

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI  
PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Katedra antropologie a zdravovědy

**Diplomová práce**

Zkušenosti žáků SZŠ s péčí o umírající pacienty

Bc. Pavlína Kelemenová

Olomouc 2023

vedoucí práce: PhDr. Hana Heiderová, PhD.

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma „Zkušenosti žáků SZŠ s péčí o umírající pacienty“ vypracovala samostatně a výhradně s použitím literatury uvedené v seznamu citované literatury.

V Olomouci dne

Podpis

Děkuji své vedoucí PhDr. Haně Heiderové, PhD. za odborné vedení diplomové práce, její spolupráci a poskytnutí cenných rad. Taktéž děkuji zúčastněným respondentům za poskytnutí dat do mé práce. V neposlední řadě bych chtěla poděkovat své rodině za podporu.

## ANOTACE

<b>Jméno a příjmení:</b>	Bc. Pavlína Kelemenová
<b>Katedra:</b>	Katedra antropologie a zdravotní vědy
<b>Vedoucí práce:</b>	PhDr. Hana Heiderová, PhD.
<b>Rok obhajoby:</b>	2024

<b>Název práce:</b>	Zkušenosti žáků SZŠ s péčí o umírající pacienty
<b>Název v angličtině:</b>	Experience of student nurses with care of dying patients
<b>Anotace práce:</b>	<p>Diplomová práce s výzkumným zaměřením kvalitativního typu studie se zaměřuje na zkušenosti žáků střední zdravotnické školy s péčí o umírající nemocné. Zjišťovány byly pocity při péči o umírající nemocné, schopnost komunikace, připravenost na péči o umírající a potřeba podpory při péči. Součástí zkoumání bylo také zjistit zkušenosti s prvním setkáním se s umírajícím člověkem. Výběr respondentů proběhl záměrným, kritériálním výběrem. V konečném vzorku respondentů bylo 8 žáků SZŠ. Jednalo se o 2 muže a 6 žen ve věku 18-19 let. Všichni žáci 4. ročníku, oboru Praktická sestra. Nástrojem ke sběru dat byl protokol polostrukturovaného rozhovoru vytvořený autorem práce na základě znalostí získaných zpracováním teoretické části práce.</p>
<b>Klíčová slova:</b>	Zkušenost, péče o umírající, paliativní péče, žáci SZŠ, kvalitativní
<b>Anotace v angličtině:</b>	<p>The diploma thesis with a research project of a qualitative type focuses on experience of a secondary medical school students with care of dying patients. The work detects their feelings during the care of dying patients, the ability to communicate, the state of readiness for this kind of care and the need of a support during this care. A part of the research was also to find</p>



	<p>out the experience of the first contact with a dying person. The choice of the respondents was intentional, according to given criteria. In the final sample of respondents there were 8 students of a secondary medical school. It concerned 2 men and 6 women aged 18-19, all of them being the students of the 4th grade, field of study practical nurse. The appliance for the data collection was a transcript of a semi-structured conversation created by an author of the dissertation, based on the knowledge achieved by processing the theoretical part of the work.</p>
<b>Klíčová slova v angličtině:</b>	Experience, care of the dying, palliative care, Nursing School students, qualitative
<b>Přílohy vázané v práci:</b>	<p>Příloha 1: Informovaný souhlas</p> <p>Příloha 2: Prohlášení</p> <p>Příloha 3: Žádost o udělení souhlasu se sběrem dat</p>
<b>Rozsah práce:</b>	85 stran textu
<b>Jazyk práce:</b>	čeština

## Obsah

1	ÚVOD A HLAVNÍ CÍL .....	7
2	PŘEHLED AKTUÁLNÍHO STAVU PROBLEMATIKY .....	9
2.1	Popis rešerši .....	9
2.2	Péče o umírající v České republice .....	11
2.2.1	Obecná paliativní péče .....	12
2.2.2	Specializovaná paliativní péče v České republice .....	13
2.3	Potřeby umírajících nemocných.....	16
2.4	Aspekty péče o umírající .....	21
2.4.1	Syndrom vyhoření.....	24
2.5	Vzdělávání sester v oblasti paliativní péče v České republice a v zahraničí ...	26
2.5.1	Vzdělávání v péči o umírající nemocné v České republice .....	27
2.5.2	Vzdělávání v péči o umírající nemocné v zahraničí .....	30
3	VÝZKUMNÁ ČÁST .....	33
3.1	Metodika zkoumání.....	33
3.2	Výsledky .....	38
4	DISKUSE.....	58
5	SOUHRN A ZÁVĚRY .....	68
	Seznam zkratk, tabulek, obrázků .....	72
	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ .....	73
	Seznam příloh .....	85
	Přílohy.....	

# 1 ÚVOD A HLAVNÍ CÍL

Paliativní péče je mladým oborem a jeho rozvoj se začal až ve 2. polovině 20. století. Stalo se tak v době, kdy chronická a život ohrožující onemocnění s postupnou progresí předčila z hlediska příčiny úmrtí onemocnění s rychlým vývojem. Umírání se tak stalo pro nemocné zdlouhavým. Děje se tak zejména od chvíle, kdy se již nemoc nedá léčit kauzálně a začíná nemocného v běžném životě limitovat. Tehdy se začali tito lidé řadit do kategorie umírajících. Změna nastala také v místě, kde proces umírání probíhal. Od umírání ve vlastním prostředí se upustilo a péči o tyto nemocné převzaly instituce (Bužgová, 2015, s. 15).

Kupka (2014) však uvádí, že paliativní péče by se dala pokládat za disciplínu, která zde byla od nepaměti. V době, kdy kauzální léčba nebyla možná, přistupovali zdravotničtí pracovníci k tišení obtíží nemocného. Dnes je nastavena mentalita medicíny směrem, že nelze selhat a je orientovaná zejména na to, uzdravit nemocného. Paliativní péče usiluje o zlepšení kvality života umírajícího v komplexním přístupu. Významný podíl na péči o umírající mají nejen všichni členové interdisciplinárního týmu odborných pracovníků, ale také rodina, přátelé nebo dobrovolníci.

S vývojem paliativní péče se klade čím dál větší důraz na vzdělávání sester. Je nezbytné, aby bylo vzdělávání pregraduálních studentů ošetrovatelství zaměřené na paliativní péči jako součást zlepšení celkové kvality zdravotní péče. Potřebu vzdělávání zdokumentovala důkladně Světová zdravotnická organizace a podpořila ji Mezinárodní rada sester. Vzdělání má probíhat tak, aby jeho absolventi byli schopni poskytovat paliativní péči ve všech zdravotnických zařízeních (Durojaiye et al., 2023, s. 2).

Zdravotníci jsou jednou z nejvíce ohrožených skupin z hlediska syndromu vyhoření, zvláště pak ti, kteří pracují s umírajícími nemocnými (Pavelková, Bužgová, 2015, s. 218).

Paliativní péče jakožto péče o člověka v závěru jeho života, kdy se může zejména ve stáří připojit např. demence, se stává pro pečujícího velmi zátěžovou situací. Musí čelit nejen obtížím spjatým s péčí o umírajícího, ale také v souvislosti s péčí o rodinu nemocného, který je v závěru života. Často se u těchto pečujících tedy projevuje emoční vyčerpání, které plyne z nadměrných nároků, a to jak psychických, tak emočních. Práce s umírajícími je také spojena s nadměrným stresem. Nejen sestry, ale obecně zdravotničtí

pracovníci jsou skupinou, na niž jsou kladeny velmi vysoké nároky v každodenním pracovním životě. Právě péče o umírající se řadí k nejnáročnějším z hlediska stupně zátěže. Zdravotnický personál, který naváže s umírajícím bližší emoční kontakt, pociťuje jeho úmrtí jako obzvláště těžkou ztrátu. Lékaři obecně vnímají umírání nemocných jako vlastní selhání. Sestry zase prožívají vyšší intenzitu zátěže v případě, kdy se stav umírajících prudce zhoršuje. Tato zátěž se přenáší i do osobního života zdravotníka. Dopady popisují, že velmi často dochází k rozvodům a oddálením se od rodiny, či přátel. Děje se tak z důvodu izolovanosti. Ta plyne z toho, že zdravotníci nemohou své pracovní problémy sdílet v rodině, či s přáteli (Kupka, 2014, s. 36-38).

Hlavní motivací autorky k volbě tohoto tématu práce bylo zjistit, jaké zkušenosti s poskytováním péče a se setkáváním se s umírajícími vůbec, mají žáci střední zdravotnické školy. Spousta žáků zažije své první setkání s umírající osobou v životě vůbec právě během praktické výuky. Autorka tak chtěla zjistit, zda žáci spojují poskytování paliativní péče s negativními, či pozitivními pocity, zda se mají komu svěřit a zda jsou ze školy dostatečně připraveni na tato setkávání.

Další motivací byla vlastní zkušenost autorky. V době studia na střední zdravotnické škole zažila své první setkání se s umírající osobou v životě během praktické výuky. Toto setkání ji velmi negativně ovlivnilo a dlouho si tuto zkušenost nesla v sobě.

#### HLAVNÍ CÍL:

Hlavním cílem kvalitativní studie v praktické části diplomové práce bylo zjistit a předložit zkušenosti žáků SZŠ s péčí o umírající pacienty.

## 2 PŘEHLED AKTUÁLNÍHO STAVU PROBLEMATIKY

Ke zpracování následujícího textu kapitoly byla provedena literární rešerše. Ta proběhla v databázích dle postupů uvedených níže. Všechny bibliografické citace použitých odborných textů jsou uvedeny v seznamu použitých zdrojů. Na základě provedené literární rešerše bylo použito 37 relevantních zdrojů textů. Celkem bylo pro tvorbu textu využito 60 zdrojů textů. Některé zdroje textů, které byly využity pro zpracování kapitoly, byly vyhledány manuálně.

### 2.1 Popis rešerší

Formulace první rešeršní otázky (RO) zněla: **Jaké jsou dostupné texty o péči o umírající nemocné v České republice?**

Rešerše byla provedena v databázi EBSCO host v období měsíce červen-červenec. Hesla pro vyhledávání byla definována: terminal care OR end-of-life care OR palliative care AND Czech Republic OR Czechia. Výsledky vyhledávání byly omezeny na jazyk anglický, český, období 2013-2023, pouze recenzované texty. Rešerše proběhla opakovaně ve stejném období a ve stejné databázi s hesly pro vyhledávání: paliativní péče AND Česká republika. Výsledky vyhledávání byly omezeny na období 2013 – 2023, jazyk český, slovenský a pouze recenzované texty. Rešerše byla dále provedena ve stejném období v databázi Google Scholar, kde byla zadána hesla pro vyhledávání: paliativní péče AND Česká republika. Výsledky vyhledávání byly omezeny na období 2013-2023 a beze slov kvalifikační práce, závěrečná práce, bakalářská práce, diplomová práce, disertační práce.

Mezi relevantní výstupy vyhledaných textů vůči RO bylo zařazeno **9 odborných textů**.

Formulace druhé rešeršní otázky (RO) zněla: **Jaké jsou dostupné texty o potřebách umírajících nemocných?**

Rešerše byla provedena v databázi ScienceDirect v období měsíce červenec-srpen. Hesla pro vyhledávání byla definována: dying patients AND needs. Výsledky vyhledávání byly omezeny na období 2013-2023, v názvu, abstraktu, či klíčových slovech se nachází slova: needs, dying, patients a oblast medicína a zubní lékařství. Rešerše byla dále provedena v období měsíce srpen v databázi EBSCO host se stejnými hesly pro vyhledávání. Výsledky vyhledávání byly omezeny na období 2013-2023, jazyk

anglický, pouze recenzované texty a pouze plné texty. Rešerše dále proběhla v období měsíce srpen v databázi Google Scholar, kde byla definována hesla pro vyhledávání: potřeba AND umírající. Výsledky vyhledávání byly omezeny na období 2013-2023 a beze slov kvalifikační práce, závěrečná práce, bakalářská práce, diplomová práce, disertační práce.

Mezi relevantní výstupy vyhledávaných textů vůči RO bylo zařazeno **10 odborných textů.**

Formulace třetí rešeršní otázky (RO) zněla: **Jaké jsou dostupné texty o zátěži sester v paliativní péči?**

Rešerše byla provedena v databázi EBSCO host v období měsíce srpen. Hesla pro vyhledávání byla definována: nurse burden OR nurse load AND palliative care OR end-of-life care OR terminal care. Výsledky vyhledávání byly omezeny na období 2013-2023, jazyk anglický, pouze recenzované texty a pouze plné texty. Rešerše byla provedena ve stejném období, se stejnými hesly pro vyhledávání v databázi ScienceDirect. Výsledky vyhledávání byly omezeny na období 2013-2023 a oblast medicína a zubní lékařství.

Mezi relevantní výstupy vyhledávaných textů vůči RO bylo zařazeno **13 odborných textů.**

Formulace čtvrté rešeršní otázky (RO) zněla: **Jaké jsou dostupné texty o vzdělávání studentů ošetřovatelství v paliativní péči?**

Rešerše byla provedena v databázi EBSCO host v období měsíce listopadu. Hesla pro vyhledávání byla definována: nursing students education AND palliative care OR end-of-life care OR terminal care. Výsledky vyhledávání byly omezeny na období 2013-2023, jazyk anglický, pouze recenzované texty a pouze plné texty. Rešerše byla provedena ve stejném období, se stejnými hesly pro vyhledávání v databázi Google Scholar. Výsledky vyhledávání byly omezeny na období 2013-2023 a beze slov kvalifikační práce, závěrečná práce, bakalářská práce, diplomová práce, disertační práce.

Mezi relevantní výstupy vyhledávaných textů vůči RO bylo zařazeno **5 odborných textů.**

## 2.2 Péče o umírající v České republice

Umírání a smrt byly vždy předmětem zájmu každé kultury. V průběhu historie však došlo k jistým změnám. Oproti období 19. století, kdy lidé umírali ve svém prostředí a brali ji jako přirozenou součást, došlo ve 20. století k institucionalizaci péče o umírající. Setkáváme se zde poprvé i s praxí „bílé zástěny“, jež měla dopřát soukromí umírajícím a ochránit zraky ostatních nemocných před umíráním. Později byli umírající přesunuti zcela na samostatný pokoj, což mělo špatný dopad jak na psychiku umírajícího, tak i na ostatní nemocné (Kisvetrová, Kutnohorská, 2010, s. 212, 217, 218).

Dnes se setkáváme s více modely postojů k umírání a smrti. Prvním je tabuizace, kdy jedinec smrt pokládá za konec všeho a odmítá o ní mluvit. Tento model byl typický pro přeživší druhé světové války. Další model představuje smrt jako samotu a je dopadem tabuizování smrti. Umírání neprobíhá v domácím prostředí mezi blízkými, ale vesměs v zařízeních zdravotní, či sociální péče. Pracovníci těchto zařízení tráví u umírajících co nejméně času, protože je to podvědomě traumatizuje. Návštěvní hodiny jsou omezené, umírající je osamocen. Lidé, kteří jsou věřící, či žili pro velké ideály, mohou mít ke smrti postoj jako k dovršení. Nemají strach z umírání a smrti, odchází pokojně, mají vizi pokračování pozemského života v nebi, jež jim Bůh zajistí. Posledním modelem postoje ke smrti je zakázaná smrt. Když se ohlédneme zpět do historie, tak oproti středověku si lidé přejí rychlou smrt. Dnes se společnost zaměřuje na důstojné umírání, kterého chce dosáhnout. To však vyžaduje úpravu institucionalizované péče s ohledem na tradice a rituály při umírání a jejich začlenění (Kisvetrová, Kutnohorská, 2010, s. 218, 219).

Lidé si přejí umírat v domácím prostředí. Dle vývoje počtu zemřelých však v roce 2012 zemřelo téměř třičtvrtě lidí ze všech zemřelých buďto ve zdravotnickém, či sociálním zařízení (Holmerová, Wija, 2016, s.44).

Za posledních 50 let se ve světě péče o umírající rozvinula ve specializovaný obor, který se zaměřuje na péči o nevléčitelně nemocného v celé jeho trajektorii. V České republice se paliativní péče začala rozvíjet až po roce 1989 a i přes značný posun je stále pozadu za některými zeměmi Evropy, jež jsou ekonomicky méně vyspělými. V České republice nejvíce převažují lůžková hospicová zařízení a mobilní hospicová péče (Polívka, 2018, s. 4).

Sláma et al. (2016) však uvádí, že se v České republice dosáhlo značného posunu v péči o umírající nemocné. Paliativní péče se nesměřuje na nemocného až v úplném závěru života, tedy v posledních dnech a týdnech, ale už od okamžiku, kdy se stanoví diagnóza nevléčitelné nemoci ohrožující život. Dále se také upravil seznam onemocnění, jež do přístupu paliativní péče spadají. Dříve se jednalo téměř výhradně o onkologické diagnózy, dnes se pozornost směřuje k mnoha chronickým onemocněním jako je např. demence. Graf zveřejněný v roce 2014 ÚZIS poukazuje, že z celkového počtu úmrtí, ke kterým v témže roce došlo, potřebovalo paliativní péči více než 70 % pacientů.

Situační analýza paliativní péče v ČR z roku 2016 (Kabelka et al.) vymezuje cíle podpory rozvoje obecné a specializované paliativní péče v ČR. Obecná paliativní péče se zakládá na poskytování péče zdravotníky v rámci jejich oboru s důrazem na zvyšování kvality života nemocného. Specializovaná paliativní péče je poskytována odborníky, jež jsou vzděláni v oboru paliativní péče. Sláma et al. (2016) uvádí, že v roce 2016 bylo v ČR v oblasti specializované paliativní péče dostupných 5 ambulancí, 17 lůžkových hospiců, 2 oddělení paliativní péče v rámci jiného zdravotnického zařízení, 3 paliativní týmy a poskytovatele mobilní specializované paliativní péče, kde nebylo možné určit přesný počet.

### **2.2.1 Obecná paliativní péče**

Péče je poskytována zdravotníky v rámci jejich oboru působení. Zajištěna je např. praktickými lékaři, kteří spolupracují s agenturou domácí péče nebo specialisty, jež o nemocného pečují v rámci své odbornosti, do které dané nevléčitelné onemocnění spadá (Sláma et al., 2016, s. 446).

Víšková (2018) uvádí, že obecnou paliativní péči by měl být schopný zajistit každý zdravotník v rámci svého oboru působení. Cílem je zachytit zavčas nevléčitelné onemocnění a zaměřit se na ovlivnění kvality života umírajícího nemocného.

Nejčastěji nemocní umírají ve zdravotnických zařízeních akutní a následné péče. Poskytování péče v těchto zařízeních probíhá rozdílně a jsou zde značné mezery při péči o umírající nemocné. Překážkou k poskytování dobré paliativní péče je nedostatek soukromí z důvodu vícelůžkových pokojů, absence pomůcek a zázemí pro příbuzné nemocného. Dále tato zařízení nedisponují dokumenty, jež by směřovaly péči dle vývoje



nemoci. Nepracuje se s plánem paliativní péče ani dalšími nástroji (Kabelka et al., 2016, s. 12).

Sláma et al. (2019) uvádí, že v rámci obecné paliativní péče v nemocničním zařízení je třeba vzdělávat zdravotníky v oblasti obecné paliativní péče, zavést screening potřeb všech hospitalizovaných nemocných a nastavit kritéria, která značí, že je nutné nemocného převést do specializované paliativní péče, či u něj provést konzilium.

V domácím prostředí se nejvíce na péči o umírající podílejí praktičtí lékaři, ambulance specialistů a agentury domácí péče, které dokáží ve spolupráci s praktickým lékařem poskytnout kvalitní obecnou paliativní péči. Problémem je, že tyto služby nejsou neomezeně časově dostupné, což vede často k hospitalizaci nemocného (Kabelka et al., 2016, s. 13). Mlčochová, Houska (2018) uvádí činnosti praktického lékaře v obecné paliativní péči. Ta spočívá zejména v identifikaci potřeb umírajícího nemocného, potlačování příznaků a předvídání dalšího rozvoje těchto symptomů. Dále je podstatný plán péče, který zahrnuje opatření, která nastanou v případě zhoršení stavu nemocného. Součástí je také psychická podpora nemocného v rámci vyrovnávání se s nemocí. Praktický lékař může také nemocnému indikovat přijetí k hospitalizaci, či indikovat hospicovou péči.

Hrdá et al. (2018) popisují obecnou paliativní péči v domovech pro seniory. Uvádí, že obecnou paliativní péči v domovech pro seniory většinou zajišťuje praktický lékař a sestry. Péče by měla probíhat následujícím způsobem. Jako první je identifikace přání a představ seniora a jeho blízkých a tvorba plánu budoucí péče. Dále se sestaví plán, který odpovídá přáním seniora a započiná se ve chvíli, kdy stav jedince přejde do terminálního stadia, či se akutně zhorší. Navazuje vlastní péče, která vyžaduje znalosti a dovednosti pracovníků a dále péče o pozůstalé.

### **2.2.2 Specializovaná paliativní péče v České republice**

Péče poskytována odborníky v paliativní péči jak ze zdravotnické sféry, tak i mimo ni. Do týmu spadají např. také pastorové, či psychologové. V případě, že stavu nemocného nedostačuje obecná paliativní péče, je třeba zahájit specializovanou paliativní péči. Ta může být poskytnuta v mnoha formách (Sláma, 2012, s. 11).

#### **Lůžkový hospic**

Jedná se o zdravotnické zařízení, které poskytuje umírajícím pacientům komplexní péči. Hospicovou péčí, která by zpravidla neměla přesáhnout 3 měsíce, zajišťuje tým odborníků mnoha oborů. Při přijetí nemocného do hospice se zvažuje mnoho aspektů, jsou zde hospitalizováni jak dětští, tak dospělí nemocní v terminální fázi života (Světláková, 2022, s. 59). V České republice představuje lůžkový hospic nejvýznamnější formu specializované paliativní péče. Každému nemocnému je v hospici stanovena individuální péče, která se zaměřuje na jeho potřeby a projevy onemocnění. Lůžkové hospice jsou vybaveny stejnými pomůckami jako lůžka akutní péče tak, aby nemocnému zvýšily kvalitu života a zajistily komfort. Péče je zaměřena také na blízké nemocného, kteří mají možnost s umírajícím trávit čas po celou dobu jeho pobývání v hospici dle potřeby (Polívka, 2018, s. 6, 7).

Poskytování hospicové péče se řídí Standardy hospicové paliativní péče, které vymezují principy, cílové skupiny, indikaci k hospicové paliativní péči, její formy, stanovuje péči o nemocné, vymezuje materiální a technické vybavení a personální standardy (Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče, 2016).

### **Ambulance paliativní medicíny**

Jedná se o specializovanou ambulanci vedenou lékařem, který má odborné v zdělání v oblasti paliativní medicíny. Na péči se podílí i další odborníci jako sestry, kaplani, psychologové a sociální pracovníci. Tato forma péče je vhodná pro nemocné v terminálním stadiu nemoci, u kterých se odhaduje doba dožití několik týdnů, či měsíců, výjimečně i let. Činností ambulance paliativní medicíny jsou drobné zákroky, které mírní projevy nemoci, tišení bolesti, podpora rodiny, pomoc při plánování péče, pomoc při zajištění hospicové péče atd. (Sláma et al., 2022, s. 60).

### **Mobilní hospic**

Jde o formu paliativní péče, která má umírajícímu nemocnému zajistit kvalitní péči v domácím prostředí. Tým odborníků je připraven kdykoliv poskytnout umírajícímu péči, která má být srovnatelná s tou, jež je poskytována ve zdravotnickém zařízení. Stejně jako u předchozích forem paliativní péče se zde nejedná o tým složený pouze ze zdravotnických odborníků, ale i členů jiného odvětví. Neopomenutelnými jsou zde rodinní pečující, jež se o nemocného starají, potřebují k péči o něj mnoho informací a jsou mnohdy schopni pod vedením odborníka zajistit i odborné výkony při akutním

zhoršení. Vybavení mobilních hospiců dnes umožňuje již i provádění různých zákroků v pacientově prostředí. Poměrnou novinkou je zavádění aplikace transfuzí v domácím prostředí nemocného (Svoboda, 2022, s. 59). Ty se však nepodávají dle hodnot krevního obrazu, ale výhradně dle stavu nemocného. Hladiny erytrocytů a trombocytů se upravují tak, aby se zmírnily těžké projevy anémie, či se zastavilo krvácení (Kouba et al., 2021, s. 9).

Poskytování mobilní specializované paliativní péče se řídí Standardy, které jsou definovány v dokumentu České společnosti paliativní medicíny ČLS JEP, Fórum mobilních hospiců (Ambrožová et al., 2019).

### **Nemocniční tým paliativní péče**

Jedná se o multidisciplinární tým zdravotnických i nezdravotnických odborníků, kteří poskytují péči jak v časně, tak v terminální fázi paliativní péče. (Kouba, 2022, s. 60). Mimo jiné je přínosem této formy paliativní péče také to, že tým pečuje o nemocného na oddělení, kde byl hospitalizován doposud a zná prostředí. Členové paliativního týmu poskytují potřebné informace také zdravotnickým pracovníkům daného oddělení, jež o nemocného pečují (Bužgová, 2015, s. 27).

Metodický pokyn Ministerstva zdravotnictví vymezuje činnosti konziliárních týmů paliativní péče v rámci lůžkových oddělení ve zdravotnických zařízeních. Nemocniční tým může pracovat na základě jedné intervence, kdy péči přebírá primární zdravotnický tým, či na základě opakovaných intervencí, kdy při další péči spolupracuje primární tým s nemocničním týmem paliativní péče. Intervence probíhá na základě žádosti ošetřujícího lékaře nemocného o konzilium. Činnosti se řídí Standardy poskytování specializované paliativní péče ve formě konziliárního týmu paliativní péče v nemocnicích akutní a následné péče v ČR (Věstník MZ ČR, 2022, s. 5,6).

### **Oddělení paliativní péče**

Tato forma paliativní péče by měla plnit obdobnou funkci hospice. Nemocný by se zde měl cítit jako doma a mít možnost nepřetržitých návštěv (Bužgová, 2015, s. 29).

Mezi další formy specializované paliativní péče se řadí jednotka akutní paliativní péče (Bužgová, 2015, s. 29), či denní hospicové centrum, které však není v České republice zatím rozšířeno (Sláma, 2012, s. 12).

## **Nemocniční program paliativní péče**

Jedná se o opatření, která v sobě spojují jak obecnou, tak i specializovanou paliativní péči a mají zajistit cílové skupině nemocných s potřebou paliativní péče a jejich blízkým profesionální paliativní péči. Zavedení programu se řídí opatřeními a intervencemi, které zahrnují více složek. Mimo jiné by taková nemocnice měla mít dobrou paliativní péči jako prioritu, aktivně spolupracovat s ostatními poskytovateli paliativní péče, a to jak obecné, tak i specializované a řídit se standardem péče o umírajícího. Zdravotníci by měli být neustále vzdělávání v oblasti problematiky a nemocnice by měla realizovat program péče o pozůstalé. Jak v zahraničí, tak v ČR má nemocniční program paliativní péče pozitivní přínos na více úrovních. Pro nemocného a jeho rodinu nese přínosy jako např. efektivní zvládnání symptomů nemoci, zvyšování kvality života nemocného a jeho blízkých a další. Pro zdravotnické zařízení představuje spokojenější zdravotníky, kteří díky edukaci a podpoře zvyšují své znalosti a namísto stresu, frustrace a případného syndromu vyhoření mohou dosáhnout profesního uspokojení a hrdosti. V neposlední řadě lze dobrou přípravou a načasováním propuštěným nemocného do domácího prostředí zkrátit dobu hospitalizace a předejít opakovaným hospitalizacím. Dále konzilia mohou pomoci snížit náklady na péči. Program přináší benefity také pro zdravotní pojišťovny a pro společnost, kde může přispět např. k tomu, aby nebyly umírání a smrt tabuizovány (Sláma et al., 2019, s. 26-29).

### **2.3 Potřeby umírajících nemocných**

Šamánková (2011) defínuje potřebu jako stav touhy dosáhnout něčeho. Ta vyplývá z nějakého nedostatku, či naopak přebytku, a to v některé z následujících oblastí: bio-psycho-sociální a spirituální. Naplnění některé z potřeb vede k homeostáze. Potřeby a jejich naplňování jsou nezbytné jak pro kvalitu našeho bytí, tak pro samotné přežití.

Při péči o umírající nemocné se klade důraz na celostní přístup, který se zaměřuje na všechny složky výše zmíněných potřeb. Je však důležité, že v závěru života lidé mohou přehodnotit postavení svých hodnot a do popředí se tak dostávají např. potřeby spirituální (Bužgová, 2015, s. 41). Kantabanlang et al. (2023) ve výzkumné studii typu review uvádějí, že umírající nemocní mezi nejčastěji neuspokojované potřeby zahrnují: potřebu informací vztahujících se k jejich diagnóze (v tomto případě rakovina), dále potřeba psychické a emocionální podpory a potřeby vztahující se k problémům s financemi.

Krikorian et al. (2019) vymezuje pojem takzvané „dobré smrti“. Uvádí, že přesná definice pro tento pojem není. Dříve byla dobrá smrt vnímána jako synonymum pro eutanázii. Do dnešní doby se však z pojmu vyvinul samostatný model, ve kterém má nemocný kontrolu nad procesem umírání.

Zaman et al. (2021) uvádí, že až pandemie onemocnění COVID-19 vedla lidi k tomu, aby se zamysleli nad aspekty toho, co je potřeba pro dobré umírání. Pandemie si vyžádala statisíce úmrtí na jednotkách, které nebyly vybaveny tak, aby reagovaly na potřeby jedinců. Lidé si začali uvědomovat emoční bolest z odloučení od své rodiny, umírání v osamění, virtuální pohřby nesoucí chlad a odepření možnosti říct poslední sbohem svým blízkým. Aspektů, jež se dostávalo jak prostřednictvím médií, tak vlastním prožitím, byla velká spousta. To vše však přineslo nový prostor pro řešení otázek, jak bychom si přáli umírat a jak se to ve skutečnosti děje.

### **Biologické potřeby**

Ošetřovatelství biologické potřeby vnímá a definuje jako pociťovaný nedostatek v některé z oblastí nezbytných pro život a jsou to potřeby jako: potřeba výživy, potřeba vylučování, potřeba spánku, potřeba vzduchu, potřeba udržení si stálé tělesné teploty, potřeba být bez bolesti a další (Plevová et al., 2019, s. 107).

Umírající nemocní mají tyto biologické potřeby v jistém ohledu modifikované. Nemocné nenutíme do jídla, snažíme se jim dopřát oblíbené pokrmy, jídelníček sestavujeme a upravujeme dle potřeby nemocného. Snížená chuť jídlu má totiž své zastoupení v procesu přijetí umírání. Co však nelze opomínat a zanedbávat je správná hydratace nemocného. Často u těchto nemocných chybí pocit žízně, či je snížený nebo stav nemocného nedovoluje, aby si o tekutiny požádal. Proto je zásadní dutinu ústní zvlhčovat a vytírat (Plevová et al., 2019, s. 116). Zhu et al. (2021) uvádí, že právě stav dutiny ústní ovlivňuje chuť k jídlu u nemocných a s tím spojený nutriční stav.

Velmi podstatná je ošetřovatelská péče, která má být dobře prováděna (Plevová et al., 2019, s. 116). Přidružené symptomy jako inkontinence, imobilita, podvýživa, či ztráta citlivosti totiž mohou vést ke vzniku kožních infekcí a dekubitů (Zhu et al., 2021, s. 4). Tomuto lze předcházet správně provedenou hygienickou péčí. Estetická úprava dále pro nemocného znamená podporu při mezilidských vztazích (Plevová et al., 2019, s. 116).

Pham et al. (2021) v kvalitativní výzkumné studii popisují, že nemocní nemají obavy ze smrti samotné, ale z bolesti a dalších fyzických symptomů, které nemoc provází. Někteří z dotazovaných uváděli, že si přáli již zemřít, aby netrpěli bolestí. Dle Zhu et al. (2021) mají bolesti u umírajících nemocných velké dopady na kvalitu spánku. Ta je zhoršená, nemocným se také hůře usíná a po probuzení cítí únavu. To vše přispívá ke zhoršení duševního zdraví.

Z hlediska dobré smrti uvádí Krikorian et al. (2019), že zvládání bolesti a dalších fyzických symptomů k ní přispívá. Větší význam tomuto aspektu však přisuzovali ve výzkumné studii autorů umírající pocházející z kultur, kde zdravotní péče není natolik zajištěna, či je zde špatný přístup k lékům. Výsledky výzkumné studie Zaman et al. (2021) však uvádí, že ne všichni umírající chtějí zvládat bolest. V některých kulturách a náboženstvích je upřednostňováno najít v bolesti sílu a nenechat si pomoci. Obecně bylo ale klíčovými skupinami zvládání bolesti a dalších fyzických symptomů považováno za projev excelentní péče o umírajícího.

### **Psychosociální potřeby**

Plevová et al. (2019) uvádí, že psychickými potřebami můžeme z pohledu ošetřovatelství rozumět např. potřebu péče, bezpečí a jistoty, či úcty a porozumění. Sociálními zase potřeby sociálních kontaktů, komunikace, informovanost a další. Spirituální potřeby poté souvisejí s existencí, utrpením, smrtí, žebříčkem hodnot a dalšími.

Bužgová (2015) odkazuje na členění psychosociálních potřeb u umírajících nemocných a sice na: potřeby, které se týkají informovanosti umírajících, jejich podpory, potřeby související s nalezením své identity a emociální potřeby, potřeby spirituální, praktické a ty, které souvisejí s profesionálními pečujícími.

Umírající nemocní vyjadřují potřebu emoční podpory a porozumění od lidí okolo sebe a to proto, aby eliminovali dopady jako osamělost a zklamání (Cheng, Chen, 2023, s. 1023). Přejí si trávit více času se svou rodinou. Potřebují jejich podporu a aby jim bylo umožněno komunikovat s ostatními nemocnými, kteří si prochází obdobnou nemocí (Zhu et al., 2021, s. 4).

Výsledky výzkumné studie Zaman et al. (2021) ukázaly, že emoční, či psychická tíseň u umírajících nemocných přesahovala nad tělesnými symptomy. Také poukázaly

na propojení psychických dopadů a jejich příčin u umírajících nemocných, protože úzkost nemocných pramenila často z nedostatku informací o tom, co umírající preferuje v rámci klinických rozhodnutí, či místě úmrtí.

Zaman et al. (2021) uvádí, že mít emocionální podporu od pečující rodiny a přátel společně s možností trávit s nimi čas vnímají jak umírající nemocní, tak jejich blízcí jako podstatnou podmínku pro dobrou smrt.

Zhu et al. (2021) zmiňují potřebu informací u umírajících. Nemocní, zejména v počátečních stádiích onemocnění, kteří nemají dostatečné znalosti o diagnóze, můžou trpět obavami, či naopak nadějami ohledně účinnosti léčby, prognózy onemocnění a délky života, která jim zbývá. Cheng, Chen (2023) ve výzkumné studii popisují potřeby informací a znalostí u umírajících nemocných. Jedná se zejména o informace o diagnóze a prognóze onemocnění a emočních reakcích, které mohou nastat v průběhu.

Pham et al. (2021) ve své výzkumné studii potvrzují potřebu informací o diagnóze a prognóze nemoci. Dále uvádějí potřebu informací u umírajících o tom, kolik času do konce života jim zbývá, o možnostech zvládnání bolesti a dalších příznaků, o tom, zda se nemoc zhoršuje, či zlepšuje nebo o zvládnání příznaků, zejména bolesti. Dále umírající zajímaly informace o tom, jak se o sebe starat, či možné nežádoucí účinky léčby. Chtěli také s lékařem komunikovat o jejich přáních.

Sláma et al. (2019) popisují, že zdravotničtí pracovníci s umírajícími nemocnými komunikují o jejich nemoci a prognóze nedostatečně. Na plánu péče o umírajícího, který byl zmíněn v předchozí kapitole, se podílejí vesměs lékaři. Autoři dále poukazují, že by zdravotnický personál měl komunikovat s umírajícím tak, aby jej podpořil při adaptaci na složitou životní situaci, ve které se nachází.

Clark (2017) zdůrazňuje, že je podstatné, aby profesionálové pečující o umírající nemocné zohledňovali všechny kulturní aspekty nemocného a jeho rodiny. Ty mohou zahrnovat otázky jako: do jaké míry se preferuje rozhodnutí jedince nad rodinné rozhodování, zda má rodina specifické požadavky na soukromí, jaké rituály a zvyky je třeba ctít, jaké má umírající a jeho rodina duchovní preference. Zaman et al. (2021) uvádí, že je pro umírající nemocné velmi podstatná efektivní komunikace a vztahy se zdravotnickými pracovníky. Jejich přáním je laskavá a soucitná spolupráce, upřímná a jasná komunikace a aby lékaři při komunikaci s nemocnými nepoužívali svůj slang.

A v neposlední řadě si přejí komunikovat o svých obavách, duchovních představách a obavách z intimních oblastí bez toho, aby byli personálem souzeni.

Zdravotničtí pracovníci by měli respektovat a ctít jak kulturní a náboženské přesvědčení umírajících a jejich rodin. To zahrnuje ohledy jak při běžných úkonech, jako podávání stravy, tak případně následně i specifika péče o mrtvé tělo (Zaman et al., 2021, s. 596, 597).

Nejčastěji zmiňovanými potřebami jsou dle Cheng, Chen (2023) u umírajících nemocných spirituální potřeby. Hledají zde podporu, která by jim byla nápomocná ve složité situaci, kdy se vyrovnávají s přicházejícím koncem života a snaží se zvládat symptomy jako deprese, strach, či úzkost, které pramení z blížící se smrti.

Plevová et al. (2019) uvádějí, že spirituální potřeby u umírajících nemocných vyplývají z existencionální úzkosti. Nemocní se musí v nové situaci naučit hledat smysl života a zhodnotit a ocenit ten, který žili dosavadně. Potřebují dojít k odpuštění, sžít se s novou rolí a vyřešit v sobě záležitosti vztahující se k blízkým a odpovědnosti k nim. Umírající se často ubírají k náboženstvím, hledají naději ne ve smyslu přežití, ale např., že jsou důležití pro blízké okolo.

Ve výzkumné studii Pham et al. (2021) uváděli umírající, že chtějí skrze duchovno dosáhnout míru. Většina respondentů uváděla příslušnost k nějakému náboženství. Nejčastěji se jednalo o buddhismus, či katolicismus. Víra jim přinášela útěchu a dodávala sílu. Nakonec přehodnotili nemoc a přijali přicházející smrt. Každodenní modlitby umírajícím ulevily od starostí a umožnily jim žít v přítomnosti. Přenechali svůj osud bytí na vyšší moci, což jim přineslo mír. Duchovno pro ně však nespočívalo pouze ve zbožnosti, ale také v přesvědčení, že žijí správně, morálně a spravedlivě. Některým to pomohlo, aby odešli v míru a s vědomím, že úspěšně zvládli výchovu svých dětí, či to, co dokázali za života. Pro jiné zase duchovno spočívalo v tom, že až budou odcházet z tohoto světa, jejich přátelé na ně budou vzpomínat. U některých umírajících však došlo k tomu, že svou víru ztratili, protože modlitby nepřinesly kýžené výsledky.

Neméně důležitá je pro umírající důstojnost. Chtějí si zachovat co nejdéle svou společenskou roli. Chtějí si užít každý okamžik času, který jim zbývá a od zdravotnického personálu očekávají, že budou respektovat tyto potřeby a lidskou důstojnost (Cheng, Chen, 2023, s. 1023, 1034).



## **Hodnocení potřeb umírajících nemocných**

Jak uvádí Bužgová et al. (2013b), koncept paliativní péče se zakládá na celostním a aktivním přístupu k nemocnému. Měl by tedy zahrnovat identifikaci potřeb umírajících nemocných, které nejsou dostatečně, či vůbec naplňovány. Nástroje pro identifikaci těchto potřeb mohou být zdravotnickému personálu nápomocné zejména proto, aby si uvědomili, že opomíjí potřeby, které jsou pro umírající důležité.

Vesmět všechny nástroje však vyplývají se zahraniční literatury a nejsou přeloženy do českého jazyka. Dotazníky se zaměřují zejména na tělesné funkce, psychosociální a duševní potřeby umírajících a potřeby, které jsou spojené s pečujícím personálem a kvalitou poskytované péče (Bužgová, 2015, s. 44).

Bužgová et al. (2013a) provedli pilotní testování dotazníku pro hodnocení potřeb umírajících. Na lékařské fakultě Ostravské univerzity byl v roce 2012 vytvořen český hodnotící nástroj pro identifikaci potřeb umírajících nemocných s názvem PNAP (Patients Needs Assessment in Palliative care). Vyplývá z analýzy zahraničních zdrojů hodnotících nástrojů a zahrnuje 42 otázek, které jsou členěny do pěti oblastí: tělesné potřeby, autonomie, psychické, sociální a spirituální potřeby. Nástroj prošel testováním v roce 2012-2015 v rámci projektu: „*Identifikace potřeb pacientů a rodinných příslušníků v paliativní péči v souvislosti s kvalitou života*“ ministerstva zdravotnictví České republiky.

### **2.4 Aspekty péče o umírající**

Zdravotnická profese nese velkou dávku odpovědnosti. Je považována za jednu z nejnáchylnějších ke vzniku negativního stresu a dalších dopadů. V nejhorším případě může vést k syndromu vyhoření (Gómez-Urquiza et al., 2020, s. 1).

Sestry pečující o umírající nemocné jsou velmi důležitým článkem týmu. Pečují o ně od chvíle, kdy je onemocnění diagnostikováno až do smrti. Následuje péče o truchlící blízké. Některé z výzkumných studií poukazují na prevalenci zátěže sester při péči o umírající nemocné (Uzelli Yilmaz et al., 2023, s. 1000).

Sestry se dennodenně při své profesi dostávají do situací, které mohou zapříčiňovat emoční výkyvy a zvyšovat negativní stres (Gama et al., 2014, s. 528). Při péči o umírající nemocné mohou zažívat negativní emoce jako je bezmoc, zklamání, či psychické vyhoření. Děje se to zejména tehdy, pokud vidí umírající trpět a uvědomují

si, že medicína má v rámci zmírňování fyzické bolesti své limity, či pokud umírající trpí stavy úzkosti. Nižší sebevědomí a vyšší psychickou zátěž mohou u sester zvyšovat také omezené možnosti pro další získávání a posilování odborných kompetencí a nedostatečné personální zabezpečení daného zařízení. Sestry se při péči o umírající nemocného musejí potýkat také s etickými dilematy. Jejich úkolem je být nemocnému podporou při rozhodování o život udržující léčbě. Přitom však mohou prožívat vlastní vnitřní etické konflikty. Ty vyúsťují v dilemata, která vytváří překážky při péči o umírající a mohou být rizikovým faktorem, který zapříčiňuje snížení kvality života umírajících nemocných a zároveň i nižší spokojenost sester s jejich prací (Seo et al., 2022, s. 159, 160).

## **Stres**

Přestože je stres součástí života každého z nás a v jisté míře je přínosný, pokud jeho míra přesáhne své limity, může to mít za následek změnu chování, tělesných funkcí, či emočních reakcí (Papršteinová et al., 2019, s. 141). Hlavní příčinou vzniku negativního stresu a emočních reakcí u sester je konfrontace s nemocí, se smrtí nemocného, komunikace s jeho blízkými a také strach umírajících. Zvýšený stres a emoční vyčerpání podněcuje také péče o mladé umírající nemocné a o ty, o které zdravotničtí pracovníci pečují dlouhou dobu a jejich vztah k těmto nemocným je bližší (Gama et al., 2014, s. 528).

Stresory u sester, které pečují o umírající nemocné lze rozdělit do několika kategorií. Tou první jsou stresory, které vyplývají z organizačních podmínek. To znamená pracovní přetížení, nedostatečné personální zabezpečení, neuspokojivé pracovní podmínky, špatné vztahy na pracovišti v rámci pečujícího týmu, nedostatek uznání a problémy, které souvisejí s nadřizenými. Další kategorií jsou faktory související se samotnou prací sestry jako je komunikace s nemocným a jeho blízkými, časový tlak, utrpení umírajících a jejich následná smrt. Poslední kategorie původce stresu představují osobnostní aspekty sestry jako její zranitelnost, úroveň znalostí, či odborných dovedností. Podstatným stresorem je rivalita mezi kolegy, zda si při práci o nemocné vzájemně pomáhají, vztahy v týmu a strach jedince sdílet s kolegy své obavy (Gama et al., 2014, s. 528).

Kim, Choi (2022) se ve výzkumné studii zaměřili na stres při poskytování péče umírajícím a odolnost vůči péči o umírající nemocné. Uvádějí, že se jejich výsledky shodují s předchozími studiemi a uvádějí, že sestry poskytují špatnou spirituální péči.

Sestry se jí vyhýbají a spojují si ji pouze s náboženstvím. Je tedy nutné u sester zkvalitňovat a rozvíjet kompetence v oblasti spirituální péče. Spirituální péče je pro umírající velmi důležitá a duchovní poradenství, či čtení Bible může při umírání pomoci. Nejvýznamnějším ukazatelem v péči o umírající nemocné se jeví poslání sestry. Smysl povolání sestry, který by jim umožnil cítit se více zodpovědně, než zatíženě v reakci na různé potřeby péče o umírající a jejich rodiny, by zvýšil kvalitu péče. Profese sestry jako poslání má pozitivní vliv na pracovní výkon sestry. Přispívá k lepší smysluplnosti práce, pracovní angažovanosti, kariéernímu nasazení, osobní pohodě a spokojenosti tím, že podporuje osobní introspekci a kognitivní podvědomí.

### **Bariéry poskytování dobré paliativní péče**

Ve výzkumné studii Uzelli Yilmaz et al. (2023) sestry jako největší bariéru poskytování ošetrovatelské péče umírajícím nemocným vnímaly nedostatečné personální zabezpečení. Některé uvedly, že postupy, které vyhodnotily jako zbytečné, zkracovaly zbytečně čas péče o nemocné. V otevřené části otázek výzkumné studie Ganz, Sapir (2018) respondenti uváděli jako problém i členy týmu. Někteří z nich neměli dostatek soucitu a respektu k umírajícím jedincům a někteří lékaři se zaměřovali spíše na provádění různých testů u umírajících nemocných nežli na samotný kontakt s nimi.

Dále Uzelli Yilmaz et al. (2023) uvádějí, že někteří respondenti uváděli jako bariéru pro poskytování ošetrovatelské péče zamítnutí léčby nemocným, jeho specifické etické problémy a problémy rodin s péčí. Ganz, Sapir (2018) uvádějí, že podle sester je jednou z překážek poskytování dobré paliativní péče přístup rodiny. Ta se často nedokázala smířit s negativní prognózou. Odmítala ukončení kurativní léčby, či nedokázala přijmout mozkovou smrt svého blízkého a trvala v pokračování léčby.

Jako jednu z překážek vnímaly sestry také pracovní podmínky oddělení. Sestry uváděly nadměrné pracovní vytížení, které jim neumožňovalo přemýšlet, jak lze jinak s umírajícím zacházet. Dalším problémem byl nedostatek informací o službách a podpoře při péči o umírající. (Ganz, Sapir, 2018, s. 145).

Sestry, které poskytují péči umírajícím nemocným musí výborně zvládat práci s emocemi. Stres z emoční námahy způsobuje jak negativní dopady u sester jako syndrom vyhoření, tak s tím související neschopnost poskytovat péči se soucitem. Emoční námaha však nevede vždy jen k negativním důsledkům. Sestry díky ní mohou dosáhnout

emocionálního naplnění a radosti vyplývající z pomoci druhým (Higashibata et al., 2023, s. 2).

### **Postoje sester k umírání nemocných**

Postoj ke smrti se utváří již ve velmi útlém věku. Malé děti přemýšlejí o smrti, mají z ní obavy a jsou zvědavé, co nastane. Velmi důležitým aspektem pro utváření postoje ke smrti jsou rodiče. Pokud má dítě pocit, že je smrt vnímána jako něco špatného, přestane se na ni ptát a buď to o ní přemítá samo, či ji zcela vytěsní. Dalším aspektem našeho postoje ke smrti je to, jakým způsobem jsme s ní konfrontováni. Zda jde o zprostředkované setkání se smrtí, či reálný zážitek, tehdy máme možnost utvořit si svůj postoj. U profesionálů je podstatné mimo jiné to, jaké bylo jejich první setkání s umírajícím nemocným na pracovišti. Průzkum u českých zdravotních sester na téma utváření postojů ke smrti ukázal, že z 30 dotazovaných zdravotních sester se pouze tři setkaly během dětství se smrtí tak, že to vnímaly jako přirozené a normální. Jejich postoje rovněž ovlivnily zkušenosti ze setkání s umíráním a smrtí nemocných během praktické výuky ve škole (Marková, 2010, s. 29-31). Žáci vstupují na klinická pracoviště s teoretickými znalostmi o péči o umírající, vlastní setkání se smrtí však představuje jistou psychickou zátěž. Pro některé z nich jde o první setkání se smrtí v realitě, přirovnávají nemocné ke svým příbuzným, jsou konfrontováni s tím, jak probíhá umírání a co mu předchází (Snopek, 2022, s. 48).

Zdravotníci a sociální pracovníci v paliativní péči pociťují velké množství stresujících faktorů a stresorů, někdy myslí i na sebevraždu, či se uchýlí k užívání alkoholu, či drog. Vznikají u nich psychické problémy jako je úzkost, či deprese a mají potíže vyrovnat se se smrtí. Pacienti při umírání mohou trpět specifickými problémy jako je např. hněv, finanční zátěž, či rodinné konflikty. Právě zdravotníci a sociální pracovníci se musejí potýkat s těmito problémy nemocných a reagovat na požadavky rodiny. Z hlediska postojů sester k péči o umírající byly pozitivní postoje spojeny s vyšším věkem a klinickými zkušenostmi v práci sestry. Negativně se strachem ze smrti (Kamimoto et al., 2023, s. 248).

#### **2.4.1 Syndrom vyhoření**

Kupka (2014) popisuje syndrom vyhoření neboli burn-out syndrom jako reakci organismu jedince na práci, která jej mimořádně zatěžuje. V důsledku toho jsou vyčerpány síly tělesné, duševní i emoční a člověk nemůže v dané činnosti pokračovat.

Stav může dospět až do fáze, kdy člověk spáchá suicidium, či se uchýlí k užívání některé z omamných látek.

Prevalence syndromu vyhoření je nejvyšší právě u sester. Poukazují na to předchozí výzkumné studie, ve kterých více než polovina respondentů uváděla, že pociťují, že se u nich projevuje syndrom vyhoření (Zhang et al, s. 1). Ten může mít negativní dopady na spánkový režim sester, může zvyšovat jejich podrážděnost, způsobovat bolesti hlavy, či psychické problémy jako je úzkost nebo deprese. Mimo tyto symptomy dochází k poklesu pracovní výkonnosti, nižší kvalitě poskytované ošetrovatelské péče o nemocné, a naopak se častěji vyskytují chyby při práci sestry, což ohrožuje bezpečnost nemocných a je to jednou z příčin opuštění profese (Gómez-Urquiza et al., 2020, s. 1,2).

Sestry, které prožívají syndrom vyhoření jsou velkou měrou zasaženy prožíváním utrpení umírajícími, kterému jsou přítomny. Postupem času toto vede jak k emočnímu, tak i k psychickému vyčerpání. Tito jedinci se stávají apatickými, cynickými, se svým pracovním výkonem jsou nespokojeni a dostávají se depersonalizace. U sester se projevuje jistá apatie, nedokáží natolik soucítit s nemocnými a jejich péče se stává méně kvalitní, což ohrožuje mimo jiné i zdravotní stav nemocného (Frechman, Wright, 2023, s. 138). Některé kultury téma smrti tabuizují, což může přispět ke špatnému duševnímu stavu sester. Nemohou totiž o svých negativních pocitech mluvit s rodinou. (Zhang et al., 2022, s. 1, 2).

Vyhoření sestry může vést ke vzniku negativního postoje k paliativní péči. Jak již bylo zmíněno, vyhoření ovlivňuje kvalitu péče a života nemocného, a to může být mimo jiné příčinou vzniku bariéry rozvoje paliativní péče. (Zhang et al., 2022, s. 2).

Pandemie onemocnění COVID-19 značně zvýšila nároky na znalosti zdravotníků v péči o závažně nemocné pacienty. Museli projevovat dovednosti, které jsou typické pro sestry v paliativní, či hospicové péči. Zvýšené nároky na dovednosti sester (podporu při truchlení, zajištění klidného umírání, smrti atd.) vyvinuly silný tlak na zdravotníky, což značně zvyšuje riziko vzniku syndromu vyhoření (Frechman, Wright, 2023, s. 138).

Zdravotničtí pracovníci potřebují kvalitní podporu při péči, aby k těmto změnám a vyčerpání nedocházelo (Papršteinová et al., 2019, s. 141).

## **Faktory vzniku syndromu vyhoření**

Frechman, Wright (2023) uvádějí, že riziko syndromu vyhoření u sester ovlivňují osobnostní charakteristiky. Mohou jimi být emoční vyčerpání, depersonalizace, slabé osobní úspěchy, nedostatečná angažovanost na pracovišti, nedostatečně silná touha žít, či nedostatek sebedůvěry. Naopak protektivními faktory, které mohou zabránit vzniku syndromu vyhoření jsou pocit jistoty, že má život svůj smysl, pozitivní myšlení a utváření pozitivního náhledu na život, budování a rozvíjení psychické odolnosti, či využívání ověřených copingových strategií. Jde o to, umět si udržet smysl pro humor, brát život jako výzvu a smířit se s možným selháním. Protože jsou osobnostní charakteristiky jedince velmi důležité pro předpoklad vzniku syndromu vyhoření, mělo by se zvážet rozhodování o přijetí potenciálních zaměstnanců do péče o umírající nemocné na základě těchto charakteristik.

Uzelli Yilmaz et al. (2023) ve výzkumné kvalitativní studii uvádějí, že někteří z respondentů pocítovali odpovědnost sestry za to, aby hájila umírající nemocné nebo za to, že má být v roli vedoucího. Jiní zase udávali, že měli pocit, že musí až do poslední chvíle udržovat u umírajících pocit naděje a spirituálně je podporovat.

Riziko vzniku syndromu vyhoření mohou zvýšit pracovní podmínky. Řadí se zde např. pracovní stres, pracovní doba nad 8 hodin, prostředí práce, opakované vystavení zdravotníka smrti atd. Naopak riziko vzniku syndromu vyhoření snižují faktory jako sociální podpora mezi spolupracovníky, organizační podpora, pozitivní vztahy v týmu, dobrá komunikace a uznání od vedení týmu (Frechman, Wright, 2023, s. 142).

## **2.5 Vzdělávání sester v oblasti paliativní péče v České republice a v zahraničí**

Požadavky na vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků jsou v České republice vymezeny zákonem č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních).

Žáci oboru Praktická sestra získávají po absolvování studia oboru kvalifikaci pro výkon tohoto povolání. Dalším stupněm vzdělávání v České republice je tříleté akreditované studium oboru diplomovaná všeobecná sestra na vyšší odborné škole nebo

tříletý akreditovaný studijní bakalářský program (Zákon č. 96/2004 Sb.). V České republice lze zvyšovat úroveň vzdělávání všeobecné sestry získáním magisterského titulu specializované způsobilosti, či absolvováním specializačního vzdělávání (mzcr.cz, 2023). Tři fakulty nabízejí také doktorský studijní program Ošetrovatelství. Jedná se o Jihočeskou univerzitu v Českých Budějovicích, Ostravskou univerzitu a Univerzitu Palackého v Olomouci (VysokeSkoly.cz).

V zahraničí je systém vzdělávání odlišný. Ve Spojených Státech je 7 stupňů vzdělání v oboru ošetrovatelství. Jednotlivé úrovně na sebe navazují od nejnižšího – licencovaný program praktického ošetrovatelství – až po nejvyšší – doktorský ošetrovatelský program. Studenti se takto mohou stále učit a zvyšovat si úroveň vzdělání. Také v Austrálii je běžný vysokoškolský systém a poskytuje jak magisterské, tak doktorské programy. Jiný systém vzdělávání najdeme v Kanadě. Pokud zde student ukončí pouze 2-3 roky vzdělání na střední odborné škole, smí být pouze asistentem sestry. Po absolvování tříletého vzdělávacího programu se lze přihlásit ke zkoušce registrované sestry. Po získání bakalářského titulu získávají způsobilost k účasti na lékařské komunitní péči. V Číně existuje 5 úrovní ošetrovatelského vzdělání. Je zde však omezená nabídka magisterských a doktorských studijních programů (Deng, 2015, s. 96, 97).

### **2.5.1 Vzdělávání v péči o umírající nemocné v České republice**

V České republice nebyly nalezeny žádné relevantní texty, které by se zaměřovaly na výuku péče o umírající, či paliativní péče u žáků Středních zdravotnických škol. Byla tedy provedena analýza RVP a ŠVP oboru Praktická sestra se zaměřením na oblasti učiva a výsledky vzdělávání zmiňující péči o umírajícího, případně péči o tělo zemřelého.

#### **RVP a ŠVP v kontextu péče o umírající nemocné**

Koncepci, cíle a obsah vzdělávání vymezují kurikulární dokumenty. Kurikulárním dokumentem na státní úrovni pro obor Praktická sestra je RVP (Rámcový vzdělávací program) 53-41-M/03. Kurikulárním dokumentem na školní úrovni pro obor Praktická sestra je ŠVP (školní vzdělávací program). Pro následující text byl rozpracován ŠVP Střední pedagogické a Střední zdravotnické školy v Krnově, kde také probíhala praktická část práce.

**V rámci RVP byly nalezeny a následně porovnány se zvoleným ŠVP oblasti učiva a výsledky vzdělávání žáka v kontextu péče o umírající, paliativní a hospicové péče:**

Učivo ochrana veřejného zdraví: výstupem je, že žáci dokážou charakterizovat paliativní a hospicovou péči (RVP 53-41-M/03, 2018, s. 49). ŠVP tento výstup uvádí ve výsledcích vzdělávání předmětu **ošetřovatelství** v 1. ročníku studia (ŠVP 53-41-M/03 Praktická sestra, SPgŠ a SZŠ Krnov, 2018, s. 158).

Učivo patologie: výstupem je, že žák dokáže uvést příčiny a příznaky zániku organismu ve správných souvislostech (RVP 53-41-M/03, 2018, s. 53). V ŠVP ve 2. ročníku studia v předmětu **patologie** je zánik organismu jedním z tematických celků. Pochopit souvislosti mezi příčinami a příznaky zániku organismu je jedním z dílčích cílů předmětu. Jedním z celků učiva je potom zánik organismu a je rozpracován do výsledků vzdělávání a sice: charakteristika klinické a biologické smrti, jisté a nejisté známky smrti, souvislost mezi příčinami a příznaky zániku organismu (ŠVP 53-41-M/03 Praktická sestra, SPgŠ a SZŠ Krnov, 2018, s. 152).

Učivo ošetřování nemocných: výstupem je, že žáci mají dokázat poskytnout umírajícímu nemocnému a jeho blízkým psychickou podporu. Dále, po úmrtí nemocného, provést péči o tělo zemřelého a další úkony, které souvisejí se smrtí nemocného (RVP 53-41-M/03, 2018, s. 59). ŠVP uvádí v předmětu **ošetřování nemocných**, 3-4. ročník studia, učivo péče o psychické potřeby nemocných, ve kterém je uvedeno ve výsledcích vzdělávání mimo jiné to, že žák poskytne a zajistí psychickou oporu pro umírajícího nemocného a jeho blízké a následně, že žák provádí péči o tělo zemřelých (ŠVP 53-41-M/03 Praktická sestra, SPgŠ a SZŠ Krnov, 2018, s. 176, 181, 182).

Učivo zdravotnická psychologie: žák má vyjmenovat a vysvětlit fáze procesu umírání a charakterizovat empatický přístup zdravotnických pracovníků k umírajícím nemocným a pozůstalým (RVP 53-41-M/03, 2018, s. 61). ŠVP uvádí ve druhém ročníku studia v předmětu **psychologie** učivo: Vývoj psychiky jedince, jehož jedním z výsledků vzdělávání je, že žák vyjmenuje a vysvětlí fáze procesu umírání a charakterizuje empatický přístup zdravotnického pracovníka k umírajícímu nemocnému a k pozůstalým (ŠVP 53-41-M/03 Praktická sestra, SPgŠ a SZŠ Krnov, 2018, s. 188).



Učivo komunikace: žák má dokázat zvolit vhodnou formu komunikace a uplatnit nedirektivní přístup k definovaným cílovým skupinám nemocných včetně umírajících nemocných (RVP 53-41-M/03, 2018, s. 62). ŠVP uvádí v předmětu sociální aktivizace klientů ve 2. ročníku studia jedním z výsledků vzdělávání, že má žák popsat zásady správné komunikace s pacientem, či klientem, a to s ohledem na jeho věk, osobnost, zdravotní stav atd. V předmětu psychologie ve 3. ročníku studia je vymezeno v učivu téma umění komunikace s lidmi. A jedním z výsledků vzdělávání, že žák dokáže popsat zásady efektivní komunikace s nemocným, či klientem, a to s ohledem na jeho věk, zdravotní stav atd... (ŠVP 53–41 M/03 Praktická sestra, SPgŠ a SZŠ Krnov, 2018, s. 189, 190, 200).

Klíčové kompetence RVP vymezují, mimo jiné, také schopnost absolventa zajistit umírajícímu nemocnému a jeho blízkým psychickou podporu, provést péči o tělo zemřelého a další činnosti, které souvisejí se smrtí nemocného (RVP 53–41–M/03, 2018, s. 11). Dokument uvádí, že se absolvent může mimo jiná zdravotnická a sociální zařízení uplatnit také v zařízeních hospicové péče (RVP 53-41 M/03, 2018, s. 13).

Dalším možným stupněm vzdělávání je akreditovaný bakalářský studijní obor Všeobecná sestra v programu Ošetřovatelství. Fakulta zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci uvádí, že jedním z povinných A předmětů je absolvování předmětu s názvem: Ošetřovatelská paliativní péče. Má dotaci celkem 10 hodin a zakončen je kolokviem. Jeho cílem je zaměřit se na poskytování paliativní péče jak ve zdravotnických zařízeních, hospicích i v domácím prostředí. Mimo samotné péče o nevléčitelně nemocného se má zaměřovat i na podporu rodiny v průběhu umírání a následně ve fázi truchlení. Předmět navazuje na další předmět s názvem: Praktická výuka 9 (stag.upol.cz – studijní agenda).

Ministerstvo zdravotnictví České republiky (2019) vydalo vzdělávací program specializačního vzdělávání v oboru všeobecná sestra – domácí péče a hospicová péče. Podmínkou absolvování specializačního vzdělávání je odborná způsobilost k výkonu povolání všeobecné sestry. Další podmínkou je, že sestra, která se chce do programu zapojit musí alespoň jeden rok pracovat v hospici, či domácím prostředí nemocného. V dalším případě to může být všeobecná sestra, která dva roky pracovala v lůžkovém, sociálním zařízení, či ambulanci péči. Účastník programu získává

různorodé kompetence nad rámec kompetencí všeobecné sestry se zaměřením na domácí a hospicovou péči. Absolvent tohoto programu je připraven, aby prováděl a zajišťoval základní, specializovanou i vysoce specializovanou ošetrovatelskou a paliativní péči v oboru: Domácí péče a hospicová péče.

Další možností pro získávání odbornosti v oblasti Paliativní péče pro všeobecné sestry je účastnit se kurzů, či webinářů. Poskytuje je např. [paliativnicentrum.cz](http://paliativnicentrum.cz), které pořádá také konferenci na téma: Sestra v paliativní péči. Tato konference je realizována za podpory České společnosti paliativní medicíny ([paliativnicentrum.cz](http://paliativnicentrum.cz)).

České sestry se však vzdělávají v paliativní péči i za hranicemi České republiky. V roce 2011 se zapojily spolu se sestrami dalších 4 zemí Evropy do kurzu společnosti ELNEC v Salzburgu. Tato společnost vzdělává zdravotníky v paliativní péči. Jedním z cílů tohoto kurzu bylo vyškolit lidi, kteří budou dále předávat nabyté znalosti a zkušenosti, ale také myšlenku o důstojné péči v závěru života (2011 III. Československá konference paliativní medicíny).

Společnost ELNEC (End Of Life Nursing Education Consortium) Core již zajišťuje kurzy i v České republice. Moduly jsou rozmanité a nabízejí vzdělávání ve všech oblastech paliativní péče. Jsou to: úvod do paliativní péče, léčba bolesti, léčba příznaků, etické záležitosti, kulturní a spirituální aspekty, komunikace, ztráta, žal a smutek, poslední hodiny, sociální práce a sebezpečí ([paliativnicentrum.cz](http://paliativnicentrum.cz) – ELNEC Core).

### **2.5.2 Vzdělávání v péči o umírající nemocné v zahraničí**

Některé vzdělávací instituce v zahraničí začleňují péči o umírající nemocné do pregraduálního ošetrovatelského vzdělávání. Ve Spojených Státech klade důraz na přípravu studentů na péči o umírající pouze 25 % škol zaměřených na ošetrovatelství. Je jen velmi málo dostupné literatury o tom, jak probíhá výuka pregraduálního ošetrovatelství (Cao et al. 2022, s. 2).

Paliativní péče je nezbytnou součástí vzdělávání v ošetrovatelství a pro pregraduální studenty je nezbytné, aby získali znalosti o paliativní péči a mohli tak poskytovat celkově kvalitnější ošetrovatelskou péči. Po roce 2002 se začal klást velký důraz na potřebu vzdělávání v paliativní péči v rámci pregraduálního studia

ošetřovatelských studijních programů. Vzdělávací programy paliativní péče se obvykle skládají z vícesečných tréninkových programů (Durojaiye et al., 2023, s. 2-3).

Cao et al. (2022) provedli kvalitativní studii u pregraduálních studentů ošetřovatelství. Účastníci studie uvedli, že vzdělávání v paliativní péči na univerzitě bylo dost omezené a chyběly v něm podrobnosti. Někteří studenti tvrdili, že vzdělávání v paliativní péči bylo krátké a nesouvislé. Z výpovědí respondentů bylo patrné, že jejich znalosti upevnila a posunula klinická praxe. Zjistili, že je klinická praxe nutná pro to, aby mohli spojit teorii s praxí.

V osnovách pregraduálních studijních programů ošetřovatelství vzdělávání v paliativní péči chybí. V roce 2016 byly vydány paliativní kompetence a doporučení pro vzdělávání studentů ošetřovatelství. Thrane (2020, s. 42-46) představuje online volitelný kurz paliativní péče pro pregraduální studenty ošetřovatelství. Z dřívějších průzkumů plyne, že 89 % ošetřovatelských studijních programů má v nabídce jen jednu, či dvě přednášky zaměřené na paliativní péči. Pouze 11 % nabízí celý kurz věnovaný tomuto tématu. Studenti, kteří absolvují online kurz, či jiný kurz zaměřený na paliativní péči se cítí být připravenější na péči o umírající nemocné a jejich příbuzné. Kurz zahrnuje vzdělávací aktivity: diskusi, reflexní esej, úkoly, obtížné rozhovory a vážná hra. Speciálními tématy kurzu jsou pediatrická a perinatální paliativní péče, sexualita a intimita v kontextu paliativní péče, paliativní péče u vězňů a osob bez domova. Studenti, kteří kurz absolvovali měli pocit, že byl úspěšný. Online provedení kurzu mělo pozitivní vliv na otevřenost při komunikaci. Autorka uvádí, že by bylo možné kurz zařadit do několika kurzů v rámci učebního plánu. Není to však ideální a tento kurz byl volitelný, takže jej neabsolvovali všichni studenti pregraduálního programu ošetřovatelství.

V Číně od roku 2019 probíhá program dalšího vzdělávání v paliativní péči v rámci pilotního projektu Národní hospicové paliativní péče (Chen et al., 2022, s. 2).

Německá společnost pro paliativní medicínu nabízí postgraduální vzdělávání definované dle rámcových podmínek. Od roku 2019 je paliativní péče v rozsahu 20 hodin výuky povinným předmětem v rámci studia ošetřovatelství. Sestry se zde vzdělávají na univerzitách aplikovaných věd. Vzhledem k tomu, že stále roste poptávka po paliativní péči, je v Německu nabízena různorodá škála kurzů dalšího vzdělávání v paliativní péči. Některé z nich jsou certifikovány německou společností pro paliativní medicínu.

Lékaři mají v Německu jasně stanovené cíle vzdělávání v rámci postgraduálního vzdělávání v paliativní péči. U sester tento cíl prozatím stanoven není (Marciniak et al., 2023, s. 2,3).

Irská Univerzita University of Limerick nabízí postgraduální studium, jehož absolvent získává titul MSc. Studium se zaměřuje na rozvíjení vzdělávání registrovaných sester, které pečují o nemocné s život ohrožujícím onemocněním ([www.ul.ie](http://www.ul.ie) – Nursing Palliative Care - MSc).

Ve Spojeném království bylo nalezeno 50 institucí, které nabízejí další vzdělávání v oblasti paliativní péče. Jedná se jak o prezenční studium, tak o online vzdělávání. Například Kings College v Londýně nabízí kurz vedoucí k titulu MSc. Jeho náplní je zejména zlepšení schopností, kompetencí a sebevědomí v péči o nemocné s pokročilým onemocněním a jejich rodiny ([findamasters.com](http://findamasters.com) – Masters Degrees in Palliative Care Nursing, United Kingdom).

## **3 VÝZKUMNÁ ČÁST**

### **3.1 Metodika zkoumání**

#### **Hlavní cíl zkoumání**

Hlavním cílem výzkumné části práce bylo popsat zkušenosti žáků SZŠ s péčí o umírající pacienty.

#### **Dílčí cíle**

1. Zjistit zkušenost s prvním setkáním s umírajícím
2. Rozpoznat připravenost žáků na péči o umírající
3. Analyzovat pocity žáků při péči o umírající
4. Zjistit schopnost žáků komunikovat s umírajícími
5. Identifikovat potřebu podpory žáků v péči o umírající

#### **Typ/design výzkumné studie**

Vzhledem k povaze praktické části práce byl zvolen po nastudování literatury kvalitativní typ studie s využitím fenomenologického přístupu. Jak uvádí Gurková (2019), tento přístup umožňuje, mimo jiné, porozumět sdílené zkušenosti s daným jevem. Limitace této studie jsou uvedeny v kapitole Diskuse.

#### **Zkoumaný soubor**

Uplatněn byl nenáhodný, kritériální výběr. Pro výběr respondentů byli cílově osloveni žáci čtvrtého ročníku Střední pedagogické a Střední zdravotnické školy Krnov, oboru Praktická sestra. Kritérium pro výběr respondentů byl věk nad 18 let, žák oboru Praktická sestra, prezenčního studia, čtvrtého ročníku. Dalším kritériem pro výběr respondentů byla zkušenost s umírajícím nemocným během praktické výuky.

Respondenti byli osobně osloveni cíleně na základě stanovených kritérií po domluvě s vyučujícími praktické výuky. Výběr respondentů byl záměrný, souhlasili s účastí ve studii a podepsali informovaný souhlas, s jehož obsahem byli seznámeni. V konečném výběru bylo do zkoumaného souboru zařazeno 8 respondentů. Jednalo se o 6 žen a 2 muže ve věku 18-19 let.

**Tabulka 1: Zkoumaný soubor**

<b>Respondent</b>	<b>Pohlaví</b>	<b>Věk</b>	<b>Obor</b>	<b>Ročník studia</b>	<b>Oddělení praktické výuky nejvyššího přínosu</b>
1	Muž	18	Praktická sestra	Čtvrtý	OOP
2	Žena	19	Praktická sestra	Čtvrtý	OOP
3	Žena	19	Praktická sestra	Čtvrtý	Interní oddělení
4	Muž	18	Praktická sestra	Čtvrtý	Mezoseptická chirurgie
5	Žena	19	Praktická sestra	Čtvrtý	Neurologie
6	Žena	18	Praktická sestra	Čtvrtý	Mezoseptická chirurgie
7	Žena	18	Praktická sestra	Čtvrtý	OOP
8	Žena	18	Praktická sestra	Čtvrtý	Interní oddělení

Zdroj: vlastní zpracování

### **Uplatněné výzkumné metody a nástroje**

Uplatněným přístupem ke sběru dat byl polostrukturovaný rozhovor, protože jak uvádí Gurková (2019), jedná se o jeden z nejčastějších zdrojů dat při fenomenologickém přístupu zkoumání.

Sestaven byl protokol polostrukturovaného rozhovoru. Otázky do tohoto polostrukturovaného rozhovoru byly sestavovány tak, že vycházely jednak z teoretických poznatků přehledové práce, jednak z vlastních zkušeností autorky práce a tak, aby z nich mohly být vyvozeny závěry s ohledem na hlavní cíl a dílčí cíle zkoumání.

### **Polostrukturovaný rozhovor**

Každému z respondentů byl na počátku rozhovoru sdělen a specifikován cíl a dílčí cíle studie. Autorka se představila a zodpověděla případné dotazy. Bylo mu vysvětleno sbírání, shromažďování a analýza dat. Každý respondent obdržel informovaný souhlas a prohlášení, tyto dokumenty jsou součástí příloh, jednu kopii odevzdal s podpisem.

Následující otázky vychází z literatury nastudované pro tvorbu teoretické části diplomové práce s ohledem na hlavní cíl a dílčí cíle diplomové práce.

Rozehřátí

1. Kolik je Vám let?
2. Na jakém oddělení pro Vás byla dosud praxe nejpřínosnější?
3. Co Vás motivovalo k volbě tohoto oboru povolání?

#### Hlavní část

##### První setkání s umírajícím

4. Kdy a kde jste se setkal/a s umírající osobou poprvé? (*Respondenti dostali dostatek času, aby si mohli vzpomenout na situaci*).
5. Jaké to u Vás vzbuzovalo pocity?
6. Měl/a jste si o tom s kým promluvit?
7. Cítil/a jste potřebu zodpovědět nějaké otázky související s umíráním?

##### Nejsilnější zážitek

8. Co pokládáte za nejsilnější zážitek setkání se s umírajícím nemocným a proč? (*Respondenti dostali dostatek času, aby si mohli vzpomenout na situaci*).
9. Jaké emoce to ve Vás vyvolávalo?
10. S jakými pocity jste odcházel/a z praktické výuky?
11. Přemýšlel/a jste o tom i v dalších dnech?
12. Řekl/a jste o tom vyučující/mu?
13. Pokud ano, nabídl/a Vám možnost si o tom promluvit?
14. Myslíte si, že tento prožitek ovlivnil Váš pohled na umírání?
15. Došlo během Vaší praktické výuky k úmrtí nemocného?

##### Přípravenost žáků na péči o umírající nemocné

16. Přemýšlel/a jste již během studia, že tato situace jednou nastane?
17. Měl/a jste obavy, že budete pečovat o umírajícího nemocného?
18. Myslíte si, že jste byl/a ve škole připravován/a na setkávání s umírajícími nemocnými v rámci teoretických předmětů?

##### Komunikace

19. Věděl/a jste, jak komunikovat s umírajícím? (*S ohledem na nejsilnější zážitek, případně i na více zážitků, pokud k nim došlo*).

20. Vyhledával nemocný komunikaci s Vámi, či personálem? (*S ohledem na nejsilnější zážitek, případně i na více zážitků, pokud k nim došlo*).
21. Chtěl s Vámi umírající komunikovat o umírání a smrti? (*S ohledem na nejsilnější zážitek, případně i na více zážitků, pokud k nim došlo*).
22. Pokud ano, jak jste k tomu přistoupil/a? (*S ohledem na nejsilnější zážitek, případně i na více zážitků, pokud k nim došlo*).
23. Myslíte si, že jste měl/a dostatečné teoretické znalosti ze školy, abyste uměl/a komunikovat s umírajícím nemocným?

#### Vychladnutí

24. Myslíte si, že je péče o umírající nemocné na dobré úrovni?
25. Dokážete si představit v budoucnu pracovat v prostředí, kde se budete s umírajícími setkávat dennodenně?

#### **Organizace a lokace sběru dat**

Data byla sbírána v období měsíce říjen/listopad po domluvě s žáky v době po vyučování v prostředí jedné z učeben. Vždy byl domluven rozhovor v jeden čas pouze s jedním z žáků tak, aby bylo zajištěno maximální soukromí jednotlivých respondentů. Bylo také zajištěno, aby průběh rozhovoru nikdo z personálu, či žáků nenarušil svým vstupem. Jednalo se o odlehlou místnost v budově, nebylo zde tedy riziko hluku z chodby, či vedlejších učeben/místností. Data byla sbírána autorkou práce. Po seznámení respondenta s informovaným souhlasem a stvrzením podpisem prohlášení respondenta byl zahájen samostatný rozhovor. Data byla zaznamenávána na diktafon mobilního telefonu a ukládána ve dvou kopiích, a sice s názvem „respondent“ + pořadové číslo tak, aby byla maximálně zachována anonymita účastníků studie.

#### **Metody zpracování dat**

Fixace kvalitativních dat proběhla pomocí audiozáznamu na mobilním telefonu. Případné poznámky byly vepisovány do poznámkového bloku, vždy označeny číslem respondenta a číslem otázky. Zaznamenány byly z neverbálního projevu emoce (pláč, úsměv).



Data byla z nahrávky přepsána pomocí doslovné transkripce. Nahrávka byla přehrána opakovaně a text byl doplněný o případné nesrovnalosti. Z poznámek zaznamenávaných během rozhovoru byl text doplněn o neverbální projevy.

Následně bylo provedeno otevřené kódování a vytvořeny kategorie a podkategorie, do kterých byly sekvence textu tříděny.

### **Etika zkoumání**

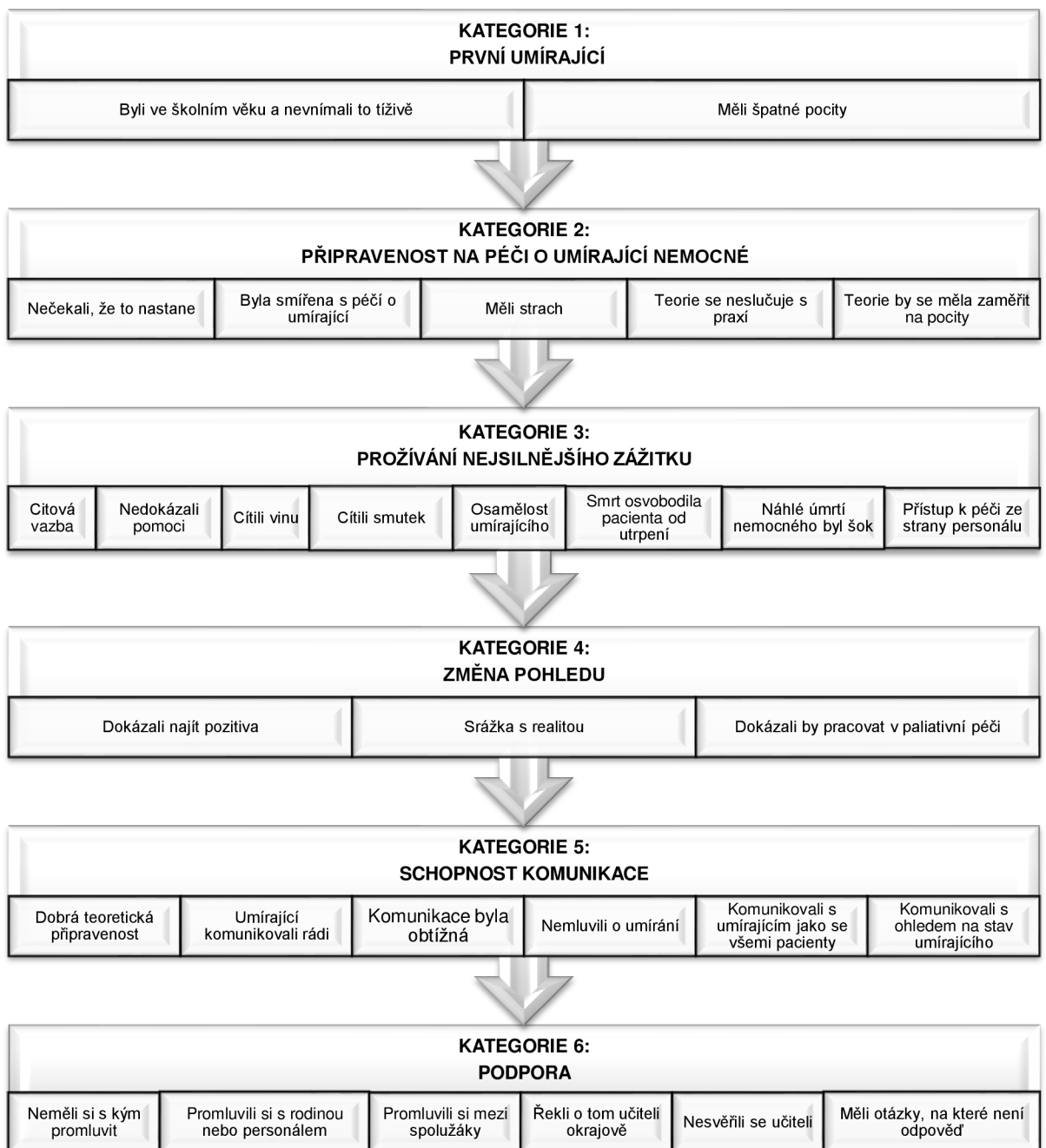
Každý respondent byl před zahájením samostatného šetření seznámen s informovaným souhlasem a prohlášením. Stvrdil je svým podpisem. Dokumenty jsou součástí příloh.

Respondentům byla sdělena metoda ke sběru dat a skutečnost, že bude rozhovor nahráván. Taktéž byla respondentům sdělena anonymita ve výsledcích práce a její publikování. Každý z respondentů byl informován o tom, že pokud nebude otázce rozumět, lze ji zopakovat, či dovysvětlit, nemá povinnost odpovídat na otázku, pokud nechce, a kdykoliv má právo odstoupit od studie a rozhovor ukončit, a to bez udání důvodu.

Informovaný souhlas a prohlášení jsou součástí příloh vázaných k práci (viz. příloha 1, 2). Před zahájením výběru respondentů byl osloven ředitel školy, Ing. Mikuláš Peths, s žádostí o udělení souhlasu se sběrem dat na škole. Tento dokument je taktéž součástí příloh vázaných k práci (viz. příloha 3). Dokument byl písemně schválen před zahájením sběru dat.

## 3.2 Výsledky

Obrázek 1: Kategorie a podkategorie výsledků



Zdroj: Vlastní zpracování

## Kategorie 1: První umírající

Na otázku spojenou s prvním setkáním se s umírající osobou nepotřeboval žádný z respondentů mnoho času na rozmyšlenou. Část z nich prožila svou první zkušenost již v rodině (1, 2, 4, 5 6).

Jedna z respondentek měla dokonce rodinného člena ve společné domácnosti. *„Poprvé v rodině, když mi umřela babička. Starali jsme se o ni, měli jsme ji doma. Mamka se o ni starala, je zdravotní sestřička...“*, uvedla respondentka č. 5.

Tři z respondentů se však poprvé s umírající osobou setkali až během praktické výuky (2, 3, 8). Respondentka č. 3 uvedla, že byla tehdy přítomna úmrtí nemocného a prováděla také péči o tělo zemřelého. *„...Já jsem mu šla měřit tlak a najednou jsem si všimla, že nedýchá. Tak jsem na něj mluvila. Nevnímal. Tak jsem mu sáhla, jestli má tep, nic. Tak jsem zavolala sestru. Ta mi řekla, že mám být v klidu a odvézt pána na pokoj vedlejší, aby se nešířilo něco takhle, že tam někdo umřel a **akorát mi pak ukázali, jak mám popsat tělo, jak ho mám zamotat do toho prostěradla.**“*

Z výpovědí respondentů lze usoudit, že jejich pocity ovlivnil věk a vztah k umírajícímu – zda se jednalo o příbuzného, či pacienta.

Zatímco respondenti, kteří se setkali s umírající osobou v období školního věku, (4,5) vnímali setkání jako neutrální, respondenti, kteří mají první prožitek z období dospívání spojovali setkání s negativními pocity. Ti, kteří prožili první umírání u pacienta během praktické výuky, vyjadřovali těžké pocity. Jedna z respondentek (8) také lítost s umírající nemocnou. Ti, jejichž první zážitek pramenil z rodiny a vnímali jej negativně, zase smutek a jedna z respondentek (2) šok.

### Podkategorie: Byli ve školním věku a nevnímali to tíživě

Respondent č. 4 a respondentka č. 5, uvedli, že jejich první setkání proběhlo v útlém věku a reakce byla vůči výpovědi ostatních respondentů neutrální, přestože šlo o rodinného člena. *„...Moje prababička umírala. Byla v tom posledním stádiu... **V té době mi bylo 10 let asi**“*, uvedl respondent č. 4, *„Jelikož jsem byl menší a neznal jsem ji pořádně, protože byla dlouho hodně nemocná, takže vlastně **takové pocity, že mi to bylo líto, ale prostě nebylo to prostě nějak tíživé pro mě, protože prostě jsem ji moc neznal a byl jsem ještě mladší...**“* S tím se ztotožňovala odpověď respondentky č. 5, která má

svůj první zážitek z doby, kdy jí bylo 7 let. „*Poprvé asi v rodině, když mi umřela babička. Starali jsme se o ni, měli jsme ji doma...*“ nevnímá však toto setkání negativně, ani z té doby nemá nepříjemné emoce. „*Tak když jsem byla malá, tak jsem to asi tolik nevnímala. Takže asi by mě to teď vzalo více...*“ odpověděla na otázku, jaké z toho měla pocity.

### **Podkategorie: Měli špatné pocity**

Respondentka č. 2, která prožila své první setkání s umírajícím taktéž v rodině, šlo o babičku, ale ve věku patnácti let, má setkání spojeno s negativními pocity. „...*Byla jsem úplně v šoku, vůbec mi to nedocházelo. Vždycky, když jsem šla k dědovi, tak jsem šla do pokoje kni a až potom mi to došlo, že ona už tu vlastně není. Trvalo teda dlouho, než mi to došlo a špatně se mi z toho dostávalo.*“ Negativní pocity spjaté s prvním umírajícím v rodině vyjádřil také respondent č. 1, kterému zemřel před třemi lety dědeček na Alzheimerovu chorobu. „*Byl to první umírající, takže to nebylo moc příjemné, hlavně to byl někdo z rodiny. Bylo to velmi nepříjemné, protože zemřel na Štědrý den...ale na druhou stranu, ten Alzheimer byl strašný, nepamatoval si už nic, takže to bylo pro něj osvobození, ale bylo to takové smutné no*“, uvedl.

Respondentka č. 6 nevěděla přesný věk, kdy došlo k prvnímu střetu s umírajícím. Vzpomněla si však, že to bylo na základní škole a jednalo se o babičku. Na otázku, jaké to v ní vzbuzovalo pocity, uvedla, že smutné. „*Byla jsem na základní škole. Takže to bylo takové, že jsem viděla, jak ta prababička odchází a tak*“.

Nejčerstvější první zkušenost sdílí respondentka č. 3 a č. 7. Obě prožily první setkání s umírajícím na souvislé praxi. Setkání u nich taktéž vzbuzovalo negativní pocity. „*Mně z toho bylo hodně těžko asi. Ale jako tak nějak jsem to brala, že to patří k tomu životu, ale je to takovej divnej pocit, když jako vidím toho člověka, že si se mnou ještě povídal a najednou prostě už není a nevnímá prostě a nežije, tak je to takový hnusný pocit no*“, uvedla respondentka č. 3.

„*Byla jsem z toho taková nervózní, nevěděla jsem, co čekat od toho. Bylo to takové stresové. Nevěděla jsem, co a jak, co mám dělat*“, popisuje zase respondentka č. 7.

Respondentka č. 8 popisovala, že ji to mrzelo zejména vůči umírající nemocné, která byla během předchozích praxí (dlouhodobější hospitalizace) veselá a hodná. Pociťovala také smutek z toho, že za nemocnou nechodila na návštěvu rodina. „*Přece jen, po těch*

*čtrnácti dnech se to tak přehouplo, že to byl úplně jiný člověk. Úplně změna nálady, všeho a vyloženě to vzdala. Chtěla jít pryč. Mě to tak mrzelo skrz to, že za ní nikdo ani nepřišel. Mně to bylo hodně líto, že ji tam odložili a nechali ji tam a nikdo se o to ani nezajímal.“*

## **Kategorie 2: Připravenost na péči o umírající nemocné**

Respondenti odpovídali na otázky týkající se připravenosti na péči o umírající. Měli vyjádřit, zda ještě před první praktickou výukou přemýšleli nad tím, že by mohli pečovat o umírajícího nemocného a zda z toho měli obavy.

Jediná z respondentek (2) vypověděla jednoznačně, že byla připravená. Zmiňuje však, že než školou, byla připravena z domu. Maminka je zdravotní sestra a řekla jí, co praktická výuka obnáší.

Z části respondenti odpovídali, že s tím počítali, či se toho obávali, ale přáli si, aby se to nestalo. Jedna respondentka (7) také zmínila, že byla připravena ze školy, ale když to nastalo v praxi, nevěděla, co má dělat. Z toho lze usoudit, že připraveni nebyli.

Někteří dokonce vůbec nepočítali s variantou, že by se do situace, kdy jim bude přidělen umírající nemocný, mohli dostat.

### **Podkategorie: Nečekali, že to nastane**

Některé z respondentek vstupovaly na klinická pracoviště již se zkušeností s umírajícím z domácího prostředí, a přesto nepočítaly s tím, že by se s umírajícím setkaly během praktické výuky. „*Ani ne. To jsem vůbec ne... netušila jsem, že se to stane. Ani na té chirurgii jsem to nečekala.*“ Uvedla respondentka č. 6. „*Upřímně ne. Myslela jsem si, že na oddělení, kde chodíme, se to nestane. Jakože já jsem myslela, že nepůjdeme na to OOP. A přitom se to stalo. Myslela jsem, že budeme v nemocnici. A přitom se to děje i v nemocnici na takových odděleních, kde jsem to netušila. Takže jsem nemyslela, že to nastane.*“ Připojuje svůj názor respondentka č. 5. Obavy, že bude pečovat o umírajícího tedy vůbec neměla. „*Vůbec ne, říkala jsem, to nikdy nezažiju.*“

Respondent č. 1 doufal, že situace, kdy se setká s umírajícím nemocným nenastane, ale uvědomoval si, že je to velmi pravděpodobné. „*Doufal jsem jako, že nenastane, ale zas, tři roky máme praxe skoro každý týden. Takže počítal jsem s tím. Nerad. Doufal jsem, že nenastane, ale nastala.*“ Péče o umírajícího se však neobával. Pokládá ji za součást zdravotnictví.

Také respondentka č. 7 o tom přemýšlela ještě před nástupem na klinické pracoviště. „*Předtím, než jsme šli na praktickou výuku, přemýšlela jsem o tom, ale nemyslela jsem na to, že se to stane*“. Respondentka věděla, že se setkání nevyhne, ale když k němu došlo, nevěděla, co dělat. „...*určitě jsem na to byla teoreticky připravená. Ale když se to stalo, prakticky jsem nevěděla, co mám dělat. Protože v tom stresu to bylo takové záživné*“. Také respondent č. 4 s tím počítal, ale šokující pro něj bylo vidět mrtvé tělo. „*Určitě, ale nikdy jsem si nepředstavoval, že se to stane. Věděl jsem, že je tam to riziko, ale nevěděl jsem, že se to stane a poprvé byl šok vidět mrtvé tělo. To byl šok*.“ Myslel si, že pokud situace nastane, péči převezmou sestry a lékaři. „...*když jsem nastoupil, myslel jsem si, že když se to stane, postarají se lékaři a sestry*.“

#### **Podkategorie: Byla smířená s péčí o umírající**

Naopak respondentka č. 2 zmínila, že právě skrze zkušenost v rodině a připravenost na praktickou výuku od maminky, která je zdravotní sestra, očekávala, co se bude dít. „*Já, než jsem šla na tu školu, tak jsme se starali o tu babičku, ona zemřela dřív, než jsem šla sem. Takže jo, mamka mě i připravovala, že to nebude takové lážo plážo jak já jsem si říkala: Jo, budu se starat o lidi. A mamka říkala: Taky se setkáš s tím, že ti prostě taky tam někdo umře a budeš muset o ty lidi pečovat takhle*.“

#### **Podkategorie: Měli strach**

Respondent č. 2 a č. 3 při otázce, která se týkala obav z poskytování péče o umírající nemocné, zmínili vyloženě, že měli strach.

„*Jako měla jsem z toho strach. Že bych udělala něco špatně, nebo že bych se z toho psychicky zhroutila, nebo mi to nedělalo takhle dobře*.“ Uvedla respondentka č. 2. Strach respondentky č. 3 plynul zejména z toho, že se bála, aby nebyla na situaci sama „...*ale vždycky tam někdo byl zatím*.“

*Respondentka č. 8 vyjádřila obavy, které přetrvávají dodnes. „Měla a mám doteď velké, stále je tam co zlepšovat*.“

#### **Podkategorie: Teorie se neslučuje s praxí**

Respondenti ve více případech zmínili, že přestože byla teoretická příprava dobrá, realita byla zcela jiná. Jeden z respondentů (1) si myslí, že většina úkonů prováděných v praxi se neslučuje s teoretickou přípravou.

Respondentka č. 3, 5 a č. 7 uvedly, že na setkání s umírajícím během teoretické výuky byly připraveny. Respondent č. 4 nepopírá, že byli dostatečně připraveni, ale že se realita neslučuje s teorií. „*Dle mého názoru jsme určitě byli, ale je to mnohem jinačí než v té realitě. Hodně profesionálně se učí, co se dělá a ne, jak to doopravdy je. Jak to tam vlastně chodí na tom oddělení. Takže byli jsme, ale ne tak, jak by to mělo být podle mě třeba. Že možná by se těm děčkám mělo říct na rovinu, jak to bude třeba, připravit je na to nejhorší.*“

Podobný pohled měl respondent č. 1. „*Myslím si, že ne, protože teoreticky je dle předpisů, ale každý pacient je úplně jiný. Takže sto lidí, sto chutí, jak se říká. A ano, může být člověk, který se absolutně neztotožňuje s těma teoretickými zkušenostmi, takže já si myslím, že ne. Že je to většinou na tu maturitu nachystání. 90 % procent prostě věci se v nemocnici dělá úplně jinak, než teoreticky jsme naučení tady, takže já si myslím, že ne.*“ Rozdíl v teorii a realitě poskytování péče umírajícímu vnímala také respondentka č. 2. „*Jako, mně přijde, že jo, teoreticky. Ale v realitě je to úplně jinačí. Že prostě jako teoreticky mě to nikdy nepřipraví, že jako přijdu tam a nikdy nevím, jestli třeba mi to neudělá dobře nebo budu v klidu nebo mi bude blbě třeba od žaludku.*“

### **Podkategorie: Teorie by se měla zaměřit na pocity**

Podle respondentky č. 8 nebyla teoretická příprava dostatečná. Ocenila by, kdyby se při přípravě žáků dbalo více na emoční stránku. „*Myslím si, že z části jo a z části ne. Možná, kdybychom to trochu do hloubky probrali...do hloubky, kdyby nám řekli, co můžeme cítit, ne co máme dělat, ale co můžeme cítit, co nás může ovlivnit při té další praxi. Vím, že jiní jsou takové povahy, že je to zasáhne, někteří nad tím mávnou rukou a některé to fakt zasáhne...*“

### **Kategorie 3: Prožívání nejsilnějšího zážitku**

Respondenti č. 1 a č. 5 prožili svůj nejsilnější zážitek setkání se s umírajícím nemocným během běžné praktické výuky v průběhu školního roku. Respondenti č. 2, 3, 4, 6 a 8 pokládají za nejsilnější setkání se s umírajícím nemocným zkušenost ze souvislé praktické výuky. Mimo respondentku č. 2 a č. 5 byli všichni přítomni smrti nemocného.

### **Podkategorie: Citová vazba**

*„Bylo to, že jsem se navázal citově na toho člověka a bylo mi to líto. Nejhorší bylo, jak jsem viděl, že den ode dne slábne ten člověk. Že už nekomunikovala pořádně, nesmála se pořádně, jen děkovala za všechno. Jako by se loučila už prostě. Už věděla, že to přijde.“* Uvedl respondent č. 4, který o umírající nemocnou pečoval po celou dobu souvislé praktické výuky. *„...měli jsme paní na pokoji a byla tam s námi po celou dobu souvislé praxe od prvního dne. Byl to ležící pacient, ale byla moc hodná a nám děckám děkovala za všechno, takže jsme za ní chodili rádi. Někteří si mysleli, že nám bylo blbě ji přebalit, ale my jsme tam chodili rádi, protože nám vždycky poděkovala a povídala nám u toho o životě třeba. A postupem času, během těch čtyř týdnů tak vlastně to pouto bylo ještě silnější a silnější, že jsem tam fakt rád za ní chodil. Zjistili jsme, že je umírající až zhruba po dvou týdnech...“*

Respondentka č. 5 pečovala o umírající nemocnou v rámci praktické výuky, která probíhá každý týden dva dny v týdnu. *„Na OOP 1 jsem měla úžasnou paní, která byla zlatičko. Ona už nechtěla moc jíst, ani nic, ale opravdu mi přirostla k srdíčku. Poprvé v životě jsem tohle zažila, že mě tak vzala, že jsem na ni furt myslela, jako byla to láska,“* vzpomíná respondentka s lehkým úsměvem.

Respondentka č. 7 vnímá, že si vždy k lidem, o které pečuje, nějakou citovou vazbu vytvoří. *„...vytvořila jsem si cit. Vždycky si k těm lidem vytvoříme cit, že se o ně staráme a pak to dopadne vždycky nějak hůř.“*

### **Podkategorie: Nedokázali pomoci**

Respondentka č. 3 popisuje svůj nejsilnější zážitek, kdy se snažili zachránit stav nemocného na poslední chvíli, ale bohužel nepřežil. *„...ten pacient mi říkal, že se mu nějak špatně dýchá, tak jsem mu změřila saturaci, tak mu to hodně klesalo. Tak jsem zavolala sestřičku, no a oni, že ho odvezou na JIPku a oni vlastně jak jsme ho vezli na JIPku na tu interní JIPku, tak on po cestě umřel. Takže to mi přišlo takové, že se dalo ještě něco dělat, ale asi bylo pozdě. Já jsem viděla tu naději, že jede na JIPku a umřel po cestě no.“*

Respondentka č. 7 pociťovala stejnou bezmoc po smrti nemocné. Odcházely tehdy domů se silnými pocity. *„S takovým pocitem, že jsem jí nedokázala pomoci, že nešlo nic dělat.“*



### **Podkategorie: Cítili vinu**

Respondent č. 1, který zažil náhlé úmrtí nemocného během lékařské vizity uvedl: „...**potom jsem měl z toho vinu**, že jsem mohl možná něco, ale já jsem si toho ani nevšiml, že se něco stalo...“ Respondentka č. 8 cítila také vinu. „Nevím, byla jsem taková zklamaná, protože ta paní byla upozorňována, co má dělat, aby se dostala domů a ona dělala pravý opak. Takže jsem si říkala, že **možná kdybych jí já možná něco říkala, tak by to mohlo skončit jinak**. Ale zase by to bylo coby kdyby.“

### **Podkategorie: Cítili smutek**

„...přišlo mi to takové prostě smutné, že jsem se o ni starala, byla hodná, příjemná. Potom ke konci už to bylo takové hodně drastické u té paní a bylo to takové hodně nepříjemné ke konci.“ Respondentka č. 7 byla přítomna i péči o mrtvé tělo po smrti nemocného. „...ale naštěstí jsem nepečovala o mrtvé tělo. Sestra si to chtěla udělat sama, takže jsem uklízela věci a jenom jsem dělala postele a takhle. Takže jsem se nestarala přímo o tělo.“ Respondentka č. 6 prožívala emoce i během rozhovoru. Se slzami v očích vzpomínala na nemocnou, o kterou pečovala po celou dobu souvislé praktické výuky a na konci ní zemřela. „...a to už bylo takové, že jsem viděla, jak odchází ta paní a pak ještě jak ji přesouváme do pokoje, kde bude sama a jak tam ještě bude. **Tak to bylo smutné takové, že jsem i brečela, protože ta paní byla strašně hodná a pak, když jsem viděla, ještě jak odchází, tak to bylo takové...**“ Respondentka odcházela se slzami z praktické výuky domů. „Se smutkem, brečela jsem ještě i doma.“

Respondentce č. 5 napsala umírající vzkaz. V tu chvíli věděla, že se blíží konec. „...vyvolávalo to ve mně smutné pocity, že jsem věděla, že má málo času a když mi psala vzkaz, věděla jsem, že je to špatné.“

### **Podkategorie: Osamělost umírajícího**

Respondentka č. 6 se slzami v očích vzpomíná na emoce, které pociťovala při nejsilnějším zážitku. „Takové, že si neumím představit, **co se tomu člověku odehrává v hlavě a že musí být strašně sám...**“ Podotýká však, že u její nemocné byla rodina každou chvíli. „Jo, protože jsem viděla, že i ta její rodina tam chodila za paní, byla u ní až do konce. To bylo strašně hezké. Viděla jsem, že každý den byli s ní.“

Pacientka respondentky č. 2 umírala v naprostém opuštění. „... **nikdo za ní nepřišel z rodiny, i když doktor volal rodině, že to může přijít kdykoliv, a tak by měli přijít. A oni stejně nepřišli ani jednou.**“ Respondentce bylo nemocné velmi líto. „Bylo mi jí tak líto, tak jeden den jsem...protože tam byla jedna paní s ní, ona taky umřela... tak jsem tam byla s ní, at' tam není sama, tak jsem ji tam držela za ruku, protože mě i prosila, jestli bych tam s ní nebyla, tak jsem ji držela za ruku. Potom jak už mi skončila šichta, jsem šla domů a ráno, jak jsem přišla, tak mi řekli, že na noční umřela.“

Pacientku respondentky č. 6 přesunuli v posledních dnech života na samostatný pokoj. „Přesouvali jsme ji potom na pokoj, aby byla sama, protože tam byly ještě dvě paní.“

### **Podkategorie: Smrt osvobodila pacienta od utrpení**

Respondentka č. 2 vnímala, že pacientka prožívá utrpení ve stavu, v jakém se nacházela. „... ona měla strašně škaredou smrt. Měla selhávání srdce, ledvin a ona měla bércové vředy. Říkali teda, že to jsou bércové vředy, ale ona měla ty nohy úplně takové, že už jí fakt kosti lezly. Sáhla jsem jí na stehno a vylezl jí hnis z té nohy. Ona to celou dobu vnímala a jakkoliv jsme s ní hýbali, že jsme ji chtěli polohovat, tak ona skučela strašně bolestí a mně jí bylo strašně líto.“ Pacientka si už přála zemřít. „Tak to bylo i takové, že za ní přišel jednou primář na vizitu a ona mu řekla, že ji strašně zklamal ten primář, že **ona už ho prosila o smrt, at' už ji netrápí.**“ Respondentka na jednu stranu již přála nemocné, aby zemřela a aby se dále netrápila. „Ono to vyzní tak hmusně, ale říkala jsem si, at' už se netrápí a at' už to má za sebou, protože mně jí bylo strašně líto, když je to tak moc bolelo a už jako fakt si o to prosila, když jí dali až ten den, co jsem ji držela za tu ruku, morfium a tak.“ Respondentka také uvedla, že následné úmrtí nemocné pokládala za konec utrpení. „Byla jsem taková v šoku. Říkala jsem si, že teď už se bude mít dobře a že už se nebude tak trápit a že už ji to nebude všechno tak bolet a že už bude jenom už tam nahoře koukat tak na nás všechny.“

„Bylo mi jí hrozně líto, ale zase vím, že se trápila na druhou stranu,“ uvádí respondentka č. 5, která si taktéž uvědomuje, že smrt byla pro umírající vysvobozením od fyzické bolesti.

### **Podkategorie: Náhlé úmrtí nemocného byl šok**

Respondent č. 1 uvádí, že po tomto prožitku celý den mlčel. *„Jak jsem výřečný dost, tak jsem ten den nepromluvil jediné slovo. Jako fakt mě to hodně jako, co se stalo a tak. Takže jsem byl z toho takovej jako přešlej.“* Nečekal, že jeho nemocný zemře a už vůbec ne, že tak náhle. *„Protože to byl můj první zážitek a nevěděl jsem, co mám dělat, protože jsem to nečekal. Bylo to na mezoseptické chirurgii a bylo to hned z rána, kdy jsem vlastně pána přebalil, uložil jsem jej zpět. Převlékl peřiny, protože je měl trochu špinavé, takže vše jsem udělal jako ranní hygienu a tady toto. **Potom přišla ranní vizita a já jsem si povídal s druhým pacientem. No, přišla tam ta vizita a pán byl mrtvý.*** Respondent v první chvíli nechápal, co se stalo. *„Tak, prvotně jsem tomu nemohl uvěřit, co se stalo. Takže to mi přišlo takové jako první šok. Pak až ten šok přešel po desíti minutách, tak jsem si uvědomil, co se stalo, že umřel.“*

Do podobné situace se dostala také respondentka č. 8, která měla zkušenost s nepříjemnou pacientkou. *„...když jsem přišla druhý den, ptala jsem se, kde je a oni řekli, že na jiném pokoji. Já jsem si myslela, že se pohádala s těma ženama, co tam byla vlastně. Ale když jsem otevřela ten pokoj, tak tam jen ležela a trčela jí ruka ven. Tak to byl pro mě hodně šok. Když jsem ji viděla pod tím prostěradlem na jiném pokoji.“* Respondentka popisuje, že v tu chvíli nedokázala nic dělat. *„Šok. **Já jsem úplně ztratila myšlenky v tu chvíli, když jsem viděla tu ruku tam. Jen jsem otevřela dveře a stála jsem tam jako kůl v plotě. Je to něco, co si každý prožije svým způsobem. Ale já jsem jen stála a koukala. Nešlo mi nic, já jsem jen stála. Já jsem úplně zdřevnatěla.**“* Další péči musela odmítnout, protože by to nezvládla. *„Sestřičky mě prosily, abych jim pomohla, protože paní byla větší, aby ji unesly. Ale já jsem řekla, že ne, že bych ráda, ale to pro mě zatím ještě není. To byl pro mě největší šok.“*

### **Podkategorie: Přístup k péči ze strany personálu**

Dle výpovědí respondentů lze říci, že se jejich názory na kvalitu poskytované péče rozcházely dle toho, jaký byl jejich nejsilnější zážitek. Případně, pokud byli svědky péče o tělo zemřelého, jak k tomu bylo přistupováno.

Respondentka č. 3 negativně vnímala zacházení s tělem nemocného po smrti. *„Konkrétně tady třeba mi přijde, že s tím tělem zachází strašně. Co jsem viděla já, tak mi*

*bylo líto, že popsali, hodili. Zabalili. Hodili. Nic. A jen řekli, no dědo, ježíš, on se po... To mi bylo teda líto.“*

Na jiném oddělení měl respondent č.4 zcela opačnou zkušenost a vnímal posmrtnou péči o tělo jako důstojný proces. „*Udělá se to tak, aby to tělo bylo stále majestátní, aby s ním nebylo zacházeno jako s odpadem. Udělá se to tělo hezké.“*

Respondentka č. 7 byla zmatená z péče o zemřelého. Přístup byl jiný než na jiných odděleních. „*Jo, ono každé oddělení to dělá jinak, takže jsem byla zmatená z toho.“*

Respondent č. 1 ocenil, jak probíhá péče o umírající nemocné v hospici. „*...nebyl jsem v tolika zařízeních, abych to mohlo posoudit. Myslím si, že třeba tady v Ostravě hospic pro umírající je dobře zařízený.“* Respondentka č. 5 zásadně nesouhlasí, že by byla péče, která je poskytována umírajícím, kvalitní.

#### **Kategorie 4: Změna pohledu**

Dle výpovědi jednotlivých respondentů lze říct, že nejsilnější zážitek na ně měl značný dopad. Některé z nich, přestože jim to bylo líto, ovlivnil zážitek v pozitivním směru. Jiné ovlivnilo, když viděli, jak ve skutečnosti umírání probíhá.

Respondenti na zážitek mysleli i v dalších dnech. „*Jojo, táhlo, tak ten týden, my už jsme tam potom nechodili, ale potkala jsem sestřičku a ona mi řekla, že už není.“* (Respondentka č. 5). „*Ano. Přemýšlela jsem o tom déle.“* (Respondentka č. 6). „*Přemýšlela jsem nad tím týden. Jakože fakt mě to nějak zasáhlo...“* (Respondentka č. 8). „*No, jsem tak čtyři dny o tom ještě přemýšlel, že fakt jako odešel, ale pak už ne, pak už jsem si řekl, že bohužel, stalo se, stalo. S tím nic nenadělám.“* (Respondent č. 1). „*Určitě, měla jsem to pořád v sobě“.* (Respondentka č. 7).

Někteří dokonce zmiňují, že si ještě dnes vzpomenu, přestože od té doby uběhlo půl roku. „*Určitě, do dneška o tom přemýšlím.“* (Respondent č. 4). „*Občas jsem si na to vzpomněla, i teď si na to ještě vzpomenu“.* (Respondentka č. 3).

Jediná z respondentek, č. 2, se stavěla k situaci odlišně. „*Já jsem to nějak pak už jako se s tím sžila a říkala jsem si, že teď už se bude mít dobře a že už se nebude tak trápit a že už ji to nebude všechno tak bolet a že už bude jenom už tam nahoře a koukat tak na nás všechny.“*

### **Podkategorie: Dokázali najít pozitivita**

Respondentka č. 5 vnímala celkově odchod nemocné se smutkem. Praktickou výuku však opouštěla na jednu stranu s pocitem naplnění. *„Na jednu stranu dobrý, protože když jsem tam byla já, snažila se jíst a pít, protože jsem říkala, že musí, že ji tady ještě chceme a snažila se. A šla jsem jako v dobrém z tama, i když jsem věděla, že už je to takové nalomené.“* Zároveň přiznává, že jí to pomohlo změnit pohled na seniory a péči o ně. *„...změnilo to pohled k tomu, že když jsem šla na zdravotku, nechtěla jsem se starat o ty starší lidi. Ale teď si říkám, že to není tak špatné, i oni potřebují pomoc.“*

Respondent č. 4 má zase pocit, že jej zážitek zocelil a posunul po profesionální stránce. *„...řekl bych, že mě to zocelilo v ten moment. Už jsem se dříve setkal se smrtí, ale ne na svém pokoji. Už jsem i pečoval o mrtvé tělo, to jsem byl posmutnělý a tohle mě zocelilo už hodně, že jako vím, co to je, co mě čeká, když ještě budu dělat tohle. Když se s tím setkám, budu jednat profesionálněji, budu lépe k použití a tak.“*

Respondentka č. 6, přestože prožívala umírání nemocné velmi emočně, shledala pěkné to, že za nemocnou chodila na návštěvy rodina každý den až do poslední chvíle. *„To bych si přála u každého z mé rodiny,“* dodala.

### **Podkategorie: Srážka s realitou**

Respondentka č. 3 uvedla, že jí setkání změnilo pohled v tom ohledu, jak skutečně úmrtí může probíhat v negativním slova smyslu. *„...vždycky jsem si představovala, že člověk umře... ale když to teď vidím, jak ten člověk umírá, v bolestech... teď už je to něco jiného, že mě to mrzí prostě víc.“*

Názorem respondenta č. 1 je, že člověk se s každým dalším úmrtím nemocného zoceluje. Začíná jej vnímat jako součást péče o nemocné. Nebyl to jeho první exitus, ale protože v tomto případě došlo k náhlému úmrtí nemocného, zasáhlo jej to a donutilo přehodnotit pohled na umírání. *„...nejsem už z toho tolik ani smutný, ale беру to jako robot. Ale ne jako robot, ale berete to jako součást péče o pacienty. Já jsem si vždy říkal: Však každý jednou odejde. Ale tady u toho už jsem u sebe necítil takové hrdinství. A řekl jsem si, že to je fakt jako vážná věc a nečekal jsem to. A přesně, člověk si uvědomí potom, že to je fakt jako hrozná. Protože mně nejvíce bylo líto, že poslední, s kým pacient mluvil, jsem byl já, ne příslušník rodiny.“*

Pro respondentku č. 8 bylo nejtěžší smířit se s novou situací, kdy byla zvyklá nemocnou vídat pravidelně každý den během souvislé praxe a najednou byla pryč. „...*kdyby to byl někdo z mé rodiny, změnilo by to strašně moc. Ale i tak, když jsem byla na měsíční praxi, viděla jsem paní každý den a potom jednou jsem ji tam neviděla, tak to byl šok. Jakože co se stalo, proč se stalo, kdy a takhle. Takže to bylo takové, takové makové.*“

Nedostatek personálu a nedostatečný zájem rodiny. To jsou dvě věci, které identifikuje respondentka č. 2 po setkání se s umírajícím jako problém a měly by se zlepšit. „...*ale jako takhle mi to změnilo pohled na zdravotnictví. Že kdyby nás tam bylo třeba víc, tak by ta péče pro ty druhé byla lepší. Protože když na 32 ležících jsou jen dvě ošetřovatelky, je to celkem málo, a když tam třeba jsou čtyři umírající, tak se to nestíhá. A i ty rodiny by mohly nad sebou trochu zapřemýšlet a taky se za nimi podívat a stihnout se za nimi přijít rozloučit. Když oni potom, chudáci, leželi jen a jen se dívali do stropu, když to tak řeknu blbě.*“ Uvedla také, že by dle jejího názoru byla mnohem lepší úroveň péče o umírající nemocné, kdyby bylo personální zabezpečení větší. „...*když ten člověk umře, tak se neřeší ti ostatní a jde se o toho člověka postarat. Ale mohlo by to být lepší, kdyby bylo více personálu, tak by ti lidé tolik nestrádali, oni i jak jsou zavření na těch pokojích no.*“

#### **Podkategorie: Dokázali by pracovat v paliativní péči**

Mimo respondentku č. 6 a č. 8 nesdělil žádný z respondentů, že by si vyloženě nedokázal představit pracovat s umírajícími nemocnými. Respondent č. 4 si myslí, že by se časem zocelil ještě více a byl imunní při odchodu umírajících, ale není to jeho cílem. „*Určitě si to dokážu představit, že bych se postupem času ještě zocelil, ale asi bych to nechtěl dělat.*“ Stejný názor sdílí respondent č. 1. „*Ale jo. Nenašel jsem se v tom, ale myslím si, že jsem se vůči tomu jaksi obrnil.*“

Respondentka č. 5 nejen, že si dokáže představit péči u umírajících nemocných, ale je to jejím záměrem. „*Ano, chtěla bych jít na tu onkologii. Na jednu stranu mi spousta lidí říká, že je to zvláštní a na druhou stranu to taky někdo musí dělat, žejjo.*“

Respondentka č. 2 v péči o umírající nemocné vidí smysl. Dokáže si představit o ně pečovat v zaměstnání denně, kdyby jim tím mohla pomoci.

*„Jako nevidilo by mi to, kdybych věděla, že můžu nějakým způsobem těm lidem takhle pomoc psychicky. Být tam pro ně, když zrovna to v tu dobu potřebují, a tak jako takhle jim pomoc.“*

Přestože respondentka č. 3, zažila silný první zážitek setkání se s umírajícím nemocným, byla hned při prvním setkání vystavena péči o tělo zemřelého a zklamal ji přístup personálu k tělu, s nadšením sdělovala, že si během souvislé praxe zamilovala interní oddělení a chtěla by tam pracovat. *„Já jsem si tu intermu zamilovala, takže interna. Mně se líbí.“*

### **Kategorie 5: Schopnost komunikace**

Respondenti se v názorech na schopnosti komunikovat s umírajícím nemocným rozcházel. Jedna z respondentek se dokonce cítila naprosto nepřipravená komunikovat s umírajícím (8). Uvedla, že tedy komunikovala s umírající, tak jak to ona sama cítila. *„Z části jo, ale jen co bych ocenila na jejím místě. Takhle jsem to pokládala ty otázky. Ale když Vás člověk u sebe nechce, tak je to těžké.“*

#### **Podkategorie: Dobrá teoretická připravenost**

Respondentka č. 5 ocenila výuku psychologie, ze které načerpala spoustu vědomostí, jak komunikovat s umírajícím. *„Hlavně naše paní učitelka hodně mluví o svém životě a takže mi to hodně pomáhá. Ona dává i dobré příklady, proto jsem si vybrala i psychologii. Protože se mi dobře učí.“*

Znalosti nabyté z výuky psychologie oceňuje i respondent č. 1. *„Tak z psychologického hlediska to bylo celkem zvládnuté i to teoretické naučení. Teď nesrovnávám to první. Protože to jste v myšlenkách někde jinde. To se vyvrací všem umírajícím. Ale teď zjišťuji, že ano, že to, co jsem se učil, dokážu aplikovat i prakticky.“*

Komunikační schopnosti respondentky č. 3, která si myslí, že byla připravena v teoretické výuce dostatečně, ocenil i personál. *„Potom říkala i ošetřovatelka, že jsem jako silná, že to nikdo moc nezvládá komunikovat s tím umírajícím, ale tak zhruba jsem věděla, jak komunikovat s tím člověkem no.“*

Respondent č. 4 připravený byl, ale znalosti nevyužil. *„...takže jsme byli připraveni, ale já osobně jsem to nevyužil. Bavil jsem se tak, jak jsem to cítil, jak je to*

*dobré, nebavit se o smrti, ale spíše nechat přijít pacientku myslet na nějaké pozitivní myšlenky.*“

Respondentka č. 2 potvrzuje, že připravená byla, ale zastává názor, že záleží spíše na povaze člověka. *„Jakoby i jo, ale spíše asi je to o povaze člověka. Když je to někdo, kdo nemá rád lidi, tak nebude umět s těma umírajícíma komunikovat. Jako když je to nebaví ta práce, tak jim to nepůjde komunikovat. Jako kolikrát i ten personál se s těma lidma nebaví, jen přijde tam a šup, šup.*“

#### **Podkategorie: Umírající komunikovali rádi**

Z výpovědí části respondentů lze usoudit, že neměli problém s umírajícími komunikovat a nevyhýbali se návštěvě pokoje umírajícího. Taktéž umírající s nimi komunikovali ochotně. Respondent č. 4 dokonce uvedl, že chodil na pokoj rád, a nemocná byla taktéž ráda za jeho přítomnost. *„Určitě. Chtěla se bavit. Ale spíš s náma, děckama. Ne, že by nás vyhledávala, že by si tak chtěla povídat, že by zvonila třeba. Ale kdykoliv jsme byli u ní nebo na pokoji a dělali jsme u jiných pacientů, bavili jsme se, smáli jsme se spolu a všechno.*“

Respondentka č. 5 taktéž neměla problém, že by umírající nechtěl komunikovat. *„Ano, ona si ráda povídala, takže jo takhle.*“ Stejnou zkušenost sdílela respondentka č. 6.

Respondentka č. 7 taktéž souhlasí, že byla její umírající nemocná komunikativní, ale postupně, jak se zhoršoval její zdravotní stav, komunikovala méně a přidala se zmatenost. *„Ze začátku byla hodně komunikativní. Fakt byla hodně šikovná. Ale v té poslední fázi už jen ležela a měla opiátové náplasti, to udělalo taky hodně. Nevěděla, kdo se o ni stará, takže byla taková zmatená.*“ Respondentka uvádí, že se snažila udržet si při komunikaci se zmatenou umírající nadhled, ale nevěděla jak jí pomoc.

#### **Podkategorie: Komunikace byla obtížná**

Našli se však i nemocní, kteří si povídat s žáky nechtěli. Uvádí to respondentka č. 2, která zohlednila více zkušeností komunikace s umírajícími.



*„Někteří jo a někteří ne, protože někteří byli tací, že nechtěli, aby někdo kolem nich byl a někteří byli až rádi, že někdo tam s nima byl, že je držel za ruku, když ani ta rodina nepřišla a chtěli si povídat.“* Respondentka č. 3 má zkušenost, že umírající již komunikovat nechtěl. *„Ne. On už jen potom ležel a občas odpovídal a ani se nehlásil.“*

Respondent č. 1 dokonce řekl, že má takovou zkušenost, že se umírající většinou chtěl bavit pouze s vedoucím personálem. *„...takže se hlásil těm vedoucím pozicím a chtěl to s nimi projednávat...“*

Umírající, o kterou pečovala respondentka č. 8 byla místy nepřičetná. *„Ona křičela, že ji máme pustit, že nemáme na ni sahat. Že půjde radši ven umřít a takové. A to vypovídá samo o sobě, že prostě nechce nic.“* Respondentka zanevřela tedy na snahu o komunikaci s umírající, která, dle slov respondentky, čekala na smrt a přivolávala ji. Její rozpoložení mělo dopad na ostatní nemocné ležící s ní v pokoji. Respondentka se tedy snažila rozptýlit jejich pozornost. *„...takže jsem se věnovala těm dvěma pacientkám, aby byly trošku usměvavé a neposlouchaly to tam. Snažila jsem se převést na jiné téma, třeba vykládat vtipy.“*

#### **Podkategorie: Nemluvili o umírání**

Žádný z respondentů se nesetkal s tím, že by vyloženě u něj hledal nemocný odpověď na otázky spojené se smrtí a umíráním.

V některých případech se jen nemocný zmínil mezi řečí, že mu nezbyvá mnoho času nebo měl otázky, na které nelze odpovědět. *„...byly to samozřejmě otázky, na které nedokážu odpovědět. Jako třeba: Jaké to je? Já to nemůžu vědět, ani nechci. Já žiju.“* (Respondent č. 1).

Respondentka č. 5 uvedla, že se umírající bavila zejména o svém životě. *„Říkala takové to, že už tu dlouho nebude, ale nerozpítvávala to tak. Jako bavily jsme se spíše o tom jejím životě v minulosti, co dělala a tak. Ale říkala, že už tady nechce být, že tady už stejně dlouho nebude a tak.“* Respondentka byla zaskočená a nevěděla, co na to říct. *„Snažila jsem se jí vysvětlit, že musí jít, aby tady s námi ještě byla...“* Spíše o životě umírajícího nemocného komunikovala i respondentka č. 2. *„O tom se ještě nikdo se mnou takhle nebavil. My jsme si vždycky povídali o svém životě a převyprávěli svůj život až do toho dne...“*

Respondent č. 4 se snažil, aby nemocná přišla na jiné myšlenky, a tak se vyhýbal tématu smrti a umírání. *„Nezmínila se o tom určitě. Ale pořád se bavila o takových věcech, že jsem třeba říkal, že bych chtěl na výšku a budu zubař a ona, že **no to už tady dávno nebudu. Takhle možná teda, ale přímo o smrti se nechtěla bavit a já jsem se o tom taky nechtěl bavit. Chtěl jsem aspoň tu paní nechat přijít na jiné myšlenky než smrt.**“*

#### **Podkategorie: Komunikovali s umírajícím jako se všemi pacienty**

Někteří z respondentů mluvili o tom, že komunikace s umírajícími se pro ně nijak neodlišovala od komunikace s ostatními nemocnými. *„**Já jsem s nimi komunikovala jako s ostatními pacienty, ale věděla jsem, že už je konec a byla jsem taková...já jsem nedokázala ani spíše mluvit, proto mi to přišlo líto a nechtěla jsem se tam před nimi rozbrečet nebo tak.**“* (Respondentka č. 3). *„**Mluvila jsem s paní jako s každým jiným nemocným.**“* (Respondentka č. 6).

#### **Podkategorie: Komunikovali s ohledem na stav umírajícího**

*„Já jsem to brala tak jakoby, musím s nima mluvit, že jako jo, **budou na mě hnusní, protože je to bolí, a to jsem chápala, a tak jsem s nima mluvila takhle jakoby v klidu...Aji vždycky oni si ze mě dělali srandu, když měli ještě takové dobré dny, tak to bylo fajn, že jsme se zasmáli.** (Respondentka č. 2) S umírajícím se zasmál při komunikaci nejednou i respondent č. 4, který uvedl, že jeho **pacientka byla pozitivní, a protože chtěl odvést její pozornost od toho, že umírá, snažil se ji rozptýlit.** „*Snažil jsem se mluvit o tom, jak se má, jaké je počasí, co dneska dávali v televizi a takové věci. Aby vlastně vůbec nemyslela na to. Aby si užila ty poslední dny, ty chvílky dobře. Aby se zabavila prostě a měla jiná myšlenky...“**

### **Kategorie 6: Podpora**

Z hlediska prvního setkání s umírajícím se odpovědi respondentů lišily. Někteří z nich si neměli s kým promluvit (5), naopak museli být oporou pro rodinu (2), někteří si s rodinou promluvili otevřeně (6,4), či pouze okrajově, protože to byla těžká situace (1). Respondentky, které první setkání s umírajícím prožily během praktické výuky, se vyjádřily rozlišeně. Respondentka č. 7 si promluvila pouze se sestrami, a sice jen z odborného hlediska a respondentka č. 3 se vůbec neměla komu svěřit. Respondentka č. 8 sdílela pocity se spolužačkami.

Z hlediska nejsilnějšího zážitku se polovina respondentů svěřila vyučující, ale dále to nesdílela (1, 2, 4, 5).

### **Podkategorie: Neměli si s kým promluvit**

Přestože měli umírající babičku doma a maminka byla zdravotní sestra, neměla si respondentka č. 5 s kým promluvit o prvním setkání s umírajícím.

Respondentka č. 2 uvedla také, že se v té době nemohla na nikoho z rodiny obrátit, aby ji podpořil, naopak musela být oporou pro maminku. „...*Sestra tady pro mamku vůbec nebyla, takže já jsem tady byla jediná pro mamku. Takže jsem jí musela ukázat, že se o mě může opřít...*“

„*Ani ne, pro sestřičky je to normální na té interně, oni jsou zvyklí na to*“, uvedla respondentka č. 3 s tím, že si neměla s kým promluvit o svém prvním umírajícím nemocném, se kterým se setkala během souvislé praktické výuky.

Špatně vnímal respondent č. 4 přístup sestry na souvislé praxi. Když zemřela jeho pacientka, chtěl jí sdělit své pocity. „*Když nastal den smrti, říkal jsem oblíbené sestře, že vlastně je mi to líto, že je to smutné. A sestřička to vzala hodně profesionálně a řekla, že není čas truchlit, že musíme pracovat dál. To byl další smíšený pocit z toho, že jsem se chtěl svěřit a ona mě tak jako by odpálkovala.*“

### **Podkategorie: Promluvili si s rodinou nebo personálem**

Kladná reakce vyvstala od respondentky č. 6, která uvedla, že sdílela s rodinou. „*Protože byla u mojí babičky, ona si ji nechala. A pomáhala jí se vším. Takže jsem tak jako měla s kým, s rodinou.*“

Respondent č. 4 uvedl, že si promluvil s bratrem, ale neměl vlastně potřebu sdílení, protože prababičku dost dobře neznal a nebyl ani na pohřbu. „...*já nevím, možná s bráchou jsme o tom mluvili, ale jinak jsme to nijak neřešili...*“

Respondentka č. 7 si po svém prvním setkání s umírajícím promluvila se sestrami a uvedla, že všechny potřebné informace již měla. „*Asi ne, asi jsem takhle všechno věděla, co a jak.*“

Respondent č. 1 sdílel své pocity s maminkou, ale pouze omezeně, protože byl ohleduplný vůči jejímu rozpoložení v situaci.

„Jo ale bylo to na houby, protože bych to jinak probíral s mamkou, ale protože to byl její tatínek, nebylo to dobré. Jako **promluvili jsme si, i když jsme oba brečeli, ale co se dá dělat, že**“.

#### **Podkategorie: Promluvili si mezi spolužáky**

Jediná z respondentek (8) uvedla vzájemnou podporu se spolužačkami. „**My to probíráme se spolužačkami, takhle jako co se nám stane na praxi a jak to vnímáme. Takže je to takové fajn, když to tak řeknu, že si můžeme sdělit co a jak, co se dělo na praxi. A většinou si poradíme co do příště vypilovat a tak.**“

#### **Podkategorie: Řekli o tom učitelci okrajově**

Respondent č. 4 uvádí, že se svěřil s nejsilnějším zážitkem třídní učitelce. Stejně odpověděla i respondentka č. 2. Promluvit si o tom však ani jeden z respondentů nechtěl. „**Já jsem si o tom moc nechtěla povídat, říkala jsem to jen jako takový zážitek. Jako jo, paní učitelka mi to nabídla,**“ uvedla respondentka č. 2.

„...**já jsem to podal jen, že se mi to stalo a nechtěl jsem se tím zaobírat. Prostě jsem jenom řekl, jak to bylo**“ (4). Respondent chtěl při úmrtí nemocné sdílet zážitek se sestrou, které věřil, ale ta jej odbyla.

Také respondent č. 1 se svěřil třídní učitelce, která s ním na praktické výuce byla přítomna v době úmrtí nemocného. „**Jo, říkal. Právě, že to mě jako úplně...My jsme o tom s třídní paní učitelkou o tom jako pár slov prohodili. Jenže já jsem měl slzy v očích, takže jsem nechtěl s nikým ani mluvit, mně z toho bylo úplně blbě. Takže jako jo, ale mně se moc nechtělo teda.**“ Zda mu třídní učitelka nabídla možnost si o tom promluvit si nebyl jistý.

Respondentka č. 5 se svěřila vyučující praktické výuky, ale nebyla jí nabídnuta možnost si o tom promluvit. „**Jo, řekla, věděla o tom. Nosila jsem tam plyšáky a přesnídávky.**“

#### **Podkategorie: Nesvěřili se učitelci**

Respondentka č. 3 uvedla, že neřekla vyučujícímu o nejsilnějším zážitku a podobně reagovala respondentka č.8, která dodala: „**Ne, já se vůbec s učitelkami nebavím, co se stalo na praxi.**“ Stejně reaguje respondentka č.6, která dodává, že doma plakala.

„Možná jsme tam něco řekli, ale jinak ne. Brečela jsem doma.“ Respondentka č. 7 uvedla, že s vyučující probírají jiné věci. „Pani učitelka tam chodila vždycky, ale nějak jsme se o tom nepobavily. Ona se ptala, jak se máme, ale **o tomhle jsme se nebavily. Nesvěřila jsem se.**“

#### **Podkategorie: Měli otázky, na které není odpověď**

Respondentka č. 5 uvedla, že otázky spojené s umíráním má doteď. Jsou to však spíše otázky, na které nelze odpovědět. „**Tak ty otázky mám doteď.** Jestli to ti lidi cítí, že umírají. Jsou ty výzkumy o klinické smrti, tak jestli to ti lidi vnímají podobně, když umírají. Protože spousta lidí, i z rodiny umřela, až když přišla ta rodina. Že ten člověk odejde, až když ta rodina odejde.“

Respondentka č. 2 uvedla, že při prvním setkání přemýšlela, proč se to stalo zrovna její babičce, „...**proč zrovna ona.** Ona nikdy nikomu nic špatného neudělala, mohla se vždycky pro druhé rozkrájet, nikdy nikomu nic špatného neudělala.“

Respondent č. 1 taktéž nepociťoval potřebu zodpovědět otázky týkající se tématu umírání a smrti, ale kladl si otázku, proč to potkalo jeho. „Spíše ne. Spíše jsem si říkal, **proč zrovna já.** Ale to tak má zase každý, každému někdo umře...“

Respondentka č. 7 uvedla, že u sester našla podporu, když potřebovala informace, jak komunikovat s umírajícím. „...**ptala jsem se i sester co a jak, protože jsem na to nebyla připravená.**“

## 4 DISKUSE

Prvním dílčím cílem práce bylo zjistit zkušenost s prvním setkáním se s umírajícím. Část respondentů uvedla první setkání během praktické výuky a druhá část v rodině. Zajímavým zjištěním bylo, že věk respondentů ovlivnil to, s jakými pocity setkání prožívali. Kvalitativní studie Haroen et al. (2023) zaměřená na zkušenosti s péčí o umírající u studentů ošetrovatelství, kteří byli přítomni umírání rodinného příslušníka, uvádí, že studenti, jimž umíral rodinný příslušník čteně prožívali smutek. Po smrti blízkých se cítili zlomeni a učili se žít s tím, že už nikdy neuvidí své příbuzné. Část respondentů měla také potíže se spánkem a jeden z respondentů uvedl, že litoval, že nemohl být v posledních chvílích se svým umírajícím příbuzným. Cheon et al. (2022) ve své kvalitativní výzkumné studii popisovali první setkání se smrtí u studentů ošetrovatelství během klinické praxe. Tito respondenti se nikdy dříve se smrtí neselekali a první zkušenost prožívali s bolestí. Cítili se bezmocní, protože nemohli nijak zabránit smrti nemocného. Také se cítili být zlomení, když byla zpráva sdělena rodině nemocného. Účastníci se však shodli, že šlo o dobrou smrt. Porovnávali náhlou smrt, jež by byla více šokující s tou, na kterou se bylo možné připravit. V kvalitativní studii Gül et al. (2022) studenti popisovali své první setkání s umírajícím během praktické výuky. Uváděli pocity jako strach, smutek a zoufalství. Jejich reakce na první úmrtí se rozcházeły. Někteří respondenti uváděli, že to pokládali za normální. Jiní zase nepoznali, když nemocný zemřel. Nedokázali rozpoznat známky smrti. Jiní prožívali zmatek, či se odmítali dotknout mrtvého těla. Výsledky těchto studií se částečně shodují a částečně rozcházejí s výsledky práce autorky. V její práci někteří respondenti cítili po ztrátě příbuzného také smutek a jedna z respondentek uvedla, že byla v šoku a nemohla si zvyknout na to, že její příbuzný tady již není. Naopak žádný z respondentů neuvedl, že by měl potíže se spánkem, či by litoval, že nebyl přítomný příbuznému těsně před smrtí. Rozdíly s výsledky studie Haroen et al. (2023) mohou plynout zejména z toho, že práce autorky nebyla zaměřena dopodrobna na setkání se s umírajícím v rodině. Dále také může být ovlivněna věkem respondentů. V porovnání se studií Cheon et al. (2022) respondenti této studie neuváděli pocity bezmoci při prvním setkání, ani rodinu v kontextu prvního setkání se během praktické výuky. Je zajímavým zjištěním, že žáci střední školy obecně nemluvili o rodině umírajícího tolik, jako tomu je v pracích zahraničních autorů. Výzkumná studie Gül et al. (2022) se ve výsledcích shoduje v prožívaných pocitech smutku a z části v reakcích na úmrtí.

Někteří respondenti prožívali také zmatek. Obecně lze říci, že odlišné výsledky mohou, z hlediska první zkušenosti, pramenit z odlišné situace, rozdílu ve věku respondentů studií a osobnostních charakteristik jedinců.

Druhým dílčím cílem práce bylo rozpoznat připravenost žáků na péči o umírající. Z výpovědí lze usoudit, že žáci převážně připraveni nejsou. Byť to přímo nevedli, vypovídá to z kontextu jejich odpovědí. Kvalitativní výzkumná studie Hardie et al. (2022) se zaměřila na zkušenosti studentů ošetrovatelství s péčí o umírající v Irsku. Studenti uváděli nedostatečný didaktický přístup ve výuce při přípravě. Nebyl dle jejich názoru dostatečný pro to, aby z něj nabyli dovednosti a kompetence potřebné pro řešení situací v reálném světě. Tito respondenti uvedli, že výuka měla být zaměřená více prakticky, protože přednášky pro ně dostačující nebyly. Cheon et al. (2022) došli k podobným závěrům. Studenti jejich práce by také ocenili simulované situace, mimo samotného umírajícího však zmínili, že by ocenili simulaci situací edukace umírajících a jejich příbuzných. Ve studii Gül et al. (2022) se někteří studenti neúčastnili, či nechtěli účastnit péče o umírajícího. Měli obavy, že nedokáží poskytnout dostatečnou péči. Někteří uvedli, že neměli informace o nemocném. Jeden z respondentů uvedl, že ho sestra poslala odstranit žilní kanylu pacientovi, který zemřel, a tuto skutečnost mu nesdělila. Byl překvapený. Výsledky studie Hardie et al. (2022) se shodují s výsledky této práce. Žáci taktéž vnímali rozdíl mezi teoretickou výukou a reálnou péčí. Nezmínili však potřebu dovedností k edukaci umírajících a rodiny jako tomu bylo ve studii Cheon et al. (2022). Tato rozdílnost by mohla plynout z důvodu kompetencí, kdy žáci středních škol většinou nezasahují do edukace pacientů. Rodinu v kontextu péče o umírajícího zmiňovali minimálně. Respondenti této práce nevedli, že by se péčí o umírající vyhýbali, či neměli informace o nemocném jako tomu bylo ve studii Gül et al. (2022). V čem se však shodují tyto výsledky jsou obavy z péče o umírajícího. Rozdíly patrně plynuly z jiných situací a osobnostních charakteristik.

Třetím dílčím cílem této práce bylo analyzovat pocity žáků při péči o umírající. Z výsledků vyplývá, že respondenti prožívali širokou škálu pocitů jako bezmoc, vinu, či smutek. Někteří si k umírajícímu vytvořili citovou vazbu. Další respondenti vnímali utrpení nemocného a jeho odchod přijali jako vysvobození. Žáci byli také konfrontováni s realitou umírání, někteří popisovali péči o tělo zemřelého, či vnímali osamělost umírajícího. Pregraduální studenti ošetrovatelství ve výzkumné studii Bahceli et al. (2022) uváděli pocity spojené s péčí jako být afektovaný,

napjatý, znepokojený a uzavřený. Farfán-Zúñiga, Jaman-Mewes (2021) se ve výzkumné kvalitativní studii snažili pochopit zkušenosti studentů ošetrovatelství ze stáže na jednotce paliativní péče. Někteří studenti prožívali pocity strachu, smutku a žalu. Mnoho těchto pocitů pramenilo z toho, že se nedokázali vyrovnat s odchodem nemocného. Sukcharoen et al. (2023) zjistili ve své kvalitativní výzkumné studii u pregraduálních studentů ošetrovatelství, že ti, kteří sympatizovali s umírajícími a litovali jejich utrpení, dokázali porozumět jejich bolesti. Studenti také dokázali lépe pochopit podstatu života a smrti, když přijali utrpení nemocných. Následně, po úmrtí nemocného, vnímali jejich odchod jako osvobození od tohoto utrpení a měli z toho pocity radosti. Hardie et al. (2022) uvádí ve výsledcích pocity studentů jako znepokojení, kdy student nevěděl, jak se se zážitkem vypořádat, paniku, či smutek. Objevily se zde také pocity zlosti pramenící z empatie a sounáležitosti s umírajícím a jeho rodinou. Někteří respondenti pociťovali, že s umírajícím nebylo v době jeho úmrtí zacházeno dobře. Jeden poukázal na nevhodný přístup k rodině, dalšímu se nelíbil přístup k péči o tělo zemřelého. V kvalitativní studii Farfán-Zúñiga, Jaman-Mewes (2021) pociťovali osobní profesní růst, který plynul ze zkušenosti péče o umírajícího. Studenti se snažili na umírajícího citově nevázat, aby následně neprožívali bolest. Zjistili však, že je těžké se nevázat na nemocného, o kterého pečovali. Identifikovali také osamělost pacientů a snažili se tuto potřebu, jež rodina nenaplnila, saturovat. Ve studii Gül et al. (2022) studenti reagovali na chování personálu k umírajícím. Někteří zmínili profesionální přístup, či nepozorný přístup k umírajícímu, ponechat zemřít nemocného, zdržení se sdělování špatných zpráv, být klidný při sdělování špatných zpráv, neposkytnutí adekvátní podpory, či lhostejnost k mrtvému tělu a trivializace smrti. Studenti také zaznamenali změnu pohledu na smrt a představ o umírajících. Začali o smrti více přemýšlet, když viděli bolest, spolu s nárůstem zkušeností se stala smrt pro studenty normální a měli strach, že se stanou lhostejnými vůči smrti. Studenti také přemýšleli nad tím, zda je lepší zemřít doma, či v nemocnici. Z hlediska pocitů prožívaných během péče o umírajícího se pohledy žáků této práce v jistých ohledech rozcházel s pocity respondentů zmiňovaných studií. Pocity každý jedinec prožívá svým způsobem a na základě situace, ve které se nachází. Lze zde však najít shody v pohledu na nevhodný přístup k péči o tělo zemřelého. Jeden respondent této práce však naopak vyzdvihl péči o tělo zemřelého jako zachování důstojnosti po smrti. Shodu lze vidět i ve vytvoření si citové vazby na umírajícího. Z výpovědí respondentů všech studií, které byly porovnány s touto prací, lze soudit, že studenti zahraničních studií prováděli péči a reflexi pocitů s mnohem větší mírou uvědomělosti. Žáci prováděli péči



bezprostředně, nerozmýšleli se nad možnými dopady na jejich psychiku a své pocity takto také interpretovali.

Čtvrtým dílčím cílem práce bylo zjistit schopnost žáků komunikovat s umírajícími. Žáci obecně neidentifikovali problémy při komunikaci s umírajícími. Objevily se sice situace, kdy z důvodu stavu, či rozpoložení umírajícího nebyla komunikace optimální, ale žáci ji neshledali jako neřešitelnou. V kvalitativní výzkumné studii Hardie et al. (2022) studenti označili komunikaci za nejnáročnější aspekt péče o umírající a jejich rodiny. Jeden z respondentů také uvedl, že by v rámci přípravy na péči ocenil spíše simulační situace než přednášky o komunikaci, které nebyly tolik užitečné. V kvalitativní studii Farfán-Zúñiga, Jaman-Mewes (2021), která se zaměřila na pochopení zkušenosti studentů ošetrovatelství ze stáže na jednotce paliativní péče, respondenti uváděli, že nezbytnou součástí zážitku pro ně bylo propojení s nemocným a komunikace s ním. Ocenili možnost naslouchání, bytí v přítomnosti a možnost obejmout pacienty. Dále však také možnost nácvičku ticha jako součásti podpory nemocných během procesu umírání. Studenti toto vnímali jako učení se ze zkušenosti. Vnímali však, že nebyli dostatečně připraveni na komunikaci s umírajícími. Neuměli jim odpovědět na otázky spojené s vyléčením, či nemocí. V kvalitativní studii Sukcharoen et al. (2023) studenti vyjadřovali, že je důležité umět udržet své emoce při komunikaci s umírajícím. Nesdílet negativní pocity, aby mohli povzbudit a podpořit umírající a jejich rodiny. Gül et al. (2022) ve výsledcích kvalitativní výzkumné studie zmiňují, že respondenti přistupovali ke komunikaci rozličně. Někteří věnovali komunikaci pozornost, jiní se vyhýbali kontaktu s umírajícím a jeho rodinou, protože nevěděli, co mají dělat nebo měli strach ze smrti. Shody v porovnání výsledků této práce s uvedenými studii příliš nejsou viditelné. Žáci neshledávali problém v komunikaci, snažili se s umírajícími mluvit přirozeně a opět se zde shledáváme s rozdílností, že nezmiňovali rodinu umírajícího v kontextu péče proti zahraničním zkušenostem. Rozdílnost by zde mohla plynout z teoretických znalostí. Žáci uvedli obecně dobrou připravenost a cítili se v komunikaci, dle jejich výpovědí, jistí. Studenti ošetrovatelství mají znalosti o péči o umírající obecně na vyšší úrovni a možná proto na ni nahlíželi jako na jeden z aspektů péče, jímž rozhodně také je.

Pátým cílem práce bylo identifikovat potřebu podpory žáků v péči o umírající. Z výsledků lze usoudit, že žáci potřebu neudávali. Lze však polemizovat, že ji potřebují. Soudě z jejich odpovědí, kdy zkušenosti sdílí s dalšími spolužáky, či kdy jeden respondent přímo uvedl, že chtěl zkušenost rozebrat se sestrou, ale ta jej odmítla. To, že

neměli potřebu se svěřit, by mohlo také pramenit z první zkušenosti, kdy někteří respondenti, kteří zažili první setkání s umírajícím v rodině, neměli možnost si promluvit. Mohlo by to však také pramenit z jejich osobních charakteristik, kdy bylo zjevné z rozhovorů, že někteří respondenti jsou uzavřenější. Pokud se respondenti se zážitkem svěřili, bylo to ve většině případů třídní učitelce, přestože nebyla na praktické výuce zrovna přítomna. Hluběji si promluvit však buďto odmítli, či jim toto nebylo nabídnuto. Výsledky kvalitativní studie Hardie et al. (2022) poukazují na to, že někteří studenti měli pocit nedostatečné podpory od svých učitelů. Byla zde však zmínka, že část z nich našla oporu ze strany vedoucího ošetrovatelského personálu. Jeden student také uvedl, že terapií mu bylo sdílení zážitků se spolužáky. Farfán-Zúñiga, Jaman-Mewes (2021) ve své kvalitativní studii uvedli, že studenti sdíleli své pocity v prostředí, ve kterém se cítili bezpečně a pomohlo jim se se zkušeností vyrovnat. Hlubokou stopu v nich také zanechaly sestry, které jim dělaly mentora. Pomohly jim naučit se specifika práce v paliativní péči, blízký kontakt s nemocnými a byly sto sdílet své znalosti. Z hlediska potřeby podpory nalézáme jisté shody ve výzkumných studiích zahraniční literatury a této práci. Stejně jako uvedl student výzkumné studie Hardie et al. (2022), že sdílel zážitky se spolužáky, jedna z respondentek této práce uvedla zcela stejnou odpověď. Přestože žáci neuvedli, že by sdíleli zkušenosti v bezpečném prostředí, lze to dedukovat z jejich odpovědí. Sdíleli s třídním učitelem, či spolužáky a byla zde snaha o sdílení se sestrou, ve kterou měl žák důvěru.

### **Limitace předloženého zkoumání**

Z důvodu malého vzorku respondentů není možné výsledky zkoumání zobecnit. Kvalitativní zkoumání také proběhlo pouze na jedné ze středních zdravotnických škol. Žáci absolvovali praktickou výuku na stejných odděleních v rámci jednoho sdruženého zařízení. Z výsledků nelze tedy vyvozovat závěry pro celou populaci. Významnou limitací je skutečnost, že v České republice dosud nebyla provedena výzkumná studie, která by se zaměřila na žáky střední zdravotnické školy a jejich zkušenost s péčí o umírající nemocné. Další podstatnou limitací této práce je uzavřenost ve výpovědích některých respondentů. Ty byly u části respondentů stručné a nechtěli své odpovědi dále rozvádět.

## Metodika a výsledky literárních rešerší

Pro porovnání výsledků v praktické části práce s jinými odbornými texty byly formulovány rešeršní otázky. Pro vyhledávání textů musely být pro porovnání zvoleny studie zaměřující se na „studenty“ nikoliv na „žáky“ a to z důvodu, že u žáků středních škol dosud nebyla žádná výzkumná studie provedena.

### REŠERŠNÍ OTÁZKA

Jaké jsou dostupné texty o **zkušenostech (PI) studentů ošetrovatelství (P) s péčí o umírající (Co) pacienty?**

#### Tabulka 2: Primární hesla a příbuzné pojmy:

<b>Primární hesla s příbuzným pojmem česky</b>
<b>P (participant):</b> Studenti ošetrovatelství
<b>PI (zkoumaný jev):</b> zkušenost
<b>Co (kontext):</b> Péče o umírající OR paliativní péče
<b>Primární hesla a synonyma v anglickém jazyce</b>
<b>P (participant):</b> Nursing students
<b>PI (zkoumaný jev):</b> experience
<b>Co (kontext):</b> Palliative care OR end-of-life care OR terminal care

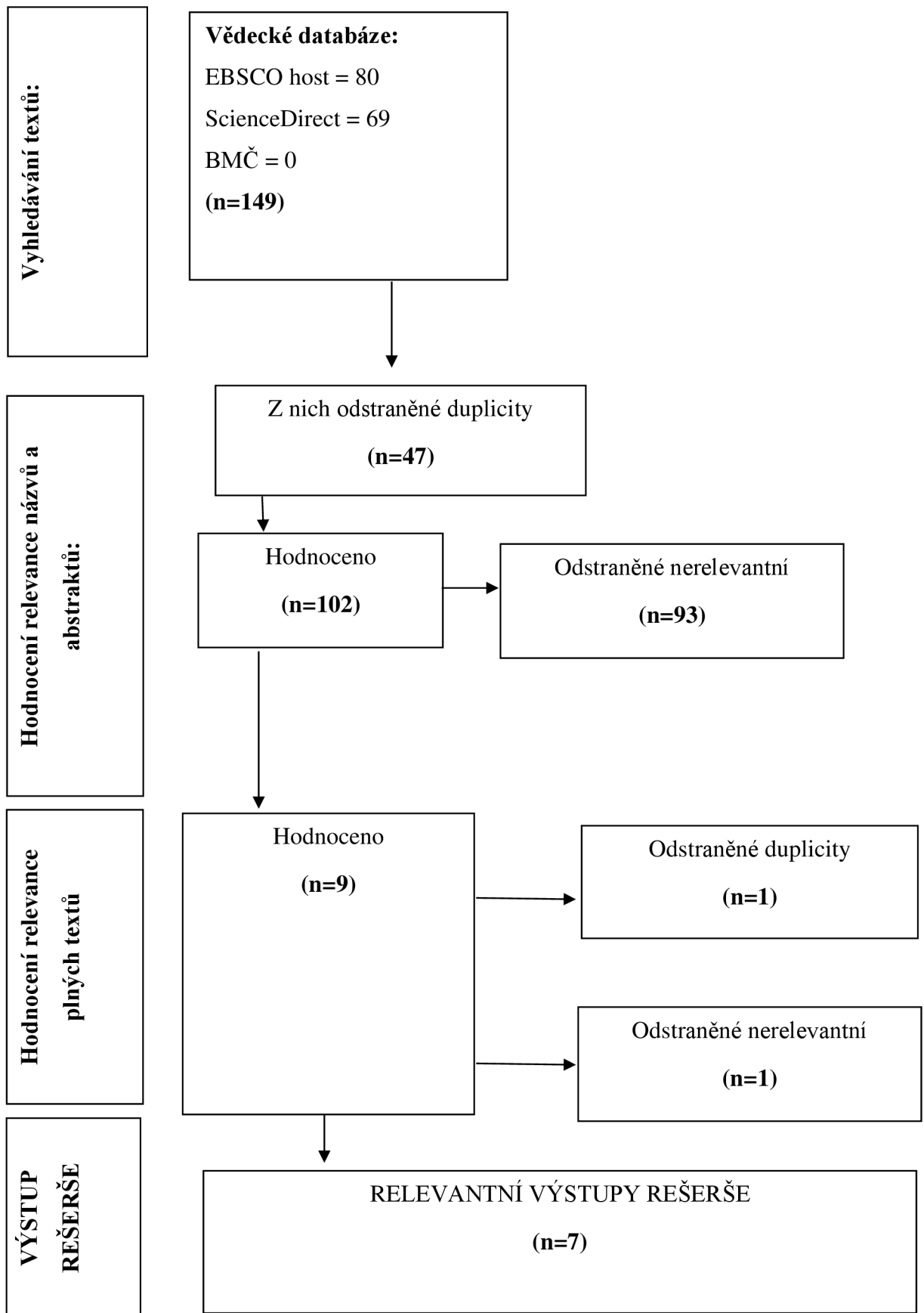
*Zdroj: Vlastní zpracování*

Rešerše proběhla v měsíci listopadu v databázi EBSCO host. Pro vyhledávání byla použita hesla nursing students AND experience AND palliative care OR end-of-life care OR terminal care. Výsledky vyhledávání byly omezeny: datum publikování 2020-2023, jazyk anglický, pouze recenzované články, pouze plný text, pouze akademická periodika, kvalitativní studie.

Rešerše byla provedena ve stejném období v databázi ScienceDirect s hesly nursing students AND experience AND palliative care OR end-of-life care OR terminal care. Výsledky vyhledávání byly omezeny: jazyk anglický, výzkumné články, klíčová slova, datum publikování 2015-2023, kvalitativní studie.

Rešerše byla provedena také v českém jazyce v databázi Medvik s hesly pro vyhledávání studenti ošetrovatelství AND zkušenost AND péče o umírající OR paliativní péče. Výsledky vyhledávání byly omezeny: datum publikování 2015-2023.

**Postupový diagram provedené rešerše ke kapitole diskuse:**



### **Bibliografické citace relevantních výstupů řešerů pro diskusi:**

BAHCELI, Pinar Z.; DONMEZ, Ayse A. a AKCA, Nazan K. Perceived barriers and motivators of undergraduate nursing students in end-of-life care: A qualitative study based on lived experiences. Online. *Perspectives in Psychiatric Care*. 2022, roč. 58, č. 4, s. 2687-2696. ISSN 0031-5990. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/ppc.13109>. [cit. 2023-12-02].

CHEON, Jooyoung a YOU, Sun Young. Nursing students' witnessed experience of patient death during clinical practice: A qualitative study using focus groups. Online. *Nurse Education Today*. 2022, roč. 111. ISSN 02606917. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2022.105304>. [cit. 2023-12-02].

FARFÁN-ZÚÑIGA, Ximena a JAMAN-MEWES, Paula. Understanding the experience of nursing students' internship at a palliative care unit: A phenomenological research study. Online. *Nurse Education Today*. 2021, roč. 100. ISSN 02606917. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2021.104848>. [cit. 2023-12-02].

GÜL, Şenay; DEMIR KARABULUT, Seyhan; EREN, Handan; DURMUŞ İSKENDER, Mahinur; GÖÇMEN BAYKARA, Zehra et al. Nursing Students' Experiences With Death and Terminal Patients During Clinical Education. Online. *OMEGA - Journal of Death and Dying*. 2022, roč. 85, č. 3, s. 628-649. ISSN 0030-2228. Dostupné z: <https://doi.org/10.1177/0030222820950510>. [cit. 2023-12-02].

HARDIE, Philip; MCCABE, Catherine; TIMMINS, Fiona a THOMPSON, David R. A qualitative exploration of Irish nursing students' experiences of caring for the dying patient. Online. *Nursing Open*. 2023, roč. 10, č. 8, s. 5649-5658. ISSN 2054-1058. Dostupné z: <https://doi.org/10.1002/nop2.1810>. [cit. 2023-12-02].

HAROEN, Hartiah; MIRWANTI, Ristina; AGUSTINA, Hana Rizmadewi; PAHRIA, Tuti; HARUN, Hasniatisari et al. A Qualitative Study of Perception and Experience Toward End-of-Life Care Among Nursing Students Who Witnessed Dying People in Their Family. Online. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*. 2023, roč. 16, s. 2261-2270. ISSN 1178-2390. Dostupné z: <https://doi.org/10.2147/JMDH.S423198>. [cit. 2023-12-02].

SUKCHAROEN, Pilaiporn; POLRUK, Jidapa; LUKTHITIKUL, Sununta; EAMCHUNPRATHIP, Sadakan a PETCHSUK, Raphatphorn. Undergraduate nursing students' experiences of palliative care in the intensive care unit. Online. *BMC Nursing*. 2023, roč. 22, č. 1. ISSN 1472-6955. Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01406-6>. [cit. 2023-12-02].

## 5 SOUHRN A ZÁVĚRY

### Souhrn

Hlavním cílem práce bylo zjistit zkušenosti žáků střední zdravotnické školy s péčí o umírající pacienty. Práce měla pět dílčích cílů. Prvním bylo zjistit zkušenost s prvním setkáním se s umírajícím. Druhým cílem bylo rozpoznat připravenost žáků na péči o umírající. Třetím dílčím cílem bylo analyzovat pocity žáků při péči o umírající. Čtvrtým cílem bylo zjistit schopnost žáků komunikovat s umírajícími a pátý dílčí cíl se zaměřil na identifikaci potřeby podpory žáků v péči o umírající.

Prvním dílčím cílem práce bylo zjistit zkušenosti s prvním setkáním se s umírajícím. Část respondentů prožila své první setkání s umírajícím v rodině a část až během praktické výuky. U respondentů, kteří prožili první setkání u rodinného příslušníka, vyplynulo z rozhovorů, že jejich prožívání této situace ovlivnil věk. Dva z respondentů, kteří byli v době úmrtí příbuzného ve školním věku, se shodli, že pro ně situace nebyla zatěžující a měli z ní neutrální pocity. Ostatní z respondentů prožívali první setkání s umírajícím s negativními pocity. První dílčí cíl byl splněn.

Druhým dílčím cílem bylo rozpoznat připravenost žáků na péči o umírající. Zde od některých respondentů zněla odpověď ve smyslu, že připraveni teoreticky sice byli, ale realita byla jiná. Jedna z respondentek také podotkla, že by se měla výuka zaměřit na přípravu celistvěji. Z výpovědí respondentů lze usoudit, že většina z nich na péči o umírajícího připravena celkově nebyla. Část z nich si ani nepřipustila, že by se mohli během praktické výuky s umírajícím nemocným setkat a neměli z toho tedy žádné obavy. Pouze jedna z respondentek uvedla, že připravená byla. Ne však ze školy, ale od maminky, která je zdravotní sestra. Někteří respondenti udávali strach spjatý s poskytováním péče umírajícím. Druhý dílčí cíl byl splněn.

Třetím dílčím cílem analyzovat pocity žáků při péči o umírající. Respondenti zde prožívali velkou škálu pocitů. Jednalo se o bezmoc, pocity viny, či smutek. Někteří z respondentů vnímali utrpení umírajících nemocných a jejich úmrtí následně pokládali za vysvobození od bolesti. Část respondentů připustila, že si vytvořila k umírajícím poměrně silnou citovou vazbu, což jen posílilo emoce spjaté s péčí. Pocity respondentů ovlivnil také přístup personálu při péči o tělo zemřelého. Zde se naprosto rozcházel dvě výpovědi respondentů, kdy jedna z respondentek pociťovala lítost, jak bylo s tělem



zacházeno, a oproti tomu respondent, který měl dobrý pocit z toho, že s tělem bylo nakládáno důstojně. Nejsilnější zážitek změnil pohled na umírání některých respondentů. Část z nich našla smysl pro péči o umírající nemocné. Pro jiné však znamenala tato zkušenost střet s realitou, či s osamělostí, která umírání provází. Někteří respondenti také uvedli, že si dokážou představit pečovat o umírající nemocné během profesního života. Třetí dílčí cíl byl splněn.

Čtvrtým dílčím cílem bylo zjistit schopnost žáků komunikovat s umírajícími. Respondenti zde odpovídali pozitivně ve vztahu teoretické přípravy na péči z výuky a její aplikace do praxe. Přesto část z nich uvedla, že komunikaci s umírajícími vedli přirozeně jako s ostatními nemocnými. Část respondentů udávala, že umírající s nimi komunikovali rádi. Další část respondentů se při komunikaci potýkala s problémy ze strany nemocných, kteří komunikovat nechtěli. Dva z respondentů také uvedli, že se snažili komunikaci přizpůsobit stavu nemocného. Čtvrtý dílčí cíl byl splněn.

Pátým dílčím cílem bylo identifikovat potřebu podpory žáků v péči o umírající. Při prvním setkání se s umírajícím nemocným se odpovědi respondentů rozcházeły. Respondenti, kteří zažili své první setkání s umírající osobou v rodině, se ve výpovědích rozcházeły. Část z nich si alespoň okrajově měla s kým promluvit a sdělit své pocity. Další část neměla v rodině patřičnou oporu, aby si mohla promluvit, či dokonce jedna z respondentek uvedla, že musela být silná a podržet rodinu ona. Jedna z respondentek, která své první setkání prožila až během praktické výuky, se vůbec neměla komu svěřit a druhá našla podporu a odpovědi na otázky u sester. Jeden z respondentů uvedl, že po smrti nemocného si chtěl o svých pocitech promluvit se sestrou, která byla přítomna a se kterou měl pěkný vztah. Ta mu však řekla, že není čas na truchlení a je třeba dál pracovat. Část respondentů se svěřila učitelce se svým prožitkem z praktické výuky. Zejména zmiňovali třídní učitelku, ale buďto jim nebyla nabídnuta možnost si promluvit, či o to respondenti neměli zájem. Celkově respondenti nezmínili, že si chtěli o zážitku promluvit. Někteří pouze chtěli sdělit, co se stalo. Jedna z respondentek uvedla, že si promluvili mezi spolužáky a že obecně řeší se spolužačkami, co se během praktické výuky stalo a učitelům se vůbec nesvěřuje. Pátý dílčí cíl byl splněn.

Vzhledem k povaze praktické části práce byl zvolen kvalitativní typ studie s fenomenologickým přístupem ke zkoumání. Výběr respondentů proběhl nenáhodně, kritériálním výběrem. Respondenti byli na základě stanovených kritérií osloveni cíleně

autorkou práce. Ke sběru dat byl uplatněn přístup polostrukturovaného rozhovoru. Sestaven byl protokol polostrukturovaného rozhovoru, jehož komponenty vycházely z poznatků nabytých tvorbou teoretické části práce, zkušenostmi autorky a s ohledem na hlavní cíl a dílčí cíle práce. Sběr dat proběhl v období měsíce říjen-listopad. Každý respondent byl před zahájením rozhovoru seznámen s jeho průběhem a se zachováním anonymity. Před zahájením rozhovoru každý z respondentů podepsal prohlášení a byl seznámen s informovaným souhlasem. Kopii obou těchto dokumentů obdržel. Data byla zaznamenávána na diktafon mobilního telefonu. Následně proběhla doslovná transkripce. Text z nahrávky byl doplněn o neverbální projevy. Následně byla provedena, pomocí otevřeného kódování, tvorba kategorií.

Z výsledků diskuse plynou jisté závěry, jež stojí za to zmínit. Pokud pomineme věk respondentů a úroveň vzdělávání, protože studie, jež by přesně odpovídaly, nebyly nalezeny, můžeme vidět připravenost studentů na péči a nepřipravenost žáků na péči o umírající. Studenti si kroky při péči o umírajícího promýšleli a zpětně reflektovali. Z výpovědí žáků lze soudit, že péči poskytovali přirozeně, tak, jak měli oni sami pocit, že je to správné. Lze to vidět kupříkladu na výpovědích zahraničních respondentů, kteří se snažili na umírajícího nepoutat, aby necítili bolest po jeho smrti a oproti tomu žáci této studie, kdy někteří z nich vypověděli, že si citové pouto vytvořili. Nepozastavili se nad tím, že by to nemuselo být dobré pro jejich psychiku. Významný rozdíl lze sledovat i ve schopnosti komunikace. Žáci této práce prostě komunikovali. Tak, jak s ostatními. Tak, aby to bylo ku prospěchu umírajícího. Studenti zahraniční studie vnímali komunikaci jako jeden z aspektů péče. Velmi významný rozdíl lze vidět i v pohledu na péči. Zatímco zahraniční respondenti ve svých výpovědích zohledňovali také rodinu umírajícího, žáci této práce zmínili rodinu pouze v souvislosti osamělosti při umírání.

### **Závěry**

Závěrem lze říct, že žáci oboru Praktická sestra ze zkušenosti s péčí o umírající dokáží vytěžit nové znalosti a dovednosti. Pro některé jde o první setkání, jiní již mají zkušenost s rodinnými příslušníky, kteří zemřeli. Z výpovědí respondentů vyplývá, že jejich zkušenost prvního setkání s umírajícím ovlivnil věk. Všichni dotazovaní respondenti mají zkušenost s nejsilnějším zážitkem setkání se s umírajícím během praktické výuky. Odesli si z něj mnoho pocitů, mnohdy negativních. Někteří však dokázali najít na péči o umírající pozitiva a u některých došlo ke změně pohledu na

umírání po tomto prožitku. Část z nich si dokáže představit pečovat o umírající během profesního života, či je to dokonce jejich cíl. Z toho vyplývá, že péče o umírající, ať už dojde k úmrtí nemocného během péče, či nikoliv, žáci prožívají se silnými pocity. Ty jsou posíleny, pokud dojde k úmrtí nemocného, které bylo neočekávané. Žádný z respondentů se nevyhýbal komunikaci s umírajícím, přistupovali k ní přirozeně a čerpali z poznatků z výuky. Žáci jsou schopni s umírajícími komunikovat, mnohdy však nechávají komunikaci plynout přirozeně, snaží se vyhnout tématu umírání a nemocní s nimi tato témata neotvírají. Samotná péče se však dle výpovědí odlišuje od teoretického rámce učiva a lze říct, že příprava žáků na setkávání s umírajícími není dostatečná. Potřebu podpory při poskytování péče o umírající žáci nevyjádřili. Vyučujícímu svěřili, či sdělili prožitek, v některých případech se tématu zcela vyhnuli, či zvolili cestu sdílení se spolužáky. Podpora v podobě diskuse o zážitku jim však buďto nebyla nabídnuta, či ji odmítli.

Z hlediska dalšího doporučení by bylo vhodné, vzhledem k výsledkům, dále se zaměřit na to, co prožívají žáci středních zdravotnických škol při poskytování péče umírajícím. Dále by bylo vhodné se zaměřit blíže na podporu žáků při péči o umírající a na to, zda ji skutečně nevyžadují, či si o ni neumějí říct. Obecně by bylo vhodné problematice zkušenosti žáků s péčí o umírající věnovat větší pozornost. Žáci totiž vstupují na klinická pracoviště od druhého ročníku studia střední školy bez toho, aby prošli přípravou na péči o umírající nemocné.

Na základě zjištěných poznatků by bylo vhodné implementovat do praxe lepší přípravu žáků na praktickou výuku a na setkávání se s umírajícími nemocnými a péči o ně. S rozvojem paliativní péče by bylo vhodné doplnit teoretické vzdělávání o tuto složku. Dle pocitů, které žáci uváděli ve spojitosti s nejsilnějším zážitkem, by bylo vhodné žákům umožnit např. supervize.

## **Seznam zkratek, tabulek, obrázků**

### **Seznam zkratek**

Atd. – a tak dále

ČLS JEP – Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně

ČR – Česká republika

ELNEC – End Of Life Nursing Education Consortium

MSc. – Master of Science

MZ – ministerstvo zdravotnictví

Např. – například

PNAP – Patients Needs Assessment in Palliative care

RVP – rámcový vzdělávací program

SPgŠ – Střední pedagogická škola

SZŠ – střední zdravotnická škola

ŠVP – školní vzdělávací program

ÚZIS – ústav zdravotnických informací a statistiky

### **Seznam tabulek**

Tabulka 1 – zkoumaný soubor

Tabulka 2 – primární hesla a příbuzné pojmy

### **Seznam obrázků**

Obrázek 1 – Kategorie a podkategorie výsledků

## SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. AMBROŽOVÁ, Jana; SLÁMOVÁ, Regina; OTHOVÁ, Květoslava a HRNČIARIK, Michal. *Standardy mobilní specializované paliativní péče*. Online. 1. Česká společnost paliativní medicíny ČLS JEP a Fórum mobilních hospiců, Praha, 2019. Dostupné také z: [https://www.cestadomu.cz/sites/default/files/2018\\_standardy\\_mobilni\\_paliativni\\_pece\\_a4\\_final\\_0.pdf](https://www.cestadomu.cz/sites/default/files/2018_standardy_mobilni_paliativni_pece_a4_final_0.pdf).
2. BAHCELI, Pinar Z.; DONMEZ, Ayse A. a AKCA, Nazan K. Perceived barriers and motivators of undergraduate nursing students in end-of-life care: A qualitative study based on lived experiences. Online. *Perspectives in Psychiatric Care*. 2022, roč. 58, č. 4, s. 2687-2696. ISSN 0031-5990. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/ppc.13109>. [cit. 2023-12-02].
3. BUŽGOVÁ, Radka. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života*. Sestra (Grada). Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-5402-4.
4. BUŽGOVÁ, Radka; HAJNOVÁ, Erika; SIKOROVÁ, Lucie a KOZÁKOVÁ, Radka. PILOTNÍ TESTOVÁNÍ DOTAZNÍKU PNAP „HODNOCENÍ POTŘEB PACIENTŮ V PALIATIVNÍ PÉČI“ NA ONKOLOGICKÉM ODDĚLENÍ. *Ošetřovatelství a porodní asistence*. 2013a, roč. 4, č. 3, s. 628-633. ISSN 1804-2740.
5. BUŽGOVÁ, Radka; SIKOROVÁ, Lucie; KOZÁKOVÁ, Radka a JAROŠOVÁ, Darja. Hodnotící nástroje pro zjišťování potřeb pacientů v paliativní péči. Online. *Onkologie*. 2013b, roč. 7, č. 6, s. 310-314. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/xon/2013/06/11.pdf>. [cit. 2023-12-03].

6. CAO, Wenjing; LI, Chunyan; ZHANG, Qianqian a TONG, Huiru. Perceptions on the current content and pedagogical approaches used in end-of-life care education among undergraduate nursing students: a qualitative, descriptive study. Online. *BMC Medical Education*. 2022, roč. 22, č. 1, s. 1-9. ISSN 1472-6920. Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/s12909-022-03625-y>. [cit. 2023-12-03].
  
7. CLARK, Katherine. Care at the Very End-of-Life: Dying Cancer Patients and Their Chosen Family's Needs. Online. *Cancers*. 2017, roč. 9, č. 12, s. 1-10. ISSN 2072-6694. Dostupné z: <https://doi.org/10.3390/cancers9020011>. [cit. 2023-12-03].
  
8. DENG, Fei-Fei. Comparison of nursing education among different countries. Online. *Chinese Nursing Research*. 2015, roč. 2, č. 4, s. 96-98. ISSN 20957718. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.cnre.2015.11.001>. [cit. 2023-12-03].
  
9. DUROJAIYE, Abiola; RYAN, Ruth; DOODY, Owen a MENEZES, Ritesh G. Student nurse education and preparation for palliative care: A scoping review. Online. *PLOS ONE*. 2023, roč. 18, č. 7., s. 1-27, ISSN 1932-6203. Dostupné z: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0286678>. [cit. 2023-12-02].
  
10. *ELNEC Core*. Online. CENTRUM PALIATIVNÍ PÉČE. 2014. Dostupné z: <https://paliativnicentrum.cz/kurzy/elnec-core>. [cit. 2023-12-03].
  
11. FARFÁN-ZÚÑIGA, Ximena a JAMAN-MEWES, Paula. Understanding the experience of nursing students' internship at a palliative care unit: A phenomenological research study. Online. *Nurse Education Today*. 2021, roč. 100, s. 1-6. ISSN 02606917. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2021.104848>. [cit. 2023-12-02].
  
12. FRECHMAN, Erica a Patricia M. WRIGHT. Nurse Burnout in Hospice and Palliative Care: A Scoping Review. *Illness, Crisis & Loss* [online]. 2023, **31**(1), s. 137-150 [cit. 2023-12-03]. ISSN 1054-1373. Dostupné z: [doi:10.1177/10541373211039825](https://doi.org/10.1177/10541373211039825)

13. GAMA, Georgeana; BARBOSA, Filipe a VIEIRA, Margarida. Personal determinants of nurses' burnout in end of life care. Online. *European Journal of Oncology Nursing*. 2014, roč. 18, č. 5, s. 527-533. ISSN 14623889. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2014.04.005>. [cit. 2023-12-03].
14. GANZ, Freda DeKeyser a SAPIR, Batel. Nurses' perceptions of intensive care unit palliative care at end of life. Online. *Nursing in Critical Care*. 2019, roč. 24, č. 3, s. 141-148. ISSN 1362-1017. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/nicc.12395>. [cit. 2023-12-03].
15. GÓMEZ-URQUIZA, Jose Luis; ALBENDÍN-GARCÍA, Luis; VELANDOSORIANO, Almudena; ORTEGA-CAMPOS, Elena; RAMÍREZ-BAENA, Lucía et al. Burnout in Palliative Care Nurses, Prevalence and Risk Factors: A Systematic Review with Meta-Analysis. Online. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2020, roč. 17, č. 20, s. 1-13. ISSN 1660-4601. Dostupné z: <https://doi.org/10.3390/ijerph17207672>. [cit. 2023-12-03].
16. GÜL, Şenay; DEMİR KARABULUT, Seyhan; EREN, Handan; DURMUŞ İSKENDER, Mahinur; GÖÇMEN BAYKARA, Zehra et al. Nursing Students' Experiences With Death and Terminal Patients During Clinical Education. Online. *OMEGA - Journal of Death and Dying*. 2022, roč. 85, č. 3, s. 628-649. ISSN 0030-2228. Dostupné z: <https://doi.org/10.1177/0030222820950510>. [cit. 2023-12-02].
17. GURKOVÁ, Elena. *PRAKTICKÝ ÚVOD DO METODOLOGIE VÝZKUMU V OŠETŘOVATELSTVÍ*. Online. 1. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2019. ISBN 978-80-244-5627-0. Dostupné z: [https://www.fzv.upol.cz/fileadmin/userdata/FZV/Dokumenty/OSE/Gurkova\\_Metodologie\\_vyzkumu.pdf](https://www.fzv.upol.cz/fileadmin/userdata/FZV/Dokumenty/OSE/Gurkova_Metodologie_vyzkumu.pdf). [cit. 2023-12-03].

18. HARDIE, Philip; MCCABE, Catherine; TIMMINS, Fiona a THOMPSON, David R. A qualitative exploration of Irish nursing students' experiences of caring for the dying patient. Online. *Nursing Open*. 2023, roč. 10, č. 8, s. 5649-5658. ISSN 2054-1058. Dostupné z: <https://doi.org/10.1002/nop2.1810>. [cit. 2023-12-02].
19. HAROEN, Hartiah; MIRWANTI, Ristina; AGUSTINA, Hana Rizmadewi; PAHRIA, Tuti; HARUN, Hasniatisari et al. A Qualitative Study of Perception and Experience Toward End-of-Life Care Among Nursing Students Who Witnessed Dying People in Their Family. Online. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*. 2023, roč. 16, s. 2261-2270. ISSN 1178-2390. Dostupné z: <https://doi.org/10.2147/JMDH.S423198>. [cit. 2023-12-02].
20. HIGASHIBATA, Takahiro; HAMANO, Jun; NAGAOKA, Hiroka; SASAHARA, Tomoyo; FUKUMORI, Takaki et al. Work environmental factors associated with compassion satisfaction and end-of-life care quality among nurses in general wards, palliative care units, and home care settings: A cross-sectional survey. Online. *International Journal of Nursing Studies*. 2023, roč. 143, s. 1-7. ISSN 00207489. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2023.104521>. [cit. 2023-12-03].
21. HOLMEROVÁ, Iva a Petr WIJA. Péče na konci života v České republice. *Časopis lékařů českých*. 2016, 155(4), s. 43-47. ISSN 0008-7335. Dostupné také z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/casopis-lekaru-ceskych/2016-4/pece-na-konci-zivota-v-ceske-republice-58603>
22. HRDÁ, Karolína a TOLLAROVÁ., Blanka a kol. *Průvodce poskytováním paliativní péče: v pobytových sociálních službách pro seniory*. Online. 1. Metodický materiál projektu Proces integrace paliativní péče do domova pro seniory podpořený NF AVAST, 2018.



23. CHEN, Xian; ZHANG, Yuxi; ARBER, Anne; HUO, Xiaorong; LIU, Jin et al. The training effects of a continuing education program on nurses' knowledge and attitudes to palliative care: a cross sectional study. Online. *BMC Palliative Care*. 2022, roč. 21, č. 1, s. 1-10. ISSN 1472-684X. Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/s12904-022-00953-0>. [cit. 2023-12-03].
24. CHENG, Guobin a CHEN, Chuqian. End-of-Life Needs of Dying Patients and Their Families in Mainland China: A Systematic Review. Online. *OMEGA - Journal of Death and Dying*. 2023, roč. 86, č. 3, s. 1019-1045. ISSN 0030-2228. Dostupné z: <https://doi.org/10.1177/0030222821997340>. [cit. 2023-12-03].
25. CHEON, Jooyoung a YOU, Sun Young. Nursing students' witnessed experience of patient death during clinical practice: A qualitative study using focus groups. Online. *Nurse Education Today*. 2022, roč. 111, s. 1-5. ISSN 02606917. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2022.105304>. [cit. 2023-12-02].
26. KABELKA, Ladislav; SLÁMA, Ondřej a LOUČKA, Martin. *PALIATIVNÍ PÉČE V ČESKÉ REPUBLICE 2016: Situační analýza*. Online. 1. Česká společnost paliativní medicíny ČLS JEP, 2016.
27. KAMIMOTO, Minako; SON, Daisuke; INOUE, Kazuoki a TANIGUCHI, Shin-ichi. Possibility of alleviating difficulties of health and social care professionals engaged in end-of-life care through Clinical Art program. Online. *Journal of General and Family Medicine*. 2023, roč. 24, č. 4, s. 247-253. ISSN 2189-7948. Dostupné z: <https://doi.org/10.1002/jgf2.633>. [cit. 2023-12-03].
28. KANTABANLANG, Yupawadee; LIN, Cheng-Pei; NILMANAT, Kittikorn a GUO, Ping. Palliative care needs of patients with hematologic malignancies and family caregivers and challenges of palliative care provision in Asia: A review of evidence. Online. *Seminars in Hematology*. 2023, roč. 60, č. 4, s. 220-225. ISSN 00371963. Dostupné z: <https://doi.org/10.1053/j.seminhematol.2023.07.002>. [cit. 2023-12-03].

29. KIM, Ji-Young a CHOI, Eun-Hi. Predictors of end-of-life care stress, calling, and resilience on end-of-life care performance: a descriptive correlational study. Online. *BMC Palliative Care*. 2022, roč. 21, č. 1, s. 1-10. ISSN 1472-684X. Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/s12904-022-00961-0>. [cit. 2023-12-03].
30. KISVETROVÁ, Helena a KUTNOHORSKÁ, Jana. Umírání a smrt v historickém vývoji. Online. *Kontakt*. 2010, roč. 12, č. 2, s. 212-219. ISSN 12124117. Dostupné z: <https://doi.org/10.32725/kont.2010.029>. [cit. 2023-12-03].
31. KOUBA, Michal; MASOPUST, Jiří; BOHONĚK, Miloš. *Domácí transfuze v kontextu poskytování paliativní péče v ČR: Doporučení České společnosti paliativní medicíny ČLS JEP a Společnosti pro transfuzní lékařství ČLS JEP ze dne 01. 09. 2021 verze 1*. Pracovní skupina: Irena ZÁVADOVÁ, Dana GALUSZKOVÁ, Zdenka GAŠOVÁ, Rita PACASOVÁ, Martin PÍSAČKA et al. Online. 1. Česká společnost paliativní medicíny ČLS JEP a Společnost pro transfuzní lékařství ČLS JEP, Praha, 2021. Dostupné také z: <https://www.transfuznispolecnost.cz/media/document/f0195cf0ccd678bf8ba8e0f34107fc6b.pdf>
32. KRIKORIAN, Alicia, Camilo MALDONADO a Tania PASTRANA. Patient's Perspectives on the Notion of a Good Death: A Systematic Review of the Literature. *Journal of Pain and Symptom Management* [online]. 2020, **59**(1), s. 152-164 [cit. 2023-12-03]. ISSN 08853924. Dostupné z: [doi:10.1016/j.jpainsymman.2019.07.033](https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2019.07.033)
33. KUPKA, Martin. *Psychosociální aspekty paliativní péče*. Psyché (Grada). Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4650-0.
34. MARCINIAK, Kevin; SCHERG, Alexandra; PAAL, Piret; MASON, Stephen a ELSNER, Frank. The outcomes of postgraduate palliative care education and training: assessment and comparison of nurses and physicians. Online. *BMC Palliative Care*. 2023, roč. 22, č. 1, s. 1-11. ISSN 1472-684X. Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/s12904-023-01217-1>. [cit. 2023-12-03].

35. MARKOVÁ, Monika. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Sestra (Grada). Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3171-1.
36. *Masters Degrees in Palliative Care Nursing, United Kingdom*. Online. Find A Masters. 2023. Dostupné z: <https://www.findamasters.com/masters-degrees/united-kingdom/palliative-care-nursing/>. [cit. 2023-12-03].
37. MLČOCHOVÁ, Denisa a HOUSKA, Adam. Plánování péče u nevléčitelně nemocných – role praktického lékaře. *PRACTICUS*. 2018, roč. 17, č. 7, s. 10-13. ISSN 1213–8711.
38. *Možnosti vzdělávání sester v paliativní péči – zkušenosti z kurzu ELNEC*. Online. Lékař a multidisciplinární tým. C2023. Dostupné z: <https://www.linkos.cz/lekar-a-multidisciplinari-tym/kongresy/po-kongresu/databaze-tuzemskych-onkologickych-konferencnich-abstrakt/moznosti-vzdelavani-sester-v-paliativni-peci-zkusenosti-z-kurzu-elnecl/>. [cit. 2023-12-03].
39. *Nursing (Palliative Care) - MSc*. Online. UNIVERSITY OF LIMERICK OLLSCOUIL LUIMNIGH. © University of Limerick. Dostupné z: <https://www.ul.ie/gps/course/nursing-palliative-care-msc>. [cit. 2023-12-03].
40. *Ošetřovatelství*. Online. VysokeSkoly.cz. 2023. Dostupné z: <https://www.vysokeskoly.cz/v/medicina-a-farmacie/osetrovatelstvi/studium-doktorske/>. [cit. 2023-12-03].
41. PAPERŠTEINOVÁ, Markéta; FALTOVÁ, Barbora a HOLÁ, Barbora. Evaluation of the mental load in general nurses working at Departments of pediatric oncology. Online. *Hygiena*. 2019, roč. 64, č. 4, s. 141-146. ISSN 18026281. Dostupné z: <https://doi.org/10.21101/hygiena.a1723>. [cit. 2023-12-03].

42. PAVELKOVÁ, Helena a BUŽGOVÁ, Radka. Burnout among healthcare workers in hospice care. Online. *Central European Journal of Nursing and Midwifery*. 2015, roč. 6, č. 1, s. 218-223. ISSN 23363517. Dostupné z: <https://doi.org/10.15452/CEJNM.2015.06.0006>. [cit. 2023-12-02].
43. PHAM, Van Anh; NGUYEN, Hannah; KRAKAUER, Eric L. a HARDING, Richard “I Wish I Could Die So I Would Not Be in Pain”: A Qualitative Study of Palliative Care Needs Among People With Cancer or HIV/AIDS in Vietnam and Their Caregivers Online. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2021, roč. 62, č. 2, s. 364-372. ISSN 08853924. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.11.030>. [cit. 2023-12-03].
44. PLEVOVÁ, Ilona. *Ošetřovatelství II*. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3558-0.
45. POLÍVKA, Jindřich. Hospic – pokračující péče během života pacienta Č. Online. *Journal of Czech Physicians / Časopis Lékařů Českých*. 2018, roč. 157, č. 1, s. 4-8. ISSN 00087335. [cit. 2023-12-03].
46. *Přehled oborů a vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků*. Online. Praha: MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY, 2021. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/prehled-oboru-a-vzdelavani-nelekarskych-zdravotnickych-pracovniku/#VS-5>. [cit. 2023-12-03].
47. *Rámcový vzdělávací program pro obor vzdělání 53-41-M/03 Praktická sestra* [online]. Praha: MŠMT, 2018 [cit. 2023-12-03]. Dostupné z: [http://zpd.nuov.cz/RVP\\_7\\_vlna/RVP\\_5341M03\\_Prakticka\\_sestra.pdf](http://zpd.nuov.cz/RVP_7_vlna/RVP_5341M03_Prakticka_sestra.pdf)
48. SEO, Na-Ri a YEOM, Hyun-E. Factors Affecting Psychological Burnout in Nurses Caring for Terminal Cancer Patients. Online. *The Korean Journal of Hospice and Palliative Care*. 2022, roč. 25, č. 4, s. 159-168. ISSN 1229-1285. Dostupné z: <https://doi.org/10.14475/jhpc.2022.25.4.159>. [cit. 2023-12-03].

49. *Sestry v paliativní péči*. Online. CENTRUM PALIATIVNÍ PÉČE. 2014. Dostupné z: <https://paliativnicentrum.cz/kurzy/sestry-v-paliativni-peci>. [cit. 2023-12-03].
50. SLÁMA, Ondřej. Obecná a specializovaná paliativní péče v ČR. *Paliativna medicína a liečba bolesti*. 2012, roč. 5, č. 1, s. 10-12. ISSN 1339-4193.
51. SLÁMA, Ondřej; KABELKA, Ladislav a LOUČKA, Martin. Paliativní péče v ČR v roce 2016. Online. *Journal of Czech Physicians / Časopis Lékařů Českých*. 2016, roč. 155, č. 8, s. 445-450. ISSN 00087335. [cit. 2023-12-03].
52. SLÁMA, Ondřej; KREJČÍ, Jiří a AMBROŽOVÁ, Jana. *Metodika implementace programu paliativní péče v lůžkovém zdravotnickém zařízení*. Online. 1. Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2019.
53. SNOPEK, Petr. Smrt a péče na konci života pohledem studentů. Online. *Zdravotnické štúdie*. 2022, roč. 14, č. 1, s. 48-52. ISSN 1337723X. Dostupné z: <https://doi.org/10.54937/zs.2022.14.1.48-52>. [cit. 2023-12-03].
54. *Standardy hospicové paliativní péče*. Online. 1. Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče, Praha, 2016. Dostupné také z: <https://www.centrum-pahop.cz/wp-content/uploads/2021/06/STANDARDY-2016.pdf>
55. *Studijní agenda Infromační systém Univerzity Palackého*. Online. Dostupné z: <https://stag.upol.cz/>. [cit. 2023-12-03].
56. SUKCHAROEN, Pilaiporn; POLRUK, Jidapa; LUKTHITIKUL, Sununta; EAMCHUNPRATHIP, Sadakan a PETCHSUK, Raphatphorn. Undergraduate nursing students' experiences of palliative care in the intensive care unit. Online. *BMC Nursing*. 2023, roč. 22, č. 1, s. 1-7. ISSN 1472-6955. Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01406-6>. [cit. 2023-12-02].

57. ŠAMÁNKOVÁ, Marie. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3223-7.
58. *Školní vzdělávací program 53-41-M/03 Praktická sestra*. Online. Krnov: Střední pedagogická škola a Střední zdravotnická škola, Krnov, příspěvková organizace, 2018. Dostupné z: <https://www.spgs-szs.cz/getattachment/9b1e71fc-17e6-45b1-84fe-8ca828f6f50c/Skolni-vzdelavaci-program-pro-obor-Prakticka-sestr.aspx>. [cit. 2023-12-03].
59. THRANE, Susan E.; LI, Chunyan; ZHANG, Qianqian a TONG, Huiru. Online Palliative and End-of-Life Care Education for Undergraduate Nurses: a qualitative, descriptive study. Online. *Journal of Professional Nursing*. 2020, roč. 36, č. 1, s. 42-46. ISSN 87557223. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2019.07.002>. [cit. 2023-12-03].
60. UZELLI YILMAZ, Derya; YILMAZ, Dilek; DUZGUN, Gonul a AKIN, Esra. A Phenomenological Analysis of Experiences and Practices of Nurses Providing Palliative and End of Life Care. Online. *OMEGA - Journal of Death and Dying*. 2023, roč. 87, č. 3, s. 999-1016. ISSN 0030-2228. Dostupné z: <https://doi.org/10.1177/00302228211037506>. [cit. 2023-12-03].
61. *Věstník MINISTERSTVA ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY*. Online. Částka 4. Ministerstvo zdravotnictví České republiky, Praha, 2022.
62. VÍŠKOVÁ, V. Paliativní péče - lékařská posudková činnost při posuzování zdravotního stavu a hodnocení stupně závislosti. Online. *Revision*. 2018, roč. 21, č. 1, s. 8-11. ISSN 12143170. [cit. 2023-12-03].

63. *Vzdělávací program specializačního vzdělávání v oboru VŠEOBECNÁ SESTRA - DOMÁCÍ PÉČE A HOSPICOVÁ PÉČE*. MZ ČR, Praha, 2019. Dostupné také z: <https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/4225/39483/P%C5%99%C3%ADloha%20%C4%8D.%2063%20VS%20-%20Dom%C3%A1c%C3%AD%20p%C3%A9%C4%8De%20a%20hospicov%C3%A1%20p%C3%A9%C4%8De.pdf>.
64. XIII. Paliativní péče a symptomatická léčba. Online. *Klinická onkologie: časopis České a Slovenské onkologické společnosti*. 2022, roč. 35, s. S59. ISSN 0862495X. [cit. 2023-12-03].
65. Zákon č. 96/2004 Sb. o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních). *Sbírka zákonů. Česká republika.*, dostupný také z: [https://ppropo.mpsv.cz/zakon\\_96\\_2004](https://ppropo.mpsv.cz/zakon_96_2004)
66. ZAMAN, Mehreen, Sara ESPINAL-ARANGO, Ashita MOHAPATRA a Alejandro R JADAD. What would it take to die well? A systematic review of systematic reviews on the conditions for a good death. *The Lancet Healthy Longevity* [online]. 2021, 2(9), s. 593-600 [cit. 2023-12-03]. ISSN 26667568. Dostupné z: [doi:10.1016/S2666-7568\(21\)00097-0](https://doi.org/10.1016/S2666-7568(21)00097-0)
67. ZHANG, Yalin; JIANG, Jianjun; ZHU, Chuanmei; LIU, Chunhua; GUAN, Chang et al. Status and related factors of burnout among palliative nurses in China: a cross-sectional study. Online. *BMC Nursing*. 2022, roč. 21, č. 1, s. 1-10. ISSN 1472-6955. Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/s12912-022-01083-x>. [cit. 2023-12-03].

- 68.** ZHU, Shuqin; ZHU, Hanfei; ZHANG, Xintong; LIU, Kouying; CHEN, Zumei et al. Care needs of dying patients and their family caregivers in hospice and palliative care in mainland China: a meta-synthesis of qualitative and quantitative studies. Online. *BMJ Open*. 2021, roč. 11, č. 11, s. 1-13. ISSN 2044-6055. Dostupné z: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-051717>. [cit. 2023-12-03].



## **Seznam příloh**

Příloha 1: Informovaný souhlas

Příloha 2: Prohlášení

Příloha 3: Žádost o udělení souhlasu se sběrem dat

## **Přílohy**

### ***Příloha 1: Informovaný souhlas***

## **INFORMOVANÝ SOUHLAS**

Vážená paní, Vážený pane,

V souladu se zásadami etiky výzkumu\* se na Vás obracím s prosbou o zapojení do studie, jejíž výsledky budou součástí mé diplomové práce s názvem: Zkušenosti žáků SZŠ s péčí o umírající pacienty.

Vaše účast je zcela dobrovolná. V průběhu realizace výzkumu můžete kdykoliv odmítnout, či odstoupit.

Získané údaje nebudou uváděny ve spojitosti s Vaší osobou, budou vyhodnoceny a prezentovány anonymně a tento Informovaný souhlas bude uchován odděleně od dat a výsledků\*\*.

Žádám Vás o spolupráci ve výše uvedené studii. Metodou bude tzv. polostrukturovaný rozhovor. Budou Vám pokládány otázky, na které budete mít prostor odpovědět. Pokud nebudete otázce rozumět, kdykoliv ji zopakují. Pokud z jakéhokoliv důvodu nebudete chtít na otázku odpovědět, přejdeme k další.

Téma práce již znáte, konkrétněji se budu ptát na tato témata: Vaše zkušenosti s umírajícími nemocnými, Váš nejsilnější zážitek, Vaše vstupní teoretické znalosti, Vaše pocity a prožívání v dané situaci a zda Vám byla poskytnuta podpora.

*\*Sbírka mezinárodních smluv Sb. M. s. 96/2001, Směrnice děkana PdF UP č. 3/2015 – Statut Etické komise PdF UP v Olomouci pro oblast výzkumné činnosti*

*\*\*Údaje budou zpracovány dle Zákona 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů*

## *Příloha 2: Prohlášení*

### **PROHLÁŠENÍ**

Prohlašuji, že SOUHLASÍM s účastí v uvedené studii.

Studentka mne informovala o její podstatě a seznámila mne s cíli, metodami a postupy, které budou používány. Souhlasím s tím, že všechny získané údaje budou využity jen pro účely zkoumání a výsledky mohou být anonymně publikovány. Jsem informován/a o tom, že mám právo kdykoliv v průběhu studie odstoupit, a to i bez udání důvodu.

Měl/a jsem možnost si vše řádně, v klidu a v dostatečně poskytnutém čase zvážit. Měl/a jsem možnost se zeptat na všechny nesrovnalosti a dostalo se mi srozumitelných odpovědí.

Tento informovaný souhlas je vyhotoven ve dvou stejnopisech, každý s platností originálu, z nichž jeden obdrží moje osoba a druhý studentka (autor práce).

**Jméno, příjmení, podpis studentky:**

---

V \_\_\_\_\_ dne: \_\_\_\_\_

**Jméno, příjmení, podpis účastníka výzkumu (respondenta):**

---

V \_\_\_\_\_ dne \_\_\_\_\_

V případě potřeby mne můžete kontaktovat na e-mailu: [pavlina.kelemenova01@upol.cz](mailto:pavlina.kelemenova01@upol.cz)

Bc. Pavlína Kelemenová, UOPZŠ, 2. ročník studia, kombinovaná forma

### ***Příloha 3: Žádost o udělení souhlasu se sběrem dat***

#### **Žádost o udělení souhlasu se sběrem dat**

Vážený pan

Ing. Mikuláš Peths

Ředitel školy

Střední pedagogická škola a Střední zdravotnická škola Krnov, p.o.

Jiráskova 841/1a, 794 01 Krnov

#### Žádost o udělení souhlasu ke sběru dat

Vážený pane řediteli,

Obracím se na Vás se žádostí o udělení souhlasu k realizaci výzkumného šetření, které je plánováno jako součást mé diplomové práce pod odborným vedením PhDr. Hany Heiderové, PhD.

Výzkum by byl zaměřen na zkušenosti žáků SZŠ s péčí o umírající pacienty a využita by byla metoda polostrukturovaného rozhovoru. Do zkoumaného souboru by byli zařazeni žáci 4. ročníku, oboru Praktická sestra, avšak pouze ti, kteří by vyjádřili souhlas.

V případě Vašeho souhlasu bych anonymní sběr dat realizovala od 25.10.2023 do 10.11.2023.

Děkuji Vám za případnou vstřícnost a Vaše vyjádření

Bc. Pavlína Kelemenová

Studentka 2. ročníku

Obor UOPZŠ, kombinovaná forma

PdF UP v Olomouci

#### **VYJÁDRĚNÍ K REALIZACI VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ:**



souhlasím



nesouhlasím

v KRNOVĚ, dne 9.10.2023

Střední pedagogická škola  
a Střední zdravotnická škola  
794 01 Krnov, Jiráskova 841/1a  
tel.: 554 637 460, 554 612 442  
IČ: 00601292



Ing. Mikuláš Peths, ředitel školy