

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Katedra antropologie a zdravotní péče

Diplomová práce

Bc. Dorota Lysková

Učitelství odborných předmětů pro zdravotnické školy

Zkušenosti studentů oboru Všeobecná sestra
s poskytováním paliativní péče

Olomouc 2023

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

Podklad pro zadání DIPLOMOVÉ práce studenta

Jméno a příjmení: **Bc. Dorota LYSKOVÁ**
Osobní číslo: **D19861**
Adresa: **Vendryně 203, Vendryně, 73994 Vendryně, Česká republika**
Téma práce: **Zkušenosti studentů oboru Všeobecná sestra s poskytováním paliativní péče**
Téma práce anglicky: **Nursing students' experience with providing of palliative care**
Vedoucí práce: **PhDr. Hana Heiderová, PhD.**
Katedra antropologie a zdravotvědy

Zásady pro vypracování:

Předmět zkoumání: zkušenosti s paliativní péčí
Soubor participantů: studenti oboru Všeobecná sestra
Pojetí: kvalitativní výzkum
Nástroj ke sběru dat: polostrukturovaný rozhovor

Zásady pro vypracování:

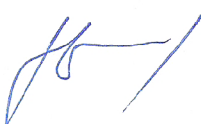
1. Studium odborné literatury k tématu.
2. Vymezení výzkumné otázky a cílů.
3. Vypracování přehledové části práce.
4. Sestavení polostrukturovaného rozhovoru.
5. Sběr dat u studentů formou polostrukturovaného rozhovoru.
6. Zpracování získaných dat, jejich analýza, diskuze a závěr.
7. Finalizace DP a její odevzdání.

Seznam doporučené literatury:


- GÜL, Şenay, Seyhan DEMİR KARABULUT, Handan EREN, Mahinur DURMUŞ İSKENDER, Zehra GÖÇMEN BAYKARA, Şükürü KELES, Abdullah YILDIZ a Neyyire Yasemin YALIM. Nursing Students' Experiences With Death and Terminal Patients During Clinical Education. *OMEGA – Journal of Death and Dying* [online]. 2022, 85(3), 628-649 [cit. 2022-11-11]. ISSN 0030-2228. Dostupné z: doi:10.1177/0030222820950510
- HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-0982-9.
- KABELKA, Ladislav. *Nemocné rozhovory: komunikace a narativní terapie s nevléčitelně nemocnými pacienty a jejich blízkými*. Praha: Grada Publishing, 2020. ISBN 978-80-271-1688-1.
- MIŠOVIČ, Ján. *Kvalitativní výzkum se zaměřením na polostrukturovaný rozhovor*. Praha: Slon, 2019. Studijní texty (Sociologické nakladatelství). ISBN 978-80-7419-285-2.
- SANLI, Deniz a Fatma ILTUS. Experiences of a Group of Senior Nursing Students with End of Life Care and Death in Turkey. *OMEGA – Journal of Death and Dying* [online]. 2022, 85(4), 936-957 [cit. 2022-11-11]. ISSN 0030-2228. Dostupné z: doi:10.1177/0030222820961232

Podpis studenta: 

Datum: 5. 12. 2022

Podpis vedoucího práce: 

Datum: 11. 1. 2023

Podpis vedoucího pracoviště: 
doc. Mgr. Martina Cichá, Ph.D.

Datum: 11. 1. 2023

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Bc. Dorota Lysková
Katedra:	Katedra antropologie a zdravotní péče
Vedoucí práce:	PhDr. Hana Heiderová, Ph.D.
Rok obhajoby:	2023

Název práce:	Zkušenosti studentů oboru Všeobecná sestra s poskytováním paliativní péče
Název v angličtině:	Nursing Students' Experience with Providing of Palliative Care
Anotace práce:	Diplomová práce se zabývá zkušenostmi studentů oboru Všeobecná sestra s poskytováním paliativní péče. Práce předkládá kvalitativní šetření na vzorku devíti studentek oboru Všeobecná sestra. Sběr dat probíhal formou polostrukturovaného rozhovoru. U respondentek byly zjišťovány postoje k paliativní péči, konkrétní zkušenosti s péčí o umírající pacienty, připravenost ke komunikaci s umírajícími pacienty a jejich rodinami a vliv soužití s prarodiči na přístup k poskytování paliativní péče.
Klíčová slova:	studenti oboru Všeobecná sestra, zkušenosti, postoje, paliativní péče, hospicová péče, umírající pacient, kvalitativní výzkum, polostrukturovaný rozhovor
Anotace v angličtině:	The diploma thesis deals with the experiences of nursing students in providing palliative care. The work presents a qualitative survey with the sample of nine female nursing students. The data collection was in a form of semi-structured interview. We tried to recognise the attitudes toward palliative care, actual experiences in care with dying patients, preparedness for communication with dying patients and their families and the influence of multi-generational living on the providing of palliative care.
Klíčová slova v angličtině:	nursing students, experiences, attitudes, palliative care, hospice care, dying patient, qualitative study, semi-structured interview
Přílohy vázané v práci:	Příloha 1: Informovaný souhlas Příloha 2: Žádost o povolení spolupráce
Rozsah práce:	82 stran
Jazyk práce:	Český jazyk

Prohlášení

Prohlašuji, že předloženou diplomovou práci jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, ze kterých jsem při zpracování čerpala řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

V Olomouci dne: *13. 4. 2023*.....

Podpis: *Jyková*.....

Poděkování

Ráda bych poděkovala vedoucí diplomové práce, PhDr. Haně Heiderové, Ph.D., za její vstřícnost, cenné rady a povzbuzení. Všem studentkám, které se zúčastnily výzkumného šetření a mému milovanému manželovi a rodině za velkou pomoc.

OBSAH

ÚVOD.....	6
1 CÍLE PRÁCE.....	7
2 PŘEHLED PUBLIKOVANÝCH POZNATKŮ	8
2.2 Vzdělávání v paliativní péči	9
2.2.1 Simulační výuka v paliativní péči.....	11
2.2.2 Organizace simulační výuky.....	11
2.3 Kompetence v poskytování paliativní péče.....	14
2.4 Připravenost a postoje studentů k poskytování paliativní péče	15
2.5 Role víry a náboženství v paliativní péči.....	17
2.6 Specifika komunikace v paliativní péči	19
2.6.1 Sdělování špatných zpráv	21
2.7 Podpůrné mechanismy při poskytování paliativní péče	22
3 PRAKTICKÁ ČÁST	25
3.1 Metodika a sběr dat.....	25
3.2 Výsledky	30
4 DISKUZE	61
ZÁVĚR	66
REFERENČNÍ SEZNAM	68
SEZNAM ZKRATEK	77
SEZNAM TABULEK	78
SEZNAM OBRÁZKŮ.....	79
SEZNAM PŘÍLOH.....	80

ÚVOD

„*Konec dobrý, všechno dobré,*“ tento známý citát si vypůjčilo Centrum paliativní péče pro svou osvětovou kampaň, která měla za úkol přiblížit vysokoškolským studentům zdravotnických oborů důležitost paliativní péče (Konec dobrý, všechno dobré, 2017). Skutečně, způsob, jakým člověk prožije poslední roky a dny svého života, ovlivňuje v konečném důsledku nejen jeho kvalitu života, ale také jeho rodinu, přátele a všechny, kdo jsou na blízku. Onemocnět závažnou nemocí mnohokrát znamená stát se částečně závislý na pomoci druhé osoby. Může to být to nejnáročnější a nejzranitelnější období v životě člověka. Více než polovina chronicky nemocných v České republice zemře v nemocničním zařízení. Kvalita poskytované péče o tyto pacienty, u kterých již neprobíhá kurativní léčba, je proto velice důležitá, aby také oni mohli prožít tento dobrý konec (Loučka et al., 2014).

Paliativní péče je dle Světové zdravotnické organizace (World Health Organization - WHO) definována takto: „*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). Paliativní péče je pro pacienta velmi přínosná bez ohledu na to, jaká je prognóza jeho onemocnění. Měla by vycházet z individuálních přání pacienta a respektovat jeho hodnoty. Je však zřejmé, že může být poskytována kvalitním, ale i špatným způsobem. S poskytováním paliativní péče se zdravotník může setkat na různých typech oddělení a napříč zdravotnickými zařízeními. Je proto velmi důležité, aby v ní byl dobře edukován (Marková et al., 2021).

Právě stránka psychosociálních a duchovních problémů pacientů, jak je uvedena v definici WHO, může být pro začínající sestry výzvou. Psychická podpora umírajících je velice náročná. Přesto, že se očekává od každé sestry, aby byla schopna ji poskytovat, není samozřejmostí, že je na to připravena. První setkání s umírajícím pacientem může být provázeno obavami a celou řadou dalších negativních emocí. Pokud by všeobecné sestry už jako studentky mohly s těmito emocemi pracovat a připravovat se na ně, mohlo by to velmi žádoucím způsobem ovlivnit jejich budoucí praxi. Vybrala jsem si toto téma diplomové práce, protože jsem sama pracovala v týmu mobilního hospice a myslím si, že k pacientovi v paliativní péči je nutné přistupovat především s úctou a respektem, nikoliv ve strachu.

1 CÍLE PRÁCE

Hlavním cílem této diplomové práce bylo zjistit, jaké jsou zkušenosti studentů oboru Všeobecná sestra s poskytováním paliativní péče.

Dále jako dílčí cíle bylo u studentů oboru Všeobecná sestra zjišťováno:

1. Jaké jsou jejich postoje k paliativní péči.
2. Jaké jsou jejich zkušenosti s péčí o umírající pacienty.
3. Jaká je jejich připravenost na komunikaci s pacienty a jejich rodinami.
4. Jak hodnotí výuku paliativní péče.
5. Jaký vliv má soužití s prarodiči na přístup k poskytování paliativní péče.

2 PŘEHLED PUBLIKOVANÝCH POZNATKŮ

Množství publikovaných studií na téma paliativní péče strmě roste zvláště v posledních deseti letech. Např. v databázi PubMed lze pod heslem „palliative care“ za rok 2013 vyhledat celkem 4 021 odborných článků, v roce 2022 to bylo už 8 022 nových článků (PubMed.gov). Paliativní péče jako obor má přitom vcelku krátkou historii. První významnou publikací, která dále ovlivnila rozvoj paliativní péče jako oboru, byla kniha *On Death and Dying* (O smrti a umírání) poprvé vydaná v roce 1969. V této knize autorka definovala známý model pěti fází smutku, kterým prochází mnoho terminálně nemocných pacientů. Jsou jimi popírání, hněv, smlouvání, deprese a smíření (Kübler-Ross, 2015). Přesto, že nyní je známo, že ne všichni umírající pacienti procházejí těmito fázemi nebo, že by k nim docházelo přesně v daném pořadí, kniha Kübler-Rossové a její osvětová činnost rozhodně zlepšila povědomí veřejnosti o péči o umírající pacienty. Světová zdravotnická organizace uznala v roce 1990 paliativní péči jako samostatný obor zaměřený na zmírňování utrpení a zlepšování kvality života u pacientů, kteří mají život ohrožující onemocnění. V 90. letech minulého století došlo k rozvoji paliativní péči také v České republice, protože bylo zdejšími lékaři umožněno vycestovat na stáže do zahraničí a získat přístup k dalším odborným výzkumům, na základě čehož mohla být paliativní péče rozvíjena také u nás (Sláma, 2009).

2.1 Metodika a výsledky literárních rešerší

Literární rešerše k přehledové části diplomové práce byla provedena na základě standardizovaného postupu dle zdravotnictví založeného na vědeckých důkazech (Marečková et al., 2015). Byla vytvořena rešeršní otázka, jejíž komponenty byly rozšířeny o synonyma a přeloženy do anglického jazyka (viz. Tabulka 1). Zdroje byly vyhledávány v databázích PubMed, EBSCO a ProQuest. Byly použity booleovské operátory v rozšířeném vyhledávání jednotlivých databází. Z vyhledávaných zdrojů byly vyloučeny kvalifikační práce, duplicity a články nekorespondující s tématem práce. Mezi kritéria výběru patřila recenzovaná periodika z období let 2013-2022, dostupnost celého textu a obsah klíčových slov v abstraktu. Relevantnost vyhledaných studií byla posuzována nejprve prostudováním abstraktu, kdy byly vyřazeny irelevantní studie a poté byly pročitány celé texty studií. Do přehledové části diplomové práce bylo zařazeno 33 relevantních studií.

Tabulka 1: Vyhledávací kritéria rešerše přehledové části práce

REŠERŠNÍ OTÁZKA:	
Jaké mají studenti oboru Všeobecná sestra (P) zkušenosti (pI) s paliativní péčí (Co)?	
What are Nursing Students (P) Experiences (pI) in Palliative Care (Co)?	
PRIMÁRNÍ HESLA A SYNONYMA V ČESKÉM JAZYCE:	
P	studenti oboru Všeobecná sestra OR všeobecné sestry
pI	zkušenosti OR pohled OR postoj
Co	paliativní péče OR péče o umírající
PRIMÁRNÍ HESLA A SYNONYMA V ANGLICKÉM JAZYCE:	
P	nursing students OR nurses
pI	experiences OR view OR attitude
Co	palliative care OR end-of-life care

Zdroj: vlastní zpracování

2.2 Vzdělávání v paliativní péči

Ve vyspělých zemích světa, ke kterým se řadí i Česko, dochází v posledních desetiletích k výraznému nárůstu výskytu nádorových onemocnění a dalších chronických progresivních nemocí. Tato onemocnění s sebou přinášejí pro pacienty velmi nepříjemné tělesné i psychické symptomy v závěru jejich života. Kvalita poskytované paliativní péče je ovlivněna zejména postojem zdravotníka k pacientovi a jeho blízkým, respektem a osobní motivací. Je zřejmé, že tyto dovednosti jsou získávány a prohlubovány zejména zkušeností a praxí. Vzdělávání v paliativní péči však přináší základ, na který student a potažmo absolvent může stavět. I zde je důležité, aby student dosáhl vzdělávacích cílů v rovině kognitivní, afektivní a psychomotorické. Tedy např. měl přehled o nejzávažnějších symptomech a jejich léčbě, zaujal správný postoj k paliativní péči a prokazoval dovednosti v efektivní komunikaci s pacientem (Kabelka, 2018).

Právě všeobecná sestra je v rámci multidisciplinárního týmu, který v tomto období života o pacienta pečuje, často tou nejbližší osobou a jako jedna z mála se stará o potřeby

pacienta v rovině fyzické, psychické i duchovní. Je proto velmi důležité, aby měla možnost se v oblasti paliativní péče adekvátně vzdělávat. Kromě kurikula na střední zdravotnické škole a vysoké škole existují také možnosti celoživotního vzdělávání a v zahraničí se objevují některé inovativní přístupy ve výuce pomocí simulací. V rámcovém vzdělávacím programu pro obor Praktická sestra, tak, jak je v České republice vyučován na středních zdravotnických školách, se nachází zmínka o paliativní péči v rámci obsahového okruhu *Základ pro poskytování ošetrovatelské péče*. Žák by podle výsledků vzdělávání měl být schopen charakterizovat paliativní a hospicovou péči a podmínky jejich poskytování. Dále však je zde také opakovaně uvedeno, že žák a potažmo absolvent tohoto vzdělávacího programu má být schopen poskytovat psychickou podporu umírajícím a jejich blízkým, mít empatický přístup a také volit správnou formu komunikace s takovými pacienty (Rámcový vzdělávací program..., 2018). Na vysokých školách bývá pro výuku paliativní péče vyhrazen samostatný předmět. Každá univerzita může pojmout sylabus tohoto předmětu jinak. Např. na Vysoké škole polytechnické v Jihlavě je výuka předmětu Paliativní péče zaměřena na praktické dovednosti, konkrétně zvládnutí jednotlivých symptomů, které mohou být přítomny u pacientů v paliativní péči. Je zde také zahrnuto řešení modelových situací u pacientů s chronickou onkologickou bolestí (Paliativní péče, 2022).

Pro sestry, které již absolvovaly pregraduální vzdělávání a pracují s paliativními pacienty, existují možnosti celoživotního vzdělávání. Jednou z těchto možností je kurz ELNEC (End-of-Life Nursing Education Consortium). Jedná se o mezinárodně uznávaný akreditovaný kurz pro všeobecné sestry, které pracují s umírajícími pacienty. Vznikl v roce 2000 a ve Spojených státech už je rozšířen i ve formě pregraduálního kurikula, které je implementováno do výuky ošetrovatelství (Davis et al., 2021). V rámci specializačního vzdělávání realizovaného Ministerstvem zdravotnictví České republiky lze obor paliativní péče studovat v programu Domácí péče a hospicová péče. Paliativní péče je v kurikulu tohoto programu zahrnuta jako teoretická výuka i jako praxe. Praktická výuka má v tomto programu časovou dotaci 80 hodin (Vzdělávací program..., 2019). V současné době však v České republice chybí specializované vysokoškolské vzdělání v oboru paliativní péče. Pro srovnání ve Velké Británii existuje postgraduální studium paliativní péče napříč univerzitami, které je povětšinou určeno také pro lékaře, dentisty, či sociální pracovníky, avšak bývá vyučováno na fakultách ošetrovatelství a porodní asistence, jak je tomu i na londýnské King's College (Postgraduate Taught Study, 2023).

2.2.1 Simulační výuka v paliativní péči

Už od nepaměti se lidé učí pomocí nápodoby a hraní rolí. Simulace, či simulační hra, patří mezi aktivizační metody výuky, která má za úkol nahradit reálnou zkušenost a prostředí. Umožňuje, aby účastník této výukové metody využíval nabyté teoretické znalosti v praxi, naučil se s nimi pracovat v reálném čase, či ve stresu, učil se komunikačním dovednostem a spolupráci v týmu. Simulace byla ve zdravotnictví využívána už od poloviny minulého století jako nástroj pro školení zdravotnických pracovníků a později také jako výuková metoda pro studenty zdravotnických oborů (Kofránek, 2011; Stern, 2016).

Přestože se v kontextu zdravotnictví setkáváme se simulacemi zejména v akutní a intenzivní medicíně, své místo nalézá také ve výuce paliativní péče. Pacient, kterému je poskytována paliativní péče, často prochází velmi těžkým obdobím po stránce fyzického utrpení, emocionálního distresu i spirituální tísně. Spolu s ním může být toto období náročné i pro jeho blízké a je velmi důležité, aby byla paliativní péče poskytována zdravotníky, kteří mají takové dovednosti, znalosti a zkušenosti, které jim dovolí pečovat o potřeby pacienta a jeho rodiny adekvátně. Jelikož se s poskytováním obecné paliativní péče může setkat absolvent studia ošetrovatelství na mnohých odděleních a v různých zdravotnických zařízeních, je žádoucí, aby měl předchozí zkušenost (Harrison, 2014).

Simulace ve výuce paliativní péče má mnoho výhod. Může pomoci studentům k efektivnější komunikaci, ke správnému identifikování fyzických, psychických a spirituálních potřeb pacienta a jeho rodiny. Studenti mají také možnost trénovat týmovou práci. Tato výuková metoda je jedinečná v tom, že je velmi komplexní a podporuje rozvoj kognitivní, psychomotorické a afektivní složky zároveň (Rattani et al., 2020). Stále znovu je opakována určitá situace, což umožňuje, aby se student přiblížil k jejímu optimálnímu zvládnutí, a aby posléze došlo k přenosu dovedností a znalostí do reálné situace (Prokopová et al., 2021). To vše se děje v bezpečném prostředí a studenti jsou vedeni k tomu, aby se učili přemýšlet a být jako sestry. Roste tím také jejich sebedůvěra. Tzv. high-fidelity simulace, tedy simulace s vysokou mírou věrnosti, se tak stává užitečným mechanismem, který napomáhá k rozvoji a nabytí nových dovedností ve vzdělávání sester (Roberts a Greene, 2011).

2.2.2 Organizace simulační výuky

Na univerzitě ve španělském Alicante byl pro studenty ošetrovatelství vytvořen simulační program k výuce paliativní péče a péče v závěru života. Hlavním zaměřením

programu byl trénink komunikačních dovedností. Studenti měli možnost vyzkoušet si rozhodování, podporu blízkých osob při truchlení, podporu pacientů při copingu v obtížných situacích. Dále se jednalo o situace spojené se sdělováním špatných zpráv, zvládáním bolesti a umírání. Celkem 204 studentů se rozdělilo do skupin o dvou až třech členech a aktivně se zúčastnili čtyř různých simulací. Ostatním simulacím mohli přihlížet přes videozáznam v reálném čase, což je také /přínosné pro vytváření zkušeností. Na úvod se studenti zúčastnili setkání, kde jim byl vysvětlen průběh celého programu. Dostali také podklady, ve kterých se seznámili s konkrétními případy, ve kterých budou participovat a mohli se na ně teoreticky připravit. Úvodní setkání sloužila také k tomu, aby se jednotlivé skupiny mohly stmelit a bylo vytvořeno prostředí důvěry. V této studii byli do pozice standardizovaných pacientů dosazeni profesionální herci, odborníci na improvizaci, kteří se předem podrobně seznámili se simulačními situacemi a byl jim vysvětlen účel interakce se studenty a správné intervence, které by měly být použity. Jako měřicí nástroj byly v této studii použity tři standardizované dotazníky, které studenti vyplňovali před simulací a po ní. Tyto dotazníky se týkaly postojů ke komunikaci ve zdravotnictví, sebedůvěry ve vlastní komunikaci a profesních komunikačních schopností. Výsledky ukázaly, že simulační program měl vliv na zlepšení komunikačních schopností, jako jsou empatie, respekt k pacientům a jejich blízkým a asertivita. Zlepšila se také sebedůvěra ve vlastní schopnost komunikace. Došlo k mírnému zvýšení celkového skóre, což znamená, že zlepšení bylo znatelné. Co se týče postojů ke komunikaci, tam byly výsledky před simulací a po ní srovnatelné (Escribano et al., 2021).

Důležitou součástí simulační metody, která byla součástí i výše zmíněné studie je tzv. debriefing, tedy skupinový rozbor, který se děje na závěr a je klíčovým komponentem každé úspěšné simulace. Vhodným způsobem je pořizovat během simulace videozáznam, který je poté použit a komentován. Každý proces učení vyžaduje určité posouzení, které vytváří konstruktivní kritiku. Vše je založeno na zpětné vazbě a sebereflexi. Závěrečné zhodnocení a přehled po absolvování situace napomáhá upevňování vědomostí a získávání nových dovedností (Guerrero et al., 2022).

Další možností, jak provést simulaci ve zdravotnických oborech, která je známá především z akutní medicíny, je využití simulátoru – figuríny. Takovouto simulaci pro výuku paliativní péče a péče o umírajícího pacienta využili na univerzitě v Karachi, Pákistánu. Studenti vyplňovali před a po simulaci dotazník Frommeltové *Attitudes Toward Care of the Dying*, tedy Postoje k péči o umírající. K simulaci pacienta sloužila figurína ovládaná počítačem. A kromě ní byl při simulaci přítomen rodinný příslušník, kterého hrál

zaměstnanec fakulty. Samotný scénář simulace v pilotní verzi hodnotilo mimo jiné také deset všeobecných sester pracujících v domácí péči. Autoři studie zjistili, že u dotazníků vyplněných po absolvování simulace došlo k signifikantní změně postoje u jedenácti z celkem třiceti položek dotazníku. Dále také autoři zjistili, že náboženské vyznání, v tomto případě zejména islám, silně ovlivnilo postoj k péči o umírající, a to až u 88 % věřících participantů. Autoři tedy tvrdí, že výuka péče o umírající pacienty pomocí simulace s vysokou mírou věrnosti má pozitivní vliv na postoje studentů ošetrovatelství k těmto pacientům (Rattani et al., 2020).

Simulace s využitím figurín či jiných simulátorů však může být svým mechanismem pro vyučující technicky náročná, a navíc ne každá fakulta má přístup k těmto technologiím. To však nemusí být překážkou pro provedení simulace, ze které budou studenti těžit. Velmi dobře proveditelné jsou simulace, kdy sami studenti zaujmají roli pacienta, zdravotnického personálu, popř. i blízké osoby. Ostatní jsou diváky a všichni se z takto provedené simulace mohou učit (Roberts a Greene, 2011). Tento typ simulace byl proveden na univerzitě ve Velké Británii. Studenti se rozdělili do skupin a vystřídali se v roli pacienta a poskytovatele paliativní péče. Každá takováto simulace trvala zhruba 25 minut a byla navržena tak, aby studenti měli možnost procvičovat své dovednosti v hodnocení a managementu vitálních funkcí; v rozpoznávání a reakci na psychologické změny, které u pacientů v závěru života mohou nastat a v neposlední řadě v terapeutické komunikaci s pacienty a jejich rodinami. Tato simulace byla specifická v tom, že sledovala případ pacienta od bodu, kdy mu byla sdělena špatná zpráva o jeho prognóze a poté když se dostal do terminální fáze svého onemocnění. Studenti byli podobně jako v dalších studiích natáčeni a tento videozáznam byl poté použit k závěrečnému rozboru, který následoval bezprostředně po simulaci. Výsledky této studie potvrdily, že simulační výuka péče o umírajícího pacienta má pozitivní vliv na postoje studentů ošetrovatelství k paliativní péči (Lewis, 2016).

V českém prostředí můžeme zmínit simulaci, která byla určena pro absolventy oboru Všeobecné lékařství před atestací a týkala se řešení komplikací v intenzivní péči. Byl zvolen typ simulace s figurínou. Autoři studie chtěli mimo jiné zjistit, zda absolvování simulace v účastnících vzbudí zájem o další teoretické a praktické vzdělávání v této problematice. Měření probíhalo opět pomocí dotazníků vyplňovaných před a po simulaci. Účastníci uváděli před absolvováním simulace, že spíše nemají dovednosti k řešení dané situace nebo, že neví, zda je mají. Takto odpovídalo 93 % respondentů. Po provedení simulace však již 79 % všech účastníků uvedlo, že jsou jejich dovednosti spíše dostatečné. Dále také 93 %

respondentů po absolvování simulace uvedlo, že by chtěli prohloubit své vědomosti ohledně dané problematiky. Všichni účastníci hodnotili proběhlou simulaci kladně či spíše kladně a také uváděli, že by rádi pokračovali v tréninku praktických dovedností, které jsou potřebné ke zvládnutí daných situací. Také vyjádřili zájem o účasti na další simulační výuce. Je tedy zřejmé, že simulační výuka skutečně může posilovat motivaci k prohloubení znalostí (Prokopová, 2021).

2.3 Kompetence v poskytování paliativní péče

To, jaká je připravenost studentů k poskytování paliativní péče, je do jisté míry zrcadlem ke stavu vzdělávání v paliativní péči. Studenti se během svého vzdělávání budou setkávat s umírajícími pacienty a úkolem vyučujících je připravovat budoucí všeobecné sestry, aby byly schopné se s těmito zkušenostmi vypořádat tím, že jim pomohou propojit znalosti z teoretické výuky s praktickou zkušeností v paliativní péči. Vyučující by měli studenty povzbuzovat k tomu, aby si uvědomovali své obavy i očekávání v souvislosti s péčí o umírající pacienty (Poultney et al., 2014). Americká asociace vysokých škol ošetrovatelství (American Association of Colleges of Nursing - AACN) vydala doporučený postup, který obsahuje kompetence nezbytné k poskytování kvalitní péče pacientům trpícím závažným onemocněním a jejich rodinám. Tento dokument slouží jako doporučení pro výuku paliativní péče na vysokých školách, aby byly všeobecné sestry lépe připraveny k zajišťování přístupu ke kvalitní paliativní péči a se soucitem pečovaly o vážně nemocné pacienty. Jednotlivé body doporučení tvoří dohromady velmi komplexní soubor, který nezapomíná ani na potřeby všeobecné sestry. Je jich celkem sedmnáct a zahrnují tyto oblasti:

- Snaha o zpřístupnění paliativní péče pacientům, kteří ji potřebují, a to už od okamžiku diagnózy.
- Přehled o prevalenci vážných onemocnění v populaci, o ekonomice zdravotní péče, možnostech domácí péče a vlivu závažného onemocnění na finanční situaci rodin.
- Uvědomění si vlastních etických, kulturních a duchovních hodnot a pohledu na smrt a umírání.
- Holistická péče o pacienta a jeho rodinu s respektováním jeho etických, kulturních a duchovních hodnot.
- Spolupráce v multidisciplinárním týmu. Rozpoznání potřeby konzultace s odborníkem (např. paliativním týmem).

- Efektivní a soucitná edukace a komunikace s pacientem a jeho rodinou.
- Pečlivé vyšetření a diagnostika pacientových fyzických, psychických a duchovních potřeb.
- Komunikace o cílech a výsledcích paliativní péče.
- Pomoc pacientovi, jeho rodině a případně spolupracovníkům, aby byli schopni se vyrovnat se smutkem, ztrátou a truchlením.
- Implementace strategií sebepečce a copingu s utrpením, kterého je všeobecná sestra svědkem (Ferrell, 2016).

2.4 Přípravenost a postoje studentů k poskytování paliativní péče

Přestože je v posledních letech kladen větší důraz na vzdělávání v paliativní péči a existují formy simulační výuky, která je velmi efektivní, stále na vysokých školách převládá frontální výuka a některé výzkumy z Česka i zahraničí (Kratochvílová, Olišarová, Tóthová, 2021; Wells, 2022) poukazují na to, že připravenost studentů je slabá a jejich sebevědomí v poskytování paliativní péče nízké. Pro poskytování efektivní a kvalitní paliativní péče je potřeba spojení vědomostí, dovedností a kladných postojů k paliativní péči. U studentů ošetrovatelství toto znamená naplnit kognitivní, psychomotorickou i afektivní složku vzdělávání. Všeobecné sestry, které jsou v paliativní péči informované, mají dovednosti a paliativní péči poskytují sebejistě a se správným postojem, mohou zvyšovat kvalitu života a spokojenost pacientů a jejich rodin ve zdravotnických zařízeních. Naopak nedostatek sebevědomí v poskytování paliativní péče u zdravotnických pracovníků snižuje kvalitu poskytované péče (Kim, Lee a Kim, 2020).

Nakazawa et al. (2009) vytvořili nástroj na zjištění vědomostí v paliativní péči (The Palliative Care Knowledge Test). Vývoj vzdělávání v paliativní péči stále pokračuje a je vhodné, aby byly znalosti studentů posuzovány a tím mohla být hodnocena efektivita jednotlivých edukačních programů a zhodnoceno, jestli je vhodné v nich pokračovat. Hodnotí ale také úroveň znalostí lékařů a všeobecných sester, či oblastí, ve kterých jsou znalosti menší a je potřeba se na ně v edukačním programu zaměřit. Všeobecně lze říci, že výsledky tohoto testu mohou pomoci při vývoji vhodných strategií ke zvýšení kvality poskytované paliativní péče. Test hodnotí pět domén v péči o pacienty pomocí tvrzení, které respondenti označí za pravdivé nebo nepravdivé. Tyto oblasti zahrnují filozofický rámec paliativní péče, její smysl a to, komu je paliativní péče určena. Dále se dotazník zabývá

managementem bolesti, dušnosti, psychiatrickým potížím a problematikou gastrointestinálního traktu a parenterální výživy. Celkem se jedná o čtyřicet položek.

Postoje studentů ošetřovatelství ke smrti, umírajícím pacientům a potažmo paliativní péči jsou formovány takřka celý život. Ve společnosti, která si váží zejména zdraví, mládí a úspěchu se tak stává, že studenti mají vytvořený svůj hodnotový systém, který však může být vhodnou edukací formován (Kabelka, 2020). To, zda došlo ke změně postojů a jaké tyto postoje jsou lze zjistit pomocí vhodného dotazníku. Ve výuce paliativní péče a posuzování připravenosti a postojů studentů k poskytování paliativní péče je nejčastěji využíván Frommeltové dotazník postojů k péči o umírající (Frommelt attitudes toward care of the dying scale). Tento dotazník obsahuje třicet tvrzení, na která respondenti vyjadřují míru souhlasu. Dvě třetiny tvrzení se týkají přímo postoje sestry k umírajícím pacientům a jedna třetina je věnována postoji sestry k rodinným příslušníkům pacienta. Tento dotazník může být s úspěchem použit jako nástroj ke zjištění efektivity edukačního programu, pokud jej účastníci vyplní před a po absolvování programu (Frommelt, 1991).

Mezi všemi zdravotnickými pracovníky jsou to právě všeobecné sestry, které jsou nejčastěji u smrti pacienta přítomné. Jejich postoje k umírání a umírajícím pacientům tak mohou velmi ovlivnit to, jakým způsobem o tyto pacienty pečují. Měly by si být vědomé svých postojů a pocitů ohledně života a smrti, aby mohly pacientům v terminálním stádiu nemoci poskytovat kvalitní paliativní péči. Pozitivní postoj znamená, že všeobecná sestra smrt jako takovou přijímá, byť neutrálně. Negativní postoj, na druhou stranu, znamená, že má ze smrti strach nebo se jí vyhýbá. Tento postoj pak může být přenesen i na umírajícího pacienta, kterému se bude ve strachu vyhýbat namísto toho, aby mu byla nablízku. Je známo, že studenti se prvního setkání se smrtí bojí a je pro ně těžké se svými pocity pracovat v prostředí, kde se sami necítí bezpečně (Sanli a Iltus, 2022). Proto je tolik důležité, když mají možnost si v rámci studia vyzkoušet formou simulační výuky, jak na ně bude setkání s umírajícím pacientem působit. Tyto inovace v kurikulu výuky paliativní péče mohou pomoci studentům zlepšit postoj k umírajícím pacientům a upevnit znalosti a dovednosti v poskytování paliativní péče. Mají také vliv na reakci studentů na poskytování paliativní péče skutečným pacientům v klinické praxi. Studenti bez předchozí zkušenosti se smrtí mají totiž tendenci k horšímu postoji k péči o umírající. Z výpovědí studentů v České republice vyplývá, že přesto, že je větší množství předmětů, které se dotýkají paliativní péče a problematiky umírání, stále jsou studenti nejistí v aplikaci nových poznatků do praxe (Kratochvílová, Olišarová, Tóthová, 2021).

Gül et al. (2022) zjišťovali, jak průběh klinické praxe ovlivňuje zkušenost s poskytováním péče terminálně nemocným pacientům a postoje k paliativní péči. Zjistili, že studenty významným způsobem ovlivňuje to, v jaké míře se podílejí na poskytování ošetrovatelské péče. Někteří z respondentů uváděli, že personál ošetrovatelské jednotky si nepřál, aby se studenti aktivně zapojovali do péče o terminálně nemocné, či dokonce zažili, že se o nich nechtěli se studenty ani bavit. Někteří další respondenti přiznali, že se sami vyhýbali poskytování paliativní péče, protože nevěděli, co mohou pacientovi nabídnout, pokud již není léčen, popř. se báli, že ošetrovatelský proces u těchto pacientů je příliš složitý s ohlednutím na množství diagnóz, které mají. Naopak někteří studenti hodnotili velmi pozitivně to, jaký byl přístup ošetrovatelského personálu k terminálně nemocným pacientům, což bylo pro studenty příkladné a mírnilo to obavy, se kterými pak sami studenti přistupovali k péči o tyto pacienty. Velmi důležitá také byla informovanost o stavu pacienta. Tyto klinické zkušenosti pak ovlivňují postoje studentů k umírajícím pacientům. Velmi přínosné je, když se studenti začínají zabývat etickými aspekty umírání. Uvědomují si, že často je pacientům uměle prodlužováno jejich utrpení a s rodinou se nemluví o možnostech paliativní péče. Mnoho studentů vidí, jaký rozdíl je umírat v nemocnici a doma v přítomnosti nejbližších. Mění se také jejich pohled na smrt jako takovou. Může docházet k tzv. normalizaci smrti. Studenti, kteří se vždy setkání se smrtí velmi obávali najednou zjistili, že když pacient, o kterého pečovali, zemřel, nepocíťovali žádné zvláštní emoce, přijali to, jako něco naprosto přirozeného. To však není případem všech studentů, stejně zastoupení byli také studenti, kteří na první setkání se smrtí reagovali se strachem nebo smutkem a beznadějí. Když měli svoji reakci popsat, udávali také, že v některých případech neuměli dobře rozpoznat známky smrti, v některých případech byli zmatení, nechtěli se mrtvého těla dotýkat, či plakali (Gül et al., 2022).

2.5 Role víry a náboženství v paliativní péči

Pojetí zdraví se již posunulo od jeho vnímání jako pouhé absence nemoci s uzdravením jako hlavním předmětem zájmu, k holistickému přístupu, kdy je jedinec posuzován jako celek se svými bio-psycho-sociálními a duchovními potřebami. V paliativní péči je potřeba vyrovnávat se s širokou škálou pacientových potřeb, nicméně oblast spirituálních potřeb se zdá být velmi naléhavá právě pro pacienty, kteří trpí nevyléčitelnou nemocí, protože se nacházejí v beznadějně situaci a čelí strachu z neznáma. V tomto stavu často vyhledávají spiritualitu jako způsob zvládnání a vyrovnávání se s nemocí a utrpením

nebo jako zdroj naděje pro uzdravení (Evangelista et al., 2016). Přesto, že vyhledávání duchovních potřeb a spirituální podpora u pacientů je důležitým terapeutickým prvkem, stále se setkává s přehlížením ze strany zdravotníků. Je to dáno obtížností naplňování takovýchto potřeb a nepřipraveností zdravotníků, kteří nemusí mít dostatečné informace (Balboni, 2011). Často dochází k mylné představě, že spirituální potřeby jsou pouze potřebami věřících. Ve skutečnosti to však může být tak, že věřící lidé si jsou svých duchovních potřeb vědomi a ví, jak je naplňovat. Lidé, kteří se k žádné víře nehlásí si mohou a nemusí být duchovních potřeb vědomi a o existencionální otázky se začínají zajímat někdy až v době, kdy se u nich projeví závažná nemoc (Svatošová, 2012). Spiritualitu lze chápat jako jakousi hybnou sílu, která jedince vnitřně ovlivňuje a pomáhá dávat smysl jejich osobním životům, minulosti i současnosti. Je spojována s transcendentální silou a v evropské křesťanské tradici tedy s Bohem. Pomocí spirituality může člověk porozumět sám sobě jako lidské bytosti i svému utrpení. Pokud se na ni a na spirituální potřeby díváme s tímto porozuměním, pak je zjevné, že jsou důležitým nástrojem pro zvládání těžkých situací. Pro pacienty v paliativní péči je naplňování duchovních potřeb, a to konkrétně potřeb naplnění a smyslu života, potřeby být přijat a milován, potřeby odpustit a přijmout odpuštění, způsobem jak se vypořádat s terminálním onemocněním bez přítomnosti distresu, protože jejich naplnění často přináší úlevu i na rovině fyzické a psychické (Evangelista et al. 2016). V opačném případě nenaplnění potřeby smyslu života i v nevléčitelné nemoci s sebou přináší jakousi duchovní trýzeň. Úkolem pečující všeobecné sestry je pomoci pacientovi, aby mohl najít jakési naplnění i v této situaci (Svatošová, 2012). Kvalitní podpora duchovních potřeb však také vyžaduje uvědomění si vlastních hodnot a víry zdravotníků, protože tyto ovlivňují poskytovanou péči. Neměly by však být překážkou k tomu, aby přání pacienta mohla být naplněna. Výzkumy (Pilger et al., 2015; Nauck, 2018) ukazují, že spiritualita zdravotnických pracovníků silně ovlivňuje vnímání duchovních potřeb a postoj k pacientům. Zároveň pomáhá samotným zdravotníkům s tím, aby mohli zvládat obtíže, které jsou s péčí o kriticky nemocné pacienty spojené. Autoři Pentaris a Tripathi (2022) zjišťovali pohledy zdravotníků na důležitost náboženské víry v kontextu umírajících pacientů a jejich rodin. Respondenti tohoto výzkumu udávali, že vidí důležitost v utěšení a ujištění, které víra představuje. Dále ve smyslu života, který dává i uprostřed nevléčitelné nemoci a možnosti uzavřít za sebou svůj život. Autoři ve svém výzkumu také apelují na to, aby sestry měly schopnosti a vědomosti, které je uschopní, aby pomohly pacientům naplňovat jejich duchovní potřeby a potřeby související s praktikováním víry.

Tíha všech potřeb pacienta, i tak osobních, jako jsou ty duchovní, však nemusí a rozhodně nemá ležet jen na bedrech všeobecné sestry. Je zde prostor a téměř i nutnost multidisciplinární spolupráce zdravotníků s duchovními, psychology, poradci či sociálními pracovníky. Ti všichni mohou být v určité chvíli právě těmi, které pacient potřebuje. V každé větší nemocnici fungují nemocniční kaplani různých církevních denominací, a dokonce i v sociálně-zdravotních zařízeních bývají běžné pravidelné návštěvy duchovních, kteří by měli být schopni pomoci rozhovorem nejen věřícím pacientům, ale stejně tak i všem, kteří čelí závažnému onemocnění a hledají ve své nové situaci smysl a naplnění (Svatošová, 2012).

2.6 Specifika komunikace v paliativní péči

Ošetřovatelství jako obor je vědecky založen na ošetřovatelském procesu. Srdcem ošetřovatelství je však péče, soucit a komunikace (Palos, 2014). Komunikace je často brána jako něco velice přirozeného, je součástí každodenního života. Může se proto zdát, že přeci každý umí komunikovat. Mnoho výzkumů však v uplynulých letech ukázalo, že efektivní komunikace je spíše dovednost, která se dá naučit než něco vrozeného. Někdy dokonce ani nezáleží na tom, zda je někdo obratný řečník na veřejnosti. Je to totiž hlavně komunikace na interpersonální úrovni, kterou se učíme celý život a je klíčová při poskytování paliativní péče. Základem kvalitní paliativní péče je komunikace mezi pacientem a sestrou a její schopnost spolupracovat v okruhu tvořeném pacientem, jeho rodinou a dalšími zdravotníky. Úleva od pacientova utrpení není zprostředkována pouze nasazením správné medikace, děje se tak skrze péči, která je orientována na pacienta a věnuje pozornost nejen jeho fyzickým a psychickým potřebám, ale také spirituálním, emocionálním a sociálním aspektům. Díky péči, ve které je znát soucit, a díky komunikaci je sestra schopna vytvořit bezpečné prostředí, ve kterém se pacient a jeho rodina mohou snáze vypořádat s těžkostmi, které přináší pokročilé onemocnění (Wittenberg et al., 2016).

Ne vždy se však daří této efektivní, na pacienta orientované komunikace docílit. Překážky plynou z podstaty charakteru paliativní péče, která je často velmi emocionálně zatížena, a to jak na straně pacienta, tak zdravotníka. Kabelka (2020) se zamýšlí nad tím, proč mohou mít v dnešní době někteří zdravotníci problém s komunikací v paliativní péči. Rozvíjí myšlenku, že každá komunikace, která mezi lidmi probíhá, obsahuje emoce. To je základní hodnota i smysl komunikace. Když se však podíváme, jak je zdravotní péče

organizována a plánována na úrovni politiků a vedoucích lékařů, jako by se z ní měly emoce vytráčet. V dnešní době, která je nastavena na výkon, nastalo mnoho změn oproti dobám našich předků. Autor konkrétně udává příklad vymizení vícegeneračního žití, např. z důvodu stěhování střední generace za prací. Mladí lidé, proto nemají tolik možnost pozorovat život ve stáří, kdy prioritou již není výkon, ale do popředí vystupuje moudrost a životní zkušenosti. Také se starší generaci nezažívají jejich bolesti, neví, jak probíhá ošetřování doma a kontakt s nemocnicemi, nevidí umírání. Toto se pak může v některých případech odrážet na komunikaci mezi pacientem a zdravotnickým personálem. Je zde strach z nezkušenosti. Na něj se nabalí obavy z toho, že se projeví zdravotnickovy emoce a bude tak podryto jeho ego. A v neposlední řadě rozum, ovlivněný honbou za výkonem jako primární životní hodnotou, odmítá utrpení, protože se zdá být jeho opakem. Autor v závěru této myšlenky uvádí vcelku jednoduché nástroje, které mohou pomoci od počátku vést srozumitelnou komunikaci, která povede k důvěře mezi pacientem a zdravotnickým personálem. Jsou jimi otevřenost, autenticita, vyjadřování empatie primárně neverbální formou komunikace a používání lidskosti.

Portugalská studie autorů Laranjeira et al. (2021) uvádí výsledky simulační výuky, ve které studenti hráli ve skupinách role pacienta, rodinného příslušníka a sestry. Dostali scénář s dialogem a poznámkami o povaze onemocnění a specifickém chování, které se měli pokusit zdramatizovat. Při závěrečném zhodnocení studenti popisovali, že v nich snaha zmírnit utrpení a bezmoc pacienta a jeho rodiny vyvolala pocity selhání, úzkosti, zklamání, bezmoci, nervozity, smutku, lítosti, soucitu, odporu a trápení. Uvědomili si, že komunikace s umírajícím pacientem od sestry vyžaduje hlubokou citlivost, empatii, profesionalitu a důkladný výcvik. Uvědomili si však také a přijali fakt, že není možné dát pacientovi tu správnou odpověď a naplnit jeho potřeby, protože se jedná o obtížnou situaci i pro sestru samotnou, ale je důležité, aby byly komunikační schopnosti řádně vyvinuty, a to jak verbální, tak neverbální, aby se pacientovi a jeho rodině dostalo té nejlepší péče. Jako důležitou však viděli také schopnost se od pacientovy situace v určité míře emocionálně odpoutat (Laranjeira et al., 2021).

Profesionalita je nepochybně získávána praxí a zkušenostmi. Kabelka (2020) se nad ní zamýšlí také z jiného úhlu pohledu. Domnívá se, že profesionalita při komunikaci s těžce nemocným pacientem spočívá ve ztotožnění se s realitou nemoci a umírání. To je základní předpoklad, jak je možné být pacientovi a jeho rodině pomyslným průvodcem a partnerem v jeho těžké situaci. Uvědomělý zdravotník se nebojí, že projevením svých emocí ztratí svou

roli, ale umí s nimi pracovat. Využívá zkušenosti dalších pacientů. Je empatický a s odvahou provází pacienta těžkým obdobím. Takto se dle autora vyznačuje profesionalita v paliativní péči. Pacientovu důvěru je pak možné získat, pokud zdravotník bude dbát na to, aby v jeho komunikaci nechyběl úsměv, pochvala pacienta a také jeho rodiny, otevřenost a upřímnost, snaha o autenticitu – vyjádření účasti. Při řízeném rozhovoru je důležitá snaha o vlídný tón hlasu. Pacient, který skutečně důvěřuje zdravotnickému personálu, mnohem lépe přijímá fakt, že jeho nemoc nelze vyléčit, i když by si to všichni přáli. Chce jim důvěřovat, protože jsou otevření a podávají pacientovi informace, nabízejí podporu a jsou stále k dispozici.

2.6.1 Sdělování špatných zpráv

Role všeobecné sestry při sdělování špatných zpráv pacientovi a jeho rodině může být často podceňována. Přestože sdělování diagnózy a prognózy je v kompetenci lékaře, sestra má pak mnohdy ještě větší vliv na psychický stav pacienta a jeho schopnost vyrovnat se s novou situací. Poskytuje pacientovi informace, které mu pomohou více porozumět tomu, co bude následovat. Ona sama je pak často nucena přinést pacientovi špatné zprávy např. o stavu jeho vitálních funkcí, hojení rány; a v dalších situacích, které se týkají ošetrovatelské péče (Kirkpatrick et al., 2017).

V roce 2000 byl v odborném časopise *The Oncologist* poprvé publikován model SPIKES, který napomáhá zdravotníkům při sdělování špatných zpráv pomocí šesti bodů, které přispívají k atmosféře důvěry a bezpečí mezi zdravotníkem a pacientem. Využívat ho mohou nejen lékaři sdělující pacientovi diagnózu, ale může být využíván při jakékoliv komunikaci, která je pro zdravotníka a pacienta emocionálně obtížná. Napomáhá k tomu, aby byla komunikace efektivní a klade důraz na kontrolu, zda pacient správně porozuměl sdělované zprávě. Název SPIKES je odvozen od počátečních písmen jednotlivých kroků:

- Příprava na rozhovor (*Setting up*) – je důležité se na rozhovor s pacientem připravit, a to na rovině praktické, ale také mentální. Zdravotník si může v hlavě projít plán, jak bude rozhovor probíhat. Připravit se na možné negativní reakce pacienta, jako smutek, frustrace, zlost. Velice nápomocné je v tomto případě uvědomit si, že pokud je špatná zpráva komunikována jasně, pacientovi to dovoluje dobře si naplánovat záležitosti do budoucna, např. u terminálních onemocnění využít naplno zbývající čas. Praktická příprava na rozhovor se pak odehrává volbou vhodného prostředí, zajištění soukromí. Dále je možné přizvat rodinné příslušníky. Posadit se k pacientovi, jako výraz toho, že bude mít dostatek času.

- Posouzení pacientova vnímání (*Perception*) – na začátek rozhovoru je vhodné si ujasnit, co pacient o své diagnóze ví a zda nemá nereálné očekávání od léčby nebo bagatelizuje nějaký důležitý aspekt svého onemocnění. Tento bod zamezí tomu, aby došlo později v rozhovoru k nějakému nedorozumění.
- Získat pacientovo svolení/pozvání (*Invitation*) – přestože často pacienti chtějí znát celou pravdu o svém onemocnění, nemusí to takto být u všech. Někteří si přejí mít jen omezené informace, což může být součástí jejich copingového mechanismu hlavně v pokročilých fázích onemocnění. Je tedy důležité si ujasnit, jak si pacient přeje být o svém stavu informován.
- Předávání informací a znalostí pacientovi (*Knowledge*) – tento bod zahrnuje několik principů, jak efektivně předat pacientovi informace, aby byl zmírněn šok, který může následovat, a aby pacient lépe informace vstřebal. Mezi tyto principy patří např. volba vhodné terminologie, používat synonyma k odborným slovům. Předávat informace po částech a průběžně hodnotit, zda jim pacient porozuměl. Pokud je pacientova prognóza špatná, vyvarovat se sdělení typu: „Už pro vás nemůžeme nic udělat.“ Ale soustředit se na nové cíle paliativní léčby, které mohou zvýšit kvalitu života.
- Reagovat na pacientovy emoce empaticky (*Emotions*) – toto může být zdánlivě jeden z nejtěžších úkolů. V reakci na emoce pacienta je vhodné nejdříve pozorovat, jak se pacient chová, poté se pokusit emoci pojmenovat, pokud nejsme schopni toto učinit, můžeme se přímo zeptat pacienta, jak se cítí. Dále identifikovat důvod této emoce a po tom, co měl pacient čas vyjádřit své emoce jej ujistíme, že tuto emoci i její důvod uznáváme a tím na ni empaticky reagujeme. Je důležité správně identifikovat pacientovy emoce pro další postup rozhovoru.
- Strategie a shrnutí (*Strategy and Summary*) – představíme pacientovi všechny možnosti, které nyní má, to mu pomůže soustředit se na to, co může dělat více než na to, že již nebude dále podstupovat kurativní léčbu apod. A na závěr následuje shrnutí, při kterém je velmi důležité si znovu ujasnit, jestli nedošlo k nějakým nedorozuměním (Baile et al., 2000).

2.7 Podpůrné mechanismy při poskytování paliativní péče

Důležitost zkušeností v klinické praxi pro rozvoj vědomostí, dovedností a kladných postojů k paliativní péči je nesporný. Čím více praktických zkušeností s péčí o umírající

pacienty všeobecná sestra získá během svého studia, tím lépe bude připravena k výkonu svého povolání. Bude tak moci poskytovat kvalitní paliativní péči svým pacientům napříč odbornostmi (Kirkpatrick, Cantrell a Smeltzer, 2019). Klinická praxe je ovlivněna mnoha faktory, patří mezi ně samotné prostory, kde se praxe odehrává, poté psychosociální a interpersonální faktory, protože sociální klima na praxi je tvořeno interakcemi mezi studenty, mentory, vyučujícími a pacienty. Dále je ovlivněna organizační kulturou daného oddělení a výukovými složkami (Flott a Linden, 2016). Mentoři na nemocničních odděleních jsou všeobecné sestry, které zároveň splnily mentorský výcvik a vedou studenty při klinické praxi. Jejich role je naprosto klíčová při výuce paliativní péče v rámci klinické praxe. Dobře připravení mentoři jsou základem pro úspěšné vzdělávání studentů ošetrovatelství. Motivace mentora, jeho rady, podpora a vedení mohou nastolit atmosféru bezpečí, která je tolik důležitá, když se studenti poprvé setkávají s umírajícím pacientem a mohou zažívat pocity strachu a úzkosti. Působení mentora je tak na úrovni vzdělávací, ale také podpůrné. Obzvláště v paliativní péči může mentor předávat cenné zkušenosti a sdílet své osvědčené copingové strategie. Měl by to být někdo, na koho se studenti nebojí obrátit v případě nejistoty (Mikkonen et al., 2022).

Už během studia je na mnohých vysokých školách v České republice využíván proces supervize. Obecně se jedná o jakési setkání pracovníka, či celé skupiny, se supervizorem. Supervizor moderuje otevřené rozhovory mezi zúčastněnými a sám přináší pohled zvenčí, aby došlo k reflexi vlastní práce. Supervidovaní pracovníci často potřebují podpořit a ujistit, zda pracují dobře a ve prospěch klienta. Supervizor také nabízí a inspiruje v možnostech sebezvoje a dalšího vzdělávání. V případě klinické praxe se jedná o proces, ve kterém je reflektována role studenta ve zdravotnickém pracovišti, jeho činnosti a aktivity s cílem rozebrat obtížné situace, ke kterým během praxe došlo. Supervizor, kterým v tomto případě může být např. vyučující, či garant praxe, studentovi přináší nový pohled do situace, své zkušenosti a doporučení. Je to zároveň psychická podpora v případě, kdy došlo k emocionálně náročné situaci, ať už v souvislosti s pacientem nebo zdravotnickým pracovníkem. Student tak získává inspiraci k řešení podobných situací v budoucnu a posiluje své pracovní kompetence. Nemělo by jít o kontrolu a přímé vedení ze strany supervizora (Venglářová, 2013).

Poskytování paliativní péče však může být velmi emocionálně náročné nejen pro studenty. Její obtížnost nekončí nástupem do práce a získáváním zkušeností, přestože větší množství zkušeností je spojováno s lepší připraveností a zvládnutím péče o umírající pacienty

(Kirkpatrick, Cantrell a Smeltzer, 2019). Také zkušení pracovníci benefitují z pravidelné účasti na supervizi, které se jim však často nedostává. Venglářová (2013) se domnívá, že to může být právě z toho důvodu, že zkušení pracovníci působí dojmem jistoty a management jejich pracoviště pak nabude dojmu, že supervizi a podporu nepotřebují. Právě pravidelná supervize by však mohla pomoci v prevenci syndromu vyhoření a zlepšila by pracovní podmínky pomáhajícím profesím.

Supervizorem bývá často externí pracovník, avšak zkušený v daném oboru. Pokud není možné přizvat takového externího supervizora je možnost sejít se v kruhu spolupracovníků na tzv. peer-supervizi. V peer skupině budou vždy buďto spolupracovníci, studenti nebo kolegové ze stejného oboru, kteří mohou navzájem svými zkušenostmi radit a být podporou jeden druhému. V některých nemocnicích v České republice vznikají psychosociální intervenční služby ve formě tzv. peer podpory nebo peer programů, kde peer je zdravotnický pracovník, který absolvoval specifický výcvik, který ho uschopňuje poskytovat psychosociální podporu svým kolegům. Cílem této služby je psychická podpora při nadlimitně zátěžové situaci. Zdravotník může vyhledat tuto psychosociální podporu v situacích, kdy dochází k úmrtí pacienta, spolupracovníka či blízkých osob, dojde k hromadnému neštěstí, profesnímu pochybení nebo dokonce napadení zdravotníka při výkonu práce a mnoho dalších psychicky náročných situacích. Setkání se uskutečňují v různých formách, nemusí dojít k osobnímu setkání s peer pracovníkem. Služba je bezplatná. Přesto, že jsou zdravotníci často vystavováni emocionálně náročným situacím, musejí se s traumatickými prožitky vyrovnávat a program peer podpory jim pomáhá zmírnit důsledky těchto nepříjemných zážitků, aby jimi nebyli negativně ovlivněni v další práci, např. formou posttraumatického syndromu (Metodické doporučení..., 2019).

3 PRAKTICKÁ ČÁST

3.1 Metodika a sběr dat

Hlavní cíl zkoumání

Hlavním cílem výzkumné části bylo popsat zkušenosti studentů oboru Všeobecná sestra s poskytováním paliativní péče.

Dílčí cíle

Dílčí cíle zjišťovaly u respondentů jejich:

1. postoje k paliativní péči,
2. zkušenosti s péčí o umírající pacienty,
3. připravenost na komunikaci s pacienty a jejich rodinami,
4. hodnocení výuky paliativní péče,
5. vliv soužití s prarodiči na přístup k poskytování paliativní péče.

Typ/design výzkumné studie

Vzhledem k povaze zkoumaného problému byl vybrán kvalitativní typ studie a využit fenomenologický přístup. Tento přístup je výhodný v případě, kdy jsou zkoumány prožitky a zkušenosti jedinců s cílem porozumět jejich významu (Hendl, 2016).

Zkoumaný soubor

Pro oslovení respondentů do výzkumu byla záměrně vybrána Lékařská fakulta Ostravské univerzity. Kritériem pro výběr respondentů bylo studium oboru Všeobecná sestra druhého či třetího ročníku prezenčního i dálkového studia. K oslovení respondentů jednoho z ročníků byla využita forma krátké prezentace v rámci výuky. Ostatní respondenti byli osloveni pomocí informačního e-mailu s žádostí o spolupráci, který byl přeposlán jedním z vyučujících. Jednalo se o záměrný výběr participantů, kteří souhlasili se zapojením do studie, seznámili se s informovaným souhlasem a podepsali jej. Celkem bylo do zkoumaného souboru zařazeno devět účastníků. Jednalo se o ženy ve věku od 20–22 let. Pouze jedna respondentka uvedla jako předchozí obor vzdělání Zdravotnické lyceum. Ostatní participanté byli absolventy oboru Praktická sestra.

Tabulka 2: Soubor participantů

Respondent	Věk	Ročník studia	Předchozí obor vzdělání	Bydlel/a s prarodiči
1	21	Druhý	Praktická sestra	Ano
2	20	Druhý	Praktická sestra	Ano
3	20	Druhý	Praktická sestra	Ano
4	21	Druhý	Praktická sestra	Ano
5	21	Druhý	Praktická sestra	Ne
6	22	Třetí	Praktická sestra	Ne
7	21	Druhý	Praktická sestra	Ano
8	21	Druhý	Praktická sestra	Ano
9	22	Třetí	Zdravotnické lyceum	Ano

Zdroj: vlastní zpracování

Etika zkoumání

Každá z respondentek obdržela před zahájením rozhovoru informovaný souhlas a bylo jí vysvětleno, že rozhovor bude nahráván a výsledky studie budou publikovány anonymně. Také má možnost na kteroukoliv z položených otázek neodpovídat, či kdykoliv od zkoumání odstoupit bez udání důvodu. Informovaný souhlas je přiložen k této práci (viz. Příloha 1). Před oslovením respondentů byla vedoucí Ústavu ošetřovatelství a porodní asistence zaslána Žádost o povolení spolupráce (viz. Příloha 2). Tento dokument byl před zahájením výzkumu schválen.

Uplatněné výzkumné metody a nástroje

Ke sběru dat byl využit polostrukturovaný rozhovor, který byl sestaven autorem práce tak, aby zjišťoval zkušenosti a postoje participantů v oblastech významu paliativní péče, vlastních zkušeností s poskytováním paliativní péče, zkušeností s úmrtím pacienta a

hodnocení výuky paliativní péče. V rozhovoru byly povětšinou použity otevřené otázky, které byly dle situace rozšiřovány o doplňující dotazy.

Polostrukturovaný rozhovor

V úvodu každého setkání došlo k představení výzkumníka. Participant měl možnost se seznámit s průběhem a cílem rozhovoru. Bylo mu vysvětleno, jak budou data shromažďována a dále zpracována. Po předložení informovaného souhlasu a jeho podpisu byl prostor k případným dotazům participanta před tím, než se přistoupilo k otázkám rozhovoru.

Otázky polostrukturovaného rozhovoru

Rozehřátí

- 1) Kolik je Vám let?
- 2) Jakou střední školu jste studoval/a?
- 3) Žil/a jste, či žijete vícegeneračně se staršími příbuznými? (Pokud ano, potřeboval někdo z nich péči, na které jste se podílel/a?)
- 4) Na jakých odděleních jste dosud měl/a praxi?

Hlavní část – oblast Význam paliativní péče

- 5) Co pro Vás osobně znamená paliativní péče? Co Vás jako první napadne?
- 6) Myslíte si, že jsou znalosti o paliativní péči a jejích možnostech mezi zdravotníky/veřejností dostatečné?
- 7) S jakými formami paliativní péče jste se dosud setkal/a? O jakých víte?
- 8) Myslíte si, že je důležité, aby byla paliativní péče dostupná co nejvíce lidem? Proč?

– oblast Zkušenosti s poskytováním paliativní péče

- 9) Vzpomenete si na svoji první, popř. nejsilnější zkušenost s poskytováním paliativní péče? (respondenti dostali dostatek času, aby zavzpomínali na zkušenost, kterou chtěli sdílet, mohlo jich být i několik)

- 10) Jak jste se v této situaci cítil/a? Jaké emoce jste prožíval/a?
- 11) Řekl/a byste, že jste na zvládnání této situace byl/a připraven/á?
- 12) Který aspekt péče o pacienta pro vás byl nejobtížnější?
- 13) Byl Váš učitel, mentor nebo jiný personál nápomocný v přípravě na specifika péče o tohoto pacienta? Mohli jste se na něj s důvěrou obrátit?
- 14) (Pokud v úvodu odpověděli kladně na vícegenerační soužití, byla respondentům položena tato otázka:.) Myslíte si, že Vás soužití se staršími příbuznými ovlivnilo ve Vašem přístupu k poskytování paliativní péče?

– *oblast Zkušenost s úmrtím pacienta*

- 15) Jaká byla Vaše první zkušenost s úmrtím pacienta? Jak moc jste byl/a angažovaná v péči o mrtvé tělo?
- 16) Co pro Vás v této situaci bylo nejtěžší?
- 17) Jak jste se s touto situací srovnával/a?
- 18) Měl/a jste se na koho obrátit a mluvit o tom?
- 19) Zažil/a jste předtím úmrtí blízkého člověka? Pokud ano, jak myslíte, že Vás to ovlivnilo ve Vaší praxi?
- 20) Jste věřící? Jak myslíte, že Vás to ovlivňuje při péči o pacienta a ve Vašem pohledu na umírání?
- 21) Když se podíváte zpětně na situace, které jste popisoval/a. Co byste dnes udělal/a jinak? Co jste naopak udělal/a dobře?

– *oblast Hodnocení výuky paliativní péče*

- 22) Jaká příprava by Vám pomohla, abyste dané situace zvládl/a co nejlépe?
- 23) Měl/a jste na SŠ či VŠ předmět věnovaný paliativní péči? Jaké jste absolvoval/a exkurze či přednášky na toto téma?

- 24) Jak hodnotíte úroveň vzdělávání v paliativní péči na VŠ?
- 25) Kterým oblastem by se podle Vás měla výuka paliativní péče více věnovat?
- 26) Myslíte si, že simulační výuka by byla pro Vás osobně přínosem v přípravě na komunikaci s pacientem v paliativní péči?
- 27) Uvažujete o doplnění dalšího vzdělání v oblasti paliativní péče v budoucnu?
Zajímala by vás tato problematika?

Zchladnutí

- 28) Je pro Vás poskytování paliativní péče naplňující, vidíte v něm smysl?
- 29) Pokud byste teoreticky potřeboval/a paliativní péči, přál/a byste si být v domácím prostředí nebo v nemocnici?

Organizace a lokace sběru dat

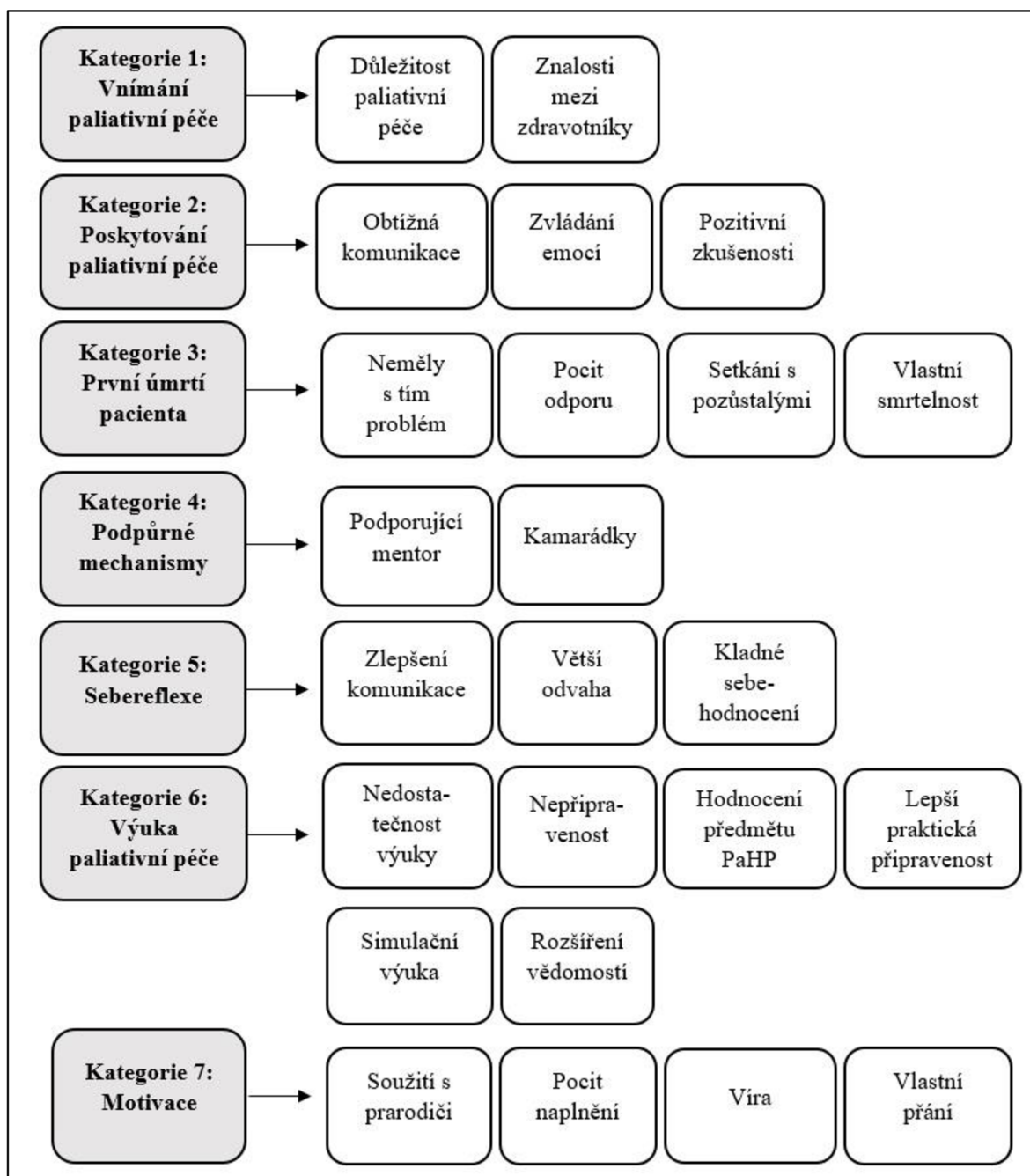
Rozhovory se odehrávaly s participanty během března 2023, a to jednotlivě v klidném prostředí kaváren a bez časové limitace, aby byl věnován dostatek prostoru na navození přátelské atmosféry a jakékoliv doplňující dotazy ze strany respondenta. Průměrná doba rozhovorů nahrávaných na hlasový záznamník byla 50–60 minut.

Metody zpracování dat

Hlasové nahrávky byly poté převedeny do textového souboru metodou doslovné transkripce, což je jedna z časově nejnáročnějších metod, která je využívána v případě zaměření studie na obsahovou a tematickou rovinu v rozhovorech (Mišovič, 2019). Jednotlivé textové soubory byly označeny číslovkou podle pořadí rozhovorů s participanty. Dále byly v textech identifikovány podobnosti a metodou otevřeného kódování označeny. Jednotlivé kódy byly smysluplně rozděleny do kategorií a dále podkategorií, které co nejlépe vystihovaly témata výpovědí participantů.

3.2 Výsledky

Obrázek 1: Kategorie a podkategorie výsledků



Zdroj: vlastní zpracování

Kategorie 1: Vnímání paliativní péče

Respondentky měly vyjádřit vlastními slovy, co pro ně paliativní péče znamená a co se jim jako první vybaví, když slyší tento pojem. Žádná z respondentek dlouho při odpovědi na tuto otázku neváhala a svými odpověďmi každá z nich nějakým způsobem vyjadřovala,

že se jedná o péči u pacientů, kdy už není šance na uzdravení. Zároveň zaznělo u několika respondentek, že je to období v životě pacienta, kdy by měl být kladen důraz na psychickou podporu a zlepšení kvality života, pokud již pacient nemůže být vyléčen. Vyjadřují to např. výpovědi sedmé a deváté respondentky: „... **takže jde hlavně o tu podporu psychickou i nějakou poslední lékařskou, i když tam už se většinou moc dělat nedá, takže hlavně tu podporu, že na to nejsou sami. Tak to vnímám já.**“

„... pro mě to hlavně znamená, že ta péče je nemůže vyléčit z té diagnózy, ale dělá všechno pro to, **aby ten svůj život dožili bez bolesti, a aby ho dožili důstojně.**“

Některé z nich poté vyjadřovaly také osobnější pojetí, jak se s paliativní péčí dosud setkaly nebo jak by dle jejich názoru měla vypadat v ideálním případě. Toto vyjadřovala také respondentka č. 5, která se odkazovala na svoji zkušenost s praxí v hospici: „**Já si myslím, že by to mělo být o potřebách toho člověka, o tom, co on chce, a ne takové to, že teď musíte ty léky zapít, a tak. V tom hospici to bylo hodně o přáních toho pacienta, a to mi přišlo hrozně hezké, že třeba teďka nechce, tak nechce. Přijde mi to jiné, než ten nemocniční režim, že tam je to prostě dané a je to nějaký režim, který ten pacient musí dodržovat. Ale ta paliativka je o tom, že to zařízení se přizpůsobuje tomu pacientovi, a to je fajn.**“

Podkategorie: Důležitost paliativní péče

V souvislosti s tím, zda vidí respondentky paliativní péči jako důležitou a v čem, se objevovaly ve všech případech kladné odpovědi. Důležitost paliativní péče viděly v zajištění pacientovy důstojnosti při umírání, úlevě od bolesti či zpříjemnění posledních dní života.

„**Je to důležité, protože když je ta paliativní péče k dispozici, tak člověk míň trpí, protože ti odborníci dokážou pacientovi ten konec života zpříjemnit a ulevit mu hlavně od bolesti.**“ (Respondentka č. 2)

„**Ano, hlavně i proto, aby věděli, že ten život se dá prostě dožít bez bolesti, důstojně, i ta rodina je na to lépe připravená.**“ (Respondentka č. 9)

Už během svých odborných praxí si studentky uvědomovaly, že v moderní medicíně dochází k *dystanázii*, tedy jakési zadržované smrti a snaze udržet pacienta co nejdéle při životě na úkor jeho kvality. Šestá respondentka uvedla svou zkušenost na anesteziologicko-resuscitačním oddělení: „**Spíš jsem tam často viděla ten boj, že sestřička si nemůže při té péči vybrat a je to na tom lékaři. Často by chtěly tomu pacientovi dopřát klid, aby mohl odejít v klidu a ti doktoři je chtějí ještě strašně zachránit.**“

„Já si myslím, že ti doktoři někdy až trápí ty lidi a neumějí tu léčbu ukončit, že kolikrát i ti lidé jsou už z toho špatní, že se s nimi pořád něco dělá místo toho, aby se nechalo je klidně dožít.“ (Respondentka č. 4)

Nevhodnost nemocničního prostředí jako místa umírání vidí v samotě a izolaci. Svou zkušenost tak popsala respondentka č. 5: *„Myslím si, že ty podmínky umírání v nemocnici, to je jako... to jsem nezvládala jako, když jsem přišla z toho hospice a teď na té interně. Šup za plentu..., to bylo hrozné. Nejhorší bylo takové to: ‚Nechodte tam, on umírá‘. A já jsem si říkala: ‚No ale jako právě proto, že umírá, tak by tam s ním měl někdo být!‘“*

Je zde však také uvědomění si toho, že i když je např. hospic lepším místem na prožití závěru života, kapacita specializovaných zařízení paliativní a hospicové péče je nedostatečná, existují čekací listiny a pacienti se zde nemusí dostat včas. Respondentka č. 8 dokonce uvedla, že právě v místě jejího bydliště zařízení hospicové péče chybí a přála by si jeho zřízení: *„Jo, paliativní péče je určitě hodně důležitá a myslím si, že by se i tady v okolí měl postavit nějaký hospic. To tady chybí.“*

Podkategorie: Znalosti mezi zdravotníky

Respondentky se jako studentky na odborných praxích setkaly s velkým množstvím zdravotnických profesionálů a všeobecných sester z mnoha oddělení. Jejich výpovědi ohledně toho, jak vnímají znalosti o paliativní péči mezi zdravotníky se velmi lišily. Některé z nich se domnívaly, že vědomosti sester jsou závislé na tom, zda se s poskytováním paliativní péče setkávají více či méně často: *„... na té chirurgii a kardiologii, tak tam si myslím, že ani moc ne, že ty sestřičky určitě mají nějaké povědomí, ale tím, že to tak moc nepotřebují, tak ty znalosti takové nejsou.“ (Respondentka č. 4)*

„Asi záleží, na jakém oddělení. Ale tam, kde se s tím hodně setkají, tak si myslím, že přistupují dobře. Třeba na té onkologii tak tam to bylo super v tomhle.“ (Respondentka č. 8)

Kromě toho si také některé respondentky uvědomovaly, že zjevný nedostatek znalostí ohledně poskytování paliativní péče může být zapříčiněn také časovou tísni a organizací na jednotlivých odděleních. Péči na dvou rozdílných odděleních srovnávala respondentka č. 7: *„Jako pokud si vezmeme třeba onkologii, tak tam si myslím, že ty sestry jsou jinak nastavené. Zatímco třeba na interně to funguje tak, že ta sestra se podívá, že ten pacient má tuhle a tuhle diagnózu, tak udělám tohle a tohle. A víc se nezajímá, protože je tam pacientů hodně a sester málo. Kdežto ta onkologie mi přijde v tomhle takový jiný svět.“*

Ve výpovědích se však objevily i vyloženě negativní názory na vědomosti sester o paliativní péči a respondentky mrzelo, že to je realita péče o umírající na mnoha odděleních, kterými prošly: „*Nemyslím, že vědomosti jsou dostatečné. Spíš mi to přijde takové, dobře, dáme ten morfinek, přebalíme a nashle. Že nějak nikdo nemá snahu hledat, co je za tím, tu rodinu nějak zapojovat a tak. Přijde mi škoda, že sestřičky, které jsou na tom oddělení třeba dvacet let z toho mají větší strach než já.*“ (Respondentka č. 3)

Popř. chybí element péče a zájmu o pozůstalou rodinu: „*Já si myslím, že tam je hlavně velká neznalost těch sester v případech, když ten pacient umře, tak si neumí uvědomit, že je tam stále ta péče o pozůstalou rodinu. U některých tam je **taková necitlivost, protože už to berou jako rutinu.***“ (Respondentka č. 9)

Kategorie 2: Poskytování paliativní péče

Všechny respondentky byly vyzvány, aby popsaly svou první nebo nejsilnější zkušenost s poskytováním paliativní péče. Některé z nich popisovaly své zkušenosti ze střední zdravotnické školy, kde dokonce zažily péči o pacienty s onemocněním COVID-19. Jednalo se v některých případech o pracovní zkušenost, nikoli odbornou praxi, ale tyto zážitky byly pro některé studentky velmi silné a čerpaly z nich do další praxe. Jiné studentky se rozhodly vyprávět své zkušenosti z nedávných praxí, které pro ně byly stále živé. Byly to zkušenosti z nejrůznějších oddělení, což vyzdvihuje fakt, že na poskytování paliativní péče by měly být všeobecné sestry připraveny, ať už pracují kdekoliv (Marková et al., 2021).

Podkategorie: Obtížná komunikace

Komunikace v paliativní péči byla v případě dotazovaných studentek náročná hned z několika důvodů. Mohla jím být rezignace pacienta, který nebyl smířen se svou diagnózou. Obtížná komunikace s pacientem se v případě první respondentky dotýkala velmi osobně: „*Ten pacient už moc nechtěl mluvit, byl takový zrezignovaný. Já si vždycky v takových těžkých případech představím, kdyby to byl někdo z mé rodiny a **hrozně s ním pak soucítím a všechno si to beru hodně osobně.** Vícekrát se mi stalo, že jsem potom brečela, ale já se to snažím neukazovat před těmi lidmi. Já to vždycky v sobě uzavřu a pak v soukromí si pobřečím.*“ Na dotaz, zda se kvůli těmto emocím pak bojí chodit k pacientům, aby nemusela brečet před nimi odpověděla: „*Já spíš nevím, co jim mám říct, když se mě něco zeptají. Nebo když mi někdo řekne: ‚Tak já už jsem na konečné.‘ Tak já nevím, co mu mám na to říct. **Tak raději nic neříkám. Nevím, jak s nimi mám mluvit.***“

Obtížné dotazy umírajících pacientů mohou být strašákem nejen pro začínající studentky ošetrovatelství a sestra v takové napjaté situaci často nemusí vědět, jak hned zareagovat nebo co pacientovi odvětit. Na takovou situaci vzpomínala i respondentka č. 7: „*A druhý, tam byl pán, který měl 29 let a čtyřleté dítě a on měl takhle velký nádor někde u mozkového kmene... On už byl jako sklíčený od začátku, tak se mě jednou zeptal: ‚Sestřičko, co mám dělat, když mi zbývají tři měsíce života?‘ **Tak jako co mu mám odpovědět? Tak já jsem na něj koukala, že tohle kamaráde fakt nevím, takže on byl chudák takový zničený.**“ Na otázku, jak se v této situaci cítila odpověděla: „*Pro mě to byl takový šok, že se mě někdo na něco vůbec ptá, což mě se většinou nikdo neptal. **Takže to byl ten šok a pak, když mi vlastně řekl, co mi chtěl říct, tak to byla taková prázdnota, mě se chtělo brečet v tu chvíli, ale tak musela jsem se držet.**“**

U čtvrté respondentky strach z obtížných dotazů zapříčinil, že se ve své komunikaci s pacientem a péči raději držela na povrchní rovině, protože se bála, aby nemusela říci něco, co by se pacienta dotklo: „*Myslím, že jsem byla připravená mu dát tu péči, aby byl v čistém, aby pojedl, to tělesné, ale chyběla tam nějaká ta péče hlubší... jako dokázala jsem s ním komunikovat, ale zase to bylo na té rovině: ‚Tak leží se vám dobře?‘ **Tak povrchně, jako taky jsem nešla nějak do hloubky v tom rozhovoru. Nebála jsem se přímo té komunikace s tím člověkem, ale možná toho tématu té smrti.** Z jedné strany by mi nevadilo, kdyby o tom začal povídat on a nějak ho vyslechnout, ale třeba když se ten člověk zastaví a čeká, co na to řeknu já, tak často přemýšlím, **nechci říct něco, co by bylo necitlivé, ale zároveň, aby to nebylo úplně plytké, tak to je pro mě nejtěžší nějak zvolit ta správná slova.**“*

Respondentce č. 6 přišlo jako nejtěžší situace pro komunikaci období, kdy se pacient čerstvě dozví diagnózu terminálního onemocnění. Zažila dokonce případ, kdy po oznámení diagnózy terminálního onemocnění pacientka přestala komunikovat úplně a dokonce se z mobilní pacientky stala téměř nemohoucí. Na dotaz, co pro ni v tu chvíli bylo na péči nejtěžší odpověděla: „*U ní bylo těžké s ní pracovat, protože ona přestala i mluvit. Na jednu stranu mě to i štvalo, že to vzdala, takže i když jsme se jí snažili i nějak motivovat, tak ona prostě vypla... Do dvou týdnů zemřela, což mě hrozně překvapilo, protože předtím by to nikdo nehádal.*“

Podkategorie: Obtížné emoce

Všeobecná sestra se může ve svém povolání setkat s rozporuplnou situací, kdy chce pacientovi naslouchat a vyjádřit soucit, ale zároveň je žádoucí, aby si pro svoji psychickou

pohodu zachovávala profesionální odstup (Gómez-Urquiza et al., 2020). Studenti ošetrovatelství se během svých prvních zkušeností v klinické praxi učí tuto rovnováhu najít, avšak často se ocitnou v situaci, kdy se svými emocemi bojují a nemusí se jednat jen o smutek.

Respondentka č. 3 popisovala situaci, kdy emoce, se kterou bojovala byla zlost: *„Takový pacient, na kterého si vzpomenu byl pán, který měl asi 40cm nádor na ledvině a už měl všude metastáze. Právě ho ta rodina nechtěla, protože se báli toho, že jim doma umře. Ze začátku, když přišel, tak byl milý, pak už na nás řval a tak, já jsem se mu nedivila, když věděl, že ho ta rodina nechce, že už brzo zemře a bylo mu hrozně špatně. Byl stále sinavější. Doktoři mu nechtěli dávat morfin, aby nemuseli řešit exitus. Nakonec se ještě dožil překlada na LDN a tam zemřel. Takže to je takový nejsilnější zážitek, kvůli tomu, jak se na něho vykašlala ta rodina a vlastně i doktoři. **Prožívala jsem zlost, protože to byla nespravedlnost, on si za to fakt nemohl.**“*

Respondentka č. 9 zase popisovala situaci, ve které byla dojatá tím, jak komplikovaná a smutná byla a na vině nebyla rodina ani zdravotníci, ale povaha pacientových obtíží: *„Teď v té terénní péči byl případ, kdy se mi i draly slzy do očí. Pán měl šílený dekubit na chodidle, ale ještě si zvládl zajít na záchod. A ten dekubit opravdu šílenou rychlostí postupoval k malíčku. Tak mu sestřička říkala, jestli by s tím raději nešel někde na chirurgii a on že ne a jeho dcera na něho taky tlačila, že ho chce zachránit, že nechce, aby zemřel na sepsi. Ta dcera pak brečela a pán taky a úplně se třásl, protože měl hrozný strach, co by s ním v té nemocnici ještě dělali. Tak v té situaci jsem byla hodně smutná, hodně jsem s nimi soucítila, hodně mě to vzalo v tu chvíli.“* Takto odpověděla na otázku, co pro ni v danou chvíli bylo nejtěžší: *„... **jako poprat se s tím smutkem i té rodiny, koukat se na tu rodinu a jak má o něho strach.**“*

Další z respondentek zažila silné emoce při péči o pacienta, který pociťoval, že se na něm lékaři dopouštějí dystanázie: *„To byl starší pacient, měl 79 a byl strašně hodný, i když už věděl, že bude konec, tak byl fakt strašně hodný. Taky měl všude metastáze. Ucpala se mu céva v noze ... nakonec to skončilo akutní amputací... Jenže ta druhá noha se mu taky ucpala. A doktoři zase, že udělají angiografii, s tím, že po ní je osmihodinový klidový režim se zátěží na tříselech, nemůže se ani otočit. On se té angiografii nechtěl dožít, ale přežil ji. A jednou mě prosil, ať mu otevřu okno, ať si k němu sednu, a že už chce umřít, že teď chce umřít a ať ho prosím neresuscituju. **On brečel a vyprávěl mi svůj životní příběh, tak to já jsem brečela**“*

taky... U něj jsem si uvědomila, jak strašně krátce tady jsme. A že on byl tak hodný, i když věděl, že už umírá. Zároveň jsem byla našťvaná na ty doktory, že ho ještě tak trápili. Oni prostě nechtějí mít exitus, protože to dělá špatné statistiky.“ (Respondentka č. 3)

Podkategorie: Pozitivní zkušenosti

Zkušenosti, které student zažívá během své klinické praxe mají formativní charakter. Dobrý příklad a přijetí personálem dle Walker et al. (2015) buduje identitu u studentů ošetrovatelství. Podobně pozitivní zážitek s péčí o paliativního pacienta může vytvářet kladný vztah k paliativní péči a správný pohled na to, jak tato péče může probíhat a proč má smysl.

Respondentka č. 8 využila toho, že jako student měla na praxi více času věnovat se konkrétní pacientce, která to potřebovala. Zažila tak velmi pozitivní zkušenost: *„Asi taková moje největší zkušenost byla v domově pro seniory, kde jedna pacientka už byla ležící, ještě k tomu měla zlomenou kyčel, takže imobilní a byla hodně protivná. A ono to moc nevypadalo, že by umírala, ale byla prostě ležící a začínala na všechny křičet, že tam kradou věci... A pro mě to byla taková první zkušenost s podobným pacientem, ale tím, že jsem byla studentka, tak jsem na ni měla více času, takže jsem za ní zašla, povídala jsem si s ní a ona zjistila, že jí nechci nijak ublížit, protože ostatní ošetrovatelky neměly tolik času, takže u ní vše dělaly rychle a jí to hodně vadilo, ona to úplně nestíhala zaznamenat. Takže já jsem s ní dělala všechno pomalu, když jsem jí dávala napít, tak ona si to chytla sama a zvládla se sama napít. A jednou do pokoje vrazila ošetrovatelka, že paní se sama nenapije a už jí to chtěla natlačit do té pusy a já jsem jí říkala ne, že to zvládla i včera a zvládne to i dneska. Tak u ní mě to dokonce i mrzelo, když potom umřela.“*

Stejná respondentka později při rozhovoru uvedla, že by sama práci v zařízení paliativní péče viděla jako smysluplnou: *„Možná bych si i zkusila pracovat v nějakém hospici. Je mi líto, že nemám něco blíž domovu... Jo, vidím v tom smysl, je to super. Je to takové, mám z toho pocit, že mu pomůžu a že mu zlepším ten konec prostě.“*

Pozitivní zkušenost může pramenit i z toho, když pacient, o kterého sestra pečuje, je se svou diagnózou smířen a přijímá ji s nadhledem. V případě zkušenosti deváté respondentky to bylo možná i díky pravidelným návštěvám nemocničního kaplana. To výrazně usnadňuje komunikaci i psychickou zátěž, která z péče pramení: *„Vzpomínám si na jednu paní s karcinomem dělohy, která měla i stomii a čekalo jí zavedení PICC a za ní dokonce chodil i kaplan si s ní povídat, vždycky s ním přišla i nějaká paliativní sestřička...“*

Jako bylo mi jí líto, ale ona to možná brala dobře i díky tomu, že tam za ní chodil ten kaplan. Ona měla dokonce pojmenovanou tu svoji stomii a brala to tak pozitivně, takže úplně jinak se o toho člověka pečuje, když má takový dobrý postoj.“

Kategorie 3: První úmrtí pacienta

První zkušenost s úmrtím pacienta je pro studenta v klinické praxi často přelomová, utkví v paměti a způsob, jakým byl student angažován v péči o tohoto pacienta pak může formovat to, jak bude přistupovat k dalším pacientům, či zda bude mít obavy z další podobné zkušenosti. Vliv má v tomto případě také personál oddělení, mentoři a atmosféra na pracovišti (Gorchs-Font et al., 2021).

Pouze jedna z respondentek měla možnost praxe přímo v hospici, kde se mohla setkat s velmi citlivou a důkladnou péčí o zemřelého pacienta. Byl to její první den na první praxi, kterou kdy měla: *„Tak jako asi ta první smrt v tom hospici. To bylo hned první den, taková starší paní prostě a jako bylo to jasné, dalo se to očekávat, ale bylo to úplně to poprvé, tak jsem si říkala jako co bude teď. Protože na zdravotce jsme se něco učili, ale já jsem neměla ještě do té doby praxi v nemocnici, takže to byl první takový střet s realitou. Ale bylo to strašně hezké, že paní se umyla, nazdobila se, oblékla se do hezkého oblečení. Jako bylo to hrozně hezké i když smutné... jako já jsem věděla, že tam musí člověk jít do toho s tím, že někdo umře. A ty první smrti to bylo asi takové, že to člověk bral takové, jak to je nebo aspoň já jsem byla vždycky taková, jako jo, smrt tady je a bude to takové a je to součást, ale pak jsem pochopila, že to nemusí být takové: „No, tak umřel.“ Ale že to může být o tom, jak umřel a co bylo předtím, jestli byl spokojený, nebyl, takže nevím, jako mám na to takový jiný pohled a třeba teď, když jsem byla na té JIPce, tak je to jako poznat ty různé pohledy ze stran personálu.“* (Respondentka č. 5)

Podkategorie: Neměly s tím problém

V některých případech nebylo první setkání s úmrtím pacienta doprovázeno silnými emocemi a studentky jej přijaly jako něco přirozeného, jako součást své budoucí profese. Tento neutrální přístup byl u několika respondentek dán také tím, že daného pacienta předtím blíže neznaly, jako v případě respondentky č. 8, která péči o mrtvé tělo, byť jí nebyla příjemná, vykonávala s postojem toho, že je to jedna z dovedností, kterou musí do budoucna ovládat: *„To bylo na interně. Tam za mnou přišla sestřička, že tahle pacientka zemřela a jestli s ní půjdu udělat tu péči. Tak jsem s ní šla a ona se mě pak ptala, že jestli mi to třeba*

dělá špatně, tak to udělá sama a já jsem říkala, že ne v pohodě, že se to stejně musím naučit. Strach jsem ani neměla, možná strach z toho, že to neumím a ještě jsem to nedělala. Paní měla více vývodů, které bylo třeba odstranit, takže to bylo trochu nepříjemné pro mě. Ale říkala jsem si, že se to stejně musím naučit, že to budu dělat v budoucnu, takže jsem to přetrpěla. Nebylo to pro mě tak těžké, protože k této pacientce jsem zrovna nechodila, takže jsem ji neznala a neměla jsem k ní nějaký vztah. “ Respondentka dále uváděla, že vzhledem k těmto okolnostem se nepotřebovala s tímto prožitkem nějak srovnávat či o něm s někým mluvit.

Respondentka č. 7 popisovala případ, kdy pacienta sice znala a pečovala o něj, ale tento vztah jako by jeho úmrtím vymizel a ona o něj byla schopná pečovat s profesionálním odstupem, který ji v dané chvíli až překvapil: *„Já jsem se toho ani nějak neděsila, spíš jsem se až děsila, jak jsem byla klidná, protože on jak umřel, tak to bylo wow, jako ta resuscitace, ARO a potom, když jsem pečovala o to mrtvé tělo, tak už jsem si připadala jako robot. Mě bylo v tu chvíli jedno, co to je za člověka. Prostě jsem šla, udělala jsem to. Prostě jsem si připadala jako robot. Jako na jednu stranu, já jsem chladná, já to vím, takže to spíš bylo takové, že jsem to tak neřešila.“*

Podobně respondentka č. 4 uvedla, že je pro ni těžší pečovat o pacienta, pokud se nějak trápí, ještě za jeho života: *„Ale převážně je to tak, že se trápím nad pacienty, kteří jsou ještě živí než potom, když už je mrtvý.“*

Jedna z respondentek dokonce ve své výpovědi uvedla, že si myslí, že přesto, že učitelé přistupují ke studentům velmi citlivě, když jdou poprvé pečovat o mrtvé tělo, většina studentů s tím až takový problém nemá: *„Jako občas jsem měla takový pocit, jestli se náhodou ještě neprobudí, protože nevíš, jak to přesně funguje, ale jinak asi v klidu. Těžké taky je, když je ten pacient mladý. To si říkám, že toho ještě mohl mít tolik před sebou a teď ta rodina, pro ni to musí být zásah. Já si myslím, že většina studentů je s tím paradoxně v pohodě, když někdo umře.“* (Respondentka č. 6)

Podkategorie: Pocit odporu

Tři z respondentek zmínily, že nejtěžší na péči o mrtvé tělo pro ně bylo dotýkat se jej. Často to přiznávaly s rozpaky, jako by se za toto tvrzení styděly. Ostatní respondentky toto přímo netvrdily nebo pro ně bylo obtížnější něco jiného.

„Ono to je strašně blbé, ale nejtěžší pro mě bylo, že musím sáhnout na to studené tvrdé tělo.“ (Respondentka č. 3)

Respondentka č. 1 toto pociťovala, když pečovala o mrtvé tělo pacienta, který předtím nebyl přímo v její péči, takže ho blíže neznala: „*Když jsem poprvé pečovala o mrtvého, tak jsem se toho strašně štítla. Že je to prostě mrtvé tělo a bylo mi hodně nepříjemné na to tělo sáhnout.*“ Když byla dotázána na to, jaké byly v tu chvíli její emoce, odpověděla: „*Tak zase jsem pociťovala velký soucit, ale taky jsem si říkala, a i na škole nás učili, si to nepřipouštět, protože kdybychom měli u každého člověka to tak prožívat, tak bychom se z toho za chvíli složili. Takže jsem se snažila na to nemyslet, ale taky mi to trvalo nějakou dobu, než jsem se uklidnila.*“

Také šestá respondentka popisovala, že při první zkušenosti s úmrtím pacienta se nebála, ale bylo to pro ni nepříjemné: „*Neuvědomuji si, že bych z toho měla přímo strach. Spíše je hrozně divné, když to tělo je studené, to je asi to nejvíce nepříjemné z toho všeho, co jsem prožívala.*“

Podkategorie: Setkání s pozůstalými

Jeden z nejnáročnějších okamžiků po úmrtí pacienta může pro pečující sestru být setkání s pozůstalou rodinou. Příběh pacienta, o jehož osobním životě dosud neměla mnoho informací, se najednou stává živějším a pro některé respondentky právě toto setkání vyvolalo nejsilnější emoce a musely se s touto situací srovnávat.

„*A pak na praxi to byla paní, která zemřela... Já jsem pak prováděla péči o mrtvé tělo... Strach jsem úplně neměla, spíše ten smutek. A nejhorší bylo, když jsem byla u předávání cenností rodině, protože pacientka měla čtrnáctiletou dceru a došlo mi to až u té rodiny, když se ta dcera rozbrečela a ten manžel tam začal taky brečet, nevěděl, co má dělat, chodil tam a zpátky. Trvalo mi půlhodinku, než jsem se dala dohromady, trošku jsem se klepala, ten den jsem byla taková smutná, ale pak už to bylo v pohodě.*“ (Respondentka č. 2)

„*Byla to zrovna první směna. Já jsem šla dělat hygienu na jeden pokoj, ještě s ošetřovatelkou, no a on byl mrtvý. Byl to 45letý pán a vypadal velice zachovale. Ošetřovatelka mi říkala, co mám všechno dělat. Tak jsme mu zavázali obličej... a tak. Bylo to takové, že jsem vůbec nevěděla, co mám dělat a strašně dlouho jsem na to pak myslela. Prostě jako když poprvé vidíš mrtvého. První reakce byla: Co mám dělat? Pak tam přišla ještě manželka s 15letou dcerou, ani se s ním nemohly kvůli covidu rozloučit, že? Takže taky to bylo takové, že tam brečely. Já jsem to ustála bez slz.*“ (Respondentka č. 3)

Podkategorie: Vlastní smrtelnost

Některé z respondentek vedla zkušenost s úmrtím pacienta k zamyšlení nad vlastní smrtelností. V případě třetí respondentky to dokonce ovlivnilo její postoj k určitým situacím v životě: „... *ale tím, že byl tak mladý, tak jsem si uvědomila, jak jsme tu krátce a nikdy nevíš, co se ti stane a strašně mě to ovlivnilo v tom, že i když se s někým třeba pohádám, tak nikdy nechci odcházet našťvaná, protože nikdy nevíš, kdy už nepříjdeš.*“

„Sáhnout na mrtvé tělo bylo pro mě takové zvláštní, protože jsem na něj třeba ještě před chvilkou sahala a byl teplý a teď už ne. Prostě bylo to takové zvláštní, že najednou už tu není, že si člověk uvědomí i tu svoji smrtelnost.“ (Respondentka č. 4)

Kategorie 4: Podpůrné mechanismy

Respondentky se ve svých výpovědích ohledně lidí, kteří jim byli na blízku a mohli s nimi mluvit o tom, co prožily, vlastně rozdělily na dvě skupiny. U jedné skupiny byl přítomen mentor, který byl nápomocný a nebály se mu svěřit či se na cokoliv zeptat. Tato ideální situace však není na všech praxích a některé respondentky uváděly, že buďto přímého mentora vůbec neměly nebo byly pouze formálně přiřazeny k nadřízené sestře, která se jim však reálně nevěnovala tak, jako mentor. Tyto respondentky se pak se svými prožitky dělily s kamarádkami a spolužačkami a tímto způsobem se mohly vyrovnat s tím, pokud pro ně bylo úmrtí pacienta psychicky náročné.

Podkategorie: Podporující mentor

Už samotná přítomnost mentora, či učitele, který je podporující a vytváří si se studentem partnerský vztah, kdy se student nemusí obávat svých dotazů nebo selhání, je velkým podpůrným mechanismem. Student pak může mít menší obavy i z úmrtí pacienta, protože ví, že není sám a má se na koho obrátit. Kdežto špatná atmosféra na oddělení a chybějící podpora ze strany mentora může mít zcela opačný účinek.

U respondentky č. 2 pomohla přítomnost učitele při praxi na střední škole k tomu, že se s úmrtím pacienta rychleji srovnala: „*Byla tam u toho se mnou učitelka, ona mi i pomáhala pečovat o to mrtvé tělo. A ptala se mě, jestli nepotřebuji nějakou pomoc, ale říkala jsem jí, že ne. Ale bylo fajn, že jsem se měla na koho kdyžtak obrátit. Asi mi to pomohlo se z toho rychleji vzpamatovat. Když mi umře pacient, tak si to moc nechci připouštět a říkám si, že to prostě takhle je, ale někdy tě to semele prostě. Trochu mě ta zkušenost obrnila.*“

Nejen podporující mentor, ale i celý kolektiv, atmosféra na pracovišti a to, jak student zapadne do kolektivu sester může ovlivnit prožívání psychicky náročných situací: „*Kdybych potřebovala, tak by mi mentorka určitě na všechno zodpověděla, ona byla moc hodná. Na oddělení byla super atmosféra, myslím, že jsem tam i hezky zapadla do té jejich rodinky, byla to asi nejlepší praxe, co jsem zatím měla.*“ (Respondentka č. 8)

Také další dvě respondentky měly dobrou zkušenost s mentorem na praxi, kterou popisovaly takto:

„*Moje mentorka byla naprosto boží. Jako my jsme se o tom (umírající pacient, pozn.) moc nebavily, protože já se o tom nechci bavit. Ale myslím, že kdybych se chtěla na to mentorky zeptat, tak ona by mi poradila, byla úplně úžasná. Fakt to bylo tak, že jsem byla vedle ní a řekla pojď ty uděláš tohle a já tohle a jako fakt to fungovalo. Někdy byly ty mentorky takové, jako by mě chtěly za každou cenu potopit: ‚Jak to že tohle nevíš a tohle už bys měla vědět.‘ A bylo to takové hodně stresující. Kdežto tahle, to bylo: ‚Viš to? Ne? Tak pojď, já ti to ukážu.‘“ (Respondentka č. 7)*

„*Jo, mentorka byla skvělá, tak mi vyprávěla, jaká je ta náplň jejich práce a hodně mi povídala.*“ (Respondentka č. 9)

Respondentka č. 5, která měla praxi v hospici, uvedla dokonce rozhovor s duchovním, který byl zrovna přítomen, avšak ona se s úmrtím pacienta nepotřebovala nějak výrazně srovnávat: „*Bavila jsem se se staniční sestrou a pak tam byl ještě duchovní, tak to jsme se jenom tak bavili, jako jak to někdo vnímá a tak. Já jsem z toho totiž nějak výrazně špatná nebyla, tam se s tím prostě počítalo.*“

Podkategorie: Kamarádky

Ostatní respondentky, až na jednu (3), ve své výpovědi buďto přímo udávaly, že neměly přímého mentora na praxi nebo samy raději volily rozhovor s kamarádkou či spolužačkou na praxi, často se však jednalo pouze o sdělení zážitků a nepotřebovaly tento rozhovor přímo k tomu, aby se lépe srovnaly s náročnou situací, kterou si řešily samy v sobě. Některé z jejich výpovědí byly takovéo:

„*Trochu jsme o tom mluvily s holkama na praxi, ale nebylo to nic hlubšího.*“ (Respondentka č. 1)

„*Beru, že je fajn si o tom popovídat se spolužačkama. Hlavně, kdybych zrovna byla na praxi sama.*“ (Respondentka č. 6)

Pouze jediná respondentka kromě kamarádek přímo uvedla také rodinu, jako svůj podpůrný mechanismus: *„Já jsem celkem takový splachovací člověk. Vím, že třeba s tím pánem, kterého jsem zažila celkem nedávno, tak jsme se ještě s kamarádkou o tom bavily, že to opravdu bylo drsné, že ještě ráno jsme ho myly a pán si vtipkoval a najednou zástava a už není. Určitě jsem to taky doma řekla našim, tak to mi pomůže se nějak vyfiltrvat.“* (Respondentka č. 4)

Kategorie 5: Sebereflexe

Sebereflexe může být užitečným nástrojem k tomu, aby student popsal své zkušenosti a podpořil tak učení. Provádění sebereflexe studenty uschopňuje k tomu, aby sami dokázali identifikovat své nedostatky a hledali správná řešení (Mlinar Reljić et al., 2019). Naše respondentky byly vyzvány, aby nejen zhodnotily oblasti, ve kterých se sebou nebyly spokojené a příště by danou věc provedly jinak či lépe, ale byly také vyzvány, aby uvedly nějakou situaci, kdy se podle sebe naopak zachovaly dobře.

Podkategorie: Zlepšení komunikace

Komunikace byla aspekt, který respondentky zmiňovaly v různých souvislostech, často v souvislosti s tím, co pro ně bylo na péči o umírajícího pacienta nejtěžší. Když byly otázaný na to, co by při pohledu zpět na popisované situace udělaly jinak, znovu se vracely k tématu komunikace, jednalo se celkem o 4 respondentky. Je to vcelku přirozené, pokud vezmeme v úvahu, že efektivní a profesionální komunikace s pacientem vyžaduje od sestry určité ztotožnění se s realitou nemoci a umíráním, ale také empatii, hlubokou citlivost a důkladný výcvik, jak uvádějí někteří autoři (Kabelka, 2020; Laranjeira et al., 2021) a je vcelku zjevné, že disponovat těmito vlastnostmi si od sestry žádá praxi a zkušenosti.

Student, který se během praxe ocitne na oddělení, které má svoji kulturu a zvyklosti, je často těmito ovlivněn a přejímá je do určité míry i ve svém chování. Takto to vyjadřovala respondentka č. 3, která dokonce uváděla, že se ve své komunikaci ani nechovala tak, jak by ve skutečnosti chtěla, protože se jako studentka snažila řídit tím, jak to na oddělení chodí: *„Vzpomínám si na jeden případ s pacientkou v době, kdy jsem začínala, tak tam bych určitě zlepšila komunikaci, protože to jsem neuměla. I ta moje trpělivost ještě nebyla taková. To jsem prostě nekomunikovala s těmi lidmi tak, jak bych chtěla. Ale ze začátku se člověk řídí tím, jak se to tam dělá, ještě nemá ty svoje metody, které má, když už si něco zažije. Ta komunikace se vždycky dá zlepšit, to tě v té situaci prostě nenapadne.“*

Zkušenostmi se kromě komunikace student učí také časový management a má možnost věnovat více času pacientovi, který to zrovna potřebuje. Respondentka č. 4 si uvědomovala, že obzvláště umírající pacient může potřebovat více času pro to, aby byly naplněny jeho specifické potřeby: „*Možná bych zlepšila komunikaci, i když nevím úplně jak asi si i vyhradit víc času na toho člověka, když víme, že už je před smrtí, fakt mu dát ten prostor, jestli chce něco říct, tak ať si to ještě srovná, nevím, možná tak něco.*“

Zlepšení komunikace považovaly při své sebereflexi za důležité také další dvě respondentky:

„*Já bych se prostě chtěla naučit víc, jak tam být pro toho pacienta. Protože někdy třeba vím, že mě potřebuje, ale tím, že nevím, co mám v těch situacích dělat nebo co mu říct, tak se mu pak vyhýbám, ať tam jde někdo jiný. Takže to bych se chtěla naučit. Teď bych už to možná zvládla líp, ale perfektně ne.*“ (Respondentka č. 1)

„*Kdybych něco mohla udělat jinak, tak zlepšit tu komunikaci s pacienty, to mi třeba vůbec nejde mi připadá. Takže to bych chtěla určitě zlepšit.*“ (Respondentka č. 2)

Podkategorie: Větší odvaha

Při pohledu zpět na to, co by ve své péči studentky zlepšily, se objevily také zmínky o tom, že by nyní měly větší odvahu se pouštět do praktických výkonů či se lépe postarat o pacientovy potřeby.

Respondentka č. 8 litovala, že nebyla více aktivní v tom, aby si vyzkoušela praktické dovednosti: „*Když to vezmu obecně, tak bych asi byla na minulých praxích víc ambiciózní, že bych se víc tlačila k věcem a zkusila víc pomoci tomu personálu.*“

Respondentka č. 7 se domnívala, že nyní už by byla se svými zkušenostmi schopna lépe zajistit péči o pacienta: „*Když nad tím tak uvažuju, tak jasně, kdyby to potřeboval, tak bych mu poskytla možná teď lepší tu podporu než předtím.*“

Podkategorie: Kladné sebehodnocení

Respondentky odpovídaly velice různorodě na dotaz o tom, co podle nich udělaly při péči o pacienta dobře. Objevovaly se zde oblasti jako trpělivost v přístupu k pacientovi, zajištění fyzického pohodlí, poskytnutí času, prostoru a rozhovoru, pokud to pacient potřeboval. Většinou se jednalo o oblasti, kdy samy respondentky toto své chování braly jako žádoucí a správné a byly na něj svým způsobem hrdé. Nejednalo se o dovednosti, za které by byly pochváleny ze strany mentora či ostatních sester.

Hned dvě respondentky uváděly, že jsou rády za to, že se vždy postaraly, aby měl pacient pocit fyzického pohodlí. Vnímaly, že toto je jejich doména, kterou jako sestry mohou zajistit a přispět tak ke zmírnění bolesti či jiných fyzických potíží.

„Udělal jsem dobře asi možná to, že jsem se těm lidem nevyhýbala nějak a když jsem viděla, že ten člověk potřebuje nějakou péči, tak mu ji ráda dám, aby se cítil aspoň pohodlně, říkám si, že mu můžu aspoň takhle pomoci. Po té farmaceutické stránce mu můžou lékaři pomoci, aby se cítil dobře a já zase můžu takhle, tak se snažím aspoň tak.“ (Respondentka č. 4)

„Tehdy na tom oddělení, když už tam byl hodně špatný pacient, že už za ním často sestry nechodily, tak jsem se snažila, aby byl alespoň v čistém a umytý. Aby i když ho třeba něco bolelo, tak aspoň takhle se mohl cítit dobře.“ (Respondentka č. 1)

V případě několika respondentek (3) se jejich kladné sebehodnocení týkalo oblastí, které nějakým způsobem respektovaly přání pacienta i když to nebylo obvyklé pro chod daného oddělení. V případě jedné studentky toto zastání se pacienta bylo v rozporu s tím, co od ní očekávaly sestry na tomto oddělení, avšak předchozí praxe v hospici v ní zformovala vnitřní přesvědčení, kterým se řídila: *„No, já mám častokrát v nemocnici problém s nucením stravy. Já často vidím, že to nemá smysl a že ten pacient z toho nemá nic a já nezvládám ten přístup, že bych mu to nacpala do té pusy, takže se často dostanu i do konfliktu na té praxi, protože jsem řekla, že mi snědl třeba jen dvě lžičky, a že více nechce. A oni na to: ‚Jak jako nechce, však mu to tam dejte.‘ Takže já jsem neměla na to, abych ty lidi mutila do toho, když nechtějí. Možná jsem ráda, že už vím, o čem to je, a že vím, jak to může vypadat, když je to super, že to v té nemocnici vždycky může být lepší, a že to může být lepší kvůli tobě, a to je hezké.“* (Respondentka č. 5)

Další respondentce dala touha splnit pacientovo přání odvalu k tomu, aby dělala věci, ke kterým se ostatní sestry neodvážily: *„Ostatní holky se bály s těmi pacienty cokoli dělat, např. projít se s nimi, protože se bály, že jim kdykoliv umře, ale já jsem, když ten člověk se chtěl třeba projít, tak jsem to pro něho udělala, protože jsem věděla, že to je pro něj důležité, že by si to přál.“* (Respondentka č. 2)

Respondentka č. 6 zase uvedla, že pokud u pacienta vycítí, že by si rád popovídal, tak mu to ochotně a s radostí splní: *„Co ráda dělám, tak u pacienta tam už prostě poznáš, že si hrozně rád povídá, tak se u něho zastavím a povídám si o tom, co má rád.“*

Další respondentky uváděly různé oblasti, ve kterých se podle nich zachovaly správně a byly za to rády:

„... že jsem se k nim chovala ke všem stejně, že jsem je prostě nelitovala: ‚Ty chudáčku‘, protože třeba já sama nemám ráda lítost.“ (Respondentka č. 7)

„Já se snažím na ty pacienty být hodně trpělivá, dát jim čas.“ (Respondentka č. 8)

„Asi jsme udělali dobře, že jsme tu rodinu nechali se rozloučit o samotě, protože jsme to vycítili, že zrovna oni by to potřebovali, a že se nechtějí vypovídat nebo tak.“ (Respondentka č. 9)

Kategorie 6: Výuka paliativní péče

Poskytování a zajišťování psychické podpory umírajícím a jejich blízkým, stejně jako zajišťování péče o mrtvé tělo, patří ke kompetencím všeobecné i praktické sestry. Takto je to ukotveno v zákoně (Vyhláška č. 55/2011 Sb.). Poskytovat psychickou podporu umírajícím však může být pro sestru jedním z nejtěžších úkolů vůbec. Přestože důkladná školní příprava by napomohla k tomu, aby budoucí sestry měly správný postoj k umírajícím, jejich potřebám a byly v této péči sebevědomé, některé respondentky uvedly, že na střední zdravotnické škole tato příprava téměř zcela chyběla. Opakovaně zaznívalo, že na střední škole (pokud absolvovaly obor Praktická sestra) se jednalo pouze o zmínky o paliativní péči, které se dále nerozebíraly. Výuku na vysoké škole, přestože pouze dvě z respondentek absolvovaly konkrétní předmět Paliativní a hospicová péče, hodnotily spíše kladně a jako podnětější v oblastech paliativní péče a péče o umírající. Aby se nejednalo pouze o jednostrannou kritiku, byly respondentky dále vyzvány, aby objasnily, co jim ve výuce paliativní péče chybí a co by tedy měla zahrnovat, aby jejich připravenost byla subjektivně lepší.

Nejčastější výpovědi, které se k hodnocení výuky v paliativní péči objevovaly shrnuje výpověď respondentky č. 8, která uvedla: *„Na střední mi přijde, že se o paliativní péči nemluví vůbec a na výšce, tam se o tom jako mluví a myslím, že v komunikaci jsme se toho dotkli, ale taky ne v dostatečné míře. Předmět paliativní péče jsme totiž zatím neměli.“*

Podkategorie: Nedostatečnost výuky

Respondentka č. 1 je toho názoru, že přesto, že paliativní péče nemá svůj speciální předmět, který by byl vyučován na střední škole, není to důvodem k tomu, aby se toto téma nerozebíralo více: *„Předmět paliativní péče nás teprve čeká. Na střední nám akorát*

zmiňovali něco o paliativní péči, když nás učili o bazální stimulaci. Ale vždycky to jen zmínili a nerozebírali to. Já si myslím, že na to nemusí být speciální předmět, aby se o tom mluvilo.“ Respondentka dále také kritizovala doporučení, která jsou udílěna v souvislosti s výukou komunikace, vnímá, že nejsou aplikovatelná pro všechny s ohledem na rozdílné povahy sester i pacientů: *„Já si tak někdy říkám, že to, jak nás to učí, že bychom se měli k tomu pacientovi chovat, je někdy až moc vlezlé, že ne každý o tom chce tak mluvit, že někdo si to chce prožít více v sobě. Takže já jsem takový typ, že raději do toho člověka nevrstám a nedávám mu pořádk zpětnou vazbu, jako co si o tom myslím a tak. Spíš ho vyslechnu. To je i pro mě lepší.“*

Objevilo se také srovnání výuky paliativní péče na střední škole a vysoké škole. Obě respondentky ještě neměly předmět Paliativní a hospicová péče, ale již v druhém ročníku vysoké školy mohly zaznamenat, že učitelé kladou obecně větší důraz na téma paliativní péče.

Respondentka č. 3 upozorňovala, že chybějící výuka paliativní péče může zapříčinit také to, že později studentka na praxi kopíruje vzorce chování, které vidí na oddělení, což může být nežádoucí v případě, že se nejedná o správné vzory.

„Určitě mi připadá, že se na střední vůbec neučí nic takového. My jsme tam neměli nic o nějaké etice, komunikaci. Když vylezeš ze zdravotky, tak toto absolutně neumíš a přijde mi, že když přijde sestřička na praxi, tak se nechá strhnout tím kolektivem, jak se chová. Vůbec jsme se neučili o nějaké paliativní péči, jak se chovat v takových situacích i jak se chovat při exitu. Ale na té vysoké to opravdu je zakomponované ve více předmětech, učí se to tam na rozdíl od té střední.“

Respondentka č. 4 vidí hlavní vliv ve volbě vyučujícího, který vidí v paliativní péči důležitost: *„Budeme ten předmět teprve mít, tam to určitě trochu bude. A i třeba v ošetrovatelství jsme se o tom trochu bavili.“* Dále byla dotázána, jestli při zmínce o paliativní péči bylo toto téma více rozebíráno: *„Jo, to celkem jo, teď na výšce máme takovou učitelku, která je celkem zaangażovaná, tak se někdy docela rozpovídá o různých věcech. Ono to záleží na učiteli. Na střední jsme měli učitelku na praxi, která byla přímo z hospice, takže ona občas taky povídala o paliativní péči.“*

Občasné zmínky o paliativní péči ve výuce vnímá i respondentka č. 7, avšak přiznává, že téma paliativní péče pro ni není až tak zajímavé, a proto je možné, že výuku nedokáže až tak objektivně zhodnotit: *„Na střední jsme se zmínili jen o onkologii, přímo i*

maturitní otázka byla nádor prsu a karcinom střeva, a že existuje nějaká chemoterapie, a to bylo tak všechno, takže tam na to moc nebyl čas a byl covid během výuky. A na výšce jsme teď měli pětihodinové bloky ošetřovatelství a tam bylo čtyři pět témat v jenom bloku, takže třeba péče o mrtvé tělo to jsme jenom tak proletěli. Taky to může být tím, že mě to téma moc nebaví, takže možná neposlouchám tak pozorně, když se bavíme o těch tématech... Předmět o paliativní péči jsme ještě neměli.“

Respondentka č. 5 viděla hlavní nedostatek výuky na střední zdravotnické škole v tom, že byla příliš teoretická a chyběly příklady, které by tehdy žáky připravily na to, s čím se v praxi skutečně mohou setkat: *„Mě na té zdravotce hodně chybělo něco o tom umírání, že my jsme sice brali tu péči o mrtvé tělo a tak, ale na té zdravotce to bylo všechno tak abstraktní, jen co si máme připravit, co udělat, žádné povídání a příklady, jak by to mohlo být, jaké jsou ty fáze toho umírání, to jsme brali až na tom bakaláři, a to už člověk do té doby stejně zažije, takže ono to bylo takové téma jako tam stejně nikdo nepůjde do toho hospice mi to přišlo... Jako na vysoké už je to všechno takové jasné, ale možná ty zdravotky, tam by to mohlo být lepší.“* Respondentka dostala dále dotaz, zda je něco, co by navrhla, aby se zlepšila připravenost studentů např. na komunikaci s pacientem. Na tento dotaz odpověděla: *„Já nevím, já jsem s tím problém nikdy neměla, ale třeba moje kamarádka, tak opravdu nikdy nevěděla, co má říkat. Že jí bylo těch lidí tak strašně lito, že nevěděla, na jaké téma navázat, takže to skončilo u počasí a podobně. Ale nevím, jestli by pomohlo možná nějaké cvičení v komunikaci, ale stejně to není ta situace.“*

Podkategorie: Nepřipravenost

V souvislosti s nedostatečnou výukou v oblasti paliativní péče respondentky udávaly nepřipravenost na poskytování paliativní péče v praxi nebo pouze teoretickou připravenost. Respondentka č. 7 toto zhodnotila tak, že na podobné situace ani nelze být předem připraven: *„Ano, já to povolání studuju, ale já nejsem moc komunikativní člověk, ale já si myslím, že na tohle není člověk připravený nikdy. A většinou nikdo ani není připravený, že umře, takže když to já v sobě nemám srovnané, tak jak mám být připravená mluvit s takovým člověkem.“* Respondentka tímto tvrzením vyjadřuje stejnou myšlenku jako Kabelka (2020) v tom, že profesionalita komunikace v paliativní péči je dána především ztotožněním se s realitou nemoci a umírání.

Tři z respondentek vcelku tvrdě udávaly, že na své první praxi nebyly školou připraveny vůbec:

„Škola mě na to nepřipravila vůbec. Já jsem na té praxi v hospici začínala úplně od nuly, ale musím říct, že jsem se nikde nenaučila ošetrovatelskou péčí tak dobře jako tam. Tam na to byl klid, čas. Ti klienti tam opravdu byli takoví namazaní, voňaví, ostříhani, oholení. To mi v nemocnici prostě chybí a je to těžké teďkom třeba na interně těch lidí je hodně a není na to čas. Takže jako student si ty pacienty na praxi oholím a všechno.“
(Respondentka č. 5)

„No, přijde mi, že škola mě pro tyhle situace na nic nepřipravila.“ (Respondentka č. 6)

„Asi jsem na to nebyla připravená, protože na střední jsem nic takového nezažila a byla to moje první praxe na výšce. Takže jsem se s tím musela nějak poprat.“ (Respondentka č. 8)

Respondentka č. 1 byla ve svém tvrzení poněkud mírnější a uváděla spíše teoretickou připravenost: *„Jasně, nějak teoreticky jsem byla připravená, ale ve třetíku na střední, i když je už člověk skoro dospělý, tak na to myslím ještě není připravený, já jsem vůbec nevěděla, když se třeba někdo pokálel, tak co s tím vlastně budu dělat... u těch umírajících pacientů, tam záleží hodně na tom, jak si to každý v sobě zpracuje ty emoce a urovná, takže asi jsem byla nějak připravená, ale nevěděla jsem třeba, co říct.“*

Podkategorie: Hodnocení předmětu Paliativní a hospicová péče

Výuku ve speciálním předmětu věnovaném paliativní péči absolvovaly ze souboru respondentů pouze dvě studentky z různých tříd třetího ročníku. Byly proto požádány o její zhodnocení. Opět se opakovaly nářázky na důležitost konkrétních příkladů a praktičnost výuky, a naopak kritika příliš teoretické či abstraktní výuky.

Respondentka č. 9 zmiňovala i výuku onkologie, která pro ni byla díky vyučující velmi přínosná: *„Mě hodně dala výuka onkologie s jednou sestrou, která měla zkušenosti i z hospice, dokonce nám ukazovala takové video a podtrhovala důležitost toho, když si člověk už přeje zemřít, tak že není žádoucí, když se ho lékaři snaží „zachraňovat“. Ta výuka se mi fakt moc líbila, to bylo takové lidské a bylo dobré, že přeskočila takové ty medicínské oblasti, ale spíš mluvila o tom přístupu. A teď ve třetíku jsme měli paliativní péči, ale to je více takové teoretické. Spíš by se mi líbily konkrétní příběhy a příklady, povídání z praxe. To by určitě bylo více zajímavé i přínosné. Abychom věděli, kdyby se nám třeba taková podobná situace stala, jak se na to připravit. Stejně se člověk vždycky musí modlit, aby neřekl nějakou blbost, ale aspoň teoreticky by se na ty situace mohl připravit.“*

Respondentka č. 5 hodnotila také výuku komunikace, která však probíhala v online režimu, proto podle ní nebyla tolik přínosná. Avšak vidí ji jako velmi důležitou hned vedle výuky paliativní péče: „*Co jsem tak zažila tady na škole tak my jsme tu komunikaci měli online zrovna, tak to bylo úplně k ničemu, jako vůbec nic. V tu chvíli mi to nedalo vůbec nic. Ale možná kdybychom to měli prezenčně, a fakt se to zkoušelo, jako které fráze by nebyly úplně vhodné, a které by byly, tak by to mohlo být fajn, jako aspoň pro ty holky z gymplu. My jsme brali, jakože když někdo umřel, tak komunikaci u předávání věci, pozůstalosti a tak. Tak jsme si říkali ty fráze jako: ‚Přijměte moji upřímnou soustrast‘ a tak, ale strašně těžce si to člověk představuje.*“ Dále hodnotila konkrétně výuku v předmětu Paliativní a hospicová péče, kdy se domnívala, že už samotné její zařazení až do učiva třetího ročníku není příliš vhodné, ale její náplň hodnotila pozitivně: „*Výuku jsme měli tu praktickou a teoretickou, nějaké ty symptomy a takhle... Myslím, že ta výuka ale probíhala už celkem pozdě. Ve třetáku už mi to přijde takové, že už se s tím člověk jako setkal, ale tím, že jsme měly vyučující, které nad tím tak diskutují nad těmi tématy, tak ta výuka byla fakt dobrá, že se ptaly a i se mnou třeba diskutovaly, se spolužáky, jak oni to vnímají a podobně, a že bylo hodně zajímavé slyšet ty různé názory. Takže výuka podle mě dobrá, ale možná pro některé abstraktní. My jsme měli třeba i cvičení, že jsme měli kartičky a tam byla docela i těžká otázka, nad kterou jsme se měli zamýšlet a bavit se v té skupince. **Takže za mě ta výuka dobrá, ale je toho málo na to, aby se dalo říct, že by to měl pak někdo zvládnout praktikovat. Možná by se měla více věnovat té komunikaci, ale ono když je to vlastně zvlášť předmět... V té paliativce je ta komunikace ale asi zásadní. Tam co se nevykomunikuje, tak není.***“

Exkurzi přímo v hospici absolvovaly dvě z respondentek, pět dalších uvedlo, že na střední škole zažilo návštěvu sanatoria. Respondentka č. 2, která exkurzi v hospici neabsolvovala, tvrdila, že návštěva hospice by pro ni mohla být přínosem z hlediska připravenosti na poskytování paliativní péče: „*Mně by možná pomohla i ta exkurze do hospice, na které jsme nebyli.*“

Podkategorie: Lepší praktická připravenost

Respondentky se shodovaly v tom, že aby je mohla výuka lépe připravit na poskytování paliativní péče, musela by být více zaměřená na praktické příklady. Zaznělo také to, že by bylo velmi přínosné, kdyby některé aspekty teoretické výuky mohly vidět v praxi. Je tedy patrné, že praktická výuka se sice zaměřuje na správné provedení

konkrétních úkonů, ale studenti nevidí příklady správné komunikace, či řešení obtížných komunikačních situací s pacientem v praxi.

Jedním z poznatků bylo, že v praxi není dostatek času vyzkoušet si s pacienty prakticky zásady správné komunikace, které se učili např. v hodinách psychologie.

„Asi by pomohlo více zkušeností. A ve škole jako máme třeba psychologii, tak tam se taky berou nějaké takové témata. Tak možná, kdyby byla možnost vyzkoušet si v praxi to, co se tam učíme, protože na tom oddělení často není ani čas na to, aby to bylo jako podle učebnice, jako sednout si k tomu pacientovi, to tak úplně nejde. Je to spíš třeba všechno rychle, rychle, šup jeden pokoj, druhý a maká se, že?“ (Respondentka č. 4)

Respondentce č. 6 chybí čas ve výuce, který by byl věnován pouze paliativní péči a soustředil se na přístup k umírajícímu a jeho rodině.

„Asi by mi pomohlo, kdyby ve škole byly třeba alespoň dvě hodiny věnované péči o toho zemřelého a o jeho rodinu. Protože ty víš, jak se máš chovat, že máš být slušný a říct upřímnou soustrast, ale třeba tak víc prakticky, co máš ještě říct té rodině.“

V některých případech na praxi nefunguje vztah mentora se studentem tak, jak by měl. Respondentce č. 1 na praxi chybělo právě to, co by zde mělo fungovat – pozorování zkušeného mentora, jak komunikuje s pacienty i v obtížných situacích. Může se zde jednat o nejistotu i u samotného mentora, který nechce být v těchto situacích viděn nebo sám neví, jak se zachovat.

„Mně by pomohlo, kdyby si mě při nějaké těžké situaci vzala k sobě nějaká sestra a ukázala, jak s tím člověkem mám mluvit. Že bych mohla sledovat, jak dělá ten rozhovor.“

Respondentka č. 8 uvedla, že by jí pomohlo být více připravená na péči nejen o umírající pacienty, kdyby dostala při výuce praktické rady stran manipulace a přístupu k pacientovi: *„... v těch praktických věcech, jak se přímo starat o toho pacienta, nějaká doporučení. Přímou v té péči, třeba jak s ním manipulovat, jak se k němu postavit.“*

Podkategorie: Simulační výuka

Sebelepší výuka přirozeně nemůže pokrýt praktické příklady ke všem oblastem nebo situacím, se kterými se studenti během své výuky setkají. Taktéž rady ke komunikaci s pacientem mohou být zbytečné, pokud by je student nepřijal za své. Řešením, jak co nejefektivněji se studenty ve výuce nacvičit vhodnou komunikaci s pacientem by mohla být forma simulační výuky. Respondentky se však v mnoha případech vyjadřovaly spíše nejistě

k tomu, zda by v ní viděly přínos. Měly buďto špatné zkušenosti se simulační výukou v minulosti nebo je to forma výuky, která je jim samotným nepříjemná. Když byli otázaní, jestli by v tom případě viděly jako přínosnější simulaci s profesionálními herci, jako tomu bylo v případě španělské studie (Escribano et al., 2021), většina z nich reagovala kladně a udávala, že v tom případě by se jednalo o něco úplně jiného a mohlo by to být o mnoho přínosnější.

Malou míru autentičnosti v případě simulací, které by studenti sehráli sami ve skupinách viděla jako hlavní problém této formy výuky Respondentka č. 1: *„Určitě ano, ale podle mě pořád podvědomě víš, že to není doopravdy, že to je hrané. Takže nevím, jestli by ty reakce byly takové opravdové.“*

Dvě z respondentek zase podotkly, že se obávají toho, že studenti nebudou schopni přistupovat k simulacím seriózně, a to by mohlo snížit jejich efektivitu:

„Nevím, jestli by to ti studenti brali vážně. S profesionálními herci určitě ano, s amatérskými studenty asi ne.“ (Respondentka č. 9)

„No, jako upřímně nevím, vím, že jsme simulace měli na střední a dělali jsme si z toho spíše srandu.“ Po dotazu, zda by simulace s někým cizím, popř. herci byla vhodnější, odpověděla: *„No, tak to už by možná šlo. Jako určitě, když už je simulace taková kvalitní, jak se třeba dělají simulace hromadných neštěstí pro záchranáře, tak to si myslím, že jo, že to je o něčem jiném.“* (Respondentka č. 4)

Několik respondentek (3) však také uvedlo, že by simulační výuku uvítaly. Respondentka č. 3 jednoduše odpověděla kladně a další dvě se vyjádřily následovně:

„Asi něco takového praktického by bylo super, protože většinou se těm učitelům do toho nechce nebo ani neví, co by měli říct. Trochu takové přiblížení by bylo určitě super.“ (Respondentka č. 6)

„Určitě by mi pomohlo se naučit, jak vnímat i ty příbuzné. Kdyby si to ten člověk zkusil, tak už ho to pak nepřekvapí v té nemocnici.“ (Respondentka č. 2)

Poslední dvě respondentky se vyjadřovaly spíše záporně k využití simulační výuky, protože ony samy nejsou v této roli rády:

„Ze vzdělávacího hlediska to vidím jako velmi přínosné, z mého hlediska to je spíš jako: ‚Ó, můj Bože‘ a ještě když si představím tam ty další spolužáky, protože já opravdu nejsem šikovná na utěšování lidí.“ (Respondentka č. 7)

„Já nevím, mně strašně vadí ty modelové situace, co jsme dělali třeba v komunikaci a nejde to úplně sehrát tak, jak by to bylo doopravdy. Jedině, kdyby ten pacient byl někdo cizí, to by možná fungovalo.“ (Respondentka č. 8)

Z těchto výpovědí tedy vyplývá, že by se muselo jednat o oficiálně organizovanou výukovou aktivitu, do které by bylo zapojeno co nejvíce externích účastníků, aby měla přínos pro většinu studentů.

Podkategorie: Další vzdělání v paliativní péči

O dalším vzdělání v oblasti paliativní péče, formou kurzů, či přednášek, respondentky spíše neuvažovaly, některé z nich (3) by rády měly větší přehled pro případ, kdy by na svém budoucím pracovišti měly umírajícího pacienta, avšak chtějí se věnovat spíše jinému oboru. Některé z respondentek (2) zase uznávaly, že kdyby měly v paliativní péči větší znalosti, mohl by je tento obor více bavit a zajímat.

Přestože by se rády vydaly jiným směrem v oborech, kde paliativní péče není hlavním zaměřením, rády by v tomto oboru měly větší znalosti a doplnily si vzdělání:

*„Já spíše uvažuji o doplnění vzdělání na ARO-JIP. Ráda bych pracovala na ARO. Ale toto mě taky zajímá z toho důvodu, že **chci těm lidem nějak pomoci nebo poradit.**“ (Respondentka č. 3)*

„No mě obecně moc nebere ta dlouhodobá péče, takže se v tom moc nevidím. Ale určitě si myslím, že by bylo fajn mít nějaké další znalosti pro ten případ, kdyby na oddělení byl ten případ, tak abych věděla, ale úplně mě to moc neláká.“ (Respondentka č. 4)

Respondentka č. 5 o práci v paliativní péči také nepřemýšlí, ale zajímá ji koncept bazální stimulace, které by se ráda jednou věnovala v intenzivní péči: *„Úplně nevidím, že bych se paliativní péči chtěla věnovat. Jako zajímá mě to, myslím, že práce v hospici už je hodně klidná a pohodová. Ale hrozně mě bavila bazální stimulace v hospici, takže to bych ráda propojila s JIPkou. Protože to mě teď baví, chytlo mě to na praxi, takže bych teď ráda šla tam.“*

Přestože si práci v paliativní péči nedokážou pro sebe představit, rády by se o ní dozvěděly více tyto respondentky:

„Myslím si, že by asi bylo dobré si o tom rozšířit znalosti, ale já na to asi nejsem dobrý člověk, takže pro mě to asi není.“ (Respondentka č. 1)

„Mě by třeba i bavil nějaký kurz, ale nedokážu si představit něco takového dělat. Neumím si představit sebe, kdyby tam byla ta rodina a teď ten pacient, který umírá a ta rodina by na mě třeba byla agresivní, tak já nevím, co bych dělala. Já bych asi jenom stála a čekala. Já nevím, pro mě to asi není vůbec. Kdybych o tom získala větší povědomí, tak by mě to asi více zajímalo, ale teď s tím, co mám si to neumím vůbec představit.“ (Respondentka č. 2)

Respondentka č. 6 by si od dalšího vzdělání v paliativní péči slibovala především větší přehled a znalosti. Zatím však ve škole neabsolvovala předmět Paliativní a hospicová péče: *„Záleží, ale ano, kdyby to bylo takové praktické k té péči o umírajícího pacienta, jaké se podávají léky, tak by mě to zajímalo to vědět. A taky by mi pomohlo to, jak jednat s tou rodinou.“*

Širší znalosti v oblasti paliativní péči by ocenila také respondentka č. 7, která by je ráda předávala v budoucnu dále studentům: *„Na jednu stranu by se mi to asi hodilo, protože bych v budoucnu i ráda učila.“*

Kategorie 7: Motivace

Vnitřní motivace studentů významně ovlivňuje jejich chování v klinické praxi, ale také třeba rozhodování ohledně budoucí specializace (Chai et al., 2019). Pokoušeli jsme se zjistit, co determinuje vnitřní motivaci dotazovaných respondentek. Jejich chování k pacientům ovlivňovalo zejména soužití se staršími příbuznými, pocit naplnění z poskytování paliativní péče a v menší míře to byla také víra.

Podkategorie: Soužití s prarodiči

Vymizení vícegeneračního soužití je podle Kabelky (2020) jedním z důvodů, proč mladí zdravotníci mohou mít větší problém s komunikací a přístupem ke starším či umírajícím pacientům. Z našich respondentek pouze dvě nežijí vícegeneračně, přičemž jedna z nich v dětství s prarodiči bydlela. Respondentky sdílely své příběhy, kdy v některých případech potřebovali prarodiče pomoci s péčí nebo již zemřeli. Většinou pouze respondentky, v jejichž domácnostech došlo k úmrtí jednoho z prarodičů udávaly, že by je tato zkušenost ovlivňovala v tom, jak přistupují ke svým pacientům. Ostatní si tento vliv spíše neuvědomují nebo ho negují.

Respondentka č. 2 měla jako jediná zkušenost s ošetřováním svého dědečka v domácím prostředí, kde také zemřel a tato zkušenost ji rozhodně ovlivnila v tom, jak zvládá péči o umírající pacienty v nemocnici: „*U mě byla první zkušenost s mým dědečkem, to bylo ve druháku na střední. Kdy děda měl rakovinu tlustého střeva, byl hodně krát hospitalizovaný v nemocnici. Pro nás tři, které jsme se o něho staraly to bylo nejtěžší pro babičku a pak i pro mě, protože na dědovi šlo vidět, že se přede mnou stydí, hlavně u přebalování. Bylo pro nás hodně těžké ho vytáhnout z nemocnice, on tam nechtěl být a prosil nás, abychom ho vzaly domů... Já jsem hodně bojovala s emocemi. Pro mě bylo nejhorší vidět mamku, když o něj pečovala a pak ke mně přišla do kuchyně a začala brečet a děda ležel vedle v pokoji a my jsme brečely v kuchyni, to bylo nejtěžší.*“ Takto popisuje, jak ji daná zkušenost ovlivnila do klinické praxe: „***Když už jsem prošla tím zážitkem s dědou, tak už pro mě bylo lehčí vidět ty lidi umírat. Ostatní holky se bály s těmi pacienty cokoli dělat, např. projít se s nimi, protože se bály, že jim kdykoliv umře, ale já jsem, když ten člověk se chtěl třeba projít, tak jsem to pro něho udělala, protože jsem věděla, že to je pro něj důležité, že by si to přál.***“

Nejen samotná péče o nemocného prarodiče, ale také vzor, který mohla vidět, respondentku č. 8 ovlivnil v jejím přístupu k pacientům: „*Zemřel mi děda, o něj se starala babička. Děda už byl potom taky protivný, protože měl velké bolesti, a to jsem vždycky obdivovala babičku, že s ním měla obrovskou trpělivost. Takže možná tohle mi to dalo, že na toho člověka se nesmí tlačit a uhánět ho, ale všechno dělat pomalu, aby stíhal to tempo. Takže ta mi dala takový vzor.*“

Úmrtí dědečka zažila také respondentka č. 3, která se shoduje v tom, že u ní tato zkušenost vedla k lepší komunikaci a trpělivosti s pacienty v nemocnici: „*Žiju s babičkou, dědeček už nežije, on spadl doma a zlomil si krček, pak byl na operaci. On už zároveň měl Alzheimeru, takže to už bylo takové, že šel třeba v jedenáct v noci opravovat plyn. Takže myslím, že se to stalo tak, jak mělo v tom, že umřel ještě, když mu to ještě celkem myslelo. V té nemocnici moc nechápal, že má mít nějaký klidový režim, tak on třeba vylezl z postele a zlomil si ten krček napodruhé, takže ho znovu operovali, pak ho přeložili do sanatoria, tam si zase nějak vytrhal stehy, takže zase zpátky do nemocnice. A já jsem v té nemocnici zrovna měla praxi a když jsem přišla za ním v tom sesterském a přinesla jsem mu čokoládu, tak on řekl: ‚To si nechte, to si snězte se sestřičkami‘. Prostě už mě nepoznával, no. A potom, když už jsem věděla, že je na kyslíku a má sondu a tak, tak i když jsem v té nemocnici byla, tak já jsem si říkala, že za ním už nechci jít, že si ho chci pamatovat jinak. Protože vídám tolik lidí*

v podobném stavu, že jsem si toho dědečka chtěla pamatovat ne jako takového chudáka. A babička, ta je skvělá, ta po dvou zlomeninách obratle pořád ryje zahradu.“ Vliv na chování k pacientům vidí hlavně v případech, kdy prarodiče potřebují větší pomoc, ale i v opačném případě je to podle ní příležitost ke zlepšení komunikace a trpělivosti: *„Myslím, že to vícegenerační bydlení mě až tak neovlivnilo, možná kdyby někdo bydlel s prarodiči, kteří potřebují péči, a ti rodiče by se o ně starali, tak vidí ten příklad, ale když má šikovné a mobilní prarodiče, tak si myslím, že to tak neovlivní. Ale možná díky tomu umím lépe komunikovat se staršími a mám s nimi trpělivost.“*

Dvě z respondentek udávaly, že soužití s prarodiči je tak úplně neovlivnilo nebo si dokonce myslí, že díky praxi v nemocnicích, kde se setkají s velkým množstvím starších pacientů, kteří mají různé potřeby a hendikepy, mohou umět lépe jednat s vlastními prarodiči:

„Řekla bych, že se to stejně každý musí naučit, jak se chovat k těm starším pacientům, že i kdyby někdo nebydlel s prarodiči, tak se to naučí v té práci a často tě ta práce naučí víc.“ (Respondentka č. 6)

„Ano, žila jsem s babi a dědou, teď vlastně jen s babi, protože děda odešel... už to bude rok. Ono to ale bylo tak, že oni do poslední chvíle nepotřebovali pomoc, děda byl naprosto soběstačný. Jediný problém, co měl, že byl takový zmatený, už ta demence tam začínala a byl hluchý. Jinak vlastně on zemřel ve spánku. A babička pak i jak to na ní spadlo ta psychika, tak pak přišla o nohu. Takže pak byla na LDN a teď se o ni doma staráme. Většinou se já starám o víkendech, když mám volno a během týdne je mamka hlavní pečovatel... Moje babička je ale taková živelná osůbka, že bych kolikrát potřebovala být připravená spíše na ni, než na ty pacienty (smích).“ (Respondentka č.7)

Ostatní respondentky, které v úvodu odpověděly kladně na vícegenerační soužití udávaly, že jejich prarodiče jsou zatím více či méně soběstační:

„Ano, žiju s prarodiči. Někdy je doprovázím k lékaři. Mému dědovi implantovi kardiostimulátor, takže tam potřeboval nějaký čas pomoc, ne nějakou ošetrovatelskou péči, ale pomoc jo.“ (Respondentka č. 1)

„Ano, žiju (s prarodiči, pozn.). Jako babička sice byla na nějakých operacích, ale nepotřebovala žádnou přímo ošetrovatelkou péči nebo tak. Ona je taková hodně samostatná... Předtím mi zemřely dvě prababičky. S tou, která umřela později jsme měly docela dobrý vztah, to mi bylo asi patnáct. Tak na týden dva ji odvezli do nemocnice, už nevím přesně, co jí to tehdy bylo. To jsem tam za ní přišla. Ona se už připravovala, že už

*umře, i když ty výsledky nebyly tak špatné. Ale když jsem za ní přišla do té nemocnice, tak jsme si popovídaly a ona se se mnou tak trochu rozloučila pro případ. Pak ji ještě pustili domů, tak jsme tam za ní šli a ona mi ještě říkala: ‚Poď, tak se spolu vyfotíme‘, takže mám takovou fotku na památku s ní. A mě to tak nějak připadalo, že ona už tak počítá s tím, že umře. Ona dokonce umřela chvilku na to, co se strejdovi narodilo mimčo, takže mi přišlo, že ona úplně čekala, až se to mimčo narodí... **Možná, že kvůli té zkušenosti jsem víc otevřená k těm starším pacientkám na oddělení, že když mě chválí a chtějí pohladit, poplácat po ruce, tak je nechám, vím, že je to potěší.** Ale třeba k těm dědečkům pacientům už taková nejsem, protože na to nejsem zvyklá.“ (Respondentka č. 4)*

„Ano, žiju s babičkou, která je ale velice soběstačná ve svých 86-ti letech, navaří pro celou rodinu, chodí bez pomoci...“ (Respondentka č. 9)

Podkategorie: Pocit naplnění

Už během praxe studenti mohou sledovat, zda je pro ně poskytování paliativní péči naplňující a zda v něm vidí smysl. Respondentky byly dotázány na to, zda ony osobně v poskytování paliativní péče smysl vidí a je to pro ně naplňující práce. Na odpovědích bylo zřejmé, že u vybraných respondentek i dobrá zkušenost s poskytováním paliativní péče nedeterminuje to, že by se chtěly tomuto oboru v budoucnu věnovat, ale přirozeně inklinují např. k péči akutní. V některých případech se tedy může jednat spíše o osobnostní charakteristiku, která determinuje jednice k tomu, zda mu poskytování paliativní péče přijde jako naplňující činnost.

Zkušenost respondentky č. 5 z praxe v hospici ji utvrdila v tom, že tato péče má velký smysl a byla pro ni v danou chvíli naplňující, avšak sama by se paliativní péči v budoucnu nechtěla věnovat: *„Jo, já jsem tam byla hodně spokojená, vždycky jsem šla z práce domů a říkala jsem si, jo, udělala jsem něco pro někoho, že si to bude pamatovat, a že to bude super, jako fakt to je naplňující práce, člověk plní ta poslední přání a je to úplně jiný pohled. Je to tam víc takové emoční, no... Úplně nevidím, že bych se paliativní péči chtěla ještě věnovat. Jako zajímá mě to, myslím, že práce v hospici už je hodně klidná a pohodová. Ale hrozně mě bavila bazální stimulace v hospici, takže to bych ráda propojila s JIPkou. Protože to mě teď baví, chytlo mě to na praxi, takže bych teď ráda šla tam.“*

Podobný pocit naplnění při poskytování paliativní péče prožívala respondentka č. 8: *„Jo, vidím v tom smysl, je to super. Je to takové, mám z toho pocit, že mu pomůžu, a že mu zlepším ten konec prostě.“* Tato respondentka dříve také uvedla, že by si dokázala představit

v budoucnu v hospici pracovat: „*Možná bych si i zkusila pracovat v nějakém hospici. Je mi líto, že nemám něco blíž domovu.*“

Další tři respondentky uváděly, že v paliativní péči sice vidí smysl a uvědomují si její důležitost, ale této oblasti by se samy nyní nechtěly věnovat:

„*Určitě si myslím, že to pro někoho může být naplňující práce. Ale jak jsem říkala, pro mě to není, protože si nedokážu představit, že kdybych se dokolečka pořád setkávala s takovými lidmi, tak by mě to asi položilo. Já na to fakt nejsem.*“ (Respondentka č. 1)

„*Já myslím, že to určitě smysl má. A kdybych v tom měla větší praxi, tak věřím, že by mě to taky chytlo ten obor.*“ (Respondentka č. 2)

„*Možná, kdyby mi to někdo víc vysvětlil. Jako ono je asi problém v tom, že mě to moc nenaplňuje, moc mě to nebaví, když se stav těch lidí nemění. To mi trošku ničí to sebevědomí v tom, že se přece snažím, aby těm lidem bylo líp. Ale možná by mi pomohlo víc se o tom bavit, protože společnost to pak bere jako tabu. Jako ono je to hodně náročné hlavně na tu psychiku, že je tam to psychologické hledisko a já na to moc nejsem. Nemám ráda ani hrabání se v sobě natož v ostatních.*“ (Respondentka č. 7)

Po zkušenostech na praxi mají respondentky č. 3 a 9 pozitivní postoj k paliativní péči a má podle nich smysl:

„*Jo, mám to ráda, když třeba přijde i ta rodina a sednu si tam k nim. Vidím v tom smysl.*“ (Respondentka č. 3)

„*Já vidím smysl v tom, že vlastně utěšuješ a ne, že bys jim slibovala nemožné. Ale ono to je pravda, že to bude dobré. Protože jak se říká, že lidi se nebojí smrti, ale umírání, bolesti a samoty, tak tu bolest se snaží ty sestřičky eliminovat a vlastně i tu samotu.*“ (Respondentka č. 9)

Podkategorie: Víra

Několik respondentek odpovědělo kladně na to, zda jsou věřící, často však nedokázaly přímo definovat, zda je tato skutečnost nějak ovlivňuje při péči o umírající pacienty. V případě respondentky č. 3 by se mohlo zdát, že samotný upřímně věřící člověk toto nedokáže posoudit, protože si svoji odlišnost neuvědomuje a na místě by byl spíše názor někoho, kdo má možnost jeho práci pozorovat a srovnávat s ostatními.

„*Přijde mi, že to není o tom, jestli jsi věřící. Mě by to osobně zajímalo, proč se třeba některé sestřičky chovají tak, jak se chovají, ale myslím, že to vírou není. V práci mám třeba hrozně pobožnou sestřičku, ale to její chování je někdy otřesné. Když mi umře pacient, tak*

já se za něho vždycky pomodlím, poděkuju za jeho život, i když nevím jaký byl a ať se má potom dobře, ale to je asi všechno. Jako já si neumím představit, že bych se nepomodlila nebo to dělala jinak. Tak to prostě mám.“ (Respondentka č. 3)

Další respondentky nedokázaly přímo definovat, zda a čemu věří. Své myšlenky formulovaly takto:

„Já si myslím, že jsem věřící, ale nevěřím na to, že je úplně nějaký posmrtný život. Když mi třeba umřel děda, tak jsem si říkala: Nahoře ti bude líp. Věřím na to, že tam něco je.“ (Respondentka č. 2)

„Já jsem byla odmalička vedená k Bohu, ale poslední roky nevím, jestli přímo věřím. Ale věřím, že po smrti něco je, že nepřestaneme úplně existovat, že něco tam je a posle toho, jak se celý život chováme a co děláme, tak se dostaneme na lepší nebo horší místo, tak v to věřím. Takže když mi umře pacient, tak vím, že umřel, ale ta jeho duše pokračuje ještě dál, že to není úplně konečná nebo že se už netrápí, už nemá fyzickou bolest.“ (Respondentka č. 1)

U Respondentky č. 4 byla víra důvodem, proč neměla výrazné obavy z péče o umírající pacienty: *„Nevím, jestli jsem měla přímo nějaké obavy. Možná tím, že jsem věřící, tak mám na to takový nějaký jiný pohled. Nechci říct, že to je jednodušší. Ale myslím, že mě to dost ovlivňuje. U toho pána, který byl dědeček známých, tak jsem věděla, že je věřící, takže z jedné strany, když umřel, tak to bylo sice smutné, ale věděla jsem, že byl věřící, takže vím, kde teď je, a že už mu je dobře.“*

Práci v převážně křesťanském prostředí měla možnost sledovat respondentka č. 5, která sama o sobě tvrdí, že věřící není. Avšak i tak byla schopna rozeznat určité aspekty péče o umírající pacienty, ve kterých by se věřící měli vyznačovat: *„Věřící nejsem, o to zajímavější to bylo v tom hospici, tam jsou povětšinou všichni věřící a bylo strašně hezké, jak mě přijali, protože já jsem z toho měla strach. Nejsem taková, že bych se chodila modlit nebo tak, já to prostě neřeším. A bylo hezké, že v tom hospici si každý mohl dělat to, co chtěl. A jako asi to ovlivňuje, ovlivňuje to přístup těch lidí v tom ohledu jako starat se o svého bližního a tak. Že možná ti věřící jsou víc takoví jako musíme se o maminku postarat a tak. Taková ta péče o druhého je brána jako samozřejmost asi. Protože teďkom některé ty mladé rodiny jsou takové, že: „No tak je dáme do domova důchodců.““*

Respondentka č. 9 měla možnost praxe v pediatrii, kde ji smrt dětského pacienta zasáhla a musela se s ní jako věřící v sobě srovnávat: *„Já jsem si třeba když zemřelo to dítě*

vždycky říkala, že Pán Bůh ví, co dělá a kdo ví, jaké by to třeba bylo, kdyby zemřel v 25-ti letech, kdyby už měl děti, a ta rakovina by ho dohnala. Věřím tomu, že vše dopadne podle Boží vůle, ale třeba ti rodiče nebyli věřící a neměli takovou oporu... Já si myslím, že kdyby se to stalo mě a nebyla bych věřící, že už nebudu mít žádný smysl života.“

Další dvě respondentky udávaly, že jsou věřící, avšak nedokázaly vyjádřit, jak je to ovlivňuje v péči o umírající pacienty.

Podkategorie: Vlastní přání

Dle výzkumů z roku 2013 by si 78 % Čechů přálo zemřít v domácím prostředí (Umírání a péče..., 2013). Také naše respondentky byly dotázány, zda by si v teoretickém případě pro sebe přály domácí hospicovou péči nebo nějakou formu institucionální péče. Mnoho respondentek odpovídalo neurčitě s ohledem na to, že ještě neví, jak bude jejich rodinné zázemí vypadat v budoucnu. Také často zazněl argument, že by si nepřály svou péči zatěžovat rodinu. Respondentka č. 2, která jako jediná pečovala doma o svého umírajícího dědečka, odpověděla bez váhání, že by si přála zemřít doma. Tento názor měla také respondentka č. 1: *„Chtěla bych být doma.“*

Některé z respondentek by si přály umírat v hospici raději než doma: *„Těžko říct, ale tím, jak vím, jak je to náročné, tak bych šla asi do hospice, nechtěla bych, aby moje děti byly tak zatěžovány mou péčí. Že bych chtěla, aby měly svůj život, ale za mnou přišly vždycky, když by chtěly, ale není to tak, že bych chtěla být sama zavřená v hospici.“* (Respondentka č. 5)

„Já jsem za to, že bych nechtěla být na obtíž těm příbuzným, přijde mi, že bych je hrozně otravovala a myslím, že to bych nedala. Takže takhle kdybych si mohla vybrat, tak asi ve špitále. Ale chtěla bych si sama vybrat kde, v jakém hospici.“ (Respondentka č. 3)

Ostatní respondentky si ještě nebyly tak jisté, popřípadě se jim umírání v domácím prostředí jeví jako lepší, ale nerady by zatěžovaly svoji péčí rodinu:

„No určitě domácí, jako určitě záleží na té situaci, kdybych byla opravdu hodně nemohoucí a musela by ta rodina vynakládat velkou energii, tak to bych si asi možná vybrala i nějaký ten hospic nebo tak. Protože určitě bych chtěla být s těmi blízkými, ale zase z druhé strany bych nechtěla, aby byli úplně odstřižení kvůli mně. Asi by záleželo, jak dlouho by to trvalo.“ (Respondentka č. 4)

„Asi spíš v nemocnici, neotravovala bych rodinu. Věřím, že bych byla nepříjemná, kdybych měla bolesti a nechtěla bych přitěžovat té rodině. A taky kdybych už mentálně

*nebyla v pořádku, tak si myslím, že by mi bylo jedno, že jsem v nemocnici. Ale záleží na hodně faktorech. Kdybych ještě byla celkem soběstačná, tak bych asi chtěla zůstat spíše doma. **Kdyby se o mě měl kdo postarat a věděla bych, že by to dělal rád, tak bych doma zůstala.***“ (Respondentka č. 6)

*„Jako na jednu stranu bych se určitě ráda zabeđnila doma a nikdo mě neotravujte, ale zas na druhou stranu bych asi trápila tu rodinu, protože oni by se mnou chtěli být, ale já bych s nimi asi nechtěla být. Nebo možná si to nejdříve urovnat a potom. **Takže maximálně to, že bych nechtěla otravovat tu rodinu by mě drželo v té nemocnici, ale jinak bych si vybrala doma.***“ (Respondentka č. 7)

*„**V nemocnici ne, ale v hospici možná.** Doma asi podle toho, jaká by byla zrovna situace. Kdybych tam měla někoho, kdo by se o mě postaral. Jako doma je to fajn, ale zase bych nechtěla zatěžovat ty blízké. Jedině mobilní hospic, to by asi bylo ideální.“* (Respondentka č. 8)

Respondentka č. 9, která na praxi zažila smrt dítěte, by si hlavně nepřála zemřít dříve, než její rodiče: *„To je strašně těžká otázka. Hlavně bych nechtěla, a bych umřela dříve než moji rodiče.“*

4 DISKUZE

Respondentky se shodovaly ve vnímání paliativní péče jako důležité a neměly problém ji definovat. Také často vnímaly nedostatečné znalosti o paliativní péči mezi zdravotníky, se kterými se setkávaly během praxe v nemocnicích. Větší vědomosti o paliativní péči se mohou odrážet v lepším přístupu k péči o umírající pacienty (Dimoula et al., 2019). Některé respondentky, které uváděly, že paliativní péče není oborem, kterému by se chtěly ve svém profesním životě věnovat, uznávaly, že pokud by měly o paliativní péči více vědomostí a praktických zkušeností, je možné, že by je tento obor více zajímal. Nelze zcela určit, jaké faktory ovlivňují postoj studentů k péči o umírající pacienty. Studie autorů Ferri et al. (2021) si dala za cíl zjistit, co by mohlo tento postoj determinovat. Svůj výzkum prováděli u studentů ošetrovatelství ve třech různých evropských zemích. Zjišťovali, zda věk, pohlaví, ročník studia, náboženské vyznání, rozsah výuky paliativní péče, či přechozí zkušenost s umírajícím pacientem významně ovlivňují postoje studentů. Jejich závěrem však bylo, že žádný z těchto faktorů neměl signifikantní vliv na postoje studentů k umírajícím pacientům. Také v našem průzkumu jsme se pokoušeli zjistit, zda osobní víra má vliv na postoj k péči o umírající pacienty a na pohled na umírání obecně. Jedná se však o velice subjektivní parametr s ohledem na to, že u každého jedince může jeho víra v jiné míře ovlivňovat postoje a každodenní život. Je však velmi pravděpodobné, že jedinec sám nemůže ohodnotit, jak by se choval, kdyby víra nebyla jeho zvnitřněnou hodnotou. Respondentky povětšinou odpovídaly, že si neuvědomují, že by je fakt, že jsou věřící výrazně ovlivňoval v postoji k umírajícím pacientům či pohledu na umírání.

První zkušenosti v poskytování paliativní péče a také první úmrtí pacienta patří mezi situace, které mají vliv na formování postoje studentů. Je důležité, aby se setkali se správným přístupem zdravotnického personálu a byli do péče o umírajícího pacienta citlivě zahrnuti (Gorchs-Font et al., 2021). V případě respondentek našeho průzkumu se žádná z nich nevyjádřila, že by zkušenost s prvním úmrtím pacienta pro ně byla traumatizující nebo že by se setkaly s neprofesionálním přístupem ze strany zdravotnického personálu. Tyto zkušenosti pro ně byly více či méně náročné vzhledem k vlastní povaze a vztahu, který měly k pacientovi. V mnoha případech poprvé pečovaly o mrtvé tělo u pacienta, kterého předtím neznaly a tato situace v nich nevyvolávala tak silné emoce. Častěji se jednalo o pocit nepřipravenosti a bezradnosti, nevěděly, co mají v dané situaci dělat. U všech respondentek však došlo ke statečnému přijetí situace a v některých případech udávaly, že pro ně bylo

důležité, aby se péči o mrtvé tělo naučily, protože si uvědomovaly, že je to součást jejich práce, kterou budou v budoucnu vykonávat. Během poskytování samotné paliativní péče však často bojovaly s pocity smutku a v některých případech udávaly zlost kvůli pocitu nespravedlnosti v dané situaci. Setkaly se však také s pozitivními zkušenostmi u pacientů, kteří byli se svojí diagnózou smířeni a dostávali kvalitní péči.

Všeobecná sestra má klíčovou roli v péči o pacienta v paliativní péči a jeden z nejdůležitějších komponentů v této péči je komunikace s pacientem. Komunikace je důležitá v krocích ošetrovatelského procesu a sama o sobě může mít terapeutický vliv na pacienta a jeho rodinu. Kvalitní komunikace je nezbytná pro to, aby se sestra mohla seznámit s příběhem pacienta a jeho rodiny a správně identifikovat jejich potřeby. Umožní tak snížit pacientův emocionální distres. Je však nutné, aby myslela také na svoji duševní hygienu (Wittenberg, Reb a Kanter, 2018). Respondentky tohoto průzkumu udávaly, že komunikace s umírajícím pacientem pro ně byla emočně nejnáročnější. Několikrát zaznělo, že v této situaci brečely přímo před pacientem nebo v ústraní. Komunikace také byla oblastí, ve které respondentky nebyly na péči o umírajícího pacienta připraveny a přály by si praktický výcvik v této oblasti.

V rozhovorech s respondentkami opakovaně zaznívalo, že výuka problematiky paliativní péče není dostatečná. Respondentky, které absolvovaly obor Praktická sestra na střední zdravotnické škole dokonce udávaly, že se během prvních individuálních praxí cítily zcela nepřipravené na poskytování paliativní péče a péče o umírající pacienty. Výuka na vysoké škole byla hodnocena o něco kladněji, stále však chyběla větší praktická připravenost a více doporučení týkajících se komunikace s pacientem a jeho rodinou. Respondentky v některých případech hodnotily působení mentora na praxi jako nepodporující, či zcela chybělo. Nedostatečná příprava na poskytování paliativní péče může v budoucnu být překážkou ve výkonu sesterského povolání. Croxon, Deravin a Anderson (2018) ve své studii potvrzují, že absolventi pregraduálního studia ani po roce či dvou v zaměstnání nebyli dostatečně připraveni na komunikaci s umírajícím pacientem a jeho rodinou. Studenti finské studie autorů Hökkä et al. (2022) vyjadřovali ve svých výpovědích, že by měl každý student mít přístup ke kvalitní výuce paliativní péče a kromě toho také vidí jako důležité, aby se každý student zúčastnil klinické praxe v zařízení, kde se budou moci setkat s profesionálně poskytovanou paliativní péčí. Výzkum provedený na univerzitě v Západní Virginii (Li et al., 2019), se zabýval názory studentů, u kterých bylo kurikulum kurzu ELNEC zakomponováno do výuky paliativní péče. Tito studenti udávali, že po absolvování vysoké školy se cítili jistí

v poskytování paliativní péče a toto kurikulum jim mimo jiné pomohlo porozumět klíčovým prvkům paliativní péče a tomu, jaká je role všeobecné sestry v poskytování paliativní a hospicové péče. Dále tito studenti navrhovali, že by se výuka paliativní péče měla zaměřit na tři hlavní body. Zlepšení kvality a konzistentnosti praktické výuky, předávání poznatků různými učebními metodami a také, že by se metody hodnocení výuky v paliativní péči měly zlepšit. Když byli studenti posledního ročníku dotázáni, do kterého ročníku bakalářského studia by kurikulum kurzu ELNEC zařadili, rozdělili se téměř přesně na třetiny, s tím, že by jedna třetina studentů zařadila kurikulum do prvního ročníku, jedna do druhého a jedna do třetího ročníku. Z tohoto zkoumání vyplývá, že u každého studenta mohou být potřeby a preference výuky paliativní péče jiné. Jedna z našich respondentek při hodnocení výuky předmětu Paliativní a hospicová péče kritizovala její zařazení do třetího ročníku s tím, že je to příliš pozdě a studenti se již setkali s obtížnými situacemi v praxi, na které nebyli řádně připraveni.

Simulační výuka paliativní péče a komunikace s pacientem, je dle Hamdoune a Gantare (2021), Smith et al. (2018), Valen et al. (2019), Valen et al. (2022) a mnoha dalších studií velmi přínosným nástrojem. Její přínos autoři vidí v tom, že studenti, kteří simulační výuku absolvovali se cítili lépe připraveni na poskytování paliativní péče, udávala menší strach z komunikace s umírajícím a jeho rodinou. Dále měli větší sebedůvěru v přístupu k paliativnímu pacientovi, uvědomovali si potřebu multidisciplinární spolupráce a lépe převáděli poznatky do praxe. Je však nutné podotknout, že ve všech případech se jednalo o pečlivě organizovanou simulaci, v některých případech v ní byli zapojeni externí pracovníci, kteří sehráli roli nemocného a jeho rodiny, byla jasně daná kazuistika a scénář pro pacienta. Před a po proběhnutí simulace studenti vyplňovali dotazníky či absolvovali sezení s vyučujícími, kde svoji zkušenost rozebírali. S takto organizovanou simulací se žádná z respondentek průzkumu realizovaného v rámci této práce nesetkala. Tento fakt může být důvodem, proč si samy v některých případech nebyly jisté, zda by pro ně osobně byla výuka paliativní péče za pomoci simulace přínosná. V některých případech s ní měly přímo negativní zkušenost. Několik studentek se však kladně vyjadřovalo k tomu, že by si profesionálně vedenou simulaci ve výuce paliativní péče dokázaly představit jako přínosnou.

V průzkumu realizovaném v rámci této práce jsme se pokoušeli zjistit také, zda soužití s prarodiči ovlivňuje nějakým způsobem postoje studentů. Na toto téma neexistuje mnoho výzkumů. Autoři Alquwez et al. (2018) zjistili, že v domácnostech, kde spolu žije více generací, měli studenti lepší postoj k péči o starší pacienty obecně, tato studie však

nebyla z evropského prostředí. Respondenti našeho průzkumu v některých případech uváděli, že jejich prarodiče, se kterými bydlí, jsou ještě soběstační a neuvědomují si, že by je soužití s nimi značně ovlivnilo v péči o starší či umírající pacienty. V některých případech však zaznělo, že je soužití s prarodiči ovlivnilo v tom, že jsou ke starším pacientům více otevření, či mají větší trpělivost.

Limitace předloženého zkoumání

Výsledky předložené studie nelze přenést na širokou populaci z důvodu malého vzorku respondentů. Studie se zúčastnilo devět respondentek, které svoji praxi konaly v rámci několika nemocnic ve stejném regionu. Taktéž pro globální hodnocení výuky paliativní péče v celé České republice by bylo potřeba provést rozhovory se studenty všech vysokých škol, kde je vyučován obor Všeobecná sestra. Za limitaci výzkumu lze také považovat samotný reminiscenční charakter celé studie, kdy u některých prožitků si respondentky nemusely vybavit autentické emoce.

Metodika a výsledky literárních rešerší

Byly formulovány dvě nové rešeršní otázky za účelem porovnání výsledků v Diskuzi s poznatky publikovanými v odborných časopisech. Klíčová slova byla rozšířena o synonyma a přeložena do anglického jazyka. Rešerše byly provedeny v databázích PubMed, EBSCO a ProQuest. Kritérii vyhledávání byla dostupnost plného textu práce, výskyt klíčových slov v abstraktu a recenzované články. Období publikace výsledků bylo stanoveno na období 2015-2023, samotné vyhledávání probíhalo v březnu-dubnu 2023. Vyřazovacím kritériem byla irelevantnost textu vzhledem k rešeršní otázce. Dohromady bylo pro tvorbu výzkumné části diplomové práce použito 16 nových relevantních zdrojů.

Tabulka 3: Vyhledávací kritéria rešerše k výzkumné části a Diskuzi

1. REŠERŠNÍ OTÁZKA:

Jaké jsou **postoje** (pI) **studentů oboru Všeobecná sestra** (P) k **paliativní péči** (Co)?

What are **Nursing Students** (P) **attitudes** (pI) towards **Palliative Care** (Co)?

PRIMÁRNÍ HESLA A SYNONYMA V ČESKÉM JAZYCE:

P studenti oboru Všeobecná sestra OR všeobecné sestry

pI postoje OR vnímání

Co paliativní péče OR péče o umírající

PRIMÁRNÍ HESLA A SYNONYMA V ANGLICKÉM JAZYCE:

P nursing students OR nurses

pI attitudes OR perceptions

Co palliative care OR end-of-life care

2. REŠERŠNÍ OTÁZKA:

Jaká je **připravenost** (pI) **studentů oboru Všeobecná sestra** (P) ke **komunikaci v paliativní péči** (Co)?

What is **Nursing Students** (P) **Preparedness** (pI) for **Palliative Care Communication** (Co)?

PRIMÁRNÍ HESLA A SYNONYMA V ČESKÉM JAZYCE

P studenti oboru Všeobecná sestra OR všeobecné sestry

pI připravenost OR schopnosti

Co komunikace v paliativní péči OR paliativní komunikace OR komunikace

PRIMÁRNÍ HESLA A SYNONYMA V ANGLICKÉM JAZYCE

P nursing students OR nurses

pI preparedness OR abilities

Co palliative care communication OR palliative communication OR communication

Zdroj: vlastní zpracování

ZÁVĚR

Tato diplomová práce se zabývala zkušenostmi studentů oboru Všeobecná sestra s poskytováním paliativní péče. Předkládá kvalitativní šetření, kterého se zúčastnilo devět respondentek. Hlavním cílem bylo zjistit, jaké tyto zkušenosti jsou. Všechny respondentky se setkaly s poskytováním paliativní péče, a to v různých situacích a na různých nemocničních odděleních. Jedna z respondentek se setkala s poskytováním specializované paliativní péče v prostředí hospice. Tuto zkušenost hodnotila velmi kladně a ovlivnila její postoj k paliativní péči.

Prvním dílčím cílem bylo zjistit, jaké jsou postoje respondentek k paliativní péči. Lze konstatovat, že ve vybraném vzorku respondentek byly postoje k paliativní péči pouze kladné. Respondentky si uvědomovaly důležitost paliativní péče a některé z nich také udávaly pocit naplnění při poskytování paliativní péče. Ve všech případech se respondentky chtěly v paliativní péči zlepšovat, protože si uvědomovaly, že se s ní mohou setkat napříč všemi nemocničními odděleními. Uvědomovaly si také nedostatky, které se objevují v poskytování paliativní péče v nemocnicích a nedostatečné znalosti o možnostech paliativní péče mezi zdravotníky i veřejností. Z tohoto průzkumu nevyplývalo, že by osobní víra měla silný vliv na postoj k paliativní péči.

Druhým dílčím cílem bylo zjistit konkrétní zkušenosti s péčí o umírající pacienty. Tyto zkušenosti zahrnovaly taktéž situace kolem úmrtí pacienta. Během péče o pacienty s diagnózou nevléčitelného onemocnění měly některé respondentky pozitivní zkušenosti, kdy samy svým působením pomohly ke zlepšení pacientova komfortu. V některých případech se však setkávaly také s emočně náročnějšími situacemi, kdy se musely smířovat s obtížnou komunikací a distresem pacienta a jeho rodiny. Při úmrtí pacienta hodnotily jako nejobtížnější setkání s pozůstalou rodinou, které pro ně bylo emočně mnohem náročnější než, když se dozvěděly o úmrtí pacienta, či pečovaly o jeho mrtvé tělo. Při péči o mrtvé tělo všechny respondentky tuto péči zvládly, avšak popisovaly, že pro ně byla v některých případech velmi nepříjemná a pocíťovaly jakýsi odpor.

Třetím dílčím cílem bylo zjišťování připravenosti na komunikaci s pacienty a jejich rodinami. Komunikace byla tématem, které se během rozhovorů s participanty opakovalo. Respondentky udávaly komunikaci jako jeden z nejobtížnějších aspektů péče o paliativního pacienta. Taktéž to byla jediná situace, kromě setkání s pozůstalou rodinou, ve které byly respondentky pohnuty až k pláči. Pacienti často zaskočily respondentky otázkou, na kterou

neuměly odpovědět. V některých případech také bojovaly s tím, že nechtěly vést povrchní komunikaci, ale zároveň se bály, aby se pacienta nějakým tématem nedotkly, což vedlo k tomu, že se komunikaci s ním zcela vyhýbaly. Komunikace byla oblastí, ve které se každá z respondentek chtěla zlepšit.

Čtvrtým dílčím cílem bylo hodnocení výuky paliativní péče. Respondentky byly ve většině případů, kromě jedné, absolventkami oboru Praktická sestra. Samostatný předmět Paliativní a hospicová péče absolvovaly zatím pouze dvě respondentky. Z průzkumu v daném vzorku respondentek vyplývá, že paliativní péče není vyučována dostatečně a studenti na ni nejsou připraveni. Vysokoškolská výuka byla hodnocena lépe, s tím, že zmínky o paliativní péči jsou častější i v ostatních předmětech a jsou dále rozváděny. Respondentkám velmi chyběly příklady z praxe a praktické dovednosti stran komunikace s umírajícím pacientem a jeho rodinou i celkového přístupu. Přály by si kvalitnější systém mentorů a možnost vidět řešení obtížných situací v praxi.

Poslední pátý dílčí cíl zkoumal vliv soužití s prarodiči na přístup k poskytování paliativní péče. Kromě dvou respondentek, všechny aktuálně žily vícegeneračně s prarodiči. V mnohých případech se jednalo stále o vitální a samostatné jedince a respondentky se pouze občas podílely na dopomoci. Udávaly, že zde je možnost, že je tato zkušenost ovlivnila v lepším přístupu ke starším pacientům obecně a dala jim větší trpělivost. Jedna z respondentek pečovala o svého umírajícího dědečka v domácím prostředí. Uvedla, že tato zkušenost jí pomohla zvládat lépe úmrtí, se kterými se poté setkávala v nemocnici a také ji utvrdila v tom, že by si sama přála umírat doma.

Poznatky získané z tohoto průzkumu posloužily k objasnění toho, jaké oblasti poskytování paliativní péče byly pro studenty oboru Všeobecná sestra v daném vzorku nejtěžší. Pomohly objasnit, jaká byla připravenost ke komunikaci s umírajícími pacienty a jejich rodinami. Výstup realizovaného průzkumu může sloužit jako podnět ke zlepšení praktické přípravy studentů. Může posloužit také mentorům klinické praxe pro objasnění vnímání paliativní péče u studentů a identifikaci oblastí, ve kterých by se chtěli zlepšit. Z výpovědí studentů daného vzorku je patrné, že téma umírání a paliativní péče je mezi vyučujícími a zdravotnickými profesionály stále tabu, proto je žádoucí, aby i v ošetrovatelské praxi existovaly programy, které by Všeobecným sestřím a vyučujícím odborných předmětů umožnily získat hlubší poznatky a zkušenosti v oboru paliativní péče.

REFERENČNÍ SEZNAM

1. ALQUWEZ, Nahed, Jonas Preposi CRUZ, Joseph U. ALMAZAN, Majed Sulaiman ALAMRI a Jennifer J. MESDE, 2018. The Arabic version of the Kogan Attitudes toward Older People Scale among Saudi nursing students: a psychometric analysis. *Annals of Saudi Medicine* [online]. 38(6), 399-407 [cit. 2023-04-01]. ISSN 0256-4947. Dostupné z: doi:10.5144/0256-4947.2018.399
2. BAILE, Walter F., Robert BUCKMAN, Renato LENZI, Gary GLOBER, Estela A. BEALE, Andrzej P. KUDELKA, 2000. SPIKES - A Six-Step Protocol for Delivering Bad News: Application to the Patient with Cancer. *The Oncologist* [online]. 5(4) [cit. 2022-12-13]. ISSN 1549-490X. Dostupné z: <https://doi.org/10.1634/theoncologist.5-4-302>
3. BALBONI, Tracy, Michael BALBONI, M. Elizabeth PAULK, et al., 2011 Support of cancer patients' spiritual needs and associations with medical care costs at the end of life. *Cancer* [online]. 117(23), 5383-5391 [cit. 2023-01-17]. ISSN 0008543X. Dostupné z: doi:10.1002/cncr.26221
4. CROXON, Lyn, Linda DERA VIN a Judith ANDERSON, 2018. Dealing with end of life-New graduated nurse experiences. *Journal of Clinical Nursing* [online]. 27(1-2), 337-344 [cit. 2023-04-01]. ISSN 09621067. Dostupné z: doi:10.1111/jocn.13907
5. DAVIS, Andra, Megan LIPPE, Toni L. GLOVER, Nanci MCLESKEY, Casey SHILLAM a Polly MAZANEC, 2021. Integrating the ELNEC undergraduate curriculum into Nursing Education: Lessons learned. *Journal of Professional Nursing* [online]. 37(2), 286-290 [cit. 2023-01-04]. ISSN 87557223. Dostupné z: doi:10.1016/j.profnurs.2020.12.003
6. DIMOULA, Maria, Grigorios KOTRONOULAS, Stylianos KATSARAGAKIS, Maria CHRISTOU, Stavroula SGOUROU a Elisabeth PATIRAKI, 2019. Undergraduate nursing students' knowledge about palliative care and attitudes towards end-of-life care: A three-cohort, cross-sectional survey. *Nurse Education Today* [online]. 74, 7-14 [cit. 2023-04-01]. ISSN 02606917. Dostupné z: doi:10.1016/j.nedt.2018.11.025

7. ESCRIBANO, Silvia, María José CABAÑERO-MARTÍNEZ, Manuel FERNÁNDEZ-ALCÁNTARA, Sofía GARCÍA-SANJUÁN, Rafael MONTOYA-JUÁREZ a Rocío JULIÁ-SANCHIS, 2021. Efficacy of a Standardised Patient Simulation Programme for Chronicity and End-of-Life Care Training in Undergraduate Nursing Students. *International Journal of Environmental Research and Public Health* [online]. **18**(21) [cit. 2022-12-13]. ISSN 1660-4601. Dostupné z: doi:10.3390/ijerph182111673
8. EVANGELISTA, Carla Braz, Maria Emilia Limeira LOPES, Solange Fatima Geraldo da COSTA, Patricia Serpa de Souza BATISTA, Jaqueline Brito Vidal BATISTA a Amanda Maritsa de Magalhães OLIVEIRA, 2016. Palliative care and spirituality: an integrative literature review. *Revista Brasileira de Enfermagem* [online]. **69**(3), 591-601 [cit. 2023-01-17]. ISSN 0034-7167. Dostupné z: doi:10.1590/0034-7167.2016690324i
9. FERRELL, Betty, Pam MALLOY, Polly MAZANEC a Rose VIRANI. CARES: AACN's, 2016. New Competencies and Recommendations for Educating Undergraduate Nursing Students to Improve Palliative Care. *Journal of Professional Nursing* [online]. **32**(5), 327-333 [cit. 2023-01-16]. ISSN 87557223. Dostupné z: doi:10.1016/j.profnurs.2016.07.002
10. FERRI Paola, Rosaria DI LORENZO, Serena STIFANI et al, 2021. Nursing student attitudes toward dying patient care: A European multicenter cross-sectional study. *Acta Biomedica* [online]. **92**(2). [cit. 2023-04-01]. Dostupné z: doi:10.23750/abm.v92iS2.11403.
11. FLOTT, Elizabeth A. a Lois LINDEN, 2016. The clinical learning environment in nursing education: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing* [online]. **72**(3), 501-513 [cit. 2023-01-11]. ISSN 03092402. Dostupné z: doi:10.1111/jan.12861
12. FROMMELT, Katherine H. Murray, 1991. The effects of death education on nurses' attitudes toward caring for terminally ill persons and their families. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine®* [online]. **8**(5), 37-43 [cit. 2023-01-10]. ISSN 1049-9091. Dostupné z: doi:10.1177/104990919100800509
13. GÓMEZ-URQUIZA, Jose Luis, Luis ALBENDÍN-GARCÍA, Almudena VELANDOSORIANO, Elena ORTEGA-CAMPOS, Lucía RAMÍREZ-BAENA, María Jose MEMBRIVE-JIMÉNEZ a Nora SULEIMAN-MARTOS, 2020. Burnout in Palliative

- Care Nurses, Prevalence and Risk Factors: A Systematic Review with Meta-Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health* [online]. 17(20) [cit. 2023-03-27]. ISSN 1660-4601. Dostupné z: doi:10.3390/ijerph17207672
14. GORCHS-FONT, Núria, Anna RAMON-ARIBAU, Meltem YILDIRIM, Thilo KROLL, Philip J LARKIN a Mireia SUBIRANA-CASACUBERTA, 2021. Nursing students' first experience of death: Identifying mechanisms for practice learning. A realist review. *Nurse Education Today* [online]. 96 [cit. 2023-03-28]. ISSN 02606917. Dostupné z: doi:10.1016/j.nedt.2020.104637
 15. GUERRERO, Jefferson Garcia, Grace Medalyne TUNGPALAN-CASTRO a Minerva PINGUE-RAGUINI, 2022. Impact of simulation debriefing structure on knowledge and skill acquisition for postgraduate critical care nursing students: three-phase vs. multiphase. *BMC Nursing* [online]. 21(1) [cit. 2022-12-14]. ISSN 1472-6955. Dostupné z: doi:10.1186/s12912-022-01100-z
 16. GÜL, Şenay, Seyhan DEMİR KARABULUT, Handan EREN, Mahinur DURMUŞ İSKENDER, Zehra GÖÇMEN BAYKARA, Şükrü KELES, Abdullah YILDIZ a Neyyire Yasemin YALIM, 2022. Nursing Students' Experiences With Death and Terminal Patients During Clinical Education. *OMEGA - Journal of Death and Dying* [online]. 85(3), 628-649 [cit. 2022-12-13]. ISSN 0030-2228. Dostupné z: doi:10.1177/0030222820950510
 17. HAMDOUNE, Meryem a Abdellah GANTARE, 2021. Teaching palliative care skills via simulation-based learning. *International Journal of Palliative Nursing* [online]. 27(7), 368-374 [cit. 2023-04-01]. ISSN 1357-6321. Dostupné z: doi:10.12968/ijpn.2021.27.7.368
 18. HARRISON, Simon, 2014. Leadership Alliance for the Care of Dying People, ONE CHANCE TO GET IT RIGHT: Improving People's Experience of Care in the Last Few Days and Hours of Life. London. *Health and Social Care Chaplaincy* [online]. 2(1), 146-148 [cit. 2022-12-13]. ISSN 2051-5561. Dostupné z: doi:10.1558/hsc.v2i1.146
 19. HENDL, Jan, 2016. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0982-9.
 20. HÖKKÄ, Minna, Juho T. LEHTO, Helvi KYNGÄS a Tarja PÖLKKI, 2022. Finnish nursing students' perceptions of the development needs in palliative care education and

- factors influencing learning in undergraduate nursing studies – a qualitative study. *BMC Palliative Care* [online]. 21(1) [cit. 2023-04-01]. ISSN 1472-684X. Dostupné z: doi:10.1186/s12904-022-00915-6
21. CHAI, Xiaohui, Cheng CHENG, Jiaojiao MEI a Xiuzhen FAN, 2019. Student nurses' career motivation toward gerontological nursing: A longitudinal study. *Nurse Education Today* [online]. 76, 165-171 [cit. 2023-03-30]. ISSN 02606917. Dostupné z: doi:10.1016/j.nedt.2019.01.028
22. KABELKA, Ladislav, 2018. *Geriatrická paliativní péče a komunikace o nemoci*. Druhé, přepracované a doplněné vydání. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-5049-4.
23. KABELKA, Ladislav, 2020. *Nemocné rozhovory: komunikace a narativní terapie s nevyléčitelně nemocnými pacienty a jejich blízkými*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-1688-1.
24. KIM, Sanghee, Kyunghwa LEE a Sookyung KIM, 2020. Knowledge, attitude, confidence, and educational needs of palliative care in nurses caring for non-cancer patients: a cross-sectional, descriptive study. *BMC Palliative Care* [online]. 19(1) [cit. 2023-01-10]. ISSN 1472-684X. Dostupné z: doi:10.1186/s12904-020-00581-6
25. KIRKPATRICK, Amanda J., Mary Ann CANTRELL a Suzanne C. SMELTZER, 2017. A Concept Analysis of Palliative Care Nursing. *Advances in Nursing Science* [online]. 40(4), 356-369 [cit. 2022-12-16]. ISSN 0161-9268. Dostupné z: doi:10.1097/ANS.000000000000187
26. KIRKPATRICK, Amanda J., Mary Ann CANTRELL a Suzanne C. SMELTZER, 2019. Relationships among nursing student palliative care knowledge, experience, self-awareness, and performance: An end-of-life simulation study. *Nurse Education Today* [online]. 73, 23-30 [cit. 2023-01-11]. ISSN 02606917. Dostupné z: doi:10.1016/j.nedt.2018.11.003
27. KOFRÁNEK, Jiří, 2011. *Integrované modely fyziologických systémů jako teoretický podklad pro lékařské výukové simulátory*. V Praze: České vysoké učení technické. ISBN 978-80-01-04744-6.
28. *Konec dobrý, všechno dobré* [online], 2017. Centrum paliativní péče [cit. 2022-12-29]. Dostupné z: <https://paliativnicentrum.cz/projekty/konec-dobry-vsechno-dobre>

29. KRATOCHVÍLOVÁ, Inka, Věra OLÍŠAROVÁ a Valérie TÓTHOVÁ, 2021. Hodnocení připravenosti studentů na setkání s umírajícím pacientem a se smrtí. *Florence* [online]. [cit. 2023-01-04]. Dostupné z: <https://www.florence.cz/odborne-clanky/recenzovane-clanky/hodnoceni-pripravenosti-studentu-na-setkani-s-umirajicim-pacientem-a-se-smrti/>
30. KÜBLER-ROSS, Elisabeth, 2015. *O smrti a umírání: co by se lidé měli naučit od umírajících*. Přeložil Jiří KRÁLOVEC. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0911-9.
31. LARANJEIRA, Carlos, Catarina AFONSO a Ana Isabel QUERIDO, 2021. Communicating Bad News: Using Role-Play to Teach Nursing Students. *SAGE Open Nursing* [online]. 7 [cit. 2022-12-13]. ISSN 2377-9608. Dostupné z: doi:10.1177/23779608211044589
32. LEWIS, Claire, Joanne REID, Zara MCLERNON, Rory INGHAM a Marian TRAYNOR, 2016. The impact of a simulated intervention on attitudes of undergraduate nursing and medical students towards end of life care provision. *BMC Palliative Care* [online]. 15(1) [cit. 2022-12-13]. ISSN 1472-684X. Dostupné z: doi:10.1186/s12904-016-0143-2
33. LI, Jing, Angel SMOTHERS, Wei FANG a Michelle BORLAND, 2019. Undergraduate Nursing Students' Perception of End-of-Life Care Education Placement in the Nursing Curriculum. *Journal of Hospice & Palliative Nursing* [online]. 21(5), E12-E18 [cit. 2023-04-01]. ISSN 1539-0705. Dostupné z: doi:10.1097/NJH.0000000000000533
34. LOUČKA, Martin, Sheila A PAYNE a Sarah G BREARLEY, 2014. Place of death in the Czech Republic and Slovakia: a population based comparative study using death certificates data. *BMC Palliative Care* [online]. 13(1) [cit. 2022-12-29]. ISSN 1472-684X. Dostupné z: doi:10.1186/1472-684X-13-13
35. MAREČKOVÁ, J. et al, 2015. *Evidence-Based Healthcare – Zdravotnictví založené na vědeckých důkazech*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-4781-0 (e-kniha).
36. MARKOVÁ, Alžběta, et al, 2021. *Hospic do kapsy: příručka pro domácí paliativní týmy*. 3. aktualizované vydání. [Praha]: Cesta domů. ISBN 978-80-88126-77-5.

37. *Metodické doporučení pro poskytování psychosociální podpory ve zdravotnictví* [online], 2019. MZČR. [cit. 13.1.2023]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/17753/38443/MD%20SPIS.pdf>
38. MIKKONEN, Kristina, Marco TOMIETTO, Anna-Maria TUOMIKOSKI, et al, 2022. Mentors' competence in mentoring nursing students in clinical practice: Detecting profiles to enhance mentoring practices. *Nursing Open* [online]. **9**(1), 593-603 [cit. 2023-01-13]. ISSN 2054-1058. Dostupné z: doi:10.1002/nop2.1103
39. MIŠOVIČ, Ján, 2019. *Kvalitativní výzkum se zaměřením na polostrukturovaný rozhovor*. Praha: Slon. Studijní texty (Sociologické nakladatelství). ISBN 978-80-7419-285-2.
40. MLINAR RELJIĆ, Nataša, Majda PAJNKIHAR a Zvonka FEKONJA, 2019. Self-reflection during first clinical practice: The experiences of nursing students. *Nurse Education Today* [online]. 72, 61-66 [cit. 2023-03-29]. ISSN 02606917. Dostupné z: doi:10.1016/j.nedt.2018.10.019
41. NAKAZAWA, Y., M. MIYASHITA, T. MORITA, M. UMEDA, Y. OYAGI a T. OGASAWARA, 2009. The palliative care knowledge test: reliability and validity of an instrument to measure palliative care knowledge among health professionals. *Palliative Medicine* [online]. **23**(8), 754-766 [cit. 2023-01-10]. ISSN 0269-2163. Dostupné z: doi:10.1177/0269216309106871
42. NAUCK, Friedemann, 2018. Die Rolle der eigenen kulturellen und religiösen Überzeugungen als Ärztin / Arzt bei der Entscheidungsfindung am Lebensende. *Therapeutische Umschau* [online]. **75**(2), 112-116 [cit. 2023-01-17]. ISSN 0040-5930. Dostupné z: doi:10.1024/0040-5930/a000975
43. *Paliativní péče* [online], 2022. Vysoká škola polytechnická Jihlava [cit. 2022-12-29]. Dostupné z: <https://www.vspj.cz/eprihlaska/rozcestnik/detail-oboru/obor/vseobecna-sestra/tab/studijni-plany/plan/55/predmet/1481>
44. PALOS, Guadalupe R, 2014. Care, Compassion, and Communication in Professional Nursing: Art, Science, or Both. *Clinical Journal of Oncology Nursing* [online]. **18**(2), 247-248 [cit. 2022-12-19]. ISSN 1092-1095. Dostupné z: doi:10.1188/14.CJON.247-248

45. PENTARIS, Panagiotis a Khyati TRIPATHI, 2022. Palliative Professionals' Views on the Importance of Religion, Belief, and Spiritual Identities toward the End of Life. *International Journal of Environmental Research and Public Health* [online]. **19**(10) [cit. 2023-04-03]. ISSN 1660-4601. Dostupné z: doi:10.3390/ijerph19106031
46. PILGER, Calíope, Jaqueline Queiroz de MACEDO, Renata ZANELATTO, Leticia Gramazio SOARES a Luciana KUSUMOTA, 2014. Percepção da equipe de enfermagem de uma unidade de terapia intensiva com relação à espiritualidade e religiosidade. *Ciência, Cuidado e Saúde* [online]. **13**(3), 479-486 [cit. 2023-01-17]. ISSN 1984-7513. Dostupné z: doi:10.4025/ciencucidsaude.v13i3.19788
47. *Postgraduate Taught Study* [online], 2023. King's College London [cit. 2023-04-03]. Dostupné z: https://www.kcl.ac.uk/study/postgraduate-taught/courses/palliative-care-msc-pg-dip-pg-cert?utm_source=findamasters&utm_campaign=CMP-34463-S9X0Y9&utm_medium=featcourselisting&utm_content=button
48. PROKOPOVÁ, T, K VRBICA, J HUDEC, J DVOŘÁČEK, R GÁL a J MALÁSKA, 2021. Zhodnocení implementace simulační výuky do specializačního vzdělávání lékařů před absolvováním základního kmene. *Anesteziologie a intenzivní medicína* [online]. **32**(2), 74-81 [cit. 2022-12-14]. ISSN 12142158. Dostupné z: doi:10.36290/aim.2021.009
49. PubMed.gov. *National Library of Medicine* [online]. [cit. 2023-01-17]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov>
50. *Rámcový vzdělávací program pro obor vzdělání 53 – 41 – M/03 Praktická sestra* [online], 2018. Praha: MŠMT, [cit. 2022-12-09]. Dostupné z: http://zpd.nuov.cz/RVP_7_vlna/RVP_5341M03_Prakticka_sestra.pdf
51. RATTANI, SalmaAmin, Zohra KURJI, AminaAijaz KHOWAJA, JacquelineMaria DIAS a AnilaNaz ALISHER, 2020. Effectiveness of high-fidelity simulation in nursing education for end-of-life care: A quasi-experimental design. *Indian Journal of Palliative Care* [online]. **26**(3) [cit. 2022-12-13]. ISSN 0973-1075. Dostupné z: doi:10.4103/IJPC.IJPC_157_19

52. ROBERTS, Debbie a Leah GREENE, 2011. The theatre of high-fidelity simulation education. *Nurse Education Today* [online]. **31**(7), 694-698 [cit. 2022-12-14]. ISSN 02606917. Dostupné z: doi:10.1016/j.nedt.2010.06.003
53. SANLI, Deniz a Fatma ILTUS, 2022. Experiences of a Group of Senior Nursing Students with End of Life Care and Death in Turkey. *OMEGA - Journal of Death and Dying* [online]. **85**(4), 936-957 [cit. 2023-01-10]. ISSN 0030-2228. Dostupné z: doi:10.1177/0030222820961232
54. SLÁMA, Ondřej, 2009. Paliativní a hospicová péče v České republice a v Evropě. *Klinická onkologie* [online]. **22**(4), 183-185 [cit. 2023-01-17]. ISSN 1802-5307. Dostupné z: <https://www.linkos.cz/files/klinicka-onkologie/361.pdf#page=57>
55. SMITH, Madison B., Tamara G. R. MACIEIRA, Michael D. BUMBACH, et al, 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. 2023-04-01]. ISSN 1049-9091. Dostupné z: doi:10.1177/1049909118761386
56. STERN, Michael, 2016. Úloha simulační medicíny v rozvoji anesteziologie a intenzivní medicíny. *Anesteziologie a intenzivní medicína* [online]. **27**(3), 187-190 [cit. 2022-12-14]. ISSN 1805-4412. Dostupné z: <https://aimjournal.cz/pdfs/aim/2016/03/08.pdf>
57. SVATOŠOVÁ, Marie, 2012. *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4107-9.
58. SVĚTOVÁ ZDRAVOTNICKÁ ORGANIZACE, 2002. *National Cancer Control Programmes Policies and managerial guideline*, 2. vydání, Ženeva: WHO. Dostupné z: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42494>.
59. *Umírání a péče o nevyléčitelně nemocné II: závěrečná zpráva* [online], 2013. Cesta domů [cit. 2023-03-31]. Dostupné z: <https://www.umirani.cz/sites/default/files/custom-files/cesta-domu-zprava-umirani-a-pece-o-nevylecitelne-nemocne-2013.pdf>
60. VALEN, Kristin, Anne Lise HOLM, Kari Toverud JENSEN a Ellen Karine GROV, 2019. Nursing students' perception on transferring experiences in palliative care simulation to practice. *Nurse Education Today* [online]. **77**, 53-58 [cit. 2023-04-01]. ISSN 02606917. Dostupné z: doi:10.1016/j.nedt.2019.03.007

61. VALEN, Kristin, Morten SIMONSEN, Anne Lise HOLM, Kari Toverud JENSEN a Ellen Karine GROV, 2022. Impact of palliative care simulation on nursing students' learning outcomes and reported use in hospital placement. *Nursing Open* [online]. 9(6), 2847-2857 [cit. 2023-04-01]. ISSN 2054-1058. Dostupné z: doi:10.1002/nop2.991-
62. VENGLÁŘOVÁ, Martina, 2013. *Supervize v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada (Sestra). ISBN 978-80-247-4082-9.
63. Vyhláška č. 55/2011 Sb. Vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. In: *Zákony pro lidi* [online]. AION CS, 2010-2023 [cit. 2023-03-29]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-55>
64. *Vzdělávací program specializačního vzdělávání v oboru VŠEOBECNÁ SESTRA – DOMÁCÍ PÉČE A HOSPICOVÁ PÉČE*. 2019 [online]. MZČR. [cit. 03.04.2023]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/4225/39483/Příloha%20č.%2063%20VS%20-%20Domáci%20péče%20a%20hospicová%20péče.pdf>
65. WALKER, Sandra, Trudy DWYER, Marc BROADBENT, Lorna MOXHAM, Teresa SANDER a Kristin EDWARDS, 2015. Constructing a nursing identity within the clinical environment: The student nurse experience. *Contemporary Nurse* [online]. 49(1), 103-112 [cit. 2023-03-27]. ISSN 1037-6178. Dostupné z: doi:10.1080/10376178.2014.11081960
66. WELLS, Geoffrey, Carrie LLEWELLYN, Andreas HIERSCHKE, Ollie MINTON, David BARCLAY a Juliet WRIGHT, 2022. Care of the dying – medical student confidence and preparedness: mixed-methods simulation study. *BMJ Supportive & Palliative Care* [online]. [cit. 2023-01-16]. ISSN 2045-435X. Dostupné z: doi:10.1136/spcare-2022-00369810.1136/spcare-2022-00369
67. WITTENBERG, Elaine, Anne REB a Elisa KANTER, 2018. Communicating with Patients and Families Around Difficult Topics in Cancer Care Using the COMFORT Communication Curriculum. *Seminars in Oncology Nursing* [online]. 34(3), 264-273 [cit. 2023-04-03]. ISSN 07492081. Dostupné z: doi:10.1016/j.soncn.2018.06.007
68. WITTENBERG, Elaine, et al., ed, 2016. *Textbook of Palliative Care Communication*. New York: Oxford University Press. ISBN 978-0-19-020170-8.

SEZNAM ZKRATEK

AACN	American Association of Colleges of Nursing – Americká asociace vysokých škol ošetrovatelství
ELNEC	End-of-Life Nursing Education Consortium – Sdružení pro edukaci sester v péči o umírající pacienty
MZČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
WHO	World Health Organization – Světová zdravotnická organizace

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Vyhledávací kritéria rešerše přehledové části práce.....	9
Tabulka 2: Soubor participantů.....	26
Tabulka 3: Vyhledávací kritéria rešerše k výzkumné části a Diskuzi	65

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1: Kategorie a podkategorie výsledků	30
--	----

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1: Informovaný souhlas

Příloha 2: Žádost o povolení spolupráce

Informovaný souhlas

Vážená paní, vážený pane,

jsem studentkou 2. ročníku navazujícího magisterského oboru Učitelství odborných předmětů pro zdravotnické školy na Katedře antropologie a zdravotvědy, Pedagogické fakulty Univerzity Palackého. Zpracovávám diplomovou práci na téma Zkušenosti studentů oboru Všeobecná sestra s poskytováním paliativní péče pod odborným vedením PhDr. Hany Heiderové, PhD.

Dovoluji si Vás požádat o souhlas s rozhovorem, což mi umožní téma diplomové práce zpracovat. Máte možnost od rozhovoru kdykoliv dobrovolně odstoupit nebo neodpovídat na všechny položené otázky. Údaje budou zachovány v anonymitě a budou použity pouze pro zpracování mé diplomové práce. Při zpracování práce bude respektován zákon č. 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů, nikde nebude zveřejněno vaše jméno, ani další identifikační údaje o vaší osobě.

Děkuji za ochotu a Váš čas,

Bc. Dorota Lysková

Souhlasím se zpracováním mých údajů v diplomové práci při zachování anonymity a respektování ochrany osobních údajů.

Datum:

Podpis:

Univerzita Palackého v Olomouci
Pedagogická fakulta
Žižkovo nám. 951, 779 00 Olomouc



Pedagogická
fakulta

Vážená paní profesorko,

obracíme se na Vás s žádostí o povolení spolupráce s Ústavem ošetřovatelství a porodní asistence Lékařské fakulty Ostravské univerzity, za účelem sběru dat pro diplomovou práci studentky Bc. Doroty Lyskové, posluchačky 2. ročníku kombinovaného studia navazujícího magisterského oboru Učitelství odborných předmětů pro zdravotnické školy na PdF UPOL.

Jmenovaná studentka zpracuje pod vedením PhDr. Hany Heiderové, Ph.D. diplomovou práci pod názvem „Zkušenosti studentů oboru Všeobecná sestra s poskytováním paliativní péče“. Žádáme o povolení spolupráce ve formě pořizování rozhovorů se studenty oboru Všeobecná sestra, a to v termínu od 1.2.2023 do 31.3.2023.

Prosíme o sdělení Vašeho rozhodnutí.

S pozdravem

doc. Mgr. Martina Cichá, Ph.D.
vedoucí Katedry antropologie a zdravotní vědy
PdF UPOL

Bc. Dorota Lysková
studentka PdF UPOL

Vyjádření instituce: 27.1.2022

Soubor

S. Jan