

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI
PEDAGOGICKÁ FAKULTA
Katedra antropologie a zdravovědy

Diplomová práce

Bc. Michaela Martausová

Zkušenosti studentů oboru Všeobecná sestra v paliativní péči

Olomouc 2022

Vedoucí práce: PhDr. Hana Heiderová, Ph.D.

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Bc. Michaela Martausová
Katedra:	Katedra antropologie a zdravotní péče
Vedoucí práce:	PhDr. Hana Heiderová, Ph.D.
Rok obhajoby:	2022

Název práce:	Zkušenosti studentů oboru Všeobecná sestra v paliativní péči
Název v angličtině:	Experience of nursing students in palliative care
Anotace práce:	Diplomová práce se zabývá zkušenostmi studentů oboru Všeobecná sestra v paliativní péči. Teoretická část práce pojednává o faktorech ovlivňujících postoje a názory studentů ošetrovatelství na paliativní péči. Praktická část práce předkládá výzkumné šetření zaměřené na zjištění zkušeností s výukou paliativní péče, klinických a osobních zkušeností, emocionální složku, copingové strategie, identifikaci postojů a názorů na paliativní péči u vybraného souboru studentů. Vzorek respondentů tvoří studenti 1. a 3. ročníku oboru Všeobecná sestra na Univerzitě Palackého v Olomouci. K výzkumnému šetření je zvolen kvalitativní fenomenologický přístup. Sběr dat je proveden pomocí polostrukturovaného rozhovoru.
Klíčová slova:	studenti oboru všeobecná sestra, zkušenosti, názory, znalosti, paliativní péče, hospicová péče, smrt, umírání, pacient, kvalitativní výzkum
Annotation:	The diploma thesis deals with the experience of students in the field of General Nurse in palliative care. The theoretical part of the thesis covers the factors that affect the attitudes and views of nursing students on palliative care. The practical part of the work is research aimed at revealing the experience of teaching palliative care by examining clinical and personal experiences, highlighting emotional component, exploring coping strategies, and identifying the attitudes and views on palliative care in a selected group of students. The sample of respondents consists of students of the first to third grade in the field of General Nurse at Palacký University in Olomouc. For the research survey, a qualitative phenomenological approach was chosen. Data collection is performed using a semi-structured interview.
Keywords:	general nurse students, experience, opinions, knowledge, palliative care, hospice care, death, dying, patient, qualitative research
Přílohy vázané v práci:	Typ studie: kvalitativní
Rozsah práce:	76 stran
Jazyk práce:	Český jazyk

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a řádně uvedla a citovala uvedenou literaturu.

V Olomouci dne 9. 12. 2021

.....

Bc. Michaela Martausová

Ráda bych touto cestou poděkovala PhDr. Haně Heiderové, Ph.D., za cenné rady, věcné připomínky, trpělivost a vstřícnost při vedení diplomové práce. Dále děkuji všem účastníkům výzkumného šetření za jejich čas a spolupráci.

OBSAH

1	ÚVOD, PŘEDMĚT ZKOUMÁNÍ A HLAVNÍ CÍL	6
2	FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ POSTOJE STUDENTŮ OŠETŘOVATELSTVÍ K PALIATIVNÍ A HOSPICOVÉ PÉČI – PŘEHLED ODBORNÝCH POZNATKŮ.....	9
2.1	Zkušenosti s umírajícím pacientem	10
2.2	Vzdělávání a znalosti	13
2.3	Negativní emoce	16
2.4	Víra a náboženství	19
2.5	Komunikace	22
2.6	Metodika literární rešerše k teoretickému podkladu diplomové práce.....	24
3	PRAKTICKÁ ČÁST.....	27
3.1	Metodika zkoumání	27
3.2	Výsledky	31
4	DISKUZE.....	54
5	ZÁVĚR	60
	REFERENČNÍ SEZNAM.....	62
	SEZNAM ZKRATEK	70
	SEZNAM TABULEK	71
	SEZNAM OBRÁZKŮ	72
	SEZNAM PŘÍLOH	73
	PŘÍLOHY	

1 ÚVOD, PŘEDMĚT ZKOUMÁNÍ A HLAVNÍ CÍL

Světová zdravotnická organizace (World Health Organization = WHO) definuje paliativní péči následovně: „*Jedná se o přístup, který usiluje o zlepšení kvality života pacientů a rodin, kteří čelí problémům spojeným s život ohrožujícím onemocněním, a to prostřednictvím prevence a zmírňování utrpení, včasným rozpoznáním a náležitým zhodnocením a léčbou bolesti a dalších problémů fyzických, psychosociálních i duchovních*“ (WHO, 2002, s. 84).

Smrt vyvolává jeden z nejhlubších emocionálních zážitků, kterým lidé čelí. Často vede člověka k hlubokým filozofickým otázkám, jako je smysl života, existence duše či možnosti posmrtného života. Jedinci se neseťkávají jenom se svou vlastní smrtelností, ale také se smrtí členů své rodiny a blízkých. Následně hledají podpůrné systémy, které jim pomohou tímto náročným procesem projít. Jedním z primárních systémů je systém zdravotní péče (Jafari et al., 2015).

S přibývajícím průměrnou délkou života se zvyšuje také počet nevléčitelně nemocných, a tím přímo úměrně roste potřeba paliativní péče, která je bezpochyby důležitým odvětvím zdravotnického systému. V tomto kontextu se jedná o zachování vysoké kvality poskytované péče respektující potřeby a přání nemocných. Uspokojení takové poptávky je přitom ovlivněno demografickými změnami aktuálních pracovníků ve zdravotnictví a nedostatkem nových profesionálů na poli ošetrovatelství. Nejenom poskytovatelé zdravotnických služeb, ale také všeobecné sestry hrají klíčovou a podstatnou roli při poskytování paliativní péče. Důležité je adekvátně připravit budoucí absolventy oboru ošetrovatelství na tuto roli. Aby byla všeobecnými sestrami a studenty ošetrovatelství zachována kvalita poskytující péče, měli by mít pozitivní postoj, dostatečné znalosti, zkušenosti a vzdělání v oblastech týkajících se smrti a umírání (Grubb a Arthur, 2015; Abu-El-Noor a Abu-El-Noor, 2015).

Úloha pedagogů spočívá ve vzdělávání a odpovědnosti za přípravu studentů zvládnout veškeré atributy během poskytování paliativní péče. Měli by zjistit potřeby studentů, jejich znalosti v této oblasti, vhodně zvolit obsah informací a umožnit studentům získat praktické zkušenosti s umírajícími pacienty. Dále by pedagogové měli podporovat své studenty ve zkoumání svých obav a očekávání v poskytování péče pacientům na konci jejich života. Americká asociace vysokých škol ošetrovatelství (The American Association of Colleges of Nursing = AACN) rovněž doporučila nezbytné kompetence v paliativní péči, které by měly

být součástí vzdělávacích programů ošetrovatelství. Tato doporučení poukazují na důstojné umírání, které zahrnuje zachování přirozených a jedinečných vlastností umírajícího člověka. Dále zmiňuje důležitost fyzického pohodlí, zachování samostatnosti a mezilidského kontaktu (Hench et al., 2017).

Podle Kelley a Morrison (2015) implementace paliativní péče v nemocnicích zvyšuje kvalitu péče o pacienty v terminálním stadiu onemocnění a snižuje zbytečné hospitalizace a náklady na léčbu až o 20 %. Je odhadováno, že ročně potřebuje paliativní péči 40 milionů lidí na celém světě, přičemž adekvátní paliativní péči dostává pouze 14 % těchto pacientů. Většina osob, které potřebují tuto péči (78 %), žije v zemích s velmi nízkými či středními příjmy. Služby paliativní péče jsou zde často špatně přístupné a v oblasti zdravotní péče jsou v národní politice nedostatečně ukotvené. Data z roku 2011 poukazují na fakt, že z celkového počtu 234 zemí má vysokou úroveň dostupné paliativní péče pouze 8,5 % z nich a 41,8 % zemí tyto služby dostupné vůbec nemá. Tyto údaje ilustrují globální nedostatek adekvátních služeb paliativní péče, nedostatečné množství vyškoleného personálu a slabé znalosti paliativní péče (Kelley a Morrison, 2015; Al-Azri et al., 2020).

Dle doporučení Americké společnosti pro klinickou onkologii (American Society of Clinical Oncology = ASCO) by měli všichni tito pacienti dostávat včasnou paliativní péči. Zvláště onkologickým pacientům s pokročilým stadiem onemocnění by měla být zavedena kurativní léčba v kombinaci se specializovanou paliativní péčí, a to již v prvních dnech po sdělení diagnózy. Data z této oblasti dokládají fakt, že pacienti s ranou paliativní péčí měli zachovanou vyšší kvalitu života. Na konci života měli tito pacienti méně agresivní léčbu, udávali nižší míru depresivních stavů a jejich průměrná délka přežití se prodloužila o 2,7 měsíce (Ferrell et al., 2017). Tyto argumenty potvrzují skutečnost, že je vhodné a důležité paliativní péči lépe zakotvit nejen do systému zdravotnické péče, ale také do oblasti vzdělávání (Grubb a Arthur, 2015).

Hlavním cílem bylo identifikovat, jaké zkušenosti mají studenti oboru Všeobecná sestra v paliativní péči. Jednotlivé dílčí cíle byly zaměřeny na zjištění:

1. Názorů studentů oboru Všeobecná sestra na výuku paliativní péče.
2. Zkušeností studentů oboru Všeobecná sestra v paliativní a hospicové péči.
3. Pocitů studentů oboru Všeobecná sestra během poskytování paliativní a hospicové péče.

4. Copingových strategií u studentů oboru Všeobecná sestra majících vliv na zvládání negativních emocí v souvislosti s paliativní a hospicovou péčí.
5. Přípravenosti a úrovně vzdělávání studentů oboru Všeobecná sestra v oblasti paliativní péče.

2 FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ POSTOJE STUDENTŮ OŠETŘOVATELSTVÍ K PALIATIVNÍ A HOSPICOVÉ PÉČI – PŘEHLED ODBORNÝCH POZNATKŮ

Identifikace faktorů ovlivňujících postoje studentů ošetrovatelství a následně všeobecných sester má zásadní dopad na úroveň poskytování služeb hospicové a paliativní péče. Jeong et al. (2020) ve svém systematickém review hodnotí výzkumné studie analyzující postoje všeobecných sester a studentů ošetrovatelství poskytujících paliativní péči. Ze 13 relevantních článků byly sestaveny nejčastější faktory ovlivňující postoje k dané problematice. Těmito faktory byly především znalosti a vzdělávání v oblasti paliativní a hospicové péče. Všeobecné sestry, které měly lepší znalosti, vykazovaly pozitivnější přístup ke smrti. Naopak z důvodu relativního nedostatku znalostí a dovedností studenti ošetrovatelství vykazovali nevhodný přístup k péči o umírající pacienty a jejich rodiny. Dalším faktorem byl strach ze smrti, úzkost a nedostatečná znalost copingových strategií, pomocí kterých lze tyto pocity nejistoty a stresu zvládat lépe. Zkušenost s péčí o jedince v terminálním stadiu onemocnění byla rovněž silným faktorem ovlivňujícím postoje k paliativní péči. Studenti ošetrovatelství, kteří poskytovali péči umírajícím pacientům a jejich rodinám, vykazovali pozitivnější postoje oproti studentům, kteří tyto zkušenosti dosud neměli. Studenti s touto zkušeností neměli mylné představy o smrti a umírání. Lépe pečovali o mrtvé tělo a vykazovali větší ochotu pečovat o onkologické pacienty. Dalším určujícím faktorem byla kariéra a úroveň vzdělání. Vyšší míru pozitivních postojů udávali respondenti studií, kteří dosáhli magisterského či vyššího titulu v oblasti paliativní péče. Důležitým faktorem bylo také náboženské přesvědčení daných jedinců, přičemž věřící osoby lépe chápaly princip a koncept paliativní péče (Jeong et al., 2020). Hagelin et al. (2016) tato tvrzení doplňují o skutečnost, že také místo narození může ovlivnit postoje studentů ke smrti. Švédští studenti narození mimo Švédsko uváděli nižší hodnotu na škále FATCOD (Frommelt Attitude Toward Care of the Dying Scale). Toto zjištění poukazuje na nutnost zaobírat se kulturním a sociálním prostředím studentů. To, jak student uvažuje o smrti a umírání, jeho individuální pohled na umírajícího pacienta může ovlivnit jeho celkový přístup k paliativní péči. Tyto aspekty je potřeba vzít v úvahu během vzdělávání a odborné přípravy studentů ošetrovatelství (Hagelin et al., 2016).

2.1 Zkušenosti s umírajícím pacientem

Smrt je přirozený proces, který se v klinickém prostředí děje každý den. Úkol ošetřovatelství tkví v podpoře, usnadnění a pomoci při uspokojování potřeb pacientů včetně zachování důstojného umírání. Právě poskytování péče o pacienty v terminální fázi onemocnění je značně obtížné nejenom pro zdravotnické profesionály, ale také pro studenty ošetřovatelství. Někteří studenti se během výkonu své praxe mohou setkat s úmrtím pacienta, jiní nikoliv. Právě tato zkušenost a celkový postoj studentů ke smrti může ovlivnit jejich chování a následnou schopnost pečovat o umírající pacienty v klinické praxi (Sharour et al., 2017). Pro studenty ošetřovatelství je schopnost rozvíjet dovednosti a zkušenosti v péči o umírající pacienty a jejich rodiny významným kritériem profesionálního růstu. První zkušenost s úmrtím pacienta si student ošetřovatelství pamatuje většinou po zbytek své kariéry. Ti, kteří rozvíjejí své dovednosti v péči o umírající pacienty, posilují své sebevědomí a získávají větší důvěru v péči, kterou poskytují. Studenti, kteří se aktivně zapojují do získávání zkušeností v oblasti paliativní péče, jsou lépe připraveni na péči o umírající pacienty v prvním roce profesionální praxe. Nicméně časové možnosti a dostupnost klinických zařízení jsou značně omezené a ošetřovatelské vzdělávání nemusí umožňovat přímé zkušenosti s paliativní péčí. Proto většina nových všeobecných sester získává zkušenosti s přímou konfrontací se smrtí pacienta až v zaměstnání, což není ideální a může zbytečně vyvolávat úzkosti a negativní postoje k paliativní péči (Smith et al., 2018). Průzkum Adesina, DeBellis a Zannettino (2014) mezi studenty postgraduálního vzdělávacího programu ošetřovatelství (n = 174) v Austrálii identifikoval skutečnost, že u většiny respondentů vznikla nejstarší vzpomínka na úmrtí pacienta během absolvování bakalářského programu ošetřovatelství (61 %). Dále 23 % všeobecných sester se poprvé s úmrtím pacienta setkalo během prvního roku v zaměstnání. Je třeba poznamenat, že většina účastníků (62 %) uvedla, že měla omezenou či žádnou přímou účast na ošetřování pacienta v paliativní péči. Čerstvé absolventky, které vstupují do pracovního procesu, jsou tedy konfrontovány s očekáváním, že budou pečovat o pacienta na konci života, avšak bez jakýchkoli předchozích zkušeností a příležitosti reflektovat tuto zkušenost a poučit se z ní. S tímto tvrzením souhlasí také Anderson et al. (2015), kteří udávají a doplňují, že první zkušenost nebo první setkání se smrtí a umíráním může ovlivnit reakce budoucích všeobecných sester a přístup k umírajícímu pacientovi. Negativní zkušenost může vést k pocitu selhání a přispět k vyhýbání se podobným situacím. Naopak pozitivní zkušenost může být obohacující a vyvolat ve všeobecných sestrách zájem o paliativní péči. K pozitivnímu přístupu k paliativní péči může pomoci

vzdělání, klinické zkušenosti a přiměřená podpora studentů během souvislých praxí. Adekvátní znalosti, dovednosti a sebevědomí v poskytování této péče umožňují studentům fyzickou, emocionální a duchovní přítomnost pro umírající pacienty a jejich rodiny.

Dále španělští studenti ošetrovatelství potvrzují enormního dopad první zkušenosti s úmrtím pacienta na jejich osobnost a následný vývoj jejich kariéry. Všech 12 respondentů popisuje tento první zážitek jako zkušenost, na kterou nikdy nezapomenou a která navždy zůstane v jejich paměti. Studenti si následně kladli existenční otázky ohledně smrti, a co následuje po ní. Tyto myšlenky byly spojeny s pocity frustrace, hněvu a strachu z neznáma. Gorchs-Font et al. (2020) v této souvislosti ve svém výzkumu uvádějí čtyři klíčové oblasti, které studentům ošetrovatelství pomáhají nebo je naopak omezují v procesu vyrovnávání se s prvním úmrtím pacienta. První oblast se týká připravenosti studenta čelit pohledu na smrt a umírání. Druhá oblast se zabývá emocemi, které tato konfrontace u studenta vyvolává. V této oblasti se hodnotí reakce studenta před, během a po prvním úmrtí pacienta. Zde je důležité, aby pedagogický pracovník pomohl studentovi přijmout tuto zkušenost a využít ji k jeho osobnímu růstu. Na to navazuje další oblast, která se týká vzájemného vztahu klinického mentora a studenta. Poslední oblast se pak zabývá učením v praxi a způsoby zlepšování se v této oblasti. Nedostatek času pro dialog, tabuizování smrti a pocit vlastního selhání, to vše může významně omezit proces učení v poskytování adekvátní paliativní péče. Z výsledků studie dále vyplývá, že studenti hůře snášejí, pokud dojde k náhlému úmrtí, například v případě neúspěšné kardiopulmonální resuscitace. Ranse et al. (2018) zjistili, že neočekávaná smrt byla pro studenty zvláště znepokojivá z hlediska procesu umírání a fyzických změn, kterými umírající tělo prošlo. Studenti se rovněž mohou cítit pod tlakem, pokud mají čelit tváři v tvář rodině zemřelého a neví, jak se mají v tak psychicky náročné a citlivé situaci chovat či co mají říkat (Gorchs-Font et al., 2020; Ranse et al., 2018). Oproti tomu Österlind et al. (2016) udávají, že tento vnitřní neklid může studenta motivovat ke zlepšení a k osobnímu růstu.

Významný dopad na psychické rozpoložení studentů měla zkušenost s péčí o mrtvé tělo. Studenti ošetrovatelství se shodují v názorech, že vidět mrtvé tělo a s ním související somatické změny, připomíná studentům vlastní smrtelnost. Studenti rovněž uvedli, že dopad této zkušenosti na jejich osobnost byl ještě větší, když byli svědky utrpení příbuzných. Velkou roli rovněž měl věk zemřelého pacienta. Čím byl pacient mladší, tím byl dopad smrti na studenty větší (Edo-Gual et al., 2014). Cílem průřezové studie Dimoula et al. (2018) bylo vyhodnotit postoje a zkušenosti řeckých studentů v oblasti paliativní péče. Výzkumné studie

se zúčastnilo 529 studentů druhých až čtvrtých ročníků vysokoškolského studijního programu ošetrovatelství. Zkušenost s úmrtím pacienta během klinické praxe uvedlo 37 % respondentů, 40 % respondentů mělo zkušenost s úmrtím v rodině a 18 % uvedlo zkušenost s úmrtím kamaráda. Z výsledků rovněž vyplývá, že studenti vykazovali pozitivní a liberální postoj ke smrti a umírání. Nicméně pracovní zkušenost s umírajícím člověkem nebo zkušenosti se smrtí během stáže nebyly významným prediktorem pozitivních postojů. Dimoula et al. (2018) dále uvádějí, že absolvování vysokoškolského vzdělání v oblasti paliativní péče bylo u studentů nejsilnějším prediktorem pozitivních postojů. S tímto tvrzením souhlasí Mastroianni et al. (2021), kteří udávají, že předchozí zkušenost s úmrtím člověka a úroveň vzdělání jsou největšími proměnnými pro vznik pozitivních postojů k paliativní péči.

Potřeby umírajících pacientů

Pacienti na konci svého života zažívají rozmanitost potřeb, které zahrnují nejen fyzické, psychologické nebo duchovní potřeby. Potřebují také pomoc s bazálními činnostmi, jako je dostatek času na smysluplný rozhovor nebo přítomnost někoho, kdo by jim naslouchal. Zachování všech těchto potřeb umírajícího pacienta a jeho příbuzných je hlavní výzvou v ošetrovatelské praxi vyžadující specifické postoje všeobecných sester ke smrti a umírání. Determinanty postojů ke smrti a umírání zahrnují nejen systémy kulturní, společenské, filozofické a náboženské víry, ale také osobní a kognitivní rámce, ze kterých jsou formulovány a interpretovány individuální postoje ke smrti a umírání (Abu-El-Noor a Abu-El-Noor, 2015). Köktürk a Taş (2021) ve své studii uvádějí, že zajištění klidného a důstojného umírání pacientů bylo pro studenty ošetrovatelství velmi důležité. Účastníci uvedli, že je to jejich základní odpovědnost v poskytování paliativní péče. Studenti se dále vyjadřovali, že si pacienti na konci svého života zaslouží citlivé jednání, zachování jejich každodenních návyků, plnění přání a efektivní komunikaci. Primární je zajistit, aby pacient zemřel s tím, že bude zachována jeho osobnost. K poklidnému umírání může dopomoci také zachování každodenní rutiny. Například čtení knih, poslouchání hudby nebo čistý zájem o individualitu pacienta. Studenti uváděli, že jim pacienti nemusejí odpovídat, ale věří, že jim jejich přítomnost dodá klid a zajistí pocit, že zde pro ně někdo stále je. Rovněž se všichni účastníci studie shodli, že by pacient na konci svého života neměl trpět bolestmi. Köktürk a Taş (2021) dále popisovali, že pro studenty, kteří se ocitli v přímé konfrontaci s pacientem trpícím bolestmi, bylo téma paliativní péče mnohem citlivější záležitostí. Rovněž Ranse et al. (2018) udávají, že zachování důstojnosti a respektu k pacientovi je důležité jak během poskytování paliativní péče, tak během péče o pacienta po smrti. Zajištění klidného prostředí

a reprezentativní úprava těla zemřelého, tyto prvky figurovaly ve vyjádřeních všech dotazovaných australských studentů. Studenti také zmiňovali, že se k pacientům snaží chovat tak, jako by byli stále naživu. Snaží se respektovat i již zemřelého člověka a nepřístupovat k němu pouze jako k tělu. Studenti této studie zdůrazňovali, že zachování čistého prostředí a důstojného vzhledu zemřelého je důležité pro rodinu pacienta. Mohou se tak lépe vyrovnat se ztrátou.

2.2 Vzdělávání a znalosti

Vysokoškolští studenti ošetrovatelství musí mít adekvátní znalosti v oblasti paliativní péče, což úzce souvisí s cílem zlepšit kvalitu života u pacientů s život ohrožujícími progresivními nemocemi nebo nemocemi v terminálním stadiu (Hold, Blake, Ward, 2015). Zároveň i studenti sami shledávají, že vzdělávání v oblasti paliativní a hospicové péče je v ošetrovatelské praxi důležitým obsahem. Abu-El-Noor a Abu-El-Noor (2015) uvádějí, že studenti ošetrovatelství nemají dostatečné vzdělání a odbornou přípravu. Ve své studii popisují znalosti palestinských studentů ošetrovatelství v péči o pacienty v terminálním stadiu onemocnění. Z výsledků výzkumného vzorku, který se skládal ze 141 respondentů, vyplývá, že studenti nejsou dostatečně připraveni zvládnout problémy spojené se smrtí a péčí o umírající pacienty a jejich rodiny. Neuspokojivé znalosti v paliativní a hospicové péči ovlivňují nejen kvalitu poskytované péče, ale způsobují studentům stres a budují negativní postoje k péči o tyto pacienty. Přístup poskytovatelů zdravotní péče ke smrti a umírání je důležitým faktorem, který ovlivňuje chování studentů k pacientům na konci jejich života. Dále nebyl potvrzen statistický rozdíl mezi pohlavím, co se týče ovlivnění postojů studentů v poskytované péči (Abu-El-Noor a Abu-El-Noor, 2015). Nicméně Usta et al. (2016) udávají, že ze sociodemografických charakteristik vyplývá, že znalosti v oblasti paliativní péče byly u studentek vyšší než u studentů.

Paliativní péče zahrnuje multidisciplinární týmový přístup. Tento tým zahrnuje lékaře, sestry, další zdravotnické pracovníky (lékárníky, fyzioterapeuty, dietology, ergoterapeuty atd.), soc. pracovníky, psychology, kaplany, příbuzné pacientů a dobrovolníky (Paliative Care Australia, 2015). Bylo však patrné, že pouze 4,3 % studentů znalo všechny profesní skupiny, které by měly být součástí týmu paliativní péče. Většina studentů uvedla, že sociální pracovníci, kaplani a dobrovolníci nejsou pro paliativní péči potřební. Lze tedy konstatovat, že studenti neuvažují o přístupu paliativní péče ze široké perspektivy (Usta et al., 2016). Podle Kirkpatricka, Cantrella a Smeltzera (2017) pouze 57,9 % arabských studentů ošetrovatelství

absolvuje během svého vzdělávání výukové bloky paliativní péče. Zatímco 42,1 % studentů má špatné znalosti či vůbec nerozumí kontextu paliativní péče a managementu bolesti. Z těchto důvodů vzniká v populaci velké množství absolventů ošetřovatelství, kteří se stanou poskytovateli ošetřovatelské péče, aniž by se jim dostalo řádného školení v oblasti paliativní péče. Tento fakt představuje vážný problém a ohrožení norem a kvality péče. Arabští studenti ošetřovatelství dosahovali v průměru hodnocení znalostí podle škály PCQN (Palliative Care Quiz for Nursing) hodnoty 5,23, kterou Kirkpatrick, Cantrella a Smeltzera (2017) označovali za podprůměrnou. Ze zkoumaného vzorku 409 jedinců pouze 9,8 % studentů odpovědělo na více než 50 % otázek správně. Tento výsledek naznačuje, že znalosti paliativní péče u arabských studentů ošetřovatelství jsou nedostatečné. Usta et al. (2016) zkoumali zkušenosti tureckých studentů ošetřovatelství v paliativní péči. Z celkového výzkumného vzorku (324) studentů 56,5 % uvedlo, že se setkali s nevléčitelně nemocným pacientem. 56,8 % studentů již poskytovalo péči pacientům v pokročilém stadiu chronického onemocnění a 42,9 % studentů poskytovalo péči onkologickým pacientům. Z výsledků také vyplývá, že 38,9 % studentů není ochotno poskytovat péči nevléčitelně nemocným pacientům. Také 70,4 % studentů nepovažuje své znalosti za dostatečné k zajištění adekvátní paliativní péče. Studenti měli v této studii také mimo jiné objasnit pojem smrt. Výsledky ukazují, že 56,5 % studentů smrt definovalo jako konec života a konec všeho, 37,9 % naopak jako nový začátek a znovuzrození k věčnému životu a 5,6 % jako ztrátu pro ostatní. Podíl těch, kteří v průběhu procesu vzdělávání neabsolvovali školení v paliativní péči, byl 57,1 %. Studenti navrhli témata, která by měla být v kontextu paliativní péče začleněna do vzdělávacích programů. Základní pojmy a principy paliativní péče navrhuje zahrnout 84,9 % těchto studentů. Duchovní péči 70,1 %, ztrátu a proces smutku 67,9 %, komunikaci 62,3 %, právní a etické problémy 54,9 % a management bolesti 51,9 %.

Další výsledky ukazují na mylné představy o paliativní péči. Například 91,4 % studentů udávalo, že pro léčbu některého druhu bolesti je vhodné placebo. Studenti rovněž zaostávali v dalších dimenzích paliativní péče, a to v její filozofii, psychologické a duchovní péči a ve znalostech zvládnání nežádoucích symptomů. Přestože učební osnovy nebyly v této studii zkoumány, 65,5 % účastníků uvedlo, že se jim nedostalo žádného školení v problematice paliativní péče. Nedostatečné znalosti studentů v oblasti filozofie paliativní péče ukazují na potřebu zlepšit kurikulární obsah kurzů paliativní péče v ošetřovatelském vzdělávání. Ty by měly obsahovat základní principy paliativní péče, jako je mimo jiné definování pojmů. Dále by měly být posíleny cíle a vysvětlena podstata paliativní péče.

Špatná úroveň znalostí paliativní péče však může souviset s jejím nedostatečným rozvojem a neoblíbeností u studentů ošetrovatelství oproti jiným ošetrovatelským specializacím (Aboshaiqah, 2018). Výsledky z ománské studie potvrzují, že studenti ošetrovatelství mají neuspokojivé znalosti v oblasti paliativní péče. Cílem této studie bylo identifikovat znalosti vysokoškolských studentů ošetrovatelství. Většina studentů (93,4 %) sice o existenci a základním významu termínu „paliativní péče“ věděla, nicméně 54,9 % studentů nemělo jasnou představu o konceptu paliativní péče. Správnou definici paliativní péče, která zahrnuje kromě pacienta také péči o jeho příbuzné, uvedlo 44,8 % respondentů. Většina studentů (71,3 %) také uvedla, že by paliativní péče měla být zahrnuta do vysokoškolských učebních osnov. Vysoké procento studentů (82,1 %) si myslelo, že pacienti mají právo být plně informováni o diagnóze a prognóze svého onemocnění, a to i v případě, že by se na to přímo nezeptali. Dále 40,8 % studentů udávalo, že pacienti mají právo na ponechání naděje na přežití. 51,5 % uvedlo, že s paliativní péčí by se mělo začít v momentě, kdy zanikne veškerá naděje na vyléčení. Většina studentů (84,2 %) se správně vyjádřila, že adekvátně nastavená paliativní péče by měla pacientovi ulevit od bolesti. 83,2 % studentů uvedlo, že nevléčitelně nemocný pacient má právo používat alternativní medicínu nebo si zvolit možnost DNR (DNR = do not resuscitation). Pouze 24 % studentů si myslelo, že nevléčitelně nemocní pacienti by měli mít možnost požádat o smrtelnou dávku v době, kterou si sami zvolí, případně že by lékaři mělo být umožněno podat pacientovi s jeho souhlasem smrtelnou dávku, trpí-li pacient bolestmi (Al-Azri et al., 2020).

Čínští studenti ošetrovatelství (96,1 %) se shodují na nutnosti dalšího vzdělávání v oblasti paliativní a hospicové péče. Navrhují zasazení konceptu paliativní péče do vysokoškolského kurikula oboru ošetrovatelství. V této souvislosti vyzývají zástupce lékařských univerzit, aby zpřístupnili individuální kurzy péče o pacienty na konci jejich života právě pro studenty ošetrovatelství. Své mezery studenti ošetrovatelství identifikují v neadekvátních znalostech léčby bolesti a dalších symptomů u onkologických pacientů. Kurzy paliativní péče pro vysokoškolské ošetrovatelské vzdělávání by mohly zlepšit znalosti studentů týkající se problematiky zvládání bolesti pacientů (Jiang et al., 2019). Toto tvrzení doplňují Zeinah, Al-Kindi a Hassan (2013) o skutečnost, že studenti ošetrovatelství musí podstoupit komplexní školení a kurzy zahrnující lekce určené k zajištění dostatečných znalostí a dovedností sester, nezbytné k poskytování vhodné a vysoce kvalitní péče o umírající pacienty.

Ve Švédsku zajišťuje vzdělávání v ošetrovatelství úřad pro vysokoškolské vzdělávání, který stanovuje cíle a vzdělávací standardy na národní úrovni. Ačkoli švédský úřad definoval vzdělávací cíle pro vzdělávání všeobecných sester, učební osnovy pro teoretické základy paliativní péče se mezi švédskými univerzitami liší. Jednotlivé univerzity si mohou zvolit delší nebo kratší kurzy paliativní péče (Hench et al., 2017). Gillan, Riet a Jeong (2013) zjistili, že ředitelé akreditovaných zdravotnických škol ve Spojených státech nabízejí ve svých učebních osnovách pouze 3 % učiva, které se věnuje paliativní a hospicové péči. Na tento popud následně 40 % ředitelů uvedlo, že by rádo navýšilo vzdělávání v této oblasti ve svém kurikulu. Jafari et al. (2015) i Lippe a Becker (2015) se shodují v tvrzení, že základní vzdělání v ošetrovatelství včetně řešení úmrtí a péče o umírající pacienty snižuje úzkosti studentů ošetrovatelství spojené s tímto tématem. Dále také souhlasně uvádějí, že čím vzdělanější studenti ošetrovatelství jsou, tím pozitivnější postoje k paliativní péči mají. Proto by do výuky měly být bezpochyby zařazeny efektivní tréninkové metody, jako jsou diskuze o případech, hraní rolí nebo konkrétnější výukové materiály pro péči o umírajícího pacienta. Ošetrovatelské vzdělání by mělo studenty ošetrovatelství naučit, jak překonat pocity neschopnosti, zlepšit celkové znalosti a postoje ke vnímání smrti a umírání. AACN rovněž vydala doporučující postupy upravující obsah vzdělávání, který se týká paliativní péče. Absolventi oboru ošetrovatelství by posléze ve své odborné praxi měli být schopni čelit výzvám, jakými jsou zármutek nad úmrtím pacienta, interdisciplinární týmová práce a dodržování správných etických způsobů. I přes tato jasná očekávání se výsledky vysokoškolského vzdělávání v péči o terminální pacienty zdají být nedostatečné. Více než polovina dotazovaných všeobecných sester v celostátním průzkumu v Georgii (567) uvedlo, že vnímá vlastní nedostatečné kompetence během poskytování této péče. Ačkoli k tomuto pocitu nekompetentnosti mohlo přispět mnoho faktorů, jedním z nejčastěji uváděných byla nedostatečná příprava a znalosti nabyté před vstupem do ošetrovatelské praxe (Jafari et al., 2015; Lippe a Becker, 2015).

2.3 Negativní emoce

Postoje ke smrti a umírání jsou z psychologického hlediska naučenou formou chování. Vycházejí také ze sociálního statusu daného jedince a jsou ovlivněny kulturními stereotypy dané společností. Nedostatečné znalosti v této oblasti mohou mít za následek, že budoucí zdravotničtí profesionálové mohou pociťovat jistou míru frustrace, pocity nejistoty, strachu a úzkosti během své klinické praxe (Dimoula et al., 2018). Existuje několik postojů ke smrti,

mezi něž patří strach ze smrti a vyhýbání se smrti. Vyhýbání se smrti zahrnuje pokusy vypudit myšlenky na něčí smrt. Další postoj ke smrti může být neutrální nebo přijetí smrti. Přijetí smrti zahrnuje pohled na smrt jako na přirozenou součást života, přičemž se myšlenkám a tématům týkajícím se smrti nevyhýbá ani se jí nebojí. Přijetí smrti zahrnuje nahlížení na smrt jako na vstup do šťastného posmrtného života a shledání se s blízkými (Esnaashari, Kargar, 2015). Barnett, Reed a Adams (2020) poukazují na rozdílné postoje k péči o umírající pacienty mezi studenty ošetrovatelství a všeobecnými sestrami pracujícími na odděleních onkologie či v hospicích. Onkologické sestry, které poskytují péči osobám na konci jejich života, vykazují menší úzkosti z tématu smrti oproti studentům. Z výsledků jasně vyplývá, že všeobecné sestry pracující v hospici vykazují pozitivnější přístup k péči o umírající a nižší výskyt strachu či vyhýbání se smrti. Jinými slovy, všeobecné sestry pracující v hospici s pozitivnějším přístupem k péči o umírající pacienty cítí, že jsou schopné lépe zvládat mezilidské interakce zahrnující také problémy a okolnosti spojené s konečnou fází života.

McKenzie a Brown (2017) definují úzkost ze smrti jako nepříjemný pocit způsobený existenčními obavami vyplývajícími z myšlenek o vlastní smrtelnosti nebo smrti ostatních. Úzkost ze smrti může způsobit kromě výše uvedených pocitů také celou řadu dalších negativních emočních prožitků, jako je smutek, zoufalství, pocity viny a selhání (McKenzie a Brown, 2017). Úzkost ze smrti je jedinečnou vlastností lidí, jelikož se jedná o jediného tvora, o němž je známo, že má schopnost uvažovat o své vlastní smrtelnosti. Když studenti prožívali strach, běžnou prvotní reakcí byl pokus vyhnout se spouštěcímu faktoru. Studenti s vyšší úzkostí ze smrti se obvykle snažili vyhnout se myšlenkám na smrt (Nandasena, Sakai a Koyama, 2018). Dále také úzkost ze smrti snižuje interakci mezi budoucími všeobecnými sestrami a jejich pacienty. To také zapříčiňuje fakt, že se studenti ošetrovatelství zaměřují především na somatickou stránku, a tím ignorují psychosociální a duchovní potřeby umírajících pacientů. Je důležité, aby si studenti uvědomili své myšlenky a vnímání smrti a mohli rozvíjet efektivní metody, jak úzkost ze smrti snižovat. Pokud studenti zvládnou eliminovat tuto úzkost, budou lépe schopni zajistit umírajícímu pacientovi a jeho rodině vysoce kvalitní paliativní péči (Sahin, Demirkiran, Adana, 2016). Cílem výzkumné průřezové studie Gurdogan, Kınıcı a Aksoy (2019) bylo určit vztah mezi úzkostí ze smrti a ovlivněním postojů tureckých studentů ošetrovatelství při poskytování péče o umírajícího pacienta. Ve studii bylo zjištěno, že postoje studentů k paliativní péči byly pozitivní a míra úzkosti ze smrti nízká. Statisticky významný rozdíl mezi úzkostí ze smrti byl zaznamenán mezi pohlavími studentů. Bylo zjištěno, že úroveň úzkosti ze smrti byla u studentek vyšší ($34,66 \pm 14,80$)

oproti studentům. Důvod vyšší míry úzkosti ze smrti u žen může souviset s jejich větším emocionálním založením oproti mužům. Gurdogan, Kınıcı a Aksoy (2019) rovněž uvádějí, že muži myslí na smrt častěji než ženy, avšak ženy mají více negativních pocitů v souvislosti se smrtí oproti mužům. Dále bylo zjištěno, že úroveň úzkosti spojené s tématem smrti u studentů třetího ročníku byla vyšší než u studentů v prvním ročníku.

Jiang et al. (2019) popisují postoje vysokoškolských studentů ošetrovatelství v Číně následujícím způsobem. Čínští studenti ošetrovatelství zastávají negativní nebo skeptický přístup k paliativní péči. Výsledky této výzkumné studie udávají, že pouze 19,8 % studentů by se v budoucnosti chtělo věnovat paliativní péči. 23,8 % studentů uvedlo značnou neochotu pracovat v oblasti paliativní péče a 56,4 % si nebylo jisto. Mezi hlavní důvody této neochoty 78,0 % studentů řadilo depresivní pracovní prostředí. Strach a úzkosti čelit smrti uvedlo 56,2 % studentů a 47,7 % studentů dělá značné obtíže interakce s příbuznými. V čínské kultuře je problematika smrti a umírání vysoce tabuizována. Rodiny se těmto otázkám vyhýbají z důvodu strachu, že jim takové myšlenky mohou přinést smůlu. Ovšem výsledky z praxe ukazují, že úzký kontakt s umírajícím člověkem má pozitivní účinek na zmírnění strachu a úzkosti ze smrti a celkově zlepšuje následné postoje studentů ošetrovatelství k paliativní a hospicové péči (Jiang et al., 2019).

Britští studenti ošetrovatelství uvádějí zmatečné pocity ohledně toho, jak by se měli cítit v přímé konfrontaci s umírajícím člověkem. Studenti nejsou přesvědčení o správné emoční reakci v případě, kdy by pacienta viděli plakat. Rovněž studenti naznačují, že budování si bližšího vztahu s pacientem následně vede k horšímu vyrovnávání se s jeho smrtí. To může být právě vysoce odrazující skutečností v poskytování péče umírajícím pacientům (Gillett, O'Neill, Bloomfield, 2016). Rovněž turečtí studenti ošetrovatelství cítili silný smutek, zoufalství a pocity neschopnosti během poskytování péče onkologickým pacientům. Studenti uváděli, že se cítili velice nekompetentní a největší strach uváděli ze samotné smrti pacientů. Tyto negativní pocity neumožňovaly budovat jejich víru ve vlastní profesionalitu. Dále se respondenti cítili bezradně v případě zhoršené soběstačnosti pacienta, tedy byl-li pacient plně závislý na ošetrovatelském personálu a nebyl schopen plnit a zvládat sám své potřeby. Studenty to vedlo k vyšší odpovědnosti, ale zároveň tato situace vyvolávala také pocity štěstí z vlastní prospěšnosti. Obecně právě z tohoto efektu vychází skutečnost, že 49,3 % respondentů se vyjádřilo, že by se chtělo ve své budoucí kariéře věnovat právě paliativní péči (Özdemir Köken et al., 2020). Tato tvrzení doplňují Köktürk a Taş (2021), kteří ve své výzkumné studii popisují, jak studenti ošetrovatelství pociťovali nepříjemné pocity

v souvislosti s vnímáním samotné smrti a smrtelnosti. Konec byl nejdůležitějším prvkem, který účastníci studie v souvislosti se smrtí zdůraznili. Zatímco někteří studenti počítali s konceptem konce jakožto konce fyziologických procesů, někteří studenti šli v této myšlence dál. Smrt vnímali jako naprostý konec všeho. Dále studenti upozornili na úvahy o nejistotě toho, co a zda něco následuje po smrti. Myšlenky na věčnost, není-li známá skutečnost a není tedy jasné, co se reálně v době po úmrtí děje, jsou pro studenty značně znepokojivé. Pokud se jedná o pojem smrti, účastníci studie často zmiňovali pocit strachu. Bylo pozoruhodné, že obavy studentů se většinou netýkaly jejich vlastní smrti, ale drtivá většina z nich se bála, že ztratí někoho ze své rodiny. Studenti navíc uvedli, že smrt vnímají jako přechod k věčnosti, avšak právě této věčnosti se báli (Köktürk a Taş, 2021).

V kontextu paliativní péče stojí také za zmínku péče o seniory. Péče o seniory není obecně mezi studenty ošetrovatelství příliš populární. Například studenti z Nigérie vnímají starší osoby jako zátěž a péči o ně jako neuspokojivou. Studenti jsou mnohem spokojenější při poskytování péče mladším jedincům. Dotazovaní také často považují péči o seniory za psychicky a fyzicky náročnou, nezajímavou a značně stresující. Konceptu paliativní péče z těchto důvodů nepřikládají věcný význam. Tyto negativní postoje mohou vyústit v ageismus, což je forma diskriminace a stereotypizace starších dospělých (Faronbi et al., 2017).

2.4 Víra a náboženství

Paliativní péče je spojena s kulturou a náboženstvím jak pacientů, tak i zdravotnického personálu. Jak klienti vnímají a reagují na svou nemoc, jak přijímají intervence paliativní péče a to, jak rozhodují o konci života, je do značné míry ovlivněno jejich vírou (Williams et al., 2015). Postoje pacientů a studentů ošetrovatelství k poskytování paliativní péče se napříč náboženstvími a kulturami výrazně liší. Například obyvatelé Saúdské Arábie, kde většina rodin žije společně nebo v blízkosti jakožto rozšířené rodinné skupiny, dávají obvykle přednost péči o umírající příbuzné doma. Většina muslimů dává přednost umírání doma nebo na svatém místě, například v mešitě nebo v Mekce. Z pohledu islámské víry je přítomnost všech členů rodiny u umírajícího člověka známkou „dobré smrti“. V danou chvíli je zde důležité věnovat pozornost prodloužení návštěv umírajícího s velkým počtem rodinných příslušníků. Pochopení jedinečnosti kultury a víry umírajících pacientů a jejich rodin může pomoci poskytovat kvalitnější paliativní péči (Aboshaiqah, 2018). Duchovnost je založená na vědomí, které je součástí biologické struktury lidského druhu. Je přítomna u všech

jednotlivců, přičemž může být definována jako vnitřní pokoj a klid vyplývající z blízkého vztahu s Bohem. Člověk se zejména více zaměřuje na spiritualitu, je-li konfrontován s emočním stresem, fyzickým onemocněním nebo smrtí. Spiritualita proniká do všech aspektů života a pomáhá jednotlivci rozvíjet pozitivní vztah k životu. Spiritualita proto byla rovněž začleněna do standardů poskytované paliativní péče (Williams et al., 2016). Pro studenty ošetrovatelství je důležité znát vlastní spiritualitu, pokud chtějí zachovat a uspokojit duchovní potřeby umírajících pacientů. Turečtí studenti ošetrovatelství udávají vysokou míru spirituality. Ze 478 osob výzkumného vzorku uvedlo 56,6 % studentů, že díky modlitbám se cítí blíže k Bohu. Dále 46,2 % uvedlo, že svou spiritualitu nalézají v přírodě. Výsledky rovněž poukazují na skutečnost, že 93 % studentů souhlasilo s názorem, že by pacient měl mít vždy možnost dodržet rituály, které jsou v souladu s jeho náboženským a duchovním přesvědčením. Ve studii bylo patrné, že studenti ošetrovatelství ve 4. ročníku vykazovali ve srovnání se studenty 2. ročníku pozitivnější přístup k principům spirituality a důstojného umírání pacientů. Předpokládá se, že tato situace je výsledkem toho, že fakulta svým studentům nabízí ve 3. ročníku blokovou výuku etiky v paliativní péči (Üzen, 2020).

Základní pohled na smrt a umírání je ve všech náboženstvích víceméně stejný. Z důkazů jasně vyplývá, že věřící studenti ošetrovatelství dosahují pozitivnějších výsledků ve vnímání vlastní smrtelnosti. Nejenže tito studenti mívají menší strach ze smrti, vykazují také nižší míru úzkosti. Vzhledem k tomu, že většina japonských studentů (70,1 %) byla bez náboženského přesvědčení, vykazovali tito studenti vyšší míru úzkosti a tendenci vyhýbat se tématům smrti. To však neovlivnilo jejich FATCOD skóre. Přestože japonští studenti nebyli věřící, udávali pozitivnější postoje k paliativní péči. Na rozdíl od toho faktu je 56,1 % srilanských studentů ošetrovatelství buddhistického smýšlení. Z výsledků tedy vyplývá, že náboženství sice přispívá k jiným názorům na smrt a umírání, nevede však ke změně postojů k paliativní péči (Nandasena, Sakai a Koyama, 2018). S tímto tvrzením souhlasí také Mastroianni et al. (2021), kteří ve své studii uvádějí následující. Z celkového počtu 1 193 zúčastněných studentů ošetrovatelství se 81 % (963) hlásilo ke katolickému vyznání. Z toho 60 % (711) uvedlo, že jejich náboženské přesvědčení neovlivňuje jejich postoje ke smrti nebo je tento vliv velice zanedbatelný (Mastroianni et al., 2021).

Rovněž také místo narození spolu s náboženskou vírou čínské studenty ošetrovatelství značně ovlivňuje při formování postojů ke smrti a umírání. Číňané obecně věří, že duch mrtvé osoby se nemůže vrátit domů, pokud zemře daleko od svého rodného města. Z průzkumů tak vyplývá, že většina nevléčitelně nemocných pacientů dává přednost umírání v domácím

prostředí. Přání zemřít doma vykazovali ve větší míře právě pacienti, kteří vyznávali tradiční čínské náboženství a obývali venkovské oblasti. Pravděpodobně právě vlivem takových rodinných hodnot a kulturních zvyků udávají studenti ošetrovatelství lepší znalosti v oblasti paliativní péče a indikují vyšší chápání principu a filozofie paliativní péče oproti studentům narozeným v městských částech bez náboženského vyznání (Shih et al., 2015; Jiang et al., 2019). Tvrzení, že studenti ošetrovatelství žijící na venkově mají vyšší religiozitu, se shodují s důkazy Alshehry, Almazan a Alquwez (2019). Ti uvádějí, že muslimští studenti z venkova se více účastnili náboženských aktivit oproti studentům žijícím ve městě. Dále poukazují na tezi, že venkovské prostředí udává tendenci mít homogenní smýšlení na duchovní víru. Studenti žijící ve městech bývají liberálnější, otevřenější a rozmanitější v myšlení. Ze studie Köktürk a Taş (2021) bylo zjištěno, že velká část studentů ošetrovatelství vnímá smrt jako nový začátek. Všichni studenti, kteří se identifikovali s principy islámu, mají víru v posmrtný život. Toto přesvědčení pomáhá studentům smrt lépe přijímat a vyrovnávat se s ní. Nevnímají totiž smrt jako konec, ale jako nový začátek a součást života. Účastníci dále uvedli, že považují smrt za skutečnost, stejně jako život sám, a koloběh života může a bude pokračovat jediné tímto způsobem.

S vírou také úzce souvisí oblast spirituality. Průzkum Selmana et al. (2014), zkoumající 807 poskytovatelů paliativní péče v Anglii, uvedl oblast spirituality jako prioritní v paliativní péči. Balboni et al. (2017) definují spiritualitu jako hluboký a nepřetržitý proces hodnocení pacientovy duchovní potřeby, doplněný o kaplany nebo jiné osoby, které mají pokročilou znalost právě v duchovní péči. Tradiční kaplani a jiní poskytovatelé duchovní péče se spoléhají na méně kvantifikovatelné přístupy. Uvědomují si svá omezení a podporují snahu, která by umožnila systematicky hodnotit úroveň duchovní péče pacienta. To by umožnilo kaplanům lépe zjišťovat a komunikovat potřeby pacientů a jejich rodin a doporučit tak adekvátní strategii zdravotnickému týmu. Při hodnocení duchovní bolesti, které bylo provedeno u 57 pacientů s pokročilým stádiem rakoviny, byla zjištěna zvýšená míra deprese. Tento nástroj byl také použit mezi pacienty (n = 91) a rodinnými pečovateli (n = 43) v ambulantní paliativní péči. Celkově 44 % pacientů uvedlo míru duchovní bolesti, která byla spojena s nižším duchovním blahobytem. Mezi pečovateli uvedlo duchovní bolest 58 %, což bylo spojeno s větší mírou úzkostí a depresí a horší kvalitou života (Delgado-Guay et al., 2013).

2.5 Komunikace

Komunikační dovednosti v paliativní péči jsou zásadní pro zajištění efektivního zvládnání biopsychosociálních potřeb, duchovní podpory a dalšího plánování péče u pacientů na konci života. Britští studenti ošetrovatelství častěji udávali, že v konfrontaci s umírajícím pacientem hledali „ta správná slova“. Oproti tomu komunikace mezi kvalifikovaným personálem v nemocnicích a pacientem byla uspokojivá. Studenti poukazovali na skutečnost, že nedostali adekvátní odpovědi na své dotazy a při rozhovoru s umírajícím pacientem byli velmi nervózní. Dále studenti popisovali jednotlivé případy, kdy zdravotnický personál věděl, že pacient brzo zemře, ale pacient nikoliv. Obavy z náhodného prozrazení této skutečnosti pacientovi vedly studenty k omezení komunikace s daným pacientem. Několik studentů (5) z této kvalitativní studie, jejímž cílem bylo prozkoumat faktory ovlivňující komunikační dovednosti studentů ošetrovatelství během poskytování paliativní péče, uvedlo další obavy. Například tu, že by komunikace byla pro pacienty zbytečnou zátěží. Studenti předpokládali, že člověk v pokročilé fázi umírání nechce ztrácet čas rozhovorem se studentem. Posléze se studenti záměrně vyhýbali interakcím s pacienty na konci života. Studenti vyjádřili obavy z rozrušení umírajících pacientů a jejich příbuzných, a to z důvodu špatně zvolených slov (Gillett, O'Neill, Bloomfield, 2016). Turečtí studenti ošetrovatelství uvedli, že by mezi pacientem a personálem měla být zachována kontinuita verbální i neverbální komunikace. Bylo pozoruhodné, jak studenti zdůrazňovali, že pacienti mohou slyšet poskytovatele péče, i když jsou v bezvědomí a jak důležité proto je s nimi i nadále komunikovat. Studenti uváděli, že zachování komunikace s pacientem je důležité pro vytvoření přátelského prostředí plného vzájemné důvěry a pocitu důstojnosti. V procesu umírání člověk jako poslední ztrácí své smysly. I když je pacient v bezvědomí, lze ho podpořit jednoduchým držením za ruku či krátkým rozhovorem. Studenti, kteří takovou formou pacienta doprovázeli v procesu umírání, uváděli lepší pocity z dobře vykonané péče. Tito byli také sebevědomější a mnohem častěji vyhledávali situace doprovázení pacientů (Köktürk a Taş, 2021).

Pro dosažení požadovaných výsledků během poskytování péče o umírajícího pacienta je nezbytná také správná komunikace mezi studenty, všeobecnými sestrami a dalšími členy zdravotnického týmu. Učební osnovy pro členy zdravotnického týmu jsou zaměřeny na rozvoj komunikačních dovedností, nicméně právě tyto dovednosti nejsou dostatečné. Vzdělávací akce jsou realizovány převážně pro všeobecné sestry s minimální účastí ostatních členů zdravotnického týmu (Smith et al., 2018). Jelikož paliativní a hospicovou péči obvykle realizují multioborové týmy, školení všeobecných sester včetně těchto dalších členů jsou

důležitá pro přípravu a správnou kooperaci týmů v praxi. Tuto tezi rovněž podporuje AACN a IPEC (Interprofessional Education Collaborative, 2018). Komunikační dovednosti nejen studentů ošetrovatelství, ale také dalších profesionálů mají téměř vždy přímý dopad na celkovou kvalitu péče, kterou tým poskytuje. Z těchto důvodů Smith et al. (2018) navrhuji zahrnout mezi školení také disciplíny s implementací komunikačních simulací vhodných pro paliativní péči. Laranjeira, Afonso a Querido (2021) ve své studii představují výuku založenou na simulaci, která má naučit správnou komunikaci portugalské studenty ošetrovatelství, kteří se starají o paliativní pacienty a jejich rodinné příslušníky. Vytvořili kazuistiku pacienta s potřebami paliativní péče. Z výsledků vyplývá, že studenti měli během sezení pozitivní pocit ze svých zkušeností a výkonu, což naznačuje, že simulace podpořila rozvoj kognitivních (upevnění teoretických znalostí), interpersonálních (usnadnění komunikace) a afektivních (zkoumání pocitů) kompetencí. Záměr snížit utrpení a zoufalství pacienta a jeho rodiny spustil mezi studenty různé pocity, jimiž byly selhání, úzkost, zklamání, nervozita, smutek, lítost, soucit, hněv a úzkost. Z tohoto důvodu studenti popisovali předávání špatných zpráv pacientům jako složitý proces, který vyžaduje, aby budoucí sestry měly hlubokou empatii, profesionalitu a důkladné školení. Souhlasili s tím, že člověk nemusí být vždy schopen poskytnout nejlepší odpověď na pacientovy potřeby. Dále také uváděli, že sestra musí řádně rozvíjet své komunikační dovednosti, ať už verbální nebo neverbální, tak aby poskytla nejlepší oporu nemocnému i jeho rodině. Zároveň by se však měla citově vzdálit a zachovat si svou profesionalitu. Kromě uvedeného týmová práce představuje pro mnoho studentů klíčovou zkušenost. Spolupráce s kolegy během simulace jim tak poskytla přehled o tom, co by týmová práce měla obnášet.

2.6 Metodika literární rešerše k teoretickému podkladu diplomové práce

Pro realizaci rešeršní činnosti a následné třídění literárních zdrojů byl využit standardizovaný postup navržený zdravotnictvím založený na vědeckých důkazech (Marečková et al., 2015). Pomocí jednotlivých komponentů P (participant/účastník/osoba), Co (concept/hlavní pojem) a Co (context/okolnost/souvislost) byla zformulována rešeršní otázka (RO). Jednotlivé kroky celého postupu a tvorby rešeršní otázky jsou níže uvedeny a znázorněny v Tabulce 1. a 2. Po vytvoření rešeršní otázky byla zvolena vhodná klíčová slova, která byla rozšířena o příbuzné pojmy a synonyma. Následně byla všechna slova přeložena do anglického jazyka. Pomocí booleovských operátorů byly vyhledány validní zdroje, a to v databázích MEDLINE (rozhraní PubMed), Google Scholar, ProQuest. Vyloučeny byly všechny texty kvalifikačních prací, duplicitní dokumenty a články nekorespondující s danou problematikou. Podle výběrových kritérií byly získány relevantní abstrakty, ke kterým byly zajištěny plné texty. Mezi výběrová kritéria byla zahrnuta pouze recenzovaná periodika s možností přístupu k plnému textu publikovaná v letech 2013–2021 v českém a anglickém jazyce. Tato periodika byla posléze kriticky zhodnocena a použita pro tvorbu diplomové práce. Celkem bylo vyhledáno 241 zdrojů, které byly poté výše zmíněným způsobem vyhodnoceny, načež bylo použito 51 relevantních zdrojů. Sumarizace provedené rešeršní činnosti jsou také uvedeny v Tabulce 3.

Rešeršní otázka v českém jazyce

Jaké jsou aktuálně dostupné validní informace o zkušenostech (pI) studentů oboru Všeobecná sestra (P) v paliativní péči (Co)? K rešerši v českém jazyce byla uplatněna tato primární slova, která byla pro posílení senzitivity rešerše rozšiřována synonymy či příbuznými pojmy.

Tabulka 1. Rešeršní otázka v českém jazyce

RO v českém jazyce	RO v českém jazyce se synonymy
P: studenti oboru Všeobecná sestra	P: studenti oboru Všeobecná sestra OR student OR všeobecné sestry OR všeobecné ošetřovatelství
pI: zkušenosti	pI: zkušenosti OR znalosti OR názory
Co: paliativní péče	Co: paliativní péče OR hospicová péče OR smrt OR umírání OR terminální onemocnění
Typ studie: kvalitativní	Typ studie: kvalitativní

Zdroj: vlastní zpracování

Rešeršní otázka v anglickém jazyce

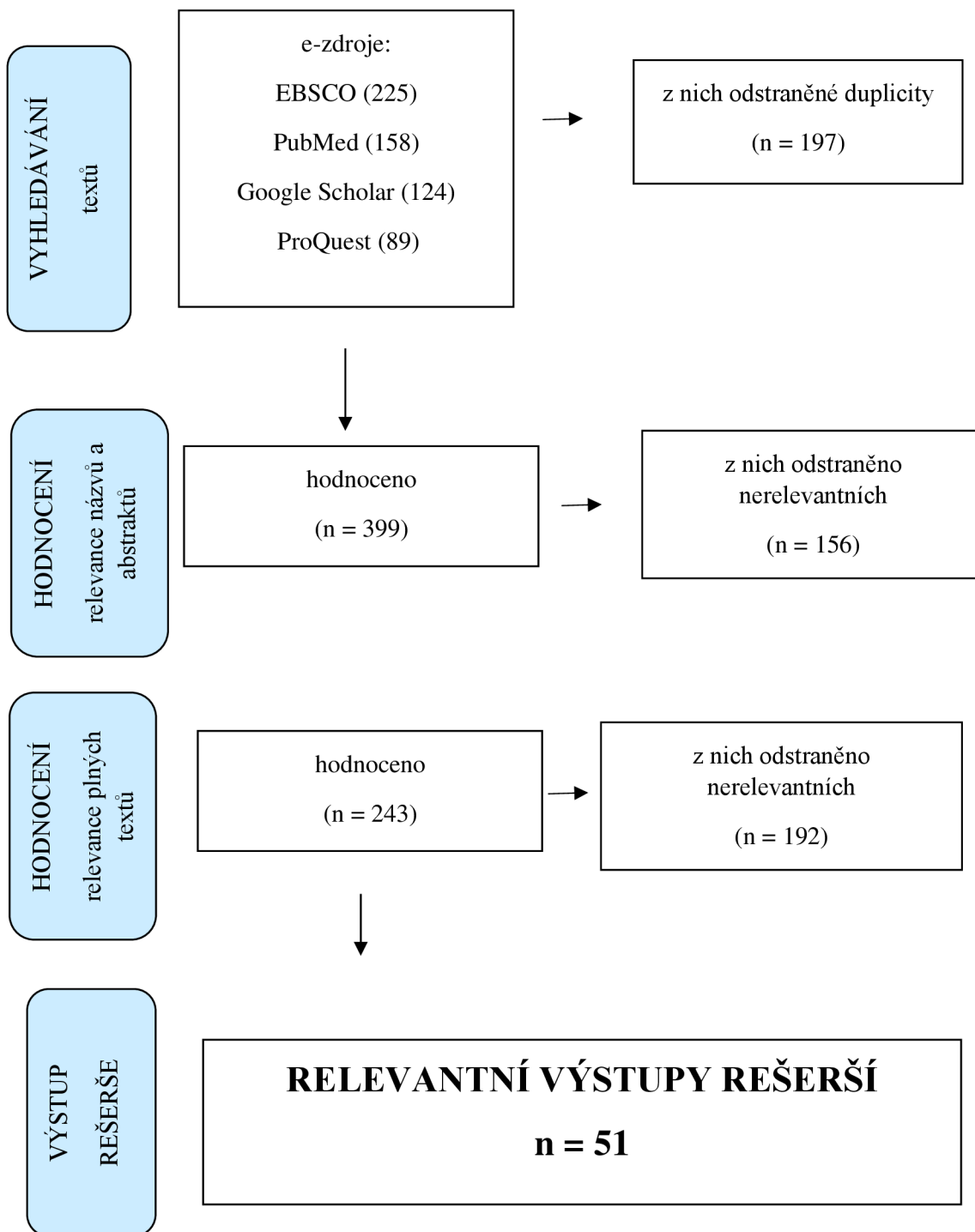
What valid information is available on the experience (pI) of nursing students (P) in palliative care (Co)? K rešerši v anglickém jazyce byla uplatněna tato primární slova, která byla pro posílení senzitivity rešerše rozšiřována synonymy či příbuznými pojmy.

Tabulka 2. Rešeršní otázka v anglickém jazyce

RO v anglickém jazyce	RO v anglickém jazyce se synonymy
P: nursing students	P: nursing students OR students OR nurse OR nursing
pI: experience	pI: experience OR knowledges OR opinions OR attitudes
Co: palliative care	Co: palliative care OR terminal care OR death OR dying OR terminal illness
Type of study: qualitative	Type of study: qualitative

Zdroj: vlastní zpracování

Tabulka 3. Postupový diagram rešerši



Zdroj: vlastní zpracování

3 PRAKTICKÁ ČÁST

3.1 Metodika zkoumání

Hlavní cíl zkoumání

Hlavním cílem bylo identifikovat, jaké zkušenosti mají studenti oboru Všeobecná sestra v paliativní péči.

Jednotlivé dílčí cíle byly zaměřeny na zjištění:

1. Názorů studentů oboru Všeobecná sestra na výuku paliativní péče.
2. Zkušeností studentů oboru Všeobecná sestra v paliativní a hospicové péči.
3. Pocitů studentů oboru Všeobecná sestra během poskytování paliativní a hospicové péče.
4. Copingových strategií u studentů oboru Všeobecná sestra majících vliv na zvládání negativních emocí v souvislosti s paliativní a hospicovou péčí.
5. Přípravenosti a úrovně vzdělávání studentů oboru Všeobecná sestra v oblasti paliativní péče.

Typ/design výzkumné studie

Výzkumná studie má charakter pilotní fenomenologické případové studie.

Zkoumaný soubor

Tvorba souboru

Pro tvorbu výzkumného souboru byla záměrně vybrána Fakulta zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci. V první fázi byla použita metoda záměrného výběru respondentů, která byla realizována přes instituce (Gurková, 2019). Studentům splňujícím kritéria (student oboru Všeobecná sestra) byl prostřednictvím sekretariátu fakulty přeposlán e-mail s bližšími informacemi ohledně výzkumu a žádostí o studentovu účast v něm. Zde byli začleněni pouze dva respondenti. Pro chybějící počet účastníků byla v druhé fázi sběru souboru použita metoda sněhové koule (snowball sampling). Dle doporučení kolegy autorky diplomové práce byla oslovena třetí respondentka. Ostatní respondenti byli postupně osloveni na základě doporučení předchozího studenta, u kterého bylo interview již realizováno. Před

zahájením rozhovoru byl každému z respondentů předložen informovaný souhlas, vysvětlen průběh a cíl rozhovoru. Posléze bylo interview realizováno pouze u studentů, kteří svým dobrovolným podpisem vyjádřili souhlas s jeho konáním a následným nahráváním záznamu.

Metoda sběru dat

Ve studii byl ke sběru dat uplatněn polostrukturovaný rozhovor, zaměřený na daný fenomén, v kombinaci s pozorováním. Rozhovor byl následně zkonstruován na zjišťování témat: zkušenosti v paliativní péči v rámci osobního či pracovního prostředí, studium a výuka dané problematiky, pocity a emoce v kontextu s úmrtím člověka a strategie jejich zvládnutí. V návaznosti na tuto problematiku byly formulovány otázky, které jsou uvedeny níže v textu. Rozhovor obsahoval otázky sloužící k seznámení výzkumníka s respondentem s cílem respondenty „rozmluvit“.

Výzkumník se snažil o navození pozitivní a přátelské atmosféry, aby se respondenti cítili komfortně a nebáli se nepříjemného rozhovoru. Poté následovaly stěžejní otázky sloužící již pro výzkumné šetření. Na konci byly pokládány otázky týkající se vlastního názoru na danou problematiku a na objektivní sebekritiku. Respondenti v této části mohli klást případné vlastní dotazy. Pro tvorbu rozhovoru byly vytvořeny otevřené otázky, a to z důvodu rozvinutých odpovědí. V minimálním množství byly použity uzavřené či sugestivní otázky.

Polostrukturovaný rozhovor

Úvod

- Představení výzkumníka
- Sdělení a vysvětlení cílů rozhovoru
- Popis průběhu rozhovoru a dalšího zpracování dat
- Předložení informovaného souhlasu a vyjádření studentova souhlasu s realizací a nahráváním rozhovoru
- Zodpovězení případných dotazů účastníka rozhovoru

Rozehřátí

- 1) Kolik je Vám let?
- 2) Jaké je Vaše předchozí vzdělání?

- 3) Máte praxi ve zdravotnickém zařízení? Pokud ano, jak dlouhou a na jakých odděleních?
- 4) Máte náboženské vyznání? Pokud ano, jaké?

Hlavní část

- 5) Vzpomínáte si, zda jste se v rámci výuky setkal/a s pojmy paliativní a hospicová péče?
- 6) V jakých předmětech to bylo?

Student má dostatečný čas na zodpovězení otázky, jakmile zcela dokončí svou odpověď, plynule se přechází na další otázku.

- 7) Mohl/a byste mi, prosím popsat, jak výuka probíhala?

Student má dostatečný čas na zodpovězení otázky, následují doplňující dotazy ohledně detailnějšího popisu průběhu výuky. Jakmile zcela dokončí svou odpověď, plynule se přechází k další otázce.

- 8) Jak se Vám výuka líbila, případně co byste změnil/a, uvítal/a?

Student má dostatečný čas na zodpovězení otázky, jakmile zcela dokončí svou odpověď, plynule se přechází na další otázku.

- 9) Vysvětlil/a byste mi, prosím, co pro Vás pojmy paliativní a hospicová péče znamenají?

Student má dostatečný čas na zodpovězení otázky, následují dotazy, zda student chápe rozdíl v termínech. Jakmile zcela dokončí svou odpověď, plynule se přechází na další otázku.

- 10) Jaká je Vaše osobní zkušenost s umírajícím člověkem?

Student má dostatečný čas na zodpovězení otázky, následují doplňující dotazy ohledně prvního úmrtí, jež zažil, péče o mrtvé tělo, úmrtí blízkého člověka. Jakmile zcela dokončí svou odpověď, plynule se přechází na další otázku.

- 11) Popsal/a byste mi, jak jste se cítil/a při poskytování péče o člověka v terminální fázi onemocnění?

Student má dostatečný čas na zodpovězení otázky, následují doplňující dotazy ohledně nepříjemných pocitů, například bezmocnosti. Jakmile zcela dokončí svou odpověď, plynule se přechází na další otázku.

12) Jak se vyrovnáváte s náročnými emocemi v kontextu této problematiky?

Student má dostatečný čas na zodpovězení otázky, jakmile zcela dokončí svou odpověď, plynule se přechází na další otázku.

13) Máte možnost někde sdílet své emoce během poskytování péče o umírajícího? Máte v rámci studia možnosti supervize?

Student má dostatečný čas na zodpovězení otázky, jakmile zcela dokončí svou odpověď, plynule se přechází na další otázku.

14) Jaký je Váš osobní názor na smrt a umírání?

Student má dostatečný čas na zodpovězení otázky, následují doplňující dotazy ohledně vnímání vlastní smrtelnosti. Jakmile zcela dokončí svou odpověď, plynule se přechází na další otázku.

15) Které z biologických, psychologických, sociálních a spirituálních potřeb jsou u pacientů v paliativní péči nejvíce uspokojovány? Případně které by bylo zapotřebí v praxi více saturovat?

Student má dostatečný čas na zodpovězení otázky, jakmile zcela dokončí svou odpověď, plynule se přechází na další otázku.

Zchladnutí

16) Vnímáte u sebe nějaké mezery v kontextu s poskytováním paliativní péče?

Student má dostatečný čas na zodpovězení otázky, následují dotazy ohledně připravenosti na klinickou praxi. Jakmile zcela dokončí svou odpověď, plynule se přechází na další otázku.

17) Myslíte si, že paliativní a hospicová péče má nějaký význam?

Student má dostatečný čas na zodpovězení otázky, jakmile zcela dokončí svou odpověď, plynule se přechází na další otázku.

Organizace a lokace sběru dat

Domlouvání termínu rozhovoru probíhalo individuálně prostřednictvím telefonu a e-mailu. Rozhovory probíhaly vždy na předem stanoveném místě, které bylo vhodné pro obě strany. Jednalo se o neutrální a klidná místa kaváren, parků či prostor fakulty v Olomouci.

Tato neutrální místa sloužila k eliminaci rušivých podnětů a navození přátelské atmosféry. Každý rozhovor trval v průměru jednu hodinu. Všichni respondenti byli v úvodu seznámeni s celým průběhem výzkumného šetření. Byl jim předložen informovaný souhlas, který participanti ujišťoval, že veškeré získané informace budou sloužit pouze pro účel této diplomové práce a bude zachována jejich anonymita. Rovněž sděloval možnost odstoupení od realizace kdykoliv v průběhu výzkumu.

Metody zpracování dat

Interview bylo následně nahráváno na záznamové zařízení. Získané informace byly několikrát poslouchány a doslovně přepsány. Přepsané rozhovory byly označeny pomocí čísel, jak šla realizace rozhovorů za sebou. První participant byl označen číslovkou 1, druhý číslovkou 2 atd. Byly identifikovány podobnosti a k důležitým částem dat bylo výzkumníkem stanoveno otevřené kódování. Kódy byly na základě své příbuznosti rozděleny na příslušné kategorie. Třídění odpovědí do kategorií bylo smysluplné, tak aby výsledky prezentovaly reálné poznatky týkající se předmětu zkoumání (Gurková, 2019). Psaný záznam nemůže pojmut všechny atributy rozhovoru, jako jsou odmlky řeči, intonace hlasu, pokyvování hlavou, mimické vyjádření či další citoslovce. Z těchto důvodů byla pro autentičnost rozhovoru použita přímá citace respondentů.

Etika zkoumání

Každý participant v úvodu obdržel informovaný souhlas, který stvrdil svým podpisem. Tento informovaný souhlas je spolu s žádostí o výzkumné šetření přiložen k práci v části tomu určené.

3.2 Výsledky

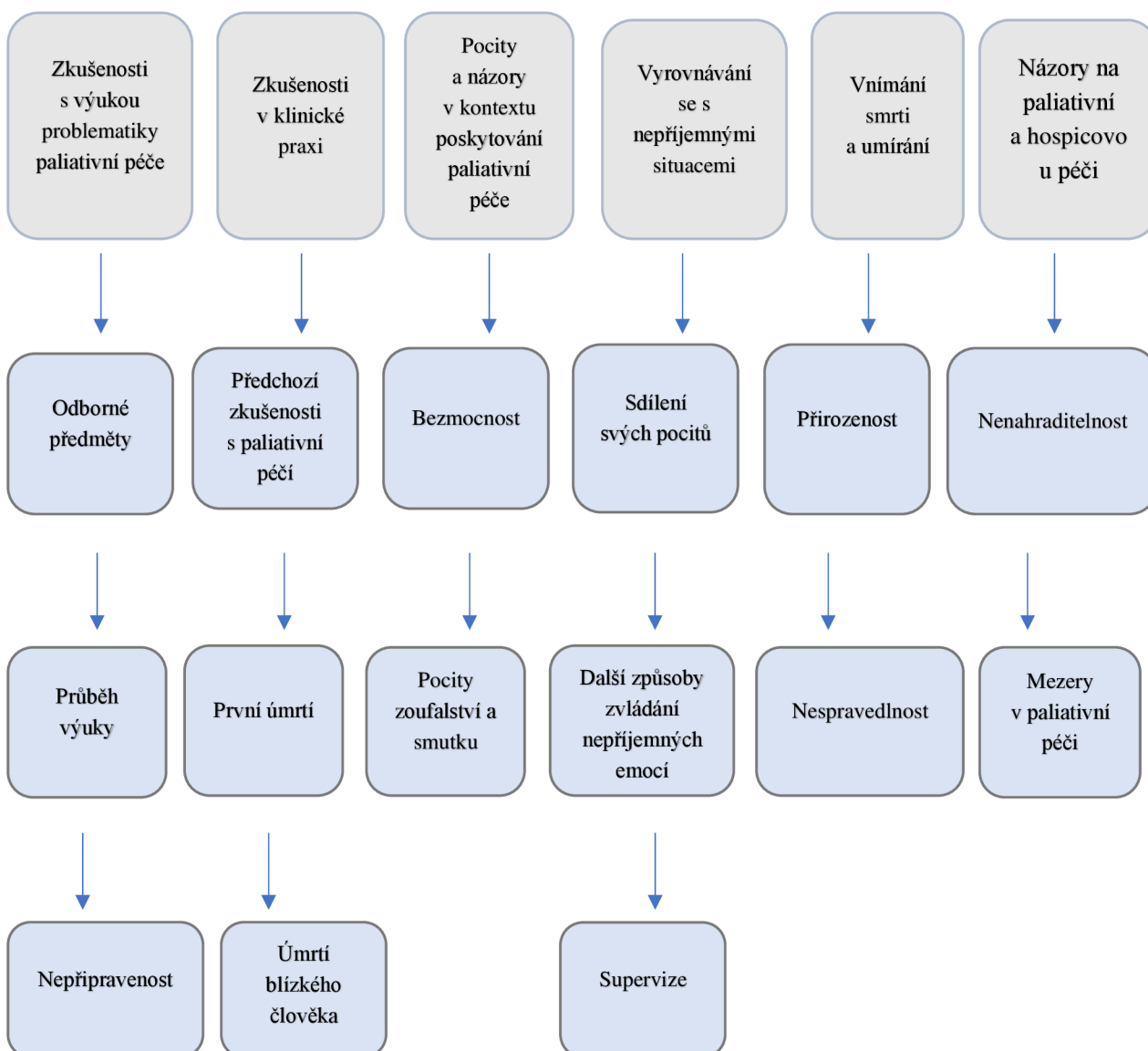
Rozhovor byl realizován u osmi participantů, přičemž se ve všech případech jednalo o ženy. Do výzkumu byly zařazeny všechny respondentky, které byly seznámeny s účelem výzkumu a svůj souhlas potvrdily svým podpisem. Věk respondentek se pohyboval v rozmezí 19–23 let. Dále byly všechny respondentky studentkami oboru Všeobecná sestra.

Tabulka 4. Přehled respondentů

Účastník	Věk	Ročník	Předchozí vzdělání	Náboženské vyznání
1	19 let	První	Zdravotnická škola	Nemá
2	23 let	Třetí	Gymnázium	Římsko-katolické
3	22 let	Třetí	Zdravotnická škola	Nemá
4	22 let	Třetí	Zdravotnická škola	Nemá
5	22 let	Třetí	Zdravotnická škola	Římsko-katolické
6	21 let	První	Gymnázium	Nemá
7	20 let	První	Zdravotnická škola	Nemá
8	21 let	První	Zdravotnická škola	Římsko-katolické

Zdroj: vlastní zpracování

Obrázek 1. Kategorie a podkategorie výsledků



Zdroj: vlastní zpracování

Kategorie 1: Zkušenosti s výukou problematiky paliativní péče

Respondentky uváděly a popisovaly, jak výuka této problematiky probíhala ve vyučovacím procesu, ve kterých předmětech se úmrtním pacienta zabývali a jakou formou výuka probíhala. Většina respondentek (6) absolvovala střední zdravotnickou školu. Během tohoto studia se studentky ve větším či menším měřítku s pojmy paliativní a hospicová péče setkaly. Respondentky č. 2 a 6 absolvující gymnázium se s touto problematikou setkaly poprvé až na vysoké škole.

Podkategorie: Odborné předměty

V rámci střední školy se respondentky nesetkaly s žádným předmětem, který by byl samostatně zaměřený na paliativní péči. Toto vyplývá z tvrzení respondentky č. 7: *„To mi přijde, že se to moc v té škole neřešilo. Možná se o tom někdo někdy zmínil, ale že bychom na to měli nějaký samostatný předmět, to ne. Maximálně nám řekli, co to je hospic, byli jsme se tam i podívat, ale to bylo takové jenom na hodinku. Koukli jsme, jak to tam vypadá, ale nic moc k tomu.“*

Z tohoto důvodu bylo vhodné zjistit, ve kterých výukových předmětech se touto problematikou studentky zabývaly. Odpovědi respondentek z prvního ročníku byly velice podobné, a to takové, že o termínech paliativní a hospicové péče poprvé slyšely na střední škole v rámci předmětu Ošetrovatelství, blokové výuky nebo přednášek. Studentka č. 8 uvedla: *„Na střední škole ve 4. ročníku jsme měli přednášku, kde k nám přišly paní, které pracují v mobilním hospici, a měli jsme vyhraněnou hodinu, kde nám vlastně vyprávěly o té práci. Což se mi velice líbilo a poslouchali to fakt všichni, protože tam bylo úplně ticho a bylo to opravdu moc zajímavé. I ty příběhy, bylo to fakt moc silné.“*

Oproti tomu zkušenější studentky třetího ročníku uváděly, že v rámci bakalářského studijního programu měly předmět zaměřený na paliativní péči. Respondentka č. 2 uvedla: *„Určitě, měli jsme na to samostatně zaměřený předmět v rámci bakalářského studia a myslím si, že to byl zajímavý předmět. Zabývali jsme se tím po dobu jednoho semestru a určitě jsme na toto téma zabrouzdali i v rámci jiných předmětů.“* Další respondentky doplňovaly, že s problematikou paliativní péče se také setkaly v rámci předmětů Domácí a komunitní péče.

Podkategorie: Průběh výuky

Ve všech případech výuka na vysoké škole probíhala formou přednášek a seminářů, kde byla probírána teoretická část, ta byla následně protkaná příběhy z klinické praxe. Respondentka č. 4 uvedla: *„Měli jsme to jenom v rámci výkladu učitelky s prezentací a dávala k tomu svoje příběhy, prostě co ona si zažila v rámci učení a praxe. Jako třeba i nás se ptala, jaké máme zkušenosti, třeba i s péčí o mrtvé tělo a tak. Snažila se nás vyzvat, abychom si řekli my jako studenti, jaké máme poznatky.“*

Ukázalo se, že studentky velice oceňovaly tento zvolený přístup výuky, kdy byla teorie přímo doplněna zkušenostmi z klinické praxe. To vyplývá také z odpovědi respondentky č. 2, která výuku popsala následovně: *„Takže ta paliativní péče, to bylo jednak přednášky s lékařem, s docentem, který je na toto téma specializovaný, a to bylo zajímavé, přínosné, i když všechno probíhalo online. Říkal hodně zkušenosti z praxe, potom jsme vlastně měli cvičení se sestrou, která měla také nějaké zkušenosti, takže určitě to bylo zajímavé skrz tohle. Bylo to takovým zajímavým způsobem, že ona nás hodně učila si zapamatovat ty informace už v rámci těch hodin. Takže jsme si to v průběhu těch hodin vždycky zopakovali a pak pro nás bylo snazší si to zapamatovat i třeba na státnice.“*

Ne všechny studentky se ovšem s tímto výrokem ztotožňovaly. Respondentka č. 5 uvedla odlišný názor na výuku: *„No, ta výuka moc neprobíhala, protože byl Covid. Takže my jsme dostali jenom nějaké podklady od toho doktora, který nás tam učil a vlastně nám k tomu už nikdo nic neřekl. My jsme to ani moc neměli online, jenom jsme si to měli sami nastudovat a přečíst si to. Takže my z toho vlastně nic moc nemáme.“*

Studentky prvního ročníku popisovaly své zkušenosti s výukou na střední škole, jelikož na vysoké škole se budou touto problematikou zabírat až následně ve vyšších ročnících. Nicméně se shodovaly na tom, že dostaly jen okrajové informace. Pouze respondentka č. 7 se setkala s exkurzí v hospici. Výjimku uvedla respondentka č. 8, která má zkušenost s přednáškou vedenou pracovníky z mobilního hospice: *„No, my jsme se o tom moc neučili, oni se jako zmínili, že je to ta péče o ty umírající, a pak jsme tam tedy měli tu přednášku od těch paní z mobilního hospice. Říkaly nám, jak tam pracují, jak pomáhají, kde působí. Potom nám říkaly i takové hodně silné příběhy, i těch rodin, jak jim pomáhají s těmi, co odcházejí a tak. To byla asi hodinka, ale jak říkám, ve škole jsme se tomu zase tak moc nevěnovali. Takže jenom taková nárazová přednáška.“* Ostatní respondentky navrhovaly začlenění exkurzí do hospiců do učebních osnov.

Studentky se shodovaly v tvrzení, že daná problematika pro ně byla zajímavá a mělo by se na ní klást větší důraz. Obzvláště respondentky oceňovaly sdílení osobních zkušeností. Například respondentka č. 6 odpověděla: „**Mně se líbilo, že byly zapojené i ty zkušenosti, protože z toho si člověk zapamatuje více, než když tam člověk přečte nějakou prezentaci. Pro mě je fajn propojit tu teorii s praxí, i s těmi zkušenostmi. Jak toho vyučujícího, tak i těch studentů. Takže mně se to líbilo. Ale pokud se s tím člověk neseťká sám potom v té praxi nebo v práci, tak si to člověk moc nezapamatuje.**“

Všechny odpovědi respondentek odpovídaly skutečnosti, že přestože se jim výuka líbila, měly k ní určité výhrady. Respondentka č. 7: „**Já bych uvítala, kdyby se to více řešilo. Kdyby se ta výuka na to zaměřila. Právě by se hodily nějaké ty předměty na to. Nevím, jestli teďka něco na té vysoké bude jako. Ale na té střední, když to vezmu, že jsem z té zdravotky a jsem praktická sestra, tak tam se to prostě neřešilo. Nebyl na to vyhrazený čas, kdy bychom se tomu věnovali, kde by nás na to nějak připravili, co nás jako může čekat. To chybělo hodně, no.**“ Tento poznatek doplňovala respondentka č. 5: „**Já si myslím, že by té paliativní péče mohlo být více. Že by to nemuselo být až v tom posledním ročníku. Mohli to zařadit třeba někde už dříve. Třeba někde ve druháku. A možná více do hloubky, protože mám pocit, že jsme z toho nebyli moc moudří.**“ Z odpovědí respondentek vyplývá, že by danou problematiku rády řešily více do hloubky. Studentka č. 6, která se s touto problematikou okrajově setkala v předmětech Komunitní a domácí péče uvedla následující: „**No my jsme to měli takové hodně moc teoretické a všechno bylo online. Takže nám poslali prezentace a měli jsme si to projít a ty prezentace nebyly vůbec dobře udělané. Byl tam jenom pořád samý text, prostě naházená hromada textu a nečetlo se to vůbec dobře. Já vlastně ani nevím, co jsme v tom předmětu dělali.**“

Podkategorie: **Nepřípravenost**

Každá z dotazovaných respondentek u sebe vnímala určité nedostatky v této oblasti.

Respondentka č. 1: „**No takhle, když jsem u té péče o to mrtvé tělo, tak někdy jsem si pořád docela nejistá. Ještě když každé to oddělení má jiné zvyklosti a tak. A tam kde vlastně teďka pracuju, tam jsem u toho ještě nebyla. Chtěla bych se naučit více tu komplexnost u těch lidí. Myslím, že by se právě neměla zanedbávat žádná ta složka. Mělo by se tam u nich chodit více na návštěvy a tak. Já vlastně taky, když si vzpomenu na tu paní, co nám tam umírala, ona tam v podstatě spala. Já jsem za ní dříve přišla, držela jsem ji za ruku a tak podobně, když měla největší bolesti. Ale když jsem viděla, že to bylo v klidu, tak jsem ji raději**

nechala spát. Ale spíš si myslím, že bych se mohla naučit více podporovat tu komplexní péči, třeba i zkusit jí zařídit nějakou tu návštěvu nebo tak podobně.“

Respondentka č. 2: *„No, asi bych osobně nemohla pracovat v nějakém hospicovém zařízení nebo podobném zařízení paliativní péče. Já jsem docela empatický člověk, takže se bojím, že bych si ty lidi moc brala osobně, jako ty jednotlivé případy. Takže je pro mě asi lepší nějaká práce, kde to nebude na denním pořádku. Ale myslím si, že stejně se tomu nevyhnu, protože to je všude. Navíc těch zkušeností ještě nemám tolik, kolik bych chtěla mít. A možná by bylo lepší mít ještě nějakou praxi přímo v tom hospici, ať už v tom kamenném nebo mobilním hospici. Nebo v rámci těch LDN, kde se s tím setkávají více. Myslím si, že by to možná nebylo špatné zavést jako povinnou praxi.*“

Respondentka č. 7 uvedla značné nedostatky v oblasti komunikace s umírajícím pacientem: *„To určitě jo. To je, si myslím, pořád hodně, co se učít. Jakoby třeba to uspokojování těch fyziologických potřeb, ale i celkově, takže určitě. Musím se to doučit, také i jak komunikovat potom s těmi lidmi nebo i s tou rodinou. To třeba vůbec nevím, jak bych s nimi dokázala mluvit. Jako zatím jsem to nemusela dělat, ale právě, i když to dělá doktor. Ale i ta sestra s nimi musí komunikovat a nějak je podpořit.*“

Respondentka č. 4: *„Ono je to strašně individuální, nejhorší je ta komunikace s tou rodinou. Každý reaguje jinak, někdo to už očekává, někdo ne. Záleží, jak je ta rodina na to připravena. Někdo, když to řeknu blbě, ale je rád, že ten člověk umřel, protože může být sobec a je rád, že z toho něco bude mít. Anebo je rád, že tomu člověku už skončí trápení. Že z nich spadne nějaké to břemeno. Protože pokud jim ten člověk umírá doma, taky je to pro ně zátěž. Někteří lidé začnou ostatní obviňovat, je to strašně individuální a těžké mluvit s těmi rodinami. Člověk musí opravdu pečlivě vybírat slova, aby neřekl něco nevhodného a pro mě je to strašně těžké. Takže určitě mezery v komunikaci.*“

S tímto tvrzením souhlasí také respondentka č. 8: *„Ano, já mám vždycky strach, když se mě na něco zeptají a já nebudu vědět, co jim odpovědět, třeba když říkají A proč já. A já nevím, jak na to mám reagovat. Mně vadí, že nevím, jak mám reagovat, abych ty lidi aspoň trochu uklidnila. Nedá se ani zažertovat, ani nic. Takže v takových chvílích prostě nevím, co říct. Takže v tom si myslím, že mám velké mezery.*“

Respondentka č. 6 doplňuje: *„No jako nejsem nějaký arogantní člověk, ale myslím si, že na tohle jsem určitě připravená. Protože mně to jakože strašně moc dalo. Byla to zkušenost jako něco a jako myslím si, že bylo hodně lidí, co tam k nám přišlo a byli tam asi*

jenom týden, protože to nezvládali. Pohled na ty lidi a na ta úmrtí. Protože my jsme měli 200 pacientů a každý druhý, třetí nám tam umřel. To byl jako fakt mazec a myslím si, že tady v této oblasti, bych nemohla být více připravená do praxe. Mi to dalo nehorázné zkušenosti, ať už se jedná o nějaký jakože, jak to říct. Utržit si v životě hodnoty a myslím si, že lépe připravená fakt být nemůžu. A třeba i spolužáci, kteří byli na zdravotce, mají více zkušeností a tady touhle zkušeností si neprošli, tak si myslím, že tady v tomhle jsem na tom fakt líp. Protože tam toho bylo tolik, tak si myslím, že je to moc důležité. Ty sestry třeba někdy neví, co dělat, když jsou v zařízeních, kde to zase tak moc běžné není. A v ten moment tam není čas na to přemýšlet, co by se mělo jak udělat. A jak to v té učebnici vlastně bylo a jak nás to učili. Protože někdy se tam fakt musí jednat rychle.“

Respondentka č. 5 k tématu řekla: *„Vím, že ani v té škole, jak jsem říkala předtím, nemám dostatek znalostí o té paliativní péči. Že bych i přidala těch hodin nebo těch seminářů o tomhle. A kdyby mě to nezajímalo a nepsala bych na to tu bakalářku, takže bych ty informace ani neměla. Tím, že jsem si ty informace sama vyhledala, mluvila i s tou vrchní z toho hospice a takhle. Tak jsem z toho čerpala hodně informací. Ale vím, že kdybych na to tu bakalářku ani nepsala, tak spoustu těch věcí ani nevím. Takže mezery mám určitě i tak (smích).“*

Kategorie 2: Zkušenosti v klinické praxi

V této části všechny respondentky popisují své osobní zážitky a zkušenosti s paliativní péčí. Ve výzkumu se nevyskytovala žádná studentka, která by se během doby svého studia nesetkala s úmrtím pacienta. Většina respondentek (6) neměla během svého studia zahrnutu praxi v hospicovém zařízení. Výjimku tvořily respondentky č. 4 a č. 5., přičemž respondentka č. 4 měla krátkodobou praxi během výuky na střední škole a respondentka č. 5 působila rok a půl jako dobrovolník v hospici. Z toho respondentky č. 4 a 8 mají osobní zkušenost s úmrtím v rodině.

Podkategorie: Předchozí zkušenosti s paliativní péčí

Zkušenosti s umírajícím pacientem můžou ovlivnit celkové postoje studentů ke smrti a umírání a následně také celkový přístup k paliativní péči. Všechny respondentky uvedly, že se s úmrtím pacienta ve větší či menší míře v klinické praxi setkaly. Respondentka č. 5 má navíc osobní zkušenosti s prací v hospici, kde působila rok a půl jako dobrovolník ve spolupráci s organizací Adra. Tuto cennou zkušenost hodnotila velice pozitivně. Vnímala ji nejen jako přínos pro svou klinickou praxi, ale popisovala pocity z pohledu komfortu

pacientů: „Když jsem si třeba povídala s tou jednou klientkou, to si pamatuju, která na tom byla ještě dobře. Tak si myslím, že to má hodně velký smysl, a i oni sami vnímali, že ten hospic je pro ně úplně skvělé místo a že tam mají všechno. **Že ví, že tam mohou důstojně zemřít a cítila jsem z nich, že byli spokojení.** Nebyli z toho, že jsou smrtelně nemocní, nějak ve špatné náladě. Ale brali to jako součást toho, co má prostě být. **To potom člověk to umírání bere úplně jinak.**“

Z odpovědí respondentek vyplývá, že je pro ně velice náročná péče o pacienty, kteří trpí nežádoucími příznaky, jako je například nechutenství, zvracení či bolest, které se velice často u pacientů v terminálním stadiu onemocnění objevují. Tuto situaci popisuje respondentka č. 2: „*Teďka na poslední praxi jsme měli docela mladou paní, která měla karcinom žaludku a ležela tam už opravdu v tom terminálním studiu v nemocnici a byla u ní zahájena právě ta paliativní péče. Rozhodla se, že když už jí nezbývá nic jiného, že ten nádor vyhladoví. Přitom sama věděla, že je to nesmysl. Ale zkusila to, nezbývalo jí už nic jiného. Takže tam opravdu ležela v takovém podvyživeném stavu, v hrozných bolestech. Nebylo to úplně příjemné se na to koukat, musím říct, že to bylo opravdu těžké. Zvláště skrz to, že byla hodně mladá, ale bylo to takové silné, no, ten zážitek, když jsem se o ni starala.*“ Na obdobnou situaci si vzpomíná také respondentka č. 8: „*Měli jsme tam pacienta, který už byl na tom špatně, špatně dýchal a jelikož byl ještě v nemocnici, tak ho tahali na různá vyšetření a tak. My jsme s ním jeli na rentgen, potom jsme se s ním vraceli. A než jsme mu dali kyslík, on už po té cestě zemřel. To mi přišlo takové, blbé. Že by pro něho ten hospic byl mnohem lepší než tady toto na tom oddělení. A ještě ho tahat na nějaké vyšetření. To jsem si tenkrát říkala, že to je fakt strašné.*“

Podkategorie: **První úmrtí**

Všechny studentky se shodly v názorech, že setkání s prvním úmrtím pacienta byla silná emocionální zkušenost. Podle Heise a Gilpina (2016) má první zkušenost s úmrtím pacienta na studenty ošetřovatelství velmi výrazný dopad. Často vede k pocitům bezmoci, strachu, nepřipravenosti, opuštění a nedostatečnosti. To odpovídá také názorům daných studentek. Například respondentka č. 6 uvádí: „*Bylo to ze začátku hrozně těžký. Jakoby první ten mrtvý člověk nebo ta péče o toho mrtvého člověka. Ale zvykla jsem si na to. Pak už mi to přišlo takový, ne jakože necitelný, ale už jsme to tam všichni brali jako na denním pořádku.*“

Respondentka č. 1: „**Když jsem se s tím potkala naprosto poprvé, tak jsem z toho ne, že byla smutná, byla jsem z toho strašně unavená. Že to byla nová zkušenost, tak mě to úplně unavilo.**“ Na dotaz, zda by respondentka č. 1 tuto únavu blíže specifikovala, uvedla následující: „**Tak nejprve to bylo jenom takový šok. Co se to jako stalo, že ten člověk najednou není. Že nedýchá, jenom tak v podstatě tam leží. A byl to prostě najednou hrozně zvláštní pocit, že tam ten člověk najednou prostě není a říkala jsem si, jestli náhodou, dokud existuje nějaká duše, tak jestli je třeba vedle nás (lehké pousmání). Potom, z ničeho nic to na mě úplně padlo, že jsem cítila, jak se mi zavírají víčka, jak se mi jako táhnou nohy, jako kdybych najednou celá ztěžkla. Jo, ta nálada, nebyla jsem jakoby nějak smutná nebo tak, to jako fakt ne, jenom u mě padla taková ta únava a byla jsem taková potom celý den. Nebylo to, jakoby se mi chtělo spát, ale spíš takové vyčerpání.**“

Svou první zkušenost s úmrtím pacienta popisuje také respondentka č. 7: „**Jako úplně poprvé, to bylo, jakože zlý, protože ta paní byla prolezlá nádory a vším možným. A při otáčení z ní potom začalo všechno vytékat, jako krev a žluč a všechno. A to bylo moje první setkání tady s tím úmrtím, tak to bylo hodně nepříjemné. Já jsem myslela, že se tam asi složím (smích). Ale naštěstí jsem tam měla dobrou kolegyni, která mě přivedla na jiné myšlenky během té péče.**“ Gorchs-Font et al. (2020) zmiňují, že důležitou roli zde má podporující vztah mentor (či starší kolega) – student s jasným direktivním vedením. Modelování rolí zvyšuje sebevědomí studentů v oblasti smrti a umírání. Úloha klinického mentora tkví ve zjištění emocionálních potřeb studenta a následném naučení adekvátního emočního odstupu. Po zkušenosti s první klinickou smrtí student potřebuje reflexi a budování emoční rovnováhy, zejména při neočekávaných úmrtích. Zde je zapotřebí také angažovanost daného studenta, který je otevřený k procesu učení. Student rovněž může být neschopný čelit smrti v důsledku osobních nevědomých mechanismů zvládání náročného zážitku, nebo jednoduše proto, že nemá o danou oblast dostatek zájmu (Gorchs-Font et al., 2020).

Náročnost prvního úmrtí pacienta popisuje také respondentka č. 3: „**Moje první úmrtí bylo na střední u pacientky a to jsem hodně prožívala, no. Bylo to takové asi nejhorší. Na praxích jsme dostali pokoje a ta paní, o kterou jsem se měla starat, už byla těžce nemocná. Měla už dávky Morphia a asi se už vědělo, že brzo umře. No a já jsem chtěla paní pomoci s umýváním, dokonce po mně chtěla dopomoci na toaletu. Tak já jsem přijela s vozíčkem, že tedy pojedeme. Tak jsme se přesunuly na ten vozík a pro něco jsem si jenom odskočila, a když jsem otevřela, tak paní už byla zelená a, no prostě, zastavila se mi na tom záchodě. Tak jsem hned volala o pomoc na ostatní sestřičky a začaly ji tam oživovat, ale to se již nepovedlo.**“

Takže taková první zkušenost. Ale říkali mi, že dobré. Protože já jsem si to dávala za vinu. Ale sestřičky i učitelka mi říkala, že se to u paní čekalo. Ale je to takové nepříjemné, zrovna na té střední, kdy je ten člověk ještě takový neotřukaný (smích).“

Podkategorie: **Úmrtí blízkého člověka**

Se smrtí blízkého člověka se setkaly pouze dvě respondentky. Názory těchto respondentek se v některých bodech značně odlišovaly od ostatních odpovědí. Dalo by se předpokládat, že ztráta blízkého člověka může mít vliv na změnu pohledu na smrt a umírání. To dokazuje odpověď respondentky č. 4: *„Ono záleží na předchozí zkušenosti, pokud vám umřel někdo blízky v rodině. Protože mně umřela mamka a nebylo to očekávané, takže to bylo opravdu náhlé. Nikdo nevěděl, že se to stane, a potom když se člověk setká s tím umírajícím člověkem někde v nemocnici, tak se mu vybaví i vzpomínka na toho blízkého. Já si vždycky vzpomenu na tu mamku a vždycky to otevře ty oči. Člověk si uvědomí, že něco měl, až když to ztratí. Je třeba myslet i na tu rodinu toho umírajícího. Člověk začne uvažovat nad sebou, začne se mu měnit žebříček hodnot, takže má to velký psychický dopad i na ten personál, který pečuje o toho člověka. Je to hodně náročná práce psychicky, samozřejmě i fyzicky. Ale ten nátlak tam je velký, já jsem měla praxi s úmrtím, jak mi bylo 17. Tak myslím, že i v tam mladém věku, pokud má člověk zkušenost s tou péčí o toho umírajícího, tak vidí věci úplně jinak, kdy se tomu člověku změní pohled na smrt.“*

Také respondentka č. 8 popsala svou zkušenost s úmrtím blízké osoby: *„No, my jsme právě doma měli babičku, o kterou se i staral právě ten mobilní hospic, který nám dělal potom i tu přednášku (pauza). Babička měla rakovinu, kterou jí právě zjistili při operaci kyčle, kde oni ji vyměnili celý kloub a až potom zjistili, že je celá prolezlá metastázemi. Takže tam se už nic jiného nedalo dělat. Takže potom jsme si babičku vzali domů, udělali jí celý pěkný pokoj a nějak jí to přizpůsobili, protože ona s tou kyčlí toho moc nešla. A potom nám pomáhali z toho hospice, třeba s jídlem. Protože babičce bylo ze všeho dost špatně, že zvracela a tak. Takže vždycky dojeli a snažili se jí nějak pomoci a byli fakt skvělí. No a babička tady potom už moc dlouho nebyla, ono to bylo fakt hrozně rychlé. Ale člověk potom uměl lépe zacházet s těmi pacienty v praxi, už z toho nebyl takový vystrašený, když se s tím setkal doma.“*

Kategorie 3: Pocity a názory v kontextu poskytování paliativní péče

Vyjádření vlastních pocitů bylo pro všechny respondentky značně obtížné. Pocity a prožívání jsou zcela individuální a záleží na osobnostních rysech daného jedince. Valná většina respondentek uváděla podobné pocity smutku, strachu, hněvu, bezmoci a selhání. Výjimkou byly respondentky č. 1 a 5. Studentka č. 5, která popisovala, jak jí péče o umírající pacienty naplňuje a vzbuzuje v ní pocit smysluplnosti a naděje, uvedla: „***Řekla bych to tak, že moje pocity nejsou negativní, to ne. Jak to popsat (odmlka). Jakože nevyvolá to ve mně nějaké deprese nebo smutek, že bych si to nějak brala. Samozřejmě nějakou tu empatii mám, že se snažím to s těmi lidmi sdílet, to jejich onemocnění. Ale právě, že pro ně to může být těžké, tak já jako sestra se mám snažit v nich vyvolat ty dobré pocity. Takže i já sama musím mít ty dobré pocity. Takže jako pro mě je paliativní péče prostě taková péče plná naděje, kterou musím vzbudit v tom klientovi.***“

Respondentka č. 1 udávala, že si udržovala profesní neutralitu. „*Takže já tohle nenesu moc těžce, když je to takový to v klidu, protože si myslím, že ten člověk potom už netrpí. Myslím, že konečně dosáhl toho svého klidu a jsem za ně i ráda, že to mají za sebou. Snažím se k tomu přistupovat tak profesionálněji a s odstupem. Ale myslím si, že bych reagovala potom úplně jinak, kdyby třeba přede mnou umřel náhle nějaký mladý člověk, jo, že to už by bylo asi horší no. Ale u těch starých to spíš беру takhle, no.*“

Podkategorie: Bezmocnost

Bylo evidentní, že pro studentky bylo velice obtížné popsat své vnitřní pocity v souvislosti s úmrtím člověka. Z průběhu sbírání dat bylo patrné, že žádné studentce toto téma nebylo lhostejné a hlubší přemýšlení nad touto problematikou mohlo být pro některé studentky dokonce patřičně nepříjemné. Nejčastěji studentky popisovaly pocity bezmocnosti. Bylo zajímavé sledovat zapálení studentek, když popisovaly své zkušenosti.

Například respondentka č. 6 uvedla: „*Vzpomínám na paní, na které už to fakt bylo vidět. Ona prostě jenom držela fotku manžela a jenom plakala, že chce jít za ním. A já jsem neměla nebo jsem nevěděla, s čím jí mám jako pomoci. Takže jsem tam prostě u ní jenom stála, držela ji za ruku a brečela taky. Protože to jako jinak nešlo. A když potom jako umřela, já jsem z toho byla ještě další tři dny špatná. Já jsem prostě nemohla vůbec nic. Já jsem vůbec nemohla fungovat, jenom jsem zírala do prázdna a nějak jsem, nevím, prostě nebyla schopná soustředit se na něco jiného. Protože mě to fakt strašně zasáhlo. Byla to hrozná bezmoc.*“

Respondentka č. 8 uvedla: „*Vzpomínám si na jednoho pána, který všechno odmítal, což chápu. Ale já jsem tam u něho strávila i dvě hodiny, když jsem se ho snažila nakrmit. Potom mi to vyzvracel, takže jsem musela všechno převlékat. Bylo mi ho jako strašně líto, jak jsem to viděla, že je mu z toho jídla fakt špatně. A musela jsem to udělat nebo by to udělal někdo jiný. Mně přišlo, jak by to těm doktorům bylo úplně jedno. A taková bezmocná jsem si tam přišla.*“

Pocity bezmocnosti spolu s pocity hněvu rovněž uvedla respondentka č. 6: „*Cítila jsem takovou bezmoc, že tomu člověku nemůžu pomoci. Zvláště, když jsme dávali jenom léky na utišení bolesti, když už byl v paliaci a měl zastavenou terapii a byl DNR, což tam měl asi každý druhý. Strašně moc bych jim chtěla pomoci a nemohla jsem vůbec nic. Jako kdybych měla velkou náruč prostě (smích) něčeho těžkého a chtěla bych jim dát trošku, ale nešlo to. A byla jsem naštvaná, že to jsou normální lidi a prostě umřou a hodně jsem si to brala na sebe. Že jsem si říkala, je to prostě mladý člověk, otec od rodiny, jo, můj otec je taky mladý a tak. Tak jsem z toho byla úplně mimo, no. To mě vždycky úplně vyřídilo. Ale spíše ta bezmoc, že jim nemůžu pomoci, že vlastně si to ani nezpůsobili sami.*“

Respondentka č. 4 uvedla, že je pro ni nejvíce náročná komunikace s rodinou: „*No, nejtěžší je to zkousnout a být silný při té komunikaci s tou rodinou, protože když pečuji o někoho, kdo umřel, tak já si vždycky vzpomenu na tu mou mamku, která umřela. A teďka musíte zatlačit ty slzy, protože člověk má prostě emoce a pokud člověk ty emoce neprojevuje a zatlačuje, tak něco je špatně. Vždycky je důležité ty emoce pustit, ale také zachovat si tu profesionalitu. Důležité je projevit ten soucit té rodině, ale zase na určité úrovni. Nemůžu tam před nimi brečet, protože mně někdy umřela mamka, protože jim teďka někdo taky umřel, takže je to náročné.*“

Podkategorie: **Pocity zoufalství a smutku**

Druhým nejčastěji udávaným pocitem byl pocit zoufalství. Respondentka č. 7: „*Vzhledem k tomu, že byl ten Covid a nesetkala jsem se s lidmi, kteří by měli jiné onemocnění, tak mi to přišlo už jako strašné zoufalství. Už jak ze strany těch lékařů, tak i těch sester, že jsme už nevěděli, co s nimi. Takže sice jsme jim dali 100 %, co jsme mohli, ale stejně to bylo málo a nepomohlo to. A vědět, že to byli mladí lidé, kteří mají doma rodiny, děti a bylo strašně těžké se s tím jako smířit a uvědomit si to a připustit si to, že se to jakože fakt děje. A děje se to tady a teď, před mýma očima.*“

Respondentka č. 2 uvedla mimo jiné také nepříjemné pocity v souvislosti s péčí o mrtvé tělo: „*V té terminální fázi je pro mě ta péče docela obtížná, hlavně ta péče o to zemřelé tělo. Jinak já už to tak neprožívám. Protože jako samozřejmě, je tam nějaký respekt, musíme se zachovávat podle nějakého systému lega artis. Nemůžeme tam před tím tělem vtipkovat nějak, ale neprožívám to tolik, jako když je člověk opravdu umírající a jestli to můžu popsat přímo. Pamatuji si paní, která už umírala na interním oddělení a ona už byla v takové fázi, že nemohla ani mluvit. Jediné co, tak ona jenom plakala. Bylo vidět, že už opravdu moc trpí bolestmi, neustále zvracela, nebylo jí dobře. A jediné, co mohla vyjádřit, tak jenom plakala. Tak to bylo takové už zoufalé a těžké, taková péče o ní. Protože nemohla nic říct, tak bylo těžké odhadnout, jak jí můžeme vlastně pomoci.*“

Respondentka č. 4 uváděla v kontextu poskytování paliativní péče pocity smutku: „*V tom hospici na té střední byla pro mě ta péče taková hloupá, jakoby pro mě i pro tu rodinu a personál. Záleží, jaké má ten personál citové vazby s tím umírajícím člověkem. Já jsem totiž hodně emočně založená a i přesto, že tam ta praxe netrvala nějak dlouho, tak prostě ty lidi poznáte. Oni vám vykládají svůj příběh a pak i já si potom říkám, proč třeba takový hodný člověk umírá. Jako nikdo nikomu nepřeje smrt, pokud je člověk normální. A potom začne člověk tak více uvažovat jakoby nejen nad tím životem, ale i smrtí toho člověka. Je to taková smutná záležitost.*“ Rovněž respondentka č. 3 udávala pocity smutku: „*Je to takové smutné. Ale asi jak kdy. Vzpomínám si ještě na jednu zkušenost na chirurgii. Měli jsme tam paní, která už byla špatná. Měla amputované obě dvě nohy a celkově šlo vidět, že už je špatná. Předtím nám povídala i o vnucích a potom už jenom plakala. Ze dne na den přestala mluvit a zhoršila se a potom umřela. To byl taky takový nejsilnější zážitek a celkově není to prostě příjemné, když to člověk vidí. Já vím, že by to člověk neměl dělat, ale když si představí na tom místě nějakého svého příbuzného nebo tak a ty pocity jsou fakt nepříjemné, smutné a není to nic dobrého, no.*“

Kategorie 4: Vyrovnávání se s nepříjemnými situacemi

Ze zjištěných výsledků jasně vyplývá, že poskytování péče pacientům v terminálním stadiu onemocnění je pro studentky velice zatěžující situace, kterou doprovázejí silné emoce. Z tohoto důvodu bylo vhodné zjistit, jak se respondentky s danými nepříjemnými emocemi vypořádávají.

Podkategorie: **Sdílení svých pocitů**

Celkově pět respondentek se shodlo v tvrzení, že nejvíce jim s danou situací pomáhá rozhovor s další osobou. To potvrzuje odpověď respondentky č. 1: „**Já většinou buď si o tom s někým promluví, nebo se to snažím si nějakým způsobem odůvodnit, proč bych se tím neměla trápit. Říkám si, že ten člověk by určitě nechtěl, aby se tím ostatní trápili a jak už jsem říkala, pro ně je to vysvobození. Takže já si to takhle odůvodním a řeknu si, že my jsme pro ně udělali, co jsme mohli. Neudělali jsme nic špatně, snažili jsme se tam s nimi být do poslední chvíle, a to se nám povedlo, takže nemám důvod, proč by mě to mělo dál trápit.**“

Toto tvrzení doplňuje respondentka č. 6 o informaci, že sdílení těchto zkušeností s úmrtím pacienta může být komplikované. Zvláště pokud rozhovor probíhá s osobou, která s úmrtím pacienta danou zkušenost či prožitek nemá. „**Buď mě to semele úplně, že nejsem schopná vůbec nic, anebo jsem z toho smutná. Ale většinou o tom mluvím třeba s přítelem a s rodinou, ale je to takové složitější. Oni mi sice řeknou, že jsem dobrá, že jsem to zvládla, ale to není to, co zrovna potřebuju slyšet. Není to to, co by mi prostě pomohlo. Oni si to nedokážou vůbec představit.**“

Respondentka č. 7 uvedla „**No, mně přijde, že to tak беру, jak to je. Nic na tom nezměním. Jako měla jsem, když mi umřel pacient, kterého jsem měla ráda a starala jsem se o něj delší dobu, tak jsem to obřečela. Na tom oddělení, v té nemocnici jsem byla v pohodě. Nevím, jestli ten adrenalin najede, kdy to člověk bere, jak to je, udělá si tu svou práci, ale potom se zavřou dveře a totálně jsem se z toho složila. Byla jsem špatná, tahala jsem si to domů, myslela jsem na to pořád, 24/7. Nebylo to, že by to zůstalo na tom oddělení, ale že to furt šlo se mnou, jako ty pocity. Pořád jsem na to musela myslet. Docela mi pomohlo, když jsem o tom mohla s někým mluvit.**“

Respondentka č. 8 souhlasila s odpověďmi předchozích respondentek a dodala, že jí také pomůže se za daného člověka pomodlit: „**Většinou se s tím svěřím někomu dalšímu, prodiskutujeme to a pomůže mi to jít dál. Takže mně stačí si s někým promluvit a třeba se za toho člověka pomodlit.**“ V neposlední řadě respondentka č. 2 uvedla, že jí pomůže, pokud si může promluvit s osobou, která se s úmrtím člověka setkala: „**Já se s tím vyrovnávám asi, že si musím s někým promluvit. Buďto s rodinou nebo se spolužáky, kteří s tím taky mají zkušenosti, takže si myslím, že to je taková ideální pomoc pro mě.**“

Zajímavou myšlenku uvedla respondentka č. 4: „**Já to vždycky proberu s těmi kolegy, je to nejlepší, protože zase tahat si to domů za přítelem a tak. Je dobré to sdílet s někým, kdo**

o tom něco ví a kdo to chápe. Protože asi těžko se budu svěřovat někomu, kdo má oba rodiče a nepohybuje se v tom, kdo v tom nepracuje a nepochopí to. Ten člověk mě sice polituje, řekne, že mu to je líto a myslí to dobře, ale prostě nemá tu zkušenost, tak já sama v sobě vím, že to nemůže myslet úplně upřímně. A ten rozhovor se prostě více nerozvine. Takže mě spíše rozptýlí, ale je důležité o tom mluvit. Ideální je to tedy s tou rodinou. Ale chybí mi určitě nějaký spolek nebo něco, kde by si o tom člověk mohl povyprávět. Taky na internetu je málo nějakých skupin, kde by si člověk mohl i postěžovat a tak a byl by to nějaký záchytný bod pro lidi, kteří už to nemají s kým řešit. Takže kdybych neměla rodinu a třeba ty vstřícné kolegy, tak by to bylo hodně těžké, protože člověk vždycky hledá nějaké to zázemí, kde se může svěřit.“

Podkategorie: **Další způsoby zvládnání nepříjemných emocí**

Většina (5) respondentek se shodla na tom, že jim pomáhá rozhovor s další osobou. Kromě tohoto způsobu vyrovnání se se smrtí člověka respondentky udávaly další způsoby. Například procházky v přírodě, četbu, poslouchání hudby, sledování filmů či sport. Respondentka č. 3 doplňuje, že jí pomáhá také profesionální odstup a nepřehrávání si dané zkušenosti stále dokola: „*Udržuju si od těch pacientů takový odstup a snažím se na to potom už nemyslet. Přijít domů a věnovat se jiným činnostem, abych to neměla před očima a nemyslela na to. Nebo se nějak odreaguji, jdu se projít, vyčistit si hlavu. Ale většinou prostě přijdu a nemyslím na to.*“ Respondentka č. 4 udala: „*Jo, tak nejhorší je, pokud Vám umře někdo přes den v té práci a člověk to potom v sobě celý den dusí. Takže když přijdu domů, pustím si nějaký veselý film nebo s někým se někam projít, pustit si hudbu, sport, běh, cokoli a určitě nebýt sám a snažit se rozptýlit. Dobré je také o tom prostě mluvit, třeba s kolegy v práci. Takže podle mě je lepší to ze sebe pustit a mluvit o tom. A potom to změnit a dělat úplně něco jiného, kde na to nebudu myslet. Hlavně jak říkám, neutápět se v tom.*“

Také respondentka č. 5 uvedla metody, které jí pomáhají se se smrtí vyrovnat, i když uvedla, že smrt v ní nevyvolává příliš negativní pocity: „*Takže pro mě to není těžké se potom doma odreagovat. Pustím si nějaký film, nějaké dobré písničky, přečtu knížku. S někým si popovídám, nejlépe se zdravotníkem, aby na to měl jiný pohled. Jinak já jsem fakt ráda sama, takže si udělám takový svůj čas sama pro sebe. Pro mě to není tak těžké jako pro někoho, kdo se v tom neorientuje nebo ho ta paliativní péče nebaví nebo že to nechápe.*“

Podkategorie: **Supervize**

Všechny respondentky uvedly, že součástí každé souvislé praxe jsou také skupinové supervize, které jsou povinné. Respondentka č. 7: *„Jo, měli jsme i teďka v rámci školy supervizi někdy minulý týden. Takže tam jsme to řešili, tam jsem to i se sebe vypustila, kde jsem řekla, jak to na mě působilo. Protože do té doby já jsem to samozřejmě řešila s kamarády, s rodinou a svěřovala jsem se tak lidem kolem mě. Ale nikdy jsem jakože neměla potřebu to řešit nějak více, s nějakým odborníkem. Že jsme si tak řekli Dobré, stalo se to. A až na té supervizi jsem to řekla tak nějak před tou celou třídou a učitelkou. Jakože to bylo špatné, že mě to i tížilo a takhle.“*

S tím souhlasí také vyjádření respondentky č. 1: *„Supervize máme po každé praxi. Ty jsou povinné, takže já vlastně teďka končím tu druhou praxi, tak tu druhou budeme teprve mít, ale tu první, tam jsme vlastně taky sdíleli tyhle zkušenosti a bylo to taky tak v přátelském duchu, což si myslím, že bylo fajn.“*

Tento model skupinové supervize příliš nevyhovoval respondentce č. 6. Preferovala spíše individuální supervizi: *„My máme po těch praxích supervize povinné. Kde jsme to tam mohli řešit. Ale dělali jsme to tam po skupinkách, že nás tam bylo asi 10 a bylo to takové před těmi spolužáky, takové, nevím. Jako měli jsme možnost využít jakoby toho učitele k soukromé supervizi. Právě jak na jaře byla ta další vlna a byla jsem na té JIPce, kde to bylo fakt špatné, tak jsem právě napsala té naší supervizorce. Tak jsem jí napsala, protože ona věděla, že tam pracuju, tak mi říkala, že mám za ní přijít. Tak jsme to probíraly, a to mi dost pomohlo. Byla na ní vidět, že mi vážně chce pomoci, že to nebyla jenom nějaká taková fráze. A bylo to super, takže kdybych měla zase něco, tak za ní zase půjdu. Takže ta možnost tam určitě je.“*

Respondentka č. 4: *„Supervize jsme vždycky měli po praxích, ale potom jak byl Covid, tak už nebyly, takže jsme měli jenom dvě nebo tři. A tam se to nějak rozebíralo, takže člověk měl tu možnost říct, co mu vadilo, s čím takovým nejtěžším se na té praxi setkal. Takže vím, že někteří tam zmiňovali to úmrtí nebo nějakou resuscitaci a takový zážitky, které v nich zanechaly nějakou stopu. Takže tam byla ta možnost se o ten zážitek podělit, takže ta supervize k něčemu byla.“*

Podobné pocity udala také respondentka č. 3: *„Jo, ve škole máme ty supervize umožněné. Kdyby byl nějaký problém, tak jsme se na ně mohli obrátit. I když mně ze začátku ty supervize byly docela nepříjemné. Za prvé nejsem úplně typ, co by se moc svěřoval před*

tolika lidmi, a bylo to takové nepříjemné. Pořád se ptají na nějaký zážitek. Já jsem ty praxe ze začátku nějaké zajímavé neměla, tak jsem jim tam neměla moc co říkat a pořád po mně něco chtěli (smích). Asi bych si ji vyhledala, kdybych nějaké problém měla, ale jinak mi to přišlo docela zbytečné.“

Zajímavou odpověď uvedla respondentka č. 5, která popsala supervize probíhající v hospici, kde působila jako dobrovolník: *„No, kdybych to vzala ještě z toho pohledu dobrovolníka, jestli můžu. Tak tam bylo úplně super, že my jsme tam mívali i supervize. A ty supervize byly dejme tomu jednou za pět měsíců. Takže jsme tam vždycky všichni dobrovolníci, co jsme tam byli, jsme chodili na ty supervize v tom hospici. Vedl to právě, že takový skvělý pán, já už nevím, co přesně měl za vzdělání a my jsme tam vždycky všichni řekli ty své pocity. A jak jsme to vnímali a co jsme tam s těmi klienty zažili. Takže to pro mě bylo i hodně obohacující, když jsem slyšela i ty ostatní, jak o tom mluví, protože většina byli spíše starší. Já jsem si tam připadala, jakože jsem moc mladá, že tady nemám co dělat. Že tam fakt většina těch dobrovolníků byli dospělí lidé, fakt přes 40 let. A já jsem tam byla taková 19letá (smích) holčička a jako to pro mě taky hodně znamenalo, jak to vnímali ti starší. Takže fakt to sdílení těch pocitů s těma ostatníma. Byla tam u toho i ta vrchní z toho hospice. Bylo to fakt super si o tom tak popovídat. A když jsme měli tu povinnou praxi v Olomouci, takže potom byla vždycky ta supervize, a to bylo super. Na to vždycky ráda vzpomínám. Víím, že to bylo vždycky takové příjemné si o tom promluvit a slyšet jaké zážitky mají i ostatní spolužačky. Co nám na to jako řekla i ta učitelka. Že nám i v některých těch situacích pomohla. Holky z toho byly třeba překvapené, nevěděly, co si mají počít. Takže nám to i tak vysvětlila, tak to bylo super.“*

Kategorie 5: Vnímání smrti a umírání

Názor na samotnou smrt je jedním z faktorů, který ve studentech vytváří pozitivní či negativní postoj k poskytování paliativní péče. Z tohoto důvodu bylo vhodné zjistit vlastní názory také u zúčastněných respondentek. Například respondentka č. 6 udala nepříjemné pocity v kontextu vlastní smrtelnosti: *„Já jsem se snažila nad tím právě, že vůbec nepřemýšlet, když jsem se s tím setkávala tak často. Ale teďka jsem nad tím taky nedávno přemýšlela. Jestli jako když umřu, jestli budu dobrá nebo špatná (smích). No, já nevím, asi prostě záleží na těch podmínkách. Když jsem tam viděla, že ti lidé tam přijdou po svých s lehkou dušností a potom, když to tak plně řeknu, ale odjíždí v pytli. Takže jak jsem je tam tak viděla, tak jsem si říkala, že se toho nechci jednou dožít nebo nechci, aby mě jednou moje děti*

tak viděly. Jako napojenou na přístrojích a vyvrácené oči a nevnímat, nejíst, nepít, jenom takhle přežívat. To bych nechtěla zažít. Nebo aby to někdo z mých blízkých viděl, protože to není pěkný pohled a hlavně pro tu rodinu to musí být těžký.“

Podkategorie: **Přirozenost**

Polovina respondentek (4) uvedla, že vnímají smrt jako přirozenou součást života, která tady byla, je a bude. Studentky rovněž kladly důraz na skutečnost, že by člověk neměl umírat v osamělosti. To vyplývá z odpovědi respondentky č. 8: „**Podle mě je to přirozené, ale měli bychom dbát na to, aby to bylo důstojné pro toho člověka a aby byl mezi svýma. Měli bychom tomu člověku na konci jeho života oplatit tu službu, kterou dělal celý život on nám. A ne, že bude v nemocnici, kde bude sám, kde se o něho budou starat cizí, když umírá, ale že bude doma. Myslím si, že každý člověk by měl umřít mezi svými blízkými, pokud je to možné, aby se o něho postarali. Je to smutné, ale myslím si, že pokud uděláme všechno pro to, aby ten člověk odcházel důstojně a bezbolestně, tak je to potom úspěch.**“

Respondentka č. 1 udala stejnou myšlenku: „**Já si myslím, že je to prostě taková přirozenost a když už člověk prostě fakt nemůže, tak mu to spíš už fakt přeju tu smrt. Když si třeba představím, že bych já třeba měla mozek úplně v pořádku, ale že bych se nemohla vůbec pohnout a jenom bych celé roky koukala do zdi a lidi by se kolem mě starali, já bych si už taky přála umřít. Já kolikrát slyším právě jako ti lidi, které jsem měla na těch sociálních lůžkách, že to je něco jako domov důchodců. Tak oni všichni jak už chtějí umřít, že nechcují otravovat i takhle. Na jednu stranu já jsem jim říkala, ať neblázní, že stále mají, pro co žít, mají vnoučata a tak, ale na druhou stranu, já se jim ani nedivím.**“

Respondentka č. 7: „**Tak myslím si, že je to přirozená věc, že to čeká každého. Nedá se tomu nějak zabránit, ale zároveň to je smutné prostě. A myslím, že to je těžké i pro ty zdravotníky, kteří v tom žijí a setkávají se s tím. Člověk se s tím jenom tak nevyrovná, podle mě člověk potřebuje čas, aby si na to zvykl. I když na tohle se asi nějak zvyknout nedá. Ale musí k tomu přistupovat, že to tak je.**“

Respondentka č. 2: „**Tak já to považuji za přirozenou součást lidského života. Každý musíme jednou odejít, takže třeba já osobně ze smrti nějaký strach nemám, musím říct. Jak říkám, myslím, že je to přirozené a nevyhnutelné pro každého.**“

Respondentka č. 5 také uvedla svůj názor na eutanázii: „**Myslím si, že smrt a umírání by se měla více normalizovat, nejen v široké veřejnosti, ale také mezi zdravotníky. Protože**

mi přijde, že je to pořád takové téma hodně tabu. Nemluví se o tom, je to něco, až bych řekla, špatného. Přitom je to naprostá přirozenost. Ti lidi to neberou dobře a právě proto, že se o tom nemluví, tak z toho pramení také ta eutanázie. Já vím, že jsem mladá a že nemám asi tolik zkušeností, abych se k tomu mohla oprávněně vyjádřit. Ale já to vnímám tak, že eutanázie je špatná a nemělo by se to dělat a jsem proti eutanázii. Právě bych si přála, aby se dával větší důraz na tu paliativní péči. Aby ti lidé nesahali tak rychle k té možnosti té eutanázie, i ty sestry. Já jsem to právě zjišťovala i v té mé bakalářce. Jako hodně těch sester jakože chtělo tu eutanázii, že nad tím ani nepřemýšlely. Já jsem se ptala třeba i mých kolegyň na té kardiologii a ty také říkaly, že by byly pro tu eutanázii. No, mrzí mě ty jejich postoje, že to tak mají. Že nedají více šanci té paliativní péči.“

Respondentka č. 4 také vnímaly smrt jako přirozenou součást života, nicméně rovněž jako respondentka č. 5 zmiňuje své postřehy ohledně eutanázie. Její názor je přitom naprosto odlišný: „*Smrt je tady odjakživa, je to potřeba, bohužel. Ale lidé umírají a rodí se, takže je to nějaký určitý koloběh života a určitě není dobré tady ty lidi udržovat při životě, pokud oni nechtějí. Takže určitě jsem třeba pro eutanázii, pokud to ten člověk vyžaduje a je schopen si sám o tom rozhodnout a pokud to chce, tak jsem pro. Je to jeho rozhodnutí, jeho život, takže si myslím, že u nás by to mělo být. Ano, je to tady, málo se o tom mluví, mělo by se o tom mluvit více. Pro všechny je to tabu, dříve to byla nějaká přirozenost, než je to teďka. Protože ta medicína se tak rozmohla, že si všichni myslí, že se všechno dá vyléčit, ale ono to tak prostě není. A tím, že se o tom nemluví, je potom těžké to přijmout, že to jednou přijde. Já osobně pokud bych se zítra dozvěděla, že mám rakovinu, tak nevím, co bych dělala. Asi by mi dlouho trvalo, než bych se s tím nějak smířila, a možná bych se ani do konce života s tím nesmířila, že umírám. Člověk na smrt není připravený nikdy.“*

Podkategorie: **Nespravedlnost**

Respondentky č. 1 a 3 vnímaly smrt jako určitou míru nespravedlnosti. Respondentka č. 1 se vyjádřila takto: „*Přijde mi to hrozně nefér, když, třeba teď na té chirurgii, tam je 90 % lidí s rakovinou. Takže mi přijde nefér, když tam je třeba nějaký 40letý člověk a prostě ta rakovina se nedá už operovat. Tím pádem zemře, což mi jako přijde hodně nespravedlivé. Proč třeba museli umřít tak brzo.“*

Respondentka č. 3: „*Když toho pacienta vidím jednou, tak jak říkám, není to prostě příjemné, ale nevadí mi to, zvládám to. Ale třeba když jste s tím pacientem nějak více v kontaktu, leží tam už delší dobu, povídá si s námi a najednou vidíme, jak se ten člověk mění.*

Jak upadá do toho horšího stavu a ta smrt se už blíží, tak člověk potom nad tím přemýšlí, proč zrovna on. Není to úplně fér. Snažím se s tím nějak vyrovnávat, no. Někdy je ta smrt taková nespravedlivá.“

Kategorie 6: Názory na paliativní a hospicovou péči

Důležitou součástí výzkumné práce bylo zjistit také jednotlivé názory respondentek na paliativní péči a jejich přístup k ní. Názory studentek byly značně podobné. Paliativní péči vnímaly jako velice záslužnou a důležitou součást ošetrovatelské praxe. Například respondentka č. 8 uvedla: *„Pro mě je to hodně důležité a myslím si, že je to hodně záslužná práce, jak pomáhají těm lidem důstojně odcházet. Je to taková pomoc tomu člověku, aby moc netrpěl a odešel hezky z toho světa.“*

V této části dále studentky popisují, jak chápou jednotlivé termíny. Respondentka č. 2 uvádí: *„Takže já osobně tu paliativní péči beru jako takový nadřazený termín té hospicové péči. Že paliativní péče je péče zaměřená o toho nevléčitelně nemocného člověka v té terminální fázi jeho onemocnění, ale nemusí to být jenom v té čistě terminální fázi. Vím, že to zahrnuje i například péči o nevléčitelně nemocné děti, které například mají, nevím, mozkovou obrnu. Je to prostě dlouhodobá péče o toho nevléčitelně nemocného. A ta hospicová péče to já už opravdu beru jako takovou tu odnož paliativní péče, která se zabývá těmi nemocnými už v tom terminálním stadiu.“*

Obdobný názor má respondentka č. 7: *„Paliativní péče pro mě znamená, že je to péče o umírající lidi nebo kteří jsou už v terminálním stadiu. Už ví, že se ten jejich zdravotní čas jinak nezlepší a že prostě už v tom zařízení zemřou. I ta rodina je s tím tak trochu smířená, pokud to není nějaký akutní stav, který by se z ničeho nic zhoršil.“*

Další respondentka č. 1 sdělila: *„Takže paliativní péči beru jako péči o toho člověka v tom terminálním stadiu, kdy se staráme hlavně o to, aby byl bez bolesti, aby mohl v klidu a důstojně umřít. Že už se jakože nesnažíme vyléčit to onemocnění, když se to už nedá, ale nějakým způsobem aspoň ovlivnit ty příznaky.“*

Respondentka č. 3 uvedla: *„No tak paliativní péče, to je především jakoby pro pacienty, kteří to doma nezvládají. Jsou už na tom konci života hodně už nemocní a takhle. A rodiny to už taky nezvládají se o ně postarat. Tak si to tak nějak spojuju.“*

Respondentka č. 4 doplňuje, že paliativní péče by měla být realizována primárně v domácím prostředí nebo v hospicích. Dle její odpovědi v nemocničních zařízeních není

paliativní péče natolik kvalitní. „*Tak paliativní a hospicová péče spolu úzce souvisí, není to to stejné. Protože paliativní péče, tam se snaží přejít od té léčby ke zlepšení kvality života toho umírajícího a může se poskytovat také v tom hospici. V hospici ta paliativní péče může být více kvalitní než v nemocnici, protože i v nemocnici se může poskytovat paliativní péče. Jenom nemocnice je omezena určitě tím řádem a tím standardem, takže tam je třeba omezena ta návštěvnost těch umírajících. Nemůže se tam udělat to prostředí jako doma. V té nemocnici nemůžou být žádné kytičky ani obrázky, takže si ti pacienti ten pokoj nepřizpůsobí, jak jsou zvyklí. Kdyžtak v tom hospici ten pokoj ten člověk může mít tak, jaké to měl doma. Ale nejlepší je tu paliativní péči poskytovat přímo doma, si myslím. Odprovodit ty lidi v té nejlepší míře v tom domácím prostředí, protože i to má vliv na psychiku a to zdraví.*“

Respondentka č. 5 řekla, že paliativní péče je pro ni dosti důležitá a zajímavá oblast. Chtěla by s touto problematikou seznámit také širokou veřejnost. Z těchto důvodů by se v budoucnu chtěla právě touto problematikou více zabírat.

Podkategorie: **Nenahraditelnost**

I přes některé rozdílné odpovědi a názory respondentek se všechny zúčastněné respondentky shodly ve velice pozitivním vnímání paliativní péče. Uváděly, že by tato oblast ošetrovatelské péče měla být více podporována. Respondentka č. 7: „*Jo, myslím, že určitě, jak pro ty pacienty, tak i pro ty příbuzné. Že ví, že je o ně dobře postaráno, že i v těch posledních dnech mají dobrou tu péči. Že se na ně nikdo nevykašle, když to tak řeknu, a zároveň, že mohou mít kontakt s tou rodinou a umožnit jim splnění těch posledních přání, co jde.*“

Respondentka č. 2: „*No určitě, zvlášť v dnešní době, kdy nám stárne populace, tak je to významné a bude možná ještě více, si myslím, protože těch umírajících bude neustále přibývat. Hlavně těch nevyléčitelně nemocných, protože jak už jsem říkala, stárne nám populace, to znamená, že i těch populačních chorob bude stále narůstat. Hlavně i těch onkologických onemocnění. No, takže určitě to má význam a bude to mít stále vyšší význam.*“

Respondentka č. 6: „*Myslím si, že určitě. Protože když je ten člověk v té paliaci, tak se nemůže o sebe postarat a má to smysl. Myslím si, že se to až tak neřeší, nebo tomu není věnována taková pozornost. Třeba ani veřejnost neví, co to je, jak to funguje. Což mi přijde jako škoda, protože mi to přijde jako velmi důležitá část toho života. A strašně se to opomíjí, aspoň pro mě to smysl má. Protože i když jsem vždycky přišla domů, tak i když jsem byla*

unavená, tak jsem z toho byla smutná. Ale řekla jsem si, že jsme pro něho udělali to nejlepší a odešel v klidu. Má to trápení za sebou a starali jsme se tam o něho pěkně.“

Respondentka č. 4: *„Určitě, nemůžeme všechno nechat jenom na těch rodinných příslušnících, takže je fajn, že to tady je. Ale pořád je to tu prostě málo. Má to smysl těm rodinám, které nejsou úplné, kde je třeba jenom jedna pečující osoba o toho umírajícího. Může to právě ulehčit tomu rodinnému příslušníku, který chce a musí chodit do práce a chce se taky starat o toho člověka. Takže ty agentury tomu můžou hodně ulehčit nejen těm umírajícím, ale i těm, kteří o ně pečují. A právě proto tu ta paliativní péče má být a je důležitá.“*

Respondentka č. 5: *„Určitě je důležitá, na sto procent, na tisíc procent (smích). Myslím si, že je to jedno z odvětví ošetřovatelství, které by se mělo více rozvíjet a více se o tom mluvit a více to rozšiřovat mezi laickou veřejnost.“*

Respondentka č. 1: *„Já si myslím, že určitě by měla být podporována, protože nikdo nechce být v bolestech a každý by chtěl odejít nějak důstojně. Taky na druhou stranu si tak říkám, že vlastně my pro toho pacienta, pro toho člověka, který ještě vnímá, tak to musí být najednou hrozný šok, když se dozví, že jde do toho hospicu, a ví, co to znamená. Že prostě ví, že z hospicu se nepropouští, tak prostě už ví, že je to ten konec. A to taky může mít velký nápor na tu psychiku, když prostě ví, že dál to nikam už nevede.“*

Respondentka č. 3 uvedla, že pro ni osobně paliativní péče není úplně stěžejní, ale smysl určitě má.

Podkategorie: Mezery v paliativní péči

Respondentky také vnímaly určité mezery v poskytování paliativní péče. Studentky si cenily, že u pacientů byly adekvátně mírněny nežádoucí účinky onkologických onemocnění. Nicméně poznamenaly, že další oblasti potřeb pacientů nejsou vhodně uspokojovány. Respondentka č. 1: *„Myslím si, že nejvíce se soustředí na fyzické potřeby, hlavně na tu bolest. Zatím, co jsem kde byla, tak třeba na té JIPce, tam oni většinou byli v bezvědomí. Ono sice, kdo ví, jestli nás vnímají, tak možná by se to dalo i nějak udělat, že bychom zkusili jim něco povídat nebo i nějaká ta bazální stimulace. Ale bohužel to se mi zdálo, že se tam moc nedělo. Hlavně ono zase je covidová doba, takže i ty návštěvy byly zakázané, takže se ani moc nechodilo. A vím, že tam chodila jedna dobrovolnice, která si s těmi lidmi občas povídala, i když teda nemohli odpovídat a tak. Třeba na té chirurgii,*

ono je to problém, že oni tam na to nejsou zvyklí. Že většinou když ten člověk umírá a tak, spíš ho pošlou do hospice nebo někde, kde se o ně starají. To si myslím, že tam by i dostali nějakou tu psychologickou podporu, ale tady na tomhle oddělení jsem se s tím moc nesečkala.“

Respondentka č. 7: *„Myslím si, že nejvíce jsou uspokojovány ty fyziologické potřeby, ale také je důležité uspokojovat ty společenské a ty duchovní. Aby také byli více s tou rodinou, aby odešli z toho světa a věděli, že mají všechno vyřízené. Takže se zaměřit i na tu společenskou a duchovní sféru.“*

Respondentka č. 6: *„No myslím si, že by se mělo více dbát na tu sociální a spirituální stránku. Ty biologické potřeby jsou většinou zajištěné. Ale to, že tam jsou sami a že ta jejich rodina tam za nimi nechodí a asi cítí, že se to už blíží, nebo že to třeba je už horší, tak právě by měli mít možnost mít nějaké lidi, kteří by těm lidem dodávali nějakou tu podporu. Zase od toho jsme tam byli my, ale když máte x umírajících pacientů, tak se člověk nemůže zase rozkrojit a dávat tu podporu všem, a hlavně to psychicky vyčerpává.“*

Respondentka č. 4 uvedla nedostatečnou podporu příbuzných zemřelého pacienta: *„Ta paliativní péče by se měla nejlépe zaměřovat na všechny stejně. Ale záleží od zařízení, od personálu. Někomu jde lépe se zaměřit třeba na tu psychickou stránku. Proto by tam měla být péče multidisciplinárního týmu. Ale stejně si myslím, že se nejvíce zaměřuje na tu biologickou stránku věci a až potom na tu psychologickou a na tu spirituální se někdy úplně zapomíná. Ale ta sociální stránka v rámci těch hospiců, si myslím, je na tom dobře. Myslím, že se zapomíná, nebo nesečkala jsem se s tím, když někdo umírá doma a stará se o něho jenom jeden člen rodiny, tak co bude s tím, co tady zůstane. Že by se mu snažili vytvořit nějakou sociální síť nebo něco takového.“*

4 DISKUZE

Zkušenosti studentů ošetrovatelství v paliativní péči jsou jedním z prediktorů pozitivnějšího přístupu nejen k poskytování adekvátní paliativní péče, ale přispívají také k tématu smrti a umírání v obecné rovině. Tyto zkušenosti rovněž boří tolik tabuizovanou problematiku. Studenti s předchozí zkušeností vykazují kromě pozitivnějšího přístupu k paliativní péči také větší zájem pečovat o umírající pacienty (Jeong et al., 2020).

Pro všechny respondenty byla nejnáročnější komunikace s umírajícím pacientem a jeho rodinou. Jedná se o zkušenost, při které studenti ošetrovatelství pociťují určitou míru diskomfortu. Komunikační dovednosti v paliativní péči jsou přitom obdobné jiným profesionálním postupům, které vyžadují intenzivní vzdělávání a praxi. Jejich cílem je adekvátní paliativní péče. Respondentky v tomto výzkumu pociťují nepřipravenost, a to při komunikaci nejen s umírajícím pacientem, ale také s jeho rodinou. Obzvláště důležitou a náročnou komunikační dovedností v paliativní péči je schopnost „sdělovat špatné zprávy“ pacientům a jejich rodinám. V ošetrovatelské péči existuje obecná potřeba specializovaných komunikačních dovedností, které však nabývají zvláštního významu ve zvláště obtížných situacích, jako jsou právě kontakty s pacienty s život limitujícími nemocemi a pacienty v paliativní péči (Blake a Blake, 2019; Smith et al., 2018). Dobrá komunikace je klíčem k zachování důstojnosti umírajícího člověka. Komunikace je obecně ve větší či menší míře přítomna ve všech interakcích. Tvoří neviditelné, avšak trvalé spojení mezi sestrou, pacientem a jeho rodinou. Navíc empatické komunikační dovednosti nutně vyžadují aktivní naslouchání, které všeobecné sestře pomůže při zkoumání pacientova vnímání nemoci. Aby mohla efektivní péče, která je zaměřená na individuálního člověka, začít, pokračovat a dosáhnout úspěchu, měli by mít sestra a pacient dobrý mezilidský vztah. To ovšem vyžaduje od budoucích sester osvojit si schopnost ocenit sebe sama, podporovat morální integritu, schopnost sebereflexe a znát hodnoty druhých (Rønning a Bjørkly, 2019). Aby všeobecné sestry dosáhly kompetence sdělování špatných zpráv, musí si vytvořit postupy, které plně reagují na tento typ intervence. Role sester při oznamování špatných zpráv je z velké části nedocenená a podceňovaná. V tomto ohledu přitom hrají důležitou roli, například tím, že poskytují informace a pomáhají pacientům se lépe připravit na špatné zprávy, přijmout je, pochopit a vyrovnat se s nimi. První zkušenost s oznámením špatných zpráv může být pro studenty a začínající sestry děsivou vyhlídkou. Mohou cítit vinu nebo pocit selhání, i když vědí, že je toto hodnocení založeno pouze na jejich vlastním nerealistickém očekávání.

Data ukazují, že studenti pregraduálního ošetrovatelství nejsou dostatečně připraveni poskytovat paliativní péči (Kirkpatrick et al., 2017). K vyřešení tohoto známého nedostatku je tedy potřeba prozkoumat úroveň vzdělávání a jeho dopad na nově vystudované sestry. Vzdělávání v paliativní péči by mělo být zaměřeno na dva klíčové prvky, a to na samostatné vzdělávání a učení založené na problémech. Oba mohou přinést absolventům jasné výhody především zlepšením kritického myšlení, schopnosti řešení problémů a komunikace na multiprofesní úrovni. Pokud jsou všeobecné sestry špatně vyškoleny, mohou se během klinické praxe potýkat s mnoha problémy. Často se od nich očekává, že porozumí potřebám pacienta a rodinných příslušníků. Bývá také předpokládáno, že budou poskytovat další informace poté, co pacient promluví s lékařem. Jejich odpovědi tak mají podporovat komunikaci mezi všemi stranami (Smith et al., 2018).

Několik publikací zdůrazňuje důležitost znalostí komunikačních technik při předávání špatných zpráv pacientům s život omezujícím onemocněním a jejich rodinným příslušníkům (Bousquet et al., 2015; Bumb et al., 2017). Navzdory dostupným důkazům se mnoho budoucích sester cítí nedostatečně vyškoleny k tomu, aby ve své praxi sdělovaly pacientům a rodinám špatné zprávy. V ošetrovatelském vzdělávání se ukázalo, že trénink komunikačních dovedností pomocí simulací je během následné komunikace s pacienty a rodinami v reálné praxi důležitější než pouhá výuka terapeutických technik vedoucí ke zvýšení sebevědomí mezi studenty ošetrovatelství (Blake a Blake, 2019). Navzdory tomu existuje jen málo studií týkajících se učebních cvičení pro studenty ošetrovatelství referujících o tom, jak oznamovat špatné zprávy. Trénink s pomocí dobře vyvinutých technik je přitom zásadní pro dosažení kompetence jednat vhodným způsobem v tak náročnou situaci (Erawati, 2017). Studie Yaqoob, Nasaif a Kadhom (2018) odhalila, že studenti, kteří absolvovali vzdělávání v oblasti paliativní péče, měli pozitivní postoje. Proto je velmi důležité zavést samostatný vzdělávací modul týkající se péče na konci života již v rané fázi vysokoškolského studia. Je dále doporučováno, aby studenti z nižších ročníků bakalářského studia byli do tohoto modulu začleněni právě proto, aby přehodnotili postoje a úroveň připravenosti na péči o osoby na konci života.

Studentky v tomto výzkumu poukazují na nedostatečnou teoretickou znalost v paliativní péči. S tím souhlasí také Shelly et al. (2013), kteří zkoumali názory všeobecných sester. Bylo zjištěno, že více než polovina ($n = 369$) účastníků měla nepřesné znalosti o filozofii paliativní péče. Dále také vyšlo najevo, že úroveň znalostí byla vyšší u sester, které pracovaly na pracovištích, jako je onkologické oddělení, kde se nachází více pacientů potřebujících paliativní péči. V literatuře se uvádí, že další překážkou v poskytování služeb

paliativní péče je skutečnost, že paliativní péče není dostatečně pokryta v kurikulu vzdělávacího programu všeobecné sestry. V systematickém výzkumu, který se věnoval tématu paliativní péče v kurikulu vzdělávacích programů ošetřovatelství, bylo zjištěno, že toto téma je zahrnuto do osnov vzdělávání sester v zemích, jako jsou USA, Austrálie a Kanada. Tyto země dosahují vysokých standardů, pokud jde o obecný zdravotní systém, mají vysoký rozpočet na výdaje na zdravotnictví a kladou důraz na humanitární rozvoj. V zemích s chudými zdroji je naopak pozorováno, že na koncept paliativní péče se v kurikulech ošetřovatelského vzdělávání neklade velký význam (Bassah et al., 2014).

Náboženství může rovněž do jisté míry ovlivnit přístup studentů k paliativní péči. Z výsledků této studie však nevzniká přímý důkaz, ze kterého by toto tvrzení bylo zřejmé. Věřící studentky tohoto výzkumu nahlíží na smrt a umírání jako na začátek něčeho nového. Nevnímají smrt jako konec všeho, což jim značně pomáhá se s úmrtím pacienta a vzniklou ztrátou vyrovnat lépe než jejich nevěřící kolegyně. Studentky se rovněž shodly, že se na duchovní nebo spirituální potřeby pacientů v paliativní péči v klinické praxi neklade důraz. Balboni et al. (2017) udávají, že spiritualita je klíčovým tématem v poskytování paliativní péče a poukazují na důležitost integrace tohoto obsahu do vysokoškolských osnov. Dále doporučují posílit koncept spirituality, včetně hledání smyslu, spojení, transcendence, hodnot a přesvědčení. Zlepšení porozumění duchovním potřebám a vůli umírajících pacientů umožňuje studentům úspěšnější mírnění psychického utrpení těchto pacientů. Balboni et al. (2017) také navrhuje, aby všichni členové zdravotnického týmu pracovali na duchovní péči a sebereflexi, a to právě pro zlepšení kvality paliativní péče.

Duchovní otázky a zachování důstojnosti jsou v literatuře osvětlovány jako nástroje ke zlepšení kvality života pacienta (Jim et al., 2015). S tím se ztotožňují také studentky autorčina výzkumu. Ty uvádějí, že zachování důstojnosti umírajícího pacienta je pro ně jedna z nejdůležitějších částí paliativní péče. Podobně jako v jiných studiích se studenti domnívali, že jejich příprava je omezená a je nezbytné rozšířit znalosti také právě v oblasti spirituality, tak aby bylo možné dosahovat lepších výsledků v této oblasti péče (Dimoula et al., 2018). Dalším zásadním tématem je setkání studentů se smrtí. Zjištění zde je v souladu s výsledky Gillan et al. (2014) a Hensch et al. (2017), kteří odhalili teoretické mezery ve vzdělávání, zejména pak v konfrontaci s koncem života. Také respondenti průzkumu realizovaného v rámci této práce udávají, že přímá konfrontace se smrtí je pro ně velmi emočně náročná. Nejnáročnější pro ně přitom byla zkušenost s prvním úmrtím. Řada studentek pocítovala šok, únavu, smutek či hněv. Studentky popisují zvláštní pocity vyvolané situací, kdy najednou

člověk, kterému poskytovaly péči, není. Ovšem dále také uvádějí, že s odstupem času si na tuto realitu zvykly. Existují vzdělávací strategie zaměřené na studenty medicíny, které se prokázaly jako úspěšné při vyrovnávání se se smrtí pacienta a snižování úzkosti. V práci dotazovaným respondentkám nejvíce pomáhalo sdílení vlastních pocitů a emocí s druhou osobou a odvedení pozornosti jinam, a to například prostřednictvím sportovní aktivity, četby, poslechem hudby, sledováním filmů, pohybem v přírodě. Respondentky také potvrzují důležitost supervizí. Některé inovativní strategie zahrnují klinické simulace, videa, případové studie, osobní a skupinovou reflexi (Gillan et al., 2013; Laranjeira, Afonso a Querido, 2021). Tato zkušenost umožnila studentům zamyslet se nad otázkami, které přesahují profesionální aspekt, a dosáhnout tak jistého osobního rozvoje. Dalším problémem bylo zvládání osobních emocí při přímém setkání se smrtí. Respondentky uvedly, že zachování si profesionality a neutrality je pro ně značně obtížné, zvláště náročné je to pak v situacích, kdy se studenti se zemřelým pacientem sblížili nebo když jim připomínal někoho z příbuzných. Z výsledků bylo patrné, že žádné studentce téma smrti nebylo lhostejné a hlubší přemýšlení nad touto problematikou mohlo být pro některé studentky nepříjemné. Nejčastěji respondentky popisovaly pocity bezmoci a nespravedlnosti. Jiné strategie pak zahrnují stimulaci vztahových dovedností prostřednictvím diskusí o obtížných etických otázkách, vyprávění příběhů a dobrovolnictví, výcvik verbální a neverbální komunikace s pacientem, nikoli pouhé zaměření se na lékařské diagnózy. Důležitý je strukturovaný přístup k výuce všeobecných sester s cílem zlepšit komunikační dovednosti a podpořit citlivý proces umírání (Dimoula et al., 2019).

Limitace předloženého zkoumání

Za limitaci se dá považovat úzká skupina respondentů. Tedy studentky jedné vysoké školy. Vzhledem k menšímu počtu zúčastněných studentek je možné, že v případě oslovení jiných nebo dalších respondentek by se objevily nové prvky, které v této práci nebyly zachyceny. Je proto důležité zdůraznit, že výsledky této práce nelze zobecňovat a uplatnit na všechny studenty tohoto oboru v České republice. Další limitací práce byl způsob výběru respondentek. Jelikož se do výzkumné části práce přihlásily studentky, které projevíly vlastní zájem a iniciativu v dané problematice nad rámec jejich studia, jejich zkušenosti a znalosti se mohou lišit od respondentů, kteří o tuto problematiku zájem nemají. Důležité je také zmínit skutečnost, že studentky o probíhajícím rozhovoru byly informovány s předstihem, a tak si mohly některé informace nastudovat dopředu. Faktorem, který taktéž mohl ovlivnit získaná data, bylo aktuální rozpoložení studentek (např. nálada). Další limitací je bezpochyby absence

výzkumné studie z českého prostředí. To podporuje skutečnost, že je zapotřebí dalšího zkoumání zkušeností studentů oboru vzdělávajícího budoucí všeobecné sestry v oblasti paliativní péče v České republice. Tvorba teoretické části a Diskuze sestávala pouze z výzkumných studií realizovaných v různých zemích po celém světě. Výsledky tedy mohou být ovlivněny společensko-ekonomickými podmínkami. Výzkumné studie by rovněž mohly zařadit větší výzkumný vzorek pro lepší porovnání výsledků. V tomto výzkumu se podařilo identifikovat témata, která se v odborné literatuře příliš neobjevují (např. vliv supervize na zvládání negativních pocitů v kontextu paliativní péče). V Diskuzi jsou zmíněna doporučení pro praxi, která ovšem nejsou uvedena jako samostatný soubor.

Metodika a výsledky literární rešerše

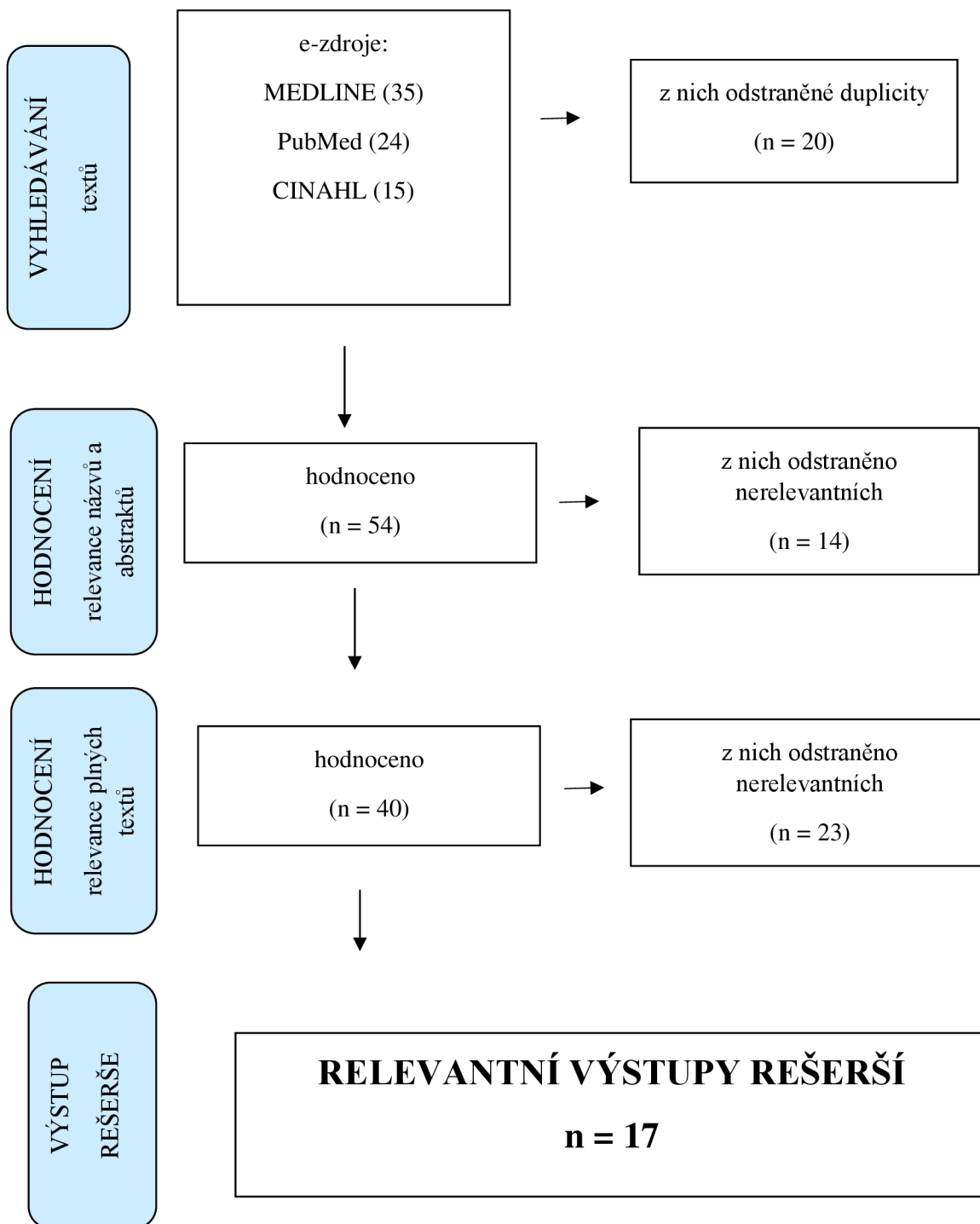
Za účelem porovnání výsledků v Diskuzi byla formulována cílená rešeršní otázka: Jaké jsou zkušenosti studentů oboru Všeobecná sestra v paliativní péči. K vyhledávání byly použity následující komponenty. P = participant = účastník výzkumu = student oboru všeobecná sestra, PI = phenomenon of interest = zkoumaný jev = zkušenost, Co = context = kontext = paliativní péče. Klíčová slova byla přeložena do anglického jazyka a rozšířena o synonyma. Období publikací bylo stanoveno od roku 2013 do roku 2021, přičemž vyhledávání proběhlo v období listopadu 2021. Rešerše byla provedena v databázích MEDLINE, PubMed a CINAHL Plus. Dohromady bylo pro tvorbu Diskuze použito 17 relevantních zdrojů. Z toho sedm zdrojů bylo použito rovněž jako podklad pro tvorbu teoretické části diplomové práce.

Tabulka 4. Vyhledávací kritéria rešerše výzkumné části práce a k Diskuzi

Klíčová slova a jejich synonyma v českém jazyce:	Klíčová slova a jejich synonyma v anglickém jazyce:
Komponent P (participanti): <ul style="list-style-type: none"> - Student oboru Všeobecná sestra - Všeobecná sestra 	Komponent P (participanti): <ul style="list-style-type: none"> - Nursing students - Nursing
Komponent PI (zkoumaný jev): <ul style="list-style-type: none"> - Zkušenosti - Názory - Postoje 	Komponent PI (zkoumaný jev): <ul style="list-style-type: none"> - Experiences - Opinions - Attitudes
Komponent Co (kontext): <ul style="list-style-type: none"> - Paliativní péče 	Komponent Co (kontext): <ul style="list-style-type: none"> - Palliative care
Výběrová kritéria: anglický a český jazyk, období 2013–2021, plný text	
Vyřazující kritéria: nerelevantní texty vzhledem k rešeršní otázce	

Zdroj: vlastní zpracování

Tabulka 5. Postupový diagram rešerše k výzkumné části práce a Diskuzi



Zdroj: vlastní zpracování

5 ZÁVĚR

První dílčí cíl práce se zabýval názory studentů oboru Všeobecná sestra na výuku v kontextu paliativní péče. Studentky zde popisovaly své zkušenosti s výukou dané problematiky. S první zmínkou o paliativní péči se studentky setkaly již na střední zdravotnické škole. Výuka probíhala formou výkladu, přednášky pracovníků hospiců či exkurzí v hospicovém zařízení. Následně na řešenou problematiku studentky narazily ve třetím ročníku bakalářského studijního programu. Pro všechny respondentky byla oblast paliativní péče velmi zajímavá a shodly se v tvrzení, že by v rámci studia měl být na paliativní péči kladen větší důraz a bylo by záhodno zvýšit dotaci vyučovacích hodin. Studentky také oceňovaly formu výuky, která kromě adekvátního teoretického podkladu obsahovala přínosné informace z klinické praxe přednášejících profesionálů. Díky této možnosti byla problematika paliativní péče pro studenty lépe uchopitelná a snáz převeditelná do vlastní klinické praxe. Některé studentky ovšem popsaly získaný teoretický základ za nedostatečný. Studentky také dále zmiňovaly přínos exkurzí v hospicovém zařízení.

Druhý dílčí cíl se zaměřoval na zjištění zkušeností studentů oboru Všeobecná sestra v oblasti paliativní a hospicové péče. Studentky zde popisovaly své zkušenosti s prvním úmrtím, ztrátou blízkého člověka a zkušenosti s úmrtím pacienta během klinické praxe. Všechny studentky se přitom s úmrtím pacienta během klinické praxe již setkaly. Svou první zkušenost označují shodně za nejnáročnější a zároveň tu, kterou nelze zapomenout. Dá se předpokládat, že osobní zkušenost s úmrtím může ovlivnit studenty a jejich přístup k paliativní péči. Pouze dvě respondentky mají zkušenost s klinickou praxí v hospicovém zařízení, z toho jedna vykonává v daném hospici funkci dobrovolníka. Zkušenosti z hospice studentky považují za přínosné pro jejich budoucí kariéru a navrhují začlenění praxe v těchto zařízeních do vzdělávacího procesu.

Třetí dílčí cíl se zabýval pocity studentů ošetřovatelství během poskytování paliativní a hospicové péče. Z výsledků vyplynulo, že u většiny respondentek převládaly negativní pocity a emoce. Nejčastěji studentky popisovaly pocity beznaděje, nespravedlnosti či smutku. Výjimku tvořila pouze jedna respondentka, která během poskytování paliativní péče pociťovala radost, úlevu a naději.

Další dílčí cíl se zabýval copingovými strategiemi zaměřenými na zvládání negativních emocí studentů vznikajícími v souvislosti s poskytováním paliativní a hospicové péče. Vypořádání se s touto náročnou situací bylo u studentek vysoce individuální a odlišné.

Studentkám pomáhalo sdílení svého prožitku s další osobou. Některé upřednostňovaly osoby působící mimo obor zdravotnictví, jiné naopak hledaly podporu mezi svými kolegy a spolužáky. Studentkám dále pomáhalo oprostění se od prožité situace a zaměření své pozornosti na jiné činnosti jako třeba na sportovní aktivity, četbu, poslouchání hudby, sledování filmů či pobyt v přírodě. Dále respondentky popisovaly důležitost možnosti supervize, která probíhala skupinově po každé souvislé praxi. Našly se zde však zároveň studentky, kterým skupinová supervize z důvodu introvertní povahy nevyhovovala. Tyto doporučovaly supervize nabízet, včetně individuálních supervizí, ale povinně nevnucovat.

Poslední dílčí cíl zkoumal hodnocení připravenosti a úrovně vzdělávání studentů oboru Všeobecná sestra v oblasti paliativní a hospicové péče. Část studentek hodnotila své zkušenosti za dostačující a cítila se být dobře připravena pro budoucí profesi. Další část studentek, a to i přes získané zkušenosti, hodnotila své znalosti a zkušenosti za neadekvátní, vyjadřovala své pochybnosti a potřebu dalšího vzdělávání. Znalostní mezery převážně uváděly v oblasti komunikace a vhodného zajištění potřeb umírajících pacientů.

Poznatky získané z tohoto výzkumu mohou sloužit jako podklad pro cílené zlepšení přípravy studentů oboru Všeobecná sestra pro výkon praxe v oblasti poskytování paliativní péče. Výstup realizovaného průzkumu vhodně posloužil jako materiál pro identifikaci zkušeností, zhodnocení znalostí a zajištění podpory těchto studentů. Správně zvolené strategie a přístupy ve vzdělávání budoucích všeobecných sester mohou vést ke zlepšení poskytované péče pacientům na konci jejich života či pacientům s nevléčitelným onemocněním.

REFERENČNÍ SEZNAM

1. ABOSHAIQAH, A. E. (2018). Predictors of Palliative Care Knowledge Among Nursing Students in Saudi Arabia. *Journal of Nursing Research [online]*, 1. [cit. 2021-04-07]. doi:10.1097/jnr.0000000000000301.
2. ABU-EL-NOOR, N. I., a ABU-EL-NOOR, M. K., 2015. Attitude of Palestinian Nursing Students Toward Caring for Dying Patients. *Journal of Holistic Nursing [online]*, 34(2), 193–199 [cit. 2021-02-06]. doi:10.1177/0898010115596492.
3. ADESINA, O., DEBELLIS, A., a ZANNETTINO, L., 2014. Third-year Australian nursing students' attitudes, experiences, knowledge, and education concerning end-of-life care. *International Journal of Palliative Nursing [online]*, 20(8), 395–401. [cit. 2021-04-07]. doi: 10.12968/ijpn.2014.20.8.395.
4. AL-AZRI, M., AL-SAIDI, S., AL-MUSILHI, J., AL-MANDHARI, Z. a PANCHATCHARAM, SM., 2020. Knowledge and Experiences of Final Year Medical and Nursing Students with Regard to Palliative Care at Government University in Oman: A Questionnaire Based Study', *Journal of Cancer Education [online]*. p. 1, viewed 23 March 2021, [cit. 2021-04-07] doi: 10.1007/s13187-020-01699-0.
5. ALSHEHRY, A. S., ALMAZAN, J. U., a ALQUWEZ, N., 2019. Influence of Religiosity on the Saudi Nursing Students' Attitudes Toward Older People and Perceptions on Elderly Care. *Journal of Religion and Health [online]*. [cit. 2021-04-07]. doi:10.1007/s10943-019-00857-z.
6. ANDERSON, N., KENT, B., a OWENS, G., 2015. Experiencing patient death in clinical practice: Nurses recollections of their earliest memorable patient death. *International Journal of Nursing Studies [online]*, 52, 695–704. [cit. 2021-04-07]. doi:10.1016/j.ijnurstu.2014.12.005.
7. BALBONI, T. A., FITCHETT, G., HANDZO, G. F., JOHNSON, K. S., KOENIG, H. G., PARGAMENT, K. I., STEINHAUSER, K. E., 2017. State of the Science of Spirituality and Palliative Care Research Part II: Screening, Assessment, and Interventions. *Journal of Pain and Symptom Management [online]*, 54(3), 441–453. [cit. 2021-04-07]. doi:10.1016/j.jpainsymman.2017.07.

8. BARNETT, M. D., REED, C. M., a ADAMS, C. M., 2020. Death Attitudes, Palliative Care Self-efficacy, and Attitudes Toward Care of the Dying Among Hospice Nurses. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings [online]*. [cit. 2021-04-07]. doi:10.1007/s10880-020-09714-8.
9. BASSAH, N., SEYMOUR, J., COX, K., 2014. A modified systematic review of research evidence about education for pre-registration nurses in palliative care. *BMC Palliative Care [online]*, 13,56 [cit. 2021-11-07]. doi: 10.1186/1472-684X-13-56.
10. BLAKE, T., BLAKE T., 2019. Improving therapeutic communication in nursing through simulation exercise. *Teaching and Learning in Nursing [online]*, 14(4), 260–264. [cit. 2021-11-07] doi: 10.1016/j.teln.2019.06.003.
11. BOUSQUET, G., ORRI, M., WINTERMAN, S., BRUGIÈRE, C., VERNUEIL, L., REVAH-LEVY, A., 2015. Breaking bad news in oncology: A metasynthesis. *Journal of Clinical Oncology [online]*, 33(22), 2437–2443. [cit. 2021-11-07] doi: 10.1200/JCO.2014.59.6759.
12. BUMB, M., KEEFE, J., MILLER, L., OVERCASH, J., 2017. Breaking bad news: An evidence-based review of communication models for oncology nurses. *Clinical Journal of Oncology Nursing [online]*, 21(5), 573–580. [cit. 2021-11-07] doi: 10.1188/17.CJON.573-580.
13. DELGADO-GUAY, M. O., PARSONS, H. A., HUI, D., CRUZ, M., G., D., LA, THORNEY, S., a BRUERA, E., 2013. Spirituality, Religiosity, and Spiritual Pain Among Caregivers of Patients With Advanced Cancer. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine® [online]*, 30(5), 455–461. [cit. 2021-04-07]. doi:10.1177/1049909112458030.
14. DIMOULA, M., KOTRONOULAS, G., KATSARAGAKIS, S., CHRISTOU, M., SGOUROU, S., a PATIRAKI, E., 2018. Undergraduate nursing students' knowledge about palliative care and attitudes towards end-of-life care: A three-cohort, cross-sectional survey. *Nurse Education Today [online]*. [cit. 2021-04-07] doi:10.1016/j.nedt.2018.11.025.
15. EDO-GUAL, M., TOMÁS-SÁBADO, J., BARDALLO-PORRAS, D., a MONFORTE-ROYO, C., 2014. The impact of death and dying on nursing students: an explanatory

model. *Journal of Clinical Nursing [online]*, 23(23-24), 3501–3512. [cit. 2021-04-07]. doi:10.1111/jocn.12602.

16. ERAWATI, E., 2017. Learning practice of a breaking bad news exercise by nursing student. *New Trends and Issues Proceedings on Humanities and Social Sciences [online]*, 4(2), 80–85. [cit. 2021-11-07] doi: 10.18844/prosoc.v4i2.2733.
17. ESNAASHARI, F., KARGAR, F. R., 2015. The relation between death attitude and distress: Tolerance, aggression, and anger. *OMEGA- Journal of Death and Dying [online]*, 77, 154–172. [cit. 2021-04-07] <https://doi.org/10.1177/0030222815593871>.
18. FARONBI, J. O., ADEBOWALE, O., FARONBI, G. O., MUSA, O. O., a AYAMOLOWO, S. J., 2017. Perception knowledge and attitude of nursing students towards the care of older patients. *International Journal of Africa Nursing Sciences [online]*, 7, 37–42, [cit. 2021-04-11] doi:10.1016/j.ijans.2017.06.004.
19. FERRELL, B. R., TEMEL, J. S., TEMIN, S., ALESI, E. R., BALBONI, T. A., BASCH, E. M., FIRN, J. I., PAICE, J. A., PEPPERCORN, J. M., PHILLIPS, T., STOVAL, E. L., ZIMMERMANN, C., SMITH, T. J., 2017. Integration of Palliative Care Into Standard Oncology Care: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Update. *Journal of Clinical Oncology [online]*, 35(1), 96–112 [cit. 2021-03-06]. doi:10.1200/jco.2016.70.1474
20. GILLAN, P. C., VAN DER RIET, P. J., JEONG, S., 2013. End of life care education, past and present: A review of the literature. *Nurse Education Today [online]*, 34(3), 331-342. [cit. 2021-04-07] doi:10.1016/j.nedt.2013.06.009
21. GILLET, K., O'NEILL, B., BLOOMFIELD, J. G., 2016. Factors influencing the development of end-of-life communication skills: A focus group study of nursing and medical students. *Nurse Education Today [online]*, 36, 395–400. [cit. 2021-04-07]. doi:10.1016/j.nedt.2015.10.015
22. GORCHS-FONT, N., RAMON-ARIBAU, A., YILDIRIM, M., KROLL, T., LARKING, P., SUBIRANA-CASACUBERTA, M., 2020. Nursing students' first experience of death: identifying mechanisms for practice learning. A realist review. *Nurse Education Today [online]*, 104637. [cit. 2021-04-07] doi: 10.1016/j.nedt.2020.104637. Epub 2020 Oct 20.

23. GRUBB, C., ARTHUR, A., 2015. Student nurses' experience of and attitudes towards care of the dying: A cross-sectional study. *Palliative Medicine [online]*, 30(1), 83–88 [cit. 2021-02-07]. doi:10.1177/0269216315616762
24. GURDOGAN, E. P., KINICI, E., a AKSOY, B., 2019. The relationship between death anxiety and attitudes toward the care of dying patient in nursing students. *Psychology, Health & Medicine [online]*, 1–10. [cit. 2021-04-07]. doi:10.1080/13548506.2019.1576914
25. GURKOVÁ, Elena, 2019. Praktický úvod do metodologie výzkumu v ošetrovatelství [online]. Křížkovského 8, 771 47 Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. [cit. 2021-6-21]. ISBN 978-80-244-5627-0. Dostupné z: doi:10.5507/fzv.19.24456270
26. HAGELIN, C. L., MELIN-JOHANSSON, C., HENOCH, I., BERGH, I., EK, K., HAMMARLUND, K., BROWALL, M., 2016. Factors influencing attitude toward care of dying patients in first-year nursing students. *International Journal of Palliative Nursing [online]*, 22(1), 28–36. [cit. 2021-04-07] doi:10.12968/ijpn.2016.22.1.28.
27. HEISE, B.A., GILPIN, L.C., 2016. Nursing Students' Clinical Experience with Death: A Pilot Study. *Nurs. Educ. Perspect [online]*. 37, 104–106. [cit. 2021-04-07] <https://doi.org/10.5480/13-1283>.
28. HENOCH, I., MELIN-JOHANSSON, C., BERGH, I., STRANG, S., EK, K., HAMMARLUND, K., BROWALL, M., 2017. Undergraduate nursing students' attitudes and preparedness toward caring for dying persons – A longitudinal study. *Nurse Education in Practice [online]*, 26, 12–20. [cit. 2021-04-07] doi:10.1016/j.nepr.2017.06.007.
29. HOLD, J. L., BLAKE, B. J., WARD, E. N., 2015. Perceptions and experiences of nursing students enrolled in a palliative and end-of-life nursing elective: A qualitative study. *Nurse Education Today [online]*, 35(6), 777–781. [cit. 2021-04-07] <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2015.02.011>.
30. INTERPROFESSIONAL EDUCATION COLLABORATIVE EXPERT PANEL, 2018. Core Competencies for Interprofessional Collaborative Practice: Report of an Expert Panel. Washington, DC: Interprofessional Education Collaborative; 2011. https://nexusipe-resourceexchange.s3.amazonaws.com/IPEC_CoreCompetencies_2011.pdf. Updated February 19, 2018.

31. JAFARI, M., RAFIEI, H., NASSEHI, A., SOLEIMANI, F., ARAB, M., NOORMOHAMMADI, MR., 2015. Caring for dying patients: attitude of nursing students and effects of education. *Indian Journal Palliative Care [online]*, May-Aug;21(2):192-7. [cit. 2021-04-07] doi: 10.4103/0973-1075.156497.
32. JEONG, S. H., LEE, S. J., CHO, S. M., CHO, H., 2020. Systematic Review on the Influencing Factors of Nurses' and Nursing Students' Attitudes Toward Hospice and Palliative Care. *Journal of Hospice & Palliative Nursing [online]*, 22(2), 130–136 [cit. 2021-04-07]. doi:10.1097/njh.0000000000000627.
33. JIANG, Q., LU, Y., YING, Y., a ZHAO, H., 2019. Attitudes and knowledge of undergraduate nursing students about palliative care: An analysis of influencing factors. *Nurse Education Today [online]*, 80, 15–21 [cit. 2021-04-07]. doi:10.1016/j.nedt.2019.05.040.
34. JIM, H. S. L., PUSTEJOVSKY, J. E., PARK, C. L., DANHAUER, S. C., SHERMAN, A. C., FITCHETT, G., SALSMAN, J. M., 2015. Religion, spirituality, and physical health in cancer patients: A meta-analysis. *Cancer Medicine [online]*, 121(21), 3760–3768. [cit. 2021-11-07] doi:10.1002/cncr.29353.
35. KELLEY, A. S., MORRISON, R. S., 2015. Palliative Care for the Seriously Ill. *New England Journal of Medicine [online]*, 373(8), 747–755. [cit. 2021-04-07] doi:10.1056/nejmra1404684
36. KIRKPATRICK, A. J., CANTRELL, M. A., SMELTZER, S. C., 2017. Palliative care simulations in undergraduate nursing education: An integrative review. *Clinical Simulation in Nursing [online]*, 13(9), 414–431. [cit. 2021-04-07] <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2017.04.009>.
37. KÖKTÜRK, D., B., a TAS, A. S., 2021. What Intern Nursing Students in Turkey Think About Death and End-of-Life Care? A Qualitative Exploration. *Journal of Religion and Health [online]*, 60(6), 4417–4434. [cit. 2021-04-07] doi:10.1007/s10943-021-01330-6.
38. LARANJEIRA, C., AFONSO, C., QUERIDO, AI., 2021. Communicating Bad News: Using Role-Play to Teach Nursing Students. *SAGE Open Nursing [online]*. Oct 1;7:23779608211044589. [cit. 2021-11-07] doi: 10.1177/23779608211044589.

39. LIPPE, M. P., BECKER, H., 2015. Improving Attitudes and Perceived Competence in Caring for Dying Patients: An End-of-Life Simulation. *Nursing Education Perspectives [online]*, 36(6), 372–378. [cit. 2021-04-07] doi:10.5480/14-1540
40. MAREČKOVÁ, J. a kol., 2015. EBHC – Zdravotnictví založené na vědeckých důkazech. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-4781-0 (e-kniha).
41. MASTROIANNI, C., MARCHETTI, A., D'ANGELO, D., ARTICO, M., GIANNARELLI, D., MAGNA, E., DE MARINIS, M. G., 2021. Italian nursing students' attitudes towards care of the dying patient: A multi-center descriptive study. *Nurse Education Today [online]*, 104, 104991. [cit. 2021-04-07] doi:10.1016/j.nedt.2021.104991.
42. MCKENZIE, E. L., a BROWN, P. M., 2017. Nursing students' death anxiety and fear towards dementia patients. *Australasian Journal on Ageing [online]*, 36(3), E32–E35. [cit. 2021-04-07] doi:10.1111/ajag.12414
43. NANDASENA, H.M.R.K.G., SAKAI, S., a KOYAMA, T., 2018. Analysis of characteristics related to the attitudes of Nursing Students toward terminal care: A comparative study between Sri Lanka and Japan. *Journal of Health Sciences [online]*14(1) [cit. 2021-5-20]. ISSN 1986-8049.
44. ÖSTERLIND, J., PRAHL, C., WESTIN, L., STRANG, S., BERGH, I., HENOCH, I., HAMMARLUND, K., EK, K., 2016. Nursing students' perceptions of caring for dying people, after one year in nursing school. *Nurse Education Today [online]* 41, 12–16. [cit. 2021-04-07] <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2016.03.016>.
45. ÖZDEMİR KÖKEN, Z. et al., 2020. 'Caring for Dying Patients: Feelings, Thoughts, and Attitudes of Nursing Students, A Mixed Methods Study'. *Turkiye Klinikleri Journal of Medical Ethics-Law & History [online]*, 28(3), pp. 365–371. [cit. 2021-04-07] doi: 10.5336/mdethic.2020-74129.
46. PALLIATIVE CARE AUSTRALIA-PCA, 2015. What is palliative care?. <http://palliativecare.org.au/what-is-palliative-care/>. Published April 2015. Accessed November 20, 2015.

47. RANSE, K., RANSE, J., PELKOWITZ, M., 2018. Third-year nursing students' lived experience of caring for the dying: a hermeneutic phenomenological approach. *Contemporary Nurse [online]* 54 (2), 160–170. [cit. 2021-04-07] <https://doi.org/10.1080/10376178.2018.1461572>.
48. RØNNING, S., BJØRKLY, S., 2019. The use of clinical role-play and reflection in learning therapeutic communication skills in mental health education: An integrative review. *Advances in Medical Education and Practice [online]*, 10, 415–425. [cit. 2021-11-07] 10.2147/AMEP.S202115
49. ŞAHİN, M., DEMIRKIRAN, F., a ADANA, F., 2016. Hemşirelik Öğrencilerinde Ölüm Kaygısı, Ölmekte Olan Bireye Bakım Verme İsteği ve Etkileyen Faktörler [Nursing students' death anxiety, influencing factors and request of caring for dying people]. *Journal of Psychiatric Nursing [online]*, 7(3), 135–141. [cit. 2021-04-07] Doi: 10.5505/phd.2016.66588.
50. SELMAN, L., YOUNG, T., VERMANDERE, M., STIRLING, I., a LEGET, C., 2014. Research Priorities in Spiritual Care: An International Survey of Palliative Care Researchers and Clinicians. *Journal of Pain and Symptom Management [online]* 48(4), 518–531. [cit. 2021-04-07] doi:10.1016/j.jpainsymman.2013.10
51. SHAROUR, L., A., SULEIMAN, K., YEHYA, D., KALADEH, M., A., MALAK, M., SUBIH, K., M., SALAMEH, A., B., 2017. Nurses' students' attitudes toward death and caring for dying cancer patients during their placement. *Euromediterranean biomedical journal [online]*. 12 (40), 189–193 [cit. 2021-02-07]. dostupné z: doi:10.3269/1970-5492.2017.12.40
52. SHELLY, H., STOREY, S. L., ZIEMBA-DAVIS, M., 2013. Knowledge of palliative care: an evaluation of oncology, intensive care, and heart failure nurses. *Journal of Hospice & Palliative Nursing [online]*, 15(5), 307-315. [cit. 2021-04-07].
53. SHIH, C.Y., HU, W.Y., CHENG, S.Y., et al., 2015. Patient preferences versus family physicians' perceptions regarding the place of end-of-life care and death: a Nationwide study in Taiwan. *J. Palliative Medicine [online]*, 18 (7), 625–630 [cit. 2021-04-07]. <https://doi.org/10.1089/jpm.2014.0386>.
54. SMITH, M. B., MACIERA, T. G. R., BUMBACH, M. D., GARBUTT, S. J., CITY, S. W., STEPHEN, A., KEENAN, G., 2018. The Use of Simulation to Teach Nursing

- Students and Clinicians Palliative Care and End-of-Life Communication: A Systematic Review. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine [online]*, 35(8), 1140–1154. [cit. 2021-04-07] doi:10.1177/1049909118761386
55. SVĚTOVÁ ZDRAVOTNICKÁ ORGANIZACE, 2002. National Cancer Control Programmes Policies and managerial guideline, 2. vydání, Ženeva: WHO: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42494>.
56. USTA, E., AYGİN, D., a SAGLAM, E., 2016. Knowledge and opinions of nursing students on palliative care: A university example. *Journal of Human Sciences [online]*, 13(3), 4405–4415. [cit. 2021-04-07] doi:10.14687/jhs.v13i3.3917
57. ÜZEN, C., Ş., 2020. Nursing Students' Spiritual Orientations and Their Attitudes Toward the Principles of Dying with Dignity: A Sample from Turkey. *Journal of Religion and Health [online]*, 60(1), 221-231. [cit. 2021-04-07] doi:10.1007/s10943-020-01029-0
58. WILLIAMS, A. M., DONOVAN, R., STAJDUHAR, K., a SPITZER, D., 2015. Cultural influences on palliative family caregiving: Service recommendations specific to the Vietnamese in Canada. *BMC Research Notes [online]*, 8(1), 280. [cit. 2021-04-07] <https://doi.org/10.1186/s13104-015-1252-3>.
59. WILLIAMS, M. G., VOSS, A., VAHLE, B., a CAPP, S., 2016. Clinical nursing education: Using the FICA spiritual history tool to assess patients' spirituality. *Nurse Educator [online]*, 41(4), E6–E9. [cit. 2021-04-07] doi: 10.1097/NNE.0000000000000269.
60. YAQOOB, M., NASAIF, H., a KADHOM, H., 2018. Undergraduate final year nursing students' attitudes toward caring for dying patients: Bahrain's experience. *Clinical Nursing Studies [online]*, 6(4), 53. [cit. 2021-11-07] doi:10.5430/cns.v6n4p53.
61. ZEINAH, G. F., AL-KINDI, S. G., a HASSAN, A. A., 2013. Middle East experience in palliative care. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine [online]*, 30(1), 94–99. [cit. 2021-04-07] <https://doi.org/10.1177/1049909112439619>.

SEZNAM ZKRATEK

AACN	The American Association of Colleges of Nursing = Americká asociace vysokých škol ošetřovatelství
ASCO	American Society of Clinical Oncology = Americká společnost pro klinickou onkologii
DNR	Do not resuscitation = Neresuscitovat
FATCOD	Frommelt Attitude Toward Care of the Dying Scale = Škála k hodnocení postojů v péči o umírající
IPEC	Interprofessional Education Collaborative = Mezioborová vzdělávací spolupráce
PCQN	Palliative Care Quiz for Nursing = Škála hodnotící úroveň znalostí všeobecných sester v paliativní péči
WHO	World Health Organization = Světová zdravotnická organizace

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1. Rešeršní otázka v českém jazyce.....	24
Tabulka 2. Rešeršní otázka v anglickém jazyce	25
Tabulka 3. Postupový diagram rešerší.....	26
Tabulka 4. Vyhledávací kritéria rešerše výzkumné části práce a k Diskuzi	58
Tabulka 5. Postupový diagram rešerše k výzkumné části práce a Diskuzi	59

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1. Kategorie a podkategorie výsledků.....	32
---	----

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1. Informovaný souhlas

Příloha 2. Povolení výzkumného šetření

PŘÍLOHY

Příloha 1. Informovaný souhlas

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Název výzkumné práce: **Zkušenosti studentů oboru Všeobecná sestra v paliativní péči**

Vážená studentko, vážený studente,

obracím se na Vás s prosbou o zapojení se do výzkumné studie, jejíž výsledky budou součástí mé diplomové práce. Veškeré získané údaje nebudou uváděny ve spojitosti s Vaší osobou, jelikož získané informace budou vyhodnoceny a prezentovány anonymně. Rovněž tento informovaný souhlas bude uschován odděleně a nebude součástí výzkumu*.

Účast ve výzkumu je zcela dobrovolná a můžete z něho kdykoliv během jeho realizace odstoupit. Tímto Vás prosím o rozhovor týkající se Vašeho postoje, názoru a zkušeností s problematikou paliativní péče. Pokud budete mít jakékoliv dotazy související s účastí ve výzkumu, můžete mne kontaktovat.

Děkuji Vám za spolupráci

Bc. Michaela Martausová

E-mail: martausovamichaela@gmail.com

Telefonní číslo: +420 792 374 041

Studijní obor: Učitelství odborných předmětů pro zdravotnické školy

Ročník: 2.

Souhlas s účastí

Přečetl/a jsem si výše uvedené informace a obdržela jsem odpovědi na veškeré mé dotazy.
Svým podpisem potvrzuji souhlas s účastí v tomto výzkumu.

v

dne

jméno.....

podpis

**Údaje budou zpracovány dle zákona č. 110/2019 Sb., o zpracování osobních údajů.*

Příloha 2. Povolení výzkumného šetření

Bc. Michaela Martausová

Vidče 292,

Vidče, 756 53

Fakulta zdravotnických věd

Hněvotínská 976/3

Olomouc, 775 15

ŽÁDOST O POVOLENÍ PROVEDENÍ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Vážený/á pane/í přednosto/proděkanko,

jsem studentkou 2. ročníku navazujícího magisterského studia, oboru Učitelství odborných předmětů pro zdravotnické školy na Pedagogické fakultě Univerzity Palackého v Olomouci. Rovněž jsem absolventkou Fakulty zdravotnických věd v Olomouci.

Dovoluji si Vás touhle cestou požádat o uskutečnění kvalitativního výzkumu na Vaší fakultě. Výzkum by sloužil ke zpracování praktické části diplomové práce na téma „Paliativní a hospicová péče z pohledu studentů ošetrovatelství“.

Zvolena výzkumná metoda bude aplikována polostrukturovaným rozhovorem, který bude nahráván na záznamové zařízení, následně přepsán a vyhodnocen. Součástí výzkumu je informovaný souhlas, který musí každý účastník před zahájením výzkumu podepsat. Vzhledem k dodržení etickým pravidlům budou studenti v této práci zachováni v anonymitě.

Vyjádření vedení instituce:

Žádost povolena

~~Žádost zamítnuta, odůvodnění:.....~~

Mgr. Zdeňka Mikšová, Ph.D.
přednostka Ústavu ošetrovatelství
FZV UP v Olomouci

Datum: 27-04-2021

Razítko a podpis:

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
Fakulta zdravotnických věd
Ústav ošetrovatelství
Hněvotínská 3, 775 15 Olomouc

S pozdravem

Bc. Michaela Martausová,

Studentka UOPZŠ, Pedagogická fakulta Univerzity Palackého v Olomouci

E-mail: martausovamichaela@gmail.com