí respondentů vyplývá též požadavek zaměřit se více na péči o psychiku sestry, prevenci a terapii syndromu vyhoření, prezentaci kazuistik pracovníků jednotlivých oborů pomáhajících profesí a v neposlední řadě též na praktický nácvik relaxačních technik. Dále podporovat přípravu seminárních prací a referátů studentů na probíraná témata. Významnou roli může sehrát také nabídka seminářů a literatury, ať již beletrie či odborné, věnované problematice umírání a smrti.

Fakta vyplývající z výzkumného šetření mohou být výzvou pro odborné učitelky na zdravotnických školách, aby se více věnovaly výuce této problematiky. Abychom toto náročné, svým způsobem nás přesahující, téma, mohly vyučovat, je nutné, abychom samy zaujaly vyrovnaný postoj k umírání a smrti, dále se vzdělávaly a mohly své zkušenosti předávat.

Systém zdravotní péče ve společnosti, vzdělání, prestiž profese či finanční ohodnocení jistě přispívají ke zvýšení kvality ošetrovatelské péče. Stěžejní je však skutečnost, zda chceme svou práci dělat dobře. Jádro, nejen sesterské profesionality, tedy spočívá uvnitř, v člověku. Pokud se staneme sestrami profesionálkami v pravém slova smyslu, zároveň budeme příkladem a výzvou pro naše kolegyně.

V. SEZNAM LITERATURY

1. ALLEGRI, R. *Matka chudých*. 1.vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 1996, 120 s. ISBN 80-7192-141-6.
2. BÁRTLOVÁ S., SADÍLEK P., TÓTHOVÁ V. *Výzkum a ošetrovatelství*. 1.vyd., Brno: NCO NZO, 2005, 146 s. ISBN 80-7013-416-X.
3. BIBLE. Ekumenický překlad. Praha: Česká biblická společnost, 1985.
4. BLUMETHAL-BARBY, K. a kol. *Kapitoly z thanatologie*. 1.vyd., Praha: Avicenum, 1987.
5. BRABEC, L. *Křesťanská thanatologie*. Praha: Gemma 89, 1991. 118 s. ISBN 80-85206-06-4.
6. BROVINSOVÁ J.M., OEHMKE T., *Dr.Death:Dr.Jack Kevorkainš RX Death*. Hollywood: Lifetime Books, 1993.
7. ČECHOVÁ, V.; MELLANOVÁ, A; ROZSYPALOVÁ, M. *Speciální psychologie*. 4.vyd. Brno: NCO NZO, 2003. 173 s. ISBN 80-7013-386-4.
8. DOBIÁŠ, J. Psychologie umírání a smrti. *Praktický lékař*, 1997, č.17, s.527 – 529.
9. DOSTÁLOVÁ, O. *Psychoterapeutický přístup k onkologicky nemocným*. Praha: Avicenum, 1986.
10. DRÁBKOVÁ, J. *Medicína naléhavých a kritických stavů*. 2.vyd., Brno: IDVZP, 1992. 325 s. ISBN 80-7013-115-2.
11. ERIKSON, E.H. *Identity: Youth and Crisis*. New York: Norton and comp., 1968.
12. FONTANA, D. *Psychologie ve školní praxi*. 2.vyd. Praha: Portál, 2003. 386s. ISBN 80-7178-626-8.
13. FRANKL, V.E. *...Trotzdem ja zum leben sagen*. Ein psychologe erlebt das Konzenrationslager. 5. d. Auflage. München: Deutscher Taschenbuch Verlag, 1986.
14. HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*, 3. rozšířené vyd., Praha: Galén, 2002. 275 s., ISBN 80-7262-132-7.

15. HAŠKOVCOVÁ, H. *Jak učit a jak se naučit lékařskou etiku, České ošetřovatelství – 9, praktická příručka pro sestry*. 1.vyd. Brno: IDVZP, 2001. ISBN 80-7013-349-X.
16. HAŠKOVCOVÁ, H. *Rub života – líc smrti*. Praha: Orbis, 1985.
17. HAŠKOVCOVÁ, H. *Spoutaný život*. 1.vyd. Praha: Panorama, 1985. 380 s. ISBN 11-094-85.
18. HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. 1.vyd. Praha: Galén, 2000. 192 s. ISBN 80-7262-034-7.
19. HAŠKOVCOVÁ, H. *Úvodní slovo k českému vydání Odpovědi na otázky o smrti a umírání*. Praha: EM Reflex, 1995.
20. HAYESOVÁ, N. *Základy sociální psychologie*. Praha : Portál, 2000.
21. HOLOUŠOVÁ, D. - KROBOTOVÁ, M. a kol. *Diplomové a závěrečné práce*. 1.vyd. Olomouc, Univerzita Palackého, 2004. 120 s. ISBN 80-244-0458-3.
22. HRBEK, J. a kol. *Nárys patologické fyziologie I*. 1.vyd. Praha: SNP, 1990.
23. CHLOUBOVÁ, H. *Uspokojování potřeb ve stáří v současném pojetí ošetřovatelské péče*. Sestra, 1995, Roč. V, č.2, s.18-20.
24. JAROŠOVÁ, D. *Teorie moderního ošetřovatelství*. 1.vyd. Praha: ISV nakladatelství, 2000. ISBN 80-85866-55-2.
25. JOBÁNKOVÁ, M. a kol. *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. 2.vyd. Brno: IDVZP, 2002. 225 s. ISBN 80-7013-365-1.
26. KELNAROVÁ, J.-KUNOVSKÝ, J. *Postoj studentů SZŠ k umírání a smrti*. *Geriatrics*. Roč.11, č.3, 2005. s. 125-132. ISSN 1335-1850.
27. KLIMEŠ, L. *Slovník cizích slov*. Praha: SPN, 1994.
28. KOZIEROVÁ, B – ERBOVÁ, G. – OLIVIEROVÁ, R. *Ošetřovatelství I.díl*. 1.vyd. Martin: Osveta, 1995. 1474s. ISBN 80-217-0528-0.
29. KREJČÍ, J.- DVOŘÁČEK, Č. *Patologie*. Praha: Avicenum, 1987.
30. KŘIVOHLAVÝ, J. *Křesťanská péče o nemocné*. 1.vyd. Praha: Advent, 1991. 123 s.
31. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1.vyd. Praha: Grada, 2002. 200s. ISBN 80-247-0179-0.
32. KŘIVOHLAVÝ, J. *Povídej, naslouchám*. 1.vyd. Praha: Návrat, 1993. 109 s. ISBN 80-85495-18-X.

33. KŘIVOHLAVÝ, J. *Vážně nemocný mezi námi*. 1.vyd. Praha: Avicenum, 1989, 108 s. ISBN 08-065-89.
34. KUBÍČKOVÁ, N. *Umírání a smrt*. Ročníková práce. Olomouc UP FF, 1994.
35. KÜBLER-ROSS, E. *Odpovědi na otázky o smrti a umírání*. 1.vyd. Praha: H&H Jinočany, 1995. 290 s. ISBN 0-02-089150-4.
36. KÜBLER-ROSS, E. *Hovory s umírajícími*. 1.vyd. Nové Město nad Metují, Signum Unita, 1992.
37. KÜBLER-ROSS, E. *Život a umírání*. 1.vyd. Nové Město nad Metují, Signum Unita, 1991.
38. LANGMEIER, J. *Vývojová psychologie pro dětské lékaře*. 1.vyd. Praha 1983.
39. *Listina základních práv a svobod*. Mladá Fronta Dnes, 16. ledna 1991.
40. MACEK, P. *Adolescence*. 2.vyd. Praha: Portál, 2003. 143 s. ISBN 80-7178-747-7.
41. MAČÁK, J. a kol. *Patologie a patologická fyziologie*. 1.vyd. Olomouc: Epava, 1993.
42. MALLOTOVÁ, K. Burn-out neboli syndrom vyhoření. *Psychologie Dnes*. 2000. 6,2, s. 14-15.
43. MINDELL, A. *Kóma – Klíč k probuzení*. Praha: Nakladatelství Tomáše Janečka, 1994.
44. MISCONIOVÁ, B. *Péče o umírající – Hospicová péče*. Praha: Národní centrum domácí péče ČR ve spolupráci s Ministerstvem zdravotnictví ČR, Ministerstvem práce a sociálních věcí ČR, VZP ČR a Magistrátem Hlavního města Prahy, 1998.
45. MOHAPL, P. *Vybrané kapitoly z klinické psychologie II*. 1.vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 1991.
46. MOODY, R. *Life After Life*. New York: Mocking Books, 1985.
47. MUNZAROVÁ M. Etická doporučení k péči o smrtelně nemocné a umírající. *Praktický lékař*, 80, 2000.10, s.550-552.
48. MUNZAROVÁ M. K postojům studentů k otázce lidské důstojnosti. *Lékařská etika*. Roč.134, č.15, 1995. s. 488-490. ISSN 0008-7335.
49. MUNZAROVÁ, M. *Zdravotnická etika od A do Z*. 1.vyd. Praha:Grada, 2005. 155 s. ISBN 80-247-1024-2.
50. *Mýty o umírání doma*. Citace 5.10.2006, 14:30. Dostupné na <http://www.cestadomu.cz/index.php?cmd=page&type=11&lang=cs>

51. NINGEROVÁ, B. *Zvláštnosti péče o staré lidi*. 2.vyd. Brno: IDVZP, 1984.
52. O'CONNOR, M.; ARANDA, S. *Paliativní péče pro sestry všech oborů*. 1.vyd. Praha: Grada, 2005. 324 s. ISBN 80-247-1295-4.
53. *Ochrana lidských práv a důstojnosti nevyléčitelně nemocných a umírajících*. Dokument Rady Evropy č. 8421 1999. Citace 16.9.2006, 17:10h. Dostupné na: <http://www.cestadomů.cz/download/pp-chpu.doc>
54. PŘIKRYLOVÁ, L. *Problematika přístupu k umírajícím*. Pomocný učební text. Brno: IDVZP, 1993. 11 s.
55. ŘÍČAN, P. *Cesta životem*. 1.vyd. Praha: Pyramida, 1990. 440s. ISBN 11-059-90.
56. SAINT-EXUPERY, A. *Citadela*. 3.vyd. Praha: Vyšehrad, 1994. 304 s. ISBN 80-7021-116-4.
57. SAINT-EXUPERY, A. *Malý princ*. 1.vyd. Praha: Cesty, 1998. 98 s. ISBN 80-7181-244-7.
58. SEIFERT, J. *Morový sloup*. 2.vyd. Praha: Československý spisovatel, 1986. ISBN 22-037-86.
59. SCHEINAROVÁ, A. *Vybrané kapitoly z resuscitační péče*. 1.vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 1993. 39 s. ISBN 80-7076-321-4.
60. SCHEINAROVÁ, A.; GROSMANOVÁ, T. *Základy anesteziologie a neodkladné resuscitace*. 2.vyd. Olomouc: UP, 1995. 70s. ISBN 80-7067-520-9.
61. SMOLÍK, J. *Pastýřská péče*. 1.vyd. Praha: Kalich, 1991. 267 s. ISBN 80-7017-276-2.
62. SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*. 3.vyd. Praha: Ecce homo, 1995. 179 s.
63. SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*. Nepublikovaná přednáška, 1.LF UK, Praha 2007
64. SVATOŠOVÁ, M. a kol. *Hospic slovem a obrazem*. 1.vyd. Praha: Ecce homo, 1998. 179 s. ISBN 80-902049-1-0.
65. ŠIMURKOVÁ, C. *Ošetřovatelství I*. 1.vyd. Praha: Avicenum, 1985, 432 s.
66. ŠTEFANOVIČ, J.; GREISINGER, J. *Psychologie*. 1.vyd. Praha: Avicenum, 1985, 256 s., ISBN 08-064-85
67. ŠKRLOVÁ, M. Role sestry v uspokojování duchovních potřeb pacienta. *Onkologická péče*, 2002, roč. VI, č. 4, s. 6-8.

68. TOŠNEROVÁ, T. *Ageismus. Průvodce stereotypy a mýty o stáří*. 1.vyd. Praha: Univerzita Karlova, 2002.
69. TRACHTOVÁ, E. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2.vyd. Brno: NCO NZO, 2003. 186 s. ISBN 80-7013-324-4.
70. *Učební dokumenty*. Studijní obor 53-41-N/001 Diplomovaná všeobecná sestra. Vydané Ministerstvem zdravotnictví ČR v dohodě s Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy ČR, platné od 1.9.2004
71. *Učební dokumenty*. Studijní obor 53-41-M/001 Všeobecná sestra. Vydané Ministerstvem zdravotnictví ČR v dohodě s Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy ČR dne 18.3.1992, čj. VZV-530-18.3.92
72. VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie*. 1.vyd. Praha: Portál, 2000. 527 s. ISBN 80-7178-308-0.
73. VIRT, G. *Žít až do konce. Etika umírání, smrti a eutanazie*. 1.vyd. Praha: Vyšehrad, 2000.
74. VORLÍČEK, J - ADAM, Z. *Paliativní medicína*. 1.vyd. Praha: Grada, 1998. 480 s., ISBN 80-7169-437-1.
75. *Vzdělávání v paliativní péči*. Projekt paliativní péče v České republice, 1. vydání, Praha: Cesta domů, 2004. ISBN 80-239-4333-2.
76. Zákon č. 95/2004 Sb. o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta. Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2004.

Další prameny:

77. Hledání dobré smrti, dokument Tomáše Škrdlanta, vysílaný Českou televizí dne 1.3.2007 ve 20:00h na programu ČT 2.
78. SLÁMA, O. *Co posiluje a ohrožuje důstojnost nevléčitelně nemocných*. Přednáška. Respektování lidské důstojnosti u nevléčitelně nemocných, seminář pořádaný DLBsH Rajhrad. Brno, 4.- 6.10. 2006
79. ALEXANDROVÁ, R. *Život a umírání s nevléčitelnou nemocí, psychologická péče o příbuzné a pozůstalé*. Přednáška. Respektování lidské důstojnosti u nevléčitelně nemocných, seminář pořádaný DLBsH Rajhrad. Brno, 4.-6.10.2006
80. Exkurze v Domě léčby bolesti s hospicem sv. Josefa v Rajhradě u Brna, leden 2007

